

Research Article

## **Adolescents' description of the phenomenon of obesity: A Qualitative Research Based on Grounded Theory**

**Z. Farsani\***

Assistant Professor, Department of Counseling, School of Literature, Shahrekord University, Shahrekord, Iran:  
email: KavehFarsani@sku.ac.ir

**A. Mahdie**

Social Sciences, Department of Social Sciences, Faculty of Literature and Social Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**R. Salehi**

Assistant Professor, Department of Counseling, School of Literature, Shahrekord University, Shahrekord, Iran

**M. Rabiei**

Associate professor, Department of Counseling, School of Literature, Shahrekord University, Shahrekord, Iran

### **Abstract**

Obesity, especially in children and adolescents, is one of the most concerning problems in the current age; many studies have been conducted to prevent and adjust its underlying factors. Therefore the objective of the current study was to Adolescents' description of the phenomenon of obesity. The present study was conducted by applying a qualitative method using the grounded theory approach. The participants of the study 20 adolescents (i.e.,10 males and 10 females) suffering from obesity in Shahrekord city by the purposive sampling method. Data were gathered using interviewed using the semi-structured method . The results showed that some of the consequences of obesity such as arousing fear, restrictions, and ridicule have resulted in the adaptation of certain strategies by individuals or their parents to deal with this phenomenon. However, these strategies have not led to the expected results. Therefore, it can be concluded that the role of parents and adolescents in the treatment of obesity is very important. Improving communication between parents and adolescents, as well as stability of adolescents' gait and will power, can help treat obesity faster.

**Keywords:** Adolescence, Grounded Theory, Obesity, Overweight.

---

\* kavehfarsani@sku.ac.ir

## مقاله پژوهشی

# توصیف نوجوانان از پدیده چاقی: پژوهش کیفی براساس نظریه زمینه‌ای

ذبیح الله کاوه فارسانی<sup>۱\*</sup>، عارفه مهدیه<sup>۲</sup>، رضوان صالحی<sup>۳</sup>، محمد ربیعی<sup>۴</sup>

۱. استادیار گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران.

kavehfarsani@sku.ac.ir

۲. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم اجتماعی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

arefeh.mahdie@gmail.com

۳. استادیار گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران

salehi1353r@yahoo.com

۴. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران

mohammad51r@yahoo.com

## چکیده

چاقی، به‌خصوص در دوران کودکی و نوجوانی، یکی از عمده‌ترین مسائل نگران‌کننده در عصر حاضر است که سبب ایجاد پژوهش‌های متعددی درباره پیشگیری، تعدیل و عوامل زمینه‌ساز آن در دهه‌های اخیر شده است؛ بنابراین، هدف از پژوهش حاضر توصیف نوجوانان از پدیده چاقی است. روش پژوهش کیفی و برای اجرای آن از نظریه زمینه‌ای (اشتراوس و کربین، ۱۹۹۸) استفاده شد. مشارکت‌کنندگان این پژوهش شامل ۲۰ دانش‌آموز نوجوان (۱۰ دختر و ۱۰ پسر) چاق بود که به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با آنها انجام شد. داده‌ها از طریق روش نظریه زمینه‌ای تحلیل و بررسی شد. نتایج این پژوهش نشان داد برخی ویژگی‌های چاقی همچون ترس‌آوری، محدودکنندگی، تمسخرزایی، منزوی‌کنندگی و شرم‌آوری، طردکنندگی و زشت‌کنندگی باعث شده است خود فرد یا والدین برای مقابله با این پدیده راهبردهایی به کار گیرند که البته به‌کارگیری این راهبردها برای بیشتر افراد نتایج و پیامدهای موردانتظار را نداشته است؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت در درمان چاقی نقش والدین و خود نوجوان بسیار حائز اهمیت است. بهبود ارتباط بین والدین و نوجوانان و همچنین ثبات قدم و اراده نوجوانان می‌تواند به درمان سریع‌تر چاقی کمک کند.

**واژگان کلیدی:** اضافه‌وزن، چاقی، نظریه زمینه‌ای، نوجوانان.

## بیان مسئله

شیوع چاقی در میان نوجوانان سراسر جهان در دهه‌های اخیر، رشد چشمگیری داشته است (هیلز، کارول، فریاری و اوگدن<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰؛ کلبوریتور<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷؛ ننگ و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴؛ ریورا و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴) و آن را به یکی از شایع‌ترین اختلالات مزمن در این گروه سنی و در بزرگسالی تبدیل کرده است (بیلونی، تونز و تور<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). آمارهای سازمان بهداشت جهانی<sup>۶</sup> نشان می‌دهد در حدود ۳۴۰ میلیون کودک و نوجوان بین ۵ تا ۱۹ سن در سال (۲۰۱۶) دارای اضافه‌وزن یا چاقی بودند و پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۳۰ حدود ۳۰ درصد از همه کودکان نیز تحت‌تأثیر این شرایط قرار خواهند گرفت (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). در ایران هم پژوهش کلیشادی و همکاران (۲۰۱۴) شیوع چاقی و اضافه‌وزن<sup>۷</sup> را در کودکان و نوجوانان به ترتیب ۹/۷ و ۱۱/۹ درصد گزارش کردند که مقایسه گزارش این مطالعات با مطالعات پیشین روند افزایشی را نشان می‌دهد (هنسی، بولتون، توماس، منکشا و لینچ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷). در واقع، چاقی یکی از جدی‌ترین چالش‌های سلامتی، و نگرانی عمده برای بهداشت عمومی در قرن ۲۱ به‌خصوص برای کودکان و نوجوانان شده است (بارون، فوجیکا، ویلسون و وودورث<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹)؛ زیرا ارتباط مثبتی بین چاقی و بیماری‌هایی همچون دیابت نوع دوم، فشار خون بالا<sup>۱۰</sup>، بیماری‌های قلبی-عروقی<sup>۱۱</sup>، افسردگی (ساهو و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۵؛ بارون و

همکاران، ۲۰۰۹؛ نیلسن<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۰) و برخی سرطان‌ها از جمله سرطان‌های دستگاه گوارش و سرطان سینه (کلب و ژانگ<sup>۱۴</sup>، ۲۰۲۰؛ کارچسکی و همکاران<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۹) وجود دارد.

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، نوجوانی مرحله گذار از کودکی به بزرگسالی است که سنین بین ۱۰ تا ۱۹ را شامل می‌شود (سیکن، فرنسچینی، پلوزی، هرمسدورف و پریور<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۷). این مرحله، یکی از مهم‌ترین مراحل رشدی هر انسانی است؛ زیرا فرد در این مرحله تغییرات و رشد سریع اجتماعی، روانی، عاطفی و جسمی را تجربه می‌کند و همین تغییرات، نارضایتی از تصویر بدنی را در شروع دوران نوجوانی به‌همراه خواهد داشت (فولکس و بلک مور<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۸). افراد تصویر بدنی خود را براساس وزن خویش درک می‌کنند و این یکی از مؤلفه‌های ارزیابی‌کننده عزت‌نفس را نشان می‌دهد که روی خصوصیات جسمی و ظاهری متمرکز است (نیومن، سونتگ و سالواتو<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۶)؛ به همین دلیل است که معمولاً نوجوانان اندام چاق را بسیار ناامیدکننده و دلسردکننده ارزیابی خواهند کرد (موشر، ایزنمن، هلوب، ادوارد لیپر، پرسون و گلدستین<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۳؛ اسمولاک<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۴). برخی از پژوهش‌ها نارضایتی از وزن بدن و علائم کنترل ناسالم وزن در میان نوجوان را به‌دلیل تأکید و فشارهای اجتماعی در نظر می‌گیرند (برای مثال، جانکاسکین و کاردلیس<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۵). فشارهای اجتماعی شامل نگرش دوستان، رسانه‌های جمعی و سنت‌های فرهنگی است

1. Hales, Carroll, Fryar, & Ogden

2. Collaborators

3. Ng et al

4. Rivera, & et al

5. Bibiloni, Pons, & Tur

6. World Health Organization

7. overweight

8. Hennessey, Bolton, Thomas, Manecksha, & Lynch

9. Brown, Fujioka, Wilson, & Woodworth

10. Hypertension

11. Cardiovascular disease

12. Sahoo, & et al

13. Nielsen

14. Kolb & Zhang

15. Karczewski, & et al

16. Cecon, Franceschini, Peluzio, Hermsdorff, & Priore

17. Foulkes & Blakemore

18. Newman, Sontag, & Salvato

19. Musher-Eizenman, Holub, Edwards-Leeper, Persson,

& Goldstein

20. Smolak

21. Jankauskienė & Kardelis

پژوهش گران تصمیم گرفتند از پژوهش‌های کیفی برای بررسی همه‌جانبه و عمیق این پدیده (از نگاه فردی، خانوادگی و اجتماعی) بپردازند.

پدیده چاقی را می‌توان نقص اجتماعی (از نگاه گروه همسالان و جامعه)، نقص خانوادگی و نقص فردی (عامل بیماری‌زا) در نظر گرفت که می‌تواند تأثیر سوئی بر هویت فردی و اجتماعی نوجوان بگذارد؛ بنابراین، پژوهش حاضر سعی بر آن دارد تا پدیده چاقی را از منظر خود نوجوانان چاق (رده سنی ۱۷-۱۲ سال) فارغ از نظر پزشک، مشاوران و روان‌شناسان و سایرین بررسی کند. درحقیقت، پژوهش حاضر تلاش دارد ضمن مصاحبه با نوجوانان دختر و پسر که مبتلا به چاقی هستند، به چند سؤال اساسی زیر پاسخ دهد:

۱. نوجوانان چاق، چاقی خود را با چه ویژگی‌ها و ابعادی توضیح می‌دهند و چه حس و برداشتی از چاقی خود دارند؟
۲. چاقی این نوجوانان در کدام بستر، زمینه و شرایطی اتفاق افتاده است؟
۳. نوجوانان چاق کدام استراتژی‌ها و راهبردها را برای مقابله با وضعیت چاقی خود اتخاذ می‌کنند؟
۴. کدام شرایط و زمینه‌های احتمالی (مداخله‌گر)، نوجوان را از اتخاذ راهبردها و استراتژی‌های مقابله با چاقی باز می‌دارد؟
۵. پیامدها و نتایج، برای آن دسته از نوجوانانی که به اتخاذ استراتژی‌ها و راهبردهای مبارزه با چاقی پرداخته‌اند، چه بوده است؟

## روش

این پژوهش با استفاده از روش گرنند تئوری اشترواس و کرین<sup>۴</sup> (۱۹۹۸) انجام شد. روش گرنند تئوری به دنبال ایجاد نظریه‌ای راجع به موضوعات مهم در زندگی مردم است. در این روش، پژوهش‌گر

که موضوعاتی همچون وزن ایدئال و ظاهر زیبا را به آنها (نوجوانان) تحمیل می‌کند و انتقال می‌دهد؛ زیرا نوجوانان به نظرات افراد، به خصوص نظر همسالان در زمینه ظاهر و تصویر بدنی خویش بسیار حساس هستند (گودینا و زادورزنیا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). در همین راستا، نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند نوجوانان دختر و پسر سطح بالایی از نارضایتی را درباره اضافه وزن و چاقی خود گزارش داده‌اند (نیومن و همکاران، ۲۰۰۶؛ رسکاردیلی، مک کب، لیلیس و توماس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶) و علت این امر آن است که از منظر روان‌شناسی، نوجوانی دوره رشد هویت است که در آن افراد خود را کشف می‌کنند و تصمیم‌های مهمی را در زندگی می‌گیرند (ولکر، رول و گرینلیف<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵) و چون تصویر بدنی و ظاهر افراد جنبه‌ای از هویت است (نیومن و همکاران، ۲۰۰۶)، نوجوانان در این زمینه بسیار حساس هستند.

تاکنون پژوهش‌های بسیاری در زمینه چاقی در بین نوجوانان در ایران انجام شده است؛ اما پژوهش گران به دلایلی از جمله افزایش شیوع چاقی در بین کودکان و نوجوانان استان چهارمحال و بختیاری در سال‌های اخیر که در پژوهش شاهقلیان، آیین و دریس (۱۳۸۲) نرخ شیوع را در بین کودکان و نوجوانان این استان ۹/۹ درصد گزارش کرده بودند و لزوم بررسی همه‌جانبه پدیده چاقی برای آگاهی از عوامل همه‌جانبه مؤثر بر آن در نوجوانان به منظور برنامه‌ریزی دقیق مسئولان و انجام مداخلات مؤثر این پژوهش را ضروری دیدند. از سوی دیگر، اکثر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه در زمره پژوهش‌های کمی است که در این پژوهش‌ها ذهنیت‌های پژوهش‌گر در پرسشنامه منعکس می‌شود و شاید نتوان به خوبی به عمق نگرش و باورهای شرکت کنندگان راه یافت؛ بنابراین، با توجه به اهمیت مشکل چاقی نوجوانان و کاستی‌های موجود در این باره،

1. Godina & Zadorozhnaya

2. Ricciardelli, McCabe, Lillis, & Thomas

3. Voelker, Reel, & Greenleaf

4. Strauss & Corbin

به دنبال تأیید و یا رد هیچ ایده‌ای از قبل نیست؛ بلکه موضوعات بسیار مهم شرکت کنندگان از طریق مقایسه مداوم داده‌ها با یکدیگر و تجزیه و تحلیل داده‌ها برای پژوهش‌گر آشکار می‌شود. این مقایسه مداوم در تجزیه و تحلیل زمینه‌ها، به نظریه پردازی پژوهش‌گر درباره تجربیات شرکت کنندگان کمک می‌کند (میلز، بونر و فرنسیس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). اشترواس و کریبن (۱۹۹۸) سه شیوه برای تجزیه و تحلیل و کدگذاری داده‌ها پیشنهاد دادند: کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی. در کدگذاری باز، متن هر مصاحبه چند بار خوانده شد و جملات اصلی آن استخراج شدند و به صورت کدهای مبتنی بر گفته مشارکت کننده‌ها ثبت شدند. سپس کدهایی که به لحاظ مفهومی با یکدیگر مشابه بود، به صورت دسته‌بندی‌هایی درمی‌آیند و به هر دسته‌بندی نامی به عنوان یک مقوله داده شد. در کدگذاری محوری، یکی از مقولات به عنوان مقوله یا پدیده اصلی پژوهش که به پرسش «جریان چیست؟» پاسخ می‌دهد، انتخاب شد و سایر مقولات، به عنوان مقولات فرعی در قالب محورهای علی یا شرایطی، راهبردی یا تعاملی و پیامدی، پیرامون پدیده یا مقوله اصلی کدگذاری شدند. با کدگذاری محوری است که روابط و نسبت‌های میان مقولات مشخص می‌شود. این روابط در قالب مدل مفهومی یا پارادایم توضیح داده می‌شود.

### نمونه و نمونه‌گیری

۲۰ دانش‌آموز نوجوان (۱۰ دختر و ۱۰ پسر) به عنوان شرکت کننده در این پژوهش انتخاب شدند. مشخصات دموگرافیک این شرکت کنندگان در جدول ۱ آورده شده است. شرکت کنندگان با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند که یکی از راهبردهای اصلی در

پژوهش کیفی برای شناسایی و انتخاب موارد غنی از اطلاعات است (میلز، هوبرمن، هوبرمن و هوبرمن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴). پژوهش‌گران با مراجعه به مدارس متوسطه اول و دوم و بررسی پرونده سلامت دانش‌آموزان، افرادی که BMI شان نشان‌دهنده چاقی و اضافه وزن بود، انتخاب شدند (BMI متناسب برای این پژوهش بالای ۹۵ صدک و صدک ۸۵ تا ۹۵ در نظر گرفته شد) (کوچومارسکی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰) و بعد از شرح هدف پژوهش و کسب اجازه از آنها برای ضبط صدای آنها، مصاحبه با هریک از آنها آغاز شد (گفتنی است از والدین این افراد هم اجازه مصاحبه با فرزندانشان به صورت کتبی هم گرفته شد). همچنین، از نمونه‌گیری نظری برای تصمیم‌گیری درباره نوع داده‌های جمع‌آوری شده، استفاده شد. در واقع، نمونه‌گیری نظری، پژوهش‌گر را برای یافتن جهت و مسیر داده‌های مورد نیاز، محل وجود این داده‌ها و چگونگی ربط دادن آنها به هم حمایت می‌کند. بدین ترتیب، هرگاه پژوهش‌گر به این نتیجه رسید که پاسخ‌های داده شده و یا مصاحبه‌های انجام شده با افراد آگاه به اندازه‌ای به همدیگر شباهت دارند که به تکراری شدن پاسخ‌ها و یا مصاحبه منجر می‌شود و داده جدیدی در آنها وجود ندارد، به اشیاع نظری در پژوهش می‌رسد (چارمز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). در پژوهش حاضر، پژوهش‌گران با ۲۰ دانش‌آموز چاق مصاحبه کردند تا از اشیاع نظری پژوهش اطمینان کسب کنند. گفتنی است پژوهش‌گران در گروه دختران بعد از انجام ۸ مصاحبه و در گروه پسران بعد از انجام ۷ مصاحبه به اشیاع نظری رسیده بودند؛ اما برای اطمینان دقیق‌تر از اشیاع نظری، مصاحبه‌ها در هر دو گروه تا ۱۰ مصاحبه ادامه یافت. در ادامه، ویژگی‌های دموگرافیک

2. Miles, Huberman, Huberman, & Huberman

3. Kuczmariski

4. Charmaz

1. Mills, Bonner, & Francis

شرکت کنندگان این پژوهش در جدول شماره ۱ آورده می‌شود.

**جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان**

ویژگی‌های دموگرافیک دختران شرکت کننده						های دموگرافیک پسران شرکت کننده و ویژگی					
BMI	سن (سال)	تحصیلات	قد (cm)	وزن (kg)	شماره شرکت کننده‌ها	BMI	سن (سال)	تحصیلات	قد (cm)	وزن (kg)	شماره شرکت کننده‌ها
۳۳/۲	۱۲	اول متوسطه اول	۱۶۰ س	۸۵ کیلوگرم	۱	۳۹/۵	۱۲	اول متوسطه اول	۱۵۵ س	۹۵ کیلوگرم	۱
۳۱/۱	۱۲	اول متوسطه اول	۱۷۰ س	۹۰ کیلوگرم	۲	۳۸/۴	۱۲	اول متوسطه اول	۱۵۳ س	۹۰ کیلوگرم	۲
۳۳/۳	۱۳	دوم متوسطه اول	۱۴۵ س	۷۰ کیلوگرم	۳	۳۴/۸	۱۳	دوم متوسطه اول	۱۶۰ س	۸۹ کیلوگرم	۳
۳۳/۱	۱۳	دوم متوسطه اول	۱۶۵ س	۹۰ کیلوگرم	۴	۴۲/۸	۱۳	دوم متوسطه اول	۱۴۵ س	۹۰ کیلوگرم	۴
۳۳/۲	۱۳	دوم متوسطه اول	۱۶۱ س	۸۶ کیلوگرم	۵	۳۸/۱	۱۴	سوم متوسطه اول	۱۷۰ س	۱۱۰ کیلوگرم	۵
۲۹	۱۵	اول متوسطه دوم	۱۶۶ س	۸۰ کیلوگرم	۶	۳۵/۹	۱۳	دوم متوسطه اول	۱۷۵ س	۱۱۰ کیلوگرم	۶
۳۸/۱	۱۶	دوم متوسطه دوم	۱۷۰ س	۱۱۰ کیلوگرم	۷	۴۶/۳	۱۳	سوم متوسطه اول	۱۸۰ س	۱۵۰ کیلوگرم	۷
۳۳/۲	۱۳	سوم متوسطه اول	۱۶۰ س	۸۵ کیلوگرم	۸	۳۵/۹	۱۷	سوم متوسطه دوم	۱۷۵ س	۱۱۰ کیلوگرم	۸
۳۳/۵	۱۴	اول متوسطه دوم	۱۶۲ س	۸۸ کیلوگرم	۹	۴۲/۲	۱۶	دوم متوسطه دوم	۱۶۵ س	۱۱۵ کیلوگرم	۹
۳۷/۹	۱۷	سوم متوسطه دوم	۱۵۴ س	۹۰ کیلوگرم	۱۰	۳۴/۹	۱۳	دوم متوسطه اول	۱۵۶ س	۸۵ کیلوگرم	۱۰

### جمع آوری داده‌ها

روش اصلی جمع آوری داده‌ها در پژوهش حاضر، مصاحبه از نوع نیمه ساختاریافته بود. این نوع مصاحبه رایج‌ترین روش جمع آوری داده‌ها در پژوهش‌های کیفی است (چارمز، ۲۰۱۴). مصاحبه‌ها از اردیبهشت تا آبان ۱۳۹۸ انجام شد. هر مصاحبه به طور معمول بین ۵۰ تا ۸۰ دقیقه به طول انجامید. به منظور رعایت اصول

اخلاقی، قبل از هر مصاحبه، فرم رضایت‌نامه که به تأیید دانشگاه رسیده بود، به افراد ارائه شد. این فرم شامل مواردی همچون بیان اهداف پژوهش، حفظ ناشناس بودن مصاحبه‌شونده‌ها و محفوظ بودن اطلاعات نزد پژوهش‌گر به صورت محرمانه بود و حق خروج از مصاحبه در هر زمانی بود که مصاحبه‌شونده بخواهد.

## تحلیل داده‌ها

در این پژوهش از رویکرد گزندتئوری برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. مطابق با روش گزندتئوری، تحلیل داده‌ها شامل کد گذاری و طبقه بندی داده‌ها، توسعه سؤالات تحلیلی و یک مدل مفهومی است. پژوهش‌گران با مقایسه مداوم داده‌ها و نوشتن کلمه به کلمه متن مصاحبه‌ها، یادداشت‌های عرصه و موارد ثبت شده، فرایندهای مفهوم سازی و تفسیر جوهره اصلی اطلاعات به دست آمده را کسب می‌کردند (اشتراس و کریبن، ۱۹۹۷).

مقبولیت داده‌ها<sup>۱</sup> با مرور دست نوشته‌ها<sup>۲</sup> توسط برخی مشارکت کنندگان و درگیری طولانی مدت<sup>۳</sup> پژوهش‌گران و تماس و ارتباط با مشارکت کنندگان صورت گرفت. بدین صورت، چنانچه در مرحله تحلیل داده‌ها احساس می‌شد ممکن است برداشتی متفاوت از منظور شرکت کنندگان شود، از آنها سؤال می‌شد که آیا تفسیری که از پیام‌ها برداشت شده، صحیح است یا نه. قابلیت تأیید<sup>۴</sup> با رعایت بی طرفی

پژوهش‌گران، توافق روی کدها و درون‌مایه‌ها و بررسی متن مصاحبه، کدها و طبقات استخراج شده دو نفر از افرادی که آشنایی کامل به روش گزندتئوری داشتند، تأیید شد.

## ملاحظات اخلاقی

قبل از شروع مصاحبه، اهداف کلی پژوهش برای شرکت کنندگان در مصاحبه بیان شد و در ابتدای همه مصاحبه‌ها رضایت آنها از ضبط کامل مصاحبه گرفته شد. علاوه بر این، به همه شرکت کنندگان اطمینان داده شد که حریم خصوصی آنها حفظ خواهد شد و هویت آنها فاش نخواهد شد. به آنها گفته شد این پژوهش هیچ آسیبی به آنها نخواهد رساند و هر زمانی که دوست داشته باشند، می‌توانند شرکت در پژوهش را کنار بگذارند.

## یافته‌ها

نتایج تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی در شکل شماره ۱ آورده شده است.



شکل ۱. مدل مفهومی چاقی آزار دهنده

1. Credibility  
2. Member check  
3. Prolonged engagement  
4. Confirmability

• پدیده: چاقی آزاردهنده

پس از بررسی عمیق مصاحبه‌های انجام شده می‌توان گفت چاقی برای افراد حاضر در این پژوهش پدیده‌ای است که همه ابعاد زندگی آنها را تحت تأثیر قرار داده است و دارای ویژگی‌ها و ابعاد خاصی است که آن را از سایر الگوهای نارضایتی جسمانی مثل اضافه‌وزن، لاغری بیش از حد، کوتاهی قد و... جدا می‌کند. مصاحبه‌شوندگان وضعیت بدنی خود را انگلی آزاردهنده و زجرآور می‌دانستند؛ وضعیتی که باعث می‌شود این افراد راهبردهای مبارزه با چاقی و تناسب اندام را به کار گیرند.

چاقی آزاردهنده را می‌توان با عناوینی همچون چاقی ترس آور، چاقی محدودکننده، چاقی منزوی‌کننده، چاقی طردکننده و چاقی زشت‌کننده مفهوم‌سازی کرد. مثلاً زمانی که از نوجوانان این پژوهش سؤال شد تعریف خود را از مفهوم زیبایی بیان کنند، همه آنها زیبایی را با ملاک‌های ظاهری، بدنی و جسمانی تعریف کردند.

«به نظرم به افرادی می‌گن زیبا که بدنشون به قول ما پسرها روی فرم باشه؛ نه چاق نه لاغر. سینه‌شون کشیده باشه. قد کوتاه نباشن و به قولی چهارشونه باشن؛ اما کدوم یک از این خصوصیات را افراد چاقی مثل من دارن؟» (شرکت‌کننده پسر شماره ۴).

چاقی برای این افراد با ویژگی‌هایی مشخص می‌شود؛ ویژگی‌هایی همچون عامل بیماری بودن، بیماری‌هایی مثل دیابت و مشکلات قلبی، چربی خون و... عامل تمسخر و استهزا بودن در کوچه و خیابان، مثلاً تمسخر شدن توسط هم‌سنی‌ها، معلم‌ها و افراد فامیل و خطاب شدن با عناوینی مثل خرس، پاندا، گامبو و... که این امر به منزوی شدن فرد و تمایل نداشتن به شرکت در جمع منجر می‌شود.

«بیشتر افراد در جامعه به جای اینکه مثلاً اسم

کوچک من رو صدا بزنن، به من می‌گن شتر، خرس مهربون یا پاندا. یا اینکه در ساعت‌های ورزش اگر بچه‌ها یک کیلومتر می‌دونند، من بیشتر از ۵۰۰ متر نمی‌تونم بدوم؛ همین امر موجب تمسخر من می‌شه. خوب ترجیح می‌دم ساعت‌های کلاس ورزش، ورزش نرم تا همکلاسی‌هایم مسخره‌ام نکنن» (شرکت‌کننده پسر شماره ۷).

و در نهایت چاقی عاملی در متهم و مقصر شناخته شدن فرد است. مثلاً مقصر شناخته شدن در دعواها و درگیری‌ها به دلیل وزن زیاد و قلدری بر سایرین.

«خیلی وقت‌ها که با یه نفر دعوا می‌شه، اون دعوا را شروع کرده؛ اما خیلی‌ها من را مقصر می‌دونن؛ به همین دلیل، من می‌گم گوشه‌گیری بهتره» (شرکت‌کننده پسر شماره ۵).

• شرایط (زمینه‌های) مستعدکننده چاقی آزاردهنده وجود برخی زمینه‌ها و شرایط مثل چاقی ژنتیکی یا ابتلا به برخی بیماری‌های مستعدکننده چاقی در دوره کودکی یا اجبار در مصرف برخی از داروها در دوران کودکی، زمینه مستعدی برای شکل‌گیری پدیده چاقی در این افراد ایجاد کرده است. این زمینه‌ها و شرایط مستعدکننده چاقی، خارج از کنترل فرد بوده است؛ اما وجود برخی علل و شرایط دیگر که غالباً برخاسته از عادت‌های غذایی، عادت‌های مصرفی، عادت‌های تفریحی و شرایط ارتباطی با سایرین، به خصوص با والدین است، در شکل‌گیری الگوی چاقی آزاردهنده و زجرآور درباره این افراد مؤثر بوده است. در این باره می‌توان به نوع غذای مصرفی این افراد اشاره کرد. الگوی خوراک مصرفی این افراد نشان‌دهنده درصد بالایی از کالری، پروتئین و چربی در انواع وعده‌های



غذایی است. مثلاً مصرف برنج به‌عنوان پایه اصلی در همه وعده‌های غذایی وجود دارد و یا مصرف غذاهای نیمه آماده مثل ماکارونی، سوسیس و کالباس و حضور همیشگی چاشنی‌هایی مثل سس‌های پرچرب در وعده‌ها و میان‌وعده‌های غذایی، نمونه‌ای از این مواد است.

مورد دیگری که به چاقی آزاردهنده در این افراد منجر شده است، نامنظمی وعده‌های غذایی و مصرف بیش از حد معمول غذاست. مثلاً اکثر این افراد، اشاره کرده‌اند که وعده غذایی صبحانه را ندارند و در عوض، در وعده ناهار زیاده‌خوری می‌کنند یا دست‌کم دو وعده غذای اضافی علاوه بر ناهار و شام میل می‌کنند.

«من اصلاً صبحانه میل نمی‌شده؛ ولی در عوض از ساعت ۱۰ به بعد دیگه شروع به خوردن مثلاً بستنی، کیک، آب‌میوه و... می‌خورم و نخوردن صبحانه را در وعده نهار و شام جبران می‌کنم» (شرکت‌کننده پسر شماره ۸).

از سوی دیگر، این افراد به نظر می‌رسد در خوردن غذا پرخوری می‌کنند. خوردن سه تا چهار بشقاب برنج، یک قالب پنیر و چند عدد نان در وعده روزانه غذایی، زیاده از حد بودن میزان غذای مصرفی این افراد را نشان می‌دهد.

«من در وعده غذایی دو تا سه بشقاب بزرگ برنج، ۱ بشقاب خورش و ۲ تا ۳ پارچ آب با هم می‌خورم. البته حداقل دو تا سه نون هم کنار اینها می‌خورم» (شرکت‌کننده پسر شماره ۷).

سبک زندگی‌ای که این افراد معرفی می‌کنند، از نوعی بی‌نظمی در خواب و غذا خوردن حکایت دارد. یکی از عادت‌های اشتباهی که اکثر شرکت‌کنندگان به آن اشاره کرده‌اند، عادت خوابیدن بلافاصله پس از خوردن غذا یا دیروقت شام خوردن، بیداری شبانه یا دیر خوابیدن در شب و دیر بیدار شدن در روز است.

عادت دیر خوابیدن هنگامی که با سرگرمی‌های مجازی ترکیب می‌شود، به پرخوری شبانه در این افراد منجر می‌شود.

«من بیشتر شب‌ها تا ساعت ۱ تا ۲ نصف شب بیدارم و یا با گوشی‌ام بازی می‌کنم و یا تلویزیون می‌بینم. می‌توانم بگویم شاید ۷ تا ۸ ساعت پای گوشی‌ام می‌شینم و اتفاقاً عادت دارم شب‌ها چند بار غذا بخورم؛ چون تندتند گرسنه‌ام می‌شه» (شرکت‌کننده دختر شماره ۵).

تأثیرپذیری این افراد از سبک زندگی بدون تحرک و عادت به تفریحات و سرگرمی‌های کامپیوتری و تلویزیونی و جذابیت ظاهری این ابزارهای فرهنگی مدرن نسبت به تفریح و سرگرمی‌های پرتحرک بر وضعیت جسمانی آنها اثر سوء می‌گذارد. اکثر آنها اشاره کرده‌اند که حتی وعده‌های اصلی غذایی را در حین تماشای تلویزیون صرف می‌کنند که این تمرکززدایی از امر خوردن، خود یکی از علل پرخوری افسارگسیخته و جذب نشدن درست مواد غذایی در بدن می‌شود.

«من بازی‌های رایانه‌ای زیاد انجام می‌دهم. تلویزیون زیاد می‌بینم و یا اینکه وقتی که با تبلتم بازی می‌کنم، انگار عادت شده که غذا، پفک، چیپس یا چیزهای دیگر بخورم. بعد که بازی‌ام تموم شد، می‌بینم چقدر پرخوری کردم» (شرکت‌کننده دختر شماره ۲).

طبق مصاحبه‌های انجام شده، این افراد غالباً تأثیرپذیرترین افراد از فرهنگ مصرفی تبلیغ شده از رسانه‌ها و فضای مجازی هستند. صرف کردن پس‌انداز و پول‌توجیبی برای علائق مصرفی و خرید خوراکی، تنقلات، رفتن به رستوران و خوردن فست‌فود از عادت‌های لذت‌بخش زندگی این افراد به شمار می‌آید.

«پدرم برای هر هفته مدرسه رفتنم ۱۰ هزار تومان بهم می‌داد. من ۵ تومن را برای خرید فست‌فود مثل خرید کالباس، پیتزا خرج می‌کردم. تابستون هم بیشتر پولم را بستنی، شیرینی می‌خریدم» (شرکت کننده پسر شماره ۱).

به نظر می‌رسد پرخوری این افراد در بسیاری موارد پدیده‌ای عاداتی و خارج از کنترل خود آنها محسوب می‌شود؛ بنابراین، وجود شرایط کنترل کننده و نظارت والدین ضروری است. اکثر این افراد زمان‌های اوج پرخوری خود را مواقعی توصیف کرده‌اند که هیچ نظارتی از سوی والدین متوجه آنها نیست.

«موقعی که بابا و مامانم با هم برن بیرون، من یواشکی هرچی هست می‌خورم. خودم را سیر می‌کنم. حقیقتاً پنج‌شنبه‌ها خیلی وقتاً زیاد می‌خورم؛ چون حوصله‌ام سر می‌ره. کسی هم نیست پیشم» (شرکت کننده پسر شماره ۲).

این افراد غالباً بار دو نوع مشکل روانی را به دوش می‌کشند: مشکلات چاقی و اندوه روانی‌ای که برایشان به‌همراه دارد و دیگر رنج ارتباطی با والدین. والدینی که در گفته‌های بسیاری از آنها، والدین سرزنش‌گری بودند و غالباً فاقد این درک‌اند که پرخوری برای این افراد امری خارج از کنترل آنهاست.

«پدر و مادرم دائماً بهم تذکر می‌دن و من نمی‌تونم غذا نخورم. آخه اونا نمی‌دونن من دست خودم نیست. من هم دوست دارم لاغر بشم؛ اما من آب هم می‌خورم، چاق می‌شم. یا برادرم داره هر روز بهم گیر می‌ده و اون اتفاقاً از پدر و مادرم بدتر است. هر روز باهاش درگیرم و می‌گویند تو آبروی ما را پیش همه فامیل بردی!» (شرکت کننده پسر شماره ۷).

• استراتژی‌ها و راهبردهای مقابله با پدیده چاقی

آزاردهنده

استراتژی‌ها یا راهبردها به واکنش‌ها و اعمالی اشاره دارد که افراد برای مقابله با پدیده چاقی زجر آور و آزاردهنده به کار می‌گیرند. راهبردها در این شرایط به دو صورت خود را نشان می‌دهند: یکی در راهبردهایی که دیگران، به‌خصوص والدین اعمال می‌کنند و دیگری راهبردهایی که خود فرد در مقابله با چاقی آزاردهنده اعمال می‌کند.

والدین به‌عنوان افرادی که فرد بیشترین ارتباط را با آنها دارد و نگاهشان به فرد دلسوزانه و متعهدانه است، به اقدامات عملی می‌پردازند؛ اقداماتی همچون مراجعه به پزشک تغذیه، طبخ غذاهای رژیمی، ایجاد تعادل در برنامه غذایی به گونه‌ای که علاوه بر سالم و رژیمی بودن غذاهای طبخ‌شده، تنوع غذایی آن نیز حفظ شود و هیچ ماده غذایی‌ای حذف نشود، طبخ‌نشدن غذا در هر دو وعده غذایی (هم ناهار و هم شام) طبخ غذا به‌صورت بخارپز و حذف غذاهای کنسروی یا فریز شده، خرید غذاهای سالم و تنقلات رژیمی.

والدین به‌عنوان حامی روانی برای فرد عمل می‌کنند و در برنامه‌های رژیمی و ورزشی با او همراه می‌شوند. مثلاً همراه فرزند خود، برنامه‌های ورزشی منظم اتخاذ می‌کنند یا از رژیم‌های غذایی برای تمام اعضای خانواده استفاده می‌کنند. هرچند در برخی موارد نیز اقدامات تنبیهی مثل ایجاد محدودیت مانند قطع پول توجیبی، منع کردن فرد از غذا خوردن یا برداشتن غذا از جلوی فرد، گرسنه‌نگه‌داشتن فرد و... را انجام می‌دهند که می‌تواند نتایج معکوسی داشته باشد.

«پدر و مادرم بیشتر در مورد تغذیه‌ام چون خیلی مناسب نیست، نگران هستند. مثلاً دائم می‌گن این موارد را نخور. به وقتایی که خیلی از تنقلات می‌خورم، بابام پول توجیبیم رو قطع کرد. به وقت می‌بینی ماهی ۵۰ هزار تومن می‌دادم برای همین خوراکی‌هایی که از

مدرسه می‌خریدم. بعد دیگه پول توجیبیم رو قطع کرد»  
(شرکت‌کننده دختر شماره ۵).

از جمله اقداماتی که فرد برای لاغری خود و دوری از چاقی آزاردهنده انجام می‌دهد، عمل کردن به توصیه‌ها و رژیم‌های غذایی است که پزشک تغذیه دستور داده است.

بسیاری از این افراد به صورت خودخواسته به اتخاذ رژیم‌های غذایی (مثل خوردن میوه و سبزی به جای مواد غذایی و تنقلات، خوردن دمنوش‌های لاغری)، رفتن به کلاس‌های ورزشی، انجام بازی‌های پرتحرک گروهی به خصوص در مواقعی که با خانواده یا گروه دوستان هستند، انجام حرکات ورزشی مثل طناب‌زدن در خانه یا استفاده از دستگاه‌های ورزشی در خانه، پیاده‌روی، انجام کارهای روزانه خانه، پیگیری برنامه‌های سلامت‌محور و ورزشی تلویزیون و فضای مجازی و حتی انتخاب کارهای پرتحرک با وجود دردسترس بودن امکانات رفاهی (مثل انتخاب دوچرخه‌سواری یا پیاده‌روی به جای سوارشدن در وسیله نقلیه و...) اقدام می‌کنند.

«اخیراً تصمیم گرفتم بیشتر روزها حداقل یک ساعت بیرون از خانه پیاده‌روی کنم. در خانه ما موتور سیکلت و ماشین هست؛ اما من تصمیم گرفتم از این وسایل استفاده نکنم و بیشتر پیاده‌روی یا دوچرخه سواری کنم» (شرکت‌کننده پسر شماره ۶).

یکی دیگر از مواردی که در این افراد انگیزه روانی برای کاهش وزن به وجود می‌آورد، ایجاد اشتغالات ذهنی برای خود، مثل سرگرم کردن خود به کارهای هنری، کارهای فنی و خواندن کتاب است.

«پارسال که کلاس مجسمه‌سازی می‌رفتم، بعد کلاس می‌نشستم مجسمه درست می‌کردم و با این کار

کمتر فکر خوردن به ذهنم می‌اومد و مشغول می‌شدم»  
(شرکت‌کننده دختر شماره ۳).

انتخاب دوست مناسب از موارد دیگری است که به آن اشاره شده است. به گفته این افراد دوستی با افرادی شبیه خود، یعنی افراد چاق، آنها را به خوردن بیشتر تحریک می‌کند و در عوض، دوستی با افراد لاغر و پرتحرک، انگیزه بیشتری برای لاغری و تناسب اندام به آنها می‌دهد.

«من همیشه سعی می‌کنم با افرادی دوست بشم که تشویقم کنن که مثلاً روزی سه ساعت بریم باشگاه یا روزی دو ساعت پیاده‌روی بریم؛ نه با فردی که مثلاً که خودش ۱۰۰ کیلو وزن داره و دیگه هیچ رغبتی برای کم کردن وزن خودش هم نداره» (شرکت‌کننده دختر شماره ۵).

• شرایط مداخله گر ممانعت‌کننده از به کارگیری راهبردها

الگوی چاقی این افراد اضافه‌وزن یا چاقی معمولی نیست و ویژگی‌های خاصی چون هیکل بزرگ داشتن، خنده‌دار و بانمک بودن و... است. همچنین، این افراد در سنین نوجوانی هستند و به دنبال شکل‌دهی هویتی جذاب برای خود هستند و دیگران (گروه همسالان، افراد جامعه، خانواده و...) در شکل‌دهی هویت این افراد تأثیر دارند؛ بنابراین، گاه افراد چاق به دلیل گرفتن بازخورد مثبت از دیگران درباره وضعیت جسمانی خود، مایل نیستند راهبردهای لاغری را به کار گیرند و تلاشی برای رژیم گرفتن و لاغر شدن نمی‌کنند. در این شرایط، افراد چاقی را پدیده‌ای لذت‌بخش، قدرت‌دهنده و خاص‌کننده تلقی می‌کنند. مثلاً احساس اینکه فرد به دلیل چاقی‌اش، قوی‌هیکل است و درد را کمتر از سایرین احساس می‌کند یا اینکه در دعواها و درگیری‌ها همه از او حساب می‌برند و می‌ترسند یا

مواردی که به دلیل چاقی، دیگران او را فردی دوست‌داشتنی تلقی می‌کنند.

«ما افراد چاق فکر می‌کنیم مثلاً قوی‌ایم، هیکل‌ایم، زورمون زیاده. من و دوستانم که چاق‌اند، با کسی که دعوامون بشه می‌گیم اونا را می‌ترسونیم و می‌گیم می‌آیم با یه حرکت لهات می‌کنیم. مثلاً بچه‌های کلاس از ما می‌ترسن و سراغمون نمی‌آن» (شرکت‌کننده پسر شماره ۲).

علاوه بر این، برای برخی از آنها پرخوری پدیده‌ای لذت‌بخش و آرامش‌دهنده است. مثلاً موقع عصبانیت، این پرخوری است که آنها را آرام می‌کند. موقع تنهایی این پرخوری است که ترس آنها را از بین می‌برد. موقع کار سنگین و درس خواندن این پرخوری است که شرایط را قابل تحمل می‌کند. چون شرایط مداخله‌گر به شرایطی اشاره دارد که مسیر عمل و راهبردهای افراد را منحرف می‌کند یا تغییر می‌دهد، بنابراین مواردی چون چاقی لذت‌بخش، چاقی تسکین‌دهنده، چاقی آرامش‌بخش، چاقی قدرت‌دهنده و... باعث می‌شود این افراد به اتخاذ راهبردهای لاغری و تناسب اندام تمایل نداشته باشند و درباره چاقی خود حس منفی و بدی نداشته باشند.

#### • پیامدهای منتج از به کارگیری راهبردها

هدف از به کارگیری راهبردهای لاغری، رسیدن به نتایج مطلوب است؛ بنابراین، باید دید به کارگیری این راهبردها تا چه اندازه نتایج و پیامدهای رضایت‌بخشی برای افراد داشته است. براساس گفته آنها، به کارگیری انواع استراتژی‌ها و راهبردها، پیامدهای چندان مؤثری در بر نداشته است. شاید بتوان گفت یکی از دلایل بی‌اثر بودن این استراتژی‌ها و راهبردها، عواملی است که مسیر اثرگذاری آنها را مختل می‌کند. مثلاً تجارب منفی‌ای همچون درد و ناراحتی، گرفتگی عضلانی و... که بر اثر بازی و تحرک ایجاد شده است، موجب

ایجاد ترس و مانع از ادامه فعالیت و تحرک آنها می‌شود.

«من وقتی باشگاه می‌رم، یه باره سر تمرین دلم درد می‌گیره. دیگه فرداش حال نمی‌کنم برم و دیگه کلاً ورزش را کنار می‌ذارم» (شرکت‌کننده پسر شماره ۱).

یکی دیگر از موارد، بی‌ارادگی خود فرد و اهمال کاری او در رسیدن به نتیجه مطلوب است. بسیاری از این افراد با اینکه در ابتدا به دلیل نگرانی‌هایی که برای خود و خانواده‌هایشان درباره چاقی به وجود آمده بود، به متخصص تغذیه مراجعه کرده‌اند و رژیم‌های غذایی را رعایت کرده‌اند، به دلیل اینکه نتیجه سریع و قابل مشاهده‌ای از آن نگرفته‌اند، از ادامه گرفتن آن رژیم غذایی منصرف شده‌اند و از لاغر شدن خود ناامید شده‌اند. بسیاری از آنها به این باور رسیده‌اند که وزنشان این قدر زیاد است که هیچ راهبردی و استراتژی‌ای درباره آنها جواب گو نیست.

«به نظر من تلاشم برای لاغر شدنم بی‌فایده است؛ چون من الان ۱۵۰ کیلوآم، دیگه نمی‌شه کاری کرد. من خیلی تلاش می‌کنم؛ ولی خوراکم را نمی‌تونم کنترل و کم کنم. آخه من حتی آب هم می‌خورم، چاق می‌شم» (شرکت‌کننده پسر شماره ۹).

به نظر می‌رسد یک‌سوی نگرانی این افراد در اتخاذ راهبردها، عاملی است که اثرگذاری استراتژی‌ها را مختل می‌کند. مثلاً این افراد غالباً یا خود را ملزم به رعایت رژیم غذایی کرده‌اند و یا ملزم به تحرک و انجام ورزش؛ بنابراین، از توجه به هر دو جنبه، یعنی هم رژیم‌درمانی و هم ورزش و تحرک بازمانده‌اند.

«پدر و مادرم سعی در تنظیم تغذیه‌ام دارند. مثلاً هر وقت بیرون می‌رن، برام نون جو و بیسکویت‌های بدون شکر می‌خرن. غذا هم برای من جدا درست می‌کنن؛ اما مشکل اصلی من تحرک کم هست و اینکه

ورزش را کنار گذاشتم» (شرکت کننده دختر شماره ۷).

نکته دیگری که درباره بی‌اثری راهبردها می‌توان اشاره کرد، کژکارکرد نقش دیگران، به‌خصوص والدین فرد است که می‌توان به ناهماهنگی والدین در اتخاذ استراتژی‌های مناسب اشاره کرد. مثلاً یکی از والدین با آینده‌نگری، نگران بیماری و سلامتی فرزند است و مانع از پرخوری او می‌شود؛ ولی والد دیگر به دلیل دلسوزی و ترحم به فرزند، مانع رژیم گرفتن او می‌شود.

«پدرم مدام بهم می‌گه رژیم بگیر این را بخور؛ این را نخور. با پدرم سر غذا خوردن بیشتر از مادرم درگیر می‌شم؛ اما مادرم غذا درست می‌کنه می‌آره تو اتاقمون که بابام نبینه که دعوا می‌کنه. مادرم از سر دلسوزی این کار را می‌کنه» (شرکت کننده دختر شماره ۵).

یا در مواردی خود والد دچار تعارض رفتاری می‌شود. مثلاً در یک زمان فرزند را با دعوا و کتک‌زدن از خوردن منع می‌کند و در زمان دیگر به دلیل حس دلسوزی و ترحم غذای بیشتری به او می‌دهد. در این وضعیت، فرد چاق با مشاهده این تعارض رفتاری حامی و دلیل محکمی برای ادامه رژیم‌های درمانی و ورزش‌های مناسب خود ندارد.

«مادرمون روی لاغرشدن من خیلی حساس شده و خیلی هم بهم گیر می‌ده؛ ولی بعد اینکه گیر می‌ده و دعوا می‌کنه، آخرش کلی غذا بهم می‌ده می‌گه گرسنه نخوابی» (شرکت کننده پسر شماره ۹).

در برخی موارد نیز مصاحبه‌شوندگان اذغان کرده‌اند که مسئله چاقی آن‌قدر که برای خودشان حائز اهمیت است، برای والدینشان اهمیت ندارد. مثلاً با وجود اصرار زیاد فرد برای رفتن نزد پزشک تغذیه، والدین در این زمینه اقدامی نمی‌کنند و با توجهات

واهی مثل اینکه «فلان فرد فامیل هم چاق بود و بعداً خوب شد» یا اینکه «تو الآن در سن رشد هستی و بعداً خوب می‌شی»، حساسیت لازم را در مواجهه با پدیده چاقی از خود نشان نمی‌دهند؛ بنابراین، راهبردهای اتخاذ شده در شرایطی که والدین درک و حمایت لازم از فرد ندارند، پیامدهای مؤثری در بر ندارد.

«به مامانم گفتم تا حالا تو باید من را پیش دکتر تغذیه می‌بردی، اما تا الآن نبردی؛ مامانم می‌گه آخه دختر عمه و دخترخاله‌ها تم تو این سن چاق بودن؛ اما بعد لاغر شدن. خوب می‌شی؛ نگران نباش» (شرکت کننده دختر شماره ۸).

### بحث و نتیجه‌گیری

منابع نظری مرتبط با چاقی نشان می‌دهد چاقی یکی از مشکلات بهداشت جهانی است که در سراسر دنیا به صورت اپیدمی (همه‌گیری) در نظر گرفته می‌شود و تمام گروه‌های سنی این امکان را دارند که به آن مبتلا شوند و از آن رنج ببرند (مورا کرمی و لاتنر، ۲۰۱۵). بررسی چاقی در سنین کودکی و نوجوانی مهم است؛ زیرا در وهله اول، چاقی در این دوران با چاقی در سنین بزرگسالی مرتبط است (برونر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶) و در وهله دوم، چاقی این دوران بر فعالیت‌های روزانه و سایر ابعاد کیفیت زندگی آنها اثر می‌گذارد (لئونگ و روسل<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که چاقی برای نوجوانان این پژوهش پدیده‌ای زجرآور و آزاردهنده است. چیزی که این نوع چاقی را از چاقی معمولی و اضافه‌وزن مجزا می‌کند، شدت و بُعدی است که هریک از مقولات مطرح شده در این پژوهش در بر داشته است. برای

1. Murakami & Latner

2. Bronner

3. Leung, Ma, & Russell

بهداشتی حاکم بر زندگی تأثیر می‌گذارد (موناستا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰)؛ به‌همین دلیل، برخی از پژوهش‌ها از ارتباط و اثری که سبک‌های فرزندپروری بر فعالیت‌های فیزیکی، رفتارهای غذایی، تغذیه، عملکرد عاطفی و خطر اضافه‌وزن بر کودکان و نوجوانان دارد، گزارش داده‌اند (ری، لومینگ، اپگلیس، کاسیروتی و برادلی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶؛ سوکل، کین و پوتی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷؛ ولمر و مبلی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). برای مثال ترجیحات غذایی و مواد غذایی موجود در خانه می‌تواند بر نوع غذاهای نوجوانان و یا تعداد وعده‌های غذایی، میزان فعالیت‌های آنها تأثیر بگذارد (بود و هایمن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). اشتغال والدین، تغییرات شدید در ساختار خانواده و مشارکت نیروی کار در نیم‌قرن گذشته با افزایش چاقی در دوران کودکی همراه بوده است؛ از این رو، وضعیت اشتغال والدین و برنامه‌های کاری آنها ممکن است از عوامل مؤثر در همه‌گیری فعلی چاقی باشد (هاسلام و جامیس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵؛ ساسی، دوکس، سکینی و روستیسلی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). مثلاً در پژوهش اخیر، ارتباط مثبتی بین اشتغال مادر و افزایش میزان چاقی در دوران کودکی گزارش شد (مارکرمی و لاتنر<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵). احتمال دارد مادران شاغل، فرصت کمتری برای خرید مواد اولیه برای پخت‌وپز داشته باشند؛ به‌همین علت استفاده از غذاهای آماده را ترجیح می‌دهند که این یک امر ساده و طبیعی در زندگی‌های امروزی زنگ خطر بزرگ برای سلامت تک‌تک اعضای خانواده به‌خصوص کودکان و نوجوانان است. افزایش سطح تحصیلات و اشتغال والدین به‌ویژه مادران، سبب شده

مثال، این افراد از نظر ویژگی غذایی دچار نوعی عادت مصرفی افسارگسیخته‌اند و تعداد وعده‌های غذایی آنها بیشتر است. البته ذکر این نکته مهم است که هیچ‌کدام از افراد شرکت‌کننده در پژوهش دچار بیماری مانند پراشتهایی عصبی نبودند و این مورد را پژوهش‌گران بررسی کردند. این افراد غالباً با اینکه از مضر بودن خوردن غذاهای چرب و روغنی و دارای پروتئین و کالری بالا آگاه بودند، به آن دارند؛ بنابراین، هنگامی که بین کالری دریافتی و کالری‌های مصرفی عدم تعادل برقرار شود و از سوی دیگر فعالیت فیزیکی هم کم باشد، فرد به اضافه‌وزن و چاقی مبتلا می‌شود؛ زیرا مصرف زیاد غذاهای پرانرژی و پرچرب به دلیل داشتن کالری و انرژی بیش از مصرف روزانه و مصرف نکردن و یا نسوزاندن این کالری به افزایش ناسالم وزن بدن در نوجوانان منجر می‌شود. در همین راستا، هنیس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۶) بیان کردند یکی از رفتارهای ناسازگارانه که در کانون خانواده در کودکی شکل می‌گیرد و تا نوجوانی و بزرگسالی ممکن است ادامه پیدا کند، سبک زندگی غلط از جمله مصرف مواد غذایی پرکالری، چرب و شیرین است که به چاقی کودکان می‌انجامد.

یافته دیگر این پژوهش، زمینه‌های خانوادگی مثل نظارت کم والدین، یا توجه بیش‌ازحد به نیازهای مادی فرزندان، نداشتن ارتباط عاطفی ثمربخش با فرزندان و یا اشتغال طولانی‌مدت در بیرون از خانه و برخی عادت‌های اشتباه والدین مثل خرید غذاهای آماده، عادت به رستوران رفتن، خوردن غذاهای فست‌فودی، خرید غذاهای فریزشده و کنسروی بود که از جمله مواردی هستند که از زمینه‌های مستعدکننده چاقی آزاردهنده محسوب می‌شوند. درباره این یافته باید بیان کرد که محیط خانواده بر شکل‌گیری رویه‌های

2. Monasta

3. Rhee, Lumeng, Appugliese, Kaciroti, & Bradley

4. Sokol, Qin, & Poti

5. Vollmer & Mobley

6. Budd & Hayman

7. Haslam & James

8. Sassi, Devaux, Cecchini, & Rusticelli

9. Murakami & Latner

1. Haines

است توجه و نظارت کمتری به فعالیت فیزیکی و مشکلات اضافه‌وزن کودکان شود و نیز به دلیل مشغله زیاد والدین، تمایل به مصرف غذاهای آماده بیشتر شده است و چون در غذاهای آماده مقادیر زیادی از چربی اشباع و اسیدهای چرب ترانس موجود است، این امر به اضافه‌وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان می‌انجامد.

در ادامه بررسی یافته‌های این پژوهش، می‌توان به دسترسی بیش از حد این نوجوانان چاق به مواد غذایی، چه در خانه، چه بیرون از خانه مثل بوفه مدرسه، برخورداری از منابع مالی مثل پول توجیبی و در کنار آن، سبک‌های سرگرمی و تفریح بی‌تحرك اشاره کرد؛ مثل تماشای بیش از حد تلویزیون و استفاده بیش از حد از فضای مجازی و نداشتن عادت‌های منظم خواب و بیداری که زندگی آنها را مستعد ابتلا به چاقی آزاردهنده کرده است. در این باره، گزارش‌ها نشان می‌دهند یک کودک به طور متوسط ۵ ساعت در روز را صرف استفاده از انواع رسانه‌ها می‌کند. استفاده از رسانه‌ها با کاهش میزان متابولیسم، افزایش مصرف مواد قندی بسیار در طول استفاده از رسانه، افزایش در معرض قرار گرفتن در برابر غذا و کاهش زمان که ممکن است به فعالیت فیزیکی اختصاص یافته باشد، همراه است (کون و توکر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ لوری، ویچسلا، گلاسکا، فولتون و کان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ و تینگتون، پند و شری<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳).

در این پژوهش همان‌طور که اشاره شد، در اتخاذ انجام استراتژی‌های لاغری و تناسب اندام دو عنصر اساسی اکتشاف شد که تأثیر زیادی دارند: یکی خانواده و اطرافیان و دیگری خود فرد. خانواده با اتخاذ

راهبردهای عملی در حوزه‌های دارویی و درمانی، غذایی و خوراکی، خواب، ورزشی و تحرکی، تفریحی و حمایتی، به فرد چاق کمک می‌کند. در همین راستا باید بیان کرد که این والدین هستند که شیوه‌های غذایی، فعالیت بدنی، رفتارهای کم‌تحرك و در نهایت وضعیت وزنی فرزندانشان را شکل می‌دهند (لیندسی، سوسنر، کیم و گورتماکر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). والدین با داشتن دانش تغذیه، انتخاب مواد غذایی سالم و پخت غذاهای خانگی و عادات دادن فرزندانشان به مصرف غذای سالم، افزایش سطح فعالیت جسمانی آنها و محدود کردن تماشای تلویزیون می‌توانند در توسعه عادات مؤثر و مادام‌العمری که به وزن طبیعی فرزندانشان منجر شوند، بهره‌بردار شوند (گولان و ویزمن، ۲۰۰۱؛ کاپلان، لیورمن و کرک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵).

خود فرد نیز به عنوان عنصر اساسی از طریق مشغول کردن خود به اشتغالات ذهنی مثل انجام کارهای هنری و فنی، دوستی با افراد حامی و مشوق که به ایجاد انگیزه در فرد منجر می‌شوند، انجام دستورات و تجویزات پزشک تغذیه، خودممانعتی و کنترل میزان و نوع مواد غذایی مصرفی انجام حرکات ورزشی به لاغری و تناسب اندام می‌رسد.

وجود برخی عوامل مداخله‌گر و مختل‌کننده مثل احساس آرامش اعصاب و کاهش فشار روانی بر اثر زیاد خوردن، احساس قوی و نیرومند بودن به دلیل چاقی و احساس پذیرش از سوی دیگران، می‌تواند افراد را به چاقی و پرخوری خوش بین کند و آنها را از اتخاذ استراتژی‌های مؤثر بازدارد؛ اما روی دیگر داستان متوجه افرادی است که راهبردها و استراتژی‌های لاغری را اتخاذ کرده‌اند. حال باید دید اتخاذ این استراتژی‌ها چه پیامدهای مثبت و منفی برای این افراد

1. Coon & Tucker

2. Lowry, Wechsler, Galuska, Fulton, & Kann

3. Wethington, Pan, & Sherry

4. Lindsay, Sussner, Kim, & Gortmaker

5. Koplan, Liverman, & Kraak

شد، در قرن حاضر شیوع چاقی در بین نوجوانان معضلی برای همه کشورهای به خصوص کشورهای در حال توسعه شده است؛ زیرا چاقی، خود زمینه‌ساز بسیاری از بیماری‌های دیگر در بزرگسالی است و همچنین بار اقتصادی بسیار زیادی بر نظام بهداشتی هر جامعه‌ای تحمیل می‌کند. پژوهش حاضر، چاقی را از دید خود نوجوانان بررسی کرد و نتایج این پژوهش می‌تواند به پیشینه موجود چاقی در کشور اضافه شود. پژوهش‌گران راهکارهایی همچون بهبود روابط والدین و نوجوان، بالارفتن سطح آگاهی و معلومات والدین در زمینه چاقی، کمک به افزایش عزت‌نفس نوجوانان مبتلا به چاقی، کمک به بالابردن سطح اراده نوجوانان برای طی کردن مسیر درمان را توصیه می‌کنند. در ضمن، نتایج و یافته‌های این پژوهش می‌تواند به سیاست‌گذاران بهداشتی کشور برای اتخاذ تصمیم‌های مهم در این حوزه و خانواده‌های افراد مبتلا به چاقی برای افزایش سطح اطلاع و آگاهی‌شان کمک کند. گفتنی است این پژوهش محدودیت‌هایی هم داشته است؛ از جمله اینکه با توجه به روش انجام این پژوهش که روش کیفی است، تعمیم‌پذیری نتایج به کل نوجوانان دختر و پسر دیگر استان‌ها و گروه‌ها باید به احتیاط صورت پذیرد. از سوی دیگر، برخی از والدین با اینکه تمامی اهداف و مسائل اخلاقی پژوهش برای آنها شرح داده می‌شد، باز هم به دلیل مسائل فرهنگی حاضر به قبول شرکت کردن فرزندان‌شان در مصاحبه این پژوهش نشدند. پژوهش‌گران توصیه می‌کنند در پژوهش‌های بعدی با خانواده‌های افراد چاق نیز مصاحبه شود. علاوه بر این، برای دستیابی به یک نظریه، پیشنهاد می‌شود از مطالعات چندبعدی کیفی و کمی، و تحقیقات کیفی طولی استفاده شود.

در بر داشته است. براساس یافته‌های این پژوهش، پیامد مثبتی از اتخاذ این راهبردها مبنی بر تغییر در وضعیت جسمانی این افراد و لاغر شدن بر اثر اتخاذ استراتژی‌ها گزارش نشده است. علت بی‌اثری این استراتژی‌ها مختلف است؛ مثلاً اینکه این افراد نوعی خودتقصیری و بی‌ارادگی در اعمال درست رژیم‌های غذایی و ورزشی را بیان کرده‌اند. گول زدن خود و خانواده و ریاضت در ظاهر و در عوض شکستن رژیم در خفا و به دور از چشم دیگران، نمونه‌ای از رفتارهای اهمال‌کارانه این افراد است. همچنین، گریف و میرندا<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) علل موفقیت نبودن در کنترل و کاهش وزن را مسئولیت‌پذیر نبودن در قبال تصمیم فردی، خوردن در واکنش‌های منفی، استرس و تقویت نکردن حس قوی خوداختیاری، انگیزش فردی و خودکارآمدی در برابر کنترل وزن می‌داند.

از سوی دیگر، این افراد به دلیل اضافه وزن بیش از حد دچار نوعی ناامیدی شده‌اند و گمان می‌کنند هرگز نمی‌توانند در وضعیت جسمانی خود تغییری ایجاد کنند. این افراد غالباً با نوعی تعارض رفتاری مواجه هستند. از طرفی، برخی از عوامل محیطی مثل گرفتن تأیید و حس قدرتمندی از دیگران و از سوی دیگر ترس از ابتلا به بیماری یا مسخره شدن و درس عبرت قرار گرفتن برای مردم کوچه و خیابان، آنها را دچار نوعی دوگانگی و تعارض در انتخاب مسیر کرده است. آنها عمدتاً با والدینی روبه‌رو هستند که از سویی براساس آینده‌نگری و ترس از عواقب چاقی پیگیر رژیم‌های سخت درمانی هستند و از سوی دیگر، به دلیل دلسوزی و حس والد فرزندی نمی‌توانند چه به صورت فردی چه به صورت زوجی به نظری مشترک درباره فرزند خود برسند و در فرایند درمانی آنها ثمربخش باشند؛ بنابراین، با توجه به آنچه تاکنون گفته

1. Grief & Miranda



## قدردانی

نویسندگان تمایل دارند از همه دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین خانواده‌های آنها کمال قدردانی و تشکر را به جای آوردند. همچنین، از معاون محترم تربیت‌بدنی و سلامت اداره کل آموزش و پرورش استان چهارمحال و بختیاری، معاون پرورشی و تربیت‌بدنی اداره آموزش و پرورش ناحیه ۱ شهرکرد و در نهایت از مدیران مدارس کمال تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

## منابع

- Collaborators, G. O. (2017), Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years, *New England Journal of Medicine*, 377(1), 13-27.
- Coon, K. & Tucker, K. (2002), Television and children's consumption patterns. *Minerva pediatrica*, 54(5), 423-436.
- Foulkes, L. & Blakemore, S.-J. (2018), Studying individual differences in human adolescent brain development, *Nature Neuroscience*, 21(3), 315.
- Godina, E. & Zadorozhnaya, L. (2016), Self-perception of physical appearance in adolescents: gender, age and ethnic aspects, *Collegium Antropologicum*, 40(2), 73-81.
- Golan, M. & Weizman, A. (2001), Familial approach to the treatment of childhood obesity: conceptual model, *Journal of Nutrition Education*, 33(2), 102-107.
- Grief, S. N. & Miranda, R. L. (2010), Weight loss maintenance, *American family physician*, 82(6).
- Haines, J., Rifas-Shiman, S. L., Horton, N. J., Kleinman, K., Bauer, K. W., Davison, K. K., ... Gillman, M. W. (2016), Family functioning and quality of parent-adolescent relationship: cross-sectional associations with adolescent weight-related behaviors and weight status, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), 68.
- Kuczmariski, R. J. (2000), *CDC growth charts: United States*: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- Hales, C. M., Carroll, M. D., Fryar, C. D. & Ogden, C. L. (2020), *Prevalence of obesity and severe obesity among adults: United States, 2017-2018*.
- Haslam, D. & James, W. (2005), Obesity *Lancet*, 366 (9492), 1197-1209, *Health Physics Society (2009) Online*, available at: [www.hps.org/publicinformation/ate/q535.html](http://www.hps.org/publicinformation/ate/q535.html).
- Hennessey, D., Bolton, E., Thomas, A., Manecksha, R. & Lynch, T. (2017), The effect of obesity and increased waist circumference on the outcome of laparoscopic nephrectomy, *Advances in Urology*, 2017 (7056), 1-6.
- Jankauskienė, R. & Kardelis, K. (2005), Body image and weight reduction attempts
- شاهقلیان، ن.؛ آیین، ف. و دریس، ف. (۱۳۸۲)، تعیین صدک نودم و برخی فاکتورهای خطر آفرین چاقی در کودکان دبستانی ۷-۱۲ سال استان چهارمحال و بختیاری، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۵(۴)، ۴۲-۴۸.
- Bibiloni, M. d. M., Pons, A. & Tur, J. A. (2013), Prevalence of overweight and obesity in adolescents: a systematic review, *ISRN Obesity*, 2013 (246), 392747.
- Bronner, Y. L. (1996), Nutritional status outcomes for children: Ethnic, cultural, and environmental contexts, *Journal of the American Dietetic Association*, 96(9), 891-903.
- Brown, W. V., Fujioka, K., Wilson, P. & Woodworth, K. A. (2009), Obesity: why be concerned? *The American Journal of Medicine*, 122(4), 4-11.
- Budd, G. M. & Hayman, L. L. (2008), Addressing the childhood obesity crisis: A call to action. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 33(2), 111-118.
- Cecon, R. S., Franceschini, S. d. C. C., Peluzio, M. d. C. G., Hermsdorff, H. H. M. & Priore, S. E. (2017), Overweight and body image perception in adolescents with triage of eating disorders, *The Scientific World Journal*, 1, 1-6.
- Charmaz, K. (2014), *Constructing grounded theory*: Sage.

- Murakami, J. M. & Latner, J. D. (2015), Weight acceptance versus body dissatisfaction: Effects on stigma, perceived self-esteem, and perceived psychopathology, *Eating Behaviors*, 19, 163-167.
- Musher-Eizenman, D. R., Holub, S. C., Edwards-Leeper, L., Persson, A. V. & Goldstein, S. E. (2003), The narrow range of acceptable body types of preschoolers and their mothers, *Journal of Applied Developmental Psychology*, 24(2), 259-272.
- Mustelin, L., Silventoinen, K., Pietiläinen, K., Rissanen, A. & Kaprio, J. (2009), Physical activity reduces the influence of genetic effects on BMI and waist circumference: a study in young adult twins, *International Journal of Obesity*, 33(1), 29.
- Newman, D. L., Sontag, L. M. & Salvato, R. (2006), Psychosocial aspects of body mass and body image among rural American Indian adolescents, *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 265-275.
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... Abera, S. F. (2014), Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, *The Lancet*, 384(9945), 766-781.
- Nielsen, F. H. (2010), Magnesium, inflammation, and obesity in chronic disease, *Nutrition Reviews*, 68(6), 333-340.
- Rhee, K. E., Lumeng, J. C., Appugliese, D. P., Kaciroti, N. & Bradley, R. H. (2006), Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*, 117(6), 2047-2054.
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Lillis, J. & Thomas, K. (2006), A longitudinal investigation of the development of weight and muscle concerns among preadolescent boys, *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 168.
- Rivera, J. Á., de Cossío, T. G., Pedraza, L. S., Aburto, T. C., Sánchez, T. G. & Martorell, R. (2014), Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review, *The lancet Diabetes & Endocrinology*, 2(4), 321-332.
- Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A. K., Sofi, N. Y., Kumar, R. & Bhadoria, A. S. (2015), Childhood obesity: causes and among adolescent girls involved in physical activity, *Medicina*, 41(9), 796-801.
- Karczewski, J., Begier-Krasińska, B., Staszewski, R., Popławska, E., Gulczynska-Elhadi, K. & Dobrowolska, A. (2019), Obesity and the risk of gastrointestinal cancers, *Digestive Diseases and Sciences*, 64(10), 1-10.
- Kelishadi, R., Haghdoost, A.-A., Sadeghirad, B. & Khajehkazemi, R. (2014), Trend in the prevalence of obesity and overweight among Iranian children and adolescents: a systematic review and meta-analysis, *Nutrition*, 30(4), 393-400.
- Kolb, R. & Zhang, W. (2020), Obesity and breast cancer: A case of inflamed adipose tissue. *Cancers*, 12(6), 1686.
- Koplan, J. P., Liverman, C. T. & Kraak, V. I. (2005), Preventing childhood obesity: health in the balance: executive summary, *Journal of the American Dietetic Association*, 105(1), 131-138.
- Leung, S. F., Ma, J. L. & Russell, J. (2013), Enhancing quality of life in people with disordered eating using an online self-help programme, *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 1-9.
- Lindsay, A. C., Sussner, K. M., Kim, J. & Gortmaker, S. L. (2006), The role of parents in preventing childhood obesity, *The Future of Children*, 16(1), 169-186.
- Lowry, R., Wechsler, H., Galuska, D. A., Fulton, J. E. & Kann, L. (2002), Television viewing and its associations with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school students: differences by race, ethnicity, and gender, *Journal of school health*, 72(10), 413-421.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., Huberman, M. A. & Huberman, M. (1994), *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*: Sage.
- Mills, J., Bonner, A. & Francis, K. (2006), The development of constructivist grounded theory, *International journal of Qualitative Methods*, 5(1), 25-35.
- Monasta, L., Batty, G., Cattaneo, A., Lutje, V., Ronfani, L., Van Lenthe, F. & Brug, J. (2010), Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews, *Obesity Reviews*, 11(10), 695-708.

- perspectives, *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 6, 149.
- Vollmer, R. L. & Mobley, A. R. (2013), Parenting styles, feeding styles, and their influence on child obesogenic behaviors and body weight. A review, *Appetite*, 71, 232-241.
- Wethington, H., Pan, L. & Sherry, B. (2013), The association of screen time, television in the bedroom, and obesity among school-aged youth: 2007 National Survey of Children's Health, *Journal of School Health*, 83(8), 573-581.
- World Health Organization Obesity and overweight. 2016 [cited 2020 Feb 12]. Available from: "<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> . rel="noopener nofollow noopener" title="External link:
- consequences, *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(2), 187.
- Sassi, F., Devaux, M., Cecchini, M. & Rusticelli, E. (2009), The obesity epidemic: analysis of past and projected future trends in selected OECD countries, *OECD Health Working Paper 48*.
- Smolak, L. (2004), Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body Image*, 1(1), 15-28.
- Sokol, R. L., Qin, B. & Poti, J. M. (2017), Parenting styles and body mass index: a systematic review of prospective studies among children, *Obesity Reviews*, 18(3), 281-292.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998), *Basics of qualitative research techniques*: Sage publications Thousand Oaks, CA.
- Strauss, A. & Corbin, J. M. (1997), *Grounded theory in practice*: Sage.
- Voelker, D. K., Reel, J. J. & Greenleaf, C. (2015), Weight status and body image perceptions in adolescents: current

