پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال بیستم، شماره ۵، پی‌درپی ۱۰۷، صفحات ۲۶۶ تا ۲۷۲
آذر و دی ۱۳۹۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۴/۳۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۱۵

تعیین‌کننده‌های روانشناختی مصرف غذاهای سریع در دانش‌آموزان دبیرستان‌های پسرانه شهر خوی: کاربرد نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی شده

دکتر محتشم غفاری[۱]، یوسف شری‌زاده[۲]، دکتر سکینه رخشنده‌رو[۳]، دکتر علی رمضانخانی[۴]*

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات کنترل عوامل زیان‌آور محیط و کار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. استادیار، مرکز تحقیقات کنترل عوامل زیان‌آور محیط و کار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. استاد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: مصرف غذاهای پرکالری و چرب و عدم تعادل بین انرژی دریافتی و مصرفی، احتمال ابتلای افراد به چاقی و بیماری‌های مزمن به ویژه بیماری‌های قلبی و عروقی را افزایش می‌دهد. هدف از این مطالعه، بررسی تعیین‌کننده‌های مصرف غذاهای سریع با استفاده از نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر خوی بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی- مقطعی بود که در بین ۱۶۰ نفر دانش آموز دبیرستانی انجام گردید. نمونه‌گیری به روش تصادفی چند مرحله‌ای بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی "رفتار برنامه‌ریزی شده" با روایی و پایایی معتبر استفاده شد. این پرسشنامه شامل سه بخش الف) متغیرهای دموگرافیکی، ب) سؤالات مرتبط با سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده و ج) سؤالات رفتار بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون‌های t-test، ANOVA و آزمون همبستگی Pearson و برای پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار از Linear regression در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه نشان داد ۹۸/۱ درصد از دانش‌آموزان، غذای سریع مصرف می‌کردند که از میان آنها، ۲۳/۸ درصد هفته‌ای یک‌بار و ۱۰/۶ درصد ۲ تا ۳ بار در هفته غذای سریع استفاده می‌کردند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد قصد رفتاری و اعتقادات رفتاری، قادر به پیش‌بینی ۵۴ درصد تغییرات رفتار مصرف غذاهای سریع در دانش‌آموزان است. از بین سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، ارزشیابی پیامدهای رفتاری، مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی قصد رفتاری بود که توانسته بود به همراه وضعیت اقتصادی، ۴۵ درصد تغییرات قصد رفتاری را پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه حاکی از بالا بودن مصرف غذاهای سریع در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر خوی بود. در طراحی مداخلات آموزش تغذیه برای کاهش مصرف غذاهای سریع، بهتر است بر متغیر قصد رفتاری و اعتقادات رفتاری بیشتر توجه کرد.

واژگان کلیدی: مصرف غذاهای سریع، دانش‌آموزان، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Ghaffari M, Sherizadeh Y, Rakhshandehroo S, Ramezankhani A. Psychological determinants of fast-food consumption among male students of Khoy city high schools: an application of the theory of planned behavior. Pejouhandeh 2015;20(5):266-272.

مقدمه

دگرگونی‌های وسیع در وضعیت اجتماعی- اقتصادی، جمعیتی، تکنولوژیکی و تغییر در سبک زندگی افراد جامعه، مثل تغییر در عادات غذایی و سطح فعالیت بدنی، سبب افزایش شیوع بیماری‌های غیر واگیر مانند بیماری‌های قلبی و عروقی و دیابت نوع ۲ و غیره در سال‌های اخیر شده است (۳-۱). این تغییرات باعث شده است که میزان استفاده از غذاهای سریع افزایش یابد و رستوران‌های غذاهای سریع از محبوبیت خاصی در بین افراد جامعه برخوردار باشند. علت

*نویسنده مسؤول مکاتبات: یوسف شری‌زاده؛ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ پست الکترونیک: yusefsherizadeh@gmail.com

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

محبوبیت آنها این است که غذاها را خیلی راحت و با سرعت آماده کرده و تقریباً نسبت به مقدار مواد غذایی که در اختیار مشتری قرار می‌دهند، ارزان می‌باشد و این غذاها در بیشتر اوقات، مورد علاقه و دلخواه همه‌ی گروه‌های سنی است (۵،۴). غذای سریع به غذاهایی اطلاق می‌شود که سریع و به آسانی آماده شده و در رستوران‌ها و غذاخوری‌های سرپایی به عنوان یک وعده غذایی سریع به فروش می‌رسند و یا سفارش داده و در منزل مصرف می‌شوند و برای بدن مضر می‌باشند. از جمله مهمترین نمونه‌های غذای سریع می‌توان به همبرگرها، پیتزا، مرغ سوخاری و غیره اشاره کرد (۷،۶). این غذاها همان‌طور که اشاره شد، غذای محبوب افراد جامعه به خصوص نوجوانان می‌باشد به طوری که در مطالعه‌ی انجام شده توسط لیزا و همکاران در سال ۲۰۰۸ در ایالات متحده، مشخص گردید که روزانه ۳۳ درصد کودکان و ۴۱ درصد نوجوانان و ۳۶ درصد افراد بالغ غذای سریع می‌خورند (۸). در مطالعه‌ی انجام شده توسط غفاری و همکاران در مدارس تهران (۴) و همچنین مطالعه‌ی یارمحمدی در اصفهان (۹)، نشان داده شد که مصرف غذاهای سریع در دانش آموزان مدارس، بالاست. مطالعات نشان می‌دهند که گرایش به مواد غذایی پرانرژی و کم‌ارزش از نظر غذایی از قبیل نوشیدنی‌های شیرین و غذاهای سریع، در افزایش اضافه وزن و چاقی نقش دارند (۱۳-۱۰). همچنین در مطالعه‌ای که روی افراد ۱۳ تا ۱۷ ساله شهر بوستون آمریکا انجام شد، بین اضافه وزن و چاقی و مصرف غذاهای سریع، ارتباط معنی‌داری پیدا شد (۱۴). طبق آمار مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC: Centers for Diseases Control and Prevention) در سال‌های ۲۰۰۷ و ۲۰۰۸، ۱۷٪ از کودکان و نوجوانان ۲ تا ۱۹ ساله و ۳۴٪ از بزرگسالان ۲۰ سال و بالاتر، چاق بودند (۴).

دانش‌آموزان که درصد قابل توجهی از جمعیت را تشکیل می‌دهند به علت خصوصیات جسمانی، روانی و اجتماعی، بسیار آسیب‌پذیر بوده و تغذیه‌ی مطلوب، از شرایط اساسی برای حفظ سلامت آنها می‌باشد (۱۵). بنابراین با توجه به موارد گفته شده، تلاش برای تغییر رفتارهای تغذیه‌ای نوجوانان از جمله کاهش مصرف غذاهای سریع، به طور حتم می‌تواند به کاهش شیوع چاقی و سایر بیماری‌ها کمک کند (۹).

نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده به عنوان یک چارچوب مناسب برای پیش‌بینی رفتارهای تغذیه‌ای مثل مصرف میوه و سبزی در دانش‌آموزان و دانشجویان به کار رفته است (۶،۵). این نظریه توسط آیزن و فیش بین با اضافه شدن کنترل رفتاری درک شده به سازه‌های نظریه عمل منطقی TRA (Theory of Reasoned Action) ساخته شد. نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، از سه سازه‌ی نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده به شرح زیر تشکیل شده است:

الف) نگرش: بازتابی از ارزیابی مثبت یا منفی فرد نسبت به آن رفتار می‌باشد.

ب) هنجارهای انتزاعی: درک فرد از فشارهای اجتماعی ناشی از افراد مهم در انجام یا انجام ندادن رفتار است

ج) کنترل رفتاری درک شده: درک فرد از آسانی و سختی انجام رفتار است که شامل عوامل داخلی و خارجی می باشد.

در این نظریه، فرد بر اساس منطق عمل می‌کند، یعنی قبل از انجام رفتاری، اطلاعات را پردازش می‌کند. قصد رفتاری، علت اصلی رفتار و قصد رفتاری، خود تحت تأثیر نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده است (۷،۳).

بنابراین با توجه به میزان مصرف بالا و روزافزون غذاهای سریع در جامعه‌ی امروزی و کشف تعیین کننده‌ها و ارایه راهکارهای لازم جهت کاهش مصرف غذاهای سریع در دانش‌آموزان، این مطالعه با هدف مشخص کردن تعیین‌کننده‌های مصرف غذاهای سریع با استفاده از نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه‌ی شهرستان خوی انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه‌ی مقطعی بود که روی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه با محدوده‌ی سنی ۱۵ تا ۱۷ سال در اسفند ماه سال ۱۳۹۳ در شهر خوی انجام گردید. این مطالعه بخشی از مطالعه‌ی مداخله‌ای می‌باشد. حجم نمونه‌ی لازم طبق مطالعات قبلی (۱۶) با ضریب اطمینان ۰/۹۵ و دقت ۰/۰۵ حدود ۱۶۰ نفر تعیین شد. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای بود. بدین صورت که ابتدا فهرست مدارس از آموزش و پرورش تهیه شد و سپس از بین ۱۹ مدرسه‌ی دولتی و ۱۱ مدرسه‌ی غیرانتفاعی، چهار مدرسه به صورت تصادفی انتخاب و سپس تمام دانش‌آموزان پایه‌های دوم دبیرستان وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ۱) تحصیل در پایه‌ی دوم دبیرستان و ۲) تمایل دانش‌آموزان بود. معیار خروج از مطالعه نیز عدم تمایل و همکاری دانش‌آموزان به شرکت در مطالعه در هر یک از مراحل انجام پژوهش بود. این پژوهش، پس از کسب مجوزهای لازم از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و رضایت مسؤولین آموزش و پرورش و اولیای

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

دانش‌آموزان انجام شد. پژوهشگران با در نظر گرفتن برنامه‌ی کلاسی نمونه‌های مورد نظر و هماهنگی با مدیریت هر مدرسه، در ساعات مختلف به دبیرستان‌های مورد نظر مراجعه کردند. پس از توجیه دانش‌آموزان در خصوص انجام این مطالعه، بیان اهداف و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و این که در صورت لزوم نتایج حاضر در اختیار مسؤولین و دانش‌آموزان قرار خواهد گرفت، پرسشنامه‌ها جهت تکمیل به افرادی که به عنوان نمونه مشخص شدند، داده شد. زمان تکمیل هر پرسشنامه ۳۰ دقیقه بود. جمع‌آوری داده‌ها به وسیله‌ی پرسشنامه‌ای که پایایی و روایی هر سه بخش آن توسط غفاری و همکاران (۴) تأیید شده، صورت گرفت. پرسشنامه‌ی مذکور شامل سه بخش بود: بخش اول: مشخصات دموگرافیک شامل سن، تحصیلات والدین، شغل والدین و وضعیت اقتصادی خانواده بود؛ بخش دوم: سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده شامل نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری بود؛ و بخش سوم شامل رفتار بود. برای قصد رفتاری ۲ سؤال، نگرش ۲۴ سؤال، کنترل رفتاری درک شده ۱۸ سؤال و هنجارهای انتزاعی ۱۵ سؤال طراحی شد. امتیازدهی سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت و از ۱ تا ۵ بود. حداقل نمره‌ی قصد رفتاری ۲ و حداکثر آن ۱۰، نگرش حداقل ۲۴ و حداکثر آن ۱۲۰، کنترل رفتاری درک شده حداقل ۱۸ و حداکثر آن ۹۰ و هنجارهای انتزاعی حداقل ۱۵ و حداکثر آن ۷۵ بود. برای ارزیابی رفتار، از ۱ سؤال که شامل دفعات مصرف غذاهای سریع در ۱۲ ماه سال به‌صورت هرگز، به ندرت، هر ۳-۲ ماه یک‌بار، ماهی یک‌بار، هفته‌ای یک‌بار، ۳-۲ بار در هفته و هر روز بود، استفاده گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام گرفت. در تحلیل نتایج از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل Independent t-test، ANOVA و آزمون همبستگی Pearson و برای پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار از Linear regression استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۶۰ نفر دانش‌آموز پسر بودند. ۳۰ درصد پدران و ۳۳/۸ درصد مادران تحصیلات دیپلم داشتند. بیشترین شغل پدران ۶۵/۶ درصد آزاد و مادران ۵۸ درصد خانه‌دار بودند. طبق آمار به‌دست آمده از وضعیت اقتصادی و درآمد خانوار، بیشتر دانش‌آموزان، ۵۳/۱ درصد وضعیت اقتصادی خانواده خود را متوسط ارزیابی کردند (جدول ۱). طبق یافته‌های این پژوهش، ۱/۹ درصد دانش‌آموزان هرگز غذای سریع نخورده بودند. ۲۷/۵ درصد به ندرت، ۱۱/۹ درصد هر ۳-۲ ماه یک‌بار، ۲۳/۸ درصد هر ماه یک‌بار، ۲۳/۸ درصد هفته‌ای یک‌بار، ۱۰/۶ درصد ۳-۲ بار در هفته و ۰/۶ درصد هر روز غذای سریع مصرف می‌کردند.

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود دارد (جدول ۲).

مدل رگرسیون خطی نشان داد که وضعیت اقتصادی و ارزشیابی پیامدهای رفتاری، قادر به پیش بینی ۴۵ درصد تغییرات قصدرفتاری مصرف غذاهای سریع در دانش‌آموزان است ($P<0/001$، $F=28/72$، $R^2=0/45$). همچنین مطابق با نتایج این مطالعه، میزان پیش‌بینی‌کنندگی رفتار مصرف غذاهای سریع توسط قصدرفتاری و اعتقادات رفتاری، ۵۴٪ بود که قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده آن، قصد رفتاری بود (جدول ۳).

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک دانش آموزان.

تحصیلات پدر	بی‌سواد و نهضت	سیکل	دیپلم	لیسانس
	۴۳(۲۶/۹٪)	۳۶(۲۲/۵٪)	۴۸(۳۰/۰۰٪)	۳۳(۲۰/۶٪)
تحصیلات مادر	۶۵(۴۰/۷٪)	۴۱(۲۵/۶٪)	۵۴(۳۳/۸٪)	-
وضعیت اقتصادی	ضعیف	متوسط	خوب	
	۱۸(۱۱/۳٪)	۸۵(۵۳/۱٪)	۵۷(۳۵/۷٪)	
شغل پدر	آزاد	سایر		
	۱۰۵(۶۵/۶۳٪)	۵۵(۳۴/۳۷٪)		
شغل مادر	خانه‌دار	شاغل		
	۱۳۶(۸۵/۰۰٪)	۲۴(۱۴/۱٪)		

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

جدول ۲. همبستگی بین سازه‌های نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی شده.

متغیر		اعتقادات رفتاری	ارزشیابی پیامدهای رفتاری	باورهای ذهنی	انگیزش پیروی	باورهای کنترل	قدرت درک شده	قصد رفتاری
اعتقادات رفتاری	*R	۱						
	**P	-						
ارزشیابی پیامدهای رفتاری	R	۰/۵۶۶	۱					
	P	۰/۰۰۱	-					
باورهای ذهنی	R	۰/۵۲۰	۰/۳۸۵	۱				
	P	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-				
انگیزش پیروی	R	۰/۲۸۲	۰/۲۸۸	۰/۱۳۷	۱			
	P	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۸۶	-			
باورهای کنترل	R	۰/۵۸۰	۰/۴۹۲	۰/۴۷۹	۰/۴۳۱	۱		
	P	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-		
قدرت درک شده	R	۰/۴۷۱	۰/۲۸۵	۰/۳۹۹	۰/۲۷۶	۰/۶۳۲	۱	
	P	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-	
قصد رفتاری	R	۰/۲۷۸	۰/۳۲۱	۰/۱۹۷	۰/۲۵۱	۰/۳۸۲	۰/۳۹۷	۱
	P	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-

* ضریب همبستگی پیرسون، ** سطح معنی‌داری در کمتر از ۰/۰۵.

جدول ۳. مدل رگرسیون خطی سازه‌های نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی شده برای قصد رفتاری و رفتار مصرف غذاهای سریع.

متغیر	R^2	B	SE	BETA	P
قصد رفتاری*					
وضعیت اقتصادی	۰/۴۵	۰/۱۴۱	۰/۰۳۲	۰/۳۳۲	۰/۰۰۱
ارزشیابی پیامد رفتاری		۰/۱	۰/۰۳۳	۰۰/۲۲۴	۰/۰۰۳
رفتار **					
قصد رفتاری	۰/۵۴	۰/۳۴۲	۰/۰۵۶	۰/۴۳۰	۰/۰۰۱
اعتقادات رفتاری		۰/۰۴۲	۰/۰۱۳	۰/۲۲۹	۰/۰۰۱

*(R^2=0.45, F=28.72, p<0.001), **(R^2=0.54, F=31.91, p<0.001)، SE: خطای استاندارد، BETA: ضریب تأثیر، P: سطح معنی‌داری

بحث

این مطالعه با هدف شناسایی تعیین‌کننده‌های مصرف غذاهای سریع در بین دانش‌آموزان دبیرستانی شهر خوی انجام گرفت. براساس یافته‌های این پژوهش ۲۳/۸ درصد دانش‌آموزان عنوان کردند که هر ماه یک‌بار، ۲۳/۸ درصد هفته‌ای یک‌بار و ۰/۶ درصد روزی یک‌بار از غذاهای سریع استفاده می‌کنند. ۱/۹ درصد دانش‌آموزان نیز هرگز غذای سریع نخورده بودند.

در مطالعه‌ی انجام شده توسط یارمحمدی و همکاران در سال ۱۳۹۰ که روی دانش آموزان مقطع متوسطه‌ی اصفهان در خصوص غذاهای سریع انجام دادند، مشخص شد که ۲۲/۸ درصد دانش‌آموزان هر چند ماه یک‌بار، ۲۶/۳ درصد یک‌بار در ماه و ۲۶/۹ درصد آنها، یک‌بار در هفته غذاهای سریع مصرف می‌کنند (۹). همچنین در مطالعه‌ی غفاری و همکاران در سال ۱۳۹۰ روی دانش‌آموزان راهنمایی شهر تهران نشان داد که ۳۶/۸ درصد دانش‌آموزان ۲ تا ۳ بار در هفته و ۱۴/۷ درصد آنها هر روز از غذاهای سریع استفاده می‌کنند (۴).

در مطالعه‌ای دیگر که Larson و همکاران انجام دادند، ۲۳/۶ درصد نوجوانان پسر بیش از ۳ بار در هفته غذای سریع مصرف می‌کردند (۱۷). همان‌طور که ملاحظه می‌شود، نتایج این مطالعات متفاوت می‌باشد که این تفاوت در نتایج می‌تواند به دلایلی مثل متفاوت بودن محیط زندگی افراد و نحوه‌ی جمع‌آوری اطلاعات باشد. برخی مطالعات، مهم‌ترین دلایل مصرف غذاهای سریع را خوشمزه بودن، دسترسی راحت و

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

آسان به غذاهای سریع و ارزان بودن آن نسبت به غذاهای رستوران برشمردند (۱۸). بنابراین، دلایل فوق و عواملی از قبیل نداشتن تجربه در آشپزی، تلقی شدن نوعی تفریح و سرگرمی برای آنها و طعم ویژه‌ی آن را می‌توان از دلایل گرایش نوجوانان به مصرف غذاهای آماده دانست.

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، بین مصرف غذاهای سریع و وضعیت اقتصادی خانواده، رابطه‌ی معنی‌داری نشان داد. به عبارت دیگر، دانش‌آموزانِ دارای وضعیت اقتصادی مطلوب، نسبت به دانش‌آموزانِ دارای وضعیت ضعیف، به میزان بیشتری از غذاهای سریع استفاده می‌کردند. مطالعات مشابه نیز این یافته را تأیید کرده‌اند (۱۹،۹).

در مطالعه‌ی حاضر، بین سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده یعنی نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده، ارتباط مستقیم معنی‌دار و مثبت و بین دو سازه‌ی نگرش و کنترل رفتاری درک شده با قصد رفتاری، ارتباط منفی به‌دست آمد. به عبارت دیگر، با افزاش نگرش و کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتار نسبت به مصرف غذاهای سریع، کاهش می‌یابد. علاوه براین، بین قصد رفتاری و رفتار مصرف غذاهای سریع، ارتباط مستقیم معنی‌داری وجود دارد که نشان‌دهنده‌ی کاهش مصرف غذاهای سریع با کاهش قصد رفتاری است. این یافته‌ها، با نتایج مطالعه‌ی یارمحمدی و همکاران همخوانی دارد (۹).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که از میان اجزای نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی شده، ارزشیابی پیامدهای رفتاری، پیش‌بینی‌کننده‌ی قویِ قصد مصرف غذاهای سریع در دانش‌آموزان می‌باشد. به عبارت دیگر، هرچقدر دانش‌آموزان به پیامدهای مصرف غذاهای سریع فکر کنند، نسبت به مصرف آنها نیز کمتر اقدام خواهند کرد. میزان پیش بینی‌کنندگی قصد رفتاری به توسط ارزشیابی پیامدهای رفتاری به همراه وضعیت اقتصادی، ۴۵ درصد بود. این نتایج با یافته‌های مطالعه‌ی انجام شده توسط دهداری و همکاران همخوانی دارد. در مطالعه‌ی یاد شده نیز ارزشیابی پیامدهای رفتاری، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده مصرف میوه و سبزی در دانشجویان بود (۲۰).

یافته‌های مطالعه‌ی وایت و همکاران که روی دریافت غذاهای کم چرب در بیماران دیابتی و قلبی و عروقی انجام شد، نشان داد که نگرش و هنجارهای انتزاعی، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های قصد مصرف غذاهای کم چرب می‌باشند (۲۱). بر اساس مدل رگرسیون خطی، قصد رفتاری، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی تغییرات رفتاری در دانش‌آموزان بود. در مطالعه‌ی انجام شده توسط Dunn و همکاران نیز میزان پیش‌بینی رفتار توسط قصد رفتاری، ۵۰ درصد بود (۲۲). همچنین در مطالعه‌ی صورت گرفته توسط Wong و همکاران میزان پیش‌بینی‌کنندگی رفتار مصرف صبحانه به وسیله‌ی متغیر قصد رفتاری، ۶۴ درصد گزارش گردید (۲۳). همچنین، یافته‌های این مطالعه نشان داد اعتقادات رفتاری، مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتار مصرف غذاهای سریع است که با نتایج تعدادی از مطالعات، همسو می‌باشد (۲۰،۹).

با توجه به این‌که ارزشیابی پیامدهای رفتاری، مهم‌ترین سازه‌ی پیش‌بینی‌کننده‌ی قصد رفتاری بوده و اعتقادات رفتاری هم بیشترین پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتار می‌باشد و این دو زیرسازه متعلق به سازه‌ی نگرش می‌باشند، نتیجه می‌گیریم که مهم‌ترین سازه در پیش‌بینی رفتار مصرف غذاهای سریع، نگرش می‌باشد. مداخلات آموزشی باید بر سازه‌ی نگرش تأکید و تمرکز داشته باشند. به عبارتی، از فعالیت‌های آموزشی متعدد برای ارتقای اعتقادات رفتاری و ارزشیابی پیامدهای رفتاری استفاده شود. اعتقادات رفتاری در واقع اعتقاد فرد در مورد نتیجه‌ی انجام یک رفتار و پیامد حاصل از آن است و ارزشیابی پیامدهای رفتاری، ارزشی است که فرد برای نتیجه‌ی رفتار مورد نظر قایل می‌باشد که با مداخلات آموزشی مناسب، می‌توان این سازه‌های پیش‌بینی‌کننده‌ی اصلی رفتار مصرف غذاهای سریع را ارتقا داد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه و قابلیت پیش‌بینی‌کنندگی نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی شده در زمینه‌ی مصرف غذاهای سریع، توصیه می‌شود مداخلات مبتنی بر این نظریه برای اتخاذ رفتارهای تغذیه‌ای سالم در مدارس و ایجاد رفتارهای سالم بهداشتی و نیز پیشگیری و کنترل چاقی طراحی و اجرا شوند. در این مداخلات نیز باید به نقش مهم سازه‌ی نگرش و ابعاد شکل‌دهنده‌ی آن یعنی اعتقادات رفتاری و ارزشیابی پیامدهای رفتار، توجه بیشتری شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بر گرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت در دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. بدین‌وسیله از کلیه‌ی اساتید گرامی و اعضای محترم گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،

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

اداره‌ی آمـوزش و پـرورش، مدیـران، مسؤولان و دانش‌آمـوزان دبیرستان‌هـای پسرانه‌ی شهر خوی کـه نهایت همکاری را در اجرای این تحقیق داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

REFERENCES

1. World Health Organization (WHO) Consultation FAOE. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO technical report series 2003: 916. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf [Accessed July 28, 2014].

2. World Health Organization (WHO). Fast food, body mass index and market deregulation. Bulletin of the World Health Organization 2014;92:99–107A. Available from: http://www.who.int/bulletin/volumes/92/2/13-120287/en.pdf [Accessed December 5, 2014].

3. Popkin BM. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with non communicable diseases. Am J Clin Nutr 2006; 84(2):289–98.

4. Ghaffari M, Ebadi L, Ramezankhani A, Souri H. Fast-food consumption behavior and related factors in middle-school students in Tehran. J Health Systems Res 2012;8(6):981–90. (Full Text in Persian)

5. Burdette HL, Robert CW. Neighborhood playgrounds, fast food restaurants, and crime: relationships to overweight in low-income preschool children. Prev Med 2004;38(1):57–63.

6. World Health Organization (WHO). Globalization, diets and non-communicable diseases (online). By; Chopra M. 2002; Available from: URL: http://Whqlibdoc.who.int/publications/92415904160pdf. [Accessed May 20, 2014].

7. New Oxford American Dictionary. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.

8. Lisa M. Powell, Binh T, Nguyen, Euna Han. Energy intake from restaurants demographics and socioeconomics, 2003–2008. Am J Prev Med 2012;43(5):498–504.

9. Yarmohammadi P, Sharifirad GR, Azadbakht L, Morovati Sharifabad MA, Hassanzadeh A. Predictors of fast food consumption among high school students based on the theory of planned behavior. J Health System Re 2011;7(4): 449–59. (Full Text in Persian)

10. Rosenheck R. Fast food consumption and increased caloric intake: a systematic review of a trajectory towards weight gain and obesity risk. Obes Rev 2008;9(6):535–47.

11. Malik VS, Schulze MB, Hu FB. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. Am J Clin Nutr 2006;84(2):274–88.

12. Gibson S. Sugar-sweetened soft drinks and obesity: a systematic review of the evidence from observational studies and interventions. Nutr Res Rev 2008;21(2):134–47.

13. Babbey SH, Jones M, Yu H, Goldstein H. Bubbling over: soda consumption and its link to obesity in California. Los Angeles: UCLA Center for Health policy Research and California Center for public Health Advocacy 2009 Sep; (PB2009–5): 1–8. Available from: URL: www.publichealthadvocacy.org/PDFs/Bubbling_PolicyBrief.pdf. [Accessed May 18, 2014].

14. Sadrzadeh Yeganeh H, Alavi AM, Dorosti Motlagh AR, Mahmoudi M, Jar Elahi N, Chamari M. Relationship between obesity and nutritional behavior among highschool girls in Kerman. Payesh 2007;6(3):193–9. (Full Text in Persian)

15. Karimi B, Sadat Hashemi M, Habibian H. Study of the breakfast habits and its relationship with some factors in Semnan (Iran) pupils. Koomesh 2008;9(4):285–92. (Full Text in Persian)

16. Alizadeh SH, Keshavarz M, Jafari A, Ramezani H. Effects of nutritional education on knowledge and behaviors of primary students in Torbat-e-Heydariyeh. J Faculty Med Sci Torbat 2013;1(1):44–51. (Full Text in Persian)

17. Larson NI, Neumark-Sztainer DR, Story MT, Wall MM, Harnack LJ, Eisenberg ME. Fast food intake: longitudinal trends during the transition to young adulthood and correlates of intake. J Adolesc Health 2008;43(1):79–86.

18. 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.

19. Omidvar N. Psychological factors- Social determinants of food choice and nutritional status of adolescents in high school in Tehran (PhD Thesis). Tabriz, Iran: Tabriz University of Medical Sciences; 2002. (Full Text in Persian)

20. Dehdari T, Kharghani Moghadam M, Mansouri T, Saki A. Survey of daily fruit consumption status among girl students who are living in dormitories and its predictors based on the theory of planned behavior constructs. Razi J Med Sci 2013;20(106):10–9. (Full Text in Persian)

21. White KM, Terry DJ, Troup C, Rempel LA, Norman P. Predicting the consumption of foods low in saturated fats among people diagnosed with Type 2 diabetes and cardiovascular disease. The role of planning in the theory of planned behavior. Appetite 2010;55:348–54.

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

22. Dunn KI, Mohr P, Wilson CJ, Wittert GA. Determinants of fast-food consumption. An application of the Theory of Planned Behaviour. Appetite 2011;57(2):349–57.

23. Wong CL, Mullan BA. Predicting breakfast consumption: an application of the theory of planned behaviour and the investigation of past behaviour and executive function. Br J Health Psychol 2009;14(Pt 3):489–504.

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