

## فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي جمعي (GCBT) في تحسين

### نمط حياة أسر الأطفال الذين يعانون من السمنة

البحث ممول من جامعة الكويت برقم RT01/19

|                             |                              |                                |                                        |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|
| أ. سالم راشد الهاجري        | أ. أشواق احمد الكندري        | د. أنوار عبد الله بوكبر        | أ.د. راشد على السهل                    |
| باحث ماجستير في الإرشاد     | اختصاصي نفسي - باهنة ماجستير | دكتوراه بقسم علم النفس التربوي | عضو هيئة تدريس - قسم علم النفس التربوي |
| قسم علم النفس التربوي       | قسم علم النفس التربوي        | كلية التربية - جامعة الكويت    | كلية التربية - جامعة الكويت            |
| كلية التربية - جامعة الكويت | كلية التربية - جامعة الكويت  | باحث نفسي أول - وزارة التربية  |                                        |

### المخلص:

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي جمعي في تحسين نمط حياة الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة في دولة الكويت، حيث تكونت عينة الدراسة من (٢٦) طفلًا من الفئة العمرية (٧-١٢) عامًا، وأولياء أمورهم، وتم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة. طُبّق على أفراد المجموعة التجريبية برنامج إرشادي معرفي سلوكي مكوّن من تسع جلسات، بينما لم تتلق المجموعة الضابطة أي برنامج. ولقياس أثر البرنامج، استخدم الباحثون استبانة نمط الحياة (إعداد الباحثين)، التي تضمنت (٤١) بندًا موزعًا على خمسة أبعاد.

كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية ( $M = 91.85$ ) مقابل ( $M = 78.38$ )، كما وُجدت فروق دالة بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية ( $M = 71$ ) مقابل ( $M = 91.85$ )، حيث بلغت قيمة  $t$  ( $t = -5.94, p = 0.000$ )، وتؤكد هذه النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي في تحسين نمط الحياة لدى الأطفال الذين يعانون من السمنة، وتدعم استخدام الإرشاد المعرفي السلوكي كمدخل فعال لتعديل السلوكيات غير الصحية المرتبطة بالسمنة. وفي ضوء هذه النتائج، أوصى الباحثون بضرورة تعميم البرامج الوقائية والعلاجية المبنية على النموذج المعرفي السلوكي داخل المؤسسات التربوية والصحية، مع إشراك أولياء الأمور كجزء أساسي من عملية التغيير السلوكي.

الكلمات المفتاحية: نمط الحياة الأسري، زيادة الوزن، السمنة، الإرشاد المعرفي السلوكي.

## فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي جمعي (GCBT) في تحسين

### نمط حياة أسر الأطفال الذين يعانون من السمنة

البحث ممول من جامعة الكويت برقم RT01/19

|                                        |                                |                              |                             |
|----------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| أ.د. راشد على السهل                    | د. أنوار عبد الله بوكبر        | أ. أشواق احمد الكندري        | أ. سالم راشد الهاجري        |
| عضو هيئة تدريس - قسم علم النفس التربوي | دكتوراه بقسم علم النفس التربوي | اختصاصي نفسي - باحثة ماجستير | باحث ماجستير في الإرشاد     |
| كلية التربية - جامعة الكويت            | كلية التربية - جامعة الكويت    | قسم علم النفس التربوي        | قسم علم النفس التربوي       |
|                                        | باحث نفسي أول - وزارة التربية  | كلية التربية - جامعة الكويت  | كلية التربية - جامعة الكويت |

#### مقدمة:

يُعد الاهتمام بصحة الإنسان الجسمية والنفسية أساسيًا لضمان جودة حياة أفضل لهم، وقد تعترض حياة الإنسان بعض التحديات الصحية التي تحتاج إلى تسليط الضوء عليها ودراستها، ومنها ارتفاع معدلات السمنة. فقد أكدت منظمة الصحة العالمية أن معدلات السمنة عند الأطفال والمراهقين ارتفعت بنسب كبيرة في العقود الأخيرة (World Health Organization [WHO], 2024) كما كشف عميد كلية الصحة العامة في جامعة الكويت، هاري فاينيو أن معدلات الإصابة بالسمنة في الكويت بلغت مستويات تنذر بالخطر لدى البالغين والأطفال ("الكويت سجلت أعلى مستوى في انتشار السمنة لدى الأطفال والبالغين"، ٢٠١٧). وقد أظهرت الإحصاءات المتسلسلة زيادة نسبة الأطفال والمراهقين الذين يعانون من السمنة أو زيادة الوزن عبر السنوات، حيث تشير الإحصائيات إلى ارتفاع معدلات زيادة الوزن والسمنة في دولة الكويت على مر السنين، إذ ازدادت نسبة الأطفال والمراهقين المصابين بزيادة الوزن والسمنة بشكل ملحوظ منذ الثمانينيات وحتى اليوم. فعلى سبيل المثال، أوضحت دراسة (Bayoumi & Moussa, 1985) أن ١٥% من الأولاد و١٦% من البنات الذين تتراوح أعمارهم بين ٦-٩ سنوات يعانون من زيادة الوزن والسمنة، كما أشارت دراسة Eid et al., (1986) إلى ارتفاع بسيط، حيث بلغت النسبة ٢٢% بين الأطفال والمراهقين، وفي التسعينيات، ووفقًا لدراسة (Moussa et al., 1999)، بلغت نسبة السمنة ٢٦% لدى الأولاد و٢٧% لدى البنات الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠-١٣ سنة، مع اختلاف ملحوظ بين الجنسين. وقد وجدت الدراسة أن معدل السمنة كان أعلى بين الذكور في الفئة العمرية الأصغر (٦-٩ سنوات) مقارنة بالفتيات، ولكنه انعكس ليصبح أعلى بين الفتيات في الفئة العمرية الأكبر

(١٠-١٣ سنة). مع حلول الألفية الجديدة، أكدت دراسة (Al-Isa & Moussa, 2000) اختلافات واضحة بين الجنسين، حيث كان معدل السمنة لدى الذكور (١٥,٧%) أعلى من الإناث (١٣,٨%) لدى الفئة العمرية من ٦-١٠ سنوات. وأظهرت دراسة (Al-Isa, 2004) زيادة في انتشار زيادة الوزن والسمنة في الفئة العمرية من ١٠-١٤ سنة، حيث كانت النسبة أعلى لدى الفتيات (٣١,٨%) مقارنة بالأولاد (٣٠%) فيما يخص زيادة الوزن، بينما كانت السمنة أعلى لدى الأولاد (١٤,٧%) مقارنة بالفتيات (١٣,١%)، وعلى مر العقود، لوحظت زيادة نسبة السمنة في الكويت (Musaiger et al., 2009؛ El-Bayoumy et al., 2013؛ Ng et al., 2011؛ Zaghoul et al., 2013) إلى أن وصل معدل زيادة الوزن والسمنة بين الأطفال والمراهقين إلى ٣٠-٤٠%، مما يعني زيادة في المشكلات الصحية الأخرى. حيث أوضحت وزارة الصحة في دولة الكويت أن زيادة الوزن والسمنة تشكل تهديدًا كبيرًا على الصحة العامة، إذ تساهم في انتشار الأمراض المزمنة، وتضع تحديات كبيرة أمام النظام الصحي (World Health Organization [WHO], 2024)، ومن خلال العقود الثلاثة الماضية، وُجدت زيادة ملحوظة تستدعي اتخاذ إجراءات جادة لتحسين صحة حياة الأطفال والمراهقين.

ومن المعلوم أن هناك محاولات كثيرة قام بها الأفراد الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة لأنفسهم أو لأطفالهم، معتمدين في ذلك على برامج الرجيم (الحمية)، التي تتطلب غالبًا تغييرًا حادًا في نوع الطعام وكميته فقط، وهو أمر لا يستطيع تحمله معظم هؤلاء الأشخاص لفترة طويلة؛ مما يجعلهم يعودون إلى سلوكهم الغذائي السابق، الأمر الذي قد يسبب لهم مزيدًا من الإحباط في المستقبل، لأنهم لم يستعدوا نفسيًا لمثل هذه الأنظمة الغذائية. كما أن هذا التغيير لم يشمل نمط حياتهم، حيث إن نمط حياة الأفراد يلعب دورًا مهمًا وأساسيًا في صحتهم النفسية والجسدية، ونمط الحياة هو الروتين والطابع العام لسلوك ونشاط الأسرة داخل المنزل، ويتمثل في: الأنشطة المشتركة من عادات الأكل، والجلوس، والنوم، والاشتراك في الأنشطة الاجتماعية التي تميز أسرة معينة عن غيرها من الأسر. كما يُقصد بنمط الحياة القيم والأفكار التي يحملها أفراد الأسرة عن العادات التي يمارسونها، وانعكاسها على علاقاتهم وتفاعلهم اليومي.

وقد لوحظ في العقود الأخيرة تغير نمط الحياة في معظم المجتمعات بشكل عام، وفي الأسر الكويتية بشكل خاص، حيث شمل هذا التغير جميع نواحي الحياة الاجتماعية والثقافية والنفسية وغيرها، مما انعكس بشكل واضح على سلوكيات وعادات الأفراد. ومن الواضح أن أكثر العادات التي تغيرت، بل وانقلبت رأساً على عقب، هو روتين ونمط الحياة الأسرية، بما يشمل عادات النوم والطعام والجلوس المشترك، بالإضافة إلى زيادة استخدام التكنولوجيا، الأمر الذي ترتبت عليه نتائج كثيرة، أبرزها التباعد بين أفراد الأسرة الواحدة. لقد أدى تغير نمط الحياة إلى تأثيرات على الجوانب الصحية والنفسية، بما في ذلك زيادة الوزن والإصابة بالسمنة، حيث أظهرت الدراسات وجود علاقة بين نمط الحياة والسمنة ( Al Alwan et al., 2013؛ Patel et al., 2008؛ Collins, Pakiz, & Rock, 2008؛ El-Bayoumy et al., 2009؛ Sidhu, Kaur, & Kaur, 2006، 2011 ) كما تشير الأبحاث إلى وجود ارتباطات وثيقة بين انتشار السمنة وزيادة الوزن عند الأطفال والعوامل الاجتماعية والاقتصادية للأسر. فقد أظهرت العديد من الدراسات أن المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة يلعب دوراً رئيسياً في تحديد أنماط التغذية ومستويات النشاط البدني لدى الأطفال، مما يساهم في تفاوت معدلات السمنة بينهم، فقد توصل (Poskitt, 2009) إلى أن الأطفال الذين يعيشون في بيئة أسرية حضرية ذات وضع اجتماعي واقتصادي عالٍ أكثر عرضة لزيادة الوزن. كما أشار (Cook et al., 2017) إلى أن الأطفال الذين ينتمون إلى أسر ثرية يتمتعون بقدر أكبر من الحصول على طعام عالي السعرات الحرارية مقارنةً بنظرائهم من ذوي المكانة الاجتماعية والاقتصادية الأقل، واتضح أيضاً من خلال الاستبيان التجريبي والقياسات الفيزيائية للمراهقين الإندونيسيين (N = 1758) أن الأطفال ذوي الدخل المرتفع من الأسرة كانوا أكثر عرضة للإصابة بالسمنة بمعدل 3مرات؛ لأنهم أقل نشاطاً جسدياً، ويقضون وقتاً أطول في ممارسة السلوكيات الخاملة مقارنةً بالأطفال من الأسر الأكثر فقراً (Gilles et al. 2008)، وأجريت دراسة طويلة المدى (أترابية) في أوروبا لقياس مدى انتشار زيادة الوزن والسمنة بين الأطفال الذين لم يلتحقوا بالمدرسة بعد (ما قبل المدرسة) وأطفال المدارس، حيث بلغ عدد المشاركين في الدراسة 16,228 طفلاً. شملت الدراسة تحليل الفروقات حسب المنطقة الجغرافية والجنس والعمر والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، وتم قياس أوزان وأطوال الأطفال لتحديد مؤشر كتلة الجسم (BMI)، كما تم جمع معلومات اجتماعية وديموغرافية من خلال استبيانات قدمها أولياء

الأمور، وأظهرت النتائج أن الأطفال الذين ينتمون إلى أسر ذات مستوى اجتماعي واقتصادي منخفض كانوا الأكثر عرضة للإصابة بالسمنة مقارنةً بالأطفال من الأسر ذات الدخل الأعلى (Ahrens et al., ٢٠١٤) حيث أجريت دراسة في ثماني مدن أوروبية (فيلنيوس، فوري، بون، فيريرا دو ألينتيخو، أنجيه، جنيف، بودابست، براتيسلافا)، شملت (N = 1184) طفلاً تتراوح أعمارهم بين 6-18 سنة، ووجدت الدراسة أن الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة ترتبط بصورة عكسية بمؤشر كتلة الجسم للأطفال.

وبالمثل، في الكويت، يبدو أن التحول الاقتصادي الكبير نسبياً قد أثر سلباً على أساليب حياة المواطنين الكويتيين وعاداتهم الغذائية (Al Shammari, 2007)، وقد حددت العديد من الدراسات وجود صلة بين الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (SES) وزيادة الوزن والسمنة لدى الأطفال الكويتيين (El-Bayoumy et al., 2009؛ Al-Isa & Musaiger، Moussa, 1999، 2013)، وأشار Al Shammari (2007) إلى أن ارتفاع الوضع الاجتماعي والاقتصادي (SES) أدى إلى زيادة توفر الغذاء، وبالتالي زيادة الأسعار الحرارية فوق المتطلبات اليومية الموصي بها، وإنه ليس من المستغرب أن تظهر الأبحاث الحديثة أن حوالي نصف الأطفال الكويتيين، وثلاث البالغين يستهلكون أكثر من كمية الطاقة الموصي بها (Zaghloul et al., 2013)، وقد تبين أن زيادة تناول الأسعار الحرارية، وأسلوب الحياة الخامل، وعدد الخدم في العائلات الغنية هي عوامل مرتبطة بشكل كبير بالأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة (Al-Isa & Moussa, 1999)، ويبدو أن الزيادة في متوسط دخل الأسرة كان لها تأثير سلبي على أسلوب الحياة، وأسهمت بشكل مباشر في ارتفاع معدلات زيادة الوزن والسمنة.

ومما لا شك فيه هناك دور للعادات الغذائية ونمط الحياة بشكل عام على السمنة، فقد وجدت دراسة أجريت في المملكة العربية السعودية حول العادات الغذائية اليومية الخاطئة بين المراهقين الذكور والإناث الذين تتراوح أعمارهم بين 14-19 سنة (N = 2906) أن المراهقين من كلا الجنسين كانوا أكثر عرضة لزيادة الوزن أو السمنة عندما كانوا يستهلكون محليات السكر ثلاث مرات في الأسبوع (Al-Hazzaa et al., 2012)، ووجدت دراسة مماثلة أجريت في الكويت بين المراهقين من الذكور والإناث الذين تتراوح أعمارهم بين 14-19 سنة (N = 960) أن ما يقرب من 66% من الأولاد و ٦٠% من الفتيات يستهلكون

محتويات السكر في المشروبات أكثر من ثلاث مرات في الأسبوع، وهو ما ارتبط بـ 50.5% من الفتيان و ٤٦,٥% من الفتيات الذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة. (Allafi et al., 2014).

مما سبق، يعد تحسين نمط حياة الأسر التي يعاني طفلها من وزن زائد أو سمنة قد يساهم في تحسين جودة حياتهم، ومن ثم يساعدهم على خفض الوزن، وقد يساهم العلاج المعرفي السلوكي في تغيير أفكار الأفراد حول نمط الحياة والعادات السلوكية اليومية المرتبطة بنمط الحياة؛ ففي دراسة سابقة للباحث (Al-Sahel and Al-Qaoud, 2017)، تبين أن الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة غالباً ما يحملون أفكاراً سلبية تعرقل محاولاتهم للالتزام ببرامج الحماية، وغالباً لا يستمرون لفترة طويلة بهذه البرامج؛ بسبب تحديات مثل ضعف الإرادة، وقلة الوقت لممارسة الرياضة، والشعور بالاختلاف عن الآخرين، والاعتقاد بأنهم فاشلون في اتباع الحماية؛ هذه العقبات تجعل من الضروري معالجة الأفكار السلبية أولاً، لأن زيادة الوزن أو السمنة تحدث عادةً نتيجة تناول سرعات حرارية تفوق ما يحرقه الشخص، وخاصةً في حياة يغلب عليها الخمول ونقص النشاط البدني.

وتركز الدراسة الحالية على مساعدة الأفراد للتخلص من زيادة الوزن أو السمنة من خلال تغيير هذه الأفكار السلبية وتطوير نمط حياة جديد، كما أشار بيك (Beck, 2007) مؤسس الإرشاد المعرفي السلوكي، بأن عملية الإرشاد تقوم على تحديد الأفكار السلبية والتخلص منها، ما يؤدي بدوره إلى تغيير المشاعر؛ وبالتالي تحسين السلوكيات، ويركز الإرشاد المعرفي السلوكي على تعديل الأفكار السلبية، الذي قد يساهم في جعل الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن أكثر تفاؤلاً وإقبالاً على التغيير، وإن والجمع بين هذا النوع من الإرشاد مع الإرشاد الجمعي يمكن أن يعزز من فاعلية البرنامج، إذ يمكن للأفراد الاستفادة من التفاعل مع الآخرين والدعم المتبادل لتقوية الدافعية نحو تغيير نمط حياتهم.

### مشكلة الدراسة:

تتعلق مشكلة الدراسة من الإحصائيات العالمية والمحلية حول مدى انتشار زيادة الوزن والسمنة في منطقة الخليج العربي بشكل عام، ودولة الكويت بشكل خاص. فقد أكدت منظمة الصحة العالمية (World Health Organization [WHO], 2024) أن معدلات السمنة عند الأطفال والمراهقين ارتفعت بنسب ملحوظة في العقود الأخيرة. كما كشف عميد

كلية الصحة العامة في جامعة الكويت هاري فاينيو ("الكويت سجلت أعلى مستوى في انتشار السمنة لدى الأطفال والبالغين،" ٢٠١٧) بأن معدلات الإصابة بالسمنة في الكويت بلغت مستويات مقلقة لدى البالغين والأطفال، لما لها من تأثيرات مختلفة على صحة الأفراد، حيث أشارت منظمة الصحة العالمية (World Health Organization [WHO], 2024) إلى أن الأطفال الذين يعانون من السمنة يتعرضون أكثر من غيرهم إلى صعوبات في التنفس، وزيادة مخاطر إصابتهم بالكسور وضغط الدم المفرط، وهي من العلامات المبكرة لأمراض القلب والأوعية الدموية، ومقاومة الأنسولين، كما بينت أن للسمنة آثار نفسية مختلفة، قد تسهم في انخفاض الثقة بالنفس، والشعور بالخجل.

ونظراً لتفاقم مشكلة السمنة في الكويت والعالم، ولعدم وجود حلول واضحة واجرائية، كما أن الأساليب التقليدية لخفض الوزن كاتباع حمية غذائية قد يؤدي إلى نتائج عكسية، كما ذكر (MacLean et al., 2011) أن تقييد الطعام يؤدي إلى فقدان الوزن على المدى قصير المدى، إلا أن معظم الأشخاص يستعيدوا وزنهم على المدى البعيد؛ فلا بد من إدارة حقيقية للذات شاملة متمثلة في نمط الحياة وتغيير عادات الأطفال الغذائية، لذا أتت هذه الدراسة لاقتراح برنامج إرشادي يعتمد على نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي CBT لتحسين نمط حياة الأسرة بشكل يعكس إيجاباً على عادات الأطفال ويساعد في ضبط أوزانهم. وتتمحور مشكلة الدراسة حول بناء برنامج معرفي سلوكي لتحسين نمط حياة أسر الأطفال الذين يعانون من السمنة وزيادة الوزن، ومن خلال ما ذكر تتحدد مشكلة الدراسة في محاولة للإجابة على السؤال الرئيسي التالي:

١. ما تأثير البرنامج المعرفي السلوكي في تحسين نمط حياة أسر الأطفال الذين يعانون من السمنة؟

ويتفرع من السؤال الرئيسي لمشكلة الدراسة الأسئلة الفرعية التالية:

١. ما الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في نمط حياة أسر الأطفال الذين يعانون من السمنة؟
٢. ما الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي لنمط حياة أسر الأطفال الذين يعانون من سمنة؟

### أهداف الدراسة:

١. تطبيق برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي يساهم في مساعدة الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة على تخفيف أوزانهم وضبطها.
٢. تحسين حالة نمط الحياة الأسرية لدى أولياء أمور الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة.
٣. معرفة تأثير البرنامج الإرشادي الجمعي المعرفي السلوكي على أفكار ومعتقدات أولياء الأمور المتعلقة بنمط الحياة الأسرية وزيادة الوزن عند أطفالهم الذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة.
٤. مساعدة المشاركين في المجموعات التجريبية من أولياء أمور على تخليص أطفالهم من زيادة الوزن أو السمنة والمحافظة على الوزن المناسب.

### أهمية الدراسة:

#### الأهمية النظرية:

- 1 - تسليط الضوء على النظرية المعرفية وأساليب الارشاد الخاصة بها لتحسين نمط الحياة الأسر الذين يعانون من سمنة، نظرًا لقلّة الدراسات التي تناولت هذا المفهوم.
- 2 - لفت انتباه أخصائيين التغذية والمرشدين النفسيين حول أهمية تحسين نمط الحياة لمعالجة المشكلات الصحية منها السمنة.

#### الأهمية التطبيقية:

- 1 - تزويد المكتبة العربية باستبانة "نمط حياة الأسر التي تعاني من سمنة".
- 2 - إثراء المكتبة العربية والاختصاصيين النفسيين وأخصائيي التغذية ببرنامج إرشادي معرفي سلوكي لتحسين نمط حياة أسر الأطفال الذين يعانون من سمنة.

### التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

- 1 - الارشاد المعرفي السلوكي الجمعي: يعرفه الباحثون بأنه مجموعة جلسات إرشادية تطبق بشكل جمعي مبنية على تعديل الأفكار وتغيير السلوك القائمة على أسس ومبادئ النظرية المعرفية السلوكية لأرون بيك.



- 2 - السمنة: تُعرّف المصطلحات "زيادة الوزن" و "السمنة" بأنها التراكم المفرط للدهون في الجسم الذي يخلق نتائج صحية سلبية، ويستخدم مؤشر كتلة الجسم (BMI) عادةً لتحديد حالة وزن الأطفال والمراهقين والبالغين ويُحسب كنسبة من وزن الجسم إلى مربع ارتفاع الجسم ( $\text{kg} / \text{m}^2$ ) (World Health Organization [WHO], 2024).
- 3 - نمط الحياة: يعرفه الباحثون بأنه مجموعة من العادات والسلوكيات اليومية التي يتبعها الأفراد في حياتهم اليومية الأسرية.

#### حدود الدراسة:

- 1 - الحدود الموضوعية: تقتصر الدراسة الحالية على موضوع فعالية برنامج إرشادي جمعي قائم على النظرية المعرفية السلوكية (GCBT) في تحسين نمط حياة أسر الأطفال الذين يعانون من السمنة.
- 2 - الحدود الزمنية: طبق البرنامج في العام الدراسي ٢٠٢٢/٢٠٢٣.
- 3 - الحدود المكانية: دولة الكويت.
- 4 - الحدود البشرية: ٢٦ طفل تتراوح أعمارهم بين ٧ إلى ١٢ سنة، وأولياء أمورهم.

#### الإطار النظري، والدراسات السابقة:

##### العلاقة بين زيادة الوزن / السمنة ونمط الحياة:

تُعرّف "زيادة الوزن" و "السمنة" بأنها التراكم المفرط للدهون في الجسم الذي يُوجد نتائج صحية سلبية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥ أ). ويستخدم مؤشر كتلة الجسم (BMI) عادةً لتحديد حالة وزن الأطفال والمراهقين والبالغين، ويُحسب كنسبة من وزن الجسم إلى مربع ارتفاع الجسم ( $\text{kg} / \text{m}^2$ ) (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥). بشكل عام، يصنف مؤشر كتلة الجسم الذي يساوي ٢٥ أو أكثر وزن زائد، ويصنف مؤشر كتلة الجسم الذي يساوي ٣٠ أو أكثر زيادة في الوزن أو سمنة (World Health Organization [WHO], 2024). ومع ذلك، فإن مؤشر كتلة الجسم لدى الأطفال يدخل بها مؤشرات أخرى كالعمر والجنس، فقد قام مركز السيطرة على الأمراض بتطوير منحنى مثوي لمؤشر كتلة الجسم للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين و ٢٠ سنة، والذي يصنف مؤشر كتلة الجسم الذي يعادل أو يزيد عن نسبة ٨٥ في المائة لدى الأطفال على أنهم زائد الوزن، في حين يصنف الأطفال الذين لديهم مؤشر كتلة الجسم يساوي أو أكبر من ٩٥ في المائة على أنهم بدناء (Kuczmarski et al. 2000) ،

وقد تعددت أسباب السمنة لدى الأفراد ولدى الأطفال بشكل خاص ومن أهم أسباب السمنة التي ذكرها (Jebeile et al., 2022):

#### ١. العوامل البيولوجية:

هناك العديد من العوامل البيولوجية منها الاستعداد الوراثي، فهناك أطفال أكثر قابلية من غيرهم لاكتساب الوزن، وكذلك تنظيم الجسم للدهون، وارتفاع أو نقص بعض الهرمونات كهرمون الجريلين الذي يزيد الشهية، وهرمون اللبتين الذي يقلل الشهية، وكقصور الغدة الدرقية، واضطرابات النمو، وأيضًا تؤثر بعض العلاجات الدوائية على اكتساب الوزن مثل الأنسولين.

#### ٢. العوامل البيئية والسلوكية:

كاتباع الأسرة لنظام غذائي غير صحي مليء بالدهون والسكريات، وقلة النشاط البدني، وزيادة وقت الشاشة، والسهر وقلة ساعات النوم، فقد وجدت دراسة أجريت في المملكة العربية السعودية حول العادات الغذائية اليومية غير الصحية بين المراهقين الذكور والإناث الذين تتراوح أعمارهم بين ١٤-١٩ سنة (ن = ٢٩٠٦) أن المراهقين من كلا الجنسين كانوا أكثر عرضة لزيادة الوزن أو السمنة عند استهلاكهم لمحتويات السكر ثلاث مرات في الأسبوع (Al-Hazzaa et al., 2012). وبالمثل، أظهرت دراسة أجريت في الكويت على المراهقين الذكور والإناث في الفئة العمرية نفسها (ن = ٩٦٠) أن ما يقرب من ٦٦٪ من الذكور و ٦٠٪ من الإناث يستهلكون محتويات السكر في المشروبات لأكثر من ثلاث مرات أسبوعيًا، مما ارتبط بزيادة الوزن أو السمنة لدى ٥٠,٥٪ من الذكور و ٤٦,٥٪ من الإناث (Allafi et al., 2014)، إلا أنه تم جمع البيانات المتعلقة باستهلاك النظام الغذائي والمشروبات بناءً على تكرار الاستهلاك الأسبوعي دون الأخذ في الاعتبار حجم الحصة المستهلكة.

#### ٣. عوامل مبكرة في حياة الطفل:

ويقصد بها عوامل تحدث في مرحلة النمو المبكر قبل الولادة إلى المراحل الأولى من عمر الطفل منها: سمنة الأم أثناء الحمل، وعدم الرضاعة الطبيعية، وتقديم الأطعمة الصلبة في عمر مبكر (٤ شهور)، والتعرض للتلوث أثناء الحمل، وكذلك الأطفال الذين يتعرضون لإهمال وعنف أسري لديهم احتمال أكبر للإصابة في السمنة.

#### ٤. عوامل اجتماعية اقتصادية:

وقد أشارت دراسات مختلفة إلى وجود علاقات إيجابية بين انتشار السمنة وزيادة الوزن بين الأطفال والحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة (Collins, Al Alwan et al., 2013؛ Patel et al., El-Bayoumy et al., 2009؛ Pakiz, & Rock, 2008؛ Sidhu, Kaur, & Kaur, 2006؛ Poskitt (2009) فقد وجد أن الأطفال الذين يعيشون في بيئة أسرية حضرية ذات وضع اجتماعي واقتصادي عالٍ يكونون أكثر عرضة لزيادة الوزن، كما خلصت (Cook et al., 2017) إلى أن الأطفال الذين ينتمون إلى أسر ثرية حصلوا على طعام عالي الطاقة أكثر من نظرائهم من ذوي المكانة الاجتماعية والاقتصادية الأقل، وفي دراسة أندونيسية تكونت العينة من (N=1758) طفلاً، وكشفت نتائج الدراسة أن الأطفال من الأسر من ذوي الدخل المرتفع كانوا أكثر عرضة للإصابة بالسمنة بمعدل ٣ مرات؛ وذلك لأنهم أقل نشاطاً جسدياً بالمقارنة بالأطفال من الأسر الأكثر فقراً (كولينز وآخرون، ٢٠٠٨)، بينما كشفت دراسة (Ahrens et al., 2014) نتائج مغايرة حيث درس مدى انتشار زيادة الوزن والسمنة بحسب المنطقة والجنس والعمر والأسرة، بين الأطفال في سن ما قبل المدرسة، وأطفال المدارس في أوروبا على عينة تكونت من (N=16228)، إذ كشفت النتائج انتشار السمنة بين الأطفال من الفئات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا كان الأعلى. وبالمثل، أجريت دراسة في ثماني مدن أوروبية (فيلنيوس، فورلي، بون، فيريرا دو ألينتيخو، أنجيه، جنيف، بودابست، براتيسلافا) على عينة تكونت من ١١٨٤ طفلاً تتراوح أعمارهم بين ٦-١٨ سنة، ووجدت الدراسة أن الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة ترتبط بصورة عكسية بمؤشر كتلة الجسم للأطفال (Bammann et al., 2013).

وبالمثل، في الكويت، أثر التحول الاقتصادي خلال السنوات الأخيرة سلبيًا على نمط حياة المواطنين الكويتيين وعاداتهم الغذائية (Al Shammari, ٢٠٠٧)، حيث كشفت العديد من الدراسات عن وجود صلة بين المستوى الاجتماعي والاقتصادي (SES - Socioeconomic Status) وزيادة الوزن والسمنة لدى الأطفال (El-Bayoumy et al., 2009؛ Al-Isa & Moussa, 1999)، وأشار Al Shammari (٢٠٠٧) إلى أن ارتفاع المستوى الاجتماعي والاقتصادي (SES) للكويتيين أدى إلى وفرة الغذاء، مما ساهم

في زيادة استهلاك السعرات الحرارية إلى ما يتجاوز المتطلبات اليومية الموصي بها، كما أظهرت الأبحاث الحديثة أن حوالي نصف الأطفال الكويتيين وثلاث البالغين يستهلكون كميات من السعرات الحرارية في الأطعمة تفوق الحدود الموصي بها (Zaghloul et al., 2013)، وقد تبين وجود عوامل مختلفة ساهمت في زيادة الوزن لدى الأطفال منها: زيادة تناول السعرات الحرارية بين السكان الكويتيين، ونمط الحياة السليبي، ووجود وعدد من عاملات المنازل في العائلات الغنية (Al-Isa & Moussa, 1999)

#### الإرشاد المعرفي السلوكي والسمنة:

يقوم الإرشاد المعرفي أساساً على النموذج المعرفي Cognitive Model الذي ينص على أن انفعالات الأفراد وتصرفاتهم تخضع لتفسيراتهم للأحداث المحيطة بهم، بمعنى آخر يوضح النموذج المعرفي بأن ما يدفع الناس لشعور معين: كالغضب، أو الحزن، أو الخوف، أو غيرها ليس بالضرورة المواقف ذاتها، وإنما تفسيراتهم المعرفية لهذه المواقف، بينما يقوم الإرشاد السلوكي على أساس أن البيئة بشقيها المادي والاجتماعي هي التي تقدم التعزيز المناسب لاستمرار سلوك معين أو إيقافه.

وتتص الفرضية الأساسية التي يبني عليها الإرشاد المعرفي السلوكي هي أن الأفراد هم أنفسهم الذين يوجدون المشكلات؛ نتيجة للطريقة التي يفسرون بها الأحداث والمواقف التي تواجههم، وبالتالي يعمل الإرشاد المعرفي السلوكي هنا على إعادة للتنظيم والتعديل المعرفي لدى الفرد الذي ينتج عنه إعادة للتنظيم السلوكي، فالنموذج المعرفي السلوكي يقوم أساساً على تفسير التفكير ومحاولة إيجاد علاقة له بين المشاعر والسلوكيات التي تصدر عن الشخص من جهة، ومن جهة أخرى الموقف الذي يعيشه أو يختبره. وفي هذا المعنى تؤكد جودي بيك (J. Beck, 2007) على نقاط أساسية في علاقة الإرشاد المعرفي السلوكي بالسمنة وزيادة الوزن هي:

١. الإرشاد المعرفي هو علاج نفسي يساعد المشاركين في البرنامج على خفض أوزانهم والمحافظة عليها.
٢. إن طريقة تفكير الإنسان حول الطعام، وطريقة تناوله، ونمط الحياة تؤثر على سلوكه ومشاعره.

٣. إن إتباع الإنسان لطريقة معينة من التفكير الخاطئ تجعل أمر الحماية أو نظام الحياة صعبة في تنفيذها، وبالتالي يصعب عليه تحقيق خفض ناجح لوزنه.

٤. يهدف الإرشاد المعرفي إلى تغيير الأفكار الخاطئة التي تجعل الإنسان يحجم عن عن نمط الحياة الصحي إلى أفكار إيجابية تجعله يقبل وينجح في تطبيق برامج نمط حياة صحي لخفض الوزن.

وكما تم الإشارة إليه سابقاً، ترتبط السمنة في المقام الأول بالعادات غير الصحية في الحياة اليومية، خصوصاً فيما يتعلق بعادات الأكل ومستوى النشاط البدني (Castelnuovo et al., 2011; Manzoni et al., 2011)، وقد أظهرت العديد من الدراسات (Deitel et al., García-García et al., 2014) أن النشاط البدني المنتظم والاختيارات الواعية في النظام الغذائي يمكن أن يحدّا من السمنة، ويتمثل التحدي الأساسي في معالجة السمنة والاضطرابات المرتبطة بها في تطوير برامج شاملة ومستدامة تتضمن مجموعة متكاملة من التدخلات البدنية، الغذائية، والنفسية (Castelnuovo et al., 2011, 2015, 2017)، وتشير الدراسات إلى أن التدخلات العلاجية الشمولية التي تشمل: التنقيف الغذائي، برامج إعادة التأهيل البدني والتمارين، والعلاجات الغذائية، والصحية، والنفسية، والجراحية، والصيدلانية، غالباً ما تكون فعالة على المدى القصير، إلا أن العديد منها يتطلب تكاليف عالية وفترات طويلة من التعافي (Specchia et al., 2014; Tosolin, 2010). كما وجدت الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من السمنة يستعيدون ما يقارب ٣٠% من الوزن المفقود خلال السنة الأولى بعد اتباع برامج إنقاص الوزن (Curioni et al., 2005)، وفي كثير من الحالات، يعود الأفراد إلى وزنهم السابق بعد ثلاث سنوات من العلاج، (Castelnuovo et al., 2011)، إلا أن التدخلات النفسية تلعب دوراً أساسياً في علاج السمنة من خلال دعم التغييرات في نمط الحياة، مثل تحسين العادات الغذائية وزيادة النشاط البدني. ويُعتبر العلاج المعرفي السلوكي (CBT – Cognitive Behavioral Therapy) من أنواع العلاجات التي أثبتت فعاليتها في مشكلة السمنة، لا سيما فيما يتعلق بتعزيز نمط حياة صحي مع التركيز على زيادة النشاط البدني (Grilo et al., 2011; Vancampfort et al., 2014; Fossati et al., 2004).

وبناءً على ما سبق، فإن هذه الدراسة التجريبية قد تكون خطوة حقيقية في مواجهة خطر السمنة، ليس من خلال برامج حمية وقتية، وإنما عبر ترسيخ ثقافة صحية ونمط حياة جديد قابل للتطبيق على المستوى الأسري، مما يسهم في تحسين صحة الأطفال وأسرهم والمجتمع، وفقاً لبليك (Beck, 2007)، فإن العلاج المعرفي السلوكي هو منهج علاجي يمكن أن يساعد المشاركين على تبني أفكار وسلوكيات جديدة تساعد في التخلص من زيادة الوزن دون العودة إليه مجدداً؛ إذ تؤثر طريقة تفكير الفرد حول الطعام على سلوكياته ومشاعره، كما أن بعض أنماط التفكير السلبي قد تؤدي إلى خفض الدافعية وتقليل فرص النجاح في فقدان الوزن؛ لذا، فإن إعادة هيكلة هذه الأفكار وتحويلها إلى أفكار إيجابية يمكن أن يجعل الطفل وأسرته أكثر تقاؤلاً والتزاماً بالنمط الغذائي الصحي الجديد، وقد أثبت هذا النوع من العلاج فعاليته ومثال على ذلك، في دراسة أجراها (Stahre et al., 2007) تم تطبيق برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي (CBT) على مجموعة من النساء اللواتي يعانين من السمنة لمدة ١٠ أسابيع، وأشارت النتائج إلى انخفاض متوسط الوزن بمقدار ٨,٦ كجم، وبعد متابعة استمرت ١٨ شهراً، انخفض الوزن مجدداً بمعدل ٥,٤ كجم؛ مما يدل على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تغيير أفكار وسلوكيات النساء اللواتي يعانين من سمنة، وبالتالي تحقيق فقدان وزن مستدام. وفي دراسة أخرى أجراها السهل والقعود (Al-Sahel & Al-Qaoud, 2016) حول استخدام الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الوزن والحفاظ عليه، تمت دراسة عينة مكونة من ١٩ شخصاً بالغاً، حيث خضعوا لـ ١٢ جلسة إرشادية بهدف تغيير أفكارهم تجاه أنفسهم وعاداتهم الغذائية، وأظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في الأفكار والسلوكيات الغذائية، مما ساعدهم على تبني نمط حياة صحي أكثر استدامة، وفي دراسة لاحقة لـ السهل والقعود (Al-Sahel & Al-Qaoud, 2017) حول تأثير التفكير على حالة السمنة، شملت العينة ٧٢٨ مشاركاً (٢٢٠ رجلاً و٥٠٨ امرأة)، حيث تم تحليل الأسباب التي تحول دون التزامهم ببرامج الحمية، وخلصت النتائج إلى أن: ٧١,٩% من المشاركين يعتقدون أنهم لا يملكون الوقت الكافي لممارسة الرياضة، ٧٣% يعتقدون أنهم يفتقرون إلى الإرادة للاستمرار في الحمية، ٧٥% يرون أن برامج الحمية تتطلب صبراً لا يملكونه، ٥٢,٣% يشعرون بالضيق والعصبية أثناء اتباع الحمية، مما يجعلهم يتجنبونها، وهذه النتائج الأساسية لهذه الدراسة أكدت أن العوامل النفسية والأفكار المعرفية تلعب دوراً رئيسياً في استمرار السمنة، وفي عدم نجاح برامج فقدان الوزن،

مما يعزز الحاجة إلى برامج الإرشاد المعرفي السلوكي لمساعدة الأفراد في تغيير طريقة تفكيرهم تجاه الغذاء وأسلوب حياتهم لتحقيق نتائج مستدامة.

## إجراءات الدراسة:

المنهج المستخدم:

المنهج المستخدم في الدراسة الحالية هو المنهج التجريبي المكون من مجموعتين ضابطة وتجريبية، واستخدم تصميم المزاوجة مع قياس قبلي وبعدي. والمزاوجة "هي عملية مزاوجة فردين متشابهين في درجتيهما على متغير معين" (مراد، وهادي، ٢٠١٢، ص. ٣٧٩) وفيما يلي توضيح لتصميم المزاوجة:

التصميم التجريبي للدراسة (المزاوجة) :

المجموعة التجريبية ← قياس قبلي ← مزاوجة ← معالجة (البرنامج الإرشادي) ← قياس بعدي.

المجموعة الضابطة ← قياس قبلي ← مزاوجة ← لا توجد معالجة ← قياس بعدي.  
← مرور فترة من الزمن

مجتمع الدراسة وعينتها:

تألفت عينة الدراسة من (٢٦) طفلاً (ذكور وإناث) تتراوح أعمارهم بين ٧ إلى ١٢ سنة، وأولياء أمورهم الحاصلين على درجات عالية في استبيان نمط حياة الأسرة للحد من حالة زيادة الوزن أو السمنة، وهم الأفراد الذين تم التواصل معهم من خلال وزارة التربية (المدارس) ووزارة الصحة (الأندية الصحية)، وتم مزاوجة أفراد العينة عشوائياً في المجموعة الضابطة والتجريبية، حيث تكونت المجموعة التجريبية من مجموعتين مجموعة الأطفال، ومجموعة أولياء الأمور، وكذلك بالنسبة إلى المجموعة الضابطة، حيث قُسمت المجموعات على النحو التالي:

١. المجموعة التجريبية وتضم ١٣ طفلاً (ذكور وإناث).
٢. المجموعة الضابطة وتضم ١٣ طفلاً (إناث وذكور).
٣. المجموعة الضابطة وتضم ١٣ والدًا.
٤. المجموعة التجريبية وتضم ١٣ والدًا.

أدوات الدراسة:

١. استبيان نمط الحياة: إعداد/ الباحثون

تكون الاستبيان في صورته الأولية من (48) عبارة موزعة على (5) أبعاد هي: السلوكيات الغذائية، والإدراك الغذائي، وأفكار الوالدين حول الطفل، والسلوكيات الاجتماعية الغذائية، والبيئة السلوكية المتعلقة بجائحة كورونا، وتكون في صورته النهائية من (٤١) عبار، واحتوى الاستبيان على خمسة أبعاد هي: السلوكيات الغذائية، الإدراك الغذائي، أفكار الوالدين حول الطفل، السلوكيات الاجتماعية الغذائية، والبيئة السلوكية المرتبطة بجائحة كورونا.

أ. الهدف من الاستبيان:

التعرف على نمط حياة أسر الأطفال الذين يعانون من السمنة.

ب. خطوات إعداد الاستبيان:

تم إعداد الاستبيان الحالي بهدف توفير استبيان يناسب البيئة الكويتية، والظروف التي مر بها المجتمع (جائحة كورونا)، للتعرف على نمط حياة الأسر الكويتية الذين لديهم أطفال يعانون من السمنة، بما يتناسب مع النظرية المعرفية السلوكية التي تقوم على فهم الأفكار والسلوكيات المختلفة.

ج. تحكيم الاستبيان:

عُرض الاستبيان على (5) محكمين من أساتذة علم النفس في جامعة الكويت، والهيئة العامة للتطبيقي، وتم الأخذ في ملاحظاتهم.

د. ثبات الاستبانة

بلغت درجة ألفا كرونباخ ٠,٨٨٧ للاستبيان ككل

هـ. الاتساق الداخلي للاستبانة



واستخرجت الاتساق الداخلي للاستبيان من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية، وكل بعد من الأبعاد كما هو موضح في الجدول (1):

| جدول (1) معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية وأبعاد الاستبيان |                                |                              |                                       |                                            |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| الدرجة الكلية                                                     | البعد الأول السلوكيات الغذائية | البعد الثاني الإدراك الغذائي | البعد الثالث أفكار الوالدين حول الطفل | البعد الرابع السلوكيات الاجتماعية الغذائية | البعد الخامس البيئة السلوكية المتعلقة بجائحة كورونا |
|                                                                   | 0.799***                       | 0.831***                     | 0.699***                              | 0.610***                                   | 0.688***                                            |

يتضح من الجدول (1) أن العلاقة بين معامل الارتباط بين الدرجة الكلية وبعد السلوكيات الغذائية (0.799)، وبين الدرجة الكلية وبعد الإدراك الغذائي (0.831)، وبين الدرجة الكلية وبعد أفكار الوالدين حول الطفل (0.699)، وبين الدرجة الكلية وبعد السلوكيات الاجتماعية الغذائية (0.610)، وبينها وبين بعد البيئة السلوكية المتعلقة بجائحة كورونا (0.688)، وتعتبر هذه المؤشرات مؤشرات عالية إلى مقبولة.

الاستبيان في صورته النهائية: (ملحق: 1)

تكون الاستبيان في صورته النهائية من (14) عبارة موزعة على (5) أبعاد هي:

1. السلوكيات الغذائية تضمنت (13) بنداً.
  2. الإدراك الغذائي تضمن (8) بنود.
  3. أفكار الوالدين حول الطفل تضمنت (8) بنود.
  4. السلوكيات الاجتماعية الغذائية تضمنت (5) بنود.
  5. البيئة السلوكية المتعلقة بجائحة كورونا تضمنت (7) بنود.
- وتحتوي كل عبارة على ثلاثة بدائل الإجابة (دائماً-أحياناً-أبداً)

البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي

أولاً: مراحل برنامج الإرشاد الجمعي السلوكي المعرفي Group Cognitive Therapy Behavioral (GCBT)

يتكون برنامج الإرشاد الجمعي المعرفي السلوكي من خمس مراحل كما يلي:

المرحلة الأولى: تعريف وتعارف

تتكون هذه المرحلة من جلسة واحدة فقط (الجلسة الأولى) يحضر فيها فريق إدارة الجلسات المكون من الاستشاري النفسي والأخصائيين النفسيين وأخصائية التغذية، بحيث يتحقق في نهاية هذه الجلسة الأهداف التالية:

- (١) تعريف المشاركين بالبرنامج الإرشادي وأهدافه.
- (٢) تعريف المشاركين بالقائمين على البرنامج.
- (٣) تعريف المشاركين ببعضهم البعض.
- (٤) تعريف المشاركين بمسؤولياتهم أثناء الجلسات الإرشادية.
- (٥) تعريف المشاركين بقواعد العمل في الجلسات الإرشادية وما يتعلق بها وأسس التعامل معها.
- (٦) التأكيد على أهمية التفاعل بين المشاركين بعضهم البعض من جهة ومع المرشدين وأخصائية التغذية من جهة أخرى أثناء الجلسات الإرشادية.
- (٧) العمل على بناء علاقة إرشادية مع المرشدين.
- (٨) تحديد أهداف المشاركين والتعرف على درجة القوة عندهم ومدى رغبتهم في تحقيقها والوقت المتوقع لتحقيقها خلال هذا البرنامج.

المرحلة الثانية: ثقافة غذائية

تتكون هذه المرحلة من جلستين (الجلسة الثانية والثالثة) تديرهما أخصائية التغذية بحضور الأخصائيين النفسيين، ويقدم فيهما ثقافة للمشاركين تتعلق بالتغذية والإطعام ونمط الحياة اللازم، بحيث يتم فيهما في النهاية تحقيق الأهداف التالية.

- (١) تثقيف وتزويد المشاركين بمعلومات أساسية عن الغذاء الصحي وأنواع الغذاء الذي يتناوله الإنسان وعلاقته بالسعرات الحرارية التي يكتسبها من ناحية ومن ناحية أخرى علاقته بالوزن وفوائد ومضار أنواع الطعام المختلفة التي يتناولها الناس (تقديم مطبوعات).
- (٢) تثقيف وتزويد المشاركين بمعلومات أساسية تتضمن أنماط الحياة الصحية وعلاقتها بالنظام الغذائي والرياضي وانعكاسها على وزن الإنسان ومدى فوائدها ومضارها لوزن الأطفال والمحافظة عليه (تقديم مطبوعات).

(٣) تبصير المشاركين بحقائق تتعلق بكيفية التدرج في تطبيق نمط حياة جديد وأهمية أن تكون أهداف المشاركين منطقية تتناسب مع قدراتهم وأوزان أطفالهم بحيث يتم تجنب الرغبة في سرعة إنقاص أوزان الأطفال مع التأكيد على مراعاة الحالة الذهنية والنفسية والسلوكية للمشاركين (يشارك في تقديم هذه الجلسة أخصائية التغذية والأخصائي النفسي).

المرحلة الثالثة: ثقافة بمبادئ النظرية المعرفية السلوكية المتعلقة بنمط الحياة الأسرية تتكون هذه المرحلة من جلستين (الجلستين الرابعة والخامسة) يديرهما الأخصائي النفسي بحضور أخصائية التغذية، ويقدم فيهما ثقافة للمشاركين تتعلق بتأثير أفكار الإنسان على حالته النفسية والسلوكية مع توضيح أمر دور الإنسان في تغيير هذه الأفكار وانعكاسها على مشاعره وسلوكه، مع التأكيد على أثر ودور الأفكار السلبية على مشاعر الناس وتصرفاتهم من حيث استسلامهم للسمنة أو عدم إتباع الالتزام بنمط حياة صحي. وفي نهاية هذه المرحلة يتم تحقيق الأهداف التالية:

- ١- التعرف على العلاقة بين الأفكار والمشاعر والتصرفات.
- ٢- باستخدام بطاقة تدوين المعتقدات (Beliefs Record Cards (BRC) يتم رصد المعتقدات السلبية التي يحملها المشاركون عن السمنة وأسبابها وعوامل فشل أو نجاح برامجها.
- ٣- باستخدام بطاقة تدوين المشاعر (Feelings Records Cards (FRC) يتم رصد المشاعر التي تعرض لها المشاركون في مواقف مختلفة مع أطفالهم ذات علاقة بزيادة الوزن.
- ٤- باستخدام بطاقة تدوين السلوكيات (Behavioral Record Cards) يتم رصد السلوكيات السلبية والعادات الغذائية التي يمارسها المشاركون وأطفالهم في حياتهم اليومية والتي لها انعكاسات سلبية حادة على زيادة الوزن.
- ٥- تبصير المشاركين بالعلاقة بين الأفكار والمعتقدات التي يحملونها عن الغذاء ونمط الحياة وعلاقتها بزيادة الوزن.
- ٦- إكساب المشاركين مهارة التدخل لوضع نظام غذائي يساعد على التمييز بين الأكل لحاجة والأكل لرغبة.

٧- بناء خط أساس لكل مشارك (مجموعات أولياء الأمور فقط) يتم فيه تحديد الوضع الحالي للوزن الزائد عند أطفالهم وما يحمله من معتقدات وأفكار وما يمارسه من سلوكيات خاطئة مع أطفاله تتعلق بالغذاء والتغذية، كما يتضمن خط الأساس صياغة أهداف كل مشارك من وراء مشاركته في هذه الدراسة، بحيث تتم هذه الصياغة للأهداف بشكل إجرائي واضح ودقيق يمكن تحقيقها ومتابعتها. أي أنه يستطيع كل مشارك تقدير مدى ما تحقق من أهدافه والظروف التي ساهمت بذلك.

#### المرحلة الرابعة: العلاج

في هذه المرحلة يكون المشاركون قد وصلوا إلى مرحلة الاستعداد النفسي للدخول في عمق العملية الإرشادية. وتتكون هذه المرحلة من أربع جلسات (الجلسات من 6 إلى 9) تهدف إلى تحقيق ما يلي:

١. مناقشة المشاركين في مفهومي تناول الطعام لحاجة (وهو إحساس عضوي يظهر في جميع جوانب البدن) وتناول الطعام لرغبة (وهو إحساس نفسي يظهر فقط في منطقة الصدر) وأهمية دراسة الفرق بينهما.
٢. التأكيد على استبصار المشاركين بمفهوم الإرشاد المعرفي، خاصة حقيقة العلاقة بين ما يحملونه من أفكار وما يحملونه من مشاعر وما يصدر عنهم من تصرفات.
٣. التأكيد على أن تغيير أفكارنا سوف يؤدي بالضرورة إلى حدوث تغيير في مشاعرنا ومن ثم تغيير في تصرفاتنا.
٤. التأكيد على أن الإنسان مسؤول عن حالة زيادة الوزن لديه وأن فشله في وضع نمط حياة صحي يرجع إلى أفكاره السلبية تجاه البرنامج أو اتجاه نفسه، وأن تغيير هذه الأفكار سوف يدفعه إلى التعامل الإيجابي مع نمط الحياة ومن ثم التأثير في خفض الوزن عند الأطفال والمحافظة عليه.
٥. التأكيد على فكرة "أستطيع" أو "لا أستطيع" لبناء نمط حياة صحي، كما تعتمد على فكرة أخرى وهي "إذا كنت لا تحب ما تشعر به، غير معتقدات (If you don't like what you are feeling, change your beliefs. وهنا يتم مناقشة الأسئلة التالية):

- ما هي أفكار كل مشارك عن نفسه كولي أمر؟
- ما هي أفكار كل ولي أمر عن حالة الوزن عند طفله؟

- ما هو الدليل على صحة هذه الأفكار؟
  - هل يستطيع استبدالها بأخرى؟
  - بماذا يشعر عندما يستبدل أفكاره السلبية بأخرى إيجابية؟
  - ما مدى استفادتنا من ذلك فيما يتعلق بنمط حياة صحي؟
٦. شرح ما يسمى بمقياس الجوع Hunger Scale (Castillo, 2006) وهو مقياس يمكن أن يساعد المشاركين على التمييز بين تناول الطعام بسبب جوع حقيقي أم تناول الطعام بسبب جوع غير حقيقي (نفسي).
٧. التأكيد على التفاعل الجماعي بين الأعضاء من جهة ومع المرشد من جهة أخرى وتقديم تغذية راجعة feedback تتعلق بالأفكار الخاصة بتناول الطعام ونوع الطعام وكميته وحالة البدن ووزنه بحيث يستطيع كل مشارك الوصول إلى تقييم حالته النفسية والبدنية على مدى جلسات الإرشاد الجمعي.
٨. التأكيد على تطبيق مفاهيم وأساليب الإرشاد السلوكي المعرفي في التخلص من المفاهيم والمعتقدات والسلوكيات الخاطئة التي تعيق عملية إيجاد وبناء نمط حياة صحي يساعد على تخفيف الوزن والعمل على اكتساب مفاهيم ومعتقدات وقيم ومهارات إيجابية تُسهل عملية تخفيف الوزن والمحافظة عليه.
٩. فهم وتطبيق أساليب وأدوات الإرشاد السلوكي مثل أسلوب حل المشكلات Problem-solving ومراقبة الذات Self-monitoring وإدارة الذات Self-management والثواب والجزاء Reinforcement and Punishment... الخ.
١٠. في جميع الجلسات يتم التأكيد على التفاعل الإيجابي والتغذية الراجعة بين المشاركين لتكون هي السمة البارزة بينهم، بجانب الاتفاق على تكليف بعضهم البعض بواجبات منزلية يقومون بها بعد كل جلسة وتقديمها بالجلسة التالية لتقويم أفكارهم ومشاعرهم وتصرفاتهم المتعلقة بنمط الحياة الصحي وإنعكاسه على خفض الوزن.

#### المرحلة الخامسة: التقويم والمتابعة

تتكون هذه المرحلة من جلسة واحدة (الجلسة 10) فقط وفيها يحضر جميع القائمين على إدلة الجلسات (الاستشاري النفسي، الأخصائي النفسي، أخصائية التغذية) وذلك لتقويم ما تم تحقيقه من أهداف مع التعرف على رأي المشاركين والأفكار التي تم تغييرها وأثرها على حالتهم النفسية

والبدنية وحالة نمط الحياة عندهم وإنعكاسها عليهم وعلى حالة الوزن عند أطفالهم، بجانب الاتفاق على تحديد موعد بعد ثلاثة شهور للتأكد من استمرار التحسن إذا حدث واستقراره، الأمر الذي يتضمن مرحلة التقويم التأكد من موضوع استقرار الوزن واستمرار الأفكار الإيجابية الجديدة maintenance وذلك من خلال إعادة تطبيق الاستبيان مرة أخرى وأخذ قياسات أوزان أطفال المجموعات التجريبية والضابطة بعد مرور ثلاثة شهور من انتهاء الجلسة الأخيرة. ثانيًا: موضوعات الجلسات

أعد الباحثون برنامج إرشادي قائم على النظرية المعرفية السلوكية لأرون بيك لتحسين نمط حياة الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة، وتكون البرنامج من (10) جلسات للأطفال الذين يعانون من السمنة أو زيادة في الوزن، و(10) جلسات لأولياء أمورهم. يوضح جدول (2) موضوع كل جلسة

الجدول 2: موضوعات جلسات الأطفال وأولياء الأمور

| رقم الجلسة | موضوع جلسة أولياء الأمور                    | موضوع جلسة الأطفال                           |
|------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1          | تقديم البرنامج، وتهيئة وتعارف               | تقديم، وتهيئة وتعارف                         |
| 2          | الثقافة الغذائية                            | الثقافة الغذائية                             |
| 3          | نموذج الإرشاد المعرفي السلوكي               | نموذج الإرشاد المعرفي السلوكي                |
| 4          | التمييز بين الجوع والرغبة (البعد الاجتماعي) | العلاقة بين الأفكار ونمط الحياة وزيادة الوزن |
| 5          | إدارة الذات ونمط الحياة                     | إدارة الذات ونمط الحياة                      |
| 6          | أهمية حل المشكلات وعلاقته بنمط الحياة       | تحمل المسؤولية                               |
| 7          | الإرشاد المعرفي ونمط الحياة وزيادة الوزن    | تنظيم نمط الحياة الصحي                       |
| 8          | مواجهة الأفكار السلبية المتعلقة بنمط الحياة | البيئة المنزلية الصحية                       |
| 9          | علاقة البيئة بأفكارنا                       | علاقة البيئة بأفكارنا                        |
| ١٠         | جلسة مفتوحة لتقييم الأفكار والبيئة المنزلية | التغذية الراجعة                              |

ويوضح جدول (3) ملخص جلسات الأطفال التي تم تطبيقها

جدول 3: ملخص جلسات الأطفال

| عنوان الجلسة                                                          | ملخص الجلسة                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تهيئة وتعارف                                                          | تعرف الأطفال على البرنامج، وتم بناء العلاقة الإرشادية مع مجموعة الأطفال، كما تم التعرف على توقعاتهم من البرنامج حيث تبين أن لدى بعض الأطفال توقعات حول النظام الغذائي، وكشف البعض عن رغبته في التخلص من السلوكيات السلبية الغذائية والعادات السلبية، وفي ختام الجلسة تم الاتفاق على مواعيد الجلسات والمكان.        |
| الجلسة الثانية: عنوان الجلسة: ثقافة غذائية                            | تعرف الأطفال من خلال أسلوب النمذجة، واللعب، والحوار والنقاش على العادات الغذائية الصحية وغير الصحية، وكما عبر الأطفال عن عاداتهم غير الصحية، وتم تعزيز اختيارات الأطفال الصحية. وتم التأكد من فهم الأطفال من خلال التغذية الراجعة، وختمت الجلسة بتقديم تكليف ورقة عمل للأطفال لتعزيز هذا المفهوم.                  |
| الجلسة الثالثة: عنوان الجلسة: النموذج الأساسي للإرشاد المعرفي السلوكي | أدرك الأطفال العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك وفقاً لنموذج الإرشاد المعرفي السلوكي، وتم الربط بين الأفكار الخاطئة ونمط الحياة غير الصحي من خلال الأسلوب القصصي والتعليمي ومن خلال اللعب، واستطاع الأطفال تدوين بعض الأفكار السلبية التي يحملونها في أذهانهم حول نمط الحياة الصحي.                              |
| الجلسة الرابعة: عنوان الجلسة: علاقة الأفكار بنمط الحياة وزيادة الوزن  | استوعب الأطفال بهذه الجلسة العلاقة بين الأفكار السلبية والسلوكيات السلبية، وزيادة الوزن واتباع نمط حياة غير صحي، كما استطاع الأطفال تحديد الأفكار والسلوكيات السلبية التي يقومون بها والتي تحول اتباعهم لنمط حياة صحي، حيث كشف الأطفال عن مجموعة أفكار آلية سلبية في بعض المواقف التي يكسرون بها نمط الحياة الصحي. |
| الجلسة الخامسة: عنوان الجلسة: إدارة الذات                             | استطاع الأطفال في هذه الجلسة استيعاب مفهوم إدارة الذات من خلال أسلوب النمذجة، واللعب، والحوار والنقاش، ولعب الأدوار، وتم تدريبهم على تحديد الأهداف اليومية من خلال عمل جدول لتنظيم الذات، كما استطاع الأطفال التمييز بين حسن إدارة الذات وسوء إدارة الذات.                                                         |
| الجلسة السادسة: عنوان الجلسة: تحمل المسؤولية                          | تمكن الأطفال من التعرف على مفهوم تحمل المسؤولية، وأهميته، كما تعرفوا على الأمور التي تدخل في نطاق مسؤولياتهم، والأمور التي ليست من مسؤولياتهم، وتم تقديم خطة عمل منزلية يقوم بها الطفل يتم من خلالها تحديد المسؤوليات التي يتحملها من أجل تحقيق الوزن المناسب.                                                     |

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الجلسة السابعة: عنوان الجلسة: تنظيم نمط حياة صحي | تعرف الأطفال على نمط الحياة الصحي، وأدركوا العلاقة بين نمط الحياة وزيادة الوزن، وتم التعرف على أفكارهم المتعلقة بنمط الحياة الصحي، كما تم تدوين ومناقشة الصعوبات التي واجهها الأطفال من تطبيق نمط حياة صحي منها صعوبات متعلقة بضغوطات اجتماعية، وأخرى بسبب أفكار ومعتقدات خاطئة وغيرها، كما طُلب من الأطفال تدوين المواقف السلبية والإيجابية خلال الأسبوع المتعلقة بتطبيق نمط حياة صحي ليتم مناقشتها في الجلسة التي تليها. |
| الجلسة الثامنة: عنوان الجلسة: بيئة منزلية صحية   | تم التعرف على أفكار الأطفال اتجاه الوزن ونمط الحياة الصحي، وتم تطبيق مدرج القلق على الأطفال بحيث يتم تدريب تطبيق نمط الحياة الصحي من السهل إلى تحقيق الهدف وجعل نمط الحياة الصحي عادة كممارسة الرياضة، كما تمكن الأطفال من كتابة توكيدات إيجابية محفزة للاستمرار في تطبيق نمط الحياة الصحي.                                                                                                                                |
| الجلسة التاسعة: علاقة البيئة بأفكارنا            | تم التعرف على أهم التغيرات التي حدثت في نمط الحياة، وتم مناقشة علاقة الأفكار في البيئة.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| الجلسة العاشرة: تغذية راجعة                      | في هذه الجلسة تم تقييم مدى استفادة الأطفال من البرنامج والتعرف على ما تم تعلمه في الجلسات الماضية من خلال التغذية الراجعة وبعض الاستراتيجيات الأخرى.                                                                                                                                                                                                                                                                       |



وفيما يلي عرض لمخلص جلسات أولياء الأمور جدول (4)  
جدول (4): ملخص جلسات أولياء الأمور

| عنوان الجلسة                                                                                    | ملخص الجلسة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الجلسة الأولى: عنوان الجلسة: التعريف بالبرنامج والقائمين عليه وأهدافه ومسؤوليات المشاركين به    | تم تعريف المشاركين بأعضاء الفريق بالإضافة إلى تعريفهم عمل الجلسات الإرشادية (أولياء الأمور) ومناقشتهم بمدتها ومواعيدها وأماكنها بالإضافة إلى قواعد العمل ومسؤولياتهم مع التأكيد على أهمية تفاعلهم ومشاركتهم بإيجابية في الجلسات الإرشادية، وقد تفاعل المشاركون بشكل إيجابي حول فهم البرنامج الإرشادي والتعرف على قواعد سير العمل.                        |
| الجلسة الثانية: عنوان الجلسة الثانية: ثقافة غذائية                                              | اتسمت هذه الجلسة بتفاعل أكثر فاعلية من قبل المشاركين في التعرف على بعض المفاهيم الغذائية المرتبطة بالوزن لدى الطفل، العادات الإيجابية، العادات السلبية ومدى تأثيرهما على تحديد نمط الحياة المناسب للطفل.                                                                                                                                                 |
| الجلسة الثالثة: عنوان الجلسة: النموذج الأساسي للإرشاد المعرفي                                   | أدرك الأطفال العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك وفقاً لنموذج الإرشاد المعرفي السلوكي، وتم الربط بين الأفكار الخاطئة ونمط الحياة غير الصحي من خلال الأسلوب القصصي والتعليمي ومن خلال اللعب، واستطاع الأطفال تدوين بعض الأفكار السلبية التي يحملونها في أذهانهم حول نمط الحياة الصحي.                                                                    |
| الجلسة الرابعة: عنوان الجلسة: الفرق بين تناول الطعام لجوع وتناول الطعام لرغبة (البعد الاجتماعي) | ميز المشاركون بين تناول الطعام لجوع وتناوله لرغبة مع تطبيق مفاهيم الإرشاد المعرفي السلوكي في ضبط الأفكار المتعلقة بالجوع والشبع عند أطفالهم، وقد تفاعل المشاركون تفاعلاً إيجابياً، تدريب المشاركون على ممارسة ضبط الأفكار المتعلقة بالجوع والشبع عند أطفالهم وتم استثمار مفاهيم النظرية المعرفية في حالات تناول الطعام.                                  |
| الجلسة الخامسة: عنوان الجلسة: إدارة الذات ونمط الحياة                                           | ومن هنا بدأت العقوبات الحقيقية التي يواجهها المشاركون مع أطفالهم من قبل أفكارهم السلبية حول عدم قدرة أطفالهم على إدارة ذواتهم وقدرتهم المحدودة في السيطرة على أوزانهم، وقد اتضح أيضاً الفهم الخاطئ من قبل المشاركين حول إدارة الذات لأطفالهم بأن تكون هنالك سيطرة تامة على سلوكياتهم الغذائية وقد تم اكساب المشاركين مهارة حسن بناء برنامج لإدارة الذات. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>تفاعل إيجابي من قبل المشاركين أثناء تعرفهم على الأفكار اللاعقلانية ومدى تأثيرها على مشاعرهم وسلوكهم في حل المشكلات واتخاذ القرارات المناسبة للمواقف التي يمرون بها، وقد تخيل المشاركون مواقف تعتبر مشكلة لم يستطيعوا حلها وتسببت لهم بمشاعر سلبية وتم تطبيق أسلوب حل المشكلات معهم وتوصلوا إلى حلول مرضية ومناسبة.</p>                                                                                                                                                              | <p>الجلسة السادسة: عنوان الجلسة: أهمية أسلوب حل المشكلات وارتباطه بنمط الحياة.</p> |
| <p>تم مساعدة المشاركين على اكتساب مهارة استخدام تفكيرهم الخاص بطريقة تساعدهم على تمييز الأفكار السلبية عن الإيجابية، وقاموا ربط المهارات السابقة التي اكتسبوها في الجلسات السابقة بمهارة تمييز الأفكار السلبية عن الأفكار الإيجابية، وقد شعر المشاركون بالراحة وعبروا عن مشاعرهم في تغير تفكيرهم حول قدرتهم على تحقيق نمط حياة صحي.</p>                                                                                                                                                | <p>الجلسة السابعة عنوان الجلسة: الإرشاد المعرفي ونمط الحياة وزيادة الوزن</p>       |
| <p>مناقشة الأعضاء بالأفكار التي يحملونها عن نمط الحياة وحالة الوزن عند أطفالهم، بحيث يشارك كل عضو في الأفكار التي يحملها ورأيه بها ورأي الأعضاء الآخرين بها وكيفية التخلص منها ما إن كانت تلك الأفكار سلبية وتطبيق الأفكار الإيجابية من خلال إعادة تنظيم البيئة المنزلية (نمط الحياة) من الطعام الضار، وقد تفاعل المشاركون مع بعضهم البعض وتحققت المساندة الاجتماعية والدعم في الإرشاد الجمعي وبدأ المشاركون بإدراك مفاهيم الإرشاد النفسي المبني على نظرية العلاج المعرفي السلوكي.</p> | <p>الجلسة الثامنة: عنوان الجلسة: محاربة الأفكار السلبية المتعلقة بنمط الحياة</p>   |
| <p>تم تقسيم هذه الجلسة إلى جانبين، الجانب الأول يضم المشاركين ومن خلالها قام المشاركون بطرح أفكار لتطبيق نمط حياة صحي ومدى استعدادهم لتوفير البيئة الصحية لأطفالهم، والجانب الآخر يضم المشاركين وأطفالهم وتم عمل برنامج لنمط حياة صحي من قبل الطرفين ليتم تحقيقه، وقد التمس المشاركون في أطفالهم التغير في مشاعرهم وافكارهم للوصول لنمط حياة صحي.</p>                                                                                                                                  | <p>الجلسة التاسعة: عنوان الجلسة: أفكارنا ونمط الحياة</p>                           |

#### نتائج الدراسة:

أولاً: نتيجة السؤال الأول:

السؤال الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي؟

للإجابة على هذا السؤال استخدم اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين Independent T-Test للمقارنة بين المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي كما هو موضح في الجدول رقم (5).

الجدول (5) : المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، وقيمة ت

ودالاتها للمجموعة الضابطة والتجريبية.

| مقياس نمط الحياة | المجموعة  | العدد | المتوسط | الانحراف المعياري | t     | الدلالة |
|------------------|-----------|-------|---------|-------------------|-------|---------|
| القياس البعدي    | الضابطة   | 13    | 78.38   | 8.7               | -4.64 | 0.000   |
|                  | التجريبية | 13    | 91.85   | 5.8               |       |         |

يتضح من الجدول رقم (5) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ بلغت قيمة  $t = -4.64$ ، ومستوى الدلالة 0.000، وقد بلغ متوسط المجموعة الضابطة (78.38)، ومتوسط المجموعة التجريبية (91.85). وكشفت نتائج السؤال الأول تأثير العلاج الجمعي المعرفي السلوكي بوضوح في تحسين نمط الحياة لدى أفراد عينة الدراسة. كما أشارت الدراسة التي أجراها Margaritis مارجريتييس وآخرون. (٢٠٢٠) دعم هذه النظرية من خلال إظهار أن تجاهل عوامل نمط الحياة المتغيرة مثل التغذية يمكن أن يؤدي إلى عادات روتينية جديدة غير صحية. وهذه النتيجة تؤكد على أن تغيير نمط الحياة من السلبي (غير الصحي) إلى الإيجابي (الصحي) له دور كبير في التأثير على وزن الإنسان، وهو الذي قامت به الدراسة الحالية من تدريب واكتساب أفراد المجموعة التجريبية من مهارات في تغيير أسلوب نمط الحياة. وما يؤكد بأن عدم تلقي المجموعة الضابطة من إرشادات لتغيير نمط الحياة غير الصحي، على عكس المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج الإرشادي من خلال جلسات تثقيف الأطفال وأولياء الأمور حول الثقافة الغذائية والعادات الغذائية الجيدة مقابل السيئة. كما حث خبراء التغذية

المجموعة على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن عاداتهم الغذائية وساعدوهم على فهم نمط الحياة من خلال فهم نموذج التوجيه الأساسي. المعرفي وأن عقليتهم مرتبطة بنمو وزنهم. إن إشراك أولياء الأمور في البرنامج بعد التدريب في المجموعة التجريبية أثر في تحسين نمط الحياة وتقليل زيادة الوزن، على عكس المجموعة الضابطة (J. C. Li et al., 2020).  
ثانيًا: نتيجة السؤال الثاني:

للإجابة على السؤال الثاني استخدم اختبار (ت) لمجموعتين غير مستقلتين Paired T- Test للمقارنة بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية كما هو موضح في الجدول رقم (6).

الجدول (6): المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، وقيمة ت ودلالاتها للمجموعة التجريبية في القياس القبلي، والبعدي.

| مقياس نمط الحياة | المجموعة التجريبية | العدد | المتوسط | الانحراف المعياري | t     | الدالة |
|------------------|--------------------|-------|---------|-------------------|-------|--------|
| القياس القبلي    | التجريبية          | 13    | 71      | 12.23             | -5.94 | 0.000  |
| القياس البعدي    | التجريبية          | 13    | 91.85   | 5.8               |       |        |

يتضح من الجدول (6)، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي (متوسط=71)، والقياس البعدي (متوسط=91.85)، حيث بلغت قيمة (ت) (-5.94)، ومستوى الدلالة (0.000)، كما أجرى الباحثون اختبار متعدد المتغيرات (Multivariate Testsa) ونتائجه كانت متوافقة مع اختبار (ت).

توضح النتائج فعالية الارشاد المعرفي السلوكي في تحسين نمط حياة الأطفال الذين يعانون من سمنة أو من زيادة في الوزن، ويمكن تفسير هذا التحسن باكتساب المجموعة التجريبية عادات سلوكية جديدة، ومهارات تغيير الأفكار، وتعلم عادات غذائية صحية، والتي قد ساهمت في خفض الوزن أو السمنة، واتفقت نتائج الدراسة مع دراسة Margaritis "مارقاريتس" وآخرون (2020)، التي أكدت على أن تهميش عوامل نمط الحياة القابلة للتعديل مثل النظام الغذائي قد يؤدي إلى ظهور عادات روتينية غير صحية جديدة، قد تؤثر عليهم في المستقبل، وبالتالي قد يعتبر تحسين نمط الحياة ركيزة أساسية للتحسن من الحياة الصحية لدى الأفراد ومنها خفض السمنة، كما أن إشراك الوالدين بالبرنامج بعد التدريب في المجموعة

التجريبية، كان له أثر في تحسين نمط الحياة وخفض زيادة الوزن على عكس المجموعة الضابطة التي لم تتلقى البرنامج الإرشادي (Li, J. C., et. al. ٢٠٢٠).

#### مناقشة النتائج

يعتبر الإرشاد المعرفي السلوكي من أهم الاتجاهات الحديثة في الإرشاد والعلاج النفسي، وقد أظهر فعاليته في البدايات بعلاج الاكتئاب، فقد وضحت دراسات آرون بيك أن هناك نتائج إيجابية حُققَت من خلال تغيير نمط التفكير غير الواقعي والسلوك المشكل لدى الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب. وقد قامت العديد من الدراسات بتوسيع نطاق تطبيق العلاج المعرفي السلوكي للنظر إلى فاعليته في مختلف الحالات كالقلق واضطراب الوسواس القهري، وحتى السمنة. على سبيل المثال، يركز على إعادة تشكيل الأفكار وتعزيز السلوكيات الصحية (Dalle Grave et al., 2018). إلا أنه هناك حاجة إلى إجراء المزيد من الأبحاث لاستكشاف فعالية هذا الأسلوب العلاجي والإرشادي للأطفال الذين يعانون من اضطرابات مختلفة. (Davison et al., 2023)

وأُجريت الدراسة الحالية التي قد تكون مساهمة في مجال البحث العلمي للأطفال باستخدام الإرشاد المعرفي السلوكي، حيث قُدمت جلسات العلاج المعرفي السلوكي للأطفال بمشاركة فعالة من الوالدين لتحسين نمط حياة الأطفال الذين يعانون من السمنة. تم تنفيذ هذا التدخل بواسطة فريق متخصص يتكون من أخصائيين نفسيين واختصاصيين تغذية. وقد أكدت العديد من الدراسات أهمية دور الأسرة والوالدين في دعم وتعزيز فعالية العلاج المعرفي السلوكي للأطفال (Allard et al., 2022) (Silver et al., 2019)، (Herren et al., 2022) من جانب دور الأسرة. كشفت دراسة (Silver et al., 2019) عن آراء مقدمي الرعاية الصحية فيما يتعلق بالالتزام العائلي وتغيير السلوك في برنامج السمنة في الطفولة، وأظهرت دراسة (Arcan et al., 2020) أيضًا أن المشاركة الوالدية تلعب دوراً كبيراً لعلاج وإرشاد الأطفال لاتباع نمط غذائي صحي، وقد طُبِّق العلاج المعرفي السلوكي على نطاق واسع لكل من الأطفال ووالديهم. على سبيل المثال، كشفت إحدى الدراسات (Vlaev et al., 2021) أن السمنة لدى الأطفال يمكن مواجهتها من خلال تغيير نمط الحياة باستخدام العلاج المعرفي السلوكي. كما أظهرت دراسة (Allard et al., 2022) فعالية أسلوب العلاج المعرفي السلوكي الموجه من قبل الوالدين (GPD-CBT) لاضطرابات القلق في الطفولة. وقدمت

دراسة أخرى العلاج العائلي القائم على العلاج المعرفي السلوكي للأطفال الذين يعانون اضطراب الوسواس القهري (Herren et al., 2022) ، (al., 2022)، كما أظهر الإرشاد الجمعي المعرفي السلوكي فعاليته مع مختلف اضطرابات الصحة النفسية لدى الأطفال (Barron-Linnankoski et al., 2022).

اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الأبحاث السابقة (Dalle Grave et al., 2020)، (Vlaev et al, 2021) (Kurnik (Mesarič et al., 2023)، (Sockalingam et al., 2023، التي تؤكد فعالية العلاج المعرفي السلوكي لعلاج مشكلات مختلفة منها السمعة وتحسين نمط (Mazurek Melnyk et al., 2020) ، و (Mohammadi et al., 2021) ، و (Mazurek Melnyk et al., 2020)، و (Kurniawan Purba et al., 2023) و (Mazurek Melnyk et al., 2020).

#### التوصيات

بناءً على النتائج أوصى الباحثون بضرورة:

- 1 - إجراء مزيد من الأبحاث لتوسيع نطاق تطبيق العلاج المعرفي السلوكي ليشمل فئات عمرية ومشكلات صحية ونفسية أخرى.
- 2 - تعزيز دور الوالدين في العملية الإرشادية خاصة لدى الأطفال.

#### الخلاصة:

خلص الباحثون إلى أن الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي له أهمية في تحسين نمط حياة الأطفال الذين يعانون من السمعة. وأكدوا أيضاً أن الاهتمام بنمط الحياة يعد خطوة أساسية للحد من السمعة لدى الأطفال.

## References

- الكويت سجلت أعلى مستوى في انتشار السمنة لدى الأطفال والبالغين (2017, October).  
14 جريدة الأنباء الكويتية-الكويتية. <https://www.alanba.com.kw/ar/kuwait-news/health/782475/15-10-2017->
- Ahrens, W., Pigeot, I., Pohlabeln, H., De Henauw, S., Lissner, L., Molnár, D., Moreno, L. A., & Veidebaum, T. (2014). *Prevalence of overweight and obesity in European children below the age of 10*. *International Journal of Obesity*, 38(S2), S99-S107. <https://doi.org/10.1038/ijo.2014.140>
- Al Alwan, I., Al Fattani, A., & Longford, N. (2013). The effect of parental socioeconomic class on children's body mass indices. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 5(2), 110–115. <https://doi.org/10.4274/Jcrpe.845>
- Al Shammari, H. F. S. (2007). *Prevalence of overweight and obesity among 6–13-year-old Kuwaiti school children: Secular trends, risk factors and their implications* (Doctoral dissertation, University of Westminster). Retrieved July 15, 2011, from <http://europepmc.org/abstract/eth/502415>
- Al-Hazzaa, H. M., Abahussain, N. A., Al-Sobayel, H. I., Qahwaji, D. M., & Musaiger, A. O. (2012). Lifestyle factors associated with overweight and obesity among Saudi adolescents. *BMC Public Health*, 12, 354. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-354>
- Al-Isa and Moussa (2000) reported nutritional differences between Kuwaiti children and the NCHS/CDC reference group.
- Al-Isa, A. (2004). Body mass index, overweight and obesity among kuwaiti intermediate school adolescents aged 10–14 years. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58(9), 1273–1277. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601961>
- Al-Isa, A. N., & Moussa, M. A. (1999). Factors associated with overweight and obesity among Kuwaiti kindergarten children aged 3–5 years. *Nutrition and Health*, 13(3), 125–139.
- Al-Sahel, R., & Al Qaoud, N. (2016). Cognitive behavioral group therapy: A technique to reduce and maintain overweight. *International Journal of Diabetes*, 3(1), 1–4.
- Al-Sahel, R., & Al-Qaoud, N. (2017). Cognitive influences on weight status in obesity and overweight. *Journal of Diabetes Research and Therapy*, 3(2). <https://doi.org/10.16966/2380-5544.132>

- Allafi, A., Al-Haifi, A. R., Al-Fayez, M. A., Al-Athari, B. I., Al-Ajmi, F. A., Al-Hazzaa, H. M., & Ahmed, F. (2014). Physical activity, sedentary behaviours and dietary habits among Kuwaiti adolescents: Gender differences. *Public Health Nutrition*, 17(9), 2045–2052. <https://doi.org/10.1017/S1368980013002218>
- Allard, C., Thirlwall, K., Cooper, P., Brown, A., O'Brien, D., & Creswell, C. (2022). Parents' perspectives on guided parent-delivered cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders: A qualitative study. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 30(3), 235–244. <https://doi.org/10.1177/10634266211028199>
- Arcan, C., Davey, C., LaRowe, T. L., & Nanney, M. S. (2020). Provider-selected training needs and associations with related practices in childcare settings in Minnesota and Wisconsin. *Journal of School Health*, 90(11), 869–877. <https://doi.org/10.1111/josh.12952>
- Avena, N. M., Bocarsly, M. E., Hoebel, B. G., & Gold, M. S. (2011). Overlaps in the nosology of substance abuse and overeating: The translational implications of "food addiction". *Current Drug Abuse Reviews*, 4(3), 133–139.
- Bammann, K., Gwozdz, W., Lanfer, A., Barba, G., De Henauw, S., Eiben, G., ... & Pigeot, I. (2013). Socioeconomic factors and childhood overweight in Europe: Results from the multi-centre IDEFICS study. *Pediatric Obesity*, 8(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00075.x>
- Barron-Linnankoski, S., Raaska, H., Bergman, P., Närvänen, E., Elovainio, M., & Laasonen, M. (2022). Effectiveness of group CBT on internalizing and externalizing symptoms in children with mixed psychiatric disorders. *Children*, 9(11), Article 1602. <https://doi.org/10.3390/children9111602>
- Bayoumi, A., & Moussa, M. A. (1985). Kuwait nutritional survey: Comparison of the nutritional status of Kuwaiti children aged 6–9 years with the NCHS/CDC reference population. *International Journal of Epidemiology*, 14(3), 415–419. <https://doi.org/10.1093/ije/14.3.415>
- Beck, J. S. (2007). *The Beck diet solution: train your brain to think like a thin person*. Oxmoor House.



- Castelnuovo, G., Manzoni, G. M., Villa, V., Cesa, G. L., Pietrabissa, G., & Molinari, E. (2011). The STRATOB study: Design of a randomized controlled clinical trial of cognitive behavioral therapy and brief strategic therapy with telecare in patients with obesity and binge-eating disorder referred to residential nutritional rehabilitation. *Trials*, 12, 114. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-114>
- Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., Varalo, G., & Molinari, E. (2017). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. *Psychology research and behavior management*, 10, 165–173. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S113278>
- Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., Varallo, G., & Molinari, E. (2015). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. *Frontiers in Psychology*, 6, 1557. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01557>
- Collins, A. E., Pakiz, B., & Rock, C. L. (2008). Factors associated with obesity in Indonesian adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity*, 3(1), 58–64. <https://doi.org/10.1080/17477160701520132>
- Collins, A. E., Pakiz, B., & Rock, C. L. (2008). Factors associated with obesity in Indonesian adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity*, 3(1), 58–64. <https://doi.org/10.1080/17477160701520132>
- Cook, W. K., Tseng, W., Tam, C., John, I., & Lui, C. (2017). Ethnic-group socioeconomic status as an indicator of community-level disadvantage: A study of overweight/obesity in Asian American adolescents. *Social Science & Medicine*, 184, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.027>
- Curioni, C. C., & Lourenço, P. M. (2005). Long-term weight loss after diet and exercise: A systematic review. *International Journal of Obesity*, 29(10), 1168–1174. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.08>
- Dalle Grave, R., Calugi, S., & El Ghoch, M. (2018). Cognitive behavioral strategies to improve obesity treatment. *Current Obesity Reports*, 7(3), 289–297.

- Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2020). Personalized cognitive-behavioural therapy for obesity (CBT-OB): Theory, strategies and procedures. *BioPsychoSocial Medicine*, 14(1), Article 5. <https://doi.org/10.1186/s13030-020-00177-9>
- Davison, G. M., Monocello, L. T., Lipsey, K., & Wilfley, D. E. (2023). Evidence base update on behavioral treatments for overweight and obesity in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(5), 589–603. <https://doi.org/10.1080/15374416.2023.2251164>
- Eid, N., Al-Hooti, S., Bourisly, N., & Khalafawi, M. (1986). Nutritional anthropometry of school children in Kuwait. *Nutrition Reports International*, 33(2), 253–260.
- El-Bayoumy, I., Shady, I., & Lotfy, H. (2009). Prevalence of obesity among adolescents (10 to 14 years) in Kuwait. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 21(2), 153–159. <https://doi.org/10.1177/1010539509331786>
- El-Bayoumy, I., Shady, I., & Lotfy, H. (2009). Prevalence of obesity among adolescents (10 to 14 years) in Kuwait. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 21(2), 153–159. <https://doi.org/10.1177/1010539509331786>
- Fossati, M., Amanti, F., Painot, D., Reiner, M., Haenni, C., & Golay, A. (2004). Cognitive-behavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorders. *Division of Therapeutic Education for Chronic Disease, University Hospital, Geneva, Switzerland*, 9, 134–138.
- Gilles, A., Cassano, M., Shepherd, E. J., Higgins, D., Hecker, J. E., & Nangle, D. W. (2008). Comparing active pediatric obesity treatments using meta-analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 886–892. <https://doi.org/10.1080/15374410802359833>
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Wilson, G. T., Gueorguieva, R., & White, M. A. (2011). Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 675–685. <https://doi.org/10.1037/a0025049PubMed+1PubMed+1>

- Herren, J., Schiavone, E., Kidd, A. C., & Paulo, B. A. (2022). Playful CBT with children diagnosed with OCD. In R. D. Friedberg & E. V. Rozmid (Eds.), *Creative CBT with youth: Clinical applications using humor, play, superheroes, and improvisation* (pp. 123–141). [https://doi.org/10.1007/978-3-030-99669-7\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-030-99669-7_8)
- Kuczmarski, R. J., Ogden, C. L., & Guo, S. S. (2000). CDC growth charts for the United States: Methods and development. *Vital and Health Statistics*, 11(246), 1–190.
- Kurniawan Purba, A., Girsang, E., & Silaen, M. (2023). The effect of cognitive behavioral therapy (CBT) application on lifestyle in hypertension patients at Royal Prima Marelan Hospital 2022. *International Journal of Health and Pharmaceutical (IJHP)*, 3(3), 424–429. <https://doi.org/10.51601/ijhp.v3i3.187>
- Kurnik Mesarič, K., Pajek, J., Logar Zakrajšek, B., Bogataj, Š., & Kodrič, J. (2023). Cognitive behavioral therapy for lifestyle changes in patients with obesity and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 13(1), Article 12793. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-40141-5>
- Li, J. C., Welsh, J. A., DiNallo, J. M., & Nix, R. L. (2020). Parent-focused childhood obesity intervention improves family functioning and children's well-being. *The Journal of Extension*, 58(2), Article 21. <https://doi.org/10.34068/joe.58.02.21>
- MacLean, P. S., Bergouignan, A., Cornier, M., & Jackman, M. R. (2011). Biology's response to dieting: The impetus for weight regain. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 301(3), R581-R600. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.00755.2010>
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Corti, S., Molinari, E., & Castelnuovo, G. (2011). Internet-based behavioral interventions for obesity: An updated systematic review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 7, 19–28. <https://doi.org/10.2174/1745017901107010019>

- Margaritis, I., Houdart, S., El Ouadrhiri, Y., Bigard, X., Vuillemin, A., & Duché, P. (2020). How to deal with COVID-19 epidemic-related lockdown physical inactivity and sedentary increase in youth? Adaptation of Anses' benchmarks. *Archives of Public Health*, 78, Article 52. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00432-z>
- Mazurek Melnyk, B., Hoying, J., & Tan, A. (2020). Effects of the MINDSTRONG© CBT-based program on depression, anxiety and healthy lifestyle behaviors in graduate health sciences students. *Journal of American College Health*, 70(4), 1001–1009. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1782922>
- Mazurek Melnyk, B., Hoying, J., & Tan, A. (2020). Effects of the MINDSTRONG© CBT-based program on depression, anxiety and healthy lifestyle behaviors in graduate health sciences students. *Journal of American College Health*, 70(4), 1001–1009. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1782922>
- Melnyk, B. M., Hoying, J., Hsieh, A. P., Buffington, B., Terry, A., & Moore, R. M. (2022). Effects of a cognitive-behavioral skills building program on the mental health outcomes and healthy lifestyle behaviors of veterinary medicine students. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 260(7), 789–795. <https://doi.org/10.2460/javma.21.03.0142>
- Mohammadi, H., Khalatbari, J., & Abolmaali, K. (2021). The effect of integrating cognitive-behavioral therapy and mindfulness therapy on lifestyle of women with irritable bowel syndrome. *Women's Health Bulletin*, 8(4), 220–227. <https://doi.org/10.30476/whb.2021.91397.1124>
- Moussa, M. A., Shaltout, A. A., Al-Sheikh, N., & Agha, N. (1999). Prevalence of obesity among 6- to 13-year-old Kuwaiti children. *Medical Principles and Practice*, 8(4), 272–280.
- Musaiger, A. O., Al-Mannai, M., Tayyem, R., Al-Lalla, O., Ali, E. Y., Kalam, F., Benhamed, M. M., Saghir, S., Halahleh, I., Djoudi, Z., & Chirane, M. (2013). Risk of disordered eating attitudes among adolescents in seven Arab countries by gender and obesity: A cross-cultural study. *Appetite*, 60, 162–167. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.10.012>

- Ng, Y.-L., Mann, V., & Gulabivala, K. (2011). A prospective study of the factors affecting outcomes of nonsurgical root canal treatment: Part 1: Periapical health. *International Endodontic Journal*, 44(7), 583–609. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2591.2011.01872.x>
- Obesity and overweight. (2024, March 1). Google Translate. <https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight? x tr sl=en& x tr tl=ar& x tr hl=ar& x tr pt o=tc>
- Patel, S. R., Malhotra, A., White, D. P., Gottlieb, D. J., & Hu, F. B. (2011). Association between reduced sleep and weight gain in women. *The American Journal of Epidemiology*, 164(10), 947–954. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj280>
- Poskitt, E. M. E. (2009). Countries in transition: Underweight to obesity non-stop? *Annals of Tropical Paediatrics: International Child Health*, 29(1), 1–11. <https://doi.org/10.1179/146532809X401971>
- Sidhu, S., Kaur, N., & Kaur, R. (2006). Overweight and obesity in affluent school children of Punjab. *Annals of Human Biology*, 33(2), 255–259. <https://doi.org/10.1080/03014460600578631>
- Sidhu, S., Kaur, N., & Kaur, R. (2006). Overweight and obesity in affluent school children of Punjab. *Annals of Human Biology*, 33(2), 255–259. <https://doi.org/10.1080/03014460600578631>
- Silver, M. P., & Cronin, S. M. (2019). Health care providers' perspectives on family compliance and behavior change in a childhood obesity program. *Health Education & Behavior*, 46(4), 582–591. <https://doi.org/10.1177/1090198119831053>
- Sockalingam, S., Leung, S. E., Ma, C., Tomlinson, G., Hawa, R., Wnuk, S., Jackson, T., Urbach, D., Okrainec, A., Brown, J., Sandre, D., & Cassin, S. E. (2023). Efficacy of telephone-based cognitive behavioral therapy for weight loss, disordered eating, and psychological distress after bariatric surgery. *JAMA Network Open*, 6(8), Article e2327099. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.27099>

- Specchia, M. L., Veneziano, M. A., Cadeddu, C., Ferriero, A. M., Mancuso, A., Ianuale, C., Parente, P., Capri, S., & Ricciardi, W. (2014). Economic impact of adult obesity on health systems: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 25, 255–262. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku183>
- Stahre, L., Tarnell, B., Hakanson, C., & Hallstrom, T. (2007). A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment: A randomized controlled trial. *Eating and Weight Disorders*, 10(1), 51–58. <https://doi.org/10.1007/BF03327555>
- Tosolin, F. (2010). Behavior-based safety. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 32(1 Suppl A), A7–A12.
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adámkova, M., Skjaerven, L. H., Catalán-Matamoros, D., Lundvik Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A., & Probst, M. (2014). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disability and rehabilitation*, 36(8), 628–634. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.808271>
- Vlaev, I., et al. (2021). Behavioral insights in childhood obesity intervention: Cognitive behavioral framework. *Behavioural Public Policy*, 5(3), 329–349.
- Vlaev, I., Taylor, M. J., Taylor, D., Gately, P., Gunn, L. H., Abeles, A., Kerkadi, A., Lothian, J., Jreige, S. K., Alsaadi, A., Al-Kuwari, M. G., Ghuloum, S., Al-Kuwari, H., Darzi, A., & Ahmedna, M. (2021). Testing a multicomponent lifestyle intervention for combatting childhood obesity. *BMC Public Health*, 21(1), Article 824. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10838-1>
- Zaghloul, S., Al-Hooti, S. N., Al-Hamad, N., Al-Zenki, S., Alomirah, H., Alayan, I., ... & Jackson, R. T. (2013). Evidence for nutrition transition in Kuwait: Over-consumption of macronutrients and obesity. *Public Health Nutrition*, 16(4), 596–607. <https://doi.org/10.1017/S1368980012003941>

### Abstract:

This study aimed to examine the effectiveness of a group-based cognitive-behavioral counseling program in improving the lifestyle of overweight and obese children in the state of Kuwait. The study sample consisted of 26 children aged between 7 and 12 years, along with their parents. Participants were equally divided into two groups: an experimental group and a control group. The experimental group participated in a cognitive-behavioral counseling program consisting of nine sessions, while the control group did not receive any intervention. To assess the program's impact, the researchers used a lifestyle questionnaire (developed by the researchers), comprising 41 items across five dimensions.

The results revealed statistically significant differences between the experimental and control groups in the post-test scores, in favor of the experimental group ( $M = 91.85$ ) compared to the control group ( $M = 78.38$ ). Additionally, significant differences were found between the pre-test and post-test scores within the experimental group ( $M = 71$  vs.  $M = 91.85$ ), with a  $t$ -value of  $-5.94$  and  $p = 0.000$ . These findings confirm the effectiveness of the counseling program in improving the lifestyle of children with obesity and support the use of cognitive-behavioral counseling as an effective approach to modifying unhealthy behaviors associated with obesity. In light of these findings, the researchers recommend the implementation of preventive and therapeutic programs based on the cognitive-behavioral model within educational and healthcare institutions, emphasizing the essential role of parental involvement in the behavioral change process.

**Keywords:** Family lifestyle, overweight, obesity, cognitive behavioral counseling.