مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی یازدهم، شماره‌ی ۵، صفحه‌های ۵۲۹ ـ ۵۲۱ (دی ۱۳۸۸)

مقاله‌ی پژوهشی

# موانع فردی اصلاح شیوه زندگی در نوجوانان چاق یا دارای اضافه وزن: یک مطالعه کیفی

پریسا امیری[۱]، دکتر فضل‌اله غفرانی‌پور[۱]، دکتر فضل‌اله احمدی[۲]، دکتر حیدرعلی هومن[۳]، دکتر فرهاد حسین‌پناه[۴]، سارا جلالی فراهانی[۴]

۱) گروه آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس، ۲) گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، ۳) گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، ۴) مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، پژوهشکده‌ی علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم‌پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول**: تهران، تقاطع بزرگراه جلال آل‌احمد و شیخ‌فضل‌ا... نوری، زیر پل نصر، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده‌ی پزشکی، گروه آموزش بهداشت، دکتر فضل‌اله غفرانی‌پور؛ e-mail:ghofranf@modares.ac.ir

## چکیده

**مقدمه: . یافته‌های موجود، روند رو به رشد اضافه وزن و چاقی را در نوجوانان ایرانی نشان می‌دهند. با توجه به ضرورت شناخت دقیق از عوامل مؤثر بر اضافه وزن و چاقی در نوجوانان و همچنین محدودیت مطالعه‌های مشابه در ایران، مطالعه‌ی حاضر با هدف تبیین موانع فردی اصلاح شیوه‌ی زندگی در نوجوانان چاق و دارای اضافه وزن انجام شد. مواد و روش‌ها: این مطالعه‌ی کیفی با رویکرد نظریه‌ی مبتنی بر زمینه انجام شد. مشارکت‌کنندگان ۳۵ نوجوان (۱۹ دختر و ۱۶ پسر) چاق یا دارای اضافه وزن، در گروه سنی ۱۷-۱۵ سال بودند. برای آگاهی از تجربه‌های نوجوانانی که متعلق به گروه‌های مختلف اجتماعی ـ اقتصادی بودند، نمونه‌گیری از دو منطقه‌ی شمالی و جنوبی شهر تهران و از بین دانش‌آموزان دبیرستان‌ها انجام شد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات، ۵ بحث گروهی و ۱۰ مصاحبه‌ی عمیق بدون ساختار انجام شد. همه‌ی مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی ضبط شده و بلافاصله پس از اتمام آنها روی کاغذ آورده شدند. فرایند آنالیز داده‌ها به طور همزمان و با استفاده از روش اشتراوس و کوربین انجام شد. یافته‌ها: بر اساس تجزیه و تحلیل محتوایی داده‌ها رضایت‌مندی از شرایط، اولویت درس، ضعف اراده، تجارب منفی، عزت نفس پایین و عدم کنترل درک شده، مهم‌ترین موانع فردی اصلاح شیوه‌ی زندگی در نوجوانان بودند. نتیجه‌گیری:یافته‌های پژوهش حاضر، نشانگر، موانع فردی اصلاح شیوه‌ی زندگی و کاهش وزن در نوجوانان است. یافته‌های این مطالعه می‌تواند کمکی مؤثر در زمینه‌ی طراحی مداخله‌های جامع اصلاح شیوه‌ی زندگی و پیشگیری از چاقی در نوجوانان باشد.**

**واژگان کلیدی**: چاقی، شیوه‌ی زندگی، نوجوانان، مطالعه‌ی کیفی
دریافت مقاله: ۸۸/۶/۲۲ ـ دریافت اصلاحیه: ۸۸/۷/۲۱ ـ پذیرش مقاله: ۸۸/۷/۲۵

## مقدمه

ابتلا به چاقی در کودکی و نوجوانی، طیف وسیعی از مشکلات جسمی و روانی را به همراه دارد و زمینه‌ساز بروز بسیاری از بیماری‌های مزمن و غیرواگیر در بزرگسالی است.[۱-۵] طی دو دهه‌ی گذشته، شیوع اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان بسیاری از کشورهای جهان، روند رو به رشدی داشته است. اطلاعات موجود در کشور ما نشان می‌دهد که ایران نیز از این قاعده مستثنی نبوده است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در گزارش خود از

[ Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08 ]

وضعیت عوامل خطرساز بیماری‌های غیر واگیر در ایران، شیوع اضافه وزن و چاقی را در پسران ۲۴-۱۵ ساله به ترتیب ۱۴/۷٪ و ۴/۲٪ و در دختران همان گروه سنی ۱۹/۳٪ و ۶/۳٪ اعلام نموده که با بالا رفتن سن، این میزان افزایش می‌یابد.[۶] کلیشادی و همکاران نیز با مطالعه‌ای در ۲۱۱۱۱ کودک و نوجوان ۱۸-۶ سال از ۲۳ استان کشور، شیوع اضافه وزن و چاقی را به ترتیب ۸/۸٪ و ۴/۵٪ اعلام نمودند که تقریباً در دختران و پسران از شیوع برابری برخوردار است.[۷] بر اساس یافته‌های مطالعه قند و لیپید تهران، شیوع اضافه وزن و چاقی در پسران ۱۹-۱۰ ساله‌ی منطقه ۱۳ شهر تهران، در فاصله‌ی سال‌های ۷۹-۱۳۷۶ به ترتیب ۱۲/۶٪ و ۶/۶٪ و در دختران ۱۳/۳٪ و ۴/۱ ٪ بود. مقادیر مذکور پس از طی سه سال سیر صعودی داشت به طوری که در فاصله‌ی سال‌های ۸۳-۱۳۸۰ شیوع اضافه وزن و چاقی در پسران ۱۶/۵٪ و ۸/۸٪ و در دختران ۱۳/۵٪ و ۵/۹٪ گزارش شده است.[۸]

مطالعه‌های پیشین، تغییر شیوه‌ی زندگی را مهم‌ترین علت افزایش چشمگیر این پدیده، طی دو دهه‌ی گذشته دانسته و انجام مداخله‌های مؤثر به منظور اصلاح الگوهای رفتاری زمینه ساز افزایش وزن را توصیه کرده‌اند.[۹،۱۰] این در حالی است که یافته‌های به دست آمده از اکثریت قریب به اتفاق مداخله‌های انجام شده در این زمینه، خیلی راضی کننده نبوده است.[۱۱،۱۲] متخصصان، تکرار مداخله‌های کلیشه‌ای و عدم توجه به متغیرهای رفتاری زمینه‌ساز چاقی را عاملی مؤثر در عدم موفقیت مداخلات مذکور می‌دانند.[۱۳] توجه به نظر جامعه‌ی مخاطب، لازمه‌ی شناخت عوامل زمینه‌ساز الگوهای رفتاری ناسالم و جزیی اساسی در طراحی الگوهای مؤثر پیشگیری از چاقی است؛ این در حالی است که بیشتر مداخله‌های مذکور، بدون بررسی نقطه نظرات و دغدغه‌های جامعه‌ی مخاطب، انجام شد. و پیشاپیش بر کاهش دریافت انرژی از طریق ارایه رژیم‌های غذایی و افزایش فعالیت بدنی متمرکز شده‌اند.[۱۴،۱۵] دیویسون و برچ با معرفی الگویی ذهنی از عوامل زمینه‌ساز چاقی، ویژگی‌های فردی (سن، جنس و استعداد افزایش وزن)، خانواده (دانش والدین و الگوهای رفتاری آن‌ها)، گروه همسال، محیط مدرسه و در مقیاسی وسیع‌تر شرایط اجتماعی و فرهنگی هر جامعه را در ایجاد زمینه‌ی ابتلای کودکان و نوجوانان مؤثر دانسته و بررسی دقیق این عوامل را پیش از طراحی هر گونه مداخله‌ای ضروری می‌شمرند.[۱۶] اهمیت شناخت عوامل زمینه ساز چاقی، توجه بیشتر دانشمندان را به مطالعه‌های کیفی جلب نموده است. رویکرد کیفی در پژوهش، شناخت شرایطی را که فرایندهای روانی و اجتماعی در آن روی می‌دهند، درک شرایط اجتماعی که منشاء رفتار هستند و تشریح متغیرهای اجتماعی مؤثر و مخفی را که رفتار انسان در آن شکل می‌گیرد ، میسر ساخته با نگرشی جامع و بسیط، به تجزیه و تحلیل پدیده‌ها و مفاهیم می‌پردازد.[۱۷،۱۸] در زمینه‌ی چاقی نوجوانان، تعداد محدودی مطالعه‌ی کیفی وجود دارد که هر یک، نقش زمینه‌ای عوامل مختلف فردی و اجتماعی را در شکل‌گیری چاقی نوجوانان در جامعه خود تبیین نموده اند.

باوجود شواهد مذکور، تاکنون در کشور ما مطالعه‌ای جامع در خصوص دلایل اتخاذ الگوهای رفتاری ناسالم و عوامل زمینه‌ساز آنها ـ به ویژه از زاویه‌ی دید نوجوانانی که خود اضافه وزن و چاقی را تجربه کرده‌اند ـ انجام نشده است. بدیهی است طراحی الگویی مناسب برای پیشگیری از چاقی، در نوجوانان ایرانی در گرو شناخت دقیق از مسأله و تحلیل موقعیت با استفاده از دیدگاه‌های نوجوانان است در غیر این صورت مداخله‌های طراحی شده، مبتنی بر شواهد واقعی نبوده، از شانس بالایی برای دستیابی به موفقیت برخوردار نمی‌باشد. با توجه به آنچه گفته شد، مطالعه‌ی کیفی حاضر، با هدف تبیین موانع فردی اتخاذ سبک سالم زندگی از دیدگاه نوجوانان دارای اضافه وزن و چاق انجام شد.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش کیفی با رویکرد «نظریه‌ی مبتنی بر زمینه» انجام شد. در مجموع، ۵ بحث گروهی و ۱۰ مصاحبه‌ی عمیق، در فاصله‌ی زمانی دی ۱۳۸۶ تا بهمن ۱۳۸۷ برگزار شد. مشارکت‌کنندگان، ۳۵ دانش‌آموز (۱۹ دختر و ۱۶ پسر) چاق یا دارای اضافه وزن، در گروه سنی ۱۷-۱۵ سال بودند که به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع، از دو منطقه‌ی شمالی و جنوبی شهر تهران انتخاب شدند. از هر منطقه دو مدرسه انتخاب و دانش‌آموزان واجد شرایط وارد مطالعه شدند. معیار ورود مشارکت‌کنندگان، داشتن اضافه وزن یا چاقی و علاقمندی آنها برای شرکت در مطالعه بود. در مطالعه‌ی حاضر اضافه وزن و چاقی بر اساس معیارهای

[ Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08 ]

مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا (CDC)[i] در خصوص نمایه‌ی توده‌ی بدن (BMI) نوجوانان[۱۹] با در نظر گرفتن صدک‌های اختصاصی سن و جنس در نوجوانان ایرانی تعیین شد.[۲۰] نمایه‌ی توده‌ی بدن بالاتر از صدک‌های ۸۵ و ۹۵ منحنی استاندارد وزن به ترتیب اضافه وزن و چاقی در نظر گرفته شد. پیش از انجام هر مصاحبه یا بحث گروهی، پژوهشگران با هر یک از مشارکت‌کنندگان بالقوه (کسانی که به ظاهر دارای اضافه وزن یا چاق بودند) صحبت کرده، اهداف مطالعه و روش انجام پژوهش را توضیح دادند. سپس وزن و قد افرادی که موافق شرکت در مطالعه بودند، اندازه‌گیری و نمایه‌ی توده‌ی بدن محاسبه شد. برای افرادی که در یکی از گروه‌های اضافه وزن یا چاقی جای گرفتند، زمان مناسبی برای شرکت در بحث گروهی یا مصاحبه فردی تنظیم شد. پیش از شروع هر جلسه، مشارکت‌کنندگان رضایت خود را برای شرکت در پژوهش حاضر به صورت مکتوب اعلام داشتند. همه‌ی مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی در اتاقی جداگانه و با استفاده از راهنمای نیمه ساختاریافته انجام شد. در ابتدای هر جلسه، سؤال اولیه به صورت باز و در خصوص وضعیت سلامت مشارکت‌کننده مطرح شد و سپس مناسب با روند بحث، ادامه یافت. این سؤال‌های باز به مشارکت‌کنندگان اجازه داد تا عقاید، ادراک‌ها و تجربه‌های خود را بیان نمایند. زمان تقریبی هر مصاحبه یا بحث گروهی پیشتر اعلام شده بود و با توجه به تمایل مشارکت‌کنندگان افزایش و یا کاهش می‌یافت. تمامی مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی ضبط شده و بلافاصله پس از اتمام آنها بر روی کاغذ آورده شدند. ارتباط غیرکلامی و واکنش‌های تعاملی افراد در بحث‌های گروهی به صورت یادداشت در عرصه ثبت شد.

جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌ها به طور همزمان و بر اساس «نظریه مبتنی بر زمینه» انجام شد. نظریه‌ی مبتنی بر زمینه، رویکردی از مطالعه‌های کیفی است که به منظور کشف و شناخت فرایندهای اجتماعی جاری در تعامل‌های انسانی به کار می‌رود و هدف از اجرای آن بیش از توصیف یک پدیده خاص، تدوین نظریه‌ای در خصوص فرایندهای اجتماعی زمینه‌ساز آن پدیده است.[۲۱] آنالیز داده‌ها به صورت دستی و با استفاده از روش آنالیز مقایسه‌ای مستمر در سه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی انجام شد. طی فرایند کدگذاری باز، متون پیاده شده مصاحبه‌ها چند بار توسط پژوهشگران مطالعه و مفاهیم اصلی در قالب کد در حاشیه برگه‌ها یادداشت شدند. سپس کدهای اولیه دسته‌بندی شده، کدهای مشابه کنار هم قرار گرفته و طبقه‌ها تشکیل شد. اشباع داده‌ها در هر طبقه بررسی و تأیید شد. از روش‌های تحلیلی مانند طرح سؤال و انجام مقایسه برای شناخت ویژگی‌های هر مفهوم استفاده شد. انجام مصاحبه و بحث گروهی با اشباع داده‌ها متوقف شد.

روایی داده‌ها از طریق ارزیابی قابلیت پذیرش، قابلیت اعتماد، تطابق‌پذیری و انتقال‌پذیری انجام شد.[۲۲] مشارکت طولانی پژوهشگران با نوجوانان (در حدود ۱۳ ماه) کمکی مؤثر در افزایش قابلیت پذیرش داده‌ها بود. علاوه بر این، برای افزایش قابلیت پذیرش اطلاعات، علاوه بر پژوهشگر اصلی، سایر اعضای تیم پژوهش (حداقل سه نفر) در همه‌ی مراحل جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها مشارکت فعال داشتند و از روش‌های مختلفی از جمله بحث گروهی و مصاحبه‌ی عمیق فردی برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. افزون بر این، در مطالعه‌ی حاضر، پس از کدگذاری هر مصاحبه، نسخه‌ای کامل از آن، شامل کدها و عبارت‌های کلیدی به دست آمده به منظور ارزیابی سازگاری کدها با تجربه‌های مشارکت‌کنندگان، در اختیار تعدادی از آنها قرار گرفت. بحث و بررسی تیم پژوهش در خصوص یافته‌های متناقض و دستیابی به اجماع نهایی نیز از دیگر روش‌های تأمین قابلیت پذیرش در مطالعه حاضر بود. همچنین پژوهشگران، متن پیاده شده‌ی مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی را به فاصله‌ی چند روز، پس از کدگذاری اولیه، دوباره خوانده، کدگذاری کرده، نتایج را با اولین کدگذاری مقایسه نمودند. در صورت دستیابی به یافته‌های مشابه، ثبات و هماهنگی داده‌ها و در نتیجه قابلیت اعتماد آنها تأیید شد. برای اطمینان از تطابق‌پذیری یافته‌ها پژوهشگران، مدارکی از همه‌ی مراحل پژوهش، اعم از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها، یافته‌ها و همچنین مراحل انجام پژوهش را به صورت نظام‌مند فراهم نمودند. این مدارک به منظور تأیید تطابق‌پذیری در اختیار تعدادی از اساتید مجرب در زمینه‌ی چاقی نوجوانان قرار گرفت. طی این فرایند بیش از ۴۰٪ نسخه‌ها و کدها بازنگری شدند. در زمینه انتقال‌پذیری، تمامی مراحل تحقیق جمع‌آوری و ثبت شدند، از این رو امکان پیگیری گام به گام روش‌ها، تصمیم‌گیری‌ها و

i- Centers for Disease Control and Prevention

[ Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08 ]

ارزیابی قابلیت انتقال داده‌ها و یافته‌ها به سایر موقعیت‌ها و گروه‌ها برای دیگر پژوهشگران وجود دارد.

## یافته‌ها

مفاهیمی که در این مطالعه در تجربه‌های نوجوانان به عنوان موانع فردی اصلاح شیوه‌ی زندگی و کاهش وزن، مطرح شدند عبارتند از رضایت‌مندی از شرایط، اولویت درس، ضعف اراده، تجارب منفی، عزت نفس پایین و عدم کنترل درک شده.

**رضایت‌مندی از شرایط**: بر اساس داده‌های مطالعه‌ی حاضر، رضایت‌مندی نوجوانان از شرایط خود یکی از مهم‌ترین موانع اصلاح شیوه‌ی زندگی در سنین نوجوانی است. دو عامل عمده، در شکل‌گیری این رضایتمندی نقش داشتند: خودتصویری مثبت و فقدان تهدید.

**خودتصویری مثبت**: در پژوهش حاضر، اصلاح رفتارهای ناسالم و تغییر شیوه‌ی زندگی برای نوجوانانی که تصویر مثبتی از خود داشتند ضرورت کمتری داشت. بر اساس آنالیز مفهومی داده‌ها سه عامل عمده در شکل‌گیری این ادراک نقش داشتند. نخست، باور نوجوانان مبنی بر قدرت بدنی بیشتر افراد چاق به طوری که این دسته از نوجوانان خود را در برابر ضربه و بیماری مقاوم‌تر از همتایان لاغر خود می‌دانستند:

«من بدنم خیلی فرمش قوی است، خیلی کم مریض می‌شوم یا توی ضربه بچه‌ها شوخی می‌کنند، می‌زنند، من یک ثانیه‌ی بعد اصلاً دردش را احساس نمی‌کنم حالا خیلی محکم هم باشد، همین جور است.» (پسر ۱۶ ساله)

دوم عدم احساس محدودیت در فعالیت بدنی و ورزش به طوری که احساس همتایی با دیگر همسالان، موجب رضایت نوجوانان دارای اضافه وزن و چاق از شرایط فعلی خود شده، مانعی در برابر اصلاح شیوه‌ی زندگی آنها محسوب می‌شود:

«من چاق هستم ولی مشکلی با چاقی ندارم. آمادگی جسمانیم خوبه یعنی چاقی باعث نشده من ورزش و اینها را بگذارم کنار، همین ساعت ورزش خودمون تو مدرسه ورزشم را راحت می‌کنم.» (پسر ۱۷ ساله)

و در نهایت، تشابه بدنی آنها با سایر اعضای خانواده که احساس طبیعی بودن را در آن‌ها ایجاد می‌نماید:

«وزن من به طور طبیعی زیاده چون وزن و استخوان‌بندی درشت توی خونواده‌مون همین جوری هست» (پسر ۱۶ ساله)

**فقدان تهدید**: هیچ یک از نوجوانان شرکت‌کننده در این مطالعه نه تنها وضعیت سلامت خود را نامطلوب و نیازمند توجه ندانشتند بلکه بیشتر آنها خود را کاملاً سالم ارزیابی نموده،عدم نگرانی خود را در خصوص چاقی و عوارض آن ابراز داشتند.

«من هیچ وقت مشکلی نداشتم. یعنی چاقی، چیز مهمی نیست که بخواهد مشکلی برای سلامتی‌ام پیش بیاورد.» (پسر ۱۷ ساله)

حتی در مواردی که چاقی به عنوان یک بیماری، مورد پذیرش نوجوانان بود، مشکلی متعلق به فردا بود و ضرورتی برای اقدام فوری در برابر آن وجود نداشت.

«در حال حاضر، چاقی چیز مهمی نیست که بخواهد مشکل جدی برای سلامتیم ایجاد کند؛ ولی در آینده شاید باید بیشتر مراقب وزنم باشم.» (دختر ۱۶ ساله)

انجام آزمایش‌های دوره‌ای و اطمینان از طبیعی بودن یافته‌های آنها دلیلی کافی برای توجیه فقدان حس تهدید و عدم ضرورت اصلاح شیوه‌ی زندگی بود.

«من هر ۶ ماه یک بار چک‌آپ می‌روم هیچ مشکلی نداشتم تا الان. یعنی خیالم راحته، فعلاً برای سلامتیم مشکلی نداشته» (دختر ۱۷ ساله)

**اولویت درس**: برای همه‌ی شرکت‌کنندگان ـ صرف نظر از وضعیت تحصیلی آنان ـ درس خواندن امری در اولویت بود به طوری که همه‌ی آن‌ها به هنگام تشریح یک روز عادی از زندگی خود مهم‌ترین وظیفه‌ی خود را در طول شبانه روز انجام تکالیف درسی دانسته، ارتباط مستقیمی را بین حجم و سختی این تکالیف و شیوه‌ی زندگی خود برقرار می‌نمودند.

«درس برای من از همه چیز مهم‌تره. پارسال که ورزش می‌کردم انرژی نداشتم درس هم بخوانم؛ برای همین گذاشتمش کنار» (پسر ۱۷ ساله)

«تا پارسال پیاده‌روی می‌کردم ولی چون دیگه امسال درس‌ها خیلی سخت شده نمی‌توانم. به خاطر درسی هم که داریم رشته‌مون سخته نمی‌توانم باشگاه بروم، وقت نمیشه.» (پسر ۱۷ ساله)

به این ترتیب شیوه‌ی زندگی نوجوانان الگویی فصلی پیدا نموده است به طوری که با تعطیلی مدارس در فصل تابستان و برخورداری از اوقات فراغت، فعالیت بدنی و تلاش برای

[ Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08 ]

رعایت رژیم غذایی و کاهش وزن افزایش می‌یابد اما دوباره با شروع سال تحصیلی، کاهش یافته و حتی متوقف می‌شود.

«تقریباً سعی می‌کردم مثل آن چیزهایی که (دکترم) گفت پیش برم. توی تابستان همان طوری بود ولی توی مدرسه‌ها یک کم از ورزشم کمتر می‌شد.» (دختر ۱۶ ساله)

«من کلی لاغر شدم پارسال تابستان. اما دوباره ولش کردم چون دیگه مدرسه می‌رفتم و نمی‌شد.» (دختر ۱۵ ساله)

این مسأله در دانش‌آموزان سال‌های پایانی دبیرستان به دلیل سختی بیشتر دروس و مهم‌تر از آن، حضور در کلاس‌ها فوق برنامه به منظور شرکت در کنکور ورودی دانشگاه‌ها تشدید می‌شود.

«بعد از مدرسه می‌روم کلاس، خیلی خسته می‌رسم خانه بعد تا وقتی که بیدارم باید کارهای مدرسه‌ام را انجام بدهم دیگه چه جوری ورزش کنم؟» (دختر ۱۷ ساله)

اهمیت موفقیت تحصیلی و پذیرفته شدن در دانشگاه در زندگی نوجوانان به حدی است که می‌تواند تصمیم آنها را برای اصلاح شیوه‌ی زندگی تحت تأثیر قرار داده، یا لااقل به تأخیر بیندازد.

«خودم آخر رژیم می‌گیرم. من به این فکر می‌کنم که وقتی کنکورم رو بدهم خیلی می‌توانم وقت برای لاغریم بگذارم.» (دختر ۱۷ ساله)

**ضعف اراده**: بسیاری از شرکت‌کنندگان، فقدان و یا ضعف اراده را عامل اصلی عدم تغییر شیوه‌ی زندگی خود می‌دانستند. اظهارات نوجوانان مبنی بر تصمیمات زودگذر، نداشتن حال و حوصله‌ی ورزش کردن، لزوم تحت فشار بودن و پایش اطرافیان باوجود برخورداری از شرایط مطلوب برای تغییر شیوه‌ی زندگی، نشان دهنده‌ی ضعف انگیزه‌های درونی آن‌ها برای کاهش وزن بود و مفهوم بی‌ارادگی را متبلور ساخت.

«من حتما باید زیر نظر دکتر باشم، یا مثلا یک دوستی یا هر کس که هست با من بیاد پیاده‌روی، کلاس باهاش بروم، تنهایی اصلاً حس و حال این‌که ورزش کنم ندارم. مثلاً با دوستم رفتم دکتر تغذیه، با هم رژیم گرفتیم، او قطع کرد. من هم کم‌کم پشتم باد خورد، ولی کلا من باید توی منگنه باشم تا لاغر کنم.» (دختر ۱۷ ساله)

«هر چیزی که تصمیم می‌گیرم، به هر قیمتی که شده آن کار را انجام می‌دهم. ولی در این مورد (کاهش وزن) نمی‌دونم چرا استثناست.» (پسر ۱۵ ساله)

**تجارب منفی**: مشارکت‌کنندگان در این پژوهش سیر کاهش وزن را در پی اصلاح رفتارهای ناسالم، بسیار کند و ناامید کننده می‌دانستند و از نتیجه‌ی به دست آمده در تجربه‌های قبلی خود رضایت نداشتند.

«مثلاً وقتی که یک رژیمی می‌گیری که توی یک مدت طولانی تأثیر خودش را نشان می‌ده (این مدت طولانی) آدم را دلسرد می‌کند. کدام یکی از بچه هایی که اینجا نشسته‌اند دوست ندارند زود لاغر بشوند؟» (پسر۱۷ساله)

«من خیلی احتیاط می‌کنم ولی می‌بینم آن چیزی که من برایش تلاش کردم فقط ۲ کیلو لاغر شدم؛ بعد ناامید می‌شوم شروع می‌کنم به خوردن، می‌گویم این همه تلاش کردم ۲ کیلو لاغر شدم؛ پس تلاش نکنم بهتره.» (دختر ۱۷ ساله)

در مقابل، راهکارهایی با بازده سریع که در مدت زمانی کوتاه و به شکلی تضمین شده بتواند آن‌ها را به وزن دلخواه برساند به عنوان شرط اولیه پذیرش اصلاح شیوه‌ی زندگی از سوی بسیاری از نوجوانان شرکت‌کننده در مطالعه‌ی حاضر مطرح شد.

«من می‌گویم اگر یکی تضمین بکند که اگر این کارها رو بکنی مثلا روزی نیم ساعت توی خانه ورزش کنی یا پیاده‌روی بروی و رژیم هم بگیری، در عرض یک ماه ۳ تا ۵ کیلو لاغر می‌شی من حتما این کار رو انجام می‌دهم. ما این همه کار بکنیم، ورزش بکنیم به خودمون فشار بیاریم بعد نیم کیلو لاغر شویم. این که فایده نداره.» (دختر ۱۵ ساله)

**عزت نفس پایین**: نوجوانانی که از عزت نفس پایین‌تری برخوردار بودند تمایل کمتری برای برقراری ارتباط با همسالان و حضور در جمع داشتند. این مسأله عامل بازدارنده‌ی مهمی برای اصلاح شیوه‌ی زندگی به ویژه در زمینه‌ی، انجام فعالیت بدنی و شرکت در ورزش‌های گروهی بود. دو مفهوم استخراج شده در این رابطه عبارت هستند از خودارزشمندی پایین و فقدان اعتماد به نفس.

**الف) خودارزشمندی پایین**: خودارزشمندی پایین مفهمومی استخراج شده از نتیجه منفی قیاس ذهنی نوجوانان دارای اضافه وزن و چاق با همتایان دارای وزن طبیعی خود می‌باشد چرا که به گفته‌ی شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی حاضر آنها به طور مداوم خود را با اطرافیان ـ به ویژه گروه همسال ـ مقایسه نموده، نسبت به همتایان دارای وزن طبیعی، جایگاه ارزشی پایین‌تری برای خود قایل می‌شدند.

[ Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08 ]

«آدم دایم خودش را با افراد لاغر مقایسه می‌کند می‌بیند آنها خیلی تحرکشون بیشتره، زودتر می‌توانند کارهاشون را بکنند ولی خودش کنده.» (پسر ۱۵ ساله)

«آدم از دیدن یه فرد لاغر حرصش می‌گیرد، هی می‌گوید هیکل تو چقدر خوبه و هیکل من بده.» (دختر ۱۶ ساله)

«وقتی (نوجوان چاق) با یک فرد لاغر دوست باشد مثلاً وقتی می‌خواهد راه برود پیش خودش فکر می‌کند کاش او بره جلو که منو نبیند.» (دختر ۱۵ ساله)

**ب) فقدان اعتماد به نفس**: خودارزشیابی نامطلوب نوجوانان دارای اضافه وزن و چاق، درک منفی آنان از قضاوت اجتماعی و کاهش اعتماد به نفس را در آنها را به همراه داشت به طوری که شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر تأثیر منفی خود را بر اطرافیان پیش‌بینی نموده، خود را سزاوار تمسخر از سوی افراد لاغر می‌دانستند. ترس از مورد تمسخر واقع شدن، از عوامل بازدارنده‌ی مهم در زمینه شرکت نوجوانان در ورزش‌های گروهی بود.

«الان از این می‌ترسم که اگر تو جمع بروم یک دفعه یک نفر یک تیکه بهم بندازد مثلاً شوخی کند. شاید هم منظوری نداشته باشه ولی من شوخی را چون نقطه ضعف دارم، خیلی به خودم می‌گیرم.» (پسر ۱۵ ساله)

«الان وقتی ورزش می‌کنم فکر می‌کنم همه دارند به من نگاه می‌کنند شاید هم بخندند (واسه همین) دیگر این کار را نمی‌کنم.» (پسر ۱۵ ساله)

«آدم خودش احساس بدی پیدا می‌کند وقتی تو جمع لاغرهاست فکر می‌کند دارند مسخره‌اش می‌کنند.» (دختر ۱۶ ساله)

**عدم کنترل درک شده**: احساس عدم کنترل بر مسأله از دیگر موانع عمده در اصلاح شیوه‌ی زندگی نوجوانان بود. دو مفهوم جانبی مرتبط عبارت بودند از ناکارآمدی درک شده و باور کنترل‌ناپذیری چاقی.

**الف) ناکارآمدی درک شده**: تکرار کلمات و عباراتی همچون «نمی‌توانم،» «خواستم اما نشد» و «بسیار سخته» نشان‌گر ناکارآمدی درک شده‌ی مشارکت‌کنندگان در زمینه‌ی تغییر رفتار و اصلاح شیوه‌ی زندگی بود. آنالیز داده‌ها نقش محوری عدم برخورداری از مهارت‌هایی مانند کنترل مؤثر استرس و برنامه‌ریزی را در ایجاد این باور نشان می‌دهند .

«من می‌خواستم غذایم رو کم کنم ولی نتوانستم، همین الان هر چقدر هم می‌خواهم نخورم ولی نمی‌توانم، باز هرچیزی دستم بیاید می‌خورم مثلاً برای صبحانه نهار و شام خیلی می‌خورم.» (پسر ۱۶ ساله)

«بیشتر توی مقطع امتحانات رژیم من شکسته می‌شود. خوب تو امتحانات نمی‌توانم نخورم. استرس دارم، نشستم هی درس می‌خوانم و می‌خورم.» (دختر ۱۷ ساله)

«من دچار تعارض می‌شوم مثلا می‌نشینم پای درس، شروع کنم درس خواندن، بعد می‌بینم تحرک ندارم، بعد می‌گویم بروم ورزش کنم، بعد شروع می‌کنم به ورزش کردن بعد احساس می‌کنم از درسم (عقب) افتادم. بین این دو تا گیر می‌کنم.» (پسر۱۷ساله)

«بالاخره تو زندگی مشکلات هست، موقع‌هایی که مشکلی پیش میاد ورزش رو می‌گذارم کنار و می‌گویم برو بابا حوصله داری آنقدر مشکلات هست که دیگه به ورزش نمی‌رسه.» (پسر۱۶ساله)

**ب) باورکنترل ناپذیری چاقی**: علاوه بر احساس ناتوانی شخصی در کنترل رفتار، کنترل‌ناپذیر بودن چاقی و اضافه وزن، مفهوم دیگری بود که از داده‌های این مطالعه استخراج شد. این مفهوم بر اساس اظهارات آن دسته از نوجوانانی شکل گرفت که بیش از شیوه‌ی زندگی عواملی مانند ارث، شرایط خاص فیزیولوژی و حتی خواست خداوند را موجب ابتلای خود به اضافه وزن و چاقی می‌دانستند. آنالیز داده‌ها نقش به سزای این اعتقادات را در ایجاد حس ناتوانی در نوجوانان نشان داد چرا که کنترل وزن را از حیطه‌ی اختیارات فرد خارج ساخته و در اختیار عوامل غیررفتاری و کنترل‌ناپذیر قرار می‌داد.

«چاقی ژنیه، چون من هیچ مشکلی هم ندارم نه (مشکل) تیروئید دارم هیچی ندارم، ورزش هم می‌کنم غذا هم عادی می‌خورم یعنی از یک آدم لاغر خیلی کمتر می‌خورم ولی نمی‌دونم چرا لاغر نمی‌شم.» (دختر ۱۶ ساله)

«از پنجم دبستان به بعد مادرم، من را پیش چند تا دکتر تغذیه برد. یکی از دکترها به مامانم گفت پسر شما درسته خیلی نمی‌خورد ولی معده اش یک مدلیه که صد در صد غذا را جذب می‌کند؛ برای همین چاق است.» (پسر ۱۶ساله)

«سیستم بدن من است. چیزی است که خداوند آفریده، نمی‌شود که بهش دست برد.» (پسر ۱۷ ساله)

[ Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08 ]

**جدول ۱- ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان مطالعه**

| | | تعداد | درصد |
|---|---|---|---|
| جنس | | | |
| | دختر | ۱۹ | ۵۴/۲۹ |
| | پسر | ۱۶ | ۴۵/۷۱ |
| پایه‌ی تحصیلی | | | |
| | اول دبیرستان | ۱۱ | ۳۱/۴۳ |
| | دوم دبیرستان | ۹ | ۲۵/۷۱ |
| | سوم دبیرستان | ۱۵ | ۴۲/۸۶ |
| شغل و میزان تحصیلات مادر | | | |
| | سطح تحصیلات | | |
| | سیکل و ابتدایی | ۸ | ۲۲/۸۶ |
| | دیپلم | ۲۰ | ۵۷/۱۴ |
| | دانشگاهی | ۷ | ۲۰/۰ |
| | وضعیت اشتغال | | |
| | خانه دار | ۲۵ | ۷۱/۴۳ |
| | شاغل | ۱۰ | ۲۸/۵۷ |
| شغل و میزان تحصیلات پدر | | | |
| | سطح تحصیلات | | |
| | سیکل و ابتدایی | ۳ | ۸/۵۷ |
| | دیپلم | ۱۷ | ۴۸/۵۷ |
| | دانشگاهی | ۱۵ | ۴۲/۸۶ |
| | وضعیت اشتغال | | |
| | شاغل | ۳۳ | ۹۴/۲۹ |
| | بیکار | ۲ | ۵/۷۱ |
| محل سکونت | | | |
| | شمال تهران (منطقه‌ی ۱) | ۱۹ | ۵۴/۲۹ |
| | جنوب تهران (منطقه‌ی ۱۲) | ۱۶ | ۴۵/۷۱ |

## بحث

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، نشان‌دهنده‌ی موانع فردی اصلاح شیوه‌ی زندگی و کاهش وزن، در نوجوانان چاق و دارای اضافه وزن است. براساس یافته‌های این مطالعه، رضایت‌مندی نوجوانان از شرایط خود، یکی از مهم‌ترین، موانع اصلاح شیوه‌ی زندگی آنها محسوب شد. به عبارت دیگر، برای این دسته از نوجوانان، کاهش وزن و در نتیجه اصلاح عادت‌ها و رفتارهای ناسالم، نیازی درک نشده بود. براساس یافته‌های این پژوهش، خودتصویری مثبت و همچنین عدم احساس تهدید از سوی چاقی، مهم‌ترین عوامل مؤثر در ایجاد حس رضایت‌مندی در نوجوانان بود. مشارکت‌کنندگان مطالعه‌ی حاضر، نیازی به تغییر وضعیت خود احساس نمی‌کردند چرا که تصویر مثبتی از خود در ذهن داشتند. به اعتقاد این دسته از نوجوانان، آنها نه تنها از همتایان دارای وزن طبیعی خود کمتر نبودند بلکه به دلیل مقاومت بیشتر در برابر ضربه‌ها و بیماری‌ها، چاقی برای آنها نقطه‌ی قوت نیز محسوب می‌شد. علاوه بر این، توانایی رقابت آنها با دیگر همسالان در زمینه‌ی ورزش و فعالیت‌های جسمانی نیز تقویت‌کننده‌ی این تصویر ذهنی مثبت بود. همسو با این نتایج، گرینارد و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود، ارتباط بین کاهش نمایه‌ی توده‌ی بدن و خودتصویری نوجوانان را نشان داده‌اند.[۲۳] هم‌چنین، آلم و همکاران نیز بر نقش مهم رقابت‌های ورزشی در اصلاح شیوه‌ی زندگی نوجوانان تأکید کرده‌اند.[۲۴] یافته‌ی جدید و تفاوت این مطالعه با مطالعه‌های ذکر شده، نقش چاقی سایر اعضای خانواده در ایجاد خودتصویری مثبت نوجوانان است. این یافته از آنجا به دست آمد که تعداد قابل توجهی از مشارکت‌کنندگان، در تشریح دلایل عدم احساس نیاز خود به کاهش وزن، به اضافه وزن و چاقی سایر اعضای خانواده خود اشاره نموده، این پدیده را امری طبیعی در خانواده‌ی خود قلمداد کردند. یافته‌ی دیگر و متفاوت مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی آلم و همکاران، عدم نگرانی مشارکت‌کنندگان این مطالعه در خصوص وضعیت سلامت خود و فقدان احساس تهدید در زمینه‌ی ابتلا به عوارض ناشی از چاقی بود که خود سهم مهمی در رضایت‌مندی آنها از شرایط موجود داشت. بر اساس یافته‌های موجود، آگاهی شرط لازم و نه کافی برای انتخاب سبک سالم زندگی در نوجوانان است[۲۵] این در حالی است که درک خطر عاملی مهم در ایجاد انگیزه‌ی کاهش وزن در نوجوانان بوده، به عنوان یکی از راهکارهای مؤثر در برنامه‌های مدیریت وزن توصیه می‌شود.[۲۶]

داده‌های مطالعه‌ی حاضر نقش بازدارنده‌ی عدم کنترل درک شده را در اصلاح شیوه‌ی زندگی مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد. بر اساس اظهارات مشارکت‌کنندگان این ادراک از یک سو ناشی از نگرش آنها در خصوص کنترل‌ناپذیری چاقی و رفتارهای ناسالم زمینه‌ساز آن و از سوی دیگر به دلیل ناکارآمدی آنها در کنترل چاقی است. با انتساب چاقی

[ Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08 ]

به عوامل غیررفتاری مانند ساختار ژنی، شرایط فیزیولوژی و حتی خواست خداوند، بخشی از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تغییر شیوه‌ی زندگی را امری بیهوده قلمداد کرده، خود را ناچار به تسلیم در برابر وضعیت موجود دانستند. این یافته با نظریه‌ی جایگاه کنترل سلامت مطابق است و نشان‌دهنده‌ی نقش بازدارنده‌ی جایگاه بیرونی سلامت در اتخاذ سبک سالم زندگی در نوجوانان ایرانی است.[۲۹-۲۷] در مقابل، تعداد قابل توجه دیگری از شرکت‌کنندگان، ناکارآمدی خود را به ویژه در زمینه‌ی مدیریت استرس و برنامه‌ریزی مهم‌ترین عامل بازدارنده‌ی اصلاح شیوه‌ی زندگی فعلی خود دانستند. این یافته‌ها بار دیگر اهمیت خودکارآمدی درک شده را در اصلاح شیوه‌ی زندگی و کاهش وزن نشان می‌دهند.[۳۱،۳۰]

استوری و همکاران، نقش محوری انگیزه را در کنترل وزن کودکان و نوجوانان نشان داده، فقدان آن را مهم‌ترین عامل شکست برنامه‌های اصلاح شیوه‌ی زندگی دانستند.[۳۲] در این مطالعه نیز اراده و انگیزه‌ی ناکافی مشارکت‌کنندگان، یکی از مهم‌ترین عوامل بازدارنده‌ی ایجاد سالم زندگی به شمار می‌رود و در این رابطه اولویت درس خواندن و سپس ورود به دانشگاه بیش از همه مطرح بود. شاید بتوان ظرفیت محدود پذیرش دانشجو در دانشگاه‌های ایران و رقابت فشرده‌ی دانش‌آموزان برای پذیرفته شدن در رشته‌های مورد نظر خود را عاملی مؤثر در ایجاد این شرایط دانست.

علاوه بر اولویت درس، بسیاری از مشارکت‌کنندگان انگیزه‌ی ناکافی خود را به نارضایتی از نتایج کسب شده در تجربه‌های قبلی نسبت می‌دادند. از آن‌جا که برای شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر کاهش وزن تنها معیار ارزشیابی اصلاح شیوه‌ی زندگی محسوب می‌شد، بسیاری از آنها روند آن را بسیار تدریجی و ناامیدکننده دانسته، خواستار روش‌هایی برای کاهش وزن قابل توجه در مدت زمانی بسیار کوتاه بودند. نقش بازدارنده‌ی اهداف اغراق‌آمیز و به دور از واقعیت در مطالعه‌های قبلی نیز گزارش شده است.[۳۴،۳۳]

یافته‌های این مطالعه‌ی کیفی می‌تواند درک عمیقی از بازدارنده‌های سبک سالم زندگی در سنین نوجوانی به وجود آورد که امکان دستیابی به آن در مطالعه‌های کمّی وجود ندارد. تنوع در نمونه‌گیری از نقاط قوت مطالعه‌ی حاضر است. شرکت‌کنندگان این پژوهش متعلق به اقشار مختلف اجتماعی ـ اقتصادی بودند و طیفی از چاقی را در خود جای داده بودند، تجربه‌های مختلفی در زمینه‌ی اصلاح شیوه‌ی زندگی و کاهش وزن داشته در هر دو جنس داشتند. به دلیل رویکرد گذشته‌نگر مطالعه‌ی حاضر، امکان خطای یادآوری در شرح تجربه‌ها وجود دارد. علاوه بر این، شرکت داوطلبانه موجب حذف تجربه‌های آن دسته از افرادی شد که به هر دلیلی از مشارکت در این مطالعه امتناع ورزیدند. بر اساس تعریف‌های موجود، مصرف سیگار نیز یکی از شاخص‌های سبک ناسالم زندگی است و با توجه به این که هیچ یک از مشارکت‌کنندگان به گفته‌ی خود تجربه‌ای در این مورد نداشتند مورد بحث قرار نگرفت. همچنین، همه‌ی شرکت‌کنندگان متعلق به جامعه‌ی شهری بودند. بنابراین یافته‌های این مطالعه منعکس‌کننده بازدارنده‌های سبک سالم زندگی در جامعه‌ی روستایی نیست. مطالعه‌های تکمیلی در این زمینه توصیه می‌شود.

در نهایت، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، ایجاد سبک سالم زندگی در نوجوانان ایرانی متأثر از عوامل متعدد فردی و محیطی و تعامل بین آنها است. طراحی مداخله‌های جامع با رویکردی اکولوژیک به منظور اصلاح شیوه‌ی زندگی و پیشگیری از چاقی در همه‌ی سطوح ضروری است. یافته‌های این مطالعه می‌تواند کمکی مؤثر در ایجاد دیدگاه واقعی از موقعیت برای برنامه‌ریزان باشد.

**سپاسگزاری**: پژوهشگران از حضور و همکاری صمیمانه همه‌ی مشارکت‌کنندگان در این مطالعه سپاسگزاری می‌نمایند.

## References


1. Lobstein L, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obes Rev 2004; 5 Suppl 1: S 4-85.
2. Anavian J, Brenner DJ, Fort P. Profiles of obese children presenting for evaluation. J Pediatr Endocrinol Metab 2001; 14: 1145–50.
3. Rosenbloom AL. Increasing incidence of type 2 diabetes in children and adolescents. Paediatr Drugs 2002; 4: 209–21.
4. Styne DM. Childhood and adolescent obesity. Pediatr Clin North Am 2001; 48: 823–51.
5. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. Pediatrics 1998; 101: 518-25.


[ Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08 ]

6. Delavari A, Alikhani S, Alaedini F. A national profile of noncommunicable disease risk factors in the I.R.Iran. Ministry of Health & Medical Education, Health Deputy, Center of Disease Control, 2005. [Farsi]
7. Kelishadi R, Ardalan G, Gheiratmand R, Gouya MM, Razaghi EM, Delavari A, et al. Association of Physical activity and dietary begaviours in relation to the body mass index in a national sample of Iranian children and adolescents: CASPIAN study. Bull WHO 2007; 85: 19-26.
8. 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, 1380-84. [Farsi]
9. Kelishadi R, Alikhani S, Delavari A, Alaedini F, Safaie A, Hojatzadeh E.. obesity and associated lifestyle behaviors in Iran: Findings from the first National non-communicable disease risk factor surveillance survey. Public Health Nutr 2007; 12:1-6.
10. Crowford D, Jeffery RW. Obesity prevention and public health: Drawing possible lessons for obesity prevention and control from the tobacco control experience. Oxford University Press 2005, p.223.
11. Foldmark CE, Marcus C, Britton M. Interventions to prevent obesity in children and adolescents: a systematic literature review. Int J Obes 2006; 30: 579-89.
12. Baranowski T, Cullen KW, Nicklas T, Thompson D, Baranowski J. School-based obesity prevention: A blueprint for taming the epidemic. Am J Health Behav 2002; 26: 486-93.
13. Baranowski T. Crisis and chaos in behavioral nutrition and physical activity. Int J Behav Nutr Phys Act 2006; 3:1-5.
14. Potvin L, Cargo M, McComber AM, Delormier T, Macaulay AC. Implementing participatory intervention and research in communities: lessons from the Kahnawake school diabetes prevention project in Canada. Soc Scie Med 2003; 56:1295-1305.
15. Campbell K, Waters E, O'meara S, Summerbell C. Interventions for preventing obesity in childhood. A systematic review. Obes Rev 2001; 2:149-57.
16. Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. Obes Rev 2001; 2: 159-71.
17. Ulin PR, Robinson ET, Tolly EE. Qualitative methods in public health: A field guide for applied research. First edition, Jossey-Bass Co. 2005, P. 4-10.
18. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing. Forth edition, LWW Co. 2005: P. 1-33.
19. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM. CDC growth charts: United States. Adv Data 2000; 314:1–27.
20. Kelishadi R, Gouya MM, Ardalan G. First reference curves of waist and hip circumferences in an Asian population of youths: CASPIAN Study. J Trop Pediatr 2007; 53: 158-84.
21. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. 5nd ed ,Newbury park: Sage publications, 2007.
22. Polit D, Beck CT. Essential of nursing research: Method, appraisal and utilization. 6th ed. Philadelphia LWW Co, 2006.
23. Grignard S, Bourguignon JP, Born M, Mairiaux P, Vandoorne C. Characteristics of adolescent attempts to manage overweight. Patient Educ Couns 2003; 51: 183-9.
24. Alm M, Soroudi N, Wylie-Rosett J, Isasi CR, Suchday S, Rieder J,et al.A qualitative assessment of barriers and facilitators to achieving behavior goals among obese inner-city adolescents in a weight management program. Diabetes Educ 2008; 34: 277-84.
25. Smally SE, Wittler RR, Oliverson RH. Adolescen assessment of cardiovascular heart disease risk factor attitudes and habits. J adol Health 2004; 35: 374-79.
26. . Health promotion for adolescents in primary care: randomized controlled trial. BMJ 2002; 325: 1-6.
27. Graffei KC, Sukvestru L. Relationship between locus of control and health- related variables. Education 2006; 126: 593-6.
28. Wallston AK, Malcsrne VL, Flores L. Does God determine your health? The god locus of health control. Cognit Ther Res 1999; 23: 131-42.
29. Stepte A, Wardle J. Locus of control and health behaviour revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries. Br J Psychol 2001; 92: 659-72.
30. Roach JB, Yadrick MK, Johnson JT, Boudreaux LJ, Forsythe WA 3rd, Billon W.. Using self efficacy to predict weight loss among young adults. J Am Diet Assoc 2003; 103: 1357-9.
31. Foreyt JP, Goodrick GK. Impact of behavior therapy on weight loss. Am J Health Prom 1994; 8: 466-7.
32. Story MT, Neumark-Stzainer DR, Sherwood NE, Holt K, Sofka D, Trowbridge FL, Management of child and adolescent obesity: Attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. Pediatrics 2002; 110: 210-4.
33. Wadden TA, Womble LG, Sarwer DB, Berkowitz RI, Clark VL, Foster GD. Great expectations: "I'm losing 25% of my weight no matter what you say." J Consult Clin Psychol 2003; 71: 1084-9.
34. Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: a 35-year odyssey. Am Psychol 2002; 57: 705-17.


[ Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08 ]

*Original Article*

# Personal Barriers to Life Style Modification in Overweight/Obese Adolescents: A Qualitative Study

Amiri P[1], Ghofranipour F[1], Ahmadi F[2], Hooman H[3], Hosseinpanah F[4], Jalali-Farahani S[4]
[1]Health Education Department, Tarbiat Modares University of Tehran, [2]Nursing Department, Tarbiat Modares University of Tehran, [3]Department of Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences,[4]Obesity Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran
e-mail:ghofranf@modares.ac.ir
**Received**: 13/09/2009 **Accepted**: 17/10/2009

**Abstract**

**Introduction: Existing data show a rising prevalence of overweight and obesity among Iranian adolescents. Considering the lack of related studies from Iran, the current study investigates personal barriers to life style Modification among overweight/obese adolescents. Materials and Methods: This is a qualitative study, conducted according to the grounded theory approach. Participants were 35 school children (19 girls and 16 boys), aged 15-17 years, who were either overweight or obese. To collect data, 5 semi-structured focus group discussions and 10 in-depth interviews were conducted. To obtain views across a range of socioeconomic backgrounds, two demographically diverse areas in Tehran were selected, and in each area, participants were recruited from schools. All interviews and focus group discussions were audio recorded and transcribed verbatim. Data collection and analysis were done simultaneously according to the Strauss and Corbin analysis method. Results: Based on data analysis, positive perception of conditions, priority of studying, lack of willingness, negative experiences, low self-esteem, and perceived lack of control were the major personal barriers to adolescents' healthy lifestyles. Conclusion: Study results demonstrated the main personal barriers for a healthy life style as perceived by adolescents, barriers that any effective interventions require to address for tackling overweight and obesity in adolescents.**

**Keywords**: Obesity, Life style, Adolescents, Qualitative study

[ Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08 ]