

## تأثیر شغل بر رویکردهای رفتار تغذیه‌ای زنان در ارتباط با بیماری‌های قلبی عروقی

فیروزه سجادی<sup>۱</sup>، نوشین محمدی‌فرد<sup>۲</sup>، مریم مقرون<sup>۳</sup>، حسن علیخاسی<sup>۴</sup>،  
فاطمه نوری امامزاده‌ئی<sup>۵</sup>، فرهاد ایرجی<sup>۶</sup>، محمد شهرام احتشامی<sup>۷</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**زمینه و هدف:** وضعیت اقتصادی اجتماعی تأثیر به‌سزایی در سلامتی زنان دارد که از مهم‌ترین این عوامل اشتغال است. این مطالعه به منظور مقایسه تأثیر شغل در رویکردهای رفتار تغذیه‌ای زنان در ارتباط با بیماری‌های قلبی عروقی انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه طی سه مرحله بر روی جامعه زنان مورد مداخله برنامه قلب سالم که یک برنامه مداخله‌ای جامعه‌نگر است، به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای خوشه‌ای تصادفی در اصفهان و نجف‌آباد انجام شد. دانش و نگرش افراد در زمینه تأثیر تغذیه در بیماری‌های قلبی عروقی توسط پرسش‌نامه تکمیل شد. به منظور ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای از یک پرسش‌نامه بسامد خوراک شامل ۴۸ آیتم استفاده گردید. روند KAP تغذیه در سال‌های ۸۰-۱۳۷۹ تا ۱۳۸۶ در ۶ مطالعه مقطعی، روی نمونه‌های مستقل بررسی گردید. برای مقایسه تغییرات روند در زنان شاغل و غیرشاغل در سال‌های مختلف مطالعه از آزمون‌های کوواریانس، استفاده شد. به منظور مقایسه متغیرهای کیفی و کمی به ترتیب از آزمون‌های خی و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد.

**یافته‌ها:** روند نگرش تغذیه زنان غیرشاغل نسبت به زنان شاغل افزایش معنی‌دار داشت ( $P=0/007$ ). روند مصرف میوه‌ها در زنان شاغل به طور معنی‌داری نسبت به زنان غیرشاغل بیشتر بود ( $P=0/01$ ) و برعکس روند مصرف سبزی در زنان غیرشاغل به طور معنی‌داری نسبت به زنان شاغل بیشتر بود ( $P=0/001$ ). میانگین شاخص کل تغذیه در زنان غیر شاغل نسبت به زنان شاغل به طور معنی‌داری ارتقا یافت ( $P=0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نقش مؤثر زنان در تغذیه خانواده و توجه به مشکلات زنان شاغل از جمله فرصت کم آنان برای تهیه غذا در منزل، دسترسی به غذاهای آماده سلامتی بخش، آموزش‌های ضمن خدمت در زمینه تغذیه سالم می‌تواند نقش مؤثری ایفا کند.

**واژه‌های کلیدی:** زنان، بیماری‌های قلبی عروقی، شغل، تغذیه

**ارجاع:** سجادی فیروزه، محمدی‌فرد نوشین، مقرون مریم، علیخاسی حسن، نوری امامزاده‌ئی فاطمه، ایرجی فرهاد، احتشامی محمد شهرام. **تأثیر شغل بر**

**رویکردهای رفتار تغذیه‌ای زنان در ارتباط با بیماری‌های قلبی عروقی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۳): ۴۲۴-۴۱۶

پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۷/۱۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۰۸

۱. کارشناس تغذیه پژوهشکده قلب و عروق اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲. کارشناس ارشد تغذیه پژوهشکده قلب و عروق اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: nmohammadifard@gmail.com

۳. کارشناس تغذیه پژوهشکده قلب و عروق اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴. کارشناس تغذیه پژوهشکده قلب و عروق اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵. کارشناس ارشد آمار، پژوهشکده قلب و عروق اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۶. کارشناس بهداشت مرکز بهداشت استان اصفهان، اصفهان، ایران

۷. کارشناس بهداشت مرکز بهداشت استان اصفهان، اصفهان، ایران

این بررسی به منظور تأثیر شغل بر رویکردهای رفتار تغذیه‌ای زنان در ارتباط با بیماری‌های قلبی عروقی انجام شد.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه مداخله‌ای جامعه‌نگر است که مشتمل بر سه مرحله بود (۷) و در طی سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۶ به اجرا درآمد مرحله اول شامل بررسی‌های مقطعی بود که در آن وضعیت موجود جامعه از نظر شیوه زندگی از جمله تغذیه، سیگار، فعالیت فیزیکی، روش‌های مقابله با استرس و همچنین عوامل خطر قلبی عروقی در سه شهرستان مورد مطالعه یعنی اصفهان و نجف‌آباد و اراک بررسی گردید. مرحله دوم شامل مداخلات می‌باشد که پس از تجزیه و تحلیل مرحله اول برنامه، وضعیت موجود از نظر مقدمات، نیازها و امکانات ارزیابی گردید، سپس در ۴ حوزه کنترل دخانیات، تغذیه سالم، فعالیت فیزیکی و مقابله استرس طراحی گردید که به منظور سهولت انجام مداخلات ۱۰ پروژه مداخله‌ای با گروه‌های هدف مختلف طراحی شد. که هر پروژه توسط ۳ تا ۴ مجری هدایت گردید. راه کارهای مداخله‌ای هر پروژه در سه حوزه کلی شامل آموزش (با استفاده از رسانه‌های ارتباط جمعی و شبکه‌های اجتماعی)، محیطی و قانون‌گذاری تعریف شد. جزییات مداخلات درجای دیگرارایه گردیده است (۹-۱۰).

مرحله سوم مشابه مرحله اول و برای تعیین تأثیر مداخلات انجام شد. هدف از مداخلات انجام شده در حوزه تغذیه در زمینه اصلاح روغن مصرفی مردم، افزایش مصرف سبزی، میوه، ماهی، کاهش مصرف سوسیس و کالباس، غذای آماده و شیرین و مصرف لبنیات کم چرب بوده است (۹-۱۰) نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای خوشه‌ای تصادفی بود (۱۰-۹). معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از، داشتن حداقل ۱۹ سال، تابعیت ایرانی، زندگی در یکی از شهرهای مطالعه حداقل به مدت ۶ ماه، عدم ابتلا به بیماری‌های خونریزی دهنده، عقب افتادگی ذهنی و بارداری بود. جزییات آن در جای دیگر آمده است (۹-۱۰). اطلاعات جمعیتی نظیر سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، درآمد و محل زندگی توسط افراد آموزش دیده در منازل افراد جمع‌آوری گردید

### مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی (CVD یا Cardiovascular Disease) یک مشکل بهداشتی مهم در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه می‌باشد (۱) و در ایران به‌عنوان عامل اصلی مرگ و میر و ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر مانند دیابت، فشارخون، ... شناخته شده است (۲). تغییر الگوی زندگی خصوصاً نحوه تغذیه در ارتباط مستقیم با این بیماری‌ها می‌باشد (۳). در مطالعه‌ای که در ارتباط با آگاهی، نگرش و عملکرد (KAP یا Knowledge, Attitude and Practice) تغذیه‌ای مردم شهر اصفهان انجام گرفت. ۷۰ درصد مردم از نقش عادات غلط غذایی در بروز CVD آگاهی داشتند ولی عملکردشان در این زمینه مطلوب نبود همچنین عملکرد زنان در این مطالعه نسبت به مردان بهتر بود (۴). اگرچه در بسیاری از مطالعات تأثیرپذیری عملکرد مردم از آگاهی ثابت شده است ولی نمی‌توان نقش عوامل اقتصادی، اجتماعی و عادات فرهنگی بر عملکرد را نادیده گرفت (۴). نتایج چندین مطالعه نشان داده است که وضعیت اقتصادی اجتماعی تأثیر به‌سزایی در سلامتی زنان نسبت به مردان دارد (۵-۶)، که از مهم‌ترین این عوامل اشتغال است. در مطالعه‌ای که در کشور اسپانیا و مراکش انجام شد، زنان خانه‌دار در مقایسه با زنان شاغل بیشتر در معرض ابتلا به CVD بودند (۶). در مطالعه‌ای که توسط Tarani Chandola در کشور انگلستان انجام شد نشان داد که زنان و مردانی شاغل، خصوصاً زنانی که بیشتر ساعات روز به کار مشغول هستند به دلیل فرصت کم، زمان کمی برای سلامتی خود اختصاص می‌دهند و از شیوه نامناسب زندگی از جمله تغذیه غلط برخوردار هستند به طوری که مصرف کم میوه و سبزی در این افراد رایج است (۷). همچنین در مطالعه‌ای در شهر کرمان که به منظور تعیین KAP مردم درباره پیش‌گیری از سکنه قلبی انجام شد، زنان از دانش بالاتری نسبت به مردان برخوردار بودند (۸). نقش زنان به عنوان برنامه‌ریز و مجری تهیه غذا در منزل و آموزش‌دهنده به اعضای خانواده به خصوص فرزندان، بسیار اساسی است. همچنین ارتقا سلامتی جامعه در زمینه شناخت نیازهای اساسی گروه‌های هدف و اجرای مداخلات صحیح بر اساس این نیازها می‌باشد.

که به‌طور عمده بر اساس مصرف مواد آتروژن و آنتی‌آتروژن امتیازبندی شده است، استفاده گردید. کاهش این شاخص نشان‌دهنده ارتقا وضعیت تغذیه‌ای می‌باشد. جزئیات GDI و نحوه محاسبه در جای دیگر آمده است (۱۲). زنان از نظر شغلی به دو گروه شاغل و غیر شاغل تقسیم شدند که گروه غیر شاغل شامل: زنان بیکار، بازنشسته، محصل، دانشجو و خانه‌دار در گروه غیر شاغل بود و سایر زنان که به نوعی اشتغال به شغلی داشتند، شاغل محسوب شدند.

### تجزیه و تحلیل آماری

تجزیه و تحلیل اطلاعات توسط نرم افزار SPSS ۱۵ انجام شد. برای مقایسه فراوانی افراد در سال‌های مختلف از آزمون خی و برای مقایسه میانگین در سال‌های مختلف از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. برای مقایسه روند مصرف اقلام غذایی سال‌های ارزشیابی در دو گروه از آزمون کوواریانس استفاده گردید. که اثر جنس، سن، تحصیلات و محل زندگی (شهری و روستایی) در این مقایسه تعدیل گردید.

### یافته‌ها

در این مطالعه تعداد کل زنان مورد بررسی در سالهای ۱۳۸۰-۱۳۷۹، ۱۳۸۱، ۱۳۸۲، ۱۳۸۳، ۱۳۸۴، و ۱۳۸۶ به ترتیب ۳۱۶۹ و ۱۵۱۲ و ۱۲۱۴ و ۱۵۳۳ و ۱۵۵۸ و ۱۱۳۸۵ نفر بودند. میانگین سنی و فراوانی افراد بر اساس تحصیلات و وضعیت تأهل در زنان شاغل و غیر شاغل در جدول ۱ آورده شده است.

نمودارهای ۱-۱ و ۱-۲ روند دانش و نگرش تغذیه‌ای زنان شاغل و غیر شاغل در طی سال‌های ۸۰-۱۳۷۹ تا ۱۳۸۶ در شهرستان اصفهان را نشان می‌دهد. روند نمره دانش زنان شاغل و غیر شاغل تفاوت معنی‌داری نداشت ( $p=0/12$ )، ولی نمره نگرش تغذیه زنان خانه‌دار نسبت به زنان شاغل به طور معنی‌داری افزایش داشت ( $p=0/007$ ).

مقایسه مصرف روغن در زنان در هر دو گروه شاغل و غیر شاغل در نمودار ۳-۱ و ۳-۴ نشان دهنده روند رو به کاهش میانگین مصرف روغن جامد در زنان شاغل و غیر شاغل و افزایش مصرف روغن مایع در آن‌ها می‌باشد. اگرچه مقایسه

(۱۰-۹). دانش تغذیه‌ای افراد توسط پرسش‌نامه تعیین گردید. تعداد سؤالات آگاهی، ۱۳ سؤال چند گزینه‌ای بود که هر کدام چند جز را شامل می‌شد (مجموعاً ۶۰ سؤال) که آگاهی افراد را در زمینه تأثیر تغذیه شامل نوع مواد غذایی، نحوه پخت غذا را بر سلامت قلب، چربی‌های خون، پرفشاری خون، چاقی و دیابت تعیین می‌نمود. سؤالات مربوط به نگرش، ۱۷ سؤال ۳ گزینه‌ای به صورت موافقم، نمی‌دانم و مخالفم بود. برای هر پاسخ صحیح آگاهی، یک نمره مثبت در نظر گرفته شد و برای پاسخ غلط نمره صفر منظور گردید. در مورد سؤالات نگرش به هر پاسخ صحیح یک نمره مثبت، نمی‌دانم صفر و پاسخ غلط یک نمره منفی اختصاص داده شد و به این ترتیب نمره هر فرد تعیین و درصد آن محاسبه گردید. به منظور ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای از یک پرسش‌نامه بسامد خوراک کیفی ۴۸ آیتمی غذا استفاده گردید (۱۰-۹). این پرسش‌نامه بر اساس پرسش‌نامه مربوط به برنامه (CINDI یا Countrywide Integrated on-Communicable Diseases Interventional) طراحی شد (۱۱). ترجمه پرسش‌نامه توسط یک تیم متخصص تغذیه انجام شد. غذاهایی که در ایران مصرف نمی‌شد از پرسش‌نامه حذف گردید و انواعی از غذا که در ایران به‌صورت رایج استفاده می‌شود و در پرسش‌نامه موجود نبود درج شد. اعتبار محتوا و تصویری پرسش‌نامه توسط ۵ متخصص تغذیه تعیین گردید. به منظور تعیین پایانی، پرسش‌نامه به صورت پایلوت بین ۲۰۰ نفر از افراد بزرگسالی که جز نمونه‌های طرح نبودند دو بار به فاصله ۲ هفته تکمیل شد و پایایی پرسش‌نامه تعیین گردید. (کرونباخ=۰/۸+) (۱۲).

در مطالعه حاضر اقلام غذایی مورد بررسی شامل روغن جامد، روغن مایع، گوشت قرمز، گوشت سفید (مرغ و ماهی)، شیرینی‌ها (شیرینی، شکلات، کلوچه و کیک)، غذای آماده (پیتزا، همبرگر، سوسیس و کالباس)، میوه و سبزی (میوه تازه، آب میوه تازه، میوه خشک، سبزی تازه، سبزی پخته، سبزی خشک) می‌باشد.

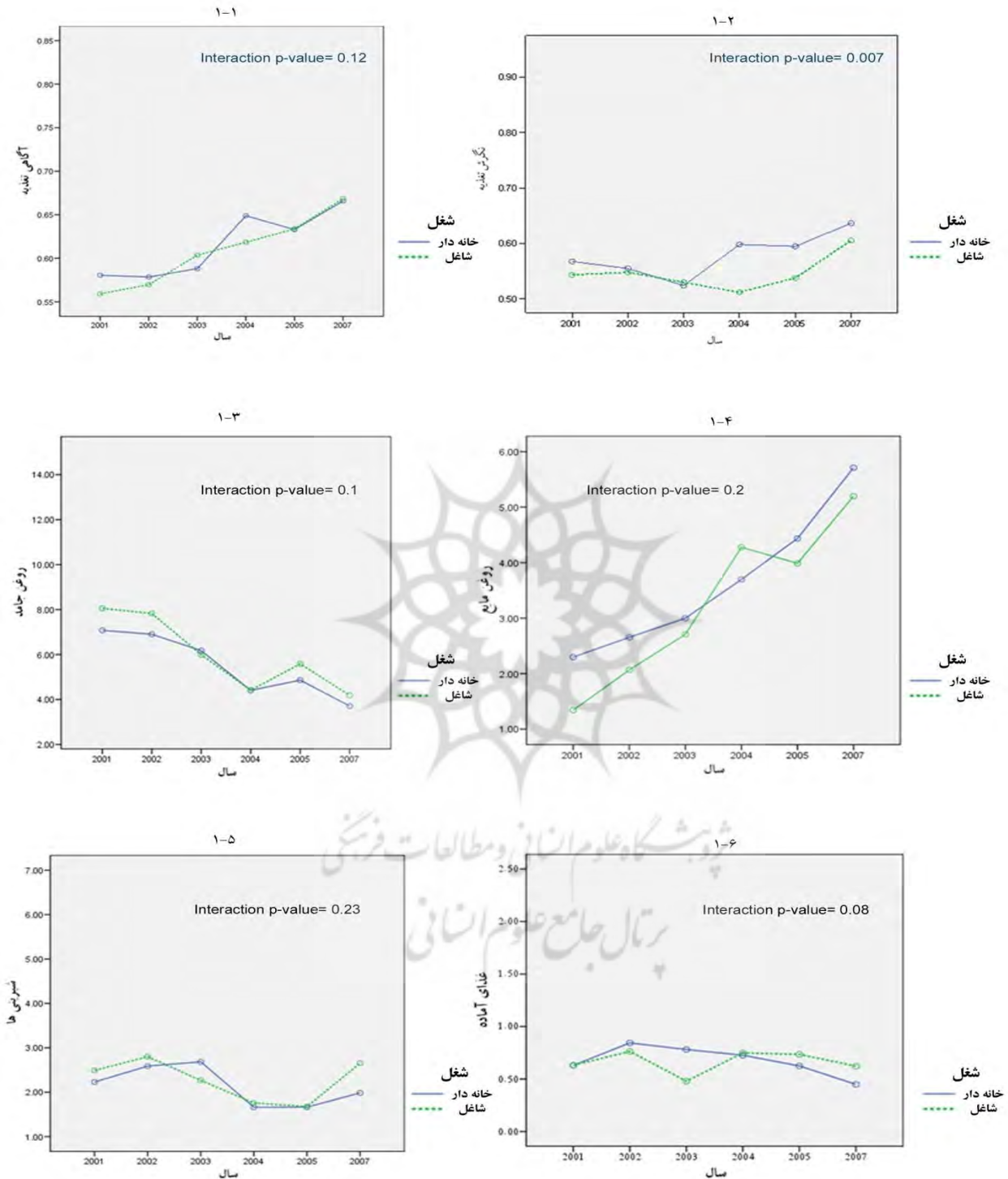
علاوه بر بررسی روند مصرف اقلام غذایی بطور جداگانه، از شاخص کلی تغذیه (GDI یا Global Dietray Index)

افزایش روند مصرف میوه و سبزی در زنان شاغل و غیرشاغل در نمودارهای ۳-۲ و ۴-۲ نشان می‌دهد که زنان شاغل به طور معنی‌داری افزایش در مصرف میوه ( $p=0/001$ ) را داشته‌اند. همچنین زنان شاغل به طور معنی‌داری سبزیجات را بیشتر از زنان غیر شاغل نسبت به سال اول مصرف کردند ( $p=0/01$ ). همان‌طوری‌که نمودار ۵-۲ نشان می‌دهد، میانگین GDI در زنان غیرشاغل نسبت به زنان شاغل به طور معنی‌داری کاهش بیشتری داشته است ( $p=0/01$ ).

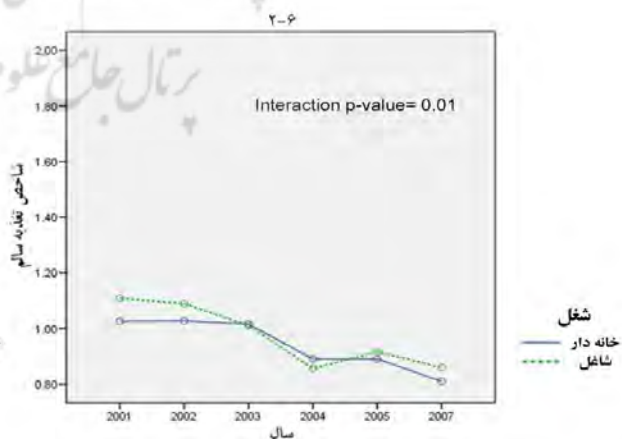
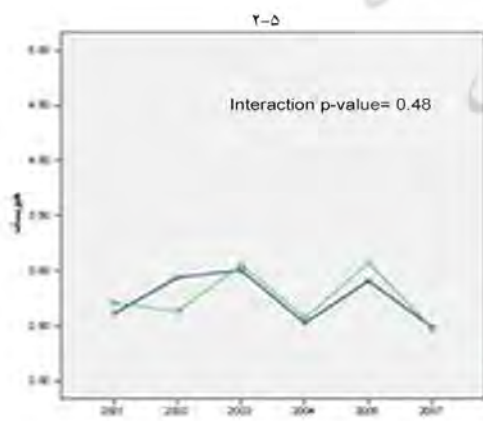
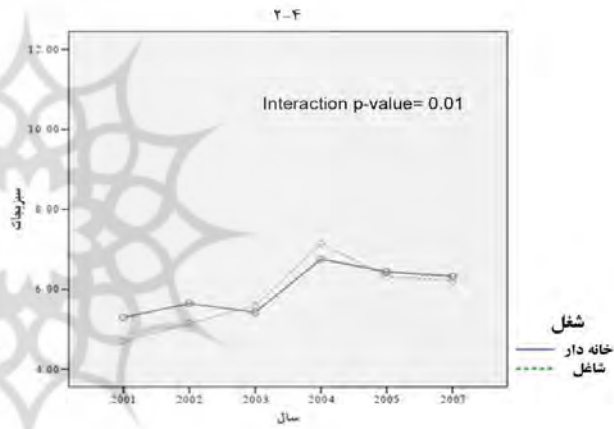
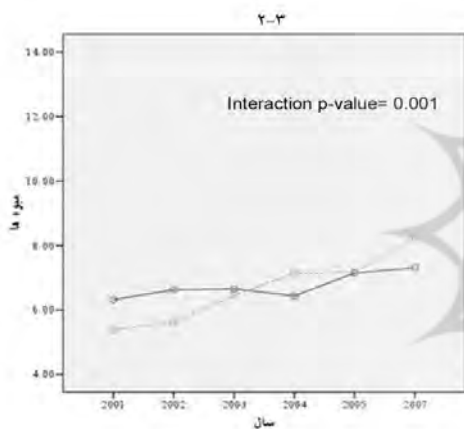
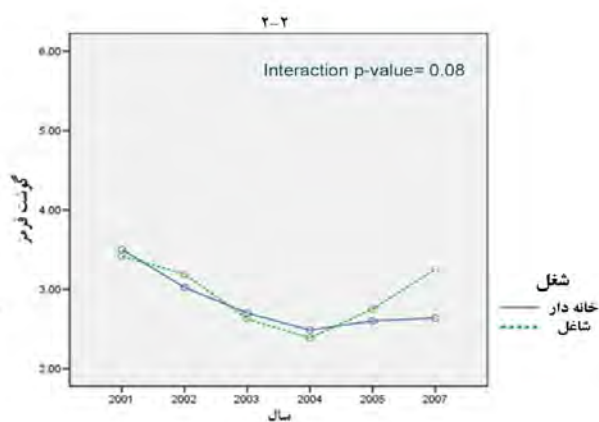
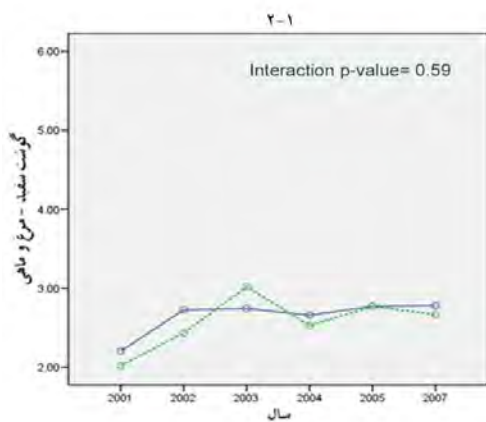
روند مصرف این دو نوع روغن، بین زنان شاغل و غیر شاغل معنی‌دار نبود ( $p>0/05$ ). نمودارهای ۵-۱ و ۶-۱ نشان‌دهنده روند مصرف شیرینی و غذاهای آماده می‌باشد. اگرچه روند مصرف شیرینی در زنان شاغل نسبت به زنان غیر شاغل بیشتر بود، ولی تفاوت معنی‌داری حاصل نشد ( $p=0/23$ ). روند مصرف غذای آماده در هر دو گروه رو به کاهش بوده، ولی تفاوت معنی‌داری در مصرف بین دو گروه زنان به دست نیامد ( $p=0/08$ ). روند افزایش مصرف گوشت قرمز در زنان شاغل نسبت به زنان غیرشاغل در طی سال‌های ۸۰-۱۳۷۹ تا ۱۳۸۶ بیشتر بود ولی این افزایش معنی‌دار نبود ( $p=0/08$ ) (نمودار ۲-۲).

جدول ۱. مشخصات عمومی افراد مورد مطالعه در استان اصفهان

سالهای مطالعه متغیر	۱۳۸۰ n=۳۰۸	۱۳۸۱ n=۱۴۷	۱۳۸۲ n=۸۰	۱۳۸۳ n=۹۶	۱۳۸۴ n=۱۰۷	۱۳۸۶ n=۱۶۸
سن (انحراف معیار ± میانگین)	۳۴/۰۹ ع ۹/۷۱	۳۶/۲۲ ع ۱۲/۰۵	۳۶/۶۸ ع ۱۲/۳۰	± ۱۱/۷۲ ۳۶/۳۵	۳۵/۹۱ ع ۹/۲۳	۱۰/۹۳ ۳۵/۲۳ ع
تحصیلات (% تعداد)						
زنان	۱۱۶(۳۷/۹)	۲۶(۱۷/۸)	۱۶(۲۰)	۱۹(۱۹/۸)	۱۷(۱۵/۹)	۱۸(۱۰/۷)
شاغل	۱۱۶(۳۷/۹)	۴۵(۳۰/۸)	۳۲(۴۰)	۳۹(۴۰/۶)	۵۰(۴۶/۷)	۶۶(۳۹/۳)
غیر شاغل	۷۴(۲۴/۲)	۷۵(۵۱/۴)	۳۲(۴۰)	۳۸(۳۹/۶)	۴۰(۳۷/۴)	۸۴(۵۰/۰)
وضعیت تأهل (% تعداد)						
مجرد	۵۴(۱۷/۵)	۲۳(۱۵/۶)	۲۴(۳۰)	۲۴(۲۵)	۳۳(۳۰/۸)	۳۹(۲۳/۲)
متاهل	۲۵۴(۸۲/۵)	۱۲۴(۸۴/۴)	۵۶(۷۰)	۷۲(۷۵)	۷۴(۶۹/۲)	۱۲۹(۷۶/۸)
	n=۲۸۶۱	n=۱۳۶۵	n=۱۱۳۴	n=۱۴۳۷	n=۱۴۵۰	n=۲۲۲۶
سن (انحراف معیار ± میانگین)	۳۸/۹۶ ع ۱۴/۶۹	۴۰/۶۰ ع ۱۵/۳۶	۴۰/۱۰ ع ۱۵/۴۹	۴۵/۵۸ ع ۱۷/۲۱	۴۶/۱۵ ع ۱۷/۱۹	۱۵/۴۳ ۳۸/۹۱ ع
تحصیلات (% تعداد)						
زنان	۱۵۱۶(۵۳/۸)	۷۳۷(۵۴/۸)	۵۹۹(۵۳/۲)	۹۲۱(۶۴/۱)	۸۵۳(۵۸/۸)	۱۰۲۷(۴۶/۲)
غیر شاغل	۱۱۵۶(۴۱/۱)	۵۱۱(۳۸/۰)	۴۵۷(۴۰/۶)	۴۳۲(۳۰/۱)	۴۹۳(۳۴/۰)	۹۱۱(۴۱/۰)
غیر شاغل	۱۱۴(۵/۱)	۹۶(۷/۱)	۶۹(۶/۱)	۸۳(۵/۸)	۱۰۴(۷/۲)	۲۸۴(۱۲/۸)
وضعیت تأهل (% تعداد)						
مجرد	۵۲۶(۱۸/۴)	۲۵۴(۱۸/۷)	۲۳۳(۲۰/۶)	۳۳۸(۲۳/۵)	۳۶۹(۲۵/۴)	۴۷۰(۲۱/۱)
متاهل	۲۳۳۵(۸۱/۶)	۱۱۰۷(۸۱/۳)	۸۹۹(۷۹/۴)	۱۰۹۹(۷۶/۵)	۱۰۸۱(۷۴/۶)	۱۷۵۶(۷۸/۹)



نمودار ۱-۱ تا ۱-۶. روند آگاهی، نگرش تغذیه‌ای و عملکرد مصرف روغن جامد، روغن مایع، شیرینی‌ها و غذاهای آماده



نمودار ۱-۲ تا ۲-۶: روند عملکرد مصرف گوشت سفید، قرمز، میوه‌ها، سبزی‌ها، حبوبات و شاخص کل تغذیه

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که روند تغییرات عملکرد زنان غیر شاغل نسبت به زنان شاغل در مورد مصرف برخی از اقلام غذایی بهتر بوده است. در این مطالعه نگرش زنان غیر شاغل نسبت به زنان شاغل به طور معنی‌داری افزایش یافت. مطالعات نشان می‌دهد که سطح بالاتر وضعیت اقتصادی، اجتماعی و تحصیلات نقش مهمی در آگاهی، نگرش و عملکرد تغذیه‌ای افراد دارد (۱۴-۱۳) و سطح تحصیلات از مهم‌ترین شاخص‌های تعیین‌کننده این وضعیت است (۱۵). ولی با توجه به تعدیل اثر تحصیلات در این مطالعه احتمالاً تفاوت به علت اشتغال زنان بوده است. افزایش روند نگرش زنان غیر شاغل احتمالاً به دلیل داشتن فرصت بیشتر و استفاده از وسایل ارتباط جمعی (رادیو، تلویزیون و مجله) توسط این گروه می‌باشد (۸). افزایش روند مصرف شیرینی و غذای آماده در شاغلین نسبت به غیرشاغل اگرچه معنی‌دار نیست، ولی می‌تواند متأثر از عوامل متعددی از جمله نداشتن زمان کافی برای تهیه غذا در منزل باشد (۱۶-۱۷)، از طرفی با توجه به مشغله بیشتر زنان شاغل نسبت به زنان خانه‌دار این گروه فرصت کمتری جهت رسیدگی به وضعیت سلامتی خود دارند (۸). همچنین زنان غیر شاغل به علت مشغله کمتر جهت انجام مراقبت‌های بهداشت مادر و کودک به مراکز بهداشتی درمانی که یکی از مکان‌های ارائه‌دهنده آموزش اصلاح شیوه زندگی، بیشتر مراجعه می‌کنند (۷، ۱). افزایش

بیشتر روند مصرف میوه‌ها در زنان شاغل نشان می‌دهد که زنان شاغل تمایل بیشتر به مصرف گروه‌های غذایی دارند که آماده‌سازی آن آسان‌تر است و از طرفی می‌توان به عنوان یک میان وعده غذایی در زمان کار استفاده نمود. همچنین مصرف بیشتر سبزی در زنان شاغل نسبت به زنان غیر شاغل در سال آخر در مقایسه با سال اول می‌تواند به دلیل ارتقا تولید سبزیجات آماده و بسته‌بندی شده باشد.

مطالعه روند کاهش GDI در دو گروه نشان داد که عملکرد تغذیه زنان به طور کلی اصلاح شده است (۱۲). از آنجایی که زنان خصوصاً زنان غیر شاغل به دلیل داشتن وقت بیشتر و مشغله‌های شغلی کمتر، انگیزه بیشتری برای دستیابی به اطلاعات جدید به‌ویژه آن‌هایی که در رابطه سلامتی فرزندان‌شان دارند (۱۸) تأثیر آن را می‌توان در این گروه از زنان مشاهده نمود.

با توجه به نقش مؤثر زنان در تغذیه خانواده، ارایه آموزش‌های لازم درخصوص اصلاح تغذیه و شیوه زندگی نقش موثری در انتخاب صحیح مواد غذایی در خانواده خواهد داشت. در مورد زنان شاغل با توجه به فرصت کم آن‌ها برای تهیه غذا در منزل، دسترسی به غذاهای آماده سلامتی بخش، تأثیر مثبتی در سلامت سایر افراد خانواده خواهد داشت. در این گروه از زنان نیز می‌توان آموزش‌های لازم را از طریق آموزش‌های ضمن خدمت به ایشان ارایه نمود.

## References

1. Sarrafzadegan N, Kelishadi R, Esmailzadeh A, Mohammadifard N, Rabiei K, Roohafza H, et al. Do Lifestyle Interventions Work in developing countries? Finding From the Isfahan Healthy Heart Program in Iran 2008. *Bulletin of World Health Organization* 2009; 87(1):39-50.
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; 54(6): 327-33.
3. Esmailzadeh A, Azadbakht L. Food intake patterns may explain the high prevalence of cardiovascular risk factors among Iranian women. *J Nutr*. 2008 Aug;138(8):1469-75.
4. Mohammadifard N, Ashtiani R, Moattarian A, Alikhasi M, Maghrour M. Isfahan Healthy Heart Program: Nutrition knowledge, attitude and practice in adults of Isfahan and Markazy provinces: results of phase I. *MATA J*. 2006; 2 (2): 75-83.
5. Macran S, Clarke L, Joshi HI Women s health: Dimensions and differentials, *Social Science & Medicine* 1996; 42(9): 1203-16.

6. Wamala SP, Lynch J, Kaplan GA. Women's exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk. *Int J Epidemiol* 2001;30:275-84
7. Chandola T, Britton A, Brunner E, Hemingway H, Malik M, Kumari M, et al. Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *Eur Heart J*. 2008;29(5):640-8
8. Sabzevari S, Mohammadalizade S, Borhanian P, Pishcar Mofrad Z. Kerman population Knowledge, attitude and practice about prevention of Myocardial Infarction, Rafsanjan University of Medical Sciences 2002; 1(4): 275-276.
9. Sarraf-Zadegan N, Sadri G, Malek Afzali H, Baghaei M, Mohammadi Fard N, Shahrokhi S, et al. Isfahan Healthy Heart Program: A Comprehensive Integrated Community-Based Program for Cardiovascular Disease Prevention and Control. *Acta Cardiologica* 2003; 58(4): 304-20.
10. Mohammadifard N, Sarraf-Zadegan N, Malek Afzali H, Sadri GH H, et al. Isfahan Healthy Heart Program: Integrated community-based intervention program for prevention of cardiovascular disease; Design, Methodology and first experience. *J Isfahan University of Medical Sciences* 2002; 7(1): 1-8.
11. Leparki E, Nussel E. CINDI: Countrywide integrated non-communicable diseases interventional programme: Protocol and guidelines for monitoring and evaluation procedures. Berlin, Germany: Springer-Verlag; 1987: 73-82.
12. Mohammadifard N, Kelishadi R, Safavi M, Sarrafzadegan N, Sajadi F, Sadri GH et al. Effect of a community-based intervention on nutritional behaviour in a developing country setting: the Isfahan Healthy Heart Programme. *Public Health Nutr* 2009; 12:1422-30.
13. Appel SJ, Harrell JS, Deng S. Racial and socioeconomic differences in risk factors for cardiovascular disease among Southern rural women. *Nurs Res* 2002;51(3):140-7.
14. Critchley JA, Capewell S. Substantial potential for reductions in coronary heart disease mortality in the UK through changes in risk factor levels. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57(4):243-7.
15. Roohafza H, Sadeghi M, Shirani S, Bahonar A, Mackie M, Sarafzadegan N. Association of socioeconomic status and life-style factors with coping strategies in Isfahan Healthy Heart Program, Iran. *Croat Med J*. 2009 Aug;50(4):380-6
16. Tepper BJ, Choi YS, Nayga Jr R. Understanding food choice in adult men: Influence of nutrition knowledge, food beliefs and dietary restraint. *Food quality Preference* 1997; 8(4): 307-17.
17. Papadaki A, Scott JA. The impact on eating habits of temporary translocation from a Mediterranean to a Northern Europe environment. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56(5): 455- 61.
18. Holdsworth M, Gerber M, Haslam C, Scali J, Beardsworth A, Avallone MH, Sherratt E. A comparison of dietary behaviour in Central England and a French Mediterranean region. *Eur J Clin Nutr* 2000; 54(7): 530-9.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



## Occupation effect on behavioral approach of female in relation to cardiovascular disease: ISFAHAN HEALTHY HEART PROGRAM

Firouzeh Sajjadi<sup>1</sup>, Noushin Mohammadifard<sup>2</sup>, Maryam Maghroun<sup>3</sup>, Hasan Alikhasi<sup>4</sup>, Fatemeh Nouri<sup>5</sup>, Farhade Iraj<sup>6</sup>, Mohamad Shahram Ehteshamie<sup>7</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** Socio-economic status, especially job has an important role on women health. This study was down to occupation effect on behavioral approach of female in relation to cardiovascular disease.

**Methods and Materials:** This study was conducted on the data of Interventional area of Isfahan Healthy Heart Program (IHHP): Isfahan and Najaf-Abad counties. Sampling was down by stratified random sampling method. nutrition knowledge was determined by questionnaire and a 48 item food frequency questioner was used to assess nutrition behavior. Statistical analysis was done by chi-square tests, ANOVA and ANCOVA.

**Findings:** Positive trend of nutritional attitude was significantly higher in unemployed in compare to employed women ( $p=0.007$ ). Employed vs. unemployed women had a significant improvement in fruit consumption ( $P=0.01$ ). It was adversely about vegetables consumption ( $p=0.001$ ). Global dietary index (GDI) had a significant improvement in unemployed women in compare to employed women ( $p=0.01$ ).

**Conclusions:** Regarding to the effective role of women on nutritional status of family and considering employed women problems, such as their limited time for preparing food and availability of health foods and healthy nutrition training in work places can play effective role on family health.

**Keywords:** Cardiovascular Disease, Women, Job, Nutrition

**Citation:** Sajjadi F, Mohammadifard N, Maghroun M, Alikhasi H, Nouri F, Iraj F, Ehteshamie M Sh. **Occupation effect on behavioral approach of female in relation to cardiovascular disease: ISFAHAN HEALTHY HEART PROGRAM.** J Res Behave Sci 2014; 12(3): 416-424

Received: 26.02.2013

Accepted: 08.10.2014

- 1- BSc in Nutrition, Isfahan Cardiovascular Research Center, Isfahan Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran
- 2- MSc in Nutrition, Isfahan Cardiovascular Research center, Isfahan Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran. Corresponding Author: Email: nmohammadifard@gmail.com
- 3- BSc in Nutrition, Isfahan Cardiovascular Research center, Isfahan Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran
- 4- BSc in Nutrition, Isfahan Cardiovascular Research Center, Isfahan Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran
- 5- MSc in Biostatistic, Isfahan Cardiovascular Research Center, Isfahan Cardiovascular Research Institute Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran.
- 6- BSc in Public Health, Isfahan Provincial Health Center, Isfahan, Iran
- 7- BSc in Public Health, Isfahan Provincial Health Center, Isfahan, Iran