

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر خودکارآمدی، سبک زندگی مربوط به خوردن و شاخص توده‌ی بدنی در افراد فزون وزن

نیکناز صالحی مقدم^۱، محمد حاتمی^۲، حسن احدی^۳
و حمیدرضا حاتمی^۴

سال‌ها است روان‌شناسان بالینی دریافته‌اند حالت‌های عاطفی می‌تواند بر مشکلات جسمانی تاثیرگذار باشد و ارتباط میان تنیدگی روان‌شناختی و مشخصه‌های جسمی از جمله چاقی اخیراً مورد ارزیابی قرار گرفته است. یکی از مفاهیمی که در برنامه‌های کاهش وزن، توجه‌ی زیادی را به خود جلب کرده، مفهوم خودکارآمدی است. هدف پژوهش حاضر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به خوردن و شاخص توده‌ی بدنی در افراد فزون وزن بود. برای این منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون پس‌آزمون و گروه کنترل، از میان افراد فزون وزن مراجعه کننده به مراکز درمانی و کلینیک‌های تغذیه‌ی منطقه‌ی یک شهر تهران، ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. سپس گروه آزمایش تحت درمان رفتاری دیالکتیک قرار گرفت و گروه کنترل فقط در جلسات گروهی با موضوعات آگاهی در مورد غذا خوردن و نوع غذاها شرکت کرد. گروه‌ها قبل و بعد از مداخله از نظر خودکارآمدی، سبک زندگی مربوط به وزن و میزان شاخص توده‌ی بدنی مورد سنجش قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) نشان داد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودکارآمدی سبک زندگی موثر است. نتایج این پژوهش از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودکارآمدی، سبک زندگی مربوط به خوردن و شاخص توده‌ی بدنی در افراد فزون وزن حمایت می‌کند.

واژه‌های کلیدی: اضافه وزن، خودکارآمدی سبک زندگی، رفتاردرمانی دیالکتیک و توده بدنی

مقدمه

چاقی یک اختلال روانی نیست و در اغلب موارد پیامد فرایندهای روان‌شناختی نابهنجار نیز محسوب نمی‌شود، اما این مساله در بسیاری از افراد مبتلا، اضطراب گسترده‌ای ایجاد می‌کند و واکنش جوامع

۱. دپارتمان روان‌شناسی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران (نویسنده مسوول) salehi.niknaz@gmail.com

۲. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. دپارتمان روان‌شناسی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

۴. دپارتمان علوم انسانی، دانشگاه امام حسین(ع)، تهران، ایران

کنونی نسبت به چاقی از دلایل اصلی این اضطراب به شمار می‌رود (فولادوند، فراهانی و باقری، ۲۰۱۵). در میان افراد چاق در جستجوی درمان، همبودی بالای اختلال‌های روان‌شناختی در حدود ۴۰ تا ۶۰ درصد دیده می‌شود. نزدیک به ۶۶ درصد این افراد در طول زندگی شان حداقل یک اختلال محور یک و ۲۹ درصد آن‌ها حداقل یکی از ملاک‌های محور ۲ را تجربه کرده‌اند. اختلال‌های محور یک همبستگی مثبتی با شاخص توده‌ی بدنی دارند و هر دو با کاهش کارکرد وضعیت سلامت مرتبط هستند (روستایی، ۲۰۱۵).

مدت‌های مدیدی است که روان‌شناسان بالینی دریافته‌اند حالت‌های عاطفی می‌تواند بر اختلال‌های جسمانی تاثیرگذار باشد و ارتباط میان تنیدگی روان‌شناختی و مشخصه‌های جسمی از جمله چاقی اخیرا مورد ارزیابی قرار گرفته و شواهد نشان می‌دهد تقریبا هر مشخصه‌ی جسمانی از سرطان گرفته تا سرماخوردگی ساده می‌تواند تا حدودی منشا روانی داشته باشد (سلیمانی، ۲۰۱۴). مشکلات سلامت روان به طور معمول درمان چاقی را پیچیده می‌سازد و این یافته‌ها اهمیت درمان چاقی و اضافه وزن را برجسته می‌کند. چاقی و اضافه وزن از مشکلات مرتبط با رفتارهای غذا خوردن محسوب می‌شوند (اگدن، ۲۰۱۰) که نقش روان‌شناسی را در روند تحولی این پدیده‌ها برجسته می‌کند علی‌الخصوص خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به خوردن. در واقع، یکی از مفاهیمی که در برنامه‌های کاهش وزن توجه زیادی را به خود جلب کرده، مفهوم خودکارآمدی است. خودکارآمدی، اولین بار از نظریه‌ی بندورا گرفته شد. او خودکارآمدی را درون یک نظریه‌ی شخصی و تجمعی قرار داد که در تفاهم با عوامل شناختی اجتماعی در تنظیم بهتر زیستن انسان و پیشرفت وی عمل می‌کند (پاجرز، ۲۰۰۳).

خودکارآمدی در مفهومی کلی و به عنوان ادراک فرد از توانایی خود برای انجام یک عمل خاص در یک موقعیت مشخص، بر این فرض استوار است که باور افراد در مورد توانایی‌ها و استعدادهايش، مهم‌ترین عامل تعیین کننده رفتار است (بندورا، ۲۰۱۲). خودکارآمدی، نسبت به هر سازه‌ی انگیزشی دیگری، ثابت‌ترین پیش‌بینی کننده پیامدهای رفتاری معرفی شده است (پاجرز، ۱۹۹۷). نتایج نشان داد افراد پرخور کارآمدی کمتری در زمینه خوردن داشتند به نحوی که نمی‌توانند مدیریت مصرف غذا را برای خود داشته باشند (دشت بزرگی، ۲۰۱۳).

خودکارآمدی شاخص پیش‌بینی کننده کاهش وزن (وامستیکر، گینن، لسترا، لارسن، زلیسن و استاورن، ۲۰۰۵) و پیش‌بینی کننده موفقیت برنامه‌های کنترل وزن است و طی درمان افزایش می‌یابد. افرادی که نوسان وزن زیادی را تجربه می‌کنند، به طور معمول از سطح خودکارآمدی پایینتر برخوردار

هستند (تورای و کولی، ۱۹۹۷). به طور کلی می‌توان گفت خودکارآمدی عامل مهمی است که باید در برنامه‌های آموزش و مشاوره‌های تغذیه‌ای کاهش وزن مورد توجه و دقت نظر قرار گیرد و گرنه تاریخچه‌ی آموزش بهداشت نشان داده صرفاً رایجی اطلاعات درباره‌ی رفتار سالم و بهداشتی کافی نیست (پلاسدوتیر، ۲۰۰۸). آنچه حایز اهمیت است، راه‌های افزایش خودکارآمدی است. مطالعات زیادی در این خصوص انجام شده و نقش مصاحبه‌ی انگیزشی در افزایش خودکارآمدی مربوط به وزن در چند پژوهش تایید شده است (دی مارکو، کلین، کلارک و ویلسون، ۲۰۰۸). همچنین مطالعه لیو (۲۰۰۴) با هدف تشریح رابطه بین خودکارآمدی و رفتار تغذیه‌ای مصرف چربی نشان داد خودکارآمدی به طور معناداری با شاخص مصرف چربی رژیم غذایی رابطه دارد. بنابراین با توجه به نقش مهم هیجانات و سبک خودکارآمدی افراد در ایجاد چاقی و اضافه وزن، نوع روش و مداخلات روان‌شناختی که می‌تواند راهبردهای موثری در این زمینه را ارائه دهد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

لینهان نوعی روش درمانی موسوم به رفتاردرمانی دیالکتیکی را برای کمک به بیماران مرزی ابداع کرده است که در زمینه‌های مختلفی مورد توجه قرار گرفته است. نظریه زیرساز رفتاردرمانی دیالکتیکی بیان می‌دارد اختلال شخصیت مرزی نتیجه یک محیط بی‌اعتبارساز و نوعی اختلال در تنظیم هیجانی است که از نقایص جدی در مهارت‌های بین فردی، تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی ریشه گرفته و بسیاری از مهارت‌های رفتار انطباقی در این اختلال، دچار بازداری شده است (نیکسیو، ریزوی و لینهان، ۲۰۱۰). از رفتاردرمانی دیالکتیکی برای درمان طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی استفاده می‌شود؛ که از آن جمله به درمان اختلالات شخصیت (سولر، پاسکال، تیان، باراچینا و همکاران، ۲۰۰۹) و سو مصرف مواد (لینهان، دایمف، رینولدز، کومتویس و همکاران، ۲۰۰۲) می‌توان اشاره کرد. اثربخشی این روش در مورد اختلالات خلقی و هیجانی نیز محرز شده است (چو، ۲۰۰۶). در این روش، سعی بر آن است که ابتدا فعالیت‌های فرد تحت کنترل درآید، سپس مهارت‌های رفتاری به وی آموزش داده شود تا احساس بهتر بودن کند و بتواند بر مشکلات زندگی خویش غلبه کند و در نهایت به او کمک می‌شود به دنبال کسب لذت و موفقیت باشد.

این روش درمانی، مبتنی بر سه رویکرد نظری علوم رفتاری، فلسفه دیالکتیکی و تمرین‌های ذهن است. این روش درمانی چهار ویژگی ذهن آگاهی فراگیر، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و تأثیرگذاری بین فردی را برای ایجاد تغییر در فرد پیشنهاد می‌کند (میلر، راتوس و لینهان، ۲۰۰۷). درمان دیالکتیکی، بر آن است که افکار و شیوه‌ی تعبیر و تفسیر افراد از رویدادها، بیشتر از خود رویدادهای بیرونی بر خلق و

روان آنان موثر است. همچنین نحوه‌ی ارزیابی افراد در مورد یک رویداد می‌تواند نقش مهمی در عملکرد هیجانی آنها داشته باشد (هافمن و رینکه، ۲۰۱۰؛ به نقل از عزیزی و مومنی، ۲۰۱۴؛ شرر، ۲۰۰۵). در این روش، نقش درمانگر کمک به فرد برای شناسایی تفکر فرد بخصوص خود و اصلاح آن از طریق به کارگیری معیارهای منطقی و تجربی است. شناخت درمانگران به بیماران یاد می‌دهند تا پیش فرض‌های افسردگی‌زا و اضطراب‌آور را زیر سوال ببرند و از این طریق آنها را درگیر تفکر علمی و عاقلانه می‌کنند (لی هی، ۲۰۱۴). اثربخشی این روش در درمان برخی اختلال‌ها، از جمله افسردگی بیماران دچار نارسایی قلبی (دکر، موسر، پدن و لنی، ۲۰۱۱) و کاهش هراس اجتماعی (مورتبرگ، کلارک، ساندین و وستد، ۲۰۰۷) معلوم شده است و پژوهش‌های متعددی بیانگر اثر بخش بودن هر یک از روش‌های شناخت‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی، در رفع مشکلات و اختلال‌های افراد است. پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به خوردن و شاخص توده بدنی در افراد فزون وزن بود.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل افراد فزون وزن مراجعه کننده به مراکز درمانی و کلینیک‌های تغذیه‌ی منطقه‌ی ۱ شهر تهران بود. از این جامعه، ۴۰ نفر با استفاده از جدول کوهن بر اساس اندازه اثر ۰/۵۰، الفای ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۹۹ انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارش شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از داشتن BMI بالای ۲۵؛ سن بین ۲۰ تا ۵۰ سالگی؛ موافقت جهت شرکت در پژوهش؛ داشتن دست کم تحصیلات دیپلم؛ نداشتن بیماری طی جدی؛ نداشتن اختلال عمده روانپزشکی؛ یایسه نبودن زنان شرکت کننده و ملاک‌های خروج عبارت بود از مصرف داروهای کاهش وزن؛ مصرف داروهای روانپزشکی؛ سابقه جراحی‌های مربوط به کاهش وزن و تناسب اندام؛ داشتن بیش از دو جلسه غیبت در طول اجرای جلسات درمانی. گروه‌های آزمایشی و کنترل قبل و بعد از اجرای مداخله مبتنی بر روان‌درمانی درمان دیالکتیکی، ضمن اندازه‌گیری شاخص توده بدنی یا BMI، با استفاده از پرسشنامه‌ی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، که توسط کلارک و همکاران (۱۹۹۱) طراحی شده، ۲۰ گویه در خصوص خودکارآمدی رفتار خوردن دارد. آزمودنی‌ها میزان اعتماد و اطمینان

خود در کنترل و جلوگیری از رفتار خوردن را در موقعیت‌های مختلف و وسوسه‌برانگیز از عدم اعتماد و اطمینان تا بسیار مطمئن، معلوم می‌کنند. این پرسشنامه دارای ۵ خرده‌مقیاس هیجان‌های منفی، دسترسی به مواد غذایی و خوراکی‌ها، فشارهای اجتماعی، ناراحتی‌های جسمانی و فعالیت‌های مثبت و سرگرم کننده است و موقعیت‌هایی را توصیف می‌کنند که در آن احتمال وقوع رفتار خوردن افزایش می‌یابد و مقاومت کردن برای افراد با مشکل افزایش وزن و چاقی دشوار می‌شود. این خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از ضریب آلفای کرونباخ در ۵ خرده‌مقیاس و کل پرسشنامه‌ی اصلی دامنه‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (کلارک و آبرامز، ۱۹۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران مورد تایید قرار گرفته (نویدیان و همکاران، ۲۰۰۹).

شاخص توده بدنی یا BMI از تقسیم وزن (کیلوگرم) به مربع قد (متر) به دست می‌آید. BMI به صورت مستقیم میزان چربی‌های بدن را اندازه‌گیری نمی‌کند بلکه میزان بافت چربی بدن را در مقایسه با بافت‌های استخوان و عضله به دست می‌دهد و نتیجه آن مشخص می‌کند فرد چاق، دارای اضافه‌وزن، نرمال و یا بسیار لاغر است (برسمتن ۲۰۰۴).

با توجه به اینکه در مواردی که بیش از یک متغیر مستقل وجود داشته باشد و یا متغیرهای وابسته به آسانی نتوانند ترکیب شوند از مانکوا استفاده می‌کنیم، در این پژوهش برای مقایسه‌ی گروه‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد. داده‌ها با بیست و یکمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

شیوه اجرا

درمان دیالکتیکی به مدت ۸ جلسه‌ی دو ساعته‌ی برای اعضا گروه‌های آزمایشی برگزار شد. در این مدت گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت.

جدول ۱. پروتکل اجرایی جلسات DBT

جلسه اول: تعیین ساختار جلسات، قوانین و مقررات، توضیح در مورد تعریف دیالکتیک، اصول و روشهای تفکر و رفتار به شیوه دیالکتیکی، آشنایی با هشپاری فراگیر و حالات ذهنی هیجانی، خردگرا و منطقی، ارایه تکلیف برای جلسه بعد

جلسه دوم: مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارتهای بنیادین تحمل آشفتگی از قبیل: روشهای مختلف توجه برگردانی از رفتارهای خود آسیب رسان، توجه برگردانی از طریق فعالیتهای لذت بخش، معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر، ترک موقعیت و...، تدوین برنامه توجه برگردانی، خود آرامش بخشی، تدوین طرح

آرمیدگی، ارابه تکلیف

جلسه سوم: مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های پیشرفته‌ی تحمل آشفتگی: تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزشها، زندگی در زمان حال، پذیرش بنیادین، تدوین راهبردهای مقابله ای جدید، تدوین طرح مقابله ای برای شرایط ضروری، ارابه تکلیف برای جلسه‌ی بعد

جلسه چهارم: مرور تکالیف جلسه قبل، ارابه مهارت‌های بنیادین توجه آگاهی: آشنایی با مهارت‌ها، تمرین بی توجهی، اهمیت مهارت‌های توجه آگاهی، ارابه تکالیف برای جلسه بعد

جلسه پنجم: مرور تکالیف جلسه قبل، ارابه مهارت‌های پیشرفته توجه آگاهی: پذیرش بنیادین، ذهن آغازگر، قضاوت‌ها و برچسب‌ها، قضاوت نکردن، ارتباط آگاهانه با دیگران، برنامه روزانه توجه آگاهی، آگاهی از موانع اجرای تمرینات، ارابه تکالیف برای جلسه بعد

جلسه ششم: مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های بنیادین و پیشرفته نظم بخشی: هیجانها و نحوه عمل آنها، مهارت‌های نظم بخشی هیجانی، غلبه بر موانع هیجانهای سالم، کاهش آسیب پذیری جسمی در برابر هیجانها، افزایش هیجانهای مثبت، رویارویی با هیجان، حل مسئله، ارابه تکالیف برای جلسه بعد

جلسه هفتم: مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های بنیادین ارتباط موثر: رفتار منفعل پرخاشگرانه، تناسب خواسته های من و آنها، نسبت خواسته ها و بایدها، مهارت آموزی، مهارت‌های کلیدی بین فردی، موانع استفاده از مهارت‌های بین فردی، ارابه تکالیف برای جلسه بعد

جلسه هشتم: مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های پیشرفته ارتباط موثر: شناسایی خواسته ها، تعدیل شدت خواسته‌ها، پیش‌نویس‌های جسارت‌مندی، گوش دادن جسارت‌مندان، نه گفتن، چگونگی مذاکره، نحوه تحلیل مشکلات بین فردی، پایان جلسات.

یافته‌ها

در جدول ۲ مولفه‌های توصیفی متغیرهای مورد اندازه گیری ارابه شده است.

جدول ۲. مولفه‌های توصیفی متغیرها به تفکیک پیش آزمون، پس آزمون

گروه گواه		گروه آزمایشی		متغیر
M	sd	M	sd	
۲۷/۴۰	۱/۶۴	۲۷/۳۳	۱/۶۰	پیش شاخص توده بدنی
۲۵/۷۳	۱/۸۳	۲۷/۲۰	۱/۵۲	پس
۱۸/۷۳	۲/۷۹	۱۸/۲۰	۲/۱۸	پیش هیجان های منفی
۲۱/۸۰	۳/۲۱	۱۸/۲۷	۲/۳۴	پس
۱۵/۸۷	۲/۷۲	۱۵/۲۷	۲/۶۰	پیش دسترسی به مواد غذایی و خوراکی ها
۱۸/۲۷	۲/۹۹	۱۵/۲۰	۲/۷۸	پس
۱۸/۳۳	۱/۸۴	۱۷/۵۳	۳/۱۱	پیش فشارهای اجتماعی

۲۲/۸۷	۲/۴۸	۱۷/۴۰	۲/۸۷	پس	
۱۷/۵۳	۲/۵۶	۱۷/۰۰	۲/۳۹	پیش	ناراحتی های جسمانی
۲۰/۶۰	۳/۱۶	۱۶/۸۷	۲/۴۸	پس	
۱۸/۷۳	۲/۳۴	۱۷/۸۷	۲/۷۲	پیش	فعالیت های مثبت و سرگرم کننده
۲۲/۱۳	۲/۵۳	۱۷/۷۳	۲/۷۱	پس	
۸۹/۲۰	۴/۹۰	۸۵/۸۷	۶/۹۳	پیش	خودکارآمدی سبک زندگی
۱۰۵/۶۷	۵/۷۸	۸۵/۴۷	۷/۰۹	پس	

در رابطه با شاخص توده‌ی بدنی، با توجه به اینکه شاخص F محاسبه شده (۲۰/۵۴۸) بزرگتر از B01/0RBF با درجات آزادی ۲ و ۴۱ (۵/۱۷) است، بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری میانگین نمره‌های پس آزمون در دو گروه پژوهشی، پس از حذف اثر نمره‌های پیش آزمون (پس آزمون‌های تعدیل شده)، با اطمینان ۹۹ درصد رد می‌شود. $\eta^2 = ۰/۵۰۱$ ، به عبارت دیگر حدود ۵۰/۱ درصد از تغییرات شاخص توده‌ی بدنی در افراد فزون وزن توسط عامل رفتار درمانی دیالکتیکی تبیین شده، تحت تاثیر قرار می‌گیرد و کاهش می‌یابد.

جدول ۳. خلاصه تحلیل کوواریانس برای شاخص توده‌ی بدنی و خودکارآمدی سبک زندگی

η^2	F	MS	SS	منبع تغییر	
		۱۱۱/۸۹۰	۱۱۱/۸۹۰	پیش آزمون	شاخص توده بدنی
۰/۵۰۱	** ۲۰/۵۴۸	۱۰/۴۱۳	۲۰/۸۲۵	متغیر مستقل	
		۳۹۹/۴۷۹	۳۹۹/۴۷۹	پیش آزمون	هیجان های منفی
۰/۶۸۳	** ۴۴/۲۳۶	۳۴/۰۸۱	۶۸/۱۶۱	متغیر مستقل	
		۲۷۶/۵۴۹	۲۷۶/۵۴۹	پیش آزمون	دسترسی به مواد غذایی و خوراکی
۰/۴۹۴	** ۲۰/۰۰۹	۲۳/۲۸۷	۴۶/۵۷۴	متغیر مستقل	
		۳۴۹/۰۹۹	۳۴۹/۰۹۹	پیش آزمون	فشارهای اجتماعی
۰/۶۴۴	** ۳۷/۱۰۰	۷۹/۴۸۰	۱۵۸/۹۶۰	متغیر مستقل	
		۵۱۹/۳۱۵	۵۱۹/۳۱۵	پیش آزمون	ناراحتی های جسمانی
۰/۶۹۹	** ۴۷/۵۸۱	۳۶/۳۸۴	۷۲/۷۶۸	متغیر مستقل	
		۲۱۶/۹۱۸	۲۱۶/۹۱۸	پیش آزمون	فعالیت های مثبت و سرگرم کننده
۰/۶۹۰	** ۴۵/۷۳۲	۴۸/۰۵۴	۹۶/۱۰۸	متغیر مستقل	
		۱۴۰۰/۹۴۶	۱۴۰۰/۹۴۶	پیش آزمون	خودکارآمدی سبک زندگی
۰/۸۹۹	** ۱۸۱/۸۹۳	۱۰۰۱/۹۸۶	۲۰۰۳/۹۷۲	متغیر مستقل	

با توجه به اینکه شاخص F محاسبه شده [هیجان‌های منفی (۴۴/۲۳۶)، دسترسی به مواد غذایی و خوراکی‌ها (۲۰/۰۰۹)، فشارهای اجتماعی (۳۷/۱۰۰)، ناراحتی‌های جسمانی (۴۷/۵۸۱)، فعالیت‌های مثبت و سرگرم کننده (۴۵/۷۳۲) و نمره‌ی کل خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به خوردن (۱۸۱/۸۹۳)] بزرگتر از B01/0RBF با درجات آزادی ۲ و ۴۱ (۵/۱۷) است؛ بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری میانگین نمره‌های پس آزمون در سه گروه پژوهشی، پس از حذف اثر نمره‌های پیش آزمون (پس آزمون‌های تعدیل شده)، با اطمینان ۹۹ درصد رد می‌شود. $\eta^2 = 0/۸۹۹$ ، به عبارت دیگر حدود ۸۹/۹ درصد از تغییرات خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به خوردن در افراد فزون وزن توسط عامل رفتار درمانی دیالکتیکی تبیین شده، تحت تاثیر قرار می‌گیرد و افزایش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیک، باعث افزایش خودکارآمدی وزن (در تمامی زیرمقیاسها) گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، در مرحله‌ی پس آزمون شده است و در تبیین این یافته می‌توان گفت ماسودا و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند تکنیک‌های گسلش شناختی افکار خودانتسابی منفی، مانند افکار مرتبط با ناکارآمدی را کاهش می‌دهند. ابوالقاسمی و همکاران (۲۰۱۲) نیز عنوان کردند رفتاردرمانی دیالکتیکی به چگونگی ادراکات فرد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزختگی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی فرد می‌پردازد و از خودکارآمدی به عنوان عامل تاثیرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر رفتار مرتبط با دامنه وسیعی از رفتارهای مورد نیاز در کاهش پرخوری، نام برده‌اند و نشان داده‌اند رفتاردرمانی دیالکتیکی با استفاده از مولفه‌ی آموزش مهارت‌ها و جایگزینی رفتارهای ناکارآمد و ناسازگارانه با رفتارهای هدفمند، به افزایش سطح خودکارآمدی افراد کمک می‌کند (۲۰۱۲).

رفتاردرمانی دیالکتیکی نشان داده است اختلال نتیجه یک محیط بی‌اعتبارساز و نوعی اختلال در تنظیم هیجانی است که از نقایص جدی در مهارتهای بین فردی، تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی ریشه می‌گیرد (نیکسیو، ریزوی و لینهان، ۲۰۱۰). همانگونه که دیدیم این نوع از درمان، برای درمان طیف وسیعی از اختلالات روانشناختی استفاده می‌شود (سولر و همکاران، ۲۰۰۹؛ لینهان، دایمف، رینولدز، کومتویس و همکاران، ۲۰۰۲؛ چو، ۲۰۰۶). به نظر می‌رسد نقطه قوت این رویکرد، آن است که ابتدا فعالیت‌های فرد تحت کنترل درآید، سپس مهارتهای رفتاری به وی آموزش داده شود تا احساس بهتر بودن کند و بتواند بر مشکلات زندگی خویش غلبه کند و در نهایت به او کمک شود به دنبال کسب

لذت و موفقیت باشد. مدل تنظیم عاطفه، بر مبنای تعداد زیادی از مقالات که ارتباط بین عاطفه‌ی منفی و اختلالهای خوردن را بیان می‌کند، شکل گرفته است و در واقع مدل تنظیم عاطفه، پرخوری افراطی و دیگر انواع آسیب‌شناسی خوردن را (برگرداندن اجباری غذا و یا خوردن محدودکننده) به عنوان یک تلاش رفتاری برای تحت تاثیر قرار دادن، تغییر و یا کنترل سطوح هیجانی دردناک در نظر می‌گیرد و به نظر می‌رسد که وهله‌های پرخوری در هر دو اختلال پرخوری افراطی خوردن و پراشتهایی عصبی به عنوان وسیله‌ای برای ایجاد تقویت منفی یا اجتناب موقت از این هیجان‌ات، عمل می‌کند (سیگنيس و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور اخص برای آموزش مهارتهای تنظیم عواطف سازگارانه طراحی شده و برای هدف قرار دادن رفتارهایی که نتیجه‌ی بی‌نظمی هیجانی است یک نظریه مورد قبول برای به کارگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان پرخوری افراطی و پراشتهایی عصبی به وجود آورده است (تلج و همکاران، ۲۰۱۱).

References

- Abolghasemi A, Jafari E. (2012). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Body Image and Self-Efficacy in Girls with Bulimia Nervosa. *J Clin Psych*, 4(2):29-38.
- Azizi, M., & Momeni, K. (2014). The effectiveness of cognitive group therapy on reducing depression and anxiety in the Kermanshah older women. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences*, 3(3), 178-187.
- Bandura, A. (2012). On the Functional Properties of Perceived Self Efficacy Revisited. *J Manage*, 38(1), 44-49.
- Chew, C. E. (2006). *The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design* (Doctoral dissertation, University of Denver).
- Dekker, R. L., Moser, D. K., Peden, A. R., & Lennie, T. A. (2012). Cognitive therapy improves three-month outcomes in hospitalized patients with heart failure. *Journal of cardiac failure*, 18(1), 10-20.
- Delavar, A. (2001). *Theoretical and Practical Foundations of Research in the Humanities and Social Sciences*, Tehran: Roshd Publications .
- DiMarco, I. D., Klein, D. A., Clark, V. L., & Wilson, G. T. (2009). The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. *Eating Behaviors*, 10(2), 134-136.
- Fooladvand, Mahsa (2015). *The Effect of Cognitive Therapy on Self-efficacy in Obese People*, M.Sc. Islamic Azad University Science and Research Branch.
- Leahy, R. L. (2011). Emotional schema therapy: a bridge over troubled waters. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*, 109-131.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence*, 67(1), 13-26.
- Liou, D. (2004). Influence of Self-Efficacy on Fat-Related Dietary Behavior in Chinese Americans. *International Electronic Journal of Health Education*, 7, 27-37.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 477-485.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., DuBose, A. P., Dexter-Mazza, E. T., & Goldklang, A. R. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents. *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*, 245-263.
- Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, Ö., & Åberg Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(2), 142-154.

- Navidian, A. A. M. R. (2009). Reliability and validity of the weight efficacy lifestyle questionnaire in overweight and obese individuals. *International Journal of Behavioral Sciences*, 3(3), 217-222.
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 48(9), 832-839.
- Ogden, J. (2011). *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior*. John Wiley & Sons.
- Pajares, F. (1997). Current directions in self-efficacy research. *Advances in motivation and achievement*, 10(149), 1-49.
- Pajares, F. (2003). Self-efficacy beliefs, motivation, and achievement in writing: A review of the literature. *Reading & Writing Quarterly*, 19(2), 139-158.
- Pálsdóttir, Á. (2008). Information behaviour, health self-efficacy beliefs and health behaviour in Icelanders' everyday life. *Information Research*: An International Electronic Journal, 13(1). 334-46.
- Rustayi, Z. (2015). The Impact of Acceptance and Commitment Therapy on Weight Loss in Obese People, M.Sc. Islamic Azad University of Saveh Branch.
- Scherer, K. R. (2005). What are emotions? And how can they be measured?. *Social science information*, 44(4), 695-729.
- Soleimani, , Khodavardi, S., Ghasemzadeh, A. (2014). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Reduction of Overeating and Depression in Female Patients with Extreme Eating Disorder. *Journal of Medical Organization of Iran*. 32 (1): 18-9.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., ... & Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 353-358.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1061.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1061.
- Toray, T., & Cooley, E. (1997). Weight fluctuation, bulimic symptoms, and self-efficacy for control of eating. *The Journal of psychology*, 131(4), 383-392.
- Wamsteker, E. W., Geenen, R., Iestra, J., Larsen, J. K., Zelissen, P. M., & van Staveren, W. A. (2005). Obesity-related beliefs predict weight loss after an 8-week low-calorie diet. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(3), 441-444.

Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy on self-efficacy, lifestyle related to eating and body mass index in overweight people

Salehi Moghaddam, Niknaz

Dept. of Psy., Kish International branch, Islamic Azad University, Kish, Iran

Hatami, Mohammad

Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

Ahadi, Hassan

Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

Hatami, Hamid Reza

Department of Humanities, Imam Hossein University, Tehran, Iran

Received: 2019/09/06

Accepted: 2019/12/20

For years, clinical psychologists have found that emotional states can affect physical problems, and the link between psychological stress and physical characteristics, including obesity, has recently been evaluated. Self-efficacy is one of the concepts that have attracted a lot of attention in weight loss programs. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of dialectical behavioural therapy on lifestyle self-efficacy related to eating and body mass index in overweight people. For this purpose, during a quasi-experimental study with pre-test and post-test group, among overweight people referred to medical centres and regional nutrition clinics in Tehran, 30 people were selected as convenient samples and assigned in two experimental groups and control group. The experimental group treated with dialectical behavioural therapy, and the control group only participated in group sessions on food awareness and food types. Before and after the intervention, the groups were assessed for self-efficacy, lifestyle, weight, and body mass index. The results of multivariate analysis of covariance (Manqua) showed that dialectical behavioral therapy is effective on lifestyle self-efficacy. The results of this study support the effectiveness of dialectical behavioural therapy on self-efficacy, eating lifestyle, and body mass index in overweight people.

Keywords: Overweight, Lifestyle Self-Efficacy, Dialectical Behavioural Therapy and Body Mass