Qom University of Medical Sciences Journal

2025. Volume 19

Research Paper

Relationship Between Health Literacy and Healthy Eating Habits Among Iranian Adults

*Serajeddin Mahmoudiani[1], Hadiseh Mohammadiha[1], Parnian Karami[1]

1. Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation Mahmoudiani S, Mohammadiha H, Karami P. [Relationship Between Health Literacy and Healthy Eating Habits Among Iranian Adults (Persian)]. Qom Univ Med Sci J. 2025; 19:E3111.4. https://doi.org/10.32598/qums.19.3111.4

https://doi.org/10.32598/qums.19.3111.4

Received: 10 Apr 2024

Accepted: 18 May 2025

Available Online: 24 Sep 2025

Keywords:
Health literacy, Eating behavior, Adults

ABSTRACT

Background and Objectives: Health literacy can affect eating habits. This study aimed to examine the relationship between health literacy and healthy eating habits among Iranian adults.

Methods This is a descriptive-analytical study with a cross-sectional design. The participants were 384 individuals aged 18 and older living in Shiraz, Iran, in 2023. They were selected using a multi-stage cluster sampling method. Data were collected using a questionnaire with three sections. The first section surveyed demographic information. The second section measured health literacy using the European health literacy survey questionnaire-short form. The third section was Sogari et al.'s six-item Healthy Eating Habits Scale. To analyze data, the Pearson correlation test and linear regression analysis were employed, considering a significance level of $P<0.05$.

Results The majority of participants were young, male, university-educated, Persian-speaking, Shiite adults, from a middle-to-lower social class. A significant positive correlation was found between health literacy and healthy eating habits ($r=0.492$, $P<0.001$). Regression analysis showed that health literacy, marital status (being single), and educational level (illiterate) could significantly predict healthy eating habits ($P<0.001$, $P<0.001$, and $P=0.002$, respectively).

Conclusion Health literacy has a significant association with healthy eating habits among Iranian adults. Special attention should be given to illiterate and unmarried individuals in efforts to promote healthy eating habits. Educational programs focused on healthy eating habits should be provided by relevant policymakers in Iran.

* *Corresponding Author:*
Serajeddin Mahmoudiani, Associate Professor.
Address: Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.
Tel: +98 (71) 36134404
E-Mail: s.mahmoudiani@shirazu.ac.ir

Copyright © 2025 Qom University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license(https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Nutrition directly affects the health and well-being of people, as well as their mortality rate, which is a main component of population dynamics. Moreover, health literacy can significantly affect public health and population growth rate. A lack of food literacy hinders people from adopting healthy lifestyles, as they become unable to make effective food choices. Health literacy enhances the interaction between individuals and their environments, thereby improving their access to and understanding of health-related information. Measuring food literacy is useful and necessary for preventing the potential risks of low health literacy, since it can raise awareness and help design targeted interventions. Individuals with lower food literacy are more likely to report poor health outcomes, even after controlling for variables such as age, gender, race, and socioeconomic status.

Given the crucial role of food literacy in individual and public health, as well as its broader impact on mortality rates, studying food literacy and eating behaviors is essential. Targeted education based on health literacy is necessary for maintaining health and longevity. Considering Iran's low population growth rate, any factor that influences population dynamics is crucial for policymaking. This study aims to examine the relationship between health literacy and healthy eating habits among the Iranian adult population.

Methods

This is a descriptive-analytical study with a cross-sectional design. The study population consisted of the residents of Shiraz city aged ≥18, which was 1,195,991 individuals, according to the 2016 national population and housing census report. The sample size was calculated using Cochran's formula, resulting in an estimated size of 384, which was increased to 400 to enhance accuracy. Inclusion criteria were age 18 years or older, residing in Shiraz, and willingness to participate in the study. The visitors or tourists in Shiraz, as well as those unwilling to continue participating in the study, were excluded. A multi-stage cluster sampling method was employed. The data collection tool was a structured questionnaire with three sections. The first section gathered demographic information. The second section measured health literacy using the European health literacy survey questionnaire-short form developed by Sponselee et al. [11], which consists of six items. The third section assessed healthy eating habits using a six-item scale developed by Sogari et al. [12]. Data analysis was performed in SPSS software, version 27.

Results

Most of the respondents (47.3%) were aged 15-29 years. The majority were male, single, university-educated, employed, Shiite, Persian-speaking, and belonged to the middle-to-lower social class. Approximately 53% had a moderate level of health literacy, and only about 37% reported a high level of healthy eating habits. A positive and significant correlation was observed between health literacy and healthy eating habits ($r=0.492$, $P<0.001$). The final regression model indicated that increased health literacy significantly predicts improved healthy eating habits ($P<0.001$). Additionally, marital status (being single) and educational level (illiterate) could significantly predict healthy eating habits ($P<0.001$ and $P=0.002$, respectively). Overall, the final regression model predicted 28% of the variance in healthy eating habits.

Conclusion

The results showed the significant association of health literacy with healthy eating behaviors among Iranian adults, which should be taken into account by health policymakers in Iran. By prioritizing the enhancement of health literacy, policymakers can more effectively promote healthier nutritional practices within society. It is recommended that targeted educational programs, with a strong emphasis on health literacy, be incorporated into the agenda of relevant health authorities. Such programs can play a key role in improving the overall health status of the community. Furthermore, designing and implementing tailored educational courses and workshops for diverse groups—particularly single and illiterate people—can facilitate the widespread adoption of healthier eating behaviors. These interventions also have the potential to reduce long-term health costs, contributing to a more sustainable economy.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The ethical approval was obtained from the Ethics Committee of Shiraz University of Medical Sciences (Code: IR.SUMS.REC.1399.1090)

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for profit sectors.

Authors contributions

All authors contributed equally to the conception and design of the study, data collection and analysis, interpretation of the results, and drafting of the manuscript. Each author approved the final version of the manuscript for submission.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all the individuals who participated in this research for their cooperation.

مقاله پژوهشی

رابطه سواد سلامت و عادت‌های غذایی سالم در میان جمعیت بزرگسال شهر شیراز

*سراج‌الدین محمودیانی[۱]، حدیثه محمدی‌ها[۱]، پرنیان کرمی[۱]

۱. بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation Mahmoudiani S, Mohammadiha H, Karami P. [Relationship Between Health Literacy and Healthy Eating Habits Among Iranian Adults (Persian)]. Qom Univ Med Sci J. 2025; 19:E3111.4. https://doi.org/10.32598/qums.19.3111.4

https://doi.org/10.32598/qums.19.3111.4

تاریخ دریافت: ۲۱ فروردین ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۲۸ اردیبهشت ۱۴۰۴
تاریخ انتشار: ۲ مهر ۱۴۰۴

چکیده

زمینه و هدف سواد سلامت از متغیرهای تأثیرگذار بر عادت‌های غذایی سالم است. عادت‌های غذایی سالم هم می‌تواند به افزایش سطح سلامت جامعه کمک کند. این مطالعه با هدف بررسی رابطه سواد سلامت و عادت‌های غذایی سالم در میان جمعیت بزرگسال شهر شیراز انجام شد.

روش بررسی این مطالعه از نوع مقطعی و توصیفی‌تحلیلی است که با تکنیک پیمایش در شهر شیراز در سال ۱۴۰۲ انجام شد. جامعه آماری شامل جمعیت ۱۸ سال و بالاتر بود. برای این هدف تعداد ۳۸۴ نفر از جامعه آماری با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای پیمایش شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه ساخت‌یافته بود. برای بررسی رابطه دو متغیره و چند متغیره به‌ترتیب از همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها جوانان، مردان، افراد با تحصیلات دانشگاهی، فارس‌زبانان، شیعه مذهب‌ها و افراد با تعلق طبقاتی متوسط اکثریت نمونه را تشکیل دادند. بین سواد سلامت و عادت‌های غذایی سالم همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۵). تحلیل رگرسیون نشان داد با افزایش سن، عادت‌های غذایی سالم افزایش می‌یابد. عادت‌های غذایی سالم در بین افراد بی‌سواد به‌طور معنی‌داری کمتر از افراد با تحصیلات دانشگاهی بود. افرادی که خود را متعلق به طبقه پایین می‌دانستند نیز به‌طور معنی‌داری کمتر از دیگر همتایان خود عادت‌های غذایی سالم داشتند. افزایش سواد سلامت نیز افزایش عادت‌های غذایی سالم را به‌دنبال داشت.

نتیجه‌گیری توجه به گروه‌های بی‌سواد و افراد طبقات پایین، در راستای ارتقای عادت‌های غذایی سالم ضرورت دارد. برنامه‌های آموزشی در زمینه عادت‌های غذایی سالم باید در دستور کار سیاست‌گذاران ذی‌ربط قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها:
سواد سلامت، عادت‌های غذایی سالم، تحصیلات

* **نویسنده مسئول:**
دکتر سراج‌الدین محمودیانی
نشانی: شیراز، دانشگاه شیراز، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی،بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی.
تلفن: ۳۶۱۳۴۴۰۴ (۷۱) ۹۸+
رایانامه: s.mahmoudiani@shirazu.ac.ir

Copyright © 2025 Qom University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license(https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

مقدمه

تغذیه به‌طور مستقیم بر میزان سلامتی جامعه و متعاقباً بر وضعیت مرگ‌ومیر جمعیت که یکی از مؤلفه‌های پویایی جمعیت است، اثر می‌گذارد. ارتقای سواد سلامت می‌تواند تأثیر بسزایی بر سلامت، اندازه و نرخ رشد جمعیت داشته باشد. به‌طور واضح مصرف مواد غذایی یک عنصر مهم ارتقای سلامت است. فقدان سواد غذایی مشکلاتی را در سبک زندگی سالم برای فرد ایجاد می‌کند، زیرا در این حالت افراد قادر به کنترل مواد غذایی مصرفی خود نیستند [۱]. مطالعات نشان داده‌اند رعایت یک الگوی غذایی کامل شامل مصرف مقدار مناسب میوه و سبزی، لبنیات کم چرب، حبوبات و غلات کامل، گوشت ماهی و غذاهای حاوی مقادیر کم چربی می‌تواند باعث کاهش بروز بیماری‌های مزمن از قبیل چاقی نوع ۱ و به دنبال آن بیماری‌های همچون قند خون بالا، دیابت نوع دوم، فشار خون بالا، سکته قلبی، سرطان و غیره شود [۲].

ارتقای سلامت در سال ۲۰۱۶ در اعلامیه شانگهای برای رسیدن به توسعه پایدار در دستور کار قرار گرفت که در آن سواد سلامت به‌عنوان عامل تعیین‌کننده حیاتی برای سلامت معرفی شد. سواد سلامت علاوه‌بر ایجاد مهارت‌ها و قابلیت‌ها در افراد، تعامل بین فرد و محیط را هم بهتر و سالم‌تر می‌سازد و اطلاعات بهداشتی آن‌ها را ارتقا می‌دهد. پس ارتقای سواد سلامت علاوه‌بر ایجاد سلامت و بهداشت عمومی، در رسیدن به توسعه پایدار و ترکیب جمعیتی سالم‌تر و در نتیجه داشتن اقتصاد فعال‌تر مؤثر خواهد بود [۳].

سنجش سواد غذایی می‌تواند امری مفید و ضروری باشد تا با آگاهی و طراحی مداخلات ویژه برای افزایش آن، از احتمال بروز خطرات ناشی از سواد محدود جلوگیری شود، زیرا افراد باسواد غذایی کمتر، بیشتر احتمال دارد سلامتی خود را حتی بعد از تطبیق سن، جنس و نژاد و نشانگرهای محرومیت اقتصادی، ضعیف ارزیابی کنند. باتوجه‌به اهمیت سطح سواد غذایی افراد جامعه و نقشی که آن‌ها در ارتقای سلامت خود و دیگر افراد جامعه دارند و درنهایت تأثیری که سواد غذایی بر میزان مرگ‌ومیر دارد، مطالعه درباب سواد غذایی و رفتارهای غذایی حائز اهمیت است [۴].

سیاست‌گذاران، ایده سواد غذایی را به‌عنوان وسیله‌ای برای دستیابی به سلامت جامعه و کاهش پیامدهای زیست محیطی می‌دانند [۵]. همچنین سواد غذایی عامل مؤثر بر امنیت غذایی هر جامعه محسوب می‌شود [۶]. درواقع سواد غذایی از امنیت غذایی جدایی‌ناپذیر است. اگر فردی سواد غذایی نداشته باشد می‌تواند از نظر غذایی ناامن باشد [۱]. سواد غذایی به‌طور تجربی به‌عنوان چارچوبی تعریف شده است که افراد، خانواده‌ها، جوامع و کشورها را قادر می‌سازد تغییر کیفیت رژیم غذایی را تجربه کنند [۷]. افراد دارای سواد تغذیه‌ای بالاتر، بیش از افراد دارای سواد تغذیه‌ای پایین‌تر، توصیه‌های مربوط به راهنماهای تغذیه‌ای را رعایت می‌کنند. ازاین‌رو این افراد از وزن نرمال و طبیعی برخوردار هستند [۸].

افرادی که وزن مناسب و نرمالی را دارا هستند به بیماری‌های مزمن کمتر دچار هستند و وضعیت سلامتی این افراد بهتر است و در نتیجه طول عمرشان هم بهتر خواهد شد. درنتیجه سواد غذایی بالا باعث وضعیت سلامت بهتر، طول عمر بیشتر و کیفیت زندگی بهتر است. مطالعات نشان می‌دهد وضعیت نامناسب تغذیه‌ای که متأثر از عدم وجود سواد تغذیه‌ای مناسب است موجب کاهش کیفیت زندگی و درنهایت افزایش مرگ‌ومیر می‌گردد. سهم بزرگی از بیماری‌های مزمن، با بهبود تغذیه و افزایش سواد تغذیه‌ای، قابل‌پیشگیری یا درمان است [۹].

پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده‌اند با اینکه میزان آگاهی افراد در کشورهای توسعه‌یافته درباره سواد غذایی و سلامت درحال افزایش است، اما این آگاهی، در کشورهای درحال‌توسعه پایین‌تر است. باید اضافه کرد که با وجود اهمیت آگاهی‌بخشی در بهبود سواد غذایی، میزان دسترسی به رژیم غذایی سالم در زندگی معاصر هم مهم و جدی است. در ایران به‌دلیل وجود قوم‌های مختلف، عادت‌های غذایی متفاوتی وجود دارد اما با گسترش نوسازی و جهانی شدن، نوعی یکسان‌سازی عادت‌های غذایی در ایران درحال شکل‌گیری است. این تغییرات ازنظر برخی متخصصان تغذیه نگران‌کننده است. به این دلیل که آن‌ها عادت‌های غذایی سنتی را مناسب‌تر و سالم‌تر از عادت‌های غذایی نوین ارزیابی می‌کنند، چراکه علاوه‌بر کاهش کیفیت مواد غذایی در سبک غذایی جدید، هزینه‌های بالایی هم برای محیط زیست، سلامت، توسعه و پیشرفت جامعه انسانی دارند [۱۰].

تغذیه یک عامل مهم برای زندگی سالم است، بنابراین آموزش هدفمند سواد ارتقای سلامت در جهت حفظ سلامتی افراد و طول عمر آن‌ها ضرورت دارد. چون در ایران نرخ رشد جمعیت پایین است، بنابراین هر متغیری که بر نرخ رشد جمعیت تأثیر داشته باشد برای سیاست‌های جمعیتی مهم خواهد بود. همان‌طورکه پیشتر توضیح داده شد رفتارهای غذایی به‌واسطه سلامت بر نرخ رشد جمعیت اثر می‌گذارند، بنابراین این عامل باید در برنامه‌ها و سیاست‌های جمعیتی دیده شود. برای این منظور این مطالعه تلاش می‌کند رابطه سواد سلامت و عادت‌های غذایی سالم را در بین جمعیت بزرگسال شهر شیراز بررسی کند.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مقطعی و توصیفی‌تحلیلی است که با روش پیمایش انجام شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر ساکنان ۱۸ سال و بالاتر شهر شیراز بود که تعداد آن براساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ برابر با ۱۱۹۵۹۹۱ نفر بوده است. برای به‌دست آوردن حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد. برای این منظور با در نظر گرفتن ۵ درصد خطا، حجم نمونه ۳۸۴ نفر برآورد شد که به ۴۰۰ نفر افزایش یافت. در این مطالعه، معیارهای ورود شامل داشتن سن ۱۸ سال و بالاتر، سکونت در شهر شیراز و تمایل به شرکت در پژوهش بود.

معیارهای خروج نیز شامل داشتن سن کمتر از ۱۸ سال، مهمان یا گردشگر بودن در شهر شیراز و عدم تمایل به شرکت در پژوهش بودند. روش نمونه‌گیری در این مطالعه، خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. شهر شیراز متشکل از ۱۱ منطقه است که در گام اول از هر منطقه یک محله به‌طور تصادفی انتخاب شد و در گام دوم از بین محله‌های منتخب، بلوک‌هایی به‌طور تصادفی انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ای سه بخشی انجام شد.

بخش اول، اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، مذهب، قومیت و تعلق طبقاتی) بود تا درک جامعی از وضعیت شرکت‌کنندگان ارائه شود.

بخش دوم، مرتبط با سؤالات سواد سلامت و در بخش سوم، سؤالات مرتبط با عادت‌های غذایی سالم آورده شد. برای سنجش سواد سلامت از مقیاس بررسی سواد سلامت اروپا که اسپونسلی و همکاران در قالب ۶ گویه تهیه کرده‌اند بهره برد شد [۱۱].

بخش سوم پرسش‌نامه که بر ارزیابی عادت‌های غذایی سالم پاسخ‌دهندگان متمرکز بود با استفاده از مقیاس ۶ گویه‌ای سوگاری و همکاران مورد سنجش قرار گرفت [۱۲]. متغیرهای فوق‌الذکر با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند و به پاسخ‌دهندگان این امکان را داد تا پاسخ‌های خود را براساس آن رتبه‌بندی کنند. فهرست گویه‌های مورداستفاده برای اندازه‌گیری سواد سلامت و عادت‌های غذایی سالم در جدول شماره ۱ آمده است.

در قسمت یافته‌ها، ابتدا با استفاده از داده‌های استخراج‌شده از پرسش‌نامه، به توصیف ویژگی‌های نمونه پرداخته شد. سپس رابطه دو متغیره سواد سلامت و عادت‌های غذایی سالم آزمون شد. درنهایت با استفاده از تکنیک تحلیل رگرسیون خطی چندمتغیره، تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته بررسی شد. برای این آزمون‌ها از بسته نرم‌افزاری SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد. اعتبار و پایایی پرسش‌نامه این مطالعه نیز مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. اعتباریابی با روش محتوایی از نوع صوری موردبررسی قرار گرفت و تأیید متخصصان ذی‌ربط را به دنبال داشت. پایایی نیز با روش آلفای کرونباخ بررسی و تأیید شد. کمیت آلفای کرونباخ برای مفاهیم مورداستفاده بیش از ۰/۷ به دست آمد که بیانگر سازگاری درونی گویه‌های مورد استفاده بود.

یافته‌ها

یافته‌های جدول شماره ۲ نشان می‌دهد بیشتر پاسخگویان (۴۷/۳ درصد) ۱۵ تا ۲۹ ساله بوده‌اند. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد اکثریت پاسخگویان را مردان، هرگز ازدواج نکرده‌ها، افراد با تحصیلات دانشگاهی، شاغل، شیعه مذهب، فارس‌زبان و متعلقان به طبقه متوسط روبه پایین تشکیل داده‌اند.

یافته‌های جدول شماره ۳ گویای آن است که سواد سلامت حدود ۵۳ درصد نمونه در سطح متوسط قرار دارد. حدود ۳۷ درصد پاسخگویان نیز عادت‌های غذایی سالم را در سطح زیاد رعایت می‌کنند.

جدول ۱. گویه‌های مورداستفاده برای سنجش مفاهیم سواد سلامت و عادت‌های غذایی سالم

گویه‌های سواد سلامت	گویه‌های عادت‌های غذایی سالم
آیا می‌توانید راه‌های مختلفی برای کاهش استرس یا خستگی خود بیابید؟	آیا به موقع غذا می‌خورید؟
آیا می‌توانید فعالیت‌های ذهنی مفیدی را انجام دهید که بهزیستی شما را ارتقا دهد؟	آیا یک وعده غذایی را آرام و بدون عجله می‌خورید؟
آیا از اهمیت چکاپ‌های پزشکی و بهداشتی آگاه هستید؟	آیا در پرهیز از پرخوری خوب عمل می‌کنید؟
آیا توصیه‌های خانواده و دوستان خود را در مورد ارتقای سلامت خود رعایت می‌کنید؟	آیا سعی می‌کنید غذاهای ناسالم که از نظر تغذیه‌ای ضعیف هستند را زیاد استفاده نکنید؟
آیا به‌طور کامل تأثیر رفتارهای روزانه خود را بر سلامتی خود درک می‌کنید؟	آیا سعی می‌کنید غذاهای شیرین را زیاد نخورید؟
آیا می‌توانید اطلاعاتی را که برای پیشگیری از بیماری‌ها مفید است مورد ارزیابی و داوری قرار دهید؟	آیا سعی می‌کنید غذاهای پرچرب را زیاد نخورید؟

جدول ۲. مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه موردمطالعه

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی		درصد معتبر
سن	۱۸–۲۹	۱۷۷(۴۷/۳)
	۳۰–۳۹	۷۴(۱۹/۸)
	۴۰–۴۹	۵۰(۱۳/۴)
	۵۰–۵۹	۳۸(۱۰/۲)
	≤۶۰	۳۵(۹/۴)
جنس	مرد	۱۹۶(۵۱/۰)
	زن	۱۸۸(۴۹/۰)
وضعیت تأهل	هرگز ازدواج‌نکرده	۱۸۶(۴۸/۹)
	مطلقه	۲۰(۵/۳)
	بیوه	۱۳(۳/۴)
	دارای همسر	۱۶۱(۴۲/۴)
تحصیلات	بیسواد	۷(۱/۸)
	ابتدایی	۱۴(۳/۶)
	راهنمایی	(۵/۷)
	متوسطه	۲۲(۳۲/۰)
	دانشگاهی	۲۱۸(۵۶/۸)
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۷۳(۴۵/۱)
	بیکار	۵۸(۱۵/۱)
	خانه‌دار	۵۵(۱۴/۳)
	بازنشسته	۴۱(۱۰/۷)
	دانشجو	۵۷(۱۴/۸)
قومیت	فارس	۲۵۸(۶۷/۷)
	کرد	۱۷(۴/۵)
	لر	۳۳(۸/۷)
	عرب	۲۲(۵/۸)
	ترک	۴۳(۱۱/۳)
	سایر	۸(۲/۱)
مذهب	شیعه	۳۵۱(۹۳/۴)
	سُنی	۱۴(۳/۷)
	سایر	۱۱(۲/۹)

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی		درصد معتبر
تعلق طبقاتی	بالا	۱۸(۴/۷)
	متوسط رو به بالا	۳۶(۹/۵)
	متوسط	۱۲۳(۳۲/۴)
	متوسط رو به پایین	۱۳۳(۳۵/۰)
	پایین	۷۰(۱۸/۴)

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قـــم

طبق داده‌های جدول شماره ۴ که میزان همبستگی بین سواد سلامت و عادت‌های غذایی سالم را نشان می‌دهد، می‌توان گفت بین این دو متغیر یک همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد. درواقع، افزایش سواد سلامت با افزایش عادت‌های غذایی سالم همراه است. برای بررسی تأثیر متغیرهای مستقل بر عادت‌های غذایی سالم از رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد.

اطلاعات جدول شماره ۵ نشان می‌دهد در مدل ۱ فقط سواد سلامت وارد معادله رگرسیون شده است. در مدل ۲ متغیر وضعیت تأهل و در مدل ۳ متغیر سطح تحصیلات نیز وارد معادله رگرسیون شده‌اند.

یافته‌های مدل نهایی نشان می‌دهد افزایش سواد سلامت به‌طور معنی‌داری عادت‌های غذایی سالم را افزایش می‌دهد. یافته‌ها همچنین گویای آن است که عادت‌های غذایی سالم در بین افراد مجرد نسبت به افراد دارای همسر و نیز افراد بی‌سواد نسبت به افراد با تحصیلات دانشگاهی به‌طور معنی‌داری کمتر است. مدل نهایی این تحقیق توانسته است ۲۸ درصد از تغییرات واریانس عادت‌های غذایی سالم را تبیین کند.

بحث

سواد سلامت مؤلفه مهمی در افزایش توانایی فرد برای مشارکت

جدول ۳. توزیع پاسخگویان برحسب سطح سواد سلامت و عادت‌های غذایی سالم

متغیر		درصد معتبر
سواد سلامت	کم	۴۸(۱۲/۶)
	متوسط	۲۰۰(۵۲/۶)
	زیاد	۱۳۲(۳۴/۷)
عادت‌های غذایی سالم	کم	۵۸(۱۵/۳)
	متوسط	۱۸۱(۴۷/۶)
	زیاد	۱۴۱(۳۷/۱)

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قـــم

جدول ٤. همبستگی سواد سلامت و عادت‌های غذایی سالم

متغیر	طبقات
مقدار همبستگی	۰/۴۹۲
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰
تعداد نمونه	۳۸۰

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قـــم

جدول ۵. تحلیل رگرسیون تأثیر متغیرهای مستقل تحقیق بر عادت‌های غذایی سالم

مدل	متغیر	ضریب تعیین تعدیل‌شده	ضرایب استانداردنشده	ضرایب استانداردشده	Std. Error	t	P
			B	Beta			
مدل ۱	سواد سلامت	۰/۲۳۷	۰/۵۲۶	۰/۴۸۹	۰/۰۵۰	۱۰/۶۱۲	<۰/۰۰۱
مدل ۲	سواد سلامت	۰/۲۶۳	۰/۵۱۵	۰/۴۷۹	۰/۰۴۹	۱۰/۵۵۴	<۰/۰۰۱
	هرگز ازدواج نکرده (مرجع: دارای همسر)		−۱/۸۰۴	−۰/۱۶۸	۰/۴۸۸	−۳/۶۹۶	<۰/۰۰۱
مدل ۳	سواد سلامت	۰/۲۸۰	۰/۵۰۷	۰/۴۷۱	۰/۰۴۸	۱۰/۴۹۹	<۰/۰۰۱
	هرگز ازدواج نکرده (مرجع: دارای همسر)		−۱/۸۹۱	−۰/۱۷۶	۰/۴۸۳	−۳/۹۱۶	<۰/۰۰۱
	بی‌سواد (مرجع: دانشگاهی)		−۵/۴۷۵	−۰/۱۴۰	۱/۷۴۹	−۳/۱۳۱	۰/۰۰۲

مجله
دانشگاه علوم پزشکی قـــم

در فعالیت‌های ارتقای سلامت است و در هنگام جست‌وجوی اطلاعات سلامت، نقش مهمی در پیشگیری از آسیب‌ها ایفا می‌کند. سواد سلامت به توانایی افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات اولیه بهداشتی و خدمات موردنیاز برای تصمیم‌گیری سلامت اشاره دارد و همین‌طور سواد سلامت ابزار مهمی برای توانمندسازی جامعه تلقی می‌شود.

سازمان بهداشت جهانی[1]، سواد سلامت را یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی و به کشورهای جهان توصیه کرده است. سواد سلامت هم‌اکنون به‌عنوان مسئله و بحث جهانی معرفی شده و به‌دلیل نقش مهم آن بر نحوه تصمیم‌گیری اشخاص در زمینه‌های مرتبط با سلامت به‌عنوان یکی از ابزارهای اساسی به‌منظور ارتقای سطح سلامت جامعه و بالابردن کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد توجه قرار گرفته است [۱۳، ۱۴]. سواد سلامت مؤلفه مهمی در افزایش توانایی فرد برای مشارکت در فعالیت‌های ارتقای سلامت است و در هنگام جست‌وجوی اطلاعات سلامت نقش مهمی در پیشگیری از آسیب‌ها ایفا می‌کند. درواقع نقش سواد سلامت در کنار شاخص توده بدنی، به‌عنوان عاملی تعیین‌کننده در چاقی دوران کودکی و بزرگسالی شناخته شده است [۱۵].

این مطالعه با روش پیمایش و ابزار پرسش‌نامه در بین جمعیت بزرگسال شهر شیراز در سال ۱۴۰۲ انجام شد. برای این منظور تعداد ۳۸۴ نفر از جامعه آماری با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای پیمایش شدند. اکثریت پاسخگویان را جوانان، مردان، شیعه مذهب‌ها و فارس زبان تشکیل دادند. سواد سلامت و عادت‌های غذایی سالم در بین اکثریت نمونه در سطح متوسط قرار داشت. این یافته بیانگر آن است که رسیدن به وضعیت ایدئال، نیازمند برنامه‌ریزی است. به‌عبارتی هنوز بخش قابل‌توجهی از جمعیت از آگاهی کافی و رفتارهای سالم در زمینه سواد سلامت و عادت‌های غذایی سالم برخوردار نیستند. یافته مذکور با نتایج برخی مطالعات قبلی در ایران [۱۶] که پایین بودن وضعیت سواد و رفتارهای سالم غذایی را نشان داده‌اند هماهنگ است. همبستگی سواد سلامت و عادت‌های غذایی سالم نیز مثبت و معنی‌دار بود. یافته فوق‌الذکر را می‌توان مشابه نتایج برخی مطالعات دیگر [۱۷-۲۰] دانست. این نتایج نشان می‌دهند افراد با سواد سلامت بالاتر، تمایل بیشتری به پیروی از عادت‌های غذایی سالم دارند. سواد سلامت می‌تواند افراد را در اتخاذ تصمیمات بهتری در زمینه تغذیه هدایت کند. این امر ممکن است به‌دلیل افزایش آگاهی افراد در مورد تأثیر رژیم غذایی بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها باشد.

تحصیلات از دیگر متغیرهای جمعیتی‌اجتماعی مؤثر بر عادت‌های غذایی سالم بود. یافته مذکور را می‌توان هماهنگ با برخی مطالعات قبلی [۲۱-۲۴] دانست. درواقع، تحصیلات به‌عنوان یک عامل اجتماعی-اقتصادی، نقش مهمی در شکل‌دهی رفتارهای تغذیه‌ای افراد دارد. افراد با تحصیلات بالاتر ممکن است از منابع اطلاعاتی بیشتری برخوردار باشند و به‌راحتی به اطلاعات علمی و پزشکی در مورد تغذیه و سلامتی دسترسی پیدا کنند. این دسترسی به اطلاعات می‌تواند تأثیر زیادی در اتخاذ تصمیمات درست در زمینه تغذیه و جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های مرتبط با عادت‌های غذایی ناسالم داشته باشد.

نتیجه‌گیری

باتوجه‌به تأثیر معنی‌دار تحصیلات بر عادت‌های غذایی سالم باید متذکر شد که شناسایی افراد بی‌سواد و آموزش آن‌ها در این زمینه از اهمیت غیرقابل‌انکاری برخوردار است. باتوجه‌به تأثیر قابل‌توجه سواد سلامت بر عادت‌های غذایی سالم، لحاظ کردن موارد فوق در سیاست‌های سلامت در ایران بسیار حائز اهمیت است. با اولویت دادن به افزایش سواد سلامت، سیاست‌گذاران

1. World Health Organization (WHO)

می‌توانند به‌طور مؤثر رفتارهای غذایی سالم‌تر را در جامعه شیوع دهند. توصیه می‌شود اجرای دوره‌های آموزشی هدفمند با تأکید ویژه بر افزایش سواد سلامت در دستور کار مسئولان مربوطه قرار گیرد. همه موارد فوق‌الذکر درنهایت افزایش سطح عمومی سلامت جامعه را درپی خواهد داشت. به‌عبارت‌دیگر، سیاست‌گذاران و مسئولان بهداشتی می‌توانند با اولویت دادن به ارتقای سواد سلامت و طراحی برنامه‌های هدفمند آموزشی، گامی مؤثر در جهت بهبود عادت‌های غذایی سالم در جامعه بردارند. برگزاری دوره‌های آموزشی و کارگاه‌های ویژه برای گروه‌های مختلف سنی و اجتماعی، به‌ویژه برای اقشار کم‌درآمد و افراد با سطح سواد پایین، می‌تواند به شیوع رفتارهای غذایی سالم‌تر کمک کند. درنهایت، این مداخلات می‌توانند به افزایش سطح عمومی سلامت جامعه منجر شوند و هزینه‌های درمانی را کاهش دهند.

از محدودیت‌های این تحقیق آن بود که فقط در شهر شیراز انجام شده است و نتایج ممکن است قابل‌تعمیم به سایر شهرها و مناطق جغرافیایی کشور نباشد. همچنین متغیرهای مداخله‌گر مانند عوامل فرهنگی، محیطی و خانوادگی در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین می‌توان پیشنهاد داد مطالعات مشابه در سایر شهرها و مناطق ایران با تنوع فرهنگی و اقتصادی متفاوت انجام شود تا امکان تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزایش یابد. ترکیب روش‌های کیفی و کمی می‌تواند درک عمیق‌تری از عوامل مؤثر بر سواد سلامت و عادت‌های غذایی سالم فراهم کند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده بر عوامل فرهنگی، محیطی، خانوادگی و روان‌شناختی نیز تأکید داشته باشند. طراحی و اجرای مطالعات مداخله‌ای با هدف ارتقای سواد سلامت و سنجش تأثیر آن بر بهبود عادت‌های غذایی سالم می‌تواند در ارائه راهکارهای عملی کمک کند. انجام پژوهش‌های طولی می‌تواند روند تغییرات سواد سلامت و عادت‌های غذایی را در طول زمان بررسی و تحلیل کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه کد اخلاق پژوهش (IR.SUMS.REC.1399.1090) را از دانشگاه علوم پزشکی شیراز دریافت کرده است.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به‌طور یکسان در مفهوم و طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج و تهیه پیش‌نویس مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمام مشارکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

[1] Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12:80. [DOI:10.1186/1471-2458-12-80] [PMID]

[2] Hemati M, Akbartabar Toori M, Shams M, Behroozpour A, Rezaei A. [Measuring nutritional literacy in elementary school teachers in Yasuj: A cross-sectional study (Persian)]. Armaghan-e-Danesh. 2018; 23(1):124-33. [Link]

[3] Nutbeam D, Levin-Zamir D, Rowlands G. Health literacy and health promotion in context. Glob Health Promot. 2018; 25(4):3-5. [DOI:10.1177/17579759188144]

[4] Powers BJ, Trinh JV, Bosworth HB. Can this patient read and understand written health information?. JAMA. 2010; 304(1):76-84. [DOI:10.1001/jama.2010.896] [PMID]

[5] Truman E, Lane D, Elliott C. Defining food literacy: A scoping review. Appetite. 2017; 116:365-71. [DOI:10.1016/j.appet.2017.05.007] [PMID]

[6] Bellotti B. Food literacy: Reconnecting the city with the country. Agric Sci. 2010; 22(3):29-34. [Link]

[7] Vidgen HA. Food literacy: What is it and does it influence what we eat ? [PhD dissertation]. Brisbane: Queensland University of Technology; 2014. [Link]

[8] Wardle J, Parmenter K, Waller J. Nutrition knowledge and food intake. Appetite. 2000; 34(3):269-75. [DOI:10.1006/appe.1999.0311] [PMID]

[9] Eshaghi SR, Babak A, Manzori L, Marasi MR. [The nutritional status of the elderly and their associated factors in Isfahan (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2007; 2(3):340-5. [Link]

[10] Mirfardi A, Salehi M, Dalal Rahmani M. [An introduction to the sociology of nutrition (Persian)]. Shiraz: Shiraz University Press; 2022. [Link]

[11] Sponselee HCS, Kroeze W, Poelman MP, Renders CM, Ball K, Steenhuis IHM. Food and health promotion literacy among employees with a low and medium level of education in the Netherlands. BMC Public Health. 2021; 21(1):1273. [DOI:10.1186/s12889-021-11322-6] [PMID]

[12] Sogari G, Velez-Argumedo C, Gómez M. I, Mora C. College students and eating habits: A study using an ecological model for healthy behavior. Nutrients. 2018; 10(12):1823. [DOI:10.3390/nu10121823] [PMID]

[13] Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? Health Promot Int. 2009; 24(3):285-96. [DOI:10.1093/heapro/dap014] [PMID]

[14] Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. J Gen Intern Med. 2005; 20(2):175-84. [DOI:10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x] [PMID]

[15] Mokhtari Molaei S, Sadeghi R, Tol A, Sabouri M, Saadat Gharin S, Rahimi Foroushani A. [Associations between food preferences, health literacy and body mass index among primary school students in Malekan County, Iran (Persian)]. J Sch Public Health Inst Public Health Res. 2022; 20(3):279-94. [Link]

[16] Mohsen H, Sacre Y, Hanna-Wakim L, Hoteit, M. Nutrition and food literacy in the MENA region: A review to inform nutrition research and policy makers. Int J Environ Res Public Health. 2022; 19(16):10190. [DOI:10.3390/ijerph191610190] [PMID]

[17] Poelman MP, Dijkstra SC, Sponselee H, Kamphuis CBM, Battjes-Fries MCE, Gillebaart M, et al. Towards the measurement of food literacy with respect to healthy eating: The development and validation of the self-perceived food literacy scale among an adult sample in the Netherlands. Int J Behav Nutr Phys Act. 2018; 15(1):54. [DOI:10.1186/s12966-018-0687-z] [PMID]

[18] Na Y, Cho MS. Development of a tool for food literacy assessment for young adults: Findings from a Korean validation study. Asia Pac J Clin Nutr. 2020; 29(4):876-82. [Link]

[19] Lee SL, Lee SH. Survey on health-related factors, nutrition knowledge and food habits of college students in Wonju area. Korean J Community Nutr. 2015; 20(2):96-108. [DOI:10.5720/kjcn.2015.20.2.96]

[20] Vidgen H. Food Literacy: Key concepts for health and education. London, UK: Routledge; 2016. [DOI:10.4324/9781315708492]

[21] Drichoutis AC, Lazaridis P, Nayga Jr RM. Nutrition knowledge and consumer use of nutritional food labels. Eur Rev Agric Econ. 2005; 32(1):93-118. [DOI:10.1093/erae/jbi003]

[22] Naghashpour M, Mansouri S, Vadizadeh A, Cheraghian B, Fallahi R, Vaziri F. Determinants of nutritional knowledge, attitude, and practice among southwestern Iranian households: A community-based study. Nutr Health. 2020; 26(2):93-102. [DOI:10.1177/0260106020905419] [PMID]

[23] Barufaldi LA, Abreu Gde A, Oliveira JS, dos Santos DF, Fujimori E, Vasconcelos SM, et al. ERICA: Prevalence of healthy eating habits among Brazilian adolescents. Rev Saude Publica. 2016; 50 Suppl 1(Suppl 1):6s. [PMID]

[24] Jovičić AĐ. Healthy eating habits among the population of Serbia: gender and age differences. J Health Popul Nutr. 2015; 33(1):76-84. [PMID]