Journal of Police Medicine

Fall 2014; Vol. 3, No. 3: 159-166

Original Article

Comparison of Military and Civilian Lifestyle

Received: 27 July 2014 **Revised:** 26 November 2014 **Accepted:** 2 December 2014

Abbas Ebadi[1]

Afzal Shamsi[2]

Zeinab Tabanejad[3]

Yaser Saeid[4*]

[1]Associate Professor, Behavior Research Center, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[2]PhD Student, Nursing, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.

[3]MSc, Critical Care Nursing, Valiasr Hospital, Tehran, Iran.

[4]MSc in Critical Care Nursing, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[*]**Corresponding Author:**
Saeid Yaser
Tel: (+98)9131978416
e-mail: yasernurse84@yahoo.com

ABSTRACT

Background: Lifestyle is one of the important factors that affect human health. Today most problems of health, such as obesity, cancer, hypertension and disease and resulted mortality are associated with lifestyle. The aim of the present study was to compare the lifestyle of military personnel and civilians.

Materials and Methods: This descriptive-comparative study was conducted with 200 people, including 100 military and 100 civilians in Tehran. Convenience sampling method was used to selected subjects. Lifestyle questionnaire developed by researchers in four main dimensions (nutrition, stress, smoking and physical activity) was used to collect research data.

Results: The mean age of the military group was 40.1 (5.58) and in non-military group was 40.46 (5.52) years. Optimal amount of carbohydrates, fruits, fat consumption of and the mean of physical activity were higher in the military group. However, optimal amount of protein consumption and the mean of stress levels and smoking were higher in non-military ($p<0.05$), there was no statistically significant difference in the amount of dairy products consumption between two groups.

Conclusion: According to the importance of lifestyle in personal health and the necessity of paying attention to all aspects of military and civilian lifestyle, we suggest organized and comprehensive interventions which are consistent with the condition of subjects.

Keywords: lifestyle, military, civilian

پاییز ۱۳۹۳- دوره ۳- شماره ۳- صفحات ۱۶۶-۱۵۹

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

مقایسه سبک زندگی افراد نظامی و غیرنظامی

تاریخ دریافت: ۵ مرداد ۱۳۹۳ **تاریخ اصلاح:** ۵ آذر ۱۳۹۳ **تاریخ پذیرش:** ۱۱ آذر ۱۳۹۳

چکیده

مقدمه: سبک زندگی یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت انسان‌هاست. امروزه اکثر مشکلات سلامتی مانند چاقی، انواع سرطان‌ها، پرفشاری خون، بیماری‌ها و مرگ‌ومیر ناشی از آن‌ها با سبک زندگی در ارتباط است. لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه سبک زندگی افراد نظامی و غیرنظامی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی مقایسه‌ای بر روی ۲۰۰ نفر شامل ۱۰۰ نفر نظامی و ۱۰۰ نفر غیرنظامی در شهر تهران انجام شد. انتخاب افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. داده ها توسط پرسشنامه پژوهشگر ساخته سبک زندگی در چهار حیطه اصلی (وضعیت تغذیه، وضعیت استرس، مصرف دخانیات و فعالیت بدنی) جمع‌آوری گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد در گروه نظامی (۵/۵۸) ۴۰/۱ سال و درگروه غیرنظامی (۵/۲۵) ۴۰/۴۶ سال بود. در این مطالعه فراوانی مصرف مطلوب کربوهیدرات، میوه، چربی و میانگین فعالیت ورزشی در گروه نظامی بیشتر بود. از طرفی میانگین مصرف مطلوب پروتئین و سطح استرس و میانگین مصرف دخانیات در گروه غیرنظامی بیشتر بود ($P< ۰/۰۵$) از نظر میزان مصرف لبنیات بین دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت سبک زندگی در تأمین سلامت افراد و لزوم توجه به تمام حیطه‌های سبک زندگی نظامیان و غیرنظامیان، مداخله سازمان‌یافته، گسترده و منطبق با شرایط افراد موردبررسی ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: سبک زندگی، نظامی، غیرنظامی

عباس عبادی[۱]

افضل شمسی[۲]

زینب تابانژاد[۳]

یاسر سعید[۴*]

[۱]دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

[۲]دانشجوی دکتری، پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

[۳]کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، بیمارستان ولیعصر ناجا، تهران، ایران.

[۴]کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

[*]نویسنده مسئول:

یاسر سعید

تلفن: ۹۱۳۱۹۷۸۴۱۶(+۹۸)

پست الکترونیک:

yasernurse84@yahoo.com

مقدمه

اصطلاح شیوه یا سبک زندگی که اولین بار آلفرد آدلر[1] روانکاو اتریشی و پایه‌گذار مکتب روانشناسی فردی به آن اشاره کرد مفهوم بسیار مهمی است که اغلب برای بیان روش زندگی مردم به‌کار رفته و منعکس کننده طیف وسیعی از ارزش ها، عقاید و فعالیت های اجتماعی و یکی از عوامل مؤثر بر سلامت است [۱].

سازمان بهداشت جهانی، سبک زندگی را الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتاری می‌داند که از تعامل بین ویژگی‌های شخصی، روابط اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت‌های اجتماعی- اقتصادی حاصل می‌شود [۳ و۲]. درواقع سبک زندگی شامل رفتارهایی مانند عادات غذایی، خواب و استراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، استعمال دخانیات و الکل، ایمن‌سازی در مقابل بیماری، سازگاری با استرس و توانایی استفاده از حمایت‌های خانواده و جامعه می‌باشد. سبک زندگی سالم از منابع باارزش کاهش بروز بیماری‌ها و شدت عوارض ناشی از آن‌ها و روشی جهت ارتقاء سلامت، کیفیت زندگی، سازگاری با استرس و نهایتاً راهبردی مؤثر در جهت کنترل هزینه مراقبتی و درمانی خواهد بود [۴]. خواب، استراحت، تغذیه سالم و

1: Alfred Adler

Journal of Police Medicine
Fall 2014; Vol. 3, No. 3: 159-166

فعالیت مناسب بدنی از موارد حفظ و ارتقاء سلامت بوده و نیازی است که در شیوه زندگی اهمیت به سزایی دارد، بنابراین سلامت جسمی و عاطفی افراد به توانایی آن‌ها در کسب این نیاز اساسی بستگی خواهد داشت [۵]. بر این اساس می توان گفت که شیوه زندگی سالم، انتخاب‌هایی هستند که سلامتی فرد را در طول زندگی ارتقاء بخشیده و پایه و اساس شیوه ها و رفتارهای بهداشتی در خانواده ها می باشد. منظور از رفتارهای بهداشتی رفتارهای هستند مانند تغذیه صحیح، خواب شبانه کافی بین ۷-۸ ساعت، ورزش مرتب، عدم مصرف سیگار و الکل، تنظیم وزن (به‌گونه‌ای که بیش از ۱۰ درصد اضافه‌وزن نداشته باشند) که سلامتی فرد را حفظ یا ارتقاء می‌دهد. از طرفی امروزه اعتقاد بر این است که ۷۰ درصد بیماری‌ها به‌گونه‌ای با سبک زندگی فرد در ارتباط می‌باشند [۴]. از سویی دیگر، اصلاح سبک زندگی علاوه بر این که از بروز بیماری‌های مزمن ازجمله قلبی و عروقی در آینده پیشگیری می‌کند، می تواند باعث کاهش مواردی چون بستری شدن در بیمارستان و هزینه های مراقبتی، درمانی و دارویی نیز شود [۸-۶]. تحقیقات نشان داده‌اند که سبک زندگی ناسالم در ایجاد بیماری‌های مزمن از قبیل فشارخون بیشتر از شرایط طبی و ژنتیکی نقش دارد [۱۱-۹]. به‌طوری‌که از طرف دیگر، اصلاح سبک زندگی نیز از عوامل مهم در کنترل بیماری‌هایی چون فشارخون به شمار می‌رود [۱۳ و ۱۲].

یکی از جنبه های مهمی که در سبک زندگی مطرح می شود، استرس، اضطراب و فشارهای روانی است که می‌تواند باعث تاثیرات منفی بر سلامت و بهداشت افراد و بروز بیماری فشارخون شود [۱۴]. از طرفی یکی از شایع‌ترین عوامل استرس‌زا در زندگی افراد، استرس‌هایی است که از محیط کار و شرایط کاری به افراد وارد می‌شود و می‌تواند باعث کاهش توانایی و عملکرد کارکنان شود [۱۵]. در جهان توسعه‌یافته امروزی نیز از استرس به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل خطرزا در بروز بیماری‌های جسمی و روانی نام‌برده شده که نهایتاً کاهش عملکرد کاری و رضایت شغلی را به دنبال خواهد داشت [۱۶]. استرس زمانی رخ می‌دهد که عوامل استرس‌زا مانند فشارهای محیطی، موانع و پیامدهای ناخواسته فشارهایی را به وضعیت جسمی و روحی فرد وارد کند [۱۷].

مطالعات نشان می دهد که محیط کاری یکی از عوامل مؤثر در ایجاد استرس می باشد که ازجمله این محیط ها، می توان به محیط های نظامی اشاره نمود که به دلیل حساسیت ویژه و مخاطراتی که در این‌گونه مراکز وجود دارد، زمینه ایجاد و افزایش استرس و فشار روانی بیشتر می‌باشد [۱۹ و ۱۸]. از طرفی دیگر مطالعات متعدد نیز نشان داده‌اند که بین سطح استرس و افزایش فشارخون و فرسودگی شغلی نیز در افراد نظامی ارتباط مستقیمی وجود دارد [۲۱ و ۲۰].

درکنار عامل استرس، مصرف دخانیات، الگوی تغذیه و فعالیت فیزیکی نیز به‌عنوان ابعاد دیگر سبک زندگی در مطالعات موردتوجه قرارگرفته و گاهی به‌عنوان عوامل تأثیرگذار در بروز بیماری‌ها در کنار سایر عوامل مطرح می‌شوند [۲۳ و ۲۲]. فیضی نیز در مطالعه خود شیوع بالای افزایش وزن، چاقی و نمایه توده بدنی را در نیروهای پایور نظامی تهدیدی بزرگ به‌خصوص در میزان شیوع بیماری های قلبی و عروقی عنوان نموده است [۲۴]. اسمیت همچنین در مطالعه خود که الگوی غذایی افراد نظامی را مورد بررسی قرار داد، میزان مصرف میوه‌ها، سبزی‌ها و حبوبات را در آن‌ها نامناسب دانسته و عدم صرف صبحانه و استفاده از غذای رستوران را به‌عنوان تهدیدی برای الگوی تغذیه ضعیف و نهایتاً اضافه‌وزن در این افراد عنوان نموده است [۲۵]. کی رولاین نیز در مطالعه خود ضعیف بودن تناسب بدنی و بالا بودن شاخص توده بدنی را عاملی خطرزا برای کاهش سودمندی و تحمیل هزینه‌های اضافی در افراد عنوان نموده است [۲۶].

لذا با توجه به مسائل عنوان شده فوق، تیم پژوهش بر آن شد تحقیقی را با هدف مقایسه سبک زندگی در نظامیان و افراد غیرنظامی در شهر تهران انجام دهد تا بتواند با بررسی سبک زندگی آن‌ها و در مراحل بعدی با آگاه نمودن مسئولین مربوطه و همچنین ارائه راهکارهای مناسب گامی موثر در جهت کاهش بروز بیماری‌ها، ارتقا سطح سلامت، افزایش کارایی و عملکرد افراد جامعه بردارد. از طرفی با وجود اطلاعاتی که در زمینه سبک زندگی قشرهای مختلف جامعه وجود دارد، تاکنون مطالعات محدودی در زمینه بررسی این متغیر در کشور بین نیروهای نظامی و غیرنظامی صورت گرفته است که بر همین اساس انجام پژوهش حاضر نیز لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- مقایسه‌ای بر روی ۲۰۰ مرد ساکن شهر تهران انجام شد. تعداد ۱۰۰ نفر نظامی و ۱۰۰ نفر غیرنظامی با شیوه در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۳۰ سال، عدم ابتلا به بیماری فشارخون، بیماری های مزمن و زمینه‌ای، بیماری‌های عروقی و مغزی، بیماری‌های ذهنی و داشتن تمایل برای شرکت در پژوهش بود.

بعد از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله(عج) و طی نمودن مراحل اداری، به مراکز موردنظر (پادگان‌های نظامی، آموزش‌وپرورش، پارک‌ها و درب منازل) مراجعه و با کسب اجازه از مسئولین مربوطه در مراکز سازمانی و همچنین افراد موردپژوهش با

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۳- دوره ۳- شماره ۳- صفحات ۱۶۶-۱۵۹

روش مبتنی بر هدف و در دسترس تعداد ۲۰۰ نفر از نمونه‌های واجد شرایط برای هر گروه (۱۰۰ نفر) انتخاب شدند. بدین‌صورت که پس از توضیح کامل اهداف پژوهش، دادن اطمینان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه پرسشنامه در اختیار آن‌ها قرار داده شد. داده‌های این مطالعه از طریق پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی و پرسشنامه خود گزارشی اندازه‌گیری سبک زندگی جمع‌آوری گردید. برای تعیین روایی پرسشنامه از روش روایی محتوا استفاده شد. بدین‌صورت که از نظرات ۱۰ نفر از اعضاء هیئت‌علمی و متخصصان صاحب نظر نظرخواهی شد و اصلاحات لازم در پرسشنامه بعمل آمد. سپس با استفاده از روش آزمون مجدد و با ضریب همبستگی ۰/۸۳ پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. پرسشنامه شامل دو بخش بود که بخش اول شامل سوالاتی در مورد مشخصات دموگرافیک واحدهای موردپژوهش و بخش دوم شامل سوالاتی در مورد شیوه زندگی (رژیم غذایی، مصرف سیگار، فعالیت بدنی و استرس) بود. در این پرسشنامه اطلاعات مربوط به رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی، استعمال دخانیات و استرس به ترتیب با ۳۶، ۱۰، ۹ و ۱۳ سؤال جداگانه بررسی شد. معیار سنجش امتیاز در قسمت تغذیه بر اساس مطلوبیت موادغذایی در نظر گرفته‌شده است. با انتخاب مصرف بیشتر مواد غذایی مفید، فرد امتیاز بالاتری کسب خواهد کرد. به این صورت که مواد غذایی بر مبنای صد در صد امتیاز کسب شده در سه گروه نامطلوب (پایین تر از ۵۰ درصد)، نسبتاً مطلوب (بین ۵۰ تا ۷۵ درصد) و مطلوب (۷۵ و بالاتر) ارزیابی گردید. در پایان، داده های گردآوری شده با استفاده از آزمون های آمار توصیفی و استنباطی t و کای دو به‌وسیله نرم‌افزار SPSS17 در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین سنی در گروه نظامی ۵/۸۵ ± ۴۰/۱ و در گروه غیرنظامی ۵/۲۵ ± ۴۰/۴۶ سال بود. در گروه نظامی ۷۰ درصد متأهل و ۳۰ درصد مجرد بودند. در گروه غیرنظامی ۸۰ درصد متأهل و ۲۰ درصد مجرد بودند. در گروه نظامی ۴۹ درصد افراد زیر دیپلم و ۵۱ درصد

جدول ۱: مقایسه فراوانی وضعیت سبک زندگی (الگوی تغذیه) در افراد نظامی و غیرنظامی

گروه	نظامی		غیرنظامی		آزمون آماری
الگوی تغذیه	تعداد	درصد	تعداد	درصد	P-value
تغذیه (روش پخت)	۱۸	۱۸	۱۵	۱۵	χ^2 = ۱/۷۳
	۷	۷	۱۰	۱۰	
	۷۵	۷۵	۷۵	۷۵	P>۰/۰۵
تغذیه (میزان نمک در غذا)	۱۲	۱۲	۱۹	۱۹	χ^2= ۰/۶۶
	۷۵	۷۵	۶۷	۶۷	
	۱۴	۱۴	۱۴	۱۴	P = ۰/۰۴
مصرف پروتئین	۱۲	۱۲	۳	۳	χ^2= ۱/۸۸
	۶۵	۶۵	۶۷	۶۷	
	۲۳	۲۳	۳۰	۳۰	P>۰/۰۵
مصرف لبنیات	۵	۵	۱	۱	χ^2= ۶/۳۱
	۴	۴	۸	۸	
	۹۱	۹۱	۹۱	۹۱	P> ۰/۰۵
مصرف کربوهیدرات	۳۵	۳۵	۴۳	۴۳	χ^2=۱۴/۵۹
	۶۲	۶۲	۶۲	۶۲	
	۳	۳	۱	۱	P< ۰/۰۰۱
مصرف میوه	۶	۶	۱۶	۱۶	χ^2= ۱۳/۱۴
	۲	۲	۹	۹	
	۶۸	۶۸	۷۵	۷۵	P< ۰/۰۰۱
تغذیه (مصرف چربی)	۱۸	۱۸	۳۰	۳۰	χ^2= ۲۶/۳۵
	۷۶	۷۶	۶۵	۶۵	
	۶	۶	۵	۵	P< ۰/۰۰۱
بعد کلی تغذیه (پروتئین، کربوهیدرات، چربی‌ها، لبنیات، میوه)	۴	۴	۷	۷	χ^2= ۱۰/۲۳
	۹۵	۹۵	۹۲	۹۲	
	۱	۱	۱	۱	P= ۰/۰۳

Journal of Police Medicine
Fall 2014; Vol. 3, No. 3: 159-166

افراد فوق‌دیپلم و بالاتر و در گروه غیرنظامی ۵۳ درصد افراد زیر دیپلم و ۴۷ درصد افراد دیپلم و بالاتر بودند. در سبک زندگی از نظر الگوی تغذیه بین افراد نظامی و غیرنظامی تفاوت معنادار آماری وجود داشت به‌طوری‌که فراوانی مصرف کربوهیدرات، میوه و چربی در گروه نظامی بیشتر بود و از طرفی در گروه غیرنظامی فراوانی مصرف مطلوب پروتئین بیشتر از گروه نظامی بود که نتایج آن در جدول ۱ آمده است ($P < ۰/۰۵$) ازنظر مدت‌زمان مصرف دخانیات در دو گروه نظامی و غیرنظامی، بین میانگین مصرف دخانیات در افراد نظامی و غیرنظامی تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت. به این صورت که میانگین مصرف دخانیات در افراد غیرنظامی بیشتر از افراد نظامی بود ($P = ۰/۰۳$) از طرفی نظامیان به نسبت افراد غیرنظامی استرس بیشتری را تجربه کرده و پیاده روی بیشتری داشتند. نتایج این مقایسه در جدول ۲ قابل مشاهده است.

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه فاکتورهای سبک زندگی ازجمله مصرف سیگار و تنباکو، الگوی رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی نقش مهم و حیاتی در بروز بیماری‌ها از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی دارند که می‌بایست مدنظر قرار گیرند [۲۷]. در این پژوهش میزان و مدت مصرف دخانیات در افراد غیرنظامی نسبت به افراد نظامی بیشتر بود. که از این جهت با نتایج مطالعات محمدی [۲۸]، مولی [۲۹]، بالوگ [۳۰] همخوانی دارد. شاید بتوان کمتر بودن مصرف دخانیات در افراد نظامی را به دلیل محدودیت استعمال دخانیات در افراد نظامی و محیط‌های نظامی و همچنین تحصیلات عنوان نمود. از طرفی به دلیل بالاتر بودن درصد بیکاری در افراد غیرنظامی گرایش به سمت مصرف دخانیات نیز بیشتر است. بالا بودن میزان فعالیت فیزیکی و ورزشی نیز در افراد نظامی در این مطالعه مشاهده شد که خود می‌تواند در میزان مصرف دخانیات نقش داشته باشد. به‌طوری‌که

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار میزان استرس، مصرف سیگار و تحرک بدنی در طول سال گذشته

متغیر	گروه: نظامی — میانگین (انحراف معیار)	گروه: غیرنظامی — میانگین (انحراف معیار)	آزمون تی مستقل
استرس تجربه‌شده (هولمز راهه)	۱۴۱(۸۵/۲)	۱۱۵/۹(۷۳/۱)	t= ۲/۳۸ df= ۱۹۸ P= ۰/۰۲
پیاده‌روی در هفته (روز)	۲/۵(۰/۵۸)	۱/۷(۰/۷۴)	t= ۲/۶۷ df=۱۹۸ P= ۰/۰۰۸
مصرف سیگار(نخ)	۳/۵(۲/۰۴)	۷/۲(۴/۶۵)	t= ۲/۳۳ df=۱۹۸ P= ۰/۰۳

هرچه فعالیت فیزیکی و ورزشی فرد بالا باشد به‌تبع میزان گرایش و مصرف دخانیات نیز در وی کمتر خواهد بود [۳۳-۳۱]. در راستای مطالب فوق سوری [۳۴] نیز در مطالعه خودمصرف دخانیات را در افراد غیرنظامی بالاتر گزارش نموده و دلایلی چون عدم سواد کافی و وضعیت اقتصادی نامطلوب را عاملی برای افزایش آن عنوان نموده است. توکلی [۳۵] هم علاوه بر اشاره به بالا بودن مصرف سیگار در افراد غیرنظامی تنش های اقتصادی، مشکلات مالی و بیکاری را به‌عنوان عوامل تأثیرگذار در این مورد گزارش نموده است. این در حالی است که در بعضی مطالعات برعکس این موضوع، یعنی شیوع بیشتر مصرف دخانیات در افراد نظامی گزارش شده است. به‌طوری‌که بری در مطالعه خود میزان مصرف دخانیات را در افراد نظامی بیشتر عنوان نموده است [۳۶]. کلاریجانی نیز با تأکید بر مصرف بالای سیگار در افراد نظامی، این موضوع را در کنار سایر عوامل دیگر به‌عنوان عاملی تأثیرگذار در بروز بیماری‌های عروق کرونر در افراد نظامی به نسبت افراد غیرنظامی عنوان نموده است [۳۷]. در مطالعاتی که در خارج از کشور انجام شده است نیز از مصرف دخانیات به‌عنوان یکی از علت‌های مهم آسیب‌پذیری، بیماری‌های قلبی و عروق و مرگ ومیرهای قابل پیشگیری در نظامیان و غیرنظامیان نام‌برده شده که می‌بایست مدنظر قرار گیرد [۳۹، ۳۸، ۲۲].

در این پژوهش مصرف مطلوب پروتئین در گروه نظامی نسب به غیرنظامی به‌طور معنی‌داری کمتر بود که از این جهت با نتایج مطالعات اسمیت [۲۵] و مولی [۲۹] همخوانی دارد. شاید علت این موضوع به این امر باشد که افراد نظامی اکثر وعده‌های غذایی را در محیط کار صرف نموده و از تغذیه تدارک دیده‌شده توسط سازمان استفاده می‌کنند که نیاز به انجام برنامه‌ریزی بنیادی در این زمینه دارد. به‌طوری‌که بینگام نیز جهت تغییر و بهبود وضعیت تغذیه‌ای در افراد نظامی از مداخلات هدفمند تغذیه‌ای مناسب استفاده نمود که نتایج حاصل حاکی از بهبود الگوهای تغذیه‌ای در این افراد بود [۴۰]. از سویی دیگر یافته‌ها نشان داد که مصرف مطلوب لبنیات در گروه نظامی و غیرنظامی یکسان و بالا بود که می‌تواند به علت آگاهی هر دو قشر از اهمیت مصرف لبنیات در رژیم غذایی و همچنین فرهنگ جامعه در استفاده از لبنیات باشد. با این‌حال اگرچه مصرف لبنیات در افراد این مطالعه مناسب بود اما سروش در مطالعه خود شیوع بالای بیماری‌های استخوانی و دندان را به علت مصرف پایین شیر در افراد نظامی تحت مطالعه خود نسبت می‌دهد [۴۱]. نتایج مطالعات تابش [۴۲] و میرمیران [۴۳] ارتباط میان مصرف لبنیات با وزن و نمایه توده بدنی را معکوس عنوان می‌داند. کی‌روزیس نیز در مطالعه خود که به بررسی نقش فاکتورهای سبک زندگی در قالب تغییرات رژیم غذایی

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۳- دوره ۳- شماره ۳- صفحات ۱۶۶-۱۵۹

پرداخته از مصرف لبنیات به‌خصوص شیر به‌عنوان عاملی مهم و تعیین‌کننده در بروز بیماری پارکینسون نام برده است [۴۴]. بنابراین به نظر می‌رسد آگاه نمودن افراد نسبت به فواید مصرف لبنیات خود می‌تواند مقدمه‌ای برای اصلاح فاکتورهای دیگر سبک زندگی نیز باشد. در این پژوهش مصرف مطلوب کربوهیدرات، مصرف میوه و مصرف چربی در گروه نظامی نسبت به گروه غیرنظامی بیشتر بود. در مطالعه‌ایی که توسط ماندان انجام شد، مصرف گوشت قرمز و عدم مصرف ناکافی سبزیجات و میوه‌جات به‌عنوان عاملی برای بروز بیماری‌هایی چون فشارخون مطرح شد [۴۵]. به‌طورکلی اگرچه گروه نظامی از لحاظ مصرف میوه‌جات و کربوهیدرات مناسب بودند اما در مصرف پروتئین وضعیت مناسبی نداشتند و بالعکس. بر همین اساس می‌توان گفت که الگوی غذایی در هر دو گروه مطلوب و کامل نمی‌باشد. به‌طوری‌که فیضی نیز در مطالعه‌ای که بر روی افراد نظامی انجام داد بر این موضوع تأکید نموده است [۲۴]. بنابراین می‌بایست اصلاح الگوی رژیم غذایی و موانع احتمال را در هر دو گروه به‌عنوان یکی از ابعاد مهم اصلاح سبک زندگی مورد توجه قرار داد. از طرفی لوفانو نیز در مطالعه خود بر اصلاح رژیم غذایی به عنوان یکی از فاکتورهای مهم سبک زندگی که در شروع سرطان‌های رودهای نقش دارد، تأکید می‌کند [۲۳]. سیگریست در مطالعه خود کمبود وقت را به‌عنوان یکی از علت‌های الگو و عادات غذایی نامناسب در افراد نظامی عنوان می‌کند [۴۶]. سوه نیز در این خصوص مصرف سیگار و دخانیات را عاملی مرتبط با الگوی غذایی نامناسب عنوان نموده است [۴۷]. بنابراین علاوه بر برنامه ریزی مناسب، می‌بایست جهت اصلاح الگوی تغذیه، موانع موجود برای رعایت رژیم غذایی مناسب شناسایی شده و نسبت به رفع آن‌ها اقدام شود.

در این پژوهش سطح استرس در گروه نظامی نسبت به گروه غیرنظامی بالاتر بود. از این جهت نتایج این مطالعه با مطالعه آزاد [۱۸]، یاسایی [۴۸]، چن [۴۹]، اسجبرگ [۵۰]، پفلانز [۵۱] همسویی دارد. البته این نتایج با توجه به شرایط کاری و مسئولیت‌های حساسی که در مشاغل افراد نظامی وجود دارد قابل‌قبول و پیش‌بینی است [۴۸، ۱۸]. اگرچه نتایج مطالعه حاج امینی در این رابطه تفاوتی را از نظر استرس در افراد نظامی و غیرنظامی نشان نداد و هر دو گروه در سطح متوسط عنوان‌شدند [۵۲]. اما آنچه اهمیت دارد این است که این موضوع می‌تواند تهدیدی برای سبک زندگی ناسالم باشد [۵۳]. در این مطالعه فعالیت‌های ورزشی و فیزیکی در گروه نظامی نسبت به گروه غیرنظامی بیشتر بود که با نتایج مطالعات اسکرو [۵۳]، توکلی [۳۵] و محمدی [۲۸] همخوانی دارد. این نتایج می‌تواند به دلیل وجود برنامه‌های ورزشی منظمی باشد که در برنامه کاری افراد نظامی از سوی سازمان مربوطه تعریف‌شده است. این در حالی است که نتایج مطالعات مولی [۲۹] و فیضی [۲۴] متفاوت بوده و وضعیت فعالیت فیزیکی را در افراد نظامی نامطلوب عنوان نموده است. آنیک نیز در مطالعه خود افزایش فعالیت فیزیکی در درازمدت را عاملی برای کاهش وزن و درنهایت کاهش عوامل خطرزای بروز بیماری‌های قلبی و عروقی گزارش نموده است [۵۴]. ناپیک نیز در تحقیق خود فعالیت ورزشی و فیزیکی محدود را به‌عنوان عاملی پیش‌بینی‌کننده و مؤثر در میزان افزایش و بروز آسیب در دوران تمرینات نظامی عنوان نموده است [۳۸].

درنهایت آنچه مهم به نظر می‌رسد این است که برای داشتن یک سبک زندگی مناسب می‌بایست به تمامی ابعاد آن توجه شود چراکه هر کدام به نوعی موارد دیگر را تحت پوشش و تأثیر قرار می‌دهند و در این خصوص بهبود کیفیت الگوی رژیم‌غذایی و فعالیت فیزیکی در خط اول اولویت‌های متمرکز اصلاح سبک زندگی قرار دارند [۵۶ و ۵۵]. لذا پیشنهاد می‌شود با توجه به وضعیت موجود و عوامل مؤثر در این زمینه برنامه‌ریزی مناسب و اصولی انجام گیرد. ازآنجاکه این پژوهش بر روی مردان ساکن شهر تهران صورت گرفت، می‌توان این موضوع را از جمله محدودیت‌های مطرح در این مطالعه برشمرد. بنابراین با توجه به احتمال تأثیرگذاری مواردی چون جنسیت و فرهنگ بر سبک زندگی، پیشنهاد می‌شود که مطالعات مشابه با تمرکز بر این موضوع انجام شود. یافته‌های این پژوهش در کل نشان‌دهنده وجود برخی عادت‌های رفتاری غلط و نامناسب در هر دو گروه موردمطالعه بود که درنهایت تفاوت در ابعاد سبک زندگی را به دنبال داشت. لذا با توجه به این موارد توجه و تأکید بر نقش آموزش بهداشت با هدف آشنایی جامعه با ابعاد سبک زندگی مناسب و عادت‌های رفتاری صحیح پیشنهاد می‌شود تا هم در این افراد از خطرات بالقوه بیماری‌ها جلوگیری نموده و در سایرین هم به‌عنوان یک فاکتور پیشگیری‌کننده عمل کند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه از یک طرح پژوهشی مصوب منتج شده و از حمایت مالی و معنوی مرکز تحقیقات علوم رفتاری و دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، برخوردار بوده است. ضمناً پژوهشگران از همکاری کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه تقدیر و تشکر می‌نمایند.

منابع

1. Adler A. The fundamental views of Individual Psychology. Indiv Psychol 1982; 38: 3-6.
2. Ker-Dincer M. Educators role as spiritually intelligent leaders in educational institutions. IJHS 2007; 4: 1-22.) Turkish)
3. Stebbins RA. Lifestyle as a generic concept in eth-

Journal of Police Medicine
Fall 2014; Vol. 3, No. 3: 159-166

nographic research. Quality and Quantity 1997; 31: 347-60.
4. Monahan FD, Phipps WJ. Phipps' medical-surgical nursing: health and illness perspectives. Recording for the Blind & Dyslexic 2008.
5. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing. Mosby St. Loise 2001.
6. Association AN. Nursing: Scope and standards of practice. Nursesbooks. org 2010.
7. Dall TM, Zhang Y, Chen YJ, Wagner RC, Hogan PF, Fagan NK, et al. Cost associated with being overweight and with obesity, high alcohol consumption, and tobacco use within the military health system's TRICARE prime-enrolled population. Am J Health Promot 2007; 22: 120-39.
8. Zeng W, Stason WB, Fournier S, Razavi M, Ritter G, Strickler GK, et al. Benefits and costs of intensive lifestyle modification programs for symptomatic coronary disease in Medicare beneficiaries. Am Heart J 2013; 165: 785-92.
9. Stamler J, Stamler R, Neaton JD, Wentworth D, Daviglus ML, Garside D, et al. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. JAMA 1999; 282: 2012-8.
10.Shimbo D, Levitan EB, Booth JN, 3rd, Calhoun DA, Judd SE, Lackland DT, et al. The contributions of unhealthy lifestyle factors to apparent resistant hypertension: findings from the Reasons for Geographic And Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. J Hypertens 2013; 31: 370-6.
11.Rosengren A, Dotevall A, Eriksson H, Wilhelmsen L. Optimal risk factors in the population: prognosis, prevalence, and secular trends; data from Goteborg population studies. Eur Heart J 2001; 22: 136-44.
12.Messerli F, Frisoli T. Lifestyle modifications. Hypertension 2013: 196-206.
13.Al-Ansary LA, Tricco AC, Adi Y, Bawazeer G, Perrier L, Al-Ghonaim M, et al. A systematic review of recent clinical practice guidelines on the diagnosis, assessment and management of hypertension. PloS one 2013; 8: e53744.
14.Steptoe A. Psychophysiological stress reactivity and hypertension. Hypertension 2008; 52: 220-1.
15.Taylor MK, Pietrobon R, Taverniers J, Leon MR, Fern BJ. Relationships of hardiness to physical and mental health status in military men: a test of mediated effects. J Behav Med 2013; 36: 1-9.
16.Levine JA, Pavlidis IT, MacBride L, Zhu Z, Tsiamyrtzis P. Description and clinical studies of a device for the instantaneous detection of office-place stress. Work 2009; 34: 359-64.
17.Beehr TA, Glazer S. A cultural perspective of social support in relation to occupational stress. Research in occupational stress and well-being. 2001;1:97-142.
18.Azad-Marzabadi E, Salimi SH. Study on job stress in a military unit. J Mil Med 2005;6(4):279-84. (Persian)
19.Santana AM, Gomes JK, De Marchi D, Girondoli YM, Rosado LE, Rosado GP, et al. Occupational stress, working condition and nutritional status of military police officers. Work 2012; 41: 2908-14.
20.Mohammad AAA. Resilience, burnout, and role stress among military personnel. Middle East Current Psychiatry 2012; 19: 123-9.
21.Granado NS, Smith TC, Swanson GM, Harris RB, Shahar E, Smith B, et al. Newly reported hypertension after military combat deployment in a large population-based study. Hypertension 2009; 54: 966-73.
22.Tewari S, Kumar S, Kapoor A, Singh U, Agarwal A, Bharti BB, et al. Premature coronary artery disease in North India: an angiography study of 1971 patients. Indian Heart J 2005; 57: 311-8.
23.Lofano K, Principi M, Scavo MP, Pricci M, Ierardi E, Di Leo A. Dietary lifestyle and colorectal cancer onset, recurrence, and survival: myth or reality? J Gastrointest Cancer 2013; 44: 1-11.
24.Feyzi F, Fallahi A, Rahimi A. The Effect of Health Education Plan on Lifestyle Indices in Active Duty Military Personnel. J Mil Med 2013;15: 69-74.) Persian)
25.Smith TJ, Dotson LE, Young AJ, White A, Hadden L, Bathalon GP, et al. Eating patterns and leisure-time exercise among active duty military personnel: comparison to the Healthy People objectives. J Acad Nutr Diet 2013; 113: 907-19.
26.Kyrolainen H, Hakkinen K, Kautiainen H, Santtila M, Pihlainen K, Hakkinen A. Physical fitness, BMI and sickness absence in male military personnel. Occup Med (Lond) 2008; 58: 251-6.
27.O'Flaherty M, Buchan I, Capewell S. Contributions of treatment and lifestyle to declining CVD mortality: why have CVD mortality rates declined so much since the 1960s? Heart 2013; 99: 159-62.
28.Mohammadi Zeydi E, Heydarnia AR, Hajizadeh E. Study of lifestyle in cardiovascular disease. Daneshvar Med 2005;13(61):49-56.) Persian)
29.Mullie P, Collee A, Clarys P. Socioeconomic, health, and dietary determinants of physical activity in a military occupational environment. Mil Med 2013; 178: 495-9.
30.Ballweg JA, Li L. Comparison of health habits of military personnel with civilian populations. Public Health Rep 1989; 104: 498-509.
31.Hessami Z, RamezanKhani A, SharifKashani B, Falahtafti S, Heydari GR. Evaluation of knowledge, attitude and prevalence of smoking among sportsmen of national teams of Iran, 2008. Hakim Med J 2010; 13: 45-50.) Persian)
32.Peretti-Watel P, Guagliardo V, Verger P, Pruvost J, Mignon P, Obadia Y. Sporting activity and drug

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۳- دوره ۳- شماره ۳- صفحات ۱۶۶-۱۵۹

use: Alcohol, cigarette and cannabis use among elite student athletes. Addiction 2003; 98: 1249-56.
33.Spanoudaki S, Myrianthefs P, Baltopoulos P, Maridaki M, Talmud J, Baltopoulos G. Cigarette use among Greek athletes. Prevention and Control 2005; 1: 229-36.
34.Soori H. The pattern of smoking in the adult population in Ahvaz. J Med Counc I.R. Iran 2002; 20: 28 -32.) Persian)
35.Tavakoli R, Sanaienasab H, Karimi A, Noparast M. Physical activity and factors influencing it among personnel a military center in Iran. J Res Health. 2012; 2: 172-80.) Persian)
36.Bray I, Richardson P, Harrison K. Smoking prevalence amongst UK Armed Forces recruits: changes in behaviour after 3 years follow-up and factors affecting smoking behaviour. J R Army Med Corps 2013; 159: 44-50.
37.Bakhshian Kelarijani R, Moshkani Farahani M, Bahrami Ahmadi A. Risk factor profile and angiography findings in military and non-military patients with coronary artery disease. IHJ 2012; 12: 16 -21.
38.Knapik JJ, Graham B, Cobbs J, Thompson D, Steelman R, Jones BH. A prospective investigation of injury incidence and risk factors among army recruits in combat engineer training. J Occup Med Toxicol 2013; 8: 5-14.
39.Haddock CK, Jahnke SA, Poston WS, Williams LN. Cigarette prices in military retail: a review and proposal for advancing military health policy. Mil Med 2013; 178: 563-9.
40.Bingham CM, Lahti-Koski M, Puukka P, Kinnunen M, Jallinoja P, Absetz P. Effects of a healthy food supply intervention in a military setting: positive changes in cereal, fat and sugar containing foods. Int J Behav Nutr Phys Act2012; 9: 91.
41.Soroosh S. Dairy products consumption and its related diseases in military personnel. Ann Mil Health Sci Res 2008; 6: 159-64. (Persian)
42.Tabesh M, Salehi Abargouei A, Janghorbani M, Salehi Marzijarani M, Esmaillzadeh A. Effects of consumption of dairy products on body weight and composition in adults: Asystematic review and meta -analysis of randomized controlled clinical trials. Ir J Nut Sci Food Technol 2013; 8: 121-34.) Persian)
43.Mirmiran P, Esmaillzadeh A, Azizi F. Dairy consumption and body mass index: an inverse relationship. Int J Obes (Lond) 2005; 29: 115-21.
44.Kyrozis A, Ghika A, Stathopoulos P, Vassilopoulos D, Trichopoulos D, Trichopoulou A. Dietary and lifestyle variables in relation to incidence of Parkinson's disease in Greece. Eur J Epidemiol 2013; 28: 67-77.
45.Mundan V, Muiva M, Kimani S. Physiological, Behavioral, and Dietary Characteristics Associated with Hypertension among Kenyan Defence Forces. ISRN Prev Med 2013; 2013: 1-8.
46.Sigrist LD, Anderson JE, Auld GW. Senior military officers' educational concerns, motivators and barriers for healthful eating and regular exercise. Mil Med 2005; 170: 841-5.
47.Suh SY, Lee JH, Park SS, Seo AR, Ahn HY, Bae WK, et al. Less healthy dietary pattern is associated with smoking in Korean men according to nationally representative data. J Korean Med Sci 2013; 28: 869-75.
48.Yasai I. , Ahmadi K. , Kolivand A. . Prevalence of psychologocal Disorders and work Fatigue among Pilots. J Mil Med 2003; 4:231-6. (Persian)
49.Chen C-H. Relation of the big-five personality traits and job stress to turnover rate among the taiwanese navy employees 2013.
50.Sjoberg M. Leadership and stress: indirect military leadership and leadership during complex rescue operations. Orebro University 2012.
51.Pflanz SE, Ogle AD. Job stress, depression, work performance, and perceptions of supervisors in military personnel. Mil Med 2006; 171: 861-5.
52.Hajiamini Z, Cheraghalipour Z, Azad Marzabadi E, Ebadi A, Norouzi Koushali A. Comparison of job stress in military and non-military drivers in Tehran city. J Mil Med 2011; 13: 25-30.) Persian)
53.Skrove M, Romundstad P, Indredavik MS. Resilience, lifestyle and symptoms of anxiety and depression in adolescence: the Young-HUNT study. Soc Psych Psych Epid 2013; 48: 407-16.
54.Unick JL, Beavers D, Bond DS, Clark JM, Jakicic JM, Kitabchi AE, et al. The long-term effectiveness of a lifestyle intervention in severely obese individuals. Am J Med 2013; 126: 236-42.
55.Mecca MS, Moreto F, Burini FH, Dalanesi RC, McLellan KC, Burini RC. Ten-week lifestyle changing program reduces several indicators for metabolic syndrome in overweight adults. Diabetol Metab Syndr 2012; 4: 1.7-
56.Venditti EM, Kramer MK. Necessary components for lifestyle modification interventions to reduce diabetes risk. Curr Diab Rep 2012; 12: 138-46.