مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی سیزدهم، شماره‌ی ۱، صفحه‌های ۵۷ ـ ۴۸ (اردیبهشت ۱۳۹۰)

مقاله‌ی پژوهشی

موانع تغذیه‌ی سالم از زاویه‌ی نگاه زنان: پژوهشی کیفی در شرکت‌کنندگان مطالعه‌ی قند و لیپید تهران

دکتر فهیمه رمضانی تهرانی[۱]، مریم فرهمند[۱]، دکتر پریسا امیری[۲]، نیلوفر پیکری[۳]، دکترفریدون عزیزی[۴]

۱) مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولید مثل، پژوهشکده‌ی علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۲) مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، پژوهشکده‌ی علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۳) معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۴) مرکز تحقیقات غدد، پژوهشکده‌ی علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول**: مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، پژوهشکده‌ی علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، کدپستی: ۴۷۶۳-۱۹۳۹۵، دکتر پریسا امیری؛
e-mail:amiri@endocrine.ac.ir

چکیده

مقدمه: اصلاح الگوی تغذیه‌ای، یکی از محورهای اساسی پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر است. با توجه به اهمیت شناخت دیدگاه‌های جامعه در مورد موانع ارایه‌ی الگوی غذایی سالم و هم‌چنین محدودیت پژوهش‌های مشابه در ایران، پژوهش حاضر با هدف تبیین موانع اصلاح الگوی غذایی و عوامل موثر بر آن، از زاویه‌ی نگاه زنان طراحی و اجرا شد. مواد و روش‌ها: این مطالعه‌ی کیفی با رویکرد نظریه‌ی مبتنی بر زمینه انجام شد. در مجموع ۸ بحث گروهی نیمه ساختار یافته در فاصله‌ی زمانی دی ماه ۱۳۸۷ تا اردیبهشت ۱۳۸۸ در واحد بررسی قند و چربی‌های خون پژوهشکده‌ی علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم برگزار شد. شرکت‌کنندگان، ۱۰۲ زن ۲۵-۶۵ ساله بودند که از بین شرکت‌کنندگان در پژوهش قند و لیپید تهران انتخاب و وارد مطالعه شدند. تمام بحث‌های گروهی ضبط شده و بلافاصله پس از پایان پیاده شدند. فرآیند تحلیل داده‌ها به طور همزمان و با استفاده از روش اشتراوس و کوربین صورت پذیرفت. اختلاف نظرها در زمینه‌ی کدگذاری توسط کمینه سه نفر از اعضای تیم پژوهش مورد بحث قرار گرفت و همسان شد. هم‌چنین قابلیت پذیرش و تطابق‌پذیری یافته‌ها ارزیابی گردید. یافته‌ها: بر اساس تجزیه و تحلیل محتوای داده‌ها، موانع تغذیه‌ی سالم در قالب سه طبقه "آموزش و فرهنگ سازی نامناسب"، "فقدان دسترسی" و "نوع ذایقه و علاقه‌ی شخصی" تبیین شدند. نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر، نشانگر موانع تغذیه‌ی سالم از دیدگاه زنان مشارکت کننده در مطالعه‌ی قند و لیپید تهران است و می‌تواند به عنوان منبعی ارزشمند در طراحی برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر به کار آید.

واژگان کلیدی: موانع تغذیه‌ی سالم، مطالعه‌ی کیفی، زنان، بیماری‌های غیرواگیر
دریافت مقاله: ۸۹/۱۰/۱۸ ـ دریافت اصلاحیه: ۸۹/۱۱/۲۴ ـ پذیرش مقاله: ۸۹/۱۱/۲۷

مقدمه

امروزه روند بیماری‌ها و مرگ و میر در بسیاری از کشورهای جهان تغییر یافته و بیماری‌های عفونی و واگیر جای خود را به بیماری‌های مزمن و غیرواگیر مانند مشکلات قلبی ـ عروقی داده‌اند. این بیماری‌ها در بسیاری از کشورهای جهان از جمله کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به عامل اصلی مرگ و میر بدل شده است؛ تا جایی که مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها در کشورهای آسیایی ۲ تا ۵ برابر بیشتر از بیماری‌های عفونی می‌باشد.[۱] ایران هم از

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

جمله کشورهای جهان است که در سالیان اخیر در معرض این گذر اپیدمیولوژی قرار گرفته است. براساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳۹/۳٪ مرگ و میرهای کشور در سال ۱۳۸۳ ناشی از بیماری‌های قلبی ـ عروقی بوده است.[۲] بررسی آینده‌نگر قند و لیپید تهران نیز روند رو به رشد بیماری‌های غیرواگیر را که با شیوه‌ی زندگی ارتباط دارند، نشان داد.[۳]

به نظر کارشناسان منشأ این تغییرات، رواج زندگی شهرنشینی است که شیوه‌ای متفاوت از سبک زندگی را در ساکنین شهرها به دنبال داشته است. الگوی غذایی ناسالم را می‌توان از جمله شاخص‌های این سبک زندگی دانست. الگوهای غذایی در فرهنگ‌ها، نژادها، جنس‌ها و منطقه‌های جغرافیایی مختلف با هم متفاوت است.[۴] پژوهش‌های متعددی به بررسی الگوهای غذایی و ارتباط آن با عوامل اجتماعی ـ جمعیت شناختی و شیوه‌ی زندگی پرداخته‌اند،[۵] اما بررسی‌ها در این زمینه در کشورهای در حال توسعه محدود می‌باشد.[۶] در ایران هم اکنون گذار تغذیه‌ای به ویژه در شهرهای بزرگ و افزایش سریع شیوع بیماری‌های مزمن وابسته به تغذیه در حال وقوع است.[۷]

ماهیت قابل تغییر عادت‌های تغذیه‌ای، ضرورت برنامه‌ریزی و در نظر داشتن رویکردهای مناسب برای اصلاح الگوی غذایی ناسالم را به منظور پیشگیری و کاهش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر مطرح می‌سازد. در همین راستا، شناخت تجربه و عقیده‌ی افراد جامعه در مورد عوامل موثر بر الگوهای رایج غذایی و هم‌چنین اصلاح عادت‌های غذایی ناسالم، پیش شرط طراحی و اجرای مداخله‌های موثر در این زمینه است. از آنجا که در بین افراد خانواده، نقش مادران در شکل‌دهی الگوهای رفتاری از جمله رفتارهای مرتبط با الگوی غذایی اعضای خانواده محوری می‌باشد،[۸] بنابراین آگاهی از درک و تجربه‌ی مادران در زمینه‌ی موانع تغذیه سالم و عوامل زمینه‌ساز آن، اهمیت به سزایی در مداخله‌های بهبود و ارتقا الگوی تغذیه‌ای دارد. رویکرد کیفی پژوهش، روشی مناسب برای بررسی پدیده‌های مرتبط با الگوهای رفتاری محسوب شده و پدیده‌ی مورد نظر را از دیدگاه افرادی که آن را به طور مستقیم و یا به طور غیرمستقیم تجربه نموده‌اند، بررسی می‌کند. از این رو با توجه به محدودیت پژوهش‌های مشابه انجام شده در ایران، مطالعه‌ی کیفی حاضر با هدف تبیین موانع اصلاح الگوی غذایی خانواده‌ها و عوامل موثر بر آن از زاویه‌ی نگاه زنان شرکت کننده در مطالعه قند و لیپید تهران(TLGS)[i]، طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر بخشی از یک مطالعه‌ی کیفی است که با رویکرد "نظریه مبتنی بر زمینه" صورت گرفته است.[۹] شرکت‌کنندگان، ۱۰۲ زن ۲۵-۶۵ ساله‌ی مجرد و متاهل با سطح مختلف تحصیلی و شغلی بودند، که به صورت هدفمند از بین شرکت کنندگان مرحله‌ی چهارم طرح ملی قند و لیپید تهران انتخاب، و وارد پژوهش شدند. در مجموع ۸ بحث گروهی در فاصله‌ی زمانی دی ماه ۱۳۸۷ تا اردیبهشت ۱۳۸۸ در واحد بررسی قند و چربی‌های خون پژوهشکده‌ی علوم غدد درون‌ریز 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 علاقه‌مندی شرکت‌کنندگان افزایش یا کاهش می‌یافت. در هر جلسه یک مصاحبه کننده به همراه یک کارشناس، که از قبل آموزش‌های لازم را دیده و از آمادگی کافی برای شرکت در پژوهش برخوردار بود، حضور می‌یافتند. مصاحبه‌ها توسط فرد مصاحبه کننده شروع و هدایت می‌شد و کارشناس مربوط به ثبت ارتباط‌های غیرکلامی و رخدادهای مهم جلسه می‌پرداخت. تمام مصاحبه‌ها پس از هماهنگی با شرکت‌کنندگان و تعیین وقت مناسب، در گروه‌های ۱۵-۱۰ نفره، در اتاقی مجزا و با استفاده از راهنمای نیمه ساختار یافته صورت گرفت. راهنمای یاد شده شامل گفتگوی اولیه برای برقراری ارتباط با شرکت‌کنندگان، ایجاد فضای دوستانه برای شروع و پیشبرد جلسه و محورهای اساسی بحث بوده و مصاحبه‌کنندگان می‌توانستند با در نظر داشتن هدف‌های پژوهش، روند جلسه‌ها را براساس فضای حاکم و علاقه‌مندی شرکت‌کنندگان هدایت نمایند. سوال‌های طرح شده در خصوص دیدگاه‌ها و تجربه‌ی شرکت‌کنندگان بود، به عنوان نمونه از آن‌ها سوال می‌شد: "به نظر شما چه عواملی در انتخاب نوع تغذیه‌ی خانواده‌ها موثر هستند؟"، "شما چگونه مواد غذایی مورد نظرتان را انتخاب می‌کنید؟"، "چه عواملی بر تصمیم‌گیری شما برای انتخاب و تهیه‌ی غذای خانواده موثرند؟" و "چگونه می‌توان به افراد در انتخاب تغذیه سالم کمک کرد؟". پس از پایان هر جلسه، محتویات نوارها در

i - Tehran lipid and glucose study

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

کوتاه‌ترین زمان ممکن توسط کارشناسان حاضر در جلسه پیاده می‌گردید و توسط مصاحبه کنندگان کدگذاری و آنالیز می‌شد.

به منظور رعایت اخلاق پژوهش، در ابتدای جلسه پژوهشگران ضمن معرفی خود، شرح مختصری از اهداف و روش اجرای پژوهش را ارایه نمودند. به افراد توضیح داده شد که صدای آنها در حین انجام بحث‌های گروهی ضبط می‌گردد و هم‌چنین به آنان اطمینان داده شد که تمام داده‌های دریافتی، محرمانه بوده و فقط برای دستیابی به اهداف پژوهش استفاده می‌گردد.

جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به طور همزمان صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت دستی و با استفاده از روش مقایسه‌ای مستمر در سه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی انجام شد. برای این منظور پس از انجام هر بحث گروهی، فایل های صوتی کلمه به کلمه پیاده شده، 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 شرکت‌کنندگان گفته بودند)، مشخص می‌گردید. نسخه‌های کد داده شده، با فاصله‌ی زمانی چند روزه، دوباره بازنگری و کدگذاری گردید. یافته‌های دو کدگذاری با هم مقایسه شده و از هماهنگی کدها و در نتیجه یکسان بودن و هماهنگی داده‌ها اطمینان حاصل شد. سپس کدهای اولیه دسته‌بندی شده، کدهای مشابه کنار هم قرار گرفته و طبقات تشکیل گردید. پس از آن اشباع داده‌ها در هر طبقه بررسی و تایید شد. از روش‌های تحلیلی مانند طرح سوال و انجام مقایسه برای شناخت ویژگی‌های هر مفهوم استفاده شد. در پایان بحث‌های گروهی با اشباع داده‌ها متوقف شدند.

روایی داده‌ها از راه ارزیابی قابلیت پذیرش، قابلیت اعتماد، تطابق‌پذیری و انتقال‌پذیری انجام شد.[۱۰] برای ارتقا قابلیت پذیرش داده‌ها، علاوه بر پژوهشگر اصلی، سایر اعضای تیم پژوهش (کمینه سه نفر) در تمام مراحل جمع‌آوری، تجزیه، تحلیل و تفسیر داده‌ها مشارکت فعال داشتند. بحث و بررسی تیم پژوهش در مورد یافته‌های ناهماهنگ و دستیابی به یافته‌ی نهایی نیز از دیگر روش‌های تامین قابلیت پذیرش در بررسی حاضر بود. هم‌چنین پژوهشگران، متن پیاده شده‌ی بحث‌های گروهی را به فاصله‌ی چند روز، پس از کدگذاری اولیه، دوباره خوانده، کدگذاری کرده و یافته‌ها را با اولین کدگذاری مقایسه می‌نمودند. در صورت دستیابی به یافته‌های مشابه، یکسان بودن و هماهنگی داده‌ها و در نتیجه قابلیت اعتماد آنها تایید می‌شد. برای اطمینان از تطابق‌پذیری یافته‌ها، پژوهشگران، مدارکی از تمام مراحل پژوهش، شامل جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها، یافته‌ها و هم‌چنین مراحل و گام‌های انجام پژوهش را به صورت نظام‌مند فراهم نمودند. این مدارک به منظور تایید تطابق‌پذیری در اختیار تعدادی از اساتید مجرب در زمینه‌ی بیماری‌های غیر واگیر و رفتارهای زمینه ساز آنها قرار گرفت. طی این فرآیند بیش از ۴۰٪ نسخه‌ها و کدها بازنگری شدند. در زمینه‌ی انتقال‌پذیری پژوهشگران تمام مراحل پژوهش را جمع‌آوری و ثبت نمودند، از این رو امکان پیگیری گام به گام روش‌ها، تصمیم‌گیری‌ها و هم‌چنین ارزیابی قابلیت انتقال داده‌ها و یافته‌ها به سایر موقعیت‌ها و گروه‌ها برای دیگر پژوهشگران وجود دارد.

یافته‌ها

بر اساس تجزیه و تحلیل اظهارات شرکت‌کنندگان، موانع تغذیه‌ی صحیح از دیدگاه زنان در قالب سه گروه اصلی "آموزش و فرهنگ سازی نامناسب" ،"فقدان دسترسی"، "ذایقه و ترجیح غذایی"، در هفت زیر طبقه بیان شد (جدول ۱).

آموزش و فرهنگ سازی نامناسب از دید شرکت کنندگان این پژوهش، یکی از عوامل مهم و تاثیرگذار بر روند تغذیه‌ی ناسالم بود که در پژوهش حاضر در قالب ۴ زیر طبقه‌ی باورهای زمینه‌ای، دانش ناکافی، الگوسازی ناسالم، ارزش‌ها و الویت‌ها تبیین شد .

بر این اساس، به اعتقاد بسیاری از شرکت‌کنندگان، باورهای زمینه‌ای نادرست از جمله دستاوردهای آموزش و فرهنگ‌سازی نامناسب، پیرامون الگوی غذایی و نوع تغذیه محسوب می‌شد. از جمله‌ی این باورها می‌توان به "تردید در حفظ عادت‌های غذایی سالم در بزرگسالی" اشاره نمود. در همین رابطه یکی از شرکت‌کنندگان اظهار داشت که بسیاری از مردم بر این باورند که عادت‌ها و رفتارهای سالمی که در دوران کودکی به آنها آموخته شده ، فقط مربوط به آن دوران بوده و رعایت این موارد در بزرگسالی از اهمیت چندانی برخوردار نیست، از این رو، تغذیه‌ی سالم جای خود را به تغذیه‌ی ناسالم می‌دهد:

"شاید در آینده که افراد بزرگ‌تر می‌شوند این باور خوب که مثلاً شیر خوبه، ماهی خوبه را از دست می‌دهند."

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

جدول۱- طبقات مفهومی و زیر طبقات عوامل بازدارنده تغذیه سالم

آموزش و فرهنگ سازی نامناسب	باورهای زمینه‌ای	تردید در حفظ عادت‌های غذایی سالم در بزرگسالی نتیجه‌ی معکوس جلوگیری از تمایل غذایی فرزندان فراوانی عرضه‌ی ماده غذایی، نشانه‌ی سلامت آن
	دانش ناکافی	عدم شناخت مواد غذایی سالم عدم آگاهی از روش پخت صحیح غذاها
	الگوسازی ناسالم	تاثیر گروه همسال در شکل دهی الگوی غذایی ناسالم عرضه‌ی مواد غذایی ناسالم در بوفه‌ی مدارس تاثیر تبلیغات فریبنده
	ارزش‌ها و اولویت‌ها	اولویت‌بندی نادرست در مدیریت هزینه ی خانواده کاهش اهمیت و ارزش خانه داری گرایش به غذاهای آماده و امروزی
فقدان دسترسی	هزینه	قیمت بالاتر مواد غذایی سالم هزینه‌ی بالای بکارگیری روش های سالم سنتی در تولید مواد غذایی
	کمبود وقت	اشتغال زنان وقت‌گیری تهیه‌ی غذاهای سالم
	عدم دسترسی به مواد غذایی سالم	عدم رعایت بهداشت مواد غذایی در اماکن تهیه غذا تنوع کم غذاهای سالم موجود بی‌اعتمادی در رابطه با تولید مواد غذایی (مرغ) فراوانی عرضه‌ی غذاهای آماده عدم دسترسی آسان به مواد غذایی سالم عدم دسترسی به آب سالم
ذایقه و ترجیح غذایی		همخوانی غذاهای ناسالم با ذایقه شخصی ذایقه‌ی شکل یافته

"نتیجه‌ی معکوس ممانعت از تمایلات غذایی فرزندان" باور دیگری بود که توسط بسیاری از شرکت‌کنندگان این پژوهش بیان گردید. این دسته از افراد شرکت کننده بر این باور بودند که به دنبال منع کردن فرزندان از مصرف مواد غذایی ناسالم نه تنها نتیجه‌ی مطلوب نگرفته، بلکه موجب حرص و ولع بیشتر آن‌ها برای تهیه و مصرف این گونه مواد غذایی شده‌اند. از این رو در اصلاح عادت‌های غذایی فرزندان خود و ارایه‌ی توصیه‌های لازم کوتاهی می‌نمودند:

"اگه هی به بچه بگی نخور خوب بیشتر می‌خوره."

"فراوانی عرضه‌ی ماده غذایی، نشانه‌ی سلامت آن" نیز باور نادرست دیگری بود که توسط بعضی از شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر به آن اشاره شده و زمینه‌ی تغذیه ی ناسالم را در بین خانواده‌ها ایجاد می‌نمود:

"خوب سوسیس و کالباس اگه بد بود اینهمه نمی‌فروختن."

علاوه بر باورهای زمینه‌ای، دانش ناکافی را نیز باید یکی دیگر از موانع تغذیه‌ی سالم در خانواده‌ها دانست که گروه زیادی از شرکت‌کنندگان به آن اشاره نمودند. از جمله معیارهای دانش ناکافی "عدم شناخت مواد غذایی سالم" بود که افراد را در تشخیص مواد غذایی مناسب ناتوان کرده و موجب سردرگمی آنان می‌گردید:

" الان غذای ناسالم فقط سوسیس وکالباس نیست. من وقتی دیابت دارم ، شاید بهترین سبزیجات هم برام ناسالم باشه . یعنی من نمیدونم چی برام خوبه چی بده ."

همچنین "عدم آگاهی از روش پخت صحیح غذاها"، به روشی که موجب حفظ کیفیت مواد غذایی شود؛ خود عامل

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

برجسته‌ای در ممانعت از انتخاب برنامه‌ی غذایی سالم بود که تعدادی از شرکت‌کنندگان به آن اشاره نمودند:

"به فرض مادران ما فسنجون رو می‌گذاشتند از شب تا صبح می‌پختش ماهم می‌گفتیم سالمه ولی الان می‌گن نیستش غذایی که بیشتر از دو ساعت می‌پزه ناسالمه تمام ویتامیناش از بین می‌ره بازم می‌رسیم به همون آگاهی بازم می‌رسیم به همون آموزش ."

علاوه بر باورهای زمینه‌ای و دانش ناکافی، الگوسازی ناسالم را می‌توان یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر الگوی غذایی خانواده دانست که از سوی بسیاری از زنان شرکت‌کننده در این پژوهش به آن اشاره شد. از جمله مواردی که در این مقوله می‌توان به آن اشاره نمود؛ "تاثیر گروه همسال در شکل دهی الگوی غذایی ناسالم" به ویژه در نوجوانان و جوانان بود:

"مثلاً یکی از عللی که بچه‌ها تو مدارس به سوسیس و کالباس خیلی گرایش پیدا می‌کنن اینه که می‌خواهند مثل دوستاشون باشن . "

"عادت نیست چون بچه‌ها تو خونه‌هاشون نه سوسیس کالباس میخورن نه چیپس و پفک ولی وقتی میرن مدرسه تو دست دوستشون می‌بینن، خوششون میاد بوی خوبی هم داره."

از نقطه نظر شرکت کنندگان این پژوهش،"عرضه‌ی مواد غذایی ناسالم در بوفه‌ی مدارس" یکی از معیارهای الگوسازی تغذیه ناسالم در جامعه است که منجر به تشویق و ترویج این مواد ناسالم به ویژه در بین جوانان و نوجوانان می‌شود:

"من مادرم، خیلی دوست دارم بچه‌ام سلامت بره مدرسه دوست دارم حتماً یه لقمه نون، پنیر، گردو براش بگذارم خوب بچه من دلش می‌خواد ساندویچ کالباس بخوره، حالا خیلی هم که سفارش می‌کنیم می‌گه اگه بد بود که تو مدرسه نمی‌فروختن."

تبلیغات فریبنده در زمینه‌ی مصرف مواد غذایی نیز از دیگر معیارهای الگوسازی عادت‌های غذایی ناسالم بود که شرکت‌کنندگان آن را مانعی در برابر تغذیه‌ی سالم به ویژه در جوانان و نوجوانان می‌دانستند. به اعتقاد آن‌ها "تاثیر تبلیغات فریبنده" و ظاهر اغوا کننده‌ی مواد غذایی و غذاهای ناسالم، گرایش آنها را به اینگونه مواد افزایش می‌دهد:

"همه‌اش تو مغازه‌ها، توی مدرسه‌ها، دانشگاه‌ها، همه جا این چیپس و پفک یا مثلاً پیتزا رو خیلی جالب تو بسته‌بندی‌های با شکل‌ها و رنگ‌های قشنگ که نوجوون‌ها بیشتر دوست دارند می‌فروشن خوب معلومه که اون‌ها هم بیشتر این جور مواد را می‌گیرند و می‌خورن و شکمشون رو با این‌ها سیر می‌کنن."

مانند باورهای زمینه‌ای، دانش ناکافی و الگوسازی ناسالم، از نگاه شرکت‌کنندگان این پژوهش، تغییر در ارزش‌ها و الویت‌ها نیز مانعی مهم در برابر تغذیه‌ی سالم قلمداد می‌شد. به اعتقاد شرکت کنندگان در این پژوهش، یکی از نشانه‌های این امر "اولویت‌بندی نادرست در مدیریت هزینه‌ی خانواده" بود که نقش مهمی در اتخاذ الگوی غذایی ناسالم داشت:

"دیگه مشکل فرهنگ خانواده است؛ خصوصاً مادران خانواده. مثلاً من خانواده‌هایی رو دیدم که ترجیح می‌دهند مقدار کمتری هزینه به تغذیه اختصاص بدهند ولی برای خونه فلان چیز رو بخرن یا فلان کار رو بکنند، یعنی تغذیه در درجه چندم قرار داره."

"وقتی که در آمد خانواده رو برنامه‌ریزی می‌کنیم شاید (تغذیه) در اهمیت سوم و چهارم باشه یا مثلاً کلاس‌های آموزشی تابستون بچه‌ها رو ترجیح بدیم به تغذیه خانواده در صورتی که اگه واقعا یک کسی بخواد برنامه‌ریزی درستی بکنه تغذیه باید در درجه اول قرار بگیره."

از سوی دیگر در بین اظهارات شرکت کنندگان در این پژوهش،" کاهش ارزش و اهمیت خانه‌داری" نیز به عنوان یکی از موانع تغذیه‌ی سالم به چشم می‌خورد، به این معنی که انجام امور روزمره‌ی خانوادگی به ویژه در جوانان ارزش خود را از دست داده، بنابراین پرداختن به امور خانه‌داری مانند تهیه و پخت غذا در منزل نیز از این امر مستثنی نمی‌باشد:

"دختر من تو خونه خودش جدا زندگی میکنه میبینم که از روی تنبلی کلی از این لیست رستوران‌ها رو بغل گازش آویزون کرده هر وقت گشنه‌اش میشه زنگ میزنه براش میارن."

علاوه بر موارد یاد شده، عامل" گرایش به غذاهای آماده و امروزی" که گروه بیشتری از افراد در این پژوهش به آن اشاره نمودند؛ از دیگر معیارهای تغییر ارزش‌ها و الویت‌های جامعه محسوب می‌شد؛ به عبارت دیگر، گرایش اصلی افراد جامعه به ویژه نسل جوان، به غذاهای آماده و مدرن بوده و تمایلی به مصرف غذاهای سنتی از خود نشان نمی‌دهند:

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

" مثلاً دیروز ناهار قرمه سبزی گذاشتم هیچ کس لب نزد. پسر کوچکم می‌گفت باید پیتزا باشه هرچی مادر شوهرم می‌گفت این غذا خوب هستش تازه هم هست گفت نه"

فقدان دسترسی از دید شرکت کنندگان این پژوهش، یکی دیگر از موانع مهم تغذیه‌ی سالم در خانواده‌ها محسوب می‌شود. هزینه‌ی مواد غذایی را می‌توان به عنوان فقدان دسترسی در نظر گرفت؛ به طوری‌که "قیمت بالاتر مواد غذایی سالم" از جمله مواردی بود که نمونه‌های پژوهش، به عنوان مانعی بر سر راه تغذیه‌ی سالم بیان نمودند:

"من میام یه پاکت شیر رو می‌گیرم ۲۵۰ تومان- حالا باید تو صف هم بایستم تا بگیرم- درصد چربیش ۲/۵ درصده ولی یه شیری هستش ۱/۵ درصد چربی داره خوب می‌دونم اون بهتره ولی اونو داره می‌ده پاکتی ۸۰۰ تومن. درسته اگه من اینجا ۸۰۰ تومن رو هزینه کنم فردا سلامتم رو دارم ولی وقتی من از نظر اقتصادی مشکل دارم نمی‌توانم این کار را بکنم . "

علاوه بر هزینه‌ی مواد غذایی سالم، به اعتقاد شرکت‌کنندگان" هزینه‌ی بالای بکارگیری روش‌های سالم سنتی در تولید مواد غذایی" موجب می‌شود که سیاست‌گزاران، برای تامین غذای مورد نیاز تمام افراد جامعه، به روش‌های سنتی و سالم فرآوری غذاها عمل ننموده و روش‌هایی را برای تهیه‌ی مواد غذایی بکار گیرند که از نظر سلامتی با مشکل مواجه هستند و این مورد از دیدگاه آن‌ها یکی از موانع تغذیه‌ی سالم در بین خانواده‌ها بود:

"این دیگه یه مشکل تو همه دنیاست دیگه اگه بخوان همه مرغ‌ها و تخم مرغ‌ها رو توی دنیا این طوری پرورش بدهند؛ واقعاً جوابگوی این افزایش جمعیت نیست. جمعیت خیلی زیاده به خاطر همین این مشکل کل دنیا هم هست."

کمبود وقت نیز به عنوان یک مانع کلیدی بر تغذیه‌ی سالم سایه افکنده است، که از نظر شرکت‌کنندگان این پژوهش به دلایل گوناگون ایجاد شده و به نوعی دسترسی آن‌ها را به مواد غذایی سالم دچار اشکال می‌نمود. "اشتغال زنان " یکی از عللی بود که گروه زیادی از شرکت‌کنندگان به آن اشاره نمودند؛ به عبارت دیگر نبود وقت لازم برای تهیه‌ی غذا به روش سالم، با وجود آگاهی به مواد غذایی سالم، مانعی بزرگ محسوب می‌شد:

"به نظر من خانم‌ها بیشتر شاغل شدند و کمتر وقت می‌گذارند یا بهتر بگم وقت ندارند و گرایش بیشتر به سمت فست فودهاست چون بیرون که غذا می‌خوریم قورمه سبزی که پیدا نمیشه مجبوریم پیتزا بخوریم."

"خوب منی که به فرض کارمندم و تا ساعت ۵ بعداز ظهر کار می‌کنم وقتی میام می رسم خونه باید شام درست کنم به بچه‌ام برسم بعد بگیرم بخوابم کی وقت می‌کنم؟ ولی به فرض اگه من به یک سایتی دسترسی داشته باشم که سریع برم سراغش و سریع پختن غذاهای سالم را یاد بگیرم مشکلم را حل می‌کنه. "

علاوه بر این، بیشتر زنان شرکت کننده در این پژوهش (شامل زنان خانه‌دار و شاغل)، غذاهای سنتی را غذاهای سالم می‌دانستند که تهیه و طبخ بسیاری از آنها وقت گیر و مشکل است. از این رو به اعتقاد آن‌ها "وقت گیری تهیه‌ی غذاهای سالم" از جمله موانع تغذیه‌ی سالم بود که موجب گرایش روزافزون خانواده‌ها به مصرف غذاهای آماده و سریع می‌گردید:

"این غذاهای سنتی و خونگی خوب ولی، خیلی وقت می‌بره ما دیگه همه وقت را که نمی‌تونیم بذاریم برای غذا، ولی غذاهای آماده زود و تند درست می‌شه آدم به کار دیگه‌اش هم می‌رسه."

"عدم رعایت بهداشت در اماکن تهیه غذا"، یک مورد اساسی بوده و از جمله موارد عدم دسترسی به مواد غذایی سالم بود که مشارکت کنندگان این پژوهش به آن اشاره نمودند:

"الان مثلاً خیلی تو تلویزیون نشون می‌ده بعضی از اغذیه فروشی‌ها و قنادی‌ها نکات بهداشتی رو خیلی رعایت نمی‌کنن من که از پشت چیزها خبر ندارم مجبورم میرم می‌خرم ولی نا سالمه دیگه. "

علاوه بر این به اعتقاد برخی از شرکت‌کنندگان "تنوع کم غذاهای سالم موجود"، امکان انتخاب تغذیه‌ی سالم را محدود نموده و خود به عنوان مانعی بر سر راه تغذیه سالم بود:

"مورد دیگر این است که ما محدود شده‌ایم به غذاهایی که مردم اطرافمون می‌خورند، در حالی‌که در جاهای دیگر مردم چیزهای دیگری می‌خورند و سلامت هم هستند. من سفری به هند داشتم که در آنجا اصلاً گوشت نبود وکلی می‌گشتند تا برای ما غذا تهیه کنند و اکثر ساندویچ‌هایشان مرغ بود و غذایشان مثلاً عدس پلو بود با ... و ما فکر می‌کردیم این همه جمعیت هند چطور زنده‌اند."

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

مورد قابل توجه دیگر،"بی‌اعتمادی در رابطه با تولید مواد غذایی، مانند مرغ" و عدم تولید آنها به روش صحیح بود که شرکت کنندگان در این پژوهش به آن اشاره نمودند:

"مواد غذایی بد مثل این مرغ‌های هورمون‌دار- اینا همه تاثیر داره دیگه. الان برادرشوهر من لب به مرغ نمی‌زنه حالا اگه مرغ محلی باشه می‌خوره. اگه همه این کار رو می‌کردن دیگه این‌ها هی آمپول نمی‌زدن به مرغ‌ها این قدری بشن."

گروه زیادی از شرکت‌کنندگان پژوهش، "فراوانی عرضه‌ی غذاهای آماده"را در مقابل "عدم دسترسی آسان به مواد غذایی سالم"، به‌عنوان مانعی مهم در برابر تغذیه سالم شمردند:

"همه جا ساندویچ و پیتزا و مثل اینا فراوانه و خیلی راحت می‌شه هر زمانی اونها رو خرید، ولی آیا غذاهای شامل سبزیجات و مواد غذایی سالم هم اینقدر زیاده؟"

در پایان، شرکت‌کنندگان در این پژوهش "عدم دسترسی به آب سالم" را از موانع مهم تغذیه سالم در خانواده‌های خود می‌دانستند:

"آب این منطقه سنگینه من خودم آب رو می‌جوشونم و ته کتری یک لایه املاح جمع می‌شه شما هم باید برنامه‌ریزی کنین و آب رو بجوشونید . "

شرکت‌کنندگان در این پژوهش "هم‌خوانی غذاهای ناسالم با ذایقه‌ی شخصی" را به عنوان یکی از موانع تغذیه‌ی سالم دانسته که در انتخاب نوع مواد غذایی، از اهمیت بسیاری برخوردار است؛ به‌طوری که تعدادی از آنها هم‌خوانی غذاهای ناسالم را با علاقه‌ها و ترجیح افراد مهم‌ترین عامل موثر بر انتخاب و مصرف این گونه مواد غذایی می‌دانستند:

"با وجود همه تبلیغات که می‌گویند دوغ بخورید به جای نوشابه من همیشه نوشابه را انتخاب می‌کنم هر چقدر سعی می‌کنم باز هم به آن‌ها علاقه دارم."

این مورد در بعضی موارد موجب اختلاف سلیقه در انتخاب غذاها در بین اعضای خانواده شده که خود از جمله چالش‌های زنان در انتخاب الگوی غذای سالم محسوب می‌گردید که در نهایت آن‌ها را به سوی انتخاب مواد غذایی ناسالم سوق می‌داد:

"توی خونه ما گاهی اوقات دعوا می شه سر غذا مثلاً من و دخترم خورش کرفس دوست داریم ، پسرم و شوهرم اصلاً یا ما همه مون ماکارونی دوست داریم شوهرم اصلاً حالا اگر پیتزا باشه همه می‌خورند."

همچنین به اعتقاد شرکت‌کنندگان" ذایقه‌ی شکل یافته" نیز از دیگر موانع تغذیه سالم محسوب می‌شد. به عبارتی دیگر شرکت‌کنندگان ابراز کردند که سمت و سوی عادت‌های غذایی آن‌ها از نظر کمی و کیفی، براساس ذایقه‌ی هدایت یافته و نهادینه شده‌ی آنها در طی سال‌های زندگی است:

"مثلاً همین برنج خوردن که برای من و شوهرم که ناراحتی قلبی داریم مضر ولی عادت کردیم چون فکر می‌کنیم که اگه برنج زیاد نخوریم سیر نمی‌شیم و باید حتماً تو خونه برنج بخوریم."

بحث

بر اساس یافته‌های این پژوهش، از نظر شرکت کنندگان، آموزش و فرهنگ سازی نامناسب، فقدان دسترسی، نوع ذایقه و علاقه‌ی فردی، مهم‌ترین موانع تغذیه سالم در جامعه‌ی مورد بررسی می‌باشند .

یکی از مهم‌ترین عوامل تشکیل‌دهنده‌ی الگوی غذایی هر جامعه، مجموعه‌ی عادت‌ها، فرهنگ و سواد تغذیه‌ای افراد آن جامعه است؛[۶] در همین راستا یافته‌های این پژوهش نشان داد که دانش ناکافی و نامناسب زنان در زمینه‌ی شناخت مواد غذایی سالم، روش پخت غذاهای سالم متنوع و هماهنگ با سلیقه‌ی اعضای خانواده، از جمله مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز تغذیه‌ی ناسالم در جامعه‌ی مورد بررسی است که به تبع آن فرهنگ تغذیه‌ای ناسالم را به دنبال دارد.

عدم ضرورت مصرف مواد غذایی سالم در بزرگسالی از جمله یافته‌های باورهای زمینه‌ای از سوی جامعه است که برگرفته از شرایط خاص افراد، در زمان‌ها و مکان‌های متفاوت، نقش موثری بر شکل‌گیری الگوهای نادرست غذایی در سنین بزرگسالی دارند. همچنین یافته‌ی معکوس، جلوگیری از تمایل غذایی فرزندان نیز باوری بود که به نوبه‌ی خود موجب می‌شد فرزندان را تا حدی به حال خود گذاشته و شرایط بد را به بدتر ترجیح دهند.

در زمینه‌ی ارتباط دانش و آگاهی با رفتارهای تغذیه‌ای، پژوهش‌ها یافته‌های متفاوتی نشان داده‌اند. در پژوهشی ارتباط قوی و مثبتی بین دانش تغذیه‌ای و عملکرد افراد در زمینه‌ی راهنماهای تغذیه‌ای وجود دارد.[۱۱] پژوهشی دیگر در انگلستان نشان داد افرادی که دانش بیشتری در زمینه‌ی مصرف میوه و سبزیجات داشتند، این مواد را بیشتر در رژیم غذایی خود رعایت می‌کردند.[۱۲] گروهی از پژوهش‌ها نیز نشان دادند که دانش تغذیه‌ای افراد، فقط موجب انتخاب

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

صحیح روش تغذیه‌ی آن‌ها نمی‌شود.[۱۳-۱۶] در بررسی آگاهی و نگرش تغذیه‌ای بزرگسالان آمریکایی، ژنوی، سوئدی و در جمعیت قند و لیپید تهران در سال ۱۳۸۷، آگاهی تغذیه‌ای زنان بیش از مردان بود.[۶،۱۷] در سایر پژوهش‌ها نیز مشخص شده که بیشتر افراد از ارتباط بین رژیم غذایی و سلامتی آگاه بوده،[۱۸] ولی عملکرد تغذیه‌ای آن‌ها صحیح نمی‌باشد؛[۱۶] به نظر پژوهشگران شاید دلیل اصلی این امر، آن است که در صورت پذیرش این واقعیت، افراد باید غذاهای مورد علاقه‌ی خود را از برنامه‌ی غذایی کنونی خود حذف می کردند.[۱۹] ولی این نکته دارای اهمیت است که آگاهی تغذیه‌ای تنها عاملی نیست که بتواند رفتار تغذیه‌ای افراد را مورد تاثیر قرار دهد و عوامل دیگری مانند، نیازهای فیزیولوژیک، تصویر ذهنی افراد از خودشان و ترجیح غذایی، عملکرد دوستان و عوامل مذهبی همه از جمله عواملی هستند که عملکرد تغذیه‌ای را مورد تاثیر قرار می‌دهند.[۲۰،۲۱]

بر اساس یافته‌های این پژوهش، الگوی تغذیه‌ای خانواده‌ها شامل زنان، مورد تاثیر علاقه و ترجیح غذایی فرزندان آن‌هاست. در این راستا پژوهش نشان می‌دهد که سن افراد رابطه‌ی معکوس با تابعیت از الگوهای غذایی غربی و رابطه‌ی مستقیم با الگوی غذایی سالم دارد.[۵، ۲۲-۲۵] با در نظر گرفتن این مهم، گاهی رفتارهای غذایی فقط به منظور قابل پذیرش بودن بین دوستان و همسالان، به ویژه بین نوجوانان شکل می‌گیرد. جذاب بودن، طرح و رنگ غذاها نیز در انتخاب‌های تغذیه‌ای اثرگذار است، به طوری‌که بسته‌بندی رنگارنگ و جذاب تنقلات با ارزش تغذیه‌ای پایین ممکن است در انتخاب تغذیه‌ای نوجوانان اثر بگذارد.[۲۶]

بر اساس یافته‌های پژوهشی حاضر، عدم امکان دسترسی به منابع موثر در تغذیه‌ی سالم شامل منابع مالی، مواد غذایی سالم و هزینه‌ی تهیه‌ی آن‌ها، عاملی تاثیرگذار بر اتخاذ روش تغذیه‌ی ناسالم می‌باشد. در این زمینه به ویژه زنان شاغل، یکی از مهم‌ترین موانع تغذیه‌ی سالم نداشتن زمان کافی برای تهیه‌ی غذا و وقت گیر بودن آن، برخلاف شناخت مواد غذایی سالم و روش طبخ صحیح را ذکر نمودند. در همین راستا، پژوهش‌های اخیر شواهد قانع کننده‌ای در مورد ارتباط شاغل بودن مادران با تغذیه‌ی ناسالم و افزایش وزن فرزندان نشان داده‌اند. در پژوهش انجام شده در کشور انگلستان تاثیر متوسط ساعات کاری مادران روی سبک زندگی فرزندان ارزیابی شده و یافته‌ها حاکی از آن است که شاغل بودن تمام وقت مادران در دوران کودکی فرزندان، تاثیر معنی‌داری روی تغذیه‌ی ناسالم و افزایش وزن آن‌ها در سنین نوجوانی دارد.[۲۷] همسو با این یافته‌ها، پژوهشی دیگر نیز ارتباط وضعیت شغلی مادران را با الگوی تغذیه‌ای ناصحیح اعضای خانواده نشان داده‌اند.[۲۸] افزون بر این در پژوهشی دیگر که با هدف بررسی دیدگاه‌های مادران تهرانی در مورد عوامل خانوادگی موثر بر الگوی تغذیه‌ای ناصحیح خانواده انجام شد، وضعیت شغلی مادران از جمله عوامل موثر بر سبک زندگی خانواده و به ویژه فرزندان بوده که موید یافته‌های بررسی کنونی می‌باشد.[۲۹]

گاهی رفتارهای تغذیه‌ای نامناسب در نتیجه‌ی عدم دسترسی به مواد غذایی سالم شکل می‌گیرد؛[۲۶] این نکته توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش کنونی یادآوری گردید که دسترسی به مواد غذایی ناسالم مانند انواع غذاهای آماده که به روش غیر صحیح و با مواد غذایی نامناسب تهیه می‌شوند به سهولت در دسترس همگان قرار دارند؛ که این خود موجب رواج یافتن روش تغذیه‌ای نامناسب در بین مردم است. به عبارت دیگر اگر ماده‌ی غذایی و یا غذای سالم در دسترس افراد جامعه نباشد؛ به ناچار برای رفع نیازهای تغذیه‌ای خود، از مواد غذایی ناسالم استفاده می‌کنند، مانند آب سالم که از مواد اولیه‌ی ضروری، به منظور تامین مواد غذایی سالم است، که براساس نظر شرکت‌کنندگان پژوهش در منطقه ۱۳ تهران ناسالم بودن آب منطقه از موانع مهم تغذیه‌ی سالم محسوب می‌شود. نکته قابل تامل آن است که در گروه سنی نوجوانان و جوانان به دلیل ویژگی‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی خاص این قشر که یا به تحصیل اشتغال داشته، یا به دلیل اشتغال، بیشتر وقت خود را خارج خانه می‌گذرانند و با توجه به مشکلات رفت و آمد و ترافیک ناشی از توسعه شهرنشینی مجبور هستند کمینه یک نوبت غذا را در طول شبانه روز خارج از خانه و از انواع غذاهای آماده و فرآوری شده استفاده نمایند.[۶،۳۰]

نکته‌ی دارای اهمیت دیگر، تمایل خانواده‌ها به عادت‌های نامطلوب غذایی از قبیل مصرف غذاهای سرخ کرده ـ که با ذایقه‌ی افراد هم‌خوانی بیشتری دارد ـ می‌باشد. از سوی دیگر وجود ارتباط بین مصرف غذاهای آماده مانند ساندویچ، پیتزا و هم‌چنین میان وعده‌های غذایی چرب با اختلالات چربی خون از یک سو، گرایش روزافزون کودکان و نوجوانان به مصرف این قبیل مواد غذایی و تابعیت بیشتر از الگوی غذای غربی در میان جوانان از سوی دیگر، هم‌چنین

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

توجه به این عامل مهم که الگوی غذایی خانواده‌ها به شدت مورد تاثیر علاقه‌ی فرزندان آن‌ها می‌باشد، مبین لزوم نظارت بیشتر خانواده‌ها بر رژیم غذایی فرزندان می‌باشد.[۶،۳۱]

یافته‌های پژوهش‌ها نشان داده استفاده از غذاهای آماده به‌دلیل ارزان‌تر و خوشمزه‌تر بودن و دسترسی راحت‌تر به آن‌ها در مقایسه با غذاهای سالم در افراد جامعه رواج یافته است.[۶] بی‌تردید هزینه‌ی تهیه‌ی مواد غذایی و غذاهای سالم در مقایسه با غذاهای آماده و مواد غذایی ناسالم بیشتر می‌باشد که خود مبین لزوم تدوین سیاست‌گذاری‌های مناسب در این مورد به عنوان یکی از تاثیرگذارترین فاکتورها برای نهادینه کردن تغذیه‌ی سالم در خانواده‌ها و اماکن عمومی مانند دانشگاه‌ها و مدارس است. پژوهشی نشان داده رفتارها و عملکردهای نادرست که منجر به ایجاد بیماری‌های قلبی ـ عروقی می‌شود، در افراد کانادایی با وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی پایین‌تر شایع‌تر است.[۳۲]

از یافته‌های مطالعه‌ی قند و لیپید تهران نیز مشخص گردید مصرف کمتر روغن مایع در جامعه‌ی مورد مطالعه می‌تواند ناشی از قیمت بالاتر آن در مقایسه با روغن جامد باشد.[۳۱،۳۳] بنابراین مسئولین با اختصاص یارانه به مواد غذایی مانند انواع روغن با کیفیت مطلوب، لبنیات، گوشت‌های سفید و کم‌چرب که می‌توانند بر دسترسی افراد جامعه به این مواد غذایی و تشویق به مصرف آنها تاثیرگذار باشند؛ می‌توانند اقدامات موثری در این امر انجام دهند.[۶،۳۱]

در پژوهش حاضر نیز عدم اولویت مواد غذایی سالم و غذاهای تهیه شده از این مواد، به‌دلیل قیمت بالاتر آنها و عدم هم‌خوانی هزینه‌ی این مواد با درآمد خانواده‌های ایرانی، به‌عنوان یکی از تاثیرگذارترین عوامل بازدارنده‌ی تغذیه‌ی سالم توسط مشارکت کنندگان پژوهش بیان شده است .

این مطالعه از نوع کیفی بوده و یافته‌های آن می‌تواند درک عمیقی از موانع تغذیه‌ی سالم در خانواده‌های شرکت‌کننده در مطالعه‌ی قند و لیپید تهران، از زاویه‌ی نگاه زنان به وجود آورد که امکان دستیابی به آن در مطالعه‌های کمی وجود ندارد. تنوع در نمونه‌گیری از نقاط قوت پژوهش حاضر است. شرکت کنندگان این پژوهش زنان مجرد و متاهل با سطح تحصیلات و وضعیت شغلی مختلف می‌باشند که تجارب متفاوتی در زمینه‌ی تغذیه‌ی سالم و موانع اتخاذ آن در خانواده‌های خود دارند. در عین حال همکاری داوطلبانه‌ی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، موجب حذف تجارب آن دسته از افرادی شد که به هر دلیلی از شرکت در این پژوهش امتناع کرده‌اند. علاوه بر این یافته‌های به دست آمده از این مطالعه‌ی کیفی، متعلق به جامعه مورد بررسی بوده و از قابلیت تعمیم‌پذیری برخوردار نمی‌باشد.

یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش کنونی نشانگر فاکتورهای موثر بر تغذیه‌ی ناسالم از نظر زنانی است که در جمعیت مورد مطالعه‌ی قند ولیپید تهران قرار داشتند. یافته‌ها مبین آن است که عدم آموزش مناسب منجر به شناخت و فرهنگ‌سازی نادرست شده که خود، ریشه در برخی باورهای زمینه‌ای نادرست، دانش ناکافی، ارزش‌ها، الویت‌ها و الگوسازی ناسالم تغذیه‌ی خانواده دارد. به علاوه فقدان دسترسی به منابع تهیه‌ی غذای سالم، شامل هزینه‌ی بالا، کمبود وقت (به ویژه در زنان شاغل) و عدم دسترسی به مواد غذایی سالم در خانواده و نیز جامعه (رستوران‌ها) از جمله‌ی این عوامل تاثیرگذار محسوب می‌شوند. از سوی دیگر توجه به موضوع مهم هم‌خوانی بیشتر ذایقه و علاقه‌ی افراد جامعه به ویژه افراد جوان‌تر جامعه با غذاهای آماده و با ارزش غذایی کم یا ناسالم از دیگر موانع رواج یافتن تغذیه‌ی سالم در بین خانواده‌ها می‌باشد. یافته‌های به دست آمده از این بررسی می‌تواند منبع ارزشمندی در طراحی مداخله‌های موثر در زمینه‌ی اصلاح الگوی غذایی خانواده‌ها و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر باشد.

سپاسگزاری: به این وسیله از مسئولین و پرسنل محترم واحد بررسی قند و چربی‌های خون که در جمع‌آوری داده‌های این پژوهش تلاش نموده‌اند و شرکت‌کنندگان محترم این طرح تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Vongpatanasin W. Cardiovascular morbidity and mortality in high-risk populations: epidemiology and opportunities for risk reduction. J Clin Hypertens (Greenwich) 2007; 9 Suppl 4: S11-5.
2. Naghavi M, Jafari N. Mortality in 29 Provinces in Iran 2004. Ministry of Health and Medical Education 2006.
3. Azizi F. Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS) summerized findings. Endocrine Research Center Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2001; 11-2.
4. Willett WC. Is dietary fat a major determinant of body fat? Am J Clin Nutr 1999; 70: 304.
5. Sánchez-Villegas A, Delgado-Rodríguez M, Martínez-González MA, De Irala-Estévez J; Seguimiento Universidad de Navarra group. Gender, age, socio-demographic and lifestyle factors associated with major dietary

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

patterns in the Spanish Project SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). Eur J Clin Nutr 2003; 57: 285-92.
6. Hosseyni Esfahani F, Jazayeri A, Mirmiran P, Mehrabi Y, Azizi F. Dietary patterns and their association with socio-demographic and lifestyle factors among Thehrani adults: Tehran Lipid and Glucose Study. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2008; 6: 23-36. [Farsi]
7. Ghassemi H, Harrison G, Mohammadm K. An accelerated nutrition transition in Iran. Public Health Nut 2002; 5: 149-55.
8. Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: acontextual model and recommendations for future research. Obes Rev 2001; 2: 159-71.
9. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing. Forth edition, LWW Co. 2006: p 133-94.
10. von Hinke Kessler Scholder S. Maternal employment and overweight children: does timing matter? Health Econ 2008; 17: 889-906.
11. Young EA, Weser E, McBride HM, Page CP, Littlefield JH. Development of core competencies in clinical nutrition. Am J Clin Nutr 1983; 38: 800-10..
12. Wardle J, Parmenter K, Waller J. Nutrition knoeledge and food intake. Appetite 2000; 34: 269-75.
13. Story M. Adolescents' view of food and nutrition. J Nutr Educ 1989; 18: 188-92.
14. Westenhoefer J, Pudel V. Pleasure from food: importance for food choice and consequences of deliberate restriction.Appetite 1993; 20: 246-9.
15. Reime B, Novak P, Born J, Hagel E, Wanek V. Eating habits, health status, and concern about health: a study among 1641 employees in the German metal industry. Prev Med 2000; 30: 295-301.
16. Third Report on Nutrition Monitoring in the United State. [Prepared for the Integragency Board for Nutrition Monitoring and Related research]. Washington, DC: US Government printing office; 1995.
17. Girois SB, Kumanyika SK, Morabia A, Mauger E. A comparison of knowledge and attitudes about diet and health among 35- to 75-year-old adults in the United States and Geneva, Switzerland. Am J Public Health 2001; 91: 418-24.
18. Westenhoefer J, Stunkard AJ, Pudel V. Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. Int J Eat Disord 1999; 26: 53-64.
19. Pierce DK, Connor SL, Sexton G, Calvin L, Connor WE, Matarazzo JD. Knowledge and attitudes toward coronary heart disease and nutrition in Oregon families. Prev Med 1984; 13: 390-5.
20. Pirouznia M. The correlation between nutrition knowledge and eating behavior in an American school: the role of ethnicity. Nutr Health 2000; 14: 89-107.
21. Naska A, Fouskakis D, Oikonomou E, Almeida MDV, Berg MA, Gedrich K, et al. Dietary patterns and their socio-demographic determinants in 10 European countries: data from the DAFNE databank. Eur J Clin Nutr 2006; 60: 181-90.
22. Park SY, Murphy SP, Wilkens LR, Yamamoto JF, Sharma S, Hankin JH, et al. Dietary patterns using the Food Guide Pyramid groups are associated with socio-demographic and lifestyle factors: the multiethnic cohort study. J Nutr 2005; 135: 843-9.
23. Shimazu T, Kuriyama S, Hozawa A, Ohmori K, Sato Y, Nakaya N, et al. Dietary patterns and cardio-vascular disease mortality in Japan: a prospective cohort study. Int J Epidemiol 2007; 36: 600-9.
24. Deshmukh-Taskar P, Nicklas TA, Yang SJ, Berenson GS. Does food group consumption vary by differences in socioeconomic, demographic, and lifestyle factors in young adults? The Bogalusa Heart Study. J Am Diet Assoc 2007; 107: 223-34.
25. Paradis AM, Pérusse L, Vohl MC. Dietary patterns and associated lifestyles in individuals with and without familial history of obesity: a cross-sectional study. Int J Behav Nutr Phys Act 2006; 3: 38.
26. Azadbakht L, Mirmiran P, 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 and Metabolism 2004;5: 409-16. [Farsi]
27. von Hinke Kessler Scholder S. Maternal employment and overweight children: does timing matter? Health Econ 2008; 17: 889-906.
28. Ruhm CJ. Maternal Employment and Adolescent Development. Labour Econ 2008 1; 15: 958-83.
29. Amiri P, Ghofranipour F, Jalali-Farahani S, Ahmadi F, Hosseinpanah F, Hooman H. Mothers' Perceptions on Familial Correlates of Overweight and Obesity Relate Behaviors in Adolescents. Iranian Jouran Enocrinology and Metabolism 2010; 12: 145-52. [Farsi]
30. Shirani SH, Khosravi AR, Ansari R, Sajadi F. Effect of one-years intervention on the knowledge and practice of nutrition in the community (public) center area of iran. Shahrekord University of Medical Sciences Journal 2001; 3: 84-96. [Farsi]
31. 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. Prev Med 2004; 39: 760-6.
32. 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 Nutr 2002; 5: 245-51.
33. Mirmiran P, Mohammadi-Nasrabadi F, Omidvar N, Hosseini-Esfahani F, Hamayeli-Mehrabani H, Mehrabi Y, et al. Nutritional knowledge, attitude and practice of Tehranian adults and their relation to serum lipid and lipoproteins: Tehran lipid and glucose study. Ann Nutr Metab. 2010; 56: 233-40.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]

Original Article

Women's Perception Regarding to Healthy Nutrition Inhibitors: a Qualitative Research in Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS)

Ramezani TehraniF[1], Farahmand M[1], Amiri P[2], Paikari N[3], Azizi F[4]

[1]Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, [2]Obesity Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, [3]Ministry of Health and Medical Education, Deputy of Research and Technology, [4]Endocrine Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran
e-mail: amiri@endocrine.ac.ir

Received: 08/01/2011 **Accepted**: 16/02/2011

Abstract

Introduction: The rising read in the prevalence of, non-communicable diseases makes assessment of its risk factors essential. Considering the importance of interventions targeting lifestyle modification for prevention of these diseases, the current study aimed to evaluate perceptions and experiences of Tehranian women regarding healthy nutrition. Materials and Methods: This is a qualitative study, conducted using the grounded theory approach. In total 8 semi-structured focus group discussions were conducted at the Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS) unit, between 2008 and 2009. Participants were 102 women, aged 25-65 years, selected and recruited from the TLGS cohort. All interviews and focus group discussions were audio recorded and transcribed verbatim. Qualitative content analysis of the data was conducted manually according to the Strauss and Corbin analysis method and differences in in coding were resolved via discussions by at least three researchers. The conformability and credibility of the data were established. Results: Using content analysis, "inefficient education"," lack of access", and "individual tastes and preferences" were identified as the barriers to healthy nutrition. Conclusion: Study results demonstrated the three main personal and environmental barriers for healthy nutrition as perceived by women. Understanding these barriers might facilitate the designing of effective preventive strategies, and implementation appropriate of interventions among Tehranians.

Keywords: Healthy nutrition inhibitors, Qualitative study, Women, Non-communicable diseases

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-10]