

عوامل مؤثر بر مصرف غذاهای فوری در زنان بر اساس تئوری شناختی اجتماعی

نوشین بیرانوندپور^۱، اکرم کریمی شاهنجرینی^{۲*}، فروزان رضاپور شاه کلائی^۳، عباس مقیم بیگی^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
^۲ دکتری آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
^۳ دکتری ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
^۴ دکتری آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدل سازی بیماری های غیر واگیر و گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۳/۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱/۱

چکیده

مقدمه: به دنبال افزایش شهرنشینی، افزایش مسؤلیت های شغلی زنان و رواج الگوهای غذایی غربی، مصرف غذاهای آماده در بین خانواده های ایرانی افزایش پیدا کرده است. تاکنون مطالعات محدودی با استفاده از تئوری در این زمینه انجام شده است. هدف از این مطالعه تعیین عوامل مرتبط با مصرف غذاهای فوری بر اساس تئوری شناختی اجتماعی در بین زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر همدان بود.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی با استفاده از پرسشنامه های خود ایفا و با مشارکت ۳۸۴ نفر از زنان مراجعه کننده به ۱۰ مرکز بهداشتی و درمانی شهر همدان انجام شد. پرسشنامه ها شامل سؤالات مربوط به سازه های تئوری شناختی اجتماعی، پرسشنامه ۸ آیتمی بسامد مصرف غذاهای آماده و مشخصات جمعیت شناختی در طی شهریور و مهرماه سال ۱۳۹۲ تکمیل شد. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS-۱۶ و از آزمون های تی مستقل، تحلیل واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد.

یافته ها: مدل به کاررفته توانست ۲۱ درصد از واریانس بسامد مصرف غذاهای آماده را تبیین نماید. در مدل رگرسیونی، دو سازه فراهمی ($P < 0/001$) و امید پیامد ($P = 0/04$) سهم معنی داری در پیش بینی مصرف غذاهای فوری داشتند. وضعیت شغل زنان تنها متغیر جمعیت شناختی مرتبط با بسامد مصرف غذاهای آماده بود ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان می دهد، طراحی مداخلاتی جهت ایجاد تغییر در امیدهای پیامد و فراهم نمودن گزینه های سالم می تواند نتایج مثبتی در کاهش مصرف غذاهای آماده داشته باشد.

واژگان کلیدی: تغذیه، تئوری شناختی اجتماعی، زنان، غذاهای آماده

مقدمه

(۱،۲). غذا خوردن خارج از خانه به طور چشمگیری شایع شده است و رفتن به رستوران های غذای آماده با سرعت زیادی در حال رشد است (۳). مصرف غذاهای آماده در سراسر جهان از دهه ۱۹۷۰ روند رو به رشدی داشته است. به عنوان مثال در فاصله سال های ۱۹۷۷ تا ۱۹۹۶ میزان

امروزه با وجود فشارها و محدودیت هایی از قبیل کار، مسؤلیت های خانوادگی، مسؤلیت های اجتماعی و نداشتن زمان کافی افراد با سرعت بیشتر و تلاش کمتر غذای خود را آماده می کنند تا در زمان و انرژی صرفه جویی کنند

* نویسنده مسئول: اکرم کریمی شاهنجرینی، دکتری آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران. تلفن: ۰۸۱-۳۸۳۸۰۳۹۸ ایمیل: Karimi.a@umsha.ac.ir

مصرف این نوع غذاها در بین کودکان ۳۰۰ درصد افزایش پیدا کرده است (۴). نتایج مطالعه‌ای در ایران نشان می‌دهد که میانگین دفعات مصرف غذاهای آماده در دانش آموزان ۶ تا ۱۸ ساله کشورمان در حدود ۲ بار در هفته می‌باشد (۵). غذاهای فوری نظیر انواع ساندویچ‌ها، انواع پیتزها، سیب زمینی سرخ کرده، ناگت مرغ، ماهی و میگو و مرغ سوخاری غذاهایی هستند که سریع تهیه می‌شوند و پخت آنها آسان است (۶) و اکثراً با نوشابه‌های گازدار و سس مصرف می‌شوند (۷).

استفاده از غذای فوری به‌عنوان وعده غذایی یک راه‌حل ساده برای خانواده‌های پرمشغله فراهم می‌کند (۱۰-۸). مادران شاغل اظهار می‌کنند این غذاها به آنها کمک می‌کند تا بتوانند در وضعیت کمبود وقت یا هنگامی که انرژی برای آشپزی ندارند، غذای اعضای خانواده را فراهم کنند (۱). مصرف غذاهای فوری به دلیل اینکه غذاهایی پرا انرژی، پرچربی بوده و فیبر کمی دارند؛ از نظر ریز مغزی‌ها فقیر هستند و شاخص گلیسمی بالایی دارند و باعث می‌شوند انرژی دریافتی بدن از نیاز روزانه بیشتر شود (۱۵-۱۱). مطالعات نشان می‌دهند که افزایش مصرف غذاهای فوری با دریافت بیشتر انرژی و چاقی و نیز با مصرف کمتر میوه و سبزی‌ها و غذاهای سالم در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان رابطه دارد (۲۰-۱۶، ۱۱، ۶). افزایش نسبت رژیم‌های غذایی پرچرب و با حجم بالای انرژی مثل غذاهای فوری همراه با کاهش فعالیت‌های جسمانی و افزایش رفتارهای نشسته و غیر متحرک از عوامل مهم افزایش وزن بدن هستند (۲۲، ۲۱).

خانواده و به‌ویژه مادر یک زمینه مهم برای کنترل چاقی فراهم می‌کند. والدین این توانایی را دارند که بر رفتارهای تغذیه‌ای و فعالیت‌های فیزیکی کودکانشان تأثیر بگذارند و خطر چاقی را از طریق عواملی مانند ارائه الگو برای استفاده از رژیم‌های غذایی سالم، افزایش فعالیت بدنی، حمایت و تشویق کودکان برای رفتارهای تغذیه‌ای سالم، افزایش دسترسی از طریق خریداری سبزی‌ها و مواد غذایی متفاوت و مصرف آنها در هر وعده غذایی، کاهش دهند (۸). تئوری شناختی اجتماعی و اصول تعیین‌کنندگی متقابل،

چهارچوبی را برای شناخت رفتار در بافت خانواده فراهم می‌کند و بیان می‌کند رفتار، از جمله رفتار تغذیه‌ای، ناشی از عوامل فردی و محیطی است (۲۳). این تئوری ضمن بیان عوامل پیش‌بینی‌کننده و اصول مؤثر در شکل‌گیری رفتار، راهکارهایی را جهت ایجاد تغییر در رفتار ارائه می‌دهد. بر این اساس، تئوری شناختی اجتماعی فرض می‌کند که رفتار، از جمله رفتارهای تغذیه‌ای با استفاده (الف) عوامل فردی نظیر ترجیحات مزه، نگرش‌ها و اعتقادات، خودکارآمدی، نگرانی درباره سلامت، رضایت بدنی، نگرانی درباره وزن؛ (ب) عوامل رفتاری مانند الگوهای مصرف وعده‌های غذایی، رفتارهای مربوط به کنترل وزن، مشارکت در تدارک غذا و مشارکت در خرید؛ (ج) عوامل اجتماعی-محیطی یا عوامل بین فردی مانند دسترسی به مواد غذایی سالم در خانه، رفتار والدین، تداوم غذا خوردن با خانواده و حمایت دوستان برای سالم خوردن، تبیین می‌شود (۲۴).

با توجه به شواهد فوق و همچنین تأثیر زنان در تهیه و انتخاب وعده‌های غذایی خانواده، به‌عنوان همسر یا مادر و این که بسیاری از مفاهیم رژیم غذایی به‌وسیله آنها کسب می‌شود، اثرات ثابت و دائمی روی سلامت کودکان و خانواده آنها خواهد داشت (۲۵)؛ این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با مصرف غذاهای فوری در خانواده بر اساس تئوری شناختی اجتماعی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر همدان در سال ۱۳۹۲ انجام گردید.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش مقطعی، ۳۸۴ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر همدان در شهریور و مهرماه سال ۱۳۹۲ مورد مطالعه قرار گرفتند. از میان مراکز بهداشتی درمانی شهری و پایگاه‌های بهداشتی ضمیمه شهر همدان، تعداد ۱۰ مرکز به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. روش انتخاب مراکز بهداشتی درمانی به‌صورت نمونه‌گیری سیستماتیک بود. همچنین متناسب با جمعیت گروه هدف تحت پوشش هر یک از مراکز منتخب، تعداد نمونه مورد نیاز از بین مراجعه‌کنندگان دارای پرونده بهداشتی به‌صورت تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند. رضایت‌نامه

ندارم-مهم نیست-اصلاً مهم نیست)، ۵ سؤال مهارت‌های آشپزی (مانند؛ "من می‌توانم به سرعت یک غذای سالم و خوشمزه بپزم" با پاسخ هرگز-به ندرت-گاهی-معمولاً-همیشه)، ۴ سؤال یادگیری مشاهده‌ای (مانند؛ "پدر، مادر، خواهر، برادر من زیاد، غذاهای فوری مصرف می‌کنند" با پاسخ کاملاً مخالفم-مخالفم-نظری ندارم-موافقم-کاملاً موافقم)، ۷ سؤال خودکارآمدی (مانند؛ "با وجود اینکه به غذاهای فوری و کنسروها بیشتر دسترسی دارم، اگر بخواهم می‌توانم مصرف آنها را کم کنم" با پاسخ کاملاً مخالفم-مخالفم-نظری ندارم-موافقم-کاملاً موافقم) مورد بررسی قرار گرفتند.

به منظور بررسی روایی محتوایی از نظر ۶ نفر از متخصصین آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت استفاده شد. بر این اساس نسبت روایی محتوایی (CVR) سنجیده شد. این شاخص برای کل ابزار ۰/۹۶ به دست آمد. همچنین پس از اعمال اصلاحات پیشنهادی شاخص روایی محتوایی (CVI) برای کلیه مقیاس‌ها بیش از ۰/۹ به دست آمد. پایایی پرسشنامه بر اساس تکمیل پرسشنامه توسط ۳۰ نفر از مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی با استفاده از محاسبه ضریب آلفا کرونباخ سنجیده شد. به علت پایین بودن نمرات آلفا کرونباخ سازه‌های بسامد دریافت، آگاهی، فراهمی، مهارت و یادگیری مشاهده‌ای، تغییرات لازم در سؤالات ایجاد شد و مجدداً توسط ۳۰ نفر از مراجعین تکمیل شد و نهایتاً همبستگی درونی برای آگاهی ۰/۷۶، فراهمی ۰/۸۳، محیط ۰/۷۴، انتظار پیامد ۰/۶۳، امید پیامد ۰/۷۵، مهارت‌های آشپزی ۰/۷۵، یادگیری مشاهده‌ای ۰/۷۱ و خودکارآمدی ۰/۶۵ به دست آمد. برای اطمینان از قابل درک بودن پرسشنامه توسط شرکت‌کنندگان، کلیه سؤالات برای ۱۰ نفر از زنانی که در بررسی پایایی شرکت کرده بودند، خوانده شد و نوع برداشت و سطح دشواری سؤالات بررسی شده و اصلاحات پیشنهادی اعمال شد. پس از تأیید روایی و پایایی ابزار مطالعه، با هماهنگی مسئولان مراکز بهداشتی داده‌ها جمع‌آوری گردید.

به منظور تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ و از آمار توصیفی و از آزمون

کتبی از افراد شرکت‌کننده در مطالعه اخذ شد. جمع‌آوری انجام شد.

ابزار مورد استفاده برای گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه‌ای محقق ساخته شامل مشخصات جمعیتی شناختی افراد مورد مطالعه، سؤالات بسامد مصرف در طول یک هفته گذشته و سؤالات مربوط به سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی بود. تعاریف متعددی در مورد غذاهای فوری موجود است. در این مطالعه منظور از غذای فوری غذاهایی بود که پخت آنها سریع و آسان بوده (۲۶) و در تهیه آنها مواد غذایی ناسالم استفاده می‌شود، شامل انواع ساندویچ‌ها (سوسیس، کالباس، همبرگرها، هات‌داگ)، انواع پیتزا، سیب‌زمینی سرخ‌شده (تهیه شده از اغذیه‌فروشی‌ها)، سمبوسه، فلافل، انواع ناگت‌های آماده (مرغ، ماهی، میگو، گوشت) و مرغ سوخاری (تهیه شده از اغذیه‌فروشی‌ها). به منظور دریافت پاسخ‌های معتبر، این تعارف در هنگام تکمیل پرسشنامه به زنان شرکت‌کننده ارائه می‌شد.

مشخصات جمعیتی شناختی افراد با استفاده از ۱۲ سؤال بررسی شد. برای سنجش بسامد دریافت غذاهای فوری در هفته گذشته از ۸ سؤال (مانند در هفته گذشته چند بار پیتزا خورده‌اید؟ با پاسخ هرگز-یکبار-دو بار-سه تا چهار بار-پنج بار و بیشتر) استفاده شد. همچنین سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی شامل ۸ سؤال آگاهی تغذیه‌ای (مانند؛ "آیا غذاهای فوری دارای ویتامین و مواد معدنی بیشتری هستند؟" با پاسخ بله، خیر، نمی‌دانم)، ۴ سؤال فراهمی (مانند؛ "در خانه ما اغلب اوقات غذاهای فوری وجود دارد" با پاسخ هرگز-به ندرت-گاهی-معمولاً-همیشه)، ۷ سؤال محیط (مانند؛ "وقتی بیرون غذا می‌خورم ظاهر و طراحی داخلی رستوران برای من ... " با پاسخ خیلی مهم است-مهم است-نظری ندارم-مهم نیست-اصلاً مهم نیست)، ۸ سؤال انتظارات پیامد (مانند؛ "من بیرون غذا خوردن را به خاطر احساس خوبی که در یک مکان متفاوت احساس می‌کنم، ترجیح می‌دهم" با پاسخ کاملاً مخالفم-مخالفم-نظری ندارم-موافقم-کاملاً موافقم)، ۸ سؤال امید پیامد (مانند؛ "اینکه در زمان غذا خوردن احساس خوبی داشته باشم برای من..." با پاسخ خیلی مهم است-مهم است-نظری

در بین زنان شاغل بیشتر بود. بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه تفاوت معنی داری از نظر گروه های مختلف سنی زنان ($P=0/09$)، تحصیلات زنان ($P=0/24$) و وضعیت اقتصادی ($P=0/08$) آنها با دفعات مصرف غذاهای فوری دیده نشد.

جدول شماره ۲- میانگین تعداد دفعات مصرف انواع غذاهای آماده توسط زنان مورد مطالعه ($n=384$)

غذای آماده	میانگین	انحراف معیار
سوسیس و کالباس	۰/۶۸	۰/۶۱
انواع پیتزا	۰/۲۸	۰/۴۸
سیب زمینی سرخ کرده	۰/۳۹	۰/۶۸
سمبوسه	۰/۹	۰/۳۲
فلافل	۰/۱۸	۰/۳۹
مرغ سوخاری	۰/۱۵	۰/۳۸
انواع ناگت	۰/۴۶	۰/۷۰

تحلیل آزمون رگرسیون چندگانه نشان داد که در مجموع سازه های مختلف تئوری شناختی اجتماعی ۲۱ درصد از واریانس مصرف غذاهای فوری را در زنان مورد مطالعه تبیین نمایند. از بین سازه های مورد بررسی، فراهمی ($P<0/001$) و امید پیامد ($P<0/05$) سهم معنی داری در تبیین واریانس مصرف غذاهای فوری داشتند. (جدول شماره ۳)

جدول شماره ۳- آنالیز رگرسیون خطی جهت پیش گویی بسامد مصرف غذاهای فوری بر اساس سازه های تئوری شناختی اجتماعی در زنان مورد مطالعه ($n=384$)

متغیرها	شیب خط (β)	خطای معیار	سطح معنی داری	ضریب تبیین (R^2)
آگاهی	۰/۰۹۶	۰/۰۵	۰/۰۵۹	
فراهمی	۰/۳۲۳	۰/۰۳	۰/۰۰۱	
محیط	۰/۰۱۴	۰/۰۲	۰/۴۹۰	
انتظار پیامد	-۰/۰۱۳	۰/۰۱	۰/۴۷۹	۲۱
امید پیامد	-۰/۰۵۵	۰/۰۲	۰/۰۴۰	درصد
مهارت	۰/۰۴۶	۰/۰۳	۰/۱۱۹	
یادگیری مشاهده ای	۰/۰۵۵	۰/۰۳	۰/۰۷۲	
خودکارآمدی	۰/۰۰۱	۰/۰۲	۰/۹۶۸	

بحث

بر پایه جستجوهای انجام شده، این مطالعه اولین پژوهش در کشور با هدف مشخص کردن عوامل مرتبط با مصرف غذاهای فوری در خانواده بر اساس تئوری شناختی

تی مستقل برای مقایسه میانگین در دو گروه و آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه میانگین در بیش از دو گروه استفاده شد. برای بررسی رابطه رفتار مورد نظر از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به روش همزمان استفاده شد. برای همه آزمون ها سطح معنی داری $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه، بیشتر زنان شرکت کننده در این مطالعه در گروه سنی ۲۲ تا ۳۲ سال و با فراوانی ۴۷/۴ درصد بودند. خانواده ۴۵ درصد از زنان مورد مطالعه ۴ تا ۶ نفره بود. نیمی از زنان دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند. ۸۲/۶ زنان، خانه دار و بقیه شاغل بودند. در حدود ۴۰ درصد همسران افراد شرکت کننده در محدوده سنی ۳۲ تا ۴۲ و دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند. اکثریت زنان مورد مطالعه (۶۳ درصد) دارای وضعیت اقتصادی متوسط بودند. میانگین و انحراف معیار نمرات سازه های تئوری شناختی اجتماعی در بین زنان شرکت کننده در مطالعه در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱- آماره های توصیفی سازه های تئوری شناختی اجتماعی در رابطه با بسامد مصرف غذاهای آماده در زنان ($n=384$)

سازه های مدل	میانگین	انحراف معیار	دامنه نمره قابل اکتساب	درصد میانگین از حداکثر نمره قابل اکتساب
آگاهی تغذیه ای	۱۱/۰۸	۱/۵۸	۵-۱۵	۷۳/۸۶
فراهمی	۷/۶۸	۲/۱۰	۴-۲۰	۳۸/۴
محیط	۲۲/۴۹	۳/۵۳	۷-۳۵	۶۴/۲۵
انتظارات پیامد	۲۴/۰۹	۴/۱۹	۸-۴۰	۵۵/۱
امید پیامد	۲۶/۸۴	۳/۰۲	۸-۴۰	۶۷/۱
مهارت	۱۰/۲۵	۲/۶۱	۵-۲۵	۴۱
یادگیری مشاهده ای	۸/۲۲	۲/۵۵	۴-۲۰	۴۱/۱
خودکارآمدی	۲۳/۴۰	۳/۶۳	۷-۳۵	۶۶/۸۵

بر اساس نتایج، مجموع مصرف غذاهای فوری در هفته گذشته ۲/۲۰ بار و بیشترین موارد مصرف مربوط به سوسیس و کالباس بود (جدول شماره ۲). با بهره گیری از آزمون تی مستقل، بین دو گروه زنان خانه دار و شاغل از لحاظ بسامد مصرف غذاهای آماده، اختلاف معنی دار مشاهده شد ($P<0/001$)، به طوری که مصرف غذاهای آماده

فراهمی به‌عنوان یکی از متغیرهای محیطی در تئوری شناختی اجتماعی مطرح است. طبق نتایج این مطالعه مشاهده شد که در صورت فراهمی، مصرف غذاهای فوری افزایش می‌یابد. سایر مطالعات نیز تأثیر فراهمی و در دسترس بودن را در افزایش مصرف غذاهای فوری تأیید می‌کنند. از جمله در مطالعه Ball و همکاران مشخص شد که برای مصرف تنقلات با تراکم بالای انرژی و غذاهای فوری میزان دسترسی یک میانجی قوی است (۳۶). در مطالعه لارسون Larson و همکاران دسترسی خانگی به غذاهای ناسالم همبستگی مثبت با مصرف غذاهای فوری داشت (۲۴). فراهم نمودن غذاهای خانگی سالم با مهارت و خودکارآمدی زنان برای تهیه آسان، سریع و سالم وعده‌های غذایی برای خانواده ارتباط دارد.

امیدهای پیامد یکی از متغیرهای فردی در تئوری شناختی اجتماعی است و اشاره به ارزشی دارد که شخص بر پیامدهای مورد انتظار در نتیجه انجام یک رفتار قائل است (۳۷). هر چه قدر این ارزش‌ها سطح بالاتری داشته باشند، شانس بیشتری برای انجام رفتار مورد نظر وجود دارد. در این مطالعه داشتن احساس خوب، ترجیح مزه و لذت، رضایت خانواده، پیشگیری از بیماری‌های قلبی، دیابت و چاقی و نیز صرفه‌جویی در زمان و هزینه به‌عنوان پیامدهای مصرف غذاهای فوری مطرح شده بود. از نظر زنان شرکت‌کننده در این مطالعه، نگرانی‌های مربوط به پیامدهای سلامتی از جمله افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی، دیابت و نیز چاقی دارای اهمیت بالایی بودند (بیش از ۹۰ درصد). این یافته در مطالعات Rydell نیز گزارش شده است (۳۸). هر چند نتایج مطالعه Dave نشان داد که این‌گونه نگرانی‌های تأثیر کمی در میزان مصرف غذاهای آماده در شرکت‌کنندگان دارد (۳). عامل راحتی مانند سهولت در تهیه و صرف زمان کمتر در مطالعات متعددی به‌عنوان متغیر تأثیرگذار در میزان مصرف غذاهای آماده مطرح شده است (۳، ۳۸). در این مطالعه نیز از نظر شرکت‌کنندگان صرفه‌جویی در وقت دارای اهمیت زیادی بود (۸۱ درصد). از نظر زنان شرکت‌کنندگان در مطالعه، پیامدهای مربوط به احساسات مانند برخورداری

اجتماعی می‌باشد. مصرف غذاهای فوری از رفتارهای نامناسب تغذیه‌ای است که خطر ابتلا به انواع مشکلات و بیماری‌ها از جمله چاقی، بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت و پوکی استخوان را افزایش می‌دهد (۲۷). بر اساس مطالعه Moeه افرادی که غذاهای فوری نمی‌خورند نسبت به افرادی که ۱ بار و بیشتر در هفته غذاهای فوری مصرف می‌کنند، ۲-۳ مرتبه بیشتر احتمال دارد رژیم غذایی سالم داشته باشند (۲۸).

نتایج نشان داد که تئوری شناختی اجتماعی توانست ۲۱ درصد از واریانس مصرف غذاهای آماده در زنان مورد مطالعه را تبیین نماید. این یافته در راستای نتایج مطالعات پیشین در استفاده از تئوری شناختی اجتماعی در زمینه پیش‌گویی رفتارهای مختلف تغذیه‌ای است که میزان پیش‌گویی را کمتر از ۳۰ درصد گزارش می‌کنند (۲۹). نتایج این مطالعه یافته‌های مطالعات قبل مبنی بر مصرف بالای غذای فوری در میان خانواده‌ها را مورد تأیید قرار داد. مطالعه برزویی و همکاران نشان داده بود که ۴۴/۵ درصد از دانشجویان دختر ۲ بار در هفته از غذاهای فوری استفاده می‌کنند (۳۰). همچنین مطالعه فاضل پور و همکاران نشان داد که ۹۰/۸ درصد از مردم شهر یزد حداقل یکی از انواع غذای آماده را مصرف می‌کردند و تنها ۹/۲ درصد اصلاً از این غذاها استفاده نمی‌کردند (۳۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین بسامد مصرف غذاهای فوری با وضعیت اشتغال زنان شرکت‌کننده رابطه معنی‌دار وجود دارد. برخی مطالعات انجام شده این نتایج را مورد تأیید قرار می‌دهند. به‌عنوان نمونه در مطالعه McIntosh و همکاران بین مصرف غذاهای فوری و وضعیت اشتغال والدین ارتباط وجود داشت (۳۲). همچنین در مطالعه امانی و همکاران نیز میزان مصرف غذاهای آماده بر حسب وضعیت شغل افراد متفاوت بود (۳۳). هر چند در مطالعه یارمحمدی (۳۴) و نیز Vander Horst (۳۵) مشخص شد که مصرف غذاهای فوری با تحصیلات بالای والدین و درآمد بالای خانوار نیز ارتباط مستقیمی دارد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سازه‌های فراهمی و امیدپیامد مصرف غذاهای فوری را پیش‌بینی می‌کنند.

روزافزون محل‌های ارائه غذاهای فوری در سطح شهرها می‌باشد. زنان به دلیل کمبود وقت، در دسترس بودن و راحتی در استفاده از غذاهای فوری، از این نوع غذاها استفاده می‌کنند. به‌منظور کاهش مشکلات ناشی از رفتارهای غذایی ناسالم و اصلاح الگوهای نامناسب تغذیه‌ای، لازم است برنامه‌های آموزشی مداخله‌ای با تأکید بر مضرات استفاده از غذاهای فوری و فواید پرهیز از آنها، همچنین ترغیب زنان برای تهیه و فراهم کردن غذاهای سالم در منزل طراحی و اجرا شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه از داده‌های حاصل از طرح تحقیقاتی مصوب (شماره ثبت: ۹۲۰۹۱۹۳۳۶۰) شورای پژوهشی معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی همدان (مرکز تحقیقاتی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت) نگارش شده است. نویسندگان مقاله از کلیه زنان شرکت‌کننده در مطالعه، مسئولین و کارکنان کلیه مراکز بهداشتی تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

- Jabs J, Devine CM, Bisogni CA, Farrell TJ, Jastran M, Wethington E. Trying to find the quickest way: Employed mothers' constructions of time for food. *J Nutr Educ Behav*.2007; **39**(1):18-25.
- Botonaki A, Mattas K. Revealing the values behind convenience food consumption. *Appetite*.2010; **55**(3):629-38.
- Dave JM, An LC, Jeffery RW, Ahluwalia JS. Relationship of Attitudes Toward Fast Food and Frequency of Fast-food Intake in Adults. *Obesity*.2009; **17**(6):1164-70.
- St-Onge MP, Keller KL, Heymsfield SB. Changes in childhood food consumption patterns: a cause for concern in light of increasing body weights. *Am J Clin Nutr*.2003; **78**(6):1068-73.
- Kelishadi R, Ardalan G, Gheiratmand R, Sheikholeslam R, Majdzadeh SR, Delavari AR, and et al. [Do the dietary habits of our community warrant health of children and adolescents now and in future? CASPIAN Study]. *Iranian Journal of Pediatrics*.2005; **15**(2):97-109. [Persian]
- Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, Van Horn L, Slattery ML, Jacobs DR Jr, and et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance(the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet*.2005; **365**(9453): 36-42.

از احساس خوب خوردن غذا در یک مکان متفاوت، لذت از مزه و شادی و نشاط خانواده نیز بسیار مهم در نظر گرفته شدند (در حدود ۹۰ درصد). در مطالعه‌ای که در رابطه با علل استفاده از غذاهای آماده در آمریکا انجام شد نیز بر اهمیت این دسته از عوامل به‌عنوان تعیین‌کننده مصرف غذاهای آماده تأکید شد (۳۸). در مطالعه حاضر، حدود نیمی از شرکت‌کنندگان معتقد بودند که غذاهای آماده گران‌تر هستند. شرکت‌کنندگان در مطالعه Rydell نیز یکی از دلایل عدم مصرف مکرر غذاهای آماده را قیمت بالای این مواد غذایی عنوان کردند (۳۸).

در این مطالعه از پرسشنامه و روش خودگزارش‌دهی استفاده شد که محدودیت مطالعه به شمار می‌رود به‌منظور کاهش خطای یادآوری جهت گزارش بسامد مصرف غذای آماده، طول زمان یک هفته در نظر گرفته شد.

نتیجه‌گیری

مصرف غذاهای فوری تحت تأثیر عوامل جمعیت شناختی، قیمت، عوامل اجتماعی و عوامل اقتصادی و افزایش

- James J, Kerr D. Prevention of childhood obesity by reducing soft drinks. *Int J Obes*.2005; **29**(12):554-7.
- Boutelle KN, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D, Story M, French SA. Fast food for family meals: relationships with parent and adolescent food intake, home food availability and weight status. *Public Health Nutr*.2007; **10**(1):16-23.
- Devine CM, Farrell TJ, Blake CE, Jastran M, Wethington E, Bisogni CA. Work conditions and the food choice coping strategies of employed parents. *J Nutr Educ Behav*.2009; **41**(5):365-70.
- Bae HJ, Chae MJ, Ryu K. Consumer behaviors towards ready-to-eat foods based on food-related lifestyles in Korea. *Nutr Res Pract*.2010; **4**(4):332-8.
- Bowman SA, Gortmaker SL, Ebbeling CB, Pereira MA, Ludwig DS. Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey. *Pediatrics*.2004; **113**(1 Pt 1):112-8.
- Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet*.2002; **360**(9331):473-82.
- Rosenheck R. Fast food consumption and increased caloric intake: a systematic review of a trajectory towards weight gain and obesity risk. *Obes Rev*.2008; **9**(6):535-47.
- World Health Organization (WHO). Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/Food and

- Agriculture Organization Expert Consultation. Geneva 2003.
13. Services USDoHaH. Healthy People 2010. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health, 2nd edn. U.S. Government Printing Office: Washington, DC, 2000.
 16. Welch N, McNaughton SA, Hunter W, Hume C, Crawford D. Is the perception of time pressure a barrier to healthy eating and physical activity among women?. *Public Health Nutr.*2009; **12**(7):888-95.
 17. Paeratakul S, Ferdinand DP, Champagne CM, Ryan DH, Bray GA. Fast-food consumption among US adults and children: dietary and nutrient intake profile. *J Am Diet Assoc.*2003; **103**(10):1332-8.
 18. French SA, Harnack L, Jeffery RW. Fast food restaurant use among women in the Pound of Prevention study: dietary, behavioral and demographic correlates. *Int J Obes Relat Metab Disord.*2000; **24**(10):1353-9.
 19. French SA, Story M, Neumark-Sztainer D, Fulkerson JA, Hannan P. Fast food restaurant use among adolescents: associations with nutrient intake, food choices and behavioral and psychosocial variables. *Int J Obes Relat Metab Disord.*2001; **25**(12):1823-33.
 20. Jeffery RW, French SA. Epidemic obesity in the United States: are fast foods and television viewing contributing? *Am J Public Health.*1998; **88**(2):277-80.
 21. WHO. (2011). Global strategy on diet, physical activity and health. Childhood overweight and obesity. Retrieved from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/index.html>.
 22. OCDE. (2010). L'obe' site' et l'e'conomie de la pre'vention: Objectif sante' . Retrieved from http://www.oecd.org/document/60/0,3746,fr_2649_37407_46022460_1_1_1_37407,00.html.
 23. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
 24. Larson NI, Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Eisenberg ME. Fast Food Intake: Longitudinal Trends during the Transition to Young Adulthood and Correlates of Intake. *J Adolesc Health.*2008; **43**(1):79-86.
 25. Choobineh MA, Hesari SN, Hossain D, Haghizadeh MH.[Study of nutritional knowledge of Ahwaz high school girls and the education effect]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences.*2009; **16**(1):23-30. [Persian]
 26. Kaushik J, Narang M, Parakh A. Fast food consumption in children. *Indian Pediatr.*2011; **48**(2):97-101.
 27. Drewnowski A, Fiddler EC, Dauchet L, Galan P, Herberg S. Diet quality measures and cardiovascular risk factors in France: applying the Healthy Eating Index to the SU.VI.MAX study. *J Am Coll Nutr.*2009; **28**(1):22-9.
 28. Moore LV, Diez Roux AV, Nettleton JA, Jacobs DR, Franco M. Fast-Food Consumption, Diet Quality, and Neighborhood Exposure to Fast Food The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Am J Epidemiol.*2009; **170**(1):29-36.
 29. Guillaumie L, Godin G, Vézina-Im LA. Psychosocial determinants of fruit and vegetable intake in adult population: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.*2010; **2**(7):12.
 30. Borzoei A, Azadbakht L. [Describing the dietary habits of Isfahan young girls: assessing the status of tea consumption, processed foods, fats and cooking methods]. *Journal of Health System Research.*2010; **6**(2):157-64. (Persian)
 31. Fazelpour SH, Baghianimoghadam MH, Nagharzadeh A, Fallahzadeh H, Shamsi F, Khabiri F. [Assessment of Fast Food Consumption Among People of Yazd City]. *Toloo-E-Behdasht Journal.*2011; **10**(2):25-34. (Persian)
 32. McIntosh A, Kubena KS, Tolle G, Dean W, Kim MJ, Jan JS, and et al. Determinants of Children's Use of and Time Spent in Fast-food and Full-service Restaurants. *J Nutr Educ Behav.*2011; **43**(3):142-9.
 33. Amani F, Nemati A, Rahimi E, Farzizadeh F, Dideavary E, Nasirpour F, and et al. [Survey of Fast Food Consumption in Ardabil City]. *Journal of Health.*2014; **5**(2):127-137. (Persian)
 34. Yarmohammadi P, Sharifirad GR, Azadbakht L, Sharifabad MAM, Hassanzadeh A. [Predictors of Fast Food Consumption among High School Students based on the Theory of Planned Behavior]. *Health Systems Research.*2011; **7**(4):1-11. (Persian)
 35. Van der Horst k, Brunner TA, Siegrist M. Fast food and take-away food consumption are associated with different lifestyle characteristics. *J Hum Nutr Diet.*2011; **24**(6):596-602.
 36. Ball K, MacFarlane A ,Crawford D, Savage G, Andrianopoulos N, Worsley A. Can social cognitive theory constructs explain socio-economic variations in adolescent eating behaviours? A mediation analysis. *Health Educ Res.*2009; **24**(3):496-506.
 37. Baranowski T, Perry CL, Parcel GS. How individuals, environments, and health behavior interact. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002, p:185-209.
 38. Rydell SA, Harnack LJ, Oakes JM, Story M, Jeffery RW, French SA. Why eat at fast-food restaurants: reported reasons among frequent consumer. *J Am Diet Assoc.*2008; **108**(12):2066-70.

*Research Article***Factors Affecting the Consumption of Fast Foods among Women Based on the Social Cognitive Theory****Nooshin Beiranvandpour (MSc)¹, Akram Karimi-Shahanjarini (PhD)^{2*}, Forouzan Rezapur-Shahkolai (PhD)², Abbas Moghimbeigi (PhD)³**¹ Department of Public Health, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.² Social determinants of Health Research Center and Department of Public Health, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.³ Modeling of Non-communicable Disease Research Center and Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received 21 Jan. 2014

Accepted 26 May. 2014

Abstract

Introduction: Fast-food consumption among Iranian families appears to be increasing probably due to urbanization, popularization of western-style diets and increased women's labor force participation. Few theory-based investigations have assessed the determinants of fast food consumption. Therefore, the aim of this study was to determine the predictors of fast food consumption, based on the social cognitive theory (SCT) among women referred to health centers in Hamadan, Western of Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted using structured self-administered questionnaires on 384 women referred to 10 health centers in Hamadan city, Western of Iran. Health center was considered as a sampling unit and systematic random sampling method was applied to select health centers. Participants filled a questionnaire containing SCT constructs, an eight-item food frequency questionnaire, and demographic characteristics. Data was analyzed by independent T-test, one-way ANOVA, and multiple linear regression using SPSS-16.

Results: The model could explain 21% of the variance in frequency of fast food consumption. Outcome expectations ($p=0.04$) and availability ($p<0.001$) were the significant predictors. The career status of women was the only related demographic characteristic ($p<0.001$).

Conclusions: Interventions aimed to change outcome expectations and introducing nutritious alternatives to fast food could be promising to decrease the rate of fast-food consumption.

Keywords: Eating; Fast Foods; Social Cognitive Theory; Women

Corresponding Author: Karimi-Shahanjarini Akram, PhD in Health education, Social determinants of Health Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email karimi.a@umsha.ac.ir, Tel:081-38380398

Please cite this article as: Beiranvandpour N, Karimi-Shahanjarini A, Rezapur Shahkolai F, Moghimbeigi A. [Factors Affecting the Consumption of Fast Foods among Women Based on the Social Cognitive Theory]. *Journal of Education and Community Health*.2014; 1(1):19-26.