

بررسی عوامل موثر بر انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بر اساس الگوی ارتقاء سلامت در جانبازان شیمیایی استان ایلام سال ۹۲-۱۳۹۱

رقیه چناری^۱، آریتا نوروزی^{۱،۲*}، رحیم طهماسبی^{۳،۴}

(۱) گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

(۲) بخش ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات طب گرمسیریو عفونی فلیچ فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

(۳) گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

(۴) مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی دریایی فلیچ فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۲/۲۴

تاریخ پذیرش: ۹۲/۳/۱۲

چکیده

مقدمه: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت می تواند موجب بهبود سلامت جسمی و روانی افراد و گروه ها به ویژه گروه جانبازان گردد. مطالعه حاضر جهت شناسایی عوامل موثر بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بر اساس الگوی ارتقاء سلامت در جانبازان شیمیایی استان ایلام انجام شد.

مواد و روش ها: در این پژوهش توصیفی مقطعی جامعه آماری شامل تمامی جانبازان شیمیایی سطح متوسط و شدید تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران استان ایلام بود. اطلاعات با استفاده از پرسش نامه های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، خودکارآمدی، موانع، فواید درک شده، حمایت اجتماعی و وضعیت سلامت درک شده جمع آوری گردید. بعد از جمع آوری اطلاعات، داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS vol.16 و با آزمون های آماری مناسب تجزیه و تحلیل شد.

یافته های پژوهش: نتایج مطالعه بر روی ۲۳۹ جانباز شیمیایی نشان داد که فواید درک شده ($P=0.001$)، خودکارآمدی ($P=0.000$) و حمایت اجتماعی درک شده ($P=0.002$) دارای اثر مستقیم و مثبت بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بود. نوع جانبازی شیمیایی-فیزیکی ($P=0.034$) و شیمیایی-فیزیکی-عصبی ($P=0.022$)، وضعیت رزمندگی بسیجی ($P=0.049$)، وضعیت سلامت درک شده ($P=0.000$) از طریق خودکارآمدی به صورت غیرمستقیم بر رفتار ارتقاء دهنده تأثیر داشت.

بحث و نتیجه گیری: خودکارآمدی درک شده که به عنوان مهم ترین عامل تأثیرگذار بر انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شناخته شد، همراه با حمایت اجتماعی و درک فواید رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، می تواند جهت بهبود این رفتارها، به ویژه در جانبازان بسیجی با نوع جانبازی شیمیایی-فیزیکی مورد توجه خاص قرار گیرد.

واژه های کلیدی: رفتارهای ارتقاء سلامت، جانباز شیمیایی، الگوی ارتقاء سلامت

* نویسنده مسئول: گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بخش ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات طب گرمسیریو عفونی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

مقدمه

سلاح‌های شیمیایی از غیر انسانی‌ترین جنگ‌افزارها می‌باشند که رژیم بعث عراق بدون در نظر گرفتن مقررات بین‌المللی از آن علیه رزمندگان ایرانی استفاده نمود (۱). استفاده از گازهای شیمیایی به عنوان یک سلاح کشتار جمعی، سلامتی و ایمنی همه افراد اعم از نظامی و غیر نظامی را تهدید می‌کند. به طوری که می‌توان گفت پس از استفاده از این سلاح‌ها، آثار و عواقب آن قابل کنترل نبوده و حتی احتمال گسترش عوارض آن‌ها به نقاط دیگر بدن وجود دارد (۲).

در بازماندگان جنگ‌های شیمیایی وقوع علائم افسردگی و اضطراب افزایش می‌یابد (۳). علاوه بر مشکلات روحی و روانی، گاز خردل می‌تواند موجب مشکلات جسمی متعدد از جمله عوارض تاولی و اختلالات تنفسی، گوارشی، چشمی و پوستی گردد (۴). مشکلات جسمی و روانی ذکر شده می‌تواند محدودیت‌هایی در فعالیت‌های معمول زندگی، انجام وظایف شغلی، روابط اجتماعی و در کل، کیفیت زندگی مصدومین شیمیایی ایجاد نماید (۵).

کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می‌گیرد و مربوط به ابعاد فیزیکی، اجتماعی، جسمی و معنوی است (۶). طبق تئوری‌های نظریه پردازان، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت تأثیرات مثبتی بر کیفیت زندگی دارد، به طوری که افراد با رفتار ارتقاء دهنده، سالم‌تر بوده و بار بیماری و ناتوانی کمتری خواهند داشت (۷). بنا بر این ایجاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی و در نتیجه پیشگیری و حتی درمان مشکلات جسمی و روانی افراد به ویژه جانبازان گردد.

با توجه به مشکلاتی که در ایجاد، حفظ و بهبود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت وجود دارد و نیز پیچیدگی این رفتارها لازم است از تئوری‌ها یا مدل‌های تغییر رفتار در این زمینه استفاده شود. زیرا تئوری‌ها عوامل اصلی که رفتار مورد نظر را تحت تأثیر قرار می‌دهند شناسایی کرده، روابط بین این عوامل را مشخص نموده و شرایط، چگونگی و زمان رخداد این ارتباط‌ها را معرفی می‌نمایند. لذا تئوری‌ها در تشخیص عناصری که باید به عنوان محور اصلی مداخلات در نظر گرفته شوند، مفید می‌باشند (۸). یکی از الگوهای جامع و پیشگویی‌کننده‌ای که به منظور مطالعه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت استفاده شده و چارچوبی نظری برای کشف عوامل مؤثر در این رفتارها را ایجاد می‌نماید، الگوی ارتقاء سلامت پندر (HPM) است (۹).

در این الگو مفاهیم تعیین‌کننده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل: (۱) تجربه‌ها و ویژگی‌های فردی (۲) احساسات و شناخت‌های اختصاصی رفتار و (۳) نتایج رفتاری می‌باشد. مفهوم تجربیات و خصوصیات فردی مفهومی است که به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم از طریق شناخت و عواطف رفتاری، رفتار را تحت تأثیر قرار داده و شامل عوامل شخصی و رفتارهای مرتبط قبلی می‌باشد. در حالی که مفهوم شناخت و عواطف خاص رفتار به صورت مستقیم رفتار را تحت تأثیر خود قرار داده و شامل سازه‌هایی از جمله فواید و موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده، عواطف مرتبط با رفتار، تأثیرگذارنده‌های بین فردی و تأثیرگذارنده‌های موقعیتی است. پروفور پندر سازه‌هایی از الگو را که در توضیح رفتار در بیش از ۵۰ درصد پژوهش‌ها مؤثر بوده اند شناسایی نموده که شامل عوامل شخصی (وضعیت سلامت درک شده)، فواید درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده و تأثیرات بین فردی (حمایت اجتماعی) می‌باشد (۹).

در این رابطه مطالعه مروتی شریف آبادی و همکاران که با هدف بهینه‌سازی الگوی ارتقاء سلامت بر روی ۱۰۲ نفر سالمند ۶۵ ساله و بالاتر جامعه ایرانی انجام شده است، نشان داده که خودکارآمدی درک شده مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بوده و حمایت دینی درک شده نیز به طور مستقیم و غیرمستقیم، از طریق تأثیرگذاری بر روی خودکارآمدی درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و اهمیت درک شده بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مؤثر بوده است (۱۰). در مطالعه نوروزی و همکاران بر روی ۳۵۰ زن ایرانی مبتلا به دیابت با هدف تعیین عوامل تأثیرگذار بر انجام فعالیت بدنی منظم بر اساس الگوی ارتقاء سلامت نیز خودکارآمدی درک شده، فواید درک شده و وضعیت سلامت درک شده بر رفتار فعالیت بدنی مؤثر بودند و سازه وضعیت سلامت درک شده به عنوان مهم‌ترین عاملی شناخته شد که به طور غیرمستقیم بر فعالیت بدنی بیماران دیابتی تأثیر داشت (۸). نتایج مطالعه اکتون بر روی ۴۶ زن مراقبت‌کننده و ۵۰ زن غیر مراقبت‌کننده نشان داد که مراقبین خانوادگی به طور معناداری موانع بیشتری از رفتارهای خودمراقبتی ارتقاء دهنده نسبت به غیرمراقبین گزارش کردند (۱۱). هم‌چنین در مطالعه کاتوتومانکال در رابطه با مشارکت کارمندان در فعالیت بدنی مشخص شد که سازه خودکارآمدی درک شده بهترین پیشگویی‌کننده فعالیت بدنی در میان کارمندان بوده

و منافع و وضعیت سلامت درک شده نیز به عنوان عامل موثر در مشارکت فعالیت بدنی شناخته شده (۱۲). مطالعه مگ لیون با هدف بررسی ارتباط حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و تعهد برای برنامه ریزی رفتار در انجام فعالیت بدنی در دانشجویان کم درآمد نشان داد افراد با سطوح بالاتر حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و تعهد برای برنامه ریزی فعالیت بدنی بیشتری دارند (۱۳).

محققین پیشنهاد کرده اند که برای فهم و شناخت عوامل مؤثر در تغییر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت لازم است تا عوامل تعیین کننده برای هر گروه از افراد، مورد مطالعه قرار گیرد (۸). لذا با توجه به این که تاکنون مطالعه ای در این زمینه بر روی جانبازان شیمیایی انجام نشده و نتایج مطالعات بر روی گروه های دیگر نتایج متناقضی ایجاد نموده لذا در این مطالعه در پی آنیم که با بررسی عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای ارتقاء دهنده این گروه از افراد بر اساس الگوی ارتقاء سلامت و با شناسایی عوامل مؤثر، امکان طراحی مداخلات مناسبی را برای ارتقاء کیفیت زندگی جانبازان شیمیایی فراهم نماییم.

مواد و روش ها

پژوهش انجام شده مطالعه ای توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی (cross-sectional) است. جامعه آماری این مطالعه تمامی جانبازان شیمیایی سطح متوسط و شدید (بر اساس تقسیم بندی بنیاد مربوطه) تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران استان ایلام بودند. جمع آوری داده ها از کلیه جانبازان ساکن در شهرستان های متبوعه استان (ایلام، شیروان چرداول، ایوان، ملکشاهی، مهران، دهلران، آبدانان و دره شهر) انجام شد، به این صورت که ابتدا با مراجعه به بنیاد شهید و امور ایثارگران استان ایلام، ضمن ارائه معرفی نامه دانشگاه و طی مراحل اداری، اجازه انجام پژوهش گرفته شد. سپس لیست کامل جانبازان شیمیایی تحت پوشش و اطلاعاتی شامل نام و نام خانوادگی، درصد جانبازی و شماره تماس آن ها از بنیاد شهید و امور ایثارگران هر یک از شهرستان های ذکر شده دریافت گردید. بر اساس آمار دریافت شده از بنیاد تعداد نمونه ها ۲۷۶ نفر بود که ۲۳۹ نفر از آنان با روش تمام شماری مورد مطالعه قرار گرفتند. معیار ورود در این مطالعه داشتن درصد جانبازی با سطح متوسط و یا شدید و نیز توان جسمی کافی جهت پاسخگویی به سوالات بود. معیار خروج نیز عدم همکاری فرد و نداشتن سکونت دائم در استان ایلام بود. جمع آوری داده ها با مراجعه به درب منازل صورت گرفت و قبل از مراجعه به منزل، با جانبازان تلفنی تماس گرفته می شد و ضمن

توضیح علت تماس، اهداف پژوهش نیز برای ایشان توضیح داده می شد و با کسب اجازه از فرد، آدرس منزل (یا با تمایل خود جانباز، آدرس محل کار وی) پرسیده شده و زمان مراجعه جهت تکمیل پرسش نامه نیز مشخص می گردید. سپس با مراجعه به درب منزل ابتدا در مورد سطح سواد فرد سوال می شد و در صورتی که فرد قادر به خواندن سوالات بوده و نیز مشکل بینایی نداشت، پرسش نامه جهت پاسخگویی در اختیار خود فرد قرار داده می شد. در صورتی که فرد به تنهایی قادر به پاسخگویی نبود پژوهشگر سوالات را برای او خوانده و از جانباز خواسته می شد که پاسخ را انتخاب کند.

جمع آوری داده ها توسط چند پرسش نامه محقق ساخت و استاندارد صورت گرفت. ابزارهای گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل (۱) پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک جانباز شامل اطلاعات مربوط به سن، درصد جانبازی، نوع جانبازی، وضعیت رزمندهی، شغل، وضعیت تأهل و نوع خانواده، (۲) نسخه ترجمه شده مقیاس سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت دو (۳) ابزارهای مربوط به سازه های مطالعه شامل مقیاس وضعیت سلامت درک شده، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی، مقیاس منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده بودند. برای بررسی روایی محتوایی ابزارها، محقق آن ها را در اختیار چند نفر از متخصصین آموزش بهداشت قرار داده و بعد از جمع آوری نظرات، اصلاحات جزئی انجام شد. قبل از شروع مطالعه، جهت بررسی مقدماتی (روایی صوری و تعیین پایایی) ابزارها، تعداد ۵۰ نفر از جانبازان اقدام به تکمیل پرسش نامه ها نمودند. پس از اصلاحات جزئی در ابزار گردآوری داده ها، نمونه گیری از تمامی جانبازان انجام شد.

جهت اندازه گیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از ابزار طراحی شده توسط والکر، سچریست و پندر استفاده گردید. این پرسش نامه شامل ۵۲ سوال با مقیاس لیکرت ۴ سطحی از هرگز (۱ نمره) تا همیشه (۴ نمره) بوده که دامنه نمرات آن بین ۵۲ تا ۲۰۸ می باشد. این پرسش نامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را در ۶ بعد شامل مسئولیت پذیری سلامتی، فعالیت جسمانی، تغذیه، رشد معنوی، روابط بین فردی و مدیریت استرس اندازه گیری می کند. نمرات بالاتر نشان دهنده وضعیت مطلوب تر جانبازان از نظر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت می باشد. پایایی این ابزار بر اساس شاخص آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده است (۱۴). مقیاس وضعیت سلامت درک شده پرسش نامه ای ۱۲ سوالی است که ابعاد سلامت جسمی و روانی را بررسی می

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی با کسب اجازه از فرد به صورت تلفنی آدرس منزل یا محل کار اخذ و در صورت تمایل فرد، جهت تکمیل پرسش نامه ها مراجعه می شد. هم چنین در کلیه مراحل انجام مطالعه، اطلاعات شخصی جانبازان (اعم از اسم، آدرس، درصد جانبازی و...) به صورت محرمانه فقط در اختیار پژوهشگر بود. پس از جمع آوری داده ها، اطلاعات وارد نرم افزار SPSS vol.16 شده و تجزیه و تحلیل آماری توسط شاخص های توصیفی و رگرسیون خطی انجام گردید. سطح معناداری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته های پژوهش

از کل ۲۷۶ جانباز معرفی شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران، تعداد ۶ نفر فوت شده بودند، ۳ نفر به علت وضعیت نامناسب جسمانی قادر به پاسخگویی نبودند، ۲ پرسش نامه مخدوش شده بود، ۱۳ نفر به خارج از استان مهاجرت کرده بودند و ۱۳ نفر نیز تمایل به همکاری نداشتند. در نهایت مطالعه بر روی ۲۳۹ نفر جانباز شیمیایی انجام گرفت. (میزان پاسخگویی ۸۶/۶ درصد)

تمامی جانبازان مورد بررسی مرد بودند و میانگین سنی آن ها ۵۱/۱۷ سال با انحراف معیار ۸/۸۷ بود. ۴۳/۹ درصد (۱۰۵ نفر) شرکت کنندگان جانباز شیمیایی، ۱۳/۴ درصد (۳۲ نفر) جانباز شیمیایی-فیزیکی، ۳۷/۷ درصد (۹۰ نفر) جانباز شیمیایی-عصبی و ۴/۶ درصد (۱۱ نفر) هر سه نوع جانبازی را داشتند. (۱ نفر نوع جانبازی را مشخص نکرده بود) از نظر درصد جانبازی، اکثر جانبازان دارای درصد جانبازی ۲۵ درصد بودند (۵۲/۳ درصد معادل ۱۲۵ نفر)، ۲۷/۶ درصد (۶۶ نفر) جانباز ۳۰ درصد، ۹/۶ درصد (۲۳ نفر) جانباز ۳۵ درصد و ۹/۲ درصد از افراد (۲۲ نفر) جانباز ۴۰ درصد و بالاتر بودند (در این مورد نیز سه نفر اطلاعاتی ارائه ننمودند). به لحاظ وضعیت رزمندگی در زمان مصدومیت، ۴۴/۴ درصد (۱۰۶ نفر) داوطلب بسیجی، ۳۲/۶ درصد (۷۸ نفر) سرباز وظیفه بودند و ۱۸/۴ درصد (۴۴ نفر) نظامی و ۲/۹ درصد (۷ نفر) سایر وضعیت ها را داشتند. (۴ نفر از افراد تحت مطالعه وضعیت رزمندگی خود را ذکر نکردند) از نظر شغل، ۳۵/۱ درصد (۸۴ نفر) کارمند، ۳۴/۷ درصد (۸۳ نفر) مستمری بگیر، ۱۳ درصد (۳۱ نفر) شغل آزاد و ۵/۴ درصد (۱۳ نفر) کشاورز بودند و ۱۱/۸ درصد (۲۸ نفر) نوع شغل خود را گزارش نکردند. ۹۹/۲ درصد (۲۳۷ نفر) از جانبازان متأهل و تنها ۰/۸ درصد (۲ نفر) غیر متأهل (یک نفر مطلقه و یک نفر مجرد) بودند. به لحاظ نوع سکونت ۹۷/۵ درصد (۲۳۳ نفر)

نماید. در این پرسش نامه بعد سلامت جسمی توسط ۶ سوال بررسی می شود که ۴ سوال با مقیاس لیکرت ۳ و ۵ گزینه ای و ۲ سوال شامل گزینه بلی/خیر بودند. بعد سلامت روانی نیز شامل ۶ سوال که ۴ سوال با مقیاس لیکرت ۵ و ۶ گزینه ای و ۲ سوال شامل گزینه بلی/خیر بودند. دامنه نمرات بین ۱۲ (کمترین سلامت درک شده) تا ۴۷ (بیشترین سلامت درک شده) بود. منتظری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ (بعد سلامت جسمی) و ۰/۷۲ (بعد سلامت روانی) را برای این ابزار گزارش نمودند. (۱۵)

مقیاس حمایت اجتماعی درک شده چند بُعدی که دارای سه زیر مقیاس خانواده، دوستان و افراد مهم است. این ابزار توسط زیمت و همکاران تهیه شده است. مقیاس حمایت اجتماعی شامل ۱۲ سوال است که با مقیاس لیکرت ۷ سطحی مشخص شده و دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۸۴ می باشد. این مقیاس از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برابر با ۰/۹۱ بوده و از اعتبار عاملی و هم زمان مطلوبی برخوردار است. (۱۶)

مقیاس منافع درک شده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، پرسش نامه مورد استفاده در مطالعه مروتی شریف آبادی و همکاران بوده است. این پرسش نامه شامل ۲۶ سوال است که در آن ها فواید بعد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با مقیاس لیکرت ۳ سطحی مورد سوال قرار می گرفت. دامنه نمرات قابل کسب در این ابزار ۲۶ تا ۷۸ بوده و آلفای کرونباخ ۰/۸۲ را برای پایایی آن گزارش شده است. (۱۰)

مقیاس موانع درک شده رفتارهای ارتقاء دهنده شامل ۱۸ سوال است و با مقیاس ۳ سطحی لیکرت اندازه گیری شده است. محدوده نمره از ۱۸ تا ۵۴ بوده و نمرات کسب شده بالاتر نشان دهنده موانع بیشتر برای انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در ۶ بُعد بوده است. مقدار آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه مروتی شریف آبادی و همکاران ۰/۶۰ گزارش شده است. (۱۰)

مقیاس خودکارآمدی درک شده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به منظور تعیین میزان اطمینان افراد به خود برای انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در ۶ بُعد طراحی شده است. این ابزار شامل ۲۶ سوال بود که با مقیاس لیکرت ۳ سطحی سنجیده می شد. دامنه نمرات از ۲۶ تا ۷۸ بود. بیکر و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را برای این ابزار گزارش کرده اند، (۱۷). لازم به ذکر است که پایایی کلیه ابزارها در یک نمونه ۵۰ نفری بررسی و در جدول شماره یک گزارش شده است.

اجتماعی درک شده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به میزان ۰/۵ و ۰/۳ واحد افزایش می یابد. سایر سازه ها و همین طور تمامی عوامل شخصی بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت اثر مستقیم نداشتند ($P > 0.05$)

سپس جهت تعیین اثر غیرمستقیم عوامل شخصی بر روی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، سازه های معنی دار (منافع درک شده، خودکارآمدی درک شده و حمایت اجتماعی درک شده) در مدل های رگرسیونی خطی چندگانه به عنوان متغیر وابسته و عوامل شخصی به عنوان متغیر مستقل وارد شدند. از بین سه مدل رگرسیونی مربوط به سازه های معنادار، تنها مدل رگرسیونی مربوط به سازه خودکارآمدی معنادار بوده ($P = 0.000$) و مدل رگرسیونی مربوط به حمایت اجتماعی درک شده ($P = 0.196$) و فواید درک شده ($P = 0.128$) معنادار نبودند. ضرایب رگرسیونی هر یک از عوامل شخصی مربوط به مدل خودکارآمدی درک شده در جدول شماره ۳ آورده شده است. این عوامل ۱۸/۸ درصد تغییرات سازه خودکارآمدی را تبیین کرده و از طریق این سازه به صورت غیرمستقیم بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت تأثیر می گذاشتند.

به عبارتی عوامل شخصی تنها از طریق سازه خودکارآمدی پیشگویی کننده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بودند. از بین عوامل شخصی نوع جانبازی، وضعیت رزمندگی و وضعیت سلامت درک شده پیشگویی کننده خودکارآمدی بوده و دارای اثرات غیرمستقیم بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بودند. به این ترتیب که افراد با هر سه نوع جانبازی خودکارآمدی شان ۶/۷ واحد بیشتر و افراد با جانبازی شیمیایی-فیزیکی خودکارآمدی شان ۳/۸ واحد کاهش می یافت. افراد با وضعیت رزمندگی بسیجی خودکارآمدی شان ۳/۱ واحد کاهش یافته و با ارتقاء یک واحد در وضعیت سلامت درک شده میزان خودکارآمدی ۰/۳۷ واحد افزایش می یافت.

با همسر و فرزندان و ۱/۷ درصد (۴ نفر) فقط با همسر و ۰/۸ درصد (۲ نفر) تنها زندگی می کردند.

میانگین و انحراف معیار نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت $21/93 \pm 29/29$ بوده است. سایر شاخص های توصیفی و ضریب پایایی پرسش نامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و هم چنین سازه های مدل ارتقاء سلامت در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است.

ضرایب همبستگی پیرسون بین سازه های الگوی ارتقاء سلامت با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (به عنوان متغیر پاسخ) نشان دهنده رابطه بین سازه های حمایت اجتماعی درک شده ($r = 0.44$)، منافع درک شده ($r = 0.41$)، موانع درک شده ($r = -0.21$) و خودکارآمدی درک شده ($r = 0.63$) با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سطح ۰/۰۱ بوده است. در این بین خودکارآمدی درک شده بالاترین همبستگی را با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت داشته و موانع درک شده کمترین همبستگی را نشان داد.

جهت تعیین عوامل پیشگویی کننده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، ابتدا عوامل شخصی و سازه های مربوط به احساسات و عواطف مرتبط با رفتار به عنوان متغیرهای مستقل وارد مدل رگرسیونی شدند. در مدل رگرسیون خطی، از میان سازه ها و عوامل شخصی وارد شده در مدل، تنها سازه منافع درک شده ($P = 0.001$)، خودکارآمدی درک شده ($P = 0.000$) و حمایت اجتماعی درک شده ($P = 0.001$) دارای اثر مستقیم بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بوده و این عوامل ۴۷/۷ درصد تغییرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را تبیین می نمایند. ($R^2 = 47.7\%$) همان طور که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است، با افزایش یک واحد در سازه خودکارآمدی درک شده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ۱/۱۲ واحد افزایش نشان خواهد داد. به همین صورت با افزایش یک واحد در سازه های فواید درک شده و حمایت

جدول شماره ۱. شاخص های توصیفی و ضریب پایایی رفتار و سازه های مدل ارتقاء سلامت در جانبازان شیمیایی

| سازه های مدل ارتقاء سلامت | | | | | رفتار ارتقاء دهنده سلامت | متغیر |
|---------------------------|-----------------------|--------------------|---------------|---------------|--------------------------|--------------|
| وضعیت سلامت درک شده | حمایت اجتماعی درک شده | خودکارآمدی درک شده | موانع درک شده | منافع درک شده | | |
| ۲۴/۷۲ | ۶۶/۰۶ | ۵۶/۱۵ | ۳۵/۴۱ | ۶۸/۷۵ | ۱۲۹/۲۹ | میانگین |
| ۶/۷۶ | ۱۲/۴۴ | ۸/۹۷ | ۷/۷۴ | ۷/۶۶ | ۲۱/۹۳ | انحراف معیار |
| ۳-۴۶ | ۱۶-۸۴ | ۳۳-۷۸ | ۱۷-۵۴ | ۳۶-۷۸ | ۷۴-۱۸۲ | دامنه |
| ۰/۸۲ | ۰/۸۹ | ۰/۹۰ | ۰/۸۸ | ۰/۹۱ | ۰/۹۲ | آلفا کرونباخ |

جدول شماره ۲. برآورد ضرایب رگرسیونی مربوط به اثرات مستقیم سازه ها و عوامل شخصی بر رفتار ارتقاء سلامت

| P | β | B | عوامل پیشگویی کننده رفتار ارتقاء سلامت | مفاهیم |
|--------|---------|--------|--|-----------------------------------|
| ۰/۰۰۲* | ۰/۱۷۹ | ۰/۵۰۹ | فواید درک شده | احساسات و شناخت های اختصاصی رفتار |
| ۰/۲۹۷ | -۰/۰۵۵ | -۰/۱۵۶ | موانع درک شده | |
| ۰/۰۰۰* | ۰/۴۵۸ | ۱/۱۲۳ | خودکارآمدی درک شده | |
| ۰/۰۰۲* | ۰/۱۷۹ | ۰/۳۱۵ | حمایت اجتماعی درک شده | |
| ۰/۶۸۸ | -۰/۰۲۳ | -۰/۰۵۶ | سن | نوع جانبازی و خصوصیات فردی |
| ۰/۸۳۵ | ۰/۰۱۱ | ۰/۵۴۴ | ۳۰٪ نسبت به ۲۵٪ | |
| ۰/۸۲۵ | ۰/۰۱۲ | ۰/۸۵۲ | ۳۵٪ نسبت به ۲۵٪ | |
| ۰/۹۱۰ | ۰/۰۰۶ | ۰/۴۴۹ | ۴۰٪ و بالاتر نسبت به ۲۵٪ | |
| ۰/۱۷۲ | -۰/۰۷۶ | -۴/۷۵۴ | شیمیایی-فیزیکی نسبت به شیمیایی | |
| ۰/۰۹۶ | -۰/۰۹۴ | -۴/۱۶۶ | شیمیایی-عصبی نسبت به شیمیایی | |
| ۰/۸۱۵ | ۰/۰۱۳ | ۱/۴۰۱ | شیمیایی-فیزیکی-عصبی نسبت به شیمیایی | |
| ۰/۵۹۸ | ۰/۰۳۸ | ۱/۶۵۸ | بسیجی نسبت به نظامی | |
| ۰/۶۷۵ | ۰/۳۰ | ۱/۴۰۹ | سرباز نسبت به نظامی | |
| ۰/۱۰۳ | ۰/۰۹۱ | ۱۱/۴۰۱ | سایر نسبت به نظامی | |
| ۰/۷۷۱ | -۰/۰۱۶ | -۱/۴۴۷ | کشاورز نسبت به کارمند | وضعیت رزمندگی |
| ۰/۳۸۷ | ۰/۰۵۰ | ۲/۲۸۱ | آزاد نسبت به کارمند | |
| ۰/۸۲۸ | ۰/۰۱۲ | ۰/۷۸۳ | مستمری بگری نسبت به کارمند | |

*P<0.05

جدول شماره ۳. برآورد ضرایب رگرسیون خطی مربوط به سازه خودکارآمدی درک شده

| P | β | B | عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی | سن |
|--------|---------|---------|--------------------------------------|------------------------|
| ۰/۵۲ | - ۰/۰۴۵ | - ۰/۰۴۴ | | |
| ۰/۷۱۴ | - ۰/۰۲۵ | - ۰/۴۷۹ | ۳۰٪ نسبت به ۲۵٪ | درصد جانبازی |
| ۰/۲۵۹ | - ۰/۰۷۴ | - ۲/۱۷۱ | ۳۵٪ نسبت به ۲۵٪ | |
| ۰/۲۰۴ | ۰/۰۸۵ | ۲/۵۲۶ | ۴۰٪ نسبت به ۲۵٪ | |
| ۰/۰۲۷* | - ۰/۱۵ | - ۳/۸۰ | شیمیایی- فیزیکی نسبت به شیمیایی | نوع جانبازی |
| ۰/۱۵۷ | - ۰/۰۹۷ | - ۱/۷۵۹ | شیمیایی- عصبی نسبت به شیمیایی | |
| ۰/۰۲۲* | ۲/۹۲۵ | ۶/۷۳۱ | شیمیایی- فیزیکی-عصبی نسبت به شیمیایی | |
| ۰/۰۴۵* | - ۰/۱۷۶ | - ۳/۱۰۸ | بسیجی نسبت به نظامی | وضعیت رزمندگی |
| ۰/۵۴۸ | - ۰/۰۵۳ | - ۱/۰۰۷ | سرباز نسبت به نظامی | |
| ۰/۴۶۸ | - ۰/۰۴۹ | - ۲/۵۱۷ | سایر نسبت به نظامی | |
| ۰/۶۹۴ | - ۰/۰۲۶ | - ۰/۹۷۳ | کشاورز نسبت به کارمند | شغل |
| ۰/۸۰۶ | ۰/۰۱۷ | ۰/۳۲۱ | مستمری‌بگیر نسبت به کارمند | |
| ۰/۴۵۹ | - ۰/۰۵۱ | - ۱/۳۳۷ | آزاد نسبت به کارمند | |
| ۰/۰۰۰* | ۰/۲۸۰ | ۰/۳۷۴ | | وضعیت سلامت درک شده |

*P<0.05

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان شیمیایی پایین‌تر از حد متوسط بوده و وضعیت نامطلوبی دارد که با نتایج مطالعه سالیر و همکاران بر روی دریافت کنندگان عمل پیوند قلب، (۱۸)، مک کبی بر روی پرستاران خانگی، (۱۹)، و مطالعه اکتون بر روی مراقبین خانواده، (۱۱)، هم خوانی دارد. لذا تعیین عوامل مؤثر بر انجام این رفتارها در جانبازان ضروری به نظر می‌رسد.

در مطالعه حاضر خودکارآمدی، منافع و حمایت اجتماعی درک شده تأثیر مستقیم بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت داشته و نوع جانبازی، وضعیت رزمندگی و وضعیت سلامت درک شده از طریق خودکارآمدی به صورت غیرمستقیم بر رفتار ارتقاء دهنده سلامت تأثیر داشتند.

در مطالعه اخیر خودکارآمدی درک شده دارای اثر مستقیم بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بود که با نتایج مطالعه نوروزی، (۸)، بر روی رفتار فعالیت فیزیکی زنان دیابتیک و مطالعه مروتی شریف آباد بر روی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت سالمندان، (۱۰)، هم خوانی داشت. در مطالعه ای دیگر از مروتی شریف آباد، (۲۰)، خودکارآمدی درک شده علاوه بر اثر مستقیم از طریق موانع درک شده نیز بر انجام رفتار بهداشت دهان و دندان دانش آموزان تأثیر غیرمستقیم داشت.

منافع درک شده نیز در این پژوهش بر روی رفتارهای

ارتقاء دهنده سلامت جانبازان تأثیر مستقیمی داشت که با نتایج مطالعه مروتی شریف آباد، (۱۰)، بر روی سالمندان و مطالعه وکیلی، (۲۱)، بر روی رفتار بهداشت دهان و دندان هم خوانی داشت. هم چنین در مطالعه ای که جهت بررسی مدل ارتقاء سلامت در کارگران ساختمانی توسط لاسک انجام شد، منافع درک شده اثر مستقیم بر استفاده از ابزارهای محافظ داشته است، (۲۲). در کل مطالعات بررسی شده موجود، اثر منافع بر رفتار به صورت مستقیم مطرح شده است و مطالعه ای که نتیجه متضادی داشته باشد یافت نشد. سازه حمایت اجتماعی درک شده در مطالعه حاضر دارای اثر مستقیم بر انجام رفتار بود که با نتایج مطالعه رونیز، (۲۳)، هم خوانی داشت. در مطالعه طل و همکاران نیز حمایت درک شده با کنترل قندخون در بیماران دیابتی ارتباط داشت، (۲۴). مطالعه کامیل، (۲۵)، بر روی جانبازان نشان داد که حمایت اجتماعی اثری قوی بر کیفیت زندگی درک شده در این افراد دارد. همین‌طور نتایج مطالعه محمدیان، (۲۶)، در دختران نوجوان و تانگ در مراقبین بیماران با سابقه سکنه، (۲۷)، رابطه مستقیم و مثبت حمایت اجتماعی درک شده را با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، سبک زندگی مروج سلامت و کیفیت زندگی نشان دادند. اما در مطالعه اسپیرات که جهت بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در بین زنان باردار انجام شد، حمایت اجتماعی پیشگویی کننده معنادار رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نبود، (۲۸)، که این عامل می‌تواند به دلیل شرایط

درک شده اثر مستقیم و معناداری بر روی خود مراقبتی زنان مسن شهری دارد، (۳۲). در مطالعه آج (Aj)، (۳۴)، نیز بین وضعیت سلامت درک شده با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نوجوانان ارتباط قوی و مثبتی دیده شد. اما در مطالعه کیبی بین وضعیت سلامت درک شده و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباط معکوس وجود داشت و افرادی که سلامت درک شده بیشتری داشتند، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را کمتر انجام می دادند. (۱۹)

بر اساس نتایج این مطالعه افرادی که وضعیت سلامت خود را مناسب ارزیابی می کنند خود را در انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت توانمند دانسته و خودکارآمدی بیشتری را در خود احساس می کنند. متأسفانه یکی از مهم ترین محدودیت های این مطالعه عدم وجود مطالعه ای مشابه در جانبازان شیمیایی بر اساس مدل ارتقاء سلامت بود که امکان مقایسه یافته های مطالعه با مطالعات مشابه را محدود می نمود. هم چنین در مورد ارتباط نوع جانبازی و وضعیت رزمندگی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مطالعه ای یافت نشد که این امر ضرورت انجام مطالعات بیشتر در این زمینه را مشخص می نماید. هم چنین از دیگر محدودیت های مطالعه حاضر، ناتوانی تعدادی از جانبازان در تکمیل پرسش نامه به صورت فردی به دلیل وضعیت نامناسب جسمانی و تنفسی شان بود که با کمک پژوهشگر سوالات پاسخ داده می شد اما این کار بسیار وقت گیر بوده و روند تکمیل پرسش نامه ها در این افراد با سایر شرکت کنندگان تا حدودی تفاوت داشت که جهت جلوگیری از کاهش حجم نمونه این افراد نیز در مطالعه باقی ماندند. به علاوه با توجه به محدودیت هایی هم چون کم بودن مطالعات مرتبط در جانبازان و مشکلات خودگزارشی رفتار، توصیه می شود مطالعات مشابهی با استفاده از الگوی ارتقاء سلامت بر روی جانبازان شیمیایی سایر استان های کشور انجام شده و جهت بررسی بیشتر عوامل تأثیرگذار بر انجام رفتار ارتقاء دهنده سلامت، از دیگر الگوها و نظریه های تغییر رفتار استفاده شود. جهت بهبود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت جانبازان شیمیایی با تکیه بر نتایج حاصله از پژوهش حاضر می توان از تکنیک های مناسب از جمله ترغیب کلامی، الگوسازی، انگیزش عاطفی و تجربیات ماهرانه جهت افزایش خودکارآمدی انجام رفتار ارتقاء دهنده سلامت به ویژه در جانبازان بسیجی با نوع جانبازی شیمیایی-فیزیکی که بعضاً درک مطلوبی از سلامت خود ندارند استفاده کرد. هم چنین می بایست منافع حاصل از انجام رفتار را روشن تر نموده و

این افراد (بارداری) باشد که موجب شده است تا این افراد به عوامل دیگری جهت ارتقاء رفتارهای بهداشتی خود نیاز داشته باشند.

در مطالعه حاضر موانع درک شده با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباط معناداری نشان نداد. اما در مطالعه تاناوارو به منظور تعیین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان با مشکل درد قفسه سینه، موانع درک شده قوی ترین اثر را روی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت داشت، (۲۹). در مطالعه رونیز نیز موانع درک شده اثر مستقیم و معکوسی بر رفتار استفاده از محافظ شنوایی در کارگران ساختمانی نشان داد، (۲۳)، که این تناقضات می تواند به دلیل تفاوت افراد مورد مطالعه و رفتارهای مورد بررسی باشد. در مطالعه ما (Ma) موانع فاقد اثرات مستقیم بر رفتار فعالیت بدنی بود، (۳۰)، که با نتیجه مطالعه حاضر هم خوانی داشت. بنا بر این می توان گفت کلیه سازه های مربوط به مفهوم احساسات و شناخت های اختصاصی رفتار به استثنای موانع درک شده به صورت مستقیم بر انجام رفتارهای ارتقاء دهنده جانبازان مؤثر است.

در این مطالعه بین عوامل شخصی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت هیچ گونه ارتباط مستقیمی مشاهده نشد. در مطالعه کامیل، (۲۵)، نیز هیچ یک از خصوصیات دموگرافیک جانبازان به جز وضعیت مسکن با کیفیت زندگی آن ها ارتباط نداشت. در مطالعه ما (Ma) جهت بررسی عوامل مؤثر بر رفتار فعالیت بدنی در بزرگسالان تایوانی نیز بین عوامل شخصی و رفتار فعالیت بدنی هیچ گونه اثر مستقیم معناداری یافت نشد، (۳۰). هم چنین در مطالعه محبوبی بین مشخصات دموگرافیک جانبازان شیمیایی با سلامت معنوی ارتباط معناداری مشاهده نشد، (۳۱)، که با یافته های مطالعه اخیر هم خوانی دارد. اما در مطالعه سی یوهانگ در زنان مسن شهری در تایوان، مشخص شد که عوامل شخصی اثرات مستقیم و معناداری بر روی رفتار خودمراقبتی دارد، (۳۲)، که این تناقض می تواند به دلیل تفاوت های دموگرافیک بین جانبازان نسبت به زنان سالمند باشد.

در مطالعه حاضر از بین عوامل شخصی نوع جانبازی، وضعیت رزمندگی و وضعیت سلامت درک شده به صورت غیرمستقیم تنها از طریق خودکارآمدی بر روی رفتار ارتقاء دهنده تأثیر داشتند که در مطالعه لی (Lee) و همکاران بر روی افراد سالمند نیز وضعیت سلامت درک شده به عنوان پیشگویی کننده معنادار کیفیت زندگی مطرح شد، (۳۳). در نتایج بررسی سی یوهانگ مشخص شد که وضعیت سلامت

مربوط به پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله بوده است. در پایان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، مسئولین محترم بنیاد شهید و امور ایثارگران استان ایلام، معاونت پژوهشی این بنیاد و نیز جانبازان محترم شرکت کننده در این پژوهش قدردانی می شود.

با برگزاری جلسات مشاوره روان شناسی و خانوادگی حمایت های روانی لازم جهت انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را برای ایشان فراهم نمود.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل قسمتی از یافته های کار تحقیقاتی

References

1-Mostafaloo A, Daneshmandi H, Rahm-aninia F, Akbar M, Khosrojerdi S. Investigation the changes of respiratory parameters in chemical veterans in different body positions. *IJWPH* 2011;3:19-26.

2-Ghahri Sarabi AR, Heydarizadeh KH, Barahimi N, AlaviMajd H, Yaghmaei F. Effects of respiratory exercises on pulmonary function of chemically afflicted soldiers in Khoramabad. *J Nurs Midwifery Faculty* 2007;16:13-20.

3-Fathiashtiani A, Tavallae S.A, Azizabadi Farahani M, Moghanilankarani M. Association of psychological symptoms and self esteem in chemical warfare agent exposed veterans. *J Mil Med* 2008;9:273-82.

4-Ahmadi K, Reshadatjoo M, Karami G. Evaluation of PTSD in Sardasht survivors of chemical warfare. *J Urmia U Med Sci* 2010;21:1-9.

5-Mehdizadeh S, Abbasi S, Moqaddam M, Kiyani M. Mental health in chemical warfare victims with bronchiolitis obliterans. *IJWPH* 2012;4:53-8.

6-Najafy M, Mohammadyfar M, Dabiri S, Erfani N, Kamary A. The comparison of the quality of life of the war veteran families with/without post traumatic stress disorder. *IJWPH* 2011;3:27-35.

7-Tae Wha L, Il Sun K, Kyung Ja L. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea. *Int J Nurs stud* 2006;43:293-300.

8-Norouzi A, Ghofranipour F, Heydarnia A, Tahmasebi R. Determinants of physical activity based on Health Promotion Model (HPM) in diabetic women of Karaj diabetic institute. *ISMJ* 2010;13:41-51.

9-pender NJ. *Health Promotion in nursing practice*. 4th ed. Upper Saddle River NJ: Prentic Hall; 2002.P.57-64.

10-Morowati SM, Ghofranipour F, Hidarnia A, Babae-Ruchi GH. [Modification of

health promotion model and its application together with adult education theory in changing health promoting behaviors of older adults in Yazd]. *J Med Tarbiat Modares Uni* 2005;21:54-8.(Persian)

11-Acton G. Health-Promoting Self-Care in Family Caregivers. *Western J Nurs Res* 2002;24:73- 86.

12-Kaewthummanukul TH, Brown KC. D-eterminants of employee participation in physical activity: critical review of the literature. *AAOHN J* 2006;54:249-61.

13-Maglione JL, Hayman LL. Correlates of physical activity in low income college students. *Res Nurs Health* 2009;32:634-46.

14-Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promotion lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nurs Res* 1998;36:76-81.

15-Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, et al. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. *BMC Public Health* 2009;9:341-52.

16-Fischer J, Concoran K. *Measures for clinical practice and research: A source book*. Oxford university press; 2006.P.46-59.

17-Becker H, Stuijbergen A, Oh HS, Hall S. Self-rated abilities for health practices: A health self- efficacy measure. *Health Val* 1993;17:42-50.

18-Salyer J, Sneed G, Corley M. C. Lifestyle and health status in long-term cardiac. *Heart Lung* 2001;30:445-57.

19-McCabe BW, Hertzog M, Grasser CM, Walker SN. Practice of health promoting behaviors by nursing home residents. *Western J Nurs Res* 2005;27:1000-16.

20-Morowati sharifabad M, Shirazi KK. Determinants of oral health behaviors among preuniversity (12th-grade) students in Yazd (Iran): An application of the health

- promotion model. *Fam Community Health* 2007;30:342-50.
- 21-Vakili M, Rahaei Z, Nadrian H, Yar-Mohammadi P. Determinants of oral health behaviors among high school students in Shahrekord, Iran based on Health Promotion Model. *J Dent Hyg* 2011;85:39-48.
- 22-Lusk SL, Ronis DL, Hogan MM. Test of the health promotion model as a causal model of construction workers use of hearing protection. *Res Nurs Health* 1997;20:183-94.
- 23-Ronis DL, Hong O, Lusk SL. Comparison of the original and revised structures of the health promotion model in predicting construction workers use of hearing protection. *Res Nurs Health* 2006;29:3-17.
- 24-Tol A, Majlessi F, Rahimi Foroshani A, Shojaeizadeh D, Mohebbi B. The Relation between perceived social support and related factors with glycemic control among type 2 diabetic patients. *J Health Sys Res* 2012;8:695-705.
- 25-Kamil Y, Veli D, Kasim K, Ahmet O, and et al. Effects of sociodemographic characteristics, illness process, and social support on the levels of perceived quality of life in veterans. *J Mil Med* 2006;171:1083-5.
- 26-Mohamadian H, Eftekhar H, Rahimi A, Taghdisi H, M, Shojaeizade D, Montazeri A. Predicting health-related quality of life by using a health promotion model among Iranian adolescent girls: A structural equation modeling approach. *Nurs Health Sci* 2011;13:141-8.
- 27-Tang YY, Chen SP. Health promotion behaviors in Chinese family caregivers of patients with stroke. *Health Promot Int* 2002;17:329-39.
- 28-Esperat CH, Feng Du, Zhang Y, Owen D. Health behaviors of low income pregnant minority women. *Western J Nurs Res* 2007;29:284-300.
- 29-Thanavaro JL, Thanavaro S, Delicath T. Health promotion behaviors in women with chest pain. *Heart Lung* 2010;39:394-403.
- 30-Ma WF, Lane HL, Laffrey ShC. A model testing factors that influence physical activity for Taiwanese adults with anxiety. *Res Nurs Health* 2008;31:476-89.
- 31-Mahboubi M, Etemadi M, Khorasani E, Ghiasi M, Afkar A. The relationship between spiritual health and social anxiety in chemical veterans. *J Mil Med* 2012;14:186-91.
- 32-Hsiu-Hung W. A model of self-care and well-being of rural elderly women in Taiwan. *J Austin* 1998;24:14-7.
- 33-Tae WL, IISun K, Kyung JL. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea. *Int J Nurs Stud* 2006;43:293-300.
- 34-Aj G. Determinants of health-promoting lifestyles in adolescent females. *Can J Nurs Res* 1994;26:13-28.

Survey of Effective Factors on Health Promotion Behaviors Based on Health Promotion Model in Chemically Injured Veterans of Ilam Province in 2012-13

Chenary R¹, Noroozi A^{1,2*}, Tahmasebi R^{3,4}

(Received: 14 Mar. 2013)

Accepted: 2 Jun. 2013)

Abstract

Introduction: Health promotion behaviors can promote physical and psychological health in individuals and population, especially in injured veterans. Therefore, this study performed to recognize factors which influence health promotion behaviors in chemically injured veterans in Ilam province based on health promotion model.

Materials & Methods: In this descriptive-cross-sectional research the statistical community comprised of entire population of moderate and severe chemically injured veterans supported by the institute of martyrs and injured veterans affairs of Ilam province. Information was collected by using questionnaires for health-promoting behavior HPLP II, perceived self-efficacy, perceived barriers, perceived benefits, perceived social support and perceived health status. After data collection, all data were analyzed by SPSS statistical software with using suitable statistical tests.

Findings: The results of the present study that was conducted on 239 chemical veter-

ans, indicated that perceived benefits ($P=0.001$), perceived self-efficacy ($P=0.000$) and perceived social support ($P=0.002$) have positive and direct effects on health promotion behaviors. Physical-chemical injury type ($P=0.027$), neurological-physical-chemical injury type ($P=0.022$), Basiji militancy situation ($P=0.049$) and perceived health status through self-efficacy ($P=0.000$) had indirect effects on health promotion behaviors.

Discussion & Conclusion: Perceived self-efficacy was shown to be as the most influential factors on health promotion behaviors. This factor along with social supporting and benefit perceiving can be used to improve the health promotion behaviors in chemically injured veterans especially the Basiji veterans with physical-chemical injuries.

Keywords: health promoting behaviors, chemically injured veteran, health promotion model

1. Dept of Health Education, Faculty of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran,

2. Health Promotion Department, The Persian Gulf Tropical Medical Research Center, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

3. Dept of Biostatistics, Faculty of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

4. Persian Gulf Marine Biotechnology Research Center, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

*(corresponding author)