

## Consumption of Fast Foods and Their Related Factors in the Women Referring to Healthcare Centers of Bojnord City Based on the Social Cognitive Theory

Rajabzadeh R<sup>1</sup>, Jafari Y<sup>2</sup>, Sadeghi R<sup>3</sup>, Mohaddes Hakkak H<sup>2</sup>, Hekmatara A<sup>4</sup>, Hosseini S.H\*<sup>2</sup>

1. Department of Epidemiology, School of Public Health North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.

2. Department of Health Education and Health Promotion, Health School, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.

3. Department of Health Education and Promotion, School of Public Health Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Department of Public Health, School of Public Health, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

\* *Corresponding author.* Tel: +985831517610, Fax: +985833152003, E-mail: hosseini.ha60@gmail.com, Sh.hosseini@nkums.ac.ir

Received: Mar 18, 2019 Accepted: Oct 17, 2019

### ABSTRACT

**Background & objectives:** Nutrition habits and culture is one of the important constituents of the food patterns in every society. Social Cognitive Theory (SCT) provides a framework for behavior recognition in the family context. According to this theory, nutritional behavior is influenced by the individual and environmental factors. This study aims to determine fast-food related factors based on the (SCT) in women referring to healthcare centers in Bojnourd City.

**Methods:** This descriptive-analytical study was conducted during 2017 among 450 women who have referred to Bojnourd healthcare systems. A three-part questionnaire was used to collect data including demographic information, consumption frequency during the last week, and questions related to Social Cognitive Theory. Data were analyzed in SPSS 20 using Spearman correlation test, Kruskal-Wallis test, ANOVA and linear regression with significance level of  $p < 0.05$ .

**Results:** The mean age of the subjects in this study was  $29.59 \pm 7.85$  years old. 62.6% of women had consumed fast-food at least once a week. There was a negative statistical relationship between fast-food consumption and age. Female students had higher fast-food consumption compared to employed women and housewives ( $p < 0.001$ ). Different social cognitive constructs explained 17.2% of fast-food consumption variance in the study, so that, nutritional awareness ( $p = 0.001$ ) and availability ( $p < 0.001$ ) showed significant contributions in fast-food consumption.

**Conclusion:** In this study, fast food consumption was high in older people, employed and college students and the frequency of fast food consumption was lower in women with high awareness. According to the results of the study, designing educational interventions for increasing health awareness in individuals from lower ages and providing healthy nutrition for women can have optimal effects for better nutrition selection.

**Keywords:** Fast Food; Women; Social Cognitive Theory

## وضعیت مصرف غذاهای فوری و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بجنورد بر اساس تئوری شناخت اجتماعی

رضوان رجب زاده<sup>۱</sup>، یاسمن جعفری<sup>۲</sup>، رویا صادقی<sup>۳</sup>، حمید رضا محدث حکاک<sup>۴</sup>، عفت حکمت آراء<sup>۵</sup>؛

سید حمید حسینی<sup>۲\*</sup>

۱. گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

۲. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

۳. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۵۸۳۱۵۱۷۶۱۰ - فکس: ۰۵۸۳۳۱۵۲۰۰۳ - ایمیل: Sh.hosseini@nkums.ac.ir و hosseini.ha60@gmail.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** یکی از مهمترین عوامل تشکیل دهنده الگوی غذایی جامعه مجموعه عادات و فرهنگ تغذیه ای افراد آن جامعه است. تئوری شناخت اجتماعی، چهارچوبی را برای شناخت رفتار در بافت خانواده فراهم می کند و بیان می کند رفتار، از جمله رفتار تغذیه ای ناشی از عوامل فردی و محیطی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با مصرف غذاهای فوری بر اساس تئوری شناخت اجتماعی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر بجنورد انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۹۶ با شرکت ۴۵۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر بجنورد انجام شد. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه ای سه قسمتی شامل مشخصات فردی، سوالات بسامد مصرف در طول یک هفته گذشته و سوالات مربوط به سازه های تئوری شناخت اجتماعی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-20 و آزمون های آماری ضریب همبستگی اسپیرمن، کروسکال والیس، آنالیز واریانس یک طرفه، رگرسیون خطی با سطح معنی داری  $p < 0/05$  انجام گردید.

**یافته ها:** میانگین سن افراد مورد بررسی  $29/59 \pm 7/85$  سال بود.  $62/6$  درصد از زنان در هفته گذشته حداقل یکبار از غذای فوری استفاده کرده بودند. بین سن و بسامد مصرف غذای فوری رابطه منفی معنی دار آماری وجود داشت. زنان دانشجو نسبت به زنان شاغل و خانه دار به طور معنی داری مصرف غذای فوری بیشتری داشتند ( $p < 0/001$ ). سازه های مختلف تئوری شناخت اجتماعی  $17/2$  درصد از واریانس مصرف غذاهای فوری را در زنان مورد مطالعه تبیین نمودند. به طوری که سازه های آگاهی تغذیه ای ( $p = 0/001$ ) و فراهمی ( $p < 0/001$ ) سهم معنی داری در مصرف غذاهای فوری داشتند.

**نتیجه گیری:** در این مطالعه مصرف غذای فوری در افراد شاغل، دانشجو و افراد با سن بالاتر بیشتر بود و بسامد مصرف غذای فوری در افراد با آگاهی بالاتر، کمتر بود. با توجه به این نتایج، طراحی مداخلات آموزشی جهت ایجاد آگاهی بهداشتی در افراد از سنین پایین و فراهم کردن گزینه های سالم تغذیه ای برای زنان، می تواند اثرات مطلوبی در جهت انتخاب های بهتر تغذیه ای داشته باشد.

**واژه های کلیدی:** فست فود، زنان، تئوری شناخت اجتماعی

دریافت: ۹۷/۱۲/۲۷ پذیرش: ۹۸/۷/۲۵

## مقدمه

یکی از مهمترین عوامل تشکیل‌دهنده الگوی غذایی جامعه، مجموعه عادات و فرهنگ غذا و تغذیه افراد آن جامعه است. این عادات از بدو تولد در درون خانواده شکل می‌گیرد که خود وابسته به بستری است که جامعه فراهم می‌کند (۱). به دلیل گذار تغذیه ای و افزایش شهرنشینی، افراد زمان کافی برای آماده کردن غذاهای سالم ندارند، لذا به غذاهای آماده<sup>۱</sup> روی می‌آورند که نتیجه آن مصرف فزاینده غذاهای فرآوری شده و غذاهای فوری است (۲). غذاهای آماده مواد غذایی هستند که به سرعت طبخ و آماده می‌شوند و در رستوران‌ها و کافه‌ها به عنوان یک وعده کامل یا میان وعده به حساب می‌آیند (۳). فست فودها شامل انواع ساندویچ، همبرگر، چیزبرگر، ماهی و میگوی سوخاری، هات‌داگ، فیله استیک گوشت یا مرغ، سیب زمینی سرخ کرده، مرغ سوخاری، انواع پیتزا و غیره هستند (۴). نتایج نشان داده که خوردن غذای بیرون یا آماده با افزایش وزن در افراد بالای ۱۸ سال رابطه نزدیکی دارد (۵). نتایج مطالعه‌ای در ایران نشان می‌دهد که میانگین دفعات مصرف غذاهای آماده در دانش آموزان ۱۱ تا ۱۸ ساله کشورمان ۱/۹ بار در هفته می‌باشد و ۲۰ درصد بالغین و ۱۰ درصد بزرگسالان ۳ بار یا بیشتر در هفته ساندویچ مصرف می‌کنند (۶). مصرف غذاهای فوری به دلیل اینکه غذاهایی پر انرژی و پر چربی بوده و فیبر کمی دارند، از نظر ریزمغذی‌ها فقیر هستند و شاخص گلیسمی بالایی دارند و باعث می‌شود انرژی دریافتی بدن از نیاز روزانه بیشتر شود (۷). عوارض و مضرات فست فود بسیار گسترده است و طیف وسیعی از ارگان‌ها را در برمی‌گیرد، از جمله مصرف زیاد فست فود، اثرات زیانباری بر سیستم قلبی و عروقی، گوارشی و کبد، سیستم عصبی و ضریب هوشی داشته و منجر به بروز دیابت، نارسایی‌های

بارداری و پوستی می‌شود. این نوع غذاها هر چند ظاهر و طعم جذاب دارند، اما عادت غذایی نادرستی مانند پرخوری، کم تحرکی و سریع غذا خوردن ایجاد می‌کنند (۸). استفاده زیاد از این غذاهای پرکالری و چرب و همچنین عدم تعادل بین انرژی دریافتی و مصرفی، شانس چاقی و ابتلا به دیابت و بیماری‌های قلبی عروقی به شدت افزایش می‌یابد (۱). از طرفی، چاشنی‌های غذایی مضر و پرکالری دیگری از جمله سس، نوشابه‌های گازدار و موادی از این قبیل عوارض و خطرات ناشی از غذاهای آماده را دوچندان می‌کنند (۹). به نظر می‌رسد یکی از علل رواج غذاهای فوری در جوامع، اشتغال افراد خانواده به کار یا تحصیل است که مانع می‌شود همسر یا زن خانه فرصت کافی برای تهیه غذا داشته باشد (۱۰). خانواده به ویژه مادر یک زمینه مهم برای کنترل چاقی فراهم می‌کند. مادران این توانایی را دارند که بر رفتارهای تغذیه ای و فعالیت‌های فیزیکی کودکانشان تاثیر بگذارند و خطر چاقی را از طریق عواملی مانند ارائه الگو برای استفاده از رژیم 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 (۱۱). از تئوری‌هایی که بر اساس آن می‌توان رفتار انسانی را تشریح کرد، تئوری شناختی اجتماعی<sup>۲</sup> و الگوی اعتقاد بهداشتی است (۱۲). مطالعات مختلف نشان داده که هر دو مدل اعتقاد بهداشتی و شناختی اجتماعی می‌توانند پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای رفتار مصرف غذاهای آماده باشند و علت آن احتمالاً به دلیل شباهت در سازه‌هایشان می‌باشد، ولی با این حال در مطالعات مختلف ثابت شده که تئوری شناختی اجتماعی پیش‌بینی‌کنندگی بهتری در رفتار دارد (۱۳). اندرسون<sup>۳</sup> و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که این تئوری به ترتیب ۳۵، ۵۳ و ۶۱ درصد از مصرف

<sup>2</sup> Social Cognitive Theory

<sup>3</sup> Anderson

<sup>1</sup> Fast Foods

چربی، فیبر و میوه و سبزیجات را می‌تواند پیش‌بینی کند (۱۴).

این تئوری 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 (۱۵) و ضمن بیان عوامل پیش‌بینی‌کننده و اصول موثر 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 (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 غذاخوردن با خانواده و حمایت دوستان برای سالم خوردن، تبیین می‌شود (۱۶). این تئوری ضمن بیان عوامل پیش‌بینی‌کننده و اصول موثر در شکل‌گیری رفتار، سازه‌های دانش، انتظارات پیامد، ارزش‌های پیامد، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، خودتنظیمی و درک موقعیتی را به عنوان مهمترین تعیین‌کننده‌ها و راهنماها در طراحی مداخلات آموزشی معرفی می‌نماید (۱۷).

در مطالعه‌ای که توسط پاراتاکل<sup>۱</sup> و همکاران صورت گرفت نتایج نشان داد که روزانه ۳۷ درصد جوانان و ۴۲ درصد کودکان از غذاهای آماده استفاده می‌کنند (۱۸). در مطالعه فقیه و همکاران نتایج نشان داد که ۲۰ درصد نوجوانان و ۱۰ درصد بزرگسالان حداقل ۳ بار در هفته ساندویچ مصرف می‌کنند (۶). در مطالعه امانی و همکاران نیز مصرف غذاهای آماده در تمامی مشاغل وجود داشته و بیشتر آنها رفتاری را دلیل استفاده از غذاهای آماده عنوان کردند (۱۹). در

<sup>۱</sup> Paeratakul

مطالعه‌ای هم که توسط فاضل پور و همکاران بر روی وضعیت مصرف غذاهای آماده در شهر یزد انجام شد نتایج نشان داد که ۹۰/۸ درصد از مردم شهر یزد حداقل یکبار از غذاهای آماده استفاده کرده و تنها ۹/۲ درصد از غذاهای آماده استفاده نکرده بودند (۲۰). با توجه به شواهد فوق، تاثیر زنان در تهیه و انتخاب وعده‌های غذایی خانواده، بعنوان همسر یا مادر و این که بسیاری از مفاهیم رژیم غذایی بوسیله آنها کسب می‌شود، اثرات ثابت و دائمی روی سلامت کودکان، خانواده آنها و همچنین سلامتی خودشان به عنوان مادران حال حاضر و آینده دارد و همچنین با توجه به اینکه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی جهت دریافت خدمات بهداشتی و درمانی از کلیه گروه‌های زنان جامعه (شاغل- غیرشاغل و...) می‌باشند (۲۱)، لذا این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با مصرف غذاهای فوری بر اساس تئوری شناختی اجتماعی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر بجنورد در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

## روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی (مقطعی) بود که در آن زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بجنورد در سال ۱۳۹۶ که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، مورد مطالعه قرار گرفتند. حجم نمونه با توجه به مطالعه انجام شده در همدان (۲۲) و بیشترین انحراف معیار سازه‌های مدل تئوری شناختی اجتماعی در سازه انتظارات پیامد (۴/۱۹) با حداکثر اطمینان ۹۵ درصد (۰/۰۵ = ) و خطای ۰/۴، حداقل ۴۲۲ مورد بدست آمد، که جهت افزایش دقت ۴۵۰ نمونه موردبررسی قرار گرفتند. از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای جهت نمونه‌گیری استفاده شد، در مرحله اول از روش طبقه‌ای استفاده شد به طوری که انتخاب نمونه‌ها از هر مرکز بر اساس فراوانی تعداد زنان تحت پوشش در آن مرکز بود. در

نرمال)، آنالیز واریانس یک طرفه، آزمون تعقیبی توکی، رگرسیون خطی با سطح معنی‌داری  $p < 0/05$  انجام شد. پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و کلیه افراد بصورت آگاهانه و با رضایت وارد مطالعه شدند و در صورت عدم تمایل، حق خروج از مطالعه را داشتند.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۴۵۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر بجنورد از نظر وضعیت مصرف غذاهای فوری مورد بررسی قرار گرفتند، که میانگین سنی افراد مورد بررسی  $29/59 \pm 7/85$  سال و میانگین بعد خانوار افراد مورد بررسی  $3/54 \pm 1/53$  نفر بود. بیشتر افراد مورد بررسی تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند ( $72/2\%$ ). اکثریت افراد مورد بررسی شاغل بودند ( $67/1\%$ ). از بین زنان مورد مطالعه ۷۹ درصد افراد ۲ و کمتر از ۲ بچه داشتند (جدول ۱). در هفته گذشته  $62/6\%$  درصد از افراد مورد بررسی حداقل یکبار از غذای فوری استفاده کرده بودند. بیشترین غذای مصرفی، غذای تهیه شده از سوسیس و کالباس بود و در رتبه بعدی ساندویچ و پیتزا و پیراشکی که در تهیه آن از سوسیس و کالباس استفاده شده باشد، بود (جدول ۲). میانگین نمره مربوط به سازه‌های آگاهی تغذیه‌ای، فراهمی، محیط، انتظارات پیامد، امید پیامد، مهارت‌های آشپزی، یادگیری مشاهده‌ای و خودکارآمدی تئوری شناختی اجتماعی بیشتر از میانه نمره قابل کسب بود (جدول ۳). نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد بین سن و بسامد مصرف غذای فوری رابطه منفی معنی‌دار آماری وجود دارد ( $R = -0/234$  و  $p < 0/001$ ، یعنی با افزایش سن مصرف غذاهای فوری کاهش می‌یابد، همچنین بین مصرف غذاهای فوری با تعداد افراد خانواده ( $R = -0/029$ ،  $p = 0/551$ ) همبستگی منفی وجود داشت، ولی رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت. نتایج آزمون کروسکال والیس ( $p < 0/001$ ) و آنالیز واریانس ( $p = 0/002$ ) یک طرفه نشان داد، افراد

مرحله دوم با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد نمونه‌های لازم از هر مرکز انتخاب گردید. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای سه قسمتی شامل مشخصات فردی (سن، میزان تحصیلات، محل زندگی، شغل، سازه خانوار، تعداد بارداری)، سوالات بسامد مصرف در طول یک هفته گذشته (با ۸ سوال مانند: در هفته گذشته چند بار پیتزا خورده‌اید؟ با پاسخ هرگز- یکبار- دوبار- سه تا چهار بار- پنج بار و بیشتر) و سوالات مربوط به سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی (۸ سوال آگاهی تغذیه‌ای، ۴ سوال فراهمی، ۷ سوال محیط، ۸ سوال انتظارات پیامد، ۸ سوال امید پیامد، ۵ سوال مهارت‌های آشپزی، ۴ سوال یادگیری مشاهده‌ای، ۷ سوال خودکارآمدی) استفاده شد. روایی و پایایی پرسشنامه توسط بیرانوندپور و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است، که نسبت روایی محتوا (CVR) برای کل پرسشنامه  $0/96$  بود و شاخص روایی محتوا (CVI) برای کلیه مقیاس‌ها بیش از  $0/9$  بود. همچنین پایایی پرسشنامه نیز در سازه آگاهی با آلفای کرونباخ  $0/76$ ، فراهمی  $0/83$ ، محیط  $0/74$ ، انتظار پیامد  $0/63$ ، امید پیامد  $0/75$ ، مهارت‌های آشپزی  $0/75$ ، یادگیری مشاهده‌ای  $0/71$  و خودکارآمدی  $0/65$  بوده است (۲۲). پس از انتخاب نمونه‌ها در مراکز بهداشتی و درمانی و ارائه اطلاعات لازم در زمینه اهداف این مطالعه، پرسشنامه جهت تکمیل به آنها داده شد، افرادی که سواد کافی داشتند پرسشنامه‌ها را به صورت خود ایفا تکمیل نمودند و پس از ارائه به محقق در صورتی که به برخی سوالات پاسخ داده نشده بود از افراد خواسته می‌شد به سوالات پاسخ دهند، به همین جهت پرسشنامه ناقصی وجود نداشت. در مورد افرادی هم که توانایی مطالعه و پاسخ به سوالات را نداشتند پرسشنامه‌ها به صورت مصاحبه فردی تکمیل می‌شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-20 و از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی اسپیرمن، کروسکال والیس (به دلیل عدم پیروی داده‌ها از توزیع

که در مجموع سازه‌های مختلف تئوری شناختی اجتماعی ۱۷/۲ درصد از واریانس مصرف غذاهای فوری را در زنان مورد مطالعه تبیین کردند. از بین سازه‌های مدل، آگاهی تغذیه‌ای ( $p=0/001$ ) و فراهمی ( $p<0/001$ ) سهم معنی‌داری در تبیین واریانس مصرف غذاهای فوری داشتند (جدول ۵).

جدول ۱. مصرف غذاهای فوری بر حسب خصوصیات فردی زنان مورد بررسی (تعداد=۴۵)

متغیر	تعداد (درصد)
بیسواد	۱/۶۷
ابتدایی و راهنمایی	۱۶/۸۷۶
دبیرستان	۵/۴۲۴
دیپلم	۲۶/۸۱۲۱
فوق دیپلم	۱۰/۵۴۷
لیسانس و بالاتر	۳۸/۹۱۷۵
خانه دار	۶۷/۱۳۰۲
شاغل	۲۴/۴۱۱۰
دانشجو	۸/۵۳۸
.	۱۵/۹۷۱
۱	۳۳/۶۱۵۱
۲	۲۹/۴۱۳۳
۳	۱۱/۹۵۴
۴ و بیشتر	۹/۲۴۱

با وضعیت شغلی متفاوت اختلاف معنی‌داری از نظر بسامد مصرف غذای فوری داشتند. آزمون تعقیبی توکی نشان داد این اختلاف بین افرادی که دانشجو بودند با افرادی که شاغل بودند معنی‌دار بود، به طوری که این افراد نسبت به افراد شاغل و خانه‌دار به طور معنی‌داری مصرف غذای فوری بیشتری داشتند. همچنین نتایج آزمون کروسکال وایس نشان داد بین افراد با سطح تحصیلات متفاوت اختلاف معنی‌داری از نظر بسامد مصرف غذای فوری نداشتند ( $p=0/706$ ). میانگین مصرف غذاهای فوری در زنان خانه دار  $1/73 \pm 2/4$ ، زنان شاغل  $1/84 \pm 1/84$  و زنان دانشجو  $1/67 \pm 2/39$  بوده است. نتایج آزمون کروسکال وایس ( $p<0/001$ ) و آنالیز واریانس ( $p=0/002$ ) یک طرفه نشان داد افراد با وضعیت شغلی متفاوت اختلاف معنی‌داری از نظر بسامد مصرف غذای فوری داشتند. آزمون تعقیبی توکی نشان داد این اختلاف بین افرادی که دانشجو بودند با افرادی که خانه‌دار و شاغل بودند معنی‌دار بود به طوری که این افراد نسبت به افراد شاغل و خانه‌دار به طور معنی‌داری مصرف غذای فوری بیشتری داشتند (جدول ۴).

جدول ۲. توزیع بسامد مصرف غذای فوری در هفته گذشته در زنان مورد بررسی

متغیرها	هرگز	یکبار	دوبار	سه تا چهار بار	پنج بار و بیشتر	کل
	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	
غذای تهیه شده از سوسیس و کالباس	۷۹/۹۳۵۳	۱۷/۷۷۹	۰/۲۹	۱/۱۵	۰/۲۱	۴۴۷
پیتزا (در تهیه آن از سوسیس و کالباس استفاده شده)	۸۶/۵۳۸۸	۱۲/۲۵۵	۰/۹۴	۰/۲۱	۰/۲۱	۴۴۹
انواع ساندویچ و پیتزا پیراشکی (در تهیه آن از سوسیس و کالباس استفاده شده)	۸۱/۰۳۵۷	۱۷/۰۷۵	۱/۴۶	۰/۶۳	۰/۰	۴۴۱
سیب زمینی سرخ کرده از بیرون خریده شده	۷۴/۸۳۳۵	۱۴/۸۶۶	۷/۱۳۲	۳/۱۱۴	۰/۲۱	۴۴۸
سمبوسه از بیرون خریده شده	۸۷/۵۳۹۱	۹/۶۴۳	۲/۷۱۲	۰/۲۱	۰/۰	۴۴۷
فلافل از بیرون خریده شده	۹۵/۸۴۳۰	۳/۸۱۷	۰/۲۱	۰/۲۱	۰/۰	۴۴۹
مرغ سوخاری از بیرون خریده شده	۸۹/۷۳۹۹	۶/۵۳۹	۲/۹۱۳	۰/۹۴	۰/۰	۴۴۵
انواع ناگت (مرغ، ماهی، میگو، گوشت) از بیرون خریده شده (چه به صورت ساندویچ و چه ناگت آماده که در منزل سرخ شده)	۷۹/۴۳۵۵	۱۴/۱۶۳	۴/۹۲۲	۱/۴۶	۰/۲۱	۴۴۷

جدول ۳. آماره‌های توصیفی سازه‌های مدل تئوری شناختی در رابطه با بسامد مصرف غذاهای فوری در زنان مورد بررسی

سازه‌های مدل	میانگین	دامنه نمره قابل اکتساب	درصد میانگین از حداکثر نمره قابل اکتساب*
آگاهی تغذیه ای	۱۴/۳±۱/۳۹	۵-۱۵	۹۵/۳۲
فراهمی	۱۷/۲۱±۲/۳۸	۲۰-۴	۸۶/۰۴
محیط	۲۵/۷۴±۳/۳۷	۳۵-۷	۷۳/۵۴
انتظارات پیامد	۲۹/۲۴±۵/۵	۴۰-۸	۷۳/۱۲
امید پیامد	۲۲/۷±۳/۱۴	۴۰-۸	۵۶/۷۶
مهارت آشپزی	۱۹/۱۷±۳/۹۵	۲۵-۵	۷۶/۶۷
یادگیری مشاهده ای	۱۴/۶۸±۳/۰۴	۲۰-۴	۷۳/۴۳

\* حاصل تقسیم میانگین به حد بالای دامنه نمره قابل اکتساب

جدول ۴. نتایج آزمون سنجش رابطه بین مصرف غذاهای فوری با وضعیت اشتغال

متغیرها	میانگین تفاوت	خطای معیار	سطح معنی داری	
			سطح پایین	سطح بالا
خانه دار	شاغل	۰/۲۷	-۰/۰۸۲	۱/۲۱
	دانشجو	۰/۴۱	-۰/۰۴۱	-۰/۰۳
شاغل	خانه دار	۰/۲۷	-۰/۰۸۲	۰/۰۶
	دانشجو	۰/۴۵	-۰/۰۰۱	-۰/۵۲
دانشجو	خانه دار	۱/۰۰	-۰/۰۴۱	۱/۹۷
	شاغل	۱/۵۸	-۰/۰۰۱	۲/۶۴

جدول ۵. آنالیز رگرسیون خطی جهت پیشگویی بسامد مصرف غذای فوری براساس سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی در زنان مورد مطالعه (n=427)

سازه‌های مدل	شیب خط ( )	خطای معیار	سطح معنی داری	ضریب تبیین تطبیق یافته
ثابت	۱۴/۴۲	۱/۷۵۲	<۰/۰۰۱	
آگاهی تغذیه ای	-۰/۲۶۸	۰/۰۸۱	۰/۰۰۱	
فراهمی	-۰/۲۱۳	۰/۰۴۷	<۰/۰۰۱	
محیط	-۰/۰۰۴	۰/۰۲۷	۰/۸۷۸	
انتظارات پیامد	-۰/۰۴۶	۰/۰۲۵	۰/۰۶۱	۰/۱۷۲
امید پیامد	-۰/۰۴۳	۰/۰۵۰	۰/۲۸۸	
مهارت آشپزی	-۰/۰۵۰	۰/۰۲۷	۰/۰۶۰	
یادگیری مشاهده ای	-۰/۰۶۸	۰/۰۳۶	۰/۰۶۰	
خودکارآمدی	-۰/۰۳۵	۰/۰۳۳	۰/۲۸۶	

## بحث

هدف از انجام این پژوهش تعیین عوامل مرتبط با مصرف غذاهای فوری بر اساس تئوری شناختی اجتماعی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر بجنورد در سال ۱۳۹۶ بود. در این مطالعه بیشتر افراد در هفته گذشته، حداقل یکبار از غذای فوری استفاده کرده بودند، که مطالعه

فاضل پور و همکاران هم نشان داد که ۹۰/۸ درصد از مردم شهر یزد حداقل یکی از انواع غذای آماده را مصرف می‌کردند (۲۰). بین سن و بسامد مصرف غذاهای فوری همبستگی منفی و معناداری دیده شد، یعنی با افزایش سن، میزان غذاخوردن در رستوران و فست‌فود کاهش می‌یابد که با مطالعه جاین<sup>۱</sup> و

<sup>۱</sup> Jayna

همکاران (۲۳) و پاراناکل و همکاران (۱۸) نیز همسو بود، اما در مطالعه روزنیک<sup>۱</sup> و همکاران سن با مصرف غذاهای فوری ارتباط مثبتی داشت و با افزایش سن مصرف غذاهای فوری بالاتر می‌رفت (۷). بالارفتن سن در افراد با افزایش آگاهی تغذیه ای همراه است و افزایش سن زمینه ابتلا به مشکلات تغذیه ای و بیماری‌هایی همچون دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و چاقی را فراهم می‌کند، به همین علت سن می‌تواند عامل موثری در مصرف غذاهای فوری باشد. افراد با وضعیت شغلی متفاوت اختلاف معنی‌داری از نظر بسامد مصرف غذای فوری داشتند، افراد شاغل و افراد دانشجوی از غذاهای فوری بیشتری استفاده می‌کردند. در مطالعه مک‌اینتاش<sup>۲</sup> و همکاران نیز بین وضعیت اشتغال و مصرف غذای فوری ارتباط معناداری وجود داشت. فرنچ<sup>۳</sup> و همکاران هم در مطالعه خود به نتیجه یکسانی دست پیدا کردند، به طوری که افراد دانشجوی نسبت به سایرین بیشتر از غذاهای فوری استفاده می‌کردند (۲۴). نتایج نشان داده که دانشجویان به دلایل مختلف از جمله معاشرت با دوستان، طعم بهتر، راحتی تهیه و آماده‌سازی و فرصتی برای بیرون رفتن و فقدان مهارت آشپزی از غذاهای فوری استفاده می‌کنند (۲۵). مادران شاغل نیز با وجود اینکه اهمیت زیادی به غذای فرزندان خود می‌دهند، اما زمان کمتری برای تهیه غذا دارند، به همین دلیل مصرف غذاهای فوری در این خانواده‌ها بیشتر است. بین بسامد مصرف غذاهای فوری با تعداد افراد خانواده رابطه معناداری یافت نشد، در مطالعه فرنچ و همکاران خانواده‌های کم جمعیت بیشتر از غذاهای فوری استفاده می‌کردند (۲۴) و در مطالعه پاراناکل و همکاران مصرف غذای فوری با تعداد خانوار، رابطه مثبتی داشت (۱۸) که با توجه به نتایج مختلفی که در مطالعات وجود دارد، این

موضوع را نشان می‌دهد که لزوماً کم جمعیت یا پرجمعیت بودن خانواده عاملی برای مصرف غذای فوری نمی‌باشد. نتایج نشان داد که تئوری شناختی اجتماعی توانست ۱۷/۲ درصد از واریانس مصرف غذاهای فوری را در زنان مورد مطالعه تبیین نماید. این یافته در راستای نتایج مطالعات پیشین در استفاده از تئوری شناختی اجتماعی در زمینه پیشگویی رفتارهای مختلف تغذیه ای است که میزان پیشگویی را ۲۱ درصد گزارش کردند (۲۲). با بررسی سازه‌های مختلف تئوری شناختی اجتماعی مشخص گردید که سازه‌های آگاهی تغذیه ای و فراهمی بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های مصرف غذاهای فوری در زنان بودند. نتایج این مطالعه نشان داد ارتباط معناداری بین آگاهی و مصرف غذاهای فوری در زنان وجود داشت. هرچه آگاهی افراد بالاتر بود، بسامد مصرف غذاهای فوری در این افراد کمتر بود. جودی<sup>۴</sup> و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که ۳۵ درصد از زنان و ۲۳ درصد از مردان در زمان انتخاب غذاهای آماده، تحت تاثیر اطلاعات تغذیه‌ای خود هستند (۲۶). پاورز<sup>۵</sup> نیز در مطالعه خود به ارتباط قوی رفتارهای تغذیه ای و آگاهی به عنوان یکی از سازه‌های مهم نظریه شناختی اجتماعی اشاره می‌کند (۲۷). مصرف غذاهای سالم مستلزم تصمیم‌گیری آگاهانه می‌باشد، این امر نشان‌دهنده این است که با افزایش آگاهی تا حدی می‌توان مصرف غذای آماده در افراد را کاهش داد.

فراهمی به عنوان یکی از متغیرهای محیطی در تئوری شناختی اجتماعی مطرح است. بر طبق نتایج این مطالعه، در صورت فراهمی، مصرف غذاهای فوری کاهش می‌یابد که این یافته همسو با مطالعه بیرانوند و همکاران (۲۲) و فرنچ و همکاران نبود (۲۴). مطالعات مختلف میزان دسترسی را به عنوان عامل مهمی در مصرف مواد غذایی مختلف در نظر

<sup>1</sup> Rosenhek<sup>2</sup> McIntosh<sup>3</sup> French<sup>4</sup> Judy<sup>5</sup> Powers



گرفته‌اند (۱۶،۲۸). در مواردی که افراد نیاز به غذا خوردن دارند (به عنوان مثال وقتی مادران با کودکان خود به بیرون از خانه می‌روند)، اگر دسترسی راحت‌تری به رستوران‌های غذاهای فوری داشته باشند، احتمال مصرف آن‌ها بیشتر می‌شود. بنابراین نزدیکی محل سکونت یا محل کار به رستوران‌های غذاهای فوری باید همواره به عنوان یکی از متغیرهای مورد بررسی در زمینه مصرف غذای فوری در نظر گرفته شود. باتوجه به معنی‌دار بودن متغیر فراهمی، در صورتی که غذاهای سالم و سبزیجات در منوی رستوران‌های غذای آماده وجود داشته باشد، با وجود رفتن به رستوران‌ها دسترسی به غذاهای سالم، راحت‌تر می‌شود و در نتیجه مصرف غذاهای آماده کمتر می‌گردد. تحقیقات گسترده‌ای نشان داده است که رفتار از بسیاری جهات بر ادراک تأثیر می‌گذارد، به ویژه هنگامی که این رفتارها (مانند مصرف غذای روزانه) در حال تکرار است (۲۹). با این وجود، این امر قابل قبول است که آموزش زنان می‌تواند بر آگاهی آنان و در نتیجه مصرف کمتر غذاهای آماده مؤثر می‌باشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به اندازه‌گیری بسامد مصرف غذای فوری فقط در مورد هفته گذشته و مقطعی بودن مطالعه اشاره کرد، که بهتر است در مطالعات آینده از مطالعات نیمه تجربی یا طولی جهت بررسی بیشتر استفاده شود.

### نتیجه گیری

در این مطالعه مصرف غذاهای فوری در زنان شاغل، مخصوصاً دانشجویان نسبت به سایر افراد بالاتر بود،

که این امر به علت خستگی ناشی از شغل در زنان شاغل، درس خواندن در دانشجویان و زمان کمتری است که برای پخت و پز و غذاهای پرزحمت دارند. افرادی که سن بالاتری داشتند، نسبت به سایرین فست فود کمتری استفاده می‌کردند، که علت این امر می‌تواند ناشی از عادت‌های غذایی و علاقه کمتر افراد با سن بالاتر نسبت به فست فودها باشد. بسامد مصرف غذای فوری در افراد با آگاهی بالاتر کمتر بود و از آنجایی که دسترسی آسان به اطلاعات تغذیه‌ای بر انتخاب مواد غذایی تأثیر می‌گذارد (۲۵) می‌تواند به عنوان راهی برای کاهش مصرف غذاهای آماده باشد. در نهایت تئوری شناختی اجتماعی توانست پیش‌بینی‌کننده نسبتاً خوبی برای رفتار مصرف غذای فوری باشد. این نکته که مصرف غذای فوری در بین زنان رو به افزایش است به عنوان هشدار برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است و باید برای آموزش عمومی در مورد اثرات بهداشتی غذاهای فوری تلاش شود تا بتوان تغییراتی در رفتار غذایی افراد ایجاد کرد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه از داده‌های حاصل از طرح تحقیقاتی مصوب در شورای پژوهشی و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی می‌باشد (کد طرح: ۹۵پ۹۴۶ و کد اخلاق IR.Nkums.rec.۱۳۹۵،۸۳). بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و کلیه زنان شرکت‌کننده در مطالعه، مسئولین و کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهر بجنورد تشکر و قدردانی می‌شود.

### References

- 1- Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, Van Horn L, Slattery ML, Jacobs Jr DR, et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *The lancet*. 2005;365(9453):36-42.
- 2- Ghassemi H, Harrison G, Mohammad K. An accelerated nutrition transition in Iran. *Public health nutrition*. 2002;5(1a):149-55.
- 3- Frodeman R, Klein JT, Pacheco RCDS. *The Oxford handbook of interdisciplinarity*: Oxford University Press; 2017:88-9.

- 4- Bowman SA, Vinyard BT. Fast food consumption of US adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. *Journal of the american college of nutrition*. 2004;23(2):163-8.
- 5- Bezerra IN, Curioni C, Sichieri R. Association between eating out of home and body weight. *Nutrition reviews*. 2012;70(2):65-79.
- 6- Faghieh A, Anosheh M. Assessment of nutritional behaviors in obese patients referred to the health center Jenah section. *Hormozgan Medical Journal*. 2008;12(1):53-9.
- 7- Rosenheck R. Fast food consumption and increased caloric intake: a systematic review of a trajectory towards weight gain and obesity risk. *Obesity Reviews*. 2008;9(6):535-47.
- 8- Sadeghi F. Do not take health with prepared foods. *Keyhan*. 2012:7.
- 9- James J, Kerr D. Prevention of childhood obesity by reducing soft drinks. *International journal of obesity*. 2005;29(S2):S54.
- 10- Koochi K, Mobarakbakhshayesh M, Abdi R. Students' Attitudes toward Fast Foods and their Effective Factors. *Journal of Biomedicine*. 2013;3(8):157-85.
- 11- 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 nutrition*. 2007;10(1):16-23.
- 12- Baranowski T, Cullen KW, Nicklas T, Thompson D, Baranowski J. Are current health behavioral change models helpful in guiding prevention of weight gain efforts? *Obesity research*. 2003;11(S10):23S-43S.
- 13- Guillaumie L1, Godin G, LA V-I. Psychosocial determinants of fruit and vegetable intake in adult population: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010:7-12.
- 14- Anderson ES, Winett RA, Wojcik JR. Self-regulation, self-efficacy, outcome expectations, and social support: social cognitive theory and nutrition behavior. *Annals of behavioral medicine*. 2007;34(3):12-304.
- 15- Bandura A. *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ. 1986;1986.
- 16- Berge JM, Larson N, Bauer KW, Neumark-Sztainer D. Are parents of young children practicing healthy nutrition and physical activity behaviors? *Pediatrics*. 2011:peds. 2010-3218.
- 17- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*: John Wiley & Sons; 2008:583.
- 18- Paeratakul S, Ferdinand DP, Champagne CM, Ryan DH, Bray GA. Fast-food consumption among US adults and children: dietary and nutrient intake profile. *Journal of the American dietetic Association*. 2003;103(10):1332-8.
- 19- Amani F, Nemati A, Rahimi E, Farzizadeh F, Dideavary E, Nasirpour F, et al. Survey of fast food consumption in Ardabil city. *journal of health*. 2014;5(2):127-37.
- 20- Fazelpour S, Baghianimoghadam M, Nagharzadeh A, Fallahzadeh H, Shamsi F, Khabiri F. Assessment of fast food consumption among people of Yazd city. 2011:25-34.
- 21- Choobineh M, Hesari S, Hossain D, Haghhighizadeh M. Study of nutritional knowledge of Ahwaz high school girls and the education effect. 2009 Mar 10;16(1):23-30.
- 22- Beiranvandpour N, Karimi-Shahanjarini A, Rezapour-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.
- 23- 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.
- 24- 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. *International journal of obesity*. 2001;25(12):1823.
- 25- Driskell JA, Meckna BR, Scales NE. Differences exist in the eating habits of university men and women at fast-food restaurants. *Nutrition Research*. 2006;26(10):524-30.
- 26- Jeffery RW, Baxter J, McGuire M, Linde J. Are fast food restaurants an environmental risk factor for obesity? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2006;3(1):2.
- 27- Raby Powers A, Struempfer BJ, Guarino A, Parmer SM. Effects of a nutrition education program on the dietary behavior and nutrition knowledge of second-grade and third-grade students. *Journal of school health*. 2005;75(4):129-33.

- 28- Ball K, MacFarlane A, Crawford D, Savige G, Andrianopoulos N, Worsley A. Can social cognitive theory constructs explain socio-economic variations in adolescent eating behaviours? A mediation analysis. *Health education research*. 2008;24(3):496-506.
- 29- Weinstein ND. Misleading tests of health behavior theories. *Annals of Behavioral Medicine*. 2007;33(1):1-10.