بررسی رابطه حمایت اجتماعی درک شده با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان شیمیایی استان ایلام سال ۹۲-۹۱

رقیه چناری[۱]، آزیتا نوروزی[۲*]، رحیم طهماسبی[۳،۴]

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران، [۲] استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران، [۳] استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران، [۴] مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی دریایی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

نویسنده پاسخگو: azitanoroozi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: حملات شیمیایی در جنگ می‌تواند آسیب‌های کوتاه مدت و بلند مدت فردی، خانوادگی و اجتماعی بر جای گذارد و روابط اجتماعی آسیب‌دیدگان را نیز در مقایسه با مردم عادی محدود نماید. لذا هدف از این مطالعه، بررسی رابطه حمایت اجتماعی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان شیمیایی استان ایلام در سال ۹۲-۱۳۹۱ بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی کلیه جانبازان شیمیایی سطح متوسط و شدید تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران استان ایلام به صورت تمام شماری مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات توسط پرسشنامه‌های استاندارد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی (خانواده، دوستان، افراد مهم) جمع‌آوری گردید. ابزارها از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار بودند. معیار ورود درصد جانبازی با سطح متوسط و شدید و توان جسمانی کافی جهت پاسخگویی به سؤالات و معیار خروج نیز عدم همکاری فرد و نداشتن سکونت دائم در استان ایلام بود. پس از جمع آوری اطلاعات، داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۰ و با استفاده از آزمونهای آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: اطلاعات ۲۳۹ جانباز مورد بررسی نشان داد که کلیه آنها مرد و میانگین سنی آنها ۸.۸۷± ۵۱.۱۷ بود و بین تمامی زیر مقیاس‌های حمایت اجتماعی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و زیر مقیاس‌های آن ارتباط معنادار وجود داشت ($p<۰.۰۵$) و از بین ابعاد حمایت اجتماعی، حمایت دوستان بالاترین همبستگی ($r=۰.۳۹۱$) و حمایت افراد مهم کمترین همبستگی ($r=۰.۳۶۷$) را با رفتارهای ارتقاء دهنده نشان داد. کل مدل‌های رگرسیونی بین زیر مقیاس‌های حمایت اجتماعی با ابعاد رفتار ارتقاء دهنده سلامت معنادار بودند.

بحث: بین حمایت اجتماعی بویژه حمایت دوستان با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباط وجود دارد لذا در طراحی برنامه‌های آموزشی توصیه می‌شود تا از دوستان به عنوان یک منبع حمایتی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، حمایت اجتماعی، جانبازان شیمیایی، ایلام

تاریخ دریافت: ۹۲/۳/ ۱

تاریخ پذیرش: ۹۲/۳/۱۲

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-08]

مقدمه

حملات شیمیایی در جنگ می‌تواند آسیب‌های کوتاه مدت و بلند مدت فردی، خانوادگی و اجتماعی بر جای گذارد. وسیع‌ترین حملات شیمیایی که تاکنون روی داده در جنگ هشت ساله (۱۹۸۸-۱۹۸۰) ایران و عراق بود (۱). در این رابطه، برآورد اپیدمیولوژیک نشان داد که حدود ۱۱۰۰۰۰ مجروح شیمیایی در طی جنگ میان ایران و عراق بر جای مانده است که چه بسا به دلیل عوارض ناشناخته و دیررس گازهای شیمیایی، آمار یاد شده متغیر و سیر صعودی داشته باشد. پژوهش‌ها نشان داده که تماس با عوامل شیمیایی در بازماندگان، با ابتلای جدی به بیماری‌های بلند مدت همراه بوده است (۲). در مطالعات مختلف انجام شده روی مصدومین شیمیایی، علایم روانی در بیش از ۹۰ درصد جانبازان شیمیایی و در مطالعه‌ای دیگر، اختلالات اضطرابی در ۵۷ درصد جانبازان شیمیایی گزارش شده است (۳). به عبارتی عوارض ناشی از گازهای شیمیایی سبب ایجاد محدودیت‌هایی در فعالیت‌های معمول زندگی، انجام وظایف شغلی و مشکلات روحی شده و به نظر می‌رسد در موارد زیادی روابط اجتماعی آسیب‌دیدگان را در مقایسه با مردم عادی محدود نماید (۴).

تحقیقات جامعه‌شناسی و علوم رفتاری حاکی از آن هستند که محیط اجتماعی و اقتصادی تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی در افراد و بویژه در گروههای آسیب‌پذیر از جمله جانبازان دارد (۵).حمایت اجتماعی به عنوان یکی از روش‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر، دارای قدرت تأثیر بر کیفیت زندگی بوده (۶) و به عنوان نوعی مبادله منابع، بین حداقل دو نفر، به عنوان فراهم‌کننده و دریافت‌کننده، جهت افزایش رفاه دریافت‌کننده تعریف شده است (۷). در واقع حمایت اجتماعی نوعی احساس ذهنی در مورد تعلق، پذیرش و دریافت یاری در شرایط مورد نیاز است و می‌توان گفت مقیاسی از برآورده کردن نیازهای احساسی، رضایت، تعلق و امنیت برای دیگران می‌باشد (۸). شناسایی حمایت اجتماعی درک شده در بیماران می‌تواند در ارتقای رفتارهای سازگاری آن‌ها مؤثر باشد و حمایت‌های محیطی متناسبی را برای آنان فراهم نماید. بررسی حمایت اجتماعی از طریق ارزیابی دیگران به عنوان منبع صورت می‌گیرد و از منابع متعددی نظیر همسر، خانواده و دوستان دریافت می‌گردد (۹). نیومن[I]، استراک[II]، رایت[III] و رایس[IV] بیان می‌کنند که حمایت اجتماعی اثر مستقیمی بر شکایات جسمانی افراد داشته و افراد دارای حمایت اجتماعی بالا حتی در صورت تجربه حادثه ناگوار، در مقابل بیماری کمتر آسیب‌پذیرند (۱۰). وجود حمایت اجتماعی در افراد می‌تواند باعث کاهش بیماری‌های قلبی (۱۱و۱۲)، فشارخون، سردردهای عصبی، ناراحتی‌های گوارشی و غیره شود و نیز اعتماد به نفس و عزت نفس را در افراد افزایش می‌دهد. همچنین حمایت اجتماعی تأثیرات سوء ناشی از بیماری‌های مزمن را کاهش داده و به بیماران کمک می‌نماید تا بهتر با بیماری خود سازگاری یابند (۱۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که دارای حمایت اجتماعی بالا و کشمکش‌های میان‌فردی کمتری هستند، در رویارویی با رخدادهای فشارزای زندگی بیشتر ایستادگی می‌کنند و نشانه‌های کمتری از افسردگی یا آشفتگی روانی را نشان می‌دهند (۱۳). بعضی از مدل‌های حمایت اجتماعی مانند مدل تأثیر مستقیم و مدل تأثیر غیر مستقیم بر تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی تأکید دارند. در مدل تأثیر مستقیم عقیده بر اینست که حمایت اجتماعی صرف می‌تواند برای سلامتی مفید باشد و در مدل تأثیر غیر مستقیم، حمایت اجتماعی را مانند ضربه‌گیر می‌داند که می‌تواند از فرد در برابر فشارها حمایت کند (۱۴). به طور کلی، حمایت اجتماعی فعالیتهای منتهی به اهداف شخصی را تشویق می‌کند (۱۵).

بر اساس نتایج مطالعه چراغی و همکاران (۱۲) بین حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلبی ارتباط معناداری دیده شد. همچنین یافته‌های مطالعه حیدرزاده و همکاران (۱۱) رابطه مثبت بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی را در بیماران سکته مغزی نشان داد. هر چند به نظر می‌رسد تحقیقاتی راجع به حمایت اجتماعی وجود داشته باشد، ولی بر اساس دانش ما تاکنون پژوهشی در مورد تأثیر حمایت اجتماعی بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت

[I] Newman
[II] Struck
[III] Wright
[IV] Rice

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-08]

جانبازان شیمیایی در کشور انجام نشده است. بنابراین با توجه به ضرورت در نظر گرفتن تأثیرگذاری مقوله حمایت اجتماعی درک شده در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت جانبازان و نیز با توجه به اهمیت ارتقاء سلامت این عزیزان، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان شیمیایی استان ایلام انجام گردید.

روش تحقیق

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی[V] است که جامعه هدف این مطالعه جانبازان شیمیایی سطح متوسط و شدید تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران استان ایلام (بر اساس تقسیم‌بندی بنیاد مربوطه) بودند. به دلیل تعداد محدود جامعه تحت مطالعه، از تمامی جانبازان شیمیایی ساکن استان در زمان انجام مطالعه بصورت تمام شماری جمع‌آوری اطلاعات صورت پذیرفت. به این ترتیب که ابتدا با مراجعه به بنیاد شهید و امور ایثارگران استان ایلام و ارائه معرفی‌نامه دانشگاه به آن بنیاد، مراحل اداری طی شده و اجازه انجام پژوهش گرفته شد. سپس لیست کامل جانبازان شیمیایی تحت پوشش (۲۷۶ نفر) و اطلاعاتی شامل نام و نام خانوادگی، درصد جانبازی و شماره تماس آنها از بنیاد شهید و امور ایثارگران هر یک از شهرستان‌ها دریافت گردید. معیار ورود در این مطالعه داشتن درصد جانبازی با سطح متوسط و یا شدید و نیز توان جسمی کافی جهت پاسخگویی به سؤالات و معیار خروج نیز عدم همکاری فرد و نداشتن سکونت دائم در استان ایلام بود.
در شروع مطالعه، جهت بررسی مقدماتی ابزارها، تعداد ۵۰ نفر از جانبازان وارد مطالعه شده و از آنان درخواست گردید تا در مورد صراحت و سادگی سؤالات پرسشنامه نظر دهند. بر اساس نظر جانبازان اصلاحی در پرسشنامه ها انجام نشد همچنین در این مطالعه جهت تعیین پایایی پرسشنامه‌ها در مرحله پیش‌آزمون از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. در نهایت بعد از تائید صراحت پرسشنامه و تعیین پایایی ابزارها، کلیه جانبازان به صورت تمام شماری وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه حاوی سه بخش شامل: اطلاعات دموگرافیک جانباز (سن، درصد جانبازی، نوع جانبازی، وضعیت رزمندگی، شغل، وضعیت تأهل و نوع خانواده یا سکونت)، نسخه ترجمه شده مقیاس سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت دو[VI] و مقیاس حمایت اجتماعی درک شده چند بُعدی بود. پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت جهت بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی استفاده شد. این ابزار توسط والکر، سچریست و پندر ارائه گردیده است. این پرسشنامه شامل ۵۲ سؤال با مقیاس لیکرت ۴ سطحی از هرگز (۱ نمره) تا همیشه (۴ نمره) بود. این پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را در ۶ بعد مسئولیت‌پذیری سلامتی (۹ سؤال)، فعالیت جسمانی (۸ سؤال)، تغذیه (۹ سؤال)، رشد معنوی (۹سؤال)، روابط بین‌فردی (۹سؤال) و مدیریت استرس (۸ سؤال) اندازه‌گیری می‌کند. نمرات بالاتر نشان دهنده وضعیت مطلوب‌تر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان می‌باشد. والکر و همکاران شاخص آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰.۹۴ گزارش کرده‌اند (۱۶). در بررسی مقدماتی ابزارها در این مطالعه، آلفای کرونباخ ابزار ۰.۹۲ محاسبه گردید. مقدار این شاخص در زیر مقیاسهای ابزار از ۰.۸۲ برای بُعد رشد معنوی تا ۰.۶۷ برای بُعد تغذیه متغیر بود.

مقیاس حمایت اجتماعی درک شده چند بُعدی[VII] توسط زیمت[VIII] و همکاران تهیه شده وسه زیر مقیاس حمایت خانواده، دوستان و افراد مهم را توسط ۱۲ سؤال با مقیاس لیکرت ۷ سطحی مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰.۹۱ بوده و از اعتبار عاملی و همزمان مطلوبی برخوردار است (۱۷). در بررسی مقدماتی ابزارها در این مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۹ محاسبه گردید.

جمع‌آوری داده‌ها با مراجعه به درب منازل صورت گرفت و قبل از مراجعه به منزل، با جانبازان تماس تلفنی گرفته می‌شد و ضمن توضیح علت تماس، اهداف پژوهش نیز برای ایشان توضیح داده می‌شد و جهت رعایت

[V] Cross-sectional

[VI] HealthPromotion Lifestyle Profile II
[VII] Multidimensional scale of Perceived social support
[VIII] Zimet

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-08]

ملاحظات اخلاقی با کسب اجازه از فرد، آدرس منزل (یا با تمایل خود جانباز، آدرس محل کار وی) پرسیده شده و زمان مراجعه جهت تکمیل پرسشنامه نیز مشخص می‌گردید. سپس با مراجعه به درب منزل فرد ابتدا در مورد سطح سواد فرد سؤال می‌شد و در صورتیکه فرد قادر به خواندن سؤالات بوده و نیز مشکل بینایی نداشت، پرسشنامه جهت پاسخگویی در اختیار خود فرد قرار داده می‌شد و اگر فرد به تنهایی قادر به پاسخگویی نبود پژوهشگر سؤالات را برای وی خوانده و از جانباز خواسته می‌شد که پاسخ صحیح را انتخاب کند. لازم به ذکر است که جهت رعایت ملاحظات اخلاقی 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 جمع‌آوری و ورود اطلاعات درنرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۰، تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی در سطح معنی‌داری کمتر از ۰.۰۵ انجام گردید.

نتایج

از کل ۲۷۶ جانباز مورد بررسی (بر اساس لیست دریافت شده از بنیاد) ۳۷ نفر از مطالعه خارج شدند که به تفکیک علت خروج به شرح زیر بود: ۳ نفر به علت وضعیت نامناسب جسمانی قادر به پاسخگویی نبودند، تعداد ۶ نفر فوت شده بودند، ۲ نفر پرسشنامه را به طور ناقص تکمیل نمودند، ۱۳ نفر به خارج از استان مهاجرت کرده بودند و ۱۳ نفر نیز تمایل به همکاری نداشتند. بنابراین در نهایت تحلیل بر روی ۲۳۹ نفر جانباز شیمیایی انجام گرفت (میزان پاسخگویی ۸۶.۶٪).

از نظر مشخصات دموگرافیک، کلیه جانبازان مورد بررسی مرد بودند و میانگین سنی آنها ۵۱.۱۷ سال با انحراف معیار ۸.۸۷ بود. از نظر وضعیت تأهل ۲۳۷ نفر (۹۹.۲٪) متأهل و تنها ۱ نفر (۰.۴٪) مجرد و ۱ نفر (۰.۴٪) همسر مرده بودند. اکثر جانبازان (۲۳۳ نفر معادل ۹۷.۵٪) با همسر و فرزندان خود زندگی کرده، ۴ نفر (۱.۷٪) فقط با همسر و ۲ نفر (۰.۸٪) تنها زندگی می‌کردند. لذا به دلیل توزیع نامتناسب افراد از لحاظ وضعیت تأهل و نوع خانواده (سکونت) در این پژوهش بررسی بر اساس این دو عامل انجام نشد. سایر مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک جانبازان تحت مطالعه

نام متغیر		تعداد	درصد
سن (بر حسب سال)	≤ ۴۵	۶۰	۲۵.۱
	۴۵-۵۵	۱۲۰	۵۰.۲
	≥ ۵۵	۵۲	۲۱.۸
	بدون پاسخ	۷	۲.۹
درصد جانبازی	٪۲۵	۱۲۵	۵۲.۳
	٪۳۰	۶۶	۲۷.۶
	٪۳۵	۲۳	۹.۶
	≥ ٪۴۰	۲۲	۹.۲
	بدون پاسخ	۳	۱.۳
نوع جانبازی	شیمیایی	۱۰۵	۴۳.۹
	شیمیایی فیزیکی	۳۲	۱۳.۴
	شیمیایی عصبی	۹۰	۳۷.۷
	شیمیایی فیزیکی عصبی	۱۱	۴.۶
	بدون پاسخ	۱	۰.۴
وضعیت رزمندگی	بسیجی	۱۰۶	۴۴.۴
	نظامی	۴۴	۱۸.۴
	سرباز	۷۸	۳۲.۶
	سایر	۷	۲.۹
	بدون پاسخ	۴	۱.۷
شغل	کشاورز	۱۳	۵.۴
	کارمند	۸۴	۳۵.۱
	آزاد	۳۱	۱۳.۰
	مستمری‌بگیر	۸۳	۳۴.۷
	بدون پاسخ	۲۸	۱۱.۸

میانگین و انحراف معیار نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و زیر مقیاس‌های مربوط به آن و نیز نمره کل حمایت اجتماعی درک شده و زیرمقیاس‌های آن در جدول شماره ۲ آورده شده‌اند که در رفتار ارتقاء دهنده، بیشترین نمره مربوط به زیر مقیاس رشد معنوی و کمترین نمره مربوط به فعالیت فیزیکی بود و در حمایت اجتماعی درک شده بیشترین نمره مربوط به زیر مقیاس خانواده و کمترین نمره مربوط به زیر مقیاس دوستان بود.

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-08]

جدول شماره ۲: شاخص های توصیفی رفتار ارتقاء دهنده سلامت و حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد آنها در جانبازان شیمیایی

متغیر	میانگین± انحراف معیار	دامنه	آلفای کرونباخ
رفتار ارتقاء دهنده سلامت	۲.۴۹ ±۰.۴۲	۱.۴۲-۳.۵۰	۰.۹۲
مسئولیت پذیری سلامتی	۲.۵۱ ±۰.۶۱	۱.۲۲-۴.۰۰	۰.۸۱
فعالیت فیزیکی	۱.۹۲ ±۰.۵۹	۱.۰۰-۳.۶۲	۰.۷۹
تغذیه	۲.۵۸ ±۰.۴۸	۱.۳۳-۳.۶۷	۰.۶۷
مدیریت استرس	۲.۴۵ ±۰.۵۰	۱.۰۰-۳.۸۸	۰.۸۲
روابط بین فردی	۲.۷۶ ±۰.۵۵	۱.۳۳-۴.۰۰	۰.۷۶
رشد معنوی	۲.۸۱ ±۰.۶۲	۱.۳۳-۴.۰۰	۰.۶۹
حمایت اجتماعی درک شده	۵.۵۳ ±۱.۰۲	۱.۳۳-۷.۰۰	۰.۸۹
حمایت خانواده	۶.۲۰ ±۰.۹۶	۱.۰۰-۷.۰۰	۰.۸۷
حمایت دوستان	۴.۷۱ ±۱.۵۶	۱.۰۰-۷.۰۰	۰.۸۹
حمایت افراد مهم	۵.۶۸ ±۱.۲۸	۱.۰۰-۷.۰۰	۰.۸۱

در آزمون همبستگی اسپیرمن، بین تمامی زیر مقیاس‌های حمایت اجتماعی با رفتار ارتقاء دهنده سلامت و زیر مقیاس‌های آن ارتباط معنی‌دار بود اما همبستگی بین زیر مقیاس حمایت خانواده (p=۰.۰۶۳) و افراد مهم (p=۰.۲۱۲) با فعالیت بدنی معنادار نبود. از بین زیر مقیاس‌های حمایت اجتماعی، حمایت دوستان بالاترین همبستگی را با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت داشته و حمایت افراد مهم کمترین همبستگی را نشان داد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳ : ضرایب همبستگی بین زیر مقیاس های حمایت اجتماعی با رفتار ارتقاء دهنده سلامت و ابعاد آن

متغیرها	مسئولیت پذیری سلامتی	فعالیت بدنی	تغذیه	مدیریت استرس	روابط بین فردی	رشد معنوی	رفتار ارتقاء دهنده	حمایت خانواده	حمایت دوستان	حمایت افراد مهم
مسئولیت پذیری سلامتی	۱									
فعالیت بدنی	۰.۳۳۰*	۱								
تغذیه	۰.۴۲۵*	۰.۴۳۲*	۱							
مدیریت استرس	۰.۴۱۷*	۰.۵۰۵*	۰.۴۳۳*	۱						
روابط بین فردی	۰.۴۶۶*	۰.۳۵۸*	۰.۴۵۳*	۰.۵۶۴*	۱					
رشد معنوی	۰.۲۷۲*	۰.۴۷۱*	۰.۴۳۶*	۰.۶۲۶*	۰.۵۹۳*	۱				
رفتار ارتقاء دهنده	۰.۶۲۵*	۰.۶۷۳*	۰.۶۹۱*	۰.۷۴۷*	۰.۷۵۳*	۰.۷۷۵*	۱			
حمایت خانواده	۰.۲۰۸*	۰.۱۲۰	۰.۱۶۶*	۰.۳۱۵*	۰.۴۲۸*	۰.۳۹۶*	۰.۳۷۹*	۱		
حمایت دوستان	۰.۲۹۶*	۰.۲۶۶*	۰.۲۴۷*	۰.۳۲۹*	۰.۴۳۹*	۰.۲۵۷*	۰.۳۹۱*	۰.۳۸۷*	۱	
حمایت افراد مهم	۰.۲۹۷*	۰.۰۸۱	۰.۲۱۶*	۰.۲۹۴*	۰.۴۰۶*	۰.۲۸۲*	۰.۳۶۷*	۰.۶۰۰*	۰.۴۵۱*	۱

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-08]

جهت تعیین پیشگویی‌کننده‌ترین بعد از ابعاد سه‌گانه حمایت اجتماعی در انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، ابتدا زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی به عنوان متغیرهای مستقل وارد مدل رگرسیونی شدند. در مدل رگرسیون خطی از میان زیرمقیاس‌های وارد شده در مدل، تنها زیرمقیاس حمایت دوستان (p=۰.۰۰۰) دارای اثر مستقیم بر رفتار ارتقاء دهنده سلامت بوده و این بعد ۴۳.۸٪ تغییرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را تبیین می‌کرد (R^2= ٪۴۳.۸) بطوریکه با افزایش یک واحد در بُعد حمایت دوستان، رفتارارتقاء دهنده سلامت ۳.۳۵ واحد افزایش نشان می‌داد.

سپس جهت تعیین پیشگویی‌کننده‌ترین بعد حمایت اجتماعی در انجام ابعاد شش‌گانه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی درک شده به عنوان متغیرهای مستقل بطور جداگانه با هر کدام از ابعاد رفتار ارتقاء دهنده در مدل‌های رگرسیونی وارد شدند که هر شش مدل رگرسیونی معنادار بودند. در جدول شماره ۴ ضرایب رگرسیونی هر یک از شش مدل مربوط به ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به همراه ضریب تبیین هر مدل آورده شده است.

جدول شماره۴: برآورد ضرایب رگرسیونی مربوط به اثرات مستقیم انواع حمایت اجتماعی بر ابعاد رفتار ارتقاء سلامت

متغیر وابسته (ابعاد رفتار ارتقاء دهنده)	متغیر مستقل (ابعاد حمایت اجتماعی درک شده)	β	P.value	R^2
مسئولیت پذیری سلامتی	حمایت خانواده	-۰.۱۰۱	۰.۲۳۸	٪۹.۱
	حمایت دوستان	۰.۱۸۳	۰.۰۰۹*	
	حمایت افراد مهم	۰.۲۴۲	۰.۰۰۵*	
فعالیت فیزیکی	حمایت خانواده	۰.۰۶۷	۰.۴۳۵	٪۷.۷
	حمایت دوستان	۰.۲۶۴	۰.۰۰۰*	
	حمایت افراد مهم	-۰.۰۴۳	۰.۶۲۱	
تغذیه	حمایت خانواده	۰.۰۳۵	۰.۶۸۴	٪۶.۸
	حمایت دوستان	۰.۱۹۲	۰.۰۰۷*	
	حمایت افراد مهم	۰.۰۸۴	۰.۳۳۵	
مدیریت استرس	حمایت خانواده	۰.۱۲۵	۰.۱۳۶	٪۱۲.۱
	حمایت دوستان	۰.۱۸۹	۰.۰۰۶*	
	حمایت افراد مهم	۰.۱۱۳	۰.۱۸۰	
روابط بین فردی	حمایت خانواده	۰.۱۹۵	۰.۰۱۲*	٪۲۶.۳
	حمایت دوستان	۰.۲۷۳	۰.۰۰۰*	
	حمایت افراد مهم	۰.۱۶۴	۰.۰۳۴*	
رشد معنوی	حمایت خانواده	۰.۲۵۶	۰.۰۰۲*	٪۱۳.۱
	حمایت دوستان	۰.۱۳۲	۰.۰۵۳	
	حمایت افراد مهم	۰.۰۴۰	۰.۶۳۰	

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-08]

از بین ابعاد شش‌گانه رفتار ارتقاء سلامت بیشترین تبیین‌کنندگی مربوط به بعد روابط بین‌فردی بود. به این ترتیب که در این مدل هر سه بعد حمایت دارای اثر مستقیم بر روابط بین‌فردی بوده و تبیین‌کننده ۲۶.۳٪ تغییرات روابط بین‌فردی بودند. یعنی با افزایش یک واحد در زیرمقیاس حمایت خانواده، دوستان و افراد مهم روابط بین‌فردی به ترتیب به میزان ۰.۱۹۵، ۰.۲۷۳ و ۰.۱۶۴ واحد افزایش می‌یافت.

بحث

با توجه به معنی‌داری رابطه بین زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان شیمیایی و همچنین قدرت تبیین‌کنندگی این عامل می‌توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی تعیین کننده مناسبی برای انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان شیمیایی است. این یافته با نتایج مطالعه تانگ[IX] (۱۸) جهت بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در مراقبین خانگی از بیماران مبتلا به سکته قلبی، مطالعه چراغی و همکاران (۱۲) جهت بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و مطالعه حسینی و همکاران (۱۹) در سالمندان همخوانی دارد. همچنین در مطالعه طل و همکاران (۹) جهت بررسی ارتباط انواع منابع حمایت اجتماعی با شاخص استاندارد کنترل دیابت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، حمایت درک شده از طرف خانواده و دوستان با کنترل قند خون در دیابتی‌ها ارتباط معناداری داشت. همچنین در مطالعه مالاتوم[X](۲۰) در سال ۲۰۰۱ درک افراد از توانایی انجام رفتارهای خود مراقبتی ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان تایلندی، بطور مستقیم و غیر مستقیم تحت تأثیر حمایت خانواده و دوستان قرار می‌گرفت که با یافته‌های مطالعه اخیر که حمایت دوستان عامل تعیین کننده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بود همخوانی دارد. اما در مطالعه اسپیرات[XI] (۲۱) که بر روی زنان باردار کم درآمد آمریکایی مکزیکی تبار انجام شده بود، حمایت اجتماعی پیشگویی کننده معنادار رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نبود که این تناقض می‌تواند به این علت باشد که در زنان باردار میزان و نحوه حمایت نسبت به بیماریهای مزمن (که در دراز مدت ادامه دارد) کاملاً متفاوت می‌باشد.

در مطالعه اخیر حمایت دوستان بر فعالیت فیزیکی اثر مستقیم داشت که با نتایج مطالعه مگ لیون[XII] (۲۲) در سال ۲۰۰۹ همخوانی دارد. در مطالعه وی که جهت بررسی عوامل موثر بر فعالیت فیزیکی در دانشجویان کم درآمد کالج انجام شد مشخص گردید که حمایت اجتماعی با اثر مستقیم خود، پیشگویی کننده معنادار فعالیت فیزیکی در گروه تحت مطالعه بود. اما در مطالعه چن[XIII] (۷) در سال ۲۰۰۶ در زنان پس از زایمان تایوانی، حمایت اجتماعی پیشگویی کننده معنادار زیرمقیاس فعالیت فیزیکی نبود. در مطالعه ما[XIV] و همکاران (۲۳) نیز حمایت درک شده از جانب خانواده و دوستان در انجام رفتار فعالیت بدنی بزرگسالان با مشکل اضطرابی تأثیرگذار نبود. این تفاوت می‌تواند به این علت باشد که معمولاً رفتار فعالیت بدنی در زنان باردار و اطرافیانشان مقبولیت چندانی نداشته لذا حمایت چندانی را دریافت نمی‌کنند، ثانیاً افراد با مشکلات اضطرابی به دلیل مشکلات متعدد جسمی و روانی حتی با دریافت حمایت، توانایی انجام این رفتار را در خود احساس نکرده لذا حمایت اجتماعی تعیین کننده رفتار فعالیت بدنی نخواهد بود. در جانبازان شیمیایی نیز تنها حمایت دوستان در انجام این رفتار تأثیرگذار بود و بر اساس ضرایب رگرسیونی این تأثیر بسیار جزیی بوده است لذا در ارتقاء این رفتار علاوه بر حمایت دوستان عوامل دیگری را نیز باید لحاظ نمود.

حمایت دوستان در این مطالعه اثر مستقیم و مثبتی بر مدیریت استرس نشان داد. مارتز[XV] و همکاران (۲۴) در سال ۲۰۱۰ مطالعه‌ای بر روی ۳۰۱۶ جانباز ویتنامی با هدف بررسی اثر حمایت اجتماعی و فاکتورهای واسطه‌ای بر ناتوانی و اختلال استرس پس از سانحه انجام داد و در تحلیل نتایج مشخص شد که حمایت اجتماعی به طور

[IX] Tang
[X] Malathum
[XI] Esperat

[XII] Maglione
[XIII] Chen
[XIV] Ma
[XV] Martz

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-08]

معناداری پیشگویی کننده PTSD است. همچنین در مطالعه عبدالله زاده رافی و همکاران (۱۴) با هدف تعیین رابطه حمایت اجتماعی با افسردگی و اضطراب سه ماهه سوم بارداری، مشخص شد که حمایت اجتماعی با افسردگی و اضطراب رابطه منفی معناداری دارد، اما حمایت خانواده تأثیر معناداری در کاهش افسردگی و اضطراب سه ماهه سوم بارداری نداشت. در مطالعه ملکی پیر بازاری و همکاران (۲۵) نیز حمایت اجتماعی از جانب دوستان به طور مستقیم و حمایت خانواده به طور غیر مستقیم بر علایم افسردگی دانشجویان اثرگذار بود که با نتایج مطالعه کنونی همخوانی دارد. بنابراین حمایت دوستان به علت داشتن تجارب و ویژگی‌های مشترک منبع حمایتی بسیار مهمی برای کاهش استرس در جانبازان می‌تواند باشد.

در مطالعه کنونی تمامی زیر مقیاس‌های حمایت اجتماعی بر روابط بین‌فردی تأثیرگذار بود که این امر منطقی به نظر می‌رسد زیرا که درک فرد از حمایت اجتماعی وابستگی تنگاتنگی با روابط بین‌فردی دارد.

در این مطالعه حمایت دوستان بر عملکرد تغذیه‌ای جانبازان تأثیرگذار بود. در مطالعه حیدری و همکاران (۲۶) با هدف بررسی ارتباط حمایت خانواده و کنترل قند خون در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو نیز بیشترین میزان حمایت دریافتی از جانب خانواده مربوط به سالمندانی بودکه هر دو نوع درمان خوراکی و تزریقی را دریافت می‌کردند و کمترین میزان حمایت مربوط به افرادی بود که فقط انسولین تزریق می‌کردند لذا می‌توان گفت که در بیماران دیابتی حمایت خانواده در تبعیت از الگوی تغذیه‌ای سالم مهم می‌باشد. در این مطالعه حمایت دوستان در الگوی تغذیه‌ای جانبازان تأثیرگذار بود که این می‌تواند به دلیل اعتماد جانبازان به تجربیات تغذیه‌ای دوستان (دیگرجانبازان) در بهبود علائم و مشکلات بیماریشان باشد.

در مطالعه حاضر حمایت دوستان و افراد مهم در مسئولیت پذیری سلامت جانبازان تأثیرگذار بود. در مطالعه رضائی و کربندی (۲۷) با هدف تعیین ارتباط حمایت اجتماعی با سطح متابعت از رژیم‌های درمانی توصیه شده در بیماران دیابتی نوع دو نیز ارتباط بین حمایت اجتماعی با متابعت از درمان از نظر آماری معنادار بود، اما در زمینه‌هایی که متابعت از رژیم جدی و حیاتی تلقی می‌شد با حمایت اجتماعی رابطه‌ای به دست نیامد زیرا در این موارد حتی بدون دریافت حمایت نیز فرد به ناچار از رژیم درمانی‌اش پیروی می‌کرد. در مطالعه اخیر نیز از آنجاییکه اکثر جانبازان سطح جانبازی متوسطی داشتند، بنابراین بیماری و مشکلات بسیار جدی را تجربه نمی‌کردند، لذا حمایت اطرافیان در ارتقاء مسئولیت پذیری سلامت آنان تأثیرگذار بود.

در مطالعه کنونی حمایت خانواده بر رشد معنوی تأثیرگذار بود. در مطالعه محبوبی و همکاران (۲۸) نیز بین سلامت معنوی و اضطراب اجتماعی جانبازان رابطه معکوسی وجود داشت و از طرفی اضطراب اجتماعی بالا با احساس حمایت و پذیرش کمتر در رابطه بود به عبارتی بین سلامت معنوی و حمایت اجتماعی ارتباط مثبتی وجود داشت که با نتایج مطالعه کنونی همخوانی دارد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به ناتوانی تعدادی از جانبازان در تکمیل پرسشنامه اشاره نمود که به دلیل وضعیت نامناسب جسمانی و تنفسی‌شان تکمیل پرسشنامه‌ها با کمک پژوهشگر انجام گردید که علاوه بر وقت‌گیر بودن ممکن است در نحوه پاسخگویی تأثیر گذاشته باشد. کلیه پرسشنامه‌ها نیز به صورت خودگزارشی تکمیل شد که مشکلات مربوط به خود را به همراه دارد. همچنین از آنجائیکه جمع‌آوری داده‌ها به صورت تمام شماری بود افراد تحت مطالعه از لحاظ محل سکونت دارای پراکندگی مکانی بودند که برای مسافت‌های دور خصوصاً در مناطق روستایی صعب العبور تکمیل هر پرسشنامه برای هر فرد بسیار وقت‌گیر بود.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده (خصوصاً حمایت دوستان) و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را تأیید می‌نماید. لذا با تکیه بر این نتایج و نیز اهمیت مؤلفه حمایت اجتماعی، به مسئولین محترم بهداشتی و بویژه بنیاد جانبازان و امور ایثارگران پیشنهاد می‌گردد که در برنامه‌ریزی‌های خود به بهبود حمایت اجتماعی جانبازان و نیز خانواده‌های ایشان توجه نموده و از دوستان و همسنگرهای ایشان که وضعیت مطلوبی در زمینه رفتارهای ارتقاء دهنده دارند و شرایط مشترکی را

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-08]

با هم تجربه کرده‌اند، جهت بهبود جنبه‌هایی از این رفتارها از جمله مدیریت استرس و فعالیت بدنی استفاده نموده و در برگزاری کلاسهای آموزشی و مشاوره‌ای جهت ارتقاء این رفتارها از منابع حمایتی دوستان یاری طلبند، تا از این طریق به هدف نهایی خود که ارتقاء سلامت این عزیزان است دست یابند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر است. بدینوسیله نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از آن معاونت و نیز از معاونت پژوهشی بنیاد جانبازان استان ایلام وکلیه جانبازانی که با وجود مشکلات متعدد ما را در انجام این مطالعه یاری دادند بعمل می‌آورند.

منابع

1-Ahmadi K, Reshadatjoo M, Karami G. Evaluation of PTSD in Sardasht survivors of chemical warfare. Urmia Med J. 2010;21(1):1-9. [Persian]

2-Safavi M, Mahmoudi M, Akbarnatajbisheh K. Assessment of relationship quality of life and coping skills in spouses of chemical devotees with pulmonary complications due to sulfur mustard in Tehran in 2006. Daneshvar. 2010;17(87):1-11. [Persian]

3- AhmadiKh, Reshadatjoo M, KaramiGh R, Anisi J. Evaluation of secondary post traumatic stress disorder in chemical warfare victims' children. Mil Med. 2010;12(3):153-159. [Persian]

4- mehdizadeh S, abbasi S, moqaddam M, kiyani M. Mental health in chemical warfare victims with Bronchiolitis Obliterans. IJWPH. 2012;4(1):53-58. [Persian]

5-Najafy M, Mohammadyfar M, Dabiri S, Erfani N, Kamary A. The Comparison of the quality of life of the war veterans families with/without Post traumatic Stress Disorder. IJWPH. 2011;3(3):27-35. [Persian]

6- Ghodusi M, Heidari M, SharifiNeyestanak N, Shahbazi S. Correlation of perceived social support and some of the demographic factors in patients with Multiple Sclerosis. JHPM. 2013;2(1):24-31. [Persian]

7-Chen Ch-M, KuoSh-F, Chou Yu-H, Chen Hs-Ch. Postpartum Taiwanese women: their postpartum depression, social support and health-promoting lifestyle profiles. J CLIN NURS. 2006;1550-1560.

8- Wu Ch Y, Prosser R, Taylor J. Association of depressive symptoms and social support on blood pressure among urban African American women and girls. J Am Acad Nurs Pract. 2010;22:694–704.

9- Tol A, Majlessi F, RahimiForoshani A, Shojaeezadeh D, Mohebbi B. The Relation between Perceived Social Support and Related Factors with Glycemic Control among Type 2 Diabetic Patients. HSR. 2012;8(4):695-705. [Persian]

10- Shakerinia. Effect of Social Assists and Hopefulness in Elderly Health Status with Chronic Pain. Salmand. 2012;7(24):8-16. [Persian]

11- Heidarzadeh M, Ghahremanian A, Hagigat A. Relationship between Quality of Life and Social Support in Stroke Patient. IJN. 2009;22(59):23-32. [Persian]

12- Cheraghi MA, DavariDolatabadi E, Salavati M, Moghimbeigi A. Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with Heart Failure. IJN. 2012;25(75):21-31. [Persian]

13- Ebrahimi A, Bolhari J, Zolfaghari F. Stress Coping Strategies and Social Support in Depressive Veterans with Spinal Cord Injury. IJPCP. 2002;8(2):40-48. [Persian] .

14- Abdollahzade Rafi M, HassanzadehAvval M, AhmadiSh, Taheri M, Hosseini MA. Relationship between social support with depression and anxiety during third trimester pregnancy.IJNR.2012;7(26):1-10. [Persian]

15- Hosseini S, Rezaee A, keykhosravi z. A Comparison of Old Men and Women's Social Support, Life Satisfaction, Happiness and Depression. J Soc Women. 2011;2(4):143-61. [Persian]

16- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health Promotion Lifestyle Profile: Development

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-08]

and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987;36(2):76-81.

17- Fischer J, Concoran K. Measures for clinical practice and research: a source book, Oxford university press. 2006:46-59.
18- Tang Y.Y, Chen S.P. Health promotion behaviors in Chinese family caregivers of patients with stroke. Health Promot INT. 2002;17(4):329-39.

19- Hosseini M, DakhtehHarooni M ,Yaghmaei F, AlaviMajd H. Correlation of social support and health in an elderly population in Iran. Journal of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti U Med Sci Health Serv. 2012;21(73):25-30. [Persian]

20- Malathum P. A model of factors contributing to perceived abilities for health promoting self-care of community-dwelling Thai older adults. Thesis for the Degree of Doctor of Philosophy (PhD).The University of Texas at Austin. 2001.

21- Esperat CH, Feng Du. Zhang Y, Owen D. Health behaviors of low income pregnant minority women. Western J Nurs Res. 2007;29(3):284-300.

22-Maglione J. L, Hayman L. L. Correlates of physical activity in low income college students. Res Nurs Health .2009;32:634-46.
23- Ma W, Lane H, Laffrey S. A model testing factors that influence physical activity for Taiwanese adults with anxiety.Res Nurs Health. 2008;31:476–489.

24- Martz E, Bodner T, Livneh H. Social support and coping as moderators of perceived disability and posttraumatic stress levels among Vietnam Theater veterans. Health & Place. 2010;2(4):332-41.

25- MalekiPirbazari M, Nouri R, SaramiGh. Social support and depression symptoms: The mediating role of self-efficacy. Contemp Psychol. 2011;6(2):25-34. [Persian]

26- HeidariSh, NooriTajer M, Hoseini F, Inanlo M, Golgiri F, Shirazi. Geriatric Family Support and Diabetic Type-2 Glycemic Control. Salmand. 2008;3(8):573-80. [Persian]

27- RezaiyKargar F, Karbandi S. Social Support And Diet Compliance In Type II Diabetic Patients. IJN. 2004; 17(37):12-16. [Persian]
28- Mahbobi M, Etemadi M, Khorasani E, Ghiasi M. The Relationship between Spiritual Health and Social Anxiety in Chemical Veterans. Mil Med. 2012;14(3):186-191. [Persian]

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-10-08]