

Prevalence of Behavioral Risk Factors for Non-Communicable Diseases and Related Socio-Economic Factors in Iranian Military Households

Morteza Ghibi Gonbad¹, Taha Nasiri¹, Maryam Sadat Askari²,
Mohammad Meskarpour-Amiri^{1*}

¹ Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Student Research Committee, Health Human Resources Research Center, School of Management and Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Received: 26 April 2022 Accepted: 31 December 2022

Abstract

Background and Aim: Understanding the prevalence of risk factors for non-communicable diseases and the extent of socio-economic factors affecting their occurrence is very important in order to plan to reduce the burden of disease. The aim of this study was to investigate the impact of socio-economic factors on exposure to behavioral risk factors for non-communicable diseases in Military Households.

Methods: This research is an applied study that was performed cross-sectionally on 1204 families of the Armed Forces participating in the National Survey of Risk Factors for Non-Communicable Diseases in Iran (STEPS). The data collection tool was a questionnaire adapted from a standard questionnaire (non-communicable disease care system questionnaire in the Islamic Republic of Iran). Data analysis was performed using estimation of logistic regression models using Excel and STATA software.

Results: The prevalence of smoking, unhealthy diet and sedentary lifestyle in Iranian military households were 5.7%, 34%, and 58.6%. The probability of smoking among middle-aged people (45-59 years) was 2.19 times higher than the elderly (60 years old) ($P = 0.016$). The probability of unhealthy diet in illiterate people was significantly 2.13 times higher than those with diploma and university education ($P < 0.001$). The probability of sedentary lifestyle in women was significantly 1.77 times higher than men ($P < 0.001$), 1.34 times higher in those with undergraduate degrees ($P < 0.033$) and in unemployed people 2.07 times higher than retirees ($P < 0.033$).

Conclusion: The results of this study showed that to address health challenges and reduce the burden of non-communicable diseases, attention to the socio-economic status of households, and reduce socio-economic inequalities of households should be considered along with controlling the risk factors for non-communicable diseases.

Keywords: Risk Factors, Non-communicable Diseases, Socio-Economic Factors, Military Medicine.

*Corresponding author: Mohammad Meskarpour-Amiri, Email: amiri@gmail.com

شیوع ریسک فاکتورهای رفتاری بیماری‌های غیرواگیر و عوامل اقتصادی-اجتماعی مرتبط با آن در خانوارهای نظامی ایران

مرتضی غیبی گنبد^۱، طاها نصیری^۱، مریم السادات عسکری^۲، محمد مسگرپور امیری^{۱*}

^۱مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

^۲کمیته تحقیقات دانشجویی، مرکز تحقیقات منابع انسانی سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

زمینه و هدف: شناخت میزان شیوع عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر و وسعت تاثیرگذاری عوامل اقتصادی-اجتماعی بر بروز آن، به منظور برنامه‌ریزی برای کاهش بار بیماری بسیار مهم است. این مطالعه با هدف تاثیر عوامل اقتصادی-اجتماعی در مواجهه با ریسک فاکتورهای رفتاری بیماری‌های غیرواگیر در خانوارهای نیروهای مسلح انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش از نوع مطالعات کاربردی است که به شیوه مقطعی بر روی ۱۲۰۴ خانوار نیروهای مسلح شرکت کننده در پیمایش ملی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران (استپس) انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه اقتباس شده از یک پرسشنامه استاندارد (پرسشنامه نظام مراقبت بیماری‌های غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تخمین مدل‌های رگرسیون لاجستیک به کمک نرم‌افزار Excel و STATA انجام شد.

یافته‌ها: شیوع مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم و کم‌تحرکی در خانوارهای نظامی ایران به ترتیب ۵/۷٪، ۳۴٪ و ۵۸/۶٪ بود. احتمال مصرف دخانیات در میانسالان (۴۵-۵۹ سال)، به‌طور معناداری ۲/۱۹ برابر سالمندان (≥ 60 سال) بود ($P = 0/016$). احتمال رژیم غذایی ناسالم در افراد بی‌سواد به‌طور معناداری ۲/۱۳ برابر افراد با تحصیلات دیپلم و دانشگاهی بود ($P < 0/001$). احتمال وجود کم‌تحرکی در زنان به‌طور معناداری ۱/۷۷ برابر مردان ($P < 0/001$)، در افراد زیردیپلم ۱/۳۴ برابر افراد با تحصیلات دیپلم و دانشگاهی ($P < 0/033$) و در افراد بدون شغل ۲/۰۷ برابر افراد بازنشسته بود ($P < 0/033$) بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد برای مقابله با چالش‌های بهداشتی و کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر، توجه به وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانوار و کاهش نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی خانوارها را باید همراه با کنترل عوامل خطر رفتاری بیماری‌های غیرواگیر در نظر داشت.

کلیدواژه‌ها: عوامل خطر، بیماری‌های غیرواگیر، عوامل اقتصادی اجتماعی، طب نظامی.

مقدمه

به دلیل افزایش روند مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر به خصوص در کشورهای در حال توسعه، سازمان بهداشت جهانی از دو دهه پیش بیماری‌های غیرواگیر را جزو اولویت‌های بهداشتی در کشورهای در حال توسعه (از جمله ایران) اعلام کرده است. در حال حاضر بیماری‌های غیرواگیر علل اصلی مرگ و ناتوانی در جهان می‌باشند (۱). آمارهای سال ۲۰۱۷ نشان داد که بیماری‌های غیرواگیر سالانه ۴۰ میلیون مرگ را به همراه دارد. بیماری‌های قلبی و عروقی با ۱۷/۷، سرطان با ۸/۸، بیماری‌های تنفسی با ۳/۹ و دیابت با ۱/۶ میلیون مرگ سالانه اصلی‌ترین عامل مرگ در دنیا به حساب می‌آیند (۲). چهار عامل خطرزای استفاده از تنباکو، عدم فعالیت بدنی مناسب، رژیم غذایی ناسالم و استفاده نامناسب از الکل به عنوان اصلی‌ترین عوامل خطر رفتاری قابل کنترل برای بیماری‌های غیرواگیر بوده که خطر ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر را افزایش می‌دهند (۱،۲).

تلاش‌های جهانی برای پایش و کنترل عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر تحت رهبری سازمان بهداشت جهانی از سال ۲۰۱۱ شروع شده است که نتیجه آن توافق بیش از ۱۹۰ کشور بر روی برنامه "اقدام جهانی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ۲۰۲۰-۲۰۱۳" شد (۳). در کشور ایران از مجموع سال‌های از دست رفته زندگی (YLL)، ۵۸٪ به واسطه بیماری‌های غیرواگیر، ۲۸٪ به سبب حوادث و آسیب‌ها، و ۱۴٪ باقیمانده به سبب بیماری‌های واگیر، مشکلات اطراف تولد و کمبودهای تغذیه‌ای می‌باشد (۴). لذا مقابله با عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر می‌تواند از رخداد این بیماری‌ها پیشگیری نموده و در بلندمدت منجر به رشد شاخص‌های سلامت و کاهش هزینه‌های درمانی نظام سلامت گردد (۳). نظام سلامت نیروهای مسلح نیز در این زمینه مستثنی نبوده و وظیفه خطیری برای پایش و کنترل عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در پرسنل نیروهای مسلح و خانوارهای آن دارد (۵).

با توجه به روند رو به افزایش بیماری‌های غیرواگیر در نیروهای مسلح ایران و ارتباط متقابل بین این بیماری‌ها (۶،۷)، شناسایی عوامل خطر این بیماری‌ها و فاکتورهای موثر بر مواجهه با این عوامل خطر می‌تواند نقش به‌سزایی در کنترل و کاهش روند رو به رشد این بیماری‌ها در نیروهای مسلح داشته باشد. در یک بررسی در میان عوامل موثر بر سلامت، سهم مراقبت‌های بهداشتی، عوامل بیولوژیکی، عوامل فیزیکی-محیطی و رفتاری و عوامل تعیین کننده اقتصادی-اجتماعی به ترتیب ۲۵٪، ۱۵٪، ۱۰٪ و ۵۰٪ بیان گردیده است (۸،۹). این سهم ۵۰ درصدی عوامل تعیین کننده اقتصادی اجتماعی خود بیانگر میزان اهمیت آن بر سلامت جامعه می‌باشد. وضعیت اجتماعی و اقتصادی در ادبیات اپیدمیولوژی، براساس سه دسته کلیدی شامل دموگرافیک، کلاسیک و شاخصی تبیین شده است (۹). شناخت و وسعت تاثیرگذاری عوامل اقتصادی-اجتماعی بر بروز عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، به منظور تدوین

اهدافی برای تغییر بسیار مهم است. متولیان سلامت باید بدانند چه عوامل اقتصادی-اجتماعی و تا چه حد بر بیماری‌های غیرواگیر موثر هستند (۱۰).

باتوجه به اهمیت تعیین‌کننده‌های اقتصادی-اجتماعی در مواجهه با عوامل خطر و بروز بیماری‌های غیرواگیر، ضرورت و اهمیت توجه به این مسئله از بعد سیاست‌گذاری، مدیریت، پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در نیروهای مسلح، تلاش بر این است تا در این مطالعه ضمن تعیین شیوع ریسک فاکتورهای رفتاری بیماری‌های غیرواگیر در خانوارهای نیروهای مسلح ارتباط عوامل اقتصادی-اجتماعی در مواجهه با این ریسک فاکتورها مورد بررسی قرار گرفت.

روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعات کاربردی است که به شیوه مقطعی در سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه خانوارهای نیروهای مسلح شرکت‌کننده در پیمایش ملی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران (استپس) بوده که شامل ۱۲۰۴ خانوار بودند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه با اقتباس از یک پرسشنامه استاندارد (پرسشنامه نظام مراقبت بیماری‌های غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران) بود که روایی و پایایی آن توسط مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت و درمان مورد تأیید قرار گرفته است. پرسشنامه این نظام ترجمه و اقتباس شده از پرسشنامه اصلی و تکمیلی رویکرد گام به گام سازمان بهداشت جهانی است که با برخی پرسش‌های انتخابی کامل و در یک بررسی پایلوت آزمون شد. بنابراین روایی و پایایی پرسشنامه مربوط به برنامه کشوری "نظام مراقبت بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی" است (۱۱). پرسشنامه مطالعه پنج قسمتی است که شامل مشخصات محل تکمیل پرسشنامه، مشخصات اجتماعی-اقتصادی، وضعیت تغذیه، وضعیت تحرک بدنی و وضعیت مصرف دخانیات بوده که توسط پژوهشگران تکمیل گردید.

در این مطالعه با انجام مکاتبات اداری بعد از تهیه پرسشنامه و طی نمودن مراحل قانونی و کسب مجوزهای لازم، داده‌های برنامه ملی کنترل عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر از موسسه ملی تحقیقات سلامت اخذ گردید، سپس داده‌های خانوارهای نیروهای مسلح با استفاده از کد بیمه خانوار شناسایی و جداسازی گردید.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

آمار توصیفی داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار Excel 2017 استخراج شد. برای ارائه آمار تحلیلی، داده‌ها دسته‌بندی و وارد نرم‌افزار STATA 14 شد. سپس با استفاده از تخمین مدل‌های رگرسیون لاجستیک، نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در توزیع عوامل خطر رفتاری بیماری‌های غیرواگیر مورد بررسی قرار گرفت. به همین منظور نسبت شانس یا احتمال مواجهه با عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در گروه‌های مختلف اقتصادی-

نتایج

بیشتر افراد شرکت‌کننده در مطالعه، زن (۵۲/۱٪)، ساکن شهر (۸۵/۶٪)، با تحصیلات دیپلم و دانشگاهی (۵۳/۸٪) و در گروه سنی جوان (۳۷/۸٪) بودند. همچنین بیشتر آنان متأهل (۷۵/۴٪) بوده و همه افراد شرکت‌کننده به عنوان عضو خانوار در خانوارهای کمتر یا مساوی سه نفر (۸۶/۴٪) زندگی می‌کردند. بیشتر افراد در سطح درآمد چارک دوم درآمدی (درآمد پایین) (۳۸/۲٪) بودند.

اجتماعی با یکدیگر مقایسه شد. لازم به ذکر است متغیرهایی که در تحلیل تک متغیره (Univariate) معنادار نبوده‌اند ($P < 0.05$)، وارد مدل و تحلیل‌ها نگردیده‌اند. همچنین در خصوص متغیرهای با دو متغیر وابسته و یا در متغیر پاسخ دو رده‌ای بین صفر و یک از مدل لجستیک باینری یا دوجهی استفاده شد و در متغیرهای با بیش از چند متغیر وابسته (سه گروه و یا بیشتر) و یا متغیرهای پاسخ بیشتر از دو طبقه، از لجستیک چندگانه یا مالتی‌نومینال استفاده شد.

جدول-۱. شیوع مصرف دخانیات در گروه‌های مختلف اقتصادی-اجتماعی

# P-value	کل	مصرف دخانیات*		دسته	متغیر
		خبر تعداد (%)	بلی تعداد (%)		
<0.001	۱۵ (۱۰۰)	۱۴ (۹۳/۳)	۱ (۶/۷)	نوجوان	سن
	۴۵۵ (۱۰۰)	۴۴۸ (۹۸/۵)	۷ (۱/۵)	جوان	
	۳۶۱ (۱۰۰)	۳۲۳ (۸۹/۵)	۳۸ (۱۰/۵)	میانسال	
	۳۷۱ (۱۰۰)	۳۴۸ (۹۳/۸)	۲۳ (۶/۲)	سالمند	
	۱۲۰۲ (۱۰۰)	۱۱۳۳ (۹۴/۳)	۶۹ (۵/۷)	کل	
<0.001	۵۷۵ (۱۰۰)	۵۰۹ (۸۸/۵)	۶۶ (۱۱/۵)	مرد	جنسیت
	۶۲۷ (۱۰۰)	۶۲۴ (۹۹/۵)	۳ (۰/۵)	زن	
	۱۲۰۲ (۱۰۰)	۱۱۳۳ (۹۴/۳)	۶۹ (۵/۷)	کل	
0.292	۱۰۲۸ (۱۰۰)	۹۶۶ (۹۴)	۶۲ (۶)	شهر	محل سکونت
	۱۷۴ (۱۰۰)	۱۶۷ (۹۶)	۷ (۴)	روستا	
	۱۲۰۲ (۱۰۰)	۱۱۳۳ (۹۴/۳)	۶۹ (۵/۷)	کل	
0.130	۱۳۹ (۱۰۰)	۱۳۴ (۹۶/۴)	۵ (۳/۶)	بی‌سواد	تحصیلات
	۳۹۷ (۱۰۰)	۳۶۷ (۹۲/۴)	۳۰ (۷/۶)	زیردیپلم	
	۶۴۷ (۱۰۰)	۶۱۴ (۹۴/۹)	۳۳ (۵/۱)	دیپلم و دانشگاهی	
	۱۱۸۳ (۱۰۰)	۱۱۱۵ (۹۴/۳)	۶۸ (۵/۷)	کل	
0.064	۹۰۵ (۱۰۰)	۸۴۵ (۹۳/۴)	۶۰ (۶/۶)	متاهل	وضعیت تاهل
	۲۸۹ (۱۰۰)	۲۸۰ (۹۶/۹)	۹ (۳/۱)	مجرد	
	۸ (۱۰۰)	۸ (۱۰۰/۰)	۰ (۰/۰)	مطلقه	
	۱۲۰۲ (۱۰۰)	۱۱۳۳ (۹۴/۳)	۶۹ (۵/۷)	کل	
-	۰ (۱۰۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	سرپرست	جایگاه فرد در خانوار
	۱۲۰۲ (۱۰۰)	۱۱۳۳ (۹۴/۳)	۶۹ (۵/۷)	سایر	
	۱۲۰۲ (۱۰۰)	۱۱۳۳ (۹۴/۳)	۶۹ (۵/۷)	کل	
<0.001	۸۹۴ (۱۰۰)	۸۶۸ (۹۷/۱)	۲۶ (۲/۹)	شاغل	وضعیت اشتغال
	۵۵ (۱۰۰)	۵۴ (۹۸/۲)	۱ (۱/۸)	بیکار	
	۲۵۳ (۱۰۰)	۲۱۱ (۸۳/۴)	۴۲ (۱۶/۶)	بازنشسته	
	۱۲۰۲ (۱۰۰)	۱۱۳۳ (۹۴/۳)	۶۹ (۵/۷)	کل	
<0.001	۱۰۳۸ (۱۰۰)	۹۹۰ (۹۵/۴)	۴۸ (۴/۶)	کوچک (≥ 3 نفر)	اندازه خانوار
	۱۶۴ (۱۰۰)	۱۴۳ (۸۷/۲)	۲۱ (۱۲/۸)	بزرگ (≤ 4 نفر)	
	۱۲۰۲ (۱۰۰)	۱۱۳۳ (۹۴/۳)	۶۹ (۵/۷)	کل	
0.012	۳۴۲ (۱۰۰)	۳۳۳ (۹۷/۴)	۹ (۲/۶)	درآمد خیلی پایین	سطح درآمد
	۴۵۸ (۱۰۰)	۴۲۲ (۹۲/۱)	۳۶ (۷/۹)	درآمد پایین	
	۳۹۹ (۱۰۰)	۳۷۵ (۹۴)	۲۴ (۶)	درآمد متوسط	
	۳ (۱۰۰)	۳ (۱۰۰)	۰ (۲)	درآمد بالا	
	۱۲۰۲ (۱۰۰)	۱۱۳۳ (۹۴/۳)	۶۹ (۵/۷)	کل	

* منظور از مصرف دخانیات استفاده منظم از حداقل یکی از اشکال استعمال تنباکو (شامل سیگار، قلیان، پیپ، چپ و ...) بود. # نتایج آزمون کای دو (Chi Square)

جدول ۲- شیوع رژیم غذایی ناسالم در گروه‌های مختلف اقتصادی- اجتماعی

# P-value	کل	رژیم غذایی*		دسته	متغیر
		ناسالم تعداد (%)	سالم تعداد (%)		
۰/۵۷۵	۱۵ (۱۰۰)	۷ (۴۶/۷)	۸ (۵۳/۳)	نوجوان	سن
	۴۵۶ (۱۰۰)	۱۵۲ (۳۳/۳)	۳۰۴ (۶۶/۷)	جوان	
	۳۶۲ (۱۰۰)	۱۱۸ (۳۲/۶)	۲۴۴ (۶۷/۴)	میانسال	
	۳۷۲ (۱۰۰)	۱۳۳ (۳۵/۸)	۲۳۹ (۶۴/۲)	سالمند	
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۱۰ (۳۴/۰)	۷۹۵ (۶۶)	کل	
۰/۲۹۱	۵۷۷ (۱۰۰)	۲۰۵ (۳۵/۵)	۳۷۲ (۶۴/۵)	مرد	جنسیت
	۶۲۸ (۱۰۰)	۲۰۵ (۳۲/۶)	۴۲۳ (۶۷/۴)	زن	
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۱۰ (۳۴)	۷۹۵ (۶۶)	کل	
۰/۰۴۱	۱۰۳۱ (۱۰۰)	۳۳۹ (۳۲/۹)	۶۹۲ (۶۷/۱)	شهر	محل سکونت
	۱۷۴ (۱۰۰)	۷۱ (۴۰/۸)	۱۰۳ (۵۹/۲)	روستا	
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۱۰ (۳۴)	۷۹۵ (۶۶)	کل	
<۰/۰۰۱	۱۳۹ (۱۰۰)	۶۷ (۴۸/۲)	۷۲ (۵۱/۸)	بی‌سواد	تحصیلات
	۳۹۹ (۱۰۰)	۱۳۵ (۳۳/۸)	۲۶۴ (۶۶/۲)	زیردیپلم	
	۶۴۸ (۱۰۰)	۱۹۵ (۳۰/۱)	۴۵۳ (۶۹/۹)	دیپلم و دانشگاهی	
	۱۱۸۶ (۱۰۰)	۲۹۹ (۳۲/۹)	۶۰۹ (۶۷/۱)	کل	
۰/۲۸۲	۹۰۸ (۱۰۰)	۲۹۹ (۳۲/۹)	۶۰۹ (۶۷/۱)	متاهل	وضعیت تاهل
	۲۸۹ (۱۰۰)	۱۰۹ (۳۷/۷)	۱۸۰ (۶۲/۳)	مجرد	
	۸ (۱۰۰)	۲ (۲۵)	۶ (۷۵)	مطلقه	
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۱۰ (۳۴)	۷۹۵ (۶۶)	کل	
-	۰ (۱۰۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	سرپرست	جایگاه فرد در خانوار
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۱۰ (۳۴)	۷۹۵ (۶۶)	سایر	
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۱۰ (۳۴)	۷۹۵ (۶۶)	کل	
۰/۳۴۰	۸۹۵ (۱۰۰)	۳۱۳ (۳۵)	۵۸۲ (۶۵)	شاغل	وضعیت اشتغال
	۵۵ (۱۰۰)	۲۰ (۳۶/۴)	۳۵ (۶۳/۹)	بیکار	
	۲۵۵ (۱۰۰)	۷۷ (۳۰/۲)	۱۷۸ (۶۹/۸)	بازنشسته	
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۱۰ (۳۴)	۷۹۵ (۶۶)	کل	
۰/۷۴۹	۱۰۴۱ (۱۰۰)	۳۵۶ (۳۴/۲)	۶۸۵ (۶۵/۸)	کوچک (>= ۳ نفر)	اندازه خانوار
	۱۶۴ (۱۰۰)	۵۴ (۳۲/۹)	۱۱۰ (۶۷/۱)	بزرگ (<= ۴ نفر)	
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۱۰ (۳۴)	۷۹۵ (۶۶)	کل	
۰/۰۰۹	۳۴۲ (۱۰۰)	۱۲۵ (۳۶/۵)	۲۱۷ (۶۳/۵)	درآمد خیلی پایین	سطح درآمد
	۴۶۰ (۱۰۰)	۱۷۳ (۳۷/۶)	۲۸۷ (۶۲/۴)	درآمد پایین	
	۴۰۰ (۱۰۰)	۱۱۱ (۲۷/۸)	۲۸۹ (۷۲/۳)	درآمد متوسط	
	۳ (۱۰۰)	۱ (۳۳/۳)	۲ (۶۶/۷)	درآمد بالا	
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۱۰ (۳۴)	۷۹۵ (۶۶)	کل	

* منظور از رژیم غذایی ناسالم، عدم استفاده کافی از لبنیات، عدم استفاده کافی از میوه‌ها و سبزیجات و همچنین استفاده بیش از حد از روغن نامناسب، نمک و مصرف فست‌فودها بود. ترکیب رژیم غذایی فرد بر اساس موارد فوق به صورت امتیازبندی دستورالعمل جامع به‌روزی تعیین و طبقه‌بندی شد.
نتایج آزمون کای دو (Chi Square)

نظر وضعیت تاهل تأهل بیشترین شیوع مصرف دخانیات در بین افراد متاهل (۶/۶٪) بود. از نظر جایگاه فرد در خانوار، همه افراد مورد بررسی از اعضای خانوار بودند. همچنین در گروه‌های سطح درآمدی مختلف، بیشترین شیوع مصرف دخانیات در گروه دوم درآمدی (درآمد پایین) (۷/۹٪) بود.

مطابق جدول ۲، شیوع رژیم غذایی ناسالم در افراد مورد بررسی ۳۴٪ بود. منظور از رژیم غذایی ناسالم، عدم استفاده کافی از لبنیات، عدم استفاده کافی از میوه‌ها و سبزیجات و همچنین استفاده بیش

مطابق جدول ۱، شیوع مصرف دخانیات در افراد مورد بررسی ۵/۷٪ بود و منظور از مصرف دخانیات استفاده منظم از حداقل یکی از اشکال استعمال تنباکو (شامل سیگار، قلیان، پیپ، چپ و ...) بود. بیشترین شیوع مصرف دخانیات در گروه سنی ۴۵-۵۹ سال (۱۰/۵٪) و در مردان (۱۱/۵٪) مشاهده شد. بیشترین شیوع مصرف دخانیات در افراد ساکن در شهر (۶٪)، گروه زیردیپلم (۷/۶٪) و بازنشسته‌ها (۱۶/۶٪) بود. خانوارهایی که اندازه‌شان بیشتر یا مساوی ۳ نفر بودند، بالاترین میزان شیوع مصرف دخانیات (۱۲/۸٪) را نشان دادند. از

جدول-۳. شیوع کم‌حرکی در گروه‌های مختلف اقتصادی-اجتماعی

# P-value	کل	کم‌حرکی - وضعیت فعالیت بدنی*		دسته	متغیر
		کافی - خیر تعداد (%)	ناکافی - بلی تعداد (%)		
۰/۰۹۸	۱۵ (۱۰۰)	۶ (۴۰)	۹ (۶۰)	نوجوان	سن
	۴۵۶ (۱۰۰)	۲۰۶ (۴۵/۲)	۲۵۰ (۵۴/۸)	جوان	
	۳۶۲ (۱۰۰)	۱۵۱ (۴۱/۷)	۲۱۱ (۵۸/۳)	میانسال	
	۳۷۲ (۱۰۰)	۱۳۶ (۳۶/۶)	۲۳۶ (۶۳/۴)	سالمند	
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۹۹ (۴۱/۴)	۷۰۶ (۵۸/۶)	کل	
<۰/۰۰۱	۵۷۷ (۱۰۰)	۲۸۲ (۴۸/۹)	۲۹۵ (۵۱/۱)	مرد	جنسیت
	۶۲۸ (۱۰۰)	۲۱۷ (۳۴/۶)	۴۱۱ (۶۴/۵)	زن	
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۹۹ (۴۱/۴)	۷۰۶ (۵۸/۶)	کل	
۰/۰۹۸	۱۰۳۱ (۱۰۰)	۴۱۷ (۴۰/۴)	۶۱۴ (۵۹/۶)	شهر	محل سکونت
	۱۷۴ (۱۰۰)	۸۲ (۴۷/۱)	۹۲ (۵۲/۹)	روستا	
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۹۹ (۴۱/۴)	۷۰۶ (۵۸/۶)	کل	
۰/۰۰۶	۱۳۹ (۱۰۰)	۵۰ (۳۶)	۸۹ (۶۴)	بی‌سواد	تحصیلات
	۳۹۹ (۱۰۰)	۱۴۷ (۳۶/۸)	۲۵۲ (۶۳/۲)	زیردیپلم	
	۶۴۸ (۱۰۰)	۲۹۷ (۴۵/۸)	۳۵۱ (۵۴/۵)	دیپلم و دانشگاهی	
	۱۱۸۶ (۱۰۰)	۴۹۴ (۴۱/۷)	۶۹۲ (۵۸/۳)	کل	
۰/۱۳۲	۹۰۸ (۱۰۰)	۳۸۶ (۴۲/۵)	۵۲۲ (۵۷/۵)	متاهل	وضعیت تاهل
	۲۸۹ (۱۰۰)	۱۱۲ (۳۸/۸)	۱۷۷ (۶۱/۲)	مجرد	
	۸ (۱۰۰)	۱ (۱۲/۵)	۷ (۸۷/۵)	مطلقه	
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۹۹ (۴۱/۴)	۷۰۶ (۵۸/۶)	کل	
-	۰ (۱۰۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	سرپرست	جایگاه فرد در خانوار
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۹۹ (۴۱/۴)	۷۰۶ (۵۸/۶)	سایر	
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۹۹ (۴۱/۴)	۷۰۶ (۵۸/۶)	کل	
۰/۰۱۶	۸۹۵ (۱۰۰)	۳۶۷ (۴۱)	۵۲۸ (۵۹)	شاغل	وضعیت اشتغال
	۵۵ (۱۰۰)	۱۴ (۲۵/۵)	۴۱ (۷۴/۵)	بیکار	
	۲۵۵ (۱۰۰)	۱۱۸ (۴۶/۳)	۱۳۷ (۵۳/۷)	بازنشسته	
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۹۹ (۴۱/۴)	۷۰۶ (۵۸/۶)	کل	
۰/۰۰۶	۱۰۴۱ (۱۰۰)	۴۱۵ (۳۹/۹)	۶۲۶ (۶۰/۱)	کوچک (>= ۳ نفر)	اندازه خانوار
	۱۶۴ (۱۰۰)	۸۴ (۵۱/۲)	۸۰ (۴۸/۸)	بزرگ (<= ۴ نفر)	
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۱۴۴ (۴۲/۱)	۱۹۸ (۵۷/۹)	کل	
۰/۳۴۶	۳۴۲ (۱۰۰)	۱۴۴ (۴۲/۱)	۱۹۸ (۵۷/۹)	درآمد خیلی پایین	سطح درآمد
	۴۶۰ (۱۰۰)	۲۰۰ (۴۳/۵)	۲۶۰ (۵۶/۵)	درآمد پایین	
	۴۰۰ (۱۰۰)	۱۵۳ (۳۸/۳)	۲۴۷ (۶۱/۸)	درآمد متوسط	
	۳ (۱۰۰)	۲ (۶۶/۷)	۱ (۳۳/۳)	درآمد بالا	
	۱۲۰۵ (۱۰۰)	۴۹۹ (۴۱/۴)	۷۰۶ (۵۸/۶)	کل	

* منظور از کم‌حرکی، کمتر از ۱۵۰ دقیقه تحرک فیزیکی متوسط و یا کمتر از ۷۵ دقیقه فعالیت فیزیکی شدید در هفته بود.
نتایج آزمون کای دو (Chi Square)

(۳۴/۲٪) را داشتند. از نظر وضعیت تاهل بیشترین شیوع رژیم غذایی ناسالم در بین افراد مجرد (۳۷/۷٪) بود. از نظر جایگاه فرد در خانوار، همه افراد مورد بررسی از اعضای خانوار بودند. همچنین در گروه‌های سطح درآمدی مختلف، بیشترین شیوع رژیم غذایی ناسالم در گروه دوم درآمدی (۳۷/۶٪) بود.

مطابق جدول ۳، شیوع کم‌حرکی در افراد مورد بررسی ۵۸/۶٪ بود و منظور از کم‌حرکی، کمتر از ۱۵۰ دقیقه تحرک فیزیکی متوسط و یا کمتر از ۷۵ دقیقه فعالیت فیزیکی شدید در هفته بود.

از حد از روغن نامناسب، نمک و مصرف فست‌فودها بود. همچنین ترکیب رژیم غذایی فرد بر اساس موارد فوق به صورت امتیازبندی دستورالعمل جامع به‌روزی تعیین و طبقه‌بندی گردیده است. بیشترین شیوع رژیم غذایی ناسالم در گروه سنی نوجوانان (۴۶/۷٪) بود و از نظر جنسیت در گروه مردان (۳۵/۵٪) مشاهده شد. بیشترین شیوع رژیم غذایی ناسالم در افراد ساکن در روستا (۴۰/۸٪)، گروه بی‌سواد (۴۸/۲٪) و بیکار (۳۶/۴٪) بود. خانوارهای که اندازه‌شان کمتر از چهار نفر بودند، بالاترین میزان شیوع رژیم غذایی ناسالم

جدول-۴. عوامل اقتصادی-اجتماعی مرتبط با مصرف دخانیات

متغیر	دسته	B	S. E.	P-value	OR	فاصله اطمینان ۹۵٪	
						حد پایین	حد بالا
سن	نوجوان	-۰/۸۷۱	۱/۲۲۸	۰/۴۷۸	۰/۴۱۸	-۰/۳۸	۴/۶۴۱
	جوان	-۴۸۹,۱	۰/۶۲۱	۰/۰۱۷	۰/۲۲۶	-۰/۰۶۷	۰/۷۶۳
	میانسال	۰/۷۸۸	۰/۳۲۸	۰/۰۱۶	۲/۱۹۸	۱/۱۵۵	۴/۱۸۳
جنسیت	مرد	۴/۱۵۴	۰/۷۸۴	۰/۰۰۰	۶۳/۶۹۴	۱۳/۶۹۷	۲۹۶/۱۸۲
	زیردیپلم	-۰/۱۵۴	۰/۵۹۵	۰/۷۹۶	۰/۸۵۷	-۰/۲۶۷	۲/۷۵۴
تحصیلات	دیپلم و دانشگاهی	-۰/۶۹۸	۰/۶۳۶	۰/۲۷۲	۰/۴۹۷	-۰/۱۴۳	۱/۷۳۱
	مجرد	۱/۰۹۰	۰/۵۳۳	۰/۰۴۱	۲/۹۷۵	۱/۰۴۷	۸/۴۵۰
وضعیت تاهل	مطلقه	-۱۶/۹۷۳	۱۲۲۳۱/۳۰۸	۰/۹۹۹	۰/۰۰۰	-۰/۰۰۰	-
	شاغل	-۰/۱۴۲	۰/۳۵۹	۰/۶۹۱	۰/۸۶۷	-۰/۴۲۹	۱/۷۵۲
وضعیت اشتغال	بیکار	-۱/۶۴۹	۱/۰۹۱	۰/۱۳۱	۰/۱۹۲	-۰/۰۲۳	۱/۶۳۱
	کوچک (> ۳ نفر)	۰/۱۰۰	۰/۴۹۷	۰/۷۳۶	۱/۱۰۵	-۰/۶۱۷	۱/۹۸۰
سطح درآمد	درآمد پایین	۰/۵۳۲	۰/۴۷۰	۰/۲۵۸	۱/۷۰۲	-۰/۶۷۸	۴/۲۷۷
	درآمد متوسط	۰/۷۳۵	۰/۴۹۴	۰/۱۳۷	۲/۰۸۵	-۰/۷۹۱	۵/۴۹۳
	درآمد بالا	-۱۸/۴۹۰	۲۱۰۲۵/۲۱۸	۰/۹۹۹	۰/۰۰۰	-۰/۰۰۰	-

B: ضریب هر یک از متغیرها؛ S. E: خطای استاندارد (انحراف معیار برآوردگرهای هر یک از ضرایب رگرسیون)؛ OR: نسبت شانس (احتمال)

جدول-۵. عوامل اقتصادی-اجتماعی مرتبط با رژیم غذایی ناسالم

متغیر	دسته	B	S. E.	P-value	OR	فاصله اطمینان ۹۵٪	
						حد پایین	حد بالا
محل سکونت	شهر	-۰/۰۴۳	۰/۱۸۸	۰/۸۲۱	۰/۹۵۸	-۰/۶۶۳	۱/۳۸۶
	بی سواد	۰/۷۵۶	۰/۲۰۶	۰/۰۰۰	۲/۱۳۰	۱/۴۲۲	۳/۱۹۱
تحصیلات	زیردیپلم	۰/۱۴۵	۰/۱۳۷	۰/۲۹۰	۱/۱۵۶	۱/۸۸۳	۱/۵۱۳
	درآمد پایین	۰/۱۹۵	۰/۱۵۹	۰/۲۱۸	۱/۲۱۶	-۰/۸۹۱	۱/۵۶۹
سطح درآمد	درآمد متوسط	-۰/۲۳۹	۰/۱۶۹	۰/۱۵۷	۰/۷۸۷	-۰/۵۶۵	۱/۰۹۶
	درآمد بالا	۰/۱۴۶	۱/۲۳۳	۰/۰۰۶	۱/۱۵۷	-۰/۱۰۳	۱۲/۹۶۹

B: ضریب هر یک از متغیرها؛ S. E: خطای استاندارد (انحراف معیار برآوردگرهای هر یک از ضرایب رگرسیون)؛ OR: نسبت شانس (احتمال)

این موضوع نشان می‌دهد که با ثابت گرفتن سایر متغیرها، احتمال مصرف دخانیات در گروه سنی سالمندان بیشتر از ۶۰ سال، ۴/۵ برابر احتمال مصرف دخانیات در افراد با گروه سنی ۲۰-۴۴ سال بود ($P = ۰/۰۱۷$)، احتمال مصرف دخانیات در گروه سنی ۴۵-۵۹ سال، ۲/۱۹ برابر احتمال مصرف دخانیات در افراد با گروه سنی سالمندان بیشتر از ۶۰ سال بود ($P = ۰/۰۱۶۳$)، احتمال مصرف دخانیات در مردان، ۶۳ برابر احتمال مصرف دخانیات در زنان بود ($P < ۰/۰۰۱$)، احتمال مصرف دخانیات در افراد مجرد، ۲/۹۷ برابر احتمال مصرف دخانیات در افراد متأهل بود ($P < ۰/۰۰۱$)، در نهایت تحصیلات، وضعیت اشتغال، اندازه خانوار و سطح درآمد ارتباط آماری معناداری با مصرف دخانیات نداشتند ($P > ۰/۰۵$).

جدول ۵ یافته‌های رگرسیون لجستیک چندگانه در بررسی مشخصات جمعیت شناختی در رژیم غذایی ناسالم و سالم را نشان می‌دهد. به شرط ثابت گرفتن سایر متغیرها، احتمال داشتن رژیم غذایی ناسالم در افراد بی‌سواد ۲/۱۳ برابر احتمال داشتن رژیم غذایی ناسالم در افراد با تحصیلات دیپلم و دانشگاهی بود ($P < ۰/۰۰۱$)، یافته‌ها نشان داد محل سکونت و سطح درآمد، ارتباط آماری معناداری با داشتن رژیم غذایی سالم نداشت ($P > ۰/۰۵$).

در گروه‌های سنی مختلف بیشترین شیوع کم‌تحرکی در گروه‌های سنی نوجوانان و سالمندان به ترتیب برابر با ۶۰٪ و ۶۳/۴٪ بود. همچنین بیشترین شیوع کم‌تحرکی در گروه زنان (۶۴/۵٪) و افراد ساکن در شهر (۵۹/۶٪) بود. از نظر تحصیلات بیشترین شیوع کم‌تحرکی در گروه بی‌سواد و زیردیپلم و به ترتیب برابر با ۶۴٪ و ۶۳/۲٪ بود. از نظر وضعیت اشتغال بیشترین شیوع کم‌تحرکی در گروه افراد بیکار (۷۴/۵٪) بود. خانوارهای که اندازه‌شان کمتر از ۳ نفر بودند، بالاترین میزان شیوع کم‌تحرکی (۶۰/۴٪) داشتند. از نظر وضعیت تاهل بیشترین شیوع کم‌تحرکی در بین افراد متأهل (۲۵/۴٪) بود. از نظر جایگاه فرد در خانوار، همه افراد مورد بررسی از اعضای خانوار بودند. همچنین در گروه‌های سطح درآمدی مختلف، بیشترین شیوع کم‌تحرکی در گروه سوم درآمدی یعنی درآمد متوسط (۶۱/۸٪) بود.

جدول ۴ نتایج رگرسیون لجستیک چندگانه در بررسی مشخصات جمعیت شناختی در مصرف دخانیات را نشان می‌دهد. بین گروه‌های مختلف سنی و مصرف دخانیات ارتباط آماری معناداری وجود داشت ($P < ۰/۰۵$)، به طوری که احتمال مصرف دخانیات در گروه سنی ۲۰-۴۴ و ۴۵-۵۹ به ترتیب ۰/۲۲، ۲/۱۹، ۲/۱۹ بود ($OR = ۰/۲۲$).

جدول-۶. عوامل اقتصادی-اجتماعی مرتبط با فعالیت فیزیکی ناکافی

متغیر	دسته	B	S. E.	P-value	OR	فاصله اطمینان ۹۵٪	
						حد پایین	حد بالا
جنسیت	مرد	-۰/۵۷۶	۰/۱۵۳	۰/۰۰۰	۰/۵۶۲	۰/۴۱۷	۰/۷۵۸
محل سکونت	شهر	۰/۳۵۷	۰/۱۸۴	۰/۰۵۲	۱/۴۳۰	۰/۹۹۸	۲/۰۴۹
تحصیلات	بی‌سواد	-۰/۳۳۱	۰/۳۱۳	۰/۱۲۰	۱/۳۹۳	۰/۹۱۷	۲/۱۱۶
	زیردیپلم	-۰/۲۹۴	۰/۱۳۸	۰/۰۳۳	۱/۳۴۲	۱/۰۲۵	۱/۷۵۹
وضعیت تاهل	مجرد	-۰/۰۷۳	۰/۱۵۲	۰/۶۳۱	۱/۰۷۶	۰/۷۹۸	۱/۴۵۰
	مطلقه	۱/۵۹۴	۱/۰۸۲	۰/۱۴۱	۴/۹۳۳	۰/۵۹۱	۴۱/۰۰۹
وضعیت اشتغال	شاغل	-۰/۱۰۲	۰/۱۷۷	۰/۵۶۴	۰/۹۰۳	۰/۶۳۹	۱/۲۷۷
	بیکار	۰/۷۳۲	۰/۳۵۵	۰/۰۳۹	۲/۰۷۹	۱/۰۳۶	۴/۱۷۳
اندازه خانوار	کمتر از ۳ نفر	-۰/۰۳۸	۰/۱۶۰	۰/۸۱۴	۰/۹۶۳	۰/۷۰۳	۱/۳۱۸

B: ضریب هر یک از متغیرها؛ S. E: خطای استاندارد (انحراف معیار برآوردگرهای هر یک از ضرایب رگرسیون)؛ OR: نسبت شانس (احتمال)

از نظر عوامل اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر شیوع مصرف دخانیات نتایج مطالعه حاضر نشان داد، مردان بیش از زنان سیگار می‌کشند. این نتایج با یافته‌های مطالعه محرابی و همکاران (۱۵) میثمی و همکاران (۲۰، ۱۹)، مقیم بیگی و همکاران (۲۱) و خامی و همکاران (۲۲) مطابقت دارد. مطالعه حاضر نشان داد میزان شیوع مصرف دخانیات از لحاظ محل سکونت افراد (روستا-شهر) به ترتیب ۰/۴٪ در روستا و ۰/۶٪ در شهر بوده است. در این زمینه، نتایج این مطالعه با پژوهش شجاعیان و همکاران که به تحلیل نابرابری اجتماعی براساس متغیرهای منتخب در شهر اهواز در شهرک نفت، گلستان و حبیب‌آباد شهر اهواز پرداختند، همخوانی داشته است که نابرابری اجتماعی را شیوه زندگی متفاوت داشتن، برخورداری کمتر از مزایای اجتماعی، خدمات‌رسانی با کیفیت نامناسب به محل سکونت و دسترسی کمتر به خدمات شهری داشتن، تعریف نمودند (۲۳). براساس یافته‌های محرابی و همکاران که معتقد است ۱۰/۶٪ جمعیت روستایی و ۸/۹٪ جمعیت شهری دخانیات مصرف می‌کنند، از میزان بالایی برخوردار بوده (۱۵) و با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که افراد متاهل، در قیاس با افراد مجرد بیشتر دخانیات مصرف می‌کنند که با یافته‌های مطالعه امامی و همکاران (۲۴) همراستا است. همچنین در زمینه رابطه سطح تحصیلات با مصرف دخانیات، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات، مصرف دخانیات افزایش می‌یابد که با یافته‌های مطالعات انجام شده در ایران و سایر کشورها مطابقت ندارد (۱۳، ۱۵، ۱۹، ۲۵-۲۰). سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰ اعلام کرد که شیوع مصرف سیگار در ایران ۱۲٪ است و انتظار می‌رود این میزان با برنامه‌ریزی‌های به عمل آمده تا سال ۲۰۲۵ میلادی به ۹٪ کاهش یابد (۲۶).

در این مطالعه شیوع رژیم غذایی ناسالم در خانوارهای نیروهای مسلح ۳۴٪ بود. معیار رژیم غذایی ناسالم شامل پنج فاکتور مصرف روزانه ناکافی میوه، سبزی، شیر و لبنیات، استفاده از نمکدان در سفره، مصرف ماهیانه فست‌فود/نوشابه‌های گازدار و مصرف روغن جامد بوده است. این یافته در مقایسه با نتایج مطالعه امامیان و

جدول ۶ نتایج رگرسیون لجستیک چندگانه در بررسی مشخصات جمعیت شناختی در فعالیت فیزیکی را نشان می‌دهد. به شرط ثابت گرفتن سایر متغیرها، احتمال وجود کم‌تحرکی در زنان ۱/۷۷ برابر احتمال وجود کم‌تحرکی در مردان بود ($P < 0.01$). به شرط ثابت گرفتن سایر متغیرها، احتمال وجود کم‌تحرکی در افراد زیردیپلم، ۱/۳۴ برابر احتمال وجود کم‌تحرکی در افراد با تحصیلات دیپلم و دانشگاهی بود ($P < 0.033$)، احتمال وجود کم‌تحرکی در افراد بدون شغل، ۲/۰۷ برابر احتمال وجود کم‌تحرکی در افراد بازنشسته بود ($P < 0.033$). محل سکونت، وضعیت تاهل و اندازه خانوار ارتباط آماری معناداری با تحرک فیزیکی ناکافی نداشتند ($P > 0.05$).

بحث

در این مطالعه شیوع کلی مصرف دخانیات در خانوارهای نیروهای مسلح ۵/۷٪ بود. این یافته در مقایسه با نتایج مطالعه حسینی شکوه و همکاران که با هدف نابرابری اقتصادی-اجتماعی و سلامت روان در تهران انجام شده بود (۱۲) و همچنین با نتایج مطالعه عسگری و همکاران با شیوع ۱۴٪ (۱۳)، مطالعه فرشیدی و همکاران در استان هرمزگان با شیوع ۱۹/۵٪ (۱۴) و نتایج مطالعه محرابی و همکاران که نشان داد ۲۰/۱٪ از جمعیت ۶۴-۱۵ سال ایران دخانیات مصرف می‌کنند (۱۵)، از میزان پایین‌تری برخوردار بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد اختلاف آماری معناداری در شیوع مصرف دخانیات در مردان (۱۱/۵٪) و زنان (۰/۵٪) وجود دارد و شیوع مصرف دخانیات در مردان به مراتب خیلی بیشتر از زنان است (۱۶) و با نتایج مطالعه رستمی و همکاران (۱۷)، فرشیدی و همکاران در جمعیت بالای ۱۵ سال استان هرمزگان که شیوع مصرف دخانیات در مردان و زنان را به ترتیب ۲۷/۸٪ و ۱۰/۷٪ بیان کرده است (۱۴) و همچنین با مطالعه Oli و همکاران که شیوع مصرف دخانیات در مردان و زنان جمعیت فقیر شهری کاتماندو نپال را به ترتیب ۵۱/۹٪ و ۲۴/۱٪ گزارش کرده است (۱۸)، همخوانی دارد.

مطالعه، مقطعی بودن نحوه جمع‌آوری داده‌ها و عدم در نظر گرفتن سایر عوامل اقتصادی-اجتماعی (نظیر قومیت، نژاد، گویش محلی و ...) اشاره کرد. در نهایت از میان چهار عامل خطر رفتاری (کم‌تحرکی، تغذیه ناسالم، مصرف سیگار و مصرف الکل)، میزان شیوع مصرف الکل به علت بافت فرهنگی و اعتقادی مردم قابل احتساب نبود. بنابراین در این مطالعه به سه عامل خطر کم‌تحرکی، تغذیه ناسالم و مصرف سیگار پرداخته شده است. لذا پیشنهاد می‌گردد که در راستای انجام مطالعه وسیع‌تر و قابل‌تعمیم‌پذیری بالاتر، سایر متغیرهای اصلی پژوهش از جمله قومیت، مذهب، گویش و زبان، وضعیت مسکن افراد، سایر موارد مصرفی (از جمله الکل و ...) و سایر موارد مرتبط با عوامل اقتصادی-اجتماعی در فرآیند پژوهش مورد بررسی قرار بگیرند.

به منظور مقابله با چالش‌های بهداشتی و کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر در خانوارهای نیروهای مسلح، باید توجه به وضعیت اقتصادی-اجتماعی این خانوارها و کاهش نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی آن‌ها همراه با کنترل عوامل خطر رفتاری بیماری‌های غیرواگیر (به ویژه کم‌تحرکی) در نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری

از میان سه عامل خطر رفتاری (شامل مصرف سیگار، تغذیه ناسالم و کم‌تحرکی)، شیوع مصرف سیگار و تغذیه ناسالم در خانوارهای نیروهای مسلح کمتر از جمعیت عمومی کشور بود. همچنین شیوع تحرک فیزیکی ناکافی بیشتر از متوسط کشوری بود. هر سه عامل خطر رفتاری بیماری‌های غیرواگیر در افراد مورد بررسی با نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی آنان مرتبط بود. نتایج این مطالعه نشان داد برای مقابله با چالش‌های بهداشتی و غلبه بر نابرابری‌های بهداشتی، ضرورت توجه به وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانوارها و کاهش نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در کنار متغیرهایی مثل عوامل خطر رفتاری بیماری‌های غیرواگیر (شامل مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم و کم‌تحرکی) نباید نادیده گرفته شود، چرا که بخش بزرگی از مشکلات سلامتی مرتبط با نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی است.

تشکر و قدردانی: این پژوهش مستخرج از طرح تحقیقاتی در دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) با کد اخلاق IR.BMSU.REC.1398.235 است. نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از مرکز تحقیقات مدیریت سلامت دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، موسسه ملی تحقیقات سلامت و تمام افراد دخیل به خاطر اختصاص وقت خود و مشارکت در فرآیند پژوهش اعلام می‌دارند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

همکاران در شهرستان شاهرود با شیوع ۵۳/۳٪ از میزان پایین‌تری برخوردار بود (۲۷)، شاید یکی از علل این تفاوت بیان متغیرهای تعیین شده برای تعریف رژیم غذایی ناسالم می‌باشد، به‌طوری‌که علاوه بر متغیر این مطالعه، متغیرهای مانند استفاده از ماهی، چیس، پفک و ... نیز اضافه شده بود. مطالعه حاضر نشان داد در گروه‌های سنی مختلف بیشترین شیوع رژیم غذایی ناسالم در گروه سنی نوجوانان (۴۶/۷٪) است که با مطالعه فاضلی که بیشترین گروه سنی مصرف‌کنندگان غذاهای فست‌فود را جوانان بیان کرده (۲۸)، همخوانی ندارد. یافته‌های مطالعه حاکی از این است که افراد نوجوان سالم و پرنشاط هستند و تجربه و آگاهی لازم را در مورد تغذیه سالم نداشته و کمتر به سلامتی خود اهمیت می‌دهند و این تصور را دارند که بیماری‌های مزمن نظیر فشارخون بالا، دیابت و ... در سنین بالا اتفاق می‌افتد و به این نکته توجه ندارند که زمینه این بیماری در کودکی و نوجوانی و یا جوانی نیز ممکن است اتفاق بیفتد. همچنین این مطالعه نشان داد بیشترین شیوع رژیم غذایی ناسالم در گروه مردان برابر با ۳۵/۵٪ است که با یافته‌های امامیان و همکاران که معتقد است ۵۹/۶٪ مردان و ۴۷٪ زنان دارای رژیم غذایی ناسالم هستند (۲۷)، همراستا است. ولی با نتایج حاصل از مطالعه Rodrigues و همکاران که شیوع تغذیه ناسالم در بین زنان را بیشتر از مردان دانسته (۲۹)، همخوانی ندارد.

شیوع کم‌تحرکی در خانوارهای نیروهای مسلح در این مطالعه در مقایسه با نتایج مطالعه بررسی شیوع کم‌تحرکی در استان گیلان که ۲۸/۵٪ گزارش شده است، همچنین با نتایج حاصل از بررسی ملی شیوع کم‌تحرکی در گروه سنی ۶۴-۱۵ سال در ایران که توسط وزارت بهداشت منتشر شد (۴۰/۱۲٪) (۳۰)، از درصد بالاتری برخوردار است. به نظر می‌رسد علت این تناقض تفاوت جمعیت مورد بررسی باشد. گزارش سازمان بهداشت جهانی حکایت از شیوع ۸۸٪ کم‌تحرکی در جمعیت بزرگسال ایرانی داشته است (۲۶) که ممکن است از افزایش آگاهی مردم نسبت به تأثیر فعالیت فیزیکی بر سلامت نشأت گرفته است.

مطالعه حاضر نشان داد میزان شیوع کم‌تحرکی در مردان ۵۱/۱٪ و در زنان ۶۴/۵٪ است. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی (۳۰) و Rodrigues و همکاران (۲۹) که شیوع کم‌تحرکی در بین زنان را بیشتر از مردان گزارش کرده‌اند و یا مطالعه دیگر که جهت بررسی سلامت و بیماری، تمام افراد بالای ۱۵ سال سراسر کشور را مورد بررسی قرار داد و مشخص کرد ۶۰/۶٪ مردان و ۷۷٪ زنان فاقد فعالیت بدنی در اوقات فراغت هستند (۳۱)، همخوانی دارد. از طرفی در میزان شیوع کم‌تحرکی زنان کشور با زنان مشارکت‌کننده در مطالعه حاضر تفاوت معناداری وجود دارد، علت این موضوع می‌تواند مبین این باشد که زنان مشارکت‌کننده در مطالعه حاضر عموماً در فعالیت‌های روزانه کمتر از مردان به فعالیت می‌پردازند.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به محدود بودن جامعه مورد

منابع

- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf
- World Health Organization. Noncommunicable diseases: fact sheet. 2015. Geneva: Staying Migrated, 2017. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/350278/Fact-sheet-SDG-NCD-FINAL-25-10-17.pdf
- World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. 2013. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/442296/retrieve>
- Yazdani S. Family Physicians: Whats and Whys. Ministry of Health and Medical Education, 2011. [In Persian]
- Nezami Asl A, Khademi A, Asgari AR. Providing a document and comprehensive health plans in the air force: an organizational requisite. *Ebnesima*. 2015;17(3):59-69. [In Persian]
- Khoshdel AR, Sepandi M, Ziaei M, Ghaffari HR, Alimohamadi Y. Epidemiological survey of the most prevalent cancers and its association with other non-communicable diseases among the Iranian Military Community between 2001-2017: A cross-sectional study. *Journal of Military Medicine*. 2019;21(1):3-11. [In Persian]
- Khodaei Ataloo N. The effect of military occupational stress on the age incidence of cardiovascular diseases. *Paramedical Sciences and Military Health*. 2017;12(1):7-11. [In Persian]
- Sheikholeslam R, Mohamad A, Mohammad K, Vaseghi S. Non communicable disease risk factors in Iran. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2004;13:S100.
- Hosseini Shokouh SM, Mohammad AR, Emamgholipour S, Rashidian A, Montazeri A, Zaboli R. Conceptual models of social determinants of health: a narrative review. *Iranian Journal of Public Health*. 2017;46(4):435-46.
- Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. World Health Organization; 2008.
- Bonita R, Winkelmann R, Douglas KA, Courten MD. The WHO Stepwise approach to surveillance (STEPS) of non-communicable disease risk factors. In *Global behavioral risk factor surveillance*. Springer, Boston, MA. 2003. pp. 9-22. doi:10.1007/978-1-4615-0071-1_3
- Hosseini Shokouh SM, Arab M, Emamgholipour S, Meskarpour Amiri M. Socio-economic inequality and mental health in Tehran, Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2021;16(4):375-85. [In Persian]
- Asgari F, Mirzazadeh A, Miri H. Non-communicable diseases risk factors surveillance data book for 2007. Ministry of Health and Medical Education. 2010.
- Farshidi H, Aghamolaei T, Soleimani Ahmadi M, Madani AH. Epidemiological study of cigarette smoking among over 15 years old population of Hormozgan in 2014. *Journal of Preventive Medicine*. 2016;3(2):29-35. [In Persian]
- Mehrabi SA, Delavari A, Moradi GH, Esmailnasab EN, Pooladi A, Alikhani S, et al. Smoking among 15-to 64-year-old Iranian people in 2005. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2007;3(1):1-9. [In Persian]
- Edwards R. The problem of tobacco smoking. *Bmj*. 2004;328(7433):217-9. doi:10.1136/bmj.328.7433.217
- Rostami M, Amirian H, Eskandari B, Zarei M. Evaluating the socioeconomic inequality in cigarette smoking among the rural areas of Hamadan City (using the concentration index). *Pajouhan Scientific Journal*. 2018;16(4):28-36. [In Persian] doi:10.21859/psj.16.4.28
- Oli N, Vaidya A, Thapa G. Behavioural risk factors of noncommunicable diseases among Nepalese urban poor: a descriptive study from a slum area of Kathmandu. *Epidemiology Research International*. 2013;2013:329156. doi:10.1155/2013/329156
- Meysamie A, Ghaletaki R, Haghazali M, Asgari F, Rashidi A, Khalilzadeh O, et al. Pattern of tobacco use among the Iranian adult population: results of the national Survey of Risk Factors of Non-Communicable Diseases (SuRFNCD-2007). *Tobacco Control*. 2010;19(2):125-8. doi:10.1136/tc.2009.030759
- Meysami AP, Ghodsi SM, Eftekhar B. Pattern of cigarette smoking in an Iranian village. *Tanaffos*. 2004;3(10):53-61.
- Moghimbeigi A, Eshraghian MR, Mohammad KA, Nourijelyani K, Husseini M. Determinants number of cigarette smoked with Iranian adolescents: A multilevel zero inflated poisson regression model. *Iranian Journal of Public Health*. 2009;38(4):91-6.
- Khami MR, Murtomaa H, Razeghi S, Virtanen JI. Smoking and its determinants among Iranian dental students. *Medical Principles and Practice*. 2010;19(5):390-4. doi:10.1159/000316379
- Shojaeian A. Study of social inequality based on selected variables in Ahvaz city (Case Study: Shahrak Naft, Golestan, Hasir Abad). *The Journal of Spatial Planning*. 2015;19(2):33-60. [In Persian]
- Emami H, Habibian S, Salehi P, Azizi F. Pattern of smoking habit in an urban area in tehran, 2001 tehran glucose and lipid study. *Research in Medicine*. 2003;27(1):47-52. [In Persian]
- Ebadi M, Vahdaninia M, Azin A, Aeenparast A, Omidvari S, Jahangiri K, et al. Prevalence of tobacco consumption: Iranian health perception survey. *Payesh (Health Monitor)*. 2011;10(3):365-72. [In Persian]
- World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/156262>
- Emamian M, Alami A, Fateh M. Socioeconomic Inequality in Non-Communicable Disease Risk Factors in Shahroud, Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2011;7(3):44-51. [In Persian]

28. Fazeli MS. Consumption and lifestyle. Tehran: Sobh Sadegh Publication, 2004. [In Persian]
29. Rodrigues PR, Padez CM, Ferreira MG, Goncalves-Silva RM, Pereira RA. Multiple risk behaviors for non-communicable diseases and associated factors in adolescents. *Revista de Nutrição*. 2016;29:185-97. doi:10.1590/1678-98652016000200004
30. National program of physical activity to promote health in the Islamic Republic of Iran, Ministry of Health and Medical Education, Deputy Minister of Health, Management of Non-Communicable Diseases. 2016.
31. Moradi G, Mohammad K, Majdzadeh R, Ardakani HM, Naieni KH. Socioeconomic inequality of non-communicable risk factors among people living in Kurdistan Province, Islamic Republic of Iran. *International Journal of Preventive Medicine*. 2013;4(6):671-83.