

مقاله اصلی

ارائه‌ی مدل مفهومی از سازگاری روانی اجتماعی افراد مبتلا به چاقی با تغییرات رخ داده پس از جراحی چاقی (مطالعه‌ی موردی اسلیو معده و بای پاس معده)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۲۴ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۴

خلاصه

مقدمه: چاقی به عنوان یک بیماری مزمن، پیامدهای روانی-اجتماعی گسترده‌ای به همراه دارد. با وجود اثربخشی جراحی چاقی در کاهش وزن، فرایند سازگاری روانی-اجتماعی بیماران پس از این مداخله هنوز به خوبی تبیین نشده است. پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل مفهومی سازگاری روانی-اجتماعی در افراد مبتلا به چاقی پس از جراحی چاقی انجام شد.

روش کار: این مطالعه با رویکرد کیفی و با استفاده از نظریه داده بنیاد رویکرد نظاممند استراوس و کوربین (۲۰۱۵) انجام شد. داده‌ها از طریق ۴۰ مصاحبه نیمه ساختاریافته عمیق با افرادی که حداقل شش ماه از جراحی اسلیو یا بایپس معده آنها گذشته بود، گردآوری شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و سپس نظری ادامه یافت تا اشباع مقوله‌ها حاصل شود. تحلیل داده‌ها همزمان با گردآوری و با استفاده از کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شد.

نتایج: تحلیل داده‌ها به شناسایی ۲۵۵ مفهوم اولیه و پنج مقوله اصلی انجامید که شامل: (۱) فرسایش تدریجی روانی-اجتماعی ناشی از چاقی مزمن، (۲) آمادگی نابرابر برای ورود به جراحی و چالشهای پس از آن، (۳) تنظیم گری اجتماعی فرایند سازگاری، (۴) کنش‌های فعال برای بازسازی تعادل روانی-اجتماعی، و (۵) تثبیت نسبی سازگاری همراه با نوسان بود. مقوله هسته‌ای پژوهش با عنوان «تلاش مداوم برای بازسازی شکننده تعادل روانی-اجتماعی در فرایند سازگاری با زندگی پس از جراحی» شناسایی شد که نشان‌دهنده پویایی، تدریجی بودن و شکنندگی این فرایند است.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که سازگاری پس از جراحی، پیامدی خطی و مستقیم کاهش وزن نیست، بلکه فرایندی مستمر و نوسانی است که در تعامل با شرایط پیشین فرد، حمایت‌های اجتماعی و کنشهای فعال او شکل می‌گیرد. این مدل میتواند به عنوان چارچوبی نظری برای درک عمیق‌تر تجربه بیماران و طراحی مداخلات پیش و پس از جراحی با تأکید بر ابعاد روانی-اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: چاقی، جراحی، سازگاری روانی-اجتماعی، نظریه داده بنیاد، تعادل شکننده

زهرا ریاحی^۱

قاسم نظیری^{۲*}

لیلی پناغی^۳

فرزانه هومن^۴

^۱گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

^{۲*}گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

^۳گروه سلامت خانواده، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۴گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

نویسنده مسئول: قاسم نظیری، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

Email: 2297436807@iau.ac.ir

مقدمه

امروزه به دلیل تغییر در شیوه‌ی زندگی والگوی تغذیه‌ای شیوع چاقی افزایش داشته است. چاقی^۱، تجمع غیرطبیعی و یا بیش از حد چربی است که در نتیجه‌ی دریافت انرژی بیشتر از نیاز بدن بوجود می‌آید و از عواملی که بر بروز آن موثر است میتوان به عوامل ژنتیکی، محیطی، اقتصادی، اجتماعی، روانی و ... اشاره نمود (ون هات^۲ و همکاران ۲۰۰۴). شناسایی علل دقیق چاقی و درک پاتوفیزیولوژی آن همچنان یکی از چالش‌های اساسی حوزه سلامت است، زیرا این پدیده تحت تأثیر طیف گسترده‌ای از عوامل قرار دارد. این عوامل از زمینه ژنتیکی، وجود تک‌ژن‌ها و جهش‌های ژنتیکی گرفته تا سبک زندگی شامل عدم فعالیت بدنی، مصرف بیش از حد کالری، شرایط محیط داخل‌رحمی، عوامل پس از تولد، خواب ناکافی و برخی داروها را دربرمی‌گیرد (مسعود و موثری^۳، ۲۰۲۳). سازمان بهداشت جهانی^۴ (۲۰۲۱) تأکید می‌کند که ۱/۹ میلیارد بزرگسال دارای اضافه وزن و بیش از ۶۵۰ میلیون بزرگسال چاق در سراسر جهان وجود دارد و ۶۳ درصد از مرگ و میرها ناشی از بیماری‌های غیرعفونی است که این میزان مرگ و میر در سراسر جهان با افزایش چاقی مرتبط است. چاقی به دلیل افزایش مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، مانند بیماری‌های قلبی-عروقی آترواسکلروتیک، دیابت نوع دو و برخی سرطان‌ها، می‌تواند امید به زندگی را تا حدود ۲۰ سال کاهش دهد. این وضعیت تنها به پیامدهای فردی محدود نمی‌شود و همه‌گیری چاقی، بار قابل‌توجهی را بر سلامت و نظام‌های مراقبتی جامعه تحمیل می‌کند (بلوهر^۵، ۲۰۲۰).

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۳) در یک طبقه‌بندی استاندارد، شاخص توده بدنی (BMI) (وزن بر حسب کیلوگرم برمجذور قد بر حسب متر) را به چهار دسته طبقه‌بندی می‌کند: شاخص توده بدنی کمتر از ۱۸/۵ بعنوان لاغر، بین ۱۸/۵ تا ۲۵ دارای وزن نرمال، بین ۲۵ تا ۳۰ مبتلا به اضافه وزن و بیشتر از ۳۰ کیلوگرم

برمترمربع را بعنوان چاق معرفی می‌کند و بیشتر از ۳۵ یا ۴۰ کیلوگرم بر مترمربع را که همراه با بیماری و عوارض باشد را بعنوان چاقی مرضی تعریف می‌کند. چاقی نوعی مشکل سلامتی است که نه تنها با خطرات فیزیکی بلکه با انواع زیادی از علایم روانشناختی ارتباط دارد. پیامدهای جسمانی آن کاملاً شناخته شده است اما ابعاد روانی آن کاملاً شناخته نشده است (سارور^۶ و همکاران، ۲۰۰۱۸).

مشابه سایر بیماری‌های مزمن، چاقی نیاز به مداخلات درمانی و استراتژی‌های درمانی مناسب در درازمدت دارد (بلوهر و همکاران، ۲۰۲۳). برای درمان چاقی روش‌های مختلفی مانند رژیم‌های تغذیه‌ای برای تغییر عادات غذایی و کنترل انرژی ورودی و کالری مصرفی، ورزش، دارو درمانی و ... وجود دارد و بسیاری از افراد در اثر شکست در این روش‌ها در آخرین مرحله به سراغ جراحی چاقی می‌روند. جراحی چاقی، درمان موثر برای چاقی مرضی است که اغلب، وزن اضافی را طی یک سال پس از جراحی برای مدت طولانی‌تری کاهش می‌دهد (بوچ والد^۷ و همکاران ۲۰۰۴) درواقع، جراحی چاقی موثرترین راه طولانی مدت برای کاهش وزن است (گرتز^۸ و همکاران، ۲۰۲۱) که این کاهش وزن منجر به رفع و یا کنترل بهتر بر شرایط مزمن مرتبط با چاقی مانند دیابت نوع ۲ می‌شود (مورگان دی جی آر^۹ و همکاران ۲۰۱۵، اسچوار پی آر^{۱۰} و همکاران ۲۰۱۴). افراد چاق علاوه بر سلامت جسمانی ضعیف، احتمال دارد سلامت روانی ضعیف (لویپینو اف اس^{۱۱} و همکاران ۲۰۱۰)، کیفیت زندگی و عملکرد جسمی و جنسی ضعیف (فدراسیون جهانی چاقی^{۱۲}، ۲۰۲۳) و اختلال عملکرد اجتماعی را به دلیل عواملی مانند انگ مرتبط با وزن، تبعیض و تصویر بدنی نامناسب تجربه کنند. از سویی دیگر جراحی چاقی منجر به تغییراتی در

6 Sarwer

7. Buchwald

8 Geerts

9. Morgan

10. Schauer

11. Luppino

12 World Obesity Federation

1obesity

2 Van Hout

3 Masood & Moorthy

4 WHO (World Health Organization)

5 Blüher

سلامت روان، کیفیت زندگی و کارکردهای روانی-اجتماعی می‌شود (مگ دالنو^۱ و همکاران ۲۰۱۱).

برخلاف مزایای سلامت جسمانی قابل پیش بینی به دنبال کاهش وزن پس از جراحی، پیامدهای روانی-اجتماعی در بین بیماران متفاوت است و اطلاعات کمی در مورد تجربیات این افراد در سطح فردی که میتواند موثر بر تغییرات پس از جراحی باشد وجود دارد. به عنوان مثال برخی از افراد پس از جراحی چاقی کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی را تجربه می کنند (مورتون^۲ و همکاران، ۲۰۲۳)، اما ویژگی تکانشگری تأثیر منفی غیرمستقیمی بر کاهش وزن پس از جراحی دارد که به واسطه افسردگی ایجاد می‌شود، به عنوان مثال، وقتی که در حال خلق و خوی منفی هستند، تکانشگری را افزایش پیدا می‌کند و در نتیجه منجر به پرخوری تکانشی می‌شود (گرتز و همکاران، ۲۰۲۱).

بررسی دیدگاه‌های افراد پس از جراحی، در مورد چگونگی مشاهده، تجربه و درک آنان از دنیای اجتماعی خود و میزان سازگاری و کیفیت زندگی آنان حائز اهمیت است (کولمن^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). درواقع سازگاری را میتوان به عنوان پاسخ به یک تغییر در محرک که اجازه میدهد ارگانیسم به طور مناسب با آن تغییر سازش یابد، تعریف کرد. این تعریف نشان میدهد که سازگاری در طول زمان به وجود می‌آید. به علاوه در روانشناسی، سازگاری اشاره به حالت مطلوب یا نقطه نهایی دارد و عدم سازگاری با اضطراب، افسردگی، درماندگی، مشکلات رفتاری و... مشخص می‌شود (شارپ و کوران^۴، ۲۰۰۶). سازگاری فرآیند فعال متأثر از محرکات فردی و محیطی بوده که طی آن فرد به دنبال مقابله با چالش‌های فردی و محیطی به سطح مقبولی از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی رسیده و به سازگاری دست می‌یابد (ادوارز- هانتون و ویدینز^۵، ۲۰۱۵). نگرش فرد نسبت به تغییرات بوجود آمده پس از عمل -که ابعاد

مختلفی از زندگی وی را شامل می‌شود و همچنین بازخورد و حمایتی که از خانواده، اطرافیان و جامعه دریافت می کند به احتمال قوی در سازگاری وی با شرایط تازه و تبعیت از دستورالعمل‌ها تأثیر گذار خواهد بود. ادبیات پژوهشی اخیر پیرامون چاقی و درمان آن، بیشتر به مزایا و موفقیت عمل‌های جراحی چاقی از منظر منافع که این درمان از لحاظ جسمانی و سلامت بیشتر جسمی به همراه دارد پرداخته اند و اهمیت عوامل روانشناختی و ارزیابی آن قبل و بعد از عمل و تغییراتی که بیمار در این راستا با آن مواجه می‌شود و نحوه ی سازگاری وی با این مقوله، به قدر کفایت و به طور جدی مورد توجه قرار نگرفته است در صورتیکه تأثیر بسیار زیادی بر نتیجه‌ی این گونه جراحی‌ها خواهد داشت. لذا با توجه به تغییرات عمده ای که بیماران در تصویر بدن، عملکرد روزمره و روابط اجتماعی خود در ماه‌ها و سال‌های بعد از جراحی تجربه می‌کنند، سازگاری روانی-اجتماعی یک جزء جدایی‌ناپذیر از روند بعد از عمل است که منجر به نتایج موفقیت آمیز می‌شود. این مطالعه برآن است تا با استفاده از روش کیفی از نوع داده بنیاد^۶، به شناسایی و درک بیشتر تغییرات و فرآیند سازگاری روانی-اجتماعی^۷ بیماران پس از عمل جراحی چاقی بپردازیم.

علاوه بر این، چیزی که بطور کامل مشخص نیست میزان تأثیر روانی-اجتماعی جراحی و راه‌هایی است که این پیامدهای روانی-اجتماعی با توانایی حفظ کاهش وزن مرتبط است. تدوین یک مفهوم نظری از روش‌هایی که زندگی بیماران را پس از جراحی تحت تأثیر قرار می دهد میتواند کمک کننده باشد زیرا در اکثر مطالعات از معیارهای کمی استفاده شده است و در مطالعاتی که سازه‌های مرتبط با پیامدهای روانی-اجتماعی را به کار برده اند، به نظر می رسد که تجربه ی بیماران فقط تا حدی منتقل و درک شده است و آنچه بدست آمده است نتیجه گیری‌های نامنسجمی است که تغییرات روانی-اجتماعی مجزا را بدون ادغام و ارائه تئوری نشان می دهد. پژوهش حاضر در نظر دارد این تغییرات و نحوه ی سازگاری بیماران با تغییرات

1. Magdaleno

2 Murton

3 Coulman

4 Sharpe & Curran

5 Edwards-Hampton, S. A., & Wedin

6. Grounded Theory Method (GTM)

7. Psychosocial adaptation

حاصله را به صورت منسجم تر و در ابعاد مختلف شناسایی کند و در غالب مدلی مفهومی ارائه دهد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی و از نظر رویکرد، کیفی است و با بهره‌گیری از روش نظریه داده‌بنیاد با رویکرد نظام‌مند استراوس و کوربین (۲۰۱۵) انجام شده است. هدف پژوهش، تبیین فرایند سازگاری روانی-اجتماعی افراد مبتلا به چاقی پس از جراحی چاقی و ارائه یک مدل مفهومی مبتنی بر تجربه زیسته آنان بود. با توجه به ماهیت پیچیده، پویا و زمینه‌مند پدیده سازگاری پس از جراحی چاقی و فقدان چارچوب نظری بومی در این زمینه، رویکرد نظریه داده‌بنیاد برای تولید نظریه‌ای برخاسته از داده‌های تجربی انتخاب شد. چارچوب فلسفی این پژوهش مبتنی بر تعامل‌گرایی نمادین و عمل‌گرایی است که بر درک معناهای برساخته‌شده توسط کنشگران اجتماعی و وابستگی مفاهیم به زمینه فرهنگی و اجتماعی تأکید دارد. در این رویکرد، نظریه نه از پیش مفروض، بلکه در فرایندی استقرایی و از دل داده‌ها شکل می‌گیرد.

جامعه آماری پژوهش را افراد مبتلا به چاقی تشکیل دادند که تحت جراحی چاقی (اسلیو معده یا بای‌پس معده) قرار گرفته و حداقل شش ماه از زمان جراحی آنان گذشته بود. معیارهای ورود شامل: سن بالای ۱۸ سال، انجام جراحی چاقی و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند آغاز شد و در ادامه با نمونه‌گیری نظری تداوم یافت. گردآوری و تحلیل داده‌ها به صورت هم‌زمان انجام شد و انتخاب مشارکت‌کنندگان بعدی بر اساس مفاهیم و مقوله‌های در حال شکل‌گیری صورت گرفت. نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت؛ به گونه‌ای که داده‌های جدید به شکل‌گیری مفهوم تازه‌ای منجر نمی‌شد. در مجموع، ۴۰ نفر (۲۹ زن و ۱۱ مرد) در پژوهش شرکت کردند. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان بین ۲۱ تا ۵۵ سال و میانگین سنی آنان حدود ۳۵ سال بود.

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق و مشاهده گردآوری شد. مصاحبه‌ها به صورت فردی و عمدتاً حضوری انجام گرفت و مدت هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه بود. در

مواردی به دلیل محدودیت‌های زمانی، مصاحبه به صورت تلفنی انجام شد. راهنمای مصاحبه با مرور ادبیات پژوهش طراحی و پس از اجرای مقدماتی و اعمال اصلاحات لازم، نهایی شد. سؤالات مصاحبه باز و اکتشافی بودند و با پیشرفت تحلیل داده‌ها، به صورت تدریجی متمرکزتر شدند. تمامی مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط و به صورت کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شد. در جریان مصاحبه‌های حضوری، نشانه‌های غیرکلامی نیز در قالب یادداشت‌های میدانی ثبت شد.

تحلیل داده‌ها مطابق با رویکرد نظام‌مند استراوس و کوربین (۲۰۱۵) و به صورت هم‌زمان با گردآوری داده‌ها انجام شد. فرایند تحلیل شامل مراحل زیر بود:

۱. تحلیل داده برای مفاهیم: کدگذاری خطبه‌خط

داده‌ها و استخراج مفاهیم اولیه

۲. تحلیل داده برای زمینه و ساختار: برقراری ارتباط میان

مقوله‌ها بر اساس شرایط علی، زمینه‌ای، راهبردها و

پیامدها

۳. یکپارچه‌سازی مقوله‌ها: شناسایی مقوله هسته‌ای و

ادغام مقوله‌ها در قالب یک چارچوب مفهومی

منسجم

در این فرایند از راهبردهایی نظیر مقایسه مداوم داده‌ها، طرح پرسش‌های تحلیلی، نگارش یادداشت‌های نظری (ممو)، ترسیم دیاگرام‌های مفهومی و وارونه‌سازی تحلیلی برای تعمیق تحلیل و افزایش حساسیت نظری استفاده شد. به منظور افزایش اعتبار پژوهش، از راهبردهای زیر استفاده شد:

- درگیری مستمر پژوهشگر با داده‌ها
- مقایسه مداوم درون‌موردی و بین‌موردی
- بازبینی برخی یافته‌ها با مشارکت‌کنندگان
- استفاده از نظرات اساتید راهنما و مشاور
- مستندسازی دقیق فرایند تحلیل و نگهداری زنجیره شواهد
- ادامه نمونه‌گیری تا اشباع نظری

نتایج

پژوهش بر اساس مقوله هسته و روابط میان مقوله‌ها تبیین می‌شود. لازم به ذکر است که به دلیل حجم بالای مفاهیم اولیه، جدول شماره ۱ صرفاً برای نشان دادن دامنه وسیع داده‌ها درج شده و تحلیل اصلی بر پایه مقوله‌های اصلی و فرعی صورت گرفته است.

یافته‌های حاصل از تحلیل نظاممند ۴۰ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، در سه سطح مجزا ارائه می‌شود. ابتدا، برای نمایش غنای داده‌ها و مسیر تحلیلی پژوهش، جدول مفاهیم اولیه (کدهای باز) درج شده است که حاصل تقلیل ۷۲۶ کد اولیه به ۲۵۵ مفهوم انتزاعی تر است. سپس، مقوله‌های فرعی و اصلی استخراج شده در قالب جدول دوم طبقه‌بندی شده‌اند. در نهایت، مدل مفهومی

جدول ۱. فهرست مفاهیم اولیه سازگاری روانی اجتماعی افراد پس از جراحی

مفاهیم اولیه	مفاهیم اولیه	مفاهیم اولیه
چاقی مزمن در سیر زندگی	محدودسازی مشارکت اجتماعی،	یادگیری مشاهده‌ای در انتخاب جراحی،
آغاز چاقی در دوره‌های حساس رشد،	انزوای هیجانی مرتبط با ظاهر،	تأثیر توصیه اطرافیان بر تصمیم،
تشدید چاقی در گذارهای مهم زندگی،	اختلال در روابط بین فردی،	تعارض میان ترس و امید پیش از جراحی ترس از
نقش بارداری و زایمان در افزایش وزن،	تأثیر منفی چاقی بر صمیمیت زناشویی،	عوارض و مرگ،
نقش استرس‌های روانی در تغییر وزن،	تنش‌های خانوادگی مرتبط با وزن،	اضطراب تصمیم‌گیری درمانی،
تأثیر داروها بر افزایش وزن،	فشار هنجاری خانواده برای تغییر وزن،	انتظارات آرمانی از جراحی،
سهم عوامل ژنتیکی در چاقی،	تعارض درون‌خانوادگی پیرامون جراحی،	تصور جراحی به‌عنوان راه‌حل نهایی،
سبک زندگی کم‌تحرك،	مقایسه اجتماعی منفی،	ناآگاهی نسبی از پیامدهای روانی،
ناسازگاری شرایط شغلی با سبک سالم،	احساس ناکافی بودن در قیاس با دیگران،	فقدان آمادگی روان‌شناختی پیش از عمل،
فرسودگی روانی ناشی از رژیم‌های مکرر،	کاهش احساس ارزشمندی فردی،	تردید اخلاقی نسبت به مداخله جراحی،
چرخه مزمن کاهش و بازگشت وزن،	اختلال در هویت بدنی،	نگرانی از قضاوت،
درماندگی آموخته‌شده در کنترل وزن،	ناهماهنگی میان هویت ذهنی و بدن،	تمایل به پنهان‌سازی تصمیم جراحی،
بی‌اعتمادی به روش‌های غیرجراحی کاهش وزن،	سوگ از دست دادن بدن مطلوب،	فشار اجتماعی دوگانه (چاق/لاغر)، تجربه تناقض
ناکارآمدی ادراک شده مداخلات سنتی،	اختلال در تجربه زنانگی/مردانگی،	پیام‌های اطرافیان،
پرخوری هیجانی مزمن،	تأثیر چاقی بر نقش‌های جنسیتی،	احساس اجبار در تصمیم‌گیری،
ریزه‌خواری به‌عنوان الگوی پایدار خوردن،	اختلال در عملکرد روزمره،	تصمیم‌گیری واکنشی در شرایط بحران،
خوردن به‌مثابه راهبرد تنظیم هیجان،	افت کیفیت زندگی ادراک شده، محدودیت‌های	جراحی به‌مثابه نقطه گسست زندگی،
پیوند هیجان‌های منفی با خوردن،	شغلی ناشی از چاقی،	امید به تولد دوباره پس از جراحی،
وابستگی روانی به غذا،	فرسایش روانی ناشی از ناتوانی جسمی،	انتظار بازیابی کنترل بر زندگی،
ازهم‌گسیختگی تنظیم گرسنگی و سیری،	تجربه دردهای مزمن جسمانی،	انتظار بهبود روابط اجتماعی،
تجربه شرم بدنی پایدار،	نگرانی از پیامدهای پزشکی چاقی،	انتظار بهبود تصویر بدنی،
نارضایتی مزمن از تصویر بدن،	تصمیم‌سازی تدریجی برای جراحی،	انتظار آرامش روانی،
خودپنداره منفی مرتبط با وزن،	کشمکش درونی پیش از تصمیم جراحی،	انتظار افزایش پذیرش اجتماعی،
فروپاشی عزت نفس در اثر چاقی،	جراحی به‌عنوان آخرین راه‌حل،	اولویت یافتن خود پس از سال‌ها نادیده گرفتن
حساسیت افراطی به قضاوت اجتماعی،	انگیزه روانی غالب برای جراحی،	میل به بازتعریف هویت شخصی،
تجربه مداوم انگ وزن،	انگیزه زیبایی‌محور برای جراحی،	جست‌وجوی معنا در تغییر بدن،
درونی‌سازی قضاوت و سرزنش اجتماعی،	انگیزه هویتی برای تغییر بدن،	بدن به‌عنوان کانون تجربه رنج،
اجتناب اجتماعی ناشی از تصویر بدنی،	انگیزه بازیابی عزت نفس،	بدن به‌عنوان میدان بازسازی هویت،

نقش مشاهده تجربیات دیگران در تصمیم،

مفاهیم اولیه	مفاهیم اولیه	مفاهیم اولیه
کاهش مرکزیت غذا در زندگی،	ترس از آسیب دیدن بدن،	شوکه جسمانی اولیه پس از جراحی،
جایگزینی تدریجی لذت‌ها،	نگرانی از عوارض جسمانی،	تجربه درد و ناتوانی کوتاه مدت،
افزایش خودنظارتی رفتاری،	تجربه عوارض تغذیه‌ای،	دشواری‌های حاد دوره نقاهت،
شکل‌گیری انضباط شخصی جدید،	ضعف جسمانی و افت انرژی،	احساس پشیمانی گذرا پس از عمل،
تجربه کنترل نسبی بر خوردن،	وابستگی به مکمل‌های تغذیه‌ای،	تردید اولیه نسبت به تصمیم جراحی،
اسناد کنترل وزن به عامل بیرونی،	دشواری پابندی به درمان نگه‌دارنده،	مواجهه ناگهانی با محدودیت خوردن،
تضعیف احساس عاملیت فردی،	تجربه ناتوانی در مصرف مکمل‌ها،	گسست میان اشتیاق ذهنی و ظرفیت جسمی،
تعارض میان کنترل بیرونی و درونی،	اضطراب ناشی از افت‌های جسمانی،	اختلال در الگوی طبیعی خوردن،
تلاش برای بازیابی عاملیت شخصی،	احساس بودن عزت نفس پس از جراحی،	محدودیت شدید دریافت غذا،
یادگیری از خطاهای تغذیه‌ای،	بی‌اعتمادی به بدن پس از جراحی،	سوگ از دست دادن لذت غذایی،
خودگویی شناختی برای کنترل رفتار،	اختلال در تصویر بدنی پس از کاهش وزن،	کاهش لذت چشایی،
سازگاری شناختی با محدودیت‌ها،	ناهماهنگی تصویر ذهنی با بدن جدید،	تغییرات حسی-چشایی پس از جراحی،
معنابخشی به رنج پس از جراحی،	شگفتی از دیدن بدن جدید،	خاموشی نسبی اشتها،
پذیرش هزینه‌های تغییر بدن،	تجربه بیگانگی موقت با بدن،	ازهم گسیختگی سیگنال‌های گرسنگی،
بازاندیشی تصمیم جراحی،	مواجهه با تغییرات ظاهری ناخواسته،	ناتوانی در تشخیص گرسنگی واقعی،
رضایت مشروط از مسیر طی شده، هم‌زیستی رضایت و رنج،	شلی پوست به‌عنوان چالش تطبیقی،	خوردن ابزاری به جای خوردن لذت‌محور،
تجربه چندلایه از پیامدهای جراحی،	پذیرش تدریجی نقص‌های بدنی،	تطبیق تدریجی با حجم غذای کم،
حرکت تدریجی به سوی ثبات روانی،	مقایسه بدن جدید با بدن پیشین،	یادگیری قواعد جدید خوردن،
بازسازی تدریجی روابط اجتماعی،	افزایش آگاهی بدنی،	سازگاری تدریجی ذهن با بدن جدید،
افزایش حضور فعال در فضاهای اجتماعی،	توجه افراطی به نشانه‌های جسمی،	تعارض روانی با نخوردن،
کاهش اجتناب اجتماعی پس از جراحی،	ترس از بازگشت وزن،	جنگ درونی با غذا، باقی ماندن ولع خوردن ذهنی،
تغییر الگوی تعامل با دیگران،	اضطراب مزمن بازگشت چاقی،	مهار ولع از طریق محدودیت فیزیولوژیک،
افزایش جرأت‌مندی بین فردی،	استفاده از ترس به‌عنوان راهبرد کنترل،	تغییر نقش غذا در تنظیم هیجان،
کاهش وابستگی به تأیید اجتماعی،	پایش وسواس گونه وزن و بدن،	قطع پیوند هیجان منفی و پرخوری،
بازتعریف مرزهای بین فردی،	تلاش برای حفظ دستاوردهای کاهش وزن،	جابه‌جایی راهبردهای تنظیم هیجان،
تجربه بازخورد اجتماعی مثبت،	تجربه استپ وزنی و ناامیدی،	فقدان راهبردهای جایگزین پایدار،
مواجهه با قضاوت‌های متناقض اجتماعی،	تفسیر استپ وزنی به‌عنوان شکست،	بروز تحریک‌پذیری هیجانی،
بی‌اعتنایی تدریجی به نظر دیگران،	بازسازی شناختی در مواجهه با توقف وزن،	افزایش عصبانیت در دوره تطبیق،
پنهان‌سازی انتخاب جراحی،	نوسان امید و ناامیدی،	تخلیه هیجان به شیوه‌های ناسازگار،
افشای گزینشی تجربه جراحی،	تأثیر نتایج مثبت بر تحمل سختی‌ها،	نوسانات خلقی پس از جراحی،
مدیریت انگ اجتماعی مرتبط با جراحی،	تقویت انگیزه از طریق مشاهده تغییرات،	افسردگی گذرای پس از عمل،
کاهش درونی سازی انگ وزن،	بازتعریف رابطه با غذا،	اضطراب مرتبط با بدن جدید،
	غذا به‌عنوان نیاز زیستی صرف،	

مفاهیم اولیه	مفاهیم اولیه	مفاهیم اولیه
توصیه محتاطانه جراحی به دیگران،	خودپذیری تدریجی،	بازسازی تصویر اجتماعی،
انتقال تجربه به‌عنوان دانش زیسته،	پذیرش بدنی نسبی،	تغییر جایگاه اجتماعی ادراک شده،
تمایل به حمایت از دیگران در مسیر مشابه،	هم‌زیستی رضایت و نارضایتی بدنی،	بهبود روابط خانوادگی،

تداوم تعارضات خانوادگی حل نشده،	گسست هویتی از بدن پیشین،	یکپارچه‌سازی تجربه جراحی در روایت زندگی،
نقش حمایت همسر در سازگاری،	بازسازی هویت شخصی،	تجربه مشکلات جسمی جدید،
حمایت عملی خانواده در دوره نقاهت،	یکپارچه‌سازی بدن جدید با خود،	تجربه یا تداوم مشکلات روانی پس از جراحی،
فقدان حمایت خانوادگی اولیه،	تجربه ناپوستگی هویتی،	رفتارهای اعتیادی دیگر،
تغییر نگرش خانواده پس از مشاهده نتایج،	تولد هویت بدنی جدید،	پایش وزن،
فشار هنجاری خانواده همسر،	تغییر اولویت‌های زندگی،	تثبیت روایت جدید از خود،
حمایت هم‌تایان و افراد مشابه،	جابه‌جایی مرکز ارزش از دیگران به خود،	حرکت به سوی تعادل روانی-اجتماعی،
نقش شبکه‌های غیررسمی حمایتی،	افزایش خودمراقبتی آگاهانه،	قصور پزشکی،
تجربه مقایسه درون گروهی،	رشد بینش خودشناختی،	بهبود نسبی بیماری‌های زمینه‌ای
نقش منابع حمایتی در تاب‌آوری،	افزایش مسئولیت‌پذیری فردی،	
تهایی ادراک شده در مسیر تغییر،	شکل‌گیری عاملیت شخصی،	
بازسازی اعتماد در روابط نزدیک،	تعارض میان عاملیت و کنترل بیرونی،	
بهبود کیفیت رابطه زناشویی،	اسناد موفقیت به عوامل درونی،	
تغییرات در صمیمیت عاطفی،	بازپس‌گیری حس کنترل زندگی،	
تغییرات در کارکرد جنسی،	تجربه خودکارآمدی در حال رشد،	
ثبات نسبی در روابط صمیمانه،	معنابخشی وجودی به تجربه جراحی،	
ناهماهنگی انتظارات زوجین،	بازاندیشی مسیر زندگی،	
تعمیم‌یافتن تغییر جسمی به رابطه،	تبدیل رنج به منبع معنا،	
تجربه بازتعریف نقش والدگری،	ارزیابی مجدد ارزش‌های فردی،	
افزایش کارآمدی در ایفای نقش‌ها،	رشد پس‌آسیبی،	
گسترش دامنه نقش‌های اجتماعی،	تقویت امید به آینده،	
بازگشت به فعالیت‌های حرفه‌ای،	کاهش ناامیدی وجودی،	
ارتقای عملکرد شغلی،	تثبیت نسبی تغییرات روانی،	
افزایش احساس توانمندی فردی،	تداوم اضطراب بازگشت وزن،	
بازیابی تدریجی عزت نفس،	هم‌زیستی امنیت و ناایمنی روانی،	
شکل‌گیری اعتماد به نفس پایدار،	پذیرش عدم قطعیت پیامدها،	
تمایز اعتماد به نفس سطحی و عمیق،	تجربه رضایت کلی از زندگی،	
سازگاری پویا با بدن و زندگی جدید،	رضایت مشروط از جراحی،	
نوسان عزت نفس وابسته به وزن،	بازنگری انتقادی تصمیم جراحی،	

در مرحله‌ی بعد، مفاهیم اولیه‌ای که در مرحله پیشین تحلیل برای مفهوم‌سازی شکل گرفته بودند، با توجه به ارتباط‌های معنایی، شباهت‌های مفهومی و نقش آن‌ها در ساختار کلی پدیده، مورد بازبینی و طبقه‌بندی مجدد قرار گرفتند. در این مرحله، پژوهش از سطح شناسایی مفاهیم فراتر رفته و تلاش شد تا چگونگی قرارگیری این مفاهیم در بستر تجربه مشارکت‌کنندگان و روابط میان آن‌ها روشن گردد.

جدول ۲. سازه‌های مرتبط با سازگاری روانی-اجتماعی افراد مبتلا به چاقی پس از جراحی چاقی

هسته اصلی	مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی
تلاش مداوم برای	فرسایش تدریجی روانی-	زیست‌تاریخ چاقی
بازسازی شکننده تعادل	اجتماعی ناشی از چاقی	شکست‌های مکرر کنترل وزن
روانی-اجتماعی در	مزمّن	غذا به عنوان تنظیم‌کننده هیجان
فرایند سازگاری با		انگ وزن

زندگی پس از جراحی	آسیب به عزت نفس و اعتماد به نفس
چاقی، در شرایطی که	افت کیفیت زندگی
تداوم و بازتولید	وضعیت جسمانی پیش از عمل
آسیب‌های روانی پیشین	تصمیم‌سازی تدریجی برای جراحی
در کنار تنش‌ها و	انگیزش‌های چندگانه جراحی
محدودیت‌های نوپدید،	تجربه‌های نامطلوب در نظام درمان
این تعادل را همواره در	آمادگی تغذیه‌ای ناکافی
معرض نوسان قرار	انتظارات آرمانی از جراحی
می‌دهد.	نگرانی از قضاوت اجتماعی
	آمادگی روانی ناکافی
تنظیم‌گری اجتماعی فرایند	مواجهه با عوارض جسمی پس از جراحی
سازگاری	حمایت همسر
	حمایت خانواده
	فشار خانواده همسر
	بازخورد‌های اجتماعی متناقض
	حمایت همتایان مشابه
	نگرش فرهنگی به جراحی
	سازگاری با بدن جدید
کنش‌های فعال برای	مدیریت رفتارهای ناسالم غذایی و ایجاد رفتارهای جایگزین مثبت
بازسازی تعادل روانی-	مدیریت تصویر بدنی
اجتماعی	تنظیم هیجان
	مدیریت تعاملات اجتماعی
	دفاع از خویش
	پایش وزن و بدن
	ایجاد رفتارهای اعتیادی جایگزین
	معنابخشی به تجربه
تثبیت نسبی سازگاری	افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس
همراه با نوسان	بازسازی هویت شخصی
	ایجاد رفتارهای جدید مرتبط با سلامتی
	بهبود روابط اجتماعی
	بهبود روابط زناشویی
	افزایش عاملیت شخصی و رشد روانی
	ارتقا سلامت جسمی
	پیدایش مشکلات جدید به واسطه ی اهمالکاری در پیروی از دستورات درمانی یا عوارض جراحی
	تجربه‌ی آشفته‌گی روانی
	طیفی از رضایت کامل تا رضایت نسبی و مشروط

به جراحی برای بسیاری از افراد با آمادگی نابرابر همراه بوده است.

۳) تنظیم‌گری اجتماعی فرایند سازگاری

یافته‌ها نشان داد که سازگاری پس از جراحی، عمیقاً در زمینه روابط و ساختار اجتماعی شکل می‌گیرد. حمایت همسر، خانواده و همتایان مشابه می‌توانست فرایند سازگاری را تسهیل کند، در حالی که فشار هنجاری، قضاوت‌های متناقض و نگرش‌های منفی نسبت به جراحی، این مسیر را دشوار می‌کرد. از این‌رو، سازگاری روانی-اجتماعی نه صرفاً یک تجربه فردی، بلکه فرایندی اجتماعی و زمینه‌مند بود.

۴) کنش‌های فعال برای بازسازی تعادل روانی-اجتماعی

مشارکت‌کنندگان برای سازگاری با بدن جدید و شرایط تازه زندگی، مجموعه‌ای از کنش‌های فعال را به کار می‌گرفتند. مدیریت خوردن، پایش وزن، کنترل هیجان، تنظیم تعاملات اجتماعی، دفاع از خویش و بازتعریف رابطه با غذا و بدن، از جمله راهبردهایی بود که برای بازسازی تعادل به کار می‌رفت. این یافته نشان می‌دهد که سازگاری پس از جراحی، فرایندی منفعلانه نیست، بلکه حاصل کوشش آگاهانه و مداوم فرد برای بازسازی نظم زندگی روزمره است.

۵) تثبیت نسبی سازگاری همراه با نوسان

یافته‌ها حاکی از آن بود که پیامد نهایی جراحی، یک وضعیت پایدار و بدون تنش نیست، بلکه نوعی ثبات نسبی همراه با نوسان است. بسیاری از مشارکت‌کنندگان بهبودهایی در اعتماد به نفس، روابط اجتماعی، کارکرد روزمره و احساس کنترل بر زندگی گزارش کردند؛ با این حال، نگرانی از بازگشت وزن، مشکلات جسمی جدید، نوسانات عزت نفس و آشفتگی‌های روانی همچنان در تجربه آنان حضور داشت. بنابراین، سازگاری پس از جراحی باید به‌عنوان فرایندی پویا، شکننده و قابل بازگشت در نظر گرفته شود.

در مرحله نهایی تحلیل، مقوله‌های به‌دست‌آمده در قالب یک مدل مفهومی یکپارچه سازمان‌دهی شدند که در آن، هسته مرکزی «بازسازی شکننده تعادل روانی-اجتماعی پس از جراحی چاقی» محور اصلی تبیین بود. در این مدل، «فرسایش

مقوله هسته‌ای پژوهش، «تلاش مداوم برای بازسازی شکننده تعادل روانی-اجتماعی در فرایند سازگاری با زندگی پس از جراحی چاقی» بود؛ مفهومی که نشان می‌دهد سازگاری پس از جراحی فرایندی ایستا و خطی نیست، بلکه در بستر تجربه‌های پیشین، کنش‌های فردی، و تأثیرات اجتماعی به‌صورت پیوسته بازساخته می‌شود. یافته‌ها نشان دادند که مسیر سازگاری روانی-اجتماعی از فرسایش تدریجی پیش از جراحی آغاز می‌شود، در مرحله ورود به تجربه جراحی با آمادگی نابرابر ادامه می‌یابد، سپس در قالب تنظیم‌گری اجتماعی و کنش‌های فعال برای بازسازی تعادل پیش می‌رود و در نهایت به تثبیت نسبی همراه با نوسان منتهی می‌شود. این فرایند، ترکیبی از بهبود، اضطراب، بازتعریف هویت و تلاش برای حفظ دستاوردهای جراحی است.

در ادامه به تبیین مقوله‌های اصلی می‌پردازیم:

۱) فرسایش تدریجی روانی-اجتماعی ناشی از چاقی مزمن

نتایج نشان داد که چاقی مزمن برای مشارکت‌کنندگان صرفاً یک وضعیت جسمانی نبود، بلکه به‌تدریج موجب فرسایش روانی، اجتماعی و هویتی آنان شده بود. چرخه‌های مکرر شکست در کنترل وزن، رژیم‌های ناموفق، پرخوری هیجانی و وابستگی به غذا به‌عنوان راهبردی برای تنظیم هیجان، حس درماندگی و بی‌اعتمادی به امکان تغییر را در آنان تقویت کرده بود. در کنار این تجربه، انگ وزن، شرم بدنی، نارضایتی از تصویر بدن و کاهش عزت نفس، به افت کیفیت زندگی و محدود شدن حضور اجتماعی انجامیده بود.

۲) آمادگی نابرابر برای ورود به تجربه جراحی و چالش‌های پس از آن

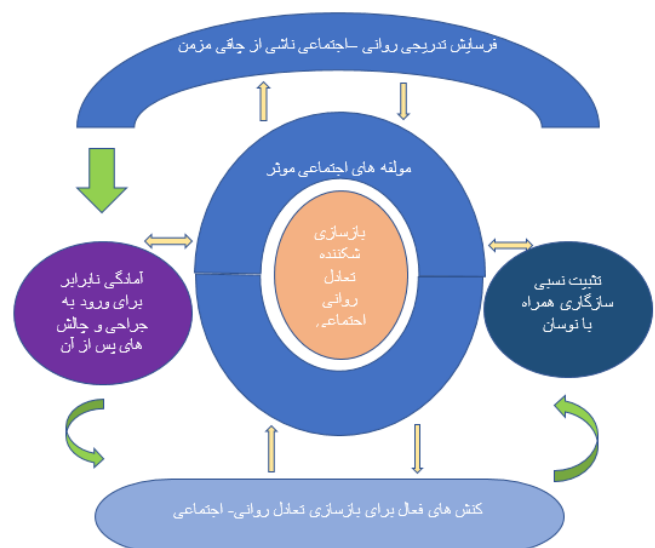
شرکت‌کنندگان غالباً جراحی را به‌عنوان آخرین راه‌حل و در بستر کشمکش بین ترس و امید انتخاب کرده بودند. اگرچه انگیزه‌هایی مانند بازیابی عزت نفس، بهبود ظاهر و کاهش رنج جسمی و روانی در تصمیم‌گیری نقش داشت، اما بسیاری از آنان از آمادگی روانی، شناختی و تغذیه‌ای کافی برای مواجهه با پیامدهای بعد از عمل برخوردار نبودند. انتظارات آرمانی، کم‌اطلاعی از محدودیت‌های پس از جراحی و عوارض احتمالی، و فشارهای بیرونی و اجتماعی، بیانگر آن بود که ورود

و روابط اجتماعی بود. از این منظر، کاهش وزن تنها بخشی از فرایند است و آنچه در تجربه زیسته افراد برجسته می‌شود، تلاش مستمر برای رسیدن به نوعی تعادل تازه و البته ناپایدار است.

یکی از یافته‌های مهم این مطالعه، فرسایش تدریجی روانی- اجتماعی ناشی از چاقی مزمن بود. شرکت کنندگان سال‌ها با شکست‌های مکرر در کنترل وزن، احساس درماندگی، پر خوری هیجانی، انگ وزن و کاهش عزت نفس زندگی کرده بودند. این یافته با گزارش بختی و همکاران (۱۳۹۶) همسو است آنان نشان دادند که متقاضیان جراحی چاقی پیش از عمل معمولاً با اضطراب و افسردگی متوسط، کیفیت زندگی متوسط، و الگوهای مقابله‌ای مانند پذیرش پایین یا مقابله اجتنابی روبه‌رو هستند. بنابراین، ورود به جراحی را نمی‌توان محصول یک تصمیم کاملاً آزاد و بدون بار روانی دانست. این تصمیم اغلب در امتداد سالها فرسودگی، تجربه ناکامی و خستگی از بنیست- های درمانی شکل می‌گیرد. در واقع، جراحی برای بسیاری از افراد نه از موضع قدرت، بلکه از موضع فرسودگی و ضرورت آغاز می‌شود.

مقوله دوم، یعنی آمادگی نابرابر برای ورود به تجربه جراحی و چالش‌های پس از آن، نشان داد که بسیاری از مشارکت کنندگان با انتظارات آرمانی، آمادگی روانی ناکامل و دانش محدود درباره الزامات بعد از عمل وارد مسیر جراحی شده‌اند. این نتیجه با پژوهش کمبل^۱ و همکاران (۲۰۲۲) همسو است که تأکید کردند انگ اجتماعی و فقدان اطلاعات درست، از موانع اصلی تصمیم‌گیری آگاهانه برای جراحی هستند. به بیان دیگر، آمادگی برای جراحی فقط به اراده فرد وابسته نیست، بلکه به کیفیت اطلاع‌رسانی، مشاوره پیش از عمل، و امکان پردازش واقع‌بینانه از مزایا و محدودیت‌های جراحی نیز بستگی دارد. در یافته‌های این مطالعه نیز روشن شد که بخشی از دشواری‌های پس از جراحی، نه از خود عمل، بلکه از شکاف میان انتظار و واقعیت ناشی می‌شود؛ شکافی که می‌تواند زمینه‌ساز ناامیدی، فشار روانی و احساس ناکامی باشد.

روانی- اجتماعی ناشی از چاقی مزمن و «آمادگی نابرابر برای ورود به تجربه جراحی و چالش‌های پس از آن» شرایط اولیه و زمینه‌ساز تجربه افراد محسوب می‌شوند. سپس «تنظیم‌گری اجتماعی فرایند سازگاری» نقش حمایت‌ها و فشارهای محیطی را در تسهیل یا دشوارسازی سازگاری نشان می‌دهد. در ادامه، افراد با «کنش‌های فعال برای بازسازی تعادل روانی- اجتماعی» می‌کوشند وضعیت جدید خود را مدیریت کنند. پیامد نهایی این فرایند نیز «تثبیت نسبی سازگاری همراه با نوسان» است؛ یعنی افراد به تعادل نسبی می‌رسند، اما این تعادل همواره شکننده و تحت تأثیر عوامل جسمی، روانی و اجتماعی قرار دارد. در مجموع، این دیاگرام نشان می‌دهد که سازگاری پس از جراحی چاقی فرایندی پویا، مستمر و غیرقطعی است.



بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که تجربه سازگاری روانی- اجتماعی پس از جراحی چاقی، یک فرایند ساده، خطی و یک‌مرحله‌ای نیست؛ بلکه فرایندی تدریجی، نوسانی و شکننده است که در بستر تجربه‌های پیشین فرد، کیفیت حمایت اجتماعی، انتظارات از جراحی و کنش‌های پس از عمل شکل می‌گیرد. مقوله هسته‌ای «بازسازی شکننده تعادل روانی- اجتماعی» به‌خوبی نشان می‌دهد که جراحی چاقی برای شرکت کنندگان صرفاً یک مداخله جسمانی نبود، بلکه آغاز مرحله‌ای تازه از بازآرایی هم‌زمان در سطح بدن، هیجان، هویت

¹ Campbell

در همین زمینه، مطالعه قنبری و همکاران (۱۳۹۷) نیز قابل اشاره است. آنان نشان دادند که اضطراب و افسردگی پیش از عمل با نگرانی از قضاوت دیگران و مشکلات عملکرد اجتماعی پیوند دارد و از دید بیماران، موفقیت جراحی تنها به کاهش وزن محدود نمی‌شود، بلکه با توان پیروی از دستورات پزشکی و کنترل وزن سنجیده می‌شود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر هم‌راستا هستند، زیرا در این مطالعه نیز شرکت‌کنندگان پس از عمل، موفقیت را فقط در لاغر شدن نمی‌دیدند، بلکه آن را در توانایی مدیریت غذا، بازگشت به زندگی اجتماعی، و احساس کنترل بر خود جست‌وجو می‌کردند. بنابراین، «آمادگی» در اینجا یک مفهوم صرفاً شناختی نیست، بلکه شامل آمادگی هیجانی، اجتماعی و رفتاری نیز می‌شود.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تنظیم‌گری اجتماعی فرایند سازگاری نقش تعیین‌کننده‌ای در تجربه پس از جراحی دارد. حمایت همسر، خانواده و گاه همتایان می‌تواند سازگاری را تسهیل کند، در حالی که فشار هنجاری، قضاوت اجتماعی و تجربه‌های طردشدگی می‌توانند این فرایند را دشوارتر کنند. این بخش از یافته‌ها با مطالعه عزیززی و همکاران (۱۳۹۹) سازگار است که نشان دادند جراحی باریاتریک بر روابط بین‌فردی، به‌ویژه رابطه با خانواده و همسر، اثرات چندلایه دارد. به عبارت دیگر، جراحی نه فقط بدن فرد، بلکه شبکه روابط او را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. شرکت‌کنندگان این پژوهش نیز بارها از تغییر در واکنش‌های همسر، خانواده و اطرافیان سخن گفتند؛ تغییراتی که گاهی حمایتی و گاهی کنترل‌گرانه یا حتی تنش‌زا بود. از این رو، سازگاری پس از جراحی را باید یک پدیده رابطه‌مند دانست که در خلأ رخ نمی‌دهد.

در همین زمینه، گراهام^۱ و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده‌اند که موقعیت‌های اجتماعی پس از جراحی اغلب به صورت «ریسک» تجربه می‌شوند و افراد با ترس از قضاوت، انگ، و دشواری افشای جراحی مواجه‌اند. این نتیجه با داده‌های پژوهش حاضر نیز همخوان است، زیرا بسیاری از مشارکت‌کنندگان از نگرانی درباره نگاه دیگران، پرسش‌های مکرر درباره کاهش وزن، و

حتی نحوه توضیح جراحی به اطرافیان صحبت کردند. بنابراین، انگ وزن و خودپنهان‌سازی پس از جراحی همچنان ادامه دارد و فرد ناچار است در تعاملات روزمره از خود دفاع کند، مرزهای گفت‌وگو را مدیریت نماید و برای هویت جدید خود مشروعیت اجتماعی بسازد. این مسئله نشان می‌دهد که سازگاری اجتماعی پس از جراحی نه تنها به وضعیت جسمانی، بلکه به مهارت‌های کنش متقابل و مدیریت بازخوردهای اجتماعی نیز وابسته است.

یکی دیگر از نکات برجسته این پژوهش، نقش کنش‌های فعال برای بازسازی تعادل روانی-اجتماعی بود. شرکت‌کنندگان برای سازگاری با وضعیت جدید، از راهبردهایی مانند کنترل مصرف غذا، پایش وزن، تنظیم هیجان، بازتعریف رابطه با بدن و تلاش برای معنا دادن به تجربه جراحی استفاده می‌کردند. این یافته با مطالعه خسروی و همکاران (۱۳۹۷) همخوان است که نشان دادند اجرای مدل اطلاعات-انگیزش-مهارت‌های رفتاری در زنان تحت اسلیوگاسترکتومی، بر شاخص‌های جسمانی اثر معنادار دارد. این هم‌خوانی نشان می‌دهد که رفتارهای پس از عمل نیازمند آموزش، انگیزش و مهارت‌اند و بدون آن‌ها، بازسازی تعادل به‌سختی ممکن می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر نیز همین را تأیید می‌کند: افراد تنها زمانی توانستند در برابر وسوسه‌ها، اضطراب‌ها و آشفتگی‌های هیجانی مقاومت کنند که ابزارهای شناختی و رفتاری لازم را در اختیار داشتند.

این بخش از یافته‌ها همچنین با مطالعه نیکخواه و همکاران (۱۳۹۹) همسو است که در دوره قرنطینه کووید-۱۹ نشان دادند پریشانی روان‌شناختی، دشواری در تنظیم خوردن و پاسخ‌های هیجانی افزایش می‌یابد. این یافته اهمیت زمینه‌های استرس‌زا را در شکندگی تعادل پس از جراحی برجسته می‌کند. در پژوهش حاضر نیز روشن شد که سازگاری، حتی در شرایط عادی، امری آسیب‌پذیر است و با ورود استرس‌های جدید، ممکن است تعادل فرد دوباره به هم بخورد. بنابراین، سازگاری پس از جراحی را باید نه یک نقطه پایان، بلکه یک مسیر دائماً در حال بازتنظیم دانست.

^۱ Graham

در ادامه، مقوله تثبیت نسبی سازگاری همراه با نوسان نشان داد که شرکت کنندگان پس از طی فرایندهای مختلف، به نوعی رضایت نسبی و بهبود در اعتماد به نفس، تصویر بدن و روابط اجتماعی دست یافته‌اند؛ اما این وضعیت هرگز تثبیت کامل و دائمی نبود. این نتیجه با پژوهش کلمن^۱ و همکاران (۲۰۲۰) هم‌خوان است. آنان نشان دادند که زندگی پس از جراحی میان «طبیعیتر شدن» و «دوسوگرایی» در نوسان است. حمایت پس از عمل غالباً ناکافی گزارش می‌شود. بنابراین، حتی در صورت تجربه بهبود، افراد همچنان با چالش‌های تازه مواجه‌اند. اضطراب بازگشت وزن یا احساس ناتمام بودن از جمله این چالش‌هاست. این نوسانمندی دقیقاً همان چیزی است که مفهوم «بازسازی شکننده تعادل» را در پژوهش حاضر توضیح می‌دهد.

همچنین پژوهش بهرنز^۲ و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که بهبود علائم افسردگی پس از جراحی الزاماً مستقیماً به کاهش وزن وابسته نیست و تصویر بدن نقش کلیدی دارد. این یافته برای تبیین داده‌های پژوهش حاضر بسیار مهم است، زیرا بسیاری از شرکت کنندگان کاهش وزن را به‌تنهایی کافی نمی‌دانستند تا زمانی که از نظر ذهنی با بدن جدید خود آشتی نکرده بودند، احساس آرامش کامل نداشتند. وجود پوست اضافی، نارضایتی از ظاهر جدید یا نگرانی از دیده شدن، می‌توانست آشفته‌گی هیجانی را تداوم بخشد. بنابراین، مداخلات پس از جراحی باید فراتر از شاخصه‌ای وزنی رفته و بر تصویر بدن، عزت نفس و سلامت هیجانی نیز متمرکز شوند.

از زوایای دیگر، یافته‌های این پژوهش با مطالعه زولین^۳ و همکاران (۲۰۲۲) نیز همسو است؛ آنان مفاهیمی مانند «معنای دوباره زندگی»، «بازسازی زندگی اجتماعی» و «کشف مجدد عزت نفس» را در تجربه پس از جراحی برجسته کردند. در پژوهش حاضر نیز معنابخشی یکی از سازوکارهای مهم برای تحمل رنج و پیشبرد سازگاری بود. افراد زمانی توانستند با محدودیت‌های غذا، تغییرات بدن و فشارهای اجتماعی کنار بیایند که این تجربه را در چارچوبی معنادار تفسیر کردند.

بنابراین، بازسازی تعادل روانی-اجتماعی تنها با تغییر رفتار ممکن نیست، بلکه نیازمند بازسازی معنا نیز هست.

مقایسه مدل حاصل از این پژوهش با نظریه‌ها و مدل‌های پیشین نیز نشان می‌دهد که هرچند مدل‌هایی مانند مدل باور سلامت روزنستاک^۴ (۱۹۷۴)، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده آجرن (۱۹۹۱)، مدل مراحل تغییر پروچاسکا و دی‌کلمنته^۵ (۱۹۸۳)، مدل زیست‌روانی-اجتماعی انگل^۶ (۱۹۷۷)، مدل فرایند تطابق لازاروس و فولکمن^۷ (۱۹۸۴) و مدل‌های کیفیت زندگی و جراحی چاقی، هر یک بخشی از واقعیت را توضیح می‌دهند، اما مدل این پژوهش بر منطق درونی و زیسته فرایند سازگاری تمرکز دارد. به بیان دیگر، این مدل نه فقط رفتار سلامت را پیش‌بینی می‌کند و نه فقط پیامدها را می‌سنجد، بلکه مسیر تدریجی شکل‌گیری، تزلزل و بازسازی تعادل را در متن تجربه واقعی افراد نشان می‌دهد.

در نهایت می‌توان گفت که جراحی چاقی برای افراد شرکت‌کننده، پایان یک مشکل نبود. بلکه ورود به مرحله‌ای تازه از تلاش، بازتنظیم و مواجهه با تعادل‌های شکننده بود. نتایج این پژوهش بر ضرورت طراحی مراقبت‌های چندبعدی پیش از عمل و پس از آن تأکید دارد. این مراقبت‌ها علاوه بر آموزشهای تغذیه‌ای و پزشکی، باید شامل حمایت روانشناختی، تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان، بازسازی تصویر بدن، و فعالسازی حمایت خانواده و شبکه اجتماعی نیز باشد. بر این اساس، موفقیت جراحی چاقی زمانی پایدارتر خواهد بود که بازسازی تعادل روانی-اجتماعی نیز به‌صورت هدفمند مورد توجه قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

"این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول در واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران می‌باشد. و دارای کد اخلاق به شناسه

⁴ Rosenstock

⁵ Prochaska, & DiClemente

⁶ Engel

⁷ Lazarus & Folkman

¹ Coulman

² Behrens

³ Zulin

IR.IAU.SHIRAZ.REC.1404.254 از کمیته اخلاق در

حمایت مالی

هیچگونه حمایت مالی در انجام پژوهش دریافت نشد.

پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز می‌باشد. "

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

در پایان از اساتید گرانقدر و شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- بختی، م.، افشار، ح.، محمودیه، م.، صیدمرادی، ز.، مستوفی، م.، و فیضی، آ. (۱۳۹۶). بررسی نیم‌رخ روان‌شناختی افراد مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده برای جراحی‌های چاقی در شهر اصفهان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۳)، ۳۵۴-۳۶۲.
- خسروی، ص.، امینی، م.، پورشریفی، ح.، سبحانی، ز.، و صادقیان، ل. (۱۳۹۷). اثربخشی مدل اطلاعات-انگیزش-مهارت‌های رفتاری بر بهبود اندازه وزن و محیط اندام‌ها در زنان تحت عمل جراحی چاقی. *مجله طب جنوب*، ۲۱(۱)، ۸۱-۹۱.
- عزیزی، س.، معاریان، ن.، علوی، ک.، صدیق، ر.، و قنبری جلفایی، ع. (۱۳۹۹). تبیین کیفی تجارب بیماران از روابط بین‌فردی بعد از جراحی باریاتریک. *روانشناسی بالینی ایران*، ۲۶(۱)، ۱۰۲-۱۱۳.
- قنبری، ز.؛ شیرازی، س.؛ میرزایی، ا. (۱۳۹۷). نقش اضطراب و افسردگی در ارزیابی موفقیت جراحی اسلیو معده. *نشریه روان‌شناسی سلامت دانشگاه پیام نور*، ۷(۲)، ۹۹-۱۱۲.
- نیکخواه، ب.؛ آقاعلی طاری، ش.؛ یکرنگ صفاکار، س.؛ رحیمی نیکو، ی. (۱۳۹۹). ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران ایرانی تحت عمل جراحی چاقی در دوران همه‌گیری و قرنطینه کووید-۱۹. *روانشناسی بالینی*، ۱۳(۲)، ۱۲-۲۵.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Behrens, S. C., Lenhard, K., Junne, F., et al. (2021). Effects of Bariatric Surgery on Depression: Role of Body Image. *Obesity Surgery*, 31(4), 1864-1868.
- Blüher, M. (2020). Metabolically healthy obesity. *Endocrine reviews*, 41(3), bnaa004.
- Blüher, M., Aras, M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Giorgino, F., Ji, L., ... & Wilding, J. P. (2023). New insights into the treatment of obesity. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 25(8), 2058-2072.
- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M. D., Pories, W., Fahrenbach, K., & Schoelles, K. (2004). Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 292(14), 1724-1737.
- Campbell, E. G., Alasmar, A., Lawrence, R., Kurpius-Brock, M., DeCamp, M., Kovar, A., Schoen, J., Inge, T., Kelsey, M. M., Boles, R., & Engel, S. (2022). Barriers to metabolic bariatric surgery in adolescents: results of a qualitative study. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 18(6), 794-802.
- Coulman, K. D., MacKichan, F., Blazeby, J. M., Donovan, J. L., & Owen-Smith, A. (2020). Patients' experiences of life after bariatric surgery and follow-up care: a qualitative study. *BMJ open*, 10(2), e035013.
- Edwards-Hampton, S. A., & Wedin, S. (2015). Psychosocial impact of bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 25(1), 166-173.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Geerts, M. M., van den Berg, E. M., van Riel, L., Peen, J., Goudriaan, A. E., & Dekker, J. J. (2021). Behavioral and psychological factors associated with suboptimal weight loss in post-bariatric surgery patients. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(3), 963-972.
- Graham, Y., Hayes, C., Small, P., Mahawar, K., & Ling, J. (2017). Patient experiences of adjusting to life in the first two years after bariatric surgery: A qualitative study. *Clinical Obesity*, 7(5), 323-335.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220-229.

- Magdaleno, R., Chaim, E. A., Pareja, J. C., & Turato, E. R. (2011). The psychology of bariatric patient: what replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obesity Surgery*, 21(3), 336–339.
- Masood, B., & Moorthy, M. (2023). Causes of obesity: a review. *Clinical Medicine*, 23(4), 284–291.
- Morgan, D. L. (2014). Pragmatism as a paradigm for social research. *Qualitative Inquiry*, 20(8), 1045–1053.
- Murton, L. M., Plank, L. D., Cutfield, R., Kim, D., Booth, M. W. C., Murphy, R., & Serlachius, A. (2023). Bariatric Surgery and Psychological Health: A Randomised Clinical Trial in Patients with Obesity and Type 2 Diabetes. *Obesity surgery*, 33(5), 1536–1544.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354–386.
- Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Jones-Corneille, L. R., Allison, K. C., Faulconbridge, L. F., & Wadden, T. A. (2018). Psychological issues of obesity and bariatric surgery. *Obesity and Weight Management*, 4(2), 59–67.
- Schwandt, T. A. (2015). *The Sage dictionary of qualitative inquiry* (4th ed.). Sage.
- Sharpe, L., & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*, 62(5), 1153–1166.
- World Health Organization. (2021, August 19). Draft recommendations for the prevention and management of obesity over the life course, including potential targets (Discussion paper). <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/obesity/who-discussion-paper-on-obesity---final190821.pdf>
- World Obesity Federation. *World Obesity Atlas 2023*. Available at: <https://www.worldobesity.org/>
- Zulin, A., Rego, A. da S., dos Santos, F. G. T., Cardoso, L. C. B., dos Santos, J. L. G., Salci, M. A., & Radovanovic, C. A. T. (2022). Meanings attributed to changes occurring after bariatric surgery: An analysis in the light of Grounded Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), e20210463.

Original Article

Present a conceptual model of psychosocial adaptation of obese people to changes occurred after bariatric surgery (a case study of gastric sleeve and gastric bypass)

Received: 15/07/2026 - Accepted: 26/08/2026

Zahra Riahi¹
Ghasem Naziri^{2*}
Leili Panaghi³
Farzaneh Hooman⁴

¹ Department of Psychology, Shi.C. ,
Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

² Department of Psychology, Shi.C.,
Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

³Department of Family Health , Family
Research Institute , Shahid Beheshti
University, Tehran , Iran.

⁴Department of Psychology , Shi.C. ,
Islamic Azad University , Shiraz , Iran.

Corresponding author :, Ghasem Naziri ,
Department of Psychology , Shi.C. ,
Islamic Azad University , Shiraz , Iran.

Email: 2297436807@iau.ac.ir

Abstract

Introduction: Background and Objective: Obesity, as a chronic disease, is associated with extensive psychosocial consequences. Despite the effectiveness of bariatric surgery in weight reduction, the psychosocial adaptation process of patients following this intervention has not been adequately elucidated. The present study aimed to develop a conceptual model of psychosocial adaptation in individuals with obesity after bariatric surgery.

Methods: This qualitative study employed a grounded theory approach using the systematic design of Strauss and Corbin (2015). Data were collected through 40 in-depth semi-structured interviews with individuals who had undergone sleeve gastrectomy or gastric bypass surgery at least six months prior. Purposive sampling was initiated and continued with theoretical sampling until category saturation was achieved. Data analysis was conducted concurrently with data collection through open, axial, and selective coding.

Results: Data analysis led to the identification of 255 initial concepts and five main categories, including: (1) gradual psychosocial erosion caused by chronic obesity, (2) unequal preparation for entering surgery and its subsequent challenges, (3) social regulation of the adaptation process, (4) active actions to rebuild psychosocial balance, and (5) relative stabilization of adaptation with fluctuation. The core category was identified as "ongoing effort to rebuild fragile psychosocial balance in the process of adapting to life after bariatric surgery," reflecting the dynamic, gradual, and fragile nature of this process.

Conclusion: The findings indicated that post-surgical adaptation is not a linear and direct consequence of weight loss, but rather a continuous and fluctuating process shaped by the individual's prior conditions, social support, and active actions. This model can serve as a theoretical framework for a deeper understanding of patients' lived experiences and for designing pre- and post-surgical interventions with a focus on psychosocial dimensions.

Keywords: Obesity, Surgery, Psychosocial Adaptation, Grounded Theory, Fragile Balance