

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک زندگی در افراد مبتلابه اضافه وزن

فاطمه نیک‌بخت^۱، امراه ابراهیمی^۲، سیدعلی کلاهدوزان^۳، رضا باقریان سرارودی^۴،
محمدرضا مرآئی^۵، محمد شایان کلاهدوزان^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: چاقی به عنوان یک معضل جهانی سلامتی است که مؤلفه‌های روان‌شناختی آن مورد تأکید پژوهشگران قرار گرفته است. این مطالعه به‌منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) ACT بر سبک زندگی در افراد مبتلابه اضافه وزن انجام شده است.

روش‌ها: این مطالعه، یک کار آزمایشی بالینی است که بر اساس معیارهای ورود و خروج تعداد ۶۰ نفر (۳۰ نفر گروه آزمایش و ۳۰ نفر گروه کنترل) از مبتلایان به اضافه وزن و چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک سلامت ایرانیان شهر اصفهان انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان در مرحله‌ی پیش از مداخله، پس از مداخله و پیگیری با پرسشنامه سبک زندگی مربوط به وزن WEL (Weight-Related Lifestyle Questionnaire) رزیابی شدند. افراد گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای چاقی را دریافت نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک زندگی و زیر مقیاس‌های آن ($P < 0/05$) اثربخشی مثبت داشته باشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر می‌توان گفت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سبک زندگی در افراد مبتلابه اضافه وزن مثبت بوده است.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ سبک زندگی؛ اضافه وزن

ارجاع: نیک‌بخت فاطمه، ابراهیمی امراه، کلاهدوزان سیدعلی، باقریان سرارودی رضا، مرآئی محمد رضا، شایان کلاهدوزان محمد. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک زندگی در افراد مبتلابه اضافه وزن. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۲۵): ۹۲۵-۹۲۰.

مقدمه

بزرگسال (۱۲~) در صد شیوع) چاق هستند (۲). چاقی، دارای عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت است. کاهش اعتماد به نفس از جمله عوارض کوتاه‌مدت و افزایش خطر ابتلا به دیابت نوع دو، بیماری‌های قلبی-عروقی، آرتروز، برخی از انواع سرطان، بیماری‌های قلبی-عروقی از عوارض بلندمدت آن می‌باشد (۳-۵).

یکی از شایع‌ترین درمان‌هایی که در خصوص این بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد، اصلاح سبک زندگی است (۶). سبک زندگی، نمایانگر نگاه فرد به زندگی، جهان و ارزش‌های مورد قبول او است. به‌بیان دیگر سبک زندگی سمبل و نماد هدایت افراد یک جامعه است که

چاقی (Obesity) یک بیماری سلامت عمومی با پیامدهای متابولیکی، روانی و اجتماعی گسترده است (۱). افزایش چاقی منجر به چهار میلیون مرگ در سال و ۱۲۰ میلیون ناتوانی تعدیل شده (جمع سال‌های از دست رفته ی عمر به دنبال مرگ زودرس در یک جمعیت، یا سال‌های از دست رفته عمر مفید ناشی از ناتوانی) در طول سال می‌شود. هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی چاقی در سراسر جهان ۲ تریلیون دلار آمریکا برآورد شده است. برآوردهای اخیر در سراسر جهان حاکی از آن است که تقریباً ۱۰۸ میلیون کودک (۵ درصد شیوع) و ۶۰۴ میلیون

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دکترای روانشناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۶- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: امراه ابراهیمی؛ دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: a_abraimi@med.mui.ac.ir

تمامی جنبه‌های زندگی آن‌ها را در برمی‌گیرد. شیوه زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی و ارتقاء سلامت، تطابق با عوامل استرس‌زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است (۷). سازمان جهانی بهداشت معتقد است که با تغییر و اصلاح سبک زندگی، می‌توان با بسیاری از عوامل خطر سازی که جزء مهم‌ترین عوامل مرگ و میر هستند، مقابله کرد (۸). مطالعات قبلی نشان داده‌اند که مداخلات رفتاری در کاهش وزن اولیه مؤثر است، اما حفظ وزن کاهش یافته اغلب به دلیل شکست در حفظ تغییر سبک زندگی سالم دشوار است. موانع تغییر سبک زندگی که افراد چاق با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند، آشکارا روند تغییر را پیچیده‌تر می‌کند. موانع اصلی تغییر سبک زندگی عبارت‌اند از: انگیزه ضعیف، کمبود زمان، فشارهای محیطی و اجتماعی، سلامتی و محدودیت‌های ذهنی، افکار/خلق منفی، محدودیت‌های اجتماعی-اقتصادی، شکاف در دانش و لذت نبردن از ورزش (۹).

از آنجایی که چاقی و پیامدهای آن با عوامل روان‌شناختی مرتبط است، امروزه یکی از راهکارهای مؤثر برای پیشگیری و درمان چاقی و کاهش پیامدهای روانی، اجتماعی و اقتصادی آن، در نظر گرفتن برنامه‌های آموزشی و درمانی روان‌شناختی در کنار سایر روش‌های درمانی پزشکی و ورزشی است. یکی از این درمان‌ها که برای کنترل وزن و چاقی مطرح شده است (Acceptance and Commitment Therapy) است (۱۰). هدف آن، کمک به مراجع برای رسیدن به یک زندگی غنی، ارزشمند و رضایت بخش است که از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایجاد می‌شود. هدف اصلی ACT، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای توانایی فرد برای ارتباط آگاهانه با زمان حال با وجود تمام احساسات، افکار، خاطرات و احساسات بدنی که در لحظه تجربه می‌کند و انجام رفتارهایی در خدمت اهداف و ارزش‌های انتخابی فرد است. به نوعی این درمان بر تغییر رابطه‌ی مراجع با تجارب درونی و اجتناب‌هایش تأکید دارد.

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرایند اصلی پذیرش، گسلش شناختی (Defusion)، خود به عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه ایجاد می‌شود (۱۱-۱۳). از آنجایی که مطالعات اندکی در مورد تأثیر ACT بر متغیرهای جسمی و روان‌شناختی، سبک زندگی در افراد چاق وجود دارد و در ایران مطالعاتی با این ترکیب دیده نشد، لذا این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا ACT، بر سبک زندگی در افراد مبتلابه چاقی مؤثر است؟

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر از نوع کار آزمایی بالینی بود. پژوهش حاضر شامل دو گروه آزمایش و گروه کنترل می‌شد. جامعه‌ی آماری افراد مبتلابه اضافه

وزن در اصفهان بودند که به متخصصین تغذیه و مراکز سلامت و تغذیه اصفهان در سال ۱۴۰۱ مراجعه می‌کردند و در این بین کلینیک سلامت ایرانیان محل انجام مداخلات بود. از بین مراجعین افراد واجد شرایط با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به صورت تصادفی به گروه آزمایش و کنترل تخصیص یافتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ۱. سن ۲۰-۶۵ سال ۲. BMI > ۲۵، ۳. عدم سابقه‌ی دریافت دارو درمانی روانپزشکی یا روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته ۴. عدم ابتلا به اختلالات خوردن ۵. تمایل به شرکت در جلسات درمان و تکمیل فرم رضایت آگاهانه ۵. داشتن تحصیلات حداقل دیپلم ۶. عدم ابتلا به بیماری طبی توجیه‌کننده‌ی چاقی. معیارهای خروج از مطالعه شامل: ۱. غیبت بیش از دو جلسه، ۲. شروع یک درمان روانپزشکی یا روان‌درمانی ثانویه در طول تحقیق ۳. بروز یک بیماری جسمی جدی ۴. بروز استرس جدی روان‌شناختی در طی درمان و پیگیری ۵. عدم تکمیل پرسشنامه‌ها، ۶. عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات. حجم نمونه شامل ۶۰ نفر بود که به صورت تصادفی به گروه آزمایش و کنترل هر کدام ۳۰ نفر اختصاص یافتند. نمونه‌ها از روش بلوک‌های تصادفی دوتایی به دو گروه مداخله و گروه کنترل تخصیص داده شدند. ابتدا اطلاعات جمعیت شناختی نظیر جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی، سن، شاخص توده‌ی بدنی و سایر اطلاعات و شاخص‌ها مربوط به مشکل چاقی ثبت شد، سپس پرسشنامه‌ها اجرا گردید.

پرسشنامه‌ی سبک زندگی مربوط به وزن: توسط کلارک و همکاران (۱۹۹۱) ساخته شد و دارای ۲۰ گویه در خصوص خودکارآمدی رفتار خوردن است همه گویه‌ها به طور مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمرات آن بین ۰ تا حداکثر ۸۰ متغیر است. این پرسشنامه ۲۰ گویه‌ای دارای پنج خرده مقیاس است که هر خرده مقیاس شامل چهار گویه است. نویدیان و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ در پنج خرده مقیاس و کل پرسشنامه اصلی دامنه‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. در مطالعه‌ی آنها مدل معادله ساختاری که روی ۲۲۰ نفر با ویژگی چاقی و افزایش وزن انجام شد، نشان داد که مدل پنج عاملی بهترین برازش را داراست و بار عاملی آن دامنه‌ای بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ داشت (۱۴).

پس از تخصیص شرکت‌کنندگان به گروه‌های مداخله و کنترل و اخذ رضایت‌نامه‌ی آگاهانه برای شرکت در مطالعه، برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل «انرژی برای زندگی: خودآموز رژیم غذایی به سبک ذهن آگاهی» که توسط کلاهدوزان تهیه و تدوین شده به صورت گروهی، ۱۰ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته در هر هفته، مطابق با دستورالعمل‌های کتابچه راهنما اجرا گردید. گروه کنترل درمان کاهش وزن روتین کلینیک تغذیه را که شامل جلسات ملاقات با روانشناس بدون ارائه پروتکل ACT بود را بعنوان کنترل اثر دارونما

یافته‌ها

در این بخش، اطلاعات توصیفی افراد شرکت‌کننده در پژوهش بر مبنای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، قد و وزن بررسی شد. میانگین و انحراف معیار سن افراد حاضر در گروه مداخله به ترتیب ۳۸/۵۳ و ۹/۷ بود. در گروه کنترل، میانگین و انحراف معیار سن به ترتیب ۴۱/۷۷ و ۸/۸۳ بود ($P = 0/182$). در گروه مداخله ۱۰ درصد افراد را مردان و ۹۰ درصد را زنان تشکیل می‌دادند ($P = 0/278$). آزمون Independent sample T-test نشان داد که بین میانگین قد افراد در گروه مداخله و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود نداشت ($P = 0/938$). ابتدا مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس تأیید شد ($P > 0/05$).

مطابق نتایج منعکس شده در جدول با کنترل اثر جنسیت، سن و نمرات خط پایه، مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک زندگی و زیر شاخص‌های مرتبط با آن مؤثر بود. نتایج همچنین نشان داد که منبع تغییر پیگیری در همه متغیرها معنی‌دار نشد ($P > 0/05$); بنابراین در همه متغیرهای مذکور به‌جز در فشار اجتماعی، عکس‌العمل دو گروه کنترل و مداخله نسبت به مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون مشابه بوده است.

گفتگو دریافت می‌کردند. در نهایت، بعد از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. همچنین در مرحله پیگیری ۲ ماه پس از خاتمه درمان مجدداً BMI (Body Mass Index) محاسبه شد و پرسشنامه‌ها اجرا گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. جهت توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف معیار برای تغییرهای کمی و فراوانی (درصد) برای تغییرهای طبقه‌بندی شده استفاده گردید. برای تحلیل اولیه‌ای داده‌ها از آزمون‌های t زوجی و t مستقل و برای تحلیل نهایی داده‌ها از آزمون کوواریانس با تکرار استفاده شد.

اطمینان بخشی در مورد محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کننده در مطالعه، عدم ذکر نام و نام خانوادگی افراد مورد پژوهش در ابزار گردآوری داده‌ها، آزادی انتخاب برای شرکت در پژوهش و تکمیل فرم رضایت آگاهانه از نکات اخلاقی رعایت شده از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان کد اخلاق IR.MUI.MED.REC.1401.291 را کسب نمود و مجوز اجرا یافت.

جدول ۱. مقایسه‌ی میانگین و تحلیل کوواریانس با اندازه‌های تکراری شاخص‌های مربوط به سبک زندگی بین دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	مرحله	انحراف معیار $\pm$ میانگین		P	P	P	گروه پیگیری
		مداخله	کنترل				
فشار اجتماعی	خط پایه	۶/۰۱ $\pm$ ۲۷/۱۷	۶/۳۴ $\pm$ ۲۸/۶۳	۰/۳۶۲			
	پس‌آزمون	۳/۳۷ $\pm$ ۳۲/۱۳	۵/۹۴ $\pm$ ۲۹/۹۳	۰/۰۸۳	۰/۹۰۳	< ۰/۰۰۱	۰/۰۱۵
	پیگیری	۳/۴۵ $\pm$ ۳۲/۱۷	۵/۸۸ $\pm$ ۲۹/۳۷	۰/۰۲۸			
دسترسی به غذا	خط پایه	۸/۴۴ $\pm$ ۳۰/۵	۷/۲۸ $\pm$ ۳۱/۴۳	۰/۶۴۸			
	پس‌آزمون	۴/۳ $\pm$ ۳۸/۰۳	۶/۰۷ $\pm$ ۳۳/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳	< ۰/۰۰۱	۰/۰۹۳
	پیگیری	۴/۳۳ $\pm$ ۳۸	۵/۸۱ $\pm$ ۳۲/۸۳	۰/۰۰۱			
هیجان مثبت	خط پایه	۴/۸ $\pm$ ۲۱/۱۳	۳/۸۳ $\pm$ ۲۱/۹۳	۰/۴۷۸			
	پس‌آزمون	۱/۶۷ $\pm$ ۲۴/۸	۳/۳۹ $\pm$ ۲۲/۷	۰/۰۰۳	۰/۳۱۲	< ۰/۰۰۱	۰/۰۵
	پیگیری	۱/۶۷ $\pm$ ۲۴/۸	۳/۴ $\pm$ ۲۲/۳۳	۰/۰۰۱			
هیجان منفی	خط پایه	۹/۷۷ $\pm$ ۲۶/۰۷	۱۰/۷۳ $\pm$ ۲۶/۳	۰/۹۳۰			
	پس‌آزمون	۵/۳۵ $\pm$ ۳۵/۶۷	۷/۶۴ $\pm$ ۲۹/۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹	< ۰/۰۰۱	۰/۴۸۵
	پیگیری	۵/۲ $\pm$ ۳۴/۹۳	۷/۳۲ $\pm$ ۲۹/۱۳	۰/۰۰۱			
ناراحتی جسمی	خط پایه	۴/۶۶ $\pm$ ۱۹/۹	۵/۲۱ $\pm$ ۱۹/۸۳	۰/۹۵۸			
	پس‌آزمون	۲/۷۹ $\pm$ ۲۳/۶۳	۴/۶ $\pm$ ۲۱/۱۳	۰/۰۱۴	۰/۸۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۶۶۴
	پیگیری	۲/۷۴ $\pm$ ۲۳/۶	۴/۶ $\pm$ ۲۰/۹۷	۰/۰۰۹			
سبک زندگی	خط پایه	۲۱/۰۵ $\pm$ ۱۲۴/۷۷	۲۵/۷ $\pm$ ۱۲۸/۱۳	۰/۵۸۱			
	پس‌آزمون	۱۱/۶۷ $\pm$ ۱۵۴/۲۷	۲۳/۷۶ $\pm$ ۱۳۶/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۹۶۹	< ۰/۰۰۱	۰/۱۵۳
	پیگیری	۱۱/۱۹ $\pm$ ۱۵۳/۵	۲۳/۰۲ $\pm$ ۱۳۴/۶۳	۰/۰۰۱			

بحث

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، سبک زندگی و شاخص توده‌ی بدنی افراد مبتلابه اضافه وزن صورت گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست تفاوت معنی‌داری را در میانگین نمره متغیر سبک زندگی در مرحله پس‌آزمون ایجاد نماید و باعث بهبود سبک زندگی افراد دارای اضافه وزن گردد. در همه متغیرها به جز در فشار اجتماعی، عکس‌العمل دو گروه کنترل و مداخله نسبت به مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون مشابه بوده است. این نتیجه با یافته‌های لیلی نوریان و همکاران (۱۵)، Guerrini Usubini و همکاران (۱۶) و Kasila و همکاران (۱۷) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش خودآگاهی می‌شود هیجان‌های منفی (مانند خوردن در هنگام غمگینی، اضطراب، شکست و ناکامی) کاهش می‌یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف بهبود زندگی افراد از طریق پذیرش تجربیات منفی و تعهد به ارزش‌های شخصی، به فرد کمک می‌کند که در برابر افکار و احساسات ناخوشایند مقاومت نکند و به جای آن با آن‌ها به شکل سازنده‌ای برخورد کند. این روش به افراد کمک می‌کند که به جای واکنش‌های خودکار مانند خوردن به عنوان پاسخ به موقعیت‌های استرس‌زا یا احساسی، از راهکارهای دیگری برای مواجهه با این موقعیت‌ها استفاده کنند.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه نتایج نشان داد، دسترسی به مواد غذایی و خوراکی‌ها (موقعیت‌هایی که مواد غذایی به آسانی در دسترس هستند مانند

مسافرت، دیدن و در اختیار داشتن مواد غذایی چرب و شیرین) کاهش یافته است. ک در روش مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد یاد می‌گیرند که به جای اجتناب یا غلبه بر احساسات، آن‌ها را بپذیرند. این پذیرش می‌تواند منجر به کاهش نیاز به خوردن به عنوان راهی برای مقابله با دسترسی آسان به مواد غذایی شود. افراد یاد می‌گیرند که بدون نیاز به مصرف خوراکی، در برابر وسوسه‌ها مقاومت کنند و به جای واکنش سریع به تمایل به خوردن، از استراتژی‌های جایگزین استفاده کنند (۱۶). افزایش احساس مسئولیت و خودکارآمدی از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب می‌شود فرد بتواند مهارت‌های مدیریت رفتاری را در خود رشد دهد و به تعهدات خود نسبت به ارزش‌هایش پایبند گردد (۱۸). همچنین پایداری معنادار این روش در خصوص مؤلفه‌ی فشار اجتماعی نشان‌دهنده‌ی این امر است که افزایش انعطاف‌پذیری و پذیرش در این رویکرد توانایی فرد را در اتخاذ تصمیمات فردی به صورت بلند مدت بالا می‌برد. عدم پایداری معنی‌داری در کاهش مستمر مؤلفه‌های دیگر سبک زندگی نشان‌دهنده‌ی این امر است که برای افزایش میزان پایداری این درمان می‌بایست از رویکردهای بلندمدت‌تری بهره برده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله با کد ۳۴۰۱۴۰۸ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تصویب شد. بدین وسیله نویسندگان مقاله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی که بستر این پژوهش و حمایت مالی و معنوی را فراهم نمود، کلینیک چاقی سلامت ایران‌یان دکتر مجید کلاهدوزان که مکان و شرایط تشکیل گروه‌های مداخله را فراهم کردند، همچنین شرکت‌کنندگان مبتلا به اضافه وزن که در این مطالعه شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. Martins MIS, Vitoriano NAM, Martins CA, Carvalho EM, Jucá RVBdM, Alves JSM, et al. Aspects of motor development and quality of life in the context of child obesity J Hum Growth Dev 2021; 31(1): 58-65.
2. Sarma S, Sockalingam S, Dash S. Obesity, Metabolism. Obesity as a multisystem disease: Trends in obesity rates and obesity-related complications. Diabetes Obes Metab 2021; 23(Suppl 1): 3-16.
3. Fulton S, Décarie-Spain L, Fioramonti X, Guiard B, Nakajima S. The menace of obesity to depression and anxiety prevalence. Trends Endocrinol Metab 2022; 33(1): 18-35.
4. Khalid SI, Maasarani S, Wiegmann J, Wiegmann AL, Becerra AZ, Omotosho P, et al. Association of bariatric surgery and risk of cancer in patients with morbid obesity. Ann Surg 2022; 275(1): 1-6.
5. Wacker-Gussmann A, Oberhoffer-Fritz R. Cardiovascular Risk Factors in Childhood and Adolescence. J Clin Med 2022; 11(4): 1136.
6. Heitkamp M, Siegrist M, Molnos S, Brandmaier S, Wahl S, Langhof H, et al. Obesity genes and weight loss during lifestyle intervention in children with obesity. JAMA Pediatr 2021; 175(1): e205142-e.
7. Lourida I, Hannon E, Littlejohns TJ, Langa KM, Hyppönen E, Kuźma E, et al. Association of lifestyle and genetic risk with incidence of dementia. JAMA 2019; 322(5): 430-7.
8. Bahador E, Saber M, Fadakar Davarani MM, Khanjani N, Gohari BH, Safinejad H. The relationship between lifestyle and metabolic evaluation in women with a history of gestational diabetes. J Educ Health Promot 2021; 10: 403.
9. Kasila K, Vainio S, Punna M, Lappalainen P, Lappalainen R, Kaipainen K, et al. Individual differences in processes of lifestyle changes among people with obesity: an acceptance and commitment

- therapy (ACT) intervention in a primary health care setting. *Prim Health Care Res Dev* 2020; 21: e12.
10. Zhao C, Lai L, Zhang L, Cai Z, Ren Z, Shi C, et al. The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: a meta-analysis with trial sequential analysis. *J Psychosom Res* 2021; 140: 110304.
 11. Flaxman PE, Blackledge JT, Bond FW. Acceptance and commitment therapy: Distinctive features. London, UK: R outledge; 2010.
 12. Davoudi M. Investigation of the Effectiveness of Integrated Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Therapeutic Regime on Food Addiction Severity Index, Risky Decision Making and BMI in Adolescent Girls with Over Weight and Obesity. *Clinical and Experimental Psychology* 2021; 7(11): 1-11.
 13. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Psychology c. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76(6): 1083-9.
 14. Navidian A, Abedi M, Baghban I, Fatehizadeh M, Poursharifi H. Reliability and validity of the weight efficacy lifestyle questionnaire in overweight and obese individuals [in Persian]. *Journal of Behavioral Sciences* 2009; 3(3): 217-22.
 15. Nourian L, Aghaei A, Ghorbani M. The efficacy of acceptance and commitment therapy on weight self-efficacy lifestyle in obese women [in Persian]. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 25(123): 159-69.
 16. Guerrini Usubini A, Cattivelli R, Giusti EM, Riboni FV, Varallo G, Pietrabissa G, et al. The ACT your CHANGE study protocol: promoting a healthy lifestyle in patients with obesity with Acceptance and Commitment Therapy—a randomized controlled trial. *Trials* 2021; 22(1): 290.
 17. Kasila K, Vainio S, Punna M, Lappalainen P, Lappalainen R, Kaipainen K, et al. Individual differences in processes of lifestyle changes among people with obesity: an acceptance and commitment therapy (ACT) intervention in a primary health care setting. *Prim Health Care Res Dev* 2020; 21: e12.
 18. Yıldız E. The effects of acceptance and commitment therapy on lifestyle and behavioral changes: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspect Psychiatr Care* 2020; 56(3): 657-90.

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Lifestyle, Quality of Life, and Body Mass Index in Overweight Individuals

Fatemeh Nikbakht¹, Amrollah Ebrahimi², Sayed Ali Kolahdouzan³,
Reza Bagherian-Sararoudi⁴, Mohammad Reza Maracy⁵, Mohamad shayan Kolahdoozan⁶

Original Article

Abstract

Background: Obesity is a global health problem whose psychological components have been emphasized by researchers. This study was conducted to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on lifestyle, quality of life and body mass index in overweight people.

Methods: This study is a clinical trial, based on the entry and exit criteria, 60 people (30 people in the experimental group and 30 people in the control group) were selected from overweight and obese patients who referred to the Iranian Health Clinic in Isfahan. The participants were evaluated in the pre-intervention, post-intervention and follow-up phase with quality of life questionnaire, SF-12, weight-related lifestyle questionnaire (WEL) and body mass index. The subjects of the experimental group received 10 sessions of 1.5 hours' therapeutic intervention based on acceptance and commitment for obesity. Analysis of variance with repeated measures was used to analyze the data.

Findings: The results showed that therapeutic intervention based on acceptance and commitment on the quality of life and related subscales, lifestyle and its subscales ($P < 0.05$). The results also showed that by controlling the effect of gender, age and baseline scores, therapeutic intervention based on acceptance and commitment was also effective on body mass index ($P < 0.05$).

Conclusion: By improving psychological factors, the body mass index as well as the quality and lifestyle of overweight and obese people can be improved.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Lifestyle, Quality of Life, Body Mass Index, Overweight

Citation: Nikbakht F, Ebrahimi A, Kolahdouzan SA, Bagherian-Sararoudi R, Maracy MR, Kolahdoozan MSh. **The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Lifestyle, Quality of Life, and Body Mass Index in Overweight Individuals.** J Isfahan Med Sch 2025; 43(825): 920-5.

1- MSc Student in Health Psychology, Department of Health Psychology School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3- PhD in Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4- Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

5- Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

6- MSc Student of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Isfahan, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Amrollah Ebrahimi, Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir