

بررسی نگرش دانش جویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سمنان در رابطه با باورهای نادرست چاقی

نیره رئیس دانا^{*} (M.Sc)، آزاده رئیس دانا^۲ (Pharm. D)

۱- دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی

۲- دانشگاه علوم پزشکی سمنان، مرکز بهداشت شهرستان سمنان

چکیده

سابقه و هدف: باورهای نادرست زیادی در مورد چاقی و افراد چاق برسر زبان‌ها است و نگرش جامعه نسبت به اشخاص چاق به وضوح منفی است. اعتقاد بسیاری از دست‌اندرکاران مراقبت بهداشتی - درمانی به این باورها می‌تواند بر کیفیت برقراری ارتباط و مراقبت از آن‌ها نیز تأثیر داشته باشد. این مطالعه با هدف تعیین نگرش دانش‌جویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سمنان در مورد باورهای نادرست چاقی انجام شده است. مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی - تحلیلی روی ۱۱۵ نفر از دانش‌جویان پرستاری شاغل به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی سمنان در طی اردیبهشت ۱۳۸۵ انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه پژوهش‌گر ساخته‌ای مرکب از اطلاعات دموگرافیک و ۲۵ باور نادرست به دست آمده از جستجوی اینترنتی با کلید واژه Obesity myths بود. نگرش دانش‌جویان با استفاده از مقیاس پنج قسمتی لیکرت مورد سنجش قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از برنامه آماری SPSS و آزمون‌های آماری کای دو و ضریب هم‌بستگی اسپیرمن استفاده گردید. یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که هر چند در بین نگرش دانش‌جویان پرستاری نسبت به افراد چاق سوگیری‌هایی وجود دارد و برخی باورهای آن‌ها در مورد چاقی نیاز به اصلاح دارد، اما اکثریت واحدهای پژوهش (۶۸ نفر، ۵۹/۱٪) نسبت به باورهای نادرست چاقی نگرش خوب داشته‌اند (با باورهای نادرست چاقی مخالف بوده‌اند). نتیجه‌گیری: پرستاران در خط مقدم ارتباط با مددجویان و بیماران می‌باشند. نگرش‌ها و عقاید پرستاران می‌تواند بر مراقبت از افراد چاق تأثیرات زیادی داشته باشد. لزوم توجه بیش‌تر به آموزش این گروه در مورد مفهوم چاقی احساس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: چاقی، باورهای نادرست چاقی، نگرش، دانش‌جویان پرستاری

مقدمه

چاقی مشکلی بگرنج و یکی از نگرانی‌های روبه رشد بهداشتی است [۱،۲] که مردم سراسر جهان را بدون توجه به طبقه اجتماعی - اقتصادی، سن، جنس، نژاد یا گروه‌های قومی گرفتار کرده است [۳]. زمانی، چاقی نشانه‌ای از ثمول و رفاه تلقی می‌شد [۴]، اما امروزه لاغری نوعی ایده‌آل و چاقی

نوعی ضدفضیلت محسوب شده [۵] و به افراد چاق برجسب‌هایی نظیر شکم‌پرستی و تنبلی زده می‌شود [۶]. در بسیاری از جوامع، روایت‌ها و لطیفه‌های فراوانی در مورد افراد دارای اضافه وزن بر سر زبان‌ها است و تصاویر موهن و پیام‌های منفی بی‌رحمانه‌ای در مورد افراد چاق در رسانه‌های جمعی شایع است [۶،۷]. به‌طوری که افراد چاق یا دارای اضافه

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۲۳۱-۳۳۳۰۰۱۴ - فاکس: ۰۲۳۱-۳۳۳۰۰۱۴ E-mail: nr_dana@yahoo.com

وزن، از جانب همکاران، کارفرمایان، مدیران، دوستان و حتی همسران خود مورد تحقیر قرار می‌گیرند [۴] و با عناوینی نظیر کریه، دبنگ (نفهم)، پست فطرت، شلخته، تنبل، دغل، ناراحت، ملول، افراط کار، نجسب و آسیب دیده از نظر روانی معرفی می‌شوند [۸].

نگرش منفی نسبت به چاقی و افراد چاق از طریق رواج باورهای نادرست دامن زده می‌شود. به‌طور مثال رواج این باور جعلی که وزن (اندازه بدن) تنها تحت کنترل فرد است، نه تنها سالی ۳۰ بلیون دلار سود برای صنعت رژیم غذایی دربردارد [۱]، بلکه بر نگرش مردم نسبت به افراد چاق تأثیر منفی دارد [۸]. اما واقعیت آن است که متخصصان معتقدند که دلایل چاقی ساده نبوده [۳] و نتیجه تعاملات پیچیده بین ژنتیک و تأثیرات تکاملی، رفتاری و محیطی است [۳،۹].

اندازه و وزن بدن دو جنبه مهم از ظاهر انسان بوده و در بسیاری از مناطق جهان به آن ارزش بالایی داده می‌شود [۱۰،۱۱]. در جوامع غربی، چاقی برای زنان خفت‌بار بوده و لاغری سمبل شایستگی، موفقیت، اراده، قدرت و جذابیت جنسی است [۱۲] و به نظر می‌رسد که اندازه بدن زنان به آن‌ها دیکته می‌شود و توصیه‌هایی که در مورد داشتن اضافه وزن به بیماران زن می‌شود، لزوماً ماهیت علمی ندارد [۱۳]. در حقیقت کوشش در جهت شکل دادن عقاید و رفتارهای اجتماعی در مورد این‌که مردم باید چه وزنی داشته باشند، باعث شده است تا عده‌ای از این باورهای نادرست و تبعیض‌آمیز به نفع خود بهره‌برداری کنند [۱۴].

به اعتقاد صاحب‌نظران مسائل اجتماعی، افراد چاق یکی از جدیدترین گروه‌هایی هستند که مورد تبعیض قرار می‌گیرند [۷] و نگرش ضدچاقی حداقل به قوت نگرش منفی نسبت به جنس و نژاد است [۶]. تبعیض در هر زمینه‌ای مردود است و به‌طور حتم سوگیری وزنی در امکان بهداشتی - درمانی و در بین مراقبت‌دهندگان، نگرانی‌های بیش‌تری به دنبال دارد [۵]؛ چرا که رفتارهای ضدچاقی در بین پرسنل مراقبت بهداشتی می‌تواند بر قضاوت بالینی آن‌ها تأثیر گذاشته و افراد چاق را از مراجعه برای رفع مشکلات خود بترساند [۷].

اگر چه اعمال تبعیض علیه افراد چاق همیشه ماهیت کلامی ندارد، اما عدم پاسخ مناسب از سوی پرسنل حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای در مورد نیازهای افراد چاق (مثل در دسترس نبودن لوازم پزشکی مناسب برای افراد چاق، عدم توجه به راحتی محیط اطراف این افراد، عدم توجه به تناسب لباس برای آن‌ها و ...) باعث می‌شود تا قبول کنیم که هنوز هم افراد چاق آماج تفکرات نامناسب واقع می‌شوند [۱۵].

مطالعات متعدد حاکی از رفتار جهت‌گیرانه پرسنل بهداشتی - درمانی از جمله پزشکان و پرستاران نسبت به بیماران چاق است، که می‌تواند بر کیفیت مراقبت از این افراد تأثیر بگذارد [۱۶]. به‌طور مثال نتایج یک بررسی روی ۴۰۰ پزشک در مورد پنج ویژگی موجب ناراحتی، اکراه و تنفر از بیمارانشان، نشان داد که یک سوم از نمونه‌ها، چاقی را به عنوان یکی از این پنج ویژگی و بعد از اعتیاد دارویی، الکلیسم و بیماری روانی قرار داده بودند و چاقی را با بهداشت ضعیف، عدم همکاری، عداوت و عدم صداقت مرتبط می‌دانستند [۶،۷]. مطالعه نگرش پرسنل درمانی به‌خصوص متخصصان تغذیه در مورد بیماران چاق نشان داد که ۸۷٪ آن‌ها معتقد بودند که افراد چاق پرخور هستند، ۷۴٪ معتقد بودند که افراد چاق مشکلات خانوادگی دارند و ۳۲٪ معتقد بودند که افراد چاق بی‌اراده هستند و ۸۸٪ اظهار کرده بودند که چاقی نوعی جبران کم‌بود عشق یا توجه بوده و آن را به مشکلات عاطفی نسبت می‌دادند [۷]. در یک مطالعه دیگر، پرستاران با این عبارت که "می‌توان با کف نفس از چاقی پیش‌گیری کرد" موافق بودند و ۴۸٪ آنان با این عبارت که از "مراقبت برای افراد چاق احساس ناراحتی می‌کنند" موافق بوده و ۳۱٪ آن‌ها ترجیح می‌دادند که به هیچ‌وجه از بیماران چاق مراقبت نکنند [۱۷]. هم‌چنین در یک تحقیق دیگر، ۱۲٪ از پرستاران ترجیح می‌دادند که حتی به افراد چاق دست نزنند [۷].

به اعتقاد کارشناسان بررسی نگرش‌ها و باورهای فرهنگی جامعه در مورد چاقی، عرصه باروری برای تحقیقات آتی است [۱۳]. اگرچه شواهد زیادی در رابطه با این باورها و کلیشه‌سازی‌ها در جوامع غربی موجود است، اما در کشور ما

که معتقد به اصول برادری و برابری و رعایت احترام و حقوق همه انسان‌ها هستیم، در رابطه با اعتقاد به باورهای نادرست یا کلیشه‌سازی‌های تبعیض‌آمیز موجود در رابطه با چاقی مطالعه‌ای صورت نگرفته است. تحقیق حاضر با هدف تعیین نگرش دانش‌جویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سمنان در رابطه با باورهای نادرست چاقی صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که بر روی کلیه دانش‌جویان پرستاری شاغل به تحصیل در نیم‌سال تحصیلی دوم ۸۵-۱۳۸۴ در طی بهار ۱۳۸۵ انجام شده است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه پژوهش‌گر ساخته‌ای شامل ۲ بخش اطلاعات فردی و ۶ سؤال در مورد سابقه چاقی و رژیم غذایی، وجود فرد چاق در فامیل درجه یک خود، تمایل به لاغر یا چاق شدن و وجود مشکل در رابطه با وزن خود و بخش دوم، ۲۵ عبارت نادرست پیرامون چاقی بود که کلیه این عبارات از طریق جست‌وجوی اینترنتی با کلیدواژه Obesity Myths به‌دست آمد و در صورتی که هر یک از این عبارات حداقل در ۳ منبع مختلف باور نادرست شناخته شده و دلایل رد آن ارائه شده بود، مورد استفاده قرار گرفت.

روایی پرسش‌نامه از طریق اعتبار محتوی و پایایی آن با انجام آزمون مجدد به دست آمد. جمع‌آوری اطلاعات با مراجعه مستقیم پژوهش‌گر در اوقات فراغت دانش‌جویان و ذکر داوطلبانه بودن و بی‌نام بودن پرسش‌نامه‌ها و تکمیل آن‌ها در حضور پژوهش‌گر انجام گردید. لازم به ذکر است که از آن‌جا که جمع‌آوری اطلاعات طی چند هفته انجام گرفت، هیچ‌یک از نمونه‌های پژوهش از این‌که کلیه این عبارات نادرست تلقی می‌شوند، اطلاعی نداشتند و در صورت پرسش در مورد جواب صحیح به آن‌ها گفته می‌شد که می‌توانند طبق تاریخ اعلام شده با مراجعه به اتاق کار پژوهش‌گر از نتایج صحیح اطلاع یابند.

نمایه توده بدنی نمونه‌های پژوهش از تقسیم وزن برحسب کیلوگرم به مجذور قد برحسب متر محاسبه شد و با توجه به

طبقه‌بندی استاندارد بین‌المللی سازمان بهداشت جهانی طبقه‌بندی گردید. مطابق این تقسیم‌بندی در صورتی که نمایه توده بدنی کم‌تر از ۱۸/۵ باشد، فرد در گروه کم‌وزن و در صورتی که ۲۴/۹-۱۸/۵ باشد در گروه دارای وزن طبیعی قرار می‌گیرد. در صورتی که نمایه توده بدنی مساوی یا بیش از ۲۵ باشد، در گروه دارای اضافه وزن و در صورتی که بیش از ۳۰ باشد، چاق محسوب می‌شود [۲].

برای نظرسنجی پیرامون عبارات بخش دوم پرسش‌نامه از مقیاس ۵ قسمتی لیکرت استفاده شد. کلیه عبارات هم جهت بوده و به پاسخ‌های کاملاً موافق، ۱ امتیاز و به پاسخ موافق، ۲ امتیاز و به گزینه‌های بی‌نظر ۳ امتیاز، به پاسخ‌های مخالف، ۴ امتیاز و به پاسخ‌های کاملاً مخالف ۵ امتیاز تعلق گرفت، سپس مجموع امتیازات کلیه سؤالات برای تمام افراد محاسبه و آن‌هایی که امتیاز ۵۰-۱ کسب کردند، دارای نگرش ضعیف (باور نادرست)، امتیاز ۷۵-۵۱، دارای نگرش متوسط و امتیاز ۱۲۵-۷۶، دارای نگرش خوب (باور درست) محسوب شدند. هر یک از پرسش‌نامه‌ها پس از تکمیل، کدگذاری و با برنامه آماری SPSS و آزمون آماری مجذور کای و ضریب هم‌بستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

پژوهش حاضر نشان داد که ۲۰/۹٪ از نمونه‌ها را مردان (۲۴ نفر) و ۷۹/۱٪ را زنان (۹۱ نفر) تشکیل می‌دادند. ۹۱/۳٪ مجرد (۱۰۵ نفر) و ۸/۷٪ متأهل (۱۰ نفر) بودند. اکثریت نمونه‌های پژوهش (۵۷/۴٪، ۶۶ نفر) در رده سنی ۲۱-۲۳ سال قرار داشتند و ۵۹/۱٪ (۶۸ نفر) دانشجوی مقطع کارشناسی پیوسته پرستاری و ۴۰/۹٪ (۴۷ نفر) دانشجوی مقطع کارشناسی ناپیوسته پرستاری بودند که به ترتیب ۲۰٪ در سال اول، ۱۵/۷٪ در سال دوم، ۳۳/۹٪ در سال سوم و ۳۰/۴٪ در سال چهارم مشغول به تحصیل بودند.

۳۲/۲٪ (۳۷ نفر) در پاسخ به این سؤال که "آیا قبلاً از دیدگاه دیگران چاق تلقی می‌شده‌اید"، پاسخ مثبت و ۶۷/۸٪ (۷۸ نفر) پاسخ منفی داده بودند. هم‌چنین ۳۳/۹٪ (۳۹ نفر) از

نمونه‌ها در پاسخ به این سؤال که "آیا قبلاً رژیم غذایی داشته‌اید"، پاسخ مثبت و ۶۵/۲٪ (۷۵ نفر) پاسخ منفی داده و یک مورد بدون پاسخ بود.

۵۶/۵٪ (۶۵ نفر) به این سؤال که "آیا در بستگان درجه ۱ خود فرد یا افراد چاق وجود دارند"، پاسخ مثبت داده بودند که وفور چاقی در مادران ۲۷/۸٪، در پدران و خواهران با ۱۳/۹٪ (به‌طور مساوی) و در برادران با ۹/۶٪ بود.

۴۴/۳٪ (۵۱ نفر) از نمونه‌ها (۵ مرد و ۴۶ زن) دوست داشتند که از آن‌چه هستند لاغرتر و ۲۳/۵٪ (۲۷ نفر) تمایل داشتند که از آن‌چه هستند چاق‌تر شوند (۱۰ زن و ۱۷ مرد).

در پاسخ به مشکلات ناشی از اضافه وزن، بیش‌ترین پاسخ ۲۸/۷٪ (۳۳ نفر) مربوط به مشکل در تهیه لباس دل‌خواه و سپس مربوط به مشکل در انجام کارهای روزمره (۱۱/۳٪، ۱۳ نفر) بوده است و ۲/۶٪ درصد از نمونه‌ها "مورد تمسخر قرار گرفتن" را ذکر کرده بودند.

هم‌چنین میانگین ($\pm$ انحراف معیار) نمایه توده بدنی $21/81 \pm 2/59$ با حداقل و حداکثر به ترتیب ۱۶/۸ و ۲۸/۴ کیلوگرم بر مترمربع بوده است. با توجه به معیار مورد استفاده برای طبقه‌بندی چاقی، ۷٪ (۸ نفر) از نمونه‌ها کم‌وزن و ۹۳٪ (۱۰۷ نفر) دارای وزن طبیعی قلمداد شده و هیچ‌یک از آن‌ها دچار اضافه وزن یا چاقی نبودند.

حداقل و حداکثر نمرات نگرش به ترتیب ۳۹ و ۸۹ امتیاز با میانگین ($\pm$ انحراف معیار) $71/68 \pm 11/72$ بود. جدول ۱ توزیع فراوانی نمونه‌های پژوهش را برحسب چگونگی نگرش نسبت به باورهای نادرست چاقی نشان می‌دهد.

جدول ۱. توزیع فراوانی دانش‌جویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سمنان برحسب چگونگی نگرش نسبت به باورهای نادرست چاقی (سال ۱۳۸۵)

نوع نگرش	تعداد	درصد
ضعیف (باور نادرست)	۱۶	۱۳/۹
متوسط	۳۱	۲۷
خوب (باور درست)	۶۸	۵۹/۱
جمع	۱۱۵	۱۰۰

جدول ۲. نگرش دانش‌جویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سمنان نسبت به باورهای نادرست چاقی به تفکیک متغیرهای مورد بررسی (سال ۱۳۸۵)

P value	خوب		متوسط		ضعیف		تعداد افراد	نوع نگرش
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		متغیرها
N.S	۴۵/۸	۱۱	۳۳/۴	۸	۲۰/۸	۵	۲۴	مذکر
	۶۲/۶	۵۷	۲۵/۳	۲۳	۱۲/۱	۱۱	۹۱	مؤنث
N.S	۴۵/۵	۱۰	۴۰/۹	۹	۱۳/۶	۳	۲۲	۱۸-۲۰
	۶۵/۲	۴۳	۲۴/۲	۱۶	۱۰/۶	۷	۶۶	۲۱-۲۳
	۸۰	۱۲	۱۳/۳	۲	۶/۷	۱	۱۵	۲۴-۲۵
	۲۵	۳	۳۳/۳	۴	۴۱/۷	۵	۱۲	>۲۵
N.S	۵۹/۱	۶۲	۲۵/۷	۲۷	۱۵/۲	۱۶	۱۰۵	مجرد
	۶۰	۶	۴۰	۴	۰	۰	۱۰	متاهل
N.S	۵۶/۵	۱۳	۳۴/۸	۸	۸/۷	۲	۲۳	دانشجوی چه سالی هستید؟
	۳۸/۹	۷	۴۴/۴	۸	۱۶/۷	۳	۱۸	سال اول
	۶۶/۷	۲۶	۲۳/۱	۹	۱۰/۲	۴	۳۹	سال دوم
	۶۲/۹	۲۲	۱۷/۱	۶	۲۰	۷	۳۵	سال سوم
N.S	۸۷/۵	۷	۰	۰	۱۲/۵	۱	۸	سال چهارم
	۵۷	۶۱	۲۹	۳۱	۱۴	۱۵	۱۰۷	نمایه توده بدنی
								کم وزن
								وزن طبیعی

هم‌چنین یافته‌های پژوهش نشان داد که ۴۵/۸٪ از مردان و ۶۲/۶٪ زنان، هم‌چنین ۵۹/۱٪ مجردها و ۶۰٪ متأهلین، نگرش درستی نسبت به باورهای نادرست چاقی داشتند. آزمون‌های آماری مجذور کای و ضریب هم‌بستگی اسپیرمن ارتباط معنی‌داری بین جنس، سن، نمایه توده بدنی، وضع تأهل، تعداد سال‌های گذرانده از تحصیل در دانشگاه و هم‌چنین نمایه توده بدنی با نوع نگرش نسبت به باورهای نادرست چاقی نشان نداد (جدول ۲)، اما ارتباط بین متغیر وزن و نوع نگرش ($P=0/01$) و نیز بین قد و نوع نگرش ($P=0/049$) معنی‌دار بود.

۸۹/۶٪ از نمونه‌های پژوهش به عبارت "همه افراد چاق در معرض خطر بیشتری برای بیماری قلبی - عروقی قرار دارند" و ۷۸/۳٪ به عبارت "مصرف نوشابه باعث چاقی کودکان می‌شود" و ۷۵/۶٪ به عبارت "افراد چاق در معرض خطر بیشتری برای تمام بیماری‌ها قرار دارند"، نگرش ضعیف (باور نادرست) داشتند و ۷۷/۴٪ به عبارت "در جایی که بیش‌تر افراد چاق هستند، چرا باید برای لاغر شدن تلاش کرد؟" و ۵۸/۲٪ به عبارت "استرس باعث چاقی نمی‌شود" و ۵۷/۴٪ به عبارت "هر کسی با افزایش سن چاق می‌شود"، نگرش خوب (باور نادرست) داشتند (جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

متأسفانه، نگرش منفی نسبت به چاقی در بین مردم و پرسنل بهداشتی - درمانی وجود داشته و در پاره‌ای موارد، مراقبت بهداشتی جاری برای چاقی براساس سوء تعابیر، باورهای نادرست و سوگیری استوار است، نه برپایه اطلاعات علمی. این نگرش‌های منفی باعث شده است تا اکثر افراد چاق از احترام به نفس پایینی برخوردار بوده، غالباً از خودشان متنفر بوده و دیرتر از افراد دارای وزن طبیعی برای دریافت خدمات پزشکی مراجعه کنند. تحقیقات متعدد نیز نشان داده‌اند که این عده مورد تبعیض‌های مختلفی حتی از جانب پرسنل بهداشتی - درمانی قرار می‌گیرند [۲].

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که اکثریت دانش‌جویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سمنان (۵۹/۱٪) نگرش خوبی نسبت به باورهای نادرست چاقی داشته‌اند (با باورهای نادرست چاقی مخالف بوده‌اند، جدول ۱)؛ که مخالف نتایج تحقیقات متعددی است که حاکی از وجود نگرش ضدچاقی در کل جامعه و گروه‌های خاص نظیر پرستاران، پزشکان و دانش‌جویان پزشکی است [۶] و نیز مخالف تحقیق روی ۳۱۸ پزشک خانواده است، که حکایت از میزان قابل توجهی از نگرش منفی یا کلیشه‌سازی نسبت به بیماران چاق بود [۱۸].

با وجودی که هیچ‌یک از نمونه‌های مورد بررسی، مطابق تقسیم‌بندی چاقی براساس نمایه توده بدنی، چاق نبودند؛ ولی ۴۴/۳٪ آن‌ها تمایل به لاغر شدن داشتند که موافق با تحقیق روی ۳۳۰۰ زن آمریکایی است که در آن ۷۵٪ زنان علی‌رغم این‌که در گروه افراد چاق قرار نمی‌گرفتند، خود را خیلی چاق احساس می‌کردند [۱]. نتایج تحقیقات دیگر حاکی است که زنان سفیدپوست بیش‌تر از سایرین بر ظاهر فیزیکی خود تمرکز می‌کنند ولی سیاه‌پوستان و مکزیکی تبارهای آمریکا، ضمن تصدیق خطرات چاقی، احساس نمی‌کردند که باید خود را با تعریف رسانه‌ها از بدن جذاب، جور کنند [۳].

هم‌چنین مشخص شد که بیش‌ترین مشکل اشاره شده در رابطه با وزن، مشکل در تهیه لباس دل‌خواه بوده است. در همین رابطه کارشناسان اظهار می‌دارند: در حالی که عده‌ای می‌خواهند وزن خود را برای بهبود ظاهرشان کم کنند، لباس‌های مد روز تن کنند، از خجالت خرید البسه سباز بزرگ‌تر دوری کنند و اعتماد به نفس خود را بالا ببرند؛ ممکن است انگیزه برخی دیگر از افراد، ارتقای سلامت جسمی و روانی باشد. افرادی که به خاطر سلامتی رژیم می‌گیرند، مسن‌تر بوده و از شیوه‌های سالم‌تری برای کاهش وزن (نظیر پیروی از رژیم متعادل‌تر و ورزش منظم) استفاده می‌کنند و معمولاً موفقیت بیش‌تری به دست می‌آورند [۳]. هم‌چنین اگر چه زنان، بیش‌تر از مردان از برنامه‌های درمان چاقی پیروی می‌کنند، اما دلیل آن احساس فقدان جذابیت است تا نگرانی در مورد وضع سلامتی [۱۲].

جدول ۳. توزیع فراوانی نمونه‌های مورد مطالعه برحسب میزان موافقت و مخالفت با گویه‌های سنجش نگرش نسبت به باورهای نادرست چاقی

نگرش	کاملاً موافق		موافق		نظری ندارم		مخالف		کاملاً مخالف		Miss	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱ افراد چاق، تنبل و تن‌پرور هستند.	۸	۷	۲۵	۲۱/۷	۱۷	۱۴/۸	۵۷	۴۹/۶	۷	۶/۱	۰	۰
۲ افراد چاق بیش‌تر از افراد غیرچاق غذا می‌خورند.	۸	۷	۴۶	۴۰	۱۲	۱۰/۴	۴۸	۴۱/۷	۱	۰/۹	۰	۰
۳ افراد چاق از لحاظ احساسی، آشفته‌تر از افراد غیرچاق هستند.	۷	۶/۱	۱۹	۱۶/۵	۲۹	۲۵/۲	۴۶	۴۰	۱۳	۱۱/۳	۱	۰/۹
۴ افراد چاق شکم‌پرست هستند.	۱۰	۸/۷	۲۰	۱۷/۴	۲۹	۲۵/۲	۴۶	۴۰	۹	۷/۸	۱	۰/۹
۵ چاقی یک بیماری است.	۲۴	۲۰/۹	۵۴	۴۷	۱۲	۱۰/۴	۱۸	۱۵/۷	۵	۴/۳	۲	۱/۷
۶ علت اولیه چاقی بیش از حد خوردن است.	۸	۷	۳۸	۳۳	۱۶	۱۳/۹	۴۲	۳۶/۵	۱۰	۸/۷	۱	۰/۹
۷ وزن و سایز بدن منحصراً در کنترل خود فرد است.	۱۰	۸/۷	۳۲	۲۷/۸	۱۷	۱۴/۸	۴۵	۳۹/۱	۷	۶/۱	۴	۳/۵
۸ هرکسی با افزایش سن چاق می‌شود.	۳	۲/۶	۲۵	۲۱/۷	۱۷	۱۴/۸	۴۸	۴۱/۷	۱۸	۱۵/۷	۴	۳/۵
۹ علت چاقی مردم، تنها فعالیت ناکافی و الگوی غذایی ناسالم است.	۲۰	۱۷/۴	۴۲	۳۶/۵	۱۳	۱۱/۳	۳۳	۲۸/۷	۷	۶/۱	۰	۰
۱۰ مصرف نوشابه باعث چاقی کودکان می‌شود.	۲۳	۲۰	۶۷	۵۸/۳	۱۷	۱۴/۸	۶	۵/۲	۲	۱/۷	۰	۰
۱۱ برای زنانی که بچه به دنیا می‌آورند، اضافه وزن پیداکردن، طبیعی است.	۱۷	۱۴/۸	۶۴	۵۵/۷	۱۷	۱۴/۸	۱۲	۱۰/۴	۴	۳/۵	۱	۰/۹
۱۲ افزایش وزن بانوان در طی زمان، بخشی از فرایند طبیعی سالمندی بوده و غیربهداشتی نیست.	۶	۵/۲	۲۶	۲۲/۶	۴۰	۳۴/۸	۳۷	۳۲/۲	۵	۴/۳	۱	۰/۹
۱۳ ترک سیگار باعث چاقی می‌شود.	۵	۴/۳	۲۰	۱۷/۴	۳۴	۲۹/۶	۳۶	۳۱/۳	۱۹	۱۶/۵	۱	۰/۹
۱۴ چربی بدن، غیربهداشتی است.	۲	۱/۷	۲۲	۱۹/۱	۳۶	۳۱/۳	۴۷	۴۰/۹	۷	۶/۱	۱	۰/۹
۱۵ با داشتن اضافه وزن نمی‌توان سالم بود.	۷	۶/۱	۴۴	۳۸/۳	۱۶	۱۳/۹	۴۳	۳۷/۴	۳	۲/۶	۲	۱/۷
۱۶ افراد چاق در معرض خطر بیش‌تری برای تمام بیماری‌ها قرار دارند.	۲۹	۲۵/۲	۵۸	۵۰/۴	۱۳	۱۱/۳	۱۱	۹/۶	۴	۳/۵	۰	۰
۱۷ چاقی امید به زندگی را کوتاه می‌کند.	۱۲	۱۰/۴	۵۳	۴۶/۱	۲۴	۲۰/۹	۲۵	۲۱/۷	۱	۰/۹	۰	۰
۱۸ حتی چاقی متوسط با افزایش بیماری و مرگ همراه است.	۷	۶/۱	۳۵	۳۰/۴	۲۹	۲۵/۲	۳۵	۳۰/۴	۹	۷/۸	۰	۰
۱۹ همه افراد چاق در معرض خطر بیش‌تری برای بیماری قلبی - عروقی قرار دارند.	۴۳	۳۷/۴	۶۰	۵۲/۲	۲	۱/۷	۶	۵/۲	۲	۱/۷	۲	۱/۷
۲۰ چاقی باعث اپیدمیک شدن دیابت شده است.	۱۷	۱۴/۸	۵۰	۴۳/۵	۲۰	۱۷/۴	۱۴	۱۲/۲	۱۱	۹/۶	۳	۲/۶
۲۱ استئوآرتریت ناشی از چاقی، در اثر افزایش وزن زیاد در مدت کوتاه ایجاد می‌شود.	۹	۷/۸	۲۰	۱۷/۴	۴۳	۳۷/۴	۳۰	۲۶/۱	۱۳	۱۱/۳	۰	۰
۲۲ درمان طولانی‌مدت چاقی از طریق رژیم غذایی موفقیت‌آمیز است.	۱۵	۱۳	۵۴	۴۷	۶	۵/۲	۲۵	۲۱/۷	۱۳	۱۱/۳	۲	۱/۷
۲۳ در جایی که بیش‌تر افراد چاق هستند، چرا باید برای لاغر شدن تلاش کرد؟	۱۰	۸/۷	۱۰	۸/۷	۲	۱/۷	۵۳	۴۶/۱	۳۶	۳۱/۳	۴	۳/۵
۲۴ داشتن چند کیلو اضافه وزن، بر میزان عشق و علاقه مردان به همسرانشان تأثیری ندارد.	۱۲	۱۰/۴	۲۵	۲۱/۷	۳۶	۳۱/۳	۲۲	۱۹/۱	۱۸	۱۵/۷	۲	۱/۷
۲۵ استرس باعث چاقی نمی‌شود.	۱۳	۱۱/۳	۱۲	۱۰/۴	۲۲	۱۹/۱	۳۸	۳۳	۲۹	۲۵/۲	۱	۰/۹

بین داشتن فرد چاق در افراد درجه اول خانواده و نگرش منفی، ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت، که این یافته مخالف نتایج تحقیق دیگری است که نشان داد، افراد دارای سابقه مثبت خانوادگی چاقی، نمرات نگرش ضدچاقی پایین‌تری داشتند [۱۹]. به نظر می‌رسد که دیدگاه نسل جدید نسبت به اندام خود، بیش‌تر از طریق برنامه‌های تلویزیونی و ماهواره‌ها شکل می‌گیرد و به همین خاطر حتی اگر اطرافیان آن‌ها چاق بوده و زندگی سالمی داشته باشند، تمایل به لاغرتر شدن در این گروه به وضوح مشاهده می‌شود. چرا که آن‌ها دوست دارند تا خود را مطابق با این برنامه‌ها جور نمایند.

از گذشته چاقی مترادف با تنبلی معرفی می‌شده است. نتایج این تحقیق نیز نشان داد که ۲۸/۷٪ از نمونه‌های پژوهش با این گزینه که "افراد چاق، تنبل و تن‌پرور هستند"، بسیار موافق و یا موافق بوده‌اند که مطابق با مطالعه انجام شده روی ۳۱۸ پزشک خانواده است، که نشان داد ۳۹٪ آن‌ها بیماران چاق را تنبل قلمداد می‌کنند [۱۸] و همچنین موافق با نتایج بررسی روی عده‌ای از پرستاران است که نشان داد ۲۲٪ آن‌ها افراد چاق را تنبل می‌دانند [۱۷].

آزمون آماری مجذورکای ارتباط آماری معنی‌داری بین متغیر وزن و نوع نگرش دانشجویان پرستاری ($P=0/01$) نشان داد که موافق با مطالعه شوارتز و همکارانش بود که نشان داد بین وزن بدن نمونه‌های پژوهش و میزان سوگیری آن‌ها نسبت به چاقی رابطه عکس وجود دارد. یعنی احتمال بیش‌تری وجود دارد که افراد لاغرتر، صفات منفی نظیر بدی و تنبلی را با افراد چاق مرتبط بدانند و افراد لاغر را به افراد چاق ترجیح دهند و به‌طور مثال ۴۶٪ از آن‌ها اشاره کرده بودند که حاضرند ۱ سال از زندگی خود را بدهند، ولی چاق نباشند [۵] و مخالف با تحقیق لاتر و استون کارد و ویلسون است که نشان داد بین نگرش منفی نسبت به افراد چاق و وزن افراد ارتباط معنی‌داری وجود ندارد [۲۰].

هم‌چنین بین متغیر قد و نوع نگرش ($P=0/049$) رابطه معنی‌دار مشاهده شد. به گفته گولدمن و هاج اندازه بدن جنبه مهمی از ظاهر ما محسوب شده و قد افراد ارتباط مثبتی با وضع

اقتصادی - اجتماعی آن‌ها دارد. جامعه، بلندتر بودن قد را به عنوان یک ارزش تلقی کرده و افراد قد بلند از تصویر ذهنی و احترام به نفس بالاتری برخوردارند که بر نگرش آن‌ها نسبت به افراد فاقد این صفت تأثیر می‌گذارد [۱۱].

در این تحقیق بین جنس و نگرش نمونه‌ها رابطه معنی‌دار آماری وجود نداشت، که این یافته مخالف تحقیق دیگری است که نشان داد جنس مؤنث یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های فردی مرتبط با نگرش منفی نسبت به افراد چاق می‌باشد [۱۹].

هم‌چنین بین سن افراد و نگرش آن‌ها ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت، که مخالف نتایج تحقیق لاتر و همکارانش است که نشان داد نگرش بالغین چاق یا دارای اضافه وزن به دلیل احترام به نفس پایین‌تر، نسبت به چاقی منفی‌تر از بالغین دارای وزن طبیعی بوده؛ ولی در مجموع بالغین در مقایسه با کودکان، نگرش مثبت‌تری نسبت به چاقی داشتند [۲۰].

بررسی فراوانی پاسخ به گویه‌های سنجش نگرش براساس جنس نشان داد که بیش‌ترین نگرش ضعیف در هر دو جنس مربوط به عبارت "افراد چاق در معرض خطر بیش‌تری برای بیماری قلبی - عروقی قرار دارند" بوده است. به نظر می‌رسد این باور نادرست که "افراد چاق در معرض خطر بیش‌تری برای بیماری قلبی - عروقی قرار دارند"، یکی از ریشه‌دارترین باورهای تحریف شده در رابطه با چاقی باشد. با این وجود مطابق نتایج مطالعه استاندارد مورد - شاهدی که اخیراً در مجله لانست به چاپ رسیده، استفاده از نسبت کمر به باسن برای پیش‌گویی انفارکتوس میوکارد، از BMI بهتر است. در این تحقیق، محققان پس از معاینه ۲۷۰۹۸ شرکت‌کننده در ۵۲ کشور دریافتند که صرف‌نظر از نژاد، احتمال سکته قلبی مردان و زنان به‌طور پیش‌رونده‌ای با افزایش نسبت کمر به باسن، بالا می‌رود. به عبارت دیگر، در افرادی که دچار سکته قلبی شده‌اند، BMI نسبت به افراد سالم تنها مختصری بالاتر بوده است. بنابراین محققان تعریف مجدد چاقی براساس نسبت کمر به باسن را به جای BMI، پیشنهاد کرده‌اند [۳] و نسبت دور کمر به باسن را بهترین شاخص توزیع چربی در بدن می‌دانند [۱۰].

- [3] Daniels J. Obesity: America's epidemic. *Am J Nurs*, 2006; 106(1):40-9.
- [4] Rogge MM, Greenwald M, Golden A. Obesity, stigma, and civilized oppression. *ANS Adv Nurs Sci*, 2004; 27(4):301-15.
- [5] Schwartz MB, Vartanian LR, Nosek BA, Brownell KD. The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity (Silver Spring)*, 2006; 14(3):440-7.
- [6] Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body image*, 2004; 1(1):43-56.
- [7] Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res*, 2001; 9(12):788-805.
- [8] Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Zelli A, Ashmore JA, Musante GJ. Weight stigmatization and ideological beliefs: relation to psychological functioning in obese adults. *Obes Res*, 2005; 13(5):907-16.
- [9] Chung WK, Leibel RL. Molecular physiology of syndromic obesities in humans. *Trends Endocrinol Metab*, 2005; 16(6):267-72.
- [10] Lean MEJ. *Obesity: A Clinical Issue*. London: Science Press, 1996.
- [11] Goldman MB, Hatch MC, eds. *Women and Health*. San Diego: Academic Press, 2000.
- [12] Stanhope M, Lancaster J. *Community and public health nursing*. 5th ed. St Louis: C.V. Mosby Co, 2000.
- [13] Wright J. Female nurses' perceptions of acceptable female body size: an exploratory study. *J Clin Nurs*, 1998; 7(4):307-15.
- [14] Melcher J, Boswick GJ. The obese client: Myths, facts, assessment, and intervention. *Health Social Work*, 1998; 23(3):195-202.
- [15] Kaminsky J, Gadaleta D. A study of discrimination within the medical community as viewed by obese patients. *Obes Surg*, 2002; 12(1):14-8.
- [16] Boylan LM, Rutherford-Black C. Prevalence of obesity bias. *J Am Dietetic Assoc*, 1996; 96(Suppl 1):A84.
- [17] Maroney D, Golub S. Nurses' attitudes toward obese persons and certain ethnic groups. *Percept Mot Skills*, 1992; 75:387-91.
- [18] Price JH, Desmond SM, Krol RA, Snyder FF, O'Connell JK. Family practice physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding obesity. *Am J Prev Med*, 1987; 3(6):339-45.
- [19] Chambliss HO, Finley CE, Blair SN. Attitudes toward obese individuals among exercise science students. *Med Sci Sports Exerc*, 2004; 36(3):468-74.
- [20] Latner JD, Stunkard AJ, Wilson GT. Stigmatized students: age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obes Res*, 2005; 13(7):1226-31.

۷۵/۶٪ دانش‌جویان پرستاری به عبارت "افراد چاق در معرض خطر بیش‌تری برای تمام بیماری‌ها قرار دارند"، نگرش ضعیف (قبول باورهای نادرست) داشتند که موافق تحقیق روی ۳۵۶ دانش‌جوی دانشگاهی است که نشان داد چاقی تا حد زیادی با ناتوانی‌های جسمی کلیشه‌سازی می‌شود [۲۰].

نتیجه‌گیری.

باورهای نادرست و سوگیری ضدچاقی در اکثریت نمونه‌ها وجود داشته و نیاز به آموزش بیش‌تر در مورد ماهیت چاقی، علل آن و رفع باورهای نادرست نسبت به این پدیده و این افراد وجود دارد.

تشکر و قدردانی

پژوهش‌گران مراتب قدردانی و سپاس خود را از جناب آقای دکتر راهب قربانی استاد محترم آمار، داوران محترم مقاله و کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش ابراز می‌دارند.

منابع

- [1] Magliocca KR, Jabero MF, Alto DL, Magliocca JF. Knowledge, beliefs, and attitudes of dental and dental hygiene students toward obesity. *J Dent Educ*, 2005; 69(12):1332-9.
- [2] Geissler C, Powers H, eds. *Human Nutrition*. 11th ed. London: Elsevier Churchill Livingstone, 2005. p. 379-99.