

## بررسی دانش، بینش و عملکرد تغذیه‌ای کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۴

فرزانه فاتحی<sup>۱</sup>، زینت سالم<sup>۲\*</sup>، محمود شیخ فتح‌الهی<sup>۳</sup>، پروین خلیلی<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱۵

### خلاصه

**مقدمه:** با توجه به نقش کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی در تغییر رفتارهای تغذیه جامعه، هدف این مطالعه تعیین دانش، بینش و عملکرد تغذیه‌ای کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۴ بود.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی-مقطعی با روش سرشماری بر روی ۲۸۹ نفر از کارکنان بهداشتی شامل کارشناسان، کاردانا و بهورزان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام شد. پرسش‌نامه دموگرافیک و پرسش‌نامه ساختارمند در مورد آگاهی، بینش و عملکرد تغذیه‌ای به صورت خودگزارشی تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذور کای، دقیق فیشر، آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون مقایسات چندگانه توکی تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار آگاهی و عملکرد کارکنان به ترتیب  $31/33 \pm 5/79$  (از ۴۶ نمره) و  $14/31 \pm 2/60$  (از ۲۰ نمره) بود. به ترتیب، سطح آگاهی و عملکرد ۲۹/۱ درصد و ۳۳/۲ درصد از شرکت‌کنندگان در سطح عالی مشاهده شد. بین آگاهی و ویژگی‌های دموگرافیک از قبیل جنسیت، سابقه کار، مدرک تحصیلی، رده شغلی و وضعیت استخدامی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد ( $p < 0/001$ ). بین عملکرد و جنسیت ( $p = 0/001$ )، رده شغلی ( $p = 0/002$ )، سابقه کار ( $p < 0/001$ )، مدرک تحصیلی ( $p = 0/037$ ) و وضعیت استخدامی ( $p = 0/003$ ) نیز ارتباط معنی‌دار بود. بینش کارکنان نسبت به ۸ سؤال نامطلوب ( $0/77/9 - 0/42/9$ ) و برای ۲۳ سؤال مطلوب مشاهده شد ( $0/96/5 - 0/62/1$ ).

**نتیجه‌گیری:** سطح آگاهی و عملکرد کارکنان در محدوده خوب تا عالی تعیین شد. به نظر می‌رسد برای گروه‌های زیر دیپلم و به ویژه بهورزان مرد، کارکنان رسمی و با سنوات خدمتی بیشتر، بایستی در نحوه برگزاری کلاس‌های آموزشی تغذیه تجدیدنظر نمود.

**واژه‌های کلیدی:** دانش، بینش، عملکرد، تغذیه، کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، کارشناس مسئول تغذیه حوزه معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
- ۲- مربی، گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات محیط کار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران. (نویسنده مسئول) پست الکترونیک: salemzinat@yahoo.com، تلفن: ۰۹۱۳۳۹۱۹۶۲۲
- ۳- استادیار، گروه آموزشی اپیدمیولوژی، آمار زیستی و مرکز تحقیقات محیط کار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
- ۴- دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، کارشناس سالمندان حوزه معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

## مقدمه

جهان به سرعت در حال گذر از وضعیت تغذیه و سبک زندگی است. این تغییرات سیمای بیماری‌ها را به سمت بیماری‌های دژنراتیو و مزمن شیفت داده است [۱]. گذر تغذیه‌ای تغییراتی در الگوی رژیم غذایی و فعالیت ایجاد نموده که با تغییراتی در ساختار، ترکیب بدن، قد و قامت افراد جوامع همراه شده است [۳-۱]. این گذر تغذیه‌ای ۸۰ درصد از بار بیماری‌ها را به بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، سرطان و بیماری‌های مزمن تنفسی اختصاص داده است [۲]. یکی از عوامل مهم در بروز مشکلات تغذیه و سبک زندگی، دانش ضعیف تغذیه‌ای زنان و مادران به عنوان مهم‌ترین افراد درگیر در برنامه‌ریزی تغذیه خانواده است. در گزارش سازمان بهداشت جهانی توجه خاصی به سوءتغذیه کودکان و پیش‌گیری از بیماری‌های مزمن در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط شده است و اعلام گردیده بدون مداخلات هدفمند و پایدار، این نابرابری سلامت به احتمال زیاد نه تنها منجر به عواقب فردی بلکه بیشتر منجر به عواقب اجتماعی و اقتصادی خواهد شد [۲].

جهت ارتقاء سطح سلامت جامعه، پیش‌گیری از بیماری‌های مزمن و حتی سوءتغذیه در اکثر کشورهای در حال توسعه، یکی از مهم‌ترین راهکارها آموزش تغذیه شامل بهبود روش‌ها و عادات تغذیه و سبک زندگی می‌باشد [۴]. در این میان، کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی در امر آموزش و ارتقاء آگاهی جامعه از جایگاه ویژه‌ای برخوردارند. بنابراین، هر چه پرسنل شاغل در این مراکز از آگاهی، بینش و عملکرد بهتری برخوردار باشند خدمات بهتری ارائه خواهند داد [۵]. در مورد آگاهی، بینش و عملکرد کارکنان بهداشتی در ایران فقط یک مطالعه یافت شد که توسط Heshmat و همکاران در دو گروه کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی و خانوارها انجام شده است [۶]. Mowe و همکاران نیز گزارش نمودند شایع‌ترین علت عملکرد نامناسب تغذیه‌ای، عدم آگاهی و دانش تغذیه‌ای کارکنان بهداشتی است [۷].

برای یافتن مطالعات بیشتر در زمینه فوق، جستجو در سایت‌های معتبر بی‌نتیجه بود و تمامی مطالعات انجام شده بر روی گروه‌های دیگر از قبیل پزشکان [۱۰-۸]، دانشجویان

کارورز پزشکی [۱۱]، بزرگسالان [۱۲]، و سایر گروه‌های سنی بوده است که برای پیش‌گیری از سردرگمی خوانندگان محترم از ذکر نتایج آن خودداری می‌شود.

با توجه به این‌که تاکنون فقط یک مطالعه در ایران بر روی کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی انجام شده [۶] و در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان نیز مطالعه‌ای در این زمینه انجام نشده است، مطالعه حاضر به منظور تعیین دانش، بینش و عملکرد تغذیه‌ای کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۴ طراحی شد.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۴ بر روی کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام گردید. تمام حرفه‌های بهداشتی که در امر آموزش تغذیه به جامعه فعالیت داشتند به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. به عبارتی، تعداد ۲۸۹ نفر از کارشناسان و کاردانان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی، پایگاه‌های بهداشتی و بهورزان خانه‌های بهداشت با حداقل سابقه خدمتی ۶ ماه انتخاب شدند. کارکنان بهداشت محیط، آزمایشگاه و خدماتی شاغل در این واحدها و بخش‌ها (ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی به افغانه) از مطالعه خارج شدند.

جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه ساختارمند (Nutritional Knowledge, study) NKAP (Attitude, Practice) انجام شد. روایی و پایایی این پرسش‌نامه قبلاً سنجیده شده و روایی آن با ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۹ تعیین شده است [۶].

اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، مرتبه علمی، شغل، سابقه کار و غیره، تکمیل گردید. پرسش‌نامه NKAP شامل ۴۶ سؤال ۴ گزینه‌ای مربوط به دانش، ۳۱ سؤال در مورد بینش و ۲۰ سؤال در مورد عملکرد بود. برای هر یک از سؤالات مربوط به آگاهی، یک نمره در نظر گرفته شد. برای جواب‌های صحیح عدد یک و برای جواب‌های غلط عدد صفر منظور گردید. از آنجا که نمرات سؤالات آگاهی از صفر تا ۴۶

داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج برای داده‌های کمی به صورت "میانگین  $\pm$  انحراف معیار" و برای داده‌های کیفی به صورت "تعداد (درصد)" گزارش شد. به منظور بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای و یا آزمون دقیق فیشر و برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی و کیفی از آنالیز واریانس یک‌طرفه به‌همراه آزمون مقایسات چندگانه توکی استفاده گردید. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این بررسی ۲۸۹ نفر از کارکنان بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان شرکت داشتند که بیشترین درصد شرکت‌کنندگان ۲۲۱ نفر (۷۶/۵٪) زن بودند. ۲۲۳ نفر (۷۰/۲٪) آن‌ها کارمند رسمی بودند. میانگین و انحراف معیار سن کارکنان  $36/35 \pm 7/20$  سال و در محدوده ۲۲ تا ۶۵ سال قرار داشت. از نظر مدرک تحصیلی، کمترین درصد مربوط به زیردیپلم با ۴۶ نفر (۱۵/۹٪)، بیشترین درصد مربوط به دیپلم با ۱۲۴ نفر (۴۲/۹٪) و مابقی ۱۱۹ نفر (۴۱/۲٪) فوق‌دیپلم و لیسانس بودند. میانگین و انحراف معیار سابقه کار کارکنان مورد نظر  $7/47 \pm 12/08$  سال و در محدوده ۱ تا ۲۸ سال قرار داشت. از نظر سابقه کار بیشترین تعداد با ۱۳۷ نفر (۴۷/۴٪) تا ۱۰ سال، ۱۰۸ نفر (۳۷/۴٪) با سابقه ۱۱-۲۰ سال و ۴۴ نفر (۱۵/۲٪) بیشتر از ۲۰ سال سابقه کاری داشتند.

میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی و عملکرد کارکنان به ترتیب  $31/33 \pm 5/79$  (از ۴۶ نمره) و  $2/60 \pm 14/31$  (از ۲۰ نمره) بود. صد و هفتاد و هفت نفر (۶۱/۲٪) از کارکنان آگاهی و ۱۶۹ نفر (۵۸/۵٪) عملکرد خوب داشتند (جدول ۱).

متغیر بود، لذا بر اساس چارک‌های نمرات، سطح آگاهی به ۴ گروه تقسیم‌بندی شد، به طوری که نمره کمتر یا مساوی ۱۱ به عنوان آگاهی ضعیف، نمره ۱۲-۲۲ به عنوان آگاهی متوسط، نمره ۲۳-۳۴ به عنوان آگاهی خوب و بیشتر یا مساوی ۳۵ به عنوان آگاهی عالی منظور شد.

سؤالات بینش (۳۱ سؤال) بر اساس مقیاس لیکرت به صورت گزینه‌های کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم بود. برای آنالیز سؤالات بینش، نظرات کاملاً موافق و موافق به عنوان بینش مطلوب، کاملاً مخالف و مخالف به عنوان بینش نامطلوب و نظری ندارم تقسیم‌بندی شدند [۶].

برای هر یک از سؤالات مربوط به عملکرد نیز یک نمره در نظر گرفته شد. برای جواب‌های صحیح عدد یک و برای جواب‌های غلط عدد صفر منظور گردید.

از آنجایی که نمره سؤالات عملکرد از صفر تا ۲۰ متغیر بود، لذا بر اساس چارک‌های نمرات، سطح عملکرد نیز به ۴ گروه تقسیم‌بندی شد، به طوری که نمره کمتر یا مساوی ۵ عملکرد ضعیف، ۶ تا ۱۰ عملکرد متوسط، ۱۱ تا ۱۵ عملکرد خوب و بیشتر یا مساوی ۱۵ به عنوان عملکرد عالی محسوب گردید.

ابتدا هدف مطالعه، نحوه پاسخ‌گویی به سؤالات و محرمانه بودن اطلاعات برای کارکنان که در کلاس‌های آموزشی ضمن خدمت شرکت کرده بودند، شرح داده شد. در هنگام شروع کلاس‌ها از کارکنان خواسته شد که پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمایند؛ به عبارتی جلسات تکمیل پرسش‌نامه مشابه با جلسه امتحان برگزار گردید و کارکنان در سکوت به مدت ۴۵ دقیقه به سؤالات به‌صورت خودگزارشی پاسخ دادند. در صورت غیبت کارمند جهت تکمیل پرسش‌نامه، به محل خدمت وی مراجعه می‌شد. پرسش‌نامه‌ها پس از تکمیل، جمع‌آوری شدند.

جدول ۱- توزیع فراوانی آگاهی و عملکرد تغذیه‌ای کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۴

متغیرها	ضعیف یا متوسط	خوب	عالی	جمع
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
طبقه‌بندی سطح آگاهی	۲۸ (۹/۷)	۱۷۷ (۶۱/۲)	۸۴ (۲۹/۱)	۲۸۹ (۱۰۰)
طبقه‌بندی عملکرد	۲۴ (۸/۳)	۱۶۹ (۵۸/۵)	۹۶ (۳۳/۲)	۲۸۹ (۱۰۰)

متوسط بودند، نسبت به گروه با آگاهی خوب ( $p=0/001$ ) و

میانگین سنی شرکت‌کنندگانی که دارای آگاهی ضعیف و

درصد را از نظر آگاهی ضعیف و متوسط به دست آوردند ( $p < 0/001$ ). میزان آگاهی شرکت‌کنندگان با توجه به مدرک تحصیلی از نظر آماری دارای اختلاف معنی‌دار بود، به طوری که صفر درصد آگاهی ضعیف و متوسط در کارکنان فوق‌دیپلم و بیشترین درصد آگاهی عالی در گروه کارشناسان مشاهده شد ( $p < 0/001$ ). از نظر وضعیت استخدامی نیز بیشترین درصد با آگاهی عالی در گروه غیررسمی قرار داشتند ( $0/002$ ). ( $p =$  (جدول ۲).

آگاهی عالی ( $p < 0/001$ ) به طور معنی‌داری بیشتر بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگانی که دارای عملکرد متوسط بودند نیز نسبت به گروه با عملکرد خوب و عملکرد عالی به طور معنی‌داری بیشتر بود ( $p < 0/001$ ).

جدول ۲ سطح آگاهی کارکنان را برحسب مشخصات دموگرافیک نشان می‌دهد. هر چند سطح آگاهی بین دو جنس از نظر آگاهی خوب، اختلافی نشان نداد اما درصد آگاهی عالی زنان نسبت به مردان بیشتر بود ( $p < 0/001$ ). از نظر سابقه کار، کارمندان با سابقه کمتر از ده سال کمترین

جدول ۲- توزیع فراوانی آگاهی تغذیه‌ای کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان بر حسب برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی در سال ۱۳۹۴

مقدار p	کل (درصد) تعداد	عالی (درصد) تعداد	خوب (درصد) تعداد	متوسط و ضعیف (درصد) تعداد	آگاهی متغیر
					جنسیت
					مرد
$< 0/001$	۶۸ (۱۰۰)	۱۰ (۱۴/۷)	۴۲ (۶۱/۸)	۱۶ (۲۳/۵)	زن
	۲۲۱ (۱۰۰)	۷۴ (۳۳/۵)	۱۳۵ (۶۱/۱)	۱۲ (۵/۴)	سابقه کار (سال)
					۶ ماه تا ۱۰
	۱۳۶ (۱۰۰)	۴۹ (۳۶)	۶۸ (۶۳/۲)	۱۰ (۰/۷)	۱۱-۲۰
$< 0/001$	۱۰۸ (۱۰۰)	۳۲ (۲۹/۶)	۵۷ (۵۲/۸)	۱۹ (۱۷/۶)	> ۲۰
	۴۵ (۱۰۰)	۳ (۶/۷)	۳۴ (۷۵/۶)	۸ (۱۷/۸)	رده شغلی
					کاردان پایگاه، کاردان و کارشناس مرکز
$< 0/001$	۱۰۵ (۱۰۰)	۴۰ (۳۸/۱)	۶۵ (۶۱/۹)	۰	بهورز زن
	۱۲۱ (۱۰۰)	۳۵ (۲۸/۹)	۷۴ (۶۱/۲)	۱۲ (۹/۹)	بهورز مرد
	۶۳ (۱۰۰)	۹ (۱۴/۳)	۳۸ (۶۰/۳)	۱۶ (۲۵/۴)	مدرک تحصیلی
					لیسانس
	۵۶ (۱۰۰)	۲۵ (۴۴/۶)	۳۰ (۵۳/۶)	۱ (۱/۸)	فوق‌دیپلم
	۶۳ (۱۰۰)	۲۱ (۳۳/۳)	۴۲ (۶۶/۷)	۰	دیپلم
$< 0/001$	۱۲۴ (۱۰۰)	۳۵ (۲۸/۲)	۷۵ (۶۰/۵)	۱۴ (۱۱/۳)	زیر دیپلم
	۴۶ (۱۰۰)	۳ (۶/۵)	۳۰ (۶۵/۲)	۱۳ (۲۸/۳)	وضعیت استخدامی
					رسمی
	۲۰۳ (۱۰۰)	۵۳ (۲۶/۱)	۱۲۴ (۶۱/۱)	۲۶ (۱۲/۸)	غیررسمی
$0/012$	۸۶ (۱۰۰)	۳۱ (۳۶)	۵۳ (۶۱/۶)	۲ (۲/۳)	جمع
	۲۸۹ (۱۰۰)	۸۴ (۲۹/۱)	۱۷۷ (۶۱/۲)	۲۸ (۹/۷)	

آزمون مجذور کای،  $p < 0/05$  اختلاف معنی‌دار

مورد هشت سؤال، نگرش نامطلوب بوده است. به عبارتی بیشترین بینش نامطلوب کارکنان (۷۹/۴٪) در مورد سؤال ۲۱۰ با عنوان "کاهش ویتامین‌های موجود در سبزی‌ها با انجماد" بود، در مورد سایر سؤالاتی که بینش نامطلوب مشاهده شد، سؤال ۲۲۲ "افزایش شانس پوسیدگی دندان در زنان باردار حتی با دریافت یکسان کلسیم نسبت به سایر اعضا

با توجه به این که سطر جمع برای تمام متغیرهای دموگرافیک برحسب آگاهی یکسان است، بنابراین جمع آخرین سطر متغیرها مربوط به سایر متغیرها نیز می‌باشد.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، از ۳۱ سؤال مربوط به بینش، در مورد ۲۳ سؤال پرسش شده، بیشتر از ۶۰ درصد کارکنان دارای نگرش مطلوب بوده‌اند در حالی که در

خانواده" (۰/۷۷/۴)، سؤال ۲۱۵ "بورانی (ماست و اسفناج) به عنوان منبع خوب کلسیم" (۰/۶۲/۹)، سؤال ۲۱۹ "افزایش نیاز مادران باردار و شیرده به مواد غذایی" (۰/۶۲/۷)، سؤال ۲۰۳ "اهمیت یکسان دو اصل تنوع و تعادل در مصرف

جدول ۳- توزیع فراوانی بینش تغذیه‌ای کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان بر حسب سی و یک سؤال موجود در پرسش‌نامه در سال

۱۳۹۴

شماره سؤال	موضوع بینش	نگرش مطلوب (درصد) تعداد	بی نظر (درصد) تعداد	نگرش نامطلوب (درصد) تعداد
۲۰۱	اهمیت نیازهای غذایی کودکان در مقابل نیاز غذایی بزرگسالان	۲۶۲ (۹۳/۲)	۷ (۲/۵)	۱۲ (۴/۳)
۲۰۲	لزوم مصرف یکسان غذا در هر دو جنس با مقدار کم غذا در سفره خانوار	۲۵۳ (۸۸/۵)	۱۷ (۵/۹)	۱۶ (۵/۶)
۲۰۳	اهمیت یکسان اصل تنوع و تعادل در مصرف گروه‌های غذایی	۱۱۰ (۳۸/۷)	۲۴ (۸/۵)	۱۵۰ (۵۲/۸)
۲۰۴	نان و غلات اصلی‌ترین منبع تولیدکننده کالری	۲۵۴ (۸۸/۵)	۷ (۲/۴)	۲۶ (۹/۱)
۲۰۵	بهتر بودن مصرف کته به جای برنج آبکش	۲۴۸ (۸۶/۴)	۷ (۲/۴)	۳۲ (۱۱/۱)
۲۰۶	تأمین پروتئین از سایر گروه‌های غذایی علاوه بر گروه گوشت‌ها و حبوبات	۱۸۸ (۶۵/۷)	۱۵ (۵/۲)	۸۳ (۲۹/۰)
۲۰۷	بهتر بودن مصرف ماهی به جای تن ماهی	۲۴۳ (۸۵/۰)	۷ (۲/۴)	۳۶ (۱۳/۶)
۲۰۸	مجاز بودن شیر کاکائو وقتی که کودک شیر ساده نمی‌خورد	۱۳۵ (۴۶/۹)	۲۷ (۹/۴)	۱۲۶ (۴۳/۸)
۲۰۹	گروه میوه و سبزی به عنوان تأمین‌کنندگان اصلی ویتامین‌های مورد نیاز	۲۳۸ (۸۲/۹)	۹ (۳/۱)	۴۰ (۱۳/۹)
۲۱۰	کاهش ویتامین‌ها در سبزیجات با منجمد شدن آن‌ها	۴۳ (۱۵/۰)	۱۶ (۵/۶)	۲۲۸ (۷۹/۴)
۲۱۱	تأمین فیبر مورد نیاز از سایر گروه‌های غذایی علاوه بر سبزیجات	۱۷۴ (۶۲/۱)	۱۴ (۵/۰)	۹۲ (۳۲/۹)
۲۱۲	مناسب نبودن روغن زیتون برای سرخ کردن	۲۰۹ (۷۲/۸)	۱۷ (۵/۹)	۶۱ (۲۱/۳)
۲۱۳	ناسالم بودن روغن جامد به علت اسیدهای چرب ترانس	۲۶۵ (۹۳/۳)	۹ (۳/۲)	۱۰ (۳/۵)
۲۱۴	گردو به عنوان منبع خوب امگا ۳	۲۶۲ (۹۱/۰)	۲۲ (۷/۶)	۴ (۱/۴)
۲۱۵	بورانی (ماست و اسفناج) به عنوان منبع خوب کلسیم	۷۹ (۲۷/۶)	۲۷ (۹/۴)	۱۸۰ (۶۲/۹)
۲۱۶	پروتئین حیوانی به عنوان منبع خوب روی	۱۹۰ (۶۶/۴)	۶۰ (۲۱/۰)	۳۶ (۱۳/۶)
۲۱۷	لزوم مصرف نکردن قرص آهن با شیر	۲۶۰ (۹۰/۶)	۴ (۱/۴)	۲۳ (۸/۰)
۲۱۸	یکسان نبودن جذب آهن گیاهی نسبت به منابع حیوانی	۱۹۰ (۶۶/۰)	۲۵ (۸/۷)	۷۳ (۲۵/۳)
۲۱۹	افزایش نیاز مادران باردار و شیرده به مواد غذایی	۱۰۰ (۳۵/۲)	۶ (۲/۱)	۱۷۸ (۶۲/۷)
۲۲۰	کفایت شیر مادر در ۶ ماه اول برای تأمین انرژی و پروتئین کافی	۲۶۲ (۹۱/۰)	۶ (۲/۱)	۲۰ (۶/۹)
۲۲۱	جایز نبودن شروع تغذیه کمکی با انواع مواد غذایی سفره خانوار	۲۵۲ (۸۷/۵)	۵ (۱/۷)	۳۱ (۱۰/۸)
۲۲۲	افزایش شانس پوسیدگی دندان در زنان باردار حتی با دریافت یکسان کلسیم نسبت به سایر اعضاء خانواده	۴۳ (۱۵/۰)	۲۲ (۷/۷)	۲۲۲ (۷۷/۴)
۲۲۳	نقش میوه و سبزی در پیشگیری از سرطان به علت وجود سایر مواد علاوه بر فیبر	۱۱۴ (۴۰/۰)	۳۸ (۱۳/۳)	۱۳۳ (۴۶/۷)
۲۲۴	اثرات مفید فیبر در پیشگیری از چاقی	۲۴۷ (۸۷/۰)	۲۲ (۷/۷)	۱۵ (۵/۳)
۲۲۵	به خطر افتادن سلامت با مصرف نوشابه‌های رژیمی	۲۱۷ (۷۵/۳)	۳۸ (۱۳/۳)	۳۳ (۱۱/۵)
۲۲۶	ارتباط بیماری‌های مزمن با سوء تغذیه دوران جنینی و دو سال اول زندگی	۲۳۴ (۸۱/۸)	۳۰ (۱۰/۵)	۲۲ (۷/۷)
۲۲۷	ارجحیت نوشیدن آب نسبت به چای در هنگام تشنگی	۲۵۰ (۸۶/۸)	۱۹ (۶/۶)	۱۹ (۶/۶)
۲۲۸	لزوم مصرف نکردن غذا در زمان دیدن تلویزیون	۲۶۲ (۹۱/۰)	۱۵ (۵/۲)	۱۱ (۳/۸)
۲۲۹	جایز نبودن حذف وعده‌های غذایی در رژیم‌های کاهش وزن	۲۷۸ (۹۶/۵)	۰	۱۰ (۳/۵)
۲۳۰	بر طرف نشدن کامل مشکلات تغذیه‌ای جامعه با بهبود درآمد به تنهایی	۱۳۷ (۴۷/۷)	۲۷ (۹/۴)	۱۲۳ (۴۲/۹)
۲۳۱	حل نشدن مشکلات سوء تغذیه ناشی از مشکلات ژنتیکی با آموزش خانوارها	۲۵۵ (۸۹/۵)	۱۱ (۳/۹)	۱۹ (۶/۷)

داشتند. در گروه با مدرک تحصیلی زیردیپلم نسبت به سایر کارکنان با مدارک تحصیلی دیگر عملکرد ضعیف و متوسط بیشتر بود. بیشترین درصد کارکنان با عملکرد عالی در بهورزان زن مشاهده شد. (جدول ۴).

جدول ۴، عملکرد شرکت‌کنندگان را برحسب ویژگی‌های دموگرافیک نشان می‌دهد. مشابه با وضعیت آگاهی، بیشترین درصد شرکت‌کنندگان با عملکرد عالی در زنان مشاهده گردید. بیشترین درصد شرکت‌کنندگان با عملکرد متوسط و ضعیف در گروه با سنوات خدمتی بیشتر از ۲۰ سال قرار

که کارکنان با آگاهی بالاتر دارای عملکرد بهتری بودند.

ارتباط بین نمرات آگاهی و عملکرد کارکنان مورد بررسی از نظر آماری معنی‌دار بود ( $t=0/538$ ،  $p<0/001$ )، به‌طوری

جدول ۴- توزیع فراوانی عملکرد تغذیه‌ای کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان برحسب برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی در سال ۱۳۹۴

متغیر	متوسط (درصد) تعداد	خوب (درصد) تعداد	عالی (درصد) تعداد	جمع (درصد) تعداد	مقدار p
جنسیت					
مرد	۹ (۱۳/۸)	۴۴ (۶۷/۷)	۱۲ (۱۸/۵)	۶۵ (۱۰۰)	۰/۰۰۱
زن	۹ (۴/۱)	۱۲۵ (۵۷/۳)	۸۴ (۳۸/۵)	۲۱۸ (۱۰۰)	
سابقه کار (سال)					
۶ ماه تا ۱۰	۳ (۲/۲)	۹۰ (۶۶/۷)	۴۲ (۳۱/۱)	۱۳۵ (۱۰۰)	<۰/۰۰۱
۱۱-۲۰	۵ (۴/۷)	۶۰ (۵۶/۶)	۴۱ (۳۸/۷)	۱۰۶ (۱۰۰)	
> ۲۰	۱۰ (۲۳/۸)	۱۹ (۴۵/۲)	۱۳ (۳۱/۰)	۴۲ (۱۰۰)	
رده شغلی					
کاردان پایگاه، کاردان و					
کارشناس مرکز	۲ (۱/۹)	۶۵ (۶۱/۹)	۳۳ (۳۸/۲)	۱۰۵ (۱۰۰)	۰/۰۰۲
بهورز زن	۷ (۵/۹)	۶۴ (۵۴/۲)	۴۷ (۳۹/۸)	۱۱۸ (۱۰۰)	
بهورز مرد	۹ (۱۵)	۴۰ (۶۶/۷)	۱۱ (۱۸/۳)	۶۰ (۱۰۰)	
مدرک تحصیلی					
لیسانس	۱ (۱/۸)	۳۵ (۶۲/۵)	۲۰ (۳۵/۷)	۵۶ (۱۰۰)	۰/۰۳۷
فوق‌دیپلم	۲ (۳/۲)	۴۰ (۶۳/۵)	۲۱ (۳۳/۳)	۶۳ (۱۰۰)	
دیپلم	۸ (۶/۶)	۶۶ (۵۴/۶)	۴۷ (۳۸/۸)	۱۲۱ (۱۰۰)	
زیر دیپلم	۷ (۱۶/۳)	۲۸ (۶۵/۱)	۸ (۱۸/۶)	۴۳ (۱۰۰)	
وضعیت استخدامی <sup>۰</sup>					
رسمی	۱۸ (۹/۱)	۱۰۸ (۵۴/۸)	۷۱ (۳۶/۰)	۱۹۷ (۱۰۰)	۰/۰۰۳
غیررسمی	۰	۶۱ (۷۱/۰)	۲۵ (۲۹/۰)	۸۶ (۱۰۰)	
جمع	۱۸ (۶/۴)	۱۶۹ (۵۹/۷)	۹۶ (۳۳/۹)	۲۸۳ (۱۰۰)	

آزمون مجذور کای، <sup>۰</sup>آزمون دقیق فیشر،  $p<0/05$  اختلاف معنی‌دار

## بحث

خانواده‌ها انجام شده است [۱۳، ۱۶]. در بررسی Morten و همکاران نیز گزارش شده است که عملکرد نامناسب کارکنان، ناشی از عدم آگاهی بالای کارکنان می‌باشد [۷]. اما مطالعات دیگری بر روی سایر گروه‌های جامعه انجام شده است که برای پیش‌گیری از اطاله کلام از ذکر نتایج این مطالعات صرف‌نظر می‌شود. Allafi و همکاران آگاهی تغذیه‌ای پزشکان کویتی را بررسی نمودند [۸]. Ostad Rahimi و همکاران این مطالعه را در زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی تبریز [۱۴]، Lin و همکاران در بزرگسالان [۱۵]، Ahadi و همکاران در خانوارهای شهری و روستایی انجام دادند [۱۶]. Heshmat و همکاران، دانش خانواده‌ها را در خصوص کمبود آهن بررسی نمودند [۱۳]. Karimian و Reiss پرستاران را [۱۷] بررسی نمودند. Mirmiran و همکارانش مطالعه NUTR KAP و ارتباط

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آگاهی و عملکرد کارکنان بهداشتی در حد مطلوب بود (آگاهی عالی ۱/۲۹٪، آگاهی خوب ۱/۶۱٪، عملکرد خوب ۵/۵۸٪ و عملکرد عالی ۲/۳۳٪). در بررسی حاضر، گروه‌های بهداشتی مورد بررسی به دلیل نقشی که در آموزش جامعه هدف دارند، مسلماً آگاهی و عملکردشان در محدوده مطلوب قرار داشت و نتایج غیرقابل انتظار نیز نبود. علاوه بر آن، به نظر می‌رسد معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در این زمینه نهایت سعی و تلاش خود را به کار برده است تا بتواند قدم مثبتی در زمینه افزایش آگاهی و در نتیجه تغییر بینش و عملکرد بهتر این کارکنان برداشته تا آنان نیز در آموزش جامعه تحت پوشش خود موفق باشند. در ایران فقط یک مطالعه بر روی کارکنان بهداشتی و

شرکت در کلاس‌های بازآموزی داشته و برای کیفیت بالاتر ارائه خدمت و پیشی گرفتن نسبت به سایر همکاران خود سعی و تلاش بیشتری می‌نمایند. با توجه به مستندات فوق [۱۳،۲۰]، در این مورد و سایر موارد زیر مطالعه‌ای یافت نشد که بتوانیم نتایج مطالعه حاضر را با آن مقایسه نماییم.

مشابه با وضعیت آگاهی، بیشترین درصد شرکت‌کنندگان با عملکرد عالی در زنان مشاهده گردید. به نظر می‌رسد آگاهی بیشتر موجب عملکرد بهتر این کارکنان شده باشد. بیشترین درصد شرکت‌کنندگان با عملکرد متوسط و ضعیف در گروه با سنوات خدمتی بیشتر از ۲۰ سال قرار داشتند. در گروه با مدرک تحصیلی زیردیپلم نسبت به سایر کارکنان با مدارک تحصیلی دیگر، عملکرد ضعیف و متوسط بیشتر بود. به نظر می‌رسد سطح آگاهی ضعیف و متوسط (۲۸/۳٪) این کارکنان توانسته است بر روی عملکرد ضعیف و متوسط آنان تأثیرگذار باشد. بیشترین درصد کارکنان با عملکرد عالی، در بهروزان زن مشاهده شد. عملکرد ضعیف و متوسط کارکنان غیررسمی، صفر درصد بود و ۱۰۰ درصد کارکنان غیررسمی از عملکرد خوب و عالی برخوردار بودند. احتمالاً این مسئله نیز به سطح آگاهی خوب و عالی این گروه برمی‌گردد.

در مورد سؤالات بینش، شرکت‌کنندگان نسبت به ۸ سؤال دارای بینش نامطلوب بودند و در مورد ۲۳ سؤال دیگر بینش آنان مطلوب بود (به ترتیب از ۹۶/۵٪ کارکنان تا حداقل ۶۲/۱٪ آن‌ها، با نگرش مطلوب). در مطالعه حاضر هشت سؤالی که بینش شرکت‌کنندگان نسبت به آنها نامطلوب بود شامل سؤالات ۲۰۳، ۲۰۸، ۲۱۰، ۲۱۵، ۲۱۹، ۲۲۲، ۲۲۳ و ۲۳۰ بود، در حالی که در مطالعه Heshmat و همکاران بینش شرکت‌کنندگان فقط نسبت به چهار سؤال نامطلوب و سه سؤال در هر دو مطالعه مشابه بود (۲۰۳، ۲۰۸ و ۲۱۵) و پنج سؤال دیگر متفاوت بود [۶]. بینش نامطلوب کارکنان بهداشتی شهرستان رفسنجان نسبت به مطالعه کشوری بیشتر بود. احتمالاً آگاهی خوب و عالی آن‌ها نتوانسته است بر روی اعتقاد و بینش کارکنان مؤثر باشد.

تعداد زیاد سؤالات پرسش‌نامه NKAP study از محدودیت‌های مطالعه بود که شاید بر روی پاسخ شرکت‌کنندگان تأثیر گذاشته باشد. لذا پیشنهاد می‌شود به

آن را با لیبید و لیپوپروتئین‌های سرم در بالغین تهرانی [۱۲] بررسی نمودند، Balali meybodi و همکاران بهداشت دهان و دندان را در کارکنان بهداشتی [۱۸]، Salem و همکاران، تنظیم خانواده را در بهروزان [۱۹] و Jamali و Azimiorimi نیز آگاهی، بینش و عملکرد ماما‌های مراکز بهداشتی را مطالعه نمودند [۲۰].

دانش کارکنان برحسب ویژگی‌های دموگرافیک نشان داد که درصد آگاهی عالی زنان نسبت به مردان بیشتر است. آگاهی تغذیه‌ای بیشتر زنان نسبت به مردان شاید به علت نقش مهم زنان در تنظیم برنامه غذایی و علاقه‌مندی زنان نسبت به برنامه‌ریزی صحیح تغذیه فرزندان و همسران خود باشد. علاوه بر آن، نوع وظیفه کارکنان زن در مراکز بهداشتی و خانه‌های بهداشت نسبت به مردان متفاوت بوده و اغلب کارکنان زن به آموزش تغذیه مراجعین که بیشتر آن‌ها زنان هستند می‌پردازند. در مراکز و پایگاه‌های بهداشتی نیز بیشتر، کارکنان زن ارائه‌دهنده خدمت به مادران می‌باشند و مسلماً آن‌ها سعی می‌کنند با شرکت در برنامه‌های آموزشی، سطح آگاهی خود را بالاتر ببرند.

از نظر سابقه کار، کارمندان با سابقه تا ده سال، کمترین درصد را از نظر آگاهی ضعیف و متوسط داشتند. شاید علت این اختلاف را بتوان به این مسئله مرتبط دانست که افراد با سابقه کمتر، آمادگی بیشتری برای یادگیری داشته و بیشتر به مسائل آموزشی توجه می‌کنند. به‌علاوه، به اهمیت برنامه‌های بازآموزی برای ارتقاء سالانه توجه بیشتری می‌نمایند، زیرا در سال‌های اخیر وزارت بهداشت نیز یکی از ضوابط ارتقاء سالانه کارکنان را شرکت در برنامه‌های بازآموزی می‌داند. لذا بالاتر بودن سطح آگاهی آن‌ها غیرقابل انتظار نخواهد بود. میزان آگاهی شرکت‌کنندگان با توجه به مدرک تحصیلی دارای اختلاف آماری معنی‌دار بود، به طوری که صفر درصد آگاهی ضعیف و متوسط در کارکنان فوق‌دیپلم و بیشترین درصد آگاهی عالی در گروه کارشناسان مشاهده شد. از نظر وضعیت استخدامی نیز بیشترین درصد با آگاهی عالی در گروه غیررسمی قرار داشتند. شاید علت آگاهی بالا در کارکنان غیررسمی این باشد که این کارکنان هنوز منتظر رسمی شدن بوده و برای کسب امتیاز بیشتر علاقه بیشتری به

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

### سهم نویسندگان

فرزانه فاتحی: مجری و مدیر اجرایی طرح، تکمیل پرسش‌نامه‌ها، ورود اطلاعات به کامپیوتر و کمک در پروپوزال نویسی، زینت سالم: مجری طرح و نگارش پروپوزال و نگارش مقاله، محمود شیخ فتح الهی: مشاور آماری و تجزیه و تحلیل داده‌ها و کمک در نگارش مقاله، پروین خلیلی: مشاور طرح

### تشکر و قدردانی

محققین بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه، معاونت بهداشتی دانشگاه، از زحمات عزیزان در مرکز بهداشت شهرستان انار به خصوص سرکار خانم معصومه کافی و از تمامی کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی شرکت‌کننده در این طرح تشکر و قدردانی نمایند.

دلیل تعداد زیاد سؤالات پرسش‌نامه Nutr KAP study مطالعات بعدی در سه مرحله به طور جداگانه انجام شود تا شرکت‌کنندگان بتوانند به دقت و با فرصت کافی به سؤالات پاسخ دهند.

### نتیجه‌گیری:

نتایج این مطالعه نشان داد سطح آگاهی و عملکرد کارکنان بیشتر در محدوده خوب تا عالی قرار دارد. بینش شرکت‌کنندگان در مورد ۲۳ سؤال مطلوب و فقط راجع به ۸ سؤال بینش نامطلوب مشاهده شد. به نظر می‌رسد برای به‌روز کردن پرسش‌نامه، کارکنان رسمی و با سنوات خدمتی بیشتر، بایستی در نحوه برگزاری کلاس‌های آموزشی تغذیه تجدیدنظر نموده و قبل و بعد از برگزاری دوره‌های بازآموزی تغذیه، پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شود و در سیاست‌های کلان معاونت بهداشتی در برنامه‌های پیش‌گیری تجدیدنظر شود.

### تعارض منافع

## References

1. Popkin BM. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases AJCN 2006;84(2):289-98.
2. Alwan A. Global status report on non communicable diseases 2010 Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. WHO (World Health Organization). Switzerland, Geneva. 2011; 51-4.
3. Avazeh A, Jafari N, Mazloomzadeh S. Knowledge level attitude and performance of women on diet and exercise and their relation with cardiovascular diseases risk factors. ZUMSJ 2010;18(71):51-60. [Persian]
4. Sheikholeslam R, Kimiagar M, Siasi F, Abdollahi Z, Jazayeri A, Keyghobadi K, et al. Multidisciplinary intervention for reducing malnutrition among children in the Islamic Republic of Iran .EMHJ 2004;10(6):18-25.
5. Ahadi Z, Heshmat R, Sanaei M, Shafiee G, Ghaderpanahi M, Homami MR, et al. Knowledge, attitude and practice of urban and rural households towards principles of nutrition in Iran: results of NUTRIKAP survey. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders 2014;13(1):100.
6. Heshmat R, Abdollahi Z, Salehi F. National Report on Nutritional Knowledge, Attitude and Practice of Iranian Urban and Rural Households and Primary Health Care Staff. Ministry of Health and Medical Education and Office of Society Nutrition Improvement, Chronic Diseases Research center, Institute of Endocrinology and Metabolism, Tehran University of Medical Sciences, Iran, Qom. 2015: 192-204, 108, 120. [Persian]
7. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? Clinical nutrition 2008;27(2):196-202.
8. Allafi AR, Alajmi F, Al-Haifi A. Survey of nutrition knowledge of physicians in Kuwait. PHN 2013;16(7):1332-6.
9. Al-Zahrani AM, Al-Raddadi RM. Nutritional knowledge of primary health care physicians in Jeddah, Saudi Arabia. Saudi Med J 2009;30(2):284-7.
10. Hu SP, Wu MY, Liu JF. Nutrition knowledge, attitude and practice among primary care physicians in Taiwan. JACN 1997; 16(5): 439-42.
11. Safizadeh H, Azimi M. A survey on knowledge, attitude and practice of interns regarding nutrition in Kerman Medical University. SDME 2014; 2(1): 40- 8. [Persian]



12. Mirmiran P, Mohammadi-Nasrabadi F, Omidvar N, Hosseini-Esfahani F, Hamayeli-Mehrabani H, Mehrabi Y, et al. Nutritional knowledge, attitude and practice of Tehranian adults and their relation to serum lipid and lipoproteins: Tehran lipid and glucose study. ANM 2010;56(3):233-40.
13. HESHMAT R, Azemati B, Keshtkar A, Salehi F, ABD EZ, Kolahdooz F, et al. Comparison of knowledge, attitude and practice of urban and rural households toward iron deficiency anemia in three provinces of Iran. IJPH 2009; 38(4): 83-90. [Persian]
14. Ostad RA, Safaeian A, Modaresi Z, Pourabdelahi P, Mahdavi R. Effect of nutrition education intervention on nutritional knowledge, attitude and practice (KAP) among female employees of Tabriz University of Medical Sciences. MJTUMSH2010; 31(4): 12-7. [Persian]
15. Lin W, Hang C-M, Yang H-C, Hung M-H. 2005-2008 Nutrition and Health Survey in Taiwan: the nutrition knowledge, attitude and behavior of 19-64 years old adults. APJCN 2011;20(2):309-18.
16. Ahadi Z, Heshmat R, Sanaei M, Shafiee G, Ghaderpanahi M, Homami MR, et al. Knowledge, attitude and practice of urban and rural households towards principles of nutrition in Iran: results of NUTRIKAP survey. JDMD 2014;13(1):100. [Persian]
17. Reiss Karimian F. Rostaminegad A. Assesment of Knowledge and Practice of nurses in Yasuj hospitals about nosocomial infections. Armaghane Danesh Journal 2003; 8(31): 44-56. [Persian]
18. Balali MF, MAHMOUDI ZM, Hasani M. Knowledge, Attitude and Practice of Health Workers Working in the Southern Cities of Kerman Province about Oral and Dental Health in 2009. JRUMS 2011; 10(1): 69-74. [Persian]
19. Salem Z, Vazirineghad R, Tabatabaee SZ, Dehghan S. Survey of Knowledge, Attitude and Practice status of the Health workers of the Rafsanjan health services centers regarding family planning (2005). CHJ 2005; 1(3): 31-6. [Persian]
20. Jamali B, Azimi Orimi H. Knowledge attitude and practice of practitioners and midwives working at health centers of main cities of Mazandaran province about emergency contraception. JMUMS 2007;17(57):75-81. [Persian]

# Study on Nutritional Knowledge, Attitude and Practice of Health Care Workers in Rafsanjan University of Medical Sciences in 2016

Fatehi F<sup>1</sup>, Salem Z<sup>2</sup>, Sheikh Fathollahi M<sup>3</sup>, Khalili P<sup>4</sup>

1-MSc Student, Expert nutrition, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

2- Instructor, Academic Member, Occupational Environment Research Center & Dept of Social Medicine, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran. (Corresponding Author)

E-mail: salemzinat@yahoo.com, Tel: 09133919622

3- Assistant Prof, Dept of Epidemiology and Biostatistics, Occupational Environment Research Center, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

4- PhD student of Epidemiology, Elderly Expert, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

Received: 3 February 2017

Accepted: 24 December 2017

**Introduction:** Health care staff can play an important role in changing nutritional habits and attitudes of a population. The aim of this study was to investigate the nutritional knowledge, attitude and practice among health workers in Rafsanjan University of Medical Sciences (RUMS) in 2016.

**Materials and Methods:** In this descriptive study, 289 health-care staff working at health centers, health units, and health houses of the RUMS were selected by census method. Data gathering tool was a structured questionnaire completed by self-administered NKAP (Nutritional, Knowledge, Attitude and Practice study). Data were analyzed using chi-square, Fisher's exact test, one-way ANOVA followed by Turkey's multiple comparisons test.

**Results:** Results showed that the score mean and standard deviation of knowledge and practice of the employees were  $31.33 \pm 5.79$  (out of 46) and  $14.31 \pm 2.60$  (out of 20) respectively. Twenty-nine point one percent of samples and 33.2% of them had excellent nutritional knowledge and practice respectively. There was a significant relationship between nutritional knowledge and some of the demographic parameters including; gender, work experience, degree of education ( $p < 0.001$ ), job category, and employment status ( $p < 0.001$ ). This study also found a significant association between nutritional practice and the above-mentioned parameters as follows; gender ( $p = 0.001$ ), work experience ( $p < 0.001$ ), degree of education ( $p = 0.037$ ), job category ( $p = 0.002$ ), and employment status ( $p = 0.003$ ). The primary care staff had a desirable (positive) attitude about the 23 questions (96.5% - 62.1%) and an undesirable attitude for 8 questions. (77.9% - 42.9%)

**Conclusion:** The results of this study showed that participants had a well to excellent level of nutritional knowledge and practice. It seems that the nutritional training courses should be revised and updated particularly for male health workers with a lower degree of education or longer years of civil service.

**Keywords:** Knowledge, Attitude, Practice, Nutrition, Primary health care staff

---

### Please cite this article as follows:

Fatehi F, Salem Z, Sheikh Fathollahi M, Khalili P. Study on Nutritional Knowledge, Attitude and Practice of Health Care Workers in Rafsanjan University of Medical Sciences in 2016. *Community Health journal* 2017; 11(1): 49-58.

**Funding:** This research was funded by Rafsanjan University of Medical Sciences.

**Conflict of interest:** None declared.

**Ethical Approval:** The Ethics Committee of Rafsanjan University of Medical Sciences approved the study (IR.RUMS.REC.194.235).