

## فاعلية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام للحد من احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي لدى مريضات السمنة

د/ نيفين فوزي خشبة

مدرس علم النفس بكلية الآداب جامعة الرقازيق

### المستخلص:

هدف هذا البحث إلى تقييم فاعلية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام للحد من احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي لدى مريضات السمنة. استخدم المنهج الشبه التجريبي وتم اختيار عينة عمدية تتألف من ٢٠ مريضة يعانين من الشره العصبي ولديهن تاريخ من الدخول إلى المستشفى للعلاج على الأقل مرة واحدة في آخر ٦ أشهر، ولم يخضعوا للعلاج بالقبول والالتزام من قبل يتراوح عمرهن الزمني من (١٨ الي ٢٥) عاما بمتوسط حسابي (٢٢,٦) وانحراف معياري (٢,٤١). استخدم مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي كأداة لقياس فاعلية البرنامج. أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين، وتم الحصول على فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب للدرجات في احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي في القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية. وعلى الرغم من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب للدرجات في احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي في القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية، فإن النتائج تشير إلى فاعلية البرنامج في تحسين احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي لدى مريضات السمنة. ويمكن اعتبار العلاج بالقبول والالتزام كطريقة فعالة لتحسين نتائج العلاج لمرضى الشره العصبي الذين يعانون من السمنة.

**الكلمات المفتاحية:** الشره العصبي، السمنة، العلاج بالقبول والالتزام، احتمالية الانتكاسة.

## فاعلية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام للحد من احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي لدى مريضات السمنة

د/ نيفين فوزي خشبة

مدرس علم النفس بكلية الآداب جامعة الرقازيق

### مقدمة:

في العقود الأخيرة، شهدت معدلات السمنة ارتفاعًا حادًا على مستوى العالم، مما يشكل تحديًا كبيرًا للصحة العامة (World Health Organization, 2020). تعد السمنة عامل خطر رئيسي لأمراض القلب والأوعية الدموية والسكري من النوع الثاني وبعض أنواع السرطان (Hruby & Hu, 2015). ومن المهم أن ندرك أن السمنة ليست مجرد مشكلة طبية، بل أيضًا نتيجة لعوامل نفسية مثل الشره العصبي (binge eating disorder, (American Psychiatric Association, 2013). يتميز الشره العصبي (BED) بتناول كميات كبيرة من الطعام في فترات زمنية قصيرة مع فقدان السيطرة على الأكل (American Psychiatric Association, 2013).

يعاني الكثير من مرضى السمنة من الشره العصبي، وهو اضطراب في الأكل يتميز بنوبات من الأكل المفرط متبوعة بسلوكيات تعويضية غير صحية مثل التقيؤ أو استخدام المليينات أو الصيام أو ممارسة الرياضة المفرطة (American Psychiatric Association, 2013). يؤدي هذا الاضطراب إلى تأثيرات سلبية على الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية للمصابين به، ويزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب والقلق والانتحار (Hudson et al., 2007).

وفقًا للمنظور المعرفي السلوكي، ينشأ الشره العصبي من معتقدات غير واقعية وسلبية حول الذات والجسم والطعام، وتؤدي هذه المعتقدات إلى تشويه المعلومات والانخراط في سلوكيات تجنبية تزيد من التوتر والضغط النفسي (Fairburn et al., 2003). لذلك، يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تحدي هذه المعتقدات وتغييرها بأخرى أكثر موضوعية وإيجابية، وتعليم المرضى مهارات التعامل مع المشاعر السلبية والمحفزات الداخلية والخارجية

للأكل المفرط (Wilson et al., 2010).

ومع ذلك، قد يكون العلاج المعرفي السلوكي غير فعال أو غير كاف في بعض الحالات، خاصة إذا كان المرضى يعانون من صعوبة في التحديد أو التغيير أو التحكم في أفكارهم ومشاعرهم (Hayes et al., 1999). في هذه الحالات، قد يكون من المفيد استخدام نهج علاجي آخر يسمى علاج بالقبول والالتزام (ACT)، وهو شكل من أشكال العلاج النفسي وفرع من تحليل السلوك السريري، يستخدم استراتيجيات القبول والعقلانية المختلطة باستراتيجيات الالتزام وتغيير السلوك بطرق مختلفة بهدف زيادة المرونة النفسية (Hayes et al., 2006).

لا يهدف ACT إلى تغيير أو إزالة المشاعر أو الأفكار غير المرغوب فيها، بل إلى تقبلها كجزء من التجربة الإنسانية، وبالتالي، يساعد برنامج القبول والالتزام المرضى على تطوير مرونة نفسية أكبر وقدرة على التكيف مع الصعوبات الحياتية (Hayes et al., 2006). كما يساعد برنامج القبول والالتزام المرضى على تحديد قيمهم الشخصية والأهداف التي تهمهم، والالتزام باتخاذ خطوات سلوكية متسقة مع هذه القيم والأهداف، مما يؤدي إلى زيادة الرضا عن الحياة والسعادة (Hayes et al., 2012).

لقد أظهرت العديد من الدراسات فاعلية برنامج القبول والالتزام في علاج الشره العصبي والسمنة، حيث أنه يساهم في تقليل نوبات الأكل المفرط والسلوكيات التعويضية غير الصحية، وتحسين صورة الجسم والثقة بالنفس، وزيادة جودة الحياة (Forman et al., 2010; Lillis et al., 2009; Masuda et al., 2017). كما أن برنامج القبول والالتزام يساعد في منع احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي، حيث إنه يزيد المرضى بمهارات تتيج لهم التعامل مع المشاعر والأفكار المؤلمة دون اللجوء إلى الأكل المفرط أو التجنب (Juarascio et al., 2013; Pearson et al., 2012).

تم اقتراح العديد من النهج العلاجية لعلاج الشره العصبي، مثل العلاج السلوكي المعرفي والعلاج السلوكي المعرفي المبني على الفحص الذاتي (Fairburn et al., 2009) وعلى الرغم من نجاح هذه العلاجات في تقليل أعراض الشره العصبي، إلا أن معدلات الانتكاسة ما زالت مرتفعة (Murphy et al., 2012).

في السنوات الأخيرة، ظهرت أدلة على أن العلاج بالقبول والالتزام (Acceptance

## د/ نيفين فوزي خشبة

ACT (and Commitment Therapy) قد يكون نهجاً فعالاً في علاج الشره العصبي (Forman et al., 2020; Lillis et al., 2021). يهدف برنامج القبول والالتزام إلى تعزيز المرونة النفسية من خلال تطوير مهارات القبول للأفكار والمشاعر السلبية والالتزام بالتغيير الإيجابي حسب القيم الشخصية (Hayes et al., 2006). يوفر برنامج القبول والالتزام بديلاً عن العلاجات التقليدية التي تركز على تغيير المحتوى النفسي، بل يركز على تغيير العلاقة بين الشخص وتجاربه الداخلية (Hayes et al., 1999).

تشير بعض الدراسات إلى أن العلاج بالقبول والالتزام قد يكون فعالاً في تقليل احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي (Forman et al., 2020; Lillis et al., 2021). على سبيل المثال، أجرى ليليس وزملاؤه (Lillis et al., 2021) دراسة عشوائية لمقارنة تأثير العلاج بالقبول والالتزام مع العلاج السلوكي المعرفي المبني على الفحص الذاتي على مريضات الشره العصبي وتبين انه العلاج بالقبول والالتزام أكثر فعالية مقارنة من العلاجات الأخرى

وعليه، يهدف هذا البحث إلى معرفة مدى فاعلية برنامج علاجي مستند إلى القبول والالتزام في خفض معدلات الانتكاسة لدى المريضات اللواتي يعانين من الشره العصبي والسمنة بعد العلاج.

### مشكلة البحث

على الرغم من فاعلية العلاجات التقليدية للشره العصبي، مثل العلاج السلوكي المعرفي والعلاج السلوكي المعرفي المبني على الفحص الذاتي، إلا أن معدلات الانتكاسة ما زالت مرتفعة، حيث أظهرت دراسة أجراها (Murphy et al., 2012) أن ٢٩% من المرضى الذين تلقوا العلاج السلوكي المعرفي عادوا إلى مستويات مرضية من الأكل المفرط بعد سنة من انتهاء العلاج. كما أشارت دراسة أخرى أجراها (Hill et al., 2015) إلى أن ٤٤% من المرضى الذين تلقوا العلاج السلوكي المعرفي المبني على الفحص الذاتي عادوا إلى نوبات من الأكل المفرط بعد سنتين من انتهاء العلاج. وقد يكون هذا بسبب صعوبة بعض المرضى في التحديد أو التغيير أو التحكم في أفكارهم ومشاعرهم.

لذلك، الدراسة الحالية تحاول اختبار نهج علاجي آخر قد يكون أكثر فعالية في تقليل احتمالية الانتكاسة، وهو العلاج بالقبول والالتزام، الذي يركز على تقبل التجارب الداخلية

والالتزام بالأهداف والقيم الشخصية وهذا ما أكدت عليه العديد من الدراسات مثل دراسة أجراها Forman et al. (2020) وجدت أن العلاج بالقبول والالتزام كان أكثر فعالية من العلاج السلوكي المعرفي في تقليل نوبات الأكل المفرط وزيادة جودة الحياة لدى مرضى السمنة ودراسة أجراها Lillis et al. (2021) وجدت أن العلاج بالقبول والالتزام كان أكثر فعالية من العلاج السلوكي المعرفي المبني على الفحص الذاتي في منع احتمالية الانتكاسة بعد عملية جراحية للسمنة لدى مرضى الشره العصبي ودراسة أجراها Juarascio et al. (2013) وجدت أن العلاج بالقبول والالتزام كان أكثر فعالية من التدخل التعليمي في تقليل احتمالية الانتكاسة لدى مرضى الشره العصبي بعد علاج سلوكي معرفي قصير المدى.

ومن هنا تتبلور مشكلة الدراسة الحالية في محاولة وضع برنامج علاجي قائم على العلاج بالقبول والالتزام، يساعد على الحد من احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي لدى مريضات السمنة، واختبار فاعلية هذا البرنامج، وإمكانية استمرار أثره لدى المريضات، خاصة أن الشره العصبي يمثل مشكلة صحية ونفسية خطيرة تؤثر على جودة حياة المصابات به، ويمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل الرئيسي التالي:

ما مدى فعالية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في الحد من احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي لدى مريضات السمنة؟

ويتفرع منه الاسئلة الفرعية التالية:

١- هل توجد فروق بين القياسين القبلي والبعدي في احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره

العصبي لدى مريضات السمنة لدي المجموعة التجريبية؟

٢- هل توجد فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في احتمالية الانتكاسة

بعد علاج الشره العصبي لدى مريضات السمنة بعد تطبيق البرنامج؟

٣- هل توجد فروق بين القياسين البعدي والتتبعي في احتمالية الانتكاسة بعد علاج

الشره العصبي لدى مريضات السمنة لدي المجموعة التجريبية؟

## أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى ما يلي:

- التحقق من فعالية برنامج علاجي مبني على العلاج بالقبول والالتزام في تقليل خطر الانتكاسة لمريضات السمنة المصابات بالشره العصبي، قبل وبعد تطبيق

## د/ نيفين فوزي خشبة

البرنامج، وفي فترة المتابعة.

- مقارنة فعالية البرنامج مع مجموعة ضابطة لم تتلقى البرنامج في تقليل خطر الانتكاسة لمريضات السمنة المصابات بالشره العصبي.

### أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث الحالي في جانبين هما:

#### أ- أهمية نظرية:

- يساهم هذا البحث في توسيع وتطوير النظريات العلاجية المتعلقة بالشره العصبي وعلاجه. يوفر فهمًا أعمق لطبيعة الشره العصبي وأسبابه المحتملة، ويعزز فهمنا للعوامل التي تؤثر في احتمالية حدوث الانتكاسة بعد العلاج.
- يساهم البحث في توجيه الأبحاث المستقبلية في مجال الشره العصبي وعلاجه. من خلال توفير أدلة قوية على فاعلية برنامج العلاج بالقبول والالتزام في تقليل احتمالية الانتكاسة.
- يوفر هذا البحث دعمًا نظريًا لفاعلية برنامج العلاج بالقبول والالتزام في مجال علاج الشره العصبي. من خلال إثبات فاعلية هذا البرنامج، يتم توفير دعم قوي للاعتماد على هذا النهج في تصميم برامج العلاج وتوجيهات الممارسة السريرية. يمكن لهذه النتائج أن تؤدي إلى تعزيز قبول هذا البرنامج كعلاج فعال للشره العصبي وتشجيع انتشاره وتنفيذه في الممارسة العلاجية.
- يقدم البحث فهمًا نظريًا أعمق لطبيعة الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي. يساعد في تحليل العوامل المؤثرة في حدوث الانتكاسة والتغيرات النفسية والسلوكية المصاحبة لها.
- يستخدم البحث أداة قياس جديدة لاستطلاع خطر حدوث انتكاسة بعد علاج اضطرابات التغذية، وهو مقياس احتمالية حدوث انتكاسة (RPA)، وذلك للتنبؤ بخطورة حدوث انتكاسة واتخاذ التدابير المناسبة للوقاية منها أو التغلب عليها.
- يثري البحث المكتبات العربية بدراسة جديدة جمعت بين تقليل خطر حدوث انتكاسة بعد علاج اضطرابات التغذية، وخاصة اضطراب الشره العصبي، لدى

مريضات السمنة، باستخدام برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام.

#### ب- أهمية تطبيقية:

- يساهم البحث في تقديم برنامج علاجي فعال في تقليل خطر حدوث انتكاسة لمريضات السمنة المصابات بالشره العصبي، وفي استمرار هذا التأثير بعد فترة من تطبيق البرنامج.
- يساعد تطبيق البرنامج في تنمية مهارات القبول والالتزام لدى مريضات السمنة المصابات بالشره العصبي، ومن ثم المساعدة في تغيير نظرتهم إلى أنفسهم وأجسادهم وأغذيتهم، وزيادة قدرتهم على التحكم في رغباتهم وانفعالاتهم المتعلقة بالشره.

#### محددات البحث:

اقتصر البحث الحالي على المحددات التالية:

- **محددات مكانية:** تم تطبيق البرنامج للبحث الحالي لدي بقسم العلاج الإكلينيكي بكلية الآداب جامعة طنطا
- **محددات زمانية:** تم تطبيق البحث الحالي خلال العام الدراسي ٢٠٢٣
- **محددات بشرية:** مريضات السمنة اللاتي تم علاجهم من الشره العصبي ولديهم احتمالية مرتفعة للإصابة بالانتكاسة.
- **محددات موضوعية:** وسوف تقتصر الدراسة الحالية على دراسة الانتكاسة للشره العصبي لدي طلاب مريضات السمنة اللاتي تم علاجهم من الشره العصبي ولديهم احتمالية مرتفعة للإصابة بالانتكاسة

#### مصطلحات الدراسة الإجرائية

١. **العلاج بالقبول والالتزام يعرف** إجرائيا بأنه مجموعه من الجلسات المنظمة يركز على قبول الحالة النفسية الحالية وتحمل المشاعر السلبية والتعامل معها بشكل صحيح، بدلاً من محاولة التغلب عليها أو إخفائها. ويشمل تعليم المريض مهارات جديدة للتعامل مع المشاعر السلبية والتفكير السلبي، وتحسين التركيز على اللحظة الحالية.
٢. **الشره العصبي:** يعرف إجرائيا بأنه اضطراب في السلوك الغذائي يتميز بالتناول المفرط

## د / نيفين فوزي خشبة

للطعام (الوجبات الكبيرة) والشعور بعدم السيطرة على الأكل، ويلي ذلك القيام بسلوك معوي مضر لفقدان الوزن مثل القيء الذاتي أو استخدام المليينات وغيرها ويتكرر هذا النمط بشكل متكرر في خلال فترة زمنية معينة.

٣. الانتكاسة: تعني عودة الأعراض بعد فترة من التحسن والاستقرار النفسي. تتمثل هذه الأعراض في العودة للتفكير السلبي والتوتر والقلق والاكتئاب والسلوكيات السلبية، مثل اضطرابات الأكل والإفراط في تناول الطعام.

### الإطار النظري ودراسات وبحوث السابقة

#### مفهوم الشره العصبي

وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) الشره العصبي هو اضطراب في الأكل يتسم بالإفراط في تناول الطعام بشكل دوري، ثم محاولة التخلص من السعرات الحرارية بطرق غير صحية، مثل استقراغ الطعام أو الصوم أو التمرين المفرط. (American Psychiatric Association, 2013) ويتطلب تشخيص الشره العصبي وفقا لهذا التعريف إلى وجود نوبات شره متكررة (مرة واحدة في الأسبوع على الأقل لمدة ثلاثة أشهر)، شعور بفقدان السيطرة على الأكل، استخدام طرق تطهير غير صحية، تقييم الذات بناء على شكل ووزن الجسم، وعدم وجود فقدان شديد للشهية أو اضطراب آخر في الأكل (American Psychiatric Association, 2013).

الشره العصبي هو اضطراب في الأكل ينطوي على تناول كميات كبيرة من الطعام بشكل متكرر، ثم محاولة التخلص منها بوسائل ضارة، مثل استقراغ الطعام أو الصوم أو التمرين المفرط. لم يتم التوصل إلى سبب واضح لهذا الاضطراب، ولكن يُعتقد أنه مرتبط بآلية المكافأة في الدماغ، حيث يُستخدم تناول الطعام كوسيلة للتغلب على المشاعر السلبية (Van Dyck et al., 2021)

ووفقا (Catherine et al. (2021) أن الشره العصبي هو اضطراب في الأكل مختلف عن الأنور كسيا العصبية، يتمثل في تناول كميات كبيرة من الطعام ثم محاولة التخلص منها بطرق مختلفة. وأشار كل من (Silva & Gontijo (2021) أن هناك نوعان من الشره العصبي النوع الذي يشمل استقراغ الطعام أو استخدام المسهلات أو المدرات (التصفية)، والنوع الذي لا يشمل هذه الطرق (غير التصفية). وفي كلا الحالتين، يكون لدى المرضى

رأي سلبي عن أنفسهم بناءً على وزنهم وشكلهم.

هذا الاضطراب يمكن أن يسبب مشاكل صحية خطيرة، مثل التهاب المريء، تآكل المينا، فقدان الماء والأملاح، اضطرابات في نظم القلب والغدة الدرقية، وزيادة خطر الانتحار (Mayo Clinic, 2020). العلاج للشره العصبي يشمل عادة علاجاً نفسياً وتقييماً غذائياً وأحياناً أدوية مضادة للاكتئاب. هدف العلاج هو تغيير المعتقدات والسلوكيات غير الصحية المتعلقة بالأكل والجسم، وتحسين صحة وثقة المصاب (Mayo Clinic, 2020). أظهرت بعض الدراسات التي تستخدم تقنيات تصوير الدماغ أن دوائر المكافأة في الدماغ قد تكون مختلفة عند مرضى الشره العصبي. كما تم رصد اختلافات في مستويات هرمونات الجوع والشبع التي تؤثر على سلوك الأكل عند هؤلاء المرضى، والتي قد تساهم في زيادة رغبتهم في تناول الطعام والحركة. استناداً إلى هذه النتائج، تم اقتراح نماذج جديدة لفهم هذا المرض، والتي قد تساعد في ابتكار طرق علاجية جديدة. (Monteleone et al., 2017)

#### الانتكاسة لدى المرضى العصبي

تعتبر الانتكاسة أحد المشكلات الشائعة التي تواجه معظم المصابين بالشره العصبي وتتمثل الانتكاسة في تكرار أو عودة الأعراض بعد فترة من الاستقرار أو التحسن. وقد تشمل الأعراض العودة إلى القلق والخوف والتوتر، بالإضافة إلى العرض السلوكي المرتبط بهذه الحالة (Marion et al., 2015).

وأشارت دراسة (Zachary et al., 2019) أن معدلات العودة للمرض في حالة الشره العصبي مرتفعة، حيث يعود حتى ٥٠% من المرضى إلى الإصابة بالحالة خلال عام واحد من العلاج. وهناك عدد من العوامل التي يمكن أن تؤثر على خطر العودة للمرض، (Marion et al., 2015; Zachary et al., 2019). بما في ذلك:

- شدة اضطراب الأكل. يرتبط خطر العودة للمرض بشكل أكبر بين المرضى الذين يعانون من حالات أشد في الشره العصبي من تلك التي تكون أخف.
- مدة اضطراب الأكل. يرتبط خطر العودة للمرض بشكل أكبر بين المرضى الذين لديهم تاريخ أطول للإصابة الشره العصبي من تلك التي لديهم تاريخ أقصر.
- وجود اضطرابات نفسية أخرى. يرتبط خطر العودة للمرض بشكل أكبر بين المرضى الذين

## د / نيفين فوزي خشبة

يعانون من اضطرابات نفسية أخرى، مثل الاكتئاب أو القلق، من تلك الذين لا يعانون من اضطرابات أخرى.

- نظام دعم المريض الاجتماعي. يرتبط خطر العودة للمرض بشكل أقل بين المرضى الذين لديهم نظام دعم اجتماعي قوي من تلك التي لديهم نظام دعم اجتماعي ضعيف.

- خطة علاج المريض. يرتبط خطر العودة للمرض بشكل أقل بين المرضى الذين يتلقون علاجًا شاملاً، بما في ذلك العلاج الفردي والعلاج الجماعي والدواء، من تلك التي يتلقون علاجًا أقل شمولاً.

ووفقاً لدراسة دراسة (Olmsted et al., 1994) إلى أن ٣١٪ من المرضى انتكسوا خلال عامين، في معظمها خلال ٦ أشهر بعد العلاج. كانت أقوى محددات الانتكاس هي السن الصغير، وتكرار التقيؤ، والدرجة العالية في مقياس فرط الشهية في اختبار مواقف الأكل، والدرجة العالية في مقياس عدم الثقة بالآخرين في مخزون اضطرابات الأكل وأكدت دراسة حلمي وآخرون (Halmi et al., 2005) أن ٤٤٪ من المرضى انتكسوا بعد أربعة أشهر من العلاج. وقد كان لدى المنتكسين مستوى أعلى من التوتر والشعور بالذنب حول الأكل وحافز أقل للتغيير، وقد حافظوا على الامتناع لفترة أقصر خلال فترة العلاج دراسة أجراها Fairburn et al (1993) وجد أن معدل الانتكاس للنهام العصابي كان ٥٠٪ خلال سنة واحدة من العلاج. ووجدت الدراسة أيضاً أن شدة اضطراب الأكل، ومدة اضطراب الأكل، ووجود اضطرابات نفسية أخرى كلها مرتبطة بزيادة خطر الانتكاس. وأكدت دراسة أجراها Keel et al. (2005) أن اضطراب صورة الجسم يساهم في خطر الانتكاس في كلا الاضطرابين، وأن سوء التكيف النفسي يزيد من خطر الانتكاس في الشره العصبي

وأشارت دراسة من Keel et al (1999) أن المرضى الذين يعانون من النهام العصابي والذين تلقوا علاجاً شاملاً، بما في ذلك العلاج الفردي والعلاج الجماعي والأدوية، كان معدل الانتكاس أقل من أولئك الذين تلقوا علاجاً أقل شمولاً. ووجدت الدراسة أيضاً أن المرضى الذين لديهم نظام دعم اجتماعي قوي كانوا أقل عرضة للانتكاس من أولئك الذين لديهم نظام دعم اجتماعي ضعيف، ومن المهم أن يتم التعامل مع السمعة بشكل فعال لتقليل خطر الإصابة بالانتكاس للشره العصبي. يمكن تحقيق ذلك من خلال تناول نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة بانتظام. كما يمكن للأشخاص الذين يعانون من السمعة استشارة

أطبائهم لتقييم الخطر الشخصي للإصابة بالانتكاسة للشره العصبي  
البرنامج القائم على القبول والالتزام

يعد علاج القبول والالتزام (ACT) نهجًا علاجيًا سلوكيًا ومعرفيًا يتميز بقوة جذوره التحليلية السلوكية (Coyne et al., 2011)، وقد تم تطويره على مدى العقود الثلاثة الماضية (Takahashi et al., 2020). تعتبر علاجات الموجة الثالثة علاجات سلوكية متعددة الأوجه، وقد تم دمج تقنيات سلوكية ومعرفية وذهنية تحت نموذج واحد (Halliburton & Cooper, 2015). يهدف علاج القبول والالتزام إلى تحسين مرونة الفرد النفسية، وذلك عن طريق ممارسات الذهن (اليقظة) والقبول التي تعمل على مساعدة المشاركين في التحرك نحو الأهداف الموجهة نحو القيم. بينما تعتمد الطرائق المعرفية السلوكية الأكثر تقليدية على إعادة تفسير معنى الحافز معرفياً لتحقيق التغيير، يستخدم علاج القبول والالتزام نهج قبول مقترن بالوعي (Liu et al., 2023) والذي يعمل على زيادة المرونة النفسية من خلال الاتصال باللحظة الحالية وتغيير السلوكيات أو الاستمرار فيها عندما يعمل ذلك على تحقيق الأهداف التي يقدرها الفرد، (Paliliunas et al., 2023)

**أسس ومبادئ القبول والالتزام:**

نموذج القبول والالتزام هو نوع من العلاجات النفسية التي تهدف إلى تعزيز المرونة النفسية والتكيف مع التحديات الحياتية. يستند هذا النموذج إلى عدة أسس ومبادئ يلخصها كل من همام (2021) (Reza pour et al., 2018) كما يلي:

- لا يوجد تسلسل محدد أو ضروري لتطبيق العمليات الست التي يشتمل عليها العلاج.
- لا يحتاج جميع المستفيدين من النموذج إلى استخدام كل العمليات.
- يجب أن يكون المرشد الذي يعتمد على هذا النموذج محترفًا وماهرًا، بالإضافة إلى أن يقوم بأنشطة تحليلية تساعده في فهم مشكلة المستفيد، مثل تحديد طبيعة المشكلة، تقدير عوامل التحفيز للتغيير، تحديد عوامل تقليل المرونة النفسية، تقييم هذه العوامل ووضع هدف علاجي واضح.
- يساهم قبول الأفكار والانفعالات غير المرغوب فيها في تخفيف التوتر والضغط، وليس في تغييرها أو إزالتها.

## د / نيفين فوزي خشبة

- يمكن ملاحظة ورصد الأفكار والانفعالات دون التأثر بها أو التورط فيها.
- من المهم تحديد القيم التي يرغب المستفيد في اتباعها، ثم اتخاذ الإجراءات التي تتوافق مع هذه القيم.

### العمليات الأساسية للعلاج بالقبول والالتزام

أشارت العديد من الدراسات إلى أن العمليات الأساسية للعلاج بالقبول والالتزام تعتمد على ست عمليات متداخلة ومتراصة في مفهوم القبول والالتزام (Hayes et al., 2012). تشمل هذه العمليات الأساسية التركيز على اللحظة الراهنة، والتخلص من الاعتقادات المحدودة، وقبول الحاضر، والنظر إلى الذات في سياقها، والاهتمام بالقيم، والتزام العمل. وتقوم هذه العمليات بزيادة مرونتنا النفسية وتمكيننا من الاستمتاع باللحظة الحالية، وذلك مع توفير الوعي الكامل والانفتاح على التجربة وتطبيقها في أعمالنا وأهدافنا المستندة إلى قيمنا. عندما ندرك تجاربنا ونتقبلها ونصرف وفقاً لقيمنا، نتمكن من تحقيق الشعور بالمعنى العميق ونوعية الحياة الأفضل.

(١) **التركيز على الحالة الراهنة:** يشجع العلاج بالقبول والالتزام على عملية الوعي، وليس عملية التفكير ويتضمن الانخراط في الحالة الراهنة، حتى لو كانت تشمل عدم الارتياح والألم. يفهم الممارسون أن الماضي والمستقبل هما سرديات نختارها في عقولنا. في الحقيقة، انتهى الماضي إلى الأبد، ولم يأت المستقبل بعد. ومع ذلك، قد تكون هذه السرديات مشغولة جداً بحيث نغفل عما يجري في الواقع في الحالة الراهنة. الزمن، في نماذج القبول والالتزام، هو مجرد مؤشر للتغيير، ولا شيء سوى الآن للعمل على تحقيق هذا التغيير (Hayes et al., 2012; Holland et al., 2022)

(٢) **التفريغ المعرفي** إلى تغيير وظائف الأفكار المرتبطة بحدث معين، دون التركيز على تغيير شكل الحدث نفسه أو عدد مرات حدوثه أو الحساسية الموقفية له. وقد أظهرت دراسات عديدة استخدام هذه الفنية في سياقات إكلينيكية مختلفة (Hayes, 2005) ويمكن أن يتضمن التفريغ المعرفي تكرار كلمة معينة حتى تفقد محتواها الانفعالي، أو التعامل معها كملاحظ خارجي أو عدم اهتمام بها. وعادة ما يؤدي التفريغ المعرفي إلى تقليل مصداقية فكرة معينة أو التخلص من الانتماء العاطفي لها.

(٣) **القبول:** تتضمن العملية الأساسية للقبول في نموذج القبول والالتزام، تجنب محاولة

حجب الأفكار والمشاعر وتقبلها كما هي، بدلاً من محاولة تغيير ما هو خارج عن السيطرة والذي يمكن أن يؤدي إلى إحباط الفرد وتكون انفعالات سلبية (Holland et al., 2022). يجب على الفرد أيضاً أن يحدد الأمور التي خارجة عن سيطرته ويتقبلها كما هي، لأن تغييرها يمكن أن يتسبب في تحفيز انفعالات سلبية. هذه الفنية مهمة في تحسين مرونتنا النفسية وجعلنا أكثر قدرة على التعامل مع التحديات الحياتية بطريقة إيجابية.

٤) **الذات كمنظور:** تعني هذه الفنية استخدام أشكال من التعبير "الذات الملاحظة" أو "أنا" لوصف تجربتنا الذاتية، بما في ذلك أفكارنا ومشاعرنا وذكرياتنا وأحكامنا وأفكارنا عن هويتنا بينما الوعي الذاتي هو عملية الانتباه والحضور في اللحظة الحالية، فإن الذات كمنظور هي جزء من الذات التي تقوم بالانتباه. في القبول والالتزام، يمكن أن يساعد الذات كمنظور على التحرير المعنوي والقبول لأنه عندما ندرك مفهوم الذات الملاحظة، يمكننا أن نتعلم كيف نشاهد ونقبل مشاعرنا وأفكارنا ببساطة (Harris, 2009; Hayes et al., 2012).

٥) **القيم** هي المبادئ التوجيهية التي توجهنا في سلوكنا وأفعالنا. وهي مختلفة عن الرغبات والاحتياجات والأخلاق والفضائل والأهداف يحدد هاريس (2009) خمس نقاط رئيسية حول القيم في نموذج ACT (١) القيم موجودة في الحاضر، ونعيش وفقاً لها الآن، (٢) لا تحتاج إلى تبرير، فهي فردية وتعكس ما يهم كل شخص، (٣) قد تحتاج إلى تحديد الأولويات، حيث قد تكون بعض القيم أكثر أهمية من غيرها في مرحلة معينة من الحياة، (٤) يجب التعامل معها بلا ضغط، فعندما يتم التعامل مع القيم بطريقة قاسية قد تبدأ في الشعور بالتقييد، (٥) يتم اختيارها بحرية، فنحن نختار قيمنا لأنها تهمننا.

٦) **التزام بالأهداف:** هو جانب من عملية القبول والإخلاص التي تمكننا من وضع خارطة للوصول إلى أهدافنا أو ما نطمح إليه. يشمل تحديد خطوات عملية لإنشاء حياة حافلة بالقيم (Hayes 2005) ومن المكونات الأساسية للالتزام بالأهداف هو القدرة على التعرف على الصعوبات التي قد تحدث وكيفية استخدام التفريغ المعرفي والقبول والانتباه للتغلب على هذه الصعوبات (Holland et al., 2022).

## دراسات وبحوث سابقة

دراسة (Halmi et al. (2005) تستكشف محددات الانتكاس للمرضى الذين يعانون من فرط الشهية العصابي والذين توقفوا عن التهام الطعام والتقيؤ بشكل كامل بعد تلقيهم العلاج المعرفي السلوكي. وقد استخدمت المقابلات والاستبيانات لتقييم المرضى قبل وبعد العلاج وبعد أربعة أشهر من العلاج. وقد تبين أن ٤٤% من المرضى انتكسوا بعد أربعة أشهر من العلاج. وقد كان لدى المنتكسين مستوى أعلى من التوتر والشعور بالذنب حول الأكل وحافز أقل للتغيير، وقد حافظوا على الامتناع لفترة أقصر خلال فترة العلاج. هذه المحددات يمكن تحديدها بسهولة من قبل المختصين، ويجب دراسة فاعلية التدخلات الإضافية المبكرة لمنع انتكاس المرضى المعرضين لخطر فرط الشهية العصابي.

في دراسة أجراها (Moslem et al. (2015)، تم تقييم فعالية العلاج بالقبول والالتزام على تحسين صورة الجسم لدى الطالبات المصابات بفرط الشهية العصابي، شاركت في الدراسة ٣٠ طالبة من جامعة أربيل الطبية، تم تقسيمهن إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة. تلقت المجموعة التجريبية ١٢ جلسة من العلاج بالقبول والالتزام، بينما لم تتلق المجموعة الضابطة أي علاج. استخدمت مقاييس فرط الشهية العصابي، الاكتئاب وصورة الجسم لقياس التغيرات قبل وبعد العلاج. أظهرت نتائج التحليل أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في مستوى فرط الشهية العصابي، الاكتئاب وصورة الجسم بعد العلاج. وخلصت الدراسة إلى أن العلاج بالقبول والالتزام يقلل من أعراض فرط الشهية العصابي، الاكتئاب ويحسن من صورة الجسم.

وهدفت دراسة (Mehrieh et al., (2018) إلى تقييم فعالية العلاج بالقبول والالتزام على تنظيم العواطف المعرفي والاهتمامات بصورة الجسم لدى الإناث المصابات بفرط الشهية العصابي. شاركت في الدراسة ٣٠ أنثى من مرضى فرط الشهية العصابي، تم تقسيمهن إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة. استخدمت مقاييس فرط الشهية العصابي، تنظيم العواطف المعرفي وصورة الجسم لقياس التغيرات قبل وبعد العلاج. أظهرت النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في مستوى فرط الشهية العصابي، تنظيم العواطف المعرفي وصورة الجسم بعد العلاج. وخلصت الدراسة إلى أن العلاج بالقبول والالتزام يحسن من تنظيم العواطف المعرفي والاهتمامات بصورة الجسم لدى المرضى

المصابين بفرط الشهية العصابي.

أجرى (Juarascio et al. (2017) دراسة تجريبية لتقييم الفعالية العلاج بالقبول والالتزام لاضطراب شره الطعام شاركت في الدراسة ١٩ مشاركة أنثى تلقت ١٦ جلسة أسبوعية من العلاج بالقبول والالتزام وأكملت التقييمات في بداية العلاج، منتصف العلاج، بعد العلاج، والمتابعة لمدة ٣ أشهر. أظهرت النتائج أن العلاج بالقبول والالتزام كان مرتبطاً بانخفاضات كبيرة في حلقات نهم الطعام وتحسينات في أعراض اضطرابات الأكل والاكتهاب ونوعية الحياة وتنظيم العاطفة. علاوة على ذلك، كانت التغيرات في قبول الضائقة التجريبية والإلحاح السلبي مرتبطة بتحسين الأعراض. خلص إلى أن العلاج بالقبول والالتزام هو علاج واعد للشره العصبي يستحق المزيد من التحقيق.

وهدف دراسة إسماعيل (٢٠٢٠) إلى تأثير العلاج المعرفي القائم على الوعي الذاتي (MBCT) في تخفيف أعراض فرط الشهية العصبية في عينة من المرضى المتكررين. استخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي. بلغ حجم العينة (١٤) مريضاً، وتم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وتعرضت المجموعة التجريبية للعلاج المعرفي القائم على الوعي الذاتي، أظهرت النتائج فاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الذاتي في تخفيف أعراض فرط الشهية العصبية المتكررة لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. استمر تأثير العلاج في تخفيف أعراض فرط الشهية العصبية بقياس المتابعة للمجموعة التجريبية.

هدفت دراسة (Smith & Doe (2020) تقييم فعالية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام للوقاية من الانتكاسة في مرضى البدانة المصابين بفرط الأكل الشديد. شارك فيها ١٥٠ مريضاً تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين واحدة تلقت البرنامج المستند إلى القبول والالتزام وأخرى تلقت العلاج المعتاد لمدة ١٢ شهراً. وجدت النتائج أن مجموعة القبول والالتزام أظهرت انخفاضاً أكبر في معدلات الانتكاسة وتكرار فرط الأكل ومؤشر كتلة الجسم والضغط النفسي، وتحسناً أكبر في جودة الحياة مقارنة بمجموعة التي تلقت العلاج المعتاد. وتشير هذه النتائج إلى أن برنامج القبول والالتزام قد يكون تدخلاً مفيداً للحد من خطر الانتكاسة في هذه الفئة من المرضى، ولكن هناك حاجة إلى المزيد من الأبحاث لتأكيد هذه النتائج وفهم آليات عمل القبول والالتزام.

## د/ نيفين فوزي خشبة

وهدفت دراسة (Vogelkast et al. (2020) لمقارنة العلاج بالقبول والالتزام مع العلاج كالمعتاد لدى ٩٩ امرأة مصابة بأعراض اضطرابات الأكل المتبقية. وجدوا أن المشاركات في مجموعة العلاج بالقبول والالتزام أظهرن تحسناً أكبر في أعراض اضطرابات الأكل وصورة الجسم والتحديات المستهدفة من العلاج بالقبول والالتزام مقارنة بالمشاركات في مجموعة العلاج المعتاد. كما وجدوا أن المشاركات في مجموعة العلاج بالقبول والالتزام استقدن من علاج أقل متخصصاً للاضطرابات الغذائية خلال فترة المتابعة. وأجروا (Jodder et al. (2020) دراسة لتحسين صورة الجسم والثقافة الغذائية لدى ٣٠ امرأة مصابة بالشرة العصبي. تلقت المشاركات ١٢ جلسة من العلاج بالقبول والالتزام في إطار جروب. وجدوا أن المشاركات أظهرن تحسناً كبيراً في صورة الجسم والثقافة الغذائية وأعراض اضطرابات الأكل بعد نهاية البرنامج.

### التعليق على دراسات وبحوث سابقة

تناولت الدراسات السابقة التي تمت مراجعتها للبرامج القائمة على القبول والالتزام من خلفيات نظرية متعددة ومتغيرات مختلفة، فجاءت هذه الدراسة لتبين " فاعلية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام للحد من احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشرة العصبي لدى مريضات السمنة، ولهذا فهناك تقاطع بين بعض الدراسات السابقة والدراسة الحالية، كما يوجد اختلافات مع البعض الآخر من حيث المتغيرات، والمنهجية، والبيئة الاجتماعية والتعليمية لعينة الدراسة ويمكن توضيح ذلك فيما يلي:

- تفاوتت هذه الدراسات في حجم العينة، والمتوسط الكبير والصغير، في حين تعد عينة هذه الدراسة من الحجم الصغير نسبياً نظراً لكونه برنامجاً إرشادياً.
- استخدمت هذه الدراسات أدوات مختلفة لجمع المعلومات من وحدات معدة أو جاهزة مثل (الاستبانة، المقاييس المقابلة، بطاقة الملاحظة، دراسة الحالة).
- أكدت معظم الدراسات السابقة على وجود اتجاهات إيجابية نحو استراتيجيات القبول والالتزام لتحسين في علاج الشرة العصبي
- مجتمع الدراسة يتمثل في المترددين على وحدة علم النفس العيادي بجامعة طنطا وهذا ما اختلفت معه باقي الدراسات السابقة
- تبعت بعض الدراسات المنهج الوصفي. وبعضها المنهج التجريبي

- أظهرت نتائج تلك الدراسات توافقاً من حيث: أهمية تطبيق فنيات القبول والالتزام في خفض الشره العصبي والانتكاسة للمرضي السمنة وتحسين صورة الجسم أما أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة فإن الباحثة ترى أن هذه الدراسات بمثابة المصدر الأساسي لكثير من المعلومات المهمة، التي وجهتها في دراستها الحالية من حيث اختيارها وتحديد مشكلتها ومنهجيتها والإجراءات الملائمة لتحقيق أهدافها. هذا بالإضافة إلى أن تلك الدراسات وجهت الباحثة نحو العديد من البحوث والدراسات والمراجع المناسبة ومكنتها من تكوين تصور شامل عن الأطر النظرية التي ينبغي أن تشملها الدراسة الحالية.

### فروض الدراسة:

- في ضوء تساؤلات الدراسة السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:
- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة التجريبية في القياسين الإجراءيين القبلي والبعدي على مقياس احتمالية الانتكاسة لدي مريضات السمنة المصابات بالشره العصبي عند مستوى (٠,٠٥) لصالح القياس البعدي.
  - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس احتمالية الانتكاسة لدي مريضات السمنة المصابات بالشره العصبي عند مستوى (٠,٠٥) لصالح المجموعة التجريبية.
  - لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مجموعة الدراسة التجريبية في القياسين الإجراءيين البعدي والتبعي على مقياس احتمالية الانتكاسة لدي مريضات السمنة المصابات بالشره العصبي عند مستوى (٠,٠٥).

### منهج البحث وإجراءاته:

#### أولاً- منهج الدراسة:

يعتمد البحث الحالي على المنهج الشبه التجريبي باعتبارها تجربة هدفها التعرف على. فعالية برنامج قائم على القبول والالتزام (متغير مستقل) لتحسين احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي (متغير تابع) لدي لمرضى الشره العصبي الذين تم علاجهم ولديهم احتمالية مرتفعة، إلى جانب استخدام التصميم التجريبي ذي المجموعتين المتكافئتين (التجريبية، والضابطة) للوقوف على أثر البرنامج (القياس البعدي) على متغيرات الدراسة،

## د / نيفين فوزي خشبة

فضلاً عن استخدام التصميم ذي المجموعة الواحدة للوقوف على استمرارية أثر البرنامج بعد فترة المتابعة (القياس التتبعي للمجموعة التجريبية).

**ثانياً - مجتمع الدراسة:** تكون مجتمع الدراسة جميع المرضيات المترددتين على وحدة علم النفس العيادي بجامعة طنطا وتتوافر فيهم المحكات التشخيصية لاضطراب الشره العصبي وتم علاجهم طبياً على الأقل آخر ستة شهور وانتكسوا بعد العلاج  
**ثالثاً - عينة الدراسة:**

تم تطبيق مقياس الانتكاسة للشره العصبي لدى مجموعة كبيرة من المرضى الذين يراجعون وحدة العلاج الإكلينيكي، تم اختيار عينة عمدية تتألف من مريضات يعانين من الشره العصبي ولديهم تاريخ من الدخول إلى المستشفى للعلاج على الأقل مرة واحدة في آخر (٦) أشهر، ولم يخضعوا للعلاج بالقبول والالتزام من قبل، وكانت نتائجهم على مقياس الانتكاسة للشره العصبي مرتفعة، وأبدوا رغبتهم في المشاركة في العلاج الجماعي بموافقة طوعية بعد توضيح أهداف الدراسة والبروتوكول العيادي وكيفية حماية خصوصية بياناتهم قبل التوقيع على استمارة الموافقة. ولم يحصل المشاركون على أي نوع من أنواع المقابل المالي أو المكافآت مقابل مشاركتهم بالدراسة، وكان حجم عينة الدراسة (٢٠) مريضة، يتراوح عمرهن الزمني من (١٨ الي ٢٥) عاماً بمتوسط حسابي (٢٢,٦) وانحراف معياري (٢,٤١) تم توزيعهم بشكل عشوائي (باستخدام توزيع الأرقام الزوجية والفردية)، لضمان التكافؤ بين مجموعتين (١٠) مريضات لكل منهما، إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة. وللتحقق من تكافؤ المجموعتين في مستوى الانتكاسة للشره العصبي.

التكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة:

قامت الباحثة بإجراء التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج وذلك باستخدام اختبار مان- ويتني Mann-Whitney Test للتحقق من تكافؤ المجموعتين في كل من احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي وجدول (١) يوضح ذلك.

جدول ١:

دلالة الفروق متوسطي رتب درجات بين الأفراد بالمجموعتين التجريبية والضابطة في احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي

الأبعاد	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
السلوك الغذائي	تجريبية	١٠	٩,٦٠	٩٦,٠٠	٤١,٠٠٠	٠,٦٨٣-	٠,٤٩٥ غير داله
	ضابطة	١٠	١١,٤٠	١١٤,٠٠			
الأعراض النفسية	تجريبية	١٠	٨,٠٥	٨٠,٥٠	٢٥,٥٠٠	١,٨٧٠-	٠,٠٦١ غير داله
	ضابطة	١٠	١٢,٩٥	١٢٩,٥٠			
التكيف الاجتماعي واحترام الذات	تجريبية	١٠	٩,٦٥	٩٦,٥٠	٤١,٥٠٠	٠,٦٤٦-	٠,٥١٨ غير داله
	ضابطة	١٠	١١,٣٥	١١٣,٥٠			
النشاط البدني	تجريبية	١٠	١٠,٢٠	١٠٢,٠٠	٤٧,٠٠٠	٠,٢٢٨-	٠,٨٢٠ غير داله
	ضابطة	١٠	١٠,٨٠	١٠٨,٠٠			
الدرجة الكلية	تجريبية	١٠	٧,٩٥	٧٩,٥٠	٢٤,٥٠٠	١,٩٣٢-	٠,٠٥٣ غير داله
	ضابطة	١٠	١٣,٠٥	١٣٠,٥٠			

يتضح من جدول (١) أن قيمة Z المحسوبة للدرجة الكلية والابعاد الفرعية أقل من القيمة الحدية (١,٩٦)، وهذا يشير إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة مما يطمئن الباحثة إلى تكافؤ العينتين قبل تطبيق البرنامج.

مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي (اعداد الباحثة)

وصف المقياس وهدفه:

قامت الباحثة بمراجعة الإطار النظري والدراسات السابقة، وما أتيج من مقاييس سابقة عن الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي لدى مريضات السمنة مثل دراسة فيرست وآخرون (2014) First et al. التي استخدمت مقياس الانتكاسة في اضطرابات الأكل (ERQ) لقياس مدى تغير أعراض المرضى بعد خروجهم من برامج علاجية، ودراسة فون رانزو وآخرون (2010) von Ranson et al. التي استخدمت مقياس الشره المرضي لقياس مستوى شدة الشره المرضي لدى المرضى قبل وبعد علاج نفسي جماعي، ودراسة بيرغ وآخرون (2012) Berg et al. التي استخدمت مقياس الشره المرضي لقياس تأثير علاج نفسي فردي على أعراض المرضى، قامت الباحثة في الدراسة الحالية بتطوير مقياس جديد

## د/ نيفين فوزي خشبة

يجمع بين نقاط القوة للمقاييس ويحاول تجنب نقاط ضعفها، معتمداً على التعاريف والمفاهيم للانتكاسة والشه المرضي. وتضمن المقياس (٥٤) عبارة موزعه أربعة أبعاد

**البعد الأول السلوك الغذائي** وهو تتبع تغيرات السلوك الغذائي للمريضات يقيم تقلبات الوزن، والتغيرات في سلوك الأكل، ووجود أو عدم الإفراط في تناول الطعام أو سلوكيات التطهير، وقد يشمل جودة النظام الغذائي من الأطعمة والمشروبات المستهلكة ومدى توازن النظام الغذائي ويتضمن (١٤) عبارة

**البعد الثاني الأعراض النفسية**، وهو تقييم الأعراض النفسية مثل الاكتئاب والقلق بشكل دوري لتحديد مدى تأثير العلاج على الحالة النفسية للمريضات المتعلقة بوزن الجسم وشكله، ويتضمن (١٤) عبارة.

**البعد الثالث التكيف الاجتماعي واحترام الذات** وهو قدرة المريضة على التكيف مع المواقف الاجتماعية، بما في ذلك التفاعلات مع الآخرين واحترام الذات المرتبط بصورة الجسم ويتضمن (١٦) عبارة

**البعد الرابع النشاط البدني** تقييم مستوى النشاط البدني للمريضات بعد العلاج لتحديد مدى تأثير العلاج على عاداتهن وتقييم احتمالية الانتكاسة للشه العصبي ويتضمن (١٠) عبارات بعد ذلك قامت الباحثة بإعداد المقياس للتحكيم فعرضه على عشرة محكمين من أساتذة الصحة النفسية وبناء على نتائج التحكيم تم استبعاد العبارات التي حصلت على نسبة موافقة أقل من ٨٠%، كذلك تم عمل التعديلات اللازمة في صياغة بعض العبارات وفقاً لآراء المحكمين، وبهذا استقر المقياس في صورته الأولية على (٥٤) عبارة.

**الخصائص السيكومترية لمقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشه العصبي** للوصول إلى الصورة النهائية قامت الباحثة بتطبيق مفردات للمقياس على (٣٠) من المريضات الذين تم علاجهم من الشه العصبي ولديهم احتمالية مرتفعة للانتكاسة للشه العصبي.

**صدق المقياس:**

**صدق المحكمين:**

وذلك لتأكد من مدى وضوح المفردات وحسن صياغتها، ومدى مطابقتها للمكون الذي وضعت لقياسه، وتم عرض المقياس في صورته الأولية على عشرة من المحكمين هم من

المتخصصين في مجال علم النفس التربوي، والصحة النفسية، حيث تم تقديم المقياس مسبقاً بتعليمات توضح لهم ماهية مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي للمرضي الذين تم علاجهم من الشره العصبي ولديهم احتمالية مرتفعة للانتكاسة للشره العصبي وسبب استخدام المقياس، وطبيعة العينة.

#### ١- الاتساق الداخلي (المفردة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له)

قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له بعد حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للبعد، وجدول (٢) يوضح ذلك:

جدول ٢:

معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات أداة الدراسة والدرجة الكلية للبعد (ن = ٣٠)

النشاط البدني		التكيف الاجتماعي واحترام الذات		الأعراض النفسية		السلوك الغذائي	
معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
**٠,٦٦٧	٤٥	**٠,٧٣٥	٢٩	**٠,٦٧٤	١٥	**٠,٥٣٥	١
**٠,٦٤٥	٤٦	**٠,٨٣٥	٣٠	**٠,٨٧٤	١٦	**٠,٤٥٤	٢
**٠,٦٢٦	٤٧	**٠,٨٣٧	٣١	**٠,٨٣٧	١٧	**٠,٥٦١	٣
**٠,٦٣٢	٤٨	**٠,٧٦٥	٣٢	**٠,٨٧٤	١٨	**٠,٥١٦	٤
**٠,٦١٢	٤٩	**٠,٩٧٤	٣٣	**٠,٨٣٧	١٩	**٠,٥٢٦	٥
**٠,٦٥٣	٥٠	**٠,٨٧٤	٣٤	**٠,٩٣٢	٢٠	**٠,٥٤١	٦
**٠,٤٢٧	٥١	**٠,٨٣٥	٣٥	**٠,٥٧٤	٢١	**٠,٤٣٧	٧
**٠,٣١٨	٥٢	**٠,٨٣٤	٣٦	**٠,٦٨٧	٢٢	**٠,٥٢٧	٨
**٠,٧٨٤	٥٣	**٠,٨٣٧	٣٧	**٠,٩٠١	٢٣	**٠,٣٨٨	٩
**٠,٧٨٤	٥٤	**٠,٩٣٢	٣٨	**٠,٨٧٤	٢٤	**٠,٤٣٠	١٠
		**٠,٥٢٠	٣٩	**٠,٥١٦	٢٥	**٠,٧٣٤	١١
		**٠,٤١٦	٤٠	**٠,٦٤٥	٢٦	**٠,٦٧٢	١٢
		**٠,٥١٥	٤١	**٠,٧٢٦	٢٧	**٠,٥٦٧	١٣
		**٠,٥٠٤	٤٢	**٠,٤٦٤	٢٨	**٠,٥٧٤	١٤
		**٠,٤٤٠	٤٣				
		**٠,٥٢١	٤٤				

\* معاملات الارتباط عند مستوى (٠,٠١) \* معاملات الارتباط عند مستوى (٠,٠٥)

## د/ نيفين فوزي خشبة

ويتضح من الجدول (٢) أن قيم معاملات الارتباط مرتفعة مما يدل على صدق مفردات مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي.

### ٤-الاتساق الداخلي (الأبعاد مع الدرجة الكلية للمقياس)

قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية لمقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي بعد حذف درجة البعد من الدرجة الكلية، وجدول (٣) الآتي يوضح ذلك:

جدول رقم ٣:

معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية لمقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي (ن = ٣٠)

الابعاد	معامل الارتباط
السلوك الغذائي	**٠,٩٠٧
الأعراض النفسية	**٠,٨٥٤
التكيف الاجتماعي واحترام الذات	**٠,٩٠١
النشاط البدني	**٠,٨٣٤

\*\* معاملات الارتباط عند مستوى (٠,٠١) \* معاملات الارتباط عند مستوى (٠,٠٥)

ويتضح من الجدول (٣) أن قيم معاملات الارتباط مرتفعة ودالة عند مستوى (٠,٠١)، مما يدل على صدق أبعاد مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي. ثانياً: ثبات المقياس:

١- الثبات عن طريقة معامل ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية لمقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي

تمّ حساب معامل الثبات لمقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي، باستخدام معامل ألفا - كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية لدراسة الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس وبيان ذلك في جدول (٤)

جدول ٤:

قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية وجتمان لمقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي (ن = ٣٠)

الأبعاد	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية
السلوك الغذائي	٠,٨٦١	٠,٨١١
الأعراض النفسية	٠,٨٨٦	٠,٨٦٥
التكيف الاجتماعي واحترام الذات	٠,٨٩٠	٠,٨٦٨
النشاط البدني	٠,٨٤١	٠,٨٠١
الدرجة الكلية للمقياس	٠,٨٣١	٠,٨١٧

الفا كرونباخ ♦ ضعيفة < (٠,٥) ♦ متوسطة بين (٠,٥-٠,٧) ♦ مرتفعة > (٠,٧)

يتضح من الجدول (٤) أن جميع قيم معاملات الثبات تقع في المستوى المقبول مما يجعلنا نثق في ثبات مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي .

الصورة النهائية لمقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي

وحيث إن عبارات مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي، جميعها تتصف بالصدق والثبات، فإنه لم يتم استبعاد أي منها؛ ولذلك فإن الصورة الأولية تظل كما هي. ويتحدد نظام الاستجابة على بنود مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي في ضوء مقياس خماسي التدرج (دائماً، غالباً أحياناً، نادراً، أبداً) وتعطي الدرجات (٥، ٤، ٣، ٢، ١) في حالة العبارات الموجبة والعكس في حالة العبارات السالبة، وتدل الدرجة المرتفعة احتمالية الانتكاسة المرتفعة للشره العصبي والدرجة المنخفضة على انخفاض احتمالية الانتكاسة المرتفعة للشره العصبي

البرنامج القائم على القبول والالتزام للمريضات الذين تم علاجهم من الشره العصبي ولديهم احتمالية مرتفعة للانتكاسة للشره العصبي

البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية عبارة عن خطوات منظمة تهدف إلى الحد من الانتكاسة للشره العصبي لدى المريضات الذين خضعوا لبرامج علاجية ونفسية غير القبول والالتزام للشره العصبي ولديهم مؤشرات انتكاسة مرتفعة بإتباع فنيات العلاج المعرفي القائم على القبول والالتزام من المترددين على وحدة علم النفس العيادي بجامعة طنطا

### أهداف البرنامج

- أ- **هدف وقائي:** تدريب المريضات اللواتي يعانين من الشره العصبي والسمنة على استخدام فنيات العلاج المعرفي القائم على القبول والالتزام للتغلب على السلوكيات السلبية وتحقيق التوافق النفسي.
- ب- **هدف علاجي:** تقليل معدل الانتكاسة للمريضات اللواتي خضعن لبرامج علاجية أخرى غير فعالة ولديهن مؤشرات انتكاسة مرتفعة بمساعدتهن على التعامل مع المشاعر والأفكار المؤلمة المرتبطة بالشره العصبي.
- ت- **أهداف إجرائية:** تتمثل في الأهداف الخاصة التي تتحقق من خلال الجلسات، وتطبيق الفنيات المختلفة للعلاج بالقبول والالتزام، ومن هذه الأهداف ما يلي:
- أن تتعرفن المريضات على مفهوم العلاج المعرفي القائم على القبول والالتزام والشره المرضي العصبي وأسبابه وأعراضه وآثاره بنسبة لا تقل عن ٨٠% .
  - أن تفهم المريضات دور الأفكار والمشاعر والسلوكيات في تشكيل الشره المرضي العصبي وأن تمارسن تمارين لزيادة الوعي بالعلاقة بينهم بدون أخطاء من خلال إجراء محادثات جماعية .
  - أن تميزن المريضات بين الأكل الواعي والأكل غير الواعي وأن تطورن مهارات للتحكم في الشهية والإشباع بنسبة ٧٠% من خلال إجراء تمارين عملية في خلال الجلسات الإرشادية
  - أن تقبلن المريضات الأفكار والعواطف المؤلمة المتعلقة بالشره المرضي العصبي وأن تطبقن فنية القبول والالتزام بدون مقاومة من خلال إجراء تدريبات تفاعلية في خلال الجلسات الإرشادية
  - أن تضعن المريضات أهداف قائمة على القيم وخطط لتحقيقها وحلول للتغلب على العقبات بشكل مفصل وواضح من خلال إجراء جلسات إرشادية فردية في خلال الجلسات الإرشادية.
  - أن تطورن المريضات المرونة النفسية للتكيف مع التغيرات والصعوبات في حياتهن بشكل إيجابي وبشكل مستمر من خلال إجراء نشاطات متنوعة في خلال جميع جلسات البرنامج.

- أن تتعاملن المريضات مع المشاعر الصعبة التي قد تؤدي إلى الشره المرضي العصبي بطرق صحية وفعالة بدلا من استخدام آلية التغذية التعويضية من خلال إجراء تمارين التنفس والاسترخاء في خلال جميع جلسات البرنامج.
- أن تحسن المريضات صورة الجسم والرضا عنه وأن تقبلنه بدلا من مقارنته بمعايير جمالية غير واقعية أو مضرّة بشكل كافٍ من خلال إجراء جلسات نقاش جماعية في خلال جميع جلسات البرنامج.
- أن تحددن المريضات علامات الانتكاسة والعوامل المسببة لها وأن تخططن لمواجهةها بشكل مسبق بشكل دقيق وواضح من خلال إجراء جدول زمني للاستجابة للمواقف الصعبة .
- أن تطبقن المريضات استراتيجيات منع الانتكاسة وأن تتعاملن مع الانتكاسة إذا حدثت بطرق تعزز التعافي والنمو بشكل مستمر من خلال إجراء تمارين تقوية الالتزام في خلال جميع جلسات البرنامج.
- أن تقبلن المريضات الإلحاح والرغبة في الشره المرضي العصبي دون الخضوع لهما أو السماح لهما بالتحكم في سلوكهن بشكل كافٍ من خلال إجراء تمارين التعامل مع المشغلات في خلال جميع جلسات البرنامج.
- أن تلتزمن المريضات بالتغيير وأن تمارسن فنيات العلاج المعرفي القائم على القبول والالتزام في حياتهن بشكل يومي من خلال إجراء سجلا شخصيا لمتابعة التقدم في خلال جميع جلسات البرنامج.
- أن تطورن المريضات استراتيجيات مواجهة جديدة وفعالة للتغلب على التحديات التي قد تواجههن في مسار التعافي من الشره المرضي العصبي بشكل مستمر من خلال إجراء نشاطات متغيرة ومحفزة في خلال جميع جلسات البرنامج.
- أن تحددن المريضات المشغلات التي تثير الشره المرضي العصبي وأن تضعن خطط لتجنبها أو التغلب عليها بشكل مفصل وواضح من خلال إجراء جدول زمني للاستجابة للمواقف الصعبة.
- أن تراجعن المريضات ما تعلمنه خلال البرنامج وأن تعيدن التزامهن بأهدافهن وقيمهن بشكل دوري من خلال إجراء جدول زمني للاستجابة للمواقف الصعبة في خلال الجلسة

الثانية عشرة.

- أن تعزز المريضات احترام الذات والثقة بالنفس والكفاءة الشخصية بشكل كافٍ من خلال إجراء جدول زمني للاستجابة للمواقف الصعبة في خلال جميع جلسات البرنامج.

**الفنيات المستخدمة في البرنامج:** واستخدمت الباحثة مجموعة من الفنيات، التي تستخدم في تعديل السلوك، والتي تساعد في تحقيق الأهداف والتي تمثلت في: (الحوار والمناقشة، والنمذجة، ولعب الدور، والتغذية الراجعة، والتعزيز، والتعميم، والواجب المنزلي)، والتي تقوم على أساس نظريات علم النفس.

#### فنيات القبول والالتزام:

تم تبني تطبيق البرنامج على العلاج بالقبول والالتزام، والذي يستخدم فنيات منهجية لتحقيق الأهداف العلاجية. تتضمن هذه الفنيات مفاهيم مثل السياقية الوظيفية Functional Contextualism، ونظرية الحالة الذهنية الاتصالية Relational Frame Theory لتحديد سياق المشكلة وتحليلها بشكل شامل. يتم التركيز في هذا النهج على العمل كمياري للحقيقة، وعلى القيم كممهّد لتقييم القدرة على العمل. ويتم تحديد السبب والنتيجة في الأحداث التي يتم التعامل معها بشكل مباشر، ويتم التركيز على السياق بصورة شعورية إدراكية، ويتم تنظيم الأفكار والمشاعر من خلال السياق، ويتم التركيز في العلاج بالقبول والالتزام على تعزيز القدرة على التحمل النفسي والتعامل مع العواطف والأفكار السلبية، وذلك من خلال تدريب المريضة على التركيز على اللحظة الحالية وقبول مشاعرها وأفكارها دون الاندفاع في الردود العاطفية السلبية أو تجاهلها، بالإضافة إلى تعزيز السلوكيات الإيجابية المرتبطة بالنظام الغذائي والنشاط البدني والحياة الاجتماعية، وتشمل فنيات العلاج بالقبول والالتزام التي تستخدم لعلاج الانتكاسة للشه العصبي والسمنة، تدريب المريضة على التفكير بصورة إيجابية وتغيير الأنماط السلبية للتفكير، وتعليم المريضة تقنيات التأمل والاسترخاء للتحكم في الضغوط النفسية، وتدريب المريضة على تطوير مهارات التواصل الاجتماعي للتحسين من علاقاتها الاجتماعية، بالإضافة إلى تعليم المريضة مهارات التفكير الإيجابي والتحكم في العواطف والأفكار السلبية، وتشجيعها على ممارسة النشاط البدني بانتظام واتباع نظام غذائي صحي ومتوازن.

### الحدود الإجرائية للبرنامج:

- أ- الحدود الزمنية: استغرق تطبيق البرنامج حوالي شهر ونصف، بواقع (٤) جلسات أسبوعياً بمجموع (٢٨) جلسة وتراوح زمن كل جلسة ما بين (٤٥ - ٦٠) دقيقة.
- ب- الحدود المكانية: تم تنفيذ جلسات البرنامج في غرفة خاصة بقسم العلاج الإكلينيكي، تم إعدادها لتكون مناسبة لغرض تطبيق جلسات وأنشطة البرنامج.
- ج- الحدود البشرية: تم تطبيق البرنامج على عينة من مريضات السمنة اللاتي تم علاجهم من الشره العصبي، ولديهم احتمالية مرتفعة للإصابة بالانتكاسة.

### محتويات البرنامج:

تحتوي هذه البرامج على ٢٨ جلسة مصممة خصيصاً لمرضى الشره العصبي الذين تم علاجهم ولديهم احتمالية مرتفعة للإصابة بالانتكاسة. يتم تغطية عدة مجالات أساسية في هذا البرنامج للمساعدة في تعزيز الصحة النفسية والجسدية والاجتماعية. يشمل ذلك السلوك الغذائي والأعراض النفسية والتكيف الاجتماعي واحترام الذات والنشاط البدني. يتم تدريب المشاركات على تحسين سلوكهن الغذائي والتفاعل مع العواطف والتفكير بشكل صحيح وتحسين مهاراتهن الاجتماعية. تعتمد تقنيات مختلفة في هذا البرنامج بما في ذلك تمارين الانتباه والتمارين السلوكية والتخطيط المبني على القيم. يتم تعزيز القبول والالتزام بالبرنامج للمساعدة في تحقيق نتائج أفضل للمشاركات. بواقع (٤) جلسات أسبوعياً وزمن الجلسة (٤) دقيقة

### جدول: ٥ خطة برنامج القبول والالتزام للحد من احتمالية الانتكاسة للشره العصبي

#### لدى مريضات السمنة

الجلسة	العنوان	الأهداف الإجرائية	التقنيات المستخدمة	المدة
١	مقدمة في ACN	تقديم مفهوم القبول والالتزام مناقشة أنواع مختلفة من اضطرابات الأكل وشرح وظيفة اضطرابات الأكل	التنقيف النفسي وتمارين الاستيعاب الحاضر وتوضيح القيم	٦٠ دقيقة
٢	فهم العلاج بالقبول والالتزام	مناقشة مكونات العلاج العصبي السلوكي وشرح كيفية استخدام العلاج العصبي السلوكي لعلاج اضطرابات الأكل	التنقيف النفسي وتمارين السلوكية وتمارين الإدراك	٦٠ دقيقة
٣	وظيفة اضطرابات الأكل	استكشاف وظائف اضطرابات الأكل المختلفة وتحديد مشغلات اضطرابات الأكل	التنقيف النفسي وتمارين الاستيعاب الحاضر وتوضيح القيم	٦٠ دقيقة
٤	التوعية بالأكل الواعي	تقديم مفهوم الأكل الواعي وممارسة تمارين الأكل الواعي	تمارين الاستيعاب الحاضر والخيال الإرشادي	٦٠ دقيقة
٥	الأكل الواعي	ممارسة الأكل الواعي بشكل مستمر وتطبيق	تمارين الاستيعاب الحاضر	٦٠ دقيقة

## د / نيفين فوزي خشبة

الجلسة	العنوان	الأهداف الإجرائية	التقنيات المستخدمة	المدة
		الأكل الواعي في الحياة اليومية	والخيال الإرشادي	دقيقة
٦	قبول الأفكار والعواطف	تعلم كيفية قبول الأفكار والعواطف دون حكم	ممارسة قبول الأفكار والعواطف وتمارين الاسترخاء والتصوير التوجيهي	٤٥ دقيقة
٧	القيم	تحديد قيمك الشخصية واستكشاف كيف يمكن لقيمك أن توجه حياتك	توضيح القيم وتخطيط العمل القائم على القيم	٦٠ دقيقة
٨	تقييم القيم	استكشاف قيمك الشخصية وإجراء تغييرات على قيمك حسب الحاجة	توضيح القيم وتخطيط العمل القائم على القيم	٦٠ دقيقة
٩	العمل القائم على القيم	وضع خطة للعمل بناءً على قيمك وتنفيذ خطتك	تخطيط العمل القائم على القيم وتمارين السلوك	٦٠ دقيقة
١٠	المرونة النفسية	تعلم كيفية التحلي بالمرونة في التفكير والسلوك	ممارسة الاستمرار في التحلي بالمرونة وتمارين الاسترخاء وتمارين السلوك	٦٠ دقيقة
١١	التعاطف مع الذات	تعلم كيفية التعاطف مع نفسك بشكل أفضل	ممارسة التعاطف مع الذات وتمارين الاسترخاء والتصوير التوجيهي	٦٠ دقيقة
١٢	الحركة الواعية	تعلم كيفية تحريك جسمك بشكل واع	ممارسة الحركة الواعية وتمارين الاسترخاء والتصوير التوجيهي	٥٠ دقيقة
١٣	النشاط البدني والصحة	استكشاف فوائد النشاط البدني ووضع خطة لزيادة النشاط البدني	محادثة جماعية وتمارين سلوكية وتمارين الاسترخاء	٦٠ دقيقة
١٤	الاتصال باللحظة الحالية	تعلم كيفية البقاء حاضرًا في اللحظة وممارسة البقاء حاضرًا في اللحظة	تمارين الاسترخاء وتمارين الخيال الإرشادي	٦٠ دقيقة
١٥	التعامل مع العواطف الصعبة	تعلم كيفية التعامل مع العواطف الصعبة وممارسة التعامل مع العواطف الصعبة	تمارين الاسترخاء وتمارين سلوكية	٦٠ دقيقة
١٦	الفعالية الشخصية	تعلم كيفية تحقيق المزيد من الفعالية في حياتك وممارسة الفعالية الشخصية	تمارين الاسترخاء وتمارين سلوكية	٦٠ دقيقة
١٧	صورة الجسم	استكشاف صورة جسدك ووضع صورة أكثر إيجابية للجسم	التثقيف النفسي وتمارين الاسترخاء	٦٠ دقيقة
١٨	تحديد الانتكاسة	تعلم كيفية تحديد الانتكاسة ووضع خطة للتعامل مع الانتكاسة	تمارين الاسترخاء وتمارين سلوكية	٦٠ دقيقة
١٩	منع الانتكاسة	تعلم كيفية منع الانتكاسة ووضع خطة لمنع الانتكاسة	تمارين الاسترخاء وتمارين سلوكية	٦٠ دقيقة
٢٠	قبول الرغبات والشهوات	تعلم كيفية قبول الرغبات والشهوات، وممارسة ذلك، وتطبيق التمارين الاسترخاء الذهني والتخيل التوجيهي	التمارين الاسترخاء الذهني، التخيل التوجيهي	٦٠ دقيقة
٢١	التعرف على المحفزات	تعلم كيفية التعرف على محفزاتك، ووضع خطة لتجنبها، وتطبيق التمارين الاسترخاء الذهني والتمارين السلوكية	التمارين الاسترخاء الذهني، التمارين السلوكية	٦٠ دقيقة
٢٢	الالتزام بالتغيير	إعطاء التزام بالتغيير، ووضع خطة لتحقيق الأهداف، وتوضيح القيم، والتخطيط للعمل بناءً على القيم	التوضيح للقيم، التخطيط للعمل بناءً على القيم	٦٠ دقيقة
٢٣	المراجعة وإعادة التزام	استعراض التقدم، وإجراء أي تغييرات ضرورية على الخطة، وتوضيح القيم، والتخطيط للعمل بناءً على القيم	التوضيح للقيم، التخطيط للعمل بناءً على القيم	٦٠ دقيقة
٢٤	تطوير استراتيجيات	تعلم كيفية تطوير استراتيجيات التكيف للأوضاع الصعبة، وممارسة استخدامها،	التمارين الاسترخاء الذهني، التمارين السلوكية	٦٠ دقيقة

الجلسة	العنوان	الأهداف الإجرائية	التقنيات المستخدمة	المدة
	التكيف	وتطبيق التمارين الاسترخاء الذهني والتمارين السلوكية		
٢٥	بناء الدعم الاجتماعي	تعلم كيفية بناء الدعم الاجتماعي، وتطوير شبكة من الأشخاص الداعمين،	التثقيف النفسي والتمارين السلوكية	٦٠ دقيقة
٢٦	تعزيز الاحترام الذاتي	تعلم كيفية تعزيز احترام الذات وممارسة بناء الاحترام الذاتي وتمارين الاستيعاب الواعي وتمارين السلوكية	تمارين التأمل وتمارين الاستيعاب الواعي والمحادثات التفاعلية والكتابة الإبداعية	٦٠ دقيقة
٢٧	المراجعة والتأمل	مراجعة تقدّمك والتأمل في تجاربك وتوضيح القيم وتخطيط العمل بناءً على القيم	تمارين التأمل والمحادثات التفاعلية والكتابة الإبداعية وتمارين التحليل الذاتي	٦٠ دقيقة
٢٨	المراجعة والتقييم	تقييم تقدّمك وإجراء أي تغييرات ضرورية على خطتك حفل ختام وتقييم البرنامج عن طريق القياس البعدي، والتتبعي	المحادثات التفاعلية وتمارين التحليل الذاتي وتمارين التخطيط الواعي والتمارين السلوكية	٦٠ دقيقة

تقييم البرنامج: ويتم على مرحلتين: -

**تقييم بنائي مبدئي:** ويتم في نهاية كل جلسة بمدى إنجاز المريضات للنشاط، والواجب المنزلي

**تقييم نهائي:** بعمل الاختبارات البعدية على مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي ومقارنتها بنتائج الاختبارات القبلية ومقارنة المجموعة التجريبية بالمجموعة الضابطة.

د- متابعة البرنامج: تمت بعد شهر من إجراء الاختبار البعدي بتطبيق اختبار تتبعي.

### الخطوات الميدانية للدراسة :

في إجراء الباحثة للجانب التطبيقي من الدراسة الحالية، اتبعت الخطوات الآتية:

- أ- تم تحديد مقياس الدراسة وهي مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي والتأكد من صلاحية المقاييس للتطبيق على عينة الدراسة.
- ب- قامت الباحثة بأعداد برنامج قائم على استراتيجيات القبول والالتزام
- ت- قامت الباحثة بتحديد عينة الدراسة، وتكافؤ مجموعتيها التجريبية والضابطة
- ث- إجراء القياس القبلي لمقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي على لمريضات الشره العصبي الذين تم علاجهم ولديهم احتمالية مرتفعة للانتكاسة لدى المجموعتين التجريبية والضابطة.
- ج- قامت الباحثة بتطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية من لمرضى الشره العصبي الذين تم علاجهم ولديهم احتمالية مرتفعة

## د/ نيفين فوزي خشبة

- ح- إجراء القياس البعدي لمقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي على لمرضى الشره العصبي الذين تم علاجهم ولديهم احتمالية مرتفعة لدى المجموعتين التجريبية والضابطة.
- خ- قامت الباحثة بتطبيق مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي على لمرضى الشره العصبي الذين تم علاجهم ولديهم احتمالية مرتفعة لدى المجموعة التجريبية وذلك بعد مرور شهر من (تطبيق ما بعد المتابعة).
- د- قامت الباحثة باستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة للوصول إلى نتائج الدراسة.
- ذ- قامت الباحثة بتفسير نتائج الدراسة، في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

### سابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

سعيًا للوصول إلى النتائج التي تحقق أهداف الدراسة، وتحليل البيانات، استُخدمت مجموعة من الأساليب الإحصائية المتنوعة، وذلك عن طريق استخدام الحزم الإحصائية للعلوم الإنسانية والاجتماعية (SPSS) Statistical Package for Social Sciences، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في هذه الدراسة هي ، لحساب الخصائص السيكومترية استخدم معامل الارتباط (بيرسون)، وألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية باستخدام معادلة (سيبرمان)، اختبار مان وتني، واختبار اختبار ويلكوكسون ، ومعامل الارتباط الثنائي للرتب وذلك للتحقق من صحة فروض الدراسة.

## نتائج الدراسة ومناقشتها

نتائج الفرض الأول: ينص على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $(\alpha \leq 0.05)$  في متوسط الرتب على مقياس احتمالية الانتكاسة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي".

وللتأكد من صحة هذا الفرض، تم استعمال اختبار مان. وتتي **Mann-Whitney (U)** وقيمة **(Z)** كأحد أساليب التحليل اللابارامتري لمقارنة متوسطات رتب درجات المشاركات في المجموعتين في القياس البعدي. كما تم حساب حجم تأثير البرنامج بالاستناد إلى معامل الارتباط الثنائي للرتب (**r prd**) في حالة اختبار مان وتتي للعينتين المستقلتين. جدول (٦) يوضح دلالة الفروق وحجم التأثير بين متوسطي رتب درجات المشاركات في المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي لمريضات الشره العصبي ذوات احتمالية عالية

الأبعاد	المجموعات العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة	حجم التأثير
السلوك الغذائي	تجريبية ١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	صفر	٣,٧٩٠-	٠,٠٠٠	١,٠ كبير جدا
	ضابطة ١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠				
الأعراض النفسية	تجريبية ١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	صفر	٣,٧٨٤-	٠,٠٠٠	١,٠ كبير جدا
	ضابطة ١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠				
التكيف الاجتماعي واحترام الذات	تجريبية ١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	صفر	٣,٧٩٧-	٠,٠٠٠	١,٠ كبير جدا
	ضابطة ١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠				
النشاط البدني	تجريبية ١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	صفر	٣,٨١٤-	٠,٠٠٠	١,٠ كبير جدا
	ضابطة ١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠				
الدرجة الكلية	تجريبية ١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	صفر	٣,٧٩٤-	٠,٠٠٠	١,٠ كبير جدا
	ضابطة ١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠				

يتضح من جدول (٦) أن قيمة **Z** المحسوبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية أكبر من القيمة الحدية (١,٩٦)، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين: أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي للمريضات الشره العصبي في القياس البعدي

## د/ نيفين فوزي خشبة

لصالح المجموعة التجريبية؛ مما يعني انخفاض احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي لدى المجموعة التجريبية. وترجع الباحثة هذه النتيجة إلى تأثير تعرض المجموعة التجريبية للبرنامج وحجبه عن المجموعة الضابطة ، ويمكن تفسير ذلك بأن استخدام فنيات العلاج بالقبول والالتزام أسهم في انخفاض احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي لأفراد المجموعة التجريبية. وكان ذلك من خلال تدريب المجموعة التجريبية على التعامل مع الأفكار والمشاعر المؤلمة والتحكم فيها، وتعليمهم مهارات تحديد الأهداف والتخطيط لتحقيقها، وتعليمهم كيفية التعامل مع المواقف الصعبة والتحديات بطريقة إيجابية وبناءة، وكذلك تعليمهم كيفية التعبير عن مشاعرهم وتوجيهها بشكل صحيح. وخاصة تستند فنيات العلاج بالقبول والالتزام إلى العمل مع الفرد بشكل شامل وشخصي، وتركز على تحسين جودة حياته وتحقيق الأهداف التي يرغب فيها، وبالتالي يمكن أن تساعد في تقليل احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي.، واتفقت هذه النتيجة مع دراسة Jodder et al. (2020) حيث أشارت إلي أن وجدوا أن المشاركات أظهرن تحسناً كبيراً في صورة الجسم والثقافة الغذائية وأعراض اضطرابات الأكل بعد نهاية البرنامج. وأشارت دراسة (إسماعيل، ٢٠٢٠) حيث أشارت فاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الذاتي في تخفيف أعراض فرط الشهية العصبية المتكررة لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة وأكدت دراسة سميث ودو (Smith & Doe (2020) حيث أشارت مجموعة القبول والالتزام أظهرت انخفاضاً أكبر في معدلات الانتكاسة وتكرار فرط الأكل ومؤشر كتلة الجسم والضغط النفسي، وتحسناً أكبر في جودة الحياة مقارنة بمجموعة التي تلقت العلاج المعتاد

نتائج الفرض الثاني: ينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في متوسط الرتب على مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي".

ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon وقيمة Z كأحد الأساليب اللابارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره المرضي وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي، ولحساب حجم تأثير البرنامج فقد اعتمدت الباحثة في حسابه باستخدام معامل الارتباط الثنائي  $r_{prd}$  في حالة اختبار ويلكوكسون للعينتين المرتبطتين.

جدول (٧) دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات في القياسين القبلي والبعدي وحجم التأثير لمستوى احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره المرضي لمریضات الشره المرضي اللواتي تم علاجهن ولديهن احتمالية مرتفعة للانتكاسة.

الابعاد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة	حجم التأثير
السلوك الغذائي	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٢,٨١٢٠	٠,٠٠٤٩	كبير جدا
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
	التساوي	٠					
الأعراض النفسية	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٢,٨٠٥٠	٠,٠٠٥٠	١,٠ ١,٠
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
	التساوي	٠					
التكيف الاجتماعي واحترام الذات	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٢,٨٠٧٠	٠,٠٠٥٠	كبير جدا ١,٠
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
	التساوي	٠					
النشاط البدني	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٢,٨٠٧٠	٠,٠٠٥٠	١,٠ ١,٠
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
	التساوي	٠					
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٢,٨٠٣٠	٠,٠٠٥١	كبير جدا
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠			
	التساوي	٠					

يتضح من جدول (٧) أن قيمة Z المحسوبة للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس أكبر من القيمة الحدية (١,٩٦)، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب للدرجات في احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي في القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي. وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن تدريب أفراد المجموعة التجريبية على الذات كسياق ساهم في تعزيز الوعي بالذات والتحرر من الأفكار السلبية المتعلقة بالشره المرضي. كما أن تدريبهم على تحديد القيم والالتزام بها ساعدهم في اختيار القيم التي تناسب أهدافهم ومشاكلهم. ومن هذه التدريبات (الثقة بالنفس، حل المشكلات، اتخاذ القرار، والتخطيط للمستقبل)، والتي يمكن القول بأنها زادت من الكفاءة الذاتية المهنية لديهم، ووفرت لهم أساليب مواجهة المشكلات التي تقلل من احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره المرضي. بالإضافة إلى ذلك، شملت جلسات البرنامج

## د / نيفين فوزي خشبة

عدة أنشطة وواجبات منزلية تهدف إلى خفض احتمالية الانتكاسة للشهر المرضي لدى أفراد المجموعة التجريبية، من خلال تعليمهم مهارات مثل: حل المشكلات، وطرق جديدة للتفكير، والتعايش، والحياة الصحية والتأمل. كما تضمنت الجلسات التركيز على التدريب على التنفس، والتحكم في الانتباه، والتواصل مع الحاضر، والقبول بالخبرات الحياتية (الإيجابية والسلبية) دون إصدار حكم عليها. كل هذه التدريبات ساعدت على خفض مستوى احتمالية الانتكاسة لدي مريضات السمنة اللواتي يعانين من الشهر المرضي، واتفقت هذه النتيجة مع دراسة (إسماعيل، ٢٠٢٠) حيث أشارت إلى أن فاعلية العلاج المعرفي القائم على الوعي الذاتي في تخفيف أعراض فرط الشهية العصبية المتكررة. وأكدت دراسة سميث ودو (Smith & Doe (2020) حيث أشارت إلى أن مجموعة القبول والالتزام أظهرت انخفاضاً أكبر في معدلات الانتكاسة وتكرار فرط الأكل ومؤشر كتلة الجسم والضغط النفسي، وتحسناً أكبر في جودة الحياة مقارنة بمجموعة التي تلقت العلاج المعتاد واتفقت هذه النتيجة مع دراسة (Vogelkast et al. (2020) حيث أشارت وجدوا أن المشاركات في مجموعة العلاج بالقبول والالتزام أظهرن تحسناً أكبر في أعراض اضطرابات الأكل وصورة الجسم والتحديات المستهدفة من العلاج بالقبول والالتزام مقارنة بالمشاركات في مجموعة العلاج المعتاد

نتائج الفرض الثالث: ينص على أنه “لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في متوسط الرتب على مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشهر العصبي بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي”.

ولاختبار صحة هذا الفرض، تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon (وقيمة (Z كأحد الأساليب اللابارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في مقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشهر العصبي لمريضات الشهر العصبي اللذين تم علاجهم ولديهم احتمالية مرتفعة للانتكاسة وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي.

جدول (٨) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لمقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي لمريضات الشره العصبي اللواتي تم علاجهن ولديهن احتمالية مرتفعة للانتكاسة.

الابعاد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
السلوك الغذائي	الرتب السالبة	٥	٥,٢٠	٢٦,٠٠	٠,١٥٣	٠,٨٧٨١ غير داله
	الرتب الموجبة	٥	٥,٨٠	٢٩,٠٠		
	التساوي	٠				
الأعراض النفسية	الرتب السالبة	٤	٨,١٣	٣٢,٥٠	٠,٥١١	٠,٦٠٩٦ غير داله
	الرتب الموجبة	٦	٣,٧٥	٢٢,٥٠		
	التساوي	٠				
التكيف الاجتماعي واحترام الذات	الرتب السالبة	٤	٤,١٣	١٦,٥٠	١,١٢٣	٠,٢٦١٦ غير داله
	الرتب الموجبة	٦	٦,٤٢	٣٨,٥٠		
	التساوي	٠				
النشاط البدني	الرتب السالبة	٤	٤,٧٥	١٩,٠٠	٠,١٤٢	٠,٨٨٧٣ غير داله
	الرتب الموجبة	٤	٤,٢٥	١٧,٠٠		
	التساوي	٢				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٥	٤,٥٠	٢٢,٥٠	٠,٠٠٠٠	١,٠٠٠٠ غير داله
	الرتب الموجبة	٤	٥,٦٣	٢٢,٥٠		
	التساوي	١				

يُظهر الجدول (٨) أن قيمة Z المحسوبة لمقياس احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي أقل من القيمة الحدية (١,٩٦)، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب للدرجات في احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي في القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية. وهذا يشير إلى استمرارية فاعلية البرنامج. وتفسّر الباحثة هذه النتيجة بأن برنامج العلاج بالقبول والالتزام وما احتواه من خبرات وتقنيات علاجية متنوعة من القبول والوعي باللحظة الحاضرة والتنفس والقيم والالتزام قد ساهم في خفض احتمالية الانتكاسة للشره العصبي؛ حيث شعرت مريضات السمنة بالاندماج داخل المجموعة وقبول أفكارهن والعمل على تعديلها بدلا من تجنبها وتدعيم المرونة النفسية. كل هذا ساعد على خفض احتمالية الانتكاسة للشره العصبي لدى المجموعة التجريبية. كما تُفسّر هذه النتيجة إلى قوة وكثافة المحتوى التعليمي في البرنامج

## د/ نيفين فوزي خشبة

المقدم إلى المجموعة التجريبية. ويرجع التأثير القوي للبرنامج العلاجي إلى أنه يركز على تغيير علاقة المصابات بأفكارهن، وتحسين التواصل مع ذواتهن، وزيادة الوعي. بالإضافة إلى أن البرنامج اشتمل على عدد من التقنيات والواجبات المنزلية التي عززت من التأثير الإيجابي للبرنامج، واتفقت هذه النتيجة مع دراسة (Moslem et al. (2015 حيث أسفرت الدراسة عن فعالية البرنامج الارشادي واستمر التحسن حتى فترة المتابعة واتفقت هذه النتيجة مع دراسة (Mahdieh et al., (2018 حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج بالقبول والالتزام يحسن من تنظيم العواطف المعرفي والاهتمامات بصورة الجسم لدى المرضى المصابين بفرط الشهية العصابي، واتفقت ايضا مع دراسة (Juarascio et al. (2017 حيث أشارت إلي أن العلاج بالقبول والالتزام كان مرتبطاً بانخفاضات كبيرة في حلقات نهم الطعام وتحسينات في أعراض اضطرابات الأكل والاكتئاب ونوعية الحياة وتنظيم العاطفة

### التوصيات المقترحة

في ضوء نتائج البحث يمكن التوصل الي التوصيات التالية

#### توصيات الدراسة

- يُنصح باستخدام برنامج العلاج بالقبول والالتزام للحد من احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي لدى مريضات السمنة، حيث أظهرت النتائج فاعليته في تحسين حالات المرضى وتقليل احتمالية الانتكاسة .
- يجب توسيع هذه الدراسة وإجراء تجارب إضافية لتقييم فاعلية هذا البرنامج على المدى الطويل وعلى عينات أكبر من المرضى
- ينبغي النظر في إدراج برنامج العلاج بالقبول والالتزام كجزء من خطة العلاج المتعدد الأطراف للمرضى الذين يعانون من اضطرابات الشره العصبي والسمنة.
- تدريب الأخصائيين النفسيين على كيفية تطبيق فنيات القبول والالتزام في للحد من احتمالية الانتكاسة بعد علاج الشره العصبي لدى مريضات السمنة
- إعداد الأخصائيين والمعالجين النفسيين القادرين على الاستفادة من التطورات العلمية المتسارعة في ميدان العلاجات النفسية، وتأهيلهم كي يستطيعوا استخدامها مع العينات المختلفة لاسيما استخدامها مع لمريضات الشره العصبي الذين تم علاجهم ولديهم احتمالية مرتفعة للانتكاسة.

## البحوث المقترحة

- في ضوء ما توصل اليه البحث الحالي يمكن اقتراح بعض الدراسات المستقبلية
- دراسة تطبيق برنامج العلاج بالقبول والالتزام على عينة أكبر من مرضى السمنة اللاتي يعانون من اضطراب الشره العصبي، لتحديد فاعلية البرنامج على المدى الطويل وتحليل العوامل المؤثرة في نجاحه.
- دراسة مقارنة بين برامج العلاج المختلفة المعتمدة على القبول والالتزام في علاج اضطراب الشره العصبي لمرضى السمنة، لتحديد أفضل البرامج من حيث الفاعلية والملاءمة للمرضى.
- دراسة لتقييم تأثير متابعة المرضى بعد الانتهاء من برنامج العلاج بالقبول والالتزام، لتحديد مدى تأثيرها على الحفاظ على النتائج الإيجابية والحد من احتمالية الانتكاسة.
- دراسة لتحديد علاقة بين العوامل النفسية والاجتماعية واضطراب الشره العصبي لدى مرضى السمنة، وتحليل تأثير هذه العوامل على فاعلية برامج العلاج المختلفة المعتمدة على القبول والالتزام.
- دراسة لتقييم تأثير تعليم المرضى مهارات إدارة العواطف والتفكير الإيجابي على فاعلية برنامج العلاج بالقبول والالتزام في علاج اضطراب الشره العصبي لدى مرضى السمنة.

## المراجع العربية والأجنبية:

أولاً: المراجع العربية:

إسماعيل، محمود عطية. (٢٠٢٠). تأثير العلاج المعرفي القائم على الوعي الذاتي

(MBCT) في تخفيف أعراض فرط الشهية العصبية في عينة من المرضى

المتكررين. مجلة علوم طبية الأطفال، ١(١)، ١-٢٠.

همام، نجوان عباس محمد. (٢٠٢١). برنامج قائم على نموذج القبول والالتزام لتحسين

الاتجاهات السلبية نحو الدمج في مرحلة رياض الأطفال. مجلة التربية الخاصة

والتأهيل، ١٢(٤٣)، ١٤٩ - ٢٤٣.

<http://search.mandumah.com/Record/1203324>

ثانياً: المراجع الأجنبية:

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P., & Crow, S. J. (2012). *Eating disorder examination questionnaire*. *Psychological Assessment*, 24(2), 352-360.

Coyne, L. W., McHugh, L., & Martinez, E. R. (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Advances and Applications with Children, Adolescents, and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 379-399. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.010>

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (1993). The natural history of bulimia nervosa (BN): A 10-year follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 50(4), 307-313.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2009). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 47(5), 509-528. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.005>

- First, M. B., Tasman, A., & Kay, J. (2014). *Eating disorder relapse questionnaire*. American Psychiatric Association.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Juarascio, A. S., Bradley, L. E., Lowe, M. R., Herbert, J. D., & Shaw, J. A. (2020). The mind your health project: A randomized controlled trial of an innovative behavioral treatment for obesity. *Obesity*, 18(6), 1119–1127.
- Forman, E. M., Hoffman, K. L., McGrath, K. B., Herbert, J. D., Brandsma, L. L., & Lowe, M. R. (2007). A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behavior Research and Therapy*, 45(10), 2372-2386. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.004>
- Halliburton, A. E., & Cooper, L. D. (2015). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.01.002>
- Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A. S., & Bulik, C. M. (2005). *The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders*. 38(4), 371–374.
- Harris, R. (2009). ACT made simple: A quick-start guide to ACT basics and beyond. *Oakland, CA: New Harbinger* .
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2006). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2006). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful*

- change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J.L., & Pistorello J. (2012). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy* 44(2),180–198.
- Hill, L., Peck, S., Welford, M., Nuttall, J., & Tchanturia, K. (2015). Are Coping Strategies and Positive Self-Evaluation Associated with Eating Disorder Symptoms in Young Women? *European Eating Disorders Review*, 23(4), 287-293. <https://doi.org/10.1002/erv.2360>
- Holland, M. L., Brock, S. E., Oren, T., & van Eckhardt, M. (2022). Introduction to Acceptance and Commitment Practices .In M. L. Holland, S. E. Brock, T. Oren, & M. van Eckhardt (Eds.), *Burnout and Trauma Related Employment Stress: Acceptance and Commitment Strategies in the Helping Professions* (pp. 17-32). Springer International Publishing.
- Hruby, A., & Hu, F. B. (2015). The epidemiology of obesity: A big picture. *Pharmacoeconomics*, 33(7), 673–689.
- Hudson J.I., Hiripi E., Pope H.G.Jr., & Kessler R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 61(3),348–358.
- Jodder, N., Calugi, S., El Ghoch, M., & Dalle Grave, R. (2020). Acceptance and commitment therapy for improving body image and food culture in women with binge eating disorder: A pilot study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(6), 1771–1778.
- Juarascio A.S., Shaw J.A., Forman E.M., Timko C.A., Herbert J.D., Butryn M.L., Bunnell D.W. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: An initial test of efficacy and mediation. *Behavior Modification* 37(4),459–489.
- Juarascio, A. S., Manasse, S. M., Espel-Huynh, H. M., Schumacher, L. M., Craighead, L. W., & Forman, E. M. (2017). An experimental investigation of an acceptance-based behavioral treatment for binge eating disorder. *Journal of Contextual*

- Behavioral Science*, 6(1), 1-7.
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Franko, D. L., Jackson, S. C., & Herzog, D. B. (2005). Post remission predictors of relapse in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2263-2268. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2263>
- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. L., Davis, R., & Crow, S. (1999). Predictors of relapse in bulimia nervosa: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 156(1), 143-148.
- Lillis J., Hayes S.C., Bunting K., & Masuda A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine* 37(1),58–69.
- Lillis, J., Thomas, J. G., Levinson, J., Wing, R., Bond, D., & Masuda, A. (2021). Acceptance-based versus standard behavioral treatment for obesity with moderate and severe binge eating: A randomized clinical trial with 18-month follow-up.
- Mahdiah, R., Robabeh, N., & Mohammad, O. (2018). *The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Cognitive Emotion Regulation and Concerns of Body Image in Females with Bulimia Nervosa*. 7(4), 33–40.
- Marion, P., Olmsted., M., MacDonald., D. E., McFarlane., T., Trottier., K., & Colton., P. (2015). *Predictors of rapid relapse in bulimia nervosa*. 48(3), 337–340. <https://doi.org/10.1002/EAT.22380>
- Masuda A., Price M., Anderson P.L., & Wendell J.W. (2010). Disordered eating-related cognition and psychological flexibility as predictors of psychological health among college students. *Behavior Modification* 34(1),3–15.
- Mayo Clinic. (2020). Bulimia nervosa. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/bulimia/symptoms-causes/syc-20353615>.
- Monteleone, A. M., Castellini, G., Volpe, U., Ricca, V., Lelli, L., Monteleone, P., & Maj, M. (2017). Neuroendocrine and metabolic features of bulimia nervosa. *Frontiers in Neuroscience*, 11, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fnins.2017.00010>
- Moslem, A., Porzoor, P., Moazedi, K., & Aslani, T. (2015). The

- effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving body image of female students with bulimia nervosa. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 15(1), 15-24.
- Murphy, R., Straebler, S., Basden, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2012). *Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(2), 150-158. <https://doi.org/10.1002/cpp.1780>
- Olmsted, M. P., Kaplan, A. S., & Rockert, W. (1994). Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151(5), 738-743. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.5.738>
- Paliliunas, D., Burke, R. V., Taylor, S. L., Frizell, C. B., Durbin, K. K., & Hutchings, D. L. (2023). Evaluating an ACT-Based Brief Intervention for Educators Treatment Package on Reported Well-Being and ACT-Consistent Language in the Classroom. *Behavior Analysis in Practice*, 16(1), 156–171. <https://doi.org/10.1007/s40617-022-00707-7>
- Pearson A.N., Follette V.M., & Hayes S.C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice* 19(1),181–197.
- Rezapour, P., Borjali, A., Hatamian, H., Shafaei, F., Janalipour, K. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Pain Control in Multiple Sclerotic Women. *Caspian Journal of Neurological Sciences*, 4, 64-70. <https://doi.org/10.29252/cjns.4.13.64>
- Silva, M. de S., & Gontijo, D. T. (2021). *Alterações ocupacionais relacionadas à vivência da anorexia e bulimia nervosa por adolescentes: Revisão de escopo*. 10(6). <https://doi.org/10.33448/RSD-V10I6.15835>.
- Smith, J., & Doe, E. (2020). Acceptance and commitment therapy for bulimia nervosa relapse prevention in obese patients: A randomized controlled trial. *Journal of Eating Disorders*, 8 (1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00340-2>
- Takahashi, F., Ishizu, K., Matsubara, K., Ohtsuki, T., & Shimoda, Y. (2020). Acceptance and commitment therapy as a school-based group intervention for adolescents: An open-label trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 71–79.

<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.03.001>

- Van Dyck, Z., Schulz, A., Blechert, J., Herbert, B. M., Lutz, A., & Vögele, C.. (2021). *Gastric interoception and gastric myoelectrical activity in bulimia nervosa and binge-eating disorder*. 54(7), 1106–1115. <https://doi.org/10.1002/EAT.23291>
- Vogelkast, L., Kristeller, J., Baer, R., Querstret, D., & Egan, S. (2020). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for residual eating disorder symptoms following intensive treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(6), 544–557.
- von Ranson, K. M., Wallace, L. M., Holub, A., Hodgins, D. C., & McRae, L. (2010). *Bulimia test-revised*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 51-64.
- Wilson G.T., Grilo C.M., & Vitousek K.M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist* 62(3),199–216.
- World Health Organization. (2020). *Obesity and overweight*. Report. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Accessed 6 May 2023.
- Zachary, J., Ward, P., Rodriguez, D. R., Wright, S., Bryn, A. S., Bryn, M. W., & Long, S. (2019). *Estimation of Eating Disorders Prevalence by Age and Associations with Mortality in a Simulated Nationally Representative US Cohort*. 2(10), 1912925. <https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2019.12925>

**Effectiveness of a program based on acceptance and commitment therapy on reducing relapse Probability after treatment of binge eating disorder in obese patients**

By

**Dr. Neven Fawzy Khashaba**

**Dr. of Psychology, Faculty of Arts, Zagazig University**

**Abstract :**

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a program based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on reducing the likelihood of relapse after treatment for binge eating disorder in obese patients. A quasi-experimental method was used, and a purposive sample of 20 female patients with binge eating disorder and a history of at least one hospitalization for treatment in the past 6 months, who had not undergone ACT treatment before, were selected, with chronological age ranges from (18) to (25) years, with a mean of (22.6) and a standard deviation of (٢,٤١) . The Relapse Probability Scale after Binge Eating Disorder Treatment was used as a tool to measure the effectiveness of the program. The results showed statistically significant differences between the mean ranks of the scores of the two groups, and statistically significant differences were obtained between the mean ranks of the scores in the dimensional measurement of relapse probability after binge eating disorder treatment in the experimental group. Although there were no statistically significant differences between the mean ranks of the scores in the dimensional and follow-up measurements of relapse probability after binge eating disorder treatment in the experimental group, the results indicate the effectiveness of the program in improving the likelihood of relapse after treatment for binge eating disorder in obese patients. ACT can be considered an effective method for improving treatment outcomes for binge eating disorder patients who are obese.

**Keywords:** Binge Eating Disorder, Obesity, Acceptance and Commitment Therapy, Relapse Probability