

نقش اضطراب و افسردگی در ارزیابی موفقیت جراحی اسلیو

* زهرا قنبری^۱، زهرا درویشه^۲، زهره خسروی^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

۲. دانشیار، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

۳. استادیار، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۷/۰۲/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۷/۲۳)

The Role of Anxiety and Depression in The Success of Sleeve Gastrectomy Surgery

* Zahra Ghanbari¹, Zahra Darvizeh², Zohreh Khosravi³

1. PHD student of Alzahra University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor of psychology, Alzahra university, Tehran, Iran.

3. Assistant professor of psychology, Alzahra university, Tehran, Iran

(Received: May. 19, 2018 - Accepted: Oct. 15, 2018)

Abstract

Objective: Between evaluating factors of the success in Sleeve gastrectomy surgery, psychological factors are important because of the personal perception of successful treatment. In this study, the role of anxiety and depression as two common disorders in patients undergoing surgery was investigated. **Method:** The present study is a qualitative study to investigate the phenomenological method of the lived experience of individuals who went thorough Sleeve surgery. Twenty successful or unsuccessful people in weight loss were selected using a homogeneous Sampling method from all of whom went thorough Sleeve surgery one year ago. **Result:** The findings show that preoperative anxiety and depression are more focused on related psychological maladaptation or the defect in social function due to obesity and overweight, but the role and importance of anxiety and depression after surgery was more due to temporary fractures or post-surgical abnormalities such as hair loss, lethargy, oversleeping, and so on. **Conclusion:** Anxiety and depression play important roles in the perception of surgery success so that anxiety and depression give people an emotional feedback about the surgery usefulness. If the surgery resolves obesity-related discomforts, has fewer side effects, one can follow the doctor's instructions after surgery and do not have weight gain, the feeling of anxiety and depression is reduced and the person feels positive about the surgery successful.

Keywords: Anxiety, Depression, Surgery, lived experience, Success.

چکیده

مقدمه: در میان عوامل ارزیابی موفقیت جراحی چاقی اسلیو معده، عوامل روانشناختی به دلیل برداشت شخصی فرد از موفقیت درمان، اهمیت ویژه‌ای دارند. در این پژوهش نقش اضطراب و افسردگی به عنوان دو اختلال شایع در افراد اقدام‌کننده به جراحی اسلیو در ارزیابی موفقیت جراحی بررسی می‌شود. روش: پژوهش حاضر از روش پدیدارشناسی برای مطالعه‌ی کیفی تجربه زیسته‌ی افراد اقدام‌کننده به جراحی اسلیو استفاده کرده است. ۲۰ نفر با روش همگون و به صورت هدفمند از میان افراد موفق و ناموفق در کاهش وزن که یک سال از جراحی اسلیو آنها گذشته بود، به عنوان نمونه انتخاب شدند. یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد که اضطراب و افسردگی قبل از جراحی بیشتر متمرکز بر بدکارکردی‌های روانی یا کارکردهای اجتماعی و نقص به وجود آمده بخاطر اضافه وزن می‌باشد، اما اهمیت اضطراب و افسردگی پس از انجام جراحی بیشتر به علت نقایص یا بدکارکردی‌های مقطعی پس از جراحی نظیر ریزش مو، بی‌حالی، پرخوابی و غیره به وجود آمده است. نتیجه‌گیری: اضطراب و افسردگی نقش مهمی در استنباط موفقیت جراحی و بازخوردی احساسی در مورد مفید بودن جراحی دارند. اگر جراحی ناراحتی‌های مربوط به چاقی را رفع کند، عوارض کمتری داشته باشد، فرد بتواند از دستورات پزشک پس از جراحی پیروی کند و بازگشت وزن نداشته باشد، آنگاه احساس اضطراب و افسردگی فرد کاهش می‌یابد و احساس مثبتی در مورد نتیجه جراحی دارد. واژگان کلیدی: اضطراب، افسردگی، جراحی اسلیو، تجربه زیسته، موفقیت.

*نویسنده مسئول: زهرا قنبری

*Corresponding Author: Zahra Ghanbari

Email: Zahraghanbari.psy@gmail.com

مقدمه

کاهش وزن می‌باشد. اگر چه این روش‌ها موثر است، اما خطرات و هزینه‌های روانی و اقتصادی هنگامی دارند که در صورت عدم توجه کافی می‌توانند اثرات جانبی نامطلوب و بازگشت ناپذیری برای فرد به همراه داشته باشند. در حال حاضر روش‌هایی که به طور گسترده در درمان چاقی مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از روش بای پس معده^۱، جراحی باندینگ (یا لاپاراسکوپی قابل تنظیم معده^۲) و گاسترکتومی آستینی^۳. مطالعات مختلف نشان دهنده‌ی اثربخشی بهتر و عوارض کمتر روش گاسترکتومی آستینی به نسبت سایر روش‌ها در درمان چاقی و حفظ وزن از دست رفته در درازمدت است (هیمنز و همکاران، ۲۰۱۱، گوتینی و همکاران، ۲۰۱۱، یازبک و همکاران، ۲۰۱۲، برند و همکاران، ۲۰۱۲، استروح و همکاران، ۲۰۱۴، کمرون و همکاران، ۲۰۱۵). از آن جایی که میزان اختلالات و الگوهای غذا خوردن پس از عمل یک پارامتر قوی برای پیش‌بینی میزان کاهش وزن در ماه‌های بعد از عمل می‌باشد، می‌توان به این مهم اشاره کرد که اثربخشی تمامی این روش‌ها در دستیابی به هدف از دست دادن وزن اضافی ملزم به پایبندی به یک برنامه مدیریت چند رشته‌ای است. یعنی بررسی و کسب دانش کافی در مورد علل برانگیزاننده موفقیت یا شکست در درمان که شامل عوامل فیزیولوژیایی، اجتماعی و از همه مهمتر روانی می‌باشند.

با توجه به شیوع مساله چاقی و عوارض ناشی از آن در جهان و همچنین در ایران، در سال‌های اخیر تمرکز بر درمان این بیماری افزایش یافته است. مطالعات گسترده، بیماری چاقی را حاصل تعامل عواملی مانند ژن، رفتار و محیط دانسته و آن را پیش‌زمینه بسیاری از بیماری‌های دیگر همچون دیابت، بیماری‌های قلبی و سرطان می‌داند.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که احساسات و شناخت در یک تعامل پیچیده می‌توانند رفتار غذا خوردن را تعیین نمایند (لینهان، ۲۰۱۸؛ کورنلیس و همکاران، ۲۰۱۴). محققان طی سال‌های متمادی انواع روش‌های رایج درمان چاقی و بیماری‌های مرتبط با آن را به طور کلی در اصلاح سبک زندگی (فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی و محدود کردن کالری)، مداخلات روان‌شناسی و مداخلات دارویی ارایه داده‌اند اما متأسفانه این روش‌ها امروزه با موفقیت کم و بیش و یا شکست مواجه شده‌اند و در دستیابی به کاهش وزن در درازمدت موثر نمی‌باشند. به همین دلیل با ظهور درمان‌های جدیدی به نام جراحی‌های چاقی و آشنایی عموم مردم با این مقوله جدید، درخواست برای انجام این روش‌ها در حال افزایش است. در حال حاضر از جراحی به عنوان موثرترین روش برای رسیدن به کاهش وزن نام می‌برند (لی و همکاران، ۲۰۰۵، تسای و همکاران، ۲۰۰۵، ساکس و همکاران، ۲۰۰۹). با این حال باید توجه داشت که جراحی‌ها از سخت‌ترین روش‌های درمانی پزشکی برای

1. Gastric bypass surgery

2. Laparoscopy adjustable gastric banding

3. Sleeve gastrectomy

برنامه‌هایش را برای حفظ وزن ادامه نمی‌دهد و به مرور رفتار پیشین را از سر گرفته و به وزن قبلی باز می‌گردد (کوپر و فیبرن، ۲۰۰۱). شناسایی عواملی که بعد از مداخله کاهش وزن باعث بازگشت وزن می‌شوند از نظر بالینی مهم است، چرا که این عوامل می‌توانند به عنوان عوامل پیش‌بینی کننده بازگشت وزن و برای جلوگیری از عود بیماری کمک کننده باشند (پاسمان و همکاران، ۱۹۹۹). از میان عوامل رفتاری موثر در بازگشت وزن می‌توان به کاهش فعالیت فیزیکی و کاهش پایش خود^۱، میزان خوردن و وزن اشاره کرد. از میان عوامل روان-شناختی پیش‌بینی کننده بازگشت وزن می‌توان به افزایش افسردگی خط پایه، افزایش نمره در زیر مقیاس‌های گرسنگی و عدم بازداری^۲ و کاهش نمره در زیر مقیاس‌های خویشنداری شناختی^۳ مرتبط با رژیم غذایی، ولع پرخوری^۴ (الفهانگ و روسنر، ۲۰۰۵؛ فتاحی، نادری، عسگری واحدی، ۱۳۹۶)، تفکر دو قطبی^۵ (پاسمان، ۱۹۹۹) و انگیزش خودمختار^۶ کمتر، انتظارات بالا و غیر واقع بینانه نسبت به پیامد درمان (تکسیرا و همکاران، ۲۰۰۴، ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۶) و سبک مقابله^۷ ضعیف اشاره کرد (موری و همکاران، ۲۰۱۱).

درمان قطعی چاقی بسیار دشوار است اما کاهش وزن پایدار این گروه از افراد باعث افزایش

بنابراین در حال حاضر گسترده‌ترین و در دسترس‌ترین درمان برای چاقی، درمان‌های روان‌شناختی می‌باشد (وینگ، ۲۰۰۱؛ همینگسون، ۲۰۱۴؛ رنجبر نوشری، بشرپور، حاجلو، نریمانی، ۱۳۹۶). مصاحبه انگیزشی از رویکردهای نوینی است که به تنهایی یا به همراه مکمل درمان‌های دیگر با هدف افزایش انگیزه تغییر در حیطه سلامت بکار می‌رود، وقتی مصاحبه انگیزشی به درمان‌های دیگر اضافه می‌گردد، با گذشت زمان اثر قابل ملاحظه‌ای در تداوم درمان مشاهده می‌شود (بورک، ۲۰۱۱؛ رسنیکو و همکاران، ۲۰۱۴). یک گزینه بالینی دیگر برای درمان چاقی تغییر سبک زندگی می‌باشد (پرستوسکی و پادانیلام، ۲۰۱۵؛ اگر و دیکسون، ۲۰۱۴؛ آگاه هریس، الهام موسوی، جان بزرگی و ایرانی، ۱۳۹۲). بازبینی یافته‌های چند کارآزمایی تصادفی شده که مداخله سبک زندگی را برای چاقی فراهم آوردند، توانستند کاهش‌های کم اما به لحاظ بالینی معنی دار (۹/۱ - ۳/۲ کیلوگرم) را در افراد پدید آورند. این مداخله‌ها در کوتاه مدت موفق، اما در ابقای طولانی مدت کاهش وزن ناموفق بودند (صادقی و همکاران، ۲۰۱۰). در دهه ۱۹۹۰ بیشترین تمرکز را روی درمان‌های شناختی رفتاری گذاشتند ولی مشکل اینجا بود که این درمان اغلب به نتایج دیرپایی منجر نمی‌گردید. بر پایه این رویکرد بیماران به دو دلیل در درمان شکست می‌خورند. نخست آنکه آنان نه به هدف کاهش وزن دست می‌یابند و نه به مزیت‌های مورد انتظار ناشی از دستیابی به آن. دوم آنکه هنگامی که بیمار به هدف و مزیت‌های مورد انتظارش دست می‌یابد

1. Self monitoring
2. Disinhibition
3. Cognitive dietary restraint
4. Binge eating
5. Dichotomous thinking
6. Autonomos motivation
7. Coping

۲۰۰۸ تا ۲۰۱۰ تحت عمل اسلیو معده قرار گرفته بودند با کمک پرسشنامه رفتار خوردن، افسردگی و اضطراب، یک سال قبل و یک سال بعد از عمل مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد که ابعاد روانی بهبود یافته بودند، بیماران احساس گرسنگی کمتری می کردند، توجه کمتری به غذا نشان می دادند و اضطراب کمتری را تجربه می کردند.

در افزایش مجدد وزن پس از عمل جراحی لازم است تا عوامل روانی و اختلالات وابسته همراه با اضافه وزن نیز در نظر گرفته شود (روتلگ، گراس و ساوو، ۲۰۱۱؛ ملرو و همکاران، ۲۰۱۴). برونالت، فرامری، کوئت، دلباچیان و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به پیش بینی تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی، کیفیت جنسی زندگی و احساس راحتی را با مواد غذایی بعد از عمل جراحی چاقی، یک سال پس از عمل جراحی پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که قبل از عمل درجه ی پرخوری و افسردگی پیش بین مهمی برای تغییرات کیفیت زندگی پس از عمل جراحی است. برونالت، جاکوبی، میک نیوس و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که میزان افسردگی بالا، ترس مرضی، حساسیت در روابط بین فردی در کاهش وزن به میزان کم در بیماران پس از انجام عمل اسلیو تاثیر گذار است.

پژوهش های گسترده ای در خصوص بررسی اثر بخشی آن ها در حوزه پزشکی انجام شده و آمار مشخصی از درصد موفقیت و شکست نتایج حاصل از فعل و انفعالات فیزیولوژیایی بدن بعد از جراحی به همگان ارایه

کیفیت زندگی، افزایش طول عمر و بهبودی شایان توجهی در بیماری های همراه چاقی شده است (فردادی و همکاران، ۲۰۱۲). محبوبیت روش گاسترکتومی آستینی در مقایسه با روش بای پس معده و روش باندینگ و دیگر روش های جراحی بخاطر کمترین عوارض و کمترین میزان مرگ و میر می باشد (لاکداوالا و بهاسکر، ۲۰۱۰، کارلین و همکاران، ۲۰۱۳). به طور کلی استفاده از روش گاسترکتومی آستینی به عنوان یک درمان اولیه موثر برای چاقی مرضی به طور فزاینده در سرتاسر جهان رواج یافته است. با این حال شکست در هر روش (جراحی باندینگ، بای پس معده و گاسترکتومی آستینی) می تواند ناشی از فعل و انفعالات در جنبه های رفتاری، روانی و فیزیکی، عدم تبعیت از اقدامات رژیم غذایی، ناراحتی و غیره باشد (استروح و همکاران، ۲۰۱۴، همپنیز و همکاران، ۲۰۰۶). عوامل فیزیولوژیک و روانی در موفقیت درمان جراحی چاقی و همچنین در تفاوت نتایج بعد از عمل موثر و مهم هستند (لوتز و همکاران، ۲۰۱۴). در نتیجه پرداختن به عامل روانشناختی در کاهش وزن افراد اقدام کننده به جراحی گاسترکتومی آستینی می تواند در درک علل عدم موفقیت در حفظ کاهش وزن پس از جراحی بسیار کمک کننده باشد.

ریبر، گیل، ملی، انک، زیپفل و تفل (۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان "ابعاد روانی پس از گاسترکتومی آستینی لاپاروسکوپی: کاهش بار روانی، رفتار خوردن، و نیاز مداوم برای کنترل شناختی غذا خوردن" ۵۹ بیمار زن را که از سال

تجارب زیسته افراد موفق و ناموفق اقدام کننده جراحی لاغری اسلیو، نگاهی عمیق تر به عوامل روانشناختی مانند افسردگی و اضطراب در موفقیت یا شکست افراد اقدام کننده جراحی لاغری اسلیو بیندازد و نقش این عوامل را مشخص نماید.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش کیفی است که از روش پدیدارشناسی جهت بررسی تجربه زیسته افراد اقدام کننده به جراحی اسلیو معده استفاده کرده است. در این پژوهش، ابزار گردآوری اطلاعات شامل ابزار مصاحبه نیمه ساختار یافته و بررسی مستندات فرهنگی و وبلاگ‌های نوشته شده در مورد موضوع بررسی تجارب زیسته افراد موفق و ناموفق اقدام کننده جراحی لاغری اسلیو و همچنین پرسشنامه محقق ساخته جمعیت شناختی بود. برای تهیه مصاحبه نیمه ساختار یافته، ابتدا پژوهش‌گر به جستجوی گسترده‌ای پیرامون تجارب افراد موفق و ناموفق اقدام کننده جراحی لاغری اسلیو در داخل و خارج از ایران پرداخت. مطالعه شواهد پژوهشی، پژوهش‌گر را برای برداشتن گام‌های بعدی، که ایجاد فهرستی از سوالات برای انجام مصاحبه عمقی با شرکت کنندگان پژوهش بود، یاری کرد. سپس پژوهش‌گر فهرستی از محورهای مهم درباره عمل‌های جراحی لاغری موفق و ناموفق تهیه کرد و آن را برای تکمیل و نظرسنجی به چند تن از متخصصان حوزه سلامت روان ارایه نمود. پس از بررسی نظرات متخصصان مذکور پژوهش‌گر

شده است (فیگورا و همکاران، ۲۰۱۵)، اما همچنان جای خالی بررسی این روش‌ها از منظر روانشناسی و اینکه تا چه اندازه عوامل درون روانی در چاقی، انتخاب روش درمانی و دستیابی به نتایج مطلوب تاثیر گذارند، احساس می‌شود (اودگن و همکاران، ۲۰۱۵). مطالب ذکر شده در بالا با تمرکز بر مقوله چاقی، اهمیت و انواع درمان آن و مطالعات انجام شده در این زمینه اطلاعات ارزشمندی را گزارش داده اند ولی باتوجه به گسترده گی و رشد روز افزون درخواست‌ها برای دریافت انواع روش‌های درمانی از سوی مراجعین به کلینیک‌های تغذیه و روانشناختی، مطالعه پژوهش‌ها، تجارب و مشاهدات بالینی که همگی بر پایه ای اطلاعاتی است که اغلب از پژوهش‌های خارجی به دست آمده اند با جای خالی مطالعاتی متناسب با فرهنگ جامعه ایران در این خصوص رو به رو می‌شویم. همچنین با توجه به اینکه تجارب افراد از جراحی به عنوان آخرین و برترین روش درمانی به منظور کاهش وزن، وابسته به فرد و اختصاصی است، با پژوهش کمی نمی‌توان عمیقا به بررسی ابعاد گوناگون درون روانی پرداخت از این رو، پژوهش حاضر به بررسی این مساله از رهگذر مطالعه ی کیفی پرداخته است. پیگیری و شناسایی تجربه زیسته افراد اقدام کننده جراحی اسلیو می‌تواند نقش مهمی در افزایش اثربخشی برنامه‌های کاهش وزن داشته و امکان ارائه برنامه‌های آموزشی جدید کنترل وزن افراد با جراحی اسلیو را فراهم خواهد کرد. با توجه به موارد ذکر شده، پژوهش مورد نظر قصد دارد با بررسی

یافته‌ها

سوال پژوهش به بررسی نقش عوامل روانشناختی اضطراب و افسردگی در موفقیت افراد اقدام کننده به جراحی لاغری اسلیو می‌پردازد. در پاسخ به پرسش فوق به بررسی نقش عوامل روانشناختی نظیر افسردگی، اضطراب در اقدام به عمل جراحی اسلیو و نقش این عوامل در موفقیت و یا عدم موفقیت افراد اقدام کننده پرداخته شد که در این قسمت ارائه می‌گردد.

برای بررسی مصاحبه‌ها از روش کدگذاری استفاده گردید. استفاده از رهیافت کیفی "نظریه زمینه‌ای" شامل انواع سه گانه کدگذاری این امکان را فراهم آورد تا داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها را به مفاهیم، مقوله‌ها و در نهایت مدل نظری تبدیل کنیم و بررسی عوامل تاثیرگذار بر میزان موفقیت افراد اقدام کننده به جراحی لاغری اسلیو را نه با استفاده از نظریه‌های از پیش تعیین شده، بلکه با استفاده از نظریه‌ای حاصل آمده از تجربه بومی مورد بررسی و تحلیل قرار دهیم.

با تعیین مفاهیم و مقولات، وارد مرحله کدگذاری محوری می‌شویم. در این مرحله محقق باید مقولاتی را که در اختیار دارد در نظمی منطقی برای تولید نظریه قرار دهد. اما قبل از این کار لازم است تا مقوله‌ها در پرتو داده‌های واقعی پالایش یابند و ارتباط آنها با یکدیگر مشخص شود.

کدگذاری انتخابی، فرایندی انسجام بخش است که طی آن فرایند، روایت داستان، کشف مقوله مرکزی تحقیق و مرتبط ساختن آن به سایر مقوله‌ها در قالب مدل انجام می‌شود (استراوس و

فهرستی از سوالات مصاحبه عمقی تهیه نمود و با تایید مجدد متخصصان مذکور سوالات مصاحبه عمیق تصویب گردید. پرسشنامه محقق جمعیت شناختی: این پرسشنامه اطلاعاتی را در مورد مشخصات فردی شرکت کنندگان، همچون سن، میزان تحصیلات، تعداد خواهر و برادر، چگونگی پر کردن اوقات فراغت بیمار، انجام درمان های قبلی دارویی و غیر دارویی و غیره کسب می‌کند.

مشارکت کنندگان در این پژوهش شامل کلیه افرادی بودند که تحت عمل جراحی اسلیو قرار گرفتند و پس از گذشت یک سال موفق و یا ناموفق در کاهش وزن بودند. در پژوهش کیفی نمونه کوچک و به صورت هدفمند انتخاب می‌شود. حجم نمونه با استفاده از روش اشباع مشخص شد. یعنی گرفتن مصاحبه تا زمانی انجام گرفت که گرفتن مصاحبه جدید منجر به دریافت اطلاعات جدید نگردد. در این پژوهش نیز نمونه آماری پژوهش شامل تعداد ۲۰ نفر (۱۰ نفر زن و ۱۰ نفر مرد) اقدام کننده جراحی بود و لازم به ذکر است که نمونه گیری تا زمانی که اشباع صورت نگیرد ادامه داشت. روش نمونه‌گیری همگون انتخاب شد. در این روش بررسی دقیق و عمیق افراد با خصوصیات مهم مشترک هدف اصلی است ملاک های ورود به پژوهش شامل گذشت مدت زمان حداقل ۱۲ ماه از انجام عمل جراحی اسلیو معده بود.

، باید به شکلی که سیر داستان نامیده می‌شود، مفهوم‌سازی شود. در غیر این صورت مقوله‌ها فقط به عنوان فهرستی از آیتم‌ها باقی می‌ماند (استراوس و کربین، ۲۰۰۹).

داستان پژوهش حاضر، جداگانه و به تفکیک هر سوال در این قسمت آورده می‌شود. نتایج کدگذاری در جدول ۱ ارائه شده است.

جهت ارائه پاسخ به سوال پژوهش، عوامل روانی مورد بررسی در مصاحبه‌ها در جنبه افسردگی، اضطراب مورد بحث قرار می‌گیرد و همچنین عوامل مسبب یا بیانگر آن‌ها به تفکیک در دوران قبل از عمل و پس از عمل ارائه می‌شود. شایان ذکر است به دلیل اینکه هیچ تفاوتی در کارکردهای مطلوب و نامطلوب روانی بین دو جنس وجود نداشت در این قسمت از ذکر و تفکیک عوامل با توجه به جنسیت خودداری به عمل آمد و در این قسمت فقط به تجارب افراد اقدام کننده به جراحی پرداخته خواهد شد.

کربین، ۲۰۰۹). در کدگذاری انتخابی پژوهشگر توجه خود را به مقولات محوری معطوف می‌کند و در این مرحله، پژوهشگر روایت توصیفی از پدیده مرکزی بیان می‌کند که به آن "داستان" گفته می‌شود.

پارادایم، مفاهیم، شرایط، عمل، و پیامدها را معرفی می‌کند و ارتباط متقابل ساختار و فرایند را نشان می‌دهد؛ در واقع آنچه پارادایم نمی‌تواند انجام دهد، این‌هاست: الف) نمی‌تواند شیوه‌های گوناگون و متغیر و پیچیده و تأثیرگذاری متقابل مقوله‌ها را با شرایط و پدیده‌ها و راهبردها توضیح دهد. ب) نمی‌تواند پاره‌های مختلف را به هم بچسباند و یک تصویر یکپارچه از آنچه در جریان است عرضه کند و ج) نمی‌تواند تأکید کند که خرد و کلان هر دو برای تحلیل اهمیت دارند. به جهت برطرف نمودن این محدودیت‌ها، مرحله کدگذاری انتخابی و یا بیان سیر داستان به تحلیل اضافه می‌گردد. بنابراین بعد از فرایند کدگذاری و نمایان شدن پدیده و مقوله‌های تحقیق، همه این موارد که با هم کاملاً مرتبطند

جدول ۱. نمونه‌ای از کدگذاری باز، طبقات مفهوم سازی شده و مقولات محوری

مفهوم	مقوله فرعی	مقوله محوری
افسردگی، اضطراب	فرد	عوامل علی و زمینه‌ساز
	اطلاعات ناکافی	چالش‌ها و مداخله‌گرها
	عوارض	
رژیم و اعمال محدودیت‌های غذایی جزئی، ورزش و پیاده‌روی	نگرانی‌ها	
	رفتارهای خودمراقبتی	راهبردها و پیامدها
به دست آمدن اطلاعات از روش‌هایی مانند مقاله، سایت، مجله، مشورت با افرادی که این عمل را انجام داده بودند	آگاهی و دانش	

افسردگی

شاخصه‌های قبل از جراحی

خرید لباس: کم بودن تنوع، لباس‌های نامناسب، در دسترس نبودن، ناتوانی در پوشیدن لباس‌های زیبا
((جدا از مسائل ظاهری مواجه شدن با مشکلات عدیده ای مثل خرید لباس و اینکه همه با نگاه تحقیر آمیز به شما نگاه میکند وجود دارد، نمونه زن شماره ۱))

((چاقی به نظرم یک مانع ایه که باعث می شود تو از زیبایی های ظاهری و لذت هایی از قبیل داشتن لباس هایی که داشتنتان را دوست داری و خیلی چیزها های دیگر دور بمانی، نمونه مرد شماره ۶))

((اگر به من بگویند چاقی را تعریف کن آن را برابر با همه بیماری ها میدانم. من در زمان چاقی آرزو داشتم که لباسی را که دلم می خواهد بتوانم تهیه کنم. اما چاقی حتی امکان این کار را هم از من گرفته بود ، نمونه مرد شماره ۴))

فعالیت‌های اجتماعی: گوشه‌گیر شدن، عدم- شرکت در مراسم و جشن‌ها، منزوی شدن، قطع ارتباط کردن، نرفتن به اماکن عمومی نظیر استخر
((همسر من لاغر بود و همیشه وقتی جایی با هم میرفتیم از شون فاصله می‌گرفتم. و خجالت میکشیدم.، نمونه مرد شماره ۱۰))

((من نقطه ضعف خودمو چاقی می دیدم و اعتماد به نفسمو در اجتماع و حتی ارتباط با جنس مخالف از من گرفته بود . جوری که قبلا به هر مشکلی در رابطه خودم با جنس مخالف بر می خوردم علت را در این ضعف می دیدم ، نمونه

زن شماره ۲))

((من از حضور در مهمانی ها و ارتباط با سایرین بسیار پرهیز میکردم . اعتماد به نفس نداشتم و از هر فرصتی برای عدم حضورم استفاده میکردم . خصوصا مهمانی های خانوادگی ، حس ناخوشانید و عذاب آوری برام داشت از اینکه دختر جذابی نیستم و توجه مردی رو نمیتونم به خودم جلب کنم و البته این نکته هم دایما از طرف خانواده ام به من گوشزد میشد، نمونه زن شماره ۱۰))

عزت نفس: مورد قضاوت قرار گرفتن، زیرسوال بردن، اطلاق سست‌عنصر بودن، عدم رضایت از وضعیت ظاهری، مورد سرزنش قرار گرفتن، نامتعارف و متفاوت بودن با بقیه، شوخی کردن بقیه با چاقی و وضعیت ظاهری من

((اون موقع که چاق بودم دورادور حس میکردم که مردم به من می‌خندن و حس ناخوشایندی بود برام. حقارت . عدم اعتماد به نفس . مرگ، نمونه مرد شماره ۵))

((من هیچ جا نمی رفتم. مهمونی و عروسی و هر جای دیگه ای نمیرفتم، نمونه زن شماره ۸))
((من در دوران چاقی احساس اینو داشتم که مرتبا مورد قضاوت بقیه هستم و در مورد صحبت میکنند و اعتماد به نفس حضور در خیلی از جمع ها را نداشتم، نمونه زن شماره ۳))

مشکلات جسمانی: درد در پاها و کمر، ناتوانی در بالا رفتن از پله، زود خسته شدن در پیاده- روی‌ها یا بازار و مسافرت،

((اینقدر چاقی منو اذیت میکرد و هم توان بدنی مو گرفته بود و هم مشکلات جسمانی برام

شل شدن پوست: نیاز به سایر جراحی‌ها برای از بین رفتن این عارضه،

((من از خودم راضی هستم و تنها مشکلی که وجود دارد شل شدن پوست به خاطر کاهش وزنی است که اتفاق می‌فته ، نمونه زن شماره ۱))
 ((راستش دایما به انجام سایر عمل‌های زیبایی مثل لیفتینگ و جراحی پروتز سینه یا لیپوساکشن شکم هم فکر میکنم و اینطور که انگار به کمک اونها ۱۰۰ درصد از شر این چاقی راحت شم، نمونه زن شماره ۱۰))

((من از قبل هم افتادگی پوست به دلیل همان چاقی لاغری‌های مدام داشتم ولی الان حس میکنم شاید جراحی راحت تر بتونه به من کمک کنه . انگار یک مدل تفکر وسواسی برام پیش اومده که با جراحی‌ها بهتر میتونم اون اندامی که دوششون دارم و بسازم ، نمونه زن شماره ۱۰))

((تغییر ظاهری در نتیجه عمل که در من اتفاق افتاد خیلی خوب بود اما این عمل باعث شل شدن پوست میشه و باعث میشه بعد عمل فرد به یک جراحی پلاستیک احتیاج پیدا کنه، نمونه زن شماره ۵))

ریزش مو: حتی برخی از پزشکان نیز به این مورد اشاره داشته‌اند

((استرس زیادی برای ریزش موی زیادی که به خاطر انجام عمل افتاده بود داشتم. چون نزدیک به مراسم ازدوادم این عمل را انجام داده بودم ، نمونه زن شماره ۱))

((من همیشه ریزش مو داشتم به لحاظ ژنتیکی و اینکه میگفتند بعد از عمل یکی از عوارش هم اینه خیلی مو میترسوند و البته بعد جراحی هم با

داشت تا جایی که در رابطه زناشویی ام هم دچار مشکل شده بودم، نمونه مرد شماره ۹))

((من حدود ۱۷۰ کیلوگرم وزن داشتم و در اواخر مشکل زانو هم پیدا کرده بودم و هرچی که گذشت چاقی حرکت و شادابی را از من گرفته بودم و احساس میکردم فرد چاق عمر کوتاهی دارد، نمونه مرد شماره ۱))

((چاقی و اضافه وزن مشکلاتی برای سلامتی من ایجاد کرده بود و من تنها ذهنیتی که به بعد از عمل داشتم بازگشت سلامتی بدنی من بود، نمونه زن شماره ۵))

شاخصه‌های پس از جراحی
 از بین رفتن لذت خوردن: عدم توانایی فرد در خوردن و کسب لذت، حجم کم موارد خورده شده حتی میوه‌های مورد علاقه

((راستش یکی از مشکلات من بعد عمل این بود که به سیگار رو اوردم چون نمیتونم غذا بخورم و ترس از معده درد شروع کردم به سیگار کشیدن، نمونه مرد شماره ۹))

((چون بزرگترین تفریح افراد چاق به نظر من خوردن است و من بعد عمل نمیتوانستم بخورم و این باعث می شد انرژی بدنم کم شود و هم احساس میکردم همه تفریحاتی که داشتم از من گرفته شده بود و همین مسئله باعث شده بود یک مقدار حالت افسردگی داشته باشم، نمونه زن شماره ۱))

((مهم ترین چیزی که ذهن منو درگیر کرده بود زجر نخوردن بود. اما با توجه به تغییرات ظاهری که قرار بود رخ بده با این مسئله کنار آمده بودم ، نمونه مرد شماره ۳))

عوارض جسمانی: حالت تهوع، بی‌حالی، سستی، از هوش رفتن، عدم توانایی خوردن آب به اندازه کافی برای مدتی

((من حتی تا وزن ۴۷ کیلوگرم کاهش داشتم اما به دلیل ترس از برگشت چاقی خیلی مراقبت های زیادی داشتم که همین عامل باعث شد که من با بعضی مشکلات جسمی مثل از حال رفتن رو به رو بشم. همین مسئله باعث شد که پزشک به من توضیح بدهد که بعضی موارد که ممنوع بودن برای خوردن را استفاده کنم تا وزنم مقداری افزایش پیدا کند، نمونه زن شماره ۵))

((الانم احساس ضعف خیلی شدید میکنم و خیلی کم حوصله هستم و نمیتونم خیلی کار کنم ، نمونه زن شماره ۹))

دوره نقاهت طولانی: در خانه ماندن طولانی، کم کردن میزان ساعات کاری، کم کردن میزان فعالیت‌های مفید

((من بعد از عمل گریه میکردم و من حتی بعد عمل فکر میکردم که اون حجم از معده ای که دراوردن رو دوباره میشه سرجاش گذاشت و حتی از دکترم خواستم دوباره معده مو بزاره سرجاش و این خیلی افسرده ام کرده بود و دلم نمیخواست از خونه بیرون برم . همش میخوابیدم و یا گریه میکردم . حس میکردم هر چی استراحت میکنم بازم کمه و دایما حالت تهوع داشتم، نمونه زن شماره ۹))

((به خاطر این کاهش وزن تا حدی عصبی شده بودم، بی حوصله بودم . انگار روزها کش میومدند و من همش دلم میخواست بخوابم . به نظرم خیلی طول کشید تا من نقاهت بعد از عمل

این ریپش شدید رو به رو شدم که تونستم کنترلش کنم ولی به شدت منو نگران کرده بود و شاید پیشمون ، نمونه زن شماره ۱۰))

داشتن صدای معده: آزاردهنده عنوان شد و گاها فرد مجبور بوده برای این صدا به مخاطب یا اطرافیانش توضیح بدهد

((شکم قار و قور زیادی میکنه که اوایل فکر میکردم به دلیل گرسنگی ولی بعدها متوجه شدم دایما همراه منه و این موندن در جمع و سکوت را خیلی سخت میکنه و شروع کردم به دارو درمانی، نمونه زن شماره ۱۰))

((مواردی که من را اذیت میکرد افتادگی پوست و صداهایی بود که از شکم من به خاطر انجام این عمل می آمد ، بود این که به خطر این اتفاقات مجبور بودم حتی گاهی به افرادی علت این اتفاق را توضیح بدهم خیلی من را اذیت می کرد ، نمونه زن شماره ۶))

مطلوب نبودن میزان کاهش وزن: داشتن جراحی برای سایر بیماری‌ها،

((من در مقایسه با اطرفیانم که این عمل را انجام دادند کاهش وزن کمتری داشتم که با مشاوره ای که با پزشکم انجام دادم علت آن را جراحی میدانست که بعد از این عمل انجام دادم و مربوط به یکی از بیماری هایم بود و عاملی شد که این کاهش وزن در من متوقف شود، نمونه زن شماره ۴))

((چون کاهش وزن زیادی نداشتم این عمل به لحاظ ظاهرکاملا برای من رضایت بخش نبود . چون هنوز در برخی از نواحی مثل شکم و پهلو چربی های اضافه دارم ، نمونه زن شماره ۴))

با هم دوست هستیم تغییر واضحی داشته این بوده که هممون میل جنسیمون کم شده. نمیدونم چرا چون با اینکه وقتی وزن کاهش پیدا می کنه و اندام مناسب تر میشه باید افزایش پیدا کنه ولی برعکس کاهش پیدا کرد، نمونه زن شماره ۸))

اضطراب

شاخصه‌های قبل از جراحی

اضطراب سلامتی: مرتبط بودن چاقی با بسیاری از بیماری‌ها، مرگ زودرس، خانه‌نشینی و تداوم مشکلات جسمانی در صورت تداوم افزایش وزن، مساوی دانستن چاقی با تمامی امراض و بیماری‌ها

((من هزار تا مشکل جسمی داشتم. نمیتونستم راه برم و کمر درد داشتم، مرگ دو قدمی من بود انگار، نمونه زن شماره ۸))

((چاقی خیلی آزار دهنده شده و به سلامتی جسمی من آسیب زده بود، نمونه مرد شماره ۳))

((همچنین من فردی بودم که در سن پایین به دلیل چاقی با بیماری‌هایی مثل زانو درد روبه رو شده بودم و همچنین با ذهنیتی که داشتم و دیده بودم که هیچ فرد مسنی چاق نیست و چاقی عمر کوتاهی را به همراه دارد، نمونه زن شماره ۱))

اضطراب مجرد ماندن یا طرد: عدم تمایل دختران و پسران مجرد به برقراری ارتباط با افراد چاق، منع و نقص در برقراری ارتباط با جنس مخالف

((زندگی فرد چاق زندگی خیلی سختی هست که مرتباً هم توسط افراد دیگر مورد قضاوت قرار می‌گیری و هیچ اتفاقی مطلوب فرد

را بگذروم و بیشتر هم به خاطر این بود که نمیتونستم خوب غذا بخورم و بی حال شده بودم، نمونه زن شماره ۵))

از کار افتادگی: به دلیل کمبود ویتامین و مواد غذایی دریافتی فرد دچار رخوت می‌شود و حجم فعالیت‌های مفید او کاهش می‌یابد:

((بعد از عمل همش خواب بودم تا چندماه، نمونه زن شماره ۷))

((اما تنها مواردی که من را اذیت میکرد افتادگی پوست و صداهایی بود که از شکم من به خاطر انجام این عمل می آمد، بود این که به خطر این اتفاقات مجبور بودم حتی گاهی به افرادی علت این اتفاق را توضیح بدهم خیلی من را اذیت می کرد، نمونه زن شماره ۶))

کاهش میل جنسی: یکی از مواردی که صرفاً در جنس و در مورد از مصاحبه‌ها گزارش شده است این است که زنان پس از انجام این عمل به شدت دچار افت و کاهش میل جنسی شده‌اند که با باور و انتظار آن‌ها در تضاد می‌باشد؛ همچنین این میزان افت و کاهش میل جنسی در یکی از زنان تا حدی گزارش شده بود که به همسرش اجازه برای ازدواج دوم را نیز داده بود.

((در کل با توجه به مشکلی که برای خانم پیش اومد روی روحیه و جسمش و از لحاظ جنسی خیلی روی اشون تاثیر گذاشت که بزرگترین مشکل ما الآن همین است. که این بنده خدا بارها به من گفته که شما میتونید زن دیگه ای بگیرید، همراه نمونه مرد شماره ۱۰))

((چیزی که قبل از عمل و بعد از عمل در من و بقیه ی افرادی که همزمان با من عمل کردند و

شده ۴-۵ کیلو اضافه کنم و راستش این روزها کمی عصبانی و افسرده ام، نمونه زن شماره ۱۰)) (من ابتدا به وزنی که ایده آلم بود رسیدم. اما بعد از مدتی مقداری از اضافه وزن من دوباره برگشت داشت. دلیل آن هم این بود که من نتوانستم به طور کامل ممنوعیت هایی که پزشک به من توصیه کرده بود رعایت کنم. فقط عامل بازدارنده ای وجود داشت که باعث می شد میل زیادی به خوردن نداشته باشم، نمونه مرد شماره ۳))

شاخصه های پس از جراحی

ریزش مو: نزدیک بودن به مراسم ازدواج و ترس از تداوم آن

((در دوران بعد از جراحی و ریزش موی شدیدی که بوجود آمد اینقدر ترسیدم که حس کردم دیگه هیچ کنترل و درمانی روی موهام ندارم و این عارضه گریبانمو گرفته. به این فکر میکردم که حالا لاغر شدم ولی با کم مویی چه کنم، نمونه زن شماره ۱۰))

((فقط کمی ریزش مو داشتم که نگرانم کرد و عارضه ی جدیدی بود که باهش روبه رو شدم، نمونه مرد شماره ۶))

مشکلات جسمانی: افت فشار مداوم به دلیل حجم کم غذای دریافتی، آسیب به کلیه به دلیل کمی حجم مایعات نوشیده شده

((دایما حالت تهوع داشتم و الان همچنان در اب خوردن من دچار مشکل هستم. میترسم کلیه هام دچار مشکل بشه. راستش خیلی وقته نمیتونم عطشمو کاهش بدم و این با من مونده. عطش دارم، نمونه زن شماره ۹))

رخ نمی دهد. عدم اعتماد به نفس. عدم رضایت از خود، نمونه زن شماره ۳))

((وقتی که چاقی دیگران دایما در حال سرزنش و تمسخر و قضاوت هستند ولی اونهمه توجه به زمان لاغری نمیدن و انگار ادم ها فقط منتظرند تا از نقاط منفی و ضعف سواستفاده کنند و اونو به رخ بکشن. انگار فقط دخترای لاغر خواستنی هستند و براشون خواستگار میاد نه چاق ها، نمونه زن شماره ۱۰))

عصبی بودن: تفاوت من آرمانی و من واقعی، ناتوانی در انجام خواسته های معقول

((آدم چاق انسان پرخوربست. و همه ی چیزهایی که همه در مورد چاقی می گویند مثل گوشه گیری. عدم اعتماد به نفس. عدم رضایت. خجالت درست است، نمونه زن شماره ۷))

((جدا از مسائل ظاهری مواجه شدن با مشکلات عدیده ای مثل خرید لباس و اینکه همه با نگاه تحقیر آمیز به شما نگاه میکنند وجود دارد، انگار میخوان بگن تو یه بی عرضه ی بی اراده ای نمونه زن شماره ۱))

((حس من نسبت به یک فرد چاق حس ناهنجاری و نامتعارف بودن و زشتی است و احساس میکنم این شخص، فرد بی اراده ای است و اجتماع به این فرد نگاه جالبی ندارد، نمونه مرد شماره ۱))

بازگشت وزن: خوردن مواد غذایی کم حجم اما پرکالری نظیر شکلات، باز شدن و بزرگ شدن معده در گذر زمان،

((الان نمیتونم زیاد غذا بخورم بنابراین رفتم سراغ مواد پر کالری بدون ارزش غذایی که باعث

به عنوان یک یافته کلی از این قسمت می‌توان اذعان نمود که اضطراب و افسردگی قبل از جراحی بیشتر متمرکز بر بدکارکردی‌های روانی مرتبط یا کارکردهای اجتماعی و نقص به وجود آمده در آن به علت چاقی و اضافه وزن می‌باشد؛ اما نقش و اهمیت کارکردهای روانی پس از انجام جراحی بیشتر به علت نقایص یا بدکارکردی‌های مقطعی پس از جراحی نظیر ریزش مو، بی‌حالی، پرخوابی و غیره به وجود آمده است که در گذر زمان و با بررسی مصاحبه‌ها مشخص شد که میزان این عوارض جسمی رو به کاهش می‌رود. نکته بسیار مهم و حائز اهمیت در این زمینه ذکر این موضوع است حتی با در نظر گرفتن عوارض جسمانی مذکور، ملاک افراد برای موفقیت یا عدم موفقیت این جراحی میزان کاهش وزن به وقوع پیوسته است؛ یعنی حتی افرادی که در ابتدا با عوارض این جراحی بسیار دست به گریبان بوده‌اند اکنون و با مشاهده نتیجه حاصله، این جراحی را مثمر ثمر می‌دانند و خودشان را فردی موفق یا نسبتاً موفق قلمداد می‌کنند.

نتیجه‌گیری و بحث

همانطور که در قسمت نتایج عنوان شد می‌توان اذعان نمود که عوامل روانی قبل از جراحی بیشتر متمرکز بر نگرانی‌های و ناراحتی‌های مربوط به چاقی و اضافه وزن بود در حالی که پس از جراحی این نگرانی و ناراحتی‌ها بیشتر متمرکز بر عوارض جراحی نظیر ریزش مو، بی‌حالی، پرخوابی و غیره به وجود آمده است که در گذر زمان و با بررسی مصاحبه‌ها مشخص شد که

((انتظار داشتم که تغییری که در اشتها من ایجاد شده بود ثابت باقی بماند. اما هیچ کدام از این تغییرات پایدار نبود. بیشتر غذا خوردن با حجم بالا برام سخت شده بود که باعث میشد کلافه بشم از اینکه نمیتونم غذا بخورم. حتی اوایلش اب خوردن هم خیلی سخت و بد مزه بود برام. نمیتونستم یک جرعه راحت اب بخورم، نمونه مرد شماره ۴))

بازگشت وزن: بیشتر شدن میزان اشتها نسبت به اوایل انجام عمل، عدم مشورت درست پزشک در مورد ممنوعیت‌ها و رفتارهای خودمراقبتی

((مشکلات جسمانی زیادی که داشتم تقریباً برام حل شد البته دوباره وزنم شروع به بالا رفتن کرده و این داره دوباره منو نگران میکنه. انتظار داشتم لاغر شم که شدم ولی این اضافه وزن دوباره نمیدونم از کجا داره میاد دوباره، الان دوباره دارم چاق میشم و اینو دوست ندارم و فکر نمی‌کردم که دوباره ممکنه اضافه وزنی اتفاق بیفته. راستش یکی از مشکلات من بعد عمل این بود که به سیگار رو اوردم چون نمیتونم غذا بخورم و ترس از معده درد شروع کردم به سیگار کشیدن، نمونه مرد شماره ۹))

((من ابتدا به وزنی که ایده آلم بود رسیدم. اما بعد از مدتی مقداری از اضافه وزن من دوباره برگشت داشت. دلیل آن هم این بود که من نتوانستم به طور کامل ممنوعیت‌هایی که پزشک به من توصیه کرده بود رعایت کنم. فقط عامل بازدارنده‌ای وجود داشت که باعث می‌شد میل زیادی به خوردن نداشته باشم. نمونه مرد شماره ۳))

کند، نظریه ای که می تواند چنین دریافت قالبی و ساختاریافته ای را تبیین نماید، طرحواره هاست، در نظریه ی طرحواره ها همانطور که توسط یانگ اشاره می شود طرحواره ها «بطور کلی به عنوان ساختار، قالب یا چارچوب تعریف می شود. در حوزه رشد شناختی طرحواره را قالبی در نظر می گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند» (یانگ، ۱۳۸۶، ص ۲۹). در نتیجه می توان عنوان نمود که چاقی و اضافه وزن در افراد پردازش شناختی فرد را به گونه ای تغییر می دهد که نتیجه ی آن کاهش عزت نفس و افسردگی است و سپس این عزت نفس و افسردگی خود به عنوان مانعی برای هرگونه اقدام مستمر و طولانی مدت مانند رژیم و ورزش و تمام جایگزین های جراحی عمل می کند، در نتیجه انگیزه ی درونی فرد برای هرگونه اقدامی در جهت رفع چاقی و اضافه وزن نمی تواند راه انداز اقدامات جدی باشد در واقع در بسیاری موارد اقدام خوردن در پاسخ به ناکامی های زندگی از جمله ناکامی در کاهش وزن اتفاق می افتد، چرخه ی معیوبی که خارج شدن از آن در اینجا توسط جراحی اتفاق افتاده است. با این حال خروج از این چرخه می تواند از طریق تغییر شناختی و افزایش انگیزه توسط درمانی شناختی مانند طرحواره درمانی اتفاق بیفتد.

مسئله ی دیگر در افراد چاق یا دارای اضافه وزن اضطراب است. همانطور که در مصاحبات نیز افراد بدان اشاره کردند. نگرانی قضاوت شدن همیشه موجب اضطراب حضور در موقعیت های

میزان این عوارض جسمی رو به کاهش می رود و در نتیجه کم کم ناراحتی های فرد نیز رنگ می بازد و جای خود را به خشنودی از انجام عمل می دهد.

به عبارت دیگر افسردگی و اضطراب پیش از جراحی بیشتر مبتنی بر نگرانی های ظاهری و قضاوت دیگران بود که این موارد موجب ناتوانی فرد در عملکرد اجتماعی مورد قبول خود و در نتیجه کاهش عزت نفس و افسردگی می شد همانطور که در ((من نقطه ضعف خودمو چاقی می دیدم و اعتماد به نفسمو در اجتماع و حتی ارتباط با جنس مخالف از من گرفته بود. جوری که قبلا به هر مشکلی در رابطه خودم با جنس مخالف بر می خوردم علت را در این ضعف می دیدم، نمونه زن شماره ۲)) و ((من در دوران چاقی احساس اینو داشتم که مرتبا مورد قضاوت بقیه هستم و در مورد صحبت میکنند و اعتماد به نفس حضور در خیلی از جمع ها را نداشتم، نمونه زن شماره ۳)) مشاهده می شود. در واقع افراد چاق ۵ برابر بیشتر احتمال دارد دچار علائم افسردگی عمده شوند (فریدمن و همکاران، ۱۹۹۵). همانطور که ملاحظه می شود چاقی و اضافه وزن فرد را در وضعیتی قرار می دهد که بازخوردهای دیگران را صرفا از این لنز می بیند و سابقه ی رفتارهای دیگران در اجتماع و احیانا تمسخر و خندیدن که آزمودنی ها به آن اشاره کردند به شکلی ذهنیات فرد را تغییر داده اند که حتی اگر در جایی تمرکز بر اضافه وزن و چاقی فرد نباشد فرد ادراکی از وضعیت دارد که آن را در راستای چاقی و اضافه وزن خود تفسیر می

که بین چاقی و سلامتی و حتی مرگ در مصاحبه شوندگان به آن اشاره شد نکته ی مهمی دارد به طوری که در مطالعات متعدد مشخص شده که مداخلات جراحی منجر به کاهش قابل توجهی از بیماری های همراه مرتبط با چاقی از جمله دیابت نوع ۲؛ سندرم متابولیک و تنظیم میزان مرگ و میر در دراز مدت می انجامد (کولینز و همکاران، ۲۰۰۸، اوبرین و همکاران، ۲۰۰۶، اسجاستروم و همکاران؛ ۲۰۰۷). از نظر تکاملی انسان برای بقا تلاش می کند و بقا با حیات جسمانی مشخص می شود، هرگاه حیات جسمانی انسان مورد تهدید قرار گیرد اضطراب نشانه ای است که او را هشیار می کند تا برای جلوگیری از صدمه ی و مرگ احتمالی چاره ای بیندیشد، اضطراب ناشی از اضطراب در واقع پاسخی انطباقی برای محافظت از حیات جسمانی است. نگرانی های ذکر شده توسط آزمودنی ها، مبنی بر ناتوانی در حضور در موقعیت های اجتماعی، عدم حضور به دلیل تمسخر، مجرد ماندن، طرد شدن و در نهایت مرگ تماما نشانه هایی بر وجود اضطراب تنهایی و مرگ است. بر اساس دیدگاه وجودی یالوم (۱۳۸۹) اصلی ترین منشا اختلال های آدمی نه آنگونه که فروید به آن اشاره کرده است غریز سرکوب شده جنسی یا پرخاشگری اند بلکه این اضطراب پنهان مرگ است که همیشه و همه جا همراه انسان هاست. اینکه در مورد افرادی که دچار مشکلات سلامتی هستند این اضطراب شدیدتر است مسئله ای کاملا قابل فهم است، هرچقدر که بیشتر سلامتی فرد به خطر بیفتد و انسان متمرکز بر موضوع سلامت خود شود بیشتر

اجتماعی و اضطراب هنگام پرخوری بود که موجب کناره گیری از موقعیت هایی که مورد قضاوت قرار می گرفتند شد. در این راستا می توان به ((زندگی فرد چاق زندگی خیلی سختی هست که مرتبا هم توسط افراد دیگر مورد قضاوت قرار میگیری و هیچ اتفاقی مطلوب فرد رخ نمی دهد. عدم اعتماد به نفس. عدم رضایت از خود، نمونه زن شماره ۳))

((همچنین من فردی بودم که در سن پایین به دلیل چاقی با بیماری هایی مثل زانو درد روبه رو شده بودم و همچنین با ذهنیتی که داشتم و دیده بودم که هیچ فرد مسنی چاق نیست و چاقی عمر کوتاهی را به همراه دارد، نمونه زن شماره ۱))

((وقتی که چاقی دیگران دایما در حال سرزنش و تمسخر و قضاوت هستند ولی اونهمه توجه به زمان لاغری نمیدن و انگار ادم ها فقط منتظرند تا از نقاط منفی و ضعف سواستفاده کنند و اونو به رخ بکشن. انگار فقط دخترای لاغر خواستنی هستند و براشون خواستگار میاد نه چاق ها، نمونه زن شماره ۱۰))

((من هزار تا مشکل جسمی داشتم. نمیتونستم راه برم و کمر درد داشتم، مرگ دو قدمی من بود انگار، نمونه زن شماره ۸))

در موارد گفته شده توسط مصاحبه شوندگان میتوان اضطراب طرد شدن، تنها ماندن، عدم حضور در موقعیت های اجتماعی و در صورت حضور اضطراب مورد قضاوت قرار گرفتن و دلخواه نبودن و مهم تر از همه اضطراب مرگ را مشاهده کرد. وجود اضافه وزن و چاقی هر دو نشانه های مهمی برای سلامتی دارند و ارتباطی

وزن خواهد شد. عدم دلبستگی ایمن منجر به بروز هیجان‌های منفی در افراد می‌شود. ناتوانی در کنترل هیجان‌های منفی، منجر به استفاده از راهبردهای نامطلوب هیجانی همچون پرخوری می‌شود. عدم دلبستگی ایمن هم می‌تواند در بی‌نظمی هیجان‌ها، موثر بوده و هم به عنوان عاملی در ابتلا به اختلالات خوردن، نقش اثرگذاری ایفا کند (زاگریسونو اسکاردرود، ۲۰۱۰). براین اساس درمان مبتنی بر دلبستگی به تعدیل هیجانی و در نتیجه به تنظیم راهبردهای نامطلوب هیجانی (پرخوری) کمک می‌کند ولی عملاً کمکی به درمان چاقی نمی‌کند و بیشتر نقش پیش‌گیری دارد (دشت بزرگی، ۱۳۹۴). نکته ای که می‌توان از این گزارشات برداشت کرد این است که نمی‌توان چاقی را به طور قطعی پیش فرض اختلالات روانی مانند افسردگی دانست بلکه بسیار محتمل است که چاقی خود نتیجه ی افسردگی و اضطراب باشد و به عنوان نوعی تنظیم هیجان ناسازگارانه در مقابله با افسردگی و اضطراب بروز پیدا کند. بنابراین با توجه به اینکه سبک های دلبستگی که اشاره شد در تنظیم هیجانی نقش دارند در دوران کودکی شکل می‌گیرند اینگونه بهتر می‌توان تعامل اختلالات روانی و چاقی را توضیح داد که پیش از چاقی مشکلات هیجانی وجود دارد که این مشکلات به شکل بدتنظیمی هیجانی بروز میکند و راهکار مقابله ای ناسازگارانه ی خوردن را ماشه چکانی می‌کند. این راهکار ناسازگارانه تقویت می‌شود اما همچنان اضطراب و افسردگی وجود دارد. با این حال با وجود اینکه اضطراب و افسردگی

دچار اضطراب مرگ خواهد شد. مورد دیگر اضطراب طرد و تنهایی است که باز می‌توان در رویکرد وجودی در جست و جوی پاسخی برای اینگونه اضطراب گشت. همانطور که یالوم (۱۳۸۹) بدان اشاره می‌کند تنهایی به شکل دیگری مرگ را پیش چشم می‌آورد و در نتیجه اضطراب مرگ را بر می‌انگیزد. تنهایی یعنی هیچ‌کسی نیست که از ما مراقبت کند و یا در موارد نیاز به دامن برسد. وجود اضطراب و افسردگی در اکثر افرادی که مورد مصاحبه قرار گرفتند مورد تایید قرار گرفت که این مسئله با یافته‌های دیگر که حاکی از شیوع بالای بیماری‌های روانی در افراد چاق؛ به ویژه اختلالات خلقی؛ اضطراب و عزت نفس پایین دارد (سرور و همکاران، ۲۰۰۸) هماهنگ است. افسردگی و اضطراب در افراد چاق هر دو حاصل شناخت های ناکارآمد، احساس طرد، تنهایی و دغدغه‌های وجودی اند. با این حال نکته ی دیگر این است که شرکت کنندگان گزارش کردند که تجربه دوره‌های افسردگی داشته‌اند از نوجوانی تا اکنون؛ و همچنین سه نفر از زنان اقدام‌کننده به این عمل، اختلال پرخوری عصبی را در دوره‌هایی از زندگی تجربه کرده‌اند. همچنین یکی از الگوهای رفتاری نامطلوب که بسیاری از افراد آن را گزارش کرده‌اند خوردن هیجانی بود که مشخص است به عنوان دفاعی در برابر حالات روحی و هیجانی نامطلوب و ناخوشایند رخ می‌دهد و موجب افزایش وزن افراد می‌شود؛ همچنین اختلال پرخوری عصبی که با ورود میزان بسیاری از مواد غذایی به معده همراه است مسلماً موجب افزایش

کننده از ۱۰ بیمارستان آمریکا با پرسشنامه افسردگی بک قبل از عمل و حداقل یک پیگیری ظرف مدت سه سال پس از عمل انجام شد. مشخص شد ۴۰٪ افسردگی قبل از عمل جراحی گزارش شده بود، در حالی که ۲۸٪ علائم افسردگی خفیف و ۵٪ علائم افسردگی متوسط یا شدید پس از عمل گزارش شد. نسبت کاهش نشانه‌های افسردگی کمتر از ۱۰٪ در سال اول بعد از عمل جراحی بود، اما به ۱۶ درصد در سه سال افزایش یافت. الگوی مشابهی از تغییر در نشانه‌های افسردگی در طول زمان توسط (بورگمر و همکاران، ۲۰۱۴) گزارش شد. همچنین در مطالعه دیگری مشخص شد که بیماران دچار اختلالات افسردگی و اضطراب تحت جراحی اسلیو؛ بعد از عمل به دلیل در دست گرفتن کنترل وزن کاهش افسردگی؛ اضطراب و همینطور کاهش فشار خون را گزارش کردند (لوا و مورتون، ۲۰۱۳). در موارد ذکر شده همانطور که نشان داده شده است تصویر بدن نقشی اساسی بازی می‌کند. از آن جا که فرد پیش از عمل قادر به انتخاب لباس های مورد علاقه ی خود نیست، از اندام خود راضی نیست و آن را مایه ی حقارت خود و تمسخر دیگران می‌داند که در جملات ((چاقی به نظرم یک مانع ایه که باعث می‌شود تو از زیبایی های ظاهری و لذت هایی از قبیل داشتن لباس هایی که داشتنتان را دوست داری و خیلی چیزها های دیگر دور بمانی، نمونه مرد شماره ۶)) و یا ((من بازیگر هستم و اندامم خیلی تو کارم مهمه و فقط به این فکر میکردم که لاغرتر شدم و موفقیت کاری بیشتری پیدا میکنم، وقتی با همکارانم

ظاهری ممکن است زمانی با توجه به تغییر شرایط زندگی وجود نداشته باشد اما حالا چاقی حاصل از پرخوری های عصبی خود به عامل برای اضطراب و افسردگی تبدیل می‌شود و این چرخه بدین شکل کامل می‌گردد که اضطراب و افسردگی پاسخ قدیمی به هیجانات یعنی پرخوری عصبی را فرا می‌خواند.

با توجه به اینکه بسیاری از مصاحبه کنندگان به این نکته اشاره کردند که چاقی و اضافه وزنشان باعث نگرانی و افسردگی آن هاست در نتیجه انتظار دارند که پس از جراحی این اضطراب و افسردگی نیز با چاقی از بین برود. تغییر عقاید و نگرش های این افراد از ((چاقی اونقدر برام سخت و آزار دهنده بود که ترجیح میدادم زودتر از شرش خلاص بشم و حالا هر اتفاقی که میخاد بیفته مهم نبود. حس میکردم باقی ادمها بدون توجه به سایر موفقیت های من تا ظاهرمو مبینن میگن چه ادم بی تعهدی یا چه بی عرضه . این عصبیم میکرد، نمونه مرد شماره ۹)) احساس تولد دوباره که در دو مورد گزارش شد نشان دهنده ی همین انتظار آن هاست. در اکثر موارد فرد پس از عمل خود را جذاب، خوش تیپ و خوش پوش و دارای اعتماد به نفس و اجتماعی توصیف می‌کردند. در واقع این افراد پس از انجام جراحی مشتاقانه در مراسم و جمع‌های دوستی و خانوادگی شرکت می‌کردند و میزان روابط اجتماعی آنان بسیار افزایش یافته بود. مطالعات مختلف نشان می‌دهند که عمل جراحی چاقی باعث کاهش افسردگی در اقدام کنندگان می‌شود. برای مثال در یک مطالعه شامل ۲۱۴۸ شرکت

بودم و غذا میخوردم همه منو سرزنش میکردن که غذا زیاد میخوری و دلم میخاست اصلا نتونم غذا بخورم. همش شرمنده بودم و باید خودمو کنترل میکردم پیششون، نمونه زن شماره ۹)) و ((اون موقع که چاق بودم دورادور حس میکردم که مردم به من میخندن و حس ناخوشایندی بود برام. حقارت. عدم اعتماد به نفس. مرگ، نمونه مرد شماره ۵)) نشان داده شده است. جراحی چاقی راهی است که از طریق آن با کاهش وزن و بدست آوردن اندام متناسب این موارد دیگر مسئله نیست و فرد می تواند به آرزوی داشتن اندامی مناسب برسد در نتیجه افسردگی و اضطراب ناشی از تصویر بدن فروکش می کند. در نتیجه بین نارضایتی تصویر بدن معمولا با افسردگی رابطه معنی دار وجود دارد (کالارچیان و همکاران؛ ۲۰۰۲ و وادن و همکاران، ۱۹۹۵). مشکلات جسمانی نیز یکی از مواردی است که در افسردگی پیش از جراحی نقش دارد مانند ((من حدود ۱۷۰ کیلوگرم وزن داشتم و در اواخر مشکل زانو هم پیدا کرده بودم و هرچی که گذشت چاقی حرکت و شادابی را از من گرفته بودم و احساس میکردم فرد چاق عمر کوتاهی دارد، نمونه مرد شماره ۱)) با این حال به شکل مشابهی از بین رفتن ناتوانایی های جسمانی پس از عمل در بهبود فرد از افسردگی مرتبط با مشکلات جسمانی مربوط به چاقی بسیار موثر است. با این حال پس از جراحی با وجود کاهش افسردگی و اضطراب مربوط به چاقی، افسردگی و اضطراب مربوط به عوارض پس از جراحی جای آن را گرفت که تا مدت کوتاهی این مشکل در آن ها مانع لذت

بردن و خوشحال بودن از نتایج جراحی شد. اما پس از گذشت مدت زمان بیشتر این مشکلات نیز رفع و میزان افسردگی به میزان زیادی کاهش یافت و رضایت و خوشحالی جای آن ها را گرفت، که این مسئله در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است به طوری که جراحی چاقی ممکن است با کاهش متوسط افسردگی بالینی در طول سالهای اولیه پس از عمل همراه باشد اما این حفظ نشده است. و در سال های بعد مثلا تا ۳ سال بعد میزان کاهش افسردگی بیشتر شد (بو و همکاران؛ ۲۰۱۶). در نتیجه همانطور که ملاحظه میشود با کاهش عوارض جراحی و انطباق فرد با شرایط جدیدش کم کم نتایج مثبت جراحی بروز پیدا می کند و فرد می تواند از منافع آن استفاده کند در نتیجه روحیه و اعتماد به نفس فرد افزایش می یابد و دلیلی برای نگرانی نمی یابد. با این حال بلافاصله پس از جراحی افسردگی و اضطراب به دلایلی از جمله ریزش مو، مشکلات جسمانی، دوره نقاهت طولانی، بازگشت وزن و ... به شکل دیگری ادامه داشت. ((مشکلات جسمانی زیادی که داشتم تقریبا برام حل شد البته دوباره وزنم شروع به بالا رفتن کرده و این داره دوباره منو نگران میکنه. انتظار داشتم لاغر شم که شدم ولی این اضافه وزن دوباره نمیدونم از کجا داره میاد دوباره، الان دوباره دارم چاق میشم و اینو دوست ندارم و فکر نمیکنم که دوباره ممکنه اضافه وزنی اتفاق بیفته. راستش یکی از مشکلات من بعد عمل این بود که به سیگار رو اوردم چون نمیتونم غذا بخورم و ترس از معده درد شروع کردم به سیگار کشیدن، نمونه مرد شماره ۹)) ،

نهایت با این تصور که بالاتر از سیاهی رنگی نیست به جراحی روی می آورند. پس از جراحی با توجه به سنگینی عمل و جسم جدید و عوارض جراحی و دوره ی نقاهت طولانی بعضی از جراحی پشیمان می شوند و مدتی اضطراب و افسردگی را با تمرکز بر این وضعیت جدید تجربه می کنند با این حال کمی صبر و بر طرف شدن عوارض نظرشان را تغییر می دهد و دوباره احساس خوبی پیدا می کنند و این بار احساس رضایت، خوشحالی، خوشحالی و اعتماد به نفس می کنند. در عین حال رعایت نکردن توصیه های پزشک و بازگشت وزن عاملی است که می تواند دوباره آن ها را در مورد عواقب کار مضطرب کند و حتی افسردگی آن ها بازگردد و چرخه ی ناکامی-چاقی دوباره شروع شود که در این مرحله بسیار نیازمند روان درمانی برای شکستن این چرخه می باشند.

سپاسگزاری

در پایان از جراح های متخصص آقایان دکتر محمد رضا فرهمند، دکتر شاپور مومیوند، دکتر کرم الله طولابی، بیماران و هم‌چنین از کارکنان محترم بیمارستان عرفان تهران به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

چنین نگرانی هایی با نتایج مطالعات دیگر هماهنگ است به طوری که مرور ۴۰ مطالعه از سال‌های ۱۹۸۲-۲۰۰۲ به این یافته رسیدند که اختلالات روانپزشکی بخصوص افسردگی و اضطراب بعد از عمل بسیار بهبود یافته بهبود یافته‌اند (پن و همکاران، ۲۰۱۴) با این حال نتایج مطالعات دیگری نشان داد که افزایش وزن پس از عمل با افزایش افسردگی رابطه دارد (پیکاک و همکاران، ۲۰۱۲).

پس می توان نتیجه گرفت که افراد به دلایل مختلفی از جمله دلبستگی نا ایمن و عادات نا سالم غذایی در کودکی یا ژنتیک گرفتار چاقی می شوند، بسیاری از آن ها از پرخوری به عنوان راهکاری برای برخورد با هیجان های منفی شان استفاده می کنند، اما پس از آن خود چاقی تبدیل به منبع نگرانی و ناراحتی، اضطراب و افسردگی می شود، از تصویر بدنشان راضی نیستند، نمی توانند لباس های دلخواهشان را بپوشند، زیبایی مورد نظر را که بخواهند از آن لذت ببرند ندارند، از حضور در اجتماعات طفره می روند چون احساس می کنند همه جا نگاه های تحقیر آمیز آن ها را دنبال می کند و گاهی احساس می کنند مسخره می شوند، مشکلات جسمانی مانند زانو درد و غیره پیری زودرس و مرگ را پیش رو چشمانشان نمایان می سازد که خود نگرانی و اضطراب بیشتری بوجود می آورد، در نهایت با توجه به چرخه ی نا امیدی و بی انگیزگی و مشکلات جسمانی ناتوان در کاهش وزن از طریق سایر روش ها مانند رژیم و ورزش هستند و در

منابع

- آگاه هریس، م؛ الهام موسوی، ا؛ جان بزرگی، م؛ ایرانی، ز. (۱۳۹۲). اعتبار و روایی مقیاس خوداثربخشی ورزش کردن در افراد دارای اضافه وزن و چاق. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۲(۵)، ۳۴-۴۷.
- دشت بزرگی، ز. (۱۳۹۴). اثر بخشی مداخله مبتنی بر دلبستگی برآسیب های بالینی ناشی از مشکلات پرخوری در دختران دارای اختلال پرخوری و چاقی، نسیم تندرستی. سلامت خانواده، ۴ (۲)، ۲۵-۳۲.
- رنجبر نوشری، ف؛ بشرپور، س؛ حاجلو، ن؛ نریمانی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله مبتنی بر روان شناسی مثبت نگر بر خودمهارگری، سبک های خوردن و شاخص توده بدنی در زنان دارای اضافه وزن. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۶(۲۴)، ۸۷-۱۰۵.
- Berende, C. A. S., de Zoete, J. P., Smulders, J. F., & Nienhuijs, S. W. (2012). Laparoscopic sleeve gastrectomy feasible for bariatric revision surgery. *Obesity surgery*, 22(2), 330-334.
- Boh, B., Jansen, A., Clijsters, I., Nederkoorn, C., Lemmens, L. H., Spanakis, G., & Roefs, A. (2016). Indulgent thinking? Ecological momentary assessment of overweight and healthy-weight participants' cognitions and emotions. *Behaviour research and therapy*, 87, 196-206.
- Burgmer, R., Legenbauer, T., Müller, A., de Zwaan, M., Fischer, C., & Herpertz, S. (2014). Psychological outcome 4 years after restrictive bariatric surgery. *Obesity surgery*, 24(10), 1670-1678.
- Burke, B. L. (2011). What can motivational interviewing do for you?. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 74-81.
- Brunault, P., Frammery, J., Couet, C., Delbachian, I., Bourbao-Tournois, C., Objois, M., & Ballon, N. (2015). Predictors of changes in physical, psychosocial, sexual quality of life, and comfort with food after obesity surgery: a 12-month follow-up study. *Quality of Life Research*, 24(2), 493-501.
- Brunault, P., Jacobi, D., Miknius, V., Bourbao-Tournois, C., Hutten, N., Gaillard, P., & Ballon, N. (2012). High preoperative depression, phobic anxiety, and binge eating scores and

- low medium-term weight loss in sleeve gastrectomy obese patients: a preliminary cohort study. Psychosomatics, 53(4), 363-370.*
- Carlin, A. M., Zeni, T. M., English, W. J., Hawasli, A. A., Genaw, J. A., Krause, K. R., ... & Share, D. (2013). *The comparative effectiveness of sleeve gastrectomy, gastric bypass, and adjustable gastric banding procedures for the treatment of morbid obesity. Annals of surgery, 257(5), 791-797.*
- Colles, S. L., Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2008). *Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. Obesity, 16(3), 615-622.*
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). *A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. Behaviour research and therapy, 39(5), 499-511.*
- Cornelis, M. C., Rimm, E. B., Curhan, G. C., Kraft, P., Hunter, D. J., Hu, F. B., & Van Dam, R. M. (2014). *Obesity susceptibility loci and uncontrolled eating, emotional eating and cognitive restraint behaviors in men and women. Obesity, 22(5), E135-E141.*
- Egger, G., & Dixon, J. (2014). *Beyond obesity and lifestyle: a review of 21st century chronic disease determinants. BioMed research international, 2014.*
- Elfhag, K., & Rössner, S. (2005). *Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. Obesity reviews, 6(1), 67-85.*
- Figura, A., Ahnis, A., Stengel, A., Hofmann, T., Elbelt, U., Ordemann, J., & Rose, M. (2015). *Determinants of weight loss following laparoscopic sleeve gastrectomy: the role of psychological burden, coping style, and motivation to undergo surgery. Journal of obesity, 2015.*
- Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (1995). *Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. Psychological bulletin, 117(1), 3.*
- Goitein, D., Feigin, A., Segal-Lieberman, G., Goitein, O., Papa, M. Z., & Zippel, D. (2011). *Laparoscopic sleeve gastrectomy as a revisional option after gastric band failure. Surgical endoscopy, 25(8), 2626-2630.*
- Hemmingsson, E. (2014). *A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. Obesity Reviews, 15(9), 769-779.*
- Himpens, J., Dapri, G., & Cadière, G. B. (2006). *A prospective randomized study between laparoscopic gastric banding and laparoscopic isolated sleeve gastrectomy: results after 1 and 3 years. Obesity surgery, 16(11), 1450-1456.*
- Himpens, J., Cadière, G. B., Bazi, M., Vouche, M., Cadière, B., & Dapri, G. (2011). *Long-term outcomes of laparoscopic adjustable gastric banding. Archives of surgery, 146(7), 802-807.*
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Wilson, G. T., Labouvie, E. W., Brodin, R. E., & LaMarca, L. B. (2002). *Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. Obesity Surgery, 12(2), 270-275.*
- Lakdawala, M., & Bhasker, A. (2010). *Report: Asian consensus meeting on*

- metabolic surgery. *Recommendations for the use of bariatric and gastrointestinal metabolic surgery for treatment of obesity and type II diabetes mellitus in the Asian population. Obesity surgery*, 20(7), 929-936.
- Leva, N., & Morton, J. (2013). *Comparative Quality of Life Effectiveness for Bariatric Surgery. Journal of Surgical Research*, 179(2), 233.
- Lewis, C. S., Varma, A. K., & Hamdorf, J. M. (2016). *Comparison of safety between 1-stage and 2-stage surgery: from laparoscopic adjustable gastric banding to laparoscopic sleeve gastrectomy. Surgery for Obesity and Related Diseases*, 12(5), 976-983.
- Li, Z., Maglione, M., Tu, W., Mojica, W., Arterburn, D., Shugarman, L. R., & Morton, S. C. (2005). *Meta-analysis: pharmacologic treatment of obesity. Annals of internal medicine*, 142(7), 532-546.
- Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Publications*.
- Lutz, T. A., & Bueter, M. (2014). *The physiology underlying Roux-en-Y gastric bypass: a status report. American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 307(11), R1275-R1291.
- Melero, Y., Ferrer, J. V., Sanahuja, Á., Amador, L., & Hernando, D. (2014). *Psychological changes in morbidly obese patients after sleeve gastrectomy. Cirugía Española (English Edition)*, 92(6), 404-409.
- Moore, S. D., King, A. C., Kiernan, M., & Gardner, C. D. (2011). *Outcome expectations and realizations as predictors of weight regain among dieters. Eating behaviors*, 12(1), 60-63.
- O'brien, P. E., McPhail, T., Chaston, T. B., & Dixon, J. B. (2006). *Systematic review of medium-term weight loss after bariatric operations. Obesity surgery*, 16(8), 1032-1040.
- Ogden, J., Hollywood, A., & Pring, C. (2015). *The impact of psychological support on weight loss post weight loss surgery: a randomised control trial. Obesity Surgery*, 25(3), 500-505.
- Pasman, W. J., Saris, W. H., & Westerterp-Plantenga, M. S. (1999). *Predictors of weight maintenance. Obesity*, 7(1), 43-50.
- Peacock, J. C., & Zizzi, S. J. (2012). *Survey of bariatric surgical patients' experiences with behavioral and psychological services. Surgery for Obesity and Related Diseases*, 8(6), 777-783.
- Prystowsky, E. N., & Padanilam, B. J. (2015). *Treatment of atrial fibrillation: A weighty problem*.
- Resnicow, K., McMaster, F., Bocian, A., Harris, D., Zhou, Y., Snetselaar, L., & Hollinger, D. (2015). *Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. Pediatrics*, peds-2014.
- Rieber, N., Giel, K. E., Meile, T., Enck, P., Zipfel, S., & Teufel, M. (2013). *Psychological dimensions after laparoscopic sleeve gastrectomy: reduced mental burden, improved eating behavior, and ongoing need for cognitive eating control. Surgery for Obesity and Related Diseases*, 9(4), 569-573.

- Rutledge, T., Groesz, L. M., & Savu, M. (2011). *Psychiatric factors and weight loss patterns following gastric bypass surgery in a veteran population. Obesity surgery, 21(1), 29-35.*
- Sacks, F. M., Bray, G. A., Carey, V. J., Smith, S. R., Ryan, D. H., Anton, S. D., ... & Leboff, M. S. (2009). *Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. New England Journal of Medicine, 360(9), 859-873.*
- Sadeghi, K., Gharraee B., Fata, L., Mazhari, S., (2010). *Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Treating Patients with Obesity. Iran Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 16(2), 107-117.*
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Baker, A. W., Gibbons, L. M., Raper, S. E., & Williams, N. N. (2008). *Preoperative eating behavior, postoperative dietary adherence, and weight loss after gastric bypass surgery. Surgery for Obesity and Related Diseases, 4(5), 640-646.*
- Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, C. D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., & Bengtsson, C. (2007). *Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. New England journal of medicine, 357(8), 741-752.*
- Straus, E. E. (2009). *Unequal Pieces of a Shrinking Pie: The Struggle between African Americans and Latinos over Education, Employment, and Empowerment in Compton, California. History of education quarterly, 49(4), 507-529.*
- Stroh, C., Benedix, D., Weiner, R., Benedix, F., Wolff, S., Knoll, C., & Obesity Surgery Working Group. (2014). *Is a one-step sleeve gastrectomy indicated as a revision procedure after gastric banding? Data analysis from a quality assurance study of the surgical treatment of obesity in Germany. Obesity surgery, 24(1), 9-14.*
- Teixeira, P. J., Palmeira, A. L., Branco, T. L., Martins, S. S., Minderico, C. S., Barata, J. T., ... & Sardinha, L. B. (2004). *Who will lose weight? A reexamination of predictors of weight loss in women. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 1(1), 12.*
- Tsai, A. G., & Wadden, T. A. (2005). *Systematic review: an evaluation of major commercial weight loss programs in the United States. Annals of internal medicine, 142(1), 56-66.*
- Wadden, T. A., Bartlett, S. J., Foster, G. D., Greenstein, R. A., Wingate, B. J., Stunkard, A. J., & Letizia, K. A. (1995). *Sertraline and Relapse Prevention Training Following Treatment by Very-Low-Calorie Diet: A Controlled Clinical Trial. Obesity, 3(6), 549-557.*
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). *Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. Journal of personality and social psychology, 70(1), 115.*
- Wing, R. R., & Hill, J. O. (2001). *Successful weight loss maintenance. Annual review of nutrition, 21(1), 323-341.*
- Yazbek, T., Safa, N., Denis, R., Atlas, H., & Garneau, P. Y. (2013). *Laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG)—a good bariatric option for failed laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB): a*

- review of 90 patients. Obesity surgery, 23(3), 300-305.*
- Yen, Y. C., Huang, C. K., & Tai, C. M. (2014). Psychiatric aspects of bariatric surgery. Current opinion in psychiatry, 27(5), 374.*
- Zachrisson, H. D., & Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. European Eating Disorders Review, 18(2), 97-106.*