



<http://ui.ac.ir/en>

Strategic Research on Social Problems in Iran

E-ISSN: 2645-7539

Document Type: Research Paper

Vol. 9, Issue 4, No.31, Winter 2021, pp. 117-138

Received: 30.12.2019

Accepted: 08.02.2021

Investigating the Role of Traditional Nutrition in the Mental and Social Health of Adolescents

Mostafa Khosravi

Assistant Professor, Department of Social Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran

Alireza Ghorbani* 

Assistant Professor Department of Social Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran

Introduction:

The proper nutrition and adequacy of the diet plan are necessary conditions for maintaining the health of children, especially in the school age, due to their greater vulnerability, forming a high percentage of the population, and higher effectiveness of health-treatment interventions. Not paying attention to such important issue can endanger the physical and mental health as well as the development of students, the treatment of which is difficult and sometimes impossible (Soheili, 2006, p. 344; Jacobson, 1977, p. 1051-1053; Walker, 1991, p. 1596-1579; and Pasdar et al., 2014, p. 541). In addition to being associated with the growth and development, diet can reduce or exacerbate some of the health problems associated with this age group such as bone health, tooth decay, eating disorders, obesity, constipation, malnutrition, and iron deficiency anemia (Soheili, 2007, p. 41-36; and US Centers for Disease Control and Prevention, 2008).

Materials and Methods:

The research method was correlational. The statistical population of this study included all mothers who lived in Raz and Jirgalan (North Khorasan) and had a high-school student (1139 people). The statistical sample size of this study was 290 individuals using Morgan Table. They were randomly selected using a classified sampling method with a certain volume. The information required in the present study was collected through the use of the nutrition questionnaire, the standard questionnaire of social and mental health as well as the interview technique and the use of secondary data. To process the data collected from the interviews and completed questionnaires, SPSS23 and LISREL8.01 statistical software and descriptive and analytical statistical tests such as Spearman correlation test, multivariate regression test, and one-way analysis of variance were used.

Discussion of Results and Conclusions:

The results of the study showed a significant relationship between the maternal nutrition at home and the level of mental health, anxiety, social dysfunction, depression, participation, cohesion, acceptance and flourishing, and social adaptation of children. It was shown that 19 percent of changes in mental health and 25 percent of changes in social health can be explained by nutrition. In the structural

equation model, the effect of nutritional variables on mental and social health components was confirmed.

It can be concluded that the choice of food basket by the mother of the family has played an important role in reducing psychological and social disorders in the study population. To explain the research findings, it can be said that the health of people in the society is determined by a range of personal, economic, social, and environmental factors. Therefore, a correct understanding of the factors affecting this dimension can play an effective role in the growth of the society. The World Health Organization defines health in a broader sense than the physical health by defining a healthy person as a person who is physically, mentally, socially, and spiritually healthy. Therefore, by considering man as an organized and multidimensional whole, it can be said that all dimensions of human existence are related to each other and the change in one dimension of his existence may affect other dimensions. Since nutrition is the main factor affecting the health of the body, the type and style of nutrition are also important. In the dimensions of social health, since human beings are multidimensional beings, all the dimensions of our existence affect each other and are affected. As the nutrition style could affect the physical and mental health, so it can affect other dimensions of this system. According to the definition of the World Health Organization, social health is one

*Corresponding author

Copyright©2021, University of Isfahan. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>), which permits others to download this work and share it with others as long as they credit it, but they can't change it in any way or use it commercially



<http://dx.doi.org/10.22108/srsp.2021.120752.1478>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23221453.1399.9.4.6.5>

of the components of health and considering a systematic and general perspective of human beings, it can be said that people with physical and mental health can also have social health.

Keywords: Nutrition, Mental Health, Social Health, Mothers, Teenagers.

References:

- Ahari, M. (2013) *Evaluation of social health among students of azad university and payame noor ahar*. Department of Social Sciences, Payame Noor University, Bachelor Thesis (in Persian)..
- Babapur Khairuddin, J., Tusi, F., & Hekmati, I. (2009) The role of demographic factors in students' social health, university of tabriz. *Journal of Psychology, University of Tabriz*, 4 (16), 1-19 (in Persian).
- Beydoun, M. A., Kuczmarski, M. T. F., Mason, M. A., Ling, S. M., Evans, M. K., & Zonderman, A. B. (2009) Role of depressive symptoms in explaining socioeconomic status disparities in dietary quality and central adiposity among us adults: a structural equation modeling approach. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 90 (4), 1084-1095.
- Biddle, S. J., & Asare, M. (2011) Physical activity and mental health in children and adolescents: A review of reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 45 (11), 886-895.
- Casagrande, S. S., Anderson, C. A., Dalcin, A., Appel, L. J., Jerome, G. J., Dickerson, F. B., & Daumit, G. L. (2011) Dietary intake of adults with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35 (2), 137-140.
- Chan, D.W. (1985) The Chinese version of the General Health Questionnaire: Does language make a difference? *Psychological Medicine*, 15, 147-155.
- Ebrahimi, A., Molavi, H., Moosavi, G., & Bornamanesh, A. (2007) Psychometric properties and factor structure of general health questionnaire 28 (ghq-28) in iranian psychiatric patients. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 5 (1), 5-12.
- Eini-Zinab, H., Sobhani, S.R. (2017) Sustainable diets and traditional local foods. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*, 12(1), 151-158. (in Persian).
- Ferraro, K. F., Thorpe Jr, R. J., & Wilkinson, J. A. (2003) The life course of severe obesity: does childhood overweight matter?. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58 (2), 110-119.
- Forsyth, A. K., Williams, P. G., & Deane, F. P. (2012) Nutrition status of primary care patients with depression and anxiety. *Australian Journal of Primary Health*, 18 (2), 172-176.
- Goldberg, D.P., and Hillier, V.F. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire, *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg, D., and Williams, P. (1988) *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: Nfer-Nelson.
- Golabi, F., Aghayari Hir, T., & Saei, M. (2016) Investigating the nutritional transition between generations and the related social context. *Monitoring*, 15 (3), 221-231 (in Persian).
- Hadi, N., & Barazandeh, F. (2007) Lifestyle of nurses working in shiraz university hospitals. *Journal of Hayat*, 13 (1), 43-53 (in Persian).
- Haghighian-Roudsari, A. (2017) Traditional, local and indigenous foods in child health. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*, 12(1), 165-174. (in Persian).
- Herbison, C. E., Hickling, S., Allen, K. L., O'Sullivan, T. A., Robinson, M., Bremner, A. P., & Oddy, W. H. (2012) Low intake of b-vitamins is associated with poor adolescent mental health and behaviour. *Preventive Medicine*, 55 (6), 634-638.
- Jacka, F. N., Maes, M., Pasco, J. A., Williams, L. J., & Berk, M. (2012) Nutrient intakes and the common mental disorders in women. *Journal of Affective Disorders*, 141 (1), 79-85.
- Jacobson, H. N. (1977) Current concepts in nutrition. diet in pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, (297), 1051-1053.
- Karimi, H., Sam, S. H., & Sajadi, P. (2008) Physical and nutritional status in primary schoolchildren in ramsar city in 2003. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 10 (1), 67-76.
- Keyes, S. (1984) Gender stereotypes and personal adjustment: Employing the PAQ, TSBI and GHQ with samples of British adolescents, *British Journal of Social Psychology*, 23, 173-180 .
- Khotdeea, M., Singhirunnusorn, W., and Sahachaisaeree, N. (2012) Effect of green open space on social health and behaviour of urban residents: A Case study of communities in Bangkok Procedia, *Social and Behavioral Science*, 36, 449-455.
- Lakhan, S. E., & Vieira, K. F. (2008) Nutritional therapies for mental disorders. *Nutrition Journal*, 7 (1), 1-8.
- Mansour Far, K. (2006) *Statistical methods*. Tehran: University of Tehran Press (in Persian)..
- Mohseni, F. (2014) The effect of nutrition on perversion and criminal behavior with a look at the teachings of islam. *Journal of Islamic Law*, 1 (39), 181-212 (in Persian).
- Naghavi, S., Anisi, J., Tavakoli, H. R., Rahmati Najjar Kolai, F., & Jahanbakhshi, Z. (2013) Investigating

- the relationship between nutrition pattern and mental health of health center staff in a university of medical sciences. *Journal of Military Medicine*, 15 (2), 142-156 (in Persian).
- Najmabadi, S., & Nojomi, M. (2010). Nutritional supplement use among adults in different areas of west tehran. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 12 (4), 365-375 (in Persian).
- Nasser E. (2017) Logic and necessity of studying local food system, *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*, 12(1), 137-142. (in Persian).
- Navabakhsh, M., & Muthanna, A. D. (2011) Sociological study of nutritional developments in contemporary societies. *Food Science and Nutrition*, 9 (1), 33-48 (in Persian)..
- Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Yasamy, M. T., & Mohammad, K. (2004) Mental health survey of the adult population in iran. *The British Journal of Psychiatry*, 184 (1), 70-73.
- nourbala a.a., mohammad k., bagheri yazdi s.a., yasami m.t.(2002) Study of mental health status of individuals above 15 years of age in islamic republic of iran in the year 1999, 5(1), 1-10. (in Persian).
- jj agh, Z. (2017), Translation of local foods' knowledge: A strategy to improve nutrition and publichealth. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*, 12(1), 181-186. (in Persian).
- Pasdar, Y., Mozaffari, H. R., Darbandi, M., Niazi, P., & Hashemian, A. H. (2014) The relationship between academic progress and nutritional status and growth of elementary students in kermanshah in 2011. *Koomesh*, 15 (4), 541-550 (in Persian).
- Penninx, B. W., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Fried, L. P., Allen, R. H., & Stabler, S. P. (2000) Vitamin B12 deficiency and depression in physically disabled older women: epidemiologic evidence from the women's health and aging study. *American Journal of Psychiatry*, 157 (5), 715-721.
- Ragh, K., Mohammadi Aria, A. R., & Tajeri, B. (2018) Relationship between lifestyle and nutritional patterns with self-esteem and mental health in female high school students. *Sociology of Education*, 6, 62-68 (in Persian).
- Rahmani, M., Saqi, M., Rahbari, M., & Kiani, S. (2014) *The Role of nutrition in community health*. Third National Conference on Food Science and Industry, Quchan, Islamic Azad University, Quchan Branch, https://www.civica.com/Paper-ghochanfood03-ghochanfood03_528.html
- Rezazadeh, A., Mohammadi Nasrabadi, F. (2017) The importance of traditional dietary patterns and local foods for promoting household food and nutrition security, *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*, 12(1), 159-164 (in Persian).
- Sadeghi, M. (2014) Developing a model of healthy family based on an explorative mixed method research. *Journal Family Psychology*, 1(1), 12-21.
- Salehi, M., Kuhnlein, H. V., Shahbazi, M., Kimiagar, M. S., Kolahi, A. A., & Mehrabi, Y. (2005) Effect of traditional food on nutrition improvement of iranian tribeswomen. *Ecology of Food and Nutrition*, 44 (1), 81-95.
- Salehi, M., Kimiagar, S.M., Shahbazi, M., Kolahi, A.A. & Mehrabi, Y. (2003) Effect of education given to the nomadic women on the nutrition, health and hygiene of the tribe, and the role of nomadic women in development of nutrition culture and hygiene, *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 13(41), 55-64
- Schettler, A. E., & Gustafson, E. M. (2004) Osteoporosis prevention starts in adolescence. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16 (7), 274-282.
- Soheili Azad, A. A., Golestan, B., & Nabizadeh, B. (2006) *Breakfast and snack pattern in primary schools urmia*. 9th Iranian Nutrition Congress (in Persian).
- Soheili Azad, A. A., Nourjah, N., & Norouzi, F. (2007) Survey the eating pattern between elementary students in langrood. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 16 (62), 36-41 (in Persian).
- U.S. Department of Health and Human Services Center for Disease Control and Prevention. (2008) *Nutrition and the health of young people*. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/healthy-youth/nutritio/pdf/facts.pdf>. (5),71.
- Vedadhir, A. (2017) Food and foodways as cultural heritage, *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*, 12(1), 143-150.
- Zarazaga, L.A., Celi, I., Guzman, J.L., and Malpoux, B. (2011) The effect of nutrition on the neural mechanisms potentially involved in melatonin-stimulated LH secretion in female Mediterranean goats. *J Endocrinol*. 211(3), 263-272.




پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران
سال نهم، شماره پیاپی (۳۱)، شماره چهارم، زمستان ۱۳۹۹، صص ۱۱۷-۱۳۸
نوع مقاله: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۰

تبیین جامعه‌شناختی نقش تغذیه سنتی در خانواده بر سلامت روانی و سلامت اجتماعی نوجوانان

مصطفی خسروی، استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

m.khosravi@golestan.pnu.ac.ir

علیرضا قربانی *، استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

a_ghorbani@pnu.ac.ir

چکیده

شرط ارتقای سلامت روانی و اجتماعی در جامعه، داشتن تغذیه سالم و فرهنگ مصرف آن است که هدف اساسی آن، فراهم آوردن شرایط جسمی و روانی لازم از نظر رشد و تکوین ارگانیسم، تحرک و کارایی انسان‌ها در زندگی اجتماعی است. فرایند تغذیه انسان‌ها به شرایط محیطی و جغرافیایی و ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و تاریخی آنها بستگی دارد؛ به گونه‌ای که تغذیه صحیح و مصرف درست باعث سلامت پایدار جامعه می‌شود. پژوهش حاضر در پی بررسی تبیین جامعه‌شناختی نقش تغذیه سنتی در خانواده بر سلامت روانی و سلامت اجتماعی نوجوانان است. پژوهش از نوع پیمایشی و همبستگی بود و جامعه آماری آن، همه مادران دو شهر راز و جرگلان (خراسان شمالی) بودند که فرزند دانش‌آموز دبیرستانی دوره دوم (۱۱۳۹ نفر) داشتند. حجم نمونه با جدول مورگان، ۲۹۰ نفر به دست آمد. یافته‌ها نشان داد بین تغذیه مادر در منزل و میزان سلامت روانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی، مشارکت، انسجام، پذیرش و شکوفایی و انطباق اجتماعی فرزندان، رابطه معنی‌دار وجود دارد. ۱۹ درصد تغییرات در میزان سلامت روانی و ۲۵ درصد تغییرات در میزان سلامت اجتماعی با تغذیه تبیین می‌شود. در مدل معادله ساختاری نیز تأثیر متغیر تغذیه در مؤلفه‌های سلامت روانی و اجتماعی تأیید شد؛ در نتیجه، انتخاب سبب غذایی توسط مادر خانواده، نقش بسزایی در کاهش نابسامانی‌های روانی و اجتماعی در جامعه مورد مطالعه داشته است. **واژه‌های کلیدی:** تغذیه، سلامت روانی، سلامت اجتماعی، مادران، نوجوانان

* نویسنده مسئول: ۰۹۱۱۱۷۹۰۵۷۴

Copyright©2021, University of Isfahan. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>), which permits others to download this work and share it with others as long as they credit it, but they can't change it in any way or use it commercially.



<http://dx.doi.org/10.22108/srsp.2021.120752.1478>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23221453.1399.9.4.6.5>

مقدمه

تغذیه درست و برنامه غذایی متناسب از شرایط لازم برای حفظ سلامتی کودکان، به‌ویژه در سنین مدرسه است؛ زیرا درصد زیادی از جمعیت در این سن قرار دارند و در این سن، آسیب‌پذیری و اثربخشی مداخلات بهداشتی - درمانی، بیشتر است. بی‌توجهی به این موضوع مهم، سلامت جسمی و ذهنی و نیز رشد و نمو دانش‌آموزان را به خطر می‌اندازد که درمان آن، مشکل و گاهی اوقات، غیرممکن است (Jacobson, 1977: 1051-1053؛ سهیلی آزاد و همکاران، ۱۳۸۵: ۳۴۴؛ پاسدار و همکاران، ۱۳۹۳: ۵۴۱). رژیم غذایی علاوه بر ارتباط با رشد و تکامل، برخی از مشکلات مرتبط با سلامتی خاص این دوره سنی مانند سلامت استخوان‌ها، فساد و خرابی دندان‌ها، اختلال‌های خوردن، چاقی، یبوست، سوء تغذیه و کم‌خونی و فقر آهن را تقلیل می‌دهد یا تشدید می‌کند (U.S. Department of health and human services Center for disease control and prevention; 2008؛ سهیلی آزاد و همکاران، ۱۳۸۶: ۳۶-۴۱).

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، غذای سالم یا ایمن، غذایی است که از مواد اولیه سالم و ایمن تهیه شده باشد؛ به عبارتی، غذای سالم، عاری از مواد زیان‌بخش و مضر و متشکل از اجزای مفید برای سلامت مصرف‌کنندگان است، رشد را میسر می‌کند، به تندرستی و طول عمر می‌انجامد و با تأثیر بر مغز و روان، سبب رشد فکری می‌شود (راحمی‌پور، ۱۳۹۲: ۶). کیفیت تغذیه و عادت‌های غذایی در سنین کودکی، در درازمدت روی سلامتی تأثیرگذار است (پاسدار و همکاران، ۱۳۹۳: ۵۴۲) در این میان، به ارتباط چاقی و اضافه وزن دوران کودکی با چاقی بزرگسالی (Ferraro, 2003: 58)، دانسیته پایین استخوانی^۱ در سنین بالا و افزایش احتمال ابتلا به استئوپروز^۲ (پوکی استخوان) در سنین بعدی و ارتباط آن با دریافت کم کلسیم در سنین کودکی (Schettler, 2004: 16) اشاره می‌شود.

جرم‌شناسان، روان‌شناسان جنایی و جامعه‌شناسان جنایی،

بارها درباره عوامل مؤثر مختلف بر حالات جسمی و روحی و روانی فرد و ارتکاب جرم سخن رانده‌اند. یکی از علل و عوامل مهم در فرایند ارتکاب جرم می‌تواند تغذیه و موارد مربوط به انواع مختلف غذا باشد. با توجه به اینکه نتیجه مصرف غذا، افعال فرد است، ظاهراً به نظر می‌رسد نوع غذا علاوه بر تأثیر روی سلامتی و بیماری، بر روحیات و رفتارهای اجتماعی فرد نیز اثر می‌گذارد^۳ (محسنی، ۱۳۹۳: ۱۸۲). یکی از مهم‌ترین عوارض ناشی از سوء تغذیه و شیوه‌های نادرست در این زمینه، ناهنجاری‌های رفتاری است که در نهایت، گرایش به ارتکاب اعمال منحرفانه و مجرمانه را به دنبال دارد. این عامل در کنار بیماری‌های جسمی ناشی از آن، جوامع انسانی را در سطوح فردی و اجتماعی، با مشکلات گوناگون و پیچیده مواجه کرده و زمینه‌ساز بروز معضلات جدی‌تر شده است. علاوه بر این، بیشترین آثار زیان‌بار عادت‌های غذایی غلط، سوء تغذیه و تغذیه ناکافی، در گروه‌های سنی کودکان، نوجوانان و جوانان نمود می‌یابد (محسنی، ۱۳۹۳: ۱۸۲).

همچنین، این اتفاقات در بستر خانواده رخ می‌دهد. خانواده یکی از مهم‌ترین نهادهای جامعه و شکل‌دهنده شخصیت آدمی است. مطلوبیت، رضایت، خشنودی، کیفیت و کارکرد بهینه خانواده، عوامل بسیار مؤثری در شکوفایی، رشد و پیشرفت اعضای خانواده است و دستیابی به جامعه سالم در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن ارتباطات مطلوب با یکدیگر است (Sadeghi, 2014: 12-24)؛ از این‌رو، تأمین بهداشت روانی افراد خانواده، سهم بسزایی در تأمین و حفظ بهداشت روان جامعه دارد و تأمین نشدن بهداشت روان خانواده، آسیب‌های شدیدی بر پیکره جامعه وارد می‌کند

^۳ به‌طور مثال، افرادی که مزاج گرم و خشک دارند، تحریک‌پذیرتر و زود خشم هستند و با خوردن غذاهای گرم و خشک، احتمال پرخاشگری و عصبانیت در آنها بیشتر است یا افراد سرد و خشک با خوردن غذاهای سودازا دچار بدبینی، ترس، وسواس و علائم افسردگی می‌شوند.

^۱ low bone mineral density

^۲ Osteoporosis

زن به عنوان فردی کلیدی، که سبب غذایی را انتخاب می‌کند، به این علت است که این انتخاب، ذائقه افراد خانواده و به ویژه کودکان خانواده را می‌سازد؛ ساختنی که به دانش و اعتقاد مادر بستگی دارد و به نفع سلامت کودکان، که بزرگسالان فردا هستند، عمل می‌کند. انتخاب مواد غذایی‌ای که هر روز وارد سبد غذایی خانواده می‌شود، به عواملی همچون بودجه خانواده، سهمی از بودجه که برای خرید غذا اختصاص می‌یابد و سلیقه و ذائقه فردی که از انواع مواد غذایی موجود در بازار انتخاب می‌کند، بستگی دارد؛ بنابراین، دانش تغذیه‌ای این فرد - که به طور معمول، زن خانواده است - نقش مهمی در سلامت افراد خانواده و مهم‌تر از آن، چگونگی شکل‌گیری ذائقه افراد خانواده دارد (راحی‌پور، ۱۳۹۲: ۶).

تاکنون، پژوهش‌های بسیاری در زمینه تغذیه، مدیریت تغذیه در خانواده، نابسامانی در خانواده و عوامل مؤثر بر آن، به صورت‌های متفاوت در رشته‌های علوم انسانی و پزشکی انجام شده است. به رابطه تغذیه با جرم از دیدگاه حقوقی، جرم‌شناسی و پزشکی، بسیار توجه شده است؛ اما تاکنون، مدیریت تغذیه در خانواده توسط مادر خانواده با هدف ایجاد تعادل روانی و اجتماعی در کودکان و نوجوانان به صورت علمی در ایران بررسی نشده است و اگر پژوهشی نیز انجام شده باشد، این موضوع را به صورت غیرعلمی و روزنامه‌ای بررسی کرده است. درباره طب سنتی و تأکید آن بر غذا، چگونگی تهیه غذا، پخت‌وپز غذا، تأثیر روانی غذا، مصلح‌های غذایی، ممنوعیت غذایی و اختلاط غذایی در پزشکی سنتی، بحث‌های زیادی شده است؛ اما تاکنون، پل ارتباطی بین آموزه‌های طب سنتی برای مدیریت تغذیه در خانواده به وسیله مادر و رویش بارقه‌های تعادل روانی و اجتماعی در کودکان و نوجوانان ایجاد نشده است. پایه‌های اصلی این پل ارتباطی، مادر خانواده است؛ زیرا وی با آگاهی از دو عامل، پایه محکمی برای ایجاد تعادل در خانواده ایجاد می‌کند. این دو عامل عبارت است از: ۱- آشنایی با خلق و خوی کل افراد خانواده و ۲- آشنایی با مزاج‌های چهارگانه و امتزاج و اختلاط آنها. مادر

(Sadeghi, 2014: 12-24). علاوه بر این، سلامت اجتماعی، بعد جدید و مهمی از سلامت به شمار می‌رود که به کیفیت و کمیت روابط فرد در شبکه روابط خانوادگی اشاره دارد. گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان و گروه‌های اجتماعی)، که وی عضوی از آنهاست، سلامت اجتماعی فرد را می‌سازد. این بعد سلامت، دربردارنده پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشان‌دهنده رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی، میزان مفیدبودن و تعامل با جامعه، چگونگی روابط وی در اجتماع و محیط زندگی‌اش است (Khotdeea et al., 2012: 44-55). در این دوران، شخصیت انسان شکل می‌گیرد و ارزش‌ها و هنجارهای حاکم بر جامعه را باید از این دوران نهادینه کرد.

یکی از مهم‌ترین و زیربنایی‌ترین عوامل در انتخاب نوع تغذیه افراد، فرهنگ و دانش تغذیه‌ای خانواده است. در شرایط فعلی، عرضه غذا نسبتاً کافی است؛ اما در مصرف، تعادل وجود ندارد و غذای آماده متعلق به فرهنگ بیگانه، جایگزین سفره سنتی شده است. در خانواده‌های ایرانی درباره تغذیه مناسب باید آموزش فراگیر انجام شود (ترابی و همکاران، ۱۳۹۱: ۷). در حال حاضر، سطح دانش و آگاهی جامعه درباره مواد غذایی و الگوی تغذیه ارتقا یافته است؛ اما در موارد زیادی، داشتن دانش و علم باعث عمل درست نمی‌شود و مواد غذایی مضر زیادی وجود دارد که انسان با وجود آگاهی، آنها را مصرف می‌کند. مراحل تهیه غذا شامل فرآوری، توزیع و مصرف به صورت زنجیره‌ای درهم‌تنیده است و اگر هر یک از این اجزا دچار نقص یا کمبود شود، دیگر قسمت‌ها نیز از آن متأثر می‌شود و به طور کلی، سلامت نهایی غذا مستلزم تأمین سلامت همه اجزاست. تغذیه عاملی است که تعیین‌کننده سلامت و یا بیماری فرد یا افراد است. با آموزش تغذیه سالم، فرهنگ و آداب درست را می‌توان بین مردم ترویج داد. برای تغییر دادن الگوی تغذیه افراد، سواد آنها باید ارتقا یابد. البته این موضوع به سواد علمی افراد ارتباط ندارد. تأکید بر نقش

تغذیه یا مصرف مواد مغذی مختلف، مانند ویتامین‌ها با جنبه‌های مختلف سلامت روانی و اجتماعی، مشکلات روحی-روانی، مانند اضطراب و افسردگی، مطالعات مختلفی در نقاط مختلف جهان انجام شده است؛ اما هیچ کدام به نقش فردی که این امر را در خانواده مدیریت می‌کند، توجه نکرده‌اند.

حقیقیان رودسری (۱۳۹۶) در مقاله‌ای با نام «اهمیت غذاهای سنتی و بومی در تغذیه و سلامت کودکان»، بحث تغذیه و سلامتی را بررسی کرد. نتایج نشان داد نظام غذاهای سنتی، پایدار، متنوع و در دسترس است و منبع خوبی از مواد مغذی به شمار می‌آید؛ ولی بررسی مطالعات انجام شده نشان داد غذاهای سنتی ضمن سهولت و ترجیح فرهنگی از یک سو و به علت کمبود برخی از مواد مغذی ضروری برای کودکان از سوی دیگر، باید با دیدگاه تکمیل مواد مغذی رژیم غذایی کودک استفاده شود. آگاهی از مقدار انرژی و ارزش تغذیه‌ای هر یک از این مواد غذایی به افراد کمک می‌کند با هدف غنی‌سازی غذاهای سنتی، دستورهای غذایی متعددی را با ترکیب مواد غذایی بومی، تهیه و مصرف کنند.

رضازاده و محمدی نصرآبادی (۱۳۹۶) در پژوهش «اهمیت الگوهای غذایی سنتی و غذاهای بومی در امنیت غذا و تغذیه خانوار»، به اهمیت نقش این موضوع در خانواده‌های ایران و جهان توجه کرده‌اند. نتایج نشان داد در نپال، ۴۰ درصد از تمامی غذاهای مصرف شده، از منابع وحشی به دست می‌آید و علاوه بر جمع‌آوری گیاهان وحشی، کشت این گیاهان در باغچه‌های منازل، در امنیت غذا و تغذیه خانوار، نقش مهمی دارد. در جنوب آفریقا، گیاهان سنتی (اهلی و وحشی)، ۳۱ درصد ارزش کل گیاهان این مناطق را به خود اختصاص می‌دهد. همچنین، مشخص شد در صورتی که برای احیای این غذاها کوشش نشود، با وجود تطابق رویش آنها با منطقه، تغییرات آب‌وهوایی به کاهش بیشتر مصرف و بدتر شدن وضعیت امنیت غذا و تغذیه خانوارها منجر می‌شود. در قبایل بومی آمریکا و کانادا، با وجود تقاضا برای این غذاها

خانواده با آشنایی با این دو عامل، هم‌نهادی را تولید می‌کند که مسیر حرکت خانواده را از موج‌های پرتلاطم و خروشان در زندگی به سمت سواحل آرام هدایت می‌کند. این پژوهش به دنبال آن است که با کنار گذاشتن سایر عوامل مؤثر در بروز نابسامانی روانی و اجتماعی افراد در خانواده و جامعه، نقش مدیریت تغذیه در خانواده توسط مادر خانواده را در ایجاد تعادل روانی و اجتماعی افراد (در خانواده و جامعه) بسنجد. بر این اساس، پرسش‌های پژوهش حاضر، عبارت است از:

- آیا بین نوع تغذیه (مواد غذایی سنتی و دست‌ساز مطمئن/ مواد صنعتی و کارخانه‌ای شکیل و مرصع) و شکل‌گیری نابسامانی روانی و اجتماعی در خانواده (به‌ویژه کودکان و نوجوانان)، رابطه وجود دارد؟
- نوع تغذیه (سنتی و صنعتی) با ایجاد آرامش روانی و اجتماعی در خلق‌وخوی افراد و ایجاد تعادل روانی و اجتماعی، چه رابطه‌ای دارد؟

پیشینه پژوهش

نظام غذاهای سنتی و دست‌ساز (بومی محلی)، در زمینه‌های فرهنگی جوامع شکل می‌گیرد، رشد می‌کند و توسعه می‌یابد. در این میان، کودکان و نوجوانان نیز به‌عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر، از مصرف‌کنندگان این نوع غذاها در خانواده هستند و کیفیت و کمیت مواد غذایی‌ای که از مادر دریافت می‌کنند، در رشد و سلامت آنها اثرگذار است. در ایران، مطالعات محدودی درباره کفایت الگوهای غذایی سنتی و بومی محلی در تغذیه کودکان برای ارتقای سلامت (روانی و اجتماعی) انجام شده است. درباره نقش مادر خانواده در تهیه سبد غذایی سنتی و تأثیر این انتخاب مادر بر سلامت روانی و اجتماعی کودکان و نوجوانان، پژوهش مستقلی در ایران انجام نشده است. پژوهش‌های دیگر یا به نقش مادر در خانواده توجه نکرده‌اند یا تغذیه در آنها به صورت فیزیکی و جسمانی بررسی شده است؛ به عبارت دیگر، درباره ارتباط

و مصرف مقادیر کافی و متنوع مواد مغذی در کاهش مشکلات روحی و روانی، مانند اضطراب و افسردگی مؤثر است.

پاسدار و همکاران (۱۳۹۳)، ارتباط پیشرفت تحصیلی را با وضعیت تغذیه‌ای دانش‌آموزان دوره ابتدایی حاشیه شهر کرمانشاه بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد بالابودن میزان سوء تغذیه و الگوی غذایی نادرست در انتخاب و مصرف مواد غذایی، به‌ویژه کم‌توجهی به مصرف لبنیات، گوشت‌ها و مصرف نکردن صبحانه، عوامل تهدیدکننده سلامتی است و بر عملکرد دانش‌آموزان به‌ویژه، پیشرفت تحصیلی آنها اثر منفی دارد. توجه بیشتر به تغذیه صحیح و افزایش آگاهی تغذیه‌ای دانش‌آموزان و خانواده‌ها در موفقیت تحصیلی آنان مؤثر است.

نوابخش و مثنی (۱۳۸۹)، تحولات جامعه‌شناختی تغذیه را در جوامع معاصر بررسی کردند. نتایج این بررسی نشان داد در جوامع کنونی برخلاف گذشته، تغذیه فقط امری برای رفع نیازهای اولیه، همچون گرسنگی و تشنگی نیست؛ بلکه بخشی از فعالیت‌های اجتماعی روزمره بشر است که ارزش نمادین دارد و از جهتی، نوع خاصی از یک ماده غذایی، نشان‌دهنده نقش فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر یک جامعه است.

پژوهش صالحی و همکاران (۱۳۸۲)، درباره استفاده از غذاهای سنتی و محلی برای برآورده کردن نیازهای تغذیه‌ای زنان قشقایی در استان فارس، نمونه‌ای از کاربرد غذاهای سنتی و محلی بومی برای ارتقای وضعیت سلامت (روانی و اجتماعی) است. به این منظور، ۴۸۱ خانوار از ۴۸ قوم از اقوام استان فارس، انتخاب و بسته‌های ساده و کم‌هزینه غذاهای تهیه‌شده از مواد غذایی محلی در دسترس برای آنها طراحی شد. بسته‌های غذایی شامل غلات، حبوبات و سبزی‌ها و حاوی ۳۲۲/۶ کیلوکالری انرژی، ۱۴/۰۵ گرم پروتئین، ۳۵۱/۲ میلی‌گرم کلسیم، ۴۸۷/۲ میکروگرم ویتامین A و ۴۲/۷ میلی‌گرم ویتامین C بود. در پایان دوره مداخله، افزایش معنی‌داری در نمایه توده بدن زنان در مقایسه

و وابستگی به آنها برای تأمین امنیت غذایی، مصرف آنها به‌علت جهانی‌شدن، نبود سهولت در دسترسی، هزینه و نگرانی‌های ایمنی، بسیار کم شده است. در چهار مطالعه انجام‌شده در ایران، در مطالعه‌ای روی قوم لک، استفاده از غذاهای بومی به‌عنوان راهبرد سازگاری با بیلاق و قشلاق، نقش مهمی در حفظ امنیت غذایی داشت. در مطالعه دیگر روی ایل قشقایی، انجام دادن یک مداخله تغذیه‌ای با دادن بسته‌های حاوی اقلام غذایی مغذی در دسترس و بومی، نتایج مطلوبی روی وضعیت تغذیه زنان قشقایی داشت. فقط در یک مطالعه، ارتباط الگوهای غذایی سنتی با امنیت غذایی در دو قوم آذری و کرد ساکن شهر ارومیه بررسی شد و دو نوع الگوی غذایی سنتی به دست آمد که در هر دو قوم، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و جایگاه اجتماعی، نقش مهم‌تری در تبعیت از الگوی غذایی سنتی سالم‌تر و امنیت غذایی داشت.

محسنی (۱۳۹۳) در پژوهشی با نام «تأثیر تغذیه بر کج‌روی و رفتار مجرمانه با نگاهی به آموزه‌های دین اسلام» به این نتیجه دست یافت که تغذیه، علاوه بر تأمین سلامت جسمانی، نقش بسیار مهمی در پیشگیری و مدیریت بسیاری از اختلال‌های رفتاری، یادگیری و روانی دارد که بر شرایط رشدمدار زندگی کودکان و نوجوانان، رفتار آنان در مدرسه، فرایند مراحل مختلف در تحصیل و رفتار و روحیه بزرگسالان در ابعاد گوناگون زندگی از خانه تا محل کار و جامعه اثر می‌گذارد.

رحمانی و همکاران (۱۳۹۳)، نقش تغذیه در سلامت جامعه را با هدف آشنایی افراد با اصول تغذیه مناسب و ارتباط آن با سلامتی بررسی کردند. پژوهشگران پس از معرفی علم تغذیه، گروه‌های غذایی مهم و نقش تغذیه را در سلامت جسمی و روانی افراد توضیح دادند.

نقوی و همکاران (۱۳۹۲)، ارتباط الگوی تغذیه و سلامت روان کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی یک دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله تهران را بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد، بین الگوی تغذیه و سلامت روان کارکنان، ارتباط مستقیم وجود دارد

زنان مدیران‌های «نشان داد تغذیه بر میزان ترشح ملاتونین نورون‌های عصبی، تأثیر زیادی دارد.

بیدون و همکاران^۵ (2009) در مطالعه‌ای با نام «ارتباط علائم افسردگی در موقعیت‌های اقتصادی-اجتماعی مختلف و رژیم غذایی و چاقی در میان بزرگسالان آمریکایی ۶۴-۳۰ ساله» نشان دادند بین شیوع افسردگی و الگوی غذایی، رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، بین شیوع افسردگی با چاقی در مردان و زنان آفریقایی-آمریکایی، ارتباط معنادار مثبت، ولی بین شیوع آن با چاقی در زنان سفیدپوست، رابطه معکوس وجود دارد.

گسترش پژوهش‌های تغذیه‌ای در دو دهه اخیر در جهان، سبب توجه و تأکید بیشتر بر نقش تغذیه درست در حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها شده است و تردیدی وجود ندارد که تغذیه هر فرد، ارتباط تنگاتنگی با وضعیت سلامت جسمی و روحی او دارد و مصرف مقادیر کافی از مواد مغذی، سبب حفظ سلامت فرد و افزایش کارایی او می‌شود (نجم‌آبادی و نجومی، ۱۳۸۶: ۷۸).

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش، شامل همه مادرانی است که در دو شهر راز و جرگلان (خراسان شمالی) زندگی می‌کنند و فرزند دانش‌آموز دبیرستانی دوره دوم دارند (۱۱۳۹ نفر). حجم نمونه آماری این پژوهش با استفاده از جدول مورگان، ۲۹۰ نفر به دست آمد که با استفاده از شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبت با حجم معین به صورت تصادفی انتخاب شدند. در این روش، نسبت حجم نمونه به جامعه، محاسبه و در پایان، نتیجه این نسبت در تعداد کل افراد ضرب شد (روش انتخاب افراد در طبقات اختصاص تناسبی). در این روش، کسر نمونه‌گیری $\frac{n_h}{N}$ مختص هر طبقه است.

اطلاعات لازم از سه طریق استفاده از پرسش‌نامه، شامل پرسش‌نامه تغذیه، پرسش‌نامه استاندارد سلامت اجتماعی و

با ابتدای مداخله وجود داشت که نشان‌دهنده اثربخش بودن مصرف غذاهای سنتی در برنامه غذایی زنان بود. این مطالعه در بین زنان اقوام استان فارس انجام شد؛ ولی به علت موفق بودن مداخله و آثار مثبت غذای بومی بر وضعیت تغذیه‌ای افراد مد نظر، از الگوی مداخله در این مطالعه برای طراحی مداخلات مشابه در کودکان نیز می‌توان استفاده کرد. همچنین، به پژوهش‌های عینی زیناب و سبحانی (۱۳۹۶)، و دادهییر (۱۳۹۶)، ناصری (۱۳۹۶)، حسینی و حقیقیان رودسری (۱۳۹۶) و اجاق (۱۳۹۶) در مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران^۱ می‌توان اشاره کرد که تأثیرات تغذیه را به عنوان عامل اجتماعی و فرهنگی در جامعه در نظر گرفته‌اند.

در پیشینه پژوهش خارجی درباره الگوی تغذیه و بیماری‌های مزمن قلبی-عروقی و سرطان‌ها و درباره الگوی غذایی و بیماری‌های روانی، مانند افسردگی و خودکشی، پژوهش‌هایی انجام شده است؛ اما درباره نقش تغذیه سنتی بر سلامت روانی و اجتماعی در خانواده، به ویژه نقش مادر در این فرایند، مطالعه‌ای مشاهده نشده است و این مطالعه، اولین پژوهش در این حوزه به شمار می‌آید.

بر اساس گزارش پنینیکس و همکاران^۲ (2000)، معمولاً اختلال‌های روانی توأم با سوء تغذیه حاد یا مزمن، نشانه آن است که بیمار از کمبود بعضی از مواد مغذی رنج می‌برد و پزشکان از مدت‌ها پیش به ارتباط سطوح کم ویتامین B12 و افسردگی پی برده‌اند. لاکان و ویرا^۳ (2008) نیز معتقدند، این مواد مغذی در تنظیم خلق و عملکرد مغز، نقش مهمی دارد. تغذیه نامناسب، یکی از علل کمبود ویتامین B12 است؛ اما سوء تغذیه ممکن است بر اثر افسردگی به وجود آید.

زارازاگا^۴ (2011) نیز در مطالعه خود با نام «تأثیر تغذیه در سازوکارهای عصبی درگیر در تحریک ترشح ملاتونین در

^۱ مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران، بهار ۱۳۹۶، ضمیمه شماره ۱، س ۱۲، ص ۱۳۳-۱۸۱.

^۲ Penninx et al.

^۳ Lakhan and Vieira

^۴ Zarazaga

^۵ Beydoun et al.

همکاران، ۱۳۹۲). پرسش‌نامه را گلدبرگ و هیلر^۵ (1979) ارائه کردند و ۴ مقیاس فرعی و هر مقیاس، ۷ پرسش دارد. مقیاس‌های مذکور عبارت است از: مقیاس علائم جسمانی^۶، مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب^۷، مقیاس کارکرد اجتماعی^۸ و مقیاس علائم افسردگی^۹. گلدبرگ و ویلیامز^{۱۰} (1988)، اعتبار تصنیفی برای این پرسش‌نامه را، که ۸۵۳ نفر تکمیل کرده بودند، ۰/۹۵؛ چان^{۱۱} (1985) در هنگ‌کنگ، ۰/۹۳ و کییز^{۱۲} (1984) در انگلستان، ۰/۹۳ گزارش کردند.

پرسش‌نامه سلامت اجتماعی بر مبنای ابعاد مشارکت و انسجام اجتماعی، پذیرش و شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی در ۳۲ گویه بررسی شده است. باباپور و همکاران (۱۳۸۸) برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده کردند. آلفای به‌دست آمده برای کل مقیاس، ۰/۷۸ و برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب عبارت بود از: ۰/۷۴ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۴ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۱ برای همبستگی اجتماعی، ۰/۷۰ برای شکوفایی اجتماعی و ۰/۷۷ برای انسجام اجتماعی که نشان می‌دهد این ابزار، پایایی مطلوبی دارد. همچنین، روایی محتوایی این پرسش‌نامه تأیید شده است. در پایان‌نامه اهری (۱۳۹۲)، روایی سازه و پایایی این پرسش‌نامه، تأیید و پایایی پرسش‌نامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ محاسبه شد. اعتبار و پایایی انجام شده نیز به صورت ذیل گزارش می‌شود.

سلامت روانی، تکنیک مصاحبه و استفاده از داده‌های ثانویه جمع‌آوری شد. برای پردازش اطلاعات جمع‌آوری شده از مصاحبه و پرسش‌نامه‌های تکمیل شده، از نرم‌افزار آماری SPSS23 و LISREL8.01 و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی، مانند آزمون همبستگی اسپیرمن^۱، آزمون رگرسیون چندمتغیری^۲ و تحلیل واریانس یک‌طرفه^۳ استفاده شد.

پرسش‌نامه تغذیه (بسامد خوراک^۴)، دربردارنده فهرستی از غذاها به همراه اندازه استاندارد از هر ماده غذایی است؛ بنابراین، از شرکت‌کنندگان خواسته شد میزان مصرف هر ماده غذایی را به‌طور روزانه و در یک‌ماه لحاظ کنند. این پرسش‌نامه، چند گروه غذایی (گروه نان و غلات، گروه سبزی‌ها، گروه میوه‌ها، گروه شیر و لبنیات، گروه گوشت، تخم مرغ و حبوبات و گروه متفرقه که شامل مواد قندی و روغن‌هاست) را با ۶۹ پرسش می‌سنجد. در پژوهش راغ و همکاران (۱۳۹۷)، پایایی ۰/۶۶ گزارش شد. پرسش‌نامه سلامت روانی، دربردارنده تعداد ۲۸ پرسش بود و درحقیقت، یک پرسش‌نامه غربالگری مبتنی بر خودگزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف شناسایی کسانی استفاده می‌شود که اختلال روانی دارند. در این پرسش‌نامه به دو طبقه اصلی از پدیده‌ها (ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنش‌وری سالم و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول‌کننده) توجه می‌شود. در بین ابزارهای غربال‌گری سلامت روانی، پرسش‌نامه سلامت روانی، یکی از ابزارهایی است که به‌طور وسیعی در سراسر جهان به کار می‌رود. همچنین، نمره بیشتر در پرسش‌نامه سلامت روانی به معنی کم و بدتر بودن سلامت روانی آزمودنی‌ها و نمره کمتر، نشانه بهتر بودن سلامت روانی آنان است. گفتنی است، اعتبار و روایی پرسش‌نامه‌های استفاده‌شده در این مطالعه در مطالعات بسیار زیادی تعیین شده است (Noorbala et al., 2004; Ebrahimi et al., 2007; تقوی و

⁵ Goldberg and Hiller

⁶ Somatic symptoms

⁷ Anxiety and sleep disorder

⁸ Social Function

⁹ Depression symptoms

¹⁰ Goldberg and Williams

¹¹ Chan

¹² Keyes

¹ Spearman

² Multivariate Regression

³ ANOVA

⁴ FFQ

جدول ۱- ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای مورد بررسی و مؤلفه‌های آن

Table 1- Cronbach's alpha coefficient of the studied variables and its components

ردیف	عنوان متغیر	نام متغیر	مؤلفه	مقدار ضریب	درصد ضریب	
۱	متغیر وابسته	وابسته اصلی	سلامت اجتماعی	مشارکت و انسجام اجتماعی	۰/۷۵۲	%۷۵
				پذیرش و شکوفایی اجتماعی	۰/۷۹۱	%۷۹
				انطباق اجتماعی	۰/۷۴۳	%۷۴
				سلامت اجتماعی	۰/۷۷۱	%۷۷
				وضعیت سلامتی عمومی	۰/۸۱۲	%۸۱
				اضطراب	۰/۷۹۱	%۷۹
				عملکرد اجتماعی	۰/۶۹۸	%۷۰
				افسردگی	۰/۷۶۵	%۷۶
				سلامت روانی	۰/۸۰۱	%۸۰
				مدیریت زمان	۰/۷۶۱	%۷۶
۲	متغیر مستقل	تغذیه	تغذیه	همکاری	۰/۷۷۱	%۷۷
				ارگانیک	۰/۷۹۳	%۷۹
				تغذیه	۰/۷۶۲	%۷۶
				مدیریت زمان	۰/۷۳۵	%۷۳

یافته‌ها

مهم‌ترین عوامل در متغیرهای زمینه‌ای به صورت جدول شماره ۲

ترسیم می‌شود.

با توجه به نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل پرسش‌نامه،

جدول ۲- یافته‌های توصیفی مرتبط با متغیرهای زمینه‌ای

Table 2- Descriptive findings related to contextual variables

فرزندان		مادران		تحصیلات فرزندان	
شغل	محل زندگی	دهم	یازدهم	دوازدهم	تحصیلات فرزندان
فرزندان	مادران	فرزندان	مادران	فرزندان	مادران
فرزندان	مادران	فرزندان	مادران	فرزندان	مادران
۱۹۲	۹۹	۳۱	۲۴۱	۱۸	۲۵۷
۶۵/۹۷	۳۴/۰۲	۱۰/۷	۸۲/۸	۶/۲	۸۸/۳
۳۱	۲۳	۳	۲۳	۴	۲۵۷
۱۰/۷	۷/۹	۱	۷/۹	۱/۴	۸۸/۳
۳۱	۲۳	۳	۲۳	۴	۲۵۷
۱۰/۷	۷/۹	۱	۷/۹	۱/۴	۸۸/۳
۳۱	۲۳	۳	۲۳	۴	۲۵۷
۱۰/۷	۷/۹	۱	۷/۹	۱/۴	۸۸/۳
۳۱	۲۳	۳	۲۳	۴	۲۵۷
۱۰/۷	۷/۹	۱	۷/۹	۱/۴	۸۸/۳

میانگین سنی مادران: ۴۲/۲۳

می‌دهد، تمامی فرضیات تأیید می‌شود؛ به عبارت واضح‌تر،

همانگونه که آزمون فرضیات در جدول شماره ۳ نشان

مستقیم و معنی‌دار دارد؛ از این‌رو، نتایج به‌دست‌آمده، تعمیم‌دانی به جامعه آماری است.

براساس ضریب همبستگی اسپیرمن، تغذیه (به‌عنوان متغیر مستقل) با میزان سلامت اجتماعی و سلامت روانی، رابطه‌ای

جدول ۳- آزمون فرضیات پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن

Table 3- Test of research hypotheses using Spearman correlation coefficient

سلامت روانی		سلامت اجتماعی		ردیف
سطح معناداری	ضریب اسپیرمن	سطح معناداری	ضریب اسپیرمن	
۰/۰۲	۰/۶۴	۰/۰۱	۰/۴۵	مدیریت در تهیه غذا
۰/۰۰۰	۰/۵۴	۰/۰۲	۰/۵۸	میزان زمان در تهیه غذا
۰/۰۳	۰/۵۱	۰/۰۰۰	۰/۵۹	همکاری در تهیه غذا
۰/۰۰۰	۰/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۶۸	تهیه ارگانیک غذا

در اینجا شاخص‌های متغیر مستقل تغذیه) مد نظر در پژوهش به دست آمده بود، تحلیل چندمتغیری اجرا شد. با انجام‌دادن این تحلیل در بین متغیرهای مستقل مد نظر، دو متغیر تهیه ارگانیک غذا در زیرمجموعه متغیر سلامت اجتماعی (با بتای ۰/۶۴۷) و متغیر مدیریت در تهیه غذا در زیرمجموعه متغیر سلامت روانی (با بتای ۰/۵۸۴) در بین متغیرهای مستقل مد نظر در این پژوهش به ترتیب، بیشترین سهم را در تغییرات متغیر وابسته به خود اختصاص دادند.

مقدار ضریب همبستگی (R) بین متغیرها، ۰/۶۸۴ است که نشان می‌دهد بین مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته پژوهش (سلامت روانی و سلامت اجتماعی)، همبستگی متوسط رو به بالا وجود دارد؛ اما مقدار ضریب تعیین تعدیل‌شده، که برابر با ۰/۵۸۴ است، نشان می‌دهد ۵۸/۴ درصد از کل میزان سلامت روانی و اجتماعی در بین جامعه آماری، به شاخص‌های متغیر تغذیه وابسته است. همچنین، با توجه به معنی‌داری مقدار $F(۷۳/۳۲۸)$ در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۵، می‌توان نتیجه گرفت مدل رگرسیونی پژوهش، مرکب از متغیر مستقل تغذیه و متغیر وابسته (سلامت روانی و اجتماعی)، مدل خوبی است و مجموع متغیرهای مستقل، میزان اجتماعی و روانی این افراد را تبیین می‌کند. جدول شماره ۵، ضرایب تأثیر رگرسیونی متغیر مستقل تغذیه را بر متغیر وابسته سلامت اجتماعی و روانی نشان می‌دهد. با استفاده از آن، سهم نسبی متغیر مستقل مذکور

با توجه به نتایج جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود رابطه تمامی مؤلفه‌های متغیر مستقل تغذیه با دو متغیر سلامت روانی و اجتماعی، مثبت و معنادار است. بیشترین مقدار ضریب همبستگی در سلامت اجتماعی با متغیر تهیه ارگانیک غذا با میزان ۶۸ درصد است و در سلامت روانی، این مقدار به مدیریت در تهیه غذا با ۶۴ درصد اختصاص دارد.

تحلیل رگرسیون چندمتغیره^۱

برای تحلیل چندمتغیره، از آزمون رگرسیون چندمتغیره گام‌به‌گام استفاده شد؛ بدین منظور، ابتدا متغیری وارد تحلیل می‌شود که بیشترین همبستگی را با متغیر وابسته دارد (در سلامت اجتماعی، متغیر تهیه غذای ارگانیک/ در متغیر سلامت روانی، متغیر مدیریت در تهیه غذا). دومین متغیری که وارد تحلیل می‌شود، متغیری است که پس از تفکیک متغیر مقدم بر آن، موجب بیشترین افزایش در مقدار ضریب تعیین (R^2) می‌شود. در این روش، ورود متغیرها به مدل، یک‌به‌یک و تا زمانی انجام می‌شود که معنی‌داری متغیر به ۹۵ درصد برسد؛ یعنی سطح خطا ۵ درصد شود (منصو، ۱۳۸۵: ۱۷۳). نتایج این تحلیل‌ها در جدول شماره ۴ آمده است.

برای کنترل آماری روابطی که در سطح تحلیل‌های دو متغیری بین متغیر وابسته و هر یک از متغیرهای مستقل اصلی

¹ Multiple Linear regression

در مدل را می‌توان مشخص کرد.

جدول ۴- خلاصه آماره‌های مربوط به نتایج ضرایب تأثیر رگرسیونی مدل

Table 4- Summary of statistics related to the results of model regression impact coefficients

مدل	ضریب استاندارد		T		سطح معناداری	
	بتا		سلامت اجتماعی	سلامت روانی	سلامت اجتماعی	سلامت روانی
تغذیه	۰/۵۳	۰/۶۱	۱۴/۲۵	۱۶/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۲
F= ۷۳/۳۲۸	R=۰/۶۸۴		R ADJ=۰/۵۸۴			

جدول ۵- نتیجه نهایی تحلیل چندمتغیری متغیر مستقل تغذیه بر سلامت اجتماعی و سلامت روانی

Table 5- Final result of multivariate analysis of independent nutrition variable on social and mental health

ارگانیک		همکاری		زمان		مدیریت		ابعاد متغیر تغذیه
سلامت روانی	سلامت اجتماعی	سلامت روانی	سلامت اجتماعی	سلامت روانی	سلامت اجتماعی	سلامت روانی	سلامت اجتماعی	
۰/۵۱۲	۰/۵۲۴	۰/۴۱۲	۰/۴۵۷	۰/۴۱۲	۰/۵۳۴	۰/۴۳۶	۰/۵۴۶	ضریب غیراستاندارد
۰/۴۵۱	۰/۶۴۷	۰/۲۱۲	۰/۲۴۳	۰/۴۲۱	۰/۳۵۱	۰/۵۸۴	۰/۳۵۴	ضریب استاندارد بتا
۴۱/۲۳	۴۵/۵۲	۱۳/۵۸	۲۸/۶۱	۴۷/۱۳	۵۲/۱۳	۴۷/۱۲	۵۸/۱۳	مقدار تحلیل واریانس
۱۲/۱۳	۱۴/۹۴	۱۷/۱۹	۱۴/۱۷	۱۵/۲۸	۱۲/۳۸	۱۴/۳۶	۱۷/۳۲	T
۰/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۱	سطح معناداری

و IFI^۵ بین صفر و یک است و هرچه به یک نزدیک‌تر باشد، نیکویی برازش مدل با داده‌های مشاهده‌شده، بیشتر است (هومن، ۱۳۸۴: ۷۸).

مدل یابی معادلات ساختاری متغیر سلامت اجتماعی و سلامت روانی (با متغیر تغذیه)

الگوی روابط علی در مدل معادله ساختاری اثرگذاری متغیر تغذیه در مؤلفه‌های متغیرهای سلامت اجتماعی و روانی در جامعه آماری مد نظر مبتنی بر نرم‌افزار معادلات ساختاری لیزرل در نمودارهای شماره ۱ و ۲ و ۳ و ۴ منعکس شده است.

مقایسه متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد اول اینکه، تأثیر متغیر مستقل تغذیه بر میزان سلامت اجتماعی و روانی (متغیر وابسته)، معنی‌دار است؛ زیرا سطح خطای مقدار t آنها کوچک‌تر از ۰/۰۵ است. دوم اینکه، متغیر تغذیه با ضرایب رگرسیونی ۰/۵۳ و ۰/۶۱ به ترتیب، تأثیر رگرسیونی نسبتاً خوبی روی متغیر سلامت اجتماعی و سلامت روانی داشته است (جدول شماره ۴).

مدل یابی معادلات ساختاری

در این قسمت، روابط یکپارچه و متعامل بین متغیرها در قالب معادلات ساختاری و تأثیر متغیر مشهود (تغذیه) در مؤلفه‌های متغیر وابسته (سلامت اجتماعی و سلامت روانی) در بین جامعه آماری آزموده شد تا میزان اثرگذاری هر یک از متغیرها را مشخص کند. برای تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار لیزرل نیز استفاده شد. شاخص‌های CFI^۱ و NFI^۲ و AGFI^۳ و GFI^۴

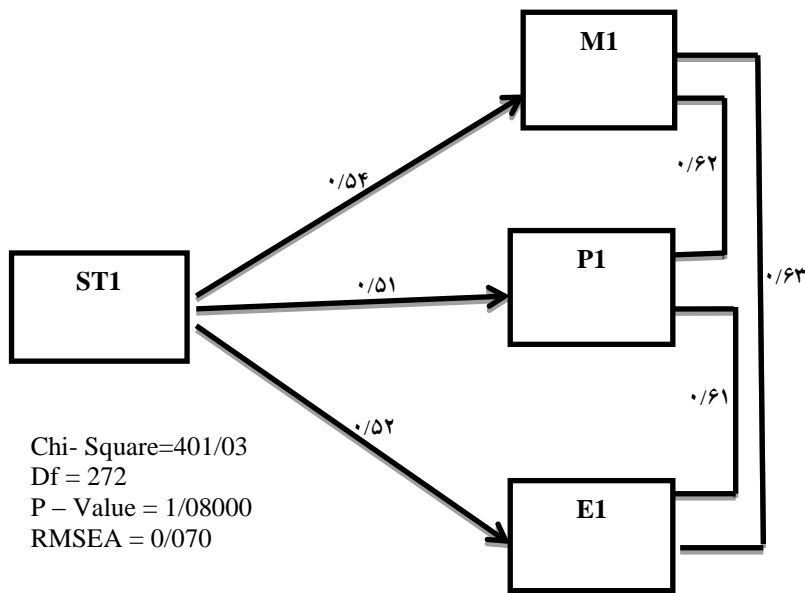
² Normal Fit Index

³ Adjusted Goodness of Fit

⁴ Goodness of fit index

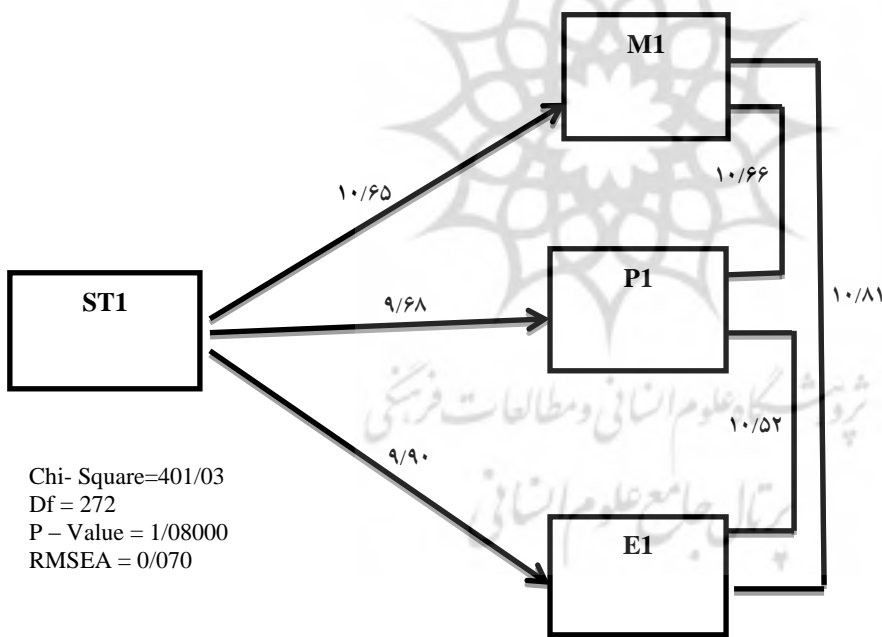
⁵ Incremental Fit Index

¹ Comparative Fit Index



شکل ۱- نمودار استاندارد نرم‌افزار و سنجش آثار متغیر مستقل تغذیه بر مؤلفه‌های متغیر سلامت اجتماعی

Fig 1 - Standard software diagram and measurement of the effects of independent nutrition variable on the components of social health variables

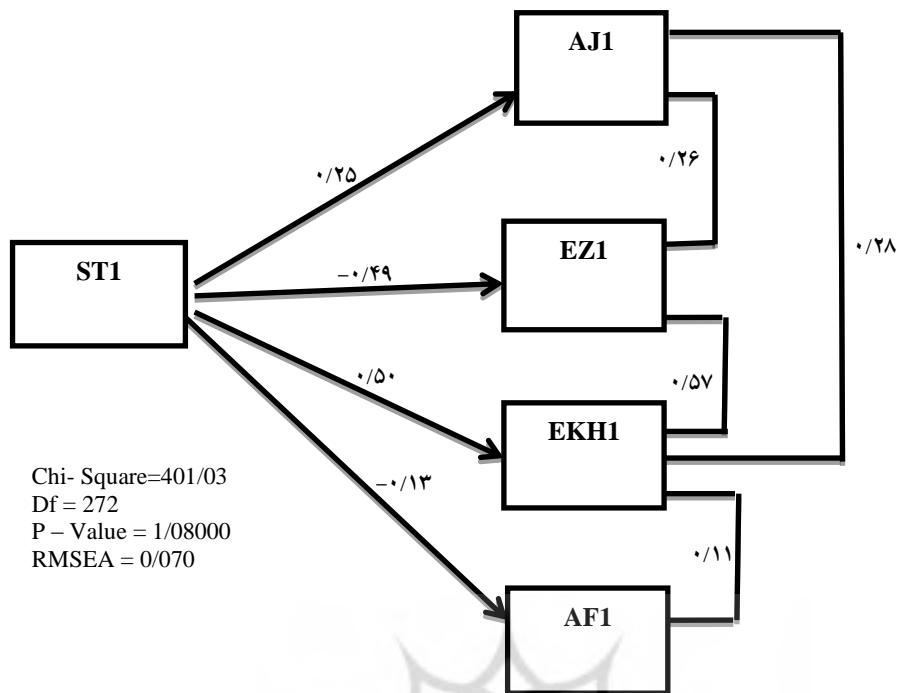


شکل ۲- نمودار معناداری نرم‌افزار و سنجش آثار متغیر مستقل تغذیه بر مؤلفه‌های متغیر سلامت اجتماعی

Fig 2- Software Significance and Measuring the Effects of Independent Nutrition Variable on Social Health Variable Components

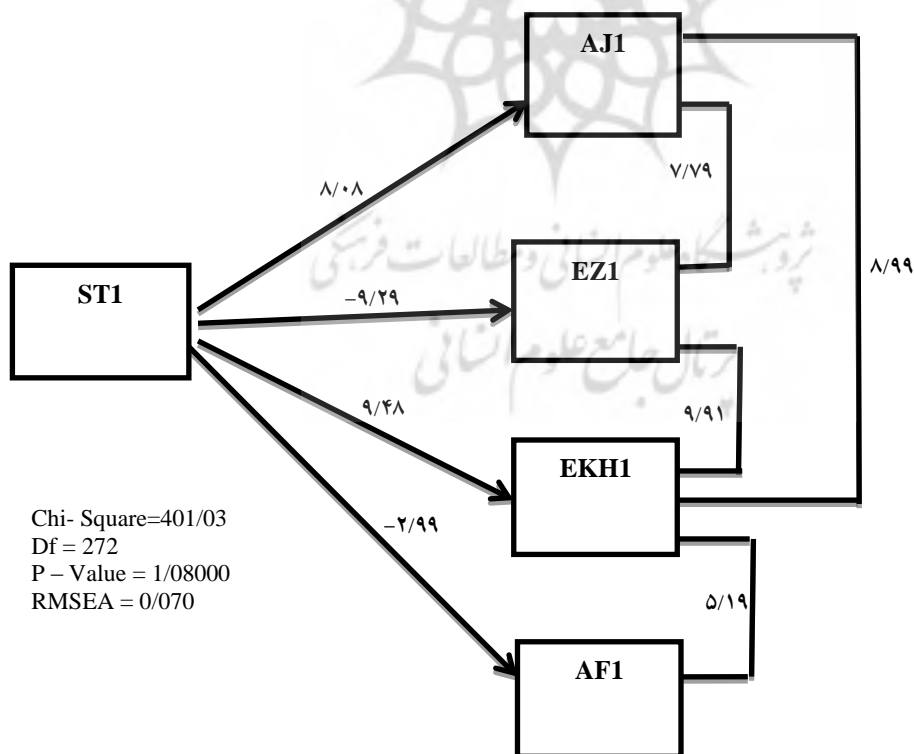
اجتماعی (M1) با مقدار ۵۴ درصد بوده است. از جهت معناداری، مقدار ضریب معناداری برای تمامی مؤلفه‌ها بالاتر از عدد استاندارد ۱/۹۶ است؛ بنابراین، متغیر تغذیه با تمامی مؤلفه‌های سلامت اجتماعی، ارتباط معناداری دارد.

میزان اثرگذاری مستقیم متغیر تغذیه روی هر یک از ابعاد متغیر وابسته سلامت اجتماعی براساس نمودارهای شماره ۱ و ۲ نشان می‌دهد، متغیر تغذیه با تمامی مؤلفه‌های سلامت اجتماعی، ارتباط مستقیم و مثبت دارد (مقدار بار عاملی). بیشترین میزان بار عاملی مختص متغیر مشارکت و انسجام



شکل ۳- نمودار استاندارد نرم‌افزار و سنجش آثار متغیر مستقل تغذیه بر مؤلفه‌های متغیر سلامت روانی

Fig 3- Software standard and measurement of the effects of independent nutrition variable on the components of mental health variables



شکل ۴- نمودار معناداری نرم‌افزار و سنجش آثار متغیر مستقل تغذیه بر مؤلفه‌های متغیر سلامت روانی

Fig 4- Software Significance and Measuring the Effects of Independent Nutrition Variable on Arvani Health Variable Components

AGFI = ۰/۹۲؛ GFI=۰/۹۴؛ IFI=۰/۹۶؛ CFI=۰/۹۶؛ NFI=۰/۹۴ و RMSEA=۰/۰۷؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت مدل مذکور، برازش خوبی از داده‌های دنیای واقعی داشته است؛ یعنی در کلیت مدل معادله ساختاری، تأثیر متغیر تغذیه در مؤلفه‌های سلامت روانی و اجتماعی تأیید شده است و برازش معنی‌داری دارد. میزان اثرگذاری مستقیم هر یک از ابعاد بر اساس خروجی نرم‌افزار (نمودارهای شماره ۱ تا ۴) به شرح ذیل ارائه می‌شود:

در نمودارهای شماره ۳ و ۴ مشاهده می‌شود، متغیر تغذیه با تمامی ابعاد متغیر سلامت روانی، رابطه مستقیم و معناداری دارد. مقدارهای بار عاملی در نمودار شماره ۳ نشان می‌دهد برای دو متغیر سلامت عمومی (EKHI) و اضطراب (EZI)، میزان این رابطه، متوسط رو به بالاست و در دو متغیر دیگر (افسردگی و عملکرد اجتماعی)، ضعیف است. مقادیر معناداری در تمامی رابطه‌ها، بالاتر از عدد استاندارد ۱/۹۶ است؛ بنابراین، رابطه متغیر تغذیه با سایر مؤلفه‌های متغیر سلامت روانی، معنادار است. خروجی شاخص‌های برازش مدل عبارت است از:

جدول ۶- آزمون تأثیر متغیر تغذیه بر تمامی مؤلفه‌های متغیرهای سلامت اجتماعی و روانی

Table 6- Test the effect of nutrition variable on all components of social and mental health variables

افسردگی	عملکرد اجتماعی	اضطراب افراد	سلامتی عمومی	انطباق اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	انسجام اجتماعی	استاندارد
-۰/۱۳	۰/۲۵	-۰/۴۹	۰/۵۰	۰/۵۲	۰/۵۱	۰/۵۴	معنی‌داری
-۲/۹۹	۸/۰۸	-۹/۲۹	۹/۴۸	۹/۹۰	۹/۶۸	۱۰/۶۵	نتیجه
تأیید	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید	تأیید	

بحث و نتیجه

هدف پژوهش حاضر، بررسی و تبیین جامعه‌شناختی نقش تغذیه سنتی در خانواده بر سلامت روانی و سلامت اجتماعی نوجوانان است. براساس ضریب همبستگی اسپیرمن، تغذیه (به‌عنوان متغیر مستقل) با میزان سلامت اجتماعی و سلامت روانی، رابطه‌ای مستقیم و معنی‌دار دارد؛ از این‌رو، نتایج به‌دست‌آمده، به جامعه آماری پژوهش، تعمیم‌دانی است. رابطه تمامی مؤلفه‌های متغیر مستقل تغذیه با دو متغیر سلامت روانی و اجتماعی، مثبت و معنادار است. بیشترین مقدار ضریب همبستگی در سلامت اجتماعی با متغیر تهیه ارگانیک غذا با میزان ۶۸ درصد است و در سلامت روانی، این مقدار به مدیریت در تهیه غذا با ۶۴ درصد اختصاص دارد. نتایج پژوهش با پژوهش‌های رایغ، محمدی آریا و تاجری (۱۳۹۷)، محسنی (۱۳۹۳)، حقیقیان رودسری (۱۳۹۶)، رحمانی و همکاران (۱۳۹۳)، نقوی و همکاران (۱۳۹۲)، صالحی و همکاران (۱۳۸۲)، نجم‌آبادی و نجومی (۱۳۸۶)، پنینیکس و

همکاران (۲۰۰۰)، بیدون و همکاران (۲۰۰۹)، بیدل و آسار (۲۰۱۱)، کاساگران و همکاران (۲۰۱۱)، هریسون و همکاران (۲۰۱۲)، فورسیس (۲۰۱۲) و جکا و همکاران (۲۰۱۲) همسوست. تحلیل چندمتغیره با استفاده از آزمون رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد متغیر مستقل (تغذیه) و متغیر وابسته (سلامت روانی و اجتماعی)، مدل خوبی است و مجموع متغیرهای مستقل، میزان سلامت اجتماعی و روانی این افراد را تبیین می‌کند. معادلات ساختاری نشان می‌دهد متغیر تغذیه با تمامی مؤلفه‌های سلامت اجتماعی و سلامت روانی، ارتباط معناداری دارد.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان اینگونه بیان کرد که سلامت افراد جامعه را طیفی از عوامل شخصی، اقتصادی، اجتماعی و محیطی تعیین می‌کند؛ بنابراین، درک درست از عوامل مؤثر بر این بعد، نقش مؤثری در بالندگی جامعه دارد. سازمان بهداشت جهانی، سلامت را در مفهومی گسترده‌تر از سلامت جسمانی در نظر گرفته است و انسان سالم را انسانی

گاه مخربی بر جسم افراد دارد. از آنجا که انسان، مجموعه‌به‌هم‌پیوسته‌ای است که ابعاد مختلف آن بر یکدیگر اثر می‌گذارد و اثر می‌پذیرد، در این تغییر، سبک تغذیه تغییر کرده است و در نتیجه، روان انسان نیز دستخوش این تغییرات شده است و امروزه، اختلال‌های روانی بیشتری نسبت به گذشته در افراد جامعه دیده می‌شود که از سبک زندگی و با توجه به یافته‌های پژوهش، تغییر سبک تغذیه متأثر است.

در حال حاضر، در سراسر جهان، حدود ۴۵۰ میلیون نفر از مشکلات روانی، عصبی و رفتاری رنج می‌برند و اختلال‌های روانی، مسئول یک درصد مرگ‌ومیرها و ۱۱ درصد بار کلی بیماری‌های جهان است. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰، میزان اختلال‌های روانی و عصبی، حدود ۵۰ درصد افزایش یابد و حدود ۱۵ درصد کل بار جهانی بیماری‌ها را دربرگیرد که این میزان افزایش در سهم نسبی، حتی بیشتر از افزایش بیماری‌های قلبی و عروقی است. مطالعات انجام‌شده در کشور نیز میزان شیوع اختلال‌های روانی را بین ۱۱/۹ تا ۳۰/۲ درصد گزارش کرده است (نوربلا و همکاران، ۱۳۸۱؛ Mohammadi, 2003 به نقل از افشاری و رخشانی، ۱۳۹۳: ۲۹).

کاساگران و همکاران (2011) نشان دادند بیماران مبتلا به بیماری روانی شدید، میزان دریافت غذایی گوشت (با درصد زیاد چربی)، میوه و سبزی اندکی داشتند. هادی و برازنده (۱۳۸۶) نشان دادند، استفاده ناکافی از لبنیات، میوه و سبزیجات در افزایش استرس، اضطراب و سایر جنبه‌های سلامت روان پرستاران موثر است. همچنین، مصرف بیشتر سبزیجات، سلامت روان کارکنان زن را افزایش می‌دهد.

مطالعات بیدون و همکاران (2009)، پنینیکس و همکاران (2000) و لاتان و همکاران (2008) نشان‌دهنده وجود رابطه افسردگی و مشکلات روانی با نوع غذاهای مصرفی بود. پژوهش نقوی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد توجه بیشتر به عوامل تغذیه‌ای در تأمین سلامت روان، بسیار کم‌هزینه، ایمن‌تر، ساده‌تر و مطلوب‌تر برای بیماران است.

گلابی و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند بیشترین میانگین

معرفی می‌کند که در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی سالم باشد؛ بنابراین، با در نظر گرفتن انسان به‌عنوان یک کل سازمان‌یافته و چندبعدی گفتنی است، همه ابعاد وجودی انسان با یکدیگر در ارتباط است و تغییر در یک بعد در ابعاد دیگر وجودی او نیز تأثیر دارد. از آنجا که تغذیه، عامل اصلی و اثرگذار بر سلامت جسم است، نوع و سبک تغذیه نیز مهم است و در سلامت، نقش مهم و تعیین‌کننده‌ای دارد. نقوی و همکاران (۱۳۹۲)، نشان دادند تغذیه درست، اهمیت خاصی در پیشگیری و درمان بیماری‌ها دارد و یکی از عوامل مؤثر بر کاهش مشکلات جسمی و روحی است. کریمی و همکاران (2008) نشان دادند تغذیه سرشار از میوه‌ها و سبزی‌ها و کاهش استفاده از غذاهای آماده، خطر بروز بسیاری از مشکلات، از جمله چاقی، دیابت، سرطان، سکته مغزی و اختلال‌های قلبی و عروقی را کاهش می‌دهد. رژیم غذایی مناسب و فعالیت جسمی منظم و کافی از عوامل عمده ارتقا و حفظ سلامت در تمام دوران زندگی است. رژیم‌های غذایی نامناسب و نداشتن فعالیت فیزیکی از عوامل انواع بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت است. این موضوع در سراسر عمر انسان بر سلامت جسم و روان مؤثر است (WHO, 2010). به نقل از راغ و همکاران، (۱۳۹۷: ۶۶). پاسدار و همکاران (۱۳۹۰) نتیجه گرفتند تغذیه و عادت‌های غذایی نادرست می‌تواند به اختلال در رشد جسمی، افت تحصیلی و کاهش میزان یادگیری دانش‌آموزان منجر شود. گلابی و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند رژیم غذایی سالم، که مقادیر بیشتری میوه، سبزی، غلات کامل و مقادیر کمتری قند و چربی حیوانی دارد، با کاهش شیوع بیماری‌های مزمن در ارتباط است؛ بنابراین، استفاده از مواد غذایی سالم، سلامت جسم را تضمین می‌کند و سلامت روان نیز به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت انسان، نقش مهم و مؤثری در زندگی بشر امروزی دارد که از عوامل گوناگونی تأثیر می‌گیرد. یکی از این عوامل، سلامت جسم است و سلامت جسم با نوع تغذیه در ارتباط مستقیم است؛ بنابراین، تغذیه با نگاه سنتی خود با آنچه امروزه به‌عنوان تغذیه به‌ویژه، در نسل‌های جوان مشاهده می‌شود، متفاوت شده است و این تفاوت، آثار منفی و

صنایع غذایی ایران، س ۱۲، ش ۱، ص ۱۸۱-۱۸۶. اهری، م. (۱۳۹۲). بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد و پیام نور اهر، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، پایان‌نامه کارشناسی. باباپورخیرالدین، ج؛ طوسی، ف. و حکمتی، ع. (۱۳۸۸). «بررسی نقش عوامل جمعیت‌شناختی در سلامت اجتماعی دانشجویان»، فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، س ۴، ش ۱۶، ص ۱-۱۹. پاسدار، ی؛ مظفری، ح. ر؛ دربندی، م؛ نیازی، پ. و هاشمیان، ا. ح. (۱۳۹۳). «ارتباط پیشرفت تحصیلی با وضعیت تغذیه‌ای و رشد دانش‌آموزان ابتدایی حاشیه شهر کرمانشاه سال ۱۳۹۰»، کومش، ج ۱۵، ش ۴، ص ۵۴۱-۵۵۰.

ترابی، پ؛ عبدالهی، ز؛ مینایی، م؛ زارعی، م؛ معانی، س؛ صادقی قطب‌آبادی، ف؛ صالحی مازندرانی، ف؛ پورآرام، ح؛ فلاح، ح. و رضائی سروکلانی، خ. (۱۳۹۱). راهنمای کشوری تغذیه برای برنامه پزشکی خانواده، تهران: معاونت بهداشت و دفتر بهبود تغذیه جامعه.

حسینی، ه. و حقیقیان رودسری، آ. (۱۳۹۶). «بازاندیشی در جایگاه غذاهای سنتی»، مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران، س ۱۲، ش ۱، ص ۱۳۵-۱۳۶. حقیقیان رودسری، آ. (۱۳۹۶). «اهمیت غذاهای سنتی و بومی در تغذیه و سلامت کودکان». مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران، س ۱۲، ضمیمه ش ۱، ص ۱۶۵-۱۷۴.

راحی پور، ف. (۱۳۹۲). «نقش تغذیه مناسب بر سلامت خانواده، جامعه و توسعه کشور»، روزنامه کیهان، بخش اجتماعی، ش ۲۰۶۸۱، ۹۲/۱۰/۱۷. راغ، ک؛ محمدی آریا، ع. ر. و تاجری، ب. (۱۳۹۷). «رابطه سبک زندگی و الگوهای تغذیه‌ای با عزت نفس و سلامت روان در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم»، جامعه‌شناسی آموزش و پرورش، ش ۶، ص

الگوی سالم غذایی در بین نسل بزرگسال و کمترین میانگین در بین نسل جوان است. همچنین، در متغیرهای زمینه‌ای نیز میانگین الگوهای غذایی پاسخگویان از لحاظ متغیر محل تولد در نسل میانسال، از لحاظ متغیر سطح تحصیلات نیز در نسل میانسال و از نظر متغیر طبقه اقتصادی در نسل جوان و میانسال، متفاوت و معنی‌دار است. میزان گذار تغذیه‌ای با افزایش سن کاهش پیدا می‌کند. براساس یافته‌ها، الگوی غذایی نسل جوان از سایر گروه‌های سنی مد نظر به‌طور متوسط، بیشتر در معرض گذار تغذیه‌ای قرار داشت و با افزایش آگاهی‌های تغذیه‌ای و ارائه الگوی صحیح مصرف مواد غذایی، راهکارهای مناسبی برای ارتقای سطح سلامت جامعه می‌توان ارائه کرد.

در تبیین یافته‌های پژوهش در ابعاد سلامت اجتماعی گفتنی است، انسان، موجودی چندبعدی است که همه ابعاد وجودی او به مثابه یک کل بر هم اثر می‌گذارد و اثر می‌پذیرد و تا زمانی که سبک تغذیه بر سلامت جسم و روان اثرگذار باشد، بر ابعاد دیگر این سیستم نیز اثر دارد؛ بنابراین، براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت اجتماعی یکی از مؤلفه‌های سلامت است و با نگاهی سیستمی و کلی به انسان گفتنی است، افرادی که سلامت جسمی و سلامت روانی دارند، می‌توانند سلامت اجتماعی نیز داشته باشند.

پیشنهاد می‌شود مادران به تغذیه سالم فرزندان، توجه بیشتری داشته باشند که ضامن رشد و توسعه فکری، جلوگیری از مشکلات و بیماری‌هایی مثل فقر آهن و کم‌خونی، سوء تغذیه، پوسیدگی دندان، بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان‌ها و سایر بیماری‌هاست و به سلامت روانی و اجتماعی آنان نیز کمک می‌کند. در تغییر عادات‌های غذایی مردم، عوامل مختلفی، مانند عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مؤثر است. تغییر شیوه تغذیه به فرهنگ‌سازی نیاز دارد.

منابع

اجاق، س. ز. (۱۳۹۶). «ترجمان دانش غذایی بومی: راهبردی برای ارتقای تغذیه و سلامت»، مجله علوم تغذیه و

- ۶۸-۶۲. حقوق اسلامی، س ۱۵، ش ۱ (پیاپی ۳۹)، ص ۱۸۱-۲۱۲.
- منصوهر، ک. (۱۳۸۵). *روش‌های آماری*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- ناصری، ع. (۱۳۹۶). «منطق و ضرورت مطالعه نظام غذایی بومی»، *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، س ۱۲، ش ۱، ص ۱۳۷-۱۴۲.
- نجم‌آبادی، ش. و نجومی، م. (۱۳۸۶). «مصرف مکمل‌های تغذیه‌ای در بزرگسالان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی مناطق مختلف غرب تهران». *مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران*، د ۱۲، ش ۴، ص ۳۶۵-۳۷۵.
- نقوی، س.؛ انیسی، ج.؛ توکلی، ح.ر.؛ رحمتی نجار کلایسی، ف. و جهان‌بخشی، ز. (۱۳۹۲). «بررسی ارتباط بین الگوی تغذیه و سلامت روان کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی یک دانشگاه علوم پزشکی». *مجله طب نظامی*. د ۱۵، ش ۲، ص ۱۴۲-۱۵۶.
- نوابخش، م. و مثنی، ا. (۱۳۸۹). «بررسی جامعه‌شناختی تحولات تغذیه در جوامع معاصر». *علوم غذایی و تغذیه*. س ۹، ش ۱، ص ۳۳-۴۸.
- نوربالا، ا.ع.؛ محمد، ک.؛ باقری یزدی، س.ع. و یاسمی، م.ت. (۱۳۸۱). «بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸»، *حکیم*، د ۵، ش ۱، ص ۱-۱۰.
- ودادهیر، ا. (۱۳۹۶). «غذا و طریقت‌های غذایی به مثابه میراث فرهنگی»، *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، س ۱۲، ش ۱، ص ۱۴۳-۱۵۰.
- هادی، ن. و برازنده، ف. (۱۳۸۶). «شیوه زندگی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی شیراز»، *حیات*، د ۱۳، ش ۱، ص ۴۳-۵۳.
- هومن، ح.ع. (۱۳۸۴). *مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل (با اصلاحات)*، تهران: انتشارات سمت.
- Beydoun, M.A., Kuczmariski, M.T., Mason, M.A., Ling, S.M., Evans, M.K., and Zonderman, R.
- رحمانی، م.؛ ساقی، م.؛ رهبری، م. و کیانی، س. (۱۳۹۳). «نقش تغذیه در سلامت جامعه»، *سومین همایش ملی علوم و صنایع غذایی*، قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، https://www.civilica.com/Paper-GHOCHANFOOD03-GHOCHANFOOD03_528.html.
- رضازاده، آ. و محمدی نصرآبادی، ف. (۱۳۹۶). «اهمیت الگوهای غذایی سنتی و غذاهای بومی در امنیت غذا و تغذیه خانوار». *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، س ۱۲، ضمیمه ش ۱، ص ۱۵۹-۱۶۴.
- سهیلی آزاد، ع.ا.؛ گلستان، ب. و نبی، ب. (۱۳۸۵). «بررسی الگوی مصرف صبحانه و میان‌وعده در دانش‌آموزان ابتدایی شهر ارومیه». *نهمین کنگره سراسری تغذیه ایران*. تبریز، ایران.
- سهیلی آزاد، ع.ا.؛ نورجاه، ن. و نوروزی، ف. (۱۳۸۶). «بررسی الگوی مصرف غذا در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر لنگرود». *مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران*، د ۱۶، ش ۶۲، ص ۳۶-۴۱.
- صالحی، م.؛ کیمیاگر، م.؛ شهبازی، م.؛ کلاهی، ع.ا. و مهربانی، س. (۱۳۸۲). «تأثیر آموزش‌های تغذیه و بهداشت به زنان عشایر در سلامت ایل و نقش زنان عشایری در گسترش فرهنگ تغذیه و بهداشت»، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، د ۱۳، ش ۴۱، ص ۵۵-۶۳.
- عینی زیناب، ح. و سبحانی، س.ر. (۱۳۹۶). «رژیم‌های غذایی پایدار و غذاهای سنتی بومی»، *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، س ۱۲، ش ۱، ص ۱۵۱-۱۵۸.
- گلایبی، ف.؛ آقایی هیر، ت. و ساعی، م. (۱۳۹۵). «بررسی گذار تغذیه‌ای در بین نسل‌ها و زمینه اجتماعی مرتبط با آن»، *پایش*، د ۱۵، ش ۳، ص ۲۲۱-۲۳۱.
- محسنی، ف. (۱۳۹۳). «تأثیر تغذیه بر کج‌روی و رفتار مجرمانه با نگاهی به آموزه‌های دین اسلام»، *پژوهشنامه*

- GHQ with samples of British adolescents, *British Journal of Social Psychology*, 23, 173-180.
- Khotdeea, M., Singhirunnusorn, W., and Sahachaisaeree, N. (2012) Effect of green open space on social health and behaviour of urban residents: A Case study of communities in Bangkok. *Procedia, Social and Behavioral Science*, 36, 449-455.
- Lakhan, S.E., and Vieira, K.F. (2008) Nutritional therapies for mental disorders. *Nutrition journal*, 7(1), 1-8.
- Noorbala, A.A., Bagheri Yazdi, S.A., Yasami, M.T., and Mohammad, K. (2004) Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184, 70-73. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.184.1.70>
- Penninx, B.W., Guralnik, J.M., Ferrucci, L., Fried, L.P., Allen, R.H., and Stabler, S.P. (2000) Vitamin B12 deficiency and depression in physically disabled older women: epidemiologic evidence from the Women's Health and Aging Study. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 715-721.
- Sadeghi, M. (2014) Developing a model of healthy family based on an explorative mixed method research. *Journal Family Psychology*, 1(1), 12-21.
- Salehi, M., Kuhnlein, H.V., Shahbazi, M., Kimiagar, M.S., Kolahi, A.A., and Mehrabi, Y. (2005) Effect of traditional food on nutrition improvement of Iranian tribeswomen. *Ecology of food and nutrition*, 44(1), 81-95.
- Schettler, A.E., and Gustafson, E.M. (2004) Osteoporosis prevention starts in Adolescence. *J Am Acad Nurse Pract*, 16, 274-282.
- U.S. Department of health and human services Center for disease control and prevention. (2008) Nutrition and the health of young people. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/healthy youth/nutrition/pdf/facts.pdf>.
- Zarazaga, L.A., Celi, I., Guzman, J.L., and Malpoux, B. (2011) The effect of nutrition on the neural mechanisms potentially involved in melatonin-stimulated LH secretion in female Mediterranean goats. *J Endocrinol*. 211(3), 263-272.
- A.B. (2009) Role of depressive symptoms in explaining socioeconomic status disparities in dietary quality and central adiposity among US adults: a structural equation modeling approach. *Am J Clin Nutr*, 90(4), 1084-1095.
- Biddle, S.J., and Asare, M. (2011) Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med*, 45(11), 886-895.
- Casagrande, S.S., Anderson, C.A., Dalcin, A., Appel, L.J., Jerome, G.J., Dickerson, F.B., Gennusa, J.V., and Daumit, G.L. (2011) Dietary intake of adults with serious mental illness. *Psychiatr Rehabil J*, 35(2), 137-140.
- Chan, D.W. (1985) The Chinese version of the General Health Questionnaire: Does language make a difference? *Psychological Medicine*, 15, 147-155.
- Ebrahimi, A., Molavi, H., Moosavi, G., and Bornamanesh, A. (2007) Psychometric Properties and Factor Structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian Psychiatric Patients. *JRBS*, 5(1), 5-12.
- Ferraro, K.F., Thorpe, R.J., and Wilkinson, J.A. (2003) The life course of severe obesity: Does childhood overweight matter? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 58, 110-119.
- Forsyth, A.K., Williams, P.G., and Deane, F.P. (2012) Nutrition status of primary care patients with depression and anxiety. *Aust J Prim Health*, 18(2), 172-176.
- Goldberg, D.P., and Hillier, V.F. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg, D., and Williams, P. (1988) *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: Nfer-Nelson.
- Herbison, C.E., Hickling, S., Allen, K.L., O'Sullivan, T.A., Robinson, M., Bremner, A.P., Huang, R.C., Lawrence, J.B., Mori, T.A., and Oddy, W.H. (2012) Low intake of B-vitamins is associated with poor adolescent mental health and behaviour. *Prev Med*, 55(6), 634-8.
- Jacobson, H.N. (1977) Current concepts in nutrition. Diet in pregnancy. *N Engl J Med*, 297, 1051-1053.
- Jacka, F.N., Maes, M., Pasco, J.A., Williams, L.J., and Berk, M. (2012) Nutrient intakes and the common mental disorders in women. *J Affect Disord*, 141(1), 79-85.
- Karimi, H., Sam, S.H., and Sajadi, P. (2008) Physical and Nutritional Status in Primary Schoolchildren in Ramsar city in 2003. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 10(1), 67-76.
- Keyes, S. (1984) Gender stereotypes and personal adjustment: Employing the PAQ, TSBI and

