

جنبه‌های روانشناسی و روانپزشکی
جراحی چاقی

فهرست مطالب

۷.....	مقدمه
۹.....	تقدیر و تشکر
۱۰.....	طرح کلی کتاب
۱۱.....	۱ جراحی چاقی و سلامت روان
۲۴.....	۲ انگیزه‌ها، انتظارات و تجربه‌های بیمار
۳۴.....	۳ صفت‌های شخصیتی
۴۴.....	۴ تصویر بدن و نارضایتی از بدن
۵۱.....	۵ آسیب در دوران کودکی
۵۹.....	۶ اختلال‌های خوردن
۷۷.....	۷ اختلال‌های افسردگی
۸۷.....	۸ اختلال‌های اضطرابی، OCD و PTSD
۹۶.....	۹ اختلال‌های شخصیت
۱۰۴.....	۱۰ اختلال دوقطبی
۱۱۴.....	۱۱ اختلال‌های روان‌پریشی
۱۲۲.....	۱۲ ناتوانی ذهنی
۱۲۹.....	۱۳ اختلال مصرف مواد و الکل
۱۴۰.....	۱۴ خودکشی و آسیب به خود
۱۵۱.....	۱۵ مشکل‌های فعلی و مسیرهای آینده
۱۶۰.....	منابع
۱۷۷.....	پیوست: جعبه ابزار ارزیابی
۱۸۰.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۱۸۲.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

این کتاب توسط بالینگر و برای بالینگران نوشته شده است. اهمیت ارزیابی سلامت روان و مراقبت از بیماران چاق در دهه گذشته به وضوح آشکار شده است. با این حال، در اکثر برنامه‌های چاقی، نقش روانشناسان و روان‌بالینگران هنوز حاشیه‌ای بوده و یا به خوبی تعریف نشده است. به نظر من، دلیل احتمالی این است که جراحی یک شاخه پزشکی است که بیش از هر رشته بالینی از روانشناسی و روان‌پزشکی فاصله دارد. رویکرد مکانیکی و نظام‌مند جراحی با مفاهیم روان‌شناسی و روان‌پزشکی که بر اساس مدل‌های نظری ناهمگن، دسته‌های تشخیصی مشکوک و راهبردهای درمان بحث‌برانگیز مطابقت ندارند.

هدف اصلی این کتاب تقویت ارتباط بین جراحان چاقی و متخصصان سلامت روان است. مراقبت بهینه از بیماران چاق مستلزم آن است که هر یک از اعضای گروه بالینی معنی و ارتباط داده‌هایی را که در مراحل ارزیابی و درمان قبل و بعد از عمل جمع‌آوری می‌شود، درک کنند. گزارش‌های سلامت روان نباید به عنوان اطلاعات بالینی جداگانه‌ای تصور شوند که فقط توسط روانشناسان و روان‌بالینگران قابل رمزگشایی است. به همین دلیل، هر فصل شامل مفاهیم اساسی در مورد ساختارهای روانی-اجتماعی و اختلال روان‌پزشکی است که درک و به خاطر سپاری آن‌ها آسان است حتی اگر خواننده در زمینه سلامت روان هیچ آموزش یا تحصیلاتی نداشته باشد. به طور خلاصه، این کتابی نیست که به طور انحصاری برای روانشناسان و روان‌بالینگران متخصص حیطه چاقی نوشته شده باشد، گرچه امیدوارم که همکاران من در زمینه سلامت روان بتوانند از بررسی نظام‌مند داده‌ها و نشانه‌های واضح از نحوه کمک به بیماران چاقی از طریق «سفر جراحی» خود بهره‌مند شوند.

با توجه به اینکه روانشناسی و روان‌پزشکی چاقی به سرعت در حال پیشرفت هستند، بسیاری از داده‌ها و نشانه‌های گزارش شده در کتاب در آینده نزدیک تجدیدنظر می‌شوند. بعلاوه، این احتمال وجود دارد که بعضی از قسمت‌ها نظرهای شخصی من را که توسط سایر متخصصان سلامت روان به اشتراک گذاشته نشده است منعکس کنند. بسیار خوب است اگر این کتاب بتواند به نقطه آغازین یک گردهمایی آزاد در مورد وضعیت فعلی و آینده روانشناسی و روان‌پزشکی چاقی تبدیل شود. بازخورد خوانندگان نیز استقبال می‌شود.

۱ جراحی چاقی و سلامت روان

چکیده

محبوبیت جراحی چاقی در میان بالینگران و بیماران چاق به سرعت چشمگیری در حال افزایش است. هیچ شاخه دیگری از جراحی به اندازه جراحی چاقی به طور کامل با روانشناسی و روان پزشکی آمیخته نشده است. با ظهور دو فوق تخصص مجزا مشخص شد که در حال حاضر مطالعه سلامت روان در بیماران چاق پیچیده تر شده است. روانشناسی چاقی با تفاوت های طبیعی فردی در عملکردهای شناختی و هیجانی سروکار دارد که ممکن است بر سلامت روان بیماران قبل و بعد از جراحی تأثیر داشته باشد. روان پزشکی چاقی با تشخیص و مدیریت بیماری های آسیب زای روانی که مانع از انجام جراحی می شوند یا آن را به تأخیر می اندازد یا نیاز به درمان قبل از عمل دارند و بعد از جراحی بدتر می شوند، سروکار دارد. در ابتدا، دامنه روانشناسی و روان پزشکی چاقی بسیار محدود بود و اهداف شامل کشف پیش بینی کننده های کاهش وزن و شناسایی رفتارهای نامناسب و علائم روان پزشکی بود که احتمال داشت بیماران را در معرض خطر عوارض بعد از جراحی قرار دهد. اکنون، اهداف بسیار جامع تر بوده و شامل تغییر در وضعیت روانی-اجتماعی و عملکردی است. این رشته در حال حرکت به سمت تعریف منحصر به فرد از موفقیت جراحی چاقی است.

کلیدواژه ها

جراحی چاقی. سلامت روان. روانشناسی چاقی. روان پزشکی چاقی. ارزیابی قبل از جراحی. پیگیری بعد از جراحی

۱-۱ پیش‌زمینه

جراحی چاقی شاخه‌ای از جراحی باهدف کمک به کاهش وزن در فرد چاق است. برخلاف درمان‌های جایگزین (به‌عنوان مثال رژیم غذایی، ورزش، اصلاح رفتار و داروهای کاهش وزن)، جراحی چاقی یک روش قابل‌اعتماد برای کاهش وزن زیاد و طولانی‌مدت، تا ۳۰ درصد از کل وزن بدن است (شانتی و پاتل، ۲۰۱۹). علاوه بر این، شواهدی مبنی بر احتمال بهبود عوارض متابولیک مرتبط با چاقی (مانند دیابت نوع ۲) به‌وسیله جراحی چاقی وجود دارد و بنابراین برخی منابع از آن به‌عنوان «جراحی وزن و متابولیک» یاد می‌کنند. محبوبیت جراحی چاقی در بین بالینگران و بیماران چاق با سرعت چشمگیری در حال افزایش است. داده‌های گزارش‌شده توسط انجمن جراحی متابولیک و چاقی آمریکا (ASMBS)^۱ حاکی از این است که در سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۸، تعداد بیمارانی که در ایالات‌متحده تحت عمل جراحی کاهش وزن قرار گرفته‌اند از ۱۵۸،۰۰۰ به ۲۵۲،۰۰۰ افزایش یافته است.

هیچ شاخه دیگری از جراحی به‌اندازه جراحی چاقی با روانشناسی و روان‌پزشکی کاملاً آمیخته نشده است. تغییرهای ایجادشده توسط جراحی چاقی محدود به کاهش سریع و قابل‌توجه وزن نیست، بلکه بیماران تغییرهای عمده‌ای در تصویر بدن، عملکرد روزمره و روابط اجتماعی خود در ماه‌ها و سال‌های بعد از جراحی تجربه می‌کنند که در نتیجه، سازگاری روانی-اجتماعی یک جزء جدایی‌ناپذیر از روند بعد از عمل است که منجر به نتایج موفقیت‌آمیز می‌شود. جراحی چاقی می‌تواند سلامت روانی را تحت تأثیر قرار داده و بهتر یا بدتر کند. در یک مطالعه کوهورت روی ۲۴،۷۶۶ بیمار که تحت عمل جراحی چاقی قرار گرفتند، طی یک مطالعه ۱۰ ساله، از هر شش شرکت‌کننده (۱۶/۷٪)، یک نفر حداقل یک‌بار به درمانگاه سلامت روان مراجعه کرده بودند. موارد سرپایی، بخش اورژانس و روان‌پزشکی بیماران بستری بعد از جراحی در مقایسه با قبل جراحی، به‌طور قابل‌توجهی شایع‌تر بودند (مورگان و همکاران، ۲۰۱۹). نویسندگان در تفسیر یافته‌های خود نشان می‌دهند که دستورالعمل‌های فعلی که ارزیابی روانی-اجتماعی قبل از عمل و به تعویق انداختن جراحی در بیماران مبتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی با علائم فعال را توصیه می‌کنند ممکن است تأثیر غیر مؤثر و یا متناقضی داشته باشد.

با ظهور دو فوق تخصص مجزا مشخص شد که در حال حاضر مطالعه سلامت روان در بیماران چاق پیچیده‌تر شده است. روانشناسی چاقی با تفاوت‌های فردی طبیعی در عملکرد شناختی و هیجانی سروکار دارد که ممکن است بر سلامت روان بیماران قبل و بعد از جراحی تأثیر بگذارد. روان‌پزشکی چاقی با تشخیص و مدیریت بیماری‌های آسیب‌زای روانی که مانع از انجام جراحی می‌شوند یا آن را به تأخیر می‌اندازد یا نیاز به درمان قبل از عمل دارند و بعد از جراحی بدتر می‌شوند، سروکار دارد (شکل ۱-۱).

1 <https://asmbs.org/resources/estimate-of-bariatric-surgery-numbers>, accessed 03 Jan 2020



شکل ۱-۱ ادغام روانشناسی و روانپزشکی چاقی در تعریف اهداف در حال تحول در ارزیابی قبل و بعد از عمل بیماران چاق

این فصل مقدماتی به شرح زیر تقسیم شده است. خلاصه ای از روش های جراحی مورد استفاده کنونی به عنوان اطلاعات پایه ای برای متخصصان سلامت روان نا آشنا با آخرین تحول های جراحی چاقی، ارائه می شود و سپس بخش های بعدی به ۴ سؤال روانشناسی و روان پزشکی چاقی، یعنی ۴ سؤالی که ارزیابی سلامت روان و درمان بیماران چاقی را نشان می دهد، می پردازند.

۱-۲ انواع جراحی چاقی

دو نوع اصلی جراحی وجود دارد که تقریباً همیشه از طریق جراحی لاپاراسکوپی انجام می شوند: محدودکننده مقدار غذا (محدودکننده) و محدودکننده جذب از روده (سوء جذب) (شکل ۱-۲). جراحی های معمول انجام شده شامل گاسترکتومی آستینی^۱ و جراحی کنار گذاری معده^۱ (RYGB)

1 sleeve gastrectomy

می‌باشند. انحراف بیلوپانکراتیک با یا بدون تعویض دوازدهه، به‌طور معمول کمتر انجام می‌شود اما اغلب در افراد بسیار چاق مورد توجه قرار می‌گیرد. حلقه گذاری قابل تنظیم معده و بالون داخل معده^۲ از دیگر تکنیک‌های جراحی هستند. روش جراحی کاهش وزن اصلاحی در بیماران انجام می‌شود که قبلاً تحت نوعی عمل جراحی چاقی قرار گرفته‌اند و یا این جراحی همراه با عارضه بوده یا از جراحی اولیه به‌طور قابل توجهی به نتایج بهینه کاهش وزن نرسیده‌اند. درصدهای نسبی انواع جراحی‌های انجام‌شده در ایالات متحده برای سال ۲۰۱۸ عبارت‌اند از: گاسترکتومی آستینی ۶۱/۴٪، جراحی کنار گذاری معده ۱۷/۰٪، اصلاحی ۱۵/۴٪، حلقه گذاری قابل تنظیم معده ۱/۱٪ و جراحی انحراف بیلوپانکراتیک با یا بدون تعویض دوازدهه ۰/۸٪^۳. در ۵ سال گذشته، تعداد جراحی‌های گاسترکتومی آستینی در حال افزایش بوده، درحالی‌که جراحی کنار گذاری معده و حلقه گذاری قابل تنظیم معده در حال نزول هستند.

گاسترکتومی آستینی با قرار دادن یک لوله آروگاستیک^۴ (با قطر تقریبی ۱۲ میلی‌متر) در امتداد خمیدگی کوچک معده و برش نواحی اضافی آن انجام می‌شود. گرچه بسیاری گاسترکتومی آستین را به عنوان یک روش محدودکننده در نظر می‌گیرند، اما به‌طور فزاینده‌ای به عنوان یک روش متابولیکی شناخته می‌شود. جراحی کنارگذاری معده شامل محدود کردن حجم معده به کیسه ۳۰-۱۵ میلی‌لیتری و تغییر مسیر جریان مواد مغذی از معده به انتهای روده نزدیک^۵ است. این روش همچنین با برداشتن بخش زیادی از معده، دوازدهه و روده فوقانی، جذب غذا را کاهش می‌دهد. انحراف بیلوپانکراتیک با تعویض دوازدهه، با برداشتن بخشی از معده و روده کوچک، کیسه معده لوله‌ای کوچک تازه‌ای ایجاد می‌کند که در این روش سه چهارم روده کوچک کنار گذاشته می‌شود. این نوع جراحی باعث کاهش جذب چربی و ایجاد تغییراتی در هورمون‌های روده می‌شود که منجر به کاهش اشتها و تقویت سیری می‌شود. در انحراف بیلوپانکراتیک بدون تعویض دوازدهه، گاسترکتومی آستینی عمودی ساخته شده و تقسیم دوازدهه بلافاصله فراتر از لوزالمعده انجام می‌شود. دستگاه گوارش به دوازدهه متصل است، درحالی‌که اندام ایلیو پانکراتیک به دراز روده در نزدیکی ۷۵ سانتی متری دریچه دراز-کور روده‌ای پیوند خورده‌است. در حلقه گذاری قابل تنظیم معده، حلقه‌ای با یک بالون سلیکونی بادی درونی در نزدیکی و اطراف معده درست زیر محل اتصال معده و مری قرار می‌گیرد. حلقه از طریق پورت دسترسی زیر جلدی با تزریق یا برداشتن یک محلول نمکی محکم می‌شود.

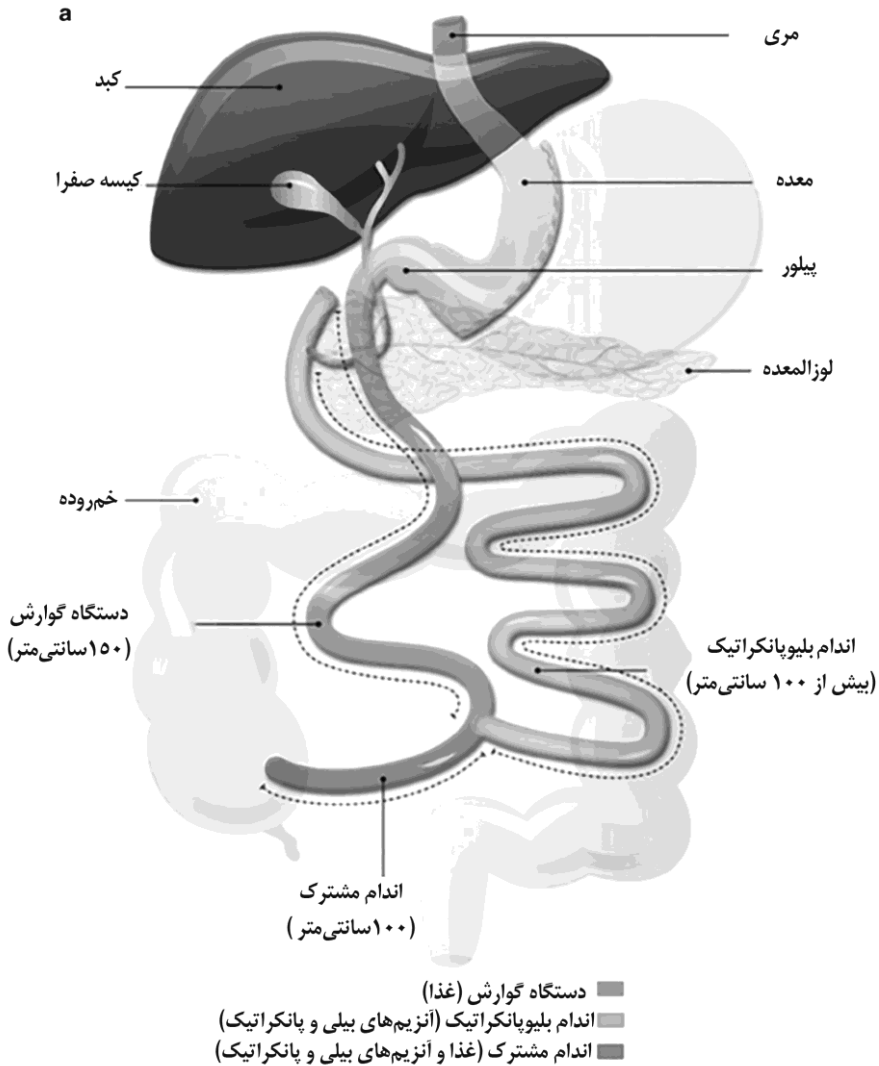
1 Roux-en-Y gastric bypass

2 intragastric balloons.

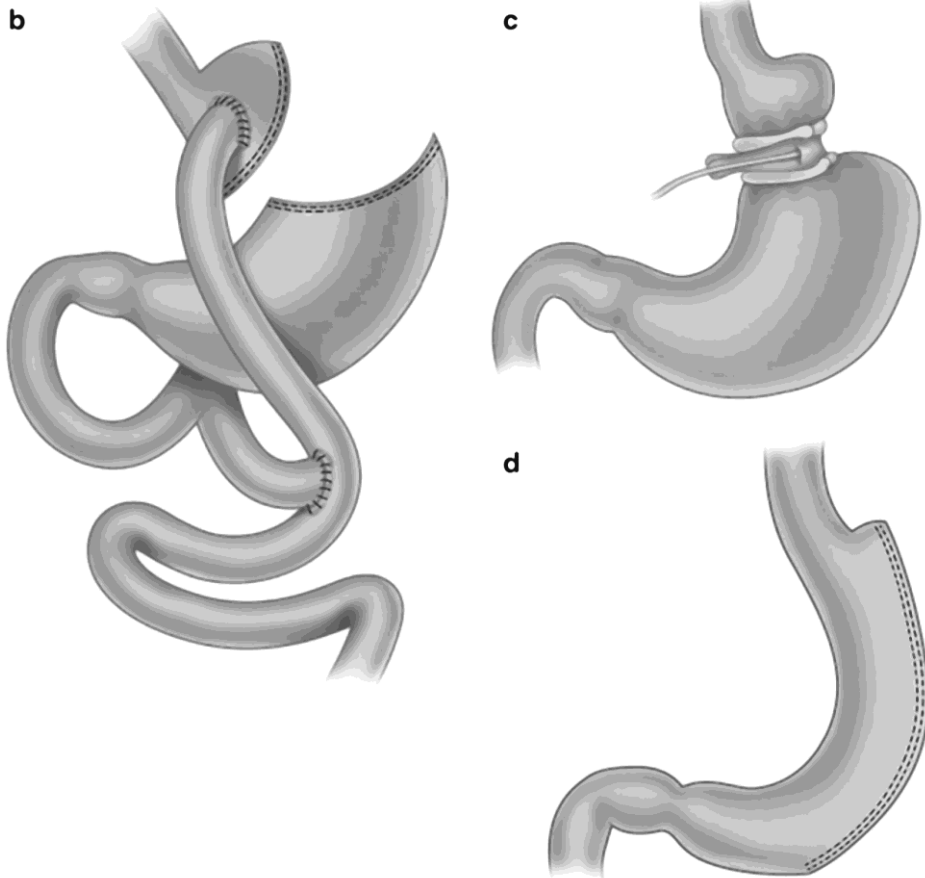
3 <https://asmbs.org/resources/estimate-of-bariatric-surgery-numbers>

4 orogastric tube

5 proximal jejunum



شکل ۲-۱ (الف) تعویض دوازدهه، از بلایه - فلیس اس، لیل اس، مارکتو اس، جولین اف، بیرتو آل. تعویض دوازدهه. در: لوتفی آر، پالمو ام، کادیر جی - بی، ویراستاران، جراحی چاقی جهانی. © انتشارات بین‌المللی اسپرینگر ای جی؛ ۲۰۱۸. صفحات ۱۱۳-۲۴، با اجازه. (ب) جراحی کنار گذاری معده، از مائوس - ولیگن ای ام اج، دارگنت جی، جراحی چاقی. © انتشارات بین‌المللی اسپرینگر ای جی؛ ۲۰۱۸. صفحات ۲۲۰-۱۷۷، با اجازه. (پ) حلقه گذاری قابل تنظیم معده لاپراسکوپیک، از مائوس - ولیگن ای ام اج، دارگنت جی، جراحی چاقی. © انتشارات بین‌المللی اسپرینگر ای جی؛ ۲۰۱۸. صفحات ۲۲۰-۱۷۷، با اجازه. (ت) گاسترکتومی آستینی، از مائوس - ولیگن ای ام اج، دارگنت جی، جراحی چاقی. © انتشارات بین‌المللی اسپرینگر ای جی؛ ۲۰۱۸. صفحات ۲۲۰-۱۷۷، با اجازه



شکل ۱-۲-۱- (ادامه)

۱-۳ سؤال اول: چرا ارزیابی سلامت روان؟

دلایل زیادی در توضیح چرایی ضرورت ارزیابی‌های روانی-اجتماعی و روان‌پزشکی به‌عنوان بخشی از معاینه بالینی بیماران چاق وجود دارد. برخلاف درمان‌های غیر جراحی چاقی (به‌عنوان مثال رژیم غذایی، ورزش، اصلاح رفتار و داروهای کاهش وزن) که دارای خطرات کمی هستند و در هر زمان ممکن است قطع شوند، جراحی چاقی خطرهای ذاتی داشته و پس‌از آن به تغییرهای رفتاری بسیار محدودکننده و طولانی‌مدتی نیاز دارد. بیماران به‌طور معمول با محدودیت‌های اولیه غذایی، تغییر دائمی در عادت‌ها و رژیم غذایی، تغییر احساس‌ها و تجربه‌های بدن، تغییر تصویر بدن و رفتارهای خود مراقبتی، شناخت‌ها و احساس‌های جدید و سبک زندگی نوظهور و متفاوت روبرو هستند. علاوه بر

این، بعضی مواقع، این بیماران ممکن است با تغییرهای غیرمنتظره و قابل توجهی در روابطشان مواجه شوند که ممکن است منجر به استرس قابل توجهی شود (اسنایدر، ۲۰۰۹). بنابراین، ارزیابی‌های روانی-اجتماعی و روان‌پزشکی نه تنها باید به عنوان اقدام کنترلی، بلکه باید به عنوان فرصتی برای آموزش و برنامه‌ریزی عمل کنند. در حین مصاحبه‌های قبل از عمل، بیماران می‌توانند درک کنند که برای رسیدن به یک زندگی سالم، جراحی چاقی صرفاً اولین گام است.

از دلایل دیگر ارزیابی سلامت روان، پیچیدگی رضایت آگاهانه در جراحی چاقی است (وی و همکاران، ۲۰۰۹). بالینگران اغلب از میزان اصطلاح‌های تخصصی و مفاهیم مورد استفاده در مکالمه که بیماران درک نمی‌کنند، آگاهی ندارند. با توجه به تصمیم رضایت به عمل جراحی که بیماران تحت عمل جراحی چاقی اتخاذ می‌کنند، ضروری است که آنچه با آن‌ها توافق می‌کنند را به‌طور کامل درک کنند. بیماران باید بتوانند دلیل منطقی خود را برای جراحی بیان کرده و دلیل درست بودن آن را در این زمان از زندگی خود بیان کنند. پزشک بالینی که ارزیابی را انجام می‌دهد باید مطمئن شود که آیا بیمار از: (۱) طبیعت و مکانیسم جراحی و همچنین خطرها و عوارض احتمالی این روش، (۲) انتظارهای بعد از عمل، از جمله رژیم غذایی، ورزش، پیگیری، حضور در گروه پشتیبانی و غیره، درک خوبی دارد یا خیر. اگر بیماران نتوانند درک اساسی و روشنی از این عوامل نشان دهند، برای مشاوره بیشتر به جراح و یا متخصص تغذیه ارجاع داده می‌شوند. رویکرد آموزشی از راه هدف که در آن درک بیمار ارزیابی شده و تا زمانی که تسلط بر مطالب را نشان ندهد، آموزش ادامه داشته باشد، می‌تواند به سلامتی افراد باسواد محدود کمک کند.

همان‌طور که قبلاً اشاره شد، تحول‌های اخیر در زمینه‌های روانشناسی و روان‌پزشکی چاقی نشان می‌دهد که تعیین علائم روان‌پزشکی و تشخیص سندرم‌های روان‌پزشکی تنها اهداف ارزیابی سلامت روان نیست. با این حال، عملکرد اولیه ارزیابی بالینی هنوز هم وجود هرگونه شرایط روان‌پزشکی که توانایی بیمار برای مدیریت جراحی و جلوگیری از نتایج ضعیف بعد از عمل جراحی را مختل می‌کند، کشف نکرده است. اختلال‌های روان‌پزشکی در میان بیماران چاق شایع است. به عنوان مثال، داوز و همکاران (۲۰۱۶) فرا تحلیلی با ۵۹ مطالعه را گزارش دادند که شیوع شرایط سلامت روان قبل از جراحی را در ۶۵.۳۶۳ کاندیدهای درمان چاقی نشان می‌دهد. بر اساس برآورد اثرات تصادفی شیوع، سه تشخیص شایع فردی شامل افسردگی (۱۹٪)، اختلال پرخوری (۱۷٪) و اضطراب (۱۲٪) بود. اگر به جای میزان فعلی، میزان شیوع در طول زندگی گزارش شود، حدود دوسوم بیماران چاق سابقه اختلال‌های روان‌پزشکی دارند (کالارچیان و همکاران، ۲۰۰۷). این یافته‌ها، همراه با یافته‌های مورگان و همکاران (۲۰۱۹) در مورد استفاده از خدمات سلامت روان بعد از جراحی (بالا را نگاه کنید)، دلیل دیگری را برای ضروری بودن ارزیابی‌های روانی-اجتماعی و روان‌پزشکی بیان می‌کند.

۴-۱ سؤال دوم: چه کسی باید چه کسی را ارزیابی کند؟

افزایش آگاهی اهمیت ارزیابی سلامت روان، عواقبی را برای صلاحیت حرفه‌ای افرادی که بیماران چاق را ارزیابی می‌کنند، به همراه دارد. برخی از برنامه‌های فعلی چاقی هنوز اطلاعات نامشخصی در این زمینه ارائه می‌دهند. با این حال، همان اوایل سال ۲۰۰۴، ASBS سندی را منتشر کرد که گزارش‌های مفصلی را ارائه می‌دهد: ASBS معتقد است که استفاده و تفسیر آزمون‌های عینی، توانایی شناسایی عوامل خطر ناشناخته که قابل آزمایش نیستند و توانایی انجام مصاحبه‌های بالینی مربوطه و سازمان‌دهی این اطلاعات به روشی که با شرایط بعد از جراحی سازگاری داشته باشد، به سطح خاص و نوع خاصی از تجربه‌های ویژه جراحی چاقی نیاز دارد. در این سند صریحاً از «بالینگران» صحبت شده است: همچنین انتظار می‌رود بالینگران ارزیاب دارای مجوز حرفه‌ای باشند که به آن‌ها اجازه تنظیم تشخیص بالینی با توجه به معیارهای DSM-IV را می‌دهد. علاوه بر این، مجوز بالینگران ارزیاب باید به آن‌ها اجازه انجام ارزیابی‌های روانی-اجتماعی، انجام روان‌درمانی یا مشاوره بزرگسالان با تشخیص بالینی محور یک یا محور دو یا سایر شرایط روانی-اجتماعی اشاره شده در DSM-IV که ممکن است کانون توجه بالینی باشد و اجرا و تفسیر آزمون‌های روانی-اجتماعی را بدهد. سرانجام، بالینگران باید سطحی از تخصص را داشته باشند که به آن‌ها امکان دهد تا راهبردهای بالینی را برای افزایش پایبندی بیمار به دستورالعمل‌های درمان (خود مدیریتی) در طول دوره‌های طولانی مدت مراقبت‌های بعد از عمل، توسعه راهبردهای پیشگیری از عود و آموزش یا تسهیل مهارت‌های زندگی (مانند تعدیل هیجان‌ها، کنترل خود و تعیین محدودیت) مرتبط با کیسه جراحی و مدیریت بیماری چاقی مرضی، تدوین کنند^۱. جدا از تفاوت‌های جزئی (به‌عنوان مثال، تشخیص‌های فعلی بر اساس ملاک‌های DMS-5)، سند ASBS هنوز معیاری برای تعیین صلاحیت حرفه‌ای ارزیاب‌ها است. در آینده، احتمالاً برای تعیین صلاحیت روانشناسی یا روانپزشکی آموزش‌های خاصی لازم خواهد بود.

پاسخ به سؤال دوم (کدام بیماران چاقی باید ارزیابی شوند؟) بسیار ساده‌تر است: همه افراد. این باور که ارزیابی سلامت روان باید فقط به آن دسته از کاندیدهایی که علائم روان‌پزشکی فعلی و یا سابقه اختلال‌های روان‌پزشکی را گزارش می‌کنند محدود شود، ناموجه است. دامنه ارزیابی سلامت روان بسیار گسترده است (به بخش بعدی مراجعه کنید) به طوری که هرکسی که به دنبال جراحی برای چاقی است می‌تواند از آن بهره‌مند شود.

1 <https://asmbs.org/app/uploads/2014/05/PsychPreSurgicalAssessment.pdf>

۵-۱ سؤال سوم: چه چیزی باید ارزیابی شود؟

محتوای ارزیابی شامل موضوع‌هایی است که در حوزه روانشناسی یا روان‌پزشکی چاقی قرار می‌گیرند. گرچه این مرزبندی همیشه به‌اندازه کافی متمایز نیست، اما برای سازمان‌دهی داده‌ها، چنین تمایزی مفید است. ارزیابی روانی-اجتماعی بر انگیزه‌ها، انتظارات، تجربه‌های بعد از جراحی، درک مکانیسم جراحی و تغییرهای لازم در سبک زندگی، توانایی پابندی به رژیم غذایی قبل و بعد از عمل، عادت‌ها و ترجیح‌های غذایی، فعالیت‌های بدنی و بی‌حرکی، ویژگی‌های شخصیتی با اشاره خاص به مهارت-های مقابله‌ای و پردازش هیجانی، حمایت اجتماعی، تصویر بدنی و عزت‌نفس، سابقه آسیب (تروما) و یا سوءاستفاده و کیفیت زندگی؛ متمرکز است. ارزیابی روان‌پزشکی شرایط آسیب‌زای روانی در حال حاضر و یا گذشته، خصوصاً مواردی مانند اختلال‌های خوردن، افسردگی و اضطراب که در بیماران چاق شایع‌تر است، را بررسی می‌کند. اختلال‌های دوقطبی و روان‌پریشی کمتر شایع است اما به دلیل شدت بالقوه آن‌ها مستلزم بررسی دقیق تشخیصی هستند. باید توجه ویژه به علائم اختلال‌های شخصیتی، سوءمصرف مواد و اختلال‌های شناختی اختصاص داده شود. درنهایت، افکار خودکشی و رفتار خودکشی به دلیل اینکه داده‌های اخیر افزایش خطر خودکشی بعد از جراحی چاقی را نشان می‌دهند، بیش از همه موردتوجه قرار گرفته است.

باوجود مشارکت روزافزون متخصصان سلامت روان در جراحی چاقی، اطلاعات کمی در مورد چگونگی ارزیابی بهتر از این بیماران وجود دارد و هیچ رهنمود واحدی برای ارزیابی روانی-اجتماعی و روان‌پزشکی کاندیدهای جراحی وجود ندارد. یک نکته از توافق عمومی این است که بهترین راهبردی برای جمع‌آوری داده‌ها باید شامل ترکیبی از مصاحبه‌های حضوری با اجرای ابزارهای روان‌سنجی معتبر باشد.

با توجه به موضوع موردبررسی، هر فصل از این کتاب برخی از پیشنهادها در مورد پرسشنامه‌های قابل‌استفاده را ارائه می‌دهد. در مورد مصاحبه‌های بالینی، یک قالب ممکن مبتنی بر سؤال‌های باز پاسخ است که با تمرکز بر هر یک از موضوع‌های مشخص‌شده در بالا و توسط یک روانشناس یا روان‌پزشک با تجربه در زمینه چاقی، اختلال‌های خوردن و غربالگری چاقی پرسیده می‌شود. اگر ارزیاب، کارمند یا وابسته به مرکز جراحی چاقی باشد، بسیار بهتر است. چنین ادغامی می‌تواند ارتباط را تسهیل کند، شبکه پشتیبانی را حفظ کند و تداوم مراقبت را فراهم سازد. از آنجایی که بیماران صرفاً برای کنار گذاشتن موارد روان‌پزشکی که مانع انجام جراحی هستند، تحت معاینه قرار می‌گیرند، مصاحبه‌های باز پاسخ مزیت کاهش حساسیت بیماران را دارا می‌باشند. کاندیدهای درمان چاقی هنگام ارزیابی قبل از جراحی توسط متخصصان سلامت روان با وضعیت منحصربه‌فردی روبرو می‌شوند. آن‌ها بدون شک امکان محرومیت از عمل جراحی را بر اساس ارزیابی تشخیص می‌دهند و بنابراین انگیزه دارند که

سعی بر نشان دادن خودشان در بهینه‌ترین حالت ممکن بکنند.

در مقابل، مصاحبه‌های باز پاسخ یک اشکال اساسی نیز دارند. تعدادی از مطالعه‌ها، اختلاف‌نظر بین نتایج به‌دست‌آمده از مصاحبه‌های با ساختار (که برای تشخیص آسیب‌های روانی بهتر است) و ارزیابی‌های بالینی عمومی نشان داده‌اند (میچل و همکاران، ۲۰۱۰). یک معامله احتمالی بین کاهش کمرویی بیماران و جمع‌آوری اطلاعات بالینی قابل‌اعتماد، تقسیم اطلاعات به‌دست‌آمده به جلسات جداگانه با مصاحبه اولیه آزاد که متمرکز بر روی موضوع‌های با حساسیت پائین مانند وزن و سابقه رژیم غذایی، انگیزه‌ها و انتظارات، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی است.

در حال حاضر، دو ابزار وجود دارد که به‌طور خاص برای بیماران چاقی طراحی شده است: سای باری (ماهونی، ۲۰۱۱) و مصاحبه بوستون (ساگ و موری، ۲۰۰۸، ۲۰۰۹). سای باری یک آزمون روانی-اجتماعی مداد کاغذی است که به‌طور خاص برای ارزیابی‌های روانی-اجتماعی قبل از جراحی طراحی شده است. این آزمون شامل یک بخش دموگرافیک بوده که در آن بیماران تاریخچه پزشکی، وزن، رژیم غذایی، تاریخچه مصرف مواد و الکل و ۱۱۵ آیتم که در مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند را ثبت می‌کنند. سای باری شامل ۱۱ زیر مقیاس است که سازه‌های مهم در ارزیابی‌های روانی-اجتماعی قبل از جراحی را اندازه‌گیری می‌کند. یکی از خرده مقیاس‌ها (مقیاس‌های خوب جلوه کردن^۱، کوچک نمایی^۲ و انکار^۳) برای ارزیابی سوگیری پاسخ‌های آزمون دهنده با ارزیابی آگاهی بیمار و تمایل به پذیرفته شدن و موردپذیرش قرارگرفته شدن که رفتارها و یا حالت‌های روانی مرتبط با چاقی را نشان می‌دهد، طراحی شده است. این مقیاس شامل مواردی است که توسط اکثر بیماران به‌طور مثبت تأیید می‌شود (به‌عنوان مثال، پرهیز از غذاهایی که من واقعاً دوست دارم، دشوار است). بیمارانی که به این موارد پاسخ منفی می‌دهند، از رفتارهای رایج و یا حالت‌های روانی-اجتماعی مرتبط با چاقی، آگاه نبوده یا مایل به تأیید آن‌ها نیستند. مصاحبه بوستون یک پروتکل مصاحبه نیمه ساختاریافته است که برای جمع‌آوری اطلاعات در هفت حوزه ارزیابی اصلی طراحی شده است: (۱) وزن، رژیم غذایی و تاریخچه تغذیه، (۲) رفتارهای غذایی فعلی، (۳) سابقه پزشکی، (۴) درک روش‌های جراحی، خطرها و رژیم بعد از جراحی، (۵) انگیزه و انتظارات از نتیجه جراحی، (۶) روابط و سیستم پشتیبانی، و (۷) عملکرد روان‌پزشکی. به گفته نویسندگان، قالب استاندارد دو مزیت مهم را ارائه می‌دهد. در ابتدا، مصاحبه فرصت‌هایی برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روش کار برای بیماران فراهم می‌کند و به آن‌ها اجازه می‌دهد تا تصمیم‌های درمانی آگاهانه‌تری بگیرند. دوماً، ماهیت استاندارد مصاحبه به آن‌ها اجازه می‌دهد تا به‌عنوان ابزاری مفید برای جمع‌آوری داده‌هایی که برای

1 Faking Good
2 Minimization
3 Denial

تحقیق استفاده می‌شوند، عمل کنند.

و در انتها، یک موضوع نسبتاً فراموش شده وجود دارد که باید در هنگام ارزیابی سلامت روان بررسی شود: تعامل بین جراحی چاقی و روان‌پزشکی. توجه کم به این جنبه در پیشینه، احتمالاً به دلیل رشد ناهموار روانشناسی و روان‌پزشکی (به‌خوبی رشد یافته) و روان‌پزشکی چاقی (هنوز در ابتدای راه) است. بسیاری از بیماران چاق از داروهای روان‌گردان، به‌خصوص داروهای ضدافسردگی و ضد اضطراب استفاده می‌کنند. که به دلیل شیوع بالای افسردگی و اضطراب در این جمعیت بیمار است. جراحی چاقی می‌تواند اثرهای منفی بر روی رژیم دارویی از جمله قطع درمان به دلیل بهبود علائم بعد از جراحی و ضرورت افزایش یا کاهش دوز به دلیلی تغییر فارماکوکینتیک، داشته باشد (مونت و همکاران، ۲۰۱۸). سیستم نظارتی دقیقی بر بیمارانی که تحت عمل جراحی چاقی قرار گرفته‌اند موردنیاز است. این نظارت باید شامل مستندهای سطح پلاسمای داروهای روان‌گردان قبل از جراحی، ارزیابی مجدد دوره‌ای تصویر بالینی برای ارزیابی اثربخشی درمان و عوارض جانبی آن و اندازه‌گیری سطح پلازما برای تعیین تأثیر جراحی بر فارماکوکینتیک دارو باشد (روئرگ و استفن، ۲۰۱۵).

۶-۱ سؤال چهارم: چه زمانی باید ارزیابی صورت گیرد؟

این دیدگاه منسوخ که ارزیابی سلامت روان باید منحصراً به‌عنوان یک اقدام کنترلی عمل کند، حاکی از این است که زمان مناسب برای ارزیابی بیماران چاقی، دقیقاً قبل از جراحی است. امروزه، شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد نظارت دوره‌ای بعد از جراحی به‌اندازه ارزیابی قبل از جراحی یا حتی بیشتر از آن دارای اهمیت است (روتلیج و همکاران، ۲۰۱۹). در بیشتر بیماران، اولین سال بعد از جراحی با کاهش قابل توجه وزن و بهبود رفاه روانی همراه است. با این حال، این مرحله «ماه‌عسل» گاهی اوقات با مشکل‌های در حال ظهور از جمله بازبازی وزن و پریشانی هیجانی همراه است. تجربه‌های ذهنی بیماران ممکن است باگذشت زمان تغییر یابد، به‌طوری‌که بین سال‌های اول و چندین سال بعد از عمل جراحی تفاوت عمده‌ای مشاهده شود. کینگ و همکاران (۲۰۱۸) با استفاده از داده‌های به‌دست‌آمده از مطالعه طولی جراحی چاقی دریافت‌اند که در بیمارانی که تحت جراحی کنار گذاری معده قرار گرفته‌اند و به پایین‌ترین حد وزن ممکن دست‌یافته‌اند، کیفیت زندگی مربوط به سلامت روان در ۲۷/۷٪ از شرکت‌کنندگان در طول سال اول بعد از پایین‌ترین حد وزن ممکن، با کاهش ۱۲/۴٪ رضایت از جراحی، کاهش یافته است.

چه مدت باید نظارت دوره‌ای پس از جراحی تمدید شود؟ قابل درک است که وقتی سال‌ها از زمان جراحی گذشته باشد، بیماران چاق ممکن است انگیزه کمتری برای شرکت در ارزیابی‌های روانی-اجتماعی و روان‌پزشکی داشته باشند. با این حال، چند داده طولی طولانی مدت که تاکنون منتشر شده‌اند،

نشان می‌دهند که بیماران ممکن است فقط در هنگام خارج شدن از محدوده نظارت بعد از جراحی، به کمک احتیاج داشته باشند. مطالعه مورگان و همکاران (۲۰۱۹) نشان می‌دهد که افزایش استفاده از خدمات سلامت روان بعد از جراحی، یک دوره پیگیری ۱۰ ساله را در برمی‌گیرد. مطالعه کوچک کانتی و همکاران (۲۰۱۶) در مقایسه بیماران چاق با شرکت‌کنندگان در یک برنامه غذایی طی یک دوره ۱۰ ساله بعد از جراحی، نشان داد که گروه جراحی، نتایج موفقیت‌آمیز کاهش وزن (۲۷٪ کاهش وزن نسبت به قبل از عمل) و نمره‌های بهتر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نسبت به سطح پایه را نشان داده‌اند. با این حال، نمره‌های سلامت روان عمومی، روان رنجوری، احساس کنترل و ترس از صمیمیت آن‌ها در مقایسه با سطح قبل از عمل کاهش قابل توجهی را نشان داد. شرکت‌کنندگان در گروه رژیم غذایی در هر سه مقطع زمانی از نظر روانی-اجتماعی ثابت ماندند. به همین ترتیب، گالی و همکاران (۲۰۱۸) گزارش کرده‌اند که ۱۰ سال پس از جراحی کنار گذاری روده بزرگ^۱ علی‌رغم بهبود قابل توجه در بیماری‌های همبود، کیفیت زندگی بیماران کاهش قابل توجهی را نشان می‌داد بنابراین، پاسخ این سؤال که «چه مدت باید نظارت دوره‌ای بعد از جراحی تمدید شود؟» این است که هر چه طولانی‌تر باشد بهتر است.

۷-۱ نتیجه‌گیری

وضعیت در حال تکامل رابطه بین جراحی چاقی و سلامت روان حاکی از یک تناقض آشکار است. از یک سو، شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که ارزیابی‌های روانی-اجتماعی قبل از عمل تعداد کمی از بیماران را از جراحی مستثنا می‌کند و شرایط روان‌پزشکی که قبلاً به‌عنوان مانع انجام جراحی در نظر گرفته می‌شد، اکنون با ترخیص جراحی سازگار است (روتلیج و همکاران، ۲۰۱۹) که ممکن است حاکی از آن باشد که ارزیابی سلامت روان اکنون از اهمیت کمتری نسبت به گذشته برخوردار است. از طرف دیگر، داده‌های طولی طولانی مدت نشان می‌دهند که جراحی چاقی می‌تواند با افزایش خطرهای کیفیت زندگی پائین، سوء مصرف مواد و خودکشی بعد از عمل همراه باشد (لی و وو، ۲۰۱۶؛ کاستاندا و همکاران، ۲۰۱۹) که ممکن است به دلیل اهمیت بیشتر ارزیابی سلامت روان در حال حاضر در مقایسه با گذشته باشد.

توضیح این تناقض بستگی به اهداف مختلف ارزیابی سلامت روان در حال حاضر و گذشته دارد. در ابتدا، دامنه روانشناسی و روان‌پزشکی چاقی بسیار محدود بود. اهداف شامل کشف پیش‌بینی کننده‌های کاهش وزن و شناسایی رفتارهای نامناسب و علائم روان‌پزشکی بود که می‌توانستند بیماران را در

1 biliointestinal bypass surgery