

رابطه مؤلفه‌های سواد غذایی و عادات‌های غذایی سالم در بین جمعیت بزرگسال شهر شیراز

سراج‌الدین محمودیانی^{۱*}، مجید موحد مجد^۲، حدیثه محمدی‌ها^۳

۱- دانشیار، گروه جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۲- استاد، گروه جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۳- کارشناس ارشد، گروه جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

*نویسنده رابط: serajmahmoudiani@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۵/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: عادات‌های غذایی سالم از اهمیت‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت افراد در دنیای امروز است. بی‌تردید سواد غذایی و مؤلفه‌های آن از متغیرهای تأثیرگذار بر عادات‌های غذایی است. این مطالعه به دنبال بررسی رابطه دانش غذایی، مهارت غذایی، تاب‌آوری و عادات‌های غذایی سالم در بین جمعیت بزرگسال شهر شیراز بود.

روش کار: برای این منظور با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای و پرسشنامه تعداد ۳۸۴ نفر از جمعیت بزرگسال شهر شیراز با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای در سال ۱۴۰۲ پیمایش شد. سواد غذایی در برگزیده مؤلفه‌های دانش، مهارت و تاب‌آوری بود. مؤلفه‌های فوق با استفاده از پرسشنامه استاندارد و ۱۴ گویه سنجش شد. مقیاس استفاده شده برای سنجش عادات غذایی سالم شامل ۶ گویه بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS 27 استفاده شد.

نتایج: دانش غذایی، مهارت غذایی، تاب‌آوری و عادات‌های غذایی سالم اکثریت نمونه در سطح متوسطی قرار دارد. تحلیل چندمتغیره نشان داد که افزایش سن به افزایش معنی‌دار عادات‌های غذایی سالم می‌انجامد. عادات‌های غذایی سالم در بین افراد دانشگاهی به‌طور معنی‌داری بیشتر از افراد بی‌سواد بود. دانش غذایی و تاب‌آوری به‌ترتیب بیشترین تأثیر معنی‌دار را بر عادات‌های غذایی سالم داشتند.

نتیجه‌گیری: هدف این تحقیق بررسی رابطه مؤلفه‌های سواد غذایی و عادات‌های غذایی سالم در بین جمعیت بزرگسال شهر شیراز بود. دانش غذایی و تاب‌آوری اثر معنی‌دار بر عادات‌های غذایی سالم داشتند. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که باید اجرای دوره‌های آموزشی هدفمند، با تأکید ویژه بر ارتقای دانش و مهارت غذایی در دستور کار مسئولان ذی‌ربط قرار گیرد. ارتقاء سواد غذایی می‌تواند افزایش عادات‌های غذایی سالم و در نهایت افزایش سطح عمومی سلامت جامعه را به همراه داشته باشد.

واژگان کلیدی: دانش غذایی، مهارت غذایی، تاب‌آوری، عادات‌های غذایی، سواد غذایی

مقدمه

منظور از رفتار و عادات غذایی همان نحوه مصرف غذا است که در سال‌های اول زندگی تکامل می‌یابد (۳). رفتار غذایی پیچیده است و افراد در طول روز صدها تصمیم در مورد رژیم غذایی خود می‌گیرند که تحت تأثیر عوامل محرک مانند عوامل فردی، اجتماعی، فرهنگی، طبیعی، محیطی و اقتصادی قرار دارند. اینکه افراد چه چیزی و چه مقدار می‌خورند تأثیر بسزایی بر سلامتی آنها دارد (۲).

تغذیه یکی از اجزای اصلی ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری است. تغذیه اصل مهم در برقراری سبک زندگی سالم و پیشگیری از عوامل اصلی بیماری‌های شایع مانند دیابت و بیماری‌های قلبی عروقی است (۱). رفتار غذایی یک اصطلاح گسترده است که انتخاب‌ها و انگیزه‌های غذایی، شیوه‌های تغذیه، رژیم غذایی و مشکلات مربوط به غذا مانند چاقی، اختلالات تغذیه را در برمی‌گیرد (۲).

از زمان پیدایش واژه سواد غذایی، تعاریف مختلفی در ادبیات بیان شده است. اگرچه بیشتر تعاریف شامل یک جزء از مهارت‌های تغذیه و غذایی است، اما تنوع زیادی در نحوه دسترسی، پردازش و لذت بردن از غذا توسط سیستم غذایی پیچیده وجود دارد (۱۱). سواد غذایی به عنوان اصطلاحی برای توصیف فعالیت‌های روزانه مرتبط با تغذیه سالم پدیدار شد. این اصطلاح به طور فزاینده‌ای در سیاست، عمل، تحقیقات و توسط عموم استفاده می‌شود. ولی هیچ درک مشترکی از معنای آن وجود ندارد، از انتخاب، آماده سازی و خوردن برای ایجاد تعاریفی از اصطلاح سواد غذایی استفاده می‌شود (۱۲).

الگوی مصرف غذایی در بیشتر کشورها، نژادها، جنس‌ها، طبقات اجتماعی، فرهنگ‌های مختلف و مناطق جغرافیایی با هم متفاوت هستند (۱۳). الگوی مصرف مواد غذایی در جهان در دستیابی به سیستم‌های غذایی پایدار، امنیت مواد غذایی و توسعه پایدار نقش حیاتی دارد (۱۴). بر اساس نقشه جهانی امنیت غذایی، کشورها در طیف بسیار پرخطر، پرخطر، باخطر متوسط و کم خطر قرار گرفتند. مطالعه‌ای در شمال ایران نشان داده است که این منطقه از ایران در وضعیت پرخطر قرار دارد (۱۵). مطالعه‌ای دیگر در میان بزرگسالان شهر تهران نشان داده است که این افراد ۲۰٪ آهن مورد نیاز و ۳۵٪ از کلسیم مورد نیاز خود را از رژیم غذایی دریافت نمی‌کنند (۱۶). با توجه به مطالب فوق این مطالعه بر آن است که رابطه مؤلفه‌های مختلف سواد غذایی یعنی دانش، مهارت و تاب‌آوری را با عادت‌های غذایی سالم را در بین جمعیت بزرگسال شهر شیراز بررسی کند.

روش کار

مطالعه از نوع کمی است و با روش پیمایش انجام شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر ساکنان ۱۸ سال و بالاتر شهر شیراز است که تعداد آن بر اساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ برابر با ۱۱۹۵۹۹۱ نفر بوده است. برای به دست آوردن حجم نمونه از کل جامعه

سواد سلامت مؤلفه مهمی در افزایش توانایی فرد برای مشارکت در فعالیت‌های ارتقاء سلامت است و در هنگام جستجوی اطلاعات سلامت نقش مهمی در پیشگیری از آسیب‌ها ایفا می‌کند (۴). سواد سلامت به توانایی افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات اولیه بهداشتی و خدمات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری سلامت اشاره دارد. سواد سلامت ابزار مهمی برای توانمندسازی جامعه تلقی می‌شود (۵). فرآیند سواد سلامت می‌تواند به عنوان بخشی از توسعه افراد به سمت بهبود کیفیت زندگی دیده شود. در جامعه، سواد سلامت به عدالت و پایداری تغییرات در بهداشت عمومی می‌انجامد (۶).

سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی و به کشورهای جهان توصیه کرده است (۷). سواد سلامت هم‌اکنون به عنوان مسئله و بحث جهانی معرفی شده و به دلیل نقش مهم آن بر نحوه تصمیم‌گیری اشخاص در زمینه‌های مرتبط با سلامت به عنوان یکی از ابزارهای اساسی به منظور ارتقاء سطح سلامت جامعه و بالابردن کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد توجه قرار گرفته است (۸). سواد غذایی یکی از زیر شاخه‌های سواد سلامت است. سواد غذایی را می‌توان ظرفیت افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات پایه‌ای تغذیه‌ای تعریف کرد. سواد غذایی فراتر از داشتن مهارت‌های پایه خواندن و نوشتن است و مهارت‌هایی را که باید توسط افراد کسب شود تا بتوانند اطلاعات غالباً پیچیده در مورد غذاها و مواد مغذی را درک و تفسیر کنند شامل می‌گردد. سواد غذایی در سه سطح کاربردی، تعاملی و انتقادی تقسیم‌بندی می‌شود (۹). همچنین سواد تغذیه‌ای حول چهار بخش پایه، علمی، مدنی و فرهنگی ایجاد می‌شود (۱۰).

سواد غذایی به عنوان الگو و دانش مهارت‌های عملی غذایی است که شامل برنامه‌ریزی، مدیریت، انتخاب، تهیه و خوردن غذا است. هدف برنامه‌های سواد غذایی، بهبود وضعیت امنیت غذایی با ایجاد خودکارآمدی و مهارت در پخت‌وپز و بودجه‌بندی است (۳).

نتایج

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشتر پاسخگویان (۴۷/۳٪) ۱۸ تا ۲۹ ساله بوده‌اند. میانگین سن برابر با ۳۵/۴ سال بوده است. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که ۵۱٪ پاسخگویان مرد و حدود ۴۹٪ نیز هرگز ازدواج نکرده بوده‌اند. حدود ۵۷٪ جمعیت پیمایش شده دارای تحصیلات دانشگاهی و حدود ۴۵٪ نیز شاغل بوده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که اکثریت پاسخگویان شیعه مذهب (۹۳/۴) و فارس زبان (۶۷/۷) بوده‌اند. ۳۵٪ نمونه خود را به طبقه متوسط روبه پایین متعلق دانسته‌اند. اطلاعات جدول ۲ گویای آن است که دانش غذایی پاسخگویان (حدود ۵۱٪) و مهارت غذایی (۴۵/۱٪) در سطح متوسط قرار دارد. تاب-آوری یا توانایی کنترل حدود ۴۶٪ پاسخگویان نیز در سطح متوسط قرار دارد که بیشترین نسبت را به خود اختصاص داده است. حدود ۳۷٪ پاسخگویان عادت‌های غذایی سالم را در سطح زیاد رعایت می‌کنند.

اطلاعات مندرج در ۳ نشان می‌دهد که با افزایش سن عادت‌های غذایی سالم نیز به‌طور معنی‌داری افزایش می‌یابد. یافته‌های همچنین گویای آن است که عادت‌های غذایی سالم افراد بی‌سواد به‌طور معنی‌داری کمتر از افراد با تحصیلات دانشگاهی است. ترک‌ها نیز به‌طور معنی‌داری کمتر از فارس‌زبانان از عادت‌های غذایی سالم برخوردارند. افزایش دانش غذایی و تاب‌آوری به افزایش معنی‌دار عادت‌های غذایی سالم می‌انجامد. این دو متغیر به ترتیب با ضرایب استاندارد ۰/۳۳۳ و ۰/۳۲۴ بیشترین تأثیر را بر عادت‌های غذایی سالم داشته‌اند. در مجموع مدل این تحقیق توانسته است که ۴۱/۹٪ از تغییرات واریانس متغیر عادت‌های غذایی سالم را تبیین کند.

بحث

عادت‌های غذایی بر سلامت افراد مؤثر است که خود می‌تواند از عوامل زیادی تأثیر پذیرد. سواد غذایی را می‌توان یکی از تعیین‌کننده‌های عادت‌های غذایی سالم به‌شمار آورد. این مطالعه با روش پیمایش و ابزار پرسشنامه در بین

آماری از فرمول کوکران استفاده شده است. برای این منظور با در نظر گرفتن ۵٪ خطا، حجم نمونه ۳۸۴ نفر برآورد شد که به ۴۰۰ نفر افزایش یافت. 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 محله‌هایی که به‌طور تصادفی انتخاب شدند، پرسشنامه‌ها تکمیل شد. بخش اول پرسشنامه بر ارزیابی سواد غذایی پاسخ دهندگان متمرکز بود که از پرسشنامه‌های موجود در این زمینه استفاده شده است (۱۷، ۱۸). سواد غذایی در برگرفته مؤلفه‌های دانش غذایی، مهارت غذایی و تاب‌آوری یا توانایی کنترل است. هر یک از مؤلفه‌های مذکور به‌ترتیب توسط ۵، ۵ و ۴ گویه سنجش شده است.

بخش دوم پرسشنامه بر ارزیابی عادت‌های غذایی سالم پاسخ دهندگان متمرکز است که برای این منظور از مقیاس‌های استاندارد (۱۹) بهره برده شد. مقیاس استفاده شده برای سنجش عادت‌های غذایی سالم شامل ۶ گویه می‌باشد. هدف این بخش جمع‌آوری اطلاعات در مورد انتخاب‌های رژیم غذایی، الگوها و رفتارهای مرتبط با مصرف مواد غذایی است. متغیرهای ذکر شده در بالا با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند و به پاسخ‌دهندگان این امکان را داد تا پاسخ‌های خود را بر اساس آن رتبه‌بندی کنند. بخش پایانی پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، مذهب، قومیت و تعلق طبقاتی) بود تا درک جامعی از شرکت کنندگان ارائه شود. تجزیه و تحلیل در دو بخش توصیفی و تبیینی ارائه شده است. در بخش اول با استفاده از داده‌های استخراج شده از پرسشنامه، به توصیف ویژگی‌های نمونه پرداخته خواهد شد. در تحلیل استنباطی نیز با تکنیک تحلیل رگرسیون خطی چندمتغیره و با کمک بسته نرم‌افزاری SPSS 27 به بررسی تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته مبادرت خواهد شد.

بهبود عادات غذایی سالم باید بر روی عوامل فوق متمرکز شد. با توجه به تأثیر قابل توجه دانش و مهارت غذایی بر عادات غذایی سالم افراد که در این مطالعه آشکار شد، گنجاندن موارد فوق در سیاست‌های سلامت در ایران بسیار مهم است. با اولویت دادن به توسعه دانش و مهارت غذایی، سیاست‌گذاران می‌توانند به‌طور موثر رفتارهای غذایی سالم-تر را ترویج و حمایت کنند. توصیه می‌شود که اجرای دوره-های آموزشی هدفمند با تأکید ویژه بر ارتقای دانش و مهارت غذایی در دستور کار قرار گیرد. این برنامه‌های آموزشی می‌تواند افراد را با دانش و مهارت‌های لازم برای تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد تغذیه و سلامت کلی خود توانمند کند. با فراهم کردن فرصت‌ها و منابع آموزشی که بر این حوزه‌ها تمرکز دارند، افراد می‌توانند برای انتخاب غذای سالم‌تر و داشتن سبک زندگی متعادل‌تر توانمند شوند. این تلاش‌ها باید توسط ذی‌نفعان مربوطه حمایت شود و در استراتژی‌های ارتقای سلامت گسترده‌تر گنجانده شود تا تأثیر مثبتی بر سلامت و رفاه کلی جمعیت داشته باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدینوسیله مراتب تشکر خود را از تمام افرادی که در پیمایش حاضر همکاری داشتند اعلام می‌دارند. این مطالعه ذیل کد اخلاق (IR.SUMS.REC.1399.1090) از سوی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده است.

جمعیت بزرگسال شهر شیراز در سال ۱۴۰۲ انجام شد. برای این منظور تعداد ۳۸۴ نفر از جامعه آماری با روش نمونه-گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای پیمایش شدند. یافته‌ها نشان داد که اکثریت پاسخگویان را جوانان، مردان، شیعه مذهب و فارس زبان تشکیل می‌دهند. تحلیل داده‌ها نشان داد که دانش غذایی، مهارت غذایی، تاب‌آوری و عادات‌های غذایی سالم در بین اکثریت نمونه در سطح متوسط قرار دارد. این یافته بیانگر آن است که تا وضعیت ایده‌آل و رسیدن به سطوح بالاتر موارد فوق نیازمند برنامه‌ریزی است. به‌عبارتی هنوز بخش قابل توجهی از جمعیت برخوردار از آگاهی کافی و رفتارهای سالم در زمینه دانش و عادات غذایی سالم نیستند. این یافته با نتایج برخی مطالعات قبلی در ایران مطابقت دارد (۲۱). تحلیل رگرسیون چندمتغیره از آن حکایت داشت که دانش غذایی و تاب‌آوری بیشترین تأثیر معنی‌دار را بر عادات‌های غذایی سالم افراد دارند. یافته فوق-الذکر را می‌توان مشابه نتایج برخی مطالعات دیگر (۱۷، ۱۸، ۲۰ و ۲۲) دانست. تحصیلات و سن نیز از متغیرهای زمینه‌ای بود که بر عادات‌های غذایی سالم اثرگذار بودند. تأثیر برخی از اطلاعات جمعیت‌شناختی نیز در مطالعات قبلی (۲۶-۲۳) نشان داده شده است.

نتیجه‌گیری

تجزیه و تحلیل چند متغیره نشان داد که اطلاعات جمعیت-شناختی افراد تأثیر قابل توجهی بر عادات غذایی سالم ندارند. در مقابل، دانش و مهارت بسیار مهم است. بنابراین برای

جدول ۱- توزیع پاسخگویان برحسب مشخصه های جمعیتی و اجتماعی آنها در مطالعه رابطه مؤلفه های سواد غذایی و عادت های

غذایی سالم در بین جمعیت بزرگسال شهر شیراز

| سن | تعداد | درصد معتبر |
|-------------------|-------|------------|
| ۲۹-۱۸ | ۱۷۷ | ۴۷/۳ |
| ۳۹-۳۰ | ۷۴ | ۱۹/۸ |
| ۴۹-۴۰ | ۵۰ | ۱۳/۴ |
| ۵۹-۵۰ | ۳۸ | ۱۰/۲ |
| ≥۶۰ | ۳۵ | ۹/۴ |
| جنس | | |
| مرد | ۱۹۶ | ۵۱/۰ |
| زن | ۱۸۸ | ۴۹/۰ |
| وضعیت تأهل | | |
| هرگز ازدواج نکرده | 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 | ۲۲ | ۵/۷ |
| متوسطه | ۱۲۳ | ۳۲/۰ |
| دانشگاهی | ۲۱۸ | ۵۶/۸ |
| وضعیت اشتغال | | |
| شاغل | ۱۷۳ | ۴۵/۱ |
| بیکار | ۵۸ | ۱۵/۱ |
| خانه دار | 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 |
| 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 |

جدول ۲- توزیع پاسخگویان برحسب مؤلفه‌های سواد غذایی و عادت‌های غذایی سالم در مطالعه رابطه مؤلفه‌های سواد غذایی و عادت‌های غذایی سالم در بین جمعیت بزرگسال شهر شیراز

| درصد معتبر | تعداد | دانش غذایی |
|---------------------------|-------|------------|
| ۲۵/۳ | ۹۷ | کم |
| ۵۰/۹ | ۱۹۵ | متوسط |
| ۲۳/۸ | ۹۱ | زیاد |
| مهارت غذایی | | |
| ۱۲/۹ | ۴۹ | کم |
| ۴۵/۱ | ۱۷۲ | متوسط |
| ۴۲/۰ | ۱۶۰ | زیاد |
| تاب‌آوری یا توانایی کنترل | | |
| ۳۲/۵ | ۱۲۴ | کم |
| ۴۵/۷ | ۱۷۴ | متوسط |
| ۲۱/۸ | ۸۳ | زیاد |
| عادت‌های غذایی سالم | | |
| ۱۵/۳ | ۵۸ | کم |
| ۴۷/۶ | ۱۸۱ | متوسط |
| ۳۷/۱ | ۱۴۱ | زیاد |

جدول ۳- تحلیل رگرسیون تأثیر متغیرهای مستقل بر عادت های غذایی سالم در بین نمونه در مطالعه رابطه مؤلفه های سواد غذایی و عادت های غذایی سالم در بین جمعیت بزرگسال شهر شیراز

| مدل | B | خطای استاندارد | ضریب بتا استاندارد | t | معنی داری |
|-------------------------------|--------|----------------|--------------------|--------|-----------|
| مقدار ثابت | ۴/۶۱۳ | ۱/۶۳۸ | | ۲/۸۱۷ | ۰/۰۰۵ |
| جنسیت (مرجع: مرد) | | | | | |
| زن | ۰/۱۵۶ | ۰/۵۱۸ | ۰/۰۱۵ | ۰/۳۰۱ | ۰/۷۶۴ |
| سن | ۰/۰۵۳ | ۰/۰۲۴ | ۰/۱۴۷ | ۲/۱۷۴ | ۰/۰۳۰ |
| وضعیت تأهل (مرجع: دارای همسر) | | | | | |
| هرگز ازدواج نکرده | ۰/۰۴۲ | ۰/۶۵۹ | ۰/۰۰۴ | ۰/۰۶۳ | ۰/۹۵۰ |
| مطلقه | ۲/۰۷۷ | ۱/۱۰۲ | ۰/۰۸۹ | ۱/۸۸۴ | ۰/۰۶۰ |
| بیوه | ۱/۲۵۴ | ۱/۲۸۰ | ۰/۰۴۳ | ۰/۹۷۹ | ۰/۳۲۸ |
| تحصیلات (مرجع: دانشگاهی) | | | | | |
| بی سواد | -۴/۸۳۳ | ۱/۶۸۲ | -۰/۱۲۸ | -۲/۸۷۳ | ۰/۰۰۴ |
| ابتدایی | ۱/۴۴۷ | ۱/۲۴۷ | ۰/۰۵۴ | ۱/۱۶۱ | ۰/۲۴۶ |
| راهنمایی | ۰/۵۰۰ | ۰/۹۸۲ | ۰/۰۲۳ | ۰/۵۰۹ | ۰/۶۱۱ |
| متوسطه | ۰/۰۸۶ | ۰/۵۱۵ | ۰/۰۰۸ | ۰/۱۶۷ | ۰/۸۶۷ |
| قومیت (مرجع: فارس) | | | | | |
| کُرد | -۰/۰۲۱ | ۱/۰۹۵ | -۰/۰۰۱ | -۰/۰۱۹ | ۰/۹۸۴ |
| لر | -۰/۰۱۳ | ۰/۸۳۹ | -۰/۰۰۱ | ۰/۰۱۶ | ۰/۹۸۷ |
| عرب | ۰/۷۳۶ | ۰/۹۶۵ | ۰/۰۳۲ | ۰/۷۶۳ | ۰/۴۴۶ |
| ترک | -۱/۵۲۲ | ۰/۷۲۲ | -۰/۰۹۱ | -۲/۱۰۸ | ۰/۰۳۶ |
| سایر | -۱/۲۹۹ | ۱/۵۰۱ | -۰/۰۳۷ | -۰/۸۶۶ | ۰/۳۸۷ |
| وضعیت اشتغال (مرجع: شاغل) | | | | | |
| بیکار | ۰/۳۴۸ | ۰/۶۸۵ | ۰/۰۲۴ | ۰/۵۰۷ | ۰/۶۱۲ |
| خانه دار | ۰/۰۷۸ | ۰/۷۸۹ | ۰/۰۰۵ | ۰/۰۹۹ | ۰/۹۲۱ |
| بازنشسته | -۰/۱۹۹ | ۰/۹۱۹ | -۰/۰۱۲ | -۰/۲۱۶ | ۰/۸۲۹ |
| دانشجو | -۰/۷۹۹ | ۰/۷۶۱ | -۰/۰۵۲ | -۱/۰۵۰ | ۰/۲۹۵ |
| مذهب (مرجع: شیعه) | | | | | |
| سنی | -۰/۵۲۴ | ۱/۲۲۳ | -۰/۰۱۹ | -۰/۴۲۹ | ۰/۶۶۸ |
| سایر | ۰/۱۹۹ | ۱/۳۰۰ | ۰/۰۰۷ | ۰/۱۵۳ | ۰/۸۷۹ |
| تعلق طبقاتی (مرجع: پایین) | | | | | |
| بالا | ۰/۳۰۲ | ۱/۲۱۲ | ۰/۰۱۲ | ۰/۲۴۹ | ۰/۸۰۳ |
| متوسط رو به بالا | ۰/۵۵۷ | ۰/۹۵۹ | ۰/۰۳۱ | ۰/۵۸۱ | ۰/۵۶۲ |
| متوسط | ۰/۸۲۲ | ۰/۷۲۹ | ۰/۰۷۲ | ۱/۱۲۸ | ۰/۲۶۰ |
| متوسط رو به پایین | ۰/۶۶۰ | ۰/۶۷۹ | ۰/۰۶۰ | ۰/۹۷۱ | ۰/۳۳۲ |
| دانش غذایی | ۰/۳۶۵ | ۰/۰۶۳ | ۰/۳۳۳ | ۵/۸۱۲ | ۰/۰۰۰ |
| مهارت غذایی | ۰/۰۸۹ | ۰/۰۶۵ | ۰/۰۶۸ | ۱/۳۶۰ | ۰/۱۷۵ |
| تاب آوری یا توانایی کنترل | ۰/۴۶۴ | ۰/۰۷۲ | ۰/۳۲۴ | ۶/۴۴۰ | ۰/۰۰۰ |
| ضریب تعیین تعدیل شده | | | ۰/۴۱۹ | | |

References

1. Pearson TA, Stone EJ, Grundy SM, McBride PE, Van Horn L, Tobin BW, NAA Collaborative Group. Translation of nutritional sciences into medical education: The Nutrition Academic Award Program. *The American journal of clinical nutrition*; 2001;74(2):164-70.
2. LaCaille L. Eating behavior. *Encyclopedia of behavioral medicine*. 2020:711-2
3. Begley A, Paynter E, Butcher LM, Dhaliwal SS. Examining the association between food literacy and food insecurity. *Nutrients*; 2019;11(2):445.
4. Mokhtari Melai S, Sadeghi R, Tal A, Sabouri M, Saadat Qurin S, Rahimi Forushani A. The relationship between food preferences, health literacy and body mass index in students of the second year of elementary school in Malekan city, *Quarterly Journal of the Faculty of Health and Health Research Institute*, 20(3): 294-279. [Persian]
5. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health promotion international*. 2022; 24(3):285-96.
6. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 2012; 12:1-3.
7. WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. World Health Organization, 2008.
8. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *Journal of general internal medicine*. 2005; 20(2):175-84.
9. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*. John Wiley & Sons, 2006.
10. Silk KJ, Sherry J, Winn B, Keesecker N, Horodyski MA, Sayir A. Increasing nutrition literacy: testing the effectiveness of print, web site, and game modalities. *Journal of nutrition education and behavior*. 2008;40(1):3-10.
11. Cullen T, Hatch J, Martin W, Higgins JW, Sheppard R. Food literacy: definition and framework for action. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*. 2015. 76(3):140-5.
12. Van Gucht D, Soetens B, Raes F, Griffith JW. The attitudes to chocolate questionnaire. Psychometric properties and relationship with consumption, dieting, disinhibition and thought suppression. *Appetite*. 76:137-43.
13. Djazayeri A, Mehrabi Y, Azizi F. Change in food patterns of Tehrani adults and its association with changes in their body weight and body mass index in District 13 of Tehran: Tehran Lipid and Glucose Study. *Iranian journal of nutrition sciences & food technology* 2008. 2(4): 67-80.
14. IBRD. Food Prices, Nutrition, and the Millennium Development Goals, 2012.
15. Islami F, Malekshah AF, Kimiagar M, Pourshams A, Wakefield J, Gogiani G, Malekzadeh R. Patterns of food and nutrient consumption in northern Iran, a high-risk area for esophageal cancer. *Nutrition and cancer*. 2009; 61(4): 475-483.

16. Hosseyni Esfahani F, Jazayeri A, Mirmiran P, Mehrabi Y, Azizi F. Dietary patterns and their association with socio-demographic and lifestyle factors among Tehrani adults: Tehran Lipid and Glucose Study. *Journal of school of public health & institute of public health research*. 2008; 6(1): 23-36 [Persian]
17. Poelman MP, Dijkstra SC, Sponselee H, Kamphuis C, Battjes-Fries MC, Gillebaart M, Seidell JC. 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. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2018;15(1):1-12.
18. Na Y, Cho MS. Development of a tool for food literacy assessment for young adults: Findings from a Korean validation study. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2020; 29(4): 876-882.
19. Sogari G, Velez-Argumedo C, Gómez MI, Mora C. College students and eating habits: A study using an ecological model for healthy behavior. *Nutrients*. 2018; 10(12):1823.
20. Lee SL, Lee SH. Survey on health-related factors, nutrition knowledge and food habits of college students in Wonju area. *Korean journal of community nutrition*. 2015; 20(2): 96-108.
21. 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. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(16): 10190.
22. Vidgen H. Food Literacy. In *Key Concepts for Health and Education*. London, UK: Routledge, 2016.
23. Drichoutis AC, Lazaridis P, Nayga Jr RM. Nutrition knowledge and consumer use of nutritional food labels. *European Review of Agricultural Economics*. 2005; 32(1): 93-118.
24. 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. *Nutrition and health*. 2020; 26(2): 93-102.
25. Barufaldi LA, Abreu GDA, Oliveira JS, Santos DFD, Fujimori E, Vasconcelos SML. ERICA: prevalence of healthy eating habits among Brazilian adolescents. *Revista de saude publica (RSP)*. 2016; 50(1): 1-9.
26. Jovičić AĐ. Healthy eating habits among the population of Serbia: gender and age differences. *Journal of health, population, and nutrition*. 2015; 33(1): 76.

The Relationship Between Food Literacy Components and Healthy Eating Habits in the Adult Population of Shiraz City, Iran

Serajeddin Mahmoudiani^{1*}, Majid Movahed Majd², Hadiseh Mohammadiha³

1- Ph.D. Associate Professor, Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

2- Ph.D. Professor, Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

3-MA. Department of Sociology and Social Planning, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

*Corresponding Author: serajmahmoudiani@gmail.com

Received: May 5, 2024

Accepted: Aug 19, 2024

ABSTRACT

Background and Aim: Healthy eating habits are undeniably one of the most crucial determinants of people's health in today's world. Undoubtedly food literacy and its components are key variables influencing food habits. This study aimed to investigate the relationship between food knowledge, food skills, resilience and healthy eating habits in the adult population of Shiraz City, Iran.

Materials and Method: A sample of 384 adults in Shiraz City was selected by cluster sampling and completed a questionnaire in 2023. Food literacy included 3 components, namely, knowledge, skill and resilience, determined using a standard 14-item questionnaire. The scale used to measure healthy eating habits included 6 items. Data analysis was conducted using SPSS version 27 software.

Results: The majority of the sample demonstrated average levels of food knowledge, food skills, resilience and healthy eating habits. Multivariate analysis revealed a significant positive correlation between age and healthy eating habits, while individuals with university education exhibited significantly healthier eating habits compared to illiterate individuals. Furthermore, it was found that food knowledge and resilience had the most significant effect on healthy eating habits, respectively.

Conclusion: The purpose of this research was to investigate the relationship between the components of food literacy and healthy eating habits in the adult population of Shiraz City, Iran. Food knowledge and resilience had significant effects on healthy eating habits. In general, it can be concluded that the implementation of targeted training courses with a special emphasis on improving food knowledge and skills should be prioritized by relevant authorities. Promoting food literacy has the potential to promote healthy eating habits and ultimately elevate the overall level of community health.

Keywords: Food Knowledge, Food Skills, Resilience, Food Habits, Food Literacy

Copyright © 2024 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.