

بررسی سواد سلامت تغذیه‌ای بیماران مبتلا به چاقی شکمی در بوشهر

عبدالرسول خسروی^{۱*}، رحیم طهماسبی^۲، سعید نجف پور بوشهری^۳، کیاندهخت سعادت‌فر^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: این مطالعه با هدف تعیین سطح سواد سلامت تغذیه‌ای در افراد مبتلا به چاقی شکمی که به کلینیک‌های تغذیه مراجعه نمودند، می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۳۱۷ افراد مبتلا به چاقی شکمی انجام شد که به کلینیک‌های تغذیه‌ای شهر بوشهر در سال ۱۴۰۲ مراجعه کرده‌اند. داده‌ها به صورت نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم جمع‌آوری شده‌اند. از پرسشنامه سواد سلامت تغذیه‌ای (EINLA) استفاده شده است. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون‌های آماری تی مستقل، مجذور کای، آنالیز واریانس و همبستگی پیرسون تحلیل شده‌اند.

یافته‌ها: میانگین نمره کل سطح سواد تغذیه‌ای $17/94 \pm 2/29$ بوده است. در بین افراد شرکت کننده در مطالعه دو سطح سواد تغذیه‌ای کافی و ناکافی تقسیم شده‌اند؛ که ۸۷/۱ درصد افراد دارای سواد تغذیه‌ای کافی داشته‌اند و فقط ۱۲/۹ درصد تغذیه‌ای ناکافی را نشان داده‌اند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش، سطح کافی سواد سلامت تغذیه‌ای بیماران و به‌رغم آگاهی بالای این گروه در زمینه تغذیه، ممکن است عوامل دیگری چون سبک زندگی، مشکلات عدم دسترسی به منابع غذایی سالم بر وضعیت چاقی آنها تأثیر بگذارد. بنابراین نیاز به بررسی‌های بیشتر جهت شناسایی موانع و ارائه راه کارهای مؤثر برای مدیریت چاقی این بیماران احساس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: چاقی شکمی؛ سواد سلامت تغذیه‌ای؛ بوشهر

پایام کلیدی: با وجود سواد تغذیه بالا در ۸۷ درصد بیماران چاقی شکم، نیاز به شناسایی موانع دیگر و ارائه راه کارهای جامع برای مدیریت این وضعیت وجود دارد.

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۴/۱

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۳/۲۳

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱/۲۵

ارجاع: خسروی عبدالرسول، طهماسبی رحیم، نجف پور بوشهری سعید، سعادت‌فر کیاندهخت. **بررسی سواد سلامت تغذیه‌ای بیماران مبتلا به چاقی شکمی در بوشهر.** مدیریت اطلاعات سلامت ۲۱:۱۴۰۳ (۲): ۸۸-۸۲.

مقدمه

چاقی شکمی یکی از چالش‌های عمومی بهداشتی در دنیای کنونی است که پیامدهای آن، افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن نظیر دیابت نوع ۲، فشار خون بالا و برخی از بیماری‌های دیگر، همراه است (۱). رفتارهای رژیم غذایی نامناسب نظیر پرخوری احساسی، عدم توجه به وعده‌های غذایی مناسب و نادیده گرفتن نشانه‌های سیری، می‌تواند منجر به افزایش چاقی شکمی شود. از این‌رو، افزایش آگاهی مردم از طریق ارتقای سواد سلامت تغذیه گام مهمی است.

افزایش سواد سلامت تغذیه به اصلاح رفتارهای تغذیه‌ای و پیشگیری و درمان چاقی کمک می‌نماید (۲). همان‌گونه که اشاره شد، از شایع‌ترین دلایل ایجاد چاقی شکمی، رژیم غذایی نادرست، مصرف مشروبات الکلی، نداشتن تحرک و فعالیت بدنی، استرس، عوامل ژنتیکی، خواب ناکافی، استعمال سیگار و غیره می‌باشد. از راهکارهای مهم و ساده جهت پیشگیری و درمان چاقی که تاکنون کمتر به آن پرداخت شده است، تغییر در رژیم غذایی باشد (۳). عوارض ناشی از نبود تغذیه مناسب می‌تواند بسیار خطرناک باشد و عوارض بدی مانند چاقی شکمی به همراه داشته باشد. تشخیص شاخص چاقی شکمی با نسبت دور کمر به دور باسن یا ضخامت چین‌های پوستی همراه گردد که این نسبت میزان دور کمر در مردان بزرگتر یا مساوی ۱۰۲ و در زنان بزرگتر یا مساوی ۸۸ سانتی متر باشد (۴).

افزایش دسترسی به اطلاعات مرتبط با تغذیه در رشد و سلامت بدن با تغذیه سالم ارتباط مستقیم دارد. تغذیه نه تنها بر رشد جسمی و ظاهر انسان تأثیر می‌گذارد، بلکه بر نحوه احساس و برداشت ما از محیط، خلق و خو و رفتار ما نیز مؤثر است. اهمیت وجود برخی مواد مغذی در رژیم غذایی و آگاهی از آنها به‌ویژه ویتامین‌ها، مواد معدنی و پروتئین‌ها، از بروز برخی بیماری‌های شکمی، دیابت، فشار خون بالا جلوگیری می‌کند (۵). سبک تغذیه‌ای ناسالم ارتباط نزدیکی با سطوح پایین دانش و نگرش تغذیه‌ای افراد دارد (۶، ۷). برای ارتقاء دانش و عملکرد تغذیه‌ای افراد لازم است مداخلات آموزشی مناسب طراحی و اجرا شود (۸، ۹).

۱. استاد، کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
 ۲. استاد گروه آمار زیستی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
 ۳. استادیار، علوم تغذیه گروه علوم تغذیه، دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
 ۴. دانشجوی کارشناسی ارشد، کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، بوشهر، ایران
- نویسنده طرف مکاتبه:** عبدالرسول خسروی، استاد، کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
Email: khosravi2422@gmail.com

عضویت در یکی از شبکه‌های اجتماعی، حداقل ۲ سال ساکن بوشهر باشند، همچنین تحصیلات در حوزه پزشکی و پیراپزشکی نداشته باشند، نسبت دارا بودن دور کمر به دور باسن (WHR) مورد نظر (زنان بیشتر از ۰/۸ و مردان بیشتر از ۰/۹)، سن افراد باید بین ۱۸ تا ۶۵ باشد.

بنابراین نمونه‌گیری از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های تغذیه ۳۱۷ بیمار مبتلا به چاقی بزرگسال (بالا ۱۸ سال) بودند. پس از طی مراحل اداری کار و اخذ مجوزهای لازم، کسب کد اخلاق کمیته اخلاق IR.BPUMS.REC.1402.010 معرفی و توضیح اهداف مطالعه به شرکت کنندگان و کسب رضایت‌نامه آگاهانه شفاهی، پژوهشگر (دانشجو) در شیفت‌های صبح و عصر به کلینیک‌های تغذیه مراجعه نموده و پس از دعوت از بیماران واجد شرایط، پژوهشگر با توضیح اهداف و روش کار از آنها رضایت اخذ نمود. پرسشنامه به صورت آنلاین از طریق سایت پرس لاین در اختیار افراد قرار گرفته است.

ابزارهای گردآوری داده‌ها مربوط به این مطالعه شامل فرم مشخصات دموگرافیک (سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، درآمد ماهانه خانواده) متغیرهای سابق پزشکی (تاریخ شروع مراقبت‌های تغذیه‌ای در مرکز، استفاده از مکمل‌های دارویی (مولتی ویتامین یا هیچ کدام) و داشتن بیماری زمینه‌ای (فشار خون، دیابت، چربی خون و هیچ کدام)، اولویت‌بندی منابع اطلاعاتی (رسانه‌های سنتی، رسانه‌های نوین و افراد) و پرسشنامه سواد سلامت تغذیه که (EINLA) می‌باشد. همچنین پرسشنامه حاضر، در مطالعه بهرام‌فرد، صالحی و همکارانش (۱۶) بومی سازی و روایی و پایایی آن مورد سنجش قرار گرفته است. پرسشنامه سواد سلامت تغذیه‌ای شامل ۳۵ سوال در ۵ حیطه مختلف سواد تغذیه است. این پرسشنامه دارای ۵ مولفه است که: ۱- اطلاعات تغذیه عمومی (۱۰ مورد)، ۲- خواندن درک مطلب (۶ مورد)، ۳- تعیین گروه غذایی (۱۰ مورد)، ۴- تعداد واحدهای غذایی (۳ مورد) و ۵- درک محتوای غذایی (۶ مورد) است. برای محاسبه امتیاز مقیاس سواد سلامت تغذیه‌ای، نمره تک تک گویه‌های مربوط به آن مقیاس با هم جمع می‌شود. دامنه امتیازات برای این مولفه‌ها برای پاسخ صحیح ۱ و پاسخ غلط ۰ امتیاز قرار داده شده است. حداکثر و حداقل نمره قابل دستیابی به ترتیب ۳۵ و ۰ بود. براساس نمرات به دست آمده، شرکت کنندگان به ۲ گروه شامل سواد تغذیه ناکافی (۲۵ یا کمتر) و سواد تغذیه کافی (۲۵ یا بیشتر) تقسیم شدند.

داده‌های جمع‌آوری شده توسط پرسشنامه‌های آنلاین، کدگذاری و پس از ورود به کامپیوتر توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۳۵ داده از پرسشنامه سواد سلامت تغذیه‌ای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار، فراوانی، درصد) و ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون Chi-Square و آزمون دقیق فیشر استفاده شد. در تمامی آزمون‌ها سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. ضریب پایایی پرسشنامه سواد سلامت تغذیه‌ای توسط بهرام‌فرد و همکارانش در سال ۲۰۲۰ براساس روش آلفای کرونباخ با ضریب اطمینان ۰/۹۵ درصد با سطح معنادار ۰/۰۵ انجام شده و در پایایی سنجش سواد سلامت و زیر شاخه‌های آن (اطلاعات عمومی تغذیه‌ای، خواندن و درک مطلب، گروه‌های غذایی و تعداد واحدهای غذایی) ۰/۸۹ درصد به دست آمد.

یکی از نکات مهم در طراحی مداخلات آموزشی برای گروه‌های هدف، توجه به میزان سواد سلامت تغذیه‌ای آنها بوده است. سواد سلامت یک عامل میانجی و مهم در اثربخشی مداخلات آموزش سلامت است (۱۰). در ادامه به برخی از پژوهش‌ها، که به ضرورت توجه به سواد سلامت اشاره داشته، پرداخته می‌شود.

نتایج پژوهش گلابی و همکاران با عنوان «رابطه سواد تغذیه‌ای و رژیم غذایی با چاقی» نشان داد که نوع رژیم غذایی ارتباط معکوس با میزان چاقی داشت و متغیر سواد تغذیه‌ای ارتباط مستقیمی با چاقی نشان داده است (۱۱).

افشار بدر و همکارانش به شناسایی عوامل سواد سلامت برای بیماران فشار خون پرداخته‌اند. نتایج نشان داد که وجود ۴ عامل سواد پایه با مؤلفه‌های خواندن و نوشتن و دانش، سواد فرهنگی با مؤلفه‌های نگرش، ارزش‌ها و هنجارها، سواد شناختی با مؤلفه‌های کاربرد، ارزیابی، درک و دسترسی، و سواد اجتماعی با مؤلفه‌های ارتباطات و تعاملات می‌تواند سواد سلامت بیماران فشارخون را تحت تأثیر قرار دهد (۱۲).

همچنین در پژوهش دیگر، Esin و Çikırkçı به بررسی سواد تغذیه‌ای زنان ترک چاق، غیرچاق و عوامل مؤثر بر آنها پرداخته‌اند نشان داد که سطح سواد تغذیه‌ای زنان نقش مهمی در کسب عادات غذایی سالم و پیشگیری از بیماری‌های مزمن مرتبط با تغذیه‌ای مانند چاقی دارد (۱۳).

در پژوهشی دیگر، Canheta و Silveira به بررسی آموزش تغذیه و غذا به عنوان یک رویکرد درمانی مکمل در افراد دارای چاقی شدید پرداخته‌اند. که براساس یافته‌ها، اقدامات آموزش بهداشت یک رویکرد درمانی مکمل مهم در ارتقای سلامت و پیشگیری از عوارض در افراد مبتلا به چاقی شدید دانستند (۱۴).

با توجه به یافته‌های این پژوهش ارتقای سطح سواد تغذیه بیماران می‌تواند به مدیریت رفتارهای تغذیه‌ای کمک کند. هر چند مشخص نیست که بیماران تا چه میزان توانایی دستیابی به اطلاعات درست و کاربردی مرتبط با رفتارهای تغذیه‌ای دارند. از این‌رو، این پژوهش با هدف تعیین سطح سواد سلامت تغذیه‌ای بیماران مبتلا به چاقی شکمی انجام شده است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مقطعی با رویکرد توصیفی-تحلیلی است که بر ۳۱۷ بیمار مبتلا به چاقی شکمی مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه بوشهر در سال ۱۴۰۲ بوده‌اند که شامل: صاحب الزمان، شهید، شهید بهشتی، معراج، هفتم تیر، حضرت زینب، نبی اکرم، خبیر، غدیر، لیان، مبعث، علی ابن ابیطالب، امام صادق، قائم خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت شهر بوشهر صورت گرفته است. تعداد افراد دارای چاقی شکمی مراجعه کننده به مراکز تغذیه بوشهر در سال ۱۴۰۲ حدود ۹۵۰ نفر بوده است. حجم نمونه در این مطالعه با استفاده از نتایج مقاله Lee و همکارانش، با احتساب ریزش ۱۰ درصد حجم نمونه لازم حدود ۳۱۷ نفر برآورد می‌شود. سطح اطمینان ۹۵ درصد و برآورد خطا (P<۰/۰۵) بوده و روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و متناسب با حجم هر مرکز انتخاب شده‌اند (۱۵).

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، دارا بودن پرونده پزشکی تغذیه در مراکز درمانی، داشتن موبایل هوشمند،

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین نمره، انحراف معیار، حداکثر و حداقل مؤلفه‌های سواد سلامت تغذیه‌ای نشان می‌دهد. براساس داده‌های جدول شماره ۱، ۳۱۷ بیمار مبتلا به چاقی شکمی مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه بوشهر در این پژوهش مشارکت داشتند که میانگین

نمرات ابعاد مختلف سواد سلامت تغذیه‌ای، شامل سواد عمومی تغذیه‌ای برابر بود با $1/30 \pm 6/66$ ، سواد خواندن و درک مطلب برابر با $1/02 \pm 4/75$ ، سواد تعداد واحد غذایی $1/93 \pm 4/58$ ، سواد گروه‌های غذایی $1/71 \pm 4/58$ ، و سواد سلامت تغذیه‌ای کلی $2/29 \pm 17.92$ به دست آمد.

جدول ۱: میانگین نمره، انحراف معیار، حداکثر و حداقل مؤلفه‌های سواد سلامت تغذیه‌ای

مؤلفه‌های سواد سلامت تغذیه‌ای	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
اطلاعات عمومی تغذیه‌ای	۶/۶۶	۱/۳۰	۰/۰۰	۸/۰۰
خواندن و درک مطلب	۴/۷۵	۱/۰۲	۰/۰۰	۶/۰۰
تعداد واحد غذایی	۱/۹۳	۰/۷۵	۰/۰۰	۳/۰۰
گروه‌های غذایی	۴/۵۸	۰/۷۱	۱/۰۰	۶/۰۰
سواد سلامت تغذیه‌ای کلی	۱۷/۲۹	۲/۲۹	۴/۰۰	۲۳/۰۰

مطابق داده‌های جدول ۲، بین سطح تحصیلات ($P = 0/001$) و درآمد ماهانه ($P = 0/015$) افراد مبتلا به چاقی شکمی و سواد سلامت تغذیه‌ای ارتباط معناداری وجود دارد. با افزایش سطح تحصیلات افراد دارای چاقی شکمی، سواد سلامت تغذیه‌ای بهبود یافته است. به عبارت دیگر، در افراد مبتلا به چاقی شکمی با سطح تحصیلات زیر دیپلم، ۶۶/۷ درصد سواد سلامت تغذیه‌ای مطلوب گزارش شده است. در افراد مبتلا به چاقی شکمی با سطح تحصیلات دیپلم، ۸۳/۹ درصد سواد سلامت

تغذیه‌ای مطلوب گزارش شده است. همچنین، در افراد مبتلا به چاقی شکمی با سطح تحصیلات لیسانس، ۹۳/۰ درصد سواد سلامت تغذیه‌ای مطلوب گزارش شده است؛ و در افراد مبتلا به چاقی شکمی با سطح تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر، ۹۴/۲ درصد سواد سلامت تغذیه‌ای مطلوب گزارش شده است. اما رابطه معناداری بین سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تأهل) و سواد سلامت تغذیه‌ای نشان نداد ($P < 0/05$)

جدول ۲: مقایسه توزیع فراوانی سطح سواد سلامت تغذیه‌ای بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی در افراد دارای چاقی شکمی

متغیر	سواد سلامت تغذیه‌ای	p-value
کافی تعداد (درصد)	کافی تعداد (درصد)	
گروه سنی	۱۸ تا ۳۰ سال	(۱۰۳/۷)
	۳۰ تا ۴۰ سال	(۱۶/۲)
	۴۰ تا ۵۰ سال	(۸/۴)
	۵۰ تا ۶۰ سال	(۱۰۳/۴)
	بیش از ۶۰ سال	(۲۷/۳)
جنسیت	زن	(۱۴/۰)
	مرد	(۱۱/۳)
وضعیت تأهل	مجرد	(۱۱/۵)
	متاهل	(۱۳/۷)
	متاهل	(۱۳/۷)
درآمد ماهانه	کمتر از ۱۰ میلیون تومان	(۲۰/۶)
	۱۰ تا کمتر از ۱۵ میلیون تومان	(۱۵/۷)
	۱۵ تا کمتر از ۲۰ میلیون تومان	(۷/۲)
	بیشتر از ۲۰ میلیون تومان	(۹/۸)
تحصیلات	زیر دیپلم	(۳۳/۳)
	دیپلم	(۱۶/۱)
	لیسانس	(۷/۰)
	فوق لیسانس	(۵/۸)
وضعیت اشتغال	بیکار	(۱۶/۲)
	خانه دار	(۱۵/۱)
	کارمند	(۷/۵)
	بازنشسته	(۱۵/۲)
	مشاغل آزاد	(۱۲/۶)
	مشاغل آزاد	(۱۲/۶)

بیمار ($P = 0/007$) و سواد سلامت تغذیه‌ای نیز مشاهده شد. اما ارتباط معناداری بین سایر متغیرهای سوابق پزشکی (شروع مراقبت‌های تغذیه‌ای در کلینیک‌ها، بیماری فشار خون و مصرف مولتی ویتامین) و سواد سلامت تغذیه‌ای نشان داده نشد ($P < 0/05$).

همچنین داده‌های جدول ۳، نشان داد که بین دیابت و سواد سلامت تغذیه‌ای افراد مبتلا به چاقی شکمی ارتباط معناداری وجود دارد ($P = 0/001$). همچنین، ارتباط معناداری بین چربی خون و سواد سلامت تغذیه‌ای ($P = 0/018$) و بین سلامت زمینه‌ای

جدول ۳: مقایسه توزیع فراوانی سطح سواد سلامت تغذیه‌ای بر حسب متغیرهای سوابق پزشکی در افراد دارای چاقی شکمی

متغیر	سواد سلامت تغذیه‌ای		p-value
	ناکافی تعداد (درصد)	کافی تعداد (درصد)	
شروع مراقبت‌های تغذیه‌ای در کلینیک‌های تغذیه‌ای	تازه شروع کردم	(۱۵/۱)۸	۰/۶۹۷
	کمتر از ۶ ماه شروع کردم	(۱۰/۱)۸	
	بین ۶ ماه تا ۱ سال	(۱۶/۹)۱۵	
	بیش از ۱ سال	(۱۰/۴)۱۰	
مصرف مولتی ویتامین	بله	(۱۷/۵)۱۰	۰/۱۷۵
	خیر	(۱۱/۹)۳۱	
مبتلا به فشار خون	بله	(۱۳/۸)۹	۰/۴۷۲
	خیر	(۱۲/۷)۳۲	
بیماری زمینه‌ای	بله	(۲۰/۰)۱۹	۰/۰۱۸
	خیر	(۹/۹)۲۲	
مبتلا به دیابت	بله	(۳۱/۹)۱۵	۰/۰۰۱
	خیر	(۹/۶)۲۶	

($P = 0/۳۹۴$)، دسترسی به منابع اطلاعاتی ($P = 0/۰۶۲$) ارتباط معناداری وجود ندارد ولی با تصمیم‌گیری در منابع اطلاعاتی ($P = 0/۰۰۹$) ارتباط معناداری وجود دارد.

داده‌های جدول شماره ۴، نیز نشان داد که سواد سلامت تغذیه‌ای بر اولویت‌بندی منابع اطلاعاتی که افراد دارای چاقی شکمی هستند با دریافت منابع اطلاعاتی

جدول ۴: مقایسه توزیع فراوانی سواد سلامت تغذیه‌ای در سطوح مختلف اولویت‌بندی منابع اطلاعاتی افراد دارای چاقی شکمی

متغیرها	سواد سلامت تغذیه‌ای		p-value
	ناکافی تعداد (درصد)	کافی تعداد (درصد)	
دریافت منابع اطلاعاتی	رسانه‌های سنتی	(۲۷/۳)۹	۰/۳۹۴
	رسانه‌های نوین	(۹/۱)۱۵	
	افراد (پزشک، دوستان)	(۱۴/۲)۱۷	
دسترسی به منابع اطلاعاتی	رسانه‌های سنتی	(۱۹/۴)۶	۰/۰۶۲
	رسانه‌های نوین	(۱۴/۷)۲۵	
	افراد (پزشک، دوستان)	(۸/۶)۱۰	
تصمیم‌گیری منابع	رسانه‌های سنتی	(۲۹/۲)۷	۰/۰۰۹
	رسانه‌های نوین	(۱۸/۸)۳	
	افراد (پزشک، دوستان)	(۱۱/۲)۳۱	

پژوهش‌های نام برده شده را ناشی از متفاوت بودن ابزار گردآوری اطلاعات، تفاوت بافت جوامع مورد مطالعه، و عوامل دیگر، دانست. همچنین یافته‌های پژوهش که بین سطح تحصیلات افراد دارای چاقی شکمی با سواد سلامت تغذیه‌ای ارتباط معناداری وجود داشت. به عبارتی، با افزایش سطح تحصیلات، سواد سلامت تغذیه‌ای کافی نیز افزایش یافت. این بخش از نتایج با نتایج پژوهش‌های Friis, Lasgaard, Rowlands و Osborne, Maindal (۱۹)، Sudore و همکاران (۲۰)، Lasseter و همکاران (۲۱)، McNaughton و همکاران (۲۲) در ارتباط با این متغیر همسو بود.

بحث

هدف یافته‌های پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا به چاقی شکمی مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه‌ای شهر بوشهر سطح سواد سلامت تغذیه‌ای بالایی داشته‌اند؛ که (۸۷/۱ درصد) افراد دارای سواد سلامت تغذیه‌ای کافی برخوردار بوده‌اند که نتایج این بخش با پژوهش بیکر و همکاران همسو است (۱۷). از طرفی با نتایج پژوهش چون و همکاران که شرکت کنندگان از سطح سواد سلامت تغذیه‌ای نامناسبی برخوردار بوده‌اند، مغایر بود (۱۸). شاید بتوان تناقض در یافته‌های

کرده‌اند. به طوری که در پژوهش Eaton و همکارانش در سال ۲۰۰۲ بیشتر افراد به دلیل مبتلا بودن به بیماری‌های چون دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی، فشار خون بالا و سایر بیماری‌ها به کلینیک‌های تغذیه مراجعه کرده‌اند که این موضوع در ارتقا سواد سلامت آنها نقش داشته است (۲۶).

نتیجه‌گیری

یافته‌ها این مطالعه نشان داد که بیشتر افراد دارای چاقی شکمی مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه‌ای شهر بوشهر سطح سواد سلامت تغذیه‌ای کافی بالا داشته‌اند. سطح درآمد خانوار، تحصیلات، بیماری‌های زمینه‌ای مانند: چربی خون، دیابتی‌ها در افزایش سطح سواد سلامت تأثیرگذار بوده‌اند ولی در بعضی از ابعاد سواد سلامت ضعیف عمل کرده‌اند، بنابراین، نتایج مطالعه، زمینه مناسبی برای طراحی اقدامات لازم برای ارتقا ابعاد مختلف سواد سلامت تغذیه و تأثیر آنها بر زندگی افراد می‌باشد. توجه بیشتر به سواد سلامت تغذیه و افزایش میزان آگاهی و آموزش‌های لازم در سطح جامعه در جهت کاهش بیماری‌های ناشی از چاقی شکمی و شناسایی سایر عوامل مانند سبک زندگی، نحوه دسترسی به غذاهای سالم ضروری می‌باشد.

پیشنهاده‌ها

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده علاوه بر سطح سواد سلامت تغذیه‌ای نوجوانان که تحت تأثیر رژیم غذایی غلط قرار دارند، سایر عوامل دیگر مانند سبک زندگی، نحوه دسترسی به منابع غذایی سالم و سایر عوامل نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسنده از تمام کسانی که در این پژوهش همکاری داشتند، کمال تشکر را دارد.

تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

References

- Derakhshan R, Balaei P. Evaluation of abdominal obesity prevalence in diabetic patients and relation with other factors of metabolic syndrome. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2010;12(3):208-12.
- Zoellner JM. The influence of parental health literacy status on reach, attendance, retention, and outcomes in a family-based childhood obesity treatment program, Virginia, 2013–2015. Preventing chronic disease. 2017;14.
- Zoellner J, You W, Almeida F, Blackman KC, Harden S, Glasgow RE, et al. The influence of health literacy on reach, retention, and success in a worksite weight loss program. American Journal of Health Promotion. 2016;30(4):279-82.
- Fan H, Li X, Zheng L, Chen X, Lan Q, Wu H, et al. Abdominal obesity is strongly associated with Cardiovascular Disease and its Risk Factors in Elderly and very Elderly Community-dwelling Chinese. Scientific reports. 2016;6(1):21521.
- Hemati M, Akbartabar Toori M, Shams M, Behroozpour A, Rezaei A. Measuring Nutritional Literacy in Elementary School Teachers in Yasuj: A Cross-Sectional Study. Armaghane Danesh. 2018;23(1):124-33.
- Miller LMS, Gibson TN, Applegate EA. Predictors of nutrition information comprehension in adulthood. Patient Education and Counseling. 2010;80(1):107-12.
- Mirzaei A, Nourmoradi H, Zavareh MSA, Jalilian M, Mansourian M, Mazloomi S, et al. Food safety knowledge and practices of male adolescents in West of Iran. Open access Macedonian Journal of Medical Sciences. 2018;6(5):908.
- Contento IR. Nutrition education: linking research, theory, and practice. 2007.
- Mirzaei A, Ghofranipour F, Ghazanfar Z. School children's breakfast consumption: An educational intervention based on social cognitive theory. Annals of Tropical Medicine and Public Health. 2018(1.2 Sp):SP36.
- Stars I, editor Health literacy as a challenge for health education. SHS Web of Conferences; 2018: EDP Sciences.
- Gholabi F, Mohammad Baqer AA, Aghayari Hir T, Akram H. Association between nutrition literacy and diet with obesity. Payesh (Health Monitor) Journal. 2019;18(4):393-404.
- Badr ZA, Kebria BS, Khosravi P, Kordestani F. Identifying health literacy factors for hypertensive patients with Demetel and Content analysis. Educational Administration Research Quarterly. 2022;13(2):59-76.
- Çikırıkçı EK, Esin M. Nutrition Literacy of Overweight/Obese and Non-Overweight/Obese Turkish Women and Affecting Factors. The European Journal of Public Health. 2022;32(Suppl 3).

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین سواد سلامت تغذیه‌ای با درآمد ماهانه خانوار ارتباط معناداری وجود داشته است، در پژوهش Lanpher و همکارانش بین سواد سلامت تغذیه‌ای با متغیر سطح درآمد رابطه وجود داشت ولی با متغیر سن رابطه‌ای گزارش نشده است که این با پژوهش ما همسو بوده است (۲۳). نیز در پژوهش‌های جداگانه‌ای Mo و همکارانش (۲۴) به رابطه سطح سواد سلامت با متغیر سطح درآمد اشاره داشته‌اند. همچنین بین سواد سلامت تغذیه‌ای با سایر متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن و وضعیت اشتغال افراد دارای چاقی شکمی ارتباطی وجود نداشت؛ پیش‌تر نیز پژوهش‌هایی این مسأله را تایید کرده بوده‌اند. در صورتی که در پژوهش Jansen, Reijneveld, Geboers, Winter و (۲۵) بین سواد سلامت تغذیه‌ای با متغیر سن رابطه وجود داشت. در این بخش نیز شاید تناقض در یافته‌های پژوهش‌های نام برده ناشی از محدوده سنی و پراکندگی سنی و نوع مشاغل جامعه هدف در مطالعات باشد.

در ارتباط با متغیرهای زمان مراجعه به کلینیک به سواد سلامت افراد دارای چاقی شکمی ارتباط معناداری وجود نداشت. در همین راستا Eaton, Goodwin و Stange (۲۶)، هم ارتباطی بین مدت زمان استفاده از مراقبت‌های تغذیه‌ای با کاهش چاقی پیدا نکرده‌اند. در پژوهش‌های Taunton, Trudeau, Wynn, Gowans و Scott (۲۷) به ارتباط بین زمان دریافت خدمات درمانی تغذیه‌ای و چاقی اشاره کرده‌اند که تأثیرگذار بوده است، Chen و همکاران (۲۸)، Ilmonen, Isolauri, Laitinen, Monsen و Thorson (۲۹)، با نتیجه پژوهش مغایرت داشته‌اند.

طبق نتایج پژوهش به دست آمده بین سواد سلامت تغذیه‌ای کافی و بیماری‌های چربی خون، دیابت و افراد که دچار بیماری نشده‌اند، ارتباط معناداری وجود دارد که می‌شود همچنین استنباط کرد که افراد درگیر به بیماری چربی خون یا دیابت به دلیل مبتلا بودن به بیماری به پزشک مراجعه کرده‌اند و پس از دریافت مراقبت‌های لازم روند زندگی آنها تحت تأثیر قرار گرفته‌اند و در جهت بهبود آن اقدام

14. Silveira EA, Canheta AB, Noll M, Rodrigues APS, Oliveira Cd. Nutritional and food education as a complementary treatment approach in severe obese individuals. *Nutrition and Health*. 2023;29(2):339-46.
15. Lee HY, Jin SW, Henning-Smith C, Lee J, Lee J. Role of health literacy in health-related information-seeking behavior online: cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*. 2021;23(1):e14088.
16. Bahramfard T, Salehi SO, Toori MA, Pourmahmoudi A, Jowshan M, Parvin S, et al. Nutritional literacy status and its related factors in students of Yasuj University of Medical Sciences. *Clinical Nutrition and Hospital Dietetics*. 2020;40(4):55-62.
17. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of internal medicine*. 2007;167(14):1503-9.
18. Cunha M, Gaspar R, Fonseca S, Almeida D, Silva M, Nunes L. Implications of literacy for health for body mass index. *Atencion primaria*. 2014;46:180-6.
19. Friis K, Lasgaard M, Rowlands G, Osborne RH, Maingal HT. Health literacy mediates the relationship between educational attainment and health behavior: a Danish population-based study. *Journal of Health Communication*. 2016;21(sup2):54-60.
20. Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, Harris TB, Newman AB, Satterfield S, et al. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006;54(5):770-6.
21. Lassetter JH, Clark L, Morgan SE, Brown LB, VanServellen G, Duncan K, et al. Health literacy and obesity among native Hawaiian and Pacific Islanders in the United States. *Public health nursing*. 2015;32(1):15-23.
22. McNaughton CD, Kripalani S, Cawthon C, Mion LC, Wallston KA, Roumie CL. Association of health literacy with elevated blood pressure: a cohort study of hospitalized patients. *Medical care*. 2014;52(4):346-53.
23. Lanpher MG, Askew S, Bennett GG. Health literacy and weight change in a digital health intervention for women: a randomized controlled trial in primary care practice. *Journal of health communication*. 2016;21(sup1):34-42.
24. Mo X, Xu L, Luo H, Wang X, Zhang F, Gai Tobe R. Do different parenting patterns impact the health and physical growth of 'left-behind' preschool-aged children? A cross-sectional study in rural China. *The European Journal of Public Health*. 2016;26(1):18-23.
25. Geboers B, Reijneveld SA, Jansen CJ, de Winter AF. Health literacy is associated with health behaviors and social factors among older adults: Results from the LifeLines Cohort Study. *Journal of health communication*. 2016;21(sup2):45-53.
26. Eaton CB, Goodwin MA, Stange KC. Direct observation of nutrition counseling in community family practice. *American journal of preventive medicine*. 2002;23(3):174-9.
27. Wynn K, Trudeau JD, Taunton K, Gowans M, Scott I. Nutrition in primary care: current practices, attitudes, and barriers. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2010;56(3):e109-16.
28. Chen J, Kaur H, Jaques J, Rock Z, Dean CM, Lord RV, et al. Association of clinically significant weight loss with number of patient visits and months of attendance at an Australian multidisciplinary weight management clinic. *Clinical Obesity*. 2022;12(3):e12520.
29. Horning ML, Olsen JM, Lell S, Thorson DR, Monsen KA. Description of public health nursing nutrition assessment and interventions for home-visited women. *Public Health Nursing*. 2018;35(4):317-26.
30. Ilmonen J, Isolauri E, Laitinen K. Nutrition education and counselling practices in mother and child health clinics: study amongst nurses. *Journal of clinical nursing*. 2012;21(19pt20):2985-94.
31. Lee HY, Jin SW, Henning-Smith C, Lee J, Lee J. Role of Health Literacy in Health-Related Information-Seeking Behavior Online: Cross-sectional Study. *J Med Internet Res*. 2021;23(1):e14088..

Assessment of Nutritional Literacy among Patients with Abdominal Obesity in Bushehr

Abdolrasol Khosravi¹, Rahim Tahmasbi², Saeid Najafpournoushehri³, Kiandokht Saadati far⁴

Original Article

Abstract

Introduction: This study endeavored to determine the level of nutrition literacy among 317 individuals with abdominal obesity who referred to nutrition clinics in Bushehr, Iran.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2023. Data was collected through stratified random sampling. The Eating and Nutrition Literacy Assessment (EINLA) questionnaire was used. Data was analyzed using statistical tests such as independent t-test, chi-square, ANOVA, and Pearson correlation.

Results: The mean total score of nutrition literacy was 17.94 ± 2.29 . Among the participants, 87.1% had adequate nutrition literacy, while only 12.9% had inadequate nutrition literacy.

Conclusion: Despite the high level of nutrition literacy among the patients with abdominal obesity, other factors such as lifestyle and limited access to healthy foods may influence their obesity. Therefore, further studies are needed to identify and address these factors and provide effective strategies for managing obesity.

Keywords: Abdominal obesity; nutrition literacy; Bushehr

Received: 13 Apr; 2024

Accepted: 12 Jun; 2024

Published: 21 Jun; 2024

Citation: Khosravi A, Tahmasbi R, Najafpournoushehri S, Saadati far K. **Assessment of Nutritional Literacy among Patients with Abdominal Obesity in Bushehr.** Health Inf Manage 2024; 21(2): 82-88.

¹. Professor, Medical Library and Information Science, Paramedical Faculty, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

². Professor, Department of Biostatistics, School of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

³. Assistant Professor, Nutrition Sciences, Department of Nutrition, School of Health and Nutrition, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

⁴. Master's Student, Medical Library and Information Science, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

Corresponding Author: AbdolRasool Khosravi, Professor, Medical Library and Information Science, Paramedical Faculty, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
Email: khosravi2422@gmail.com