

## أمثلة للإستراتيجيات الغذائية المعتمدة على التجارب الإكلينيكية (السريبيه) العشوائية طويلة الأجل المركزة على تغيير نمط الحياة

### Examples of Dietary Strategies Based on Long-Term Randomized Clinical Trials Focused on Lifestyle Change

لقد أصبح من الواضح وبجلاء أن تغيير نمو الحياة التغذوي ليس بالعملية السهلة للمرضى الذين يتطلبون تغييراً مدى الحياة. ولا تؤثر معرفة ما يؤكل اعتماداً على المعلومات المنشورة والأبحاث الحالية، على العادات الغذائية الفعلية للمريض كثيراً. ويتطلب تغيير نمط الحياة الغذائي / التغذوي لاحتواء وتحقيق مزيد من العادات الغذائية الصحية، فهم المرشد الغذائي لأولويات المريض. يعاني معظم المرضى من صعوبات فيما يتعلق بالتغيير، ذلك بسبب تأثرهم بالمعاني التي يعوها حول الأغذية وآثارها على نظامهم القيمي value system. وهدفنا كمرشدين تغذويين هو تصحيح مفاهيم ومعاني هؤلاء الأفراد، حول الغذاء، ويتم ذلك بمعرفتنا العلمية لكيفية تأثير الغذاء على الصحة. وفي مجتمعنا الحالي يشمل الكم الهائل للمعلومات عدد كبير من الرسائل الخلاقية الجدلية عن الغذاء مما يقلل المقدرة على تغيير نمط الحياة بسبب الإرباك والتشويش.

مع تزويد الإعلام الحالي للشخص العادي بالمعلومات التي تشير إلى وتوضح مخاطر عدم تناول الغذاء بطريقة صحيحة، فقد يبدو واضحاً أن تغيير نمط الحياة التغذوي أمر إيجابي. إضافة لذلك، قد يفترض أن التغيير قد لا يجد اعتراضاً من قبل المرضى في مسار عملنا في تعديل نمط حياتهم، وفيما يتعلق بعادات الأكل الصحية. وعلى أي حال، فإن العكس هو الصحيح.

وفي كتاب رائع عن الاستشارة والإرشاد التغذوي، وضعت كاثرين آر.، كيوري (Katharine R. Curry) وآمي جافي (Amy Jaffe) أفكاراً في المتن الذي يصف لماذا يجد المرضى صعوبة في تغيير نمط معيشتهم التغذوي [١]. وأدناه قائمة بقليل من الأسباب التي تجعل الناس يلاقون صعوبات في تغيير عاداتهم الغذائية:

١- الرغبة في مساواة الأكل بالحب desire to equate food with love.

٢- التمرد rebelliousness.

- ٣- تأريخ إنكار المشاكل (إنكار وجود مشاكل) a history of denying problems.
- ٤- الأمراض النفسية psychological illnesses.
- ٥- الاكتئاب والقلق depression & anxiety.
- ٦- العلاقات الشخصية التي قد تتأثر سلباً إذا تم تغيير نمط الحياة التغذوي.
- ٧- عدم ظهور نتائج فورية تعكس نواتج إيجابية (لتغيير نمط الحياة الغذائي).
- ٨- تكاليف الوقت والمال الباهظة المرتبطة بالمعالجة الممتدة.

مع معرفة هذه السليات فيما يتعلق بتغيير نمط المعيشة التغذوي ماذا على المرشد التغذوي أن يفعل حتى يعدل خطة إرشاد تغذوي لتصبح أكثر أثراً وفعالية؟ أدناه أربعة استراتيجيات مختارة قد استخدمت في التجارب السريرية طويلة الأجل:

- ١- المعرفة والمهارات knowledge & skills.
- ٢- التغذية الاسترجاعية feedback.
- ٣- التخطيط، النموذج modeling.
- ٤- الدعم والتشجيع والإرشاد المركز على المريض والذي يشمل الرعاية أو الإدارة الذاتية self management [٢].

### (١٠, ١) استراتيجيات المعرفة والمهارات

#### (10.1) Knowledge and Skills Strategies

تركز المعالجات التغذوية على العناصر الغذائية الموجودة في الأغذية. وقد يكون من الصعب على المرضى تحديد الأغذية التي يجب عليهم اختيارها إذا لم يكونوا على معرفة بالعناصر الغذائية التي تحتويها الأغذية، ويجعل هذا الوضع معرفة العناصر التغذوية وكمياتها في الأغذية، أمراً بالغ الأهمية. مقدرة المرشد التغذوي على تقديم هذه المعرفة أمر يتطلب فهمه لاهتمامات (متطلبات) واحتياجات ومستوى التزام وتقبل الأفراد المشاركين (المرضى). في دراسة تعديل المرض الكلوي Modification of Renal Disease Study، تم تدريس المرضى وقد قاموا بإكمال السجل الغذائي food record completion وتعلموا تقنيات المراقبة والمتابعة الذاتية self-monitoring [٢]. أيضاً، تعلم المشاركون التفريق بين الأغذية أو تصنيفها وفقاً لمحتواها من البروتينات، وقد تضمن التعلم اكتساب مهارات وخبرات في استخدام الموازين لوزن الأغذية بالجرامات.

وبالمثل، في دراستي تحفيز صحة المرأة والتدخلات التغذوية للمرأة Women's Health Initiative and Women's Intervention Nutrition Studies، تعلمت النساء كثيراً حول محتوى الأغذية باستخدام دليل (كتيب booklet) يُعرف بمحتوى الأغذية من الدهون بالجرام [٣، ٤]، وقد صممت جلسات الدروس الجماعية group sessions لتشجيع إنقاص المتناول من الدهون وزيادة المستهلك من الفواكه والخضروات والحبوب. وقد صمم كل درس جماعي وفقاً

لاحتياجات المشاركين في الدراسة. على سبيل المثال، كثيراً ما وصفت الجلسات التعليمية الفوائد التغذوية لأنواع معينة للفواكه والخضروات. وقد كانت أنواع الفواكه والخضروات التي تم التركيز عليها في الأطباق التي استخدمت كأمثلة، من الفواكه والخضروات المتوافرة للنساء في الولاية أو المنطقة التي تعيش فيها هؤلاء النسوة [٣]. وكثيراً ما توضح هذه البيانات الأغذية التي تم التركيز عليها مع حصص الدهون الكلية (المستهلكة). وقد تهتم وتركز الأقاليم المختلفة في نفس القطر بجوانب أخرى مختلفة فيما يتعلق بالخيارات الغذائية. بهذا الفهم والمعرفة، يمكن لاختصاصي التغذية أن يركز اهتمامه في مجموعات الأغذية التي توفر دهون في تلك المنطقة، مع التفكير في التغيير الذي يناسب تلك المجموعة من المشاركين. في تجربة السكري والسيطرة على مضاعفاته Diabetes and Control Complications Trial (DCCT)، كان الهدف هو تحقيق مستويات سكر (جلوكوز) دم في المعدل الطبيعي. ركز بروتوكول هذه الدراسة على هدف تحقيق هيموجلوبين مرتبط بالجلوكوز (HbA1C) طبيعي. وقد تمت الموافقة على أي وسيلة أو طريقة تحقق هذا الهدف. ويعني هذا أنه في وسط الـ ٢٩ مركز المشاركة في دراسة الـ DCCT، قد استخدمت مختلف الخطط للتعليمات التغذوية [٥]. وقد تضمنت الخطط الخيارات الغذائية الصحية healthy food choices ونظام البدائل exchange system وحساب الكربوهيدرات carbohydrate counting والجلوكوز الكلي المتوافر في الغذاء total available glucose. وفي هذه الدراسة ناغم وعمل المشاركون على انسجام وتنسيق الأنسولين (جرعات الأنسولين) مع الكربوهيدرات الموجودة في الأغذية التي استهلكوها. انصب التركيز في دراسة الـ DCCT على جلوكوز الدم ما قبل الوجبة أو ما قبل الأكل pre-meal or pre-prandial blood glucose.

لاستخدام كل من خطة الخيارات الغذائية الصحية وخطة نظام البدائل آثاراً في جعل جرعة الأنسولين ما قبل الوجبة أقل دقة Pre-meal insulin boluses less precise، ومع كل من خطة عد الكربوهيدرات وخطة الجلوكوز الكلي المتوافر، تزداد دقة تعديل وتوازن الأنسولين. مع خطة عد الكربوهيدرات يتم أو تم تعديل جرعة الأنسولين اعتماداً على نسبة الأنسولين النظامي المعتاد regular insulin لعدد جرامات الكربوهيدرات المتناولة (المستهلكة). ولخطة الجلوكوز الكلي المتوافر، تم تعديل جرعة الأنسولين اعتماداً على نسبة الأنسولين النظامي للجلوكوز الكلي المتاح (كربوهيدرات + ٥٨٪ بروتين + ١٠٪ دهون) المستهلك. وتحتاج كل من هذه الطرق إلى معرفة (علم) ومهارات (خبرات) بل إن المعرفة والخبرة من الضرورات.

في دراسة التدخل الغذائي Diet Intervention Study، توافرت معلومات لكل من الأطفال والديمهم، حول محتوى الأغذية التي يجيها الأطفال والمراهقين من الدهون المشبعة، وقد أعطت كل عائلة كتيب عن الدهون المشبعة والذي ضم أسماء الماركات ومنتجات مطاعم الأغذية السريعة brand name and fast food restaurant products. وقد صممت جلسات للضحك والترويح للبالغين في مكان وللأطفال والمراهقين في مكان آخر، ذلك لتقديم مفاهيم فردية في الطرق المصممة للأطفال والمراهقين، وأخرى للبالغين [٦، ٧].

## (٢, ١٠) التغذية الإسترجاعية

## (10.2) Feedback

التغذية الاسترجاعية ضرورية في كل مرحلة. إن عملية تقديم المعلومات عن القيم المعملية والمتناول الغذائي عبر الوقت، تمكن المريض من التحليل لنفسه/ لنفسها عندما تحدث المشاكل [٩،٨]. وهذه طريقة من طرق التقييم الذاتي: ما هو تغيير نمط المعيشة الذي شجع وعزز تغيرات في السلوك الغذائي؟. للمريض، يؤدي تقييم ما يحدث عوضاً عن أو بصرف النظر عن القصة التي يرويها المرشد الغذائي، إلى إدراك ووعي أكثر للمشاكل التي تحدث. عندما تكون التغذية الاسترجاعية وتحليلها بيد المريض، يكون أقل امتعاضاً واستياءً، وكما يكون أكثر إحساساً وإدراكاً لأهمية السيطرة والتحكم في تغيير نمط المعيشة [٢].

## (٣, ١٠) النمذجة (القدوة)

## (10.3) Modeling

كثيراً ما تفشل أفضل خططنا الإرشادية في التطبيق بسبب عدم المام المريض وتعريفه بكيفية استخدام الإستراتيجية. مفهوم تخطيط أو نمذجة السلوك هذا من الأهمية القصوى بمكان في تغيير نمط المعيشة المرتبط بالسلوكيات التغذوية. وقد كان باندورا (Bandura) من أوائل من وصفوا مفهوم التخطيط. والتخطيط هو استراتيجية مهمة استخدمت في النموذج السايكولوجي لنظرية التعليم الاجتماعي Psychological model of social learning theory [١٠، ١١]. وكمستشارين تغذويين أو مرشدين تغذويين، كثيراً ما نركز على ما نعتقد واجباً على المريض أن يعرف من معارف ومعلومات. وحقيقة الأمر أو الصدق، هو أن أفكارنا أو علمنا بمستوى فهمهم (المرضى)، قد تكون أعلى بكثير مما هم عليه من الفهم فعلياً وحقيقة. وقد وصف باندورا التخطيط بعملية ذات أربعة خطوات أو مراحل-four step process تشمل: ١- الملاحظة والمراقبة observation و٢- التذكر remembering و٣- التوليد والإنتاج reproduction و٤- التغذية الاسترجاعية feed back. وتوضح المراقبة في التعليم العملي الذي يقدمه المرشد التغذوي عندما يشرح ويقوم بإعداد وصفة (وجبة غذائية recipe) في منظومة جماعية (درس جماعي) group setting. الهدف من نمذجة الوصفة (إعداد وصفة نموذجية modeling recipe) هو تمكين المرضى من معاينة ورؤية تقنيات الإعداد وتساعد هذه الرؤية المباشرة في تذكر ما يجب أن يفعل، ومع ربط ذلك بوصفه مكتوبة، فالأكثر احتمالاً أن يتأكد استخدام الوصفة في المنزل. ولزيد من التأكيد الارتياح لإعداد الوصفة (الوصفات)، فإن السماح للمرضى بالمساعدة والمشاركة في الإعداد يوضح المقدرة على تكرار الإعداد على المستوى الفردي reproduce preparation. تمكن خطوة تكرار أو توليد الإعداد هذه المرشد التغذوي من تقديم تغذية استرجاعية بناءة إيجابية لضمان وتأكيد مزيد من الاستخدام للوصفة في المنزل.

يوضح الجدول (١, ١٠) أمثلة لكل من مراحل الحياة وتخطيط أو نمذجة السلوكيات الغذائية الصحية.

الجدول رقم (١, ١٠) النمذجة خلال مراحل الحياة Modeling within life stages .

التخطيط Modeling	مراحل الحياة
يخطط وينمذج الوالدان أهمية الأغذية عالية المحتوى من العناصر الغذائية بأكل الفواكه والخضروات مع أطفالهم.	المرحلة الأولى: العادات الغذائية للطفولة والوالدين: Stage 1: Childhood and Parental Feeding Habits
يأكل الأطفال والمراهقون (teens) الفواكه والخضروات في المدرسة من خلال برنامج خاص مصمم ومخطط لإمدادهم بالفواكه والخضروات.	المرحلة الثانية: الأطفال والمراهقين Stage 2: Children and Adolescents
يتعلم البالغون المشغولون والمعرضون للضغط والمسنون المشتركون في حلقات ومجموعات دراسية (group sessions) من مشاركين آخرين يصفون كيف ركزوا على تحديد المشاعر والتعامل معها باستخدام انساب استراتيجيات التقليد، ولكن ليس الإفراط في الأكل أو الأكل بطريقة غير صحية.	المرحلة الثالثة: البالغين والمسنين Stage3: Adults and Elderly

#### (٤, ١٠) الدعم والإرشاد المركز على المريض

##### (10.4) Support and Patient – Centered counseling

ركزت كثير من التدخلات التي انتهت بتغيير نمط المعيشة التغذوي في التجارب السريية العشوائية طويلة الأجل Long-term randomized clinical trials على المعالجات التي تهتم بالمريض. وتشمل هذه المعالجات نظريتين مهمتين للتغيير: نظرية الإدراك الاجتماعي Social cognitive theory [١٢, ١٣] ونظرية مراحل التغيير Stages of change theory [١٤-١٧]. وتوضح النتائج والبراهين من ثلاث تجارب سريية عشوائية بأن نموذج التركيز على المريض، نموذج فعال. وتشمل هذه الدراسات تجرية سريية تغذوية عشوائية متحكم فيها "RCT Dietary randomized controlled clinical trial" أو دراسة وتش Watch [١٨]، والتجربة السريية التغذوية العشوائية للكحول cohool RCT أو تجربة مشروع الصحة Project Health [١٩] والتجربة السريية التغذوية العشوائية للتدخين smoking RCT التي أجراها أو كيني (Ockene) وزملاؤه [٢٠].

#### (١, ٤, ١٠) المعالجة أو الإدارة الذاتية

##### (10.4.1) Self-Management

يصبح المريض الذي تعلم كيف يدير نفسه خبيراً في حل المشاكل وتحويل خبرته هذه إلى مهارة تمكن من الاختبارات والمراقبة الدائمة والتغييرات التي تصاحب تطبيق السلوكيات الصحية في الأحوال المعيشية الحقيقية.

والهدف هو تحقيق مفهوم أن المريض هو الخبير وليس عليه أن يعتمد دائماً على شخص آخر ليوجهه في كل تحرك. هذا النوع من التمكين المؤسس حديثاً new-found empowerment يجعل المريض يحس بأنه المسيطر على الوضع، وهذا في حد ذاته شعور مرضٍ سار مشجع (يعطي الثقة gratifying). يبعد هذا الشعور الناتج من التمكين القلق بوجود أمر خطأ، كما يبعد الشعور بعدم قدرة المريض على تعديل الوضع ليحسن عادات المعيشة التغذوية.

### (٢، ٤، ١٠) الرقابة الذاتية

#### (10.4.2) Self-Monitoring

يمكن أن يتعلم المرضى المراقبة الذاتية لأنفسهم. في دراسة المبادرة الصحية للنساء، راقبت المشتركات في الدراسة أنفسهن بدرجات أو مستويات مختلفة [٢١]. يصف الجدول رقم (٢، ١٠) الأدوات التي استخدمت (للمراقبة). وبالرغم من أن الرقابة الذاتية أساساً تعطي صور عامة لكل عادات الأكل خلال كل اليوم، إلا أنها لا تتطلب أن تستمر عند هذا المستوى الضمني الكلي all-inclusive خلال كل فترة الإرشاد. لا يجب أن يتم هذا الجزء الحساس من الإدارة الذاتية عند المستوى الأكثر تعقيداً المصاحب لتطور واستمرار تغييرات نمط المعيشة. هذا النوع من البيانات متوافر للمريض ليرى ويعي مدى تطور جودة الالتزام بنمط غذائي جديد (نمط أكل جديد). أحياناً إذا كانت السلوكيات محددة جداً، كما يجب أن تكون، فستراقب بطريقة تركيزية focused fashion (أي مثل عدد حصص الفواكه والخضروات وعدد جرامات الدهون المشبعة، أو عدد ونوع الوجبات الخفيفة قبل النوم). الرقابة الذاتية عامل مفتاحي key factor في الإدارة الذاتية لأنها مهارة تمكن المرضى من التصحيح الذاتي self correct وإجراء التعديلات المطلوبة في تغييرات نمط المعيشة.

تراجع الفصول ٥ و ٦ و ٧ عملية مراحل التغيير كما توضح أمثلة محددة للطرق التي تستخدم في هذا التخطيط أو الإستراتيجية النظرية لتعديل سلوك نمط المعيشة التغذوي. وعندما يكون المريض في مستوى من مستويات التغيير يُمكن من وضع أهداف، فيجب أن تربط الرقابة الذاتية بأهداف معينة محددة. والجزء الحساس المهم من وضع الأهداف هو مناقشة تغيير نمط المعيشة التغذوي مع المريض. وبالرغم من أن كثيراً من المرشدين التغذويين يفضلون أو يرغبون في فرض أهدافهم على المرضى، وكثيراً ما يكون لهم نوايا جيدة جداً نحو أفضل توجه منتج يمكن أن يتبعه المريض، إلا أن أهداف المرشد ليست بالأهداف التي تعمل على كل الأحوال ولكل المرضى. ويجب أن يكون أمر الأهداف الموضوعية لتغيير نمط المعيشة التغذوي أمر شراكة بين المرشد والمريض وأن يعملوا سوياً لتحقيقها.

الجدول رقم (٢، ١٠). أدوات دراسة مبادرة صحة المرأة للرقابة الذاتية. WHI Self-Monitoring Instruments.

تغيرات نمط الأكل	صورة المنتج	المسح السريع	تتبع الأهداف	المفكرة المبسطة	مسح الدهون	المفكرة الغذائية	الوصف
Eating pattern changes	Picture Tracker	Quick Scan	Keeping of Goals	Mini Diary	Fat Scan	Food Diary	Description
استبيان لتقييم عادات الأكل قليل الدهون وتحديد الأهداف	صور نماذج (مائل) الفواكه والخضروات والحبوب مضممة حتى يتم تدويرها اعتماداً على عدد الحصص المستهلكة؛ هناك مجال لكتابة الأغذية منخفضة وعالية المحتوى من الدهون ولكن من غير تسجيل جرامات الدهون	تشمل هذه الأداة أغذية مختارة شائعة الاختيار من مسح الدهون؛ وتوجد وتتوافق نسخة حاسب آلي	هناك خطاب ونسخة بحجم الجيب لتسجيل عدد جرامات الدهون وحصص الفواكه والخضروات، والحبوب	هذه نسخة مبسطة من المفكرة الغذائية الكبيرة	توجد قائمة بـ ٢٥٠ غذاء موضحة بمجموعات الغذاء والتي لها أبلغ أثر على تناول الدهون وتوضح جرامات الدهون مع حصص الفواكه والخضروات	تغطي مساحة لكتابة كل غذاء أكل؛ تسمح الأعمدة بذكر أو توضح جرامات الدهون وحصص الفاكهة والخضروات والحبوب	عدد الأيام لكل كتيب أو ورقة
فترة مفترحة	يوم لكل صفحة	٣	١٨-٦	١٨	٣	٧	

Mossavar-Rahmania et al., J. Am. Diet. Assoc., 104, 76, 2004; Tinker et al., in Nutrition in Women's Health Gaithers Burg, MD: Aspen, 1966, 510-542. المصدر:

## المراجع

1. Curry, K.R. and Jaffe, A., *Nutrition Counseling and Communication Skills*, Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company, 1998, 6-7.
2. Gillis, B.P., Caggiula, A.W., Chiavacci, A.T., Coyne, T., Doroshenko, L., Milas, C., Nowalk, P., and Scherch, L.K., Nutrition intervention program of the Modification of Diet in Renal Disease Study: A self-management approach, *J. Am. Diet. Assoc.*, 95, 1288-1294, 1995.
3. Patterson, R.E., Kristal, A.R., Coates, R.J., Tylavsky, F.A., Ritenbaugh, C., Van Horn, L., Caggiula, A.W., and Snetselaar, L., Low-fat diet practices of older women: prevalence and implications for dietary assessment, *J. Am. Diet. Assoc.*, 96, 670, 1996.
4. Winters, B.L., Mitchell, D.C., Smiciklas-Wright, H., Grosvenor, M.B., Liu, W., and Blackburn, G.L., Dietary patterns in women treated for breast cancer who successfully reduce fat intake: The Women's Intervention Nutrition Study (WINS), *J. Am. Diet. Assoc.*, 104, 551, 2004.
5. The DCCT Research Group, Nutrition interventions for intensive therapy in the Diabetes Control and Complications Trial, *J. Am. Diet. Assoc.*, 93, 768, 1993.
6. Stevens, V.J., Obarzanek, E., Franklin, F.A., Steinmuller, P., Snetselaar, L., Lavigne, J., Batey, D., von Almen, T.K., Hartmuller, V., Reimers, T., Lasser, V.I., Craddick, S., and Gernhofer, N., Dietary Intervention Study in Children (DISC): intervention design and participation, *J. Nutr. Ed.*, 27, 133, 1995.
7. Van Horn, L., Stumbo, P., Moag-Stahlberg, A., Obarzanek, E., Hartmuller, V.W., Farris, R., Kimm, S.U.S., Frederick, M., and Snetselaar, L., The Dietary Intervention Study in Children (DISC): dietary assessment methods for 8- to 10-year-olds, *J. Am. Diet. Assoc.*, 93, 1396, 1993.
8. Berg-Smith, S.M., Stevens, V.J., Brown, K.M., Van Horn, L., Gernhofer, N., Peters, E., Greenberg, R., Snetselaar, L., Ahrens, L., and Smith, K., for the Dietary Intervention Study in Children (DISC) Research Group, A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents, *Health Ed. Res.*, 14, 399, 1999.
9. Bowen, D., Ehret, C., Pedersen, M., Snetselaar, L., Johnson, M., Tinker, L., Hollinger, D., Lichty, I., Bland, K., Sivertsen, D., Ocken, D., Staats, L., and Williams Beedoe, J., Results of an adjunct dietary intervention program in the Women's Health Initiative, *J. Am. Diet. Assoc.*, 102, 1631, 2002.

10. Bandura, A., *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.
11. Bandura, A., *Self-efficacy: The Exercise of Control*, New York: WH Freeman and Company, 1997.
12. Bandura, A., Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change, *Psychol. Rev.*, 84, 191, 1977.
13. Bandura, A., Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior, in *Neurobiology of Learning, Emotion and Affect*, Madden, J., Ed., New York: Raven Press, 1991, 229–270.
14. Prochaska, J. and DiClemente, C., Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change, *J. Consult. Clin. Psych.*, 51, 390–395, 1983.
15. Horn, D., A model for the study of personal choice health behavior, *J. Health Educ.*, 19, 89–98, 1976.
16. Lichtenstein, E. and Brown, R., Smoking cessation methods: review and recommendations, in *Addictive Behaviors: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking and Obesity*, Miller, W., Ed., New York: Pergamon Press, 1980.
17. Ockene, J.K., Strategies to increase adherence to treatment, in *Compliance in Healthcare and Research*, Burke, L.E. and Ockene, J.S., Eds., Armonk, NY: Futura Publishing Company, 2001, Chap. 2.
18. Ockene, J.K., Herbert, H., and Ockene, J. et al., Effect of physician-delivered nutrition counseling training and a structured office-support program on saturated fat intake, weight, and serum lipid measurements in a hyperlipidemic population: Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH), *Arch. Intern. Med.*, 159, 725, 1999.
19. Ockene, J.K., Wheeler, E., and Adams, A. et al., Provider training for patient-centered alcohol counseling in a primary care setting, *Arch. Intern. Med.*, 157, 2334, 1997.
20. Ockene, J.K., Kristeller, J., and Pbert, L. et al., The PDSIP: can short-term interventions produce long-term effects for a general outpatient population, *Health Psychol.*, 14, 278, 1994.
21. Mossavar-Rahmani, Y., Henry, H., Rodabough, R., Bragg, C., Brewer, A., Freed, T., Kinzel, L., Pedersen, M., and Soule, O., Additional self-monitoring tools in the dietary modification component of the Women's Health Initiative, *J. Am. Diet. Assoc.*, 104, 76, 2004.
22. Tinker, L.F., Burrows, E.R., Henry, H., Patterson, R., Rupp, J., and Van Horn, L., The Women's Health Initiative: overview of the nutrition components, in *Nutrition in Women's Health*, Krummel, D. and Kris-Etherton, P., Eds., Gaithersburg, MD: Aspen, 1996, 510–542.