مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی هشتم، شماره‌ی ۳، صفحه‌های ۲۴۸ ـ ۲۴۱ (پاییز ۱۳۸۵)

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی درک والدین کودکان ۶ تا ۱۲ساله چاق نسبت به چاقی کودکانشان و تأثیر آموزش بر آن

نسرین اکبری، نسرین فروزنده، معصومه دل‌آرام، محمد رحیمی

چکیده

مقدمه: امروزه چاقی کودکان به عنوان یک مشکل بهداشتی مطرح است و والدین می‌توانند در پیشگیری و درمان چاقی کودکان نقش بسزایی داشته باشند اما بعضی از والدین معتقدند که بچه‌های چاق و تپل از نظر سلامتی وضعیت مناسبی دارند و بنا بر این در هیچ‌کدام از برنامه‌های درمان و پیشگیری چاقی شرکت نمی‌کنند. این مطالعه با هدف تعیین درک والدین از چاقی در کودکان چاق ۱۲-۶ ساله شهرکرد و تأثیر آموزش بر درک آن‌ها انجام شده است. **مواد و روش‌ها:** این پژوهش در دو مرحله انجام شد (مرحله‌ی اول توصیفی و مرحله‌ی دوم تجربی) به این ترتیب که ابتدا وزن و قد کودکان ۱۲-۶ ساله در مدارس ابتدایی شهرکرد اندازه‌گیری شد و۳۰۰ کودک با نمایه‌ی توده‌ی بدن بالاتر از مقدار استاندارد برای سن و جنس به عنوان کودکان چاق انتخاب شدند سپس پرسشنامه توسط یکی از والدین (ترجیحاً مادر) تکمیل گردید. مادرانی که معتقد بودند کودکان چاقشان اضافه وزن ندارند به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. یک گروه طی چهار جلسه‌ی ۲ ساعته تحت آموزش در مورد چاقی و وزن ایده‌ال قرار گرفتند و گروه دیگر هیچ آموزشی ندیدند. بعد از ۲ ماه مجدداً پرسشنامه توسط دو گروه تکمیل و با هم مقایسه شد. **یافته‌ها:** ۴۱/۳ درصد از کودکان چاق دختر و ۵۸/۷ درصد پسر بودند. هم‌چنین ۲۳/۳ درصد از مادران کودکان چاق معتقد بودند که کودکان آن‌ها چاق نیستند یا اضافه وزن ندارند. یافته‌ها هم‌چنین نشان دادند که ۹۴/۳ درصد ازاین مادران بعد از آموزش متقاعد شدند که بچه‌هایشان اضافه وزن دارند. در این مطالعه ارتباط معنی‌دار بین تحصیلات، شاغل بودن مادر و جنس کودک با درک مادر از چاقی مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** عقیده‌ی والدین نسبت به چاقی کودکان متفاوت است و بعضی از آن‌ها تا حدودی اضافه وزن را برای کودکان لازم و مطلوب می‌دانند بنا بر این به نظر می‌رسد در هر جامعه، ابتدا لازم است درک والدین نسبت به چاقی کودکان مشخص گردد سپس با روش‌های مختلف آموزش‌های لازم را در این زمینه کسب کنند تا بتوانند در پیشگیری از چاقی کودکان سهم بیشتری داشته باشند.

واژگان کلیدی: کودکان، چاقی، درک والدین، نمایه‌ی توده‌ی بدن
دریافت مقاله: ۸۴/۱۱/۱۲ ـ دریافت اصلاحیه: ۸۵/۴/۱۷ ـ پذیرش مقاله: ۸۵/۴/۲۱

مقدمه

امروزه به دلیل بهبود وضعیت بهداشتی جامعه و اقدامات اساسی در جهت واکسیناسیون کودکان، بسیاری از بیماری‌های عفونی و واگیردار ریشه‌کن شده یا تحت کنترل درآمده‌اند و جای خود را به بیماری‌های غیر واگیر و مزمن داده‌اند. یکی از این بیماری‌های غیر واگیر و مزمن چاقی است که امروزه به عنوان یک مشکل بهداشتی مطرح می‌باشد. طبق مطالعه‌های انجام شده در ایالات متحده بین سال‌های ۱۹۸۳ تا ۱۹۹۵ اضافه وزن کودکان ۵ ساله از ۱۸/۵ درصد

دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** شهرکرد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهرکرد، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، نسرین اکبری e-mail:nakbari123@yahoo.com

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-23]

به ۲۱/۶ درصد افزایش یافته است.[۱] هم‌چنین امروزه چاقی به عنوان یک مشکل تغذیه‌ای شایع بین کودکان در ایالات متحده می‌باشد و تخمین زده شده است که ۱۵ درصد از بچه‌های ۱۱-۶ ساله در ایالات اضافه وزن دارند.[۲] شیوع چاقی کودکان هم‌چنین در بسیاری از قسمت‌های مختلف جهان در سال‌های اخیر مشکل بزرگی است که محدود به کشورهای پیشرفته و صنعتی نیست و در کشورهای جهان سوم نیز دیده می‌شود[۳] در مطالعه‌ای که روی کودکان چینی انجام شد، شیوع چاقی در سال ۱۹۹۸، ۵ درصد بود و این میزان در سال ۱۹۸۶ به ۲/۱ درصد رسیده بود.[۳] هم‌چنین بعضی از مقایسه‌ها نشان می‌دهد که شیوع چاقی در کشورهای آسیایی در گروه‌هایی با وضعیت اقتصادی اجتماعی مناسب شبیه ایالات متحده و دیگر کشورهای پیشرفته می‌باشد.[۳]

درصد چاقی در کشور ایران به طور کلی ۱۵ درصد بیان شده است[۴] طبق مطالعه‌ای که توسط کلیشادی در سال، ۱۹۹۳ و ۱۹۹۹ در شهر اصفهان انجام شد، شیوع چاقی در دختران و پسران ۱۲-۶ ساله‌ی شهر اصفهان در سال ۱۹۹۳ ۰/۲ درصد و در سال ۱۹۹۹ ۰/۳۵ درصد بود. بروز اضافه وزن در همین گروه از ۴ درصد در سال ۱۹۹۳ به ۸ درصد در سال ۱۹۹۹ افزایش پیدا کرد.[۵] در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۰ توسط شاهقلیان در شهرکرد انجام شد، شیوع چاقی در کودکان ۱۲-۶ ساله ۹/۹ درصد می‌بود.[۶]

چاقی کودکان می‌تواند سبب بروز مشکلات پزشکی در کودکی و بزرگسالی شده و تمایل به پایداری داشته که در این صورت چاقی مزمن شناخته می‌شود و خطرهای متعددی برای سلامتی فرد در بزرگسالی ایجاد خواهد کرد. چاقی متوسط تا شدید می‌تواند باعث هیپرلیپیدمی، بلوغ زودرس، آپنه‌ی انسدادی، پانکراتیت، بیماری‌های کیسه‌ی صفرا، دیابت نوع ۲، هایپرتانسیون و سندرم تخمدان پلی‌کیستیک شود. مسأله‌ی مهم‌تر این که چاقی کودکان می‌تواند در طولانی مدت سیستم قلبی ـ عروقی را درگیر کند[۷] مطالعه‌ها نشان داده‌اند که آترواسکلروزیس که یک علت اصلی برای بیماری‌های قلبی ـ عروقی است به اوایل کودکی بر می‌گردد و عوامل خطرزای آترواسکلروزیس در کودکان چاق پیدا شده است که سطح لیپید سرم بالا و فشار خون بالا داشته‌اند.[۸] در مطالعه‌ای که توسط ویلیامز در سال ۲۰۰۵ انجام شد مشخص گردید، چاقی و اضافه وزن کودکان بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد و کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد.[۹] اضافه وزن در دوران کودکی می‌تواند ناشی از چند عامل باشد؛ از جمله عادات غذایی و فعالیت نامناسب الگوی فعالیت و عادات غذایی در کودکی شکل می‌گیرد و تحت تأثیر عملکرد والدین و محیط خانواده است.[۱۰]

بنا بر این برنامه‌های پیشگیری از چاقی زمانی موفق هستند که والدین مشارکت فعال در این برنامه‌ها داشته باشند. این مشارکت‌ها بستگی به توانایی تشخیص والدین در مورد چاقی و اضافه وزن کودکشان دارد و هم‌چنین والدین باید بدانند که چاقی یک عامل خطر برای سلامتی کودکشان است.

متخصصان برای پیشگیری و درمان چاقی در کودکان، قبل از هر اقدامی باید درک والدین را در مورد چاقی کودکانشان، هم‌چنین اطلاعات و آگاهی آن‌ها در مورد خطرات سلامتی مربوط به چاقی، بررسی کنند. شواهد نشان می‌دهد که بعضی از والدین معتقدند بچه‌های چاق و تپل از نظر سلامتی وضعیت بهتری دارند. تا زمانی که والدین اعتقادی به چاقی و اضافه وزن بچه هایشان ندارند در هیچ کدام از برنامه‌های تنظیمی برای درمان چاقی شرکت فعال ندارند و درمان کودکان آن‌ها با شکست مواجه می‌شود و گاهی می‌تواند باعث بدتر شدن وضعیت کودکان آن‌ها شود. در مطالعه‌ای که توسط سویی مایرز در سال ۲۰۰۰ در اسپانیا انجام شد، مشخص گردید که ۳۵٪ از والدین اعتقادی به اضافه وزن کودکان چاقشان نداشتند. در مطالعه‌ی دیگری که توسط آمی- ای در سال ۲۰۰۰انجام شد، مشخص گردید که از بین ۳۰۰ نفر مادران کودکان چاق، ۷۹٪ از مادران اعتقادی به چاقی کودکان چاقشان نداشتند در حالی که تقریباً همه مادران چاق معتقد بودند که خودشان اضافه وزن دارند.[۱۱]

از آنجا که پیشگیری و درمان چاقی در کودکان منوط به همکاری والدین و هماهنگی آن‌ها با درمان‌گر است و این خود مستلزم درک واقعی والدین از چاقی می‌باشد و از طرفی هنوز در این شهر درک والدین از چاقی کودکان مشخص نشده است، بنا بر این پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف تعیین درک والدین کودکان چاق ۱۲-۶ ساله در شهرکرد انجام دهد و سپس تأثیر آموزش بر درک والدین را بررسی کند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه در دو مرحله (مرحله‌ی اول توصیفی ـ تحلیلی و مرحله‌ی دوم تجربی) انجام شد. جامعه‌ی پژوهش شامل والدین (مادران) کودکان ۱۲-۶ ساله‌ی چاق مدارس

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-23]

ابتدایی شهر شهرکرد بودند که شرایط ورود به مطالعه را داشتند. در این بررسی، روش کار بدین‌گونه بود که ابتدا به روش تصادفی خوشه‌ای ۱۰ مدرسه‌ی ابتدایی در شهرکرد انتخاب شد. سپس با ارایه‌ی معرفی‌نامه و رعایت تمامی ملاحظات به مدارس مراجعه و به روش آسان کودکان انتحاب شدند و وزن و قد کودکان توسط پرسشگر اندازه‌گیری شد. به این ترتیب که همگی با یک ترازوی مشخص و کنترل شده و با حداقل لباس و بدون کفش، وزن شدند. سپس قد آن‌ها اندازه‌گیری شد. از آنجا که رایج‌ترین روش مورد استفاده برای اندازه‌گیری اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان نمایه‌ی توده‌ی بدن است[۱۲] و هم‌چنین در کارگاهی که به همت انجمن بین‌المللی چاقی در سال ۱۹۹۹ بر پا شد نتیجه گرفته شد که نمایه‌ی توده‌ی بدنی معیار قابل قبولی جهت بیان چاقی در کودکان و نوجوانان است،[۱۳] از این معیار استفاده شد و نمایه‌ی توده‌ی بدنی آن‌ها محاسبه گردید. افرادی که نمایه‌ی توده‌ی بدنی آن‌ها با توجه به سن و جنس بالاتر از استاندارد بود به عنوان کودکان دارای اضافه وزن یا چاق به حساب آمدند[۱۴] تعداد نمونه از فرمول زیر ۳۰۰ نفر براورد شد.

$$n=(N.Z2.p.q) / ((N-1) d2+Z2pq)\ Z=1/96,\ \alpha = 0/05$$

ابزار گرداوری اطلاعات پرسشنامه‌ای بود که توسط مادران آن‌ها تکمیل گردید. پرسشنامه شامل دو قسمت بود. قسمت اول شامل پرسش‌هایی در مورد سن و جنس کودک، سطح تحصیلات، شغل و سن مادر و قسمت دوم شامل چهار پرسش بود که عبارت بودند از: ۱- آیا کودک شما اضافه وزن دارد؟ ۲- به نظر شما یک کودک چاق چه مشکلاتی خواهد داشت؟ ۳- برای کنترل وزن کودکتان چه اقدامی کرده‌اید؟ ۴- برای کنترل آنچه کودکتان می‌خورد چه مشکلاتی دارید؟ پاسخ این پرسش‌ها در پرسشنامه به صورت بلی - خیر و پنج گزینه‌ای که گزینه اخر سایر موارد ذکر شده بود، آمده بود. اگر مادری به پرسش اول پاسخ خیر می‌داد و در پاسخ به پرسش‌های ۳ و ۴ برای کنترل وزن کودکش هیچ اقدامی نکرده بود، هم‌چنین هیچ اقدامی برای کنترل آنچه کودکش می‌خورد، نکرده بود درک نادرست و غیر واقعی از چاقی کودکش داشت.

برای تأیید اعتبار علمی پرسشنامه‌ی مذکور از روش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین ترتیب که با مطالعه‌ی کتب و مقالات منتشر شده و پایان‌نامه‌ها و با توجه به اهداف و متغییرهای مورد نظر پرسشنامه تدوین شد و جهت بررسی و ارزشیابی در اختیار تعدادی از اعضای هیأت علمی دانشکده‌ی پرستاری مامایی شهرکرد و چند تن از پزشکان متخصص قرار گرفت سپس تغییرات لازم به عمل آمد و پرسشنامه تدوین شد. برای اعتماد علمی پرسشنامه از test re test و ضریب آلفا کرونباخ استفاده گردید (α=۰/۸). در مطالعه سویی مایرز مطالعه پیلوت انجام شده بود.

بدین ترتیب، ۳۰۰ نفر کودک چاق به روش آسان انتخاب گردید و پرسشنامه توسط مادران آن‌ها تکمیل شد. تعداد مادرانی که معتقد بودند کودک چاق آن‌ها، اضافه وزن ندارد و چاق نمی‌باشند و هیچ اقدامی برای کنترل وزن آن‌ها نداشتند و درک نادرست و غیر واقعی از چاقی کودکانشان داشتند مشخص گردیدند و به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. یک گروه طی ۴ جلسه ۲ ساعته تحت آموزش در مورد چاقی و عوارض آن و وزن استاندارد قرار گرفتند و یک گروه هیچ آموزشی ندیدند. سپس بعد از ۲ ماه مجدداً پرسشنامه توسط دو گروه تکمیل گردید و مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت.

پس از گرداوری داده به کمک نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل آماری صورت گرفت. در این مطالعه از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید در روش‌های آماری استنباطی از آزمون‌های کای مجذور خی استفاده گردیده است.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد از ۳۰۰ کودک چاق، ۴۱/۳٪ آن‌ها (۱۲۴ نفر) دختر و ۵۸/۷٪ (۱۷۶نفر) آن‌ها پسر بودند (جدول ۱). نتایج هم‌چنین نشان داد که ۳۱/۳٪ از مادران کودکان چاق بالاتر از دیپلم و ۶۸/۷٪ از آن‌ها دیپلم یا زیر دیپلم بودند (جدول ۲). ۳۲٪ از مادران کودکان چاق شاغل و ۶۸٪ آن‌ها خانه‌دار بودند (جدول ۳). در یافته‌های پژوهش بین جنس کودک، شغل و تحصیلات مادر با درک مادر نسبت به چاقی ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-23]

جدول ۱- توزیع فراوانی جنس کودکان چاق در دو گروه مادران با درک واقعی و غیر واقعی از چاقی

جنس کودک	درک واقعی		درک غیر واقعی		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دختر	۹۸	۴۲/۶	۲۶	۳۷/۱	۱۲۴	۴۱/۳
پسر	۱۳۲	۵۷/۴	۴۴	۶۲/۹	۱۷۶	۵۸/۷
کل	۲۳۰	۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۳۰۰	۱۰۰

جدول ۲- توزیع فراوانی سطح تحصیلات مادران در دو گروه مادران درک واقعی و غیر واقعی از چاقی

تحصیلات مادر	درک واقعی		درک غیر واقعی		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بی سواد	۱۳	۵/۷	۳	۴/۳	۱۶	۵/۴
سیکل	۵۶	۲۴/۳	۱۴	۲۰	۷۰	۲۳/۳
دیپلم	۹۱	۳۹/۶	۲۹	۴۱/۴	۱۲۰	۴۰
بالاتر از دیپلم	۷۰	۳۰/۴	۲۴	۳۴/۳	۹۴	۳۱/۳
کل	۲۳۰	۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۳۰۰	۱۰۰

جدول ۳- توزیع فراوانی شغل مادران در دو گروه مادران درک واقعی و غیر واقعی

شغل مادر	درک واقعی		درک غیر واقعی		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شاغل	۷۲	۳۱/۳	۲۴	۳۴/۳	۹۶	۳۲
خانه دار	۱۵۸	۶۸/۷	۴۶	۶۵/۷	۲۰۴	۶۸
کل	۲۳۰	۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۳۰۰	۱۰۰

نتایج تحقیق هم‌چنین نشان داد که ۲۳/۳٪ از مادران کودکان چاق، نسبت به چاقی کودکانشان درک غیر واقعی داشتند و معتقد نبودند که کودکانشان چاقند یا اضافه وزن دارند (جدول ۴). هم‌چنین ۹۴/۳٪ از گروه مورد بعد از آموزش، متقاعد شدند که کودکانشان اضافه وزن دارند و برای کنترل وزن آن‌ها باید اقدامی کنند به عبارت دیگر نسبت به چاقی کودکانشان درک واقعی پیدا کردند (جدول ۵). نتایج هم‌چنین نشان داد که آموزش بر پاسخ مادران به پرسش‌های: ۱- برای کنترل وزن کودکتان چه اقدامی می‌کنید؟ ۲- برای کنترل آنچه کودک می‌خورد چه مشکلی دارید؟ اثر گذاشته است به طوری که فقط ۵/۷٪ از مادران گروه مورد بعد از آموزش به این دو سؤال پاسخ هیچ دادند و با استفاده از آزمون مجذور خی و ارتباط معنی‌داری بین آموزش و پاسخ به این دو پرسش مشاهده شد ($p<0/001$) (جدول‌های ۶ و ۷).

یافته‌های پژوهش نشان داد که پاسخ‌های گروه شاهد که هیچ آموزشی دریافت نکرده بودند به پرسش‌های پرسشنامه در دو نوبت تقریباً یکسان بود و تفاوت معنی‌داری نداشت.

جدول ۴- توزیع فراوانی درک مادران نسبت به چاقی کودکان

درک مادران	درصد	تعداد
واقعی	۷۶/۷	۲۳۰
غیر واقعی	۲۳/۳	۷۰
کل	۱۰۰	۳۰۰ نفر

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-23]

جدول ۴ نشان می‌دهد که۷۰ نفر (۲۳/۳٪) از مادران نسبت به چاقی کودکانشان درک غیر واقعی دارند؛ یعنی در برابر این پرسش که آیا کودک شما اضافه وزن دارد؟ جواب منفی داده و هیچ اقدامی برای کنترل وزن و تغذیه آن‌ها نداشتند.

با استفاده از آزمون مجذور خی و p=۰/۴ ارتباطی بین جنس کودک و درک مادر نسبت به چاقی کودک وجود نداشت. جدول ۲ توزیع فراوانی سطح تحصیلات مادران در دو گروه مادران با درک واقعی و غیر واقعی بیان می‌کند که با استفاده از آزمون مجذور خی و p=۰/۸ ارتباطی بین درک مادر و تحصیلات مادر مشاهده نگردید.

جدول ۳ توزیع فراوانی شغل مادر را در دو گروه بررسی می‌کند که با استفاده از آزمون مجذور خی و p=۰/۶ ارتباطی بین شغل مادر و درک مادراز چاقی مشاهده نشد.

برای تجزیه و تحلیل جدول ۶ از آزمون مجذور خی و p=۰/۸ استفاده شد که ارتباط معنی‌داری بین پاسخ این پرسش که «به نظر شما یک کودک چاق چه مشکلاتی خواهد داشت» و درک مادر از چاقی مشاهده نگردید.

همان‌طور که مشاهده می‌شود بعد از آموزش ۹۴/۳٪ از گروه مورد درک واقعی نسبت به چاقی کودکشان پیدا کردند در حالی که گروه شاهد بدون آموزش ۲/۹٪ درک واقعی نسبت به چاقی کودکشان داشتند. با استفاده از آزمون مجذور خی ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید (p<۰/۰۰).

نتایج نشان می‌دهد که بعد از آموزش، فقط ۵/۷٪ گروه مورد به پرسش پاسخ هیچ داده‌اند در حالی که ۶۸/۶٪ گروه شاهد جواب هیچ را انتخاب کرده‌اند و با استفاده از آزمون مجذور خی و p<۰/۰۰۱ ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید.

جدول ۵- توزیع فراوانی درک نسبت به چاقی بعد از آموزش در گروه مورد و شاهد

درک	مورد		شاهد		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
واقعی	۳۳	۹۴/۳	۱	۲/۹	۳۴	۴۸/۶
غیر واقعی	۲	۵/۷	۳۴	۹۷/۱	۳۶	۵۱/۴
کل	۳۵	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۷۰	۱۰۰

جدول ۶- بررسی پاسخ پرسش «به نظر شما یک بچه چاق چه مشکلاتی خواهد داشت» در دو گروه مادران

پاسخ به پرسش درباره‌ی مشکلات چاقی	درک واقعی		درک غیر واقعی		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مشکل قلبی در زمان پیری	۱۴۱	۶۱/۳	۴۰	۵۷/۱	۱۸۱	۶۰/۳
مشکل در زمان ورزش و بازی	۷۶	۳۳	۲۶	۳۷/۱	۱۰۲	۳۴
مشکل در پیدا کردن دوست	۱۳	۵/۷	۴	۵/۷	۱۷	۵/۷
کل	۲۳۰	۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۳۰۰	۱۰۰

جدول ۷- پاسخ پرسش «برای کنترل وزن کودکتان چه اقدامی می‌کنید» بعد از آزمونش در دو گروه مورد و شاهد

پاسخ به پرسش کنترل وزن کودک	مورد		شاهد		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
هیچ	۲	۵/۷	۲۴	۶۸/۶	۲۶	۳۷/۱
کم کردن وعده‌های غذایی	۲۲	۶۲/۹	۷	۲۰	۲۹	۴۱/۴
افزایش فعالیت	۱۱	۳۱/۴	۴	۱۱/۴	۱۵	۲۱/۴
کل	۳۵	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۷۰	۱۰۰

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-23]

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که از بین ۳۰۰ نفر از مادران کودکان چاق، ۲۳/۳٪ از آن‌ها نسبت به چاقی کودکانشان درک غیر واقعی داشتند و اعتقادی به چاق بودن یا اضافه وزن کودک‌شان نداشتند در این رابطه مطالعه‌ای که توسط مایرز[۱] در سال ۲۰۰۰ در اسپانیا انجام شد مشخص گردید که از بین ۲۰۰ نفر مادران کودکان چاق در سن قبل از مدرسه، ۳۵/۵٪ از والدین به چاقی بچه‌شان اعتقاد نداشتند. هم‌چنین نتایج این مطالعه نشان داده است که ۱۸/۷٪ از کارکنان پرستاری نیز اظهار داشتند که بچه‌ها چاق نیستند و این درک آن‌ها بر اساس ظاهر بچه بوده است.[۱] در مطالعه‌ی دیگری که توسط آمی‌ای در سال ۲۰۰۰ انجام شد، مشخص گردید که از بین ۳۰۰ نفر از مادران کودکان چاق، ۷۹٪ از مادران به اضافه وزن بچه‌های چاق‌شان اعتقاد نداشتند، در حالی که تقریباً همهٔ مادران چاق معتقد بودند که خودشان اضافه وزن دارند.[۱۱] عوامل مختلفی از جمله عوامل فرهنگی، اجتماعی، قومی و نژادی می‌تواند در درک والدین از چاقی بچه‌ها، مؤثر باشد. به نظر می‌رسد که بعضی از والدین درجه‌ای از چاقی را برای کودکان قابل قبول می‌دانند و آن را نشان‌دهنده‌ی سلامت و طول عمر کودکان می‌دانند. به همین دلیل اگر کودکان آن‌ها تا حدودی اضافه وزن دارد هیچ اقدامی برای کنترل وزن آن‌ها انجام نمی‌دهند و احتمالاً اختلافی که بین درصد افراد با درک غیر واقعی در این مطالعه و مطالعه‌های دیگر بوده است مربوط به عوامل فرهنگی و نژادی باشد. در این مطالعه هم‌چنین مشخص شد که جنس کودک، سطح تحصیلات مادر و شغل مادر با درک مادر نسبت به چاقی کودک ارتباط معنی‌داری ندارد. در این رابطه در مطالعه‌ای که توسط آمی‌ای انجام شد، مشخص شده است که سطح تحصیلات پایین مادر با درک کمتر او از چاقی کودک در ارتباط بوده است و چاقی بیشتر در مادران با تحصیلات پایین‌تر دیده شده است هم‌چنین بچه‌های این افراد بیشتر چاق بودند.[۱۱] شاید بتوان اظهار داشت علت اینکه بین سطح تحصیلات مادر و درک او نسبت به چاقی کودک ارتباط وجود نداشته است، به دلیل نداشتن آگاهی کافی مادران در زمینه‌ی تخصصی بهداشت و چاقی و تأثیر قوی عوامل فرهنگی در آن‌هاست.

یافته‌های پژوهش نشان داد که بعد از آموزش ۹۴/۳٪ از گروه مورد، درک واقعی نسبت به چاقی کودکانشان پیدا کرده اند یعنی متقاعد شدند که کودکان چاقشان، اضافه وزن دارند که این اضافه وزن می‌تواند مشکلاتی را برای کودکشان در کودکی یا بزرگسالی ایجاد کند و لازم است جهت پیشگیری و درمان چاقی مداخلاتی را انجام دهند. از طرفی گروه شاهد که هیچ آموزشی دریافت نکرده بودند بعد از ۲ ماه هنوز نسبت به چاقی کودکانشان درک غیر واقعی داشتند و فقط ۲/۹٪ درک واقعی نسبت به چاقی پیدا کرده بودند که آن هم می‌تواند به دلیل آموزش رسانه‌های موجود دیگر در جامعه باشد. هم‌چنین نتایج نشان داد که آموزش در مورد وزن مطلوب، چاقی و عوارض چاقی در پاسخ دهی به پرسش‌های پرسشنامه نیز اثر گذاشته است، به طوری که بعد از آموزش مادران با درک غیر واقعی به این پرسش که برای کنترل وزن کودکتان چه تلاشی می‌کنید؟ کمتر گزینه‌ی هیچ را انتخاب کردند ولی در گروه شاهد که هیچ آموزشی دریافت نکرده بودند، تعداد ۶۸/۶٪ به این پرسش پاسخ هیچ دادند. در این رابطه تحقیقی توسط فرشته آیین در سال ۱۳۷۹ در شهرکرد انجام شده و مشخص گردیده است که آموزش به طور مؤثری توانسته است نگرش والدین دانش آموزان را در مورد نحوه‌ی رفتار با کودک مثبت کند.[۱۵] هم‌چنین در مطالعه‌ای که توسط مورگان در سال ۲۰۰۰ انجام شد مشخص گردید دادن آموزش و اطلاعات علمی و پزشکی به کودکان، اثرات مثبت دارد و نگرش آن‌ها را در مورد چاقی تغییر می‌دهد و ارتباط معنی‌داری بین آموزش و تغییر نگرش مشاهده گردیده است.[۱۶]

در گروه شاهد به دلیل اینکه هیچ مداخله‌ای صورت نگرفته بود پاسخ پرسش‌ها در مرحله‌ی اول و دوم تقریباً یکسان بود و تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید. که این حالت دور از انتظار نبود.

از آنجا که هدف بسیاری از حرف بهداشتی مثل حرفه‌ی پرستاری بهداشت جامعه بیشتر ارتقای بهداشت و پیشگیری از بیماری است تا درمان آن، پرستار بهداشت جامعه یک عامل تغییر در ارایه مراقبت در سطوح اول و دوم و سوم پیشگیری است که به وسیله‌ی چهار مفهوم از عمل زیر هدایت می‌گردند. محافظت: حفظ وضعیت سلامتی و عملکرد. پیشگیری: اجتناب از تغییرات مضر بازتوانی: برگرداندن سطح مطلوب سلامتی پس از زمانی که بیماری رخ داده است.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-23]

بهبودی: از بیماری و عوارض آن بنا بر این هدف اصلی پژوهش‌های پرستاری توسعه علم، بهبود کیفیت مراقبت و حل مشکلات بهداشتی موجود می‌باشد.[۱۷]

از آن جا که چاقی در کودکان امروز، مؤکد کیفیت پایین زندگی در بزرگسالان فردا و نیاز به صرف هزینه‌های بالاتر پزشکی در آینده خواهد بود و تشخیص چاقی در کودکی یکی از اصول طب پیشگیری اطفال در جهت پیشگیری از مشکلات عاطفی و اجتماعی و فیزیکی است. بنا بر این یکی از وظایف مهم حرفه‌های بهداشتی و درمانی، پیشگیری از چاقی در کودکان است که برای دستیابی به این هدف مشارکت فعال والدین لازم و ضروری است و والدین برای اینکه بتوانند در این زمینه مشارکت فعال داشته باشند، باید در مورد وزن مطلوب برای کودکشان و عواملی که باعث می‌شود کودک اضافه وزن پیدا کند آگاهی لازم را کسب کنند. هم‌چنین آن‌ها باید در مورد عوارض و عواقب ناشی از چاقی اطلاعات لازم را به دست آورند. بسیاری از حرف پزشکی و بهداشتی مثل پزشکان، پرستاران بهداشت جامعه و متخصصان تغذیه می‌توانند در حین انجام وظیفه در گروه‌های اجتماعی گروه‌های شغلی، مراکز بهداشتی درمانی و دیگر مؤسسات اجتماعی و هم‌چنین در حین بازدید از منازل و ارایه‌ی خدمات به خانواده‌ها در موقعیت‌های مختلف از طریق اجرای برنامه‌های آموزشی فردی و گروهی در جهت بالا بردن آگاهی والدین در موارد ذکر شده فوق هم‌چنین عادات غذایی خانواده، نوع تغذیه، کیفیت و کمیت مواد غذایی، به کار بردن روش‌های پر تحرک و فعال در زندگی روزمره به جای سکون و بی‌تحرکی گام مؤثری در جهت پیشگیری از چاقی در کودکان بردارند.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از پشتیبانی و حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و تمامی کسانی که ما را در این طرح یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Myers S, Vargas Z. Parental perceptions of the preschool obese child. Pediatr Nurs 2000; 26: 23-30.
2. Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD, Johnson CL. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. JAMA 2002; 288: 1728-32.
3. Parizkova J, Hills AP. Childhood obesity Prevention and treatment. Boca Raton, FL: CRC Press 2000. P. 5-15, 20-22.

٤. فصل‌نامه علوم و جمعیت، ۱۳۷۹ سال ۱، شماره۳، صفحه‌های ۲ و ۱۴.

5. Kelishadi R, Hashemipour M, Sarraf-Zadegan N, Amiri M. Trend of Atherosclerosis Risk Factors in Children of Isfahan. Asian Cardiovasc Thorac Ann 2001; 9: 36-40.

٦. شاهقلیان ناهید،آیین فرشته، دریس فاطمه. تعیین صدک نودم BMIو برخی فاکتور های خطر آفرین چاقی در کودکان دبستانی ۱۲-۷ سال استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۸۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد،۱۳۸۲ ؛ سال ۵، شماره ۴، صفحه‌های ۴۲ تا ۴۷.

7. Hassan MK, Joshi AV, Madhavan SS, Amonkar MM. Obesity and health-related quality of life: a cross-sectional analysis of the US population. Int J Obes Relat Metab Disord 2003; 27: 1227-32.
8. Kiess W, Reich A, Muller G, Meyer K, Galler A, Bennek J, et al. Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence--diagnosis, treatment and prevention. Int J Obes Relat Metab Disord. 2001; 25 Suppl 1: S75-9.
9. Williams J, Wake M, Hesketh K, Maher E, Waters E. Health-related quality of life of overweight and obese children. JAMA 2005; 293: 70-6.
10. Etelson D, Brand DA, Patrick PA, Shirali A. Childhood obesity: do parents recognize this health risk? Obes Res 2003; 11: 1362-8.
11. Baughcum AE, Chamberlin LA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal perceptions of overweight preschool children. Pediatrics 2000; 106: 1380-6.
12. Must A. Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents. Am J Clin Nutr 1996; 63 Suppl 3: 445S-7S.
13. Dietz WH, Bellizzi MC. Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children. Am J Clin Nutr 1999; 70 Suppl 1: 123S-5S.
14. Grodner M, Anderson SL, DeYoung S. Foundation and clinical Application of nutrition. St. Louis: Mosby 2000. p. 293.

۱۵. آئین فرشته، دل‌آرام معصومه، فروزنده نسرین، دریس فاطمه. بررسی نگرش والدین دانش‌آموزان دختر سال آخر دبیرستان‌های شهر شهرکرد در مورد نحوه‌ی رفتار با کودک و تأثیر آموزش برتغییر نگرش آنها. مجله‌ی دانشگاه

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-23]

علوم پزشکی شهرکرد، ۱۳۸۰؛ سال ۳،شماره‌ی ۱، صفحه‌های ۷۵ تا ۸۳.

16. La Greca AM, Bearman KJ. Children with pediatric conditions: can peers' impressions be managed? And what about their friends? J Pediatr Psychol 2000; 25: 147-9.
17. Wong DL, Wilson D, Whaley LF. Whaley & Wong's nursing care of infants and children. St. Louis:Mosby 2000. p..960.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-23]