

## ادراک کارمندان از عوامل روان‌شناختی مؤثر بر فرایند چاقی: یک مطالعه کیفی

جلال عبدی<sup>۱</sup>، حسن افتخار<sup>۲</sup>، محمود محمودی<sup>۳</sup>، داود شجاعی‌زاده<sup>۲</sup>، رویا صادقی<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** مشکل چاقی هم اکنون در ایران به صورت اپیدمی در آمده است. شواهد متقاعد کننده‌ای در خصوص نقش مهم عوامل روانی بر فرایند چاقی و اضافه وزن وجود دارد. با توجه به نقش کلیدی کارمندان به عنوان منابع ارزشمند انسانی در ارائه خدمات به مردم و افزایش سبک بی‌حرکی در بین آنها، پژوهش حاضر با هدف تبیین ادراکات کارمندان دولتی از عوامل روانی مؤثر بر فرایند چاقی انجام شد.

**روش:** این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا انجام گرفت. در مجموع چهار جلسه بحث گروهی ۸ نفره برگزار شد (۳۲ نفر) و با ۳۵ نمونه متنوع از کارمندان چاق یا دارای اضافه وزن، مصاحبه فردی نیمه ساختار یافته در فاصله زمانی بهمن ماه ۱۳۹۲ تا دی ماه ۱۳۹۳ انجام گردید. تمام مصاحبه‌ها ضبط و تحلیل داده‌ها به صورت مداوم و همزمان و با استفاده از روش Strauss و Corbin انجام شد.

**یافته‌ها:** مضامین کلیدی در سه طبقه، سازگاری ضعیف در دوره‌های استرس‌زا، برانگیزاننده‌ها و خودکارآمدی پایین تبیین شد. سازگاری ضعیف در دوره‌های استرس‌زا در زیرطبقه‌های کنکور، سربازی، شغل، ازدواج و زایمان پدیدار شد. خودکارآمدی پایین در زیرطبقه‌های نداشتن الگوی نقش مثبت و احساس عدم توانایی کنترل شرایط تبیین گردید. برانگیزاننده‌ها نیز شامل زیرطبقه‌های لذت و نگرانی بود.

**نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد ادراکات کارمندان در زمینه عوامل روانی مؤثر بر فرایند چاقی متفاوت است که نیاز به مطالعه‌های کیفی و کمی بیشتر در این زمینه را ضروری می‌سازد.

**کلید واژه‌ها:** گراند تئوری، چاقی، مطالعه کیفی

**ارجاع:** عبدی جلال، افتخار حسن، محمودی محمود، شجاعی‌زاده داود، صادقی رویا. ادراک کارمندان از عوامل روان‌شناختی مؤثر بر فرایند چاقی: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۴؛ ۴ (۴): ۳۶۳-۳۷۱.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۲۸

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۱

- ۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- استاد، گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۳- استاد، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۴- استادیار، گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Email: [j\\_abdi@alumnus.tums.ac.ir](mailto:j_abdi@alumnus.tums.ac.ir)

نویسنده‌ی مسؤول: جلال عبدی

## مقدمه

چاقی و اضافه وزن به عنوان یک اپیدمی جهانی در آمده است (۱) که شایع‌ترین مشکل تغذیه‌ای- بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته محسوب می‌شود (۲) و بزرگ‌ترین چالش بهداشت عمومی در قرن حاضر می‌باشد. بخش سلامت اکثر کشورهای دنیا درگیر مسایل و عوارض ناشی از بروز فزاینده چاقی هستند (۳). میزان چاقی از سال ۱۹۸۰ به این طرف دو برابر شده است. در سال ۲۰۱۴ بیش از ۱/۹ میلیارد نفر بزرگسال (۱۸ سال و بالاتر)، اضافه وزن داشته‌اند. از این تعداد، ۶۰۰ میلیون نفر چاق بوده‌اند. اکثریت جمعیت دنیا در کشورهایی زندگی می‌کنند که متحمل اضافه وزن و چاقی (نه کمبود وزن) می‌باشند (۴).

افزایش وزن با کاهش امید به زندگی همراه است (۵) و با اختلالاتی نظیر افزایش فشارخون، افزایش کلسترول و دیگر دیس لیپیدی‌ها، بیماری‌های قلبی- عروقی، دیابت نوع ۲، برخی از انواع سرطان‌ها، استئوآرتریت و بیماری کبد چرب در ارتباط است (۶). یکی از جنبه‌های مهم چاقی، علل و عوارض روانی آن می‌باشد. چاقی با اعتماد به نفس پایین، اختلال هیجانی، اضطراب، افسردگی و انزوای اجتماعی و خودکشی همبستگی مثبت نشان داده است (۷، ۸).

چاقی از مشکلات اپیدمی و در حال رشد در ایران بوده است و برآوردهای ملی نشان می‌دهد که میزان اضافه وزن و چاقی در گروه سنی ۳۵-۱۵ سال به ترتیب ۲۲ و ۱۶ درصد می‌باشد (۹، ۱۰). در مطالعه‌ای شیوع اضافه وزن و چاقی به ترتیب ۴۴/۹ و ۱۳/۹ درصد در کارمندان دولتی برآورد گردیده است (۱۱).

هزینه‌های اقتصادی چاقی در کارمندان، شامل هزینه‌های مستقیم (هزینه‌های مربوط به تشخیص و درمان) و هزینه‌های غیر مستقیم (کاهش بهره‌وری به دلیل غیبت فرد از کار، ناتوانی، بازنشستگی زودرس، مرگ زودرس و...) می‌باشد که در بسیاری از کشورها مورد بررسی قرار گرفت و بسیار سنگین برآورد شد (۶، ۷).

اهمیت شناخت عوامل زمینه‌ساز چاقی، توجه بیشتر دانشمندان را به مطالعه‌های کیفی جلب نموده است (۱۲).

رویکردهای کیفی برای کشف جزئیات و موضوع‌های ویژه، ایده‌آل می‌باشند و به ویژه زمانی مناسب هستند که متغیرهای مربوط به یک پیامد نامشخص باشند (۱۳). روش‌های کیفی، بینشی عمیق در مورد ادراکات و تجارب اشخاص فراهم می‌کنند. به علاوه، در برخی مشکلات سلامت نظیر چاقی به رویکردی نیاز است که به عوامل فرهنگی، اجتماعی، روانی و زمینه‌ای حساس باشد (۱۴). یکی از روش‌های رویکرد کیفی، گراند تئوری می‌باشد که به عنوان روش‌شناسی خاصی است که توسط Strauss و Corbin به منظور طراحی و ساخت نظریه از داده‌ها ایجاد شد. گراند تئوری به کشف و تبیین فرایندهای اجتماعی که در تعاملات انسانی جلوه می‌کند، می‌پردازد (۱۵).

با توجه به محدودیت مطالعه‌های انجام شده در زمینه چاقی کارمندان در ایران، نقش عوامل مختلف روانی، اجتماعی و فرهنگی در بروز آن و نیز عدم بررسی این فرایند از دیدگاه آن‌ها، مطالعه حاضر با هدف تبیین درک کارمندان از عوامل روانی مؤثر بر چاقی انجام شد.

## روش

مطالعه حاضر در قالب کیفی و با بهره‌گیری از رویکرد تحلیل محتوا انجام شد. مشارکت کنندگان کارمندان شاغل در اداره‌ها و نهادهای دولتی مستقر در شهر همدان بودند. در این مطالعه برای انتخاب نمونه‌ها ابتدا از نمونه‌گیری هدفمند و سپس، در ادامه بر اساس کدها و طبقات استخراج شده، از نمونه‌گیری نظری استفاده شد. انتخاب نمونه‌ها تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. در مجموع ۶۷ کارمند (۳۲ نفر در جلسات بحث گروهی و ۳۵ نفر در مصاحبه‌ها) دارای اضافه وزن و چاقی در این مطالعه شرکت کردند. مشارکت کنندگان کارمندان ۵۸-۲۰ ساله بودند. معیارهای ورود در این مطالعه عبارت از داشتن حداقل یک سال سابقه کاری، داوطلب شرکت در مطالعه و داشتن نمایه توده بدنی بالاتر از ۲۵ بود.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از دو روش مصاحبه نیمه ساختار یافته و بحث گروهی استفاده گردید. ابتدا، هدف مطالعه برای کارمندان توضیح داده شد و در صورت موافقت

شکسته و بخش‌های کلیدی آن برجسته شد و در قالب کدهای تلویحی (مورد نظر نویسنده) یا کدهای مستقیم (مشابه آن چه مشارکت کنندگان گفته بودند) مشخص گردید. نسخه‌های کد داده شده، به فاصله زمانی چند روزه، دوباره بازنگری شد و کدگذاری گردید. سپس، از طریق کدگذاری محوری مفاهیم به یکدیگر مرتبط شد و کدهای مشابه در یک طبقه قرار گرفتند. همه کدها بررسی و کدهای دارای خصوصیت مشترک دسته‌بندی شدند، تشکیل خوشه دادند و به عنوان طبقه فرعی حول طبقه اصلی قرار گرفتند. در این مرحله، به موقعیت‌ها، زمینه‌ها و متغیرهای اثرگذار توجه شد. از طریق کدگذاری انتخابی نیز، طبقه مرکزی شناسایی گردید.

### ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، مطالعه توسط دانشگاه علوم پزشکی تهران تصویب شد (کد: ۹۰۲۱۱۰۸۰۰۶). هدف مطالعه برای مشارکت کنندگان توسط یکی از پژوهشگران توضیح داده شد و پیش از شروع مصاحبه‌ها و بحث گروهی از آن‌ها رضایت کتبی اخذ گردید. اصل عدم ضرر رسانی رعایت و بر گمنامی مشارکت کنندگان تأکید گردید. مصاحبه‌ها با تعیین وقت قبلی انجام شد و مکان مصاحبه، محل کار مشارکت کنندگان بود.

### یافته‌ها

۶۷ کارمند (۳۵ زن و ۳۲ مرد) ۲۰-۵۸ سال، دارای سابقه شغلی ۲۹-۲ سال و سطح تحصیلات راهنمایی تا دکتری، در این مطالعه شرکت کردند. از مجموع مفاهیم استخراج شده پیرامون عوامل روانی مؤثر در فرایند چاقی کارمندان، عوامل روانی در سه طبقه سازگاری ضعیف در دوره‌های استرس‌زا، برانگیزاننده‌ها و خودکارامدی پایین تبیین شد. بر اساس تجربه مشارکت کنندگان، عوامل روانی در چاقی نقش زیادی داشتند. نمونه‌هایی از اعتقاد مشارکت کنندگان مبنی بر تأثیر عوامل روانی بر اضافه وزن و چاقی در ذیل آورده شده است:

«من بدون هیچ دلیلی دوست دارم زیاد بخورم. بعضی وقت‌ها احساس می‌کنم دارم خفه می‌شم. خودم هم می‌دونم که این خوردن چاقم می‌کنه، اما می‌خورم. احتمالاً یه چیز

هر کارمند با وی مصاحبه صورت گرفت. مصاحبه‌ها در محیط کار انجام شد. چهار جلسه بحث گروهی در فاصله زمانی بهمن ماه ۱۳۹۲ تا دی ماه ۱۳۹۳ برگزار شد و با ۳۵ کارمند مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شد. تعداد متوسط مشارکت کنندگان در بحث گروهی ۸ نفر و مدت زمان مصاحبه‌های فردی به طور میانگین ۴۵ دقیقه بود.

به منظور افزایش صحت و استحکام داده‌ها از روش‌های ذیل استفاده گردید.

۱- اعتبار (Credibility): الف) درگیری طولانی مدت محققان (غرق شدن در داده‌ها و مشاهده‌های پیگیر): در این مطالعه محققان به مدت یک سال با مشارکت کنندگان در تماس مداوم بودند. ب) تلفیق روش جمع‌آوری داده‌ها، ج) بازنگری بیرونی (External check) و د) جستجوی شواهد ضد و نقیض.

۲- تأییدپذیری (Conformability): الف) حسابرسی داده‌ها (Audit trial) با رعایت بی‌طرفی محققان و ب) توافق اعضا (Peer check) روی مصاحبه‌ها، کدها و دسته‌بندی‌ها.

۳- قابلیت اعتماد (Dependability): الف) نسخه‌نویسی در اسرع وقت، ب) استفاده از نظرات ۵ نفر از همکاران (Peer check) و ج) مطالعه مجدد داده‌ها.

۴- انتقال‌پذیری (Transferability): الف) مصاحبه با مشارکت کنندگان متفاوت از نظر شغلی، تحصیلی، سنی، جنسی و ب) ارایه نقل قول‌های مستقیم.

به منظور تحلیل داده‌ها، ابتدا همه مصاحبه‌ها توسط یکی از پژوهشگران ضبط و بلافاصله کلمه به کلمه نوشته شد. متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه گردید و هر مصاحبه، هدایت کننده مصاحبه بعدی بود. به دنبال نسخه‌برداری از هر مصاحبه، مصاحبه‌های صوتی دوباره گوش داده شد و یادداشت‌هایی در خصوص نکات کلیدی صحبت مشارکت کنندگان و همچنین، افکار و برداشت پژوهشگر در خصوص اظهارات آن‌ها نوشته شد. داده‌ها با استفاده از راهبرد مقایسه مداوم و همزمان Strauss و Corbin در سه مرحله کدگذاری گردید. ابتدا از طریق کدگذاری باز، داده‌ها به اجزای اولیه

روانی باید باشه» (مشارکت کننده شماره ۵).

«من چند عامل را در چاقی مؤثر می‌دانم. ژنتیک، روحی، خواب کم و دست به جیب بودن» (مشارکت کننده شماره ۳۱).  
در ذیل یافته‌های مربوط به طبقات استخراج شده، به تفکیک ارایه شده است.

### سازگاری ضعیف در دوره‌های استرس‌زا

بنا بر گفته‌های مشارکت کنندگان در این مطالعه، دوره‌های استرس و نحوه مقابله افراد و چگونگی سازگاری آن‌ها برای عبور از این دوره‌ها، از عوامل مؤثر بر فرایند چاقی آن‌ها بود. این طبقه در زیرطبقات سازگاری با دوره‌هایی مثل کنکور، استرس شغلی، ازدواج، سربازی و دوران بارداری و شیردهی تبیین گردید.

#### کنکور

«از نظر خود من استرس هم خیلی تأثیر داره، چون که وقتی پشت کنکور بودم استرس زیادی داشتم، اوایل ازدواج هم استرس زیادی داشتم. این موقع‌ها زیاد می‌خوردم. اینا یه حجم فوق‌العاده‌ای از اضافه وزن منو تشکیل داد. در استرس اسید معده بیشتر ترشح می‌شه، آدم بیشتر می‌خوره» (مشارکت کننده شماره ۸).

#### استرس شغلی

مشارکت کننده شماره ۳ می‌گوید: «استرس پرخوری می‌آره. وقتی من استرس دارم، زیاد می‌خورم و خوابم هم زیاد می‌شه. شغل من پر استرسه، موقعیت کاری بیمارستان استرس‌زاست. هم پیر می‌کنه هم چاق، تا دیر وقت بیداری. یه دفعه گشهنات می‌شه، می‌ای و می‌خوری». «استرس کار مهمه. من این قدر با ارباب رجوهام استرس می‌کشم. وقتی می‌رسم خونه می‌گم هی بخورم هی بخورم» (مشارکت کننده شماره ۲۰). «ما توی محیط کار غذا می‌خوریم، اما به نظرم اون تأثیر زیادی نداره. این استرس محیط کاره که مهمه، باید محیط کار آروم باشه، اما مگه این ارباب رجوع‌ها می‌ذارن!» (مشارکت کننده شماره ۱۲).

#### ازدواج

«علت اصلی چاقی بعد از ازدواج استرسه، دوم این که آدم زمان مجردی کمتر غذا می‌خوره» (مشارکت کننده شماره ۱۴).  
«اینقدر استرس داری بعد از ازدواج که مجبوری هی بخوری»

تا مشکلات بعد از ازدواج یادت بره» (مشارکت کننده شماره ۱۵).  
مشارکت کننده شماره ۱۱ می‌گوید: «شخص بعد از ۴ ماه، ۶ ماه بعد از ازدواج با کوهی از مشکلات حل نشده مواجه می‌شه و چون توانایی حل این کوه را در خودش نمی‌بینه، بهترین راه اینه که به یک راه حل امن که کسی نتونه مچت را بگیره پناه ببره، چه چیزی راحت‌تر از خوردن!، بنابراین می‌خوره».

#### بارداری و شیردهی

مشارکت کننده شماره ۲۰ می‌گوید: «من تا قبل از به دنیا آمدن فرزندم زیر ۵۰ کیلو بودم. بعد از به دنیا اومدنش بیشتر می‌خوردم. از طرفی، برای این که شیر بدم و نگران بودم که غذای کافی به بچه می‌رسه یا نه!، اصلاً کنترل وزن بعد از زایمان و بعد از آن خیلی سخته».

#### سربازی

«ما وقتی سربازی بودیم، از ترس این که مبادا در طول روز و تمرین کم بیاریم هی می‌خوردیم» (مشارکت کننده شماره ۱۳).

#### برانگیزاننده‌ها

به باور بسیاری از شرکت کنندگان در مطالعه، عوامل انگیزشی متعددی در فرایند چاقی نقش بازی می‌کنند. به عنوان نمونه مشارکت کننده شماره ۲۷ می‌گوید: «اون موقع‌ها خیلی اهل خوردن نبودم. به نظرم فعالیتیم هم خوب بود. بعد از ازدواج پیاده رویم کمتر شد و همسرم هی گیر می‌داد که بخور، تو کم می‌خوری. یعنی یک انگیزه یا دلیل دیگه». این عوامل انگیزشی در زیرطبقات لذت از خوردن خود، لذت از خوردن دیگران، نگرانی از سوء تغذیه خود و نگرانی از سوء تغذیه فرزند تبیین شد.

#### لذت از خوردن خود

«من با خوردن به لذت و آرامش می‌رسم» (مشارکت کننده شماره ۱۰). مشارکت کننده شماره ۳ می‌گوید: «من دست‌پخت خودم را بیشتر می‌خورم، یعنی وقتی خودم غذا درست می‌کنم، لذت می‌برم و بیشتر می‌خورم. از وقتی ازدواج کردم غذای دست‌پخت خودم را بیشتر می‌خورم تا غذای مامانم اینارو!».

#### لذت از خوردن دیگران

«ما تعداد اعضای خانوادمون نه نفره. وقتی می‌بینم همه سر سفره نشستن، دامادام!، عروسام!، نوهام! و با لذت می‌خورن،

کاست اینارو باید انجام بدی. آخه این که نمی‌شه. نمی‌دونم به نظرم باید راه‌های راحت‌تری هم باشه. کنار آمدن با این همه چیزای که نباید بخوری خیلی سخته». «اراده خیلی مهمه. من اراده ندارم ورزش کنم، اراده ندارم غذاهای سالم بخورم. آخرش می‌شه این دیگه، چاقی» (مشارکت کننده شماره ۱۱).

### بحث

بر اساس یافته‌های این مطالعه، عوامل روانی مؤثر در فرایند چاقی در طبقات سازگاری ضعیف در دوره‌های استرس‌زا، برانگیزاننده‌ها و خودکارامدی پایین تبیین گردید. مطالعه‌های کیفی متعددی نقش عوامل روانی را در فرایند چاقی مستند نموده‌اند (۱۴-۱۶).

استرس به عنوان عامل مؤثر بر اضافه وزن و چاقی شناخته شده است (۲۰-۱۷). اکثریت مشارکت کنندگان در این مطالعه، سازگاری ضعیف خود در مقابله با استرس در دوره‌هایی نظیر کنکور، شغل، زایمان و شیردهی، سربازی و ازدواج را به عنوان عامل روانی مؤثر بر فرایند چاقی خود برشمرده‌اند. در مطالعه Nuss و همکاران، زنان چاق نسبت به زنان دارای اضافه وزن نمرات بالاتری را در معیار خوردن هیجانی و استرسی کسب کرده‌اند (۱۸). نتایج مشابهی نیز در مطالعه Chang و همکاران (۱۹) گزارش شده است. در مطالعه Hayman و همکاران، خوردن ناشی از مسایل هیجانی و استرس به عنوان عامل خطر چاقی محسوب شده است و مشارکت کنندگان این رفتار را نامشخص و شدید ارزیابی کرده‌اند و بر ناتوانی خود در کنترل این رفتار تأکید نموده‌اند (۲۱).

تسهیل‌گرهای روانی از فاکتورهای مؤثر در اضافه وزن و چاقی می‌باشند (۲۶-۲۲). در این مطالعه برخی از مشوق‌ها و تسهیل‌گرها نظیر لذت از خوردن خود، لذت از خوردن دیگران، نگرانی از سوء تغذیه خود و نگرانی از سوء تغذیه فرزند به عنوان عوامل روانی مؤثر در فرایند چاقی از سوی مشارکت کنندگان بیان شد. در مطالعه حاضر مشارکت کننده‌ها به صورت مثبت به سمت تغذیه بیشتر، به دلیل اثرات

من هم لذت می‌برم و بیشتر می‌خورم» (مشارکت کننده شماره ۱۷).

*نگرانی از سوء تغذیه خود*

مشارکت کننده شماره ۱۶ می‌گوید: «اگه نخوریم که نمی‌شه، مواد لازم به بدن نمی‌رسه، حتی گاهی وقتا می‌گن اعصاب خوردی مال خوب نخوردنه».

*نگرانی از سوء تغذیه فرزندان*

«من خودم اعتقادی به پرخوری ندارم، اما نگران سوء تغذیه بچه‌هام. اگه شیرم کافی نباشه، بچه سوء تغذیه می‌گیره و آسیب می‌بینه» (مشارکت کننده شماره ۲۹).

### خودکارامدی پایین

کاربرد اصطلاحات و عباراتی نظیر "نمی‌شه"، "سخته"، "سعی کردم اما نشد"، "نمی‌تونم" از سوی مشارکت کنندگان بیانگر نوعی اعتقاد درونی آن‌ها مبنی بر خودکارامدی پایین در اتخاذ و ادامه رفتارهای مربوط به مدیریت وزن، یعنی تغذیه و فعالیت فیزیکی بود. این طبقه در زیرطبقات نداشتن الگوی نقش مثبت در محیط خانواده و کار و احساس عدم توانایی کنترل شرایط تبیین شد.

*نداشتن الگوی نقش مثبت در محیط خانواده و کار*

مشارکت کننده شماره ۲۰ می‌گوید: «بعد از زایمان تصمیم گرفتم وزنم را کم کنم. چندین بار سعی کردم، اما نشد. یه دلیلش شاید این که همه اطرافیانم چاق هستند و هر کی تا حالا سعی کرده نتونسته. همه یه دوره‌های رژیم سخت می‌گیرن. اما بعدش ول می‌کنن. من هم مستثنی نبودم». «در اداره به هر کی می‌گی بیا بریم ورزش کنیم، هفته‌ای یک بار کوه بریم، نمی‌آد. من باید به کی نگا کنم. همه تنبل و انگیزه‌ای بر آدم نمی‌مونه» (مشارکت کننده شماره ۳۰).

*احساس عدم توانایی کنترل شرایط*

«اوایل که وزنم داشت اضافه می‌شد، امیدواریم به کاهش اون بیشتر بود. اما حالا بیش از بیست کیلو اضافه دارم و فکر می‌کنم از محالاته که بتونم اونو کم کنم» (مشارکت کننده شماره ۱). مشارکت کننده شماره ۹ می‌گوید: «به هر دکترو متخصصی که مراجعه می‌کنی، یک لیست بالا بلندی از غذاهای که نباید بخوری جلوت می‌گذاره و می‌گه بی‌کم و

ناتوانی از این که افراد به خاطر سایز بدن نتوانند ورزش را کامل انجام دهند، به عنوان مانع درک شده در انجام ورزش بیان شده بود (۳۴). در مطالعه Tod و Lacey نیز، تصمیم نهایی افراد در زمینه مدیریت وزن و چاقی به عواملی مانند اطمینان و کارآمدی ارتباط داده شده است (۲۲).

#### محدودیت‌ها

به دلیل ماهیت گذشته‌نگر بودن مطالعه حاضر، امکان خطای یادآوری در شرح گفته‌های کارمندان وجود دارد. از طرفی، داوطلبان بودن طرح مانع از مشارکت سایر افراد شد. محدودیت‌های مربوط به رویکرد کیفی بر این مطالعه وارد می‌باشد. از طرفی، این حقیقت که عوامل روانی در زن و مرد متفاوت می‌باشند و تعیین ادراکات مشترک به سختی صورت می‌گیرد نیز، از محدودیت‌های این مطالعه بوده است. از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به تنوع نمونه‌گیری و انتخاب مشارکت کنندگان از رده‌های مختلف سنی، جنسی، تحصیلی و شغلی اشاره کرد. شباهت یافته‌های مطالعه حاضر با دیگر مطالعات می‌تواند اطمینانی بر پایایی این یافته‌ها باشد.

#### نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر، نقش عوامل روانی را در فرایند چاقی کارکنان تبیین نمود و نشان داد ادراکات کارمندان در زمینه عوامل روانی مؤثر در فرایند چاقی متفاوت است که نیاز به مطالعه‌های کیفی و کمی بیشتر در این زمینه را ضروری می‌سازد. از طرفی، از آنجا که طراحی مداخله مناسب در پیشگیری از چاقی و اضافه وزن کارمندان در گرو شناخت دقیق موضوع از دیدگاه آن‌ها است و نیز به منظور موفقیت بیشتر این برنامه‌ها، از یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان در طراحی و ارزشیابی رویکردهای اثربخش آموزش و ارتقای سلامت کارمندان در زمینه مدیریت وزن بهره برد.

#### تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از کلیه کارمندان شرکت کننده در این مطالعه اعلام می‌دارند.

تغذیه بر سلامت و رشد کودک برانگیخته می‌شدند. در مطالعات متعددی سلامت کودک به عنوان محرک در پرخوری مادر شناخته شده است (۲۸، ۲۷). این یافته با مطالعه Weir و همکاران (۲۹) همخوانی دارد. عقیده فوق می‌تواند ناشی از کمبود آگاهی این زنان در زمینه تغذیه مادر و کودک و نیز، نبود راهنماهای رسمی در این زمینه باشد. برخی از مشارکت کنندگان لذت دیگر اعضای خانواده را مشوقی برای خوردن خود بر می‌شمردند. در مطالعه Harley انگیزه به عنوان مضمون کلیدی در رفتارهای مرتبط با چاقی و اضافه وزن معرفی شده است (۲۶).

خودکارآمدی مهم‌ترین عامل در رفتارهای مرتبط با کنترل وزن می‌باشد (۳۰). در این مطالعه خودکارآمدی پایین با دو زیرطبقه فقدان الگوی نقش مثبت و احساس عدم توانایی کنترل شرایط تبیین شد. به اعتقاد تعداد زیادی از مشارکت کنندگان بی‌تحرکی و سبک تغذیه ناسالم ناشی از الگو نداشتن آن‌ها در محیط کار و خانواده بود. مدل‌های نقش باور مثبت در اداره و خانواده نقش مهمی در پیشگیری از رفتارهای چاقی و اضافه وزن دارند (۱۵). نتایج مطالعه Campbell و همکاران نشان می‌دهد که محیط غذایی خانه بر رژیم غذایی نوجوان اثر می‌گذارد و مادران به عنوان تهیه کنندگان اصلی غذا و الگوی عادات غذایی نقش بزرگی در رفتارهای غذایی مرتبط با چاقی دارند (۳۱). در مطالعه امیری و همکاران، الگوسازی نامطلوب والدین به عنوان عامل مؤثر بر رفتارهای مرتبط با اضافه وزن و چاقی شناسایی شده است (۳۲). در مطالعه Weir و همکاران، زنان در زمینه تغذیه تحت تأثیر اعضای خانواده بودند (۲۹). در مطالعه Hesketh و همکاران نیز، بر نقش خانواده در تغذیه سالم و فعالیت فیزیکی اشاره شده است (۳۳). در مطالعه دیگری که توسط امیری و همکاران انجام شد، تأکید شد که خودکارآمدی عامل مهمی در کنترل چاقی نوجوانان است (۱۲). شرکت کنندگان ناخودکارآمدی خود، به ویژه در زمینه مدیریت استرس و برنامه‌ریزی را مهم‌ترین عامل بازدارنده اصلاح شیوه زندگی فعلی خود دانسته‌اند. در مطالعه Baruth و همکاران، احساس

## References

1. Mackean S, Eskandari H, Borjali A, Ghodsi D. Comparison of the effects of narrative therapy and diet therapy on the body mass index in overweight and obese women. *Iran J Nutr Sci Food Technol* 2011; 5(4): 53-63. [In Persian].
2. Mohamadpour Koldeh M, Fouladvand MA, Avakh Keysami M. Prevalence of overweight and obesity among Bushehrian high-school girls at aged 14-17 years old. *Iran South Med J* 2012; 15(3): 221-32. [In Persian].
3. Maddah M. The factors associated with adult obesity in Iran: a review. *Iran J Nutr Sci Food Technol* 2012; 7(1): 119-27. [In Persian].
4. World Health Organization. Obesity and overweight [Online]. [cited 2015 Jan]; Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
5. Sikorski C, Riedel C, Lupp M, Schulze B, Werner P, Konig HH, et al. Perception of overweight and obesity from different angles: a qualitative study. *Scand J Public Health* 2012; 40(3): 271-7.
6. van Wier M. ALIFE@Work, the effects of a distance counseling lifestyle program for weight control among an overweight working population [Online]. [cited 2013]; Available from: URL: <http://www.emgo.nl/news-and-events/news/269/effect-of-a-distance-counseling-lifestyle-program/>
7. Taheri F, Zangoie M, Kazemi T, Zangoi Fard M, Movahed Fazel M. Prevalence of overweight and obesity in 11-15 years old (mid-school) students in Birjand, 2005. *Modern Care* 2011; 8(2): 58-64. [In Persian].
8. Lewis S, Thomas S, Hyde J, Castle D, Blood WR, Komesaroff PA. "I don't eat a hamburger and large chips every day!" A qualitative study of the impact of public health messages about obesity on obese adults. *BMC Public Health* 2010; 10: 309.
9. Salehi-Abargouei A, Abdollahzad H, Bameri Z, Esmailzadeh A. Underweight, overweight and obesity among Zaboli adolescents: a comparison between international and Iranians' national criteria. *Int J Prev Med* 2013; 4(5): 523-30.
10. Bahreini N, Noor MI, Koon P, Abd Talib R, Lubis S, Ganjali Dashti M, et al. Weight status among Iranian adolescents: Comparison of four different criteria. *J Res Med Sci* 2013; 18(8): 641-6.
11. Abdi J, Eftekhari H, Mahmoodi M, Shojaeizadeh D, Sadeghi R. Lifestyle of the employees working in Hamadan public sectors: application of the trans-theoretical model. *Iran Red Crescent Med J* 2015; 17(2): e25269.
12. Amiri P, Ghofranipour F, Ahmadi F, Homan HA, Hoseinpanah F, Jalali S. Personal barriers to life style modification in overweight/obese adolescents: a qualitative study. *Iran J Endocrinol Metab* 2010; 11(5): 521-9. [In Persian].
13. Byrne S, Cooper Z, Fairbur C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity* 2003; 27: 955-62.
14. Allender S, Cowburn G, Foster C. Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies. *Health Educ Res* 2006; 21(6): 826-35.
15. Corbin J, Strauss AL. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. New York, NY: SAGE Publications; 2008.
16. Pocock M, Trivedi D, Wills W, Bunn F, Magnusson J. Parental perceptions regarding healthy behaviours for preventing overweight and obesity in young children: a systematic review of qualitative studies. *Obes Rev* 2010; 11(5): 338-53.
17. Giles-Corti B, Macintyre S, Clarkson JP, Pikora T, Donovan RJ. Environmental and lifestyle factors associated with overweight and obesity in Perth, Australia. *Am J Health Promot* 2003; 18(1): 93-102.
18. Nuss H, Clarke K, Klohe-Lehman D, Freeland-Graves J. Influence of nutrition attitudes and motivators for eating on postpartum weight status in low-income new mothers. *J Am Diet Assoc* 2006; 106(11): 1774-82.
19. Chang MW, Nitzke S, Guilford E, Adair CH, Hazard DL. Motivators and barriers to healthful eating and physical activity among low-income overweight and obese mothers. *J Am Diet Assoc* 2008; 108(6): 1023-8.
20. Isasi CR, Parrinello CM, Jung MM, Carnethon MR, Birnbaum-Weitzman O, Espinoza RA, et al. Psychosocial stress is associated with obesity and diet quality in Hispanic/Latino adults. *Ann Epidemiol* 2015; 25(2): 84-9.
21. Hayman LW, Lee HJ, Miller AL, Lumeng JC. Low-income women's conceptualizations of emotional- and stress-eating. *Appetite* 2014; 83: 269-76.
22. Tod AM, Lacey A. Overweight and obesity: helping clients to take action. *Br J Community Nurs* 2004; 9(2): 59-66.
23. Bruss MB, Morris J, Dannison L. Prevention of childhood obesity: sociocultural and familial factors. *J Am Diet Assoc* 2003; 103(8): 1042-5.

24. Sussner KM, Lindsay AC, Greaney ML, Peterson KE. The influence of immigrant status and acculturation on the development of overweight in Latino families: a qualitative study. *J Immigr Minor Health* 2008; 10(6): 497-505.
25. Garip G, Yardley L. A synthesis of qualitative research on overweight and obese people's views and experiences of weight management. *Clinical Obesity* 2011; 1(2-3): 110-26.
26. Harley AE, Rice J, Walker R, Strath SJ, Quintiliani LM, Bennett GG. Physically active, low-income African American women: an exploration of activity maintenance in the context of sociodemographic factors associated with inactivity. *Women Health* 2014; 54(4): 354-72.
27. Sz wajcer EM, Hiddink GJ, Koelen MA, van Woerkum CM. Nutrition-related information-seeking behaviours before and throughout the course of pregnancy: consequences for nutrition communication. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59(Suppl 1): S57-S65.
28. Sz wajcer EM, Hiddink G, Koelen M, van Woerkum CMJ. Nutrition awareness and pregnancy: implications for the life course perspective. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2007; 135(1): 58-64.
29. Weir Z, Bush J, Robson SC, McParlin C, Rankin J, Bell R. Physical activity in pregnancy: a qualitative study of the beliefs of overweight and obese pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010; 10: 18.
30. Moeini B, Jalilian M, Hazavehei SMM, Moghim Beigi A. Promoting physical activity in type 2 diabetic patients: a theory-based intervention. *J Health Syst Res* 2012; 8(5): 824-33. [In Persian].
31. Campbell KJ, Crawford DA, Salmon J, Carver A, Garnett SP, Baur LA. Associations between the home food environment and obesity-promoting eating behaviors in adolescence. *Obesity (Silver Spring)* 2007; 15(3): 719-30.
32. Amiri P, Ghofranipour F, Jalali Farahani S, Ahmadi F, Hosseinpanah F, Hooman HA. Mothers' perceptions on familial correlates of overweight and obesity related behaviors in adolescents: a qualitative study. *Iran J Endocrinol Metab* 2010; 12(2): 145-52. [In Persian].
33. Hesketh K, Waters E, Green J, Salmon L, Williams J. Healthy eating, activity and obesity prevention: a qualitative study of parent and child perceptions in Australia. *Health Promot Int* 2005; 20(1): 19-26.
34. Baruth M, Sharpe PA, Parra-Medina D, Wilcox S. Perceived barriers to exercise and healthy eating among women from disadvantaged neighborhoods: results from a focus groups assessment. *Women Health* 2014; 54(4): 336-53.



## Perceptions of Employees on Psychological Factors Affecting Obesity: A Qualitative Study

Jalal Abdi<sup>1</sup>, Hassan Eftekhari<sup>2</sup>, Mahmood Mahmoodi<sup>3</sup>, Davod Shojaeizadeh<sup>2</sup>, Roya Sadeghi<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Obesity has now become an epidemic in Iran and there is convincing evidence that psychological factors play an important role in obesity and overweight. Given the key role of employees, as valuable human resources, in providing services and the increasing sedentary lifestyle among them, the current study aimed to explore governmental employees' perceptions of psychological factors that affect obesity.

**Method:** This qualitative study was conducted through content analysis. In total, 4 focus group discussions were held with groups of 8 subjects (32 subjects). Semi-structured interviews were conducted on a diverse sample of 35 obese or overweight governmental employees between February 2014 and January 2015. All interviews were audio recorded and were analyzed using the Strauss and Corbin method.

**Results:** As a result of data analysis, the 3 main categories of poor adaptability in stressful periods, low self-efficacy, and motivators emerged. Poor adaptability in stressful periods consisted of the 5 main subcategories of periods of university entrance exam, soldiering, career, marriage, and childbirth. Low self-efficacy was explored in the 2 main subcategories of lack of positive model and the sense of lack of control over circumstances. Motivators included the subcategories of pleasure and apprehension.

**Conclusion:** This study showed that perceptions of employees on psychological factors influencing obesity differed. Therefore, further researches, both qualitative and quantitative, are required in this field.

**Keywords:** Grounded theory, Obesity, Qualitative study

**Citation:** Abdi J, Eftekhari H, Mahmoodi M, Shojaeizadeh D, Sadeghi R. **Perceptions of Employees on Psychological Factors Affecting Obesity: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2016; 4(4): 363-71.

Received date: 23.9.2015

Accept date: 19.12.2015

1- PhD Student, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health AND Health Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health AND Health Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health AND Health Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Jalal Abdi, Email: j\_abdi@alumnus.tums.ac.ir