مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۸، اردیبهشت ۱۳۹۸، ۱۴۶-۱۳۳

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به چاقی و اضافه‌وزن و اختلال پرخوری: یک کارآزمایی بالینی

ملیحه رحمانی[۱]، عبداله امیدی[۲]

دریافت مقاله: ۹۶/۱۰/۲۴ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۷/۳/۱۲ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۷/۹/۲۵ پذیرش مقاله: ۹۷/۱۰/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: تحقیقات نشان داده است که اضافه وزن با افزایش خطر اختلالات خوردن و در نتیجه کاهش سطح کیفیت زندگی همراه است و لذا درمانی که هم اختلال پرخوری و هم اضافه وزن را مورد هدف قرار دهد، حیاتی به نظر می‌رسد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به چاقی، اضافه وزن و اختلال پرخوری انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کارآزمایی، جامعه پژوهش شامل تمام زنان مبتلا به چاقی، اضافه وزن و پرخوری شهرستان کاشان در سال ۱۳۹۴ بود. ۶۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۰ هفته در ۲۰ جلسه تحت رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ درمان روان‌شناختی دریافت نکرد. گروه‌ها قبل و بعد از درمان از نظر کیفیت زندگی توسط پرسش‌نامه کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با تحلیل کوواریانس یک متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۷/۹۱±۲۹/۸۲ سال و گروه کنترل ۷/۲۲±۳۱/۴۷ سال بود (P=۰/۳۴۰). نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که از لحاظ متغیر کیفیت زندگی بین گروه مداخله و گروه کنترل در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، به نظر می‌رسد رفتاردرمانی دیالکتیکی، با آموزه‌هایی مثل تغییر سبک زندگی، بهبود روابط بین‌فردی، راهبردهای تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان یک مداخله روان‌شناختی مؤثر و مکمل در بیماران مبتلا به پرخوری به منظور ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها، مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، اضافه وزن، اختلال پرخوری، کیفیت زندگی، زنان

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۲- (نویسنده مسئول) دانشیار گروه آموزشی روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
تلفن: ۵۵۵۴۰۰۲۱-۰۳۱، دور نگار: ۵۵۵۴۷۰۱۱-۰۳۱، پست الکترونیکی: omidi.ab95@gmail.com

مقدمه

چاقی (Obesity) در عصر حاضر یک مشکل اساسی است که کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه را به شدت تهدید می‌نماید [۱]. مشکلات انزواطلبی، اجتماعی، توجه، شکایات جسمی، افسردگی، اضطراب، مشکلات رفتاری درونی شده و مشکلات رفتاری با اضافه وزن و چاقی در ارتباط است [۲]. چاقی نه تنها منجر به بیماری‌های ناتوان کننده از قبیل دیابت و بیماری‌های عروق کرونر قلب می‌شود، بلکه باعث آسیب‌های جدی در کیفیت زندگی [۳] و افزایش میزان اختلالات روان‌پزشکی و جسمانی شکل (somatoform) می‌گردد [۴]؛ مثلاً خطر ابتلاءِ به اختلالات خوردن را افزایش می‌دهد [۶-۵].

اختلالات خوردن (Eating disorders)، بیماری‌های روانی هستند که با عادات غیرمعمول خوردن یا رفتارهای غیرمعمول کنترل وزن مشخص می‌شوند. از بین انواع اختلال‌های خوردن، پرخوری شایع‌ترین نوع اختلال خوردن محسوب می‌شود [۷]. تحقیقات نشان داده‌اند که در افراد دارای اضافه‌وزن، شاخص توده بدنی با کیفیت زندگی مربوط به سلامت ارتباط منفی دارد [۸].

کیفیت مطلوب زندگی به معنای فقدان بیماری نیست، بلکه به معنای احساس خوب بودن در زمینه‌های متعدد روانی، اجتماعی، عملکردی و روحی است [۹]. اندازه‌گیری کیفیت زندگی به عنوان ابزار مفیدی برای سنجش دو مقوله عملکردی و بهبودی یا تخریب سیستماتیک روانی به کار می‌رود [۱۰]. افرادی که فعالیت بدنی کم‌تری دارند، نمرات پایین‌تری در حوزه‌های کارکرد اجتماعی و جسمی به دست می‌آورند [۱۱]. کیفیت زندگی افراد چاقی که درصدد کاهش وزن هستند، بیش‌تر در حوزه‌های درد بدنی، سطح انرژی و نشاط و سلامت عمومی آسیب دیده است [۱۲]. در مطالعه Rieger که تأثیر پرخوری بر کیفیت زندگی را بررسی کرد، مشاهده شد میزان آشفتگی روانی در افراد چاق دارای اختلال پرخوری در مقایسه با افراد چاق بدون این اختلال به طور معنی‌داری بالاتر است [۸]. درمان اختلال پرخوری باید با روش‌های سنتی و رایج کاهش وزن ترکیب شود [۱۳]، چرا که نشان داده شده است درمان رفتارهای خوردن بیمارگونه در افراد چاق، قبل از درمان چاقی، نتایج بهتری را در کاهش وزن به بار می‌آورد [۱۴]. بنابراین درمانی که هم اختلال پرخوری و هم چاقی را مورد هدف قرار می‌دهد، برای کاهش موفقیت‌آمیز وزن و نگه‌داری آن حیاتی است [۸].

رفتار درمانی دیالکتیک (Dialectical behavior therapy; DBT) توسط Linehan در اصل برای درمان اختلال شخصیت مرزی (Borderline personality disorder; BPD) و به خصوص برای رفتارهای پرخطری که منجر به خودکشی و آسیب به خود می‌شود به‌وجود آمد [۱۵]. ظهور رفتارهای تکانشی آسیب به خود و بدتنظیمی هیجانی در سایر اختلالات، باعث شد DBT برای رفتارهای خوردن بیمارگون، سازگار و اصلاح شود. DBT در درمان اختلال پرخوری، میزان پرهیز از خوردن را در ۹۰ درصد افراد (در مقابل ۱۲/۵

درصد افراد لیست انتظار) کاهش داد [۱۶]. تحقیقات دیگر نیز نشان داد که DBT در درمان بیماران پرخور، منجر به محدودیت بالای رژیم غذایی روزانه، نگرانی از خوردن و نگرانی از افزایش وزن در گروه درمان می‌شود [۱۷].

با توجه به اهمیت چاقی، اضافه وزن و پرخوری در امر سلامت و بهداشت و اثر ناپایدار درمان‌های دارویی و جراحی و در نتیجه، عدم رضایت‌بخشی لازم برای حل این مشکل [۲۰-۱۸]، به نظر می‌رسد گسترده‌ترین و در دسترس‌ترین درمان چاقی، درمان‌های روان‌شناختی باشد [۲۱]. DBT با راهبردهای جامعی که دارد، درمانی کاربردی به نظر می‌رسد [۱۷]. بنابراین هدف این پژوهش تعیین کارایی DBT بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به چاقی، اضافه وزن و پرخوری در شهر کاشان در سال ۱۳۹۴ بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی تصادفی شده با کد ثبتی کارآزمایی RCT2015061422709N1 همراه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان چاق و دارای اضافه وزن مبتلا به پرخوری شهرستان کاشان بود که در سال ۱۳۹۴ به کلینیک‌های تغذیه شهرستان کاشان مراجعه کردند. برای اندازه‌گیری اثربخشی مداخله، با توجه به مطالعه انجام‌شده در زمینه اثر بخشی DBT [۲۲]، حداقل حجم نمونه با استفاده از فرمول Cohen و با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، ۲۵ نفر محاسبه شد [۲۳]. با توجه به احتمال ریزش نمونه، این مطالعه بر روی دو گروه ۳۰ نفره (جمعاً ۶۰ نفر) انجام گرفت.

n: حجم نمونه لازم برای هر گروه

A: سطح معنی‌داری

B: توان آزمون

SD: انحراف معیار متغیر ملاک

DIFF: میزان تفاوت دارای اهمیت از لحاظ بالینی

$$n= \frac{[A+B]^2 \times 2 \times SD^2}{DIFF^2}$$

$$n= \frac{[1.96+0.84]^2 \times ۲ \times 5^2}{4^2} = 25$$

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: تشخیص اختلال پرخوری، داشتن اضافه وزن (شاخص توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع) یا چاقی (شاخص توده بدنی بالاتر از ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع)، سن بالای ۲۰ سال و تمایل به شرکت در پژوهش. هم‌چنین معیارهای خروج از مطالعه شامل چاقی ناشی از بیماری‌های جسمی، دیابت نوع ۲، وجود بارداری یا دوره شیردهی، سابقه سوءمصرف مواد مخدر، غیبت بیش از ۳ جلسه، سابقه دریافت مداخلات روان‌شناختی طی حداقل یک ماه گذشته بود. از بین ۹۵ نفری که شرایط حضور در مطالعه را داشتند، ۳۵ نفر از مطالعه خارج شدند (۲۵ نفر عدم تطابق با معیارهای ورود، ۳ نفر عدم قبول شرکت در پژوهش، ۲ نفر سایر دلایل). جهت بررسی معیارهای ورود به مطالعه از مقیاس پرخوری [۲۴] و مصاحبه توسط روان‌شناس بالینی و متخصص تغذیه استفاده

شد. پس از آن تمامی بیماران فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نمودند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی (قرعه کشی) در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. آموزش‌های لازم توسط کارشناس ارشد روان‌شناس بالینی به شرکت‌کنندگان ارائه شد. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه شامل پرسش‌نامه‌های دموگرافیک و کیفیت زندگی بود. پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه پرخوری، یک مرحله یعنی قبل از مداخله و پرسش‌نامه کیفیت زندگی در دو مرحله قبل و بعد از مداخله اجرا شد. با رعایت اصول راز داری، اطلاعات جمع‌آوری شده از هر دو گروه محرمانه ماند. علاوه بر این، این مطالعه دارای کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی کاشان به شماره IR.Kaums.REC.1394.46 بود.

پرسش‌نامه اطلاعات دموگرفیک: توسط پژوهش‌گران تدوین شده و شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی فرد از جمله سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و داروهای مصرفی بود.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی: جهت تعیین کیفیت زندگی افراد از فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی (The World Health Organization quality of Life; WHOQOL-BREF questionnaire) که طراحی آن توسط سازمان بهداشت جهانی صورت گرفته، استفاده شد. این پرسش‌نامه ۴ حیطه سلامت جسمانی، روانی، محیط و روابط اجتماعی را با ۲۴ سؤال می‌سنجد [۲۵]. هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۸، ۶، ۷ و ۳ سؤال می‌باشد. دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد و یک مقیاس خودگزارشی است و نمره هر سؤال در دامنه ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. سه تا از سؤالات نمره‌گذاری معکوس دارد. پس از انجام محاسبه های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۲۰-۴ به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۱۰۰-۰ می باشند. پایایی و روایی پرسش‌نامه به زبان فارسی توسط Nejat و همکاران در جامعه ایرانی مورد بررسی قرار گرفته است، به نحوی که مقادیر همبستگی درون‌خوشه‌ای و آلفای کرونباخ آن در تمامی حیطه‌ها بالای ۰/۷ به دست آمد. تنها در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ آن ۰/۵۵ بوده است [۲۶]. Usefy و همکاران برای تعیین روایی از همبستگی نمره کلی هر بعد با تک‌تک سؤال‌های تشکیل دهنده آن بعد استفاده کردند. دامنه ضریب‌های همبستگی به دست آمده از ۰/۴۵ تا ۰/۸۳ بود و همه ضریب‌ها در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بودند و هر گویه نیز بیش‌ترین همبستگی را با بعد مربوط به خود داشت [۲۷]. امتیاز بالاتر در این پرسش‌نامه کیفیت زندگی بهتر را نشان می‌دهد.

پرسش‌نامه پرخوری: مقیاس پرخوری را Gormally و همکاران به‌منظور اندازه‌گیری شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی طراحی کردند [۲۴]. این مقیاس از ۱۴ آیتم چهار گزینه‌ای و دو آیتم سه گزینه‌ای تشکیل شده است. از آزمودنی خواسته می‌شود جمله‌ای را انتخاب کند که او را به

بهترین وجه توصیف می‌کند. ماده‌ها از صفر تا سه درجه‌بندی می‌شوند و نمره کلی از صفر تا ۴۶ متغیر است. در این مقیاس نمرات ۱۷ و پایین‌تر از ۱۷ عدم پرخوری، نمرات ۱۸ تا ۲۶ پرخوری متوسط و نمرات ۲۷ به بالا پرخوری شدید را نشان می‌دهد. این مقیاس نمره‌گذاری معکوس ندارد. Dezhkam و همکاران و Moloodi و همکاران، روایی و پایایی این مقیاس را در ایران مورد تأیید قرار داده‌اند [۲۹-۲۸]، که در مطالعه حاضر نیز از این فرم استفاده شده است. در مطالعه Dezhkam و همکاران که تحلیل داده‌ها بر اساس نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مورد متغیرهای پژوهش انجام شد از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره و تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آزمون مجدد ۰/۷۲، روش دونیمه‌سازی ۰/۶۷ و روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شد. هم‌چنین ضریب حساسیت و ویژگی، با استفاده از نقطه برش ۱۷ به‌ترتیب ۸۴/۶ درصد و ۸۰/۸ درصد بود [۲۸].

گروه آزمایش در ۲۰ جلسه، طی ۱۰ هفته (هر هفته دو جلسه) در کلینیک تغذیه بیمارستان نقوی کاشان در تابستان ۱۳۹۴، DBT را بر اساس پروتکل Telch و همکاران [۱۶] دریافت نمودند. در طول این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی دریافت نکرد. در جدول ۱ محتوای جلسات DBT ارائه شده است:

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده با استفاده از شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف‌معیار) صورت گرفت. هم‌چنین برای مقایسه گروه‌ها و بعد از تأیید مفروضه‌های تحلیل، از تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در پژوهش حاضر، تعداد ۶۰ بیمار در دو گروه کنترل و آزمایش مورد مطالعه قرار گرفتند. بررسی مشخصه‌های دموگرافیک نشان داد میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش با دامنه سنی ۵۶-۱۸ سال، ۲۹/۸۲±۷/۹۱ سال و گروه کنترل با دامنه سنی ۵۸-۲۰ سال، ۳۱/۴۷±۷/۲۲ سال بود (P=۰/۳۴۰). در گروه آزمایش، ۶۹/۷ درصد (۲۹ نفر) شرکت‌کنندگان متأهل و ۳/۳ درصد (۱ نفر) مجرد بودند و در گروه کنترل ۹۳/۳ درصد (۲۸ نفر) شرکت‌کنندگان متأهل و ۹۳/۳ درصد (۲۸ نفر) مجرد بودند (P=۰/۰۹۵). هم‌چنین سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش، ۲۶/۷ درصد زیر دیپلم (۸ نفر)، ۴۳/۳ درصد (۱۳ نفر) دیپلم و فوق‌دیپلم و ۳۰ درصد (۹ نفر) لیسانس و بالاتر و در گروه کنترل ۲۶/۷ درصد زیر دیپلم (۸ نفر)، ۳۰ درصد (۹ نفر) دیپلم و فوق‌دیپلم و ۴۳/۳ درصد (۱۳ نفر) لیسانس و بالاتر بود (P=۰/۴۱۸). بنابراین متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد.

جدول ۱- حتوای جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی در زنان مبتلا به چاقی، اضافه وزن و پرخوری شهرستان کاشان در سال ۱۳۹۴

جلسه	صورت جلسه
اول	تعهد به پرهیز از پرخوری، مرور مختصر خوردن ذهن‌آگاهانه، مرور توافقات بین افراد گروه و درمان‌گر، تشویق مراجعان به استفاده از دفترچه یادداشت روزانه
دوم	پرهیز دیالکتیکال از پرخوری، مهارت تنفس دیافراگمی
سوم	ارائه سه حالت ذهن (ذهن منطقی، ذهن هیجانی، ذهن عاقل)، مهارت ذهن عاقل
چهارم	مهارت‌های چه؛ تمرین خوردن ذهن‌آگاهانه، مهارت مشاهده، توصیف و حضور
پنجم	مهارت‌های چگونه؛ حالت غیرقضاوتی، ذهن‌آگاهانه، به طورمؤثر، سربرآوردن امیال، سرکشی جایگزین
ششم	اهداف تنظیم هیجان، رها کردن رنج هیجانی، هیجان‌ها اولیه و ثانویه، مهارت‌های هیجان جاری و عشق به هیجان(ها)
هفتم	مدل توصیف هیجان‌ها، راه‌های توصیف هیجان، مشاهده و توصیف هیجان‌ها، مهارت معرفی هیجان‌ها
هشتم	عملکرد هیجان‌ها، دفترچه یادداشت روزانه هیجان، مهارت عملکرد هیجان(ها)
نهم	کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی، گام برداشتن در جهت افزایش هیجان‌های مثبت، برنامه فعالیت‌های لذت‌بخش بزرگ‌سالان، مهارت کاهش آسیب‌پذیری، ایجاد سلطه، ایجاد تجارب مثبت و ذهن‌آگاهی تجارب مثبت
دهم	تغییر هیجان‌ها با اقدام متضاد هیجان فعلی
یازدهم	افسانه‌ها و اسطوره‌ها راجع به هیجان‌ها
دوازدهم	مرور تنظیم هیجان
سیزدهم	مرور مهارت‌های بنیادین ذهن‌آگاهی
چهاردهم	جهت‌یابی به سمت تحمل رنج، رئوس پذیرش واقعیت شامل مهارت مشاهده تنفس
پانزدهم	لبخند نیمه، تمرین آگاهی و مهارت‌های مربوط به این دو
شانزدهم	جهت‌یابی به سمت مهارت‌های پذیرش، تخریب اتصالات، مهارت‌های پذیرش بنیادین (گردش ذهن، تمایل و رغبت) و تخریب اتصالات
هفدهم	مهارت‌های بحران بقاء، تکلیف تحمل رنج، مهارت‌های حواس‌پرتی، تسکین دادن خود، بهبود زمان حال
هجدهم	مرور تحمل رنج و تقویت مهارت (مرور تمام یاری رسان‌ها)
نوزدهم	مرور ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان و تحمل رنج، برنامه‌ریزی برای آینده، مقابله رو به جلو
بیستم	بحث در مورد برنامه‌های آینده، خداحافظی

به منظور بررسی این فرضیه که DBT بر افزایش کیفیت زندگی در زنان مبتلا به چاقی، اضافه وزن و پرخوری تأثیر می‌گذارد، نمرات کیفیت زندگی بیماران، در مراحل پیش آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل با هم مقایسه شد. جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات کیفیت زندگی را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های مورد مطالعه نشان می‌دهد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از رفتاردرمانی دیالکتیکی در زنان مبتلا به چاقی، اضافه وزن و پرخوری شهرستان کاشان در سال ۱۳۹۴

گروه	سطح آزمون	میانگین	انحراف معیار
آزمایش (n=۳۰)	پیش‌آزمون	۳۶/۵۷	۳/۶۶
	پس‌آزمون	۴۰/۰۳	۳/۲۴
کنترل (n=۳۰)	پیش‌آزمون	۳۵/۸۰	۳/۱۵
	پس‌آزمون	۳۵/۱۲	۴/۳۱

شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی در گروه های مطالعه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

با توجه به اطلاعات جدول ۲ که میانگین نمرات کیفیت زندگی زنان مبتلا به چاقی، اضافه وزن و پرخوری را در گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد، ملاحظه می‌شود که مقایسه میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، بیان‌گر تأثیر متغیر مستقل DBT، بر افزایش کیفیت زندگی در افراد گروه آزمایش است که چنین تفاوتی در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود.

قبل از انجام تحلیل، رعایت مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا نرمال بودن داده‌ها با آزمون Kolmogorov-Smirnov مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد آماره پیش‌آزمون ۰/۱۴۷ (P=۰/۰۹۶) و آماره پس‌آزمون ۰/۱۰۶ (P=۰/۲۰۰) می‌باشد. از آن‌جا که سطح معنی‌داری در این آزمون از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است. با توجه به سطح معنی‌داری توزیع داده‌ها منطبق با توزیع نرمال قلمداد می‌گردد.

یکی دیگر از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، همگنی واریانس‌ها است. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون Levene استفاده شد. با توجه به نتایج آزمون Levene که نشان داد F=۳/۷۱ (P=۰/۱۱۱)، سطح معنی‌داری به دست آمده از ۰/۰۵ بیشتر است. در نتیجه می‌توان گفت واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است.

همگنی شیب‌ها با مقدار F=۳/۷۱ برای کیفیت زندگی معنی‌دار نشد (P=۰/۰۶۵). لذا مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیر کیفیت زندگی محقق نشده است.

با توجه به یافته‌های فوق جهت بررسی فرضیه مورد نظر، از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است. همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل برای متغیر کیفیت زندگی معنی‌دار و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر کیفیت زندگی با مقدار F= ۸/۷۷ در سطح P<۰/۰۵ و ۰/۷۱۵ = مجذور اتا بیش‌تر از گروه کنترل است. بنابراین نتایج به دست آمده حاکی از تأثیر DBT بر افزایش کیفیت زندگی در زنان مبتلا به اضافه‌وزن و پرخوری است.

جدول ۳- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نمره کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل در زنان مبتلا به چاقی، اضافه وزن و پرخوری شهرستان کاشان در سال ۱۳۹۴

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۶/۲۰	۱	۶/۲۰	۸/۱۲	۰/۰۰۵	۰/۱۲۸
گروه	۱۰۴/۴۱	۱	۱۰۴/۴۱	۸/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱۵
خطا	۳۹/۷۸	۵۴	۰/۶۶			
کل	۱۲۴۹	۵۷	۱۲۴۹			

تحلیل کوواریانس یک متغیره، $p<0/05$ به عنوان اختلاف معنی‌دار

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی DBT بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به چاقی، اضافه وزن و پرخوری به اجراء درآمد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مذکور، بر بهبود کیفیت زندگی بیماران پرخور مؤثر است. در مقایسه با گروه کنترل، گروه آزمایش که DBT دریافت کردند تفاوت آماری معنی‌داری را در کیفیت زندگی در دو مرحله اندازه‌گیری نشان دادند. به طور کلی، تنها تعداد اندکی از پژوهش‌ها به کاربرد DBT در روان‌درمانی بیماران مبتلا به پرخوری پرداخته‌اند. Mohammadi و همکارش نشان دادند که DBT به عنوان یک مداخله‌گر مؤثر در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر می‌باشد [۳۰]. Golshani و همکاران نشان دادند DBT کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را بهبود می‌بخشد [۳۱] و از این جهت مطالعه ما با مطالعات مذکور همسو می‌باشد. پژوهش Narimani و همکاران که با هدف اثر بخشی DBT بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان شهرستان نورآباد (دلفان) انجام شد نشان داد به کارگیری این مداخله درمانی موجب بهبود معنی‌دار کیفیت زندگی در این بیماران شده است [۳۲].

همبستگی مشاهده شده بین گروه‌ها و کیفیت زندگی، حاکی از اثربخش بودن مداخله حاضر است. عنصر رفتاری درمان دیالکتیکی برای پرخوری می‌تواند روی عادی کردن الگوهای خوردن تمرکز داشته باشد. هم‌چنین برنامه‌ریزی وعده‌های غذا، آموزش تغذیه و خاتمه دادن به چرخه‌های پرخوری را در بر می‌گیرد و به فرد آموزش داده می‌شود مقادیر کمتری از غذا را به‌طور منظم مصرف کند. هم‌چنین عنصر شناختی این درمان، تغییر شناخت‌ها و رفتارهایی است که چرخه پرخوری را آغاز کرده یا به آن‌ها تداوم می‌بخشد. این کار از طریق مقابله با افکار ناکارآمد همراه با پرخوری، انجام می‌شود. برای مثال در DBT با گرایش به تقسیم کردن همه غذاها به طبقات خوب و بد مبارزه می‌شود. به این معنی که ارائه اطلاعات مبتنی بر واقعیت، بیمار را ترغیب می‌کند برای خودش مشخص کند که

خوردن غذای بد لزوماً به از دست دادن کامل کنترل بر خوردن منجر نمی‌شود. هم‌چنین از شیوه‌های رفتاری طراحی شده، برای جایگزینی رژیم غذایی نادرست و خوردن افراطی با خوردن بهینه و سالم، خودوارسی رفتارها و تشکیل عادت‌ها و تمرین‌های آشکار برای مهارت یافتن در کنترل فرآیندهای شناختی استفاده می‌شود. بنابراین درمان از طریق توقف هر نوع رفتاری که با درمان در تداخل است (برای مثال توقف پرخوری، حذف خوردن تکانشی و بدون برنامه، کاهش میل، ولع و اشتغال ذهنی با غذا، افزایش مقاومت در برابر ولع) میزان پرخوری افراد را کاهش می‌دهد. این مکانیسم‌های رفتاری که تغییراتی را در سبک زندگی ایجاد می‌کنند، با کاهش وزن و پرخوری در بهبود کیفیت زندگی مؤثر هستند [۳۴-۳۳].

فردی که توانایی مدیریت هیجانی رشد یافته‌ای دارد، آزاد از هرگونه اجبار درونی و بیرونی می‌تواند هیجان‌ها را تجربه کند یا از بروز آن‌ها جلوگیری کند. شخصی که به دلیل نقص در سیستم تنظیم هیجانی، تکانشی عمل می‌کند، در کنترل میزان خوردن غذا نیز دچار مشکل شده و عواملی از جمله تحریک‌پذیری شدید نسبت به غذا، عدم تمایل نسبت به تناسب بدن و فرار از مشکلات باعث پرخوری در او می‌شود. DBT برای آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان طراحی شده و برای هدف قراردادن رفتارهایی که نتیجه بدتنظیمی هیجانی است یک محتوای قابل‌قبول ارائه می‌کند [۳۷-۳۵،۲۲]. در نتیجه از آن‌جا که هیجانات ارتباط تنگاتنگی با پرخوری دارند و با توجه به این‌که درمان مذکور، بر تنظیم هیجان متمرکز است و افراد مبتلا به پرخوری در تنظیم هیجان مشکل دارند، در دستورالعمل تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی، آموزش‌های لازم در این زمینه به بیماران داده می‌شود که همانند تحقیقات قبلی، تأثیر آن در طول درمان حاضر نیز مشهود بود [۳۴].

بیش‌ترین فراخوان‌های انگیزشی پرخوری، نگرانی و خلق منفی است [۳۸]. مطالعات، نتایج مشابهی در مورد نقش خلق منفی در برانگیختگی پرخوری نشان می‌دهند و عنوان می‌کنند که یک دلیل بالقوه در پاسخ‌دهی به پرخوری افراد به هنگام هیجانات و خلق منفی، این است که چنین افرادی موقعیت‌ها را بیش از آن که استرس‌زا باشند تعبیر می‌کنند و این شاید به دلیل وجود نقص در سیستم تنظیم هیجانات‌شان باشد [۳۴].

مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی است که در نتیجه‌گیری و تعمیم نتایج باید به آن توجه شود. انجام مطالعه تنها روی گروه زنان، یکی از محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شود. یکی دیگر از محدودیت‌ها، عدم وجود دوره پی‌گیری است. ضمناً در این مطالعه نیز مانند پژوهش‌های انسانی دیگر، محیط خانوادگی و شرایط اجتماعی و اقتصادی افراد از موارد تأثیرگذار بر نتایج مطالعه است، لذا تعمیم نتایج آن به کل جامعه باید با احتیاط و دانش کافی صورت بگیرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌گردد که مطالعاتی همراه با مقایسه‌های درمان فردی و گروهی و

ترکیب فردی و گروهی با ملاحظه دوره‌های پی‌گیری صورت پذیرد. علاوه بر این، تکرار پژوهش توسط درمان‌گران دیگر به دلیل کنترل تأثیر شخصیت و تجربه درمان‌گر در نتایج پژوهش، مفید واقع خواهد شد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده، به نظر می‌رسد DBT بر بهبود کیفیت زندگی بیماران پرخور مؤثر باشد. علی‌رغم محدودیت‌های ذکر شده، احتمالاً یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند گام مفیدی در زمینه درمان روان‌شناختی این بیماران به حساب بیاید و امید است با همراه نمودن مداخلات روان‌شناختی با راهبردهای تغذیه‌ای بتوان کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال پرخوری را ارتقاء بخشید.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولین محترم و کارکنان کلینیک تغذیه بیمارستان نقوی کاشان جهت فراهم نمودن محیط آموزشی برای انجام مطالعه، بیماران شرکت‌کننده در مطالعه و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان جهت تأمین منابع مالی طرح، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

[1] Nestle M, Jacobson MF. Halting the obesity epidemic: a public health policy approach. *Public Health Reports* 2000; 115(1): 12.

[2] Bidadian M. Bahrami Ehsan H. A review on present challenges in treatment of obesity. *J Res Behav Sci* 2013; 10(7): 757-71. [Farsi]

[3] Duval K, Marceau P, Lescelleur O, Hould Fdr-S, Marceau S, Biron S, et al. Health-related quality of life in morbid obesity. *Obesity Surgery* 2006; 16(5): 574-9.

[4] Kress AM, Peterson MR, Hartzell MC. Association between obesity and depressive symptoms among US Military active duty service personnel. *Journal of Psychosomatic Research* 2006; 60(3): 263-71.

[5] Hudson JI, Hiripi E, Pope Jr HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 2007; 61(3): 348-58.

[6] Wilson GT, Sysko R. Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic considerations. *International Journal of Eating Disorders* 2009; 42(7): 603-10.

[7] Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5): American Psychiatric Pub; 2013.

[8] Rieger E, Wilfley DE, Stein RI, Marino V, Crow SJ. A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders* 2005; 37(3): 234-40.

[9] Zhang H, Wisniewski SR, Bauer MS, Sachs GS, Thase ME. Investigators S-B. Comparisons of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder: data from the first 2000 Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) participants. *Comprehensive Psychiatry* 2006; 47(3): 161-8.

[10] Namjoshi MA, Buesching DP. A review of the health-related quality of life literature in bipolar disorder. *Quality of Life Research* 2001; 10(2): 105-15.

[11] Frisman GH, Kristenson M. Psychosocial status and health related quality of life in relation to the metabolic syndrome in a Swedish middle-aged population. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2009; 8(3): 207-15.

[12] Lillis J, Levin ME, Hayes SC. Exploring the relationship between body mass index and health-related quality of life: A pilot study of the impact of weight self-stigma and experiential avoidance. *Journal of Health Psychology* 2011; 16(5): 722-7.

[13] Yanovski SZ. Binge eating disorder and obesity in 2003: could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic?. *International Journal of Eating Disorders* 2003; 34(S1): S117-S20.

[14] O'Reilly GA, Cook L, Spruijt□Metz D, Black DS. Mindfulness□based interventions for obesity□related eating behaviours: a literature review. *Obesity Reviews* 2014; 15(6): 453-61.

[15] Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder: Guilford Press; 1993.

[16] Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; 69(6): 1061.

[17] Safer DL, Robinson A, editors. Treating binge eating disorder: Results from a randomized controlled trial comparing dialectical behavior therapy and supportive group therapy. ANNALS OF BEHAVIORAL MEDICINE; 2008: SPRINGER 233 SPRING ST, NEW YORK, NY 10013 USA.

[18] Stallone DD, Stunkard AJ. The regulation of body weight: Evidence and clinical implications. *Annals of Behavioral Medicine* 1991.

[19] Balsiger BM, Murr MM, Poggio JL, Sarr MG. Bariatric surgery: surgery for weight control in patients with morbid obesity. *Medical Clinics of North America* 2000; 84(2): 477-89.

[20] Aronne L. Current pharmacological treatments for obesity. *Eating disorders and Obesity* 2000; 2(6): 551-2.

[21] Wing RR. Behavioral approaches to the treatment of obesity. *Handbook of Obesity: Clinical Applications*. 2004; 2: 147-67.

[22] Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy* 2000; 31(3): 569-82.

[23] Cohen J. Statistical power analysis. *Current directions in psychological science* 1992: 98-101.

[24] Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors* 1982; 7(1): 47-55.

[25] Organization WH. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996.

[26] Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2006; 4(4): 1-1. [Farsi]

[27] Usefy A, Ghassemi GR ,Sarrafzadegan N, Mallik S, Baghaei A, Rabiei K. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample. *Community Mental Health Journal* 2010; 46(2): 139-47. [Farsi]

[28] Dezhkam M, Moloodi R, Mootabi F, Omidvar N. Standardization of the binge eating scale among Iranian Obese population. *Iranian Journal of Psychiatry* 2009; 4(4): 143-6. [Farsi]

[29] Moloodi R, Dezhkam M, Mootabi F, Omidvar N. Comparison of early maladaptive schema in obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Journal of Behavioral Sciences* 2009; 4(2): 9-10. [Farsi]

[30] Mohammadi J, Azizi A. Dialectical Behavior Therapy Group on the Perception of the Disease and Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Scientific J Ilam Univ Med Sci* 2017; 25(2): 18-26. [Farsi]

[31] Golshani F, MAZAHERI M, Borjali A, Ahadi H. Efficacy of dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder. *Psychological Research* 2010; 2(5): 25. [Farsi]

[32] Narimani M, Bagiyan-Kulemarez MJ, Ahadi B, Abolghasemi A. The Study of Effectiveness of Group Training of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on Reducing of Symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Promoting Quality of Life of Students. *Journal of Clinical Psychology* 2014; 6(1): 39-51. [Farsi]

[33] Ricca V, Castellini G, Sauro CL, Ravaldi C, Lapi F, Mannucci E, et al. Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite* 2009; 53(3): 418-21.

[34] Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors* 2014; 15(2): 197-204.

[35] McCabe EB, LaVia M, Marcus M. Dialectical behavior therapy for eating disorders. Handbook of eating Disorders and Obesity. 2004: 232-44.

[36] Wisniewski L, Kelly E. The application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice* 2003; 10(2): 131-8.

[37] Wiser S, Telch CF. Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychology* 2001 Dec;69(6):1061.

[38] Polivy J, Herman CP. Etiology of binge eating: *Psychological Mechanisms*. 1993

The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Quality of Life Among Women with Overweight and Binge Eating Disorder: A Clinical Trial

M. Rahmani[1], A. Omidi[2]

Received: 14/01/2018 Sent for Revision: 02/06/2018 Received Revised Manuscript: 16/12/2018 Accepted: 02/01/2019

Background and Objectives: Researches have shown that overweight is associated with an increased risk of eating disorders and consequently, leads to a decreased quality of life.. Therefore, the treatment that targets both overweight and eating disorders is vital. So, This study was designed to determine the effect of dialectical behavior therapy on quality of life in women with overweight and binge eating disorder.

Materials and Methods: In this trial study, the study population consisted of all women diagnosed with obesity, overweight and binge eating disorder in Kashan, Iran in 2015. 60 women were selected through convenience sampling and assigned randomly to experimental and control groups. The experimental group received 20 sessions dialectical behavior therapy in 10 weeks while the control group did not receive any intervention. Subjects in both groups were evaluated for quality of life with WHOQOL-BREF questionnaire before and after intervention. Then data was analyzed using analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The mean and standard deviation of the experimental group was 29.82±7.91 and for the control group 31.47±7.22 (p=0.340). The results of ANCOVA revealed a significant difference between the experimental and control groups in terms of quality of life in posttest (p<0.001).

Conclusion: According to the results, it seems that dialectical behavior therapy with changing life style, improving interpersonal relationships, emotion regulation strategies and distress tolerance and mindfulness, can be suggested as an effective and complementary psychological intervention in binge eater in order to improve their quality of life.

Key words: Dialectical behavior therapy, Overweight, Binge eating disorder, Quality of life, Women

Funding: This research was funded by Kashan University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Kashan University of Medical Sciences approved the study (IR.Kaums.REC.1394.46).

How to cite this article: Rahmani M, Omidi A. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Quality of Life Among Women with Overweight and Binge Eating Disorder: A Clinical Trial. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2019; 18 (2): 133-46. [Farsi]

1- MSc in Clinical Psychology, Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran ORCIDE: 0000-0002-8815-2097

2- Associate Prof., Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran ORCIDE: 0000-0001-5538-7693

(Corresponding Author) Tel: (031) 55540021, Fax: (031) 55547011, E-mail: omidi.ab95@gmail.com