وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

اضطراب فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم عند مرضى القصور الكلوي الخاضعين لتصفية الدم.

"دراسة ميدانية ل 06 حالات بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالأربعاء ناث ايراثن".

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس الصحة

اعداد الطالبة:

- رابط ليسية

اشراف الأستاذة:

- أ.د وندلوس نسيمة نسيبة

السنة الجامعية: 2025/2024

كلمة الشكر

الحمد لله الذي بنعمته تتمّ الصالحات، وبفضله وتوفيقه أنجزنا هذا العمل المتواضع. له الحمد كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، أن منحنا القوة والصبر والعزيمة لإتمام هذه المذكرة، رغم ما اعترضنا من صعوبات وتحديات.

أتوجه بخالص الشكر وعظيم الامتنان إلى أستاذتي الفاضلة "**وندلوس نسيمة**"، مشرفة هذا العمل، والتي كانت نِعْمَ الموجهة والمرشدة، بعلمها الغزير، وصبرها، وتوجيهاتها النيرة، ونقدها البنّاء، الذي كان له الأثر الكبير في نضج هذا العمل ووضوح معالمه. فجزاها الله خير الجزاء، وبارك في جهدها ووقتها.

كما لا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر والامتنان لكل من ساعدني وساندني من قريب أو من بعيد، سواء بالدعم المعنوي أو العلمي، من المهنيين، أساتذة وزملاء وأفراد العائلة، وكل من كان له أثر طيب في مساري العلمي والإنساني.

رابط ليسية

إهداء

إلى من غرسا في قلبي حب العلم وسهرا على تربيتي وكانا السند الأول في كل خطوة، إلى من كانت دعواتهم سر تقدمي وسندا لا يعوض، إلى من سهرا على راحتي وتحملت قلوبهم عني عناء السنين،

إلى أبي وأمي... نبض القلب ونور الطريق

كل الكلمات تعجز عن وصف امتناني، فلكما أهدي ثمرة جهدي ونجاحي المتواضع، تقديرا وعرفانا.

إلى من وهبني الله نعمة وجودهم في حياتي، إلى العقد المتين، من كانوا سندا وعونا لي في رحلة بحثي: إخوتي الأحبة (نعيمة، ميمونة، مليكة وأخي العزيز نعيم) كنتم الدفء في الأوقات الصعبة والضحكة في اللحظات القاسية، فلكم مني كل الحب.

إلى كل أصدقائي وزملائي، من تقاسمنا المقاعد والهموم والأحلام، الذين شاركوني دربي الجامعي، كنتم الرفقة الطيبة التي زادت الرحلة جمالا، وتركتم في قلبي أثرا لا ينسى.

وفي الختام، أتقدم بأسمى آيات الشكر والعرفان إلى من كان لها الفضل العلمي الكبير والدافع المعنوي الأصدق،

إلى أستاذتي الكريمة "وندلوس نسيمة نسيبة" التي رافقتني في هذا العمل، شكرا لثقتك واحتوائك واشرافك المميز الذي أنار لي طريق البحث.

ليسية

الفهرس

كلمة شكر.

إهداء.

ملخص.

مقدمة.	
الفصل التمهيدي: الإطار العام لإشكالية الدراسة	
1. إشكالية الدراسة	**04**
2. تحديد فرضيات الدراسة.	**12**
3. أسباب اختيار الموضوع.	**13**
4. أهمية الدراسة.	**13**
5. أهداف الدراسة.	**14**
6. تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة.	**14**
الفصل الأول: اضطراب فقدان الشهية العصبي	
تمهيد	
1. مفهوم اضطرابات الأكل.	**18**
2. انتشار اضطرابات الأكل.	**19**
3. النظريات المفسرة لاضطرابات الأكل.	**21**
4. الاضطرابات المشتركة مع اضطرابات الأكل.	**25**
5. مضاعفات الكلى في اضطرابات الأكل.	**27**
6. أنواع اضطرابات الأكل.	**31**
7. مفهوم اضطراب فقدان الشهية العصبي.	**31**
8. انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي.	**32**
9. أنواع اضطراب فقدان الشهية العصبي.	**33**
10. المحكات التشخيصية لاضطراب فقدان الشهية العصبي.	**33**

11. الأسباب والعوامل المساهمة في الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.	**36**
12. الاضطرابات النفسية المصاحبة لاضطراب فقدان الشهية العصبي.	**41**
13. أعراض الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.	**42**
14. الفئات الأكثر عرضة للإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.	**43**
15. الآثار الناجمة عن الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.	**44**
16. مرض الكلى المرتبط باضطراب فقدان الشهية العصبي.	**46**
17. علاج اضطراب فقدان الشهية العصبي.	**48**
18. دور الأخصائي النفسي في مواجهة اضطراب فقدان الشهية العصبي.	**52**
خلاصة الفصل	
الفصل الثاني: تشوه صورة الجسم	
تمهيد	
1. مفهوم صورة الجسم.	**57**
2. أهمية صورة الجسم.	**58**
3. مكونات ووظائف صورة الجسم.	**59**
4. ابعاد صورة الجسم.	**62**
5. العوامل المؤثرة في تشكُّل صورة الجسم.	**63**
6. النظريات المفسرة لصورة الجسم.	**67**
7. التعقيب على النظريات المفسرة لصورة الجسم.	**71**
8. السياقات النفسية المساهمة في بناء صورة الجسم.	**71**
9. عملية تكوين صورة الجسم.	**73**
10. الفرق بين بعض المفاهيم التي تتقارب مع مفهوم صورة الجسم.	**75**
11. نوعية صورة الجسم.	**76**
12. مفهوم تشوه صورة الجسم.	**78**
13. تشخيص تشوه صورة الجسم.	**79**
14. الأسباب والعوامل المؤثرة في تشوه صورة الجسم.	

15. أعراض تشوه صورة الجسم.	**82**
16. النظريات المفسرة لاضطراب تشوه صورة الجسم.	**84**
17. الآثار النفسية والاجتماعية لتشوه صورة الجسم.	**86**
18. طرق وتقنيات علاج تشوه صورة الجسم.	**88**
19. الصورة الجسمية لمرضى القصور الكلوي.	**92**
خلاصة الفصل.	
الفصل الثالث: القصور الكلوي	
تمهيد	
I. الجانب الطبي	97
1. الكلية.	97
2. وظائف الكلية.	97
3. مفهوم مرض القصور الكلوي.	98
4. تشخيص مرض القصور الكلوي.	99
5. أنواع مرض القصور الكلوي.	100
6. أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي.	101
7. مراحل مرض القصور الكلوي.	103
8. أعراض الإصابة بمرض القصور الكلوي.	104
9. مضاعفات القصور الكلوي.	105
10. الوقاية من القصور الكلوي.	106
11. علاج مرض القصور الكلوي.	107
II. الجانب النفسي	112
1. الآثار النفسية الناجمة عن الإصابة بمرض القصور الكلوي.	112
2. الإشكالية النفسية عند مرضى القصور الكلوي.	113
3. القلق النفسي.	114
4. الاستجابة الصدمية.	114

5. الاعراض الاكتئابية.	114
6. الاضطرابات الجنسية.	115
خلاصة الفصل	
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
تمهيد	
I. الدراسة الاستطلاعية.	120
1. تعريف الدراسة الاستطلاعية.	120
2. أهداف الدراسة الاستطلاعية.	120
3. إجراءات الدراسة الاستطلاعية.	121
4. النتائج المتحصل عليها من الدراسة الاستطلاعية.	125
II. الدراسة الأساسية.	126
1. مكان وزمان إجراء الدراسة.	126
2. مجموعة الدراسة.	126
3. منهج الدراسة.	127
4. أدوات الدراسة.	128
5. الإجراءات التطبيقية للدراسة.	137
خلاصة.	
الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة.	
تمهيد	
I. عرض وتحليل نتائج الدراسة	142
1. عرض الحالة الأولى.	142
2. عرض الحالة الثانية.	150

3. عرض الحالة الثالثة.	**158**
4. عرض الحالة الرابعة.	**166**
5. عرض الحالة الخامسة.	**175**
6. عرض الحالة السادسة.	**182**
7. عرض وتحليل نتائج كل الحالات.	**188**
II. تفسير ومناقشة نتائج الدراسة.	**189**
III. الاستنتاج العام.	**193**
الخاتمة	**195**
قائمة المراجع	**198**
قائمة الملاحق	

فهرس الجداول

رقم	العنوان	ص
1	خصائص مجموعة الدراسة	126
2	التعديلات المقترحة من طرف الأساتذة المحكمين لمقياس اضطراب فقدان الشهية العصبي EAT-26	130
3	معامل الثبات "ألفا كرونباخ" لمقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي.	133
4	طريقة حساب المتوسط الحسابي للبعد الواحد مع النسبة المئوية للمقياس	134
5	معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس صورة الجسم	136
6	طريقة حساب المتوسط الحسابي للبعد الواحد مع النسبة المئوية لمقياس صورة الجسم.	137
7	نتائج مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة الأولى	147
8	نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الأولى	148
9	نتائج مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة الثانية	154
10	نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الثانية	155
11	نتائج مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة الثالثة	162
12	نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الثالثة	163
13	نتائج مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة الرابعة	171
14	نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الرابعة	172
15	نتائج مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة الخامسة	177
16	نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الخامسة	178
17	نتائج مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة السادسة	185
18	نتائج مقياس صورة الجسم للحالة السادسة	186
19	تلخيص لنتائج الحالات على كل من مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي ومقياس صورة الجسم	188

فهرس الأشكال

رقم	العنوان	ص
1	تشريح الكلية	97
2	مراحل القصور الكلوي	104
3	عملية الغسيل البيريتوني	108
4	كيفية اجراء الغسيل الكلوي عن طريق آلة التصفية	109
5	آلة الدهاليز أو تصفية الدم	110
6	عملية زرع الكلى	111

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على واحدة من القضايا النفسية العميقة والمركبة التي يواجهها مرضى القصور الكلوي، والمتمثلة في كل من اضطراب فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم.

اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي المعتمد على دراسة الحالة حيث تم تطبيق دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة لجمع بيانات نوعية، بالإضافة إلى تطبيق مقياسين؛ مقياس **EAT-26** (Eating Attitudes test) ل **Garner, Olmsted, Bohr and Garfinkelen'' (1982)** بترجمة: **B. Samuel-Lajeunesse''** ومقياس صورة الجسم ل "**محمد النوبي علي**" **(2010)** بتعديل **"بريالة هناء" (2013)**. شملت العينة ست حالات (من بينها 4 إناث وذكرين) تراوحت أعمارهم ما بين 28 و58 سنة، وجميعهم يخضعون لعلاج غسيل الكلى. وبعد تحليل المعطيات أسفرت النتائج المتحصل عليها من المقابلات العيادية والمقاييس أن جميع الحالات المدروسة تُظهر مستويات مرتفعة ومرتفعة من اضطرابات الأكل وتشوه صورة الجسم، مما يعكس تأثير القصور الكلوي العميق ليس فقط على الجانب الجسدي، بل أيضًا على التوازن النفسي والهوية الجسدية للمرضى. كما سُجلت أعراض مثل فقدان الشهية، الخوف من السمنة، الشعور بالذنب تجاه الأكل حيث تتراوح الدرجات المتحصل عليها من كل الحالات (ما بين 102 إلى 114 درجة) وهي درجات مرتفعة، كذلك الانزعاج من شكل الجسم، وفقدان الرضا عن الذات الجسدية الذي تم تحديده اعتباره كتشوه في صورة جسم المرضى، حيث تحصلوا على درجات مرتفعة تتراوح (ما بين 93 إلى 100 درجة). كما لاحظنا بعض الأعراض عن كيف يُساهم المرض المزمن في توليد حالات من الهذيان كحالة "أ"، الاكتئاب، الانسحاب الاجتماعي، والخوف من الموت مثل حالة "ط"، وهي أعراض تفاقم من صورة الذات السلبية والسلوكيات الغذائية المضطربة. كما خلصت الدراسة إلى ضرورة تبني مقاربة علاجية نفسية متكاملة تأخذ بعين الاعتبار الجوانب النفسية والرمزية لمرض القصور الكلوي، مع إدماج التكفل النفسي ضمن البرامج العلاجية لهذه الفئة. كما تم تقديم توصيات واقتراحات من شأنها أن تفتح آفاقًا بحثية وعلاجية جديدة في هذا المجال.

الكلمات المفتاحية: اضطراب فقدان الشهية العصبي، تشوه صورة الجسم، القصور الكلوي.

Résumé de l'étude :

Cette étude vise à mettre en lumière l'une des problématiques psychologiques profondes et complexes auxquelles sont confrontés les patients atteints d'insuffisance rénale chronique, à savoir l'anorexie mentale et la perturbation de l'image corporelle**.**

La recherche s'est appuyée sur une approche clinique fondée sur l'étude de cas, à travers l'utilisation d'un guide d'entretien clinique semi-directif pour recueillir des données qualitatives, ainsi que l'application de deux échelles : **L'échelle EAT-26** (Eating Attitudes test) **de *Garner, Olmsted, Bohr et Garfinkel* (1982),** traduite par ***B. Samuel-Lajeunesse***, et **l'échelle de l'image corporelle** conçue par ***Mohamed El-Noubi Ali* (2010),** adaptée par ***Briâla Hanaa* (2013).**

L'échantillon était composé de six cas (dont 4 femmes et 2 hommes), âgés entre 28 et 58 ans, tous suivant un traitement de dialyse. L'analyse des données issues des entretiens cliniques et des échelles a révélé que toutes les personnes étudiées présentent des niveaux élevés de troubles du comportement alimentaire et de la perturbation de l'image corporelle. Cela reflète l'impact profond de l'insuffisance rénale, non seulement sur le plan physique, mais aussi sur l'équilibre psychologique et l'identité corporelle des patients.

Des symptômes tels que la perte d'appétit, la peur de grossir, la culpabilité vis-à-vis de la nourriture ont été observés, avec des scores variant de **102 à 114 degrés** sur l'échelle EAT-26. De plus, un inconfort face à l'apparence corporelle et un manque d'acceptation de soi ont été interprétés comme des signes de d'une perturbation de l'image corporelle, avec des scores élevés compris entre **93 et 100 degrés**.

Certains signes spécifiques ont également été notés, tels que des états délirants dans le cas « A », ou encore la dépression, le retrait social et la peur de la mort dans le cas « T », illustrant comment une maladie chronique peut générer une souffrance psychique accentuée.

L'étude conclut à la nécessité de mettre en œuvre une approche thérapeutique psychologique intégrée, tenant compte des dimensions symboliques et subjectives de l'insuffisance rénale, et recommande l'inclusion d'un suivi psychologique dans les protocoles de soins. Enfin, des recommandations ont été formulées afin d'ouvrir de nouvelles perspectives de recherche et d'intervention.

Mots-clés : Anorexie mentale, la perturbation de l'image corporelle, Insuffisance rénale

Study summary:

This study aims to highlight one of the deep and complex psychological issues faced by patients with chronic kidney disease: anorexia nervosa **and** body image distortion**.**

The research was based on a clinical case study approach, using a semi-structured clinical interview guide to collect qualitative data, in addition to the administration of two psychological measures: The **EAT-26 scale by *Garner, Olmsted, Bohr and Garfinkel* (1982)**, translated by ***B. Samuel-Lajeunesse***, and the **Body Image Scale** developed by ***Mohamed El-Noubi Ali* (2010)** and modified by ***Briâla Hanaa* (2013).**

The sample included six participants (4 females and 2 males), aged between 28 and 58, all of whom were undergoing hemodialysis treatment. The analysis of the data from the interviews and the scales revealed that all cases exhibited high and concerning levels of eating disorders and body image distortion. This underscores the deep impact of kidney failure not only on the physical aspect but also on the psychological balance and body identity of patients.

Symptoms such as loss of appetite, fear of gaining weight, and guilt about eating were observed, with scores ranging from **102** to **114** on the EAT-26. In addition, body dissatisfaction and lack of self-acceptance were interpreted as indicators of distorted body image, with high scores between **93** to **100**.

Some specific manifestations were noted, such as delirium in case "A", and depression, social withdrawal, and fear of death in case "T", showing how chronic illness can generate severe psychological distress.

The study concludes that an integrated psychotherapeutic approach is essential, taking into account the symbolic and psychological dimensions of chronic kidney disease. It also recommends including psychological care in treatment protocols. Finally, several recommendations were offered to open new research and clinical avenues.

Keywords: Anorexia nervosa, Body image distortion, Chronic kidney disease.

مقدمـــــة

مقدمة:

عند التطرق إلى موضوع الجسد، لابد من الإشارة إلى جانبين: الجانب الفيزيولوجي، العضوي والجانب النفسي. وباعتبار أن علم النفس لا يفصل بين هاذين الجانبين، ولا ينظر إلى المرض الجسدي أنه مجرد خلل عضوي، بل بات يعتبر كتجربة معقدة تؤثر وتتأثر بالجوانب النفسية للفرد ويفهم في سياقه النفسي والاجتماعي والمعرفي. ومنه فأي خلل أو تغير على مستوى الحالة العضوية للفرد تؤدي إلى تغير الحالة النفسية لديه.

ومما لا شك فيه أن الانسان كغيره من الكائنات الحية الأخرى، يمر بالعديد من التغيرات خلال مسيرته الحياتية، حيث قد يواجه العديد من المواقف والآلام والصعوبات التي قد تتضمن خبرات غير مرغوب فيها وقد تؤدي بدورها لعرقلة حياته، إذ تجعله يتخوف ويصاب باضطرابات نفسية وأمراض مزمنة تلازمه مدى حياته. ومن بين هذه الأمراض التي تطرح تحديات كبيرة على هذا المستوى، يبرز مرض القصور الكلوي الذي أخذ ينتشر بشكل متزايد في الآونة الأخيرة مشكّلا خطرا صحيا حقيقيا في كافة الدول، وذلك بالاستناد إلى النسب العالية لعدد المرضى المصابين به، والذين يواجهون تغيرات جذرية في أجسامهم نتيجة لعوامل متعددة مثل: فقدان الشهية، التغيرات في الوزن، الإرهاق، التورم...الخ، إضافة إلى الاعتماد المستمر على تقنيات العلاج مثل تصفية الدم (الديالیز) أو الغسيل البريتوني. وقد ينعكس ذلك بدوره على كل من الجانب النفسي والسلوكي للفرد حتى يفجر أمراض واضطرابات أخرى، أبرزها اضطرابات الأكل ومن ضمنها نخص بالذكر اضطراب فقدان الشهية العصبي الذي يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والسلوكية، أهمها الامتناع الإرادي عن الأكل أو تقليله بشكل مفرط، الخوف الشديد من زيادة الوزن، والانشغال المفرط بالمظهر الخارجي، حتى في غياب زيادة فعلية في الوزن. ويكتسي هذا الاضطراب طابعًا خاصًا عندما يظهر لدى فئات مرضية، مثل مرضى القصور الكلوي، إذ يتداخل فيه العامل البيولوجي المرتبط بالمرض، مع البُعد النفسي الناتج عن اضطراب صورة الجسم او ما يعرف بتشوه صورة الجسم، ويقصد به ذلك التقييم السلبي الذي يكوّنه الفرد عن نفس اتجاه مظهره الجسدي، حيث تبدأ الذات الجسدية في التنافر مع التصور الذهني الذي يملكه الفرد على نفسه، مما ينعكس سلبا على احترام ذاته، ثقته بنفسه، وحتى تعامله وتفاعله مع العلاقات الاجتماعية...الخ.

ورغم أن معظم الدراسات السابقة ركزت على اضطرابات الأكل وصورة الجسد لدى الأصحاء أو مرضى السمنة والمراهقين، إلا أن البحوث حول هذه الاضطرابات لدى مرضى القصور الكلوي لا تزال محدودة، خصوصًا في السياق العربي. ومن هنا تنبع أهمية هذه الدراسة، التي تهدف إلى البحث عما إذا كان مرضى القصور الكلوي يعانون من اضطراب فقدان الشهية العصبي وتشوه في صورة جسمهم، في

محاولة لفهم طبيعة التفاعل بين المرض الجسدي والمظاهر النفسية المصاحبة له، بما يُمكّن من تطوير تدخلات نفسية ملائمة تسهم في تحسين نوعية حياة هذه الفئة.

وقد تم تقسيم البحث إلى جانبين، نظري وتطبيقي، فالأول يتكون من أربعة فصول والثاني من فصلين، كما يلي: **الجانب النظري:** ويتكون من، **الفصل التمهيدي:** الإطار العام للإشكالية، تطرقنا من خلاله إلى طرح الإشكالية والفرضيات، أسباب اختيار الموضوع، الأهداف والأهمية وتحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة. يليه **الفصل الأول:** تم فيه عرض موضوع اضطراب فقدان الشهية العصبي، بداية بمفهوم اضطرابات الأكل ومدى انتشارها مرورا بالنظريات المفسرة لها والاضطرابات المشتركة معها بالإشارة لمضاعفات الكلى في اضطرابات الأكل ثم ذكر أهم أنواع هذه الأخيرة، بعده تم التطرق لمفهوم اضطراب فقدان الشهية العصبي، انتشاره وأنواعه، تشخيصه وأسبابه مع ذكر أهم العوامل المساهمة في الإصابة به، والاضطرابات النفسية المصاحبة له مع مختلف الأعراض التي تظهر على المصاب به بالإشارة على الفئات الأكثر عرضة للإصابة به والآثار الناجمة عنه كذلك تطرقنا لمرض الكلى المرتبط بمثل هذا الاضطراب، لنتمكن أخيرا من عرض العلاجات الممكنة له ودور الاخصائي النفسي في مواجهته والتغلب عليه. ثم يأتي **الفصل الثاني:** وقد تم فيه عرض موضوع تشوه صورة الجسم، بداية بمفهوم صورة الجسم، أهميتها، مكوناتها ووظائفها المختلفة مع أبعادها المتعددة والعوامل المؤثرة في تشكلها، مرورا بالنظريات المفسرة لها والتعقيب عليها، كذلك تم التطرق للسياقات النفسية المساهمة في بناء صورة الجسم وعملية تكوينها، مع الإشارة لبعض المفاهيم التي تتقارب معها ونوعيتها، لنصل إلى مفهوم تشوه صورة الجسم، تشخيصه، أسبابه، أعراضه والنظريات المفسرة له، والآثار النفسية والاجتماعية المترتبة عنه، لنتمكن أخيرا من عرض طرق وتقنيات علاجه، دون أن ننسى الصورة الجسمية لمرضى القصور الكلوي. ونختمها **بالفصل الثالث:** وقد تم فيه عرض موضوع القصور الكلوي، الذي تم تقسيمه إلى جانبين وهما: الجانب الطبي والجانب النفسي. أما عن الجانب الأول فقد تم التطرق للكلية ووظائفها، مفهوم القصور الكلوي وتشخيصه، أنواعه وأسبابه، مراحله وأعراضه، المضاعفات المترتبة عنه وسبل الوقاية والعلاج الممكنة. الجانب الثاني جاء كما التالي: الآثار النفسية الناجمة عن الإصابة بمرض القصور الكلوي، الإشكالية النفسية للمرضى المصابين به من قلق نفسي واستجابة صدمية، أعراض اكتئابيه، واضطرابات جنسية. ثم يأتي **الجانب التطبيقي** الذي يتكون من فصلين، وهما: **الفصل الرابع:** ويتضمن الإجراءات المنهجية للدراسة ذلك بالتذكير بفرضيات الدراسة، ثم تطرقنا للدراسة الاستطلاعية وأهدافها، تليها الدراسة الأساسية، مكان وزمان إجراء البحث، مجوعة البحث، المنهج والأدوات المعتمد عليها في الدراسة. **الفصل الخامس:** الذي يتمثل في كل من عرض وتحليل ومناقشة النتائج. ويعتبر الفصل الأخير للدراسة وقد تم فيه عرض وتحليل الحالات، ثم تفسير ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات. أخيرا تم تقديم التوصيات والمقترحات، خاتمة والمراجع المستعملة في هذه الدراسة والملاحق.

الفصل التمهيدي

الإطار العام لإشكالية الدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. تحديد فرضيات الدراسة.
3. أسباب اختيار الموضوع.
4. أهمية الدراسة.
5. أهداف الدراسة.
6. تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة.

1. إشكالية الدراسة:

شهدت السنوات الأخيرة اهتماما متزايدا من قِبل العلماء والباحثين ومؤسسات الصحة العمومية في مختلف مجالات البحث الطبي والنفسي والاجتماعي وحتى الأنتروبولوجيا الثقافية المرتبطة بالصحة والمرض، حيث يعود هذا الاهتمام المتنامي الى التحولات العميقة التي يشهدها العالم المعاصر على المستويين العلمي والمجتمعي، والتي أظهرت بوضوح ان الظواهر الصحية لا يمكن فهمها أو معالجتها بمعزل عن أبعادها النفسية والاجتماعية والثقافية. كما يلاحظ أنّ مختلف المؤسسات والوزارات تخصص ميزانيات ضخمة لتحقيق أهداف تنمية وترقية الصحة بشكل عام، حيث أنّه من غير الممكن تحقيق التنمية دون تحسين وتطوير الأوضاع الصحية للأفراد، لأنّ الصحة من الأمور الأكثر أهمية في مجال التنمية المستدامة.

لذلك فتقع اهتمامات علم النفس الصحة في هذا الإطار للحفاظ على مستويات جيدة من الصحة والوقاية من الأمراض العضوية والنفسية على حد سواء. ولعلّ أنّ هذا الاهتمام المتزايد بدراسة موضوع الأمراض العضوية، وعلاجاتها والانعكاسات النفسية والاجتماعية المصاحبة لها، يتّضح دور وأهمية علم النفس الصحة الذي قدّم اسهامات كثيرة، حيث درس العاملون فيه العديد من الأمراض العضوية (كأمراض القلب والشرايين، أمراض المفاصل، السرطان، مرض السكري، أمراض الغدد، وأمراض الجهاز البولي كالعجز الكلوي...الخ) وبحثوا في أسبابها البيولوجية، النفسية والاجتماعية وانعكاساتها السيكولوجية والسلوكية المعرفية. **(بن عياش وكوسة،2023)**.

الأمر الذي حثّ العديد من الباحثين للدراسة المعمقة لجسم الإنسان (إمّا من الجانب البيولوجي العضوي أو من الجانب النفسي) الذي يتكون من عدة أعضاء متميزة، ولكل واحد منها وظيفة معينة، ومن بين هذه الأعضاء، نجد "الكلية" التي تعتبر عضوا رئيسيا إذ أنها تقوم بدور المرشّح لإزالة الفضلات السامة الموجودة في الدم، مُنتِجةً بذلك البول، بحيث أنّها تقوم كذلك بنشاط تصفية الدم ومحاولة الحفاظ على التركيز العادي للتحاليل السارية بالجسم (الدم). **(صحراوي،2003)**.

وبِكون هذا العضو من أهم الأعضاء، فإصابته أو توقفه عن آداء وظائفه يؤدي إلى تدهور تدريجي لحالة الفرد، حيث يصاب بأمراض جِدُّ خطيرة، من بينها، مرض القصور الكلوي الذي يعتبر أحد الأمراض المزمنة المنتشرة بكثرة في الآونة الأخيرة، ويُعرَف بأنّهُ انخفاض قدرة الكلية على ضمان تصفية وطرح الفضلات من الدم، ومراقبة توازن الجسم من الماء والأملاح وتعديل الضغط الدموي، كما يترتَّب عنه تغيرات

ثانوية تسبِّب اختلالات في العديد من وظائف الأعضاء الأخرى من الجسم، كالقلب، الجهاز العصبي، الجهاز المناعي، العظام والجهاز الغدي ... الخ. **(Attia and Al.,2023)**

وقد أظهرت الاحصائيات العالمية لِلقصور الكلوي أرقاما مقلقة في عام 2023، حيث يتجاوز معدل الإصابة بأمراض الكلى عالميا نسبة 9.5% مع تباينات إقليمية، إذ تصل النسبة في إفريقيا إلى 4.2% بينما تبلغ 12.8% في أوروبا الوسطى والشرقية. ويختلف معدل انتشار القصور الكلوي وعلاجه بناءً على مستوى الدخل، حيث تكون معدلات الوصول إلى العلاج أعلى في الدول ذات الدخل المرتفع.

(ISN- Global Kidney HealthAtlas,2023)

ووفقا لبيانات وزارة الصحة السعودية لعام 2025، يُقدَّر أنّ مرض القصور الكلوي يؤثّر على ما يقارب 850 مليون شخص حول العالم، ومن المتوقَّع بحلول عام 2040 أن يصبح هذا المرض السبب الخامس في فقدان سنوات الحياة الصحية. **(وزارة الصحة،2025).**

أمّا بالنسبة لانتشار مرض القصور الكلوي في الجزائر، فتشير الاحصائيات لعام 2022 إلى أنّ حوالي 10% من السكان، أي نحو 03 ملايين شخص يعانون من أحد أشكال أمراض الكلى، بما في ذلك القصور الكلوي، ويُقدَّر عدد المرضى الذين يحتاجون إلى التصفية أو العلاج، بحدود 26 إلى 30 ألف شخص. **(بوطيبة،2022).**

وقد تم وصف مرض القصور الكلوي بأنّه مشكلة صحية عامة كبرى في الجزائر، الأمر الذي دفع الباحثين لإقامة دراسات متعددة للنظر في عوامل الخطر والبقاء على قيد الحياة عند الأفراد المصابين بهذا المرض، ومن بينها نذكر دراسة، تكونت عينتها من 247 مريض، وقد أسفرت النتائج عن وجود اختلاف طفيف بين الرجال والنساء. ووُجِد أنّ 75% من الوفيات كانت بسبب المرض الأولي (اعتلال الكلى السكري) وعند ضبط هذا المتغير في النماذج، سجلت النساء ارتفاعا في خطر الوفاة مقارنة بالرجال. لذا فينبغي النظر في هذه النتائج لمواصلة تحسين استراتيجيات الرعاية والوقاية من أمراض الكلى، كذلك الأخذ بعين الاعتبار كل من الجانب النفسي للمرضى وتوظيفاتهم العقلية. **(Chellai and al.,2021)**

ومنه فلا يمكن اعتبار الانسان كوحدة عضوية فقط، بل يعتبر وحدة عضوية ونفسية، فالجانب النفسي لا يقل أهمية عن جانبه العضوي. كما أنّ هناك علاقة جلية بين النفس والجسم، بحيث أنّ الحالة الصحية للفرد تؤثر على حالته النفسية والعكس صحيح، فعلم النفس الصحة حاليا يهتم بدراسة هذه المظاهر

من التأثيرات تحت ما يسمى بالأمراض السيكوسوماتية أو الأمراض النفس–جسمية، التي تعتبر اضطرابات جسدية تنشأ أو تتفاقم بسبب مجموعة من العوامل النفسية التي قد أشار إليها العديد من الباحثين والتي يمكن أن تكون ذات تأثير عميق في جميع جوانب حياة الفرد، إذ تتضمن كل من، اضطرابات الاكتئاب والقلق، حيث ترى "الدكتورة سامية حجازي إدريس" 2007 أنّ مرضى القصور الكلوي يعانون من أعراض إكتئابية تشمل كذلك اضطرابات النوم واضطرابات الأكل كفقدان الشهية والحزن والأفكار التشاؤمية وقلة النشاطات...الخ. وضعف التركيز وانعدام الثقة بالنفس وفقدان الاهتمام بالذات، مصحوبا بعدم الرضا عن صورة الجسد. **(حجازي،2017)**

بالإضافة لدراسة أخرى تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية الناتجة عن الضغوط النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، أين اتخذ الباحثون (ممدوح محمد بيسوني وآخرون، 2022) عينة قوامها 100 مفردة من الذكور والاناث في مراحل عمرية من 30إلى 40 عاما. وقد تم التوصل فيها إلى أنّ الضغوط النفسية المرتبطة بالمرض يمكن أن تؤدي إلى ظهور اضطرابات سيكوسوماتية، بما في ذلك، إصابة الجهاز العصبي والعضلي، واضطرابات الجلد والجهاز الهضمي مع احتمال الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي. **(بيسوني،2022).**

مع وجود تأثُّر سلبي ملحوظ على مستوى جودة الحياة، وقد تمّ تأكيد ذلك من طرف كل من "بيرلمان وآخرون،2005" في دراستهم التي نصّت على أنّ القصور الكلوي يؤثر على جودة حياة المرضى بشكل كبير، من الناحية البدنية والعقلية على السواء، حيث توصلوا إلى أنّ مستوى جودة حياة مرضى القصور الكلوي منخفض مقارنة بالأشخاص العاديين أو الأسوياء، كما لوحظ اختلاف في جودة الحياة في مدة الإصابة بالمرض (فالمصابون بالقصور الكلوي في مراحله الأخيرة شهد مستوى متدني من جودة الحياة مقارنة بالمرضى المصابين به في المراحل الأولى). **(Perlman et al.,2005)**

بالإضافة لسلوك الأكل المُختلّ أو ما يسمى باضطرابات الأكل التي تُعرَف بأنّها اضطرابات حادة في سلوك الأكل بوجود سلوكيات أو اتجاهات مشوهة نحو الأكل والوزن والبدانة، أو هي سوء استخدام للأكل يحدث بصورة قهرية بغرض تحقيق نوع من التوازن النفسي المرغوب. والعرض الأساسي لاضطرابات الأكل هو ما يسمى باضطراب فقدان الشهية العصبي والذي يعتبر اضطرابا نفسيا، يتّسم بالامتناع أو عدم تناول كميات كبيرة من الأكل وعدم الشبع والخوف من الزيادة في الوزن، مع الشعور بضائقة جسدية ونفسية كبيرة، بسبب صورة الجسم المشوهة، فالأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب لا يعتبرون أنفسهم نحيفين

وبالتالي يواصلون تقييد نظامهم الغذائي، مما يؤدي إلى انخفاض كبير في وزنهم ومضاعفات صحية خطيرة، وبالتالي يواجهون تحديات جسدية ونفسية في نفس الوقت. **(حنور وعبده،2017)**

ويمكن اعتبار كل من مرض القصور الكلوي باضطراب فقدان الشهية العصبي كعملية تأثير وتؤثر، إذ هناك من يرى أن اضطراب فقدان الشهية العصبي يمكن أن يظهر كنتيجة للإصابة الأولية بالفشل الكلوي، فقد توصل "ماتيو وآخرون،2005" إلى ارتباط لم يتم وصفه سابقا، حيث تم العثور على مريضتين مصابتين بالتهاب الكلى في الخزعة الكلوية مع ارتفاع في مستوى الكرياتينين في المصل، وتم تشخيصهما بفقدان الشهية العصبي، وفي الأخير استنتجوا بأنّ المرضى الذين يعانون من أمراض الكلى لديهم عوامل خطر محتملة تؤهبهم للإصابة بفقدان الشهية العصبي، والذي يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار في التشخيص الفارقي للمرضى الذين يعانون من وظائف الكلى غير الطبيعية واضطرابات الأكل.

(Matthew et al.,2005)

كما هناك من يرى أن اضطراب فقدان الشهية العصبي هو الآخر يمكن أن يؤثِّر على الكلى بطرق عديدة، بما في ذلك زيادة معدلات إصابات الكلى الحادة وأمراض الكلى المزمنة وتشوهات الكهارل...الخ. بالإضافة إلى ذلك فإنّ تشخيص وعلاج أمراض الكلى المرتبطة بفقدان الشهية العصبي يُمثّل تحديا، مما يعكس مضاعفات مثل متلازمة إعادة التغذية، فضلا عن قيود مستوى الكرياتينين في المصل لدى المرضى لتقدير وظائف الكلى والتحديات النفسية الاجتماعية الكامنة في علاج هذه الحالات النفسية.

(Antoine et al., 2012)

في نفس السياق تجدر الإشارة لدراسة " إيدير وآخرون،2012" التي أكدت على العلاقة الموجودة بين اضطراب فقدان الشهية العصبي ومرض القصور الكلوي، حيث نصت على أنّ فقدان الشهية العصبي يتفاقم مع درجة الإصابة بالقصور الكلوي، على الرغم من أنّ السموم اليوريميا هي السبب الرئيسي، إلاّ أنّ اضطرابات الأكل مرتبطة بأمراض مزمنة وغالبا ما يُنظَر إلى التوصيات الغذائية على أنّها مُقيّدة للمرضى. وعلى الرغم من امتداد القصور الكلوي إلى غسيل الكلى، إلاّ أنّ الاضطرابات لا تزال قائمة. "وهذا الجانب ليس مدروسا كثيرا في أمراض الكلى، بينما إذا تم اكتشاف هذه الاضطرابات، يمكن الاستفادة من نهج علاجي مُحدَّد".

وقد كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم انتشار اضطرابات الأكل المرتبطة بالقلق والاكتئاب لدى المرضى الذين عولجوا بغسيل الكلى. وتمَثَّل قوام العينة بموافقة 24 مريضا على المشاركة (من 58% من

الرجال ذوي متوسط العمر 59 سنة). وتم التوصل إلى أنّ 24 مريضا سجّل 8.3% أعلى من الحد الأدنى، مما يشير إلى درجة عالية من اضطرابات الأكل، و20.8% منهم يظهرون حالة قلق، مع 16.7% من حالة الاكتئاب. بمعنى أنّه كلّما زادت درجة القلق زاد عدد المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل عند مرضى القصور الكلوي. **(Idier et al.,2012)**

تدعيما للدراسات السابقة، يمكن أن نسلط الضوء على مفهوم آخر ألا وهو "الأنيميا" الذي يمكن أن يصيب الفرد المريض بالقصور الكلوي، أو ما يسمى بفقر الدم الذي يعتبر حالة تتميز بنقص خلايا الدم الحمراء في الجسم، وغالبا ما تكون ناتجة عن الإصابة الأولية للفرد باضطراب فقدان الشهية العصبي، حيث توصَّل "مامو وآخرون،2016" في دراستهم إلى أنه يمكن أن تكون أسباب فقر الدم لدى مرضى اضطراب فقدان الشهية العصبي في واحدة من 05 فئات: تلف في نخاع العظام، فقر الدم بسبب انحلال الدم، فقدان الهيموغلوبين، التهاب المفاصل أو وجود خلل في مستوى الجهاز الهضمي.

كما يمكن أن يكون فقر الدم عند القصور الكلوي المصابين بفقدان الشهية العصبي مضاعفا خطيرا للغاية، بالاعتماد على شدته ومسبباته، ففي أغلب الأحيان يكون ذلك من المضاعفات الحميدة التي تُشفى أو تُحَلّ من تلقاء نفسها وبالرعاية المناسبة وإعادة التغذية، كما أنّ هناك العديد من الحالات التي قد تتطلب علاجات أكثر تحديدا. **(Mamou et al., 2016)**

واستنادا لما سبق ذكره، فقد اتفق علماء النفس على أنه عند التطرق إلى موضوع الجسد، لابد من الإشارة إلى جانبين: الجسد الفيزيولوجي (المادي) أو الجسد العضوي، أي مجموعة الوظائف الحيوية، من لون البشرة وتقاطيع الوجه، الوزن والطول...الخ. إضافة للجانب الهوامي الخيالي، أي التصور النفسي لهذا الجانب المادي، وهو ما يُعرَف بالصورة الجسدية التي تُعتبَر صورة جسدنا الخاص التي نشكلها بداخل أذهاننا أو بمعنى آخر الطريقة التي يظهر لنا بها جسدنا.

وهذه الصورة تتشكَّل بداخل أذهاننا عبر مرحلتين وهما مرحلة المِرآة والمرحلة الرمزية، متدخلة في ذلك عدة عوامل، منها الوراثية والبيولوجية، مثل الطول، حجم البطن والصدر...الخ. عومل اجتماعية، حيث يؤثر الآباء ومُقدّمو الرعاية على طريقة إدراك الأطفال لأجسامهم، دون أن ننسى دور المعلمين في المدرسة والأقران والأصدقاء ووسائل الاعلام. فلكلّ من هذه العوامل دور في تغير وتطور الصورة الجسدية، إلاّ أنّ هناك بعض الوضعيات التي يمكن لها أن تؤثِّر عليها وتهدد سلامتها واستقرارها، وهذا ما أشار إليه "دولتو"

من جهة، فقد يحدث أن يتأثّر هذا الجسد المادي باعتداءات داخلية كمختلف الصدمات أو الخارجية من الأعراض والأمراض حامِلةً معها آثار ملموسة على هذه العضوية الجسدية. **(مزياني، 2015)**

من جهة أخرى يرى "شيلدر" أنّ كلّ تغيُّر عضوي أو إصابة أو نقص أو تعطُّل في التكوين العضوي، وحتى لو كان هذا النقص غير ظاهري كالأمراض الداخلية، قد يُحدِث تغيّرات في الصورة الجسدية. **(بلهوشات، 2007)**

وبناءً على ما سبق، عندما يتعرّض الفرد إلى الضُّعف في جسمه، قد يؤثر ذلك على سلوكه وتوازنه النفسي مؤدية بذلك للتعرض لبعض المشاكل الصحية ومن ضمنها، الأمراض المزمنة التي شاع انتشارها في هذا العصر ومن أهمها مرض القصور الكلوي الذي تم التطرق لها مسبّقا بأنّه يمكن أن يؤدي إلى تغيرات في الجسم والمظهر الخارجي للفرد وذلك نتيجة لعدم قدرة الكلى على القيام بوظيفتها الطبيعية بشكل كامل ويمكن أن يتضّمن ذلك احتباس السوائل والملوثات داخل الجسم، وبالتالي يمكن أن يؤدّي ذلك بدوره إلى تورُّم الأطراف والوجه والعيون وتغيرات في لون البشرة وفقدان الشهية وضعف العضلات والعظام وغيرها من الأعراض. كما أنّ التدخل العلاجي للبقاء على قيد الحياة واستخدام وسائل الافراز الاصطناعية او ما يُعرف بآلة التصفية يستلزم زرع ما يسمى بالناسور الشرياني الوريدي من أجل سحب جميع كمية الدم المراد تصفيتها إلى آلة التصفية، فهذه الأداة التي تكزن عادة غير مألوفة بالنسبة للشخص المصاب بالقصور الكلوي والأعراض الجسمية السابق ذكرها، من المحتمل أن تكون ذات تأثير سلبي على صورة الجسم الخاصة به. إذ تلعب هذه الأخيرة دورا هاما في تمتع الفرد بالصحة النفسية وبالتالي الصحة الجسدية، فصورة الجسم الإيجابية تساعد الأفراد على رؤية أنفسهم جذابين ومتألقين. فالأشخاص الذين يحبون أنفسهم ويفكرون بذواتهم على نحو إيجابي على الأرجح يتمتعون بصحة أكثر من غيرهم، بينما الأشخاص ذوي صورة الجسم السلبية، لديهم تقدير ذات منخفض ويميلون إلى الانطواء والانعزال، الأمر الذي قد يشكل لديهم اضطراب أو تشوه في صورة جسمهم. **(الرشيد،2019)**

ويُقصد باضطراب أو تشوه صورة الجسم بأنّه الانشغال الزائد عن الحد بصورة الجسم والمظهر الخارجي، مع الشعور بوجود بعض العيوب في المظهر الجسمي، إذ تُعتَبر الصورة الذهنية المضطربة التي يُكوّنها الفرد عن جسمه.

فينمو اضطراب صورة الجسم من خلال الاستعدادات الوراثية، حيث يحدث الدافع البيولوجي المتزايد نحو الناحية الجمالية فيما يتعلق بالتناسق في مظهر الجسم. كما تلعب التعليقات أو المضايقات من جانب

الآخرين كذلك دورا فعالا في ظهور هذا الاضطراب، بالإضافة الى ظهور الأمراض التي يصاحبها تغيرات في وزن الجسم، مثل مرض السكري والفشل الكلوي وغيرها من الأمراض المزمنة. **(قرني سيد،2019)**

وعلى الرغم من عدم توفر الكثير من الدراسات أو الأبحاث التي تربط بين كل من مفهوم اضطراب أو تشوه صورة الجسم لدى مرضى القصور الكلوي، لاسيما ارتباطه باضطراب فقدان الشهية العصبي لديهم، إلاّ أنّ هناك دراسات أكّدت من جهة أنّ مرض الفشل الكلوي الذي يعتبر تلفا تدريجيا لا رجعة فيه، حيث يحدث عدم القدرة على نقل نفايات التمثيل الغذائي للجسم أو وظائفه العادية. وبالتالي يتطلّب علاجا لغسيل الكلى، الذي بدوره يُسبّب تغيرات في صورة الجسم.

ومن هذه الدراسات نذكر دراسة "مالفاساري وآخرون، 2023" التي هدفت إلى تحديد صورة جسم مرضى القصور الكلوي الذين يخضعون لغسيل الكلى في مدينة "بيكانبارو" بأندونيسا، وقد شملت عينة البحث على 49 مريضا. وأسفرت نتائج الدراسة أنّ 57.1% من المرضى بمعنى 28 مريضا قد أظهر صورة جسم مضطربة و42.9% منهم أي 21 مريضا أبدو صورة جسم غير مضطربة.

وتتماشى هذه الدراسة مع كل من دراسة التي اجراها سوتامي (2012) حول تحليل العلاقة بين التغيرات في صورة الجسم وآليات التأقلم في مرضى الفشل الكلوي المزمن الذين يخضعون لعلاج غسيل الكلى، ووجدت أن صورة الجسم المضطربة قد عانى منها 11 مستجيبا (73.3%).

كذلك مع نتائج الأبحاث المتعلقة بسبب اضطرابات صورة الجسم التي يعاني منها مرضى غسيل الكلى، حيث شَعَرَ 56.7% من المرضى بعدم الارتياح بسبب التغيرات في شكل الجسم. وبالتالي يمكن استنتاج أن هناك تغييرات في وظيفة بنية الجسم وأن إجراءات غسيل الكلى ستؤدي إلى إصابة مرضى الفشل الكلوي المزمن باضطراب صورة الجسم. **(Malfasari et al,.2023)**

تليها دراسة أخرى أقيمت في وسط مدينة "كرشهير" بتركيا، وقد تناولت وصف تحديد إدراك صورة الجسم ورضا حياة الأفراد الذين يخضعون لعلاج غسيل الكلى، حيث تألفت عينة البحث من 135 مريضا، ووفقا للنتائج المتوصل لها، فقد كان اجمالي متوسط درجات (استبيان متعدد الأبعاد للعلاقات بين الجسم والذات) منخفضا بشكل ملحوظ عند الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة، ونتيجة لذلك، فقد تقرّر أنّ مرضى الغسيل الكلوي لديهم صورة جسم مُشوَّهة ورضا عن الحياة سلبية، بسبب العديد من العوامل؛ والدرجة

الاجمالية لمقياس صورة الجسم والرضا عن الحياة حدَّدت أنّ هناك ارتباطا إيجابيا ومهما للغاية بين تشوه صورة الجسم ومرض القصور الكلوي.**(Biçer & Demir,2020)**

كما يمكننا ذكر دراسة " فرازاوو وآخرون،2016" التي هدفت إلى تحديد تعديلات الجسم التي يعاني منها المرضى الذين يخضعون لغسيل الكلى. مع عينة من 178 مريضا في عيادة بشمال شرق البرازيل، حيث تم جمعها من شهر أكتوبر 2011 إلى غاية شهر فيفري 2012. وقد استنتجوا أن مرضى الكلى الخاضعين للغسيل الكلوي يتعرضون لتغيرات على مستوى جسدهم، فيما يتعلق بمرضهم وعلاجهم. كما يمكن أن يعانوا من تأثير البيانات الاجتماعية والسريرية. وذلك بالاعتماد على كل من الاحصائيات الوصفية والتحليلية، للتحقق من العلاقة بين تغيرات الجسم والبيانات الاجتماعية والسريرية، فقد أظهرت النتائج ارتباطا ذا دلالة إحصائية بين التغيرات في الوزن والجنس والاضطرابات العضلية الهيكلية ووقت الإصابة بالمرض ونوع العلاج. **(Frazào et al.,2016)**

في سياق آخر نجد زرع الكلى الذي يُعدّ أحد العلاجات المُنقذة لحياة المرضى الذين يعانون من أمراض الكلى في المرحلة النهائية. والتي تؤثّر على الصحة النفسية والاجتماعية والجسدية للفرد المريض. فكيفية إدراك المرضى المتلقِّين للزّرع؛ مرضهم يمكن أن يؤثّر على أجسامهم وبالتالي تعافيهم الجسدي والنفسي. وشملت الدراسة 16 مريضة تلقت زرع الكلى. وتم جمع البيانات باستخدام نموذج مقابلة من جزأين باستخدام طريقة "لاندمان" لنسخ المقابلات، وقد هدفت هذه الدراسة النوعية لتقييم احترام الذات وصورة الجسم لدى مرضى زرع الكلى. نتيجة لذلك توصل الباحثين إلى أنّ التغيير في صورة جسم المشاركين واحترامهم لذواتهم بعد زرع الكلى أدّى إلى وجود مشاعر سلبية فيما يتعلّق بالحياة الجنسية والحياة الاجتماعية. **(Akinci & Yildirim , 2024)**

أمّا من جهة أخرى نجد هناك دراسات أكّدت العلاقة القائمة بين كل من مفهوم تشوه صورة الجسم واضطراب فقدان الشهية العصبي، منها دراسة الدخيل (2008) التي أجريت في المملكة العربية السعودية، وكان الهدف منها الكشف عن العلاقة بين تشوه صورة الجسم واضطراب فقدان الشهية العصبي، حيث اشتملت العينة من 113 طالبة جامعية وتم التوصل لوجود علاقة موجبة بين اضطراب صورة الجسم واضطراب فقدان الشهية العصبي بالاعتماد على كل من مقياس تشوه صورة الجسم ومقياس اضطراب فقدان الشهية العصبي والأساليب الإحصائية، مثل معامل الارتباط بيرسون ...الخ. **(محمود محمد السلطان،2018)**

في نفس السياق نجد جدال بعض الباحثين بأنّ صورة الجسم ليس مجرد عرض من أعراض فقدان الشهية العصبي ولكنّه يلعب دورا سببيا في تطور واستمرار وانتكاس فقدان الشهية العصبي، حيث يرى **Gashouwer et al (2019)** في دراسته التي كان الغرض منها يتمحور حول المراجعة المنهجية للأدلّة التجريبية المتعلقة بدور المكوّنات الادراكية العاطفية منها والسلوكية لاضطراب صورة الجسم في فقدان الشهية العصبي وأنّ اضطراب أو تشوه صورة الجسم كسمة من سمات فقدان الشهية العصبي. حيث استوفت 46 دراسة معاييرا أبلغت عن حوالي 4928 مشاركا مع اضطراب فقدان الشهية العصبي.

وهناك بعض الأدلة التي تشير إلى أنّ اضطراب صورة الجسم مرتبط بمسار فقدان الشهية العصبي. ومع ذلك، كانت الدراسات التجريبية غير متوفرة وتباينت عمليات تشييد صورة الجسم ومقاييس نتيجة فقدان الشهية العصبي بشكل كبير عبر الدراسات. لذلك، على أساس البيانات التجريبية المتاحة، ظلّ من غير الواضح ما إذا كان اضطراب صورة الجسم هو بالفعل عامل خطر سببي لفقدان الشهية العصبي.

(Gashouwer et al, 2019)

وفي ظل هذا الانتشار الهائل من الأمراض المزمنة والاضطرابات المختلفة التي تؤثر على الحالة النفسية والبيولوجية للفرد. ونظرا للآثار السلبية الناتجة عن مرض القصور الكلوي، سواء على الناحية الجسدية أو النفسية، مع الأخذ بعين الاعتبار كل نتائج الدراسات السابق ذكرها، ارتأينا دراسة موضوع (اضطراب فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم عند مرضى القصور الكلوي). وبهذا حاولنا طرح التساؤلات التالية:

- هل يعاني مرضى القصور الكلوي من درجة مرتفعة من اضطراب فقدان الشهية العصبي؟
- هل يعاني مرضى القصور الكلوي من درجة مرتفعة من تشوه في صورة الجسم؟

2. تحديد فرضيات الدراسة:

نقترح الفرضيات التالية للإجابة على التساؤلات:

- يعاني مرضى القصور الكلوي من درجة مرتفعة من اضطراب فقدان الشهية العصبي.
- يعاني مرضى القصور الكلوي من درجة مرتفعة من تشوه في صورة الجسم.

3. أسباب اختيار الموضوع:

ان اختيار أي موضوع أو بحث علمي لا يأتي بطريقة عشوائية، بل يعود لعدة عوامل متعلقة بميول ورغبات الطالب كونه القائم بالبحث، أو نتيجة لأهمية هذا الموضوع الذي تعود دراسته بالفائدة على المجتمع واختياري لهذا الموضوع كان نتيجة للعوامل التالية:

- غياب أو قلة البحوث والدراسات السابقة التي اهتمت باضطرابات الأكل بالخصوص اضطراب فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم عند مرضى القصور الكلوي، خاصة في البيئة الجزائرية والعربية.
- أهمية الصحة النفسية في الأمراض المزمنة، فمرضى القصور الكلوي يعانون من ضغوط جسدية ونفسية كبيرة، وتُعد الاضطرابات النفسية، خاصة المتعلقة بصورة الجسد وفقدان الشهية، من المشكلات الشائعة لديهم، لكنها غالبًا ما تُهمل لصالح الجوانب الطبية.
- يسلط هذا الموضوع الضوء على معاناة نفسية صامتة يعيشها مرضى القصور الكلوي، في ظل غياب ثقافة العناية بالصحة النفسية واتباع نظام غذائي صحي وسليم لدى المصابين بالأمراض العضوية المزمنة في المجتمع الجزائري (خاصة مرض القصور الكلوي).

4. أهمية الدراسة:

تنبع أهمية هذه الدراسة من التداخل المعقّد بين العوامل النفسية والجسدية لدى مرضى القصور الكلوي، وهي فئة تتطلب رعاية خاصة ليس فقط من الناحية الطبية، بل أيضاً من حيث الدعم النفسي والاجتماعي. فمرض القصور الكلوي لا يقتصر تأثيره على الوظائف العضوية الحيوية فحسب، بل ينعكس بشكل عميق على الحالة النفسية للفرد وصورته الذاتية، نتيجة التغيرات الجسدية الظاهرة، مثل فقدان الوزن، تورم الأطراف، شحوب الوجه، وتغيرات الجلد، ناهيك عن القيود التي يفرضها المرض على الحياة اليومية والتغذية ونوعية الحياة. ومن بين الاضطرابات النفسية التي قد تنجم عن هذه التغيرات يبرز اضطراب فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم، واللذان يمكن أن يفاقما ويزيدا من معاناة المرضى، ويؤثرا سلباً على التزامهم بالعلاج وتكيفهم مع المرض.

وعليه، فإن دراسة كل من مفهوم اضطراب فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم لدى مرضى القصور الكلوي تكتسي أهمية مزدوجة؛ فهي من جهة تسهم في سدّ فجوة بحثية في ميدان علم نفس الصحة،

خاصة في السياق العربي، حيث لا تزال مثل هذه المواضيع قليلة الطرح. ومن جهة أخرى، فإن النتائج المتوقعة للدراسة قد تسهم في تطوير تدخلات نفسية علاجية وتوعوية موجهة خصيصاً لهذه الفئة، بما يساعد على تحسين جودة حياتهم ودعم توازنهم النفسي والاجتماعي. كما أن هذه الدراسة قد تمثل مرجعاً أولياً للباحثين والممارسين في مجالات علم النفس العيادي، وعلم النفس الصحة، في فهم التفاعلات النفس–جسمية لدى مرضى القصور الكلوي.

5. أهداف الدراسة:

- معرفة ما إذا كان مرضى القصور الكلوي يعانون من مستوى مرتفع من اضطراب فقدان الشهية العصبي.
- معرفة ما إذا كان مرضى القصور الكلوي يعانون من مستوى مرتفع من تشوه صورة الجسم.

6. تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة:

1.6. التعريف الاجرائي لاضطراب فقدان الشهية العصبي:

يُقصد به وجود أنماط تفكير وسلوكيات غذائية مضطربة تتسم بالخوف المفرط من اكتساب الوزن، والامتناع عن تناول الطعام أو تقليله بشكل ملحوظ، بالإضافة إلى اضطرابات في إدراك صورة الجسم. وهي الدرجة التي تتحصل عليها عينة الدراسة في مقياس اضطرابات الأكل (اضطراب فقدان الشهية العصبي) EAT–26 ل **(1982)** ''**Garner, Olmsted, Bohr and Garfinkelen**'' بترجمة: ''**B. Samuel–Lajeunesse**''.

2.6. التعريف الاجرائي لتشوه صورة الجسم:

يُقصد به ذلك الخلل في إدراك الفرد لشكل أو حجم جسده وعدم الرضا عن مظهره الخارجي، وانشغاله المفرط بعيوب جسدية متخيلة أو مبالغ فيها، إضافة إلى المشاعر السلبية المرتبطة بالجسد مثل القلق، الخجل، أو النفور. وهي الدرجة الكلية التي يتحصل عليها عينة الدراسة في مقياس "صورة الجسم" ل "**محمد النوبي علي**" **(2010)** بتعديل **"بريالة هناء" (2013).**

3.6. التعريف الاجرائي لمرضى القصور الكلوي:

هي الحالات التي تعاني من مرض القصور الكلوي والخاضعين للغسيل الكلوي المتواجدين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ب "الأربعاء ناث إيراثن".

الجانب النظري

الفصل الأول

اضطراب فقدان الشهية العصبي

تمهيد

1. مفهوم اضطرابات الأكل.
2. انتشار اضطرابات الأكل.
3. النظريات المفسرة لاضطرابات الأكل.
4. الاضطرابات المشتركة مع اضطرابات الأكل.
5. مضاعفات الكلى في اضطرابات الأكل.
6. أنواع اضطرابات الأكل.
7. مفهوم اضطراب فقدان الشهية العصبي.
8. انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي.
9. أنواع اضطراب فقدان الشهية العصبي.
10. المحكات التشخيصية لاضطراب فقدان الشهية العصبي.
11. الأسباب والعوامل المساهمة في الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.
12. الاضطرابات النفسية المصاحبة لاضطراب فقدان الشهية العصبي.
13. أعراض الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.
14. الفئات الأكثر عرضة للإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.
15. الآثار الناجمة عن الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي.
16. مرض الكلى المرتبط باضطراب فقدان الشهية العصبي.
17. علاج اضطراب فقدان الشهية العصبي.
18. دور الأخصائي النفسي في مواجهة اضطراب فقدان الشهية العصبي.

خلاصة الفصل

تمهيد

تُعدّ اضطرابات الأكل من بين الاضطرابات النفسية الأكثر تعقيدًا وتداخلًا بين العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية. وقد شهدت هذه الاضطرابات في العقود الأخيرة اهتمامًا متزايدًا من قبل الباحثين والمختصين في مجالات متعددة، نظرًا لانتشارها المتصاعد، وتأثيرها العميق في جودة الحياة والصحة الجسدية والنفسية للمصابين بها. حيث تتجلى اضطرابات الأكل في أنماط سلوكية غير سوية تتعلق بتناول الطعام، يصاحبها غالبًا انشغال مفرط بصورة الجسم والوزن، وقد تأخذ هذه الاضطرابات أشكالًا متعددة، منها فقدان الشهية العصبي والنهام العصبي، واضطراب الأكل الشره، وغيرها من الأنماط التي تختلف في مظاهرها وأسبابها ونتائجها.

وفي هذا الفصل، سيتم التطرق إلى مختلف الجوانب المرتبطة باضطرابات الأكل، بدءًا من تعريفها وأنواعها، مرورًا بأهم النظريات النفسية والاجتماعية والبيولوجية التي سعت إلى تفسير نشأتها وتطورها، ووصولًا إلى الأسباب والعوامل المؤدية إليها، سواء الفردية أو العائلية أو الثقافية. كما سيتم تناول الأعراض الرئيسية لهذه الاضطرابات ومظاهرها السلوكية والانفعالية، بالإضافة إلى أساليب التشخيص المعتمدة والعلاجات المتوفرة والفعالة، وذلك بهدف الإحاطة الشاملة بالموضوع وتوفير قاعدة نظرية لفهمه كتمهيد لمعالجة الجوانب التطبيقية والبحثية في الفصول القادمة.

1. مفهوم اضطرابات الأكل:

تعرف اضطرابات الأكل بأنها: اختلال تناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات، ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده وبكميات تزيد عما يطلبه النمو الطبيعي للفرد.

كما توصف اضطرابات الأكل بوجود اختلالات حادة في سلوك الأكل مع بذل جهود غير تكيفية وغير صحية للتحكم في وزن الجسم، مع وجود اتجاهات غير سوية نحو وزن وشكل الجسم. **(إبراهيم الجمل، د.ت)**

كما تُعرف اضطرابات الأكل بأنها اضطرابات نفسية تؤثر سلباً على الصحة النفسية والاجتماعية والجسدية. كما أن هذه الاضطرابات تُظهر صورة تشخيصية معقدة؛ فهي اختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الانتظام عما في تناول الوجبات أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يتطلّبه النمو الطبيعي للفرد والذي قد يصحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم.

واضطرابات الأكل بالأساس "اضطرابات معرفية"، حيث يشترك فقدان الشهية العصبي والشره العصبي واضطرابات الأكل غير المحددة في "أساس الاضطراب النفسي" مميز ذو طبيعة معرفية. وهذا الاضطراب النفسي هو التقييم المبالغ فيه للشكل والوزن والتحكم فيهما. وفي الوقت الذي يُقيم فيه غالبية الأفراد أنفسهم بناءً على أدائهم المدرك في مجالات الحياة المختلفة (على سبيل المثال، جودة علاقاتهم، أداء العمل، البراعة الرياضية...) فإن الأفراد المصابين باضطرابات الأكل يحكمون على قيمتهم الذاتية بدرجة كبيرة، أو حتى بشكل حصري، من حيث شكلهم ووزنهم وقدرتهم على التحكم فيهما. وهذا الاضطراب النفسي خاص باضطرابات الأكل (وبشكل معدل، باضطراب تشوه صورة الجسم) وهو نفسه بالنسبة للإناث والذكور والبالغين والمراهقين. ولكنه غير شائع في المجتمع العام. ويحتاج التقييم المبالغ فيه للشكل والوزن للتمييز عن عدم الرضا عن شكل الجسم، والذي يشير إلى كراهية مظهر الفرد. وعدم الرضا عن شكل الجسم منتشر بشكل كبير في المجتمع العام. **(عزت، 2015)**

وتشمل اضطرابات الأكل في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس "اضطرابات الأكل والتغذية"، وتُعرَف بأنها اضطراب مستمر في الأكل أو مرتبط بسلوكيات الاكل ويؤدي إلى تغير في استهلاك أو امتصاص الطعام، مع التدهور الملحوظ في الصحة البدنية أو النفسية.

ويشمل: اضطراب بيكا أو اضطراب أكل التراب أو أكل مواد غير غذائية لفترات ممتدة، واضطراب الاجترار وهو الارتجاع المتكرر للمواد الغذائية، واضطراب التجنب/ التقيد في تناول الطعام، واضطراب فقدان الشهية العصبي، والشره أو النهم العصبي، واضطراب الشراهة في الأكل.**(Dufour,2014)**

2. انتشار اضطرابات الأكل:

يتميز اضطراب الأكل بخاصيتين متناقضتين الأولى التضور جوعا والثانية القدرة على ضبط النفس حتى الوصول إلى حالة فقدان الشهية من ناحية، والشراهة والإقبال على الأكل بلا حدود من ناحية أخرى. ولأن اضطرابات الأكل من الاضطرابات العديدة التي انتشرت في أغلب المجتمعات في الآونة الأخيرة بل ازداد انتشارها بشكل ملحوظ مما أدى إلى ظهور أمراض شتى تتخذ صورا وأشكال نفسية أو جسمية أو نفس–جسمية لتحظى باهتمام العلماء والباحثون في مجالات التخصص في علم النفس الاكلينيكي وما يتداخل معه من مجالات نفسية عصبية اضافة إلى اهتمام علماء في مجالات التغذية والغدد.

لترتكز هذه الاضطرابات في مرحلة المراهقة خاصة وأكثر مما في مراحل اخرى ولأسباب أخرى حيث يمر المراهق في طور نمو يحتم عليه مواجهة تقلبات نفسية عميقة يحتاج معها الارشاد والدعم.

لذا نجد دراسة شقير في جامعة طنطا لتشير إلى أن نسبة انتشار الشره العصبي لدى الاناث قد بلغت (10%) ولدى الذكور(7.06%) . وأكدت دراسة الشريفي والياس (1999) وعينتها (201) مراهقة في عمر (17–21) حيث اظهرت ان (12.4%) من العينة يعانين من اضطراب الأكل.

- **اضطرابات الأكل التي تشخص في مرحلة المراهقة والرشد:**

ويندرج تحت هذه الفئة اضطراب اختلال تناول الأكل الذي يظهر بوضوح على حدين قطبيين وعلى متصل واحد وهما: فرط الشهية العصبي وفقدان الشهية العصبي وهما كلمتان متناقضتان لكنهما وجهان لعملة واحدة حيث أنهما يعبران عن حالة نفسية واحدة هي تعبير عن تعويض للنقص العاطفي الذي غالباً ما ينتج عن اضطرابات عميقة للعلاقة مع الأم أو من ينوب عنها، يشعر الطفل حينها بفراغ عاطفي عميق يجعله أما أن يفرط في الأكل لتعبئة نفسه واما يضرب عن الأكل ليعاقب والدته ويعاقب نفسه لوجوده حيا، لذا يكون العلاج النفسي وذلك بتحسين العلاقة مع الأم أو من ينوب عنها ثم علاجاً غذائياً. **(الجبوري،2016)**

- **انتشار اضطرابات الأكل في العالم العربي:**

الدراسات التي تناولت اضطرابات الأكل في العالم العربي قليلة جداً، في دراسة لاستكشاف تأثير التعرض للثقافة الغربية في انتشار اضطرابات الأكل ، شملت العينة على مجموعتين من الطالبات العربيات اللاتي التحقن بجامعات لندن وطالبات يتابعن الدراسة في جامعة القاهرة، تم تسجيل استجابة إيجابية في اختبار اتجاهات الأكل (EAT-40) في 22% من الطلاب في مجموعة لندن و 12% في مجموعة القاهرة، حققت من حالات من عينة لندن معايير تشخيصية للشره المرضي العصبي، ولكن لم يتم تحديد أي حالات الفقدان الشهية أو الشره المرضي في عينة القاهرة.

كشفت دراسة أجريت في الامارات بين الفتيات المرافقات المقابلات مع 50 فتاة من العينة المشاركة أظهر إصابة 2% من العينة باضطراب فقدان الشهية، كما كشفت دراسة لاحقة أجراها توماس وخان وعبد الرحمن (2010) انتشار أعراض اضطرابات الأكل بما نسبته 24% من الطالبات الجامعيات في الإمارات حيث سجلن أكثر من 20 على مقياس اتجاهات الأكل (EAT-26).

في دراسة هدفت كذلك للتحقق من الإصابة باضطرابات الأكل وارتباطها بين المراهقات في عمان، الأردن، تبين أن ثلث المشاركين يعانون من اضطرابات الأكل، بما في ذلك اللهم العصبي (0.6%)، واضطراب الشراهة للطعام (1.8%) واضطراب الأكل غير المحدد (31%)، ومع ذلك لم يتم العثور على حالات فقدان الشهية كانت اضطرابات الأكل سائدة بين العينة، كان المشاركون أكثر انشغالاً بوزن الجسم بسبب الأعراف الاجتماعية والثقافية التي تعززها الوسائل الإعلامية.

وفي دراسة هدفت إلى الكشف عن انتشار اضطرابات الأكل بين المراهقين الذكور والاثاث في سبيع دول عربية الجزائر والأردن والكويت وليبيا وفلسطين وسوريا والإمارات العربية المتحدة كشف النتائج التالي:

- أن خطر الإصابة باضطرابات الأكل لدى الاناث يتضاعف مزتين مقابل الذكور في الأردن وليبيا وفلسطين وسوريا.
- أظهر المراهقون الكويتيون (الذكور والاناث) ارتفاع معدل انتشار الاضطراب مقارنة بنظرائهم في البلدان الأخرى.

- كان خطر الإصابة بالاضطراب بين المراهقين ممن يعانون من السمنة المفرطة مرتين إلى ثلاث مرات أعلى من المراهقين الذين لا يعانون من السمنة المفرطة بين كلا الجنسين باستثناء الاناث الكويتيات والذكور الفلسطينيين.

(فضل الله،2022، ص141-142)

3. النظريات المفسرة لاضطرابات الأكل:

فيما يلي أبرز النظريات التي تناولت موضوع اضطرابات الأكل بالبحث والتفسير:

- **النظرية المعرفية السلوكية:**

تركز النظريات السلوكية المعرفية لاضطرابات الأكل على فهم الأفكار والمشاعر والسلوك التي تساهم في تشوه صورة الجسم، والخوف من السمنة، وفقدان التحكم في الأكل. فالأفراد ذوي اضطرابات الأكل يعانون من وصمة سوء تكيف لأنهم عادة ما يكون كل انتباههم موجه للأفكار والصور المرتبطة بالوزن، وشكل الجسم، والطعام.

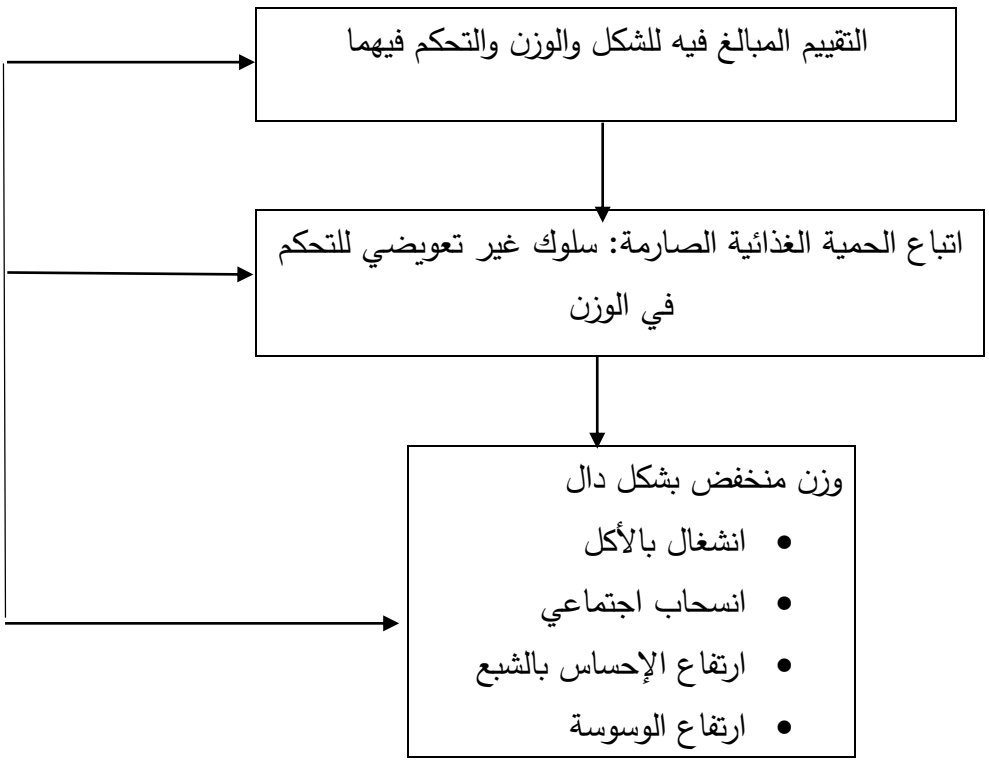
ويعتقد أنصار المدرسة المعرفية السلوكية أنّ مرضى الشره العصبي يقلقون جداً من زيادة وزنهم وشكل جسمهم، بالإضافة إلى أنهم يحكمون على أنفسهم من خلال الوزن والشكل، كما ينخفض لديهم تقدير الذات. ونظرا لأنه يمكن التحكم في وزن الجسم وشكله، فإن المرضى يستخدمانهما في تحسين صورتهم. فهم يتبعون نظاًما قاسيا ذو قواعد صارمة لتحديد كمية الطعام، ونوعه، ووقته. وهذه القواعد لا تلبث أن تخرق وتنتكس الحالة إلى الشراهة، وبعد الشراهة يتولد شعورا بالاشمئزاز، ويتولد الخوف من السمنة مؤديا إلى فعل تعويضي كالقيء. وبالرغم من أن التخلص من الأكل يقلل من القلق الناتج عن أكل كمية كبيرة من الطعام، فإن هذه الشراهة تقلل من تقدير الفرد لنفسه، مما يعزز المزيد من الشراهة ثم التخلص من الطعام، وهي حلقة مفرغة يتم بها الحفاظ على الوزن إلا أن لها مضاعفات صحية خطير.

كما تؤكد النظريات المعرفية السلوكية لاضطراب فقدان الشهية العصبي على أن الخوف من السمنة، والفكرة المشوهة عن الجسم تُعد من الأسباب المشجعة على تعزيز الحدّ من الطعام وتقليل الوزن. فقد أقرّ الكثير من ذوي اضطراب فقدان الشهية العصبي، أن بداية الأعراض كانت تالية لفترة فقدان الوزن واتباع

نظام غذائي. فسلوكيات الحفاظ على النحافة تعزز سلبيا من خلال الحد من قلق أن تصبح بدينا. علاوة على ذلك، فاتباع نظام غذائي وفقدان الوزن يمكن أن يعزز إيجابيا بالإحساس بالسيطرة أو التحكم الذاتي.

يمكن توسيع النظرية المعرفية السلوكية للشره العصبي على جميع اضطرابات الأكل.

ولهذا ما يبرره حيث أن فقدان الشهية العصبي واضطرابات الأكل غير المحددة بها الكثير من الأمور المشتركة مع الشره العصبي، فإنها تشترك في أساس الاضطراب النفسي المميز ويتم التعبير عن هذا الاضطراب النفسي من خلال اتجاهات وسلوكيات متشابهة وبالتالي، فإن مرضى فقدان الشهية العصبي يحاولون تقييد استهلاكهم للطعام بنفس الطريقة الصارمة والمتطرفة التي يفعله بها مرضى الشره العصبي، وقد يتقيؤون أيضاً، ويسيئون استخدام الملينات ومدرات البول، ويمارسون الرياضة بشكل مفرط ولا تميز نوبات الشراهة في الأكل بين هذين الاضطرابين، حيث توجد مجموعة فرعية من مرضى فقدان الشهية العصبي الذين يأكلون بشراهة مع أو بدون إفراغ المعدة التعويضي). والفارق الكبير بين فقدان الشهية العصبي والشره العصبي هو التوازن النسبي بين قلة الأكل وكثرة الأكل، وتأثيره على وزن الجسم. ويوضح الشكل (1) النظرية المعرفية السلوكية للحفاظ على الشكل الكلاسيكي "التقييدي" من فقدان الشهية العصبي. **(عزت،2015، ص18).**



شكل 1: النظرية المعرفية السلوكية لاضطراب فقدان الشهية العصبي.

- **النظرية التحليلية:**

يشير أنصار النظرية التحليلية الكلاسيكية الى ان مرجع فقدان الشهّية العصبي يتمّثل في القلق والص ارع الجنسي، ويعتقدون ان انكار الطعام هو في حد ذاته انكار للجنس، فالاضطرابات في تناول الطعام ليس سلوكاً عادياً، بل انه مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالارتفاع او الانخفاض في التوتّر الناجم عن الص ارع الجنسي. كذلك يرتبط هذا الاضطراب بالعلاقة الاغوائية الاعتمادية مع الاب، مع شعور بالذنب نتيجة الشعر بالعدوانية تجاه الام، ومع وجود تناقض وجداني في العلاقة مع الام. ويعّبر فقدان الشهّية العصبي عن نوع من عقاب الذات الذي يلقيه المريض على نفسه نتيجة لمشاعر الذنب المتوّلدة لديه من إحساسه بالعدوانية. اما في حالة النهم المرضي نجد المريض يخاف من الجوع الذي يعني الفقد الرمزي للحب، يصبح الطعام بمثابة اشباعاً للميول العدوانية لدى الفرد.

كما تفسر النظريات التحليلية النهم العصبي بانه يرجع الى الخوف من الجوع الذي يعني الفقد الرمزي للحب، ويصبح الطعام بمثابة اشباعاً للميول العدوانية لدى الفرد فضلاً عن ان اكل الحفلات ينتج عن اثارة الخوف اللاشعوري من الهجر، كما يرجع النهم العصبي الى التعّرض للإحباطات الاجتماعية التي تجعل الفرد يسعى للإشباع بالإفراط في تناول الطعام، بهذه الوسيلة يعّبر عن عدوانه واحياناً تكون صورة الجسم لها دلالتها الانفعالية حيث انها تمّثل رغبة الشخص في ان يكون قوياً مما يعطي له اشباعاً. وفقدان الوزن يمّثل صعوبة لا بسبب عدم القدرة على مواجهة عدم الارتياح الجسمي الناشئ عن الجوع، ولكن ايضاً بسبب الإحساس بفقدان الحب والانتقام الذي يمّثله تناول الطعام وأخيرا الخوف من فقدان القوة التي يمّثلها زيادة الجسم في الوزن. **(فرحات وآخرون،2022).**

- **نظرية الضغوط المواجهة لاضطرابات الأكل:**

اقترح سمولاك وليفين (1994– 1995) نظرية الضغوط المواجهة لاضطرابات الأكل والتي تتسق مع إطار الدراسة الحالية وتقترح أن اضطرابات الأكل تمثل عدم القدرة على إدارة عوامل الضغط النفسي بفعالية على مدار الحياة. كما يفسر هذا النموذج إظهار النساء لاتباع حمية غذائية بشكل غير مرضي واضطرابات الأكل الإكلينيكية الفرعية، واضطرابات الأكل كاملة التشخيص. وتعتبر فترات النمو الانتقالية تزيد من أهمية وزن وشكل الجسم، والمتطلبات الاجتماعية، والضغط لتحقيقها، وتشمل الحيض، وأول علاقة جنسية، والتوافق الدراسي / المهني، بالترتيب. وبناء الشخصية والبناء المعرفي الموجود إلى جانب أنظمة

المساندة المتاحة يعتقد أنها تمكن النساء من المواجهة الفعالة خلال هذه الفترات الانتقالية والتي قد تدرك على أنها مثقلة أو مهددة. **(عزت،2015)**

- **النظرية البيولوجية:**

تشير بعض نتائج الدراسات إلى أن أقارب المصابين بالشره العصبي من الدرجة الأولى من أفراد العائلة أكثر عرضة للإصابة أيضا بالشره العصبي أن مرضى فقدان الشهية العصبي كمثال ينتشر بمقدار (ثماني مرات بين الأقارب) المقربين للمرضى مقارنة إلى الجمهور العام. أن نسبة انتشاره بين الأخوة وبين التوائم أيضاً يصل إلى (6–10%) من الذين كانوا يعانون من هذه الحالة وتقابل هذه النسبة نسبة (1–2%) الموجودة في الآخرين الذي لا يرتبطون بعلاقات نسب في نفس العمر. ومن أسبابه العضوية:

- وجود اضطراب في كيميائية الجسم أي وجود خلل في النظام الهرموني قد يكون وراثيا أو ناجما عن بعض الأمراض مثل تضخم الغدة الدرقية مما يؤثر على عمليات الأيض الغذائي.
- تطور خلايا الدماغ ولاسيما الهايبوثلاموس وهو الجزء المسؤول عن الاحساس بالجوع أو الشيع فقد حصول تصور في هذا الجزء لا يشعر الفرد بحالة الشيع مما يؤدي إلى زيادة كميات الطعام المتناولة ويلاحظ ذلك من خلال زيادة الوزن لدى الأفراد الذين لديهم اصابات أو أورام في الدماغ.
- بعض الادوية مثل مضادات الاكتئاب وبعض مضادات الهيستامين وغيرها التي قد تزيد الشهية لتناول الطعام وتؤدي بالتالي الى فرط الطعام.

وقد أثبت الأبحاث وجود اضطرابات أولية لوظيفة ما تحت المهاد، إضافة إلى وجود شذوذ أولي في منطقتي ما تحت المهاد والنخامية، وكذلك في الغدد وعمليات الأيض، ونواحي شذوذ كيميائي عصبية عديدة لحالات اضطراب فقدان الشهية العصبي.

وبعض الدراسات دعمت الافتراض القاضي بأن المصابين بالشره العصبي لديهم نقص في نشاط السير وتونين في حين لم تجد دراسات أخرى فروقا ذات دلالة في مستوي السير وتونين بين الأفراد الذين يعانون من الشره العصبي وعينة ضابطة من الأسوياء. وتعزى أسباب اضطرابات الأكل إلى الأنيميا، وداء السكري والتشنج الحملي واحتشاء أو انسداد المشيمة والمشاكل القلبية الولادية ومخاطر الولادة وقد اشارت دراسة المجلة الطبية البريطانية 1982 إلى أن الإصابات ما بين (6–10%) من بين الفتيات الشقيقات المتشابهات في العوامل الوراثية تزداد بين التوائم المتماثلة، وأن الاضطراب الهرموني يكون سببا في اضطراب

وظائف الهيبوثلاموس ليوصل بالنهاية الانقطاع الذي يسبق نقص الوزن في حوالي (20%) من الحالات المصابة ويجب ملاحظة أن الهدف ليس خفض الوزن ولكنه القضاء على سلوك الشره المفرط أو الفقدان، مع مواصلة تعزيز وتدعيم سلوك الأكل المناسب بشكل متكرر، ويعد العلاج السلوكي المعرفي العلاج المثالي لاضطرابات الاكل بنوعيه، ويفضل بعض الأطباء استعمال العلاج النفسي إلى جانب العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب. **(الجبوري،2016)**

4. الاضطرابات المشتركة مع اضطرابات الأكل:

يتطلب تقييم الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل إجراء تقييم شامل ليس فقط للأعراض المرتبطة بالأكل ولكن أيضا للأعراض النفسية المشتركة التي قد تؤثر على التشخيص وكذلك على العلاج.

أظهرت بعض الأبحاث معدلات مرتفعة للغاية من الاعتلالات المشتركة للأمراض النفسية لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل، حيث أفادت إحدى الدراسات أن 97% من المرضى الذين لديهم تشخيص أولي لاضطرابات الأكل أن لديهم اضطراب نفسي إضافي واحد على الأقل، ومع ذلك أن مجرد تقييم وجود مرض مشترك هو غير كاف لتحسين الرعاية السريرية، من المهم أيضاً فهم الجدول الزمني وتسلسل بداية الحالات المصاحبة، والنظر في التأثير المحتمل للتشخيصات النفسية التي تحدث في تشخيص الحالة الأولية وعلاجها.

وبعبارة أخرى، فإن تقييم الاضطراب المشترك هو مكون أساسي في التقييم الشامل لأي فرد يعاني من اضطرابات الأكل، كما أن تشخيص الاضطرابات المتزامنة في سياق اضطرابات الأكل يمثل العديد من التحديات. **(Valderas et al.,2009)**

ومن هذه الاضطرابات نجد:

- **اضطرابات الأكل واضطرابات المزاج:**

اظهرت دراسة أن ما يقرب 40% من الأفراد المصابين باضطراب فقدان الشهية، ويعانون من اضطراب المزاج وكذلك يعاني 70% من المصابين باضطراب النهم العصبي و45% من المصابين باضطراب الشراهة للطعام من اضطراب في المزاج.

كما أظهرت بعض الدراسات أن الزيادة في اعراض اضطرابات الاكتئاب ترافقت مع زيادة في اعراض اضطراب النهم العصبي. والعكس، بمعنى آخر إن تطور أعراض الأكل لا يظهر أسبقية زمنية واضحة على تطور أعراض الحالة المزاجية والعكس صحيح.

وأن الرجال الذين يعانون من اضطراب النهم العصبي غالبا ما يتم تشخيصهم من خلال اضطراب المزاج أو اضطراب استخدام المواد.

قامت إحدى الدراسات بفحص العلاقة بين النهم العصبي والاكتئاب بين الفتيات ووجدت هذه الدراسة أن أعراض النهم العصبي كشفت عن وجود أعراض الاكتئاب. وبالرغم من ذلك فالعكس أيضا صحيح، حيث إن الأعراض الاكتئابية كشفت عن وجود أعراض النهم العصبي، وبذلك فإن كلا منهما يزيد من خطوة الاصابة بالآخر.**(Stice et al., 2006)**

- **اضطرابات الأكل والانتحار:**

تعد محاولات الانتحار شائعة بشكل مثير للقلق لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب فقد الشهية والنهم العصبي، هذا يدفع الأطباء لإجراء تقييم دقيق لأعراض الانتحار التي يعاني منها الافراد المصابون باضطرابات الأكل.

في دراسة استطلاعية لعينة كبيرة من النساء المصابات باضطرابات الأكل، قام ما مجموعه 15% من العينة بمحاولة انتحارية بنية جادة للموت خلال دورة مدتها 8.6 سنوات من الدراسة. وأشارت الدراسة نفسها، أنه ليس من المستغرب في أن المشكلات النفسية التي تحدث، مثل الاكتئاب وتعاطي المخدرات، تزيد من خطر الانتحار، وكذلك سمات الشخصية تلعب دوراً مهم، وتشير بعض النتائج أن الأفراد المصابون باضطراب الأكل والشخصية الحدية إلى احتمالية أكبر السلوكيات إيذاء النفس ومحاولات الانتحار مقارنة بالأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل المترافق مع اضطرابات شخصية أخرى أو بدون اضطرابات الشخصية.**(Franko & Keel,2006)**

- **اضطرابات الأكل واضطراب قلق ما بعد الصدمة:**

هناك روابط راسخة بين اضطرابات الأكل، والتعرض للإساءة أو الصدمة، واضطراب ما بعد الصدمة، فحوالي 30% من البالغين الذين يعانون من اضطراب النهم العصبي يبلغون عن تجارب جنسية غير مرغوب فيها أثناء الطفولة، وأكثر من نصفهم يبلغون عن سوء معاملة بدنية للأطفال.

اشارت دراسة استقصائية أن اضطراب ما بعد الصدمة يحدث في حوالي 45% من الأفراد الذين يعانون من اضطراب النهم العصبي، في مقابل 10–15 % فقط من المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي.

- **اضطرابات الأكل واضطرابات الإدمان:**

ترتفع معدلات تعاطي الكحول وغيرها من اضطرابات تعاطي المخدرات لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الطعام، ما يقرب من 25% من المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي، و35% من المصابين باضطراب النهم العصبي و25% من المصابين باضطراب الشراهة للطعام.

(Hudson et al., 2007)

- **اضطرابات الأكل واضطرابات الخلل في الوظيفة الجنسية:**

كذلك فيما خص الخلل في الوظائف الجنسية، يبدو انه شائع لدى النساء اللاتي يعانين من اضطرابات الأكل، يرتفع المعدل الحوالي 75 % من النساء المصابات باضطراب فقدان الشهية العصبي و40% من النساء المصابات باضطراب النهم العصبي، بالمقارنة مع النساء غير المصابات باضطرابات الأكل، فإن النساء المصابات باضطراب فقدان الشهية العصبي والتهم العصبي لديهن مستويات أعلى من القلق الجنسي، والعلاقات دون الاتصال الجنسي، ومشاكل الإثارة والنشوة الجنسية، فضلاً عن انخفاض مستويات الرضا الجنسي. **(Pinheiro et al., 2010)**

- **اضطرابات الأكل واضطرابات الشخصية:**

في مراجعة المعدلات انتشار اضطراب الشخصية من الدراسات التي استخدمت المقابلات التشخيصية، حقق ما معدله 21% من الأفراد الذين يعانون من اللهم العصبي معايير الإصابة باضطرابات الشخصية، مقارنة بـ 3% من الأفراد يعانون من فقدان الشهية العصبي و9% من الأفراد يعانون اضطراب الشراهة إلى الطعام. **(Cassin & Ranson, 2005)**

5. مضاعفات الكلى في اضطرابات الأكل:

اضطرابات الأكل هي اضطرابات نفسية ذات مضاعفات طبية كبيرة وواسعة النطاق، بما في ذلك اضطرابات الكلى. لا يعد مرض الكلى غير شائع لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل ولكن غالبًا ما لا يتم التعرف عليه. وهو يشمل كل من الإصابة الكلوية الحادة والتقدم إلى مرض الكلى المزمن

الذي يتطلب غسيل الكلى. تعتبر اضطرابات الإلكتروليت بما في ذلك نقص صوديوم الدم ونقص بوتاسيوم الدم والقلاء الأيضي شائعة في اضطرابات الأكل وتختلف اعتمادًا على ما إذا كان المرضى يمارسون سلوكيات التطهير. يمكن أن يؤدي نقص بوتاسيوم الدم المزمن بسبب التطهير لدى المرضى الذين يعانون من النوع الفرعي لفقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي إلى اعتلال الكلية الناجم عن نقص بوتاسيوم الدم وأمراض الكلى المزمنة. يتم ملاحظة اضطرابات إضافية في الإلكتروليت أثناء إعادة التغذية، بما في ذلك نقص فوسفات الدم، ونقص بوتاسيوم الدم، ونقص مغنيسيوم الدم. يمكن أن يصاب المرضى أيضًا بمتلازمة بارتر الزائفة التي تؤدي إلى الوذمة وزيادة الوزن السريعة لدى المرضى الذين يتوقفون عن سلوك التطهير. ويجب على الأطباء والمرضى أن يكونوا على دراية بهذه المضاعفات من أجل توفير التثقيف والكشف المبكر والوقاية.

تساهم اضطرابات الأكل بشكل كبير في انتشار خلل وظائف الأعضاء على نطاق واسع، بما في ذلك اضطرابات وظائف الكلى. تؤدي الكلى وظائف حيوية في جميع أنحاء الجسم، بما في ذلك التوازن الحمضي القاعدي والمعدني، والتمثيل الغذائي وإخراج المواد، والحفاظ على ضغط الدم وحالة الحجم. ترتبط عوامل الخطر للإصابة بأمراض الكلى في اضطراب الأكل بنوع اضطراب الأكل والسلوكيات المحددة التي يمارسها المريض. إن النوع الفرعي المقيد لفقدان الشهية العصبي، حيث يتم تحقيق فقدان الوزن من خلال اتباع نظام غذائي والصيام، له آثار مختلفة على أمراض الكلى مقارنة بالمرضى الذين يعانون من النوع الفرعي المقيد لفقدان الشهية العصبي والتطهير، حيث يقيد المرضى تناول السعرات الحرارية وينخرطون في نوبات متكررة من الشراهة في تناول الطعام وسلوكيات التطهير التعويضية. في مرض الشره العصبي، يكون السلوك وبالتالي التأثيرات الكلوية مشابهًا لمرض فقدان الشهية العصبي، ومع ذلك، لا يقيد المرضى تناول السعرات الحرارية. ولذلك، تظهر مضاعفات كلوية مماثلة في فقدان الشهية العصبي والشره العصبي.

تُرى التشوهات في وظائف الكلى واضطرابات الشوارد بشكل متكرر لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل، بما في ذلك إصابة الكلى الحادة وأمراض الكلى المزمنة، والتي غالبًا ما ترتبط بنقص بوتاسيوم الدم المزمن ونقص الحجم. إصابة الكلى الحادة هي مجموعة غير متجانسة من الحالات التي تتميز بانخفاض مفاجئ في معدل التسطيح الكبيبي تليها زيادة في تركيز الكريتيانين في الدم أو قلة البول مما قد يؤدي إلى مضاعفات خطيرة بما في ذلك الحمل الزائد للحجم وتشوهات الإلكترو ليت ويمكن أن تتطور إلى اضطراب الكلى المزمن. إن آليات أمراض الكلى في اضطرابات الأكل معقدة ونادراً ما تتم

دراستها وبالتالي فهي غير مفهومة بشكل كامل. تعد تشوهات الإلكترو ليت بما في ذلك نقص بوتاسيوم الدم ونقص صوديوم الدم واضطرابات الحمض القاعدي شائعة، ويتوافق حدوثها وشدتها عمومًا مع الانخراط في سلوكيات التطهير.**(Mehler & Walsh, 2018)**

أ- أمراض الكلى في اضطرابات الأكل:

هناك نقص في الدراسات السكانية الكبيرة المتعلقة بإصابات الكلى الحادة وتطور مرض الكلى المزمن لدى المرضى الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي، والعديد من الدراسات المتاحة لا تفرق بين الأنواع الفرعية لفقدان الشهية العصبي، لذلك من الصعب تحديد مدى انتشار أمراض الكلى في هذه الفئة من السكان. ومع ذلك، تشير بعض البيانات إلى أن > 5% من المرضى الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي سوف يصابون بمرض الكلى في مرحلته النهائية بعد 21 عامًا (النوع الفرعي لفقدان الشهية العصبي غير محدد).

يشير الداء الكلوي بمراحله الأخيرة إلى فقدان لا رجعة فيه لوظائف الكلى ومن المتوقع أن يؤدي إلى الوفاة في غضون أيام أو أسابيع بسبب مضاعفات مثل فرط بوتاسيوم الدم (مستويات البوتاسيوم في الدم > 5 ملي مكافئ/لتر) أو الوذمة الرئوية دون التدخل في غسيل الكلى أو زرع الكلى. لغسيل الكلى آثار كبيرة على نوعية الحياة، والمرضى الذين يخضعون لغسيل الكلى لديهم متوسط عمر متوقع أقل، ويرجع ذلك في المقام الأول إلى زيادة خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية والعدوى. معدل غسيل الكلى لدى المرضى الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي غير معروف، على الرغم من وجود سلسلة حالات وتقارير حالات لمرضى يعانون من فقدان الشهية العصبي الذين أصيبوا بمرض الكلى في مراحله النهائية وخضعوا لغسيل الكلى، بما في ذلك مريض يعاني من فقدان الشهية العصبي منذ فترة طويلة والذي بدأ غسيل الكلى البريتوني مع الوفاة اللاحقة بسبب الإنتان.

وجدت إحدى الدراسات الاسترجاعية التي أجريت على المراهقين في المستشفيات الذين تم تشخيصهم حديثًا نسبيًا بمرض فقدان الشهية العصبي أن 37% من المرضى يعانون من ضعف وظائف الكلى. وعلى نحو مماثل، وجد تحليل ثانوي للبيانات لـ 120 من المراهقين والشباب البالغين الذين دخلوا المستشفى بسبب عدم الاستقرار الطبي الناجم عن فقدان الشهية العصبي أو فقدان الشهية العصبي غير النمطي أن 33٪ من المرضى يعانون من ضعف وظائف الكلى؛ وشملت عوامل الخطر في هذه الدراسة المرتبطة بضعف وظائف الكلى فقدان الوزن السريع وبطء القلب الشديد. في حين أن هذه الدراسات لا تحدد النوع الفرعي

لفقدان الشهية العصبي، فمن المحتمل جدًا أن معظم أمراض الكلى التي لوحظت لدى هؤلاء المرضى كانت مرتبطة بتأثيرات سلوكيات التطهير، ومن المهم ملاحظة أن كلا من سوء المعاملة المتساهلة ويشكل القيء الذاتي خطرًا كبيرًا للإصابة بالفشل الكلوي.

ومع ذلك، هناك بعض الأدبيات التي تصف القصور الكلوي في فقدان الشهية العصبي. أظهرت إحدى الدراسات المقطعية الاسترجاعية التي أجريت على مرضى مراهقين في المستشفيات يعانون من سوء التغذية الشديد الناجم عن فقدان الشهية العصبي أن 72% منهم يعانون من ضعف وظائف الكلى.

تسلط هذه الدراسات الضوء على الحاجة إلى الفحص المبكر لضعف الكلى حتى في المرضى الأصغر سنا الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي. يجب إحالة المرضى الذين تم العثور على أمراض الكلى لديهم إلى طبيب أمراض الكلى (أخصائي الكلى) لمزيد من العلاج والذي قد يشمل خزعة الكلى لاستبعاد أمراض الكلى من أسباب أخرى. علاوة على ذلك، ينبغي تثقيف هؤلاء المرضى فيما يتعلق بمخاطر سلوكيات التطهير. كانت سلسلة حالات واحدة مكونة من 14 مريضًا لديهم تاريخ يزيد عن 15 عامًا من فقدان الشهية العصبي يعانون بالفعل من مرض كلوي حاد نسبيًا ولا رجعة فيه بحلول وقت تقييمهم الأولي من قبل طبيب الكلى. يعد التشخيص والتدخل المبكر أمرًا مهمًا نظرًا لأن انخفاض معدل الترشيح الكبيبي هو عامل خطر للإصابة بأمراض الكلى المزمنة والداء الكلوي بمراحله الأخيرة في نهاية المطاف.

ب- الفسيولوجيا المرضية لأمراض الكلى في اضطرابات الأكل:

يعتبر مرض الكلى في اضطرابات الأكل مرضًا معقدًا وغير مفهوم تمامًا. على الرغم من ملاحظة أمراض الكلى في كل من فقدان الشهية العصبي والشره العصبي، فقد يكون من الصعب تحديد الأسباب المنسوبة إلى النوع أو النوع الفرعي بشكل واضح لأن الدراسات غالبًا لا تميز بين هذين النوعين. ومع ذلك، تختلف آليات أمراض الكلى بشكل كبير بناءً على النوع الفرعي من اضطراب الأكل والسلوكيات المعنية. تشمل عوامل خطر الإصابة بأمراض الكلى: مدة المرض، والجفاف المزمن الناجم عن انخفاض تناول الطعام عن طريق الفم و/أو سلوكيات التطهير، والتكلس الكلوي (رواسب الكالسيوم في الكلى)، ومؤشر كتلة الجسم، وبطء القلب، ونقص بوتاسيوم الدم.**(Puckett, 2023)**

6. أنواع اضطرابات الأكل:

وتشمل اضطرابات الأكل في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس اضطرابات الأكل والتغذية وتعرف بأنها اضطراب مستمر في الأكل أو مرتبط بسلوكيات الأكل ويؤدي إلى تغير في استهلاك أو امتصاص الطعام، مع التدهور الملحوظ في الصحة البدنية أو النفسية، وتنقسم لما يلي:

- اضطراب بيكا (شهوة الطين) أو اضطراب أكل التراب أو أكل مواد غير غذائية لفترات ممتدة.
- اضطراب الاجترار وهو الارتجاع المتكرر للمواد الغذائية.
- اضطراب تناول الطعام التجنبي/ المقيد.
- اضطراب فقدان الشهية العصبي (القمه العصبي).
- الشره أو النهم العصبي.
- اضطراب الشراهة للطعام.
- اضطراب التغذية أو الأكل المحدد الآخر.
- اضطراب التغذية أو الأكل غير المحدد.

وسوف تتناول الدراسة الحالية اضطرابات الأكل المتمثلة في فقدان الشهية العصبي.

(Pham-Scottez, 2012)

7. مفهوم اضطراب فقدان الشهية العصبي:

ويسمى القهم، أو القمه، كما أطلقت عليه حقي (1995): زهد الطعام العصبي ويسمى أحيانا بالتجويع الذاتي المرضي (عبد الخالق،1997).

وفي فرنسا يطلق عليه فقدان الشهية العقلي حيث يتضمن هذا الاسم حالة نفسية بحته وقد اشتقت كلمة Anorexie من الاغريقية حيث تعني an فَقد، وorexie تعني الشهية أو الرغبة.

(bookrags.com)

عرف في موسوعة علم النفس بأنه عرض معقد غالبا، محدد بدوافع متنوعة، يتفق مع رفض قوي للفعل الغذائي، ويشير الى خلل في الضوابط النفسية الفسيولوجية الجوع والإحساس بالشبع.

فقد الشهية أو عدم الشهية هو ذهاب شهوة الطعام، وهو اضطراب نفسي فسيولوجي أو عصاب نفسي أو سلوك اجرائي يلجأ اليه البعض بتأثير الضغوط الآن أو الانفعالية أو النفسية كالحزن أو الشعور

بالذنب أو الصراعات الشعورية أو اللاشعورية. وقد يكون فقدان الشهية العصبي عزوفا كليا عن الطعام وقد يقبل المصاب على الطعام ولكن يتقيأ ويتناقص وزنه تدريجيا.

كما أن هناك من عرفه بأنه رفض لا شعوري للأكل يتعلق بالمعنى اللاشعوري للطعام، باستثناء تناول كميات ضئيلة في صورة سوائل مما يؤدي الى نقص في الوزن الجسد والخوف الشديد من اكتساب الوزن، وهو عدم النظام في تناول الطعام ودائما ما يظهر ذلك في شكل شبه جوع، ويوجد جزئيا وليس كليا في الفتيات المراهقات ويبدأ في سن البلوغ، وينتج عن شعور الجوع إفراز هرمونات وتغيرات أخرى تؤدى الانخفاض درجة حرارة الجسم، وانخفاض سرعة ضربات القلب، وانخفاض استجابة المناعة وتوقف الدورة الشهرية لدى الإناث لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر متتالية.

ويشار لفقدان الشهية بالتحديد الدقيق الذاتي للوجبات والسلوكيات غير الصحيحة لتناول الطعام والنقص الواضح في الوزن، والخوف الشديد من البدانة أو زيادة الوزن مع الاختلال الواضح في شكل الجسم، والشعور الدائم بالبدانة وضرورة نقصان الوزن الأقل من 15% من الوزن الطبيعي للجسم.

(Charrat,2023)

8. أنواع اضطراب فقدان الشهية العصبي:

وهناك نوعان من فقدان الشهية، هما:

- **فقدان الشهية العضوي:** هو مصطلح يُستخدم للإشارة إلى انخفاض أو انعدام الشهية نتيجة **أسباب جسدية/طبية)** أي **عضوية** (وليست نفسية أو عصابية. ويُعد فقدان الشهية من الأعراض الشائعة في العديد من الأمراض المزمنة أو الحادة، وله دلالات طبية تختلف عن **فقدان الشهية العصبي (Anorexia Nervosa)**الذي يُصنف ضمن اضطرابات الأكل ويعود لأسباب نفسية.
- **فقدان الشهية العصبي:** ويمثل رفض الطعام أو التقية المتعمد بعد الأكل مباشرة مما يتسبب عنه انخفاض ملحوظ في وزن الجسم إلى النقطة التي يمكن أن تهدد حياة الإنسان بالموت جوعا، ولذا يطلق عليه التجويع الثاني المرضى، وهناك نوعان من فقدام الشهية العصبي هما:

أ- **النوع المتحفظ:** إذ لا يأكل المريض بشراهة مع إرغام النفس على التنفيذ، وإسهال في البطن أو استخدام الملينات، ومدرات البول والحقن الشرجية.

ب-**النوع الشره:** ويتم أثناء حالة فقدان الشهية أن يتجه المريض نحو الأكل بشراهة حتى يسهل بطنه.**(Legendre,2000)**

9. انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي:

أسهمت التعديلات التي أدخلت على المعايير التشخيصية في الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية إلى زيادة في انتشار المرض، وتشير الدراسات أن معدل انتشار المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي يزداد بنسبة 40% باستخدام معايير الدليل الخامس، ففي دراسة شملت عينة من الاناث بعمر 20 سنة، هدفت الى إظهار الاختلاف في تحديد نسبة انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي وفقاً لمعايير الدليل الرابع المعدل والدليل الخامس، أظهرت النتائج اختلافاً واضح حيث زاد معدل انتشار الاضطراب من 0.6% إلى 0.8%.

وفي دراسة شملت عينة أخرى من طالبات المدارس الثانوية والجامعات ارتفع معدل انتشار اضطراب فقدان الشهية من 0.59% وفقا للمعايير التشخيصية للإصدار الرفع المعدل إلى 0.69% وفقاً للمعايير التشخيصية في الدليل الخامس.

وكذلك ظهرت هذه الزيادة أكثر وضوحا في دراسة شملت عينة من المراهقات، حيث ارتفع معدل الانتشار من 1.6% إلى 2.6%. حيث تراوحت تقديرات معدل انتشار المرض سنويا 0.01% إلى 0.06% في الولايات المتحدة وأوروبا.

كما عمل باحثون على اجراء مراجعة منهجية لانتشار اضطرابات الأكل في بلدان الشمال الأوروبي أي الدنمارك وفنلندا وأيسلندا والترويج والسويد ما بين الأعوام 1994–2016.وقد أظهرت النتائج أن معدلات انتشار مرض فقدان الشهية العصبي واضطراب الشراهة للطعام لدى الإناث أقل في بلدان الشمال مقارنة بأوروبا بشكل عام، وأعلى قليلاً في حالة الشره العصبي. **(Paon, 2022)**

10. المحكات التشخيصية لاضطراب فقدان الشهية العصبي:

لا يتحدد فقدان الشهية العصبي بمجرد سؤال الفرد أو بمجرد النظر إلى أبعاد جسمه أو قياس وزنه وإنما يتم تشخيص فقدان الشهية العصبي في ضوء عدد من المحكات أو الشروط التي يجب توافرها أو تواجدها لدى الفرد والتي يمكن من خلالها الحكم عليه بأنه يعاني من فقدان الشهية العصبي.

يمكن أن يؤثر اضطراب فقدان الشهية على الأشخاص من جميع الأعمار والأجناس والتوجهات الجنسية والأعراق. لقد وجد المؤرخون وعلماء النفس أدلة على ظهور أعراض لفقدان الشهية لمئات أو آلاف السنين.

على الرغم من أن الاضطراب يبدأ في أغلب الأحيان خلال مرحلة المراهقة، إلا أن عدداً متزايداً من الأطفال وكبار السن يتم تشخيصهم أيضاً بفقدان الشهية.

- **معايير التشخيص:**

وتحدد معايير تشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبي وفق الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس كما يلي:

A : قيود على الوارد من الطاقة بالنسبة للمتطلبات، مما يؤدي إلى انخفاض وزن الجسم بشكل ملحوظ في سياق العمر والجنس والمسار التطوري، والصحة البدنية. انخفاض ملحوظ في الوزن يُعرف بأنه وزن أقل من الحد الأدنى الطبيعي أما بالنسبة للأطفال والمراهقين، فهو أقل من الحد الأدنى المتوقع.

B : خوف شديد من كسب الوزن أو من البدانة، أو سلوك مستمر بتداخل مع اكتساب الوزن رغم أن الوزن متدني بشكل كبير.

C : اضطراب في الطريقة التي يختبر فيها الشخص وزنه أو شكله، أو تأثير غير ملائم لوزن الجسم أو شكله على التقييم الذاتي أو إنكار خطورة الانخفاض الراهن لوزن الجسم.

تحديد ما إذا كان:

(F50.01) نمط مقيد: خلال الثلاثة أشهر الماضية، لم ينخرط الفرد في نوبات متكررة من الشراهة أو السلوك المسهل (أي التقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام الملينات، مدرات البول، أو الحقن الشرجية) ، يصف هذا النمط الفرعي التظاهرات التي انجز فيها فقد الوزن أساساً عبر الحمية، الصيام، و/ أو التمارين المفرطة.

(F50.02) نمط النهم / الاسهال: خلال الثلاثة أشهر الماضية، انخرط الفرد في نوبات متكررة من الشراهة أو السلوك المسهل (أي التقيؤ الذاتي أو إساءة استخدام الملينات، مدرات البول، أو الحقن الشرجية).

تحديد ما إذا كان:

في هدأة جزئية: بعد استيفاء المعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي سابقا، فالمعيار ''A'' (وزن الجسم المنخفض) لم يتحقق الفترة مطولة، ولكن إما المعيار ''B '' (خوف شديد من كسب الوزن أو من البدانة، أو سلوك مستمر يتداخل مع اكتساب الوزن) أو معيار "ج" (اضطرابات في الادراك الذاتي للوزن والشكل) لا يزالان متحققان.

في هدأة كاملة: بعد استيفاء المعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي سابقاً، فإن تحديد أياً من المعايير لم يتحقق لفترة مطولة من الزمن.

تحديد الشدة الحالية:

ويستند الحد الأدنى من الشدة للكبار على مؤشر كتلة الجسم الحالية (BMI) أو بالنسبة للأطفال والمراهقين، على مؤشر كتلة الجسم بالنسبة المئوية النطاقات أدناه مستمدة من فئات منظمة الصحة العالمية للنحافة عند البالغين، عند الاطفال والمراهقين. مؤشر كتلة الجسم المئوية المقابل يجب أن يستخدم ويمكن زيادة مستوى الشدة لتعكس الاعراض السريرية، ودرجة العجز الوظيفي والحاجة إلى الإشراف.

خفيف:BMI > 17 kg/m2

متوسط: BMI 16–16.99 kg/m2

شديد:BMI 15–15.99 kg/m2

متطرف:BMI < 15 kg/m2

(الحمادي،2016، ص130.131)

- كما أن هناك محكات أخرى تتمثل في:

- اتباع بعض العادات السلوكية غير الصحية بهدف خفض أو إنقاص الوزن أو الحفاظ عليه ثابتاً مثل: إرغام النفس على التقيؤ، والالتزام بنظام غذائي قاس أو صارم، واستعمال الحقن الشرجية أو الملينات، أو المواد التي تسبب الإسهال، أو الأدوية المدرة للبول، وممارسة التمارين الرياضية العنيفة.
- ظهور بعض الأعراض والمظاهر الشخصية المزاجية التي تتمثل في تقلب المزاج، وسرعة الاستثارة، وسلوك الانسحاب بين أفراد الأسرة والأصدقاء، وعدم التقبل الذاتي خصوصاً الذات الجسمية، وتأخر

النضج الجنسي والنفسي والاجتماعي، والشكاوى الجسمية خصوصاً اضطرابات المعدة، والاكتئاب الرئيسي، ومشاعر القلق والوساوس القهرية.

- ظهور أعراض متنوعة من أهمها الانسحاب الاجتماعي، والعزلة عن الآخرين، والعداء أو المشاعر العدائية تجاه الآخرين.
- ظهور أعراض الاكتئاب، والقابلية للاستثارة، والأرق، وفقدان الاهتمام بالجنس لدى البالغين، كما تكون الأعراض الوسواسية القهرية المرتبطة وغير المرتبطة بالأكل ظاهرة في العادة، وهناك ملامح أخرى ترتبط بفقدان الشهية العصبي مثل الاهتمام بقضية الأكل وسط الناس، والشعور بعدم الكفاءة.
- وعندما تصبح الحالات المرضية حادة أو قاسية تتحول إلى اضطراب نفسي مرضي يظهر في صورة مجموعة من الأعراض الطبية التي تتمثل في هبوط الحرارة ، حيث تنخفض درجة حرارة الجسم إلى 35 درجة مئوية ، فالجوع الشديد يقلل من معدل حدوث عملية الأيض مما يؤدى إلى الشعور بالبرد، وحتى في الجو الدافئ فإن هؤلاء الأفراد يرتدون العديد من الملابس التي تمدهم بالدفء وتخفى جسدهم النحيل ، ومن الأعراض الطبية أيضاً انخفاض عدد دقات القلب، وانخفاض ضغط الدم عن المعدل الطبيعي، والجفاف وفقدان سوائل الجسم، وجفاف الجلد، واصفراره نتيجة ارتفاع مستوى الكروتين، ونمو شعر حريري ناعم بشبه الزغب أو الوبر على الجذع والوجه والأطراف.
- وهكذا: يتضح أن أهم ما يميز اضطراب فقدان الشهية العصبي هو تعمد إنقاص الوزن، ورفض الفرد للطعام، والخوف الشديد من زيادة الوزن أو البدانة والانشغال بشأن حجم وشكل الجسم، ويتسم الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب (وهم غالباً من الإناث) ببعض الاضطرابات في الجانب الانفعالي فالقلق والاكتئاب يكون شائعاً بينهم بدرجة كبيرة ويصاحب ذلك أفكار ومشاعر تتعلق بفقدان الأمن والعزلة والثقة بالنفس وتدني مفهوم الذات.

حيث يضيف **صفوت فرج (2000)** لما سبق أن اكتمال التشخيص يتطلب عدم وجود أسباب طبية أو سيكاترية يمكن أن تكون مسئولة عن هذه الأعراض.

11. الأسباب والعوامل المساهمة في الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي:

لا تتفق الآراء بخصوص طبيعة وأسباب فقدان الشهية العصبي، لكن بصرف النظر عن ذلك فإن هناك العديد عدة نظريات اهتمت بتفسير أسبا حدوث اضطراب فقدان الشهية العصبي، منها نذكر ما يلي:

- **الأسباب حسب مدرسة التحليل النفسي:**

أ. الخوف من البلوغ والعملية الجنسية:

وفقا لمدرسة التحليل النفسي فإن فقدان الشهية العصبي ينشأ في الأصل نتيجة اضطراب لاشعوري بين الأكل والغريزة الجنسية فبعض النساء يزعمن أنهن يتجنبن تناول الطعام كطريقة للتجنب زيادة الوزن وإظهار أنوثتهن وذلك بطريقة رمزية.

ب. الالتباس الفمي / الجنسي:

يرى المحللون النفسيون أن النساء اللاتي يفقدن الشهية للطعام يكون لديهن تخيلات للحمل أو التلقيح الفموي ويخلطون بين البدانة والحمل، ويجوعن أنفسهن من الطعام لأنهن يعتقدن في عقلهن الباطن أن الأكل ربما يؤدي إلى الحمل.

ج. النكوص إلى مرحلة الطفولة:

يرى العديد من المحللين النفسيين أن فقد أو نقص الوزن لدى مرضى فقدان الشهية العصبي بالإضافة الى احتباس الحيض بعد رفضا لا شعوريا للمرحلة الرشد أو اكتمال البلوغ ورغبتا في النكوص أو الارتداد إلى مرحلة الطفولة.

د. التثبيت الفموي:

يرى العديد من المحللين النفسيين أن فقدان الشهية للطعام قد يكون نتيجة للتوقف النفس جنسي عند مرحلة معينة، فطبقا لآراء فرويد يمر الطفل في سياق نمو العام عبر مراحل نفس جنسية وهي: المرحلة الفموية، المرحلة الشرجية، المرحلة القضيبية، مرحلة الكمون، المرحلة التناسلية، وهذه المراحل ليست منفصلة عن بعضها وأن انتقال من مرحلة إلى أخرى لا يكون فجائيا بل يسير وفقا للنمو الطبيعي، بمعنى أن كل مرحلة تبنى على المراحل السابقة لها، وهنا إذا لم يحصل الطفل على الاشباع المناسب يحدث التثبيت، وهو التوقف النفس–جنسي عند مرحلة معينة، ويؤكد ذلك فرويد حيث أنه يرى أن الطفل إذا حدث له تثبيت في مرحلة معينة، فإن أنواع من القلق الجنسي والوسواس القهري تصبح دليل واضح على اضطراب الأكل. **(Ross, 1977)**

- **النظرية البيولوجية:**

تركز هذه النظريات على التغيرات الهرمونية التي تصاحب سن البلوغ، وعلى الفروق في وظيفة أو عمل الأعصاب المكونة للجهاز العصبي المركزي ، ويؤكد ذلك ما توصل إليه عدد من الباحثين من وجود

علاقة دالة إحصائية بين اضطرابات الأكل والحالة المزاجية لدى الأقارب من الدرجة الأولى وهذه العلاقة تم الاعتماد عليها لتقديم الحجة بوجود مكون جيني أو وراثي مسئولاً عن حدوث هذا الاضطراب ، وهذه البيانات الوراثية المتوافرة تميل إلى المبالغة في التفسير كما هو الحال في كثير من المؤلفات المتعلقة بالعوامل الوراثية المسئولة عن حدوث الاضطراب.

وهكذا؛ يتضح من العرض السابق للنظريات المفسرة لفقدان الشهية العصبي أن الاضطراب يصيب الإناث المراهقات والنساء أكثر بكثير من الرجال، وأن الأسس الثقافية والظروف الاجتماعية والأسرية لا يمكن اعتبارها من الأسباب الرئيسية التي تؤدى إلى فقدان الشهية العصبي؛ حيث إن هناك كثير من الإناث يخبرن نفس الظروف ولا ينشأ لديهن هذا الاضطراب فالعوامل الاجتماعية والأسرية يمكن أن تسهم فقط في التعبير عن الاضطراب لدى الإناث اللاتي – لسبب ما – تكون معرضات للاستهداف لهذا الاضطراب. **(Daffin & Bridley, 2020)**

- **النظرية النفس–جسمية:**

تؤكد هذه النظرية على أن المريضة التي تعانى من فقدان الشهية العصبي لديها مشاكل نفس–جسمية؛ حيث لا ترغب في تقبل دورها الأنثوي إلى جانب أنها تخشى المودة الجنسية، وتنظر هذه النظرية إلى فقدان الشهية العصبي على أنه دفاع ضد عملية النضج الجنسي لأنه يرتبط بانحباس أو انقطاع الطمث، وفقدان أو عدم انتظام الوظائف الحيضية أو الطمثية، وفقدان الرغبة أو الشهوة الجنسية " اللبيدو" والأنثى التي تعاني من فقدان الشهية العصبي الحاد تكون عاقر أو غير خصبة؛ حيث ينخفض لديها المودة الجنسية أو الاهتمام بالجنس الآخر كما أن المظهر الهزيل أو النحيف الذى تبدو عليه مريضة فقدان الشهية العصبي ربما يساعد أيضاً على أن يكون رادع أو عائق أو مانع للرجال من أن يظهروا أي مبادرة جنسية من جانبهم.

وتكشف التفسيرات السيكولوجية لاضطراب فقدان الشهية العصبي عن وجود عدد من التخيلات المتصلة بالجنس والأكل والوزن، حيث تنكر المريضة "من خلال التجويع الذاتي" رغبتها في أن تكون حاملاً فترفض هذه الرغبة عن طريق رفض الطعام ثم فقدان الشهية.

وهكذا يمكن القول بأن السبب الرئيسي لحدوث فقدان الشهية العصبي يتمثل في القلق والصراع الجنسي أو العلاقة بالجنس الآخر. **(Garner & Sackeyfio, 2014)**

- **النظرية الاجتماعية:**

يرى مؤيدو هذه النظرية أن الأطفال في سن ما قبل المدرسة يفضلون اللعب بالدمى الأنحف أو الأرفع عن اللعب بالدمى الكبيرة أو الممتلئة، وأن مجلات الأزياء النسائية، ووسائل الإعلام تقوم بدور كبير في تزويد المستهلكين بالنماذج الأنيقة والمثالية التي يصعب الوصول إليها أو التشبه بها، فالأناقة الجسمية كما تصورها وسائل الإعلام يتم تقديمها أو عرضها على أنها الطريق السهل للصحة والإعجاب والشهرة والقبول والحب والنجاح، وعندما تشاهد الإناث هذه النماذج يتولد لديهن نوع من السخط وعدم الرضا عن أجسامهن.

كما أن تقييم النساء الشابات الزائد لمظهر من الجسمي يحدث لديهن توقعاً غير واقعياً يتضمن عدم الرضا عن صورة الجسم، فصفات الشخصية الإيجابية ترتبط بطريقة شائعة بكون الفرد نحيفاً وجذاباً وأنيقاً، ويساعد على ذلك أن المجتمع يحدد عدة مواصفات للجمال شبه النموذجي الذي يركز على الجاذبية والأناقة يتطلع إليها دائما الإناث المعرضات للإصابة بالاضطراب، ونتيجة لذلك فإن ثلاث من بين أربع فتيات مراهقات يعتقدن بأنهن زائدات في الوزن على الرغم من أنهن عاديات تماماً، فالأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي ينشأ لديهم رغبة قهرية في الاستمرار في اتباع نظام غذائي صحى لكى يصبحون أكثر نحافة، والبعض يتمسك بهذا الاعتقاد ويصمم عليه حتى على الرغم من كونهم دون الوزن الطبيعي، فالنحافة تصبح هدفاً مرغوباً فيه بدرجة كبيرة كأمر حتمي وهام لتحقيق النجاح الشخصي والاجتماعي والمهني.

وعلاوة على ذلك فإن الغالبية العظمى من هؤلاء الأفراد يشغلون بالهم بالطعام فلا توجد مناسبة اجتماعية أو حدث اجتماعي دون تقديم الوجبات الشهية اللذيذة المليئة بالأطعمة ذات السعرات الحرارية العالية للضيوف كما أنهم يرون أن عدم التقديم المتكرر لهذه الأطعمة والإلحاح في تناولها يعد عملاً غير مهذباً، كما أن وسائل الإعلام المختلفة تقوم بدور غير مباشر في تزويد الإناث الشابات بوصفات الأطعمة اللذيذة والشهية إلى جانب تقديم النصائح التي تتعلق بإتباع النظام الغذائي الصحي المناسب، كما أن الإعلانات الخاصة بالنساء تركز على اللياقة والرشاقة وطريقة التغذية الواجب اتباعها للمحافظة على القوام الرشيق وتخضع الإناث المراهقات لمثل هذه الرسائل.

وهكذا يتضح أن النظرية الاجتماعية تعتمد في تفسيرها لفقدان الشهية العصبي على الأفكار والمعتقدات الخاصة بشكل ووزن الجسم. **(Garner, 1980)**

- **نظرية النظم العائلية أو الأسرية:**

تحدد بعض التفسيرات أن الاضطرابات الموجودة داخل الأسرة يمكن أن تكون مصدر محتمل للإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي، ومنها نذكر:

أ. أنماط تربية الطفل وعدم إحساسه بالاستقلالية:

طبقا لآراء بروش فإن فقدان الشهية العصبي يعكس إحساسا بعدم الاستقلالية، وعدم القدرة على التحكم الذاتي معا بالإضافة إلى العديد من الاضطرابات الإدراكية والمعرفية التي تنشأ غالبا لفقدان الرعاية الوالدية، وخاصة من جانب الأم، فالأم التي تفشل في أن تعرف بدقة متى يكون طفلها جائعا مثلا فإنها تطعمه تبعا لاحتياجاتها الخاصة، ووفقا لحالتها الانفعالية يؤدي ذلك إلى حدوث نوع من الارتباك والتشويش بشأن العلاقة بين الجوع وتناول الطعام ، مما يؤدي بهؤلاء الأطفال بعد ذلك أن يصبحوا غير متأكدين من صدق احتياجاتهم ورغباتهم، وبالتالي يصبحون اعتماديين، وفي فترة المراهقة فإن الرغبة المتزايدة في الاستقلالية تتصارع مع النمط الراسخ، وهنا يهرب الفرد في نهاية الأمر إلى الأكل على أنه المجال المناسب الذي يمكن أن يمارس فيه هذه الاستقلالية أو التحكم الذاتي.

ب. انشغال الوالدين بموضوع النحافة:

يشجع معظم الآباء في البداية أبنائهم على إتباع نظام غذائي الصحي حيث يحفز ولهم على الحد من تناول الوجبات الغذائية، من أجل إنقاص الوزن وحتى يصبح نمط الأكل الغير طبيعي سائدا وثابتا لدرجة كبيرة، وبالتالي يصعب التخلص منه بعد ذلك والرجوع إلى الحالة السابقة التي كان عليها الابن قبل إتباعه نظام غذائي وبالتالي ينزعج الأبناء انزعاجا شديدا بسبب المظهر البدي لأبنائها.

ج. الضغوط التي يُواجهها الطفل من الوالدين:

وفقا لنموذج بروش فإن فقدان الشهية للطعام يرتبط بطريقة دالة للتأكيد من جانب الوالدين على تحصيل أو إنجاز الطفل الأكاديمي أو الرياضي، والآمال التي يتوقعها الوالدين من الطفل، تؤدي رغبة الطفل بتحقيق هذه الآمال إلى ضغوط شديدة عليه لأن أي أداء أقل من الممتاز يؤدي إلى نقد لاذع ومن ثم يؤدي إلى إحساس بالعجز وعدم الفاعلية، وبهذا يلجأ المراهق إلى التجويع الذاتي ليشعر بالتفوق فيها. **(Bruch, 1985)**

- **تأثرات المثل العليا للثقافة:**

تبدأ اضطرابات الأكل عندما يعتقد الأفراد الذين لا يعانون من السمنة بأنهم في حاجة إلى إتباع نظام غذائي معين، وتتأثر رغبة الأنثى في أن تكون رشيقة ونحيفة بدرجة كبيرة بوسائل الإعلام، فوسائل الإعلام تعكس وتساعد على تشكيل ضغط ثقافي قوي اتجاه النحافة مما يساعد على زيادة حدوث اضطرابات الأكل التي اصبحت واضحة في الآونة الأخيرة لدى غالبية الإناث بسبب زيادة التأكيد الثقافي على أن النحافة هي الشكل المثالي للجسم، ويرى فرويد أن الضغط الثقافي تجاه النحافة ازداد في فترة الستينات عندما ظهرت كثير من عارضات الأزياء البارزات بصورة رشيقة وحيوية، كما أن الإناث أكثر عرضة بدرجة أكبر من الذكور لأن يكونوا هدفا للدعاية الإعلامية التي ترفع من شأن النحافة كما أن كثير من الفتيات يصبحن غير راضيات عن شكل اجسامهن حتى ولو كانت هذه الأشكال من الناحية الصحية.

رغم تعدد التفسيرات لاضطراب فقدان الشهية العصبي إلا أن هناك نظريات تجمع بين جميع العوامل الاجتماعية، الظروف البيئية، الثقافة، الظروف الاقتصادية والظروف البيولوجية.**(Agras & al., 1999)**

12. الاضطرابات النفسية المصاحبة لاضطراب فقدان الشهية العصبي:

يعد الاكتئاب أكثر الأمراض النفسية شيوعا في ارتباطه بفقدان الشهية العصبي حيث تراوح نسبة اقترانه بالمرض ما بين (91-21%) من المرض ومع ذلك فإن هذه النتائج يجب أن تؤخذ بحذر، لأن معظم الأعراض المصاحبة للامتناع عن الطعام أو الحرمان منه قريبة الشبه بأعراض الاكتئاب وأخذ الطرق المتبعة لتوضيح هذه القضية هو دراسة المرضى الذين ازداد وزنهم بعد نجاح العلاج معهم ، وللتحقيق من ذلك قام الباحثون بمقارنة معدلات الاضطرابات الانفعالية بين المرضى الذين ما زالوا يعانون من الأعراض المرضية، والذين تحسنوا وأصبحوا لا يعانون من هذه الأعراض مرة أخرى ولمدة سنة من بداية التقييم ، قد وجد أن العلاقة بين ظاهرة فقدان الشهية العصبي والأعراض المؤثرة تمتد أبعد من التأثيرات الثانوية للجوع.

كما تزامن حدوث فقدان الشهية العصبي مع اضطرابات القلق وخاصة الوساوس القهرية، فالميول الوسواسية تم ملاحظتها بوضوح من قبل العديد من الباحثين لمرض فقدان الشهية العصبي وقد لوحظت هذه التصرفات الوسواسية قبل ظهور المرض وبعد استعادة الوزن، وفي دراسة تتبعيه طويلة المدى على مرض فقدان الشهية العصبي لاحظ "توثر وآخرون"(1988) أن أعراض الوساوس القهرية تحدث نسبة

(26.7%) في المرض ذوي الأعراض الواضحة، لا وبنسبة (38.5%)، وبعد التحسن والعلاج. وبنسبة (36.8%) في المرضى الذين لا تبدو عليهم أعراض فقدان الشهية العصبي على مدار حياتهم.

(العاسمي،2015، ص351)

13. أعراض الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي :

هناك بعض الأعراض النفسية الأساسية لفقدان الشهية العصبي وهي كالآتي:

- الرفض لإبقاء وزن الجسم في مستوى أو فوق الحد الأدنى لوزن الجسم الطبيعي، الذى يتناسب مع طول الجسم والعمر، ومستوى النشاط يصاحبه خوف شديد من زيادة الوزن.
- الإحساس بالسمنة أو الوزن الزائد على الرغم من نقص الوزن الملحوظ.
- اضطراب فترات الحيض عند النساء والبنات ما بعد سن البلوغ.
- القلق والاهتمام المتطرف بخصوص الوزن وشكل الجسم.

كما يمكن تحديد سمات ذوي فقدان الشهية العصبي كما يلي:

- يتميز الشخص المصاب بهذه الحالة بشكل عام بالانطواء والحساسية والميل للعزلة وهو يحاول التوافق مع توقعات الآخرين
- إن هذا السلوك ذاتي التدمير وعادة ما يكون مصحوبا بعدم الاهتمام بالصحة، وقد لا يكون المريض مدركا أنه يحتاج إلى مساعدة.
- عادة ما يكون وراء هذا السلوك المتعلق بتناول الطعام العديد من المخاوف ومشاعر القلق.
- فغالبا ما تخاف المراهقات من التقدم في السن وتحمل مسؤولية أنفسهن أو قد يرون أنفسهن أقل شأناً من الأخريات مقارنة بهن.
- تظهر هذه الحالة دائما في سياق اجتماعي، وبالتالي يعكس رفض الشخص تناول الطعام عدم رغبته في التواصل مع الآخرين وعدم قبوله لهم وعدم تعبيره عن مشاعره تجاه الآخرين. ويكون رد الفعل المبدئي للآباء او للأزواج هو الحيرة ثم الإيذاء والغضب واليأس. وتبدأ الحلقة المفرغة في الظهور على نحو سريع؛ حيث يزيد فيها سلوك كل طرف من الموقف سوءا.

(حنور،2017)

14. الفئات الأكثر عرضة للإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي :

قد أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن معدل انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي في تزايد مستمر.

حيث يرى هوك Hoek (1995) أن اضطراب فقدان الشهية العصبي ينتشر بشكل غير متساو بين الجنسين وبفروق حادة فأقل من 10% من فاقدي الشهية الذكور.

وتشير العديد من الدراسات الى زيادة معدل انتشار اضطراب فقدان الشهية لدى الاناث مقارنة بالذكور، وقد يرجع السبب لذلك إلى أن الاناث يملن أكثر من الذكور إلى اتباع نظام غذائي يوصل بعضهن على فقدان الشهية بطريقة مرضية. كما يتعلق ذلك أيضا بعوامل أخرى مثل: الخوف من زيادة الوزن، وتشوه صورة الجسم... كما أن الاستجابة للضغط المفروض على النساء من قبل المجتمع لكي يكونوا رشيقات من عوامل انتشار هذا الاضطراب.

وعلى وجه التقريب فإن نسبة تتراوح من 90 % إلى 95% من جميع الحالات التي تعاني من فقدان الشهية العصبي تحدث لدى الإناث، وعلى الرغم من أن هذا الاضطراب يمكن أن يظهر في أي عمر فإن ذروة حدوثه تبدأ في سن 14 عاماً إلى 18 عاماً.

وهناك نسبة تبلغ 1 % من المراهقين والإناث الشابات ينشأ لديها هذا الاضطراب وبطريقة نمطية بعد أن يكون الشخص زائد عن الوزن الطبيعي بدرجة طفيفة ويقرر أن يفقد قليلاً من وزنه)، كما أن الإناث اللاتي يشتركن في مهن معينة يكون لديهن معدلات أعلى لظهور الاضطراب بالمقارنة بأقرانهن في نفس الشريحة العمرية فمثلاً نجد أن عارضات الأزياء والراقصات، والإناث المحترفات لبعض أنواع الرياضات يكون لديهن نسبة خطر عالية للإصابة بهذا الاضطراب.

ويرى أحمد عكاشة (1998) أن هذا الاضطراب يبدأ لدى الإناث المراهقات ونادراً ما يصاب به الذكور، ونسبة انتشار هذا الاضطراب بين الإناث والذكور تصل إلى 1:8 وتدل الأبحاث الحديثة عن وجود رهاب أو خوف مرضي من زيادة الوزن، وكذلك اضطرابات في إدراك المريضة لحدود جسمها، إذ أنها ترى نفسها على الرغم من هزالها الشديد كأنها غير طبيعية أو تميل إلى السمنة.

بينما يرى فرويد (1998) أن نسبة الإناث المصابات بهذا الاضطراب تزيد بدرجة كبيرة عن الذكور؛ حيث تشكل نسبة الإناث حوالي 90% من الحالات التي يكون فيها سن بداية المرض أثناء فترة المراهقة الوسطى أو المتأخرة أو خلال سن البلوغ، وعلى الرغم من ذلك فإن ما يقرب من ربع المرضى يكون من الذكور.

وتوصل عدد من الباحثين إلى أن هذا الاضطراب ينتشر لدى أفراد المستويات الاجتماعية الاقتصادية المرتفعة بدرجة أكبر من انتشاره لدى أفراد المستويات الاجتماعية الاقتصادية المتوسطة والمنخفضة.

ويرى أحمد عبد الخالق (1997) أنه على الرغم من أن معظم الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي ينحدرون من أسر ذات طبقات اجتماعية عليا فإن الدراسات الحديثة كشفت عن تزايد أعداد المرضى بفقدان الشهية العصبي في كل الطبقات الاجتماعية، بينما يرى ايكرت (1985) أن هذا الاضطراب ينتشر بنين الأفراد ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع على الرغم من أنله فيما مضى كان ينتشر بين الأفراد ذوي المستويات الاجتماعية الاقتصادية المختلفة.

هذا، بينما توصل مجدى الدسوقي (2006) إلى أن فقدان الشهية العصبي أكثر شيوعاً لدى الإناث ذوات المستويات الاجتماعية الاقتصادية المرتفعة عنه لدى الإناث ذوات المستويات الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة. **(الدسوقي،2006)**

15. الآثار الناجمة عن الإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبي:

دائما ما يعطي فقدان الشهية العصبي الأولوية عن الشره العصبي ويرجع ذلك إلى أهميته، لأن الانخفاض الخطير في أوزان المصابين به يمكن أن يكون مصدر تهديد لحياتهم.

حيث أن معدل الوفيات فيه والذي يقدر ب 15% بعد أعلى معدل الأمراض النفسية وفي دراسة قدمها ريس ورفاقه (2005) وجد أن عدد الوفيات بفقدان الشهية العصبي في الترويج خلال ثمان سنوات في الفترة الزمنية (1992–2000) كان 22 فردا حسب السجلات الطبية. وهناك دراسة سويدية تتبعيه لمدة 30 عام طبقت على المجموعة من النساء المصابات بفقدان الشهية العصبي المزمن كشفت عن أن نسبة الوفيات تصل الى 18–20%، وجد أن أكثر الأسباب شيوعا للوفاة هي الجوع، أو اختلال التوازن للمواد الكيميائية في الجسد، أو فشل في وظائف القلب أو الانتحار.

ويذكر الدسوقي (2006) أن الاقلال من تناول الطعام يخفض معدل الأيض الأساسي مما يحدث تأثيرات عكسية خطيرة على العمل الجهاز الدوري تتمثل في انخفاض ضغط الدم، وانخفاض معدل ضربات القلب مما يؤدي إلى شحوب الفرد و ظهور التجاعيد على وجهه و ربما يؤدي ذلك أيضا إلى دوخة أو الدوار، كما أن انخفاض ضغط الدم يؤدي الى الضعف العام و من ثم يشعر الفرد بالبرد بصفة مستمرة، والتغييرات الجسدية الأخرى تتضمن الإغماء والغثيان والإمساك المزمن ، وهشاشة الأظافر وسهولة تكسرها، وجفاف الجلد، وربما يصبح شعر الرأس رفيعا جدا ، ويظهر شعر ناعم على منطقتي الظهر والوجه.

- **الآثار البدنية والنفسية لفقدان الشهية العصبي:**

إن الفتاة التي تعاني من فقد الشهية العصبي عادة تقلل من الطعام اللازم أو رفضه كلية أو استصعاب مضغه وبلعه وكراهية إدخاله إلى القناة الهضمية، والإصابة بضعف شديد في مقاومة الجسم، كما تصاب الفتاة بالنحافة نتيجة لفقدها لكمية كبيرة من الدهون مما يترتب عليه شعورها بالتغيرات المناخية – الحرارة أو البرودة بصورة أكبر من غيرها. كما أنها تبدو شاحبة اللون، وقد يصبح جلدها جاف ويتقصف شعرها ويضعف، ويبدو الوهن على وجهها وذراعها وظهرها وينخفض ضغط دمها بسبب محاولة جسمها التوافق مع الطاقة المنخفضة التي يمتصها الجسم، هذا إلى جانب حدوث قروح على القدمين والركبتين والعانة وخلف الرأس والكوعين...الخ.

كما يؤدي فقدان الشهية العصبي إلى حدوث نوع من الأنيميا وضيق محيط العظام، ونقص البروتين في الجسم، بالإضافة إلى زيادة نشاط الغدة اللعابية وظهور تشنج بالعضلات، وعدم انتظام ضربات القلب. وكلها انعكاسات غير مباشرة تحدث للمرضى الذين يحثون الذات على التقيؤ.

وبعد توقف الطمث أحد المظاهر البدنية لفقدان الشهية العصبي، وهو يحدث قبل الانخفاض الحقيقي للوزن وذلك بسبب الهبوط المفاجئ لنسبة الدهون بالجسم، هذا إلى جانب قلة البوتاسيوم والذي يؤدى إلى التوتر وسرعة الانفعال العصبي والفتور والخمول.

إن الفتاة التي تعاني من فقدان الشهية العصبي تتسم في مرحلة الطفولة بأنها أكثر إحساساً بمشاعر الآخرين وتحاول تخمين ما يريده الآخرين منها لتلبيته، ونجدها تتجنب المشاكل قدر الإمكان كما يصفها الوالدين والمعلمين بأنها في طفولتها تتسم بالانبساطية والأدب في تعاملها مع الآخرين. ولا تتسبب في أي

مضايقات للآخرين وأنها مرتفعة التحصيل، ولكنها في مرحلة المراهقة قد تتعرض لعدد من المواقف المثيرة للضغوط النفسية.

إن المراهقات ذوات فقدان الشهية العصبي شديدات العناد إلى حد أنهن يؤذين أنفسهن برفض الطعام، أو قد يكن منبوذات فيثأرن لأنفسهن بمرضهن ويعذبن أبويهم بمرضهن، ومع بداية فقدانه لوزنهن يتحول الاهتمام إليهن. "وهو ما يعرف بالمكسب الثانوي من المرض".

كما يعاني ذوي فقدان الشهية العصبي من اضطراب علاقتهم مع الآخرين، والأهل على وجه الخصوص، وهذا ما يجعل الغير يكن الكره لهؤلاء المرضى بسبب سلوكهم العام غير الودي وإظهارهم لتصرفات غير مرغوبة أو محببة مثل الكذب، والتبرير. **(الدسوقي،2006)**

16. مرض الكلى المرتبط باضطراب فقدان الشهية العصبي :

باعتبار أن اضطراب فقدان الشهية العصبي مرض له عواقب فسيولوجية محتملة طويلة الأمد نجد التأثيرات الكلوية التي لا يُعرف سوى القليل عنها والتي نادرا ما يتم التحقق فيها.

ففي هذه الدراسة التي قامت بها ستينور وآخرون (2014) بكندا، تم إجراء مراجعة للأدبيات باستخدام قواعد البيانات الإلكترونية والبحث اليدوي للمقالات ذات الصلة، ومناقشة التأثيرات الكلوية لفقدان الشهية العصبي. على عينة قوامها 336 مفردة، وقد تم وصف الفشل الكلوي لدى المرضى الذين يعانون من سوء التغذية، ولكن الأداة غير الجراحية المثلى لتقييم معدل وظيفة الكبيبات في هذه الفئة من السكان تحتاج إلى مزيد من التقييم. تنشأ اضطرابات كبيرة في التنظيم الأسمولي، حتى في حالة عدم وجود هوس الكحول، من عوامل متعددة: خلل في منطقة ما تحت المهاد، والقصور الكلوي الداخلي، واستخدام الأدوية النفسية. تعد الحاجة الملحة للتبول وسلس البول الليلي من الأعراض الشائعة، ونادراً ما يتم الإبلاغ عنها من قبل المرضى. من بين اضطرابات التحليل الكهربائي المائي، يعد نقص بوتاسيوم الدم هو الأكثر شيوعًا، وخاصة في حالات القيء أو إساءة استخدام الأدوية. يمكن أيضًا مواجهة نقص صوديوم الدم ونقص مغنيزيوم الدم ونقص فوسفات الدم. تعتبر حصوات المسالك البولية شائعة نسبيًا نتيجة للجفاف، أو استخدام الملينات، أو كليهما. لذا فيعد فحص ومتابعة وظائف الكلى أمرًا ضروريًا في المرضى الذين يعانون من اضطراب الأكل، خاصة عندما يكون المرض موجودًا لفترة طويلة.

على الرغم من أن فقدان الشهية العصبي هو في الأساس اضطراب في الصحة العقلية، إلا أنه قد يكون له العديد من العواقب الفسيولوجية، وبعضها خطير وحتى يهدد الحياة. ومن بين هذه المضاعفات، فإن إصابة الكلى غير معروفة إلى حد كبير، ويتم التقليل من شأنها ونادراً ما يتم التحقيق فيها. لقد استكشفت دراسات قليلة العواقب الكلوية لمرض فقدان الشهية العصبي، ولكن يبدو أن أكثر من 70% من المرضى الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي سوف يعانون من مظاهر الكلى خلال حياتهم. ووفقا لزيبفيل وآخرين، فإن معدل انتشار مرض الكلى في مرحلته النهائية هو 5.2٪ بعد 21 عاما من فقدان الشهية. وفي دراسة فرنسية أجريت على 97 مريضة مصابة بفقدان الشهية، أفادت 30% منهن بالتهاب المثانة و2–3% منهن يعانين من حصوات المسالك البولية. على الرغم من أنها متكررة نسبيًا، إلا أن المضاعفات البولية لاضطرابات الأكل لم يتم التحقيق فيها بشكل كافٍ ويمكن أن يكون لها عواقب حادة وطويلة المدى لا يستهان بها. تسلط هذه المقالة الضوء على تكرار التشوهات الكلوية التي يواجهها مرضى فقدان الشهية العصبي، بهدف زيادة يقظة الأطباء ليس فقط عند التشخيص ولكن أيضًا أثناء المتابعة.

- **مرض الكلى المزمن:**

تم توثيق التأثيرات المزمنة على الترشيح الكبيبي لدى المرضى الذين يعانون من سوء التغذية، وخاصة أولئك الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي، منذ أواخر السبعينيات؛ في الواقع، سيصاب 5% من المرضى بالفشل الكلوي في المرحلة النهائية بعد 20 عامًا من تطور فقدان الشهية العصبي. لم يتم تحديد فيسيولوجيتها المرضية بشكل جيد، ولكن من المحتمل أن يلعب نقص بوتاسيوم الدم المزمن واستنفاد الحجم دورًا مهما في ذلك. وبما أن هاتين الحالتين أكثر شيوعًا في المرضى الذين يعانون من مكون التطهير، فإن انخفاض معدل الترشيح الكبيبي يكون أكثر انتشارًا في هذه الفئة المحددة.

يمثل تقدير معدل الترشيح الكبيبي تحديًا كبيرًا لدى هؤلاء المرضى. بسبب انخفاض الكتلة العضلية وقلة تناول اللحوم (الغنية بالكرياتين)، يمكن أن تكون مستويات الكريتينين في البلازما منخفضة بشكل غير طبيعي. وبالتالي، فإن تقدير معدل الترشيح الكبيبي من مستوى الكريتينين في البلازما أو من الصيغ التي تستخدمه قد يؤدي إلى المبالغة في التقدير وبالتالي فهو غير موثوق به.

(Stheneur & Lapeyraque, 2014)

17. علاج اضطراب فقدان الشهية العصبي:

- **العلاج المعرفي السلوكي:**

في دراسة حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعزز لاضطرابات الأكل أظهرت النتائج تعافي كامل للعينات التي أكملت المسار العلاجي بالكامل وقف جميع سلوكيات اضطرابات الأكل الرئيسية، بشكل عام، أشارت النتائج أن هذا النوع من العلاج يؤدي إلى تحسن كبير لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل.

في دراسة مقارنة بين فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الاضطرابات الأكل العلاج صورة الجسم بدون ومع استخدام تقنية الواقع الافتراضي. أظهرت النتائج أن المرضى الذين تلقوا العلاج مع إضافة مكون الواقع الافتراضي تحسنوا أكثر من الذين تلقوا العلاج من دون مكون الواقع الافتراضي، وكشفت النتائج عن ميزة تضمين عنصر علاج بعالج اضطرابات صورة الجسم في بروتوكول العلاج العام لاضطرابات الأكل.

العلاج المعرفي:

يستخدم العلاج المعرفي في المراحل المبكرة من العلاج كوسيلة التشجيع الفرد الذي يعاني من فقدان الشهية للطعام على اتباع نمط معقول في الأكل ، وفى هذه المرحلة يهتم المعالج بفحص واكتشاف التحدي وإعادة تركيب المعارف التي ترتبط بطريقة مباشرة بتناول الطعام بينما يركز العلاج المعرفي في المراحل التالية على تعديل المعتقدات الذاتية، ونظام الضبط أو التحكم والجاذبية الشخصية المقبولة في نظر الآخرين، وفي هذه المرحلة يكون العلاج نفسياً أكثر منه سلوكياً، وهذا يعنى أن العلاج المعرفي يستخدم لتشجيع المريض على أن يتخلص من التجويع الذاتي، ويلى ذلك تعديل المعتقدات المسئولة إلى حد كبير عن نشوء الحالة المتعلقة بفقدان الشهية للطعام التي إذا لم يتم علاجها فإنها تعجل بحدوث انتكاسة أخرى للاضطراب.

ويرى **أحمد عبد الخالق (1998)** أن العلاج المعرفي يؤكد على الدور الكبير الذي تقوم به العمليات المعرفية وبخاصة الإدراك، والعمليات المنطقية، والاعتقادات التي يعتنقها في نشأة المرض وفي علاجه، كما يركز على التفكير أكثر مما يركز على المشاعر، فاضطراب فقدان الشهية العصبي يتضمن جوانب غير منطقية كثيرة ويشتمل على اعتقادات خاطئة لدى المريض مثال ذلك اعتقاده بأنه زائد في الوزن برغم نحافته وهزاله، لذلك فإن العلاج المعرفي يركز على التفكير أكثر مما يركز على المشاعر مما يجعل المريض أكثر اتصالاً بالواقع.

كما أن العلاج المعرفي الذي يحدد فيه المعالج التشوهات أو الاضطرابات المعرفية هو علاج يبشر بالخير: حيث يركز على حذف أو محو المعتقدات أو المعارف غير الصحيحة وغير العقلانية المحيطة للذات والمرتبطة بالأطعمة والصحة وصورة الجسم والذات، والمهمة العلاجية الرئيسية هي تحدى فقدان الشهية الزائد الذي يتكون من افتراضات غير عقلانية لا يوجد دليل على صحتها.

وهذا يعنى أن جوهر العلاج المعرفي يكمن في تحديد المعتقدات غير العقلانية ومواجهتها والتصميم على تعديل أو تغيير أنماط التفكير التي تؤدى إلى سوء التوافق، ونظراً لأن اضطراب فقدان الشهية العصبي لا يكون هو الاضطراب الوحيد الذي يعاني منه الفرد غالباً؛ لذلك فإن العلاج المعرفي يفيد أيضاً في علاج الجوانب المضطربة الأخرى لدى الفرد غير الاضطراب ذاته التي تتمثل في انخفاض تقدير الذات، وتشوه صورة الجسم، والاكتئاب، واليأس.

ويرى **موس (1998)** أن العلاج المعرفي من خلال أو عن طريق التدريب على تأكيد الذات، وتنمية المهارات الاجتماعية يمكن أن يقوى أو يدعم الاتجاهات الاجتماعية الإيجابية والمفهوم الإيجابي للذات، وهذا يعنى أن العلاج المعرفي المطعم بالعلاج السلوكي له الأفضلية في علاج حالات فقدان الشهية العصبي.

ويرى **فيتوسك وهولون (1990)** أن العلاج المعرفي التقليدي يركز على الافتراضات والأفكار التلقائية أو الآلية وليس على المعتقدات الذاتية السلبية، لذلك فإنه لا يجدي مع كل الأفراد فالكثير منهم لا يشفون تماماً، كما أن بعض الأفراد الذين تم شفائهم قد انتكسوا أو ارتد المرض إليهم، ويؤكد ذلك ليون وآخرون (1999) حيث يرون أنه من المفيد أن توسع العلاج المعرفي ليتضمن التأكيد على المعتقدات السلبية للذات، ويمكن تطبيقه عبر جميع الثقافات التي توجد بها اضطرابات الأكل يصرف النظر عن طريقة إظهارها.

العلاج السلوكي:

تفيد الطرائق السلوكية في تشجيع الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي على الامتثال لتناول الوجبات الغذائية ، ويتم إعطاء الفرد مكافأة عندما يزيد في الوزن أو يصل إلى الوزن المقصود ، ومن الأفضل تعزيز وتشجيع اكتساب الوزن بدلاً من فرض تتناول طعام معين أو تحديد سعرات حرارية معينة حتى لا يستهلك الأفراد الطعام المقدم إليهم ثم يجبرون أنفسهم على التقيؤ سراً في الحمام أو دورة

المياه مثلاً وأوضح العديد من الباحثين عدم فاعلية هذه الطرائق السلوكية وأنها غالباً ما تتبع بانتكاسة وخاصة عندما تظل معتقدات المرضى واتجاهاتهم بدون تغيير ، لذلك فإن أي برنامج علاجي يشتمل على نظام يتعلق بالناحية الغذائية لابد أن يشتمل على مكون تعليمي يتم فيه تعريض المريض لمخاطر التجويع الذاتي ومناقشته في القضايا الصحية المتعلقة بالغذاء وعادات تناول الطعام والاتجاهات نحو الطعام، والقضايا التي تتعلق بشكل الجسم ، وقد تضمنت برامج العلاج المعرفي السلوكي هذه النقاط بقصد تحدى المعتقدات غير الواقعية التي يؤمن بها مرضى فقدان الشهية العصبي، ويكون كشف هذه القضايا هو المحور الرئيسي لبرامج العلاج المعرفي التي تستخدم لعلاج هؤلاء المرضى، كما أن العلاج المعرفي السلوكي يركز على محو أو إزالة الأنماط غير المرغوب فيها في الأكل، وتقوية أو تدعيم أنماط الأكل المرغوب فيها، ونتيجة لذلك فإن تعديل السلوك كان ناجحاً جداً في المساعدة المبدئية على تنظيم وترشيد العادات المرتبطة بالأكل. **(José et al., 2013)**

- **العلاج النفسي الفردي:**

من أهم الخصائص التي تميز الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي أنهم غالباً يكونوا مترددين ويفتقدون الرغبة في العلاج، ومعظم أشكال العلاج النفسي تؤكد رغم ذلك على الحاجة لوجود علاقة طيبة بين المعالج والمريض، فالطبيب النفسي الذي يتعامل مع هذه الفئة من المرضى في حاجة إلى مهارة خاصة للعمل بسرعة على إيجاد علاقة جيدة حتى يمكن للمرضى أن يكشفوا عن أفكارهم، ومشاعرهم، ويعملون بحماس لتحقيق النجاح العلاجي فإذا تمت إقامة علاقة علاجية جيدة فإن الإرشاد والعلاج النفسي سيكون فعالاً على الرغم من أن كثيراً من العاملين في هذا المجال يحبذون الطريقة المباشرة بدلا من الطريقة التي تركز على المريض. ويركز العلاج النفسي على مشاكل المريض الحالية واتجاهاته وعلى الجوانب المتعلقة بالتاريخ الشخصي، كما يركز المعالجون النفسيون أيضاً على تشجيع الأنماط الصحية لتناول الطعام وعلى عملية اكتساب أو استعادة الوزن.

وفي حالات أخرى يكون التركيز الرئيسي على قضايا أخرى مثل تشجيع المريض على أن يعبر عن مشاعره تجاه مجموعة متعددة من القضايا أو المخاوف الأخرى، ويجب على المعالج أن يزيد ثقة المريض بنفسه.

(ملال، محرزي،2022)

- **العلاج الأسري:**

يشترك معظم أقارب الفرد الذي يعاني من اضطراب فقدان الشهية العصبي في إقناعه وحثه وتشجيعه على تناول الطعام، وبعض هذه الجهود تكون فعالة ومفيدة ونادراً ما تحدث أثاراً عكسية، ويؤكد المهنيون المحترفون على أن أي طريقة علاجية يجب أن تتضمن جهود الأقارب في العلاج فهي على أقل تقدير لا تضعف من تأثير برنامج العلاج الأساسي ، ويرى عدد كبير من الباحثين أن اضطراب أساليب التنشئة الاجتماعية يلعب دوراً رئيسياً في حدوث اضطراب فقدان الشهية العصبي و لذلك يجب أن يركز المعالج النفسي على تناول أوجه الخلل داخل الأسرة حتى يمكن التغلب على الاضطراب والوصول بالأفراد الذين يعانون منه إلى بر الأمان.

فهناك منهم من يرى أن أصحاب منحى العلاج الأسرى ينظرون إلى الفرد الذي يعاني من اضطرابات الأكل على أنه يطلب العون والمساعدة والبحث عمن يمد له يد العون لحل صراعاته الأسرية إذ تتميز أسر مرضى فقدان الشهية العصبي – في المقام الأول – بخاصية التذبذب بين الحماية الزائدة، والتساهل أو الإهمال، وقد تكون العلاقات الأبوية مضطربة.

ومن جهة أخرى هناك من يرى أن العلاج الأسرى في بعض الأحيان يبدأ بإقامة قصيرة في المستشفى بالنسبة للمريض الذي يعاني من فقدان الشهية العصبي، والهدف من العلاج الأسرى ليس فقط مجرد استعادة الوزن وتعديل السلوك المتعلق بالأكل، ولكن الهدف هو تغيير التركيب الخاص بالعائلة وذلك بتأسيس أو إقامة حدود أكثر وضوحاً للتوكيدية المتبادلة ومساعدة المراهق في تطوير هوية أو كيان شخصي وتحقيق الاستقلال ومساعدة الأفراد الآخرين في الأسرة على أن يقبلوا أو يشجعوا هذه الصفات الجديدة.**(Lock,2011)**

- **العلاج الجماعي:**

ربما يكون العلاج الجماعي ملائماً بصفة خاصة للمرضى الذين لا يجدى معهم العلاج الأسرى، ويرى موس (1998) أن رؤية الآخرين الذين يعانون من مشاكل مشابهة لمشاكلهم، والتي تتعلق بالأكل يمكن أن يكون مصدراً كبيراً جداً للراحة النفسية، كما أن عملية المناقشة مع نموذج رئيسي من الأفراد الذين كانوا يعانون من فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي فيما مضى والذي أمكنه التغلب على المصاعب التي كانت تواجهه يمكن أن يكون له قيمة علاجية هائلة، علاوة على ذلك فإن المصاب بالشره العصبي معرض أو لديه قابلية بدرجة كبيرة وربما لا يكون قادراً أن يجاهد بمفرده للإغراء المتعلق بالأكل بشراهة.

كما أن أفراد الجماعة من خلال الاتصال الشخصي أو التليفوني يمكن أن يقدموا نظاماً حيوياً للدعم والتشجيع. **(الدسوقي،2006)**

- **العلاج بالعقاقير:**

لا يوجد علاج دوائي الاضطراب فقدان الشهية العصبي، ولكن يمكن استخدام بعض الأدوية أثناء فترة العلاج النفسي وخاصة العقاقير المضادة للاكتئاب، وكذلك المهدئات في حالة وجود مستوى عال للقلق، كما يمكن وصف الأدوية التي تساعد على إنتاج الهرمونات التي تفيد في إعادة تنظيم الحيض إذا كان يحدث بصورة غير طبيعية وذلك بعد الوصول إلى الزيادة المناسبة في الوزن.

ومما يجب الإشارة إليه أن علاج فقدان الشهية العصبي بالأدوية المؤثرة على الحالة النفسية يفيد في حالة اختلاط فقدان الشهية العصبي مع الاضطرابات النفسية الأخرى. **(Martine et al., 2012)**

18. دور الأخصائي النفسي في مواجهة اضطراب فقدان الشهية العصبي:

وعادة ما تعتمد العلاجات الفردية لفقد الشهية العصبي على كل من العلاج السيكو دينامي والعلاج المعرفي للنساء المرضي. ويقوم هذا المدخل على افتراض أن فقد الشهية العصبي هو خوف من اكتساب الوزن الطبيعي ويسببه صراع حول الوصول إلى دور المرأة الناضجة والذي يعني اكتساب الوزن الطبيعي وبدانة البنية، ونظرا لأن العلاج السيكو دينامي غير فعال بمفرده في هذه الحالة فإنه من الضروري إقحام العلاج المعرفي ولو في بعض وسائله لأن اضطرابات الأكل ما هي إلا أساليب لا تكيفية لمواجهة الصراعات العاطفية ومن ثم فإن العلاج يهدف إلى حل الصراعات الضمنية ومساعدة المرضي على تطوير أساليب أكثر بنائية للمواجهة مع اضطرابات النمو.

هذا ويجب أن تسير خطة العلاج على النحو التالي:

- تقديم نموذج العلاج المعرفي السلوكي على أن يتضمن ذلك ما يلي:
  - التعرف على منطق العلاج.
  - التعرف على تلك الضغوط التي يمكن أن تؤدي إلى الاضطراب.
- تقديم المعلومات واجراء المناقشات حول ما يلي:
  - مخاطر نقص الوزن والعزوف عن الأكل.
  - التخطيط للوصول إلى الوزن العادي.
  - التذبذب في الوزن وكيفية الوصول إلى الوزن العادي.

- الضغوط الثقافية التي ترتبط بالأكل وحجم الجسم.
- التقيد بنظام غذائي معين وعدم الخروج عنه.
- التغذية الجيدة والأنماط الجيدة لتناول الأكل.

- زيادة كم ونوع التغذية المراد تناولها بغرض استعادة الوزن والوصول به إلى المستوي الصحي العادي.
- تحديد المعارف المختلة وظيفياً والتي ترتبط بالأكل والوزن وحجم الجسم.
- العمل على تعديل تلك الأفكار المختلة وظيفياً من خلال إتباع استراتيجيات علاجية معينة.
- تناول جوانب أخرى ذات صلة بالاضطراب كتقدير الذات، والاكتئاب، والمهنة، والأسرة، إلى جانب العديد من الأمور الاجتماعية المختلفة.
- التدريب على استراتيجيات المواجهة حتى تجنبنا حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي. **(عطية،2016)**

خلاصة الفصل

تناول هذا الفصل اضطرابات الأكل باعتبارها من الاضطرابات النفسية المعقدة التي تتقاطع فيها أبعاد متعددة: نفسية، اجتماعية، ثقافية وبيولوجية. وقد تم في البداية تحديد المفهوم العام لهذه الاضطرابات، مع التمييز بين أبرز أنواعها، وهي فقدان الشهية العصبي، النهام العصبي، واضطراب الأكل الشره، إضافة إلى أنواع فرعية أخرى. كما استعرضنا النظريات المفسرة لهذه الاضطرابات، والتي شملت المنظور التحليلي، السلوكي والمعرفي، الاجتماعي والأسري، والبيولوجي...الخ. حيث حاول كل منها تقديم فهم خاص لآليات نشوء هذه الاضطرابات وتطورها. وقد أظهرت هذه النظريات تباينًا في التركيز على العوامل الفردية مقابل العوامل البيئية والاجتماعية.

بعد ذلك، تطرق الفصل إلى العوامل والأسباب التي تساهم في ظهور اضطرابات الأكل، والتي تتراوح بين عوامل شخصية (كضعف تقدير الذات، والقلق، والاكتئاب)، وعوامل أسرية (كالعلاقات الأسرية المضطربة)، وأخرى ثقافية وإعلامية (مثل معايير الجمال النحيف المروج لها في وسائل الإعلام) ...الخ.

وأخيرًا، تم عرض أبرز الأعراض المرتبطة بكل اضطراب على حدة، سواء على الصعيد الجسدي أو النفسي أو السلوكي، إلى جانب المعايير المستخدمة في التشخيص وفق الأدلة الإكلينيكية كالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.(DSM-5)

وبناءً على ما سبق، يتضح أن اضطرابات الأكل ظاهرة نفسية شديدة الحساسية والتعقيد، تتطلب فهماً دقيقاً للعوامل المتداخلة المساهمة في ظهورها، تمهيداً لوضع استراتيجيات فعالة في الوقاية والتشخيص والتكفل العلاجي.

الفصل الثاني

تشوه صورة الجسم

تمهيد

1. مفهوم صورة الجسم.
2. أهمية صورة الجسم.
3. مكونات ووظائف صورة الجسم.
4. ابعاد صورة الجسم.
5. العوامل المؤثرة في تشكُّل صورة الجسم.
6. النظريات المفسرة لصورة الجسم.
7. التعقيب على النظريات المفسرة لصورة الجسم.
8. السياقات النفسية المساهمة في بناء صورة الجسم.
9. عملية تكوين صورة الجسم.
10. الفرق بين بعض المفاهيم التي تتقارب مع مفهوم صورة الجسم.
11. نوعية صورة الجسم.
12. مفهوم تشوه صورة الجسم.
13. تشخيص تشوه صورة الجسم.
14. الأسباب والعوامل المؤثرة في تشوه صورة الجسم.
15. أعراض تشوه صورة الجسم.
16. النظريات المفسرة لاضطراب تشوه صورة الجسم.
17. الآثار النفسية والاجتماعية لتشوه صورة الجسم.
18. طرق وتقنيات علاج تشوه صورة الجسم.
19. الصورة الجسمية لمرضى القصور الكلوي.

خلاصة الفصل.

تمهيد

تُعد صورة الجسم من المفاهيم النفسية الأساسية المرتبطة ارتباطًا وثيقًا بالصحة النفسية والجسدية للفرد، إذ تمثل الإدراك الذاتي والوجداني لشكل الجسد وحجمه ومظهره العام. وفي ظل التغيرات الاجتماعية والثقافية المتسارعة، خاصة مع هيمنة وسائل الإعلام والتواصل الاجتماعي، أصبح تشوّه صورة الجسم ظاهرة متنامية تؤثر بشكل ملحوظ في الصحة النفسية، خصوصًا لدى المراهقين والراشدين من الجنسين.

حيث يتجلى مفهوم تشوّه صورة الجسم في عدم الرضا المزمن عن شكل أو جزء من الجسد، يصاحبه غالبًا تقييم سلبي للذات، وتوتر نفسي، وسلوكيات غير صحية قد تصل إلى اضطرابات في الأكل، الاكتئاب، القلق، أو اللجوء إلى تدخلات تجميلية مفرطة. كما يُعتبر هذا الاضطراب مؤشرًا دالًا على اختلال العلاقة بين الفرد وجسده، مما يجعل منه موضوعًا محوريًا في علم نفس الصحة، حيث تتداخل فيه الجوانب المعرفية، الانفعالية، والسلوكية.

وفي هذا الفصل، سيتم التطرق إلى مفهوم تشوّه صورة الجسم من حيث تعريفه، خصائصه، وأشكاله، مع عرض لأهم النظريات المفسرة له من المنظورين النفسي والاجتماعي. كما سيتم تحليل العوامل التي تساهم في ظهوره، كالعوامل الشخصية (ضعف تقدير الذات، القلق الاجتماعي...الخ)، والعوامل البيئية والثقافية (المعايير الجمالية الغربية، تأثير الأسرة والأقران...الخ). وسيناقش الفصل كذلك الأبعاد النفسية والسلوكية الناتجة عن تشوّه صورة الجسم، إلى جانب الإشارة إلى آليات التقييم والتشخيص المعتمدة علميًا.

يمثل هذا الفصل مدخلًا نظريًا لفهم أعمق لهذه الظاهرة المعاصرة، ويُمهّد لمناقشة التدخلات النفسية الوقائية والعلاجية.

1. مفهوم صورة الجسم:

كان الاهتمام بصورة الجسم منذ القدم، فمن بين من اهتم بها نجد "بونيه" الذي درس اتجاهات الفرد نحو جسمه قبل مطلع 1990، ثم يأتي بعده "هنري هيرو " أول مؤسس النظرية حول صورة الجسم ليبين أن لكل فرد صورة إجمالية لتكامل أجزاء جسمه.

وتعرف على أنها تصور خيالي يملكه الفرد عن جسده الخاص ويجب تمييزه عن التصور الجسدي الذي له قاعدة عصبية فهي تحوي أوجها واعية وما قبل الواعية، ولا واعية، لا تعطى فورا، وانما تبنى خلال الطفولة الأولى. وتعتبر من المفاهيم المهمة التي اهتم بها الكثير من العلماء وخاصة علماء علم النفس ولهذا فلقد اختلفت تعاريفه حسب تخصص كل عالم، وفيما يلي سيتم عرض أهم التعاريف التي تم تناولها حول هذا المفهوم:

– تعريف "سيلامي" على أنها تمثيل ذهني لموضوع غائب وعلى عكس الفكرة المجردة، الصورة تحتفظ وتنشأ من النشاط العفوي للعقل ومن التحليل العملي الداخلي.

– تعريف شيلدر: حيث صرح بأن صورة الجسم الإنساني تعني صورة أجسامنا التي تتصورها عقولنا، أي هي الطريقة التي يتبدى بها الجسم لأنفسنا أو لذواتنا.

– ويقول كاميرون: "أن صورة الجسم تدخل في تمثيل صورة الذات والأدوار الاجتماعية وتؤثر على ما يفعله الشخص ومالا يفعله وهي ليست كما يراها الناس، وكما تصور فوتوغرافيا فليس من النادر لامرأة جميلة أن تعتبر نفسها قبيحة كذلك يرى الفتى نفسه كبيرا أكثر من الواقع، في حيث يرى نفسه صغيرا فتشويه صورة الجسم قد تكون له جذور لاشعورية عميقة"

– وتعرفها زينب شقير (2005) أن صورة الجسم هي الصورة الذهنية والعقلية التي يكونها الفرد عن جسمه سواء في مظهرة الخارجي أو مكوناته الداخلية وأعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء وإثبات كفاءته، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو اتجاهات موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم.

– كما يرى كمال الدسوقي (1988): "أن صورة الجسم هي الصورة أو التصور العقلي عند المرء عن جسمه الخاص أثناء الراحة أو في الحركة في أية لحظة، وهي مستمدة من الإحساسات الباطنية وتغيرات الهيئة والاحتكاك بالأشخاص والأشياء في الخارج، والخبرات الانفعالية والخيالات".

(رهواني والدين،2017)

2. أهمية صورة الجسم:

يذكر "بيفر Pipher " أن المظهر عامل مهم في العلاقات وفي الحياة، وترى "بريكي جيمس" أن خبرة الجسم مهمة للنمو النفسي البدني، وأن صورة الجسم لها أهمية وجدانية ورمزية أيضا، ولأن مظهر الشخص الجسمي له أهميته، بدون شك يفترض وجود علاقة هامة بين تقييماتنا لأجسامنا وحالتنا النفسية، ففي مسح واسع عن صورة الجسم، أجراه "كاش ووينستند وجاندا" تضمن عدة بنود لتحديد الحالة النفس اجتماعية، وانصبت البنود على تقدير الذات والرضا عن الحياة والاكتئاب والوحدة ومشاعر القبول الاجتماعي، أظهر المسح أن الأشخاص ذوي التقييمات الإيجابية عن صورة الجسم السلبية عن صور جسمهم حققوا مستويات أدنى من التوافق النفس اجتماعي.

وللتأكيد على أهمية صورة الجسم يذكر "كاش" أن صورة الجسم السلبية ترتبط بانفعالات مختلفة مثل القلق، الاشمئزاز، اليأس الغضب الحسد الخجل أو الارتباك في المواقف المختلفة.

ويشير "جياراتانو Giarratano " إلى أن نمو صورة الجسم الإيجابية تساعد الناس في رؤية أنفسهم جذابين، وهذا ضروري لنمو الشخصية الناضجة، فالناس الذين يحبون أنفسهم ويفكرون بأنفسهم على نحو ايجابي على الأرجح يكونون أكثر صحة، بينما صورة الجسم السلبية يمكن أن تؤثر على حياة الفرد، فالناس ذوي صورة الجسم السلبية لديهم تقدير ذات منخفض، ويحاولون إخفاء أجسامهم بالملابس الفضفاضة والقاتمة.

كما أن عدم الرضا عن الجسم لدى الإنسان يترتب عليه الكثير من المشكلات النفسية، وكذلك بعض الأمراض النفس–جسمية التي تؤدي إلى تشويش صورة الجسم، وتنشأ هذه المشكلة عندما لا يتوافق شكل الجسم مع ما يعد مثاليا حسب تقدير المجتمع.

فالقلق الرئيسي في مجتمع اليوم يرتبط بصورة الجسم.

فصورة الجسم جزء حيوي من إحساسنا بالذات فهي ترتبط بتقدير ذاتنا وتتأثر بالعديد من العوامل الاجتماعية والثقافية. فهي قد تؤثر على رغبتنا في الانتماء إلى المجتمع وأن نكون مقبولين اجتماعيا.

وعموما إن صورة الجسم هي موقف الفرد واتجاهه نحو جسمه، خاصة الحجم، الشكل والجمال، أيضا تقييمات الأفراد وخبراتهم الانفعالية فيما يتعلق بصفاتهم الجسمية.

وتذكر "الزابيث" أن صورة الجسم تلعب دورا في اتخاذ القرارات المهنية وفعالية الذات والإصرار. **(بريالة،2013)**

3. مكونات ووظائف صورة الجسم:

1.3. مكونات صورة الجسم:

إن صورة الجسم ظاهرة مركبة تحتوي على مكونات فيزيولوجية وسيكولوجية واجتماعية وأنها ليست مطابقة للصورة الواقعية للجسم، وإنما تتدخل عوامل عديدة شعورية ولا شعورية لشكل التصور الخاص لكل شخص عن جسمه.

ترى **(جيمس)** أن صورة الجسم تتكون من مكون انفعالي، يشير إلى الشعور السار وغير السار، ومكون معرفي، يشير إلى رضا عن الحياة.

وبصفة عامة يقسم المظهر الجسمي إلى ثلاثة مكونات:

- **مكون إدراكي Perceptual component** : يشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه.
- **مكون ذاتي Subjective component**: يشير إلى عدد من الجوانب، مثل : الرضا والانشغال أو الاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم.
- **مكون سلوكي Behavioral component** : يركز على تجنب المواقف التي تسبب للفرد عدم الراحة، أو التعب، أو المضايقة التي ترتبط بمظهر الجسم.

ويرى كوتسمان (gottesman) أن صورة الجسم تشتمل على مكونين مهمين يتمثلان في:

- **المثال الجسمي:**

ويعرف على أنه النمط الجسمي الذي يعتبر جذابا ومناسباً من حيث العمر ومن حيث وجهة نظر ثقافة الفردة المفهوم ثقافة الفرد بالمثال الجسمي له دور لا يستهان به فيما يكونه الفرد من صورة نحو جسمه، وتطابق أو اقتراب مفهوم المثال الجسمي كما تحدده ثقافة الفرد من صورة الفرد الفعلية لجسمه بسهم بطريقة أو بأخرى في تقدير الفرد لذاته، أما تباعد مفهوم مثال الجسم السائد في المجتمع من صورة الفرد لجسمه يعد مشكلة كبيرة، إذ تختل صورة الفرد عن ذاته وينخفض تقديره لها.

- **مفهوم الجسم:**

إذ يشتمل هذا المفهوم على الأفكار والمعتقدات والحدود التي تتعلق بالجسم، فضلا عن الصورة الإدراكية التي يكونها الفرد حول جسمه، وعلى هذا فإنه من مقومات الصحة النفسية أن يكون الفرد مفهوما سليما حول جسمه، ولن يتسنى ذلك إلا من خلال الاطلاع واستشارة ذوي التخصصات المختلفة في الطرق الصحية والعلمية في إتباع النظم والعادات الغذائية السليمة، إذ تبين أن المعتقدات والمعلومات غير الصحيحة حول النظم الغذائية ومتطلبات الصحة، قد تشعر الفرد بالاغتراب عن جسمه وهم ما يعتبر أحد أبعاد الاغتراب الذاتي، فلا يستجيب هذا النمط من الأفراد من ذوي المعلومات غير الدقيقة حول مفهوم الجسم إلى تلبية متطلبات الجسم وحاجاته، بل غالبا ما يعانون من بعض الأمراض السيكوسوماتية.

(عبازة، 2014)

ويرى الدسوقي أن صورة الجسم تتضمن ثلاثة مكونات معرفية:

- **إدراك صورة الجسم perception of body image:**

اقترح (هاريس Harris) وهو أحد جراحي التجميل، لفظ الناحية الجمالية وذلك لكي يصف حساسية الفرد للإدراك الجمالي، والتباين أو الاختلاف في حساسية الفرد لهذا الإدراك الجمالي، وهو الذي يحدد السبب في أن فردا ما أو شخصا ما ربما يكون مضطربا بدرجة شديدة نتيجة وجود عيب صغير ويسعى إلى الجراحة التجميلية، ويعد الانتباه الانتقائي، عاملا هاما في استمرار الاضطرابات الانفعالية المتعددة فمرضى اضطراب تشوه صورة الجسم ينتبهون بطريقة انتقائية للعيب المدرك، ويعتبر ذلك عاملا على استمرار الاضطراب.

- **المعتقدات أو الاتجاهات نحو صورة الجسم:**

وربما تتضمن الاتجاهات نحو صورة الجسم مطلبا للكمال أو التناسق في المظهر، ففي دراسة مسحية لخمسين مريضاً ممن يعانون من اضطراب تشوه الجسم أكد 69% منهم بشدة على الاعتقاد المتمثل في: يجب أن يكون مظهري مثاليا.

- **العوامل السيكولوجية والانفعالية:**

توصل عدد من الباحثين إلى أن المرضى الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم يشعرون بمجموعة من الانفعالات التي ربما يجدون أنه من الصعب الإفصاح عنها وتوضيحها والتي تتمثل في الشعور بالاشمئزاز من جسمهم، ويزداد هذا الشعور حينما يتعرضون لإشارات أو تلميحات ترتبط بعيبهم الذي يمكن إدراكه، وكذلك الشعور بالقلق في المواقف الاجتماعية المختلفة، كما أن هؤلاء الأفراد أيضا يعانون من الأعراض الاكتئابية نتيجة للعزلة الاجتماعية والإحباط من عدم القدرة على إقناع الآخرين بشأن عيبهم المدرك وبشأن المعتقدات المتعلقة بعدم الجدارة وفقدان الأمل في المستقبل.

إذن مكونات صورة الجسم متنوعة، حيث تؤثر على الفرد بحسب تنوعها، فإدراك الفرد إلى صورة جسمه بشكل سلبي نتيجة التشوه الذي يعاني منه يجعله ينظر إلى ذلك التشوه على أنه الطاغي في جسمه حتى وإن كان ليس كذلك لكن إدراك الفرد يجعله يكون هذه الأفكار حول ذاته، إضافة إلى ما سبق لا يمكننا أن نتكلم على اضطراب صورة الجسد دون أن نتكلم عن أحد أهم المكونات في هذا الاضطراب والذي يدفع الفرد إلى تطوير اضطرابات أخرى قد تكون أكثر خطورة وهو المكون النفسي والذي يكون كنتيجة مباشرة للتشوه الذي أصيب به الشخص، إذ الفرد الذي أصيب بحادث غير في صورته الجسمية، كالحروق الجسدية، نجد عنده مجموعة من الانفعالات، قد تصل حتى إلى الشعور بالذنب وتأنيب الضمير واضطرابات أخرى كالاكتئاب والانطواء.

وبالتالي فإن معرفة مكونات صورة الجسد مهم جدا للوصول إلى فهم الفرد الذي يعاني من هذا الاضطراب ومحاولة مساعدته في كيفية التخلص من التركيز على العامل المسبب للاضطراب والتخلص من الانفعالات السلبية المصاحبة له، وبالتالي الوصول بالفرد إلى درجة من التكيف مع ذاته والمجتمع.

ومما سبق نستخلص أن مكونات صورة الجسم ترتبط بالآخرين وبالفرد، فصورة الفرد عن جسمه تتأثر بمدى إدراكه لجسمه ومدى تقييمه له، كما تتأثر بنظرة الآخرين له، وهذا راجع للانتقادات الموجهة له، والتي تعكس على سلوكه. **(الدسوقي، 2006)**

2.3 وظائف صورة الجسم:

يحدد تعريف الصورة الجسمية بوظيفتين أساسيتين اللتان تطمحان إلى قاعدة تبادل وهو قانون ملازم للجسم معطى من طرف العضوية والمتمثلة فيما يلي:

- **الوظيفة الأولى:**

تسمح بالتعرف على وجود رابطة دينامية بين جزء من أجزاء الجسم فهي تتعلق بالبنية المكانية كالشكل فالصورة الجسمية تسمح بالتعرف على الروابط التي تربط أجزاء الجسم بعضها البعض، أي إدراك البنية الشكلية للجسم.

- **الوظيفة الثانية:**

تسمح لنا بمعرفة خارج الشكل أي بالمحتوى والمعنى نفسه لهذه أو تلك الرابطة الدينامية وبالتالي فهي لا تتعلق بالشكل بل بالمحتوى، أي أن الصورة الجسدية هنا تسمح بالتعرف على معنى ومحتوى العلاقات أو الروابط الدينامية وليس الشكل.

4. أبعاد صورة الجسم:

يتفق الباحثون في صورة الجسم على نحو متزايد أن صورة الجسم مفهوم متعدد الابعاد Multi – Dimensionnel، ووضع كل من كفافي والنيال (1995) أربعة أبعاد الصورة الجسم وهي كالتالي بعد يتعلق بالوزن، وبعد يتعلق بالجاذبية الجسمية، وبعد يتعلق بالتآزر العضلي، وبعد يتعلق بتناسق أعضاء الجسم.

وتقسم (صافيناز) صورة الجسم في مقياس صورة الجسم للأطفال المكفوفين إلى عشرة أبعاد وهي: مستويات الجسم بالنسبة للأسطح الخارجية الافقية والعمودية، والاشياء وعلاقتها بمستويات الجسم، وأجزاء الجسم، واجزاء الوجه، وأجزاء الجسم المعقدة، وأجزاء الجسم (الأيدي والاصابع)، وحركة الجسم، والاتجاهات البسيطة، والاتجاهات نحو الآخرين، وجاذبية حركة الآخرين. **(المغازي،2002)**

وتقسم شقير (1998) صورة الجسم إلى ستة أبعاد وهي المظهر الشخصي العام، والتناسق بين مكونات الوجه الظاهرية، الجاذبية الجسمية، والتآزر بين أشكال الوجه وباقي أعضاء الجسم الخارجية والداخلية، والتناسق بين الجسم، والقدرة على الأداء لأعضاء الجسم المختلفة، والتناسق بين حجم الجسم وشكله ومستوى التفكير.

ويرى انور (1999) أن صورة الجسم تتبلور حول أربعة أبعاد وهي: صورة أجزاء الجسم، والشكل العام للجسم والكفاءة الوظيفية للجسم، والصورة الاجتماعية للجسم.

في حين حدد كل من "**بانفيد ومكاب**" ثلاث سمات لصورة الجسم: المعارف والانفعالات الخاصة بالجسم، وأهمية الجسم وسلوك الحمية، وصورة الجسم المدرك.

يتعلق البعد المعرفي بالأفكار والمعتقدات على شكل الجسم والبعد الانفعالي يتضمن المشاعر التي عند الشخص عن مظهر جسمه، البعد الثاني أهمية الجسم وسلوك الحمية يمكن أن يوصف بأنه سلوك ارتبط بنمو الحمية، البعد الأخير صورة الجسم المدرك يمكن أن نصف دقة الأفراد عندما يحكمون على شكلهم وحجمهم ووزنهم، فصورة الجسم متعددة الأبعاد، فتشمل بعدا معرفيا وآخر انفعاليا. وتتضمن صورة الجسم المعرفية اعتقادات وبيانات وتعبيرات الذات عن الجسم، وصورة الجسم الانفعالية تشمل على خبرات المظهر، سواء خبرات مريحة أو غير مريحة (مزعجة) وإذا ما كان هناك رضا أو عدم رضا عن الجسم. **(Julie,2003)**

على الرغم من أن الباحثين يتفقون أن لصورة الجسم أبعاد متعددة في التركيب لكن لا يتفقون على طبيعة هذه الأبعاد، ويمكن تقسيم صورة الجسم إلى ثلاثة أبعاد.

- **صورة الجسم المدركة: Perceptuel Body Image**

وهي كل ما يتعلق بتصور ومعرفة الفرد عن شكل وحجم ووزن جسمه ومظهره وأجزاء جسمه.

- **صورة الجسم الانفعالية Emotionnel Body Image :**

وهي مشاعر وأحاسيس ومعتقدات الفرد نحو صورة جسمه المدرك (من حيث الرضا وعدم الرضا).

- **صورة الجسم الاجتماعية Social Body Image :**

وهي مدى القبول الاجتماعي لخصائص الفرد الجسمية (شكل وحجم ووزن ومظهر وأجزاء وحركة جسمه) ووجهة نظر الآخرين وتصوراتهم ومدى تقبلهم له. **(العزاوي،2004)**

5. العوامل المؤثرة في تشكُّل صورة الجسم:

يمكن لبعض التغيرات الجسمية التي تمس عضوية الفرد من خلال تحولات طبيعية كالمراهقة أو تحولات أخرى كالحوادث المختلفة، إعاقة أو أمراض تضع الفرد من جديد أمام إشكالية الجسم وهذا من حيث كماله، حدوده وهويته فالحالات المماثلة بقدر ما تعد وضعية مهددة بقدر ما هي اختبار للصورة الجسمية.

ترى "دولتو" أن الإصابة بأمراض جسمية أو جروح حادة، إصابات جسمية متبوعة بخلل وظيفي يمكن أن تبعث لهشاشة الصورة الجسمية والتي تكون نتاج نكوص انفعالي مؤقت، فحسب هذه الوضعية رغم ما تحدثه من تشويش واضطراب على الصورة الجسمية إلا أنه لا يغير بصفة مستمرة توازن الفرد بخلل وظيفي.

ويتميز الجسم المصاب بانسحاب في حدود الجسم العضوي المفروضة من قبل الألم فهو مكان للا قدرة الفرد يتمثل في جسم اكتئابي، وجسم للإحباط، ضيق وثقل، فعوضا عن تفتحه لما يحيط به يتقلص وتتقلص معه حتى مختلف الوظائف في حالة المعاناة، ينطوي الجسم على ذاته وتفتحه على العام يكون قليلا جدا، جسم المعاناة يتميز بانخفاض أو انعدام اللذة والحالات الاكتئابية.

من جهته "شيلدر" هو الآخر يرى أن كل تغير عضوي، إصابة نقص أو تعطل في التكوين العضوي حتى لو كان هذا النقص غير ظاهرا كالأمراض الداخلية قد يحدث تغييرات في الصورة الجسمية، فكل ما يغير في الوحدة البيولوجية، ينعكس على الصورة الجسمية فصورة الجسم يمكن أن تمسها تحولات أو تتأثر بتاريخ الفرد.

إن التغيرات الجسمية تبعث نحو عدم التطابق بين صورة الجسم الحقيقية وصورة الجسم المصورة، فهي تمس حتما الجانب الإدراكي فهذه العضوية الجسمية تصبح حاملة لشكل وبنية جديدة.

لكي يقبل الفرد هذه التحولات الجسمية يتكيف معها ويدمجها يستوجب ذلك أن تمتاز الصورة الجسمية بالاندماج والحدود الواضحة أقصى حد من الليونة واللدونة، وأدنى حد من الجروحية خصوصا أن الصورة الجسمية تتميز بالمقاومة والتغيير والحاجة للاستقرار، والاستمرارية إضافة للصعوبة والجهد الذي تتطلبه ارصان صورة جديدة. **(دراغمة،2018)**

- **التأثيرات العائلية على تطور صورة الجسم:**

تشير نظرية التعلم الاجتماعي أن الآباء يلعبون دورا حاسما في تشكيل صورة جسد أطفالهم من خلال النمذجة والتغذية الراجعة والتعليمات واقترح "فيشر وستارك" أن الآباء قد يكون لديهم صورة مسبقا للجنس والمظهر المرغوبين لطفلهم ودرجة التشابه... الخ. وقد يؤثر ذلك على قبول الوالدين ورفاهية الطفل العاطفية.

وإن تلبية احتياجات الطفل العاطفية في بيئة داعمة تساهم في تكوين صورة إيجابية للجسم والشعور بالقيمة الشخصية وغالبا ما يرغب الآباء في الحصول على سمات جسدية في طفلهم تتوافق مع التشابه العائلي وغياب التشوهات.

ومع تقدم الأطفال في العمر تستمر توقعات الوالدين وتؤثر عليهم من خلال المواقف والتعليقات السلوكيات.

شددت وجهات النظر الكلاسيكية التي قدمها "(Mac Gregor) و (Kolb) وآخرون على الدور المحوري للوالدين في تشكيل الموقف الجسدي لطفلهم والصورة الذاتية اللاحقة. فالثناء أو الإهانة من قبل الوالدين فيما يتعلق بصفات معينة يمكن أن يؤثر بشكل كبير على تصور الطفل لنفسه.

وشدد "سيلدر" كذلك على أن التفاعل بين الأم والطفل يؤثر بشكل كبير على صورة جسم الطفل لأن الطفل يدمج ويتعرف على صورة جسد الوالدين كجزء من الصورة لجسده من أن تتعرف على الابنة أكثر على والدتها من والدها ويعود ارتباط قوي بين الأم وابنتها على مشاركتها في رعاية الأطفال وتوفرها الأكبر.

وفي عام 1985 اقترحت "Chernin" أن الفتيات يسعين للحفاظ على التواصل مع أمهاتهن وتبني أسلوب حياتهن وقيمهن وتتعرف الفتيات على العديد من جوانب تصرفات واتجاهات أمهاتهن بما في ذلك تلك التي تتعلق بجسد الأم وعندما تنتقد الأمهات أجسادهن تميل الفتيات إلى التماثل مع هذه العملية وقد ينتقدن أجسادهن أيضا.

- **تأثير وسائل الاعلام على تطوير صورة الجسم:**

تشير الدراسات إلى وجود علاقة بين صورة جسم النساء وتعرضهن لوسائل الإعلام مثل قراءة المجلات ومشاهدة التلفزيون، بعضها يظهر روابط قوية بين هذا التعرض وعدم الرضا عن الجسم وأعراض اضطرابات الأكل.

ومع ذلك هناك دراسات تجد عدم وجود علاقة أو علاقات غير ثابتة حيث قد تكون العلاقة مرتبطة بنوع معين من وسائل الإعلام مثل المجلات أو مقاطع الفيديو الموسيقية بدلا من الوقت الكلي لمشاهدة التلفزيون، ويظهر التأثير العام بين وسائل الاعلام وصورة الجسم ولكن حجم التأثير صغير ويرتبط بالقياسات الخاصة يبقى غموضا حول اتجاه السبب والنتيجة حيث قد يبحث الافراد الذين يشعرون بعدم الرضا أو

الاهتمام بالمظهر عن محتوى اعلامي معين؛ هذا السيناريو يعتبر محتملا خاصة فيما يتعلق بوسائل الاعلام التي تقدم صور صريحة للجمال والتحسين في المظهر بينما يكون أقل احتمالا في البرامج التلفزيونية التي تحمل وسائط ضمنية حول الجمال النحيف. **(باغة ومشحود،2024)**

- **عوامل بيولوجية :**

تتأثر معالم الجسم بشكل كبير بالعوامل البيولوجية والوراثية ولذلك يلعب الجانب الوراثي والبيولوجي دورا هاما في تطوير صورة الجسم حيث يمكن أن تؤثر بعض الاضطرابات العصبية أو الخصائص البيولوجية على تصور الأفراد لأجسادهم مثل (الطول وخصائص البشرة وجسم الصدر وملامح الوجه...الخ).

في مرحلة البلوغ والنضوج الجسمي في المراهقة تتزايد مشاعر الارتباك والرهبة تجاه التغيرات الجسمية الطبيعية هذه التحولات البيولوجية تجعل التعامل مع الجسم أمرا صعبا بشكل خاص للإناث حيث يتأثر إدراكهن لجسمهن بمعايير المجتمع وتوقعاته تجاه الجسم المثالي بالتالي يمكن للعوامل البيولوجية والوراثية أن تأثر على إدراك الفرد لجسمه وتشكيل وجهة نظره نحو الجسم بما يتناسب مع تلك العوامل والتوقعات المجتمعية. **(الغمري، 2016)**

- **الاصدقاء (الاقران):**

خلال فترة المراهقة يلعب الأصدقاء دورا مكملا في بناء صورة الجسم حيث يقدمون الأمان العاطفي لبعضهم بسبب مواجهتهم لنفس المشاكل ومشاركتهم لنفس الرؤية للعالم ويشير "رضا ابراهيم" نقلا عن (Stacy)إلى أهمية اختيار الأطفال والمراهقين للأصدقاء الذين يتناسبون مع صورة الجسم المثالية حيث يسعون للقبول ويتطلعون لصداقات تكون مقبولة من قبل الآخرين مما يجعل هذه الفترة حيوية في حياتهم وأي التعليقات حول الوزن أو المظهر قد تترك أثرا على مدى حياتهم. **(الدراجي، 2020)**

فقد أثبتت الأبحاث أن تأثير الأقران في فترة المراهقة يمكن أن يكون بارزا في تشكيل صورة الجسم حيث يسهم الضغط الاجتماعي والمقارنات في تعزيز المظهر الاجتماعي وتحديد معايير جمال محددة. هذا التأثير قد يكون أحيانا أكثر تأثيرا من تأثير الأهل نظرا للتفاعل الوثيق مع الأقران والرغبة في الالتماس للتقبل الاجتماعي. **(زروقي، 2020)**

- **الألعاب:**

مثل وسائل الإعلام التي يمكن أن تكون مصادر مهمة للمعلومات عن تأثيرها على تطوير صورة الجسم وإحدى الألعاب الأكثر شهرة وجدلا هي دمية باربي وهي تعتبر تمثيلا للمثال الجسدي والأخلاقي للفرد في المجتمع الأمريكي والثقافة الغربية، ورغم شعبيتها تعرضت لانتقادات واسعة بسبب تصميمها غير الواقعي وتأثيرها المرغوم على الفتيات في تبني صورة الجسم غير واقعية. **(Adjali,2018)**

6. النظريات المفسرة لصورة الجسم:

- **النظرية البيولوجية:**

يعتبر طبيب الأعصاب "هنري هيد" الباحث الأول الذي استعمل تعبير صورة الجسم وأول من وصف مفهوم صورة الجسم، على أنها اتحاد خبرة الماضي مقترنة بأحاسيس الجسم الحالية التي نظمت في اللحاء الحسي للمخ، لاحظ "هيد" أن حركات السلسلة وتوافق مواضع الجسم يدل ضمنيا على الوعي المعرفي المتكامل لحجم وشكل تكوين الجسم، وأضاف أن صرة الجسم تتغير بشكل ثابت بالتعلم، كما درس ابتداء تأثير المخ وضرر الجسم على مخطط الجسم.

يرى "كليف" أن صورة الجسم يمكن أن تقسم إلى غلاف خارجي للجسم، والحجم أو الفراغ الداخلي للجسم، ويعتبر الجسد غلاف الجسم ويأتي إدراك الغلاف من الجلد والمعلومات البصرية ويعتقد أن حجم أو فضاء الجسم يظهر في التوازن العميق للجسم وأن الحركة والنشاط البدني مهمان في تشكيل وصيانة حفظ صورة الجسم. **(الأشرم،2008)**

- **نظرية التحليل النفسي:**

اهتم هذا الاتجاه بتحديد مصطلح صورة الجسم حيث وضعوا الفرضية الأولى حول العلاقة بين التوظيف الليبدي ببعض المناطق الموجودة في الجسد والصراع النفسي المتعلق بها حيث يقول فرويد أن في النهاية، طاقة متفرغة من الأحاسيس الجسدية والأحاسيس من تلك التي تتولد من مساحة الجسد وهذا الأخير يمثل سطح الجهاز النفسي.

أوضح "**فرويد**" في نظريته عن الليبدو أن مناطق الاستثارة الجنسية، هي أهم مناطق الجسم حساسية وأن شخصية الفرد تتطور حسب تتابع سيطرة الإحساسات الجسمية؛ يبدأ الفرد في تكوين صورة عن جسمه عن طريق نمو الأنا التي تضيء له السبل ليكون قادرا على التمييز بين ذاته والآخر.

يرى "**أدلر**" أن أسلوب الحياة يتشكل كرد فعل لمشاعر النقص التي يحس بها الفرد سواء كانت مشاعر حقيقية أو وهمية، فالفرد الذي يكون أسلوب حياته قائما على تدني نظرته لنفسه تضطرب صورة جسمه مما يؤثر على توازن الشخصية ككل، كما أن الفرد يكون لديه عضو ذا قيمة متدنية من حيث الشكل

لأسباب قد تكون عضوية فإن هذا الفرد يعمل جاهدا لتعويض النقص لديه كي يتقبل جسمه ويتخلص من النظرة الدونية.

أما "**دولتو**" أهم ما قدمته يتعلق بالتمييز بين مفهوم التخطيط الجسدي والصورة الجسدية. تقديمها لمفهوم الصورة الجسدية وعلى حدوده الجسدية اللاشعورية، فحسب "**دولتو**" يقوم الفرد بالتركيز على وجوده من خلال جسده وعلى حدوده الجلدية يبدأ العالم الخارجي، نجد على هذا الجسد مراكز الإحساس التي تمدنا بشواهد وادراكات العالم الخارجي فيمثل الجسم من خلال ماديته الزمنية والمكانية، خلصت أعمال "**دولتو**" إلى تقديم ثلاثة أنواع لنفس صورة الجسم: الصورة الوظيفية، الصورة الشبقية، الصورة القاعدية، وهي ما يسمح للطفل بتوحده في الوجود حيث هناك صورة قاعدية خاصة بكل مرحلة من مراحل التكون، الصورة الوظيفية وهي الصورة الشاملة للفرد والذي يهدف لاكتمال و تحقيق رغباته، الصورة الشبقية المشتركة مع الصورة الوظيفية، هي المكان الذي تتركز فيه اللذة واللالذة في العلاقة مع الآخر، هذه الصور الثلاث مجموعة تكون الصورة الدينامية للفرد.

وتتمثل الأنماط الثلاث للصورة الجسدية التي تتشكل تبنى في كل لحظة ككل متزامن وتسميها "**دولتو**."

- **الصورة القاعدية:**

تسمح الصورة القاعدية للطفل بأن يشعر/ يحس في إطار وجوده وضمن استمرار نرجسيته في المجال الزمني وهذه الصورة تتواجد وتتوسع منذ الميلاد رغم التغيرات التي تحدث في حياة الطفل التي تفرض عليه تفاعلات على جسده، كما إصابة أو تلف هذه الصورة القاعدية ينبثق عنه التصور وهوام يكون مهدد للحياة النفسية وفي هذه الحالات تظهر وضعية وهمية كوسيلة خاصة ضد خطر محسوس كموضوع

مضطهد ويكون تصور الطفل لهذا الاضطهاد الهوامي هو نفسه مرتبط بالمنطقة الشبقية والتي تكون مسيطرة على شخصية الفرد في هذه الفترة.

- **الصورة الوظيفية:**

هو المكون الثاني للصورة الجسدية بعد الصورة القاعدية التي لها بعد ثابت في حين الصورة الوظيفية هي صرة الفرد الذي يوجه الاهتمام الخاص لرغباته، فبفضل هذه الصورة الوظيفية تستطيع نزوات الحياة المشخصة في الرغبة أن توجه قصد الحصول على اللذة عن طريق التظاهر والتموضع في علاقة، فمثلا الصورة الوظيفية الشرجية لجسد الطفل هي قبل كل شيء صرة للإصدار التفريغي في علاقة مع الحاجة الناقصة التي يعانيها الطفل وتكون في عدم فهم لغة الأم، ثم تصبح معبرة عن التفريغ المسير لموضوع جزئي غير أساسي ثم موضوع جزئي دقيق ونضج الصورة الوظيفية يحقق إثراء في الإمكانيات العلائقية مع الغير.

- **الصورة التناسلية:**

تتوحد أو تتقمص مثل الصورة الوظيفية للجسد في المركز الذي تتموضع فيه اللذة أو عدم اللذة مع الآخر، والتصور الخاص لهذه الصورة يرجع الى دوائر وأشكال بيضوية وهذه البنيات هي إما باعثة بمعنى مصدرة وفعليا أو مستقبلية منفصلة ذات هدف سار أو غير سار، ترتبط مع بعضها عن طريق نزوات أو رغبات الحياة وهي مفتعلة ضمن الصورة الدينامية والتي توافق الرغبة في الوجود والتي هي أساسا مصابة بنقص ما يجعلها دائما مفتوحة على اللاشعور، كما أن هذه الصورة الدينامية ليس لها تصور خاص بها، بل تصورها يتعلق برغبة، ككلام فعال مشترك موجود عند الفرد وتتعلق الصورة الدينامية بالرغبة في البحث عن موضع جديد.

وخلاصة القول فان الصورة الجسدية من المنظور التحليلي تبنى في ثلاث مركبات من حيث الإحساس بالجسد كمادة بيولوجية، يحيا بها الفرد من حيث تمركز اللذة وتحقيق الرغبات. أخيرا من حيث الايجابية والسلبية في تحقيق الرغبة أو اللذة بمعنى من يمثل الصورة الباعثة الفعالة ومن يمثل الصورة المستقبلية المنفعلة. **(فرويد،2000)**

- **النظرية السلوكية:**

يرى أصحاب هذه النظرية أن الفرد ينمو في بيئة اجتماعية يؤثر فيها ويتأثر بها، يكتسب منها أنماط الحياة والمعايير الاجتماعية والتي تكوِّن صورته عن جسمه، ولكن صورة الجسم تظهر في مرحلة الطفولة حيث يكون الفرد متأثرا بجو الأسرة بعبارات الذم والمدح التي يتلقاها وبتعليقات الوالدين بتقييمهم لأجسام أبنائهم، فان ما تقدمه الأسرة من تعزيزات نحو أبنائها ومثله أيضا تعزيزات الرفاق والأصدقاء تؤثر في درجة قبول الفرد لجسمه. **(القاضي،2009)**

- **نظرية العلاقة بين صورة الجسم والشخصية ل "والون:"**

قدم "**والون**" فكرتين عامتين حول صورة الجسد تستحقان الذكر هما: أهمية مظهرها الاجتماعي ومظهرها العاطفي المنشط.

فالمظهر الاجتماعي يطور مخطط الجسد وفقا لحاجات النشاط من قبل الآخرين فمطالب الرضيع الحساسة هي بين يدي الشخص الذي يطعمه ويربيه وحركاته وإيماءاته التي تدعم أو تنشأ من قبل الآخرين، فهو يتعلم أن يحكم ويكيف نشاطاته مع الآخرين. يتطور تمثيل صورة الجسد عندما يترابط الاستيعاب المستمر للصرة الخارجية التي يملكها الشخص عن الآخرين مع تفاصيل جسد الشخص المدرك عن طريق الحواس، فالشخص المقابل هو مرآة الطفل الذي ينمو. فالبيئة الاجتماعية والشخص ذو الإحساس الذاتي الذي هو الجسد، يتممان بعضهما البعض فمخطط الجسد الذي هو نتيجة حالة العلاقات الصحيحة بين الشخص والمحيط. **(شراير وزميرلين،2019)**

- **النظرية الإنسانية:**

حدد "روجرز" الذات المحور الأساس للشخصية إذ تتضح شخصية الفرد بناءً على إدراكه لذاته، فالخبرات التي يمر بها أو المواقف التي يتعرض لها لا تؤثر في سلوكه إلا تبعا لإدراكه لذاته، لما كان لصورة الجسم أهمية كبرى من خلال تداخلها مع تقدير الفرد لذاته فان الفرد يقيم ما يتعرض له من خبرات على ضوء فيما إذا كانت تشعره بالتقدير الايجابي للذات فالتجارب الماضية خاصة أحداث خبرات الطفولة التي ترتبط بصفات الفرد الجسمية لها تأثير في إدراك الفرد لصورة جسمه. كما أن لها تأثير قوي فعال على توافق الشخصية بحيث يعتقد "روجرز" أن لكل فرد حقيقته وصورته عن ذاته كما أدركها هو، لذا فهي تعد العامل الحاسم في بناء شخصيته وصحته النفسية. **(العاسمي،2015)**

- **النظرية النفسية الاجتماعية:**

الإنسان العادي يشبه الممثل الذي يتقمص الأدوار المختلفة، وبذلك يمثل أو يجسد عدة صور جسمية لمختلف الشخصيات، حيث يستقر في حياته اليومية بتمثيل أو تجسيد معين لجسمه حسب الظروف الحياتية فصورة الجسم هي البنية القاعدية التي تسمح للإنسان بأن يحي بجسمه بدون الإحساس به كحقيقة غريبة عنه مألوفة ومهددة، وبالتأكيد فان هذه الصورة في السن العشرين تختلف عنها في سن الأربعين فهي دائما مؤقتة ومرتبطة بالاهتمامات والرغبات والنشاطات التي يقوم بها الشخص كإسقاط جسمي لمواجهة محيطه الاجتماعي والثقافي، فالتناسق الموجود بين الشكل والمحتوى الذي يحيى فيه الجسم سيد على ما يخبره ويستوعبه الشخص من نظرة مجتمعه حول مفهوم الجسم. وهذا يعني أن هناك محور ثالث يتمثل في معرفة القابلية، التمثيل، مفهوم الجسم والصورة المثالية في المجتمع التجارب، الإدراكات والمقارنات مع الآخرين. **(حشايشي،2005)**

7. التعقيب على النظريات:

يمكننا القول أَنَّ صورة الجسم كانت محل مجمل أو أغلب دراسة العديد من النظريات حيث تعددت الآراء والأفكار والمضامين، واختلفت طبيعتها، فكل نظرية كيف فسرت مفهوم صورة الجسد، حيث أن نظرية التحليل النفسي فسرت حسب روادها وعلى رأسهم "فرويد" أن (الأنا الجسمي) هو يعتبر ألية عصبية مرتبطة بمصير الليبيدو.

أما النظرية السلوكية ترى أن أسلوب المدح والذم يؤثر على درجة تقبل صورة الجسم وذلك يكون من قبل أفراد المجتمع بداية من الأسرة بتحديد التي تعتبر عامل في تأثير وتقبل الصورة الجسمية للآخر، وهذا راجع للبيئة الخارجية.

أما النظرية البيولوجيية والإنسانية اهتمت بالأحاسيس والإدراكات الناجمة على الترجمة العصبية لتقدير ذات الفرد الحركية.

8. السياقات النفسية المساهمة في بناء الصورة الجسمية:

يطور الفرد عبر مراحل نموه المختلفة مجموعة من العمليات النفسية الخاصة تتلخص بتركيز حقيقي لسمات وصور وأشكال من كائن إنساني آخر، لا تخرج عن إطار العلاقة بالموضوع في مختلف أشكالها حيث أن مجموع هذه السياقات النفسية تعكس العمليات التي يتكون الكائن الحي من خلالها :

- **الاندماج:**

زمنيا هو السياق الأول الذي يتم من خلاله النفاذ أو الحفاظ على الموضوع بداخل جسم الطفل وهذا على المستوى الهوامي حسب درجات متفاوتة يشكل الإدماج هدف ونمط علائقي مع الموضوع تميز المرحلة الفمية، كما يمكن للإدماج أن يكون بواسطة الجلد، الرؤية والسمع وهذا المفهوم طور لاحقا من طرف "كلاين" و "ابراهام" حيث لا يتلخص هذا المفهوم النفسي في التحصل على لذة ذاتية، وهذا باستنفاذ موضوع داخل الذات واكتساب خصائص الموضوع والاحتفاظ به داخل الذات، فالإدماج يقوم على أساس علاقة غامضة بالموضوع، تحطيم موضوع وبشكل النموذج الجسدي الأول للإجتياف والتماهي.

- **الاجتياف:**

هو سياق نفسي يمر من خلاله الفرد على المستوى الهوامي من الخارج إلى الداخل متعلقة بمواضيع وخصائص مرتبطة بهذه المواضيع، يقترب مفهوم الاجتياف من الإدماج والذي يشمل الجانب الجسمي غير أن الاجتياف لا يقتصر فقط على معالم الجسمية فهناك أيضا اجتياف الأنا واجتياف الأنا المثالي، وهو الآخر في علاقة بالتماهي ويرى فرويد أن مفهوم الاجتياف معاكس تماما لمفهوم الإسقاط.

- **التماهيات:**

هو سياق نفسي يقوم الفرد من خلاله بالتماثل بجانب أو خاصية للآخر، فيتحول كليا أو جزئيا على نمط هذا الأخير، وهذا السياق يرتبط بعقدة الأوديب وخاصة من خلال آثارها البنائية وهناك نوع من التماهيات وهو:

- **التماهيات الأولية:** فحسب "شيلدر" صورة الجسم هي إحدى التجارب الأساسية في حياة كل واحد منا، تحمل بصمات مميزة لكل مرحلة من مراحلها، فالإرثان الجسمي بلخص كل النمو وإذا كان للجسم واقع فصورته كذلك، يمكن أن يمثل على أشكال مختلفة ومتنوعة في مستويات مختلفة، ففي الجسد هناك مكان للخيال. والهوامات وللأشياء البدائية التي تلعب دورا في حياة الفرد وكذا في الإرصان الجسمي، فكل هذه التصورات الهوام الخيال، الأشياء البدائية، هي من تعطي معنى للجسم وقوة وجدانية، فالأشياء المتبقية من المراحل الماضية للنمو لا تغيب أبدا، بل تأخذ مكانا في اللاشعور، هذا الأخير الذي يعتبر مخزن حقيقي للوجدانات، والذي يدعم المظهر الخارجي ويعطي له قوته ومعناه. **(دابو،2017)**

9. عملية تكوين صورة الجسم:

تبنى الصورة الجسمية من خلال تنسيق أشكال متنوعة من الأحاسيس، ومن خلال نشاطات مختلفة وأيضا في إطار التمثيلات النظرية، في البدء تكون صورة الجسم مجزأة ومقطعة ثم تدمج المناطق الليبيدية ذلك أن المناطق العلمية تلعب دور الموجه في عملية نمو بنية الصورة عن الذات، صورة الجسم تبنى من خلال عملية الدمج، وتمييز متدرجة في البداية لا يوجد تمييز واضح بين الجسم والخارج.

نجد "فرنسواز دولتو" قدمت تفسيرا لكيفية تكوين الصورة الجسمية والتي فسرتها بالاعتماد على مرحلتين:

- **مرحلة المرآة:**

في هذه المرحلة تكون المشاعر والانا في نشاط دائم حيث يقوم الطفل بنوع من التقمص لنفسه أي لجسمه، ولكن ليس تغيير للانا فالصورة الجسمية إدماج للانا في علاقتها مع الجسم فالتوتر في هذه المرحلة متعلق بالرمزية إذ كل الإدراكات الخاصة بالتخطيط الجسمي إدراكات مختلفة، من حيث الكمية والنوعية فهي قابلة للاختلال سواء اللذة أم الألم ولن تأخذ قيمة رمزية، فعندما تحدث الإدراكات تغير في العادات فان هذا التغيير المدرك من طرف فرد آخر، يستجيب استجابة لها معنى رمزي والذي يعتبر اتصال بدائي للكلام.

- **المرحلة الرمزية :**

وتعتبر معرفة لا تسمح بتنظيم الاتصال المعقد كما أن الأثر الرمزي يسمح للرضيع بالإحساس بالاكتمال، والتجانس وذلك في فترة اللا تمايز بين الطفل وأمه، فالصورة الجسمية تتكون من خلال الرغبة في الوجود وفي علاقة مع الجسد فهي حويصلة لتجاربنا الشعورية المعاشة من خلال الإحساسات الشبقية، أي مصادر اللذة بحيث تعتبرها "دولت" كتجسيد رمزي شعوري للموضوع المرغوب وهذا قبل أن يكتمل تكون الأنا ويستعمل الفرد ضمير أنا وكما أنها دائمة التكون أي هي في تكون مستمر وتعتبر كجسر للحوار والتفاعل مع الآخر، وهذا ما يفسر أن العيش بالتخطيط الجسمي (أين تصل الذكريات) دون صورة جسمية هو عيش أبكم وحيد كما يتم تنظيم الرغبات على شكل صورة جسمية، أين تصل الذكريات الماضية إلى مناطق التخطيط الجسمي، وبفضل هذا تدنى إلى مناطق شبقية دون وجود موضوع اللذة، وفي حالة انعدام الكلام فإن الصورة الجسمية لا تنظم رمزية الفرد ولكن تؤثر على هذا الأخير. **(الطفيلي،2004)**

10. الفرق بين بعض المفاهيم التي تتقارب مع مفهوم صورة الجسم:

ونقصد بذلك المفاهيم التي تقرب من مفهوم الصورة الجسدية أو هناك تقارب شديد بين هذه المفاهيم والصورة الجسدية من الناحية النظرية. لكن رغم هذا التقارب هناك مميزات تفصل بينهم وهذه المفاهيم هي: الأنا، الهوية، صورة الذات، المخطط الجسدي.

- **الصورة الجسدية والمخطط الجسدي:**

هناك فرق جوهري كون المخطط الجسدي يبعث نحو مفهوم حقيقي وواقعي للجسد، أما الصورة الجسدية فهي تدل على الجسد الخيالي. حيث يرى فون أورسبرغ (Von Aursperg) أنه يجب الاحتفاظ بمصطلح التخطيط الجسدي للدلالة على الواقع الجسدي، أما صورة الجسد فنقصد بها الشعور النفسي لكونه جسد مندمج في السياق النفسي للوعي بالذات.

تنتمي الصورة الجسدية حسب أنزيو (D.Anzieu) للسجل الخيالي، ويتطلب تميزها عن المخطط الجسدي هو متعلق بالسجل الحسي الحركي والمعرفي، كما يضيف أن الصورة الجسدية لا شعورية وقاعدتها وجدانية في حين أن التخطيط الجسدي شعوري وقاعدته عصبية، في الحالة الأولى الجسد معاش كوسيلة للعلاقة مع الآخر وفي الحالة الثانية يستعمل كأداة للتأثير في المكان والأشياء.

- **الصورة الجسدية ومفهوم الذات:**

إن مفهوم الصورة الجسدية مرتبط بصورة مباشرة أو ضمنية بمفهوم الذات، فلا يمكن أن يشعر الفرد بذاته إلا بواسطة صورته الجسدية، فصورة الجسد هي تصور لا شعوري للذات. وعند الخوض في الحديث عن تصور الذات يتعلق الأمر بالجسد الموضوعي الذي نقدمه للآخر.

- **الصورة الجسدية والانا:**

غالبا ما يتماشى مفهوم الأنا والصورة الجسدية، وهذا حسب التناول التحليلي، وعلى هذا الأساس يرى "سيغموند فرويد" أن الأنا يشتق في نهاية المطاف من الأحاسيس الجسدية، فالانا قبل كل شيء أنا جسدي، وهو ناتج عن الإحساسات الجسدية خاصة تلك النابعة من على سطح الجسم ويمكن اعتباره كإسقاط لهذا السطح الجسد.

يرى كل من (لا بلانشLa planche) و(بونتا ليس) في كتابهما حول مصطلحات التحليل النفسي أن هيئة الأنا تقوم بعمليات نفسية واقعية تمثل إسقاطا للجسد في النفس، وعليه تصل المدرسة التحليلية إلى

أن الأنا يستند إلى الجانب الجسدي أي إلى أن الأنا النفسي بتموضع على الأنا الجسدي الشيء الذي يجعل للانا تفرد ممكنا، يؤكد فرويد أن الأنا هو أكثر الأشياء إثباتا للذات.

حيث أن مفهوم الأنا مبني على الخضوع للواقع ويرتكز في الأساس على الأنا الجسدي، فالجسد حسب "فرويد"، يمثل قاعدة أساسية للهوية، والتي تعتبر بدورها العنصر المركزي في التوظيف النفسي فمن الناحية التكوينية يعتبر تكوين الأنا كوحدة نفسية مرتبطة بتكوين الوحدة الجسدية، حيث أن تكوين وحدة مماثلة يساهم في وصول الفرد الصورة عن ذاته من خلال الآخر. **(عطية،2016)**

11. نوعية صورة الجسم:

يشير ديشود فربيس وآخرون (Dechaud-Ferbus.M & al) أن تناول نوعية وخاصية الصورة الجسدية لدى الراشد، يأخذ دائماً في إطار تاريخ الفرد، طفولته الأولى وعلاقته بالموضوع، فمن خلال هذا التاريخ الفردي، هناك عدد من العلاقات البدائية أصبحت لاشعورية، منسية، مكبوتة ومُزاحة، حيث قامت الميكانيزمات الدفاعية بدورها، كما تفعله مع باقي الحياة النفسية، حيث يحدث الشيء نفسه مع المعاش الجسدي.

نميز نوعين من صورة الجسد، ونوعية صورة الجسد هي نتيجة عدة عوامل متداخلة تساهم في تشكيل اما صورة جسد جيدة أو صورة جسد هشة، وسنوضح ذلك فيما يلي:

أ- صورة الجسد الجيدة:

وضح كرايغ (Craig) أن التباين بين الصورة المثالية للجسد التي يتطلع اليها المراهق، وصورة ذاته الأقل كمالا، مصدرا حقيقيا للشعور بالقلق لديه، لذلك أشار (كوالسكي Kowalski) أن غالبا ما تدور المحادثات بين الرفاق عن محاولات إنقاص الوزن والتمارين الرياضية، حيث يزداد معها تركيز المراهقين على مظهرهم أكثر من الانجازات الأخرى في حياتهم.

فقد قام (ليرنر Lerner) بدراسة تناول فيها هذه العلاقة، مستخدما عينة من الأولاد المذكور ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين 10 – 20 سنة، وكان الباحث في هذه الدراسة يطلب من أفراد العينة تقدير عدة صور تتضمن الأنماط الثلاث لبنية الجسم لدى الذكور في ضوء ثلاثين بندا أعدت لهذا الغرض. أسفرت نتائج الدراسة أن النمط الرياضي يرتبط بالنمط الموجب اجتماعيا.

ويذكر (رايس ودولجن) (Rice & Dolgin) عندما تكون مشاعر الافراد ايجابية نحو أنفسهم فانهم يتجنبون السلوكيات المؤذية، بينما لا يستطيع القيام بذلك من لا يملك مثل هذه المشاعر. فمن المؤسف أن جانبا كبيرا من تقديرنا لذواتنا يرتبط بالجاذبية الجسدية لدينا في مرحلة المراهقة. ومن المؤسف أكثر أن المعايير التي نقارن بها أنفسنا غير واقعية لدرجة كبيرة.

ومادام الشباب يقيمون تبعا لمثل أعلى نمطي بالنسبة لأي من الجنسين، فإن رضاهم عن أنفسهم يتوقف على مدى اقترابهم من ذلك النموذج المثالي.

ب- صورة الجسد الهشة:

يشير (كوالسكي Kawalsk) أنه عندما تكون صورة الجسد سلبية لدى المراهق فإن تقدير الذات لديه ينخفض، كما تتعرض علاقاته مع الآخرين إلى بعض التوتر.

يذكر (شندر Shander) أن من الأسباب التي تؤدي إلى صورة جسم سلبية: الاغتصاب، والايذاء الجنسي، ووسائل الإعلام. وأوضحت منظمة الوعي اضطرابات الأكل والوقاية منها «The Eating Disorder Awaraness and Prevention Inc. Organization»" أن الأشخاص الذين لديهم صورة جسم إيجابية، لديهم مفهوم واضح وصحيح عن شكل الجسم، ويقدرون ويعجبون بهذا الشكل ويفهمون أن شكل الجسم يعبر ولو قليلاً عن الشخصية وتقييم الفرد كإنسان. من ناحية أخرى، فإن الأشخاص الذين لديهم صورة جسم سلبية، يكنون مشاعر مزعجة وسلبية عن أجسامهم، ويشعرون بالفشل والإحباط تجاه شكل أو حجم الجسم، بالإضافة إلى الشعور بالخجل". **(بن أمسيلي،2012)**

12. مفهوم اضطراب تشوه صورة الجسم:

ينشغل معظم الناس بمظهرهم وكيف يراهم الآخرون، ومع ذلك فإن بعض الأفراد يصبحون قلقين على مظهرهم بطريقة تؤثر على حياتهم اليومية، ومثل هؤلاء الأشخاص ربما يؤهلوا لأن يتم تشخيصهم على أنهم مرضى اضطراب تشوه الجسم Body Dismorphic Disorder (BDD) والسمة المميزة لهذا الاضطراب هي الانشغال بعيب طفيف أو وهمي في المظهر خاصة في الوجه والجلد والشعر والأنف وبناء الجسم والوزن.

وعلى الرغم من أن هذا العيب قد لا يكون ملحوظاً للآخرين فإن الأفراد ذوي اضطراب تشوه الجسم لديهم إدراك لهذا العيب على أنه بشع ومثير للاشمئزاز، ويعاني هؤلاء الأفراد من التفكير في مظهرهم والنظر في المرأة لعدة ساعات في اليوم، كما أن أكثر المصابين به إناث وغالباً ما ينتشر في مرحلة المراهقة.

(Phillips & al.,2019)

كما أن مرضى اضطراب تشوه الجسم أقل رضا عن مظهرهم وعدم الرضا يرتبط بزيادة الاضطراب والأوهام المرتبطة بصورة الجسم حيث تتركز الأفكار الوسواسية والضلالات لدى الذكور حول بنية الجسم وأعضائهم التناسلية والصلع، أما النساء فلديهن أفكار تهتم باستخدام مساحيق التجميل الإخفاء العيوب، كما يملن إلى تغيير ملابسهن بشكل مستمر، وفي المجمل فإن أعراض هذا الاضطراب تظهر بشكل أكثر حدة لدى الإناث.**(Victoria & al.,2023)**

تعريف اضطراب تشوه الجسم Definition of Body dysmorphic disorder:

هو اضطراب يتميز بالانشغال الكامل بعيوب متخيلة في المظهر أو عيب بسيط خاصة في الوجه أو الشعر أو الأنف ويمكن أن يمتد هذا الانشغال إلى الأجزاء السفلية، ويرتبط هذا الاضطراب بالعزلة الاجتماعية، ومن الاضطرابات المصاحبة له الاكتئاب والأوهام والخوف والقلق الاجتماعي والوسواس القهري. فاضطراب التشوه الوهمي للجسد هو انشغال زائد على الحد بشأن المظهر الجسمي يؤدي بصاحبه إلى العديد من السلوكيات الانهزامية.**(Katharina & al.,2022)**

أن اضطراب التشوه الجسمي هو حالة تؤثر على نمو صورة الجسم لدي الفرد ، و هذه الحالة يمكن أن تكون من الشدة بحيث تؤثر على الفرد و قدرته على العمل فكل شخص يشعر بالقلق تجاه مظهره الجسمي ، و هذه الحقيقة أكثر ظهورا في مرحلة المراهقة المبكرة ، اذا تحدث تغيرات في المظهر الجسدي في هذه المرحلة، ويشير التراث النظري للنمو الإنساني إلى الدور الذي تلعبه صورة الجسم خلال المراهقة كعوامل و محددات لنمو الهوية والعلاقة بالأقران كما أن اضطراب التشوه الوهمي للجسد حالة نفسية مدمرة وفي كثير من الأحيان تكون غير معروفة ، ويساء فهمها وبصفة خاصة لدى المراهقين.

(Saikot & al.,2022)

13. تشخيص تشوه صورة الجسم:

A : الانشغال بواحد أو أكثر من الحبوب المتصورة أو بتشوهات في المظهر الجسدي التي لا يمكن ملاحظتها أو تظهر بشكل طفيف للآخرين.

B : في مرحلة ما أثناء الاضطراب، فقد أدى الفرد سلوكيات متكررة (على سبيل المثال، تفحص النفس في المرآة التبرج المفرط، ونزع الجلد، البحث عن التطمين) أو الأفعال العقلية (على سبيل المثال، مقارنة مظهره مع الأخرين) ردا على مخاوف المظهر.

C : تسبب الانشغالات احباطاً سريريا هاما أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى .

D : لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال المخاوف المتعلقة بتراكم الدهون في الجسم أو بالوزن لدى الفرد والذي يستوفي المعايير التشخيصية لاضطراب الأكل.

تحديد ما إذا كان:

مع شذوذ البنية العضلية: انشغال الفرد بفكرة أن له أو لها كتلة جسدية صغيرة جدا أو أن الكتلة العضلية غير كافية. ويستخدم هذا المحدد حتى لو كان الفرد مشغولاً بمناطق أخرى من الجسم كما هو الحال في كثير من الأحيان.

تحديد ما إذا كان:

الإشارة لدرجة البصيرة بشأن معتقدات اضطراب تشوه شكل الجسم (على سبيل المثال، "أنا أبدو قبيحا" أو "أنا أبدو مشوها").

مع بصيرة جيدة أو مناسبة: يدرك الفرد بشكل مؤكد أو بشكل محتمل أن معتقدات اضطراب تشوه شكل الجسم ليست صحيحة أو أنها قد تكون أو لا تكون صحيحة.

مع فقر البصيرة: يظن الفرد أن معتقدات اضطراب تشوه شكل الجسم صحيحة على الأرجح.

مع غياب البصيرة/ معتقدات توهميه: يكون الفرد مقتنعا تماماً بأن معتقدات اضطراب تشوه شكل الجسم صحيحة. **(مصطفى ويوسف،2013)**

14. الأسباب والعوامل المؤثرة في تشوه صورة الجسم:

أقر الباحثون بشيوع صورة الجسم السلبية أو (ضعف تقبل صورة الجسم) ولاسيما لدى النساء. ومن هذه العوامل ما يلي:

- **المعايير الثقافية للجمال:** تلعب التحديدات الثقافية بما هو مرغوب وجذاب دوراً مهما في تطور صورة الجسم. وقد تغيرت تعريفات الجاذبية عبر الزمن، وتغير النموذج الجمالي من اكتناز الجسم الذي يرمز إلى الخصوبة في زمن المجاعة أو الكساد الاقتصادي إلى النحافة التي تنسجم مع حركة المرأة واستقلاليتها الاجتماعية.

بينما تغير "الجسم المثالي" عبر التاريخ، حيث حاولت النساء تحويل شكلهن ليتكيف مع نموذج الجمال في عصرهن. وتؤكد الدراسات الشعبية أن نموذج الجمال الحالي الخاص بالنساء يتسم بالنحافة وان وسائل الاعلام هي التي تحمل هذه الرسالة ونشرها. وهذه الممارسات المجتمعية قد تضع النساء في خطورة من تطور صورة جسم سلبية.

واقترح كل من (إيارك، ليفين وكيني) أن "النزعة الوزنية" واحدة من أشكال التحامل التي لا يزال الكثير من النساء يعتقدون بها. وتشير الدراسات إلى أن هذه النظرة موجهة نحو النساء من دون وجهة حق. وبينت الدراسات ان الاشخاص ذوي الوزن الزائد، ولاسيما النساء يوصفون بالقبح والكسل والضعف والعجز والفوضى وبينما تنظر ثقافات اخرى إلى البدانة بشكل أكثر ايجابية مقارنة بالثقافة الغربية، فمثلا: تعد الثقافة العربية زيادة وزن الجسم علامة من علامات الخصوبة، بينما يصف المجتمع الغربي النحافة بوصمة سيئة. وهذا ما قد يؤدي إلى تطور صورة الجسم سلبية لدى النساء.

- **تطور المراهقة:** ففي علم النفس المراهقة هي مرحلة من النمو تلي مرحلة الطفولة المتأخرة وتقع بين الطفولة والرشد.

وتعود حقبة الانتقال بين الطفولة والرشد وتبدأ بالبلوغ الجنسي، وتقع مرحلة المراهقة عادة بين الثالثة عشر والثامنة عشر عند البنين، والثانية عشر والسادسة عشر تقريبا عند البنات، اذ تحدث التغيرات الجسمية لديهن في وقت مبكر وبسرعة أكبر مما يحدث عند البنين.

وفي أكثر الاحوال يصعب تحديد بدء المراهقة ونهايتها تحديدا دقيقا لأسباب عديدة، فهي تختلف باختلاف التركيب الجسمي للأفراد وما يتمتعون به من غذاء جيد، وما يتعرضون له من أمراض، فضلا عن ذلك أنها تختلف باختلاف العوامل البيئية والمناخية التي يحيا فيها الفرد.

ومما يلاحظ ان النمو الجسمي يمتاز بسرعته الكبيرة ويغلب على عملية النمو عدم الانتظام في اجزاء الجسم المختلفة، مما يؤدي إلى حالة من القلق والتوتر لدى المراهق، كما وتظهر البثور على وجه المراهق وبعض اجزاء جسمه بسبب اضطراب إفرازات الغدد فضلا عن التغيرات الجسمية الأخرى.

- **التنشئة الاجتماعية:** لقد اشارت الدراسات ان النساء يتطبعن لكي يقمن اجسامهن من ممارسات التنشئة الاجتماعية التي تجعل من متابعة جمال الشكل والجسم اهم لدى النساء منه لدى الرجال. وكما تكون وسائل الاعلام عنصرا مهما في هذه الممارسة، فان الوالدين يمكن ان ينقلوا القيم المتعلقة بالجمال والجسم لأطفالهم ايضا، ونتيجة لذلك تصبح النساء أكثر عرضة لتطوير صورة جسم سلبية إذا ما تربين على يد والدين يطبعون بناتهم على القيم الجمالية بدلاً من قابلياتهن الفكرية.
- **الاعتداء الجنسي:** يذكر الكثير من الباحثين أن صورة الجسم يمكن أن تتأثر بالصدمات النفسية مثل الاعتداء الجنسي. اذ يحصل اضطراب في صورة الجسم من خبرة الوقوع ضحية للاعتداء الجنسي، لأن الجسم هو موقع الصدمة الأصلية، وبذلك يصبح تطوير تقدير صحي للجسم أمرا صعبا. وفي ضوء ذلك ليس من الغريب أن تطور العديد من النساء صورة جسم سلبية. **(دوجان،2002)**

كما يمكن لاضطراب تشوه صورة الجسم أن يكون مدعما من العوامل النفس– اجتماعية كنظرات الآخرين أو العوامل الفيزيائية. أو تعود إلى عوامل معرفية والذي يتضمن إدراك المرأة لجسدها مثلا كما ينعكس لها وكما تعرفه هي. وأيضا عوامل ثقافية روحية من حيث الانتماء الديني.

وفقا ل (ناتنشون) فان تشوه صورة الجسم عبارة عن مقت الذات وعدم تحمل عيبها الوهمي. بمستوى يتعارض مع عمله الاجتماعي والوظيفي أو بسبب درجات مرتفعة من القلق والكآبة لدى الفرد قد تصل به إلى حد الانتحار.

ويمكن لاضطراب تشوه صورة الجسم أن يقود الشخص إلى سلوكيات انسحابيه شديدة مثل العزلة، فضلا عن السلوك الانتحاري الذي يمكن أن يكون أمرا شائعا وعاديا في مثل هذه الحالات، كما قد تحصل

كآبة إكلينيكية وهي قسم من الحالات. أين تفشل التدخلات الجراحية وجهود تحوير الجسم في تحسين وجهة نظر الشخص حول العيب المظهري.

حسب "نايسو" يعود اضطراب صورة الجسم اللاوعي الى تلك الصعوبات العلائقية بين الأم والطفل، إذ تمس هذه الظاهرة الصورة الجسمية اللا واعية لدى الفرد وتتكون من:

الجزء الخاص بالطفل: عندما يكون هناك إصابة كبيرة وعطل في تبادل الأحاسيس والعواطف مع الأم سواء كان في المناطق المثيرة للشهوة الجنسية أو الوظيفية الجسدية وهنا تكون بشكل اضطرابات الحركة والتوازن

هذه العناصر المختلفة تأتي كرد على العراقيل العاطفية التي تكون بين الأم وابنها.

الجزء الخاص بالأم: وهنا يحرم الطفل من الحضور الملموس لوالدته.

الجزء الخاص بإطار التبادل: وهنا نتحدث عن عدم رغبة الأم في التواصل مع الابن، أي أنها لا تحركها أي رغبة في التواصل معه.

لكن من الممكن أن تكون العلاقة بين الأم والطفل سليمة، وبالتالي يكون الفرد صورة جسمية ايجابية، لكن بمجرد التعرض لحوادث في الحياة تتغير هذه الصورة الايجابية وتتحول إلى صورة سلبية للجسم وهذا ما توصل إليه "برسيلو" أن ضحايا الحروق الذين لديهم تشوهات خفية أو غير ظاهرة يجدون صعوبة في التوافق النفسي، فالناس الذين لديهم عيب مرئي أو ظاهر يضطرون إلى المجاهدة وفي النهاية يقبلون استحواذه على الانتباه الاجتماعي، ومن ناحية أخرى فإن العيوب الأقل رؤية بصفة عامة تدفع الفرد ربما إلى إتيان سلوك يدل على التجنب أو الإحجام مما يقوي المعتقدات الواهية بأن الآخرين الذين يرون العيب أو التشوه يسببون كرب أو محنة.

إذن مما سبق فمن الممكن وجود عوامل تعود للمراحل الأولى من حياة الطفل الذي سببه الأول علاقة الأم بطفلها وفي المقابل من الممكن أن تمر هذه المراحل بسلام لكن قد يصطدم في الحياة بحوادث تجعله يغير الصورة الايجابية إلى سلبية، كما أن استمرارية هذه الصورة السلبية وتطورها قد تفجر عند الفرد اضطراب لا يمكن التحكم فيه، يقود فيه الفرد إلى الإقبال على الانتحار.

- **نمو وتطور صورة الجسم السلبية:**

يمكن تقسيم العوامل التي تسبب في ظهور التجارب المختلفة لصورة الجسم إلى نمطين أو نوعين رئيسيين:

الأول: التأثيرات التاريخية والتنموية أو التطورية التي تشكل اكتساب اتجاهات خاصة عن صورة الجسم.

الثاني: التأثيرات المركزية المحددة والقريبة من مركز البدن أو الجسم.

فالنوع الأول: يوضح أن صورة الجسم تنمو وتتطور في سياق ثقافي، ففي معظم الثقافات نجد أن النحافة بالنسبة للإناث والصفة العضلية بالنسبة للذكور هما شيئان مرغوب فيه.

وعملية التنشئة الاجتماعية أو التطبيع الاجتماعي عن معنى الجسم البشري تتعدى وسائل الإعلام، فالعلاقات والأسر تقوم أيضا بوضع نموذج قيمي فيما يتعلق بالمظهر جيد يقوي اعتقاد أن المظهر أمر حاسم ومهم اجتماعيا.

أما النوع الثاني: فالخبرات البين–شخصية والسمات الجسمية مهيئاً لتكوين صورة سلبية نحو الذات ووفقا ل(كاش) فإن الأحداث السياقية تعمل على تنشيط أو حفز تشغيل المعلومات التي تستمد من التخطيط عن المظهر، وكذلك التقسيمات الذاتية للمظهر الجسمي للفرد وتتضمن الأحداث المحفزة ارتداء ملابس معينة، النظر بإمعان للمرآة، وتعتمد التقسيمات الذاتية للمظهر على التفاوت بين السمات الجسمية المدركة ذاتيا والسمات المثالية والحوارات الداخلية أي الأفكار والاستنتاجات الذاتية التي أطلق عليها مصطلح الجسم الخاص أو السري وهذه العوامل المختلفة تؤثر على الجوانب الوجدانية الصورة الجسم وتدفع أوجه السلوك الخاص بالتجنب والإخفاء والتمويه، وكذلك العادات القهرية لتحسين المظهر والبحث عن إعادة الاطمئنان الاجتماعي والأفكار التعويضية. **(الدسوقي،2006)**

15. أعراض تشوه صورة الجسم:

يوجد الكثير من الطرق المختلفة من أجل معرفة ما إذا كان الفرد يواجه خطر تطور ضعف الرضا عن صورة الجسد، ويعاني منه، ونجد ممن حددوا هذه العلامات والأعراض: قام "فيلبس" صاغها في النقاط التالية:

- المقارنة المتكررة لعيب مظهره المدرك مع مظهر الآخرين.

- الفحص المتكرر لمظهر الجزء المحدد من الجسم في المرأة وغيرها من السطوح العاكسة.
- تغطية العيب المدرك بالملابس أو بالمكياج أو القبعات أو اليدين أو الوقفة.
- تجنب النظر للمرآة أو الوقوف أمامها بالساعات.
- قياس الجزء الغير مرغوب من الجسم.
- تجنب المواقف الاجتماعية التي يمكن فيها الكشف عن العيب المدرك.
- القراءة المفرطة عن الجزء الذي فيه عيب من الجسم.
- مشاعر القلق والاكتئاب.

ونجد أيضا أن الأفراد الذين يعانون من عدم الرضا عن صورة الجسم هم أفراد يتميزون بخصائص معينة تطرق إليها "بارلو وديوراند" منها:

- التقدير السلبي للذات يرجع إلى عدم الرضا عن المظهر الجسمي.
- العزلة وعدم الرغبة في مقابلة الآخرين.
- جنب التفاعل والتجارب مع الأشخاص.
- الاعتقاد بأن كل فرد يعلق أو ينظر بإمعان وتدقيق لكل جزء من جسده.
- الشعور بأن الآخرين يشمئزون منه.
- الثبات على حالة واحدة عند النظر للمرأة. وتجنب النظر للمرأة إلى حد الخوف المرضي.
- الفحص المتكرر للصفة القبيحة المزعومة. **(الحقاجي،2013)**

أما حسب "رابايولي وآخرون" (2022) فيحدد أعراض تشوه صورة الجسم كما يلي:

- يتميز الشخص المصاب بهذا الاضطراب بأنه يميل إلى السرية وعدم الإفصاح بأنه مشوه وسبب التكتم على شكواهم ربما لكي لا يتهمهم الآخرون بأنهم تافهون في شكواهم أو لكي لا يتهمهم البعض الآخر أنهم يستعرضون ويختالون بأنفسهم.
- كما يتسم بعدم الرضا عن حجم الجسم أو اضطراب عدم قبول الشخص جنسه ويتسم ايضا بزيارات المريض المتكررة لجراحي التجميل وأخصائي الأمراض الجلدية كمحاولات للقيام بتصحيح التشوه.
- ظهور أعراض اكتئابيه وصفات الشخصية الو سواسية وتجنب المواقف الاجتماعية بسبب التوتر المرتبط بالتشوه المتخيل.

- تكون لدى المريض علاقة قوية بالمرآة، إما بزيادة النظر إليها ولعدة مرات في اليوم ولفترات طويلة، أو يتجنب النظر إليها أو أي سطح عاكس للصور، فيزيل المريض كل المرايا من منزله، وكذلك يتجنب النظر إلى صوره الفوتوغرافية. **(Rabaioli & al,2022)**

16. النظريات المفسرة لاضطراب صورة الجسم:

إن المتغير النفسي المتمثل في اضطراب صورة الجسم الذي اختلف العلماء في تحديده راجع إلى اختلاف المدارس والوجهات التي ينتمون اليها كل من مؤسسيها واتباعها، فلذلك حظيت بتفسير متنوع ومختلف من قبل العديد من النظريات مثل: النظرية البيولوجية، ونظرية التحليل النفسي والنظرية السلوكية، والنظرية الاجتماعية الثقافية، ونظرية مسارات الطاقة وسنتناول هذا بالتفصيل طبقاً لما تهتم به الدراسة كما يلي:

- **النظرية البيولوجية:** تتحدد معالم الجسم بشكل كبير بالعوامل البيولوجية والوراثية، وبالتالي قد تؤدي الخصائص البيولوجية والوراثية دورا مهما في نمو صورة الجسد، كما أن حدوث أحد الاختلالات الهرمونية أو البيولوجية قد تؤدي دورا كبيرا في التأثير على طريقة إدراك الأفراد لأجسادهم، كالطول وصفات الجلد أو البشرة، وحجم الصدر، وتقاطيع الوجه ويمر الفرد بكثير من التغيرات البيولوجية أثناء نموه، فتتزايد لديه مشاعر الارتباك والرهبة، والتي من شأنها التأثير على كيفية إدراك الشخص لجسده. كما أن ظهور خلل في السيرتونين له دور هام في تطوير اضطراب التشوه الوهمي للجسد، إذ وجدت الأبحاث المخبرية أن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية قد عملت على التحسين من حالة المصابين باضطراب تشوه صورة الجسم، إذ أظهرت الأبحاث العصبية الكيميائية أن اضطراب تشوه صورة الجسم يزيد بتعاظم وجود السيرتونين في الجسم. كما أن وجود خلل في مادة الدوبامين في الجسم، قد تشكل عاملا مؤهب لتطوير، اضطراب تشوه صورة الجسم. هذا وبينت الدراسات النورو–سيكولوجية أن الأشخاص المصابين باضطراب تشوه صورة الجسم قد أظهروا عجزا في قدرات التذكر والترميز والذي بدوره يظهر وجود خلل في العقدة المخططة والنظام الدوباميني.
- **نظرية التحليل النفسي:** حيث أوضح "فرويد" أن اضطراب صورة الجسم لدى الفرد، واختلال الشخصية ترجع كلها إلى تطور الحياة الجنسية في السنوات الأولى من عمر الانسان، ويرى "أدلر" أن أسلوب الحياة يتشكل كرد فعل لمشاعر النقص التي يحس بها الفرد سواء كانت مشاعر حقيقية

أو وهمية، فالفرد الذي يكون اسلوبا قائما على تدني نظرته إلى نفسه تضطرب صورة جسمه مما يؤثر على توازن الشخصية بكاملها.

- **نظرية مسارات الطاقة:** تشير نظرية مسارات الطاقة إلى أنه كلما زاد اضطراب نظام الطاقة بالجسم كلما اضطربت نظرتنا لأنفسنا وللآخرين وعن العالم كله ويزداد الأمر سوء مع زيادة اضطراب الطاقة فانخفاض تدفق الطاقة يؤدي إلى الشعور بالانزعاج والتفكير المضطرب ويجعل الجسم عرضة للاضطرابات النصية والجسمية المختلفة.
- **النظرية الاجتماعية الثقافية:** وتعتمد هذه النظرية على المستويات الاجتماعية للجمال، التي تؤكد في المقام الأول على الرغبة في النحافة والرشاقة، على اعتبار أن النحافة تساوي الجمال وفي هذا الصدد يرى "ستريجل" (2012) أنه كلما اعتقدت الأنثى أن كل ما هو سمين أو بدين أمر سيء، وأن كل ما هو نحيف أمر جميل كلما اتجهت نحو النحافة، وكلما ازداد توترها وشعورها بالاكتئاب وأصبحت مهمومة بشأن البدانة.
- **نظرية التباين أو التعارض بين الذات وبين المثل الأعلى: و**تعتمد هذه النظرية على أن اضطراب صورة الجسم، يحدث نتيجة إدراك الفرد لصورته الجسمية ومطابقة هذه الصورة بالنموذج المثالي، أو الكمالي فيصعب تحقيق النموذج المثالي لحدوث تباين كبير بين صورة الجسم المدركة وبين الهدف غير الواقعي الذي يسعى الفرد للوصول اليه، ويرتبط ذلك بالشحنة الانفعالية التي تدفع الأفراد إلى تجاهل أو تشويه المعلومات التي لا تتناسب أو تتماشى مع معتقداتهم وبالتالي يحدث نطور شخصي أو ذاتي لدى الفرد لنفسه.
- **نظرية الفشل التكيفي:** ويعتمد هذا المنحى على اعتبار أن اضطراب صورة الجسم، هو اضطراب يرجع السبب الرئيسي فيه إلى فشل الفرد في التكيف مع الآخرين. والميل للعزلة والانغلاق على النفس، وذلك بسبب المضايقات الاجتماعية والتعليقات التي تصف الفرد بالسمنة والبدانة المفرطة فيلجأ الفرد إلى البعد عن الآخرين وينغمس في العزلة حتى يفشل في التكيف في مواجهة الآخرين ويشعر بعدم الرغبة في مقابلتهم خوفا من أن يجبر على التفاعل والتجاوب معهم. كما يصبح لديه اعتقاد بأن الأصدقاء المقربين ينظرون إليه بإمعان وتأمل وكذلك إلى كل جزء من جسمه مما يزيد الحالة سوءً. **(علي الدسوقي،2024)**

17. الآثار السلبية المترتبة عن اضطراب تشوه صورة الجسم:

يترك اضطراب صورة الجسم اثرا سلبيا بالغا في صحة الفرد النفسية، فيسبب اضطرابا في النواحي الوظيفية والمعاناة من عدم الاستقرار في مجالات حياتية متعددة، والتي ربما تتأثر بشكل كلي أو جزئي. ومن هذه المجالات التي تتعرض للاضطراب قضاء الوقت مع الاصدقاء، العلاقات الحميمة، حضور المناسبات الاجتماعية، المواظبة على الذهاب إلى المدرسة أو العمل بشكل يومي الاستمرار في العمل أو الدراسة الانتاجية داخل المدرسة أو العمل، المشاركة بالرحلات والانشطة المختلفة.

كما أشارت دراسة "بينتو وفيليبس" (2005) إلى أن الاشخاص الذين يدركون أنفسهم أكثر جاذبية لا يتعرضون بالضرورة لاضطراب صورة الجسم وعلى العكس من ذلك بالنسبة للأشخاص الذين يدركون أنفسهم على أنهم اقل جاذبية من الناحية الجسمية يظهر لديهم معدلات عالية من الفوبيا الاجتماعية والقلق الاجتماعي.

وأن معظم ذوي اضطراب صورة الجسم يعانون من اضطرابات نفسية أخري نتيجة لوجود ذلك الاضطراب. واشارت ايضا الدراسة إلى أن اضطراب صورة الجسم تنخفض لديهم مستويات الاستمتاع بالحياة والانشطة الترفيهية والاكاديمية، ولديهم مستويات منخفضة من الصحة النفسية.

وأوضح "سيجل"(2002) أن هناك علاقة موجبة بين اضطراب صورة الجسم والشعور بالضيق والحزن، واتفقت دراسة"بلوث" (2007) ودراسة "سونغ" (2002) ودراسة "ماركوت وآخرون" (2002) ودراسة "ايزغي وآخرون" (2004) وكذلك دراسة "فيردا وآخرون" (2004) ودراسة "لينا عباس وسليم الزبون" (2012) ودراسة "ليو وآخرون" في وجود علاقة بين الرضا عن صورة الجسم والاكتتاب وتقدير الذات.

وأشارت دراسة "أنور الخرينج وهند المعصب" (2011) ودراسة "كريمة سيد خطاب" (2011) إلى وجود علاقة بين اضطراب صورة الجسم وضعف الثقة بالنفس. ودراسة "نايف فدعوس و"مهدي بدرانه" (2013) إلى وجود ارتباط بين اضطراب صورة الجسم وعدم تقبل الذات والاحساس بالدونية.

ودراسة "هبة القنطار" (2016) إلى وجود علاقة بين اضطراب صورة الجسم وانخفاض التوافق النفسي.

ودراسة "عبد الحميد سعيد حسن" (2019) إلى انخفاض المرونة النفسية نتيجة لاضطراب صورة الجسم.

ومما سبق نجد أن اضطراب صورة الجسم يؤثر سلبا بشكل كبير على جميع جوانب الشخصية والأكاديمية للفرد مما يترك اثرا سلبيا بالغا على صحة الفرد النفسية وأسلوب تكيفه على المستوى الاجتماعي والشخصي والمهني للفرد، مما دفع الباحثة للبحث عن أساليب والطرق العلاجية المختلفة لاضطراب صورة الجسم.

الآثار الاجتماعية لاضطراب تشوه صورة الجسم:

فمما لا شك فيه كذلك أن مظهر الفرد يؤثر بشكل كبير على علاقات الفرد الاجتماعية إذ يتأثر الشخص بردود أفعال الآخرين تجاه مظهره وجسمه، وغالباً ما يواجه رفضاً أو عدم اهتمام بسبب شكله، مما يولد لديه شعوراً بالنقص والدونية، هذا الشعور يدفعه إلى مقارنة نفسه بالآخرين بشكل مستمر، أو قد يؤدي إلى انعزاله وتجنبه للمواقف الاجتماعية لتفادي الحرج والتوتر، ومن البديهي أن المظهر الجسدي يشكل هاجساً وأحد الأمور الأساسية التي تشغل بال الكثير من الأشخاص بمختلف أعمارهم، يتجلى ذلك بوضوح في الاهتمام بالنظرة الخارجية التي تتعلق بالتأثيرات الاجتماعية للمظهر، والنظرة الداخلية، التي تعكس التجارب والخبرات الشخصية المتعلقة بمظهر الفرد.

يشير الدسوقي إلى أن التمييز بين النظرة الداخلية والخارجية ذو أهمية كبيرة، لأننا لا نرى أنفسنا بالطريقة التي يرانا بها الآخرون.

كما تتأثر صورة الجسم بسمات الشخصية، ويعتبر تقدير الذات والثقة بالنفس من العوامل المهمة التي تؤثر على هذه الصورة، فالطفل والمراهق والبالغ الذين يمتلكون إحساساً إيجابياً بالذات يكونون أقل عرضة للانتقادات المتعلقة بمظهرهم الجسدي.

كما أن الصورة السلبية للجسم يمكن أن تسبب القلق والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات، بالإضافة إلى عدم الرضا عن المظهر الجسدي والاضطرابات الاجتماعية التي تؤدي لعدم الرضا عن الجسم وإلى العديد من المشكلات النفسية وأيضا بعض الأمراض النفس جسدية التي تؤدي إلى تشوه صورة الجسم. **(بزراوي وعثماني،2020)**

18. طرق وتقنيات علاج تشوه صورة الجسم:

تناولت العديد من الدراسات علاج اضطراب صورة الجسم باستخدام برامج علاجية مختلفة، فنجد دراسة "فيشر وتومبسون" (1994) ودراسة "إليوت" (1998) ودراسة "ألبرتيني وفيليبس" (1999) ودراسة "ستراشان وكاش" (2002) ودراسة "مجدي محمد الدسوقي" (2009) ودراسة "سولومون وآخرون" (2013) ودراسة "لاليما" (2018) ودراسة "أبارين وآخرون" (2018) ودراسة "شيريهان صبري محمد احمد وعبد الباسط متولي خطر" (2020) استخدمت العلاج المعرفي السلوكي لعلاج مستويات مرتفعة من اضطراب صورة الجسم.

ويمكن تلخيصها كما عرضها د. مجدي محمد الدسوقي في كتابه (اضطراب صورة الجسم – الاسباب – التشخيص – الوقاية والعلاج) والتي تناولت العلاج المرتبط بالجوانب الإدراكية والذاتية للاضطراب كما يلي:

- **علاج المكونات الإدراكية:**

يتضمن علاج المكونات الإدراكية ثلاث مراحل وفقا لاقتراح "جولد سميت وتومسون" وتتلخص فيما يلي:

المرحلة الأولى:

تبدأ هذه المرحلة بتوجيه المفحوص لمواجهة مرآة طولها يعادل طول جسمه من مسافة متر واحد خلال هذا الوقت، يُطلب منه النظر بعناية إلى جسمه من الرأس إلى القدمين والقيام بتفحص كامل للجسم من جميع الزوايا عندما يكتمل من الفحص، يطلب منه الاستمرار في النظر إلى المرآة أثناء هذا الوقت، يطلب منه رسم خطوط توضح ملامح جسمه بواسطة يده وملاحظة التفاصيل المختلفة والخطوط الخارجية يجب أن يكون مركزا على مناطق معينة مثل الخدود والخصر والفخذين... الخ، ويجب أن يكون على راحته أثناء تصفية أي انفعالات أو إحساسات جسدية يشعر بها. يتم منح المفحوص الذي يشارك في العلاج ثلاث دقائق لهذه الجولة أو الجانب الخارجي من العلاج. وبعد انتهاء الثلاث دقائق، يطلب منه ان يسأل عن أية أسئلة أو استفسارات ويتم الرد عليها.

هذه هي المرحلة الأولى التي يتعامل فيها الشخص مع صورة جسمه ويقوم بتقديرها والتعبير عن الملاحظات والمشاعر الناتجة عن هذه الخبرة، يمكن استخدام هذه الطريقة كجزء من العلاج الإدراكي

لاضطراب صورة الجسم بهدف تحسين تصوّر الشخص لنفسه والتغلب على الاضطراب النفسي المرتبط به ويجب أن يقوم المعالج بشرح المرحلة الأولى بشكل مفصل ودقيق.

المرحلة الثانية:

في هذه المرحلة، يتم تزويد المفحوص بتغذية راجعة بشأن دقة حجمه. بعد ذلك، يتم أخذه إلى غرفة تحتوي على سبورة، ويطلب منه رسم تقديرات عرض جسمه باستخدام قطعة طباشير حمراء لكل جزء من أجزاء الجسم، ثم يتم رسم وتلخيص المقاييس الحقيقية للجسم باستخدام قطعة طباشير زرقاء، يتم إبلاغ المفحوص بالتعليمات التالية:

- على السبورة أمامك، توجد المقاييس الحقيقية لجسمك مكتوبة بالطباشير الأزرق، والتقديرات التي قمت بها لكل جانب من جوانب جسمك مكتوبة بالطباشير الأحمر. ثم يطلب منه أن ينظر إلى التقديرات التي قام بها وينظر إلى المقاييس الحقيقية، ويتم اعطاءه الوقت اللازم لمراجعة السبورة ومشاهدة ما هو مكتوب عليها حتى يشعر بالارتياح والاطمئنان في معرفة الفروق بين تقديره والمقاييس الحقيقية. يشجع المفحوص على طرح أي أسئلة يود طرحها، ويتم الاجابة عنها. ومن ثم سؤال المفحوص مرة أخرى بعد ثلاث دقائق إذا كان هنالك أي استفسارات إضافية.

هذه هي المرحلة الثانية التي يتعامل فيها الشخص مع تقديراته لحجم جسمه ومقارنتها بالمقاييس الحقيقية. يتم تشجيعه على المراجعة على التفكير والتأمل في الاختلافات بين تقديراته والحقائق الواقعية، والسماح له بطرح الأسئلة التي يود الاستفسار عنها.

المرحلة الثالثة:

تتضمن مواجهة المفحوص للمرآة مرة أخرى لزيادة دقة تقديره لحجم جسمه، يتم تكرار هذه المواجهة لقياس تحسن النتائج وتحديد فعالية التدخل. إذا لم تتحقق المعايير المحددة في نهاية الدورات الثلاث، يتم استبعاد المشارك من الدراسة.

هناك أيضا مرحلة إضافية لعلاج اضطراب تشوه صورة الجسم، حيث يطلب من المفحوص أن يتصرف كما لو كان لديه صورة إيجابية لجسمه، يتم تشجيعه على التفاعل مع الآخرين والتصرف بثقة وإيجابية، وذلك من أجل تغيير سلوكه وتفكيره المتعلق بالمظهر الشخصي وتعزيز الثقة بالنفس والرضا عن الجسم.

باختصار المرحلة الثالثة تتضمن تكرار مواجهة المراجعة للمرأة لتحسين تقديره لحجم جسمه وتتضمن أيضا تعزيز الرضا عن المظهر من خلال تغيير سلوكه وتفكيره وتفاعله بإيجابية.

- **العلاج الجماعي:**

يعد طريقة فعالة لعلاج اضطراب صورة الجسم، في هذا العلاج، يشارك المفحوصين في مجموعة مع أشخاص آخرين يعانون من نفس المشكلة، وذلك يساعدهم على أن يدركوا أنهم ليسوا وحدهم في تجاربهم ومشاعرهم السلبية تجاه الجسم.

- **اجراءات الممارسة الإكلينيكية للعلاج المعرفي السلوكي الصورة الجسم:**

تتطلب وجود مهارات اكلينيكية محددة لدى المعالج ووعي تام ويقظة ببعض الموضوعات والقضايا الهامة، تلخص كما يلي:

- يجب على المعالج أن يكون لديه كفاءة اكلينيكية سابقة في العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى المهارات الأساسية الضرورية لتطوير واستمرارية العلاقة العلاجية. يعتبر ذلك أمرا أساسيا لضمان تقديم العلاج بكفاءة وفعالية.
- خلال العلاج يواجه المعالج مرضى يعانون من اضطراب صورة الجسم بالإضافة إلى مجموعة من الاضطرابات السيكولوجية الأخرى، لذلك من الضروري أن يكتسب المعالج فهما شاملا ودقيقا للأداء الوظيفي للمرضى وبقدرة بشكل شامل ومتكامل.
- ينبغي ألا يتم تقديم العلاج المعرفي السلوكي لصورة الجسم كعلاج منفرد للمرضى الذين يعانون من اضطرابات أخرى مثل الاكتئاب أو القلق أو اضطرابات الأكل. بدلاً من ذلك، يجب دمج العلاج المعرفي السلوكي لصورة الجسم بشكل فعال مع العلاجات المناسبة لهذه الاضطرابات الأخرى.

يمكن تنفيذ العلاج المعرفي السلوكي لصورة الجسم إما على شكل علاج فردي أو علاج جماعي، وفي حالة العلاج الجماعي، يتطلب الأمر الفطنة والذكاء المهني في إدارة الجلسات العلاجية الجماعية، لذا، يجب على المعالجين أن يكونوا على دراية بأساليب وتقنيات العلاج المعرفي السلوكي الجماعي وكيفية استخدامها بشكل فعال. **(الدسوقي،2009)**

لدينا كذلك دراسة "سارة وآخرون" (2017) استخدمت التدخلات العلاجية القائمة على القبول والالتزام لعلاج اضطراب صورة الجسم.

ودراسة "أموندا" (2018) استخدمت العلاج بالفن الإيجابي في تحسن أعراض صورة الجسم.

وهذا التنوع في الأساليب العلاجية لاضطراب صورة الجسم دفعنا للبحث عن أسلوب علاجي لم يتم تطبيقه كثيرا على حد علمنا مع اضطراب صورة الجسم، وهو استخدام **تقنية الحرية النفسية**، استنادا على أن السبب الكامن وراء المشاعر السلبية هو اضطراب في نظام طاقة الجسم، وتقوم العلاجات بمسارات الطاقة بالعمل على تحرير المريض من أي ألم أو ذكريات مؤلمة أو قلق أو أي مشاعر سلبية.

والتي تعد من الاكتشافات الحديثة في هذا القرن والتي اثبتت فعاليتها في تحسين الكثير من الاضطرابات النفسية، وأن التفسير العلمي لتقنية الحرية النفسية يقوم على فكره أن سبب جميع المشاعر السلبية هو خلل في نظام طاقة الجسم وفي مجال الحرية النفسية لا تهمنا مسميات الاضطرابات او انواعها لأنها جميعا تندرج تحت مظلة المشاعر السلبية ولكي نتخلص من تلك المشاعر المزعجة لابد أولا أن تصحح الخلل في نظام طاقة الجسم.

وقد ساهم "صمويل تامر بشرى" في تأسيس تقنيه الحرية النفسية في مصر منذ عام 2015 من خلال ما قام به من أبحاث لعلاج الكثير من الاضطرابات النفسية، فتم استخدام التقنية كمدخل علاج للاكتئاب والوسواس القهري والغضب الكلينيكي وعلاج اضطراب قصور الانتباه مفرط الحركة وخفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وأيضا اضطرابات الكلام والنطق، ومن ثم تم تطوير تقنية الحرية النفسية وذلك عن طريق التركيز على تحليل المواقف الضاغطة. المسببة المشكلات والاضطرابات النفسية.

وفي عام (2022) قام بدراسة هدفت إلى الكشف عن فعالية تقنية الحرية النفسية في علاج اضطراب صورة الجسم لدى الحالة، وأيضا الكشف عن العوامل الكامنة المهيئة والمرسبة وراء الإصابة باضطراب صورة الجسم لحالة الدراسة، باستخدام كل من الأدوات التالية: (استمارة المقابلة الاكلينيكية، مقياس اضطراب صورة الجسم، وبعض البطاقات من اختبار تفهم الموضوع وبرنامج تقنية الحرية النفسية)، وذلك بالاعتماد على المنهج التحليلي الاكلينيكي. قد أسفرت الدراسة إن النتائج التالية: أنه يمكن استخدام اختبار تفهم الموضوع في الكشف عن العوامل والأسباب الكامنة المهيئة والمرسبة وراء الإصابة باضطراب صورة الجسم، حيث توصلت الدراسة التحليلية أن اضطراب صورة الجسم قد يرجع إلى مصادر متعددة أهمها: أساليب التنشئة الخاطئة، والتفكك الأسري، وافتقار المساندة والدعم والحرمان العاطفي، بالإضافة الى فقدان الثقة بالنفس والآخرين، وترتب على ذلك ظهور اضطرابات سيكوسوماتية، واستخدام أساليب دفاعية لاشعورية

كالتقمص والنكوص والتبرير والهروب، كما توصلت الدراسة الاكلينيكية إلى خفض أعراض وعلاج اضطراب صورة الجسم لحالة الدراسة بعد تطبيق تقنية الحرية النفسية . **(صمويل،2022)**

19. الصورة الجسمية لمرضى القصور الكلوي:

يسبب القصور الكلوي المزمن هزة عنيفة في الصورة الجسدية و التي تتمثل في صعوبة القيام بحداد الوظيفة البولية ورمزيتها الجنسية وصعوبة تقبل وجود أعضاء غير وظيفية داخل الجسم ، و هذا أيضا عند المرضى الذين خضعوا للزرع الكلوي بما أن الكلية المريضة موجودة دائما في مكانها و لم يتم فصلها مما يؤدي إلى انقلاب المعالم المكانية (داخل/خارج) ففي الكلية الاصطناعية الوظيفة متواجدة خارج الجسم ، فخصوصية مرض القصور الكلوي المزمن، تتمثل في وجود عضو شبه ميت، لا يؤدي أي وظيفة داخل الجسم ليعوض دوريا بآلة التصفية كلية خارجية غريبة عن الجسد.

الذي يشكل ناصورا (fistule) وفي هذا الصدد يتعرض المصاب لعملية جراحية لدمج الناصور نقطة اتصال بينه وبين أنابيب الآلة الاصطناعية، يتضخم هذا الناصور ويشوه ذراع المريض، وتكون النساء أكثر تأثيرا بذلك وهكذا يصبح المريض الذي كان عبارة على وحدة كاملة مستقلة مرتبط بوسائل خارجية لا يملكها ولا يتحكم فيها لتصبح حياته متعلقة بها كليا كما يستثمر الناصور من جهة على أنه ذو قيمة كبيرة لأنه يضمن التصفية وبالثاني الحياة.

ومن جهة أخرى فإنه أثر دائم ومقلق للمريض فالارتعاش يطمئن لأنه يقوم بوظيفته ومقلق لأنه يفتح بطريقة غير معتادة المجال لسماع أصوات الجسد الداخلية، فالدورة الدموية التي كانت خفية وداخلية تصبح خارجية مكشوفة تساهم في اختلال تنظيم المعالم المكانية، اضطراب كمال الصورة الجسدية بشكل كبير. فإذا أضفنا إلى ذلك التغيرات التي تحدث للمصاب كفقدان الوزن، الشيخوخة المبكرة، أثار بعض التعقيدات...اخ، فإن الصورة الجسدية بهذه تؤدي في بعض الأحيان إلى انقسامات والانشطار لهذه الصورة. **(باجي،2013)**

ومنه نذكر دراسة "دابو عتيقة" (2017) تحت عنوان" الصورة الجسمية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن" والتي هدفت إلى التعرف على مميزات الصورة الجسمية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن من خلال اختبار الروشاخ، أين قامت بانتقاء مجموعة متكونة من 6 حالات تتوفر فيهم معايير الدراسة. بالاعتماد على المنهج العيادي، والمقابلة التمهيدية قبل الشروع في تطبيق اختبار الروشاخ ومن خلال ذلك

تم التوصل إلى الاستنتاج التالي: إن الحالات الستة في هذه الدراسة تميزت الصورة الجسمية عندهم بصورة جسمية سلبية ومشوهة وذلك من خلال اختبار الروشاخ الذي ظهر بالفقر في الانتاجية واللجوء الى المحتويات الحيوانية وانخفاض المحتويات الإنسانية عن المعايير العادية، والإدراك المجزء لصور الانسانية وبروز الاجابات التشريحية.

كذلك دراسة "مزياني عائشة" (2015) تحت عنوان "الصورة الجسدية لدى المصابين بالقصور الكلوي والخاضعين لتصفية الدم" والتي هدفت للتعرف على ما إذا كان هؤلاء المرضى يعانون من هشاشة في الصورة الجسدية من خلال الاعتماد على المقابلة العيادية واختبار الروشاخ، على عينة قوامها 5 حالات. وقد توصلت إلى أن مرضى القصور الكلوي يعانون من هشاشة في الصورة الجسدية وينطبق الأمر على كل مجموعة البحث. وذلك بعد تطابق النتائج المتحصل عليها سواء من المقابلات العيادية أو اختبار الروشاخ مع مؤشرات الصورة الجسدية الهشة، ومن هذه الأخيرة نذكر: ضآلة الإنتاج وكذلك ارتفاع نسبة الإجابات الشاملة فوق المعدل العادي، صعوبة إعطاء صورة إنسانية أو إعطائها بصفة جزئية، أو الازاحة على الحيوان وذلك يظهر من خلال ارتفاع نسبة الإجابات الحيوانية.

خلاصة الفصل

يلعب الجسد دورا هاما في حياة الإنسان، فيه يعمل ويتفاعل مع الآخرين وهو عبارة عن جانب بيولوجي مادي وأيضا جانب نفسي لا شعوري ونقصد بالجانب النفسي اللاشعوري الصورة الذهنية التي يكونها الفرد عن جسده. هذه الأخيرة تتكون منذ الميلاد وتخضع إلى تغيرات وتطورات تتزامن مع مراحل النمو وهي تختلف من حيث النوعية بين صورة جسدية جيدة وصورة هشة حيث تلعب عوامل داخلية وخارجية في تحديد ذلك ففي حالة أي إصابة عضوية أو تغير مورفولوجي خاصة في مرحلة المراهقة قد يؤدي إلى اضطرابات نفسية كانخفاض في تقدير الذات وعدم الرضا عن الصورة الجديدة حتى أنه يمكن أن تتشوه هذه الصورة كليا.

الفصل الثالث

القصور الكلوي

تمهيد

I. الجانب الطبي

1. الكلية.
2. وظائف الكلية.
3. مفهوم مرض القصور الكلوي.
4. تشخيص مرض القصور الكلوي.
5. أنواع مرض القصور الكلوي.
6. أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي.
7. مراحل مرض القصور الكلوي.
8. أعراض الإصابة بمرض القصور الكلوي.
9. مضاعفات القصور الكلوي.
10. الوقاية من القصور الكلوي.
11. علاج مرض القصور الكلوي.

II. الجانب النفسي

1. الآثار النفسية الناجمة عن الإصابة بمرض القصور الكلوي.
2. الإشكالية النفسية عند مرضى القصور الكلوي.
3. القلق النفسي.
4. الاستجابة الصدمية.
5. الاعراض الاكتئابية.
6. الاضطرابات الجنسية.

خلاصة الفصل

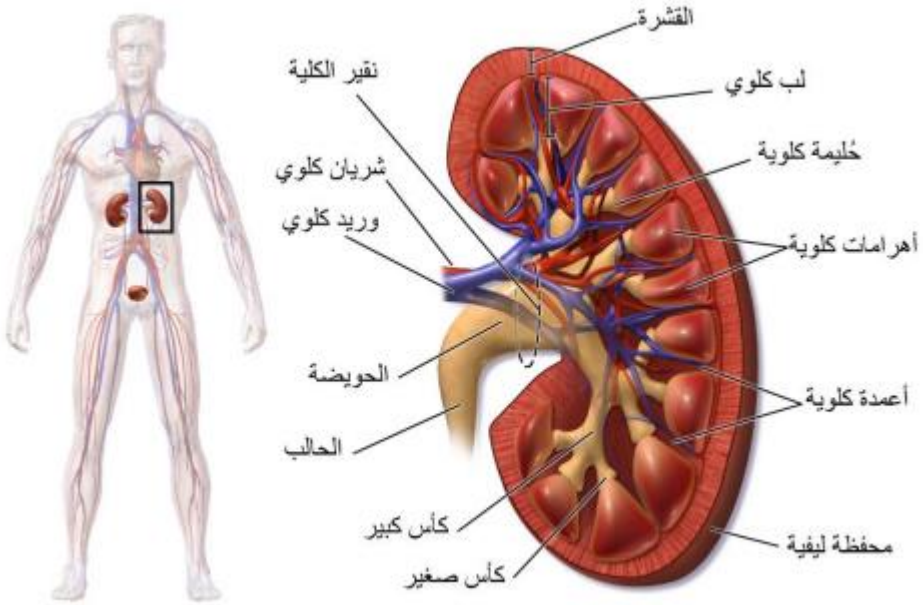
تمهيد:

في هذا الفصل سنسلط الضوء على عضو حيوي ومهم في الجسم وهو الكلية إذ أنها تقوم بتصفية حوالي 150 لترمن الدم يوميا، بالإضافة إلى العديد من الوظائف الأخرى التي سنحاول عرضها في بداية هذا الفصل. مع الإشارة إلى أن أي خلل يصيب هذا العضو قد يؤدي إلى الإصابة بالعديد من الأمراض وعلى رأسهم مرض القصور الكلوي الذي أخذ ينتشر بشكل كبير في كافة أنحاء العالم، والذي يهدد حياة الأفراد من كل الجوانب: الصحية، النفسية، الاجتماعية والاقتصادية...الخ. وسنحاول التعرف عليه بالتفصيل بدءً من تعريفه وأنواعه المختلفة مع توضيح العوامل المساهمة في ظهوره وطرق تشخيصيه بالإضافة إلى أعراضه والعلاجات المتاحة له هو وفي نهاية الفصل سنتعرف على الآثار النفسية المترتبة عن الإصابة بالقصور الكلوي.

I. الجانب الطبي

1. الكلية:

الكلية هي عضو بالغ الأهمية في جسم الإنسان، وهي عبارة عن كليتان يمنى ويسرى توجدان في كيسين ليفيين وهما محاطتان بمقدار من الدهن ومعلقتان بالظهر من خلال ارتباط وثيق بواسطة نسيج رابط، و للكلية غشاءان أحدهما خارجي مكون من الدهون لوقاية الكلية من الصدمات الخارجية والثاني داخلي مكون من النسيج الليفي، كما يتكون جسم الكلية من طبقتين تدعى الخارجية منها قشرة الكلية، أما الداخلية فتسمى بنخاع الكلية الشريان الكلوي يتفرع داخل القشرة إلى فروع كثيرة جدا تكون حزما تسمى حزم الكلية (glomérules) لكل حزمة شريان للاستيراد وآخر للتصدير وكل حزمة محاطة بقمع تمتد منه قناة بولية.



شكل رقم (1): يوضح تشريح للكلية(Rabiller,2013) .

2. وظائف الكلية:

إن الوظيفة الأساسية للكلية هي الحفاظ على ثبات التركيب الدقيق للسائل خارج الخلايا وفيما يلي أهم وظائف الكلية:

- التحكم في مستوى الماء: الذي يشكل الماء ما يقارب 50 إلى 60% من الجسم الحي، ولكي يقوم الجسم في الوظائف الأساسية على الوجه المطلوب يجب أن يحتوي على الكمية المتوازنة من الماء

الإنسان يستهلك كميات مختلفة من السوائل ولكن لابد من المحافظة على كميتها داخل الجسم ضمن المستوى الطبيعي، لذلك تتخلص الكلية من الماء الزائد عن حاجة الجسم.

- تزيل الفضلات والأملاح الزائدة عن حاجة الجسم للمحافظة على تركيز المواد العضوية وحموضة الدم والأملاح في مستويات دقيقة، كثيرا من فضلات الطعام سامة للجسم فالكلى تؤدي دورا كبيرا في طرد السموم بشكل مستمر، كذلك يتم التخلص من الفضلات كالبولينا والكرياتين والسموم الأخرى وهذه الفضلات تتكون بعد حرق الجسم البروتينات، كذلك تتخلص الكلية من الأملاح والمعادن الزائدة عن حاجة الجسم في البول وأهم هذه الأملاح والمعادن (الصوديوم، البوتاسيوم الكالسيوم والفوسفات).
- الكلى تنتج هرمونات: تصنيع هرمون اريتروبويتين وهو الهرمون المنشط لتكاثر كريات الدم الحمراء في نخاع العظام.
- كذلك تحول الكلية فيتامين د إلى الشكل الفعال النشط ويحتاج الجسم إلى فيتامين " لأنه يحافظ على قوة العظام كما يحافظ على نشاط الغدة جارة الدرقية بشكل متزن.
- وأخيرا هناك مادة ثالثة تكونها الكلى في جدران الشرابين الواردة الملاصقة للكبيبة هي مادة الرنين (Rénine) وهو يساعد في السيطرة على ضغط الدم ضمن المعدل الطبيعي. **(السويداء،2010)**

وبكون هذا العضو من أهم الأعضاء ونظرا لأهمية هذه الوظائف، فإن أي إصابته أو توقف يطرأ عليه قد يؤدي إلى تدهور تدريجي لحالة الفرد، حيث يصاب بأمراض جِدُّ خطيرة، من بينها، مرض القصور الكلوي الذي يعتبر أحد الأمراض المزمنة المنتشرة بكثرة في الآونة الأخيرة، ويُعرَف بأنّهُ انخفاض قدرة الكلية على ضمان تصفية وطرح الفضلات من الدم، ومراقبة توازن الجسم من الماء والأملاح وتعديل الضغط الدموي، كما يترتَّب عنه تغيرات ثانوية تسبِّب اختلالات في العديد من وظائف الأعضاء الأخرى من الجسم، كالقلب، الجهاز العصبي، الجهاز المناعي، العظام والجهاز الغدي ... الخ. **(Attia & al.,2023)**

3. مفهوم مرض القصور الكلوي:

يعتبر القصور الكلوي من الأمراض المنتشرة والشائعة التي تسبب قلقا على الصحة العامة نظرا لما يخلف هذا المرض من أضرار نفسية اجتماعية واقتصادية هو فقدان الحرية الاستقلالية المستخدمة من قبل كلية سليمة، اذ يعتبر النتيجة الالزامية لكل الأمراض الكلوية التي تمس الكلى عن طريق فساد أو تلف متقدم في وظيفتها الافرازية.

يعرف بانخفاض دائم في وظيفة الكلى تعرف باسم (Fonction excrétrice des reins) ويتم تقييم ذلك من خلال تقديم معدل تشريح الكيبي (Filtration glomérulaire)، وغالبا ما تكون تدريجيا وتزداد سواء مع الوقت فهو مرض غالبا ما يكون صامت لفترة طويلة لا يشعر فيها المريض بأي اضطرابات معينة ويمكنه أن يصل إلى المرحلة النهائية. هنا يتطلب علاج بتقنية تصفية الدم خارج الجسم (EER) (Epuration extra rénal).

ويكون اما بواسطة غسيل الكلى (L'hémodialyse) أو الغسيل الببوتيني Dialyse (péritonéal). **(Saied,2023)**

4. تشخيص مرض القصور الكلوي:

يتم تشخيص هذا المرض من خلال الفحوصات الإكلينيكية والفحوصات البيولوجية (المخبرية).

- **الفحوصات الإكلينيكية:** وتتمثل فيما يلي:

- البحث عن وجود بعض الأعراض كشحوب الجلد ونزيف في الأغشية المخاطية كالأنف والبلعوم والفم.
- فحص شامل لبحث مدى إصابة أحشاء أخرى لمعرفة ما إذا كان التهاب الكلية ناتج عن التهاب عام.
- فحص القلب والرئتين لأجل مراقبة ضغط الدم.

- **الفحوصات البيولوجية:**

وتتمثل في فحص نسب بعض المواد المتواجدة في الجسم وتذكر من بينها:

- نسبة البوليان تتجاوز 1غ/ل والتي قد ترتفع بصورة كبيرة مع غذاء غني بالبروتين مع أن الكلى ما زالت محتفظة بخمسين بالمائة من وظائفها.
- فحص نسبة الكريات في البلازما، حيث أن الكلية السليمة تصفي الجسم من هذه المادة بمقدار 100 مل الدقيقة، والنسبة العادية لهذه المادة في الدم هي 1مغ لكل 100 ملل، وإصابة الكلية تفقدها لقدرتها على تصفية هذه المادة التي قد تصل إلى 25 ملل/الدقيقة قبل أن يتضاعف الكرياتين في الدم إلى 2 مع/ملل من الدم.
- فحص البول وفيه يتم البحث عن نسبة البروتين وزيادة الماء ونقص البوتاسيوم.

- انخفاض PH (اضطرابات في توازن الفسفور والكالسيوم). **(بورقبة،2008)**

5. أنواع مرض القصور الكلوي:

يعرف القصور الكلوي على انه حدوث قصور في عمل الكلى الإفراز والإطراح وإعادة الامتصاص) بصفة مؤقتة أو نهائية مما يؤدي إلى اختلال عام في الجسم وظهور الأعراض المتعلقة بعدم قدرة الكلية على أن تلعب دورها كما يجب كغدة وليس كمصفاة ومن أشكاله:

- **القصور الكلوي العضوي:**

يمكن أن يكون ناتجا عن خلل عضوي أو تشريحي على مستوى الجهاز البولي وبالتحديد في الكلية وتكون الإصابة في غالب الأحيان عامة وشاملة فتصبح مختلف وظائف الكلية مضطربة بدرجات متفاوتة مثلا درجة عزل الفضلات الآزوتية دورها في بناء التوازن المائي والجزيئات ودورها في بناء التوازن الحيوي.

يتميز القصور الكلوي العضوي بالحذف المفاجئ لوظائف الكلية الإفرازية (عدم إفراز البول) وتكون الكلية عاجزة عن التحكم الثابت في الوسط الداخلي الخاضع للتأثير الثلاثي وهو عملية الأيض الوسطي، إفرازات الكلية الخارجية والعوامل الداخلية.

- **القصور الكلوي الوظيفي:**

في الكلية وإنما يعود إلى عجز وظيفي في الكليتين بسبب وجود اضطراب في عضو آخر كالقلب مثلا، أو جفاف الخلايا، والقصور الكلوي الوظيفي يمكن أن يكون:

- **القصور الكلوي الحاد:**

ويعرف هذا القصور على انه التوقف المفاجئ والمؤقت من بضع ساعات إلى أيام للوظيفة الإطراحية للكلية مع الحفاض شديد أو توقف كلي للتصفية الكبيبية، ويكون نقص إفراز البول في نصف الحالات. ويمثل القصور الكلوي الحاد ارتفاعا سريعا لليوريا في البلازما والكيرياتيين مؤقتا ويعتبر حادا إذا كانت وظيفة الكلية عادية من قبل وكذلك عندما يكون حجمها عادي أو كبير، والحفاض الكالسيوم مع غياب فقر الدم يعطي إشارة مسبقة للخاصية الحادة.

- **القصور الكلوي المزمن:**

يعرف القصور الكلوي المزمن على أنه خلل مزمن لوظائف الكلية والذي يظهر من خلال التوقف التام الإفراز البول أو نقص كمية البول المقررة في وقت محدد، ومن الناحية الفسيولوجية فان هذا المرض هو عبارة عن إصابة الوحدات الوظيفية في الكلية النيفرونات وبالتالي يؤدي إلى النقص في القدرة على التحكم في تركيز الأملاح في البول. **(دولت وسانجاي،2014، ص33)**

6. أسباب الإصابة بمرض القصور الكلوي:

تختلف أسباب هذا المرض باختلاف أنواعه إذ نجد:

- **قصور كلوي ناتج عن القلوميريا نفريت:**

هي إصابة مصفيات الكلى التي تفصل البول عن الدم والسبب في ذلك يعود إلى عجز الجهاز المناعي (الدفاع الذاتي) حيث عندما يخطأ هذا الجهاز في الدفاع عن الجسم يؤدي ذلك إلى الإضرار بمرشحات الكلى، وهذا العجز المناعي يمكن أن يؤثر في كثير من أعضاء الجسم، حيث يؤدي في أغلب الأحيان إلى التهاب المفاصل والجلد وفي العادة يظهر هذا النوع من الإصابة ما بين 20 و30 سنة ويستهدف النساء أكثر من الرجال. وهذا الداء إن لم يعالج فإن المرشحات تتدهور ببطء وتصبح غير قادرة على تطهير الدم من الشوائب.

- **قصور كلوي ناتج عن داء السكري:**

يعتبر هرمون الأنسولين وسيطا مهما دوره ضبط السكر في الدم، والجسم في حاجة إلى الأنسولين ليشتغل، وحقنه لمدة طويلة يلحق أضرار بشرايين الجسم، وقد يصاب المريض في قرنية العين فيصبح أعمى، كما قد تصاب شرايين مرشحات الكلى بالأضرار ففي المرحلة الأولية تكتشف هذه الأضرار في شكل بروتينات في البول، وفيما بعد يمكن أن يضيع كثير من بروتينات في الدم حتى يصبح الماء المحتوى في الدم يتسرب في نسيج الجسم وبعد سنوات تصبح مرشحات الكلى مصابة بأضرار السكري حتى تصبح تدريجيا عاجزة عن أداء وظيفتها.

- **قصور كلوي ناتج عن الكلى المتعدد الأكياس:**

تعدد الأكياس في الكلى يعتبر السبب الوراثي الشائع في حدوث القصور الكلوي وهو يصيب حوالي 50% من أبناء المصابين. والكلى المتعددة الأكياس تصبح غليظة لها سطح ومساحة غير متساوية لأنها تحتوي على أكياس مليئة بالسوائل والضغط الذي تسببه هذه الأكياس يؤدي تدريجيا إلى الإضرار بنسيج

الكلى وينقص إلى القصور النهائي وكثيرا ما يحدث ذلك في سن العشرين من العمر ويحدث هذا النوع من القصور الكلوي نتيجة قصر ذراع الكروموزوم "16".

- **قصور كلوي ناتج عن تعفن الكلى بالميكروبات:**

يكون هذا التعفن مسببا للمرض في حالة ما إذا تسبب في انسداد المجاري البولية.

- **قصور كلوي ناتج عن تناول الأدوية بطريقة فوضوية:**

كالمهدئات والأدوية المخصصة لداء المفاصل والتي يتم تناوله دون وصفة طبية أو يتم تناولها بجرعات تفوق الكمية المحددة.

- **قصور كلوي ناتج عن انسداد المجاري البولية:**

ومن أسبابه نجد ضيق قنوات مصرف البول إلى المثانة الناتج عن تشوهات خلقية كما يمكن أن يحدث قصور كلوي عند الأطفال وكذلك حصاة كلوية والأورام(Tumeur) ، والبروستات المصابة بالهزال يمكن أن يؤدي إلى القصور الكلوي الحاد عند الكبار.

- **قصور كلوي ناتج عن ارتفاع ضغط الدم:**

إن ارتفاع ضغط الدم غير المعالج والذي استدام طويلا، وارتفاعه إلى درجة حادة يخفض كثيرا من وصول الدم إلى مرشحات الكلى مما ينتج عنه في آخر المطاف قصور كلوي.

- **الأمراض الكبيبية للكلية:** والتي تشمل ما يلي:

- نقص التنسج وكلية متعددة الأكياس في إحدى الكليتين التطور في الكليتين بطول المدة سيخلق النسيج. الكلوي ويؤدي إلى القصور الكلوي نهائي حتى مرحلة الرشد.
- كلية أحادية الكيس (خلل في النسيج مصدره أنبوبي). **(رزقي،2019)**

7. مراحل مرض القصور الكلوي:

- **المرحلة الأولى:**

وتبدأ مرحلة التدهور في الكلى مع بداية ارتفاع معدل الرشح الكلوي وتستمر لعدة سنوات، وهي تؤدي إلى اجهاد الكلى بالعمل فوق المستوى المطلوب من غري وجود حاجة الى ذلك وهنا يمكن التدخل طبيا المتابعة ومعالجة هذه الزيادة المتلفة لتراكيب الكلى.

- **المرحلة الثانية:**

مرحلة التسريب القليل للبروتينات خاصة بروتين ألبومين في البول Microalbuminurie وتظل تحاليل وظائف الكلى في هذه المرحلة طبيعية، كما في المرحلة الأولى وتستمر هذه المرحلة عده سنوات أيضا. دون ظهور أية أعراض على المريض، إلى أنها تظل علامة تحذير بوجود خطر يهدد تركيب ووظيفة الكلى، سيلزم الأمر اجراء تحليل البول بطرق خاصة أكثر دقة لإظهار وجود التسريبات القليلة من البروتين في البول.

- **المرحلة الثالثة:**

ومع تطور الأمر، ونتيجة الاهمال أو عدم المعالجة الصحيحة، تزداد كميات البروتينات التي يتم تسريبها طوال الوقت في البول، لتصل إلى كميات عالية من بروتين الألبومين في البول Microalbuminurie وتبدأ الأعراض بالظهور كالنفخ في الساقين أو حول العينين وارتفاع ضغط الدم.

- **المرحلة الرابعة:**

تبدأ قدرات الأداء الوظيفي للكلى بالضعف تدريجيا خلال هذه المرحلة، وتبدأ أنداك علامات القصور الكلوي بالظهور في نتائج تحليل وظائف الكلى في الدم. وهو ما يعني أن تنقية الكلى للدم من السموم والمواد الكيميائية الضارة قد نقصت، فتراكم بالتالي تلك السموم والمواد الكيميائية في أعضاء الجسم وفي الدم.

- **المرحلة الخامسة:**

وهي المرحلة النهائية حيث تتدهور وظائف الكلى إلى المستوى المتدني جدا بحيث لا يكفي لحاجة الجسم وتظهر أعراض الفشل الكلوي لدى المريض.

شكل رقم (2): يوضح مراحل القصور الكلوي. (Has,2011)

ومن خلال ما سبق نستنتج أن: مراحل القصور الكلوي تمثل تطورا تدريجيا في تلف وظيفة الكلية محيث تبدأ المراحل الأولى عادة بتغيرات تشمل تلفا في الأنسجة الكلوية دون ظهور أعراض واضحة، وتتطور مع الوقت إلى مراحل أكثر خطورة حيث يصبح التلف أكثر ويزداد تأثيره حتى الوصول الى المرحلة النهائية.

8. أعراض مرض القصور الكلوي:

لا يشعر المريض بالأعراض الا بعد فترة طويلة اذ أحيانا كثير يشخص بطريقة مفاجئة عن طريق فحوصات طبية، كتحليل ارتفاع ضغط الدم الشرياني وجود بروتينات في البول، أو وجود الدم في البول بيلة دموية (Hematurie) وخلال الإطار الملاحظ للأمراض الأخرى أين القصور الكلوي المزمن يبدأ بالتعقيدات اذ أن القصور الكلوي لا يسبب أعراض الا في المراحل المتقدمة:

لون شاحب فقر الدم، حكة تصيب الجلد.

تبدلات في الجهاز التنفسي من تنفس سريع وعميق وخاصة أثناء الزفير، التهاب رئوي نتيجة زيادة السوائل في الجسم وتورم القدمين اذ تصل السوائل الرئة فيشعر المريض ضيق في التنفس.

- **أعراض قلبية:** تتمثل في ارتفاع الضغط الشرياني، اضطراب في نظم القلب سببه في أكثر الأوقات زيادة كمية البوتاسيوم في الدم، وذمة في الأطراف السفلى سببها ضعف القلب ونقص البروتين.
- **في الجهاز الهضمي:** يظهر غثيان وقيئ وتقرحات في باطن القم مع نزيف هضمي) والتي لا

تتجاوب مع العلاجات الهضمية الألآم الباطنية التي قد تكون خفيفة أو شديدة، خروج رائحة كريهة من الفم تشبه رائحة البول نتيجة لارتفاع نسبة اليوريا.

- **في الجهاز الدموي:** يترافق القصور مع فرق مع فقر الدم وتزيف بجميع أشكاله من الألف (رعاف) من المعدة (قياء الدم).
- **في الجهاز العصبي:** يظهر تخدر الأعضاء مع تنميلها حتى يصل إلى نوبات الكزاز، ويعتبر نقص الكالسيوم من أهم المسببات لهذه الأعراض العصبية.
- **في الجهاز العظمي:** تصبح العظام لينة قابلة للكسر بسهولة مع التهابات عظيمة متكررة لا تستجيب في هذه الأعراض بسهولة للفيتامين.
- **في الجهاز الكلوي:** قد تكون الأعراض البولية بارزة أو متنحية عند إجراء الفحوص المخبرية تظهر

النتائج التالية:

- زيادة في اليوريا والكرياتين.
- ارتفاع كمية الصوديوم في البول.
- ارتفاع البوتاسيوم في الدم.
- نقص كمية كالسيوم الدم وزيادة الفوسفات.
- ازدياد كمية المغنيزيوم. **(دياب،2015، ص84)**

9. مضاعفات مرض القصور الكلوي:

مضاعفات القصور الكلوي يؤدي تلف الكلى إلى مضاعفات كثيرة منها تذكر ما يلي:

- **ارتفاع ضغط الدم:** في المرضى المصابين بالفشل الكلوي، يكون ارتفاع ضغط الدم شائعاً، وفي حالة حدوث ارتفاع ضغط الدم في سن صغيرة أقل من 20 عام أو أن ضغط الدم يكون مرتفعا جدا وقت التشخيص، قد يكون السبب مشكلة في الكلى.
- تجمع السوائل في الجسم.
- **فقر الدم أو الأنيميا:** يعد الضعف العام والتعب المبكر وقلة التركيز في العمل والشحوب من الشكاوى العامة للشخص المصاب بفقر الدم انخفاض مستوى الهيموجلوبين). وفي بعض الأحيان،

قد تكون هذه الشكاوى فقط للشخص بالفشل الكلوي المزمن في مراحله المبكرة. فإذا لم يستجيب فقر الدم للعلاج القياسي، فمن الضروري استبعاد الإصابة بالفشل الكلوي.

- **فقدان الشهية:** يعد فقدان الشهية والطعم غير الطبيعي في الفم وسوء التغذية من المشكلات الشائعة التي تواجه المرضى المصابين بالفشل الكلوي. ومع تفاقم الفشل الكلوي ونتيجة لزيادة المواد السامة يتطور لدى الشخص الغثيان والقيء.
- ارتفاع ملح البوتاسيوم في الدم.
- أمراض العظام
- التهاب الأعصاب.
- **تغيرات في لون البشرة المصحوب بالتورم:** يعتبر الفشل الكلوي أحد الأسباب الشائعة والهامة للتورم. لكن يحتاج المرء أن يضع في اعتباره أن التورم ليس بالضرورة أن يشير إلى الإصابة بالفشل الكلوي. وفي بعض أمراض الكلى يحدث التورم بالرغم من أن وظائف الكلى تكون طبيعية. ويجب أيضا مراعاة حقيقة بنفس القدر من الأهمية تتمثل في أن التورم قد لا يلحظ على الإطلاق في عدد قليل من المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي الملحوظ
- تشوه صورة الجسم.
- الضعف الجنسي وضعف القدرة على الإنجاب خاصة لدى النساء. **(السويداء،2010، ص21)**

10. الوقاية من الإصابة بمرض القصور الكلوي:

من أجل الوقاية من مرض القصور الكلوي ينصح بإتباع ما يلي:

- الحفاظ على ممارسة الرياضة بانتظام حيث تساعد الرياضة على عدم زيادة الوزن وتقي من ارتفاع ضغط الدم.
- مراقبة ضغط الدم. وعند الإصابة بارتفاع الضغط يتوجب الحرص على تناول الأدوية المخفضة للضغط الدموي.
- مراقبة وزن الجسم.
- الابتعاد عن التدخين الذي يؤدي إلى نقص كمية الدم المتدفقة للكلى ويزيد من احتمالية الإصابة بسرطان الكلى ورفع ضغط الدم.
- مراقبة مستوى السكر: مع مراقبة العلامات الأولى لتأثر الكلى بالسكري.

- اجراء الفحص الدوري لوظائف الكلى.
- تجنب أخذ الأدوية المسكنة والمضادات الحيوية بكثرة ومن غير اشراف الطبيب.
- الحرص على الغذاء الصحي وتجنب الإفراط في استهلاك الملح واللحوم والمشروبات الغازية.
- الحرص على استهلاك كمية كافية من الماء التي تعادل ثمانية أكواب يوميا مما يسهل على الكلى طرد الفضلات كما تقي من الإصابة بالحصيات. **(السويداء،2010، ص22)**

11. علاج مرض القصور الكلوي:

يمر علاج القصور الكلوي عبر مراحل تختلف باختلاف نوع وشدة المرض كالتالي:

- **علاج المرحلة قبل النهائية:**

الحمية: تقدم للمريض مجموعة من الارشادات والتوجيهات المتعلقة بالنظام الجديد والتوجيهات المتعلقة بالنظام الجديد الذي سوف يتبناه لأن هذا المرض يؤثر على مختلف الأجهزة في الجسم، كما أن عملية تصفية الدم لا تكون فعالة الا باتباع حمية مدروسة وخاضعة لشروط صحية وهي كما يلي:

التقليل من المواد البروتينية Protide ويمكن فقط أخذ كمية تقدر ب 0.8 يوميا من أجل التقليل من كمية الفوسفور، البوري، والكالسيوم.

الإنقاص من المواد الغذائية التي تحتوي على كميات معتبرة من البوتاسيوم مثل: الفواكه والشكولاتة.

أخذ كميات من الماء والصوديوم تتناسب مع نوع القصور الكلوي وأسبابه ومرحلته فمثلا الإنقاص في حالة تناذر Nephrotique وعندما يكون المريض مازال محتفظا بمنعكس التبول.

الأدوية: يتناول المريض بالقصور الكلوي مجموعة من الأدوية لتصحيح بعض الاضطرابات والانعكاسات الناتجة عن المرض وكدعم للعلاج الأساسي والتي من بينها:

- أدوية calcium أو Renégat في المراحل الأولى من المرض اضافة الى فيتامين لتعويض نقص الكالسيوم وزيادة الفوسفور الخ....
- أدوية خافضة للضغط الدموي Les hypotenseurs ومن أجل خفض زيادة اليوريا يبحث الطبيب عن التجاوزات التي يقوم بها المريض في حميته.

- **علاج المرحلة النهائية:**

الغسيل الكلوي: هي عبارة عن عملية تصفية الدم من المواد السامة وهناك نوعان من الغسيل الكلوي:

الغسيل البيريتوني :

ويتم عن طريق إدخال سائل خاص إلى التجويف البيريتوني للبطن من خلال قطرة بلاستكية وعادة ما تكون كمية السائل في حدود اللترين في المرة الواحدة ويتم استخلاص السموم والسوائل الزائدة من الجسم إلى السائل المستخدم ثم يتم تفريغ المحلول من تجويف البطن واستبداله بمحلول جديد، ويعتبر هذا النوع. من الغسيل البيريتوني أكثر فيسيولوجية لوجود سائل الغسيل بصورة مستمرة داخل الجسم، كما يمكن أن يقوم به المريض بنفسه خلال اليوم أو عن طريق جهاز صغير يقوم بعملية استبدال سائل الغسيل أثناء نوم المريض.

وكلتا الطريقتين تؤدي إلى نتائج جيدة، إلا أن الغسيل البيريتوني بعد أقل كفاءة نسبيا مقارنة بالغسيل الدموي كما أنه يحتاج إلى نوعية معينة من المرضى واجراءات خاصة لمنع التلوث والعدوى.

تمتاز هذه الطريقة بسهولتها وقلة تكلفتها وعدم حاجتها الى الآلات المعقدة، فالمريض لا يحتاج الى الحمية الغذائية ولا إلى التنويم في المستشفى حيث يمكن بالتدريب أن يقوم بالعملية بنفسه في البيت.

لكن من أهم وأخطر عيوب هذه الطريقة مما يجعلها غير منتشرة الا في أوروبا وأمريكا هي امكانية حدوث التهاب بريتوني للمريض اذ أنها تحتاج إلى درجة عالية من التعقيم وتدريب المرضى.

شكل رقم (3): يوضح عملية الغسيل البيريتوني.

من خلال ما سبق ترى أن هذه العملية تتم عن طريق إدخال سائل بيريتوني خاص إلى التجويف البطني للمريض من خلال أنبوب رفيع الذي يسمى بالقنطرة كما هو موضح في الصورة، ثم يترك السائل في التجويف البطني لفترة معينة حيث يتفاعل مع غشاء البطن لامتصاص الفضلات والسوائل الزائدة.

يجب تدريب الأفراد أو المرضى بشكل جيد و مرقبة العملية بانتظام والالتزام بممارسات النظافة والتطهير لضمان سلامة العملية.

الإنفاذ الدموي (غسيل الكلى) :(Hémodialyse)

تتم هذه الطريقة بإخراج دم المريض من جسمه وتمريره عبر جهاز الإنفاذ الذي يقوم بتنقيته ثم يتم إعادته إلى جسم المريض، ومن ميزات هذه الطريقة كفاءتها العالية في التخلص من السموم المتراكمة في الجسم، ومن عيوبها تكلفتها الغالية ووجوب عملها في المستشفى مرتين الى ثلاث مرات أسبوعيا، في كل فترة ما بين الرئيسي في نقل الفيروس المسبب لالتهاب الكبد الوبائي.

شكل رقم (4): يوضح كيفية اجراء الغسيل الكلوي عن طريق آلة التصفية.

https://www.feedo.net

شكل رقم (5): لآلة الدهاليز أو تصفية الدم.

للاختصار نذكر أن: آلة الدهاليز جهاز تصفية الدم هو جهاز طبي يستخدم في عملية الدهاليز. تقوم هذه الآلة بسحب الدم من الجسم ثم تمرره عبر مشحات تنقيه من الفضلات والسوائل الزائدة، ثم يتم إعادة الدم المنقي الى الجسم. ويجرى الدهاليز عادة في مراكز الغسيل الكلوي التي قد تكون جزءا من المستشفيات أو مراكز طبية خاصة.

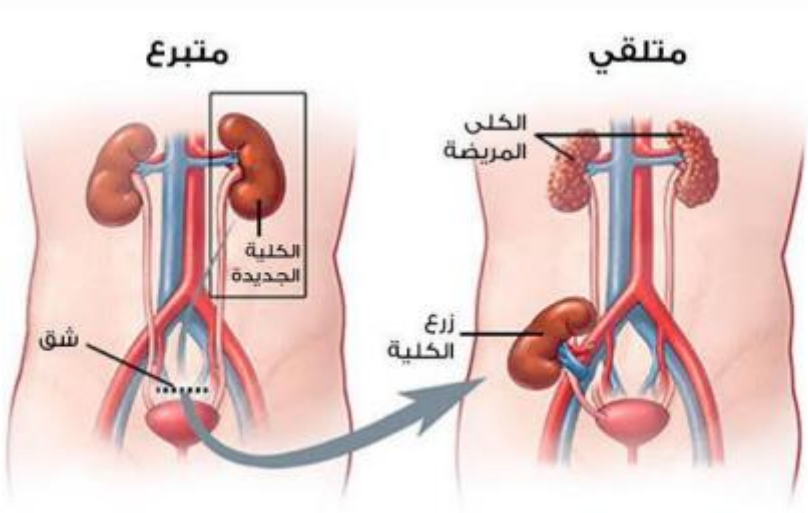
- **زرع الكلى:**

هناك حوالي 50–60 شخص من كل مليون في العالم يحتاج الى عملية الغسيل الكلوي أو عملية نقل الكلى. تكلفة عملية زرع الكلى في أمريكا حوالي ثلاثون ألف دولار. وأكثر من تسع آلاف عملية زرع كلى تتم سنويا في أمريكا وحدها.

بدأت المحاولات الأولى لزرع الكلية منذ بداية القرن العشرين ولكن كلها باءت بالفشل نتيجة رفض الجسم الكلية المزروعة إلى أن تم اكتشاف الأدوية التي تمنع الجسم من رفض الكلية المزروعة.

أما بخصوص التكفل العلاجي فيجب معاملة المريض بالفشل الكلوي كوحدة بيولوجية نفسية اجتماعية. فحسب (Amos and R. Robinson) فإن اختيار المريض لأحد العلاجات التعويضية (الغسيل أو الزرع) مرتبط بالعديد من العوامل، مثل: الوضع الاجتماعي، الموارد الاجتماعية، الأمراض الطبية المصاحبة، الحالة النفسية ونمط شخصية المريض... الخ. اذ أن هذا الاختيار سيؤثر بشكل معتبر

في أسلوب حياة المريض حيث يجد نفسه مطالبا بمواجهة تحديات دائمة والامتثال الجداول الحميات الغذائية وبرامج دوائية.



الشكل رقم (6): يوضح عملية زرع الكلى.

نلاحظ أن عملية زرع الكلى هي إجراء جراحي معقد يستخدم لعلاج الفشل الكلوي النهائي، حيث يتم زرع كلية من متبرع حي أو متوفي إلى متلقي بحيث يجب توافر تطابق جيني ومتوافقة بيولوجية بين المتبرع والمتلقي. كما يمكن أن تؤدي هذه العملية الى تحسين جودة حياة المريض وزيادة أمله في الحياة.

ليس هناك علاج شافي لمرض القصور الكلوي المزمن ولكن الهدف الرئيسي من العلاج الدوائي والنظام الغذائي هو استقرار الحالة وعدم تطورها محاولين عدم الوصول الى مرحلة الغسيل الكلوي أو زرع الكلى أو على الأقل محاولة إبطاء تطور المرض لتأخير الحاجة الى الغسيل الكلوي أو زرع الكلى. **(بن بشير وبوقجار،2022)**

II. الجانب النفسي :

يعد الجانب النفسي ذا أهمية بالغة لا يستهان بها، إذ قد يواجه مرضى القصور الكلوي مجموعة من الإشكاليات أو المعاناة النفسية، والتي نلخصها فيما يلي:

1. الآثار النفسية الناجمة عن الإصابة بمرض القصور الكلوي:

- **الآثار النفسية المتعلقة بالفرد المصاب:**

يعاني مريض القصور الكلوي المزمن من مشاعر سلبية كمشاعر الحزن، القلق، الألم وحتى العدوانية كون مرضه أكثر حدة من الأمراض المزمنة الأخرى واضطراره إلى ملازمة آلة تصفية الدم، إضافة إلى ذلك التقيد بالحمية وتناول أطعمة معينة وأدوية خاصة بالإضافة إلى حرمانه من التنقل والسفر كونه مقيد بآلة تصفية الدم يوما بعد يوم.

هذا ما يولد لديه إحساس بأنه مسلوب الحرية، وهو ما ينعكس سلبا على سلوكياته، كما يعاني من الشعور بالعزلة والصمت وعدم الحديث مع الأطباء والممرضين.

حيث يعيش المصاب بالقصور الكلوي في حالة نفسية صعبة التي تعوض عضوا من أعضاء جسمه فقد فعالية، وهو بذلك يواجه قلقا كبيرا وصعوبات في التكيف الذي ينتج من الاحباطات التي يعاني منها جسمه في صورة ذاته التي أتلفت.

- **الآثار النفسية وسوء التوافق مع الأسرة:**

من بين هذه الآثار نذكر: توتر العلاقات بين الزوجين، إما بسبب إلقاء كل منهما اللوم على الآخر وبأنه السبب في المشكلة، أو نتيجة تفرغ أحد الوالدين للعناية بالأطفال.

الانسحاب التدريجي للمريض من الواجبات والمسؤوليات الأسرية، ورفاق المدرسة أو العمل أو الحي، حيث لا تمكنه ظروف الغسيل الكلوي من القيام بأي مسؤوليات أسرية أو المشاركة في الأنشطة المدرسية، أو القيام بالعمل المطلوب منه أو استمراره في جماعة الأصدقاء.

حيث قد يمر المريض وأسرته بعد اصابته بالمرض بعدة مراحل في مرحلة الصدمة، مرحلة الإنكار مرحلة الخوف مرحلة الاحباط، حيث تتضارب المشاعر يسودها الشعور بالذنب والخوف من المستقبل.

حيث قد يمر المريض وأسرته بعد اصابته بالمرض بعدة مراحل هي مرحلة الصدمة، مرحلة الإنكار مرحلة الخوف، مرحلة الاحباط حيث تتضارب المشاعر يسودها الشعور بالذنب والخوف من المستقبل.

- **الآثار النفسية وسوء التوافق مع المجتمع:**

يعاني مريض القصور الكلوي من سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية فيلجأ بذلك إلى العزلة وعدم الرغبة في مشاركة الآخرين، وسوء التكيف هذا ناتج عن الصعوبات والمشاكل التي يعانيها المريض مع مجتمعه والتي تذكر من بينها:

عدم القدرة على العمل: مريض القصور الكلوي لا يستطيع العمل في مهنئة تتطلب جهدا كبيرا مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى بقائه دون عمل.

العزلة: نظرا لعدم تقاسم المريض نفس الاهتمامات مع الآخرين وذلك نتيجة انشغاله الدائم بوضعه الصحي، كما أنه يشعر أن المجتمع ينظر إليه على أنه شخص عاجز يشكل عبنا عليه، وفي غياب الحل الأمثل وعدم القدرة على تحقيق التكيف مع الوضع يفضل المريض العزلة.

الحساسية: غالبا ما يكون المريض شديد الحساسية مما يتسبب في نزاعات مع أفراد المحيط والأسرة.

الآثار الصحية: ان المرضى بأمراض الكلى يفقدون الكثير من قدراتهم الجسمية والقدرة الجنسية إحداها، حيث لوحظ أن المريض بالقصور الكلوي المزمن والذي يخضع لعملية التصفية تنقص قدرته الجنسية تدريجيا وهذا ما يؤثر على حياته الزوجية ان كان متزوجا. **(مزياني،2015)**

احتياجات المريض يحتاج المريض بالقصور الكلوي الى رعاية نفسية ومتابعة طبية واهتمام خاص بغذائه. **من خلال ما سبق نستنتج أن:** مرضى القصور الكلوي يمكن أن يواجهوا آثارا نفسية كالاكتئاب والقلق خاصة إلى جانب صعوبات التوافق مع المجتمع بسبب الخوف أو الحياء من نظرة الآخرين لهم، مما قد يؤدي إلى العزلة والعار أي بسبب الحاجة للعناية الطبية المستمرة مما قد تؤثر على رفاهيتهم وجودتهم في الحياة.

2. الإشكالية النفسية عند مرضى القصور الكلوي:

مرضى القصور الكلوي يعانون من مرض مميت، هم خاضعون نسبيا وبشكل يومي لعملية تصفية الدم حتى يتجنبوا الموت وهم في الحقيقة غير متزنين أو على الهامش، محصورين بين رغد العيش وسوء

الحياة اليومية وخطر الوقوع في الموت يواجهه في كل مكان، ويلازمه من جهة ويدفعه إلى العودة للحياة من جهة وتنظيم موازينه في وقت قصير والجسد يكون ضعيف القوى، فهو في وضع التبعية التامة كأنه رضيع عاجز عن التكفل باحتياجاته، هذه الصعوبات النفسية جزء منها يرتبط بهذا المرض المميت والجزء التنظيمي للقوى الحيوية. **(عمرو وعباسي،2022، ص 541)**

فالعلاج هذا يسمح له بالبقاء حيا لمن كان سيموتون حتما، يكون مقابل تبعية مطلقة للآلة مولدة القلق والإكراهات فحياة المريض السابقة تظهر في هواماته كجنة مفقودة أما الحياة الراهنة فهي عبارة عن تمسك بالبقاء، فالمريض يبقى على هذه الحالة مادام ليس له أمل في زرع الكلية، أما إذا كان هناك أمل فإن تلك الحالة تصبح وكأنها مرحلة انتقالية وانتظار.

3. القلق النفسي:

يؤثر القلق النفسي في شخصية المريض كالتوتر والأرق لكثرة مخاوفه وتوقه للخطر، كما تجده يعاني من مشاعر الخوف من هذا المرض وذلك من فقدان الصحة وكذا الأصدقاء والأقارب، مع ضعف في العلاقات أو تفكك الأسرة ذلك عندما رب الأسرة أو الأقارب من التبرع بالكلى عندما يحتاجها المريض، مع كثرة التغيب عن العمل أو فقده، وما يترتب عليه من عجز مادي، وعجز الأداء الاجتماعي، كما أوضحت دراسة أخرى أن مريض الفشل الكلوي يعاني من سوء التكيف الشخصي والاجتماعي. كما أوضحت إحدى الدراسات وموضوعها تأثير التوتر النفسي والضغوط النفسية طويلة المدى على التكيف لدى مرضى القصور الكلوي. فهو في الأخير يؤثر في فكرة التعامل مع المريض دون تفهم مشكلاته ومشاعره السلبية.

4. الاستجابة الصدمية:

إن المصاب المجبر على العلاج عن طريق آلة تصفية الدم يعيش هذا الانتقال كصدمة وهزة عنيفة لأنه يواجه موته: التصفية أو الموت – إن ذلك يمثل صدمة حقيقية بالنسبة له، فقد يؤدي إلى حدوث سلسلة من الاضطرابات يكون فيها المريض في ارتباك، فلا يتوقف عن التفكير في عملية التصفية ويظل يعاني من كوابيس متكررة وصعوبات في التركيز.

5. الأعراض الاكتئابية:

إن ربع المرضى الخاضعين لتصفية الدم يظهرون علامات دالة على الاكتئاب العيادي، لتعبر عدة أعراض عن هذا الانهيار من بينها صعوبة معرفية، اضطراب الشهية، التخلي عن المشاريع التي كان

المصاب يستثمرها من جانب آخر لوحظ أن المصابين بالقصور الكلوي المزمن لا يستطيعون القيام بالحداد الخاص بعضوهم المفقود إذن كيف للتفكير أن يضمد الجرح النرجسي عندما يكون المريض مرتبط ثلاث مرات في الأسبوع بالة تصفية الدم لتذكره بكل قسوة بقصوره وهشاشة حياته، فيصبح الموت دائم الحضور في تفكير المصابين. ليظهر ذلك على شكل اكتئاب.

وتجدر الإشارة أن ظهور الاكتئاب يكون خاصة في بداية المرض (المرحلة الأولى) لأن هذه الفترات تدل على استعمال المريض للطاقة النفسية اللازمة للتعديل وإعادة الاستثمار في مشروع حياته من أجل البقاء، أين يظهر في هذه المرحلة أكبر عدد من محاولات الانتحار.

6. الاضطرابات الجنسية:

يمثل العجز الجنسي أحد تعقيدات هذه الإصابة حيث تنعكس عدم القدرة الجنسية على الجانب النفسي للمصاب تشكل قلق الخصاء فيشعر المريض أنه مخصي كما يمكن أن يعاني من مشاكل تخص التقمصات الجنسية.

المريض يعاني من إحباطات جنسية متعددة تتمثل في انخفاض الليبدو والذي يظهر في عجز جنسي عند الرجل، وبرودة جنسية أو عقم عند النساء. ويضيف كونسلي (Consolis) أن المرضى الخاضعين التصفية الدم، يعانون من اضطرابات جنسية بدرجات متفاوتة فغالبا ما يشتكي الرجال عندما تتعدى هذه الاضطرابات إنخفاض اللبيدو واضطرابات في مدة ونوعية القذف.

(عمرو وعباسي،2022، ص 542)

خلاصة الفصل:

نستخلص مما ذكرناه في هذا الفصل بأن القصور الكلوي هو عبارة عن تلف مستمر غير رجعي في الوحدات الوظيفية للكلية أو النفر ونات، مما يزيد من تراكم فضلات الأيض والسوائل واليوريا في الجسم والتي تسبب مجموعة من الأعراض والعلامات التي قد تكون نتيجة الأمراض أخرى كالإصابة بداء السكري أو ارتفاع ضغط الدم.

لهذا فان الوقاية والتشخيص المبكر من خلال الفحوصات الدورية مهمة في كشف المرض قبل تطوره مما يساعد في تحديد العلاج المناسب وتجنب المضاعفات، فمن الضروري متابعة الارشادات الطبية التي تشمل كل من العلاج والنظام الغذائي الصحي والامتناع عن التدخين والكحول. كما أنه من المهم توفير الدعم النفسي الاجتماعي للمرضى لتحسين جودة حياتهم.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

I. الدراسة الاستطلاعية.

1. تعريف الدراسة الاستطلاعية.
2. أهداف الدراسة الاستطلاعية.
3. إجراءات الدراسة الاستطلاعية.
4. النتائج المتحصل عليها من الدراسة الاستطلاعية.

II. الدراسة الأساسية.

1. مكان وزمان إجراء الدراسة.
2. مجموعة الدراسة.
3. منهج الدراسة.
4. أدوات الدراسة.
5. الإجراءات التطبيقية للدراسة.

خلاصة.

تمهيد:

بعدما تم عرض المحاور النظرية لبحثنا، سوف يتم التطرق إلى فصل الإجراءات المنهجية للجانب التطبيقي التي تعد من الركائز الأساسية التي يقوم عليها البحث العلمي. ويشمل هذا الفصل الدراسة الاستطلاعية، الدراسة الأساسية، مكان وزمان إجراء البحث، مجموعة البحث، منهج البحث بالإضافة إلى أدوات البحث. حيث تهدف هذه الإجراءات إلى ضمان المصداقية والموضوعية والدقة في الوصول إلى نتائج علمية موثوقة تساهم في تحقيق أهداف البحث.

I. الدراسة الاستطلاعية :

1. تعريف الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة أساسية في أي بحث علمي، حيث يقوم الباحث بجمع المعلومات الأولية وتحليلها لتحديد مجال بحثه وفهمه بشكل أعمق، بالإضافة إلى التأكد من توفر الإمكانيات المطلوبة. وتساعد هذه الدراسة الباحث في التواصل مع الخبراء وتجريب الأدوات المستخدمة في البحث الميداني لضمان صلاحيتها ودقتها ووضوحها. ولتحقيق ذلك، يجب اختيار عينة استطلاعية من نفس المجتمع الذي ستسحب منه العينة الأساسية للبحث لاحقا.

فالدراسة الاستطلاعية تعتبر تحقيقا تمهيديا صغير النطاق يجرى قبل البحث الرئيسي، وتهدف إلى اختبار أدوات البحث واكتشاف المشكلات المنهجية وتقييم مدى قابلية تطبيق البحث في سياق ميدان حقيقي.

2. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

يمكن تحديد أهداف الدراسة الاستطلاعية فيما يلي:

- بلورة موضوع البحث أو الظاهرة أو موضوع البحث الذي يختاره الباحث وصياغته بطريقة أكثر إحكاما بغية دراسته بصورة أعمق في المستقبل.
- تحديد المفاهيم الأساسية ذات الصلة بالموضوع الذي اختاره الباحث للدراسة أو البحث.
- تنمية الفروض وذلك ببلورة مشكلة البحث أو صياغتها في صورة فروض علمية أو تساؤلات.
- التعرف على الجوانب المختلفة لموضوع البحث أو الدراسة.
- يمكن تحديد جوانب القصور في إجراءات تطبيق أدوات جمع بيانات البحث ويمكن تعديل تعليمات هذه الأدوات في ضوء ما تسفر عليه الدراسة الاستطلاعية.
- إعداد مقياس ملائم للدراسة: لضمان دقة وفعالي أدوات القياس المستخدمة.
- حساب الصدق والثبات للمقياس: عبر إعادة صياغة البنود أو حذف البنود الغامضة أو غير الثابتة أو غير المتسقة.
- ممارسة تطبيق الاختبارات وتحديد الصعوبات ومحاولة حلها.

3. إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

بعد استكمال ضبط متغيرات الدراسة وتحديد أدوات البحث المناسبة، تم الحصول على الإذن الرسمي من رئيس قسم علم النفس، الذي زودنا بتصريح لنا بالشروع بالعمل الميداني وقد تم اعتماد هذا التصريح وتوقيعه من طرف المشرفة الأكاديمية التي اطلعت بدورها على موضوع الدراسة ووافقت عليه من حيث الشكل والمضمون مؤكدة على أهميته وقابلية تطبيقه في الميدان.

في بداية الإجراءات الميدانية توجهنا إلى المؤسسة العمومية الاستشفائية " الأربعاء ناث ايراثن" في يوم 10 ديسمبر 2024 بغرض الشروع في تطبيق الدراسة في قسم (أمراض الكلى)، غير أن طلبنا لم يؤخذ بعين الاعتبار وتم رفضه من قبل الطبيبة المختصة في أمراض الكلى بسبب القيود التنظيمية التي تمنع مثل هذا النوع من البحوث في إطارها، مما أدى إلى عدم بداية البحث في الوقت المحدد وتسبب في تأخير المرحلة التطبيقية.

أمام هذا العائق، بحثنا عن بدائل ملائمة تتماشى مع أهداف الدراسة، فتوجهنا إلى قسم (غسيل الكلى) في نفس المصلحة الاستشفائية ب "الأربعاء ناث ايراثن"، في يوم 11 فيفري 2025، حيث لقينا تجاوبا إيجابيا من قبل الفريق الطبي من ضمنهم المختصة النفسية وتمت الموافقة الرسمية من طرف الطبيبة المختصة والمشرفة على الحالات المرضية، وقد تم التوقيع على التصريح الذي يسمح لنا بإجراء الدراسة ضمن هذا الإطار الطبي. في حدود الفترة الممتدة من (16 فيفري إلى غاية 04 ماي 2025).

بعد مرور أسبوع عدنا إلى العيادة لمباشرة العمل الميداني، حيث تم التواصل مع المرضى وأخذ الموافقة منهم وفقا لأخلاقيات البحث العلمي. وقد تم تطبيق أدوات الدراسة مع 7 حالات، والتي شملت كل من: المقابلة العيادية النصف موجهة بالاستعانة بدليل المقابلة، مقياس صورة الجسم ومقياس اضطراب فقدان الشهية العصبي، للتأكد من إمكانية تطبيقهم خاصة هذا الأخير حيث أنه توجب علينا تكييفه في البيئة الجزائرية.

انطلاقا من هذه الدراسة توصلنا إلى تحقيق الأهداف الخاصة بدراستنا والمتمثلة في:

- اختبار مدى ملائمة التقنيات مع موضوع الدراسة بالدليل أين تم استحسان أسئلة المقابلة التي تم بناؤها مسبقا.

- اختبار مدى صلاحية تقنيات الدراسة مع مميزات أفراد مجموعة البحث الذين تمكنوا من فهم واستيعاب كل بنود المقياسين، من حيث اللغة ان كانت واضحة ومفهومة، ان كان قد تم مراعاة الجوانب النفسية للمرضى...الخ
- ضبط متغيرات الدراسة بصفة أكثر عملية وعلمية.
- صياغة الفرضيات الإجرائية بعدما كانت فرضيات نظرية بحتة.

وللمزيد من الوضوح قد تم الاعتماد على حالة واحدة من بين هذه الحالات السبعة كحالة استطلاعية، نظرا للكم الهائل من المعلومات التي قدمتها لنا، حول تاريخ مرضها، معاشها النفسي، علاجها...الخ، وسنقدمها كما يلي:

- الحالة (ح.ش) تبلغ من العمر 35 سنة، تحتل المرتبة الأولى بين 9 إخوة، متزوجة وأم لطفل، ذات مستوى تعليمي جامعي (تحصلت على شهادة الليسانس في اللغة الإنجليزية)، ووضع اقتصادي جيد. لقد استقالت من عملها بسبب حالتها الصحية، إذ تعاني من مرض القصور الكلوي المزمن، حاليا تخضع لجلسات غسيل الكلى بشكل منتظم ثلاث مرات في الأسبوع.

صرحت الحالة بأنها المريضة الأولى في عائلتها المصابة بمرض القصور الكلوي، لكنها ليست الوحيدة حيث فقدت أخاها الذي كان يعاني من نفس المرض (كان مرضه الأولي داء السكري). وكانت بدايات إصابتها في عام (2005) في عمر ال 15 سنة، كانت الحالة عندما تتعرض لنزلة برد أو التهاب في الحلق، كانت تتقيأ، وتلازم الفراش، إضافة لإصابتها بمرض الذئبة "مرض مناعي" (Le Lupus)، الأمر الذي أدى بها للاستشفاء تحت مراقبتها من قبل الأطباء وأثناء إجرائها للتحاليل اللازمة، شخّصها الطبيب في قسم الإستعجالات لأول مرة بإصابتها بمرض القصور الكلوي ووصف لها مجموعة من الأدوية، تناولتها بانتظام منذ سنوات وقد تحسنت حالتها نوعا ما لكن ليس بصفة نهائية. حيث أن بعد 13 سنة من تشخيص إصابتها بالمرض وتحسنها، تعرضت الحالة للانتكاس، إذ أنها رجعت لحالتها السابقة أو أكثر لأنه تم تشخيصها بالإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن وتم إحالتها لقسم الغسيل الكلوي بشكل عاجل ووصلها بناسور شرياني وريدي (Une fistule artério-veineuse) وكان ذلك عندما كانت حامل بطفلها عام (2018) ، أين صرحت بالبكاء بأنها مرت بفترة حمل صعبة عليها وعلى طفلها وزوجها كذلك، فقد تم وصلها بناسور شرياني وريدي (une fistule artério-veineuse) هذا ما أفادت به دراسة « Dr. Nima et al » (2023) أنه يمكن أن يؤدي الناسور لدى المرأة الحامل المصابة بالفشل الكلوي إلى

تعقيد فترة الحمل، حيث تم الإبلاغ عن 16 ولادة في السجل الأوروبي ل 13000 امرأة يخضعن لغسيل الكلى في سن الإنجاب، تعرضن لمخاطر مختلفة كل منهن وحالتها وشدة مرضها. لذا فلا ينصح بالحمل بوجود مرض القصور الكلوي لاسيما بوجود الناسور الشرياني الوريدي، بسبب خطر حدوث مضاعفات بين الجنين والأم، والحاجة إلى زيادة مدة غسيل الكلى إلى 20 ساعة/أسبوع لمعدل اليوريا المستهدف < 17.5 مليمول/لتر أو ما يصل إلى 36 ساعة/أسبوع في حالة عدم وجود إدرار البول.

كما قد يكون هناك خطر الوفاة في الرحم مرتفعًا في حالة غسيل الكلى حتى لو كان أقل من خطر الوفاة في الرحم في حالة غسيل الكلى البريتوني. وترتفع معدلات الولادة المبكرة والحاجة إلى الرعاية المركزة لحديثي الولادة، إذ تتجاوز 50% حتى مع غسيل الكلى المكثف.

ومنه نستخلص أنه يمكن أن يؤدي الناسور الشرياني الوريدي لدى المرأة الحامل المصابة بالفشل الكلوي إلى تعقيد الحمل وحتى للوفاة.**(Dr Nima et al., 2023, p401)** .

وتعيش (ح.ش) حالة من التدهور النفسي المتزايد نتيجة مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية المتداخلة. فمن جهة، تُعاني من القلق المستمر، إذ صرّحت أنها تشعر بالخوف الدائم من الموت، خاصة بعد أن فقدت شقيقها قبل سنوات بنفس المرض، الأمر الذي جعلها تعيش في قلق دائم وتعتقد أن مصيرها سيكون مماثلاً. وفي هذا السياق يمكننا أن ندرج نظرية (العجز المكتسب أو المتعلم) ل "مارتن سيلغمان" التي تعتمد على كيفية أن الفرد قد يتطور لديه شعور بالعجز والاستسلام حين يتعرض لسلسلة من التجارب السلبية التي لا يستطيع التحكم بها. **(التميمي،2024)**

كما تظهر عليها أعراض العزلة، فقدان الرغبة والشغف، البكاء المتكرر، اضطرابات في النوم، وفقدان الشهية، حيث صرحت بأنها منفصلة عن العالم وكأنها لم تعد جزءا منه، لا تحب الاختلاط ولا التجمعات إما مع العائلة أو الأقارب ولا الأصدقاء، مع تجنبها المستمر للخروج من المنزل إلا للضرورة، كذلك تتبع نظاما غذائيا صارما متعمدة فقدان الوزن رغما عن وزنها الذي يقدر ب 54kg.

بالإضافة إلى ذلك تعاني الحالة من آثار اجتماعية سلبية شديدة، خصوصاً فيما يتعلق بعائلة زوجها التي لا تُقدم لها أي دعم عاطفي أو معنوي ولا مادي، بل على العكس، تنظر إليها نظرة دونية وتعتبرها "معاقة" وغير قادرة على أداء دور الزوجة أو الأم بشكل كامل. هذه النظرة الاجتماعية السلبية أثرت بشكل كبير على صورتها الذاتية، حيث أصبحت تشعر بأنها عبء على أسرتها، وفقدت الثقة بنفسها، وأصبحت

تبتعد حتى عن زوجها، الذي بدوره لا يُبادر بالدعم ولا يدافع عنها أمام عائلته، مما زاد من شعورها بالعزلة والخذلان، القلق والاكتئاب...الخ. هذا ما أظهرته العديد من الدراسات أن نقص الدعم الأسري هو عامل تفاقم للمعاناة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي. منها نكتفي بذكر دراسة "قدور بن عباد هوارية" (2014) تحت عنوان " المساندة الاجتماعية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات" نقلا عن "جلال فاطمة الزهراء" (2020) أنه يزداد احتمال التعرض للمواقف الضاغطة كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية، كما أنها تسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي للفرد، وتعد المساندة الاجتماعية من أهم المصادر المخففة من حدة وقع الأحداث والضغط على الأفراد حيث تساعدهم على التكيف مع الخبرات المؤلمة وما يترتب عليها، من خلال المساندة الاجتماعية يتغلب الأفراد خاصة المرضى منهم على أزماتهم وشدائدهم ومصائبهم. **(جلال،2020)**

فمرضى غسيل الكلى يواجهون العديد من القيود (الغذائية والاجتماعية والمهنية) وعبئًا عاطفيًا كبيرًا. وعندما لا يتلقون الدعم العاطفي أو المعنوي أو العملي من بيئتهم الأسرية، تنخفض قدرتهم على التعامل مع ضغوط العلاج. غالبًا ما يشعرون بالعزلة أو سوء الفهم أو يُنظر إليهم على أنهم عبء، مما قد يؤدي إلى تفاقم الأعراض الاكتئابية أو القلق أو الانسحاب أو حتى انعدام الامتثال للعلاج (بما في ذلك عدم الالتزام بمواعيد غسيل الكلى، وعدم الامتثال للنظام الغذائي).

ويكون تأثير نقص الدعم الأسري أكثر أهمية بالنسبة للنساء، اللاتي يضطررن في كثير من الأحيان إلى الاستمرار في أداء الأدوار المنزلية على الرغم من المرض دون أي فهم أو مساعدة عملية. وهذا يمكن أن يعزز مشاعر الظلم أو الذنب أو العبث. يصبح المريض المصاب بالفشل الكلوي عرضة للخطر بشكل مضاعف: من ناحية بسبب المرض، ومن ناحية أخرى بسبب النقص العاطفي والاجتماعي في بيئته.

تسلط العديد من الدراسات الضوء على العلاقة بين الدعم الاجتماعي والالتزام بالعلاج، وكذلك بين دعم الأسرة وتحسين نوعية الحياة النفسية. وفقًا لبحث أجراه جريفا وآخرون (2010)، فإن المرضى الذين حصلوا على دعم عائلي مناسب أفادوا بأعراض اكتئاب أقل، وتكيف أفضل مع العلاج، وإدراك أكثر إيجابية لحالتهم الصحية.

أما من الناحية الجسدية، فإن التغيرات المرتبطة بالعلاج (خاصة العلامات الظاهرة للناسور الشرياني الوريدي) زادت من شعورها بالنفور من جسدها، وساهمت في تعزيز صورة سلبية عن ذاتها.

(Montalescot,2019)

4. النتائج المتحصل عليها من الدراسة الاستطلاعية:

وعند تطبيق مقياس صورة الجسم ل "محمد النوبي علي"(2010) على الحالة تحصلت على درجة مرتفعة تقدر ب 106، حيث عبّرت عن نفورها من مظهر الناسور الشرياني الوريدي على يدها، وتجنّبها النظر إلى نفسها في المرآة، وشعورها بفقدان أنوثتها. كما صرحت أنها لم تعد تشعر بالراحة في العلاقة الزوجية، وأنها تتفادى التقرب من زوجها خوفاً من نظرته أو رفضه لها.

أما فيما يخص نتائج تطبيق مقياس اضطراب فقدان الشهية العصبي ل "لينشنر" (1994) بترجمة: ''B. Samuel-Lajeunesse'' تحصلت الحالة كذلك على درجة مرتفعة جدا تقدر ب 118، حيث عبرت عن تقيدها بنظام غذائي صارم بما في ذلك الابتعاد عن السكريات وأكل المطاعم، تناول الأكل الصحي، وحرصها على فقدان الوزن، حيث أنها عندما تبالغ في الأكل تتولد لديها رغبة في التقيؤ...الخ.

وبناء على ما سبق يمكن اعتبار الحالة غير مستقرة وتعاني من اضطراب فقدان الشهية العصبي كذلك من تشوه صورة الجسم. مع التوصية بضرورة استشارة الأخصائي النفسي باقتراح العلاج المعرفي السلوكي، لمساعدة المريضة على تعديل الأفكار السلبية والمشوهة المرتبطة بالموت، مرضها وجسدها.

II. الدراسة الأساسية :

1. مكان وزمان إجراء الدراسة:

تم إجراء هذه الدراسة على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية ب " الأربعاء ناث ايراثن" بالقسم المتخصص في غسيل الكلى. والذي يضم فريقا طبيا يتكون من الطبيبة المختصة، طبيب بديل (remplaçant)، بالإضافة الى 3 ممرضات.

2. مجموعة الدراسة:

لإتمام هذا البحث تم اختيار مجموعة الدراسة المتكونة من 6 حالات تم اختيارها بطريقة قصدية، نظرا لتوافق خصائصهم مع متطلبات الدراسة.

- **خصائص مجموعة الدراسة:**

نعرض من خلال هذا الجدول وصف شامل لمجموعة الدراسة، حيث يتضمن البيانات الأساسية لكل حالة باستخدام أسماء مستعارة حفاظا على الخصوصية والسرية وتشمل هذه البيانات: السن، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، مدة التشخيص ومدة تلقي العلاج، مع أيام وساعات التصفية الدموية.

جدول رقم (01): يوضح خصائص مجموعة الدراسة.

الرقم	الاسم المستعار	الجنس	السن	المستوى التعليمي	الحالة الاجتماعية	مدة التشخيص	مدة تلقي العلاج	أيام التصفية في الأسبوع
01	ز	أنثى	56	جامعي	متزوجة	8 سنوات	7 سنوات	3 مرات
02	ط	أنثى	58	متوسط	أرملة	7 أشهر	6 أشهر	3 مرات
03	ن	أنثى	42	ثانوي	متزوجة	5 سنوات	5 سنوات	3 مرات
04	ح	أنثى	52	جامعي	متزوجة	7 سنوات	7 سنوات	3 مرات
05	م	ذكر	28	جامعي	أعزب	سنتين	سنتين	3 مرات
06	أ	ذكر	35	ثانوي	أعزب	5 سنوات	5 سنوات	3 مرات

ومنه فتتكون مجموعة الدراسة من 6 حالات (ذكرين وأربع إناث) تتوزع الفئة العمرية كما يلي: 4 حالات ضمن الفئة من 40 إلى 56 سنة، وحالتين من 20 إلى 35 سنة.

بينما يتباين المستوى التعليمي بين الحالات، حيث نجد 3 حالات ذوي مستوى تعليمي جامعي وحالتين من مستوى ثانوي وحالة واحدة بمستوى متوسط. أما فيما يخص الحالة الاجتماعية، لدينا 3 نساء متزوجات وواحدة أرملة، مع الذكرين العازبين.

ومن ناحية مدة التشخيص، فهي تتراوح بين 6 أشهر و8 سنوات، بينما مدة تلقي العلاج تتراوح ما بين 6 أشهر و7 سنوات. مما يعكس تفاوتا زمنيا كبيرا في التعايش مع المرض الأمر الذي قد يساهم في تنوع التجارب الشخصية والنفسية للمشاركين.

3. منهج الدراسة:

تختلف المناهج المستخدمة باختلاف موضوع الدراسة، فطبيعة الموضوع هي التي تحدد المنهج المستخدم الذي يسعى إلى معرفة كل من اضطراب فقدان الشهية العصبي ومستوى تشوه صورة الجسم عند مرضى القصور الكلوي، فإن المنهج المناسب لدراستنا هو المنهج العيادي الذي يعتبر إحدى المناهج الرئيسية في الدراسات الأساسية لأنه يتناسب مع طبيعة الإشكالية والفرضية والموضوع المعالج.

- **تعريف المنهج العيادي:**

هو الدراسة المعمقة للشخصية كحالة فردية (عادية أم مرضية)، يستهدف فهم الحالة الراهنة لسلوك المريض اعتمادا على معطيات تاريخه الماضي، وأدائه الحاضر بغية تشخيص الحالة آنيا مع التقدير أو التنبؤ بتطورها مستقبلا، ثم انتقاء الطرق العلاجية المناسبة .يتيح المنهج العيادي عرض حالات المفحوصين وأعراضهم بصورة متكاملة، مع الوقوف على ظروفهم وتحليلها، فهو يركز على الفرد في فردانيته وشموليته، ويعتمد استراتيجية دراسة الحالة، ويقوم على تصور دينامي إذ ينطلق من اعتبار الشخصية بناء دينامي ويسعى إلى فهم الصراعات التي يعيشها الفرد.**(Djedo,2022) (https://www.scribd.com)**

- **أسلوب دراسة حالة:**

تعد دراسة الحالة طريقة من الطرق المستخدمة في هذا المنهج، فهي أساسية في الممارسة العيادية حيث تقوم بدراسة حالة معينة بشكل متعمق، وذلك بجمع البيانات والمعلومات عن الوضع الحالي والماضي

وعلاقاتها مع الذاتية ومع الظواهر والأحداث الأخرى، وذلك لفهم أعمق وتفسير أفضل للأسباب وللمجتمع الذي نحن فيه. فهي طريقة إجرائية تحليلية معمقة ومنظمة للحالة المنفردة. **(دشلي،2016)**

4. أدوات الدراسة:

لأجل الوصول الى النتائج المرجوة من هذه الدراسة فمن الضروري استخدام عدد من الأدوات التي يمكن أن تساهم في توفير البيانات التي ستساعدنا للإجابة على تساؤلات الدراسة. ومن بين الأدوات التي تم استخدامها في دراستنا نجد:

1.4. المقابلة العيادية النصف موجهة:

تصمم المقابلات شبه الموجهة لتوازن بين الهيكلة والمرونة، اذ تحتوي على أسئلة مفتوحة محددة مسبقا، لكنها تتيح للباحث أن يستكشف المواضيع التي تظهر أثناء الحوار تبعا لاستجابات المشاركين. ولقد تم في هذه الدراسة بناء دليل المقابلة العيادية النصف الموجهة وفقا للمؤشرات التي أخذت بعناية والتي تخدم أكثر موضوع بحثنا.

2.4. مقياس اضطرابات الأكل (EAT-26) لمتغير اضطراب قدان الشهية العصبي:

يعد مقياس اضطرابات الأكل (Eating Attitudes Test) الذي وضعه كل من ,Garner'' Olmsted, Bohr and Garfinkelen'' (1982) من أشهر أدوات القياس النفسية المستخدمة في تقييم الخصائص النفسية المرتبطة باضطرابات الأكل، خاصة فقدان الشهية العصبي (Anorexia Nervosa) والنهام العصبي (Bulimia Nervosa) وقد طُوّرت لاحقًا نسخ مختصرة من هذا المقياس بهدف تسهيل استخدامه في الأوساط السريرية والبحثية التي تتطلب أدوات سريعة وسهلة التطبيق، ومن أبرزها النسخة المختصرة المعروفة باسم EAT-26، والتي تتكوّن من26 بندًا فقط. والتي تركّز على ثلاثة أبعاد مركزية تُعد جوهرية في اضطرابات الأكل، وهي:

- **النظام الغذائي والقيود الغذائية:** يقيس هذا البعد الانشغال المفرط بالوزن، والخوف من السمنة، والرغبة القهرية في فقدان الوزن حتى عند غياب الحاجة الطبية لذلك.
- **الشره المرضي:** يعكس هذا البعد السلوكيات القهرية المرتبطة بالأكل، مثل نوبات الإفراط في الأكل تليها محاولات تعويضية كالتقيؤ أو التجويع.

- **التحكم في تناول الطعام:** ويتم فيه تقييم مدى الاستياء من مظهر الجسم، والتركيز المفرط على مناطق يُنظر إليها كـ "غير مثالية" مثل الأرداف والفخذين والمعدة...الخ

يتم الاستجابة على المقياس وفق نظام تدرج " ليكرت Likert " من ست 06 درجات، تتراوح من "أبدًا" إلى "دائمًا"، وتُحتسب الدرجات بحيث تشير الدرجات الأعلى إلى مستوى أكبر من الاضطراب في كل بعد من الأبعاد الثلاثة. وقد أظهرت النسخة الأصلية من المقياس خصائص سيكو مترية عالية من حيث الثبات والصدق، حيث تراوحت معاملات ألفا كرو نباخ بين 0.85 و0.98، كما أظهر المقياس صدقًا بنائيًا وتمييزيًا جيدًا بين المرضى والأشخاص الأصحاء.

درجة عتبة EAT-26 هي 20. وترتبط النتيجة التي تساوي أو تزيد عن 20 بسلوكيات الأكل غير القادرة على التكيف وقد تشير إلى حالة من اضطرابات الأكل، بما في ذلك اضطراب فقدان الشهية العصبي.

وقد تمت ترجمة المقياس إلى العديد من اللغات، بما في ذلك الفرنسية ومنها نذكر ترجمة ''B. Samuel-Lajeunesse''، وتكمن أهمية هذا المقياس في كونه لا يقتصر على التشخيص السريري، بل يُستخدم أيضًا في الأبحاث النفسية لرصد العلاقة بين اضطرابات الأكل والمتغيرات النفسية الأخرى مثل صورة الجسم، القلق، الاكتئاب، وغيرها. مع التأكيد على ضرورة التحقق من الخصائص السيكو مترية في كل بيئة ثقافية لضمان دقة النتائج.

ونظرا لندرة الدراسات التي تناولت مفهوم اضطرابات الأكل، خاصة اضطراب فقدان الشهية العصبي في البيئة الجزائرية وبالتالي الافتقار لتطبيق هذا المقياس –على حد علمنا– ارتأينا لتكييف المقياس ليصبح بذلك صالحا ويمكن تطبيقه.

- **طريقة تعديل مقياس اضطرابات الأكل لمتغير اضطراب فقدان الشهية العصبي (EAT-26):**

فنظرا لندرة الدراسات التي تناولت مفهوم اضطرابات الأكل، خاصة اضطراب فقدان الشهية العصبي في البيئة الجزائرية وبالتالي الافتقار لتطبيق هذا المقياس –على حد علمنا– ارتأينا لتكييف المقياس ليصبح بذلك صالحا ويمكن تطبيقه.

كأول خطوة بدأنا بها كانت ترجمته من اللغة الفرنسية للغة العربية، وكانت الإجراءات كما يلي:

أ- الخصائص السيكو مترية لمقياس اضطراب فقدان الشهية العصبي (EAT-26):

- **صدق المقياس:** يقصد بصدق المقياس صلاحية المقياس لقياس ما وضع لقياسه، ومدى ارتباطه بالموضوع، وهكذا فمقياس اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى المصابين بمرض القصور الكلوي يجب أن يقيس ما وضع لأجله، حيث يعتبر التأكد من صدق أداة جمع البيانات خطوة أساسية، إذ يجب على الباحث التأكد أولا من صدق المقياس ثم التطرق إلى الثبات، أنه لا يمكن حساب الاختبار دون التأكد من صدقه.
- **صدق المحكمين:** بعد تعديل بنود المقياس ليصبح ملائما لعينة بحثنا، قمنا بتوزيع المقياس على مجموعة من الأساتذة: تخصص علم النفس في جامعة " مولود معمري، تيزي وزو" وذلك بهدف التأكد من صلاحية المقياس وأن البنود تتناسب مع موضوع دراستنا.

وقد تحصلنا على موافقة الأساتذة المحكمين، حيث قاموا بتوجيهنا إلى بعض التعديلات في البنود من الناحية اللغوية وبعض المصطلحات الواجب أخذها بعين الاعتبار من أجل قابلية استخدامها في دراستنا. ذلك مل سنحاول عرضه في الجدول الآتي:

جدول رقم (02): يوضح التعديلات المقترحة من طرف الأساتذة لمقياس اضطراب فقدان الشهية العصبي EAT-26.

التعديل	واضحة	المحاور والبنود المعدلة للغة العربية	المحاور والبنود الأصلية باللغة الفرنسية
	X	**1.النظام الغذائي والقيود الغذائية.**	**1. La diète et restriction alimentaire**
	X	1. أشعر بالخوف من فكرة أن أصبح سمينا جدا	1. Je suis terrifiée à l'idée de prendre du poids.
	X	2. أتجنب تناول الأكل عندما أشعر بالجوع	2. J'évite de manger quand j'ai faim
	X	3. أشعر بالقلق الشديد بشأن الطعام	3. Je suis trop soucieux (se) de la nourriture
	X	**2. الشره المرضي.**	**2. La boulimie**

4. J'ai eu des épisodes de gloutonnerie durant lesquels je me sentais incapable d'arrêter de manger	4. كان لدي نوبات من الشراهة، شعرت من خلالها بأنني غير فادر على التوقف عن الأكل	X	
5. Je découpe mes aliments en petits morceaux	5. أفضل تقطيع طعامي إلى قطع صغيرة		5. أقطع طعامي إلى قطع صغيرة
6. Quand je mange, j'ai conscience de la valeur calorique des aliments	6. أنا على دراية بقيمة السعرات الحرارية أثناء تناولي للطعام		6. أنا واعي بقيمة السعرات الحرارية للأطعمة التي أتناولها
3. Contrôle de la consommation alimentaire.	**3. التحكم في تناول الطعام.**	X	
7. J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pommes de terre, riz)	7. أتجنب بشكل خاص الأطعمة الغنية بالكربوهيدرات (كالخبز، البطاطا، الأرز)	X	
8. Je sens que les autres aimeraient que je mange davantage	8. أشعر أن الآخرين يرغبون في أن أتناول المزيد من الطعام	X	
9. Je vomis après avoir mangé	9. أتقيأ بعد الأكل	X	
10. Je me sens très coupable après avoir mangé	10. أشعر بالذنب الشديد بعد الأكل	X	
11. Le désir d'être plus mince me préoccupe	11. الرغبة في أن أكون أنحف تشعرني بالقلق		11. الرغبة في أن أصبح أنحف تشغل ذهني
12. Quand je me dépense physiquement, il me vient à l'idée que je brûle des calories	12. عندما أمارس الرياضة، أفكر في السعرات الحرارية التي أحرقها		12. عندما أمارس أنشطة جسمية، أفكر في السعرات الحرارية التي أحرقها
13. Les autres pensent que je suis trop mince	13. يعتقد الآخرون أنني نحيف جدا	X	

14. Je suis préoccupé(e) par l'idée d'avoir trop de graisse sur le corps	14. أشعر بالقلق من وجود الكثير من الدهون في جسدي		14. أنا منشغل بوجود الكثير من الدهون في جسمي
15. Je prends plus de temps que les autres à prendre mes repas	15. أستغرق وقتا أكثر من الآخرين لتناول وجباتي	X	
16. J'évite de manger des aliments sucrés	16. أتجنب تناول الأطعمة التي تحتوي على الكثير من السكر	X	
17. Je mange des aliments diététiques	17. أتناول أطعمة الحمية	X	
18. J'ai l'impression que la nourriture domine ma vie	18. أشعر بأن الطعام يهيمن على حياتي	X	
19. Je parle volontiers de mes capacités à contrôler mon alimentation	19. يسعدني التحدث عن قدرتي على التحكم في نظامي الغذائي		19. أتحدث بكل إرادتي عن قدرتي على التحكم في نظامي الغذائي
20. Je sens que les autres me poussent à manger	20. أشعر ان الآخرين يضغطون علي لتناول الطعام		20. أشعر أن الآخرين يدفعونني لتناول الطعام
21. J'accorde trop de temps et je pense trop à la nourriture	21. أقضي الكثير من الوقت وأنا أفكر في الطعام	X	
22. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries	22. أشعر بعدم الارتياح بعد تناول الحلويات	X	
23. Je m'oblige à me mettre à la diète	23. أجبر نفسي على اتباع نظام غذائي	X	
24. J'aime avoir l'estomac vide	24. أحب أن تكون معدتي فارغة	X	
25. J'aime essayer des aliments nouveaux et riches	25. أحب تجربة أطعمة جديدة وغنية	X	

	X	26. أشعر بالحاجة إلى التقيؤ بعد الوجبات	26. Je ressens le besoin de vomir après les repas

- **ثبات المقياس:**

يقصد بثبات المقياس مدى اتساق واستقرار نتائجه فيما لو طبق على عينة من الأفراد، ولغرض حساب ثبات مقياس اضطراب فقدان الشهية العصبي EAT-26 استعملنا معادلة "ألفا كرونباخ" (Alpha Cronbach) والذي يعتبر من أهم أدوات الاتساق الداخلي للاختبار.

حيث تمت معالجة البيانات الإحصائية من خلال الاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية(spss) ، وتم تفريغ البيانات الخاصة بالمقياس بعد تطبيقها على عينة الدراسة حسب النتائج المتحصل عليها من المستجيبين وبما أنه تم الاعتماد على هذا البرنامج، فإنه من الأحسن إعطاء توضيح عنه وبشكل موجز فكلمة" spss " تتكون من "Statistical Package for Social Scientifices" وهي تعني الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وهو برنامج آلي يستخدم لإجراء عمليات إحصائية كثيرة بشكل أسهل، فالقيام بالحسابات اليدوية لهذه الإحصاءات ليس سهلا خاصة إذا كان حجم البيانات كبيرا، ولكن باستخدام برنامج النظام الإحصائي (spss) تصبح جميع هذه التحليلات سهلة، ويتم من خلال التعامل مع البرنامج كسب الكثير من الوقت والجهد والموضوعية والدقة في النتائج.

وقد تم حساب الثبات الكلي لمقياس اضطرابات الأكل لمتغير اضطراب فقدان الشهية العصبي EAT-26 بطريقة "ألفا كرونباخ" كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول رقم (03): معامل الثبات "ألفا كرونباخ" لمقياس اضطرابات الأكل لمتغير اضطراب فقدان الشهية العصبي.

متغير الدراسة	عدد البنود	عدد الأفراد	قيمة معامل الثبات "ألفا كرونباخ"
اضطراب فقدان الشهية العصبي	26	30	0.972

ويتضح من الجدول أن معامل الثبات "ألفا كرونباخ" "Alpha Cronbach" لمقياس اضطرابات الأكل لمتغير اضطراب فقدان الشهية العصبي EAT-26 ذو قيمة (0.972) وهو معامل ثبات قوي، وهذا ما يدل على ثبات فقرات المقياس.

ب- حساب المتوسط الحسابي لكل بعد من الأبعاد الثلاثة للمقياس:

طريقة حساب المتوسط الحسابي:

المتوسط الحسابي للبعد الواحد = مجموع درجات بنود البعد ÷ عدد البنود في البعد.

النسبة المئوية = (الدرجة المتحصل عليها ÷ الدرجة القصوى لكل بند) × 100.

جدول رقم (04): يوضح طريقة حساب المتوسط الحسابي للبعد الواحد مع النسبة المئوية للمقياس.

البعد	الدرجة المتحصل عليها في البعد	عدد البنود	المتوسط الحسابي	الدرجة القصوى لكل بند	النسبة المئوية
النظام الغذائي والقيود الغذائية	57	13	4.38	13 × 6 = 78	(57÷78)×100= 73.1%
الشره المرضي	32	6	5.33	6 × 6 = 36	(32÷36)×100= 88.9%
التحكم في تناول الطعام	25	7	3.57	7 × 6 = 42	(25÷42)×100= 59.5%

3.4. مقياس صورة الجسم:

أ- الخصائص السيكو مترية لمقياس صورة الجسم:

- **وصف المقياس:**

أعد مقياس صورة الجسم من طرف **"محمد النوبي علي"** بهدف تشخيص صورة الجسم للأشخاص المعوقين بدنيا والعاديين سنة **2010** يتكون المقياس من (30) بندا موزعين على (5) أبعاد والتي تتناول تقبل أجزاء الجسم، التناسق العام لأجزاء الجسم، المنظور النفسي لشكل الجسم، المنظور الاجتماعي لشكل الجسم، المحتوى الفكري لشكل الجسم. حيث وضع أربعة بدائل، وهي (كثيرا أحيانا، نادرا، أبدا) موزعة على 4 درجات هي (0-1-2-3) وهذا في العبارات الموجبة وعكس ذلك في العبارات السالبة أي (3-2-1-0) ولذا تكون الدرجة الكبرى للمقياس هي (90) والدرجة الصغرى هي (0).

وقد تم تعديل بعض عبارات المقياس من طرف **"بريالة هناء"** وتغيير في توزيع الدرجات وجاءت كالتالي: (1-2-3-4) للبدائل (كثيرا- أحيانا- نادرا-أبدا) وهذا في العبارات الموجبة وعكس ذلك في

العبارات السالبة أي (4-3-2-1) وبذلك تكون الدرجة الكبرى هي (120) والدرجة الصغرى للمقياس هي (30)، وبعدها تم دراسة صدق وثبات المقياس للتأكد من صلاحية تطبيق الأداة.

- **صدق المحكمين:**

قامت الطالبة بعرض المقياس على مجموعة من المحكمين متكونة من (05) أساتذة متخصصين في ميدان علم النفس والتربية. وقد قام الجميع بالاطلاع على المقياس وابداء جملة من التعليقات والملاحظات عليها وتعديل بعض العبارات، بناء على ما اتفق عليه أكثر من 75% من المحكمين.

- **صدق المقياس:**

يقصد بصدق المقياس صلاحية المقياس لقياس ما وضع لقياسه، ومدى ارتباطه بالموضوع، وهكذا فمقياس صورة الجسم لدى المصابين بمرض القصور الكلوي يجب أن يقيس ما وضع لأجله، حيث يعتبر التأكد من صدق أداة جمع البيانات خطوة أساسية، إذ يجب على الباحث التأكد أولا من صدق المقياس ثم التطرق إلى الثبات، أنه لا يمكن حساب الاختبار دون التأكد من صدقه.

- **ثبات المقياس:**

يقصد بثبات المقياس مدى اتساق واستقرار نتائجه فيما لو طبق على عينة من الأفراد، ولغرض حساب ثبات مقياس صورة الجسم استعملنا معادلة "ألفا كرونباخ" (Alpha Cronbach) والذي يعتبر من أهم أدوات الاتساق الداخلي للاختبار.

حيث تمت معالجة البيانات الإحصائية من خلال الاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية(spss) ، وتم تفريغ البيانات الخاصة بالمقياس بعد تطبيقها على عينة الدراسة حسب النتائج المتحصل عليها من المستجيبين وبما أنه تم الاعتماد على هذا البرنامج، فإنه من الأحسن إعطاء توضيح عنه وبشكل موجز فكلمة" spss " تتكون من "Statistical Package for Social Scientifices" وهي تعني الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وهو برنامج آلي يستخدم لإجراء عمليات إحصائية كثيرة بشكل أسهل، فالقيام بالحسابات اليدوية لهذه الإحصاءات ليس سهلا خاصة إذا كان حجم البيانات كبيرا، ولكن باستخدام برنامج النظام الإحصائي (spss) تصبح جميع هذه التحليلات سهلة ويتم من خلال التعامل مع البرنامج كسب الكثير من الوقت والجهد والموضوعية والدقة في النتائج.

وقد تم حساب الثبات الكلي لمقياس صورة الجسم بطريقة "ألفا كرونباخ" كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول رقم (05): معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس صورة الجسم.

المقياس	العبارات Nombres d'élément	معامل ألفا كرونباخ Alpha de Cronbach
صورة الجسم	30	0.938

ويتضح من الجدول أن معامل الثبات Alpha Cronbach لمقياس صورة الجسم ذو قيمة (0.938) وهو معامل ثبات قوي، وهذا ما يدل على ثبات فقرات مقياس صورة الجسم.

واستنادا الى المصادر العلمية التي اطلعنا عليها خلال مرحلة جمع البيانات النظرية، تبين لنا أن المقاييس في هذه الدراسة تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، كما أنها تتماشى بشكل دقيق مع طبيعة المتغيرات التي نعالجها. وقد أظهرت الدراسات السابقة التي استخدمت هذه المقاييس فعاليتها في قياس الأبعاد المرتبطة بمتغير دراستنا، مما يعزز من ملاءمته المنهجية والموضوعية لأهداف البحث.

كما أن اختيار هذه المقاييس لم يكن عشوائيا، بل جاء نتيجة تحليل نقدي لمجموعة من الأدوات والمقاييس المشابهة، وتم تفضليه نظرا لتوافقها مع الإطار النظري للدراسة، بالإضافة إلى اعتمادها في عدد من البحوث السابقة التي تناولت موضوعات قريبة من موضوعنا. لذلك، فإن استخدام هذه المقاييس يعد خيارا علميا مدروسا يدعم مصداقية النتائج ويعزز من إمكانية تعميمها ضمن نفس السياق البحثي.

ب- حساب المتوسط الحسابي لكل بعد من الأبعاد الخمسة للمقياس:

طريقة حساب المتوسط الحسابي:

المتوسط الحسابي للبعد الواحد = مجموع درجات بنود البعد ÷ عدد البنود في البعد.

النسبة المئوية = (الدرجة المتحصل عليها ÷ الدرجة القصوى لكل بند) × 100.

جدول رقم (06): يوضح طريقة حساب المتوسط الحسابي للبعد الواحد مع النسبة المئوية لمقياس صورة الجسم.

البعد	الدرجة المتحصل عليها في البعد	عدد البنود	المتوسط الحسابي	الدرجة القصوى لكل بند	النسبة المئوية
تقبل أجزاء الجسم المعيبة	18	6	3.00	24=4×6	%75 =100×(24÷18)
التناسق العام لأجزاء الجسم	17	6	2.83	24=4×6	%70.8=100×(24÷17)
المنظور النفسي لشكل الجسم	20	6	3.33	24=4×6	%83.3=100×(24÷20)
المنظور الاجتماعي لشكل الجسم	21	6	3.5	24=4×6	%87.5=100×(24÷21)
المحتوى الفكري لشكل الجسم	17	6	2.83	24=4×6	%70.8=100×(24÷17)

5. الإجراءات التطبيقية للدراسة:

تم الشروع في إنجاز الدراسة الأساسية وفق خطوات منهجية متسلسلة ومنظمة، مع الالتزام الصارم بالمعايير الأخلاقية والمنهجية المتعارف عليها في ميدان البحث العلمي. فقد حرصنا منذ البداية على احترام المبادئ الأخلاقية من خلال تقديم أنفسنا بصفة واضحة، كما تم التأكيد على ضمان السرية التامة والحفاظ على خصوصية المعلومات المتعلقة بالحالات المشاركة، حيث طمأننا المشاركين بأن جميع البيانات ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، ولن يتم الكشف عن هوياتهم أو استخدامها خارج هذا الإطار، وقد استخدمت أسماء مستعارة للحفاظ على هوية المشاركين (L'anonymat).

أثناء إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة وتطبيق المقاييس بشكل فردي داخل مكتب المختصة النفسية من أجل توفير الراحة للمشاركين، لوحظ تجاوب إيجابي من قبل الحالات المختارة، حيث أبدوا تعاونا

كبيرا وتفاعلوا مع الأسئلة المطروحة بكل أريحية وصدق. هذا التفاعل ساهم في خلق بيئة من الثقة المتبادلة، ما أتاح جمع معطيات نوعية ذات مصداقية دون إطالة أو تكرار.

رغم ذلك واجهنا خلال تنفيذ الدراسة مجموعة من التحديات الميدانية التي أثرت على سير العمل البحثي، والمتمثلة في أولا، نظرا لطبيعة الإجراءات العلاجية الطبية، التي تستقبل المرضى بناءً على مواعيد طبية محددة، فإن تواجد الحالات لم يكن بشكل مناسب مع أوضاعنا، إذ أن أثناء تلقيهم العلاج يكونون في وضعية خمول وتعب وارهاق، ويغادر المرضى المؤسسة العمومية الاستشفائية فور الانتهاء من جلسة غسيل الكلى. هذا الواقع فرض علينا تكييف منهجية العمل، حيث اضطررنا إلى إجراء المقابلة العيادية وتطبيق المقاييس في عدة جلسات متفاوتة لضمان جمع البيانات في الوقت المتاح (علما أننا كنا نلجأ للمؤسسة الاستشفائية مرات عدة لكن دون فائدة، حيث لم نكن نتمكن من اجراء المقابلات نظرا لحالة المرضى الصعبة).

خلاصة الفصل

تناول هذا الفصل عرضًا تفصيليًا للإجراءات المنهجية التي تم اعتمادها في إطار إنجاز الدراسة الميدانية، حيث بدأنا بالدراسة الاستطلاعية باعتبارها مرحلة أولية استكشافية تهدف إلى اختبار فعالية الأدوات المستعملة، وتحديد مدى وضوحها وملاءمتها لعينة البحث، كما ساعدتنا هذه المرحلة في رصد بعض الصعوبات الميدانية المحتملة وضبطها مسبقًا، مما سهّل عملية تطبيق الدراسة الأساسية لاحقًا. وقد أُنجزت الدراسة الاستطلاعية على عينة محدودة مشابهة للعينة الأصلية، وأسفرت عن مجموعة من التعديلات الطفيفة على صياغة بعض البنود دون المساس بمضمون الأدوات. بعد ذلك، انتقلنا إلى عرض الدراسة الأساسية، حيث تم تحديد مكان إجراء الدراسة في المؤسسة العمومية الاستشفائية، خلال الفترة الممتدة من (16 فيفري إلى 04 ماي 2025)، وشملت مجموعة البحث مرضى يعانون من القصور الكلوي ويخضعون لجلسات غسيل الكلى، وفق معايير اختيار محددة مسبقًا. وتم اعتماد المنهج العيادي كمنهج للدراسة نظرًا لطبيعته التفسيرية والتشخيصية التي تتماشى مع أهداف البحث. أما فيما يخص أدوات الدراسة، فقد تم توظيف دليل مقابلة نصف موجهة إلى جانب مقاييس نفسية مقننة، تم اختيارها بعناية وفق المتغيرات المدروسة، مع الحرص على تكييف أحدها ليتلاءم مع البيئة الجزائرية. وفي الأخير، استعرضنا الإجراءات التطبيقية التي تم اتباعها ميدانيًا، من عملية الحصول على الموافقات الأخلاقية، إلى تحديد المواعيد مع المشاركين، وجمع البيانات وتحليلها في إطار يتضمن أخلاقيات البحث العلمي واحترام خصوصية المرضى.

وبعد عرض الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، سننتقل في الفصل الموالي إلى عرض الحالات، تحليلها ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات المطروحة.

الفصل الخامس

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة.

تمهيد

I. عرض وتحليل نتائج الدراسة

1. عرض الحالة الأولى.
2. عرض الحالة الثانية.
3. عرض الحالة الثالثة.
4. عرض الحالة الرابعة.
5. عرض الحالة الخامسة.
6. عرض الحالة السادسة.
7. عرض وتحليل نتائج كل الحالات.

II. تفسير ومناقشة نتائج الدراسة.

III. الاستنتاج العام.

الخاتمة

توصيات واقتراحات الدراسة.

قائمة المراجع

قائمة الملاحق

تمهيد:

بعد التطرق في الفصل الرابع للإطار المنهجي للدراسة المتبع أثناء عملية تطبيق أدوات الدراسة، يليه هذا الفصل (الخامس) أين سنقوم بعرض الحالات مع النتائج المتحصل عليها لكل حالة، ثم نقوم بعرض وتحليل نتائج كل الحالات، ثم نقوم بتفسير ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات المقترحة وذلك بالاستناد والاعتماد على النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق أدوات الدراسة.

I. عرض وتحليل نتائج الدراسة

1. عرض الحالة الأولى:

الحالة " ز"، تبلغ من العمر 56 سنة، متزوجة وأم لأربعة أطفال، ذات مستوى اقتصادي جيد ومستوى تعليمي جامعي، كانت معلمة في الطور الثانوي، حاليا هي عاطلة عن العمل منذ أن تم تشخيصها بمرض القصور الكلوي منذ ثماني سنوات، وهي تخضع لجلسات غسيل الكلى بانتظام، كل ثلاثة أيام في الأسبوع الواحد منذ سبع سنوات.

❖ **عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية مع الحالة:**

تم اجراء المقابلة العيادية في المؤسسة العمومية الاستشفائية ب "الأربعاء ناث ايراثن" بالتحديد في مصلحة (غسيل الكلى) داخل مكتب الأخصائية النفسية. استهلنا اللقاء بتقديم أنفسنا وأننا مقبلين على اعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر وطلبنا الإذن منها لإجراء المقابلة وذلك بطرح الأسئلة وحرية الاجابة.

أول شيء لاحظناه على الحالة أنها كانت تبدو في حالة خمول وحالة من القلق. مظهرها نظيف ومرتب.

في بداية المقابلة قمنا بطرح أسئلة حول حالتها الصحية والأعراض التي كانت تظهر عليها في بداية المرض على حد قولها، بدأ الأمر في عام 2017 في عمر ال 48 سنة. وقد بدأت الأعراض حسب تصريحاتها كما يلي: **«Ɛegguɣ kan mebla ssebba, tettruḥuyi l'appétit cuya cuya, ttcuffun iḍarren-iw, ula d udem-iw yuɣal d awraɣ. Ttḥulfuɣ-as i ul-iw yekkat mliḥ arniɣ la tension, surtout mi ara xedmeɣ cɣel n wexxam, acu kan di tazwara ur rriɣ ara ddahn-iw akk ar wayagi, qqareɣ-as kan d leɛtab n cɣul n wexxam akud win n beṛṛa naɣ ttemɣur »**

بمعنى أنها كانت تشعر بالإرهاق والتعب الشديد غير المبرر وفقدان تدريجي للشهية وانتفاخ متكرر في القدمين مع اصفرار بشرتها وصعوبة في التركيز وتسارع في نبضات القلب مصاحبة بارتفاع ضغط الدم، خاصة عند بذل الجهد، لكنها لم تعر هذه الأعراض أهمية كبيرة في البداية، حيث كانت تعتبرها أعراضا عادية مرتبطة بالإرهاق من العمل داخل وخارج البيت أو التقدم في السن. إلى أن بدأت الحالة تعاني من نوبات متكررة من الغثيان والدوخة (الدوار) المستمرة مما دفعها الى التوجه لطبيب عام، وقد طلب

منها القيام بمجموعة من الفحوصات للتمكن من تقييم حالتها. وبعد سلسلة من التحاليل البيولوجية والفحوصات من ضمنها (تحاليل الدم والبول والاعتماد كذلك على وسائل تصوير طبية كالإيكوغرافية)، تم تحويلها إلى طبيب مختص في أمراض الكلى، حيث كشفت التحاليل عن تدهور حاد في وظائف الكليتين، مع نسبة ترشيح كبيبي (GFR) (Glomerular Filtration Rate) منخفضة جدًا، مما استدعى إدخالها إلى المستشفى للتقييم الفوري. وأُعلن تشخيصها النهائي بالقصور الكلوي، بعد سنة من المتابعة تطور المرض إلى المرحلة النهائية وبدأت العلاج بالغسيل الكلوي منذ سبع سنوات.

تبين أن الحالة "ز" لا تعاني من أمراض مزمنة واضحة، لكن لها تاريخ عائلي مع ارتفاع ضغط الدم. وقد شُخّص لديها ارتفاع ضغط الدم المزمن منذ حوالي عشر سنوات، ما يرجح أنه ساهم في تدهور الكلى لديها، فقد أشارت **مؤسسة الكلى الوطنية (2023)** لأن ارتفاع ضغط الدم هو أحد الأسباب الرئيسية لمرض الكلى. فمع مرور الوقت، يمكن لارتفاع ضغط الدم أن يؤدي إلى تلف الأوعية الدموية في جميع أنحاء الجسم. وهذا يمكن أن يقلل من إمدادات الدم الضرورية للأعضاء الهامة مثل الكلى كما يؤدي ارتفاع ضغط الدم أيضًا إلى إتلاف وحدات الترشيح الصغيرة في الكلى .

ونتيجة لذلك، قد تتوقف الكلى عن إزالة الفضلات والسوائل الزائدة من الدم وبالتالي يمكن أن تتراكم السوائل الزائدة في الأوعية الدموية وتتسبب في ارتفاع ضغط الدم مرة أخرى.

يمكن أن يصبح ارتفاع ضغط الدم أيضًا أحد مضاعفات مرض الكلى المزمن، حيث تلعب الكليتان دورًا رئيسيًا في الحفاظ على ضغط الدم ضمن نطاق مقبول. تصبح الكلى المريضة أقل قدرة على المساهمة في تنظيم ضغط الدم. ونتيجة لذلك، يزداد التوتر.

وتلقت الحالة دعماً نفسيا، من قبل أخصائي نفسي بشكل غير منتظم، بسبب حالتها الصحية التي لم تسمح لها بذلك، بحيث صرحت أنها كانت لا تتقيد بالمواعيد قائلة: -**«Ur tabaɛaɣ ara les rendez-vous inu akken ilaq, parce que ur ay-isuɛed ara akk lḥal, atan at-ttwaliḍ, 3 n wussan ttruḥun ɣef tikkelt di l'hôpital, wid id-yeqqimen awid ma qumeɣ s wexxam-iw»**. بمعنى: **"لا أتابع حسب المواعيد المقررة لي، فلا يكفيني الوقت كما ترين، ثلاثة أيام على التوالي وأنا في المستشفى، أما الأيام المتبقية فهي مخصصة لأداء الاشغال المنزلية.**

كما تُظهر الحالة "ز" نمطًا من المعاناة الاجتماعية والنفسية العميقة المرتبطة بعلاج غسيل الكلى، حيث أدى خضوعها لجلسات علاج منتظمة ومتكررة (ثلاث مرات أسبوعيًا، بمعدل أربع ساعات في كل جلسة) إلى إحداث تغييرات جذرية في أسلوب حياتها اليومي. فعند سؤالها عن علاقتها بعائلتها وعائلة زوجها قبل وبعد اصابتها بالمرض خاصة بعد تلقيها للعلاج الكلوي، أجابت بتحسر وعبرت الحالة عن ذلك في أقوالها: **«Lliɣ ḥemleɣ ad mlaleɣ akk akud la famille, même chez ma belle– famille, d nek ig–xeddmen kullec, lliɣ d nek i d tamezwarut di kullec, segmi akka helkeɣ arniɣ la dialyse yella un grand changement , nek uɣaleɣ ɛegguɣ ,aṭas , même les fêtes je les évite, yarena xas ma ruḥaɣ, utt7assaɣ ara s la chaleur–nni n zik , Akka bien, nettadhsa nzehhu….Lliɣ ɛedleɣ mliḥ akud weltmas–as n wergaz–iw, ar les derniers temps–agi amek akken akk !!! Ttḥassaɣ am akken yaɣleb i ttuɣaḍaɣ ɣursen, ayen i tt–partajin yidi ur tteklten ara felli am zik» lecɣal,** بمعنى: **"كنت أحب التجمعات العائلية، وكنت أنا من يُعدّ لكل شيء، حتى في بيت أهل زوجي كنت دومًا في المقدمة، ومنذ أن بدأت علاج الغسيل الكلوي لاحظت تغيرا في المعاملة، خاصة أخت زوجي، كنا نتفاهم جيدا وكانت علاقتنا مرحة، لكن مؤخرًا أشعر بأنهم يرحموني أكثر مما يشاركوني. لم أعد تلك التي يعتمدون عليها صحيح أصبحت أتعب بسرعة. حتى المناسبات العائلية كنت أعتذر عنها، لكن أشعر أني لم أعد بنفس الحضور"**. بمعنى عبرت عن إحساسها الدائم بالإرهاق الجسدي بعد كل جلسة، مما حرمها من القدرة على أداء مهامها الأسرية والاجتماعية المعتادة، كالإشراف على شؤون المنزل، أو التفاعل مع أبنائها وزوجها بكل طاقة وحيوية، أين أبدت تأثرا واضحا ما ولد لديها انسحابا قسريا خارج عن رغبتها من أداء أدوارها الأسرية والاجتماعية بنفس الكفاءة التي كانت تتمتع بها سابقا، والذي أدى تدريجيًا إلى إحساسها بالعجز وفقدان الشغف والفاعلية الاجتماعية لديها.

ومنه تبرز أهمية الدعم الاجتماعي الذي لم تتلقاه الحالة طوال اصابتها بمرض القصور الكلوي وتلقيها لعلاج غسيل الكلى، حيث يُعد الدعم الاجتماعي من أبرز العوامل النفسية والاجتماعية التي تُساهم في التخفيف من وطأة المعاناة المزمنة لدى مرضى القصور الكلوي، لاسيما أولئك الذين يخضعون لعلاج الغسيل الكلوي بانتظام. فقد أظهرت دراسة حديثة أجراها **Li et al. (2019)** نقلا عن **" رحاب عارف**

السعدي" (2020) أن الدعم الاجتماعي القوي (سواء من الأسرة، الأصدقاء، أو الطاقم الطبي) يرتبط بشكل إيجابي مع ارتفاع جودة الحياة النفسية، وانخفاض مستويات الاكتئاب والقلق لدى المرضى المصابين بمرض الكلى المزمن في مراحل متقدمة. وتشير الدراسة إلى أن المرضى الذين يشعرون بأنهم محاطون بأشخاص يفهمون معاناتهم ويقدمون لهم العون العاطفي والمادي، يكونون أكثر قدرة على التكيف مع متطلبات العلاج، وأكثر التزامًا بمواعيد الغسيل الكلوي، كما يظهرون قدرة أكبر على التفاعل الاجتماعي الإيجابي رغم الظروف الصحية. في المقابل، فإن غياب هذا النوع من الدعم غالبًا ما يؤدي إلى انسحاب اجتماعي، وتراجع في الحالة النفسية، بل وقد يؤدي إلى إهمال مواعيد العلاج وتفاقم المضاعفات الصحية.

من الناحية النفسية، بدأت تظهر عليها مؤشرات الانسحاب الاجتماعي، وتكرار مشاعر الحزن والعزلة. كما عبّرت عن شعورها بالقيود المفروضة على حياتها الاجتماعية، حيث أصبحت تتفادى حضور المناسبات العائلية أو زيارة الأصدقاء، نتيجة التزامها العلاجي الصارم، أو شعورها بالخجل من مظهرها الخارجي المرتبط بجهاز القسطرة (الناسور الشرياني الوريدي) أو فقدانها للوزن، وقد صرحت بأنها تشعر نفسها مختلفة عن النساء الأخريات. وتتماشى هذه الأعراض مع ما أشار إليه **Parker Gregg et al (2020)** من أن "مرضى غسيل الكلى المزمن يعانون من مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية والاجتماعية المرتبطة بفقدان الاستقلالية، وانخفاض جودة الحياة، والعزلة الاجتماعية، وهي عوامل قد تهيئ لظهور أعراض الاكتئاب أو القلق". **(Parker et al., 2020, p458)**

كما عانت سابقًا من نوبات قلق متقطعة، خاصة بعد الدخول في مرحلة غسيل الكلى، حيث نجد دراسة **Mallahadi M et al (2010)** نقلا عن **" إكرام سعد الله وإيمان مسيخ" (2022)** والتي "'هدفت للمقارنة بين القلق والاكتئاب بين مرضى غسيل الكلى وحالات زرع الكلى. واعتمدت منهجية الدراسة في طريقة بحثها على المقارنة الوصفية، وقد تم أخذ عينتين: الأولى تتكون من (147) مريضا يتلقى علاج غسيل الكلى. والثانية تشمل (146) حالة من زراعة الكلية في مدينة طهران، وقد تم تطبيق كل من مقياس القلق، الاكتئاب والتوتر النفسي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن 63.9 بالمئة من مرضى الغسيل الكلوي يعانون من القلق و60.5 بالمئة منهم يعانون من الاكتئاب و51.7 بالمئة يعانون من التوتر النفسي.

أما بالنسبة لحالات زراعة الكلية فقد كان هناك 48.6 بالمئة من القلق و39 بالمئة يعانون من الاكتئاب، بينما 38.4 بالمئة يعانون من التوتر النفسي. ومحصلة الدراسة تقول إن معدل انتشار القلق

والاكتئاب والتوتر مرتفع بشكل هائل لدى مرضى القصور الكلوي المتلقين لغسيل الكلى نظرا لصعوبته والمضاعفات المترتبة عنه، مقارنة بأولئك الذين يتلقون زرع الكلية". **(سعد الله ومسيخ،2022، ص8).**

أما عن علاقة الحالة بالأكل، فقد أظهرت "ز" مؤشرات فقدان الشهية العصبي بوضوح، مع إحساس دائم بالنفور من الطعام، وتفضيل الامتناع عن الأكل رغم حاجتها، حيث قالت: **«Segmi bdiɣ le traitement-agi, truḥiyi l'appétit, ula d rrwayaḥ mi ara sraḥeɣ lqut tqelliqeɣ, ssewwayaɣ-d i wat-wexxam maɛena ur setteɣ ara. Sɛeddayeɣ kra n wussan tesseɣ kan latay»**. بمعنى: **" منذ بدأت هذا العلاج، فقدت شهيتي تمامًا. حتى الروائح أصبحت تزعجني. أطبخ لأهلي ولا آكل شيء. هناك مرات أقضي اليوم كامل من دون أن آكل شيء إلا كوبا من الشاي".**

وفيما يخص نظرة أو تصور الحالة لشكل جسمها فقد أظهرت ما يُعرف بالانفصال عن صورة الذات المثالية، حيث كانت ترى نفسها سابقًا كامرأة قوية وجذابة، ولكن المرض وغسيل الكلى أثّرا على تصورها الجسدي، ما أدى إلى انخفاض احترام الذات وزيادة الشعور بالخزي والاغتراب الجسدي. يتوافق ذلك مع ما ورد في نظرية Cash & Pruzinsky (1990) حول تشوه صورة الجسم المرتبط بالمرض المزمن، حيث قالت: **«Lliɣ d tameṭṭut d wawal, j'étais forte, bosseuse, je prenais soin de mon foyer et mon apparence, mes vêtements…. Je m'aimais…. Ma d tura je me sens épuisée, tbeddel ṣifa-w, uɣalaɣ karhaɣ ad waliɣ iman-iw ar lemri»** بمعنى: **" كنت امرأة قوية، أعمل وأهتم ببيتي وملابسي، كنت أحب نفسي... أما الآن فأشعر أنني متعبة، شكلي تغير، حتى ملامحي، لا أستطيع حتى النظر في المرآة ".**

❖ **عرض وتحليل نتائج مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة الأولى:**

جدول رقم (07): يوضح نتائج مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة الأولى.

	مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي
الأبعاد	**الدرجة المتحصل عليها**
النظام الغذائي والقيود الغذائية	57
الشره المرضي	32
التحكم في تناول الطعام	25
المجموع الكلي	**114**

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة "ز" تحصلت على درجة 114 في مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي. والتي تعتبر درجة مرتفعة نظرا لأن درجة عتبة مقياس EAT-26 هي الدرجة التي تساوي أو تزيد عن 20. حيث تحصلت على الدرجة **(57)** ذات متوسط حسابي يبلغ **(4.38)** بمعنى **73.1%** في البعد الأول المتمثل في "النظام الغذائي والقيود الغذائية" والذي يدل على نسبة مرتفعة نسبيا حيث تظهر ميلا للقيود الزائدة للغذاء، بينما تحصلت على الدرجة **(32)** ذات متوسط حسابي يبلغ **(5.33)** بمعنى **88.9 %** في البعد الثاني المتمثل في "الشره المرضي" والذي يدل على نسبة مرتفعة جدا تشير إلى مستوى خطر في هذا الجانب، أما فيما يخص البعد الثالث المتمثل في "التحكم في تناول الطعام"' فقد تحصلت على الدرجة **(25)** ذات المتوسط الحسابي **(3.57)** بمعنى **59.5%** والذي يدل على نسبة قليلة مقارنة بالنسب الأخرى، لكنها لا تزال ضمن النطاق المقلق. وقد بلغت الدرجة الكلية للحالة **(114)** ومنه يتبين أن الحالة تعاني من اضطراب فقدان الشهية العصبي.

❖ **عرض وتحليل نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الأولى:**

جدول رقم (08): يوضح نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الأولى.

مقياس صورة الجسم	
الدرجة المتحصل عليها	**الأبعاد**
18	تقبل أجزاء الجسم المعيبة
17	التناسق العام لأجزاء الجسم
20	المنظور النفسي لشكل الجسم
21	المنظور الاجتماعي لشكل الجسم
17	المحتوى الفكري لشكل الجسم
93	**المجموع الكلي**

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة "ز" تُظهر مستويات متفاوتة من الانشغال بصورة الجسد، لكن مع ميل نحو الجانب المرتفِع والمقلق في عدة أبعاد: المنظور الاجتماعي **(87.5%)** هو الأعلى، ويُشير إلى أن الحالة "ز" تعيش ضغطًا نفسيًا مرتبطًا بنظرة الآخرين إلى شكلها. قد تتجنب الأنشطة الاجتماعية، أو تشعر بالخجل من الظهور بسبب تصور سلبي عن شكلها الخارجي. يلي ذلك المنظور النفسي **(83.3%)**، ما يدل على أن "ز" تُعاني من تأثر كبير في مشاعرها وتقديرها لذاتها بسبب شكل جسدها، وهو ما قد يتقاطع مع أعراض الاكتئاب، ضعف الثقة بالنفس، والعزلة الاجتماعية، بُعد تقبُّل العيوب الجسدية **(75%)** يُشير إلى صعوبة في التعايش مع أجزاء تعتبرها "غير مثالية" أو "ناقصة"، ما يعكس صراعًا داخليًا في الهوية الجسدية. **التناسق العام والمحتوى الفكري (70.8%)** يعكسان انشغالًا معرفيًا (أفكار متكررة حول الجسم) إلى جانب عدم رضا عن التناسق أو التوازن في أجزاء الجسم، وهو ما يعزز مشاعر المقارنة مع الآخرين أو صورة الجسد المثالي في الإعلام أو الثقافة. حيث تحصلت على درجة **93** في مقياس صورة الجسم. والتي تعتبر درجة مرتفعة مقارنة بالدرجة الكلية للمقياس، ما يشير إلى وجود تشوه في صورة جسم الحالة.

❖ **المناقشة العامة للحالة:**

تُظهر نتائج الحالة "ز" في كل من مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي ومقياس صورة الجسم مؤشرات واضحة على وجود اضطرابات نفسية مقلقة ومتداخلة ترتبط بصورة الجسم والتغذية، وتؤثر سلبًا على جودة حياتها النفسية والاجتماعية. فقد تحصلت الحالة على درجة **114** وهذه الدرجة تعد مرتفعة بشكل كبير، فهي تشير إلى وجود خصائص وسلوكيات مرضية متعلقة بالأكل، خاصة تلك التي تتماشى مع أعراض اضطراب فقدان الشهية العصبي من بينها: وجود تفكير مفرط حول الطعام، السعرات، والوزن، ذلك من خلال اجاباتها على أسئلة كل من البند 1 حتى 13 والمتمثلة في البعد الأول الخاص بالنظام الغذائي والقيود الغذائية، أين تحصلت على درجة مرتفعة تقدر ب 57، قائلة: **« Segmi iy- iṭef lehlak-agi uɣalaɣ ttxemmimeɣ kan ar lmakla, maɛena maci akken ad ččaɣ, akken kan ad xedmeɣ leḥsab-iw d acu iy-ilaqen ad teččaɣ, uɣalaɣ chaque matin ttaliɣ ɣef lmizan akken ad zraɣ acḥal pḍeɣ ma zureɣ neɣ neqseɣ »**

حيث أفادت الحالة بأنها دائما ما تشعر بالقلق الشديد بشأن الطعام وتحرص على اتباع نظام غذائي صارم مع وجود الالحاح والقلق المستمر من فكرة ان تصبح سمينة رغم فقدانها الواضح للوزن، إذ أنها صرحت عن وعيها الدائم حول قيمة السعرات الحرارية للأطعمة التي تتناولها. كما أنه تولدت لدى الحالة "ز" مشاعر الذنب أو القلق بعد الأكل، ونلاحظ ذلك من خلال اجاباتها على البنود التي تتضمن ذلك وهي: 26،10،9 إذ أنها غالبا ما تتقيأ بعد تناولها للطعام، خاصة في الأيام الثلاثة التي تتلقى فيها علاج غسيل الكلى، قائلة: **«A lukan ad teẓṛeḍ acḥal id-ttarraɣ ḥacam, maci d ayen ara m-id-ḥkuɣ, surtout ma yuɣaleɣ akka mi kfiɣ la dialyse»** بمعنى: **"أتقيأ بشكل كبير أعزكم الله لدرجة لا أستطيع وصفها لك، خاصة عندما أنتهي من جلسات غسيل الكلى"**.

أما فيما يخص النتيجة التي تحصلت عليها الحالة "ز" في مقياس صورة الجسم والمقدرة ب 93 درجة، فتعتبر هي الأخرى مرتفعة بشكل ملحوظ، وتعكس تشوهًا إدراكيًا عميقًا لصورة الذات الجسدية. ذلك من خلال ما أفادت به الحالة من عدم تقبل واضح عن شكل جسدها حيث تنظر لجسمها نظرة سلبية كما صرحت في اجابتها عن البند 11 في البعد الأول (تقبل أجزاء الجسم المعيبة) في قولها: **«Wali kan ttxilem amek akka giɣ , d cinéma , ṣṣaḥ ṣṣaḥ kan , uyid yetta3ğab ara akk**

«**yiman-iw, ula i wumi lekdeb** بمعنى أنها كثيرا ما تشعر بعدم الرضا عن جسمها وترى نفسها أقل جاذبية أو مختلفة حيث تشعر بأن أجزاء جسمها مختلفة عن الآخرين (البند 7) أما عن المنظور الاجتماعي لشكل الجسم فقد أظهرت الحالة انسحابا اجتماعيا من خلال تجنبها للاختلاط بين الناس لشعورها بعدم قبولهم لشكل جسمها (البند 24)، وتفاديها لحضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح أو غيرها (البند 9) ...الخ.

ومنه تتكامل نتائج المقاييس لتظهر أن الحالة " ز" تعيش صراعًا داخليًا مركبًا :من جهة هي مريضة بمرض عضوي مزمن يتطلب تغذية سليمة، ومن جهة أخرى هي محاصَرة بقلق جسدي وتصور مشوّه للذات يقود إلى رفض للطعام، وبالتالي إلى تدهور جسدي ونفسي.

❖ **خلاصة الحالة:**

نتائج المقياسين تدعم بقوة ما تم رصده خلال المقابلة العيادية، وتكشف عن ضرورة تدخل علاجي نفسي متخصص يركز على: إعادة بناء صورة الجسد الإيجابية، علاج الأفكار المشوهة عن الطعام والوزن، تعزيز التكيف مع المرض المزمن، جلسات علاج معرفي سلوكي للتعامل مع اضطرابات الأكل وتشوه صورة الجسم.

2. عرض الحالة الثانية:

الحالة "ط" تبلغ من العمر 58 سنة، ذات مستوى تعليمي متوسط، أرملة، فقدت زوجها بسبب مرض القصور الكلوي، وتم تشخيص إصابتها بنفس المرض منذ 7 أشهر، وهي تتلقى علاج غسيل الكلى منذ 6 أشهر بمعدل ثلاث جلسات أسبوعيًا، تستغرق كل جلسة 4 ساعات .تعيش الحالة "ط" حالة من القلق والخوف المستمر من تكرار مصير زوجها.

❖ **عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية مع الحالة:**

عند بداية اللقاء، بدت الحالة متوترة، متحفظة في الحديث، تتحدث بصوت منخفض ونظراتها مشتتة، مما عكس وجود قلق داخلي وتوتر انفعالي. ومع التقدم في المقابلة، بدأت تتحدث بحرية أكبر خاصة عند سؤالها عن تشخيص المرض، حيث عبّرت عن صدمتها البالغة قائلة: "**Ggummaɣ ad amnaɣ, ḥussaɣ am akken dayen 7ekmen-iyi s lmut**" بمعنى **"أنها لم تتمكن من تصديق ذلك، وشعرت كأنه قد تم الحكم عليها بالموت"**، بدا أن التشخيص أعاد إحياء صدمة فقدان زوجها

الذي توفي بنفس المرض، وهو ما زاد من حدة مخاوفها من الموت وشعورها بالعجز، هذا ما توصل اليه (2019) ''Piette'' :"بإن فقدان أحد الأقارب الذي يعاني من نفس المرض يمكن أن يكون له تأثير عميق ومعقد على الشخص الذي يبقى، مما يؤدي إلى تفاقم مخاوفه وقلقه بشأن مرضه ويمكن أن يؤدي ذلك إلى إثارة الحزن المتوقع، ومشاعر العزلة، وحتى التأثير على تصور الشخص لمرضه ومستقبله". كما صرّحت بأنها كثيرًا ما تفكر في مصيرها وتخشى أن تصبح عبئًا على أبنائها. ذلك ما يتماشى مع دراسة "النازلي ايمان" (2020) والتي هدفت الى تقييم العبء المتصور ذاتيًا على مقدمي الرعاية الأسرية من قبل مرضى غسيل الكلى في الأردن، والعبء المتصور لمقدمي الرعاية المتمثل في تقديم الرعاية والاكتئاب. تم تحديد المتنبئين بنتائج مقدمي الرعاية، حيث شملت هذه الدراسة المقطعية (190 مريضاً) يخضعون لغسيل الكلى ومقدمي الرعاية لهم في الأردن. وقد تم التوصل الى اعتقاد المرضى أنهم يشكلون عبئا متوسطا إلى شديدا على مقدمي الرعاية لهم، حيث حدد متوسط النتيجة ب:(36.31، 3.48 SD) واعتبر مقدمو الرعاية أنفسهم مثقلين إلى حد ما، واعتقدوا أن حياتهم قد تغيرت نحو الأسوأ بسبب تقديم الرعاية وكان متوسط النتيجة: (2.82، 0.98 = SD) كما كان مقدمو الرعاية يعانون من الاكتئاب المعتدل متوسط النتيجة:(1.80، 0.42 =SD) وأظهر تحليل الانحدار المتعدد أن الصعوبة المتصورة لمهام الرعاية والعبء الذي يدركه المرضى بأنفسهم تنبأت بنتائج مقدمي الرعاية. وقد أوضحت صعوبة مهام مقدم الرعاية ما نسبته 38% من التباين الإجمالي في نتائج مقدم الرعاية. وقد أوضح العبء الذي يشعر به المريض تجاه مقدمي الرعاية له ما نسبته 16.4% من التباين. ومنه فمرضى القصور الكلوي الخاضعين لغسيل الكلى يشعرون أنفسهم عبئا على عائلاتهم، مما يعزز العبء النفسي على الطرفين، ويمكن اعتبار ذلك كحلقة مفرغة تؤثر على الصحة النفسية وجودة حياة المريض ومقدم الرعاية على حد سواء.

خلال المقابلة، برزت عليها علامات الحزن العميق، إذ ذكرت بأنها كثيرًا ما تبكي دون سبب واضح، وتعاني من اضطرابات في النوم وتفكير متكرر في المرض والموت في قولها: **«Ugadeɣ, ttruɣ kan, arniɣ iḍes iruḥiyi, uɣaleɣ ur gganeɣ ara, ttawiɣd 2h, 3h n sbaḥ».** وعند مناقشة تأثير جلسات غسيل الكلى، وصفتها بأنها مرهقة جسديًا ونفسيًا، تؤثر على نظامها اليومي وتحد من قدرتها على ممارسة دورها كأم وجدّة، مما زاد من إحساسها بفقدان القيمة الذاتية، ذلك حسب قولها: **«La dialyse agi, tessa3yayi, ama ttanefsit-iw ama d lǧetta-w, uɣalaɣ ur zmireɣ ara ad xedmeɣ lecɣal-iw, ur ttbeddadeɣ ara i wexxam-iw am zik, wala i warraw n warraw-iw, cedeheɣ akka ad leɛbeɣ yidsen aten-aṛwuɣ am zik»**

كما ورد في دراسة **(Alreshidi et al.,2023)** بعنوان "تأثير الغسيل الكلوي على الصحة النفسية والجسدية والأدوار الاجتماعية لمرضى القصور الكلوي المزمن"التي هدفت إلى تحليل الانعكاسات المتعددة لجلسات غسيل الكلى على مختلف جوانب الحياة اليومية للمريض، بما في ذلك الصحة النفسية، الجسدية، والأدوار الاجتماعية والأسرية. أجريت الدراسة في المملكة العربية السعودية على عينة مكونة من 100 مريض يعانون من القصور الكلوي المزمن ويخضعون بانتظام لجلسات الغسيل الكلوي. اعتمد الباحثون على أدوات قياس مختلفة منها مقياس جودة الحياة WHOQOL، ومقياس القلق والاكتئاب HADS، بالإضافة إلى مقابلات عيادية نصف موجهة. أظهرت النتائج أن نسبة كبيرة من المرضى يعانون من اكتئاب متوسط إلى شديد بنسبة 46٪، وقلق بنسب تجاوزت 50٪، مع شكاوى جسدية متكررة كالتعب المزمن، الأرق، وتراجع الشهية. من الجانب الاجتماعي، أظهرت الدراسة أن 70٪ من العينة يعانون من اضطراب في العلاقات الأسرية وتراجع في الأدوار الاجتماعية، خصوصاً لدى الاناث العاملات بعد بدء الغسيل. كما أشارت النتائج إلى أن غياب الدعم الأسري وارتفاع عدد الجلسات الأسبوعية كانا من أكثر العوامل ارتباطاً بانخفاض جودة الحياة. فعند سؤال الحالة عن علاقاتها الاجتماعية والأسرية وعما قد تغيرت بعد مرضها قالت: **«Ih bien–sûr, aṭas déjà segmi yemmut wergaz–iw uɣaleɣ tteklaɣ kan ɣef yiman–iw, d ṣṣaḥ ur ttruḥuɣ ara s axxam n yimɣaren–iw awaɛena zgiɣ ssawalaɣ–asen, ma d makka helkeɣ ḥusseɣ d akken arran aḍar ar deffir, ahat ur zrin ara amek ara t3amlen yidi s lehlak–agi neɣ ur bɣin ara ad ḥeznen ɣef liḥala–w.**

«Ula d nek yarena am–id–iniɣ ṣṣaḥ kan uɣaleɣ ḥemleɣ ad qqimeɣ waḥdi yesseɛyayi lehlak–agi, woullah» بمعنى : **"منذ وفاة زوجي وأنا أعتمد على نفسي... لم أكن أزور كثيرًا أهل زوجي، لكن كنت على تواصل دائم معهم، بعد مرضي، أصبحت أشعر أنهم تراجعوا عني. ربما لا يعرفون كيف يتعاملون مع مرضي أو لا يريدون أن يرتبطوا بالحزن، أصبحت أفضل العزلة... المرض والغسيل أتعبوني والله".**

أما فيما يخص اضطرابات الأكل، فقد أفادت الحالة "ط" بأنها لاحظت انخفاضًا واضحًا في وزنها منذ بداية المرض، وأن شهيتها للطعام قد تراجعت بشدة، فهي تقلل من كمية الطعام عمدًا، حتى في حالة الجوع، بسبب اعتقادها بأن الأكل الزائد سيؤثر على صحتها ويزيد من ثقلها في نظر الآخرين في قولها: **«Ɛeqleɣ iman–iw neqseɣ di le poids segmi helkeɣ akka, maɛena ur d–rriɣ ara di lbal–iw d lehlak–agi i d ssebba.**

Yuɣal-iyi lqut d ilili, wwḍaɣ almi même mi ara llaẓaɣ ur setteɣ ara, surtout segmi fahmeɣ cuya lehlak-iw, ssenqasagh le maximum, ttagadeɣ ad kemleɣ, ma ulac ad nṭarraɣ kter ad uɣalen lɣaci ad regglen felli ay-i-ttwalin d tabubult».

وأشارت إلى شعور متكرر بالذنب بعد الأكل، مع وجود رغبة في التقيؤ لكنها تنفي اتباع اي سلوك تطهيري. كما أنها تتبع نظامًا غذائيًا صارمًا بحسب توصيات الطاقم الطبي، لكنها تميل أحيانًا إلى المبالغة في التقليل من الكميات، حيث قالت: **«Ad am-id-iniɣ ṣṣaḥ, ciṭṭuḥ-agi n lmakla i setteɣ ttendemmayeɣ deg-s, ttawḍeɣ ttarraɣd akk afwad-iw ḥacam, ula d régime-agi iy-id-yefka ṭbib ut tabaɛaɣ ara kan akken i t-id-yefka, rennuɣ ssenqaseɣ kra n les quantités s ɣuri»** ففي دراسة حديثة مقطعية ل (Sung et al., 2021) بعنوان "المحددات المستقلة لتدهور الشهية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن"، هدفت إلى تحليل العوامل التي تسهم في فقدان الشهية وبالتالي فقدان الوزن لدى مرضى القصور الكلوي. شملت الدراسة 78 مريضًا يعانون من مرض القصور الكلوي(GFR < 60) ، ويخضعون لغسيل الكلى مرتين على الأقل خلال ثلاثة أشهر، واجهوا انخفاضًا ملحوظًا في الشهية، وتم تقييم ذلك باستخدام استبيانCNAQ وأظهرت النتائج أن 42.3% من المرضى عانوا من شهية ضعيفة خلال الأسبوع السابق. كما أشارت الدراسة إلى أن هؤلاء المرضى فقدوا كتلة جسمية ووزنا ملحوظين. وتؤكد الدراسة على أن انخفاض الشهية الشديد لدى مرضى القصور الكلوي يؤدي إلى فقدان الوزن، ويرجع ذلك إلى عوامل متعددة منها الهشاشة الجسدية ومستوى الصوديوم ومشاكل في حاستي الشم أو التذوق بالإضافة الى احتمال غسيل الكلى الذي قد يكون سببا في ذلك.

أما من حيث صورة الجسم، فقد صرّحت بأنها لم تعد راضية عن شكلها، وتشعر بأن جسدها تغير كثيرًا منذ بداية المرض، خصوصًا بعد فقدان الوزن وشحوب مظهرها العام، مما أثّر سلبًا على شعورها بذاتها وثقتها بنفسها، خاصة وأنها أصبحت تتجنب النظر للمرآة وتفضل ارتداء ملابس فضفاضة لكي، لا تبرز معالم جسمها النحيف على حد قولها: **«Ula ar lemri uɣaleɣ ur ttwaliɣ ara iman-iw, ttlusuɣ lqec imeqren felli, akken ur d-ttbanen ara yeɣsan-iw»** كما عبرت الحالة عن انزعاجها من مظهر يديها ونحول وجهها، حيث ذكرت أنها تشعر بأنها مختلفة عن الآخرين، وهو ما

انعكس على تفاعلها الاجتماعي الذي بات محدودًا. على الرغم من امتلاكها لأبناء يهتمون بها، فقد أشارت إلى أن الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه لا يعوّضها عن الوحدة والمعاناة النفسية التي تعيشها، خاصة بعد فقدان شريك حياتها، الأمر الذي يجعلها تعيش حالة من الخوف من تكرار نفس مصير زوجها، وهو ما يفاقم من شعورها بالقلق ويؤثر على نوعية تكيفها مع المرض.

❖ **عرض وتحليل نتائج مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة الثانية:**

جدول رقم (09): يوضح نتائج مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة الثانية.

	مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي
الأبعاد	**الدرجة المتحصل عليها**
النظام الغذائي والقيود الغذائية	54
الشره المرضي	33
التحكم في تناول الطعام	24
المجموع الكلي	**111**

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة "ط" تحصلت على درجة 111 في مقياس اضطرابات الأكل EAT-26 لمتغير اضطراب فقدان الشهية العصبي. والتي تعتبر درجة مرتفعة نظرا لأن درجة عتبة مقياس EAT-26 هي الدرجة التي تساوي أو تزيد عن 20. حيث سجلت الحالة "ط" نسبة مرتفعة جدًا في بعد الشره المرضي(**91.7%**) ، ما يشير إلى احتمالية عالية لسلوكيات أكل قهرية يتبعها تطهير (مثل التقيؤ المتعمد أو الإفراط في ممارسة الرياضة). أما نسبة **69.2%**في بعد النظام الغذائي والقيود فتدل على وجود قيود صارمة مرتبطة بالأكل، مع انشغال واضح بمراقبة الوزن والسعرات. بينما يظهر بعد التحكم في تناول الطعام بدرجة أقل(**57.1%**) ، ما يعكس صراعًا داخليًا بين الرغبة في الأكل والحاجة إلى التحكم فيه. وهذا النمط يعكس اضطرابًا مركبًا يتميز بقلق تجاه الوزن والشكل، وسلوكيات أكل مضطربة بشكل ملحوظ. ومنه يمكننا القول بأن الحالة تعاني من اضطراب فقدان الشهية العصبي.

❖ **عرض وتحليل نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الثانية:**

جدول رقم (10): يوضح نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الثانية.

مقياس صورة الجسم	
الدرجة المتحصل عليها	**الأبعاد**
17	تقبل أجزاء الجسم المعيبة
20	التناسق العام لأجزاء الجسم
18	المنظور النفسي لشكل الجسم
21	المنظور الاجتماعي لشكل الجسم
20	المحتوى الفكري لشكل الجسم
96	**المجموع الكلي**

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة "ز" تحصلت على درجة 96 في مقياس صورة الجسم. والتي تعتبر درجة مرتفعة مقارنة بالدرجة الكلية للمقياس، حيث تُظهر الحالة "ط" مستوى مرتفعًا من الانشغال بصورة الجسم عبر مختلف الأبعاد، ما يعكس أثرًا نفسيًا واضحًا لمرض القصور الكلوي على إدراكها لذاتها الجسدية: من بينها أعلى نسبة ظهرت في المنظور الاجتماعي**(87.5%)** ، ما يشير إلى أنها تولي أهمية كبرى لنظرة الآخرين إلى شكل جسدها، وربما تشعر بالحساسية أو الإحراج في المواقف الاجتماعية، مما يزيد من خطر الانسحاب الاجتماعي أو العزلة. ارتفاع التناسق العام **(83.3%)** والمحتوى الفكري **(83.3%)** يدل على وجود أفكار ثابتة ومتكررة حول مظهرها الجسدي وتناسقه، بما في ذلك المقارنات أو الحكم على الذات من خلال الشكل. في المنظور النفسي **(75%)** نلاحظ تأثرًا في المشاعر الذاتية والانفعالية المتعلقة بالمظهر، ما يمكن أن يؤدي إلى تدنٍ في احترام الذات أو مشاعر الحزن والاكتئاب. نسبة تقبل العيوب الجسدية **(70.8%)** تشير إلى أن "ط" تجد صعوبة في تقبل بعض خصائص أو تغيرات جسدها، والتي قد تكون مرتبطة بتبعات مرض القصور الكلوي أو آثار العلاج مثل غسيل الكلى. وبناءً على هذه المؤشرات، فإن صورة الجسم لدى "ط" مشوهة بدرجة ملحوظة، وتؤثر على جوانب نفسية واجتماعية ومعرفية من حياتها اليومية. كما أن تزامنها مع المعاناة الجسدية المزمنة يزيد من هشاشة بنيتها النفسية.

❖ **مناقشة الحالة:**

تشير النتائج الكمية للحالة "ط" إلى وجود معاناة نفسية واضحة تتجلى في اضطراب سلوك الأكل وتشوه صورة الجسم، كامتداد لتجربتها المرضية مع القصور الكلوي وظروفها الشخصية (وفاة زوجها) والاجتماعية (عدم تلقي الدعم الكافي). فقد تحصلت الحالة على درجة مرتفعة في مقياس اضطرابات الأكل EAT-26بلغت 111، وهي درجة تتجاوز الحد الفاصل الدال على وجود اضطراب فعلي في علاقة الفرد بالغذاء في مقياس اضطرابات الأكل EAT-26، مما يدعم الفرضية القائلة بأن مريضة القصور الكلوي قد تكون أكثر عرضة لتبني أنماط غذائية مضطربة. ويتضح من إجابات الحالة خلال المقابلة العيادية أنها تعاني من فقدان شهية مرتبط بالخوف من مضاعفات المرض، إذ صرّحت بأنها تقلل من الطعام عن عمد، حتى في حالات الشعور بالجوع (البند 2)، اعتقادًا منها أن قلة الأكل تقيها من أعباء إضافية على الكلى، وتعكس كذلك رغبة لا شعورية في السيطرة على جسدها المتغير في ظل الشعور بفقدان السيطرة على حياتها بعد المرض. كما أفادت بأنها تشعر بالذنب بعد تناول الطعام (البند 10)، ما يدل على وجود صراع داخلي بين الحاجة الفسيولوجية للأكل والإحساس بنوع من التهديد الصحي بعد الأكل.

من جهة أخرى، أظهرت نتائج مقياس صورة الجسم درجة مرتفعة أيضًا بلغت 96، وهي نتيجة تدل على وجود تشوه إدراكي في الطريقة التي ترى بها الحالة جسدها. وقد دعمت إفاداتها هذا المعطى، إذ عبّرت عن عدم رضاها التام عن شكلها الحالي (البند 4)، وشعورها بأنها فقدت الكثير من ملامحها الجسدية التي كانت تميزها قبل المرض. عبرت عن استيائها من شكل جسمها وشحوب وجهها، وصرّحت بأنها تتجنب النظر في المرآة (البندين 10،6) وتتعمّد ارتداء ملابس واسعة لإخفاء مظهرها (البند 14)، مما يكشف عن خلل في التقدير الذاتي وقبول الصورة الجسمية. كما بيّنت إجاباتها وجود مقارنة سلبية دائمة مع الآخرين في كل من (البنود 30،27،19) وشعور متزايد بالاختلاف والعزلة، لا سيما في ظل انحسار علاقاتها الاجتماعية منذ بداية المرض. هذا التشوه في صورة الجسم لا يمكن اعتباره كأثر مباشر للمرض فقط، بل يجب تحليله في سياق نفسي اجتماعي أوسع، يتقاطع فيه الجانب البيولوجي المرتبط بالقصور الكلوي مع التجربة العاطفية لفقدان الزوج بسبب نفس المرض، وهو ما يزيد من تفاقم مشاعر الخوف والقلق من تكرار الأحداث والمصير المشترك.

من خلال تحليل الإجابات، يبدو أن الحالة "ط" تعيش حالة من الرفض وعدم الرضا عن جسمها المريض، وتُظهر سلوكيات تجنبية دفاعية سواء على مستوى الطعام أو العلاقة بالصورة الجسدية. ويمكن

فهم هذه الاستجابات ضمن نموذج التفسير المعرفي السلوكي لاضطرابات الأكل، الذي يرى أن الأفكار السلبية حول الجسد، والخوف من فقدان السيطرة، والقلق من النظرة الاجتماعية، جميعها تسهم في ترسيخ نمط أكل مضطرب وتشويه صورة الذات. وتدعم هذه الرؤية دراسة أجرتها Fairburn et al. (2003)، والتي أكدت أن اضطراب فقدان الشهية العصبي غالبًا ما يرتبط بنظام معرفي مختل يتمحور حول الوزن والشكل الجسمي كمصدر أساسي لتقدير الذات، مما يجعل الأفراد أكثر عرضة لسلوكيات الأكل القهرية والمقيدة، خاصة في ظل ضغوط اجتماعية أو صحية مزمنة مثل القصور الكلوي.

كما أن غياب الدعم الاجتماعي العاطفي الكافي، وشعور الوحدة بعد فقدان الزوج، جعلا الحالة أكثر عرضة للانطواء والعزلة وعدم تقبل الذات. كل ذلك يشير إلى ضرورة تدخل علاجي متعدد الأبعاد يأخذ بعين الاعتبار الجانب النفسي والغذائي والاجتماعي في عملية التكفل، مع تعزيز الوعي بالمرض وتطوير آليات التكيف الإيجابي التي تساعد المريضة على إعادة بناء علاقتها بجسدها وبالذات عمومًا.

❖ **خلاصة الحالة:**

تُعد حالة الحالة "ط" نموذجًا معبّرًا عن المعاناة النفسية والاجتماعية التي قد يعيشها مرضى القصور الكلوي، خاصة في المراحل الأولى من التكيف مع المرض والعلاج. تبلغ الحالة من العمر 56 سنة، أرملة فقدت زوجها لنفس المرض، مما عمّق خوفها من أن تلقى نفس المصير، وتسبب ذلك في تراكم مشاعر الحزن والقلق والخوف من الموت. وتخضع لعلاج غسيل الكلى منذ 6 أشهر، بمعدل ثلاث جلسات أسبوعيًا، وهو ما أثّر بشكل مباشر على نمط حياتها الاجتماعي وقدرتها على القيام بمهامها اليومية.

من خلال المقابلة العيادية والمقاييس النفسية، تبيّن أن الحالة تعاني من اضطراب فقدان الشهية العصبي، حيث أظهرت فقدانًا ملحوظًا في الشهية، انخفاضًا مقلقًا في الوزن، وتبنيًا لسلوكيات غذائية مضطربة تشمل تقليل الأكل عمدًا والشعور بالذنب بعد الأكل، مع خوف دائم من اكتساب الوزن رغم النحافة الظاهرة عليها. كما كشفت عن صورة مشوهة عن جسدها، تعكس نفورًا من شكلها الحالي وشعورًا بفقدان الجاذبية والأنوثة، ما أدى إلى تراجع تفاعلها الاجتماعي وانعزالها.

النتائج المدونة على مقياسي اضطرابات الأكل (EAT-26) وصورة الجسم كانت مرتفعة جدًا، حيث تحصلت على درجة **111** في مقياس اضطرابات الأكل، و**96** في مقياس صورة الجسم، ما يدل على وجود اضطرابين نفسيين متلازمين، يزيدان من تعقيد حالتها الصحية والنفسية.

رغم أن الحالة "ط" أظهرت بعض مؤشرات القبول التدريجي للمرض، إلا أن استمرار الحزن والخوف والقلق من تكرار مصير الزوج، إلى جانب غياب الدعم الاجتماعي الكافي، يعرقل عملية التكيف الإيجابي مع المرض. وعليه، فإن الحالة في حاجة ماسة إلى تدخل نفسي من خلال العلاج العيادي الداعم والعلاج المعرفي السلوكي، مع تعزيز شبكة الدعم الاجتماعي والعائلي لتقوية مرونتها النفسية، وتحسين إدراكها لذاتها وجسدها، ومساعدتها في إعادة التكيف مع واقعها الجديد.

3. عرض الحالة الثالثة:

الحالة "ن" تبلغ من العمر 42 سنة، متزوجة وأم لستة أبناء، مستواها الدراسي ثانوي .تم تشخيصها بمرض القصور الكلوي المزمن منذ خمس سنوات، ومنذ ذلك الوقت وهي تخضع بانتظام لعلاج غسيل الكلى بمعدل ثلاث مرات في الأسبوع، كل جلسة تدوم أربع ساعات .عاشت نادية حياة نشطة ومليئة بالعطاء قبل المرض، حيث كانت محبة للعمل ومساعدة للآخرين، لكن بعد المرض وجدت نفسها محاطة بالعزلة، خاصة بعد أن ابتعد أصدقاؤها عنها .تتلقى دعمًا عاطفيًا من زوجها وأبنائها، غير أن علاقتها بعائلة زوجها والأصدقاء تدهورت بشكل ملحوظ، ما أثر على حالتها النفسية وزاد من شعورها بالخذلان والإحباط.

❖ **عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية مع الحالة:**

في بداية المقابلة العيادية، بدت الحالة "ن" حذرة في التعبير عن مشاعرها ومنفعلة عاطفيا، وكان يظهر عليها توتر داخلي واضح .لم تبادر بالكلام كثيرًا، وكانت إجاباتها الأولى مصحوبة بالتردد، مما يدل على نوع من الانغلاق أو عدم التمكن من البوح عما تشعر به حول حالتها الصحية (العضوية والنفسية)، ربما بسبب عدم اعتيادها على التحدث عن نفسها أو بسبب الخوف من وصم حالتها النفسية. كما لاحظنا بعض الإشارات والايماءات غير اللفظية التي تعكس حالتها الانفعالية، مثل انخفاض نبرة الصوت، تجنّب التواصل البصري المباشر، وحركات يدين مضطربة...الخ ومع تقدّم المقابلة وتوفّر جو من التعاطف والقبول، بدأت الحالة "ن" تتحدث بانفتاح أكبر عن تجربتها مع المرض، وظهر أن لديها رغبة عميقة في أن تخرج ما يجول في ذهنها وأن تُسمع وتُفهم .هذا التحول يعكس وجود ضغط نفسي مكبوت وصراع داخلي، وأن المقابلة كانت بالنسبة لها فرصة للتنفيس الانفعالي والتعبير عن ألم نفسي لم تتمكن من القيام به بيئتها الاجتماعية.

فعند سؤال الحالة "ن" عن شعورها لحظة الإعلان عن تشخيص اصابتها بمرض القصور الكلوي، وصفت التجربة بالصدمة القوية التي أوقفت حياتها فجأة، في قولها: **«Ce moment-là, j'étais surprise, on dirait teḥbes ddunnit-iw di dqiqa surtout mi y-id-nnan ṭṭebba d akken tlaq-iyi la dialyse parceque yelḥa lehlak degi biffih ad tezreḍ acḥal ugadeɣ ugadeɣ d acu iyi-ttrağun s yar zdat surtout mi ara ttxemmimeɣ ɣef la famille-inu, axaṭer ugadeɣ ad tkemmel liḥala-w pire que ça, ur ttizmireɣ ara ad qumeɣ yissen εegguɣ mliḥ ttagadeɣ ad mteɣ surtout mi ara kfuɣ akka la dialyse»** بمعنى: **"لقد تفاجأت في تلك اللحظة، وكأن حياتي انتهت خاصة عندما حدثني الأطباء عن ضرورة مباشرتي بعلاج الغسيل الكلوي، نظرا لتطور المرض لمرحلة صعبة نوعا ما، ولتفادي التفاقم لابد من بدئي للعلاج بشكل عاجل، هنا شعرت بالخوف من المجهول والمستقبل، خاصة بشأن عائلتي. وما يقلقني بشكل دائم هو تطور المرض إلى مرحلة أخطر وعدم قدرتي على أداء أدواري كزوجة وأم، والخوف من الموت يلازمني، خصوصًا في الأيام التي أخرج فيها مرهقة من جلسات الغسيل الكلوي".**

وقد تم توثيق ذلك من طرف الأخصائية النفسية (2019) "Amiour" التي تؤكد على أنه مهما كانت طرائق الإعلان، فإن اعلام المريض بأنه يعاني من مرض مزمن أو خطير أو أنه يصل إلى مرحلته النهائية غالبًا ما يختبر أو يعيش ذلك بطريقة عنيفة ومؤلمة. وفي الواقع، فإن هذا الإعلان هو بمثابة معلومة من شأنها أن تغير جذرياً ودائماً تصور المريض لمستقبله. الأمر الذي يمثل تهديدا وجوديا بالنسبة للفرد المريض، إلى جانب الشعور بالضعف حيث يدرك المريض فجأة أنه يمكن أن يموت، وأن احتمال تقييده بعلاج غسيل الكلى أو اجرائه لعملية زرع الكلى يهدد سلامته الجسدية ويجعل مرض الكلى هذا محسوسًا ومرئيًا لديه، حيث لا يتمكن من تجاوزه أو الشفاء منه، ما يؤدي الى شعور المريض بالألم الجسدي والنفسي، وتظهر الاجراءات الطبية أحيانًا على أنها "مشوهة" حسب تصوراته، كما تظهر مسألة فقدان الاستقلالية، فضلاً عن تغير نوعية الحياة لديه. وفي كل الأحوال هذا الإعلان يزعج المريض جسديا ونفسيا في التمثيل الذاتي والشعور بالقدرة المطلقة على أداء مهامه كما كان سابقا، مما يقوده إلى استعدادات دفاعية لمواجهته.

تعاني الحالة "ن" من تقلبات مزاجية كثيرة، حيث تشعر في بعض الأحيان بالسعادة لكون عائلتها بجانبها محاولة بذلك نسيان حالتها الصحية، وأحيانا أخرى تشعر بالحزن والغضب من وضعها والخيبة التي تلقتها من قبل أصدقائها الذين سبق وأن ضحت من أجلهم واعتبرتهم كأفراد عائلتها، هذا ما زاد من تدهور حالتها النفسية، وصرحت بأنها أصبحت تبكي بشدة في أغلب الأحيان، على حد قولها: **" Ur fhimeɣ ara**

akk iman–iw, tikkelt ad iliɣ farḥaɣ , farḥaɣ imi tawacult–iw attan s idisan–w, ttseyyiɣ ad ttuɣ tameḍrurt–iw, tikwal nniḍen ttḥassaɣ iman–iw ḥeznеɣ , arfiɣ surtout mi ara d–mmektiɣ leḥbab–iw, widak–nni ɣef wumi sakrifyiɣ, jamais ḥwağen–iyi ur yufin ara jamais, ḥesbaɣten am lwacul–iw, à la fin du compte ğğan–iyi. Anecta akk ikemmliyi, uɣaleɣ ttruɣ kan"

تؤكد الحالة "ن" كذلك على أن جلسات غسيل الكلى أثّرت على نمط حياتها بشكل كامل، في قولها:

« Avant j'étais dynamique, ttwasneɣ belli ḥemleɣ ad qedceɣ akk s kra n wanda tella l'occasion, ama d lfarḥ ama d lqarḥ, ama deg uxxam–iw ama di taddart, mais maintenant avec la dialyse je sens plus la même chose, Yella le changement, uɣalen ttwalin–iyi on dirait j'ai un handicap neɣ incapable akken ad xedmeɣ akk ayen lliɣ xeddmeɣ–t zik» بمعنى: **" كنت معروفة بالنشاط والحيوية والمساهمة في الأحداث العائلية. كنت محورًا في العلاقات الاجتماعية، سواء داخل الأسرة أو في الحي. لكن مع بداية المرض ودخولي لجلسات غسيل الكلى، بدأت أشعر بأن عائلة زوجي تنظر لي كشخص معاق أو عاجز، ولم تعد تُشرك في الأمور العائلية بنفس القدر"** حيث لم تعد قادرة على العمل أو حضور المناسبات الاجتماعية. أما فيما يخص تقبلها للمرض، تقول إنها تقبله عقليًا ولكن نفسيًا لا تزال ترفضه في كثير من الأحيان.

عند الحديث عن علاقتها بالأكل منذ بداية المرض، أوضحت الحالة "ن" أن شهيتها للطعام انخفضت كثيرًا، وغالبًا ما لا ترغب في الأكل حتى عندما تشعر بالجوع، حتى وصلت لمرحلة أصيبت بفقر الدم "الأنيميا" في قولها: **«Segmi akken iy–id–yebeda lehlak ala tettruḥuyi l'appétit, uɣaleɣ ur setteɣ ara lqut même mi ara llaẓaɣ, d ayen iyi–ssawḍen teṭfiyi l'anémie»** بمعنى: **"منذ بداية المرض، فقدت الشهية في الأكل، أصبحت لا آكل حتى وأنا جائعة، حتى وصلت لحالة أصبت بمرض الأنيميا""**. حيث يعتبر فقر الدم في أمراض الكلى، أو المعروف أيضًا باسم فقر الدم الكلوي، أحد المضاعفات الشائعة لمرض الكلى، هذا ما أكده دليل الممارسة السريرية لفقر الدم في مرض الكلى (2025) "KDIGO" بالزيادة في انتشار فقر الدم في مرض الكلى المزمن عند مستويات أقل

من معدل الترشيح الكبيبي المقدر(GFR) (Glomerular Filtration Rate) ، ليصل إلى معدل انتشار 50% في مرض الكلى. كما إن معدل الانتشار أعلى بشكل غير متناسب بين النساء مقارنة بالرجال.

وقد أشارت الحالة "ن" إلى فقدان كبير في الوزن خلال السنوات الأخيرة، لكنها لا تبالي كثيرًا بزيادة الوزن، إلا في حالات الانتفاخ الناتج عن الأدوية . ذلك في قولها: **«Oui, ces dernières années j'ai perdu beaucoup de poids, mais je m'en fou, déjà ur ḥemleɣ ara tuzert, sauf si je prends le poids à cause du traitement pharmaceutique »** توضح بذلك أنها تقلل من كميات الطعام عن قصد، بدافع الخوف من تأثير الطعام على تحاليل الدم أو تجمع السوائل في جسدها .كما أنها تتبع نظامًا غذائيًا صارمًا ومرهقًا نفسيًا .بعد الأكل، تنتابها مشاعر الندم وتأنيب الضمير وعدم الشعور بالارتياح، خاصة بعد تناولها الحلويات .

تشعر الحالة "ن" بعدم الرضا عن شكل جسمها، وتشير إلى أن مظهرها قد تغير بشكل كبير بعد المرض، خصوصًا في الوجه. تقول: **" Lliɣ tteklaɣ ɣef yiman-iw , ttwaliɣ iman-iw zeynaɣ, ma ttura dayen iruḥiyi, segmi helkeɣ lehlak-agi uɣaleɣ ttwaliɣ iman-iw différente ɣef wiyaḍ"** بمعنى إنها كانت راضية عن مظهرها وتثق بنفسها سابقًا، لكن بعد التغيّرات الجسدية الناتجة عن المرض والغسيل الكلوي، بدأت تشعر بالنفور من نفسها .تصور الحالة "ن" لذاتها تدهور، وهي تشعر بأنها مختلفة عن الآخرين، وتعتقد أن مظهرها الحالي أثّر على علاقاتها الاجتماعية، حيث توقفت عن الخروج والمشاركة في المناسبات، وباتت ترى أن مرضها يجعلها أقل قيمة في نظر المجتمع. هذا ما ينسجم مع ما نشرته (2011) "Roberston" حيث يصاب عدد متزايد من الأفراد في المملكة المتحدة بالفشل الكلوي في مرحلته النهائية ويتلقون غسيل الكلى لإطالة حياتهم. يبلغ مستخدمو غسيل الكلى عن مستويات مرتفعة من الأمراض النفسية المرتبطة بانخفاض نوعية الحياة والتكيف مع المرض وزيادة الوفيات. وقد حددت الأدلة المحدودة أيضًا التغيرات في صورة الجسم التي تحدث لدى مستخدمي غسيل الكلى والتي من المعروف بالفعل أنها مرتبطة بالاعتلال النفسي في فئات سكانية أخرى تعاني من أمراض مزمنة. هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار اضطراب صورة الجسم لدى مرضى غسيل الكلى، وارتباطه بالضيق النفسي، وتحديد أي متغيرات مرتبطة بزيادة اضطراب صورة الجسم والمعاناة النفسية. تم إيلاء اهتمام خاص للنماذج المعرفية للعاطفة أو الجانب النفسي لهؤلاء المرضى والتي تفترض دورًا رئيسيًا للوعي الذاتي والمعتقدات المتعلقة بالمظهر. في الفترة ما بين ماي وأوت 2007،

استجاب 97 مريضًا بالغًا يخضعون لغسيل الكلى وغسيل الكلى البريتوني من مركز متخصص إقليمي في المملكة المتحدة لاستبيان استقصائي. وتضمنت مقاييس النتائج استبيان اضطراب صورة الجسم، ومقياس القلق والاكتئاب في المستشفى، ومقياس الوعي الذاتي، ومخزون مخططات المظهر المنقح. بلغ معدل انتشار القلق والاكتئاب 24.7% و18.6% على التوالي، مع مستويات اضطراب صورة الجسم أعلى بكثير من المعايير المجتمعية لكل من المستجيبين من الذكور والإناث. تم العثور على ارتباطات مهمة بين الأمراض النفسية واضطراب صورة الجسم ومع جوانب محددة من تخطيط المظهر والتركيز على الذات.

❖ **عرض وتحليل نتائج مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة الثالثة:**

جدول رقم (11): يوضح نتائج مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة الثالثة.

	مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي
الأبعاد	**الدرجة المتحصل عليها**
النظام الغذائي والقيود الغذائية	54
الشره المرضي	27
التحكم في تناول الطعام	24
المجموع الكلي	**105**

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة "ن" تحصلت على درجة 105 في مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي. والتي تعتبر درجة مرتفعة نظرا لأن درجة عتبة مقياس EAT-26 هي الدرجة التي تساوي أو تزيد عن 20. حيث تُظهر الحالة "ن" مستوى مرتفعًا من السلوكيات المرتبطة بالقيود الغذائية**(69.2%)** ، ما يشير إلى اهتمام زائد بالحمية، الوزن، وتجنّب أنواع معينة من الطعام، وهو ما قد يعكس رغبة في استعادة السيطرة الجسدية في ظل فقدانها بسبب المرض المزمن. ونسبة الشره المرضي المرتفعة **(75%)** توحي بوجود صراع داخلي بين الرغبة في الأكل والشعور بالذنب. أما بُعد التحكم في الأكل فقد كان أقل نسبيًا **(57.1%)**، وهو ما يعكس تقلبًا في قدرة المريضة على تنظيم سلوكيات الأكل، مع احتمال وجود لحظات فقدان سيطرة. وهذا التداخل في الأبعاد الثلاثة يعكس وجود اضطراب أكل معقد ذو ملامح مزدوجة. ومنه يتبين أن الحالة تعاني من اضطراب فقدان الشهية العصبي.

❖ **عرض وتحليل نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الثالثة:**

جدول رقم (12): يوضح نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الثالثة.

مقياس صورة الجسم	
الدرجة المتحصل عليها	**الأبعاد**
16	تقبل أجزاء الجسم المعيبة
16	التناسق العام لأجزاء الجسم
17	المنظور النفسي لشكل الجسم
20	المنظور الاجتماعي لشكل الجسم
16	المحتوى الفكري لشكل الجسم
82	**المجموع الكلي**

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة "ن" تحصلت على درجة 82 في مقياس صورة الجسم. والتي تعتبر درجة مرتفعة مقارنة بالدرجة الكلية للمقياس، حيث تُظهر الحالة "ن" مستوى متوسطًا إلى مرتفع نسبيًا من تشوه صورة الجسم، مع تركز الانزعاج بشكل خاص في: المنظور الاجتماعي **(83.3%)** الحالة شديدة التأثر بنظرة المجتمع أو المحيط لشكلها الجسدي، مما قد يدفعها إلى الانسحاب الاجتماعي أو الشعور بالعار تجاه مظهرها، خاصة في ظل المرض المزمن (القصور الكلوي) وتأثيراته الجسدية. في المقابل، تظهر نسب متوسطة في بقية الأبعاد **(66.7%–70.8%)**، مثل التقبل الذاتي لأجزاء الجسم، والانشغال الفكري بشكله .ما يُشير إلى أنها رغم إدراكها لبعض العيوب، فإنها لا تزال تحاول التكيف أو إخفاء هذه الصراعات الداخلية. المنظور النفسي **(70.8%)** يُشير إلى أثر واضح على تقدير الذات والمزاج، خصوصًا أن المريضات في وضعيات مماثلة يعانين من فقدان الثقة بالنفس بسبب التغيرات الجسدية الناتجة عن العلاج مثل غسيل الكلى، أو آثار جانبية كالضعف البدني، الشحوب، أو تغير الوزن. ومن هذا المنطلق، يمكن القول إن الحالة "ن" تعاني من صورة جسدية متذبذبة والقلق من التقييم الخارجي، مع صراعات داخلية حول قبول الجسد. وقد يكون ذلك مرتبطًا بتاريخها مع المرض، وبتجارب حياتية تتضمن فقد أو ضغط نفسي طويل المدى.

❖ **مناقشة الحالة:**

تشير النتائج الكمية لمقياسي اضطرابات الأكل وصورة الجسم إلى وجود اضطرابات نفسية واضحة لدى الحالة "ن"، حيث سجلت درجة مرتفعة **(105)** في مقياس اضطرابات الأكل، ودرجة مرتفعة كذلك **(82)**في مقياس تشوه صورة الجسم، وهو ما يعكس وجود معاناة مزدوجة تتمثل في خلل في العلاقة مع الطعام واضطراب في إدراك صورة الجسم. وعند تحليل المقابلة العيادية من الناحية الكيفية، يمكن ملاحظة أن الحالة "ن" تعيش في حالة معاناة نفسية تتجلى في عدة أبعاد: أولاً، صدمة ما بعد التشخيص، حيث عبّرت بشكل مباشر عن شعورها بالانهيار النفسي والخوف من الموت لحظة تلقيها خبر إصابتها بمرض القصور الكلوي، في قولها: **«Ce moment-là, j'étais surprise, on dirait teḫbes ddunnit-iw di dqiqa surtout mi y-id-nnan ṭṭebba d akken tlaq-iyi la dialyse parceque yelḫa lehlak degi biffih ad tezreḍ acḫal ugadeɣ ugadeɣ d acu iyi-ttraǧun s yar zdat»**، ثانيًا يمكن ملاحظة معاناتها من اضطراب في علاقتها بالغذاء، حيث أفادت في اجابتها على (البند 3) بأنها غالبا جدا ما تشعر بالقلق الشديد بشأن الطعام؛ فهي تقلّل من الطعام عمدًا رغم شعورها بالجوع (البند 2)، بدافع الخوف من التدهور الصحي، وهو ما يتقاطع مع السمات الأساسية لفقدان الشهية العصبي. في قولها: **«Segmi akken iy-id-yebeda lehlak ala tettruḫuyi l'appétit, uɣaleɣ ur setteɣ ara lqut même mi ara llaẓaɣ»** بمعنى: **"منذ أن بدأ علي المرض، لم تعد لدي الشهية أصبحت لا آكل حتى في حالة الجوع"**.

من جانب آخر، فإن حديثها عن تغير مظهرها الخارجي، وشعورها بالنفور من جسدها الحالي مقارنة بما كانت عليه قبل المرض، قائلة: **"Lliɣ tteklaɣ ɣef yiman-iw , ttwaliɣ iman-iw zeynaɣ, ma ttura dayen iruḫiyi, segmi helkeɣ lehlak-agi uɣaleɣ ttwaliɣ iman-iw différente ɣef wiyaḍ"** بمعنى: **"كانت لدي ثقة في نفسي، كنت أرى نفسي جميلة، لكن الان لم أعد كذلك، منذ أن أصبت بهذا المرض، فأرى نفسي مختلفة عن الاخرين"**. ما يدل على تغير سلبي في صورة الذات الجسدية، وهو أمر شائع لدى مرضى القصور الكلوي الذين يعانون من تغيرات جسدية مثل فقدان الوزن أو انتفاخه، شحوب البشرة، أو آثار غسيل الكلى. وقد عبّرت الحالة "ن" بوضوح عن شعورها بأنها لم تعد "كما كانت"، وأن هذا التغير أثر على ثقتها بنفسها وعلاقتها بالآخرين، ذلك من خلال اجاباتها عن الابعاد المتمثلة في كل من المنظور النفسي والمنظور الاجتماعي لشكل الجسم.

كما أن غياب الدعم الاجتماعي خارج نطاق الأسرة، وبالأخص من الأصدقاء والمحيط الاجتماعي، أدى إلى تفاقم مشاعر العزلة والخذلان، ما عمّق من معاناتها النفسية، وجعلها أكثر عرضة للانغلاق على الذات. هذا التفاعل بين العوامل النفسية والاجتماعية والجسدية يؤكد أهمية التدخل متعدد الأبعاد، الذي لا يقتصر على الرعاية الطبية فقط، بل يشمل الدعم النفسي والعلاج السلوكي المعرفي، وتعزيز العلاقات الاجتماعية للفرد المريض.

باختصار تكشف الحالة "ن" عن صراع داخلي مع المرض المزمن الذي غيّر حياتها بالكامل، منذ تشخيص اصابتها بمرض القصور الكلوي مع خضوعها لعلاج الغسيل الكلوي الذي أدخلها في حالة من القلق ال والخوف من الموت، والعزلة الاجتماعية. تزامنت هذه الحالة مع أعراض اضطراب فقدان الشهية العصبي الناتجة عن مزيج من الضغط النفسي، وتقييد النظام الغذائي، والخوف من مضاعفات المرض، كما قد ساهم تغير شكل الجسم الناتج عن المرض في تغيير جذري لتصورها أو ادراكها لصورتها الذاتية، وتدهور علاقاتها الاجتماعية، مما يدل على ترابط وثيق بين الاضطرابات النفسية المصاحبة للمرض العضوي. إضافة للعامل الأهم في التأثير على حالتها النفسية والذي يتمثل في غياب الدعم من الأصدقاء والمجتمع المحيط بها، رغم وجود دعم أسري محدود. ويبدو أن المرض العضوي لم يؤثر فقط على الجانب الجسدي، بل ساهم في اضطراب أو اختلال التوازن النفسي والاجتماعي للحالة، مما يجعل حالتها في حاجة إلى تدخل نفسي متعدد الأبعاد.

❖ **خلاصة الحالة:**

الحالة "ن" تمثل نموذجًا حيًا لمعاناة المرضى المصابين بأمراض مزمنة لا سيما الإصابة بمرض القصور الكلوي من الناحية النفسية والاجتماعية، حيث تظهر لديها أعراض واضحة لاضطراب فقدان الشهية العصبي، مصحوبة بتشوه في صورة الجسم، ناتج عن التجربة المرضية والتحولات الجسدية والاجتماعية التي صاحبتها. وبالرغم من وجود دعم أسري محدود، فإن غياب الأصدقاء والمجتمع جعلها تعيش العزلة والخذلان، مما أثر سلبًا على توازنها النفسي. ومنه يمكن القول بأن الحالة تستدعي رعاية نفسية شاملة، ودمجًا اجتماعيًا حقيقيًا لاستعادة الشعور بالانتماء والثقة بالنفس.

4. عرض الحالة الرابعة:

الحالة "ح"، تبلغ من العمر 52 سنة، متزوجة وأم لثلاثة أطفال، ذات مستوى جامعي، أصيبت بداء السكري في سن 33 سنة، أثناء حملها بطفلها الثالث عام 2006 واستمر تطور المرض إلى أن أصيبت بمرض القصور الكلوي في سنة2018 ، أي عندما بلغت 45 عامًا، ما يعني أنها تعيش مع هذا المرض منذ سبع سنوات وتخضع حاليًا لعلاج غسيل الكلى منذ بداية إصابتها به، بمعدل 4 ساعات، كل ثلاث مرات أسبوعيًا.

تتميز الحالة بوعيها الصحي بفضل مستواها التعليمي، وتلقيها للدعم الأسري والاجتماعي الإيجابي الذي ساعدها نسبيًا في تقبل مرضها العضوي، رغم استمرار بعض المعاناة النفسية.

❖ **عرض وتحليل المقابلة العيادية مع الحالة:**

في بداية المقابلة العيادية مع الحالة "ح"، برزت أجواء من التفاعل العميق المصحوب بالطاقة والتكلم بشكل فائض، حيث كشفت الحالة منذ اللحظات الأولى عن مزيج متناقض من الصلابة والهشاشة النفسية. حيث بدت الحالة قوية من حيث حضورها ومظهرها الخارجي، واضحة في تعبيرها، ومتماسكة في حديثها، ما يعكس شخصيتها الواعية والمثقفة، إلا أن هذه القوة لم تُخفِ ذلك الجانب الهش الذي كان يتسلل من بين كلماتها، خاصة عند الحديث عن لحظة تشخيصها بالقصور الكلوي. كانت المقابلة مليئة بمشاعر مزدوجة: بين امرأة تقاوم وتحاول الحفاظ على توازنها أمام المرض، وأخرى متألمة جسديا ونفسيا ومنهكة من رحلة علاجية طويلة أثرت على جسدها ونفسها. لقد أبانت بداية الجلسة عن حالة داخلية معقدة، تتقاطع فيها محاولات التماسك المعرفي، الادراكي والعقلي مع جراح ومأساة نفسية لم تندمل بعد، مما وفّر جوا مفعما بالخبرات الأمر الذي ساعدنا في اجراء مقابلة عيادية غنية وعميقة.

عند الحديث عن لحظة إعلان إصابتها بمرض القصور الكلوي، صرّحت الحالة "ح" بأنها لم تشعر بصدمة مفاجئة كما هو الحال لدى الكثير من المرضى، بل كانت تلك اللحظة بمثابة تأكيد لما كانت تتوقعه مسبقًا، فبحسب تعبيرها: « **Ass-nni imi yid-nnan helkeɣ, ur whimeɣ ara, au contraire, qebleɣ s tikci n Ṛebbi, akud diɣen nek lliɣ ẓriɣ ad yaweḍ wass-agi, parceque seg wasmi i sɛiɣ lehlak n skur ala ttḥulfuɣ-as i sseḥḥa-inu tettruḥu ciṭṭuḥ ciṭṭuḥ, uɣaleɣ ur zmireɣ ara ad xedmeɣ lecɣal-iw am zik, ttḥulfuɣ i le corps iw yefcel, maci d yiwet** » بمعنى أنها كانت تدرك جيدًا منذ سنوات

مضاعفات داء السكري المزمن الذي أصيبت به منذ حملها بطفلها الثالث، وشهدت منذ ذلك الحين تدهورًا تدريجيًا في حالتها الصحية. كانت تلاحظ ضعف جسدها، وتكرر الالتهابات، وتراجع قدرتها على القيام بنشاطاتها اليومية، مما جعل فكرة إصابتها بالقصور الكلوي أقرب إلى الحقيقة المتوقعة منها إلى المفاجأة. هذا ما يتماشى مع دراسة (2014) "Zanchi et al" أن مرض السكري يعد وارتفاع ضغط الدم السببين الرئيسيين لفشل الكلى. فمع مرور الوقت، يؤدي ارتفاع السكر في الدم المزمن إلى إتلاف جدران الأوعية الصغيرة في الكلى التي تزود الدم إلى الكبيبات التي تشكل جزءًا من النيفرون الذي يعمل كمرشح. ثم نتحدث عن "اعتلال الكلية السكري" الذي يمكن أن يؤثر على المرضى الذين يعيشون مع مرض السكري على المدى الطويل، وقد تتدهور وظيفة الكلى، مما يضمن دورها بشكل أقل في الترشيح والتخلص من بعض النفايات والسماح بتصفية الدم من الفضلات.

مع ذلك، ورغم غياب الصدمة، فإن لحظة التشخيص لم تخل من حزن داخلي وشعور بالإنهاك الجسدي والنفسي، خاصة وأنها كانت تدير حياتها بطريقة نشطة، أكثر ما يقلقها حاليا هو مستقبلها الصحي، وتأثير المرض على دورها كأم. الخوف من الموت حاضر باستمرار في ذهنها، لكنه لا يسيطر على حياتها اليومية، إذ تحاول مواجهته بالإيمان، الصلاة والدعم العائلي الذي تتلقاه، في قولها: **«La vérité kan , mi zriɣ akken helkeɣ ur whimeɣ ara, c'est juste que j'étais triste vu que je connais la maladie, je connais ses effets, majiniɣd amek ara tuɣal liḥala-w , dégoutiɣ, tqelqeɣ ɣef ṣṣaḥa-inu d wamek ara ibeddel lehlak-agi tudert-iw surtout autant qu'une maman»** بمعنى: **"حقيقةً عندم تلقيت خبر إصابتي لم أصب بالدهشة، لكن شعرت بالحزن لأنني أعرف ما معنى هذا المرض وما هي مضاعفاته، وتخيلت كيف ستصبح حالتي، شعرت بالاشمئزاز وقلقة على وضعي الصحي وعلى كيف سيغير المرض من حياتي، خاصة كوني أما"**. أفادت أيضا في قولها: **«Je me sens si triste ، et j'ai envie de pleurer la plupart du temps ،la mais j'essaie ad fraɣ anecta ɣef warraw-iw d famille-iw ttɣiḍin-iyi»** بمعنى: **" أنا أشعر بالحزن بشكل متكرر وتنتابني الرغبة في البكاء لكنني أحاول إخفاء ذلك على أبنائي وأفراد عائلتي، أشفق عليهم"**. جلسات غسيل الكلى كذلك ترهقها جسديا وتستهلك جزءا كبيرا من يومها بشكل خاص، وتفيد قدرتها على المشاركة الاجتماعية كحضور المناسبات والخروج مع صديقاتها كما كانت سابقا.

وترى الحالة "ح" أنها تقبلت المرض على المستوى الفكري، لكنها لا تزال تعاني نفسيًا، وتشعر أحيانًا بالعجز وفقدان السيطرة على وضعها وأدوارها كزوجة وأم، وتعزو قدرتها على التكيّف إلى وجود زوجها وأطفالها ودعم محيطها الاجتماعي، وتؤكد أن الحديث مع المرضى الآخرين خلال الغسيل يمنحها نوعًا من الأمل. في قولها: **«Nniɣam tura lehlak-iw qebleɣt sur le plan intellectuel kan, mais psychologiquement mazal tt-souffriɣ. Mais daɣen grâce à mon mari et mes enfants, akud l'entourage, arnuyas mi ara ttwaliɣ widak ig-helken la même maladie acu kan nutni msakit pire felli, yettuɣal-iyi-d l'espoir »**

الحالة "ح" لديها بعض المعلومات العامة عن وجود خلل أو اضطراب في فقدان الشهية، منذ بداية إصابتها بالقصور الكلوي، حسب قولها: **«J'ai remarqué belli truḥiyi l'appétit, surtout les jours de la dialyse ttḥussuɣ tettruḥuyi au fur et à mesure, ciṭṭuḥ ciṭṭuḥ, nniɣas c'est normal d l'effet n la dialyse umaɛena ula d ṣṣifa-w tbeddel et je ne trouve pas ça normal par contre!»** بمعنى: **"لاحظت ضعفًا في شهيتي للطعام، خاصة بعد جلسات الغسيل الكلوي، لاحظت فقدانًا تدريجيًا في الوزن، وأقيّمه بأنه طبيعي لكنه أثر على مظهري الخارجي ولا أجد ذلك طبيعيا بتاتا"**، لا تخاف "ن" من زيادة الوزن بقدر ما تخاف من التدهور الصحي، لكنها أحيانًا تقلل الطعام عمدًا بسبب النصائح الطبية، أو بدافع الشعور بالغثيان أو فقدان الرغبة. هي ملتزمة بنظام غذائي صارم، وأحيانًا تشعر بالذنب إذا تناولت طعامًا خارج ما وصفه لها طبيبها الخاص، كالحلويات، وقد صرحت بأنها غالبا ما تشعر بالرغبة في التقيؤ بعد الأكل، في قولها: **«Plusieurs fois tḍarruyi beqquɣ ad arraɣ ḥacam, kra n tikkal nniḍen ttarraɣd akk maḍi mi ara ččaɣ s zyada»** بمعنى: **" في العديد من المرات تكون لدي الرغبة في التقيؤ أعزكم الله، وفي أخرى أتقيأ نهائيا عندما أتناول الطعام بالزيادة".**

إذ تشير الدراسات الحديثة إلى أن اضطراب فقدان الشهية يُعدّ من الاضطرابات الشائعة والبالغة الأثر النفسي لدى مرضى القصور الكلوي، خصوصًا أولئك الخاضعين لعلاج الغسيل الكلوي المزمن. فقد أظهرت دراسة حديثة نُشرت في مجلة (Science Direct) تحت عنوان: «Anorexia in hemodialysis patients: An update» للباحثين "Bossola and al., 2012" أن نسبة معتبرة من

مرضى الغسيل الكلوي المزمن يعانون من اضطرابات في الشهية مرتبطة بعوامل عضوية ونفسية متعددة، وأن هذه الاضطرابات ترتبط بشكل وثيق بعوامل أخرى مثل الالتهاب الجهازي المزمن، اضطراب صورة الجسم، والأعراض الاكتئابية...الخ. تشير الدراسة إلى أن ما يقارب 40% من المشاركين أبلغوا عن أعراض فقدان شهية شديدة أو معتدلة، تتمثل في النفور من الطعام، الشعور المبكر بالشبع، وانخفاض الرغبة في الأكل، وهي أعراض ترتبط مباشرةً بانخفاض جودة الحياة، وارتفاع خطر المضاعفات الصحية. كما بيّنت النتائج أن هذه الاضطرابات الغذائية لا تقتصر على البعد الفسيولوجي الناتج عن تراكم السموم أو تأثير الجلسات، بل تتعمق نتيجة تشوه صورة الجسم، خصوصًا عند النساء، ما يؤدي إلى ممارسات غذائية قهرية كالتقليل المفرط في الطعام، أو الشعور بالذنب بعد الأكل، وهو ما يلتقي مع خصائص اضطراب فقدان الشهية العصبي المعروفة سريريًا.

أحد الجوانب المهمة التي سلّطت عليها الدراسة الضوء هو العلاقة بين فقدان الشهية والاكتئاب؛ إذ وُجد أن المرضى الذين يعانون من أعراض اكتئابية أكثر حدّة كانوا أكثر عرضة للمعاناة من فقدان الشهية والسلوكيات الغذائية المضطربة. كما أظهرت نتائج التحليل الإحصائي أن انخفاض تقدير الذات المرتبط بتغيرات الجسم الناتجة عن المرض والغسيل (مثل: التورم، تغير لون البشرة، فقدان الوزن أو زيادته) يسهم في تفاقم هذه السلوكيات.

عند الحديث عن صورة الجسم، عبّرت الحالة "ح" عن عدم رضاها الكامل عن شكلها الحالي حيث قالت: **«Ur qbileɣ ara iman-iw akka lliɣ, axaṭer maci akka i lliɣ, tura uɣaleɣ ttameḍɛafut, arniɣ la cicatrice-agi anda iyi-xedmen la fistule »**، بمعنى: "**لست راضية عن حالي لأنني لم أكن هكذا، لقد أصبحت نحيفة بالإضافة لهذه الندبة أين تم زرع هذا الناسور الشرياني**". وذكرت أنها كانت ترى نفسها سابقًا قوية المظهر وجذابة .الآن، تشعر بتغير واضح في جسدها من حيث النحافة المفرطة، شحوب البشرة، بعد خضوعها للغسيل الكلوي. هذا التغير أثر على شعورها بذاتها، وسبب لها انزعاجًا من بعض الأجزاء مثل الوجه والذراعين، خاصة الجانب الأيمن ففيه تم زرع الناسور الشرياني الوريدي.

رغم ذلك، لا تشعر بأنها مختلفة عن الآخرين في المظهر، لكنها تشعر بأن مرضها يجعلها أقل قدرة على الاندماج الكامل، تأثير المظهر على علاقاتها الاجتماعية محدود، لكنها تشعر أحيانًا بالحرج في

المناسبات العامة. حيث تشير الأدبيات النفسية والطبية الحديثة إلى أن تشوه صورة الجسم يُعد من المشكلات النفسية البارزة لدى مرضى القصور الكلوي، خاصة أولئك الخاضعين لجلسات الغسيل الكلوي المنتظمة، وهو عامل يُسهم في تقويض جودة الحياة والانخراط الاجتماعي. من بين الدراسات الحديثة المهمة في هذا المجال، دراسة نُشرت سنة 2022 في مجلة (Body Image) بعنوان: "Body image dissatisfaction and social withdrawal in hemodialysis patients: The mediating role of self–esteem and depression" للباحثين ''Flatt and al'' وتُبرز هذه الدراسة كيف أن مرضى القصور الكلوي، ولا سيما النساء منهم، يعانون من تغيرات جسدية تؤثر سلبًا على إدراكهم الذاتي وشعورهم بالقيمة الاجتماعية، وتشمل هذه التغيرات: فقدان أو زيادة الوزن، تغير لون الجلد، الانتفاخ، ظهور كدمات بسبب الحقن المتكرر، وتدهور المظهر الخارجي العام. ويؤدي ذلك إلى انشغال مفرط بالمظهر الخارجي والشعور بالخجل أو الحرج، ما ينتج عنه انسحاب اجتماعي تدريجي وتجنب للأنشطة الجماعية والعلاقات الاجتماعية. وجدت الدراسة أن عدم الرضا عن صورة الجسم لدى هؤلاء المرضى يرتبط ارتباطًا قويًا بانخفاض تقدير الذات، وارتفاع معدلات الاكتئاب، والقلق الاجتماعي، مما يخلق حلقة مفرغة تعمّق من العزلة النفسية. كما أن بعض المرضى أظهروا شعورًا بالاختلاف عن الآخرين وبالرفض أو الانزعاج من نظراتهم، وهو ما ولّد نوعًا من الوصم الذاتي الذي يعزز الانسحاب الاجتماعي ويؤثر سلبًا على التكيف مع المرض. كما أشارت النتائج إلى أن العامل الوسيط الأقوى بين تشوه صورة الجسم والانفصال الاجتماعي هو تدني تقدير الذات، حيث أن المريض الذي يشعر بأن جسده غير مقبول اجتماعياً يفقد الثقة في ذاته، ويبدأ في تفادي المواقف التي تتطلب تفاعلاً مع الآخرين، بما في ذلك المناسبات العائلية أو حتى زيارات المستشفى التي تتم في حضور مرضى آخرين. أوصت الدراسة بضرورة تضمين برامج العلاج النفسي لمرضى الغسيل الكلوي وحدات متخصصة في إعادة بناء صورة الجسد وتعزيز الدعم الاجتماعي والنفسي، من خلال مجموعات الدعم النفسي أو التدخلات المعرفية السلوكية التي تركز على الهوية الذاتية والصورة الجسمية.

❖ **عرض وتحليل نتائج مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة الرابعة:**

جدول رقم (13): يوضح نتائج مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة الرابعة.

	مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي
الأبعاد	**الدرجة المتحصل عليها**
النظام الغذائي و القيود الغذائية	51
الشره المرضي	29
التحكم في تناول الطعام	22
المجموع الكلي	**102**

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة "ح" تحصلت على درجة 102 في مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي. والتي تعتبر درجة مرتفعة نظرا لأن درجة عتبة مقياس EAT-26 هي الدرجة التي تساوي أو تزيد عن 20. حيث تُظهر الحالة مستوى مرتفعًا من الشره المرضي**(80.6%)** ، ما يعكس نمطًا من الأكل القهري يتبعه شعور بالذنب أو محاولات للتطهير. كما أن نسبة القيود الغذائية **(65.4%)**تشير إلى ممارسات مقيدة حيال الأكل، تنبع غالبًا من قلق حول الشكل والوزن. في المقابل، فإن بُعد التحكم في تناول الطعام يسجل أدنى نسبة**(52.4%)** ، ما يوحي بتذبذب واضح في القدرة على التحكم الذاتي، وقد يرتبط ذلك بالمزاج أو التوتر أو آثار المرض العضوي. الصورة النفسية لحالة حميدة تشير إلى نمط من السلوكيات المضطربة تجاه الأكل تتأرجح بين الحرمان والانفلات، وهي أنماط شائعة لدى مرضى القصور الكلوي، خاصة مع التوصيات الغذائية الصارمة وشعور المريض بفقدان السيطرة على جسده. ومنه يتبين أن الحالة تعاني من اضطراب فقدان الشهية العصبي.

❖ **عرض وتحليل نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الرابعة:**

جدول رقم (14): يوضح نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الرابعة.

مقياس صورة الجسم	
الدرجة المتحصل عليها	**الأبعاد**
16	تقبل أجزاء الجسم المعيبة
19	التناسق العام لأجزاء الجسم
20	المنظور النفسي لشكل الجسم
23	المنظور الاجتماعي لشكل الجسم
21	المحتوى الفكري لشكل الجسم
99	**المجموع الكلي**

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة "ح" تحصلت على درجة 99 في مقياس صورة الجسم. والتي تعتبر درجة مرتفعة مقارنة بالدرجة الكلية للمقياس، حيث تُظهر "ح" مستويات مرتفعة ومقلقة من تشوه صورة الجسم، خاصّة في الجوانب التالية: المنظور الاجتماعي :**(95.8%)** هذه النسبة المرتفعة جدًا تكشف عن قلق مفرط من نظرة الآخرين لجسدها، وقد يرتبط ذلك بمواقف سابقة من النقد أو المقارنة أو الإحراج، مما يرفع احتمالية الإصابة بالانسحاب الاجتماعي أو ضعف العلاقات العاطفية. المحتوى الفكري **(87.5%)**والمنظور النفسي :**(83.3%)** تدل هذه الأرقام على انشغال ذهني دائم ومكثف بصورة الجسد، وارتباطها بمشاعر سلبية تؤثر على التقدير الذاتي، وتزيد من هشاشة الهوية الجسدية. التناسق العام **(79.2%)**يكشف عن اهتمام حميدة بمظهرها العام وتناسق تفاصيل جسدها، ما يشير إلى معايير مثالية قد تكون غير واقعية تسعى لتحقيقها أو مقارنتها بالآخرين. في المقابل، نلاحظ أن تقبل الأجزاء المعيبة **(66.7%)**لا يزال منخفضًا نسبيًا مقارنة بالأبعاد الأخرى، وهو ما يدل على أن "ح" تجد صعوبة في قبول التغيرات الجسدية الناتجة عن المرض، خاصة تلك المرتبطة بجلسات غسيل الكلى أو الأعراض الجانبية لها.

هذه النتائج تؤكد أن "ح" تعاني من تشوه صورة الجسم بدرجة مرتفعة، وهي حالة قد تُفاقم أعراض اضطرابات الأكل أو تزيد من الخجل الجسدي والانزعاج الذاتي.

❖ **مناقشة الحالة:**

في ضوء نتائج المقابلة العيادية والمقاييس النفسية المعتمدة، تُظهر الحالة "ح" صورة نفسية مركّبة تعكس تأثيرات مزدوجة للمرض الجسدي المزمن (داء السكري ومرض القصور الكلوي) على البناء النفسي للإدراكات والتصورات الذاتية. تشير الدرجة المرتفعة في مقياس اضطرابات الأكل (102) إلى وجود اضطرابات سلوكية وانفعالية تتصل بعلاقتها بالطعام، ليست بالضرورة ناتجة عن رفض للأكل في ذاته، بل تتقاطع مع مشاعر القلق والتحكم وفقدان الشهية الناتج عن العلاج والغسيل الكلوي، ويتبين ذلك من خلال افادتها بأنها غالبا جدا ما تشعر بالقلق الشديد بشأن الطعام (البند 3)، بالإضافة إلى الشعور بالذنب والانزعاج عند تناول الأطعمة المخالفة للتوصيات الطبية، هذا ما يمكن ملاحظته في اجابتها على (البند 16) بأنها دائما ما تتجنب تناول الأطعمة التي تحتوي على الكثير من السكر و (البند 22) بأنها غالبا جدا ما تشعر بعد الارتياح بعد تناول الحلويات. يظهر من خلال المقابلة أن علاقة حميدة بالغذاء ليست فقط وظيفية، بل تتخذ بعدًا وجدانيًا دفاعيًا يعكس فقدان الإحساس بالسيطرة على الجسد والحياة، في ظل التبعية الصارمة للعلاج ونظامه الغذائي الصارم، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال ما صرحت به الحالة في اجابتها على (البند 17) حيث أنها دائما ما تحرص على تناول أطعمة خاصة بالحمية وأنها لا تجبر نفسها على اتباع نظام غذائي (البند 23).

أما الدرجة المرتفعة في مقياس صورة الجسم (99) فتدل على وجود تشوه إدراكي في تصورها الجسدي، متأثر بشكل واضح بالتغيرات الجسدية التي طرأت عليها منذ بدء الغسيل الكلوي، مثل فقدان الوزن، اصفرار البشرة، وانتفاخ الأطراف. هذا التغير لا يمثل فقط مصدر قلق جسدي، بل أصبح يشكّل تهديدًا لهويتها الأنثوية والأمومية، لا سيما أنها كانت ترى نفسها سابقًا في صورة القوة والحيوية. ما زاد من تعقيد هذا الشعور هو التناقض بين ما تظهره من تماسك أمام أسرتها وما تعانيه داخليًا من مشاعر فقدان، ضعف، ونفور عن الذات.

من الناحية النفسية، تعيش الحالة "ح" حالة من التكيف الجزئي، حيث يبدو أنها تجاوزت مرحلة الصدمة المباشرة بفضل وعيها الصحي والدعم الأسري، لكنها لم تبلغ بعد مرحلة التكيف الإيجابي الكامل، إذ تبقى رهينة لصراعات داخلية غير معلنة تتعلق بقيمتها الذاتية، وإحساسها بالتراجع التدريجي في أدائها الاجتماعي والشخصي. هذا الانقسام بين التقبل الظاهري والمعاناة الداخلية يعكس ما يُعرف بالهوية المزدوجة للمريض المصاب بمرض المزمن، حيث تستمر معاناة الفرد رغم انضباطه السلوكي مع العلاج.

ومنه يمكن اعتبار هذه المؤشرات كتأكيد على ضرورة التكفل العلاجي النفسي المتعدد الأبعاد، الذي لا يكتفي بالدعم المعرفي حول المرض، بل يتعداه إلى إعادة بناء صورة الذات، وتعزيز الثقة بالقدرة على التكيّف، وتفريغ الشحنة الانفعالية السلبية المرتبطة بالجسد والغذاء والعلاقات والتفاعلات الاجتماعية. كما أن إدماج العلاج النفسي الفردي (وخاصة المعرفي السلوكي) يمكن أن يكون فعالاً في تعديل الأفكار السلبية المرتبطة بالجسد والمرض، وتعزيز جودة الحياة النفسية للحالة.

❖ **خلاصة الحالة:**

تشكل حالة "ح"، امرأة تبلغ من العمر 52 سنة، نموذجًا معبّرًا عن المعاناة النفسية والجسدية المتقاطعة لمرضى القصور الكلوي، خاصة عند التعايش الطويل مع المرض ومضاعفاته. فقد شكّل تاريخها المرضي الممتد، بدءًا من إصابتها بداء السكري منذ حوالي 19 سنة، ثم تطوره إلى قصور كلوي في سن 45 عامًا، سياقًا زمنيًا طويلاً من التدهور الصحي التدريجي، مما ساهم في تشكّل نوع من التقبّل العقلي للمرض، دون أن يعني ذلك تكيّفًا نفسيًا تامًا. وأظهرت المقابلة العيادية أن الحالة "ح" تتمتع بدرجة من الصلابة النفسية والقدرة على الاستبصار بواقعها المرضي، غير أن هذه القوة الظاهرة تخفي خلفها هشاشة انفعالية واضحة تتجلى في القلق من المستقبل، الحزن الكامن، والضغط الناتج عن الالتزام الصارم بجلسات غسيل الكلى والتغيرات الجسدية المصاحبة لها. أما على مستوى علاقتها بالطعام، فقد أبانت عن سلوكيات تغذية متأثرة بالخوف من المضاعفات، ومصحوبة بمشاعر الذنب والقلق، مما يضعها في دائرة اضطراب فقدان الشهية بدرجة متوسطة إلى شديدة (درجة 102). كما عكست إجاباتها على مقياس صورة الجسم (درجة 99) تأثرًا كبيرًا بمظهرها الجسدي، الذي طرأت عليه تغيرات ملموسة نتيجة المرض والعلاج، ما انعكس على تصورها لذاتها الأنثوية والاجتماعية، رغم الدعم الأسري والاجتماعي الذي تتلقاه. وتبقى معاناتها الأساسية كامنة في التوتر بين التقبل الظاهري للمرض، والمعاناة الداخلية الصامتة التي تحتاج إلى رعاية نفسية من طرف أخصائي نفسي، بغية محاولة إعادة بناء ادراكاتها وتصوراتها لصورتها الجسمية وتعزيز الآليات الدفاعية والتكيفية التي لديها من صلابة نفسية وقوة شخصية...الخ خاصة مساعدتها على التنفيس وإخراج الشحنات السلبية التي تخبئها.

5. عرض الحالة الخامسة:

الحالة "م"، شاب يبلغ من العمر 28 سنة، أعزب، ذات مستوى جامعي. تم تشخيص إصابته بداء الذئبة الحمراء (Lupus) وهو في سن25 ، وهو مرض مناعي ذاتي مزمن يؤثر على أعضاء متعددة في الجسم، أبرزها الجلد والمفاصل والكلى. بعد أقل من سنة من تشخيص الذئبة، بدأت تظهر عليه علامات القصور الكلوي، حيث لاحظ انتفاخًا في الأطراف السفلى، إرهاقًا مفرطًا، وتغيرًا في لون البول .وبعد سلسلة من التحاليل، تأكدت إصابته بقصور كلوي حاد في عمر 26 سنة، ومنذ ذلك الحين يخضع لجلسات غسيل الكلى ثلاث مرات أسبوعيًا، كل جلسة تدوم أربع ساعات.

❖ **عرض وتحايل مضمون المقابلة العيادية مع الحالة:**

في بداية المقابلة، بدا "م" متوترًا وقلقًا. جلس بوضعية منحنية نوعًا ما، وكان صوته منخفضًا ونظرته غير مستقرة. حاول مرارًا التهرب من الحديث المباشر عن مشاعره، لكن مع تقدم المقابلة، بدأ يعبر بشكل تدريجي عن معاناته، خاصة بعد تشخيصه بمرض القصور الكلوي الحاد، حيث قال محمد: "**Makken iy-id-yenna ṭbib belli j'ai une insuffisance rénale , ḥulfaɣ am akken tekfa felli ddunnit , surtout quand ils m'ont annoncé que je dois m'achever à une hémodialyse, j'ai perdu espoir, la vérité kan ur d-imajiniɣ ara att qleb ddunnit-iw akka** " بمعنى: "**عندما قال لي الطبيب أنني مصاب بمرض القصور الكلوي، شعرت وكأن حياتي انتهت، خاصة لما قال بأنني سأحتاج لغسيل الكلى طوال حياتي، فقدت الأمل، لم أتخيل أن حياتي ستنقلب بهذا الشكل**". أوضح أن أكثر ما يقلقه هو فقدانه لحريته واستقلاليته، وأن يصبح عبئًا على عائلته. مصرحا بأن مرض الذئبة الحمراء هو السبب الذي أدى به للإصابة بالقصور الكلوي، قائلا: «**D lehlak-agi n Lupus i d ssebba iy-issawḍen helkeɣ lehlak-agi n les reins**» بمعنى: "**مرض الذئبة الحمراء هو السبب الذي أوصلني للإصابة بالقصور الكلوي**". إذ يُعد التهاب الكلية الذئبي (Lupus Nephritis – LN) أحد أخطر المضاعفات التي تصيب مرضى الذئبة الحمراء الجهازية، حيث يصيب ما يقارب 40% إلى 60% من المرضى. ويُعتبر التهاب الكلية الذئبي العامل الأساسي المؤدي إلى تطور الفشل الكلوي المزمن لدى هذه الفئة. حيث تشير الدراسة إلى أن الجهاز المناعي الذاتي ينتج أجسامًا مضادة موجهة ضد مكونات النواة، مما يؤدي إلى ترسبات مناعية في كبيبات الكلى، وتطور التهابات مزمنة فيها. في حال عدم العلاج المبكر، يمكن أن تتطور الحالة إلى

القصور الكلوي النهائي، ما يستدعي اللجوء إلى غسيل الكلى أو زراعة الكلية. ذلك ما توصلت اليه دراسة Bendada & Bousalem (2023).

كما عبر عن خوفه الدائم من الموت، قائلًا–**Tikwal ad ṭsaɣ ad ttxemmimeɣ est**» : «**ce–que ad d–kreɣ azekka** بمعنى أنه: "**أحيانًا أنام وأتساءل إن كنت سأستيقظ غدًا**". يعاني "م" من نوبات حزن شديدة، وأفاد بأنه يبكي غالبًا بعد العودة من جلسات الغسيل الكلوي، التي وصفها بـ "القاتلة نفسيًا وجسديًا". ويعترف بصعوبة تقبله للمرض، مشيرًا إلى أنه بالرغم من مرور عامين، إلا أن جزءًا منه لا يزال يرفض فكرة أن هذا سيكون واقعه مدى الحياة، وقد أفاد بأنه غالبا ما يشعر بالغضب الشديد وكثرة الانشغال والتفكير في وضعه الصحي. هذا ما تشير اليه بعض الدراسات، منها نذكر دراسة " رملي" (2019) الى ان العجز الكلوي من الامراض المزمنة التي تعصف بالإنسان والتي تجعله عرضة لكثير من الضغوط النفسية كالقلق والتوتر والصدمات والتي تؤثر بدورها على حياة المريض بشكل عام نتيجة وضعه الصحي ومعاناته المستمرة مع أجهزة الغسيل الكلوي، فهو لا يقتصر على فئة معينة فقط وانما على جميع الفئات (أطفال، شباب، نساء ورجال) ولجميع الاعمار لان هذا المرض لا يقتصر على ناحية واحدة وانما على جميع النواحي (الصحية، الاجتماعية و النفسية) ومن بين الاعراض النفسية التي يعاني منها المريض نذكر منها كثرة التفكير، انخفاض الروح المعنوية، الانعزال، سرعة الغضب، وتعتبر هذه الاعراض ضغوطا نفسية تكتسي المريض المصاب بالقصور الكلوي.

يضيف "م" أن ما يساعده على التكيف هو دعم والدته وبعض أصدقائه المقربين، بالإضافة إلى انخراطه مؤخرًا في جلسات علاج نفسي. أما بالنسبة للذئبة الحمراء، أشار إلى أنها أقل تأثيرًا على نفسيته مقارنة بالقصور الكلوي، رغم ما تسببه من آلام المفاصل وتقرحات جلدية، ويعتبر مرض الذئبة "ظلًا ثقيلاً" لكنه تمكن من التعايش معها، بعكس مرض القصور الكلوي الذي يقيد كل تفاصيل حياته.

عند سؤاله عن مفهوم اضطرابات الأكل، قال محمد إنه لا يعرف الكثير عنها لكنه حقا لاحظ أنه فقد شهيته منذ بداية مرضه، وأوضح ذلك قائلا: «**Segmi sɛiɣ l'insuffisance rénale agi, ala ttfiqiɣ belli uɣaleɣ di lmakla, setteɣ kan lqut akken ad beddeɣ, obligé, wamma l'appétit ulac**» بمعنى: **" أحيانًا أجبر نفسي على الأكل فقط لأني أعلم أن جسمي يحتاج للطاقة"** .لاحظ انخفاضًا كبيرًا في وزنه، ويشعر بالخوف من أن يؤدي الأكل الزائد إلى مضاعفات

صحية، لذلك يتعمد أحيانًا على تقليل كمية الطعام رغم إحساسه بالجوع. يتبع "م" نظامًا غذائيًا صارمًا وضعه طبيب التغذية، ويشعر بالذنب عند تجاوزه .أما عن الرغبة في التقيؤ، فغالبا جدا ما يشعر بالغثيان بعد تناول الوجبات.

عندما تحدث عن صورة جسمه، بدا عليه التأثر الشديد، قال باستهزاء: **«Zik lliɣ sɛiɣ les formes, j'étais bien musclé hhhhh… Ma d tura uɣalaɣ hezlaɣ , ḍaɛfeɣ»** بمعنى: **"كنت أملك بنية قوية هههه… الآن أصبحت أشبه بشخص هزيل وضعيف"** يشعر بانزعاج كبير من ضعف عضلاته، تساقط شعره، وشحوب بشرته .يقر بأنه غير راض عن جسده الحالي، ويشعر باختلاف واضح عن أقرانه .كما أن هذا الشعور أثر على ثقته بنفسه، وعلاقاته الاجتماعية والعاطفية، حيث أشار إلى أنه تجنب الدخول في أي علاقة خوفًا من نظرة الطرف الآخر إلى حالته. هذا ما ورد في مجلة "رعاية الكلى 50"من قبل ''Ofori–Ansah'' (2024) وتناولت الدراسة تجارب ومشاعر الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و30 عامًا المصابين بمرض القصور الكلوي المزمن والذين يخضعون لجلسات غسيل الكلى. ومن أبرز المواضيع التي ظهرت في المقابلات مع المشاركين: الخوف من الرفض العاطفي بسبب الحالة الجسدية المرتبطة بالعلاج (مثل: القسطرة، النحافة، الإرهاق). القلق من عدم القبول في الزواج بسبب التصورات السلبية عن المرض المزمن. انخفاض تقدير الذات الناتج عن الشعور بالاختلاف أو الضعف الجسدي. الخجل من الحديث عن المرض مع الطرف الآخر، خاصة عند بداية علاقة جديدة. الشعور بالذنب أو القلق من أن يكونوا عبئًا في علاقة طويلة الأمد.

❖ **عرض وتحليل نتائج مقياس EAT–26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة الخامسة:**

جدول رقم (15): يوضح نتائج مقياس EAT–26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة الخامسة.

	مقياس EAT–26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي
الأبعاد	**الدرجة المتحصل عليها**
النظام الغذائي والقيود الغذائية	57
الشره المرضي	28
التحكم في تناول الطعام	22
المجموع الكلي	**107**

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة "م" تحصلت على درجة 107 في مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي. والتي تعتبر درجة مرتفعة نظرا لأن درجة عتبة مقياس EAT-26 هي الدرجة التي تساوي أو تزيد عن 20. حيث يسجل "م" نسبة مرتفعة في بُعد النظام الغذائي والقيود الغذائية**(73.1%)** ، ما يشير إلى سلوك مفرط في مراقبة الطعام والخوف من السمنة، وهو شائع عند من يعانون من صراعات داخلية بشأن صورة الجسد والسيطرة. كذلك، فإن الشره المرضي **(77.8%)** يظهر أنه عرضة لنوبات من فقدان السيطرة على الأكل تتبعها مشاعر الذنب وربما سلوكيات تعويضية غير صحية. أما التحكم في تناول الطعام **(52.4%)** فيمثل أدنى نسبة، ما قد يُشير إلى ضعف القدرة على تنظيم العلاقة مع الغذاء نتيجة عوامل نفسية مثل التوتر، الحزن، أو الشعور بالعجز الناتج عن مرضه العضوي (القصور الكلوي والذئبة الحمراء). ويعكس هذا النمط اضطرابًا واضحًا في العلاقة بين الغذاء والجسد والنفس. ويُبرز كيف أن مرضًا عضويًا مزمنًا يُمكن أن يُعيد تشكيل التصورات الذاتية للمريض حول جسده وحاجاته الأساسية. ومنه يتبين أن الحالة تعاني من اضطراب فقدان الشهية العصبي.

❖ **عرض وتحليل نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الخامسة:**

جدول رقم (16): يوضح نتائج مقياس صورة الجسم للحالة الخامسة.

مقياس صورة الجسم	
الدرجة المتحصل عليها	**الأبعاد**
19	تقبل أجزاء الجسم المعيبة
18	التناسق العام لأجزاء الجسم
17	المنظور النفسي لشكل الجسم
21	المنظور الاجتماعي لشكل الجسم
20	المحتوى الفكري لشكل الجسم
95	**المجموع الكلي**

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة "م" تحصلت على درجة 95 في مقياس صورة الجسم. والتي تعتبر درجة مرتفعة مقارنة بالدرجة الكلية للمقياس، حيث تُظهر الحالة "م" مستوى مرتفعًا من تشوه صورة الجسم، مع نسب مقلقة في أبعاد متعددة: أعلى نسبة كانت في البُعد الاجتماعي**(87.5%)** ، ما يدل على أن "م" يعاني من قلق اجتماعي عالٍ متعلق بمظهره الخارجي، وقد يكون هذا مرتبطًا بتجربة شعوره بالنقص

أو نظرات الآخرين إليه منذ إصابته بالقصور الكلوي. كما أن البُعد المعرفي **(83.3%)** المرتبط بالمحتوى الفكري للجسد يشير إلى انشغال دائم بصورة الجسم، وأفكار متكررة ومستمرة حول التغيرات الجسدية التي طرأت عليه بسبب المرض. البُعد النفسي **(70.8%)** يعكس تأثر الجانب الانفعالي والشعوري تجاه المظهر، ما قد يكون له علاقة بتدني احترام الذات وظهور مشاعر الإحباط، الخجل أو القلق الشخصي. التناسق العام **(75%)** يظهر أن "م" أيضًا يُقيّم نفسه استنادًا إلى مدى "التماثل" أو "المثالية" الجسدية، مما يُعزز الأفكار السلبية إذا شعر بأن جسده لم يعد كما كان. على الرغم من أن تقبل أجزاء الجسم المعيبة **(79.2%)** يعتبر مقبولًا نسبيًا، إلا أن ارتفاعه هنا لا يعكس بالضرورة الرضا، بل قد يعبر عن إدراك واعٍ لهذه العيوب بدون تقبل عاطفي حقيقي لها. وتشير هذه النتائج إلى أن "م" يعيش صراعًا داخليًا واضحًا بين صورته الجسدية قبل وبعد الإصابة، وهو ما يتقاطع مع الدراسات التي توضح أن مرضى القصور الكلوي، خصوصًا الذكور في سنّ النشاط الاجتماعي والمهني، يكونون أكثر عرضة لتشوه صورة الجسم نظرًا لفقدانهم الإحساس بالقوة أو السيطرة على الجسد.

❖ **مناقشة الحالة:**

تُظهر الحالة الإكلينيكية للحالة "م"، البالغ من العمر 28 سنة، مجموعة من التعقيدات النفسية والانفعالية التي تعكس تفاعله مع تجربته المرضية المركبة والممتدة، والتي بدأت منذ تشخيصه بداء الذئبة الحمراء في سن 25 سنة، وتفاقمت عند تطور المرض إلى القصور الكلوي في سن 26 سنة. المعاناة الجسدية الناتجة عن الالتهابات المزمنة، الإرهاق الدائم، وفقدان السيطرة على الوظائف العضوية، رافقتها اضطرابات على المستوى النفسي والوجداني. عند تحليل نتائج المقاييس النفسية التي خضع لها، نلاحظ أن "م" حصل على درجة مرتفعة **(107)** في مقياس اضطرابات الأكل EAT-26، مما يشير إلى وجود مؤشرات قوية لاضطرابات من النمط العصبي المرتبطة بالشهية والصورة الجسدية. كذلك، تشير نتيجته في مقياس صورة الجسم **(95)** إلى مستوى عالٍ من عدم الرضا الجسدي وتشوه في إدراكه لذاته البدنية. وهذه النتائج لا تُقرأ بشكل معزول، بل تعكس تفاعل الحالة "م" مع ظروفه الجسدية الجديدة، خصوصًا بعد خضوعه المنتظم لجلسات غسيل الكلى، وما يتبعها من تغيرات في المظهر (مثل: فقدان الوزن، شحوب البشرة، آثار القسطرة على الذراع، والإرهاق الظاهر على الوجه خصوصا والجسد عموما). خلال المقابلة الإكلينيكية، عبر "م" عن مشاعر الإحباط والانغلاق عن الذات، حيث وصف صدمة تشخيصه بالقصور الكلوي بأنها "الانفجار الثاني"، بعد تشخيص الذئبة الحمراء. عبّر عن شعور دائم بالحزن، وشبه يومه بـ

«الدوران في حلقة من الألم والمواعيد الطبية» أبدى قلقًا شديدًا من الموت المبكر، خاصة وأنه على دراية بتطورات الذئبة الحمراء ومضاعفات القصور الكلوي من خلال تجارب الآخرين خاصة المرضى الذين يلتقي بهم أيام جلسات غسيل الكلى. هذه المعطيات تتفق مع نتائج الدراسات التي تربط الأمراض المزمنة طويلة الأمد بارتفاع مؤشرات القلق الوجودي والاكتئاب التفاعلي لدى الشباب.

فيما يخص اضطرابات الأكل، أشار "م" إلى فقدان شهيته بشكل تدريجي منذ بداية العلاج بغسيل الكلى، معتبراً أن الطعام أصبح امرا حتميا فقط، خالياً من المتعة، ما انعكس في سلوكه الغذائي، حيث أصبح يتجنب تناول الطعام حتى مع احساسه بالجوع، ويشعر بالذنب بعد الأكل، ويخاف من اكتساب وزن قد يفاقم حالته الطبية أو يتسبب في "ضغوط او مضاعفات أخرى على الكلى". هذه المشاعر توحي بوجود تفكير غذائي مهووس بالرقابة والحرمان، وهي من أهم مؤشرات فقدان الشهية العصبي، خاصة عندما تكون ناتجة عن اعتقاد راسخ بأن البنية الجسدية النحيلة (النحيفة) تحمي من الانتكاسات أو التعقيدات الصحية.

أما على مستوى صورة الجسد، فقد أبدت الحالة "م" تغيّرات ملحوظة في تصوراته عن ذاته الجسدية .قبل المرض، وصف نفسه بـ «الشاب النشيط، الوسيم، الرياضي» ، أما الآن، فهو "شخص ضعيف، شاحب، غير جذاب، لا يليق حتى في الدخول في علاقة أو الزواج"، وعبّر عن عدم رضاه عن نحافة جسده، وشحوب بشرته، والأجهزة الطبية المرتبطة به من أنابيب الغسيل، آثار الإبر...الخ. وشعر بأنه مختلف عن أقرانه، ما ولّد نوعاً من الانسحاب الاجتماعي والعاطفي لديه. كما أن خوفه من الرفض أو الشفقة يمنعه من محاولة الدخول في علاقات عاطفية، رغم رغبته في ذلك. هذه التصورات تمثل تشوهًا واضحًا لصورة الجسد، ليس فقط على مستوى الشكل، بل على مستوى الهوية الاجتماعية والعاطفية، مما يضعف شعوره بالكفاءة الذاتية والجاذبية الشخصية.

ومنه يمكن اعتبار إن التقاء عوامل عدة: (طول مدة المرض، التغيرات الجسدية، فقدان الإحساس بالسيطرة، ضعف الدعم العاطفي، والخوف من المستقبل)، جميعها ساهمت في تكوين أرضية نفسية خصبة لظهور اضطرابات الأكل وتشوه صورة الجسد .هذه الاضطرابات ليست مجرد أعراض نفسية جانبية، بل آليات دفاعية يطورها الفرد في محاولته للتكيف مع فقدان المعايير السابقة للهوية، التحكم، والجاذبية.

❖ **خلاصة الحالة:**

تشير الحالة "م"، البالغ من العمر 28 سنة والمصاب بداء الذئبة الحمراء منذ سن 25 سنة، والذي تطور لاحقًا إلى القصور الكلوي الحاد، إلى تعقيد متعدد الأبعاد يجمع بين المعاناة الجسدية، والصراعات النفسية، والضغوط الاجتماعية. كشفت المقابلة العيادية والمقاييس النفسية أن "م" يعيش صراعًا داخليًا عميقًا مع مرضه، يتجلى في مشاعر الحزن، القلق، الإحباط، وتدهور تقديره لذاته، بالإضافة إلى ميله للانسحاب الاجتماعي والعاطفي. أظهرت نتائج المقاييس النفسية حصوله على درجة مرتفعة في مقياس اضطرابات الأكل **(107)** مما يدل على وجود سلوكيات غذائية غير سوية مرتبطة بفقدان الشهية والخوف من اكتساب الوزن، وهي غالبًا ناتجة عن التغيرات الجسدية والنفسية المصاحبة لغسيل الكلى. كما سجل "م" درجة عالية في مقياس صورة الجسم**(95)** ، ما يعكس معاناة حقيقية من تشوه صورة الجسم، وعدم تقبله لشكله الحالي بعد المرض، وما ترتب عليه من فقدان الثقة بالنفس وانخفاض الشعور بالكفاءة الاجتماعية والعاطفية.

من خلال تحليل الحالة، يمكن القول إن تجربة المرض عند "م" ليست محصورة في الجانب البيولوجي فقط، بل تشمل أبعادًا نفسية وجودية تمس الهوية، والقبول الذاتي، والصورة الاجتماعية. وعليه، فإن حالة "م" تمثل نموذجًا حيا للتأثير المتبادل بين الأمراض المزمنة العضوية والاضطرابات النفسية المصاحبة لها، خصوصًا في فئة الشباب الذين يمرون بمرحلة حرجة من تكوين الذات وتثبيت الهوية العاطفية والاجتماعية.

6. عرض الحالة السادسة:

الحالة "أ" شاب أعزب في منتصف الثلاثينات، يبلغ من العمر 35 سنة، غير متزوج، مستواه الدراسي ثانوي. تم تشخيصه بمرض القصور الكلوي المزمن منذ خمس سنوات، ويتلقى علاج غسيل الكلى بشكل منتظم. تم استشفاؤه عدة مرات في مستشفى الأمراض العقلية بسبب نوبات هذيان حادة ناتجة عن تراكم السموم (الأوريميا) بسبب فشل كلوي متقدم، حاليا يتلقى العلاج النفسي في البيت بمساعدة أخيه الذي يقدم له الرعاية. يعيش "أ" حالة من التدهور النفسي نتيجة المرض المزمن، خاصةً في ظل العزلة الاجتماعية التي فرضها عليه العلاج المتكرر.

❖ **عرض وتحايل مضمون المقابلة العيادية مع الحالة:**

تم اجراء المقابلة العيادية في مستشفى الأمراض العقلية "فرنان الحنفي" ب "واد عيسي" ولاية "تيزي وزو"، بالتحديد في خدمة البالغين، وحدة "الذكور"، حيث أتت الحالة "أ" برفقة أخيها لمقابلة الطبيب العقلي بغية مواصلة العلاج النفسي والنظر الى ما اذا كان هناك تحسن في حالة المريض أم هناك انتكاس علاجي. استهلنا اللقاء بتقديم أنفسنا وأننا مقبلين على اعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس الصحة، طلبنا الاذن من المختصة النفسية ومن الحالة، للمباشرة في اجراء المقابلة وذلك بطرح البعض من الأسئلة والاجابة عليها بكل حرية ومن دون ضغط، مع التأكيد على الحفاظ على السرية التامة لكل ما يبدر من الحالة.

أظهرت المقابلة مع الحالة "أ"، صورة سريرية ونفسية مركبة تتقاطع فيها أعراض المعاناة الجسدية والنفسية والذهنية (العقلية). دخل أحمد إلى مستشفى الأمراض العقلية بعد تدهور حاد ومفاجئ في حالته السلوكية والإدراكية، استدعى التدخل العاجل من طرف أسرته، حيث أحضره أخوه الكبير إلى قسم الاستعجالات النفسية بعد أن لاحظ عليه تغيرات غريبة في السلوك، تمثلت في اضطرابات في الإدراك الزماني والمكاني، صعوبة في التركيز، وهلوسات بصرية وسمعية، إضافة إلى نوبات من الهيجان النفسي والحركي تخللتها فترات من الانسحاب التام وفقدان الاستجابة وردود الفعل في الحياة اليومية. وقد ذكر أخ الحالة "أ" أنه "بدأ يتحدث مع أشخاص غير موجودين"، ويبدو عليه "الارتباك وعدم التمييز بين الواقع والخيال" في قوله: **«Yuɣal astiniḍ il fait pas la différence entre où il est et depuis quand, en plus d'une déconcentration …. Yuɣal cɣul am akken yettwali**

wissen acu ig–ttwali, yaɣleb ayen i–ihedder iy–iman–is i–aɣ–d–ihedder i nukni. Cḥal d abrid it–walaɣ ihedder akk weḥdes ». فمن منظور علم النفس العيادي، تُشير هذه الأعراض إلى نوبة هذيان حاد (Acute Delirium) من النوع الهيجاني (Hyperactive Type)، الذي يتميز بفرط النشاط الحركي، العصبية، والعدوانية أحيانًا، وهو النوع الأكثر ظهورًا والأسرع في لفت انتباه المحيط، بخلاف النوع الكامن (Hypoactive) الذي قد يُغفل تشخيصه. وقد جاء الهذيان في سياق طبي عضوي معروف، يتمثل في القصور الكلوي المزمن، حيث يسبب تراكم الفضلات والسموم مثل اليوريا في الدم ما يُعرف بالهذيان اليوريمي (Uremic Delirium) وتؤكد دراسة Miskulin et al. (2020)أن الهذيان يصيب ما يقارب 10–30٪ من مرضى القصور الكلوي، خاصة عند وجود اختلال في توازن الكهارل، وارتفاع اليوريا، وتراكم الفضلات الأيضية، مما يؤثر على الوظائف العصبية المركزية. كما أشارت مراجعة حديثة لـ Saran et al. (2023) إلى أن اضطرابات الوعي مثل الهذيان ترتبط ارتباطًا وثيقًا بزيادة معدلات دخول المستشفيات، تدهور جودة الحياة، وتفاقم الأعراض النفسية كالاكتئاب والقلق لدى مرضى الغسيل الكلوي.

تشير كذلك الدراسات الحديثة في علم النفس العصبي إلى أن الفشل الكلوي المزمن يؤثر مباشرة على الدماغ من خلال اختلال التوازنات الكيميائية (مثل الصوديوم، البوتاسيوم، الكالسيوم)، ما يؤدي إلى تغير في الوظائف المعرفية والانفعالية. أما من الجانب الدينامي والنفسي، يمكن تفسير هذه النوبة كنوع من الانهيار النفسي المعقد الناتج عن التراكم المزمن للقلق الوجودي، والإرهاق النفسي، والشعور بالعجز إزاء مرضه الطويل. فالهذيان ليس فقط تعبيرًا عن اختلال عضوي دماغي، بل هو أيضًا (وفق نظرية التحليل النفسي الحديثة) هو انفجار لاواعي نتيجة فشل آليات الدفاع النفسي (كالكبت أو الإنكار) أمام ضغوط المرض والموت والتغير الجسدي المستمر، وهو ما يفسر ظهور الأعراض الذهانية المفاجئة عند "أ" بعد سنوات من التراكمات. (Pang et al,. 2022).

فيما بعد، وعند استقرار حالته نوعا ما، برز في حديث الحالة "أ" بعدٌ نفسي عميق يوحي باضطراب في التكيف مع المرض، حيث قال: **«Ttagadeɣ ad mmtaɣ, je suis désespéré, uɣaleɣ ur ḥemleɣ ara ad xalḍaɣ lɣaci, je préfère rester seul, ad ḥezneɣ, ad ttruɣ melmi bɣiɣ, ulac anwa ara ɣadeɣ »** بمعنى: **" أشعر بالقلق الدائم من الموت، وأشعر باليأس، والانسحاب الاجتماعي، حيث أفضل البقاء لوحدي وأشعر بالحزن والبكاء بكل حرية دون أن**

يشفق علي أحد"، وهي أعراض تتماشى مع مؤشرات الاكتئاب السريري. وتبين دراسات متعددة، مثل دراسة Chilcot et al., (2022)، أن مرضى القصور الكلوي المزمن يعانون من معدلات مرتفعة من الاضطرابات النفسية، حيث تم تسجيل أن 30 إلى 50% منهم يعانون من اكتئاب متوسط إلى حاد، غالبًا بسبب القيود الجسدية، فقدان الاستقلالية، والخوف من الموت المفاجئ أثناء أو بعد جلسات الغسيل الكلوي.

بالإضافة إلى ذلك، تشير المقابلة إلى أن الحالة "أ" تعاني من اضطرابات أكل متوافقة مع فقدان الشهية العصبي، وهي حالة نادرة نسبيًا عند الذكور لكنها ممكنة خاصة في سياق الأمراض المزمنة. وصف المريض انخفاضًا شديدًا في الشهية، فقدانًا ملحوظًا في الوزن، شعورًا بالذنب عند الأكل، واعتماد نظام غذائي قهري وصارم، وهو ما تؤكده دراسة Marco et al. (2023) التي كشفت أن 35% من مرضى الفشل الكلوي المزمن يعانون من درجات متفاوتة من اضطرابات الأكل، تتفاقم بسبب النظام الغذائي الصارم، اضطراب التوازن الهرموني، وتداخل الأدوية مع آليات الشهية. كما أن تراجع استهلاك البروتينات والسوائل بناءً على نصائح طبية صارمة، يعزز مشاعر الخوف من تناول الطعام، مما قد يتطور إلى سلوك قهري بالامتناع الإرادي عن الأكل كوسيلة "للتحكم" فيما تبقى من الجسد.

وعند الحديث عن صورة الجسد، أبدى "أ" عدم رضا واضح عن مظهره الخارجي، متحدثًا عن شحوب وجهه، نحافة أطرافه، وانتفاخ بطنه، وهي كلها تغيرات جسدية مألوفة لمرضى القصور الكلوي المزمن، ناتجة عن فقدان كتلة العضلات، سوء التغذية، وتراكم السوائل. يصف أحمد شعورًا بالانفصال عن جسده، يقول: «ماوليتش نعرف روحي، نحس روحي مريض وماشي نورمال " بمعنى: "لم أعد أعرف من أنا، أشعر أنني جسد مريض غريب ".وهذا ما يتوافق مع تشوه صورة الجسم، الذي أكدته العديد من الدراسات مثل دراسة Bonner et al. (2022) أنه شائع لدى مرضى الغسيل الكلوي ويؤثر سلبًا على تقدير الذات، الحالة النفسية، والرغبة في التفاعل الاجتماعي، خصوصًا في فئة الذكور الذين يميلون إلى إخفاء هذا الانزعاج لاعتبارات ثقافية أو اجتماعية. وقد أشار "أ" إلى تجنبه للعلاقات العاطفية بسبب "الخجل من مظهره"، وهو ما يكشف عن تدهور إدراك الذات الجسدية والعاطفية، ويتماشى مع ما أظهرته دراسة Gonzalez et al. (2021) بأن ضعف صورة الجسد يُعد من العوامل المرتبطة بتراجع الحياة العاطفية والجنسية لدى مرضى القصور الكلوي، نتيجة لتغيرات جسدية محسوسة كالشحوب، الندوب، والضعف العام.

❖ **عرض وتحليل نتائج مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة السادسة:**

جدول رقم (17): يوضح نتائج مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي للحالة السادسة.

	مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي
الأبعاد	**الدرجة المتحصل عليها**
النظام الغذائي و القيود الغذائية	61
الشره المرضي	30
التحكم في تناول الطعام	23
المجموع الكلي	**114**

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة "أ" تحصلت على درجة 114 في مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي. والتي تعتبر درجة مرتفعة نظرا لأن درجة عتبة مقياس EAT-26 هي الدرجة التي تساوي أو تزيد عن 20. حيث سجل "أ" أعلى نسبة في الشره المرضي**(83.3%)** ، ما يدل على معاناة واضحة من نوبات الأكل القهري، التي يُحتمل أن تُتبع بمشاعر ندم أو لوم للذات. كما تُشير نسبة القيود الغذائية **(78.2%)** إلى سيطرة عالية للأفكار المرتبطة بالحمية والوزن، والتي غالبًا ما تكون دفاعًا نفسيًا لتعويض الإحساس بالعجز الجسدي أو فقدان السيطرة. بينما تُظهر نسبة التحكم في الأكل **(54.8%)** ضعفًا نسبيًا، ما يعكس صراعًا بين الرغبة في الأكل والشعور بالذنب المرتبط به، وهو ما قد يؤدي إلى تقلبات حادة في السلوك الغذائي. في حالة "أ"، يبدو أن الضغط النفسي المرتبط بمرض القصور الكلوي المزمن ومدة العلاج الطويلة قد ساهم بشكل واضح في تعزيز صورة سلبية عن الذات الجسدية، والانخراط في سلوكيات غذائية مضطربة، وذلك في محاولة لإثبات السيطرة والهوية وسط واقع مرضي قاسٍ. ومنه يتبين أن الحالة تعاني من اضطراب فقدان الشهية العصبي.

❖ **عرض وتحليل نتائج مقياس صورة الجسم للحالة السادسة:**

جدول رقم (18): يوضح نتائج مقياس صورة الجسم للحالة السادسة.

مقياس صورة الجسم	
الدرجة المتحصل عليها	**الأبعاد**
17	تقبل أجزاء الجسم المعيبة
19	التناسق العام لأجزاء الجسم
23	المنظور النفسي لشكل الجسم
21	المنظور الاجتماعي لشكل الجسم
20	المحتوى الفكري لشكل الجسم
100	**المجموع الكلي**

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة "أ" تحصلت على درجة 100 في مقياس صورة الجسم. والتي تعتبر درجة مرتفعة مقارنة بالدرجة الكلية للمقياس، حيث تُظهر نتائج "أ" مستوى مرتفعًا ومقلقًا من تشوه صورة الجسم، مع تركيز عالٍ على البُعد النفسي والاجتماعي والفكري، وهو ما يعكس معاناة داخلية عميقة ناتجة عن التجربة الجسدية والنفسية التي فرضها عليه مرض القصور الكلوي. أعلى نسبة كانت في المنظور النفسي **(95.8%)**، وهي دلالة واضحة على أن أحمد يمر بحالة صراع نفسي شديد مرتبط بجسده، وقد تشمل مشاعر مثل الاشمئزاز من الذات، عدم الرضا، وانخفاض الثقة بالنفس. المنظور الاجتماعي **(87.5%)** يُشير إلى أن "أ" أيضًا يعاني من نظرة المجتمع أو المحيط له، ربما بسبب فقدان وزنه أو تغير مظهره نتيجة لغسيل الكلى، مما قد يؤدي إلى انسحاب اجتماعي أو تجنب اللقاءات. المحتوى الفكري **(83.3%)**يعكس وجود أفكار مفرطة وثابتة تتعلق بشكل الجسم، غالبًا ما تكون سلبية، مثل القلق من أن يبدو "مختلفًا" أو "غير طبيعي." أما تقبل العيوب الجسدية **(70.8%)** فيُظهر أن "أ" لم يصل بعد إلى مستوى من التصالح مع التغيرات التي طرأت على جسده، سواء بفعل المرض أو العلاج. وتؤكد هذه المؤشرات أن "أ"، مثل العديد من مرضى القصور الكلوي، يعاني من صورة جسدية مشوهة تؤثر على نظرته لنفسه وعلى علاقاته مع محيطه .هذا النوع من الاضطرابات يتقاطع مع ما ذكرته الدراسات الحديثة مثل دراسة Khalil et al. (2022) التي أثبتت أن صورة الجسم السلبية ترتبط ارتباطًا مباشرًا بالاكتئاب والقلق عند مرضى الغسيل الكلوي.

❖ **مناقشة الحالة:**

تشير حالة "أ" إلى تداخل واضح بين التأثيرات النفسية لمرض القصور الكلوي وتأثيره العضوي والعقلي. يظهر أن تراكم السموم، إلى جانب الضغط النفسي والاجتماعي المرتبط بجلسات الغسيل الكلوي، قد ساهم في ظهور أعراض اضطراب الهذيان، وهو ما استدعى استشفاءه في مصلحة الأمراض العقلية. في وقت مضى. من جهة أخرى، تعكس المقابلة العيادية وجود اضطراب فقدان الشهية العصبي بدرجة متقدمة، وهو أمر نادر نسبيًا عند الذكور، لكنه أكثر شيوعًا في حالات المرضى المزمنين الذين يعانون من تدهور في صورة الذات ونفور من الغذاء بسبب القيود الصارمة على الحمية العلاجية.

تشير درجة 114 على مقياس اضطرابات الأكل إلى سلوكيات قهرية تجاه الأكل، مصحوبة بمشاعر الذنب والخوف من الطعام، مما يزيد من فقدان الوزن ويؤدي إلى تفاقم الحالة الصحية. كذلك، درجة 100 على مقياس صورة الجسم تعكس إدراكًا مشوهًا لصورة الجسد، وشعورًا بعدم الكفاية، مما ينعكس على علاقاته الاجتماعية والعاطفية، ويغذي الشعور بالعزلة.

هذا التداخل بين القصور الكلوي واضطرابات الأكل وتشوه صورة الجسم يعكس معاناة نفسية مركبة تحتاج إلى تدخل متعدد التخصصات (نفسي، طبي واجتماعي) لضمان تحسين جودة حياة المريض.

❖ **خلاصة الحالة:**

تمثل حالة "أ"، البالغ من العمر 35 سنة، والمصاب بمرض القصور الكلوي المزمن منذ خمس سنوات، نموذجًا إكلينيكيًا معقدًا لتداخل الأبعاد النفسية، الجسدية، والعصبية في إطار مرض مزمن منهك. فقد كشفت المقابلة العيادية أن المعاناة النفسية لدى "أ" لم تكن مجرد استجابة طبيعية للمرض، بل تطورت إلى اضطرابات نفسية نوعية، تجسدت في شكل هذيان حاد من النوع الهيجاني، ناتج عن تراكم السموم في الدم، والذي تطلب استشفاءً عاجلًا بمستشفى الأمراض العقلية.

كما اتضح من خلال المقابلة العيادية، أن "أ" يعاني من أعراض اكتئابية، تتمثل في الحزن والقلق المستمر، الخوف من الموت، وضعف التقبل لمرضه، مع انسحاب اجتماعي واضح وفقدان المعنى الشخصي في الحياة. كما أظهر حديثه مؤشرات واضحة على اضطراب في السلوك الغذائي يصنف في اضطراب فقدان الشهية العصبي، خاصة من حيث تقليل الأكل عمدًا، الشعور بالذنب بعد تناول الطعام، والخوف من

اكتساب الوزن رغم انخفاض كتلته الجسدية بشكل ملحوظ. أما على مستوى صورة الجسم، فيُعاني "أ" من تشوهات معرفية وانفعالية في إدراكه لذاته الجسدية، حيث يعبر عن عدم رضاه عن شكله، ويشعر بالاختلاف عن الآخرين، مما أثر سلبًا على تقديره لذاته وحرمانه من الدخول في علاقات اجتماعية أو عاطفية طبيعية.

النتائج الكمية على مقياسي اضطرابات الأكل (114) وصورة الجسم (100) تؤكد ما تم رصده سريريًا، وتضع الحالة ضمن الفئة عالية الخطورة من حيث الحاجة إلى تدخل نفسي، يشمل العلاج السلوكي المعرفي، الدعم الغذائي، وإعادة تأهيل الصورة الذاتية. وتبرز هذه الحالة أهمية تكامل العلاج العضوي والنفسي والاجتماعي في التعامل مع أمراض مزمنة مثل القصور الكلوي، خاصة عند ظهور مضاعفات نفسية حادة كالهذيان واضطرابات التكيف.

باختصار، فإن حالة أحمد تسلط الضوء على الثمن النفسي الصامت الذي يدفعه المريض المزمن، وتؤكد ضرورة مقاربة علاجية شمولية تعترف بأن الألم لا يسكن الجسد فقط، بل الذات أيضًا.

7. مناقشة وتحليل النتائج في ضوء الفرضيات:

جدول رقم (19): يمثل تلخيص لنتائج الحالات على كل من مقياس EAT-26لاضطراب فقدان الشهية العصبي ومقياس صورة الجسم.

الحالات	الدرجات الكلية لمقياس EAT-26لاضطراب فقدان الشهية العصبي	التقييم الاكلينيكي لمستوى مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي	الدرجات الكلية لمقياس صورة الجسم	التقييم الاكلينيكي لمستوى تشوه صورة الجسم
الحالة الأولى	114	مستوى مرتفع	93	مستوى مرتفع
الحالة الثانية	111	مستوى مرتفع	96	مستوى مرتفع
الحالة الثالثة	105	مستوى مرتفع	82	مستوى مرتفع
الحالة الرابعة	102	مستوى مرتفع	99	مستوى مرتفع
الحالة الخامسة	107	مستوى مرتفع	95	مستوى مرتفع
الحالة السادسة	114	مستوى مرتفع	100	مستوى مرتفع

II. تفسير ومناقشة نتائج الدراسة.

أسفرت نتائج الدراسة الحالية، المعتمدة على معطيات المقابلة العيادية نصف موجهة ومقياسي اضطرابات الأكل EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي ل Garner, Olmsted, Bohr and Garfinkelen'' (1982) ومقياس صورة الجسم ل "محمد النوبي علي" (2010) المعدل من طرف "بريالة هناء" (2013)، عن وجود مؤشرات تدعم الفرضيتين المقترحتين. فقد كشفت درجات مقياس اضطرابات الأكل (لمتغير اضطراب فقدان الشهية العصبي) عن ميل واضح نحو مستوى مرتفع جدا من التقييد الغذائي والقلق الغذائي المصحوب بعدم الرضا عن شكل الجسم لدى مرضى القصور الكلوي، حيث تراوحت الدرجات بين 102 إلى 114، والتي تقع ضمن فئة وجود اضطراب في الأكل وبالتالي اضطراب في فقدان الشهية العصبي لدى هؤلاء المرضى، مما يعكس معاناتهم النفسية والجسدية معا. وتدعم هذه النتيجة الفرضية الأولى التي تنص على أن مرضى القصور الكلوي يعانون من مستوى مرتفع من اضطراب فقدان الشهية العصبي. كما تتماشى هذه النتائج مع ما توصلت اليه دراسة (2024) «Miyhara and al» تحت عنوان (Assessment of the renal function of patients with anorexia nervosa) وأجرت دراسة مراجعة شملت أكثر من 3500 مريضًا يعانون من القصور الكلوي، سواء قبل أو أثناء تلقيهم لعلاج غسيل الكلى. وتوصلت الدراسة الى أن: نسبة انتشار اضطرابات الأكل، بما في ذلك فقدان الشهية العصبي، كانت مرتفعة، وبلغت أكثر من 35%من العينة. المرضى المصابون باضطرابات الأكل، خاصة أولئك الذين يُظهرون سلوكًا يشبه فقدان الشهية العصبي (مثل تقليل تناول الطعام عمدًا، القلق من الوزن، الإحساس بالذنب بعد الأكل)، كانوا أكثر عرضة للإصابة بسوء التغذية، وفقر الدم، وتدهور نوعية الحياة النفسية. كما أشارت النتائج إلى أن اضطراب صورة الجسم لعب دورًا كبيرًا في نشوء أو تفاقم فقدان الشهية، خاصة بين مرضى الغسيل الكلوي. كما لخص الباحثون أن هذه الاضطرابات غالبًا ما لا يتم تشخيصها في الوقت المناسب، مما يزيد من خطر الوفيات والاختلالات العضوية. ويلاحظ أن الحالات الستة سجلوا درجات عالية ومقلقة، مما يشير الى معاناة نفسية أكثر حدة، مما يُبرز اتساق النتائج مع الفرضية الأولى.

وفيما يخص الفرضية الثانية، التي تفترض أن "مرضى القصور الكلوي يعانون من مستوى مرتفع من تشوه صورة الجسم" فقد أظهرت نتائج درجات كل الحالات لمقياس صورة الجسم، حيث عبّرت كلها عن: شعور بالاختلاف عن الآخرين (الحالة "أ"، الحالة "ز" والحالة "م") عدم الرضا عن شكل الجسد (الحالة "ح"، الحالة "ن" والحالة "ط") كذلك التركيز المفرط على أجزاء معينة من الجسم المرتبطة بأعراض

المرض مثل البطن أو الذراعين (الحالة "ن" والحالة "ط") تأثير صورة الجسد على الثقة بالنفس والعلاقات الاجتماعية (الحالة "ز" والحالة "أ") وقد دعمت دراسة حديثة لـ Tennankore et al. (2023)، نُشرت في American Journal of Kidney Diseases، هذه النتائج، حيث أكدت أن أكثر من 60%من مرضى غسيل الكلى يعانون من اضطراب في إدراك صورة أجسادهم، خاصة بسبب تغيّرات الشكل الناتجة عن القيود الغذائية، أنابيب الغسيل، وفقدان الكتلة العضلية، مما يؤثر على الهوية الجسدية والمظهر الاجتماعي. كما أشار Rebollo Rubio et al. (2021) إلى أن الرضا الجسدي عند مرضى القصور الكلوي يُعد مؤشرًا قويًا على الصحة النفسية العامة وجودة الحياة.

وبالتالي لا يمكن اعتبار هذا الترابط الوثيق بين تشوه صورة الجسم واضطرابات الأكل لدى مرضى القصور الكلوي عرضيًا فقط، بل يتأسس على قاعدة نفسية جاءت بها نظرية "الذات المجزأة " (Fragmented Self) التي تقول إن التغيرات البيولوجية المزمنة (كقصور الكلى) تؤدي إلى انقسام بين "الجسد المرغوب" و"الجسد المريض"، مما ينتج عنه محاولة للسيطرة عبر الطعام والجسد. هذا يفسر لماذا تلجأ الحالات إلى ضبط مفرط للطعام، رغم العواقب الصحية الوخيمة، كوسيلة للتعامل النفسي مع فقدان السيطرة. ويشير مفهوم "الذات المجزأة" إلى أن الشخص قد يمر بتجربة انقسام داخلي في تصوره لذاته، بحيث يشعر أن أجزاءً من شخصيته أو جسده أو هويته لم تعُد متسقة أو موحدة. يُستخدم هذا المفهوم لفهم حالات معقدة مثل: اضطرابات الهوية، اضطرابات ما بعد الصدمة، الاضطرابات النفسية المزمنة، التكيف النفسي مع الأمراض الجسدية المزمنة (مثل القصور الكلوي أو السرطان...الخ) فعندما يُصاب الفرد بمرض مزمن مثل القصور الكلوي، تحدث تغيّرات حادة في وظائف الجسم، الشكل، نمط الحياة، القدرة الجنسية، الاستقلالية، والهوية الاجتماعية. وهذه التغيرات تتحدى تصور المريض لذاته القديمة، ما يؤدي إلى شعور بانفصال أو "تفتت" بين: الذات الماضية بمعنى وجود الجسد السليم، النشيط، الجذاب، الطبيعي. والذات الحالية أي الجسد المريض، المرتبط بجهاز غسيل، المتعب، المعتمد على الآخرين. والذات الاجتماعية المتوقعة أي الصورة التي يجب أن يظهر بها أمام المجتمع. (Fisher,2024)

كما هو الحال مع الحالة "أ" فبعد إصابته بالقصور الكلوي وتعرضه لنوبة هذيان، أصبح ينظر إلى جسده وكأنه غريب عنه، محدود، ومعرض للفشل. هذا الشعور بالفقدان للهوية الجسدية دفعه إلى محاولة استعادة السيطرة من خلال رفض الطعام، والقلق من الوزن، والبحث عن ذات "أنحف" كبديل عن الذات "المريضة."

كذلك مع الحالتين "ط" و "ح" كانت ذكرياتهن عن الجسد السابق، والصورة الاجتماعية للأنوثة والصحة، تصطدم بما يفرضه عليهن الواقع (الجسد الجديد المرتبط بالأجهزة، التعب، وفقدان الجاذبية) مما زاد من الشعور بأن الذات القديمة قد اختفت، واستُبدلت بأخرى لا يرغبن في قبولها.

ومنه فتُظهر المقابلات العيادية لجميع الحالات الستة ("ز"، "ط"، "ن"، "ح"، "م"، والحالة "أ") أن العلاقة مع الغذاء قد شهدت تحوّلًا عميقًا وسلبيًا بعد الإصابة بمرض القصور الكلوي وبدء علاج غسيل الكلى. هذا التحول لا يقتصر فقط على الجانب البيولوجي المرتبط بالتغيرات الأيضية ومحدودية الأنظمة الغذائية الصارمة، بل يمتد إلى البُعد النفسي والرمزي للغذاء، حيث يصبح الأكل محمّلاً بالخوف، الشعور بالذنب، الرفض، أو الإكراه. وتشير البيانات والافادات التي صرح عنها الحالات إلى أن: جميعهم أظهروا سلوكيات غذائية غير متوازنة مثل الامتناع المتعمد عن الطعام رغم الجوع، الخوف من الزيادة في الوزن، وتجنب بعض الأطعمة خوفًا من المضاعفات، وهي سلوكيات تتطابق مع تشخيص فقدان الشهية العصبي (Anorexia Nervosa) كما ورد فيDSM-5 ، الشعور بالذنب بعد الأكل كان بارزًا خاصة لدى الحالة "ط" والحالة "ن"، بينما أظهر كل من الحالة "م" والحالة "أ" فقدانًا تامًا للاستمتاع بالطعام، ما يشير إلى أن الغذاء لم يعد يُنظر إليه كحاجة أو متعة، بل كتهديد للهوية الجسدية والصحة النفسية. ففي جميع الإفادات، يظهر واضحًا أن المرض شوّه الرغبة الطبيعية في التغذية، حيث أصبح الأكل "واجبًا" أكثر منه "رغبة"، وارتبط بالحرمان أو الألم أو مراقبة الأسرة. وهذه السلوكيات تؤكد ما جاءت به دراسات عديدة مثل:

- دراسة Molfino et al. (2020) التي أوضحت أن مرضى القصور الكلوي المزمن يُظهرون نسبًا مرتفعة من اضطرابات الأكل بسبب القيود الغذائية الصارمة والخوف من المضاعفات الصحية. كما توصلت دراسة Khalil et al. (2022)إلى أن أكثر من 40% من مرضى غسيل الكلى المزمن يُظهرون أعراضًا مقاربة لفقدان الشهية العصبي أو الشره المرضي، مما يستدعي التكفل النفسي الغذائي المتكامل.

كما يتبين من خلال تحليل الإفادات الذاتية للحالات الست، يتجلى بوضوح أن مرض القصور الكلوي المزمن، لا يقتصر تأثيره على البعد الفسيولوجي، بل يضرب في العمق النفسي، مهددًا توازن ما يُعرف بصورة الجسم، التي تُعد إحدى ركائز الهوية الذاتية والاجتماعية للفرد. ففي علم النفس، تُشير صورة الجسم إلى التمثلات والتصورات المعرفية والعاطفية التي يُكونها الفرد عن شكله الجسدي، وكيف يراه ويقيّمه

ويتفاعل معه. أما في الحالات المرضية المزمنة، مثل داء السكري، السرطان والقصور الكلوي، فهذه الصورة قد تتشوه نتيجة التغيرات العضوية (شحوب، هزال، أجهزة طبية ملتصقة بالجسد)، والقيود الحركية والغذائية، ما ينعكس في اضطرابات متعددة مثل الانسحاب، الاكتئاب، ونبذ الذات الجسدية.

وقد كشفت أقوال كل من "ز"، "ط"، "ن"، "ح"، "م"، والحالة "أ"، عن نمط موحّد من الانكسار الجسدي يتجسد في عبارات مثل: «Ur ttwaliɣ ara iman-iw am zik» **«Ttstḥiɣ argaz-iw,** **« Uɣaleɣ on dirait d nnefṣ n bnadem » ça dépend amek ara yid-iwali!»** بمعنى: "**أخجل من زوجي، لقد أصبحت نصف إنسان أما بعد فيعتمد ذلك على كيفية رؤيته لي**" وهي تعبيرات تؤكد أن صورة الجسد قد تحولت من مصدر ثقة وفخر إلى عبء رمزي يُذكر المريض بضعفه، هشاشته، وانفصاله عن ذاته السابقة. هذا ما يسميه Schilder (1950) بالاغتراب الجسدي، حين لا يتعرف الإنسان على جسده ولا يشعر به كجزء من هويته.

وتُشير كذلك دراسات حديثة مثل دراسة Bailey et al. (2018) إلى أن نسبة مهمة من مرضى القصور الكلوي يعانون من اضطرابات في صورة الجسد، وأن هذا التشوه يرتبط طرديًا مع درجة العزلة الاجتماعية والاكتئاب، ويؤثر بشكل مباشر في نوعية الحياة. وفي ظل هذا السياق، يمكن القول إن تشوه صورة الجسم عند هؤلاء المرضى هو نتيجة تفاعل بين: العوامل البيولوجية كالتغيرات الجسدية الناتجة عن آثار الغسيل، فقدان الوزن، الغثيان...الخ. العوامل النفسية كانخفاض في تقدير الذات، الشعور بالوصمة الاجتماعية، الاكتئاب...الخ. العوامل الاجتماعية كالخوف من نظرة المجتمع، دور الزوج/الأسرة، فقدان الجاذبية الجنسية أو الاجتماعية...الخ. وتتأكد خطورة هذا التشوه حين يُصبح عائقًا أمام التكيف مع المرض، ويزيد من السلوكيات الانسحابية، أو اضطرابات الأكل، كما هو حال بعض الحالات.

III. استنتاج عام :

تكشف الدراسة الحالية عن معطيات سريرية ونفسية مقلقة لدى مرضى القصور الكلوي، تتمثل أساسًا في ارتفاع واضح في كل من مستوى اضطراب فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم، وهو ما أظهرته كل من البيانات الكيفية المستخلصة من دليل المقابلة العيادية، والبيانات الكمية من خلال المقياسين المستخدمين (مقياس اضطرابات الأكل EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي ومقياس صورة الجسم). وقد عكست النتائج النمط المتكرر لدى الحالات الستة، التي تنتمي إلى شرائح عمرية واجتماعية متباينة، ما يُشير إلى أن هذه الظاهرة ليست فردية أو ظرفية، بل تُعبّر عن سمات نفسية مشتركة لدى مرضى القصور الكلوي. حيث أظهر معظم المشاركين في المقابلات العيادية مشاعر مستمرة من القلق، الحزن، ضعف التقبل الذاتي، والخوف من الموت، كما عبّروا عن علاقة معقدة ومتوترة مع الطعام، إما من خلال فقدان الشهية، أو الامتناع المتعمد عن الأكل، أو الشعور بالذنب بعد تناوله، وهي أعراض تتقاطع مع السمات التشخيصية لفقدان الشهية العصبي. من ناحية أخرى، كشفت إجاباتهم عن صورة مشوهة تجاه الجسد بعد التغيرات الجسدية الناجمة عن العلاج أو عن المرض ذاته، مثل الغثيان، الهزال، القسطرة، فقدان الوزن أو تغيرات المظهر، مما أفرز حالة من الرفض والاغتراب الجسدي لدى معظمهم.

وتدعم النتائج الكمية هذه الملاحظات، حيث تراوحت درجات مقياس اضطرابات الأكل (خاصة المؤشرات المرتبطة بفقدان الشهية العصبي) بين 102 و114 وهي درجات مرتفعة سريريًا، كما تراوحت درجات مقياس صورة الجسم بين 82 و100، ما يعكس مستوى عالي من تشوه صورة الجسد لدى المرضى.

وبناء على ما سبق تشير هذه النتائج بوضوح إلى تحقق فرضيتي الدراسة، والتي نصّت الأولى منها على أن مرضى القصور الكلوي يعانون من مستوى مرتفع من اضطراب فقدان الشهية العصبي، والثانية على أنهم يعانون من مستوى مرتفع من تشوه صورة الجسم .كما أن هذه النتائج تتماشى مع ما أظهرته الدراسات الحديثة في أدبيات علم النفس الصحة، التي تؤكد العلاقة الوثيقة بين المرض الجسدي المزمن وبين المرض النفسي من: ضعف التنظيم الانفعالي، اضطراب صورة الذات، واضطرابات العلاقة مع الطعام، مما يتطلب تكفلاً نفسياً مبكراً ومستمراً.

الخاتمة

الخاتمة

في ختام هذه الدراسة، نؤكد أننا حاولنا تسليط الضوء على موضوعٍ بالغ الأهمية والدقة من الناحية النفسية والصحية، يتمثل في اضطراب فقدان الشهية العصبي وتشوه صورة الجسم عند مرضى القصور الكلوي، وهو موضوع لا يزال يُعد من المواضيع المعقدة والمُهملة نسبيًا في البحوث النفسية العربية، رغم عمقه وامتداد تأثيره على جودة الحياة النفسية والجسدية للمرضى.

ولقد سعينا من خلال هذه الدراسة وبالاعتماد على دليل المقابلة ومقياسي اضطرابات الأكل–EAT 26العصبي ل (1982) ''Garner, Olmsted, Bohr and Garfinkelen وصورة الجسم ل "محمد النوبي علي" (2010) المعدل من طرف "بريالة هناء" (2013)، لفهم كيف يتجلى الصراع الداخلي الذي يعيشه مريض القصور الكلوي، حين يُجبر على التعايش مع جسدٍ متغير، وفقدان للشهية، وتوتر مستمر تجاه صورته الذاتية.

هذه النتائج كلها تتقاطع مع ما توصلنا إليه في دراستنا، مما يُعزز من مصداقية الفرضيات التي انطلقت منها، ويؤكد أهمية بناء مقاربات علاجية نفسية مرافقة للعلاج الطبي، تأخذ بعين الاعتبار الجانب النفسي للمريض، وخاصة ما يتعلق بالهوية الجسدية والصورة الذاتية والعلاقة مع الطعام.

وعليه، فإننا نأمل أن تفتح هذه الدراسة المجال لمزيد من الأبحاث الميدانية والسريرية في هذا الاتجاه، وأن تساهم في تعزيز التوعية والتكفل النفسي المتخصص لدى هذه الفئة التي تعاني في صمت، ليس فقط من المرض العضوي، بل من انكسارات الذات وتمزقات الصورة الذاتية والداخلية للفرد المريض، وعلى وجه الخصوص مرضى القصور الكلوي.

واستنادًا إلى نتائج الدراسة الميدانية والمعطيات الكيفية والكمية التي تم جمعها وتحليلها، نقترح ما يلي:

- **دمج الدعم النفسي ضمن المسار العلاجي لمرضى القصور الكلوي**، من خلال توفير جلسات دورية يشرف عليها أخصائيون في علم النفس الإكلينيكي، تُعالج اضطرابات الأكل وصورة الجسم والتوتر المرتبط بالعلاج المزمن.
- **تكوين وتدريب الأخصائيين النفسانيين في المجال الصحي** على الخصوصيات النفسية لمريض القصور الكلوي، خصوصًا فيما يتعلق بالهوية الجسدية واضطراب فقدان الشهية العصبي.

- **تفعيل دور التقييم النفسي المنتظم** في وحدات تصفية الدم (غسيل الكلى) ، باستعمال مقاييس علمية موثوقة لقياس اضطرابات الأكل وصورة الجسم، ما يسمح برصد الاضطرابات في مراحلها المبكرة.
- **تعزيز التعاون بين الأطباء والأخصائيين النفسانيين وخبراء أو أطباء التغذية** داخل فرق علاجية متعددة التخصصات لتوفير تكفل شامل ومتكامل بحالة المريض.
- **تشجيع المراكز الاستشفائية على تطوير بروتوكولات تكفل نفسي موحدة** ومبسطة، موجهة لمرافقة مرضى القصور الكلوي في مختلف مراحل مرضهم.
- **تعزيز دور الأسرة، خاصة الزوج (ة) في تقديم الدعم النفسي.**

وفي ضوء ما سبق، ولغرض تطوير البحث العلمي وتوسيع دائرة الاهتمام بالموضوع، نقترح ما يلي:

- **إجراء دراسات مقارنة بين الجنسين والفئات العمرية** المختلفة من مرضى القصور الكلوي، لتحليل الفروق في اضطرابات الأكل (اضطراب فقدان الشهية العصبي) وتشوه صورة الجسم حسب النوع والسياق الاجتماعي.
- **توسيع عينة البحث في دراسات قادمة** لتشمل مناطق متعددة ومستشفيات متنوعة، ما يسمح بتعميم النتائج واستقراء الخصائص النفسية بصورة أوسع.
- **إجراء بحوث نوعية معمقة** تعتمد على المقابلات الإكلينيكية والتحليل الكمي لفهم المعنى الذاتي الذي يمنحه المريض لجسده وطعامه ومرضه.
- **الانفتاح على أمراض مزمنة أخرى** مشابهة في طبيعتها، مثل مرض السرطان أو الذئبة الحمراء، ومقارنة مظاهر اضطراب فقدان الشهية وتشوه صورة الجسم بينها وبين القصور الكلوي.
- **اقتراح تدخلات علاجية نفسية وتجريبها ميدانيًا** على عينة من المرضى، لقياس فعاليتها في تحسين صورة الجسم وتقليل اضطرابات الأكل.
- **تطوير برامج توعوية وإرشادية** موجهة لعائلات المرضى، تتضمن محاور حول فهم التغيرات الجسدية والنفسية للمريض، وطرق دعمه النفسي والغذائي.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

1. الأشرم، ر. (2008). **صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية "دراسة سيكوميترية"**. رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق.
2. الأنصاري، خ . (2020). **اضطراب الجسد الوهمي وعلاقته بالقلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية بمدينة مكة المكرمة**. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 16(1)، 233-269.
3. الدسوقي، م. (2006 أ). **اضطرابات الأكل**. مكتبة الأنجلو المصرية.

noor-book.com/hgsv8y

4. الدسوقي، م. (2006 ب). **فقدان الشهية العصبي**. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
5. الدسوقي، م. (2006 ج). **اضطراب صورة الجسم وأساليب التشخيص والوقاية والعلاج**. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
6. الدسوقي، م. (2009). **اضطرابات صورة الجسم-الأسباب، التشخيص، الوقاية والعلاج-**. مكتبة الأنجلو المصرية. ط2. القاهرة مصر.
7. الرشيد، ل. (2019). **اضطراب صورة الجسم وعلاقته بالشعور بالاكتئاب لدى عينة من مرضى السكري**. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، 6(2)، 129-144.
8. السويداء، ع. (2010). **المرشد الشامل لمرضى الفسل الكلوي**. وهج الحياة للنشر والتوزيع.
9. الشريفين، ح. (2022). **الأثر النفسي لجائحة كورونا وعلاقته باضطرابات الأكل لدى طلبة جامعة اليرموك**. رسالة ماجستير منشورة. المجلة الدولية للبحوث النفسية التربوية، 3(3)، 363-389.

www.ijoper.com

10. الطفيلي، أ. (2004). **علم النفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة**. دار المنهل، بيروت.
11. الطويطي، م. (2018). **التحليل الاحصائي لبيانات الاستبيان -تطبيقات عملية على برنامج Excel –** الجزء الأول. تلمسان، النشر الجامعي الجديد.

https://fseg.univ-tlemcen.dz/assets/uploads/fseg/formations/postegraduations/Rerecherche/L1S1-Statistique%20descriptive-KERZABI%20DOUNIA.pdf

12.العاسمي، ر. (2015 أ). **صورة الجسد المنحى التكاملي للصحة والمرض**. دار الإعصار للنشر والتوزيع. 444.

13.العاسمي، ر. (2015 ب). **تناقضات إدراك الذات وعلاقتها بكل من القلق الاجتماعي والاكتئاب لدى طلاب جامعة دمشق سوريا**. مجلة جامعة دمشق، 28(3)، 17-69.
https://www.damascusuniversity.edu.sy/mag/edu/images/stories/2012/2012-3-17-69.pdf

14.العزاوي، س. (2004). **بناء برنامج إرشادي في تقبل صورة الجسم لدى طالبات المرحلة المتوسطة**. رسالة ماجستير، جامعة بغداد. كلية التربية.

15.الغمري، هـ. (2016). **صورة الجسم والفاعلية الشخصية والتكيف النفسي والاجتماعي لدى المبتورين ذوي الطرف البديل**. رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية غزة، كلية التربية.
https://search.emarefa.net/detail/BIM-725813

16.المغازي، ص. (2002). **فاعلية برنامج تأهيلي لتنمية مفهوم صورة الجسم والتوجه المكاني لدى الطفل الأعمى في رياض الأطفال**. رسالة ماجستير منشورة، جامعة عين الشمس.
http://schema.org/SearchResultsPage

17.باجي، ن. (2013). **التعلق الوالدي وإدراك الحدود الجسدية عند مرضى القصور الكلوي الخاضعين لعملية غسيل الكلى –دراسة حالة–**. أطروحة دكتوراه، جامعة يوسف بن خدة ال جزائر 1، كلية علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا.

18.باغة، ر.، ومشحود، خ. (2024). **صورة الجسم لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي "دراسة ميدانية على 04 حالات عيادية"**. مذكرة ماستر، جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة الجزائر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

19.بريالة، هـ. (2013). **صورة الجسم لدى المصابين بتشوهات ناتجة عن الحروق "دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة والمؤسسة العمومية الاستشفائية عميرات سليمان تقرت"**. مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر، جامعة محمد خيضر بسكرة.
http://archives.univ-biskra.dz/handle/123456789/2584

20.بزراوي، ن.، وعثماني، ن. (2020). **أثر زراعة القوقعة في تحسين صورة الجسم عند الطفل الأصم وتمدرسه في الأقسام العادية.** المجلة العربية لعلوم الإعاقة الذهنية، 4(11)، 123-146. https://jasht.journals.ekb.eg/article_73364.html

21.بسيوني، م.، شفيق أحمد، ج.، ووفيق، م. (2022). **الاضطرابات السيكوسوماتية الناتجة عن الضغوط النفسية لمرضى الفشل الكلوي.** مجلة العلوم البيئية، 51(5)، 183-242.

22.بن أمسيلي، لا. (2012). **الهوية النفسية الصورة الجسدية والآليات الدفاعية عند مصدومي أحداث 2001 في ولاية بجاية.** رسالة ماجستير منشورة، جامعة الجزائر2، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

23.بن بشير، ح.، وبوقجار، ن. (2020). **أثر الصدمات النفسية في حدوث القصور الكلوي المزمن.** مذكرة ماستر في علم النفس العيادي، جامعة وهران2 الجزائر. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. https://ds.univ-oran2.dz:8443/jspui/bitstream/

24.بن عطية، ك.، وبوراس، خ. (2024). **تقدير الذات والتوافق النفسي لدى عينة من مرضى القصور الكلوي.** رسالة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، جامعة زيان عاشور الجلفة. المستودع المؤسساتي.
http://dspace.univ-djelfa.dz:8080/xmlui/handle/123456789/6774

25.بن عياش، م.، وكوسة، وسيلة. (2023). **جودة الحياة وتقدير الذات عند مريض القصور الكلوي المزمن.** مجلة التواصل، 29 (2)، 128-142.
https://asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/27

26.بوخالفة، ف. (2017). **قلق المستقبل لدى مرضى القصور الكلوي المزمن "دراسة ميدانية بمدينتي تقرت وورقلة".** رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة قاصدي مرباح ورقلة كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.
https://dspace.univouargla.dz/jspui/bitstream/123456789/26065/1/boukhalfa-friha_compressed.pdf

27.بوغازلي، آ.، ومجالدي، م. (2017). **الاكتئاب عند مرضى القصور الكلوي.** رسالة لنيل شهادة الماستر غير منشورة. جامعة 8 ماي 1945 قالمة.

28.جلال، ف. (2020). **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن "دراسة ميدانية على عينة مرضى القصور الكلوي بمستشفى الدكتور ترشين إبراهيم"**. مذكرة ماستر في علم النفس العيادي، جامعة غرداية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا.

https://dspace.univ-ghardaia.edu.dz/xmlui/handle/123456789/1598

29.حشاشي، ع. (2005). **صورة الجسم وعلاقتها بتكوين الاتجاهات النفسية نحو النشاط البدني الرياضي لتلاميذ مرحلة التعليم الثانوي**. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية غزة فلسطين. كلية التربية.

https://asjp.cerist.dz/en/article/16179

30.الحقاجي، ح. (2013). **أثر برنامج ارشادي في تنمية الرضا عن صورة الجسم**. مجلة كربلاء لعلوم التربية والرياضة، 3.

https://search.shamaa.org/fullrecord?ID=121999

31.حميدان، ق. (2009). **قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة**. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية غزة فلسطين، كلية التربية.

https://search.emarefa.net/ar/detail/BIM-299453

32.حنور، ق. (2017). **عوامل ما وراء المعرفة وعلاقتها باضطرابي فقدان الشهية والشره العصبي لدى طالبات الجامعة**. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 27(96)، 249-285.

http://search.mandumah.com/Record/1011006

33.د. التميمي، ش. (2024). **العجز المتعلم**. رسالة ماجستير منشورة، الجامعة المستنصرية، كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة، الدراسات العليا.

34.د. الحمادي، أ. (2016). **معايير DSM-5**.30.

35.د. الدسوقي، ش. (2024). **أزمة الهوية واضطراب التشوه الجسمي وعلاقتهما بالقلق الاجتماعي لدى عينة من طالبات الجامعة**. مجلة الدراسات الإنسانية والأدبية. كلية الآداب جامعة السويس، العدد 30.

shak.2024.270151.1596/10.21608

36.د. دشلي، ك. (2016). **منهجية البحث العلمي**. مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية. كلية الاقتصاد، منشورات جامعة حمادة.

37.د. صمويل، ت. (2022). **تقنية الحرية النفسية لعلاج اضطراب صورة الجسم–دراسة حالة–**. مجلة دراسات في مجال الارشاد النفسي والتربوي، كلية التربية، جامعة أسيوط، 5(3)، 74–114.
https://dapt.journals.ekb.eg/article_285259.html

38.د.الجبوري، ع. (2016). **فرط–فقدان الشهية العصبي لدى المراهقين**. مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية، 25، 638–650.
Sweden@hotmial.com

39.د.حجازي إدريس، س. (2021). **جودة الحياة وتقدير الذات عند مريض القصور الكلوي المزمن (تحت الاستصفاء الدموي)**. المجلة الأكاديمية للأبحاث والنشر العلمي،29، 52–94.
https://portal.issn.org/resource/ISSN/2706-6495

40.د.كامل قرني سيد، س. (2019). **اضطراب صورة الجسم كمنبئ بفرط الحساسية الانفعالية والوجدانات السالبة لدى المراهقين المكفوفين**. المجلة التربوية، 65(65)، 492–544.
https://doi.org/10.21608/edusohag.2019.46447

41.دابو، ع. (2017). **الصورة الجسمية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن "دراسة عيادية ل 06 حالات بمستشفى عين صالح"**. مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر، جامعة غرداية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.
http://dspace.univ-ghardaia.dz/

42.دابو، ع. (2017). **الصورة الجسمية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن**. رسالة لنيل شهادة الماستر غير منشورة، جامعة غرداية.

43.دراغمة، ب. (2018). **تقدير صورة الجسد وعلاقتها بالمخاوف الاجتماعية وتقدير الذات لدى عينة من طلبة الجامعة في فلسطين**. رسالة ماجستير، جامعة القدس المفتوحة فلسطين، الارشاد النفسي والتربوي.
https://dspace.qou.edu/bitstream/194/2495/2/borhan-daragmeh.pdf

44.دوجان، خ. (2002). **تطور الفرد عبر المراحل العمرية**. أطروحة دكتوراه، جامعة ابن رشد بغداد، كلية التربية.

45.رزقي، ر. (2019). **بناء وتجريب مدى فعالية برنامج للتكفل النفسي بمرض القصور الكلوي المزمن**. أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة باتنة 1 الجزائر. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.
https://dspace.univ-batna.dz/bitstreams/77dd4fbe-6569-4aa9-be41-fc7180464214/download

46.رهواني، ص.، والدين، آ. (2017). **اضطراب فقدان الشهية العصبي وصورة الجسم عند المراهقين المصابين بالنحافة "دراسة وصفية وعيادية"**. رسالة ماجستير، جامعة ابن خلدون تيارت، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.
http://dspace.univ-tiaret.dz/

47.زروقي، ع. (2020). **صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات عند المراهقين الممارسين للأنشطة البدنية والرياضية في المرحلة الثانوية**. أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر3 دالي براهيم. معهد التربية البدنية والرياضية.
basicedu.uodiyala.edu.iq

48.ساني، د.، وسانجاي، ب. (2014). **حافظ على كليتك**. سريان للكلى، القاهرة.
https://www.kidneyeducation.com/Arabic/home

49.سعد الله، إ.، ومسيخ، إ. (2022). **الصحة النفسية وعلاقتها بالقلق لدى مرضى القصور الكلوي "دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية ابن زهور ولاية قالمة"**. مذكرة ماستر في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.
https://dspace.univ-guelma.dz/jspui/handle/123456789/14257

50.سيجموند، ف. (1940). **الموجز في التحليل النفسي** (سامي محمد علي عبد السلام القفاش، ترجمة، ط.2). مهرجان القراءة للجميع. (2000).

51.شراير، ن.، وزميرلين، ر. (2019). **علاقة الصورة الجسدية بالسمات الشخصية لدى الطفل المسعف "دراسة ميدانية ل 04 حالات بوحدة الكشف والمتابعة المدية"**. مذكرة ماستر، جامعة يحيى فارس بالمدية الجزائر،كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

52.صحراوي، إ.، وزوجة، ب. (2003). **القصور الكلوي المزمن "تناول سيكوسوماتي"**. رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر. المكتبة الافتراضية لجامعة الجزائر.
http://hdl.handle.net/1635/6341

53.عبازة، آ. (2014). **صورة الجسم وعلاقتها بالتوافق الدراسي لدى المراهق المتمدرس بالسنة الثانية ثانوي "دراسة ميدانية بمدنية ورقلة"**. رسالة ماجستير، جامعة ورقلة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

http://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/handle/123456789/4783

54.عروسي، د. (2020). **أثر برنامج رياضي مكيف مقترح في تحسين صورة الجسم ورفع مستوى تقدير الذات لدى المعاقين سمعيا**. أطروحة دكتوراه، جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم الجزائر، معهد التربية البدنية والرياضية. e-biblio.univ-mosta.dz

55.عزت، ش. (2015). **الأمل وأساليب مواجهة الضغوط كمنبئات باضطرابات الأكل**. حوليات مركز البحوث النفسية، 11 (1)، 1-88.

56.عطية، ع. (2016).[مذكرة ماستر، جامعة محمد خيضر بسكرة] . كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.

http://archives.univ-biskra.dz/bitstream/123456789/9255/1/37.pdf

57.فراجي، م. (2023). **تشوه صورة الجسم عند مرضى القصور الكلوي**. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، 6(2)، 129-144.

58.فرحات، م.، وفضل الله، م.، وشقير، ع. (2022). **اضطرابات الأكل والتغذية**. المجلة العربية للنشر العلمي، 5(50)، 130-152.

https://www.ajsp.net/

59.محمد صابر محمد، س. (2010). **الكمالية العصابية (الغير السوية) وعلاقتها باضطراب الأكل لدى عينة من طلاب الجامعة**، شعبة الدراسات النفسية الاجتماعية، جامعة المنوفية. 1-38.

https://fedu.stafpu.bu.edu.eg/Mental%20Health/2273/publications/Samia%20Mohammad%20Saber%20_sa4.pdf

60.مزياني، ع. (2015). **الصورة الجسدية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم**. مذكرة ماستر، جامعة أكلي محند والحاج البويرة الجزائر. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

https://ds.univ-oran2.dz:8443/bitstream/

61.مصطفى، ع. (2013). **الدليل التشخيصي والاحصائي الأمريكي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية**. الرياض دار الزهراء.

62.مقداد، د. (2015). **قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات**. رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية غزة، كلية التربية.

https://search.emarefa.net/ar/detail/BIMD8%AA

63.منتصر، ع.، وماعة، ع. (2022). **الرجوعية النفسية لدى كبار السن المصابين بالقصور الكلوي في ظل انتشار فيروس كورونا**. مجلة دراسات ،11(1)، 536-551.

https://asjp.cerist.dz/en/article/188549

64.مؤسسة الكلى الوطنية. (2023).

https://www.kidney.org/

65.هوارية، ق. (2014). **المساندة الاجتماعية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات**. أطروحة دكتوراه، جامعة وهران الجزائر.

https://ds.univ-oran2.dz:8443/handle/123456789/3801

المراجع باللغة الأجنبية:

66. Adjali,H. (2018). **Comportement alimentaire-estime de soi et perception de l'image corporelle chez les adolescents en surpoids.** Département de psychologie. Thèse de doctorat publiée, Université Abdelhamid Mehir-Constantine2, Algérie.

67. Alnazly,E. (2020). **Predictors of the burden on family carers of patients on hemodialysis in Jordan**. National library of Medicine-National Center for biotechnology information. EMHJ –26(5). https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361438/1020-3397-2020-2605-565-572-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

68. Alreshidi,N.M., Alshammari,T.M., Alshehri,M.M. (2023). **Impact of Hemodialysis on psychological, physical and social aspects among patients with chronic kidney disease**. Saudi journal of health sciences.
69. Amiour,F. (2019). **La maladie rénale chronique : une maladie en plusieurs actes-exemple d'un projet coopératif d'une consultation d'annonce infermière en néphrologie en Ile-de-France**. 1(1). 99-108. https://shs.cairn.info/article/NREA_001_0099?lang=fr&ID_ARTICLE=NREA_001_0099
70. Attia,K., & Hafsaoui,I.(2023). **Epidémiologie de l'insuffisance rénale chronique terminale chez la personne âgée dans la région de l'Est Algérien.** En vue de l'obtention du Diplôme de Master. Département : Biochimie, Spécialité : Immuno-toxicologie. UNIVERSITÉ BADJI MOKHTAR – ANNABA.
71. Bendada,I., Bousalem,S. (2023). **La nephropathie lupique chez les patients du service de médecine interne du CHU Constantine**. Université des fréres Mentouri, Département de Biochimie et Biologie-Moléculaire «et cellulaire- Faculté des sciences de la nature et de la vie. https://fac.umc.edu.dz/snv/bibliotheque/biblio/mmf/
72. Bouquegneau,A., Bernard,E.,Dubois,M., Krzesinski,J., Delanaye,P.(2012). **Anorexia Nervosa and the kidney,** 60 (2), 299-307. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22609034/
73. Cassin,S.E., & Von Ranson,K.M. (2005). **Personality and eating disorders: A decade in review.** Clinical Psychology Review, 25, 895-916. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16099563/
74. Chantal,S., Sebastien,B., Anne-Laure,L. (2014). **Renal complications in anorexia nervosa.** Rev Med Suisse. 2009 Feb 25,5(192),440-442. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24997544/
75. Charrat,J. (2023). **Prédiction, diagnostic et evolution à court terme de l'anorexie mentale : étude de la bas de données d'un centre de référence**

TCA. Médecine humaine et pathologie. Université Jean Monnet - Saint-Etienne, Français https://theses.hal.science/tel-04524871v1/file/These-Charrat-Jean-Philippe-2023.pdf

76. Chellai,F., Boudarissa,N., Chinar,A. (2021). **Analyse de survie et facteurs pronostiques de l'insuffisance rénale chronique : Étude de cas à Batna, en Algérie.** Algerien journal of health sciences. 03 (04) 15-23. https://www.atrss.dz/ajhs

77. Dr Nina,V., Dr Héléne,L., Dr David,D.,& Dr Olivier,Ph. (2023). **Grossesse et insuffisance rénale chronique : Quelle prise en charge en 2023 ?** Med-Suisse,19, 401-405. *https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_14DB22FD05C1.P001/REF.pdf*

78. Dufour,J. (2014). **Aspects personnels et interpersonnels associés aux préoccupations alimentaires.** Thèse présentée à la faculté des lettres et sciences hiumaines, comme exigence partielle du doctorat en psychologie. Université de Sherbooke. https://core.ac.uk/download/pdf/51338307.pdf

79. Eka,M., Yeni,D., Rina,H., Candra,S., Bayu,A., Julita,K., Rizka,F., Dendy,Kh., Gita,A. (2023). **Body Images of Chronic Renal Failure Patients Undergoing Hemodialysis.** In 5th Riau International Nursing Conference (RINC). 134-139 DOI 10.18502/kme.v3i1.12707

80. Fairburn,Ch,G., Cooper,Z., Shafran,R. (2003). **Cognition behavior therapy for eating disorders: "a transdiagnostic" theory and treatement.** Behavior research and therapy. 41(5). https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8

81. Fisher,J. (2024). **Fragmented selves protocol for EMDR therapists.** https://janinafisher.com/wp-content/uploads/2023/04/Fragmented-Selves-Protocol-Rev-3.17.23-1-E-Book.pdf

82. Franko,D.L., & Keel,P.K. (2006). **Suicidity in eating disorderes : Occurrence, correlates, and clinical implication.** Clinical psychology review, 26, 769-782. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16875766/

83. Frazão,C., Maria,Q., Tinôco,J., Dantas,S., Fernandes., Maria,M., Beatriz,L., Ana, L. (2016). **Body changes experienced by patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis**. Revista electronica trimestral de Enfermeria. (43), 311-320. mailto:jessica.dantas.sa@hotmail.com

84. Gregor,M., Aline,S., Didier,B., Marie-Rose,M., and Corinne,B. (2016). **Anemia in Anorexia Nervosa: The Best Way to Deal with it-An Overview of Literature.** Service d'Hématologie-Cochin Hospital, Paris Descartes University, France. J Hum Nutr Food Sci 4(1). 2-7. https://www.researchgate.net/publication/306019083_Anemia_in_Anorexia_Nervosa_the_Best_Way_to_Deal_with_it-_An_Overview_of_Literature

85. Haute Autorité de Santé(Has). (2011). **Evaluation du débit de filtration glomérulaire et du dosage de la créatinine dans le diagnostic de la maladie rénale chronique chez l'adulte.** Bio-tribune. 2 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX, 41. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/creatinine_document_de_cadrage_2011-06-23_11-42-53_469.pdf

86. Hirokazu, M., Takaya, S., Nobuo, T., Tatsuhiko, I., Masahiro, I., Makoto, O., Masato, I., and Takashi, Y. (2020). **Kidney Disease Associated with Anorexia Nervosa: A Case Series With Kidney Biopsies**. Kidney Med 2 (4). 418-424. https://doi.org/10.1016/j.xkme.2020.03.007

87. Hiroyki,M.,Yoshie,S., Chikako,F., Chie,T., Mana,H., Akiko,ugihara., Ayu mi,O & Hirokazu,T. (2024). **Assessment of the renal function of patients with anorexia nervosa**. Biopsychosocial Medicine, 18 (19).

https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13030-024-00316-6

88. Hoek,H.W., & Van Hoeken,D. (2003). **Review of the prevalence and incidence of disorders**. International eating disorders,34, 383-396. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14566926/

89. Hudson,J.L., Hiripi,E., Pope,H.G., Jr., R.C. (2007). **The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication.** Biological Psychiatry,61, 348-396. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1892232/

90. Idier,L., Trolonge,S., Faure,M., Untas,A., Chauveau,P., Aquitaine,A., Gradignan,S. (2012). **Troubles du comportement alimentaire en Dialyse auprès des patients en auto-dialyse**. Laboratoire de psychologie « santé et qualité de vie » Ea 4139, université Bordeaux Segalen, Bordeaux, France, Laboratoire de psychopathologie et processus de santé Ea 4057, université Paris Descartes, Paris, France. https://www.researchgate.net/profile/Philippe-Chauveau/publication/257697179_Troubles_du_comportement_alimentaire_en_dialyse_aupres_des_patients_en_autodialyse/links/6639f2737091b94e93f65fad/Troubles-du-comportement-alimentaire-en-dialyse-aupres-des-patients-en-autodialyse.pdf

91. ISN (International Society of Nephrology-Global Kidney health Atlas. (2023). https://www.theisn.org/wp-content/uploads/media/ISN%20Atlas_2023%20Digital.pdf

92. Kidney Disease improving global outcomes KDIGO (2025). **Clinical practice guideline for Anemia in chronic kidney disease.**

93. Klaske,A.G., Roosmarijn,M.L., Van der, V., Fayanadya,A., Peter J, J., Silja,V. (2019). **The role of body image disturbance in the onset, maintenance, and relapse of anorexia nervosa: A systematic review.**

Clinical Psychology Review, 74. Department of Clinical Psychology and Experimental Psychopathology, University of Groningen, the Netherlands Department of Eating Disorders, Accare Child and Adolescent Psychiatry, Groningen, the Netherlands, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Osnabrück University, Osnabrück, Germany. https://www.elsevier.com/locate/clinpsychrev

94. Legendre,V. (2000). **Facteurs associés à un comportement alimentaire restrictif chez des adolescents de niveau secondaire**. Mémoire. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, 151 . https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/3179/

95. Luísi,R., Paula-de-Oliveira,O., Natália-Paseto,P., Cássia-Feijó-Gomes,K., Bárbara- Luiza,B., Raphaella,M., Michelle,L-W. (2022). **Evaluation of postoperative satisfaction with rihnoseptoplasty in patients with symptoms of body dysmorphic disorder.** Brazilian journal of otorhinolaryngology, 88 (4). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Bernardi+BL&cauthor_id=32978118

96. Matthew,A,R., Duncan,P.M., Nick, P., Francesco,L.I. (2005). **Severe renal failure and nephrocalcinosis in anorexia nervosa Two patients with anorexia nervosa and raised serum creatinine levels were found to have nephrocalcinosis on renal biopsy, an association not previously described**..182 (12). 635-636. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15963021/

97. Menard,Ph., F & W.(2019). **Appearance-Based rejection sensitivity predicts body dysmorphic symptoms and cosmetic surgery acceptance.** Journal of social and clinical psychology, 27.

98. Mohammad,M,A., Nandita,B., Md,Sh., Mohammad,H,N., Nandeeta,S., Shah ,Mahmud,M., Saikot,M., Supria,B., Sanjana,Z., Mohammad,D., Hossain,H. (2022). **Body dysmorphic disorder (BDD) Symptomatology among**

undergraduate university students of Bangladesh. Journal of affective disorders, 314, 333-340. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503272200787X

99. Montalescot,L. (2019). **Les patient-e-s et leurs proches faces à la maladie rénale chronique avancée-étude de leur ajustement et de leur perception du choix de traitement**. Thèse de doctorat de Psychologie, Université de Paris, école doctorale cognition, comportements, conduites humaines, Laboratoire de psychopathologie et processus de santé. https://theses.hal.science/tel-03686491v1

100. N,A., Y,V. (2024). **Investigating Body Image and Self-Esteem in Kidney Transplant Patients: A Qualitative Study.** Nigerian Journal of Clinical Practice | Published by Wolters Kluwer - Medknow. Nursing Department, Faculty of Health Sciences, Fenerbahçe University, Istanbul, Midwifery Department, Faculty of Health Sciences, Atlas University, Istanbul, Turkey. Volume 27, Issue 6. 785-791. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38943305/

101. Ofori-Ansah,S., (2024). **Young adults with kidney failure lived experiences of kidney replacement therapy decision-making**. *Journal of Renal.* Care50, Issue4. 454-467. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jorc.12508

102. Paon,A. (2022). **Evaluation d'un groupe thérapeutique sonsoriel olfactif dans les parcours de soins de l'anorexie mentale.** Dépôt universitaire de mémoires après soutenance DUMAS. UCA Faculté Médecine - Université Côte d'Azur - Faculté de Médecine (28, Avenue de Valombrose - 06107 Nice Cedex 2- France). https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03643693v1

103. Pham-S. (2012). **Troubles de la personnalité et troubles des conduites alimentaires : Modèles théoriques et réalité clinique**. (Maison de Solenn

- Maison des adolescents 97, Boulevard de Port Royal 75679 PARIS cedex 14 - France).
https://theses.hal.science/tel-00833441/

104. Piette,J. (2019). **Etude exploratoire : L'expérience de l'anticipation du décès d'un conjoint en fin de vie chez les personnes âgées**. Essai doctoral, exigence partielle du doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal.2-148.
https://archipel.uqam.ca/12848/1/D3594.pdf

105. Pinheiro,A.P., Raney,T.J., Thornton,L.M., Fichter,M.M., Berrettini,W.H., D.,… Bulik,C.M. (2010). **Sexual functioning in women with eating disorders.** International journal of eating disorders,43, 123-129.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19260036/

106. Puckett,L. (2023). **Renal and electrolyte complications in eating disorders: A comprehensive review.** National Library of Medicine, National Center for Biotechnomogy Information
https://doi.org/10.1186/s40337-023-00751-w

107. Rabiller,J. (2013). **Exploration des difficultés dans la prise de traitements au long cours chez les patients transplantés rénale : Comment le rendre acteur de sa santé.** DUNE, Dépôt Universitaire Numérique des Étudiants. 154.
https://dune.univ-angers.fr/documents/dune569

108. Saied,A. (2023). **Effet de l'âge sur les variations de certains paramètres biochimiques chez les malades de sexe masculin atteints d'IRC.** Université Abdelhamid-Ibn-Badis, Mostaganem Département de biologie-biochimie.
http://e-biblio.univ-mosta.dz/handle/123456789/25118

109. Sevil,B., and Gökçe,D. (2020). **Determination of body image perception and life satisfaction in patients undergoing hemodialysis.** Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Erciyes University,

Kayseri, Turkey 2 Department of Nursing, School of Health, Ahi Evran University, Kırşehir, Turkey.
https://doi.org/10.29328/journal.jnpr.1001032

110. Sparhawk,J-M., (2003). **Body image and the media, the media's influence on body image**. Master's thesis of Science Degree with a Major in Mental Health Counseling, the Graduate college, University of Wisconsin-Stout. 1-37.
https://www2.uwstout.edu/content/lib/thesis/2003/2003sparhawkj.pdf

111. Stice,E., Marti,C.N., Shaw,H., & Jaconais,M. (2009). **An 8-years longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents.** Journal of abnormal psychology, 118, 587-597.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19685955/

112. The European Dialysis and Transplant Nurses Association (EDTNA) European Renal Care Association (ERCA). (2025).

113. Tiana,B., Marla,K.,Anna,K., Verena,E., Anne,M., Johanna,Sch., Melissa ,K., Elisabeth,J,L., Katharina,D., D,G., Philine,K., Esther,Z., Udo,D., Ulrike, B., Ronny,R. (2022). **Brain functional correlates of emotional face processing in body dysmorphic disorder.** Journal of psychiatric.
https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.007

114. Valderas,J.M., Starfield,B., Sibbald,B., Salisbury.C., & Roland,M. (2009). **Defining comorbidity-implication for understanding health and health services**. Annals of family medicine,7, 357-363.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19597174/

115. Viktoria,R., Johanna,Sch., Eric,M.B., Laura,von.S., Ulrich,S. (2023). **Efficacy of cognitive therapy for body dysmorphic disorder: A randomized controlled pilot trial, Behavior therapy.** NationalLibrary of Medicine, National center for biotechnology information. 54(1),65-76 .
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36608978/

قائمة الملاحق

الملحق الأول: دليل المقابلة

المحور الأول: البيانات الشخصية

الاسم:

السن:

الحالة الاجتماعية:

عدد الأولاد:

المستوى التعليمي:

المحور الثاني: تاريخ الحالة

- متى تم تشخيصك بمرض القصور الكلوي؟
- هل لديك معلومات حول مرضك؟
- ما هو السبب المفجر لإصابتك بمرض القصور الكلوي؟
- منذ متى وأنت تخضع لجلسات غسيل الكلى؟ وكم عدد مرات تلقيك لها في الأسبوع؟
- هل تعاني من أمراض أخرى؟
- هل لديك سوابق مرضية في العائلة؟

المحور الثالث: المعاش النفسي

- كيف تصف شعورك عندما تم الإعلان عن تشخيص إصابتك بمرض القصور الكلوي؟
- ما أكثر ما يشغلك أو يقلقك بشأن مرضك؟
- هل ينتابك الخوف من الموت؟
- هل تشعر بالحزن والرغبة في البكاء؟
- كيف تؤثر جلسات غسيل الكلى على يومك بشكل خاص وحياتك بشكل عام؟
- هل تعتقد أنك تقبلت مرضك؟
- ما الذي ساعدك أو قد يساعدك على التكيف بشكل أفضل مع مرضك؟

المحور الرابع: اضطرابات الأكل (اضطراب فقدان الشهية العصبي)

- هل لديك معلومات عن مثل هذا الاضطراب؟
- كيف تصف شهيتك للطعام منذ بداية اصابتك بمرض القصور الكلوي؟

- هل لاحظت انخفاضاً أو زيادة في وزنك؟ وكيف تقيم هذا التغير؟
- هل تخاف من أن يزداد وزنك؟
- هل تقوم بتقليل الطعام عن عمد حتى لو شعرت بالجوع؟ لماذا؟
- هل تتبع نظاما غذائيا؟
- هل تنتابك مشاعر الذنب بعد تناول الطعام؟
- هل تشعر بالرغبة في التقيؤ بعد تناول الطعام؟

المحور الخامس: تشوه صورة الجسم

- هل أنت راض عن شكل جسمك؟
- كيف كنت تتصور أو ترى جسمك من قبل ومنذ بداية إصابتك بمرض القصور الكلوي؟
- هل تشعر بأن شكل جسمك قد تغير؟ وهل لذلك تأثير على شعورك بذاتك؟
- ما هي الأجزاء في جسدك التي تسبب لك انزعاجًا أو عدم رضا؟
- هل تشعر بأنك مختلف عن الآخرين؟
- ما مدى تأثير مظهرك الحالي على علاقاتك الاجتماعية أو العاطفية؟

المحور السادس: الحالة الاجتماعية العلائقية

- كيف أثر مرض القصور الكلوي على علاقاتك الاجتماعية؟
- هل تغيرت علاقتك بأفراد الأسرة منذ بداية العلاج؟ كيف ذلك؟
- هل تشعر بأن الآخرين يفهمون وضعك الصحي ويتعاملون معه بتعاطف؟
- هل تقلّصت دائرة أصدقائك أو أنشطتك الاجتماعية؟
- ما نوع الدعم الذي تتلقاه من الأسرة أو الأصدقاء؟
- هل شعرت بالعزلة في فترات معينة؟
- هل تتفادى حضور المناسبات الاجتماعي؟
- إذا كنت متزوجًا، كيف أثّر المرض على علاقتك الزوجية؟

وإذا لم تكن كذلك، هل تعتقد أن المرض يعيق فرص الزواج أو العلاقات العاطفية؟

الملحق الثاني: جداول ثبات مقياس EAT-26 لاضطراب فقدان الشهية العصبي.

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclus[a]	0	,0
	Total	30	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,972	26

الملحق الثالث: مقياس اضطرابات الأكل EAT-26 لمتغير اضطراب فقدان الشهية العصبي

الاسم:

الجنس:

السن:

التعليمة:

- فيما يلي قائمة من العبارات التي تصف المشاكل أو الأعراض التي قد تواجهها.
- نطلب منكم قراءة كل عبارة بعناية. بالنّسبة لكل من هذه العبارات نرجو منكم وضع العلامة (X) في مربع واحد فقط من المربعات الستة
الموجودة على اليمين، أي المربع الذي
يقدم أفضل وصف لما حدث خلال
الأسبوع الماضي، بما في ذلك اليوم.
- نرجو الإجابة على جميع العبارات. علما بأنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليكم.
- ضع العلامة (X) في الخانة التي تتوافق مع اجابتك.
- جميع إجاباتكم ستبقى سرية، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

العبارات	دائما	غالبا جدا	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
1. أشعر بالهلع من فكرة أن أصبح سمينا جدا.						
2. أتجنب الأكل عندما أشعر الجوع.						
3. أشعر بالقلق الشديد بشأن الطعام.						
4. كان لدي نوبات من الشراهة، شعرت خلالها بأنني غير قادر على التوقف عن الأكل.						
5. أقوم بتقطيع أكلاتي إلى قطع صغيرة.						
6. أنا واعي بقيمة السعرات الحرارية للأطعمة التي أتناولها.						
7. أتجنب بشكل خاص الأطعمة الغنية بالكربوهيدرات (كالخبز، البطاطا، الأرز).						
8. أشعر أن الآخرين يرغبون في أن أتناول المزيد من الطعام.						
9. أتقيأ بعد الأكل.						
10. أشعر بالذنب الشديد بعد الأكل.						
11. الرغبة في أن أصبح أنحف تشعرني بالقلق.						
12. عندما أمارس أنشطة جسمية، أفكر في السعرات الحرارية التي أحرقها.						
13. يعتقد الآخرون أنني نحيف جدا.						
14. أنا منشغل بوجود الكثير من الدهون في جسدي.						
15. أستغرق وقتا أكثر من الآخرين لتناول وجباتي.						
16. أتجنب تناول الأطعمة التي تحتوي على الكثير من السكر.						
17. أتناول أطعمة خاصة بالحمية.						
18.أشعر بأن الطعام يهيمن على حياتي.						

19. أتحدث بكل إرادتي عن قدرتي على التحكم في نظامي الغذائي.						
20. أشعر أن الآخرين يدفعونني لتناول الطعام.						
21. أقضي الكثير من الوقت وأنا أفكر في الطعام.						
22. أشعر بعدم الارتياح بعد تناول الحلويات.						
23. أجبر نفسي على اتباع نظام غذائي.						
24. أحب أن تكون معدتي فارغة.						
25. أحب تجربة أطعمة جديدة وغنية.						
26. أشعر بالحاجة إلى التقيؤ بعد الوجبات.						

الملحق الرابع: مقياس صورة الجسم

التعليمة:

أمامكم مجموعة من العبارات التي توضح كيفية تصوركم لجسمكم، وأمام كل عبارة هناك أربعة بدائل هي (كثيرا) (أحيانا) (نادرا) و (أبدا). فنرجو منكم قراءة كل فقرة والاجابة عليها بوضع علامة (X) في المكان الذي ترونه مناسبا لكم مع العلم بأنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة المناسبة هي ما تنطبق عليكم.

وستحاط النتائج بالسرية التامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

نشكركم على حسن تعاونكم.

الرقم	العبارات	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
1	أنظر إلى جسمي نظرة سلبية.				
2	أرى أنني مقيد الحركة بسبب جسمي.				
3	أميل لتغيير بعض ملامح وجهي.				
4	أفضل البقاء في المنزل عن الخروج عنه.				
5	أشعر أن الناس لا يروننني جذابا.				
6	أحاول تجنب النظر للمرآة في غرفتي.				
7	أشعر أن أجزاء جسمي مختلفة عن الآخرين.				
8	أشعر أنني غير قادر على فهم طبيعة جسمي.				
9	أتفادى حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح أو غيرها.				
10	أشعر بالحزن عند النظر إلى شكلي في المرآة.				
11	أشعر بعدم الرضا عن جسمي.				
12	أتجنب الحركة الكثيرة لعدم وجود تناسق بين أجزاء جسمي.				
13	أرى أن ملابسي غير أنيقة من الأشخاص الآخرين.				
14	أرفض ارتداء الملابس الصيفية التي تبين معالم جسمي.				
15	أرى أن شكلي بشع ومقزز.				
16	أتقبل جسمي كما هو عليه.				
17	أشعر بأنه من الأفضل إجراء تغيير في شكلي ووجهي.				
18	أرى أن هناك تناقض بين أفكاري وشكلي.				

19	أشعر بالإحراج من مظهري أمام زملائي.				
20	يقلقني التغيير في مظهر جسمي.				
21	تزعجني التشوهات الموجودة في جسمي.				
22	أحتاج لجراحة تجميلية لإحداث تناسق في جسمي.				
23	أفتقر إلى الثقة بنفسي.				
24	أتجنب الاختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم لشكلي.				
25	أحكم على الناس تبعا لأشكال أجسامهم.				
26	أرى أنني أتمتع بالقبول من طرف الناس.				
27	يبتعد عني الناس لشعورهم أن شكلي غريب.				
28	أشعر بالقلق حول عيوبي الجسمية.				
29	لا أستطيع البقاء طويلا في مكان يتواجد به الناس.				
30	بسبب مظهر جسمي لا استطيع التفاعل مع الناس بطريقة طبيعية.				

الملحق الخامس: أبعاد مقياس صورة الجسم ل "محمد علي النوبي" (2010)

الأبعاد	العبارات
1. تقبل أجزاء الجسم المعيبة	1. أنظر إلى جسمي نظرة سلبية. 6. أحاول تجنب النظر للمرآة في غرفتي. 11. أشعر بعدم الرضا عن جسمي. 16. أتقبل جسمي كما هو عليه. 21. تزعجني التشوهات الموجودة في جسمي. 26. أرى انني اتمتع بالقبول من طرف الناس.
2. التناسق العام لأجزاء الجسم.	2. أرى أنني مقيد الحركة بسبب جسمي. 7.أشعر ان أجزاء جسمي مختلفة عن الآخرين. 12.أتجنب الحركة الكثيرة لعدم وجود تناسق بين أجزاء جسمي. 17.أشعر بأنه من الأفضل إجراء تغيير في شكلي ووجهي. 22. أحتاج لجراحة تجميلية لإحداث تناسق في جسمي. 27. يبتعد عني الناس لشعورهم أن شكلي غريب.
3. المنظور النفسي لشكل الجسم.	3. أميل لتغيير بعض ملامح وجهي. 8. أشعر أنني غير قادر على فهم طبيعة جسمي. 13. أرى أن ملابسي غير أنيقة من الأشخاص الآخرين. 18. أرى أن هناك تناقض بين أفكاري وشكلي. 23. أفتقر إلى الثقة بنفسي. 28. أشعر بالقلق حول عيوبي الجسمية.
4. المنظور الاجتماعي لشكل الجسم.	4. أفضل البقاء في المنزل عن الخروج عنه. 9. أتفادى حضور المناسبات الاجتماعية كالأفراح أو غيرها. 14. أرفض ارتداء الملابس الصيفية التي تبين معالم جسمي. 19. أشعر بالحرج من مظهري أمام زملائي. 24. أتجنب الاختلاط بالناس لشعوري بعدم قبولهم لشكلي. 29. لا أستطيع البقاء طويلا في مكان يتواجد به الناس.

5. المحتوى الفكري لشكل الجسم.	5. أشعر أن الناس لا يروننني جذابا. 10. أشعر بالحزن عند النظر إلى شكلي في المرآة. 15. أرى أن شكلي بشع ومقزز. 20. يقلقني التغيير في مظهر جسمي. 25. أحكم على الناس تبعا لأشكال أجسامهم. 30. بسبب مظهر جسمي لا أستطيع التفاعل مع الناس بطريقة طبيعية.