

## متدولوژی و یافته‌های اولیه طرح سنجش آگاهی، نگرش و عملکرد ساکنین شهر تهران نسبت به سلامت و بیماری در سال ۱۳۹۰

### چکیده

دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۲۶ ویرایش: ۱۳۹۶/۱۲/۰۳ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۱۶ آنلاین: ۱۳۹۷/۰۴/۲۳

**زمینه و هدف:** بررسی وضعیت دانش و نگرش و عملکرد مردم در زمینه سلامت گامی اساسی در برنامه‌ریزی سلامت است. این مطالعه با هدف تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد ساکنین شهر تهران به منظور ارزیابی سلامت عمومی انجام شده است.

**روش بررسی:** این پژوهش یک مطالعه مقطعی-توصیفی در شهریور ۱۳۹۰، بر روی ۱۳ هزار نفر از کل ساکنین شهر تهران و تحت نظارت در دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد. معیار ورود تمامی ساکنین شهر تهران بود. نمونه‌گیری خوشه‌ای و پرسشنامه معتبر و پایا به روش خود ایفا برای گردآوری داده‌ها به‌کار رفت. تمامی متغیرهای وضعیت سلامت عمومی، عادت‌های غذایی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی این افراد مورد ارزیابی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** ۱۳ هزار نفر از ساکنین شهر تهران مورد مطالعه قرار گرفتند. نرخ بی‌پاسخی آنان ۸/۶٪ بود. داده‌های ۱۱۷۵۳ پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. از افراد شرکت‌کننده، میانگین سن ۳۸ (۱۵/۳±) سال و ۴۳/۶ درصد مرد بودند، ۵۰٪ دارای چاقی یا اضافه وزن بودند و فقط ۲۹/۵٪ فعالیت ورزشی مطلوب داشتند. از پاسخ دهندگان ۳۷/۶٪ در خانوار، فردی مصرف‌کننده دخانیات گزارش کردند و ۴/۵٪ افراد تاکنون مواد مخدر را تجربه کرده بودند. جمعیت مورد بررسی، ۴۴/۸٪ آگاهی مناسب و ۸۹/۱٪ نگرش مناسبی در زمینه سلامت و بیماری داشتند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان‌دهنده وجود کاستی‌های در آگاهی، نگرش و عملکرد شهروندان تهران در زمینه سلامت و بیماری است، به‌طوری‌که درصد چشمگیری از شهروندان تهرانی مبتلا به اضافه وزن، چاقی، پرفشاری خون، دیابت، چربی خون بالا و مصرف بالای دخانیات و استفاده بیش از چهار ساعت از تلویزیون و رایانه در شبانه روز بودند.

**کلمات کلیدی:** نگرش، رفتار، بیماری، سلامت، آگاهی.

مسعود احمدزاد اصل<sup>۱</sup>، شایان مصطفایی<sup>۲</sup>، شهرام رفیعی فر<sup>۳</sup>، نوید محمدی<sup>۴</sup>، ملیحه فرید<sup>۵</sup> کوروش کبیر<sup>۶\*</sup>

۱- مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

۳- دفتر آموزش و ارتقای سلامت، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

۴- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

۵- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

\* نویسنده مسئول: کرج، دانشگاه علوم پزشکی البرز، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی.

تلفن: ۰۲۶۳-۴۳۳۶۰۰۹  
E-mail: Kabir.kourosh@yahoo.com

### مقدمه

زیست، بهداشت، خطرات ناشی از عدم ایمنی، عادات غذایی نادرست و غیره وجود دارند.<sup>۱،۲</sup> با تصویب منشور اتاوا (۱۹۸۶) توجه بیشتری به برنامه‌های سلامت شهری معطوف شده است. سنجش وضعیت آگاهی، نگرش و رفتارهای سلامت و عوامل مؤثر بر آن، لازمه برنامه‌ریزی و تعیین اولویت در موضوع سلامت جامعه است.<sup>۳،۴</sup> مطالعه حاضر با هدف بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد (KAP) شهروندان تهرانی نسبت به سلامتی و بیماری با استفاده از ویژگی‌های وضعیت سلامت عمومی، عادات غذایی و وضعیت

شهروندانی به‌عنوان یکی از مهمترین تغییرات جمعیت شناختی طی قرن گذشته سبب تغییرات زیادی در روش زندگی و رفتارهای بهداشتی شده است.<sup>۱،۲</sup> میزان شهروندانی در دنیا در سال ۲۰۱۴ به ۵۴٪ رسیده است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰، به ۶۶٪ برسد.<sup>۳</sup> در ایران بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ حدود ۷۱/۴٪ شهروندین وجود داشت.<sup>۴</sup> در حوزه‌ی شهروندانی چالش‌های مختلفی از جمله محیط

اقتصادی-اجتماعی انجام گردید.

(Microsoft Corp., Redmond, WA, USA) استفاده گردید. متغیرهای کمی با میانه، میانگین و انحراف معیار و متغیرهای کیفی با تعداد و درصد فراوانی نسبی توصیف شدند. در تمامی تحلیل‌های آماری سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

## روش بررسی

این مطالعه به صورت میدانی و از نوع مقطعی-توصیفی در جمعیت مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران در تابستان ۱۳۹۰ با نظارت دانشگاه علوم پزشکی ایران طراحی و اجرا گردید. جمعیت مورد مطالعه، شهروندان تهرانی ۱۵ تا ۸۴ ساله خانوارهای ساکن مناطق ۲۲ گانه تهران بودند. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای انجام شد و ۳۲۰ خوشه متناسب با جمعیت مناطق و در هر خوشه تعداد ۴۱ نمونه در نظر گرفته شد.

حجم نمونه با در نظر گرفتن ضریب تاثیر نمونه‌گیری و میزان پاسخدهی، تعداد ۱۳۰۰۰ نفر در نظر گرفته شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه پژوهشگر ساخته استفاده شد. برای طراحی پرسشنامه و تأمین روایی محتوی و صوری مراحل زیر انجام شد، ۱- انتخاب اولویت‌ها و وزن‌دهی حیطه‌های مورد بررسی: برای شناسایی دامنه‌ها و وزن آن‌ها مواردی شامل: بار بیماری، قابلیت اصلاح عامل، قابلیت مداخله در کشور، امکان مداخله ارزان، نقش مشارکت مردم، امکان بالقوه رشد بیماری به عنوان معیار امتیازدهی در نظر گرفته شد. بیشترین وزن به چاقی و سپس فعالیت فیزیکی، پرفشاری خون، سکت قلبی و حوادث، دیابت، تغذیه، سکت مغزی، روانی رفتاری، دخانیات، اعتیاد، بیماری‌های اسکلتی-عضلانی و رفتارهای جنسی قرار گرفتند.

۲- آماده سازی سوالات و پایایی پرسشنامه: با هدف بررسی مفهوم بودن سوالات، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر مشابه جمعیت هدف، قرار گرفت و تغییرات لازم اعمال شد. پایایی به روش آزمون و باز آزمون بر روی ۲۵ نفر از افراد جامعه هدف به فاصله دو هفته انجام و همبستگی نتایج بررسی گردید. از آلفای کرونباخ برای تعیین پایایی داخلی استفاده شد. در فاز میدانی، پرسشنامه‌ها به صورت خود ایفا در حضور پرسشگران آموزش دیده تکمیل شدند. نظارت و کنترل کیفی با بررسی ۵٪ از پرسشنامه‌های تکمیل شده انجام و پرسشنامه‌هایی که بیش از ۱۵٪ (۲۰ سوال) بی‌پاسخ بودند از مطالعه حذف شدند. ورود داده‌ها توسط مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران (ایسپا) انجام شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS software, version 16 (IBM SPSS, Armonk, NY, USA) و Microsoft Excel 2013

## یافته‌ها

بر اساس برنامه‌های گام به گام یادشده در طراحی پرسشنامه، روایی محتوی و صوری تأمین گردید. شاخص آلفای کرونباخ به ترتیب برای بخش آگاهی ۰/۸۲ (۰/۷۱-۰/۹۱) CI/۹۵ و برای بخش نگرش و عملکرد ۰/۷۹ (۰/۶۷-۰/۸۹) CI/۹۵ بود. میزان ضریب همبستگی بین آیت‌های آزمون و بازآزمون ۰/۹۱ بود. داده‌های ۱۱۷۵۳ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت و نرخ بی‌پاسخی ۸/۶٪ بود. میانگین سن افراد شرکت‌کننده ۳۸ سال (۱۵/۶±) بود.

جدول ۱ داده‌های جمعیت شناختی افراد شرکت‌کننده در مطالعه را نشان می‌دهد. ۷۸/۷٪ افراد مورد بررسی، تحت پوشش بیمه درمانی (۶۵/۱٪-) بیمه تأمین اجتماعی) بودند. همچنین ۲۶/۷٪ افراد تحت پوشش بیمه تکمیلی بودند. در جمعیت مورد بررسی، ۴۴/۸٪ آگاهی مناسب و ۸۹/۱٪ نگرش مناسبی در زمینه سلامت و بیماری داشتند. وضعیت عملکرد افراد در جدول ۲ بر حسب درصد گزارش شد.

## بحث

مطالعات زیادی به بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد افراد پرداخته‌اند که برنامه‌ی شهر سالم ملبورن استرالیا، مطالعه Kalasagar و همکاران، مطالعه Okobia و همکاران و نیز مطالعه Marinho و همکاران هر کدام در موضوعات مختلفی از آن جمله بوده است. ۹-۱۲ بر اساس نتایج حاضر درصد قابل توجهی، مبتلا به اضافه وزن و چاقی بودند.

ابتلا به پرفشاری خون، دیابت، چربی خون بالا و مصرف بالای دخانیات در بین جمعیت مورد مطالعه، نشان می‌دهد پیشگیری، غربالگری و شناسایی و کنترل بیماری نیازمند توجه جدی است و بنابراین بهبود آگاهی‌ها و سواد سلامت می‌تواند منجر به بهبود عملکرد شهروندان در زمینه مراقبت از خود و کنترل این دسته از

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه

| متغیر   | سطوح                | تعداد(%)   | متغیر                   | سطوح         | تعداد(%)   |
|---------|---------------------|------------|-------------------------|--------------|------------|
| جنس     | مذکر                | ۵۱۰۴(۴۳/۶) | نقش در خانواده          | پدر          | ۳۲۸۱(۲۸/۶) |
|         | مونث                | ۶۵۹۴(۵۶/۴) |                         | مادر         | ۴۴۷۲(۳۸/۹) |
| سن      | ۱۵ تا ۲۴ سال        | ۲۴۵۹(۲۰/۹) | وضعیت اشتغال            | فرزند        | ۳۴۵۸(۳۰/۱) |
|         | ۲۵ تا ۴۴ سال        | ۵۱۶۰(۴۳/۹) |                         | سایر         | ۲۸۰(۲/۶)   |
|         | ۴۵ تا ۶۴ سال        | ۳۱۵۱(۲۶/۸) |                         | شغل تمام وقت | ۲۶۸۰(۲۳/۳) |
| تحصیلات | ۶۵ تا ۸۴ سال        | ۹۷۳(۸/۳)   | شغل پاره وقت            | ۱۰۸۱(۹/۴)    |            |
|         | بدون سواد           | ۵۲۱(۴/۵)   | دارای درآمد بدون کار    | ۱۳۷(۱/۲)     |            |
|         | ابتدایی             | ۱۳۰۳(۱۱/۲) | محصل و دانشجوی          | ۱۴۳۷(۱۲/۵)   |            |
|         | راهنمایی و دبیرستان | ۱۸۸۴(۱۶/۲) | بازنشسته و از کارافتاده | ۱۲۱۰(۱۰/۵)   |            |
|         | دیپلم               | ۴۵۷۴(۳۹/۳) | خانه‌دار                | ۴۰۴۱(۳۵/۱)   |            |
|         | فوق دیپلم           | ۱۱۱۴(۹/۶)  | بیکار                   | ۹۱۵(۸/۰)     |            |
| تاهل    | لیسانس              | ۱۸۳۵(۱۵/۸) | مالکیت مسکن             | شخصی         | ۷۱۷۹(۶۳/۶) |
|         | فوق لیسانس و بالاتر | ۴۰۸(۳/۵)   |                         | استیجاری     | ۳۴۴۰(۳۰/۵) |
|         | متاهل               | ۷۹۳۲(۶۸/۱) |                         | ارثی         | ۵۲۵(۴/۶)   |
|         | مجرد                | ۳۱۷۱(۲۷/۲) | سازمانی                 | ۳۰(۰/۳)      |            |
|         | جدا شده از همسر     | ۱۶۸(۱/۴)   | سایر                    | ۱۱۹(۱/۱)     |            |
|         | فوت همسر            | ۳۷۱(۳/۲)   |                         |              |            |

کلیه متغیرها به صورت تعداد(درصد) نمایش داده شده‌اند.

جدول ۲: مهمترین شاخص‌های بررسی شده در زمینه عملکرد و رفتار سلامت شهروندان تهران

| موضوع                | فراوانی(%)   |      |
|----------------------|--|------|
| بیماری‌ها و اختلالات | اضافه وزن و چاقی   | ۵۰/۰ |
|                      | ابتلا به بیماری دیابت  | ۶۷/۷ |
|                      | ابتلا به بیماری چربی خون بالا  | ۱۳/۱ |
|                      | ابتلا به فشارخون بالا  | ۱۰/۵ |
| عوامل خطر            | استفاده از مواد مخدر (تا به حال از ماده مخدر استفاده کرده‌اند)             | ۴/۵  |
|                      | استفاده یکبار در روز یا بیشتر از مواد مخدر (از بین افراد دارای سابقه مصرف) | ۲۹/۰ |
|                      | مصرف دخانیات توسط یکی از اعضای خانواده                                     | ۳۷/۶ |
|                      | مصرف دخانیات تاکنون  | ۲۲/۶ |
|                      | مصرف دخانیات در (سه ماه اخیر)  | ۸/۹  |
|                      | کار کردن بیش از چهار ساعت با تلوزیون و رایانه (روز غیر تعطیل)              | ۵۱/۲ |
| عوامل محافظت‌کننده   | کار کردن بیش از چهار ساعت با تلوزیون و رایانه (روز تعطیل)                  | ۶۰/۲ |
|                      | مصرف افزودن نمک به غذا در سفره (بیش از سه بار در هفته)                     | ۲۹/۲ |
|                      | مصرف انواع نوشابه گازدار (بیش از سه بار در هفته)                           | ۲۴/۸ |
|                      | فعالیت بدنی سه بار یا بیشتر (فعالیت ورزشی مطلوب) در هفته                   | ۲۹/۵ |
|                      | استفاده از کلاه ایمنی در آخرین نوبت موتورسواری                             | ۲۹/۹ |
|                      | بستن کمربند ایمنی در آخرین نوبت رانندگی                                    | ۸۵/۰ |
| عوامل محافظت‌کننده   | مصرف شیر (بیش از سه بار در هفته)   | ۵۲/۷ |
|                      | مصرف انواع سبزیجات با غذا (بیش از سه بار در هفته)                          | ۶۲/۷ |
|                      | مصرف انواع میوه (بیش از سه بار در هفته)                                    | ۷۸/۴ |

کلیه متغیرها به صورت تعداد(درصد) نمایش داده شده‌اند.

در سال ۱۳۹۰ را مشخص نموده است. برای تصمیم‌گیری بهتر لازم است تحلیل‌های موضوعی و ارتباط آن با عوامل زمینه‌ای ارایه شود و نتایج توسط نهادهای تاثیرگذار به منظور انجام برنامه‌ریزی‌های کلان آموزشی جهت افزایش سلامت شهروندان به‌کار گرفته شود. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی در قالب یک مطالعه در طول زمان، آگاهی، نگرش و عملکرد شهروندان نسبت به سلامت و بیماری ارزیابی و نیز عوامل اثرگذار بر این ابعاد به‌طور کمی تشخیص و ارزیابی شوند.

نتایج نشان‌دهنده وجود کاستی‌ها در آگاهی، نگرش و عملکرد شهروندان تهران در زمینه سلامت و بیماری است، به‌طوری‌که درصد قابل توجهی از شهروندان تهرانی مبتلا به اضافه وزن و چاقی بودند. ابتلا به پرفشاری خون، دیابت، چربی خون بالا و مصرف بالای دخانیات در بین جمعیت مورد مطالعه از یک سو و از سوی دیگر عدم استفاده از کلاه ایمنی در موتورسواران و بستن کمربند ایمنی، نشان می‌دهد پیشگیری، غربالگری و شناسایی بیماری و کنترل سلامت نیازمند توجه جدی است.

سپاسگزاری: مطالعه حاضر حاصل طرح با عنوان "بررسی آگاهی نگرش عملکرد شهروندان تهرانی نسبت به سلامتی و بیماری به منظور طراحی نظام جامع آموزش سلامت در تهران" مصوب مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران می‌باشد و با حمایت مالی آن مرکز انجام شده است. از کلیه حمایت‌های مالی و اجرایی این مرکز و مسئولین آن سپاسگزاری می‌گردد.

بیماری‌ها شود. عملکرد تغذیه‌ای شهروندان تهرانی در زمینه مصرف گروه‌های مختلف غذایی به‌نسبت مطلوب بود ولی در مصرف نوشابه‌های گازدار و نیز مصرف نمک در غذا وضعیت نامناسبی داشتند.

اگرچه درصد چشمگیری از شرکت‌کننده‌ها در هنگام رانندگی از کمربند ایمنی استفاده می‌کردند، ولی عملکرد شهروندان در زمینه استفاده از کلاه ایمنی در موتورسواران و بستن کمربند وضعیت مناسبی به‌نظر نمی‌رسد.

در گزارش سال ۲۰۰۹ سازمان جهانی بهداشت، مهمترین عوامل خطر جهانی مرگ و میر پرفشاری خون (عامل ۱۳٪ مرگ‌های جهان)، مصرف دخانیات (۹٪)، قندخون بالا (۶٪)، عدم فعالیت فیزیکی (۶٪) و اضافه وزن و چاقی (۵٪) معرفی شده است.<sup>۱۳</sup> Sobngwi و همکاران در سال ۲۰۰۴ نشان دادند که اقامت در شهر با شانس بیشتر فشار خون بالا و شاخص توده بدنی بالای ۲۵ همراه بوده است.<sup>۱۴</sup> نتایج مطالعه دکتر استقامتی و همکاران در جمعیت ایرانی ۱۵ تا ۶۴ سال فراوانی دیابت، فشارخون بالا، چاقی و چاقی مرکزی به ترتیب برابر ۸۷٪، ۲۶٪، ۲۲٪ و ۵۳٪ نشان داده است. فراوانی نسبی تری‌گلیسیرید بالا و کلسترول بالا به ترتیب، ۳۶٪ و ۴۲٪ بوده است و تمامی این آمارها ذکر شده در زنان و شهرنشینان بیشتر بوده است.<sup>۱۵</sup> مقاله حاضر روش شناسی طرح را نشان می‌دهد و نتایج کلی ارایه شده اولویت‌بندی مشکلات و مداخلات آموزشی در شهر تهران

## References

- Galea S, Vlahov D. Urban health: evidence, challenges, and directions. *Annu Rev Public Health* 2005;26:341-65.
- World Health Organization (WHO). Urban Health. [Internet] Geneva: WHO [cited 2018 Apr 15]. Available from: [http://www.who.int/topics/urban\\_health/en](http://www.who.int/topics/urban_health/en)
- World Urbanization Prospects: The 2014 Revision. Highlights World Urbanization Trends 2014: Key Facts. [Internet] New York: United Nations; 2014. [cited 2018 Apr 15]. Available from: <http://esa.un.org/unpd/wup/Publications/Files/WUP2014-Highlights.pdf>.
- National Population and Housing Census, 2011: Selected Findings. Statistical Centre of Iran, Tehran: Vice Presidency for Strategic Planning and Supervision, Statistical Centre of Iran; 2012.
- In this month's Bulletin. *Bull World Health Organ* 2010;88(4):241.
- Eckert S, Kohler S. Urbanization and health in developing countries: a systematic review. *World Health Popul* 2014;15(1):7-20.
- Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *AECS Illumination* 2004;4(1):7-9.
- Tellnes G. President's column: positive and negative public health effects of urbanization. *Eur J Public Health* 2005;15(5):552-3.
- Municipal Public Health Plan. CityHealth 2005-2009. [Internet] Melbourne: Health Services; 2005 Nov 15 [cited 2018 Apr 15]. Available from: [https://www.melbourne.vic.gov.au/about-council/committees-meetings/meeting-archive/MeetingAgendaItemAttachments/463/7436/CaC\\_54\\_2005\\_11150630.pdf](https://www.melbourne.vic.gov.au/about-council/committees-meetings/meeting-archive/MeetingAgendaItemAttachments/463/7436/CaC_54_2005_11150630.pdf)
- Kalasar M, Sivapathasundharam B, Einstein TB. AIDS awareness in an Indian metropolitan slum dweller: a KAP (knowledge, attitude, practice) study. *Indian J Dent Res* 2006;17(2):66-9.
- Okobia MN, Bunker CH, Okonofua FE, Osime U. Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: A cross-sectional study. *World J Surg Oncol* 2006;4:11.
- Marinho LA, Cecatti JG, Osis MJ, Gurgel MS. Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services. *Rev Saude Publica* 2008;42(2):200-7.
- World Health Organization (WHO). Global Health Risk: Mortality and burden of diseases attributable to selected major risks: 2009.

- [Internet] Geneva: WHO; 2009 [cited 2016 Jun 11]. Available from: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)
14. Sobngwi E, Mbanya JC, Unwin NC, Porcher R, Kengne AP, Fezeu L, et al. Exposure over the life course to an urban environment and its relation with obesity, diabetes, and hypertension in rural and urban Cameroon. *Int J Epidemiol* 2004;33(4):769-76.
15. Esteghamati A, Meysamie A, Khalilzadeh O, Rashidi A, Haghazali M, Asgari F, et al. Third national Surveillance of Risk Factors of Non-Communicable Diseases (SuRFNCD-2007) in Iran: methods and results on prevalence of diabetes, hypertension, obesity, central obesity, and dyslipidemia. *BMC Public Health* 2009;9:167.

## The study on the knowledge, attitude and practice of Tehran citizens about Health and Disease in 2011 (KAP): overview of methodology and primary results

### Abstract

Received: 15 Feb. 2018 Revised: 22 Feb. 2018 Accepted: 07 Jul. 2018 Available online: 14 Jul. 2018

Masoud Ahmadzad-Asl M.D.<sup>1</sup>  
Shayan Mostafaei Ph.D.<sup>2</sup>  
Shahram Rafiefar M.D.<sup>3</sup>  
Navid Mohammadi M.D.<sup>4</sup>  
Malihe Farid M.D.<sup>5</sup>  
Kourosh Kabir M.D.<sup>2,5\*</sup>

1- Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Department of Community Medicine, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

3- Education and Health Promotion Office, Deputy for Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.

4- Department of Community Medicine, School of Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

5- Social Determinant of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

\* Corresponding author: Department of Community Medicine, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.  
Tel: +98-263-4336009  
E-mail: kabir.kourosh@yahoo.com

**Background:** The study of their knowledge, attitude, and behavior toward health is an essential step for health planning. In the urban area, there are several concerns about environmental pollution, health status, the dangers of insecurity, and bad dietary habits. The aim of the study was the determination of knowledge, attitude, and behavior of Tehran citizens in order to plan better municipal services.

**Methods:** This descriptive, cross-sectional study was conducted on 13000 participants between 15-84 years in 22 districts of Tehran, Iran University of Medical Sciences, in August and September of 2011. Cluster sampling and self-administered reliable and valid questionnaire were used for data gathering. The inclusion criteria are all of citizens of Tehran. Age, sex, marital and job status, obesity, physical activity, hypertension, myocardial infarction, accidents, diabetes, nutrition, stroke, psychological behavior, smoking, addiction and drugs, musculoskeletal, sexual behavior, anemia, physical environment, fat blood, cancer, chronic obstructive pulmonary disease, dietary habits and socioeconomic status were measured under standard protocols and by using calibrated instruments.

**Results:** From 13000 participants in the study, 11753 (90%) was fulfilled the questioners. Nonresponse rate from 11753 participants was 8.6%. The proportion of obesity/overweight was 50% and 29.5% of people had appropriate physical exercise, 37.6% reported a tobacco consumer in their family and 4.5% reported an experience of substance misuse. Also, 29.2% and 24.8% from these had anomalous consuming of salt and soft drink, respectively. Of the participants, 44.8%, 89.1% had a good knowledge and attitude, respectively. Cronbach alpha coefficient was 0.82 and 0.79 for knowledge, attitude and behavior, respectively. In additional, the correlation coefficient between test and re-test questions was 0.91.

**Conclusion:** This study was a comprehensive study to measure the knowledge, attitude and practice of Tehran citizens using reliable and valid questionnaires about general health status. A considerable percentage of Tehran citizens suffering from overweight, obesity, hypertension, diabetes, high blood lipids and smoking consuming and using anomalous from TV and computer. The results can be used as a framework and guide to prioritize problems and planning health education interventions in Tehran.

**Keywords:** attitude, behavior, disease, health, knowledge.