

فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد

يحيى مبارك خطاطبة*

جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، المملكة العربية السعودية

قبل بتاريخ: ٢٠٢٠/٦/٢٢

استلم بتاريخ: ٢٠٢٠/١/١٥

ملخص: هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي، قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي، وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد، والتمددات على أحد مراكز اللياقة البدنية في إربد، الأردن. وتكونت عينة الدراسة القصديّة من ن = ٢٤ سيدة، وزعن عشوائياً إلى مجموعتين: التجريبية وشاركت في البرنامج الإرشادي القائم على القبول والالتزام، والضابطة المؤجلة التي استخدمت لغايات المقارنة. استخدمت هذه الدراسة التصميم البحثي شبه التجريبي لمجموعتين متكافئتين بقياسات قبلية وبعديّة. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب الشره العصبي وأبعاده السبعة، ومقياس الرضا عن صورة الجسم لصالح أفراد المجموعة التجريبية، ما يشير إلى كفاءة برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية. وأشارت نتائج المقارنات بين نتائج القياس البعدي والتتبعي إلى وجود فروق إيجابية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية، وعدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي على كلا المقياسين. ما يؤكد استمرار فاعلية البرنامج الإرشادي في مساعدة النساء ذوات الوزن الزائد.

الكلمات المفتاحية: العلاج بالقبول والالتزام، الشره العصبي، الرضا عن صورة الجسم، الوزن الزائد.

The Effectiveness of a Counseling Program Based on Acceptance and Commitment therapy (ACT) in Reducing Symptoms of Bulimia Nervosa Disorder (BND) and Improving Body Image Satisfaction among Overweight Women

Yahiya M. katatbh*

Imam Muhammad bin Saud Islamic University, Kingdom of Saudi Arabia

Abstract: This study aimed at investigating the effectiveness of a counseling program based on acceptance and commitment therapy (ACT) in reducing symptoms of bulimia nervosa disorder (BND) and improving body image satisfaction among a sample of overweight women using a fitness center in Irbid, Jordan. The study purposive sample consisted of (n = 24) women, randomly assigned to two groups: the experimental that participated in the counseling program based on acceptance and commitment therapy, and the delayed control that was used for comparison purposes. This study used a pre-post equivalent group's randomized quasi-experiment. Results revealed statistically significant differences at the level 0.05 in the mean total scale of bulimia nervosa disorder (BND) and its seven dimensions sub-subscales, image scales, at post-test, between the experimental and control groups in favor of the experimental group, which indicates the efficiency of the group counseling program used in the study. Also, when comparing between the results of the post-test and the follow-up, results showed positive differences between the mean for the experimental group, and no significant 0.05 differences in the mean total scales among the experimental group in the post - follow-up tests. This confirms the continued effectiveness of the counseling program in helping overweight women.

Keywords: Acceptance commitment therapy (ACT), bulimia nervosa disorder, body image satisfaction, overweight.

*yahyakatatbh@yahoo.com

(2013). وقد حظيت دراسة العلاقة بين البناء الجسمي للأفراد وسلوكهم وشخصيتهم باهتمام الباحثين منذ القدم، فقد بدأت على يد أبو قراط (Hippocrates) عام ٤٠٠ ق. م حين وصف أنماط الأشخاص، وبين العلاقة بين العناصر الجسمية وأنماط الشخصية، كما برزت جهود (أرنست كرتشمير) (Arnest Kretchmer)، الذي صنف الأفراد إلى ثلاثة أنماط هي: الواهن، والرياضي، والبيدين. ووليم شيلدون (William Sheldon)، الذي وصف أبعاد تكوين الجسم بأنها ليست ثابتة ومستقلة، بل وضع ثلاثة أبعاد لقياسها تمثلت: الداخلي، والتركيب، ومتوسط التركيب، والخارجي، معتمداً على العوامل البيولوجية والوراثية في تطور الفرد (الشقران، ٢٠٠٩).

ونظراً لأن عدم الرضا عن صورة الجسم قد يُنظر إليه على أنه استياء معياري شائع، فمن المحتمل أن يكون مشكلة غير قابلة للحل، مثل التقييم الزائد للوزن والشكل الخارجي، قد توفر للمريض وسيلة لتجنب الاضطرابات الداخلية المقلقة مثل: الرفض والعيوب والفضل (Juarascio, A., et al., 2013). ويهتم العلاج بالقبول والالتزام (ACT) بخفض الشعور بالأسى النفسي (Psychological Distress)، الناتج عن عدم الرضا عن صورة الجسم؛ بما يسهم بمساعدة المرضى على تجنب الأفكار والمشاعر غير المرغوبة، وينطبق هذا أيضاً على اضطرابات الطعام (ED)، ويساعد بتوجيه الانتباه إلى ما يريدون أن تكون عليه حياتهم. ونظراً لأن مشاكل الرضا عن صورة الجسم تدفع الأشخاص إلى اتخاذ إجراءات لتجنب الأفكار والمشاعر السلبية من خلال إتباع نظام غذائي قاسٍ وممارسة الرياضة وفحص الجسم وبعض الاستراتيجيات التجنبية، ويعتبر العلاج بالقبول والالتزام (Acceptance and Commitment therapy (ACT) علاجاً فعالاً لمشاكل صورة الجسم أيضاً، ويوفر منهجاً يركز على قبول الأفكار والمشاعر غير المرغوبة، ورؤيتها كجزء من كون الشخص

غالباً ما يُظهر العديد من الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الطعام كالشره العصبي (Bulimia Nervosa BND)، صعوبات متعلقة بإدراكهم لصورة أجسامهم ويكافحون جاهدين لتغييرها. ويبدو أن الميزات الجسدية تتأثر سلبياً بوزن الجسم الفائض، مثل: البطن، والحوض، والأرداف، ما يولد استياء أعظم بصورة خاصة بين النساء. Sarwer, D. (Thompson, & Cash, 2005). وتتعدد العوامل المؤثرة على حدوث الشره العصبي والرضا عن صورة الجسم منها: العوامل البيولوجية، والنوع الاجتماعي، والعوامل الأسرية والمدرسية، ووسائل الإعلام المختلفة، والانتماء العرقي، وممارسة التمارين والمشاركة الرياضية، ونوعية الإدراكات الذاتية لجاذبية الشكل الخارجي يُمكن أن تلون الخبرات والتجارب الحياتية، وأن تؤثر بالتالي على التطور النفسي والاجتماعي. وأن تأثيرات عدم جاذبية الشكل الجسدي المضادة المتراكمة عبر السنين قد تقوض صحته وتضعفها (Archer, R., & Cash, 1985). ويشير مصطلح صورة الجسم (Body Image IB)، إلى إدراكات ومشاعر الفرد بشأن الجمال والجاذبية الخاصة بجسمه التي قد تُفرض عليه من قبل الآخرين أو الوسط الاجتماعي، وفي معظم الأحيان لا يقابل فهم الفرد وتصوره لجسمه الخاص تلك المعايير التي وضعها المجتمع. فالمجتمع الإنساني يقوم في جميع الأوقات بإضفاء قيمة على جمال الجسم وكماله الإنساني، كما وتوجد العديد من العوامل التي تؤدي إلى تشكيل تصورات صورة الجسم، ومن هذه العوامل: الديناميكيات العائلية، والاستعدادات البيولوجية (ومثال على ذلك: القلق، والاكتئاب)، والتوقعات الثقافية (ومثال على ذلك: أجهزة الإعلام) (EL Ansari, W., Dibba, Labeeb, & Stock, 2014). ويعد طبيب الأعصاب والمحلل النفسي تشايلدر أول من أطلق مصطلح صورة الجسم (BI) في كتابه "الصورة والمظهر للجسم الإنساني" الذي صدر عام ١٩٣٥ (Schilder, P.,)

الأفكار والمشاعر التي تحدث لدى الفرد من لحظة لأخرى.

ومما سبق الإشارة إليه أعلاه يُستخلص أن اضطرابات الطعام تُنتج جملة من المشكلات النفسية والاجتماعية لدى الأفراد منها: عدم الرضا عن صورته الجسمية؛ مما يتسبب في البحث عن طرق شتى لعلاجها، وفي بعض الحالات المتقدمة يكون الفرد ضحية الاضطراب؛ مما يجعله يعاني من زيادة حدة الاضطرابات النفسية وأعراضها الظاهرة. وقد تعددت الطرق والبرامج الإرشادية والنفسية التي استخدمها الباحثون لعلاج هذا النوع من اضطرابات الطعام كالعلاج السلوكي المعرفي (مثلاً: بركات ٢٠١٤؛ وشقير، ١٩٩٩)، والعلاج المتمركز على الانفعالات مثل دراسة فاخوري (٢٠١٢).

وعليه يُلاحظ أن البرامج العلاجية المستخدمة مع ذوي اضطرابات الطعام لم تتناول العلاج بالقبول والالتزام (Acceptance and Commitment Therapy ACT) التي يتفق الباحثون على مناسبتها لعلاج هذا النوع من الاضطرابات (Yaraghchi, A., Jomehri, Seyrafi, Mujembari, & Mohammadi, 2019; Dehbaneh, M., 2019; Fard, F., Mehrabian, Boroon, Ghaderi, Yousefi, & Lory, 2016; Abbasi, M., Porzoor, Moazedi, Aslani, 2015).

ويختلف هذا النوع من العلاجات بكونه يتعامل مع الاضطرابات من منظور سياقي وظيفي، وهدفه الرئيس ليس تخفيف الأعراض التي تظهر على المريض؛ بل تثقيفه وإعادة توجيه حياته بطريقة أكثر شمولية، وتستند إلى فكرة أن ما يُسبب عدم الراحة أو القلق ليست الأحداث، ولكن كيفية ربط المشاعر بها وكيف التعامل معها، ولا يتعلق الأمر بتجنب ما الذي يُسبب المعاناة، ولكن الوضع المثالي هو قبول التجربة العقلية والنفسية، وبالتالي تقليل شدة الأعراض (Hayes, S., 2004)، ويرتكز العلاج بالقبول والالتزام (Bond, F., Hayes, & Barnes-Homes, 2006; Hayes, S., et 1999; Lsrmr, Wiatrowski, & Lewis- al,

إنساناً، كما تمثل صورة الجسم السلبية عاملاً خطراً للتطور والانتكاس في اضطرابات الأكل (Parling, 2016 (Fogelkvist, M., (ED) Gustafsson, & Kjellin, Hayes, S.,) وتعود نشأة هذا العلاج "لستيفين هايس" (2004) في أواخر الثمانينات، ويركز على ضرورة فصل الكلمات والأفعال التي تميز بين الأفكار والمشاعر والسلوك، ويمثل الموجة الثالثة التي ظهرت في مجال العلاج المعرفي السلوكي، كالعلاج الجدلي السلوكي (DBT) من قبيل (Dialectical Behavior Therapy) لاينهان Linehan والعلاج القائم على اليقظة العقلية، أو علم النفس السياقي الذي تلقى اهتمام الكثير من الدراسات والبحوث في السنوات الأخيرة. وترجع أصول اليقظة العقلية إلى الفلسفة البوذية التي وضعت من قبيل كابات-زن (Kabat-zinn, J., 1990) كأنموذج مستند على مكونات اليقظة العقلية وهي: القصد (Intention) والانتباه (Attention) في اللحظة الحاضرة، والاتجاه (Attitude) بكونها متداخلة في عملية واحدة، حيث ركز من خلالها على الوعي بالأفكار، والمشاعر، والمثيرات وإصدار أحكام عليها بالإضافة إلى توظيفه لليقظة العقلية التأملية في العلاج النفسي. وتتضمن اليقظة العقلية جلب انتباه الفرد عمداً إلى الخبرات الداخلية والخارجية التي تحدث في الوقت الحاضر. وقد عرفها بأنها القدرة على جلب الانتباه إلى التجارب التي تحدث في الوقت الحاضر، بطريقة خاصة وعن قصد للحظة الحالية دون إصدار حكم عليها (Kabat-Zinn, J., 2003). وأكدت لانغر (longer, E., 1989) أن اليقظة العقلية مؤشر للتوقعات والتفكير المستمر باعتماد الفرد على خبراته، وتثمين الأشياء الدقيقة في السياق، وتحديد الجوانب الجديدة فيه، بما يحقق الاستبصار، والتأمل المعرفي، ويعزز من تنمية الذات ويطورها، ويجعل الفرد أكثر حضوراً في اللحظة الراهنة، فهي تدفق مستمر وصل للتوقعات والتجارب الجديدة للسياق الخبراتي، والانتباه إلى

- ب. الوعي الذهني للأحداث والاهتمام
باللحظة الراهنة.
٥. خفض الأفكار السلبية: وتسمى
بالانصهار المعرفي، وتهدف إلى:
- أ. مساعدة المسترشد على التحرر
والانفصال من تجاربه الشخصية
ومعلوماته حولها،
- ب. مساعدة المسترشد على تغيير
الأسلوب الذي يتفاعل به مع الأفكار
أو المهارات العقلية (العمليات
العقلية)؛ بمعنى تدريبه على فصل
نفسه عن الأفكار والمشاعر
والأحاسيس والصور والذكريات
غير السارة.
- ج. التركيز على الواقع وإدراكه
المعرفي الذي يعيشه.
٦. الالتزام: يهدف إلى:
- أ. مساعدة المسترشد على القيام
بالتصرفات الصحيحة.
- ب. الالتزام في تحقيق بعض الأنشطة
من خلال بعض الأنماط المتشابهة.
- وتشير مراجعة استخدام العلاج بالقبول
والالتزام (ACT) في علاج الاضطرابات
النفسية في العديد من الدراسات فاعلية هذا
النوع من العلاج منها: علاج المرضى
المصابين بالذهان (Bach, P., & Hayes, 2002).
ومع المرضى الذين يعانون من الأعراض
الاكتئابية (Bohlmeijer, E., Fledderus, &
Rokx, & Pieterse, 2011)، ومع متعاطي
المخدرات (Azkhosh, M., Farhoudian, M.,
Saadati, Shoaee, & Lashani, 2016) وكذلك
تم استخدامه مع المدخنين (Bricker, J.,
Wyshynski, Comstock, & Heffner, 2013).
واستخدم مع مرضى القلق والوسواس
القهري (Bluett, E., Homan, Morrison, &
Levin, & Twohig, 2014)، والقلق الاجتماعي
(Dalrymple, K., & Herbert, 2007)؛ ومع
القلق العام (Wetherell J., et al, 2011) كما
- (Driver, 2014) على ستة من المبادئ الأساسية
وهي:
١. القبول: ويحدث القبول
أ. عندما يواجه الشخص الموقف أو
المشاعر والأفكار برغبة منه.
ب. يستعد لأخذ قرار ومساعدته على
التحكم في التجربة.
٢. القيم: يمكن وصفها بأنها:
- أ. صفات فورية تم اختيارها لأنماط
العمل المستمرة التي يتم تحديدها
لفظياً.
- ب. تمثل وجهة نظر المسترشد وآراءه
حول موضوع معين.
- ج. هي أنواع مختارة من التصرفات
الهادفة لا يمكن الحصول عليها
كشيء مادي، وقد تكون مطلوبة
لحظة بلحظة، ويركز على القيم
الإيجابية عند المسترشد.
٣. الذات كسياق: وتشير إلى:
- أ. المهارات اللازمة للفرد للإبلاغ عن
سلوكه من وجهة نظر ثابتة، بمعنى
المرونة في تصور الذات والحياة
وعدم سيطرة فكرة واحدة على
المشكلة،
- ب. تركيز على الوعي بالذات دون التعلق
بالأفكار والخبرات التي يمر بها
الفرد خلال ممارسة الأنشطة.
- ج. الاهتمام بالتعامل الإيجابي في
المواقف التي يعيشها.
- د. إدراك الفروق بين تجاربه الشخصية
والسياق الذي تحدث فيه هذه
التجارب، بحيث يتمكن من الفصل
بينهم.
٤. الذات كعملية (الاتصال باللحظة
الحالية)، وتشير إلى:
- أ. التركيز على الحاضر بدلاً من
التركيز على الماضي أو المستقبل.

بالقبول والالتزام في تحسين التغلب على المشاكل الشخصية، وتحسين نوعية الحياة، وخفض القلق لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب تشوه الجسم.

وقامت فوجلكيفيست وبارلينج وكيلين وغوستافسوف (Fogelkvist, M., Parling, Kjellin, & Gustafsson, 2016) بدراسة من نوع التحليل النوعي للانعكاسات المكتوبة على صورة الجسم من المرضى الذين يعانون من اضطرابات الطعام (ED) وصورة الجسم السلبية قبل مشاركتهم في العلاج الجمعي بالقبول والالتزام وبعده في وحدة علاج متخصصة، أجاب المشاركون وعددهم ٤٧ على استبيان بأسئلة مفتوحة تتعلق بأفكارهم حول صورة الجسم. تم تحليل البيانات من خلال تحليل المحتوى التقليدي. وأظهرت النتائج أن صورة الجسم تعني أشياء مختلفة للمشاركين. حيث يتعلق الأمر بكيفية تقييمه لصورة جسمه، في حين ركز الآخرون على ما إذا كانت صورة جسدهم واقعية كغيرهم أم لا، وأكدوا على علاقتهم بجسدهم، ووصفوا صورة الجسم بأنها مرتبطة ارتباطاً دالاً بتقدير الذات العالمي. وقد أثرت هذه الآراء المختلفة حول صورة الجسم على أوصاف المشاركين لصورتهم الجسمية، وكيفية تغييرها. واعتبرت صورة الجسم حالة متقلبة من يوم إلى آخر. وبعد انتهاء العلاج، وصف المشاركون التغييرات المدركة لصورتهم الجسمية، مثل: إدراك الفرد لذاته، والتركيز على الأشياء المهمة في الحياة.

كما قام كل من فارد، ومهربان، وبورون، وغديري، ويوسفي، ولوري (Fard, F., Mehrabian, Boroon, Ghaderi, Yousefi, & Lory, 2016) بدراسة حول فاعلية العلاج بالقبول والالتزام للحد من زيادة الوزن وتحسين صورة الجسم. وتكونت عينة الدراسة من ٣٠ مريضاً يعانون من زيادة الوزن تم تقسيمهم إلى مجموعتين، واستغرق برنامج العلاج ٨ جلسات. أشارت نتائج الدراسة إلى أن

ثبت استخدامه مع ذوي اضطراب كرب ما بعد الصدمة (Vujanovic, A., Niles, Pietrefesa, & Schmertz, & Potter, 2013). وفي البيئة العربية فقد استخدم في الدراسات التي سعت لعلاج الأعراض الاكتئابية مثل دراسة واكلي (٢٠١٦)؛ والمرونة مثل دراسة الفقي (٢٠١٦)؛ وتنمية الشفقة على الذات، وخفض تأثير الضغوط الحياتية عليه (٢٠١٩)؛ وتنمية الوعي الذاتي كدراسة جلودي (٢٠١٧)؛ وتحسين سير الحالة الصحية كدراسة عقاب (٢٠١٧)؛ وتحسين مشاعر التماسك لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة (محمد، ٢٠١٠).

وقد أثبتت العديد من نتائج الدراسات السابقة كفاءة العلاج الجماعي القائم على العلاج بالقبول والالتزام وتأثيراته في خفض أعراض الشره العصبي، وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد، حيث قام كل من يرغش وآخرون (Yaraghchi, A., et al., 2019). بدراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض الوزن، وتنظيم الانفعالات الإدراكية لدى البدناء. وتكونت عينة الدراسة من ٢٩ شخصاً يعانون من زيادة الوزن والسمنة المفرطة، واستمرت جلسات العلاج لفترة خمسة أشهر، بينت نتائج الدراسة فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض الوزن وتنظيم الانفعالات الإدراكية لدى الأفراد الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة، حيث انخفض مؤشر كتلة الجسم لديهم بعد التدريب على عدد من الاستراتيجيات الإيجابية للتنظيم الذاتي المعرفي.

كما قامت دهبانة (Dehbaneh, M., 2019) بدراسة حول فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض المشاكل الشخصية وتحسين نوعية الحياة، وخفض القلق لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب تشوه الجسم في إيران. وتكونت عينة الدراسة من ٣٩ مشاركاً تم متابعتهم كمجموعة تجريبية لمدة ثلاثة أشهر. أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج

النفسية، ومساعدة السيدات في التغلب على زيادة الوزن، ومواجهة الصعوبات المتعلقة بها.

وهدفت الدراسة التي قام بها كل من رفيع، وسدرپوشان، وعبيدي (Rafiee, M., Sedrpoushan, & Abedi, 2013) إلى التحقق من تأثير العلاج بالقبول والالتزام في الحد من أعراض القلق وعدم الرضا عن صورة الجسم لدى النساء البدينات. وتكونت عينة الدراسة من ثلاث سيدات يعانين من زيادة الوزن والسمنة المفرطة، وظهر لديهن درجة مرتفعة من القلق وعدم تقبل صورة الجسم. أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض القلق، وتحسين نظرتهم إلى الصورة الذاتية، وظهرت مؤشرات انخفاض الوزن لديهن.

وسعت دراسة جواراسكيو وآخرون (Juarascio, A., et al., 2013) إلى فحص فاعلية مجموعة علاج القبول والالتزام لعلاج اضطرابات الشره العصبي من خلال فحص ما إذا كانت إضافة مجموعات علاج القبول والالتزام (ACT) إلى العلاج الاعتيادي ستحسن نتائج العلاج لدى المرضى في منشأة علاج سكنية لاضطرابات الطعام. وتلقى أفراد العينة وعددهم ١٤٠ مريضاً من مرضى اضطرابات الطعام علاجاً مكثفاً داخل المستشفى، بينما تلقت المجموعة التجريبية المكونة من ٦٠ مريضاً هذه الخدمات ولكنهم حضروا أيضاً اعتماداً على التشخيص، إما لمجموعات فقدان الشهية العصبي أو لمجموعات الشره العصبي. وعلى الرغم من أن الأفراد في كلا ظروف العلاج أظهروا انخفاضاً دالاً في اضطرابات الطعام في القياس البعدي، كانت هناك اتجاهات نحو انخفاضات أكبر بين الذين كانوا يتلقون ACT. كما أظهر مرضى ACT أيضاً معدلات أقل من إعادة الاستشفاء في قياس المتابعة خلال ٦ أشهر بعد الخروج من المستشفى.

يتضح من عرض الدراسات السابقة أعلاه تركيز بعضها على فاعلية برنامج قائم على

العلاج بالقبول والالتزام فعلاً في الحد من السمنة، وتحسين صورة الجسم لدى عينة الدراسة.

كما قام كل من عباسي وبورزور، والمعزدي والأصلائي (Abbasi, M., Porzoor, Moazedi, & Aslani, 2015) بدراسة حول فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في تحسين صورة الجسم للطالبات المصابات باضطراب الشره العصبي في إيران. وتكونت عينة الدراسة من ٤٠ طالبة أخذت عنقودياً، وتم تحديد أعلى ٤٠ طالبة ممن لديهن درجات مرتفعة في اضطراب الشره العصبي، وتقسيمهن عشوائياً إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، وخضعت التجريبية لثمان جلسات علاجية قائمة على العلاج بالقبول والالتزام. أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في خفض اضطراب الشره العصبي المرضي، وتحسين صورة الجسم بعد إجراء الاختبار البعدي والمقارنة بالمجموعة الضابطة.

وقام كل من هيل، ماسودا، مور، وتوهيج (Hill, M., Masuda, Moore, & Twohig, 2015) بدراسة حالتين تعانين من اضطرابات الأكل العاطفي (وهي حالة الاستجابة للمشاعر الداخلية الشديدة لتناول الطعام وليس الجوع). تم استخدام العلاج بالقبول والالتزام من خلال التدريب على المراقبة الذاتية، واستغرقت التجربة ٩ جلسات. أشارت النتائج إلى فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في تحسين صورة الجسم، والمحافظة على الصورة المثالية في الوزن لمدة ثلاثة أشهر من نهاية البرنامج الإرشادي.

كما هدفت الدراسة التي قام بها نوريان وأغاي (Nourian, L., & Aghaei, 2015) لتحديد الهدف من فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في المرونة النفسية لدى النساء ذوات الوزن الزائد. وتكونت عينة الدراسة من ١٥ سيدة كمجموعة تجريبية حضرن ٨ جلسات تدريبية. بينت نتائج الدراسة فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في تحسين المرونة

٢,٨٠٠,٠٠٠ مواطن من أصل ٥,٥ مليون نسمة ممن أجريت عليهم الدراسة يعانون من السمنة وزيادة الوزن. وتعتبر زيادة الوزن (Over Weight) إحدى الأسباب الشائعة لتشوه الإدراكات حول صورة الجسم، حيث أكد وليامز (Williams, 1995) المشار له في إبراهيم (٢٠١٥) إلى ارتباط زيادة الوزن بعلاقة دالة بأكثر من ٢٥ اضطراباً من الاضطرابات النفسية. ومما يبرهن الحاجة لإجراء هذه الدراسة وتطوير برنامج إرشادي قائم على القبول والالتزام لخفض اضطراب الشره العصبي وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد؛ ارتفاع عدد النساء ذوات الوزن الزائد، وسعيهن لخفض الوزن، والحصول على الصورة المثالية للجسم؛ إضافة إلى ما أشارت له نتائج الدراسات السابقة التي تناولت الوزن الزائد لدى هذه الفئة والمشكلات النفسية المصاحبة لها، والآثار السلبية على صحتهم الجسمية والنفسية، وجعلهن يعانين من عدة مشكلات متكررة ويصعب عليهن التكيف في المجتمع وتحقق ذواتهن بصورة طبيعية. مثل دراسة (Dehbaneh, M., 2019; Hill, M., et al., 2015; (Abbasi, et al., 2015; Fogelkvist, M., et al., 2013

وتأسيساً على ما تقدم فإن الدراسة الحالية هدفت الإجابة عن السؤال الرئيس الآتي: ما فاعلية برنامج إرشادي قائم على الإرشاد بالقبول والالتزام في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد؟

فرضيات الدراسة: تسعى الدراسة إلى فحص الفرضيات الإحصائية الآتية:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطات الأداء على كل من مقياسي أعراض الشره العصبي (الدرجة الكلية والفرعية)، والرضا عن صورة الجسم (الدرجة الكلية)، في القياس البعدي لدى المترددات على مراكز اللياقة البدنية

العلاج بالقبول والالتزام في خفض اضطرابات الطعام وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى عدد من الفئات المختلفة، في حين أن الدراسة الحالية تركز على فئة محددة من السيدات المترددات على إحدى مراكز اللياقة البدنية في الأردن ويعانين من زيادة الوزن ولديهن الرغبة في التخلص منه.

مشكلة الدراسة وأسئلتها

غالباً ما يقوم الأفراد وبشكل مستمر بالإشارة لأهمية الرشاقة وضبط الوزن كمتطلب رئيس لتحقيق شروط جاذبية الشكل ويحذرون على الدوام من أخطار زيادة الوزن، ويمكن لمثل هذه الرسائل الاجتماعية أن تؤدي إلى استنارة مشاعر عدم الرضا عن الصورة الجسمية، والسعي نحو تغير صورة الجسم كما تدركها المرأة على وجه الخصوص (إبراهيم، ٢٠١٥). وقد زاد اهتمام المختصين في السنوات الأخيرة باضطراب الشره العصبي (BND) بشكل خاص؛ نظراً لارتفاع عدد المصابين بالوزن الزائد والسمنة واضطرابات الطعام بشكل عام كمصدر من مصادر زيادة الوزن، حيث أشار مركز دراسات السمنة الأمريكي إلى وجود زيادة مضطردة لإصابات الأفراد بالسمنة حيث ارتفعت النسبة من ٣٠.٥% إلى ٤٢.٤% حتى عام ٢٠١٨ (Adult Obesity Facts, 2020). وفي بيئة الدراسة الحالية يُشير المركز الوطني لعلاج السمنة وأمراض السكري أن نسبة المصابين بالوزن الزائد والسمنة في المملكة الأردنية الهاشمية بلغت ٧٨% بين الرجال والنساء (المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة، ٢٠٢٠). وبلغت نسبة النساء ذوات الوزن الزائد في الأردن نحو ٨٤%؛ مما يشكل تحدياً نفسياً واجتماعياً كبيراً للمرأة بشكل خاص، حيث تتعارض مع الصورة الحالية للجسد الأنثوي المثالي بالنسبة للمجتمع الذي روجت له وسائل الإعلام من خلال تقييم مظهرها، الأمر الذي انعكس سلباً على ثقة المرأة بنفسها (تهتموني، ٢٠١٦). وأشار التقرير الصادر عن وزارة الصحة الأردنية في عام ٢٠٠٦ أن

إحدى نظريات العلاج المعرفي السلوكي (الجيل الثالث) في مجال القبول والالتزام. كما تُعد الدراسة الحالية بمثابة خطوة أولية في مجال الإرشاد والعلاج النفسي؛ حيث افتقار الدراسات المحلية والعربية في موجة علم النفس الثالثة (القبول والالتزام) ولعل ما يؤكد ذلك عدم وجود دراسة في البيئة الأردنية تناولت برنامج إرشاد جمعي قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي.

الأهمية التطبيقية: تسهم نتائج الدراسة الحالية في توفير أداة للباحثين في العلوم النفسية (برنامج إرشاد جمعي) قائم على القبول والالتزام، وتوفر النتائج رؤية علمية للمتخصصين في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي وتحسين صورة الجسم؛ إضافة إلى كونها تفتح الأفق العلمية للباحثين والمختصين بالإفادة من توصيات الدراسة في إجراء الأبحاث والدراسات المتخصصة بهذا النوع من العلاجات على عدد من الاضطرابات النفسية.

محددات الدراسة: تتمثل حدود الدراسة الحالية في متغيراتها الموضوعية (أعراض اضطراب الشره العصبي، والرضا عن صورة الجسم، والعلاج بالقبول والالتزام)؛ ومحدداتها الزمنية فقد أجريت خلال شهر حزيران - أيلول من العام ٢٠١٩ وعينتها تكونت من السيدات ذوات الوزن الزائد المترددات على المراكز المتخصصة بالصحة البدنية في محافظة إربد، ممن تم اختيارهن بالطريقة القصدية، وأيضاً تتحدد وفقاً لأدوات الدراسة المستخدمة (مقياس أعراض اضطراب الشره العصبي، ومقياس الرضا عن صورة الجسم)، والبرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالقبول والالتزام؛ لذا تقتصر إمكانية تعميم النتائج على هذه الأدوات بعد التحقق من خصائصها السيكومترية. كما أنّ تعميم النتائج يتحدد بالتعريفات الإجرائية لهذه المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في الدراسة.

تُعزى للمجموعة (التجريبية، الضابطة).

٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطات الأداء على كل مجالات مقياسي أعراض الشره العصبي (الدرجة الكلية والفرعية)، والرضا عن صورة الجسم (الدرجة الكلية)، لدى المجموعة التجريبية تُعزى للمقياس (البعدي، البعدي) لصالح القياس البعدي.

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى: " إعداد برنامج إرشادي قائم على الإرشاد بالقبول والالتزام، في خفض أعراض الشره العصبي وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد". ويتفرع من الهدف الرئيس هدفان فرعيان، هما:

١. التعرف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب الشره العصبي (الدرجة الكلية والفرعية)، والرضا عن صورة الجسم (الدرجة الكلية)، في القياس البعدي بعد تطبيق برنامج الإرشاد الجمعي القائم على القبول والالتزام.

٢. التعرف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب الشره العصبي (الدرجة الكلية والفرعية)، والرضا عن صورة الجسم (الدرجة الكلية)، لدى المجموعة التجريبية.

أهمية الدراسة

الأهمية النظرية: تهتم الدراسة الحالية في التعرف على فاعلية برنامج للإرشاد الجمعي القائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض اضطراب الشره العصبي وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى عينة من النساء ذوات الوزن الزائد المترددات على مراكز اللياقة البدنية في الأردن. وبناء برنامج علاجي قائم على

السيطرة وتناول الطعام بشكل واضح وغياب السلوكيات التعويضية". وتُقاس بالدرجة التي تحصل عليها المستجيبة على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

الرضا عن صورة الجسم: (Body Image Satisfaction): تبنى الباحث تعريف الرضا عن صورة الجسم إجرائياً وفقاً لتعريف معدة الأداة إبراهيم (٢٠١٥، ٥٣) بأنها "الصورة الذهنية والعقلية السلبية التي يكونها الفرد عن جسمه سواءً في مظهره الخارجي أو في مكوناته الداخلية، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر أو اتجاهات سلبية عن تلك الصورة الذهنية للجسم، ويقصد بعدم الرضا عن صورة الجسم الاستياء من شكل الجسم بسبب شعور الشخص بأنه ممتلئ الوزن، وعدم القدرة على ممارسة أنشطة الحياة بشكل عام". ويُقاس بالدرجة التي تحصل عليها المستجيبة على مقياس الدراسة المستخدم في الدراسة الحالية.

الوزن الزائد (Overweight): تبنى الباحث تعريف الوزن الزائد إجرائياً وفقاً لتعريف معدة الأداة إبراهيم (٢٠١٥، ٥٤) بأنه "مجموع قيمة وزن الجسم الذي تسجله المفحوصة بالكيلوغرامات ولا يتناسب مع طولها بالسنتمترات بحساب مؤشر كتلة الجسم الذي يقيس نسبة الوزن إلى مربع الطول حسب قياسات الوزن الصحي المثالي العالمية عند النساء".

الطريقة والإجراءات

منهج الدراسة: استخدم المنهج شبه التجريبي (تصميم ثنائي) بقياسات قبلية وبعديّة بتوزيع عشوائي لمجموعتين متكافئتين، (تجريبية وضابطة)، وطُبق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية فقط، أما المجموعة الضابطة المؤجلة فلم يتم إعطاء أفرادها أي تدخل إرشادي، واستخدمت لغايات المقارنة، وتمثلت المتغيرات بما يلي:

المتغير المستقل: البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالقبول والالتزام.

التعريفات الإجرائية للمفاهيم والمصطلحات:

برنامج إرشاد جمعي هو شكل من أشكال الإرشاد يضم عدداً من المسترشدين الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معاً في جماعاتٍ صغيرة، ويهدف إلى مساعدة الأفراد على مواجهة العقبات التي تعترض نموهم حيثما وجدت، وعلى تحقيق أقصى درجات النمو لإمكاناتهم الشخصية (Corey, T., & Corey, 2000)

القبول والالتزام (ACT) Acceptation & Commitment Therapy): عرفه فيلتشر وهاييز (Fletcher, L., & Hayes, 2005) بأنه "أحد نماذج الموجه الثالثة للعلاج السلوكي الحديث، الذي يقوم على زيادة المرونة النفسية، والقدرة على الاتصال باللحظة الحالية، وردود الفعل النفسية التي تنتجها، وتعتمد على الموقف، أو تغيير السلوك من أجل أعراض ذات قيمة، ويتم تحقيق المرونة النفسية من خلال ما يلي: القبول، والقيم، والتضيق المعرفي، وعيش الحاضر، والذات في السياق، والقيم الذاتية، والذات كعملية، ووقف الأفكار السلبية". ويعرف إجرائياً بأنه "البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية، والقائم على مبادئ وفتيات العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض الشره العصبي، وتحسين صورة الجسم لدى ذوات الوزن الزائد".

أعراض اضطراب الشره العصبي: (Bulimia Nervosa) ويتميز بحدوث نوبات من الإفراط في تناول الأكل، يشعر الشخص خلالها بعدم القدرة على التحكم في سلوك الأكل أو إيقافه، إضافةً إلى اللجوء إلى أساليب معدلة؛ لتلافي زيادة الوزن التي تنتج عن تلك النوبات، ومريض النهم مثله مثل مريض القهم الذي يعاني من الانشغال الزائد بالأكل ووزن الجسد وصورته (أبو النور وخطاطبة وفارح، ٢٠١٧). تبنى الباحث تعريف اضطراب الشره العصبي إجرائياً وفقاً لتعريف معدة الأداة فاخوري (٢٠١٢، ٨) بأنها "نوبات متكررة مرتبطة بمؤشرات سلوكية وذاتية من عدم

عدد أفرادها ن=١٢ سيدة، والضابطة وعددها ن=١٢ سيدة، لم تتلق أي تدريب، وبقيت على قائمة الانتظار قُدمَ لهنَّ تعهداً بتقديم البرنامج الإرشادي بعد الانتهاء من تدريب المجموعة التجريبية.

أدوات الدراسة: تمثلت أدوات الدراسة المستخدمة في الدراسة الحالية بأربعة أدوات، وهي:

أولاً: المقابلة: من خلال إجراء مقابلات فردية مع المترددات على مركز اللياقة البدنية، والبالغ عددهنَّ ن=٢٤ سيدة، لغايات جمع بعض المعلومات الطبية والصحية، وبعض عاداتهنَّ الغذائية، وأوقات ظهور بعض أعراض (اضطراب الشره العصبي)، والمشاعر المصاحبة، ومدى تكرار هذه النوبات.

ثانياً: مقياس أعراض اضطراب الشره العصبي حيث تمت الاستعانة بمقياس أعراض اضطرابات الطعام التي طورها فيربيرن وبجلين (Fairburn, C., & Beglin, 2008) المترجم في إحدى الدراسات التي أُجريت في البيئة الأردنية (فاخوري، ٢٠١٢)، ويتكون المقياس من ٤٤ فقرة موزعة على سبعة أبعاد كما يلي:

١. **الامتناع عن الأكل:** وهو محاولة تقليل كمية الطعام بهدف زيادة الإحساس بالسيطرة وتغيير الشكل والوزن، ويشمل الفقرات ١، ٢، ٣، ٤، ٥.
٢. **الانشغال بالأكل:** وهو أفكار دخيلة تسيطر على الدماغ حول الأكل والسعرات الحرارية؛ مما يؤثر على الأنشطة التي يقوم بها الفرد، ويشمل الفقرات ٧، ٩، ١٩، ٢٠، ٢١.
٣. **الانشغال بالشكل الخارجي:** وهو أفكار دخيلة تسيطر على الدماغ حول شكل الجسم مما يؤثر على الأنشطة التي يقوم بها الفرد وعلى تقييمه لذاته، ويشمل الفقرات ٦، ٨، ١٠، ١١، ٢٣، ٢٦، ٢٧، ٢٨.

المتغيرات التابعة: مستويات اضطراب الشره العصبي، والرضا عن صورة الجسم.

مجتمع الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من جميع السيدات ذوات الوزن الزائد اللاتي يترددن على مركز اللياقة البدنية في محافظة إربد، خلال الفترة التي أُجريت فيها الدراسة، وهي ما بين ١٣/٦/٢٠١٩-١٣/٩/٢٠١٩، ولحصر عدد أفراد مجتمع الدراسة تم عمل قائمة تسجيل للسيدات المترددات على المركز لمدة شهر، حيث بلغت بشكل تقريبي ن=٦٠ سيدة بواقع ٢٠ سيدة تتردد على مركز اللياقة يومياً.

عينة الدراسة: تم اختيار عينة الدراسة بشكل قصدي من مجتمع الدراسة من النساء اللواتي يعانين من أعراض اضطراب الشره العصبي، وعدم الرضا عن صورة الجسم. وبعد إجراء مقابلة أولية مع أفراد العينة والبالغ عددهنَّ ن=٣٩ سيدة من ذوات الوزن الزائد، واللواتي استجبن لأداتي الدراسة (مقياس أعراض اضطراب الشره العصبي، ومقياس الرضا عن صورة الجسم)، تم اختيار اللواتي سجلن أعلى الدرجات على مقياس اضطراب الشره العصبي، ومقياس الرضا عن صورة الجسم من خلال حساب المتوسطات الحسابية لكل أداة. ومن خلال مؤشر كتلة الجسم (Body Mass Index (BIN) (الوزن (كغم) / (الطول) م^٢ (kg)/height (M2) -٢٩.٩-٢٥ كيلو غرام/م^٢ (WHO, 2006). وتبين لديهنَّ زيادة في الوزن حيث بلغ متوسط الوزن م=٧٢.٥٤؛ ع=٤٠.١٣، في حين بلغ متوسط الطول م=١٦٠.٣٨ ع=٢.٥٢، وبلغ مؤشر كتلة الجسم لديهنَّ ٢٨.٣٢، كما أبدين الرغبة في تغيير نمط حياتهنَّ والاهتمام بمظهرهن، وتكوين صورة إيجابية عن أجسامهن. وقد بلغ مجموعهنَّ ن=٢٤ سيدة، وبعد التحقق من تكافؤ المجموعتين من حيث المستوى التعليمي والاقتصادي وجميعهنَّ من ذوات المستوى المتوسط، تم توزيعهنَّ بشكل عشوائي وفق القرعة (الأرقام الزوجية والفردية) إلى مجموعتين: التجريبية وبلغ

البقاء بدون طعام لأوقاتٍ طويلة تتجاوز ٨ ساعات".

مؤشرات صدق معاملات الارتباط: بهدف التحقق من صدق معاملات الارتباط تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية ماثلة لعينة الدراسة الحالية مكونة من ٣٥ سيدة أُخذت من مجتمع الدراسة الأصلي (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة)، وتم حساب معاملات الارتباط بين فقرات مقياس أعراض اضطراب الشره العصبي لارتباط الفقرة مع البعد، للتأكد من معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية، وجدول ١ يوضح ذلك.

جدول ١

قيم معامل ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس أعراض اضطراب الشره العصبي (ن = ٣٥)

الرقم	البعد	معامل الارتباط
١.	الامتناع عن الأكل	٠.٦٣٥**
٢.	الانشغال بالأكل	٠.٧٩٩**
٣.	الانشغال بالشكل الخارجي	٠.٧٩١**
٤.	الانشغال بالوزن	٠.٨٧١**
٥.	نوبات الشره والمشاعر	٠.٧٠٠**
٦.	السلوكيات التعويضية	٠.٥٠٢**
٧.	العجز الإكلينيكي	٠.٩١٥**

**دالة عند مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠١)

يبين جدول ١ أن قيم معاملات الارتباط بين فقرات جميع أبعاد مقياس أعراض اضطراب الشره العصبي، والدرجة الكلية على المقياس كانت مرتفعة، وتراوح ما بين ٠.١٥ - ٠.٩١٥، وكانت دالة عند مستوى ٠,٠١؛ مما يؤشر على صدق المقياس.

ثبات المقياس للتحقق من ثبات أداة الدراسة الكلية وأبعادها الفرعية استخدمت طريقتان: **أولاً:** ثبات الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) حيث بلغت قيمة معامل ثبات الاتساق الداخلي للدرجة الكلية على مقياس اضطراب الشره العصبي $\alpha = ٠.٧١$. وثانياً: معامل ثبات التجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان براون لحساب معامل الارتباط بين نصفي الاختبار للتأكد من ثبات مقياس أعراض

٤. **الانشغال بالوزن:** وهو أفكار دخيلة تسيطر على الدماغ حول الوزن مما يؤثر على الأنشطة التي يقوم بها الفرد وعلى تقييمه لذاته ويشمل الفقرات ٥، ١٢، ١٣، ٢٢، ٢٤، ٢٥.

٥. **نوبات الشره والمشاعر المرافقة** للنوبات وفقاً لمعايير التشخيص الخامس حيث يتم أكل كمية كبيرة من الطعام ويرافقها إحساس بعدم السيطرة، ويشمل الفقرات ١٣، ١٤، ١٥، ١٩، ٢٠، ٢١.

٦. **السلوكيات التعويضية المرافقة** لمرض البوليميا التي تهدف إلى التعويض عن نوبات الأكل الزائد الواقعية والمدركة ويشمل الفقرات ١٦، ١٧، ١٨، ٧. **العجز الإكلينيكي** المرافق لاضطرابات الطعام وهو العجز في مجالات الحياة النفسية والاجتماعية التي تتأثر عادة باضطرابات الطعام، ويهدف إلى قياس مدى خطورة العجز النفسي والاجتماعي ويشمل ٢٩، ٣٠، ٣١، ٣٢، ٣٣، ٣٤، ٣٥، ٣٦، ٣٧، ٣٨، ٣٩، ٤٠، ٤١، ٤٢، ٤٣، ٤٤.

دلالات صدق وثبات مقياس أعراض اضطراب الشره العصبي

الصدق الظاهري: تم استخراج الصدق الظاهري للمقياس من خلال عرض صورته الأولية على ستة من المحكمين المختصين في علم النفس، والإرشاد لنفسي، تكون المقياس بصورته الأولية من ٤٤ فقرة، وطُلب من المحكمين إبداء رأيهم في هذه الفقرات من حيث مدى ملاءمتها لمفهوم المقياس ولطبيعة المضمومين وغايات الدراسة، وتعديل ما يرونه مناسباً. يتكون المقياس من ٤٤ فقرة موزعة على سبعة أبعاد رئيسية. وبعد الأخذ بآراء المحكمين فقد تم إعادة الصياغة اللغوية لبعض العبارات مثل: "حاولت أن تبقى بدون طعام لأوقاتٍ طويلة ٨ ساعات أو أكثر، من أجل تغيير شكلك"، وأصبح التعديل "أحاول

والثاني من ٦-١٢ يوماً، ويُعطى درجتين، والخيار من ١٣-١٥ يوماً يُعطى ثلاث درجات، بينما الخيار أحياناً من ١٦-٢٢ يُعطى أربع درجات، والخيار من ٢٣-٢٧ يُعطى خمس درجات، بينما يُعطى الخيار دائماً من ٢٣-٢٩ يوماً ست درجات. وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس من صفر-٢٦٤ درجة حيث تُعتبر الدرجة صفراً عدم وجود اضطراب الشره العصبي، أما الدرجة ٢٦٤ فتعني مستوى مرتفعاً وحاداً من أعراض اضطراب الشره العصبي. ويتمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق والثبات كونه مُستخدماً في نفس بيئة الدراسة الحالية.

ثالثاً: مقياس الرضا عن صورة الجسم

لقياس مستوى الرضا عن صورة الجسم، استُخدمت الصورة المُعربة في البيئة الأردنية (إبراهيم، ٢٠١٥)، للنسخة المراجعة من مقياس الرضا عن صورة الجسم (Body Shape Questionnaire (BSQ) scale for body image satisfaction، من قبل داوسون وهيندرسن (Dowson, J., & Henderson, 2001) والمُعد أصلاً من كل من كوبر، تايلور، كوبر، وفيربور (Cooper, P., Taylor, 1987, & Fairbun, 1987). ويتكون المقياس من ١٤ فقرة وضعت لقياس المخاوف حول عدم الرضا والاستياء بشأن صورة الجسم وخبرة "الشعور بزيادة الوزن".

دلالات صدق وثبات مقياس الرضا عن صورة الجسم

الصدق الظاهري: تم استخراج الصدق الظاهري للمقياس من خلال عرض صورته الأولية على ستة من المحكمين المختصين في علم النفس، والإرشاد النفسي، تكون المقياس بصورته الأولية من ١٤ فقرة، وطُلب من المحكمين إبداء رأيهم في هذه الفقرات من حيث مدى ملاءمتها لمفهوم المقياس ولطبيعة المفحوصين وغايات الدراسة. وفي ضوء ملحوظات المحكمين، أجريت التعديلات المقترحة التي أُجمع عليها ٨٠٪، منهم، ومن

اضطراب الشره العصبي (الدرجة الكلية والفرعية)، حيث بلغ معامل ثبات التجزئة النصفية $r = 0.93$ للدرجة الكلية. وجدول ٢ يوضح ذلك.

جدول ٢

الرقم	البعد	عدد العبارات	ألفا	معامل سبيرمان براون للتجزئة النصفية
١.	الامتناع عن الأكل	٥	٧٢.	٧٨.
٢.	الانشغال بالأكل	٥	٦٩.	٨٩.
٣.	الانشغال بالشكل الخارجي	٨	٧٠.	٨٢.
٤.	الانشغال بالوزن	٥	٧٧.	٩٢.
٥.	نوبات الشراهة والمشاعر	٦	٧٢.	٩٠.
٦.	السلوكيات التعويضية	٣	٦٧.	٧٦.
٧.	العجز الإكلينيكي	١٢	٧٢.	٩٤.
	ثبات الأداة ككل	٤٤	٧١.	٩٣.

يبين جدول ٢ أن معاملات ثبات ألفا كرونباخ للأبعاد السبعة لمقياس أعراض اضطراب الشره العصبي قد تراوحت ما بين ٠.٦٧-٠.٧٧، بينما تراوحت قيم ثبات معامل سبيرمان براون للتجزئة النصفية بين ٠.٧٦-٠.٩٤، وقد بلغت معاملات ثبات ألفا كرونباخ للمقياس الكلي ٠.٧١، وقيم ثبات معامل سبيرمان براون للمقياس الكلي $r = 0.93$ ، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات مقبولة يمكن الاعتماد عليها في الدراسة الحالية.

تصحيح المقياس: تتمثل الإجابة على فقرات المقياس أن تكون الإجابة محصورة في فترة الشهر الماضي فقط، وتكون الإجابة وفق الخيارات الآتية (أبداً؛ وتعني ولا يوم شعرت فيما يُذكر وتُعطى صفراً) والخيار قليلاً؛ وتعني من ١-٥ أيام ويُعطى درجة واحدة،

لمقياس الرضا عن صورة الجسم ٠.٧٣. وثانياً: معامل ثبات التجزئة النصفية (Split-half Reliability) باستخدام معادلة سيبرمان براون لحساب معامل الارتباط للتأكد من ثبات مقياس الرضا عن صورة الجسم، حيث بلغ معامل ثبات التجزئة النصفية ٠.٩٢، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات مقبولة يمكن الاعتماد عليها في الدراسة الحالية.

رابعاً: البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالقبول والالتزام

وهو برنامج إرشاد جمعي مُصمم لغايات الدراسة الحالية المستند على العلاج بالقبول والالتزام، والذي تم من خلاله مساعدة أفراد المجموعة التجريبية من السيدات ذوات الموزن الزائد من المترددات على مراكز اللياقة البدنية ليكتسبن بعض المهارات المناسبة من خلال تدريبهن على بعض الأنشطة والمهارات التي تم إعدادها. وقد أُستند في إعداد البرنامج الحالي للدراسات والأبحاث التي تناولت موضوع القبول والالتزام، والاطلاع على البرامج الإرشادية والمهارات التي اهتمت بهذه الفئة، حيث تمت الاستفادة من دراسات كل من: (محمد، ٢٠١٠؛ الفقي، ٢٠١٦؛ أرنوط، ٢٠١٨).

صدق البرنامج: للتحقق من صدق محتوى البرنامج الإرشادي تم عرض الصورة الأولية (قبل التطبيق) على لجنة من المختصين في الإرشاد النفسي وعلم النفس، بلغ عددهم ٨ محكمين، وطُلب منهم تحديد مدى ملاءمة كل جلسة لعينة الدراسة، والوقت المخصص لها، وأُعتد إجماع المحكمين بنسبة ٨٠٪، وتمثلت ملاحظات المحكمين في تعديل بعض الصياغة اللغوية وترتيب الجلسات وإضافة بعض المهارات والفنيات وحذف بعضها الآخر. وتكون البرنامج في صورته النهائية من ١٢ جلسة إرشادية خُصصت لتدريب المشاركات. وتراوحت مدة الجلسة الواحدة ما بين ٦٠-٩٠ دقيقة. وقد تم تطبيق البرنامج للنساء المترددات على أحد مراكز اللياقة

أبرزها إعادة الصياغة اللغوية لبعض العبارات مثل: (هل يجعلك أكل الحلويات أو الكعك أو أي طعام آخر بسرعات حرارية عالية تشعرين بأنك سمينه)، والتعديل المقترح (هل تشعرين بزيادة الوزن عندما تتناولين الحلويات ومشتقاتها).

مؤشرات معاملات الارتباط: بهدف التحقق من صدق معاملات الارتباط تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مماثلة لعينة الدراسة الحالية مكونة من ٣٥ سيدة أُخذت من مجتمع الدراسة الأصلي (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة)، وتم حساب معاملات الارتباط بين فقرات مقياس عدم الرضا عن صورة الجسم، للتأكد من معاملات الارتباط بين فقرات المقياس والدرجة الكلية، وجدول ٣ يوضح ذلك.

يبين جدول ٣ أن جميع العبارات كانت دالة عند مستوى ٠.٠٠١، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية للأداة ما بين ٤٠٩* - ٨٨٢**، ما يشير إلى ملاءمة معاملات الاتساق الداخلي، بما يدل على مؤشرات صدق المقياس ومناسبتها لغايات تطبيق الدراسة الحالية.

جدول ٣

قيم معامل ارتباط الفقرات على مقياس الرضا عن صورة الجسم بالدرجة الكلية للمقياس ن = ٣٥.

الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط
١	**٥٣٣.	٨	**٥٨٦.
٢	**٦٧٥.	٩	**٧٥٥.
٣	**٥٨١.	١٠	**٦٠٥.
٤	**٨٨٢.	١١	**٦٩٧.
٥	**٧٦٦.	١٢	**٥٧٤.
٦	*٤٠٩.	١٣	**٧٧٣.
٧	**٤٨٢.	١٤	**٥٩٠.

** دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ٠.٠٠١ * دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ٠.٠٥

ثبات المقياس: للتحقق من ثبات أداة الدراسة استخدمت طريقتان: أولاً: ثبات الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) حيث بلغت قيمة معامل ثبات الاتساق الداخلي

الكشف الذاتي.١٦. التدريب على المرونة النفسية.١٧. عيش الحاضر.١٨. التعزيز).

محتويات الجلسات المستخدمة في البرنامج

الجلسة الأولى: هدفت الجلسة إلى التعارف مع أفراد المجموعة التجريبية، وبناء الألفة، وتحديد الخطة الزمنية، وتوضيح متطلبات المشاركة وقواعد العمل الجماعي بين أعضاء المجموعة، والتعرف على توقعاتهم.

الجلسة الثانية: هدفت الجلسة إلى تعريف المشاركات في البرنامج الإرشادي على مخاطر زيادة الوزن وآثاره على الصحة الجسمية والنفسية، والتركيز على الأسباب المؤدية له.

الجلسة الثالثة: هدفت الجلسة إلى مساعدة المشاركات في البرنامج الإرشادي على التعرف على أعراض اضطراب الشره العصبي، وصورة الجسم ومفهوم الذات الإيجابي، والوقاية من اضطراب الشره العصبي.

الجلسة الرابعة: هدفت الجلسة إلى تدريب المشاركات على مهارات التقبل من خلال السماح للخبرات بأن تكون بصورة علنية دون محاولة لتخفيفها، للتمكن المشاركات في البرنامج الإرشادي من فهم خبراتهن، واكتشاف الانفعالات التي تحملها سابقاً، وتسهيل الاتصال بالقيم والأهداف الشخصية، ومساعدتهن على التغلب على العقبات التي تحد من التصرف لتقليل الشعور بتدني صورة الجسم لديهن.

الجلسة الخامسة: هدفت الجلسة إلى تدريب المشاركات في البرنامج الإرشادي على التقليل من الخطر المعرفي للأفكار التي ترافق المشاركات في البرنامج الإرشادي؛ نتيجة زيادة الوزن التي تتسبب في الشره العصبي وتناول الطعام بطريقة غير إرادية.

الجلستان السادسة والسابعة: هدفت الجلستان إلى تدريب المشاركات في البرنامج الإرشادي على الذات كسياق من خلال توحيد النفس وإدخالها كسياق لنشر المعرفة، والتدريب على مهارات الالتزام السلوكي

البدنية في محافظة إربد، حيث يتوافر في المركز بيئة مجهزة لأغراض الأنشطة التدريبية المناسبة لغايات البرنامج. وقد هدف البرنامج إلى تحقيق ما يأتي: ١. **الهدف العلاجي:** ويتمثل في استخدام فنيات العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد. ٢. **الهدف الوقائي:** إكساب عينة الدراسة بعضاً من الفنيات الأساسية، بما يساعدهن على خفض أعراض الشره العصبي وتحسين الرضا عن صورة الجسم لديهن. ٣. **والأهداف الإجرائية:** وهي مجموعة من الأهداف التدريبية التي يتحقق من خلالها العمل داخل جلسات البرنامج، وتطبيق الفنيات المختلفة للعلاج بالقبول والالتزام، ومن هذه الأهداف التدريب على:

١. ممارسة القبول والالتزام الفعال والواعي للأحداث الخاصة من خلال استدعاؤها بواسطة تاريخ الفرد.
٢. الإزالة والتقليل من الخطر المعرفي من خلال تغيير الوظائف غير المرغوب فيها للأفكار.
٣. الاتصال المستمر غير التحكمي بالأحداث النفسية، وبالأحداث في البيئة كما تحدث.
٤. التدريب على النظر إلى الذات كسياق، مثل: (أنا - أنت)، وقد نشأت عن هذه الفكرة بعض المفاهيم مثل: التعاطف، الإحساس بالذات.

الفنيات المستخدمة في البرنامج: اعتمد تطبيق البرنامج على استخدام فنيات العلاج بالقبول والالتزام منها: ١. المحاضرة. ٢. والمناقشة والحوار. ٣. التقبل. ٤. التفكك المعرفي. ٥. الوعي بالذات. ٦. الالتزام. ٧. الاسترخاء العقلي والعضلي. ٨. التدعيم. ٩. الواجبات البيئية. ١٠. التعلم بالأنموذج. ١١. الذات كسياق. ١٢. التنفيس الانفعالي. ١٣. الذات كعملية. ١٤. إعادة البناء المعرفي. ١٥.

تحليل هذه البيانات إحصائياً باستخدام رزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية.

إجراءات الدراسة

نفذت إجراءات الدراسة كما يلي: ١. التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة ٢. تحديد مركز لياقة البدنية بعد الحصول على الموافقات الإدارية من المركز. ٣. إجراء رصد تقريبي لمعرفة عدد السيدات المترددات على المركز. ٤. إجراء مقابلة أولية توضح الهدف من الدراسة وطريقة تطبيق أدواتها. ٥. تحديد عدد السيدات اللواتي تنطبق عليهن شروط المشاركة في الدراسة. ٦. توزيع أفراد الدراسة عشوائياً (القرعة) إلى مجموعتين. ٧. التدريب على مهارات البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالقبول والالتزام.

نتائج الدراسة

فيما يلي عرض للنتائج ومناقشتها وتفسيرها مصنفة وفقاً لتتابع فرضيتي الدراسة الحالية:

أولاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى
لِلدراسة التي تنصُ على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $\alpha \leq 0.05$ بين متوسطات الأداء على كل من مقياسي أعراض الشره العصبي (الدرجة الكلية والفرعية)، والرضا عن صورة الجسم في القياس البعدي لدى المترددات على مراكز اللياقة البدنية تعزى للمجموعة (التجريبية، الضابطة)". استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية $n=12$ والضابطة $n=12$ على مقياس اضطراب الشره العصبي، ومقياس الرضا عن صورة الجسم، وجدول ٤ يوضح ذلك.

يبين جدول ٤ وجود تباين ظاهري بين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب الشره

لضبط أعراض اضطراب الشره العصبي، وتنمية الوظائف اللغوية للذات مثل: التعاطف والشعور بالذات، والوعي الذاتي بالخبرات، وتنمية الذات والالتزام، واعتبار الذات كمركز.

الجلستان الثامنة والتاسعة: هدفت الجلسة إلى تدريب المشاركات في البرنامج الإرشادي على المرونة النفسية وتحسين النظرة الذاتية والاتجاه نحو الرضا عن صورة الجسم، وتنمية مهارات الوعي بالذات والآخرين، والثقة بالنفس.

الجلستان العاشرة والحادية عشر: هدفت الجلسة إلى تدريب المشاركات في البرنامج الإرشادي على التصرفات الهادفة التي لا يمكن الحصول عليها كشيء مادي، ويتم ذلك من خلال الاهتمام الإلزامي بما يُشجع على التصرف المرتبط بالقيم المختارة، والرغبة في التغييرات السلوكية، والتدريب على تقبل الأفكار والأحاسيس التلقائية، والتحرر من الاندماج المعرفي، والتدريب على (الذات كعميلة) والوضع القيمي للمشاركة في البرنامج الإرشادي.

الجلسة الثانية عشر: هدفت الجلسة إلى تقييم البرنامج الإرشادي من قبل المشاركات فيه، والإجابة عن بعض الاستفسارات، وإنهاء جلسات البرنامج الإرشادي، وتحديد موعد لاحق لغايات إجراء القياس التتبعي.

المعالجات الإحصائية: لتحقيق الهدف من الدراسة، ولتحقق من صحة فروضها، تم تحليل بيانات الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية الآتية:

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعامل ارتباط بيرسون وألفا كرونباخ لحساب الخصائص السيكومترية للأدوات. وأسلوب تحليل التباين المتعدد (Multivariate analysis of variance)، بالإضافة لاستخدام أحد مقاييس حجم التأثير للتعرف على تأثير البرنامج الإرشادي على المتغيرات التابعة. ومن أجل معالجة البيانات الكمية إحصائياً، تم

جدول ٤

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين على مقياس اضطراب الشره العصبي ومقياس الرضا عن صورة الجسم تبعاً لمتغير المجموعة

الرقم	المقياس	المجموعة	العدد	المقياس القبلي		المقياس البعدي	
				المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
١.	الامتناع عن الأكل	التجريبية	١٢	١٧.٤١٦٧	٤.٣٣٧١٢	١٩.٧٥٠٠	٥.٢٤١٨٨
	الضابطة		١٢	١٨.٧٥٠٠	٤.١٣٦٨٦	١٨.٣٣٣٣	٤.٦٥٨٠٠
٢.	الانشغال بالأكل	التجريبية	١٢	١٤.٦٦٦٧	٢.٨٧٠٩٦	٢٠.٤١٦٧	٤.١٠٠٠٧
	الضابطة		١٢	١٩.٥٠٠٠	٥.٠٩٠١٠	١٩.٥٨٣٣	٣.٦٥٤٥٩
٣.	الانشغال بالشكل	التجريبية	١٢	٢١.٠٠٠٠	٧.٦١٥٧٧	٢٨.٩١٦٧	٥.٤٠١٣٢
	الخارجي	الضابطة	١٢	١٧.٤١٦٧	٢.٩٠٦٣٧	١٨.٠٨٣٣	٣.٥٢٨٠٣
٤.	الانشغال بالوزن	التجريبية	١٢	١١.٦٦٦٧	١.٩٢٢٧٥	١٩.١٦٦٧	٥.١٨٤٤٨
	الضابطة		١٢	١٧.١٦٦٧	٤.٠٤١٤٥	١٧.٥٨٣٣	٥.٠٥٣٥٠
٥.	نوبات الشره	التجريبية	١٢	١٧.٦٦٦٧	٧.٦٣١٦٧	٢٣.٥٨٣٣	٤.١٨٧٨٣
	والمشاعر	الضابطة	١٢	١٤.٨٣٣٣	٤.١٣٠٤٥	١٥.٦٦٦٧	٢.٥٧٠٢٣
٦.	السلوكيات	التجريبية	١٢	١١.٥٠٠٠	١.٨٣٤٠٢	١٧.٤١٦٧	٧.٩٧١٠٧
	التعويضية	الضابطة	١٢	١٣.٥٨٣٣	٣.٩١٨٦٨	١٤.٤١٦٧	٤.٨٥١٥٩
٧.	العجز الإكلينيكي	التجريبية	١٢	٢٢.٦٦٦٧	٤.٠٥٢٦٨	٢٦.٥٠٠٠	٢.٦٧٩٨٩
	الضابطة		١٢	١٦.٦٦٦٧	٢.١٤٦١٧	١٨.١٦٦٧	٣.٣٧٩٩٨
٨.	الشره العصبي الكلي	التجريبية	١٢	١١٦.٥٨٣٣	١٦.٢٧٨٥٩	١٥٥.٧٥٠٠	٢١.٩٤٦٧٣
	الضابطة		١٢	١١٧.٩١٦٧	١٣.٣٤٤٧٩	١٢١.٨٣٣٣	١٠.٠٤٣٨٤
٩.	الدرجة الكلية	التجريبية	١٢	٤٥.٥٨٣٣	٨.٣٧١٥٨	٥٣.٩١٦٧	٨.٧٩٥٢٣
	لصورة الجسم	الضابطة	١٢	٣٩.٨٣٣٣	١٢.٠٧٤٢٧	٤٢.٠٨٣٣	١٣.١٨٠٢٨

الكلية والأبعاد) بينما بلغت قيمة (ف) لمقياس الرضا عن صورة الجسم ٧.٩١٧، وجميعها دال إحصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠٥، ما يشير إلى أثر البرنامج الإرشادي القائم على القبول والالتزام في خفض اضطراب الشره العصبي وتحسين الرضا عن صورة الجسم.

ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج الإرشادي في تباين درجات اضطراب الشره العصبي، ومقياس صورة الجسم، تم استخراج قيمة مربع ايتا (η^2) لمقياس حجم التأثير (Effect Size)، ومربع الارتباط (R^2) للتعرف على الدلالة العملية للفروق، حيث بلغت هذه القيم لمقياس الشره العصبي ٦٢.٢٪ ولمقياس الرضا عن صورة الجسم بلغت ٢٦.٥٪ وهي قيم مناسبة؛ بينما بلغت قيم الدلالة العملية للفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب الشره العصبي (الأبعاد والدرجة الكلية) ٢٨.٤٪؛ ٣٤.٩٪؛ ٢٧.٦٪؛ ٢٠.٣٪؛

العصبي والدرجة الكلية للمقياس في المقياس البعدي، ومقياس الرضا عن صورة الجسم في المقياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ تم استخدام تحليل التباين المتعدد (Multivariate analysis of variance (MANOVA) وجدول ٥ يبين ذلك (ملحق ١).

يبين (ملحق ١-جدول ٥) وجود فروق ذات دلالة إحصائية للأداء بين المجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس البعدي اضطراب الشره العصبي (الأبعاد السبعة والدرجة الكلية) ومقياس الرضا عن صورة الجسم عند مستوى دلالة ٠.٠٥ تعزى لمتغير المجموعة؛ إذ بلغت قيمة (ف) لهذه الأبعاد الدرجة الكلية ٨.٧٠٧؛ ١٤.٢٧٧؛ ٨.٣٩٦؛ ٥.٦٠٦؛ ٢٦.٣٣٥؛ ١٠.٧٣٠؛ ٨.٧٨٦؛ ٣٦.١٢٥ على التوالي لمقياس اضطراب الشره العصبي (الدرجة

تأثيراً إيجابياً، فقد أجابت هذه المعلومات عن التساؤلات والمخاوف التي وجدت لديهن، وجعلتهن أكثر إدراكاً وتقبلاً والتزاماً حول طبيعة الاضطراب ومهارات التعامل معه، وإمكانهن من العيش مع هذه الاضطرابات، فضلاً عن التدريب على تركيزهن على تنظيم الانفعالات والمرونة الانفعالية وتجنب الخبرات السلبية وتفعيلها لحظة بلحظة.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً بدور التدريب على فنية الذات كعملية، ودورها في إحداث تغير في الحديث والوعي الذاتي (اليقظة العقلية)، ودور الشروط والفنيات الإرشادية التي أعتُمد عليها في العلاقة الإرشادية التي تمثلت (التقبل غير المشروط، والتعاطف، والاحترام المتبادل) والتركيز على بناء الثقة، الكشف الذاتي والتفاعل الإيجابي بهض أحداث التغير العلاجي من خلال الالتزام وتطبيق الاستراتيجيات العلاجية (Cormier, S., & Cormier, 1998)، وقد لوحظ تأثير خبرات المجموعة الإرشادية التي كانت ثرية بالأنشطة والمهارات الهادفة التي قامت بها المشاركات في البرنامج الإرشادي منها: " تدرّيات اليقظة العقلية مثل: تأمل التنفس، تأمل المسح الجسدي"، فالتأمل يعني الاعتقاد بأن التغيير ممكن وأن المريضة يمكنها اتخاذ قرارات جديدة للبدء بمرحلة ونمط حياة جديد، وتغير السلوكيات التي تساعد على الحياة بشكل أفضل (أبو الهيجا، ٢٠٠٨). كما تبين التفاعل الإيجابي بين المشاركات في البرنامج من خلال إنجاز المهام التدريبية التي شملها البرنامج، كالتدريب على كشف الخبرات الذاتية من خلال الحديث عن الخبرة الشخصية، وتغير أنماط الحياة اليومية المتعلقة بممارسة التمارين الرياضية والعادات الغذائية، والتركيز على اللحظة الراهنة. ويمكن القول إن النتيجة الحالية جاءت من اعتماد البرنامج على تلبية حاجات المشاركات في البرنامج الإرشادي وارتباطه بمتطلبات أساسية لهن، وتوظيفه للفنيات والمهارات الإرشادية الخاصة بالعلاج القائم

٥٤,٥%؛ ٣٢,٨%؛ ٥:٢٨؛ ٦٢,٢% على التوالي، وهي قيم مرتفعة، وفيما يتعلق بقيم الدلالة العملية للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة لمقياس الرضا عن صورة الجسم فقد بلغت ٢٦,٥%؛ أي أن البرنامج الإرشادي له دلالة عملية، حيث وجد له أثره على المشاركات في البرنامج الإرشادي (المجموعة التجريبية) في خفض اضطراب الشره العصبي وتحسين الرضا عن صورة الجسم لديهن.

وتتفق هذه النتائج بوجه عام مع ما توصلت إليه الدراسة الحالية من وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على متغيري اضطراب الشره العصبي والرضا عن صورة الجسم لدى عينة الدراسة ذوات الوزن الزائد مع ما توصلت إليه بعض الدراسات التي استخدمت أسلوب الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج بالقبول والالتزام في تحسين الرضا عن صورة الجسم، وخفض الشره العصبي، ومنها بعض الدراسات الأجنبية مثلاً (Dehbaneh, M., 2019; Yaraghchi, A., et al., 2019; Nourian, L., & Aghaei, 2015).

ويمكن تفسير هذه النتيجة لدى أفراد المجموعة التجريبية، وتأثير البرنامج الإرشادي الجمعي بالعلاج القائم على القبول والالتزام والمهارات المكتسبة في التقليل من أعراض اضطراب الشره العصبي، وزيادة مستويات الرضا عن صورة الجسم، بأنها قد تعود لعدة عوامل تتعلق بكفاءة الأسلوب العلاجي المتبع وفنياته المستخدمة، التي ساعدت المشاركات في البرنامج الإرشادي على تعلم واكتشاف بعض الطرق في أفكارهن وخبرتهن حول الاضطراب، وتحديد كيفية تأثير أفكار ومبادئ العلاج بالقبول والالتزام على بعض السلوكيات السلبية، وتقبل الذات لديهن، وخفض الأفكار السلبية. كما أن المعلومات الأساسية التي زودت المجموعة التجريبية بها عن طبيعة الاضطراب وملابساته تبدو أنها كانت فعالة وأحدثت

المشاركات في البرنامج الإرشادي على مقياس اضطراب الشره العصبي (الأبعاد، والدرجة الكلية)، ومقياس الرضا عن صورة الجسم ما بين القياسين (البعدي، التتبعي)، وذلك لصالح القياس التتبعي باستثناء البعد السادس (السلوكيات التعويضية)، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب الشره العصبي م = ١٩,٧؛ ٢٢,١؛ ٣٢,١؛ ٢٣,٩١؛ ١١,٩؛ ٥٥,٩؛ ١٨٩,٠ درجة، على التوالي، وبلغ المتوسط الحسابي لمقياس الرضا عن صورة الجسم م = ٤٤,٥ ما يدل على تحسن أفراد المجموعة التجريبية في جميع أبعاد مقياس اضطراب الشره العصبي واحتفاظ المشاركين في البرنامج الإرشادي بالمهارات والأنشطة المكتسبة التي اكتسبها في القياس البعدي، واستمر هذا التحسن بعد مضي شهر من القياس البعدي وانتهاء التدريب في البرنامج. ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $\alpha \leq 0.05$ فقد تم استخدام تحليل التباين المتعدد (MANOVA) وجدول ٧ يبين ذلك.

على القبول والالتزام، فضلاً عن تركيز محتوى جلسات البرنامج على تغير الأفكار السلبية نحو الذات، وتحسين النظرة لصورة الجسم، والتدريب على التعامل مع الذات كسياق.

ثانياً-النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية للدراسة التي تنص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $\alpha \leq 0.05$ بين متوسطات الأداء على كل مجالات مقياس أعراض الشره العصبي (الدرجة الكلية والفرعية)، والرضا عن صورة الجسم (الدرجة الكلية)، لدى المجموعة التجريبية تعزى للقياس (البعدي، التتبعي). استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجاتي المقياس البعدي والتتبعي على مقياسي الدراسة أعراض الشره العصبي والرضا عن صورة الجسم لدى أفراد المجموعة التجريبية وعددهن ١٢ مشاركة". وجدول ٦ يبين ذلك.

يبين جدول ٦ وجود تباين ظاهري بين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية من

جدول ٦

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب الشره العصبي ومقياس الرضا عن صورة الجسم تبعاً لمتغير تعزى للقياس (البعدي، التتبعي)

الرقم	المقياس	عدد المشاركات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١.	الامتناع عن الأكل	١٢	١٨,٩١٦٧	٤,٩٨١٠٢	١٩,٧٥٠٠	٥,٢٤١٨٨
٢.	الانشغال بالأكل	١٢	٢١,٥٨٣٣	٤,٢٣١٠٢	٢٢,١٦٦٧	٢,٩١٨٠٧
٣.	الانشغال بالشكل الخارجي	١٢	٣١,٧٥٠٠	٢,٦٣٢٨٣	٣٢,١٦٦٧	٤,٨٠٢١٥
٤.	الانشغال بالوزن	١٢	٢٢,٤١٦٧	١,٩٧٥٢٣	٢٣,١٦٦٧	١,٩٤٦٢٥
٥.	نوبات الشره والمشاعر	١٢	٢٢,٣٣٣٣	٧,٣٨٩٥٩	٢٣,٩١٦٧	٢,٥٧٤٦٤
٦.	السلوكيات التعويضية	١٢	١٢,٤١٦٧	١,٦٢١٣٥	١١,٩١٦٧	٢,٨١٠٩٦
٧.	العجز الإكلينيكي	١٢	٥٤,٤١٦٧	٤,٤٨١٤٤	٥٥,٩١٦٧	٥,٦٩٦٢٢
	الشره العصبي الكلي	١٢	١٨٣,٥٠٠٠	١٣,٣٤٥٠٧	١٨٩,٠٠٠٠	١٢,٣٧٢٩٩
	الدرجة الكلية لصورة الجسم	١٢	٥٣,٦٦٦٧	١٢,٦٦٥٨٧	٥٤,٥٣٣	٧,٥٨٥٣٧

جدول ٧

تحليل التباين المتعدد (MANOVA) لأثر القياس (البعدي، التتبعي) على درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب الشره العصبي (الأبعاد، والدرجة الكلية) ومقياس صورة الجسم

المصدر	المتغير	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف " "	الدلالة الإحصائية
المجموعة	الامتناع عن الأكل	٤,١٦٧	١	٤,١٦٧	.١٥٩	.٦٩٤
	الانشغال بالأكل	٢,٠٤٢	١	٢,٠٤٢	.١٥٥	.٦٩٨
	الانشغال بالشكل الخارجي	١,٠٤٢	١	١,٠٤٢	.٠٦٩	.٧٩٥
	الانشغال بالوزن	٣,٣٧٥	١	٣,٣٧٥	.٨٧٨	.٣٥٩
	نوبات الشراهة والمشاعر	١٥,٠٤٢	١	١٥,٠٤٢	.٤٩١	.٤٩١
	السلوكيات التعويضية	١,٥٠٠	١	١,٥٠٠	.٢٨٥	.٥٩٩
	العجز الإكلينيكي	١٣,٥٠٠	١	١٣,٥٠٠	.٥١٤	.٤٨١
	الشره العصبي الكلي	١٨١,٥٠٠	١	١٨١,٥٠٠	١,٠٩٦	.٣٠٦
	الدرجة الكلية لصورة الجسم	٥,٠٤٢	١	٥,٠٤٢	.٤٦	.٨٣٢
الخطأ	الامتناع عن الأكل	٥٧٥,١٦٧	٢٢	٢٦,١٤٤		
	الانشغال بالأكل	٢٩٠,٥٨٣	٢٢	١٣,٢٠٨		
	الانشغال بالشكل الخارجي	٣٢٩,٩١٧	٢٢	١٤,٩٩٦		
	الانشغال بالوزن	٨٤,٥٨٣	٢٢	٣,٨٤٥		
	نوبات الشراهة والمشاعر	٦٧٣,٥٨٣	٢٢	٣٠,٦١٧		
	السلوكيات التعويضية	١١٥,٨٣٣	٢٢	٥,٢٦٥		
	العجز الإكلينيكي	٥٧٧,٨٣٣	٢٢	٢٦,٢٦٥		
	الشره العصبي الكلي	٣٦٤٣,٠٠٠	٢٢	١٦٥,٥٩١		
	الدرجة الكلية لصورة الجسم	٢٣٩٧,٥٨٣	٢٢	١٠٨,٩٨١		
الكلي	الامتناع عن الأكل	٩٥٥,٠٠٠	٢٤			
	الانشغال بالأكل	١١٧٧٧,٠٠٠	٢٤			
	الانشغال بالشكل الخارجي	٢٤٨٤٣,٠٠٠	٢٤			
	الانشغال بالوزن	١٢٥٥٥,٠٠٠	٢٤			
	نوبات الشراهة والمشاعر	١٣٥٢٣,٠٠٠	٢٤			
	السلوكيات التعويضية	٣٦٧٠,٠٠٠	٢٤			
	العجز الإكلينيكي	٧٣٦٣٢,٠٠٠	٢٤			
	الشره العصبي الكلي	٨٣٦٣٦٢,٠٠٠	٢٤			
	الدرجة الكلية لصورة الجسم	٧٢٧١١,٠٠٠	٢٤			
	الامتناع عن الأكل	٥٧٩,٣٣٣	٢٣			
	الانشغال بالأكل	٢٩٢,٦٢٥	٢٣			
	الانشغال بالشكل الخارجي	٣٣٠,٩٥٨	٢٣			
	الانشغال بالوزن	٨٧,٩٥٨	٢٣			
نوبات الشراهة والمشاعر	٦٨٨,٦٢٥	٢٣				
السلوكيات التعويضية	١١٧,٣٣٣	٢٣				
العجز الإكلينيكي	٥٩١,٣٣٣	٢٣				
الشره العصبي الكلي	٣٨٢٤,٥٠٠	٢٣				
الدرجة الكلية لصورة الجسم	٢٤٠٢,٦٢٥	٢٣				

العلاج القائم على القبول والالتزام، التي استهدفت أفراد عينة الدراسة وجدت نتائجها تحسناً ملحوظاً في تقييم المظهر، والاتجاه نحوه، والتوجه الصحي، وزيادة التقبل والمرونة الذاتية، وتنمية الوعي الذاتي، وتنمية الثقة بأنفسهن، وخلق الأفكار الإيجابية، حيث تم التركيز على مساعدتهن على عيش تجاربهن الخاصة وتقبلها، والتدريب على تنظيم الانفعالات وترتيبها، والتركيز على اللحظة الراهنة، والتدريب على المبادئ والأسس التطبيقية التي يقوم عليها العلاج بالقبول والالتزام لتثبيت تأثيرات الإرشاد النفسي في حالات زيادة الوزن. كما ساهمت جلسات البرنامج بما تضمنته من دعم وتعزيز للسلوكيات الإيجابية التي تزيد من احترام الذات وتقديرها، وتعديل الصورة الذاتية للجسم، ويعد العلاج بالقبول والالتزام تدخلاً فعالاً لتحسين الرضا عن الصورة الذاتية وخفض أعراض اضطراب الشره العصبي، حيث كان معدل التحسن ذا دلالة إكلينيكية. كما تُفسر الاستمرارية لفاعلية البرنامج برغبة المشاركين في البرنامج الإرشادي المُحَلَّة واستعدادهن لخفض الوزن وعيش الحياة بشكل طبيعي والمحافظة على الرشاقة والوزن المتناسق من خلال اتباع نهج غذائي سليم، وممارسة أنشطة اللياقة البدنية بشكل منتظم.

التوصيات والمقترحات

١. تصميم وبناء برامج إرشادية وفقاً للموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي (العلاج القائم على القبول والالتزام).
٢. تطبيق برامج إرشادية تستند لعلاج القبول والالتزام تعنى بالأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن مع متغيرات نفسية وديموغرافية أخرى.
٣. عقد ورش عمل وندوات تدريبية لتحسين ثقة الأفراد بأنفسهم، وتنمية

من جدول ٧ تشير نتائج تحليل التباين المتعدد لمتوسطات درجات مقياس اضطراب الشره العصبي وأبعاده، والرضا عن صورة الجسم في القياسات (البعدي، التتبعي) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ٠,٠٥ بين القياسين. لذا فإن الفرق في جدول ٦ بين متوسطي القياس البعدي والتتبعي على مقياس اضطراب صورة الجسم (الأبعاد والدرجة الكلية) ومقياس الرضا عن صورة الجسم لا يعتبر فرقا جوهرياً؛ لأنه غير دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥ في جميع الأبعاد والدرجة الكلية، حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة ٠,١٥٩؛ ٠,١٥٥؛ ٠,٠٦٩؛ ٠,٨٧٨؛ ٠,٤٩١؛ ٠,٢٨٥؛ ٠,٥١٤؛ ١,٠٩٦؛ ٠,٤٦. على التوالي، مما يدل على استمرار احتفاظ المشاركات في البرنامج الإرشادي (المجموعة التجريبية) بالمهارات والأنشطة العلاجية التي انجزتها في القياس البعدي، وهذا يدل أيضاً على فاعلية البرنامج الإرشادي، واستمرار أثره في القياس التتبعي في كلا المقياسين. وتبرهن هذه النتائج أن البرنامج المستند إلى العلاج بالقبول والالتزام قد أثبت تأثيره نسبياً في احتفاظ عينة الدراسة بالمكاسب والمهارات العلاجية التي حصلوا عليها في القياس البعدي، وذلك خلال فترة القياس التتبعي بعد مرور شهر على انتهاء البرنامج، وذلك فيما يتعلق بالفروق في اضطراب الشره العصبي والرضا عن صورة الجسم ما بين القياسين البعدي والتتبعي.

وتتفق هذه النتيجة بوجه عام مع نتائج بعض الدراسات التي أكدت على كفاءة برنامج الإرشاد الجمعي في خفض اضطراب الشره العصبي وتحسين الرضا عن صورة الجسم منها Fogelkvist, M., Parling, Kjellin, & Gustafsson, 2016; Abbasi, M., et al., 2015; Hill, M., Masuda, Moore, & Twohig, 2015; (Rafiee, M., Sedrpoushan, & Abedi, 2013) التي أشارت إلى احتفاظ المشاركات في البرامج الإرشادية بالنتائج العلاجية في القياس التتبعي. ويمكن تفسير هذه النتيجة لكون فنيات البرنامج التي استندت إلى منظور

تهتموني، رهام. (٢٠١٦). اتجاهات المرأة الأردنية نحو بعض الوسائل المتبعة لتخفيف الوزن. **دراسات - العلوم الإنسانية والاجتماعية**، مج ٤٣، ١٨٤٤-١٨٣٣.

جلودي، أسمهان. (٢٠١٧). دور العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية الوعي بالذات لدى المجرم العصابي العائد. ورقة مقدمة في المؤتمر الدولي المحكم: الجريمة والمجتمع (٢٤-٢٥ ديسمبر/ كانون الثاني ٢٠١٧)، ص. ٢٧٣-٢٩٠. مركز البحث وتطوير الموارد البشرية. عمان، الأردن: دار الوراق للنشر والتوزيع.

الشقران، حنان. (٢٠٠٩). **صورة الجسم وعلاقتها باضطرابات الأكل و تقدير الذات لدى عينة من المراهقات في لواء الرمثا**. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد، الأردن.

شقيير، زينب. (١٩٩٩). مدى فعالية بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي في علاج بعض حالات الشره العصبي من طالبات الجامعة. **دراسات نفسية**، ٩(٤)، ٥١٩-٥٥٧. الجمعية المصرية للدراسات النفسية.

عقاب، سامية. (٢٠١٧). **التقبل والالتزام وعلاقته بسير الحالة الصحية للمصابات بسرطان الثدي**. مجلة دفاثر البحوث العلمية، (١٠)، ٢١٩-٢٣٦. تيبازة، الجزائر: المركز الجامعي مرسلني عبد الله.

عليوه، سهام. (٢٠١٩). **فعالية برنامج علاجي بالتقبل والالتزام في تنمية الشفقة بالذات لتخفيف (الإجهاد المدرك) الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضى الصرع**. مجلة التربية الخاصة، جامعة كفر الشيخ، ٢٦، ١٣٦-٢٣٨.

فاخوري، ربي. (٢٠١٢). **بناء برنامج مرتكز على الانفعالات وقياس فعاليته في معالجة اضطراب الشراهة لدى عينة**

مفهوم الذات لديهم، وتدريبهم على مهارات العلاج القبول والالتزام.

٤. توجيه أنظار المعنيين من ذوي الخبرة والاختصاص بأهمية التوعية الصحية والنفسية والاجتماعية لخطورة زيادة الوزن وما يرافقها من اضطرابات بكل مقومات الشخصية الإنسانية.

المراجع

References

إبراهيم، أسيل. (٢٠١٥). **أثر برنامج إرشاد جمعي في تحسين الرضا عن صورة الجسم وتقدير الذات لدى عينة من النساء اللواتي يعانين من زيادة الوزن**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.

أبو النور، محمد؛ وخطاطبة، يحيى؛ وفارح، الوليد. (٢٠١٨). **علم النفس المرضي الاضطرابات السلوكية في ضوء معايير الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM-5)**. الرياض، المملكة العربية السعودية: دار الزهراء للنشر والتوزيع.

أبو الهيجا، بهية. (٢٠٠٨). **أثر التدريب على استراتيجيات التأمل في علاج القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى مرضى القلب في الأردن**. رسالة دكتوراه غير منشورة. الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

أرنوط، بشرى. (٢٠١٨). **فاعلية برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزام عبر الإنترنت في خفض أعراض التنمر الوظيفي لدى عينة من أعضاء هيئة التدريس**. مجلة الأستاذ، جامعة بغداد، ٣ (٢٢٧)، ٤٨٣-٥١٥.

بركات، عفاف. (٢٠١٤). **فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة فقدان الشهية العصبي لدى طلاب الجامعة**. مجلة كلية التربية، جامعة بنها، ٢٥(٩٧)، ٢٧٣-٢٩٣.

- Abbasi, M., 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.
- Adult Obesity Facts. (2020). *Obesity is a common, serious, and costly disease.* Reserved from: <https://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html>.
- Archer, R. & Cash, T. (1985). Physical attractiveness and maladjustment among psychiatric inpatients. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3(2), 170-180.
- Azkhosh, M., Farhoudianm, A., Saadati, H., Shoaee, F., & Lashani, L. (2016). Comparing acceptance and commitment group therapy and 12-steps Narcotics Anonymous in Addict's rehabilitation process: a randomized controlled trial. *Iranian journal of psychiatry*, 11(4), 244-249.
- Bach, P., & Hayes, S. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the re-hospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1129-1139.
- Bluett, E., Homan, K., Morrison, K., Levin, M., & Twohig, M. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 612-624.
- Bohlmeijer, E., Fledderus, M., Rokx, T. & Pieterse, M. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: *Evaluation in a randomized controlled trial. Behavior research and therapy*, 49(1), 62-67.
- Bond, F., Hayes, S., & Barnes-Homes, D. (2006). Psychological flexibility, ACT and organizational behavior. *J. Organ. Behave. Manage*, 26 25-54.
- أردنية. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- الفضي، أمال. (٢٠١٦). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم. *مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ٤٧ (٢). ٩٣-١٣٦.*
- محمد، رأفت. (٢٠١٠). برنامج مقترح من منظور العلاج بالقبول والالتزام في خدمة الفرد لتحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة. *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة حلوان، ٢٨(١)، ٣٥ - ٨٦.*
- المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة (٢٠٢٠). *نسبة المصابين بزيادة الوزن و السمنة في الأردن. متاح على الموقع: <https://ncd.org.jo>*
- واكلي، بديعة. (٢٠١٦). مساهمة العلاج بالقبول والالتزام في التخفيف من الأعراض الاكتئابية، *مجلة دراسات، جامعة عمار ثليجي الأغواط، ٤١، ١١٤-١٣١.*
- وزارة الصحة في المملكة الأردنية الهاشمية. (٢٠٠٦). *دليل السمنة وزيادة الوزن، أسبابها، مخاطرها، والحلول لها. عمان، الأردن: وزارة الصحة.*

- Bricker, J., Wyszynski, C., Comstock, B., & Heffner, J. (2013). Pilot randomized controlled trial of web-based acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research, 15*(10), 1756-1764.
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of eating disorders, 6*(4), 485-494.
- Corey, M., & Corey, G. (2000). *Groups: Process and practice*. (5 th., ed). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Cormier, S., & Cormier, B. (1998). *Interviewing strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions* (4th ed.). Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Dalrymple, K., & Herbert, J. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior modification, 31*(5), 543-568.
- Dehbaneh, M. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in improving interpersonal problems, quality of life, and worry in patients with body dysmorphic disorder. *Electronic Journal of General Medicine, 16*(1), 1-7.
- Dowson, J., & Henderson, L. (2001). The validity of a short version of the Body Shape Questionnaire. *Psychiatry Research, 102*(3), 263-271.
- El Ansari, W., Dibba, E., Labeeb, S., & Stock, C. (2014). Body image concern and its correlates among male and female undergraduate students at Assuit University in Egypt. *Global journal of health science, 6*(5), 105-117.
- Fahey, T., Insel, P., & Roth, W. (2010). *Body composition fit & well: Core concepts and labs in physical fitness and wellness*, New York: McGraw-Hill.
- Fairburn, C. & Beglin, S. (2008). Eating disorder examination questionnaire. *Cognitive behavior therapy and eating disorders, 309-313*.
- Fard, F., Mehrabian, B., Boroon, Z., Ghaderi, M., Yousefi, S., & Lory, S. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reduction of obesity and body image. *Bulletin de la Société Royale des Sciences de Liège, 85*, 1571-1577.
- Fletcher, L., & Hayes, S. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy, 23*(4), 315-336. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>.
- Fogelkvist, M., Parling, T., Kjellin, L., & Gustafsson, S. (2016). A qualitative analysis of participants' reflections on body image during participation in a randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy. *Journal of eating disorders, 4*(29), 2-9.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy, 35*(4), 639-665.
- Hill, M., Masuda, A., Moore, M., & Twohig, M. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for individuals with problematic emotional eating: A case-series study. *Clinical Case Studies, 14*(2), 141-154.
- Juarascio, A., Kerrigan, S., Goldstein, S., Shaw, J., Forman, E., Butryn, M., & Herbert, J. (2013). Baseline eating disorder severity predicts response to an acceptance and commitment therapy-based group treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science, 2*(3-4), 74-78.
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C., Herbert, J., Butryn, M., & Lowe, M. (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.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Larmar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management*, 7, 216-221. doi: 10.4236/jssm.2014.73019.
- Longer, E. (1989). *Mindfulness*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Nourian, L., & Aghaei, A. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility in obese women. *Iranian Journal of Diabetes & Obesity (IJDO)*, 7(3), 133-137.
- Rafiee, M., Sedrpoushan, N., & Abedi, M. (2013). Study and Investigate the Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Anxiety Symptoms and Body Image Dissatisfaction I Obese. *Journal of Social Welfare and Human Rights*, 1(2), 477-485.
- Sarwer, D., Thompson, J. & Cash, T. (2005). "Body image and obesity in adulthood." *Psychiatric Clinics* 28 (1), 69-87.
- Schilder, P. (2013). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press. (Original work published 1935).
- Vujanovic, A., Niles, B., Pietrefesa, A., Schmertz, S., & Potter, C. (2013). Mindfulness in the treatment of posttraumatic stress disorder among military veterans. *Spirituality in Clinical Practice*, 1(S), 15-25.
- Wetherell, J., Afari, N., Ayers, C., Stoddard, J., Ruberg, J., Sorrell, J., Liu, L., Petkus, A., Thorp, S., Kraft, A., & Patterson, T. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior therapy*, 42(1), 127-134.
- World Health Organization (2006). *The World Health Report 2006 - working together for health*. Geneva, Switzerland; WHO.
- Yaraghchi, A., Jomehri, F., Seyrafi, M., Mujembari, A., Mohammadi, F. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Weight Loss and Cognitive Emotion Regulation in Obese Individuals. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 7(2), 192-201.

ملحق ١

جدول ٥

تحليل التباين المتعدد (MANOVA) لأثر المجموعة على درجات أفراد المجموعتين على مقياس اضطراب الشره العصبي ومقياس صورة الجسم

المصدر	المتغير	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة الإحصائية	قيمة مربع ايتا (η^2)	
المجموعة	الامتناع عن الأكل	٢٤٦٠.٣٧٥	١	٢٤٦٠.٣٧٥	٨.٧٠٧	.٠٠٧	.٢٨٤	
	الانشغال بالأكل	٦٠٤٨.٣٧٥	١	٦٠٤٨.٣٧٥	١٤.٢٧٧	.٠٠١	.٣٩٤	
	الانشغال بالشكل الخارجي	٢١٠٩.٣٧٥	١	٢١٠٩.٣٧٥	٨.٣٩٦	.٠٠٨	.٢٧٦	
	الانشغال بالوزن	٢١٠٩.٣٧٥	١	٢١٠٩.٣٧٥	٥.٦٠٦	.٠٢٧	.٢٠٣	
	نوبات الشراهة والمشاعر	٥٤٩٠.٣٧٥	١	٥٤٩٠.٣٧٥	٢٦.٣٣٥	.٠٠٠	.٥٤٥	
	السلوكيات التعويضية	٥١٩٢.٠٤٢	١	٥١٩٢.٠٤٢	١٠.٧٣٠	.٠٠٣	.٣٢٨	
	العجز الإكلينيكي	٢٤٠٠.٠٠٠	١	٢٤٠٠.٠٠٠	٨.٧٨٦	.٠٠٧	.٢٨٥	
	الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشره العصبي	١٦٣٨٤٥.٣٧٥	١	١٦٣٨٤٥.٣٧٥	٣٦.١٢٥	.٠٠٠	.٦٢٢	
	الكلية	الدرجة الكلية لصورة الجسم	١٦٥٠.٠٤٢	١	١٦٥٠.٠٤٢	٧.٩١٧	.٠١٠	.٢٦٥
		الامتناع عن الأكل	٦٢١٦.٥٨٣	٢٢	٢٨٢.٥٧٢			
الانشغال بالأكل		٩٣٢٠.٢٥٠	٢٢	٤٢٣.٦٤٨				
الانشغال بالشكل الخارجي		٥٥٢٧.٢٥٠	٢٢	٢٥١.٢٣٩				
الانشغال بالوزن		٨٢٧٨.٥٨٣	٢٢	٣٧٦.٢٩٩				
نوبات الشراهة والمشاعر		٤٥٨٦.٥٨٣	٢٢	٢٠٨.٤٨١				
السلوكيات التعويضية		١٠٦٤٤.٩١٧	٢٢	٤٨٣.٨٦٠				
العجز الإكلينيكي		٦٠٠٩.٨٣٣	٢٢	٢٧٣.١٧٤				
الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشره العصبي		٩٩٧٨٠.٥٨٣	٢٢	٤٥٣٥.٤٨١				
الدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم		٤٥٨٤.٩١٧	٢٢	٢٠٨.٤٠٥				
الانشغال بالأكل		٥٩٤٨٧.٠٠٠	٢٤					
الانشغال بالشكل الخارجي		٣٨٩٥٧.٠٠٠	٢٤					
الانشغال بالوزن		٥٨٥٣٩.٠٠٠	٢٤					
نوبات الشراهة والمشاعر		٦٢٩٩٩.٠٠٠	٢٤					
السلوكيات التعويضية	٥٨٧٦٣.٠٠٠	٢٤						
العجز الإكلينيكي	٧٨٦١.٠٠٠	٢٤						
الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشره العصبي	٢٤١٥٨٣٣.٠٠	٢٤						
المجموع المصحح	الدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم	٨٤٠٩٧.٠٠٠	٢٤					
	الامتناع عن الأكل	٨٦٧٦.٩٥٨	٢٣					
	الانشغال بالأكل	١٥٣٦٨.٦٢٥	٢٣					
	الانشغال بالشكل الخارجي	٧٦٣٦.٦٢٥	٢٣					
	الانشغال بالوزن	١٠٣٨٧.٩٥٨	٢٣					
	نوبات الشراهة والمشاعر	١٠٠٧٦.٩٥٨	٢٣					
	السلوكيات التعويضية	١٥٨٣٦.٩٥٨	٢٣					
	العجز الإكلينيكي	٨٤٠٩.٨٣٣	٢٣					
	الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الشره العصبي	٢٦٣٦٢٥.٩٥٨	٢٣					
	الدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم	٦٢٣٤.٩٥٨	٢٣					

*دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥).

البعد الأول * قيمة (R2) = ٠.٢٨٤، التي تبين نسبة التباين المفسر في القياس البعدي والعائد للبرنامج - بحيث أن القيمة العليا = ١.

ملحق ١

جدول ٥

تحليل التباين المتعدد (MANOVA) لأثر المجموعة على درجات أفراد المجموعتين على مقياس اضطراب الشرح العصبي ومقياس صورة الجسم

المصدر	المتغير	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	"ف" الدلالة الإحصائية	قيمة مربع ايتا (η^2)
البعد الثاني * قيمة (R2) = ٠.٣٤٩						
البعد الثالث * قيمة (R2) = ٠.٢٧٦						
البعد الرابع * قيمة (R2) = ٠.٢٠٣						
البعد الخامس * قيمة (R2) = ٠.٥٤٥						
البعد السادس * قيمة (R2) = ٠.٣٢٨						
البعد السابع * قيمة (R2) = ٠.٢٨٥						
الدرجة الكلية لاضطراب الشرح العصبي * قيمة (R2) = ٠.٦٢٢						
الدرجة الكلية لمقياس الرضا عن صورة الجسم * قيمة (R2) = ٠.٢٦٥						