مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی چهاردهم، شماره‌ی ۲، صفحه‌های ۱۴۹ ـ ۱۴۲ (تیر ۱۳۹۱)

مقاله‌ی پژوهشی

تبیین پدیده‌ی چاقی و عوامل موثر بر آن از دیدگاه دختران نوجوان- یک مطالعه‌ی کیفی

دکتر نوشین پیمان[۱]، خدیجه عزتی رستگار[۲]، دکتر علی تقی پور[۳]، دکتر حبیب اله اسماعیلی[۳]

۱) گروه آموزش بهداشت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۲) گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۳) گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** مشهد، خیابان دانشگاه ۲۰، گروه آموزش بهداشت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، خدیجه عزتی رستگار، e-mail:kh.rastgar@yahoo.com

چکیده

مقدمه: روند رو به رشد چاقی سنین نوجوانی در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران نگران‌کننده است و مهم‌ترین راه برای پیشگیری و کنترل آن، شناخت زمینه و عوامل موثر در چاقی می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف تبیین پدیده‌ی چاقی و عوامل موثر بر آن از دیدگاه دختران نوجوانان چاق شهرستان همدان اجرا شد. مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع مطالعه‌ی کیفی و با روش بحث گروهی متمرکز انجام گرفت. جمع‌آوری داده‌ها از راه برگزاری ۱۰ جلسه بحث گروهی با ۳۲ دختر ۱۶-۱۲ ساله که مشکل چاقی داشتند، انجام گرفت. تمام بحث‌های گروهی ضبط، و بلافاصله پس از اتمام مورد تجزیه، تحلیل و دسته‌بندی قرار گرفتند. یافته‌ها: یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی عدم رضایت نوجوانان از وضع فعلی وزن و چاقی بود. با وجودی که به برخی گروه‌های اصلی غذایی و فعالیت بدنی نگرش مثبت داشتند، ولی انگیزه و خودکارآمدی لازم را برای کنترل وزن نشان نمی‌دادند. از نظر آن‌ها والدین، آموزگاران، همسالان و رسانه‌های گروهی در اتخاذ رفتارهای غذایی نقش موثری داشتند. نتیجه‌گیری: با استفاده از روش بحث گروهی و از راه شناخت واقعیت‌های موجود می‌توان قدرت برنامه‌های آموزش بهداشت برای تغییر رفتار و ارتقای سلامت را توسعه داد، و یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند در زمینه‌ی طراحی مداخله‌های اصلاح شیوه‌ی زندگی و پیشگیری از چاقی در سنین نوجوانی موثر باشد.

واژگان کلیدی: چاقی، رفتارهای تغذیه‌ای، نوجوان، بحث گروهی متمرکز

دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۱۰ـ دریافت اصلاحیه: ۹۰/۱۲/۲۳ ـ پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۲۴

مقدمه

از سال ۱۹۹۷ میلادی به بعد سازمان جهانی بهداشت[i] چاقی را به عنوان یکی از مشکلات اساسی سلامت در بسیاری از کشورها مطرح نموده و از آن به عنوان یک اپیدمی یاد می‌کند.[۱] تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۲۰ سه‌چهارم کل مرگ‌ها در جهان به علت بیماری‌های غیرواگیر رخ دهد.[۲] افزایش وزن و چاقی در جهان تا چندین سال قبل محدود به بزرگسالان بود، ولی در طی دو دهه‌ی اخیر گریبان‌گیر کودکان و نوجوانان نیز گردیده،[۳] به طوری‌که در دو دهه‌ی گذشته میزان چاقی در میان کودکان بیشتر از دو برابر، و شمار نوجوانان دارای اضافه وزن ۳ برابر شده است. چاقی و اضافه وزن در میان کودکان تمام اقوام، نژادها و طبقات اجتماعی و اقتصادی دیده می‌شود.[۴]

۸۴٪ نوجوانان دنیا در جوامع در حال رشد زندگی می‌کنند که تغییرات فیزیکی و روانی ایجاد شده در این دوران از جمله‌ی عوامل موثر بر سلامت تغذیه‌ای نوجوانان به شمار

i- World health organization

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

می‌رود.[۵] توصیه‌های تغذیه‌ای به منظور برآورده نمودن نیازهای نوجوانان بر مبنای پژوهش‌ها به نسبت کم می‌باشد. قسمتی از این مشکل مربوط به این واقعیت است که نیازها باید نه تنها سن، بلکه مرحله‌ی بلوغ را نیز شامل شود.[۶]

در سال ۱۹۹۸ مونیکا و همکاران در طرح پایش بیماری‌های قلبی ـ عروقی گزارش نمودند ایران یکی از هفت کشور با شیوع بالای چاقی دوران کودکی است.[۷] از این رو می‌توان انتظار داشت اگر اقدام پیشگیرانه‌ای به عمل نیاید با بهبود شرایط اجتماعی، اقتصادی و بیماری‌هایی مانند اضافه وزن، چاقی و سایر عوامل بیماری‌های قلبی در کودکان و بالغین افزایش یابد.[۸]

یافته‌های عزیزی در مطالعه‌ی قند و لیپید تهران[i]، شیوع اضافه وزن و چاقی را در پسران ۱۹-۱۰ ساله در سال‌های ۷۹-۱۳۷۶ به ترتیب ۱۲/۶٪ و ۶/۶٪، و در دختران ۱۳/۳٪ و ۴/۱٪ گزارش نمود. این میزان شیوع اضافه وزن و چاقی در فاصله‌ی سال‌های ۸۳-۱۳۸۰ در پسران به ترتیب ۱۶/۵٪ و ۸/۸٪، و در دختران به ترتیب ۱۳/۵٪ و ۵/۹٪ بوده، که یافته‌های پژوهش‌های یاد شده حاکی از رشد فزاینده‌ی پدیده‌ی چاقی و اضافه وزن در بین نوجوانان می‌باشد.[۹] پژوهش‌گران، عدم توجه به متغیرهای رفتاری زمینه‌ساز چاقی را عامل موثری در عدم موفقیت مداخلات اصلاح الگوهای رفتاری می‌دانند.[۱۰] بنابراین توجه به نظر جامعه‌ی مخاطب، برای شناخت عوامل زمینه‌ساز الگوهای رفتاری ناسالم لازم است، و جزیی اساسی در طراحی الگوهای موثر پیشگیری از چاقی می‌باشد.[۱۱] بر این اساس، شناخت عوامل زمینه‌ساز چاقی، از راه بررسی‌های کیفی توجه بیشتر دانشمندان را به خود جلب نموده است. رویکرد کیفی در انجام پژوهش، شرایطی را که فرایندهای روانی و اجتماعی در آن روی می‌دهند، و نیز درک شرایط اجتماعی که منشا رفتارها هستند را بررسی و شناسایی می‌نماید. هم‌چنین، تشریح متغیرهای اجتماعی موثر و مخفی را که رفتار انسان در آن شکل می‌گیرد، میسر می‌سازد و با نگرشی جامع و گسترده، به تجزیه و تحلیل پدیده‌ها و مفاهیم می‌پردازد.[۱۲] از آن‌جا که در پژوهش‌های کمی معمول، ذهنیت‌های پژوهش‌گر در پرسش‌نامه منعکس می‌گردد، شاید نتواند به خوبی به عمق نگرش و باورهای مصاحبه‌شوندگان راه یابد، بنابراین با توجه به اهمیت مشکل چاقی نوجوانان و کاستی‌های موجود درباره‌ی عوامل موثر در پدیده‌ی چاقی، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی کیفی بر پایه‌ی الگوی PEN-3[ii] بود. در اجرای برنامه‌های آموزشی، ارزیابی ارتباط بین آموزش و قدرت فرهنگی جامعه دارای اهمیت ویژه‌ای است و نیازمند نگاه جامعه‌شناسانه و آگاهی از فرایندهای اجتماعی موثر بر رفتار می‌باشد، و توجه به تنوع فرهنگی و شناسایی تفاوت‌های موجود در جامعه، نیازمند پژوهش کیفی است.[۱۳] روش کیفی مورد استفاده در این پژوهش، بحث گروهی متمرکز[iii] بود که نوعی مطالعه‌ی کیفی است، و در آن ادراک، عقاید، باورها و نگرش‌های افراد نسبت به محصول، خدمات، عقاید، تبلیغات و یا موضوع‌های خاصی پرسیده می‌شود.[۱۴] گروه متمرکز، گروهی از افراد هستند که بیشتر تجربه‌ها یا ویژگی‌های مشترک را دارند و پژوهش‌گر به منظور استخراج عقاید، افکار و ادراک اعضا در مورد موضوعی خاص، مورد علاقه و مرتبط با این گروه، اقدام به مصاحبه به شکل گروهی می‌نماید. هدف نهایی پژوهش‌گر کسب شناخت عمیق از چگونگی درک و شناخت آزمودنی‌ها از واقعیت‌ها براساس تجربه‌ی مشترک آن‌ها پیرامون موضوع پژوهش بود.[۱۵] این شیوه در پژوهش‌های حوزه‌ی سلامت برای کاوش باورها، احساس‌ها و پیدا کردن دلیل رفتار افراد به طور روز افزون در حال استفاده است.[۱۶] در زمینه‌ی آموزش بهداشت از این روش برای شناخت نیازهای آموزشی، آگاهی، باورها، نگرش و عملکرد تغذیه‌ای در گروه‌های هدف کودکان و نوجوانان استفاده شده است.[۱۷،۱۸]

در پژوهش حاضر نیز برای ارزیابی، شناخت آگاهی و باورهای نوجوانان چاق، و نیز عوامل موثر بر آن از بحث گروهی استفاده گردید که ۳۲ دختر نوجوان ۱۶-۱۲ ساله‌ی چاق[۱۹] در بحث‌های گروهی شرکت نمودند. با توجه به این‌که در پژوهش حاضر دانش و انگیزه‌ی آزمودنی‌ها برای در اختیار قرار دادن داده‌ها مهم می‌باشد و نمونه‌گیری به روش تصادفی روش مناسبی برای انتخاب آزمودنی‌ها نیست، بنابراین نمونه‌گیری با روش مبتنی بر هدف شروع و تا اشباع داده‌ها، یعنی عدم دریافت داده‌های جدید ادامه یافت.[۲۰] معیار

i- Tehran lipid and glucose study

ii - P(Person, Perception, Positive) E(Extended Family, Enablers, Exotic) N(Neighborhood, Nurturers, Negative)3

iii- Focus group discussion

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

ورود آزمودنی‌ها به پژوهش داشتن چاقی، یعنی نمایه‌ی توده‌ی بدن[i] (وزن به کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد به متر) بالای صدک ۹۵ (غیر مرتبط به مشکلات هورمونی و بیماری‌های مربوط به چاقی)، و علاقه‌مندی آن‌ها برای شرکت در پژوهش به همراه رضایت‌نامه‌ی کتبی والدین بود.

در آغاز پژوهش، وزن و قد افرادی که موافق شرکت در پژوهش بودند، اندازه‌گیری و نمایه‌ی توده‌ی بدن محاسبه گردید، و پس از تایید چاقی، آزمودنی‌ها زمان و گروه خود را انتخاب می‌کردند. پژوهش‌گران پیش از انجام بحث گروهی با هر یک از شرکت‌کنندگان صحبت کرده، اهداف و روش انجام پژوهش را توضیح داده و رضایت آن‌ها را برای شرکت در پژوهش اخذ نمودند. تمام بحث‌های گروهی با استفاده از راهنمای نیمه ساختاریافته انجام شد. محیط پژوهش متناسب با پژوهش کیفی، واقعی و طبیعی بود و تیم پژوهش را در هر مصاحبه‌ی گروهی متمرکز یک هماهنگ‌کننده، یک ناظر و یک یادداشت بردار تشکیل می‌داد. در بحث گروهی، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف است و تعداد آزمودنی‌ها بستگی به موضوع و ویژگی‌های پدیده‌ی مورد بررسی دارد، و نمونه‌گیری و گردآوری اطلاعات تا اشباع داده‌ها ادامه می‌یابد.[۲۱] در بررسی‌های کیفی، مفهوم "قابلیت اعتماد" به عنوان معیاری برای جایگزینی روایی و پایایی مطرح می‌شود تا به کمک آن دقت علمی در پژوهش کیفی مورد ارزیابی قرار گیرد. برای قابلیت اعتماد از استراتژی‌های گوناگونی مانند طبقه‌بندی یا تایید یافته‌ها با مراجعه به آزمودنی‌ها، تایید همکاران پژوهشی، کفایت منابع مورد ارجاع و غیره استفاده می‌شود، و در نهایت روایی کامل و پایایی کامل را نیز در برمی‌گیرد. علاوه بر این، کثرت دهی در داده‌ها و ارزیابی پس از انجام پژوهش، راهی برای اعتباردهی به پژوهش است.[۲۲]

در این بررسی در کل ۱۰ جلسه بحث گروهی با حضور نوجوانان در مدرسه برگزار گردید. هر گروه از دانش‌آموزان به صورت غیرتصادفی و بر اساس تمایل و انتخاب خود به گروه‌های ۵ تا ۶ نفره تقسیم گردیدند. هیچ‌گونه چارچوب یا محدودیتی به لحاظ تفکیک سنی و یا پایه‌ی تحصیلی در گروه‌بندی‌ها اعمال نگردید.[۲۳] دلیل این نوع گروه‌بندی آن بود که تمایل افراد نسبت به گروه خود موجب ارتباط هر چه بهتر آن‌ها در بحث گروهی می‌گردد، بنابراین گروه‌بندی افراد به این شکل هیچ ایرادی ایجاد نمی‌نماید.[۲۴] مدت هر جلسه به طور متوسط ۴۵ تا ۶۰ دقیقه پیش‌بینی شده بود که با توجه به تمایل آزمودنی‌ها افزایش و یا کاهش می‌یافت.

به منظور این‌که آزمودنی‌ها بتوانند درک و تجربه‌های خود را به طور کامل توضیح دهند، پرسش‌ها به شکل باز مطرح شده و سپس متناسب با روند بحث ادامه می‌یافت. این پرسش‌های باز به شرکت‌کنندگان اجازه داد تا عقاید، ادراک و تجربه‌های خود را بیان نمایند. پرسش‌نامه‌ی راهنما که متناسب با اهداف طراحی شده بود، در چند مصاحبه به صورت پیش آزمون از نظر قابلیت اعتماد و زمان مناسب برای انجام آن بررسی شده، و برای دستیابی به چهار هدف اختصاصی در قالب ۶ پرسش طراحی شده بود.

راهنمای بحث گروهی متمرکز:

اهداف:

۱- شناسایی نگرش و خودکارآمدی نوجوانان چاق در مورد چاقی
۲- شناسایی عملکرد مربوط به رفتارهای غذایی در نوجوانان چاق
۳- شناسایی منابع اطلاع رسانی و دسترسی به خدمات
۴- شناسایی افراد مشوق و تاثیرگذار در انتخاب غذا و رفتارهای غذایی

پرسش‌ها

۱- وضعیت وزنی و ظاهری خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
۲- فکر می‌کنید اضافه وزن و چاقی چه تاثیری در سلامت شما دارد؟
۳- فکر می‌کنید چه عواملی موجب چاقی می‌شود؟
۴- وزن خود را چگونه کنترل می‌کنید؟
۵- شما بیشتر از چه کسانی الگو می‌گیرید و از چه کسانی حرف شنوی دارید؟
۶- چه مکان‌ها و یا چه کسانی را می‌شناسید که می‌توانند در این زمینه داده‌های خوبی را ارایه دهند؟

در طی مصاحبه، یاداشت بردار به ثبت صحبت‌ها اقدام می‌کرد و هم‌زمان با آن تمام مراحل مصاحبه ضبط می‌شد. در نهایت تمام یادداشت‌های هر جلسه توسط اعضای تیم بررسی و تکمیل گشت، سپس بر اساس اهداف پژوهش تجزیه و تحلیل، و دسته‌بندی گردید.

i- Body mass index

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

یافته‌ها

از مجموع ۳۲ نفر شرکت‌کننده در بحث‌های گروهی ۶ نفر پایه‌ی اول (۱۸/۸٪)، ۸ نفر پایه‌ی دوم (۲۵٪) و ۱۸ نفر پایه‌ی سوم (۵۶/۳٪) راهنمایی بودند که میانگین سنی آن‌ها ۱± ۱۳/۸ بود. هم‌چنین، ۱۴ نفر از آن‌ها (۴۳/۸٪) فرزند اول، ۸ نفر (۲۵٪) فرزند دوم، و ۱۰ نفر (۳۱/۲٪) فرزند سوم و بالاتر بودند. ۲۹ نفر از آن‌ها (۹۰/۶٪) کمینه یک فرد چاق در خانواده داشتند. هم‌چنین، آزمودنی‌ها به طور میانگین در هفته ۴۳۰۰±۴۹۰۰ تومان پول تو جیبی دریافت می‌کردند که در ۷۸/۱٪ موارد (۲۵ نفر) صرف خرید تنقلات می‌شد.

– هدف اول : آگاهی، نگرش و خودکارآمدی نوجوانان چاق در مورد چاقی:

وقتی از احساس و درک آزمودنی‌ها از وضعیت فعلی وزن آن‌ها سوال می‌شد، پاسخ تمام نوجوانان، نارضایتی از وضع فعلی به صورت احساس خجالت و تنفر بود. مهم‌ترین دلیل آن‌ها ظاهر نامناسب، محدودیت انتخاب لباس و از بین رفتن اندام ظریف دخترانه بود و فکر می‌کردند که با وضعیت فعلی انگشت‌نما و مسخره به نظر می‌رسند.

تمام آزمودنی‌ها می‌گفتند "وقتی می‌روی لباس بخری، فروشنده چند تا لباس می‌آورد، ولی هیچ‌کدام اندازه‌ات نمی‌شود و آدم خجالت می‌کشد"، تمام آن‌ها دوست داشتند لاغر شوند. هم‌چنین، احساس سنگینی داشته و اظهار می‌کردند که در انجام کارهای نیازمند حرکت بدنی کند می‌باشند. وقتی از آن‌ها پرسیده می‌شد که چاقی در آینده چه عوارضی به همراه خواهد داشت، تمام آن‌ها نسبت به مهم‌ترین عوارض یعنی فشارخون، بیماری دیابت و بیماری‌های قلبی آگاهی داشتند. در ضمن، آن‌ها گروه‌های غذایی را می‌شناختند و اهمیت هر گروه را می‌دانستند، ولی چیزی که برای آن‌ها در انتخاب نوع غذا مهم بود، بیشتر ذایقه بود و در برخی موارد نگرش مثبتی نسبت به گروه شیر و لبنیات و یا گوشت نداشته، و برعکس گروه متفرقه یعنی شیرینی‌جات و چربی‌ها را بیشتر می‌پسندیدند. همگی گروه میوه‌جات و سبزیجات را دوست داشتند، ولی به عنوان میان‌وعده در کنار تنقلات، بهایی به میوه‌جات و سبزیجات داده نمی‌شد. هم‌چنین، می‌دانستند که زیاده‌روی در مصرف چیپس، پفک و مواد غذایی پر انرژی مانند غذاهای آماده، کم تحرکی و ورزش نکردن دو علت اصلی بروز چاقی است. ۱۶ نفر از آزمودنی‌ها تاکید نمودند که "چاقی سه علت دارد، خوردن، خوابیدن و ورزش نکردن؛ که ما هر سه را به خوبی انجام می‌دهیم". با این وجود در کنار این دو عامل به مورد استعداد چاقی داشتن و چاقی ارثی اشاره می‌کردند. از مجموع ۲۹ نفری که در خانواده‌ی خود کمینه یک فرد چاق داشتند، ۱۸ نفر با قاطعیت اظهار می‌کردند "در خانواده‌ی ما چاقی ارثی است و همه‌ی خانواده‌ی پدری و مادری من چاق هستند و حتی اگر ورزش هم بکنیم تفاوتی نمی‌کند". این مورد از دیدگاه دیگری به شکل وجود احساس باور خودکارآمدی پایین مطرح می‌شد. ۱۳ نفر از آزمودنی‌ها، در خود توانایی حل مشکل را نمی‌دیدند. دختر ۱۴ ساله‌ای با وزن ۷۸ (۳۰/۲= BMI) می‌گفت:" وقتی می‌بینم که چاق هستم، موجب می‌شود که کله‌ی عروسک‌های باربی را بکنم .چون خیلی خوش هیکل هستند و من هیچ وقت نمی‌توانم مثل آن‌ها باشم"، و یا ۶ نفر از دختران پایه‌ی سوم تاکید می‌کردند :" وقتی می‌بینم دیگران می‌خوردند و ما نمی‌توانیم جلوی خوردن خود را بگیریم، پس فکر کردن به این مورد فایده‌ای ندارد چه برسد به آن‌که بخواهیم کاری بیهوده را تجربه کنیم". ۱۰ نفر از نوجوانان شرکت‌کننده در این پژوهش با ناامیدی اظهار می‌کردند:" ما به دلیل این مشکل از هم‌سالان خود عقب‌تر هستیم و هر چقدر هم سعی کنیم نمی‌توانیم، پیشرفت کنیم و این مورد در بقیه‌ی مسایل زندگی هم تاثیر گذاشته است. به عنوان مثال هیچ‌وقت نمی‌توانیم در مسابقات ورزشی شرکت کنیم و بازنده‌ایم"، و یا دختر ۱۵ ساله با وزن ۷۹ کیلوگرم (BMI = ۳۱/۰۸) می‌گفت:" یک دختر چاق در جامعه دارای ارزش پایینی است و من این کم ارزشی را احساس می‌کنم. در مهمانی‌ها ، وقتی اندام دخترانه نداشته باشی، دید دیگران نسبت به یک دختر نوجوان عوض می‌شود. من هیچ‌وقت نمی‌توانم این کم ارزشی را جبران کنم. زیرا در گذشته سعی کرده‌ام و نشد".

– هدف دوم: عملکرد مربوط به رفتارهای غذایی در نوجوانان چاق:

تمام نوجوانان علاقه‌ی زیادی به مصرف غذاهای چرب، به‌ویژه سیب‌زمینی سرخ کرده، شیرینی‌جات و هم‌چنین، غذاهای آماده به ویژه پیتزا داشتند. نکته‌ی جالب دیگر این‌که بیشتر غذاهای سرخ کردنی مانند سیب‌زمینی و یا حتی سالاد را به همراه سس فراوان استفاده می‌کردند. ۲۲ نفر از آن‌ها غذای بیرون را به غذای خانگی ترجیح داده و می‌گفتند: "غذاهای بیرون را طوری درست می‌کنند که خیلی خوشمزه‌تر از غذای مادر است و نمی‌توان از آن گذشت". ۱۵ نفر از آن‌ها برای کاستن از مشکل چاقی چند بار اقدام به

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

کاهش وزن خودسرانه به صورت نخوردن شام، نخوردن صبحانه، حذف برنج و یا میوه‌جات شیرین از رژیم غذایی نموده بودند و به علت نگرفتن پاسخ موثر از اقدام خود، دوباره به شیوه‌ی خوردن قبلی خود ادامه داده بودند. و وقتی از نتیجه‌ی اقدام سوال می‌شد، می‌گفتند:" فایده ندارد و نمی‌توان مشکل را حل کرد".

شیفت گردشی مدرسه نیز عامل مهمی در انتخاب نوع غذا و شیوه‌ی غذا خوردن بود. به طور معمول در شیفت‌های بعد از ظهر به دلیل آماده نبودن غذای خانواده و یا دیر خوردن صبحانه، و به تبع آن نداشتن میلی به ناهار، در زمان حضور در مدرسه و احساس گرسنگی اولین ماده‌ی انتخابی مواد غذایی موجود در بوفه‌ی مدرسه و یا مغازه‌های اطراف آن بود. در این مورد دختر ۱۲ ساله‌ای می‌گفت:" من ساعت ۱۲ به مدرسه می‌روم و آن موقع افراد خانواده‌ی من برای غذا خوردن حتی به خانه نیامده‌اند. هم غذا آماده نیست و هم من چون دیر صبحانه خورده‌ام بدون ناهار به مدرسه می‌آیم و برای جلوگیری از گرسنگی از مغازه‌های سر راه و یا بوفه‌ی مدرسه چیپس و پفک می‌خرم . خیلی هم مزه می‌دهد".

با وجودی‌که تمام آزمودنی‌ها به مشکل خود آگاه بودند و اطمینان داشتند فعالیت بدنی و ورزش عامل موثر در کنترل و پیش‌گیری مشکل چاقی است، ولی انگیزه‌ی کافی را برای انجام فعالیت بدنی نداشتند. ۵ نفر از آن‌ها عقیده داشتند "در خانه ورزش کردن سخت است، وسیله می‌خواهد، به آدم می‌خندند و در ضمن تنهایی ورزش کردن حوصله می‌خواهد". علاوه بر این ،آن‌ها درس خواندن را اولویت اول خود دانسته و ورزش کردن را کاری مشکل و وقت گیر قلمداد می کردند، و ۲۰ نفر از آن‌ها در پاسخ به این سوال اظهار می‌کردند:" کنترل وزن را به تابستان می‌گذاریم و الان فقط باید درس بخوانیم".

– هدف سوم: منابع اطلاع‌رسانی و دسترسی به خدمات:

در پاسخ به سوال منابع موجود، دسترسی به خدمات و محل‌های رجوع، دانش‌آموزان به وجود باشگاه‌های ورزشی، کامپیوتر، مجلات و کتاب درسی حرفه و فن به عنوان عوامل محرک مثبت اشاره می‌کردند، ولی از ساعت ورزش مدرسه راضی نبودند و علاقه‌ای هم به ساعت ورزش نداشتند. دانش‌آموزان پایه‌ی سوم می‌گفتند: "ما ساعت ورزش درست و حسابی نداریم و چون سال آخر هستیم، در ساعات ورزش به ما اجازه می‌دهند که درس بخوانیم. ما هم دور هم جمع می‌شویم و بیشتر وقت گذرانی می‌کنیم". تمام آزمودنی‌ها یکی از عوامل محرک به خوردن غذاهای کم ارزش را دسترسی و در معرض دید بودن آن‌ها می‌دانستند و مواردی مانند فروش انواع تنقلات به ویژه چیپس و پفک در مغازه‌های اطراف مدرسه، و به‌ویژه خود مدرسه نقش پررنگ‌تری داشت. به عنوان نمونه همگی اتفاق نظر داشتند که "مدرسه هم مقصر است. وقتی مدرسه [چیپس و پفک] می‌آورد، بچه‌ها هم می‌خرند. وقتی چیپس و پفک بوفه تمام می‌شود، دیگر کسی به بوفه نمی‌رود".

تلویزیون نیز از نظر تبلیغات مواد غذایی کم ارزش در پیام‌های بازرگانی ، یک اطلاع‌رسان منفی به شمار می‌آمد. به عنوان نمونه تمام آن‌ها می‌گفتند:" وقتی تبلیغی در تلویزیون می‌شود، همه هوس می‌کنند زود آن را بخرند و یا درست کنند و این فقط مختص بچه‌ها نیست. بزرگترها را نیز وسوسه می‌کند". ولی سایر برنامه‌های تلویزیون مانند برنامه‌ی آموزشی خانواده را مناسب گزارش می‌کردند. منبع منفی دیگر از نظر نوجوانان دسترسی آسان به پول تو جیبی به ویژه از طرف پدر بود و همگی اظهار می‌کردند که "به طور معمول همیشه پول تو جیبی دارند و اولین چیزی که هم خوشمزه است و هم در دسترس، چیپس و پفک است و به آسانی می‌توان آن را تهیه کرد".

– هدف چهارم: افراد مشوق و تاثیر گذار در انتخاب غذا و رفتارهای غذایی:

وقتی از آزمودنی‌ها سوال می‌شد در انتخاب غذا و رفتارهای غذایی چه کسانی آن‌ها را تشویق می‌کنند و یا از چه کسانی الگو می‌گیرند، پاسخ تمام آن‌ها در اولویت اول خانواده، سپس معلم و همسالان بود. شیوه‌ی برخورد اطرافیان با نوجوان نیز مهم است و می‌تواند اثرات متفاوتی داشته باشد. دانش‌آموزان همگی اظهار می‌کردند که نصیحت را دوست نداشته و به توصیه‌های دیگران که شکل انتقادی و کنایه داشته باشد نیز توجه نمی‌کردند. یکی از دختران چاق می‌گفت:" مادرم لقمه می‌گیرد و در دهان داداشم می‌گذارد، ولی به من که می‌رسد می‌گوید: کم بخور... کم بخور . من هم گوش نمی‌دهم و چون بین ما فرق می‌گذارد ، با داداشم دعوا می‌کنم".

آن‌ها دوست داشتند برنامه‌های آموزشی را از کسی بیاموزند که سواد بالایی و یا تجربه‌ای در کاهش وزن دارند. ۱۰ نفر از آزمودنی‌ها عقیده داشتند که " مادران ما بیشتر خانه‌دار هستند و درس زیادی نخوانده‌اند ولی وقتی مدرسه

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

چیزی را می‌گوید، چون معلم‌ها درس خوانده‌اند و باسواد هستند، در نتیجه حرف‌های آن‌ها را بیشتر قبول داریم".

۸ نوجوان به این نظر نهایی رسیدند که" شما (به عنوان یک فرد دارای داده‌ها) اگر برنامه‌ریزی به ما بدهید، ما هم به خودمان قول می‌دهیم و انجام هم می‌دهیم ولی اگر به پدر و مادرمان بگویید، اصلا گوش نمی‌دهیم. زیرا آن‌ها نقطه‌ی ضعف ما را می‌دانند و آدم را ضایع می‌کنند". ولی ۱۵ نفر از آن‌ها اظهار نمودند " با وجودی که مادران ما زیاد درس نخوانده‌اند، ولی داده‌های غذایی آن‌ها خوب است".

همسالان و نحوه‌ی عملکرد آن‌ها در نوع تهیه‌ی تنقلات و شیوه‌های خوردن عامل مهمی بود و به طور غالب به توصیه‌ی همدیگر نوع خاصی از تنقلات را تهیه می‌کردند، و یا با ولع خوردن یک ماده‌ی غذایی کم ارزش مانند پفک یا چیپس، فرد را برای خرید و خوردن آن ماده غذایی تحریک می‌نمود. همگی می‌گفتند: "وقتی تمام بچه‌های کلاس پفک و چیپس می‌خرند و بوی آن همه فضای کلاس را پر می‌کند، وسوسه می‌شوی بخری".

بحث

در پژوهش حاضر برای درک بهتر مسایل مربوط به اضافه وزن و چاقی در بین نوجوانان از روش بحث گروهی متمرکز استفاده شد. زیرا شکاف بین وضعیت واقعی موجود در جامعه و دانش پژوهش‌گران نسبت به چرایی مسئله احساس می‌شد. در چنین مواردی و به عقیده Airhihenbuwa در برنامه‌های آموزش بهداشت، نقطه‌ی شروع کار باید جامعه‌ی درگیر در موضوع مورد پژوهش است.[۱۳] بلوغ دوران تکامل فکری و جسمی است و با توجه به این‌که نوجوان در مراحل بلوغ ابتدایی، هر چیزی را که آن‌ها را جذاب‌تر نشان دهد یا شکل ظاهری آن‌ها را بهبود بخشد، آزمایش می‌کنند اما در عین حال در این مرحله خواهان یافته‌های فوری هستند، برای رسیدن به هدف هر اقدام صحیح یا ناصحیحی را انجام می‌دهند.[۲۵] نوجوانان در دوران بلوغ در مقابل کمبودهای تغذیه‌ای بسیار آسیب‌پذیر هستند، زیرا در این دوران به علت بروز تغییرات زیاد در شخص، نیاز به مواد مغذی افزایش می‌یابد و نامناسب بودن تغذیه در این دوران می‌تواند اثرات نامطلوبی بر سلامت فرد بر جای بگذارد. با توجه به این مورد که مهم‌ترین نگرانی نوجوانان در این پژوهش، نارضایتی از وضعیت فعلی و تمایل به رفع مشکل پیش آمده بود، بنابراین تاکید بر نیاز آموزش تغذیه‌ای در دوران نوجوانی دارای حساسیت و دقت ویژه‌ای می‌باشد.

مفاهیمی مانند ضعف اراده، خودکارآمدی پایین، تجارب منفی و غیر قابل کنترل بودن مشکل، برخی از یافته‌های پژوهش حاضر بود که با پژوهش امیری و همکاران در مورد موانع فردی اصلاح شیوه‌ی زندگی نوجوانان چاق نیز هم‌خوانی داشت. امیری و همکاران در بین نوجوانان چاق به مفاهیم ضعف اراده، عزت نفس پایین، تجارب منفی و عدم کنترل درک شده دست یافتند. هم‌چنین، در یافته‌های پژوهش یاد شده آزمودنی‌ها از شرایط موجود رضایت‌مند بوده،[۱۲] که با یافته‌های پژوهش حاضر مغایرت داشت.

هم‌چنین، گریف علل عدم موفقیت در کنترل و کاهش وزن را عدم مسئولیت‌پذیری در قبال تصمیم فردی، خوردن در واکنش‌های منفی، استرس و عدم تقویت حس قوی خود اختیاری، انگیزش فردی و خودکارآمدی در برابر کنترل وزن می‌داند،[۲۶] که با هدف اول پژوهش حاضر یعنی نگرش و خودکارآمدی هم‌خوانی دارد. خودکارآمدی عامل مهمی است و براساس نظر بندورا، در واقع باوری است که شخص پیرامون مهارت و توانایی‌های خود نسبت به کنترل رفتارش برای رسیدن به هدف خاص دارد. یک حس قوی از خودکارآمدی می‌تواند عملکرد انسان و رفاه فردی را به راه‌های گوناگون مانند توانایی مقابله با موانع افزایش دهد. از سوی دیگر افراد با حس خودکارآمدی پایین به مسایل سخت‌تر از آن چیزی است که در واقع وجود دارد، می‌نگرند.[۲۷]

امیری در پژوهش دیگری مبنی بر درک مادران از عوامل خانوادگی موثر بر رفتارهای مرتبط با اضافه وزن و چاقی به شناخت ناکافی والدین و الگوسازی نامطلوب اشاره نموده، که به عنوان مشوق و افراد تاثیرگذار با یافته‌ی پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد.[۲۸] در بررسی حاضر، تلویزیون مهم‌ترین منبع اطلاع‌رسانی بوده، و مادر و دوستان در نقش‌پذیری نوجوان بیشتر مورد توجه قرار بودند. در پژوهش‌های دیگری مانند بررسی بخت آزاد نیز نشان داده شده عواملی مانند دوستان و هم‌سالان، رسانه‌های گروهی و والدین می‌توانند بر رفتارهای غذایی فرد تاثیرگذار باشند.[۲۹]

روش استفاده شده در این بحث گروهی بر مبنای سازه‌های الگوی PEN-3 طراحی شده بود. این الگو به‌طور گسترده پیوند سلامتی فرد با محیط اطراف و فرهنگ جامعه را توضیح می‌دهد. هم‌چنین، در این الگو تاکید شده که وقتی

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

به دنبال حل یک مشکل هستید، ابتدا باید عوامل زمینه ساز از قبیل ادراک، دانش، باورها و اعتقادات فرد شناسایی شود. علاوه بر این باید مشخص شود فرد در راستای رسیدن به سلامتی به چه امکانات و منابعی دسترسی داشته (عوامل توانا کننده) و چه کسانی (عوامل تقویت کننده) می‌توانند به طور مستقیم و یا غیرمستقیم در روند سلامتی او تاثیرگذار باشند. در این صورت پژوهش‌گران و جامعه می‌توانند تصمیم بگیرند که چه مداخلاتی مورد نیاز بوده و اولویت‌ها تعیین می‌گردند.[۳۰]

یافته‌های پژوهش کیفی حاضر می‌تواند درک عمیقی از عوامل موثر در چاقی دوران نوجوانان به وجود آورد که امکان دست‌یابی به آن در مطالعه‌های کمی وجود ندارد. با این وجود، با توجه به کیفی بودن پژوهش، قدرت تعمیم‌پذیری آن به جامعه و سایر گروه‌ها بحث برانگیز است، که از محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز می‌باشد. علاوه بر این، در پژوهش کنونی فقط دختران نوجوان شرکت داشته و نمونه‌ها از تنوع کافی برخوردار نبودند. بنابراین به منظور تایید این یافته‌ها، بررسی‌های بیشتری با گروه‌های سنی و جنسی دیگر مورد نیاز است، و با وجود این‌که برای پژوهش حاضر الگوی PEN-3 به عنوان یک بنیاد تئوری، مناسب به نظر رسید، ولی بررسی‌های بیشتری برای شناسایی روش دقیقی که نشان‌گر سطح دانش و باورهای فرد، و یا زمینه‌های ایجاد کننده مشکل باشد مورد نیاز است، زیرا با جهانی شدن داده‌ها به ویژه در رسالت آموزش و ارتقای سلامت، هر روز نیاز به دانش جدید احساس می‌شود.

سپاسگزاری: پژوهش حاضر نتیجه‌ی کار پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد می‌باشد که در اردیبهشت ماه ۱۳۹۰ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد به تصویب رسیده است. نویسندگان این مقاله برخود لازم می‌دانند که از مسئولین و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به منظور حمایت از این طرح، مدیران مدارس شهر همدان و تمام شرکت‌کنندگان کمال تشکر و قدردانی به عمل آورند.

References

1. Akhavan Tabib A, Kelishadie R, Sadri G, Sabet B, Toluei HR, Baghaei A. Heathy Heard Program : Obesity in center of Iran. Qazvin University of Medical Sciences Journal 2003; 26: 27-35.[Farsi]
2. Kelishadi R, Geiratmand R, Gouya MM, Razaghi EM, Ardalan C, Delavari A, et al. Association of physical activity and dietary behaviors in relation of the body mass index national sample of Iranian children and adolescents: CASPIAN study. Bull World Health Organ 2007; 85: 19-26.
3. Kelishadi R, Alikhani S, Delavari A, Alaedini F, Safaie A, Hojatzadeh E. obesity and associated lifestyle behaviors in Iran: Findings from the first National noncommunicable disease risk factor surveillance survey. 12, editor: Public Health Nutr; 2007.[Farsi]
4. Hassinks G. A parent guide to children obesity USA: American academy of pediatrics; 2006.
5. Hazavei MM, Pirzade A, Entezari MH, Hasan zade A, Bahreinian N. Survey of Knowledge, attitude and nutrition performance in middle school students in Esfahan. Shahrood Medical Sciences University J 2009; 4: 4-7.[Farsi]
6. Mirmiran P, Azad Bakht L. Set the diet in different periods of life. Second edition ed. Tehran: Endocrinology and Metabolism Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tabib publisher 2003.[Farsi]
7. Dehghan M, Danesh A, Merchant. Childhood obesity, prevalence and prevention. Nutrition J 2005; 4: 24.
8. Olusanya JO. Assessment of the Food Habits and School Feeding Programme of Pupils in a Rural Community in Odogbolu Local Government Area of Ogun State. Nigeria. Pakistan Nutrition J 2010; 9: 198-204.
9. Azizi F. Tehran lipid and Glucose Study: Methods and the abstract of findings. Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. The reports of first and second phases 2001-2005. [Farsi]
10. Baranowski T. Crisis and chaos in behavioral nutrition and physical activity. Int J Behav Nutr Phys 2006; 3: 1-5.
11. Potvin L, Cargo M, McComber AM, Delormier T, Macaulay AC. Implementing participatory intervention and research in communities: lessons from the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project in Canada. Soc Sci Med 2003; 56: 1295-305.
12. Amiri P, Ghofranipoure F, Ahmadi F, Hooman H, Hossinpanah F, Jalali-Farahani S. Personal Barriers to Life Style Modification in Overweight/Obese Adolescents: A Qualitative Study. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2010; 11: 521-9. [Farsi]
13. Airhihenbuwa CO. Of culture and multiverse: Renouncing "the universal truth" in health. Health Education J 1999; 30: 267-73.
14. Naomi RH. Managing Moderator Stress: Take a Deep Breath. You Can Do This. Marketing Research J 2009; 21: 28-9.
15. Salehian M, Armat M. Qualitative study of experiences of nursing students in clinical training. Bojnourd Medical Sciences J 2009; 1: 58-63. [Farsi]
16. Rabiee F. Focus-group interview and data analysis. Nutrition Society J 2004; 63: 655-60.
17. Dixey R, Sahota P, Atwals. Children talking a bout healthy eating; data from focus group with 300, 9-11 year olds. Nutrition Bulletin J 2001; 1: 71-9.
18. Gittelsohn J, Toporoff E, Story M. Food perception and dietary behavior of American-Indian children, their caregivers and education: formative assessment finding from pathways. Journal of Nutrition Education 2000; 1: 2-13.
19. Vakili R. Growth and disorders in children. Second edition ed. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2003. [Farsi]

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

20. Mohseni M, Bahadoran P, Abedi H. The quality of post-partum care from mothers' viewpoint. Hakim J 2009; 12: 27-34.[Farsi]
21. Khosravi Sh, Abed Saeedi Zh. Focus group, a data gathering method. Iranian Journal of Nursing (IJN) 2011; 23: 19-30. [Farsi]
22. Danaee-fard H, Mozaffari Z. Improving the reliability and validity in management qualitative research: Abating the audit strategy research. Journal of Management researches 2009; 1: 131-62. [Farsi]
23. Wing-Yi Cheng R, Lam S, Chung-yan Chan J. When high achievers and low achievers work in the same group: The roles of group heterogeneity and processes in project- based learning. Educ Psycho (British) J 2008; 78: 205-21.
24. Exley K, Dennick R. Small Group Teaching. London: Routledg– Falmer; 2004.
25. Vosough S. Nutrition and diet therapy krous Tehran: Hayyan; 2004. [Farsi]
26. Grief SN, Miranda RL. Weight loss maintenance. Am Fam Physician 2010; 82: 630-4.
27. Sarah T. Becher BSAs-ethlsbaasbicfopaahe. Adolescent'self- efficacy toward healthy lifestyle bihaviors after attending school – based intervention course focused on physical activity and healthy eating. Ohio, The Ohio State University; 2009.
28. Amiri P, Ghofranipour F, Jalali-Farahani S, Ahmadi F, Hosseinpanah F, Hooman H. Mothers' Perceptions on Familial Correlates of Overweight and Obesity Related Behaviors in Adolescents: A qualitative Study. Iranian Journal of Endocrinology And Metabolism 2010; 12: 145-52. [Farsi]
29. Azad-Bakht L, Mirmiran P, Momenan AA, Azizi F. Knowledge, attitude and practice of guidance school and high school students in district-13 of Tehran about healthy diet. Iranian Journal of Endocrinology And Metabolism 2004; 5: 409-16.[Farsi]
30. Airhihenbuwa CO. Culture Matters in Global Health. The European Health Psychologist. J 2010; 12: 52-5.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

Original Article

Obesity and its Risk Factors as Viewed by Obese Adolescent Girls: A Qualitative Study

Peyman N[1], Ezzati Rastegar Kh[2], Taghipour A[3], Esmaily H[3]

[1]Department of Health Education, & [2] Department of Health Education and Promotion, & [3]Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, I.R. Iran

e-mail: kh.rastgar@yahoo.com

Received: 30/01/2012 **Accepted**: 14/03/2012

Abstract

Introduction: The fast invereasing trend of adolescent obesity is causing concern in developing countries such as Iran, making Identification of the related factors assential for its control and prevention. The aim of this study was to explain the phenomenon and the factors from the view of obese adolescent girls of urban. Materials and Methods: For this qualitative study, ten focus group discussions were used to collect data from 32 obese girls, aged 12-16 y. All group discussions were recorded and analyzed and classified immediately after focus group discussions. Results: Results showed teens to be dissatisfied with their current situation and obesity; although they had positive attitudes towards some basic food groups and to physical activity, they did not have the necessary motivation and self-efficacy for weight control. In their opinion, parents, teachers, peers and mass media played a significant role in the adoption of nutritional behaviors. Conclusion: Educational programs need to be implemented for health promotion and behavioral changes. Using group discussions, the findings of this study can be effective in designing interventions to change lifestyles and prevent obesity in adolescents.

Keywords: Obesity, Nutritional behaviors, Adolescent, Focus group disscusion

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]