



ORIGINAL ARTICLE

Received:2015/11/23

Accepted:2016/01/6

Assessment of Lifestyle Nomadic Tribe of Marv Dasht city in 10 aspects in 2014

Seyed Saeid MazloomiMahmoodAbad (Ph.D.)¹, Parivash Kazemi (M.Sc.)², Aabas Ali DehghaniTafti (Ph.D.)³, Arefeh DehghaniTafti (M.Sc.)⁴

1. Professor, Social Science Research Center of Health, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Science, Yazd, Iran.

2. Corresponding Author: MS.c. Student of Health Education, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. Email: Pkazemi90@yahoo.com Tel:09179271311

3. Assistant Professor, Department of Health Education, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

4. Instructor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Abstract

Introduction: Lifestyle is the pursuit of activities such as proper diet, sleep, exercise, weight control, non-smoking, and immunization to maintain and promote health and prevent diseases.. This study was conducted to determine nomads' lifestyle status of Marvdasht city.

Methods: This cross-sectional study on 330 people from nomads of Marvdasht city was conducted by random sampling. Standardized life style questionnaire with 70 questions was used in the study. Collected data was analyzed in SPSS software using descriptive statistics, t-test, and ANOVA test.

Results: Among all respondents of the study, 54/2% were men and 45/8% were women. 51/8% of respondents strongly agreed which keep their body healthy. In terms of lifestyle, There was a significant relationship between weight and nutrition control with age ($p=0/040$).. Furthermore, there was a significant relationship between sport and health with sex ($p = 0.04$) and age ($p = 0.008$).

Conclusion: Sport and health dimensions have the lowest average. Dimensions of Weight and nutrition control, psychological health and drug avoidance have the lower average than other dimensions respectively. Therefore, nomadic life improvement,, especially in terms of physical activity, requires more attention.

Key words: Lifestyle, Lifestyle dimensions, Nomads,

Conflict of interest: The authors declared that there is no conflict of interests



This Paper Should be Cited as:

Seyed Saeid MazloomiMahmoodAbad, Parivash Kazemi, Aabas Ali DehghaniTafti, Arefeh DehghaniTafti. Assessment of Lifestyle Nomadic Tribe of Marv Dasht city in 10 aspects Tolooebehdasht Journal.2017; 16(5):38-48.[Persian]

**بررسی وضعیت سبک زندگی عشایر کوچرو شهرستان مرودشت در ابعاد ۱۰ گانه در سال ۱۳۹۴**نویسندگان: سید سعید مظلومی محمود آباد^۱، پریش کاظمی^۲، عباسعلی دهقانی تفتی^۳، عارفه دهقانی تفتی^۴

۱. استاد مرکز تحقیقات علوم اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

تلفن تماس: ۰۹۱۷۹۲۷۱۳۱۱ Email: Pkazemi90@yahoo.com

۳. استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

۴. مربی گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

چکیده

مقدمه: روستاها و عشایر ایران به دلیل بهره مندی از بخشی از دستاورد های تکنولوژیک دنیای مدرن و به سبب برخورداری از تسهیلات ارتباطی نسبتاً مناسب، در دوره ای از تاریخ تحول فرهنگی و اجتماعی قرار گرفته اند که حرکتی نسبتاً گسترده را از سبک زندگی سنتی خود به سمت سبک زندگی نوین تجربه می کنند. این وضعیت سبب شده تا بتوان قضاوت کرد که احتمالاً سبک زندگی جوامع عشایری در برخی جهات از شکل سنتی خود دور شده است، اما وضع کنونی آن تقریباً مشخص نمی باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین سبک زندگی عشایر کوچرو شهرستان مرودشت انجام شده است.

روش بررسی: مطالعه ای مقطعی بر روی ۳۳۰ نفر از مردم عشایر کوچرو شهرستان مرودشت با روش نمونه گیری تصادفی انجام گرفت. پرسشنامه ۷۰ سوالی استاندارد شده سبک زندگی Isq بکار گرفته شد. داده های جمع آوری شده در نرم افزار SPSS و با آزمون های آماری توصیفی، تی مستقل، آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از مجموع کل پاسخگویان این تحقیق ۵۴/۲٪ را مردان و ۴۵/۸٪ را زنان تشکیل داده اند، ۵۱/۸٪ پاسخگویان کاملاً موافق بودند که بدن خود را سالم و تندرست نگه می دارند، در زمینه ابعاد سبک زندگی، بعد کنترل وزن و تغذیه با سن ($p=0/04$) رابطه معنی داری داشت. بعد ورزش و تندرستی با جنس ($p=0/04$) و سن ($p=0/008$) دارای رابطه معنا دار آماری بود.

نتیجه گیری: بعد ورزش و تندرستی کمترین میانگین را داراست. ابعاد کنترل وزن و تغذیه، سلامت روان شناختی و اجتناب از داروها و مواد مخدر نیز نسبت به دیگر ابعاد به ترتیب دارای میانگین کمتری می باشند. بنابراین بهبود و ارتقاء زندگی عشایر کوچرو به ویژه از نظر فعالیت فیزیکی نیازمند توجه بیشتری است.

واژه های کلیدی: سبک زندگی، عشایر کوچرو، ابعاد سبک زندگی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد می باشد.

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال شانزدهم

شماره: پنجم

آذر و دی ۱۳۹۶

شماره مسلسل: ۶۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۰۹/۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۶

**مقدمه**

سبک زندگی فعالیت‌های معمولی و عادات روزانه هستند که افراد آنها را در زندگی خود به طور طبیعی پذیرفته و انجام می‌دهند، به طوری که این فعالیت‌های به نظر عادی روی سلامت افراد تاثیر گذار هستند (۱). حدود ۱/۳ میلیون نفر در سطح کشور هستند که به صورت ایل، قبیله، طایفه به روش دامداری، رمه گردانی و بعضاً کشاورزی زندگی می‌کنند (۲).

وضعیت بهداشت و درمان این جمعیت پویا، سخت کوش و پراکنده عمدتاً به علت ساختار شیوه زندگی خاص (عمدتاً کوچرو، صحرا گردی) مطلوب نبوده و همواره بر شاخص‌های بهداشتی درمانی تأثیر بسزایی داشته است (۳). زندگی بسیاری از عشایر در قالب کوچ سپری می‌شود. معمولاً کوچ‌ها در اوایل فصل بهار (از قشلاق به میان بند و ییلاق) و در فصل پاییز و یا اواخر تابستان (از ییلاق به میان بند و قشلاق) انجام می‌گیرد (۴، ۵).

ورای این کوچ‌های طولانی جابجایی آنها در محدوده ییلاق و قشلاق به منظور تأمین علوفه دام از دره‌ای به دره‌ای دیگر است، مجموعه این رفتار و سبک زندگی باعث می‌شود آدرس مشخص و ثابتی نداشته باشند، لذا خدمات رسانی به آنها در بخش بهداشت و درمان، فرهنگی و اجتماعی غیر کارآمد است. در بخش بهداشت تیم‌های سیار بهداشتی به صورت مقطعی خدماتی چون واکسیناسیون و بعضاً مراقبت‌های اولیه بهداشتی به شکل غیر فعال و غیر قابل پیگیری به این قشر می‌رسانند (۶، ۷).

اصولاً انسانها با انتخاب سبک زندگی مناسب برای محافظت از خود و ارتقای سلامتی و همچنین پیشگیری از بیماری‌ها، یک سری اقدامات و فعالیت‌هایی مانند فعالیت فیزیکی، رعایت

تناسب اندام، خواب کافی، رژیم غذایی مناسب، عدم مصرف دخانیات و الکل و همچنین واکسیناسیون در مقابل بیماری‌ها را انجام می‌دهند که این مجموعه انجام می‌دهد (۸).

مشکلات زیادی که ناشی از چاقی، بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان‌ها و سوء مصرف مواد که هم اکنون در اکثر کشورها مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه به چشم می‌خورد، با وضعیت سبک زندگی افراد آن کشورها ارتباط زیادی دارد (۹).

بیماری‌های مزمن و مخصوصاً قلبی و عروقی رابطه مستقیمی با سبک زندگی افراد دارند و به نوعی سبک زندگی از عوامل تاثیر گذار و مهم در سلامتی و بیماری فرد به حساب می‌آید (۱۰).

سازمان جهانی بهداشت بر این باور است که با تغییر و اصلاح شیوه سبک زندگی می‌توان با تعداد زیادی از عوامل پرخطر که موج مرگ و میر می‌گردد، مبارزه کرد (۱۱). به همین دلیل یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی ارتقای سبک زندگی سالم در افراد جامعه است. بر اساس آمار ارائه شده در مورد علل اصلی مرگ و میر حدود ۵۳ درصد از علل مرگ و میر با شیوه زندگی افراد در ارتباط می‌باشد (۱۱).

در واقع سبک زندگی شیوه‌ای است که یک فرد در زندگی انتخاب کرده و ریشه آن از خانواده شروع می‌شود که در واقع، ناشی از فرهنگ، نژاد، مذهب، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، اعتقادات و باورهای فرد می‌باشد (۱۲).

معضل چاقی که زمینه‌ساز بسیاری از بیماری‌ها می‌باشد، به نظر می‌رسد ارتباط تنگاتنگی با شیوه زندگی دارد، در واقع معضل چاقی را می‌توان به عنوان یک بیماری مزمن مورد بررسی قرار



انجام شده است. حجم نمونه طبق فرمول آماری ۳۳۰ نفر برآورد گردید که روش نمونه گیری به صورت خوشه‌ای و در هر خوشه ۲۹ نفر به صورت تصادفی از هر خانوار یک نفر بالای ۱۸ سال مورد مطالعه قرار گرفت.

ابزار جمع آوری اطلاعات یک پرسشنامه دو بخشی شامل: ۱-اطلاعات دموگرافیک که از ۱۴ سوال مشتمل بر، سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، تحصیلات، تعداد فرزندان، قد، وزن، نوع مسکن، نوع بیمه، بیمه تکمیلی، نوع مسکن، طبقه اجتماعی و تعداد اعضای خانوار و قومیت بود، ۲- پرسشنامه ۷۰ سوالی استاندارد سبک زندگی LSQ (questions of lifestyle) که توسط محسن لعلی و همکاران روایی و پایایی آن اندازه‌گیری شده است. و هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف سبک‌های زندگی است. که به صورت خود گزارش دهی اطلاعات پرسشنامه‌ها جمع آوری شد. همچنین وزن و قد با استفاده از ترازو و متر اندازه‌گیری شد.

شرایط مشخصات ورود و خروج افراد به مطالعه: رضایت فرد، نداشتن بیماری مزمن (دیابت- بیماری قلبی، سرطان، فشارخون تایید شده توسط پزشک، اختلال چربی خون، التهاب مفاصل) نداشتن بیماری روانی تایید شده توسط پزشک، نداشتن رژیم غذایی خاص طبق نظر پزشک، سن بیش از ۱۸ سال تعیین شده بود.

در پایان اطلاعات به دست آمده برای حصول به نتایج نهایی با استفاده از آمار توصیفی و آمار تحلیلی (تی مستقل، آنالیز واریانس) با نرم افزار SPSS ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

داد. (۱۳). همچنین غافل شدن از تناسب اندام و وزن مناسب موجب بوجود آمدن طیف وسیعی از مشکلات مربوط به سلامتی می‌گردد. (۱۴).

پیاده روی ساده‌ترین فرم فعالیت فیزیکی است و شامل فواید بسیاری برای سلامت انسان است. این نوع ورزش را بیشتر مردم می‌توانند انجام دهند و با آسیب‌های کمتری همراه است (۱۵). اعتماد به نفس بالا در فرد این حس را بوجود می‌آورد که بتواند خود را با شرایط سخت زندگی در موقعیت‌های مختلف تطابق دهد. (۱۶).

فهمیدن طبیعت و رفتار انسان نقطه شروع و اصلاح رفتارهای اوست. گستره سلامت و بیماری از یک سو، نتیجه روابط فرد با محیط، گروه‌های اجتماعی و ساختار جامعه است و از سوی دیگر با ویژگی‌های فرد از نظر تطابق فردی در ابعاد ارگانیکی و ذهنی در ارتباط مستقیم است (۱۷). بنابراین توجه به سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت برای مقابله با بار این بیماری‌ها ضروری است (۱۸).

به دلیل پیشرفت تکنولوژی و مدرن شدن جامعه امروزی دسترسی عشایر ایران نیز به تسهیلات و در واقع تغییر سبک زندگی از حالت سنتی به مدرن و امروزی بیشتر شده است و خود موجب تغییرات بسیاری در نوع زندگی عشایر و در واقع دور شدن آنها از سبک زندگی سنتی شده است (۱۹).

لذا ما تصمیم بر انجام این مطالعه در مردم عشایر کوچرو شهرستان مرودشت گرفتیم.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی است که به منظور بررسی سبک زندگی مردم عشایر کوچرو شهرستان مرودشت

**یافته‌ها**

در خصوص اطلاعات فردی از مجموع ۳۳۰ نفر مورد پژوهش تعداد ۱۷۹ نفر (۵۴/۲٪) را مردان و ۱۵۱ نفر (۴۸/۵٪) را زنان تشکیل می‌دادند، که از نظر سنی ۳۴/۲٪ بین ۲۴ تا ۳۵ سال سن دارند که بیشترین تعداد را تشکیل می‌دهند. در خصوص وضعیت تأهل: ۷۳/۶٪ متأهل و ۲۴/۸٪ مجرد و ۰/۶٪ مطلقه و ۰/۹٪ همسر مرده بودند. از نظر میزان تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به زیر دیپلم ۴۶/۱٪ و بیسواد ۲۵/۸٪ بود. و از نظر شغل ۴۷/۹٪ خانه دار ۴۳/۳٪ دامدار بودند. از نظر بعد خانوار ۱۹/۸٪ بیش از ۵ فرزند بیشترین میزان واحدهای مورد پژوهش بودند و تنها ۰/۷٪ درصد خانوارها ۲ نفر بودند. ۴۸/۳٪ نمونه‌های مورد پژوهش درآمد کمتر از ۵۰۰ هزار تومان در ماه داشتند، و تنها ۲۸/۶٪ در آمد بیش از یک میلیون تومان داشتند، ۷/۶٪ بیمه تکمیلی و بقیه فاقد بیمه تکمیل بودند. ۸۲/۷٪ دارای بیمه روستایی- عشایری و ۱۰/۹٪ بیمه تأمین اجتماعی داشتند.

۵۲/۴٪ واحدهای پژوهش با قومیت قشقایی بیشترین فراوانی و ۱۳٪ قومیت فارس کمترین فراوانی را داشتند.

در خصوص وضعیت مسکن ۸۴/۵٪ دارای چادر بودند، در این پژوهش ۶۸/۸٪ توده بدنی نرمال (۱۹-۲۵) که بیشترین فراوانی، ۲۴/۲٪ اضافه وزن، ۴/۲٪ لاغر و ۲/۷٪ چاق بودند. در رابطه با چگونگی پاسخگویی به سوالات، ۵۱/۸٪ پاسخگویان کاملاً موافق بودند که بدن خود را سالم و تندرست نگه می‌دارند، ۱۷/۳٪ آنان کاملاً موافق بودند که اکثر اوقات فراغت

خود را صرف ورزش یا انجام فعالیت‌های بدنی مانند دوچرخه سواری، پیاده روی، شنا و ورزش‌های دیگر می‌کند، ۲۴/۸٪ کاملاً موافق بودند که از مصرف شکر و نمک خودداری

می‌کنند. همچنین ۱۸/۸ درصد آنان کاملاً موافق بودند که از مصرف چربی‌های اشباع شده و غذاهای چرب خودداری می‌کنند. ۴۸/۲٪ کاملاً موافق بودند که واکسیناسیون را به موقع انجام می‌دهند و ۲۸/۵٪ کاملاً موافق قرار گرفتن در معرض آفتاب بودند. ۴۵/۸٪ موافق بودند که به آینده امیدوار هستند. ۲۷٪ کاملاً موافق بودند که قادر به بیان احساسات هستند. ۳۱/۸٪ کاملاً موافق بودند که نظام خلقت دارای هدف می‌باشد ۳۲/۱٪ کاملاً موافق بودند که زندگی آن‌ها معنا دارد.

۵۱/۵٪ آنان موافق بودند که دوستان صمیمی دارند، ۴۴/۵٪ پاسخگویان موافق بودند احساسات و افکار مثبتی دارند. ۶۲/۴٪ پاسخگویان کاملاً موافق بودند که از مصرف مواد مخدر اجتناب می‌کنند. ۴۴/۵٪ کاملاً موافق بودند هنگام رانندگی از کمربند ایمنی استفاده می‌کنند.

۹۳/۳٪ موافق بودند که از کیفیت و سالم بودن آبی که مصرف می‌کنند آگاه هستند. ۳۷/۹٪ آنان کاملاً موافق بودند که میوه و سبزی را قبل از مصرف می‌شویند.

بعد ورزش و تندرستی کمترین میانگین را دار بود. ابعاد کنترل وزن و تغذیه، سلامت روان شناختی و اجتناب از داروها و مواد مخدر نیز نسبت به دیگر ابعاد به ترتیب دارای میانگین کمتری می‌باشند. نتایج به تفکیک ابعاد در جدول انمايان می‌باشد.

در زمینه ابعاد سبک زندگی، همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، تفاوت معنی داری بین میانگین نمره ابعاد ورزش و تندرستی، پیشگیری از بیماری‌ها و اجتناب از داروها و مواد مخدر عشایر با جنس آنان مشاهده شد ($p < 0/05$). با توجه به نتایج جدول ۳، تفاوت معنی



بعد کنترل وزن و تغذیه با قومیت ($p=0/03$) رابطه معنا دار داشت. بعد سلامت جسمانی با طبقه اجتماعی ($p=0/042$) و بیمه تکمیلی ($p=0/04$) رابطه معنی دار نشان داد.

بعد پیشگیری از حوادث با نوع مسکن ($p=0/01$) رابطه معنی داری داشت و بعد سلامت محیطی با نوع مسکن ($p=0/001$) رابطه معنا داری نشان داد. و کلیه ابعاد سبک زندگی بررسی شده با متغیرهای مستقل نوع بیمه، شغل، تحصیلات، درآمد، تعداد افراد خانوار و تعداد فرزندان رابطه معنی داری نشان نداد.

داری بین میانگین نمره ابعاد ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه و سلامت اجتماعی عشایر با سن آنان مشاهده شده است. بر طبق نتایج آزمون Tukey، میانگین نمره بعد ورزش و تندرستی، گروه سنی بیشتر از ۵۵ سال (با کمترین میانگین) با دیگر گروه‌های سنی اختلاف آماری معنی داری دارد.

در بعد کنترل وزن نیز میانگین نمره رده سنی بین ۲۴ تا ۳۵ سال با گروه ۴۵ تا ۵۵ سال و بیشتر از ۵۵ سال دارای تفاوت معنی داری بود. هم چنین میانگین نمره سلامت اجتماعی گروه کمتر از ۲۴ سال با رده سنی ۳۵ تا ۴۵ سال اختلاف معنی داری داشت.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار ابعاد پرسشنامه سبک زندگی

ابعاد	سوالات مربوطه	محدوده نمره قابل احتساب	میانگین	انحراف معیار	ضریب تغییرات
سلامت جسمانی	۱-۸	۸-۴۸	۳۸/۳	۵/۱	۰/۱۳۳
ورزش و تندرستی	۹-۱۵	۷-۴۲	۳۰/۱۲	۷/۱۵	۰/۲۳۲
کنترل وزن و تغذیه	۱۶-۲۲	۷-۴۲	۳۰/۷	۶/۷۷	۰/۲۱۵
پیشگیری از بیماری‌ها	۲۳-۲۹	۷-۴۲	۳۴/۸۲	۴/۷	۰/۱۳۴
سلامت روان شناختی	۳۰-۳۶	۷-۴۲	۳۱/۴۲	۵/۸۳	۰/۱۷
سلامت معنوی	۳۷-۴۲	۶-۳۶	۳۴/۸	۵/۱۲	۰/۱۶۹
سلامت اجتماعی	۴۳-۴۹	۷-۴۲	۳۴/۸	۴/۸۲	۰/۱۳۸
اجتناب از داروها و مواد مخدر	۵۰-۵۵	۶-۳۶	۳۱/۵	۶/۶۸	۰/۲۱۲
پیشگیری از حوادث	۵۶-۶۳	۷-۴۲	۳۸/۹	۶/۲۶	۰/۱۶
سلامت محیطی	۶۴-۷۰	۷-۴۲	۳۴/۳	۵/۰۱	۰/۱۴۶
کل	۱-۷۰	۷۰-۴۲۰	۳۳۹	۳۴/۲	۰/۱



جدول ۲: تعیین و مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد پرسشنامه سبک زندگی بر حسب متغیر مستقل جنس

جنس	مرد		زن		p-value
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
ابعاد	نمره	معیار	نمره	معیار	
سلامت جسمانی	۳۸	۵/۷	۳۸	۴/۲	۰/۵۴
ورزش و تندرستی	۳۱/۵	۶/۷	۲۹/۶	۷/۵	*۰/۰۴
کنترل وزن و تغذیه	۳۰/۸	۶/۷	۳۲/۱	۶/۸	۰/۱
پیشگیری از بیماری‌ها	۳۴/۰۸	۴/۹	۳۵/۶۹	۴/۲	*۰/۰۰۲
سلامت روان شناختی	۳۳/۸	۶/۱	۳۴/۵	۵/۴	۰/۲
سلامت معنوی	۲۹/۸	۳/۶	۳۰/۴	۶/۴	۰/۲۲
سلامت اجتماعی	۳۴/۶	۴/۷	۳۴/۹	۴/۹	۰/۶
اجتناب از داروها و مواد مخدر	۳۰/۴	۶/۱	۳۲/۷	۷/۱	*۰/۰۰۲
پیشگیری از حوادث	۳۸/۸	۶/۱	۳۹/۱	۶/۴	۰/۶۶
سلامت محیطی	۳۳/۸	۵	۳۴/۷	۴/۹	۰/۰۹

آزمون T مستقل * تفاوت معنی داری دارد ($p < 0/05$)

جدول ۳: تعیین و مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد پرسشنامه سبک زندگی بر حسب متغیر مستقل سن

سن	<۲۴		۲۴-۳۵		۳۵-۴۵		۴۶-۵۵		>۵۵	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ابعاد	نمره	معیار	نمره	معیار	نمره	معیار	نمره	معیار	نمره	معیار
سلامت جسمانی	۳۸/۷	۴/۶	۳۸/۲	۴/۱	۳۸/۴	۵/۹	۳۷/۶	۶/۲	۳۷/۴	۵/۸
ورزش و تندرستی	۳۱/۴	۷/۶	۳۰/۹	۶/۳	۳۱/۵	۶/۳	۳۰/۲	۷/۶	۲۹/۳	۸/۷
کنترل وزن و تغذیه	۳۱/۶	۶/۹	۳۲/۳	۶/۶	۳۲/۳	۵/۱	۲۸/۵	۷/۸	۲۸/۳	۷/۳
پیشگیری از بیماری‌ها	۳۵/۷	۴/۴	۳۴/۹	۴/۴	۳۴/۹	۴/۴	۳۳/۳	۵/۶	۳۳/۴	۵/۴
سلامت روان شناختی	۳۴/۲	۴/۹	۳۴	۶/۱	۳۴/۲	۵/۱	۳۴/۳	۸/۲	۳۳/۸	۵/۵
سلامت معنوی	۳۰/۷	۳/۵	۳۰	۷/۱	۳۰	۳/۸	۲۹/۶	۴	۲۹/۵	۳/۴
سلامت اجتماعی	۳۶/۲	۴/۱	۳۴/۶	۴/۹	۳۴	۵	۳۴	۴/۸	۳۳/۸	۴/۳
اجتناب از داروها و مواد مخدر	۳۱/۶	۹/۵	۳۱/۷	۵/۸	۳۲	۴/۳	۲۹/۱	۶/۹	۳۱/۵	۳/۴
پیشگیری از حوادث	۳۹/۷	۵/۷	۳۹	۵/۷	۳۸/۶	۶/۹	۳۷/۱	۷/۴	۳۹/۹	۵/۷
سلامت محیطی	۳۵	۴/۴	۳۴/۴	۴/۴	۳۳/۶	۵/۵	۳۳/۸	۵/۹۵	۳۳/۶	۶

آزمون ANOVA * تفاوت معنی داری دارد ($p < 0/05$)

**بحث و نتیجه گیری**

طبق مطالعه علی توکلی در ایران از افراد مورد مطالعه ۳۹ درصد معتاد به استعمال سیگار و قلیان بودند و ۶۸ درصد در شرایط کاملاً غیر بهداشتی به سر می‌بردند و این وضعیت در عشایر کوچنده به طور معناداری بالاتر بود (۱۹). در مطالعه عیسی محمد زیدی در ایران ۴۷/۸٪ از افراد مورد مطالعه نمایه توده بدنی بیش از ۲۵ داشتند (۱۷). در حالی که در مطالعه schiller (۲۰۱۰) در آمریکا ۶۲٪ از افراد مورد مطالعه نمایه توده بدنی بیش از ۲۵ داشتند (۲۰). در پژوهش ما ۲۶/۹٪ نمایه توده بدنی بیش از ۲۵ داشتند.

در این پژوهش همچنین بین بعد ورزش و تندرستی با جنس و سن رابطه معنا داری نشان داد، بطوریکه در بعد کنترل وزن و تغذیه با سن و قومیت رابطه معنا داری داشت. در مطالعه صمیمی و همکارانش در رابطه با ارتباط سبک زندگی با سلامت عموم دانشجویان نشان داد که بین سلامت عمومی سبک زندگی و بعد ورزش ارتباط آماری معنی داری وجود دارد. هم چنین در بعد تغذیه و سلامت عمومی ارتباط آماری معناداری وجود دارد (۲۱).

نتایج حاصل از مطالعه حاضر در بررسی ابعاد سبک زندگی عشایر کوچرو نشان داد که مطلوب‌ترین وضعیت از میان ابعاد سبک زندگی در عشایر کوچرو مربوط به پیشگیری از حوادث و نامطلوب‌ترین آن‌ها مربوط به بعد ورزش و تندرستی و کنترل وزن و تغذیه بود. مطالعه فیضی و همکاران در رابطه با تأثیر آموزش بر برخی از شاخص‌های سبک زندگی نیروهای پاور یک محیط نظامی نشان داد که ۷۹/۶ درصد از نظر سبک

زندگی در بعد فعالیت ورزشی نامطلوب بودند که با پژوهش حاضر هم خوانی دارد (۱۱).

همچنین مطالعه مشکلی و همکاران نشان می‌دهد که مطلوب‌ترین مؤلفه‌های سبک زندگی مربوط به عدم مصرف دخانیات و داروها و نامطلوب‌ترین آن‌ها مربوط به فعالیت بدن و تندرستی و پس از آن کنترل استرس بودند (۲۲). در مطالعه صاحب‌الزمانی و همکاران در ایران نامطلوب‌ترین بعد پس از ورزش مقابله با استرس به خود اختصاص داده (۲۳). اما در مطالعه زهرا راهنورد در نامطلوب‌ترین بعد پس از ورزش را بعد تغذیه به خود اختصاص داده بود (۲۴). نتایج مطالعه Engström و همکاران نشان می‌دهد که: ۱۸/۴٪ مردان و ۱۱/۴٪ زنان ۳ یا ۴ مورد از رفتارهای ناسالم شامل فعالیت فیزیکی نامناسب - مصرف کم میوه و سبزیجات - مصرف تنباکو و مصرف زیاد الکل را داشتند. بیشترین فراوانی را فعالیت فیزیکی نامناسب و مصرف کم میوه و سبزیجات به خود اختصاص داده بودند، مردان با سن و سطح تحصیلات پایین تمایل بیشتری به انجام رفتارهای پر خطر دارند (۲۵). علت تفاوت در نتایج این مطالعات می‌تواند به دلیل تفاوت‌های محیطی - فرهنگی جوامع مورد بررسی باشد.

اکثر قریب به اتفاق مطالعات بررسی شده نمره سبک زندگی را در بعد ورزش نامطلوب‌ترین نمره را به خود اختصاص داده‌اند. در کل شرایط سبک زندگی و مجموع عوامل دخیل در سبک زندگی سالم (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد



بهداشت سیار همراه ایل، پایگاه های تحقیقاتی، مدارس سیار و آموزش مهارت ها زندگی و سواد آموزی می توان به این مهم دست یافت.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می دارند که هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه اساتید و دوستانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدر دانی می گردد.

مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) بعد ورزش و تندرستی کمترین میانگین را به خود اختصاص داده است. ابعاد کنترل وزن و تغذیه، و سلامت روان شناختی نیز نسبت به دیگر ابعاد به ترتیب دارای اولویت کمتری بودند. نتایج مطالعه نشان می دهد بهبود و ارتقاء زندگی عشایر کوچرو به ویژه از نظر فعالیت فیزیکی نیازمند توجه بیشتری است و تغییر و تعدیل و اصلاح سبک زندگی عشایر کوچرو ضروری به نظر می رسد با برنامه های ورزشی جامع و مستمر و عنایت دار و مطابق با شرایط روحی عشایر کوچ رو و هم چنین داشتن خانه ها

References

- 1- Phipps WJ. Medical-surgical nursing: concepts and clinical practice: Mosby; 1995.
- 2- References tribes in Iran.Social Studies and Research Institute of Tehran University. High Council of Iranian nomads.1987:76-109.[Persian]
- 3-Yazdani M. The reasons for the continuing migration of economic, social, cultural, political and Climate. Seminar on Development Strategy of tribal life, nomadic Iranian publications.1987:577-86.[Persian]
- 4-Najafi H. Checkin Sistan-nomadic economy and ways to improve it. Seminar on Development Strategy of tribal life, nomadic Iranian publications.1987:521-49.[Persian]
- 5-Khodaei GH. Healthcare plan of Nomads. Seminar on Development Strategy of tribal life, nomadic Iranian publications.1987:511-20.[Persian]
- 6- Safari E. The crisis in nomadic mode of production and the need for comprehensive changes in this mode. Seminar on Development Strategy of tribal life, nomadic Iranian publications. 1987:187-99.[Persian]
- 7- Hayati E. Outlook on the future of nomadic life. Seminar on Development Strategy of tribal life, nomadic Iranian publications. 1987:169-86.[Persian]
- 8-Keiyavand A. Change to the migration, transformation to accommodations and state and tribal policies of the Qajar yet. Seminar on Development Strategy of tribal life, nomadic Iranian publications. 1987:153-68.[Persian]
- 9-Park J. Health services principals. Trans Shojaee Tehrani H Tehran: Samat Publication2004:42.
- 10-Tashiro J. Exploring health promoting lifestyle behaviors of Japanese college women: perceptions, practices, and issues. Health care for women international. 2002;23(1):59-70.



- 11-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 (1) :69-4.[Persian]
- 12-Moher M, Executive N. Evidence of effectiveness of interventions for secondary prevention and treatment of coronary heart disease in primary care: a review of the literature: Anglia and Oxford Regional Health Authority Oxford.1995.
- 13-Meheus A. Teenagers' lifestyle and the risk of exposure to hepatitis B virus. Vaccine 2000;18:26-29.
- 14-Borhani F, Abbaszadeh A, Kohan S, Golshan M, Dortaj E. Correlation between lifestyle and body mass index among young adults in Kerman. IJNR 2008; 2 (7) :65-2.[Persian]
- 15-Tsuji I, Takahashi K, Nishino Y, Ohkubo T, Kuriyama S, Watanabe Y, et al. Impact of walking upon medical care expenditure in Japan: the Ohsaki Cohort Study. International journal of epidemiology. 2003;32(5):809-14.
- 16-Cherabin M. Job satisfaction self esteem and organizational commitment among faculty members of secondary level teacher training programme in India Mysore and Iran Tehran .2014.
- 17-Mohammadi Zeidi E, Heidarnia A, Hajizadeh E. Evaluation of Lifestyle cardiovascular patients. Bimonthly daneshvar medicene of shahed university .2005;13(61):49-6.[Persian]
- 18-Tol A, Tavassoli E, Shariferad GH R, Shariferad D. The Relation between Health-Promoting Lifestyle and Quality of Life in Undergraduate Students at School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Iran. Scientific Research journal of HSR .2011;7(4):442-48.[Persian]
- 19-Tavakoli A, Rohani A, Aflatoonian M, Nakhaei N, Hajizadeh E. Attitude and practice of Kerman tribes regarding their current beliefs about Healthcare in 2003. hormozgan medical journal .2007; 11 (2) :159-66.[Persian]
- 20-Schiller JS, Lucas JW, Ward BW, Peregoy JA. Summary health statistics for US Adults: National health interview survey, 2010. Vital and Health Statistics Series 10, Data from The National Health Survey. 2012(252):1-207.
- 21-Samimi R, Masrouf RD, Tamadonfar M, Hosseini F. Correlation between lifestyle and general health in university students. 2007.
- 22-Moshki M, Bahri N, Sadegh Moghadam L. Lifestyle of pregnant women living in Gonabad (Iran). Journal of Research & Health .2012;2(2):200-6.
- 23-Sahebzamani M, Fesharaki M, Abdollahi Mofrad Z. Association of life style and self-esteem among adolescent girls of daily public high schools of Tehran. Meical Sciences. 2010; 20(1) :45-1.[Persian]



24-Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Zarei L. The relation between female teenagers' life style and osteoporosis prevention. *Hayat* .2006;12(2):53-61.

25-Engström K, Magnusson C, Galanti MR. Socio-demographic, lifestyle and health characteristics among snus users and dual tobacco users in Stockholm County, Sweden. *BMC public health* .2010;10(1):619.