

Hidden Trauma in Overweight Women

Nahid Hossein Abbasi ^{1,*}, Neda Mehrdad ², Alireza Nikbakht Nasrabadi ³

¹ Assistant Professor, Department of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran

² Associate Professor, Endocrinology and Metabolism Research Center, Endocrinology and Metabolism Clinical Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Professor, Department of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Nahid Hossein Abbasi, Assistant Professor, Department of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran. E-mail: nahid.habbasi@gmail.com

Received: 04 Apr 2016

Accepted: 15 Aug 2016

Abstract

Introduction: Excess weight is a major risk factor for a number of chronic diseases, including diabetes, cardiovascular diseases and cancer. Once considered a problem only in developed countries, excess weight is now dramatically rising in developing countries. While most of the studies conducted on excess weight have concentrated on issues related to why people gain weight, there is little knowledge about what overweight people really experience in their daily lives. The aim of this study was to create an understanding of the real experience of obesity in women.

Methods: In this qualitative study conducted using interpretive phenomenological approach, 12 overweight women were purposefully selected. Data were collected during individual, semi-structured and deep interviews. The recorded interviews were transcribed and analyzed by the Van Manen (2006) approach.

Results: Life experiences of excess weight in women were summarized by a main theme: "The Hidden Trauma" and subthemes including: "offended of speaking", "finger of accusation to weight" and "unequal opportunities".

Conclusions: Findings of this study showed that most of the participants experienced negative feedbacks during their interactions with the society. The achievement of the present study was the fact that if overweight women experience negative feedbacks due to their weights in the society, especially through family members and health care providers, its negative outcomes prevents them from receiving health care services or participating in the society and also will cause lack of effective communication in the family. All the above factors have negative impacts on women's health and consequently on families and the society. The way we interact with and give feedback towards these people is really important.

Keywords: Lived Experience, Excess Weight, Women, Hidden Trauma, Hermeneutics Phenomenology

آسیب پنهان در زنان دارای افزایش وزن

ناهید حسین عباسی^{۱*}، ندا مهرداد^۲، علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۳

^۱ استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران
^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۳ استاد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: ناهید حسین عباسی، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران. ایمیل: nahid.habbasi@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۵/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۱/۱۶

چکیده

مقدمه: افزایش وزن به عنوان عامل خطر در بروز بیماریهای مزمن مانند دیابت، بیماریهای قلبی عروقی و سرطان محسوب می شود. زمانی افزایش وزن مشکل کشورهای توسعه یافته بود، ولی امروزه بطور شگرفی در کشورهای در حال توسعه نیز دیده می شود. در حالی که تمرکز و توجه بیشتر مطالعات انجام شده در زمینه افزایش وزن به این مسئله بوده که چرا افراد چاق می شوند، اطلاعات اندکی از تجارب روزانه این افراد در دسترس است. هدف این مطالعه درک تجارب زیسته با افزایش وزن در زنان بود.

روش کار: در این مطالعه کیفی که با استفاده از رویکرد پدید شناسی تفسیری انجام شد، دوازده زن دارای افزایش وزن به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. گردآوری داده ها طی مصاحبه فردی نیمه ساختارمند و عمیق انجام شد. متن مصاحبه ها ضبط گردید و پس از پیاده سازی با رویکرد ون مانن (۲۰۰۶) مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: تجارب زیسته زنان با افزایش وزن در قالب درون مایه اصلی "آسیب پنهان" و زیر درون مایه های، آزدگی از کلام، فرصت های نابرابر و انگشت اتهام به وزن مشخص گردید.

نتیجه گیری: یافته ها بیانگر آن بودند که بیشتر زنان دارای افزایش وزن در هنگام تعامل با دنیای اجتماعی، مورد بازخورد منفی قرار می گرفتند. دست آورد مطالعه حاضر این بود که اگر زنان دارای افزایش وزن به دلیل وزنشان مورد بازخورد منفی در جامعه قرار گیرند به ویژه توسط خانواده و مراقبین سلامت، آسیب های ناشی از آن موجب عدم پذیرش خدمات مراقبت سلامت و حضور در اجتماع و حتی عدم برخورداری از ارتباط اثر بخش در خانواده توسط زنان شده که تمامی عوامل فوق اثرات نامطلوبی بر سلامت آنان و در نهایت سلامت خانواده و جامعه خواهد گذاشت. بنابر این چگونگی روش تعامل و بازخورد دادن به این افراد بسیار مهم است.

واژگان کلیدی: تجربه زیسته، افزایش وزن، زنان، آسیب پنهان، پدید شناسی تفسیری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

مغزی، بیماری های کیسه صفرا و پوکی استخوان، آسم و مشکلات تنفسی و ابتلا به انواعی از سرطانها (سرطان آندومتر و پستان در زنان) شده و می تواند همراه با سایر مشکلات از جمله خفگی در خواب، نامنظمی عادات ماهیانه، پرمویی، بی اختیاری ادرار، آرتروز و افزایش خطر جراحی نیز باشد (۱، ۴). نتایج بیشتر مطالعات بیانگر آن است که مشکلات ناشی از چاقی بسیار پیچیده بوده و فقط به مشکلات جسمی محدود نمی شود بلکه با عوارض روانشناختی مانند تصور منفی نسبت به خود، افسردگی، اضطراب، کاهش اعتماد به نفس، احساس تبعیض و عدم رضایت از زندگی همراه است (۵، ۶). طیف احساسات مثبت و منفی در زمینه زندگی با چاقی در فرهنگ، قومیت و کشور های مختلف، متفاوت بوده و متفاوت ابراز می شود. از جمله آنکه در کشورهای خاور

چاقی (Obesity) یکی از معضلات فزاینده جامعه کنونی و تهدید کننده وضعیت سلامت در سراسر جهان می باشد. عوارض جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از چاقی، آن را به عنوان یکی از پیچیده ترین مشکلات سلامتی عصر حاضر تبدیل کرده است و شمار افراد چاق در جهان، همچنان رو به تزاید است. پدیده چاقی، تمام نژادها و گروه های سنی و جنسی را تحت تأثیر قرار می دهد (۱). در ایران نیز به دلیل تغییر در شیوه زندگی و الگوی تغذیه ای، شیوع چاقی در دهه اخیر افزایش آشکار داشته است (۲، ۳). چاقی با ناتوانی، کاهش کیفیت زندگی، و مرگ و میر در ارتباط است و پنجمین خطر اصلی مرگ و میر نیز محسوب می شود. همچنین موجب ایجاد طیف وسیعی از بیماری های سیستمیک مزمن از جمله دیابت، بیماری قلبی، سکنه

میان، شمال آفریقا و جنوب آسیا چاقی تجربه منفی نبوده و حتی ثروت و گنجینه‌ای برای فرد تلقی می‌گردد. هم چنین در گذشته، چاقی نشانه سلامتی، رفاه و موفقیت تلقی می‌گردید که البته این نگرش هنوز در برخی فرهنگ‌های امروزی هم به چشم می‌خورد و افرادی وجود دارند که به ویژه از جنبه زیبایی، به چاقی اهمیت می‌دهند (۷-۹). با وجود تجارب متفاوت از چاقی در میان افراد، از بعد جنسیت، چاقی برای زنان اهمیت خاصی دارد. بطوری که برخورداری از احساس شادی، جذابیت و اجتماعی بودن در زنان با وزن طبیعی در مقایسه با زنان چاق بیشتر گزارش شده است (۱۰-۱۲). از طرفی دیگر زندگی در جامعه‌ای که برای لاغر بودن ارزش می‌گذارد، ممکن است افراد چاق به ویژه زنان را با چالش‌هایی در زندگی روبرو سازد و در نهایت سلامت جامعه را به خطر اندازد (۱۳)، چرا که سلامت جامعه به سلامت زنان پیوند می‌خورد و برای اینکه جوامع بتوانند به منظور پیشبرد پیامدهای سلامت یک راهبرد جهانی تعیین نمایند، توجه و حساسیت به سلامت زنان امری حیاتی است (۱۴). با توجه به فزونی شمار افراد دارای وزن بالا و عدم کفایت اثر بخشی برنامه‌های مدیریت چاقی برای آنها، لذا توجه به نیازهای فردی این افراد مهم می‌باشد و مراقبین سلامت بایستی با توجه به نیازهای مدجوبان دارای افزایش وزن، مراقبت‌های خود را ارائه نمایند (۱۵). به بیان دیگر برای درک کامل ابعاد و نیازهای زنان دارای افزایش وزن به ویژه بهبود کیفیت زندگی این گروه از مدجوبان، بایستی از منظر دیدگاه آنان به نیازهایشان توجه نشان داد. بر اساس شواهد بدست آمده دنیای زنان دارای افزایش وزن و تجارب آنان در زندگی روزمره، به طور کامل شناخته نشده و یا دانش کافی در این مورد در متون سلامت و پرستاری وجود ندارد و در این میان ارائه خدمات ایمن و با کیفیت به زنان و فراهم سازی یک زندگی شاد در جامعه برای آنان از ضروریات اساسی به شمار می‌آید (۱۶، ۱۷). لذا این مطالعه با هدف درک تجارب زیسته زنان دارای افزایش وزن صورت گرفته است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع کیفی و رویکرد مورد استفاده در این مطالعه پدیده شناسی تفسیری است که با راهبرد Van Manen برای کشف معنی زندگی با افزایش وزن در زنان صورت گرفته است. Van Manen پدیده شناسی را مناسب‌ترین روش برای کشف پدیده مورد نظر می‌داند و آن را به عنوان پاسخ در باره چستی تجارب زیسته افراد در دنیا می‌شناسد (۱۸). وی همچنین تحقیق پدیده شناسی را بعنوان یک فعل و انفعال متقابل و پویا میان ۶ گام تحقیقی مورد بحث قرار می‌دهد (۱۹). به زعم Van Manen اولین گام در مطالعه یک پدیده، مستلزم توجه نشان دادن به طبیعت تجربه زنده آن پدیده است. در راستای روی آوردن به تجارب زنان دارای افزایش وزن، پژوهشگر به عنوان شخصی که درگیر موقعیت‌های زنان دارای افزایش وزن بوده و با آگاهی از اهمیت نقش زنان در سلامت خانواده و جامعه، علاقمند به شناخت تجارب زیسته زنان دارای افزایش وزن شد. به اعتقاد Strubert و Carpenter پدیدار شناسان توانایی دیدن دنیا را به صورت عینی رد می‌کنند زیرا باور دارند که افکار پژوهشگر همیشه فعال است و نمی‌تواند غیرفعال باشد (۱۸). گام دوم کاوش در تجارب زیسته شرکت کنندگان با انتخاب شرکت کنندگان مطلع است. به باور Van Manen در

انتخاب افراد مورد نظر باید به این مسئله توجه داشت که کدامیک از افراد بهتر می‌توانند تجارب خود را در قالب داستان و یا حکایت بیان کنند؟ و چه کسانی تجارب غنی در مورد پدیده مورد نظر را دارند؟ (۲۰). شرکت کنندگان این مطالعه شامل ۱۲ زن ۱۸ سال به بالا و با BMI ۳۰ و بالای آن بودند، که از سطوح مختلف اجتماعی فرهنگی انتخاب شده (سنی، تحصیلی، شغلی، وضعیت تأهل، قومیتی و تنوع BMI) و به روش نمونه گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. تعدادی از شرکت کنندگان نیز به روش گلوله برفی بر اساس معرفی شرکت کنندگان قبلی وارد مطالعه شدند. هر یک از افراد شرکت کننده در این پژوهش دارای شرایط زیر بودند: زنانی که BMI ۳۰ و بالای آن را داشته باشند، زنانی که علاقه مند و توانا به بیان تجارب زیسته با افزایش وزن باشند و زنانی که از مهارت‌های ارتباطی اثربخش برخوردار بوده و قادر به اشتراک گذاشتن تجارب زیسته با افزایش وزن را داشته باشند. روش گرد آوری داده‌ها در این مطالعه مصاحبه بود. مصاحبه‌ها انفرادی و از نوع نیمه ساختاریافته بود که با پرسش باز درمورد "چستی پدیده زندگی با افزایش وزن" آغاز شد. به زعم Van Manen، همیشه مکان مصاحبه‌ها در محل رسمی مانند بیمارستان یا محل کار نباید باشد بلکه می‌تواند به محیط‌های غیررسمی نیز مبدل شود (۲۰). بر این مبنا، سعی شد مصاحبه‌ها، در محیطی صمیمی و جای راحت توأم با نوشیدن چای، خوردن آجیل و میان وعده باشد تا شرکت کنندگان و پژوهشگر علاوه بر برخورداری از احساس آرامش، فرصت زیادی برای بیان تجارب توسط شرکت کنندگان نیز باشد. برای گوش دادن عمیق به صحبت‌های شرکت کنندگان از دو دستگاه Recorder و یادداشت برداری (خصوصاً برای پیام‌های غیر کلامی مانند سکوت و خنده) با اجازه فرد استفاده شد. مدت هر مصاحبه بسته به شرایط شرکت کننده از ۳۰ دقیقه تا ۶۲ دقیقه متغییر بود. در ۳ مورد از مصاحبه‌ها، برای بالا بردن صحت کار، از بازبینی متن‌ها و تفاسیر توسط شرکت کنندگان و انجام مصاحبه‌های تکمیلی به منظور بیان بهتر جزئیات تجارب زیسته با افزایش وزن استفاده گردید. ۲ نفر از شرکت کنندگان شرح تجارب خود را به صورت دست نوشته (علاوه بر مصاحبه) نیز تحویل دادند. در انتهای مصاحبه‌ها با اهدای هدایایی از شرکت کنندگان قدردانی شد.

گام سوم تأمل و اندیشه بر درون مایه‌های ذاتی توصیف کننده پدیده می‌باشد. پژوهشگر در این مرحله با استفاده از تحلیل درون مایه‌ای Van Manen به تعیین درون مایه اصلی پدیده زندگی با افزایش وزن پرداخت. Van Manen برای جداکردن جملات درون مایه‌ای از یک متن سه رویکرد کل نگر، رویکرد انتخابی و رویکرد خط به خط را پیشنهاد کرده است (۱۹). در این پژوهش از رویکرد کل نگر و انتخابی برای جداکردن جملات درون مایه‌ای استفاده شد. در رویکرد کل نگر، پژوهشگر سعی کرد تا یک برداشت کلی از تجارب زیسته شرکت کنندگان را بدست آورد. بدین ترتیب که ابتدا متن هر مصاحبه پس از تبدیل کردن به متن، به عنوان یک کل مورد توجه قرار گرفت و این سؤال مطرح می‌شد که درکل متن چه می‌گوید؟ سپس معنی بنیادی متن در یک یا چند پارگراف توصیف شد. در رویکرد انتخابی پس از آنکه متن مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر چندین بار همزمان باگوش دادن به صدای شرکت کنندگان خوانده شد، جملات یا عباراتی که بنظر می‌رسید مربوط به توصیف پدیده زندگی با افزایش وزن باشد با خط کشیدن زیر آنها و یا پر رنگ نمودن آنها انتخاب می‌شدند. گام چهارم

رضایت نامه آگاهانه شفاهی و کتبی را از آنان دریافت نمود و به شرکت کنندگان در مورد محرمانه ماندن مصاحبه‌ها نیز اطمینان داد.

یافته‌ها

درون مایه اصلی "آسیب پنهان" که از داده‌های این مطالعه ظهور یافت پیرامون تجربه زندگی با افزایش وزن و براساس هدف مطالعه یعنی درک معنای زندگی با افزایش وزن در زنان بود. در این درون مایه ۳ زیر درون مایه: آزرده‌گی از کلام، انگشت اتهام به وزن و فرصت‌های نابرابر وجود دارد. آسیب پنهان بخشی از معنای داده شده به زندگی با افزایش وزن از سوی شرکت کنندگان بود و شرکت کنندگان آن را از نکات بارز تجربه زندگی با افزایش وزن ذکر کردند. زندگی در دنیای اجتماعی چالش‌های زیادی برای زنان بدنبال داشت. اظهارات شرکت کنندگان بیانگر وجود نگرش منفی نسبت به چاقی در اجتماع است که می‌تواند باعث آسیب و تهدید سلامتی در آنان گردد.

آزرده‌گی از کلام

کنترل نکردن زبان پیامدهای بسیار مخربی در زندگی دارد که در پاره‌ای از موارد جبران آن امکان پذیر نخواهد بود. در مطالعه حاضر، نیش و کنایه‌های دیگران به طور مستقیم و غیر مستقیم سلامت روان زنان را تحت تأثیر قرار می‌داد. به گونه‌ای که بشدت ناراحت و آزرده می‌گشتند. برخی از شرکت کنندگان، از آزرده‌گی کلام در عرصه‌های مختلف جامعه صحبت می‌کردند. شرکت کننده شماره (۷) در هنگام خرید لباس، شکایت خود را چنین عنوان کرد:

"مثلاً می‌خوام لباس بخرم می‌گن خانم سایز شما نداریم خیلی ناراحت می‌شم (تأکید) چون من هنوز اصلاً من نگفتم برا کی می‌خوام، یا اینکه مثلاً آدرس بپرسم مثلاً می‌گن سایز شما رو نداریم این خیلی منو ناراحت می‌کنه."

یا همین شرکت کننده برای تمديد گواهی نامه خود گفت:

"وقتی رفتم برای راهنمایی رانندگی گفت که شما باید آزمایشات کامل بدید، شما از لحاظ چاقی صلاحیت اینو ندارید که مثلاً من برات تأیید کنم."

گستره تجربه آزرده‌گی از کلام در هنگام استفاده از وسایل عمومی نیز در شرکت کنندگان به کرات بیان شد. شرکت کننده شماره (۸) در هنگام استفاده از صندلی تاکسی اینگونه تجربه خود را توصیف نمود:

"یا مثلاً یه دفعه می‌بینی یه صندلی شکسته بعد مثلاً اعتراض می‌کنی این صندلی شکسته، می‌گن نه بابا تو خودت الان شکوندیش."

مسئله انزوای اجتماعی به دنبال آزرده‌گی از کلام در زنان جوانتر پژوهش حاضر بارزتر بود و نشان از حساسیت این افراد از حضور در اجتماع داشت. در این مورد شرکت کننده جوان شماره (۱) گفت:

"دوست ندارم برم بیرون، آگه دانشگاه نداشته باشم تو خونه خودمو سرگرم می‌کنم با کتابم، حتی توخونه ترجیح می‌دم که تنها در اتاقم باشم"

شرکت کننده شماره (۱۲) تجربه آزرده‌گی از کلام را، اینگونه توصیف نمود:

"من چاقی رو نمی‌بینم برا خودم یه چیزی نیست که توجه کنم مگر اینکه بهم بگن، محاله در روز کسی چیزی بم نگه."

هر چند خانواده به عنوان مکانی امن، نقش بسزایی در سلامت افراد خانواده دارد، با این وجود برخی از زنان از آزرده‌گی کلام توسط خانواده خود صحبت کردند. شرکت کننده شماره (۶) در این باره گفت:

توصیف پدیده از طریق هنر نوشتن و بازنویسی می‌باشد. Van Manen به اهمیت نوشتن حکایات دنیای زنده افراد تأکید می‌کند، به گونه‌ای که متن نوشته شده در باره داستان زندگی شرکت کنندگان در معرض قضاوت خواننده قرار گیرد (۱۹). نگارش همزمان با گوش دادن به فایل صوتی شرکت کنندگان منجر شد که شناخت پژوهشگر را نسبت به تجارب زنان درای افزایش وزن عمیق‌تر سازد. سپس با تاملی که بر متن مصاحبه‌ها صورت گرفت، به همراه تفسیر و درک پژوهشگر از تجارب زنان، هنر نوشتن ادامه یافت به گونه‌ای که پژوهشگر با یادداشت‌های حین کار و مربوط به روش کار، واحدهای معنا دار مناسب را برای عبارات و متن نگاشت.

گام پنجم حفظ رابطه قوی و معطوف به پدیده مورد مطالعه می‌باشد. برای معطوف بودن متن خلق شده به پدیده زندگی با افزایش وزن، پژوهشگر تمام تلاش خود را در ایجاد و استمرار یک ارتباط اثربخش به منظور جلب اعتماد شرکت کنندگان بکار بست و با ورود به دنیای زندگی آنان از طریق انجام مصاحبه‌های عمیق و با در نظر گرفتن سؤال اصلی پژوهش سعی می‌نمود تا ارتباط قوی و جهت دار با پدیده زندگی با افزایش وزن را حفظ نماید. گام آخر ایجاد توازن در بافت پژوهش به وسیله ارتباط اجزا و کل می‌باشد. با توجه به استفاده از روش شناسی Van Manen درخصوص هدایت پژوهش حاضر، پژوهشگر با بازگشت به عقب در طول پژوهش، مراحل انجام پژوهش را واری می‌کرد و سعی بر این بود که ارتباط و انسجام میان اجزا و کل (منظور از کل تصویری در مورد دنیای زندگی زنان با افزایش وزن و جزئی، مراحل مختلف انجام پژوهش) را حفظ نماید.

در پژوهش حاضر صحت داده‌های مطالعه از طریق چهار معیار اعتماد پذیری، اعتبارپذیری، انتقال پذیری و تاییدپذیری Guba و Lincoln مورد بررسی قرار گرفت (۲۱). برای اعتماد پذیری داده‌ها در این مطالعه، پژوهشگر ضمن آگاهی از روند تحقیق و شرح مبسوط زمینه پژوهش، اجازه می‌داد تجارب و تفاسیر شرکت کنندگان روند تحقیق را هدایت کند تا یافته‌ها بر آمده از معنای زندگی با افزایش وزن در زنان باشد. در ادامه روند پژوهش، یافته‌های مطالعه با استفاده از نظرات اساتید و داوران مورد بررسی، مشورت و اصلاح قرار می‌گرفت. پژوهشگر از طرق مختلف مانند اختصاص دادن زمان کافی برای جمع آوری داده‌ها و برگرداندن نتایج به شرکت کنندگان و تأیید اینکه درون مایه‌های استخراج شده از متن مصاحبه، انعکاس دهنده منظور آنها از بیان جملات مذکور می‌باشد، اعتبارپذیری داده‌ها را افزایش داد. در پژوهش حاضر، پژوهشگر سعی کرد تا با انتخاب یک نمونه هدفمند از زنان دارای افزایش وزن این اجازه را برای انتقال آسان به نمونه‌های دیگر همو آرزو سازد. ازطرفی پژوهشگر با ارائه شرح مبسوط سعی نمود که زمینه را برای قضاوت و ارزیابی خواننده فراهم آورد برای اطمینان از قابلیت تأیید داده‌ها در این مطالعه، کلیه داده‌ها و درون مایه‌های بحث شده با اساتید و ناظران در فرآیند تحقیق مرور شد تا تأثیر ادراکات پژوهشگر به حداقل برسد. هم چنین پژوهشگر با حفظ مستندات مربوط به مراحل مختلف پژوهش سعی در تضمین قابلیت تأیید این پژوهش نموده است. این پژوهش بخشی از پایان نامه دکتری پرستاری بوده که پس از تأیید در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران، پژوهشگر ضمن ارائه معرفی نامه به واحدهای مربوط اجازه انجام پژوهش را از شرکت کنندگان اخذ نمود. پژوهشگر ضمن معرفی خود به شرکت کنندگان،

"به بار رفته دکتر برا پا دردم، متخصص هم بود هنوز صحبت نکردم، گفت خانم اول بت بگم هر بیماری که داری مال اضافه وزنته، حالا بگو بیماریت چیه؟"

گستره تجربه انگشت اتهام به وزن در محیط آموزشی نیز گریبانگیر زنان بود. برخی از شرکت کنندگان در محیط آموزشی از ربط دادن وزن آنها به عدم موفقیت تحصیلیشان توسط مسئولین آموزشی به ستوه آمده بودند. شرکت کننده شماره (۲) تجربه خود را چنین عنوان نمود: "مثلاً ترم پیش به خاطر مشکلی که داشتیم، نمراتم خوب نشد. بعد شنیدم که فلان کس گفت: کلاً این دختره چاق نفهمه، این خیلی برا من سنگین بوده و واقعاً ناراحتم از این حرف که به من زده، اینا ربطی به هم ندارند."

شرکت کننده شماره (۱) با لحنی تند از ربط دادن، رویدادها و حوادث به وزن سخن گفت:

"یا داری راه میری می خوری زمین این همه دلیل، یا پاش می شکنه همه اینو می گن چون وزنت زیاده، مثلاً همه اینو به خاطر یک حادثه در نظر نمی گیرند."

فرصت های نابرابر

برابری فرصت ها نوعی نگاه انسانگرایانه و عدالت خواهانه را با خود به همراه دارد که به عنوان یک شاخص توسعه یافته و در واقع یک ارزش محسوب می شود. با این حال شرکت کنندگان در مطالعه حاضر از وجود انواع فرصت های نابرابر برای افراد چاق در جامعه شکایت داشتند. تهیه، یافتن و پوشش لباس مناسب، در تمامی زنان به عنوان اولین مشکل در این راستا عنوان شد. در این مورد شرکت کننده شماره (۵) محدودیت در پوشش لباس را به عنوان دغدغه اساسی در زندگی با چاقی عنوان کرد:

"من اولین چیزی که از چاقی می یاد تو ذهنم همین فقط برا لباسه، اصلاً لباس هایی که می بینم تو بوتیک اینقدر افسوس می خورم میگم خوش به حال کسی که بتونه اینارو بپوشه چون به ما نمی خورند، اندازه ما نیستند."

بیشتر زنان در هنگام رویارویی با خدمات سلامت از تبعیض و فرصت های نابرابر حرف می زدند. در همین راستا شرکت کننده شماره (۴) گفت:

"رفتم MRI کنم ازم MRI نگرفتند، گفتند وزنت بالاست، تو دستگاه نمی تونی بری ۳، ۲ بار مثلاً MRI خواستم انجام بدم، نتوستم، به دفعش، مجبور شدم دروغ بگم که مثلاً وزنم پایینه که مثلاً من همیشه مخالفم که دروغی، حتی اینطوری گفته بشه."

شرکت کننده شماره (۷) از تجربه فرصت های نا برابر در هنگام بستری شدنش در بیمارستان سخن گفت:

"برخلاف تصور این پرستار فکر می کنند ما تپل ها از سنگیم، مثلاً به اینجوری می زنن به یکی لاغره می گن آخ دردش اومد ولی اگر به اینجوری به تو بزنی میگن فلانی چاقه، اتفاقاً وقتی پوست کشیده باشه شاید بیشتر اون ضربه رو من حس بکنم."

همین شرکت کننده از بی توجهی مراقبین سلامت نسبت به افراد چاق نیز صحبت کرد:

"یا میز می شی توجه آنچنانی بهمون نمی شه، همه فکر می کنند که مثلاً من چون چاقم، نیروی بدنیم بیشتره، که به مراتب ثابت شده که

"شوهرم هم غر می زد مثلاً می گفت چاق شدی، وزنت زیاده، آخر می شینی رو ویل چیر، خنگ شدی."

برخی از شرکت کنندگان از کلام و پیام های آزاردهنده رسانه ها در مورد عوارض جسمی و روانی مربوط به چاقی به شدت شاکی بودند. شرکت کننده شماره (۱۲) در این باره گفت:

"بابا ول کنند این چاقی رو، چاق ها رو کشتند، سفت و سخت چسبیدند به چاقا، این همه مسئله است هی گیر می دن به این چاقا."

کلیشه های منفی در قبال افراد چاق از طریق بمباران مداوم تصاویر از رسانه ها بوسیله سینما، تلویزیون، اینترنت و کتاب تقویت می شود در همین راستا، انتظار شرکت کننده شماره (۱) از رسانه ها اینگونه عنوان شد:

"وقتی این حرفا رو می زنند فرهنگ سازی هم بکنند مثلاً داری تبلیغ می کنی افراد چاق باید لاغر بشن ولی باید آن تبلیغ هم بکنی که مثلاً نباید طوری گفته شه که بار روانی فرد را زیاد کنی، فقط این بار روانی را سعی کنند از رو دوش ما بردارند."

آزدگی از کلام در مراکز سلامت گریبانگیر شرکت کنندگان نیز بود. تجارب بیشتر شرکت کنندگان نشان می داد که آنان توسط مراقبین سلامت مورد سرزنش قرار می گرفتند. شرکت کننده شماره (۷) تجربه فراموش نشدنی و به یاد ماندنی در برخورد با مراقبین سلامت داشت:

"درد زایمان زودتر از موقع داشتم بعد هم من بد رگم، رگام که پیدا نمی شد اون خانم پرستار، متخصص بیهوشی هی منو کتک می زد عمداً ها (تأکید)، هی منو فشار می داد و می زد و می گفت خوردی یا تا خرخره خوردی، یا نمی شد تو امشب شام نخوری."

شرکت کننده شماره (۳) نیز در هنگام رویارویی با خدمات سلامتی از احساس خجالت و شرمساری صحبت کرد:

"مثلاً اون سری سونوگرافی رفتم، گفت وای خانم چقدر شکمتون بزرگه شما، چاقه، خیلی چاقه، زشته خانم، خجالت می کشم نمی د ونستم چکار کنم، وقتی که چاقی هی بگن چاقی، حس می کنم بیشتر آدمو اذیت می کنه."

انگشت اتهام به وزن

بسیاری از زنان از نسبت دادن مشکلات مختلف به وزنشان در موقعیت های گوناگون، شاکی بوده و با اعتراض کردن به این مورد، تجارب خود را بازگو کردند. در همین رابطه، شرکت کننده شماره (۷) تجربه خود را چنین عنوان کرد:

"یعنی اینکه با من دارن حرف می زنند و همیشه انگشت اشاره به سمت منه، "یا اینکه" مراجعه می کنی به هر دلیل شما رو مثلاً به عنوان یه آدم چاق نشونه می گیرن، ناراحتون می کنه مثلاً میرم دکتر در مورد دستم می خوام صحبت کنم می گه اضافه وزن داری، رفتم آقای دکتر من با دستم راه میرم، آخه این اضافه وزن چه ربطی به دست من داره و منو ناراحت می کنه، شما بگو چشمتم هم درد می گیره ولی اضافه وزن داری می ری دکتر، دکتر یکی از گزینه ها، علتشو می گه حتماً اضافه وزنه، یعنی شما هرکاری بخوای بکنی این انگشت اتهام به خاطر اضافه وزن به هر دلیلی میاد توی اون رزومه مواردی که ممکنه شما داشته باشید."

شرکت کننده شماره (۱۱) نیز در این رابطه تجربه خود را چنین عنوان کرد:

راستا چاق بودن ممکن است بطور ذاتی یک وضعیت منفی نباشد اما بستر اجتماعی می‌تواند آنرا به صورت منفی قضاوت و نمایان سازد که می‌تواند منجر به ظهور تجارب منفی در افراد دارای افزایش وزن شود (۱۳). در مطالعه حاضر بیشتر زنان اذعان داشتند که کلام‌ها و برچسب‌هایی را که از دیگران به دلیل وزنشان دریافت می‌کردند، منجر به ایجاد تنش در روابط با دیگران و انزوای ناخواسته اجتماعی در آنان شده و همانند زخم و آسیب خاطر آنان را می‌آزرد. در واقع معانی فرهنگی نسبت داده شده به چاقی در کشور ایران، نزد زنان به عنوان آسیب پنهان عنوان شد و بسیاری از آنان از اینکه دیگران آنها را مورد آسیب قرار می‌دادند، ناراحت بودند به طوری که این احساس ناراحتی با واژه‌های، دردناک، عذاب، آزار و رنج بارها توسط شرکت کنندگان ابراز شد. به اعتقاد شرکت کنندگان، دنیایی که در آن زندگی می‌کنند، مناسب افراد لاغر طراحی شده و کلام و قضاوت‌های اجتماعی در پی این طراحی نا مناسب و نابرابر، منجر به ارائه آنان به عنوان یک فرد غیر طبیعی در بستر اجتماعی می‌شود.

Bombak در مطالعه خود، افراد دارای افزایش وزن را به افراد خاص و آسیب پذیر توصیف می‌کند و اعتقاد دارد که ملامت و نکوهش بر علیه چاقی، چالش‌های مربوط به سلامتی، منزلت انسانی، حقوق بشری و کیفیت زندگی را برای آنان به ارمغان می‌آورد (۱۳). در واقع، چاقی یک چالش عمده سلامتی در عصر حاضر است اما انگ ناشی از آن منجر به خلق رنج شدید در افراد دارای افزایش وزن نیز می‌شود (۲۴). انگ چاقی یک تنش زای روان شناختی بوده که شامل انگ جنسیتی نیز هست. اثر منفی انگ چاقی بر زنان در مقایسه با مردان بیشتر بوده که ناشی از ساختار جسمی و بدن زنانه است (۲۵). شواهد مبین آن است که افراد دارای افزایش وزن به دلیل انگ ناشی از چاقی در جامعه منزوی شده و نمی‌توانند یک زندگی عادی و پویا داشته باشند چرا که انگ باعث تبعیض می‌شود (۲۶). رفتار منزوی شدن در شرکت کنندگان مطالعه حاضر، به اشکال متفاوت مانند کاهش میزان فعالیت‌های روزمره، خودداری از رفتن به مجالس و مهمانی‌ها و به طور کلی کاهش حضور در جامعه نیز مشهود بود.

ملامت و نکوهش بر علیه افراد چاق، یک مانع جدی در راه دسترسی به خدمات پیشگیری و مراقبت و درمان است. مطابق با اظهارات زنان در مطالعه حاضر، بیشتر آنان دوست نداشتند که مورد آسیب و ارزیابی منفی توسط مراقبین سلامت قرار گیرند. این موضوع همخوان با نتایج مطالعه Thomas و همکاران در استرالیا بود، بدین صورت که عکس العمل افراد جامعه به ویژه مراقبین سلامت نسبت به افراد دارای افزایش وزن آسیب پذیری آنان را افزایش داده و بسیاری از آنان احساس می‌کردند که موج منفی در دنیای اطراف آنها، به طور مکرر آنان را مورد سرزنش قرار می‌داد (۱۵، ۲۷). برخی از زنان در مطالعه حاضر، نقش آسیب پنهان دیگران را در ارتقای تغییر رفتار برای کاهش وزن، منفی ارزیابی کردند در واقع به باور آنان، ملامت از سوی دیگران یک ویژگی منفی یا هویت منفی بوده که فرد را در بستر و فرهنگ خاص، بی ارزش می‌کند به طوری که می‌تواند به عنوان عامل بازدارنده‌ای برای رفتار کاهش وزن در آنها باشد. در همین رابطه یافته‌های مطالعه Puhl و Heuer نشان داد که ملامت بر علیه چاقی، ابزار مناسبی برای کاهش وزن افراد چاق و سلامت جامعه نبوده، بلکه سلامت آنان را تهدید و

ما سریعتر گشنه مون می‌شه، سریع تر خسته می‌شیم، یعنی آستانه تحمل مون پایین تر از حده، یعنی حدی که نیاز بیشتری داشته باشیم." استفاده از ترازوی اندازه گیری وزن به منظور خدمات غربالگری مربوط به چاقی برای زنان در مراکز سلامت نیز چالش برانگیز بود به گونه‌ای که شرکت کننده شماره (۳) در این مورد گفت:

"اون سری رفتم مثلاً وزنم بکنند تو بهداشت بعد گفت خانم خیلی چاقید شما وزنتون بالاست نمی شه رو ترازوی ما برید، ترازو خراب می شه. خیلی خجالت کشیدم."

برخی از زنان از وجود فرصت‌های نابرابر در استفاده از امکانات ورزشی برای کاهش وزن صحبت کردند. شرکت کننده شماره (۴) در این مورد گفت:

"مراکز ورزشی مون باید زیاد باشه، راحت در دسترس باشه مثلاً الآن شنا بخوام برم، روزهایی که خانمها می‌خوان برند مناسب نیست مثلاً یه تایم صبحه که اصلاً با کار من جور در نمی‌یاد، دستگاه و افراد متخصصی که تو مراکز ورزشی هم باشند، نیست."

طراحی نامناسب محیط و استفاده از امکانات بارها توسط شرکت کنندگان به عنوان فرصت‌های نابرابر ابراز شد. شرکت کننده شماره (۳) در هنگام استفاده از وسایل نقلیه تجربه خود را چنین بیان کرد: "تو ماشین نشستن خیلی برامون سخته چون مثلاً مجبوریم خودمونو جابجایی نمی شه، به خاطر همین مجبورم که کرایه دو نفر را حساب کنم."

بحث

یافته زود هنگام و مهم این مطالعه، این بود که بیشتر زنان از برچسب زدن و خطاب نمودن آنان با واژه چاق ناراحت بودند و واژه اضافه وزن را برای نامیدن خود، ترجیح می‌دادند. این یافته قابل توجه، نظر نقادانه‌ای به گزارش اخیر سازمان پزشکی آمریکا (۲۰۱۳) که چاقی را به عنوان یک بیماری تعریف کرده، دارد. به نظر می‌رسد که نگرش و حرکت این سازمان به چاقی بر اساس الگوی زیست پزشکی باشد. این الگو تشخیص چاقی را بر مبنای استاندارد جهانی معرفی کرده و به تشخیص و درمان چاقی با هدف غایی کاهش وزن، اهمیت می‌دهد. در مطالعه حاضر بیشتر شرکت کنندگان معتقد بودند که نامیدن آنان با واژه چاق، وضعیت مشکلات مربوط به چاقی آنان را بدتر می‌کند، چرا که همه افراد چاق بیمار نیستند. خلق بیماری‌های جدید و القای بیمار انگاری از تبلیغات گسترده در حیطه سلامت است. شاید چاقی بیماری مهم تلقی شود اما ملاحظات فرهنگی چاقی مانند انگ، گاهی از خود آن اهمیت بیشتری پیدا می‌کند و به عوارض ناخواسته می‌انجامد (۲۲).

تمامی شرکت کنندگان از وجود تجربه آسیب پنهان در زندگی سخن می‌گفتند. به طوری که زندگی در جامعه برای آنان تنگ شده بود. تفکر و عقیده غالب اجتماعی این است که چاقی می‌تواند از طریق رژیم غذایی مناسب و انجام فعالیت جسمانی کنترل شود و چنانچه فردی توانایی کنترل وزن خود را نداشته باشد، شایسته قضاوت منفی و آسیب است. گادامر در باره قضاوت اجتماعی با پرداختن به ریشه یابی تاریخی این واژه، آنرا به معنای حکمی که قبل از تأیید کامل پذیرفته شود، تعریف می‌کند اما این واژه در گذر زمان معنای منفی به خود گرفت و در کاربرد متعارفش به پنداشت نادرست تنزل یافت (۲۳). در همین

آزاردهنده رسانه‌ها مربوط به چاقی به شدت شاکی بودند و با وجودی که تمامی زنان از مشکلات مربوط به چاقی آگاه بودند اما احساس می‌کردند که نیازی به بیان این مشکلات توسط رسانه‌ها نمی‌باشد.

Whyte در یک مطالعه مروری بر نقش مهم رسانه‌ها (تلویزیون، رادیو، روزنامه و اینترنت) در تعیین هنجارهای فرهنگی در مورد بدن زنانه به سمت لاغری تاکید کرده هم چنین گزارش کرد که رسانه‌ها، افراد چاق را تنبل (Lazy)، غمگین (Unhappy)، گوشه گیر (Less social) و غیر جذاب (Unattractive) خطاب می‌کنند (۳۲). در همین راستا یافته‌های مطالعات دیگر نشان می‌دهد که رسانه‌ها همواره وزن را یک موضوع قابل کنترل معرفی کرده به طوری که هر فردی می‌تواند با کمی تلاش وزنش را کم کند. هم چنین افراد چاق به کرات در اخبار رسانه‌های اینترنتی مورد تبعیض قرار می‌گیرند و این مهم، ممکن است که انگ چاقی را در جامعه افزایش دهد (۳۳، ۳۴).

بخشی دیگر از معنای تجارب زیسته زنان با افزایش وزن، ربط دادن تمام مشکلات آنها به وزن یا انگشت اتهام به وزن بود. بسیاری از زنان از نحوه ارتباط مراقبین سلامت با آنها و گوش دادن به حرف‌های آنان در مورد مشکل سلامتی، شکوه داشته و نقش مراقبین سلامت در مشورت با آنان را غیر سودمند ارزیابی کردند. اغلب آنان احساس می‌کردند که مراقبین سلامت با تمرکز کردن و نسبت دادن تمام مشکلات آنان به وزن، از بررسی و تشخیص و درمان مشکلشان عاجز بودند. نکته قابل توجه این است که پرستاران بایستی در هنگام رویارویی با مددجویان دارای افزایش وزن، ابتدا به مشکل سلامتی آنان توجه نشان داده و مراقبت‌های لازم در این زمینه را ارائه نمایند. همچنین باید به این بینش برسند که تمام افراد دارای افزایش وزن تمایل به کاهش وزن را نداشته و یا اینکه توانایی کاهش وزن را ندارند. در چنین مواردی پرستار همواره هنگام پیشنهاد به مددجویان در برنامه‌های کاهش وزن یا پیشگیری از بیماری‌ها، باید آگاه به این مهم باشد که چگونه آنرا بیان کند تا اثر منفی بر سلامت این افراد نداشته باشد. به عنوان عضو کلیدی مراقبت سلامت، پرستاران باید توانایی شیوه سخن گفتن و ارتباط برقرار کردن با مددجویان دارای افزایش وزن را داشته باشند و نباید اجازه دهند که پیش داوری‌های آنان در این زمینه بر کیفیت ارائه مراقبت تأثیر گذارد (۳۵).

برخی از شرکت کنندگان در مطالعه حاضر از عدم اعتماد به مراقبین سلامت به دلیل تمرکز روی وزن صحبت کردند. همین مسئله منجر می‌شد که شرکت کنندگان احساسات چندگانه مانند بی میلی، اضطراب و نگرانی در هنگام دریافت خدمات سلامتی را داشته باشند. نتایج مطالعات متعدد حاکی از آن است که وجود مشکلات روانی، اجتماعی مرتبط با چاقی و احساس تبعیض در دریافت خدمات سلامتی در زنان بسیار مهم بوده و احساسات منفی پیامد آن، موجب می‌شود که زنان دارای افزایش وزن به هشدارهای مربوط به سلامتی خود بی اعتنا بوده و آنها را مهم تلقی ننمایند. در یک مطالعه کیفی با رویکرد پدیدارشناسی در افریقا نتایج نمایانگر آن بود که زنان دارای افزایش وزن با تأخیر به انجام تست‌های غربالگری مانند پاپ اسمیر و سرطان پستان مبادرت می‌ورزیدند (۳۶، ۳۷).

بیشتر زنان از حضور فرصت‌های نابرابر و تبعیض بر علیه آنان در اجتماع نیز سخن گفتند. به اعتقاد آنان در اجتماع فرصت‌های بسیاری برای افراد لاغر وجود دارد که برای آنان مهیا نیست. آنان مثال‌های متعددی از رفتارهای

منجر به خلق نابرابری‌های سلامتی و ایجاد مانعی برای تلاش‌های اثربخش در مداخلات چاقی می‌شود (۲۴).

مطابق با بیان بیشتر زنان در مطالعه حاضر، آسیب پنهان نه تنها تأثیری بر اراده و انگیزه آنان در جهت کاهش وزن نداشت بلکه منجر به کاهش انگیزه در فعالیت‌های مدیریت وزن و افزایش فشار روانی و عاطفی در آنان می‌گشت. در حمایت از یافته فوق شواهد بسیاری نشان می‌دهد که ملامت بر علیه افراد دارای افزایش وزن موجب کاهش انگیزه در تغییر رفتار برای کاهش وزن شده و در پی آن مسائل و مشکلات سلامتی ناشی از چاقی نیز تشدید می‌گردد (۲۸، ۲۹). تعداد بیشماری از زنان در مطالعه حاضر در دنیای اجتماعی خود، کلام‌های می‌شنیدند که آنان را آزرد و ناراحت می‌کرد. به اذعان زنان، گویندگان کلام، آزار دهنده، ناخوشایند و غیر حمایتی بوده و آنان خبر از چگونگی تأثیر این کلام‌ها در سلامت روان و اجتماعی خود دادند. در مطالعه Lewis و همکاران، نتایج حاکی از آن بود که بیشتر افراد دارای افزایش وزن در موقعیت‌های اجتماعی، از کلام آزاردهنده دیگران، احساس تهدید می‌کردند و به دلیل نگاه آزاردهنده از جانب دیگران، از حضور در اجتماع و حتی ورزش کردن امتناع می‌ورزیدند (۱۶).

تعداد بیشماری از زنان در مطالعه حاضر طعنه و کنایه دیگران را عاری از احترام و حتی به صورت توهین قلمداد کردند. به اعتقاد آنان، مردم در جامعه به طور مستقیم و غیر مستقیم در مورد چاقی آنان صحبت کرده و این مشکل با احساس شرم و رنجش خاطر توسط آنان بازگو شد. به همین خاطر، بیشتر زنان تمایل کمتری به خروج از خانه و شرکت در مهمانی‌ها و جشن‌ها داشتند. حتی خرید لباس برای آنان، کاری فرساینده و آزاردهنده بود، چرا که با واکنش‌ها و کلام‌های آزاردهنده نامناسب فروشندگان لباس مواجه می‌شدند. چنین شرایطی، امکان شرکت در فعالیت‌های جسمی را به منظور کاهش وزن، بسیار سخت می‌کرد. همسو با مطالعه حاضر Gavin و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که افراد دارای افزایش وزن، به دلیل هراس از پیام‌های آزاردهنده، در یک چرخه معیوب گرفتار شده، بدین صورت که چاقی منجر به انزوای اجتماعی، احساس افسردگی و کاهش فعالیت در این افراد شده و این موارد نیز منجر به افزایش وزن در آنان می‌شود (۳۰).

در مطالعه حاضر برخی از زنان با تردید و واهمه در پی خدمات سلامت به مراکز سلامت مراجعه می‌کردند و حتی سعی می‌کردند که تا حد امکان از مراجعه به این مراکز برای دریافت خدمات پیشگیری، تشخیص و درمان، خودداری نمایند. در واقع کلام آزاردهنده مراقبین سلامت به زنان از مشکلات رایج آنان بود. هم چنین بیشتر آنان اذعان داشتند که ارتباط مراقبین سلامت با آنها توأم با بی احترامی بود. نتایج مطالعات انجام شده توسط محققان دیگر همسو با مطالعه حاضر بود. به اعتقاد بیشتر شرکت کنندگان مطالعات فوق، ارتباط مراقبین سلامت با آنها جنبه درمانی نداشته و بیشتر حاکی از سرزنش و ملامت بود (۱۵، ۳۱). برای برخی از زنان، کلام رسانه‌ها، در مورد چاقی و برنامه‌های کاهش وزن آزار دهنده بود. ارتباط تنگاتنگ رسانه با سلامت افراد غیر قابل انکار است. هدف نهایی هر رسانه، ایجاد ارتباط میان سازمان‌های مختلف و افراد یک جامعه است و درحیطه سلامت، ایجاد تغییر رفتار در افراد یک جامعه می‌باشد. توزیع اطلاعات در باره مدیریت وزن توسط رسانه، می‌تواند تأثیرات قابل توجهی در مورد کنترل وزن نزد افراد داشته باشد. با این وجود برخی از شرکت کنندگان از کلام و پیام‌های

که زندگی در دنیای اجتماعی برای زنان محدودیت‌هایی به همراه داشت به طوری که همه آنان از آسیب پنهان در جامعه هنگام تعاملات متأثر بودند و از این مسئله رنج می‌بردند. دست آورد مطالعه حاضر این بود که اگر زنان دارای افزایش وزن به دلیل وزن‌شان مورد ملامت و نکوهش در جامعه قرار گیرند بخصوص توسط خانواده و مراقبین سلامت، آسیب‌های ناشی از آن موجب عدم پذیرش خدمات مراقبت سلامت و حضور در اجتماع و حتی عدم برخورداری از ارتباط اثر بخش در خانواده شده که تمامی عوامل فوق اثرات نامطلوبی بر سلامت زنان و در نهایت سلامت خانواده و جامعه خواهد گذاشت. در نتیجه محوریت سیاست‌های سلامت عمومی باید بر تسهیل سازی تغییر رفتار در زمینه ارتباط با افراد دارای افزایش وزن باشد و اساس این سیاست‌ها باید بر این مبنا باشد که از صدمه زدن به این افراد جلوگیری شود.

سیاست‌گذاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه دکتری تخصص پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. لذا از کلیه روسا و اساتید مربوطه و همچنین از شرکت کنندگان تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Organization WH. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health 2014 [updated 2016]. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity>.
2. Peyman N, Ezzati Rastegar K, Taghipour A, Esmaily H. [Effect of Education on the Weight Self-Efficacy lifestyle among Adolescent Girls with Overweight and Obesity]. *Armaghane Danesh*. 2012;17(2):117-28.
3. Mirzazadeh A, Sadeghirad B, Haghdooost A, Bahreini F, Kermani MR. [The prevalence of obesity in Iran in recent decade; a systematic review and meta-analysis study]. *Iranian J Public Health*. 2009;38(3):1-11.
4. Abdullah A, Wolfe R, Stoelwinder JU, de Courten M, Stevenson C, Walls HL, et al. The number of years lived with obesity and the risk of all-cause and cause-specific mortality. *Int J Epidemiol*. 2011;40(4):985-96. DOI: [10.1093/ije/dyr018](https://doi.org/10.1093/ije/dyr018) PMID: [21357186](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21357186/)
5. Nies M, McEwen M. Community public Health Nursing. 1st ed: Sanders; 2011.
6. Hoftun GB, Romundstad PR, Rygg M. Factors associated with adolescent chronic non-specific pain, chronic multisite pain, and chronic pain with high disability: the Young-HUNT Study 2008. *J Pain*. 2012;13(9):874-83. DOI: [10.1016/j.jpain.2012.06.001](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.06.001) PMID: [22832694](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22832694/)
7. Organization WH. Obesity and Overweight 2012 [updated 2012]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>.
8. Caliendo M, Gehrsitz M. Obesity and the labor market: A fresh look at the weight penalty. *Econ Hum Biol*. 2016;23:209-25. DOI: [10.1016/j.ehb.2016.09.004](https://doi.org/10.1016/j.ehb.2016.09.004) PMID: [27736669](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27736669/)
9. Robinson B. Ageism and the Older Adult Resources. Berkeley: University of California; 1994.
10. Depies P. The lived experience of dieting in boise adult women. University of Wisconsin Oshkosh 2011 [updated 2011]. Available from: <http://digital.library.wisc.edu/1793/54064>.
11. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

روزمره زندگی که برایشان چالش برانگیز بود را عنوان کردند. به عبارت دیگر شرکت کنندگان از وجود انواع فرصت‌های نابرابر برای افراد دارای افزایش وزن در جامعه شکایت داشتند. تهیه، یافتن و پوشش لباس مناسب، در تمامی زنان به عنوان مشکل عمده در این راستا عنوان شد. فضای فیزیکی بیمارستان‌ها، صندلی‌های بیمارستان و تاکسی‌ها، تخت معاینه، وسایل و امکانات برای بیشتر شرکت کنندگان، چالش برانگیز بود. آن‌ها مشکلاتی در استفاده از ابزارهای غربالگری داشتند. در برخی از زنان گستره این چالش به محیط اجتماعی مانند شهر بازی و مراکز ورزشی نیز ادامه داشت. نتایج مطالعه حاضر توسط دیگر نتایج مطالعات حمایت می‌شود (۱۵، ۱۶، ۳۸). از سوی دیگر مسئله فرصت‌های نابرابر در مراکز سلامت، مانع عمده ارائه خدمات به این افراد است و هم چنین مانع تلاش در جهت پیشگیری و تشخیص مشکلات سلامتی در آنان می‌شود که در صورت عدم دریافت مراقبت و حمایت‌های کافی در معرض آسیب‌های جانبی نیز قرار می‌گیرند (۳۹، ۴۰).

نتیجه گیری

این مطالعه به منظور کشف معنای زندگی با افزایش وزن در زنان انجام شد و تجارب زنان چاق را ترسیم نمود. یافته‌های این پژوهش نشان داد

12. Chithambo TP, Huey SJ. Black/white differences in perceived weight and attractiveness among overweight women. *J Obes*. 2013;2013:320326. DOI: [10.1155/2013/320326](https://doi.org/10.1155/2013/320326) PMID: [23533721](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23533721/)
13. Bombak AE. The contribution of applied social sciences to obesity stigma-related public health approaches. *J Obes*. 2014;2014:267286. DOI: [10.1155/2014/267286](https://doi.org/10.1155/2014/267286) PMID: [24782921](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24782921/)
14. Zwickert K, Rieger E. A qualitative investigation of obese women's experiences of effective and ineffective social support for weight management. *Clin Obes*. 2014;4(5):277-86. DOI: [10.1111/cob.12072](https://doi.org/10.1111/cob.12072) PMID: [25825860](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25825860/)
15. Thomas SL, Hyde J, Karunaratne A, Herbert D, Komesaroff PA. Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health Expect*. 2008;11(4):321-30. DOI: [10.1111/j.1369-7625.2008.00490.x](https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00490.x) PMID: [18684133](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18684133/)
16. Lewis S, Thomas SL, Blood RW, Castle DJ, Hyde J, Komesaroff PA. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Soc Sci Med*. 2011;73(9):1349-56. DOI: [10.1016/j.socscimed.2011.08.021](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.021) PMID: [21944718](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21944718/)
17. Randall A, Utley R. The Adolescent Female's Lived-Experience of Obesity. *Qual Rep*. 2014;19(45):1-15.
18. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. China: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
19. Van Manen M. Writing qualitatively, or the demands of writing. *Qual Health Res*. 2006;16(5):713-22. DOI: [10.1177/10497323062286911](https://doi.org/10.1177/10497323062286911)
20. van Manen M. Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing. California: Left Coast Press; 2014.
21. Polit-O'Hara D, Beck CT. Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

22. Puhl R, Peterson J, Luedicke J. Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. *Int J Obes*. 2013;37(4):612-9.
23. Schafer MH, Ferraro KF. The stigma of obesity does perceived weight discrimination affect identity and physical health? *Soc Psychol Q*. 2011;74(1):76-97.
24. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring)*. 2009;17(5):941-64. DOI: [10.1038/oby.2008.636](https://doi.org/10.1038/oby.2008.636) PMID: [19165161](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19165161/)
25. Hansson LM, Rasmussen F. Attitudes towards obesity in the Swedish general population: the role of one's own body size, weight satisfaction, and controllability beliefs about obesity. *Body Image*. 2014;11(1):43-50. DOI: [10.1016/j.bodyim.2013.10.004](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.10.004) PMID: [24268600](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24268600/)
26. Vartanian LR, Smyth JM. Primum non nocere: obesity stigma and public health. *J Bioeth Inq*. 2013;10(1):49-57. DOI: [10.1007/s11673-012-9412-9](https://doi.org/10.1007/s11673-012-9412-9) PMID: [23288439](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23288439/)
27. Creel E, Tillman K. Stigmatization of overweight patients by nurses. *Qual Rep*. 2011;16(5):1330.
28. Puhl RM, Latner JD, King KM, Luedicke J. Weight bias among professionals treating eating disorders: Attitudes about treatment and perceived patient outcomes. *Int J Eating Disord*. 2014;47(1):65-75. DOI: [10.1002/eat.22186](https://doi.org/10.1002/eat.22186)
29. Kleinman A, Hall-Clifford R. Stigma: a social, cultural and moral process. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(6):418-9. DOI: [10.1136/jech.2008.084277](https://doi.org/10.1136/jech.2008.084277) PMID: [19439576](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19439576/)
30. Gavin AR, Simon GE, Ludman EJ. The association between obesity, depression, and educational attainment in women: the mediating role of body image dissatisfaction. *J Psychosom Res*. 2010;69(6):573-81. DOI: [10.1016/j.jpsychores.2010.05.001](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.05.001) PMID: [21109045](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21109045/)
31. Merrill E, Grassley J. Women's stories of their experiences as overweight patients. *J Adv Nurs*. 2008;64(2):139-46. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2008.04794.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04794.x) PMID: [18764854](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18764854/)
32. Whyte J. Media Portrayal of People Who are Obese. *Virtual Mentor*. 2010;12(4):321-4. DOI: [10.1001/virtualmentor.2010.12.4.msoc1-1004](https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2010.12.4.msoc1-1004) PMID: [23148840](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23148840/)
33. Kuebler M, Yom-Tov E, Pelleg D, Puhl RM, Muennig P. When overweight is the normal weight: an examination of obesity using a social media internet database. *PLoS One*. 2013;8(9):e73479. DOI: [10.1371/journal.pone.0073479](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073479) PMID: [24058478](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24058478/)
34. Puhl RM, Peterson JL, DePierre JA, Luedicke J. Headless, hungry, and unhealthy: a video content analysis of obese persons portrayed in online news. *J Health Commun*. 2013;18(6):686-702. DOI: [10.1080/10810730.2012.743631](https://doi.org/10.1080/10810730.2012.743631) PMID: [23421746](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23421746/)
35. Brown I, McClimens A. Ambivalence and obesity stigma in decisions about weight management: a qualitative study. *Sci Res*. 2012;4(12). DOI: [10.4236/health.2012.412A224](https://doi.org/10.4236/health.2012.412A224)
36. Malterud K, Ulriksen K. Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2011;6(4). DOI: [10.3402/qhw.v6i4.8404](https://doi.org/10.3402/qhw.v6i4.8404) PMID: [22121389](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22121389/)
37. Spencer L. Phenomenological study of nursing Home leader's experience with obesity elderly patients. Phoenix, USA: University of Phoenix; 2011.
38. Fikkan JL, Rothblum ED. Is Fat a Feminist Issue? Exploring the Gendered Nature of Weight Bias. *Sex Roles*. 2011;66(9-10):575-92. DOI: [10.1007/s11199-011-0022-5](https://doi.org/10.1007/s11199-011-0022-5)
39. D'Arcy Y. Managing pain in obese patients. *Nurs*. 2015;45(2):42-9. DOI: [10.1097/01.NURSE.0000459787.85677.da](https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000459787.85677.da)
40. Matharu K, Shapiro JF, Hammer RR, Kravitz RL, Wilson MD, Fitzgerald FT. Reducing obesity prejudice in medical education. *Educ Health (Abingdon)*. 2014;27(3):231-7. DOI: [10.4103/1357-6283.152176](https://doi.org/10.4103/1357-6283.152176) PMID: [25758385](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25758385/)