

رفتار تغذیه‌ای

عوامل مرتبط با مصرف غذاهای آماده در شهر بندرعباس: یک مطالعه مبتنی بر جمعیت

چکیده

زمینه و هدف: افزایش قابل توجهی در مصرف غذاهای آماده یا فست‌فودها در دهه‌های اخیر دیده شده است. در نتیجه استفاده زیاد از این غذاهای پرکالری و چرب و عدم تعادل بین انرژی دریافتی و مصرفی، شانس ابتلا به دیابت و بیماری‌های قلبی عروقی در افراد به شدت افزایش داده است. مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با مصرف غذای آماده در شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود. جامعه آماری را ۶۰۰ نفر مصرف‌کننده غذاهای آماده تشکیل داد. روش نمونه‌گیری ترکیبی از تصادفی خوشه‌ای و آسان در دسترس بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق‌ساخته جهت سنجش علل گرایش مردم به مصرف غذاهای آماده بود. روایی پرسشنامه توسط متخصصین و پایایی آن در مرحله مطالعه اولیه (پایلوت) مورد تأیید قرار گرفت. برای تفسیر داده‌ها از نرم‌افزار SPSS16 و روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، تعداد و درصد) و تحلیلی (ANOVA و کای اسکور دو) استفاده شد. همچنین $p < 0/05$ از نظر آماری معنادار تلقی گردید.

یافته‌ها: در این مطالعه ۵۲٪ افراد مرد بوده و ۳۰۳ نفر (۵۰/۵٪) از بین غذاهای آماده پیتزا را ترجیح داده بودند. در افراد زیر ۲۵ سال مصرف غذاهای آماده بیشتر از سایر گروه‌های سنی دیده شد. افراد تحصیل کرده دانشگاهی بیشتر از سایر مقاطع تحصیلی مصرف‌کننده غذاهای آماده بودند.

نتیجه‌گیری: مصرف غذاهای آماده در افراد جوان و دارای تحصیلات دانشگاهی بیشتر دیده شد. شاید محل سکونت، تحصیلات، وضعیت اشتغال در نوع مصرف غذاهای آماده و همچنین تکرار مصرف این غذاها دخیل باشد.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: رفتار تغذیه‌ای، غذاهای فوری، غذاهای آماده، سلامت، سبک زندگی. **استناد:** دادپور س، مدنی ع، قنبرنژاد الف، صفیرمادآبادی ع، امانی ف، حسینی م، یگانه. عوامل مرتبط با مصرف غذاهای آماده در شهر بندرعباس: یک مطالعه مبتنی بر جمعیت. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت تابستان ۱۳۹۳؛ ۲(۲): [۷۷-۸۶].

سکینه دادپور^۱

عبدالحسین مدنی^۲

امین قنبرنژاد^۳

علی صفری مرادی^{۴*}

فیروز امانی^۵، مرضیه حسینی^۶

حمیده یگانه^۶

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات باروری و ناباروری هرمزگان، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

۲. دانشیار، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

۳. کارشناس ارشد آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

*۴. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران. (نویسنده مسئول)

Alisafari_31@yahoo.com

۵. استادیار آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

۶. دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۲/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۵/۲۷

Effective Factors related to Fast-foods Consumption in

Bandar Abbas: A Community-Based Study

Sakineh Dadipoor¹

Abdoulhossain Madani,²

Amin Ghanbarnejad,³

Ali Safari Moradabadi,^{4*}

Firouz Amani,⁵

Marzieh Hosseini⁶ &

Hamideh Yeganeh⁶

ABSTRACT

Background and objective: In recent decades there has been a growing increase in the consumption of fast-foods. As a result of over-consumption of these high-calorie and fatty foods and the unbalance between the received and consumed energy, the chance of affliction with cardiovascular diseases and diabetes in individuals has risen. The present research sought to determine the effective factors related to the consumption of fast-foods in Bandar Abbas in 2013.

Methods: The present research was descriptive/analytic and of a cross-sectional type. Research population was comprised of 600 fast-food consumers. The samples were selected using a combination of cluster sampling and convenient sampling. The instrument used for gathering data was a researcher-made questionnaire (RMQ) to measure the reasons for people's tendency toward consuming fast-foods. The validity of the questionnaire was confirmed by experts and its reliability was established in the pilot study. SPSS16 was used to analyze the data. Descriptive statistics (mean, SD, frequency and percentage) as well as analytical statistics (ANOVA and Chi-squared test) were used. Significance level was set at <0.05.

Results: 52% of subjects were male and 303 (50.5%) of them preferred pizza among fast-foods. Fast-food consumption was most prevalent among individuals below 25 years of age. Subjects with university degrees consumed fast-food more than others.

Conclusion: Consuming fast-foods was more prevalent among youngster and those with academic degrees. Place of residence, education and employment could be involved in the recurrent consumption of fast foods.

Paper Type: Research Article

Keywords: Feeding behavior, Fast foods, Ready-Prepared foods, Health, Life style.

►Citation: Dadipoor S, Madani A, Ghanbarnejad A, Safari Moradabadi A, Amani F, Hosseini M, & Yeganeh H. Effective factors related to fast-foods consumption in Bandar Abbas: A community-based study. *Journal of Health Education and Health Promotion* 2014;2(2): [77-86].

1. M.Sc. Student of Health Education, Hormozgan Fertility and Infertility Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences (HUMS), Bandar Abbas, Iran.

2. Departments of Public Health, Social Determinants in Health Promotion Research Center, School Promotion, School of Health, HUMS, Bandar Abbas, Iran.

3. MSc in Biostatistics, Social Determinants in Health Promotion Research Center, School of Health, HUMS, Bandar Abbas, Iran.

4*. M.Sc. Student of Health Education, Student Research Committee, HUMS, Bandar Abbas, Iran. (Corresponding Author)

Alisafari_31@yahoo.com

5. Assistant Professor of biostatistics, Ardabil University of Medical Sciences (ARUMS), Ardabil, Iran.

6. BSc. Student Public Health, Student Research Committee, HUMS, Bandar Abbas, Iran.

Received: 01/05/2014

Accepted: 18/08/2014

مقدمه

در دهه‌های اخیر در کشورهای ثروتمند افزایش قابل توجهی در متوسط وزن بدن دیده شده است (۱-۲). چنین تغییراتی نتیجه تحولات چشمگیری در الگوی زندگی مردم است. یکی از این موارد افزایش مصرف غذاهای آماده یا فست‌فودها هستند (۳). درواقع غذاهای آماده مواد غذایی هستند که به سرعت طبخ و آماده و در رستوران‌ها و کافه‌ها به عنوان یک وعده کامل یا یک میان‌وعده غذایی عرضه می‌شود (۴). به گفته متخصصان، مصرف غذاهای آماده به دلیل داشتن کالری زیاد و اسیدچرب ترانس چاق کننده و مضر می‌باشند (۵). در نتیجه 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 (۶). 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 (۷). از جمله عوارض این غذاها می‌توان به افزایش کلسترول خون، بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت نوع دو و برخی سرطان‌ها اشاره کرد (۸-۹). همچنین نمک زیاد موجود در این غذاها احتمال سکته مغزی و قلبی را افزایش می‌دهد (۱۰). اگرچه به عقیده برخی از محققان غذاهای آماده در اپیدمی چاقی نقشی ندارند (۱۱-۱۲)، اما مطالعات مختلف نقش چاق کننده این غذاها را اثبات کرده‌اند (۱۳-۱۴). مطالعات در این زمینه نشان داده‌اند که افراد استفاده کننده از این غذاها دلیل مصرف را زود آماده شدن، طعم خوب، در دسترس بودن و هزینه مناسب می‌دانستند (۱۵-۱۷). یافته‌های محققان نشان داد افرادی که غذاهای آماده مصرف می‌کنند، کالری، نمک و چربی بیشتر و ویتامین و مواد معدنی کمتری دریافت می‌کنند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که مصرف غذاهای آماده سبب دریافت چربی بیشتر و مواد مغذی کمتری می‌شود (۱۸). در ۱۹۹۷ در بین جوانان آمریکا غذاهای آماده تنها ۱۷٪ از مواد غذایی مصرفی مردم در رستوران‌ها را به خود اختصاص داده بودند، در حالی که این رقم در ۲۰۰۶ به ۳۰٪ رسید (۱۹). صرف پول و انرژی در ایالات متحده آمریکا برای استفاده از غذاهای آماده روند صعودی داشته است. در سال ۲۰۰۷، ۳۷/۴٪ از مواد غذایی بیرون از خانه و در رستوران‌ها

خریداری شده بود (۲۰). بر اساس مطالعات صورت گرفته بیشترین قشر مصرف کننده این غذاها نوجوانان و جوانان هستند و طی گزارشی نزدیک به یک سوم از این جوانان به طور روزانه از غذاهای آماده استفاده می‌کنند (۸، ۲۱). طی گزارش دانشگاه پنسیلوانیا ۵۰٪ از دانش آموزان ابتدایی و راهنمایی قبل از رفتن به مدرسه، ۴۸٪ بعد از مدرسه و همچنین ۳۸٪ قبل و بعد از مدرسه به مراکز تهیه غذاهای آماده رفته بودند (۱۵). بر اساس یک نظرسنجی توسط موسسه فناوری‌های غذایی، ۷۵٪ از آمریکایی‌ها شام خود را در خانه خورده بودند که البته بیشتر از نیمی از این غذاها، غذاهای تحویلی و سفارش شده از رستوران‌ها بوده است (۲۲). در مطالعه پائرتاکول و همکاران روزانه ۳۷٪ نوجوانان و ۴۲٪ کودکان غذاهای آماده می‌خورند (۲۱). همچنین مطالعه فقیه و انوشه نشان داد ۲۰٪ نوجوانان و ۱۰٪ بزرگسالان حداقل ۳ بار در هفته ساندویچ مصرف می‌کردند (۲۳). مطالعه امانی و همکاران نشان داد مصرف غذاهای آماده در تمامی مشاغل وجود داشته و بیشتر آن‌ها گرفتاری و کمبود وقت را دلیل استفاده از غذاهای آماده عنوان کرده بودند (۲۴). مطالعه‌ای توسط فاضل پور و همکاران به بررسی وضعیت مصرف غذاهای آماده در مردم شهر یزد پرداختند و نشان دادند که ۹۰/۸٪ از مردم شهر یزد حداقل یک بار از غذاهای آماده استفاده کرده بودند و تنها ۹/۲٪ اصلاً از غذاهای آماده استفاده نکرده بودند (۵). با توجه به نقش غذاهای آماده در ایجاد چاقی و بروز مشکلات قلبی و عروقی و مواردی از این قبیل و اینکه تاکنون مطالعه جامع‌های که به بررسی دلایل گرایش مردم به مصرف غذاهای آماده پرداخته باشد وجود ندارد (مطالعات اندک صورت گرفته در ایران بیشتر به وضعیت مصرف غذاهای آماده در عموم مردم پرداخته است). همچنین از آنجایی که تاکنون مطالعه‌ای با این عنوان در شهر بندرعباس انجام نشده است، این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با مصرف غذای آماده در شهر بندرعباس انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است. جامعه پژوهش این مطالعه را ۶۰۰ نفر مصرف کننده غذای آماده تشکیل می‌دادند. با نظر مشاور آماری و بر

یافته‌ها

از بین ۶۰۰ نفر از افراد مورد مطالعه ۲۸۸ نفر (۴۸٪) زن و ۳۱۲ نفر (۵۲٪) مرد بودند (جدول ۱). یافته‌ها نشان داد ۲۵۸ نفر (۴۳٪) از بین غذاهای آماده ساندویچ و ۳۰۳ نفر (۵۰/۵٪) پیتزا را ترجیح داده بودند. ۴۳۴ نفر (۷۲/۴٪) با طرز تهیه غذاهای آماده آشنا بودند و ۱۵۰ نفر نیز تا حدود زیادی از مضرات آنها آگاهی داشتند (جدول ۲). در افراد زیر ۳۰ سال مصرف غذاهای آماده بیشتر از سایر گروه‌های سنی دیده شد ($p < ۰/۰۰۸$). افراد تحصیل کرده دانشگاهی بیشتر از سایر مقاطع تحصیلی مصرف‌کننده غذاهای آماده بودند ($p = ۰/۰۳۷$). دانشجویان و محصلین بیشتر از افراد سایر مشاغل غذاهای آماده مصرف کرده بودند ($۰/۰۲۰$). مصرف غذاهای آماده در بین افراد با وضعیت اقتصادی متوسط بیشتر از سایر گروه‌ها به چشم می‌خورد ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین افراد ساکن در شهر بیشتر از افراد روستای غذاهای آماده مصرف کرده بودند، ولی از لحاظ آماری این اختلاف معنادار نبود ($p = ۰/۴۷۴$). همچنین مصرف غذاهای آماده در مردان بیشتر از زنان بود ($p = ۰/۰۰۲$) (جدول ۳).

جدول ۱. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی متغیرهای مورد مطالعه در افراد مصرف‌کننده غذاهای آماده شهر بندرعباس

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
شغل	کارگر	۱۳	۲/۲
	محصل یا دانشجو	۳۲۳	۵۳/۸
	کارمند	۱۷۵	۲۹/۲
	آزاد	۵۶	۹/۳
	سایر	۳۳	۵/۵
تحصیلات	زیر دیپلم	۴۵	۷/۵
	دیپلم	۲۲۸	۳۸
	دانشگاهی	۳۲۷	۵۴/۵
محل سکونت	شهر	۴۹۶	۸۲/۷
	روستا	۱۰۴	۱۷/۳
وضعیت اقتصادی	پایین	۷۸	۱۳
	متوسط	۳۹۷	۶۶/۲
	خوب	۱۲۵	۲۰/۸
گروه سنی (سال)	< ۱۸	۳۷	۶/۲
	۱۸-۲۵	۲۸۸	۴۸
	۲۵-۴۰	۲۵۴	۴۲/۳
	> ۴۰	۲۱	۳/۵

جدول ۲. توزیع فراوانی برخی متغیرها در افراد

اساس فرمول $n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$ با احتساب اطمینان ۹۵٪، $p = ۰/۵$ و $d = ۰/۰۴$ ، حجم نمونه ۶۰۰ نفر برآورد گردید. روش نمونه‌گیری ترکیبی از تصادفی خوشه‌ای و آسان در دسترس بود. مراحل انجام کار بدین ترتیب بود که ابتدا شهر بندرعباس به ۵ ناحیه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم گردید. در مرحله بعد از هر ناحیه دو مرکز عرضه غذای آماده به‌عنوان خوشه به‌طور تصادفی ساده انتخاب که در مجموع ۱۰ مرکز انتخاب گردید. سپس از هر مرکز (خوشه) ۶۰ نفر مراجعه‌کننده که قصد مصرف غذای آماده را داشتند به روش نمونه‌گیری آسان در دسترس و با کسب رضایت شفاهی وارد مطالعه گردیدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق‌ساخته بود که با توجه به اهداف مطالعه و بررسی متون مشابه تهیه شد. جهت بررسی روایی، پرسشنامه در اختیار ۵ تن از اساتید مربوطه و مشاور آماری قرار گرفت. پایایی آن در مرحله مطالعه اولیه (پایلوت) بر روی ۲۰ نفر بررسی و با استفاده ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۵ برآورد گردید. این پرسشنامه در دو بخش طراحی گردیده بود. بخش اول، یازده سؤال در مورد اطلاعات جمعیت‌شناختی از جمله سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر، محل سکونت و وضعیت اقتصادی و بخش دوم اطلاعات تخصصی در مورد مصرف غذاهای آماده مانند میزان استفاده از غذاهای آماده، اطمینان از بهداشتی بودن ترکیبات آن، میزان آگاهی از مضرات و دلایل استفاده از غذاهای آماده و میزان هزینه صرف شده در هفته جهت مصرف غذاهای آماده را شامل می‌شد. جهت گردآوری داده‌ها، پس از اخذ معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان به مراکز توزیع غذاهای آماده مراجعه شد و پرسشنامه را پس از ارائه توضیحات لازم در خصوص هدف پژوهش و همچنین کسب رضایت از افراد شرکت‌کننده در مطالعه، در اختیار آن‌ها قرار داده شد. برای افراد با تحصیلات پایین و یا بی‌سواد پرسشنامه توسط پرسشگر و از طریق مصاحبه شفاهی تکمیل گردید. برای تفسیر داده‌ها از نرم‌افزار SPSS16 و آمارهای توصیفی (میانگین، انحراف معیار تعداد و درصد) و تحلیلی (ANOVA و کای‌اسکوئر) استفاده شد. همچنین $p < ۰/۰۵$ از نظر آماری معنادار تلقی گردید.

مورد مطالعه درباره غذاهای آماده

متغیر	گروه	فراوانی	درصد	متغیر	گروه	فراوانی	درصد
ارجحیت استفاده از غذاهای آماده	پیتزا	۳۰۳	۵۰/۵	دلیل استفاده از غذاهای آماده	خوشمزگی	۲۶۷	۴۴/۵
	ساندویچ	۲۰۷	۳۴/۵		عدم وقت جهت تهیه غذای خانگی	۱۲۴	۲۰/۷
	انواع دیگر	۹۰	۱۵		از روی ناچاری	۱۰۲	۱۷
آگاهی از طرز تهیه غذاهای آماده	بلی	۴۳۴	۷۲/۴		رواج بیشتر در جامعه	۳۶	۶
	خیر	۱۶۶	۲۷/۶		هزینه مناسب	۱۱	۱/۸
میزان آگاهی از مضرات غذاهای آماده	خیلی کم	۶۳	۱۰/۵		سایر علل	۶۰	۱۰
	کم	۱۰۹	۱۸/۲	زمان مصرف غذای آماده	صبحانه	۲۷	۴/۵
	متوسط	۲۷۸	۴۶/۳		ناهار	۱۲۰	۲۰
تکرار مصرف غذاهای آماده	زیاد	۱۵۰	۲۵		شام	۴۲۷	۷۱/۲
	ماهی یکبار	۲۵۸	۴۳		میان وعده	۲۶	۴/۳
تکرار مصرف غذاهای آماده	هفته‌ای یکبار	۲۰۴	۳۴	توجه در انتخاب غذاهای آماده	قیمت	۱۰۶	۱۷/۷
	یک روز در میان	۴۴	۷/۳		بهداشت	۲۸۱	۴۶/۸
	اغلب اوقات	۹۴	۱۵/۷		تنوع	۱۴۸	۲۴/۷
مدت مصرف غذاهای آماده	کمتر از یک سال	۱۰۶	۱۷/۷		هیچ کدام	۵۸	۹/۷
	۱-۳ سال	۹۹	۱۶/۵		همه موارد	۷	۱/۲
	بیشتر از ۳ سال	۳۹۵	۶۵/۸				

جدول ۳. میزان مصرف غذاهای آماده برحسب برخی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	گروه	میزان مصرف (درصد)			تعداد کل	مقدار p
		ماهی یک بار	هفته‌ای یک بار	بیشتر از یک بار در هفته		
سن (سال)	≥ 30	۱۶۹ (۳۹/۱)	۱۵۹ (۳۶/۸)	۱۰۴ (۲۴/۱)	۴۳۲ (۱۰۰)	۰/۰۰۸
	< 30	۸۹ (۵۳)	۴۵ (۲۶/۸)	۳۴ (۲۰/۲)	۱۶۸ (۱۰۰)	
وضعیت اشتغال	محصل یا دانشجو	۱۲۵ (۳۸/۷)	۱۲۳ (۳۸/۱)	۷۵ (۲۳/۲)	۳۲۳ (۱۰۰)	۰/۰۲۰
	کارمند	۷۹ (۴۵/۱)	۶۰ (۳۴/۳)	۳۶ (۲۰/۶)	۱۷۵ (۱۰۰)	
	آزاد	۲۶ (۴۶/۶)	۱۱ (۱۹/۶)	۱۹ (۳۳/۹)	۵۶ (۱۰۰)	
	بیکار	۱۳ (۵۲)	۶ (۲۴)	۶ (۲۴)	۲۵ (۱۰۰)	
	کارگر	۱۱ (۸۴/۶)	۲ (۱۵/۴)	۰ (۰)	۱۳ (۱۰۰)	
	نظامی	۴ (۵۰)	۲ (۲۵)	۲ (۲۵)	۸ (۱۰۰)	
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۴۷ (۶۰/۳)	۲۱ (۲۶/۹)	۱۰ (۱۲/۸)	۷۸ (۱۰۰)	< ۰/۰۰۱
	متوسط	۱۷۴ (۴۳/۸)	۱۳۶ (۳۴/۳)	۸۷ (۲۱/۹)	۳۹۷ (۱۰۰)	
	خوب	۳۷ (۲۹/۶)	۴۷ (۳۷/۶)	۴۱ (۳۲/۸)	۱۲۵ (۱۰۰)	
محل سکونت	شهر	۲۱۳ (۴۲/۹)	۱۷۳ (۳۴/۹)	۱۱۰ (۲۲/۲)	۴۹۶ (۱۰۰)	۰/۴۷۴
	روستا	۴۵ (۴۳/۳)	۳۱ (۲۹/۸)	۲۸ (۲۶/۹)	۱۰۴ (۱۰۰)	
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۲ (۴۸/۹)	۱۴ (۳۱/۱)	۹ (۲۰)	۴۵ (۱۰۰)	۰/۰۳۷
	دیپلم	۱۰۳ (۴۵/۲)	۶۲ (۲۷/۲)	۶۳ (۲۷/۶)	۲۲۸ (۱۰۰)	
	دانشگاهی	۱۳۳ (۴۰/۷)	۱۲۸ (۳۹/۱)	۶۶ (۲۰/۲)	۳۲۷ (۱۰۰)	
جنسیت	زن	۱۲۴ (۴۳/۱)	۸۲ (۲۸/۵)	۸۲ (۲۸/۵)	۲۸۸ (۱۰۰)	۰/۰۰۲
	مرد	۱۳۴ (۴۲/۹)	۱۲۲ (۳۹/۱)	۵۶ (۱۷/۹)	۳۱۲ (۱۰۰)	

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد مردان نسبت به زنان بیشتر غذاهای آماده مصرف کرده بودند. نتایج این مطالعه با مطالعه فاضل پور و همکاران در سال ۹۰ در یزد (۵)، مطالعه دریزکل^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۶ (۲۵)، مطالعه مورس^۲ در سال ۲۰۰۹ (۲۶) همچنین مطالعه بومن و همکاران (۸) که مردان بیشتر از زنان غذاهای آماده مصرف کرده بودند همخوانی داشت. می توان گفت که مردان با توجه به موقعیت شغلی شان، کمبود وقت، نداشتن وقت کافی برای تهیه غذاهای سنتی، این غذاها را ترجیح می دهند. بنابراین، با توجه به بیشتر بودن مصرف در مردان پیشنهاد می شود راهکارهای مناسب جهت جایگزین کردن غذاهای سالم و خوشمزه به جای غذاهای آماده به کار گرفته شود. برخی مطالعات نشان داده اند اکثر زنان نسبت به اضافه وزن و چاقی رضایت نداشته و تمایل برای کاهش وزن دارند (۲۵). به نظر می رسد زنان به خاطر خاصیت چاق کنندگی غذاهای آماده، تمایل کمتری را به مصرف این غذاها از خود نشان می دهند. شاید توجیه پایین بودن مصرف غذاهای آماده در زنان دلایل فوق باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیشترین گروه مصرف کنندگان غذاهای آماده زیر ۲۵ سال بودند.

در مطالعه ساتیا^۳ جوان ترها و افرادی که تا به حال ازدواج نکرده بودند (مجرد) اغلب مصرف کنندگان غذاهای آماده بودند (۲۷). همچنین در مطالعه فاضل پور و همکاران نیز بیشتر مصرف کنندگان را گروه سنی زیر ۲۵ سال تشکیل داد و بعد از آن گروه سنی ۲۵-۳۵ سال بیشترین مصرف کنندگان غذاهای آماده بودند (۵). در مطالعه پائرتاکول و همکاران نیز بیشترین مصرف کنندگان غذاهای آماده نوجوانان و جوانان بودند (۲۱). نتایج این مطالعه با مطالعات فوق که نوجوانان و جوانان بیشترین گروه سنی مصرف کنندگان غذاهای آماده را به خود اختصاص داده بودند همخوانی داشت. با توجه به نتایج مطالعات و همچنین اظهار این گروه سنی در مورد لذت بردن و طعم خاص این غذاها و از سوی دیگر مشغول بودن این گروه سنی به کار و تحصیل و نداشتن فرصت برای انجام آشپزی های طولانی مدت را می توان گرایش این گروه سنی به مصرف غذاهای آماده دانست (۲۸).

از آنجایی که مصرف غذاهای آماده و فوری و از طرفی کم تحرکی هر دو از عوامل مؤثر در اضافه وزن و چاقی در نوجوانان، جوانان و حتی بزرگسالان به شمار می روند، نیاز ضروری به کنترل نوع مواد غذایی مصرفی، استفاده از رژیم غذایی سالم و مصرف کمتر غذاهای آماده وجود دارد. در مطالعه حاضر دانشجویان و بعد از آن کارمندان بیشتر از سایر گروه های شغلی مصرف غذاهای آماده را به خود اختصاص داده بودند. نتایج این مطالعه با مطالعه فاضل پور و همکاران (۵)، دریزکل و همکاران (۲۹)، نیکولاس و همکاران (۳۰) که بیشترین مصرف غذاهای آماده مربوط به دانشجویان بود هم راستا بود. برخی مطالعات مهم ترین دلایل مصرف غذاهای آماده را خوشمزه بودن، دسترسی راحت و آسان به غذاهای آماده، ارزان بودن آن نسبت به غذاهای رستوران برشمردند (۳۱). بنابراین، دلایل فوق و عواملی از قبیل سکونت در خوابگاه، نداشتن تجربه در آشپزی و تلقی شدن نوعی تفریح و سرگرمی برای آن ها را می توان از دلایل گرایش نوجوانان به مصرف غذاهای آماده دانست. در مورد کارمندان نیز مصرف غذاهای آماده هم راستا با دانشجویان بود. نتایج این مطالعه نشان داد از آنجایی که دانشجویان و کارمندان بالاترین آگاهی را در مورد مضرات و عوارض غذاهای آماده داشتند، اما میزان مصرف این غذاها به طور چشمگیری بیشتر از سایر مشاغل بود. شاید روند صعودی تولید محصولاتی از جمله سوسیس، کالباس و دیگر غذاهای آماده و همچنین وجود چاشنی های همراه با این غذاها از یک سو و کمبود وقت و افزایش گرفتاری مردم در کلان شهرها از سوی دیگر باعث گرایش مردم به مصرف غذاهای آماده شده است. مطالعه قهرمانیان و همکاران نشان داد کارمندان از اصول تغذیه ای خاصی تبعیت نمی کنند. بنابراین، این افراد بیشتر در معرض افزایش وزن و چاقی قرار دارند (۳۲). نتایج مطالعه حاضر با پژوهش فوق همخوانی داشت.

همچنین در مطالعه حاضر بیشترین غذای مورد علاقه و مصرفی افراد پیتزا بود. در مطالعه سو^۴ همکاران نیز محبوب ترین غذای غذاهای آماده برگر، پیتزا و مرغ سرخ شده بود (۳۳). نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر همخوانی داشت. در مطالعه حاضر بین محل سکونت و میزان مصرف غذاهای آماده رابطه معنادار داشت. شاید دسترسی بیشتر به

1. Driskell
2. Morse
3. Satia

4. Seo

commodities including processed foods, alcohol, and tobacco. Plos Med. 2012;9(6):e1001235.

4. New Oxford American Dictionary. 3rd ed, editor: Oxford: Oxford University Press; 2010.

5. Fazelpour S, Baghianimoghadam M, Nagharzadeh A, Fallahzadeh H, Shamsi F, Khabiri F. Assessment of fast food consumption among people of yazd city. Toloo-e-Behdasht. 2011;10(2):25-34. [Persian]

6. Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling C. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. The Lancet. 2005;365 36-42.

7. James J, Kerr D. Prevention of childhood obesity by reducing soft drinks. Int J Obesity. 2005;29:S54-S7.

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):112-8.

9. Key TJ, Schatzkin A, Willett WC, Allen NE, Spencer EA, Travis RC. Diet, nutrition and the prevention of cancer. Public Health Nutr. 2004;7(1a):187-200.

10. Duffey KJ, Gordon-Larsen P, Jacobs DR, Williams OD, Popkin BM. Differential associations of fast food and restaurant food consumption with 3-y change in body mass index: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. AM J Clin Nutr. 2007;85(1):201-8.

11. Sturm R, Datar A. Body mass index in elementary school children, metropolitan area food prices and food outlet density. Public Health. 2005;119(12):1059-68.

12. Anderson ML, Matsa DA. Are restaurants really supersizing America? Appl Econ 2011:152-88.

13. Reidpath DD, Burns C, Garrard J, Mahoney M, Townsend M. An ecological study of the relationship between social and environmental determinants of obesity. Health Place. 2002;8(2):141-5.

غذاهای آماده در مناطق شهری نسبت به مناطق روستایی باعث تحت تأثیر قراردادن افراد ساکن در شهر و گرایش آنان به مصرف غذاهای آماده شده باشد. به طوری که برخی مطالعات نشان دادند که دسترسی به مصرف می تواند بر میزان مصرف آن ها تأثیرگذار باشد (۳۴-۳۵).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که مصرف غذاهای آماده در افراد جوان و دارای تحصیلات دانشگاهی بیشتر دیده شد. محل سکونت، تحصیلات و وضعیت اشتغال در نوع مصرف غذاهای آماده و همچنین تکرار مصرف این غذاها تأثیرگذار بوده است. بنابراین با توجه به بیشتر بودن مصرف غذاهای آماده و فوری در مردان و همچنین افراد مجرد، پیشنهاد می شود به مطالعات سبب شناختی برای یافتن علت این مصرف پرداخته شود. همچنین افزایش آگاهی آحاد مردم در زمینه مضرات مصرف غذاهای آماده و ارائه راهکارهای مناسب جهت جایگزین کردن غذاهای سالم و خوشمزه به جای غذاهای آماده می تواند در کاهش مصرف غذاهای آماده مثرتر واقع شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می دادند مراتب تشکر و قدردانی خود را از افراد شرکت کننده در پژوهش و معاونت دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان که نهایت همکاری را در اجرای این طرح داشتند به عمل آورند.

References

1. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9·1 million participants. Lancet. 2011;377(9765):557-67.
2. Yach D, Stuckler D, Brownell KD. Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes. Nat Med. 2006;12(1):62-6.
3. Stuckler D, McKee M, Ebrahim S, Basu S. Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy

- health center. *Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2008;12(1):53-9. [Persian]
24. 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.
25. Driskell JA, Meckna BR, Scales NE. Differences exist in the eating habits of university men and women at fast-food restaurants. *Nutr Res*. 2006;26(10):524-30.
26. Morse KL, Driskell JA. Observed sex differences in fast-food consumption and nutrition self-assessments and beliefs of college students. *Nutr Res*. 2009;29(3):173-9.
27. Satia JA, Galanko JA, Siega-Riz AM. Eating at fast-food restaurants is associated with dietary intake, demographic, psychosocial and behavioural factors among African Americans in North Carolina. *Public Health Nutr*. 2004;7(08):1089-96.
28. Masomy M. Harmful effects of fast foods. *Health Weekly*. 2006;108(21):
29. Driskell JA, Kim Y-N, Goebel KJ. Few differences found in the typical eating and physical activity habits of lower-level and upper-level university students. *J Am Diet Assoc*. 2005;105(5):798-801
30. Nicklas TA, Baranowski T, Cullen KW, Berenson G. Eating patterns, dietary quality and obesity. *Am. J. Clin. Nutr.*. 2001;20(6):599-608.
31. Moore LV, Roux AVD, 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.
32. Ghahramanian A, Heidarzadeh M, Rostami H, Rahimi R. Behavioral risk factors for cardiovascular diseases in bonab city employees. *Holistic Nursing And Midwifery (The Journal of Nursing and Midwifery Faculies Guilan Medical University)*. 2011;21(65):22-9. [Persian]
33. Seo H-s, Lee S-K, Nam S. Factors influencing
14. 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):1353-59
15. Cannuscio CC, Weiss EE, Asch DA. The contribution of urban foodways to health disparities. *J Urban Health*. 2010;87(3):381-93.
16. Newby P. Are dietary intakes and eating behaviors related to childhood obesity? A comprehensive review of the evidence. *J Law Med Ethics*. 2007;35(1):35-60.
17. Rydell SA, Harnack LJ, Oakes JM, Story M, Jeffery RW, French SA. Why eat at fast-food restaurants: reported reasons among frequent consumers. *JAmDietAssoc*. 2008;108(12):2066-70.
18. Timperio AF, Ball K, Roberts R, Andrianopoulos N, Crawford DA. Children's takeaway and fast-food intakes: Associations with the neighbourhood food environment. *Public Health Nutr*. 2009;12(10):1960-4.
19. Powell LM, Han E, Chaloupka FJ. Economic contextual factors, food consumption, and obesity among US adolescents. *J Nutr*. 2010;140(6):1175-80.
20. De Vogli R, Kouvonen A, Gimeno D. The influence of market deregulation on fast food consumption and body mass index: a cross-national time series analysis. *Bull World Health Organ*. 2014;92(2):99-107A.
21. 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.
22. Ashakiran, Deepthi R. Fast Foods and their Impact on Health. *Journal of Krishna Institute of Medical Sciences University*. 2012;1(2):7-15 <http://www.jkimsu.com/jkimsu-vol1no2/jkimsu-vol1no2-RA-1-7-15.pdf>
23. Faghih A, Anoshe M. Some nutritional behaviors in obese patients referred to jenah

fast food consumption behaviors of middle-school students in Seoul: an application of theory of planned behaviors. *Nutr Res Pract*. 2011;5(2):169-78.

34. Powell LM, Bao Y. Food prices, access to food outlets and child weight. *Econ Hum Biol*. 2009;7(1):64-72.

35. Sharkey JR ,Johnson CM, Dean WR, Horel SA. Association between proximity to and coverage of traditional fast-food restaurants and non-traditional fast-food outlets and fast-food consumption among rural adults. *Int J Health Geogr*. 2011;10(1):37