



بررسی الگوهای تغذیه ای در کارکنان مرکز بهداشت استان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و شیوع بیماریهای قلبی عروقی

دکتر ناهید خادمی

مدیر گروه بیماریهای دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

دکتر فیض ا. منصوروی

معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

زهرا لقایی

کارشناس آمار دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



چکیده

سابقه و هدف: در حال حاضر بیماریهای قلبی و عروقی، دیابت، سرطانها، از مهم ترین علل مرگ و میر و ناتوانی در جهان و کشور ایران می باشند. علت بسیاری از این بیماریها تغییر در شیوه زندگی: الگوی تغذیه نامناسب، کم تحرکی، و... می باشد. این مطالعه باهدف تعیین الگوهای تغذیه ای و عوارض ناشی از آن: اختلالات چربی (افزایش کلسترول و تری گلیسرید) اضافه وزن، چاقی، شیوع دیابت و فشارخون بالا در کارکنان مرکز بهداشت استان کرمانشاه انجام گرفته است.

مواد و روش کار: تمامی کارکنان مرکز بهداشت استان کرمانشاه با روش سرشماری وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری دادهها پرسشنامه استاندارد سازمان جهانی بهداشت در بررسی عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر (SuRF-Questionnaire) بود. در این مطالعه الگوهای تغذیه: مصرف میوه و سبزیجات، ماهی و... مورد بررسی قرار گرفت دادههای تن سنجی: قد، وزن و دور کمر با ترازوی دیجیتال اندازه گیری شدند. برای اندازه گیری دادههای بیوشیمیایی، نمونه خون وریدی تهیه شد. **یافتهها:** ۲۸ درصد کارکنان روغن نباتی جامد روغن مصرفی آنها بود. ۷۰ درصد طی یک هفته ماهی مصرف نمی کنند. میانگین تعداد واحد میوه و سبزی مصرفی طی روز به ترتیب ۲٫۳ و ۱٫۵ واحد بود. شیوع دیابت و فشارخون بالا، اضافه وزن، چاقی، کلسترول مساوی یا بیشتر از ۲۴۰ میلی گرم در دسی لیتر خون به ترتیب ۱۱ درصد (حدود اطمینان ۹۵ درصد)، ۱/۹ درصد (حدود اطمینان ۹۵ درصد)، ۴/۶۳ درصد (حدود اطمینان ۹۵ درصد)، ۴۰٫۴ درصد (حدود اطمینان ۹۵ درصد) ۹/۴ درصد (حدود اطمینان ۹۵ درصد). نتایج حاصل از مدل رگرسیون خطی ساده حاکی از آن است که به ازاء هر واحد تغییر در اندازه دور کمر، فشارخون سیستولیک $\beta = -۰/۴۸$ افزایش می یابد ($P < ۰۰۱$)

بحث و نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر حاکی از الگوی تغذیه نامناسب و پیامدهای آن در کارکنان بهداشتی است عدم توجه به این موضوع باعث میشود این افراد دچار بیماریهای شوند که علاوه بر تحمل هزینه های درمان برای خود و خانواده دچار کاهش بهره‌وری در محیطهای اداری بشوند.

کلمات کلیدی: تغذیه نامناسب، بیماریهای قلبی و عروقی

مقدمه

بار منتسب به عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر در سراسر جهان به ویژه در کشورهای رو به پیشرفت حوزه مدیترانه شرقی از جمله ایران رو به افزایش است. در کشور ما عوامل خطر ساز: چاقی و اضافه وزن، فشارخون بالا، عدم یا ناکافی بودن فعالیت فیزیکی و بالا بودن کلسترول بیشترین بار را به خود اختصاص داده اند. امروزه به دلیل رواج شهرنشینی، تغییر در شیوه زندگی و تبعیت از برنامه‌های غذایی نامناسب و ناصحیح، ابتلا به بیماری‌هایی همچون بیماری قلبی و عروقی، هپاتیت، سوء هاضمه، کبد چرب، سرطان معده و روده شایع شده است.

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی در حال حاضر بیش از ۱/۱ میلیارد نفر انسان از اضافه وزن رنج می‌برند که از میان آنها ۳۱۲ میلیون نفر چاق هستند. چاقی و اضافه وزن که با تغذیه نامناسب در ارتباط است بیماری‌های متعدد دیگری را نیز به دنبال دارد. چاقی و اضافه وزن موجب بیماری‌های فشار خون بالا، دیابت نوع ۲، افسردگی، بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌های کولون، کلیه، مری، معده، رحم، پستان، سخت شدن جدارهای رگها، بیماری‌های کبدی، صفراوی، سنگ کیسه صفرا، آرتروز، اختلالات تنفسی، نقرس، واریس، نازایی، پر مویی زنان، فتق، آسیب عضلات اسکلتی، مشکلات پوستی، کوتاه شدن عمر و ... می‌شود. تغذیه نامناسب علاوه بر کشورهای توسعه نیافته، گریبانگیر کشورهای در حال توسعه و حتی فقیر نیز شده است. در تایلند که کشوری در حال توسعه است، شیوع چاقی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله تنها ظرف ۲ سال از ۱۲/۲ درصد به ۱۵/۶ درصد افزایش یافته است. در بسیاری از کشورهای توسعه یافته ۲/۶ درصد از کل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی به تغذیه ناصحیح و چاقی اختصاص می‌یابد که برخی برآوردها این رقم را تا ۷ درصد عنوان می‌کنند.

بر اساس آخرین آمارهای وزارت بهداشت، ۲۴ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر از جمعیت کشور، مبتلا به چاقی و اضافه وزن هستند که حدود ۳۰ درصد از جمعیت کشور را شامل می‌شود. آمارها نشان می‌دهد که ۱۱ درصد آمار چاقی و اضافه وزن، افراد زیر ۲۰ سال هستند که چاقی این افراد به دلیل شیوه نادرست رژیم غذایی تا بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد. آمارها حاکی از آن است که چاقی در کشور در حال افزایش است. در ایران، طبق اعلام دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شیوع چاقی و اضافه وزن در جمعیت ۶۹-۴۰ ساله ایران طبق بررسی سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۸ در مردان شهری حدود ۵۰/۸ درصد و در مردان روستایی ۷/۲۸ درصد و در زنان شهری ۶۶/۸ درصد و در زنان روستایی ۴۶/۹ درصد است. این آمار و ارقام بیانگر وضعیت نگران کننده در جوامع و ضرورت طراحی برنامه‌های پیشگیرانه بخصوص در سنین کودکی و نوجوانی است. اقدامات پیشگیرانه نیازمند آموزش و اطلاع رسانی غربالگری، شناسایی بموقع، درمان است این اقدامات بخصوص در گروه‌های تأثیرگذار و گروه‌های بهداشتی و درمانی از جایگاه خاصی برخوردار است و می‌تواند به اصلاح روند سیاست‌گذاری در بخش سلامت منتهی شود. اکثر افراد شاغل بیش از نیمی از عمر خود را در محیط کار سپری می‌کنند و در این محیط‌ها با مواجهات بیماری‌زا، خطر آفرین و نیز شیوه‌های غلط زندگی روبه‌رو هستند.

عدم توجه به این موضوع باعث میشود این افراد دچار بیماری‌های شوند که علاوه بر تحمل هزینه‌های درمان برای خود و خانواده دچار کاهش بهره‌وری در محیط‌های اداری بشوند. لذا این مشکل نیازمند بررسی و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای در محیط‌های کاری می‌باشد. اجرای این اقدامات مداخله‌ای اعتبارات را از بخش درمان که هزینه‌های بی‌نهایت و گرانی هستند به سمت خدمات پیشگیرانه و سلامت محور سوق می‌دهد و این برنامه برای خود دستگاه‌های اجرایی هم بهره‌وری و توجیه هزینه - فایده دارد. اجرای این برنامه بهره‌وری خدمات دستگاه‌های اجرایی را هم بالا می‌برد زیرا سازمان‌های اجرایی زمانی می‌توانند بهره‌وری داشته باشند که کارکنان سالم‌تری داشته باشند؛ بنابراین اجرای این برنامه می‌تواند یکی از برنامه‌های اساسی در سال اصلاح الگوی مصرف باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مداخله‌ای و جامعه مورد مطالعه کارکنان مرکز بهداشت استان کرمانشاه میباشد کلیه افراد بطور داوطلبانه بعد از جلسه توجیهی مورد بررسی قرار خواهند گرفتند. حجم نمونه شامل افراد ی است که در مرکز بهداشت استان خدمت می‌کنند پیش بینی می‌شود حدود ۹۰ نفر باشند.

فرآیند جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه گام به گام عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر سازمان بهداشت جهانی است. در این پرسشنامه الگوی مصرف مواد غذایی یعنی مصرف میوه و سبزیجات در روز و هفته، نوع روغن مصرفی، میزان مصرف ماهی در هفته، فعالیت بدنی و تحرک، مصرف دخانیات، ابتلا به دیابت و پرفشاری خون، اختلالات چربی خون سوال میشود. در این مطالعه ابزار جمع‌آوری داده‌ها با دو روش مصاحبه و مشاهده (معاینات بالینی و اقدامات آزمایشگاهی) می‌باشد:

۱- مصاحبه برای استخراج داده‌های سن، جنس، سابقه ابتلا و....

۲- مشاهده که در این روش راههای مختلفی مورد توجه قرار می‌گیرد:

الف: معاینه بالینی برای اندازه‌گیری فشار خون و نمایه توده

ب: اقدامات آزمایشگاهی که شامل:

- اندازه‌گیری کلسترول، تری‌گلیسیرید، قند ناشتا

افراد توسط پرسشگران آموزش دیده در ساعات مشخص که حجم مراجعه کنندگان به واحدهای مختلف کم است مورد پرسشگری

قرار میگیرند سپس با استفاده از ابزار های استاندارد (فشارسنج امرون ، قدسنج و ترازو دیجیتالی) فشار خون ونمایه توده بدنی اندازه گیری وبا هماهنگی قبلی جهت آزمایش قند خون ناشتا وچربی خون به نزدیکترین آزمایشگاه دولتی ارجاع داده میشوند. داده ها پس از جمع آوری در محیط epi6 وارد رایانه میشود سپس در محیط spss انالیز و وضعیت عوامل خطر غیر واگیر در کارکنان مشخص میشود با توجه به نتایج و گروههای هدف کارکنان به سه گروه تقسیم میشوند

- گروه سبز افراد سالم هستند که عوامل خطر غیر واگیر سلامت آنان را تهدید نمی کند، برای این گروه آموزش های لازم برای حفظ سلامت ارائه می شود.
 - گروه دوم یا زرد کسانی هستند که هنوز بیمار نشده اند اما در خطر و ریسک بیماری قرار دارند، مثل کسانی که در معرض خطر ابتلا به بیماری فشار خون هستند اما هنوز بیمار نشده اند. به این افراد نیز آگاهی های لازم داده می شود تا از بیماریشان پیشگیری شود
 - دسته سوم یا گروه قرمز نیز افرادی هستند که دچار بیماری هستند و باید با رعایت نکاتی به آنان کمک کرد تا درمان شوند و سلامت خود را به دست آورند.
- برای اجرای اهداف فوق باید کمیته های مداخله ای طراحی شود.

یافته ها

یافته ها نشان می دهد که تعداد ۱۰۰ نفر از کارکنان مرکز بهداشت استان مورد بررسی قرار گرفتند که ۴۷٪ نمونه ها زن و ۵۳٪ مرد بودند. افراد مورد مطالعه در گروه های مختلف دسته بندی شده که بیشترین گروه سنی افراد ۴۴ - ۳۵ بودند .

جدول شماره ۱ : تعداد نمونه مورد بررسی برحسب گروه های مختلف سنی

گروه سنی	تعداد		کل
	مردان	زنان	
۱۵ - ۲۴	۱	۰	۱
۲۵ - ۳۴	۵	۱۱	۱۶
۳۵ - ۴۴	۲۷	۱۹	۴۶
۴۵ - ۵۴	۱۳	۱۴	۲۷
۵۵ - ۶۴	۳	۰	۳
کل	۴۹	۴۴	۹۳

الف - الگوی مصرف میوه و سبزیجات در جامعه مورد مطالعه:

۳ / ۵۴ درصد از کل جامعه هر روز میوه مصرف میکنند که این رقم در خانم ها دو برابر آقایان است .

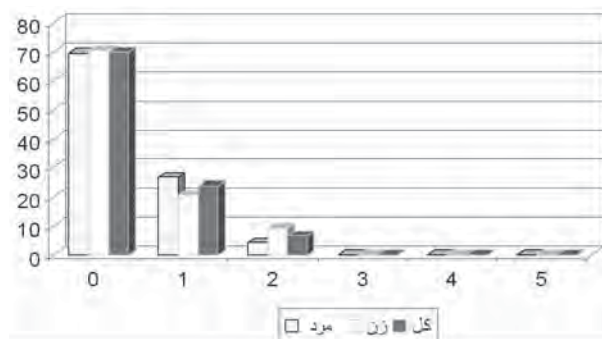
جدول شماره ۲: میانگین تعداد واحد میوه مصرف شده در روز برحسب سن و جنس

گروه سنی	مرد	زن	کل
۱۵ - ۲۴	۲	۰	۲
۲۵ - ۳۴	۱/۲	۲	۲
۳۵ - ۴۴	۱/۶	۳/۱	۲/۳
۴۵ - ۵۴	۱/۴	۳/۹	۲/۶
۵۵ - ۶۴	۱/۶	۰	۱/۶
کل	۱/۵	۳/۱	۲/۳

۳۸/۷ درصد از افراد تحت مطالعه هر روز هفته سبزیجات مصرف میکنند که این رقم در خانم ها ۵۶ درصد و در آقایان ۲۲/۴ درصد است. میانگین تعداد واحد سبزیجات مصرف شده در جمعیت کل ۱/۴۶ در خانم ها ۱/۹ و در آقایان ۱ واحد در روز بود.

ب- الگوی مصرف ماهی در کارکنان مرکز بهداشت استان:
۷۰ درصد جامعه مورد مطالعه طی یک هفته ماهی اصلا مصرف نمی کنند و تنها ۳۰ درصد در هفته دوبار ماهی استفاده می کنند.

نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی نسبی تعداد بارهای مصرف ماهی در هفته



ت- الگوی مصرف روغن در کارکنان مرکز بهداشت خانواده های آنها :
۷۱ درصد کارکنان روغن مصرفی آنها روغن مایع بود.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی نسبی نوع روغن مصرفی برحسب سن و جنس

گروه سنی	کل	
	مایع	جامد
۱۵-۲۴	۱۰۰	۰
۲۵-۳۴	۵۶/۳	۴۳/۸
۳۵-۴۴	۷۳/۹	۲۶/۱
۴۵-۵۴	۳/۷	۷۴/۱
۵۵-۶۴	۶۶/۷	۳۳/۳
کل	۷۱	۲۸

ث- وضعیت بیماری پرفشاری ، دیابت در کارکنان مرکز بهداشت استان :

- ۶/۵ درصد افراد در ۱۲ ماه گذشته افزایش فشارخون داشتند که این رقم در آقایان دو برابر خانم ها بود.
- ۸/۳ درصد افراد در ۱۲ ماه گذشته مبتلا به بیماری قند خون (دیابت) بودند. که این رقم در آقایان دو برابر خانم ها بود.

ج- وضعیت چاقی در کارکنان مرکز بهداشت استان :

میانگین نمایه بدنی در کل جامعه مورد مطالعه ۲۶ بود که این رقم در خانم ها و آقایان مساوی بود . بیش از ۶۰ درصد افراد مورد مطالعه اضافه وزن داشتند . ۲۰ درصد نمونه ها نیز چاق بودند (BMI مساوی و بالاتر از ۳۰)

جدول شماره ۴ : درصد افراد دارای BMI مساوی و بالاتر از ۲۵ برحسب سن و جنس

گروه سنی	مرد	زن	کل
۱۵-۲۴	۱۰۰.۰٪	۰	۱۰۰.۰٪
۲۵-۳۴	۲۰.۰٪	۴۵.۵٪	۳۷.۵٪
۳۵-۴۴	۶۶.۷٪	۶۸.۴٪	۶۷.۴٪
۴۵-۵۴	۶۹.۲٪	۶۴.۳٪	۶۶.۷٪
۵۵-۶۴	۱۰۰.۰٪	۰	۱۰۰.۰٪
کل	۶۵.۳٪	۶۱.۴٪	۶۳.۴٪

د - اندازه گیری فشار خون در کارکنان مرکز بهداشت استان
در اندازه گیری فشارخون بیش از ۱۸ درصد کارکنان مرد دارای پرفشاری خون بودند.

جدول شماره ۸: توزیع فراوانی نسبی افراد دارای افزایش فشارخون (فشارخون سیستولیک مساوی و بالاتر از ۱۴۰ و / یا فشارخون دیاستولیک مساوی و بالاتر از ۹۰)

گروه سنی	مرد	زن	کل
۱۵-۲۴	۰	۰	۰
۲۵-۳۴	۰	۰	۰
۳۵-۴۴	۱۶.۰٪	۰	۹.۱٪
۴۵-۵۴	۳۳.۳٪	۰	۱۵.۴٪
۵۵-۶۴	۰	۰	۰
کل	۱۸.۲٪	۰	۹.۱٪

اندکس های خونی در کارکنان مرکز بهداشت استان

۱- قند خون ناشتا

جدول شماره ۵: درصد افراد دارای قند خون مساوی و بیشتر از ۱۲۶ میلیگرم در دسی لیتر برحسب سن و جنس

گروه سنی	مرد	زن	کل
۲۵-۳۴	۰	۰	۰
۳۵-۴۴	۲۱.۷٪	۶.۳٪	۱۵.۴٪
۴۵-۵۴	۲۷.۳٪	۰	۱۲.۰٪
۵۵-۶۴	۰	۰	۰
کل	۱۹.۵٪	۲.۴٪	۱۱.۰٪

۲- تری گلیسرید و کلسترول خون

جدول شماره ۶: میانگین تریگلیسرید خون برحسب سن و جنس

گروه سنی	مرد	زن	کل
۲۵-۳۴	۱۷۲.۷۵	۱۲۰.۶۴	۱۳۴.۵۳
۳۵-۴۴	۱۹۴.۴۳	۱۰۲.۷۵	۱۵۶.۸۲
۴۵-۵۴	۱۴۳.۰۹	۱۰۸.۳۶	۱۲۳.۶۴
۵۵-۶۴	۱۵۳.۳۳	۰	۱۵۳.۳۳
کل	۱۷۵.۵۴	۱۰۹.۴۶	۱۴۲.۵۰

کلسترول خون ۴/۹ درصد از افراد مورد مطالعه بالای ۲۴۰ میلیگرم در دسی لیتر بود که این رقم در هر دو جنس برابر بود.

جدول شماره ۷: درصد افراد دارای کلسترول خون مساوی و بیشتر از ۲۴۰ میلیگرم

در دسی لیتر برحسب سن و جنس

گروه سنی	مرد	زن	کل
۲۵-۳۴	۰	۰	۰
۳۵-۴۴	۰	۱۲.۵٪	۵.۱٪
۴۵-۵۴	۹.۱٪	۰	۴.۰٪
۵۵-۶۴	۳۳.۳٪	۰	۳۳.۳٪
کل	۴.۹٪	۴.۹٪	۴.۹٪

شیوع دیابت، فشارخون بالا، اضافه وزن، چاقی و چاقی مرکزی، کلسترول مساوی یا بیشتر از ۲۴۰ میلی گرم در دسی لیتر خون به ترتیب ۱۱ درصد (حدود اطمینان ۹۵ درصد: ۵ تا ۱۷٪)، ۱،۹ درصد (حدود اطمینان ۹۵ درصد: ۰ تا ۶۳،۴ درصد) (حدود اطمینان ۹۵ درصد: ۰ تا ۲۰،۴ درصد) (حدود اطمینان ۹۵ درصد: ۰ تا ۱۱ درصد) (حدود اطمینان ۹۵ درصد: ۰ تا ۴،۹ درصد) (حدود اطمینان ۹۵ درصد: ۰ تا ۲۴۰ میلی گرم در دسی لیتر خون بودند. نتایج حاصل از مدل رگرسیون خطی ساده حاکی از آن است که به ازاء هر واحد تغییر در اندازه دور کمر، فشارخون سیستولیک $\beta = 0/48$ افزایش می یابد ($P < 0.01$).



بحث

این پژوهش نشان می‌دهد که ۳/۵۴ درصد از کل جامعه کارکنان مرکز بهداشت استان هر روز هفته میوه مصرف می‌کنند. این رقم در مطالعات استانی ۵/۳۲ درصد و در نتایج کشوری ۵/۴۳ درصد است. در سال ۱۵-۶۵ ساله می باشد. ۷/۳۸ درصد از افراد تحت مطالعه هر روز هفته سبزیجات مصرف می‌کنند که این رقم در خانم ها ۴/۵۶ درصد و در آقایان ۴/۲۲ درصد است. این رقم در جامعه ۱۵-۶۵ ساله استان ۲۷ درصد و در کشور ۳۲ درصد ذکر شده است. وضعیت مصرف میوه و سبزیجات در کارکنان بهداشتی نسبت به استان و نتایج کشوری مطلوب است. ۷۰ درصد از جامعه کارکنان مرکز بهداشت استان در طول هفته اصلاً ماهی استفاده نمی‌کنند. این رقم در جامعه استانی ۶۵ درصد ذکر شده است. در نتایج کشوری ۵۳ درصد ماهی مصرف نمی‌کنند. این اطلاعات نشان می‌دهد که میزان مصرف ماهی در پرسنل مرکز بهداشت استان با مقایسه با جامعه استانی و کشوری نامطلوب است که لازم است در این خصوص آموزش‌ها و مداخلات لازم با توجه به اهمیت مصرف ماهی در خانواده‌ها انجام گیرد. نوع روغن مصرفی در ۷۱ درصد کارکنان مرکز بهداشت استان مایع بود که این رقم در مطالعات استان در سال ۱۳۷۴ تنها ۷/۶ درصد و در سال ۱۳۷۵ به ۵/۱۶ درصد رسید. مطالعات چند سال اخیر بیانگر افزایش مصرف روغن مایع در جامعه استانی و کشوری بوده است اما همچنان وضعیت مصرف در کارکنان مرکز بهداشت استان در روغن مصرفی مطلوب‌تر از جامعه است.

میانگین BMI در جامعه مورد مطالعه ۲۶ (در هر دو جنس) بود که این رقم در جامعه مورد مطالعه استانی ۶/۲۴ که در مردان ۹/۲۳ و در زنان ۳/۲۵ کیلوگرم بر متر مربع محاسبه شده است. این ارقام در نتایج کشوری در کل ۸/۲۴ در مردان و ۴/۲۴ در خانم ها ۵/۲۵ گزارش شده است. با توجه به شاخص توده بدنی ۴/۶۳ درصد جامعه مورد مطالعه اضافه وزن و ۰/۲۰ درصد چاق بودند. این ارقام در جامعه استانی ۴۸ اضافه وزن و ۱۶ درصد چاق گزارش شده است. برآورد کشوری نشانی دهد ۶/۲۸ درصد جامعه مورد مطالعه اضافه وزن و ۲/۱۴ درصد چاق می باشند. امارات فوق نشان می‌دهد وضعیت چاقی در کارکنان مرکز بهداشت استان از جامعه استان و کشوری بسیار نگران کننده است و این عامل خطر را در هر دو جمعیت خانم ها و آقایان به طور تقریباً یکسان وجود دارد. ۵/۶ درصد افراد مورد مطالعه در ۱۲ ماه گذشته افزایش فشارخون داشتند که این رقم در آقایان (۸.۲) درصد دو برابر خانم ها (۴.۵) بود در اندازه گیری فشار در طول اجرای طرح این رقم در آقایان به ۱۸ درصد افزایش یافته بود. ۳/۸ درصد افراد مورد مطالعه در ۱۲ ماه گذشته افزایش قند خون داشتند که این رقم در آقایان (۷/۹) درصد دو برابر خانم ها (۵/۹) بود در اندازه گیری قند خون در طول اجرای طرح این رقم در کل جامعه به ۱۱.۰٪ در آقایان به ۵/۱۹ درصد افزایش یافته بود. میانگین کلسترول در جامعه مورد مطالعه ۱۸۵ بود ۹/۴ در صد افراد کلسترول بالای ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بود که این رقم در جامعه استانی ۱۴ درصد گزارش شده است.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر حاکی از شیوع بالای بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر ساز آن است. لزوم انجام مداخلات در راستای تعدیل این عوامل ضروری به نظر می رسد. برای رسیدن به این هدف برنامه ارتقاء سلامت در محل کار (Workplace Health Promotion) را پیشنهاد می‌کنند. این برنامه به طور کلی بر ارتقاء سلامت کارکنان با استفاده از کاهش رفتارهای پرخطر فردی از قبیل: مصرف دخانیات، بی تحرکی، تغذیه نامناسب و سایر عوامل خطر فردی تأکید دارد. فعالیت های برنامه WHP شامل: اقدامات مستقیم مانند آموزش بهداشت، افزایش دسترسی به غذاهای سالم و فراهم نمودن فرصت برای فعالیت بدنی و اقدامات غیر مستقیم مانند افزایش حمایت اجتماعی و استانداردهای اجتماعی و تشویق رفتارهای سالم میباشد. مهم ترین فواید برنامه ارتقاء سلامت در محل کار عبارت است از ارتقاء رفتارهای سالم، کاهش هزینه های مربوط مراقبت پزشکی و ناتوانی و- افزایش کارایی کارکنان و بهره وری سازمان است

پیشنهادات

- ✓ توجه به عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر دار بخصوص تغذیه نامناسب در ادارات وسازمان ها
- ✓ اطلاع رسانی به کارکنان در مورد عوامل خطر بیماری های غیر واگیردار و خطرات ناشی از آنها
- ✓ طراحی برنامه بنیادی برای اصلاح الگوی مصرف در ادارات و سازمانها با محوریت تغذیه در محیط های کاری
- ✓ طراحی برنامه های مداخله ای در محل های کار ، سازمانها ، مدارس با نهادینه کردن تغذیه سالم
- ✓ افزایش دسترسی به غذا و میان وعده های سالم در محیط کار
- ✓ افزایش تحرک در محیط کاری

منابع

- ۱- فخرزاده . دکترحسین . برنامه جامع پیشگیری ازبیماریهای قلب و عروق مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم . انتشارات طب نوین
- ۲- محمد مهدی گویا و همکاران رویکرد گام به گام سازمان جهانی بهداشت به مراقبت بیماریهای غیر واگیر . مرکز مدیریت بیماریها ۱۳۸۵
- ۳- نقوی ، محسن و جعفری، ناهید، سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان سال ۱۳۸۳ . تهران، انتشارات ترمه،
- 4- Health promotion economic return studies. *The Art of Health Promotion, 2003, 6(6):1-16.*
- 5- Muto T. et al., Evaluation of a workplace health promotion program to improve cardiovascular disease risk factors in sales representatives. *International Congress Series 1294 (2006) 131- 134.*
- 6- Arao T. et al., Impact of lifestyle intervention on physical activity and diet of Japanese workers. *Preventive Medicine 45 (2007) 146-152.*
- 7- Catherine B. et al., Health benefits of a pedometer-based physical activity intervention in sedentary workers. *Preventive Medicine 39 (2004) 1215-1222.*