



The Study of Relationship Between Health Literacy and Nutritional Practice in High School Adolescents in Tehran

Farideh Saeedy Golluche¹, Zahra Jalili¹, Reza Tavakoli¹, Shahla Ghanbari²

1. Dept. of Health Education and Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Dept. of Public Health, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article Information

Article History:

Received: 2016/09/02

Accepted: 2017/08/16

Available online: 2017/11/01

IJHEHP 2017; 5(3):224-230

DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.24

Corresponding Author:

Zahra Jalili

Dept. of Health Education and Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Tel: 09128114882

Email: zahra.jalili@gmail.com



Abstract

Background and Objective: The health literacy, skills and abilities of individuals are in line with appropriate decision making in the field of health promotion. Adolescents are the age groups whose basic health literacy is essential for their nutritional practice. The aim of this study was to determine the relationship between health literacy and nutritional practice in adolescents.

Methods: The present study is a descriptive cross-sectional study that was performed on 400 boy and girl youngsters were selected by multistage-random sampling during the academic year 2015. The data were collected through questionnaires that included three parts: a) individual characteristics b) health literacy (HELMA) c) the nutritional practice. Data analysis was performed with SPSS version 20 and proportional tests.

Results: 50% of female participants, with an average age of 17 years and 74.5% of adolescents had Limited (inadequate and not so adequate) health literacy, 68 percent had average nutritional practice. There was a direct correlation between aspects of health literacy with nutritional practice. Namely, by increasing health literacy, nutritional practice is improved. (P -value < 0/001).

Conclusion: The results of this study showed the role of health literacy in the nutritional practice of the adolescents. Due to high levels of limited health literacy in adolescents, health education interventions are necessary to improve health literacy among teenagers.

KeyWords: Health Literacy, Adolescents, Nutritional Practice

Copyright © 2017 Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

How to Cite This Article:

Saeedy Golluche F, Jalili Z, Tavakoli R, Ghanbari S. The Study of Relationship between Health Literacy and Nutritional Practice in High School Adolescents in Tehran. Iran J Health Educ Health Promot. 2017; 5(3):224-230

Saeedy Golluche, F., Jalili, Z., Tavakoli, R. & Ghanbari, S. (2017). The Study of Relationship between Health Literacy and Nutritional Practice in High School Adolescents in Tehran. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*; 5(3):224-230



بررسی ارتباط سواد سلامت با عملکرد تغذیه‌ای نوجوانان دبیرستان‌های شهر تهران

فریده سعیدی گلوچه^۱، زهرا جلیلی^۱، رضا توکلی^۱، شهلا قنبری^۲۱. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

زمینه و هدف: سواد سلامت، مهارت و توانمندی افراد در راستای تصمیم‌گیری مناسب در زمینه حفظ و ارتقای سلامت است. نوجوانان از گروه‌های سنی هستند که سواد سلامت در عملکرد تغذیه‌ای آنان تأثیرگذار است. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت و عملکرد تغذیه‌ای نوجوانان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر، مطالعه مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی است که در سال ۱۳۹۵ روی ۴۰۰ نفر نوجوان دختر و پسر مشغول به تحصیل در دبیرستان‌های دوره دوم انجام شد که به شکل تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شده بودند. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه گردآوری شد که سه بخش داشت: ویژگی‌های فردی، سواد سلامت (HELMA) و عملکرد تغذیه‌ای. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۸ و آزمون‌های متناسب انجام شد.

یافته‌ها: ۵۰ درصد از شرکت‌کنندگان دختر میانگین سن ۱۷ سال و ۷۴/۵ درصد از نوجوانان سواد سلامت محدود (ناکافی و نه‌چندان کافی) و ۶۸ درصد عملکرد تغذیه‌ای متوسط داشتند. بین ابعاد سواد سلامت با عملکرد تغذیه‌ای، همبستگی مستقیم وجود داشت؛ یعنی با افزایش سواد سلامت، عملکرد تغذیه‌ای بهبود یافت ($P\text{-value} < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه بیانگر نقش سواد سلامت بر عملکرد تغذیه‌ای نوجوانان بود. با توجه به میزان بالای سواد سلامت محدود در نوجوانان، مداخلات آموزش سلامت برای بهبود سواد سلامت نوجوانان ضروری است.

کلمات کلیدی: سواد سلامت، عملکرد تغذیه‌ای، نوجوانان

تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۱۲

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۲۵

انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۸/۱۰

IJHEHP 2017; 5(3):224-230

نویسنده مسئول:

زهرا جلیلی

گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

تلفن: ۰۹۱۲۸۱۱۴۸۸۲

پست الکترونیک:

zahra.jalili@gmail.com



کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

مقدمه

عملکرد مناسبی را از خود نشان دهند (۴). سواد سلامت براساس سلسله‌مراتبی از توانایی‌ها بنا شده است که طیفی از مهارت‌ها از پایه تا مهارت‌های ارتباطی و نیز اشکال انتقادی را در بر می‌گیرد. نات بییم (۲۰۰۰)، ۳ سطح مشخص از سواد سلامت را تعریف می‌کند:

سواد سلامت پایه یا عملکردی: مهارت‌های پایه خواندن و نوشتن که نیازمند عملکرد مؤثر در یک زمینه سلامت است.

سواد سلامت ارتباطی یا تعاملی: مهارت‌های پیشرفته‌تر سواد و اجتماعی که فرد را برای مشارکت فعال در مراقبت‌های بهداشتی، استخراج اطلاعات و استنتاج معنی از اشکال مختلف ارتباط و به‌کارگیری اطلاعات برای تغییر موقعیت‌ها توانمند می‌کند.

سواد سلامت عموماً به معنای توانایی افراد برای دسترسی به اطلاعات سلامت و استفاده از آن به‌منظور تصمیم‌گیری مناسب در زمینه حفظ و ارتقای سلامت است (۱). سواد سلامت با سطح سواد افراد پیوند دارد و شامل دانش، انگیزه و صلاحیت فرد در دسترسی، درک، ارزیابی و به‌کارگیری اطلاعات سلامت است؛ تا بتواند قضاوت‌های درستی داشته باشد و تصمیمات زندگی روزانه‌اش را با توجه به سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت برای حفظ یا بهبود کیفیت زندگی طی عمر، بگیرد (۲). افزایش رفتارهای بهداشتی و ارتقای دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی از پیامدهای بهره‌مندی از سواد سلامت است (۳). همچنین افرادی که از سواد سلامت بالایی برخوردار هستند قادرند با استفاده از مهارت‌های شناختی اجتماعی کسب‌شده در موقعیت جدید و با مؤلفه‌های مربوط به سلامت،

سواد سلامت انتقادی: توانایی تحلیل نقادانه و استفاده از اطلاعات برای مشارکت در اقداماتی که بر موانع ساختاری سلامت غلبه می‌کند (۵).

سواد سلامت در مطالعه حاضر در ۳ سطح کاربردی، تعاملی و انتقادی بررسی شده است. سواد سلامت می‌تواند برای تمام رده‌های سنی به‌ویژه دوره نوجوانی اهمیت داشته باشد. براساس سرشماری سال ۱۳۹۰، نوجوانان ۱۹-۱۰ ساله با جمعیتی بالغ بر ۱۲/۳ میلیون نفر ۱۶/۳ درصد از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند. نوجوانی یک دوره تکاملی است که طی آن کودک به یک شهروند کامل و عامل تغییر در زندگی خود و دیگر افراد جامعه تبدیل می‌شود. نوجوانی دوره‌ای است که روابط شخص با سایر افراد و محیطی که در آن زندگی می‌کند، به‌طور چشمگیری تغییر می‌کند (۱). تغییرات فیزیکی و روانی ایجاد شده در این دوران، از جمله عوامل مؤثر بر سلامت تغذیه‌ای نوجوانان است؛ از این رو دوره زمانی بسیار مناسبی برای تجهیز نوجوان با اطلاعات بهداشتی جدید و دقیق است (۶).

در ایران مطالعه‌ای از Ghanbari و همکاران (۱۳۹۴)، سواد سلامت نوجوانان ۱۸-۱۵ ساله سنجیده شد. در این مطالعه میانگین امتیاز سواد سلامت نوجوانان ۶۲/۹ از ۱۰۰ بود. ۱۹/۴ درصد از نوجوانان سواد سلامت ناکافی، ۳۸/۱ درصد سواد سلامت نه‌چندان کافی و ۵۷/۵ درصد سواد سلامت محدود داشتند. فقط ۶ درصد از افراد پژوهش‌شده، سواد سلامت عالی داشتند (۱).

Lam و Yang (۲۰۱۲) ارتباط سواد سلامت پایین را با اضافه‌وزن و چاقی در نوجوانان ۱۶-۱۲ ساله در چین بررسی کردند. در این مطالعه مشخص شد که چاقی با سطح پایین سواد سلامت مرتبط است (۷). الگوی نامنظم غذایی، دوست داشتن و نداشتن‌های غذایی، از دست دادن وعده‌ها به‌ویژه صبحانه، مصرف بیش‌تر میان‌وعده‌هایی با مقادیر بالای چربی و مصرف مکرر غذای غیرخانگی، معرف رفتار غذایی نوجوانان است که همگی متأثر از محیط، خانواده، دوستان و عوامل اقتصادی و اجتماعی هستند (۸). نوجوانان سالم در توسعه جوامع نقش بزرگی دارند. عوامل خطرزا در دوره نوجوانی ممکن است نوجوانان را در ادامه زندگی آینده با مشکلات طولانی درگیر کند. این مشکلات گاه تا سنین بزرگسالی و حتی سالمندی با نوجوانان باقی خواهند ماند (۹). در سه دهه گذشته، نیازهای سلامت در جوانان به‌طور چشمگیری تغییر کرده است. علل اصلی مرگ‌ومیر و ناتوانی در نوجوانان نیز از عوامل عفونی به عوامل رفتاری گرایش پیدا کرده است (۱۰). امروزه سواد سلامت در نوجوانان اهمیت خاصی دارد؛ زیرا افراد با سطح بالای سواد سلامت نسبت به افراد با سواد سلامت محدود، بهره بیشتری

از پیامدهای بهداشتی می‌برند؛ بنابراین توانمندکردن نوجوانان با مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر در زمینه سلامت خود و درک موضوعات مراقبت‌های بهداشتی، عاملی حیاتی در حذف نابرابری‌ها در سلامت برای این افراد است (۱۱). در ایران نیز، شواهد موجود حاکی از افزایش سریع شیوع بیماری‌های مزمن در میان نوجوانان است (۱۲). به‌گونه‌ای که هم‌اکنون اضافه‌وزن و چاقی از شایع‌ترین بیماری‌های تغذیه‌ای در نوجوانان ایرانی است (۱۳). از آنجایی که نوجوانی مرحله‌ای مهم از زندگی از نظر ایجاد رفتارهای تغذیه‌ای سالم است، ترویج تغذیه سالم در این دوره می‌تواند مزایای چشمگیر و بلندمدتی از نظر سلامتی داشته باشد (۱۴، ۱) و از آنجا که مطالعات بسیار اندکی درباره سواد سلامت نوجوانان و پیامدهای بهداشتی آن مثل عملکرد و رفتارهای تغذیه‌ای صورت گرفته است، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سواد سلامت نوجوانان و عملکرد تغذیه‌ای، انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی، از نوع توصیفی - تحلیلی است که روی نوجوانان ۱۸ - ۱۵ ساله مشغول به تحصیل در دبیرستان‌های شهر تهران انجام شد. تعداد حجم نمونه با احتساب ۲۰ درصد ریزش ۴۰۰ نفر برآورد و از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای استفاده شد. ابتدا فهرستی از مناطق نوزده‌گانه آموزش و پرورش دبیرستان‌های شهر تهران تهیه و سپس از روی نقشه به دو بخش شمال و جنوب تقسیم شد. سپس از هر بخش یک منطقه به‌صورت تصادفی برای نمونه‌گیری انتخاب شد. در مرحله بعد، از هر منطقه یک دبیرستان دخترانه و یک دبیرستان پسرانه به‌صورت تصادفی انتخاب شد و در مرحله آخر از هر مدرسه، ۳ کلاس از پایه‌های دوم تا چهارم (پیش‌دانشگاهی) به‌صورت تصادفی انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه، تحصیل در دبیرستان‌های شهر تهران، داشتن رده سنی ۱۸-۱۵ سال و تمایل دانش‌آموزان برای شرکت در مطالعه بود. پژوهشگر پس از مراجعه به مدارس، ضمن معرفی خود، توضیحات مختصری درباره چگونگی پژوهش به مدیران مدارس داد و پس از آن با هماهنگی مدیران و معاونین مدرسه از هر پایه یک کلاس به‌صورت تصادفی انتخاب شد. سپس همه دانش‌آموزان کلاس‌های منتخب مطالعه را شروع کردند. ابتدا برای دانش‌آموزان، اهداف مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات دریافتی توضیح داده شد و پس از دریافت رضایت آگاهانه، دانش‌آموزان پرسش‌نامه‌ها را به‌صورت خود ایفا تکمیل کردند. کد اخلاق مطالعه حاضر طبق مصوبه کمیته سازمانی اخلاق در

پژوهش زیست پزشکی واحد علوم تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، IR,IAU,SRB,REC,1394,22 است.

روش گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسش‌نامه است. پرسش‌نامه مذکور ۳ بخش دارد:

(الف) ویژگی‌های فردی: سن، جنسیت، قد و وزن، پایه تحصیلی، تحصیلات و شغل پدر و مادر.

(ب) سواد سلامت: داده‌های سواد سلامت از طریق پرسش‌نامه HELMA به دست آمد (۱). این پرسش‌نامه را Ghanbari و همکاران در سال ۱۳۹۳ طراحی و روان‌سنجی کردند. روایی و پایایی پرسش‌نامه HELMA قبلاً برای دانش‌آموزان به اثبات رسیده و ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۹۵ محاسبه شده است. پرسش‌نامه سواد سلامت به صورت خود ایفا میزان توانایی و مهارت فرد را برای انجام یک اقدام خاص در برخورد با اطلاعات سلامت می‌سنجد و شامل ۴۴ عبارت در ۸ حیطه دسترسی (۵عبارت)، خواندن (۵عبارت)، درک (۱۰عبارت)، ارزیابی (۵عبارت)، استفاده (۴عبارت)، ارتباط (۸عبارت)، خودکارآمدی (۴عبارت) و محاسبه (۳عبارت) است که در طیف لیکرت پنج امتیازی: هرگز (۱ امتیاز)، به ندرت (۲ امتیاز)، بعضی اوقات (۳ امتیاز)، بیشتر اوقات (۴ امتیاز) و همیشه (۵ امتیاز) رتبه‌بندی می‌شود. براساس نقاط برش ۵۰، ۶۶ و ۸۴، سواد سلامت دانش‌آموزان نوجوان در ۴ سطح ناکافی (۵۰-۰)، نه‌چندان کافی (۶۶-۵۰/۱)، مطلوب (۸۴-۶۶/۱) و عالی (۱۰۰-۸۴/۱) رتبه‌بندی شده است (۱).

(ج) عملکرد تغذیه‌ای: عملکرد تغذیه‌ای با استفاده از پرسش‌نامه آگاهی، نگرش و عملکرد تغذیه‌ای Mirmiran و همکاران (۱۳۸۸)، ارزیابی شد که روایی و پایایی آن انجام شده بود (۱۵). پیش از انجام مطالعه، تغییرات لازم در نوع سؤالات و همسان‌سازی گزینه‌ها انجام شد؛ سپس سؤالات عملکرد تغذیه‌ای با ۲۲ سؤال برای تعیین روایی محتوا برای ۱۰ نفر از استادان ارسال شد. ۳ نفر از استادان، متخصصین تغذیه و ۷ نفر، از متخصصین آموزش بهداشت بودند. بعد از محاسبه CVR (نسبت روایی محتوا) و CVI (شاخص روایی محتوا) تک‌تک سؤالات حذف شدند که نمره CVR آنها کمتر از ۰/۶۲ و نمره CVI آنها از ۰/۷۹ کمتر بود و بدین‌سان تعداد سؤالات به ۱۰ سؤال کاهش یافت. هم‌سانی درونی کل سؤالات براساس عملکرد تغذیه‌ای (آلفای کرونباخ ۰/۷۱) محاسبه شد و برای بررسی ثبات سؤالات عملکرد تغذیه‌ای از روش آزمون - آزمون مجدد استفاده شد. به‌طوری که ۲۰ نفر از نوجوانان دختر و پسر در ۲ مرحله، با فاصله زمانی ۲ هفته سؤالات عملکرد تغذیه‌ای را تکمیل کردند.

ضریب همبستگی برای کل سؤالات عملکرد تغذیه‌ای عدد ۰/۹۰ را نشان داد. هریک از سؤالات عملکرد تغذیه‌ای ۵ گزینه (الف) هرگز (ب) بیشتر روزها (ج) گاه‌گاهی (د) به ندرت و (ه) اصلاً نمی‌خورم، داشت و گزینه‌ها از ۱ تا ۵، امتیازبندی شده بودند. رتبه‌بندی، براساس تعداد سؤالات در پرسش‌نامه عملکرد تغذیه‌ای بین صفر تا ۵۰ بود. با توجه به تعداد سؤالات، مقادیر کمتر از رتبه ۲۵ به‌عنوان عملکرد تغذیه‌ای بد، بالاتر از رتبه ۳۷/۵ به‌عنوان عملکرد تغذیه‌ای خوب و رتبه بین ۲۵-۳۷/۵ به‌عنوان عملکرد تغذیه‌ای متوسط رده‌بندی شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه شماره ۱۸ نرم‌افزار SPSS و با استفاده از روش‌های آماری شامل آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها

با توجه به جدول شماره ۱ تعداد ۴۰۰ دانش‌آموز با میانگین سنی $17/01 \pm 0/87$ در مطالعه شرکت کردند. همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمره سواد سلامت در واحدهای پژوهش شده $54/76$ از ۱۰۰ به دست آمده است. $37/5$ درصد نوجوانان رتبه ناکافی و 37 درصد رتبه نه‌چندان کافی و تنها 12 درصد در رتبه عالی قرار داشتند.

بیشترین رتبه ناکافی در حیطه "محاسبه" و کمترین رتبه ناکافی در حیطه "درک" بود. میانگین پایه سوم تحصیلی با دو پایه تحصیلی دیگر اختلاف معناداری داشت ($P\text{-value} < 0/001$). به‌طوری که میانگین نمره سواد سلامت در این پایه کمتر بود. بین سطح تحصیلات دیپلم با سطح تحصیلات دانشگاهی پدر از نظر آماری تفاوت وجود داشت ($P\text{-value} = 0/018$) به‌گونه‌ای که میانگین نمره سواد سلامت در سطح دیپلم کمتر از دانشگاهی بود. همچنین بین سطح تحصیلات دیپلم با سطح تحصیلات دانشگاهی مادر از نظر آماری تفاوت وجود داشت ($P\text{-value} = 0/009$) به‌طوری که میانگین نمره سواد سلامت در سطح دیپلم کمتر از تحصیلات دانشگاهی بود. با توجه به جدول شماره ۳ بیشتر واحدهای پژوهش شده یعنی 68 درصد عملکرد تغذیه‌ای متوسطی داشتند. پایه سوم تحصیلی با دو پایه تحصیلی دیگر از لحاظ عملکرد تغذیه‌ای اختلاف معناداری داشت ($P\text{-value} < 0/001$) به‌طوری که میانگین نمره عملکرد تغذیه‌ای در این پایه کمتر بود. با توجه به نتایج آزمون همبستگی پیرسون مشاهده شد که بین عملکرد تغذیه‌ای و تمام ابعاد سواد سلامت به‌شکل مستقیم ارتباط معنادار آماری وجود دارد؛ یعنی با افزایش سواد سلامت و ابعاد آن، عملکرد تغذیه‌ای نیز بهبود می‌یابد ($r = 0/352$) (جدول شماره ۴).

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش شده

مشخصات فردی	تعداد	درصد
جنسیت	دختر	۲۰۰
	پسر	۲۰۰
سن	۱۵	۵
	۱۶	۲۳
	۱۷	۳۸/۵
	۱۸	۳۳/۵
پایه تحصیلی	دوم	۳۳/۸
	سوم	۳۴/۵
	چهارم	۲۱/۷
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۲۸/۱
	دیپلم	۴۲/۶
	دانشگاهی	۲۹/۳
شغل پدر	شاغل	۸۱/۲
	بیکار	۳/۶
	بازنشسته	۱۵/۲
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۲۶
	دیپلم	۵۰/۵
	دانشگاهی	۲۳/۵
شغل مادر	شاغل	۱۷/۸
	خانه‌دار	۸۰/۸
	بازنشسته	۱/۵

جدول ۲. توزیع فراوانی و میانگین سواد سلامت و ابعاد آن در واحدهای پژوهش شده

رتبه‌بندی سواد سلامت	ناکافی		نه‌چندان کافی		مطلوب		عالی		انحراف معیار
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
خودکارآمدی	۱۸۴	۴۶	۹۷	۲۴/۳	۹۱	۲۲/۸	۲۸	۷	۱۹/۵۸
دسترسی	۱۶۶	۴۱/۵	۹۴	۲۳/۵	۹۳	۲۳/۳	۴۷	۱۱/۸	۲۰/۹۳
خواندن	۱۸۳	۴۵/۸	۶۶	۱۶/۵	۶۶	۱۶/۵	۸۵	۲۱/۳	۲۷/۵۲
درک	۹۹	۲۴/۸	۸۹	۲۲/۳	۱۲۰	۳۰	۹۲	۲۳	۲۱/۳۰
ارزیابی	۱۶۸	۴۲	۱۰۲	۲۵/۵	۷۶	۱۹	۵۴	۱۳/۵	۲۱/۷۵
استفاده	۲۲۱	۵۵/۳	۶۴	۱۶	۶۸	۱۷	۴۷	۱۱/۸	۲۴/۳۲
ارتباط	۱۸۵	۴۶/۳	۸۸	۲۲	۷۹	۱۹/۸	۴۸	۱۲	۲۱/۵۸
محاسبه	۲۸۲	۷۰/۵	۰	۰	۶۸	۱۷	۵۰	۱۲/۵	۳۲/۷۵
سواد سلامت (۴۰۰)	۱۵۰	۳۷/۵	۱۴۸	۳۷	۹۰	۲۲/۵	۱۲	۳	۱۶/۲۸

جدول ۳. توزیع فراوانی و میانگین و انحراف معیار عملکرد تغذیه‌ای واحدهای پژوهش شده

عملکرد تغذیه‌ای	فراوانی	درصد
تغذیه بد (کمتر از ۲۵)	۱۳	۳/۲
تغذیه متوسط (۲۵-۳۷/۵)	۲۸۲	۶۸
تغذیه خوب (بالتر از ۳۷/۵)	۱۱۵	۲۸/۸
جمع کل	۴۰۰	۱۰۰
بیشینه - کمینه		۱۰ - ۵۰
انحراف معیار ± میانگین		۳۴/۴۷ ± ۵/۳۷

جدول ۴. تعیین ارتباط بین میانگین نمره سواد سلامت با میانگین نمره عملکرد تغذیه‌ای

عملکرد تغذیه‌ای	سواد سلامت و ابعاد آن
$r=0.202^{**}$ P-value<0.001	خودکارآمدی
$r=0.246^{**}$ P-value<0.001	دسترسی
$r=0.219^{**}$ P-value<0.001	خواندن
$r=0.329^{**}$ P-value<0.001	درک
$r=0.283^{**}$ P-value<0.001	ارزیابی
$r=0.278^{**}$ P-value<0.001	استفاده
$r=0.294^{**}$ P-value<0.001	ارتباط
$r=0.137^{**}$ P-value=0.006	محاسبه
$r=0.352^{**}$ P-value<0.001	سواد سلامت

** سطح معناداری 0.01

بحث

در دهه گذشته نگرانی‌های مربوط به مهارت‌های سواد و سلامتی، هشدار جدی برای بسیاری از نظام‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه بهداشتی بود. بر این اساس، آموزش مردم و توانمندسازی جامعه برای پیشگیری و مراقبت از بیماری‌ها به اصلی مهم تبدیل شده است. در این راستا، ارتقای سواد سلامت اقشار مختلف جامعه و شناسایی عوامل مؤثر و هم‌بسته با آن از اهداف مهم نظام سلامت است (۱۶). با توجه به اهمیت سواد سلامت و پیامدهای بهداشتی آن، در این پژوهش ارتباط سواد سلامت با عملکرد تغذیه‌ای نوجوانان بررسی شد. در مطالعه حاضر ۷۴/۵ درصد از واحدهای پژوهش از سواد سلامت محدود برخوردار بودند. در بسیاری از نتایج مطالعات دیگر نقاط جهان نیز طیف گسترده‌ای از سواد سلامت نشان داده شده است. در مطالعه Ghanbari و همکاران، سواد سلامت محدود دانش‌آموزان ۵۷/۵ درصد و میانگین سواد سلامت ۶۲/۸۹ از ۱۰۰ برآورد شده بود (۱) که با مطالعه حاضر هم‌خوانی داشت. در مطالعه Yang و Lam (۲۰۱۲) که از ابزار S-TOFHLS استفاده شده بود، ۹/۱ درصد از دانش‌آموزان سواد سلامت پایینی داشتند (۷). در مطالعه دیگری که Linnebur انجام داد، سواد سلامت نوجوانان با استفاده از ابزار NVS ارزیابی شد که طی آن مشخص شد ۱۲/۶ درصد از دانش‌آموزان سواد سلامت ناکافی داشته‌اند (۱۷). البته دو مطالعه اخیر با پژوهش حاضر هم‌خوانی ندارند. تفاوت در نتایج به‌دست آمده می‌تواند ناشی از کاربرد ابزارهای مختلف در سنجش سواد سلامت، موقعیت‌های متفاوت اجتماعی و فرهنگی و تعداد متفاوت واحدهای پژوهش باشد. توجه به چگونگی تغذیه یا عادات غذایی از موارد مهم برای داشتن سلامتی و وزن متناسب با جنس و سن است. تغذیه صحیح و متعادل نه‌فقط پدیده رشد را میسر می‌کند و به تندرستی و طول عمر می‌انجامد، بلکه با تأثیر روی اعصاب و روان سبب رشد فکری و نمو نیروهای روانی

می‌شود. خروج تغذیه از معیار صحیح و اعتدال، یکی از گزینه‌های مهمی است که می‌تواند در ایجاد اضافه‌وزن و چاقی دخالت داشته باشد. نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد که اکثر شرکت‌کنندگان در پژوهش عملکرد تغذیه‌ای متوسطی داشتند که با مطالعه Delvarain Zadeh هم‌خوانی نداشت (۸). اختلاف در تعداد حجم نمونه، جنسیت واحدهای پژوهش، موقعیت جغرافیایی و ابزار استفاده‌شده، می‌تواند از دلایل نبود هم‌خوانی باشد. چگونگی عملکرد تغذیه‌ای از موارد بسیار مهمی است که می‌تواند در داشتن وزن و اندام مناسب کمک کند. درباره سواد سلامت و عملکرد تغذیه‌ای مطالعه‌ای یافت نشد. با این وجود مطالعه Linnebur (۲۰۱۶) نشان می‌دهد که سواد سلامت محدود، با ناتوانی دانش‌آموزان در خواندن و فهم برچسب‌های مواد غذایی ارتباط است (۱۷) و نیز با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. متغیرهای زیادی می‌توانند در چگونگی عملکرد تغذیه‌ای نقش‌آفرینی کنند. در این پژوهش بین عملکرد تغذیه‌ای با متغیر پایه تحصیلی ارتباط آماری معناداری نشان داده شده است ($P\text{-value}<0.001$). پایه سوم تحصیلی نسبت به دو پایه دیگر نمره عملکرد تغذیه‌ای پایینی داشت. لازم به ذکر است که پایه مدنظر، سطح سواد سلامت پایین‌تری نسبت به دو پایه دیگر داشت. از این طریق به‌نوعی ارتباط سواد سلامت با عملکرد تغذیه‌ای نشان داده می‌شود. با توجه به گزارش پژوهش حاضر که نشان می‌دهد با افزایش امتیاز سواد سلامت، امتیاز عملکرد تغذیه‌ای افزایش می‌یابد، به نظر می‌رسد با ارتقای سواد سلامت در نوجوانان کمک بسیاری برای بهبود وضعیت عملکرد تغذیه‌ای نوجوانان انجام خواهد شد. در پژوهش حاضر نوجوانانی بررسی شدند که در دبیرستان‌های منتخب شاغل به تحصیل بودند. از این‌رو دسترسی به سایر نوجوانان که ترک تحصیل کرده‌اند وجود نداشت و روش خود ایفا در تکمیل پرسش‌نامه سواد سلامت نوجوانان امکان مقایسه تفاوت‌های مشاهده‌شده بین افراد یا زیرگروه‌های مختلف

سیاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشکده علوم پزشکی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی است. موضوع پایان‌نامه با عنوان «بررسی سواد سلامت و ارتباط آن با اضافه‌وزن و چاقی در نوجوانان ۱۵-۱۸ ساله شهر تهران ۹۵-۱۳۹۴» به‌عنوان پایان‌نامه دانشجویی اینجانب فریده سعیدی گلوچه و راهنمایی استاد سرکار خانم دکتر زهرا جلیلی و مشاور اول جناب آقای رضا توکلی و مشاور دوم سرکار خانم دکتر شهلا قنبری انجام شد. تمام فعالیت‌ها و فرایندهای پایان‌نامه با توجه به نقش‌های دانشجوی، استاد راهنما و استادان مشاور براساس مقررات مصوب پایان‌نامه‌ها انجام شد. از تمام کسانی که بنده را در انجام این مطالعه یاری کردند سپاسگزارم.

را مشکل می‌کرد و همچنین نبود مطالعات مشابه از محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شدند.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، سواد سلامت نوجوانان، محدود (ناکافی و نه‌چندان کافی) بود و بین سواد سلامت و عملکرد تغذیه‌ای در نوجوانان ارتباط مثبت گزارش شد. به این شکل که با افزایش سواد سلامت، عملکرد تغذیه‌ای نیز ارتقا می‌یابد. از آنجا که فرصت‌های سلامتی در نوجوانی زیاد است؛ برای دستیابی به اهداف جهانی سلامت باید توجه بیشتری به نوجوانان در هریک از حیطه‌های بهداشت عمومی شود و سیاستگذاران نظام سلامت بیش از پیش به بهبود وضعیت سواد سلامت نوجوانان توجه کنند.

References

- Ghanbari Sh, Ramezankhani A, Mehrabi Y, Montazeri A. The Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA): Development and Psychometric Evaluation. *J Iran Inst Heal Sci Res.* 2016; 15(4):388-402.
- Esna Ashari F, Pirdehghan A, Rajabi F, Sayarifard A, Ghadirian L, Rostami N, Pirdehghan M. The Study of Health Literacy of Staff about Risk Factors of Chronic Diseases in 2014. *Sci J Hamadan Univ Med Sci.* 2015; 22(3):248-54.
- Manganello JA. Health literacy and Adolescents: a Framework and Agenda for Future Research. *Health Educ Res.* 2008; 23(5):840-7.
- Chang LC. Health Literacy, Self-Reported Status and Health Promoting Behaviours for Adolescents in Taiwan. *J Clin Nurs.* 2011; 20(1-2):190-196.
- Nutbeam D. Health Literacy as a Public Health Goal: a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promot Int.* 2000; 15(3):259-67.
- Hazavehei SMM, Pirzadeh A, Entezari MH, Hasanzadeh A. The Effect of Educational Program Based on BASNEF Model on the Nutritional Behavior of Students. *Zahedan J Res Med Sci.* 2011; 13(1):23-9.
- Lam L, Yang L. Is Low Health Literacy Associated with Overweight and Obesity in Adolescent: An Epidemiology Study in a 12-16 Years Population, Nanning, China 2012. *Arch Public Heal.* 2014; 72(1):11.
- DelvarianZadeh M, Khosravi A, RazavianZadeh N, Bolbol Haghghi N, Abbasian M, Taghavi N. Nutritional Knowledge, Attitude and Practice of Female Junior Highschool Students in two Regions of Iran. *Knowl Heal.* 2011; 6(1):19-26.
- Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ. Anger in Early Adolescent Boys and Girls with Health Manifestations. *Nurs Res.* 2002; 51(4):229-36.
- Chen M, Wang EK, Yang R, Liou Y. Adolescent Health Promotion Scale: Development and Psychometric Testing. *Public Health Nurs.* 2003; 20(2):104-10.
- Baker DW. The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(8):878-883.
- Ghassemi H, Harrison G, Mohammad K. An Accelerated Nutrition Transition in Iran. *Public Health Nutr.* 2002; 5(1):149-55.
- Mohammadpour-Ahranjani B, Rashidi A, Karandish M, Eshraghian MR, Kalantari N. Prevalence of Overweight and Obesity in Adolescent Tehrani Students, 2000-2001: an Epidemic Health Problem. *Public Health Nutr.* 2004; 7(5):645-8.
- Aghapour B, Rashidi A, Dorosti-Motlagh AR, Mehrabi Y. The Association between Major Dietary Patterns and Overweight or Obesity among Iranian Adolescent Girls. *Iran J Nutr Sci & amp.* 2013; 7(5):289-99.
- Hamayeli Mehrabani H, Mirmiran P, Alaiin F, Azizi F. Changes in Nutritional Knowledge, Attitude, and Practices of Adolescents in District 13 of Tehran after 4 Years of Education. *Iran J Endocrinol Metab.* 2009; 11(3):235-43.
- Taheri A, Mahmoudi H. Relation between Information Literacy and Health Literacy of Students in Ferdowsi University of Mashhad. *Hum Inf Interact.* 2015; 2(2):31-41.
- Linnebur LA, Linnebur SA. Self-Administered Assessment of Health Literacy in Adolescents Using the Newest Vital Sign. *Health promot pract.* 2016; 1-6.