

ارتباط وضعیت اقتصادی-اجتماعی با عوامل خطر رفتاری بیماری‌های غیرواگیر: یک مطالعه موردی از شمال ایران

لیدا شمس^۱، غلامرضا برنجکار^۲، طه نصیری^۳، محمد مسکرپور امیری^۴

^۱ استادیار سیاست گذاری سلامت، گروه مدیریت، سیاست گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده مجازی، آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۲ مریمی مرکز آموزش بهورزی، شهرستان لنگرود، گیلان، ایران

^۳ استادیار سیاست گذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران

^۴ استادیار اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران

نویسنده رابط: محمد مسکرپور امیری، تهران، خیابان ملاصدرا، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، بخش علمی اقتصاد سلامت. تلفن: ۰۲۱۸۷۵۵۴۴۷۶

پست الکترونیک: mailer.amiri@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۲۳؛ پذیرش: ۹۹/۷/۲۳

مقدمه و اهداف: هدف از مطالعه حاضر بررسی ارتباط وضعیت اقتصادی-اجتماعی با عوامل خطر رفتاری بیماری‌های غیرواگیر در یکی از شهرهای شمال ایران بود.

روش کار: پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی-تحلیلی و مقطعی بود که در سال ۱۳۹۸ در شهرستان لنگرود انجام شد. در لین مطالعه ۹۰۶ نفر از خانوارهای روستایی و شهری با استفاده از روش نمونه‌گیری ترکیبی موردنظری قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد «نظام مراقبت بیماری‌های غیرواگیر» بود. مواجهه خانوارها با عوامل خطر رفتاری بیماری‌های غیرواگیر (شامل تعذیب و ناسالم، کمترکی و مصرف دخانیات) در گروه‌های مختلف اقتصادی-اجتماعی با استفاده از مدل‌های رگرسیون لجستیک در نرم‌افزار Stata موردنظری و مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: احتمال مصرف دخانیات در افراد بی‌سواد، زیردیپلم و دیپلم به ترتیب $P < 0.05$ ؛ $OR = 5/7, 1/4, 5/2$. احتمال رژیم غذایی ناسالم در افراد چارک اول و دوم درآمدی (درآمد خیلی پایین و پایین) به طور معنی‌داری به ترتیب $P < 0.05$ ؛ $OR = 3/4, 2/6$. احتمال تحرک فیزیکی ناکافی در افراد بازنشسته به ترتیب $P < 0.05$ ؛ $OR = 2/3, 7/8$. احتمال تحرک فیزیکی ناکافی در افراد بازنشسته به ترتیب $P < 0.05$ ؛ $OR = 2/3, 7/8$.

نتیجه‌گیری: نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در سطح خرد (درون شهرستان) ارتباط معناداری با مواجهه خانوارها با عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر دارد. کاهش نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در سطوح خرد باید به عنوان یک ابزار مناسب جهت کاهش نابرابری سلامت در سطوح کلان موردنوجه قرار گیرد.

وازگان کلیدی: تعیین کننده‌های اقتصادی-اجتماعی سلامت، عوامل خطر، بیماری‌های غیرواگیر

مقدمه

ناتوان‌کننده آن‌ها باعث به وجود آمدن مشکلات عدیدهای می‌شوند و متأسفانه نیروی مولد جوامع را به طور مستقیم در معرض خطر مرگ‌ومیر، معلولیت و ناتوانی‌های بلندمدت قرار می‌دهند. به دلیل هزینه‌های درمانی طولانی مدت و هزینه‌های بالای از جیب مردم، بیماری‌های غیرواگیر می‌توانند منجر به هزینه‌های کمرشکن سلامت و فقر شوند. لذا بیماری‌های غیرواگیر از مهم‌ترین موانع توسعه کشورها هستند و هزینه‌های سرسام‌آور ناشی از این بیماری‌ها هر نظام بهداشتی و درمانی را با چالش‌های عدیدهای روبرو می‌نماید (۱،۲).

پایه پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، شناسایی عوامل خطر

یکی از چالش‌های مهم نظام‌های سلامت، شیوع بالای بیماری‌های غیر واگیر و افزایش میزان مرگ‌ومیر حاصل از آن است. بیماری‌های غیرواگیر، مسئول بیش از ۳۵ درصد بار بیماری‌ها در سراسر جهان هستند و بیش از ۷۶ درصد کل بار بیماری‌ها در ایران به بیماری‌های غیرواگیر اختصاص دارد (۱). شش میلیون از ۳۸ میلیون مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در سنین کمتر از ۷۰ سال رخ می‌دهد و بیش از ۸۰ درصد این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد (۲). افزایش شیوع بیماری‌های غیرواگیر و ماهیت مزمن، پیش‌رونده و

می‌تواند منجر به ایجاد و توسعه نابرابری سلامت گردد. اگرچه طی سال‌های اخیر، گرایش بین‌المللی پیرامون سنجش و مستندسازی نابرابری سلامت و تعیین‌کننده‌های اقتصادی- اجتماعی آن به منظور سیاست‌گذاری‌های بهداشتی افزایش چشمگیری یافته است (۱۶)، با این وجود مطالعات منتشرشده در این خصوص در ایران انگشت‌شمارند. هدف از مطالعه حاضر بررسی ارتباط وضعیت اقتصادی- اجتماعی با عوامل خطر رفتاری بیماری‌های غیرواگیر در یکی از شهرهای شمال ایران بود.

روش کار

پژوهش حاضر به روش توصیفی- تحلیلی و مقطوعی در سال ۱۳۹۸ در شهرستان لنگرود انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمامی سرپرستان خانوارهای مناطق شهری و روستایی شهرستان لنگرود بود. بر اساس فرمول حجم نمونه برآورد یک صفت کیفی، با در نظر گرفتن شیوع ۵۰ درصد برای عوامل خطر رفتاری، با اطمینان ۹۵ درصد و با اشتباہ کمتر از ۰/۰۵ تعداد ۳۸۵ نفر، حداکثر حجم نمونه لازم برای انجام این پژوهش تعیین شد. لذا حداقل ۳۸۵ نمونه از طبقه روستایی و ۳۸۵ نمونه از طبقه شهری و درمجموع حداقل ۷۷۰ نمونه موردنیاز برای این مطالعه تعیین گردید. به منظور اطمینان از حصول به حجم نمونه تعیین شده با در نظر گرفتن نرخ پاسخ‌دهی ۷۵ درصد، به ۱۱۰۰ نفر خانوارهای شهری و روستایی مراجعه شد.

$$n = \frac{\left(\frac{z_{1-\alpha}}{2}\right)^2 * P(1-P)}{d^2} = \frac{(1.96)^2 * 0.5(1-0.5)}{(0.025)^2}$$

در این مطالعه از نمونه‌گیری چندمرحله‌ای استفاده شد. در مرحله اول، جامعه موردمطالعه به دو طبقه اصلی روستایی و شهری تقسیم گردید بهطوری که ۵۰ درصد نمونه‌ها از خانوار طبقه روستایی و ۵۰ درصد از خانوار شهری انتخاب شدند. به همین منظور در مرحله دوم، در طبقه روستایی، خانه‌های بهداشت روستایی در پنج جهت جغرافیایی مختلف (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهرستان) خوشبندی شده و سپس از هر جهت جغرافیایی یک خانه بهداشت انتخاب گردید. در مرحله بعد با استفاده از سامانه یکپارچه سلامت کل خانوار تحت پوشش خانه بهداشت منتخب لیست شده و بر اساس نمونه‌گیری تصادفی ساده نمونه (خانوار)، که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انتخاب شدند. همچنین نمونه‌گیری به شکل موزون انجام شد بهطوری که هر خانه بهداشتی که خانوار بیشتری تحت پوشش داشت تعداد نمونه‌ها هم به همان نسبت بیشتر در نظر گرفته شد. در طبقه

اولیه و پیشگیری و کنترل این عوامل در جمعیت است (۵،۶). سازمان جهانی بهداشت کنترل این بیماری‌ها و عوامل خطر آن‌ها را به عنوان هدف اصلی برای کاهش ۲۵ درصد مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵ تعیین کرده است (۵). چهار عامل خطر رفتاری اصلی (شامل کم‌تحرکی، تغذیه ناسالم، مصرف دخانیات و الکل) و چهار عامل خطر بیولوژیکی (شامل فشارخون بالا، قند خون بالا، اختلال چربی‌های خون و چاقی) می‌باشند. عوامل خطر رفتاری نقش اساسی در ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر داشته و منجر به ایجاد یا تشدید عوامل خطر متابولیک/فیزیولوژیک می‌شوند. از طرفی این عوامل خطر با تغییر سبک زندگی قابل کنترل بوده و می‌توانند نقش بسزایی در کاهش بار بیماری ایفا نمایند (۶).

سازمان ملل متحده اهداف توسعه پایدار را شامل کاهش نابرابری اقتصادی و اجتماعی و دستیابی به پوشش همگانی سلامت دانسته است. تعامل بین این نابرابری‌های اقتصادی- اجتماعی و سلامت پیچیده است. مرور مطالعات نشان می‌دهد افراد با سیمای اقتصادی- اجتماعی پایین سلامتی بدتر، بیماری و مرگ‌ومیر بیشتر و نرخ ناتوانی بالاتری را تجربه خواهند کرد و با احتمال بیشتر از بیماری‌های خاص، اختلال شناختی و افسردگی رنج خواهند برد (۷-۹). گروه‌های محروم از نظر اقتصادی- اجتماعی به صورت واضح میزان مرگ‌ومیر بیشتری دارند، به احتمال بیشتر دارای رفتارهای پر خطر هستند و سلامت روانی و تعامل اجتماعی کمتری را نیز تجربه می‌کنند (۱۰-۱۲). شواهد قوی از ۳۸۳ مطالعه، به طور گسترده‌ای از یک رابطه مثبت بین درآمد کم و وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین با وضعیت تحصیلی پایین و بیماری‌های غیرواگیر حکایت می‌کند (۱۰). گفته می‌شود که تعیین‌کننده‌های اقتصادی- اجتماعی سلامت واضح‌ترین علت نابرابری در حوزه سلامت کشورها می‌باشند (۱۳، ۱۴).

شناسایی عوامل اثرگذار اقتصادی و اجتماعی بر سلامت جمعیتها و شناخت تعاملات موجود بین این عناصر در هر کشوری مقدمه‌ای بر ارزیابی تأثیر سیاست‌ها و برنامه‌های دولت بر نابرابری‌های موجود در سلامت و برداشتن گام‌هایی جهت بهبود شرایط اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر سلامت جمعیت‌ها را ممکن می‌سازد (۱۱). از منظر سازمان جهانی بهداشت، عوامل اقتصادی- اجتماعی تعیین‌کننده سلامت اشاره به مجموعه شرایطی دارد که افراد در آن متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، زندگی می‌کنند و پیر می‌شوند و نابرابری در این موارد، موجب نابرابری در سلامت افراد می‌شود (۱۵). وجود نابرابری در وضعیت اقتصادی- اجتماعی

گرفت. تمامی پرسشنامه‌ها با مراجعه مستقیم به محل سکونت خانوارهای نمونه و پس از جلب رضایت آنان برای مشارکت داوطلبانه در مطالعه، از طریق مصاحبه چهره به چهره با سرپرست خانوار تکمیل گردید. پس از جمع‌آوری اطلاعات، شیوع عوامل خطر رفتاری (تغذیه ناسالم، کم تحرکی و مصرف سیگار) با استفاده از آمار توصیفی ارائه گردید. جهت بررسی تأثیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی در توزیع عوامل خطر رفتاری بیماری‌های غیرواگیر با استفاده از مدل‌های رگرسیون لجستیک (Logistic Regression Models)، نسبت شانس^۲ مواجه خانوارها با عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در گروه‌های مختلف اقتصادی-اجتماعی محاسبه و با یکدیگر مقایسه گردید. کلیه محاسبات با نرم‌افزار Stata انجام شد.

پژوهش حاضر با کسب مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (به شماره IR.SBMU.SME.REC.1398.054) و با رعایت کامل مسائل اخلاق در پژوهش انجام شد.

یافته‌ها

از ۱۱۰۰ خانوار (۵۵۰ خانوار روستایی و ۵۵۰ خانوار شهری) تعداد ۹۰۶ خانوار (۴۵۸ خانوار روستایی و ۴۴۸ خانوار شهری) با رضایت و بهطور کامل در مطالعه مشارکت نمودند. نرخ مشارکت کلی در این مطالعه ۸۲درصد بود بهطوری‌که مشارکت خانوارهای روستایی (۸۳درصد) کمی بیشتر از خانوارهای شهری (۸۱درصد) بود.

۳-۱- شیوع «صرف دخانیات» در گروه‌های مختلف اقتصادی-اجتماعی

شیوع مصرف دخانیات در گروه‌های مختلف اقتصادی-اجتماعی در جدول شماره ۱ ارائه شده است. شیوع مصرف دخانیات در افراد مورد بررسی ۱۶/۸درصد بود. در بین گروه‌های سنی مختلف بیشترین شیوع مصرف دخانیات در گروه سنی جوانان و برابر با ۱۸/۹درصد بود. همچنین در گروه‌های جنسی بیشترین شیوع مصرف دخانیات در گروه مردان و برابر با ۳۷/۲درصد بود. از نظر محل سکونت بیشترین شیوع مصرف دخانیات در افراد ساکن در روستا و برابر با ۱۸/۱درصد بود. بیشترین شیوع مصرف دخانیات در گروههای مختلف تحصیلی در گروه زیردیپلم و برابر با

شهری نیز پایگاه‌های سلامت شهری در پنج جهت جغرافیایی مختلف (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهرستان) خوشبندی شده و از هر جهت جغرافیایی یک پایگاه سلامت انتخاب گردید. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و به شکل موزون با استفاده از سامانه یکپارچه سلامت کل خانوار انتخاب شدند.

در این مطالعه ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد «نظام مراقبت بیماری‌های غیرواگیر در جمهوری اسلامی» ایران بود. این پرسشنامه ترجمه و اقتباس شده از پرسشنامه اصلی رویکرد نظارت گام‌به‌گام^۱ (STEPS) سازمان بهداشت جهانی است(۱۷) و روایی و پایایی آن توسط مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت و درمان مورد تأیید قرار گرفته است. روایی این پرسشنامه بهصورت کیفی و پایایی آن بهصورت پایلوت در سه استان کشور به شیوه آزمون-پس‌آزمون تأیید شده است (۴). پرسشنامه نهایی شامل پنج قسمت بود که علاوه بر مشخصات اقتصادی-اجتماعی خانوار، وضعیت سه عامل خطر رفتاری اصلی بیماری‌های غیرواگیر (شامل تغذیه ناسالم، کم تحرکی و مصرف دخانیات) را اندازه‌گیری می‌نمود. قسمت اول (الف) شامل «مشخصات محل تکمیل پرسشنامه» بوده که شامل نام شهر/روستا و کد منطقه همچنین نام خانه بهداشت/نام پایگاه سلامت و کد خانه بهداشت/پایگاه سلامت بود. قسمت دوم (ب) شامل «مشخصات اجتماعی-اقتصادی پاسخ‌دهندگان» شامل جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، نسبت با سرپرست خانوار، تعداد اعضای خانوار، محل سکونت، مذهب، شغل اصلی پاسخ‌دهنده، درآمد خانوار (مجموع هزینه‌های زندگی و پس‌انداز خانوار) بود (۱۸). در قسمت سوم (ج) اشاره به «وضعیت تغذیه پاسخ‌دهندگان» که شامل سؤالاتی از مصرف روزانه میوه، سبزیجات، شیر و لبنیات و همچنین میزان مصرف نمک، فست فود، نوشابه‌های گازدار و روغن بود. قسمت چهارم (د) پرسشنامه «وضعیت تحرک بدنی» را اندازه‌گیری می‌نمود که شامل میزان فعالیت بدنی با شدت متوسط و میزان فعالیت بدنی شدید می‌شد. قسمت پنجم پرسشنامه «وضعیت مصرف دخانیات» را اندازه‌گیری می‌نمود که شامل تعداد و دفعات استفاده از سیگار، قلیان، چیق/پیپ و ناس/تباكوی جویدنی بود.

بر اساس پرسشنامه مطالعه حاضر ۱۲متغیر شامل ۳ عامل خطر رفتاری و ۹ متغیر اقتصادی-اجتماعی موردسنجدش و ارزیابی قرار

^۲ Odds Ratio

^۱ STEPwise approach to surveillance

کم تحرکی در گروه سنی جوانان و برابر با ۲۷/۹ درصد بود. همچنین در گروه‌های جنسی بیشترین شیوع کم تحرکی در گروه زنان و برابر با ۳۲/۳ درصد بود. از نظر محل سکونت بیشترین شیوع کم تحرکی در افراد ساکن در شهر و برابر با ۲۸/۷ درصد بود. بیشترین شیوع کم تحرکی در گروه‌های مختلف تحصیلی در گروه زیر دیپلم و برابر با ۲۶/۵ درصد بود. از نظر وضعیت اشتغال بیشترین شیوع کم تحرکی در گروه افراد شاغل و برابر با ۲۶/۷ درصد بود. خانوارهای که اندازه‌شان ۳ نفر و بیشتر بود بالاترین میزان شیوع کم تحرکی و برابر با ۲۸/۲ درصد داشتند. از نظر وضعیت تأهل بیشترین شیوع کم تحرکی در بین افراد متأهل و برابر با ۲۵/۴ درصد بود. با توجه به جایگاه فرد در خانوار، جایگاه اعضای خانوار با ۳۰ درصد بیشترین میزان شیوع کم تحرکی را دارا بود. همچنین در گروه‌های سطح درآمدی مختلف، بیشترین شیوع کم تحرکی در چارک چهارم درآمدی یعنی در گروه درآمد زیاد و برابر با ۲۹/۹ درصد بود.

۳-۴ ارتباط وضعیت اقتصادی-اجتماعی با مصرف دخانیات

بر اساس یافته‌های جدول شماره ۴، بین گروه‌های مختلف سنی نابرابری آماری معنی‌داری در مصرف دخانیات وجود دارد ($P<0.01$). به طوری که نسبت احتمال^۱ مصرف دخانیات در گروه سنی نوجوانان، میانسالان و سالمندان در مقایسه با گروه جوانان به ترتیب $0/13$ ، $0/63$ ، $0/43$ است ($OR=0.01, 13/0, 63/43; P<0.01$). این موضوع نشان می‌دهد که احتمال مصرف دخانیات در گروه سنی جوانان به ترتیب $7/5$ ، $1/7$ و $2/3$ برابر بیشتر از نوجوانان، میانسالان و سالمندان است ($OR=7/1, 6/2, 5/3; P<0.01$). همچنین نتایج مطالعه نشان داد نابرابری جنسیتی معنی‌داری در مصرف دخانیات وجود دارد ($P<0.01$). به طوری که در منطقه مورد بررسی، احتمال مصرف دخانیات در مردان $27/5$ برابر بیشتر از زنان است ($OR=27/5; P<0.01$). به علاوه یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد نابرابری جغرافیایی معنی‌داری در مصرف دخانیات وجود دارد ($P<0.01$) به طوری که احتمال مصرف دخانیات در ساکنین مناطق شهری $1/5$ برابر بیشتر از ساکنین مناطق روستایی است ($OR=1/5; P<0.01$). بین گروه‌های مختلف تحصیلاتی نیز نابرابری

درصد ۲۲/۸ بود. از نظر وضعیت اشتغال بیشترین شیوع مصرف دخانیات در گروه شاغلین و برابر با ۱۶/۸ درصد بود. خانوارهای ۳ نفره بالاترین میزان شیوع مصرف دخانیات و ۲۰/۲ درصد را داشتند. از نظر وضعیت تأهل بیشترین شیوع مصرف دخانیات در بین افراد مجرد و برابر با ۱۹ درصد بود. با توجه به جایگاه فرد در خانوار، جایگاه سرپرست خانوار با ۳۳/۳ درصد بیشترین میزان شیوع مصرف دخانیات را دارا بود. همچنین در گروه‌های سطح درآمدی مختلف، بیشترین شیوع مصرف دخانیات در چارک دوم درآمدی (درآمد پایین) و برابر با ۲۱/۱ درصد بود.

۳-۲ شیوع «رژیم غذایی ناسالم» در گروه‌های مختلف

اقتصادی-اجتماعی

شیوع رژیم غذایی ناسالم در گروه‌های مختلف اقتصادی-اجتماعی در جدول شماره ۲ ارائه شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد شیوع رژیم غذایی ناسالم در افراد مورد بررسی ۷/۷ درصد بود. در گروه‌های سنی مختلف بیشترین شیوع رژیم غذایی ناسالم در گروههای جنسی بیشترین شیوع رژیم غذایی ناسالم در گروه زنان و برابر با ۹/۲ درصد بود. از نظر محل سکونت بیشترین شیوع رژیم غذایی ناسالم در افراد ساکن در شهر و برابر با ۱۲/۵ درصد بود. بیشترین شیوع رژیم غذایی ناسالم در گروه‌های مختلف درآمدی مختلف، بیشترین شیوع رژیم غذایی ناسالم در چارک چهارم زیر دیپلم و برابر با ۱۲/۸ درصد بود. از نظر وضعیت اشتغال بیشترین شیوع رژیم غذایی ناسالم در گروه شاغلین و برابر با ۹/۸ درصد بود. خانوارهای که اندازه‌شان چهار نفر و بیشتر بودند بالاترین میزان شیوع رژیم غذایی ناسالم و برابر با ۱۰/۰ درصد داشتند. از نظر وضعیت تأهل بیشترین شیوع رژیم غذایی ناسالم در بین افراد متأهل و برابر با ۹/۶ درصد بود. با توجه به جایگاه فرد در خانوار، جایگاه اعضای خانوار با ۹/۶ درصد بیشترین میزان شیوع رژیم غذایی ناسالم را دارا بود. همچنین در گروه‌های سطح درآمدی مختلف، بیشترین شیوع رژیم غذایی ناسالم در چارک دوم درآمدی (درآمد پایین) و برابر با ۹/۱ درصد بود.

۳-۳ شیوع «کم تحرکی» در گروه‌های مختلف

اقتصادی-اجتماعی

شیوع کم تحرکی در گروه‌های مختلف اقتصادی-اجتماعی در جدول شماره ۳ ارائه شده است. شیوع کم تحرکی در افراد مورد بررسی ۷/۷ درصد بود. در گروه‌های سنی مختلف بیشترین شیوع

^۱Odds Ratio (OR)

مطالعه نشان داد نابرابری معنی‌داری در رژیم غذایی ناسالم وجود دارد ($P<0.05$) به‌طوری‌که احتمال رژیم غذاهای ناسالم در افراد چارک اول و دوم درآمدی (درآمد خیلی پایین و پایین) به‌طور معنی‌داری به ترتیب $3/4$ و $2/6$ برابر بیشتر از افراد چارک چهارم درآمدی (درآمد زیاد) است ($OR=3/2, P<0.05$). از نظر سنی، جنسی، وضعیت شغلی، اندازه خانوار، وضعیت تأهل و جایگاه فرد در خانوار نابرابری آماری معنی‌داری در احتمال رژیم غذای ناسالم وجود نداشت ($P>0.1$). بر اساس یافته‌های جدول شماره ۵ بین گروه‌های مختلف شغلی نابرابری آماری معنی‌داری در تحرک فیزیکی ناکافی وجود دارد ($P<0.05$). به‌طوری‌که نسبت احتمال تحرک فیزیکی ناکافی در گروه شغلی شاغل و بیکار در مقایسه با گروه بازنیسته به ترتیب $3/7$ و $0/26$ است ($OR=0.5, P<0.05$). این موضوع نشان می‌دهد که احتمال تحرک فیزیکی ناکافی در افراد بازنیسته به ترتیب $2/7$ و $8/3$ برابر بیشتر از شاغلین و افراد بیکار است ($OR=2/3, P<0.05$). احتمال تحرک فیزیکی ناکافی در افراد از کارافتاده در مقایسه با افراد بازنیسته تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($P>0.1$). همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد نابرابری معنی‌داری بین افراد متأهل با مجرد و مطلقه در تحرک فیزیکی ناکافی وجود دارد ($P>0.1$). به‌طوری‌که نسبت احتمال تحرک فیزیکی ناکافی در افراد متأهل در مقایسه با افراد مجرد و مطلقه به ترتیب $1/7$ و $5/3$ است. این موضوع نشان می‌دهد که احتمال تحرک فیزیکی ناکافی متأهلین به ترتیب $1/7$ و $5/3$ برابر بیشتر از افراد مجرد و مطلقه است ($OR=1/7, P<0.05$). به علاوه یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد بین جایگاه افراد در خانوار نابرابری آماری معنی‌داری در تحرک فیزیکی ناکافی وجود دارد ($P<0.1$). به‌طوری‌که تحرک فیزیکی ناکافی سرپرست خانوار به شکل معنی‌داری $1/9$ برابر بیشتر از سایر اعضای خانوار بود ($OR=1/9, P<0.1$). از نظر سنی، جنسی، محل سکونت، وضعیت تحصیلات، اندازه خانوار، و سطح درآمدی نابرابری آماری معنی وجود نداشت ($P>0.1$).

آماری معنی‌داری در مصرف دخانیات مشاهده شد ($P<0.05$). به‌طوری‌که احتمال مصرف دخانیات در افراد بی‌سواد، زیردیپلم و دیپلم به ترتیب $1/5, 5/7$ و $2/4$ برابر بیشتر از افراد دارای تحصیلات دانشگاهی بود ($OR=5/7, P<0.05$). نتایج مطالعه نشان داد نابرابری معنی‌داری در مصرف دخانیات بین گروه‌های مختلف شغلی وجود دارد ($P<0.05$). به‌طوری‌که احتمال مصرف دخانیات در افراد شاغل و ناتوان از کار به ترتیب $3/9$ و $7/2$ برابر بیشتر از افراد بازنیسته است ($OR=3/7, P<0.05$). احتمال مصرف دخانیات در افراد بیکار در مقایسه با افراد بازنیسته تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($P>0.1$). همچنین نابرابری معنی‌داری بین افراد متأهل و مجرد در مصرف دخانیات وجود ندارد ($P>0.05$). به‌طوری‌که احتمال مصرف دخانیات در افراد مجرد $2/3$ برابر بیشتر از متأهلین بود ($OR=2/3, P<0.05$). احتمال مصرف دخانیات در افراد چارک دوم درآمدی به‌طور معنی‌داری $1/9$ برابر بیشتر از افراد چارک اول درآمدی بود ($OR=1/9, P<0.05$). با این حال تفاوت آماری معنی‌داری در احتمال مصرف دخانیات در سایر دهکهای درآمدی وجود نداشت ($P>0.1$). اندازه خانوار و جایگاه فرد در خانوار تفاوت آماری معنی‌داری در احتمال مصرف دخانیات ایجاد نمی‌کرد ($P>0.1$).

۳-۵- ارتباط وضعیت اقتصادی-اجتماعی با رژیم غذایی و تحرک فیزیکی

بر اساس یافته‌های جدول شماره ۵، نابرابری جغرافیایی معنی‌داری در رژیم غذای ناسالم وجود دارد ($P<0.01$). به‌طوری‌که احتمال رژیم غذایی ناسالم در ساکنین مناطق شهری $2/8$ برابر بیشتر از ساکنین مناطق روستایی است ($OR=2/8, P<0.01$). همچنین نتایج مطالعه نشان داد احتمال رژیم غذاهای ناسالم در افراد زیر دیپلم به‌طور معنی‌داری $1/99$ برابر بیشتر از افراد دارای دیپلم ($OR=1/99, P<0.01$). با این حال تفاوت آماری معنی‌داری بین سایر گروه‌های تحصیلی وجود نداشت ($P>0.1$). همچنین یافته‌های

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

متغیر	زیرگروه‌ها	مصرف دخانیات*		
		بله	خیر	كل
سن	۲۰-۲۰ سال (نوجوان)	۱	۱۷	۱۸ (۱۰۰)
تعداد(٪ شیوع)	تعداد(٪ شیوع)	كل	خیر	
۱	۱ (۵/۵۶)	۱۷	(۹۴/۴۴)	

(۱۰۰)۴۳۳	(۸۱.۰۶)۳۵۱	(۱۸.۹۴)۸۲	۴۵-۲۰ سال (جوان)
(۱۰۰)۳۷۳	(۸۳.۶۵)۳۱۲	(۱۶.۳۵)۶۱	۴۵-۶۰ سال (میان سال)
(۱۰۰)۸۲	(۸۹.۹۲)۷۳	(۱۰.۹۸)۹	۶۰ سال و بالاتر (سالمند)
(۱۰۰)۹۰۶	(۸۳.۱۱)۷۵۳	(۱۶.۸۹)۱۵۳	کل
(۱۰۰)۳۸۷	(۶۲.۷۹)۲۴۳	(۳۷.۲۱)۱۴۴	مرد
(۱۰۰)۵۱۹	(۹۸.۲۷)۵۱۰	(۱.۷۳)۹	زن جنس
(۱۰۰)۹۰۶	(۸۳.۱۱)۷۵۳	(۱۶.۸۹)۱۵۳	کل
(۱۰۰)۴۵۸	(۸۱.۸۸)۳۷۵	(۱۸.۱۲)۸۳	روستا
(۱۰۰)۴۴۸	(۸۴.۳۸)۳۷۸	(۱۵.۶۲)۷۰	شهر محل سکونت
(۱۰۰)۹۰۶	(۸۳.۱۱)۷۵۳	(۱۶.۸۹)۱۵۳	کل
(۱۰۰)۹۱	(۹۰.۱۱)۸۲	(۹.۸۹)۹	بی سواد
(۱۰۰)۴۳۷	(۷۷.۱۲)۳۳۷	(۲۲.۸۸)۱۰۰	زیر دیپلم
(۱۰۰)۲۸۴	(۸۶.۶۲)۲۴۶	۱۳.۳۸)۳۸	دیپلم تحصیلات
(۱۰۰)۹۴	(۹۳.۶۲)۸۸	(۶.۳۸)۶	درجات دانشگاهی
(۱۰۰)۹۰۶	(۸۳.۱۱)۷۵۳	(۱۶.۸۹)۱۵۳	کل
(۱۰۰)۸۲۴	(۸۳.۱۳)۶۸۵	(۱۶.۸۷)۱۳۹	شاغل
(۱۰۰)۲۵	(۸۴.۰۰)۲۱	(۱۶.۰۰)۴	بیکار
(۱۰۰)۴۳	(۹۳.۰۲)۴۰	(۶.۹۸)۳	بازنشسته
(۱۰۰)۱۴	(۵۰.۰۰)۷	(۵۰.۰۰)۷	وضعیت اشتغال از کار افتداده
(۱۰۰)۹۰۶	(۸۳.۱۱)۷۵۳	(۱۶.۸۹)۱۵۳	کل
(۱۰۰)۲۲	(۸۶.۳۶)۱۹	(۱۳.۶۴)۳	یک نفر
(۱۰۰)۱۹۴	(۸۹.۱۸)۱۷۳	(۱۰.۸۲)۲۱	دو نفر
(۱۰۰)۳۳۶	(۷۹.۷۶)۲۶۸	(۲۰.۲۴)۶۸	سه نفر اندازه خانوار
(۱۰۰)۳۵۴	(۸۲.۷۷)۲۹۳	(۱۷.۲۳)۶۱	چهار نفر و بیشتر
(۱۰۰)۹۰۶	(۸۳.۱۱)۷۵۳	(۱۶.۸۹)۱۵۳	کل
(۱۰۰)۷۸۷	(۸۳.۱۰)۶۵۴	(۱۶.۹۰)۱۳۳	متأهل
(۱۰۰)۸۴	(۸۰.۹۵)۶۸	(۱۹.۰۵)۱۶	مجرد وضعیت تأهل
(۱۰۰)۳۵	(۸۸.۵۷)۳۱	(۱۱.۴۳)۴	مطلقه
(۱۰۰)۹۰۶	(۸۳.۱۱)۷۵۳	(۱۶.۸۹)۱۵۳	کل
(۱۰۰)۳۷۸	(۶۶.۶۷)۲۵۲	(۳۳.۳۳)۱۲۶	سرپرست خانوار
(۱۰۰)۵۲۸	(۹۴.۸۹)۵۰۱	(۵.۱۱)۲۷	عضو خانوار
(۱۰۰)۹۰۶	(۸۳.۱۱)۷۵۳	(۱۶.۸۹)۱۵۳	کل جایگاه فرد در خانوار
(۱۰۰)۲۲۷	(۸۹.۴۳)۲۰۳	(۱۰.۵۷)۲۴	چارک اول درآمدی (درآمد خیلی پایین)
(۱۰۰)۲۳۲	(۷۸.۸۸)۱۸۳	(۲۱.۱۲)۴۹	چارک دوم درآمدی (درآمد پایین)
(۱۰۰)۱۹۰	(۸۲.۶۳)۱۵۷	(۱۷.۳۷)۳۳	سطح درآمد چارک سوم درآمدی (درآمد متوسط)
(۱۰۰)۲۵۷	(۸۱.۷۱)۲۱۰	(۱۸.۲۹)۴۷	چارک چهارم درآمدی (درآمد زیاد)
(۱۰۰)۹۰۶	(۸۳.۱۱)۷۵۳	(۱۶.۸۹)۱۵۳	کل

*منظور از مصرف دخانیات، استفاده منظم از حداقال یکی از اشکال استعمال تنباق (شامل: سیگار، قلیان، پیپ، چپق و...). است.

**اعداد ارائه شده در پرانتز () درصد شیوع برای مصرف/ عدم مصرف دخانیات است.

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

متغیر	زیر گروهها	رژیم غذایی ناسالم*		کل	
		رژیم غذایی ناسالم*			
		بله	خیر		
تعداد(٪ شیوع)		تعداد(٪ شیوع)**		سن	
۲۰-۱۵ سال (نوجوان)	(۲۷.۷۸)۵	(۲۷.۲۲)۱۳	(۱۰۰)۱۸		
۴۵-۲۰ سال (جوان)	(۱۱.۰۸)۴۸	(۸۸.۹۲)۳۸۵	(۱۰۰)۴۳۳		
۶۰-۴۵ سال (میان سال)	(۸.۳۱)۳۱	(۹۱.۶۹)۳۴۲	(۱۰۰)۳۷۳		

(۱۰۰)۸۲	(۹۵.۱۲)۷۸	(۴.۸۸)۴	۶۰ سال و بالاتر (سالمند)
(۱۰۰)۹۰۶	(۹۰.۲۹)۸۱۸	(۹.۷۱)۸۸	کل
(۱۰۰)۳۸۷	(۸۹.۶۷)۳۴۷	(۱۰.۳۳)۴۰	مرد
(۱۰۰)۵۱۹	(۹۰.۷۵)۴۷۱	(۹.۲۵)۴۸	زن
(۱۰۰)۹۰۶	(۹۰.۲۹)۸۱۸	(۹.۷۱)۸۸	کل
(۱۰۰)۴۵۸	(۹۳.۴۵)۴۲۸	(۶.۵۵)۳۰	محل سکونت روستا
(۱۰۰)۴۴۸	(۸۷.۰۵)۳۹۰	(۱۲.۹۵)۵۸	شهر
(۱۰۰)۹۰۶	(۹۰.۲۹)۸۱۸	(۹.۷۱)۸۸	کل
(۱۰۰)۹۱	(۹۷.۸۰)۸۹	(۲.۲۰)۲	بی‌سواد تحصیلات
(۱۰۰)۴۳۷	(۸۷.۱۹)۳۸۱	(۱۲.۸۱)۵۶	زیر دپلم
(۱۰۰)۲۸۴	(۹۱.۹۰)۲۶۱	(۸.۱۰)۲۳	دپلم
(۱۰۰)۹۴	(۹۲.۵۵)۸۷	(۷.۴۵)۷	درجات دانشگاهی
(۱۰۰)۹۰۶	(۹۰.۲۹)۸۱۸	(۹.۷۱)۸۸	کل
(۱۰۰)۸۲۴	(۹۰.۱۷)۷۴۳	(۹.۸۳)۸۱	وضعیت اشتغال شاغل
(۱۰۰)۲۵	(۸۸.۰۰)۲۲	(۱۲.۰۰)۳	بیکار
(۱۰۰)۴۳	(۹۵.۳۵)۴۱	(۴.۶۵)۲	بازنیسته
(۱۰۰)۱۴	(۸۵.۷۱)۱۲	(۱۴.۲۹)۲	از کارافتاده
(۱۰۰)۹۰۶	(۹۰.۲۹)۸۱۸	(۹.۷۱)۸۸	کل
(۱۰۰)۲۲	(۸۱.۱۲)۱۸	(۱۸.۱۸)۴	اندازه خانوار یک نفر
(۱۰۰)۱۹۴	(۹۲.۲۷)۱۷۹	(۷.۷۳)۱۵	دو نفر
(۱۰۰)۳۳۶	(۹۰.۷۷)۳۰۵	(۹.۲۳)۳۱	سه نفر
(۱۰۰)۳۵۴	(۸۹.۲۷)۳۱۶	(۱۰.۷۳)۳۸	چهار نفر و بیشتر
(۱۰۰)۹۰۶	(۹۰.۲۹)۸۱۸	(۹.۷۱)۸۸	کل
(۱۰۰)۷۸۷	(۹۰.۷۲)۷۱۴	(۹.۲۸)۷۳	وضعیت تأهل متاهل
(۱۰۰)۸۴	(۸۲.۱۴)۶۹	(۱۷.۸۶)۱۵	مجرد
(۱۰۰)۳۵	(۱۰۰.۰۰)۳۵	(۰.۰۰)۰	مطلقه
(۱۰۰)۹۰۶	(۹۰.۲۹)۸۱۸	(۹.۷۱)۸۸	کل
(۱۰۰)۳۷۸	(۹۰.۲۱)۳۴۱	(۹.۷۹)۳۷	جایگاه فرد در خانوار سرپرست خانوار
(۱۰۰)۵۲۸	(۹۰.۳۴)۴۷۷	(۹.۶۶)۵۱	عضو خانوار
(۱۰۰)۹۰۶	(۹۰.۲۹)۸۱۸	(۹.۷۱)۸۸	کل
(۱۰۰)۲۲۷	(۸۷.۶۷)۱۹۹	(۱۲.۳۳)۲۸	سطح درآمد چارک اول درآمدی (درآمد خیلی پایین)
(۱۰۰)۲۳۲	(۸۷.۰۷)۲۰۲	(۱۲.۹۳)۳۰	چارک دوم درآمدی (درآمد پایین)
(۱۰۰)۱۹۰	(۹۲.۶۳)۱۷۶	(۷.۳۷)۱۴	چارک سوم درآمدی (درآمد متوسط)
(۱۰۰)۲۵۷	(۹۳.۷۷)۲۴۱	(۶.۲۳)۱۶	چارک چهارم درآمدی (درآمد زیاد)
(۱۰۰)۹۰۶	(۹۰.۲۹)۸۱۸	(۹.۷۱)۸۸	کل

*منظور از رژیم غذایی ناسالم، عدم استفاده کافی از لبنتیات، عدم استفاده کافی از میوه‌ها و سبزیجات و همچنین استفاده بیش از حد از روغن نامناسب، نمک و مصرف فست فودها است.

ترکیب رژیم غذایی فرد بر اساس موارد فوق به صورت امتیازبندی دستورالعمل جامع بهورزی تبیین و طبقه‌بندی گردیده است.

**اعداد ارائه شده در پرانتز () درصد شیوع برای رژیم غذایی سالم/ناسالم است.

جدول شماره ۳- شیوع کم‌تحرکی در گروههای مختلف اقتصادی-اجتماعی

متغیر	زیرگروه‌ها	کم تحرکی*		کل
		بله	خیر	
		تعداد (% شیوع)	تعداد (% شیوع)	
(۱۰۰)۱۸	(۷۲.۲۲)۱۳	(۲۷.۷۸)۵	(۷۲.۲۲)	۲۰-۱۵ سال (نوجوان)
(۱۰۰)۴۳۳	(۷۲.۰۶)۳۱۲	(۲۷.۹۴)۱۲۱	(۷۲.۰۶)	۴۵-۲۰ سال (جوان)
(۱۰۰)۳۷۳	(۷۳.۷۳)۲۷۵	(۲۶.۲۷)۹۸	(۷۳.۷۳)	۶۰-۴۵ سال (میان‌سال)
(۱۰۰)۸۲	(۶۷.۰۷)۵۵	(۳۲.۹۳)۲۷	(۶۷.۰۷)	۶۰ سال و بالاتر (سالمند)

(۱۰۰)۹۰۶		(۷۲.۳۰)۶۵۵	(۲۷.۷۰)۲۵۱	کل	
(۱۰۰)۳۸۷		(۷۸.۵۵)۳۰۴	(۲۱.۴۵)۸۳	مرد	جنس
(۱۰۰)۵۱۹		(۶۷.۶۳)۳۵۱	(۳۲.۳۷)۱۶۸	زن	
(۱۰۰)۹۰۶		(۷۲.۳۰)۶۵۵	(۲۷.۷۰)۲۵۱	کل	
(۱۰۰)۴۵۸		(۷۳.۳۶)۳۳۶	(۲۶.۹۴)۱۲۲	روستا	محل سکونت
(۱۰۰)۴۴۸		(۷۱.۲۱)۳۱۹	(۲۸.۷۹)۱۲۹	شهر	
(۱۰۰)۹۰۶		(۷۲.۳۰)۶۵۵	(۲۷.۷۰)۲۵۱	کل	
(۱۰۰)۹۱		(۷۴.۷۳)۶۸	(۲۵.۲۷)۲۳	بی سواد	تحصیلات
(۱۰۰)۴۳۷		(۷۲.۴۶)۳۲۱	(۲۶.۵۴)۱۱۶	زیر دیپلم	
(۱۰۰)۲۸۴		(۷۰.۴۲)۲۰۰	(۲۹.۵۸)۸۴	دیپلم	
(۱۰۰)۹۴		(۷۰.۲۱)۶۶	(۲۹.۷۹)۲۸	درجات دانشگاهی	
(۱۰۰)۹۰۶		(۷۲.۳۰)۶۵۵	(۲۷.۷۰)۲۵۱	کل	
(۱۰۰)۸۲۴		(۷۳.۳۰)۶۰۴	(۲۶.۷۰)۲۲۰	شاغل	وضعیت اشتغال
(۱۰۰)۲۵		(۷۹.۰۰)۱۹	(۲۴.۰۰)۶	بی کار	
(۱۰۰)۴۳		(۵۵.۸)۲۴	(۴۴.۱۹)۱۹	بازنیسته	
(۱۰۰)۱۴		(۵۷.۱۴)۸	(۴۲.۸۶)۶	از کار افتاده	
(۱۰۰)۹۰۶		(۷۲.۳۰)۶۵۵	(۲۷.۷۰)۲۵۱	کل	
(۱۰۰)۲۲		(۵۹.۰۹)۱۳	(۴۰.۹۱)۹	یک نفر	اندازه خانوار
(۱۰۰)۱۹۴		(۶۹.۰۷)۱۳۴	(۳۰.۹۳)۶۰	دو نفر	
(۱۰۰)۳۳۶		(۷۱.۷۳)۲۴۱	(۲۸.۲۷)۹۵	سه نفر	
(۱۰۰)۳۵۴		(۷۵.۴۲)۲۶۷	(۲۴.۵۸)۸۷	چهار نفر و بیشتر	
(۱۰۰)۹۰۶		(۷۲.۳۰)۶۵۵	(۲۷.۷۰)۲۵۱	کل	
(۱۰۰)۷۸۷		(۷۴.۵۹)۵۸۷	(۲۵.۴۱)۲۰۰	متاهل	وضعیت تأهل
(۱۰۰)۸۴		(۶۳.۱۰)۵۳	(۳۶.۹۰)۳۱	مجرد	
(۱۰۰)۳۵		(۴۲.۸۶)۱۵	(۵۷.۱۴)۲۰	مطلقه	
(۱۰۰)۹۰۶		(۷۲.۳۰)۶۵۵	(۲۷.۷۰)۲۵۱	کل	
(۱۰۰)۳۷۸		(۷۸.۳۱)۲۹۶	(۲۱.۶۹)۸۲	سرپرست خانوار	جایگاه فرد در خانوار
(۱۰۰)۵۲۸		(۶۷.۹۹)۳۵۹	(۳۰.۰۱)۱۶۹	عضو خانوار	
(۱۰۰)۹۰۶		(۷۲.۳۰)۶۵۵	(۲۷.۷۰)۲۵۱	کل	
(۱۰۰)۲۲۷		(۶۹.۶۰)۱۵۸	(۳۰.۴۰)۶۹	چارک اول درآمدی (درآمد خیلی پایین)	سطح درآمد
(۱۰۰)۲۳۲		(۷۴.۵۷)۱۷۳	(۲۵.۴۳)۵۹	چارک دوم درآمدی (درآمد پایین)	
(۱۰۰)۱۹۰		(۷۵.۷۹)۱۴۴	(۲۴.۲۴۶	چارک سوم درآمدی (درآمد متوسط)	
(۱۰۰)۲۵۷		(۷۰.۰۴)۱۸۰	(۲۹.۹۶)۷۷	چارک چهارم درآمدی (درآمد زیاد)	
(۱۰۰)۹۰۶		(۷۲.۳۰)۶۵۵	(۲۷.۷۰)۲۵۱	کل	

*منظور از کم تحرکی، کمتر از ۱۵۰ دقیقه تحرک فیزیکی متوسط و یا کمتر از ۷۵ دقیقه فعالیت فیزیکی شدید در هفته است.

** اعداد ارائه شده در پرانتز () درصد شیوع برای تحرک/کم تحرکی است.

جدول شماره ۴- ارتباط وضعیت اقتصادی- اجتماعی با مصرف دخانیات

متغیر	زیر گروه ها	نسبت شانس	Odds)	(Ratio	آنحراف استاندارد (SE)	آماره z	P-Value	فاصله اطمینان٪ ۹۵
سن	۱۵-۲۰ سال (نوجوان)	.۱۳۸۹۷۸۲	.۱۵۵۰۵۷۳	-۱.۷۷	.۰۰۷۷	.۰۱۵۶۰۵	.۱۲۳۷۷۳۷	۱.۲۳۷۷۳۷
۴۵-۶۰ سال (میان سال)	.۶۳۳۱۳۰۹	.۱۵۴۵۵۶۱	-۱.۸۷	.۰۰۶۱	.۰۰۷۷	.۳۹۲۳۷۶۸	۱.۰۲۱۶۰۷	
۶۰ سال و بالاتر (سالمند)	.۴۳۰۱۴۸	.۱۹۴۴۸۹۹	-۱.۸۷	.۰۰۶۲	.۰۰۷۷۳۱۶۸	.۱۰۴۳۴۸۴		
جنس مرد	۲۷.۵۶۹۲۲۳	۱۲.۲۴۳۸۲	۷.۴۷	.۰۰۰۰	.۱۱۰۵۴۵۰۶	.۶۵۸۳۴۴۴		

جدول شماره ۵- ارتباط وضعیت اقتصادی-اجتماعی با رژیم غذایی و تحرک فیزیکی

متغیر	زیرگروه‌ها	نسبت شانس (Odds Ratio)	انحراف استاندارد (SE)	آماره Z	P-Value	فاصله اطمینان %۹۵
نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در رژیم غذایی ناسالم						
۱۹.۸۸۳۴۷	۶۱۹۹۵۹۶	۰.۱۵۶	۱.۴۲	۳.۱۰۶۱۸۶	۳.۵۱۰۹۷۵	۱۵-۲۰ سال (نوجوان)
۵.۲۷۵۷۷۸	.۵۱۵۲۹۴۳	۰.۳۹۹	۰.۸۴	.۹۷۸۴۲۸۹	۱.۶۴۸۸۱	۲۰-۴۵ سال (جوان)
۴.۱۷۶۵۴	.۴۲۶۱۷۷۱	۰.۶۲۱	۰.۵۰	.۷۷۶۸۰۸۴	۱.۳۳۴۱۴۶	۴۵-۶۰ سال (میان‌سال)
۲.۱۴۲۰۰۸	.۵۰۹۰۷۴۳	۰.۹۰۶	۰.۱۲	.۳۸۲۷۸۱۷	۱.۰۴۴۲۴۲	زن
۴.۹۰۷۷۸۷	۱.۷۱۳۴۷۷	۰.۰۰۰	۳.۹۷	.۷۷۸۴۷۱۹	۲.۸۹۹۸۹۳	شهر
۱.۷۲۷۰۵۳	.۰۸۱۷۵۸۲	۰.۲۰۸	-۱.۲۶	.۲۹۲۴۱۳۹	.۳۷۵۷۶۶۸	بی‌سواد
۳.۴۳۲۴۹۹	۱.۱۳۴۲۷۳	۰.۰۱۶	۲.۴۱	.۵۵۷۳۵۸۴	۱.۹۷۳۲۵۵	زیر دیپلم
۲.۴۲۸۹۹۴	.۳۷۸۶۱۰۱	۰.۹۳۰	-۰.۰۹	.۴۵۴۷۲۲۵	.۹۵۸۹۷۹۴	درجات دانشگاهی
۷.۴۹۴۲۲۷	.۳۲۱۰۴۵۵	۰.۵۸۵	۰.۵۵	۱.۲۴۶۵۹۷	۱.۵۵۱۱۳۵	وضعیت اشتغال
۱۵.۵۶۴۰۹	.۲۷۱۶۸۸۱	۰.۴۸۵	۰.۷۰	۲.۱۲۳۵۷۱	۲.۰۵۶۳۵۱	بیکار
۲۵.۲۹۰۱۶	.۲۹۲۸۴۶۲	۰.۳۷۷	۰.۸۸	۳.۱۲۱۸۸۲	۲.۷۳۷۵۱۴	از کارافتاده
۲.۰۰۰۲۰۹	.۷۶۰۷۰۵۱	۰.۳۹۵	۰.۸۵	.۳۰۴۲۱۹۵	۱.۲۳۳۵۱۹	اندازه خانوار
۴.۰۱۴۹۶۷	.۸۴۵۲۳۱۳	۰.۱۲۴	۱.۵۴	.۷۳۲۲۶۲۳	۱.۸۴۲۱۶۶	وضعیت تأهل
(Empty)				۱		مطلقه
۳.۲۹۷۷۲۴	.۷۴۶۴۵۷۲	۰.۲۳۵	۱.۱۹	.۵۹۴۶۳۱۵	۱.۵۶۸۹۵۲	سرپرست خانوار
چایگاه فرد در خانوار						
۶.۹۵۲۲۳۲	۱.۶۸۳۷۹۴	۰.۰۰۱	۳.۴۰	۱.۲۳۷۶۸۱	۳.۴۲۱۴۲۱	چارک اول درآمدی (درآمد خیلی پایین)
۵.۱۶۸۲۱۳	۱.۳۴۸۵۰۲	۰.۰۰۵	۲.۸۳	.۹۰۴۸۲۸۳	۲.۶۳۹۹۵۲	چارک دوم درآمدی (درآمد پایین)
۲.۴۴۸۹۹۶	.۵۲۳۰۰۲۵	۰.۷۵۳	۰.۳۱	.۴۴۵۷۰۵۱	۱.۱۳۱۹۵۴	چارک سوم درآمدی (درآمد

نابرابری‌های اقتصادی- اجتماعی تحرک فیزیکی ناکافی							(متوسط)
۵.۴۲۹۵۱۳	.۵۵۶۰۴۷۵	۰.۳۴۲	۰.۹۵	۱.۰۱۰۰۷۹	۱.۷۳۷۵۴۶	۲۰-۴۵ سال (جوان)	سن
۵.۳۸۱۲۵۷	.۵۱۶۹۷۹۱	۰.۳۹۲	۰.۸۶	.۹۹۶۸۰۹۷	۱.۶۶۷۹۳۲	۴۵-۶۰ سال	
۷.۴۱۸۶۶۸	.۵۸۳۵۳۳	۰.۲۵۹	۱.۱۳	۱.۳۴۹۵۹۹	۲۰.۰۸۰۶۳۴	۶۰ سال و	
۱.۹۳۳۸۷۲	.۷۳۶۹۰۶۱	۰.۴۷۲	۰.۷۲	.۲۹۳۸۲۴۴۲	۱.۱۹۳۷۶۸	زن	جنس
۱.۴۳۸۴۷۶	.۷۵۰۲۶۹۱	۰.۸۱۸	۰.۲۳	.۱۷۲۵۰۴۸	۱.۰۰۸۸۶۷	شهر	محل
۲.۴۴۶۵۸۵	.۷۸۱۳۲۱۵	۰.۲۶۶	۱.۱۱	.۴۰۲۶۰۴۲	۱.۳۸۲۵۹۵	زیر دیپلم	تحصیلات
۲.۵۹۷۵۱۲	.۷۵۷۶۵۸۳	۰.۲۸۱	۱.۰۸	.۴۴۰۹۳۵۷	۱.۴۰۲۸۶۴	دیپلم	
۲.۶۴۹۶۱۸	.۵۷۴۵۱۰۸	۰.۵۹۰	۰.۵۴	.۴۸۱۱۳۹۸	۱.۲۳۳۷۸۹	درجات دانشگاهی	
.۷۶۰۴۸۹	.۱۸۱۳۷۲۶	۰.۰۰۷	-۲.۷۱	.۱۳۵۸۰۷۶	.۳۷۱۳۹۱۸	شاغل	وضعیت
.۸۷۸۹۶۸۱	.۰۷۸۸۹۲۵	۰.۰۳۰	-۲.۱۷	.۱۶۱۹۴۳۲	.۲۶۳۳۳۲۵	بیکار	اشتغال
۳.۲۵۸۳۰۲	.۲۰۹۳۱۹۲	۰.۷۸۵	-۰.۲۷	.۵۷۸۳۳۶۲	.۸۲۵۸۴۸	از کار افتاده	
۱۰۶۹۱۷۶۸	.۸۸۰۱۲۲۱	۰.۲۳۲	۱.۱۹	.۲۰۳۴۱۷۶	۱.۲۲۰۲۳	خانوارهای	اندازه خانوار
۳.۰۴۳۷۸۶	۱.۰۱۱۰۲۶	۰.۰۴۶	۲.۰۰	.۴۹۳۲۲۲۵۴	۱.۷۵۴۲۲۷	مجرد	وضعیت
۱۱.۸۶۹۵۴	۲.۴۴۸۹۵۹	۰.۰۰۰	۴.۱۸	۲.۱۷۰۸۱۴	۵.۳۹۱۴۷۶	مطلقه	تأهل
۳.۱۸۷۷۰۴	۱.۱۴۲۸۹۳	۰.۰۱۳	۲.۴۷	.۴۹۹۴۵۹۴	۱.۹۰۸۷۱۹	سرپرست خانوار	جایگاه فرد
۱.۹۱۶۴۲۶	.۷۴۷۰۲۲	۰.۴۵۵	۰.۷۵	.۲۸۷۵۶۹	۱.۱۹۶۵	چارک اول درآمدی	سطح درآمد
۱.۷۱۸۳۷۴	.۶۸۴۱۴۴۸	۰.۷۳۱	۰.۳۴	.۲۵۴۷۴۰۳	۱.۰۰۸۴۲۵۹	چارک دوم درآمدی	
۲.۱۷۱۹۹۸	.۸۹۲۳۲۲۴	۰.۱۴۵	-۲۰۳۰	.۳۱۵۹۳۳۲	۱.۳۹۲۱۶۵	چارک چهارم	

تعريف رژیم غذایی ناسالم باشد. به طوری که در مطالعه حاضر معیار رژیم غذایی ناسالم شامل پنج عامل مصرف ناکافی میوه و سبزیجات، شیر و لبنیات، استفاده از نمکدان در سر سفره، مصرف ماهیانه فست‌فود/ نوشابه‌های گازدار و مصرف روغن جامد بوده است. به طوری که امامیان و همکاران (۲۲) علاوه بر این متغیرها، متغیرهای دیگری مانند استفاده از ماهی، چیپس و پفک نیز بررسی شده بود.

شیوع کم‌تحرکی در افراد مورد بررسی در شهرستان لنگرود ۲۷/۷ درصد بود. این یافته در مقایسه با نتایج مطالعه بررسی شیوع کم‌تحرکی در استان گیلان که ۲۸/۵ درصد است (۲۴) تا حدود زیادی همخوانی دارد ولی با نتایج حاصل از بررسی ملی وزارت بهداشت، شیوع کم‌تحرکی در گروه سنی ۱۵-۶۴ سال در ایران که ۴۰/۱۲ درصد گزارش شده است (۲۵) یا با پژوهش‌های انجام شده در آمریکا، سوئد و استرالیا که شیوع کم‌تحرکی افراد را به ترتیب ۸۶درصد، ۴۰درصد و ۶۷درصد عنوان نموده‌اند (۲۶) از درصد پایین‌تری برخوردار است. گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۷) حکایت از شیوع ۸۸ درصدی کم‌تحرکی در جمعیت بزرگ‌سال ایرانی داشته است که بیشتر از نتایج این مطالعه است و احتمالاً وجود زمینه کشاورزی در منطقه یا از افزایش آگاهی مردم نسبت به تأثیر فعالیت فیزیکی بر سلامت نشأت گرفته است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد در سطوح خرد کشوری (درون

بحث

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر شیوع کلی مصرف دخانیات در شهرستان لنگرود ۱۶/۸ درصد است. این یافته در مقایسه با نتایج مطالعه عسگری و همکاران (۱۹) کل کشور با شیوع ۱۴ درصد و عبادی و همکاران (۲۰) ۱۵/۴۲ درصد از میزان بالاتری و با نتایج یافته‌های مطالعه محراجی و همکاران (۲۱) که معتقد است ۲۰/۱ درصد از جمعیت ۱۵-۶۴ سال ایران دخانیات مصرف می‌کنند از میزان پایین‌تری برخوردار بود. سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰ میلادی اعلام کرد که شیوع مصرف سیگار در ایران به طور کلی ۱۲ درصد است و انتظار می‌رود این میزان با برنامه‌ریزی‌های به عمل آمده تا سال ۲۰۲۵ میلادی به ۹ درصد کاهش یابد (۲۲)، با این وجود شیوع ۱۶/۵ درصدی سیگار در شهرستان لنگرود اگرچه محدود به یک منطقه جغرافیایی است اما می‌تواند حاکی از یک افزایش گسترده در مصرف سیگار و نگران‌کننده باشد.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر شیوع رژیم غذایی ناسالم در افراد مورد بررسی در شهرستان لنگرود ۹/۷ درصد است. این یافته در مقایسه با نتایج مطالعه امامیان و همکاران (۲۳) در شهرستان شاهرود با ۵۳/۳ درصد از میزان بسیار پایین‌تری برخوردار است. شاید یکی از علل این تفاوت بیان متغیرهای تعیین‌شده برای

باروری) بین سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۷ در ۳۳ کشورهای آفریقایی جنوبی باهدف بررسی شیوع فشارخون بالا، اضافه وزن/چاقی، مصرف دخانیات و الكل در مقایسه با زنان ثروتمند انجام گرفت نیز همخوانی دارد. متغیرهای این مطالعه شامل فشارخون بالا، اضافه وزن / چاقی، مصرف الكل و مصرف دخانیات بود. مطالعه دیگری که توسط مرادی و همکاران (۳۰) بر روی تحرک فیزیکی نوجوانان ۱۰ تا ۱۲ سال در سطح ملی انجام‌شده نیز نشان می‌دهد سطح اقتصادی - اجتماعی، سواد والدین و جنسیت نوجوانان با سطح فعالیت بدنی ارتباط داشت. در این مطالعه نوجوانان مادران با تحصیلات متوسطه و دبیرستان نسبت به مادران دارای دیپلم دبیرستان یا بالاتر بی‌تحرکی بیشتری داشتند (CI: ۱/۷۷-۱/۰۲ OR= ۱/۳۵; 95%). شاخص غلظت تمرکز در این مطالعه نشان داد که تمرکز بیشتر عدم تحرک بدنی در نوجوانان با سطح اقتصادی- اجتماعی پایین است (۳۰).

نتیجه‌گیری

نابرابری اقتصادی-اجتماعی زیادی در سطح خرد (درون شهرستان لنگرود) در مواجهه با عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر وجود دارد. بر این اساس به نظر می‌رسد وجود و گسترش نابرابری‌های اقتصادی- اجتماعی، احتمال مواجهه با عوامل خطر رفتاری بیماری‌های غیرواگیر را تشید نماید و نابرابری‌های وضعیت سلامت را افزایش دهد. بر این اساس کاهش نابرابری‌های در وضعیت سلامت و دسترسی به پوشش همگانی سلامت نیازمند کاهش نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی و عوامل زمینه‌ساز آن است. همچنین سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان حوزه سلامت در طراحی و اجرای برنامه‌های بهداشتی باید به زمینه‌های اقتصادی- اجتماعی مناطق مورد هدف بیش از پیش توجه نمایند.

References

- Hamzehkhani MS, Zahiri M, Haghigizadeh MH, Dehcheshmeh NF. Evaluating the quality of Iran's Package of Essential Non-communicable (IraPEN) disease in the Eastern Health Center of Ahvaz: Viewpoints of the referring patients. Archives of Pharmacy Practice. 2020; 1: 62.
- Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Implementing the world health organization's package of essential noncommunicable disease interventions in primary care settings. Journal of the Scientific Society. 2017; 44: 165.
- Etemad K, Heidari A, Panahi M, Lotfi M, Fallah F, Sadeghi S. A Challenges in Implementing Package of Essential Noncommunicable Diseases Interventions in Iran's Healthcare System. Journal of health research in community. 2016; 2: 32-43.
- Peykari N, Hashemi H, Dinarvand R, Haji-Aghajani M, Malekzadeh R, Sadrolsadat A, et al. National action plan for non-communicable diseases prevention and control in Iran; a response to emerging epidemic. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2017; 16: 3.
- Cobiac LJ, Scarborough P. Translating the WHO 25× 25 goals into a UK context: the PROMISE modelling study. BMJ open. 2017; 7: e012805.
- Martin-Diener E, Meyer J, Braun J, Tarnutzer S, Faeh D, Rohrmann S, et al. The combined effect on survival of four main behavioural risk factors for non-communicable diseases. Preventive medicine. 2014;65:148-52.
- Herd P, Goesling B, House JS. Socioeconomic position and health: the differential effects of education versus income on the onset versus progression of health problems. Journal of health and social behavior. 2007; 48: 223-38.

8. Anderson NB, Armstead CA. Toward understanding the association of socioeconomic status and health: A new challenge for the biopsychosocial approach. *Psychosomatic medicine*. 1995; 57: 213-25.
9. Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology*. 2004; 34: 295-305.
10. Geyer S, Peter R. Income, occupational position, qualification and health inequalities—competing risks?(Comparing indicators of social status). *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2000; 54: 299-305.
11. Marmot M. Social determinants of health: from observation to policy. *The Medical Journal of Australia*. 2000; 172: 379-82.
12. Turrell G, Mathers CD. Socioeconomic status and health in Australia. *The Medical Journal of Australia*. 2000; 172: 434-8.
13. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social science & medicine*. 2013; 90: 24-31.
14. Gibson M, Petticrew M, Bambra C, Sowden AJ, Wright KE, Whitehead M. Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. *Health & place*. 2011; 17: 175-84.
15. Organization WH. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2010.
16. Bambra C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2010; 64: 284-91.
17. Organization WH. WHO STEPS surveillance manual: the WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance. World Health Organization, 2005 9241593830.
18. Hosseini shokoh SM, Arab M, Emamgholipour S, Rashidian A, Montazeri A, Zaboli R. Conceptual Models of Social Determinants of Health: A Narrative Review. *Iran J Public Health*. 46: 435-446.
19. Asgari F, Mirzazadeh A, Miri H. Non-communicable diseases risk factors surveillance data book for 2007. Ministry of Health and Medical Education. 2010.
20. 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: 365-72.
21. Mehrabi S, Delavari A, Moradi G, 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: 1-9.
22. Organization WH. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025: World Health Organization; 2018.
23. Emamian MH, Alami A, Fateh M. Socioeconomic Inequality in Non-Communicable Disease Risk Factors in Shahroud, Iran. *irje*. 2011; 7(3): 44-51.
24. Investigation and analysis of risk factors in middle-aged people Guilan, Iran: Guilan University of Medical Sciences; 2019 [cited 2020 Oct 24]. Available from: <https://www.gums.ac.ir/shohadah/Page.aspx?mid=21109&Page=News>Shownews&NewsId=53959&NewsDate=13980828>.
25. Asgari F, Haghazali M, Heydarian H. Non-communicable diseases risk factors surveillance in Iran. 2009.
26. Organization WH. Review of physical activity promotion policy development and legislation in European Union Member States. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011.
27. Organization WH. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015: World Health Organization; 2015.
28. Moradi G, Mohammad K, Majdzadeh R, Ardkani 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: 671-83.
29. Yaya S, Uthman OA, Ekhullenetale M, Bishwajit G. Socioeconomic inequalities in the risk factors of noncommunicable diseases among women of reproductive age in sub-saharan Africa: a multi-country analysis of survey data. *Frontiers in public health*. 2018; 6: 307.
30. Moradi G, Mostafavi F, Piroozi B, et al. The prevalence of physical inactivity in Iranian adolescents and the impact of economic and social inequalities on it: results of a National Study in 2018. *BMC Public Health*. 2020 Oct; 20: 1499.

Relationship between Socioeconomic Status and Non-Communicable Diseases Risk Factors: A Case Study in North of Iran

Lida Shams¹, Gholamreza Brenjkar², Taha Nasiri³, Mohammad Meskarpour Amiri⁴

1- Assistant Professor, Virtual School of Medical Education and Management, Department of Health Management, Policy and Economic, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Instructor, Health Workers Training Center, Langrud City, Gilan, Iran

3- Assistant Professor, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding author: Mohammad Meskarpou_Amiri; mailer.amiri@gmail.com

(Received 14 October 2020; Accepted 17 March 2021)

Background and Objectives: The aim of this study was to investigate the relationship between socioeconomic status and non-communicable diseases (NCD) risk factors in one of the northern counties of Iran.

Methods: A descriptive-analytical cross-sectional study was conducted in Langrud County in 2019. In this study, 906 rural and urban households were surveyed using mixed sampling. The data collection tool was the standard questionnaire of "NCD disease care system". Households' exposure to NCD behavioral risk factors (including unhealthy diet, sedentary lifestyle and smoking) in different socio-economic groups was examined and compared with logistic regression models using the STATA software.

Results: The probability of smoking in illiterate subjects and those with unfinished high school education and high school diploma was 5.1, 7.5 and 4.2 times higher than those with university education ($OR = 5.1, 7.5, 4.2$; $P < 0.05$). The probability of unhealthy diets in the first and second quartiles of income (very low and low income) was 3.4 and 2.6 times higher compared to the people in the fourth quartile of income (high income) ($P < 0.05$; $OR = 3.4, 2.6$).

Conclusion: The micro-level socioeconomic inequalities (within the county) have a significant relationship with households' exposure to NCD risk factors. Reducing socio-economic inequalities at the micro level should be considered as an appropriate tool to reduce health inequality at the macro level.

Keywords: Socio-economic determinants of health, Risk factors, Non-communicable diseases (NCD)

