

دانش، نگرش و عملکرد تغذیه‌ای کارکنان بهداشتی در مورد بیماریهای قلبی -

عروقی: (نتایج برنامه قلب سالم اصفهان ۸۰-۱۳۷۹)

فیروزه سجادی^۱ - نوشین محمدی فرد^۲ - علیرضا خسروی^۳ - احمد باهنر^۴ -
مریم مقرون^۱ - مریم فتحی^۵ - حسن علیخاصی^۱

چکیده

زمینه و هدف: بیماریهای غیرواگیر بخصوص بیماریهای قلبی - عروقی یک مشکل مهم بهداشتی در تمام جوامع می‌باشد. از طرفی بهترین راه برای پیشگیری از این بیماریها، اصلاح شیوه زندگی است که در این میان نقش تغذیه صحیح بسیار مهم است. با توجه به اهمیت و نقش کارکنان بهداشتی برای آموزش تغذیه صحیح به جامعه جهت اصلاح شیوه زندگی، مطالعه حاضر با هدف تعیین دانش، نگرش و عملکرد تغذیه‌ای کارکنان بهداشتی در مورد پیشگیری از بیماریهای قلبی - عروقی انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه توصیفی - مقطعی، تعداد ۱۴۲۱ نفر از کارکنان بهداشتی شامل پزشک، کارشناس، کاردان، بهروز و رابط بهداشتی انتخاب شدند. آگاهی، نگرش و عملکرد تغذیه‌ای افراد توسط پرسشنامه کتبی تعیین گردید. وضعیت تغذیه‌ای کارکنان بهداشتی توسط یک پرسشنامه بسامد خوراک تعیین شد و میانگین بسامد مصرف مواد غذایی در هفته بین گروه‌های شغلی کارکنان بهداشتی با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه و در سطح معنی‌داری $P \leq 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. فراوانی کارکنان بهداشتی نسبت به عملکرد صحیح تغذیه نیز از طریق آزمون Chi-Square محاسبه شد.

یافته‌ها: میزان نمره آگاهی و نگرش کارکنان بهداشتی به ترتیب $43 \pm 17/7$ و $59/3 \pm 31/2$ از ۱۰۰ نمره می‌باشد. آگاهی و نگرش و عملکرد پزشکان به طور معنی‌دار نسبت به سایر کارکنان بیشتر بود ($P < 0/05$). پزشکان به طور معنی‌داری از عملکرد تغذیه صحیحی نسبت به سایر کارکنان بهداشتی برخوردار بودند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این مطالعه، به نظر می‌رسد آگاهی و نگرش بالا و عملکرد صحیح‌تر پزشکان نسبت به سایر گروهها، با بالا بودن سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی و اجتماعی این افراد نسبت به سایر گروههای بهداشتی مرتبط باشد؛ از سویی عملکرد صحیح کارکنان در اطلاع‌رسانی به مردم درباره برخی از گروههای اصلی مواد غذایی ضعیف است؛ بنابراین با توجه به اهمیت نقش تغذیه در پیشگیری از بیماریهای قلبی - عروقی، توجه بیشتر به آموزش تغذیه به کارکنان بهداشتی ضروری است.

واژه‌های کلیدی: دانش، نگرش و عملکرد؛ کارکنان بهداشتی؛ بیماریهای قلبی - عروقی

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (دوره ۱۵؛ شماره ۲؛ تابستان ۱۳۸۷)

دریافت: ۱۳۸۵/۱۰/۳ اصلاح نهایی: ۱۳۸۶/۴/۶ پذیرش: ۱۳۸۶/۶/۲۰

^۱ نویسنده مسؤؤل؛ کارشناس پژوهشی، مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

آدرس: اصفهان - میدان جمهوری اسلامی - خیابان خرم - مرکز درمانی، تحقیقاتی صدیقه طاهره (س) صندوق پستی: ۸۱۴۶۵-۱۱۴۸

تلفن: ۰۳۱۱-۳۳۵۹۰۹۰ نمابر: ۰۳۱۱-۳۳۷۳۵۳۴ پست الکترونیکی: firoozehsajjadi2002@yahoo.com

^۲ کارشناس ارشد تغذیه، مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^۳ متخصص بیماریهای قلب و عروق و عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^۴ پزشک عمومی، مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^۵ کارشناس ارشد آمار مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مقدمه

اهمیت و نقش آگاهی کارکنان بهداشتی درباره تغذیه صحیح در زمینه اصلاح شیوه زندگی، انجام پژوهشی با هدف تعیین دانش، نگرش و عملکرد تغذیه‌ای کارکنان بهداشتی در مورد پیشگیری از بیماری قلبی-عروقی ضروری به نظر می‌رسد.

روش تحقیق

این مطالعه نتیجه یکی از بررسی‌های مقطعی انجام شده مربوط به مرحله اول برنامه قلب سالم اصفهان است که نمونه‌های آن از کارکنان بهداشتی شهرستانهای اصفهان، نجف‌آباد و اراک انتخاب شدند. روش انتخاب نمونه به روش غیر احتمالاتی آسان انجام شد. جزئیات این مطالعه قبلاً گزارش شده است (۹).

در این مطالعه ۱۴۲۱ نفر از کارکنان بهداشتی شامل پزشک، کارشناس، کاردان، بهورز و رابط بهداشتی مورد بررسی قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای طراحی گردید که شامل اطلاعات جمعیتی افراد نظیر سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل بود؛ همچنین پرسشنامه‌ای مشتمل بر اطلاعات تغذیه‌ای کارکنان درباره این که دانش تغذیه‌ای آنها چه اندازه است؟ چه فکر می‌کنند؟ و عملکرد آنها در رابطه با مراجعه‌کنندگان خودشان چگونه است (آگاهی، نگرش و عملکرد)، تکمیل شد. تعداد سؤالات آگاهی ۱۳ سؤال که هر کدام شامل چند جزء بود (در مجموع ۶۷ سؤال) و آگاهی افراد را در زمینه تأثیر تغذیه شامل نوع مواد غذایی، نحوه پخت غذا بر سلامت قلب، چربیهای خون، پرفشاری خون، چاقی و دیابت تعیین نمود. سؤالات مربوط به نگرش ۱۲ سؤال بود که پرسش‌شوندگان از میان چندین گزینه یک پاسخ را انتخاب کردند. تعداد گزینه‌ها ۳ عدد شامل موافقم، نظری ندارم و مخالفم بود که برای هر پاسخ صحیح یک نمره مثبت و برای هر پاسخ غلط یک نمره منفی و نمی‌دانم نمره صفر داده شد. وضعیت تغذیه‌ای کارکنان بهداشتی توسط یک پرسشنامه بسامد خوراک (FFQ) † ۴۸

بیماری‌های غیرواگیر، بخصوص بیماری‌های قلبی-عروقی (CVD)* یک مشکل بهداشتی مهم در کشورهای پیشرفته و نیز در کشورهای در حال رشد می‌باشد (۱). بیماری‌های قلبی عروقی علت ۸۰٪ مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران است (۲). بسیاری از بیماریها از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی با نحوه تغذیه ارتباط مستقیمی دارند (۳). در اغلب جوامعی که بیماری‌های قلبی عروقی شیوع بالایی دارد، عدم تعادل در مصرف مواد غذایی وجود دارد و شیوه تغذیه مردم نادرست است (۴). در مطالعه‌ای که در ارتباط با آگاهی، نگرش و عملکرد تغذیه‌ای (KAP) † مردم شهر اصفهان در سال ۱۳۷۳ انجام گرفت، مشخص شد که ۸۰٪ مردم از نقش عادات غلط غذایی در بروز CVD آگاهی داشتند اما عملکردشان در این زمینه مطلوب نبود (۵).

مطالعات مختلف نشان می‌دهد که دانش ناکافی تغذیه و عدم توانایی انتقال آن به جامعه از طرف پزشکان و سایر کارکنان بهداشتی یکی از عوامل عدم موفقیت در پیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی می‌باشد (۶)؛ به طوری که در تحقیقاتی که در سال ۱۳۷۳ در اصفهان انجام شد، مشخص گردید که آگاهی پزشکان عمومی شهر اصفهان از عوامل خطر ساز بیماری قلبی-عروقی کافی نیست (۷).

در مطالعه‌ای که برای اندازه‌گیری سطوح دانش و نگرش کارکنان بهداشتی در زمینه نقش تغذیه در پیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی در کشور انگلستان به عمل آمد، حدود ۶۵٪ از کارکنان بهداشتی، آگاهی مناسبی در زمینه پیشگیری داشتند ولی فقط حدود ۱۳٪ از بیماران گزارش دادند که در مورد تغذیه صحیح توصیه دریافت نموده‌اند (۸). به نظر می‌رسد که تحقیق در زمینه بررسی علل عدم رابطه منطقی میان دانش، نگرش و عملکرد در مورد مشاوره تغذیه‌ای و بررسی نظرات کارکنان شاغل، سبب پویایی و ارتقای کیفیت برنامه بهداشتی گردد؛ بنابراین با توجه به

* Cardiovascular Disease (CVD)

† Knowledge, Attitude, Practice (KAP)

‡ Food Frequency Questionnaire

نگرش افراد نمره‌دهی شد؛ به طوری که مضر بودن روغن جامد و غذاهای آماده، مفید بودن روغن مایع، روغن زیتون، دانه‌های روغنی، میوه و سبزی و گوشت سفید به عنوان آگاهی و نگرش صحیح در نظر گرفته شد (۱۲). برای هر پاسخ صحیح آگاهی یک نمره مثبت و برای پاسخ غلط نمره صفر منظور گردید و پس از تعیین نمره، درصد آن محاسبه شد؛ سپس میانگین درصد نمره افراد و میانگین بسامد مصرف مواد غذایی در هفته بین گروه‌های شغلی کارکنان بهداشتی توسط آزمون آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت؛ همچنین فراوانی کارکنان بهداشتی در هر گروه شغلی که عملکرد صحیح تغذیه در مورد خود و نسبت به مردم داشتند، از طریق آزمون کای دو محاسبه شد. برای تعیین تفاوت فراوانی یک گروه از کارکنان با بقیه گروهها از تست توکی استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه فراوانی پزشکان، کارشناسان، کاردانان، بهورزان و رابطین به ترتیب به ترتیب (۳۶٪) ۵۱۹، (۳/۱۰) ۱۴۹، (۱۴٪) ۲۰۰، (۸۱٪) ۲۶۱ و (۷/۲۱) ۳۱۳ بود و کل کارکنان شامل ۴۴۶ مرد و ۹۷۵ زن بودند.

به طور کلی میزان نمره آگاهی و نگرش کارکنان بهداشتی به ترتیب $43 \pm 17/7$ و $59/3 \pm 31/2$ می‌باشد. بالاترین نمره آگاهی و نگرش به ترتیب $52 \pm 14/4$ و $73/1 \pm 23/6$ مربوط به پزشکان می‌باشد؛ همچنین بهورزان به طور معنی‌داری روغن جامد به دفعات بیشتر (10 ± 5) و پزشکان کمتر ($3/9 \pm 4/3$) از سایر گروهها مصرف می‌کردند ($P < 0/001$).

پزشکان تفاوت معنی‌داری از نظر دفعات مصرف بیشتر میوه و سبزی ($16/2 \pm 8/9$) و مصرف کمتر غذاهای سرخ کرده ($2/9 \pm 3/1$) با سایر کارکنان بهداشتی داشتند ($P < 0/001$).

در جدول ۱ مقایسه میانگین نمره آگاهی و نگرش

قلمی تعیین گردید (۱۰) که بر اساس پرسشنامه استاندارد شده سازمان بهداشت جهانی تهیه گردید و بر اساس عادت غذایی مواردی به آن اضافه شد. عملکرد کارکنان بهداشتی دربارهٔ مراجعین از طریق پرسشنامه‌ای حاوی ۱۱ سؤال که هر کدام شامل چند جزء و در مجموع ۲۹ سؤال بود، سنجیده شد. اعتبار پرسشنامه طی دو مطالعه آزمایشی تعیین و به تأیید مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان رسید (۱۱،۹). پرسشنامه جمعیتی و KAP، توسط پرسشگران آموزش‌دیده که حداقل فوق دیپلم یکی از رشته‌های پیراپزشکی بودند، در محل کار یا همایش‌ها و سمینارهایی که کارکنان بهداشتی شرکت می‌نمودند، تکمیل شد (۹). عملکرد صحیح افراد در هر مورد به صورت زیر تعریف گردید: عدم مصرف روغن جامد، مصرف روغن مایع حداقل ۱ بار در روز، مصرف روغن زیتون حداقل ۱ بار در روز، عدم مصرف روغن حیوانی، مصرف حداکثر ۲ بار غذاهای سرخ‌کردنی در هفته، مصرف کمتر از ۳ بار گوشت قرمز در هفته، مصرف بیشتر یا مساوی ۴ بار در هفته گوشت سفید (مرغ و ماهی)، مصرف بیش از ۵ بار میوه و سبزی در روز، عدم مصرف شیر و ماست پرچرب و عدم مصرف غذای آماده شامل مجموع مصرف سوسیس، کالباس، همبرگر و پیتزا کمتر از ۱ بار در هفته.

عملکرد صحیح کارکنان در قالب توصیه‌های صحیح تغذیه‌ای به مراجعه‌کنندگان خود به صورت زیر تعریف شد. عدم مصرف غذای سرخ شده، عدم مصرف امعاء و احشاء و چربیهای اضافه گوشت و لبنیات پرچرب، مصرف بیشتر گوشت سفید (ماهی و مرغ) در هفته، عدم مصرف و یا مصرف حداکثر یک بار در هفته غذای رستورانی و غذای آماده، عدم مصرف تنقلات غیر سالم و توصیه به مصرف میان وعده‌های غذایی شامل میوه، لبنیات کم چرب و توصیه مصرف مغزهای روغنی شامل (پسته، فندق و بادام خام) می‌باشد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابتدا پرسشنامه آگاهی و

کارکنان بهداشتی و میانگین تکرر مصرف مواد غذایی مختلف در هفته برای گروه‌های مختلف شغلی نشان داده شده است. جدول ۲، نتایج مقایسه درصد فراوانی کارکنان بهداشتی در زمینه آموزش تغذیه صحیح به مردم را نمایش می‌دهد. بیشترین درصد فراوانی مربوط به آموزش مصرف صحیح گوشتها (۸۶/۵٪) و کمترین درصد فراوانی مربوط به آموزش مصرف صحیح تنقلات (۱۶٪) می‌باشد (P<۰/۰۵). در جدول ۳، درصد فراوانی کارکنانی که در رابطه با مصرف مواد غذایی

مختلف درست عمل می‌کنند، مشاهده می‌شود. مدت زمانی را که پزشکان، کارشناسان، کاردانان، بهورزان و رابطین جهت آموزش الگوی صحیح تغذیه به مراجعین خود در هر مراجعه اختصاص می‌دادند، به ترتیب ۶/۲±۴/۵، ۱۰/۳±۸/۵، ۹/۲±۷/۷، ۱۲/۵±۸/۷ و ۲۳/۴±۱۷/۴ بود که تفاوت معنی‌داری از نظر زمان اختصاص یافته برای مراجعین حاصل شد (P<۰/۰۵). تفاوت این زمان برای پزشکان و رابطین با همه کارکنان متفاوت بود (P<۰/۰۵).

جدول ۱- مقایسه میانگین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد تغذیه‌ای کارکنان بهداشتی

سطح معنی‌داری	کارکنان بهداشتی		پزشک		کارشناس		کاردان		بهورز		رابط		کل		
	متغیر	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
۰/۰۰۰	نمره کل آگاهی	۵۲/۰±۱۴/۴ ^(۳و۴و۵)	۵۱/۲±۱۳/۴ ^(۳و۴و۵)	۴۵/۵±۱۴/۱ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۳۲/۷±۱۵/۲ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۳۰/۷±۱۷/۳ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۴۳±۱۷/۷	۰/۰۰۰	نمره کل نگرش	۷۳/۱±۲۳/۶ ^(۳و۴و۵)	۷۳/۲±۲۰/۷ ^(۳و۴و۵)	۶۶/۰±۲۳/۵ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۳۶/۳±۳۳/۲ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۴۵/۰±۳۱/۸ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۵۹/۳±۳۱/۲
میانگین دفعات مصرف در هفته:															
۰/۰۰۰	روغن جامد	۳/۹±۴/۳ ^(۲و۳و۴و۵)	۶/۵±۵/۲ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۸/۱±۵/۴ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۱۰±۵ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۸/۸±۵/۲ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۷±۵/۵	۰/۰۰۰	روغن مایع	۵/۱±۴/۲ ^(۲و۳و۴و۵)	۴/۸±۵ ^(۴و۵)	۳/۸±۴/۸ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۲/۴±۴/۹ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۲/۵±۴/۱ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۳/۸±۴/۷
۰/۰۰۰	روغن زیتون	۵/۴±۳ ^(۲و۳و۴و۵)	۰/۷±۱/۹ ^(۱)	۰/۶±۲/۲ ^(۱)	۰/۴±۱/۸ ^(۱)	۰/۴±۱/۶ ^(۱)	۰/۸±۲/۴	۰/۰۰۰	روغن حیوانی	۳/۹±۳/۱ ^(۳و۴و۵)	۳±۲/۹ ^(۴و۵)	۳/۶±۳/۱ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۲/۴±۳/۶ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۰/۱±۶	۰/۳±۱/۳
۰/۰۰۰	غذاهای سرخ کردنی	۰/۵±۱/۶ ^(۴)	۰/۳±۱/۲ ^(۱)	۰/۲±۰/۹ ^(۱)	۰/۵±۲ ^(۱)	۰/۱±۶ ^(۱)	۰/۳±۱/۳	۰/۰۴	غذاهای سرخ کردنی	۲/۹±۳/۱ ^(۳و۴و۵)	۳±۲/۹ ^(۴و۵)	۵/۲±۴/۶ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۳/۸±۳/۶ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۰/۱±۲	۳/۶±۳/۶
۰/۰۰۰	شیر و ماست چرب	۳/۸±۲/۷ ^(۲و۳و۴و۵)	۴/۹±۳/۱ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۵/۱±۳/۳ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۱/۸±۳/۱ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۱/۸±۳/۱ ^(۴)	۰/۸±۲	۰/۰۰۰	شیر و ماست چرب	۳/۸±۲/۷ ^(۲و۳و۴و۵)	۴/۹±۳/۱ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۵/۱±۳/۳ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۱/۸±۳/۱ ^(۴)	۰/۶±۱/۷ ^(۴)	۰/۸±۲
۰/۰۰۰	گوشت قرمز	۳/۹±۳/۴ ^(۲و۳و۴و۵)	۳±۲/۱ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۳/۱±۲/۵ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۵/۱±۳/۳ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۴/۹±۳/۱ ^(۴)	۴/۴±۳/۲	۰/۰۰۰	گوشت قرمز	۳/۹±۳/۴ ^(۲و۳و۴و۵)	۳±۲/۱ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۵/۱±۳/۳ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۱/۸±۳/۱ ^(۴)	۴/۴±۳/۱ ^(۴)	۴/۴±۳/۲
۰/۰۰۰	مرغ و ماهی	۱±۱/۴ ^(۲و۳و۴و۵)	۰/۶±۰/۶ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۰/۶±۰/۸ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۰/۵±۱/۱ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۰/۵±۰/۹ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۰/۷±۱/۱	۰/۰۰۰	مرغ و ماهی	۳/۹±۳/۴ ^(۲و۳و۴و۵)	۳±۲/۱ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۵/۱±۳/۳ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۱/۸±۳/۱ ^(۴)	۰/۵±۰/۹ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۰/۷±۱/۱
۰/۰۰۰	دانه‌های روغنی	۱/۵±۲/۴ ^(۳و۴و۵)	۲±۳/۱ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۲/۶±۳/۶ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۳/۷±۵/۲ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۳/۷±۵/۲ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۲/۲±۳/۴	۰/۰۰۰	دانه‌های روغنی	۱/۵±۲/۴ ^(۳و۴و۵)	۲±۳/۱ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۲/۶±۳/۶ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۳/۷±۵/۲ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۱/۹±۲/۷ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۲/۲±۳/۴
۰/۱	غذاهای آماده	۱/۳±۲ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۱/۲±۱/۳ ^(۴)	۰/۹±۰/۹۷ ^(۱)	۰/۷±۱/۲ ^(۱و۲)	۰/۷±۱/۲ ^(۴)	۱/۱±۱/۷	۰/۱	غذاهای آماده	۱/۳±۲ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۱/۲±۱/۳ ^(۴)	۰/۹±۰/۹۷ ^(۱)	۰/۷±۱/۲ ^(۱و۲)	۱±۲/۲ ^(۴)	۱/۱±۱/۷
۰/۰۱	میوه و سبزی	۱۶/۲±۸/۹ ^(۳و۴و۵)	۱۷/۵±۷/۹ ^(۴)	۱۸/۵±۱۰/۲ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۱۴/۱±۹ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۱۶/۵±۹/۳ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۱۶/۳±۹/۲	۰/۰۱	میوه و سبزی	۱۶/۲±۸/۹ ^(۳و۴و۵)	۱۷/۵±۷/۹ ^(۴)	۱۸/۵±۱۰/۲ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۱۴/۱±۹ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۱۶/۵±۹/۳ ^(۱و۲و۳و۴و۵)	۱۶/۳±۹/۲

^۱: نشان‌دهنده مقایسه معنی‌دار با پزشک می‌باشد (P<۰/۰۵).

^۲: نشان‌دهنده مقایسه معنی‌دار با کارشناس می‌باشد (P<۰/۰۵).

^۳: نشان‌دهنده مقایسه معنی‌دار با کاردان می‌باشد (P<۰/۰۵).

^۴: نشان‌دهنده مقایسه معنی‌دار با بهورز می‌باشد (P<۰/۰۵).

^۵: نشان‌دهنده مقایسه معنی‌دار با رابط می‌باشد (P<۰/۰۵).

جدول ۲- مقایسه فراوانی نسبی عملکرد در زمینه آموزش تغذیه صحیح به مردم به تفکیک گروه شغلی در افراد مورد مطالعه

آموزش تغذیه در مورد اقلام غذایی	پزشک	کارشناس	کاردان	بهورز	رابط	کل	سطح معنی داری
گوشتها	۵۹/۶	۹۲/۶	۹۱	۸۱/۶	۸۳/۱	۸۹/۴	۰/۰۰
امعا و احشا	۸۰/۳	۵۹/۷	۵۷	۳۳/۷	۴۳/۸	۵۸/۶	۰/۰۰
چربیهای اضافه گوشت	۸۶/۵	۶۸/۵	۷۶/۵	۵۱/۳	۶۲/۳	۷۱/۶	۰/۰۰
لبنیات و ماست چرب	۳۶/۴	۲۶/۸	۳۰	۱۶	۲۶/۴	۲۸/۷	۰/۰۰
کره، خامه، سر شیر	۵۰	۳۲	۴۴	۴۵	۴۴	۲۷/۶	۰/۰۰
تنقلات سالم	۳/۱	۸/۱	۴	۱۹/۵	۴/۸	۷/۱	۰/۰۰
تنقلات غیرسالم	۱/۲	۱/۳	۴/۵	۱/۱	۱	۱/۶	۰/۰۵
مغزهای روغنی	۷۳/۲	۶۵/۵	۶۳/۵	۵۵/۹	۴۷/۶	۶۲/۴	۰/۰۰
غذای رستورانی	۸۳/۰	۸۳/۹	۸۶	۷۹/۳	۷۹/۲	۸۲	۰/۲
غذای آماده	۸۶/۵	۷۷/۲	۸۱	۶۷	۶۳/۸	۷۶/۳	۰/۰۰

جدول ۳- مقایسه فراوانی نسبی عملکرد صحیح تغذیه‌ای به تفکیک گروه شغلی در کارکنان بهداشتی

گروه شغلی	پزشک (درصد)	کارشناس (درصد)	کاردان (درصد)	بهورز (درصد)	رابط (درصد)	کل (درصد)	سطح معنی داری
روغن جامد	۳۶	۲۰/۱	۱۰/۵	۴/۲	۷	۱۸	۰/۰۰۰
روغن مایع	۴۷/۶	۴۱/۶	۳۱/۵	۱۸/۷	۲۱/۱	۳۳/۷	۰/۰۰۰
روغن زیتون	۱۲/۱	۵/۴	۵	۳/۴	۱/۹	۶/۷	۰/۰۰۱
روغن حیوانی	۸۹/۶	۸۶	۸۷	۸۶/۳	۹۰/۷	۸۸/۶	۰/۰۰۰
غذای سرخ کرده	۵۷/۴	۵۲	۴۲/۵	۳۳/۲	۴۳	۴۷	۰/۰۰۵
شیر و ماست چرب	۷۹/۸	۷۸/۵	۷۸	۵۰	۹۹	۷۱/۵	۰/۰۰۱
گوشت قرمز	۳۲/۸	۹/۴	۱۴	۲۰/۹	۲۲/۸	۷۱/۷	۰/۰۰۰
مرغ و ماهی	۳۶/۴	۲۶/۸	۲۹	۲۰	۱۴	۲۶/۸	۰/۰۰۰
ماهی	۴۲/۴	۳۱/۵	۳۲	۲۱	۱۸/۵	۳۰/۸	۰/۰۰۱
میوه‌جات و سبزیجات	۶	۴	۸	۴	۸	۶	۰/۰۰۵
غذای آماده	۵۵/۳	۴۱/۶	۴۲/۰	۴۹/۴	۵۳	۵۰/۵	۰/۰۰۰
مغزهای روغنی	۲۸/۱	۳۶/۲	۴۴/۵	۴۸	۳۴/۲	۳۶/۳	۰/۰۰۰

بحث

بودن سطح درآمد پزشکان مربوط است؛ به طوری که مطالعات نشان می‌دهند، سطح بالاتر اقتصادی، اجتماعی و تحصیلات نقش مهمی در آگاهیهای تغذیه‌ای و عملکرد تغذیه‌ای افراد دارد (۱۳).

در کل درصد فراوانی کارکنان بهداشتی با عملکرد صحیح تغذیه‌ای، به جز استفاده از انواع روغن‌ها، میوه‌ها و سبزیها مطلوب بود؛ به طوری که فقط حدود ۱۸٪ از آنها اصلاً از روغن جامد استفاده نمی‌کردند. پزشکان به طور معنی‌داری نسبت به بقیه کارکنان کمتر روغن جامد مصرف

چنان که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، نمره آگاهی و نگرش پزشکان بیشتر از سایر گروهها می‌باشد و در بین گروهها فقط پزشکان با همه گروههای شغلی تفاوت معنی‌داری دارند.

آگاهی، نگرش بالا و عملکرد صحیح بیشتر پزشکان نسبت به سایر گروهها بخصوص در مورد مصرف کمتر روغن جامد و مصرف بیشتر روغن مایع و همچنین مصرف بیشتر گوشت سفید (مرغ و ماهی) و روغن زیتون احتمالاً به بالاتر

نقش رابطین بهداشتی به عنوان پیام‌آوران تندرستی باشد. همان طور که مشاهده می‌شود بیشترین توصیه‌های غذایی درباره غذاهایی می‌باشد که به عنوان غذاهای اصلی در نهار و یا شام استفاده می‌گردد و به اهمیت نحوه مصرف انواع غذاهای مورد استفاده در میان‌وعده‌ها و لبنیات که در صبحانه استفاده می‌شود، کمتر توجه شده است. در مطالعه‌ای که در انگلستان انجام شد، تأکید بیشتر در مورد چگونگی استفاده از گوشتها در برنامه غذایی بود (۸). در این مطالعه یکی از دلایل تأکید روی چگونگی مصرف گوشتها اثر آنها بر افزایش کلسترول بود. در مطالعه حاضر به نوع مواد غذایی که باید به عنوان تنقلات استفاده شود، توجه بسیار کمی شده است؛ در صورتی که در مطالعه‌ای که در مورد کودکان در اصفهان به عمل آمده نیمی از کودکان و نوجوانان جامعه ما از میان وعده‌های غذایی چرب و شور استفاده می‌کنند (۱۶).

بررسیهای مختلف در جامعه ما نشان‌دهنده فراوانی قابل توجه اختلالات چربی خون و روند روزافزون اضافه شدن وزن و چاقی در جامعه است؛ همچنین ارتباط معنی‌داری بین مصرف میان‌وعده‌های غذایی چرب و شور و اختلالات چربی خون و همچنین وجود اضافه وزن و چاقی وجود دارد (۱۷، ۱۸).

بنابراین یافته‌های مطالعه حاضر لزوم توجه کارکنان بهداشتی را از نظر ارائه راهکارهایی درباره نوع و نحوه استفاده از تنقلات به افراد جامعه را روشن می‌سازد؛ همچنین میانگین مصرف لبنیات مردم ما طبق نتایج طرح جامع مطالعات الگوی مصرف مواد غذایی حدود ۱۴۲ گرم می‌باشد (۱۹) که حدود یک سوم مقدار توصیه شده بر اساس شاخص تغذیه سالم که برابر با ۲ تا ۳ واحد (۴۸۰ تا ۷۲۰ گرم) است؛ بنابراین باید توجه مردم را به استفاده کافی از این ماده غذایی جلب نمود، ولی نکات لازم را در مورد انتخاب نوع کم‌چرب این محصولات و روش استفاده از گروه جانشینی شیر و لبنیات برای مراجعین بخصوص افرادی که مبتلا به عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی هستند، آموزش داد (۲۰). این در

می‌کردند و برعکس مصرف روغن مایع آنها بیشتر بود. فراوانی کارکنانی که روغن زیتون را به صورت روزانه استفاده می‌کردند پایین بود. بیشترین بسامد مصرف مربوط به پزشکان بود. شاید یکی از دلایلی که کارکنان بهداشتی با وجود آگاهی بالا نسبت به مصرف روغن زیتون اقدام نمی‌کنند، طعم و قیمت بالای این ماده غذایی باشد؛ اگرچه در بسیاری از مطالعات اثر آگاهی بر عملکرد تغذیه‌ای تأیید می‌شود (۱۴)؛ ولی عملکرد به جز آگاهی تحت تأثیر عوامل بسیار مهم دیگر از جمله محدودیتهای اقتصادی و همچنین عادات فرهنگی می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد در مواردی که مواد غذایی سالمتر مانند لبنیات کم چرب، از نظر هزینه با مواد غذایی غیرسالم تفاوت چندانی ندارد، فراوانی افرادی که عملکرد مثبت دارند، بیشتر می‌باشد. با وجود وجود مدارک روشن دال بر اثرات محافظتی میوه‌ها و سبزیها، مصرف آنها هنوز هم در کشورهای پیشرفته و در کشورهای در حال توسعه کافی نیست (۱۳). بر اساس اطلاعاتی که مصرف میوه و سبزی را در ۲۱ کشور جهان که عموماً از کشورهای در حال پیشرفت هستند، نشان می‌دهد تنها ۳ کشور به طور متوسط حداقل میزان میوه و سبزی توصیه شده سازمان بهداشت جهانی که ۵ واحد می‌باشد را دریافت می‌کنند (۱۵).

البته میانگین مصرف میوه و سبزی نشان‌دهنده این است که کارکنان بهداشتی حداقل ۲ تا ۳ واحد میوه در روز دریافت می‌کنند.

بیشتر کارکنان بهداشتی توصیه‌های مناسبی در زمینه نحوه استفاده از انواع گوشتها (گوشتهای قرمز، امعاء و احشاء و چربیهای اضافه گوشتها) به مردم داشتند. بیشترین درصد توصیه‌کنندگان به عدم مصرف انواع گوشتها (گوشتها، امعاء و احشاء و چربیهای اضافه گوشتها) مربوط به پزشکان می‌باشد. در این مطالعه میزان آگاهی تغذیه‌ای رابطین نسبت به سایر کارکنان به طور معنی‌دار کمتر به نظر می‌آید و به همین نسبت عملکرد آنها نسبت به ارائه این آگاهی به مردم ضعیف می‌باشد که شاید علت این امر عدم شناخت مردم در مورد

غذا می‌باشد.

نتیجه گیری

با توجه به اهمیت نقش تغذیه در پیشگیری از بیماریهای قلبی- عروقی، به نظر می‌رسد به دلیل علاقه کارکنان بهداشتی، بخصوص رابطین بهداشتی که هیچ‌گونه دستمزدی برای انجام وظایف خود نمی‌گیرند، توجه بیشتر به امر آموزش در زمینه تغذیه ضروری است. از طرفی با توجه به وضعیت آگاهی و نگرش رابطین بهداشتی به نظر می‌رسد هر تلاشی که برای افزایش انگیزه و تشویق کارکنان بهداشتی نظیر تعریف وظایف و وسعت عملکرد افراد، کاهش حجم کار و افزایش حقوق کارکنان بهداشتی، صورت گیرد، می‌تواند سبب افزایش سطح کارایی آنها شود.

حالی است که فقط ۲۸٪ از کارکنان بهداشتی توصیه مناسب را در این زمینه انجام می‌دهند. در مطالعات اخیر که در کشور انگلستان درباره دانش تغذیه‌ای کارکنان بهداشتی به عمل آمد، اگر چه نتایج رضایت‌بخش بود ولی در مقایسه با آنچه که نیاز مردم برای دستیابی به یک راهنمای صحیح تغذیه‌ای بود، تفاوت معنی‌داری وجود داشت (۸).

در این مطالعه بیشترین زمانی که کارکنان بهداشتی برای آموزش الگوی صحیح تغذیه به مراجعین خود در هر بار مراجعه اختصاص می‌دادند، مربوط به رابطین بهداشتی و کمترین زمان مربوط به پزشکان بود؛ اگرچه در مورد پزشکان، با توجه به ساعت کاری ایشان، زمان اختصاص یافته نسبتاً مناسب می‌باشد، ولی از نتایج این بررسی چنین استنباط می‌شود که این آموزش بیشتر مربوط به گروههای خاصی از

منابع:

- 1- Inter health steering committee. Demonstration projects for the integrated prevention and control of non-communicable disease inter health programme: epidemiological background and rationale. World Health State Q. 1991; 44: 48-504.
- 2- Sarraf-Zadegan N, Boshtam M, Malekafzali H, Bashardoost N, Tabatabaei FA, Rafiei M, et al. Secular trends in cardiovascular mortality in Iran. With special reference to Isfahan. Acta Cardiol. 1999; 5 (6): 327-33.
- 3- Martine Gonzalez MA, Sanchez Villegas A, Martia Martinez JA. Mediterranean diet and stroke: objectives and design of the sun project. Seguimiento universida de nararra. Nutr Neuro Sci. 2002; 5 (1): 65-73.
- 4- Pirjop P, Vlla V. influencing public nutrition for non-communicable diseases prevention: from community intervention to national program experiences from Finland. Public Health Nutr. 2002; 5 (1A): 245-51.
- 5- Rafiei M, Boshtam M, Sarrafzadegan N. Comparison of knowledge, attitude & practice of Isfahan population regarding the role of nutrition in CAD. Inter Continental Cardiology. 1998; 7 (1): 13-16.
- 6- Hu SP, Wu MY, Liu JF. Nutritional knowledge and attitudes of physicians. J Am Diet Assoc. 1994; 70 (6): 607-9.
- 7- Farhad M, Moazzam E, Faghih-Imany E, Sarrafzadegan N. A study of knowledge attitude and practice of general practitioners regarding risk factors of cardiovascular disease. J Isfahan Univ Med Sci. 1999; 3 (4): 286-89.
- 8- Moore H, Adamson A. Nutrition interventions by primary care staff: a survey of involvement, knowledge and attitude. Public Health Nutrition. 2000; 5(4): 531-36.
- 9- Sarraf-Zadegan N, Sadry Gh, Malekafzali H, Baghaei M, Mohammadifard N, et al. Isfahan Healthy Heart Program: A comprehensive integrated community based program for cardiovascular disease prevention and control.
- 10- World Health Organization. Global Strategy for non-communicable disease prevention and control. Draft of world Health organization. Geneva, 1997. WHO/NCD/Gs/97.1.
- 11- Dwyer JT. Dietary assessment. In: Shils ME, Olson JA, Shike M. Modern Nutrition in Health and Disease. 8th ed. Philadelphia: A Waverly Co. 1994; 842-857.
- 12- Mohammadifard N, Ashtiani A, Moattarian A, Sajadi F, Alikhasi H, Maghroon M, et al. Isfahan Healthy Heart Program: nutrition knowledge, attitude and practice: results pf phase I. MATA J. (in press).
- 13- Variyam JN, Blaglock J, Smallwood DM. Modeling nutrition knowledge attitude, and diet-disease awareness: the case of dietary fiber. Stat Med. 1996; 15(1): 23-25.

- 14- Dallongeville J, Marecaux N, Cottel P, Bingham A, Amouyel P. Association between nutrition knowledge and nutritional intake in middle-aged men from northern France. *Public Health Nutr.* 2001; 4 (1): 27-33.
- 15- International Agency for Research on cancer. World Health Organization (IARC) Fruit and vegetables: handbooks of cancer prevention. Lyon, France: IARC press, 2003.
- 16- Kelishadi R, Pashmi R, Sadri Gh, Sarraf-Zadegan N, Ahmadi M, Mohammad Zadeh M, Ghani R. Healthy Heart Program: Heart Health Promotion from Childhood. *J Qazvin Univ Med Sci.* 2003; 26: 15-26.
- 17- Azizi F, Allahverdian S, Mirmiran P, Rahmani M, Mohammadi F. Dietary factors and body mass index in a group of Iranian adolescents. *Int J Vitam Nut Res.* 2001; 71 (2): 123-27.
- 18- Kelishadi R, Hashemi Pour M, Sarraf-Zadegan N, Sadry GH, Ansari R, Alikhasi H, et al. Obesity and associated metabolic risk factors in Iranian adolescents: IHHP-HHPC. *Int Pediatr.* 2003; 45 (4): 435-42.
- 19- Ansito of nutritional and food industrial. Sciences. group of nutritional studies national report of two comprehensive plan on families food pattern and nutritional status in Iran.
- 20- Feskanich D, Rockett HR, Colditz GA. Modifying the healthy eating index to assess diet quality in children and adolescents. *J Am Dietetic Assoc.* 2004; 104 (9): 1375-83.

Title: Nutritional knowledge attitude and practice of health professionals about cardiovascular diseases.

(Results of Isfahan Healthy Heart Program)

Authors: F. Sajjadi¹, N. MohammadiFard², A. Khosravi³, A. Bahonar⁴, M. Maghroon¹, M. Fathi⁵, H. Alikhasi⁶

Abstract

Background and Aim: Non-communicable diseases especially cardiovascular diseases (CVD) are a major health problem in all communities. Moreover, the best preventive measure concerning such diseases is the improvement of lifestyles in which proper nutrition has an important role. Thus, health-care providers have an important role in teaching proper nutrition to the community. The aim of present study was to determine nutritional knowledge, attitude and practice of health-care providers about CVD prevention.

Materials and Methods: In this cross-sectional and descriptive study, 1421 health professionals including physicians, adepts, health technicians, health workers, and health volunteers were chosen. Nutritional knowledge, attitude and practice of the subjects were determined by means of a questionnaire. Food consumption frequency of these health professionals was determined by using a food frequency questionnaire and their respective mean weekly frequency of food consumption was analyzed by means of one-way ANOVA and $P \leq 0.05$ was taken as the significant level. Frequency of correct nutritional practice in health professionals was calculated through Chi-Square test.

Results: Mean percent of knowledge and attitude scores of health professional were 43 ± 17.7 and 59.3 ± 31.2 respectively. Physicians' knowledge, attitude, and practice was significantly more than those of other professionals ($P < 0.05$). Physicians had better nutrition practice compared with other health professionals ($P < 0.05$).

Conclusion: High knowledge, attitude, and correct practice of most physicians in comparison with other groups is related to their higher education and their better economical and social status. Other health professionals' practice to inform people about some of basic food stuffs is not enough. Then, with regard to the preventive role of nutrition in CVD, more education of the health staff is necessary.

Key Words: Knowledge; Attitude and practice; Health professionals; Cardiovascular diseases

¹ Corresponding author, Cardiovascular Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
firoozehsajjadi2002@yahoo.com

² M.Sc. in Nutrition, Cardiovascular Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Expert in Cardiovascular Diseases, Academic Member, Cardiovascular Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁴ General Practitioner, Cardiovascular Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁵ M.Sc. in Statistics, Cardiovascular Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran