

Research Paper



Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior
Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on
Self-Management in Obese People



Afsaneh Honardar¹, Mojtaba Ansari Shahidi^{*2}, Amir Mohsen Rahnejat³, Hasan Rezaie Jamalouie²

1. Ph.D student of health psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2. Assistant professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16526

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.17.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16526)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16526.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

**Self-management,
dialectical behavior
therapy, cognitive-
behavioral therapy,
obesity**

**Received: 2022/12/05
Accepted: 2023/01/15
Available: 2023/08/21**

Obesity is a widespread problem that can severely damage physical health. The present study was conducted to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral therapy on self-management in obese people. The current research was a semi-experimental pre-test-post-test with a control group and a six-month follow-up phase. The study's statistical population included those referred to the counseling and psychological center of the Rahe Bartar of Qazvin city in 2018 and diagnosed with obesity by doctors and nutritionists. Using the purposeful sampling method, 60 people were selected and randomly assigned to three groups (dialectical behavior therapy and cognitive behavioral therapy and evidence) (20 people in each group). Ten sessions of cognitive behavioral therapy were performed for one of the experimental groups, ten sessions of dialectical behavioral therapy were performed for the second experimental group, and no treatment was performed for the control group. The pre-test, post-test, and six-month follow-up stages completed the obesity self-management behavior questionnaire. Mixed analysis of variance and post hoc Bonferroni test and SPSS software were used for data analysis. The results showed the effectiveness of dialectical behavior therapy and cognitive behavioral therapy in increasing the scores of eating behaviors, fluid consumption, physical activity, consumption of fruits, vegetables, and grains, protein consumption, and total self-management, and these therapeutic effects were permanent until the follow-up stage ($P < 0.05$). Also, the effectiveness of dialectical behavior therapy in improving eating behaviors, fluid consumption, physical activity, and overall self-management was significantly higher than cognitive behavioral therapy, which continued until the follow-up stage ($P < 0.05$). There was no significant difference between the two groups of dialectical behavior therapy and cognitive behavioral therapy in the post-test and follow-up stages regarding the score of the two components of fruit, vegetable, and grain consumption and protein consumption ($P > 0.05$). Based on this, dialectical behavior therapy and cognitive behavioral therapy are effective in increasing self-management in obese people, and the therapeutic effects of dialectical behavior therapy are more significant.



*** Corresponding Author:** Mojtaba Ansari Shahidi

E-mail: Dransarishahidi@gmail.com

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی-رفتاری بر خود مدیریت در افراد چاق



افسانه هنردار^۱، مجتبی انصاری شهیدی^{۲*}، امیر محسن راه نجات^۳، حسن رضایی جمالویی^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16526

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.17.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16526)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16526.html



مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

خودمدیریتی، رفتار درمانی
دیالکتیکی، درمان شناختی
رفتاری، چاقی

چاقی معضلی فراگیر است که می‌تواند سلامت جسمانی را به شدت دچار آسیب سازد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی-رفتاری بر خودمدیریتی در افراد چاق صورت گرفت. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری شش ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره و روان‌شناختی راه برتر شهر قزوین در سال ۱۳۹۸ بود که توسط پزشکان و متخصصان تغذیه تشخیص چاقی گرفته بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۶۰ نفر انتخاب شده و به روش تصادفی و با قرعه‌کشی در سه گروه (رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری و گواه) گمارده شدند (هر گروه ۲۰ نفر). برای یکی از گروه‌های آزمایش ده جلسه درمان شناختی رفتاری و برای گروه آزمایش دوم ده جلسه رفتار درمانی دیالکتیکی اجرا شد و برای گروه گواه درمانی صورت نگرفت. پرسشنامه رفتارهای خودمدیریتی چاقی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شش ماهه توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. از آزمون تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بن‌فرونی و نرم افزار SPSS برای آنالیز داده‌ها استفاده شد. نتایج نشان دهنده اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری در افزایش نمرات رفتارهای خوردن، مصرف مایعات، فعالیت فیزیکی، مصرف میوه‌ها، سبزیجات و غلات، مصرف پروتئین و خودمدیریتی کل بود و این اثرات درمانی تا مرحله پیگیری ماندگار بوده است ($P < 0.05$). همچنین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود رفتارهای خوردن، مصرف مایعات، فعالیت فیزیکی و خودمدیریتی کل بطور معناداری از درمان شناختی رفتاری بیشتر بود که این تا مرحله پیگیری ادامه یافت ($P < 0.05$). در مورد نمره دو مولفه مصرف میوه‌ها، سبزیجات و غلات و مصرف پروتئین تفاوت معناداری بین دو گروه رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری وجود نداشت ($P > 0.05$). بر این اساس رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری در افزایش خودمدیریتی در افراد چاق موثر هستند و اثرات درمانی رفتار درمانی دیالکتیکی بیشتر است.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۹/۱۴

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۱۰/۲۵

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۵/۳۰

* نویسنده مسئول: مجتبی انصاری شهیدی

رایانامه: Dransarishahidi@gmail.com

مقدمه

چاقی به طور مستقیم و غیرمستقیم با بیماری‌های زیادی همراه بوده و به عنوان اختلالی مزمن و بسیار شایع محسوب می‌شود (اکلاستو و همکاران^۱، ۲۰۲۲). چاقی تأثیرات منفی زیادی بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی داشته و افراد چاق در معرض مرگ زودرس، ابتلا به دیابت، فشارخون بالا، بیماری‌های قلبی و عروقی، ناباروری، سرطان، میگرن، سنگ کیسه صفرا و بیماری‌های تنفسی قرار دارند (شریفی، نظریور، داورنیا و داورنیا، ۱۴۰۰). رویکرد رفتاری بر این موضوع بر این باور است که فرد می‌تواند با کارگیری سبک زندگی سالم در کنترل چاقی خود مؤثر باشد (سامینسکا و همکاران^۲، ۲۰۲۲). بنا به یافته برخی از مطالعات، لازمه یک سبک زندگی سالم، خود-مدیریتی قوی و توان فرد در کنترل رفتار و هیجانات و غرایز خود می‌باشد (والی و همکاران^۳، ۲۰۲۲، دلی باوی و همکاران^۴، ۲۰۲۱). در همین راستا گفته می‌شود خوردن توأم با اعمال محدودیت (تلاش آگاهانه برای اعمال محدودیت مصرف غذا و کالری برای کنترل وزن)، خوردن هیجانی (تمایل خوردن در پاسخ به هیجانات منفی) و خوردن با منشا تحریک بیرونی (خوردن بیشتر در پاسخ به نشانه‌های بیرونی غذا مانند بو و طعم غذا)، سه حوزه مهم روانشناختی رفتار خوردن محسوب می‌شوند که در هر سه مورد، خودمدیریتی نقش کلیدی دارد (دلی باوی و همکاران، ۲۰۲۱).

خودمدیریتی مقوله‌ای است که در ایجاد قدرت افراد برای مدیریت بر رفتار و عملکردشان در حیطه فردی و اجتماعی و در جهت ارتقای بهره‌وری نقش مهمی ایفا می‌کند (اوتا و همکاران^۵، ۲۰۲۱). این توانایی به کنترل تغییرات سبک زندگی اشاره دارد و همچنین روشی را برای مراقبت از سلامتی ارائه می‌دهد که در آن فرد در ارتقای سطح سلامتی، پیشگیری از بیماری و کنترل موفقیت‌آمیز شرایط بیماری خود نقش محوری ایفا کند (والی و همکاران، ۲۰۲۲). خودمدیریتی در بیماری‌های مزمن نیز، یک جزء مهم مراقبت محسوب شده و برای متقاعد کردن بیماران جهت تغییر در رفتار یا سبک زندگی مؤثر می‌باشد چرا که بهبود یا ناتوانی جسمی-روانی^۶ بیماران را به دنبال داشته و بر نتایج درمانی تأثیر می‌گذارد (هو و همکاران^۷، ۲۰۲۱). مطالعات نشان می‌دهند مداخلات مؤثر بر کاهش وزن مداخلاتی هستند که از طریق کمک به افراد برای خودمدیریتی آنها را در کنترل موقعیت‌های راه انداز مرتبط با رفتار خوردن، مقابله با کم تحرکی و خوردن هیجانی یاری می‌رسانند (اوتا و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین در موارد چاقی ناشی از خوردن هیجانی، درمان شناختی-رفتاری^۸ و رفتار درمانی دیالکتیکی^۹ می‌توانند مداخله‌ای مؤثر باشند. بر اساس نظریه شناختی-رفتاری، ریشه بسیاری از آسیب‌های روانی مربوط به طحواه‌های ناکارآمد است و در مورد افراد چاق و دارای اضافه وزن، طحواه‌های ناکارآمد در

خصوص خودکنترلی، خودکارآمدی و خودارزشمندی به عنوان عاملی مهم در مشکل آنها در زمینه چاقی و پرخوری مطرح هستند (گل‌کریان و همکاران، ۱۳۹۷). رفتار درمانی دیالکتیکی نیز ریشه پرخوری و اضافه وزن را در ناتوانی افراد در کنترل هیجانات و خودمدیریتی دانسته و بر این باور است که رفتارهای خوردن بد تنظیم شده به عنوان ابزاری برای تسکین آشفتگی‌های هیجانی در افرادی به کار می‌رود که در خودمدیریتی و تنظیم هیجانات منفی دچار مشکل هستند (صیرفی و همکاران، ۲۰۲۲).

طبق مفروضه‌های بنیادی مدل‌های شناختی-رفتاری، تفکر و ادراک بیماران، هیجانات و رفتارهای آنها را شکل می‌دهند (کازانتز و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۸). مدل‌های شناختی-رفتاری در اصلاح باورها و رفتارهای مرتبط با سلامت و نیز رفع عوامل خطر ساز نتایج جالب توجهی را نشان داده‌اند. دیدگاه شناختی رفتاری بر این باور استوار است که افکار و نگرش‌های ناکارآمد فرض‌ها و بنیان‌های شناختی سوگیرانه‌ای هستند که فرد نسبت به خود، جهان، اهداف و آینده دارد (دیوید و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۸). این نگرش‌ها موجب سوگیری ادراک فرد از رویدادها شده و احساسات و رفتارهای افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند و فرد را مستعد انواع اختلالات و آشفتگی‌های روانشناختی می‌کند (لطفی کنگرشاهی و همکاران، ۱۳۹۸). بر اساس این نظریه، در حالی که بسیاری از افراد خودشان را بر اساس عملکرد ادراک شده‌شان در جنبه‌های مختلف زندگی می‌سنجند، افراد چاق، خود را به طور وسیع بر اساس شکل، وزن و توانایی‌شان برای کنترل آن می‌سنجند و اغلب خود را در کنترل وزنشان و الگوی رفتار خوردنشان ناتوان می‌دانند (عابدی شرق و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین افراد چاق با اینکه دائماً متمرکز بر ظاهر بدنی، وزن و کنترل رژیم خود هستند و لاغری و از دست دادن وزن را فعالانه دنبال می‌کنند و از چاقی و افزایش وزن اجتناب می‌کنند، ولی اغلب به دلیل ناتوان تلقی کردن خود در مدیریت رفتار خوردن و چاقی، در درازمدت موفق نیستند (سکالینگام و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۲). هدف شیوه شناختی-رفتاری اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (گالی و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۲). یافته مطالعات متعدد گویای اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش وزن، بهبود تنظیم هیجان، کاهش پریشانی روانی و افسردگی و افزایش سلامت روان در افراد مبتلا به اضافه وزن و اختلالات خوردن می‌باشند (سکالینگام و همکاران، ۲۰۲۲؛ گالی و همکاران، ۲۰۲۲؛ پیری و سعیدی^{۱۴}، ۲۰۲۲). ساکالینگام و همکاران (۲۰۲۲) در بررسی خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری دارای تأثیر مثبتی بر کاهش میزان پریشانی روانی در بیماران داوطلب جراحی چاقی می‌باشد و می‌تواند میزان موفقیت درمانی را در آنها افزایش دهد. گالی و همکاران (۲۰۲۲) در یک تحقیق به بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر روی بیماران چاق

1. Akalestou et al
2. Sumińska et al
3. Valli et al
4. Delli Bovi et al
5. Ohta et al
6. physical-mental disability
7. Hu et al
8. Cognitive-behavioral therapy
9. Dialectical behavior therapy

10. Kazantzis et al
11. David et al
12. Sockalingam et al
13. Gulley et al
14. Piri & Saeidi

مبتلا به دیابت پرداختند و نشان دادند که این مداخله می‌تواند موجب کاهش وزن، علائم افسردگی و میزان قند خون در این بیماران شود. پیری و همکاران (۲۰۲۲) در بررسی خود بر روی نوجوانان مبتلا به چاقی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی و اصلاح سبک زندگی این افراد شده است. فولادوند و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی درمان رفتاری - شناختی در درمان نوجوانان مبتلا به چاقی پرداختند. طبق نتایج، درمان شناختی رفتاری چاقی در کاهش وابقای وزن بیماران نوجوان مبتلا به چاقی مؤثر بوده است. مرتضایی شمیرانی و همکاران (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف تعیین تفاوت اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در زنان مبتلا به چاقی انجام دادند. نتایج تحقیق نشان داد که گروه‌درمانی شناختی رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در افراد مبتلا به چاقی اثربخش بوده و تغییر ایجاد شده در مرحله پیگیری همچنان پایدار بود.

همانطور که ذکر شد، علاوه بر درمان شناختی-رفتاری، رفتار درمانی دیالکتیکی نیز می‌تواند مداخله‌ای مؤثر در افراد دارای اضافه وزن باشد. رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکرد است که بر مبنای تنظیم هیجانات در درمان اختلال شخصیت مرزی به عنوان اختلالی که هسته مرکزی آن ناتوانی در کنترل هیجانات و خودمدیریتی می‌باشد، شکل گرفته است (لینچ و همکاران^۱، ۲۰۰۶). جهت‌گیری نظری رویکرد رفتار درمانی دیالکتیک، آمیزه‌ای از سه دیدگاه نظری علوم رفتاری، فلسفه دیالکتیکی و اعمال ذن است که پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسئله رفتاری-شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند (رابینز و چاپمن^۲، ۲۰۰۴). هدف این رویکرد درمانی افزایش آگاهی فراگیر بنیادی، تحمل آشفته‌گی به عنوان مؤلفه‌های پذیرش، تنظیم عاطفی و کارآمدی در روابط بین فردی به عنوان عوامل تغییر است (سیمون و همکاران^۳، ۲۰۲۲). رفتار درمانی دیالکتیکی به دنبال افزایش انگیزش مراجع از طریق کمک به کاهش عواملی که در پیشرفت درمان تداخل کرده و یا همانند هیجانات، شناخت‌ها، رفتار آشکار و محیط، از آن جلوگیری می‌کنند، اطمینان یافتن از تعمیم درمان به محیط‌های واقعی و کمک به کاربرد این مهارت‌ها در محیط‌های گوناگون، دادن ساختار به محیط از طریق گسترش شبکه‌های حرفه‌ای و اجتماعی که رشد و استفاده از مهارت‌های جدید را تائید و تقویت می‌کند، می‌باشد (لینچ و همکاران، ۲۰۰۶). این درمان به طور اخص برای آموزش مهارت‌های تنظیم عواطف سازگارانۀ طراحی شده و جهت هدف قرار دادن رفتارهایی است که نتیجه بی‌نظمی هیجانی است (کانسیان و همکاران^۴، ۲۰۱۹). یافته مطالعات دال بر اثربخشی معنادار این مداخله درمانی بر بهبود هیجانات منفی، کیفیت زندگی، رفتارهای

1. Lynch et al
2. Robins & Chapman
3. Simon et al
4. Cancian et al

خودمراقبتی کنترل وزن، رژیم غذایی و بهزیستی روانی در افراد چاق و با اختلالات خوردن می‌باشد (صیرفی و همکاران، ۲۰۲۱؛ کانسیان و همکاران، ۲۰۱۹؛ رحمانی و امید، ۱۳۹۸). لامرز و همکاران (۲۰۲۰) در تحقیق خود که بر روی افراد بزرگسال با مشکل پرخوری انجام شد به این یافته دست پیدا کردند که رفتار درمانی دیالکتیکی در این افراد می‌تواند به کاهش رفتار تکانشگری و الگوی خوردن تکانشی کمک کند. کانسیان و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در افراد مبتلا به پرخوری عصبی پرداختند به این یافته دست پیدا کردند که این مداخله با کمک به این افراد در تنظیم هیجان می‌تواند در کاهش پرخوری و وزن آنها مؤثر باشد. رحمانی و امید (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف تعیین تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به چاقی، اضافه وزن و اختلال پرخوری انجام دادند. نتایج نشان داد که از لحاظ متغیر کیفیت زندگی بین گروه مداخله و گروه کنترل در پساآزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و این مداخله توانسته است منجر به بهبود کیفیت زندگی گروه مداخله شود.

چاقی معضلی فراگیر است و به عنوان عامل خطر برای بیماری‌های مزمن مختلف از جمله بیماری قلبی عروقی و دیابت شناخته می‌شود. خود-مدیریتی عاملی مهم در افراد چاق به حساب می‌آید چرا که می‌تواند به آنها در رعایت یک رژیم غذایی سالم و کاهش وزن یاری برساند و بنابراین یافتن مداخلات درمانی که می‌توانند به تقویت خودمدیریتی در افراد چاق کمک کنند حایز اهمیت هستند. به دنبال بررسی مداخلات مؤثر در افراد چاق که احتمالاً می‌توانند با بهبود خودمدیریتی به کاهش رفتار پرخوری هیجانی در این افراد مؤثر باشند، درمان شناختی رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی مداخله‌ای مناسب در این زمینه به نظر می‌رسند. گرچه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی در افراد چاق و دارای اضافه وزن در برخی مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است ولی مطالعه‌ای در زمینه بررسی تأثیر این مداخلات و به ویژه مقایسه اثربخشی آنها در بهبود خود-مدیریتی در این افراد انجام نشده است. مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان دو مداخله‌ای که در مطالعات مختلف اثربخشی آنها در افراد چاق به صورت جداگانه مورد بررسی و تایید قرار گرفته است، به خصوص در بهبود خودمدیریتی این افراد می‌تواند گامی مهم در زمینه درمان و کنترل مشکل چاقی و اضافه وزن باشد. بر همین اساس، این مطالعه درصدد پاسخ به این سوال است که آیا رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی-رفتاری بر خودمدیریتی در افراد چاق اثربخش هستند؟ همچنین چه تفاوتی بین اثربخشی این دو مداخله در بهبود خودمدیریتی در افراد چاق وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری شش ماهه بود. طرح این مطالعه با کد IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399.079 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی-واحد نجف آباد مورد تصویب قرار گرفته است جامعه

نتایج تحلیل عاملی اکتشافی ۶ عامل استخراج شد که این ۶ عامل ۶۱/۵۴ درصد از واریانس رفتارهای خود - مدیریتی را تبیین کردند. نمره کل ماتریس همبستگی کل پرسشنامه با مقیاس‌های پیروی کلی و اختصاصی به ترتیب ۰/۳۶ و ۰/۷۰ به دست آمد. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۰ و ضریب گاتمن برای پایایی به روش دو نیمه کردن ۰/۷۸ گزارش شد (سبحانی و همکاران، ۱۳۹۶). در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ نمره کل پرسشنامه رفتارهای خود - مدیریتی برابر ۰/۸۷ بود.

روش اجرای پژوهش

ابتدا با تمامی مراجعه کنندگان به مرکز مشاوره و روان‌شناختی راه برتر شهر قزوین که از طریق مراجعه به روانپزشکان، پزشکان و متخصصان تغذیه به این مرکز ارجاع داده شده بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند با این شرایط که متخصصان مرکز برای آن‌ها تشخیص چاقی داده باشند و علاقمند و داوطلب شرکت در پژوهش باشند. سپس از بین آن‌ها با توجه به معیارهای ورود و خروج پژوهش تعداد ۶۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه پژوهش گمارده شدند. از این تعداد ۲۰ نفر در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی، ۲۰ نفر در گروه درمان شناختی رفتاری هر کدام به مدت ۱۰ جلسه و ۲۰ نفر در گروه گواه شرکت کردند. در ابتدا و انتهای جلسات درمانی و همچنین برای دوره پیگیری، شش ماه پس از خاتمه جلسه‌های درمانی، افراد هر سه گروه پرسشنامه رفتارهای خود - مدیریتی چاقی را تکمیل نمودند. برای ملاحظات اخلاقی، رعایت حق انتخاب و اختیار مشارکت کنندگان برای مشارکت در پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات شخصی شرکت کنندگان در پژوهش و اختصاص کد به هر یک از آن‌ها، عدم استفاده از منابع مشکوک و فاقد اعتبار علمی و اجتماعی در پژوهش، پرهیز در استفاده از روش‌هایی که سبب آسیب جسمی یا روانی به شرکت کنندگان شود، ارائه اطلاعات لازم در زمینه نحوه اجرای پژوهش، تامین هزینه رفت و آمد شرکت کنندگان بنابر تمایل و خودداری از طرح پرسش‌های غیرضروری و شخصی از شرکت کنندگان لحاظ شد.

در این پژوهش از پروتکل درمان شناختی رفتاری برگرفته از اصول (کوپر^۴، ۲۰۰۳، ترجمه صادقی، ۱۳۸۸) در قالب ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای یکی از گروه‌های آزمایش استفاده شد. در مطالعات فولادوند و همکاران (۱۳۹۱) و مرتضایی شمیرانی و همکاران (۱۳۹۹)، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر روی نوجوانان و بزرگسالان چاق و دارای اضافه وزن نشان داده شده است. همچنین پروتکل رفتار درمانی دیالکتیکی برگرفته از اصول (سیفر و همکاران^۵، ۲۰۱۸) در قالب ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش دوم استفاده شد. یافته مطالعه رحمانی و امیدی (۱۳۹۸) و کانسیان و همکاران (۲۰۱۹)، گویای اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر روی افراد بزرگسال چاق و دارای اختلال پرخوری می‌باشد. در جدول ۱ به گزارش خلاصه جلسات پروتکل درمان شناختی رفتاری و در جدول ۲ به گزارش خلاصه جلسات پروتکل رفتار درمانی دیالکتیکی پرداخته شده است.

آماري پژوهش شامل تمامی مراجعه کنندگان به مرکز مشاوره و روان‌شناختی راه برتر شهر قزوین در سال ۱۳۹۸ بود که توسط پزشکان و متخصصان تغذیه تشخیص چاقی گرفته بودند. افراد واجد شرایط با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و کسانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند به روش تصادفی در سه گروه (رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری و گواه) گمارده شدند. در ابتدا ۷۰ نفر که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، به صورت هدفمند انتخاب شدند و از این ۷۰ نفر، ۶۰ نفر از آن‌ها که نمره‌های برش بالاتری در متغیر خوردن هیجانی داشتند برای شرکت در تحقیق انتخاب شدند و در سه گروه ۲۰ نفری قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل موارد ذیل بود: چاقی (شاخص توده بدنی^۱ بالاتر از ۳۰)، نمره بالا در رفتارهای خوردن هیجانی، مونث بودن، دامنه سنی ۵۰-۲۰ سال، باردار نبودن و عدم برنامه‌ریزی برای بارداری، عدم ابتلا به هر گونه اختلال شدید روانپزشکی مانند اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، اختلال وسواسی اجباری و اختلال بارز شخصیتی، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی، عدم دریافت درمان روان‌شناختی هم زمان و دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم. معیارهای خروج از پژوهش شامل موارد ذیل می‌باشد: عدم تمایل برای ادامه شرکت در جلسات درمانی و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی. در ابتدا و انتهای جلسات درمانی و همچنین برای دوره پیگیری، شش ماه پس از خاتمه جلسه‌های درمانی، افراد هر سه گروه پرسشنامه رفتارهای خود - مدیریتی چاقی را تکمیل نمودند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه رفتارهای خودمدیریتی چاقی^۲: پرسشنامه رفتارهای خود - مدیریتی چاقی توسط ولچ و همکاران^۳ (۲۰۰۸) به منظور سنجش میزان پیروی بیماران از دستورات چاقی بعد از عمل جراحی چاقی طراحی شده است، که دارای ۳۳ سوال در خصوص رفتارهای توصیه شده مختص چاقی می‌باشد. آیتم‌های این پرسشنامه بر رفتارهای بهداشتی که توسط متخصصان بالینی برای کاهش وزن پیشنهاد می‌گردد، تاکید داشته و پیروی بیماران را در ۷ خرده مقیاس رفتارهای خوردن، مصرف مایعات، فعالیت فیزیکی، مدیریت سندرم دامپینگ، مصرف مکمل‌ها، مصرف میوه‌ها، سبزیجات و غلات و مصرف پروتئین می‌سنجد. برای نمره‌گذاری پرسشنامه از مقیاس لیکرتی از ۱ تا ۳ (هرگز، گاهی اوقات، همیشه) برای هر گویه استفاده می‌شود. نمره کل در دامنه ۹۹-۳۳ قرار دارد و نمره‌های بالاتر نشان دهنده پیروی بیشتر می‌باشد. پایایی کل این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۷۴، ۰/۷۰، ۰/۷۹، ۰/۶۳ و ۰/۷۹ توسط سازندگان این پرسشنامه به دست آمده است. پایایی بازآزمون به فاصله دو هفته برای کل پرسشنامه ۰/۷۱ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۶۸، ۰/۶۰، ۰/۵۴، ۰/۶۶، ۰/۶۴ و ۰/۶۶ به دست آمده است. همچنین روایی سازه به روش همبستگی درونی برابر ۰/۷۸ = نشان داده شده است (ولچ و همکاران، ۲۰۰۸). شاخص‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران مورد بررسی قرار گرفته است، بر اساس

1. Body Mass Index
2. Bariatric Surgery Self-management Questionnaire
3. Welch

4. cooper
5. Safer

جدول ۱: پروتکل درمان شناختی رفتاری

جلسات	اهداف جلسه	محتوای جلسه	تکالیف خانگی
اول	برقراری ارتباط اولیه و ارزیابی سطح انگیزه بیمار	بررسی انگیزه بیمار از تغییر و ایجاد انگیزه تغییر با استفاده از مصاحبه انگیزشی، همدلی و ایجاد تشریک مساعی و ارتباط همکارانه بین افراد و درمانگر، سنجش مشکل وزن، توضیح در خصوص پایش عادت های خوردن و وزن کشی هفتگی.	ارایه تکلیف در خصوص شروع شمارش کالری ها و رسم نمودار وزن کشی (وزن کشی و شمارش کالری جزء تکالیف اصلی مراجعین در هر جلسه بوده است)
دوم	آشنایی با مدل شناختی رفتاری	آشنا ساختن بیمار با مدل شناختی رفتاری و پرداختن به موانع کاهش وزن و عوامل مرتبط با نگرانی ها، توضیح مدل شناختی رفتاری، شناسایی موانع شناختی و رفتاری در نگرانی های مربوط به کاهش وزن، بررسی الگوهای زمانی خوردن و مقدار غذای مصرفی و مکانی که در آن غذاخورد می شود.	ارایه تکلیف مربوط به نگرانی ها بصورت چک لیست و محدود کردن کالری
سوم	آشنایی به ولع و پرخوری	آموزش رفتاری کنترل ولع و پرخوری و افزایش فعالیت، شناسایی مکان و موقعیت هایی که فرد دچار ولع می گردد و آموزش کنترل ولع و پرخوری و تحمل این زمان و احساس ارزشمندی ناشی از آن، توضیح در مورد سه شکل از فعالیت (نافع‌الی، فعال، ورزش رسمی) با تاکید بر افزایش سطح فعالیت	ارایه تکالیف مرتبط با پایش سطح فعالیت و شناسایی راه اندازهای ولع و پرخوری
چهارم	آشنایی با تصویر بدن و نگرانی نسبت به آن	پرداختن به نگرانی های تصویر بدن، بررسی نقش عوامل ایجاد کننده تصویر بدنی منفی و آثار آن به عنوان مانع در کاهش وزن با تاکید بر ارزیابی نگرانی در تصویر بدنی منفی، آزمون افکار و باورها و رفتار به گونه عینی	ارایه تکلیف در مورد چک لیست پرداختن به نگرانی های تصویر بدن
پنجم	آشنایی با اصول شناخت درمانی	آشنا ساختن بیمار با شناخت درمانی و تأثیری که می تواند داشته باشد، بررسی افکار خودآیند منفی، بررسی اثر نگرش و باورها و افکار بر روی احساسات و رفتارهای ناشی از آن.	
ششم	تحریف ها یا خطاهای شناختی	شناسایی معیارهای دوگانه، تعمیم بیش از حد، تفکر دو بخشی و... و به چالش کشیدن این افکار با بررسی شواهد، توضیح جایگزین، بدترین حالت ممکن، بهترین حالت ممکن، واقع بینانه ترین حالت ممکن و موقعیت مشابه در مورد یک دوست.	
هفتم	شناسایی باورهای بنیادی بیماران	شناسایی نگرانی های مربوط به خطرات سلامتی و شناسایی باورهای بنیادی بیماران مربوط به چاقی و ظاهر خود	
هشتم	شناسایی رابطه فکر و احساس	بررسی فکر و احساس و معنای آن برای فرد (با فن پیکان رو به پایین) و بررسی باور مراجع و منشأ آن	
نهم	چالش با افکار ناکارآمد	اصلاح باورهای قدیمی و ناکارآمد با باورهای جدید، تجدید ساختار و طرحواره های منفی ظاهر، بررسی شواهد باور قدیمی و تعبیر مجدد و استفاده از مقایسه افراطی برای اصلاح باورها (پیوستار شناختی)	
جلسه دهم	جمع بندی و گرفتن بازخورد	در این جلسه به مرور جلسات قبل و مهارت ابقای وزن پرداخته شد، بررسی اهداف وزن، وزن مطلوب و پذیرش آن. بررسی موانع جهت ابقای وزن، بازخورد درمانی و پس آزمون گرفته شد.	

جدول ۲: پروتکل رفتار درمانی دیالکتیکی

مقایسه	جلسات	اهداف جلسات	محتوای جلسه	تکالیف خانگی
	اول	ایجاد رابطه درمانی و معرفی منطق رفتار درمانی دیالکتیکی	ایجاد رابطه درمانی مناسب و فهم کلی مراجع در مورد مشکلات مربوط به خوردن و آماده کردن مراجع در به کارگیری منطق رفتار درمانی دیالکتیکی و معرفی مدل تنظیم هیجانی در این درمان با هدف کاهش در میزان تسلیم شدن در برابر اشتغالات ذهنی درباره غذا و رفتارهای مرتبط با پرخوری و متوقف کردن پرخوری و عقد قرارداد درمانی می‌باشد. ترسیم الگوی تنظیم هیجان با توجه به مدل رفتار درمانی دیالکتیکی به افراد داده شد و تنظیم قرارداد درمانی.	کارت‌های مزایا و معایب پرخوری به عنوان تکلیف خانگی
	دوم	آشنایی با اهداف برنامه و آشنا کردن مراجعین با چارچوب کلی درمان	بحث در مورد اهداف برنامه و ابزار لازم که ما را به هدف برساند. ضمن آشنا کردن مراجعین با چارچوب کلی درمان در مورد هر یک از مهارت‌های توجه آگاهی به افراد اطلاعاتی داده می‌شود. بررسی ذهن عقلانی، ذهن هیجانی و ذهن خردمند صورت گرفت و افراد با ذهن خردمند و نحوه دستیابی به آن آشنا شدند.	تکمیل کارت خاطرات روزانه
	سوم	آشنایی با تجزیه و تحلیل زنجیره ای وقایع موثر در پرخوری	مربی رفتار درمانی دیالکتیک خود باشیم شامل آشنایی با زنجیره‌های رفتاری که رفتار مخرب را شکل می‌دهد. با شناسایی و تجزیه و تحلیل زنجیره ای وقایع موثر و ادامه دهنده رفتار پرخوری هیجانی شناسایی شده و نحوه شکستن آنها آموزش داده شد.	فرم تجزیه و تحلیل زنجیره‌ای رفتار به عنوان تکلیف خانگی
	چهارم	آشنایی با مزایای تفکر دیالکتیک و توجه آگاهی	مزایای تفکر دیالکتیک و توجه آگاهی مورد بحث قرار گرفت، توضیح مبسوطی در مورد تفکر دیالکتیک و مهارت های نظاره کردن رایبه گردید. نحوه برخورد با ناکامی ها در مقابل پرخوری با کمک تفکر دیالکتیک آموزش داده شد. کاربرد تفکر دیالکتیک در پذیرش خود و تصمیم برای تغییر مطرح شد .	طراحی کارت‌های دیالکتیک و تمرین نظاره کردن به عنوان تکالیف
	پنجم	آشنایی با اصول ذهن آگاهی	نظاره‌گر ماهرتری شویم که شامل آموزش مهارت اتخاذ یک موضع غیر قضاوت‌گون و تمرکز بر یک چیز در زمان حال و اثربخشی آن. نظاره‌گری بر روی نوار نقاله، در هر لحظه بر یک چیز متمرکز بودن و انجام کار موثر آموزش داده شد.	تمرین ذهن آگاهی
	ششم	آشنایی با رفتارهای مداخله گر در برنامه	باقی ماندن در مسیر آموزش داده می‌شود و متوقف کردن هر رفتاری که در اجرای برنامه تداخل می‌کند و مرور مهارت‌هایی آموخته شده در دستور جلسه قرار گرفت. در این جلسه متوقف کردن هر رفتاری که در برنامه تداخل دارد، توقف پرخوری، کاربرد مهارت برای مقابله موثر با هیجانات منفی و تجزیه و تحلیل زنجیره رفتاری مرور شد.	مرور مهارت ها و شناسایی رفتارهای تداخل کننده در توقف پرخوری
	هفتم	آموزش توجه آگاهانه خوردن	آموزش توجه آگاهانه خوردن و جستجوی علل ولع و توضیح در مورد مهارت‌های تحمل رنج یا مهارت‌هایی که به فرد کمک می‌کنند تا در شرایط بحرانی با هیجانات خود به شیوه مناسب مقابله کنند، بررسی شد.در این جلسه کاربرد آگاهانه خوردن و مغایرت خوردن آگاهانه با پرخوری بررسی گردید. همچنین کنترل ولع که شامل صبوری کردن برای تمایل شدید به پرخوری می‌باشد با تاکید بر مهارت نظاره کردن، اتخاذ یک موضع غیر قضاوت‌گون، تمرکز بر یک چیز درحال بررسی گردید.	کاربرگ تمرین توجه آگاهی به عنوان تکلیف خانگی
	هشتم	پذیرش بنیادین هیجانات	توجه آگاهی هیجانی و پذیرش بنیادین هیجانات و گام هایی برای ایجاد تغییرات مثبت و احساسات مثبت آموزش داده شد. در این جلسه بر روی دو مهارت اساسی در جهت ارتقا کنار آمدن با هیجانات شدید تمرکز شد: توجه آگاهی از هیجانات حال و اکنون و اتخاذ موضع غیر قضاوت گون. آموزش موج سواری بر روی هیجانات به جای رفتار خوردن.	ارایه کار برگ مرتبط با توجه آگاهی هیجانی و پذیرش بنیادین هیجانات
	جلسه نهم	آشنایی با راهبردهای پذیرش	تاب آوری و تحمل فشار عصبی که به معرفی و توضیح راهبردهای پذیرش (پذیرش کامل از عمق درون)، معطوف کردن ذهن به سمت پذیرش و مهارت‌های مدیریت بحران کمک می‌کند آموزش داده شد. مهارت پذیرش بنیادین و مهارت‌های مدیریت بحران (توجه برگردانی، خود آرام بخشی، تفکر به مزایا و معایب) آموزش داده شد.	ارائه کاربرگ مرتبط با راهبردهای پذیرش
	جلسه دهم	جمع بندی و گرفتن بازخورد	برنامه‌ریزی برای آینده و جلوگیری از عود و مرور مهارت‌های ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و تحمل رنج و به کارگیری مستمر مهارت‌های آموخته شده، بازخورد از دوره آموزشی و اجرای پس -آزمون می‌باشد.	تکالیف مربوط به مهارت‌های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان

نتایج

میانگین سنی گروه رفتار درمانی دیالکتیک $29/30 \pm 5/86$ ، گروه درمان شناختی رفتاری $27/60 \pm 5/12$ و گروه گواه $28/47 \pm 5/90$ بود که با توجه به نتایج آزمون تی مستقل، تفاوت معناداری بین گروه‌ها از نظر سن وجود نداشت. از نظر سطح تحصیلات، به ترتیب در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی، گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل ۵، ۷ و ۵ نفر دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم، ۱۰، ۷ و ۱۱ نفر دارای تحصیلات کارشناسی و ۵، ۶ و

جهت انجام تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار SPSS و روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روش‌های آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. جهت استفاده از تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته پیش‌فرض‌های نرمال بودن داده‌ها (آزمون کولموگروف - اسمیرنوف)، همگنی واریانس‌ها (آزمون ام باکس)، نرمال بودن چند متغیری داده‌ها بررسی گردید.

موجهی سطوح معناداری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ بود، بنابراین استفاده از تحلیل واریانس آمیخته مانعی ندارد. در جدول ۴ گزارش نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) و درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر مدیریت خود

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
رفتارهای خورند	مراحل	۶۴۵/۵۷	۲	۳۲۲/۷۸	۱۴/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۲۷
	آزمون						
	عضویت گروهی	۷۸۳/۹۱	۲	۳۹۱/۹۵	۱۹/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	تعامل	۵۰۱/۴۲	۴	۱۲۵/۳۵	۸/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۲۱
مصرف مایعات	مراحل	۷۳۹/۴۴	۲	۳۶۹/۷۲	۱۸/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۲۸
	آزمون						
	عضویت گروهی	۵۱۹/۵۷	۲	۲۵۹/۷۸	۱۲/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۲۴
	تعامل	۴۹۰/۶۶	۴	۱۲۲/۶۶	۸/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۲۱
فعالیت فیزیکی	مراحل	۴۸۴/۶۹	۲	۲۴۲/۳۴	۹/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۲۲
	آزمون						
	عضویت گروهی	۳۳۴/۸۵	۲	۱۶۷/۴۲	۷/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۱۹
	تعامل	۴۱۷/۹۲	۴	۱۰۴/۴۸	۵/۸۴	۰/۰۰۷	۰/۱۷
مدیریت سندرم دامپینگ	مراحل	۱۴۲/۱۸	۲	۷۱/۰۹	۳/۰۱	۰/۱۳۰	۰/۰۴
	آزمون						
	عضویت گروهی	۱۱۹/۷۴	۲	۵۹/۸۷	۲/۶۶	۰/۱۵۶	۰/۰۳
	تعامل	۹۷/۶۷	۴	۲۴/۴۱	۱/۰۲	۰/۴۱۳	۰/۰۰۱
مصرف مکمل‌ها	مراحل	۱۱۴/۲۷	۲	۵۷/۱۳	۱/۸۱	۰/۲۷۸	۰/۰۰۸
	آزمون						
	عضویت گروهی	۱۳۹/۸۹	۲	۶۹/۹۴	۱/۹۷	۰/۲۴۱	۰/۰۱
	تعامل	۱۰۷/۷۱	۴	۲۶/۹۲	۱/۱۴	۰/۳۹۰	۰/۰۰۱
مصرف میوه‌ها، سبزیجات و غلات	مراحل	۲۰۶/۷۰	۲	۱۰۳/۳۵	۴/۹۰	۰/۰۱۷	۰/۱۶
	آزمون						
	عضویت گروهی	۲۶۱/۴۸	۲	۱۳۰/۷۴	۴/۹۶	۰/۰۱۱	۰/۱۶
	تعامل	۳۲۸/۰۷	۴	۸۲/۰۹	۴/۶۸	۰/۰۲۳	۰/۱۵
مصرف پروتئین	مراحل	۳۸۲/۳۶	۲	۱۹۱/۱۸	۴/۵۲	۰/۰۲۷	۰/۱۵
	آزمون						
	عضویت گروهی	۲۴۹/۲۲	۲	۱۲۴/۶۱	۴/۱۲	۰/۰۳۱	۰/۱۳
	تعامل						

۴ نفر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. در خصوص وضعیت تاهل، به ترتیب در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی، گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل ۱۳، ۱۵ و ۱۴ نفر مجرد و ۷، ۵ و ۶ نفر متاهل بودند. نتایج بدست آمده برای آزمون کای اسکور بیانگر این است که بین گروه‌های پژوهش در وضعیت تاهل و سطح تحصیلات ناهمسانی معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$).

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی مدیریت خود در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) و گروه درمان شناختی-رفتاری (CBT)

مرحله	متغیر	گروه DBT		گروه CBT		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رفتارهای خورند	پیش	۱۲/۰۹	۲/۲۶	۱۱/۸۱	۲/۴	۱۳/۳۰	۲/۳۳
	پس	۱۶/۷۹	۲/۳	۱۵/۵۶	۲/۳۱	۱۲/۹۴	۲/۱۸۵
مصرف مایعات	پیش	۱۱/۹۱	۳/۲۵	۱۲/۲۴	۲/۴۵	۱۲/۷۸	۲/۳۷
	پس	۱۷/۰۶	۴/۲۶	۱۵/۵۱	۳/۲۶	۱۳/۶۹	۲/۹۱
فعالیت فیزیکی	پیش	۴/۸۴	۱/۳۸	۴/۹۷	۱/۴۸	۵/۰۳	۱/۴۴
	پس	۷/۷۹	۱/۴	۶/۴۰	۱/۴	۵/۳۳	۱/۷۶
مدیریت سندرم دامپینگ	پیش	۶/۴۵	۲/۵۸	۶/۶۱	۱/۶۹	۵/۰۶	۲/۰۲
	پس	۵/۹۵	۱/۶۲	۶/۲۴	۲/۶۵	۵/۹۸	۲/۰۵
مصرف مکمل‌ها	پیش	۶/۸۱	۱/۹	۵/۲۲	۲/۳۳	۶/۶۷	۲/۳۲
	پس	۶/۱۴	۱/۶۰	۵/۹۳	۱/۷۴	۶/۷۴	۱/۶۸
مصرف میوه‌ها، سبزیجات و غلات	پیش	۶/۹۱	۱/۵۹	۶/۳۱	۲/۶	۶/۹۵	۲/۰۴
	پس	۵/۸۴	۱/۸۵	۶/۰۴	۲/۲۵	۵/۹۰	۲/۳۳
مصرف پروتئین	پیش	۴/۸۹	۱/۳۸	۴/۲۸	۱/۵	۴/۹۸	۱/۴۱
	پس	۶/۸۹	۲/۴۱	۶/۴۳	۲/۳۶	۵/۰۳	۱/۸
خود-مدیریتی	پیش	۶/۸۴	۲/۶۳	۶/۰۹	۱/۹۶	۵/۰۰	۲/۰۳
	پس	۴/۷۸	۱/۴	۴/۹۱	۱/۴۵	۴/۹۲	۱/۴۸
خود-مدیریتی	پیش	۵/۳۱	۴/۵۸	۴/۹۲	۵۴/۵۵	۵۵	۴/۷۸
	پس	۶/۶۲	۲/۳۹	۶/۱۴	۱/۴۳	۵/۱۱	۲/۷۱
خود-مدیریتی	پیش	۵/۹۸	۱/۵۹	۶/۳۶	۲/۲	۴/۹۸	۲/۰۲
	پس	۶۵/۶	۴/۶۳	۶۰/۰۱	۴/۶۶	۵۵/۳۱	۵/۸۵
خود-مدیریتی	پیش	۶۴/۲۵	۵/۴۰	۵۹/۲۰	۶/۵۷	۵۴/۹۰	۶/۷۰
	پس						

برای آنالیز داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. در مورد بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها، نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف بر نرمال بودن توزیع نمرات دلالت داشت. برای همگنی واریانس‌ها از آزمون ام باکس استفاده شد که از آنجا که برای آزمون ام باکس و آزمون کرویت

تعالیم	۳۱۷/۵۱	۴	۷۹/۳۷	۴/۷۰	۰/۲۰	۰/۱۵
مراحل و گروه						
مراحل	۱۲۸۴/۰۳	۲	۶۴۲/۰۲	۲۹/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴
آزمون						
عضویت	۱۰۷۴/۲۳	۲	۵۳۷/۱۲	۱۳/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲
خودمدیریتی						
گروهی						
تعالیم	۹۴۵/۴۳	۴	۲۳۶/۳۶	۱۰/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۲۸
مراحل و گروه						

نتایج تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت مراحل آزمون، عضویت گروهی و تعامل مراحل و گروه در مورد مولفه‌های رفتارهای خوردن، مصرف مایعات، فعالیت فیزیکی، مصرف میوه‌ها، سبزیجات و غلات، مصرف پروتئین و خودمدیریتی کل معنادار است ($P < 0.05$). برای بررسی تفاوت‌های زوجی گروه‌ها در مولفه‌های خودمدیریتی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین خودمدیریتی و خرده مقیاسهای آن در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT)، درمان شناختی-

رفتاری (CBT) و کنترل					
متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	مقدار P
رفتارهای خوردن	DBT	CBT	۱/۲۳	۰/۹۱	۰/۰۴
پس آزمون	DBT	کنترل	۳/۸۵	۱/۵۳	۰/۰۰۱
	CBT	کنترل	۲/۶۲	۱/۱۷	۰/۰۰۵
رفتارهای خوردن	DBT	CBT	۲/۴۴	۱/۳۵	۰/۰۰۸
پیگیری	DBT	کنترل	۳/۴۵	۱/۴۲	۰/۰۰۱
	CBT	کنترل	۱/۰۴	۰/۶۲	۰/۰۵
مصرف مایعات	DBT	CBT	۱/۵۵	۱/۳۲	۰/۰۳
پس آزمون	DBT	کنترل	۳/۳۷	۱/۶۹	۰/۰۰۱
	CBT	کنترل	۱/۸۲	۰/۹۵	۰/۰۱
مصرف مایعات	DBT	CBT	۱/۵۲	۰/۷۸	۰/۰۳
پیگیری	DBT	کنترل	۲/۵۸	۱/۲۱	۰/۰۰۶
	CBT	کنترل	۱/۰۶	۰/۴۳	۰/۰۵
فعالیت فیزیکی	DBT	CBT	۱/۳۹	۰/۶۶	۰/۰۳
پس آزمون	DBT	کنترل	۲/۴۶	۱/۳۸	۰/۰۰۱
	CBT	کنترل	۱/۰۷	۰/۸۱	۰/۰۲
فعالیت فیزیکی	DBT	CBT	۱/۴۳	۰/۷۴	۰/۰۰۷
پیگیری	DBT	کنترل	۲/۰۸	۱/۲۶	۰/۰۰۱
	CBT	کنترل	۱/۳۷	۰/۶۵	۰/۰۰۸
مصرف میوه‌ها، سبزیجات و غلات	DBT	CBT	۰/۴۶	۰/۲۰	۰/۳۲
پس آزمون	DBT	کنترل	۱/۸۶	۱/۰۷	۰/۰۰۱
	CBT	کنترل	۱/۴۰	۰/۷۹	۰/۰۰۷
مصرف میوه‌ها، سبزیجات و غلات	DBT	CBT	۰/۷۵	۰/۴۸	۰/۱۱
پیگیری	DBT	کنترل	۱/۸۴	۰/۵۲	۰/۰۰۱
	CBT	کنترل	۱/۰۹	۰/۴۱	۰/۰۱

نتایج جدول ۵ با کنترل نمرات پیش آزمون نشان دهنده این است که مقایسه نمرات رفتارهای خوردن، مصرف مایعات، فعالیت فیزیکی و خودمدیریتی کل در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری در مرحله پس آزمون و پیگیری معنادار است و اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در هر دو مرحله بیشتر بوده است ($P < 0.05$)؛ بنابراین اثرات برتر رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود این متغیرها تا مرحله پیگیری ادامه یافته است. در مورد نمره دو مولفه مصرف میوه‌ها، سبزیجات و غلات و مصرف پروتئین تفاوت معناداری بین دو گروه رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری در مرحله پس آزمون و پیگیری وجود نداشت ($P > 0.05$) و بنابراین اثربخشی هر دو گروه مداخله در هر دو مرحله برابر بوده است. تفاوت نمرات رفتارهای خوردن، مصرف مایعات، فعالیت فیزیکی، مصرف میوه‌ها، سبزیجات و غلات، مصرف پروتئین و خودمدیریتی کل در هر دو گروه مداخله در پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل معنادار بود ($P < 0.05$) و این نشان دهنده اثربخشی معنادار رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری در بهبود این نمرات در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون است که این اثرات درمانی تا مرحله پیگیری ماندگار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی بر خودمدیریتی در افراد چاق انجام شد. نتایج نشان دهنده اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری در بهبود خودمدیریتی در افراد چاق است و این اثرات درمانی تا مرحله پیگیری ماندگار بود. همچنین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود خودمدیریتی بیشتر از درمان شناختی رفتاری بود. این نتایج با نتایج تحقیقات ساکالینگام و همکاران (۲۰۲۲)، گالی و همکاران (۲۰۲۲)، پیری و همکاران (۲۰۲۲) در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش وزن، بهبود تنظیم هیجان، کاهش پریشانی روانی و افسردگی و افزایش سلامت روان در افراد مبتلا به اضافه وزن و اختلالات خوردن همسو است.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود خودمدیریتی در افراد چاق باید بیان داشت که باور و نگرش افراد نسبت به توانایی داشتن در

مدیریت خود و رفتار و هیجانات خود از مهمترین عوامل همبسته با الگوهای مصرف غذا و خودکنترلی در خوردن است (دیوید و همکاران، ۲۰۱۸). این در حالی است که طبق مدل شناختی رفتاری، در افراد دچار چاقی، نگرش‌های ناکارآمد به صورت فرض‌ها و بنیان‌های منفی افراد نسبت به خود، جهان، اهداف و آینده، موجب سوگیری ادراک آنها از رویدادها شده و با متاثر ساختن احساسات و رفتارها، آنها را مستعد این نوع شناخت ناکارآمد می‌سازد که قادر به خودمدیریتی نیستند و این به صورت عدم موفقیت این افراد در رعایت یک رژیم غذایی سالم و پایبندی به یک سبک زندگی سلامت محور نمود می‌یابد (گالی و همکاران، ۲۰۲۲). طبق نظریه شناختی رفتاری، اگر فرد دیدگاه‌های کمالگرایانه و غیرقابل‌انعطاف از خود و جهان پیرامون داشته باشد به هنگام مواجهه با یک موقعیت استرس‌زا که مختل‌کننده دیدگاه‌های پیشین اوست، از راهبردهای غیرانطباقی نظیر انکار یا اجتناب استفاده می‌کند (گل‌کاریان و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین افرادی که به صورت غیرانطباقی به عقاید و باورهای خود می‌چسبند بیشتر در معرض آسیب‌های روانشناختی قرار دارند (پیری و همکاران، ۲۰۲۲). در همین راستا نظریه شناختی رفتاری عنوان می‌کند که افراد چاق اغلب تلاش می‌کنند به قواعد رژیمی خاص و طاقت‌فرسا پایبند باشند و کوچکترین لغزش از آن قواعد را نشانه کمبود خودکنترلی درک می‌کنند و بنابراین در صورت بروز چنین قانون شکنی‌ای، با رها کردن موقت تلاش خود برای محدود کردن خوردن پاسخ می‌دهند و در نتیجه در مقابل میل به خوردن، تسلیم می‌شوند و این منجر به دوره‌های پرخوری می‌شود که پس از مدتی مجدداً با تلاش برای محدود کردن خوردنشان ادامه می‌یابد (عابدی شرق و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین بخشی از درمان شناختی رفتاری نیز بر روی شناسایی افکار ناکارآمد در مورد غذا و بدن، باورهای منفی در این رابطه و پیامدهای هیجانی که می‌توانند داشته باشند و همچنین اصلاح باورها و شناخت‌های نادرست و غیرمنطقی تمرکز دارد (ساکالینگام و همکاران، ۲۰۲۲). بیمار این را یاد می‌گیرد که در بسیاری از شرایط، افکار و باورهای ناکارآمد وی هستند که با ایجاد هیجانات منفی موجب اضطراب در وی می‌شوند و بنابراین وی می‌تواند با شناسایی این افکار غیرمنطقی و بازسازی و تغییر آنها، به بهبود هیجانات خود و در نتیجه کنترل الگوی رفتار خوردن خود کمک کند که در نهایت پیامدهای مثبت آن می‌تواند موجب تقویت خودمدیریتی در فرد شود (گالی و همکاران، ۲۰۲۲).

نتایج نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی موجب بهبود خودمدیریتی در افراد چاق شده است و همچنین اثربخشی آن بیش از درمان شناختی رفتاری بود. این یافته با نتایج تحقیقات رحمانی و امیدی (۱۳۹۸)، لامرز و همکاران (۲۰۲۰) و کانسیان و همکاران (۲۰۱۹) در زمینه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کیفیت زندگی، کنترل وزن و رژیم غذایی و بهزیستی روانی در افراد چاق همسو است. در مورد تبیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود خودمدیریتی باید بیان داشت که رفتار درمانی دیالکتیکی بر این باور است که بسیاری از موارد خوردن در افراد چاق مربوط به ناتوانی آنها در تنظیم هیجانات و در نتیجه افزایش بروز خوردن تکانشی و کاهش خودمدیریتی در این افراد است (صیرفی و همکاران،

۲۰۲۱). خوردن تکانشی وقتی رخ می‌دهد که فرد گرفتار رفتار خوردن بدون دوراندیشی شود و به محرک‌های مربوط به خوردن، با پاسخ‌دهی شتاب‌زده ظاهر شود که اغلب با پیامدهای ناسازگارانه از جمله کاهش خودمدیریتی همراه است (رابینز و چاپمن، ۲۰۰۴). در رفتار درمانی دیالکتیکی به فرد دارای اختلال خوردن کمک می‌شود تا با مهارت یافتن در تنظیم سازگارانه هیجانات، بر تکانشگری خود و الگوهای خوردن تکانشی و بدون برنامه‌ریزی فائق آید و با تقویت مهارت خودکنترلی و غنی‌سازی خزانه راهبردهای مقابله‌ای، مدیریت خود را ارتقا بخشد. (رحمانی و امیدی، ۱۳۹۸). همچنین در رفتار درمانی دیالکتیکی از طریق ذهن آگاهی، بیماران یاد می‌گیرند که چگونه بدون قضاوت و مقوله‌بندی، به غذا نزدیک شوند و آن را توصیف و خوردن بدون قضاوت و مقوله‌بندی را نیز تمرین کنند (رحمانی و امیدی، ۱۳۹۸). ذهن آگاهی پایه و اساس مهارت‌های تنظیم هیجانی و تحمل‌پریشانی است و افراد را قادر می‌کند که حالات هیجانشان را بدون درگیری در رفتارهای تکانشی خودکار، شناسایی و تشخیص دهند؛ بنابراین فرد با ذهن آگاهی، می‌تواند انتخاب‌های سازگارانه-تری را در مورد استفاده از مهارت تنظیم هیجانی و تحمل‌پریشانی داشته باشد (صیرفی و همکاران، ۲۰۲۱). این تمرین، رویارویی ارزشمندی را با دسته‌ای از غذاها از جمله غذاهای ممنوع فراهم می‌کند؛ بدون اینکه به دنبال مصرف آن، اجازه رخ دادن پرخوری را دهد؛ بنابراین ارتباط بین غذا از جمله غذاهای ممنوع از طریق رویارویی و اجتناب از پاسخ از بین می‌رود و باعث کاهش اضطراب مرتبط با غذا و خوردن می‌شود و در نتیجه آن خودمدیریتی در خوردن افزایش می‌یابد.

در مورد اثربخشی بیشتر رفتار درمانی دیالکتیکی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در بهبود خودمدیریتی در افراد چاق باید بیان داشت که افراد چاق در تنظیم حالات درونی و تشخیص و شناسایی هیجانات خود در مقابل حس‌های گرسنگی و سیری مشکل دارند و این می‌تواند به صورت رفتارهای تکانشی و مدیریت نشده از جمله پرخوری به منظور تسکین موقتی هیجانات منفی در آنها ظاهر شود (دلی باوی و همکاران، ۲۰۲۱). این در حالی است که در فرایند جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی به افراد چاق کمک شد تا با استفاده از تکنیک‌هایی همچون ذهن آگاهی به مهارت تحمل‌پریشانی و پذیرش و تنظیم هیجانات دست یابند و قادر شوند تا با افزایش ظرفیت روانی خود بر رفتارهای تکانشگری و الگوهای خوردن مدیریت نشده خود غلبه کنند. ذهن آگاهی که از مهارت‌های اصلی و مرکزی رفتار درمانی دیالکتیکی است، بر آگاهی غیرقضاوت‌گرایانه و پایدار نسبت به حالات هیجانی که در لحظه حال رخ می‌دهند، بدون اینکه فرد به آنها واکنش نشان دهد تأکید دارد (لامرز و همکاران، ۲۰۲۰). رفتار درمانی دیالکتیکی از طریق ذهن آگاهی، می‌تواند درون‌نگری افراد را بالا ببرد و بنابراین بیماران می‌توانند هیجان‌های خود را در ارتباط با پرخوری شناسایی کنند و به درستی بین حس‌های جسمانی و هیجانات خود تمایز قائل شوند و از این طریق خودمدیریتی را در خود ارتقاء بخشند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود مدیریت خود در افراد چاق اثربخش است.

شناختی رفتاری بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در زنان مبتلا به چاقی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۳ (۶)، ۹۵۷-۹۴۴.

درمان شناختی-رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی با اصول خاص خود توان کمک به افراد چاق برای بهبود مدیریت خود در خوردن و در نتیجه دستیابی به کاهش وزن و افزایش سلامت جسمی و روان دارا هستند. با توجه یافته این پژوهش، پیشنهاد می شود دو مداخله درمان شناختی-رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکی در زمینه تدوین مداخلات مربوط به کنترل و کاهش وزن بکار برده شوند. از جمله محدودیت های این پژوهش این بود که شرکت کنندگان از یک مرکز مشاوره در شهر قزوین انتخاب شده اند و بنابراین در تعمیم نتایج باید محتاط بود. همچنین اثر متغیرهایی چون سن، تحصیلات و سابقه خانوادگی کنترل نشده است. بر همین اساس پیشنهاد می شود تا مطالعات بعدی با در نظر گرفتن جامعه آماری وسیع تر و کنترل اثر متغیرهای مزاحم انجام شود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکترای رشته روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی- واحد نجف آباد است. نویسندگان بر خود لازم می دانند از شرکت کنندگان در پژوهش که زمینه اجرای این مطالعه را فراهم آوردند، کمال تشکر و قدردانی دارند.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

منابع

- رحمانی، ملیحه و امیدی، عبدالله. (۱۳۹۸). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن و اختلال پر خوری: یک کارآزمایی بالینی. *علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۸ (۲)، ۱۴۶-۱۳۳.
- سبحانی، زهرا؛ احدی، حسن؛ خسروی، صدرا؛ پورشریفی، حمید و صیرفی، محمد رضا. (۱۳۹۶). شاخص های روان سنجی پرسش نامه رفتارهای خود - مدیریتی پس از عمل جراحی چاقی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۰ (۱)، ۸۴-۹۵.
- شریفی، غنچه؛ نظریور، داود؛ داورنیا، محمد و داورنیا، رضا. (۱۴۰۰). اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر بهزیستی ذهنی زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۰ (۹۷): ۸۹-۱۰۲.
- فولادوند، مریم؛ فراهانی، حجت اله؛ باقری، فریبرز و فولادوند، مهسا. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در درمان دختران مبتلا به چاقی. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۶ (۲)، ۲۲-۱۰.
- لطفی کنگر شاهی، آرش؛ دهقانی آرانی، فاطمه؛ رستمی، رضا؛ اشرف تالش، سیده هاله و ابوالحسنی، مریم. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش فعالیت و کاهش وزن افراد چاق مبتلا به بیماری گرفتگی عروق کرونر قلبی. *روانشناسی سلامت*، ۸ (۳)، ۵۳-۷۸.
- کوپر، زفر. (۲۰۰۳). *درمان شناختی رفتاری چاقی (راهنمای عملی برای متخصصان بالینی)*. ترجمه صادقی، خیرالله. (۱۳۸۸). تهران: پایگان.
- گل کاریان، پریسا؛ شفیق آبادی، عبدالله و دلاور، علی. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و رژیم درمانی بر کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی در افراد مبتلا به چاقی. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۶ (۴)، ۳۴۸-۳۴۰.
- مرتضایی شمیرانی، شهره؛ ثنائی ذاکر، باقر؛ تاجری، بیوک؛ سوداگر، شیدا و مسچی فرحناز. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی

- Abedishargh, N., Farani, A. R., Gharraee, B., & Farahani, H. (2021). Effectiveness of Internet-based Cognitive Behavioral Therapy in Weight Loss, Stress, Anxiety, and Depression via Virtual Group Therapy. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 15(3).
- Akalestou, E., Miras, A. D., Rutter, G. A., & le Roux, C. W. (2022). Mechanisms of weight loss after obesity surgery. *Endocrine Reviews*, 43(1), 19-34.
- Cancian, A. C. M., de Souza, L. A. S., Liboni, R. P. A., Machado, W. D. L., & Oliveira, M. D. S. (2019). Effects of a dialectical behavior therapy-based skills group intervention for obese individuals: A Brazilian pilot study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(6), 1099-1111.
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in psychiatry*, 4.
- Delli Bovi, A. P., Manco Cesari, G., Rocco, M. C., Di Michele, L., Rimauro, I., Lugiero, A., ... & Vajro, P. (2021). Healthy lifestyle management of pediatric obesity with a hybrid system of customized mobile technology: The pedafit pilot project. *Nutrients*, 13(2), 631.
- Gulley, L. D., Shomaker, L. B., Kelly, N. R., Chen, K. Y., Olsen, C. H., Tanofsky-Kraff, M., & Yanovski, J. A. (2022). Examining cognitive-behavioral therapy change mechanisms for decreasing depression, weight, and insulin resistance in adolescent girls at risk for type 2 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 157, 110781.
- Hu, X., Wang, T., Huang, D., Wang, Y., & Li, Q. (2021). Impact of social class on health: The mediating role of health self-management. *PloS one*, 16(7), e0254692.
- Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 349-357.
- Lammers, M. W., Vroling, M. S., Crosby, R. D., & van Strien, T. (2020). Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating disorder: a controlled study. *Journal of eating disorders*, 8(1), 1-11.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 459-480.
- Ohta, R., Sato, M., Kitayuguchi, J., Maeno, T., & Sano, C. (2021). The association between the self-management of mild symptoms and quality of life of elderly populations in rural communities: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8857.
- Piri, T., & Saeidi, S. (2022). The Effect of Cognitive-behavioral Therapy on Communication Skills and Eating Disorders among Adolescents with Eating Disorders. *Journal of Health Sciences & Surveillance System*, 10(2), 183-188.
- Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of personality disorders*, 18(1), 73-89.
- Safer, D. L., Adler, S., & Masson, P. C. (2018). *The DBT Solution for Emotional Eating: A Proven Program to Break the Cycle of Bingeing and Out-of-Control Eating*. Guilford Publications.
- Seirafi, M., Homayounpor, P., & Ghareh, S. (2022). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in Reduction of Negative Emotions in Obese Women. *Iranian Journal of Health Psychology*, 5(1).
- Simon, G. E., Shortreed, S. M., Rossom, R. C., Beck, A., Clarke, G. N., Whiteside, U., ... & Smith, J. (2022). Effect of offering care management or online dialectical behavior therapy skills training vs usual care on self-harm among adult outpatients with suicidal ideation: a randomized clinical trial. *JAMA*, 327(7), 630-638.
- Sockalingam, S., Leung, S. E., Ma, C., Hawa, R., Wnuk, S., Dash, S., ... & Cassin, S. E. (2022). The Impact of Telephone-Based Cognitive Behavioral Therapy on Mental Health Distress and Disordered Eating Among Bariatric Surgery Patients During COVID-19: Preliminary Results from a Multisite Randomized Controlled Trial. *Obesity Surgery*, 32(6), 1884-1894.
- Sumińska, M., Podgórski, R., Bogusz-Górna, K., Skowrońska, B., Mazur, A., & Fichna, M. (2022). Historical and cultural aspects of obesity: From a symbol of wealth and prosperity to the epidemic of the 21st century. *Obesity Reviews*, 13440-48.
- Valli, C., Suñol, R., Orrego, C., Niño de Guzmán, E., Strammiello, V., Adrion, N., ... & Alonso-Coello, P. (2022). The development of a core outcomes set for self-management interventions for patients living with obesity. *Clinical Obesity*, 12(1), e12489.
- Welch, G., Wesolowski, C., Piepul, B., Kuhn, J., Romanelli, J., & Garb, J. (2008). Physical activity predicts weight loss following gastric bypass surgery: findings from a support group survey. *Obesity surgery*, 18(5), 517-524.