

## فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض الوزن والمحافظة عليه عند الأفراد الذين يعانون من الوزن الزائد والسمنة

د. نوال القعود

مركز الكويت للتغذية والإطعام  
وزارة الصحة

أ.د. راشد على السهل

قسم علم النفس التربوي  
كلية التربية - جامعة الكويت

### مقدمة:

هذه الدراسة جزء من مشروع تم تمويله بالكامل من قبل مؤسسة الكويت للتقدم العلمي بالتنسيق والترتيب مع جامعة الكويت وتعاون وزارة الصحة بدولة الكويت تحت مشروع رقم (٦٣٧١). هذا المشروع مكون من مرحلتين، في المرحلة الأولى تم اختيار عينة الدراسة المكونة من ٧٢٨ فرد من الذين يعانون من وزن زائد أو سمنة حيث تم توزيع الاستبيان الذي إعداده لهذه الغاية على هؤلاء المشاركين في الأندية الصحية والرياضية ومراكز العمل المختلفة سواء كانت حكومية أو أهلية ومن المترددين على مركز الكويت للتغذية والإطعام. وقد تم تحديد أربعة أهداف للمرحلة الأولى (١) دراسة تأثير الصفات الديمغرافية (الجنس، السن، الحالة الزوجية، المهنة.. الخ) ذات العلاقة بزيادة الوزن أو السمنة عند الناس الذين يعانون منهما، (٢) تحديد الأسباب النفسية والاجتماعية والسلوكية التي تقف وراء زيادة الوزن أو السمنة عند الناس، (٣) تحديد الأسباب النفسية والاجتماعية والسلوكية التي تحد أو تمنع الناس الذين يعانون من الوزن الزائد أو السمنة من إتباع برامج الحمية، (٤) تحديد الأسباب النفسية والاجتماعية والسلوكية التي تحد أو تمنع الناس الذين يعانون من الوزن الزائد أو السمنة من الاستمرار في تطبيق برنامج الحمية. أما المرحلة الثانية هي دراسة تجريبية لاستخدام الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض الوزن والمحافظة عليه وهو موضوع بحث الدراسة الحالية المقدمة للمؤتمر.

يرى الكثير من المختصين والأطباء بأن السمنة مرض العصر الخطير الذي بدأ يحصد أتباعه وذلك لسببين بدني ونفسي. بالنسبة للسبب البدني أو الجسمي فإنه يتمثل في ارتباط السمنة بالكثير من الأمراض الخطيرة الأخرى مثل أمراض القلب وتصلب الشرايين

## فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض الوزن والمحافظة عليه

وداء السكري والسرطان وارتفاع ضغط الدم والتهاب المفاصل وغيرها الكثير. تشير الكثير من الدراسات والبحوث المحلية والعربية والعالمية ( Al-Kandari, 2006... ) إلى تزايد عدد الناس الذين يعانون من السمنة، بل أصبحت السمنة هي المرض المرعب الأكثر انتشاراً بين أفراد العديد من المجتمعات، فالمركز الوطني للإحصاء الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية National Center for Health Statistics يذكر بأن أكثر من نصف سكان الولايات المتحدة الأمريكية يعانون من الوزن الزائد وتقريباً ٣٠% منهم يعانون من السمنة. وفي الكويت يشير تقرير وزارة الصحة الخاص بنظام المسح الغذائي لعام ٢٠٠٥ (إدارة التغذية والإطعام - وزارة الصحة ، ٢٠٠٥) إلى أن ٤١.٧% من البالغين الذكور و ٣٢.٧% من البالغات الإناث يعانون من الوزن الزائد، بالإضافة إلى ٣٨% من البالغين الذكور و ٤٨.٥% من البالغات الإناث يعانون من السمنة، وهذه أرقام مذهلة تدق ناقوس الخطر في دولة الكويت. وفي دراسة أخرى قام بها الكندري أكد على الإحصائيات التي أشار إليها تقرير وزارة الصحة السابق حيث توصل إلى وجود ٧١.٢% من البالغين يعانون من السمنة في دولة الكويت (Al-Kandari, 2006).

تعتبر السمنة بحق مرض العصر الذي انتشر بسرعة في معظم دول العالم خلال العقدين الماضيين، تشير العديد من الدراسات والأبحاث العربية والأجنبية إلى زيادة كبيرة في نسب الأفراد الذين يعانون من السمنة. في دراسة قام بها أوجدن وآخرون Ogden et al. (٢٠٠٦) وجدوا أكثر من ١٧% من الأطفال الأمريكيين وأكثر من ٣٠% من البالغين الأمريكيين يعانون من السمنة، كما توصل إلى وجود زيادة جوهريّة في الأفراد الذين يعانون من وزن زائد بين أفراد المجتمع الأمريكي خلال السنوات من ١٩٩٩ إلى ٢٠٠٤. ولقد جرت محاولات عديدة من قبل الأطباء ومتخصصو التغذية في سبيل مساعدة الأفراد الذين يعانون من الوزن الزائد أو السمنة للتخلص من أوزانهم الزائدة، إلا أن الكثير هذه المحاولات كانت تبدأ بقوة ولكنها تضعف بعد فترة نتيجة توقف هؤلاء الأفراد عن الاستمرار في برنامج الحماية لأسباب عديدة منها ضعف الدافعية وعدم القدرة على مقاومة الطعام وعدم تقبل برامج الحماية المقدمة وأسباب أخرى كثيرة تتعلق بالسمات الشخصية عند هؤلاء الناس (Khanam and Serour et al 2007, Costarelli, 2008). وقد أجمعت الكثير من الدراسات الطبية والصحية على أن معظم هؤلاء الناس يحتاجون إلى إرشادات تتعلق بتعديل السلوك

behaviour modification تساعدهم على الاستمرار في برامج الحماية حيث المشكلة الرئيسية تمثلت في الآثار الحادة للعادات والسلوكيات الخاطئة وتأثيرها السلبي على برامج الحماية (Al-Kandari, 2008, Al-Qaoud, Parkash, and Jacob, 2007). كما يشير مستيلينا، كسكينين ولاتو (Mustila, Keskinen and Luto, 2012) إلى أن الاهتمام بالأطفال وتقديم الإرشاد المناسب لهم يقلل كثيرا من احتمالات تعرضهم للسمنة في مرحلة الرشد. لكن لا يمكننا تصور إحداث تغيير في سلوك الإنسان سواء كان صغيرا أو كبيرا دون إجراء تعديل على أفكاره ومعتقداته المتصلة بذلك السلوك، فالعلاقة بين سلوك الإنسان ومشاعره وأفكاره وثيقة. ويؤكد على هذا المعنى آرون بيك Aaron Beck في نظريته الإرشاد المعرفي Cognitive Therapy حيث يوضح بأن سلوك الإنسان يقوم أساساً على النموذج المعرفي Cognitive Model الذي ينص على أن انفعالات الناس وتصرفاتهم تخضع لتفسيراتهم للأحداث المحيطة بهم. بمعنى آخر يوضح النموذج المعرفي بأن ما يدفع الناس لشعور معين كالغضب أو الحزن أو الخوف أو غيرها ليس بالضرورة المواقف ذاتها، وإنما تفسيراتهم المعرفية لهذه المواقف (Beck, 199٥).

من هنا بدأ بعض الباحثين في تطبيق البرامج النفسية والإرشادية للمساهمة لمساعدة الأفراد الذين يعانون من الوزن الزائد والسمنة على تخفيف وضبط أوزانهم. من هذه الدراسات دراستان منفصلتان قام بهما مجموعة من الباحثين (Stahre et al, 2007; Fossati et al 2004) حول استخدام الإرشاد المعرفي Cognitive Therapy حيث تبين من نتائجهما بأن الإرشاد المعرفي ساعد ليس فقط في تخفيف أوزانهم، بل المحافظة على الوزن الذي وصلوا إليه. وأكدت الدراستان بأن التدريبات الرياضية وبرامج الحماية بجانب الإرشاد المعرفي يشكلون عناصر مشتركة مهمة لإعداد برنامج حماية متكامل. كما يؤكد باحثون آخرون بأن نظرية الإرشاد السلوكي المعرفي لا تعطي اهتماما مؤقتا في الحماية لنظام التغذية، لكنها تقدم مهارات حياة يومية تساعد الشخص على تحويل سلوكه الغذائية من السلوك المرضي إلى السلوك الصحي (Denise, ٢٠١١, Andrea, Wilfley and )

### دراسات سابقة:

دراسة قام بها كل من خانام وكوستاريلي (Khanam and Costarelli, 2008)

## فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض الوزن والحفاظة عليه

أظهرت فيها تأثير المعتقدات والعادات على زيادة الوزن حيث تناولوا في دراستهما عينة من ٢٥ امرأة بريطانية من أصل بنغلادشي جميعهن يعانين من الوزن الزائد أو السمنة. غالبية هؤلاء النسوة لم يتشجعن على خفض أوزانهن بالرياضة بسبب ثقافتهن وعاداتهن والمعتقدات التي يؤمن بها، حيث أنها لا تشجع النساء على ممارسة الرياضة. وفي دراسة قام بها (Musaiger and Mannai, 2001) أشارا فيها بأن السمنة تشكل العامل المشترك الأعظم لمشاكل الصحة العامة في دول الخليج العربي، فقد تبين من خلال إجراء مسح على عينة مكونة من ٥١٤ بحريني وجود ٥٦.٣% من الرجال يعانون من الوزن الزائد أو السمنة في مقابل ٧٩.٧% من النساء يعانين من الوزن الزائد أو السمنة. قام الكندري (Al-Kandari, 2006) بدراسة على عينة تتكون من ٤٢٤ رجل وامرأة، معظمهم يعانون من الوزن الزائد أو السمنة، وقد تبين بأن ٧١.٢ من أفراد العينة يعانون من السمنة. وتبين من الدراسة بأن السمنة تزداد بتقدم العمر وأن النساء يعانين من السمنة أكثر من الرجال، وأخيرا توصلت الدراسة إلى أن العوامل الثقافية بشكل عام لها دور في زيادة السمنة بين أفراد المجتمع حيث تبين بأن الكويتيين يعانون من السمنة بدرجة ملحوظة أكثر من الكثير من المجتمعات العربية والأجنبية الأخرى.

وفي دراسة على عينة تتكون من ٣٣٤ من الكويتيين البالغين، قام بها Serour et al (2007) تبين بأن الناس الذين يعانون من الوزن الزائد أو السمنة ٦٣.٥% منهم لم يلتزموا بأي نوع من برامج الحمية، ٦٤.٤% منهم لا يمارسون الرياضة بانتظام. وأشار ٤٨.٦% منهم بأن العقبة الأساسية لعدم تطبيقهم لبرامج الحمية بأنهم لا يملكون الرغبة أو الإرادة، في حين أشار ٣٠.٢% يرفض تطبيق برامج الحمية لأنها تشعرهم بأنهم مختلفون في غذائهم عن باقي أفراد الأسرة، بينما ٣٩% منهم ذكروا أنهم لا يملكون الوقت الكافي لبرامج الحمية، و٢٧.٨% منهم أرجع الأمر إلى سوء الأحوال الجوية. وفي المقابل توصلت الدراسة إلى وجود عوامل أخرى تؤثر على عدم التزام الناس هنا ببرامج الحمية تتمثل في نمط الحياة lifestyle بما تشمل عليه من نوع الغذاء والوجبات السريعة واللقاءات الاجتماعية وما تحتويه من ولاء وانتشار خدم المنازل.

دراسة أخرى حاول فيها العيسى (Al-Isa, 2003) إجراء مقارنة بين عيّنين كويتيين لمعرفة مدى وجود تغير جوهري في مقياس كتلة الجسم (BMI) بينهما، حيث تم قياس كتلة

الجسم لأفراد العينة الأولى عام ١٩٨٠/٨١ في حين تم قياس كتلة الجسم لأفراد العينة الثانية عام ١٩٩٣/٩٤. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود تزايد جوهري زيادة الجسم والسمنة بين الرجال والنساء على السواء. وخلص الباحث إلى أن ظروف الحياة وتوفر الطعام والمدنية أدت إلى زيادة جوهريّة أوزان الناس وانتشار السمنة بين عامي ١٩٨٠ و١٩٩٣. كما أشار الباحث بأن الوزن الزائد والسمنة في الكويت أعلى من الكثير من الدول الأخرى. في دراسة قام بها القعود وبراكاش وجاكوب (Al-Qaoud et al 2007) حيث تم إجراء مسح على ٥٢٦ مواطن كويتي من الذين يعانون من الوزن الزائد والذين يراجعون عيادة المركز الطبي للإغذاء لمعرفة الأسباب الحقيقية لتوجه هؤلاء الناس لخفض أوزانهم. توصلت الدراسة إلى أن ٤٧.١% من هؤلاء الناس يحاولون تخفيف أوزانهم لتجنب مشكلات صحية بينما ٢٦.٨ كان هدفهم محاولة تحسين مظهرهم. كما توصلت الدراسة إلى أن السبب الرئيسي لتوقف الكثير منهم عن عدم الاستمرار في تطبيق برامج الحماية يرجع إلى عدم قدرتهم على مقاومة الحلويات والأكلات التقليدية (٣١%)، في حين ٢٤.٨% أشاروا إلى عدم رضاهم عن برنامج الحماية. وقد انتهى الباحثون إلى توصية بأهمية إيجاد برنامج إدارة السلوك behaviour management techniques من أجل تطوير وتفعيل برامج الحماية.

في دراسة تجريبية قام بها ميلن وآخرون (Melin et al 2003) حول استخدام برنامج تعديل السلوك behaviour modification والإرشاد الغذائي من أجل علاج السمنة عند ٤٣ شخص يعانون منها. وقد تمت الدراسة بتطبيق هذا البرنامج على مجموعتين تعانين من السمنة حيث طُبق عليهما جميع عناصر البرنامج ولكن الاختلاف بينهما في كثافة العلاج، بهدف معرفة ما إذا كان العلاج المكثف يأتي بفاعلية أكبر في خفض الوزن أم لا. وقد توصلت الدراسة إلى أن العلاج المكثف للسمنة لم يأتي بالنتيجة المرجوة حيث لم يجد الباحثون فروق جوهريّة بين المجموعتين فيما يتعلق بالسمنة.

قامت فاطمة الكندري (Al-Kandari, 2008) بدراسة ترابطية لمعرفة العلاقة بين نمط الحياة اليومية وزيادة الوزن باستخدام مقياس كتلة البدن Body Mass Index بتطبيقها على عينة تتكون من ٢٠٢ طالب وطالبة يدرسون التمريض في جامعة الكويت. لقد تبين بأن المشاركين لديهم أجسام ذات أوزان عادية ولكن لديها ميل نحو مستوى زيادة الوزن

## فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض الوزن والمحافظة عليه

والسمنة. كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقات جوهريّة بين الصفات الديموغرافية مثل السن والحالة الزوجية والجنسية من جهة وحالة الوزن من جهة أخرى.

في دراسة أخرى قام بها بدر (Badr, 2004) حول علاقة السمنة بنمط الشخصية لدى مجموعة من تلاميذ المرحلة الثانوية في دولة الكويت. وقرع بدر من خلال دراسته ناقوس الخطر حول مدى انتشار الوزن الزائد والسمنة بين تلاميذ الكويت حيث توصل إلى وجود ٤٤.٤% من التلاميذ يعانون من الوزن الزائد أو السمنة، كما تبين من الدراسة بأن الوزن الزائد والسمنة أكثر انتشاراً بين التلاميذ الذين لا يزولون الرياضة وأصحاب الدخول الأسرية المتدنية، والذين لديهم أعداد كبيرة من الأخوة والأخوات. وبالتالي توصل الباحث إلى نتيجة مفادها بأن السمنة أصبحت ظاهرة خطيرة تحتاج التصدي لها.

كما تبين من دراسة قامت بها العيسى (Al-Isa, 2004) طبقتها على ٤٦١ معلّمة في رياض الأطفال حيث تبين ٤١.٢% من العينة يعانون من الوزن الزائد أو السمنة. كما تبين وجود علاقة ذات دلالة بين الوزن الزائد أو السمنة من جهة والعمر، الحالة الزوجية، ووجود الوالدين في نفس المنزل، ووجود والدين يعانون من السمنة.

في دراسة قام بها ستاهر وآخرون (Stahre et al. 2007) بتطبيق الإرشاد المعرفي والإرشاد السلوكي المعرفي على مجموعة من النساء اللاتي يعانين من الوزن الزائد أو السمنة وذلك لمدة عشرة أسابيع. أشارت نتائج الدراسة إلى حدوث انخفاض في أوزان المشاركات بمعدل ٨.٦ كلجم وبعد متابعة مدتها ١٨ شهراً انخفضت أوزانهم مرة أخرى بمعدل ٥.٤ كلجم.

دراسة قام بها روزين وآخرون (Roosen et al, 2012) حول استخدام الإرشاد الجمعي لضبط الحالة الانفعالية عند الناس الذين يعانون من السمنة، تم تطبيق هذه الدراسة على ٥٣ رجل وامرأة يعانون من السمنة حصلوا على عشرين جلسة إرشاد جمعي لضبط السلوك الانفعالي المتعلق بتناول الطعام عندهم. وقد توصلت الدراسة إلى انخفاض ذات دلالة لحالتهم الانفعالية وأوزانهم. وحتى بعد ستة أشهر متابعة استمروا في المحافظة على حالتهم الانفعالية المتعلقة بالطعام وحفظ أوزانهم.

## أهمية الدراسة:

الكثير من الناس الذين يعانون من الوزن الزائد والسمنة يعانون أيضا من أمراض جسدية ونفسية كثيرة. فالدراسات الكثيرة تشير إلى ارتباط السمنة بالعديد من الأمراض الجسدية والنفسية (Al-Isa, 2003, Musaiger and Al-Mannal, 2001, and Al-Kandari, 2006). كما تشير الدراسات والبحوث (Salma and Vassiliki, 2008) إلى أن الكثير من أصحاب الوزن الزائد يرغبون بتخفيف أوزانهم ويبدلون جهود كبيرة في البداية ولكنهم بعد فترة يجدون أنفسهم غير قادرين على الاستمرار فيها لأسباب جسدية أو نفسية كثيرة، الأمر الذي يجعلهم يتوقفون عن برنامج الحمية، بل أحيانا تزداد أوزانهم عن ما كانوا عليه. وقد حاول بعض الباحثين في مجال الإرشاد النفسي تسخير علم النفس الإرشادي في خدمة ومساعدة الناس الذين يعانون من الوزن الزائد والسمنة حيث أثبتت هذه الدراسات والأبحاث التي قاموا بها تحقيق نجاح كبير في تغيير في سلوكيات هؤلاء الناس والمعتقدات والمفاهيم التي يحملونها تجاه الحمية والوزن الزائد مما أدى إلى تخفيف أوزانهم، بل والمحافظة عليها بحيث لا تعود إلى ما كانت عليه (Beck, 2007, Castillo, 2007).

والدراسة الحالية قد تكون خطوة باتجاه بناء برنامج علمي لمساعدة الناس الذين يعانون من السمنة على تخفيف أوزانهم وضبطها، بل يمكن أن تُقدم هذه الدراسة كم كبير من المعلومات والمعارف النفسية والسلوكية المتعلقة بالعادات التي يمارسها هؤلاء الناس والمعتقدات التي يحملونها الخاصة بتناول الطعام والحمية Diet مما قد يُشجع الكثير من الذين يعانون من زيادة في الوزن عبر آلية معينة خلال فترة ما بعد الدراسة من خلال حملات إعلامية للجمهور على خفض أوزانهم، حيث تقدم الدراسة توصيات للمختصين والجمهور في سبل خفض الوزن وضبطه.

وبذلك تظهر أهمية الدراسة من خلال تطبيق أسس وقواعد الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي على مجموعة من الأفراد الذين يعانون من أوزان زائدة من أجل تخفيف أوزانهم وضبطها وذلك من خلال تعديل الأفكار الخاطئة التي يحملونها عن عملية الحمية. بحسب بيك (Beck, 2007) تقوم هذه الفكرة على أساس إن الإرشاد المعرفي هو علاج نفسي يمكن أن يساعد المشاركين بنجاح على التخلص من الوزن الزائد دون أن يكون هناك عودة

## فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض الوزن والمحافظة عليه

لهذا الوزن الزائد، فالطريقة التي يفكر فيها الإنسان بالطعام وتناوله تؤثر بسلوكه وبالمشاعر التي يحملها، وبالتالي يوجد بعض أنواع التفكير التي تجعل الإنسان يحمل مشاعر سلبية تجاه الحمية ومن ثم تصبح عملية فقدان الوزن صعبة جدا. من هنا تقوم عملية الإرشاد المعرفي على تعديل الأفكار السلبية والتخلص من الأفكار الخاطئة بأخرى صحيحة مما يجعل الإنسان الذي يعاني من الوزن الزائد أكثر تفاؤلا وقدوما نحو الالتزام ببرنامج الحمية. الإرشاد المعرفي والسمنة:

يقوم الإرشاد المعرفي أساساً على النموذج المعرفي Cognitive Model الذي ينص على أن انفعالات الناس وتصرفاتهم تخضع لتفسيراتهم للأحداث المحيطة بهم. بمعنى آخر يوضح النموذج المعرفي بأن ما يدفع الناس لشعور معين كالغضب أو الحزن أو الخوف أو غيرها ليس بالضرورة المواقف ذاتها، وإنما تفسيراتهم المعرفية لهذه المواقف.

إن الفرضية الأساسية التي تقوم عليها النظرية المعرفية هي أن الناس هم أنفسهم الذين يوجدون المشكلات كنتيجة للطريقة التي يفسرون بها الأحداث والمواقف التي تواجههم. لذلك يقوم الإرشاد المعرفي هنا بعملية إعادة للتنظيم والتعديل المعرفي عند المسترشد ينتج عنه إعادة للتنظيم السلوكي. فالنموذج المعرفي يقوم أساساً على تفسير التفكير ومحاولة إيجاد علاقة له بين المشاعر والسلوكيات التي تصدر عن الفرد من جهة، ومن جهة أخرى الموقف الذي يعيشه أو يختبره. وفي هذا المعنى تؤكد جودي بيك (J. Beck, 2007) على عناصر أساسية في علاقة الإرشاد المعرفي بالسمنة هي:

1. الإرشاد المعرفي هو علاج نفسي يساعد المشاركين ببرنامج الحمية على خفض أوزانهم والمحافظة عليها.
2. إن طريقة تفكير الإنسان حول الطعام وطريقة تناوله والحمية تؤثر على سلوكه ومشاعره.
3. إن إتباع الإنسان لطريقة معينة من التفكير الخاطئ تجعل أمر الحمية صعبا في تنفيذه وتحقيق خفض ناجح لوزنه.
4. يهدف الإرشاد المعرفي إلى تغيير الأفكار الخاطئة التي تجعل الإنسان يحجم عن برامج الحمية إلى أفكار إيجابية تجعله يقبل وينجح في تطبيق برامج الحمية.



### أهداف الدراسة:

- (١) بناء برنامج إرشاد معرفي سلوكي جمعي يمكن أن يسهم في مساعدة الأفراد الذين يعانون من الوزن الزائد والسمنة في المحافظة على أوزانهم وضبطها.
- (٢) تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي الجمعي على أفراد المجموعة التجريبية بهدف معرفة أثره في إحداث تغييرات إيجابية في الأفكار والمشاعر والسلوكيات عند هؤلاء الأفراد الذين يعانون من الوزن الزائد والسمنة.
- (٣) مساعدة المجموعات التجريبية على اكتساب مهارات حياة تعينهم على ضبط سلوكهم الغذائي.

### أسئلة الدراسة:

- (١) هل الإرشاد الجمعي المعرفي السلوكي يمكن أن يسهم بشكل جوهري في تعديل الأفكار والمعتقدات التي يحملها الناس تجاه زيادة تناولهم للطعام؟
  - (٢) هل الإرشاد الجمعي المعرفي السلوكي يمكن أن يسهم بشكل جوهري في تعديل السلوكيات والعادات الخاطئة التي يمارسها الناس تجاه زيادة تناولهم للطعام؟
  - (٣) هل يوجد فروق جوهريّة بين أفراد المجموعات التجريبية وأفراد المجموعات الضابطة من حيث الأفكار والمعتقدات المتعلقة بتناول الطعام وتخفيف وضبط أوزانهم؟
  - (٤) هل يسهم الإرشاد الجمعي المعرفي السلوكي بشكل جوهري في مساعدة الناس الذين تعلم مهارات حياة مناسبة لضبط الوزن الزائد والاستمرار بعده؟
- اختيار عينة الدراسة:

كان المأمّل أن يتم اختيار عينة للدراسة من الرجال والنساء، لكن الباحثان لم يجدا العدد الكافي من الرجال (فقط إحدى عشر رجلاً) الأمر الذي لا يسمح بتقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، خاصة مع إمكانية تسرب عدد منهم أثناء تطبيق جلسات الإرشاد الجمعي، الأمر الذي جعل الباحثان يستبعدان الرجال من الدراسة. أما بالنسبة للنساء فقد تم اختيار (٤٨) امرأة من المرحلة الأولى وهن اللاتي ينطبق عليهن شروط البحث من حيث الطول والوزن. بعد ذلك تم تقسيمهن بشكل عشوائي إلى أربع مجاميع؛ مجموعتين تجريبيتين ومجموعتين ضابطتين، كل مجموعة مكونة من ١٢ امرأة، لكن في النهاية بعد التسرب صار

## فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض الوزن والمحافظة عليه

لدينا ٢٣ امرأة في المجموعة الضابطة (تم دمج المجموعتين الضابطين لأنهما أصلا لم يتلقيا إرشاد نفسي) ومجموعتين تجريبيتين تم العمل معهما بشكل منفصل، صار عدد أفرادها بعد التسرب ١٩ امرأة كما يلي:

١- مجموعة تجريبية رقم (١) مكونة من (١٠) نساء طُبق عليهن برنامج الحماية المعتاد الذي يقدمه مركز التغذية والإطعام بوزارة الصحة وبرنامج الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي.

٢- مجموعة تجريبية رقم (٢) مكونة من (٩) نساء طُبق عليهن برنامج الحماية المعتاد الذي يقدمه مركز التغذية والإطعام بوزارة الصحة وبرنامج الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي.

٣- مجموعة ضابطة رقم (٣) مكونة من (١١) امرأة طُبق عليهن برنامج الحماية المعتاد الذي يقدمه مركز التغذية والإطعام بوزارة الصحة بدون برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي.

٤- مجموعة ضابطة رقم (٤) مكونة من (١٠) نساء طُبق عليهن برنامج الحماية المعتاد الذي يقدمه مركز التغذية والإطعام بوزارة الصحة بدون برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي.

يتكون برنامج الإرشاد الجمعي من (١٢) جلسة إرشادية موزعة على خمس مراحل كما يلي:

المرحلة الأولى: تعريف وتعارف:

تتكون هذه المرحلة من جلسة واحدة فقط حضر فيها فريق إدارة الجلسات المكون من الاستشاري النفسي واستشارية التغذية ومساعدتهما، بحيث تم في نهاية هذه الجلسة تحقيق الأهداف التالية:

- (١) تعريف المشاركين بالبرنامج الإرشادي وأهدافه.
- (٢) تعريف المشاركين بالاستشاريين ومساعدتهما.
- (٣) تعريف المشاركين ببعضهم البعض.
- (٤) تعريف المشاركين بمسئولياتهم أثناء الجلسات الإرشادية.
- (٥) تعريفهم بقواعد العمل في الجلسات الإرشادية وما يتعلق به من انسحابات وأسس التعامل.

- (٦) التأكيد على أهمية التفاعل بين المشاركين بعضهم البعض من جهة ومع المرشدين من جهة أخرى أثناء الجلسات الإرشادية.
- (٧) العمل على بناء علاقة إرشادية مع المسترشدين.
- (٨) تحديد أهداف المشاركين والتعرف على توقعاتهم ومدى رغبتهم في تحقيقها والوقت المتوقع لتحقيقها خلال هذا البرنامج.

المرحلة الثانية: ثقافة غذائية

تتكون هذه المرحلة من جلستين تديرهما استشارية التغذية بحضور مساعدة التغذية والمساعدة النفسية، ويقدم فيهما تثقيف للمشاركين فيما يتعلق بالتغذية والإطعام والحمية، بحيث يتم في النهاية تحقيق الأهداف التالية.

- (١) تثقيف وتعليم المشاركين بمعلومات أساسية عن الغذاء الصحي وأنواع الغذاء الذي يتناوله الإنسان وعلاقته بالسرعات الحرارية التي يكتسبها من ناحية ومن ناحية أخرى علاقته بالوزن وفوائد ومضار أنواع الطعام المختلفة التي يتناولها الناس (يقدمها متخصص في التغذية).
- (٢) تثقيف وتعليم المشاركين معلومات أساسية تتضمن أنواع الحميات (الرجيم) المعروفة وعلاقتها بالنظام الغذائي والرياضي وانعكاسها على وزن الإنسان ومدى فوائدها ومضارها لوزن الإنسان وصحته (يقدمها متخصص في الحمية).
- (٣) تبصير المشاركين بحقائق تتعلق بكيفية تطبيق الحمية وأهمية أن تكون أهداف المشاركين منطقية تتناسب مع قدراتهم وأوزانهم بحيث يتم تجنب الرغبة في سرعة إنقاص أوزانهم مع التأكيد على أن البطء في إنقاص الوزن في صالح الأفراد الذين يطبقون نظام الحمية.

علما بأن استشارية التغذية وأخصائية التغذية سوف تتعاملان بعد هاتين الجلستين مع كل مشارك منفردا فيما يتعلق بنظام الحمية الذي يحتاج إليه وذلك بالتوازي مع حضوره جلسات الإرشاد الجمعي مع باقي المشاركين.

المرحلة الثالثة: ثقافة بمبادئ النظرية المعرفية المتعلقة بالتغذية والحمية

تتكون هذه المرحلة من جلستين يديرهما الاستشاري النفسي بحضور مساعد التغذية والمساعدة النفسية، ويقدم فيهما تثقيف للمشاركين فيما يتعلق بأثر أفكار الإنسان على حالته

## فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض الوزن والحفاظة عليه

النفسية والسلوكية مع توضيح أمر دور الإنسان في تغيير هذه الأفكار وانعكاسها على مشاعره وسلوكه، مع التأكيد على أثر ودور الأفكار السلبية على سلوك الأفراد من حيث استسلامهم للسمنة أو عدم إتباع الحمية المناسبة أو التوقف عن إتباع نظام حمية معينة بعد فترة من الوقت. وفي نهاية الجلسة الثانية تم تحقيق الأهداف التالية:

(٤) التعرف على العلاقة بين الأفكار والمشاعر والتصرفات.

(٥) باستخدام بطاقة تدوين المعتقدات Beliefs Record Cards (BRC) تم رصد المعتقدات السلبية التي يحملها المشاركون عن السمنة وأسبابها والحمية وعوامل فشلها ونجاحها.

(٦) باستخدام بطاقة تدوين المشاعر Feelings Records Cards (FRC) تم رصد المشاعر التي تعرض لها المشاركون في مواقف مختلفة ذات علاقة بزيادة الوزن.

(٧) باستخدام بطاقة تدوين السلوكيات Behavioural Record Cards تم رصد السلوكيات السلبية والعادات الغذائية التي يمارسها المشاركون والتي لها انعكاسات سلبية حادة على زيادة الوزن.

(٨) تبصير المشاركين بالعلاقة بين الأفكار التي يحملونها عن الغذاء والحمية وعلاقتها بالوزن الزائد.

(٩) إكساب المشاركين مهارة التمييز بين الأكل لحاجة والأكل لرغبة.

(١٠) بناء خط أساس لكل مشارك يحدد فيه الوضع الحالي للوزن الزائد وما يحمله من معتقدات وأفكار وما يمارسه من سلوكيات خاطئة تتعلق بالغذاء والتغذية.

المرحلة الرابعة: العلاج:

في هذه المرحلة يكون المشاركون قد وصلوا إلى مرحلة الاستعداد النفسي للدخول في عمق العملية الإرشادية. وتتكون هذه المرحلة من ست جلسات هدفت إلى تحقيق ما يلي:

١. مناقشة المشاركين بمفهومي تناول الطعام لحاجة (هو إحساس عضوي يظهر في جميع جوانب البدن) وتناول الطعام لرغبة (وهو إحساس نفسي يظهر فقط في منطقة الصدر) وأهمية دراسة الفرق بينهما.

٢. التأكيد على استبصار المشاركين بمفهوم الإرشاد المعرفي، خاصة حقيقة العلاقة بين ما يحملونه من أفكار وما يحملونه من مشاعر وما يصدر عنهم من تصرفات.

٣. التأكيد على أن تغيير أفكارنا يؤدي إلى حدوث تغيير في مشاعرنا ومن ثم تغيير في تصرفاتنا.

٤. التأكيد على إن الإنسان مسئول عن حالة الوزن الزائد لديه وأن فشله في إتباع برنامج حمية معين يرجع إلى أفكاره السلبية تجاه البرنامج أو اتجاه نفسه، وأن تغيير هذه الأفكار سوف يدفعه إلى التعامل الإيجابي مع برامج الحمية ومن ثم التأثير في خفض وزنه.

٥. التأكيد على فكرة "أستطيع" أم "لا أستطيع" لخفض الوزن والمحافظة عليه، كما تعتمد على فكرة أخرى وهي "إذا كنت لا تحب ما تشعر به، غيّر معتقدات ( If you don't like what you are feeling, change your beliefs. وهنا

تم مناقشة المشاركين بالأسئلة التالية):

- ما هي معتقداتك عن نفسك؟
- هل معتقداتك عن نفسك حقيقية؟
- ما هو الدليل على صحة هذه المعتقدات؟
- هل تستطيع استبدالها بأخرى؟
- ماذا تشعر عندما تستبدل معتقداتك السلبية بأخرى إيجابية؟
- ما مدى استفادتنا من ذلك فيما يتعلق بالحمية؟

٦. مناقشة المشاركين بحديث الرسول صلى الله عليه وسلم الذي رواه الترمذي في صحيحة عن المقدم بن معدي قال: سمعت رسول الله صلى الله عليه وسلم يقول: "ما ملأ آدمي وعاء شرا من بطن، بحسب ابن آدم لقيمات يقمن صلبه، فإن كان لا محالة فتلت طعامه وتلت لشرابه وتلت لنفسه"، وإمكانية تطبيقه على أنفسنا.

٧. التأكيد على العلاقة بين فحوى حديث الرسول صلى الله عليه وسلم أعلاه كمعتقد ومشاعرنا المرتبطة فيه والسلوكيات المتوقع أن تصدر عنا في هذه الحالة.

٨. التأكيد على علاقة الحديث الشريف من جهة وتناول الطعام لحالة جوع أو تناول الطعام لحالة رغبة من جهة أخرى.

٩. شرح ما يسمى بمقياس الجوع Hunger Scale (Castillo, 2006) وهو مقياس يساعد المشاركين على التمييز بين تناول الطعام بسبب جوع حقيقي أم

## فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض الوزن والمحافظة عليه

تناول الطعام بسبب جوع غير حقيقي (نفسى).

١٠. التأكيد على التفاعل الجماعي بين الأعضاء من جهة ومع المرشد من جهة أخرى وتقديم تغذية راجعة تتعلق بالأفكار الخاصة بتناول الطعام ونوع الطعام وكميته وحالة البدن ووزنه بحيث يستطيع كل مشارك الوصول إلى تقييم حالته النفسية والبدنية على مدى جلسات الإرشاد الجمعي.

١١. التأكيد على تطبيق مفاهيم وأساليب الإرشاد المعرفي السلوكي في التخلص من المفاهيم والمعتقدات والسلوكيات الخاطئة التي تعيق عملية تخفيف الوزن والعمل على اكتساب مفاهيم ومعتقدات وقيم ومهارات إيجابية تُسهل عملية تخفيف الوزن والمحافظة عليه.

١٢. فهم وتطبيق أساليب وأدوات الإرشاد السلوكي مثل أسلوب حل المشكلات Problem-solving ومراقبة الذات Self-monitoring وإدارة الذات Self- management والثواب والجزاء Reinforcement and Punishment والخ...

١٣. في جميع الجلسات يتم التأكيد على التفاعل الإيجابي والتغذية الراجعة بين المشاركين لتكون هي السمة البارزة بينهم، بجانب الاتفاق على تكليفهم في نهاية كل جلسة بواجب منزلي يقومون به وتقديمه في الجلسة التالية لتقويم أفكارهم ومشاعرهم وتصرفاتهم المتعلقة بالحمية وإنقاص الوزن.

المرحلة الخامسة: التقويم:

تتكون هذه المرحلة من جلسة واحدة فقط وفيها يحضر جميع مديرو الجلسات من استشاري الإرشاد النفسي والتغذية ومساعديهما بجانب بالطبع المشاركين وذلك لتقويم ما تم تحقيقه من أهداف مع التعرف على رأي المشاركين والأفكار التي تم تغييرها وأثرها على حالتهم النفسية والبدنية وحالة الوزن عندهم، بجانب الاتفاق على وضع جدول متابعة على فترات متباعدة للتأكد من ما تم تحقيقه من أهداف.

كما تتضمن مرحلة التقويم التأكد من موضوع استقرار الوزن واستمرار الأفكار الإيجابية الجديدة maintenance وذلك من خلال إعادة تطبيق الاستبيان الذي تُطبق في المرحلة

الأولى وأخذ قياسات أوزان أفراد المجموعات التجريبية والضابطة بعد مرور ثلاثة شهور من انتهاء الجلسات الإرشادية.

### نتائج الدراسة والمناقشة:

أولاً: الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد انتهاء الجلسات الإرشادية.

جدول (١)

يبين اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد انتهاء الجلسات

المجال	نوع المجموعة	ن	م	ع	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
أسباب زيادة الوزن	تجريبية	١٩	35.2632	6.68200	١.٠٦٨	غير دالة
	ضابطة	٢١	37.1935	٥.٣٣٨٠٤		
أسباب عدم إتباع برنامج حمية	تجريبية	١٩	2.6099	٧٢٣١٦.	3.351	دالة
	ضابطة	٢١	3.2258	٤٤٠٤٨.		
أسباب عدم الاستمرار في برنامج حمية	تجريبية	١٩	2.5614	٨٩٥٧٤.	3.278	دالة
	ضابطة	٢١	3.3118	٥٦١٨٩.		
الوزن BMI	تجريبية	١٩	35.9365	٥.٩٤٢٩٦	1.140	غير دالة
	ضابطة	٢١	34.0483	٥.٢٤١٣٣		

تشير نتائج جدول (١) إلى ما يلي:

(أ) أسباب زيادة الوزن. يشير الجدول رقم (١) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة عند مستوى (٠.٠٥) بين المجموعتين التجريبية والضابطة فيما يتعلق بالأسباب التي يرونها وراء زيادة الوزن، وهذا قد يرجع إلى أنه في هذه الدراسة لم تكن الأسباب التي تؤدي زيادة الوزن من ضمن الأهداف التي سعت الدراسة إلى تغييرها عند أفراد المجموعة التجريبية بقدر سعيها إلى تغيير الأفكار التي تضبط الوزن مع اكتساب مهارات حياة جديدة في التعامل مع الحمية، على الرغم من وجود بعض الاختلافات بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في هذه الجزئية لكنها لم تصل إلى درجة جوهرية.

(ب) أسباب عدم إتباع برنامج حمية. يشير الجدول رقم (١) إلى وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة عند مستوى (٠.٠١) لصالح المجموعة الضابطة حيث كان

## فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض الوزن والحفاظة عليه

المتوسط لأفراد المجموعة الضابطة (٣.٢٢٥٨) مع انحراف معياري (٠.٤٤٠٤٨) في حين كان المتوسط لأفراد المجموعة التجريبية (٢.٦٠٩٩) مع انحراف معياري (٠.٧٢٣١٦). مما يشير إلى أن أفراد المجموعة الضابطة أكثر تأثراً بالأفكار السلبية التي تقف وراء عدم إبتاعهم لبرامج الحمية، في الجانب الآخر تشير هذه النتيجة إلى أن المجموعة التجريبية قد تأثرت إيجاباً بالأفكار التي تحملها عن الحمية وبرامجها. هذه النتيجة تعني بأن المجموعة التجريبية قد تغيرت أفكارها بشكل إيجابي اتجاه تطبيق الحمية. بمعنى آخر يتضح من هذه النتيجة بأن أفراد المجموعة التجريبية صار لديهم دافعية نحو تطبيق برامج الحمية التي يمكن أن تجعلهم أكثر التزاماً ببرامج الحمية وبالتالي خفض وضبط أوزانهم. وهذا يؤكد صحة فلسفة ومبادئ النظرية المعرفية السلوكية في تأكيد تأثير الأفكار على مشاعر وسلوك الإنسان.

(ج) أسباب عدم الاستمرار في برامج الحمية. يشير جدول رقم (١) إلى وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة عند مستوى (٠.٠١) لصالح المجموعة الضابطة حيث كان المتوسط لأفراد المجموعة الضابطة (3.3118) مع انحراف معياري (٠.٥٦١٨٩) في حين كان المتوسط لأفراد المجموعة التجريبية (2.5614) مع انحراف معياري (٠.٨٩٥٧٤). هذه النتيجة تشير إلى أن المجموعة الضابطة أكثر تأثراً بالأفكار السلبية التي تجعلهم يتوقفون عن الاستمرار في برامج الحمية، في حين كان أفراد المجموعة التجريبية قد تأثروا إيجاباً بجلسات الإرشاد الجمعي التي أثرت على أفكارهم بشكل إيجابي في هذا المجال. وهذه النتيجة تتفق مع النتيجة (ب) من حيث تأثير الأفكار على توجه الإنسان مع أو ضد موضوع معين وهو الذي أكدت عليه وهو الأمر الذي أكدته أيضاً بعض علماء الإرشاد المعرفي السلوكي (Beck, 2007, Castillo, 2007).

(د) مؤشر كتلة الوزن BMI . يشير الجدول رقم (١) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة عند مستوى (٠.٠٥) بين المجموعتين التجريبية والضابطة فيما يتعلق بمؤشر كتلة الوزن بعد انتهاء الجلسات التجريبية. هذه النتيجة تشير إلى أن المجموعتين التجريبية والضابطة لم تتغير أوزان أفرادهما كثيراً على الرغم من وجود فروق ذات دلالة لصالح المجموعة التجريبية فيما يتعلق بالأفكار الخاصة ببرامج الحمية. على الرغم من أن هذه النتيجة مفاجئة، إلا أنه يمكن تبريرها بأن البرنامج الإرشادي في هذه الدراسة لم يكن يهدف أساساً إلى خفض الوزن



## أ.د. راشد على السهل

لكن لضبطه واكتساب مهارات حياة ترتبط بالأفكار والسلوك الغذائي، وهذا أمر يحتاج وقت أطول من الوقت الذي تم تحديده لهذه الدراسة الحالية (ثلاث شهور).  
النتائج بعد انقضاء ثلاثة شهور من انتهاء الجلسات الإرشادية:

جدول (٢)

اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين بعد انتهاء الجلسات الإرشادية مباشرة وبعد مرور ثلاثة شهور

المجال	وقت التطبيق	ن	م	ع	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
أسباب زيادة الوزن	مباشرة	١٩	٣.٠٦	.٥٥٧	.١٤٦	غير دالة
	بعد ٣ شهور	١٨	٣.٠٣	.٦٤٩		
أسباب عدم إتباع برنامج حماية	مباشرة	١٩	٣.٣٩	.٧٢٣	*٢.٣٨٦	دالة
	بعد ٣ شهور	١٨	٢.٨٣	.٦٩٤		
أسباب عدم الاستمرار في برنامج حماية	مباشرة	١٩	٣.٤٤	.٨٩٦	*٢.٢٠٢	دالة
	بعد ٣ شهور	١٨	٢.٨٢	.٨١٠		
الوزن BMI	مباشرة	١٩	٣٥.٩٤	٥.٩٤٣	.١٦٧	غير دالة
	بعد ٣ شهور	١٨	3٥.٦٠	٦.٤٦٠		

يشير نتائج الجدول رقم (٢) إلى ما يلي:

- (١) أسباب زيادة الوزن. يشير الجدول رقم (٢) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة عند مستوى (٠.٠٥) بين التطبيقين بعد انتهاء الجلسات الإرشادية مباشرة وبعد مرور ثلاثة شهور فيما يتعلق بالأسباب التي يرونها وراء زيادة الوزن.
- (٢) أسباب عدم إتباع برنامج حماية. يشير الجدول رقم (٢) إلى وجود فروق ذات دلالة بين التطبيقين عند مستوى (٠.٠٥) لصالح التطبيق الثاني حيث كان متوسط أفراد التطبيق المباشر (٣.٣٩) مع انحراف معياري (٠.٧٢٣) في حين كان متوسط أفراد التطبيق بعد ثلاثة شهور (٢.٨٣) مع انحراف معياري (٠.٦٩٤). مما يشير انخفاض ملحوظ وذات دلالة بين أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين المباشر وبعد مرور ثلاثة شهور لصالح التطبيق بعد ثلاثة شهور. بمعنى آخر يؤكد الجدول رقم (٢) بأن أفكار ومعتقدات المجموعة التجريبية استمرت في تحسنها فيما يتعلق بأسباب عدم

## فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض الوزن والمحافظة عليه

اتباع برامج الحمية بعد مرور ثلاثة شهور، وهذه النتيجة تتفق مع ما جاء في بعض البحوث المتعلقة بتأثير الأفكار على نمط السلوك الغذائي ( Denise, ٢٠١١ Andrea, Wilfley and ).

(٣) أسباب عدم الاستمرار باتباع برنامج الحمية. يشير الجدول رقم (٢) إلى وجود فروق ذات دلالة بين التطبيقين عند مستوى (٠.٠٥) لصالح التطبيق الثاني حيث كان متوسط أفراد التطبيق المباشر (٣.٤٤) مع انحراف معياري (٠.٨٦٩) في حين كان متوسط أفراد التطبيق بعد ثلاثة شهور (٢.٨٢) مع انحراف معياري (٠.٨١٠) مما يشير انخفاض ملحوظ وذات دلالة بين أفراد المجموعة التجريبية في التطبيقين المباشر وبعد مرور ثلاثة شهور لصالح التطبيق بعد ثلاثة شهور. بمعنى آخر يؤكد الجدول رقم (٢) بأن أفكار ومعتقدات المجموعة التجريبية استمرت في تحسنها فيما يتعلق بأسباب عدم الاستمرار باتباع برامج الحمية، بل وانعكس إيجاباً على سلوكهم الغذائي بعد مرور ثلاثة شهور. ويمكن تبرير هذه النتيجة بأن أفراد المجموعة التجريبية استثمروا الأفكار الإيجابية التي اكتسبوها في الإرشاد الجمعي لتبني برنامج حمية مناسب والاستمرار عليه وهذا يتفق مع ما جاء به روزين وآخرون ( Roosen et al, 2012) من أن تعلم مهارات الحياة أكثر تأثيراً على السلوك الغذائي عند الذين يعانون من الوزن الزائد والسمنة من تطبيق برنامج حمية تقليدي فقط.

(٤) مؤشر كتلة الوزن BMI. يشير الجدول رقم (٢) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة عند مستوى (٠.٠٥) بين التطبيقين المباشر بعد انتهاء الجلسات الإرشادية وبعد مرور ثلاثة شهور من انتهاء الجلسات الإرشادية فيما يتعلق بمؤشر كتلة الوزن. هذه النتيجة تشير إلى أن المجموعة التجريبية لم يتغير وزن أفرادها كثيراً عند المقارنة مع أوزانهم بعد انتهاء الجلسات الإرشادية مباشرة وبعد مرور ثلاثة شهور. على الرغم من أن ظاهر هذه النتيجة سلبي، لكن من ناحية أخرى هي في الحقيقة إيجابية لأن أفراد المجموعة التجريبية قد حافظوا على أوزانهم من الزيادة بعد قضاء ثلاثة شهور وهذه في ذاتها تعني استفادتهم من البرنامج في ضبط أفكارهم وسلوكهم الغذائي.

نستنتج من نتائج التطبيق الأخير:

تشير نتائج الجدول رقم (٢) إلى أن أعضاء المجموعة التجريبية الذين شاركوا بجلسات الإرشاد الجمعي وفي نفس الوقت استمروا في برامج التغذية الذي تقدمه إدارة التغذية والإطعام في وزارة الصحة، قد تغيرت أفكارهم ومعتقداتهم المتعلقة اتجاه عدم إتباع برنامج حماية وعدم الاستمرار بإتباع برنامج الحماية، حيث تبين وجود فروق ذات دلالة بين معتقداتهم وأفكارهم فيما يتعلق بهذين الموضوعين بعد الانتهاء من جلسات الإرشاد الجمعي مباشرة مقارنة مع أفكارهم ومعتقداتهم حول هذين الموضوعين بعد مرور فترة زمنية قدرها ثلاثة شهور، مما يشير إلى أنهم بوعي وإدراك لحالتهم الصحية والأفكار التي يحملونها والمتعلقة ببرامج الحماية والاستمرار فيه.

أما ما يتعلق بالبند الأول (أسباب زيادة الوزن) فإنه من الواضح بأن أفكارهم التي حصلوا عليها بعد انتهاء جلسات البرنامج الإرشادي مباشرة وبعد مرور فترة زمنية مدتها ثلاثة شهور لم تتغير كثيرا وذلك يرجع إلى استقرار الفكر الإيجابي عند أفراد العينة التجريبية، خاصة وأنهم أصبحوا في وضع إيجابي فيما يتعلق بهذا البند.

أما البند الرابع الخاص بالوزن (الوزن BMI) لم يتبين وجود اختلافات ذات دلالة بين متوسط أوزان أفراد المجموعة التجريبية BMI بعد انتهاء برنامج جلسات الإرشاد الجمعي مباشرة (٣٥.٩٤) ومتوسط BMI أوزانهم بعد (٣٥.٦٠) مرور ثلاثة شهور من انتهاء برنامج الجلسات الإرشادية على الرغم من وجود اختلافات غير دالة بين المتوسطين لصالح التطبيق الأخير مما يشير على الأقل خفض أوزانهم بدرجة قليلة أو على الأقل المحافظة على الأوزان السابقة، وهو أمر في الحالتين مؤشر إيجابي على تحسن وضع أوزانهم.

### References:

1. Al-Hamad, N., Al-Sumaie, M., Prakash, P., Al-Dalmani, N., and Al-Anazi, F. (2005). *Community Nutrition Promotion Supervisory*. Administration of Food and Nutrition. Ministry of Health. State of Kuwait
2. Al-Kandari, F. (2008). *Health-promoting lifestyle and body mass index among college of Nursing students in Kuwait: A correlational study*. Nursing and Health Sciences. 10(1) 43-50.
3. Al-Kandari, Y (2006). *Prevalence of obesity in Kuwait and its relation to sociocultural variables*. The International Association for the study of Obesity. 7(2) 147-54.
4. Al-Isa, AN (2003). Are Kuwaitis getting fatter? Nutrition and Health. 17(3) 185-97.
5. Al-Isa, AN (2004). *Factors associated with overweight and obesity among Kuwaiti Kindergarten females teachers*. Nutrition and Health. 18(1)67-71.
6. Al-Qaoud, N., Parkash, P., and Jacob, S. (2007). *Weight loss attempts among Kuwaiti adults attending the Central Medical Nutrition Clinic*. Medical Principles and Practice. 16(4) 291-8.
7. Badr, Hel-S (2004). Obesity and Personality types of high school boys in Kuwait. *Journal of Egypt Public Health Association*. 79(5-6) 449-60.
8. Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
9. Beck, J. (2007). *The Beck diet Solution*. Beck Institute for Cognitive Therapy and Research. Alabama: Oxmoor House, Inc.
10. Castillo, B. (2007). *If I Am So Smart, Why Can't I Lose Weight?* New York: BookSurge, LLG.
11. Denise, E. W., Rachel, P. K. and Andrea, E. K. (2011). *Cognitive Behavioral Therapy for Weight Management and Eating Disorders in Children and Adolescents*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2011 Apr; 20(2): 271–285.
12. Fossati, M., Amanti, F., Painot, D., Reiner, M., Haenni, C., and Golay, A. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy wit Simultaneous Nutritional and Physical Activity Education in Obese Patients with Binge Eating Disorders*. Division of Therapeutic Education for

- Chronic Disease, University Hospital, Geneva, Switzerland; 9 (134-138).
13. Khanam, S. and Costarelli, V. (2008). Attitudes toward health and exercise of overweight women. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*. 182 (1) 26-30.
  14. Melin, I, Karlstrom, B., Lappalainen, R., Mohsen, R., and Vessby, B. (2003). A programme of behaviour modification and nutrition counseling in treatment of obesity: a random clinical trial. *International Journal Obesity and Related Metabolic Disorders*. 27(9) 1127-35.
  15. Musaiger, A. and Al-Mannai, M. (2001). *Weight, height, body mass prevalence of obesity among the adult population in Bahrain*. Annals of human Biology. 28 (3) 346-50.
  16. Mustila, T, Keskinen, P and Luoto, P (2012) Behavioral counseling to prevent childhood obesity – study protocol of a pragmatic trial in maternity and child health care. BMC PediatricsBMC. DOI: 10.1186/1471-2431-12-93.
  - 17 .Ogden, C., Curtin, L. and Tabak F. (2006). *Prevalence of Overweight and Obesity in the United State 1999-2004*. JAMA 2006 Apr 5;(13) 1549-55.
  - 18 .Roosen, M., Safer, D., Adler, S. and Cebolla, A. (2012) *Group Dialectical Behavior Therapy Adapted for Obese Emotional Eaters; A Pilot Study*. Nutr Hosp. 2012 Jul-Aug 27 (4): 1141-7.
  - 19 .Serour, M, Alqhenaei, H., Al-Saqabi, S, Mustafa, AR, and Ben-Nakhi, A. (2007). Cultural factors and patients' adherence to lifestyle measures. *British Journal of General Practice*. 57(537) 291-5.
  - 20 .Stahre, L., Tarnell, B., Hakanson, C., and and Hallstrom, T. (2007). *A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial*. Eating and Weight Disorders. 10(1) 51-58.