موانع تغذیه سالم از منظر مردان تهرانی: یک مطالعه کیفی

فهیمه رمضانی تهرانی[1]، مریم فرهمند[1]، پریسا امیری[2*]، آرش قنبریان[3]، فریدون عزیزی[3]

۱. مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولید مثل، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. مرکز تحقیقات چاقی، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳. مرکز تحقیقات غدد، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره پنجم مهر ـ آبان ۱۳۹۱ صص ۷۳۵-۷۲۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱۲/۴
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۳۹۱/۴/۲۶]

چکیده

عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران شیوع قابل توجه داشته و روند آن رو به افزایش است. تغذیه ناسالم از جمله عوامل مؤثر بر افزایش ابتلا به بیماری های غیرواگیر است. با توجه به ضرورت شناخت دیدگاه افراد جامعه در خصوص موانع تغذیه سالم و همچنین محدودیت مطالعات مشابه در ایران، مطالعه حاضر با هدف تبیین ادراک و تجربیات مردان مشارکت کننده در طرح ملی قند و لیپید تهران در خصوص تغذیه سالم و عوامل مؤثر بر آن طراحی و اجرا شد. این مطالعه ی کیفی با رویکرد نظریه ی مبتنی بر زمینه انجام شد.

در مجموع، ۸ بحث گروهی نیمه ساختار یافته در فاصله زمانی دی ماه ۱۳۸۷ تا اردیبهشت ۱۳۸۸ در واحد بررسی قند و چربی‌های خون پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم برگزار گردید. مشارکت کنندگان، ۹۶ مرد ۲۵-۶۵ ساله بودند که به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع، از بین شرکت کنندگان مرحله چهارم طرح ملی قند و لیپید تهران انتخاب و وارد مطالعه شدند. تمامی مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی ضبط شده و بلافاصله پس از اتمام آنها پیاده گردیدند. فرآیند تحلیل داده‌ها به طور همزمان و با استفاده از روش اشتراوس و کوربین صورت پذیرفت.

بر اساس تجزیه و تحلیل محتوایی داده‌ها، موانع تغذیه سالم در قالب پنج طبقه «آموزش و فرهنگ سازی نامناسب»، «الگوهای رفتاری»، «فقدان دسترسی»، «نقش زنان» و «نوع ذائقه و علاقه شخصی» تبیین شدند. نتایج پژوهش حاضر، نشان دهنده موانع تغذیه سالم، از دیدگاه بخشی از مردان شرکت کننده در مطالعه قند و لیپید تهران است.

یافته‌های این مطالعه می‌تواند منبعی ارزشمند در زمینه طراحی مداخلات مؤثر جهت اصلاح شیوه زندگی خانواده‌های تهرانی باشد.

کلیدواژه‌ها: تغذیه سالم، موانع، مطالعه کیفی، مردان، بیماری‌های غیرواگیر

* نویسنده پاسخگو: ولنجک، خیابان یمن، خیابان پروانه، پلاک ۲۴
تلفن نمابر: ۲۲۴۳۲۵۰۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.19.9]

مقدمه

بر اساس آمارهای منتشره از سوی سازمان بهداشت جهانی، کشورهای در حال توسعه، طی دو دهه آینده با همه گیری بیماری‌های غیرواگیر مواجه خواهند شد.

همچنین پیش بینی می‌شود از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ میلادی، مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها به میزان ۷۷ درصد افزایش یابد که در این بین بیشترین سهم از آن کشورهای در حال توسعه خواهد بود [۱].

تغییر الگوی غذایی و تمایل به مصرف مواد غذایی پرکالری و کم ارزش، از جمله مصادیق سندرم شیوه زندگی یا سندرم دنیای جدید است که در یک گذر اپیدمیولوژیک، کشورهای در حال توسعه را در معرض همه گیری مذکور قرار داده است. از این رو، اصلاح الگوی غذایی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل اصلاح شیوه زندگی و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، توجه ویژه‌ای را به خود جلب نموده است [۸-۲].

رفتارهای تغذیه‌ای افراد جامعه، تحت تأثیر عوامل مختلفی است و برای اصلاح یا تغییر این رفتارها آگاهی از موانع و تسهیل کننده‌های این امر از اهمیت زیادی برخوردار است [۹]. شناخت موانع تغذیه سالم به ویژه از نگاه افرادی که دارای تجربیات مستقیم در این زمینه هستند، می‌تواند منجر به ارائه راهکارهای مناسب در زمینه رواج تغذیه سالم گشته و نقش مهمی در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای ترویج تغذیه سالم در بین خانواده‌ها ایفا نماید. بنابراین مطالعاتی که بتوانند با تکیه بر شرایط و نیازهای واقعی افراد برنامه‌هایی جهت اصلاح الگوی تغذیه‌ای جامعه ارائه دهند؛ از جمله اولویت‌های بهداشتی جامعه امروز هستند [۱۲-۹].

مردان به عنوان تأمین کنندگان مالی خانواده‌های ایرانی، نقش بسیار مهمی را در شکل دهی الگوی غذای خانواده ایفا می‌نمایند؛ از این رو آگاهی از ادراک و تجربیات آنان در رابطه با موانع تغذیه سالم اهمیت زیادی در ارتقای الگوی غذایی خانواده دارد. در حالی که اطلاعات ما در این زمینه منحصر به معدود مطالعاتی است که غالباً با هدف سنجش آگاهی، نگرش و عملکرد جامعه صورت گرفته است [۱۲، ۹].

مطالعه حاضر با رویکرد کیفی پژوهش، برای نخستین بار در کشور، با هدف تبیین ادراک و تجربیات مردان مشارکت کننده در طرح ملی قند و لیپید تهران در خصوص موانع تغذیه سالم و عوامل مؤثر بر آن طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار

مقاله حاضر بخشی از یک مطالعه کیفی است که با رویکرد «نظریه مبتنی بر زمینه» صورت گرفته است. مشارکت کنندگان، ۹۶ مرد ۶۵-۲۵ ساله مجرد و متأهل با سطوح مختلف تحصیلی و شغلی بودند که به صورت هدفمند از بین شرکت کنندگان مرحله چهارم طرح ملی قند و لیپید تهران انتخاب و وارد مطالعه شدند. در مجموع، هشت بحث گروهی نیمه ساختار یافته در فاصله زمانی دی ماه ۱۳۸۷ تا اردیبهشت ۱۳۸۸ در واحد بررسی قند و چربی‌های خون پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم با همکاری گروه مددکاری این واحد برگزار گردید. طول مدت هر بحث گروهی ۲ ساعت در نظر گرفته شد که با توجه به روند بحث و میزان علاقه مندی مشارکت کنندگان افزایش یا کاهش می‌یافت.

در هر جلسه یک مصاحبه کننده به همراه یک کارشناس در رشته‌های علوم پزشکی و اجتماعی ـ که از قبل آموزش‌های لازم را دیده و از آمادگی کافی برای شرکت در مطالعه برخوردار بودند ـ حضور می‌یافتند.

به دلیل محدودیت زمانی مشارکت کنندگان مصاحبه‌ها در روز تعطیل و توسط چند مصاحبه گر به صورت همزمان برگزار می‌گردید. مصاحبه‌ها توسط فرد مصاحبه کننده شروع و هدایت می‌شد و کارشناس مربوطه به ثبت ارتباطات غیرکلامی و رخدادهای مهم جلسه می‌پرداخت.

تمامی مصاحبه‌ها پس از هماهنگی با مشارکت کنندگان و تعیین وقت مناسب، در گروه‌های ۱۵-۱۰ نفره، در اتاقی جداگانه و با استفاده از راهنمای نیمه ساختار یافته صورت گرفت. راهنمای مذکور، شامل گفتگوی اولیه جهت برقراری ارتباط با مشارکت کنندگان و ایجاد فضای دوستانه برای شروع و پیشبرد جلسه و محورهای اساسی بحث بوده و مصاحبه گران می‌توانستند با در نظر داشتن اهداف مطالعه، روند جلسات را مطابق با فضای حاکم و علاقه مندی مشارکت کنندگان هدایت نمایند.

سؤالات مطروحه در خصوص دیدگاه‌ها و تجارب مشارکت کنندگان بود. به عنوان مثال از آنان سؤال می‌شد: «به نظر شما چه عواملی در انتخاب نوع تغذیه خانواده‌ها مؤثر هستند؟»، «شما چگونه مواد غذایی مورد نظرتان را انتخاب می‌کنید؟»، «چه عواملی بر تصمیم گیری شما برای انتخاب و تهیه غذای خانواده مؤثرند؟» و «چگونه می‌توان به افراد در انتخاب تغذیه سالم کمک کرد؟». پس از پایان هر جلسه، محتویات نوارها در کوتاه‌ترین زمان ممکن توسط

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.19.9]

کارشناسان حاضر در جلسه پیاده شده و توسط مصاحبه کنندگان کدگذاری و تحلیل می‌گردید.

جمع آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌ها به طور همزمان انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت دستی و با استفاده از روش مقایسه‌ای مستمر در سه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی صورت پذیرفت. بدین منظور، پس از انجام هر بحث گروهی، فایل‌های صوتی کلمه به کلمه پیاده گردید؛ بدین طریق که متون پیاده شده هر بحث گروهی، چندین بار خوانده می‌شد و با استفاده از نرم‌افزار Word بخش‌های کلیدی آن برجسته شده و در قالب کدهای مفهومی و یا نقل قول مستقیم (مشابه آنچه مشارکت کنندگان گفته بودند) مشخص گردید.

نسخه‌های کد داده شده، با فاصله زمانی چند روزه، مجدداً بازنگری و کدگذاری گردید. نتایج دو کدگذاری با هم مقایسه شده و از هماهنگی کدها و در نتیجه ثبات و هماهنگی داده‌ها اطمینان حاصل گردید. سپس کدهای اولیه دسته بندی شده، کدهای مشابه کنار هم قرار گرفته و طبقات تشکیل گردید. اشباع داده‌ها در هر طبقه بررسی و تأیید شد. از روش‌های تحلیلی نظیر طرح سؤال و انجام مقایسه برای شناخت ویژگی‌های هر مفهوم استفاده شد. بحث‌های گروهی با اشباع داده‌ها متوقف شدند.

روایی داده‌ها از طریق ارزیابی قابلیت پذیرش، قابلیت اعتماد، تطابق پذیری و انتقال پذیری انجام شد. برای ارتقای قابلیت پذیرش اطلاعات، علاوه بر محقق اصلی، سایر اعضای تیم تحقیق (حداقل سه نفر) در تمامی مراحل جمع آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها مشارکت فعال داشتند. بحث و بررسی تیم تحقیق در خصوص یافته‌های متناقض و دستیابی به اجماع نهایی نیز از دیگر روش‌های تامین قابلیت پذیرش در مطالعه حاضر بود. همچنین محققان، متن پیاده شده بحث‌های گروهی را به فاصله چند روز، پس از کدگذاری اولیه، مجدداً خوانده و کدگذاری کرده و نتایج را با اولین کدگذاری مقایسه می‌نمودند. در صورت دستیابی به نتایج مشابه، ثبات و هماهنگی داده‌ها و در نتیجه قابلیت اعتماد آنها تأیید می‌شد.

برای اطمینان از تطابق پذیری یافته‌ها، محققان، مدارکی از تمامی مراحل تحقیق، اعم از جمع آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها، نتایج و همچنین مراحل و گام‌های انجام تحقیق را به صورت نظام مند فراهم نمودند. این مدارک، به منظور تأیید تطابق پذیری در اختیار تعدادی از استادان مجرب در زمینه بیماری‌های غیرواگیر و رفتارهای زمینه ساز آنها قرار گرفت. طی این فرآیند بیش از ۴۰ درصد از نسخه‌ها و کدها بازنگری شدند. در زمینه انتقال پذیری محققان، تمامی مراحل تحقیق را جمع آوری و ثبت نمودند، از این رو امکان پی گیری گام به گام روش‌ها و تصمیم گیری‌ها و همچنین ارزیابی قابلیت انتقال داده‌ها و نتایج به سایر موقعیت‌ها و گروه‌ها برای دیگر محققان وجود دارد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها، موانع تغذیه سالم در قالب پنج طبقه مفهومی شامل «آموزش و فرهنگ سازی نامناسب»، «الگوهای رفتاری نامناسب»، «فقدان دسترسی»، «نقش زنان» و «نوع ذائقه و علاقه شخصی» و هشت زیر طبقه تبیین شد (جدول شماره ۱).

آموزش و فرهنگ سازی نامناسب

آموزش و فرهنگ سازی نامناسب از دید شرکت کنندگان این پژوهش، یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر روند تغذیه ناسالم بود که طی تجزیه و تحلیل داده‌ها، در پنج زیر گروه باورهای زمینه‌ای، دانش ناکافی، الگوسازی تغذیه ناسالم، تغییر ارزش‌ها و تبلیغات نامناسب قرار گرفتند. باورهای زمینه‌ای افراد، یکی از عوامل تأثیر گذار در آموزش و فرهنگ سازی نامناسب پیرامون تغذیه سالم محسوب شد. این باورها توسط اطرافیان و بعضاً جامعه به افراد منتقل شده و سپس به علت عدم اطلاع و آگاهی افراد پذیرفته می‌شوند. بر اساس نتایج مطالعه ی حاضر «مصرف غذاهای آماده نشانه تجدد» از جمله باورهای نادرست زمینه ساز تغذیه ناصحیح است که گروه کثیری از مردان شرکت کننده در این مطالعه به آن اشاره نمودند: «همین سوسیس کالباس رو می‌گم که گریبان گیر همه بچه‌ها شده. می‌گن هر کی از اینا می‌خوره امروزیه. شخصاً تو خونه مخالف شدید سوسیس و کالباسم. درماه یک بار فقط به علت این که بچه نگوید می‌خوام براش می‌خرم».

«ناهنجار بودن الگوهای تغذیه‌ای صحیح از دید اطرافیان» را می‌توان دیگر باور موجود در مردان جامعه دانست که می‌تواند زمینه ساز تغذیه ناسالم شود. «مثلاً من گفتم برای بچه‌ام گردویی و بادامی، آلبالو خشکه‌ای چیزی می‌گذارم. می‌گه بابا من اینا رو می‌خورم مسخره‌ام می‌کنن چون بوفه مدرسه داره پفک می‌فروشه، چیپس می‌فروشه هر کی یه چیزی می‌خره؛ اگه اون اینجوری نباشه و اینا را نخره، قشنگ مسخره‌اش هم می‌کنن».

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.19.9]

جدول شماره۱- طبقات مفهومی و زیر طبقات عوامل بازدارنده تغذیه سالم

	زیر طبقات
آموزش و فرهنگ سازی نامناسب	
باورهای زمینه‌ای	مصرف غذاهای آماده نشان دهنده تجدد
	ناهنجار بودن الگوهای تغذیه‌ای صحیح از دید اطرافیان
	سلامت تمامی غذاهای سنتی در مقابل ناسالم بودن تمامی غذاهای آماده
دانش ناکافی	عدم تشخیص مواد غذایی سالم از ناسالم
	عدم آگاهی از روش طبخ سالم مواد غذایی
	عدم وجود مشاور آگاه در امر تغذیه
الگوسازی تغذیه ناسالم	نقش آموزش و تأثیرپذیری کودکان و جوانان از همسالان خود
	نقش آموزش و تربیت خانواده
	الگو پذیری فرزندان از والدین در مصرف مواد غذایی ناسالم
تغییر ارزش‌ها	صرف فست فود جهت تفریح و سرگرمی
	اهمیت ندادن به غذاهای سنتی و تهیه شده با اصول بهداشتی
تبلیغات نامناسب	تبلیغ تهیه و طبخ مواد غذایی ناسالم از طریق رسانه‌های جمعی بخصوص تلویزیون
	ارائه پیام‌های متناقض از رسانه‌های جمعی
	تأثیر تبلیغات برجوانان و رواج الگوهای تغذیه‌ای ناسالم در خانواده‌ها
الگوهای رفتاری نامناسب	بی نظمی در صرف غذا
	عدم مصرف وعده‌های غذایی به صورت کامل
	مصرف فراوان غذاهای سریع‌الطبخ
	مصرف مواد غذایی ناسالم
	مصرف کم غذاهای دریایی
	پرخوری
فقدان دسترسی	
هزینه	ارزان‌تر بودن مواد غذایی ناسالم در مقایسه با مواد غذایی سالم
کمبود وقت	صرف غذا در محل کار
عدم دسترسی به مواد غذایی سالم	ناسالم بودن فرآوردهای دام و طیور (پرورشی)
	ارائه مواد غذایی ناسالم در بوفه‌های مدارس
نقش زنان	صرف وقت بیش از حد برای ظاهر آرایی
	اشتغال زنان
	علاقه مندی کم زنان به آشپزی
نوع ذائقه و علاقه شخصی	لذت بخش بودن غذاهای آماده
	انطباق بیشتر مواد غذایی پرچرب با ذائقه

دیگر باور رایج در این زمینه عبارت بود از «سلامت تمامی غذاهای سنتی در مقابل ناسالم بودن تمامی غذاهای آماده» که از سوی تعداد قابل توجهی از مشارکت کنندگان به آن اشاره گردید. این باور موجب می‌شود که افراد بدون توجه به کیفیت و نگرانی از به مخاطره افتادن سلامتشان غذاهای سنتی را مصرف نمایند:

«آقاجون خلاصه‌اش می‌شه که هرچی غذای جدیده و نمیدونم فست فود، ساندویچ و اینا مریضی می‌یاره و هرچی غذای سنتی خودمونه مثل آبگوشت و قرمه سبزی و قیمه سالمه».

علاوه بر باورهای زمینه‌ای فوق‌الذکر، گروه کثیری از مشارکت کنندگان این پژوهش عدم آگاهی صحیح و نیز دانش ناکافی را مانعی مهم در برابر تغذیه سالم می‌دانستند. این ناآگاهی در جنبه‌های مختلف مرتبط با تغذیه وجود داشت از جمله «عدم تشخیص مواد غذایی سالم از ناسالم»:

«آدم نمی‌دونه که چه غذایی برای سلامتیش خوبه، چی بده. این عدم آگاهی باعث می‌شه که دو سال بعد، سه سال بعد، مریض بشه چون غذا هم که رعایت نمی‌کنم چون اصلاً نمی‌دونم کدوم سبزی خوبه یا کدوم گوشت خوبه».

در همین رابطه، «عدم آگاهی از روش طبخ سالم مواد غذایی» به عنوان معضلی بزرگ بر سر راه تغذیه سالم قرار گرفته و می‌تواند بازدارنده یک الگوی غذایی سالم در میان افراد جامعه شود:

«درکل بر می‌گرده باز به این که مقدار آگاهی ما برای پخت غذا کمه».

«ما اکثرمون مشکلمون اینه که نمی‌دونیم غذای خوب چه جوری درست می‌شه چی باید درست کنیم که سالم باشه و اون رو چطوری درست کنیم».

و در نهایت، گروه کثیری از شرکت کنندگان به این مسأله اشاره نمودند که «عدم وجود مشاور آگاه در امر تغذیه» نیز عاملی مؤثر بر دانش ناکافی افراد در امر تغذیه سالم بود که تعداد قابل توجهی از مردان شرکت کننده در این مطالعه به آن اشاره نمودند:

«حالا یکی از پیشنهادات خود من به این مرکز این است که این مرکز حداقل می‌تونه، مشاوری داشته باشه که مواردی مثل الگوی غذایی رو به اعضا حداقل پیشنهاد بده، اعضا بیان، مشورت بگیرن، یکی از چیزهایی که مرکز می‌تونه توش نقش داشته باشه همینه چون مردم در مورد غذاشون یک مشاور درست ندارند».

«آقاجون می‌دونید مشکل ما چیه؟ ما یکی رو نداریم ازش بپرسیم چی خوبه چی بده؟».

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.19.9]

افزون بر باورهای زمینه‌ای و دانش ناکافی، «الگوسازی تغذیه ناسالم» مصداق دیگری از آموزش و فرهنگ سازی نامناسب بود که از دید شرکت کنندگان در این مطالعه مورد توجه قرار گرفته و از موانع تغذیه سالم ذکر گردید. از دیدگاه مشارکت کنندگان در این پژوهش، «نقش آموزش و تأثیرپذیری کودکان و جوانان از همسالان خود» عامل مهمی در شکل گیری الگوی تغذیه‌ای آنان است:

«بچه من می‌گه تو مدرسه می‌خوام ساندویچ بخورم، ما می‌گیم مادرت کتلت درست می‌کنه یا نون پنیر و سبزی ببر، قبول نمی‌کنه می‌گه چون دوستام اونجا می‌خورن منم دوست ندارم از اینا بخورم».

همچنین از دیدگاه مشارکت کنندگان، اولین نقش تربیتی را در زندگی هر شخص به طور عمده خانواده بر عهده دارد و لذا «نقش آموزش و تربیت خانواده» و نیز «الگو پذیری فرزندان از والدین در مصرف مواد غذایی ناسالم» در به کارگیری شیوه مصرف مواد غذایی حائز اهمیت بسیار است. بدیهی است چنانچه این آموزش و به تبع آن الگوپذیری افراد در خانواده نادرست باشد، خود مانع بزرگی بر سر راه تغذیه سالم است:

«تربیتی یه دیگه، پدر و مادر وقتی خودش ساندویچ استفاده می‌کنه، بچه هم استفاده می‌کنه دیگه».

محور اول: نگرش

الف- نگرش به استرس

اکثر زنان کارگر استرس را عامل تأثیر گذار بر سلامت جسمی و روانی زنان ذکر کردند. زنی بیان کرد: «خانم‌ها حساس‌تر هستن. شاید در یک محیط کاری واکنشی نشون ندن، ولی همه رو میریزه تو خودش خب همه اینها یه ضربه میشه حالا تغذیه‌اش بهم میریزه و همین طور مشکل روحی پیدا می‌کنه».

زن دیگری اظهار نمود: «خانم‌ها یه مشکلی که دارند وقتی دچار استرس می‌شن، دچار مشکل روحی و روانی می‌شن و خب روی سلامتی جسمی اونها هم مؤثره مثلاً تغذیه شون رو فراموش می‌کنند و نمی‌خورند».

زن دیگری گفت: «به نظر من استرس‌های ایجاد شده و برخوردهای بد روی خانم‌های کارگر تأثیر می‌گذاره و اکثراً مریض هستند سردردهای عصبی دارند یا حوصله ندارند».

تجزیه و تحلیل نتایج این پژوهش نشان داد که همچون باورهای زمینه‌ای، دانش ناکافی و الگوسازی تغذیه ناسالم، از نگاه مشارکت کنندگان این مطالعه، تغییر ارزش‌ها نیز مانعی مهم در برابر تغذیه سالم قلمداد می‌شود. به اعتقاد شرکت کنندگان در این پژوهش، یکی از نشانه‌های تغییر ارزش‌ها به عنوان یک عامل بازدارنده تغذیه سالم، «صرف فست فود جهت تفریح و سرگرمی» در بین افراد جامعه است:

«ما هر موقع می‌خوایم بریم پارکی، جایی گردش و تفریح، غذای مناسبش که به آدم می چسبه همین پیتزا و ساندویچ».

«اصلاً پیتزا خوردن از تفریحات ماست. بعضی شب‌ها می‌ریم بیرون و به عنوان این که خوش بگذره پیتزا دور هم می‌خوریم».

در همین رابطه «اهمیت ندادن به غذاهای سنتی و تهیه شده با اصول بهداشتی»، نیز بر طبق دیدگاه مشارکت کنندگان در این پژوهش، به دلیل همان تغییر در ارزش‌ها حاصل می‌گردد و مانعی اساسی بر سر راه تغذیه سالم است:

«هر چه غذاهای آماده ما کمتر باشه، غذاهای سنتی بیشتر، غذاهایی که با رعایت اصول بهداشتی تغذیه تهیه شده باشه، ما سالم‌تر می‌مونیم شکی در این نباید بکنیم. ولی ما اهمیت نمی‌دیم همش می‌ریم دنبال غذاهای آماده. خوب خیلی بدیهی که مریض بشیم».

نکته دیگری که در مقوله آموزش و فرهنگ سازی نامناسب از دید شرکت کنندگان در این پژوهش، اهمیت داشته و می‌تواند به عنوان یک مانع تغذیه سالم قلمداد شود، «تبلیغات نامناسب» است. گروه کثیری از شرکت کنندگان پژوهش به این مهم اشاره نمودند که «تبلیغ تهیه و طبخ مواد غذایی ناسالم از طریق رسانه‌های جمعیو به خصوص تلویزیون» می‌تواند در اشاعه فرهنگ تغذیه ناسالم در افراد جامعه دخیل باشد:

«الآن مثلاً شما می‌بینید که تلویزیون ما آموزش می‌ده مثلاً پیتزای فلان یا نمیدونم مثلاً غذای فلان. اینها همه تبلیغ می‌کنه من چه جور جلوی بچمو بگیرم؟ آقا من خودم حقیقتش سه تا بچه دارم اینقدر عاشق پیتزا و غذاهای بیرونی هستن. آبگوشت درست می‌کنیم من خودم و خانمم دو تایی باید بخوریم هر کاری هم که می‌کنیم فایده نداره می گم آقا سوسیس اینطوریه و کالباس اینجوریه قبول نمی‌کنند. من خودم گوسفند سر بریدم روده گوسفند رو بردم بهشون نشون دادم گفتم سوسیس و کالباس رو با اینا درست می‌کنن ولی بازم قبول نمی‌کنه و اون‌ها را ترجیح می‌ده به همه غذاها». «همون تبلیغات که صدا و سیما زیاد اعلام می‌کنه خیلی مؤثره. جداً دارم می‌گم هر چی صدا و سیما داره تبلیغ می‌کنه از جنس بده، چیز خوبو هیچ موقع تبلیغ نمی‌کنن».

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.19.9]

همچنین به نبال مطلب ذکر شده نکته حائز اهمیت دیگر آن است که «ارائه پیام‌های متناقض از رسانه‌های جمعی» که گروه کثیری از شرکت کنندگان پژوهش به آن اشاره نمودند، نیز مانعی مؤثر در برابر تغذیه سالم است:

«متأسفانه این تبلیغ‌ام که می‌کنند از این ور می‌گن اشتباه است از اون ور تبلیغ می‌کنن یه دوگانگی اصلاً تو تلویزیون هست دیگه، بله از این ور می‌گن سوسیس نخورین، از اون ور تبلیغ می‌شه، می‌گن پفک به بچه ندین، تبلیغ میشه، این متأسفانه هست».

نکته قابل توجه دیگری که در باب تبلیغات نامناسب، به عنوان یک بازدارنده قوی از روش تغذیه سالم، توسط شرکت کنندگان پژوهش مورد توجه قرار گرفت «تأثیر تبلیغات، بر جوانان و رواج الگوهای تغذیه‌ای ناسالم در خانواده‌ها» بود:

«من یه دکتر خانوادگی داشتم حدود ۲۰ سال پیش فوت کردن بچه بودم پیشش می‌رفتم اولین چیزی که می‌رسیدیم می‌گفت سوسیس کالباس، نوشابه نخور حدود ۳۰ سال پیش اون موقع تازه سوسیس و نوشابه بهترین بود. همیشه به همه همینو می‌گفت و این دیگه تو مغز ما نشسته والا من تو مغز بچه خیلی سخته که بنشونم. چون واقعاً محیط نمی‌زاره».

«به خاطر همین ظاهر جنساست که تبلیغات میشه همین پفک به قول ایشون، این چیزایی که مثلاً سوسیس، کالباس و امثالهم بس که تبلیغ میشه ما از جلوی مغازه رد می‌شیم از جلوی ساندویچ فروشی رد می‌شیم، بچه‌ها هوس می‌کنن اگه بخواهیم نخریم می‌گن که خسیسیه، نمی‌خواد خرج کنه، من بارها شده مخالفت کردم ولی دیگه چی بگم. مثلاً خانم میاد می‌گه حالا بچه‌ها دلشون می‌خواد بخر براشون، می‌گم خوب، نیست ولی خوب چی کار کنم».

الگوهای رفتاری نامناسب

الگوهای رفتاری نامناسب دیگر مفهوم شکل گرفته در پژوهش حاضر است که با تکیه بر دیدگاه مشارکت کنندگان، می‌تواند تبیین کننده موانع تغذیه سالم باشد. از جمله مصادیق الگوهای رفتاری نامناسب «بی نظمی در صرف غذا» است:

«ناهار رو خیلی‌ها، نمی‌خورن اگر هم بخورن اهمیتی قائل نمی‌شن. در صورتی که پروتئین بخش عمده‌ای از نهار ما را باید تشکیل بده، خوب اگر ما نخوریم دچار آسیب می‌شیم. بعد شام رو هم خیلی دیر می‌خورن، شام رو می‌ذارن ۱۱-۱۰ شب باید شام را مثل بیمارستان‌ها، ساعت ۷-۶ بخورن، شام درست اینه که زود خورده بشه».

«وعده‌های غذایی رو نمی‌خورن یعنی نمی‌رسن بخورن، بنابر این اصلاً وعده‌های غذایی را نمی‌شه مرتب خورد».

همچنین گروه کثیری از شرکت کنندگان پژوهش اذعان داشتند که «عدم مصرف وعده‌های غذایی به صورت کامل» می‌تواند سلامتی انسان را تهدید نماید و بی توجهی یا غفلت از این مهم ، یک مانع تغذیه سالم است:

«وقتی یکی که صبح از خواب بلند می‌شه، الآن سؤال کنید توی همین جمع ما چند نفر ما به صبحانه اهمیت می‌دهند یا می‌دیم، و اقعاً سؤال بشه! صبحانه واقعاً مهم‌ترین رکن غذا هستش در بعضی از کشورهای اسکاندیناوی، دو وعده غذا می‌خورند مثل نروژ، یه وعده صبح، یه وعده غروب، ظهر رو نمی‌خورن چون غذای صبحشون اینقدر کامل هستش نه این که پرحجم باشه کامله».

علاوه بر این از دید گروه کثیری از شرکت کنندگان پژوهش، «مصرف فراوان غذاهای سریع‌الطبخ» که امروزه در جامعه بسیار باب شده است؛ نیز خود به عنوان یکی از الگوهای رفتاری ناصحیح، بازدارنده تغذیه سالم است:

«اکثریت تو این جمع بپرسین همه بیشتر غذاهای آماده می‌خورن».

«ما غذاهای آماده زیاد می‌خوریم خوب یابد بعضی‌ها خیلی دوست دارن بعضی‌ها هم مجبورن به هر دلیل بخورن حالا هر چقدر هم که مضر باشه».

«مصرف مواد غذایی ناسالم»، یا به عبارت دیگر عادت به استفاده از این مواد، در میان افراد جامعه، طبق بیان مردان مشارکت کننده در این مطالعه به عنوان یک بازدارنده تغذیه سالم محسوب می‌شود:

«من می‌گم این سوسیس و کالباس که الآن تو این جامعه به خورد ما می‌دن، یا مثلاً یه کنسروی که تو خونه می‌تونی با مواد غذایی خیلی سالم درست کنیم ما می‌ریم آماده می‌گیریم چون راحت تره و اصلاً عادت داریم به خوردن اینجور غذاها».

همچنین از منظر مشارکت کنندگان، اتخاذ الگوی غذایی که موجب «مصرف کم غذاهای دریایی» می‌شود از جمله موانع داشتن تغذیه سالم است:

«غذای دریایی تو رژیم ما خیلی ضعیفه در صورتی که دو تا دریا داریم شمال و جنوب بهترین ماهی‌های دنیا رو داریم همش می‌ره این ور و اون ور باید یک سوبسیت بدیم چون خیلی گرونه به جای این که برای گاوداری بدیم برای اینا بدیم حتی پرورشی مثلاً ما

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.19.9]

قزل‌آلایی که می‌گیم سوبسیت بده بازم به نسبت سوسیس کالباس خیلی بهتره».

و در نهایت به کارگیری الگو و شیوه غذایی، به نحوی که «پرخوری» در آن نهادینه باشد؛ خود بازدارنده تغذیه سالم است:

«آقا جان تمام بدبختی ما از پرخوریه، به پرخوری ما ایرانی‌ها معتادیم».

فقدان دسترسی

مفهوم دیگری که با استفاده از اظهار نظر مشارکت کنندگان به عنوان بازدارنده تغذیه سالم مستفاد گردید فقدان دسترسی بود. این مفهوم در قالب سه زیر طبقه هزینه، کمبود وقت و عدم دسترسی به مواد غذایی سالم تقسیم بندی گردید.

بسیاری از مردان مشارکت کننده در مطالعه حاضر، هزینه بالای مواد غذایی سالم را از جمله موانع تغذیه سالم دانسته و نقش سیاستگزاران را نیز در تنظیم و برنامه ریزی اصولی قیمت موادغذایی بسیار اثر گذار ذکر نمودند. به عبارت دیگر اشاره اصلی آنان به «ارزان‌تر بودن مواد غذایی ناسالم در مقایسه با مواد غذایی سالم» بود که افراد را گاهاً به رغم میل باطنی آنها به سوی خرید این مواد غذایی سوق می‌داد:

«بیشتر بر می‌گرده به بودجه بازم کسی که می‌خواد برنامه غذایی درستی داشته باشه باید یک هزینه‌ای هم داشته باشه وقتی می‌بینم ۴۰۰ تومان می‌دم شکمم سیر میشه یا این که برم ۱ کیلو سوسیس بخرم نهایت خوبه خوبش بشه ۱۰ هزار تومن اون یک کیلو سوسیس رو زن و شوهر چند وقت می‌تونن استفاده کنن کدوم به صرفه است».

علاوه بر هزینه تهیه مواد غذایی، مردان حاضر در این مطالعه «کمبود وقت» را نیز از دیگر موانع تغذیه سالم می‌دانستند. به اعتقاد آنان «صرف غذا در محل کار» که غالباً بسیار سریع و فارغ از آرامش صورت می‌گیرد از جمله مصادیق این مسأله است:

«ما در هر مکانی نمی‌توانیم غذا بخوریم، یه مکان مناسبی باید باشه. خود مکان خیلی مؤثره. مثلاً ما خیلی‌هامون مجبوریم در محل کار هل هلی غذا بخوریم».

و در نهایت به اعتقاد مشارکت کنندگان، «عدم دسترسی به مواد غذایی سالم» خود عامل بازدارنده تغذیه سالم است. در این باب مسأله «ناسالم بودن فرآورده های دام وطیور (پرورشی)» که گروه کثیری از مردان به آن اشاره نمودند، حائز اهمیت است: «یه تغییراتی که به جامعه مربوط می‌شه من ناچارم که مرغ نخورم چون همش شیمیایی است. شما مرغ رو بپز، خودش چربی تولید می‌کنه».

نقش «ارائه مواد غذایی ناسالم در بوفه‌های مدارس»، در رواج تغذیه ناسالم، مورد مهم دیگری بود که مشارکت کنندگان، آن را به عنوان مانعی بر سر راه دسترسی به مواد غذایی سالم ذکر کردند:

«تو مدارس همش سوسیس و کالباس و چیپس و پفک در دسترس بچه‌هاست».

نقش زنان

مفهوم کلیدی نقش زنان به عنوان یک بازدارنده تغذیه سالم با توجه به نظر مردان شرکت کننده در این پژوهش متجلی شد. زنان از آن جهت که مدیریت خانواده را بر عهده دارند، بدیهی است که در امر فراهم آوردن غذای سالم در خانواده، نقش کلیدی را دارا باشند. طبق نظر مردان شرکت کننده در این پژوهش موانع زیر به عنوان مواردی ذکر گردیده‌اند که باعث عدم مدیریت صحیح بانوان در امر تغذیه خانواده‌ها می‌گردند. این موانع شامل «صرف وقت بیش از حد زنان برای ظاهر آرایی» است که خود باعث اتلاف وقت و در نتیجه عدم اتخاذ زمان مناسب، برای تهیه مواد غذایی و غذای سالم می‌شود: «بیشتر به فکر خودش هستش تا سلامتی متأسفانه در جامعه این باب شده که خانمی که می‌خواد بره بیرون بیشتر وقتشو صرف رسیدن به خودش می‌کنه تا غذا درست کردن».

مسأله دیگر در باب نقش زنان که توسط تعدادی از مردان اشاره گردید «اشتغال زنان» بود. به اعتقاد آنان اشتغال زنان در خارج از منزل، کاهش زمان در منزل بودن و پرداختن به امور آن را به دنبال دارد و به عنوان یک مانع بزرگ در به کارگیری الگوی تغذیه سالم در این گروه از زنان محسوب می‌شود: «خانم که بره بیرون کار کنه بیچاره نمیدونه یک ذره وقتش را چی کار بکنه می‌خواد به همه چی برسه به بچه، کار خونه، غذا و خیلی کارهای دیگه ولی واقعاً نمی رسه یعنی نمی تونه برسه».

همچنین مردان در این مطالعه به کاهش علاقه بانوان به آشپزی اشاره کرده و آن را مانعی مهم در برابر تغذیه سالم خانواده دانستند:

«همون خانومی که شما می‌گین به پخت و پز علاقه نداره اگه همون غذا رو بذارین جلوش ببین چه با لذت می‌خوره چون تو ذات ماست، اما اون زحمت رو به خودش نمیده و هیچ روی خوشی به غذا پختن نشون نمی‌ده».«یه مقدار متأسفانه تنبلیه. البته مردها که نمی‌تونن به این چیزها برسن متأسفانه خانم‌ها هم بیشتر ... چی بگم نمی‌خوان بکنن».

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.19.9]

نوع ذائقه و علاقه شخصی

آخرین مفهوم تبیین کننده موانع تغذیه سالم در مطالعه حاضر، «نوع ذائقه و علاقه شخصی» بود. برای بسیاری از مشارکت کنندگان این پژوهش، «لذت بخش بودن غذاهای آماده» و «انطباق بیشتر مواد غذایی پرچرب با ذائقه شخصی» مهم‌ترین دلیل انتخاب این مواد غذایی، و داشتن الگوی غذایی ناسالم محسوب می‌شد:

«آقاجون من غذاهای سرخ شده رو خیلی بیشتر دوست دارم راستش این غذاهای آماده خیلی خوشمزه ترن، می گن که بده نمیدونم پخته خوبه ولی من همیشه سرخ کرده رو بیشتر دوست دارم و می‌خورم».

بیش از نیمی از زنان کارگر وجود استرس در محیط کار عامل مؤثر بر کیفیت کار کارگران قلمداد نمودند. زنی بیان می‌کرد: «استرس هم که به وجود میاد فقط کارامون رو خراب می‌کنیم. اینجا کار به هم پیوسته است و وقتی یه کار کوچیک خراب بشه، باعث ایجاد یه مشکل بزرگ میشه». زنی می‌گفت: «اگه استرس باشه کار خوب پیش نمیره چون استرس رو منتقل می‌کنه به همکارش خب اونهم به همین ترتیب می‌خواد عکس‌العمل نشون بده و کار پیش نمیره».

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج این پژوهش، از نقطه نظر آقایان شرکت کننده در این مطالعه، آموزش و فرهنگ سازی نامناسب، الگوهای رفتاری، فقدان دسترسی، نقش زنان و نوع ذائقه و علاقه شخصی، اساسی‌ترین عوامل اثر گذار بر رواج تغذیه ناسالم در آحاد جامعه هستند.

نتایج این مطالعه حاکی از آن است که باورهای نادرست افراد که باعث ایجاد رفتارهای ناصحیح در زندگی روزمره می‌شود، بر روند تغذیه‌ای آنان نیز بسیار تأثیر گذار است. شرکت کنندگان در این پژوهش زندگی مدرن و تجدد خواهی را عاملی برای انتخاب غذاهای آماده برای الگوی تغذیه‌ای خود تبیین نموده و از سوی دیگر تمایل به این نوع غذاها را عاملی در جهت مقبولیت در بین اطرافیان خود قلمداد کرده‌اند. شایان ذکر است گروه دیگر از نمونه‌های پژوهش نیز در مقابل گروه ذکر شده در بالا، اعتقاد به صحیح بودن مصرف تمامی غذاهای سنتی (به طور مثال خورش‌های سنتی بسیار چرب) بر اساس هر سبک و سیاقی که پخت شود؛ دارند. بر طبق مطالعات انجام شده، ایران از جمله کشورهای منطقه است که طی سال‌های اخیر در یک گذر اپیدمیولوژیک به ویژه در جنبه‌های تغذیه‌ای قرار گرفته است. صاحب نظران معتقدند که این تغییرات ناشی از تغییرات سریع ایجاد شده در الگوی باروری و مرگ و میر و همچنین مهاجرت به شهرها و پیروی از سبک زندگی شهرنشینی است که در مجموع منجر به بروز اختلال در تعادل مصرف مواد غذایی شده که به طور عمده شامل مصرف مواد غذایی با ارزش کم غذایی بوده است [۱۳]. به نظر می‌رسد که این مسئله خود باعث می‌گردد به تدریج الگوهای تغذیه‌ای نادرست در بین افراد جامعه نهادینه شود.

بر طبق اظهار نظر مردان در این مطالعه، عدم آگاهی کافی در زمینه تغذیه سالم که به طور عمده شناخت ناکافی از مواد غذایی سالم و روش طبخ صحیح غذاها را شامل می‌شود در کنار عدم وجود مشاوری آگاه در این زمینه بر اتخاذ الگوی تغذیه ناسالم مؤثر است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد آگاهی و نگرش آقایان در برخی از حوزه‌های مرتبط با تغذیه ناسالم که با ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطرزای آنها ارتباط دارد؛ به طرز معنی‌داری از زنان کمتر بوده است [۹]. مطالعه‌ای در منطقه ۱۳ تهران، تأثیر مثبت آموزش‌های تغذیه‌ای در افزایش نگرش افراد نسبت به تغذیه سالم را نشان داده است [۱۲]. علاوه بر این مطالعات مختلف اذعان داشته‌اند که آموزش به هر روش می‌تواند منجر به افزایش آگاهی گردد، اگرچه تأثیر روش‌های مختلف آموزش در گروه‌های هدف مختلف بسیار متفاوت عنوان شده است [۱۴].

بر طبق نظر مردان مورد مطالعه، تأثیرپذیری کودکان و نوجوانان از همسالانشان در امر تغذیه بسیار حائز اهمیت است و خود، عاملی مؤثر بر روند تغذیه ناسالم است. در تأیید نتایج این مطالعه، تحقیقات نشان می‌دهد موانع اجتماعی و فرهنگی، نقش مهمی در شکل گیری انتخاب‌های غذایی به خصوص در سنین نوجوانی و جوانی بازی می‌کنند [۱۵]. در این میان تأثیر دوستان و همسالان را در این گروه‌های سنی نباید نادیده گرفت؛ زیرا گاهی رفتارهای تغذیه‌ای صرفاً جهت مقبول شدن در میان همسالان و دوستان انجام می‌شود [۱۲]. در عین حال گروهی از مردان نیز عقیده داشتند که الگوپذیری تغذیه‌ای، به خصوص در سنین پایین‌تر، بیشتر از طریق خانواده برای فرزندان صورت می‌گیرد و الگوی تغذیه‌ای پدر و مادر به خصوص در سنین خردسالی در الگوی غذایی فرزندان بسیار اثر دارد. مطالعات نشان می‌دهد سلیقه‌های غذایی، از سنین خردسالی شکل گرفته و در طول عمر پایدار

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.19.9]

می‌ماند. در این دوران، آموزش والدین و افراد مراقبت کننده از کودکان در مورد شیوه سالم زندگی، حائز اهمیت و ضروری است [۱۶].

از یافته‌های دیگر این مطالعه رواج مصرف غذاهای آماده، به عنوان یکی از راه‌های گذران اوقات فراغت و ایجاد تفریح در بین خانواده‌های ایرانی است؛ به طوری که غذاهای سنتی تدریجاً جای خود را به این قبیل غذاها می‌دهند. البته این مهم، به خصوص از طرف افراد کم سن و سال‌تر خانواده‌ها، بیشتر مورد ترویج و علاقه و حمایت قرار می‌گیرد. بر طبق مطالعات انجام شده از آنجا که جمعیت نوجوان کشور ما به سرعت به سمت شیوه زندگی غرب پیش می‌روند؛ لذا گرایش کودکان و نوجوانان به الگوی غذای غربی و همچنین میان وعده‌های غذای چرب، شور و فاقد ارزش غذایی به همراه کاهش مصرف غذاهای سنتی می‌توانند از علل عمده تغذیه ناسالم و عوارض ناشی از آن بر سلامت افراد باشد. لذا وجود ارتباط بین مصرف غذاهای آماده، مانند پیتزا و ساندویچ و همچنین میان وعده‌های غذایی چرب با بیماری‌های غیرواگیر، مانند اختلالات چربی خون از یک سو و گرایش روزافزون کودکان و نوجوانان به مصرف این قبیل مواد غذایی از سوی دیگر، لزوم نظارت بیشتر خانواده‌ها بر رژیم غذایی فرزندانشان را نشان می‌دهد [۱۰].

مسأله قابل تأمل دیگری که توسط نمونه‌های این مطالعه به آن اشاره شد؛ نقش بسیار مهم تبلیغات به عنوان عاملی تأثیرگذار بر الگوی تغذیه‌ای خانواده‌ها است. این تبلیغات از منابع گوناگون، مانند رسانه‌های جمعی و استفاده از ظاهر زیبا و فریبنده مواد غذایی با ارزش کمتر را شامل می‌شود.

مطالعات نشان می‌دهد؛ عواملی چون نیازهای فیزیولوژیک، ترجیحات غذایی، الگوهای غذایی والدین تأثیرات دوستان و همکلاسان، رادیو، تلویزیون و رسانه‌های گروهی نیز بر انتخاب‌های غذایی مؤثرند [۱۷]. از سوی دیگر، به منظور انتخاب تغذیه‌ای، جذابیت، طرح و رنگ مناسب غذاها تأثیر گذار است؛ به طوری که بسته بندی جذاب و رنگارنگ تنقلات با ارزش تغذیه‌ای پایین، ممکن است در انتخاب غذایی به خصوص در نوجوانان تأثیر گذار باشد، زیرا نوجوانان به شدت تحت تأثیر محیط و تبلیغات گوناگون قرار گرفته و به مواد غذایی با ظاهر جذاب و فریبنده، ولی فاقد ارزش غذایی رو می‌آورند [۱۲، ۱۱].

علل استفاده از موادغذایی ناسالم می‌تواند به علت هزینه کمتر، سهولت استفاده، به دلیل دسترسی سریع به این مواد با توجه به کمبود وقت افراد باشد. از آن سو عدم دسترسی به مواد غذایی سالم نیز به دلایل گوناگون مانند رواج فرآورده‌های ناسالم دام و طیور و رواج مواد غذایی ناسالم در بوفه‌های مدارس از دیگر موانع تغذیه سالم است. مطالعات، نشان دهنده آن است که پیروی از سبک زندگی شهرنشینی، به عنوان عاملی مهم در بروز اختلال در تعادل مصرف مواد غذایی می‌شود که این مقوله خود مصرف مواد غذایی دارای ارزش تغذیه‌ای پایین را نیز شامل می‌شود [۱۳]. همچنین خصوصیات فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی در اقشار مختلف جامعه می‌تواند در نوع تغذیه آنها بسیار مؤثر باشد. به طور مثال در افرادی که به تحصیل مشغول هستند و یا سرباز بوده و یا به علت اشتغال، در بازار کار، بیشتر وقت خود را در خارج از خانه می‌گذرانند، با توجه به مشکلات ناشی از توسعه شهرنشینی، مانند رفت و آمد و ترافیک ناچارند حداقل، یک نوبت از وعده‌های غذایی خود را، در طول شبانه روز، خارج از خانه صرف نمایند [۱۰].

مطالعه‌ای در اصفهان نشان داد که به رغم آگاهی افراد، نسبت به مزیت مصرف گوشت ماهی و روغن مایع، به عنوان تغذیه سالم، مصرف این دو ماده با نقصان مواجه بوده است که شاید بتوان آن را ناشی از وضعیت اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی مردم و هزینه بالاتر این مواد غذایی دانست [۱۰]. مطالعه‌ای دیگر در جامعه کانادا نشان داد که در افراد با وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی پایین‌تر، رفتارها و عملکردهای غلط، که منجر به ایجاد بیماری‌های قلبی ـ عروقی می‌شود، شایع‌تر است [۱۸]. این خود می‌تواند مبین این امر باشد که برای رواج تغذیه سالم در جامعه، تمهیدات ویژه، توسط سیاست گزاران بهداشتی متناسب با شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و تنها اکتفا نکردن به آموزش، باید در برنامه ریزی‌های آنان اتخاذ شود [۲۰، ۱۹].

مدارس نیز در جهت آموزش تغذیه صحیح و رواج آن، باید اقدام نمایند، زیرا آموزش، از طریق اولیاء مدارس و همچنین، محتوای درسی دانش آموزان می‌تواند اثر بسیار مثبتی، بر فراگیری اصول شیوه سالم زندگی، توسط نوآموزان و به کار بستن آن، در طول زندگی داشته باشد. لذا، شرایط محیطی سالم، برای تغذیه سالم کودکان باید فراهم گردد [۱۱].

نکته حائز اهمیت دیگری که مردان شرکت کننده در این مطالعه به آن اشاره نمودند نقش زنان، در رواج تغذیه سالم در بین اعضای خانواده بود. در این زمینه، مردان موانع تغذیه سالم را که مربوط به مقوله زنان است تحت عنوان موارد اشتغال زنان و صرف وقت بیش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.19.9]

از حد آنان برای امور دیگر، مانند ظاهر آرایی و نیز عدم توجه و علاقه لازم به امر آشپزی صحیح در بین آنان ذکر نمودند. مطالعات نشان می‌دهد که اشتغال مادران و غیبت طولانی مدت آنان از خانه، از جمله عوامل زمینه ساز تغذیه ناسالم است. زیرا اشتغال زنان و خستگی ناشی از کار، بی حوصلگی و کمبود وقت مادران را به دنبال داشته و قدرت نظارت آنها را بر امور منزل سلب می‌نماید [۲۳-۲۱]. توجه به این امر حائز اهمیت است که از آنجا که اشتغال زنان به عنوان یک معیار توانمندی آنان محسوب می‌شود [۲۴]، لذا می‌توان با ترویج غذاهای آماده سالم و نیز آموزش طبخ سریع غذاهای سالم به زنانی که به علل مختلف مانند اشتغال با مشکل کمبود وقت مواجه هستند؛ به نحوی شایسته بر این مسأله فائق آمد.

از سوی دیگر، وجود غذاهای ناسالم، در خانه، که عمدتاً توسط مادر خانواده طبخ می‌شود؛ در ایجاد عادات نامطلوب غذایی خانواده‌ها بسیار حائز اهمیت است. نتیجه مطالعه‌ای در اصفهان نشان داد که اختلال چربی خون در نوجوانان را ممکن است بتوان به طور عمده، به عادات نامطلوب غذایی خانواده‌ها، از قبیل مصرف بسیار غذاهای سرخ کرده؛ نسبت داد [۱۰].

نکته دیگری که نمونه‌های این پژوهش به آن اشاره نمودند؛ اهمیت تطبیق غذاهای افراد با ذائقه آنهاست؛ بدون توجه به نوع موادغذایی مصرف شده که بعضاً با سلامت افراد تناقض دارد؛ مانند تمایل به غذاهای چرب و طعم مطبوع غذاهای آماده. نتایج مطالعه‌ای نشان می‌دهد که عادات نامطلوب غذایی خانواده‌ها، در مصرف غذاهای سرخ کرده و گرایش روزافزون افراد به غذاهای آماده و میان وعده‌های چرب، در ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر، بسیار حائز اهمیت است [۱۰]. همچنین یکی از عوامل افزایش فراوانی عوامل خطرساز و همچنین سیر صعودی و کاهش سن ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر، در سال‌های اخیر، به دلیل گرایش سلیقه غذایی افراد جامعه، به خصوص، کودکان و نوجوانان، به مواد غذایی پرکالری و فاقد ارزش غذایی، به جای غذاهای سنتی و میان وعده‌های غذایی ساده است [۱۱]. نتایج این پژوهش حاکی از عوامل بازدارنده تغذیه سالم، از دیدگاه مردانی است که در این مطالعه حضور داشتند. یافته‌ها، نشانگر آن است که آموزش نامناسب، منجر به آگاهی و فرهنگ سازی غیرصحیح شده که این امر خود، ریشه در برخی تبلیغات نادرست، دانش ناکافی، باورهای زمینه‌ای نادرست و تغییر در ارزش‌ها دارد که در نهایت، منجر به الگوسازی غیرصحیح تغذیه‌ای حاکم بر خانواده‌ها می‌شود.

به علاوه، فقدان دسترسی به متغیرهای تهیه غذای سالم، اعم از هزینه کم و سهولت دسترسی به مواد غذایی ناسالم و همچنین عدم رعایت بهداشت مواد غذایی نیز از موانع اساسی در برابر تغذیه سالم هستند.

از سوی دیگر، از منظر مردان، نقش زنان، با نمود عواملی چون اشتغال زنان و علاقمندی کم به آشپزی و صرف وقت بیش از حد برای امور دیگر، مانند ظاهر آرایی، در گروه عواملی قرار می‌گیرد که مانع تغذیه سالم در خانواده‌ها می‌گردد. همچنین انطباق بیشتر ذائقه افراد جامعه، علی‌الخصوص، کودکان و نوجوانان و جوانان، با غذاهای آماده، پرکالری و دارای ارزش کم غذایی، از دیگر موانع تغذیه سالم در خانواده‌ها است.

سهم نویسندگان

فهیمه رمضانی تهرانی: طراحی و اجرای مطالعه، انجام بحث‌های گروهی، تجزیه و تحلیل کدها، نگارش و بازنگری مقاله

مریم فرهمند: تجزیه و تحلیل کدها، نگارش و بازنگری مقاله

پریسا امیری: طراحی و اجرای مطالعه، انجام بحث‌های گروهی، تجزیه و تحلیل کدها، نگارش و بازنگری مقاله

آرش قنبریان: طراحی و اجرای مطالعه، انجام بحث‌های گروهی

فریدون عزیزی: طراحی و اجرای مطالعه، نگارش و بازنگری مقاله

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولان و کارکنان محترم واحد بررسی قند و چربی‌های خون که در جمع آوری اطلاعات تلاش نموده‌اند و مشارکت کنندگان محترم این طرح تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.19.9]

منابع

1. WHO, Global strategy for non-communicable disease prevention and control (Draft). World Health Organization: Geneva, 1997
2. Reilly JJ, Jackson DM, Montgomery C, Kelly LA, Slater C, Grant S, etal. Total energy expenditure and physical activity in young Scottish children: mixed longitudinal study .Lancet 2004; 363: 211-2
3. O'Loughlin JL, Tarasuk J. Smoking, physical activity, and diet in North American youth: where are we at? Canadian Journal of Public Health 2003; 94: 27-30
4. Kimm SY, Glynn NW, Kriska AM, Barton BA, Kronsberg SS, Daniels SR, et al. Decline in physical activity in black girls and white girls during adolescence. The New England Journal of Medicine 2002; 347: 709-15
5. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. Lancet 2001; 357: 505-8
6. St-Onge MP, Keller KL, Heymsfield SB. Changes in childhood food consumption patterns: a cause for concern in light of increasing body weights. The American Journal of Clinical Nutrition 2003; 78: 1068-73
7. 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: 112-8
8. Thompson OM, Ballew C, Resnicow K, Must A, Bandini LG, Cyr H, et al. Food purchased away from home as a predictor of change in BMI z-score among girls. International Journal of Obstetrics and Relative Metabolism Disorders 2004; 28: 282-9
9. Mirmiran P, Mirmiran P, Mohammadi-Nasrabadi F, Omidvar N, Hosseini-Esfahani F, Hamayeli-Mehrabani H, et al. Nutritional knowledge, attitude and practice of Tehranian adults and their relation to serum lipid and lipoproteins: Tehran lipid and glucose study. Annual of Nutrition & Metabolism 2010; 56: 233-40
10. Kelishadi R, Pour MH, Zadegan NS, Kahbazi M, Sadry G, Amani A, et al. Dietary fat intake and lipid profiles of Iranian adolescents: Isfahan Healthy Heart Program-Heart Health Promotion from Childhood. Preventive Medicine 2004; 39: 760-6
11. Kelishadi R, Ardalan G, Gheiratmand R, Majdzadeh R, Hosseini M, Gouya MM, et al. Thinness, overweight and obesity in a national sample of Iranian children and adolescents: CASPIAN study. Child: Care, Health and Development 2008; 34: 44-54
12. Azadbakht LMP, Momenan AA, Azizi F. Knowledge , attitude and practice of guidance school and high school students in district-13 of Tehran about healthy diet. Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism 2004; 5: 409-16
13. Ghassemi H, Harrison G, Mohammad K. An accelerated nutrition transition in Iran. Public Health Nutrition 2002; 5: 149-55
14. Rafiei M, Boshtam M, Sarraf-Zadegan N. Lipid profiles in the Isfahan population: an Isfahan cardiovascular disease risk factor survey, 1994. Eastern Mediterranean Health Journal 1999; 5: 766-77
15. Sahota P, Rudolf MC, Dixey R, Hill AJ, Barth JH, Cade J. Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. British Medical Journal 2001; 323: 1027-9
16. Nicklas T, Johnson R. Position of the American Dietetic Association: dietary guidance for healthy children ages 2 to 11 years. Journal of the American Dietetic Association 2004; 104: 660-77
17. Kline P. The handbook of psychological testing. 1 st Edition, Routledge: London, 1993
18. Pekka P, Pirjo P, Ulla U. Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention: from community intervention to national programme-experiences from Finland. Public Health Nutrition 2002; 5: 245-51
19. Shea S, Stein AD, Basch CE, Lantigua R, Maylahn C, Strogatz DS, et al. Independent associations of educational attainment and ethnicity with behavioral risk factors for cardiovascular disease. American Journal of Epidemiology 1991; 134: 567-82
20. Stephen AM, Wald NJ. Trends in individual consumption of dietary fat in the United States, 1920-1984. American Journal of Clinical Nutrition 1990; 52: 457-69
21. Amiri P, Ghofranipour F, Ahmadi F, Hoseinpanah F, Montazeri A, Jalali-Farahani S, et al. Barriers to a healthy lifestyle among obese adolescents: a qualitative study from Iran. Int J Public Health 2011; 56: 181-9
22. von Hinke K, Scholder S. Maternal employment and overweight children: does timing matter? Health Economics 2008; 17: 889-906
23. Ruhm CJ. Maternal employment and adolescent development. Labour Economics 2008; 15: 958-83
24. http://www.unmillenniumproject.org/goals/gti.htm

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.19.9]