بررسی نیم‌رخ روان‌شناختی افراد مبتلا به چاقی مراجعه کننده برای جراحی‌های چاقی در شهر اصفهان

محسن بختی[1]، حمید افشار[2]، محسن محمودیه[3]، زهره صید مرادی[4]، مرضیه مستوفی[5]، آوات فیضی[6]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: امروزه به دلیل تغییر در شیوه زندگی و الگوی تغذیه‌ای، شیوع چاقی افزایش آشکاری داشته است. بسیاری از افراد در اثر شکست در تمام روش‌های کاهش وزن، در آخرین مرحله به سراغ جراحی چاقی می‌روند و به علت عدم توجه به عوامل روان‌شناختی، دوباره با شکست مواجه می‌شوند. مطالعه حاضر با هدف بررسی نیم‌رخ روان‌شناختی افراد مبتلا به چاقی مراجعه کننده برای جراحی‌های چاقی انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع پیمایشی بود که به روش توصیفی در سال ۹۲-۱۳۹۱ انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل مبتلایان به چاقی با نمایه توده بدنی (Body mass index یا BMI) بیشتر از ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع بود. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس (۱۱۵ نفر) انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس استاندارد سنجش اضطراب و افسردگی (Hospital Anxiety and Depression Scale یا HADS)، پرسش‌نامه ویژگی‌های شخصیتی پنج عاملی NEO (NEO Five-Factor Inventory یا NEO-FFI)، پرسش‌نامه ۳۶ سؤالی سنجش کیفیت زندگی (Short form-۳۶ یا SF-۳۶) و پرسش‌نامه مکانیزم مقابله‌ای (Coping Operations Preference Enquiry یا COPE) جمع‌آوری گردید. میانگین نمرات زنان و مردان با استفاده از آزمون Independent t در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره اضطراب و افسردگی مشارکت کنندگان در سطح متوسطی قرار داشت. در میان ویژگی‌های شخصیتی، بعد دلپذیری بالاترین میانگین و مسؤولیت‌پذیری پایین‌ترین میانگین را به خود اختصاص داد. بالاترین میانگین سبک‌های مقابله‌ای با استرس مربوط به حل مسأله و مسأله‌مداری و پایین‌ترین میانگین مربوط به پذیرش بود. میانگین نمره کیفیت زندگی شرکت کنندگان در سطح متوسطی بود. تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره اضطراب زنان و مردان مشاهده شد و سبک مقابله‌ای اجتنابی در زنان بیشتر و کیفیت زندگی در مردان بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: افراد مراجعه کننده برای جراحی‌های چاقی، دارای درجاتی از اضطراب و افسردگی هستند و از سبک‌های حل مسأله برای مقابله با استرس‌ها استفاده می‌کنند. همچنین، ابعاد شخصیتی ناسازگار دارند و از کیفیت زندگی متوسطی برخوردار می‌باشند. این ویژگی‌ها می‌تواند بر روند درمان و برگشت‌پذیری نتایج جراحی تأثیرگذار باشد.

واژه‌های کلیدی: نیم‌رخ روان‌شناختی، اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی، چاقی، جراحی

ارجاع: بختی محسن، افشار حمید، محمودیه محسن، صید مرادی زهره، مستوفی مرضیه، فیضی آوات. **بررسی نیم‌رخ روان‌شناختی افراد مبتلا به چاقی مراجعه کننده برای جراحی‌های چاقی در شهر اصفهان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۳): ۳۶۲-۳۵۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۳/۲۰ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۵/۲۷

مقدمه

چاقی به عنوان تجمع غیر طبیعی و یا بیش از حد چربی که نشان دهنده مجموعه‌ای از خطرات بهداشتی است، تعریف می‌شود که به طور عمده در نتیجه دریافت انرژی بیشتر از نیاز بدن به وجود می‌آید (۱). این معضل نوعی مشکل سلامتی است که نه تنها با خطرات فیزیکی (۲)، بلکه با انواع زیادی از علایم روان‌شناختی مانند نگرانی از بدن، خلق و خوی افسرده، اعتماد به نفس پایین و تبعیض ارتباط دارد. از جمله عواملی که بر بروز چاقی مؤثر است، می‌توان به ژنتیک، محیط زیست، عوامل اقتصادی- اجتماعی، روانی، هورمونی و... اشاره نمود (۱).

سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization یا WHO)، چاقی را به عنوان «یک اپیدمی جهانی» اعلام کرده است که نه تنها جهان غرب، بلکه کشورهای جهان سوم را نیز در برمی‌گیرد (۳). طبق آخرین گزارش‌های پیمایش تغذیه و سلامت ملی آمریکا (National Health and Nutrition Examination Survey یا

۱- دانشجوی پسادکتری، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- استاد، مرکز تحقیقات روان‌تنی و گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- دانشیار، گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴- دانشجوی دکتری، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
۵- کارشناس ارشد، بیمارستان خورشید، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۶- دانشیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: زهره صید مرادی Email: seidmoradi.zohreh@yahoo.com

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.12.5]

NHANES) که در سال ۲۰۱۶ میلادی منتشر شد، در سال ۲۰۱۴ از هر ۳ نفر، ۱ نفر (۳۷/۷ درصد) از بزرگسالان بالای ۲۰ سال در ایالات متحده آمریکا به چاقی مبتلا بوده‌اند (۴) که این نتایج، رشد ۳/۷ درصدی چاقی را طی دو سال نشان می‌دهد (این میزان در سال ۲۰۱۲، ۳۴ درصد گزارش شده بود) (۵).

WHO در یک طبقه‌بندی استاندارد، شاخص توده بدنی (Body mass index یا BMI) (وزن بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر) را به چهار دسته تقسیم می‌کند که عبارت از BMI کمتر از ۱۸/۵ به عنوان لاغر، بین ۱۸/۵ تا ۲۵ دارای وزن نرمال، بین ۲۵ تا ۳۰ مبتلا به اضافه وزن و بیشتر از ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع را به عنوان چاق تعریف می‌کند (۵). همچنین، مقادیر BMI بیشتر از ۴۰ کیلوگرم بر مترمربع و یا بیش از ۳۵ کیلوگرم بر مترمربع که با عوارض و بیماری همراه باشد، به عنوان چاقی مرضی تعریف می‌گردد (۶). این اختلال مزمن تنها به اثرات متابولیک- جسمی محدود نمی‌شود، بلکه تأثیر بسزایی در شرایط روحی- روانی افراد مبتلا دارد (۸، ۷) و این در حالی است که پیامدهای جسمی چاقی کاملاً شناخته شده، اما ابعاد روانی آن هنوز مشخص نشده است (۹).

روش‌های مختلفی برای درمان چاقی وجود دارد که از آن جمله می‌توان به رژیم درمانی با هدف تغییر عادات غذایی و ایجاد تعادل میان انرژی ورودی و مصرفی، اصلاح رفتاری و رفتار درمانی، دارو درمانی و جراحی‌های چاقی اشاره نمود.

جراحی چاقی یکی از مؤثرترین روش‌ها جهت درمان بیماران مبتلا به چاقی مرضی می‌باشد که برای بیماران با BMI بیشتر از ۴۰ کیلوگرم بر مترمربع (بدون عوارض) و BMI بیشتر از ۳۵ کیلوگرم بر مترمربع (همراه با عوارض) استفاده می‌شود (۱۰). این افراد جراحی چاقی را به عنوان آخرین راه چاره بعد از چندین تلاش ناموفق کاهش وزن می‌دانند (۱). بعضی از بیماران عمل جراحی را یک راه‌حل مکانیکی برای درمان چاقی خود می‌پندارند تا سبب شود که کمتر احساس گرسنگی کنند و به اراده کمتری برای جلوگیری از پرخوری خود نیاز داشته باشند (۱۱، ۱۰).

علاوه بر اعمال جراحی، عوامل غیر جراحی و روانی نیز نقش مهمی در نتایج درمان ایفا می‌کند (۱). عوامل روحی- روانی منجر به ناراحتی شدید و ضعف در سلامتی مرتبط با کیفیت زندگی مبتلایان به چاقی (۸، ۷) و کاهش اعتماد به نفس آن‌ها می‌شود که عامل اصلی شکست درمان است (۱۲). برخی از داوطلبان جراحی انتظارات غیر واقعی در مورد جراحی یا کاهش وزن خود دارند. اغلب افراد چاقی خود را به عنوان بازتابی از نقص شخصیت مشاهده می‌کنند و مشکلات روانی- اجتماعی خود را به جای این که از شرایط چاقی بدانند، به شخصیتشان نسبت می‌دهند (۱۳). ارزیابی روان‌شناختی قبل از جراحی و مداخلات، به تشخیص بهتر بعد از عمل جراحی و رضایت بیشتر بیمار در مورد درمان و همچنین، شناسایی موارد خاص نیاز به مداخله روان‌شناختی جهت بهبود نتایج عمل جراحی، می‌انجامد (۳). در این روش، توانایی بیماران برای دستیابی به تغییرات لازم رفتاری، بهبود می‌یابد و ضعف در تشخیص به حداقل می‌رسد (۱۴).

بر طبق گزارش‌ها، شیوع بالاتری از اختلالات روانی مانند افسردگی و اختلالات رفتاری غذا خوردن در بیمارانی که به دنبال جراحی چاقی هستند نسبت به کسانی که به دنبال جراحی چاقی نیستند، مشاهده می‌شود که این اختلالات روانی با سطوح بالاتری از چاقی ارتباط دارد (۳). موسویان و همکاران با انجام برنامه مداخلاتی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی (Mindfulness-based cognitive therapy یا MBCT) بر روی ۴۸ نفر از افراد چاق در سه گروه آزمایشی (۱۶ نفر دریافت کننده MBCT، گروه شاهد اول: ۱۷ نفر دریافت کننده رژیم غذایی و گروه شاهد دوم: ۱۵ نفر بدون دریافت هیچ‌گونه برنامه) در دو شهر تهران و دزفول، به این نتیجه دست یافتند که روش MBCT در کاهش چاقی مؤثر می‌باشد و یافته‌های حاصل از پیگیری یک ماهه نیز پایداری نتایج را نشان داد (۵).

Sierra-Murguia و همکاران در مطالعه خود که با هدف بررسی مشخصات روانی داوطلبان جراحی چاقی و ارتباط بین سطح چاقی و متغیرهای روانی انجام شد، عنوان کردند که جراحی چاقی به عنوان مؤثرترین روش درمانی چاقی‌های شدید به اثبات رسیده است. کاهش وزن و نگهداری طولانی مدت آن به توانایی بیمار برای اجرای تغییر دایمی در شیوه زندگی خود بستگی دارد. پژوهش آن‌ها به صورت همبستگی توصیفی- مقطعی و با هدف ساختن پروفایل روان‌شناختی حاصل از ارزیابی روانی ۱۱۳ داوطلب جراحی چاقی و همچنین، یافتن رابطه بین متغیرهای روان‌شناختی با سطح چاقی انجام گرفت. نتایج به دست آمده شیوع بالای اختلالات روانی را در مبتلایان به چاقی نشان داد. همچنین، بیان کردند که سطح چاقی با سطح آسیب‌شناسی روانی ارتباط مستقیمی ندارد. دیگر یافته تحقیق آنان این بود که در سطح بالاتری از چاقی، نگرانی کمتری در مورد وزن و مواد غذایی وجود دارد و نیز درک بالاتر قابل توجهی از حمایت خانواده را دارند. گروهی که نسبت به کاهش وزن و مواد غذایی نگرانی بیشتری دارند، از BMI کمتری برخوردار هستند و درک کمتری از حمایت خانواده دارند (۳).

پژوهش van Hout و همکاران که به صورت یک مرور سیستماتیک در پایگاه داده‌ای PubMed انجام شد، متغیرهای مربوط به ویژگی‌های شخصیتی، آسیب‌شناسی روانی، عادات غذایی و مشکلات اجتماعی و کیفیت زندگی را شناسایی کرد و به این نتایج دست یافت که بیماران با چاقی مرضی و به خصوص آن‌هایی که می‌خواهند درمان جراحی انجام دهند، به عنوان افراد افسرده، مضطرب، کنترلگر ضعیف امیال، با عزت نفس پایین، اختلال در کیفیت زندگی، داشتن رژیم غذایی و کنترل سخت رفتارهای غذایی توصیف می‌شوند (۱).

صادقی و همکاران یک کارآزمایی آزمایشی تک موردی را با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT) در مبتلایان به چاقی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که روش CBT در کاهش وزن و اثبات آن مؤثر می‌باشد و به تغییراتی در رضایت از تصویر بدن، باورهای شخصی درباره ظاهر و خودکارامدی وزن می‌انجامد (۱۵).

همان‌گونه که نتایج مطالعات نشان می‌دهد، افراد مبتلا به چاقی و چاقی مرضی، متغیرهای روان‌شناختی ویژه‌ای دارند که به چند دلیل همواره مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. از جمله این که این افراد عدم رضایت کلی احساس می‌کنند و به دنبال درمان‌های چاقی و به ویژه جراحی‌های چاقی می‌روند، اما همه بیمارانی که تحت عمل جراحی چاقی قرار می‌گیرند، به نتیجه مطلوب خود نمی‌رسند و تفاوت قابل توجهی در کاهش وزن افراد در کوتاه مدت و بلند مدت بعد از عمل جراحی وجود دارد (۱۶). به طور مثال، ۲۰ درصد افرادی که تحت جراحی چاقی قرار می‌گیرند، به کاهش وزن قابل توجهی دست پیدا نمی‌کنند و یا در مدت کوتاهی بعد از عمل جراحی دوباره به وزن قبلی خود باز می‌گردند (۲). همچنین، نتایج ناامید کننده درمان‌های متعارف چاقی، برخی از متخصصان را بر آن داشته است تا به جای تأکید صرف بر روی کاهش وزن،

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.12.5]

بیشتر روی تغییرات روانی مثبت با به کارگیری مداخلات روان‌شناختی تمرکز نمایند (۱۷). در نتیجه، ارزیابی روانی قبل از عمل جراحی می‌تواند عوامل روانی و رفتاری تأثیرگذار بر ایمنی بیمار و عمل جراحی را شناسایی کند (۱۸). از سوی دیگر، عوامل روانی ناشی از چاقی، اثر عمیقی بر سلامت کلی و امید به زندگی دارد (۹) و اضافه وزن در این بیماران بر عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی آن‌ها نیز تأثیر می‌گذارد (۲۰، ۱۹).

از بین ویژگی‌های مختلف روانی، عواملی همچون ابعاد شخصیت، سطح اضطراب و افسردگی و کیفیت زندگی می‌تواند تفسیرهای شناختی گسترده‌ای در مورد این افراد، چرایی انجام این‌گونه اعمال جراحی و ارتباطات احتمالی ابعاد روان‌شناختی این افراد با تمایل آن‌ها به انجام چنین درمان‌هایی و حتی نتیجه‌گیری از درمان آن‌ها ارایه نماید.

در این میان، بیشتر پژوهش‌های انجام شده محدود به یک یا دو ویژگی خاص مانند افسردگی می‌باشد و تحقیقات اندکی به بررسی و شناخت سایر متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با چاقی پرداخته‌اند. در ایران نیز مؤلفه‌های روان‌شناختی مرتبط با این اختلال مورد غفلت واقع شده است. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف یافتن پروفایل روان‌شناختی افراد مبتلا به چاقی (سطح اضطراب و افسردگی، مکانیسم‌های مقابله با استرس، کیفیت زندگی و ابعاد شخصیتی) که برای انجام اعمال جراحی چاقی و کاهش وزن به مطب جراحان فعال در زمینه درمان چاقی مراجعه کرده بودند، انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر توصیفی از نوع پیمایشی بود که به صورت مقطعی در سال ۹۲-۱۳۹۱ انجام شد. جامعه پژوهش را کلیه مبتلایان به چاقی که در طی ۶ ماه برای انجام جراحی‌های زیبایی و درمانی چاقی به مطب‌های جراحی چاقی مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. ۱۱۵ نفر به عنوان نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه شامل افراد چاق با BMI بیشتر از ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع و مراجعه جهت انجام جراحی‌های چاقی بود. افراد با بیماری‌های ذهنی مانند عقب ماندگی ذهنی، بیمارانی که تحت درمان روان‌پزشک بودند و یا داروهای مرتبط مصرف می‌کردند، به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، مصاحبه با افراد به صورت اختصاصی و به دور از دیگران و با رضایت کامل آن‌ها انجام گرفت. داوطلبان سالم، همراهان بیماران و کودکان، از پژوهش کنار گذاشته شدند.

جمع‌آوری اولیه داده‌ها از طریق توزیع پرسش‌نامه و مصاحبه ساختار یافته با افرادی که برای انجام جراحی‌های گاسترکتومی اسلیو (Sleeve gastrectomy)، گاستریک بانداینگ، گاستریک بای‌پس و بیلیاری پانکراتیت Diversion در ۶ ماهه دوم سال به مطب‌های جراحی چاقی مراجعه کرده بودند، انجام شد. داده‌های روان‌شناختی نمونه‌ها از طریق چندین پرسش‌نامه استاندارد که در ادامه به تفصیل آمده است، جمع‌آوری گردید. لازم به ذکر است که روایی و پایایی پرسش‌نامه‌های مذکور در پژوهش‌های گذشته به اثبات رسیده است.

مقیاس استاندارد سنجش اضطراب و افسردگی (Hospital Anxiety and Depression Scale یا HADS): این ابزار برای اولین بار توسط Zigmond و Snaith در سال ۱۹۸۳ به عنوان مقیاسی جهت غربالگری اختلالات روان‌پزشکی در درمانگاه‌های سرپایی بیمارستان های عمومی مورد استفاده قرار گرفت. مقیاس HADS نوعی ابزار خودگزارشی ۱۴ آیتمی می باشد که برای غربال وجود و شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب طراحی شده است و اجرای آن کمتر از ۵ دقیقه به طول می‌انجامد و جمعیت مورد بررسی آن از نوجوانان تا سالمند است. این ابزار یک زیرمقیاس افسردگی هفت جزیی و یک زیرمقیاس اضطرابی هفت قسمتی دارد که در هر دوی آن‌ها برای کاهش احتمالی تشخیص‌های مثبت کاذب، نشانه‌های جسمی حذف می گردد. خرده مقیاس افسردگی مقیاس HADS روی ارزیابی فقدان حالت خوشکامی متمرکز می‌باشد. هر سؤال از صفر تا ۳ نمره‌دهی می‌شود و نمره کل برای هر قسمت نیز بین صفر تا ۲۱ است. نمرات بین صفر تا ۷ نشان دهنده وضعیت طبیعی، نمرات ۱۰-۸ نشان دهنده وضعیت متوسط و در خطر و نمرات ۱۱ و بیشتر نشان دهنده حضور اضطراب یا افسردگی در حد بیماری می‌باشد (۲۱). بدین ترتیب، مقیاس HADS ابزار غربالگری مفید و مختصری برای نشانه‌های افسردگی و اضطرابی در بیماران دارای مشکل جسمی است (۲۲). به طور خلاصه، مقیاس مذکور ابزار معتبری جهت ارزیابی اضطراب و افسردگی در بیماران و برآورد شدت اختلال هیجان به شمار می‌رود.

روایی وپایایی مقیاس HADS در هر دو مورد اضطراب و افسردگی مورد سنجش قرار گرفته است. همبستگی این دو زیرمقیاس بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۴ متغیر می‌باشد (میانگین ۰/۵۶). ضریب Cronbach's alpha سطح اضطراب (HADS-Anxiety یا HADS-A) بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۳ (میانگین ۰/۸۳) و ضریب Cronbach's alpha سطح افسردگی (HADS-Depression یا HADS-D) بین ۰/۶۷ تا ۰/۹۰ (میانگین ۰/۸۲) محاسبه گردید (۲۳). این ابزار برای جمع‌آوری داده‌ها در مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی نیز مورد بررسی قرار گرفت و اعتبار و پایایی آن در مطالعات مختلف، در حد قابل قبولی گزارش شد (۲۶-۲۴).

روایی و پایایی فرم فارسی شده مقیاس HADS در مطالعه منتظری و همکاران بررسی شد و نتایج نشان داد که مقیاس مذکور و زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی دارای روایی و پایایی و هماهنگی درونی مناسبی می باشند (به ترتیب ضریب Cronbach's alpha ۰/۷۸ و ۰/۸۶) (۲۷) و اعتبار لازم برای کاربرد در جمعیت بالینی ایرانی را دارد (۲۸).

پرسش‌نامه ویژگی‌های شخصیتی پنج عاملی NEO (NEO Five-Factor Inventory یا NEO-FFI): این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۵ توسط Costa و McCrae در پنج حیطه تهیه شد که هر کدام ۱۲ سؤال دارد و در مجموع، شامل ۶۰ سؤال می‌باشد که برای ارزیابی پنج عامل اصلی شخصیت به کار می‌رود. این آزمون به منظور عملی کردن مدل پنج عاملی شخصیت ساخته شده است و چارچوبی از صفات اصلی شخصیت شامل روان‌نژندی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، دلپذیر بودن، باوجدان بودن و مسؤولیت‌پذیری را ارایه می‌نماید (۲۹).

در حال حاضر آزمون پنج عاملی NEO-FFI کاربردی جهانی دارد و به منظور تحقیق به زبان‌های چکسلواکی، عربی، هلندی، فرانسوی، آلمانی، ژاپنی، نروژی، لهستانی و سوئدی ترجمه شده است. پرسش‌نامه شخصیتی NEO-FFI توسط Costa و McCrae بر روی ۲۰۸ نفر از دانشجویان آمریکایی به فاصله سه ماه اجرا گردید که ضرایب اعتبار آن بین ۰/۸۳ تا ۰/۷۵ به دست آمد. اعتبار

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.12.5]

درازمدت این پرسش‌نامه نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است (۲۹). یک مطالعه طولانی شش ساله بر روی مقیاس‌های روان‌نژندی، برون‌گرایی و دلپذیری، ضرایب اعتبار ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ را در گزارش‌های شخصی و نیز در گزارش‌های زوج‌ها نشان داد. ضریب اعتبار دو عامل انعطاف‌پذیری و مسؤولیت‌پذیری نیز به فاصله دو سال به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۳ به دست آمد (۳۰).

در هنجاریابی آزمون NEO-FFI که توسط گروسی فرشی و همکاران بر روی نمونه‌ای با حجم ۲۰۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تبریز، شیراز و دانشگاه‌های علوم پزشکی این دو شهر صورت گرفت، ضریب همبستگی پنج بعد اصلی بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷گزارش شد. ضرایب Cronbach's alpha در هر یک از عوامل اصلی روان‌نژندی، برون‌گرایی، دلپذیری، انعطاف‌پذیری و مسؤولیت‌پذیری به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به دست آمد. جهت بررسی اعتبار محتوایی این آزمون نیز از همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی و فرم ارزیابی مشاهده‌گر استفاده گردید که حداکثر همبستگی به میزان ۰/۶۶ در عامل برون‌گرایی و حداقل همبستگی به میزان ۰/۴۵ در عامل سازگاری بود (۳۱).

در تازه‌ترین پژوهش نیز که انیسی و همکاران جهت بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسش‌نامه NEO-FFI بر روی دانشجویان انجام دادند، پنج ویژگی شخصیتی افراد مورد سنجش قرار گرفت. نتایج مطالعه آن‌ها با استفاده از روش Cronbach's alpha نشان داد که ویژگی‌های باوجدان بودن و روان‌نژندی به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۰ و ویژگی‌های انعطاف‌پذیری و برون‌گرایی به ترتیب ضرایب ۰/۶۰ و ۰/۵۸ بود (۳۲).

پرسش‌نامه ۳۶ سؤالی سنجش کیفیت زندگی (Short form-۳۶ یا SF-۳۶):

فرم کوتاه شده پرسش‌نامه کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۲ توسط Ware و Sherbourne طراحی و اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است (۳۳). WHO کیفیت زندگی را درک فرد از جایگاهش در زندگی در بافت سیستم فرهنگی و ارزش هایی که او در آن‌ها زندگی می‌کند، می‌داند که در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های اوست. در واقع، کیفیت زندگی عبارت از «برداشت هر شخص از وضعیت سلامتی خود و میزان رضایت از این وضع» تعریف می‌گردد. این ابزار از ۸ زیرمقیاس و هر زیرمقیاس نیز از ۲ تا ۱۰ ماده تشکیل شده است. ۸ زیرمقیاس شامل [عملکرد جسمی (Physical functioning یا PF)، اختلال نقش به دلیل سلامت جسمی (Role-Physical یا RP)، اختلال نقش به دلیل سلامت هیجانی (سلامت عاطفی) (Role-Emotional یا RE)، نشاط/ خستگی (EF یا Energy and Fatigue)، بهزیستی هیجانی (Emotional well-being یا EW)، عملکرد اجتماعی (Social-Functioning یا SF)، درد (Pain یا P) و سلامت عمومی (General health یا GH)] می‌باشد. همچنین، از ادغام زیرمقیاس‌ها، دو زیرمقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. در مقیاس مذکور، نمره پایین‌تر نشان دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و بر عکس.

منتظری و همکاران برای آزمون پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی، از تحلیل آماری «همخوانی داخلی» و برای آزمون روایی آن از روش «مقایسه گروه‌های شناخته شده» و «روایی همگرایی» استفاده نمودند. تحلیل «همخوانی داخلی» نشان داد که به جز مقیاس نشاط (α = ۰/۶۵)، سایر مقیاس‌های گونه فارسی ابزار مذکور از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردار می‌باشد. نتایج آزمون «مقایسه گروه‌های شناخته شده» حاکی از آن بود که نسخه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی قادر به افتراق زیرگروه‌های جمعیتی به تفکیک جنسیت و سن است؛ به طوری که افراد مسن‌تر و زنان در تمامی مقیاس‌ها امتیازهای پایین‌تری را به دست آوردند. آزمون «روایی همگرایی» به منظور بررسی فرضیات اندازه‌گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را ارایه نمود و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده (۰/۴) به دست آمد (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸تا ۰/۹۵ بود). آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را ارایه کرد که ۶۵/۹ درصد پراکندگی میان مقیاس‌های پرسش‌نامه کیفیت زندگی را توجیه می‌نمود. در مجموع، نتایج نشان داد که نسخه فارسی این ابزار به منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سطح جمعیتی، از پایایی و روایی لازم برخوردار است (۳۴).

پرسش‌نامه مکانیزم مقابله‌ای (Coping Operations Preference Enquiry یا COPE):

این مقیاس برای اولین بار در سال ۱۹۸۵ توسط Folkman و Lazarus طراحی شد. پرسش‌نامه COPE نحوه پاسخگویی افراد به حوادث استرس‌زا را می‌سنجد. در این ابزار ۵ نوع راهبرد مقابله‌ای «مقابله متمرکز بر ارزیابی مثبت، مقابله متمرکز بر حل مسأله (مسأله‌مداری)، مقابله اجتنابی، مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی و مقابله مبتنی بر پذیرش» مشخص شده است و نمره‌گذاری آن به صورت سه درجه‌ای از ۱ تا ۳ می‌باشد. Folkman و Lazarus در تحقیق خود پایایی به روش همسانی درونی را ۰/۷۵ به دست آورند (۳۵). همچنین، پایایی خرده مقیاس‌های آن از ۰/۶۱ برای روش مقابله اجتنابی تا ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد مثبت گزارش گردید. آقاجانی اعتبار ۰/۸۰ را برای هر یک از مکانیسم‌های مقابله‌ای عنوان کرد (۳۶). خدادادی (۳۷) و خدایاری فرد و پرند (۳۸) نیز ضریب اعتبار کل آزمون را ۰/۸۴ برآورد نمودند.

متغیرهای عددی با میانگین و انحراف معیار و متغیرهای غیر عددی با تعداد و درصد گزارش شد. متغیرهای عددی بین دو گروه زنان و مردان با استفاده از آزمون Independent t مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago) تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از بررسی اطلاعات دموگرافیک نمونه‌ها نشان داد که میانگین سنی افراد مورد بررسی ۳۳/۸۲ سال در بازه‌ای از ۶۱-۱۳ سال و میانگین وزنی آن‌ها ۱۱۳ کیلوگرم با حداقل و حداکثر ۶۹ و ۱۸۰ کیلوگرم بود. بیشتر افراد متأهل بودند (۶۸ نفر، ۶۰/۲ درصد). همچنین، بیشترین فراوانی به افراد دارای سطح تحصیلات دیپلم (۴۷ نفر، ۴۰/۹ درصد) اختصاص داشت. افراد مراجعه کننده به ترتیب داوطلب انجام بای‌پس معده (۱۹/۱ درصد)، اسلیو (۷/۸ درصد)، باندیگ معده (حلقه) (۴/۳ درصد) و بالون معده (۱/۷ درصد) بودند و کمترین مراجعه به ساکشن چربی (۰/۹ درصد) اختصاص داشت. سایر اطلاعات دموگرافیک نمونه‌ها در جدول ۱ آمده است.

میانگین نمره اضطراب و افسردگی، مکانیسم‌های مقابله با استرس،

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.12.5]

ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی افراد مراجعه کننده برای جراحی چاقی در کل نمونه و به تفکیک در زنان و مردان و نتیجه مقایسه آن‌ها در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک افراد مراجعه کننده برای جراحی‌های چاقی

متغیر		مقدار
سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)		۳۳/۸۲ ± ۹/۲۱
جنسیت [تعداد (درصد)]	زن	۹۲ (۸۰/۰)
	مرد	۲۳ (۲۰/۰)
وزن (کیلوگرم) (میانگین ± انحراف معیار)		۱۱۳/۰۰ ± ۲۳/۶۵
وضعیت تأهل [تعداد (درصد)]	مجرد	۳۶ (۳۱/۹)
	متأهل	۶۸ (۶۰/۲)
	مطلقه	۸ (۷/۱)
	بیوه	۱ (۰/۹)
سطح تحصیلات [تعداد (درصد)]	ابتدایی	۳ (۲/۶)
	راهنمایی	۹ (۷/۸)
	دیپلم	۴۷ (۴۰/۹)
	کاردانی	۱۷ (۱۴/۸)
	کارشناسی و بالاتر	۳۹ (۳۳/۹)

یافته‌های به دست آمده از تحلیل آماری نیم‌رخ روان‌شناختی در افراد مراجعه کننده برای جراحی‌های چاقی نشان داد که اضطراب و افسردگی در سطح بالایی قرار داشت. همچنین، اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمره اضطراب زنان و مردان مشاهده شد و این نمره در زنان بیشتر از مردان بود ($P < ۰/۰۵۰$)، اما در سطح افسردگی بین زنان و مردان اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

با توجه به مقدار میانگین تحلیل سبک‌های مقابله‌ای، یافته‌ها نشان داد که این افراد بیشتر از سبک حل مسأله و پس از آن جلب حمایت اجتماعی و خانواده برای مقابله با استرس‌های خود استفاده می‌کنند. اختلاف معنی‌داری بین سبک‌های مقابله‌ای به جز اجتنابی که مردان بیشتر از زنان در مقابل استرس‌هایشان استفاده می‌کردند، مشاهده نشد؛ در حالی که زنان با اختلاف زیادتر و معنی‌دارتری نسبت به مردان از سبک اجتنابی بهره می‌بردند ($P < ۰/۰۵۰$).

در تحلیل ویژگی‌های شخصیتی مشارکت کنندگان، دلپذیر بودن و پس از آن روان‌نژندی میانگین بالاتری نسبت به بقیه ابعاد داشت. تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان در ابعاد ویژگی‌های شخصیتی مشاهده نشد.

یافته‌های حاصل از بررسی ابعاد کیفیت زندگی نشان داد که مشارکت کنندگان دارای عملکرد جسمانی بالاتر و در عین حال میانگین بعد سلامت جسمانی پایین‌تری بودند و به صورت کلی کیفیت زندگی متوسطی داشتند. بر اساس یافته‌ها، میانگین نمره مردان در ابعاد عملکرد جسمانی، سلامت جسمانی، سلامت هیجانی، انرژی، سلامت عاطفی، کارکرد اجتماعی و درد به طور معنی‌داری بالاتر از زنان بود.

جدول ۲. میانگین نیم‌رخ متغیرهای روان‌شناختی افراد مورد بررسی

متغیرهای روان‌شناختی	زیرمقیاس	میانگین ± انحراف معیار کل	میانگین ± انحراف معیار نمره		مقدار P*
			زن	مرد	
مشکلات روانی	اضطراب	۱۳/۷۰ ± ۴/۰۱	۱۴/۳۳ ± ۴/۰۵	۱۱/۱۷ ± ۲/۶۹	۰/۰۰۱
	افسردگی	۱۵/۹۰ ± ۳/۷۴	۱۶/۲۱ ± ۳/۸۹	۱۴/۶۵ ± ۲/۷۸	۰/۰۷۳
سبک‌های مقابله‌ای	حمایت اجتماعی	۱۱/۳۰ ± ۲/۹۰	۱۱/۰۸ ± ۲/۹۴	۱۲/۱۷ ± ۲/۵۸	۰/۱۰۰
	حل مسأله و مسأله‌مداری	۱۵/۱۳ ± ۲/۴۱	۱۵/۰۳ ± ۲/۳۷	۱۵/۵۶ ± ۲/۵۷	۰/۳۴۰
	سبک ارزیابی مجدد مثبت	۹/۳۳ ± ۱/۸۸	۹/۳۱ ± ۱/۸۲	۹/۳۹ ± ۲/۱۴	۰/۸۶۰
	پذیرش	۲/۹۵ ± ۰/۸۸	۲/۸۹ ± ۰/۸۸	۳/۲۱ ± ۰/۸۵	۰/۱۱۰
	سبک اجتنابی	۹/۷۴ ± ۲/۹۳	۱۰/۲۰ ± ۲/۸۳	۷/۷۸ ± ۲/۴۸	< ۰/۰۰۱
ویژگی‌های شخصیتی	روان‌نژندی	۳۲/۰۷ ± ۷/۶۵	۳۱/۴۷ ± ۷/۳۱	۳۴/۴۷ ± ۸/۶۱	۰/۰۹۰
	برون‌گرایی	۲۹/۶۹ ± ۶/۰۲	۳۰/۰۱ ± ۵/۹۲	۲۸/۴۳ ± ۶/۳۶	۰/۲۶۰
	انعطاف‌پذیری	۳۱/۱۱ ± ۵/۱۰	۳۱/۱۲ ± ۵/۳۱	۳۱/۰۸ ± ۴/۳۰	۰/۹۷۰
	دلپذیر بودن	۳۳/۴۴ ± ۵/۱۹	۳۳/۴۸ ± ۵/۱۸	۳۳/۳۰ ± ۵/۳۲	۰/۸۸۰
	مسؤولیت‌پذیری	۲۷/۲۰ ± ۴/۷۵	۲۶/۹۰ ± ۴/۷۴	۲۸/۴۳ ± ۴/۶۸	۰/۱۶۰
کیفیت زندگی	عملکرد جسمی	۱۲۵/۵۲ ± ۷۳/۸۸	۱۱/۶۸ ± ۷۳/۰۳	۱۵۲/۶۰ ± ۷۲/۵۱	۰/۰۴۰
	سلامت جسمی	۳۲/۸۹ ± ۳۲/۶۴	۳۱/۰۴ ± ۳۲/۹۸	۴۰/۲۱ ± ۳۰/۸۳	۰/۲۳۰
	سلامت هیجانی	۴۹/۱۲ ± ۴۳/۴۹	۴۶/۳۷ ± ۴۴/۲۸	۶۰/۶۰ ± ۳۹/۳۵	۰/۱۶۰
	انرژی و خستگی	۵۰/۴۳ ± ۲۲/۴۱	۴۷/۸۸ ± ۲۳/۱۳	۶۰/۶۵ ± ۲۵/۹۰	۰/۰۱۴
	بهزیستی هیجانی یا سلامت عاطفی	۵۸/۲۲ ± ۳۲/۲۵	۵۴/۲۱ ± ۲۲/۸۷	۷۴/۲۶ ± ۱۷/۳۴	< ۰/۰۰۱
	کارکرد اجتماعی	۶۲/۵۴ ± ۲۷/۵۸	۵۹/۳۲ ± ۲۸/۳۰	۷۶/۰۲ ± ۱۹/۷۱	۰/۰۱۰
	درد	۶۲/۷۸ ± ۲۱/۴۶	۵۸/۸۰ ± ۲۰/۸۵	۷۸/۶۹ ± ۱۶/۰۴	< ۰/۰۰۱
	سلامت عمومی	۵۰/۵۹ ± ۲۰/۳۰	۵۲/۰۶ ± ۲۰/۹۱	۴۵/۲۱ ± ۱۶/۹۵	۰/۱۴۰
	کل	۵۶/۴۵ ± ۲۰/۳۹	۵۳/۷۲ ± ۲۰/۴۵	۶۸/۳۲ ± ۱۵/۷۱	۰/۰۰۷

*آزمون Independent t

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.12.5]

اختلاف معنی‌داری در بعد سلامت عمومی که زنان میانگین بالاتری نسبت به مردان کسب کردند، وجود نداشت، اما به طور کلی مردان با نمره کل ۶۸/۳۲ به طور معنی‌داری کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان داشتند (P < ۰/۰۵۰).

بحث و نتیجه‌گیری

چاقی، فراوان‌ترین بیماری جامعه بشری در قرن پیش‌رو است و منشأ بسیاری از بیماری‌های شایع روز دنیا به شمار می‌رود. همه‌گیری فعلی در چاقی، پیشگیری و درمان آن را با چالش‌های بزرگی مواجه کرده است. در واقع، چاقی و برگشت وزن در جوامع پیشرفته به صورت یک تضاد جالب باقی مانده است. گرایش طبیعی افراد این است که به وزن مطلوب خود دست یابند، اما دست یافتن به این هدف و نگهداری آن روند دشواری می‌باشد. بنابراین، اولین هدف در این حیطه باید جلوگیری از برگشت وزن افراد باشد (۳۹).

با توجه به این که اطلاعات موجود در زمینه ویژگی‌های روان‌شناختی افراد چاق ناهمسان و متناقض است، به نظر می‌رسد برای دستیابی به یافته های باثبات‌تر، پژوهش‌ها نیز باید به سمت مطالعه و بررسی ویژگی‌ها و متغیرهای روان‌شناختی جهت‌گیری شود. شناسایی این عوامل به عنوان پیش‌بینی کننده‌های علل احتمالی برگشت وزن و شناسایی افراد در معرض عود، حایز اهمیت می‌باشد.

همان‌گونه که در بررسی سطح اضطراب و افسردگی بیماران مراجعه کننده برای جراحی‌های چاقی مشخص گردید، این افراد دارای سطح اضطراب متوسط و افسردگی شدیدی می‌باشند و این یافته با نتایج پژوهش de Almeida Ribeiro و همکاران که در مورد شخصیت روانی زنان بعد از جراحی‌های چاقی انجام شد (۴۰)، همسو بود. آن‌ها به این نتیجه دست یافتند که تمایلی برای کاهش شدت شاخص اضطراب و سهولت بیشتر استفاده از منابع شناختی در دوره بعد از عمل جراحی وجود دارد (۴۰).

همچنین، نتایج مطالعه دیگری نشان داد که ۱۳ درصد زنان مبتلا به چاقی مرضی، در طیف افسردگی متوسط و شدید قرار دارند (۷). در تحقیق متفاوتی که به بررسی ارتباط BMI با ویژگی‌های روان‌شناختی مبتلایان به چاقی پرداخت، مشخص گردید که مردان بیشتر در ابتلا به اضطراب آسیب‌پذیر هستند (۹) و با نتایج بررسی حاضر که نشان داد زنان سطح اضطرابی بالاتری نسبت به مردان دارند، متناقض بود (۹). نتایج پژوهش دیگری که بر روی زنان چاق انجام شد، نشان داد که همراه با افزایش BMI، شدت افسردگی نیز افزایش پیدا می‌کند (۱۴) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. نتایج تحقیقی با بررسی نیم‌رخ روان‌شناختی مبتلایان به چاقی مرضی به خصوص کسانی که برای درمان، جراحی انجام می‌دهند، حاکی از آن بود که این افراد به عنوان افراد افسرده، مضطرب، کنترلگر ضعیف امیال، دارای عزت نفس پایین و اختلال در کیفیت زندگی، توصیف می‌شوند (۱) و با نتایج مطالعه حاضر که افسردگی شدید بیماران و کیفیت زندگی متوسط آن‌ها را به اثبات رساند، همسو بود.

با توضیح وضع فرد در هر یک از عوامل پنج‌گانه، می‌توان شرح جامعی فراهم نمود که بتواند وضع عاطفی، اجتماعی، تجربی، نگرشی و انگیزشی فرد را مشخص سازد. مقیاس‌های حیطه NEO عوامل شخصیت را در این سطح اندازه‌گیری می‌نماید و مقیاس‌های صفات فرعی، تحلیل گسترده‌تری بر اساس اندازه‌های خاص صفات در داخل هر یک از عوامل ارایه می‌دهد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مراجعه کننده برای جراحی‌های چاقی بیشتر دارای بعد شخصیتی «دلپذیر بودن» هستند. افراد با شخصیت دلپذیری کامل، در شرایط استرس‌زا که نیازمند مکانیزم مقابله‌ای سخت‌تر و شدیدتر است، با مشکل مواجه می‌شوند و این یافته با یک مطالعه که نشان داد افراد با چاقی متوسط از لحاظ ذهنی کاملاً سالم هستند، اختلالات روانی ندارند و نیازی به جراحی چاقی ندارند (۴۱)، همسو نبود. مشارکت کنندگان در درجه بعدی دارای بعد روان‌شناختی روان‌نژندی یا ناسازگاری بودند. روان‌نژندی، تمایل به تجربه عواطف منفی همچون ترس، غم، دستپاچگی، عصبانیت، احساس گناه و نفرت می‌باشد. این افراد مستعد داشتن عقاید غیر منطقی هستند و کمتر قادر به کنترل تکانش‌های خود می‌باشند و خیلی ضعیف‌تر از دیگران با استرس کنار می‌آیند.

کیفیت زندگی، برداشت هر شخص از وضعیت سلامتی خود و میزان رضایت از این وضع می‌باشد. نتایج مطالعه Karlsson و همکاران که کیفیت زندگی افراد چاق را پس از انجام جراحی‌های چاقی رو به پیشرفت می‌داند (۴۲)، با نتایج بررسی حاضر که کیفیت زندگی این افراد را متوسط گزارش کرد، همخوانی داشت. نتایج پژوهش Greenberg و همکاران نشان داد که علایم شدید افسردگی، تصویر بدنی و کیفیت زندگی پایین در افراد داوطلب درمان‌های چاقی مشاهده می‌شود (۴۳) که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو بود. در تحقیق دیگری که بر روی زنان چاق انجام گرفت، بررسی‌های روان‌شناختی حاکی از آن بود که تفاوت معنی‌داری در ۷ بعد کیفیت زندگی (به جز بعد محدودیت ناشی از مشکلات هیجانی) بین طبقات مختلف چاقی وجود دارد و به دنبال افزایش BMI، ابعادکیفیت زندگی نیز در بین گروه‌های مورد مطالعه کاهش معنی‌داری پیدا کرد (۱۷) و با یافته‌های پژوهش حاضر که کیفیت زندگی زنان را در سطح متوسط ارزیابی کرد، مشابهت داشت.

با توجه به مطالب ارایه شده، مشخص شد افرادی که برای درمان چاقی خود از روش‌های جراحی استفاده می‌کنند، سطح اضطرابی متوسط و افسردگی شدیدی دارند و اغلب از سبک حل مسأله و برخورداری از حمایت خانواده و اجتماعی برای مقابله با استرس‌های خود استفاده می‌کنند. مشارکت کنندگان مطالعه حاضر از لحاظ شخصیتی بیشتر دارای بعد دلپذیری بودند (وابستگی بیشتر) و در شرایط استرس‌زا که نیازمند مکانیزم مقابله‌ای سخت‌تر و شدیدتر هستند، با مشکل مواجه می‌شوند. همچنین، افراد مبتلا به چاقی وضعیت کیفیت زندگی متوسطی دارند. در بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی، آنان دارای عملکرد جسمانی بالاتر و سلامت جسمانی پایین‌تری می‌باشند و مردان به صورت معنی‌داری کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان دارند.

انجام پژوهش در زمینه آثار جسمی و روانی چاقی، می‌تواند گام مهمی جهت پیشگیری و درمان این بیماری باشد. همچنین، نتایج این‌گونه مطالعات، راهنمایی مؤثری برای پزشکان و مؤسسات درمان چاقی از طریق جراحی است تا این که بدانند چه افرادی برای درمان جراحی چاقی مناسب هستند و در نتیجه، این افراد با بیشترین اثربخشی و کمترین هزینه به هدف مطلوب خود برسند. می‌توان گفت این نتایج سبب پیشگیری از قبول خطرات اعمال جراحی در افراد با خطر بالای عود چاقی می‌گردد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی از جمله تعداد نمونه اندک، نمونه‌گیری در دسترس و عدم تعمیم‌پذیری همراه بود و فقط در مورد بیمارانی است که برای جراحی چاقی به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده نیم‌رخ روانی افراد را در زیرگروه‌های مختلف چاقی بررسی نماید و از نمونه‌های بیشتر و متغیرهای دیگری نیز جهت ارزیابی روان‌شناختی افراد

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.12.5]

مبتلا به چاقی استفاده کند.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با شماره ۲۹۲۰۵۷، مصوب مرکز تحقیقات روان‌تنی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. بدین وسیله از جناب آقای دکتر فیضی به جهت ارایه راهنمایی‌های ارزنده در تدوین این طرح تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، از جناب آقای دکتر محمودیه که در انجام مصاحبه با بیماران همکاری نمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. van Hout GC, van O, I, van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. Obes Surg 2004; 14(5): 579-88.
2. Kral JG. Morbidity of severe obesity. Surg Clin North Am 2001; 81(5): 1039-61.
3. Sierra-Murguia M, Vite-Sierra A, Ramos-Barragan V, Lopez-Hernandez JC, Rojano-Rodriguez E, Torres-Tamayo M. Psychosocial profile of bariatric surgery candidates and the correlation between obesity level and psychological variables. Rev Int Psicol Ter Psicol 2012; 12(3): 405-14.
4. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. JAMA 2012; 307(5): 483-90.
5. Mousavian N, Moradi A, Mirzai J, Shidfar F, Mahmodi Kahriz B, Taheri F. The effectiveness of mindfulness therapy on reducing obesity. Applied Psychology 2010; 4(16): 49-58.
6. Brunicardi AF, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Matthews J, et al. Schwartz's principles of surgery. New York, NY: McGraw Hill Professional; 2009.
7. Marzocchi R, Moscatiello S, Villanova N, Suppini A, Marchesini G. Psychological profile and quality of life of morbid obese patients attending a cognitive behavioural program. Psychological Topics 2008; 17(2): 2349-360.
8. Corica F, Corsonello A, Apolone G, Lucchetti M, Melchionda N, Marchesini G. Construct validity of the Short Form-36 Health Survey and its relationship with BMI in obese outpatients. Obesity (Silver Spring) 2006; 14(8): 1429-37.
9. Davaran M, Kafie Masule M, Maddah M, Ebrahimi Fard S, Davaran S, Soltani Shal R, et al. Relationship of body mass index with psychological characteristics (on mmpi-2) in obese patients. J Guilan Univ Med Sci 2012; 21(82): 15-23. [In Persian].
10. Pessina A, Andreoli M, Vassallo C. Adaptability and compliance of the obese patient to restrictive gastric surgery in the short term. Obes Surg 2001; 11(4): 459-63.
11. Greenstein RJ, Rabner JG, Taler T. Bariatric surgery vs. conventional dieting in the morbidly obese. Obes Surg 1994; 4(1): 16-23.
12. Dalle GR, Calugi S, Molinari E, Petroni ML, Bondi M, Compare A, et al. Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: An observational multicenter study. Obes Res 2005; 13(11): 1961-9.
13. Glinski J, Wetzler S, Goodman E. The psychology of gastric bypass surgery. Obes Surg 2001; 11(5): 581-8.
14. Guisado JA, Vaz FJ, Lopez-Ibor JJJ, Rubio MA. Eating behavior in morbidly obese patients undergoing gastric surgery: Differences between obese people with and without psychiatric disorders. Obes Surg 2001; 11(5): 576-80.
15. Sadeghi K, Gharraee B, Fata L, Mazhari SZ. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in treating patients with obesity. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2010; 16(2): 107-17. [In Persian].
16. Kinzl JF, Schrattenecker M, Traweger C, Mattesich M, Fiala M, Biebl W. Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery. Obes Surg 2006; 16(12): 1609-14.
17. Amiri H, Borjali A, Sohrabi F, Pazouki A. The comparison of depression and quality of life in the obese women with different body mass indices (BMI) with the normal women residing in Tehran. Razi J Med Sci 2015; 21(127): 102-12. [In Persian].
18. Greenberg I, Sogg S, Perna M. Behavioral and psychological care in weight loss surgery: Best practice update. Obesity (Silver Spring) 2009; 17(5): 880-4.
19. Fine JT, Colditz GA, Coakley EH, Moseley G, Manson JE, Willett WC, et al. A prospective study of weight change and health-related quality of life in women. JAMA 1999; 282(22): 2136-42.
20. Rand CS, Macgregor AM. Morbidly obese patients' perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. South Med J 1990; 83(12): 1390-5.
21. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand1983; 67(6): 361-70.
22. Lam RW, Michalaak EE, Swinson RP. Assessment scales in depression, mania and anxiety. Boca Raton, FL: CRC Press; 2004.
23. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the hospital anxiety and depression scale an updated literature review. J Psychosom Res 2002; 52(2): 69-77.
24. Harter M, Reuter K, Gross-Hardt K, Bengel J. Screening for anxiety, depressive and somatoform disorders in rehabilitation-validity of HADS and GHQ-12 in patients with musculoskeletal disease. Disabil Rehabil 2001; 23(16): 737-44.
25. Lopez-Alvarenga JC, Vazquez-Velazquez V, Arcila-Martinez D, Sierra-Ovando AE, Gonzalez-Barranco J, Salin-Pascual RJ. Accuracy and diagnostic utility of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) in a sample of obese Mexican patients. Rev Invest Clin 2002; 54(5): 403-9.
26. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. Gen Hosp Psychiatry 2003; 25(4): 277-83.
27. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The hospital anxiety and depression scale (HADS): Translation and validation study of the Iranian version. Health Qual Life Outcomes 2003; 1: 14.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.12.5]

28. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of anxiety and depression hospital scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. Tehran Univ Med J 2009; 67(5): 379-85. [In Persian].
29. Costa PT, McCrae RR. The NEO personality inventory manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1985.
30. Gerusi Farshi MT. New approach to personality evaluation (Application of factor analysis in personality studies). Tabriz, Iran: Danial Publications; 2001. [In Persian].
31. Garousi Farshi MT, Mehryar AH, Gazi Tabatabaei SM. Application of the NEO PIR test and analytic evaluation of its characteristics and factorial structure among Iranian university students. Human Sciences Alzahra University 2001; 11(39): 173-98. [In Persian].
32. Anisi J, Majdian M, Joshanloo M., Gohari-Kamel Z. Validity and reliability of NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) on university students. J Res Behav Sci 2012; 5(4): 351-5. [In Persian].
33. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30(6): 473-83.
34. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia MS. The short form health survey SF-36. Payesh Health Monit 2006; 5(1): 49-56. [In Persian].
35. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a collegeexamination. J Pers Soc Psychol 1985; 48(1): 150-70.
36. Aghajani S. Relationship of personality type with student coping ways in Ardabil University [MSc Thesis]. Ardebil, Iran: Tarbiat Modares University; 1996. [In Persian].
37. Khodadadi M. Standardization of Lazarus and Folkman's stress coping questionnaire and comparison between students of Islamic Azad University of Roodehen [MSc Thesis]. Roodehen, Iran: Roodehen Branch, Islamic Azad University; 2004. [In Persian]
38. Khodayary Fard M, Parand A. Stress and coping styles. Tehran, Iran: University of Tehran Publications; 2006. [In Persian].
39. Bidadian M, Bahrami Ehsan H. An overview of present challenges in obesity treatment. J Res Behav Sci 2013; 10(7): 757-71.
40. de Almeida Ribeiro GA, dos Santos JE, Loureiro SR. Perfil psicologico the mulheres a cirurgia bariatrica: Estudo exploratorio. Interam J Psychol 2011; 45(2): 169-76.
41. Andrews G. A psychological profile of the bariatric patient with implications for treatment. Obes Surg 1995; 5(3): 330-3.
42. Karlsson J, Taft C, Ryden A, Sjostrom L, Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: The SOS intervention study. Int J Obes (Lond) 2007; 31(8): 1248-61.
43. Greenberg I, Perna F, Kaplan M, Sullivan MA. Behavioral and psychological factors in the assessment and treatment of obesity surgery patients. Obes Res 2005; 13(2): 244-9.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.12.5]

Analyzing Psychological Profile of Patients with Obesity Attended for Obesity Surgery in Isfahan, Iran

Mohsen Bakhti[1], Hamid Afshar[2], Mohsen Mahmoudiyeh[3], Zohreh Seidmoradi[4], Marzieh Mostofi[5], Avat Feizi[6]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Obesity has been increasing significantly during the past decade in Iran due to changes in lifestyle and nutrition patterns. Many people turn to obesity surgery after failing in all other methods of weight reduction; however, they face failure again as they do not consider psychological factors. This study was conducted to assess the psychological profile of patients with obesity attended for obesity surgery.

Methods and Materials: The current research was a descriptive study and had been completed periodically over the course of 2012-2013. The studied population included individuals with obesity that has the body mass index (BMI) of above 30 kg/m^2. The sample population of 115 people was chosen via convenience sampling method and their psychological data were gathered through various standard questionnaires including hospital anxiety and depression scale (HADS), neuroticism-extraversion-openness five-factor inventory (NEO-FFI), quality of life survey [short form 36 (SF-36)] and coping operations preference enquiry (COPE) survey. In the next step, raw data were processed and analyzed using the software SPSS in order to compare men and women mean scores.

Findings: The studied population had an average level of anxiety and depression. Among the personality characteristics, amiability has the most and responsibility has the least mean. Problem-solving method has the most and acceptance has the least mean among coping styles. Mean of quality of life score had an average level. There was a significant difference between the anxiety score among men and women; and avoidance and quality of life coping styles were the most used ones among women and men, respectively.

Conclusions: The patients who volunteer for obesity surgical treatment methods suffer from some degrees of anxiety and depression, and use problem-solving coping style to manage their stress. In addition, they have incompatible personality dimensions and average quality of life. These characteristics can alter treatment, and reversibility of surgery outcomes.

Keywords: Psychological profile, Anxiety, Depression, Quality of life, Obesity, Surgery

Citation: Bakhti M, Afshar H, Mahmoudieh M, Seidmoradi Z, Mostofi M, Feizi A. **Analyzing Psychological Profile of Patients with Obesity Attended for Obesity Surgery in Isfahan, Iran.** J Res Behav Sci 2017; 15(3): 354-62.

Received: 10.06.2017 Accepted: 18.08.2017

1- Postdoctoral Student, Psychosomatic Research Center, School of Medicine, University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Professor, Psychosomatic Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Associate Professor, Department of Surgery, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4- PhD Student, Department of Health Care Management, School of Medical Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
5- Khorshid Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
6- Associate Professor, Department of Biostatics and Epidemiology, School of Health, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Zohreh Seidmoradi, Email: seidmoradi.zohreh@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.3.12.5]