

به نام خدا

گزارش نهایی

طرح تحقیقاتی

عنوان:

بررسی و تحلیل عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی و سرطانهای پستان، دهانه رحم، روده بزرگ، بیماریهای قلبی - عروقی، پوکی استخوان و عفونت های آمیزشی در افراد میانسال (۳۰-۵۹ سال) در ایران

*۱۳۹۸-۱۳۹۹ هجری شمسی

گزارش نهایی

طرح تحقیقاتی

عنوان:

بررسی و تحلیل عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی و سرطانهای پستان، دهانه رحم، روده بزرگ، بیماریهای قلبی - عروقی، پوکی استخوان و عفونت های آمیزشی در افراد میانسال (۵۹-۳۰ سال) در ایران

مجریان:

دکتر خالد رحمانی

دکتر پروانه تیموری

دکتر فریبا خیاطی

همکاران اصلی:

دکتر مطهره علامه، دکتر عالیبه فراهانی، دکتر معصومه ارویی، دکتر طاهره پاشایی، کیومرث خمیس آبادی، طاهره دیده بان، معین یوسفی

با همکاری:

مدیریت سلامت جمعیت، خانواده و مدارس دانشگاههای علوم پزشکی -

البرز: دکتر زهرا داداشی، دکتر آتوسا جابر سینه

بوشهر: دکتر آریتا انارکی، سرکار خانم جفره ای

کرمانشاه: سرکار خانم مهرانگیز جمشیدپور، سرکار خانم فریبا سهرابی

گیلان: دکتر فرحناز پاکدامن، سرکار خانم نسرین روحانی

مشهد: دکتر محمد احمدیان، سرکار خانم وجیهه شایسته شیران

کردستان: دکتر مهدی ذکایی، سرکار خانم بیان صلاحیان

زیر نظر: موسسه ملی تحقیقات سلامت

ناظر: دکتر نوشین فهیم فر

به سفارش: دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

*۱۳۹۸-۱۳۹۹ هجری شمسی

۵.....	چکیده
۸.....	فصل اول: بیان مسئله و ضرورت اجرای طرح
۹.....	۱-۱. بیان مساله
۱۴.....	۲-۱. اهداف (خروجی ها) اصلی طرح
۱۵.....	۱-۲-۱. اهداف (خروجی ها) اختصاصی توصیفی طرح
۱۶.....	۲-۲-۱. اهداف (خروجی ها) اختصاصی تحلیلی طرح
۱۷.....	فصل دوم: بررسی متون
۱۸.....	۱-۲. سابقه طرح و بررسی متون
۲۱.....	فصل سوم: مواد و روش ها
۲۲.....	۱-۳. متدولوژی
۲۲.....	۱-۱-۳. نوع مطالعه
۲۲.....	۲-۱-۳. جمعیت مورد مطالعه
۲۲.....	۳-۱-۳. حجم نمونه و روش نمونه‌گیری
۲۹.....	۴-۱-۳. ابزارها و روش جمع‌آوری داده ها
۳۰.....	۵-۱-۳. پرسشگری، نحوه پرسشگری و آموزش پرسشگران
۳۱.....	۶-۱-۳. نظارت بر اجرای طرح
۳۲.....	۲-۳. ملاحظات اخلاقی طرح
۳۲.....	۳-۳. تجزیه و تحلیل داده ها
۳۴.....	فصل چهارم: یافته ها
۳۵.....	۱-۴. آنالیز توصیفی داده ها
۳۵.....	۱-۱-۴. ویژگی های دموگرافیک
۴۳.....	۲-۱-۴. سوابق پزشکی افراد
۵۰.....	۳-۱-۴. سوابق بیماری در خانواده
۵۳.....	۴-۱-۴. سوابق انجام تست های آزمایشگاهی و تشخیصی

۵۵	۴-۱-۵. شیوه و سبک زندگی افراد
۶۷	۴-۱-۶. وضعیت رفتارهای پرخطر جنسی و اعتیاد افراد
۶۹	۴-۱-۷. بهداشت و سلامت باروری زنان
۷۹	۴-۱-۸. تن سنجی و وضعیت فشارخون افراد در زمان مطالعه
۸۶	۴-۱-۹. بررسی وضعیت عوامل خطر اختصاصی سرطان پستان
۸۹	۴-۱-۱۰. بررسی وضعیت عوامل خطر اختصاصی سرطان دهانه رحم
۹۲	۴-۱-۱۱. بررسی وضعیت عوامل خطر اختصاصی سرطان کولورکتال
۹۷	۴-۱-۱۲. بررسی وضعیت عوامل خطر اختصاصی بیماریهای قلبی-عروقی
۱۰۵	۴-۱-۱۳. بررسی وضعیت عوامل خطر اختصاصی پوکی استخوان
۱۱۰	۴-۱-۱۴. بررسی وضعیت عوامل خطر اختصاصی عفونت های آمیزشی
۱۱۳	۴-۲. آنالیز تحلیلی داده ها
۱۳۰	فصل پنجم
۱۳۰	بحث و نتیجه گیری
۱۳۱	۵-۱. بحث
۱۳۶	۵-۲. نتیجه گیری
۱۳۷	۵-۳. پیشنهادات
۱۳۸	منابع

چکیده

مقدمه

در حال حاضر دانش اندکی در زمینه وضعیت رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی در بین مردم ایران به ویژه افراد میانسال وجود دارد. جمعیت ایران در حال تجربه کردن گذار سبک زندگی یک کشور در حال توسعه به سمت تغییر سریع مدرنیته شدن است. پر واضح است که تا زمان انجام این مطالعه، وضعیت سلامت میانسالان در ایران و به ویژه تحلیل عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی، سرطانهای پستان، دهانه رحم، روده بزرگ، بیماریهای قلبی - عروقی، پوکی استخوان و عفونتهای آمیزشی این گروه سنی با استفاده از یک مطالعه مبتنی بر جمعیت مورد بررسی قرار نگرفته بود. مطالعه حاضر با هدف تعیین و تحلیل عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی و سرطانهای پستان، دهانه رحم، روده بزرگ، بیماریهای قلبی - عروقی، پوکی استخوان و عفونتهای آمیزشی در افراد میانسال (۳۰-۵۹ سال) در ایران طراحی و اجرا شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نظر هدف یک مطالعه کاربردی و از نظر طراحی یک بررسی مقطعی بود که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. این مطالعه بر روی ۴۱۱۲ نفر از جمعیت میانسالان (۳۰ تا ۵۹ سال) کشور که با استفاده از نمونه گیری چند مرحله ای (خوشه ای، طبقه ای و تصادفی) و از ۵ دانشگاه علوم پزشکی (مشهد، گیلان، البرز، بوشهر و کرمانشاه) واقع در ۵ منطقه جغرافیایی مختلف انتخاب شده بودند انجام شد. داده ها ابتدا با استفاده از آمارهای توصیفی همچون فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار با لحاظ نمودن وزن جمعیتی کلاسترهای مختلف خلاصه سازی شدند. برای تحلیل روابط بین متغیرها هم براساس نوع متغیر، از آزمون های کای اسکوئر، تی مستقل (یا معادل ناپارامتریک آن یعنی من ویتنی) و مدلسازی رگرسیون لجستیک در نرم افزار Stata نسخه ۱۴ استفاده شد.

یافته ها

تعداد ۴۱۱۲ نفر (به نسبت مساوی زن و مرد) وارد مطالعه شدند. میانگین و انحراف معیار سن آنها $7/8 \pm$ سال بود. حدود ۷۴/۳ درصد ساکن مناطق شهری و ۲۵/۷ درصد هم ساکن مناطق روستایی بودند. از بین میانسالان مورد بررسی ۶/۲ درصد (۳/۴ درصد از مردان و ۹ درصد از زنان) بی سواد، ۵۴ درصد تحصیلات زیر دیپلم، ۳۱/۷ درصد هم دیپلم یا فوق دیپلم و ۱۴/۲ درصد تحصیلات آکادمیک (لیسانس و بالاتر) داشتند. از نظر شغلی هم در بین زنان حدود ۸۶ درصد خانه دار بودند و در بین مردان هم حدود ۵۳ درصد شغل آزاد با بیمه خویش فرما را داشتند. ۲۲/۶ درصد از جمعیت میانسال در منازل استیجاری زندگی می کردند، ۳۶/۷ درصد از افراد فاقد وسیله نقلیه شخصی و ۴/۷ درصد آنها تحت پوشش نهادهای حمایتی بودند. از بین آنها، تنها ۱۸/۹ درصد بیمه تکمیلی داشتند. شیوع پرفشاری خون براساس سابقه ابتلا و سنجش فشارخون در زمان مصاحبه ۱۷/۸ درصد بود. در اندازه گیری قبل و بعد از پرسشگری فشارخون افراد، به ترتیب ۱۴/۹ و ۱۱/۹ درصد فشارخون سیستولی بالا داشتند و شیوع فشارخون دیاستولی بالا هم قبل و بعد از پرسشگری به ترتیب ۱۵/۶ و ۱۳/۱ درصد بود. شیوع دیابت و هیپر لیپیدمی بر اساس اظهارات افراد به ترتیب ۵/۷ و ۱۱/۳ درصد بود. حدود ۵۱ درصد از جمعیت زنان خودآزمایی پستان را انجام می دادند و درصد انجام معاینات بالینی سالیانه و ماموگرافی پستان به ترتیب ۲۵/۴ و ۱۳/۷ درصد بود. حدود ۲/۵ درصد از افراد پوکی استخوان و ۶۱/۳ درصد از آنها کم تحرکی یا فعالیت فیزیکی ناکافی داشتند. شیوع اضافه وزن و چاقی به ترتیب ۴۳/۱ و ۲۳/۵ درصد بود. از بین افراد مورد بررسی ۴۳/۹ درصد شامل ۶۷/۴ درصد از زنان و ۲۰/۹ درصد از مردان چاقی شکمی داشتند. حدود ۱۷ درصد (۵/۲ درصد زنان و ۲۸/۵ درصد مردان) مصرف کننده سیگار بودند. تنها ۴۱/۹ درصد از افراد میانسال مصرف لبنیات کافی روزانه (۲ واحد و بیشتر) را داشتند. از بین افراد بررسی شده، ۴۲/۱ درصد و ۵۶/۷ درصد به ترتیب مصرف سبزی و میوه کافی را نداشتند. حدود ۲۲ درصد از افراد همیشه از نمکدان در کنار سفره استفاده می کردند و ۱۲/۴ درصد افراد مصرف شیرینی به صورت همیشگی داشتند.

نتیجه گیری

بر اساس یافته های این مطالعه، فشارخون بالا، سبک زندگی نامناسب، فعالیت فیزیکی پائین، مصرف بالای فست فود و نوشابه های گازدار، عدم توجه کافی در انتخاب روغن های مصرفی خانوار، شیوع بالای مصرف

سیگار، اضافه وزن و چاقی، چاقی شکمی، فعالیت فیزیکی ناکافی، پائین بودن معاینات بالینی و انجام ماموگرافی پستان، توجه کمتر به مراقبت های بهداشتی از جمله عدم توجه کافی به درمان عفونت های آمیزشی عمده مشکلات مرتبط با سلامت در جمعیت میانسالان کشور می باشد. مطالعه حاضر که اولین پیمایش ملی اختصاصی در گروه سنی میانسالان (۳۰ تا ۵۹ سال) در ایران می باشد حاوی یافته های ارزشمندی برای مسئولان و سیاستگذاران سلامت در کشور است و می تواند در برنامه ریزی و اجرای برنامه های مداخله ای مرتبط کمک کننده باشد.

فصل اول: بیان مسئله و ضرورت اجرای طرح

۱-۱. بیان مساله

چالش های پیش روی بهداشت عمومی در قرن ۲۱ بطور چشمگیری متفاوت از چالشهای گذشته است. تغییرات سریع و شگرف اجتماعی ناشی از روند توسعه و بویژه افزایش سن جمعیت موجب ازدیاد میزان مرگ و بار مالی بیماریهای قلبی و عروقی و سرطانیها شده است. بیماریهای غیرواگیر مسئول بیش از ۵۳٪ بار بیماریها بوده و انتظار میرود تا سال ۲۰۲۰ عامل سببی ۶۰٪ بار بیماریها و ۷۳٪ تمام موارد مرگ باشند. تخمین زده میشود که ۸۰٪ مرگهای ناشی از بیماریهای غیرواگیر در کشورهای در حال توسعه رخ خواهند داد. چنین روندی هم برای ایران پیش بینی شده و تخمین زده میشود که بیش از ۷۶٪ کل بار بیماریها مرتبط با این بیماریها باشد.

هزینه بالای مراقبتهای بهداشتی، ضرورت تغییر از تاکید بر مراقبت به سمت ارتقا سلامت و پیشگیری از بیماریها و سوانح بجای صرفا درمان این مشکلات را مطرح می سازد. اساس برنامه های پیشگیری از بیماریهای غیر واگیر در برنامه های ارتقا سلامت، شناخت عوامل خطر و پیشگیری و کنترل آنها است. سازمان جهانی بهداشت بر اهمیت ارتقا سلامت از جمله ترغیب / تشویق سبک زندگی سالم، ایجاد محیط های حمایتی برای سلامت، تقویت خدمات موجود تاکید نموده است. بسیاری از بیماری های غیرواگیر با تغییر در سبک زندگی افراد، کاهش می یابند. پایه پیشگیری از بیماریهای غیر واگیر، شناسایی عوامل خطر اولیه و عمده آنها و پیشگیری و کنترل این عوامل است. بروز بیماریهای غیرواگیر در ارتباط با عوامل زمینه سازی مانند نداشتن تحرک بدنی، مصرف دخانیات، تغذیه ناسالم و عدم رعایت ایمنی است. از طرف دیگر تغییر در سبک زندگی در زمینه کنترل و پیشگیری بیماری های غیرواگیر و شناسایی افراد در معرض خطر قابل دستیابی است. برای مداخله و تغییر سبک زندگی به اطلاعات مربوطه نیازاست. کاهش میزان مواجهه افراد و جمعیت های در معرض عوامل خطر قابل تغییر مانند مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، عدم تحرک بدنی و مصرف الکل برای اتخاذ انتخابهای سالمتر و پیگیری الگوهای سبک زندگی جامعه اجتناب ناپذیر است. چنانچه اقدام مناسب و به هنگام بعمل آید، از ظهور بسیاری از بیماری غیرواگیر می توان پیشگیری کرد.

در حال حاضر دانش اندکی در زمینه وضعیت رفتارهای سبک زندگی ارتقا دهنده سلامتی در بین مردم ایران به ویژه افراد میانسال وجود دارد. جمعیت ایران در حال تجربه کردن گذار سبک زندگی یک کشور در حال توسعه به سمت تغییر سریع مدرنیته شدن است. سیاست گذاران سلامت و ارائه دهندگان خدمات، برای شناخت سبک زندگی ارتقا دهنده سلامتی جمعیت در حال رشد ایران، به اطلاعات بیشتری نیاز دارند. ارزیابی صحیح سبک زندگی و رفتارهای سالم برای طراحی برنامه های ارتقا دهنده و پیشگیری کننده ضرورت دارد. پرواضح است بسیاری از بیماری های غیر واگیر با تغییر در سبک زندگی افراد، قابل کاهش هستند. کاهش میزان مواجهه افراد و جمعیت های در معرض عوامل خطر قابل تغییر مانند مصرف سیگار، رژیم غذایی ناسالم، عدم تحرک بدنی و مصرف الکل برای اتخاذ انتخاب های سالمتر و پیگیری الگوهای سبک زندگی جامعه اجتناب ناپذیر است. از طرف دیگر تغییر در سبک زندگی در زمینه کنترل و پیشگیری بیماری های غیرواگیر و شناسایی افراد در معرض خطر در کوتاه مدت قابل حصول و دستیابی است. برای تغییر سبک زندگی به عنوان یک عامل مداخله، نیاز به داشتن اطلاعات سبک زندگی است که ما در این مطالعه به آن پرداخته ایم. در واقع پروژه حاضر در راستای ارتقای سلامت میانسالان و با هدف تعیین شیوع عوامل خطر مهم بیماری های غیرواگیر در جمعیت میانسالان ایران انجام می شود تا با تعیین سیمای اپیدمیولوژیک عوامل خطر مرتبط با این بیماریها نسبت به برنامه ریزی و انجام مداخلات مرتبط اقدام شود.

چالش های پیش رو بهداشت عمومی در قرن ۲۱ بطور چشمگیری متفاوت از چالشهای گذشته است. تغییرات سریع و شگرف اجتماعی ناشی از روند توسعه و بویژه افزایش سن جمعیت موجب ازدیاد میزان مرگ و بار مالی بیماریهای قلبی و عروقی و سرطانها شده است. بیماریهای غیر واگیر مسئول بیش از ۵۳٪ بار بیماریها بوده و انتظار میرود تا سال ۲۰۲۰ عامل سببی ۶۰٪ بار بیماریها و ۷۳٪ تمام موارد مرگ باشند(۱). تخمین زده میشود که ۸۰٪ مرگ ناشی از بیماریهای غیر واگیر در کشورهای در حال توسعه رخ خواهند داد. چنین روندی برای ایران پیش بینی شده است و تخمین زده می شود که بیش از ۷۶٪ کل بار بیماریها مرتبط با این بیماریها باشند(۱).

هزینه بالای مراقبت‌های بهداشتی ضرورت تغییر از تاکید بر مراقبت به سمت ارتقا سلامت و پیشگیری از بیماری یا سوانح بجای صرفا درمان این مشکلات را مطرح می‌سازد. اساس برنامه های پیشگیری از بیماریهای غیر واگیر در برنامه های ارتقا سلامت، شناخت عوامل خطر و پیشگیری و کنترل آنها است. سازمان جهانی بهداشت بر اهمیت ارتقا سلامت از جمله ترغیب / تشویق سبک زندگی سالم، ایجاد محیط های حمایتی برای سلامت، تقویت خدمات موجود تاکید نموده است(۲). بسیاری از بیماری های غیر واگیر با تغییر در سبک زندگی افراد، قابل کاهش هستند. پایه پیشگیری از بیماری های غیر واگیر، شناسایی عوامل خطر اولیه عمده آنها و پیشگیری و کنترل این عوامل است(۳). بروز بیماریهای غیر واگیر در ارتباط با عوامل زمینه سازی مانند نداشتن تحرک بدنی، مصرف دخانیات، تغذیه ناسالم و عدم رعایت ایمنی است. از طرف دیگر تغییر در سبک زندگی در زمینه کنترل و پیشگیری بیماری های غیر واگیر و شناسایی افراد در معرض خطر قابل دستیابی است. برای تغییر سبک زندگی به عنوان یک عامل مداخله نیاز به اطلاعات سبک زندگی است. کاهش میزان مواجهه افراد و جمعیت‌های در معرض عوامل خطر قابل تغییر مانند مصرف سیگار، رژیم غذایی ناسالم، عدم تحرک بدنی و مصرف الکل برای اتخاذ انتخاب‌های سالمتر و پیگیری الگوهای سبک زندگی جامعه اجتناب ناپذیر است. چنانچه اقدام مناسب و به هنگام بعمل آید، از ظهور بسیاری از بیماری غیر واگیر میتوان پیشگیری کرد. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط در ایران، عوامل مداخله ای مورد نظر برای کنترل بیماری های غیر واگیر مانند عوامل سبک زندگی و فعالیت های فیزیکی روزانه مناسب را مورد تاکید قرار داده است (۴). هدف این برنامه کاهش ۲۵٪ تعداد مرگ و میرهای زودرس ناشی از بیماریهای غیر واگیر تا سال ۲۰۲۵ با تاکید بر کنترل عوامل خطر مانند مصرف دخانیات، مصرف الکل، رژیم غذایی ناسالم، و عدم فعالیت فیزیکی در بروز این بیماریها است(۵).

سبک زندگی به عنوان همه رفتارهای تحت کنترل فرد از جمله اقدامات یا اعمال تاثیر گذار بر سلامتی افراد اطلاق میشود(۴). همچنین سبک زندگی بعنوان الگوی منظم روزانه زندگی تعریف شده است. همچنین رفتارهای حفظ سلامتی مانند کاهش خطر، پیشگیری و رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی، به عنوان دو جز مکمل سبک زندگی سالم در یک رویکرد جامع برنامه های ارتقا سلامت در نظر گرفته می شوند(۳، ۵).

در حال حاضر دانش اندکی در زمینه وضعیت رفتارهای سبک زندگی ارتقا دهنده سلامتی در بین مردم ایران وجود دارد. جمعیت ایران در حال تجربه کردن گذار سبک زندگی یک کشور در حال توسعه به سمت تغییر سریع مدرنیته شدن است. سیاست گذاران سلامت و ارائه دهندگان خدمات، برای شناخت سبک زندگی ارتقا دهنده سلامتی جمعیت در حال رشد ایران به اطلاعات خیلی بیشتری نیاز دارند. ارزیابی صحیح سبک زندگی و رفتارهای سالم برای طراحی برنامه های ارتقا دهنده و پیشگیری کننده ضرورت دارد. در فرآیند ارتقا برنامه های سلامت ملی، ایران باید بیماری های مرتبط با سبک زندگی (مثل چاقی - دیابت، سرطان ها - قلبی - عروقی) را شناسایی کند. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط، عوامل مداخله ای مورد نظر برای کنترل بیماری های غیر واگیر در ایران را در هفت مورد خلاصه می نماید: عوامل پس زمینه ای، عوامل زمینه ای، سبک زندگی، عوامل شغلی، سوانح و حوادث، عوامل فیزیولوژیک و عوامل پاتولوژیک. افزایش تدریجی شواهد و مستندات پیشنهاد می کنند که گزینه های و الگوهای سبک زندگی افراد روی سلامتی و طول عمر تاثیر می گذارند(۲). بیش از ۷۶٪ کل بار بیماری ها در ایران به بیماری های غیر واگیر اختصاص دارد. اغلب بیماریهای قلبی-عروقی با تغییر سبک زندگی و اتخاذ رفتارهای سالم همانند عدم مصرف دخانیات، رژیم غذایی سالم و پیشگیری از چاقی، انجام فعالیت بدنی و عدم مصرف الکل، قابل پیشگیری هستند. که با شناسایی عوامل خطر میتوان از آنها تا حد امکان کاست. همچنین تغییرات سبک زندگی به عنوان یک راه کار عمده برای کاهش بیماری و افزایش سلامتی در سراسر عمر مورد تاکید واقع شده است(۶).

در سال ۱۳۷۸ وضعیت سلامت و بیماری افراد با سن بالای ۱۵ سال سراسر کشور با توجه به شاخصهای تغذیه، استعمال دخانیات و برخی از بیماریها اجرا و گزارش آن منتشر شد(۳). همچنین در سال ۱۳۸۴ دومین گزارش وضعیت عوامل خطر بیمار یهای غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران انتشار یافت(۷). تا سال ۱۳۹۵ تقریباً ۷ دوره پیمایش ملی عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر در جمعیت ایران انجام شده است(۸، ۹). برای اولین بار در ایران تلاشی سیستماتیک در سطح ملی و محلی به منظور برآورد میزان آسیبهای سلامت ناشی از بیماریها، آسیبها و عوامل خطر (NASBOD¹) انجام شد(۱۰). مطالعه NASBOD با هدف برآورد بار ۲۹۱

National and Sub-national Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors¹

بیماری و صدمه و ۶۷ عامل خطر در سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۲ در سطوح ملی و استانی انجام گرفت. اگرچه مطالعه ۲۰۱۳ NASBOD تصویری کلی از وضعیت سلامت گروههای جمعیتی و کمک در برآورد بار بیماریهای مختلف و توزیع آنها به صورت یکجا در سراسر کشور را تا حدودی فراهم کرد اما مهمترین منابع اطلاعاتی وضعیت سلامت افراد بزرگسال در ایران انجام پیمایش های بررسی عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر (۷ پیمایش تا سال ۱۳۹۵) است که مداخلات سال های اخیر نظام سلامت در ایران برای کاهش بار بیماریهای غیر واگیر هم تا حدودی بر پایه داده های حاصل از این پیمایش ها بوده است (۱۱، ۱۲). اخیرا در برنامه تحول نظام سلامت برخی از اطلاعات مرتبط با سبک زندگی (تغذیه، فعالیت جسمانی، استعمال دخانیات و سوء مصرف مواد) در گروه های سنی و جنسی مختلف جمع آوری و وارد سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) می شود (۱۳). اگرچه جمع آوری چنین داده هایی منبعی برای آگاهی یافتن از وضعیت فعلی سبک زندگی فراهم کرده است ولی سامانه سیب فاقد توانایی تهیه خروجی های مورد نیاز برای تحلیل شاخص های سبک زندگی است.

در حال حاضر بسیاری از کشورها از جمله استرالیا (۱۴) کانادا (۱۵) انگلستان (۱۶) و ایرلند (۱۷) از طریق اجرای بررسیهای منظم و دوره ای اقدام به جمع آوری داده های مربوط به سبک زندگی افراد بر حسب گروه های سنی، جنسی و مکان زندگی و سایر خصوصیات دموگرافیکی می نمایند. این اطلاعات برای ارایه داده های مقایسه ای، داده های سری زمانی و داده های تقسیم بندی شده برای حمایت از سلامتی، با هم ترکیب شده و تبدیل به ابزار قوی، حتی برای کمک به اولویت بندی موضوعات کلیدی و هدف قرار دادن مداخلات ارتقا سلامتی میشوند. از جمله فعالیتهای کشورهای ذکر شده جمع آوری سوالات اصلی، نگهداری نسخه ای از اطلاعات منطقه بررسی شده و اشتراک گذاشتن آن با دیگران به منظور ترسیم وضعیت دقیق منطقه ای از نحوه سبک زندگی افراد است (۱۴، ۱۵، ۱۷). در این راستا از دریافت بازخورد در مورد این گزارش ها، توصیه های آن و همچنین ذکر نمونه هایی از اقدامات خوب صورت گرفته که بتواند با دیگران به اشتراک گذاشته شود، استقبال میشود. این عملیات مبنای گسترده ای از اطلاعات را برای توسعه و هدف قرار دادن فعالیت های ارتقاء سلامت در زیر گروه های جمعیت مربوطه، به منظور به حداکثر رساندن تاثیر برنامه ها فراهم میکند. همچنین فرصت

اشتراک اطلاعات سبک زندگی با دیگر منابع اطلاعاتی مرتبط با سلامت مانند بخشهای بیمارستان، اداره ثبت مرگ و میر، احتمال تجزیه و تحلیل آتی را افزایش خواهد داد (۱۸).

ارزش بررسی سبک زندگی می تواند از طریق ثبات منطقه ای در پرسش ها و روشها، افزایش یابد (۱۴)، (۱۹). تفاوت در رویکرد باعث می شود تجمع داده ها برای ارائه تصویر منطقه ای و ملی تقریباً غیر ممکن شود (۱۹). علاوه بر این، روشهای توصیه شده باید مقرون به صرفه ترین راه حل برای ارتقا سبک زندگی سالم باشد. قدرت داده های سبک زندگی باید توانایی مقایسه با مناطق دیگر و مقایسه بر حسب زمان های مختلف برای یک منطقه را داشته باشد. به نظر میرسد که با راه اندازی سامانه سیب هم تلاش شده تا حدودی مشکلات ذکر شده را در رابطه با یکنواخت کردن سوالهای مرتبط با سبک زندگی برطرف گردد.

پر واضح است که تا زمان انجام این مطالعه، وضعیت سلامت میانسالان در ایران و به ویژه تحلیل عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی و سرطانهای پستان، دهانه رحم، روده بزرگ، بیماریهای قلبی - عروقی، پوکی استخوان و عفونتهای آمیزشی این گروه سنی با استفاده از یک مطالعه مبتنی بر جمعیت مورد بررسی قرار نگرفته بود. بر همین اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین و تحلیل عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی و سرطانهای پستان، دهانه رحم، روده بزرگ، بیماریهای قلبی - عروقی، پوکی استخوان و عفونتهای آمیزشی در افراد میانسال (۳۰-۵۹ سال) در ایران طراحی و اجرا شد.

۱-۲. اهداف (خروجی ها) اصلی طرح

۱- تعیین فراوانی عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی و سرطانهای پستان، دهانه رحم، روده بزرگ، بیماریهای

قلبی - عروقی، پوکی استخوان و عفونتهای آمیزشی در افراد میانسال (۳۰-۵۹) در ایران

۲- تحلیل عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی و سرطانهای پستان، دهانه رحم، روده بزرگ، بیماریهای قلبی -

عروقی، پوکی استخوان و عفونتهای آمیزشی در افراد میانسال (۳۰-۵۹) در ایران

۱- تعیین توزیع فراوانی ویژگیهای دموگرافیک (سن، جنس، سطح سواد، محل سکونت، وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال) افراد میانسال مورد بررسی

۲- تعیین توزیع فراوانی شاخصهای مرتبط با سبک زندگی (تغذیه، فعالیت بدنی، چاقی، چاقی شکمی و مصرف دخانیات) افراد میانسال در ایران

۳- تعیین شیوع فشارخون بالا در افراد میانسال در ایران

۴- تعیین توزیع فراوانی عوامل خطر سرطان های پستان، دهانه رحم، کولون در افراد میانسال در ایران

۵- تعیین توزیع فراوانی عوامل خطر بیماریهای قلبی -عروقی در افراد میانسال در ایران

۶- تعیین توزیع فراوانی عوامل خطر پوکی استخوان در افراد میانسال در ایران

۷- تعیین توزیع فراوانی عوامل خطر بیماریهای منتقله از طریق جنسی در افراد میانسال در ایران

۸- تعیین توزیع فراوانی شاخصهای مرتبط با سبک زندگی (تغذیه، فعالیت بدنی، چاقی، چاقی شکمی و مصرف دخانیات) افراد میانسال در ایران برحسب جنسیت و محل سکونت

۹- تعیین شیوع فشارخون بالا در افراد میانسال در ایران برحسب جنسیت و محل سکونت

۱۰- تعیین توزیع فراوانی عوامل خطر سرطان های پستان، دهانه رحم، کولون در افراد میانسال در ایران برحسب جنسیت و محل سکونت

۱۱- تعیین توزیع فراوانی عوامل خطر بیماریهای قلبی -عروقی در افراد میانسال در ایران برحسب جنسیت

۱۲- تعیین توزیع فراوانی عوامل خطر پوکی استخوان در افراد میانسال در ایران برحسب جنسیت و محل سکونت

۱۳- تعیین توزیع فراوانی عوامل خطر بیماریهای منتقله از طریق جنسی در افراد میانسال در ایران برحسب جنسیت و محل سکونت

۱-۲-۲. اهداف (خروجی ها) اختصاصی تحلیلی طرح

- ۱- تعیین ارتباط بین جنسیت و سایر ویژگی های دموگرافیک (سن ، سطح سواد، محل سکونت، وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال) با شاخصهای مرتبط با سبک زندگی (تغذیه، فعالیت بدنی، چاقی، چاقی شکمی و مصرف دخانیات) افراد میانسال در ایران
- ۲- تعیین ارتباط بین جنسیت و سایر ویژگی های دموگرافیک (سن ، سطح سواد، محل سکونت، وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال) با شیوع فشارخون بالا در افراد میانسال در ایران
- ۳- تعیین ارتباط بین جنسیت و سایر ویژگی های دموگرافیک (سن ، سطح سواد، محل سکونت، وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال) با عوامل خطر سرطان های پستان، دهانه رحم، کولون در افراد میانسال در ایران
- ۴- تعیین ارتباط بین جنسیت و سایر ویژگی های دموگرافیک (سن ، سطح سواد، محل سکونت، وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال) با عوامل خطر بیماریهای قلبی-عروقی در افراد میانسال در ایران
- ۵- تعیین ارتباط بین جنسیت و سایر ویژگی های دموگرافیک (سن ، سطح سواد، محل سکونت، وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال) با عوامل خطر پوکی استخوان در افراد میانسال در ایران
- ۶- تعیین ارتباط بین جنسیت و سایر ویژگی های دموگرافیک (سن ، سطح سواد، محل سکونت، وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال) با عوامل خطر بیماریهای منتقله از طریق جنسی در افراد میانسال در ایران

فصل دوم: بررسی متون

۲-۱. سابقه طرح و بررسی متون

بر اساس جستجو در متون علمی موجود تا کنون مطالعه ای به صورت اختصاصی در سطح کشور بر روی گروه های سنی میانسال (۳۰ تا ۵۹ سال) صورت نگرفته است اما در برخی مطالعات همچون پیمایش کشوری STEPs گروه های سنی میانسالان هم بررسی شده اند در ادامه علاوه بر ذکر مهمترین یافته های آخرین STEPs کشوری که در سال ۱۳۹۵ انجام شد به تعدادی دیگر از مطالعات مشابه اشاره می شود.

نتایج بررسی سلامت و بیماری افراد با سن بالای ۱۵ سال سراسر کشور در سال ۱۳۷۸ نشان داد که چاقی $(BMI > 30)$ در زنان حدود ۱۴/۲٪ و در مردان ۵/۶٪ است. در همان مطالعه، مصرف دخانیات در مردان بالای ۱۵ سال ۲/۲٪ و در زنان ۲/۱٪ گزارش شد. (۶). یافته های گزارش وضعیت عوامل خطرگزارش بیماری های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۴ نشان داد که چاقی $BMI < 30$ در زنان ثابت (۱۴/۱٪) و در مردان به ۷/۴٪ افزایش یافته است (۷).

در سال ۱۳۹۱ مطالعه ای با هدف بررسی سبک زندگی سالم در ۲۵۰ نفر از سالمندان شهر اصفهان انجام شد. اطلاعات شامل آگاهی و سبک زندگی سالم به وسیله پرسش نامه ای در زمینه های پیشگیری، فعالیت جسمی و تفریح، تغذیه سالم، مدیریت تنش و روابط اجتماعی و بین فردی بودند. نمرات حیطة های پیشگیری، فعالیت جسمانی و تفریح، مدیریت تنش و روابط اجتماعی و بین فردی، سالمندان دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم دارای میانگین نمره سبک زندگی بالاتر از دیگران بود. بین حیطة تغذیه سالم و سطح تحصیلات سالمندان ارتباط معنی داری دیده نشد. همچنین بین حیطة های مختلف سبک زندگی سالم در سالمندان با توجه به جنس و وضعیت تأهل تفاوتی گزارش نشد. تیم تحقیق نتیجه گیری کردند که سطح تحصیلات و آگاهی از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر سبک زندگی سالم در سالمندان بود (۲۰).

در یک مطالعه مقطعی دیگر برای بررسی سبک زندگی سالم که بر روی ۴۰۰ دانشجوی پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد دانشجویان به سوالات پرسشنامه ای شامل اطلاعات دموگرافیک، دانش زندگی سالم و رفتارهای تغذیه ای (از جمله مصرف میوه و سبزی، آب آشامیدنی، و غیره)، فعالیت فیزیکی، ادراک استرس و منبع اطلاعات مرتبط با سلامت را به صورت خود اظهاری پاسخ دادند. در آنالیز این مطالعه علاوه بر برآورد موارد

فوق، ارتباط عوامل دموگرافیک شرکت کنندگان با دانش، عمل و نمره استرس مورد بررسی قرار گرفت. در صد پاسخ صحیح در ۴۰٪ از سوالهای آگاهی و ۸۰٪ از سوالهای رفتار، کمتر از ۵۰٪ بود. بین نمرات آگاهی و رفتار شرکت کنندگان ارتباط معنی داری گزارش شد. نتایج آنها نشان داد که نمره ی آزمون شیوه ی زندگی دانشجویان مورد مطالعه در محدوده ی متوسط قرار داشت (۱۹).

مطالعه دیگری در سال ۱۳۹۲ ارتباط بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و برخی ویژگی های جمعیت شناختی دانشجویان پرستاری در تهران را بررسی کرد. تعداد ۴۰۴ دانشجو کارشناسی پرستاری (۱۰۷ مرد و ۲۹۷ زن) به روش تصادفی طبقه ای انتخاب و به پرسشنامه حاوی مشخصات دموگرافیک و سبک زندگی سالم با ۶ خرده آزمون، تغذیه، فعالیت جسمانی، رشد معنوی، مسئولیت سلامتی، روابط بین فردی و مدیریت استرس پاسخ دادند. با توجه به نتایج، بالاترین میانگین متعلق به خرده آزمون رشد معنوی و کمترین میانگین متعلق به فعالیت جسمانی. میانگین رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی در دانشجویان متاهل بالاتر از افراد مجرد بود. علاوه بر این، سال تحصیلی بالاتر، با مسئولیت سلامتی و مدیریت استرس افزایش یافته بود. نویسندگان سطح پایین فعالیت جسمانی و مدیریت استرس، توجه سیاستگذاران و برنامه ریزان را در جهت مشکلات، خاطر نشان ساختند (۲۱).

آخرین دوره یا هفتمین پیمایش ملی عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر در سال ۱۳۹۵ در سطح کشور توسط مرکز تحقیقات بیماریهای غیرواگیر تهران و با همکاری موسسه ملی تحقیقات سلامت انجام شد که برخی از مهمترین نتایج آن به شرح زیر بود: شیوع قند خون بالا براساس آزمایش قندخون ناشتا در جمعیت بالای ۲۵ سال ۱۰/۸ درصد، مراقبت موثر از قند خون بالا ۹۸/۳ درصد و میزان آگاهی از قند خون بالا ۶۳/۷ درصد بود. شیوع فشارخون بالا در هر دو جنس در افراد بالای ۱۸ سال حدود ۲۷ درصد بود. درصد افراد با فعالیت فیزیکی ناکافی ۵۴/۷ درصد بود که این شاخص در زنان (۶۱/۹ درصد) به صورت معنی داری بیشتر از مردان (۴۵/۳ درصد) بود. حدود ۴۰/۳۴ درصد از نمکدان بر سر سفره استفاده می کردند. حدود ۱۲/۱۷ درصد هم از فست فود به صورت مداوم استفاده می کردند. تنها ۹/۷ درصد از افراد مصرف کافی و صحیح ماهی (حداقل دوبار در هفته)

داشتند. حدود ۱۹/۴ درصد هم مصرف کافی لبنیات (حداقل دو واحد روزانه) را ذکر کرده بودند. درصد مصرف کافی میوه (حداقل دو واحد میوه روزانه) و سبزیجات (حداقل سه واحد سبزیجات روزانه) هم حدود ۴۸/۵ درصد بود. (۸، ۲۲).

فصل سوم: مواد و روش ها

۳-۱. متدولوژی

۳-۱-۱. نوع مطالعه

مطالعه حاضر از نظر هدف یک مطالعه کاربردی و از نظر طراحی یک مطالعه مقطعی بود که در سال ۱۳۹۸ هجری شمسی انجام شد.

۳-۱-۲. جمعیت مورد مطالعه

جمعیت میانسالان ایران، طبق تعریف گروه سنی ۳۰-۵۹ ساله ساکن شهر و روستا، جامعه مورد بررسی در این مطالعه بودند.

۳-۱-۳. حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

تعداد نمونه‌های مورد نیاز که برای اجرای این بررسی انتخاب شده اند ۴۰۷۰ نفر (۴۰۷ خوشه) بودند که از ۵ استان کشور و با استفاده از نمونه‌گیری چند مرحله‌ای (Multi-stage sampling) (خوشه‌ای و تصادفی) وارد مطالعه شدند. لازم به ذکر است پس از تکمیل پرسشگری مشخص شد که تعداد ۴۲ نفر دیگر هم توسط پرسشگران در خوشه‌های مختلف (اضافه بر ۱۰ نفر هر خوشه) تکمیل شده بود و اطلاعات آنها هم وارد آنالیز گردید.

از آنجا که هدف از انجام مطالعه حاضر برآورد شیوع عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی و سرطانهای پستان، دهانه رحم، روده بزرگ، بیماریهای قلبی - عروقی، پوکی استخوان و عفونتهای آمیزشی در جمعیت میانسالان بود از فرمول برآورد نسبت (شیوع) برای تعیین حجم نمونه استفاده می‌شود. بر همین اساس در این مطالعه برای رسیدن به ماکزیمم حجم نمونه و براساس نظر صاحب نظران کشوری مقدار P برابر با ۰/۱ در نظر گرفته شد، مقدار ضریب اطمینان برابر با ۱/۹۶ (درصد اطمینان ۰/۹۵) و مقدار d هم برابر با ۰/۰۲ در نظر گرفته شد. بنابراین حجم نمونه محاسبه شده با استفاده از مفروضات فوق و بر اساس فرمول زیر برابر با ۸۶۴ نفر به دست آمد و از آنجا که در مطالعه حاضر یکی از اهداف اصلی برآورد عوامل خطر بر حسب جنسیت می باشد لذا حجم نمونه دو برابر این مقدار یعنی ۱۷۲۸ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} P(1-P)}{d^2}$$

لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر با توجه به بزرگ بودن جامعه مورد بررسی، گردآوری چارچوب نمونه‌گیری از همه واحدهای سرشماری شده برای کل جامعه عملی نبود لذا ناگزیر بایستی از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شود. یکی از مشکلات نمونه‌گیری خوشه‌ای این است که در این نوع از نمونه‌گیری تا حدودی به خاطر طراحی پیچیده‌تر نمونه‌گیری، دقت برآوردها پائین می‌آید و برای جبران این نقیصه که به اثر طرح مشهور است در مطالعه حاضر حجم نمونه بدست آمده در عدد ۲ (اثر طرح) ضرب شد یعنی ۳۴۵۶ نفر نمونه می‌بایست انتخاب شوند که با احتساب ۱۵ درصد ریزش حجم نمونه نهایی برابر با ۴۰۶۷ نفر شد که برای Round نمودن نمونه‌ها و خوشه‌ها، به دلیل اینکه خوشه‌های انتخاب شده ۱۰ نفره می‌باشد در نهایت تعداد ۴۰۷۰ نفر (۴۰۷ خوشه) در کل کشور وارد مطالعه شدند. خوشه بندی یا کلاسترینگ مناطق کشور به ۵ کلاستر بر اساس متغیرهای مختلفی از جمله Urbanization.Wealth Index، ارتفاع از سطح دریا، تابش نور خورشید، امنیت غذایی، وضعیت ویتامین D، مصرف لبنیات، مصرف ماهی، فعالیت فیزیکی، BMI و تعداد سالهای تحصیل انجام شد. (جدول ۳-۱)

در ضمن برای تعمیم نتایج، در جاهایی که نیاز بوده است با در نظر گرفتن سهم جمعیتی هر کلاستر نسبت به کل کشور و سهم جمعیتی مناطق روستایی به مناطق شهری در هر کلاستر وزن دهی (weight) مناسب به نمونه‌گیری داده شد.

استان‌هایی که برای انجام این بررسی انتخاب شده‌اند به صورت تصادفی از بین ۵ کلاستر در کشور انتخاب شدند. در واقع از هر کدام از این مناطق (کلاستر) ۵ گانه یکی از استانها به طور تصادفی انتخاب شده‌اند. استانهای انتخاب شده به ترتیب از منطقه (کلاستر) اول تا پنجم به شرح زیر بودند:

- منطقه اول - استان گیلان ((دانشگاه علوم پزشکی گیلان)
- منطقه دوم - استان خراسان رضوی (دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
- منطقه سوم - استان البرز (دانشگاه علوم پزشکی البرز)

• منطقه چهارم - استان کرمانشاه (دانشگاه علوم پزشکی مشهد)

• منطقه پنجم - استان بوشهر (دانشگاه علوم پزشکی بوشهر)

نمونه های انتخاب شده در استان ها (دانشگاه ها) متناسب با جمعیت کل و جمعیت ۳۰ تا ۵۹ ساله کلاسترهای تشکیل دهنده آن استان و سایر استان های زیر مجموعه همان کلاستر بودند. تعداد خوشه ها و نمونه های مورد بررسی که وارد این مطالعه شدند به تفکیک ۵ استان انتخاب شده در جدول زیر خلاصه شده اند:

جدول ۳-۱. کلاسترینگ، استان ها و حجم نمونه انتخاب شده در هر کلاستر

ردیف	استان های واقع در کلاستر	نام استان انتخاب شده از کلاستر	نام مرکز استان/دانشگاه	تعداد نمونه	تعداد خوشه
۱	مازندران - گیلان اردبیل - آذربایجان غربی - آذربایجان	گیلان	رشت	۳۰۰	۳۰
۲	شرقی - گلستان - خراسان شمالی - خراسان رضوی	خراسان رضوی	مشهد	۹۰۰	۹۰
۳	یزد - قزوین - قم - مرکزی - البرز - اصفهان - تهران - سمنان کهگیلویه و بویراحمد - چهارمحال و	البرز	کرج	۱۳۷۰	۱۳۷
۴	بختیاری - زنجان - کرمانشاه - کردستان - همدان - لرستان - خراسان جنوبی - ایلام - کرمان - فارس	کرمانشاه	کرمانشاه	۹۶۰	۹۶
۵	هرمزگان - سیستان و بلوچستان - بوشهر - خوزستان	بوشهر	بوشهر	۵۴۰	۵۴
جمع کل				۴۰۷۰	۴۰۷

تعداد افراد هر خوشه

هر خوشه شامل ۱۰ نفر بود که از هر کدام از گروه های سنی ۳۰-۴۰ سال، ۴۰-۵۰ سال و ۵۰-۵۹ سال به ترتیب ۴، ۴ و ۲ نفر را شامل می شد. نسبت جنسی در نمونه ها برابر بود به این صورت که نصف نمونه ها در گروه های سنی مذکور به زنان و نصف دیگر به مردان اختصاص داده شد.

نحوه انتخاب نمونه ها براساس جمعیت روستایی و شهری

همانطور که در جدول بالا ذکر شد تعداد خوشه ها و نفرات هر کدام از استان های مورد بررسی که وارد مطالعه شدند براساس سهم جمعیتی هر کدام از کلاسترها نسبت به جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال کشور مشخص شده است. در استان های مورد بررسی، ابتدا بر اساس نسبت جمعیت شهری و روستایی هر کلاستر، نسبت تعداد خوشه هایی که به مناطق شهری و روستایی آن استان اختصاص می یافت مشخص گردید. به عنوان مثال در کلاستری که استان های گیلان و مازندران در آن قرار دارند نسبت جمعیت ساکن مناطق شهری به جمعیت ساکن در مناطق روستایی ۶۰/۲ درصد به ۳۹/۸ درصد بود. بر همین اساس در استان گیلان که از این کلاستر به صورت تصادفی انتخاب شده بود حدود ۶۰ درصد نمونه ها از مناطق شهری و ۴۰ درصد هم از مناطق روستایی اخذ شدند. جدول ۳-۲ نسبت جمعیتی شهری و روستایی را در هر کدام از کلاسترهای ۵ گانه نشان می دهد.

جدول ۳-۲. نسبت جمعیتی شهری و روستایی را در هر کدام از کلاسترهای ۵ گانه

شماره کلاستر	استان های واقع در کلاستر	کل جمعیت	جمعیت ساکن شهر	درصد جمعیت ساکن شهر	جمعیت ساکن روستا	درصد جمعیت ساکن روستا
۱	مازندران- گیلان	۵۸۱۴۲۷۸	۳۵۰۰۲۸۱	۶۰/۲ درصد	۲۳۱۳۹۹۷	۳۹/۸ درصد
۲	اردبیل- آذربایجان غربی- آذربایجان شرقی- گلستان- خراسان شمالی- خراسان رضوی	۱۷۶۱۱۵۰۳	۱۱۹۹۵۸۴۷	۶۸/۲ درصد	۵۶۱۵۶۵۶	۳۱/۸ درصد
۳	یزد- قزوین- قم- مرکزی- البرز- اصفهان- تهران- سمنان	۲۶۹۳۷۲۹۹	۲۴۲۸۷۷۷۰	۹۰/۲ درصد	۲۶۴۹۵۲۹	۹/۸ درصد
۴	کهگیلویه و بویراحمد- چهارمحال و بختیاری- زنجان- کرمانشاه- کردستان- همدان- لرستان- خراسان جنوبی- ایلام- کرمان- فارس	۱۹۱۳۷۶۳۲	۱۲۸۷۷۳۶۸	۶۷/۳ درصد	۶۲۶۰۲۶۴	۳۲/۷ درصد
۵	هرمزگان- سیستان و بلوچستان- بوشهر- خوزستان	۱۰۴۲۵۳۳۸	۸۰۰۳۰۰۳	۷۶/۸ درصد	۲۴۲۲۳۳۵	۲۳/۲ درصد

نحوه انتخاب نمونه ها در سطح استان ها/دانشگاه های مورد بررسی

در هر استان/دانشگاه تخصیص تعداد نمونه ها (خوشه ها) به شهرستان های آن استان/دانشگاه بر اساس سهم جمعیت میانسال آن شهرستان بود. به عنوان مثال اگر در شهری با ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۸ مرکز روستایی با نسبت جمعیتی شهر به روستا برابر با ۶۰ به ۴۰ درصد (یعنی ۶۰ درصد شهرنشین و ۴۰ درصد روستا

نشین) قرار باشد ۱۰ خوشه برای بررسی انتخاب شود می بایست ۶ خوشه را در نقاط شهری و ۴ خوشه را از نقاط روستایی شهرستان انتخاب می کردیم. بر همین اساس ابتدا ۶ خوشه شهری و ۴ خوشه روستایی را به تصادف و به ترتیب از بین ۱۲ مرکز شهری و ۸ مرکز روستایی انتخاب می کردیم. سپس در هر کدام از این مراکز انتخاب شده با استفاده از انتخاب نقطه تصادفی روی نقشه محل شروع نمونه گیری (سرخوشه) مشخص می گردید.

همانطور که بیان شد در هر استان/دانشگاه علوم پزشکی مراکز خدمات جامع سلامت که نمونه گیری در آنجا انجام شد به صورت تصادفی از لیست مراکز جامع سلامت و خانه های بهداشت تحت پوشش هر کدام از مراکز بهداشت استان ها مشخص شد. پس از مشخص شدن مراکز و تعداد خوشه هایی که از هر مرکز می بایست انتخاب شوند، برای انتخاب تصادفی سرخوشه ها بر اساس انتخاب نقاط تصادفی روی نقشه در هر کدام از مراکزی که برای خوشه ها به صورت تصادفی انتخاب شده بودند اقدام گردید.

نحوه تعیین سرخوشه ها در شهر و روستا

همانطور که در بالا ذکر شد، انتخاب مراکز خدمات جامع سلامت و تعداد خوشه های مورد بررسی در هر کدام از مراکز انتخاب شده توسط تیم تحقیقاتی انجام و در اختیار ناظران و هماهنگ کننده های استانی قرار گرفت. سپس برای تعیین سرخوشه ها به ترتیب در شهر و روستا به صورت زیر عمل گردید. به عبارتی تیم نظارتی شهرستان انتخاب تصادفی سرخوشه ها در استان را به شرح زیر و براساس راهنمایی تیم تحقیقاتی انجام می دادند.

الف) نحوه تعیین سرخوشه ها در شهر

در شهر برای مشخص نمودن سرخوشه ها از تعیین نقاط تصادفی استفاده شد بدین صورت که اگر یک مرکز خدمات جامع سلامت ۱۰ تا محله (بلوک) تحت پوشش دارد به دو صورت یا به صورت نوشتن لیست محلات و انتخاب محله به صورت تصادفی اقدام گردید (به تعداد خوشه ای که در هر مرکز می افتاد می بایست محله تصادفی

انتخاب شود). یا به صورت تعیین نقاط تصادفی از روی نقشه اقدام گردید (مثلا از روی نقشه به تصادف روی یک یا دو نقطه از منطقه تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت دست گذاشته می شد. تعداد این نقاط به تصادف انتخاب شده برابر با تعداد خوشه های اختصاص یافته به هر مرکز بود).

پس از انتخاب نقطه تصادفی (بلوک یا محله تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت)، برای هر محله یا بلوکی که انتخاب شد، از روی تعداد خانوارهای آن بلوک، خانوار میانی آن بلوک را به عنوان سرخوشه انتخاب می کردیم.

(ب) نحوه تعیین سرخوشه ها در روستا

در روستاها، برای هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی که خوشه در آنجا قرار می گرفت، ابتدا خانه های بهداشت آن مرکز را به ترتیب حروف الفبا مرتب می شدند سپس خانه بهداشت وسطی را به عنوان روستای مورد بررسی انتخاب می گردید (در مواردی که تعداد خانه های مرکز عدد زوج بود از بین دو خانه بهداشت وسطی، یکی از خانه های بهداشت به تصادف انتخاب می شدند).

برای یافتن سرخوشه در روستا هم شبیه برنامه های سرشماری از اولین خانوار سمت راست خانه بهداشت شروع به نمونه گیری می شد و نمونه گیری در مسیر مذکور تا جایی ادامه می یافت که خوشه کامل می گردید.

نکته مهم: از آنجا که در بعضی مواقع تعداد جمعیت و خانوار روستاهای قمر کم بوده و ممکن بود خوشه در همان روستا کامل نشود لذا نمونه گیری در خانه های بهداشت انتخاب شده در همان روستای اصلی که خانه بهداشت قرار داشت انجام می شد. در موارد نادری که جمعیت روستای اصلی هم کم بوده و نمی توانستند خوشه را تکمیل

کنند پرسشگران می توانستند به روستاهای اقماری همان خانه بهداشت و بر اساس مسیر سرشماری نسبت به نمونه گیری و تکمیل خوشه ها اقدام نمایند.

نحوه شکل گیری خوشه ها

همانطور که قبلا بیان شد هر خوشه شامل ۱۰ نفر (۵ نفر زن و ۵ نفر مرد) بود. در شکل گیری هر خوشه لازم بود که گروه های سنی در نظر گرفته شود بدین صورت کهمی بایست از هر کدام از گروه های سنی ۳۰-۴۰ سال، ۴۰-۵۰ سال و ۵۰-۵۹ سال به ترتیب ۴، ۲ و ۲ نفر در هر خوشه قرار گیرند. برای انجام این کار پس از انتخاب خانوار سرخوشه (نحوه انتخاب آن در بالا توضیح داده شد)، از همان خانوار نمونه گیری شروع می شد و پس از بررسی آن خانوار از سمت راست منزل همان خانوار به خانوارهای بعدی مراجعه می گردید و کار تا جایی ادامه پیدا می کرد تا به ۱۰ نفر مدنظر برسیم یعنی ۵ نفر مرد که ۲ نفر آنها از گروه سنی ۳۰-۴۰ سال، ۲ نفر دیگر از گروه سنی ۴۰-۵۰ سال و ۱ نفر باقیمانده از گروه سنی ۵۰-۵۹ سال و ۵ نفر زن با همین شرایط وارد خوشه شوند. به عنوان مثال اگر در خانوار اول یک نفر مرد ۵۵ ساله حضور داشت وارد مطالعه می شد و در خانوارهای بعدی هیچ مرد دیگری از گروه سنی ۵۰-۵۹ سال وارد مطالعه نمی شد، بلکه از گروه های سنی دیگر انتخاب می کردیم چون در هر خوشه، فقط یک نفر مرد در گروه سنی ۵۰-۵۹ سال باید باشد. با توجه به توضیحات ارائه شده در موارد نادری امکان داشت که در ۱۰ خانوار اول به ۱۰ نفر دلخواه (که یک خوشه محسوب می شد) رسید اما در موارد زیادی پرسشگران پس از مراجعه به بیش از ۱۰ خانوار افراد واجد شرایط را وارد مطالعه می کردند یا به عبارتی خوشه را کامل می کردند. (در خوشببینانه ترین حالت حداقل ۱۰ خانوار بررسی می شد چرا که در هر خانوار فقط یک نفر می توانست وارد مطالعه شود). در نهایت افرادی که در خوشه ها قرار می گرفتند می بایست از نظر دموگرافیک (سن و جنس) به شرح جدول ۳-۳ باشند.

جدول ۳-۳. مشخصات دموگرافیک (سن و جنس) در نظر گرفته شده برای هر خوشه مورد بررسی

گروه سنی	مرد	زن	جمع
سال ۳۹-۳۰	۲	۲	۴
سال ۴۹-۴۰	۲	۲	۴
سال ۵۹-۵۰	۱	۱	۲
کل	۵	۵	۱۰

با توجه به مشابه بودن سبک زندگی در درون یک خانوار و برای کنترل تاثیر آن به عنوان یک متغیر مخدوشگر، در یک خانوار، فقط یک نفر وارد مطالعه می شد. در واقعاً طبق معیارهای ورود به مطالعه و نحوه خوشه بندی، در یک خانواده دو نفر مشمول ورود به خوشه بودند تنها یک نفر از آنها می بایست در خوشه مورد بررسی قرار گیرد.

- زنان باردار تا دو ماه بعد از زایمان نمی توانستند وارد مطالعه شوند. (معیار خروج)
- در مواردی که افراد حاضر به پاسخگویی نبودند اطلاعات دموگرافیک آنها ثبت می شد و به عنوان عدم پاسخ (Non-response) ثبت می گردید. بدیهی است این فرد جزو خوشه ۱۰ نفره محسوب نمی شد و فقط هدف این بود که در نهایت مشخص شود چند نفر عدم پاسخ دهی در هنگام بررسی وجود داشته است. (گزینه عدم پاسخ در نرم افزار پرسشگری مشخص شده بود).

۳-۱-۴. ابزارها و روش جمع آوری داده ها

جمع آوری داده ها بر اساس پرسشنامه های پیوست و توسط پرسشگران آموزش دیده با مراجعه به درب منازل و انجام مصاحبه با افراد واجد شرایط بر اساس معیارهای ورود صورت گرفت. بدیهی است که فقط با فرد مورد نظر مصاحبه انجام می گردید و فرد دیگری به جای وی پاسخگوی سوالات پرسشنامه نبود.

پرسشنامه مورد استفاده شامل ۸ بخش مهم به شرح زیر بود:

- ۱- ویژگی های دموگرافیک
 - ۲- سوابق پزشکی افراد
 - ۳- سوابق بیماری در خانواده
 - ۴- سوابق انجام تست های آزمایشگاهی و تشخیصی
 - ۵- شیوه و سبک زندگی افراد
 - ۶- وضعیت تجربه رفتارهای پرخطر
 - ۷- بهداشت و سلامت باروری زنان
 - ۸- تن سنجی و سنجش فشارخون افراد در زمان مطالعه
- قبل از شروع مطالعه روایی و پایایی پرسشنامه بررسی گردید. برای تعیین روایی پرسشنامه از نظرات ۷ نفر از متخصصین مربوطه شامل متخصص پزشکی اجتماعی، اپیدمیولوژیست، متخصص آموزش و ارتقای سلامت استفاده گردید و سوالات براساس نظر این افراد بازبینی و نهایی گردید. برای بررسی پایایی پرسشنامه هم از روش آزمون- بازآزمون به فاصله یک هفته استفاده گردید و مقادیر ضریب همبستگی پاسخ ارائه شده در دو بار آزمون برای هر کدام از سوالات محاسبه گردید که برای تمام سوالات ضریب همبستگی پاسخ ها بیش از ۹۰ درصد بود.

۳-۱-۵. پرسشگری، نحوه پرسشگری و آموزش پرسشگران

در هر شهرستان یک تا سه تیم پرسشگری (هر تیم شامل دو نفر کارشناس زن و مرد) به ازای تعداد نمونه های آن شهرستان پرسشگری شهر و روستا را انجام می دادند. آموزش پرسشگران برعهده ناظران (هماهنگ کننده های) استانی طرح بود. برای هر کدام از پرسشگران کارت شناسایی با امضای معاون بهداشتی هر دانشگاه تهیه و در صورت نیاز آن را به پرسش شونده نشان می دادند. قبل از شروع پرسشگری فرم رضایت نامه کتبی با ارائه توضیحات کاملی از اهداف پروژه، برای پرسش شونده تکمیل می گردید. پرسشگری و تکمیل آیتم های پرسشنامه با استفاده از نرم افزار صورت گرفت. بازه زمانی نمونه گیری در دانشگاه های مورد بررسی پس از

فراهم شدن ملزومات، از تاریخ ۹۸/۹/۳۰ تا ۹۸/۱۱/۲۰ بود. برای مواردی که نیاز به تکمیل اطلاعات مجدد (لکه گیری) وجود داشت یک مدت زمان ۲۰ روزه دیگر تا تاریخ ۹۸/۱۲/۱۰ در نظر گرفته شد.

۳-۱-۶. نظارت بر اجرای طرح

علاوه بر نظارت های روزانه توسط ناظران و هماهنگ کننده های استانی و شهرستانی در هر دانشگاه، مجریان طرح تحقیقاتی و همکاران اداره میانسالان وزارت بهداشت هم از فعالیت های پرسشگری در فیلد در هر کدام از دانشگاه های مورد بررسی حداقل یکبار بازدید نمودند.

یک نوع نظارت دیگر، نظارت روزانه آنلاین روی فرایند پرسشگری انجام شده بود که هر شب و پس از ارسال داده ها در قالب گزارش گیری از نرم افزار وضعیت پرسشگری و تکمیل آیتم های پرسشنامه توسط تیم تحقیقاتی نظارت گردید.

همچنین برای پایش اجرای کار در حین انجام مطالعه، ۱۰۰ نفر از پرسش شوندهگان به صورت تصادفی انتخاب شدند و ۱۰ سوال از قسمت های مختلف پرسش نامه به صورت تلفنی توسط تیم تحقیقاتی از آنها پرسیده می شد و پاسخ های آن ها را با داده های ثبت شده در نرم افزار پرسشگری مطابقت داده می شد و در موارد نیاز بازخورد مناسب به افراد ناظر و مسئول هماهنگی دانشگاه ها و پرسشگران داده شد.

علاوه بر موارد بالا، مراحل مختلف اجرای این پروژه توسط ناظر موسسه ملی تحقیقات سلامت پایش و نظارت گردید. همچنین قبل از شروع به جمع آوری داده ها، جهت انجام هماهنگی های بیشتر یک گروه در واتس آپ تشکیل گردید و تمام سوالات احتمالی پرسشگران و ناظران قبل و در طی اجرای مطالعه توسط تیم تحقیقاتی پاسخ داده شد.

۲-۳. ملاحظات اخلاقی طرح

برای هر کدام از افراد وارد شده به مطالعه قبل از شروع پرسشگری، توضیحات لازم در زمینه هدف از انجام مطالعه و اختیاری بودن شرکت در مطالعه داده می شد و رضایت نامه کتبی (فرم پیوست) جهت شرکت در پرسشگری از افراد اخذ می گردید. در صورت عدم رضایت به شرکت در طرح، مشخصات دموگرافیک (سن و جنس) فرد تکمیل می شد.

۳-۳. تجزیه و تحلیل داده ها

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار Stata نسخه ۱۴ انجام شد. ابتدا داده ها با استفاده از شاخص های توصیفی همچون میانگین، انحراف معیار، فراوانی، درصد و نمودارهای مرتبط خلاصه سازی شدند. برای تحلیل روابط بین متغیرها هم بسته به نوع متغیرهای مستقل و وابسته از آزمون های کای اسکوئر، تی مستقل و مدلسازی رگرسیون لجستیک استفاده شد.

از آنجا که مطالعه حاضر یک Survey بود لذا ابتدا به شرح زیر وزن دهی داده ها انجام شد و در نهایت برآوردهای شیوع با استفاده از آنالیز وزن داده شده (Weighted analysis) انجام شد.

نحوه وزن دهی

وزن نمونه گیری در هر طبقه به تفکیک گروه سنی و جنسی و منطقه ای

در این قسمت ابتدا اندازه جمعیت کشوری هر طبقه (منظور ۵ طبقه مورد نظر است) را به تعداد نمونه ی اخذ شده در هر طبقه به تفکیک گروه های سنی و جنسی و منطقه ای (منظور شهر و روستا) مختلف تقسیم کردیم.

$$W_{within\ strata} = \frac{population_{(age,sex,area)}}{sample\ size_{(age,sex,area)}}$$

وزن ناشی از ناپاسخی فرد

یک وزن دیگری که باید روی داده ها اعمال می شد وزن ناشی از ناپاسخی افراد بود. به دلایل مختلف برخی از خوشه های ما کمتر یا بیش از ۱۰ فرد در هر خوشه بود که باید وزن های متفاوتی دریافت می کردند.

$$W_{cluster} = \frac{10}{\text{number of sample in cluster}}$$

وزن ناشی از ناپاسخی در پرسشنامه

یک نوع وزن دهی دیگر مربوط به وزن ناشی از ناپاسخی در پرسشنامه بود. در حقیقت این نوع وزن دهی مواقعی انجام می‌گردد که فرد اطلاعات اولیه آن ثبت می‌شود اما اطلاعات پرسشنامه برای آن فرد انجام نمی‌شود. در مطالعه حاضر به دلیل اینکه این موارد خیلی نادر بود این نوع وزن دهی خیلی روی برآوردها تاثیر نمی‌گذاشت.

$$W_{questionnaire nonresponse} = \frac{10}{\text{number of sample in cluster with complete questionnaire}}$$

وزن دهی نهایی

در نهایت، تمامی وزن‌های موجود در سه وزن زیر خلاصه و به داده‌ها اضافه گردید تا برآوردها بر اساس

این وزن نهایی صورت گیرد.

$$W_{\text{Weight_sample}} = W_{\text{strata}} * W_{\text{cluster}} * W_{\text{questionnaire nonresponse}}$$

فصل چهارم: یافته ها

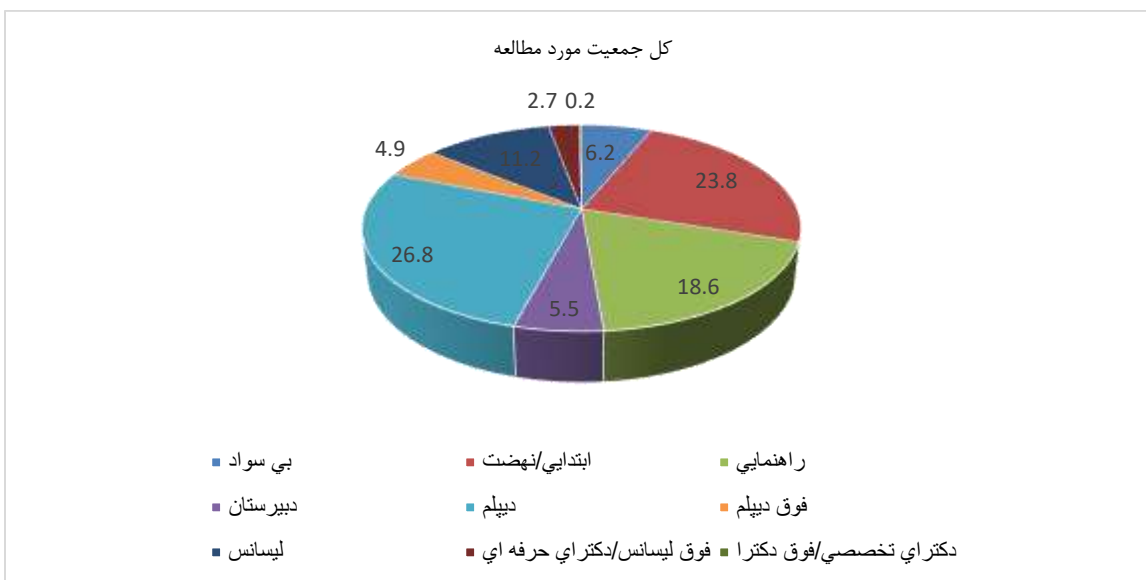
۴-۱. آنالیز توصیفی داده ها

۴-۱-۱. ویژگی های دموگرافیک

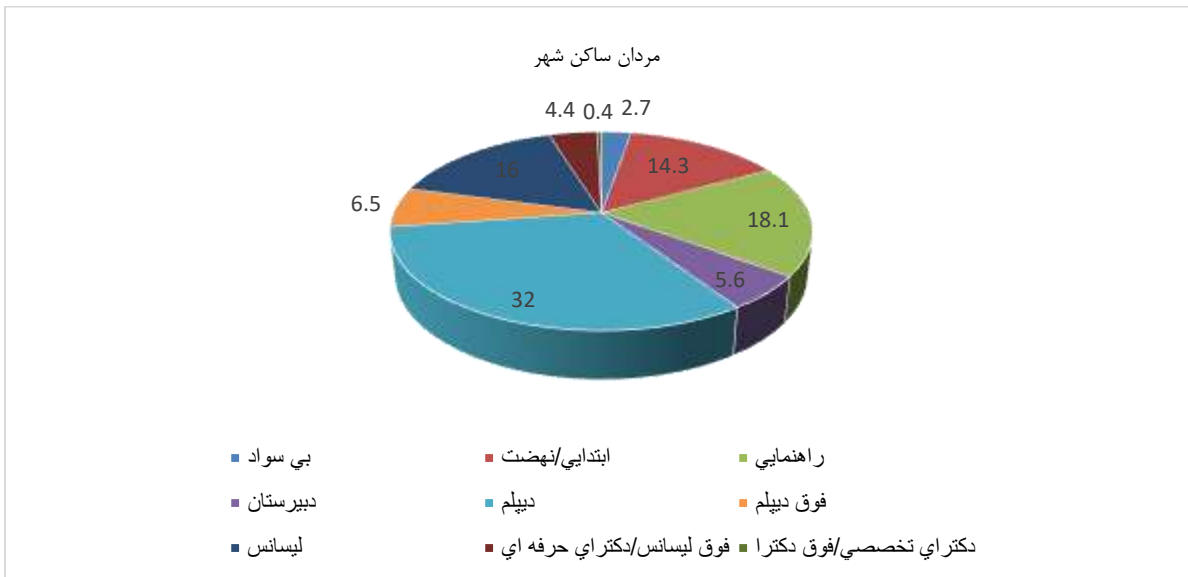
در این بررسی در نهایت، اطلاعات ۴۱۱۲ نفر (۲۰۵۶ مرد و ۲۰۵۶ زن) از جمعیت میانسالان کشور (۳۰ تا ۵۹ سال) جمع آوری و آنالیز گردید. میانگین و انحراف معیار سنی افراد مورد بررسی $۷/۸۵ \pm ۴۲/۴۲$ سال بود. میانگین و انحراف معیار سن در دو گروه مردان و زنان هم به ترتیب $۷/۸۶ \pm ۴۲/۲۹$ و $۷/۸۴ \pm ۴۲/۵۴$ سال بود. از بین شرکت کنندگان در مطالعه ۳۰۵۷ نفر (۷۴/۳۴ درصد) ساکن مناطق شهری و ۱۰۵۵ نفر (۲۵/۶۶ درصد) هم ساکن مناطق روستایی بودند. برخی خصوصیات دموگرافیک (تحصیلات و شغل) افراد مورد بررسی در جدول ۴-۱ خلاصه شده است.

جدول ۴-۱. توزیع فروانی تحصیلات و شغل افراد مورد بررسی (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)			
تحصیلات	مرد، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	کل، تعداد(%)
بی سواد	۷۰ (۳/۴۰)	۱۸۵ (۹)	۲۵۵ (۶/۲۰)
ابتدایی/نهضت	۳۶۶ (۱۷/۸۰)	۶۱۲ (۲۹/۷۷)	۹۷۸ (۲۳/۷۸)
راهنمایی	۴۳۱ (۲۰/۹۶)	۳۳۴ (۱۶/۲۵)	۷۶۵ (۱۸/۶۰)
دبیرستان	۱۲۳ (۵/۹۸)	۱۰۳ (۵/۰۱)	۲۲۶ (۵/۵۰)
دیپلم	۶۰۳ (۲۹/۳۳)	۵۰۱ (۲۴/۳۷)	۱۱۰۴ (۲۶/۸۵)
فوق دیپلم	۱۱۳ (۵/۵۰)	۸۸ (۴/۲۸)	۲۰۱ (۴/۸۹)
لیسانس	۲۷۳ (۱۳/۲۸)	۱۸۷ (۹/۱۰)	۴۶۰ (۱۱/۱۹)
فوق لیسانس/دکترای حرفه ای	۷۱ (۳/۴۵)	۴۲ (۲/۰۴)	۱۱۳ (۲/۷۵)
دکترای تخصصی/فوق دکترا	۶ (۰/۲۹)	۴ (۰/۱۹)	۱۰ (۰/۲۴)
شغل			
خانه دار	-	۱۷۷۴ (۸۶/۲۸)	۱۷۷۴ (۴۳/۱۴)
کارمند بخش دولتی	۲۳۳ (۱۱/۳۳)	۸۰ (۳/۸۹)	۳۱۳ (۷/۶۱)
کارمند بخش غیر دولتی	۶ (۰/۲۹)	۵ (۰/۲۴)	۱۱ (۰/۲۷)
بازنشسته/از کارافتاده	۱۱۳ (۵/۵۰)	۲۱ (۱/۰۲)	۱۳۴ (۳/۲۶)
بیکار/جویای کار	۱۰۵ (۵/۱۱)	۱۶ (۰/۷۸)	۱۲۱ (۲/۹۴)
شغل آزاد با بیمه خویش فرما	۱۰۹۷ (۵۳/۳۶)	۱۱۲ (۵/۴۵)	۱۲۰۹ (۲۹/۴۰)
کارگر شاغل در بخش دولتی	۶۲ (۳/۰۲)	۷ (۰/۳۴)	۶۹ (۱/۶۸)
کارگر شاغل در بخش غیر دولتی	۲۱۹ (۱۰/۶۵)	۴۱ (۱/۹۹)	۲۶۰ (۶/۳۲)
کشاورز و دامدار	۲۲۱ (۱۰/۷۵)	-	۲۲۱ (۵/۳۷)

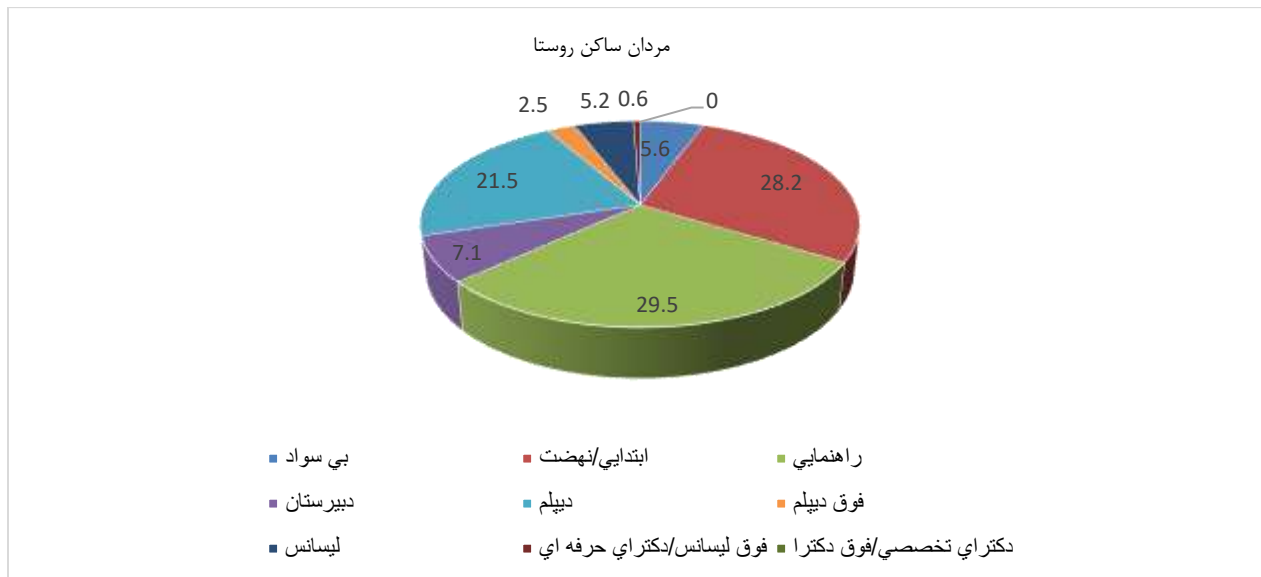
بر اساس نتایج خلاصه شده در جدول ۴-۱، از بین میانسالان مورد بررسی ۶/۲ درصد (۳/۴ درصد از مردان و ۹ درصد از زنان) بی سواد بودند. حدود ۵۴ درصد تحصیلات زیر دیپلم، ۳۱/۷ درصد هم دیپلم یا فوق دیپلم داشتند. همچنین ۱۴/۲ درصد (۱۷ درصد از مردان و ۱۱/۳ درصد از زنان) هم تحصیلات آکادمیک (لیسانس و بالاتر) داشتند. از نظر شغلی هم در بین زنان حدود ۸۶ درصد خانه دار بودند و در بین مردان هم حدود ۵۳ درصد شغل آزاد با بیمه خویش فرما را داشتند. شکل های ۴-۱ تا ۴-۷، نمودار توزیع فراوانی تحصیلات و شغل جمعیت مورد مطالعه برحسب محل سکونت و جنسیت را نشان می دهد.



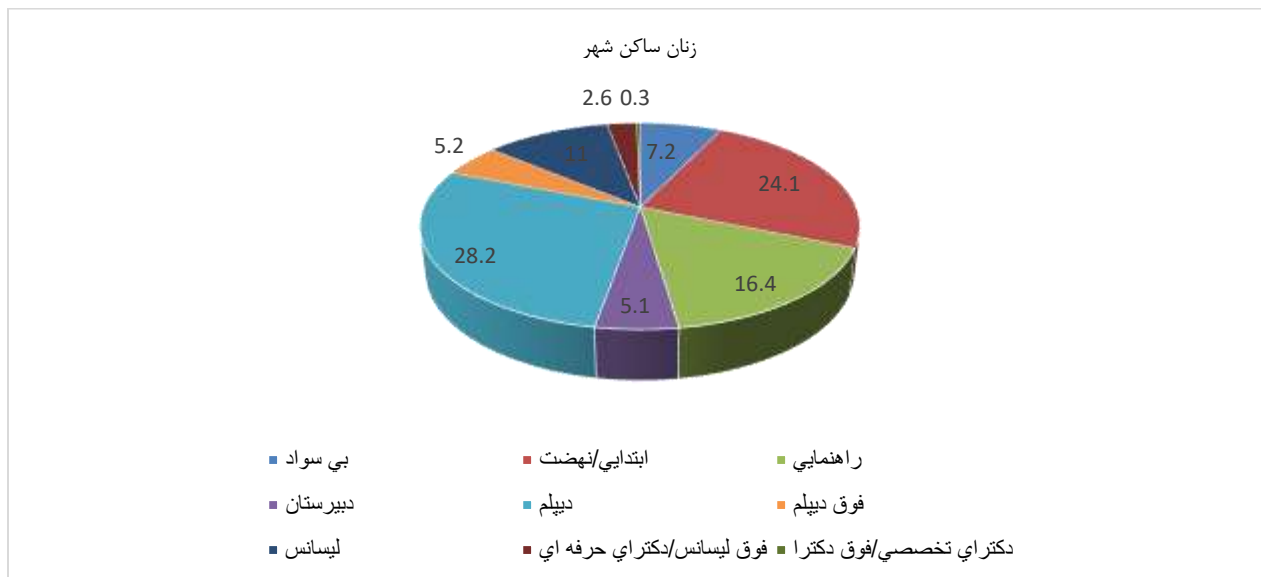
شکل ۴-۱. درصد توزیع فراوانی تحصیلات افراد ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور



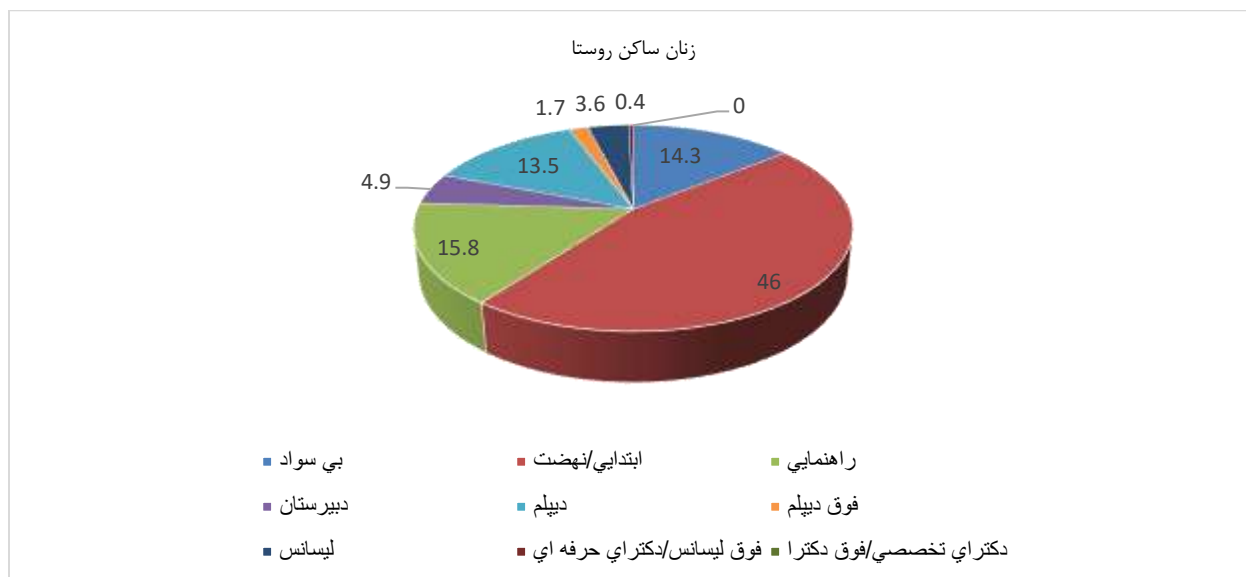
شکل ۴-۲. درصد توزیع فراوانی تحصیلات مردان ساکن شهر ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور



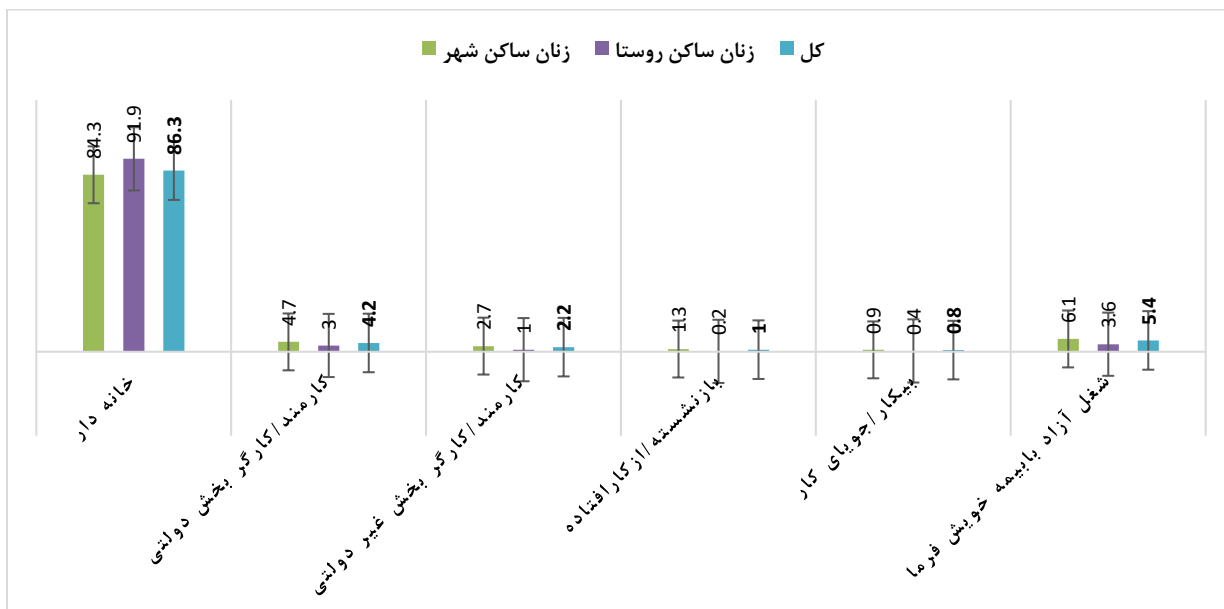
شکل ۴-۳. درصد توزیع فراوانی تحصیلات مردان ساکن روستا ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور



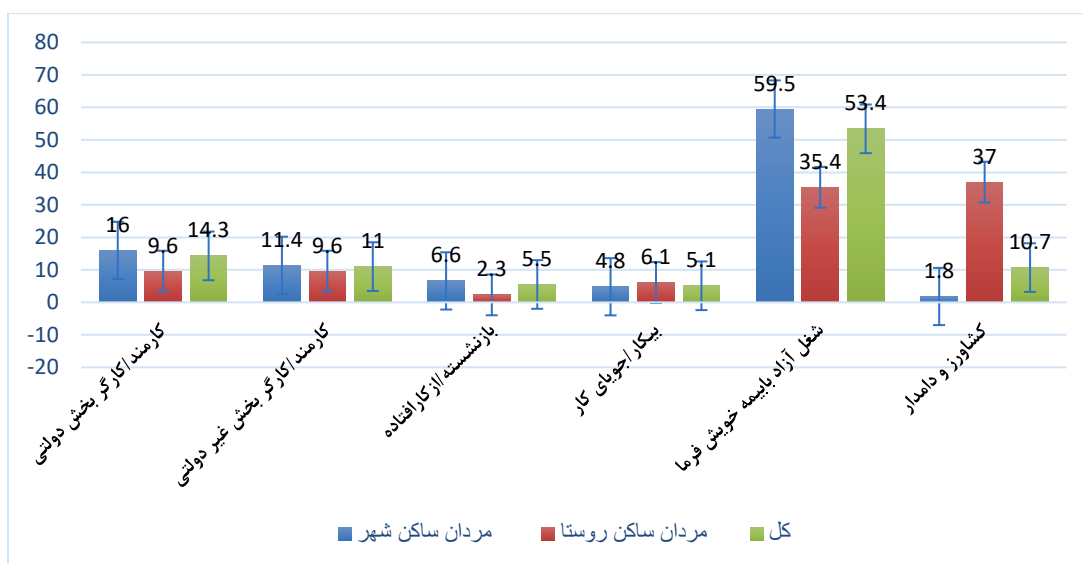
شکل ۴-۴. درصد توزیع فراوانی تحصیلات زنان ساکن شهر ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور



شکل ۴-۵. درصد توزیع فراوانی تحصیلات زنان ساکن روستا ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور



شکل ۴-۶. درصد توزیع فراوانی شغل زنان ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور



شکل ۴-۷. درصد توزیع فراوانی شغل مردان ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور

جدول ۴-۲. توزیع فراوانی قومیت، ازدواج و وضعیت تاهل افراد مورد بررسی (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)		
				قومیت
۱۸۳۴ (۴۴/۶۰)	۹۴۱ (۴۵/۷۷)	۸۹۳ (۴۳/۴۳)		فارس
۶۷۵ (۱۶/۴۲)	۳۴۱ (۱۶/۵۹)	۳۳۴ (۱۶/۲۵)		ترک
۳ (۰/۰۷)	۱ (۰/۰۵)	۲ (۰/۱۰)		ترکمن
۱۵۶ (۳/۷۹)	۶۲ (۳/۰۲)	۹۴ (۴/۵۷)		لر
۶۱ (۱/۴۸)	۲۷ (۱/۳۱)	۳۴ (۱/۶۵)		عرب
۵ (۰/۱۲)	۴ (۰/۱۹)	۱ (۰/۰۵)		بلوچ
۱۰۵۱ (۲۵/۵۶)	۵۱۰ (۲۴/۸۱)	۵۴۱ (۲۶/۳۱)		کرد
۳۲۷ (۷/۹۵)	۱۷۰ (۸/۲۷)	۱۵۷ (۷/۶۴)		گیلکی/مازندرانی
				ازدواج
۲۸۵ (۶/۹)	۱۲۶ (۶/۱)	۱۵۹ (۷/۷)		خیر
۳۸۲۷ (۹۳/۱)	۱۹۳۰ (۹۳/۹)	۱۸۹۷ (۹۲/۳)		بلی
				وضعیت تاهل در زمان مطالعه
۲۸۶ (۹/۹۶)	۱۲۷ (۶/۱۸)	۱۵۹ (۷/۷۳)		مجرد
۳۶۳۸ (۸۸/۴۷)	۱۷۷۷ (۸۶/۴۳)	۱۸۶۱ (۹۰/۵۲)		متاهل
۱۱۰ (۲/۶۸)	۱۰۰ (۴/۸۶)	۱۰ (۰/۴۹)		بیوه
۷۱ (۱/۷۳)	۴۸ (۲/۳۳)	۲۳ (۱/۱۲)		مطلقه
۷ (۰/۱۷)	۴ (۰/۱۹)	۳ (۰/۱۵)		مطلقه نیست ولی جدا زندگی می کند

همانطور که در جدول ۴-۲ نشان داده شده است ۹۲/۳ درصد از مردان و ۹۳/۹ درصد از زنان سابقه حداقل یکبار ازدواج را داشتند. میانگین و انحراف معیار سن ازدواج در دو گروه مردان و زنان هم به ترتیب $۴/۳۳ \pm ۲۴/۹۷$ و $۵/۰۱ \pm ۲۰/۱۳$ سال بود. حداقل سن ازدواج در زنان ۱۲ سال و در مردان ۱۶ سال بود. حداکثر سن ازدواج هم در زنان و مردان به ترتیب ۴۶ و ۴۹ سال بود. یکصد و سیزده نفر (۵/۹ درصد) از زنان متاهل در زمان ازدواج سن بین ۱۲ تا ۱۳ سال داشتند. سن ۵۷ نفر (۳درصد) از مردان متاهل هم در زمان ازدواج بین ۱۶ تا ۱۸ سالگی بود. از آنجا که در مطالعه حاضر، بر اساس درصد قومیت های ساکن در ایران نمونه گیری انجام نشده است لذا فراوانی متغیر قومیت مورد مطالعه در جدول ۴-۲ صرفاً جهت توصیف متغیر نشان داده شده است و گویای جمعیت کل کشور نیست.

جدول ۳-۴. توزیع سنی وضعیت تاهل افراد مورد بررسی (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
	مرد، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	کل، تعداد(%)	
گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال				
مجرد	۱۲۷ (۱۵/۵)	۷۶ (۹/۳)	۲۰۳ (۱۲/۴)	
متاهل	۶۸۰ (۸۲/۸)	۷۰۹ (۸۶/۴)	۱۳۸۹ (۸۴/۶)	
بیوه	۲ (۰/۲)	۱۴ (۱/۷)	۱۶ (۱/۰)	
مطلقه	۱۰ (۱/۲)	۲۱ (۲/۶)	۳۱ (۱/۹)	
مطلقه نیست ولی جدا زندگی می کند	۲ (۰/۲)	۱ (۰/۱)	۳ (۰/۲)	
گروه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال				
مجرد	۳۱ (۳/۸)	۴۵ (۵/۵)	۷۶ (۴/۶)	
متاهل	۷۷۶ (۹۴/۷)	۷۲۳ (۸۷/۸)	۱۴۹۹ (۹۱/۳)	
بیوه	۳ (۰/۴)	۳۴ (۴/۱)	۳۷ (۲/۳)	
مطلقه	۹ (۱/۱)	۲۰ (۲/۴)	۲۹ (۱/۸)	
مطلقه نیست ولی جدا زندگی می کند	۰	۱ (۰/۱)	۱ (۰/۱)	
گروه سنی ۵۰ تا ۵۹ سال				
مجرد	۱ (۰/۲)	۶ (۱/۵)	۷ (۰/۸)	
متاهل	۴۰۵ (۹۷/۴)	۳۴۵ (۸۳/۷)	۷۵۰ (۹۰/۶)	
بیوه	۵ (۱/۲)	۵۲ (۱۲/۶)	۵۷ (۶/۹)	
مطلقه	۴ (۱/۰)	۷ (۱/۷)	۱۱ (۱/۳)	
مطلقه نیست ولی جدا زندگی می کند	۱ (۰/۲)	۲ (۰/۵)	۳ (۰/۴)	

همانطور که در جدول ۳-۴ نشان داده شده است در زنان گروه های سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۴۰ تا ۵۰ سال و ۵۰ تا ۵۹ سال به ترتیب ۹/۳ درصد، ۵/۵ درصد و ۱/۵ درصد مجرد هستند و به عبارتی هر گز ازدواج نکرده اند. این نسبت در مردان کمتر است و در مردان هر کدام از گروه های سنی ۳۰ تا ۵۰ سال و ۵۰ تا ۵۹ سال به ترتیب ۳/۸ درصد و ۰/۲ درصد مجرد هستند. یک یافته قابل توجه در جدول ۳-۴ این است که در مردان گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال میانسال ۱۵/۵ درصد هنوز ازدواج نکرده اند.

جدول ۴-۴. توزیع فراوانی برخی شاخص های اقتصادی خانوار افراد مورد بررسی (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)		
۳۰۵۰ (۷۴/۲)	۱۵۶۳ (۷۶/۱)	۱۴۸۷ (۷۲/۳)	مالکیت شخصی	وضعیت مالکیت منزل مسکونی
۹۳۳ (۲۲/۷)	۴۳۴ (۲۱/۱)	۴۹۹ (۲۴/۳)	استیجاری	
۲۳ (۰/۵)	۹ (۰/۴)	۱۴ (۰/۷)	دولتی	
۱۰۶ (۲/۶)	۵۶ (۲/۴)	۵۶ (۲/۷)	سایر	
				داشتن اتومبیل شخصی
۲۶۰۴ (۶۳/۳)	۱۲۶۷ (۶۱/۶)	۱۳۳۷ (۶۵)	بلی	
۱۵۰۸ (۳۶/۷)	۷۸۹ (۳۸/۴)	۷۱۹ (۳۵)	خیر	
				داشتن بیش از یک اتومبیل شخصی
۱۹۸ (۴/۸)	۷۶ (۳/۷)	۱۲۲ (۵/۹)	بلی	
۳۹۱۴ (۹۵/۲)	۱۹۸۰ (۹۶/۳)	۱۹۳۴ (۹۴/۱)	خیر	
				داشتن بیمه درمانی
۳۵۲۳ (۸۵/۷)	۱۸۴۷ (۸۹/۸)	۱۶۷۶ (۸۱/۵)	بلی	
۵۸۹ (۱۴/۳)	۲۰۹ (۱۰/۲)	۳۸۰ (۱۸/۵)	خیر	
				نوع بیمه درمانی
۱۳۷۷ (۳۹/۱)	۷۴۱ (۴۰/۱)	۶۳۶ (۳۷/۹)	خدمات درمانی	
۱۹۵۸ (۵۵/۶)	۹۹۷ (۵۴)	۹۶۱ (۵۷/۳)	تامین اجتماعی	
۱۴۴ (۴/۱)	۸۵ (۴/۶)	۵۹ (۳/۵)	نیروهای مسلح	
۴۴ (۱/۲)	۲۴ (۱/۳)	۲۰ (۱/۲)	سایر بیمه ها	
				تحت پوشش نهادهای حمایتی
۱۹۵ (۴/۷)	۱۳۶ (۶/۶)	۵۹ (۲/۹)	بلی	
۳۹۱۷ (۹۵/۳)	۱۹۲۰ (۹۳/۴)	۱۹۹۷ (۹۷/۱)	خیر	
				نهاد حمایتی
۱۱۹ (۶۱/۱)	۹۴ (۶۹/۱)	۲۵ (۴۲/۴)	کمیته امداد امام	
۵۰ (۲۵/۶)	۲۸ (۲۰/۶)	۲۲ (۳۷/۳)	بهبودی	
۲۶ (۱۳/۳)	۱۴ (۱۰/۳)	۱۲ (۲۰/۳)	سایر	
				داشتن بیمه تکمیلی
۷۷۹ (۱۸/۹)	۴۳۶ (۲۱/۲)	۳۴۳ (۱۶/۷)	بلی	
۳۳۳۳ (۸۱/۱)	۱۶۲۰ (۷۸/۸)	۱۷۱۳ (۸۳/۳)	خیر	

اطلاعات خلاصه شده در جدول ۴-۴ نشان می دهد که ۲۲/۶ درصد از جمعیت میانسال در منازل استیجاری زندگی می کنند، ۳۶/۷ درصد از افراد فاقد وسیله نقلیه شخصی هستند و ۴/۷ درصد جمعیت میانسال تحت

پوشش نهادهای حمایتی می باشند. از بین افراد مورد بررسی ۸۵/۷ درصد افراد حداقل یکی از بیمه های سلامت را داشتند اما تنها ۱۸/۹ درصد افراد بیمه تکمیلی داشتند.

۴-۱-۲. سوابق پزشکی افراد

سوابق پزشکی افراد، شامل سابقه ابتلا به بیماریها و ریسک فاکتورهای بیماریهای غیر واگیر، اطلاعات دیگری بود که مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آن در جداول ۴-۵ تا ۴-۱۰ خلاصه شده است.

جدول ۴-۵. توزیع فراوانی سوابق پزشکی افراد مورد بررسی (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
	مرد، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	کل، تعداد(%)	
سابقه بستری در بیمارستان در یک سال گذشته	بلی	۱۶۵ (۸/۱)	۲۲۵ (۱۰/۷)	۳۹۰ (۹/۴)
	خیر	۱۸۹۱ (۹۱/۹)	۱۸۳۱ (۸۹/۳)	۳۷۲۲ (۹۰/۶)
دریافت خدمات سرپایی از مراکز بهداشتی درمانی در یکسال اخیر	بلی	۹۷۴ (۴۶/۳)	۱۲۸۶ (۶۱/۸)	۲۲۶۰ (۵۳/۹۷)
	خیر	۱۰۸۲ (۵۳/۷)	۷۷۰ (۳۸/۲)	۱۸۵۲ (۴۶/۰۳)
سابقه سکته قلبی (MI)	دارد	۲۴ (۱/۱)	۱۷ (۰/۸)	۴۱ (۰/۹)
	ندارد	۲۰۳۲ (۹۸/۹)	۲۰۳۹ (۹۹/۲)	۴۰۷۱ (۹۹/۱)
سابقه سکته مغزی (CVA)	بلی	۱۱ (۰/۵)	۱۳ (۰/۶)	۲۴ (۰/۶)
	خیر	۲۰۴۵ (۹۹/۵)	۲۰۴۳ (۹۹/۴)	۴۰۸۸ (۹۹/۴)
ابتلا به پرفشاری خون	بلی	۱۶۸ (۸/۲)	۲۸۹ (۱۴/۱)	۴۵۷ (۱۱/۱)
	خیر	۱۸۶۳ (۹۰/۶)	۱۷۵۵ (۸۵/۴)	۳۶۱۸ (۸۸/۰)
	نمی داند	۲۵ (۱/۲)	۱۲ (۰/۵)	۳۷ (۰/۹)
چربی خون بالا (هیپرلیپیدمی)	بلی	۱۷۹ (۸/۴)	۳۰۴ (۱۴/۳)	۴۸۳ (۱۱/۳)
	خیر	۱۸۲۳ (۸۸/۹)	۱۷۰۷ (۸۳/۹)	۳۵۳۰ (۸۶/۴)
	نمی داند	۵۴ (۲/۷)	۴۵ (۱/۸)	۹۹ (۲/۳)
تجربه آنژین قلبی (درد قلبی)	بلی	۶۴ (۳/۱)	۶۹ (۳/۴)	۱۳۳ (۳/۲)
	خیر	۱۹۸۳ (۹۶/۵)	۱۹۷۷ (۹۶/۱)	۳۹۶۰ (۹۶/۳)
	نمی داند	۹ (۰/۴)	۱۰ (۰/۵)	۱۹ (۰/۵)
نارسایی قلبی	بلی	۱۶ (۰/۸)	۲۳ (۱/۱)	۳۹ (۰/۹)
	خیر	۲۰۴۰ (۹۲/۲)	۲۰۳۳ (۹۸/۹)	۴۰۷۳ (۹۹/۱)
دیابت	بلی	۹۴ (۴/۴)	۱۴۴ (۶/۹)	۲۳۸ (۵/۷)
	خیر	۱۹۲۸ (۹۳/۸)	۱۸۶۲ (۹۰/۹)	۳۷۹۰ (۹۲/۳)
	نمی داند	۳۴ (۱/۸)	۵۰ (۲/۲)	۸۴ (۲/۰)

همانطور که در جدول ۴-۵ نشان داده شده است ۴۱ نفر (۰/۹ درصد) از میانسالان مورد بررسی شامل ۱۷ نفر

(۰/۸ درصد) زن و ۲۴ نفر (۱/۱ درصد) مرد بر اساس اظهار خودشان سابقه سکته قلبی (MI) داشتند. میانگین

و انحراف معیار سن بروز سکتته قلبی در این افراد $45/8 \pm 7/3$ سال (مردان: $44/8 \pm 7/9$ سال؛ زنان:

هم $46/9 \pm 5/3$ سال) با حداقل سن بروز ۲۰ سال برای مردان و ۳۰ سال برای زنان بود. **میانۀ سن بروز سکتته قلبی**

هم ۴۶ سال (زنان ۴۷ و مردان ۴۴) سال بود. همچنین ۲۴ نفر (۰/۶ درصد) از افراد شامل ۱۳ نفر (۰/۶ درصد)

زن و ۱۱ نفر (۰/۵ درصد) مرد سابقه سکتته مغزی داشتند. میانگین و انحراف معیار سن بروز سکتته مغزی در این

افراد $43/9 \pm 7/58$ سال (مردان: $41/2 \pm 8/6$ سال؛ زنان: $45/4 \pm 6/3$ سال) با حداقل سن بروز ۲۴ سال برای مردان

و ۳۵ سال برای زنان بود. **میانۀ سن بروز سکتته مغزی هم ۴۴ سال (زنان ۴۴ و مردان ۴۰) سال) بود.**

همچنین ۴۸۳ نفر (۱۱/۳ درصد) از افراد شامل ۳۰۴ نفر (۱۴/۳ درصد) زن و ۱۷۹ نفر (۸/۴ درصد) مرد سابقه

چربی خون بالا داشتند. میانگین و انحراف معیار سن بروز چربی خون بالا بر اساس خود اظهاری آنها در این افراد

$42/1 \pm 7/9$ سال (مردان: $41/3 \pm 8/2$ سال؛ زنان: $42/5 \pm 7/7$ سال) با حداقل سن بروز ۲۰ سال برای مردان و

۲۰ سال برای زنان بود. **میانۀ سن بروز نارسایی قلبی هم ۴۲ سال (زنان ۴۲ و مردان ۴۱) سال) بود.**

همچنین ۳۹ نفر (۰/۹ درصد) از افراد شامل ۲۳ نفر (۱/۱ درصد) زن و ۱۶ نفر (۰/۸ درصد) مرد سابقه نارسایی

قلبی داشتند. میانگین و انحراف معیار سن بروز نارسایی قلبی در این افراد $40/0 \pm 9/7$ سال (مردان: $42/9 \pm 7/6$

سال؛ زنان: $39/1 \pm 9/7$ سال) با حداقل سن بروز ۲۵ سال برای مردان و ۲۰ سال برای زنان بود. **میانۀ سن بروز**

نارسایی قلبی هم ۴۴ سال (زنان ۴۰ و مردان ۴۲) سال) بود.

بر اساس اطلاعات جدول ۴-۵ و خود اظهاری میانسالان مورد مطالعه، از میان ۲۳۸ نفر (۵/۷ درصد) شامل ۱۴۴

زن و ۹۴ مرد میانسال مبتلا به دیابت، ۱۴ نفر (۹/۷٪) از زنان و ۴ نفر (۴/۳٪) از مردان دیابت نوع ۱ داشتند و

تعداد ۱۳۰ نفر (۹۰/۳٪) از زنان و ۹۰ نفر (۹۵/۷٪) از مردان دیابت نوع ۲ داشتند. میانگین و انحراف معیار سن

بروز دیابت نوع ۱ در زنان و مردان به ترتیب $9/0 \pm 4/2$ سال (حداقل سن ۶ سال) و $11/25 \pm 6/5$ سال (حداقل

سن ۸ سال) بود. **میانۀ سن بروز دیابت نوع ۱ هم ۸ سال (زنان و مردان ۸ سال) بود.** همچنین میانگین و انحراف

معیار سن بروز دیابت نوع ۲ در زنان و مردان به ترتیب $42/68 \pm 7/5$ سال (حداقل سن ۲۵ سال) و $43/50 \pm 7/3$

سال (حداقل سن ۲۸ سال) بود. **میانۀ سن بروز نارسایی قلبی هم ۴۳ سال (زنان ۴۴ و مردان ۴۳) سال) بود.**

جدول ۴-۶. توزیع فراوانی داشتن دو عامل خطر همزمان (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)					
P-value	کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)		
۰/۰۸					پرفشاری خون و دیابت
	۹۹ (۲/۴)	۵۸ (۲/۸)	۴۱ (۲)	بله	
	۴۰۱۳ (۹۷/۶)	۱۹۹۸ (۹۷/۲)	۲۰۱۵ (۹۸)	خیر	
<۰/۰۰۱					پرفشاری خون و چربی خون بالا
	۱۶۱ (۳/۹)	۱۰۶ (۵/۲)	۵۵ (۲/۷)	بله	
	۳۹۵۱ (۹۶/۱)	۱۹۵۰ (۹۴/۸)	۲۰۰۱ (۹۷/۳)	خیر	
<۰/۰۰۱					دیابت و چربی خون بالا
	۱۲۷ (۳/۱)	۹۰ (۴/۴)	۳۷ (۱/۸)	بله	
	۳۹۸۵ (۹۶/۹)	۱۹۶۶ (۹۵/۶)	۲۰۱۹ (۹۸/۲)	خیر	
					سکته قلبی و سکته مغزی
۱	۲	۱	۱	بله	
	۴۱۱۰	۲۰۵۵	۲۰۵۵	خیر	

بر اساس اطلاعات خلاصه شده در جدول ۴-۶، ۲/۴ درصد از میانسالان مورد بررسی همزمان سابقه ابتلا به پرفشاری خون و دیابت داشتند. همچنین ۳/۹ درصد از افراد همزمان ابتلا به چربی خون بالا و پرفشاری خون داشتند و ۳/۱ درصد افراد هم همزمان دیابت و چربی خون بالا داشتند. فراوانی داشتن همزمان دو عامل خطر در هر سه حالت (پرفشاری خون و دیابت، پرفشاری خون و چربی خون بالا، دیابت و چربی خون بالا) به صورت معنی داری در زنان بیشتر از مردان است ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۴-۷. توزیع فراوانی سوابق پزشکی افراد مورد بررسی (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)		
				آنمی
۴۶۴ (۱۱/۱)	۳۷۵ (۱۸/۰)	۸۹ (۴/۳)	بلی	
۳۵۱۴ (۸۵/۷)	۱۵۸۳ (۷۷/۲)	۱۹۳۱ (۹۴/۰)	خیر	
۱۳۴ (۳/۲)	۹۸ (۴/۸)	۳۶ (۱/۷)	نمی داند	
۴۰۴ (۸۷/۱)	۳۴۰ (۹۰/۷)	۶۴ (۷۱/۹)	آنمی فقر آهن	نوع آنمی
۵۷ (۱۲/۳)	۳۳ (۸/۸)	۲۴ (۲۷/۰)	تالاسمی مینور	
۱ (۰/۲)	۱ (۰/۳)	-	آنمی سیکل سل	
۲ (۰/۴)	۱ (۰/۳)	۱ (۱/۱)	کمبود پلاکت	
				بیماری التهابی روده (کرون/کولیت اولسراتیو)
۶۷ (۱/۶)	۳۹ (۱/۹)	۲۸ (۱/۴)	بلی	
۳۹۹۸ (۹۷/۲)	۱۹۹۵ (۹۷/۰)	۲۰۰۳ (۹۷/۳)	خیر	
۴۷ (۱/۲)	۲۲ (۱/۱)	۲۵ (۱/۳)	نمی داند	
				پولیپ روده بزرگ
۲۳ (۰/۵)	۱۵ (۰/۷)	۸ (۰/۴)	بلی	
۴۰۳۶ (۹۸/۲)	۲۰۲۲ (۹۸/۴)	۲۰۱۴ (۹۷/۹)	خیر	
۵۳ (۱/۳)	۱۹ (۰/۹)	۳۴ (۱/۷)	نمی داند	
				بیماری تیروئید
۲۹۸ (۷/۱)	۲۷۰ (۱۳/۱)	۲۸ (۱/۳)	بلی	
۳۷۴۲ (۹۱)	۱۷۴۹ (۸۵/۱)	۱۹۹۳ (۹۶/۸)	خیر	
۷۲ (۱/۹)	۳۷ (۱/۸)	۳۵ (۱/۹)	نمی داند	
۳۵ (۱۱/۷)	۲۸ (۱۰/۴)	۷ (۲۵)	پرکاری تیروئید	نوع بیماری تیروئید
۲۵۵ (۸۵/۶)	۲۳۴ (۸۶/۷)	۲۱ (۷۵)	کم کاری تیروئید	
۸ (۲/۷)	۸ (۲/۹)	-	سایر(ندول تیروئیدی)	
				نارسایی کلیه
۷۲ (۱/۷)	۳۲ (۱/۵)	۴۰ (۱/۹)	بلی	
۴۰۱۲ (۹۷/۶)	۲۰۰۸ (۹۷/۸)	۲۰۰۴ (۹۷/۵)	خیر	
۲۸ (۰/۷)	۱۶ (۰/۷)	۱۲ (۰/۶)	نمی داند	
				بیماریهای مرتبط با بیضه و پروستات
-	-	۳۴ (۱/۶)	بلی	
-	-	۲۰۰۵ (۹۷/۶)	خیر	
-	-	۱۷ (۰/۸)	نمی داند	

بر اساس اطلاعات جدول ۴-۷، ۲۹۸ نفر (۰/۷/۱) از میانسالان مورد بررسی یکی از انواع بیماری های تیروئید را داشتند. میانگین و انحراف معیار سن بروز پرکاری تیروئید در زنان و مردان به ترتیب $۳۶/۹۰ \pm ۹/۸۹$ سال (حداقل سن ۲۰ سال) و $۳۶/۷ \pm ۸/۹۳$ سال (حداقل سن ۲۵ سال) بود. **میان سن شناسایی پرکاری تیروئید هم ۳۷ سال (زنان ۳۷ و مردان ۳۵ سال) بود.** همچنین میانگین و انحراف معیار سن بروز کم کاری تیروئید در زنان و مردان به ترتیب $۳۵/۰ \pm ۹/۵۳$ سال (حداقل سن ۱۰ سال) و $۳۶/۹ \pm ۸/۷۰$ سال (حداقل سن ۲۰ سال) بود. **میان سن شناسایی کم کاری تیروئید هم ۳۵ سال (زنان ۳۵ و مردان ۳۶ سال) بود.**

جدول ۴-۸. توزیع فراوانی سوابق پزشکی افراد مورد بررسی (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)			
کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)	
۱۰۷ (۲/۵)	۸۶ (۴/۱)	۲۱ (۰/۹)	بلی
۳۹۱۹ (۹۵/۵)	۱۹۱۲ (۹۳/۲)	۲۰۰۷ (۹۷/۷)	خیر
۸۶ (۲/۰)	۵۸ (۲/۷)	۲۸ (۱/۴)	نمی داند
۲۷۵ (۶/۵)	۲۲۶ (۱۰/۸)	۴۹ (۲/۴)	بلی
۳۷۸۳ (۹۲/۳)	۱۷۹۷ (۸۷/۷)	۱۹۸۶ (۹۶/۷)	خیر
۵۴ (۱/۲)	۳۳ (۱/۵)	۲۱ (۰/۹)	نمی داند
۸۴ (۱/۹)	۶۶ (۳/۱)	۱۸ (۰/۹)	بلی
۳۹۸۸ (۹۷/۱)	۱۹۶۱ (۹۵/۶)	۲۰۲۷ (۹۸/۵)	خیر
۴۰ (۱/۰)	۲۹ (۱/۴)	۱۱ (۰/۶)	نمی داند
۴۵۳ (۱۰/۷)	۲۵۰ (۱۱/۸)	۲۰۳ (۹/۶)	بلی
۳۶۵۹ (۸۹/۳)	۱۸۰۶ (۸۸/۲)	۱۸۵۳ (۹۰/۴)	خیر
۱۰۲ (۲/۴)	۱۰۱ (۴/۸)	۱ (۰/۱)	بلی
۴۰۱۰ (۹۷/۶)	۱۹۵۵ (۹۵/۲)	۲۰۵۵ (۹۹/۹)	خیر
۳ (۲/۹)	۳ (۳/۰)	-	لگن
۴ (۳/۹)	۴ (۴/۰)	-	ستون فقرات
۵۵ (۵۳/۹)	۵۵ (۵۴/۰)	-	انگشت/ مچ/ ساعد دست
۳۳ (۳۲/۴)	۳۲ (۳۲/۰)	۱ (۱۰۰)	انگشت/ مچ/ ساق پا
۵ (۴/۹)	۵ (۵/۰)	-	دنده
۲ (۱/۹۶)	۲ (۲/۰)	-	سایر (فک، صورت و ..)
۸۷ (۲/۰)	۳۱ (۱/۴)	۵۶ (۲/۶)	بلی
۴۰۲۵ (۹۸/۸)	۲۰۲۵ (۹۸/۶)	۲۰۰۰ (۹۷/۴)	خیر
۲۵۰ (۶/۱)	۱۴۴ (۷)	۱۰۶ (۵/۲)	بلی
۳۸۶۲ (۹۳/۹)	۱۹۱۲ (۹۳)	۱۹۵۰ (۹۴/۸)	خیر
۵۴ (۲/۱/۶)	۳۰ (۲۰/۸)	۲۴ (۲۲/۶)	بلی
۱۹۶ (۷۸/۴)	۱۱۴ (۷۹/۲)	۸۲ (۷۷/۴)	خیر
۹۹ (۲/۴)	۶۶ (۳/۱)	۳۳ (۱/۷)	بلی
۳۹۸۴ (۹۶/۹)	۱۹۷۶ (۹۶/۱)	۲۰۰۸ (۹۷/۶)	خیر
۲۹ (۰/۷)	۱۴ (۰/۸)	۱۵ (۰/۷)	نمی داند

در بین متغیرهایی که در جدول ۴-۸ آمده است، شکستگی استخوان، بی حرکتی طولانی، سقوط، سقوط منجر به شکستگی استخوان به همراه سن متغیرهایی هستند که ممکن است با پوکی استخوان در ارتباط باشند. در قسمت تحلیل داده ها، رابطه این متغیرها با پوکی استخوان بررسی می گردد.

در بین موارد بررسی شده ۲۱ مورد (۰/۵ درصد) سابقه ابتلای به سرطان را داشتند. از زنان مورد مطالعه، ۱۵ نفر (۰/۷ درصد) و از مردان مورد مطالعه هم ۶ نفر (۰/۳ درصد) سرطان داشتند که موارد آن به تفکیک جنسیت به شرح جدول ۴-۹ می باشد.

جدول ۴-۹. توزیع فراوانی سوابق پزشکی افراد مورد بررسی (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)								
زن				مرد				نوع سرطان
حداکثر سن ابتلا	حداقل سن ابتلا	متوسط سن ابتلا	تعداد	حداکثر سن ابتلا	حداقل سن ابتلا	متوسط سن ابتلا	تعداد	
۴۸	۳۰	$37/5 \pm 8/3$	۱۱	-	-	-	-	پستان
۵۰	۵۰	۵۰	۱	-	-	-	-	تیروئید
۴۱	۳۷	$37 \pm 2/8$	۲	-	-	-	-	خون (لوسمی)
۲۷	۲۷	۲۷	۱	-	-	-	-	رحم
-	-	-	-	۳۴	۳۴	۳۴	۱	بیضه
-	-	-	-	۴۰	۴۰	۴۰	۱	پروستات
-	-	-	-	۳۴	۳۴	۳۴	۱	پوست
-	-	-	-	۵۵	۵۵	۵۵	۱	حنجره
-	-	-	-	۳۹	۳۰	$34/5 \pm 6/4$	۲	سیستم عصبی مرکزی (CNS)

جدول ۴-۱۰. توزیع فراوانی سوابق پزشکی افراد مورد بررسی (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)		
				سابقه رادیوگرافی قفسه سینه
۲۱ (۰/۶)	۱۰ (۰/۵)	۱۱ (۰/۵)	بلی	
۴۰۹۱ (۹۹/۴)	۲۰۴۶ (۹۹/۵)	۲۰۴۵ (۹۹/۵)	خیر	
				سابقه جراحی
۱۳۷۸ (۳۳/۶)	۸۹۴ (۴۳/۵)	۴۸۴ (۲۳/۵)	بلی	
۲۷۳۴ (۶۶/۴)	۱۱۶۲ (۵۶/۵)	۱۵۷۲ (۷۶/۵)	خیر	
				سابقه جراحی قلب و عروق
۱۱۹ (۲/۹)	۸۸ (۴/۳)	۳۱ (۱/۵)	بلی	
۳۹۹۳ (۹۷/۱)	۱۹۶۸ (۹۵/۷)	۲۰۲۵ (۹۸/۵)	خیر	
				سابقه جراحی کولورکتال
۲۵ (۰/۶)	۱۴ (۰/۷)	۱۱ (۰/۵)	بلی	
۴۰۸۷ (۹۹/۴)	۲۰۴۲ (۹۹/۳)	۲۰۴۵ (۹۹/۵)	خیر	
				سابقه جراحی پستان
-	۱۱ (۰/۶)	-	بلی	
-	۲۰۴۵ (۹۹/۴)	-	خیر	
				سابقه جراحی رحم
-	۱۲ (۰/۶)	-	بلی	
-	۲۰۴۴ (۹۹/۴)	-	خیر	
				سابقه جراحی تخمدان
-	۹ (۰/۳)	-	بلی	
-	۲۰۴۷ (۹۹/۷)	-	خیر	

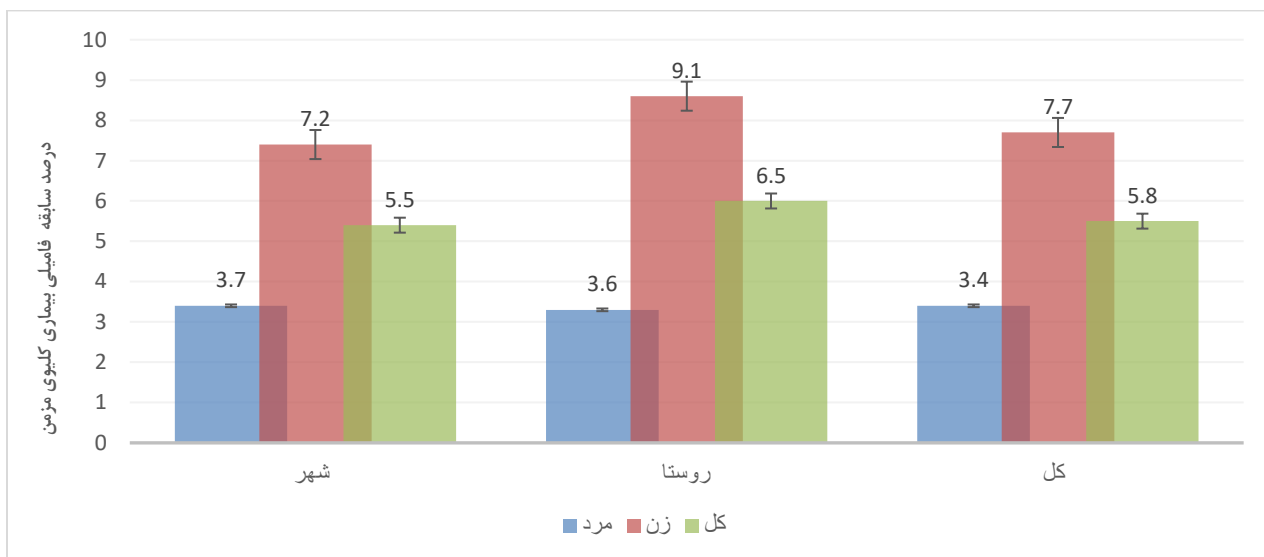
همانطور که در جدول ۴-۱۰ نشان داده شده است ۱۱۹ نفر (۲/۹ درصد) از میانسالان مورد بررسی شامل ۸۸ نفر (۴/۳ درصد) زن و ۳۱ نفر (۱/۵ درصد) مرد سابقه جراحی بیماریهای قلبی-عروقی داشتند. میانگین و انحراف معیار سن جراحی قلب در این افراد $۱۰/۸۸ \pm ۳۵/۰۱$ سال (مردان: $۳۷/۳۹ \pm ۱۲/۸۵$ سال؛ زنان: $۰/۶ \pm ۱۷/۰۵$ سال) بود. میانگین سن جراحی قلب هم ۳۰ سال (زنان و مردان ۳۰ سال) بود. همچنین ۲۵ نفر (۰/۶ درصد) از بیماران شامل ۱۴ نفر (۰/۷ درصد) زن و ۱۱ نفر (۰/۵ درصد) مرد سابقه جراحی کولورکتال و

هموروئید داشتند. میانگین و انحراف معیار سن جراحی کولورکتال و هموروئید در این افراد $۳۱/۰۸ \pm ۹/۰۹$ سال (مردان: $۳۴/۲۷ \pm ۹/۸۵$ سال؛ زنان: $۲۸/۵۷ \pm ۷/۹۱$ سال) بود. **میانگین سن جراحی کولورکتال و هموروئید هم ۳۲ سال (زنان ۲۹ و مردان ۳۵ سال) بود.** میانگین و انحراف معیار سن جراحی پستان، رحم و تخمدان در زنان میانسال مورد بررسی به ترتیب $۳۳/۶۴ \pm ۹/۷۵$ سال (حداقل ۱۷ و حداکثر ۴۶ سال)، $۴۲/۹۲ \pm ۵/۷۳$ سال (حداقل ۳۲ و حداکثر ۵۲ سال) و $۳۸/۱۱ \pm ۹/۲۱$ سال (حداقل ۲۲ و حداکثر ۴۸ سال) بود. **سن جراحی پستان، رحم و تخمدان هم به ترتیب ۳۲، ۴۲ و ۴۰ سال بود.** هیچکدام از افراد مورد بررسی سابقه استفاده از بالن یا استنت و همچنین جراحی های معده، پروستات نداشتند.

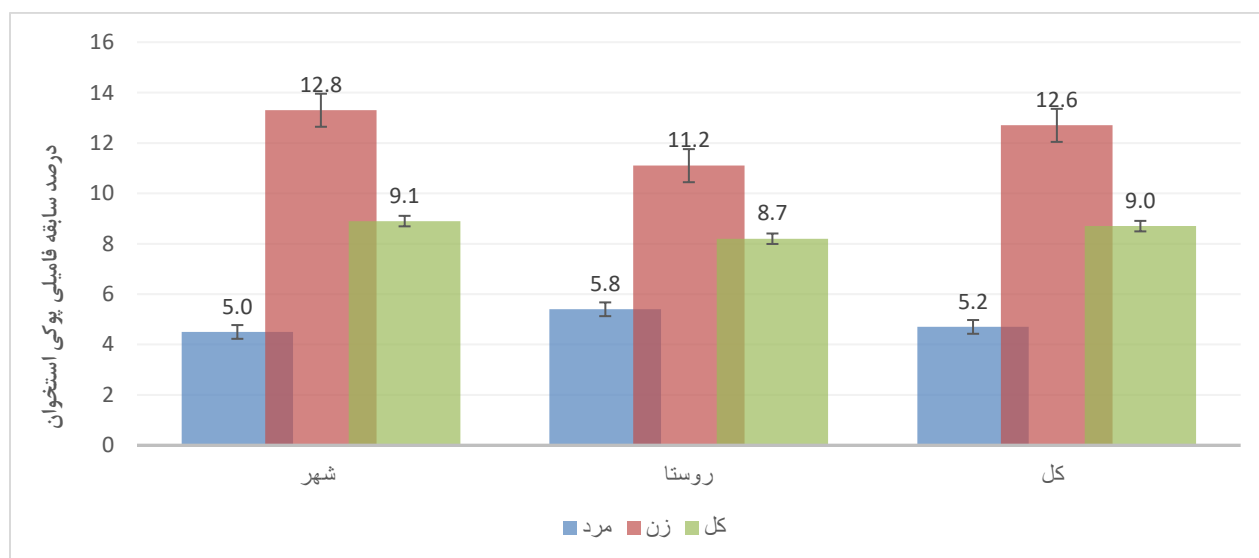
۳-۱-۴. سوابق بیماری در خانواده

جدول ۴-۱۱. توزیع فراوانی سوابق فامیلیال (فامیلیال درجه ۱) بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتباً آن (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)		
۱۰۱۱ (۳۴/۶)	۴۴۹ (۲۱/۸)	۵۶۲ (۲۷/۳)	بلی	سابقه فامیلی آنژین (درد قلبی، سکت قلبی و مغزی)
۳۰۵۷ (۷۴/۳)	۱۵۸۹ (۷۷/۳)	۱۴۶۸ (۷۱/۴)	خیر	
۴۴ (۱/۱)	۱۸ (۰/۹)	۲۶ (۱/۳)	نمی داند	
۱۶۳۸ (۳۹/۸)	۶۹۷ (۳۳/۹)	۹۴۱ (۴۵/۸)	بلی	سابقه فامیلی ابتلا به فشارخون بالا
۲۴۷۴ (۶۰/۲)	۱۳۵۹ (۶۶/۱)	۱۱۱۵ (۵۴/۲)	خیر	
۹۷۶ (۲۳/۷)	۴۴۹ (۲۱/۸)	۵۲۷ (۲۵/۶)	بلی	سابقه فامیلی هیپرلیپیدمی
۳۱۳۶ (۷۶/۳)	۱۶۰۷ (۷۸/۲)	۱۵۲۹ (۷۴/۴)	خیر	
۹۸۵ (۲۴)	۴۵۷ (۲۲/۲)	۵۲۸ (۲۵/۶)	بلی	سابقه فامیلی دیابت
۳۱۲۷ (۷۶)	۱۵۹۹ (۷۷/۸)	۱۵۲۸ (۷۴/۴)	خیر	
۲۲۷ (۵/۵)	۱۵۸ (۷/۷)	۶۹ (۳/۴)	بلی	سابقه فامیلی بیماری کلیوی مزمن
۳۸۸۵ (۹۴/۵)	۱۸۹۸ (۹۲/۳)	۱۹۸۷ (۹۶/۶)	خیر	
۳۵۹ (۸/۷)	۲۶۲ (۱۲/۷)	۹۷ (۴/۷)	بلی	سابقه فامیلی پوکی استخوان
۳۷۵۳ (۹۱/۳)	۱۷۹۴ (۸۷/۳)	۱۹۵۹ (۹۵/۳)	خیر	
۱۰۰ (۲/۴)	۵۷ (۲/۸)	۴۳ (۲/۱)	بلی	سابقه فامیلی شکستگی استخوان لگن (پدر/مادر)
۴۰۱۲ (۹۷/۶)	۱۹۹۹ (۹۷/۲)	۲۰۱۳ (۹۷/۹)	خیر	
۱۱۱ (۲/۷)	۱۰۲ (۵)	۹ (۰/۴)	بلی	سابقه فامیلی کوتاه شدن قد
۴۰۰۱ (۹۷/۳)	۱۹۵۴ (۹۵)	۲۰۴۷ (۹۹/۶)	خیر	
۱۰۲ (۲/۵)	۷۳ (۳/۶)	۲۹ (۱/۴)	بلی	سابقه فامیلی خمیدگی پشت
۴۰۱۰ (۹۷/۵)	۱۹۸۳ (۹۶/۴)	۲۰۲۷ (۹۸/۶)	خیر	

شکل های ۴-۸ و ۴-۹ درصد توزیع فراوانی سابقه فامیلی بیماری کلیوی مزمن و پوکی استخوان در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور برحسب محل سکونت و جنسیت نشان می دهد.



شکل ۴-۸. درصد افراد با سابقه فامیلی بیماری کلیوی مزمن (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)



شکل ۴-۹. درصد افراد با سابقه فامیلی پوکی استخوان (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)

جدول ۴-۱۲. توزیع فراوانی سوابق فامیلیال (فامیلیال درجه ۱) پولیپ روده بزرگ، سرطان های کولورکتال، پستان، تخمدان و آندومتر (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال ایران)				
کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)		
				پولیپ روده بزرگ
۳۰ (۰/۸)	۲۰ (۱/۰)	۱۰ (۰/۵)	بلی	
۳۲۴۹ (۷۷/۸)	۱۲۰۳ (۵۸/۳)	۲۰۴۶ (۹۹/۵)	خیر	
۸۳۳ (۲۱/۴)	۸۳۳ (۴۰/۷)	-	نمی داند	
				سرطان کولورکتال
۶۲ (۱/۵)	۳۹ (۱/۹)	۲۳ (۱/۱)	بلی	
۴۰۵۰ (۹۸/۵)	۲۰۱۷ (۹۸/۱)	۲۰۳۳ (۹۸/۹)	خیر	
				سرطان پستان
-	۶۶ (۳/۲)	-	بلی	
-	۱۹۹۰ (۹۶/۸)	-	خیر	
				سرطان تخمدان
-	۱۲ (۰/۶)	-	بلی	
-	۲۰۴۴ (۹۹/۴)	-	خیر	
				سرطان آندومتر
	۲۸ (۱/۴)		بلی	
	۲۰۲۸ (۹۸/۶)		خیر	

همانطور که در جدول ۴-۱۲ مشاهده می شود ۳۰ نفر (۰/۷ درصد) از شرکت کنندگان سابقه خانوادگی (فامیل درجه ۱) وجود پولیپ روده بزرگ را بیان کرده اند که میانگین و انحراف معیار سن آنها در زمان تشخیص پولیپ $14/1 \pm 52/7$ سالگی (مردان: $60/40 \pm 6/81$ سال; زنان: $48/80 \pm 15/34$ سال) با حداقل ۲۴ و حداکثر ۷۶ سال بوده است. میانه سن بروز پولیپ روده بزرگ هم ۵۱ سال (زنان ۵۰ و مردان ۴۶ سال) بود. همچنین ۶۲ نفر (۱/۵ درصد) از میانسالان بررسی شده سابقه خانوادگی سرطان کولورکتال داشتند که میانگین و انحراف معیار سن آنها در زمان تشخیص سرطان کولورکتال در آنها $54/1 \pm 13/7$ سالگی (مردان: $57/48 \pm 6/4$ سال; زنان: $52/14 \pm 3/7$ سال) با حداقل ۲۴ و حداکثر ۸۴ سال بود. میانه سن بروز سرطان کولورکتال در افراد فامیل هم ۵۵ سال (زنان ۵۰ و مردان ۵۷ سال) بود. در بین زنان میانسال مورد مطالعه، ۳/۲ درصد، ۰/۶ درصد و ۱/۴ درصد به ترتیب سابقه خانوادگی (فامیل درجه ۱) ابتلا به سرطان های پستان، تخمدان و آندومتر داشتند.

میانگین و انحراف معیار سن تشخیص سرطان های پستان، تخمدان و آندومتر در این زنان به ترتیب برابر با ۴۹/۰۸±۵/۱ سال (حداقل ۲۶ و حداکثر ۷۵ سال)، ۴۶/۷±۱۰/۴ سال (حداقل ۳۰ و حداکثر ۶۲ سال) و ۴۸/۶±۹۳/۹ سال (حداقل ۲۲ و حداکثر ۷۸ سال) بود. **میان سن تشخیص سرطان های پستان، تخمدان و آندومتر در آنها به ترتیب برابر با ۵۰، ۴۷ و ۵۰ سال بود.**

جدول ۴-۱۳. توزیع فراوانی سوابق تزریق واکسن های هیپاتیت ب و پاپیلوما ویروس (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه)				
کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)		
				سابقه تزریق واکسن هیپاتیت ب
۶۶۶ (۱۶/۲)	۳۴۴ (۱۶/۷)	۳۲۲ (۱۵/۷)	بلی	
۳۰۵۶ (۷۴/۳)	۱۴۷۷ (۷۱/۸)	۱۵۷۹ (۷۶/۸)	خیر	
۳۹۰ (۹/۵)	۲۳۵ (۱۱/۴)	۲۳۵ (۱۱/۴)	نمی داند	
				سابقه تزریق واکسن پاپیلوما ویروس
-	۷ (۰/۳)	-	بلی	
-	۱۹۶۸ (۹۵/۷)	-	خیر	
-	۸۱ (۳/۹)	-	نمی داند	

براساس اطلاعات خلاصه شده در جدول ۴-۱۳، بیش از ۷۰ درصد میانسالان مورد بررسی اظهار داشته اند که واکسن هیپاتیت ب را تا بحال دریافت نکرده اند و تنها ۷ نفر (۰/۳ درصد) از ۲۰۵۶ زن مورد بررسی سابقه تزریق واکسن پاپیلوما ویروس انسانی (HPV) را دریافت کرده ند. سن ۷ نفر از زنان که واکسن HPV را تلقیح کرده بودند بین ۳۶ تا ۵۸ سال با میانگین ۴۸/۱ سال بود.

۴-۱-۴. سوابق انجام تست های آزمایشگاهی و تشخیصی

جدول ۴-۱۴. توزیع فراوانی سوابق انجام تست هیپاتیت ب و HIV (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)		
				سابقه تست هیپاتیت B
۳۱۲ (۷/۹)	۱ (۰)	۳۱۱ (۱۵/۵)	بلی	
۳۸۰۰ (۹۲/۱)	۲۰۵۵ (۱۰۰)	۱۷۴۵ (۸۴/۵)	خیر	
				سابقه تست HIV
۲۵۶ (۶/۶)	۱ (۰/۱)	۲۵۵ (۱۳/۰)	بلی	
۳۸۵۶ (۹۳/۴)	۲۰۵۵ (۹۹/۹)	۱۸۰۱ (۸۷/۰)	خیر	

هیچکدام از موارد از نظر هیپاتیت B و HIV مثبت نبوده اند.

جدول ۴-۱۵. توزیع فروانی سوابق انجام کولونوسکوپی و تستخون مخفی در مدفوع (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)		
				سابقه تست خون مخفی در مدفوع (OB)
۱۵۸ (۳/۷)	۳ (۰/۱)	۱۵۵ (۷/۳)	بلی	
۳۹۵۴ (۹۶/۳)	۲۰۵۳ (۹۹/۹)	۱۹۰۱ (۹۲/۷)	خیر	
				سابقه انجام کولونوسکوپی
۴۸ (۱/۲)	۱ (۰/۰۱)	۴۷ (۲/۳)	بلی	
۴۰۶۴ (۹۸/۸)	۲۰۵۵ (۹۹/۹)	۲۰۰۹ (۹۷/۷)	خیر	

همانطور که در جدول ۴-۱۵ مشاهده می شود ۱۵۵ نفر از مردان (۷/۳ درصد) و ۳ نفر (۰/۱ درصد) از زنان تست وجود خون مخفی در مدفوع را انجام داده بودند که نتایج در ۱۴۷ نفر (۷/۱ درصد) از مردان مثبت بود. همچنین ۴۷ نفر (۲/۳ درصد) از مردان و ۱ نفر از زنان سابقه انجام کولونوسکوپی داشتند که تنها در ۲ نفر از مردان نتیجه تست غیرطبیعی بود.

جدول ۴-۱۶. توزیع فروانی سوابق انجام تست ورزش، آنژیوگرافی و سنجش تراکم استخوان (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)		
				سابقه تست ورزش
۳۹۸ (۹/۸)	۱۶۹ (۸/۴)	۲۲۹ (۱۱/۱)	بلی	
۳۷۱۴ (۹۰/۲)	۱۸۸۷ (۹۱/۶)	۱۸۲۷ (۸۸/۹)	خیر	
				سابقه انجام آنژیوگرافی
۱۳۷ (۳/۲)	۵۷ (۲/۸)	۸۰ (۳/۷)	بلی	
۳۹۷۵ (۹۶/۸)	۱۹۹۹ (۹۷/۲)	۱۹۷۶ (۹۶/۳)	خیر	
				سابقه انجام سنجش تراکم استخوان
۹۵ (۲/۳)	۷۰ (۳/۵)	۲۵ (۱/۲)	بلی	
۴۰۱۷ (۹۷/۷)	۱۹۸۶ (۹۶/۵)	۲۰۳۱ (۹۸/۸)	خیر	

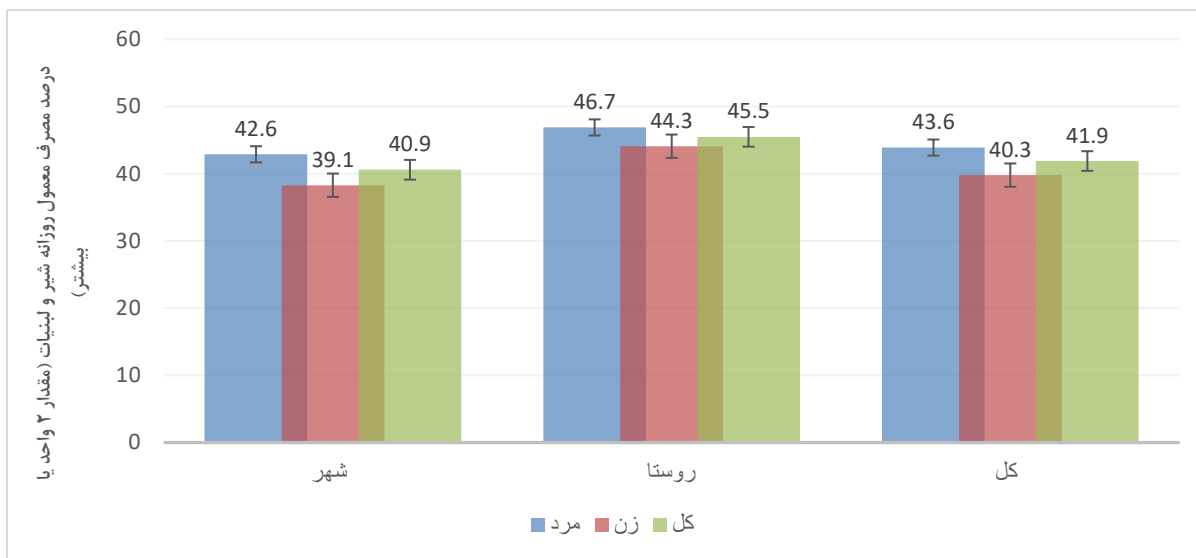
بر اساس اطلاعات جدول ۴-۱۶، ۲۲۹ نفر از مردان و ۱۶۹ نفر از زنان سابقه انجام تست ورزش داشتند که نتیجه تست در ۲۰ نفر از زنان (۰/۹۷ درصد) و ۹ نفر (۰/۴۴) از مردان غیر طبیعی بود. نتایج آنژیوگرافی در ۴۶ نفر (۲/۲ درصد) از زنان و ۶۰ نفر (۲/۹ درصد) از مردان غیر طبیعی بود. فقط ۷۰ نفر از زنان و ۲۵ نفر از مردان نسبت به انجام آزمایش سنجش تراکم استخوان اقدام کرده بودند که نتیجه آزمایش در ۲۲ نفر از زنان و ۱۲ نفر

از زنان غیر طبیعی بود. اگر درصد های فوق را براساس تعداد آزمایش محاسبه کنیم نتیجه سنجش تراکم استخوان حدود ۵۰ درصد از زنان و ۳۱/۴ درصد از مردانی که تست سنجش تراکم استخوان را انجام داده اند غیر نرمال بود.

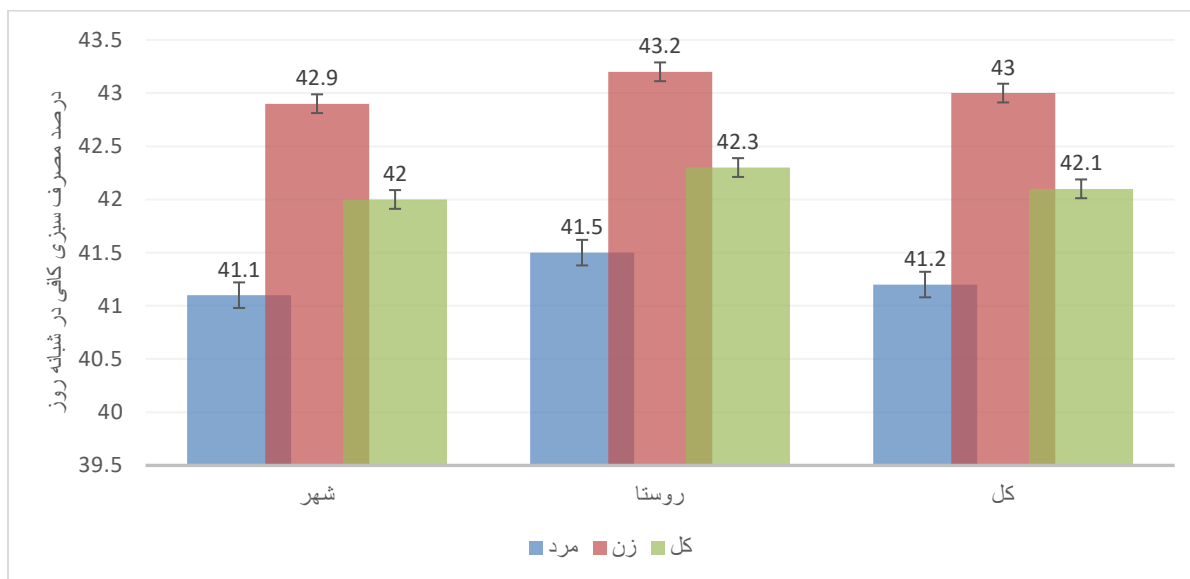
۴-۱-۵. شیوه و سبک زندگی افراد

جدول ۴-۱۷. توزیع فروانی وضعیت سبک زندگی (تغذیه) (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)			
کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)	
۴۴۵ (۱۰/۸)	۲۴۶ (۱۱/۶)	۱۹۹ (۹/۷)	بندرت/ هرگز
۱۹۴۵ (۴۷/۳)	۹۹۱ (۴۸/۱)	۹۵۴ (۴۶/۷)	کمتر از ۲ واحد
۱۷۲۲ (۴۱/۹)	۸۱۹ (۴۰/۳)	۹۰۳ (۴۳/۶)	مقدار ۲ واحد یا بیشتر
۳۷۱ (۹)	۱۷۳ (۸/۴)	۱۹۸ (۹/۷)	بندرت/ هرگز
۲۰۰۴ (۴۸/۹)	۱۰۰۵ (۴۸/۶)	۹۹۹ (۴۹/۱)	کمتر از ۳ واحد
۱۷۳۷ (۴۲/۱)	۸۷۸ (۴۳/۰)	۸۵۹ (۴۱/۲)	مقدار ۳ واحد یا بیشتر
۱۹۴ (۴/۶)	۱۱۶ (۵/۴)	۷۸ (۳/۹)	بندرت/ هرگز
۱۶۰۹ (۳۸/۷)	۸۵۵ (۴۱/۰)	۷۵۴ (۳۶/۵)	کمتر از ۳ واحد
۲۳۰۹ (۵۶/۷)	۱۰۸۵ (۵۳/۶)	۱۲۲۴ (۵۹/۶)	مقدار ۳ واحد یا بیشتر
۲۰۳۴ (۴۹/۳)	۱۰۸۱ (۵۲/۶)	۹۵۳ (۴۶/۲)	بندرت/ هرگز
۱۱۸۱ (۲۸/۸)	۵۳۲ (۲۵/۹)	۶۴۹ (۳۱/۵)	گاهی اوقات
۸۹۷ (۲۱/۹)	۴۴۳ (۲۱/۵)	۴۵۴ (۲۲/۳)	بیشتر اوقات/ همیشه
۱۸۵۶ (۴۴/۹)	۹۳۵ (۴۵/۷)	۹۲۱ (۴۴/۲)	بندرت/ هرگز
۱۷۴۶ (۴۲/۶)	۸۶۰ (۴۱/۶)	۸۸۶ (۴۳/۰)	گاهی اوقات
۵۱۰ (۱۲/۵)	۲۶۱ (۱۲/۷)	۲۴۹ (۱۲/۲)	بیشتر اوقات/ همیشه
۳۱۶۶ (۷۶/۴)	۱۶۹۱ (۸۲/۰)	۱۴۷۵ (۷۱/۰)	کمتر از یکبار در هفته
۶۸۲ (۱۷/۰)	۲۷۱ (۱۳/۳)	۴۱۱ (۲۰/۶)	یک تا دو بار در هفته
۲۶۴ (۶/۶)	۹۴ (۴/۷)	۱۷۰ (۸/۴)	بیش از ۳ بار در هفته
۱۴۳۹ (۳۴/۵)	۸۰۷ (۳۹/۰)	۶۳۲ (۳۰/۱)	کمتر از یکبار در هفته
۱۷۵۲ (۴۲/۸)	۸۳۳ (۴۰/۶)	۹۱۹ (۴۵/۰)	یک تا دو بار در هفته
۹۲۱ (۲۲/۷)	۴۱۶ (۲۰/۴)	۵۰۵ (۲۴/۹)	بیش از ۳ بار در هفته
۱۵ (۰/۳)	۱۰ (۰/۲)	۵ (۰/۲)	کمتر از یکبار در ماه
۴۰۰۱ (۹۷/۳)	۲۰۰۵ (۹۷/۷)	۱۹۹۶ (۹۷/۰)	یک بار در ماه
۹۶ (۲/۴)	۴۱ (۲/۱)	۵۵ (۲/۸)	بیش از دو بار در ماه
۴۰۵ (۹/۵)	۲۳۲ (۱۰/۹)	۱۷۳ (۸/۱)	روغن نباتی جامد/نیمه جامد
۲۴۳۸ (۵۹/۸)	۱۱۸۹ (۵۸/۶)	۱۲۴۹ (۶۱/۱)	روغن نباتی مایع
۱۶۲ (۳/۹)	۹۰ (۴/۳)	۷۲ (۳/۵)	روغن/کره حیوانی
۱۱۰۷ (۲۶/۸)	۵۴۵ (۲۶/۲)	۵۶۲ (۲۷/۳)	تلفیقی از روغن نباتی جامد و مایع

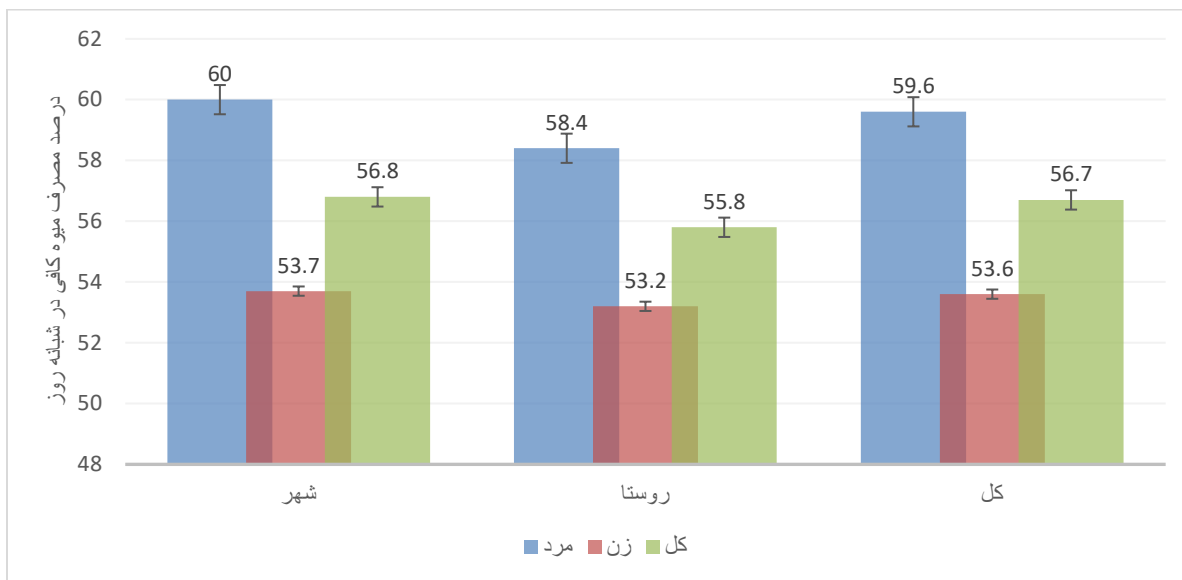
براساس اطلاعات جدول ۴-۱۷، درصد افرادی که رفتارهای تغذیه ای نامناسب دارند بالاست. در شکل های زیر (شکل های ۴-۱۰ تا ۴-۲۰) وضعیت رفتارهای تغذیه ای افراد برحسب جنسیت و محل سکونت خلاصه شده است.



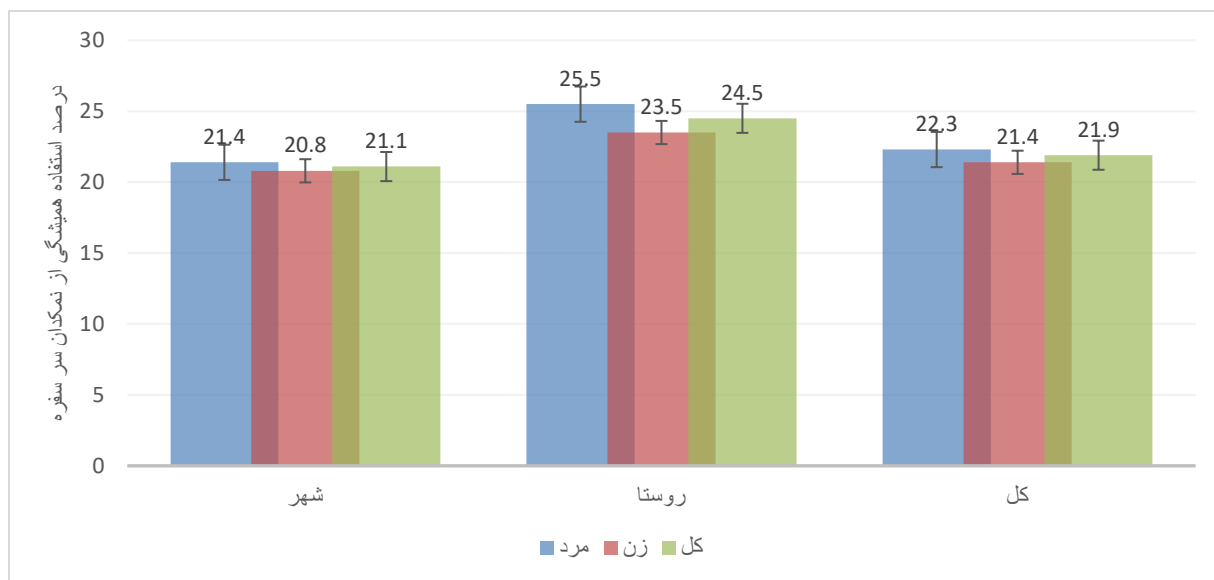
شکل ۴-۱۰. درصد افراد با مصرف لبنیات کافی روزانه (۲ واحد و بیشتر) (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)



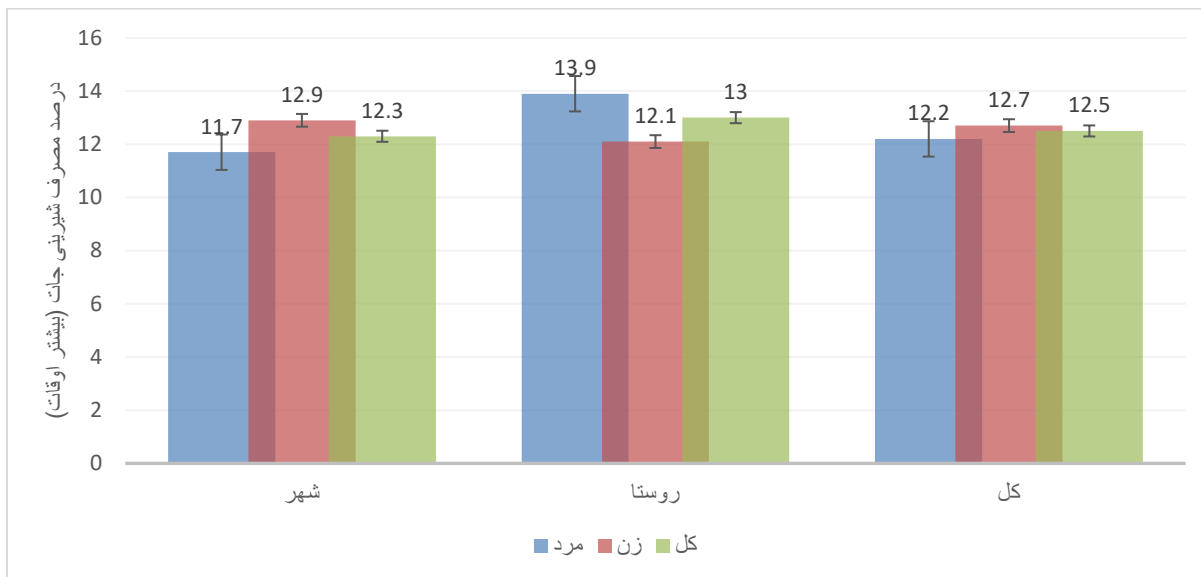
شکل ۴-۱۱. درصد افرادی که مصرف سبزی کافی (۳ واحد و بیشتر) دارند (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)



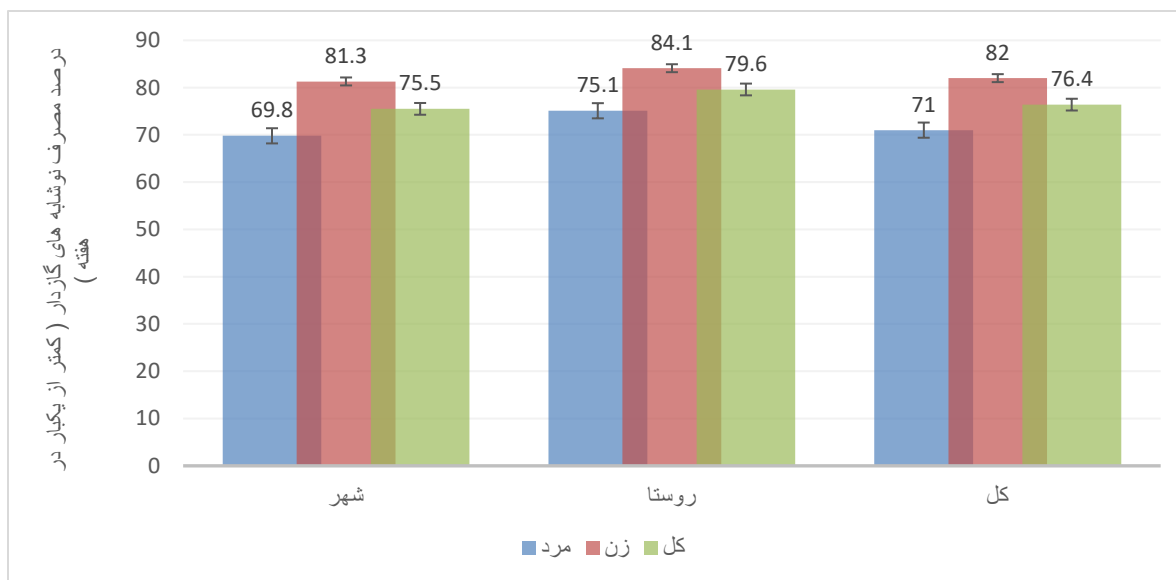
شکل ۴-۱۲. درصد افرادی که مصرف میوه کافی (۳ واحد و بیشتر) دارند (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)



شکل ۴-۱۳. درصد افرادی که همیشه از نمکدان سر سفره استفاده می کنند (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)

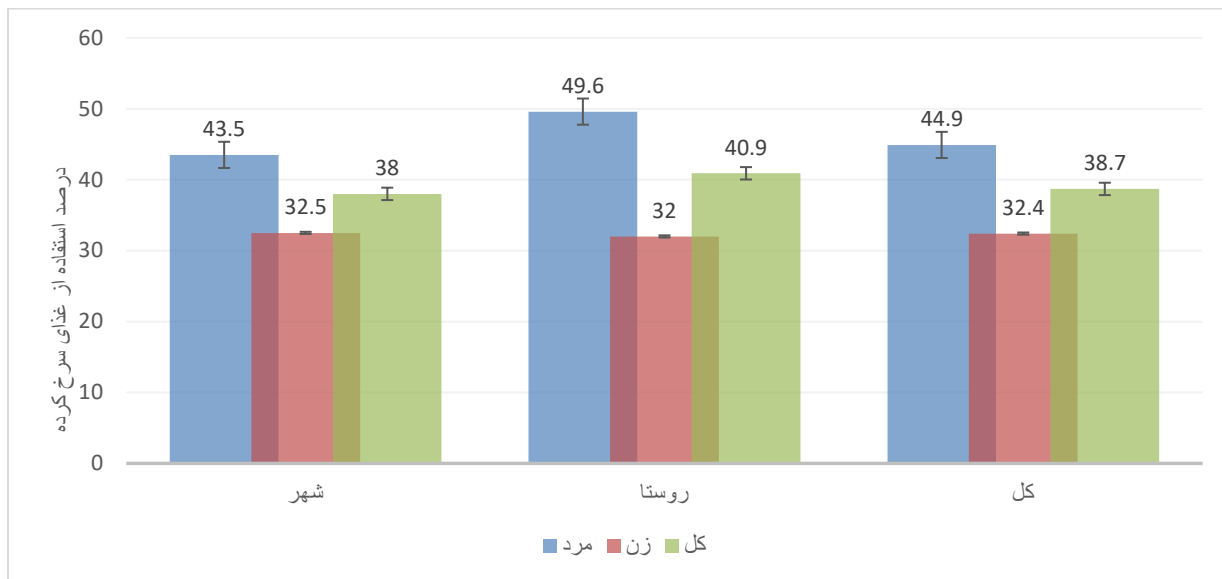


شکل ۴-۱۴. درصد افرادی که بیشتر اوقات از شیرینی جات استفاده می کنند (جمعیت ۳۰ تا ۹ سال مورد مطالعه کشور)



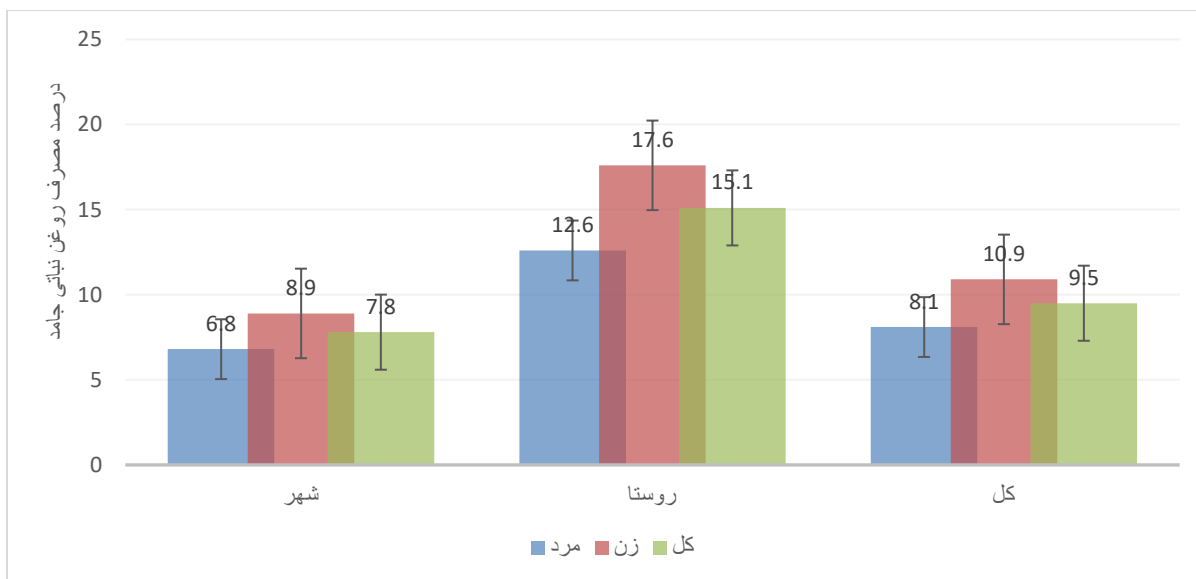
شکل ۴-۱۵. درصد افرادی که کمتر از یکبار در هفته از نوشابه های گازدار استفاده می کنند (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال

مورد مطالعه کشور)



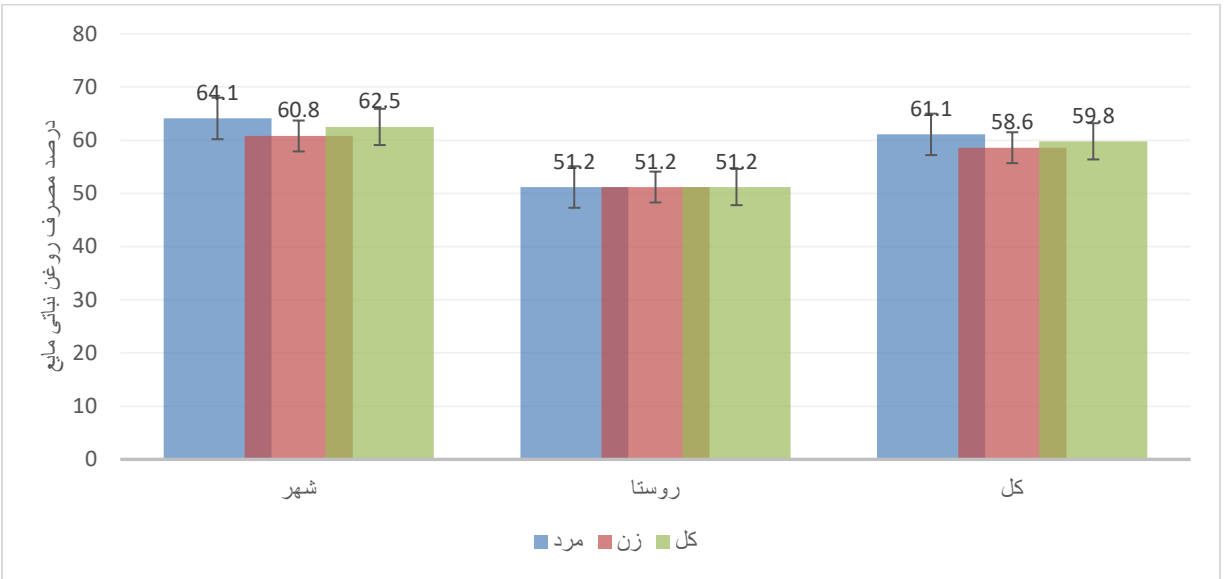
شکل ۴-۱۶. درصد افرادی که بیش از ۳ بار در هفته از غذای سرخ کرده استفاده می کنند (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال

مورد مطالعه کشور)

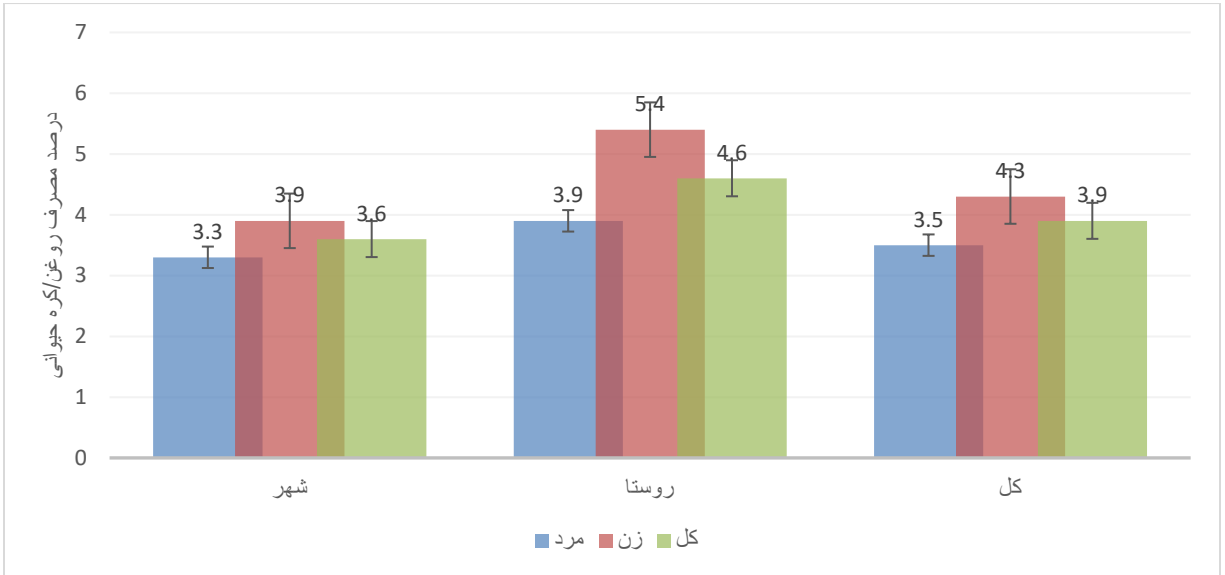


شکل ۴-۱۷. نمودار درصد افرادی که روغن مصرفی خانوار آنها روغن نباتی جامد است (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد

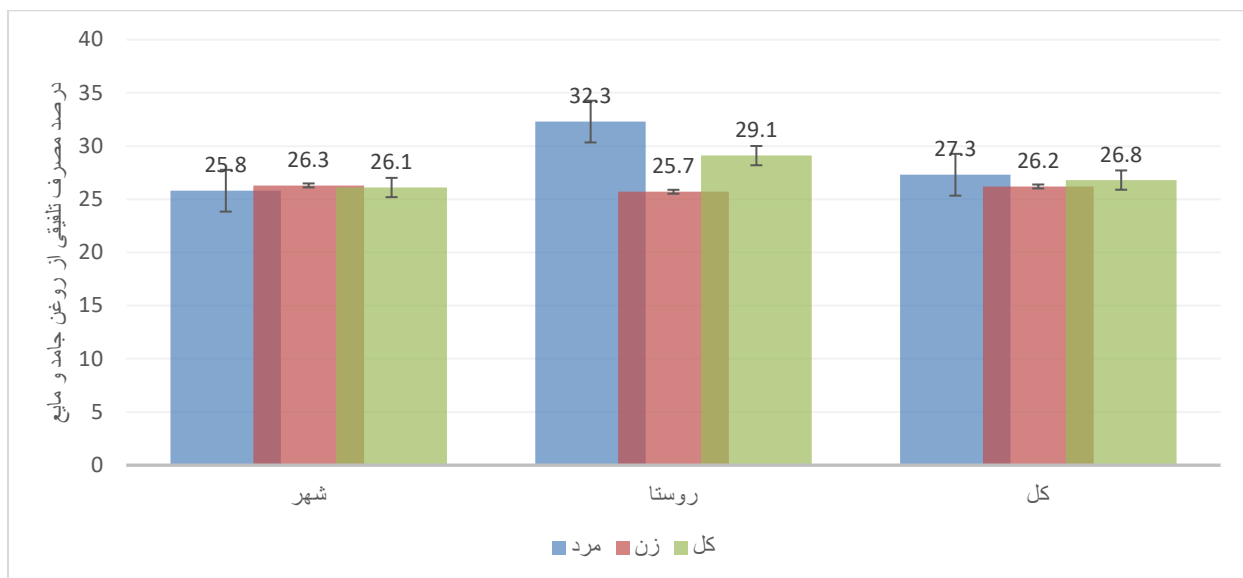
مطالعه کشور)



شکل ۴-۱۸. نمودار درصد افرادی که روغن مصرفی خانوار آنها روغن مایع است (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)



شکل ۴-۱۹. نمودار درصد افرادی که روغن مصرفی خانوار آنها روغن/کره حیوانی است (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)

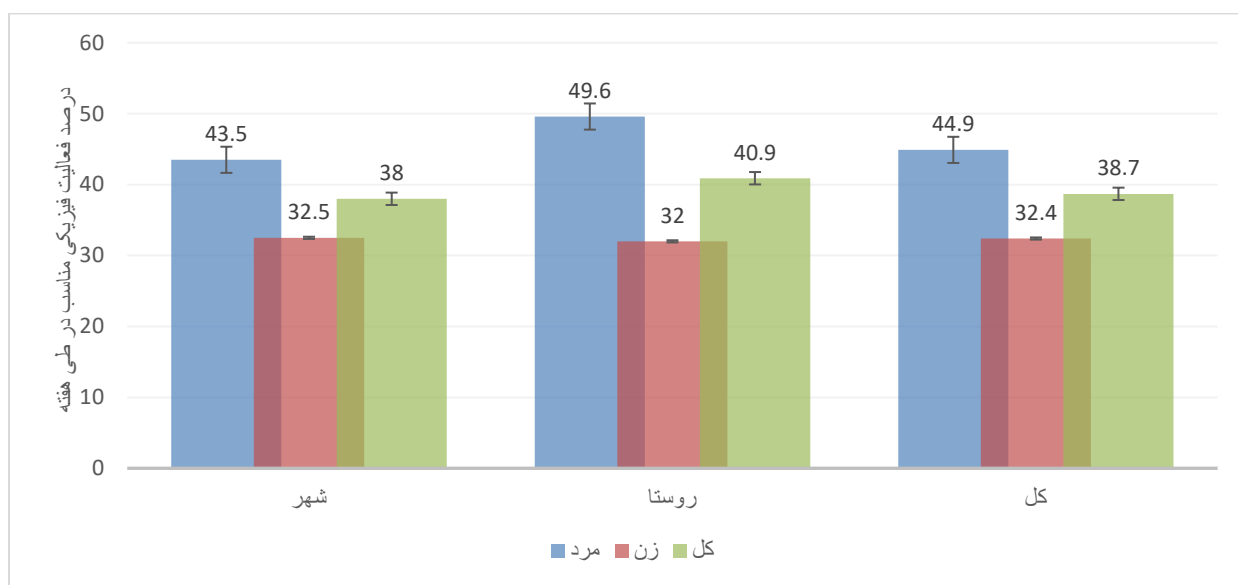


شکل ۴-۲۰. نمودار درصد افرادی که روغن مصرفی خانوار آنها تلفیقی از روغن نباتی جامد و مایع است (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)

۵۹ سال مورد مطالعه کشور

جدول ۴-۱۸. توزیع فروانی وضعیت سبک زندگی (فعالیت فیزیکی) (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)		
				فعالیت فیزیکی مناسب در طی هفته
۱۵۹۳ (۳۸/۷)	۶۶۳ (۳۲/۴)	۹۳۰ (۴۴/۹)	بلی	
۲۵۱۹ (۵۵/۱)	۱۳۹۳ (۶۷/۶)	۱۱۲۶ (۵۵/۱)	خیر	
				تعداد روز فعالیت فیزیکی در هفته
۸۷ (۴/۷)	۲۰ (۲/۶)	۶۷ (۶/۲)	۱	
۱۶۸ (۹/۱)	۸۰ (۱۰/۵)	۸۸ (۸/۱)	۲	
۳۶۹ (۲۰/۰)	۱۸۳ (۲۴/۰)	۱۸۶ (۱۷/۱)	۳	
۱۶۹ (۹/۱)	۶۵ (۸/۵)	۱۰۴ (۹/۶)	۴	
۳۱۰ (۱۶/۸)	۱۱۱ (۱۴/۵)	۱۹۹ (۱۸/۳)	۵	
۳۹۴ (۲۱/۳)	۱۶۹ (۲۲/۱)	۲۲۵ (۲۰/۷)	۶	
۳۵۱ (۱۹/۰)	۱۳۵ (۱۷/۷)	۲۱۶ (۱۹/۹)	۷	
۶۸/۲۹ ± ۶۴/۳۶	۵۸/۸۳ ± ۵۲/۵۵	۷۴/۹۵ ± ۷۰/۷۷		متوسط فعالیت فیزیکی در هفته (دقیقه)

در ارتباط با فعالیت فیزیکی در میانسالان، منظور از فعالیت فیزیکی، فعالیت بدنی به صورت پیاده روی تند، دویدن، دوچرخه سواری کردن، شنا کردن و یا هر نوع فعالیتی که منجر به افزایش تنفس و ضربان قلب شود بود. در واقع فعالیت فیزیکی مناسب برابر و بیشتر از ۳ روز در هفته مدنظر بود. بر اساس نتایج خلاصه شده در جدول ۴-۱۸، از جمعیت میانسال مورد بررسی، ۱۵۹۳ نفر (۳۸/۷ درصد) شامل ۶۶۳ نفر (۳۲/۴ درصد) از زنان و ۹۳۰ نفر (۴۴/۹ درصد) از مردان حداقل سه روز در هفته فعالیت فیزیکی مناسب داشتند. توزیع فراوانی درصد فعالیت فیزیکی مناسب در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور بر حسب جنسیت و محل سکونت در شکل ۴-۲۱ نشان داده شده است.



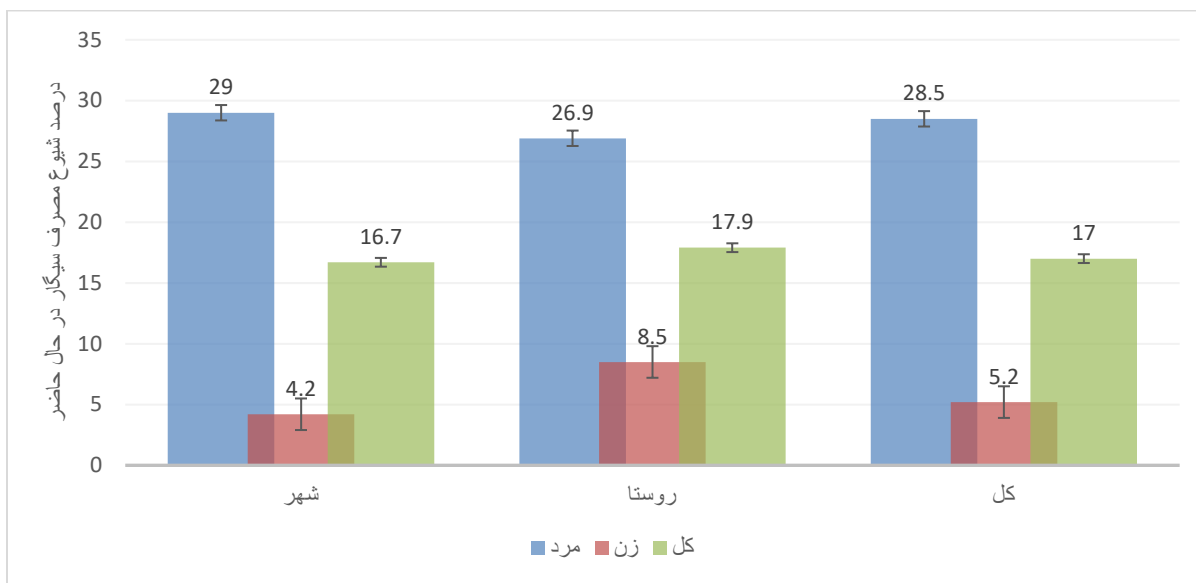
شکل ۴-۲۱. درصد فعالیت فیزیکی مناسب در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور بر حسب جنسیت و محل

سکونت

جدول ۴-۱۹. توزیع فروانی وضعیت سبک زندگی (مصرف دخانیات، الکل و مواد) (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)		
سابقه مصرف سیگار بیش از ۶ ماه				
۸۱۷ (۱۹/۸)	۱۵۱ (۶/۷)	۶۶۶ (۳۲/۶)	بلی	
۳۲۹۵ (۸۰/۲)	۱۹۰۵ (۹۳/۳)	۱۳۹۰ (۶۷/۴)	خیر	
مصرف سیگار در حال حاضر				
۷۰۲ (۱۷/۰)	۱۲۰ (۵/۲)	۵۸۲ (۲۸/۵)	بلی	
۳۴۱۰ (۸۳/۰)	۱۹۳۶ (۹۴/۸)	۱۴۷۴ (۷۱/۵)	خیر	
در معرض دود سیگار بودن (Passive Smoking)				
۶۱۶ (۱۸/۰)	۴۵۲ (۲۲/۹)	۱۶۴ (۱۱/۵)	بلی	
۲۷۹۴ (۸۲/۰)	۱۴۸۴ (۷۷/۱)	۱۳۱۰ (۸۸/۵)	خیر	
مصرف مواد یا الکل یا مصرف همزمان هر دو				
۲۲۸ (۵/۷)	۹ (۰/۴)	۲۱۹ (۱۰/۹)	بلی	
۳۸۸۴ (۹۴/۳)	۲۰۴۷ (۹۹/۶)	۱۸۳۷ (۸۹/۱)	خیر	
مصرف الکل				
۱۰۷ (۲/۶)	۳ (۰/۱)	۱۰۴ (۵/۱)	بلی	
۴۰۰۵ (۹۷/۴)	۲۰۵۳ (۹۹/۹)	۱۹۵۲ (۹۴/۹)	خیر	
مصرف مواد				
۱۳۵ (۳/۳)	۶ (۰/۳)	۱۲۹ (۶/۳)	بلی	
۳۹۷۷ (۹۶/۷)	۲۰۵۰ (۹۹/۷)	۱۹۲۷ (۹۳/۷)	خیر	
۲۳/۰ ± ۷/۵۲	۲۴/۷ ± ۹/۲۹	۲۲/۷ ± ۷/۰۷	سن شروع مصرف سیگار (سال)، (Mean±SD)	

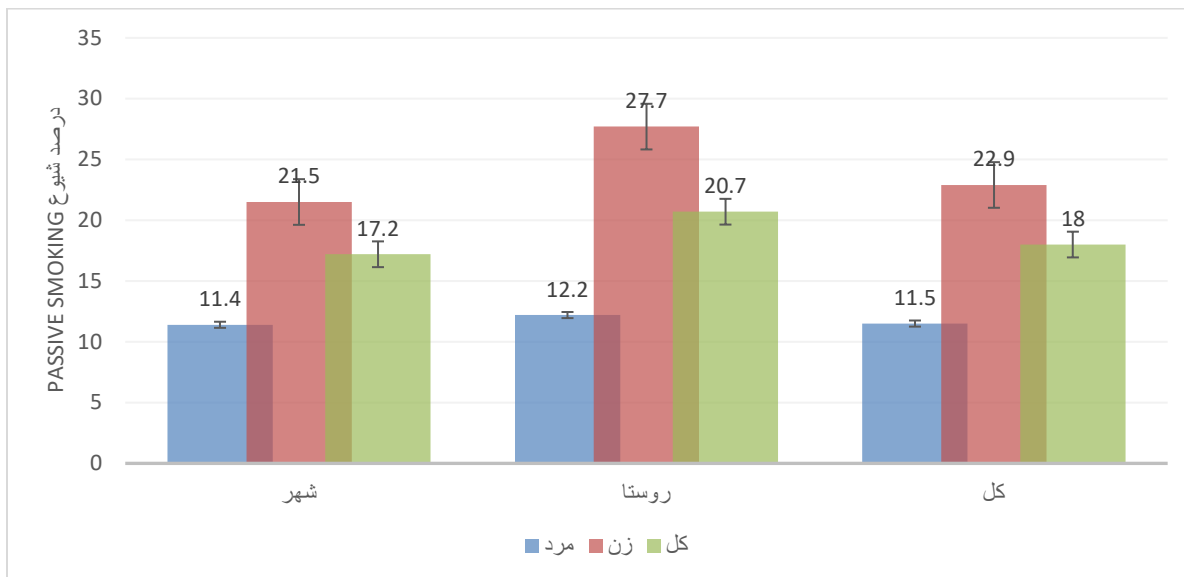
همانطور که در جدول ۴-۱۹ نشان داده شده است. همچنین ۸۱۷ نفر (۱۹/۸ درصد) از افراد مورد بررسی شامل ۱۵۱ نفر (۶/۷ درصد) از زنان و ۶۶۶ نفر (۳۲/۶ درصد) از مردان سابقه مصرف سیگار داشتند. از بین افراد مورد بررسی، ۷۰۲ نفر (۱۷/۰ درصد) شامل ۱۲۰ نفر (۵/۲ درصد) زن و ۵۸۲ نفر (۲۸/۵ درصد) مرد در زمان انجام مطالعه مصرف کننده سیگار بودند. میانگین و انحراف معیار سن شروع مصرف سیگار در این افراد $7/52 \pm$ سال (مردان: $22/97 \pm 7/07$ سال؛ زنان: $23/0 \pm 9/29$ سال) بود. حداقل سن شروع مصرف سیگار در هر دو جنس هم ۱۰ سالگی بوده است. همچنین ۱۳۵ نفر (۳/۳ درصد) از افراد شامل ۶ نفر (۰/۳ درصد) زن و ۱۲۹

نفر (۶/۳ درصد) مرد سابقه مصرف مواد داشتند. اگرچه ممکن است به دلیل استیگما موجود و پاسخ به سوالات به صورت خود اظهاری، مصرف مواد و الکل کمتر از واقعیت گزارش شده باشد اما ۱۰۷ نفر (۲/۶٪) از میانسالان مورد بررسی شامل ۱۰۴ نفر (۵/۱٪) از مردان و ۳ نفر (۰/۱٪) از زنان مصرف الکل داشتند. شکل های ۴-۲۲ تا ۴-۲۶ توزیع فراوانی مصرف سیگار، الکل و مواد را به تفکیک جنسیت و محل سکونت نشان می دهد.



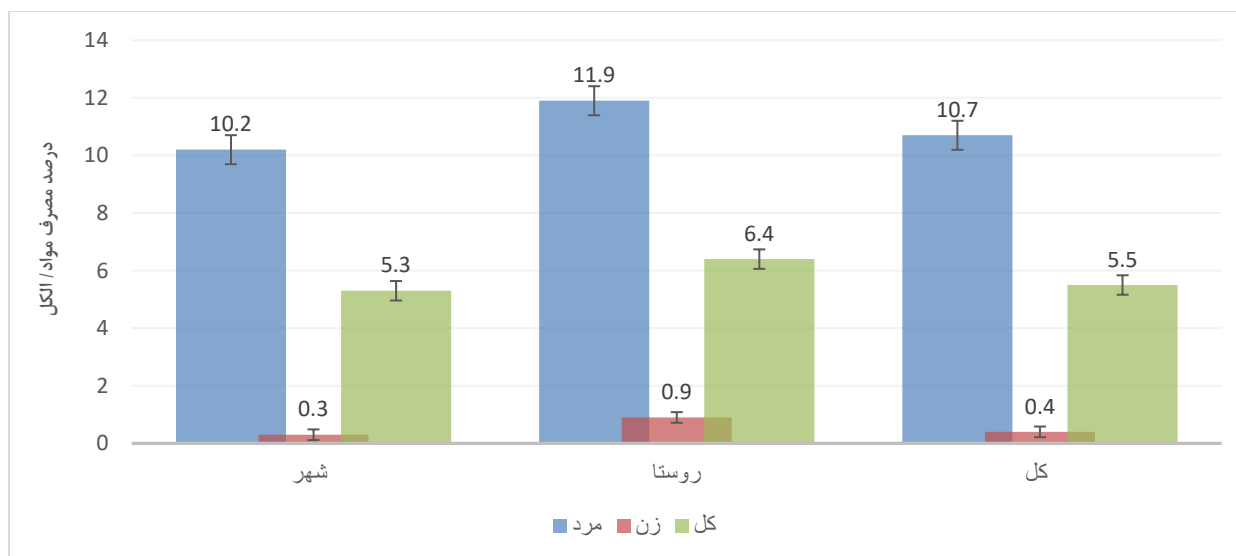
شکل ۴-۲۲. درصد شیوع مصرف سیگار در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور

همانطور که در نمودار شکل ۴-۲۲ نشان داده شده است درصد شیوع مصرف سیگار در جمعیت ساکن مناطق شهری (۱۶/۷ درصد) و روستایی (۱۷/۹ درصد) تفاوت زیادی ندارد اما یافته مهم این است که شیوع مصرف سیگار در جمعیت زنان ساکن روستا (۸/۵٪) بیشتر از زنان ساکن شهر (۴/۲٪) است. بطور کلی شیوع مصرف سیگار در کل جمعیت میانسالان مورد بررسی ۱۷/۰٪ (مردان: ۲۸/۵٪ و زنان: ۵/۲٪) برآورد گردید. درصد مصرف سیگار در سه گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۴۰ تا ۵۰ سال و ۵۰ تا ۵۹ سال به ترتیب ۱۵/۶٪، ۱۷/۵٪ و ۱۹/۲٪ بود.

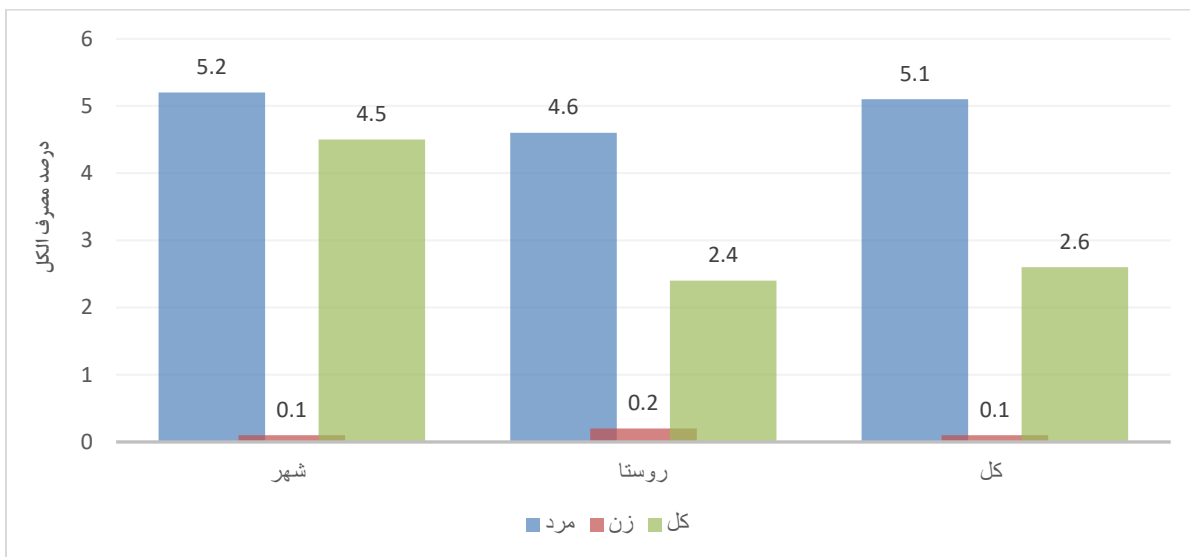


شکل ۴-۲۳. درصد شیوع در معرض دود سیگار بودن (Passive smoking) در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور

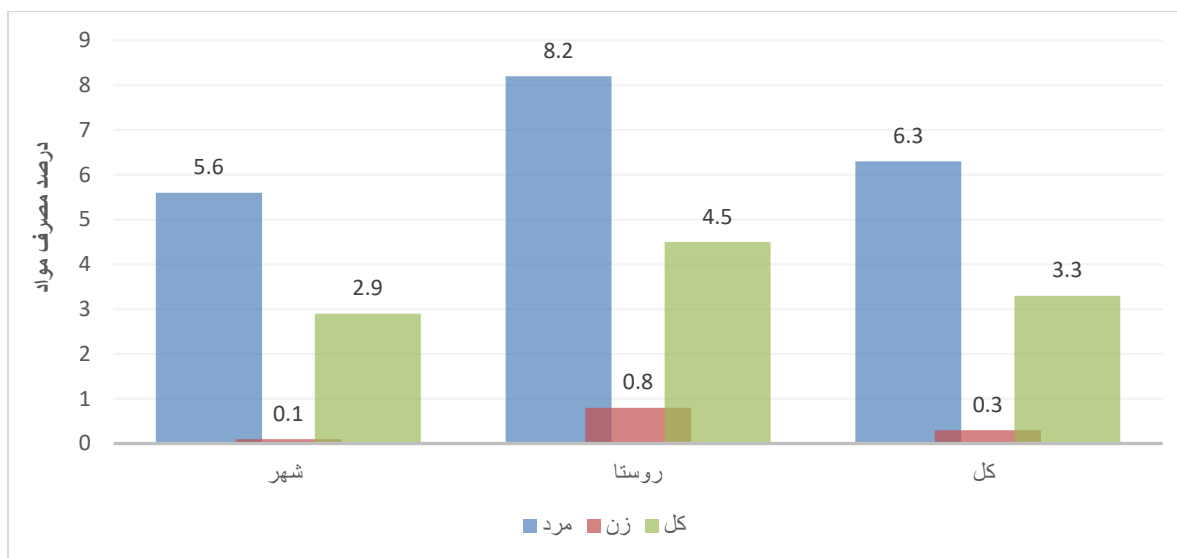
براساس شکل ۴-۲۳، بیشترین موارد در معرض دود سیگار بودن (Passive smoking) مربوط به جمعیت زنان میانسال ساکن روستا (۲۷/۷٪) بود. در واقع هم در روستا و هم در شهر بیشترین درصد در معرض دود سیگار بودن (Passive smoking) مربوط به زنان می باشد و تقریباً این یافته طبیعی به نظر می رسد زیرا شیوع مصرف سیگار در مردان بیشتر است.



شکل ۴-۲۴. درصد شیوع مصرف الکل/مواد در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور



شکل ۴- ۲۵. درصد شیوع مصرف الکل در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور



شکل ۴- ۲۶. درصد مصرف مواد در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور

اگرچه در این مطالعه تخمینی از شیوع مصرف مواد و الکل در جمعیت میانسالان مورد مطالعه کشور به دست آمد و براساس نتایج به دست آمده ۳/۳٪ از افراد مورد بررسی (۶/۳٪ از مردان و ۰/۳٪ از زنان) مصرف مواد، ۲/۶٪ آنها (۵/۱٪ از مردان و ۰/۱٪ از زنان) مصرف الکل داشتند اما به نظر می رسد این موارد به دلیل خود اظهاری افراد و استیگما موجود در جامعه کمتر از واقعیت می باشد.

۴-۱-۶. وضعیت رفتارهای پرخطر جنسی و اعتیاد افراد

جدول ۴-۲۰. توزیع فراوانی سوابق ابتلا به عفونت های آمیزشی و اعتیاد تزریقی (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
	مرد، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	کل، تعداد(%)	
				سابقه عفونت آمیزشی (STI)
بلی	۳۷ (۱/۷)	۹۲۴ (۴۵/۱)	۹۶۱ (۲۳/۱)	
خیر	۲۰۱۹ (۹۸/۳)	۱۱۳۲ (۵۴/۹)	۳۱۵۱ (۷۶/۹)	
				مراجعه جهت درمان عفونت آمیزشی (STI)
بلی	۴ (۱۰/۸)	۷۸۷ (۸۵/۲)	۷۹۱ (۸۲/۳)	
خیر	۳۳ (۸۹/۲)	۱۳۷ (۱۴/۸)	۱۷۰ (۱۷/۷)	
				اقدام در زمان ابتلا به STI
استفاده از کاندوم	۱۲ (۳۲/۴)	۱۱۳ (۱۲/۲)	۱۲۵ (۱۳)	
عقب انداختن تماس جنسی تا بهبودی	۱۶ (۴۳/۲)	۴۴۳ (۴۷/۹)	۴۵۹ (۴۷/۸)	
اقدامی خاصی انجام نمی دهد	۹ (۲۴/۳)	۳۶۸ (۳۹/۸)	۳۷۷ (۳۹/۲)	
				سابقه عفونت آمیزشی (STI) در همسر
بلی	۷۳ (۳/۶)	۴۰ (۱/۹)	۱۱۳ (۲/۷)	
خیر	۱۱۷۸ (۵۷/۲)	۱۷۱۰ (۸۳/۲)	۲۸۸۸ (۷۰/۲)	
نمی داند/عدم پاسخگویی	۸۰۵ (۳۹/۲)	۳۰۶ (۱۴/۹)	۱۱۱۱ (۲۷/۱)	
				اقدام در زمان ابتلا به STI همسر
استفاده از کاندوم	۲۱ (۲۸/۸)	۹ (۲۲/۵)	۳۰ (۲۶/۵)	
عقب انداختن تماس جنسی تا بهبودی	۴۵ (۶۱/۶)	۲۳ (۵۷/۵)	۶۸ (۶۰/۲)	
اقدامی خاصی انجام نمی دهد	۷ (۹/۶)	۸ (۲۰)	۱۵ (۱۳/۳)	
				اعتیاد تزریقی همسر
بلی	-	۱۵ (۰/۷)	-	
خیر	-	۲۰۲۱ (۹۸/۳)	-	
نمی داند/عدم پاسخگویی	-	۲۰ (۱/۰)	-	

بر اساس اطلاعات جدول ۴-۲۰، ۲۳/۱ درصد از افراد تجربه عفونت های آمیزشی را داشتند که ۸۲/۳ درصد آنها جهت درمان به پزشک مراجعه کرده بودند. شیوع عفونت آمیزشی در زنان (۴۵/۱ درصد) بسیار بیشتر از مردان

(۱/۷ درصد) بود. یک یافته بسیار مهم در اینجا این است که ۳۹/۲ درصد از افراد در زمان داشتن عفونت های جنسی هیچ اقدام خاصی از جمله عقب انداختن رابطه جنسی تا بهبودی و یا استفاده از کاندوم را انجام نمی دهند اگرچه بیش از ۹۰ درصد مردان و حدود ۸۰ درصد زنان بیان داشته اند که در زمان ابتلای شریک جنسی (همسر) اقامات احتیاطی لازم همچون عقب انداختن رابطه جنسی تا بهبودی و یا استفاده از کاندوم را رعایت می کنند.

جدول ۴-۲۱. توزیع فراوانی سوابق زندان و سابقه خالکوبی (Tatto) (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
کل	زن	مرد		
				سابقه زندان
-	۵ (۰/۲)	-	بلی	
-	۲۰۵۱ (۹۹/۸)	-	خیر	
				سابقه زندان همسر
-	۶۹ (۳/۴)	-	بلی	
-	۱۹۸۷ (۹۶/۶)	-	خیر	
				انجام خالکوبی روی پوست
-	۳۷۵ (۱۸/۲)	-	بلی	
-	۱۶۸۱ (۸۱/۸)	-	خیر	
				استفاده از وسایل یکبار مصرف برای خالکوبی، (n = ۳۷۵)
	۳۲۰ (۸۵/۳)		بلی	
	۳۳ (۸/۸)		خیر	
	۲۲ (۵/۹)		نمی داند	
لازم به ذکر است سوالات مرتبط با زندان و خالکوبی را مردان بسیار کم پاسخ داده بودند و به همین دلیل در آنالیز وارد نشد.				

بر اساس نتایج خلاصه شده در جدول ۴-۲۱، ۶۹ نفر (۳/۴ درصد) از زنان مورد بررسی اظهار داشتند که همسرانشان سابقه زندان داشته اند. همچنین ۳۷۵ نفر (۱۸/۲ درصد) از زنان مورد بررسی، تجربه خالکوبی روی پوست داشتند که در ۸/۸ درصد آنها از وسایل یکبار مصرف برای خالکوبی استفاده نشده بود و ۵/۹ درصد آنها هم اطلاعی از یکبار مصرف بودن ابزار مورد استفاده برای خالکوبی نداشتند.

۷-۱-۴. بهداشت و سلامت باروری زنان

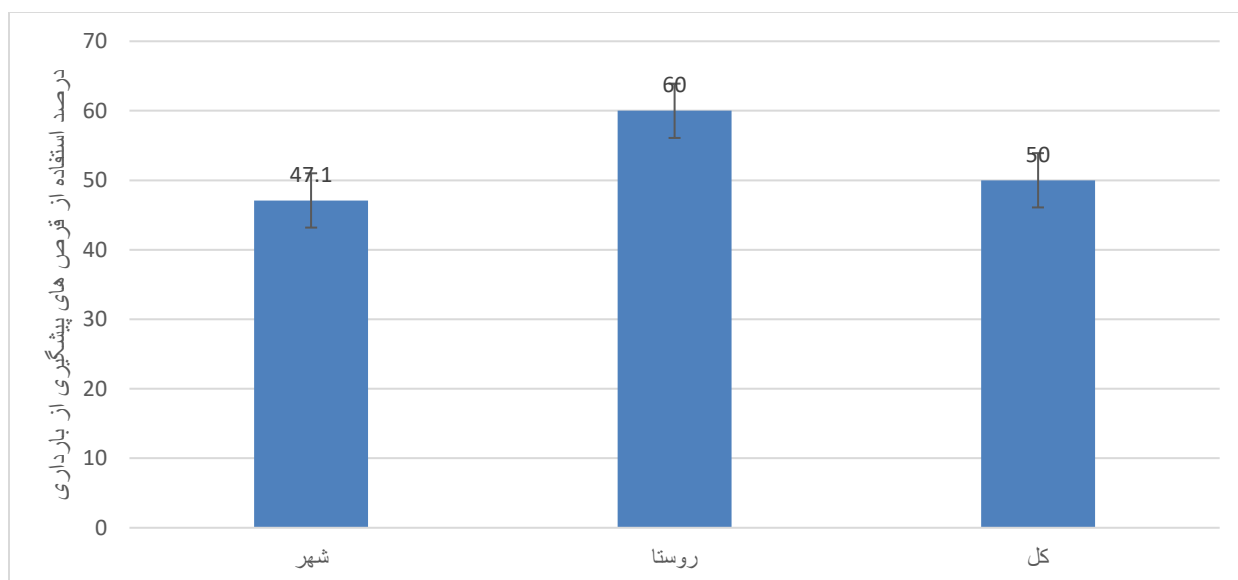
از بین زنان مورد مطالعه، ۱۷۳۸ نفر (۸۴/۵ درصد) سن قاعدگی خود را به یاد داشتند. سایر اطلاعات مرتبط با وضعیت قاعدگی زنان مورد مطالعه در جدول ۴-۲۲ خلاصه شده است.

جدول ۴-۲۲. توزیع فراوانی وضعیت قاعدگی در جمعیت زنان میانسال ایران		
۱۳/۴۱ ± ۱/۵۴	سن شروع قاعدگی (سال)، (Mean±SD)	
۹ (۰/۵)	۹ سالگی	سن شروع قاعدگی، فراوانی(%)
۳۰ (۱/۷)	۱۰ سالگی	
۱۰۷ (۶/۲)	۱۱ سالگی	
۳۱۱ (۱۷/۹)	۱۲ سالگی	
۴۹۶ (۲۸/۵)	۱۳ سالگی	
۴۳۳ (۲۴/۹)	۱۴ سالگی	
۲۲۱ (۱۲/۷)	۱۵ سالگی	
۸۰ (۴/۶)	۱۶ سالگی	
۳۱ (۱/۸)	۱۷ سالگی	
۸ (۰/۵)	۱۸ سالگی	
۵ (۰/۳)	۱۹ سالگی	
۷ (۰/۴)	۲۰ سالگی	
		داشتن قاعدگی، فراوانی(%)، (n = ۲۰۵۶)
۱۵۰۶ (۷۳/۲)	بلی	
۵۵۰ (۲۶/۸)	خیر	
		داشتن دوره قاعدگی منظم در حال حاضر، فراوانی(%)، (n = ۱۵۰۶)
۱۲۶۳ (۸۳/۹)	بلی	
۲۴۳ (۱۶/۱)	خیر	
		علت قطع قاعدگی، فراوانی (%)، (n = ۵۵۰)
۱۴۴ (۲۶/۲)	سایر علل*	
۴۰۶ (۷۳/۸)	یائسگی	
*احتمال حاملگی، هیستریکتومی، شیردهی، تخمدان پلی کیستیک، آمپول پروژسترونی، مصرف داروهای شیمی درمانی و...		

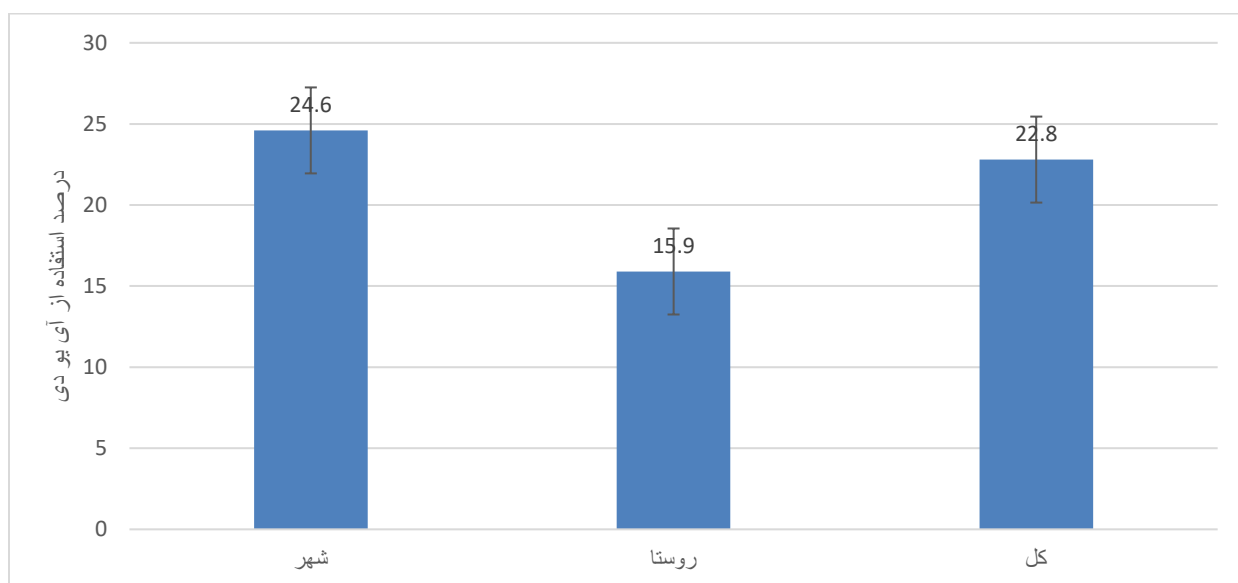
مطابق با اطلاعات جدول ۴-۲۲، میانگین سن شروع قاعدگی در زنان میانسال مورد مطالعه $1/54 \pm 13/41$ سال بود. در $8/4$ درصد این افراد سن شروع قاعدگی ۱۱ سال و زیر ۱۱ سال بود. یک یافته مهم عدم تغییر میانگین سن شروع قاعدگی در زنان سنین میانسالی ایران می باشد طوری که میانگین و انحراف معیار سن شروع قاعدگی در زنان سنین ۳۰ تا ۴۰ سال، ۴۰ تا ۵۰ سال و ۵۰ تا ۵۹ سال به ترتیب برابر با $1/52 \pm 13/41$ ، $1/57 \pm 13/41$ و $1/51 \pm 13/36$ سال بود.

جدول ۴-۲۳. توزیع فراوانی وضعیت مصرف قرص های پیشگیری از بارداری و استفاده از IUD در جمعیت زنان میانسال ایران		
		سابقه مصرف OCP، فراوانی(%)
۱۰۵۳ (۵۰/۰)	بلی	
۱۰۰۳ (۵۰/۰)	خیر	
		سابقه استفاده از IUD در زنانی که بارداری داشته اند، (n= ۱۵۹۰)
۳۸۳ (۲۲/۸)	بلی	
۱۲۰۷ (۷۷/۲)	خیر	
$24/3 \pm 6/3$		سن شروع مصرف OCP (سال)، (Mean±SD)
$46/1 \pm 59/6$		مدت زمان مصرف OCP (ماه)، (Mean±SD)
$58/6 \pm 54/8$		مدت زمان استفاده از IUD (ماه)، (Mean±SD)

براساس اطلاعات جدول ۴-۲۳، ۵۰٪ و $22/8$ ٪ از زنان میانسال مورد بررسی به ترتیب سابقه مصرف OCP و استفاده از IUD داشتند. حداقل و حداکثر سن شروع مصرف OCP، به ترتیب ۱۳ و ۴۸ سالگی بوده است. همچنین حداقل و حداکثر مدت زمان مصرف OCP، به ترتیب ۱ و ۳۳۶ ماه بوده است. حداقل و حداکثر مدت زمان استفاده از IUD، به ترتیب ۱ و ۲۸۸ ماه بوده است.



شکل ۴-۲۷. درصد استفاده از OCP در جمعیت زنان ۳۰ تا ۵۹ سال ازدواج کرده مورد مطالعه کشور



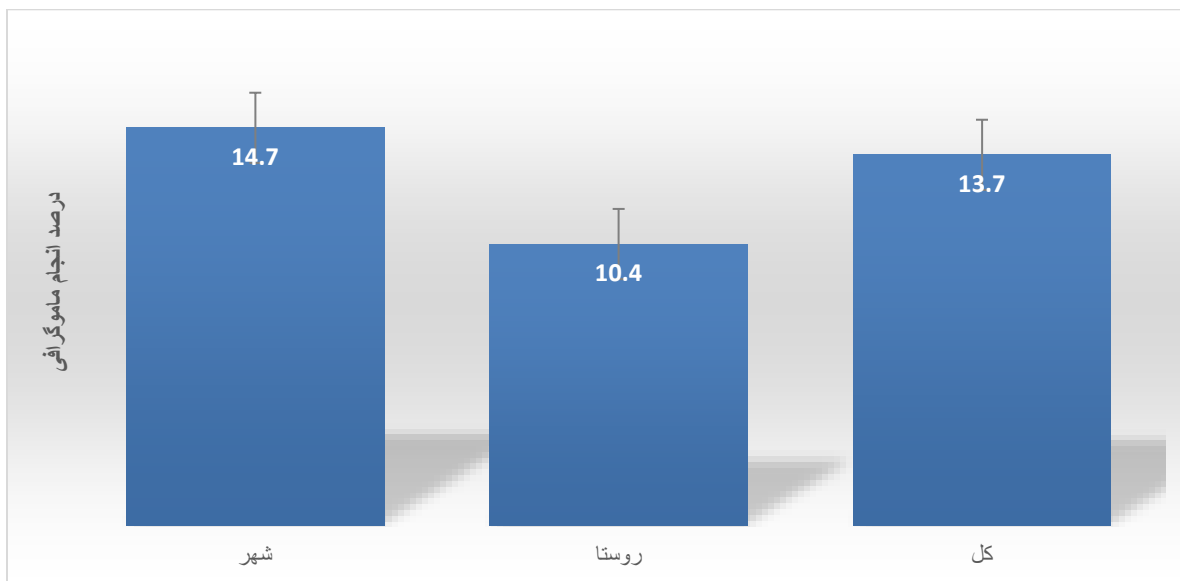
شکل ۴-۲۸. درصد استفاده از IUD در جمعیت زنان ۳۰ تا ۵۹ سال ازدواج کرده مورد مطالعه کشور

براساس نمودار شکل های ۴-۲۷ و ۴-۲۸، درصد استفاده از قرص های پیشگیری از بارداری در زنان میانسال ساکن روستا بیشتر از زنان ساکن شهر و درصد استفاده از IUD در زنان میانسال ساکن شهر بیشتر از مناطق روستایی بوده است.

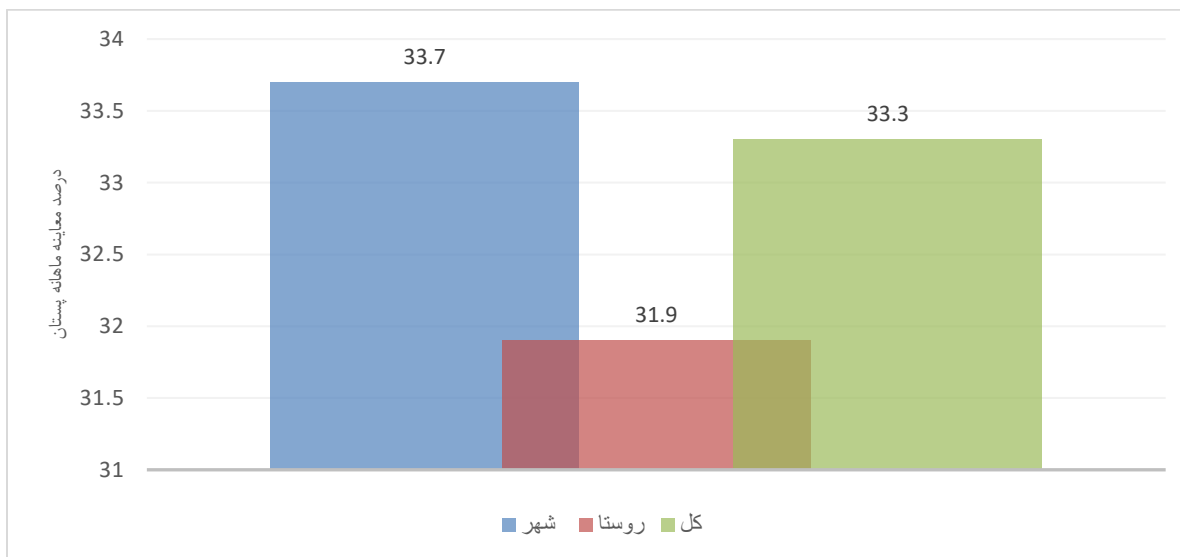
جدول ۴-۲۴. توزیع فروانی سوابق معاینات بالینی و ماموگرافی پستان در جمعیت زنان میانسال ایران		
تعداد (%)		
۱۰۴۶ (۵۱/۰)	بلی	انجام خودآزمایی پستان، (n = ۲۰۵۶)
۱۰۱۰ (۴۹/۰)	خیر	
		انجام خودآزمایی پستان به صورت ماهیانه، (n = ۱۰۴۶)
۶۸۴ (۶۵/۴)	بلی	
۳۶۲ (۳۴/۶)	خیر	
		انجام خودآزمایی پستان به صورت ماهیانه، (n = ۲۰۵۶)
۶۸۴ (۳۳/۳)	بلی	
۳۶۲ (۶۶/۷)	خیر	
		معاینه بالینی پستان توسط پزشک یا ماما، (n = ۲۰۵۶)
۸۸۸ (۴۳/۱)	بلی	
۱۱۶۸ (۵۶/۹)	خیر	
		معاینه بالینی پستان توسط پزشک یا ماما به صورت سالیانه، (n = ۲۰۵۶)
۵۲۳ (۲۵/۴)	بلی	
۱۵۳۳ (۷۴/۶)	خیر	
		ماموگرافی پستان، (n = ۲۰۵۶)
۲۹۰ (۱۳/۷)	بلی	
۱۷۶۶ (۸۶/۳)	خیر	
		نتیجه آخرین ماموگرافی، (n = ۲۹۰)
۲۷۰ (۹۳/۱)	طبیعی	
۱۴ (۴/۸)	غیر طبیعی	
۶ (۲/۱)	نمی داند	

همانطور که در جدول ۴-۲۴ نشان داده شده است تنها ۵۱٪ از زنان میانسال مورد مطالعه خود آزمایی پستان را انجام می دهند و از بین این افراد ۶۵/۴ درصد به صورت ماهیانه اقدام به خود آزمایی پستان کرده اند. اگر این شاخص در کل زنان مورد بررسی محاسبه شود تنها ۳۳/۳ درصد از آنها خود آزمایی پستان را به صورت ماهیانه و منظم انجام داده اند. از ۲۰۵۶ زن مورد بررسی تنها ۲۵/۴ درصد به صورت سالیانه توسط پزشک یا ماما معاینه

بالینی پستان شده اند و تنها ۱۳/۷ درصد حداقل یکبار ماموگرافی پستان را انجام داده اند که نتیجه ۴/۸ درصد ماموگرافی آنها غیر طبیعی بوده است.

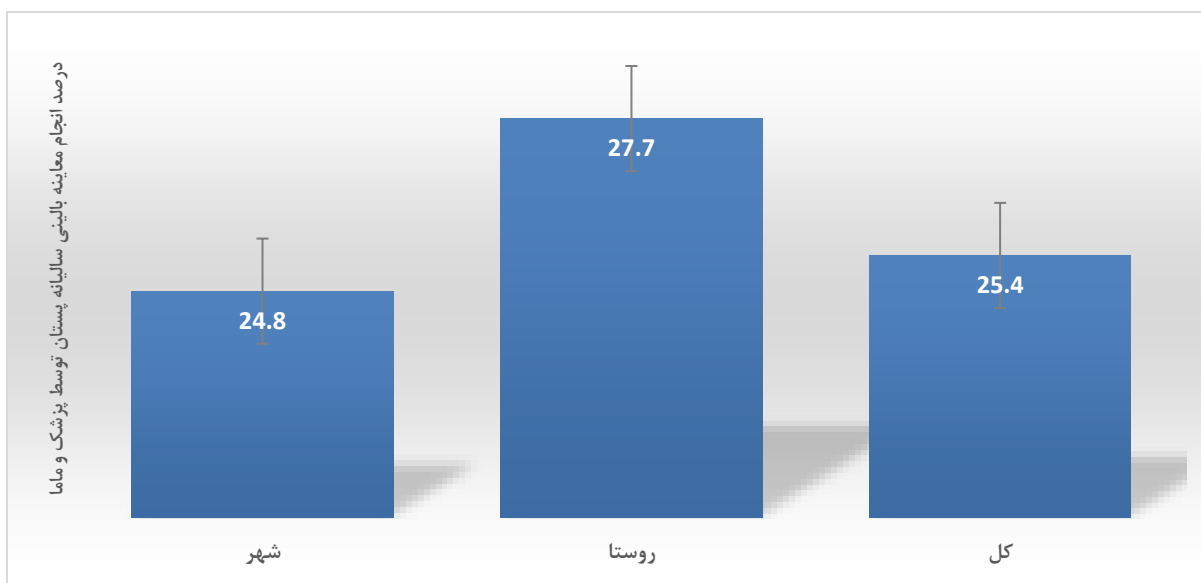


شکل ۴-۲۹. نمودار درصد انجام ماموگرافی پستان در زنان ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور



شکل ۴-۳۰. نمودار درصد خودآزمایی ماهیانه پستان در زنان ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور

براساس نمودار شکل های ۴-۲۹ و ۴-۳۰، درصد انجام ماموگرافی پستان و درصد خودآزمایی ماهیانه پستان در زنان میانسال ساکن شهر بیشتر از مناطق روستایی بوده است.



شکل ۴-۳۱. نمودار درصد معاینه منظم سالیانه پستان توسط پزشک یا ماما در زنان ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور

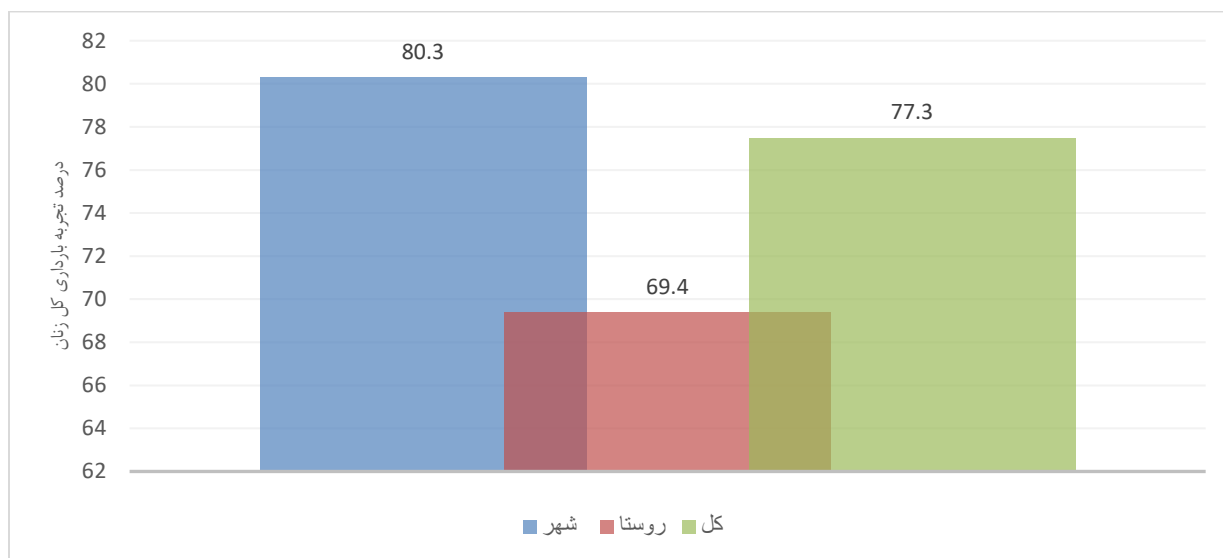
نمودار شکل ۴-۳۱، درصد توزیع فراوانی معاینه منظم سالیانه پستان توسط پزشک یا ماما را نشان می دهد. این شاخص در جمعیت مناطق روستایی بیشتر از شهر است. به نظر می رسد استقرار برنامه پزشک خانواده در روستاها و معاینات فعال زنان مناطق روستایی توسط پزشک و ماما دلیل اصلی بالاتر بودن این شاخص در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری می باشد.

در ۱۸۲۵ نفر از زنانی که روابط جنسی داشتند و سن شروع رابطه جنسی خود را ذکر کردند میانگین (انحراف معیار) سن شروع روابط جنسی ۲۰/۲ (۴/۹۹) سال با حداقل ۱۲ و حداکثر ۴۶ سال بود. اطلاعات مرتبط با بارداری و شیردهی زنان مورد بررسی در جدول ۴-۲۵ خلاصه شده است.

جدول ۴-۲۵. توزیع فراوانی سوابق مرتبط با بارداری و شیردهی در جمعیت زنان میانسال ایران				
	تعداد بارداری، (n = ۱۵۹۰)	تعداد (%)		تجربه بارداری در کل زنان مورد مطالعه، (n = ۲۰۵۶)
	۲۱۲ (۱۳/۳)	۱ ۱۵۹۰ (۷۷/۳)	بلی	
	۵۰۷ (۳۱/۹)	۲ ۴۶۶ (۲۲/۷)	خیر	
	۴۰۰ (۲۵/۲)	۳		تجربه بارداری در زنان ازدواج کرده، (n = ۱۹۲۷)
	۲۱۷ (۱۳/۶)	۴ ۱۵۹۰ (۸۲/۵)	بلی	
	۱۳۲ (۸/۳)	۵ ۳۳۷ (۱۷/۵)	خیر	
	۵۸ (۳/۶)	۶		نوع زایمان در اولین بارداری، (n = ۱۵۹۰)
	۳۲ (۲/۰)	۷ ۱۰۶۴ (۶۵/۵)	طبیعی	
	۱۷ (۱/۱)	۸ ۵۲۶ (۳۴/۵)	سزارین	
	۶ (۰/۴)	۹		تجربه مرده زایی، (n = ۱۵۹۰)
	۵ (۰/۳)	۱۰ ۹۷ (۶/۱)	بلی	
	۳ (۰/۲)	۱۱ ۱۴۹۳ (۹۳/۹)	خیر	
	۱ (۰/۱)	۱۳		تجربه سقط، (n = ۱۵۹۰)
		۴۲۴ (۲۶/۷)	بلی	
		۱۱۶۶ (۷۳/۳)	خیر	
				تجربه حاملگی نابجا، (n = ۱۵۹۰)
		۲۳ (۱/۴)	بلی	
		۱۵۶۷ (۹۸/۶)	خیر	
				تجربه شیردهی، (n = ۱۵۹۰)
		۱۵۳۳ (۹۶/۲)	بلی	
		۵۷ (۳/۸)	خیر	
		۴۹/۴±۳۵/۹		مدت شیردهی (ماه)، (Mean±SD)
		۲۲/۳±۴/۸		سن مادر در اولین شیردهی (سال)، (Mean±SD)
		۲۲/۱±۴/۹		سن اولین بارداری (سال)، (Mean±SD)

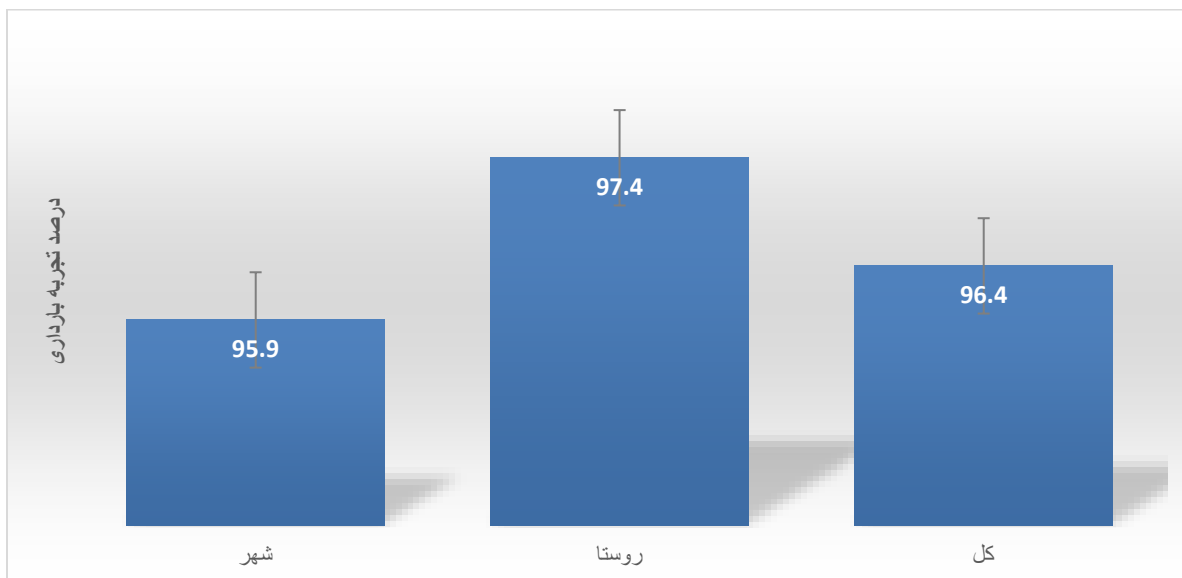
همانطور که در جدول ۴-۲۵ نشان داده شده است ۷۷ درصد از کل زنان و ۸۲/۵ درصد از زنان ازدواج کرده تجربه بارداری داشته اند. میانگین و انحراف معیار سن زنان مورد مطالعه در اولین بارداری $۲۲/۱ \pm ۴/۹$ سال (حداقل ۱۴ و حداکثر ۴۳ سال) بوده است. میانگین و انحراف معیار سن زنان مورد مطالعه در اولین شیردهی $۲۲/۳ \pm ۴/۸$ سال (حداقل ۱۴ و حداکثر ۴۴ سال) بوده است. همچنین میانگین زمان شیردهی

۴۹/۴±۳۵/۹ ماه (حداقل ۱ و حداکثر ۲۸۸ ماه) بوده است. از بین زنانی که سابقه شیردهی هم داشتند (۱۵۳۳ نفر)، تعداد ۱۵۷ نفر (۱۰/۲ درصد) مدت زمان شیردهی کمتر از ۲۴ ماه را داشتند. در کل زنان میانسال مورد بررسی، تعداد ۱۳۷۹ نفر (۶۷/۲ درصد) سابقه شیردهی به مدت دو سال و بیشتر داشتند و ۳۲/۸ درصد سابقه شیردهی نداشتند یا مدت زمان شیردهی در آنها کمتر از ۲۴ ماه بود. در ۳۳۷ نفر (۱۷/۵٪) از زنان مورد مطالعه تجربه بارداری اصلا نداشتند که ۱۲۹ نفر (۳۸/۲٪) از آنها اصلا ازدواج نکرده بودند و ۲۰۸ نفر (۶۱/۸٪) ازدواج کرده بودند اما تجربه باروری نداشتند. بطور کلی تعداد ۳۳۷ نفر (۱۷/۵٪) از کل زنان ازدواج کرده (۱۹۲۷ نفر) تجربه بارداری نداشتند.

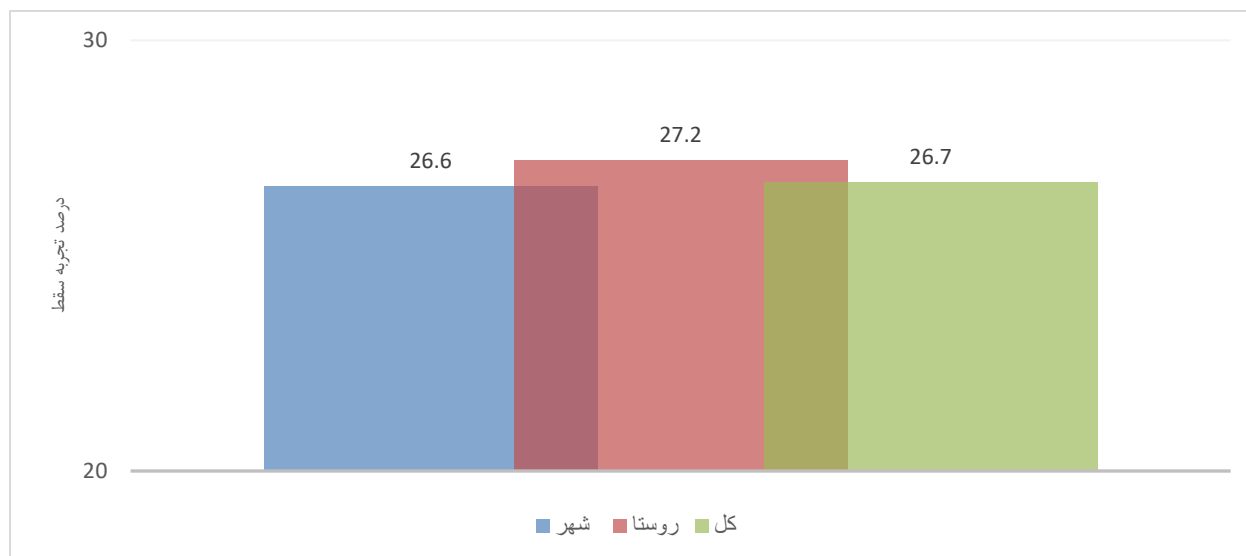


شکل ۴-۳۲. درصد تجربه بارداری در زنان ۳۰ تا ۵۹ سال ازدواج کرده مورد مطالعه کشور

شکل ۴-۳۲ نشان می دهد که تجربه بارداری در زنان میانسال مناطق شهری حدود ۸ درصد بیشتر از مناطق روستایی است اگرچه ممکن است یکی از دلایل آن میزان ازدواج در جمعیت زنان باشد و در این مورد درصد ازدواج در زنان مناطق روستایی مورد مطالعه حدود ۴ درصد کمتر از زنان میانسال مناطق شهری بود. مطابق با شکل ۴-۳۳ اگر این شاخص در زنان ازدواج کرده محاسبه شود تجربه بارداری در زنان شهری حدود ۸ درصد بیشتر از زنان مناطق روستایی است.

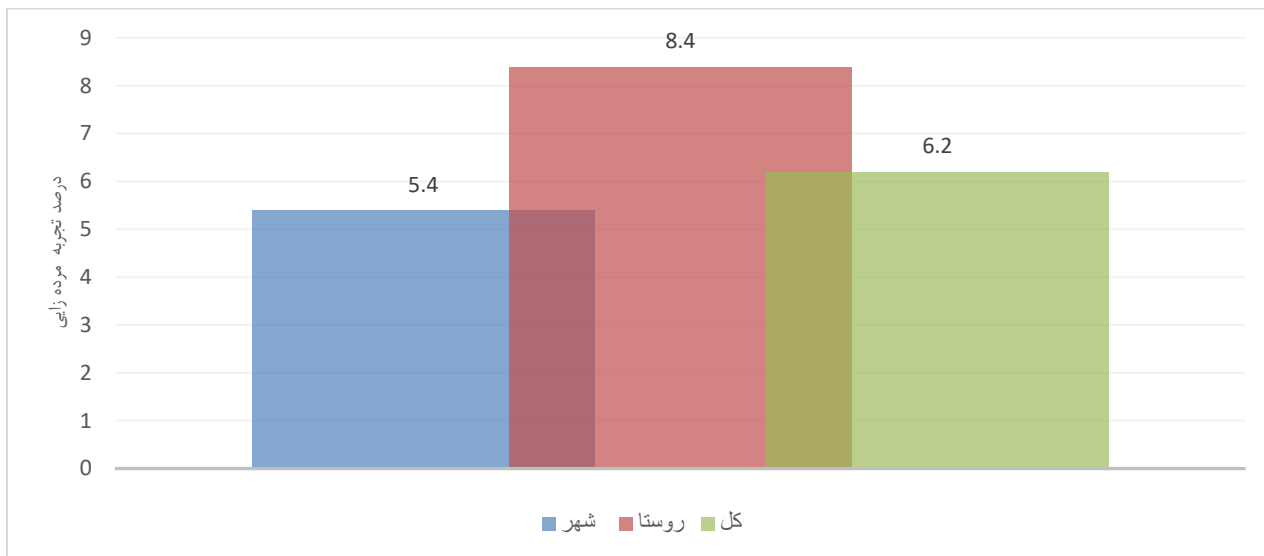


شکل ۴-۳. درصد تجربه بارداری در زنان ۳۰ تا ۵۹ سال (ازدواج کرده) مورد مطالعه کشور



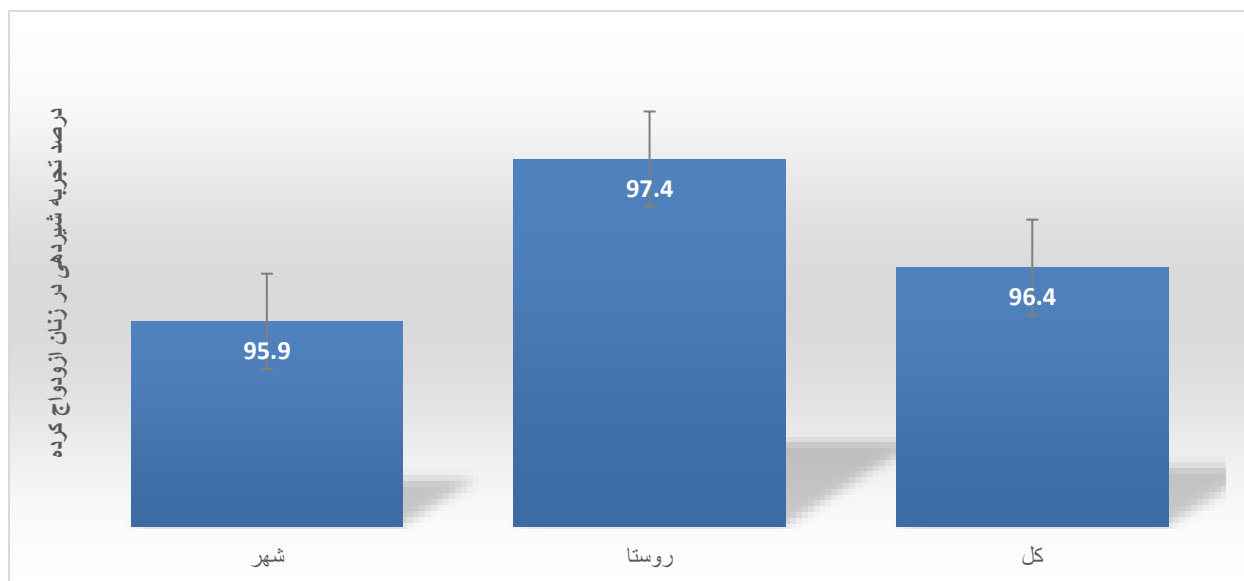
شکل ۴-۳. درصد تجربه سقط در زنان ۳۰ تا ۵۹ سال (ازدواج کرده) مورد مطالعه کشور

براساس نمودار شکل ۴-۳، درصد تجربه سقط در جمعیت زنان شهر و روستا ۲۶/۷ درصد می باشد و اختلاف ناچیزی بین زنان ساکن شهر و روستا وجود دارد.



شکل ۴-۳۵. نمودار درصد تجربه مرده زایی در زنان ۳۰ تا ۵۹ سال (ازدواج کرده) مورد مطالعه کشور

براساس نمودار شکل ۴-۳۵، ۶/۲ درصد از زنان ازدواج کرده مورد مطالعه تجربه مرده زایی داشتند و این شاخص در زنان ساکن روستا (۸/۴ درصد) بیشتر از زنان ساکن شهر (۵/۴ درصد) بود.

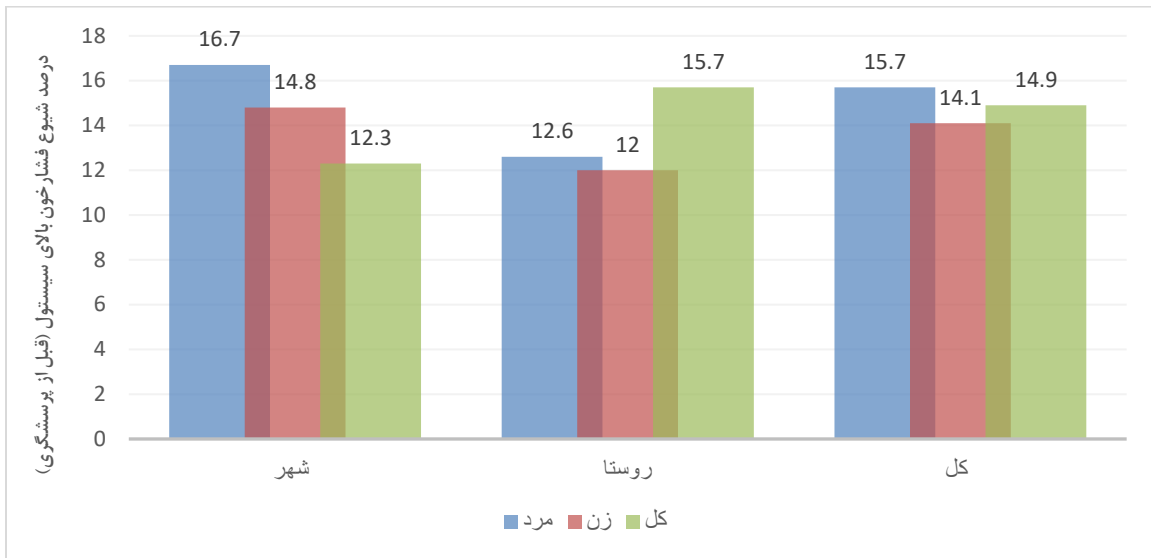


شکل ۴-۳۶. نمودار درصد تجربه شیردهی در زنان ۳۰ تا ۵۹ سال (ازدواج کرده) مورد مطالعه کشور

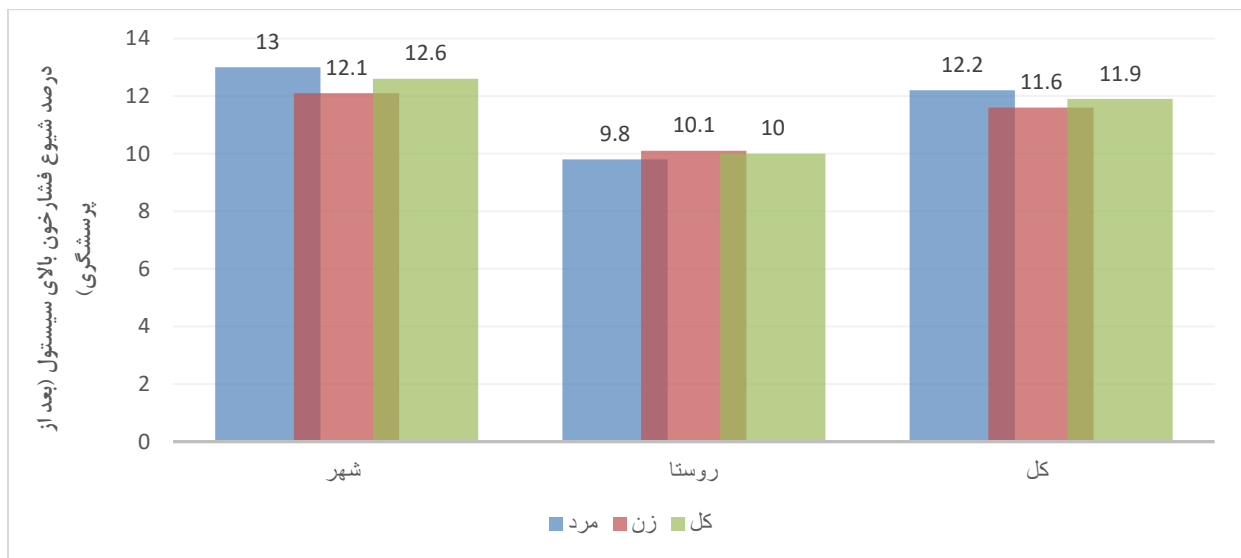
براساس نمودار شکل ۴-۳۵، ۹۶/۴ درصد از زنان ازدواج کرده مورد مطالعه تجربه شیردهی داشتند و این شاخص در زنان ساکن روستا (۹۷/۴ درصد) حدود ۱/۵ درصد بیشتر از زنان ساکن شهر (۹۵/۹ درصد) بود.

جدول ۴-۲۶. توزیع فراوانی فشارخون بالا قبل و بعد از انجام پرسشگری (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)		
				فشارخون سیستولیک بالا (≥ 140 میلی متر جیوه) - قبل از مصاحبه
۶۱۱ (۱۴/۹)	۲۸۹ (۱۴/۱)	۳۲۲ (۱۵/۷)	بلی	
۳۵۰۱ (۸۵/۱)	۱۷۶۷ (۸۵/۹)	۱۷۳۴ (۸۴/۳)	خیر	
				فشارخون سیستولیک بالا (≥ 140 میلی متر جیوه) - بعد از مصاحبه
۴۹۰ (۱۱/۹)	۲۳۹ (۱۱/۶)	۲۵۱ (۱۲/۲)	بلی	
۳۶۲۲ (۸۸/۱)	۱۸۱۷ (۸۸/۴)	۱۸۰۵ (۸۷/۸)	خیر	
				فشارخون دیاستولیک بالا (≥ 90 میلی متر جیوه) - قبل از مصاحبه
۶۴۱ (۱۵/۶)	۲۸۸ (۱۴)	۳۵۳ (۱۷/۲)	بلی	
۳۴۷۱ (۸۴/۴)	۱۷۶۸ (۸۶)	۱۷۰۳ (۸۲/۸)	خیر	
				فشارخون دیاستولیک بالا (≥ 90 میلی متر جیوه) - بعد از مصاحبه
۵۳۸ (۱۳/۱)	۲۳۸ (۱۱/۶)	۳۰۰ (۱۴/۶)	بلی	
۳۵۷۴ (۸۶/۹)	۱۸۱۸ (۸۸/۴)	۱۷۵۶ (۸۵/۴)	خیر	

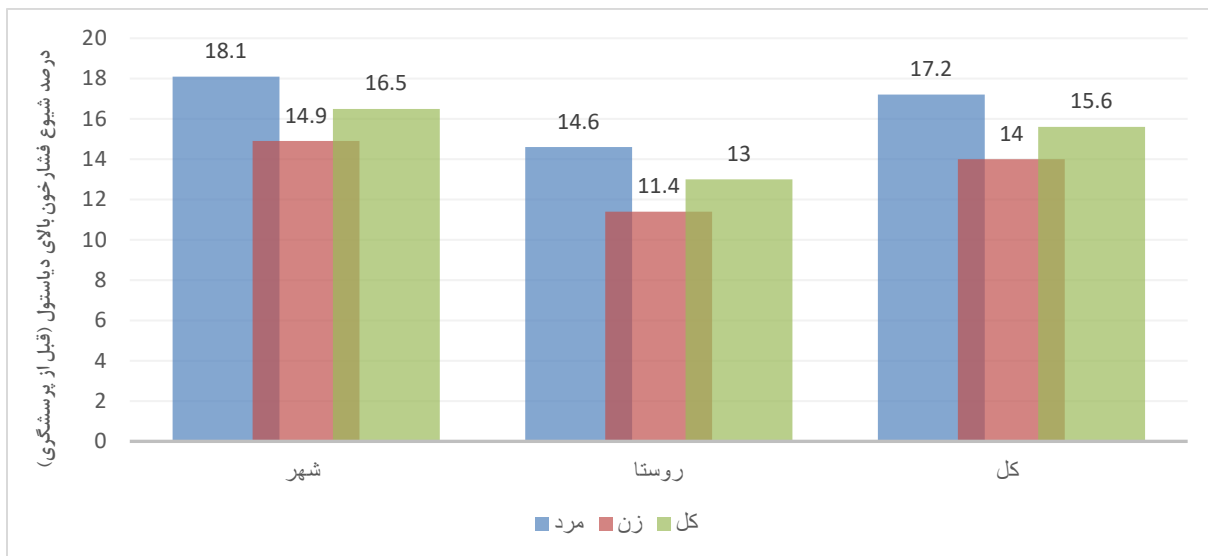
همانطور که در جدول ۴-۲۶ مشاهده می شود از بین افراد مورد بررسی قبل از انجام مصاحبه به ترتیب ۱۴/۹ درصد و ۱۱/۹ درصد فشارخون سیستولی بالاتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه و دیاستولی بالاتر از ۹۰ میلی متر جیوه داشتند. همچنین بعد از انجام مصاحبه به ترتیب ۱۵/۶ درصد و ۱۳/۱ درصد فشارخون سیستولی بالاتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه و دیاستولی بالاتر از ۹۰ میلی متر جیوه داشتند. درصد بالا بودن فشارخون در مردان بیشتر از زنان بود. اختلاف فشارخون سیستول و دیاستول قبل و بعد از مصاحبه از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/001$).



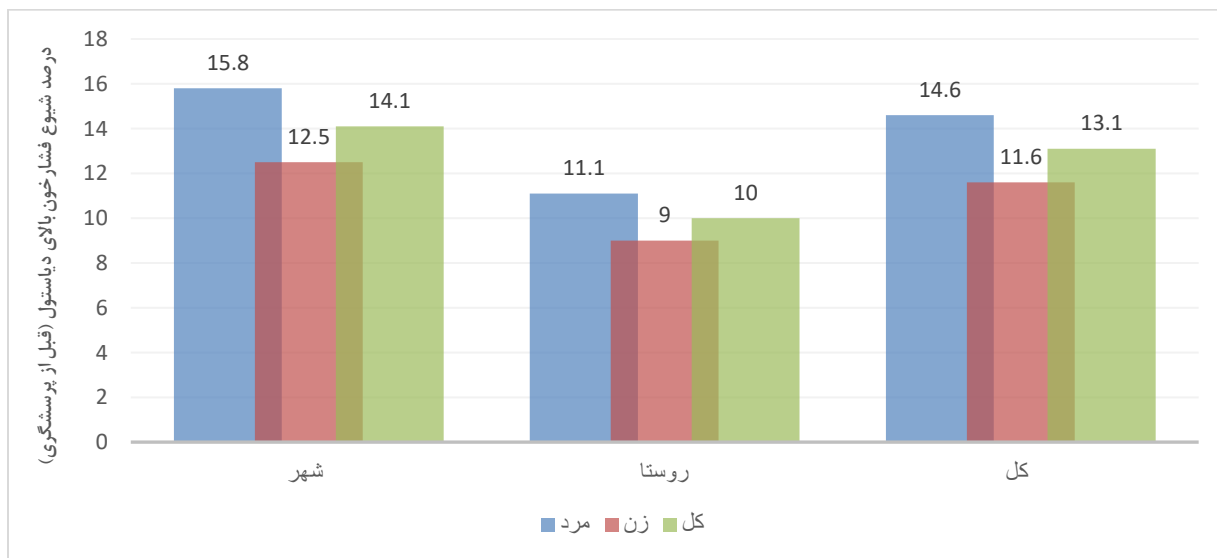
شکل ۴-۳۷. نمودار شیوع فشارخون بالای سیستول (قبل از پرسشگری) در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور



شکل ۴-۳۸. نمودار شیوع فشارخون بالای سیستول (بعد از پرسشگری) در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور
بر اساس نمودار شکل های ۴-۳۷ و ۴-۳۸، شیوع فشارخون سیستولیک بالا در مناطق روستایی حدود ۲ درصد کمتر از مناطق شهری بود.



شکل ۴-۳۹. نمودار شیوع فشارخون بالای دیاستول (قبل از پرسشگری) در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور



شکل ۴-۴۰. نمودار شیوع فشارخون بالای دیاستول (بعد از پرسشگری) در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور

بر اساس نمودار شکل های ۴-۳۹ و ۴-۴۰، شیوع فشارخون دیاستولیک بالا در مناطق روستایی حدود ۴ درصد کمتر از مناطق شهری بود.

پرواضح است که برآورد شیوع پرفشاری خون بر اساس هر کدام از نتایج بررسی سابقه پرفشاری خون (مصرف دارو) با استفاده از پرسشگری در افراد و یا سنجش فشارخون افراد در زمان پرسشگری یک برآورد کمتر از واقعیت است. در واقع در کسانی که سابقه فشار خون بالا دارند به دلیل مصرف دارو ممکن است در سنجش فشارخون در زمان پرسشگری، فشار خون نرمال داشته باشند و اگر از این روش برای برآورد استفاده کنیم شیوع بدست آمده کمتر از واقعیت خواهد بود. از طرف دیگر اگر صرفاً بر اساس مصرف داروی فشارخون برآورد را انجام دهیم ممکن است تعدادی از افراد هنوز فشارخون آنها تشخیص داده نشده و تحت درمان نباشند. لذا این نوع برآورد هم نوعی کم برآوردی است لذا برای محاسبه مقدار واقعی فشارخون سعی شد از ترکیب این دو روش (سنجش مستقیم فشارخون قبل و بعد از پرسشگری (میانگین فشارخون قبل و بعد) افراد و همچنین سابقه فشار خون قبلی و تحت درمان بودن)، سعی شد درصد واقعی تری از شیوع فشارخون در جمعیت میانسالان به دست آید که نتایج آن در جدول ۴-۲۷ خلاصه شده است.

جدول ۴-۲۷. شیوع فشارخون بالا در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور به تفکیک گروه های سنی				
فشارخون بالا	مرد، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	کل، تعداد(%)	
				گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال
بلی	۶۸ (۸/۵)	۵۱ (۶/۱)	۱۱۹ (۷/۳)	
خیر	۷۵۳ (۹۱/۵)	۷۷۰ (۹۳/۹)	۱۵۲۳ (۹۲/۷)	
				گروه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال
بلی	۱۳۵ (۱۶/۶)	۱۷۲ (۲۱/۱)	۳۰۷ (۱۸/۸)	
خیر	۶۸۴ (۸۳/۴)	۶۵۱ (۷۸/۹)	۱۳۳۵ (۸۱/۲)	
				گروه سنی ۵۰ تا ۵۹ سال
بلی	۱۳۶ (۳۴/۰)	۱۷۹ (۴۴/۳)	۳۱۵ (۳۹/۲)	
خیر	۲۸۰ (۶۶/۰)	۲۳۳ (۵۵/۷)	۵۱۳ (۶۰/۸)	
				کل گروه های سنی
بلی	۳۳۹ (۱۶/۵)	۴۰۲ (۱۹/۱)	۷۴۱ (۱۷/۸)	
خیر	۱۷۱۷ (۸۳/۵)	۱۶۵۴ (۸۰/۹)	۳۳۷۱ (۸۲/۲)	

همانطور که در جدول ۴-۲۷ مشاهده می شود شیوع فشارخون بالا در جمعیت میانسالان مورد مطالعه کشور ۱۷/۸ درصد می باشد و شیوع آن در هر کدام از گروه های سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۴۰ تا ۵۰ سال و ۵۰ تا ۵۹ سال به ترتیب ۷/۳٪، ۱۸/۸٪ و ۳۹/۲٪ می باشد. بجز گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، شیوع فشارخون بالا بطور معنی داری در دو گروه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال ($P = ۰/۰۲$) و ۵۰ تا ۵۹ سال ($P = ۰/۰۰۲$) در زنان بیشتر از مردان است. اگر چه شیوع فشارخون در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال در مردان نسبت به زنان کمی بیشتر است اما اختلاف آن از نظر آماری معنی دار نیست ($P = ۰/۱$).

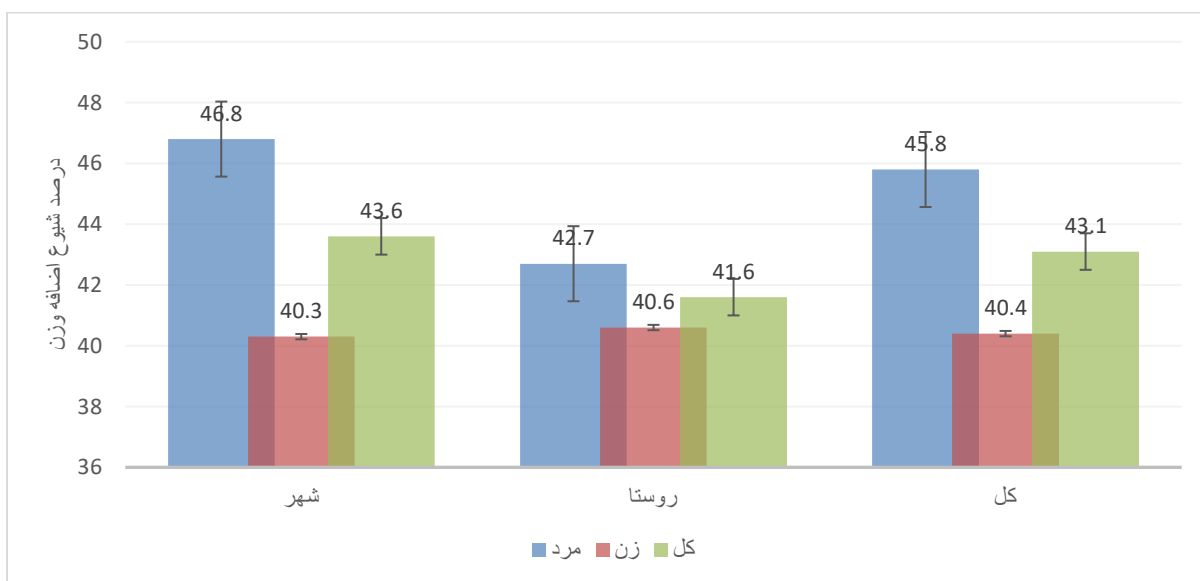
جدول ۴-۲۸. میانگین قد، وزن، BMI و اندازه دور کمر (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
P value	کل	زن	مرد	
<۰/۰۰۱	۷۵/۷ ± ۱۴/۳	۷۱/۲ ± ۱۳/۲	۷۹/۹ ± ۱۴/۲	وزن (Kg)
<۰/۰۰۱	۱۶۶/۹ ± ۹/۹	۱۵۹/۷ ± ۶/۳	۱۷۴/۱ ± ۷/۳	قد (Cm)
<۰/۰۰۱	۲۷/۲ ± ۴/۷	۲۸/۱ ± ۵/۱	۲۶/۴ ± ۴/۲	شاخص توده بدنی (BMI)
۰/۳*	۹۳/۰ ± ۱۲/۳	۹۲/۷ ± ۱۲/۹۵	۹۳/۳ ± ۱۱/۷	دور کمر (Cm)
*معنی داری تفاوت اختلاف میانگین زن و مرد در این شاخص صحیح نیست زیرا اندازه استاندارد دور کمر برای زن و مرد و تعریف چاقی برای آنها متفاوت است.				

بر اساس نتایج جدول ۴-۲۸، اختلاف معنی داری بین مردان و زنان در میانگین وزن، قد و BMI وجود دارد اگرچه قضاوت براساس این میانگین ها برای تعیین وضعیت چاقی در جمعیت منطقی به نظر نمی رسد. در جداول و توضیحات بعدی سعی خواهد شد اختلاف بین دو جنس در وضعیت چاقی و چاقی شکمی براساس اعداد استاندارد پیشنهاد شده سازمان جهانی بهداشت مورد بررسی قرار گیرد.

جدول ۴-۲۹. توزیع فراوانی اضافه وزن و چاقی براساس شاخص توده بدنی (BMI) (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
P value	کل	زن	مرد	
<۰/۰۰۱	۶۹ (۱/۷)	۲۹ (۱/۵)	۴۰ (۱/۸)	لاغر ($BMI < ۱۸/۵$)
	۱۲۸۶ (۳۱/۷)	۵۵۰ (۲۷/۶)	۷۳۶ (۳۵/۸)	نرمال ($BMI: ۱۸/۵ - ۲۴/۹$)
	۱۷۷۱ (۴۳/۱)	۸۳۳ (۴۰/۴)	۹۳۸ (۴۵/۸)	اضافه وزن ($BMI: ۲۵ - ۲۹/۹$)
	۹۸۶ (۲۳/۵)	۶۴۴ (۳۰/۵)	۳۴۲ (۱۶/۶)	چاق ($BMI > ۳۰$)

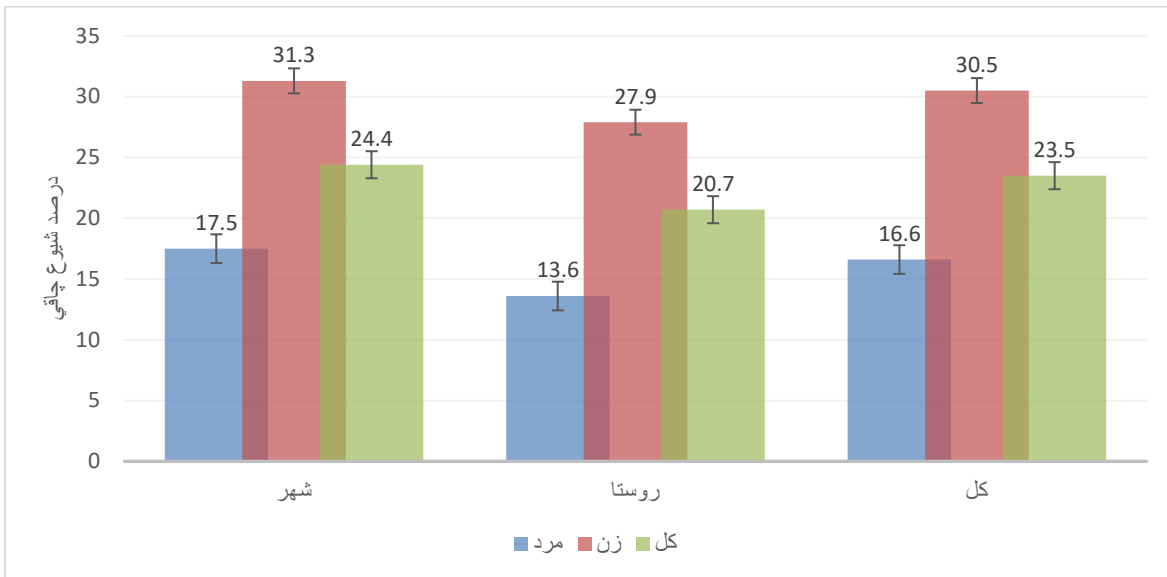
همانطور که در جدول ۴-۲۹ مشاهده می شود شیوع چاقی در جمعیت زنان به صورت معنی داری بیشتر از مردان است. یک یافته مهم در اینجا شیوع چاقی شدید و مفرط است. در مجموع هر دو جنس، شیوع چاقی شدید (۳۵ تا ۳۹/۹ BMI) ۴/۶ درصد و چاقی مفرط ($BMI > 40$) ۱/۴ درصد و در مجموع ۶ درصد بود. به عبارتی دیگر شیوع چاقی شدید و مفرط در میانسالان کشور حدود ۶ درصد می باشد. این شاخص یعنی شیوع چاقی شدید و مفرط به صورت معنی داری در زنان (۹/۲ درصد) بیشتر از مردان (۳/۱ درصد) بود ($P < 0.001$).

از بین افراد مورد بررسی ۱۸۳۷ نفر (۴۳/۹ درصد) شامل ۱۴۰۳ نفر (۶۷/۴ درصد) از زنان و ۴۳۴ نفر (۲۰/۹ درصد) از مردان چاقی شکمی داشتند.



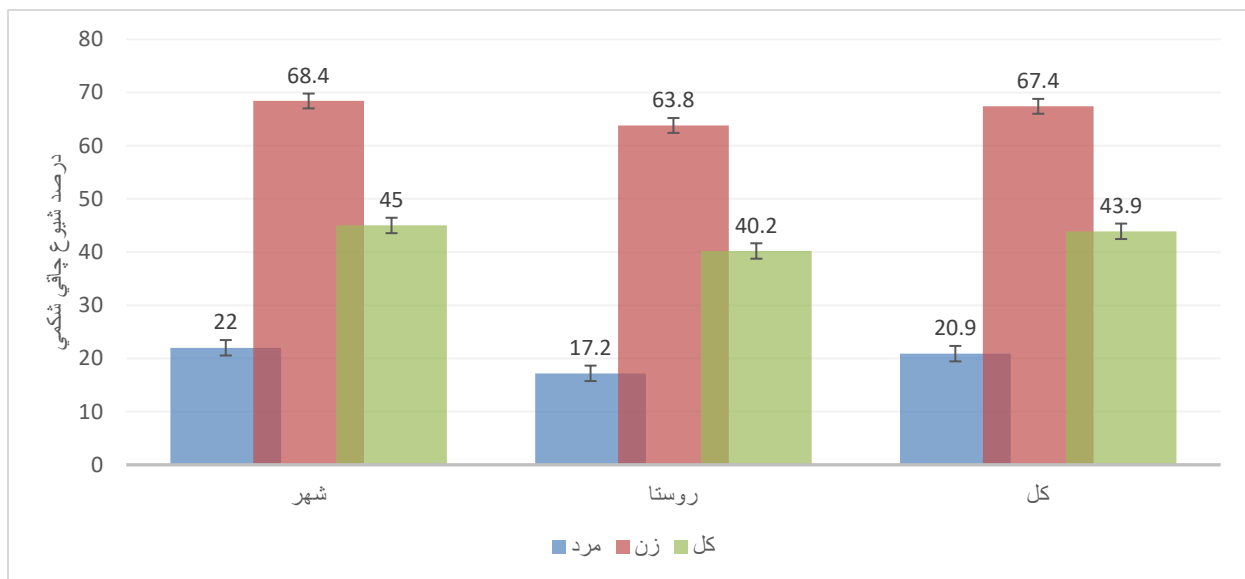
شکل ۴-۴۱. نمودار شیوع اضافه وزن در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور

براساس نمودار شکل ۴-۴۱، شیوع اضافه وزن در مردان مناطق شهری حدود ۴٪ از مردان مناطق روستایی بیشتر بود.



شکل ۴-۴۲. نمودار شیوع چاقی در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور

براساس نمودار شکل ۴-۴۲، شیوع چاقی در مردان مناطق شهری حدود ۴٪ از مردان مناطق روستایی بیشتر بود. بطور کلی شیوع چاقی در زنان بیشتر از مردان بود و در زنان مناطق شهری هم حدود ۳/۴ درصد بیشتر از زنان ساکن مناطق روستایی بود.



شکل ۴-۴۳. نمودار شیوع چاقی شکمی در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور

براساس نمودار شکل ۴-۴۳، شیوع چاقی شکمی در زنان بیشتر از مردان بود و در زنان مناطق شهری حدود ۵٪ بیشتر از زنان مناطق روستایی بود.

۹-۱-۴. بررسی وضعیت عوامل خطر اختصاصی سرطان پستان

بر اساس شواهد علمی موجود، موارد زیر به عنوان عامل خطر سرطان پستان مطرح می باشند.

- سن بالاتر از ۵۰ سال
- نمایه توده بدنی بیشتر از ۳۰
- افزایش وزن بعد از یائسگی
- مصرف مشروبات الکلی
- سن اولین قاعدگی کمتر از ۱۲ سال
- اولین زایمان بعد از ۳۰ سالگی
- ناباروری و عدم انجام زایمان
- عدم شیردهی به فرزندان
- مصرف داروهای هورمونی استروژنی به مدت بیش از ۵ سال
- یائسگی بعد از ۵۵ سالگی
- گزارش تراکم بالا در بافت پستان در ماموگرافی
- ابتلای مادر یا خواهر به سرطان پستان
- سابقه سرطان پستان در یکی از افراد مذکر خانواده
- سابقه ابتلا به یکی از سرطانهای پستان یا تخمدان یا پانکراس یا روده بزرگ یا پروستات در بیش از یک نفر از بستگان
- گزارش نتیجه غیر طبیعی به صورت (هیپر پلازی آتیپیک پستان) در نمونه برداری از توده پستانی
- سابقه رادیو تراپی قفسه سینه قبل از سن ۳۰ سالگی
- سابقه ابتلای قبلی به سرطان پستان یا تخمدان
- وجود ژن جهش یافته سرطان پستان در مشاوره و آزمایش ژنتیک

در مطالعه حاضر با توجه به ماهیت مطالعه، تعدادی از این عوامل خطر مورد بررسی قرار گرفتند که در ادامه

تحلیلی بر توزیع فراوانی این عوامل خطر در جمعیت میانسالان کشور ارائه می گردد.

اگرچه در تعداد نمونه های هر کدام از گروه های سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۴۰ تا ۵۰ سال و ۵۰ تا ۶۰ سال سهم

مساوی در نظر گرفته نشد اما ۲۰ درصد از زنان میانسال مورد بررسی سن بالای ۵۰ سال داشتند. جدول ۴-۳۰

درصد توزیع سنی متغیر BMI را در افراد مورد مطالعه نشان می دهد.

جدول ۴-۳۰. توزیع سنی وضعیت BMI (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)			
کل، تعداد(%)	زن، تعداد(%)	مرد، تعداد(%)	
			گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال
۲۹ (۱/۷)	۱۹ (۲/۳)	۱۰ (۱/۲)	لاغر یا کم وزن ($BMI < 18/5$)
۶۰۴ (۳۷/۰)	۲۹۳ (۳۵/۹)	۳۱۱ (۳۸/۰)	نرمال ($BMI: 18/5 - 25$)
۶۹۷ (۴۲/۵)	۳۲۲ (۳۹/۲)	۳۷۵ (۴۵/۷)	اضافه وزن ($BMI: 25 - 30$)
۳۱۲ (۱۸/۸)	۱۸۷ (۲۲/۶)	۱۲۵ (۱۵/۱)	چاق ($BMI > 30$)
			گروه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال
۲۳ (۱/۴)	۵ (۰/۶)	۱۸ (۲/۲)	لاغر یا کم وزن ($BMI < 18/5$)
۴۷۴ (۲۸/۷)	۱۸۲ (۲۲/۱)	۲۹۲ (۳۵/۰)	نرمال ($BMI: 18/5 - 25$)
۷۱۰ (۴۳/۵)	۳۴۸ (۴۲/۴)	۳۶۲ (۴۴/۵)	اضافه وزن ($BMI: 25 - 30$)
۴۳۵ (۲۶/۴)	۲۸۸ (۳۴/۹)	۱۴۷ (۱۸/۳)	چاق ($BMI > 30$)
			گروه سنی ۵۰ تا ۵۹ سال
۱۷ (۱/۹)	۵ (۱/۲)	۱۲ (۲/۶)	لاغر یا کم وزن ($BMI < 18/5$)
۲۰۸ (۲۴/۵)	۷۵ (۱۷/۴)	۱۳۳ (۳۱/۸)	نرمال ($BMI: 18/5 - 25$)
۳۶۴ (۴۴/۱)	۱۶۳ (۳۹/۹)	۲۰۱ (۴۸/۳)	اضافه وزن ($BMI: 25 - 30$)
۲۳۹ (۲۹/۵)	۱۶۹ (۴۱/۵)	۷۰ (۱۷/۳)	چاق ($BMI > 30$)

براساس اطلاعات جدول ۴-۳۰، حدود ۴۱/۵ درصد از زنان بالای ۵۰ سال مورد بررسی چاق ($BMI > 30$) هستند که یک عامل خطر برای سرطان پستان محسوب می شود. در زنان گروه های سنی پائین تر یعنی ۴۰ تا ۵۰ سال و ۳۰ تا ۴۰ سال به ترتیب ۳۴/۹ و ۲۲/۶ درصد چاق ($BMI > 30$) بودند.

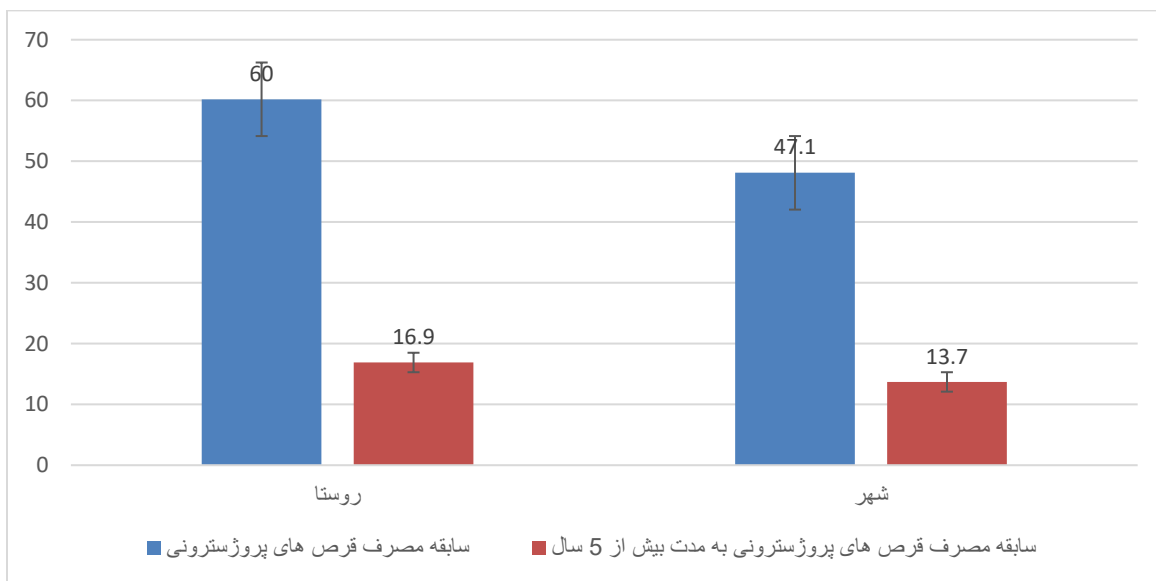
یکی دیگر از عوامل خطر مورد بررسی افزایش وزن بعد از یائسگی هست. هرچند این سوال به صورت مستقیم سنجش نشده است اما درصد زنان با BMI بیشتر از ۲۵ (۸۱/۴ درصد) در گروه سنی ۵۰ تا ۵۹ سال موید خطر بالای این ریسک فاکتور در جمعیت زنان میانسال است.

مصرف الکل یکی دیگر از عوامل خطر سرطان پستان است که تنها ۳ نفر از زنان مورد مطالعه (۱ نفر در مناطق روستایی و ۲ نفر در مناطق شهری) مصرف الکل را ذکر کرده اند و به نظر می رسد این عامل خطر به دلیل انگ وارد شده به آن در جامعه کم گزارش دهی دارد.

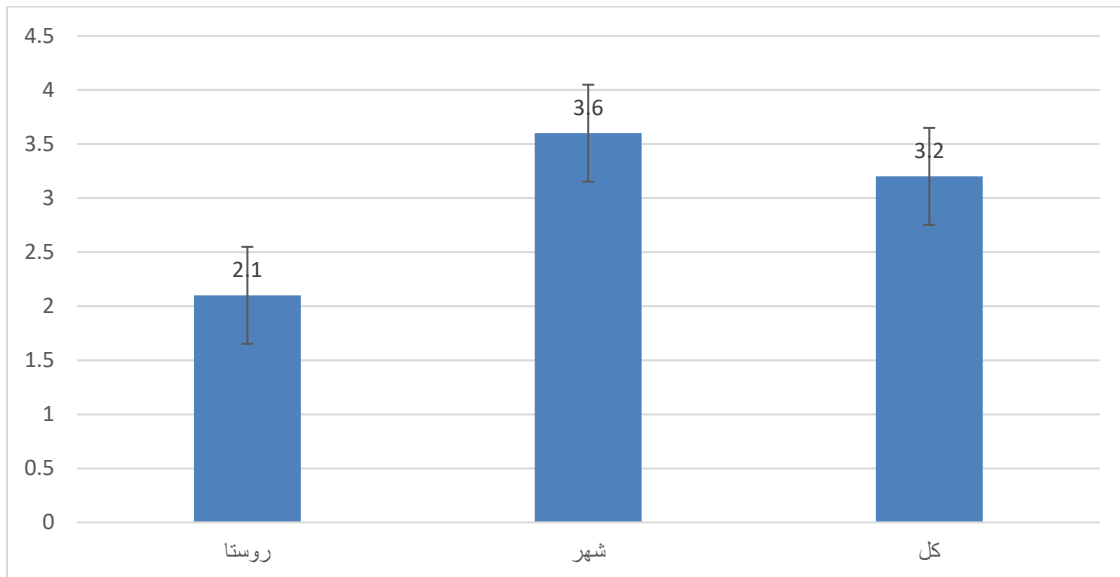
سن شروع قاعدگی زیر ۱۲ سال هم یک عامل خطر برای سرطان پستان محسوب می شود که از بین زنانی که سن قاعدگی خود را به یاد داشتند در جمعیت زنان روستایی و شهری مورد مطالعه به ترتیب ۶/۸ درصد و ۸/۹ درصد سن قاعدگی زیر ۱۲ سال داشتند.

در بین زنان مورد مطالعه که زایمان داشتند ۵/۷ درصد زنان ساکن روستا و ۶/۳ درصد ساکن مناطق شهری اولین بارداری و زایمان خود را در سن بالای ۳۰ سال تجربه کرده اند که یک عامل خطر محسوب می شود. ناباروری و عدم انجام زایمان یکی دیگر از عوامل خطر سرطان پستان محسوب می شود که براساس نتایج این مطالعه از ۵۳۳ زن میانسال ساکن روستا ۱۶۳ نفر (۳۰/۶ درصد) و از ۱۵۲۳ زن میانسال ساکن شهر ۳۰۰ نفر (۱۹/۷ درصد) بارداری را تجربه نکرده بودند البته ۴۸ نفر از زنان مناطق روستایی (۹درصد) و ۸۱ نفر (۵/۳ درصد) از زنان مناطق شهری تجربه ازدواج نداشتند.

حدود ۶۰/۲ درصد از زنان ساکن روستا و ۴۸/۱ درصد از زنان ساکن شهر سابقه مصرف OCP داشتند. حدود ۹۰ نفر (۱۶/۹ درصد) از زنان ساکن روستا و ۲۰۸ نفر (۱۳/۷ درصد) از زنان ساکن شهر سابقه مصرف قرص های پیشگیری از بارداری به مدت بیش از ۵ سال را داشتند (شکل ۴-۴۴).



شکل ۴-۴۴. درصد سابقه مصرف قرص های پروژسترونی در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال زنان مورد مطالعه کشور



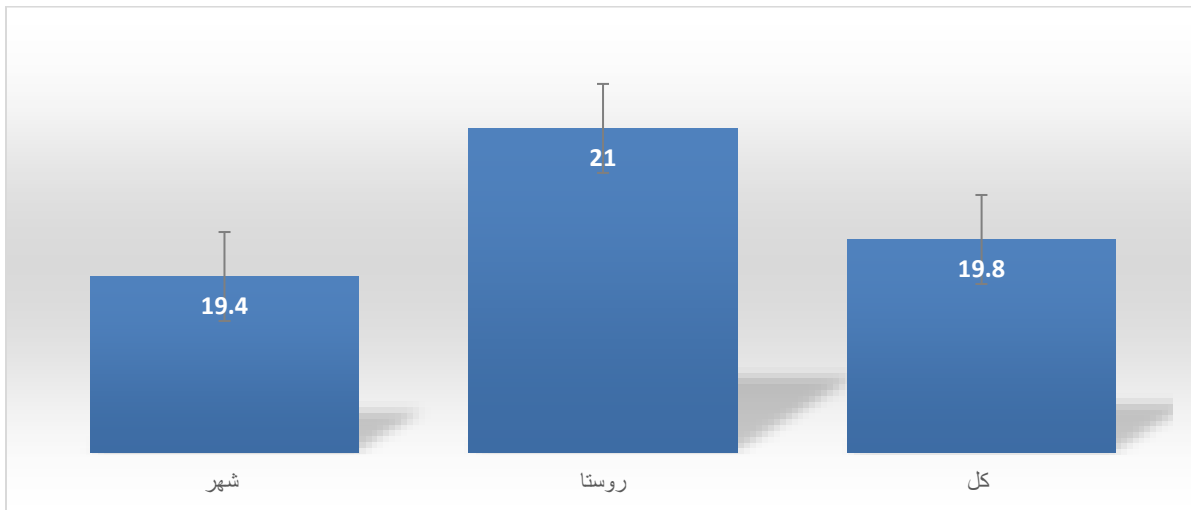
شکل ۴-۴۵. درصد سابقه فامیلی سرطان پستان در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال زنان مورد مطالعه کشور

۴-۱۰-۱. بررسی وضعیت عوامل خطر اختصاصی سرطان دهانه رحم

بر اساس شواهد علمی موجود، موارد زیر به عنوان عامل خطر سرطان دهانه رحم مطرح می باشند.

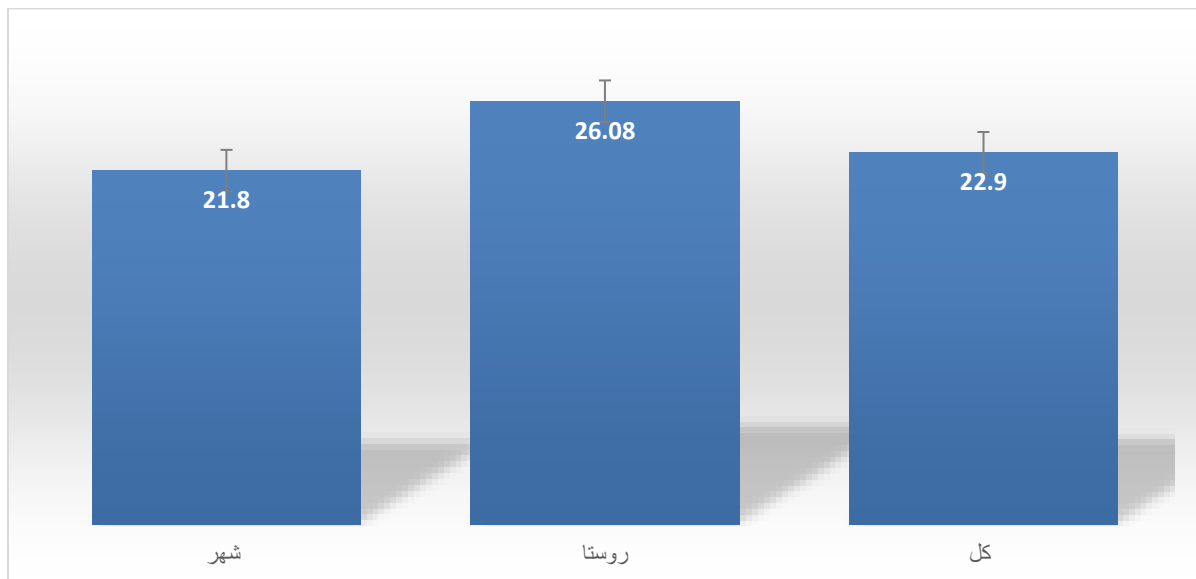
- اولین تماس جنسی در سن کمتر از ۱۶ سال
 - بیش از سه شریک جنسی در طول دوران زندگی
 - زایمانهای مکرر (بیش از سه زایمان)
 - ضعف ایمنی
 - سابقه یکی از عفونتهای آمیزشی مانند تبخال تناسلی، کلامیدیا، سوزاک، ایدز و بخصوص اچ پی وی
 - ابتلا به انواع خاصی از عفونت اچ پی وی یا زگیل تناسلی
- فراوانی برخی از عوامل خطر بالا در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در ادامه می آید.

در بین زنان مورد مطالعه ۱۱۲ نفر (۲۱٪) از ۵۳۳ نفر زن ساکن روستا و ۲۹۵ نفر (۱۹/۴٪) از ۱۵۲۳ زن ساکن شهر و در مجموع ۴۰۷ نفر (۱۹/۸٪) از ۲۰۵۶ نفر زن مورد بررسی سابقه تماس جنسی زیر ۱۶ سالگی داشتند (شکل ۴-۴۶).



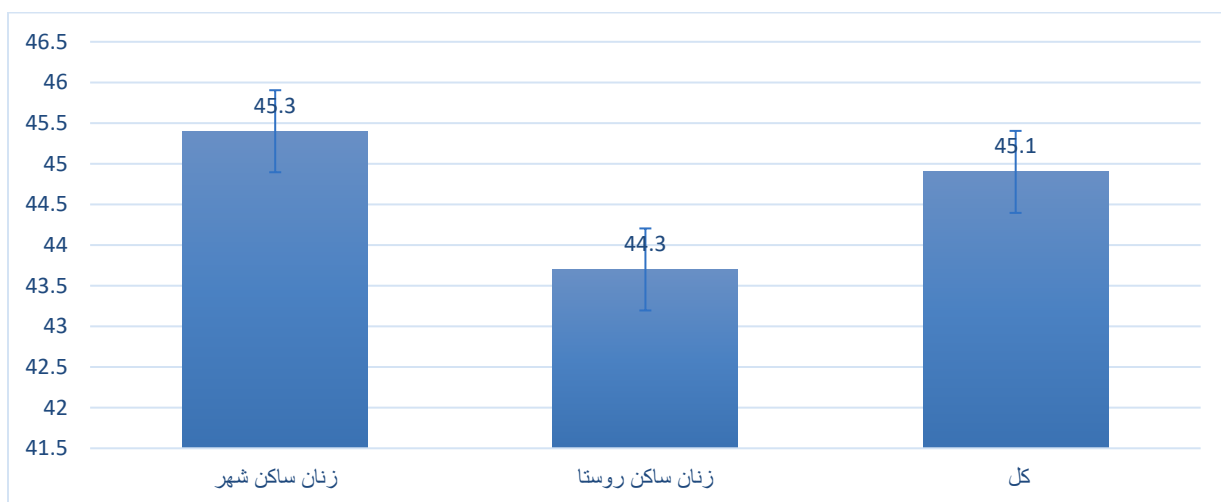
شکل ۴-۴۶. درصد توزیع فراوانی سابقه تماس جنسی زیر ۱۶ سال در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال زنان مورد مطالعه کشور

یکی دیگر از عوامل خطر سرطان دهانه رحم زایمانهای مکرر بیش از ۳ مورد می باشد که از بین زنان مورد بررسی ۴۷۱ نفر (۲۲/۹٪) تجربه ۴ مورد و بیشتر بارداری داشتند. از ۵۳۳ زن میانسال ساکن روستا و ۱۵۲۳ زن میانسال ساکن شهر به ترتیب ۱۳۹ نفر (۲۶/۰۸٪) و ۳۳۲ نفر (۲۱/۸۰٪) تجربه بارداری مکرر (۴ مورد و بیشتر) داشتند (شکل ۴-۴۷).



شکل ۴-۴۷. درصد توزیع فراوانی تجربه زایمان مکرر (بیش از ۳ مورد) در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال زنان مورد مطالعه کشور

یکی دیگر از عوامل خطر سرطان دهانه رحم تجربه عفونت های آمیزشی می باشد که از بین زنان مورد بررسی ۹۲۴ نفر (۴۵/۱٪) تجربه عفونت آمیزشی داشتند. از ۵۳۳ زن میانسال ساکن روستا و ۱۵۲۳ زن میانسال ساکن شهر به ترتیب ۲۳۳ نفر (۴۴/۳٪) و ۶۹۱ نفر (۴۵/۳٪) تجربه عفونت آمیزشی داشتند (شکل ۴-۴۸).



شکل ۴-۴۸. درصد توزیع فراوانی تجربه عفونت های آمیزشی در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور

براساس نتایج به دست آمده ۱۷۹ نفر (۸/۷۱٪) از زنان میانسال مورد بررسی هم تجربه تماس جنسی زیر ۱۶ سال و هم تجربه عفونت های آمیزشی داشتند یا به عبارتی دیگر این دو ریسک فاکتور را با هم داشتند. همچنین ۱۷۹ نفر (۸/۷۱٪) از زنان میانسال مورد بررسی هم تجربه تماس جنسی زیر ۱۶ سال و هم تجربه بارداری های مکرر (بیش از ۳ مورد) داشتند. همچنین ۲۵۱ نفر (۱۲/۲۱٪) از زنان مورد بررسی دو ریسک فاکتور تجربه بارداری های مکرر (بیش از ۳ مورد) و سابقه عفونت آمیزشی را داشتند.

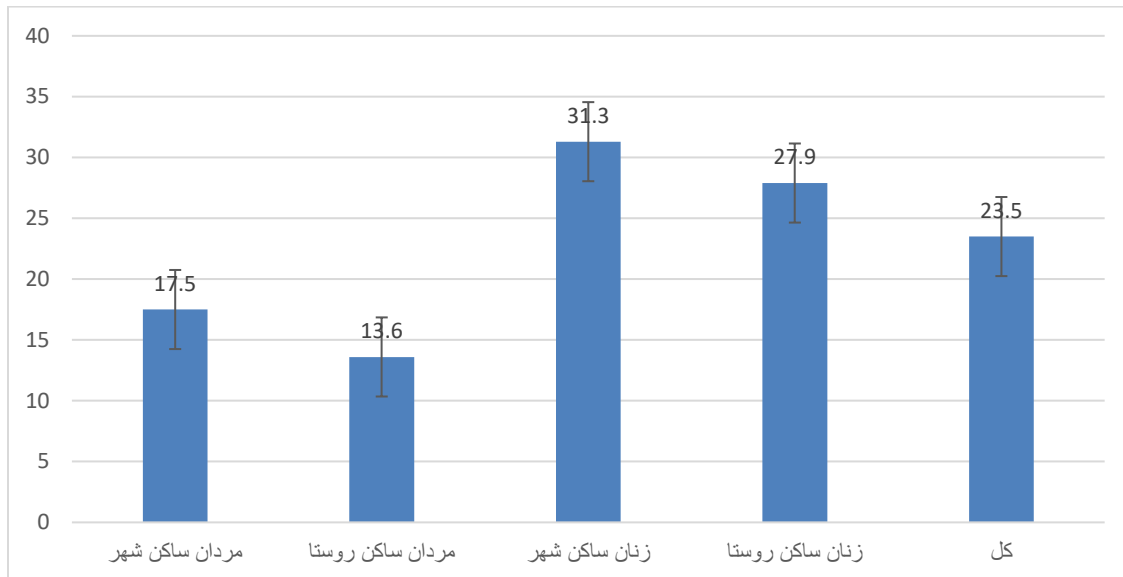
۴-۱-۱۱. بررسی وضعیت عوامل خطر اختصاصی سرطان کولورکتال

بر اساس شواهد علمی موجود، موارد زیر به عنوان عامل خطر سرطان کولورکتال مطرح می باشند.

- سن بالاتر از ۵۰ سال
- استفاده از رژیم غذایی پر چربی
- زندگی کم تحرک
- استفاده از سیگار یا الکل
- ابتلا به دیابت
- چاقی
- سابقه قبلی ابتلا به سرطان کولورکتال
- سابقه سرطان (به جز سرطان غیر ملانومی پوست)
- سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان کولورکتال
- مبتلا به بیماری پولیپ روده
- سابقه ابتلا به بیماری پولیپ روده (پولیپ آدنوماتوز فامیلیال) در خانواده
- سابقه بیماری التهابی روده (مانند کرون یا کولیت اولسروز)
- سابقه بیماری التهابی روده (مانند کرون یا کولیت اولسروز) در خانواده

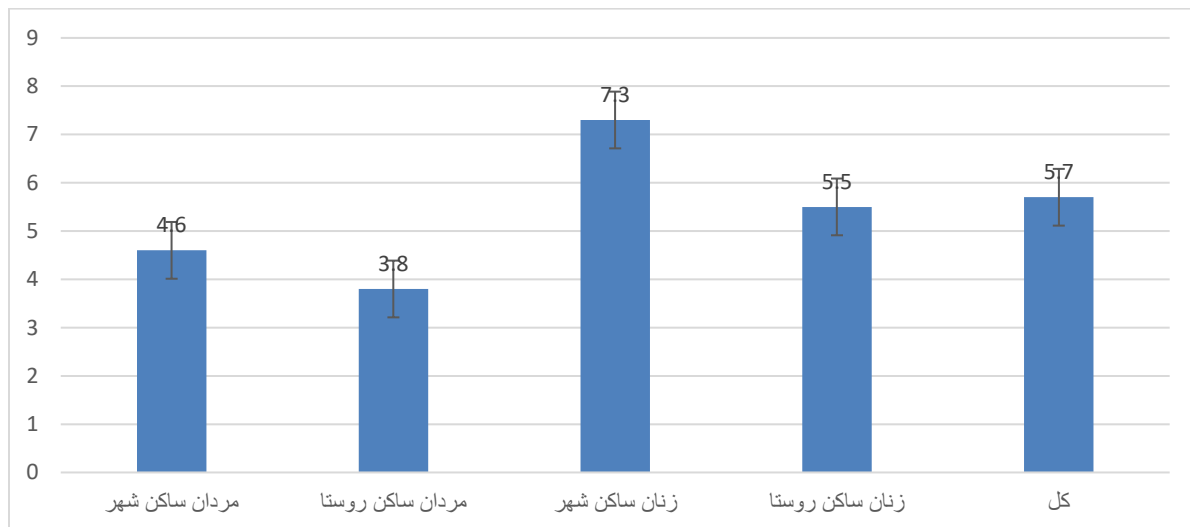
فراوانی برخی از عوامل خطر بالا در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در ادامه می آید.

یکی از عوامل خطر مهم سرطان کولورکتال چاقی می باشد. براساس نتایج مطالعه حاضر ۶۴۴ نفر (۳۰/۵٪) از زنان و ۳۴۲ نفر (۱۶/۶٪) از مردان مورد بررسی چاق بودند. این شاخص در جمعیت زنان ساکن روستا و شهر به ترتیب ۲۷/۹٪ و ۳۱/۳٪ و مردان ساکن روستا و شهر هم به ترتیب ۱۳/۶٪ و ۱۷/۵٪ بود. به عبارتی ۱۵۳ نفر (۲۷/۹٪) از زنان ساکن روستا و ۴۹۱ نفر (۳۱/۳٪) از زنان ساکن شهر و همچنین ۷۲ نفر (۱۳/۶٪) از مردان ساکن روستا و ۲۷۰ نفر (۱۷/۵٪) از مردان ساکن شهر مقدار شاخص توده بدنی (BMI) بالای ۳۰ داشتند (شکل ۴-۴۹).



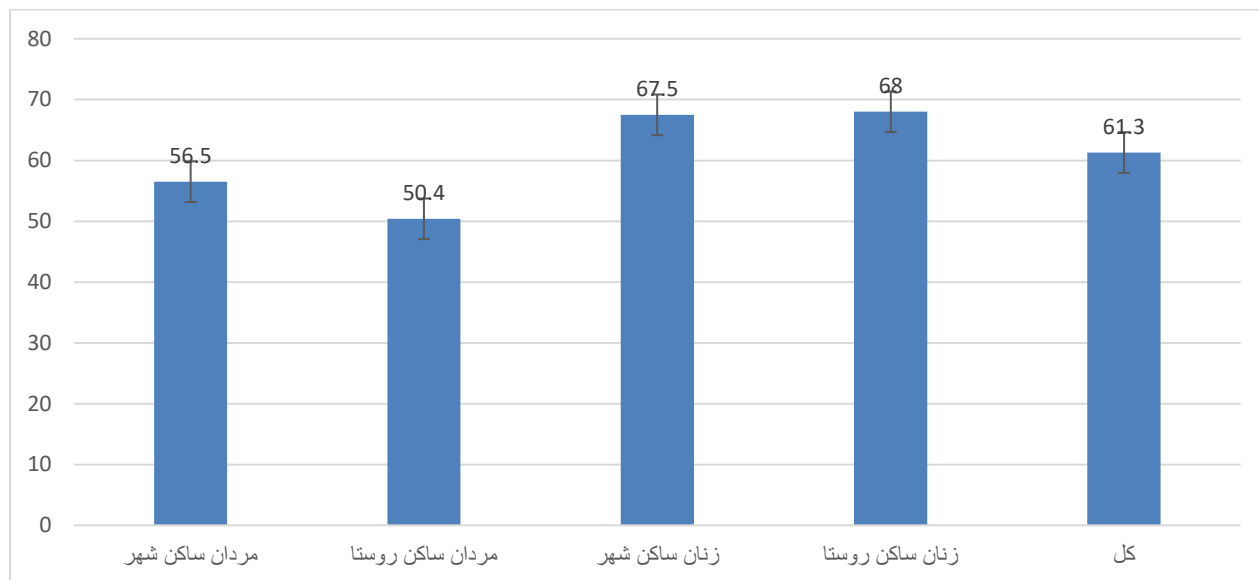
شکل ۴-۴۹. درصد توزیع فراوانی شیوع چاقی در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور

سن بالای ۵۰ سال هم یک عامل خطر دیگر برای سرطان کولورکتال محسوب می شود. براساس نتایج این مطالعه به ترتیب ۴۱/۵٪ و ۱۷/۳٪ از زنان و مردان بالای ۵۰ سال مورد بررسی چاق ($BMI > 30$) هستند. شیوع چاقی در بالای ۵۰ سال بیشتر از دیگر گروه های سنی است و همزمانی این دو عامل خطر یعنی سن بالای ۵۰ سال و چاقی به ویژه در جمعیت زنان که درصد چاقی بیشتر است اهمیت زیادی دارد. یکی دیگر از عوامل خطر ابتلا به سرطان کولورکتال ابتلا به بیماری دیابت است. شیوع بیماری دیابت به تفکیک جنسیت و محل سکونت در شکل ۴-۵۰ نشان داده شده است.



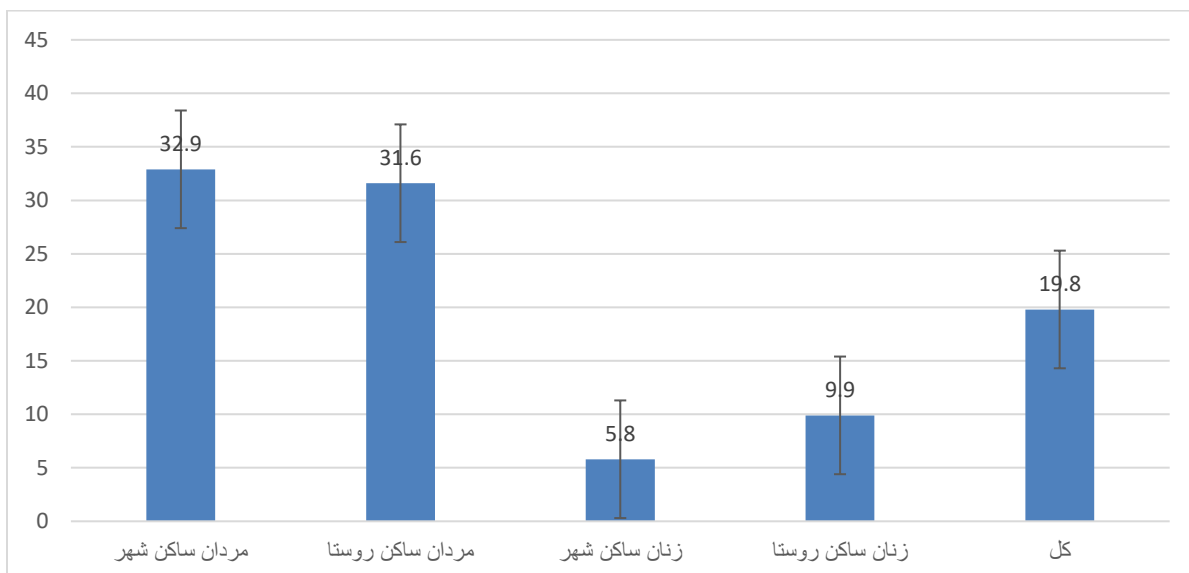
شکل ۴-۵۰. درصد توزیع فراوانی دیابت در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور برحسب جنسیت و محل سکونت

یکی دیگر از ریسک فاکتورهای سرطان کولورکتال فعالیت فیزیکی ناکافی است. براساس نتایج به دست آمده در این مطالعه، ۶۱/۳ درصد از جمعیت میانسالان بررسی شده فعالیت فیزیکی ناکافی یا کم تحرکی دارند. شکل ۴-۵۱ درصد توزیع فراوانی فعالیت فیزیکی ناکافی بر حسب محل سکونت و جنسیت را نشان می دهد.



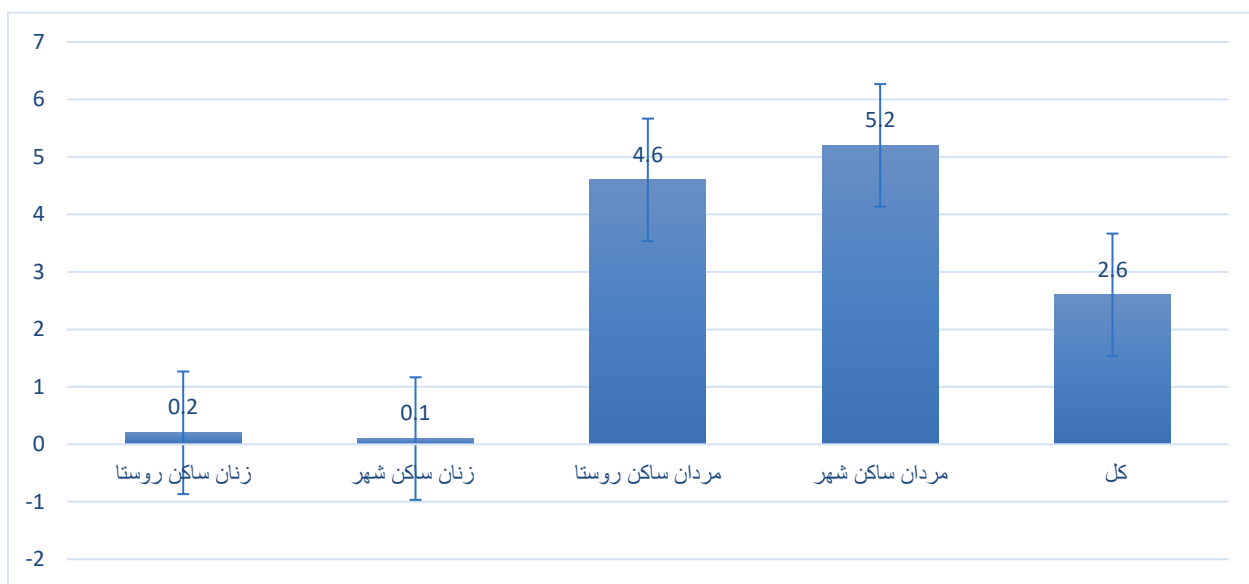
شکل ۴-۵۱. درصد توزیع فراوانی فعالیت فیزیکی ناکافی (کم تحرکی) در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور بر حسب جنسیت و محل سکونت

یکی دیگر از ریسک فاکتورهای سرطان کولورکتال مصرف سیگار است. براساس نتایج به دست آمده در این مطالعه ۱۹/۸ درصد از جمعیت میانسالان بررسی شده سابقه مصرف سیگار داشتند. شکل ۴-۵۲ درصد توزیع فراوانی مصرف سیگار بر حسب محل سکونت و جنسیت را نشان می دهد.



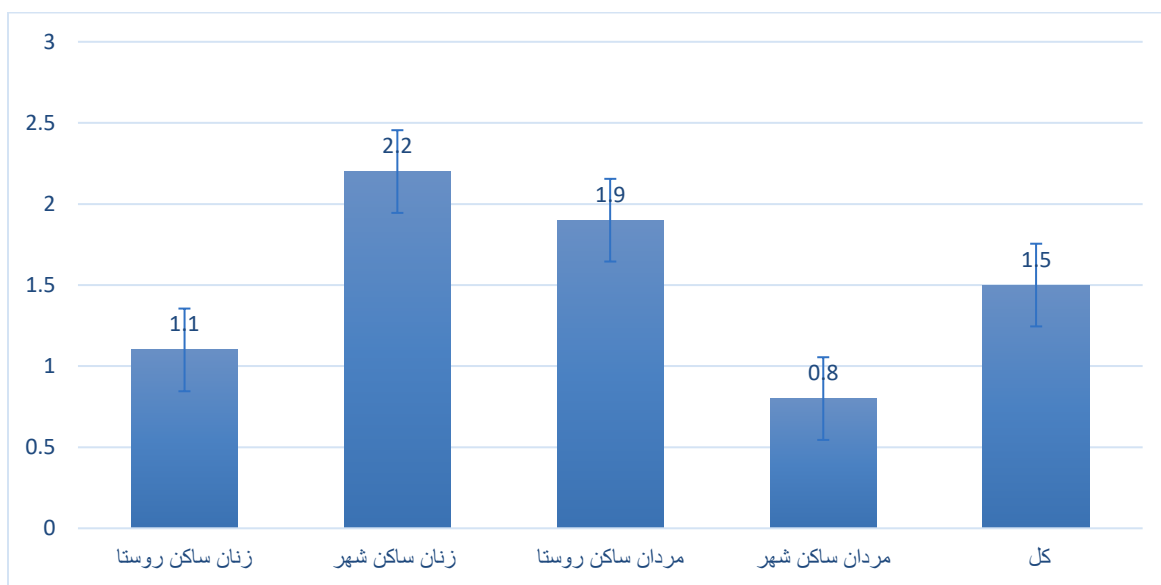
شکل ۴-۵۲. درصد توزیع فراوانی مصرف سیگار در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور بر حسب جنسیت و محل سکونت

یکی دیگر از ریسک فاکتورهای سرطان کولورکتال مصرف الکل است. براساس نتایج به دست آمده در این مطالعه ۲/۶ درصد از جمعیت میانسالان بررسی شده سابقه مصرف الکل داشتند. شکل ۴-۵۳ درصد توزیع فراوانی مصرف الکل بر حسب محل سکونت و جنسیت را نشان می دهد



شکل ۴-۵۳. درصد توزیع فراوانی مصرف الکل در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور بر حسب جنسیت و محل سکونت

یکی دیگر از ریسک فاکتورهای سرطان کولورکتال، سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان کولورکتال است. براساس نتایج به دست آمده در این مطالعه ۱/۵ درصد از جمعیت میانسالان بررسی شده سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان کولورکتال داشتند. شکل ۴-۵۴ درصد توزیع فراوانی سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان کولورکتال بر حسب محل سکونت و جنسیت را نشان می دهد.



شکل ۴-۵۴. درصد توزیع فراوانی سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان کولورکتال در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور

بر حسب جنسیت و محل سکونت

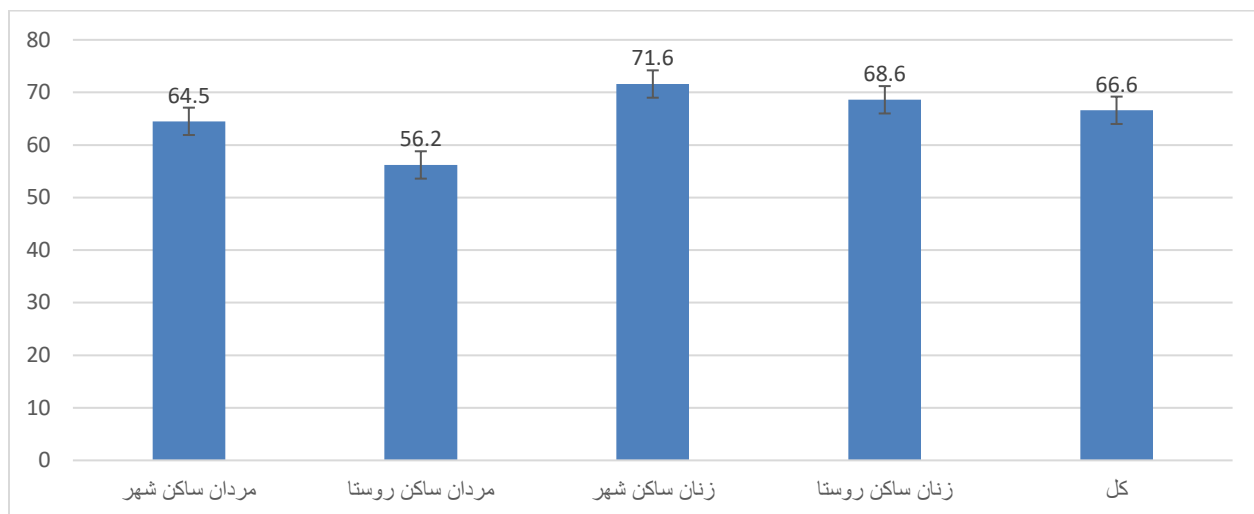
از دیگر ریسک فاکتورهای سرطان کولورکتال، وجود پولیپ روده یا سابقه فامیلی پولیپ روده می باشد که در این مطالعه براساس خوداظهاری پرسش شوندهاگان بررسی شود. از بین افراد بررسی شده ۲۳ نفر (۰/۵۶ درصد) شامل ۸ مرد (۰/۳۹ درصد) و ۱۵ زن (۰/۷۳ درصد) پولیپ روده داشتند. همچنین ۳۰ نفر (۰/۷ درصد) شامل ۱۰ مرد (۰/۵ درصد) و ۲۰ زن (۱ درصد) سابقه خانوادگی پولیپ روده داشتند.

۱-۴-۱۲. بررسی وضعیت عوامل خطر اختصاصی بیماریهای قلبی-عروقی

- زن / بالاتر از ۵۰ سال / مرد بیش از ۴۵ سال
- سابقه خانوادگی بیماری قلبی زودرس پدر یا برادر - مشکل قلبی قبل از ۵۵ سالگی داشته اندخواهر یا مادر مشکل قلبی قبل از ۶۵ سالگی داشته اند(حمله قلبی، عمل جراحی عروق قلبی)
- مصرف سیگار
- اضافه وزن یا چاقی (نمایه توده بدنی بیش از ۲۵)
- چاقی شکمی (دور کمر مساوی یا بیشتر از ۹۰)
- فعالیت بدنی نامطلوب
- ابتلا به دیابت/ مصرف دارو
- ابتلا به فشار خون بالا/ مصرف داروهای پایین آورنده فشارخون
- ابتلا به چربی خون بالا /مصرف داروهای پایین آورنده چربی خون (کلسترول بیش از ۲۰۰، تری گلیسرید بیش از ۱۵۰، HDL یا چربی خوب کمتر از ۵۰)
- رژیم غذایی چرب و پر نمک

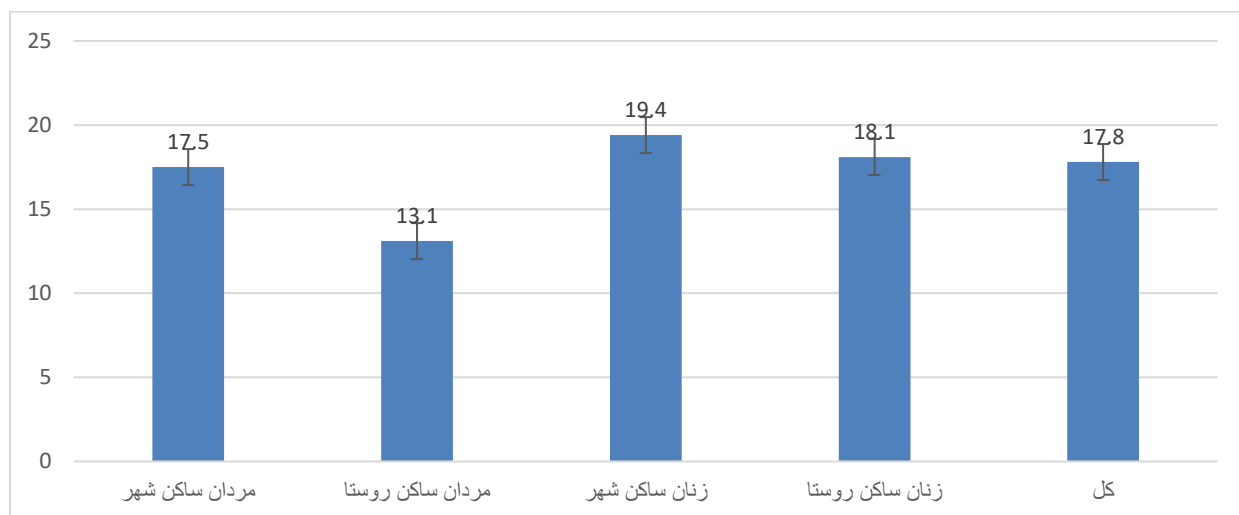
فراوانی برخی از عوامل خطر بالا در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در ادامه می آید.

اضافه وزن و چاقی یکی از عوامل خطر مهم بیماریهای قلبی-عروقی می باشد. براساس نتایج مطالعه حاضر از ۴۱۱۲ نفر بررسی شده، ۲۷۵۷ نفر (۶۶/۶٪)، شامل ۱۴۷۷ نفر (۷۰/۹٪) از جمعیت زنان و ۱۲۸۰ نفر (۶۲/۴٪) از جمعیت مردان، BMI بالای ۲۵ داشتند. این شاخص در جمعیت زنان ساکن روستا و شهر به ترتیب ۶۸/۶٪ و ۷۱/۶٪ و مردان ساکن روستا و شهر هم به ترتیب ۵۶/۲٪ و ۶۴/۵٪ بود. شکل ۴-۵۵ درصد توزیع فراوانی شاخص توده بدنی بالای ۲۵ به عنوان یک ریسک فاکتور برای بیماریهای قلبی-عروقی در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور نشان می دهد.



شکل ۴-۵۵. درصد توزیع فراوانی اضافه وزن/چاقی در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور بر حسب جنسیت و محل سکونت

یکی دیگر از عوامل خطر مهم بیماریهای قلبی-عروقی ابتلا به فشارخون بالا می باشد. براساس نتایج مطالعه حاضر از ۴۱۱۲ نفر بررسی شده، ۷۴۱ نفر (۱۷/۸٪)، شامل ۴۰۲ نفر (۱۹/۱ درصد) از جمعیت زنان و ۳۳۹ نفر (۱۶/۵ درصد) از جمعیت مردان، فشار خون بالا داشتند. این شاخص در جمعیت زنان ساکن روستا و شهر به ترتیب ۱۸/۱٪ و ۱۹/۴٪ و در جمعیت مردان ساکن روستا و شهر هم به ترتیب ۱۳/۱٪ و ۱۷/۵٪ بود. شکل ۴-۵۶ درصد توزیع فراوانی فشارخون بالا به عنوان یک ریسک فاکتور برای بیماریهای قلبی-عروقی در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور نشان می دهد.

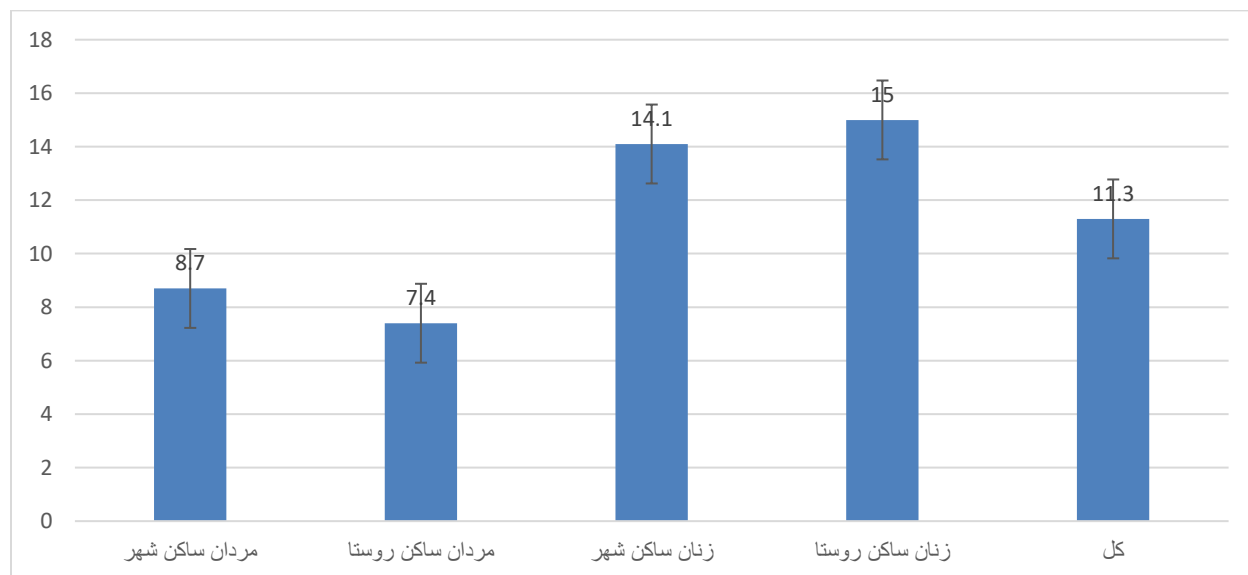


شکل ۴-۵۶. درصد توزیع فراوانی فشارخون بالا در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور بر حسب جنسیت و محل سکونت

یکی دیگر از ریسک فاکتورهای بیماریهای قلبی - عروقی فعالیت فیزیکی ناکافی است. براساس نتایج به دست آمده در این مطالعه ۶۱/۳ درصد از جمعیت میانسالان بررسی شده فعالیت فیزیکی ناکافی یا کم تحرکی دارند. درصد فعالیت فیزیکی ناکافی در زنان بیشتر از مردان است طوری که در زنان روستا و شهر به ترتیب این شاخص برابر با ۶۸/۰ درصد و ۶۷/۵ درصد می باشد. فعالیت فیزیکی ناکافی در مردان ساکن شهر ۵۶/۵٪ است اما در مردان ساکن روستا نسبت به بقیه کمتر است (۵۰٪). به عبارتی حدود ۵۰٪ از جمعیت مردان میانسال ساکن روستا فعالیت فیزیکی کافی دارند.

ابتلا به دیابت و داشتن چربی خون بالا هم ریسک فاکتورهای دیگری برای بیماریهای قلبی - عروقی محسوب می شوند. شیوع دیابت در جمعیت میانسال بررسی شده ۵/۷٪ (مردان ۴/۴ درصد و زنان ۶/۹ درصد) می باشد. بیشترین شیوع دیابت در زنان ساکن شهرها (۷/۳٪) و بعد از آن زنان ساکن روستا (۵/۵٪) بود. شیوع دیابت در مردان ساکن شهر و روستا به ترتیب برابر با ۴/۶٪ و ۳/۸٪ بود.

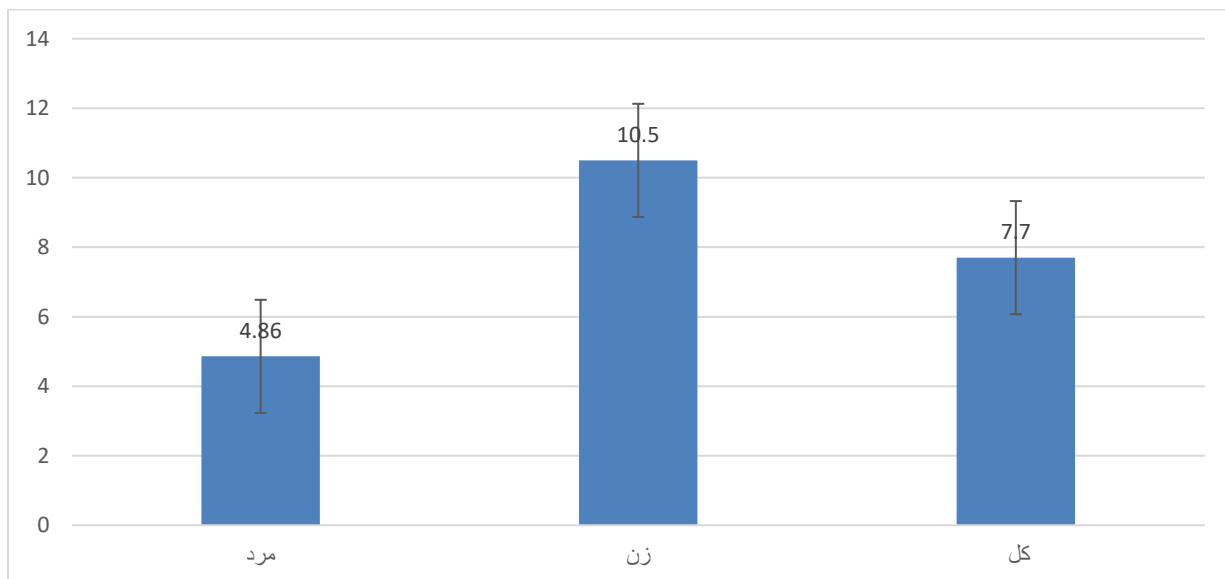
شیوع چربی خون بالا هم ۱۱/۳٪ (زنان ۱۴/۳٪؛ مردان ۸/۴٪) بود. شکل ۴-۵۷ درصد توزیع فراوانی چربی خون بالا به عنوان یک ریسک فاکتور برای بیماریهای قلبی - عروقی در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور نشان می دهد.



شکل ۴-۵۷. درصد توزیع فراوانی چربی خون بالا در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور بر حسب جنسیت و محل سکونت

از کل افراد بررسی شده ۱۹۹ نفر (۴/۸۴ درصد) همزمان چربی خون بالا و فشارخون بالا دارند. در صورتی که به تفکیک جنسیت هم به این شاخص نگاه کنیم از بین زنان مورد بررسی، ۱۲۴ نفر (۶/۰۳ درصد) و از بین مردان مورد بررسی، ۷۵ نفر (۳/۶۴ درصد) همزمان چربی خون بالا و فشارخون بالا را داشتند.

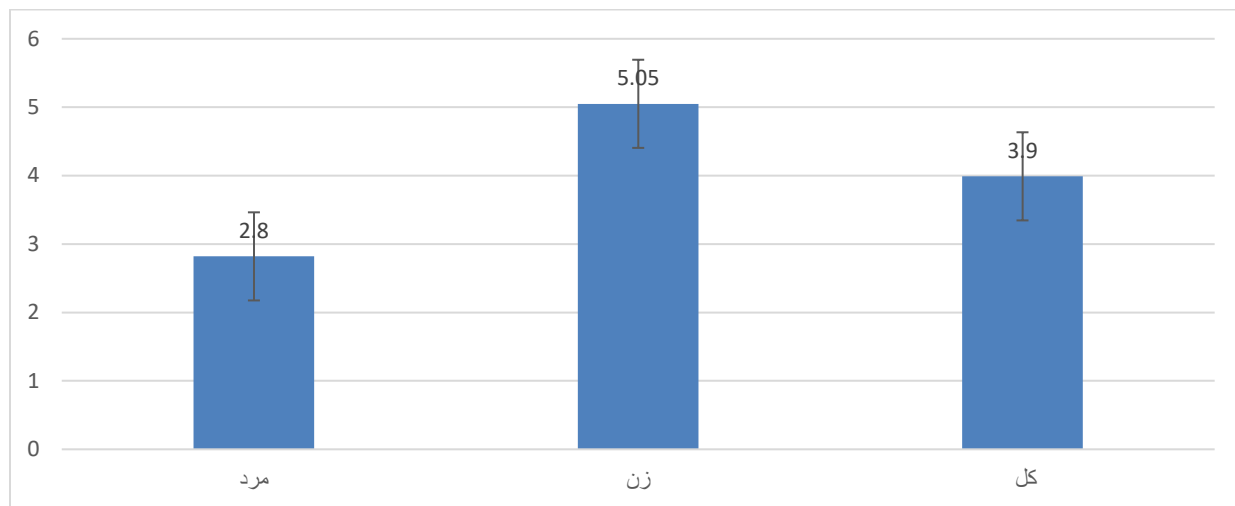
از کل افراد بررسی شده ۳۱۶ نفر (۷/۷ درصد) همزمان چربی خون بالا و فعالیت فیزیکی ناکافی دارند. در صورتی که به تفکیک جنسیت هم به این شاخص نگاه کنیم از بین زنان مورد بررسی، ۲۱۶ نفر (۱۰/۵ درصد) و از بین مردان مورد بررسی، ۱۰۰ نفر (۴/۸۶ درصد) همزمان چربی خون بالا و فعالیت فیزیکی ناکافی را داشتند (شکل ۴-۵۸).



شکل ۴-۵۸. درصد توزیع فراوانی داشتن دو ریسک فاکتور (چربی خون بالا و فعالیت فیزیکی ناکافی) در جمعیت ۳۰ تا

۵۹ سال مورد مطالعه کشور بر حسب جنسیت

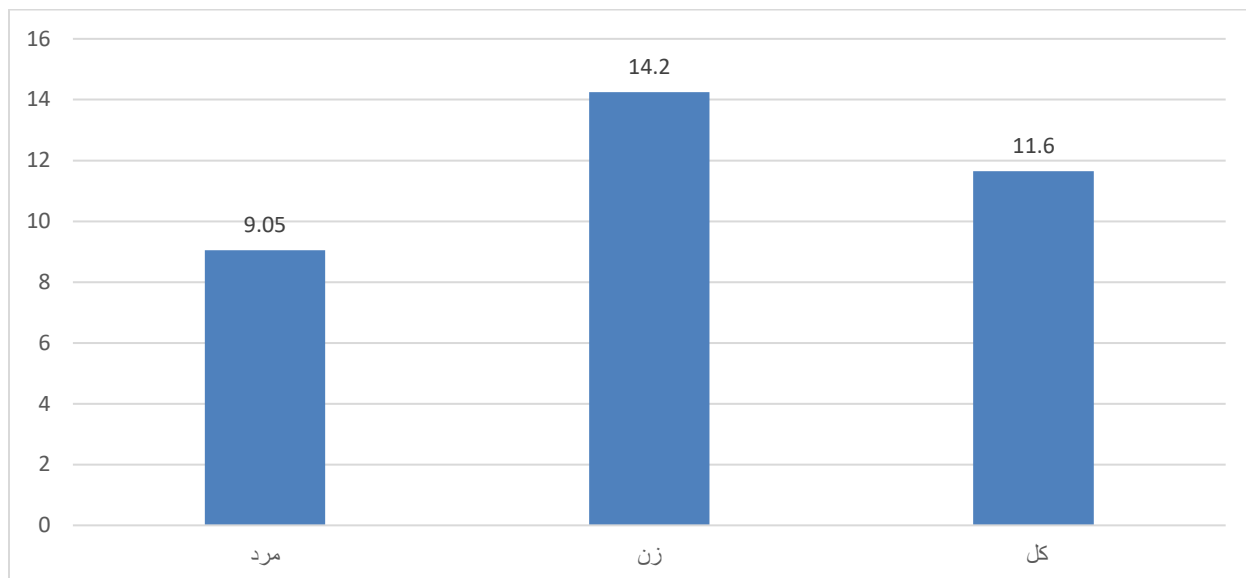
از کل افراد بررسی شده ۱۶۴ نفر (۳/۹ درصد) همزمان دیابت و فعالیت فیزیکی ناکافی دارند. در صورتی که به تفکیک جنسیت هم به این شاخص نگاه کنیم از بین زنان مورد بررسی، ۱۰۶ نفر (۵/۰۵ درصد) و از بین مردان مورد بررسی، ۵۸ نفر (۲/۸ درصد) همزمان دیابت و فعالیت فیزیکی ناکافی را داشتند (شکل ۴-۵۹).



شکل ۴-۵۹. درصد توزیع فراوانی داشتن دو ریسک فاکتور (دیابت و فعالیت فیزیکی ناکافی) در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال

مورد مطالعه کشور بر حسب جنسیت

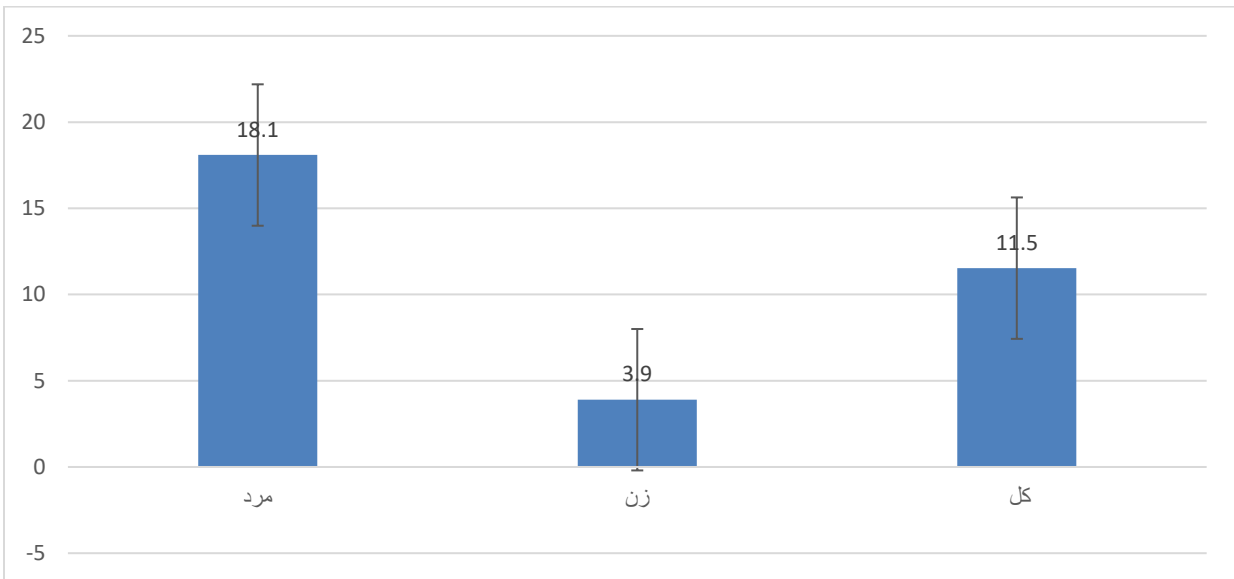
از کل افراد بررسی شده ۴۷۹ نفر (۱۱/۶ درصد) همزمان فشارخون بالا و فعالیت فیزیکی ناکافی دارند. در صورتی که به تفکیک جنسیت هم به این شاخص نگاه کنیم از بین زنان مورد بررسی، ۲۹۳ نفر (۱۴/۳ درصد) و از بین مردان مورد بررسی، ۱۸۶ نفر (۹/۰۵ درصد) همزمان فشارخون بالا و فعالیت فیزیکی ناکافی را داشتند (شکل ۴-۶۰).



شکل ۴-۶۰. درصد توزیع فراوانی داشتن دو ریسک فاکتور (فشارخون بالا و فعالیت فیزیکی ناکافی) در جمعیت ۳۰ تا

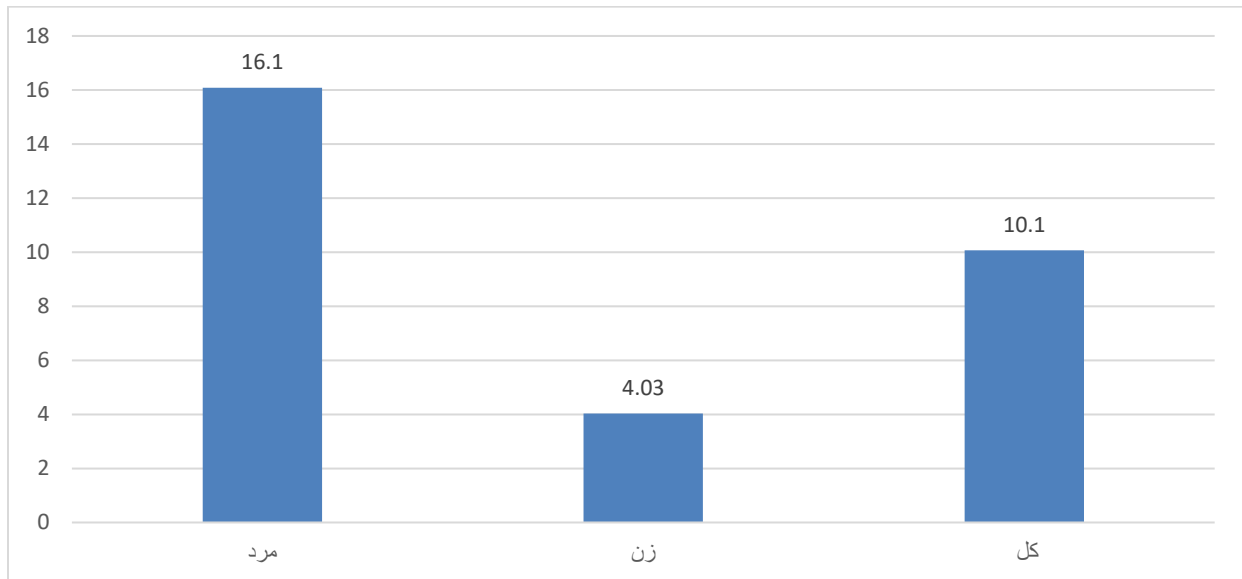
۵۹ سال مورد مطالعه کشور بر حسب جنسیت

از کل افراد بررسی شده ۴۷۴ نفر (۱۱/۵ درصد) سابقه مصرف سیگار و فعالیت فیزیکی ناکافی داشتند. همچنین ۴۱۴ نفر (۱۰/۱٪) در زمان انجام مطالعه مصرف سیگار و فعالیت فیزیکی ناکافی داشتند. در صورتی که به تفکیک جنسیت هم به این شاخص ها نگاه کنیم از بین زنان مورد بررسی، ۱۰۲ نفر (۴/۹ درصد) و از بین مردان مورد بررسی، ۳۱۹ نفر (۱۵/۵ درصد) سابقه مصرف سیگار و فعالیت فیزیکی ناکافی را داشتند. علاوه بر این در زمان انجام مطالعه، از بین زنان مورد بررسی، ۸۰ نفر (۳/۹ درصد) و از بین مردان مورد بررسی، ۳۷۲ نفر (۱۸/۱ درصد) سابقه مصرف سیگار و فعالیت فیزیکی ناکافی را داشتند (شکل های ۴-۶۱ و ۴-۶۲).



شکل ۴-۶۱. درصد توزیع فراوانی داشتن دو ریسک فاکتور (سابقه مصرف سیگار و فعالیت فیزیکی ناکافی) در جمعیت

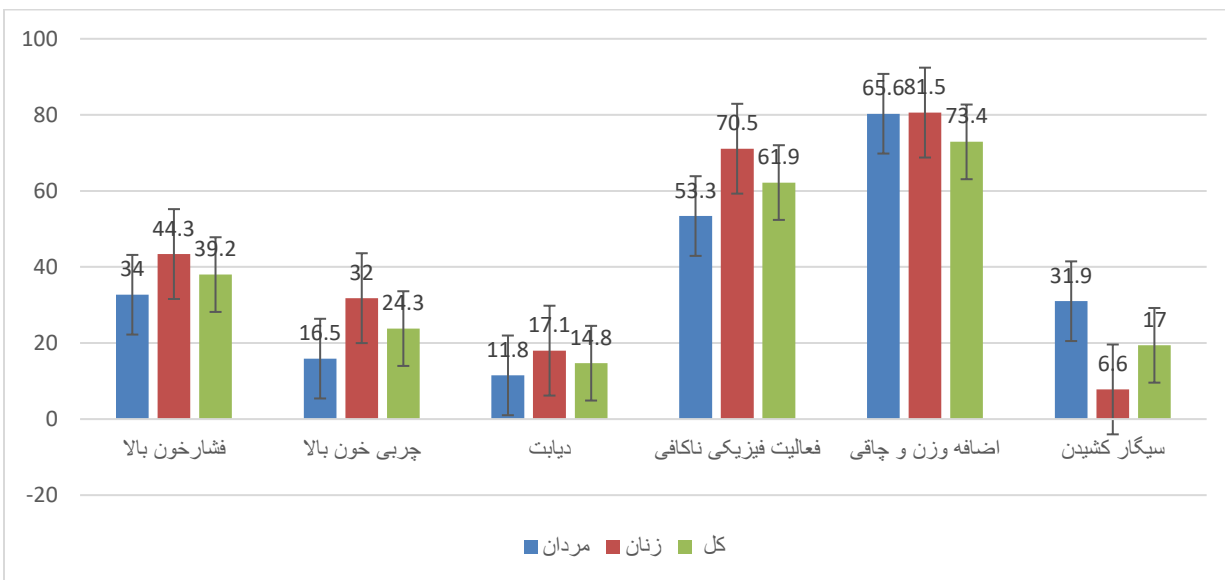
۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور برحسب جنسیت



شکل ۴-۶۲. درصد توزیع فراوانی داشتن دو ریسک فاکتور (مصرف کننده کنونی سیگار و فعالیت فیزیکی ناکافی) در

جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور برحسب جنسیت

سن بالای ۵۰ سال در زنان و بالای ۴۵ سال در مردان به تنهایی یک ریسک فاکتور برای بیماریهای قلبی-عروقی محسوب می شود. شیوع برخی ریسک فاکتورهای مهم بیماریهای قلبی-عروقی در مردان و زنان بالای ۵۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه در شکل ۴-۶۳ نشان داده شده است.



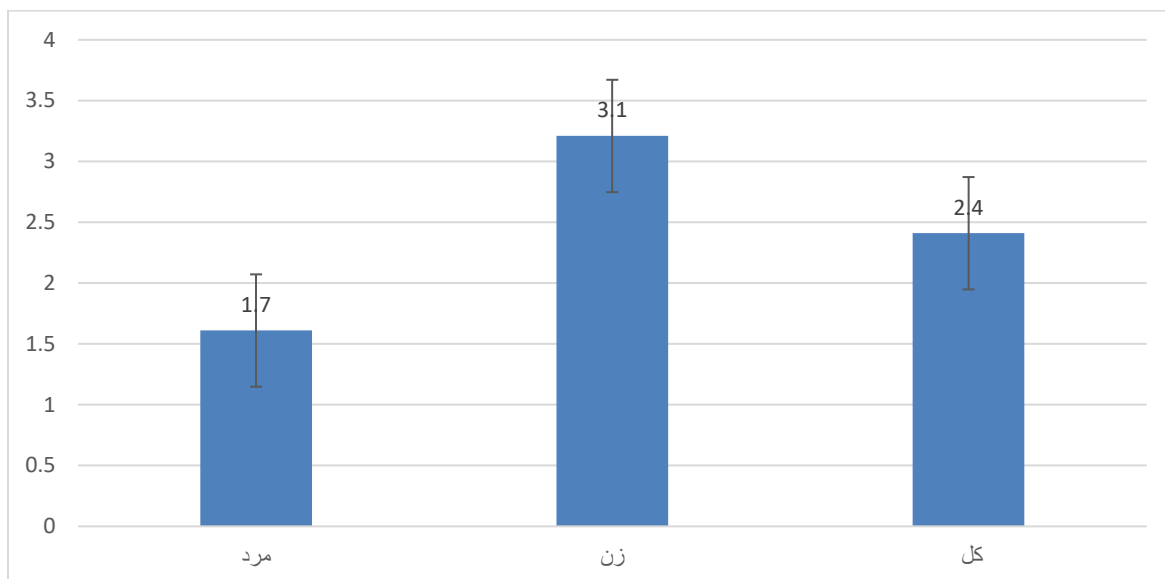
شکل ۴-۶۳. درصد توزیع فراوانی ریسک فاکتورهای مهم قلبی-عروقی در جمعیت ۵۰ تا ۶۰ سال مورد مطالعه کشور

بر حسب جنسیت

۴-۱-۱۳. بررسی وضعیت عوامل خطر اختصاصی پوکی استخوان

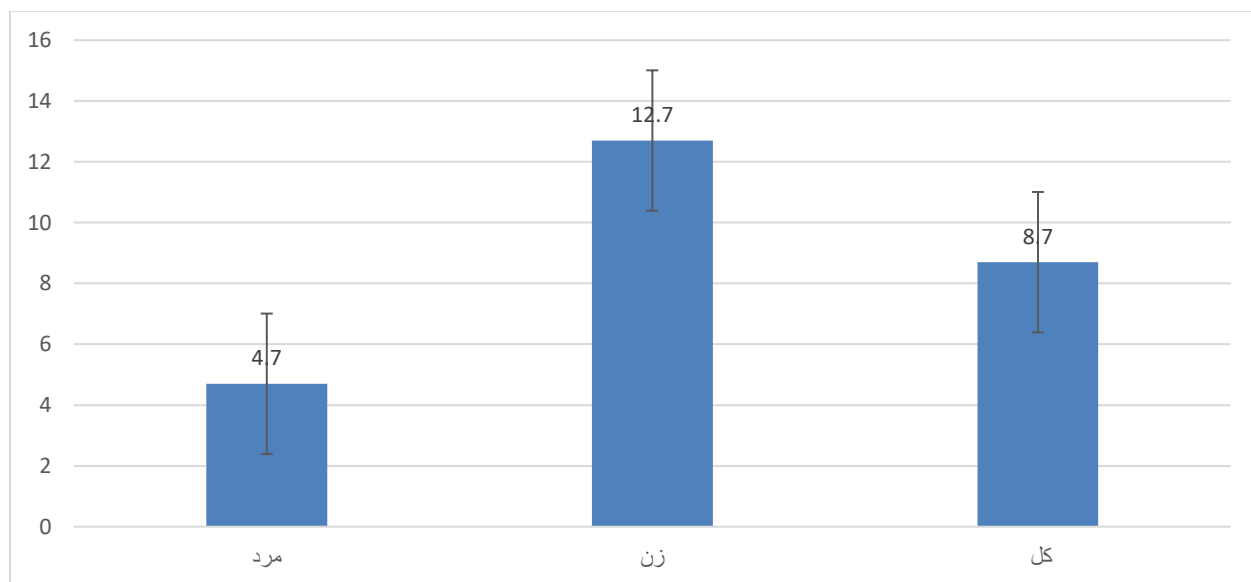
- زمین خوردن مکرر در یک سال گذشته
 - یائسگی قبل از ۴۵ سالگی
 - شکستگی مهره یا استخوان بدون ضربه واضح در بزرگسالی یا شکستگی های بدون علامت یا پشت قوز
 - سابقه مصرف قرص کورتون (پردنیزون یا کورتیزون) بیش از سه ماه بطور مداوم
 - سابقه فامیلی (مادر یا خواهر) پوکی استخوان یا شکستگی بدون ضربه در استخوان یا مهره یا شکستگی لگن یا قوز
 - ابتلا به بیماری هایپر پاراتیروئید یا سندرم سوء جذب
 - کوتاه شدن قد (حدود ۳ سانتی متر) بعد از ۴۰ سالگی
 - سن بالاتر از ۵۰ سال
 - یائسگی (ویژه زنان)
 - سابقه قطع قاعدگی به مدت طولانی قبل از یائسگی و بدون برداشتن رحم (ویژه زنان)
 - نمایه توده بدنی کمتر از ۱۹
 - مصرف الکل
 - مصرف سیگار
 - فعالیت بدنی ناکافی
 - عدم مصرف لبنیات به اندازه کافی
 - مصرف زیاد روزانه قهوه یا نوشابه های دارای کافئین
 - سابقه مصرف داروی ضد تشنج یا ضد سل یا هیپارین به مدت طولانی یا در حال مصرف این داروها
 - عدم مصرف مکمل ویتا مین د یا غلات غنی شده با ویتا مین د یا عدم استفاده منظم از آفتاب
 - داشتن بیماری آرتريت روماتوئید یا پرکاری تیروئید
- فراوانی برخی از عوامل خطر بالا در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در ادامه می آید.

یکی از عوامل خطر پوکی استخوان مصرف مداوم کورتون ها (بیش از ۳ ماه) می باشد. براساس نتایج این مطالعه ۶۶ نفر (۳/۱٪) از زنان و ۳۳ نفر (۱/۷٪) از مردان میانسال سابقه مصرف کورتون به مدت ۳ ماه و بیشتر داشتند (شکل ۴-۶۴).



شکل ۴-۶۴. درصد توزیع فراوانی مصرف کورتون در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور برحسب جنسیت

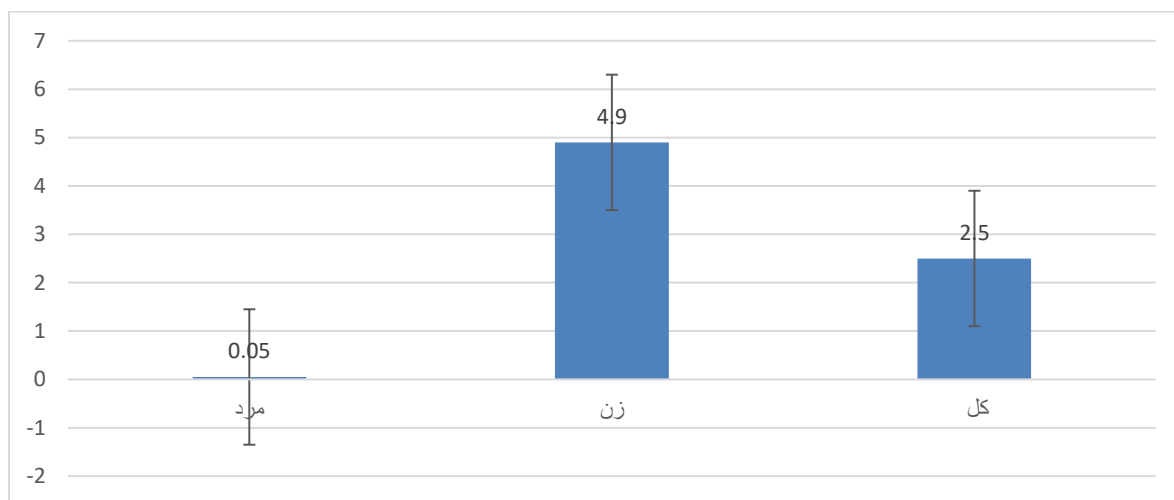
یکی دیگر از عوامل خطر پوکی استخوان، سابقه فامیلی (مادر یا خواهر) ابتلا به پوکی استخوان می باشد. براساس نتایج به دست آمده ۳۵۹ نفر (۸/۷٪) از افراد میانسال مورد بررسی شامل ۲۶۲ نفر (۱۲/۷٪) از زنان و ۹۷ نفر (۴/۷٪) از مردان سابقه خانوادگی پوکی استخوان داشتند (شکل ۴-۶۵).



شکل ۴-۶۵. درصد توزیع فراوانی سابقه خانوادگی پوکی استخوان در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور

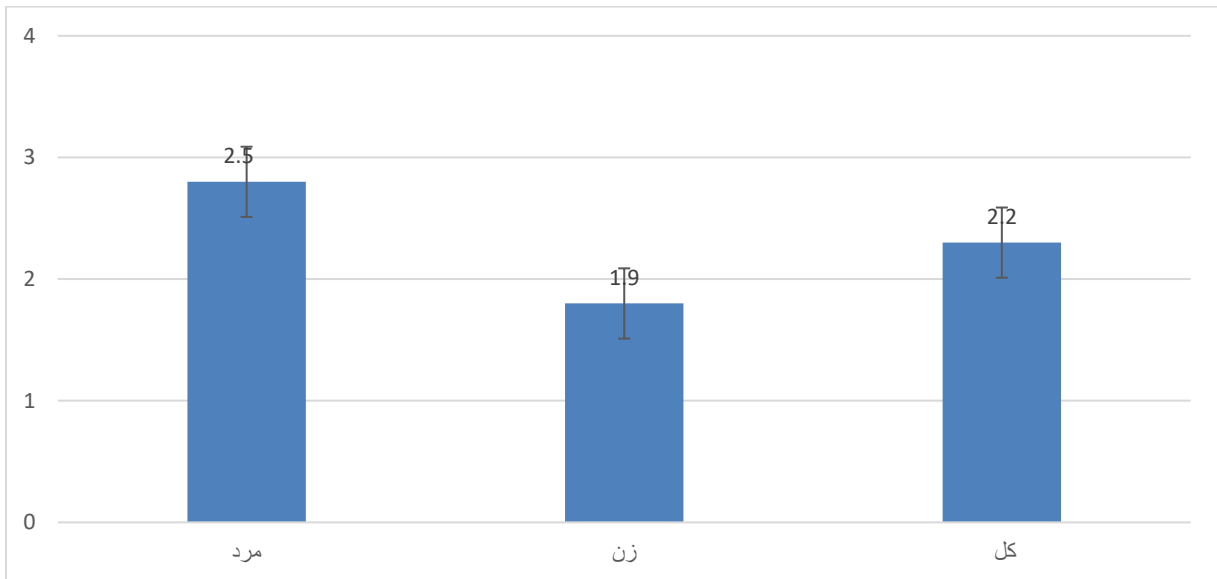
برحسب جنسیت

یکی دیگر از عوامل خطر پوکی استخوان، سابقه شکستگی استخوان بدون ضربه واضح می باشد. براساس نتایج به دست آمده ۱۰۲ نفر (۲/۵٪) از افراد میانسال مورد بررسی شامل ۱۰۱ نفر (۴/۹٪) از زنان و یک نفر (۰/۰۵٪) از مردان سابقه شکستگی استخوان داشتند (شکل ۴-۶۶).



شکل ۴-۶۶. درصد توزیع فراوانی شکستگی استخوان در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور برحسب جنسیت

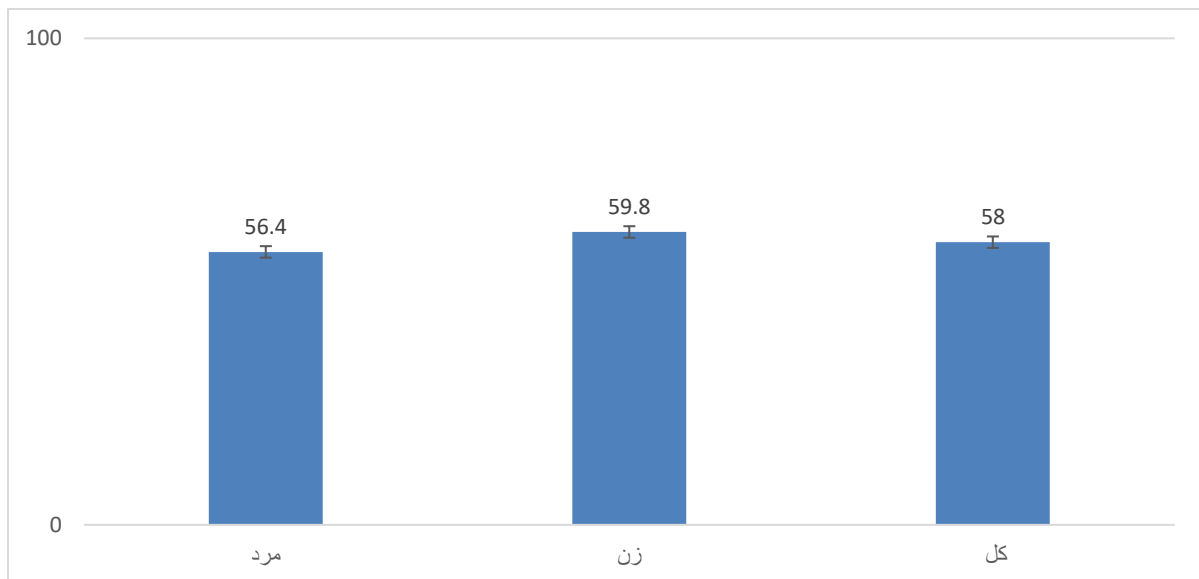
یکی دیگر از عوامل خطر پوکی استخوان، لاغری یا شاخص توده بدنی کمتر از ۱۹ می باشد. براساس نتایج به دست آمده ۹۴ نفر (۲/۳٪) از افراد میانسال مورد بررسی شامل ۳۷ نفر (۱/۸٪) از زنان و ۵۷ نفر (۲/۸٪) از مردان توده بدنی کمتر از ۱۹ داشتند (شکل ۴-۶۷).



شکل ۴-۶۷. درصد توزیع فراوانی شاخص توده بدنی کمتر از ۱۹ در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور

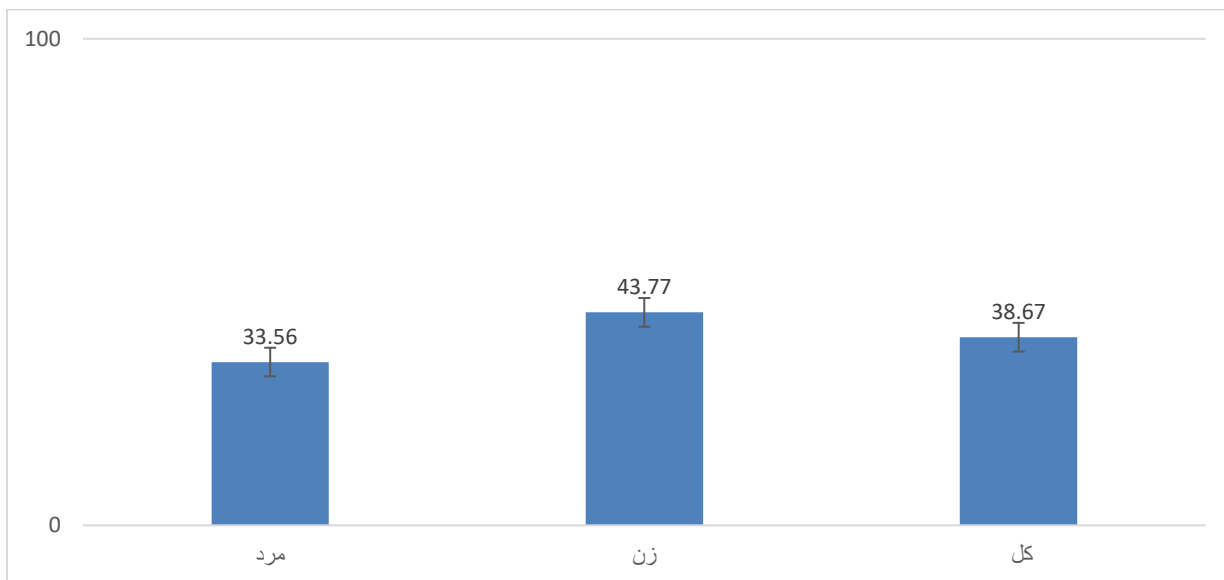
برحسب جنسیت

یکی دیگر از عوامل خطر پوکی استخوان، مصرف ناکافی لبنیات می باشد. براساس نتایج به دست آمده ۲۳۹۰ نفر (۵۸/۰٪) از افراد میانسال مورد بررسی شامل ۱۲۳۷ نفر (۵۹/۸٪) از زنان و ۱۱۵۳ نفر (۵۶/۴٪) از مردان مصرف ناکافی لبنیات داشتند (شکل ۴-۶۸).



شکل ۴-۶۸. درصد توزیع فراوانی مصرف ناکافی لبنیات در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور برحسب جنسیت

از کل افراد بررسی شده ۱۵۹۰ نفر (۳۸/۶۷ درصد) همزمان مصرف ناکافی لبنیات و فعالیت فیزیکی ناکافی دارند. در صورتی که به تفکیک جنسیت هم به این شاخص نگاه کنیم از بین زنان مورد بررسی، ۹۰۰ نفر (۴۳/۷۷ درصد) و از بین مردان مورد بررسی، ۶۹۰ نفر (۳۳/۵۶ درصد) همزمان مصرف ناکافی لبنیات و فعالیت فیزیکی ناکافی را داشتند (شکل ۴-۶۹).



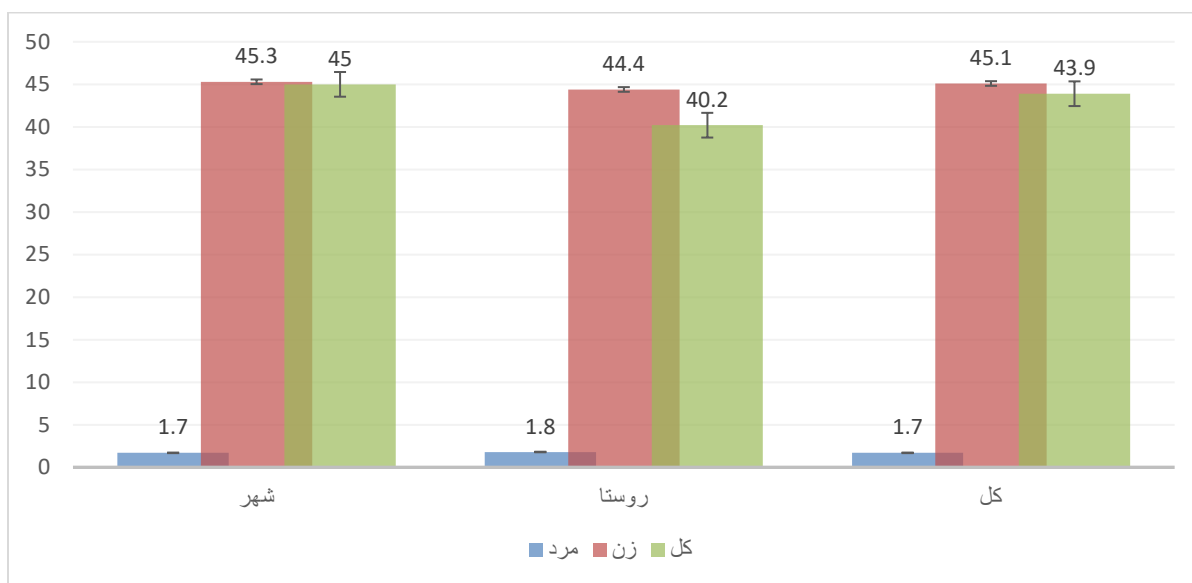
شکل ۴-۶۹. درصد توزیع فراوانی داشتن دو ریسک فاکتور (مصرف ناکافی لبنیات و فعالیت فیزیکی ناکافی) در

جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور بر حسب جنسیت

مصرف سیگار، الکل و فعالیت فیزیکی ناکافی (کم تحرکی) از دیگر عوامل خطر پوکی استخوان می باشند که توزیع فراوانی آنها قبلا مورد تحلیل قرار گرفت.

۱-۴-۱۴. بررسی وضعیت عوامل خطر اختصاصی عفونت های آمیزشی

اگر چه پاسخ سوالات مرتبط با رفتارهای جنسی و سایر ریسک فاکتورهای رفتارهای پرخطر جنسی همچون مصرف مواد، مصرف الکل و سابقه زندان با کم گزارش دهی همراه است اما بر اساس نتایج به دست آمده تقریباً ۲۳/۱ درصد از افراد میانسال (۱/۷ درصد مردان و ۴۵/۱ درصد زنان) مورد مطالعه سابقه ابتلا به عفونت های آمیزشی داشتند.



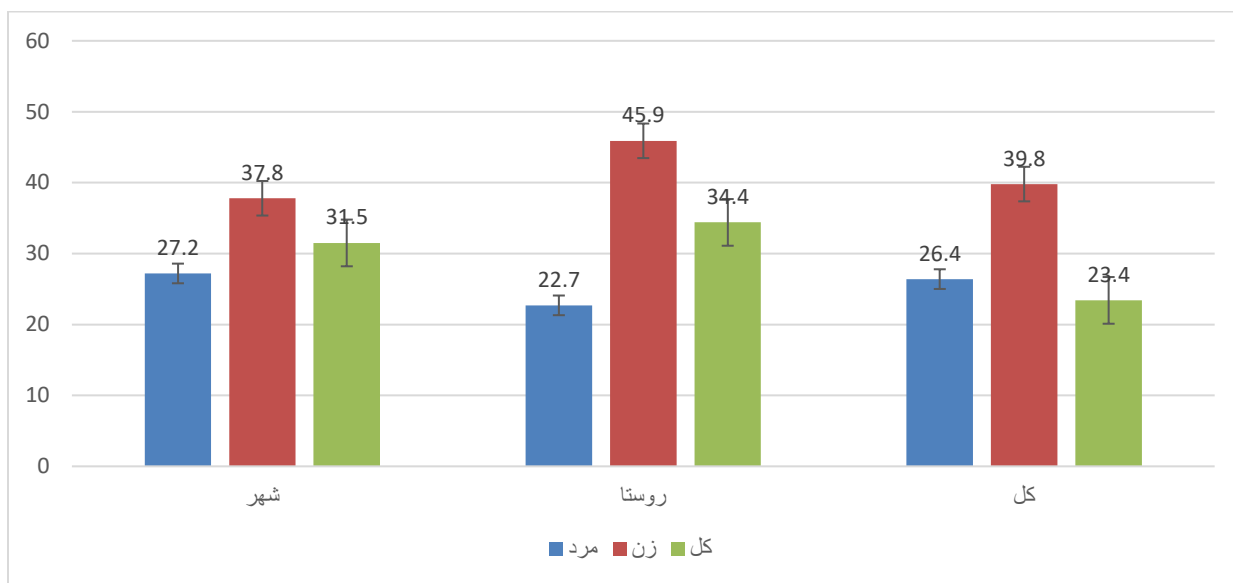
شکل ۴-۷۰. درصد توزیع فراوانی عفونت های آمیزشی در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور برحسب

جنسیت و محل سکونت

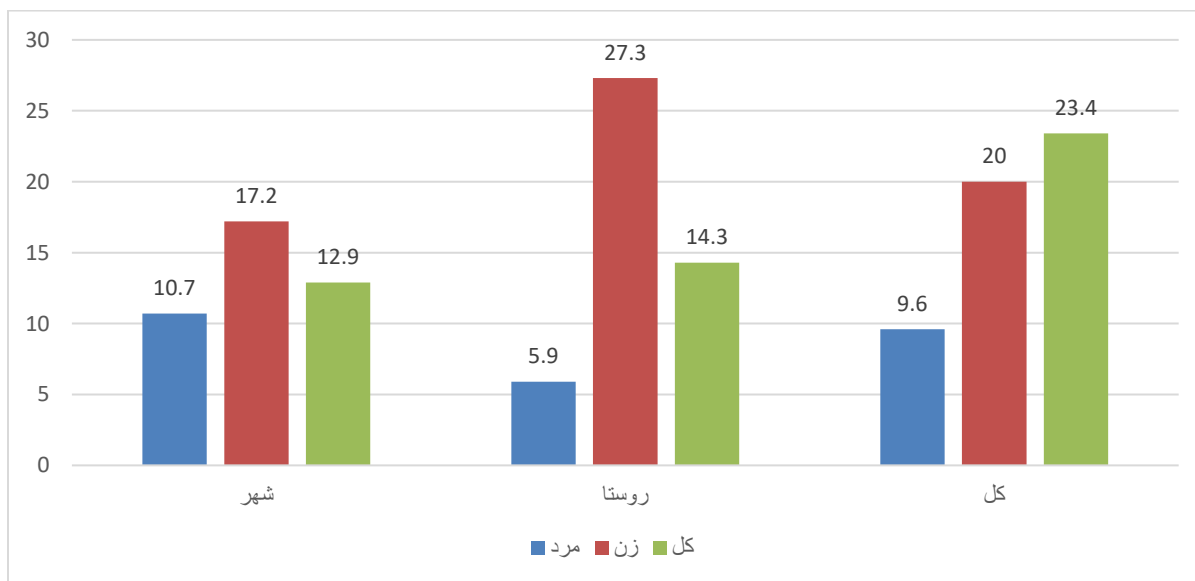
براساس اطلاعات نمودار شکل ۴-۷۰، درصد ابتلای به عفونت های آمیزشی در زنان (۴۵/۱ درصد) نسبت به مردان (۱/۷ درصد) بیشتر بود. همچنین در زنان ساکن شهر (۴۵/۳٪) نسبت به زنان ساکن روستا (۴۴/۴٪) حدود یک درصد بیشتر بود.

از بین افرادی که مبتلا به عفونت آمیزشی شده بودند ۸۲/۳ درصد (مردان ۱۰/۸ درصد و زنان ۸۵/۲ درصد) جهت درمان به پزشک مراجعه کرده بودند. بر اساس این نتایج مشخص است که مردان نسبت به زنان اهمیت کمتری به درمان عفونت های آمیزشی می دهند.

براساس تحلیل داده های این مطالعه ۳۹/۲ درصد از افراد شامل ۲۴/۳ درصد از جمعیت مردان و ۳۹/۸ درصد از زنان به روابط جنسی خود ادامه داده اند و هیچ استفاده ای از کاندوم نداشته اند و روابط جنسی خود را هم تا زمان بهبودی به تاخیر نینداخته اند (شکل ۴- ۷۱).



شکل ۴-۷۱. درصد افرادی که در زمان عفونت های آمیزشی خود هیچ اقدامی جهت پیشگیری از ابتلای همسر انجام نمی دهند (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)



شکل ۴-۷۲. درصد افرادی که در زمان عفونت های آمیزشی همسر هیچ اقدامی جهت پیشگیری از ابتلای خود انجام نمی دهند (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)

براساس جدول ۴-۷۱، ادامه روابط جنسی بدون در نظر گرفتن احتیاطات لازم در زمان ابتلا به عفونت های آمیزشی در زنان ساکن روستا (۴۵/۹ درصد) بوده است. درصد رعایت اقدامات احتیاطی در مردان و به ویژه مردان ساکن روستا بیشتر بوده است.

همچنین براساس جدول ۴-۷۲، در زمان ابتلای شریک جنسی به عفونت های آمیزشی، احتیاطات لازم در بین زنان و به ویژه زنان ساکن روستا از بقیه کمتر بوده است و حدود ۲۷/۳٪ زنان ساکن روستا علیرغم ابتلای شوهر به عفونت های آمیزشی بدون استفاده از کاندوم و یا تاخیر در روابط جنسی تا زمان بهبودی به ادامه روابط جنسی مبادرت داشته اند. هرچند ممکن است دلیل عدم رعایت زنان در این موارد به دلیل عدم توجه شوهر به انتقال عفونت آمیزشی هم باشد.

لازم به ذکر است رعایت احتیاطات پیشگیرانه در زمان ابتلا به عفونت های آمیزشی در گروه های سنی بالاتر بیشتر بود و در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال به نسبت گروه های سنی ۴۰ تا ۵۰ و ۵۰ تا ۵۹ سال کمتر بود.

۴-۲. آنالیز تحلیلی داده ها

در قسمت آنالیز تحلیلی داده ها، بر اساس اهمیت و شیوع عوامل خطر و هرکدام از بیماریهای مورد بررسی اقدام به آنالیز گردید و متغیرهایی که شیوع بالاتری داشتند (تقریباً بیش از ۵ درصد) به عنوان پیامد در نظر گرفته شدند و ارتباط آنها با متغیرهای دموگرافیک و عوامل خطر احتمالی آنها با استفاده از آنالیزهای تک متغیره و چند متغیره مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۴-۳۱. رابطه متغیرهای دموگرافیک و BMI با ابتلا به پرفشاری خون (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
P-value	دارد	ندارد		
<۰/۰۰۱	۱۱۹ (۷/۲)	۱۵۲۳ (۹۲/۸)	۳۰ تا ۴۰ سال	گروه سنی
	۳۰۷ (۱۸/۷)	۱۳۳۵ (۸۱/۳)	۴۰ تا ۵۰ سال	
	۳۱۵ (۳۸/۰)	۵۱۳ (۶۲/۰)	۵۰ تا ۵۹ سال	
۰/۰۱	۴۰۲ (۱۹/۶)	۱۶۵۴ (۸۰/۴)	زن	جنسیت
	۳۳۹ (۱۶/۵)	۱۷۱۷ (۸۳/۵)	مرد	
۰/۰۶	۷۰ (۱۴/۸)	۴۰۴ (۸۵/۲)	مجرد	وضعیت تاهل
	۶۷۱ (۱۸/۴)	۲۹۶۷ (۸۱/۶)	متاهل	
<۰/۰۰۱	۹۳ (۳۶/۵)	۱۶۲ (۶۳/۵)	بیسواد	سطح تحصیلات
	۳۹۵ (۲۰/۱)	۱۵۷۴ (۷۹/۹)	زیر دیپلم	
	۱۸۴ (۱۴/۱)	۱۱۲۱ (۸۵/۹)	دیپلم و فوق دیپلم	
	۶۹ (۱۱/۸)	۵۱۴ (۸۸/۲)	لیسانس و بالاتر	
۰/۰۶	۱۷۰ (۱۶/۱)	۸۸۵ (۸۳/۹)	روستا	محل سکونت
	۵۷۱ (۱۸/۷)	۲۴۸۶ (۸۱/۳)	شهر	
<۰/۰۰۱	۴ (۵/۸)	۶۵ (۹۴/۲)	لاغر	BMI
	۱۲۴ (۹/۶)	۱۱۶۲ (۹۰/۴)	نرمال	
	۳۱۴ (۱۷/۷)	۱۴۵۷ (۸۲/۳)	اضافه وزن	
	۲۹۹ (۳۰/۳)	۶۸۷ (۶۹/۷)	چاق	

همانطور که در جدول ۴-۳۱ نشان داده شده است شیوع پرفشاری خون در گروه سنی بالای ۴۰ سال به صورت معنی داری بیشتر از گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال می باشد اگرچه این یافته با توجه به افزایش احتمال ابتلا به فشار خون در سنین بالاتر قابل انتظار است. براساس اطلاعات جدول ۴-۳۱، هرچند شیوع فشارخون در جمعیت

مناطق شهری و روستایی و همچنین افراد متاهل و مجرد تفاوت معنی دار ندارد ($P = 0/5$) اما رابطه بین پرفشاری خون با متغیرهای دیگری همچون شاخص توده بدنی، تحصیلات و جنسیت از نظر آماری معنی دار است ($P < 0/05$).

جدول ۴-۳۲. رابطه متغیرهای دموگرافیک با ابتلا به پرفشاری خون براساس مدل رگرسیون لجستیک (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
OR (95%CI)				
P-value	تعدیل شده	P-value	خام	
	۱		۱	گروه سنی
				۳۰ تا ۴۰ سال
$< 0/001$	۲/۶۰ (۲/۰۶ - ۳/۲۶)	$< 0/001$	۲/۹۴ (۲/۳۵ - ۳/۶۸)	۴۰ تا ۵۰ سال
$< 0/001$	۶/۶۲ (۵/۱۷ - ۸/۴۸)	$< 0/001$	۷/۸۶ (۶/۲۲ - ۹/۹۲)	۵۰ تا ۵۹ سال
	۱		۱	جنسیت
				زن
$0/003$	۰/۹۷ (۰/۸۲ - ۱/۱۷)	$0/01$	۰/۸۱ (۰/۶۹ - ۰/۹۵)	مرد
			۱	تاهل
		$0/054$	۱/۳۰ (۰/۹۹ - ۱/۷)	متاهل
	۱		۱	تحصیلات
				لیسانس و بالاتر
$0/01$	۱/۶۷ (۱/۱۲ - ۲/۴۸)	$< 0/001$	۴/۲۸ (۲/۹۹ - ۶/۱۲)	بیسواد
$0/2$	۱/۲۱ (۰/۹۰ - ۱/۶۳)	$< 0/001$	۱/۸۷ (۱/۴۲ - ۲/۴۶)	زیر دیپلم
$0/9$	۱/۰۳ (۰/۷۵ - ۱/۴۰)	$< 0/2$	۱/۲۲ (۰/۹۱ - ۱/۶۴)	دیپلم و فوق دیپلم
			۱	محل سکونت
		$0/5$	۰/۹۳ (۰/۷۵ - ۱/۱۶)	روستا
				شهر
	۱		۱	BMI
				لاغر
$0/1$	۲/۱۹ (۰/۷۷ - ۶/۲۵)	$0/3$	۱/۷۳ (۰/۶۲ - ۴/۸۴)	نرمال
$0/008$	۴/۰۹ (۱/۴۵ - ۱۱/۵۸)	$0/01$	۳/۵ (۱/۲۷ - ۹/۶۸)	اضافه وزن
$< 0/001$	۷/۸۸ (۲/۷۸ - ۲۲/۳۴)	$< 0/001$	۷/۰۷ (۲/۵۵ - ۱۹/۵۹)	چاق

براساس نتایج حاصل از مدل رگرسیون لجستیک (جدول ۴-۳۲)، شانس رخداد فشارخون بالا در گروه های سنی ۴۰ تا ۵۰ سال و ۵۰ تا ۶۰ سال در مقایسه با گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال به ترتیب ۲/۶۰ و ۶/۶۲ برابر بیشتر است ($P < 0/05$). یافته مهم دیگر این مدل سازی این است که شانس رخداد پرفشاری خون در افراد بی سواد ($1/67 = OR$) نسبت به افراد با تحصیلات آکادمیک به صورت معنی داری بیشتر است ($P < 0/05$). همچنین شانس

رخداد فشارخون بالا در افراد دارای اضافه وزن ($OR = 4/0.9$) و چاق ($OR = 7/8$) نسبت به افراد لاغر به صورت معنی داری بیشتر است ($p < 0/0.5$).

جدول ۴-۳۳. رابطه متغیرهای دموگرافیک با ابتلا به هیپرلیپیدمی (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
P-value	دارد	ندارد		
<0/0.01	۷۲ (۴/۵)	۱۵۴۱ (۹۵/۵)	۳۰ تا ۴۰ سال	گروه سنی
	۲۱۴ (۱۳/۴)	۱۳۸۵ (۸۶/۶)	۴۰ تا ۵۰ سال	
	۱۹۷ (۲۴/۶)	۶۰۴ (۷۵/۴)	۵۰ تا ۵۹ سال	
<0/0.01	۳۰۴ (۱۵/۱)	۱۷۰۷ (۸۴/۹)	زن	جنسیت
	۱۷۹ (۸/۹)	۱۸۲۳ (۹۱/۱)	مرد	
0/1	۴۶ (۱۰/۰)	۴۱۶ (۹۰/۰)	مجرد	وضعیت تاهل
	۴۳۷ (۱۲/۳)	۳۱۱۴ (۸۷/۷)	متاهل	
<0/0.01	۵۶ (۲۲/۹)	۱۸۹ (۷۷/۱)	بیسواد	سطح تحصیلات
	۲۵۲ (۱۳/۲)	۱۶۵۸ (۸۶/۸)	زیر دیپلم	
	۱۲۸ (۱۰/۰)	۱۱۵۰ (۹۰/۰)	دیپلم و فوق دیپلم	
	۴۷ (۸/۱)	۵۳۳ (۹۱/۹)	لیسانس و بالاتر	
0/87	۱۲۱ (۱۱/۹)	۸۹۶ (۸۸/۱)	روستا	محل سکونت
	۳۶۲ (۱۲/۱)	۲۶۳۴ (۸۷/۹)	شهر	
<0/0.01	۱ (۱/۵)	۶۷ (۹۸/۵)	لاغر	شاخص توده بدنی (BMI)
	۸۰ (۶/۴)	۱۱۷۳ (۹۳/۶)	نرمال	
	۲۲۵ (۱۳/۰)	۱۵۰۴ (۸۷/۰)	اضافه وزن	
	۱۷۷ (۱۸/۴)	۷۸۶ (۸۱/۶)	چاق	

*مواردی که از وضعیت چربی خون خود اطلاع نداشتند (۹۹ نفر) از آنالیز خارج شدند.

همانطور که در جدول ۴-۳۳ نشان داده شده است رابطه بین ابتلا به چربی خون بالا با تمام متغیرهای دموگرافیک مورد بررسی بجز وضعیت تاهل ($P = 0/1$) و محل سکونت (شهر/روستا) ($P = 0/87$) از نظر آماری معنی دار است ($p < 0/0.5$).

جدول ۴-۳۴. رابطه متغیرهای دموگرافیک با ابتلا به چربی خون بالا براساس مدل رگرسیون لجستیک (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)					
OR (95%CI)					
P-value	تعدیل شده	P-value	خام		
	۱		۱	۳۰ تا ۴۰ سال	گروه سنی
<۰/۰۰۱	۳/۰۸ (۲/۳۲ - ۴/۰۸)	<۰/۰۰۱	۳/۳۱ (۲/۵۱ - ۴/۳۶)	۴۰ تا ۵۰ سال	
<۰/۰۰۱	۶/۴۰ (۴/۷۳ - ۸/۶۵)	<۰/۰۰۱	۶/۹۸ (۵/۲۴ - ۹/۲۹)	۵۰ تا ۵۹ سال	
	۱		۱	زن	جنسیت
<۰/۰۰۱	۰/۶۱ (۰/۴۹ - ۰/۷۵)	<۰/۰۰۱	۰/۵۵ (۰/۴۵ - ۰/۶۷)	مرد	
			۱	مجرد	تاهل
		۰/۱	۱/۲۷ (۰/۹۲ - ۱/۷۵)	متاهل	
	۱		۱	لیسانس و بالاتر	تحصیلات
۰/۵	۱/۱۵ (۰/۷۳ - ۱/۸۲)	<۰/۰۰۱	۳/۳۶ (۲/۲۰ - ۵/۱۲)	بیسواد	
۰/۸	۱/۰۳ (۰/۷۳ - ۱/۴۵)	۰/۰۰۱	۱/۷۲ (۱/۲۴ - ۲/۳۹)	زیر دیپلم	
۰/۸	۱/۰۳ (۰/۷۱ - ۱/۴۷)	۰/۱۹	۱/۲۶ (۰/۸۹ - ۱/۷۹)	دیپلم و فوق دیپلم	
			۱	روستا	محل سکونت
		۰/۸۷	۱/۰۲ (۰/۸۲ - ۱/۲۷)	شهر	
	۱		۱	لاغر	BMI
۰/۱	۵/۳۰ (۰/۷۲ - ۳۹/۰۲)	۰/۱	۴/۵۷ (۰/۶۲ - ۳۳/۳۴۳)	نرمال	
۰/۰۲	۱۰/۲۷ (۱/۴۱ (۷۵/۰۸)	۰/۰۲	۱۰/۰۲ (۱/۳۸ - ۷۲/۵۶)	اضافه وزن	
۰/۰۱	۱۳/۰۳ (۱/۷۸ - ۹۵/۵۰)	۰/۰۰۷	۱۵/۰۸ (۲/۰۸ - ۱۰۹/۴۱)	چاق	

براساس نتایج حاصل از مدل رگرسیون لجستیک (جدول ۴-۳۴)، شانس رخداد چربی خون بالا در گروه های سنی ۴۰ تا ۵۰ سال و ۵۰ تا ۶۰ سال در مقایسه با گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال به ترتیب ۳/۰۸ و ۶/۴۰ برابر بیشتر است. همچنین شانس ابتلا به چربی خون بالا در افراد دارای اضافه وزن ($OR = ۱۰/۲۷$) و افراد چاق ($OR = ۱۳/۰۳$) نسبت به افراد لاغر به صورت معنی داری بیشتر است ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۴-۳۵. رابطه متغیرهای دموگرافیک با ابتلا به دیابت (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
P-value	دارد	ندارد		
< ۰/۰۰۱	۲۵ (۱/۶)	۱۵۸۲ (۹۸/۴)	۳۰ تا ۴۰ سال	گروه سنی
	۹۱ (۵/۶)	۱۵۲۲ (۹۴/۴)	۴۰ تا ۵۰ سال	
	۱۲۲ (۱۵/۱)	۶۸۶ (۸۴/۹)	۵۰ تا ۵۹ سال	
۰/۰۰۱	۱۴۵ (۷/۲)	۱۸۶۲ (۹۲/۸)	زن	جنسیت
	۹۴ (۴/۶)	۱۹۲۸ (۹۵/۴)	مرد	
۰/۲	۲۱ (۴/۶)	۴۴۰ (۹۵/۴)	مجرد	وضعیت تاهل
	۲۱۸ (۶/۱)	۳۳۵۰ (۹۳/۹)	متاهل	
< ۰/۰۰۱	۳۴ (۱۳/۸)	۲۱۲ (۸۶/۲)	بی سواد	سطح تحصیلات
	۱۲۸ (۶/۷)	۱۷۸۹ (۹۳/۳)	زیر دیپلم	
	۵۷ (۴/۴)	۱۲۲۹ (۹۵/۶)	دیپلم و فوق دیپلم	
	۱۹ (۳/۳)	۵۶۰ (۹۶/۷)	لیسانس و بالاتر	
۰/۰۷	۴۹ (۴/۸)	۹۷۵ (۹۵/۲)	روستا	محل سکونت
	۱۸۹ (۶/۳)	۲۸۱۵ (۹۳/۷)	شهر	
< ۰/۰۰۱	۰	۶۹ (۱۰۰)	لاغر	BMI
	۴۱ (۳/۲)	۱۲۱۹ (۹۶/۸)	نرمال	
	۹۸ (۵/۶)	۱۶۳۹ (۹۴/۴)	اضافه وزن	
	۱۰۰ (۱۰/۴)	۸۶۳ (۸۹/۶)	چاق	
*مواردی که از وضعیت قندخون خود اطلاع نداشتند (۸۴ نفر) از آنالیز خارج شدند.				

همانطور که در جدول ۴-۳۵ نشان داده شده است رابطه بین ابتلا به دیابت با تمام متغیرهای دموگرافیک مورد بررسی بجز وضعیت تاهل ($P = ۰/۲$) و محل سکونت ($P = ۰/۰۷$) از نظر آماری معنی دار است ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۴-۳۶. رابطه متغیرهای دموگرافیک و پرفشاری خون با ابتلا به دیابت براساس مدل رگرسیون لجستیک (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)					
OR (95% CI)					
P-value	تعدیل شده	P-value	خام		
	۱		۱	۳۰ تا ۴۰ سال	گروه سنی
<۰/۰۰۱	۲/۹۰ (۱/۸۴ - ۴/۶۰)	<۰/۰۰۱	۳/۷۸ (۲/۴۲ - ۵/۹۲)	۴۰ تا ۵۰ سال	
<۰/۰۰۱	۶/۶۴ (۴/۱۴ - ۱۰/۶۴)	<۰/۰۰۱	(۷/۲۵ - ۱۷/۴۷) ۱۱/۲۵	۵۰ تا ۵۹ سال	
	۱		۱	زن	جنسیت
۰/۱	۰/۷۹ (۰/۵۹ - ۱/۰۷)	۰/۰۰۱	۰/۶۳ (۰/۴۸ - ۰/۸۲)	مرد	
	-		۱	مجرد	تاهل
	-	۰/۱۹	۱/۳۵ (۰/۸۶ - ۲/۱۵)	متاهل	
	۱		۱	لیسانس و بالاتر	تحصیلات
۰/۵	۱/۲۳ (۰/۶۴ - ۲/۳۷)	<۰/۰۰۱	۴/۷۳ (۲/۶۴ - ۸/۴۷)	بیسواد	
۰/۷	۱/۱۳ (۰/۶۶ - ۱/۹۲)	۰/۰۰۳	۲/۱۱ (۱/۲۹ - ۳/۴۵)	زیر دیپلم	
۰/۷	۱/۱۲ (۰/۶۴ - ۱/۹۵)	۰/۲	۱/۳۷ (۰/۸۰ - ۲/۳۲)	دیپلم و فوق دیپلم	
	-		۱	روستا	محل سکونت
	-	۰/۰۸	۱/۳۴ (۰/۹۷ - ۱/۸۴)	شهر	
	۱		۱	لاغر/نرمال	BMI
۰/۰۱	۱/۶۵ (۱/۱۱ - ۲/۴۶)	۰/۰۰۱	۱/۹۲ (۱/۳۲ - ۲/۸۰)	اضافه وزن	
<۰/۰۰۱	۲/۲۶ (۱/۴۹ - ۳/۴۴)	<۰/۰۰۱	۳/۷۳ (۲/۵۶ - ۵/۴۴)	چاق	
	۱		۱	خیر	پرفشاری خون
<۰/۰۰۱	۳/۸۸ (۲/۸۵ - ۵/۲۸)	<۰/۰۰۱	۷/۳۴ (۵/۵۴ - ۹/۷۴)	بلی	

براساس نتایج حاصل از مدل رگرسیون لجستیک (جدول ۴-۳۶)، شانس رخداد دیابت نوع دو در گروه های سنی ۴۰ تا ۵۰ سال و ۵۰ تا ۶۰ سال در مقایسه با گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال به ترتیب ۲/۹۰ و ۶/۶۴ برابر بیشتر است. یافته مهم دیگر این مدلسازی این است که شانس رخداد دیابت در کسانی که پرفشاری خون داشته اند ۳/۸۸ بار بیشتر از کسانی بود که فشارخون بالا نداشتند. همچنین شانس رخداد دیابت در افراد دارای اضافه

وزن و چاقی نسبت به کسانی که BMI نرمال داشتند یا لاغر بودند به ترتیب ۱/۶۵ و ۲/۲۶ برابر بیشتر بود.

تحصیلات، وضعیت تاهل و محل سکونت ارتباط معنی داری با ابتلا به دیابت نداشتند ($p > 0.05$).

جدول ۴-۳۷. رابطه متغیرهای دموگرافیک با ابتلا به آنمی (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
P-value	دارد	ندارد		
۰/۸	۱۸۰ (۱۱/۳)	۱۴۱۲ (۸۸/۷)	سال ۳۰ تا ۴۰	گروه سنی
	۱۹۲ (۱۲/۱)	۱۳۹۹ (۸۷/۹)	سال ۴۰ تا ۵۰	
	۹۲ (۱۱/۶)	۷۰۳ (۸۸/۴)	سال ۵۰ تا ۵۹	
< ۰/۰۰۱	۳۷۵ (۱۹/۲)	۱۵۸۳ (۸۰/۸)	زن	جنسیت
	۸۹ (۴/۴)	۱۹۳۱ (۹۵/۶)	مرد	
۰/۹	۵۱ (۱۱/۴)	۳۹۸ (۸۸/۶)	مجرد	وضعیت تاهل
	۴۱۳ (۱۱/۷)	۳۱۱۶ (۸۸/۳)	متاهل	
۰/۰۱	۳۶ (۱۴/۹)	۲۰۵ (۸۵/۱)	بی سواد	سطح تحصیلات
	۲۴۴ (۱۲/۹)	۱۶۵۰ (۸۷/۱)	زیر دیپلم	
	۱۳۰ (۱۰/۲)	۱۱۴۰ (۸۹/۸)	دیپلم و فوق دیپلم	
	۵۴ (۹/۴)	۵۱۹ (۹۰/۶)	لیسانس و بالاتر	
۰/۰۲	۹۷ (۹/۶)	۹۱۵ (۹۰/۴)	روستا	محل سکونت
	۳۶۷ (۱۲/۴)	۲۵۹۹ (۸۷/۶)	شهر	
< ۰/۰۰۱	۱۰ (۱۵/۲)	۵۶ (۸۴/۸)	لاغر	BMI
	۱۳۸ (۱۱/۱)	۱۱۰۵ (۸۸/۹)	نرمال	
	۱۶۹ (۹/۹)	۱۵۴۵ (۹۰/۱)	اضافه وزن	
	۱۴۷ (۱۵/۴)	۸۰۸ (۸۴/۶)	چاق	
*مواردی که از وضعیت کم خونی (آنمی) خود اطلاع نداشتند (۱۳۴ نفر) از آنالیز خارج شدند.				

همانطور که در جدول ۴-۳۷ نشان داده شده است رابطه بین ابتلا به آنمی (کم خونی) با تمام متغیرهای

دموگرافیک مورد بررسی بجز وضعیت تاهل ($P = 0.09$) و گروه سنی ($P = 0.08$) از نظر آماری معنی دار

است ($p < 0.05$).

جدول ۴-۳۸. رابطه متغیرهای دموگرافیک با ابتلا به آنمی براساس مدل رگرسیون لجستیک (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
OR (95% CI)				
P-value	تعدیل شده	P-value	خام	
	-		۱	گروه سنی
	-	۰/۵	۱/۰۸ (۰/۸۷ - ۱/۳۳)	۳۰ تا ۴۰ سال
	-	۰/۸	۱/۰۳ (۰/۷۹ - ۱/۳۴)	۴۰ تا ۵۰ سال
	۱		۱	جنسیت
<۰/۰۰۱	۰/۲۰ (۰/۱۶ - ۰/۲۵)	<۰/۰۰۱	۰/۱۹ (۰/۱۵ - ۰/۲۵)	زن
	-		۱	مرد
	-	۰/۸	۱/۰۳ (۰/۷۶ - ۱/۴۱)	تاهل
	-		۱	متاهل
	۱		۱	تحصیلات
۰/۴	۱/۲۳ (۰/۷۷ - ۱/۹۷)	۰/۰۲	۱/۶۹ (۱/۰۷ - ۲/۶۵)	لیسانس و بالاتر
۰/۱	۱/۳۰ (۰/۹۴ - ۱/۸۰)	۰/۰۳	۱/۴۲ (۱/۰۴ - ۱/۹۴)	بیسواد
۰/۸	۱/۰۴ (۰/۷۴ - ۱/۴۶)	۰/۶	۱/۰۹ (۰/۷۸ - ۱/۵۳)	زیر دیپلم
	۱		۱	دیپلم و فوق دیپلم
	۱		۱	محل سکونت
۰/۰۰۴	۱/۴۴ (۱/۱۲ - ۱/۸۴)	۰/۰۲	۱/۳۳ (۱/۰۵ - ۱/۶۹)	روستا
	۱		۱	شهر
	۱		۱	لاغر
		۰/۳	۰/۷۰ (۰/۳۵ - ۱/۴۰)	نرمال
		۰/۱۶	۰/۶۱ (۰/۳۱ - ۱/۲۲)	اضافه وزن
		۰/۹۶	۱/۰۲ (۰/۵۱ - ۲/۰۴)	چاق

براساس نتایج حاصل از مدل رگرسیون لجستیک (جدول ۴-۳۸)، شانس رخداد آنمی در مردان کمتر از زنان است (OR = ۰/۱۹). به عبارتی شانس رخداد آنمی در زنان بطور معنی داری ۵/۲۶ برابر بیشتر از مردان است (P < ۰/۰۰۱). یافته مهم دیگر این مدلسازی این است که شانس رخداد آنمی در افراد ساکن مناطق شهری ۱/۴۴ بار بیشتر از کسانی بود که ساکن مناطق روستایی بودند (P = ۰/۰۰۴). تحصیلات، گروه سنی، وضعیت تاهل و BMI ارتباط معنی داری با ابتلا به آنمی رابطه نداشتند (p > ۰/۰۵).

جدول ۴-۳۹. رابطه متغیرهای دموگرافیک با چاقی شکمی (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
P-value	دارد	ندارد		
<۰/۰۰۱	۶۰۷ (۳۷/۰)	۱۰۳۵ (۶۳/۰)	سال ۳۰ تا ۴۰	گروه سنی
	۷۹۴ (۴۸/۴)	۸۴۸ (۵۱/۶)	سال ۴۰ تا ۵۰	
	۴۳۶ (۵۲/۷)	۳۹۲ (۴۷/۳)	سال ۵۰ تا ۵۹	
<۰/۰۰۱	۱۴۰۳ (۶۸/۲)	۶۵۳ (۳۱/۸)	زن	جنسیت
	۴۳۴ (۲۱/۱)	۱۶۲۲ (۷۸/۹)	مرد	
۰/۰۰۵	۱۸۳ (۳۸/۶)	۲۹۱ (۶۱/۴)	مجرد	وضعیت تاهل
	۱۶۵۴ (۴۵/۵)	۱۹۸۴ (۵۴/۵)	متاهل	
<۰/۰۰۱	۱۷۴ (۶۸/۲)	۸۱ (۳۱/۸)	بی سواد	سطح تحصیلات
	۹۶۷ (۴۹/۱)	۱۰۰۲ (۵۰/۹)	زیر دیپلم	
	۵۰۴ (۳۸/۶)	۸۰۱ (۶۱/۴)	دیپلم و فوق دیپلم	
	۱۹۲ (۳۲/۹)	۳۹۱ (۶۷/۱)	لیسانس و بالاتر	
۰/۰۰۷	۴۳۴ (۴۱/۱)	۶۲۱ (۵۸/۹)	روستا	محل سکونت
	۱۴۰۳ (۴۵/۹)	۱۶۵۴ (۵۴/۱)	شهر	

همانطور که در جدول ۴-۳۹ نشان داده شده است رابطه بین داشتن چاقی شکمی با تمام متغیرهای دموگرافیک مورد بررسی از نظر آماری معنی دار است ($p < 0/05$). چاقی شکمی در ساکنین مناطق شهری، در افراد بی سواد و یا با سواد کمتر از دیپلم، در زنان، در افراد متاهل و در گروه های سنی ۴۰ سال به بالاتر به صورت معنی داری بیشتر است ($P < 0/05$).

جدول ۴-۴۰. رابطه متغیرهای دموگرافیک با ابتلا به چاقی شکمی براساس مدل رگرسیون لجستیک (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)					
OR (95% CI)					
P-value	تعدیل شده	P-value	خام		
	۱		۱	۳۰ تا ۴۰ سال	گروه سنی
<۰/۰۰۱	۱/۶۳ (۱/۳۸ - ۱/۹۲)	<۰/۰۰۱	۱/۶۰ (۱/۳۹ - ۱/۸۳)	۴۰ تا ۵۰ سال	
<۰/۰۰۱	۱/۸۸ (۱/۵۳ - ۲/۳۲)	<۰/۰۰۱	۱/۸۹ (۱/۶۰ - ۲/۲۵)	۵۰ تا ۵۹ سال	
	۱		۱	زن	جنسیت
<۰/۰۰۱	۰/۱۲ (۰/۱۰ - ۰/۱۴)	<۰/۰۰۱	۰/۱۲ (۰/۱۱ - ۰/۱۴)	مرد	
	۱		۱	مجرد	وضعیت تاهل
<۰/۰۰۱	۱/۷۳ (۱/۳۷ - ۲/۱۷)	۰/۰۰۵	۱/۳۳ (۱/۰۹ - ۱/۶۱)	متاهل	
	۱		۱	لیسانس و بالاتر	تحصیلات
<۰/۰۰۱	۲/۴۲ (۱/۶۶ - ۳/۵۱)	<۰/۰۰۱	۴/۳۷ (۳/۱۹ - ۵/۹۹)	بیسواد	
<۰/۰۰۱	۱/۵۸ (۱/۲۶ - ۱/۹۹)	<۰/۰۰۱	۱/۹۶ (۱/۶۲ - ۲/۳۹)	زیر دیپلم	
۰/۲	۱/۱۴ (۰/۹۱ - ۱/۴۵)	۰/۰۱	۱/۲۸ (۱/۰۴ - ۱/۵۷)	دیپلم و فوق دیپلم	
	۱		۱	روستا	محل سکونت
<۰/۰۰۱	۱/۵۰ (۱/۲۷ - ۱/۷۸)	۰/۰۰۷	۱/۲۱ (۱/۰۵ - ۱/۴۰)	شهر	

براساس نتایج حاصل از مدل رگرسیون لجستیک (جدول ۴-۴۰)، شانس رخداد چاقی شکمی در گروه های سنی ۴۰ تا ۵۰ سال و ۵۰ تا ۶۰ سال نسبت به گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال به ترتیب ۱/۶۳ و ۱/۸۸ برابر بیشتر است. شانس رخداد چاقی شکمی در مردان کمتر از زنان است ($OR = 0/12$). به عبارتی شانس رخداد چاقی شکمی در زنان بطور معنی داری ۸/۳۳ برابر بیشتر از مردان است ($P < 0/001$). همچنین شانس رخداد چاقی شکمی در افراد متاهل نسبت به مجردها ($OR = 1/73$) بطور معنی داری بیشتر است ($P < 0/001$). به علاوه شانس رخداد چاقی شکمی در افراد بی سواد و زیر دیپلم نسبت به کسانی که تحصیلات آکادمیک داشتند به ترتیب ۲/۴۲ و ۱/۵۸ بار بیشتر بود. رابطه محل سکونت با ابتلا به چاقی شکمی هم معنی دار بود ($P < 0/001$)، طوری که شانس رخداد چاقی شکمی در افراد ساکن شهر نسبت ساکنین مناطق روستایی ۱/۵۰ بار بیشتر می باشد ($P < 0/001$).

جدول ۴-۴۱. رابطه متغیرهای دموگرافیک با مصرف سیگار (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
P-value	دارد	ندارد		
۰/۰۴	۲۵۴ (۱۵/۵)	۱۳۸۸ (۸۴/۵)	سال ۳۰ تا ۴۰	گروه سنی
	۲۸۷ (۱۷/۵)	۱۳۵۵ (۸۲/۵)	سال ۴۰ تا ۵۰	
	۱۶۱ (۱۹/۴)	۶۶۷ (۸۰/۶)	سال ۵۰ تا ۵۹	
<۰/۰۰۱	۱۲۰ (۵/۸)	۱۹۳۶ (۹۴/۲)	زن	جنسیت
	۵۸۲ (۲۸/۳)	۱۴۷۴ (۷۱/۷)	مرد	
۰/۳	۸۹ (۱۸/۸)	۳۸۵ (۸۱/۲)	مجرد	وضعیت تاهل
	۶۱۳ (۱۶/۸)	۳۰۲۵ (۸۳/۲)	متاهل	
<۰/۰۰۱	۵۴ (۹/۳)	۵۲۹ (۹۰/۷)	لیسانس و بالاتر	سطح تحصیلات
	۴۳ (۱۶/۹)	۲۱۲ (۸۳/۱)	بیسواد	
	۴۰۱ (۲۰/۴)	۱۵۶۸ (۷۹/۶)	زیر دیپلم	
	۲۰۴ (۱۵/۶)	۱۱۰۱ (۸۴/۴)	دیپلم و فوق دیپلم	
۰/۵	۱۸۸ (۱۷/۸)	۸۶۷ (۸۲/۲)	روستا	محل سکونت
	۵۱۴ (۱۶/۸)	۲۵۴۳ (۸۳/۲)	شهر	

همانطور که در جدول ۴-۴۱ نشان داده شده است رابطه بین مصرف سیگار با متغیرهای گروه سنی، جنسیت و سطح تحصیلات از نظر آماری معنی دار است ($p < 0/05$). مصرف سیگار در گروه های سنی بالاتر ($p = 0/04$)، در مردان نسبت به زنان ($p < 0/001$) و افراد با تحصیلات دیپلم و پائین تر نسبت به افراد لیسانس و بالاتر ($p < 0/001$) به صورت معنی داری بیشتر است.

جدول ۴-۴۲. رابطه متغیرهای دموگرافیک با مصرف سیگار براساس مدل رگرسیون لجستیک (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)					
OR (95% CI)					
P-value	تعدیل شده	P-value	خام		
	۱		۱	۳۰ تا ۴۰ سال	گروه سنی
۰/۸	۱/۰۳ (۰/۸۴ - ۱/۲۵)	۰/۱	۱/۱۶ (۰/۹۶ - ۱/۳۹)	۴۰ تا ۵۰ سال	
۰/۷	۱/۰۵ (۰/۸۳ - ۱/۳۴)	۰/۰۱	۱/۳۲ (۱/۰۶ - ۱/۶۴)	۵۰ تا ۵۹ سال	
	۱		۱	زن	جنسیت
<۰/۰۰۱	۷/۲۶ (۵/۸۷ - ۸/۹۹)	<۰/۰۰۱	۶/۳۷ (۵/۱۷ - ۷/۸۴)	مرد	
	-		۱	مجرد	وضعیت تاهل
-	-	۰/۳	۰/۸۸ (۰/۶۸ - ۱/۱۲)	متاهل	
	۱		۱	لیسانس و بالاتر	تحصیلات
<۰/۰۰۱	۳/۹۳ (۲/۴۴ - ۶/۳۲)	۰/۰۰۲	۱/۹۹ (۱/۲۹ - ۳/۰۵)	بیسواد	
<۰/۰۰۱	۳/۳۶ (۲/۴۵ - ۴/۶۰)	<۰/۰۰۱	۲/۵۰ (۱/۸۵ - ۳/۸۴)	زیر دیپلم	
<۰/۰۰۱	۲/۰۳ (۱/۴۷ - ۲/۸۲)	<۰/۰۰۱	۱/۸۱ (۱/۳۲ - ۲/۴۹)	دیپلم و فوق دیپلم	
-	-		۱	روستا	محل سکونت
-	-	۰/۴	۰/۹۳ (۰/۷۷ - ۱/۱۲)	شهر	

براساس نتایج حاصل از مدل رگرسیون لجستیک (جدول ۴-۴۲)، شانس مصرف سیگار در گروه های سنی ۳۰ تا ۴۰ سال و ۵۰ تا ۶۰ سال نسبت به گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال به ترتیب ۱/۰۳ و ۱/۰۵ برابر بیشتر است اگر چه این یافته از نظر آماری معنی دار نیست.. شانس مصرف سیگار در مردان بطور معنی داری ۷/۲۶ برابر بیشتر از زنان است ($P < 0/001$). همچنین شانس مصرف سیگار در افراد بی سواد ($OR = 3/93$)، افراد با تحصیلات زیر دیپلم ($OR = 3/93$) و افراد دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم ($OR = 2/03$)، نسبت به کسانی که تحصیلات آکادمیک داشتند بیشتر بود ($P < 0/001$).

جدول ۴-۴۳. رابطه متغیرهای دموگرافیک با انجام ماموگرافی پستان در زنان بالای ۴۰ سال				
P-value	دارد	ندارد		
۰/۰۰۱	-	۷ (۱۰۰)	۴۰ سال	گروه سنی
	۱۳۹ (۱۶/۹)	۶۸۲ (۸۳/۱)	۴۰ تا ۵۰ سال	
	۱۰۳ (۲۵/۰)	۳۰۹ (۷۵/۰)	۵۰ تا ۵۹ سال	
۰/۷	۳۱ (۱۸/۵)	۱۳۷ (۸۱/۵)	مجرد	وضعیت تاهل
	۲۱۱ (۱۹/۷)	۸۶۱ (۸۰/۳)	متاهل	
<۰/۰۰۴	۲۴ (۲۹/۳)	۵۸ (۷۰/۷)	لیسانس و بالاتر	سطح تحصیلات
	۲۰ (۱۱/۷)	۱۵۱ (۸۸/۳)	بیسواد	
	۱۳۶ (۱۹/۱)	۵۷۷ (۸۰/۹)	زیر دیپلم	
	۶۲ (۲۲/۶)	۲۱۲ (۷۷/۴)	دیپلم و فوق دیپلم	
۰/۰۰۱	۴۳ (۱۳/۴)	۲۷۸ (۸۶/۶)	روستا	محل سکونت
	۱۹۹ (۲۱/۷)	۷۲۰ (۷۸/۳)	شهر	
۰/۵	۹ (۱۶/۴)	۴۶ (۸۳/۶)	ندارد	سابقه ازدواج
	۲۳۳ (۱۹/۷)	۹۵۲ (۸۰/۳)	دارد	

همانطور که در جدول ۴-۴۳ نشان داده شده است رابطه بین انجام ماموگرافی با متغیرهای گروه سنی، سطح تحصیلات و محل سکونت از نظر آماری معنی دار است ($p < ۰/۰۵$). انجام ماموگرافی در گروه های سنی بالاتر ($p = ۰/۰۰۱$)، در افراد با تحصیلات بالاتر ($p = ۰/۰۰۴$) و همچنین در ساکنین مناطق شهری ($p = ۰/۰۰۱$) به صورت معنی داری بیشتر بوده است.

جدول ۴-۴۴. رابطه متغیرهای دموگرافیک با فعالیت فیزیکی مناسب (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
P-value	دارد	ندارد		
۰/۵	۶۲۷ (۳۸/۲)	۱۰۱۵ (۶۱/۸)	۳۰ تا ۴۰ سال	گروه سنی
	۶۵۳ (۳۹/۸)	۹۸۹ (۶۰/۲)	۴۰ تا ۵۰ سال	
	۳۱۳ (۳۷/۸)	۵۱۵ (۶۲/۲)	۵۰ تا ۵۹ سال	
<۰/۰۰۱	۶۶۳ (۳۲/۲)	۱۳۹۳ (۶۷/۸)	زن	جنسیت
	۹۳۰ (۴۵/۲)	۱۱۲۶ (۵۴/۸)	مرد	
۰/۲	۱۹۷ (۴۱/۶)	۲۷۷ (۵۸/۴)	مجرد	وضعیت تاهل
	۱۳۹۶ (۳۸/۴)	۲۲۴۲ (۶۱/۶)	متاهل	
<۰/۰۰۱	۲۵۶ (۴۳/۹)	۳۲۷ (۵۶/۱)	لیسانس و بالاتر	سطح تحصیلات
	۹۵ (۳۷/۳)	۱۶۰ (۶۲/۷)	بیسواد	
	۶۹۶ (۳۵/۳)	۱۲۷۳ (۶۴/۷)	زیر دیپلم	
	۵۴۶ (۴۱/۸)	۷۵۹ (۵۸/۲)	دیپلم و فوق دیپلم	
۰/۱	۴۲۹ (۴۰/۷)	۶۲۶ (۵۹/۳)	روستا	محل سکونت
	۱۱۶۴ (۳۸/۱)	۱۸۹۳ (۶۱/۹)	شهر	

منظور از فعالیت فیزیکی مناسب انجام فعالیت های فیزیکی مناسب مثل ورزش، پیاده روی و... به مدت حداقل سه روز در هفته و هرروز حداقل یکساعت می باشد. براساس نتایج جدول ۴-۴۴، رابطه معنی داری بین فعالیت فیزیکی مناسب و متغیرهای محل سکونت ($P = ۰/۱$)، وضعیت تاهل ($P = ۰/۲$) و گروه های سنی ($P = ۰/۵$) وجود ندارد؛ اما درصد فعالیت فیزیکی مناسب به صورت معنی داری در مردان بیشتر از زنان ($P < ۰/۰۰۱$) و در افراد با تحصیلات بالاتر ($P < ۰/۰۰۱$) نسبت به افراد با تحصیلات کمتر هم بیشتر بود.

رابطه بین پوکی استخوان با متغیرهای شکستگی استخوان، بی حرکتی طولانی، سقوط، جنسیت و سن در جدول ۴-۴۳ خلاصه شده است.

جدول ۴-۴۵. رابطه متغیرهای دموگرافیک، شکستگی استخوان و بی حرکتی طولانی با پوکی استخوان مناسب (جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد مطالعه کشور)				
P-value	دارد	ندارد		
<۰/۰۰۱	۱۴ (۰/۹)	۱۶۰۷ (۹۹/۱)	سال ۳۰ تا ۴۰	گروه سنی
	۴۱ (۲/۵)	۱۵۶۸ (۹۷/۵)	سال ۴۰ تا ۵۰	
	۵۲ (۶/۵)	۷۴۴ (۹۳/۵)	سال ۵۰ تا ۵۹	
<۰/۰۰۱	۸۶ (۴/۳)	۱۹۱۲ (۹۵/۷)	زن	جنسیت
	۲۱ (۱/۰)	۲۰۰۷ (۹۹/۰)	مرد	
۰/۰۰۸	۲۱ (۴/۵)	۴۴۵ (۹۵/۵)	مجرد	وضعیت تاهل
	۸۶ (۲/۴)	۳۴۷۴ (۹۷/۶)	متاهل	
<۰/۰۰۱	۹۶ (۲/۴)	۳۸۲۶ (۹۷/۶)	ندارد	شکستگی استخوان
	۱۰ (۱۰/۲)	۸۸ (۸۹/۸)	دارد	
۰/۰۰۱	۹۹ (۲/۵)	۳۸۴۴ (۹۷/۵)	ندارد	بی حرکتی طولانی مدت
	۸ (۹/۶)	۷۵ (۹۰/۴)	دارد	
۰/۷	۲۶ (۲/۵)	۱۰۰۹ (۹۷/۵)	روستا	محل سکونت
	۸۱ (۲/۷)	۲۹۱۰ (۹۷/۳)	شهر	

همانطور که در جدول ۴-۴۵ نشان داده شده است رابطه بین پوکی استخوان با متغیرهای گروه سنی، جنسیت، وضعیت تاهل، شکستگی استخوان و بی حرکتی طولانی مدت از نظر آماری معنی دار است ($P < 0/05$). جنسیت زن، سن بالا، تجربه شکستگی استخوان و سابقه بی حرکتی طولانی به صورت معنی داری با پوکی استخوان مرتبط بودند ($P < 0/05$). هیچ رابطه معنی داری بین داشتن پوکی استخوان و محل سکونت (روستا/شهر) مشاهده نشد ($P = 0/7$).

از آنجا که ارائه فاصله اطمینان برای برآورد شاخص ها، دقت محاسبه این شاخص ها را می رساند لذا در جدول ۴-۴۵، برآورد نقطه ای شیوع مهمترین شاخص های مورد بررسی در این مطالعه به همراه فاصله اطمینان ۹۵٪ هر کدام از آنها به تفکیک جنسیت خلاصه شده است.

جدول ۴-۴۵. برآورد شیوع نقطه ای به همراه فاصله اطمینان ۹۵٪ مهمترین شاخص های مورد بررسی در جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال مورد بررسی کشور

نام شاخص	مرد	زن	کل
درصد سابقه سکته قلبی	1.1 (0.7 - 1.6)	0.8 (0.5 - 1.1)	0.9 (0.6 - 1.3)
درصد سابقه سکته مغزی	0.5 (0.3- 0.9)	0.6 (4.0- 1.1)	0.6 (0.4- 0.9)
درصد چربی خون بالا	8.4 (7.1 - 9.8)	14.3(12.8- 15.9)	11.3 (10.3- 12.4)
درصد سابقه بستری در بیمارستان در یکسال گذشته	8.1 (6.8 - 9.4)	10.7(9.3- 12.2)	9.4 (8.4- 10.4)
درصد سابقه گرفتن خدمات سرپایی در یکسال گذشته	46.3 (43.0- 49.6)	61.8(58.6- 64.8)	53.9 (51.4- 56.5)
درصد تجربه آنژین قلبی	3.1 (2.3- 3.9)	3.4 (2.6- 4.4)	3.2 (2.6- 3.9)
درصد سابقه نارسایی قلبی	0.8 (0.5 - 1.2)	1.1 (0.7- 1.8)	0.9 (0.7- 1.3)
درصد شیوع دیابت	4.4 (3.6- 5.4)	6.9 (5.9- 8.1)	5.7 (5.0- 6.4)
درصد شیوع آنمی	4.3 (3.5 - 5.4)	18 (16.1- 20.0)	11.1 (10.1- 12.2)
درصد مصرف لبنات کافی در شبانه روز	43.6 (40.5- 46.7)	40.3 (37.3 -43.3)	41.9 (39.5 - 44.5)
درصد مصرف سبزی کافی در شبانه روز	41.2 (38.2 - 44.3)	43 (40 - 46)	42.1(39.6- 44.6)
درصد مصرف میوه کافی در شبانه روز	59.6 (56.6 - 62.6)	53.6 (50.6- 56.5)	56.7 (54.3 - 58.9)
درصد استفاده همیشگی از نمکدان سر سفره	22.3 (20.2 - 24.6)	21.4 (19.3- 23.6)	21.9 (20.2 - 23.7)
درصد مصرف مداوم شیرینی جات	12.2 (10.7 - 13.9)	12.7 (11.2-14.5)	12.5 (11.3 - 13.8)
درصد مصرف نوشابه گازدار به صورت همیشگی	8.4 (7.2 - 9.8)	4.7 (3.7- 5.9)	6.6 (5.8 - 7.5)
مصرف نوشابه گازدار (کمتر از یکبار در هفته)	71 (68.6 - 73.3)	82.0 (79.8- 84.0)	76.4 (74.7 - 78.1)
درصد استفاده از غذای سرخ کرده	24.9(22.4 - 27.6)	20.4 (18.3- 23.6)	22.7(20.9 - 24.5)
درصد مصرف فست فود	2.8 (2.1 - 3.6)	2.1(1.4- 3.1)	2.4(1.9 - 3.1)
درصد افرادی که روغن مصرفی خانوار آنها روغن جامد است	8.1(6.8- 9.6)	10.9(9.4- 12.7)	9.5(8.4- 10.8)
درصد افرادی که روغن مصرفی خانوار آنها روغن مایع است	61.1(58.4- 63.7)	58.6(56.1- 61.1)	59.8(57.7- 61.9)
درصد افرادی که روغن مصرفی خانوار آنها روغن /کره حیوانی است	3.5(2.6- 4.5)	4.3(3.3- 5.6)	3.9(3.2- 4.7)
درصد افرادی که روغن مصرفی خانوار آنها تلفیقی از روغن جامد و مایع است	27.3(24.9- 29.9)	26.2(23.8- 28.7)	26.8(24.9- 28.7)
درصد افرادی با فعالیت فیزیکی مناسب در هفته	44.9(42.0- 47.8)	32.4(29.7- 35.1)	38.7(36.6- 40.9)
درصد سابقه مصرف سیگار	32.6 (30.3 – 34.9)	6.7 (5.6 – 8.1)	19.8 (18.5 – 21.2)
درصد مصرف سیگار (مصرف کننده سیگار در زمان مطالعه)	28.5(26.3 -30.8)	5.2(4.3- 6.4)	17.0(15.7- 18.3)
درصد در معرض دود سیگار بودن (Passive Smoking)	11.5(9.5- 13.9)	22.9(20.7- 25.3)	18.0(16.2-19.8)
درصد ابتلا به عفونت آمیژی	1.7(1.2- 2.4)	45.1(42.3- 47.9)	23.1(21.7- 24.7)
درصد شیوع فشار خون بالا	16.5(14.8- 18.2)	19.1(17.5- 20.8)	17.8 (16.5-19)
میانگین شاخص توده بدنی (BMI)	26.4(26.2- 26.6)	28(27.7- 28.2)	27.2 (27-27.3)
میانگین اندازه دور کمر به سانتی متر	93.3(92.6- 93.9)	92.7(92- 93.3)	93 (92.5- 93.5)
درصد افراد دارای اضافه وزن (BMI: ۲۵ – ۲۹/۹)	45.8(43.7- 48)	40.4(38.2- 42.6)	43.1 (41.6- 44.7)
درصد افراد چاق (BMI> ۳۰)	16.6 (15.0- 18.3)	30.5(28.5- 32.6)	23.5 (22.2- 24.9)
درصد افراد با چاقی شکمی	20.9(18.9- 23.1)	67.4(64.9- 69.7)	43.9 (42.2- 45.6)
درصد شیوع پوکی استخوان	0.9 (0.6 – 1.5)	4.1 (3.3 – 5.1)	2.5 (2.0- 3.0)

50.0(47.5- 52.7)	درصد استفاده از قرص های پیشگیری از بارداری
22.8(20.6- 25.1)	درصد استفاده از IUD
51.0(48.5- 53.6)	درصد انجام خودآزمایی پستان
33.3(30.3- 36.5)	درصد انجام خود آزمایی پستان به صورت ماهیانه
25.4(23- 28)	درصد انجام معاینه بالینی پستان توسط پزشک یا ماما (سالانه)
13.7(12.2- 15.3)	درصد انجام ماموگرافی
82.5 (79.8- 85)	درصد تجربه بارداری در زنان ازدواج کرده
77.3 (75.1- 79.5)	درصد تجربه بارداری در کل زنان مورد بررسی
96.2(94.9- 97.2)	درصد تجربه شیردهی در زنانی که بارداری داشته اند

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵-۱. بحث

بر اساس وضعیت باروری ده های گذشته و براساس شاخص های جمعیتی در سرشماری جدید جمعیتی کشور در سال ۱۳۹۵، می توان گفت که جمعیت گروه سنی میانسالان در کشور بالاست و این جمعیت بطور روز افزونی در حال افزایش است؛ بطوریکه قاعده پهن هرم سنی جمعیت در کشورهای جوان از جمله کشورما در سالهای آینده به گروههای سنی بالاتر تعلق خواهدگرفت. بیماری به ویژه بیماری های مزمن در این گروه بیشترین فشار اجتماعی و اقتصادی را به جامعه وارد می کند و به علت حضور میانسالان در محیط های کاری بیشترین روزهای از دست رفته را ایجاد می کند. بیماریها در این گروه سنی هم بر میزان در آمد زایی موثر است هم می تواند در خصوص مسائل اجتماعی مشکلاتی ایجاد نماید.

میانسالان یا به عبارت دیگر والدین، محور سلامت خانواده هستند و مرگ ومیر و ناتوانی این گروه سنی همه ابعاد سلامت خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد. خطرات تهدید کننده سلامتی این گروه بر سلامت سایر گروههای سنی در خانواده نیز موثر است. علاوه بر تاثیر ناشی از سیر طبیعی بیماریها در مجموعه خانواده به این نکته نیز باید توجه داشت که با توجه به یادگیری رفتار در خانواده و نقش والدین در شبکه یادگیری اجتماعی، آثار این رفتارها بر جنبه های مختلف سلامت و بیماری و تاثیر آن در فرهنگ رفتاری همه اعضای خانواده کاملا مشخص است.

تا زمان انجام این مطالعه، پیمایش خاصی غیر از مطالعات مرتبط با ریسک فاکتورهای غیر واگیر بر روی این گروه سنی بسیار مهم صورت نگرفته بود. مطالعه حاضر یک بررسی مقطعی (Survey) بود که با هدف تعیین و تحلیل شیوع عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی و سرطانهای پستان، دهانه رحم، روده بزرگ، بیماریهای قلبی - عروقی، پوکی استخوان و عفونتهای آمیزشی در افراد میانسال (۳۰-۵۹ سال) در ایران در سال های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ انجام شد.

نتایج این مطالعه نشان داد که ۶/۲ درصد از جمعیت میانسال (۹٪ از زنان و ۳/۴٪ از مردان) بی سواد هستند و ۲۳/۷٪ (۲۹/۷٪ از زنان و ۱۷/۸٪ از زنان) از آنها تحصیلات ابتدایی یا نهضت را داشتند. به عبارتی حدود ۳۰ درصد از جمعیت میانسال کشور یا بی سواد هستند یا تحصیلات آنها در حد ابتدایی می باشد. بر اساس نتایج سرشماری کشوری سال ۱۳۹۵ نرخ بی سواد در زنان و مردان کشور به ترتیب ۱۵/۸ درصد و ۹ درصد بود (۲۳) که درصد بی سواد به دست آمده در جمعیت میانسال در مطالعه حاضر نسبت به درصد بی سواد کل جمعیت در سرشماری کشوری سال ۱۳۹۵ تا حدودی پائین تر است و با توجه به اینکه در سرشماری کشوری گروه های سنی سالمند هم وارد مطالعه شده بودند نتایج به دست آمده منطقی به نظر می رسد.

در زنان گروه های سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۴۰ تا ۵۰ سال و ۵۰ تا ۵۹ سال به ترتیب ۹/۳ درصد، ۵/۵ درصد و ۱/۵ درصد مجرد هستند و به عبارتی هر گز ازدواج نکرده اند. این نسبت در مردان کمتر است و در مردان هر کدام از گروه های سنی ۴۰ تا ۵۰ سال و ۵۰ تا ۵۹ سال به ترتیب ۳/۸ درصد و ۰/۲ درصد مجرد هستند. یک یافته قابل توجه در جدول ۴-۳ این است که در مردان گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال میانسال ۱۵/۵ درصد هنوز ازدواج نکرده اند. حداقل سن ازدواج در زنان ۱۲ سال و در مردان ۱۶ سال بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که ۲۲/۶ درصد از جمعیت میانسال در منازل استیجاری زندگی می کنند که تا حدودی با یافته های سرشماری کشوری مطابقت دارد. در سرشماری کشوری ۳۶/۷ درصد از جمعیت کشور در مناطق شهری و ۱۲/۳ درصد در مناطق روستایی در منازل استیجاری زندگی می کردند (۲۳). بر اساس نتایج به دست آمده، ۳۶/۷ درصد از افراد فاقد وسیله نقلیه شخصی بودند و ۴/۷ درصد جمعیت میانسال تحت پوشش نهادهای حمایتی می باشند. از بین افراد مورد بررسی تنها ۱۸/۹ درصد بیمه تکمیلی داشتند. در مطالعات کشوری قبلی این شاخص ها کمتر مورد توجه قرار گرفته بودند.

نتایج این بررسی نشان داد که ۴۱ نفر (۰/۹ درصد) از میانسالان مورد بررسی شامل ۱۷ نفر (۰/۸ درصد) زن و ۲۴ نفر (۱/۱ درصد) مرد بر اساس اظهار خودشان سابقه سکته قلبی (MI) داشتند که میانگین و انحراف معیار سن بروز سکته قلبی در این افراد $45/8 \pm 7/3$ سال (مردان: $44/8 \pm 7/9$ سال; زنان: $46/9 \pm 5/3$ سال) با حداقل سن بروز ۲۰ سال برای مردان و ۳۰ سال برای زنان بود. همچنین ۲۴ نفر (۰/۶ درصد) از افراد شامل ۱۳

نفر (۰/۶ درصد) زن و ۱۱ نفر (۰/۵ درصد) مرد سابقه سکته مغزی داشتند که میانگین و انحراف معیار سن بروز سکته مغزی در این افراد $43/9 \pm 7/6$ سال (مردان: $41/2 \pm 8/6$ سال; زنان: $45/4 \pm 6/3$ سال) با حداقل سن بروز ۲۴ سال برای مردان و ۳۵ سال برای زنان بود. همچنین ۳۹ نفر (۰/۹ درصد) از افراد شامل ۲۳ نفر (۱/۱ درصد) زن و ۱۶ نفر (۰/۸ درصد) مرد سابقه نارسایی قلبی داشتند که میانگین و انحراف معیار سن بروز نارسایی قلبی در این افراد $40/0 \pm 9/7$ سال (مردان: $42/9 \pm 7/6$ سال; زنان: $39/1 \pm 9/7$ سال) با حداقل سن بروز ۲۵ سال برای مردان و ۲۰ سال برای زنان بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شیوع پرفشاری خون در افراد میانسال مورد بررسی براساس اظهارات افراد و سابقه ابتلا (مصرف داروی فشارخون) $17/8$ درصد بود. امانی و همکاران هم در جمعیت بالای ۲۰ سال مناطق روستایی استان کردستان شیوع پرفشاری خون را $8/2$ درصد برآورد کرده اند (۲۴). در آخرین پیمایش کشوری عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر کشور، شیوع فشارخون بالا در افراد بالای ۲۵ سال کشور حدود ۲۶ درصد بود که از شیوع به دست آمده در مطالعه حاضر بیشتر بود (۸). در واقع دلیل این اختلاف در گروه های سنی مورد مطالعه است و در مطالعه حاضر تنها جمعیت ۳۰ تا ۵۹ سال بررسی شده اند و جمعیت بالای ۶۰ سال که هم شانس رخداد پرفشاری خون و هم شیوع پرفشاری خون در آنها بالاتر است مورد بررسی قرار نگرفته اند. در مطالعه حاضر شیوع فشار خون بالا در گروه های سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۴۰ تا ۵۰ سال و ۵۰ تا ۵۹ سال به ترتیب $7/2$ ، $18/7$ و ۳۸ درصد بود که تا حدودی به نتایج STEPS نزدیک بود. در مطالعه STEPS شیوع فشارخون بالا در گروه های سنی ۲۵ تا ۳۴ سال، ۳۵ تا ۴۴ سال، ۴۵ تا ۵۴ سال و ۵۵ تا ۶۴ سال به ترتیب برابر با $8/22$ ، $16/43$ ، $32/12$ و $48/92$ درصد بود.

براساس نتایج این مطالعه، شیوع قند خون بالا (دیابت) در افراد میانسال حدود $5/7$ درصد بود. در مطالعه پیمایش کشوری عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر شیوع قند خون بالا حدود $10/58$ درصد بود و به نظر می رسد که شیوع بالاتر دیابت در جمعیت سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) که در این مطالعه بررسی نشده اند توجیه کننده این اختلاف باشد. (۸). در مطالعه حاضر شیوع دیابت بر اساس خود اظهاری افراد در گروه های سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۴۰ تا ۵۰ سال و ۵۰ تا ۵۹ سال به ترتیب $1/5$ ، $5/5$ و $14/7$ درصد بود که تا حدودی به

نتایج STEPS نزدیک بود. در مطالعه STEPS هم شیوع قندخون بالا در گروه های سنی ۲۵ تا ۳۴ سال، ۳۵ تا ۴۴ سال، ۴۵ تا ۵۴ سال و ۵۵ تا ۶۴ سال به ترتیب برابر با ۱/۳۶، ۳/۷۶، ۱۱/۷۲ و ۲۱/۰۹ درصد بود. تفاوت دیگر اختلاف اندک بین شیوع دیابت در مطالعه STEPS با این مطالعه را می توان در روش سنجش دانست که در این مطالعه صرفاً بر اساس خود اظهاری افراد برآورد انجام شده است.

بر اساس نتایج به دست آمده، ۲/۴ درصد از میانسالان مورد بررسی همزمان سابقه ابتلا به پرفشاری خون و دیابت داشتند. همچنین ۳/۹ درصد از افراد همزمان ابتلا به چربی خون بالا و پرفشاری خون داشتند و ۳/۱ درصد افراد هم همزمان دیابت و چربی خون بالا داشتند. فراوانی داشتن همزمان دو عامل خطر در هر سه حالت (پرفشاری خون و دیابت، پرفشاری خون و چربی خون بالا، دیابت و چربی خون بالا) به صورت معنی داری در زنان بیشتر از مردان بود.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، (۷/۲۵٪) از میانسالان مورد بررسی یکی از انواع بیماری های تیروئید را داشتند. همچنین نتایج نشان داد که ۲/۵ درصد از میانسالان پوکی استخوان داشتند و متغیرهای شکستگی استخوان، بی حرکتی طولانی، سن بالاتر و جنسیت (زن) ارتباط معنی داری با پوکی استخوان داشتند.

در ارتباط با فعالیت فیزیکی در میانسالان، منظور از فعالیت فیزیکی، فعالیت بدنی به صورت پیاده روی تند، دویدن، دوچرخه سواری کردن، شنا کردن و یا هر نوع فعالیتی که منجر به افزایش تنفس و ضربان قلب شود بود. بر اساس نتایج بدست آمده، ۴۴/۹ درصد از افراد میانسال (۵۲/۸ درصد مردان و ۳۷/۱ درصد) فعالیت فیزیکی هفتگی داشتند که حدود ۸۷ درصد از آنها حداقل سه روز در هفته فعالیت فیزیکی داشتند. بطور کلی از کل جمعیت میانسال مورد بررسی، ۱۵۹۳ نفر (۳۸/۷ درصد) شامل ۶۶۳ نفر (۳۲/۴ درصد) از زنان و ۹۳۰ نفر (۴۴/۹ درصد) از مردان حداقل سه روز در هفته فعالیت فیزیکی مناسب داشتند. نتایج با یافته های مطالعه

STEPS همخوانی داشت که براساس نتایج STEPS، ۵۶/۳ درصد از افراد بالای ۲۵ سال تحرک کافی نداشتند (۸).

نتایج نشان داد که ۱۹/۸ درصد از افراد مورد بررسی (۶/۷ درصد از زنان و ۳۲/۶ درصد از مردان) تجربه مصرف سیگار داشتند. از بین افراد مورد بررسی، ۷۰۲ نفر (۱۷/۰ درصد) شامل ۱۲۰ نفر (۵/۲ درصد) زن و ۵۸۲ نفر (۲۸/۵ درصد) مرد در زمان انجام مطالعه مصرف کننده سیگار بودند. شیوع مصرف سیگار در این گروه سنی به نسبت بالاتر است و در مقایسه با نتایج آخرین مطالعه STEPE (۸) که شیوع مصرف سیگار در مناطق مختلف کشور را بین ۱۱/۴۷ تا ۲۴/۴۱ درصد و همچنین مطالعه امانی و همکاران (۲۴) در جمعیت روستایی بالای ۲۰ استان کردستان که شیوع مصرف سیگار را ۱۰/۶ درصد گزارش کرده اند بالاتر است. در مطالعه حاضر شیوع مصرف سیگار در گروه های سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۴۰ تا ۵۰ سال و ۵۰ تا ۵۹ سال به ترتیب ۱۷/۵، ۱۵/۵ و ۱۹/۴ درصد بود. در مردان این گروه های سنی به ترتیب ۲۶/۴، ۲۸/۸ و ۳۱ درصد بود. در مطالعه STEPS شیوع مصرف سیگار در مردان گروه های سنی ۳۵ تا ۴۴ سال، ۴۵ تا ۵۴ سال و ۵۵ تا ۶۴ سال به ترتیب برابر با ۳۷/۹، ۴۳/۴۹ و ۴۵/۲۳ درصد بود که شیوع در مطالعه حاضر تا حدودی کمتر از مطالعه STEPS است.

براساس نتایج این مطالعه، تنها ۴۱/۹ درصد از افراد میانسال مصرف لبنیات کافی روزانه (۲ واحد و بیشتر) را داشتند. از بین افراد بررسی شده، ۴۲/۱ درصد و ۵۶/۷ درصد به ترتیب مصرف سبزی و میوه کافی را نداشتند. حدود ۲۲ درصد از افراد همیشه از نمکدان در کنار سفره استفاده می کردند و ۱۲/۵ درصد افراد مصرف شیرینی به صورت همیشگی داشتند. حدود ۲۳ درصد از جمعیت حداقل هفته ای یک تا دو بار نوشابه گازدار مصرف می کردند.

تحلیل وضعیت شاخص های سلامت در جمعیت میانسال کشور به صورت جامع و برای اولین بار مهمترین نقطه قوت مطالعه حاضر است. تا قبل از اجرای این مطالعه، هیچ مطالعه خاصی با این موضوع به صورت انحصاری بر روی جمعیت میانسالان ایران صورت نگرفته بود. یکی دیگر از نقاط قوت مطالعه، متدولوژی اجرای مطالعه به ویژه روش های مورد استفاده برای نمونه گیری از جمعیت بود. در انتخاب نمونه ها علاوه بر در نظر گرفتن نسبت جنسی، نسبت جمعیت ساکن شهر و روستا، ابتدا خوشه بندی مناطق کشور انجام شد و علاوه

بر انتخاب نمونه متناسب با اندازه جمعیتی در هر کدام از خوشه های کشوری، تعیین تعداد نمونه های مورد نیاز متناسب با وزن جمعیتی هر کدام از استان ها و شهرستان های مورد بررسی، انتخاب تصادفی خوشه ها و سرخوشه ها مهمترین تکنیک های نمونه گیری مورد استفاده بودند که باعث شد تقریباً نمونه ای گویا (Representative) از جمعیت میانسالان وارد مطالعه شود. علاوه بر این ها، برای افزایش دقت برآوردها در مطالعه حاضر در زمان آنالیز وزن کلاسترهای مختلف لحاظ گردید و از آنالیز وزن داده شده (Weighted analysis) برای تخمین شیوع شاخص های مورد نظر استفاده گردید.

مهمترین محدودیت مطالعه حاضر علیرغم داشتن نقاط قوت بالا، استناد به خود اظهاری افراد برای

برآورد بیشتر شاخص ها (به جز شاخص های تن سنجی و سنجش فشارخون) بود که در مواردی ممکن است به

کم برآوردی یا بیش برآوردی منجر شود. در واقع این محدودیت ناشی از ماهیت کلی مطالعات Self report

بوده و خارج از کنترل این مطالعه می باشد.

یک محدودیت دیگر برای مطالعه حاضر استفاده از شیوع ۱۰ درصدی برای محاسبه حجم نمونه می

باشد و بر همین اساس طبیعی است که توان مطالعه برای برآورد شاخص های با شیوع کمتر از ۱۰ درصد پائین

تر باشد و در چنین مواردی یعنی شاخص های با شیوع کمتر نیاز به حجم نمونه بالتر می باشد.

۵-۲. نتیجه گیری

نتایج این مطالعه، سیمای اپیدمیولوژیک توزیع عوامل خطر ابتلا به بیماریهای غیر واگیر مهم از جمله عوامل مرتبط با سبک زندگی و عوامل خطر رفتاری در جمعیت میانسالان کشور را تا حدودی ترسیم ساخته است و بر اساس نتایج به دست آمده در موارد زیادی وضعیت شاخص ها مطلوب نیست. سبک زندگی نامناسب، فعالیت فیزیکی پائین، مصرف بالای فست فود و نوشابه های گازدار، عدم توجه کافی در انتخاب روغن های مصرفی خانوار، شیوع بالای مصرف سیگار، اضافه وزن و چاقی، توجه کمتر به مراقبت های بهداشتی، عدم توجه کافی به درمان عفونت های آمیزشی عمده مشکلات مرتبط با سلامت در جمعیت میانسالان کشور می باشد.

مطالعه حاضر که اولین پیمایش ملی اختصاصی در گروه سنی میانسالان (۳۰ تا ۵۹ سال) در ایران می باشد حاوی یافته های ارزشمندی برای مسئولان و سیاستگذاران سلامت در کشور است و می تواند در برنامه ریزی و اجرای برنامه های مداخله ای مرتبط کمک کننده باشد.

۳-۵. پیشنهادات

- تکرار مطالعه بررسی شیوع عوامل خطر سبک زندگی و سرطانهای پستان، دهانه رحم، روده بزرگ، بیماریهای قلبی - عروقی، پوکی استخوان و عفونتهای آمیزشی در افراد میانسال (۳۰-۵۹ سال) در ایران با تواتر مناسب (هر ۳ تا ۵ سال یکبار) جهت پایش وضعیت سلامت میانسالان
- طراحی و اجرای برنامه های مداخله ای برای کاهش شیوع هر کدام از عوامل خطر مورد بررسی (با شیوع بالا) در گروه سنی میانسالان از جمله مداخلات مرتبط با تغییرات در سبک زندگی روی عوامل خطر قابل تعدیل همچون افزایش فعالیت فیزیکی، کاهش مصرف سیگار، افزایش مصرف میوه، سبزی و لبنیات، کاهش مصرف نوشابه های گازدار و غذاهای سرخ کرده، توجه به پیشگیری و درمان عفونت های آمیزشی، افزایش معاینات بالینی و خودآزمایی سرطان پستان در زنان
- ارزشیابی مداخلات انجام شده در گروه سنی میانسالان
- طراحی مطالعات تحلیلی برای بررسی علت شیوع هر کدام از ریسک فاکتورهای با شیوع بالا در جمعیت میانسالان

منابع

۱. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر. سند ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۴۰۰ تا ۱۳۹۴
۲. Pinar R, Celik R, Bahcecik N. Reliability and construct validity of the Health-Promoting Lifestyle Profile II in an adult Turkish population. *Nursing research*. 2009;58(3):184-93
۳. Ministry of Health and Medical Education. Situation of Non-Communicable Diseases Risk Factors in Iran in 2008. Available from: www.behdasht.gov.ir/uploads/1_94_8.pdf
۴. Darviri C, Alexopoulos EC, Artemiadis AK, Tigani X, Kraniotou C, Darviri P, et al. The Healthy Lifestyle and Personal Control Questionnaire (HLPCQ): a novel tool for assessing self-health. 2014;14(1):995 empowerment through a constellation of daily activities. *BMC public health*. 2014;14(1):995
۵. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 2006
۶. health and lifestyles survey - Health promotion agency [2016]. Available from: www.hpa.org.nz/sites/default/files/2016-HLS-information-sheet-English.pdf
۷. Unit. HPAHaLSWHPARaE. 2014 Health and Lifestyles Survey [cited 2016 11]. Available from: <http://www.hpa.org.nz/research-library/research-publications>
۸. موسسه ملی تحقیقات سلامت. پیمایش عوامل خطر بیماری های غیر واگیر در ایران (استپس) در سال ۱۳۹۵. Available from: <https://nihr.tums.ac.ir/Item/411>
۹. Djalalinia S, Kasaeian A, Peykari N, Modirian M, Ghajarieh Sepanlou S, Ghasemian A, et al. The challenges and lessons learned experiences of six round STEPs surveys in Iran. *Hakim Research Journal*. 2017;20(3):186-94
۱۰. Farzadfar F, Delavari A, Malekzadeh R, Mesdaghinia A, Jamshidi HR, Sayyari A, et al. NASBOD 2013: DESIGN, DEFINITIONS, AND METRICS (STUDY PROTOCOL). 2014
۱۱. Khosravifar L. Study of assessing the predictor effect of risk factors in the development of hypertension in a population over 30 years participating in the irapen plan in naghadeh: Tabriz University of Medical Sciences, School of Health; 2018
۱۲. Mirzaei M, Mirzaei M. Agreement between Framingham, IraPEN and non-laboratory WHO-EMR risk score calculators for cardiovascular risk prediction in a large Iranian population. *J Cardiovasc Thorac Res*. 2020;12(1):2
۱۳. Ministry of Health and Medical Education. Health Integrated System. Available from: <http://sib.sbmu.ac.ir/home/login>
۱۴. life Style Survey Available from: <https://www.lifestylesurvey.com.au/apweb/site.home>
۱۵. Create Online Surveys in Canada | SurveyMonkey. Available from: <https://www.surveymonkey.com/mp/global/canada>
۱۶. McCormick C, Hooper J, Harrison R, Timpson C, Pearce D, Tocque K. *Lifestyle Surveys: core questions and methods*. Liverpool: North West Public Health Observatory, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University. 2007
۱۷. Health and lifestyles in the Republic of Ireland and Northern Ireland [2016]. Available from: <https://www.publichealth.ie/sites/default/files/documents/files/slan.pdf>
۱۸. Elmadfa I. 8. Health and Lifestyle Indicators in the European Union. *European Nutrition and Health Report 2009*. 62: Karger Publishers; 2009. p. 1-57
۱۹. Goudarzi L, Nazari A, Rajabi Vasokolae G, Salimi M, Raadabadi M. The Lifestyle Of Allied Medical Students Studying At Tehran University Of Medical Sciences In 2012. *Payavard Salamat*. 2014;8(4):294-304
۲۰. Najimi A, Moazemi Goudarzi A. Healthy lifestyle of the elderly: A cross-sectional study. *Journal of Health System Research*. 2012;8(4):581-7

- Hosseini M, Ashktorab T, HosseinTaghdisi M, Vardanjani AE, Rafiei H. Health-promoting behaviors and their association with certain demographic characteristics of nursing students of Tehran City in 2013. *Global Journal of Health Science*. 2015;7(2):264-271.
- Mohebi F, Mohajer B, Yoosefi M, Sheidaei A, Zokaei H, Damerchilu B, et al. Physical activity profile of the Iranian population: STEPS survey, 2011-2019. *BMC public health*. 2019;19(1):1266-1274.
- Iran SCo. Census 2016 - General Results 2016 [Available from: <https://www.amar.org.ir/english/Population-and-Housing-Censuses/Census-2016-General-Results>].
- Amani S, Rahmani K, Ghaderi E, Bidarpour F, Rahimzadeh A, Rasaeian S. Prevalence of non-communicable diseases risk factors among the population of rural areas of Kurdistan Province, in Iran: A population-based study by rapid assessment method in 2015. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2017;22(4):101-110.