

Lifestyle of Hormoz Island Residents: A Cross-Sectional Study

Teamur Aghamolaei (PhD)¹, Sayed Hossein Davoodi (PhD)², Abdoulhossain Madani (PhD)¹, Ali Safari-Moradabadi (MSc)³, Sakineh Dadipoor (MSc)^{4,*}

¹ Social Determinants in Health Promotion Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

² Cancer Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Mother and Child Welfare Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

* **Corresponding Author:** Sakineh Dadipoor, Mother and Child Welfare Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran. Email: mdadipoor@yahoo.com

Abstract

Received: 18/10/2017

Accepted: 20/03/2018

How to Cite this Article:

Aghamolaei T, Davoodi SH, Madani A, Safari-Moradabadi A, Dadipoor S. Lifestyle of Hormoz Island Residents: A Cross-Sectional Study. *J Educ Community Health*. 2018; 4(4): 39-48. DOI: 10.21859/jech.4.4.39

Background and Objective: Lifestyle-related diseases are among the most important causes of mortality in Iran. Evidence suggests an association between unhealthy lifestyle and the incidence of diseases and health problems. Therefore, the present study was conducted to determine the status of lifestyle and its related factors among the residents of Hormoz Island, Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 400 inhabitants of Hormoz island with the age of over 15 years in 2016. The study population was selected by two-stage cluster sampling method. The demographic information and data related to life-style were collected through a researcher-made questionnaire, confirmed to be reliable and valid. Data analysis was performed in SPSS (version 19) using descriptive statistics, Chi-square test, and one-way ANOVA.

Results: According to the results, the mean age of the participants was 36.1 ± 14.52 years. In terms of lifestyle, the consumption of liquid oil, low-salt food, regular physical activity, and non-smoking had the frequencies of 81%, 20.3%, 37%, and 68.3%, respectively. Furthermore, the mean consumptions of fruits, vegetables, and fish were 2.48, 3.55, and 3.65 food units per week, respectively. Additionally, there was a significant relationship between education level and salt consumption ($P=0.002$), economic status and type of consumed oil ($P<0.005$), as well as healthy diet pattern and economic status of individuals ($P<0.05$).

Conclusion: As the findings indicated, the promotion of nutritional knowledge, increased awareness of the disadvantages of smoking in people with low education, implementation of cheap policies, availability of healthy food, increased tobacco taxes, implementation of physical activities, as well as notification and normalization in the field of safety behaviors are among the important factors for the promotion of lifestyle.

Keywords: Accidents; Disasters; Lifestyle; Nutrition; Physical Activity; Tobacco Smoking

سبک زندگی ساکنین جزیره هرمز: یک مطالعه مقطعی

تیمور آقاملایی^۱، سید حسین داوودی^۲، عبدالحسین مدنی^۱، علی صفری مرادآبادی^۲، سکینه دادی پور^{۴*}

^۱ دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

^۲ دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳ کارشناس ارشد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴ کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

* نویسنده مسئول: سکینه دادی پور، مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

ایمیل: mdadipoor@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: بیماری‌های متأثر از سبک زندگی از عمده‌ترین علل مرگ و میر در ایران می‌باشند. شواهد موجود حاکی از وجود ارتباط بین سبک زندگی ناسالم با بروز بیماری‌ها و مشکلات سلامتی هستند. در این راستا، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سبک زندگی و عوامل مرتبط با آن در بین ساکنین جزیره هرمز انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی ۴۰۰ نفر از ساکنین بالای ۱۵ سال شهر هرمز به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای در سال ۱۳۹۵ مورد مطالعه قرار گرفتند. در این پژوهش اطلاعات جمعیت‌شناختی و عوامل مربوط به سبک زندگی با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته جمع‌آوری گردیدند. داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 19 و با به‌کارگیری آماره‌های توصیفی و آزمون‌های کای دو و آنالیز واریانس یک‌طرفه تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سنی افراد مورد مطالعه $36/1 \pm 14/52$ سال بود. از نظر سبک زندگی میزان مصرف روغن مایع، غذای کم‌نمک، فعالیت فیزیکی منظم و عدم مصرف دخانیات به ترتیب ۸۱، ۲۰/۳، ۳۷ و ۶۸/۳ درصد برآورد شد. میانگین مصرف میوه، سبزیجات و ماهی نیز به ترتیب ۲/۴۸، ۳/۵۵ و ۳/۶۵ واحد غذایی در طول هفته گزارش گردید. همچنین ارتباط آماری معناداری بین سطح تحصیلات و مصرف نمک ($P=0/002$)، وضعیت اقتصادی و نوع روغن مصرفی ($P<0/005$) و الگوی غذایی سالم با وضعیت اقتصادی افراد ($P<0/05$) مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: مطابق با یافته‌ها، ارتقای سطح آگاهی و دانش تغذیه‌ای، آگاهی از مضرات استعمال دخانیات در افراد با تحصیلات پایین، پیاده‌سازی سیاست‌های ارزان و در دسترس بودن مواد غذایی سالم، افزایش مالیات دخانیات، فراهم نمودن مقدمات فعالیت فیزیکی، اطلاع‌رسانی و هنجارسازی در زمینه رفتارهای ایمنی جهت ارتقای سبک زندگی اهمیت به‌سزایی دارد.

واژگان کلیدی: تغذیه؛ دخانیات؛ سبک زندگی؛ سوانح؛ فعالیت فیزیکی

مقدمه

سبک زندگی، شیوه زندگی فرد بوده و دربرگیرنده فعالیت‌های عادی و معمولی روزمره‌ای می‌باشد که افراد آن‌ها را به صورت قابل قبولی در زندگی خود پذیرفته‌اند؛ به گونه‌ای که این فعالیت‌ها تأثیر شگرفی را بر سلامت افراد بر جای می‌گذارند [۱، ۲]. سازمان جهانی بهداشت سبک زندگی سالم را تلاش برای دستیابی به حالت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی توصیف نموده و آن را دربرگیرنده رفتارهایی می‌داند که سلامت انسان

را تضمین می‌کنند. این رفتارها ابعاد مختلفی از زندگی مانند رژیم غذایی، فعالیت بدنی، حفظ وزن و مصرف الکل و سیگار را شامل می‌شوند [۳]. یکی از مهم‌ترین و عمده‌ترین علل مرگ و میر در ایران بیماری‌هایی هستند که از سبک زندگی ناسالم ناشی می‌شوند [۲]؛ از این رو سبک زندگی به عنوان یک عامل مهم همواره کانون توجه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت بوده است؛ زیرا شواهد

سبک زندگی، شیوه زندگی فرد بوده و دربرگیرنده فعالیت‌های عادی و معمولی روزمره‌ای می‌باشد که افراد آن‌ها را به صورت قابل قبولی در زندگی خود پذیرفته‌اند؛ به گونه‌ای که این فعالیت‌ها تأثیر شگرفی را بر سلامت افراد بر جای می‌گذارند [۱، ۲]. سازمان جهانی بهداشت سبک زندگی سالم را تلاش برای دستیابی به حالت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی توصیف نموده و آن را دربرگیرنده رفتارهایی می‌داند که سلامت انسان

هرمزگان از جمله جزیره هرمز انجام نشده است، در این پژوهش تلاش گردید با توجه به اهمیت عوامل مرتبط با سبک زندگی سالم به فاکتورهایی از قبیل تغذیه، فعالیت فیزیکی، عوامل خطر رفتاری سوانح و حوادث و مصرف دخانیات پرداخته شود تا با آگاهی از شیوه زندگی آن‌ها، راهنمای مناسب جهت آموزش اصلاح شیوه زندگی در اختیار برنامه‌ریزان قرار گیرد و زمینه‌ای برای انجام مداخلات در سبک زندگی سالم این گروه از افراد جامعه فراهم گردد؛ از این رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت سبک زندگی ساکنین بالای ۱۵ سال شهر هرمز انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۵ در ارتباط با ۴۰۰ نفر از افراد بالای ۱۵ سال ساکن در جزیره هرمز انجام شد. حجم نمونه براساس فرمول $n = z^2 * p(1-p) / d^2$ با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵ درصد، $d = 0.05$ ، $P = 0.5$ و با احتساب ریزش ۵ درصد معادل ۴۰۰ نفر تعیین گردید. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن بالای ۱۵ سال، سکونت دائمی در شهر هرمز و تمایل به شرکت در پژوهش. معیار خروج نیز عدم تمایل به شرکت در پژوهش بود. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای دو مرحله‌ای از میان افراد دارای شرایط ورود به پژوهش صورت گرفت. بدین منظور این منطقه به ۲۰ خوشه تقسیم شد و از هر خوشه به‌طور تصادفی ۲۰ خانوار و از هر خانوار یکی از اعضای بالای ۱۵ سال آن‌ها مورد مصاحبه قرار گرفت. باید عنوان نمود که در صورت وجود بیش از یک فرد بالای ۱۵ سال در منزل، به‌صورت تصادفی یکی از آن‌ها انتخاب می‌شد. همچنین، در صورت عدم حضور ساکنین منازل انتخاب‌شده، عدم تمایل به شرکت در مطالعه و یا عدم وجود فرد بالای ۱۵ سال در خانواده، به منزل مجاور مراجعه می‌شد و این کار مجدداً ادامه می‌یافت تا اینکه در هر خوشه تعداد مشخص شده تکمیل گردد.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای محقق ساخته مشتمل بر دو بخش بود که بخش اول مشخصات فردی از قبیل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل و میزان درآمد ماهیانه و بومی یا غیربومی بودن جزیره هرمز را شامل می‌شد. بخش دوم سؤالات نیز به عوامل سبک زندگی افراد مورد پژوهش مربوط بود. پرسشنامه سبک زندگی از داده‌هایی که به‌طور مستقیم توسط پژوهشگران از طریق حضور در میان مردم شهر هرمز و جمع‌آوری نظرات و نگرانی‌های افراد جامعه در مورد مسائل اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و سایر مسائلی که برای مردم اهمیت دارند و همچنین با مطالعه متون علمی از جمله تحقیقات مشابه آماده شد [۱۲]. این پرسشنامه شامل چهار بخش الگوی تغذیه با ۱۰ سؤال (مثال: "به‌طور متوسط چند روز در یک هفته معمولی میوه مصرف می‌کنید")، سوانح و حوادث با هفت

موجود مبین ارتباط سبک زندگی با تهاجم بیماری‌ها و در نتیجه نقصان سلامتی هستند [۴]. سازمان جهانی بهداشت در بیانیه اولین کنفرانس جهانی شیوه زندگی سالم در مسکو اعلام نمود که در حال حاضر ۶۰ درصد از مرگ و میر جهانی و ۸۰ درصد از مرگ و میر کشورهای در حال توسعه به دلیل سبک زندگی ناسالم بوده و این رقم تا سال ۲۰۳۰ به ۷۵ درصد مرگ و میر جهانی خواهد رسید [۵].

در ارتباط با اهمیت سبک زندگی ذکر این نکته کافی است که چهار عامل مهم اثرگذار بر سلامتی عبارت هستند از: وراثت (۱۶ درصد)، مراقبت‌های بهداشتی (۱۰ درصد)، محیط زیست (۲۱ درصد) و سبک زندگی (۵۱ درصد) [۶]. در حالی که وراثت و محیط زیست نقش مهمی را در سلامت انسان بازی می‌کنند و چندان قابل کنترل نیستند، شیوه زندگی به‌طور مستقیم بر سلامت فرد تأثیر گذاشته و عاملی است که هر فرد به‌راحتی می‌تواند آن را کنترل کند [۱]. Wang و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای با عنوان "مقایسه رفتارهای سبک زندگی سالم در افراد با بیماری‌های قلبی-عروقی و بدون آن در مناطق شهری و روستایی چین" نشان دادند که شکاف بزرگی تا اتخاذ رفتارهای سالم در میان آن‌ها وجود دارد. در این پژوهش میزان ترک سیگار و نوشیدنی‌های الکلی در افراد بیمار به مراتب بالاتر از افراد سالم در هر دو منطقه شهری و روستایی بود. به احتمال زیاد افراد سالم نسبت به افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی از سبک زندگی سالم‌تری پیروی می‌کردند. آن‌ها در مطالعه خود پذیرش رفتارهای سالم در بین بزرگسالان چینی را پایین گزارش کردند [۷]. در این زمینه مطالعات دیگری در ایران و دیگر کشورها به اهمیت سبک زندگی و ارتباط آن با وضعیت سلامت افراد پرداخته‌اند [۸-۱۰].

هرچند بررسی رفتارهای افراد جامعه به‌ویژه سبک زندگی آن‌ها در جامعه جهانی امری ضروری می‌باشد؛ اما این موضوع در جامعه ایرانی تا حدودی مورد غفلت واقع شده است و مطالعات اندکی در کشور به تفصیل به بررسی چگونگی سبک زندگی پرداخته‌اند. موضوع سبک زندگی سالم به‌ویژه از دیدگاه سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و اقتصاددانان کشور از اهمیت قابل توجهی برخوردار می‌باشد و با توجه به شرایط جغرافیایی، فرهنگی و اقتصادی تأثیرگذار بر سبک زندگی لازم است هر منطقه به‌صورت مجزا از نظر شیوه زندگی و ریسک فاکتورهای مربوط به آن مورد بررسی قرار گیرد. جزیره هرمز که به‌عنوان منطقه مورد مطالعه در این پژوهش انتخاب شد، در دهانه تنگه هرمز و در فاصله ۱۸ کیلومتری جنوب شرقی بندرعباس واقع شده است. براساس سرشماری سال ۱۳۹۰ مرکز آمار ایران، این جزیره جمعیتی حدود ۵۸۶۷ نفر معادل ۱۳۴۵ خانوار دارد. جزیره هرمز را به دلیل موقعیت جغرافیایی آن که در مجاورت تنگه هرمز قرار دارد، کلید خلیج فارس می‌دانند [۱۱]. نظر به اینکه تاکنون مطالعه‌ای در زمینه سبک زندگی در استان

در این پژوهش داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 19 و با به‌کارگیری آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی کای دو و آنالیز واریانس یک‌طرفه در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه $36/1 \pm 14/52$ سال بود و ۶۱/۵ درصد از آن‌ها دارای تحصیلات در سطح خواندن و نوشتن بودند. همچنین ۴۶ درصد از شرکت‌کنندگان در مطالعه مرد و ۷۲ درصد متأهل بودند و ۴۰/۵ درصد از آن‌ها وضعیت اقتصادی خانواده خود را در سطح متوسط ارزیابی کرده بودند (جدول ۱).

از نظر روغن مصرفی نیز ۸۱ درصد از شرکت‌کنندگان در مطالعه روغن مایع، ۱۷/۸ درصد روغن جامد و ۱/۳ درصد سایر روغن‌ها را مصرف می‌کردند. همچنین ۲۰/۳ درصد غذای کم‌نمک، ۷۵/۳ درصد غذای با نمک در حد معمولی و ۴/۵ درصد غذای شور را ترجیح می‌دادند. ۴/۸ درصد نیز بیان نمودند که همیشه نمک را در سفره خود دارند و ۷۸/۵ درصد عنوان کردند که هیچ‌وقت هنگام خوردن غذا با نمک‌پاش به غذا نمک اضافه نمی‌کنند. علاوه‌براین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میانگین سال‌های استعمال سیگار و قلیان در افراد با سابقه مصرف به ترتیب $21 \pm 11/74$ و $19 \pm 16/50$ سال بود. متوسط تعداد دفعات مصرف سیگار و قلیان نیز به ترتیب $9/45 \pm 6/85$ نخ و $2/57 \pm 1/62$ بار در روز به‌دست آمد. همچنین، میانگین سن اولین مصرف سیگار و قلیان به ترتیب $18/11 \pm 5/70$ و $19/62 \pm 6/60$ سال بود.

براساس نتایج حاصل از مطالعه، در حال حاضر ۱۴۸ نفر از شرکت‌کنندگان (۳۷ درصد) دارای فعالیت فیزیکی منظم بودند، ۱۶۱ نفر (۴۰/۳ درصد) قصد انجام فعالیت فیزیکی منظم طی شش ماه آینده و ۱۴۵ نفر (۳۶/۳ درصد) قصد انجام فعالیت

سؤال (مثال: "یا هنگام رانندگی در سطح جزیره/از کمربند/ایمنی استفاده می‌کنید")، فعالیت فیزیکی با چهار سؤال (مثال: "یا در طول شش ماه گذشته فعالیت فیزیکی منظم داشته‌اید")، مصرف دخانیات با ۱۸ سؤال (مثال: "به‌طور متوسط روزانه چند نخ سیگار می‌کشید") و سابقه وجود بیماری با یک سؤال بود. در بخش الگوی تغذیه‌ای سؤالات به‌صورت باز بود و نمره‌دهی در آن کاربردی نداشت. همچنین در بخش‌های فعالیت فیزیکی و وضعیت مصرف دخانیات، جواب بیشتر سؤالات در قالب "بله و خیر" بود که به جواب بله نمره یک و به جواب خیر نمره صفر تعلق می‌گرفت. علاوه‌براین، در بخش سوانح و حوادث سؤالات در سه سطح "بله همیشه (نمره ۲)"، "بله گاهی (نمره ۱)" و "نه هرگز (نمره صفر)" در نظر گرفته شدند. برای تعیین نسبت روایی محتوا از ۱۰ عضو هیأت علمی متخصص در این زمینه خواسته شد تا هر گویه را براساس طیف سه قسمتی (ضروری است، مفید است؛ اما ضروری نیست و ضرورتی ندارد) بررسی نمایند. پس از اعمال نظر آن‌ها در مورد حذف، اضافه و اصلاح سؤالات، پرسشنامه نهایی تدوین گردید. جهت تعیین همسانی بیرونی ابزار از روش آزمون-آزمون مجدد ($Re=0/93$) بهره گرفته شد و برای ارزیابی همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/87$) استفاده گردید.

پژوهشگر پس از اخذ مجوز و معرفی‌نامه معتبر از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و پس از جلب رضایت مسئولان مربوطه، ضمن رعایت نکات اخلاقی در پژوهش از جمله کسب اجازه و اخذ رضایت شفاهی از افراد مورد مطالعه، آزادی و اختیار واحدهای پژوهش برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش و محرمانه‌ماندن مشخصات فردی و خانوادگی آن‌ها اقدام به جمع‌آوری داده‌ها نمود. لازم به ذکر است که پرسشگری توسط پرسنل آموزش‌دیده صورت گرفت. باید خاطر نشان ساخت که این طرح مطالعاتی دارای تأییدیه کمیته اخلاق در پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان می‌باشد.

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه (n=400)

متغیر جمعیت‌شناختی	فراوانی	درصد
جنس	مذکر	۱۸۴
	مؤنث	۲۱۶
سطح تحصیلات	خواندن و نوشتن	۶۱/۵
	متوسطه	۲۸/۷
وضعیت تأهل	دانشگاهی	۹/۸
	مجرد	۱۷/۳
	متأهل	۷۲
	مطلقه	۳/۳
وضعیت اقتصادی	بیوه	۷/۴
	خوب	۱۷/۵
	متوسط	۴۰/۵
	ضعیف	۴۲

هفته را به خود اختصاص دادند. بین وضعیت تأهل و میزان مصرف گروه‌های غذایی نیز ارتباط معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$)؛ به طوری که در این متغیرها افراد متأهل و با سطح درآمدی بالا، بیشترین میزان مصرف گروه‌های غذایی در طول یک هفته را گزارش نمودند؛ اما بین زنان و مردان اختلاف معناداری در میزان مصرف گروه‌های مختلف غذایی مشاهده نشد ($P > 0/05$) (جدول ۲).

نتایج حاصل از آزمون کای دو در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه‌های مصرف سیگار، مصرف قلیان و فعالیت فیزیکی با سطح تحصیلات رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). بر این اساس بیشترین میزان مصرف سیگار و قلیان و فعالیت جسمانی مربوط به گروه با تحصیلات پایین بود. شایان ذکر

فیزیکی منظم طی ۳۰ روز آینده را داشتند. ۱۵۲ نفر (۳۸ درصد) نیز طی شش ماه گذشته فعالیت فیزیکی منظم داشتند. یافته‌ها حاکی از آن بودند که از ۴۰۰ فرد مورد بررسی، ۳۶ نفر رانندگی با ماشین در این جزیره را گزارش نموده بودند که از این تعداد ۲۲ نفر (۶۱/۱ درصد) همواره از کمربند ایمنی حین رانندگی استفاده می‌کردند. همچنین از ۱۵۷ نفری که با موتور سیکلت تردد می‌نمودند، سه نفر (۱/۹ درصد) همیشه و هشت نفر (۵/۱ درصد) گاهی اوقات از کلاه ایمنی استفاده می‌کردند.

علاوه بر این، نتایج حاصل از آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که بین میانگین مصرف میوه، سبزیجات، ماهی و گوشت قرمز با تحصیلات رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). بر این اساس گروه با تحصیلات دانشگاهی بالاترین میزان مصرف در طول یک

جدول ۲: ارتباط بین میانگین مصرف گروه‌های مختلف غذایی و متغیرهای دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	مصرف میوه میانگین \pm انحراف معیار	مصرف سبزیجات میانگین \pm انحراف معیار	مصرف ماهی میانگین \pm انحراف معیار	مصرف گوشت قرمز میانگین \pm انحراف معیار
خواندن و نوشتن	۹۶/۱۶ \pm ۱/۲	۳۲/۳۰ \pm ۲/۳	۳۶/۳۰ \pm ۱/۳	۵۰/۲۶۸ \pm ۱/۱
تحصیلات متوسطه	۱۹/۸۹ \pm ۲/۲	۲۵/۷۴ \pm ۲/۳	۳۷/۴۱ \pm ۱/۳	۷۰/۵۳ \pm ۱/۱
تحصیلات دانشگاهی	۹۸/۳۰ \pm ۱/۳	۹۹/۵۶ \pm ۱/۴	۳۷/۸۲ \pm ۱/۳	۷۳/۷۹ \pm ۱/۱
سطح معناداری	< 0/001	0/004	0/009	< 0/001
مجرد	۷۳/۲۱ \pm ۱/۲	۰۹/۱۵ \pm ۲/۳	۳۷/۵۰ \pm ۱/۳	۶۵/۴۷ \pm ۱/۲
وضعیت متأهل	۱۵/۶۸ \pm ۲/۲	۲۹/۷۹ \pm ۲/۳	۳۷/۷۰ \pm ۱/۳	۶۲/۴۰ \pm ۱/۲
تأهل مطلقه	۹۴/۵۳ \pm ۱/۱	۶۸/۲ \pm ۱	۳۸/۳۸ \pm ۱/۳	۰/۴۳ \pm ۰/۲۳
بیوه	۷۱/۶۰ \pm ۱/۱	۵۹/۸۶ \pm ۲/۲	۵۱/۶۶ \pm ۱/۳	۳۷/۱۶ \pm ۱/۱
سطح معناداری	0/007	0/003	0/066	0/043
خوب	۲۲/۹۱ \pm ۲/۳	۳۴/۵۲ \pm ۲/۴	۳۴/۲۲ \pm ۱/۳	۷۰/۷۷ \pm ۱/۲
وضعیت متوسط	۷/۷۴ \pm ۲/۲	۲۴/۷۱ \pm ۲/۳	۳۹/۵۳ \pm ۱/۳	۶۴/۴۳ \pm ۱/۲
اقتصادی ضعیف	۵۷/۶۴ \pm ۱/۱	۱۸/۹۹ \pm ۲/۲	۳۳/۹۵ \pm ۱/۳	۴۴/۱۹ \pm ۱/۲
سطح معناداری	< 0/001	< 0/001	< 0/001	< 0/001
مرد	۹۶/۴۴ \pm ۱/۲	۳۴/۶۳ \pm ۲/۳	۶۵/۳۸ \pm ۱/۳	۶۶/۴۴ \pm ۱/۲
جنسیت زن	۱/۵۱ \pm ۲/۲	۲۷/۴۸ \pm ۲/۳	۳۸/۶۵ \pm ۱/۳	۵۶/۳۵ \pm ۱/۲
سطح معناداری	0/725	0/518	0/972	0/134

جدول ۳: ارتباط بین روغن مصرفی، مصرف سیگار، مصرف قلیان و فعالیت فیزیکی با متغیرهای دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه ($n=400$)

متغیر	روغن مصرفی			مصرف سیگار		مصرف قلیان		فعالیت فیزیکی	
	جامد	مایع	سایر	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر
	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)
سطح تحصیلات	خواندن و نوشتن	۴۹	۱۹۳	۴	۱۷۲	۴۹	۱۹۷	۷۴	۱۷۲
	متوسطه	۱۹	۹۵	۱	۶۱	۸	۱۰۷	۵۴	۶۱
	دانشگاهی	۳	۳۶	۰	۲۰	۱۹	۰	۳۹	۱۹
سطح معناداری	0/317	0/001	0/001	0/001	0/001	0/001	0/001	0/001	0/001

ادامه جدول ۲.									
مجرد		۳۴ (۲۳)	۳۵ (۱۳/۹)	۳ (۵/۳)	۶۶ (۱۹/۲)	۳۴ (۲۳)	۳۵ (۱۳/۹)	۳ (۵/۳)	۶۶ (۱۹/۲)
وضعیت تأهل		متأهل	۱۰۶ (۷۱/۶)	۱۸۲ (۷۲/۲)	۳۸ (۶/۶/۷)	۲۵۰ (۷۲/۹)	۱۰۶ (۷۱/۶)	۱۸۲ (۷۲/۲)	۳۸ (۶/۶/۷)
مطلقه		۳ (۲)	۱۰ (۴)	۵ (۸/۸)	۸ (۲/۳)	۳ (۲)	۱۰ (۴)	۵ (۸/۸)	۸ (۲/۳)
بیوه		۵ (۳/۴)	۲۵ (۹/۹)	۱۱ (۱۹/۳)	۱۹ (۵/۵)	۵ (۳/۴)	۲۵ (۹/۹)	۱۱ (۱۹/۳)	۱۹ (۵/۵)
سطح معناداری		۰/۰۱۲		<۰/۰۰۱		۰/۰۱۲			
وضعیت اقتصادی		خوب	۲۷ (۱۸/۲)	۴۳ (۱۷/۱)	۸ (۱۴)	۶۲ (۱۸/۱)	۲۷ (۱۸/۲)	۴۳ (۱۷/۱)	۸ (۱۴)
متوسط		۲۵ (۳۵/۲)	۱۳۳ (۴۱)	۶۸ (۴۵/۹)	۹۴ (۳۷/۳)	۶۸ (۴۵/۹)	۹۴ (۳۷/۳)	۶۸ (۴۵/۹)	۱۸ (۳/۱/۶)
ضعیف		۴۱ (۵۷/۷)	۱۲۷ (۳۹/۲)	۵۳ (۳۵/۸)	۱۱۵ (۴۵/۶)	۵۳ (۳۵/۸)	۱۱۵ (۴۵/۶)	۵۳ (۳۵/۸)	۳۱ (۴۵/۴)
سطح معناداری		۰/۰۰۵		۰/۱۴۰		۰/۱۲۳		۰/۱۴۰	
جنسیت		مرد	۲۲ (۳۱)	۱۵۸ (۴۸/۸)	۴ (۸۰)	۱۷۴ (۵۰/۷)	۷۹ (۵۳/۴)	۱۰۵ (۴۱/۷)	۱۰ (۱۷/۵)
زن		۴۹ (۶۹)	۱۶۶ (۵۱/۲)	۱ (۲۰)	۱۶۹ (۴۹/۳)	۶۹ (۴۶/۶)	۱۴۷ (۵۸/۳)	۶۹ (۴۶/۶)	۴۷ (۸۲/۵)
سطح معناداری		۰/۰۰۸		۰/۰۱۵		<۰/۰۰۱		۰/۰۲۳	

جایگزینی روغن مایع نسبت به روغن جامد انجام داده‌اند. بررسی حاضر گویای این واقعیت است که تمایل به مصرف روغن‌های مایع و آگاهی‌های تغذیه‌ای در این رابطه نسبت به گذشته افزایش یافته است. دلیل احتمالی دیگر این اختلاف را شاید بتوان به تفاوت در شرایط جغرافیایی، اقتصادی، فرهنگی و عادت‌ها و الگوی‌های غذایی افراد در مطالعات مختلف نسبت داد. در این راستا، Swierad و همکاران در پژوهشی کیفی که در آن به بررسی تأثیر فرهنگ بر رفتارهای بهداشتی آفریقایی‌ها و آمریکایی‌ها پرداختند نشان دادند که عادت‌های غذایی به‌شدت متأثر از فرهنگ می‌باشند [۱۸]؛ زیرا فرهنگ درون افراد نهادینه شده و با عادت‌های غذایی ادغام می‌گردد. رشیدخانی و همکاران نیز الگوی غذایی را به‌عنوان یکی از زیربخش‌های فرهنگ غذایی مورد بررسی قرار دادند [۱۹]. در مطالعه قلی‌زاده و همکاران فرهنگ غذایی نقش میانجی بین دانش تغذیه‌ای با امنیت غذایی داشت [۲۰].

علاوه‌براین، در پژوهش حاضر به لحاظ آماری ارتباط معناداری بین تحصیلات و مصرف نمک مشاهده شد؛ به‌گونه‌ای که افراد با تحصیلات پایین میزان نمک بیشتری را مصرف می‌کردند. در مطالعه Wijtzes در هلند کودکانی که مادرانشان تحصیلات پایین‌تری داشتند در مقایسه با کودکانی که مادران آنها دارای تحصیلات بالاتر بودند، شیرینی با کالری بالا و نوشیدنی‌های حاوی قند بیشتری را استفاده می‌کردند [۲۱]. در بررسی‌های تغذیه‌ای در جوامع پیشرفته نیز مشخص شده است

است که بین روغن مصرفی و تحصیلات ارتباط معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). از سوی دیگر، سایر متغیرها نظیر وضعیت تأهل و جنسیت با مصرف سیگار و قلیان و فعالیت فیزیکی ارتباط معناداری داشتند ($P < 0/05$). بین سطح تحصیلات و مصرف نمک نیز ارتباط معناداری مشاهده شد ($P = 0/002$). به عبارت دیگر، افراد با تحصیلات پایین میزان مصرف نمک بالاتری داشتند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت سبک زندگی ساکنین جزیره هرمز انجام شد. نتایج نشان داد که بیشترین نوع روغن مصرفی در بین ساکنین جزیره هرمز، روغن مایع می‌باشد. در مطالعه جعفری و همکاران نیز بیشترین نوع روغن مصرفی، روغن مایع بود که با نتایج مطالعه حاضر همسویی دارد [۱۳]. در تناقض با یافته‌های پژوهش حاضر، در مطالعه کلیشادی و همکاران بیشتر خانواده‌ها از روغن جامد استفاده می‌کردند [۱۴]. همچنین در پژوهش رحیمی و همکاران نزدیک به نیمی از زنان شهری و روستایی از روغن جامد استفاده می‌نمودند [۱۵]. برخی از مطالعات دیگر نیز مؤید این مطلب می‌باشند [۱۶، ۱۷]. علت این اختلاف را شاید بتوان تا حدودی به سال‌های مختلفی که این مطالعات در آنها انجام شده‌اند نسبت داد؛ زیرا در سال‌های اخیر رسانه‌ها نقش بسیار زیادی را در ارتقای سطح آگاهی مردم ایفا نموده‌اند و تبلیغات و تلاش‌های گسترده‌ای را به‌منظور

کافی میوه و سبزیجات، مشکلات اقتصادی بود [۲۸]؛ به طوری که ۶۵ درصد از آن‌ها بیان نمودند که پول کافی برای خرید میوه و سبزیجات ندارند. مطالعات دیگر نیز حاکی از آن هستند که کاهش ۱ درصدی قیمت میوه و سبزیجات منجر به افزایش ۲ درصدی مصرف آن‌ها می‌گردد و افزایش ۱ درصدی درآمد خانواده، میزان مصرف میوه و سبزیجات را ۴ درصد افزایش می‌دهد [۲۹]. در این زمینه، در مرور نظام‌مند Kamphuis و همکاران بیشترین مدارک به دست آمده بر وجود ارتباط مثبت و معنادار بین سطح درآمد خانواده و مصرف میوه و سبزیجات داشت [۳۰]. در مطالعه Yeh نیز هزینه بالای میوه و سبزیجات مانعی برای مصرف بود [۳۱]. میوه و سبزیجات بخش مهمی از یک رژیم غذایی سالم هستند که با اثرات متعددی بر سلامت از جمله کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن همراه می‌باشند و مصرف آن‌ها به عنوان یک استراتژی قابل اصلاح برای پیشگیری و مدیریت بیماری‌های مزمن شناخته شده است.

عادات غذایی ناسالم می‌توانند نقش عمده‌ای در شیوع چاقی و بیماری‌های مزمن مربوط به تغذیه داشته باشند؛ به عنوان مثال گزارش شده است افرادی که در سطوح پایین‌تر اقتصادی-اجتماعی قرار دارند، در مقایسه با افراد در رده بالاتر مکرراً به میزان بیشتری غذاهای پر انرژی مانند فست‌فودها (غذاهای آماده)، غذاهای سرخ‌شده و گوشت‌های پرچرب را مصرف می‌کنند؛ در حالی که افراد با سطح اقتصادی بالاتر از میوه و سبزیجات بیشتری استفاده می‌کنند [۳۲]. این نکته تا حدودی اهمیت مسائل اقتصادی در انتخاب مواد غذایی سالم را مشخص می‌سازد. می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که افراد با وضعیت اقتصادی بهتر قادر هستند درباره مسائلی که سلامت آن‌ها را بهبود می‌بخشند بیان‌دهند. از سوی دیگر، افراد با وضعیت اقتصادی بالاتر از منابع و انعطاف‌پذیری بیشتری در انتخاب‌های غذایی در مقایسه با افراد با وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر برخوردار هستند و افراد طبقات پایین از نظر اقتصادی انتخاب‌های محدودتری دارند.

بر مبنای یافته‌های پژوهش حاضر مشخص گردید که میزان مصرف ماهی با میزان درآمد افراد ارتباط مستقیمی دارد. انجمن قلب آمریکا مصرف ۲ تا ۳ بار ماهی در هفته را جهت کاهش ۳۰ درصدی خطر مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی توصیه کرده است [۳۳]. در این زمینه در مطالعه Darko و همکاران گزارش شد که با افزایش قیمت ماهی، تعداد دفعات مصرف آن کاهش می‌یابد [۳۴]. در پژوهش Petrenya و همکاران نیز نقش درآمد در رابطه با مصرف ماهی ثابت گردید [۳۵]. همچنین در مطالعات محسنی و همکاران و مطلبی و همکاران مصرف ماهی ارتباط مستقیمی با درآمد ماهیانه شرکت‌کنندگان داشت [۳۶، ۳۷]. به نظر می‌رسد سیاست‌هایی که مانع افزایش هزینه‌های ماهیگیری می‌شوند می‌توانند تا حدودی منجر به کاهش قیمت ماهی و به دنبال آن افزایش مصرف آن گردند.

که داشتن رژیم غذایی سالم با بالارفتن میزان تحصیلات افزایش می‌یابد [۲۲، ۲۳]. به طور کلی، سطح تحصیلات بالاتر می‌تواند توانایی فرد را در کسب یا فهم اطلاعات مربوط به سلامت و به‌ویژه دانش تغذیه‌ای لازم جهت اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت و باورهای صحیح در حوزه عادت‌های غذایی افزایش دهد. در این راستا، قلی‌زاده و همکاران نشان دادند که دانش تغذیه‌ای اثر منفی و معناداری بر ناامنی غذایی دارد؛ به طوری که می‌توان گفت با ارتقای دانش تغذیه‌ای سرپرست خانوار، امنیت غذایی خانوار بهبود می‌یابد [۲۰]؛ بنابراین آموزش افراد به‌ویژه سرپرستان خانوار در زمینه غذاهای شور و شیرین و ارائه راهکارهای مناسب به منظور جایگزین کردن غذاهای سالم به جای این‌گونه مواد غذایی و افزایش سواد سلامت جامعه می‌تواند در این زمینه راهگشا باشد.

از سوی دیگر، در پژوهش حاضر بین وضعیت اقتصادی و نوع روغن مصرفی ارتباط معناداری از نظر آماری وجود داشت؛ به گونه‌ای که افراد با وضعیت اقتصادی پایین، بیشتر از روغن جامد استفاده می‌کردند. در این ارتباط، پاسدار و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که بهبود وضعیت اقتصادی-اجتماعی ارتباط مستقیمی با افزایش مصرف روغن مایع دارد [۲۴]. در مطالعه Boylan و همکاران نیز ارتباط مستقیم وضعیت اقتصادی-اجتماعی با مصرف روغن‌های گیاهی با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد [۲۵]. احتمالاً روغن‌های گیاهی به دلیل گران‌تر بودن نسبت به روغن‌های جامد، بیشتر توسط خانواده‌هایی که از نظر وضعیت اقتصادی در سطح بالاتری قرار دارند استفاده می‌شوند.

یافته‌های حاصل از پژوهش‌های متفاوت نشان داده‌اند که مصرف پنج وعده میوه در روز به میزان ۲۷ درصد و مصرف سه وعده سبزی در روز به میزان ۷۰ درصد خطر بیماری‌های قلبی-عروقی را کاهش می‌دهد [۲۶]؛ در حالی که در مطالعه حاضر میانگین میزان مصرف میوه و سبزیجات در حد پایینی گزارش گردید. در این ارتباط، در پژوهش استاجی و همکاران بیان شد که بیشتر مردم سبزواری تنها گاهی از میوه و سبزیجات استفاده می‌کنند که این یافته تا حدودی با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد [۱۲]. در تناقض با این نتایج، در مطالعه رفیعی و همکاران نشان داده شد که بیشتر زنان مورد مطالعه در رژیم غذایی خود از میوه و سبزیجات مصرف می‌کردند [۲۷]. دلیل احتمالی این اختلاف را شاید بتوان به شرایط آب و هوایی کشت میوه و سبزیجات در نقاط مختلف جغرافیایی نسبت داد. احتمالاً شرایط جغرافیایی خاص این جزیره و شرایط اقتصادی نامناسب تا حدودی می‌تواند بر کاهش میزان مصرف این محصولات اثرگذار باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که افراد با وضعیت اقتصادی بالاتر میوه، سبزیجات و ماهی بیشتری مصرف می‌کنند [۱۹]. در این ارتباط در مطالعه صالحی و همکاران یکی از موانع مصرف

مصرف دخانیات در اماکن عمومی و تخصیص امکانات مالی و رفاهی برای ترک دخانیات جهت رغبت و تشویق افراد سیگاری در کاهش استعمال دخانیات مؤثر باشد.

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن بودند که بیش از نیمی از ساکنین جزیره هرمز فعالیت فیزیکی منظمی ندارند. این در حالی است که کاهش فعالیت جسمانی یکی از عوامل مداخله‌گر شیوه زندگی می‌باشد و باعث افزایش فشار خون، کلسترول، چاقی، دیابت و بیماری‌های قلبی-عروقی می‌گردد [۴۴]. در این ارتباط، در مطالعه مرادی و همکاران کمترین امتیاز در زمینه سبک زندگی در بعد فعالیت فیزیکی به‌دست آمد. Tokgoz نیز در پژوهش خود نشان داد که کمترین میانگین کسب‌شده مربوط به بعد فعالیت فیزیکی می‌باشد [۴۵]. در مطالعات Lusk و همکاران و Duffy و همکاران نیز نتایج مشابهی همسو با یافته‌های مطالعه حاضر به‌دست آمد [۴۶، ۴۷]. زندگی بدون تحرک به‌عنوان عامل اصلی بیماری‌های مختلف شناخته شده است و پایین‌بودن میزان فعالیت جسمانی در میان ساکنین جزیره هرمز می‌تواند زنگ خطری برای مسئولان امر بهداشت باشد. شناسایی علل ریشه‌ای کم‌بودن فعالیت فیزیکی در جهت برنامه‌ریزی ابتدایی و به‌کارگیری استراتژی‌های مناسب برای افزایش فعالیت جسمانی ضروری به نظر می‌رسد. کاهش فعالیت جسمانی در بین ساکنین جزیره هرمز را شاید بتوان تا حدودی به کمبود تسهیلات و امکانات، نبود مکان امن برای پیاده‌روی، شرایط جغرافیایی و آب و هوایی و پایین‌بودن آگاهی مردم از فواید فعالیت فیزیکی نسبت داد. اختصاص بودجه به ورزش، ایجاد فضای سبز به‌ویژه سالن‌های سرپوشیده و فضاهای خاص بانوان و ایجاد سالن‌ها و باشگاه‌های ورزشی دولتی با هزینه‌ای که اقشار کم‌درآمد نیز بتوانند از آن استفاده کنند می‌تواند تا حدودی در ارتقای فعالیت فیزیکی ساکنین متمرکس واقع گردد.

در ارتباط با بعد حوادث و سوانح در پژوهش حاضر ۹۳ درصد از افراد اعلام نمودند که هرگز از کلاه ایمنی استفاده نمی‌کنند که این آمار بسیار بالاتر از بیشتر مطالعات انجام‌شده در ایران و دیگر کشورها می‌باشد [۴۸، ۴۹]. در تبیین این یافته شاید بتوان گفت که به علت کم‌تردد و خلوت‌بودن خیابان‌های جزیره هرمز، رانندگان اعتقادی به استفاده از کلاه ایمنی در خیابان‌های خلوت ندارند. در این راستا، در پژوهشی نشان داده شد که موتورسواران هنگامی که در خیابان‌های خلوت رانندگی می‌کنند، کمتر از کلاه ایمنی استفاده می‌نمایند [۵۰]. شرایط جغرافیایی و گرمای هوا نیز می‌تواند یکی دیگر از دلایل احتمالی عدم استفاده از کلاه ایمنی باشد.

در ارتباط با محدودیت‌های پژوهش حاضر باید به این نکته اشاره کرد که اطلاعات پرسشنامه به‌صورت خودگزارش‌دهی توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردیدند که این امر می‌تواند عینیت داده‌ها را تا حدی کاهش دهد. همچنین، این احتمال

لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر میانگین مصرف ماهی در مقایسه با دیگر مواد غذایی بیشترین مقدار را به خود اختصاص داد؛ به‌گونه‌ای که افراد مصرف سه وعده ماهی (سه روز) در هفته را گزارش نمودند. در مطالعه محسن‌نژاد و همکاران میانگین مصرف ماهی در بین افراد مورد مطالعه پایین‌تر از پژوهش حاضر بود که این امر با نتایج پژوهش حاضر همسویی ندارد [۳۶]. در برخی از مطالعات دیگر نیز نتایج متناقض با یافته‌های پژوهش حاضر گزارش شده است [۳۸، ۳۹] که این اختلاف را تا حدود زیادی می‌توان به موقعیت جغرافیایی این جزیره و به دنبال آن دسترسی بیشتر مردم (شغل ماهیگیری ساکنین این جزیره) نسبت داد. در مطالعه نظام‌مند پندری و همکاران محل سکونت، نزدیکی به ساحل و نحوه دسترسی به ماهی ارتباط معناداری با مصرف ماهی داشت [۴۰]. در پژوهش Folta در شهر کانزاس نیز یکی از موانع اصلی مصرف ماهی، مشکل دسترسی به آن بود؛ زیرا در این شهر بزرگ تنها یک مغازه برای فروش ماهی تازه وجود داشت [۴۱]. در این ارتباط، Nahab و همکاران در پژوهشی نقش مکان و موقعیت‌های جغرافیایی مختلف بر رفتار مصرف غذاهای دریایی را نشان دادند [۴۲]؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد مداخلات ترویجی در مورد مصرف ماهی به‌طور جدی راه‌کارهایی برای بهبود دسترسی هرچه بیشتر مردم به ماهی را ارائه دهد. علاوه بر این، آگاه‌نمودن جامعه نسبت به خواص محصولات دریایی و تأثیری که بر سلامت انسان و پیشگیری از انواع بیماری‌ها دارند می‌تواند تا حدودی بر افزایش میزان مصرف ماهی تأثیرگذار باشد. در این میان رسانه‌های گروهی می‌توانند با تبلیغات صحیح، جالب و جذاب مردم را به مصرف هرچه بیشتر ماهی تشویق نمایند.

در مطالعه حاضر بیشترین نوع دخانیات مصرفی قلیان و پس از آن سیگار بود. در مطالعه استاجی و همکاران میزان مصرف قلیان توسط ساکنین شهر سبزوار بسیار پایین‌تر از یافته‌های پژوهش حاضر بود [۱۲]. علت این تناقض را شاید بتوان تا حدودی به تفاوت در سنت‌ها، فرهنگ، الگوی اجتماعی و بافت شهری هر منطقه نسبت داد. در رابطه با مصرف سیگار، Willett و همکاران در یک مطالعه کوهورت نشان دادند که مصرف ۲۵ نخ سیگار و یا بیشتر در روز ارتباط مثبت و معناداری با خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی کشنده دارد [۴۳]. این تحقیقات اهمیت مصرف دخانیات در ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی را نشان می‌دهند. در پژوهش حاضر فشار خون و بیماری‌های قلبی-عروقی بالاترین نرخ بیماری را به خود اختصاص دادند؛ از این رو پیشگیری از این بیماری‌ها از طریق تعدیل عوامل به‌وجودآورنده آن‌ها که یکی از این عوامل استعمال دخانیات است، از اقدامات اساسی و مهم می‌باشد. به نظر می‌رسد که شفاف‌سازی عوارض کوتاه‌مدت دخانیات مانند تأثیر بر آراستگی و ظاهر فردی، پیری زودرس، بوی بد دهان و بدن و عوارض دهان و دندان، افزایش مالیات سیگار، ممنوعیت

اطلاع‌رسانی و هنجارسازی در زمینه رفتارهای ایمنی می‌توانند نقش تعیین‌کننده‌ای در سبک زندگی سالم مردم هرمز داشته باشند. در این راستا، پیشنهاد می‌گردد مطالعات طولی جهت بهبود سبک زندگی انجام شود تا انواع مختلف رفتارهای بهداشتی آن‌ها به‌طور منظم مورد بررسی قرار گیرد. همچنین جهت آشنایی بیشتر با سبک زندگی سالم لازم است کارگاه‌های آموزشی در این زمینه برای گروه‌های مختلف مردم توسط سازمان‌های مسئول برگزار گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر حاصل طرح تحقیقاتی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان می‌باشد و هیچ‌گونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگر ندارد. بدین‌وسیله نویسندگان این مقاله مراتب سپاسگزاری خود را از کلیه شرکت‌کنندگان در مطالعه و همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان (به دلیل حمایت مالی از پژوهش) اعلام می‌دارند.

وجود داشت که افراد به دلیل برخی از تعصبات از ارائه اطلاعات واقعی خودداری نمایند. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر عدم تعمیم‌پذیری آن به سایر مناطق جغرافیایی یا استان هرمزگان می‌باشد؛ زیرا در این مطالعه تنها ساکنین جزیره هرمز مورد بررسی قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه حاکی از آن بود که وضعیت اقتصادی-اجتماعی و تحصیلات با سبک زندگی سالم افراد ارتباط دارد. در این پژوهش بیش از نیمی از ساکنین فعالیت فیزیکی منظمی نداشتند و بیشترین نوع دخانیات مصرفی در میان افراد سیگار بود. استفاده از کلاه ایمنی در بین موتورسواران نیز بسیار پایین بود. آموزش تغذیه‌ای سالم با استفاده از رسانه‌های جمعی به‌ویژه رسانه‌های تصویری و برنامه‌ریزی‌های مناسب جهت افزایش آگاهی تغذیه‌ای در جمعیت عمومی به‌ویژه در بین گروه‌های با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین جهت پیشگیری از بیماری‌های مزمن، سیاست‌های کاهش قیمت مواد غذایی سالم، افزایش مالیات دخانیات، ارتقای فعالیت‌های فیزیکی ساکنین،

REFERENCES

- Mohammadi F, Heidari A, Habibi Y, Boromand S, Kohan S, Heidari Z. Exploring the effective factors on young adult compliance of healthy lifestyle: A qualitative study. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2017;9(1):121-34. [Persian]
- Saber MR, Rajabzade R, Nasiry ZG. Relationship of lifestyle and hypertension in administrative employees in Bojnourd rural areas. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2013;5:785-91. [Persian]
- Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO health promotion glossary: new terms. *Health Promot Int*. 2006;21(4):340-5. PMID: 16963461 DOI: 10.1093/heapro/dal033
- Mahmoodi Shan GR, Rahmani H, Abdollahi AA, Vakili MA, Sheikh H, Nasiri H. Correlation between nurses' life style and some personal-professional characteristics in Golestan University of Medical Sciences' Hospitals. *J Res Dev Nurs Midwifery*. 2014;11(1):118-26. [Persian]
- Declaration M. The first global ministerial conference on healthy lifestyles and noncommunicable disease control, Moscow. Geneva, World Health Organization; 2011.
- Phipps C. *Fundamental of nursing*. Philadelphia: Lippincott; 2001.
- Wang C, Li W, Yin L, Bo J, Peng Y, Wang Y, et al. Comparison of healthy lifestyle behaviors among individuals with and without cardiovascular diseases from urban and rural areas in China: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2017;12(8):e0181981. PMID: 28771516 DOI: 10.1371/journal.pone.0181981
- Saint Onge JM, Krueger PM. Health lifestyle behaviors among US adults. *SSM Populat Health*. 2017;3:89-98. DOI: 10.1016/j.ssmph.2016.12.009
- Dadipoor S, Ghiaspour T, Ramazankhani A, Aghamolaei T, Safari-Moradabadi A. Correlation of smoking and students' general health at Bandar Abbas university of medical sciences. *Health Educ Health Promot*. 2016;4(4):7-17.
- Amiri F, Lotfi MH, Fallahzadeh H, Forouzannia SK. The association between lifestyle-related risk factors and coronary artery disease in residents of Yazd province: a case-control study. *J Health Dev*. 2016;5(2):98-109. [Persian]
- Mohammadi KH, Mirzadeh KM, Nasrabadi E, Rafie SF. Network analysis cooperation between local people ecology Of Hormuz Island and tourists. *J Hormozgan Cult Res Rev*. 2017;6(12):6-19. [Persian]
- Estaji Z, Akbarzadeh R, Tadayyonfar M, Rahnama F, Zardouz H, Najar L. Study of the life style of people in Sabzevar, Iran. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2006;13(3):134-9.
- Jafari F, Kholdi N, Davati A, Nezamudust Z. The study of oils consumption pattern and its related factors in east Tehran. *J Fasa Univ Med Sci*. 2013;3(3):202-7. [Persian]
- Kelishadi R, Sadry GH, Hashemipour M, Sarrafzadegan N, Alikhassy H, Bashardoust N, et al. Lipid profile and fat intake of adolescents: Isfahan healthy heart program-heart health promotion from children. *Koomesh*. 2003;4(3-4):167-76. [Persian]
- Rahimi Z, Rahbar A, Kheyrollahi F, Ebraze A, Gharlipour Z. Consumption pattern of edible oils and its related factors based on PRECEDE model in urban and rural women referring to health centers in Qom province. *Arak Med Univ J*. 2017;20(7):34-42. [Persian]
- Razanamahefa L, Lafay L, Oseredczuk M, Thiebaut A, Laloux L, Gerber M, et al. Dietary fat consumption of the French population and quality of the data on the composition of the major food groups. *Bull Cancer*. 2005;92(7):647-57. PMID: 16123004
- Agheli N, Assefzadeh S, Rajabi M, Ghoddousi A. Study of calories and macronutrients intake in people of Rasht and Qazvin. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2006;10(1):24-30. [Persian]
- Swierad EM, Vartanian LR, King M. The Influence of ethnic and mainstream cultures on african americans' health behaviors: a qualitative study. *Behav Sci*. 2017;7(3):49. DOI: 10.3390/bs7030049
- Rashidkhani B, Rezazadeh A, Omidvar N, Houshitrad N, Setayeshgar Z. Relationships of major dietary patterns and their association with socioeconomic and demographic factors in 20-50 year-old women in the north of Tehran. *Nutr Sci Food Technol*. 2008;3(2):1-12. [Persian]
- Gholizadeh H, Rostamian Motlagh Z, Badsar M, Shams A. Culture and nutrition knowledge, and their relationship with food insecurity among rural households in Kermanshah county, Iran. *J Rural Res*. 2017;8(1):54-67. [Persian]
- Wijtzes AI, Jansen W, Jansen PW, Jaddoe VW, Hofman A, Raat H. Maternal educational level and preschool children's consumption of high-calorie snacks and sugar-containing beverages: mediation by the family food environment.

- Prev Med.* 2013;**57**(5):607-12. [PMID: 23988496](#) [DOI: 10.1016/j.ypmed.2013.08.014](#)
22. Dadipoor S, Madani A, Ghanbarnejad A, Safari Moradabadi A, Amani F, Hosseini M, et al. Effective factors related to fast-foods consumption in Bandar Abbas: a community-based study. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2014;**2**(2):77-86. [Persian]
 23. Lv N, Cason KL. Dietary pattern change and acculturation of Chinese Americans in Pennsylvania. *J Am Diet Assoc.* 2004;**104**(5):771-8. [PMID: 15127063](#) [DOI: 10.1016/j.jada.2004.02.032](#)
 24. Pasdar Y, Rezaei M, Darbandi M, Niazi P, Faramani RS. Consumption pattern of lipids and the factors affecting their selection among families in Kermanshah (2011). *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2014;**18**(1):44-52.
 25. Boylan S, Lallukka T, Lahelma E, Pikhart H, Malyutina S, Pajak A, et al. Socio-economic circumstances and food habits in Eastern, Central and Western European populations. *Public Health Nutr.* 2011;**14**(4):678-87. [PMID: 20843403](#) [DOI: 10.1017/S1368980010002570](#)
 26. Vestfold Heartcare Study Group. Influence on lifestyle measures and five-year coronary risk by a comprehensive lifestyle intervention programme in patients with coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2003;**10**(6):429-37. [PMID: 14671465](#) [DOI: 10.1097/01.hjr.0000107024.38316.6a](#)
 27. Rafiee A, Dostifar K, Tavasoli E, Alipour F, Darabi T, Ashrafi Hafez A, et al. The lifestyle of married women referring to health centers in West of Ahvaz. *Sci J Ilam Univ Med Sci.* 2014;**22**(3):1-9. [Persian]
 28. Salehi S, Naji SA, Sargazi M. The Amount of Consumption of Fruits and Vegetables and Related Factors in the Hospitalized Elderly in Zahedan in 2010. *Iran J Ageing.* 2012;**6**(4):30-6. [Persian]
 29. Claro RM, Carmo HC, Machado FM, Monteiro CA. Income, food prices, and participation of fruit and vegetables in the diet. *Rev Saude Publica.* 2007;**41**(4):557-64. [PMID: 17589753](#)
 30. Kamphuis CB, Giskes K, de Bruijn GJ, Wendel-Vos W, Brug J, Van Lenthe FJ. Environmental determinants of fruit and vegetable consumption among adults: a systematic review. *Br J Nutr.* 2006;**96**(4):620-35. [PMID: 17010219](#)
 31. Yeh MC, Ickes SB, Lowenstein LM, Shuval K, Ammerman AS, Farris R, et al. Understanding barriers and facilitators of fruit and vegetable consumption among a diverse multi-ethnic population in the USA. *Health Promot Int.* 2008;**23**(1):42-51. [PMID: 18182418](#) [DOI: 10.1093/heapro/dam044](#)
 32. Konttinen H, Sarlio-Lähteenkorva S, Silventoinen K, Männistö S, Haukka A. Socio-economic disparities in the consumption of vegetables, fruit and energy-dense foods: the role of motive priorities. *Public Health Nutr.* 2013;**16**(5):873-82. [PMID: 22857602](#) [DOI: 10.1017/S1368980012003540](#)
 33. Smith KM, Sahyoun NR. Fish consumption: recommendations versus advisories, can they be reconciled? *Nutr Rev.* 2005;**63**(2):39-46. [PMID: 15762087](#)
 34. Darko FA. Consumer preference for farmed fish in Ghana and Kenya: opportunities for domestic demand-driven aquaculture. Indian: Purdue University; 2011.
 35. Petrenya N, Dobrodeeva L, Brustad M, Bichkaeva F, Menshikova E, Lutfalieva G, et al. Fish consumption and socio-economic factors among residents of Arkhangelsk city and the rural Nenets autonomous area. *Int J Circumpolar Health.* 2011;**70**(1):46-58. [PMID: 21329575](#)
 36. Mohsennejad A, Khorsandi M, Roozbahani N, Eshtrati B. Investigation of fish consumption considering constructs of the transtheoretical model in women 30-50 years old in Arak city, 2014. *Arak Med Univ J.* 2016;**19**(1):71-8.
 37. Matlabi M, Sharifirad G, Mostavafi F, Mohebi S, Azadbakht L. Factors affecting fish consumption based on structures of health education. *J Health Syst Res.* 2012;**8**(4):523-36.
 38. Nosrati SH, Hayati B, Pishbahar E, Mohammad RR. Analyzing the factors affecting fish consumption among the households of Tabriz county. *J Econ Agr Dev.* 2013;**27**(3):230-41. [Persian]
 39. De Vet E, De Nooijer J, De Vries NK, Brug J. The transtheoretical model for fruit, vegetable and fish consumption: associations between intakes, stages of change and stage transition determinants. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2006;**3**(1):13. [PMID: 16784520](#) [DOI: 10.1186/1479-5868-3-13](#)
 40. Rezaei-pandari H. Barriers to fish consumption and its influencing factors: A comprehensive overview of the relevant evidence in Iran and in the world. *J Health Field.* 2017;**2**(1):46-59. [Persian]
 41. Folta SC, Goldberg JP, Seguin R, Reed PN, Nelson ME, Lichtenstein AH. Peer reviewed: factors related to cardiovascular disease risk reduction in midlife and older women: a qualitative study. *Prev Chronic Dis.* 2008;**5**(1):A6. [PMID: 18081995](#)
 42. Nahab F, Le A, Judd S, Frankel M, Ard J, Newby P, et al. Racial and geographic differences in fish consumption: the REGARDS study. *Neurology.* 2011;**76**(2):154-8. [PMID: 21178096](#) [DOI: 10.1212/WNL.0b013e3182061afb](#)
 43. Willett WC, Green A, Stampfer MJ, Speizer FE, Colditz GA, Rosner B, et al. Relative and absolute excess risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. *N Engl J Med.* 1987;**317**(21):1303-9. [PMID: 3683458](#) [DOI: 10.1056/NEJM198711193172102](#)
 44. Aghamolaei T, Farshidi H, Safari Moradabadi A, Dadipoor S. Effect of interventions based on the theory of planned behavior on promoting physical activity: a systematic review. *J Prev Med.* 2017;**3**(4):15-1. [Persian]
 45. Tokgöz E. Evaluation of health behaviors among lecturers and of affecting factors. [PhD Thesis]. Izmir, Turkey: Dokuz Eylul University of Health Sciences Institute; 2002.
 46. Lusk SL, Kerr MJ, Ronis DL. Health-promoting lifestyles of blue-collar, skilled trade, and white-collar workers. *Nurs Res.* 1995;**44**(1):20-4. [PMID: 7862540](#)
 47. Duffy ME, Rossow R, Hernandez M. Correlates of health-promotion activities in employed Mexican American women. *Nurs Res.* 1996;**45**(1):18-24. [PMID: 8570417](#)
 48. Mokhtari AM, Samadi S, Hatami SE, Jalilian H, Khanjani N. Investigating the rate of helmet use and the related factors among motorcyclist in Kerman between 2012-2013. *Saf Promot Injury Prev.* 2015;**2**(3):209-14. [Persian]
 49. World Health Organization. Global status report on road safety: time for action. Geneva: World Health Organization; 2009.
 50. Oruji MA, Charkazi A, Yazdanpoor F, Naemi M. The attitude of motorcycle drivers about helmet use based on health belief model (HBM) in Khomein city, 2010. *J Gorgan Bouyeh.* 2011;**8**(20):14-23.