

العنوان:	النمذجة البنائية لعلاقة اليقظة العقلية بكل من معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة لدى عينة من مرضى السمنة
المصدر:	مجلة الدراسات الإنسانية والأدبية
الناشر:	جامعة كفرالشيخ - كلية الآداب
المؤلف الرئيسي:	قنصوه، فاتن طلعت
المجلد/العدد:	ع15، مج1
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2018
الشهر:	يناير
الصفحات:	403 - 445
رقم MD:	1043499
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	AraBase, HumanIndex
مواضيع:	اليقظة العقلية، معارف الأكل المختلفة، سلوكيات الأكل المضطرب، السمنة
رابط:	<a href="http://search.mandumah.com/Record/1043499">http://search.mandumah.com/Record/1043499</a>

النمذجة البنائية لعلاقة اليقظة العقلية بكلٍ من  
معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة  
لدى عينة من مرضى السمنة

د/ فائق طلعت قنصوة

أستاذ علم النفس المساعد

كلية الآداب - جامعة كفر الشيخ

## النمذجة البنائية لعلاقة اليقظة العقلية بكل من معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة لدى عينة من مرضى السمنة

د/ فائق طلعت قنصوة  
أستاذ علم النفس المساعد  
كلية الآداب - جامعة كفر الشيخ

ملخص.

هدفت هذه الدراسة إلى بحث دور اليقظة العقلية في تعديل العلاقة بين معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة لدى عينة من مرضى السمنة. واشتملت عينة الدراسة على مرضى السمنة (١٧٥) مشاركاً، والعاديين (١٧٥) مشاركاً، وقد أكملوا المقاييس التالية: مقياس اليقظة العقلية، ومقياس معارف الأكل المختصر، ومقياس اتجاهات الأكل. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين مرضى السمنة والعاديين في معارف الأكل المختلفة، وسلوكيات الأكل المختلفة وذلك في اتجاه مرضى السمنة، في حين كانت الفروق في اتجاه العاديين في اليقظة العقلية. وأن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين كل من معارف الأكل المختلفة، وسلوكيات الأكل المختلفة. وكانت العلاقة سلبية بين هذه المتغيرات واليقظة العقلية. وأخيراً، فإن اليقظة العقلية عدلت العلاقة بين معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة لدى مرضى السمنة.

الكلمات المفتاحية: اليقظة العقلية - معارف الأكل المختلفة - سلوكيات الأكل المختلفة - السمنة.

## مقدمة.

حظيت اضطرابات الأكل باهتمام متزايد على مدى العقد الماضي. وأشير إلى وجود عوامل معرفية (مثل: المعتقدات المشوهة حول الوزن والمظهر الجسدي)، وعوامل غير معرفية (مثل: الضغوط المجتمعية) تسهم في إزدياد سلوكيات فقدان الشهية والشره العصبي واستمرارها. وقد أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية إلى التأثيرات غير الضرورية لوزن الجسم وشكله على التقييم الذاتي بكونه أحد السمات الأساسية لهذه الاضطرابات. وهكذا بالإضافة إلى عوامل المخاطرة الأخرى، فمن المهم بحث العوامل المعرفية التي تُعد من مسببات هذه الاضطرابات واستمرارها. وقد تكون بعض العمليات المعرفية أهدافاً محتملة لتقييم هذه الاضطرابات والسيطرة عليها. على سبيل المثال: العمليات المعرفية التي تتضمن معتقدات مختلة حول القدرة على التحكم في الوزن وسلوكيات الأكل، والمعتقدات الشخصية المشوهة والمعارف الاجتماعية المختلة حول الوزن والمظهر، وإدراك قيمة الذات في الاستجابة للشكل والمظهر كل ذلك مهم في تحديد كيف يُطور الفرد هذه الأعراض المعرفية ويتعايش معها (Augustine, Christin, Peter & Beverly, 2001).

ويعتمد الناس عموماً على معارف الأكل المختلة. وتتضمن هذه المعارف، على سبيل المثال لا الحصر، أهمية الشكل والوزن المثالي لتحقيق القبول الذاتي، والتحكم الذاتي في النظام الغذائي والوزن، والقبول الاجتماعي من الآخرين (Fairburn, 2008).

وتُعد اليقظة العقلية من الموضوعات الأكثر دراسة على نطاق واسع في علم النفس الإكلينيكي على مدى السنوات القليلة الماضية بسبب ارتباطها بزيادة الصحة النفسية (Baer, 2006). كما نجد أن العديد من العلاجات النفسية الآن تضم اليقظة العقلية في نظرياتها وممارستها، ويرجع ذلك جزئياً إلى آثارها المفيدة في مختلف المجالات السلوكية والعيادية. خاصة وأنها ترتبط سلباً بمجموعة واسعة من النتائج النفسية السلبية، بما في ذلك الاضطراب النفسي العام، وأعراض اضطراب الأكل، ومعارف الأكل المختلة (Masuda & Wendell, 2010).

## مشكلة الدراسة.

تنتشر بين الشباب والبالغين معارف الأكل المختلة، مثل أهمية الحصول على الشكل والوزن المثالي ليكون مقبولاً بين الأشخاص. وترتبط هذه المعارف بسلوكيات الأكل المختلة والكرب النفسي. ومع ذلك، فإن العلاقة غير واضحة بين هذه المعارف المختلة والنتائج النفسية السلبية. وعلى وجه التحديد، هناك عوامل قد تُعدل العلاقة بين معارف الأكل المختلة وسلوكيات الأكل المختلة. فعلى سبيل المثال: التنظيم الانفعالي/ السلوكي، فاستناداً إلى الإنتاج النفسي الموجود فإن قدرات التنظيم الانفعالي/ السلوكي هي العمليات التي يؤثر بها الفرد على الخبرات النفسية لديهم وكيف تم إدراك الانفعالات والتعبير عنها (Akihiko, Matthew & Robert, 2012). ففي الآونة الأخيرة بدأ الباحثون في التحقق من العلاقة بين مشكلات الأكل المضطرب والتنظيم الانفعالي/ السلوكي. ونجد أن عمليات التنظيم تؤدي دوراً مهماً في بداية مشكلات الأكل المضطرب واستمرارها. فعلى سبيل المثال، أشارت الدراسات إلى أن كبت الأفكار، وخطة التنظيم المضطرب قد أوضحا التباين في أعراض الشره العصبي. علاوة على ذلك، يبدو أن عمليات التنظيم التكيفي تؤدي دوراً فعالاً في بداية ظهور سلوكيات الأكل المضطرب واستمرارها. وهناك نموذج بارز لعمليات التنظيم هو اليقظة العقلية (Lavender and Anderson, 2010).

وفي العينات الإكلينيكية والعاديين، نجد أن معارف الأكل المختلة ترتبط ليس فقط بأعراض اضطرابات الأكل، بل أيضاً بالنتائج النفسية السلبية، مثل الكرب الانفعالي، والضعف الوظيفي، والمرض النفسي العام، والقلق، والاكئاب (Masuda, Price, Anderson & Wendell, 2010).

وقد أصبح العدد المتزايد من الأفراد الذين يُعانون من زيادة الوزن والسمنة والمخاطر الصحية المرتبطة بها قضية ملحة لمُعظم المجتمعات. حيث أشارت الأبحاث الحديثة إلى أن اليقظة العقلية قد تكون عاملاً مُساعدًا في تنظيم الوزن (Mantzios & Wilson, 2015). حيث يعيش غالبية سكان العالم في بلدان تفنك فيها زيادة الوزن والسمنة بعدد من الأرواح أكبر مما يفنك به نقص الوزن. ففي عام (٢٠١٤) كان أكثر من (١,٩) مليار بالغ، في سن (١٨) عامًا فأكثر يعانون من زيادة الوزن. وكان أكثر من (٦٠٠) مليون فرد منهم مصابين بالسمنة. حيث كان (٣٩%) من البالغين (١٨ سنة فأكثر) زائدي الوزن، وكان (١٣%) منهم مصابين بالسمنة (منظمة الصحة العالمية).

والعلاجات السلوكية المعرفية القائمة على اليقظة العقلية أوضحت أن الكرب النفسي يُعزى أساسًا إلى الطريقة المرضية للاستجابة للمعارف السلبية والأحداث المرتبطة بها. ووفقًا لهذه التدخلات، عندما يُدرك الفرد الأفكار والمعارف والمشاعر السلبية بشكل غير تقييمي (لايقوم بتقييمها) بكونها أحداثًا عقلية، بدلًا من فهمه لها كحقيقة مطلقة لحياته، فإن خطط التعايش المرضية والقائمة على التجنب التي غالبًا ما تؤدي إلى تفاقم الكرب النفسي تكون غير محتملة الحدوث. ومن المفيد تقييم الدرجة التي يختبر بها الفرد الأحداث الداخلية والخارجية بشكل nonjudgmentally كما هو الحال في فهم الرفاهية النفسية وتعزيزها. بالإضافة إلى أن اليقظة العقلية فعالة في مواجهة مشكلات الأكل المضطرب والقضايا المرتبطة بذلك (Akihiko & Johanna, 2010).

وترتبط اليقظة العقلية ارتباطًا عكسيًا بمجموعة واسعة من النتائج النفسية السلبية، بما في ذلك الاكتئاب، والقلق، والكرب النفسي العام، والكرب الانفعالي في السياقات الضاغطة مابين الأشخاص. بالإضافة إلى ذلك، فإن النتائج تشير إلى وجود علاقة عكسية بين اليقظة العقلية والمعارف المرتبطة بالأكل المضطرب (Lavender, Jardin & Anderson, 2009). كما أنها تتوسط العلاقة بين المعارف المرتبطة بالأكل المضطرب والكرب النفسي (Masuda, Price, Anderson & Wendell, 2010).

وحتى الآن، لم تقم أي دراسة بالتحقق من الدور المعدل لليقظة العقلية في هذه العلاقة لدى مرضى السمنة. ومثل هذا التحقق أمر بالغ الأهمية، لأنه سيوسع فهمنا لتطور مشكلات الأكل المضطرب واستمرارها، والطرق التي يمكن أن تؤثر فيها عوامل مهمة أخرى قد تعدل العلاقة بين معارف الأكل المختلة وسلوكيات الأكل المختلة (Akihiko, Matthew & Robert, 2012).

وتثير مشكلة الدراسة الأسئلة التالية :

- \* مامدى وجود فروق بين مرضى السمنة والعاديين في كل من اليقظة العقلية، ومعارف الأكل المختلة وسلوكيات الأكل المختلة؟
- \* مامدى وجود علاقة بين كل من اليقظة العقلية ومعارف الأكل المختلة وسلوكيات الأكل المختلة لدى مرضى السمنة؟
- \* مامدى إمكانية أن تعدل اليقظة العقلية من العلاقة بين معارف الأكل المختلة وسلوكيات الأكل المختلة لدى مرضى السمنة؟

## أهداف الدراسة.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين مرضى السمنة والعاديين في كل من اليقظة العقلية، ومعارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة. والوقوف على إسهام اليقظة العقلية في تعديل العلاقة بين معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة لدى مرضى السمنة، وذلك بعد الكشف عن معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة.

## أهمية الدراسة.

من الناحية النظرية، هناك آثار نظرية مهمة لنتائج هذه الدراسة، فإن النماذج النظرية الحديثة لعلم النفس المرضي تؤكد في كثير من الأحيان على أهمية العمليات السلوكية والمعرفية مثل (التنظيم الانفعالي/ السلوكي) في تطور الأمراض واستمرارها (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). وتعد هذه النماذج في تناقض مباشر مع النماذج التقليدية التي تركز حصرياً على وجود الأفكار المختلفة ومحتوياتها (Hayes, 2006). ونتائجنا في هذه الدراسة تدعم كلا النموذجين. وبعبارة أخرى، فإن هذه الدراسة تشير إلى أن المعارف المختلفة (مثل: معارف الأكل المختلفة) والعمليات السلوكية/ المعرفية الكامنة (مثل: اليقظة العقلية) هي عوامل مهمة وفريدة في فهم وربما التدخل في سلوكيات الأكل المختلفة والاضطراب النفسي العام.

ومن الناحية التطبيقية، فإن هذه الدراسة تقترح دوراً مهماً لليقظة العقلية في الوقاية من مشكلات الأكل المضطرب وعلاجها. وتتفق هذه الفكرة مع العلاجات السلوكية القائمة على التقبل- اليقظة العقلية، والتي تفترض أن اليقظة العقلية هي جوهر الصحة السلوكية، وأن التدخلات تُعزز النتائج العلاجية الإيجابية من خلال تحسين هذه العمليات الجوهرية. فقد أثبتت الأبحاث الأولية أن العلاجات القائمة على التقبل- اليقظة العقلية فعالة في الحد من مشكلات الأكل المضطرب. وتشير هذه الدراسة إلى أنه من المفيد دراسة دور اليقظة العقلية والعمليات المرتبطة بمشكلات الأكل المضطرب في سياق التدخلات القائمة على التقبل- اليقظة العقلية لدى العينات الإكلينيكية.

ورغم تطوير العديد من أدوات التقرير الذاتي لتقييم الأعراض المرتبطة باضطرابات الأكل، لم يُعط سوى قدر ضئيل من الاهتمام لتطوير الأدوات والتحقق من صحتها، والتي تستنبط على وجه التحديد بعض العوامل المعرفية الأساسية في هذه الاضطرابات. ومن هنا، ظهرت الحاجة إلى هذه الأداة (مقياس معارف الأكل المختلة) لتكون مقياساً فريداً للمكون المعرفي لاضطرابات الأكل، ومفيدة في تقييم العوامل المعرفية الكامنة وراء حدوث هذه الاضطرابات. بالإضافة إلى ذلك، فإن الفحص المبكر لاضطرابات الأكل يمكن أن يقود الفرد إلى البحث عن العلاج المبكر، مما يقلل خطر حدوث مضاعفات جسدية ونفسية خطيرة. ومن هنا، يُعد مقياس اتجاهات الأكل أداة مفيدة بشكل خاص لتقييم مخاطر اضطرابات الأكل. كما نجد أن العلاجات السلوكية - المعرفية نجحت من خلال تعديل معارف الأكل المختلة، كما ثبت أن مستويات هذه المعارف وشدتها تتنبأ بانتكاس مابعد العلاج. وهكذا، فإن التقييم الصحيح والموثوق به للمعارف المضطربة المرتبطة بالأكل له الكثير من المزايا الإكلينيكية والنظرية. وتتجلى أهمية الدراسة فيما يلي:

- ١- ندرة الدراسات التي تناولت متغيرات هذه الدراسة لدى مرضى السمنة في المنطقة العربية، وهو ما يبرز أهمية هذه الدراسة، ولعل هذا قد يسد ثغرة في مجال الدراسات النفسية في هذا الشأن، وقد يفتح المجال لدراسات أخرى على المستويين السيكومترى والإكلينيكي.
- ٢- تتناول الدراسة متغيرات ذات أهمية بالغة تُعد حديثة نسبياً على ساحة البحوث العربية، ونتائجها تُعد مؤشراً مهماً لمعرفة أهم خصائص مرضى السمنة.
- ٣- إن مثل هذه البيانات التي ترصدها هذه الدراسة إلى جانب قيمتها المعرفية، ستساعد على تطوير مقياس جديد لمعارف الأكل المختلة، وآخر لسلوكيات الأكل المختلة في البيئة المصرية، بحيث يصبحون أكثر نقاءً وثراءً وصلاحية، مما يساعد على القيام بعملية القياس النفسي بشكل أفضل.
- ٤- إعداد برامج علاجية لمرضى السمنة، تتضمن إجراءات لخفض (معارف الأكل المختلة، وسلوكيات الأكل المختلة) وزيادة اليقظة العقلية، وذلك لأن هذه الدراسة أثبتت علاقة كل منها بشدة السمنة وإدامتها.



## مفاهيم الدراسة.

## • اليقظة العقلية Mindfulness

تُعد اليقظة العقلية - من صميم الرفاهية النفسية Psychological Wellbeing (Striegel-Moore & Bulik, 2007). وعلى الرغم من اختلاف مفاهيم اليقظة العقلية بين الباحثين والممارسين، إلا أنه غالبًا ما يتم تعريفها كعملية تنظيم تكيفية لتعزيز الانتباه والوعي باللحظة الراهنة دون الحكم عليها (Akihiko, Matthew & Robert, 2012; Johanna, 2010). وتوصف بأنها وعي ينبثق عن طريق الانتباه المقصود في اللحظة الراهنة، دون الحكم على الموقف (Kabat-Zinn, 2003).

وتُعد اليقظة العقلية هي تركيز الانتباه على الخبرات في اللحظة الراهنة بدون إصدار رد فعل أو أحكام (مثل: تقبل مشاعر الحزن بدلًا من محاولة تغييرها). ويمكن أن تشمل الخبرة الحسية، والأفكار، والانفعالات. ويقترح براون وريان " أن اليقظة العقلية هي قدرة متقاربة القوة من فرد إلى الآخر، فهي مهارة يُمكن تعلمها (Brown & Ryan, 2003). حيث إنها تنظيم ذاتي للانتباه لتحقيق وعي غير تفصيلي للخبرة الحالية (Bishop, 2004).

وأيضًا هي التنظيم الذاتي للانتباه والوعي بالخبرات في اللحظة الراهنة (Hasker, 2010). فهي التركيز المقصود للانتباه على اللحظة الراهنة، دون إصدار أي أحكام على الانفعالات أو الخبرات أو الأفكار، والوعي بالأسلوب الذي يوجه به الفرد انتباهه وتجعله يتخلص من مركزية الأفكار، وإدراكها على أنها أحداث عقلية مؤقتة، وليست تمثيلاً للواقع، مما يؤدي إلى الاستبصار بالموقف (Allen, Blashki & Gullone, 2006). كما تُعرف بأنها الوعي بالخبرات لحظة بلحظة دون إصدار أحكام، ومن هنا فهي حالة وليست سمة يمكن تمييزها من خلال الأنشطة والممارسات المختلفة مثل التأمل (Davis & Hayes, 2011). في حين يُعرفها "كلير وزملاؤه" بأنها ميل الفرد إلى مراقبة الخبرات الحالية في حياته اليومية وتقبلها دون إصدار أحكام (Claire et al., 2012).

وتُعرف في قاموس أكسفورد بأنها "حالة نفسية تتحقق من خلال تركيز

الوعي على اللحظة الراهنة، مع تقبل المشاعر والأفكار، والأحاسيس الجسدية (Mindfulness, 2014). فهي نوعية من الوعي تتسم بالانتباه المستمر للتجربة، والأفكار، والانفعالات لحظة بلحظة، مع اتباع نهج متفتح ودون إصدار أحكام (O'Reilly, Lauren, Spruijt-Metz & Black, 2014). وباختصار هي خبرة الانتباه إلى اللحظة الراهنة، دون إصدار أحكام (Cotter & Kelly, 2018).

ويعرف "عبد الرقيب البحيري وزملاؤه" اليقظة العقلية إجرائيًا بكونها مفهومًا نفسيًا يمكن قياسه بأنها "المراقبة المستمرة للخبرات، والتركيز على الخبرات الراهنة وتقبلها أكثر من الانشغال بالخبرات الماضية أو المستقبلية، ومواجهة الأحداث بالكامل كما هي في الواقع دون إصدار أحكام. ويُعبر عنها باستجابات عينة الدراسة على مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية (تعريب: عبدالرقيب البحيري وزملاؤه، ٢٠١٤). وتتضمن اليقظة العقلية خمسة عوامل هي كمايلي:

- ١) الملاحظة: الانتباه للخبرات الداخلية والخارجية مثل: المعارف، والانفعالات، والإحساسات...
- ٢) الوصف: وصف الخبرات الداخلية والتعبير عنها بالكلمات.
- ٣) التصرف بوعي: مايقوم به الفرد من أنشطة في لحظة ما، وإن اختلف هذا النشاط مع سلوكه التلقائي حتى وإن كان يركز انتباهه على شيء آخر.
- ٤) عدم الحكم على الخبرات الداخلية: عدم إصدار أحكام تقييمية على أفكاره ومشاعره الداخلية.
- ٥) عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية: السماح للأفكار والمشاعر لتأتي وتذهب دون أن تشتت تفكير الشخص، أو ينشغل بها، وتقده تركيزه في اللحظة الراهنة (Baer et al., 2006).

### • معارف الأكل المختلة Disordered Eating Cognitions

ظهر تصور معارف الأكل المختلة أول مرة من قِبل "جارنر وبيميس" (١٩٨٢) و"فيربيرن (١٩٨٥). وقد أكدوا على الأهمية التي يُعطيها مرضى اضطرابات الأكل إلى التحكم الذاتي في الأكل والوزن لتقييم تقديرهم لنواتهم (Isabelle,

(Stephane, Maaike & Yasser, 2017). وأن هذه المعارف المختلة المرتبطة بالوزن والشكل وآثارها على تقدير الذات من السمات الأساسية لاضطرابات الأكل، ويمكن أن تستخدم هذه المعارف في تقييم درجة خطورة اضطرابات الأكل وليس كمعيار إلزامي لتشخيصها (Isabelle, Stephane, Maaike & Yasser, 2017).

ونجد أن المعارف والسلوكيات المختلة للأكل هي المخططات التي تكمن وراء اضطرابات الأكل والتي ترتبط بالذات (الشخص الذي ينتقد نفسه بشدة، والحكم على الذات بأنها غير فعالة أو غير ملائمة)، والوزن (المعاناة من السمنة أو زيادة الوزن المرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالعيوب والأخطاء الشخصية)، والعلاقة بين الوزن والذات (مزيج من المخططين السابقين، يؤدي إلى اعتبار الشكل والوزن كمرجعين فريدين لتقييم تقدير الذات). وهذه المخططات والمعتقدات الأساسية تؤثر على اختيار الفرد للمعلومات وتفسيره لها، من خلال تحيز الانتباه والذاكرة والحكم. وبهذه الطريقة، فإن المعارف المختلة تديم الاضطراب. ولذلك يجب بحث هذه المعارف المختلة وعلاجها لأنها تكشف كيف تعمل هذه المعتقدات الأساسية الكامنة وراء أداء المريض (Isabelle, Stephane, Maaike & Yasser, 2017).

ولقد أكدت المفاهيم المعرفية السلوكية لاضطرابات الأكل على أن المعارف المختلة أو المخططات المعرفية المتصلبة وغير المرنة من الأسباب المرضية لحدوث اضطرابات الأكل. وهكذا، فإن العلاجات المعرفية السلوكية شملت التدخلات المعرفية السلوكية على حد سواء للمخططات والمعارف المختلة. وقد تبين أن العلاجات المعرفية السلوكية نجحت في تعديل معارف الأكل المختلة، حيث ثبت أن مستويات معارف الأكل المختلة وشدتها تتنبأ بانتكاس ما بعد العلاج. ولذلك، فإن التقييم الصحيح والموثوق به لمعارف الأكل المختلة له الكثير من المزايا النظرية والإكلينيكية (Mizes et al., 2000). وهناك ثلاث معارف مختلة ترتبط بالأكل، ووجد أن هذه المعارف المختلة تؤثر على سلوك الفرد في الأكل، وهي كالتالي:

- (١) الحاجة إلى تقبل الآخرين بناءً على إدراك الوزن والأكل.
- (٢) اعتقاد أن قيمة الذات تقوم على اعتقاد التحكم الذاتي الصارم هو قوة فعالة.

(٣) بدون تنظيم الوزن الصارم، سيأكل الفرد دون حسيب ولا رقيب وبسرعة، مما يؤدي إلى زيادة الوزن بشكل مفرط. ومن ثم، فإن الأفراد الذين يُعانون من اضطرابات الأكل غالبًا ما يعتقدون أنه يجب عليهم السيطرة الكاملة والصارمة على ما ياكلونه من أجل الحفاظ على تقديرهم. ويعتقدون أن الآخرين يحكمون عليهم وفقًا لوزنهم ومظهرهم فقط، لذا يجب عليهم السعي إلى الحفاظ على وزنهم الذي يجذب الآخرين. بالإضافة إلى ذلك، قد يعتقد الفرد المصاب باضطرابات الأكل أن قيمته بوصفه إنسانًا تعتمد على قدرته في الحفاظ على وزنه ومظهره، رغم جوعه ورغبته في الطعام، وأي انحراف عن نظامه الصارم المفروض ذاتيًا لسلوك الأكل يمكن أن يُنظر إليه على أنه ضعف من قِبَل الآخرين (Guillard, 2002,32).

### • سلوكيات الأكل المضطرب Disordered Eating Behaviors

لا يمكن تجنب سلوكيات تناول الطعام الآلية Automatic Eating لأن تناول الطعام سلوك مفرط في التعليم (أي يأكل الفرد ثلاث مرات يوميًا، أو معظم الأيام)، وغالبًا ما يصبح ثانويًا لمهام الحياة الأخرى. وقد حدد "بارغ وشارتراند" أربع سمات للسلوكيات الآلية وهي:

- ١) تتم دون وعي.
- ٢) تبدأ دون قصد.
- ٣) تبدأ وتستمر دون سيطرة.
- ٤) تعمل بقليل من الجهد (Bargh & Chartrand, 1999).

### • النموذج المعرفي السلوكي لعلاج اضطرابات الأكل

#### The cognitive-behavioral model of therapy for eating disorders

اقترحه "جارنر وبيميس" (1982) Garner and Bemis ويقترض وجود ثلاثة تشوهات معرفية أساسية هي أساس لاضطرابات الأكل. حيث إن الأفراد ذوي اضطرابات الأكل يحتفظون ببعض الافتراضات، والتي تؤدي بهم إلى تجنب زيادة الوزن، والأكل، والآخرين، والتي تُدعم فقدان الوزن، واتباع نظام غذائي مرغوب فيه للغاية. وبشكل أكثر تحديدًا اقترح "جارنر وبيميس" ثلاثة افتراضات تكمن وراء المعارف المختلفة:

**الافتراض الأول:** هو القناعة بوجود تحقيق توازن مثالي بين العناصر المتباينة. ويشير هذا إلى ميل الفرد إلى النظر إلى الحياة على أنها ثابتة، والسعي إلى تحقيق توازن مستمر بين عناصر الجوع والشبع.

**الافتراض الثاني:** هو أن الوزن أو الشكل أو النحافة يمكن أن تكون السبب الوحيد أو السائد للحصول على القيمة الشخصية أو قيمة الذات. حيث يشير الباحثون إلى أن هذا الافتراض يمكن التعبير عنه على أنه خوف من السمنة أو الإفراط في النحافة، والتي يعززه بقوة القيم التي يضعها الإعلام.

**الافتراض الثالث:** يشير إلى أن ضبط الذات الكامل شيء مرغوب فيه، وتظهر الكمالية لتكون الهدف مع وزن الجسم وشكله بكونه محورًا للتركيز (Guillard, 2002, 26). وعملية إعادة الهيكلة المعرفية تركز على الاتجاهات حول الوزن والشكل، مثل تعلم أنماط الأكل العادية، وتنظيم وزن الجسم، وأعراض التجويع، والتقيؤ، وتعاطي المليات هي عناصر أساسية في هذه الاضطرابات (Guillard, 2002, 30).

### • السمنة Obesity

هي زيادة وزن الجسم عن المعدل المعتاد. والوزن المثالي هو الوزن المناسب للطول بالسنتيمتر، وسبب البدانة اختزان الدهون، وزيادة معدلات الطعام، وعدم فقدان الطاقة بالنشاط (لطفي الشربيني، ٢٠٠١، ٢٤٩). كما تعد اضطرابًا مزمنًا في التمثيل الغذائي، نتيجة لاستهلاك كميات كبيرة من الطاقة (Nicole & Samantha, 2009, 5). وتُعرف منظمة الصحة العالمية السمنة بأنها "تراكم غير طبيعي أو مفرط للدهون يؤدي للضرر بالصحة. ويُعد مؤشر كتلة الجسم أداة لقياس السمنة. ويُعرف مؤشر كتلة الجسم بأنه "مقياس يُستخدم لتقدير وزن الفرد بالنسبة لطوله" (كرينج، وجونسون، ونيال، ودافيسون، ٢٠١٥، ٦٦٢). ويتم حسابه كخارج قسمة الوزن بالكيلوجرامات على مربع الطول بالأمتار (Nuttall, 2015).

ويمكن تفسير درجة مؤشر كتلة الجسم كمايلي: تحت الوزن الطبيعي أقل من (١٨,٥)، والوزن الطبيعي من (١٨,٥ : ٢٤,٩)، والوزن الزائد (٢٥ : ٢٩,٩)، والسمنة أكبر من (٣٠) (Centers for Disease Control and Prevention, Division of Nutrition, Physical Activity and Obesity, 2011; WHO, 2000). وأخيرًا، تُعرف السمنة وفقًا لمؤشر كتلة الجسم بأنها "هي الدرجة التي يكون مؤشر كتلة الجسم أكبر من أو يساوي (٣٠).

## دراسات سابقة.

بحثت دراسة "كوبر" (Cooper, 2006) العلاقة بين معتقدات الذات السلبية، والافتراضات الأساسية حول الوزن والشكل والأكل، واتجاهات الأكل، وأعراض الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة الذكور. وتكونت عينة الدراسة من (٥٦) شابًا، أكملوا مقياس تقرير ذاتي لاتجاهات الأكل وأعراض الاكتئاب، والمعتقدات السالبة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن اتجاهات الأكل هي أفضل مُنبئ بمعتقدات الذات السلبية من خلال افتراض أساسي واحد، على سبيل المثال: التحكم في الأكل. وأن معتقدات الذات السلبية أفضل مُنبئ بأعراض الاكتئاب. أي أن معتقدات الذات السلبية والمعارف الأساسية المتعلقة بالوزن والشكل والأكل ترتبط باتجاهات الأكل والأعراض الاكتئابية لدى عينة الطلاب الذكور، كما هو متوقع من خلال النظرية المعرفية. والنماذج المعرفية لاضطرابات الأكل، خاصة التي تتضمن معتقدات أعمق قابلة للتطبيق على الشباب.

في حين نجد دراسة "أكيهيكو وماثيو وروبرت" Akihiko, (2012) Matthew, and Robert, بحثت ما إذا كانت اليقظة العقلية والمرونة النفسية يُعدلان العلاقة بين معارف الأكل المختلفة والسلوكيات الأكل المختلفة على طلاب الجامعة. وقد تم تطبيق أدوات الدراسة من خلال شبكة الإنترنت على عينة تكونت من (٢٧٨) طالبًا (٧٠ ذكراً، و٢٠٨ إناث)، تراوحت أعمارهم بين (١٨: ٢٤) عامًا (م = ١٩,٦٨، ع = ١,٤٥). وشملت أدوات الدراسة: مقياس سلوكيات الأكل المختلفة، ومقياس معارف الأكل المختلفة، ومقياس اليقظة العقلية، ومقياس الصحة العامة. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن معارف الأكل المختلفة، وسلوكيات الأكل المختلفة، واليقظة العقلية، والمرونة النفسية ارتبطت بالكرب النفسي وذلك بعد التحكم في الجنس ومؤشر كتلة الجسم. كما أظهرت النتائج أن معارف الأكل المختلفة، واليقظة العقلية قد فسرا التباين الفريد في سلوكيات الأكل المختلفة. وأخيرًا، وجد أن اليقظة العقلية قد عدلت العلاقة بين معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة.

وأشارت دراسة "جوهانا وماسودا" Masuda and Johanna (2012) إلى أن التنظيم والتعايش المتصلب وغير المرن هما جوهر المرض النفسي، بما

في ذلك مشكلات اضطرابات الأكل. وقد بحثت هذه الدراسة ما إذا كانت مرونة صورة الجسم، وهي نوع من المرونة النفسية، تُعدل العلاقة بين معارف الأكل المختلة واضطرابات الأكل. وتكونت عينة الدراسة من (٢٠٨) من طلاب الجامعة، وذلك من خلال الإنترنت. وأظهرت نتائج الدراسة أن مرونة صورة الجسم تُعدل العلاقة بين معارف الأكل المختلة واضطرابات الأكل عامة، وذلك بعد التحكم في مؤشر كتلة الجسم. ونجد أن العلاقة بين معارف الأكل المختلة واضطراب الأكل عموماً تتأسس جزئياً من خلال أسلوب التعايش التجنبي وغير المرن لصورة الجسم السلبية. وتشمل التطبيقات الاكلينيكية استهداف مرونة صورة الجسم كألية لتغيير اضطرابات الأكل وعلاجها مع التدخلات السلوكية القائمة على اليقظة العقلية والتقبل.

في حين هدفت دراسة "ماسودا وهل وتون"، Masuda, Hill and Tone, (2012) إلى معرفة ما إذا كانت اليقظة العقلية والأشكال المختلة لمعارف الأكل المختلة (الخوف من زيادة الوزن، واعتقاد أن التقبل الاجتماعي مرهون بالوزن والشكل، وقيمة الذات بالشعور بالتحكم في الأكل) ترتبط بالكرب النفسي لدى عينة من الإناث نوات اضطرابات الأكل المرتفعة حيث (ن=٧٣٨) بمتوسط عمري (٢١,٣٢)، وانحراف معياري (٤,٩٧) عامًا. وأظهرت نتائج الدراسة أن اليقظة العقلية والخوف من زيادة الوزن، وليس قيمة الذات أو المظهر للحصول على التقبل الاجتماعي قد تنبأ بالكرب النفسي بعد التحكم في العمر ومؤشر كتلة الجسم. وأن اليقظة العقلية مفهوم مفيد لفهم الكرب النفسي.

وفي مراجعة قام بها "أورلي، ولورين، وسبورجت-ميتز، وبلاك" O'Reilly, Lauren, Spruijt-Metz and Black, (2014) تضمنت الدراسات التي نُشرت بعد عام (٢٠١٣) والتي بحثت أثر التدخلات القائمة على اليقظة العقلية على سلوكيات الأكل المختلة المرتبطة بالسمنة. وقد تم مراجعة (٢١) دراسة من مواقع إنترنت مختلفة من أصل (١٢٩٦) دراسة. وأشارت نتائج المراجعة إلى أن (٨٦%) من الدراسات التي تمت مراجعتها أظهرت تحسناً في سلوكيات الأكل المختلة المرتبطة بالسمنة نتيجة التدخلات القائمة على اليقظة العقلية، وخاصة الإفراط في تناول الطعام، ونوبات الأكل الشره، والأكل الانفعالي، والأكل الخارجي، حيث وجد أنها ارتبطت بزيادة الوزن واستعادته بعد انقاص الوزن.

حيث إن (٩٢%) من الدراسات أظهرت تحسناً في نوبات الأكل الشره، وأن (٦٣%) من الدراسات أظهرت تحسناً في الأكل الانفعالي، وأن (٦٧%) من الدراسات أظهرت تحسناً في الأكل الخارجي. بالإضافة إلى أن (٩٠%) من الدراسات أقرت بفقدان الوزن أو استمراره نتيجة اليقظة العقلية.

أما دراسة "أكيهيكو وماري وتوليو وجارسيا" Akihiko, Mary, Tully and Garcia, (2015) فقد أشارت إلى أن البحوث الحديثة وثقت زيادة سلوكيات الأكل المختلفة لدى الرجال. وتبعاً لبعض نماذج العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الأكل، بحثت هذه الدراسة ما إذا كانت معارف الأكل المختلفة ومرونة صورة الجسم ترتبط بسلوكيات الأكل المختلفة، وما إذا كان تأثير مؤشر كتلة الجسم على سلوكيات الأكل المختلفة يرجع إلى تأثير مؤشر كتلة الجسم على المستويات المنخفضة لمرونة صورة الجسم والمستويات المرتفعة لمعارف الأكل المختلفة. وتكونت عينة الدراسة من (٢٣٧) من الذكور تراوحت أعمارهم ما بين (١٧ : ٥٠) عاماً. وكشفت نتائج الدراسة عن تأثيرات غير مباشرة لمؤشر كتلة الجسم على سلوكيات الأكل المختلفة من خلال معارف الأكل المختلفة وتناقص مرونة صورة الجسم. وتشير هذه النتائج إلى الدور الأساسي للمعارف وعمليات التنظيم المختلفة في سلوكيات الأكل المختلفة لدى الرجال. ويجب على الدراسات المستقبلية بحث ما إذا كانت هذه المعارف المختلفة تتنبأ بظهور سلوكيات الأكل المختلفة وتكرارها و/ أو استمرارها.

وبدلالة "ميكالي وزملائه" Micali et al., (2015) بحثت انتشار معارف وسلوكيات الأكل المختلفة، وما يرتبط بها من عوامل خطورة نفسية، وبدنية، ووراثية لدى عينة مكونة من (٦١٤٩) مشاركاً في سن (١٤) عاماً. كما تم بحث العلاقة بين معارف الأكل وسلوكياته المختلفة وكل من (عدم الرضا عن الجسم، ومؤشر كتلة الجسم، وتقدير الذات، واضطرابات الأكل لدى الأمهات، والحرمان الاقتصادي للأسرة). وأظهرت نتائج الدراسة انتشار معارف وسلوكيات الأكل المختلفة، وظهرت فروق بين الجنسين في معارف وسلوكيات الأكل المختلفة في اتجاه الإناث. كما لوحظ أن العوامل النفسية والبدنية والعائلية تتنبأ بمعارف وسلوكيات الأكل المختلفة في مرحلة المراهقة، وتختلف هذه العلاقات باختلاف الجنس. بالإضافة إلى أن الذكور ذوي مؤشر كتلة الجسم المرتفع لديهم مستويات مرتفعة من معارف



وسلوكيات الأكل المختلفة. وأن مؤشر كتلة الجسم يتنبأ بمعارف وسلوكيات الأكل المختلفة.

في حين بحثت دراسة "كوتر وكيلي" (Cotter & Kelly, 2018) تناول الطعام المرتبط بالضغط، واليقظة العقلية، والسمنة لدى عينة من البالغين ن= (٣٧٠٨) في منتصف العمر. وتضمنت أدوات الدراسة مقياس أحداث الحياة الضاغطة، ومقياس الضغوط النفسية والاجتماعية، ومقياس اليقظة العقلية، هذا بالإضافة إلى مؤشر كتلة الجسم. وأشار نتائج الانحدار المترج إلى أن خبرات الضغوط ترتبط بارتفاع مؤشر السمنة ومحيط الخصر بعد التحكم في الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والدخل. وأيضاً أن تناول الطعام المرتبط بالضغط يتوسط العلاقة بين خبرات الضغوط ومؤشرات السمنة. وان العلاقة بين خبرات الضغوط والأكل المرتبط بالضغط تضمت لدى النساء مرضى السمنة بالمقارنة بالذكور مرضى السمنة والأفراد العاديين. بالإضافة إلى أن اليقظة العقلية لم تعدل العلاقة بين خبرات الضغوط النفسية والأكل المرتبط بالضغط.

#### تعقيب عام على الدراسات السابقة:

- ١- حداثة الدراسات المعروضة، حيث قدمت جميعها في الفترة الزمنية من ٢٠٠٦ إلى ٢٠١٨م.
- ٢- ندرة الدراسات التي تناولت اليقظة العقلية، ومعارف الأكل المختلفة، وسلوكيات الأكل المختلفة في البحوث العربية بصفة عامة، ولدى مرضى السمنة بصفة خاصة سواء في البيئة العربية أو الأجنبية.
- ٣- قلة الدراسات التي تناولت الدور المعدل لليقظة العقلية. رغم أن نتائج الدراسات السابقة اتفقت على وجود ارتباط دال وموجب بين معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة.
- ٤- إن العلاقات بين متغيرات الدراسة في نطاقات صغيرة إلى متوسطة. والعوامل الأخرى مثل: الضغوط النفسية، قد تؤدي دوراً مهماً في السمنة. وينبغي مواصلة استكشاف هذه القضايا في الدراسات المستقبلية.
- ٥- جميع الدراسات السابقة استخدمت المقاييس التي تم ترجمتها والاعتماد عليها في الدراسة الراهنة، مما يؤكد على كفاءتها وتمتعها بثبات وصدق مرتفعين.

## فروض الدراسة.

- (١) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة من مرضى السمنة والعاديين على مقاييس اليقظة العقلية، ومعارف الأكل المختلفة، وسلوكيات الأكل المختلفة.
- (٢) يوجد ارتباط دال إحصائيًا بين درجات عينة الدراسة من مرضى السمنة على مقاييس اليقظة العقلية ومعارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة.
- (٣) اليقظة العقلية تُعدّل من العلاقة بين معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة لدى مرضى السمنة.

## منهج الدراسة وإجراءاتها:

## أولاً: منهج الدراسة.

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، للكشف عن العلاقة بين اليقظة العقلية، ومعارف الأكل المختلفة، وسلوكيات الأكل المختلفة والمقارنة بين مجموعة مرضى السمنة والعاديين في كل من اليقظة العقلية ومعارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة. بالإضافة إلى معرفة الدور المُعدّل لليقظة العقلية في العلاقة بين معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة.

## ثانياً: إجراءات الدراسة.

## (١) عينة الدراسة.

## أولاً: عينة حساب صدق الأدوات وثباتها.

لحساب الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة، اعتمدت الباحثة على عينة تكونت من ١٧٥ مشاركاً (٧٥ من مرضى السمنة، و ١٠٠ من العاديين)، إذ تراوح المدى العمري للمشاركين من (٢٠-٣٥) عاماً بمتوسط عمري (٢٢.٢٥)، وانحراف معياري (٢.١١) عاماً.

## ثانياً: عينة الدراسة الأساسية.

تم إختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية، وذلك من عيادات ومراكز علاج السمنة الخاصة بمدينة كفر الشيخ. وتكونت عينة الدراسة من (٣٥٠) مشاركاً من أصل عدد (٣٩٤) مشاركاً، حيث تم استبعاد عدد (١٥) مشاركاً لم يستكملوا بيانات الطول أو الوزن، وذلك لحساب مؤشر كتلة الجسم، وأيضاً استبعاد (١٩) من المشاركين لم يستكملوا بعض بنود المقاييس، هذا بالإضافة إلى استبعاد (١٠) من المشاركين لإصابتهم ببعض الأمراض المزمنة التي قد تسببها السمنة مثل (السكر، والضغط، ... إلخ). حيث تكونت عينة الدراسة من (١٧٥) من مرضى السمنة، بمدى عمري (٢٣: ٣٩) عاماً. والعاديين (١٧٥) مشاركاً بمدى عمري (٢٤: ٣٧) عاماً. وتمكنت الباحثة إلى حد ما من تكافؤ بعض المتغيرات التي أشارت الدراسات السابقة إلى تأثيرها على متغيرات الدراسة الحالية، وهي كالتالي:

## جدول (١)

البيانات الديموجرافية لعينة الدراسة (ن=٣٥٠)

الدالة	قيمة ت	عينة العاديين (١٧٥)	عينة مرضى السمنة (١٧٥)	النوع
-	-	ذكور (٤٩) إنث (١٢٦)	ذكور (٦٢) إنث (١١٣)	السن
غيردال	١,٣٣	ع (٦,٣٤)	ع (٨,٠٧)	م (٣١,٥٨)
غيردال	١,٤٤	ع (٢,٠١)	ع (١,٩٩)	م (١٤,٦٨)
٠,٠٠٠	٢٩,٠٧	ع (٢,٠٣)	ع (١,٩٨)	م (١٤,٧٢)

## (٢) أدوات الدراسة.

## (١) مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية

يُعد من أحدث مقاييس اليقظة العقلية وهو مقياس متعدد الأبعاد، أعده "باير وزملاؤه" Baer et al., 2006، وقام "عبد الرقيب البحيري، وفتحي الضبع، وأحمد طلب، وعائده العوامة (٢٠١٤)" بتقنيته على عينات عربية (مصرية، وسعودية، وأردنية). وتتم الاستجابة على بنود المقياس من خلال إجابة تتبع طريقة ليكارت الخماسية تتراوح ما بين (٥) تنطبق تماماً - ١ لا تنطبق تماماً) إذا كان البند موجب الاتجاه، والعكس في حالة البند سالب الاتجاه، حيث يكون أعلى البند الرمز (\*). وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع درجة اليقظة العقلية. وكشف

- البناء العاملي أن المقياس يتكون من (٣٩) بنداً تنقسم إلى عوامل خمسة هي:
- ١) الملاحظة: ويتضمن البنود (١، ٦، ١١، ١٥، ٢٠، ٢٦، ٣١، ٣٦).
  - ٢) الوصف: ويتضمن البنود (٢، ٧، ١٢، ١٦، ٢٢، ٢٧، ٣٢، ٣٧).
  - ٣) التصرف بوعي: ويتضمن البنود (٥، ٨، ١٣، ١٨، ٢٣، ٢٨، ٣٤، ٣٨).
  - ٤) عدم الحكم على الخبرات الداخلية: ويتضمن البنود (٣، ١٠، ١٤، ١٧).
  - ٥) عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية: ويتضمن البنود (٤، ٩، ١٩، ٢١، ٢٤، ٢٩، ٣٣).

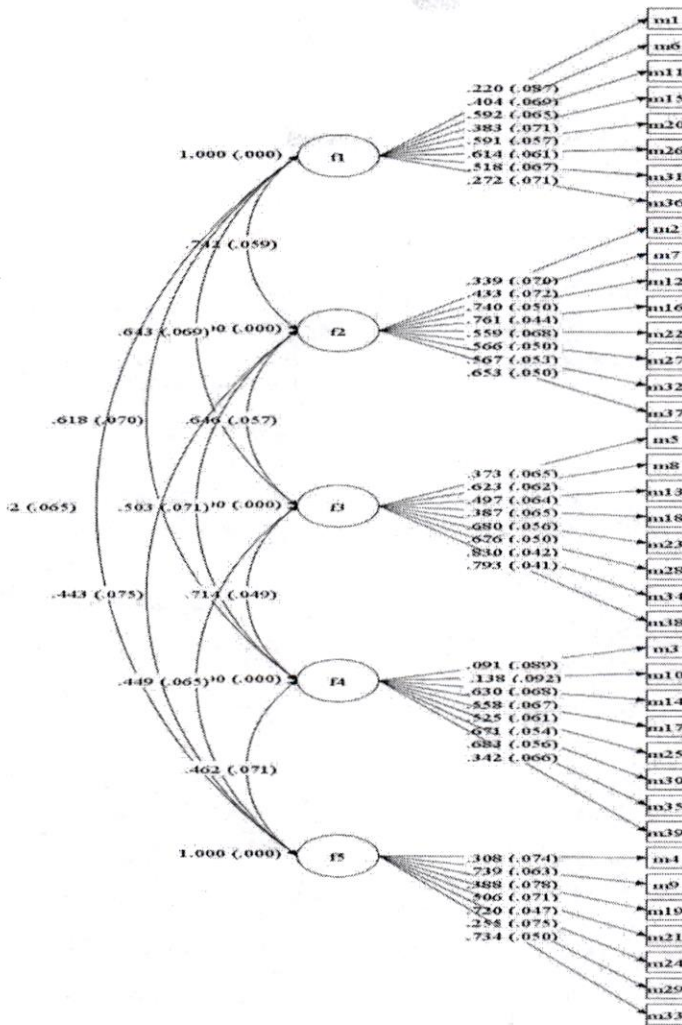
**صدق المقياس:** تم التحقق من الصدق البنائي للمقياس باستخدام التحليل العاملي التوكيدي وذلك للتأكد من ملائمة بيانات التطبيق مع تلك المقترحة من قبل معدي المقياس. هذا وقد أظهرت نتائج التحليل العاملي التوكيدي أن البيانات المستمدة من عينة التطبيق ملائمة للنموذج المقترح حيث كانت حيث (TLI) = ١ (٠,٧٩٣)، و (CFI) = ٢ (٠,٩١٣)، و (RMSEA) = ٣ (٠,٠٧٤). وبالإضافة لما سبق نجد أنه تراوحت معاملات الارتباط بين العوامل وبعضها البعض بين (٠,٤٤) و (٠,٧٤) وكلها دالة عند مستوي الدلالة  $> ٠,٠٠١ <$  وتراوحت تحميلات البنود على العوامل بين (٠,٢٢) و (٠,٨٣) وكلها دالة عند مستوى  $< ٠,٠٠١ >$  ويتضح ذلك من خلال الشكل (١).

1) Tucker&Lewis Index (optimal value up to "1")

2) Comparative Fit Index (optimal value up to "1")

3) Root Mean Square Error of Approximation (optimal value less than "0.08")





شكل (١) التحليل العاملي التوكيدي لمقياس اليقظة العقلية

ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي حيث تم استخدام معامل ألفا ومعامل ارتباط البنود ببعضها البعض، ومعامل ارتباط البنود بالدرجة الكلية وذلك لكل عامل فرعي من العوامل الخمسة وكذلك للمقياس الكلي. وقد أظهرت نتائج معامل ألفا كرونباخ وجود اتساق داخلي مقبول لكل عامل من عوامل المقياس الخمسة، وذلك مع الأخذ في الاعتبار قلة عدد البنود (ثلاثة بنود) في كل عامل. ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي: حيث تراوحت معاملات ألفا بين (٠,٧١) و(٠,٧٩)، ومعامل ارتباط البنود ببعضها البعض بين (٠,٢٠) و(٠,٣١)،

ومعامل ارتباط البنود بالدرجة الكلية بين (٠,٤٠) و (٠,٤٩). وتشير أدبيات البحث في المجال إلى أن القيم المقبولة لارتباط البنود ببعضها البعض تتراوح بين (٠,٢٠) و (٠,٤٠)، وأن القيم المقبولة لارتباط البنود بالدرجة الكلية تتراوح بين (٠,٤٠) و (٠,٦٠) (Piedmont, 2014).

## جدول (٢)

معاملات الاتساق الداخلي لمقياس اليقظة العقلية وإبعاده المختلفة

العامل	عدد البنود	الفا	معامل ارتباط البنود بالبنود	معامل ارتباط البنود بالدرجة الكلية
الملاحظة	٧	٠,٧٢	٠,٢٠	٠,٤٧
الوصف	٨	٠,٧٦	٠,٢٧	٠,٤٩
التصرف بوعي	٨	٠,٧٩	٠,٣١	٠,٤٨
عدم الحكم على الخبرات الداخلية	٨	٠,٧٣	٠,٢١	٠,٤٠
عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية	٧	٠,٧١	٠,٢٤	٠,٤١
المقياس الكلي		٠,٨٧	٠,٢٠	٠,٤٥
	٣٩			

## مقياس معارف الأكل المختصر

## Brief Mizes Anorectic Cognitions Questionnaire

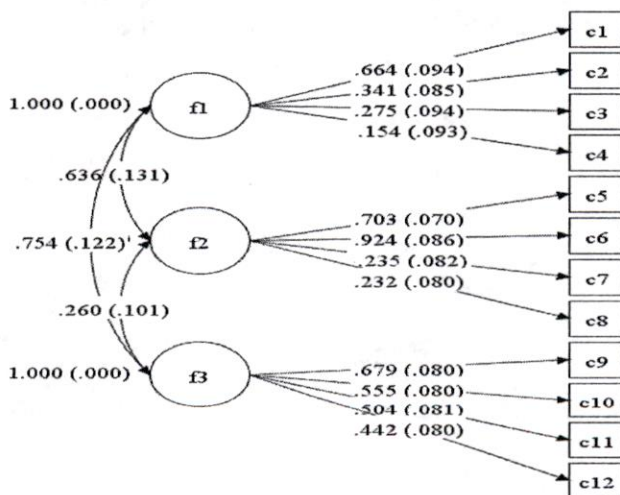
هو مقياس تقرير ذاتي، أعده "ميزيس وآخرون" (Mizes, 1992) وترجمته الباحثة إلى اللغة العربية. ويتكون من (١٢) بنداً لمقياس المعارف المضطربة لجميع اضطرابات الأكل. وتدور هذه المعارف حول:

- ١) تقدير الذات القائم على التحكم في عادات الأكل وزيادة الوزن ويمثله البنود (١، ٢، ٣، ٤).
- ٢) أهمية أن أكون نحيفاً أو جذاباً لتحقيق القبول الاجتماعي ويمثله البنود (٥، ٦، ٧، ٨).
- ٣) الخوف من زيادة الوزن ويمثلها البنود (٩، ١٠، ١١، ١٢). ويتم حساب درجة كل بند وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي، الذي يتراوح من (١ لا أوافق بشدة)

إلى (٥ موافق بشدة). وتكون الدرجة النهائية على المقياس من (١٢ : ٦٠)، وتشير الدرجات المرتفعة إلى ارتفاع المعارف المختلة المرتبطة بالأكل.

### صدق المقياس: تم التحقق من الصدق البنائي للمقياس باستخدام التحليل

العاملية التوكيدي وذلك للتأكد من ملائمة بيانات التطبيق مع تلك المقترحة من قبل الدراسات السابقة. هذا وقد أظهرت نتائج التحليل العاملية التوكيدي أن البيانات المستمدة من عينة التطبيق ملائمة للنموذج المقترح حيث كانت حيث (TLI) = (٠,٧٤٧)، و (CFI) = (٠,٨٠٤)، و (RMSEA) = (٠,٠٩٠). وبالإضافة لما سبق نجد أنه تراوحت معاملات الارتباط بين العوامل وبعضها البعض بين (٠,٢٦) و (٠,٧٥) وكلها دالة عند مستوي الدلالة  $> ٠,٠٠١$  وتراوحت تحميلات البنود على العوامل بين (٠,٢٣) و (٠,٩٢) وكلها دالة عند مستوى  $< ٠,٠٠١$  ويتضح ذلك من خلال الشكل (٢).



شكل (٢) التحليل العاملية التوكيدي لمقياس معارف الأكل المختلة

**ثبات المقياس:** تم حساب ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي حيث تم استخدام معامل ألفا ومعامل ارتباط البنود ببعضها البعض، ومعامل ارتباط البنود بالدرجة الكلية وذلك لكل عامل فرعي من العوامل الثلاثة وكذلك للمقياس الكلي. وقد أظهرت نتائج معامل ألفا كرونباخ وجود اتساق داخلي مقبول لكل عامل من عوامل المقياس الثلاثة، وذلك مع الأخذ في الاعتبار قلة عدد البنود (ثلاثة بنود)



في كل عامل. ويتضح ذلك في الجدول التالي: حيث تراوحت معاملات ألفا بين (٠,٧٠) و(٠,٧٣)، ومعامل ارتباط البنود ببعضها البعض بين (٠,٢٠) و (٠,٢٢)، ومعامل ارتباط البنود بالدرجة الكلية بين (٠,٤٠) و(٠,٤٦).

## جدول (٣)

معاملات الاتساق الداخلي لمقياس معارف الأكل المختلة وإبعاده المختلفة

العمل	عدد البنود	الفا	معامل ارتباط البنود	معامل ارتباط البنود الكلية
تقدير الذات القائم على التحكم في عادات الأكل وزيادة الوزن	٤	٠,٧٠	٠,٢٠	٠,٤١
أهمية أن أكون نحيفاً أو جذاباً لتحقيق القبول الاجتماعي	٤	٠,٧٠	٠,٢٠	٠,٤٠
الخوف من زيادة الوزن	٤	٠,٧٣	٠,٢٢	٠,٤٦
المقياس الكلي		٠,٧٤	٠,٢١	٠,٤٠

## ٣) مقياس اتجاهات الأكل Eating Attitudes Test (EAT-26)

هو المقياس الأكثر انتشاراً، أعده "جارنر وآخرون" (Garner et al., 1992)، وترجمته الباحثة إلى اللغة العربية. ويتكون من (٢٦) بنداً، لتحديد الأعراض السلوكية التي تُعد سمة لاضطرابات الأكل. ولا يُشخص وحده اضطرابات الأكل، بل يُعد الخطوة الأولى في عملية الفرز. وتصحح جميع البنود كالتالي: (٣ دائماً، ٢ كثير من الأحيان، ١ غالباً، صفر أحياناً، صفر نادراً، صفر أبداً)، فيما عدا البند (٢٥) الذي يصحح في الاتجاه العكسي. وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (٠ : ٧٨). وتشير الدرجات المرتفعة إلى ارتفاع السلوكيات المختلة المرتبطة بالأكل.



## صدق المقياس.

تم التحقق من صدق المقياس عن طريق الصدق البنائي باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي. ثم تحديد عدد العوامل المفترض استخلاصها من البيانات بطريقة اختبار التحليل الجزئي لأقل معدل *Minimum Average Partial Analysis* ومعيار التحليل المتوازي (المتزامن) *Parallel Analysis Criteria*. وذلك باستخدام لغة البرمجة (R) الحزمة الإحصائية (Psych) (Revelle, W., ) (2017). إضافة لما سبق، تم استخدام إحدى طرق التدوير المائل (oblique)، وذلك لافتراض مسبق بوجود ارتباط بين البنود وبعضها البعض، حيث إنها تتسق فيما بينها لقياس نفس المتغير (سلوكيات الأكل المختلفة). وبناءً على ما سبق تم استخدام طريقة التدوير (Equamax). ثم تم حذف البنود التي كانت تشبعاتها  $< 30\%$  وأن يكون أقل عدد للبنود تحت العامل الواحد هو (٣) بنود على الأقل. نتج عن الإجراءات السابقة الإبقاء على (٢٦) بنداً موزعة على ثلاثة عوامل وهي كالتالي:

- (١) عامل اتباع الحمية الغذائية (الدايت).
- (٢) عامل صعوبة التحكم في تناول الطعام.
- (٣) عامل رد فعل الخوف من زيادة الوزن. ولم يتم استبعاد أي بنود وفقاً للشروط السابق ذكرها. وفيما يلي جداول نتائج التحليل العاملي الاستكشافي مرتب فيها البنود تنازلياً من الأعلى تشبعاً على العامل الأول وحتى الأقل تشبعاً.

## جدول (٤)

## بنود العمل الأول (اتباع الحمية الغذائية)

رقم البند	البند	القيمة
١٧	أتناول أطعمة الحمية الغذائية (أكل دايت)	٠.٦٧
٢٣	أتشغل في سلوكيات اتباع النظام الغذائي (الدايت)	٠.٦٦
١٩	أقوم بضبط نفسي بخصوص الطعام	٠.٦٥
٢٤	أحب أن تكون معدتي فارغة.	٠.٦٠
٢	أتجنب الأكل وأنا جوعان.	٠.٥٠
٧	أتجنب لأطعمة التي تحتوي على الكربوهيدرات العالية (البطاطس، الخبز، الأرز) ..	٠.٤٩
١٦	أتجنب الأطعمة التي تحتوي على السكريات.	٠.٤٣
٢٥	استمتع بتجربة الأطعمة الجديدة الدسمة*.	٠.٣٦
٦	أعرف السرعات الحرارية التي تحتويها الأطعمة التي أتناولها	٠.٣٣

## جدول (٥)

## بنود العمل الثاني (صعوبة التحكم في تناول الطعام)

رقم البند	البند	القيمة
٤	استمر في تناول الطعام بشراهة، ولا أقدر على التوقف عن الأكل.	٠.٦٦
٢٦	أجد نفسي مدفوعاً للتقيء بعد تناول الوجبات.	٠.٥٨
٢١	أضيق الكثير من الوقت والتفكير في الطعام.	٠.٥٧
١٨	أشعر بأن الأكل يتحكم في حياتي.	٠.٥٣
٣	أفكر في الطعام	٠.٥٢
٥	أقطع طعامي إلى قطع صغيرة.	٠.٥١
٢٢	أشعر بالضيق بعد تناول الحلويات	٠.٥٠
٢٠	أشعر بأن الآخرين يضغطون علي كي أكل.	٠.٤٩

## جدول (٦)

## بنود العمل الثالث (رد فعل الخوف من زيادة الوزن)

رقم البند	البند	القيمة
١١	بالي مشغول برغبتني في أن أكون نحيفاً.	٠.٧٣
١	أشعر بالرعب من زيادة وزني	٠.٦٨
١٤	أنا منشغل بفكرة وجود دهون في جسدي	٠.٦٥
٩	أتقيء بعد الأكل.	٠.٦٠
١٣	يعتقد الآخرون أنني نحيف جدا.	٠.٥٩
١٠	أشعر بالذنب الشديد بعد تناول الطعام.	٠.٤٥
١٢	أفكر في حرق السعرات الحرارية عن طريق الرياضة	٠.٣٣
٨	أشعر أن الآخرين يرون أنه من الأفضل أن أكل أكثر.	٠.٣٣
٦	أتوتر من السعرات الحرارية التي تحتويها الأطعمة التي أتناولها	٠.٣٢

ثبات المقياس: للتحقق من ثبات هذا المقياس تم إتباع طريقة ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا ومعامل ارتباط البنود ببعضها البعض، ومعامل ارتباط البنود بالدرجة الخام. وقد أظهرت النتائج أن المقياس يتمتع باتساق داخلي مرتفع حيث تراوحت معاملات ألفا بين (٠,٧٠) و(٠,٨٠) ومعامل ارتباط البنود ببعضها البعض تراوحت بين (٠,٢٠) و (٠,٢٩)، ومعامل ارتباط البنود بالدرجة الكلية بين (٠,٤٠) و (٠,٥٠).



## جدول (٧)

معاملات ثبات الاتساق الداخلي لمقياس سلوكيات الأكل المختلفة وعوامله الفرعية

معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية	معامل ارتباط البند بالبند	ألفا	عدد البنود	العوامل
٠,٥٠	٠,٢٩	٠,٨٠	٩	اتباع الحمية الغذائية (الدايت).
٠,٤٥	٠,٢٨	٠,٧٩	٨	صعوبة التحكم في تناول الطعام.
٠,٤٠	٠,٢٠	٠,٧٠	٩	رد فعل الخوف من زيادة الوزن
٠,٤١	٠,٢٠	٠,٨٩	٢٦	المقياس الكلي

## (٣) إجراءات الدراسة.

قامت الباحثة بتعريب أدوات الدراسة، وجعلها ملائمة للبيئة العربية. ولغرض التحقق من صدق الترجمة، تم إعادة ترجمة النسخة العربية التي تم ترجمتها من النص الأصلي، إلى اللغة الإنجليزية مرة أخرى، ثم عرض النص الأصلي قبل الترجمة العربية، والنص الآخر وهو باللغة الإنجليزية أيضاً على خبير متخصص في اللغة الإنجليزية<sup>١</sup> لمقارنة النصين، وقد حصلت فقرات المقاييس بصورتها على درجة مطابقة (٩٩%) لجميع الأدوات من رأي الخبير المتخصص، لكي تتمكن الباحثة من اعتماد النص المترجم. ثم قامت الباحثة بعرض المقاييس على اثنين من الخبراء المتخصصين في اللغة العربية<sup>٢</sup>، إذ طلب منهما بيان مدى وضوح الفقرات، ومدى سلامة الصياغة اللغوية، وإيداء أية ملاحظات يرونها مناسبة. ووفقاً لأراء المحكمين تم إجراء بعض التعديلات اللغوية الطفيفة. وبعد ذلك، بدأت الباحثة إجراءات التطبيق بعد الحصول على عديد من الموافقات من بعض مُديري عيادات علاج السمنة والنحافة على التطبيق. وبعد الوصف الدقيق لطبيعة الدراسة، تم الحصول على موافقة شفوية من جميع المشاركين مع التأكيد على عدم ذكر

<sup>١</sup> د/ محمد يسري قسم اللغة الإنجليزية كلية الآداب جامعة كفر الشيخ<sup>٢</sup> أ.د/ محمد العمروسي و أ.د/ محمد البادي قسم اللغة العربية كلية الآداب جامعة كفر الشيخ.

وتنتهز الباحثة الفرصة لشكرهم جميعاً على ما بذلوه من جهد.

أسمائهم، بعد ذلك قامت الباحثة بإجراء مقابلات شبه منظمة سعياً للحصول على البيانات الديموجرافية ومؤشر كتلة الجسم وذلك من خلال تطبيق استمارة جمع البيانات. وبعد توافر شروط اختيار العينة، ثم تطبيق مقياس اليقظة العقلية، ثم مقياس معرف الأكل المختلة، ثم تطبيق مقياس سلوكيات الأكل المختلة، وذلك في جلسات فردية .

#### (٤) أساليب التحليل الإحصائي.

١- حساب المتوسطات، والانحرافات المعيارية، والإلتواء، والتقاطع.

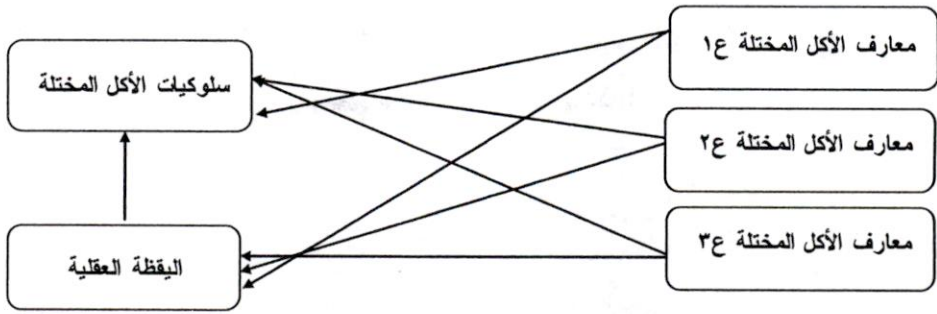
٢- اختبار "ت" للفروق بين المجموعات المستقلة، ودلالة الفروق بينها

٣- المصفوفة الارتباطية.

٤- التحليل العاملي التوكيدي.

٥- التحليل العاملي الاستكشافي.

واستناداً إلى الإطار النظري، وفي ضوء نتائج الدراسات السابقة تقترح الباحثة النموذج البنائي الموضح بالشكل (٣) والذي يؤيد وجود تأثيرات منطقية بين متغيرات الدراسة. ويسعى إلى تفسير العلاقات السببية المباشرة وغير المباشرة والكلية، حيث يُشير (عزت عبد الحميد، ٢٠٠٨) إلى أنه كلما كان عدد المتغيرات قليلاً كانت صيغة المسار التخطيطي ممتازة. وقد تم استخدام برنامج *Mplus* لمعادلات النمذجة البنائية (Muthen & Muthen, 2015).



شكل (٣) المسار التخطيطي المقترح

نموذج تحليل المسار لمتغيرات الدراسة لدى مرضى السمنة.

### عرض النتائج ومناقشتها.

قامت الباحثة بالتحقق من اعتدالية توزيع البيانات، وذلك لتحديد نوع الإحصاء التي سيتم استخدامها (بارامترى أو لابارامترى). والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٨)

الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة (ن=٣٥٠).

المقياس	ن	أقل قيمة	أعلى قيمة	المتوسط	الانحراف المعياري	الإلتواء	التفطح	مقياس اليقظة العقلية
العمل الأول	٣٥٠	٩	٤٠	٢٦,٤١	٥,٣٩	٠,٣٤	٠,٣٦	مقياس اليقظة العقلية
العمل الثاني	٣٥٠	٨	٤٠	٢٦,٢٢	٦,٤٩	٠,٤٥	٠,٤٣	
العمل الثالث	٣٥٠	٩	٤٠	٢٦,٠٩	٦,٩٤	٠,٦٤	٠,٥٤	
العمل الرابع	٣٥٠	٨	٣٧	٢٠,٧٩	٥,٤٤	٠,٧٧	٠,٣٧	
العمل الخامس	٣٥٠	٩	٣٥	٢٠,٩٤	٥,٠٨	٠,٥٣	٠,٦١	
المقياس الكلي	٣٥٠	٧١	١٧٨	١٢٠,٤٥	١٨,٩٥	٠,٨٧	٠,٣٦	مقياس معارف الأكل
العمل الأول	٣٥٠	٥	٢٠	١٢,٧٧	٣,٢٥	٠,٨١	٠,٥٥	
العمل الثاني	٣٥٠	٤	٢٠	٩,٦٧	٢,٨٦	٠,٤١	٠,٦١	
العمل الثالث	٣٥٠	٤	٢٠	١٢,٤١	٣,٩٢	٠,٥٦	٠,٥٩	
المقياس الكلي	٣٥٠	١٨	٦٠	٣٤,٨٥	٦,٩٠	٠,٤٩	٠,٧٦	مقياس سلوكيات الأكل
العمل الأول	٣٥٠	٠	٢٧	٨,٨٤	٦,١٢	٠,٦٤	٠,٦٤	
العمل الثاني	٣٥٠	٠	٢٤	٦,٧٦	٤,٨٣	٠,٧١	٠,٣٩	
العمل الثالث	٣٥٠	٠	٢٤	٩,٦٥	٥,٤٤	٠,٨٠	٠,٤٧	
المقياس الكلي	٣٥٠	٠	٦٥	٢٥,٢٥	١٣,٤٨	٠,٥١	٠,٥٩	



يتضح من جدول (٨) أن متغيرات الدراسة تتوزع توزيعاً اعتدالياً، حيث إن قيم الإلتواء والتفلطح لم تتجاوز القيمة بين (١، -١). وبناءً عليه استخدمت الباحثة الإحصاء البارامترى للتحقق من صحة فروض الدراسة.

### أولاً: الفرض الأول.

وينص على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة من مرضى السمنة والعاديين على مقاييس اليقظة العقلية، ومعارف الأكل المختلفة، وسلوكيات الأكل المختلفة". وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" لمعرفة دلالة الفروق بين المجموعتين. وجدول (٩) يوضح ذلك:

جدول (٩)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" ودلالاتها

بين مرضى السمنة (ن=١٧٥) والعاديين (ن=١٧٥) في متغيرات الدراسة.

مستوى الدلالة	ت	العاديين		مرضى السمنة		المقياس
		ع	م	ع	م	
٠,٠٠١	١٤,٩٢	٤,٢٨	٢٨,٧٦	٦,٥٨	١٦,١٦	العمل الأول
٠,٠٠١	٣,٦١	٥,٣٨	٢٤,٨٠	٧,٥٦	٢١,١٥	العمل الثاني
٠,٠٠١	٣,٤٧	٤,٦٥	٢٣,٧٠	٦,٨٨	٢٠,٣٠	العمل الثالث
٠,٠٠١	١٦,٢٧	٤,٠٣	٢٩,١٣	٦,٧١	١٣,٩٩	العمل الرابع
٠,٠٠١	٥,٤٢	٦,٠٤	٢٥,٥٧	٦,١٥	٢٠,٢٩	العمل الخامس
٠,٠٠١	٨,٤٣	١٨,٥٥	١٣١,٩٦	٢١,٠٤	٩١,٨٩	الدرجة الكلية
٠,٠٠١	٧,٤٠	٣,٠٨	١١,٥٨	٢,٩٧	١٣,٩٧	العمل الأول
٠,٠٥	٢,١٩	٢,٥٣	٩,٣٣	٣,١٤	١٠,٠٠	العمل الثاني
٠,٠٠١	١١,٩٩	٣,١٧	١٠,٢٩	٣,٤٣	١٤,٥٣	العمل الثالث
٠,٠٠١	١١,٦٤	٥,٩٢	٣١,٢٠	٥,٨٢	٣٨,٥٠	الدرجة الكلية
٠,٠٠١	٤,٩٣	٥,٢٣	٧,٢٨	٦,٥٦	١٠,٤٠	العمل الأول
٠,٠٠١	٥,١٧	٣,٣٧	٥,٣٥	٥,١٦	٨,١٧	العمل الثاني
٠,٠٠١	٣,٤٠	٥,٩٤	٨,٦٨	٤,٧١	١٠,٦٣	العمل الثالث
٠,٠٠١	٥,٧٢	١١,٩٤	٢١,٣١	١٣,٨٠	٢٩,٢٠	الدرجة الكلية

أشار تحليل نتائج جدول (٩) إلى تحقق صدق الفرض الأول من حيث

وجود فروق بين متوسطات درجات مرضى السمنة والعاديين في اليقظة العقلية

وأبعادها. حيث بلغت قيمة "ت" (٨,٤٣)، وذلك في اتجاه العاديين. وأيضاً وجود فروق بين متوسطات درجات مرضى السمنة والعادين في معارف الأكل المختلفة، وسلوكيات الأكل المختلفة وأبعادهما. حيث بلغت قيمة "ت" (١١,٦٤، ٥,٧٢) على التوالي، وذلك في اتجاه مرضى السمنة. واتساقاً مع نتائج الدراسات السابقة فقد اتفقت نتائج هذا الفرض مع دراسة ( Cotter & Kelly,2018; Micali et al., 2015). حيث إن الأفراد العاديين، والذين لم يُطوروا بعد نظاماً مُعقداً و/أو مُشوهاً مرضياً تجاه الوزن أو السلوكيات المرتبطة بالأكل، قد لا يزال لديهم مشاعر تتعلق بسلوكهم ومظهرهم، ولكن ليس لدرجة التشخيص باضطرابات الأكل. والفرق في هذه المشاعر وشدها قد يُفسر الفروق بين العاديين والمرضيين ( Guillard, 2002,62). وعلى الرغم من عدم وجود تقديرات لانتشار سلوكيات الأكل المختلفة، فهناك أدلة على أنها أكثر شيوعاً بين الأفراد ذوي السمنة مقارنة بالعادين (O'Reilly, Lauren, Spruijt-Metz & Black,2014).

كما يمكن أن يُفسر ذلك نتيجة أن وصمة العار للسمنة لها عواقب وخيمة على الصحة والرفاهية النفسية. فالأفراد ذوو وصمة عار السمنة لديهم مخاطر متزايدة للاكتئاب، والقلق، واضطراب صورة الجسم، وتقدير ذات منخفض، وانخفاض نوعية الحياة. هذا بالإضافة إلى تأثيرات فسيولوجية مثل ارتفاع ضغط الدم، والالتهاب المزمن، وتدهور الصحة البدنية (Jackson,2016). حيث نجد أن الأفراد ذوي وصمة العار المرتبطة بالسمنة هم في الواقع أكثر عرضة للانخراط في سلوكيات الأكل المختلفة التي تُعزز استمرار السمنة وتطورها، بما في ذلك، اضطراب الأكل، ورفض النظام الغذائي، وزيادة استهلاك السعرات الحرارية، وتجنب الأنشطة البدنية، وأكثر عرضة لزيادة الوزن على مدار الساعة. وعلى هذا النحو، فإن التأثيرات السلبية للرفاهية الانفعالية، والصحة البدنية، ووصمة عار الوزن قد تُسهم في الزيادة الإضافية في انتشار السمنة وشدها من خلال حلقة مفرغة من زيادة الوزن والتمييز Discrimination (Jackson,2016). ونجد أن الرغبة الشديدة في تناول الطعام تؤدي إلى أفكار وسواسية حول الطعام،

والاستهلاك المنذفع للأطعمة، مما يزيد من خطر زيادة الوزن والسمنة (O'Reilly, Lauren, Spruijt-Metz & Black, 2014).

وهناك تفسيرات مختلفة حول وجود فروق بين مرضى السمنة والعاديين في متغيرات الدراسة، ويمكن تفسير ذلك وفقاً لنظرية الهروب Escape Theory ونماذج التنظيم الانفعالي، فإن الأفراد قد يستخدمون الأكل الانفعالي أو نوبات الأكل الشره بوصفها ميكانيزمات غير تكيفية للتعايش، أي كاستجابة للكرب النفسي وتقييمات الذات السلبية والهروب منها. وأيضاً قد يكون نتيجة ضعف التعرف على الجوع الجسدي وهاديات الشبع الذي قد يؤدي إلى ضعف القدرة على تنظيم السلوك الغذائي ذاتياً. كما تفترض النظرية النفسجسدية أن الإفراط في الأكل بكونه استجابة للانفعالات ينجم عن ضعف القدرة على التمييز بين الاستثارة الانفعالية والجوع الجسدي Physical Hunger. أما وفقاً لنظرية العوامل الخارجية، فإن الأفراد الذين ينخرطون في تناول وجبات الطعام الخارجية بسبب زيادة الحساسية تجاه الهاديات الغذائية الخارجية (مثل: رؤية الطعام، أو رائحته) (O'Reilly, Lauren, Spruijt-Metz & Black, 2014).

ونجد أن القاسم المشترك بين هذه النماذج النظرية، هو أن سلوكيات الأكل المختلفة ترتبط بالاستجابات غير التكيفية لهاديات داخلية وخارجية مع عدم التنظيم الجيد لهذه السلوكيات.

### ثانياً: الفرض الثاني.

وينص على أنه: "يوجد ارتباط دال إحصائياً بين درجات عينة الدراسة من مرضى السمنة على مقاييس اليقظة العقلية ومعارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة". وللتحقق من هذا الفرض تم حساب المصفوفة الارتباطية لمتغيرات الدراسة، ويوضح جدول (١٠) نتائج هذا التحليل.

جدول (١٠)

المصفوفة الارتباطية لمتغيرات الدراسة

المتغيرات	اليقظة العقلية	معارف الأكل	سلوكيات الأكل
اليقظة العقلية	-	*.٢٥-	**٠.٣٠-
معارف الأكل المختلفة	*.٢٥-	-	**٠.٢٧
سلوكيات الأكل المختلفة	**٠.٣٠-	**٠.٢٧	-



ويشير تحليل نتائج جدول (١٠) إلى أن وجود علاقة ارتباطية عكسية بين اليقظة العقلية وكل من معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة. بالإضافة إلى وجود علاقة ارتباطية طردية بين معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة. وتفسر تلك العلاقات كما يلي:

#### • العلاقة بين اليقظة العقلية ومعارف الأكل المختلفة

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (Akihiko, Matthew & Robert, 2012; Akihiko, Mary, Tully & Garcia, 2015; Masuda, Hill & Tone, 2012). ولأن اليقظة العقلية تساعد الفرد على أن يدرك المعارف والأفكار والانفعالات كأحداث عقلية دون أن يُصدر أحكاماً عليها أو يتجنبها، فيكون الفرد أقل احتمالاً لأن يتورط معها. وفي المقابل فإن الطريقة البديلة للاستجابة للأحداث السلبية، فإن الفرد الذي يتمتع بيقظة عقلية متدنية ولديه فكرة "أنا سمين، ويجب أن أكون نحيفاً حتى أكون مقبولاً من الآخرين" يواجه صعوبة في إدراك الخبرة بكونها حدثاً عقلياً. نتيجة لذلك، فإن الشخص يتعامل مع هذه الفكرة، من خلال تجنب أي حشد اجتماعي من أجل تنظيم الخوف والقلق المصاحب لهذه الفكرة. وعلى العكس من ذلك فإن الشخص مرتفع اليقظة العقلية أقل احتمالاً للتفاعل مع هذه الفكرة، لأن المعارف المختلفة المرتبطة بتناول الطعام تُفسر كحدث عقلي أكثر من كونها حقيقة لا يمكن إنكارها. وعلى الرغم من وجود هذه الفكرة، فمن المرجح أن يحضر الفرد هذا الحشد الاجتماعي إذا كان هذا إظهاراً لقيّمته الشخصية (Masuda, Price, Anderson & Wendell, 2010).

#### • العلاقة بين اليقظة العقلية وسلوكيات الأكل المختلفة.

إن اليقظة العقلية تُقلل من التفاعلات التلقائية وغير الواضحة حول الطعام، بالإضافة إلى تقليل المحفزات الانفعالية التي تؤدي إلى الأكل الانفعالي والاستهلاك غير الضروري للأغذية. فقد أظهرت الأبحاث الحديثة انتشار تناول الطعام التلقائي (الآلي)، حيث يأكل الفرد لأنه وقت الطعام، وليس بسبب وعي بالجوع. علاوة على ذلك، يمكن أن تؤدي رؤية الطعام أو وجوده على امتداد زراع الفرد إلى زيادة كمية الطعام تلقائياً. ومع ذلك فإن اليقظة العقلية تُعيد تركيز الفرد إلى ما يأكله. وفي الواقع تشير النتائج إلى أن اليقظة العقلية تزيد الوعي بتناول الطعام، وتحسن استجابات الرغبة الشديدة لتناول الطعام. ومن ثم تساعد على تنظيم الوزن بشكل أفضل. وعلى غرار التلقائية (الآلية)، فإن الإنذافية ترتبط بالإفراط في تناول

الطعام والسمنة والشخص المُندفع لديه مشكلة في السيطرة على انتباهه، ومن ثم يمكن أن يكون عاجزاً في تأجيل الإشباع. وقد أشارت النتائج الدراسات إلى وجود علاقة عكسية بين اليقظة العقلية والاندفاعية، والتي تُدعم افتراض أن استخدام تقنيات اليقظة العقلية يقلل الإندفاعية، ويُساعد على خفض استهلاك الطعام، ومن ثم انقاص الوزن (Mantzios & Wilson, 2015).

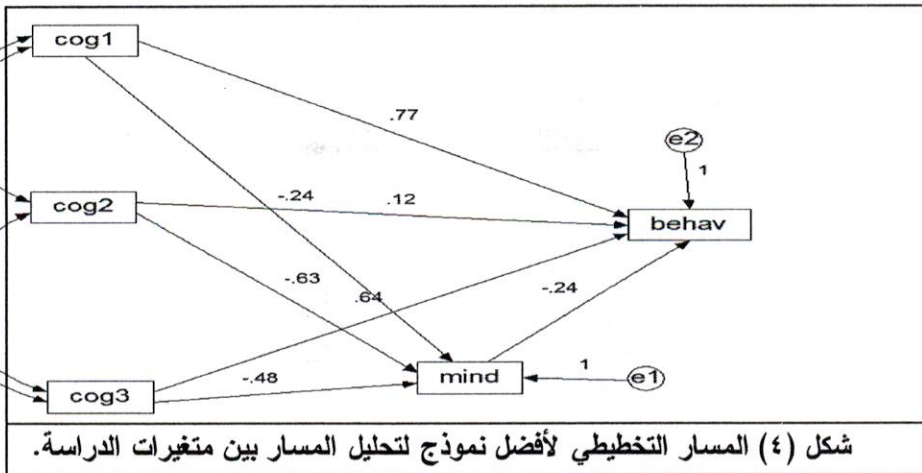
### • العلاقة بين معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة.

يمكن أن تكون عديد من العمليات المعرفية أهدافاً محتملة لتقييم سلوكيات الأكل المختلفة وتنظيمها. على سبيل المثال فإن العمليات المعرفية التي تتضمن معتقدات مختلفة حول القدرة على تحكم الفرد في وزنه وسلوكيات أكله، وتشوّه معتقدات الفرد حول وزنه ومظهره، والمعارف الاجتماعية المختلفة حول الوزن، وإدراك قيمة الذات في الاستجابة لشكل الفرد ومظهره، كل هذه مهم جداً لتحديد كيفية تطور السلوكيات المختلفة المرتبطة بالأكل أو محاولة التعايش معها (Augustine & Christin, 2001).

كما نجد إن ارتفاع اليقظة العقلية يؤدي إلى الزيادة المستمرة في نشاط المخ المرتبط بالمزاج الإيجابي، وأيضاً فإن اليقظة العقلية تزيد من الشفقة بالآخرين وبالذات، مما ينتج عنه تحسن في تقدير الذات والعلاقات (هالة إسماعيل، ٢٠١٧). حيث إن تقدير الذات المرتفع يرتبط بالمستويات المنخفضة من معارف الأكل المختلفة وسلوكياته (Micali et al., 2015).

### ثالثاً: الفرض الثالث.

وينص على أن: "اليقظة العقلية تُعدل من العلاقة بين معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة لدى مرضى السمنة". ويمكن التوصل إلى نموذج بنائي يوضح العلاقات السببية والتأثيرات المباشرة وغير المباشرة لليقظة العقلية كمعدل للعلاقة بين معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة لدى مرضى السمنة. ولاختبار صدق هذا الفرض استخدمت الباحثة أسلوب تحليل المسار، وذلك لمطابقة بيانات هذا النموذج مع البيانات المستمدة من مصفوفة معاملات الارتباط بين درجات أفراد عينة الدراسة في متغيرات الدراسة والموضحة في جدول (١٠). وأسفرت نتائج تحليل المسار عن التوصل إلى أفضل نموذج تحليل مسار بين متغيرات الدراسة لدى عينة مرضى السمنة، كما هو موضح بالشكل التالي:



هذا وقد أظهرت النتائج أن البيانات المستمدة من عينة التطبيق ملائمة للنموذج المقترح حيث كانت حيث  $(TLI) = (0,900)$ ، و  $(CFI) = (0,960)$ ، و  $(RMSEA) = (0,07)$ .

## جدول (١١)

التأثيرات المباشرة وغير المباشرة والكلية ودلالاتها الإحصائية في نموذج تحليل المسار لعينة الدراسة.

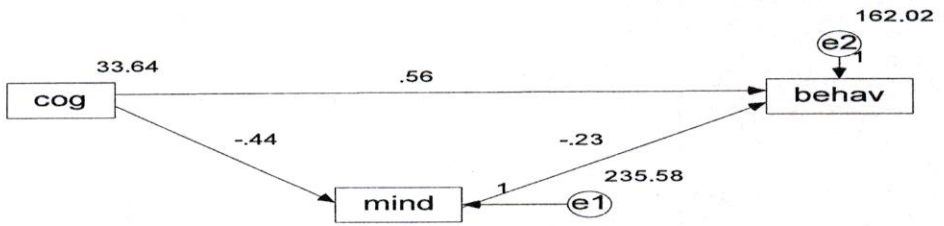
المسارات	نوع التأثير			الدلالة
	مباشر	غير مباشر	كلي	
معارف الأكل العامل ١ ← سلوكيات الأكل المختلة	٠.٧٦٧	٠.٠٠٥	٠.٨٢٦	دالة **
معارف الأكل العامل ٢ ← سلوكيات الأكل المختلة	٠.١١٥	٠.١٥٠	٠.٢٦٥	غير دالة
معارف الأكل العامل ٣ ← سلوكيات الأكل المختلة	٠.٦٣٩	٠.١١٦	٠.٧٥٥	دالة **
معارف الأكل العامل ١ ← اليقظة العقلية	-٠.٢٤٣	صفر	-٠.٢٤٣	غير دالة
معارف الأكل العامل ٢ ← اليقظة العقلية	-٠.٦٢٦	صفر	-٠.٦٢٦	دالة **
معارف الأكل العامل ٣ ← اليقظة العقلية	-٠.٤٨٤	صفر	-٠.٤٨٤	دالة **
اليقظة العقلية ← سلوكيات الأكل المختلة	-٠.٢٣٩	صفر	-٠.٢٣٩	دالة **

\*\* دال عند مستوى ٠,٠٠١ \* دال عند مستوى ٠,٠٥

كما يتضح من جدول (١١) وجود مؤشرات ملائمة، رغم وجود تأثير غير دال بين معارف الأكل العامل (٢) وسلوكيات الأكل المختلة، وأيضاً بين معارف الأكل العامل (١) واليقظة العقلية. وهذه التأثيرات غير الدالة دفعت بالباحثة إلى إجراء تحليل مسار لمتغير معارف الأكل المختلة ككل وليس بعوامله الثلاثة.



وأُسفرت نتائج تحليل المسار عن التوصل إلى أفضل نموذج تحليل مسار كما هو موضح بالشكل التالي



شكل (٥) المسار التخطيطي لأفضل نموذج لتحليل المسار بين متغيرات الدراسة.

هذا وقد أظهرت النتائج أن البيانات المستمدة من عينة التطبيق ملائمة للنموذج المقترح حيث كانت حيث  $(TLI) = (٠,٩٥٠)$ ، و  $(CFI) = (٠,٩٩٩)$ ، و  $(RMSEA) = (٠,٠٣)$ .

### جدول (١٢)

التأثيرات المباشرة وغير المباشرة والكلية ودلالاتها الإحصائية في نموذج تحليل المسار لعينة الدراسة.

الدلالة	النسبة الحرجة	الخطأ المعياري	نوع التأثير			المسارات
			كلي	غير مباشر	مباشر	
دالة **	٣.٢٩	٠.١٦	٠.٦٥٨	٠.١٠٣	٠.٥٥٥	معارف الأكل المختلة ← سلوكيات الأكل المختلة
دالة *	٢.١٨-	٠,٢٠	-	٠.٠٠٠	٠.٤٣٩-	معارف الأكل المختلة ← اليقظة العقلية
دالة **	٣.٧٢-	٠,٠٦	-	٠.٠٠٠	٠.٢٣٤-	اليقظة العقلية ← سلوكيات الأكل المختلة
			٠.٢٣٤			
			*دال عند مستوى ٠,٠٥			** دال عند مستوى ٠,٠٠١

ويتضح من جدول (١٢) وجود مؤشرات ملائمة مرتفعة و تأثير دال لليقظة العقلية في تعديل العلاقة بين معارف الأكل المختلة وسلوكيات الأكل المختلة. وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (Akihiko, Matthew & Robert, 2012). فقد أظهرت الدراسات أن اليقظة العقلية تُفسر بداية ظهور الأشكال المختلفة للصراعات النفسية واستمرارها، بما في ذلك أعراض الأكل

المضطرب. وأظهرت أيضاً أنها تُعدل العلاقة بين العوامل النفسية الضارة ونتائج الصحة السلوكية، وأن قوة العلاقة بين العوامل النفسية وهذه النتائج تضعف عند زيادة اليقظة العقلية. ونظراً للتطبيق الواسع لليقظة العقلية، أمكن التنبؤ بأن هذه العملية تُعدل العلاقة بين معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة. حيث نجد أن زيادة اليقظة العقلية يرتبط بانخفاض الكرب النفسي. ومع ذلك فإن اليقظة العقلية عدلت العلاقة الإيجابية بين معارف الأكل المختلفة وسلوكيات الأكل المختلفة. ويشير هذا إلى أن معارف الأكل المختلفة تتطوي على سمات توضح الكرب النفسي والتي لا تشترك مع اليقظة العقلية (Akihiko, Matthew & Robert, 2012).

ويمكن أن تأتي سلوكيات الأكل التلقائية في شكل أكل انفعالي. وينتج الأكل الانفعالي عند استخدام الغذاء كألية للتعايش مع الأفكار والانفعالات السلبية. وبمعنى آخر تُصبح سلوكيات الأكل أداة لتجنب الأفكار والانفعالات السلبية وكتبها. وهكذا، بمجرد أن تُصبح سلوكيات الأكل آلية تعايش لتجنب الأفكار والانفعالات السلبية وكتبها، فإنها تُصبح أكثر اعتيادية وتلقائية. فبدلاً من محاولة تجنب هذه الأفكار وكتبها، فإن البقاء يقظاً وتشجيع الاتجاه غير المُسهب من خلال اليقظة العقلية يُساعد الفرد على التعايش مع الأفكار والانفعالات السلبية دون طعام (Mantzios & Wilson, 2015).

وفيما يتعلق بأعراض الأكل، فإن النتائج الحالية تتفق مع النتائج السابقة لنماذج التنظيم الانفعالي لمشكلات الأكل المضطرب. وتفترض هذه النماذج أن كلا من الأحداث الخاصة المختلفة، وعمليات التنظيم تفسر بداية ظهور أعراض الأكل المضطرب واستمرارها. والدراسة الحالية في المقام الأول، أوضحت كيف لعامل سلبى (معارف الأكل المختلفة) وعامل إيجابى (اليقظة العقلية) يتفاعلان مع بعضهما البعض للتأثير على سلوكيات الأكل المختلفة.

وأظهرت النتائج الحديثة أن تناول الطعام الانفعالي يرتبط ارتباطاً إيجابياً بزيادة القلق، والاكتئاب. في حين أن اليقظة العقلية لها علاقة سلبية قوية مع زيادة الوزن، والقلق، وعلاقة إيجابية بالاستقرار الانفعالي الزائد. لذلك، يمكن أن تُعدل اليقظة العقلية تأثير الانفعالات السلبية على سلوكيات الأكل، أو تقلل من تأثير الحالة الانفعالية على سلوكيات الأكل، حيث تُصبح اليقظة العقلية آلية تعايش جديدة (Mantzios & Wilson, 2015).

وأشارت نتائج الدراسة الحالية إلى أن الارتباط الإيجابي بين معارف الأكل المختلة وسلوكيات الأكل المختلة تعتمد على اليقظة العقلية، وهو عامل مفيد للوعي المستمر وغير العشوائي للبيئة الداخلية والخارجية. ومع مستويات عالية لليقظة العقلية، فإن العلاقة الإيجابية تضعف بين معارف الأكل المختلة وسلوكيات الأكل المختلة.

فإذا تمت اليقظة العقلية وركزت على تناول الطعام، تكون مفيدة للغاية في تعزيز سلوكيات الأكل الجيدة، ومن ثم تساعد في انقاص الوزن (Mantzios & Wilson, 2015). حيث إن اليقظة العقلية تسهل التسامح مع المضايقات التي ترتبط بإنقاص الوزن، وتزيد من تبصر الفرد بهذه العملية، مما يسمح للفرد بمواصلة العمل نحو أهداف إنقاص الوزن المعمول بها. ومن ثم يُعتقد أن الأفراد الذين يُظهرون قدرًا أكبر من اليقظة العقلية يكونون أكثر استعدادًا لمواجهة تحديات تنظيم الوزن (Kaylani & Charles, 2015). كما أن اليقظة العقلية هي إحدى الظواهر النفسية التي يمكن أن تخفف من الضغوط والسلوكيات الغذائية المختلة التي تُصاحب الخبرات الضاغطة، واليقظة العقلية توجه الفرد إلى تعلم مهارات ملاحظة الانفعالات الصعبة وتجربتها، بدلًا من الانخراط في السلوكيات الاندفاعية (مثل الأكل) بكونه وسيلة للحد من شدة انفعالهم (Cotter & Kelly, 2018).

لذا يجب أن تبحث الدراسات المستقبلية عن أدوار سلوكيات الأكل المختلة أثناء حدوث هذه العمليات، مثل كبت الأفكار، والوظائف التنفيذية. حيث إن اليقظة العقلية عند تناول الطعام قد تكون مفيدة للغاية في تعزيز سلوكيات الأكل المفيدة، ونقل من تناول الأكل الانفعالي، والأكل التلقائي، وتنظيم الوزن على المدى القصير، ومن هنا فإن هناك فائدة مستقبلية في إجراء تدخلات قائمة على اليقظة العقلية في سياق علاج السمنة. وإدراج اليقظة العقلية في برامج إنقاص الوزن لتسهيل التغيرات في النشاط الغذائي والبدني.

## قائمة المراجع

آن كرينج، وشيري جونسون، وجون نيال، وجيرالد دافيسون (٢٠١٥). علم النفس المرضي. (ترجمة: أمثال الحويلة وفاطمة عياد وهناء شويخ وملك الرشيد ونادية الحمدان)، القاهرة: الأنجلو المصرية.

عبدالرقيب البحيري، فتحي الضبع، أحمد طلب، عائده العوالمية (٢٠١٤). الصورة العربية لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية: دراسة ميدانية على عينة من طلاب الجامعة في ضوء أثر متغيري الثقافة والنوع. مجلة الإرشاد النفسي، العدد (٣٩)، ١١٩: ١٦٦.

عزت عبد الحميد (٢٠٠٨). الإحصاء المتقدم للعلوم التربوية والنفسية والاجتماعية. بنها: دار المصطفى للطباعة والنشر.

لطفي الشرييني (٢٠٠١). موسوعة شرح المصطلحات النفسية (انجليزي - عربي)، بيروت: دار النهضة العربية.

منظمة الصحة العالمية (٢٠١٨). المرصد الصحي العالمي - بوابة منظمة الصحة العالمية إلى الإحصاءات الصحية الواردة من جميع أنحاء العالم.

هالة إسماعيل (٢٠١٧). المرونة النفسية وعلاقتها باليقظة العقلية لدى طلاب كلية التربية (دراسة تنبؤية). مجلة الإرشاد النفسي، العدد (٥٠)، جزء (١).

Akihiko, M. & Johanna, W. (2010). Mindfulness Mediates the Relation between Disordered Eating-Related Cognitions and Psychological Distress. *scholarworks@gsu.edu*

Akihiko, M., Matthew, P & Robert, D. (2012). Mindfulness Moderates the Relationship between Disordered Eating Cognitions and Disordered Eating Behaviors in a Non-Clinical College Sample. *Journal of Psychopathol Behavior Assess*, 34:107-115.

Akihiko, M., Mary, L., Tully, E.& Garcia, S. (2015). The role of disordered eating cognition and body image flexibility in disordered eating behavior in college men. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 12-20.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.

- Allen, N., Blashki, G. & Gullone, E.(2006). Mindfulness- based psychotherapies: a review of conceptual foundation. *Emperical Zealand Journal of Psychiatry*, 40(4), 285-294.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Augustine, O., Christine, E., Peter, M. & Beverly A.(2001). Factor Structure and Psychometric Properties of the Brief Mizes Anorectic Cognitions Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 57(6), 785-799.
- Baer, R. A. (Eds.). (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. New York: Academic Press.
- Bargh, J.& Chartrand TL.(1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, 54(7):462-479.
- Bishop SR, Lau M, Shapiro S, et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3):230-41.
- Brown K, & Ryan R. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal Pers Soc Psycho*, 1( 4), 822: 848.
- Centers for Disease Control and Prevention, Division of Nutrition, *Physical Activity and Obesity*, 2011).
- Claire, E., Megan, Apperson, McVay, M.A., Jessica, Kinsaul, .b., Lindsay,, B., Christine, M., Diana, W., Stewart, D., & Amy, L. (2012). Unique Relationships between Facets of Mindfulness and Eating Pathology among Female Smokers. *Eating Behaviours*, 13(4), 1: 10.
- Cooper, M. J. (2006). Beliefs and their relationship to eating attitudes and depressive symptoms in men. *Eating Behaviours*, 7, 423-426.
- Cotter, W.& Kelly, R.(2018). Stress-Related Eating, Mindfulness, and



- Obesity. *American Psychological Association*, 37(6), 516-525.
- Davis, D. & Hayes, A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198-208.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Guillard, Robert P. (2002). *Validity of the Mizes Anorectic Cognitions Questionnaire-Revised with a Racially Mixed, Nonclinical Population of 14- to 19-year-old Adolescents*. PCOM Psychology Dissertations. Philadelphia College of Osteopathic Medicine.
- Hasker, S. (2010). *Evaluation of the mindfulness-acceptance-commitment (mac) approach for enhancing athletic performance*. Unpublished Doctoral Dissertation, Indiana University of Pennsylvania.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Isabelle, C., Stephane, R., Maaïke, K. & Yasser, K. (2017). Factor Structure and Validity of the Mizes Anorectic Cognitions Questionnaire-Revised (MAC-R). *Frontiers in Psychology*, 8, 1-10.
- Jackson, S. E. (2016). Obesity, Weight stigma and discrimination. *Obesity & Eat Disorders*, 2(1), 13.
- Johanna, W. & Masuda, K. (2012). The role of body image flexibility in the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating symptoms among non-clinical college students. *Eating Behaviors*, 13(3), 240-245.
- Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context:

- past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Kaylani, L. & Charles, F. (2015). Mindfulness and Weight Loss: A Systematic Review. *Psychosomatic Medicine*, 77, 59-67.
- Lavender, J. & Anderson, D.(2010).Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 352-357.
- Lavender, J., Jardin, B., & Anderson, D. (2009). Bulimic symptoms in undergraduate men and women: Contributions of mindfulness and thought suppression. *Eating Behaviors*, 10, 228-231.
- Lenny, R., Vartanian,J., & Herman, C. P.(2004). Implicit Cognitions and Eating Disorders: Their Application in Research and Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 160-167.
- Masuda, A., Price, M., Anderson, P. L., & Wendell, J. W. (2010). Disordered eatingrelated cognition and psychological flexibility as predictors of psychological health among college students. *Behavior Modification*, 34, 3-15.
- Masuda, A., & Wendell, J. W. (2010). The role of mindfulness on the relations between disordered eating-related cognition and psychological distress. *Eating Behaviors*, 11, 293-296.
- Masuda, A. & Hill, M. & Tone, B.(2012)The Role of Mindfulness and Disordered Eating Cognitions in Psychological Distress among College Females with Elevated Disordered Eating. *Mindfulness*, 3,132-138.
- Mantzios, M .& Wilson, J. (2015). Mindfulness, eating behaviours, and obesity: a review and reflection on current findings. *Current Obesity Reports*, 4 (1), 141-146, 2015.
- Micali, B., De Stavola, G., Ploubidis, E., Simonoff, J., Treasure, & Field, A. E.(2015). Adolescent eating disorder behaviours and cognitions. *The British Journal of Psychiatry*, 1-8.

- Mindfulness.(2014). *In Oxford dictionaries online*, Retrieved from <http://www.oxford dictionaries. Com/>.
- Mizes, J.S. (1992). Validity of the Mizes Anorectic Cognitions scale: A comparison between anorexics, bulimics, and psychiatric controls. *Addictive Behaviors*, 17, 283–289.
- Mizes, J. S., Christiano, B., Madison, J., Post, G, Seime, R.& Varnado, P. (2000). Development of the Mizes Anorectic Cognitions Questionnaire-Revised. *International Journal of Eating Disorder*, 28, 415-421.
- Muthen, L. K., & Muthen, B. (2015). *Mplus: Statistical analysis with latent variables : user's guide*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nicole, R., & Samantha, S (2009): *Analysis of Differentially Expressed serum Proteins during Developmental of Obesity*. Submitted in Fulfillment of the Requirements of the degree of Master of Science. University of Limpopo.
- Nuttall, F. Q. (2015). Body mass index: obesity, BMI, and health: a critical review. *Nutrition today*, 50(3), 117.
- Piedmont, R. L. (2014). Inter-item correlations. In A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (1st ed., p. 3304). Springer Netherlands.
- O'Reilly, G., Lauren, C., Spruijt-Metz, D.& Black, D.(2014). Mindfulness-Based Interventions for Obesity-Related Eating Behaviors: A Literature Review. *Obes Rev*, 15(6): 453–461.
- Revelle, W. (2017). *How To: Use the psych package for Factor Analysis and data reduction*.
- Striegel-Moore, H., & Bulik, C. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62, 181–198.
- WHO. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva, Switzerland: WHO; 2000.

## **Structural Modeling of the Relationship between Mindfulness and Disordered Eating Cognitions and Disordered Eating Behaviors in a Sample of obese patients.**

**Faten T. Qonsouh**  
**Faculty of Arts – Kafr Elshiekh.**

### **Abstract.**

The present study aimed to investigate the role of mindfulness in moderates the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating behaviors in a sample of obese patients. The study sample included obesity patients (175) participants and normals (175) participants, they completed the following measures: Mindfulness scale, brief cognitions questionnaire and eating attitudes test. The results of the study revealed differences between obese patients and normals in disordered eating cognitions and disordered eating behaviors in the direction of obese patients, while differences in the direction of normals in Mindfulness. And that there is a positive relationship between disordered eating cognitions and disordered eating behaviors, and the relationship was negative between these variables and Mindfulness. Finally, Mindfulness has moderated the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating behaviors in obese patients.

**Keywords:** mindfulness; disordered eating cognitions; disordered eating behaviors; obesity.