

## Comparison of Military and Civilian Lifestyle

Received: 27 July 2014

Revised: 26 November 2014

Accepted: 2 December 2014

### ABSTRACT

Abbas Ebadi<sup>1</sup>Afzal Shamsi<sup>2</sup>Zeinab Tabanejad<sup>3</sup>Yaser Saeid<sup>4\*</sup>

<sup>1</sup>Associate Professor, Behavior Research Center, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>2</sup>PhD Student, Nursing, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.

<sup>3</sup>MSc, Critical Care Nursing, Valiasr Hospital, Tehran, Iran.

<sup>4</sup>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

**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

## مقایسه سبک زندگی افراد نظامی و غیر نظامی

تاریخ پذیرش: ۱۱ آذر ۱۳۹۳

تاریخ اصلاح: ۵ آذر ۱۳۹۳

تاریخ دریافت: ۵ مرداد ۱۳۹۳

## چکیده

عباس عبادی<sup>۱</sup>افضل شمسی<sup>۲</sup>زینب تابانزاد<sup>۳</sup>یاسر سعید<sup>۴\*</sup>

<sup>۱</sup>دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

<sup>۲</sup>دانشجوی دکتری، پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

<sup>۳</sup>کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، بیمارستان ولیعصر ناجا، تهران، ایران.

<sup>۴</sup>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:** سبک زندگی یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت انسان هاست. امروزه اکثر مشکلات سلامتی مانند چاقی، انواع سرطان ها، پرفشاری خون، بیماری ها و مرگومیر ناشی از آن ها با سبک زندگی در ارتباط است. لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه سبک زندگی افراد نظامی و غیرنظامی انجام شد.

**مواد و روش ها:** این مطالعه توصیفی مقایسه ای بر روی ۲۰۰ نفر شامل ۱۰۰ نفر نظامی و ۱۰۰ نفر غیرنظامی در شهر تهران انجام شد. انتخاب افراد به روش نمونه گیری 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) جمع آوری گردید.

**یافته ها:** میانگین سنی افراد در گروه نظامی (۵/۵۸) ۴۰/۱ سال و در گروه غیرنظامی (۵/۲۵) ۴۰/۴۶ سال بود. در این مطالعه فراوانی مصرف 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 معنی دار آماری وجود نداشت.

**نتیجه گیری:** با توجه به اهمیت سبک زندگی در تأمین سلامت افراد و لزوم توجه به تمام حیطه های سبک زندگی نظامیان و غیرنظامیان، مداخله سازمان یافته، گسترده و منطبق با شرایط افراد موردبررسی ضروری به نظر می رسد.

**کلید واژه ها:** سبک زندگی، نظامی، غیرنظامی

## مقدمه

اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت های اجتماعی- اقتصادی حاصل می شود [۳ و ۲]. درواقع سبک زندگی شامل رفتارهایی مانند عادات غذایی، خواب و استراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، استعمال دخانیات و الکل، ایمن سازی در مقابل بیماری، سازگاری با استرس و توانایی استفاده از حمایت های خانواده و جامعه می باشد. سبک زندگی سالم از منابع بالارزش کاهش بروز بیماری ها و شدت عوارض ناشی از آن ها 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

اصطلاح شیوه یا سبک زندگی که اولین بار آلفرد آدلر<sup>۱</sup> روانکاو اتریشی و پایه گذار مکتب روانشناسی فردی به آن اشاره کرد مفهوم بسیار مهمی است که اغلب برای بیان روش زندگی مردم به کار 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 می داند که از تعامل بین ویژگی های شخصی، روابط

<sup>1</sup>: Alfred Adler

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 به عنوان ابعاد دیگر سبک زندگی در مطالعات موردتوجه قرار گرفته و گاهی به عنوان 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 به خصوص در میزان شیوع بیماری‌های 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 به عنوان تهدیدی برای الگوی تغذیه ضعیف و نهایتاً اضافه وزن در این افراد عنوان نموده است [۲۵]. کی‌رولاین 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 مؤثر 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، بیماری‌های 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، آموزش و پرورش، پارک‌ها و درب منازل) مراجعه و با کسب اجازه از مسئولین مربوطه در مراکز سازمانی و همچنین افراد موردپژوهش با

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 می‌توان گفت که شیوه زندگی سالم، انتخاب‌هایی هستند که سلامتی فرد را در طول زندگی ارتقاء بخشیده و پایه و اساس شیوه‌ها و رفتارهای بهداشتی در خانواده‌ها می‌باشد. 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 (به گونه‌ای که بیش از ۱۰ درصد اضافه وزن نداشته باشند) که سلامتی فرد را حفظ یا ارتقاء می‌دهد. از طرفی امروزه اعتقاد بر این است که ۷۰ درصد بیماری‌ها به گونه‌ای با سبک زندگی فرد در ارتباط می‌باشند [۴]. از سویی دیگر، اصلاح سبک زندگی علاوه بر این که از بروز بیماری‌های مزمن از جمله قلبی و عروقی در آینده پیشگیری می‌کند، می‌تواند باعث کاهش مواردی چون بستری شدن در بیمارستان و هزینه‌های 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]. به طوری که از طرف دیگر، اصلاح سبک زندگی نیز از عوامل مهم در کنترل بیماری‌هایی چون فشارخون به شمار می‌رود [۱۳ و ۱۲].

یکی از جنبه‌های مهمی که در سبک زندگی مطرح می‌شود، استرس، اضطراب و فشارهای روانی است که می‌تواند باعث تأثیرات 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 توسعه یافته امروزی نیز از استرس به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل خطرزا در بروز بیماری‌های جسمی و روانی نام برده 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 می‌دهد که محیط کاری یکی از عوامل مؤثر در ایجاد استرس می‌باشد که از جمله این محیط‌ها، می‌توان به محیط‌های نظامی اشاره نمود که به دلیل حساسیت ویژه و مخاطراتی که در این گونه 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

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 جمعیت‌شناختی 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 اعضای هیئت علمی 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 گرفته شده 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، داده‌های گردآوری شده با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی  $t$  و کای دو به وسیله نرم‌افزار SPSS17 در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

میانگین سنی در گروه نظامی  $40/46 \pm 5/85$  و در گروه غیرنظامی  $40/25 \pm 5/46$  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

| الگوی تغذیه                                                | گروه         | نظامی |      | غیرنظامی |      | آزمون آماری      |
|------------------------------------------------------------|--------------|-------|------|----------|------|------------------|
|                                                            |              | تعداد | درصد | تعداد    | درصد |                  |
| تغذیه (روش پخت)                                            | سرخ‌کردنی    | ۱۸    | ۱۸   | ۱۵       | ۱۵   | $\chi^2 = 1/73$  |
|                                                            | آب پز        | ۷     | ۷    | ۱۰       | ۱۰   | $P > 0/05$       |
|                                                            | هر دو        | ۷۵    | ۷۵   | ۷۵       | ۷۵   |                  |
| تغذیه (میزان نمک در غذا)                                   | بیش‌ازحد     | ۱۲    | ۱۲   | ۱۹       | ۱۹   | $\chi^2 = 0/66$  |
|                                                            | معمولی       | ۷۵    | ۷۵   | ۶۷       | ۶۷   | $P = 0/04$       |
|                                                            | کم           | ۱۴    | ۱۴   | ۱۴       | ۱۴   |                  |
| مصرف پروتئین                                               | نامطلوب      | ۱۲    | ۱۲   | ۳        | ۳    | $\chi^2 = 1/88$  |
|                                                            | نسبتاً مطلوب | ۶۵    | ۶۵   | ۶۷       | ۶۷   | $P > 0/05$       |
|                                                            | مطلوب        | ۲۳    | ۲۳   | ۳۰       | ۳۰   |                  |
| مصرف لبنیات                                                | نامطلوب      | ۵     | ۵    | ۱        | ۱    | $\chi^2 = 6/31$  |
|                                                            | نسبتاً مطلوب | ۴     | ۴    | ۸        | ۸    | $P > 0/05$       |
|                                                            | مطلوب        | ۹۱    | ۹۱   | ۹۱       | ۹۱   |                  |
| مصرف کربوهیدرات                                            | نامطلوب      | ۳۵    | ۳۵   | ۴۳       | ۴۳   | $\chi^2 = 14/59$ |
|                                                            | نسبتاً مطلوب | ۶۲    | ۶۲   | ۶۲       | ۶۲   | $P < 0/001$      |
|                                                            | مطلوب        | ۳     | ۳    | ۱        | ۱    |                  |
| مصرف میوه                                                  | نامطلوب      | ۶     | ۶    | ۱۶       | ۱۶   | $\chi^2 = 13/14$ |
|                                                            | نسبتاً مطلوب | ۲     | ۲    | ۹        | ۹    | $P < 0/001$      |
|                                                            | مطلوب        | ۶۸    | ۶۸   | ۷۵       | ۷۵   |                  |
| تغذیه (مصرف چربی)                                          | نامطلوب      | ۱۸    | ۱۸   | ۳۰       | ۳۰   | $\chi^2 = 26/35$ |
|                                                            | نسبتاً مطلوب | ۷۶    | ۷۶   | ۶۵       | ۶۵   | $P < 0/001$      |
|                                                            | مطلوب        | ۶     | ۶    | ۵        | ۵    |                  |
| بعد کلی تغذیه (پروتئین، کربوهیدرات، چربی‌ها، لبنیات، میوه) | نامطلوب      | ۴     | ۴    | ۷        | ۷    | $\chi^2 = 10/23$ |
|                                                            | نسبتاً مطلوب | ۹۵    | ۹۵   | ۹۲       | ۹۲   | $P = 0/03$       |
|                                                            | مطلوب        | ۱     | ۱    | ۱        | ۱    |                  |

هرچه فعالیت فیزیکی و ورزشی فرد بالا باشد به تبع میزان گرایش و مصرف دخانیات نیز در وی کمتر خواهد بود [۳۱-۳۳]. در راستای مطالب فوق سوری [۳۴] نیز در مطالعه خود مصرف 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 به عنوان 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. به طوری که 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 به عنوان عاملی تأثیرگذار در بروز بیماری های 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 به عنوان یکی از علت های مهم آسیب پذیری، بیماری های قلبی و عروق و مرگ و میرهای قابل پیشگیری در نظامیان و غیرنظامیان نام برده شده که می بایست مدنظر قرار گیرد [۳۸، ۳۹، ۴۲].

در این پژوهش مصرف مطلوب پروتئین در گروه نظامی نسب به غیرنظامی به طور معنی داری 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 وعده های غذایی را در محیط کار صرف نموده و از تغذیه تدارک دیده شده توسط سازمان استفاده می کنند که نیاز به انجام برنامه ریزی بنیادی در این زمینه دارد. به طوری که بینگام نیز جهت تغییر و بهبود وضعیت تغذیه ای در افراد نظامی از مداخلات هدفمند تغذیه ای مناسب استفاده نمود که نتایج حاصل حاکی از بهبود الگوهای تغذیه ای در این افراد بود [۴۰]. از سویی دیگر یافته ها نشان داد که مصرف مطلوب لبنیات در گروه نظامی و غیرنظامی یکسان و بالا بود که می تواند به علت آگاهی هر دو قشر از اهمیت مصرف لبنیات در رژیم غذایی و همچنین فرهنگ جامعه در استفاده از لبنیات باشد. با این حال اگرچه مصرف لبنیات در افراد این مطالعه مناسب بود اما فروش در مطالعه خود شیوع بالای بیماری های استخوانی و دندان را به علت مصرف پایین شیر در افراد نظامی تحت مطالعه خود نسبت می دهد [۴۱]. نتایج مطالعات تابش [۴۲] و میرمیران [۴۳] ارتباط میان مصرف لبنیات با وزن و نمایه توده بدنی را معکوس عنوان می داند. کی روزیس نیز در مطالعه خود که به بررسی نقش فاکتورهای سبک زندگی در قالب تغییرات رژیم غذایی

افراد فوق دیپلم 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 به طوری که 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 ( $P < 0.05$ ) از نظر مدت زمان مصرف دخانیات در دو گروه نظامی و غیرنظامی، بین میانگین مصرف دخانیات در افراد نظامی و غیرنظامی تفاوت معنی دار آماری وجود داشت. به این صورت که میانگین مصرف دخانیات در افراد غیرنظامی بیشتر از افراد نظامی بود ( $P = 0.03$ ) 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 نتیجه گیری

امروزه فاکتورهای سبک زندگی از جمله مصرف سیگار و تنباکو، الگوی رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی نقش مهم و حیاتی در بروز بیماری ها از جمله بیماری های قلبی و عروقی دارند که می بایست 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 محیط های 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 می تواند در میزان مصرف دخانیات نقش داشته باشد. به طوری که

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

| متغیر                        | گروه | نظامی                  | غیر نظامی              | آزمون تی                       |
|------------------------------|------|------------------------|------------------------|--------------------------------|
|                              |      | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |                                |
| استرس تجربه شده (هولمز راهه) |      | ۱۴۱ (۸۵/۲)             | ۱۱۵/۹ (۷۳/۱)           | t= ۲/۳۸<br>df= ۱۹۸<br>P= .۰/۲  |
|                              |      |                        |                        | t= ۲/۶۷<br>df=۱۹۸<br>P= .۰/۰.۸ |
|                              |      | ۲/۵ (۰/۵۸)             | ۱/۷ (۰/۷۴)             | t= ۲/۳۳<br>df=۱۹۸<br>P= .۰/۰.۳ |
|                              |      |                        |                        |                                |

کاری افراد نظامی از سوی سازمان مربوطه تعریف شده 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 به عنوان عاملی پیش‌بینی کننده 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 رژیم غذایی 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. از آنجاکه 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 عادات‌های رفتاری غلط و نامناسب در هر دو گروه مورد مطالعه 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 عادات‌های رفتاری صحیح پیشنهاد می‌شود تا هم در این افراد از خطرات بالقوه بیماری‌ها جلوگیری نموده و در سایرین هم به عنوان یک فاکتور پیشگیری کننده 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-

پرداخته از مصرف لبنیات به خصوص شیر به عنوان عاملی مهم و تعیین کننده 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 مطالعه‌ای که توسط ماندان انجام شد، مصرف گوشت قرمز و عدم مصرف ناکافی سبزیجات و میوه جات به عنوان عاملی برای بروز بیماری‌هایی چون فشارخون مطرح شد [۴۵]. به‌طور کلی اگرچه گروه نظامی از لحاظ مصرف میوه جات 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 به عنوان 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 به عنوان 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 قابل قبول 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 عنوان شدند [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

- 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, Tsi-amirtzis 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, Falahtafi 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

- 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, Sanaenasab 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 Kelarjani 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 Act* 2012; 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, Esmailzadeh 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, Esmailzadeh A, Azizi F. Dairy consumption and body mass index: an inverse relationship. *Int J Obes (Lond)* 2005; 29: 115-21.
  44. Kyrozi 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 psychological 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.