

## مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی مرتبط با وزن بیماران مبتلا به چاقی

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۲/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۰۴

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۲۷

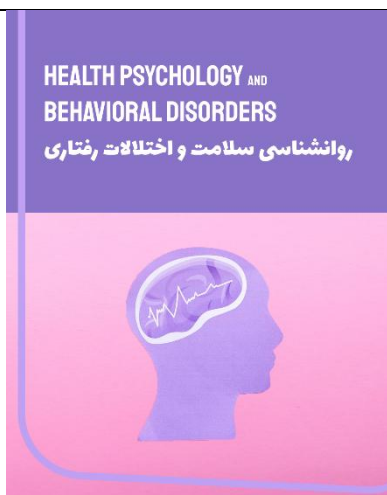
تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۱۰/۲۹

### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی مرتبط با وزن در بیماران مبتلا به چاقی بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به چاقی مراجعه کننده به مراکز درمانی خصوصی شهر تهران در سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو گروه آزمایش (دریافت کننده رفتار درمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) و یک گروه گواه گمارده شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه خودکارآمدی وزن (VSEQ) بود. مداخلات درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی اجرا شد و داده‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفونی در نرم‌افزار SPSS-۲۶ انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه گواه موجب بهبود معنادار خودکارآمدی مرتبط با وزن و تمامی خرده‌مقیاس‌های آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شدند ( $p < 0.001$ ). همچنین اثر زمان و تعامل زمان × گروه معنادار بود که نشان‌دهنده پایداری اثرات درمانی در طول زمان است. در مقایسه بین دو مداخله، تفاوت معناداری تنها در خرده‌مقیاس «فعالیت‌های مثبت» مشاهده شد ( $p < 0.05$ ) به گونه‌ای که رفتار درمانی دیالکتیکی اثربخشی بیشتری نشان داد، در حالی که در سایر خرده‌مقیاس‌ها تفاوت معناداری بین دو روش وجود نداشت. یافته‌ها نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمانی در بهبود خودکارآمدی مرتبط با وزن بیماران مبتلا به چاقی مؤثر هستند، با این تفاوت که رفتار درمانی دیالکتیکی در ارتقای جنبه‌های رفتاری فعال‌تر عملکرد برتری دارد؛ بنابراین استفاده از این مداخلات می‌تواند در طراحی برنامه‌های درمانی روانشناختی برای مدیریت چاقی مفید باشد.

**کلیدواژه‌گان:** رفتار درمانی دیالکتیکی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، چاقی، خودکارآمدی

مرتبط با وزن



سحر سعیدی اصل<sup>۱</sup>، مهتاب مروجی<sup>۲\*</sup>، معصومه معلم<sup>۳</sup>، محمد باقر حبیبی<sup>۴</sup>، وحید منظری توکلی<sup>۵</sup>

۱. گروه روانشناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران
۲. گروه پرستاری مامائی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران
۳. گروه طب اورژانس، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۴. استادیار، گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشکده فرهنگی، دانشگاه امام حسین (ع)، تهران، ایران
۵. استادیار، گروه آموزش علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

\* ایمیل نویسنده مسئول:

mahtab.moraveji@iau.ac.ir

**شیوه استناددهی:** سعیدی اصل، سحر، مروجی، مهتاب، معلم، معصومه، حبیبی، محمد باقر، و منظری توکلی، وحید. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی مرتبط با وزن بیماران مبتلا به چاقی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۴(۲)، ۱-۱۵.

## Comparative Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Weight-Related Self-Efficacy in Patients with Obesity

Submit Date:  
2026-01-19

Revise Date:  
2026-04-16

Accept Date:  
2026-04-24

Initial Publish Date:  
2026-04-24

Final Publish Date:  
2026-06-22

### Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on weight-related self-efficacy in patients with obesity. This study employed a quasi-experimental pretest–posttest–follow-up design with a control group. The statistical population consisted of obese patients attended to private clinical centers in Tehran during 2023–2024. A total of 45 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned into three groups ( $n=15$  each): DBT group, MBCT group, and a control group. Data were collected using the Weight Self-Efficacy Questionnaire (WSEQ). Interventions were delivered in eight 90-minute group sessions. Measurements were conducted at pretest, posttest, and a three-month follow-up. Data were analyzed using repeated measures mixed ANOVA and Bonferroni post hoc tests in SPSS-26. Results indicated that both DBT and MBCT significantly improved weight-related self-efficacy and all its subscales compared to the control group at posttest and follow-up ( $p<0.001$ ). Significant main effects of time and time $\times$ group interaction confirmed the durability of treatment effects. A significant difference between the two interventions was observed only in the “positive activities” subscale ( $p<0.05$ ), where DBT demonstrated superior effectiveness, while no significant differences were found in other subscales. Both therapeutic approaches are effective in enhancing weight-related self-efficacy among obese patients; however, DBT appears more effective in improving active behavioral components, suggesting its potential advantage in practical weight-management interventions.

**Keywords:** *Dialectical Behavior Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Obesity, Weight-Related Self-Efficacy*

HEALTH PSYCHOLOGY AND  
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



Sahar Saeidiasl<sup>1</sup>, Mahtab Moraveji<sup>2\*</sup>,  
Masoumeh Moallem<sup>3</sup>, Mohammad Bagher  
Hobbi<sup>4</sup>, Vahid Manzari Tavakoli<sup>5</sup>

1. Department of Health Psychology, Ki.C., Islamic Azad University, Kish, Iran

2. Department of Nursing & Midwifery, Za.C., Islamic Azad University, Zanjan, Iran

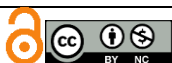
3. Department of Emergency Medicine, TMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

4. Department of Psychology's Faculty Culture and Soft Power, Imam Hossein University, Tehran, Iran

5. Department of Educational Sciences, Farhangian University, Tehran, Iran

\*Corresponding Author's Email:  
mahtab.moraveji@iau.ac.ir

**How to cite:** Saeidiasl, S., Moraveji, M., Moallem, M., Hobbi, M.B., & Manzari Tavakoli, V. (2026). Comparative Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Weight-Related Self-Efficacy in Patients with Obesity. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(2), 1-15.



چاقی به‌عنوان یکی از پیچیده‌ترین چالش‌های سلامت عمومی در قرن حاضر، تحت تأثیر تعامل چندبعدی عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی قرار دارد و پیامدهای آن نه‌تنها به حوزه سلامت جسمانی محدود نمی‌شود، بلکه ابعاد گسترده‌ای از بهزیستی روانی و کیفیت زندگی افراد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (Hajifathalian et al., 2020). روند رو به رشد شیوع چاقی در سطح جهانی، همراه با پیامدهایی مانند افزایش خطر بیماری‌های مزمن، اختلالات خلقی و کاهش عملکرد اجتماعی، ضرورت پرداختن به مداخلات مؤثر و چندوجهی را بیش از پیش آشکار ساخته است (Wild et al., 2025). در این میان، پژوهش‌های جدید نشان می‌دهند که صرف تمرکز بر ابعاد فیزیولوژیک یا رژیم‌های غذایی برای مدیریت چاقی کافی نیست و عوامل شناختی-هیجانی، به‌ویژه باورهای فرد درباره توانایی کنترل رفتارهای مرتبط با وزن، نقش تعیین‌کننده‌ای در موفقیت یا شکست مداخلات ایفا می‌کنند (Saqafi Asl et al., 2020).

در این چارچوب، مفهوم خودکارآمدی مرتبط با وزن به‌عنوان یکی از سازه‌های کلیدی در حوزه روانشناسی سلامت مطرح شده است که به باور فرد نسبت به توانایی خود در مدیریت رفتارهای مرتبط با تغذیه، فعالیت بدنی و مقابله با محرک‌های محیطی و هیجانی اشاره دارد (Kodden, 2020). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که سطوح بالاتر خودکارآمدی با بهبود عملکرد شناختی و رفتاری، افزایش پابندی به برنامه‌های درمانی و در نهایت کاهش وزن پایدار همراه است (Horcajo et al., 2022). از سوی دیگر، مطالعات مختلف تأکید کرده‌اند که بهبود خودکارآمدی از طریق ارتقای خودتنظیمی و بهبود خلق می‌تواند به‌عنوان یک مکانیزم واسطه‌ای در تغییر رفتارهای مرتبط با سلامت عمل کند (Annesi, 2020). بنابراین، مداخلات روانشناختی که بتوانند این سازه را تقویت کنند، از اهمیت ویژه‌ای در درمان چاقی برخوردارند. یکی از رویکردهای نوین و مؤثر در این حوزه، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است که در چارچوب درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری قرار می‌گیرد و بر افزایش آگاهی لحظه‌ای، پذیرش بدون قضاوت و کاهش واکنش‌پذیری خودکار نسبت به افکار و هیجانات تأکید دارد (Mousavi et al., 2020). این رویکرد با تمرکز بر مشاهده غیرقضاوتی تجارب درونی، به افراد کمک می‌کند تا الگوهای ناسازگار فکری و رفتاری را شناسایی و تعدیل کنند (Salmon & Loo, 2023). در واقع، ذهن‌آگاهی از طریق افزایش تنظیم هیجان و کاهش نشخوار ذهنی، به تغییر رفتارهای ناسالم از جمله پرخوری هیجانی منجر می‌شود (Schuman-Olivier et al., 2020). پژوهش‌های تجربی نیز اثربخشی این رویکرد را در بهبود شاخص‌های روانشناختی و رفتاری مرتبط با چاقی، از جمله کاهش اضطراب، افسردگی و بهبود تصویر بدنی تأیید کرده‌اند (Ramazan Alizadeh et al., 2023; Soleimani & Soltani Zadeh, 2022). همچنین، مطالعات مداخله‌ای نشان داده‌اند که برنامه‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند رفتارهای خوردن ناسالم را کاهش داده و به بهبود نتایج فیزیولوژیک و روانی در افراد دارای اضافه‌وزن کمک کنند (Salvo et al., 2022; Sun et al., 2023).

علاوه بر این، چارچوب‌های نوین ذهن‌آگاهی بر ابعاد تجسم‌یافته و زمینه‌مند تجربه انسانی تأکید دارند و نشان می‌دهند که تعامل بین ذهن، بدن و محیط نقش مهمی در شکل‌گیری رفتارهای سلامت دارد (Khoury et al., 2025). در همین راستا، یافته‌ها حاکی از آن است که ترکیب ذهن‌آگاهی با مؤلفه‌هایی مانند خودشفقتی و تنظیم هیجان می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی کیفیت زندگی و سازگاری روانی افراد را ارتقا دهد (Wild et al., 2025). این ویژگی‌ها باعث شده است که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یکی از مداخلات کلیدی در درمان چاقی مورد توجه پژوهشگران و درمانگران قرار گیرد (Vuong et al., 2022).

در کنار رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی، رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز به‌عنوان یک مداخله مؤثر در درمان مشکلات مرتبط با تنظیم هیجان و رفتارهای ناسازگار، جایگاه ویژه‌ای یافته است. این رویکرد که در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی طراحی شده بود، به تدریج در حوزه‌های مختلف از جمله اختلالات خوردن و چاقی مورد استفاده قرار گرفته است (Lammers et al., 2020). رفتاردرمانی دیالکتیکی بر ترکیب پذیرش و تغییر، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی، ذهن‌آگاهی و اثربخشی بین‌فردی تأکید دارد و از این طریق به کاهش رفتارهای تکانشی و ناسازگار کمک می‌کند (Husodo & Sukamto, 2024).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این رویکرد می‌تواند با کاهش هیجانات منفی و بهبود تنظیم هیجان، به کاهش پرخوری هیجانی و در نتیجه بهبود شاخص‌های وزنی منجر شود (Homayounpour et al., 2021). همچنین، مطالعات تجربی حاکی از آن است که رفتاردرمانی دیالکتیکی تأثیر معناداری بر کاهش تکانشگری، بهبود تنظیم هیجان و کاهش شاخص توده بدنی در افراد دارای اضافه‌وزن دارد (Jandaghian et al., 2023). در پژوهش‌های اخیر نیز اثربخشی این رویکرد در درمان اختلالات خوردن، به‌ویژه پرخوری، مورد تأیید قرار گرفته است (Karapatsia et al., 2024).

از منظر نظری، رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌های عملی و کاربردی، به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با محرک‌های هیجانی، به‌جای واکنش‌های خودکار، پاسخ‌های آگاهانه و سازگارانه‌تری ارائه دهند. این فرآیند نه‌تنها به کاهش رفتارهای ناسالم کمک می‌کند، بلکه از طریق تجربه موفقیت‌های رفتاری، به تقویت خودکارآمدی نیز منجر می‌شود (Nasir-Herand et al., 2024). در واقع، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجان در این رویکرد، به افراد این امکان را می‌دهد که احساس کنترل بیشتری بر رفتارهای خود داشته باشند و این امر به‌طور مستقیم با افزایش خودکارآمدی مرتبط است (Mardani & Tabaghdehi, 2025).

با وجود شواهد گسترده در حمایت از اثربخشی هر یک از این دو رویکرد، مطالعات مقایسه‌ای محدودی به بررسی تفاوت‌های اثربخشی آن‌ها پرداخته‌اند. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هر دو رویکرد می‌توانند به‌طور معناداری شاخص‌های روانشناختی مرتبط با چاقی را بهبود بخشند، اما ممکن است در مکانیسم‌های اثرگذاری و حوزه‌های تأثیر تفاوت‌هایی داشته باشند (Honardar et al., 2023). همچنین، مطالعاتی که به مقایسه درمان‌های مختلف پرداخته‌اند، بر ضرورت بررسی دقیق‌تر تفاوت‌های عملکردی این مداخلات تأکید کرده‌اند (Naserifar et al., 2024). از سوی دیگر، پژوهش‌هایی که به بررسی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی پرداخته‌اند، نشان می‌دهند که این رویکردها بیشتر بر آگاهی و پذیرش تمرکز دارند، در حالی که رفتاردرمانی دیالکتیکی با تأکید بر مهارت‌آموزی، می‌تواند تأثیر بیشتری بر جنبه‌های رفتاری و عملی داشته باشد (Kebriti et al., 2023).

در مجموع، با توجه به اهمیت خودکارآمدی در مدیریت رفتارهای مرتبط با وزن و نقش کلیدی آن در موفقیت مداخلات درمانی، و نیز با در نظر گرفتن تفاوت‌های نظری و عملی میان شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی دیالکتیکی، بررسی و مقایسه اثربخشی این دو رویکرد در بهبود خودکارآمدی مرتبط با وزن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی مرتبط با وزن در بیماران مبتلا به چاقی است.

## روش‌شناسی

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است و در آن از پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گواه و با سنجش در مرحله پیگیری ۳ ماهه استفاده گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی بیماران مبتلا به چاقی شهر تهران بود که در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ به مراکز درمانی خصوصی مراجعه نمودند یا دارای پرونده پزشکی بودند. از آنجایی که در رویکردهای پژوهشی آزمایشی حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر است. بنابراین، حجم نمونه در پژوهش حاضر با در نظر گرفتن هر گروه (۱۵ نفر)، ۴۵ نفر برآورد شد. نمونه‌های پژوهش حاضر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند، به این صورت که با توجه به اینکه جامعه آماری افراد مبتلا به چاقی بود، به صورت هدفمند از بین افرادی که در طی سه ماهه دوم سال ۱۴۰۳ به مراکز درمانی خصوصی تهران مراجعه نمودند، انتخاب شدند. برای انتخاب حجم نمونه ابتدا از بین بیماران مبتلا به چاقی مراجعه کننده به مراکز درمانی با توجه به معیارهای ورود به پژوهش ۴۵ نفر انتخاب شدند. سپس، به صورت تصادفی در ۳ گروه آزمایش ۱، آزمایش ۲ و گواه گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: داشتن سواد جهت خواندن و نوشتن، تمایل به شرکت در پژوهش و تکمیل رضایت‌نامه جهت دریافت مداخله درمانی، عدم مصرف دارو، حداقل ۲ سال از تشخیص چاقی گذشته باشد، عدم دریافت درمان روان‌پزشکی هم‌زمان در طی ۶ ماه گذشته، عدم ابتلای هم‌زمان به بیماری‌های مزمن، نداشتن سابقه بیماری‌های روانشناختی، محدوده سنی

بین ۱۸ تا ۴۵ و ملاک‌های خروج شامل: بیش از دو جلسه غیبت در طی مداخله، سوء مصرف مواد و الکل، دریافت مداخلات روانشناختی در طول ۶ ماه گذشته، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش، داشتن بیماری‌های جسمانی مزمن و یا بیماری‌های روانشناختی، نداشتن سواد خواندن و نوشتن بود. برای اجرای پژوهش، ابتدا افراد شرکت کننده به سه گروه آزمایش ۱ (رفتار درمانی دیالکتیکی) گروه آزمایش ۲ (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) و گواه تقسیم شدند. قبل از اعمال متغیرهای مستقل (اجرای بسته‌های درمانی)، هر سه گروه با پیش‌آزمون اندازه‌گیری و نتایج ثبت گردید. بعد از اعمال متغیرهای مستقل برای گروه‌های آزمایش، دوباره هر سه گروه با پس‌آزمون بررسی شدند. سپس، با استناد به پژوهش‌های مداخله‌ای اخیر پیگیری سه ماه برای ماندگاری اثرات بسته‌های درمانی اجرا شد. جلسات درمانی به کار گرفته شده برای افراد نمونه به صورت دو جلسه در هفته برگزار شد، به طوری که تقریباً یک ماه طول کشید. برای گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای اجرا نشد. برای رعایت مسائل اخلاقی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر در ابتدای تحقیق، با توضیح صادقانه اهداف پژوهش، رضایت آگاهانه از افراد برای شرکت در پژوهش اخذ گردید. کلیه اطلاعات مربوط به شرکت کننده، نزد دست‌اندرکاران پژوهشی محرمانه می‌ماند و فقط آن‌ها اجازه دارند، نتایج کلی این پژوهش را بدون ذکر نام و مشخصات افراد شرکت کننده منتشر کنند و هیچ کدام از هزینه‌های انجام مداخلات پژوهشی بر عهده شرکت کننده نبود.

**پرسشنامه خودکارآمدی وزن (WSEQ):** این پرسشنامه توسط کلارک<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۱) برای اندازه‌گیری توانایی خودمهارگری بین افراد چاق در جستجوی درمان ساخته شد که شامل ۲۰ گویه و ۵ زیرمؤلفه «هیجان منفی»<sup>۳</sup>، در دسترس بودن<sup>۴</sup>، فشار اجتماعی<sup>۵</sup>، ناراحتی جسمانی<sup>۶</sup> و فعالیت‌های مثبت<sup>۷</sup> است. این پرسشنامه با استفاده از یک مقیاس ۱۰ نقطه‌ای از ۰ (اصلاً مطمئن نیستم) تا ۹ (کاملاً مطمئن هستم) درجه بندی می‌شود. ضرایب همسانی درونی برای زیرمؤلفه‌های در دسترس بودن ۰/۷۶ و ۰/۸۳، هیجان منفی ۰/۸۷ و ۰/۹۹، ناراحتی جسمانی ۰/۸۲ و ۰/۸۴، فعالیت مثبت ۰/۷۰ و ۰/۷۹ و فشار اجتماعی، ۰/۹۰ و ۰/۸۹ بدست آمد. همچنین، روایی همزمان همبستگی نمرات کل آن با نمرات کل مقیاس خودکارآمدی وزن ۰/۶۷ می‌باشد (کلارک و همکاران، ۱۹۹۱). در پژوهش جاسمی‌زرگانی و همکاران (۱۴۰۰) همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۵ گزارش شد. پایایی پرسشنامه در پژوهش علی‌پور و همکاران (۱۴۰۳) با ضریب همسانی درونی و روش هم‌ارزی منطقی با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و برای زیرمؤلفه‌های هیجان منفی (۰/۷۸)، دردسترس بودن (۰/۷۶)، فشار اجتماعی (۰/۷۵)، ناراحتی جسمانی (۰/۷۸) و فعالیت مثبت (۰/۷۶) بدست آمد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی اجرا شد و به صورت تدریجی بر ارتقای آگاهی، تنظیم هیجان و اصلاح الگوهای رفتاری مرتبط با خوردن تمرکز داشت؛ به گونه‌ای که در جلسه نخست، ضمن ایجاد رابطه درمانی، مفاهیم پایه ذهن آگاهی، خودپذیری بدون قضاوت و ارتباط چرخه افکار، هیجانات و رفتارهای غذایی آموزش داده شد و تمرین‌هایی مانند تنفس آگاهانه و خوردن آگاهانه (کشمش خوری) اجرا گردید، سپس در جلسه دوم تمرکز بر شناسایی و نام‌گذاری هیجانات، به ویژه هیجانات منفی مرتبط با پرخوری، و تمایز میان گرسنگی فیزیولوژیک و هیجانی قرار گرفت و تمرین‌هایی مانند اسکن بدن و مکث پیش از غذا خوردن آموزش داده شد؛ در جلسه سوم، سرگردانی ذهنی، نشخوار فکری و نقش «ذهن انتقادگر» در تداوم الگوهای ناسازگار بررسی شد، در حالی که جلسه چهارم به آموزش مهارت‌های مدیریت اشتیاق و وسوسه اختصاص یافت تا شرکت‌کنندگان بتوانند میل به خوردن را به صورت موجهی گذرا مشاهده کرده و بدون تسلیم شدن آن را مدیریت کنند؛ در ادامه، جلسه پنجم بر تلفیق خرد درونی و بیرونی برای تصمیم‌گیری آگاهانه در سبک زندگی و

<sup>1</sup> Weight Self-Efficacy Questionnaire (WSEQ)

<sup>2</sup> Clark

<sup>3</sup> Negative emotion

<sup>4</sup> Availability

<sup>5</sup> Social pressure

<sup>6</sup> physical discomfort

<sup>7</sup> Positive activities

مدیریت وزن تمرکز داشت، جلسه ششم با هدف درونی‌سازی مهارت‌ها شامل تمرین‌های پیشرفته مدیتیشن تنفسی، اسکن بدن و خوردن آگاهانه اجرا شد، در جلسه هفتم ارتباط پویا میان ذهن، بدن و هیجانات بررسی شد تا شرکت‌کنندگان بتوانند پاسخ‌های آگاهانه‌تری به محرک‌های درونی و بیرونی ارائه دهند، و در نهایت جلسه هشتم به مرور مهارت‌ها، شناسایی موقعیت‌های پرخطر، برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود، تدوین برنامه شخصی استمرار تمرین‌ها و اجرای پس‌آزمون اختصاص یافت.

مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی طراحی و اجرا شد و بر ترکیب پذیرش و تغییر با تأکید بر تنظیم هیجان و مهارت‌های رفتاری متمرکز بود؛ در جلسه اول، ضمن معرفی ساختار درمان و ایجاد توافق درمانی، مفهوم‌سازی چاقی بر اساس مدل بایوسوشیال و نقش حساسیت هیجانی در محیط بی‌اعتبارساز ارائه شد تا شرکت‌کنندگان اهمیت پذیرش را به‌عنوان گام نخست تغییر درک کنند، در جلسه دوم مهارت‌های تحمل پریشانی و راهبردهای مقابله‌ای مانند حواس‌پرتی، تسکین‌دهی و ارزیابی مجدد برای مدیریت هیجانات شدید آموزش داده شد، جلسه سوم به آموزش ذهن‌آگاهی در چارچوب سه حالت ذهن (احساسی، منطقی و فرزانه) اختصاص یافت تا افراد بتوانند تصمیم‌گیری متعادل‌تری در مواجهه با غذا و هیجان‌ها داشته باشند؛ در جلسه چهارم مهارت‌های تنظیم هیجان به‌صورت عمیق آموزش داده شد، از جمله شناسایی و نام‌گذاری هیجانات، کاهش آسیب‌پذیری هیجانی و به‌کارگیری اقدام مخالف، در جلسه پنجم اصول تغذیه سالم با مهارت‌های ذهن‌آگاهی ترکیب شد تا شرکت‌کنندگان بتوانند سیگنال‌های گرسنگی و سیری را بهتر تشخیص دهند و نگرش پذیرنده‌تری نسبت به بدن خود داشته باشند، جلسه ششم بر تحلیل زنجیره‌ای رفتار برای شناسایی دقیق محرک‌ها و پیامدهای پرخوری و شکستن چرخه‌های ناسازگار تمرکز داشت، در جلسه هفتم بازسازی شناختی و مهارت‌های اثربخشی بین‌فردی برای مدیریت افکار ناکارآمد و فشارهای اجتماعی آموزش داده شد، و در نهایت جلسه هشتم به تثبیت مهارت‌ها، آموزش خوردن آگاهانه، مدیریت عود، یکپارچه‌سازی آموخته‌ها، طراحی ابزارهای مقابله‌ای (کیت مهارتی) و اجرای پس‌آزمون اختصاص یافت.

داده‌های به دست آمده با روش تحلیل واریانس آمیخته با رعایت پیش فرض‌های آماری در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## یافته‌ها

یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار برای سن به ترتیب ۲۹/۸۰۰ و ۷/۸۱۴ است. فراوانی و درصدفراوانی برای تحصیلات به این شرح است: فراوانی و درصدفراوانی برای دیپلم به ترتیب ۱۰ و ۲۲/۲ است. فراوانی و درصدفراوانی برای لیسانس به ترتیب ۲۱ و ۴۶/۷ است. فراوانی و درصدفراوانی برای فوق‌لیسانس به ترتیب ۱۰ و ۲۲/۲ است. فراوانی و درصدفراوانی برای دکتری به ترتیب ۴ و ۸/۹ است. میانگین  $\pm$  انحراف معیار مربوط به متغیر خودکارآمدی مرتبط با وزن و مولفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله سنجش در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱. بررسی شاخص توصیفی خودکارآمدی مرتبط با وزن و خرده‌مقیاس‌های آن

گروه	متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	انحراف
			میانگین	میانگین	میانگین	انحراف استاندارد
خودکارآمدی	نمره کل	آزمایش ۱	۸۲/۴۶۶	۳۱/۳۰۹	۱۷۴/۳۳۳	۳۱/۳۰۹
مرتبط با وزن		آزمایش ۲	۸۲/۳۳۳	۳۱/۰۲۶	۱۵۵/۰۰۰	۲۵/۰۳۷
		کنترل	۸۲/۶۰۰	۳۰/۸۴۲	۸۰/۹۳۳	۲۷/۳۰۱
هیجان منفی		آزمایش ۱	۱۷/۰۶۶	۶/۹۳۳	۳۰/۱۳۳	۶/۹۵۷
		آزمایش ۲	۱۷/۲۶۶	۷/۱۸۵	۲۹/۲۰۰	۴/۳۷۸
		کنترل	۱۷/۴۰۰	۶/۹۹۷	۱۶/۸۰۰	۸/۳۲۵
		آزمایش ۱	۱۵/۸۶۶	۷/۲۸۸	۳۳/۰۶۶	۷/۰۰۴

۸/۸۳۳	۳۲/۸۰۰	۸/۰۰۷	۳۱/۴۶۶	۷/۱۸۵	۱۵/۷۳۳	آزمایش ۲	دردسترس
۴/۴۳۱	۱۵/۸۳۳	۴/۳۵۶	۱۵/۵۳۳	۶/۹۸۹	۱۶/۰۰۰	کنترل	بودن
۱۱/۰۷۶	۳۱/۸۶۶	۱۰/۹۲۹	۳۱/۸۰۰	۷/۲۰۷	۱۴/۶۶۶	آزمایش ۱	فشار
۶/۶۸۵	۳۳/۸۶۶	۶/۴۷۴	۳۱/۰۶۶	۶/۹۶۲	۱۴/۴۶۶	آزمایش ۲	اجتماعی
۷/۶۸۹	۱۴/۱۳۳	۶/۷۴۵	۱۳/۹۳۳	۶/۸۹۵	۱۴/۴۰۰	کنترل	
۸/۷۷۳	۳۲/۱۳۳	۹/۶۸۵	۳۰/۶۶۶	۷/۱۳۰	۱۷/۱۳۳	آزمایش ۱	ناراحتی
۱۰/۳۲۸	۳۲/۴۰۰	۶/۳۲۹	۳۰/۹۳۳	۶/۹۸۴	۱۶/۹۳۳	آزمایش ۲	جسمانی
۵/۵۶۶	۱۶/۴۶۶	۶/۴۴۹	۱۶/۲۰۰	۷/۰۶۷	۱۶/۶۶۶	کنترل	
۷/۲۲۸	۴۷/۴۰۰	۵/۷۸۱	۴۸/۰۰۰	۷/۰۲۵	۱۷/۷۳۳	آزمایش ۱	فعالیت‌های
۵/۹۶۱	۳۴/۴۰۰	۸/۳۲۰	۳۲/۳۳۳	۷/۰۴۵	۱۷/۹۳۳	آزمایش ۲	مثبت
۷/۹۷۱	۱۸/۴۰۰	۶/۹۵۷	۱۸/۴۶۶	۶/۹۳۷	۱۸/۱۳۳	کنترل	

در جدول ۱ شاخص توصیفی خودکارآمدی مرتبط با وزن و خرده‌مقیاس‌های آن در گروه آزمایش ۱ و ۲ و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. میانگین نمرات خودکارآمدی مرتبط با وزن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ و کنترل به ترتیب ۸۲/۴۶۶ و ۸۲/۳۳۳ و ۸۲/۶۰۰ و ۱۷۴/۳۳۳ و ۱۵۵/۰۰۰ و ۸۰/۹۳۳ و ۱۷۵/۲۰۰ و ۱۶۴/۴۰۰ و ۸۱/۸۶۶ است. به‌منظور بررسی اثربخشی بسته‌های درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی مرتبط با وزن بیماران مبتلا به چاقی شهر تهران، نمره‌های شرکت‌کنندگان در تکمیل پرسشنامه خودکارآمدی مرتبط با وزن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند که نتایج آن در جداول زیر ارائه شده است. برای بررسی این متغیر از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. در جدول ۲ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برای بررسی خودکارآمدی مرتبط با وزن ارائه شده است.

#### جدول ۲. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه خودکارآمدی مرتبط با وزن بر اساس متغیر گروه

منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	Et a	F	سطح معناداری
خودکارآمدی مرتبط با وزن	اثر پیلایی	۰/۹۶۳	۵	۳۸	۰/۹۶۳	۱۹۵/۱۶۹	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۳۷	۵	۳۸	۰/۹۶۳	۱۹۵/۱۶۹	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۲۵/۶۸۰	۵	۳۸	۰/۹۶۳	۱۹۵/۱۶۹	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۵/۶۸۰	۵	۳۸	۰/۹۶۳	۱۹۵/۱۶۹	۰/۰۰۱

در جدول ۲ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی برای مقایسه خودکارآمدی مرتبط با وزن بر اساس متغیر گروه مشاهده می‌شود. براساس اطلاعات جدول ۲ می‌توان گفت که گروه‌ها در خودکارآمدی مرتبط با وزن متفاوت‌اند؛ یعنی در نمرات خودکارآمدی مرتبط با وزن حداقل بین یکی از گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت وجود دارد ( $F=195/169, p<0/05$ ). لازم به یادآوری است که معنادار بودن آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری نشان نمی‌دهد که در کدام مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ و کنترل تفاوت وجود دارد. در جدول ۳ نتایج آزمون کرویت موخلی برای بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس آمیخته ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون کرویت موحلی

اثرات درون آزمودنی	موخلی W	$\chi^2$	Df	Si g
زمان- هیجان منفی	۰/۹۹۷	۰/۱۱۹	۲	۰/۹۴۲
زمان- در دسترس بودن	۰/۹۷۳	۱/۱۰۱	۲	۰/۵۷۷
زمان- فشار اجتماعی	۰/۹۸۷	۰/۵۴۳	۲	۰/۷۶۲
زمان- ناراحتی جسمانی	۰/۹۸۰	۰/۸۱۰	۲	۰/۶۶۷
زمان- فعالیت‌های مثبت	۰/۹۱۸	۳/۵۰۳	۲	۰/۱۷۳

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که آزمون کرویت موحلی در خرده‌مقیاس‌ها معنادار نیست که نشان دهنده برقرار بودن این پیش فرض آماری است.

جدول ۴. نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی برای گروه‌های آزمایش و کنترل

مؤلفه	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
هیجان منفی	زمان	۱۷۹۵/۶۰۰	۱	۱۹۷۵/۶۰۰	۱۱۱/۶۷۱	۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۹۹۴/۰۶۷	۲	۴۹۷/۰۳۳	۳۰/۹۱۱	۰/۰۰۱
در دسترس بودن	زمان	۲۹۳۵/۵۱۱	۱	۲۹۳۵/۵۱۱	۱۶۴/۹۶۰	۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۱۸۸۵/۰۸۹	۲	۷۴۵/۵۴۴	۴۱/۷۲۷	۰/۰۰۱
فشار اجتماعی	زمان	۳۳۰۰/۲۷۸	۱	۳۳۰۰/۲۷۸	۹۷/۷۸۸	۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۱۷۴۱/۷۵۶	۲	۸۷۰/۸۷۸	۲۵/۸۰۴	۰/۰۰۱
ناراحتی جسمانی	زمان	۲۲۹۰/۱۷۸	۱	۲۲۹۰/۱۷۸	۱۷۲/۳۵۸	۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۱۱۹۱/۷۵۶	۲	۵۹۵/۸۷۸	۴۴/۸۴۶	۰/۰۰۱
فعالیت‌های مثبت	زمان	۵۲۸۲/۴۰۰	۱	۵۲۸۲/۴۰۰	۷۷۱/۵۳۹	۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۳۲۵۲/۶۰۰	۲	۱۶۲۶/۳۰۰	۲۳۳/۱۲۲	۰/۰۰۱

نتایج به‌دست‌آمده از جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر زمان معنادار است ( $P < ۰/۰۵$ ). این نتیجه نشان می‌دهد که تغییر در زمان، تأثیر معناداری بر خرده‌مقیاس‌ها داشته است. یعنی در طول زمان، سطح خرده‌مقیاس‌ها تغییر می‌کند. همچنین، سطح معناداری ( $P < ۰/۰۵$ ) نشان می‌دهد اثر تعامل زمان  $\times$  گروه معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که تغییرات در خرده‌مقیاس‌ها در طول زمان، بسته به گروه (آزمایش یا کنترل) متفاوت است. یعنی اثر زمان بر خرده‌مقیاس‌ها در گروه‌های مختلف تفاوت دارد و این تفاوت معنادار است. در گروه‌های آزمایشی به علت دریافت مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نمرات خرده‌مقیاس‌ها بهتر شده است و این تغییر و اثربخشی در طول زمان هم تأثیر خود را حفظ کرده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفونی برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل متغیر وابسته پژوهش

متغیر	گروه	گروه	اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی داری	حد پایین	حد بالا
هیجان منفی	آزمایش ۱	آزمایش ۲	۰/۱۵۶	۲/۱۸۳	۱/۰۰۰	۵/۲۸۸	۵/۵۹۹
	آزمایش ۱	کنترل	۸/۹۱۱	۲/۱۸۳	۰/۰۰۱	۳/۴۶۸	۱۴/۳۵۵
	آزمایش ۲	کنترل	۸/۷۵۶	۲/۱۸۳	۰/۰۰۱	۳/۳۱۲	۱۴/۱۹۹
در دسترس بودن	آزمایش ۱	آزمایش ۲	۰/۶۸۹	۲/۱۳۰	۱/۰۰۰	-۴/۶۲۲	۶/۰۰۰
	آزمایش ۱	کنترل	۱۱/۵۳۳	۲/۱۳۰	۰/۰۰۱	۶/۲۲۲	۱۶/۸۴۵
	آزمایش ۲	کنترل	۱۰/۸۴۴	۲/۱۳۰	۰/۰۰۱	۵/۵۳۳	۱۶/۱۵۶
فشار اجتماعی	آزمایش ۱	آزمایش ۲	-۰/۳۵۶	۲/۴۰۶	۱/۰۰۰	-۶/۲۵۶	۵/۶۴۴

۱۷/۹۵۶	۵/۹۵۶	۰/۰۰۱	۲/۴۰۶	۱۱/۹۵۶	کنترل	آزمایش ۱
۱۸/۳۱۱	۶/۳۱۱	۰/۰۰۱	۲/۴۰۶	۱۲/۳۱۱	کنترل	آزمایش ۲
۶/۳۱۳	-۶/۵۳۶	۱/۰۰۰	۲/۵۷۶	-۰/۱۱۱	آزمایش ۲	آزمایش ۱
۱۶/۶۲۵	۳/۷۷۵	۰/۰۰۱	۲/۵۷۶	۱۰/۲۰۰	کنترل	آزمایش ۱
۱۶/۸۷۳۶	۳/۸۸۷	۰/۰۰۱	۲/۵۷۶	۱۰/۳۱۱	کنترل	آزمایش ۲
۱۵/۵۰۳	۳/۴۷۴	۰/۰۰۱	۲/۴۱۱	۹/۴۸۸	آزمایش ۲	آزمایش ۱
۲۵/۳۹۲	۱۳/۳۶۳	۰/۰۰۱	۲/۴۱۱	۱۹/۳۷۷	کنترل	آزمایش ۱
۱۵/۹۰۳	۳/۸۷۴	۰/۰۰۱	۲/۴۱۱	۹/۸۸۸	کنترل	آزمایش ۲

نتایج جدول ۵ نشان داد که نمرات مولفه‌های هیجان منفی، در دسترس بودن، فشار اجتماعی و ناراحتی جسمانی خودکارآمدی مرتبط با وزن در گروه آزمایش ۱ و آزمایش ۲ تفاوت معناداری نداشته است ( $P > 0.05$ ). به این معنی که مداخله برای گروه آزمایش ۱ و گروه آزمایش ۲ اثربخشی به یک اندازه داشته است. نمرات مولفه‌های هیجان منفی، در دسترس بودن، فشار اجتماعی، ناراحتی جسمانی و فعالیت‌های مثبت خودکارآمدی مرتبط با وزن در گروه آزمایش ۱ و کنترل تفاوت معناداری داشته است ( $P < 0.05$ ). به این معنا که رفتار درمانی دیالکتیکی بر مولفه‌های هیجان منفی، در دسترس بودن، فشار اجتماعی، ناراحتی جسمانی و فعالیت‌های مثبت خودکارآمدی مرتبط با وزن اثربخش بوده است. نمرات مولفه‌های هیجان منفی، در دسترس بودن، فشار اجتماعی، ناراحتی جسمانی و فعالیت‌های مثبت خودکارآمدی مرتبط با وزن در گروه آزمایش ۲ و کنترل تفاوت معناداری داشته است ( $P < 0.05$ ). به این معنا که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه‌های هیجان منفی، در دسترس بودن، فشار اجتماعی، ناراحتی جسمانی و فعالیت‌های مثبت خودکارآمدی مرتبط با وزن اثربخش بوده است. نمرات مولفه فعالیت‌های مثبت خودکارآمدی مرتبط با وزن در گروه آزمایش ۱ و آزمایش ۲ تفاوت معناداری داشته است ( $P < 0.05$ ). به این معنی که مداخله برای گروه آزمایش ۱ نسبت به گروه آزمایش ۲ اثربخشی بیشتری داشته است.

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور معناداری موجب بهبود خودکارآمدی مرتبط با وزن و تمامی خرده‌مقیاس‌های آن در بیماران مبتلا به چاقی شدند و این اثرات در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی ماندند. همچنین، یافته‌ها حاکی از آن بود که اگرچه در اغلب خرده‌مقیاس‌ها تفاوت معناداری میان دو رویکرد مشاهده نشد، اما در مؤلفه «فعالیت‌های مثبت» رفتاردرمانی دیالکتیکی اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی داشت. این نتایج به‌طور کلی نشان‌دهنده آن است که هر دو رویکرد درمانی، از طریق مکانیسم‌های متفاوت اما هم‌راستا، قادر به ارتقای باورهای خودکارآمدی در حوزه مدیریت وزن هستند و می‌توانند به‌عنوان مداخلات مؤثر در درمان چاقی مورد استفاده قرار گیرند.

در تبیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی مرتبط با وزن، می‌توان به این نکته اشاره کرد که این رویکرد با تأکید بر افزایش آگاهی لحظه‌ای، پذیرش بدون قضاوت و کاهش واکنش‌های خودکار نسبت به افکار و هیجانات، به افراد کمک می‌کند تا الگوهای ناسازگار رفتاری خود را شناسایی و اصلاح کنند (Mousavi et al., 2020). این فرآیند منجر به افزایش حس کنترل بر رفتارهای خوردن و در نتیجه تقویت خودکارآمدی می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات پیشین همسو است که نشان داده‌اند مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود شاخص‌های روانشناختی از جمله خودکارآمدی، کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود رفتارهای خوردن در افراد مبتلا به چاقی می‌شوند (Hooker et al., 2022; Salvo et al., 2022). همچنین، پژوهش‌هایی که به بررسی اثربخشی برنامه‌های مبتنی بر ذهن آگاهی پرداخته‌اند، نشان داده‌اند که این مداخلات از طریق بهبود تنظیم هیجان و کاهش نشخوار ذهنی، رفتارهای ناسالم غذایی را کاهش می‌دهند (Sun et al., 2023). در همین راستا، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعاتی که بر تأثیر ذهن آگاهی بر بهبود تصویر بدنی و

کاهش پریشانی روانشناختی تأکید کرده‌اند نیز همسو است (Ramazan Alizadeh et al., 2023; Soleimani & Soltani Zadeh, 2022). افزون بر این، چارچوب‌های نظری مرتبط با ذهن‌آگاهی بیان می‌کنند که افزایش آگاهی از تجربه‌های درونی و پذیرش آن‌ها بدون قضاوت، موجب ارتقای خودتنظیمی و در نهایت افزایش خودکارآمدی می‌شود (Schuman-Olivier et al., 2020).

در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز می‌توان بیان کرد که این رویکرد با تمرکز بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و اثربخشی بین‌فردی، به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با محرک‌های هیجانی، پاسخ‌های سازگارانه‌تری ارائه دهند و از رفتارهای ناسالمی مانند پرخوری هیجانی اجتناب کنند (Husodo & Sukanto, 2024). این مهارت‌ها به‌طور مستقیم به افزایش حس کنترل و توانمندی فرد در مدیریت رفتارهای مرتبط با وزن منجر می‌شوند و در نتیجه خودکارآمدی را تقویت می‌کنند. نتایج پژوهش حاضر در این زمینه با یافته‌های مطالعات پیشین همسو است که نشان داده‌اند رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند به‌طور معناداری تنظیم هیجان، تکانشگری و شاخص توده بدنی را در افراد دارای اضافه‌وزن بهبود بخشد (Jandaghian et al., 2023). همچنین، پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده‌اند که این رویکرد در کاهش پرخوری هیجانی و بهبود رفتارهای مرتبط با تغذیه مؤثر است (Karapatsia et al., 2024). از سوی دیگر، مطالعاتی که به مقایسه رفتاردرمانی دیالکتیکی با سایر رویکردهای درمانی پرداخته‌اند، نشان داده‌اند که این مداخله در بهبود خودمدیریتی و مهارت‌های مقابله‌ای نقش مهمی ایفا می‌کند (Honardar et al., 2023). همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعاتی که اثربخشی این رویکرد را در کاهش هیجانات منفی و بهبود شاخص‌های وزنی نشان داده‌اند نیز همسو است (Homayounpour et al., 2021).

در تبیین برتری رفتاردرمانی دیالکتیکی در مؤلفه «فعالیت‌های مثبت» می‌توان به ماهیت مهارت‌محور و عمل‌گرای این رویکرد اشاره کرد. رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مستقیم مهارت‌هایی مانند برنامه‌ریزی رفتاری، اقدام مخالف و افزایش تجربیات مثبت، به افراد کمک می‌کند تا به‌طور فعال در جهت تغییر رفتارهای خود گام بردارند. این ویژگی باعث می‌شود که این رویکرد در تقویت رفتارهای مثبت مرتبط با سبک زندگی سالم مؤثرتر باشد. این یافته با نتایج پژوهش‌هایی که بر نقش مهارت‌آموزی در افزایش خودکارآمدی تأکید کرده‌اند همسو است (Nasir-Herand et al., 2024). همچنین، مطالعات نظری نشان می‌دهند که تجربه موفقیت‌های رفتاری و دستیابی به اهداف کوچک می‌تواند به‌طور قابل توجهی باورهای خودکارآمدی را تقویت کند (Kodden, 2020). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که تأکید رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تغییرات رفتاری ملموس، نقش مهمی در افزایش خودکارآمدی در این حوزه ایفا می‌کند.

از سوی دیگر، عدم تفاوت معنادار میان دو رویکرد در سایر خرده‌مقیاس‌های خودکارآمدی را می‌توان به اشتراک در برخی از مکانیسم‌های بنیادین این دو مداخله نسبت داد. هر دو رویکرد بر افزایش آگاهی، بهبود تنظیم هیجان و کاهش واکنش‌های خودکار تأکید دارند و از این طریق به بهبود عملکرد روانشناختی افراد کمک می‌کنند. این یافته با نتایج پژوهش‌هایی که اثربخشی مشابه مداخلات مختلف روانشناختی را در بهبود شاخص‌های مرتبط با چاقی گزارش کرده‌اند همسو است (Naserifar et al., 2024). همچنین، پژوهش‌هایی که به بررسی تأثیر مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و سایر رویکردهای شناختی-رفتاری پرداخته‌اند، نشان داده‌اند که این مداخلات از طریق بهبود خودتنظیمی و کاهش پریشانی روانشناختی، به تغییر رفتارهای مرتبط با سلامت منجر می‌شوند (Kebriti et al., 2023). در همین راستا، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعاتی که بر نقش خودکارآمدی به‌عنوان عامل کلیدی در تغییر رفتارهای سلامت تأکید کرده‌اند نیز همسو است (Annesi, 2020).

به‌طور کلی، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که هر دو رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند از طریق مسیرهای متفاوت اما مکمل، به بهبود خودکارآمدی مرتبط با وزن در بیماران مبتلا به چاقی منجر شوند. این نتایج با دیدگاه‌های نوین در حوزه درمان‌های روانشناختی همخوانی دارد که بر اهمیت رویکردهای یکپارچه و چندبعدی در درمان چاقی تأکید دارند (Khoury et al., 2025). همچنین، پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که ترکیب مؤلفه‌هایی مانند ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان و خودشفقتی می‌تواند به بهبود

کیفیت زندگی و سازگاری روانی افراد کمک کند (Wild et al., 2025). از این رو، می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از این مداخلات در کنار یکدیگر یا به صورت مکمل می‌تواند اثربخشی بیشتری در درمان چاقی داشته باشد.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود بودن نمونه به بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی یک شهر بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر جوامع محدود کند. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است با سوگیری پاسخ‌دهی همراه باشد. علاوه بر این، مدت زمان پیگیری نسبتاً کوتاه بود و بررسی پایداری اثرات در بازه‌های زمانی طولانی‌تر ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر در جوامع مختلف انجام شوند تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین، بررسی ترکیب این دو رویکرد درمانی و مقایسه آن با سایر مداخلات روانشناختی می‌تواند به شناسایی اثربخش‌ترین روش‌ها کمک کند. علاوه بر این، استفاده از روش‌های چندمنبعی برای جمع‌آوری داده‌ها و انجام پیگیری‌های طولانی‌مدت توصیه می‌شود.

از نظر کاربردی، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمانگران می‌توانند از هر دو رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای بهبود خودکارآمدی مرتبط با وزن در بیماران مبتلا به چاقی استفاده کنند. همچنین، طراحی برنامه‌های درمانی ترکیبی که شامل آموزش مهارت‌های رفتاری و افزایش آگاهی ذهنی باشد، می‌تواند به بهبود نتایج درمانی کمک کند. استفاده از این مداخلات در مراکز درمانی و برنامه‌های پیشگیری از چاقی نیز می‌تواند به ارتقای سلامت روانی و جسمانی افراد منجر شود.

### مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

### موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن اخلاقی و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

### تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

### شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

### حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

## EXTENDED ABSTRACT

### Introduction

Obesity has emerged as one of the most critical public health challenges worldwide, characterized by a multifactorial etiology involving biological, psychological, and social determinants. The increasing prevalence of obesity has been associated with adverse physical outcomes, including cardiovascular diseases and metabolic disorders, as well as psychological consequences such as depression, anxiety, and reduced quality of life (Hajifathalian et al., 2020; Wild et al., 2025). Contemporary research emphasizes that effective obesity management requires not only physiological interventions but also attention to cognitive and emotional processes that influence eating behavior and lifestyle adherence. Among these, weight-related self-efficacy—defined as an individual's belief in their ability to regulate eating behavior and maintain healthy habits—has been identified as a key predictor of successful weight management outcomes (Kodden, 2020). Higher levels of self-efficacy are associated with improved behavioral persistence, enhanced emotional regulation, and greater adherence to dietary and physical activity recommendations (Horcajo et al., 2022).

Evidence suggests that interventions aimed at enhancing self-efficacy can facilitate long-term behavioral change by strengthening self-regulation and improving mood states (Annesi, 2020). In this context, third-wave cognitive-behavioral therapies have gained prominence due to their focus on experiential processes, emotional awareness, and acceptance-based strategies. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) represents one such approach, integrating principles of cognitive therapy with mindfulness practices to foster non-judgmental awareness of present-moment experiences (Mousavi et al., 2020; Salmon & Loo, 2023). MBCT is theorized to reduce maladaptive cognitive patterns such as rumination and automatic reactivity, thereby improving emotional regulation and promoting adaptive behavioral responses (Schuman-Olivier et al., 2020). Empirical studies have demonstrated the effectiveness of mindfulness-based interventions in reducing emotional eating, improving body image, and enhancing psychological well-being among individuals with obesity (Hooker et al., 2022; Salvo et al., 2022; Sun et al., 2023). Furthermore, such interventions have been shown to positively influence self-efficacy by increasing individuals' sense of control over their thoughts, emotions, and behaviors (Zare & Zamani Mazdeh, 2020).

In parallel, Dialectical Behavior Therapy (DBT) has been increasingly applied to the treatment of obesity and eating-related difficulties. Originally developed to address emotion dysregulation, DBT emphasizes a balance between acceptance and change through the acquisition of skills in mindfulness, distress tolerance, emotion regulation, and interpersonal effectiveness (Husodo & Sukamto, 2024). This approach is particularly relevant in the context of obesity, where emotional eating and impulsive behaviors often play a central role in maintaining maladaptive patterns (Lammers et al., 2020). Research indicates that DBT can effectively reduce emotional eating, improve emotional regulation, and contribute to weight loss in individuals with obesity (Homayounpour et al., 2021; Karapatsia et al., 2024). Additionally, DBT-based interventions have been associated with improvements in self-management and self-efficacy, suggesting that the development of practical coping skills enhances individuals' perceived competence in managing weight-related challenges (Honardar et al., 2023; Jandaghian et al., 2023).

Despite the demonstrated effectiveness of both MBCT and DBT, comparative studies examining their relative impact on weight-related self-efficacy remain limited. Existing evidence suggests that while both approaches improve psychological functioning, they may differ in their mechanisms of action, with MBCT emphasizing awareness and acceptance, and DBT focusing more directly on behavioral skill acquisition (Kebriti et al., 2023; Naserifar et al., 2024). Given the central role of self-efficacy in behavior change and weight

management, a comparative investigation of these two interventions can provide valuable insights into optimizing treatment strategies. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on weight-related self-efficacy among patients with obesity.

### **Methods and Materials**

This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest–follow-up structure including a control group. The statistical population consisted of adults diagnosed with obesity who referred to private clinical centers in Tehran during the study period. A total of 45 participants were selected using purposive sampling and were randomly assigned into three groups of equal size: a DBT intervention group, an MBCT intervention group, and a control group. Inclusion criteria included literacy, willingness to participate, absence of severe psychological or chronic physical disorders, and no concurrent psychological treatment. Exclusion criteria included absence from sessions, lack of cooperation, or withdrawal from the study.

Both intervention groups received eight 90-minute sessions delivered in a group format over approximately one month, while the control group received no intervention. Data were collected using the Weight Self-Efficacy Questionnaire (WSEQ), which measures overall self-efficacy and five subcomponents: negative emotions, availability, social pressure, physical discomfort, and positive activities. Measurements were conducted at three time points: pretest, posttest, and a three-month follow-up. Data were analyzed using repeated measures mixed analysis of variance and Bonferroni post hoc tests to assess differences between groups and across time.

### **Findings**

The results indicated that both DBT and MBCT interventions led to significant improvements in overall weight-related self-efficacy and all its subscales compared to the control group at posttest and follow-up stages. The main effect of time was statistically significant, demonstrating that participants' self-efficacy scores increased over the course of the study. Additionally, the interaction effect of time and group was significant, indicating that the changes observed over time differed across groups, with the intervention groups showing substantial improvements relative to the control group.

Post hoc comparisons revealed that both DBT and MBCT were equally effective in improving the subscales of negative emotions, availability, social pressure, and physical discomfort. However, a significant difference was observed between the two intervention groups in the positive activities subscale, where the DBT group demonstrated greater improvement than the MBCT group. Furthermore, the improvements observed in both intervention groups were maintained at the three-month follow-up, indicating the durability of treatment effects.

### **Discussion and Conclusion**

The findings of the present study indicate that both Dialectical Behavior Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy are effective interventions for enhancing weight-related self-efficacy among individuals with obesity. These results suggest that interventions targeting emotional regulation, cognitive awareness, and behavioral skills can play a crucial role in promoting adaptive health behaviors and improving treatment outcomes. The comparable effectiveness of the two approaches across most self-efficacy domains highlights the importance of shared therapeutic mechanisms, such as increased emotional awareness and improved self-regulation.

The superior effectiveness of DBT in improving positive activities may be attributed to its strong emphasis on behavioral activation and skill-based learning. By equipping individuals with practical strategies to manage emotional triggers and engage in adaptive behaviors, DBT may facilitate greater behavioral change and reinforce self-efficacy through mastery experiences. In contrast, MBCT's focus on acceptance and non-

judgmental awareness may be particularly effective in reducing emotional distress and cognitive reactivity, thereby indirectly supporting self-efficacy.

Overall, the results underscore the value of integrating psychological interventions into obesity treatment programs. Both DBT and MBCT offer distinct yet complementary pathways to improving weight-related self-efficacy, suggesting that tailored or combined approaches may yield optimal outcomes. Future research should further explore the integration of these methods and examine their long-term effectiveness across diverse populations.

## References

- Annesi, J. (2020). Treatment-associated improvements in self-regulation and mood as theory-based correlates of increased self-efficacy for weight-management behaviors. *Health Behavior Research*, 12(3), 1836-1875. <https://doi.org/10.4148/2572-1836.1075>
- Hajifathalian, K., Kumar, S., Newberry, C., Shah, S., Fortune, B., & Krisko, T. (2020). Obesity is associated with worse outcomes in COVID-19: Analysis of early data from New York City. *Obesity*, 28, 1606-1612. <https://doi.org/10.1002/oby.22923>
- Homayounpour, P., Seyrafi, M., & Gharreh, S. (2021). The effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing negative emotions and weight loss in obese women. *Iranian Journal of Health Psychology*, 5(1), 57-64.
- Honardar, A., Ansari Shahidi, M., Rah Nejat, A. M., & Rezaei Jamaloui, H. (2023). Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral therapy on self-management in obese individuals. *New Psychological Research Quarterly*, 18(70), 271-281.
- Hooker, A. R., Sagui-Henson, S. J., & Daubenmier, J. (2022). Effects of a mindfulness-based weight loss intervention on long-term psychological well-being among adults with obesity: Secondary analyses from the Supporting Health by Integrating Nutrition and Exercise (SHINE) Trial. *Mindfulness*, 13, 2227-2242. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01951-2>
- Horcajo, J., Santos, D., & Higuero, G. (2022). The effects of self-efficacy on physical and cognitive performance: An analysis of meta-certainty. *Psychology of Sport and Exercise*, 58, 102063. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2021.102063>
- Husodo, C., & Sukanto, M. E. (2024). Dialectical behavior therapy for reducing emotional eating in emerging adult women. *Bulletin of Counseling and Psychotherapy*, 6(2). <https://doi.org/10.51214/0020240610540>
- Jandaghian, M., Omid, A., Zanjani, Z., & Gilasi, H. (2023). The effect of dialectical behavior therapy on emotion regulation, impulsivity, and body mass index in obese or overweight adolescent girls. *Fez Journal of Kashan University of Medical Sciences*, 27(3), 269-279.
- Karapatsia, M., Tzavara, C., Michopoulos, I., & Gonidakis, F. (2024). Online dialectical behavior therapy for binge eating disorder: An open trial. *Eating Disorders*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/10640266.2024.2421047>
- Kebriti, H., Zanjani, Z., Omid, A., & Sayyah, M. (2023). The effect of mindfulness-based stress reduction on anxiety, depression, difficulties in emotion regulation, and severity of food addiction in obese individuals: A randomized clinical trial. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 33(224), 28-38.
- Khoury, B., Lesage, M., Kasprzyk, A., & et al. (2025). Embodied and Embedded Mindfulness and Compassion Framework. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/s12671-025-02561-4>
- Kodden, B. (2020). *The Impact of Self-Efficacy: The Art of Sustainable Performance*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-46463-9>
- 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. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00299-z>
- Mardani, P., & Tabaghdehi, A. F. (2025). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Negative Meta-Emotions and Sexual Self-Efficacy in Women Affected by Extramarital Relationships. *PWJ*, 6(3). <https://doi.org/10.61838/kman.pwj.6.3.3>
- Mousavi, S. A., Pourhossein, R., Zare Moghaddam, A., Rezaei, R., Hasani Astalakh, F., & Mirbolook Bozorgi, A. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy. *Royesh-e Ravanshenasi*, 9(4), 133-144.
- Naserifar, M., Seraj Khorrami, N., Safarzadeh, S., & Heydari, A. (2024). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy on body worth in women with obesity. *Royesh-e Ravanshenasi*, 13(7), 111-120.

- Nasir-Herand, M., Makvandi, B., Pasha, R., & Bavi, S. (2024). Comparing the effectiveness of schema therapy and compassion-focused therapy on self-efficacy and rumination in married female students of Islamic Azad University. *Knowledge and research in applied psychology*, 25(4), 161-174. <https://www.magiran.com/paper/2841802/comparison-of-the-effect-of-schema-therapy-and-compassion-focused-therapy-on-self-efficacy-and-mind-rumination-in-university-student-married-women-in-azad-university?lang=en>
- Ramazan Alizadeh, Z., Sharifi Daramadi, P., Rafieipour, A., & Asgari, M. (2023). The effectiveness of a mindfulness-based educational program on body image in adolescents with obesity. *Journal of Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*, 66(5), 0-0.
- Salmon, P., & Loo, J. L. (2023). Mindfulness-based cognitive therapy. In *Tasman's Psychiatry* (pp. 1-19). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-42825-9\\_75-1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-42825-9_75-1)
- Salvo, V., Curado, D. F., Sanudo, A., Kristeller, J., Schweitzer, M. C., Favarato, M. L., & Demarzo, M. (2022). Comparative effectiveness of mindfulness and mindful eating programmes among low-income overweight women in primary health care: A randomised controlled pragmatic study with psychological, biochemical, and anthropometric outcomes. *Appetite*, 177, 106131. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106131>
- Saqafi Asl, M., Ali Asgharzadeh, S., & Asghari Jafarabadi, M. (2020). Factors influencing weight management behavior among college students: Application of the health belief model. *PLoS One*, 15(2), e0228058. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228058>
- Schuman-Olivier, Z., Trombka, M., Lovas, D. A., Brewer, J. A., Vago, D. R., Gawande, R., Dunne, J. P., Lazar, S. W., Loucks, E. B., & Fulwiler, C. (2020). Mindfulness and behavior change. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(6), 371-394. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000277>
- Soleimani, H., & Soltani Zadeh, M. (2022). Investigating the effect of mindfulness-based cognitive therapy on body image and sexual functioning in women with obesity. *Nursing Management Quarterly*, 11(2), 108-121.
- Sun, S., Nardi, W., Murphy, M., Scott, T., Saadeh, F., Roy, A., & Brewer, J. (2023). Mindfulness-based mobile health to address unhealthy eating among middle-aged sexual minority women with early life adversity: Mixed methods feasibility trial. *Journal of medical Internet research*, 25, e46310. <https://doi.org/10.2196/46310>
- Vuong, V., Rao, V., & Ee, C. (2022). Mindfulness-based interventions and yoga for managing obesity or overweight after breast cancer: A scoping review. *Integrative Cancer Therapies*, 21. <https://doi.org/10.1177/15347354221137321>
- Wild, M. G., Coppin, J. D., Mendoza, C., Metts, A., Pearson, R., & Creech, S. K. (2025). Self-compassion, mindfulness, and emotion regulation predict multiple dimensions of quality of life in US post-9/11 veterans. *Quality of Life Research*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11136-025-03908->
- Zare, M., & Zamani Mazdeh, R. (2020). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on psychological distress and self-efficacy in women with generalized anxiety disorder. *Journal of Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*, 63.