

## مؤشرات المحافظة على التغيير السلوكي

### مع التركيز على انقاص الوزن

#### Predictors of Maintained Behavior Change with Emphasis on Weight Loss

يطرح ميشيل بيرى (Michael Perra) حواراً بليغاً حول موضوع طرق الحفاظ على الالتزام الغذائي خاصة في علاج السمثة [١]. ويلقي هذا الفصل الضوء على بعض النقاط والملاحظات الهامة التي قام بوضعها وتطبيقها فيما يتعلق بالحفاظ على الالتزام الغذائي.

يصنف بيرى عدة استراتيجيات لتحسين الالتزام على المدى البعيد. وقد تكون كل هذه الاستراتيجيات مساعدة ضمناً في الحفاظ على الالتزام بأنماط الأكل الغذائية على المدى البعيد، كما قد تدعم تغيير نمط المعيشة. تشمل هذه الاستراتيجيات مجموعة متنوعة من المعالجات المبحوثة (المدرسة): العلاج الممتد، والتدريب لاكتساب المهارات skills training والحوافز المادية monetary incentives وتوفير الغذاء food provision والاتصالات الهاتفية telephone prompts ودعم القرين النظير peer support والتأريين وبرامج المحافظة المتعددة المكونات multi-component maintenance programs [1].

#### (١، ٣) العلاج الممتد

##### (3.1) Extended Treatment

في ظل جهودهم لتقليل آثار وباء السمثة، استخدم الباحثون الكثير من الاستراتيجيات لتحسين المحافظة على الوزن. ومن هذه الاستراتيجيات وبساطة، مد وإطالة الوقت الذي يمضيه المستشار مع المريض. لقد بحث بيرى مفهوم العلاج الممتد هذا بمقارنة فترة العلاج المعتادة لمدة ٢٠ أسبوعاً بفترة علاج ممتدة لـ ٤٠ أسبوعاً [٢]. ولقد وجد أنه أثناء الفترة بين ٢٠ و ٤٠ أسبوعاً، فإن الالتزام بالحمية ونقص الوزن قد استمر. ولكن بدون تدخل بعد ٤٠ أسبوعاً، لم يتم الحفاظ على نقص الوزن ولا على الالتزام الغذائي.

لقد شملت بعض الدراسات البحثية مجموعات مرجعية ضببية (control groups) حيث كانت فترة العلاج السلوكي المبدئي الأولى لـ ٢٠ أسبوعاً، وهي الفترة المعتاد استخدامها في الكثير من برامج علاج نقص الوزن [٢-٤]. لقد تم مقارنة

فترة التحكم هذه بفترة ممتدة لمدة سنة واحدة تضمنت نفس العلاج السلوكي. أظهرت نتائج الدراسات أن متوسط نقص الوزن لدي مجموعة العلاج الممتد كان ٣, ١١ كجم. والأكثر أهمية أن مجموعات الرعاية الممتدة كانت قادرة على الحفاظ على ٦, ١٠١٪ من الوزن الذي فقدوه في أول ٦ شهور. وعند المقارنة، فقد كان متوسط نقص الوزن لدي المجموعات المرجعية ٦, ٦ كجم وقد حافظت هذه المجموعات على ٦, ٦٦٪ من نقص الوزن الأولي، فقط.

ولقد حافظت خمس دراسات على مراحل للتقييم بدون إتصال من المستشار ولفترة تبلغ ٢١ شهر في المتوسط [٤-٨]. ولقد أدى العلاج الممتد لنقص صافي في الوزن بلغ ٤, ٨ كجم و ٢, ٣٧٪ في المتوسط، من نقص الوزن الأولي الذي حدث في الـ ٦ شهور الأولي. بالنسبة للمجموعة التي لم تنال رعاية ممتدة، كان متوسط نقص الوزن الصافي فقط ٨, ٣ كجم و ٣, ٣٨٪ من نقص الوزن في الـ ٦ شهور الأولي. كمجموعة، أظهرت هذه الدراسات وبالتأكيد أهمية العلاج السلوكي الممتد في الحفاظ على نقص الوزن. ومن المهم الإشارة إلى أن العلاج الممتد لم يؤدي إلى نقص وزن إضافي لكن يبدو أنه يساعد في المحافظة على الوزن.

أن الرسالة أو العبرة التي نتلقاها من هذا البحث أنه، في المشورة الغذائية (النصح والارشاد الغذائي)، فإن طول الوقت الذي يقضي في تواصل مع المريض يعد عاملا حاسما. ونظرا لأننا نخطط لبرامج العلاج التي تركز تحديدا على نقص الوزن، فإن الاختصاصيين التغذويين قد يخططون وبدقة اتصالات ممتدة والتي تعكس احتياجات المريض أو مجموعة المرضى. وعلى سبيل المثال، بالنسبة لامرأة مسنة فقدت زوجها قريبا، فإن الاتصالات قد تركز على طرق تسهيل اتباع الأهداف التي وضعتها. ويعني ذلك التفاوض معها للتأكيد على أن أي تغييرات في نمط الحياة الآن يمكن أن تنفذ في جدولها اليومي القائم. إن الطهي لأجل فرد واحد مقابل فردين يتطلب مهارات وطرق جديدة للنظر في تحضير الطعام وترتيب المائدة. إن الفرد الذي فقد زوجته سوف يتجنب عادة الجلوس على المائدة لتناول الأكل ويستبدل ذلك بسلوك تناول كميات صغيرة من الطعام طوال اليوم. إن تغيير سلوك ذلك الفرد والتركيز عليه في اتصالات ممتدة سوف يساعد في إعادة المريض إلى أسلوب أكل أكثر فائدة صحية.

### (٢, ٣) التدريب لاكتساب المهارات

#### (3.2) Skills Training

إن أحد أهم المهارات فيما يتعلق بتغيير نمط المعيشة، هي مهارة تجنب سيناريو «أنا أنسحب Iquit». ففي هذا السيناريو يرى المريض في الفشل البسيط أو الإخفاق البسيط كارثة ومؤشر على ضرورة إنهاء التدخل الغذائي. لقد أكدت العديد من الدراسات على أهمية مفهوم التدريب من أجل الوقاية من أو منع الانتكاس (RPT) relapse prevention training كطريقة ادخال التحكم الذاتي أو المعالجة الذاتية self-management حيث يقاوم المريض الاخفاقات التي تعوق الالتزام الغذائي. إن هدف التدريب من أجل الوقاية من الانتكاس هو إما تجنب أو استخدام مهارات التكيف للتعامل مع الانتكاس في سلوكيات تغيير نمط الحياة [٩].

لقد درس باوم (Baum) وزملاؤه انقاص الوزن واكتشفوا أن الأشخاص في حالة المحافظة على الوزن مع الحد الأدنى من الاتصال بالمرشد قد عانوا من انتكاس ملحوظ (معنوي) نتج عنه استعادة وزن تم انقاصه من قبل [١٠]. عندئذ قارن هؤلاء الباحثين هذه المجموعة المشاركة المتكسبة التي تنال رعاية عادية بمجموعة الأشخاص المتدربين على مهارات الوقاية من الانتكاس بالإضافة إلى تلقيهم اتصالات ما بعد العلاج؛ وقد اكتشف هؤلاء الباحثين أن المجموعة الثانية قد حافظت على أوزانها المنقوصة. وبالمثل، فقد درب بيرري ونيزو (Perri and Nezu) المشاركين على مهارات الوقاية من الانتكاس كجزء من برنامج متعدد المكونات يشمل اتصالات المريض - المعالج بواسطة البريد الإلكتروني والهاتف [١١]. وكانت النتيجة أن أدت إضافة التدريب على مهارات الوقاية من الانتكاس إلى محافظة المشاركين على الوزن المنقوص، أثناء جلسات المتابعة، مقارنة مع المعالجة الأولى بدون جلسات متابعة حيث لم تتم المحافظة على الوزن المنقوص.

عند التعامل مع المرضى حيث تكون المحافظة على الوزن على المدى البعيد عاملاً مفتاحياً، على المستشارين التغذويين التأكيد من والتأكيد على تقديم تدريب على مهارات منع الانتكاس مع الدعم والتأكيد على استبدال هذا التفكير السلبي بأفكار إيجابية خلال الإنصالات الممتدة. فعلى سبيل المثال، قالت أم تحاول أن تقدم لرضيعها وجبات صحية مغذية أنها «توشك أن تقلع عن ذلك just about to give up». إن وقت الوجبة عادة ما يكون وقتاً لمعركة حيث يرفض طفلها الطعام وهي تحاول أن تجربه على تناوله. هناك مفهوم هام يجب وضعه في الاعتبار عند التعامل مع الأطفال/ الرضيع هو أنهم يبدو هادئين كهدهاء الأبوين. إن مخاوف الآباء تصبح مخاوفهم، وسوف تنعكس مشاعر وانفعالات الأبوين المرتفعة في تفاعلات أطفالهم. إن هدف جعل وقت الأكل ممتعاً لكل من الأبوين والطفل هو عامل رئيس للأكل الصحي الناجح. وعلى كل حال، سوف يكون هناك أوقات حيث لا تستطيع الأم التحكم في انفعالاتها، وبالتالي تكون نوبة غضب الطفل حتمية. تبين مهارة التدريب على الوقاية من الانتكاس للأم أنه عندما يتحول الأكل حول المائدة إلى منطقة حرب أحياناً فلن يمثل ذلك مشكلة. تستطيع الأمهات التعلم من هذا الانتكاس وأخذ العبرة بأهمية طريقة التعامل مع المشكلة فيما يرتبط بسلوك الطفل. إن هذا الدرس الهام هو طريقة إيجابية للتكيف مع الانتكاس. أن تذكير الأم من خلال الاتصالات الهاتفية بأن عدم التحكم في انفعالاتها في بعض الأحيان يكون أمراً طبيعياً في المتابعة عن طريق الاتصالات الهاتفية يمكن أن يساعد في التأكيد على أن سيناريو «أنا أقلع» يجب أن لا يكون خياراً.

وخلاصة القول، فإن المرضى عادة سوف يتخذون مدخل أو معالجة الكل أو لا شيء all-or-nothing لتغيير نمط الحياة. وهذا بالتأكيد هي بداية الفشل. لذلك من المهم أن يحدد المستشار الغذائي ويكتشف هذا السلوك والتفكير مبكراً (إن وجد)، في عملية المشورة، وبالتالي التركيز عليه في عملية المشورة الممتدة.

### (٣, ٣) توفير (إمداد) الغذاء

#### (3.3) Food Provision

حالياً، تستخدم العديد من الدراسات مفهوم التغذية/ الاطعام الكلية أو الجزئية (total or partial feeding) لمساعدة المرضى في إتباع نظام غذائي ما. إن دراسة التغذية في المراهقين هي مثال لدراسة التغذية الجزئية حيث اشترك

الأبوان والمراهقون في برنامج لمدة ٣ شهور مصمم لتقليل الدهون في وجباتهم/ أغذيتهم ولتحديد مستوى الفيريتين (ferritin) في غذائهم الذي يحتوي على اللحم البقري أو الدجاج والسّمك كمصدر للبروتين [١٢]. ففي هذه الدراسة حضر الأبوان إلى متجر مقام في المدرسة حيث تقدم الأطعمة قليلة محتوى الدهون والتي تناسب كل انماط التغذية في الدراسة. استطاع الأبوان اختيار الأكل/ الأغذية من مجموعة متنوعة من الاختيارات والتي تسمح لهم بإطعام العائلة كلها لمدة ثلاث ليالٍ في الأسبوع. إضافة إلى ذلك، فقد حضروا حصص في ليلة من كل أسبوع حيث تم تقديم وجبة لكل العائلة. لقد سمح للمشاركين في الدراسة بأن يختاروا ذاتيا بعض وجباتهم بأنفسهم مع تحكم أخصائي التغذية في كمية الطعام الذي تم تناوله في اليوم.

إختبر جيفري (Jeffery) وزملاؤه مفهوم تقديم أو توفير الغذاء في دراسة لانقاص الوزن [١٣]. فلقد أعطي المشاركين في الدراسة وجبات محددة الكميات وقليلة السعرات الحرارية، معدة مسبقا. وقد أظهر هؤلاء الأشخاص المشاركين في هذه الدراسة نقصا في الوزن أكبر من نقص وزن الأشخاص الذين لم يعطوا وجبات، وقاموا باختيار طعامهم كلية بأنفسهم. ولقد تم الحفاظ على هذا الفرق طوال مرحلة المحافظة على الوزن المنقوص لمدة ١٢ شهرا، ولكن في فترة متابعة إضافية لمدة عام واحد لم يتم المحافظة على الوزن المنقوص [١٤].

لقد درست وينج (wing) وزملاؤها فعالية متابعة برنامج علاج سلوكي مكتمل بعرض إختياري لشراء وجبات محددة أو مضبوطة الحجم وقليلة السعرات الحرارية مغلقة مسبقا prepackaged, portion-controlled, low-calorie meals [١٥]. لقد أظهرت النتائج أن المشاركين في الدراسة لم يشترروا الأطعمة المغلقة مسبقا وأن استراتيجية المحافظة على الوزن هذه لم تكن فعالة.

وفي الدراسات التي تكون فيها فعالية العلاج الغذائي أمرا مهما، تكون التغذية الجزئية أو الكلية هامة، أيضاً. وكثيرا ما يتطلب هذا النوع من الدراسة وقتا محدودا لأظهار التغيرات في القياسات البيولوجية (الحوية) مثل البروتين البولي urinary protein [١٢] ونقص الوزن وضغط الدم [١٦].

في دراسة مصممة لمتابعة الالتزام الغذائي في شكل إعلان أو تقرير ذاتي شخصي مقارنة بالتغذية الكلية، اكتشفنا أو وجدنا عند اختبار تناول البروتين، أنه كثيرا ما يكون صعبا على المرضى تحديد كمية البروتين، التي قد يحتويها غذاء ما [١٢]. فعلى سبيل المثال، فإن تحديد وزن قطعة لحم قد يشكل فرقا كبيرا في كمية البروتين الذي يتم تناوله (١٠ جم مقابل ٦ جم). عند تقديم كل غذاء فترة دراسة كاملة وتحليل هذا الغذاء لمعرفة محتواه من البروتين، فمن الممكن مطابقة الغذاء (محتواه من البروتين) الذي تم تناوله مع إفراز النيتروجين البولي. لقد أظهرت هذه الدراسة الفرق بين التقرير الذاتي عن البروتين (المتناول) والتحليل المباشر للغذاء المتناول. ففي هذه الحالة، قد يبلغ المريض أنه أو أنها لا تتبع الحمية، عندما يكونوا فعلا كذلك، لكنهم لا يملكون الوسائل التي تمكنهم من الإعلان بدقة (عن متناولهم) كما هو مطلوب. يحتاج مستشارو التغذية أن يضعوا في اعتبارهم عامل مستوي الدقة الممكنة بشريا، هذا، عند تقييم الالتزام بالحمية وعندما يكون التقرير الذاتي أحد المقاييس الوحيدة للالتزام الغذائي.

وبالمثل كانت دراسة داش (DASH) دراسة تغذية كلية وقد وفرت معلومات أو بيانات لتوضيح كيف تؤدي التغييرات الغذائية/التغذوية إلى انقاص الوزن وخفض مستوى ضغط الدم [١٦]. لقد أظهرت الدراسة أنه بإعطاء الأفراد وجبات غنية بالفواكه والخضروات وإعطائهم منتجات ألبان قليلة الدسم (low-fat dairy foods) ومنخفضة الدهون المشبعة والكلية reduced saturated and total fat، فيمكن خفض ضغط الدم بدرجة كبيرة. ففي تصميم هذه الدراسة المتعارض (crossover design)، تم تقديم وجبات مرجعية (قليلة المحتوى من الفواكه والخضروات ومنتجات الألبان، مع محتوى دهني مشابه لمحتوى الغذاء المتوسط من الدهن، في الولايات المتحدة) لأربعائة وتسعة وخمسين (٤٥٩) بالغ يبلغ ضغط دمهم الانقباضي أقل من ١٦٠ ملم زئبق ويتراوح ضغط دمهم الانبساطي من ٨٠ إلى ٩٥ ملم زئبق. وقد قدمت الوجبات لمدة ٣ أسابيع. ولقد خضع المشاركون في دراسة داش عقب فترة تقييد الغذاء هذه لحمية غذائية ضبطية مرجعية غنية بالفواكه والخضروات أو غذاء مركب من الفواكه والخضروات ومنتجات الألبان قليلة الدسم مع دهون كلية مشبعة قليلة، ولمدة ثمان أسابيع. لم ينخفض الصوديوم في الوجبات لكن تم الاحتفاظ بمتناول الصوديوم والوزن ثابتين أثناء كل فترة الدراسة.

وعامة، فإن لدراسات التغذية الكلية والجزئية القدرة على ربط الحمية أو التغذية بالمؤشرات البيولوجية، لكن بالنسبة للمحافظة على التغييرات الغذائية على المدى البعيد، فلم تنجح هذه الدراسات.

#### (٤, ٣) الحوافز المالية

##### (3.4) Monetary Incentives

لقد درس جيفري وزملاؤه تأثير الحوافز المادية على الحفاظ على نقص الوزن، أيضا [١٣]. لقد نظر الباحثون إلى استخدام المال كحافز مع توفير الغذاء، كما عملوا على استخدام الحافز المادي بمفرده. أظهرت النتائج أن المكافأة المادية بمفردها لم تشكل اختلافا ذو دلالة معنوية في نقص الوزن والمحافظة على الوزن المنقوص.

#### (٥, ٣) الاتصالات والمشورة الهاتفية

##### (3.5) Telephone Prompts And Counseling

لقد استعانت وينج (Wing) وزملاؤها إلى طريقة عصرية جدا لتحفيز المشاركين على إتباع حميتهم [١٥]. فلقد تم تصميم الاتصالات الهاتفية لمجرد تذكير المشاركين باستكمال نهج المراقبة الذاتية التي تتبع وتراقب سلوكيات تغيير نمط الحياة. ولقد كان الأشخاص الذين اتصلوا بكل مشارك هم من المحاورين الذين كانوا غير معروفين للمشارك. ولم يتم إعطاء مشورة أو نصيحة إلى المشارك، بل كانت المكالمات مجرد تذكير. لقد أظهرت نتائج هذا التدخل أنه لم يكن هناك تحسن في المحافظة على الوزن بهذه المكالمات التذكيرية.

لقد بدأ أخصائيو التغذية بجامعة أيوا (Iowa) عملية مكثفة لتقديم المشورة للأشخاص زائدي الوزن بدرجة كبيرة، ذلك في برنامج لرفاهية العاملين في الصناعة in an industry wellness program. لقد تضمن عملهم استخدام

المقابلة التحفيزية مع استراتيجيات العلاج الإدراكي والسلوكي. وبالرغم من عدم تحليل البيانات المتعلقة بالتغيير، إلا أن الاستجابة الأولية للمشاركين كانت إيجابية، وتحقق انقاص للوزن لدى ثلث المشاركين. وهناك حاجة لمزيد من البحث في حقل المشورة الهاتفية لتغيير نمط الحياة الغذائية، هذا.

### (٦, ٣) دعم (تشجيع) الأنداد (القرناء، الأصدقاء)

#### (3.6) Peer Support

عندما نعمل في المحافظة على الحمية، كثيرا ما ننظر إلى أهمية الشخص الداعم أو العراب، وتوجد وتتوافر قليل من الدراسات التي تبين تأثير دعم القراء والأصحاب فيما يتعلق بالالتزام وانقاص الوزن. لقد صمم بيرى (Perr) وزملاؤه دراسة ركزت على برامج دعم الصديق والتي تم تعليم المشاركين فيها مهارة عقد اجتماعات دعم الصاحب، الخاصة بهم [٣]. لقد أعد لكل مجموعة مكان مجهز بمقياس، للإجتاع. لقد تضمن التدخل برنامجا علاجيا أولي يتم فيه عقد اجتماعات الأصدقاء المجدولة لمدة ٧ شهور، كل أسبوعين. بالرغم من أن معدل الحضور وصل إلى ٦٧٪، إلا أن دعم مجموعة الأصدقاء هذه مقارنة بخيار التدخل بدون محافظة no-maintenance intervention، لم يحدث تغيير في أي من المجموعتين فيما يتعلق بالالتزام وتغيير الوزن. في الواقع، كانت هناك زيادة في الوزن ملحوظة لدى المجموعتين، مع الأمر الإيجابي الوحيد المتمثل في حدوث نقص في الوزن الصافي أكبر لدى مجموعة دعم الأصدقاء.

هناك جدال حول فوائد جلب المشاركين الأصدقاء والذين يمكن أن يكونوا داعمين لبعضهم البعض مع استمرار تدخل تغيير نمط المعيشة. فلو شارك صديقان في تدخل يكون فيه التغيير الغذائي مهما، وقرر أحدهم التوقف عن المشاركة في التدخل، فغالبا ما يفعل الشريك الآخر نفس الشيء. وقد تكرر هذا السيناريو عدة مرات في الدراسات طويلة المدى حيث تكون نتائج الالتزام والمحافظة الغذائية سلبية. لقد اختبر وينج وجفري هذه الفكرة في موقف حيث تناولت الفرضية أو النظرية اختيار مشاركين مع أصدقاء لمقارنتهم مع آخرين تم اشراكهم في تجربة علاج سلوكي قياسي بمفردهم (بدون أصدقاء) [١٧]. لقد أظهرت النتائج؛ أن ٦٦٪ من الذين شاركوا مع أصدقاء، استطاعوا المحافظة على الوزن، بعد ٦ شهور، مقارنة ب ٢٤٪ فقط من الذين شاركوا في العلاج السلوكي القياسي بمفردهم. ومن المهم تقييم هذه النتائج بدقة. ويبدو أن فوائد تدخلات دعم القراء (الأصدقاء والأصحاب) قد تكون للأفراد الذين يدخلون العلاج مع شركاء.

### (٧, ٣) التمارين (النشاط الرياضي البدني)

#### (3.7) Exercise

عند الاهتمام بانقاص الوزن، فإن معادلة زيادة الوزن تشمل كل من تناول وخرج (منصرف) الطاقة. ولمزيد من النجاح، فلا بد من تدخل فيهما الاثنين، ذلك عندما يكون انقاص الوزن هو الهدف. تشير دراسات الإشراف والملاحظة observational studies التي تستخدم تحليل الارتباط correlational analysis أهمية زيادة مستويات التمارين الرياضية أو النشاط البدني لتحقيق أنقاص في الوزن على المدى الطويل [١٨]. إضافة إلى ذلك، فعندما ننظر إلى الدراسات التي

تشير إلى محافظة الأشخاص البدناء على نقص الوزن على المدى الطويل، نجد أن التمارين الرياضية كانت من العوامل المفتاحية الرئيسة في تغيير السلوك الذي تم المحافظة عليه [١٩]. وعندما ننظر إلى التجارب المتحكم فيها، يتضح أن القليل منها قد أوضح أن دمج أو الجمع بين التمارين والحمية ينتج عنه انقاص بدرجة أكبر في الوزن على المدى الطويل مقارنة بالنقص الحاصل من الحمية بمفردها. لقد أشار بيرري (Perrin) إلى أن العنصر الرئيس هنا هو أن الالتزام بالتمارين الرياضية كان ضعيفا [١].

لقد أوضح بيرري وزملاؤه أن هناك اختلافاً كبيراً بين أنظمة التمارين المنزلية مقابل أنظمة التمارين الجماعية [٥]. فبعد ستة أشهر من تدخل التمارين، أظهرت المجموعة تغييرات ملحوظة في اللياقة التنفسية القلبية، وأنماط الأكل، ونقص الوزن. وعلى كل حال، فبالنسبة للمحافظة على التمارين لوقت طويل والالتزام بالعلاج، ففي السنة الأولى من المتابعة أو التبع، تفوقت المجموعة المنزلية في عدد الجلسات التي حضرتها وفي مقدار نقص الوزن الذي حققته وحافظت عليه.

من المهم عند العمل بكل من الحمية والتمارين، أن نضع في الاعتبار أن تضمين هذين العلاجين لا يعني نجاح نهائي في انقاص الوزن. وما نستطيع أن نتعلمه من البحوث هو أن التمارين تعمل جيداً وتفيد عند ربطها بأحداث الحياة المعتادة عند تعديل نمط الحياة. وكما يجب تصميم وتخطيط التغذية لتتوافق مع عادات الأكل السابقة، يبدو أن إضافة التمارين الرياضية إلى نمط الحياة ستحقق أفضل تغيير إيجابي متناسباً مع المحافظة عندما تكون هذه التمارين منزلية ومصممة لتناسب مع نمط الحياة المعتاد. بالنسبة للبالغين الذين يلتزمون جيداً بالنظام الغذائي، لكنهم يواجهون مشاكل في تحقيق نقص في الوزن، فإن تصميم برنامج تمارين يشمل مشي يومي في منطقة محددة حول المنزل قد يكون استراتيجية منزلية تسهل تعديل نمط الحياة.

### (٨, ٣) برامج المحافظة متعددة المكونات

#### (3.8) Multicomponent Maintenance Programs

حدد بحث لبيري وزملائه البرنامج متعدد المكونات بأنه البرنامج الذي يتضمن إجتماعات لمجموعة النظراء (الأصدقاء) بالإضافة إلى الاتصالات المستمرة بواسطة البريد والهاتف [٢٠]. في تدخل إكساب المهارات هذا، تم تعليم المرضى أن يقودوا مجموعات نظرائهم كما تم إعطائهم كروت يسجلون فيها متناولهم من الغذاء بأنفسهم. لقد تم تعليم المشاركين في هذه المجموعة استراتيجيات انقاص الوزن لمساعدتهم في ذلك.

وتم مقارنة التدخل المتعدد المكونات هذا بأحد التدخلات؛ حيث تلقى المشاركين علاج أولي بالإضافة إلى ست جلسات داعمة مرتين كل أسبوع. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن نقص الوزن في كل من نهاية مرحلة المحافظة وفترة المتابعة الإضافية بعد ذلك لمدة ستة أشهر، كان أفضل (أكبر) بكثير في البرنامج المتعدد المكونات. وفي محاولة للنظر إلى التمارين كجزء من البرنامج المتعدد المكونات، قام بيرري وزملاؤه بتعديل البرنامج أعلاه ليشمل فترة علاج أولي أطول لمدة عشرين أسبوعاً مقابل الدراسة السابقة التي كانت تستخدم فترة علاج لمدة أربعة عشرة أسبوعاً [٢١]. لقد نتج عن إضافة تمارين هوائية جماعية نقص أكبر في الوزن في نتائج تجميع بيانات متابعة ما بعد التدخل.

وفي دراسة واحدة، صمم بيرى وزملاؤه خمس تدخلات [٤]:

- ١- العلاج السلوكي بمفرده.
- ٢- العلاج السلوكي إضافة إلى الإتصال الممتد.
- ٣- العلاج السلوكي إضافة إلى الإتصال الممتد والتأثير الاجتماعي.
- ٤- العلاج السلوكي إضافة إلى الإتصال الممتد وبرنامج التمرين الهوائي.
- ٥- العلاج السلوكي إضافة إلى الإتصال الممتد وبرنامج التمرين الهوائي وبرنامج التأثير الاجتماعي. لقد أثبتت نتائج مقارنة التدخلات الخمس، أن كلا من البرامج الأربع الأخيرة مقارنة بالعلاج السلوكي بمفرده بدون اتصال عقب العلاج، أدى إلى حدوث انقاص للوزن. ولم تكن هناك فروق معنوية فيما بين المجموعات فيما يتعلق بتأثيرات طريقتي العلاج الرياضي (التمارين الهوائية) والعلاج الاجتماعي. وعلى كل حال، فقد لوحظ نقص معنوي في أوزان المجموعة التي تلقت اتصالات المستشارين مع كل من التمارين الهوائية المتزايدة وبرنامج التأثير الاجتماعي. لقد بلغ متوسط النقص الصاف للوزن ١,٤ كجم خلال الست شهور الأولى من مرحلة المحافظة. لقد لوحظت فعالية برامج إتصال الإخصائي المعالج وبدرجة عالية من المعنوية في الـ ٦ شهور الأولى من مرحلة المحافظة. ولقد نجحت مجموعات المحافظة الأربعة بعد ٦ شهور عقب نهاية فترة ما بعد العلاج، في المحافظة على ٧٠ إلى ٩٠٪ من نقص وزهم الأولى، بينما تمت المحافظة على فقط ٣٣٪ من نقص الوزن الأولى في المجموعات التي لم تتلقى اتصال من المستشارين عقب العلاج.

بالنسبة لمستشار التغذية، فإن استخدام بيانات هذا البحث يعني فائدة اطالة فترة الإتصال خاصة في الـ ٦ شهور الأولى من مرحلة المحافظة. إن الإتصال عقب العلاج مفتاح لنجاح انقاص الوزن. وفي برنامج بيرى، عندما تم استخدام العلاج المتعدد المكونات، فإن الجلسات تمت مرتين في الأسبوع لمدة ٢٦ أسبوع [٤]. إن هناك سبب رئيس للمحافظة على نقص الوزن ألا وهو إتصال المستشار - المريض. ينبغي أن يكون ذلك مركز إهتمام كل التدخلات عندما يكون تغيير نمط الحياة هو الهدف. وهناك حدود للعلاج الممتد. إن المشورة الممتدة عمل كثيف ومكلف. والأمر الثاني المهم هو حافز وباعث المرضى خلال المشورة الممتدة. عندما تمتد فترة العلاج إلى عام، فإن حضور المريض للجلسات يقل، و ينتكس الالتزام، ويزيد وزن المرضى عادة حتي مع استمرار المشورة. إن جزء حاسم من المشورة هو التأكيد للمريض على أن تكون التوقعات أكثر واقعية. وعادة إذا كانت الأهداف عالية جدا بالنسبة لمقدار نقص الوزن الذي يحققه البرنامج، ينفذ صبر المرضى مع الوصول إلى سقف مستقر بسبب العلاج الممتد. ويقل الالتزام إذ يجبر عدم تحقيق التوقعات المريض على إعادة التفكير في جدوى العمل بجد لإنقاص اربطال من وزنه بدون نتيجة. خلال المعالجات الممتدة، يلزم إضافة استراتيجيات لتشجيع وحفز مشورة التغذية الممتدة. تقدم الفصول السابع والثامن والتاسع مشاهد للمشورة التي تستخدم فيها المقابلة التحفيزية. لقد تم استخدام هذه الطرق لزيادة الالتزام في العديد من الدراسات والتي شملت التجارب الإكلينيكية العشوائية الطويلة المدى الممولة من التأمين الصحي (دراسة التدخل التغذوي/ الغذائي في الأطفال Diet Intervention Study in Childern [٢٢]، ودراسة تغذية المراهقين Study of Nutrition in Teens [٢٣]،

TREK ودراسة التدخل التغذوي للنساء [Womans Intervention Nutrition Study] [٢٤] ودراسة تحفيز صحة المرأة (WHI) [٢٥]. لقد استخدم بيرري وزملاؤه استراتيجيات تركز على التأثير الاجتماعي، أيضاً، والتي أدت إلى زيادة الالتزام ولكن لم تؤدي إلى إنقاص وزن [٤]. لقد تضمنت إثنان من هذه الدراسات ما يلي: "التعلم بالتدريس learning by teaching" حيث يتعلم المرضى تحضير وتقديم استراتيجيات المحافظة على نقص الوزن لنظرائهم، "وعمل شبكات الاتصالات الهاتفية telephone networking" والتي تشمل المكالمات الهاتفية المخططة والتي تركز على دعم وتشجيع النظير أثناء الجلسات الشخصية.

يجذب بيرري من أن المشورة الممتدة قد لا تكون استراتيجية فعالة إذا أريد انقاص الوزن بمقدار كبير، وعندما يكون الحد الشديد من الطاقة هو سبب السمنة [١]. ولكنها أكثر فعالية في المواقف التي يكون فيها فقد ستة إلى اثني عشر كيلوجراماً من الوزن هو الهدف من/ للمحافظة.

ومن المهم دائماً تركيز الأهداف في السلوكيات ويقدر تحكم المرضى. أن مقدار الوزن الذي يفقدونه ليس تحت سيطرتهم وبالتالي قد يتهيأون للفشل. إن تحديد نوع الطعام وكميته كهدف من الأمور الهامة. فعلى سبيل المثال، أعرفت مريضة من مرضاي بأكل صباح من الحلوى كل يوم تقريباً. وكانت تعرف أن صباح الحلوى يساوي أو يحتوي على حوالي ٢٨٠ سعر حراري. لقد حذرنا بالتخلص كلية من تناول صباح الحلوى لأنه قد يوصلها إلى موقف الكلال أو لا شيء all or nothing، ولكنها رفضت اتخاذ العلاج الذي يجرمها من سلوك كانت غير قادرة على تركه كلية. لقد أصبح هدفها هو تناول صباح الحلوى فقط في ثلاث أيام من أيام الأسبوع. وبالتدريج، انتهى سلوكها المعوج تماماً، ولكني كمستشارة كنت صبورة وطلبت منها الصبر في أن تغير ببطء هذه العادة التي كان من الصعب تعديلها.

إن الهدف الأوحده الذي نجاهد من أجل تحقيقه قد لا يكون هدف التغيير الأكثر أهمية. لقد أظهر برنامج الوقاية من مرض السكري (The Diabetes Prevention Program (DPP) أن إنقاص الوزن بمقدار ٧٪ فقط، قد عدل خطورة النوع الثاني من المرض (Type 2) بنسبة ٥٨٪ في برنامج تغيير نمط الحياة [٢٦، ٢٧]. وفي دراسة ريتش (Reach) حيث تم تقديم المشورة للمرضى المصابين بعدم تحمل الجلوكوز impaired glucose tolerance لأجل تغيير نمط الحياة مع التركيز على أنماط الأكل والرياضة، فقد وجدنا تغييراً بسيطاً في الوزن، لكن كانت هناك فروقات وإختلافات واضحة في شحوم مصلى الدم وجلوكوز الدم [٢٨]. يمكن ملاحظة تغييرات إضافية في نواحي أخرى مثل فرط الأكل والاكتهاب، أيضاً. وكل هذه التغييرات ثانوية بالنظر إلى الهدف النهائي المنشود والمتمثل في إنقاص الوزن، لكن لها تأثيرات رئيسة على جودة الحالة الصحية العامة. ومن المهم إضافة مقاييس عديدة للنجاح عند تصميم برامج انقاص الوزن. فعلى سبيل المثال، فإن خفض استهلاك الدهون المشبعة قد يؤثر على حالة مرض القلب التاجي ويساعد في إنقاص الوزن [٢٩]. وبالمثل، فإن زيادة النشاط البدني يمكن أن تؤثر على الصحة القلبية- التنفسية cardio-respiratory بغض النظر عن إنقاص الوزن [٣٠].

## المراجع

1. Perri, M.G., Obese populations, in *Compliance in Healthcare and Research*, Burke, L.E. and Ockene, I.S., eds., Armonk, NY: Futura, 2001, Chap. 13.
2. Perri, M.G. et al., Effect of length of treatment on weight loss, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 57, 450, 1989.
3. Perri, M.G. et al., Effects of peer support and therapist contact on long-term weight loss, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 55, 615, 1987.
4. Perri, M.G. et al., Effects of four maintenance programs on the long-term management of obesity, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 56, 529, 1988.
5. Perri, M.G. et al., Effects of group- versus home-based exercise in the treatment of obesity, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 65, 278, 1997.
6. Viegner, B.J. et al., Effects of an intermittent, low-fat, low-calorie diet in the behavioral treatment of obesity, *Behav. Ther.*, 21, 499, 1990.
7. Walden, T.A. et al., Exercise in the treatment of obesity: Effects of four interventions on body composition, resting energy expenditure, appetite, and mood, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 65, 269, 1997.
8. Dwing, R.R. et al., Year-long weight loss treatment for obese patients with type II diabetes: does including an intermittent very-low calorie diet improve outcome? *Am. J. Med.*, 97, 354, 1994.
9. Marlatt, G.A. and Gordon, J.R., *Relapse Prevention*, New York: Guilford Press, 1985.
10. Baum, J.G., Clark, H.B., and Sandler, J., Preventing relapse in obesity through post-treatment maintenance systems: comparing the relative efficacy of two levels of therapist support, *J. Behav. Med.*, 14, 287, 1991.
11. Perri, M.G. and Nezu, A.M., Can weight loss be maintained? The effects of post-treatment programs, *Ann. Behav. Med.*, 20, S60, 1998.
12. Snetselaar, L. et al., Protein calculation from food diaries of adult humans underestimates values determined using a biological marker, *J. Nutr.*, 125, 2333, 1995.
13. Jeffery, R.W. et al., Strengthening behavioral interventions for weight loss: a randomized trial of food provision and monetary incentives, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 61, 1038, 1993.
14. Jeffery, R.W. and Wing, R.R., Long-term effects of interventions for weight loss using food provision and monetary incentives, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 63, 793, 1995.
15. Wing, R.R. et al., Effect of frequent phone contacts and optional food provision on the maintenance of weight loss, *Ann. Behav. Med.*, 18, 172, 1996.

16. Appel, L.J. et al., A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure, *N. Engl. J. Med.*, 336, 1117, 1997.
17. Wing, R.R. and Jeffery, R.W., Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 67, 132, 1999.
18. Kayman, S., Bruvold, W., and Stern, J.S., Maintenance and relapse after weight loss in women: behavioral aspects, *Am. J. Clin. Nutr.*, 52, 800, 1990.
19. McGuire, M.T. et al., Long-term maintenance of weight loss: do people who lose weight through various weight loss methods use different behaviors to maintain their weight?, *Int. J. Obesity*, 22, 572, 1998.
20. Perri, M.G. et al., Effect of a multi-component maintenance program on long-term weight loss, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 52, 480, 1984.
21. Perri, M.G. et al., Enhancing the efficacy of behavior therapy for obesity: effects of aerobic exercise and a multi-component maintenance program, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 54, 670, 1986.
22. DISC Collaborative Research Group, Efficacy and safety of lowering dietary intake of total fat, saturated fat, and cholesterol in children with elevated LDL-cholesterol: the Dietary Intervention Study in Children (DISC), *JAMA*, 273, 1429, 1995.
23. Snetselaar, L. et al., Adolescents eating diets rich in either lean beef or lean poultry and fish reduced fat and saturated fat intake and those eating beef maintained serum ferritin status, *J. Am. Diet. Assoc.*, 104, 424, 2004.
24. Winters, B.L., Mitchell, D.C., Smiciklas-Wright, H., Grosvenor, M.B., Liu, W., and Blackburn, G.L., Dietary patterns in women treated for breast cancer who successfully reduce fat intake: The Women's Intervention Nutrition Study (WINS), *J. Am. Diet. Assoc.*, 104, 551, 2004.
25. Bowen, D. et al., Results of adjunct dietary intervention program in the Women's Health Initiative, *J. Am. Diet. Assoc.*, 102, 1631, 2002.
26. The Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group, The Diabetes Prevention Program (DPP): description of lifestyle intervention, *Diabetes Care*, 25, 2165, 2002.
27. Nathan, D.M. and Delahanty, L.M., *Beating Diabetes*, New York: McGraw-Hill, 2005.
28. Snetselaar, L.G., unpublished data, 2006.
29. Insull, W. et al., Results of a feasibility study of a low-fat diet, *Arch. Int. Med.*, 150, 421, 1990.
30. Paffenbarger, R.S. and Lee, I.M., Physical activity and fitness for health and longevity, *Res. Q. Exerc. Sport*, 67, 11, 1996.