



بهداشت فردی و عوامل تعیین کننده آن در نیروهای نظامی

نویسندگان: محسن صفاری^۱، هرمز سنایی نسب^۲، حجت رشیدی جهان^۳

۱. استادیار مرکز تحقیقات سلامت، گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) تهران

۲. دانشیار گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) تهران

۳. نویسنده مسئول: مربی گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) تهران

تلفن تماس: ۰۲۱-۸۸۰۴۰۱۵۳ Email: hojatr73@gmail.com

چکیده

مقدمه: بهداشت فردی یکی از مهمترین ابزارهای پیشگیری در حوزه سلامت همگانی است و نیروهای نظامی ممکن است در معرض تهدیدهای ناشی از عدم رعایت اصول بهداشت فردی باشند. هدف از این مطالعه ارزیابی وضعیت بهداشت فردی در میان نیروهای نظامی و شناخت عوامل تعیین کننده آن و موانع احتمالی مربوطه می باشد.

روش بررسی: این یک مطالعه توصیفی مقطعی است که در بین ۵۰۲ نفر از نیروهای نظامی از ۱۰ مرکز نظامی واقع در سراسر ایران صورت گرفته است. این مراکز بصورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه خود گزارشی می باشد که از ۵ قسمت شامل اطلاعات دموگرافیک، آگاهی، نگرش و عملکرد در زمینه بهداشت فردی و یک بخش در مورد موانع احتمالی تشکیل شده است. روابط بین متغیرهای دموگرافیک، آگاهی و نگرش به عنوان متغیرهای مستقل با رفتار بهداشت فردی به عنوان متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفتند و موانع و مشکلات مطرح شده رتبه بندی شدند. داده ها با استفاده از آزمونهای تی مستقل و همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی مورد ارزیابی قرار گرفتند. از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید.

یافته ها: میانگین سنی شرکت کنندگان $33/04 \pm 6/83$ سال و بیش از ۸۴ درصد متاهل بودند. مهم ترین منبع کسب اطلاعات در میان شرکت کنندگان، رادیو و تلویزیون گزارش گردید (۷۲/۳٪). سطح آگاهی (۷۱/۵٪)، نگرش (۶۳/۷٪) و عملکرد (۶۱/۸٪) اکثر شرکت کنندگان در سطح مطلوب برآورد گردید. متغیرهای شغل، آگاهی و نگرش دارای رابطه معنی دار یا متغیر رفتار بهداشت فردی شناخته شدند ($p < 0/05$). عوامل تعیین کننده بهداشت فردی عبارت بودند از: درجه مصوب، مدت خدمت، شغل، آگاهی و نگرش.

نتیجه گیری: با توجه به سطح آگاهی، نگرش و عملکرد افراد در حوزه بهداشت فردی، توصیه می شود برنامه ریزی و مداخلات آموزش مناسب در راستای بهبود این متغیرها در میان نیروهای نظامی صورت گیرد. انجام مطالعات بیشتر در بین نیروهای مختلف نظامی و دیگر اقشار جامعه به منظور شناخت هرچه بیشتر عوامل موثر در تعیین رفتار بهداشت فردی پیشنهاد می گردد.

واژه های کلیدی: بهداشت فردی، نظامی، آگاهی، نگرش، رفتار

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال سیزدهم

شماره: ششم

بهمن و اسفند ۱۳۹۳

شماره مسلسل: ۴۸

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۹/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۵

مقدمه

واژه بهداشت اشاره دارد به شرایط یا اعمالی که به واسطه آنها افراد اقدام به حفظ یا ارتقای سلامت خویش با استفاده از پاکیزه نگاه داشتن خود و محیط پیرامونشان می نمایند (۱). حتی در جامعه متمدن امروزی نیز اقدامات بهداشتی مناسب هم چنان به عنوان استراتژی های اولیه پیشگیری از بیماری مورد توجه هستند و دستیابی به سطح مطلوب بهداشت در هر جامعه، یکی از دستاوردهای برجسته در حوزه سلامت همگانی محسوب می گردد (۲).

علی رغم اقداماتی که در دهه های اخیر در جهت کاهش تماس با عوامل بیماری زا و ریشه کن نمودن بسیاری از آنها صورت گرفته است، لیکن همچنان حساسیت انسانها نسبت به بسیاری از میکرو ارگانیسمهای بیماری زا قابل انکار نیست و بنابراین جستجوی مداوم شیوه هایی برای بهبود و حفظ سطح مطلوب بهداشتی می بایست مورد توجه قرار گیرد (۳). حتی در کشورهای توسعه یافته که استانداردهای سلامت همگانی در سطح بالایی قرار دارند، بیماریهای عفونی هنوز هم بخشی از زندگی روزمره افراد را شامل می شوند (۴). مواجهه با میکرو ارگانیسمهای مولد بیماری می تواند در نتیجه تماس با افراد آلوده، مصرف آب یا غذای آلوده، تماس با اشیاء یا سطوح آلوده و یا عادات و رفتارهای غیربهداشتی افراد صورت گیرد (۳، ۲).

یکی از اقدامات بسیار مهمی که در جهت کاهش چنین مواجهات و تماس هایی می توان مورد نظر قرار داد، رعایت بهداشت فردی است. بنا به تعریف دیارتمان سلامت انگلیس، بهداشت فردی



عبارتست از "اعمال فیزیکی مربوط به پاکیزه نگاه داشتن بدن جهت اطمینان از حفظ شرایط مطلوب برای اجزای بدن نظیر پوست، مو و ناخن ها" (۵). به تعبیر دیگر، بهداشت فردی به حفظ پاکیزگی بدن و لباس ها برای محافظت از سلامت و رفاه عمومی اشخاص اشاره دارد. این حوزه شامل فعالیتهای مختلفی در ارتباط با حیطة های مختلف خودمراقبتی عمومی نظیر: شستشوی بدن و استحمام، طهارت گرفتن و شستشوی دستها بعد از اجابت مزاج، مراقبت مناسب از دهان و دندان، آراستگی و استفاده از البسه تمیز می باشد (۶).

بهداشت فردی یک ابزار پیشگیرانه در حوزه سلامت است که به عنوان نقطه عطفی در سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی مورد توجه است (۳). رعایت پاکیزگی موجب حفاظت از فرد در مقابل ایجاد بیماری ناشی از انگلهای خارجی یا ترشحات و مواد آلوده موجود در محیط می گردد. شستشوی مناسب پوست و استحمام موجب محافظت پوست در مقابل راشها و بثورات پوستی ناشی از تعریق و جلوگیری از تجمع عوامل میکروبی بر روی پوست می گردد (۶، ۲). رعایت بهداشت دهان و دندان علاوه بر سلامت دندان ها و لثه موجب کاهش خطر سوء تغذیه، پیشگیری از مشکلات بلع و بوی بد دهان و جلوگیری از ورود باکتری ها به جریان خون و سایر بافتهای بدن می گردد (۷). رعایت بهداشت فردی، خطر انزوای اجتماعی و طرد شدن از جانب دیگران را نیز کاهش می دهد. حفظ پاکیزگی و آراستگی موجب بهبود خلق و خو و کاهش خطر افسردگی گردیده و تاثیر مثبتی بر سلامت روان افراد خواهد داشت (۹، ۸).



متاسفانه با وجود اهمیت شایان بحث بهداشت فردی و مزایای بسیاری که برای سلامت افراد در پی دارد، این موضوع کمتر در حوزه بهداشت و درمان مورد توجه قرار گرفته و تحقیقات انگشت شماری در میان پژوهشهای مرتبط را شامل می شود (۲).

این در حالی است که تحقیقات اخیر حاکی از نقش انکار ناپذیر اعمالی همچون رعایت بهداشت تنفسی (استفاده از دستمال یا پوشش مناسب در هنگام سرفه و عطسه)، و شستشوی دستها با صابون یا سایر مواد شوینده در پیشگیری از انتقال ویروسهای اپیدمیک نظیر ویروس آنفلوآنزا و سارس می باشند (۱۰، ۱۱).

شستشوی دست به عنوان یک رفتار بهداشت فردی ساده موجب کاهش بار میکروبی بر روی دستها و کاهش احتمال خود تلقیحی و انتقال ثانویه عوامل میکروبی می گردد (۱).

یکی از طغیانهای اپیدمیولوژیک سالهای اخیر، بحث شیوع انواع مقاوت های میکروبی است که از جمله آنها می توان به استافیلوکوک طلایی مقاوم به متاسیلین اشاره نمود که از محیطهای مختلفی نظیر بیمارستانها، باشگاههای ورزشی و حتی مراکز نظامی گزارش شده اند (۱۲). تعدادی از عوامل خطر بروز چنین مقاومتهایی در مطالعات مختلف شناسایی شده اند که عبارتند از استفاده بی رویه از داروهای آنتی بیوتیک، تماس محافظت نشده و غیر بهداشتی با افراد دارای کلونی های میکروبی و موانع موجود در دریافت مراقبت های پزشکی (۱۳). در این میان، بسیاری از پژوهشگران، عدم رعایت بهداشت فردی را به عنوان یک عامل خطر ویژه برای بروز چنین مقاومتهای میکروبی اذعان نموده اند (۱۲، ۱۳).

محیطهای نظامی از جمله محلهایی هستند که به دلیل نوع خاص انضباطی که بر این محیطها حکم فرماست و لزوم انجام بسیاری از اقدامات در هر شرایطی و بدون چون و چرا، می توانند در معرض خطر عدم رعایت اصول بهداشتی از جمله موازین مربوط به بهداشت فردی قرار گیرند (۱۴). عامل مهم دیگری که لزوم توجه به رعایت اصول بهداشت فردی را در چنین اماکنی دوچندان می نماید، بحث مربوط به ازدحام و تراکم افراد در محیطهای بسته نظیر سربازخانه ها و آسایشگاه ها می باشد. در چنین شرایطی به دلیل تماس بیشتر افراد با یکدیگر شرایط مناسبی برای انتقال بسیاری از بیماری های مسری فراهم می گردد (۱۵). از طرفی ممکن است به دلیل مقررات و ضوابط حاکم، افراد نظامی فرصت چندانی برای توجه مناسب به اصول بهداشتی پیدا نکنند که خود عاملی است برای تشدید وضع موجود و دور شدن از یک محیط استاندارد بهداشتی. بنابراین چنین محیطی می تواند عرصه مناسبی برای تحقیق و شناخت مشکلات بهداشت فردی باشد و موجب تلاش هرچه بیشتر برای رفع موانع و کاستی های موجود در جهت ارتقای سلامت نیروهای نظامی گردد که حافظ مرزها و کیان یک ملت هستند. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت بهداشت فردی و موانع و مشکلات مربوطه و شناخت عوامل موثر در تعیین رفتارهای بهداشتی نیروهای نظامی، طرح ریزی و اجرا گردید.

روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه توصیفی مقطعی می باشد که بر روی ۵۰۲ نفر از نیروهای نظامی مشغول فعالیت در ۱۰ مرکز نظامی واقع در سراسر کشور صورت گرفته است. برای نمونه گیری ابتدا لیست



درجه ای لیکرت از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) و سوالات رفتار بر اساس دفعات وقوع رفتار شامل ۴ درجه از هرگز (۰) تا همیشه (۳) طراحی گردیدند. سوالات در هر سه حوزه آگاهی، نگرش و عملکرد حول محورهایی همچون بهداشت دهان و دندان (مسواک زدن، استفاده از نخ دندان)، بهداشت بدن (استحمام، بهداشت مو، بهداشت ناخن، بهداشت گوش، استفاده از البسه مناسب)، شستشوی دست ها، رعایت نکات بهداشتی در هنگام عطسه و سرفه و در هنگام مواجهه با افراد مبتلا به بیماریهای مسری تنفسی، نحوه استفاده از وسایل شخصی بهداشتی طراحی گردیدند. سطح بندی نمرات آزمونها با توجه به توزیع فراوانی نمرات صورت گرفت و هریک از حیطه های آگاهی و عملکرد به سه سطح ضعیف، متوسط و مطلوب و حیطه نگرش به سه سطح متوسط، خوب و مطلوب تقسیم بندی گردیدند.

روایی پرسشنامه با استفاده از ارزیابی روایی صوری و محتوایی پرسشنامه کنترل گردید، بدین ترتیب که پس از طراحی اولیه ابزار توسط پژوهشگران و تایید روایی صوری آن، ۶ نسخه از پرسشنامه برای شش نفر از متخصصان شامل ۲ نفر متخصص آموزش بهداشت، دو نفر متخصص بهداشت عمومی، یک پرستار با تجربه و یک پزشک عمومی ارسال گردید و نظرات ایشان جهت اصلاح محتوای پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت. شاخصهای CVI و CVR برای ارزیابی روایی مورد محاسبه قرار گرفتند که به ترتیب مقادیر ۰/۸۳ و ۰/۷۸ برای این دو شاخص بدست آمد. سپس پرسشنامه در بین ۱۰ نفر از مخاطبان گروه هدف که از نمونه اصلی

کلیه مراکز نظامی تحت پوشش تهیه گردید و سپس با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ۱۰ مرکز از بین مراکز موجود انتخاب گردیدند. سپس جهت تسهیل در فرآیند نمونه گیری و به دلیل عدم امکان انجام نمونه گیری تصادفی، از هر مرکز حدود ۵۰ نفر با استفاده از نمونه گیری آسان مورد انتخاب قرار گرفتند. برای این کار نماینده ای از جانب معاونت بهداشت و درمان سپاه، معرفی گردید که با مراجعه به مراکز نظامی منتخب و با همکاری مسئول بهداری مرکز مربوطه اقدام به نمونه گیری و تکمیل پرسشنامه ها نمود. معیارهای ورود شرکت کنندگان عبارت بودند از: جنس مذکر، حداقل یک سال سابقه استخدام و رضایت داوطلبانه برای شرکت در مطالعه. معیار خروج خاصی برای شرکت کنندگان در نظر گرفته نشد. حجم نمونه با استفاده از جداول کوهن برای مطالعات مقطعی (توان آزمون = ۹۰ درصد، فاصله اطمینان = ۹۵ درصد، دوطرفه، و خطای برآورد = ۲۰ درصد) محاسبه گردید. اهداف مطالعه قبل از جمع آوری اطلاعات برای شرکت کنندگان تبیین گردید.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود. از آنجایی که پرسشنامه استاندارد در این زمینه موجود نبود محققان اقدام به طراحی ابزار مربوطه نمودند. این پرسشنامه از پنج بخش شامل اطلاعات دموگرافیک (۱۲ سوال)، آگاهی (۲۱ سوال)، نگرش (۱۸ سوال)، رفتار (۲۱ سوال) و یک سوال در رابطه با مهمترین موانع بهداشت فردی تشکیل شده است. سوالات بخش آگاهی بصورت صحیح و غلط با امتیاز صفر و یک، سوالات نگرش با استفاده از مقیاس ۵



گرفتند. در مدل رگرسیون، رفتار بهداشت فردی به عنوان متغیر وابسته و متغیرهای منبع کسب اطلاعات، درجه مصوب، مدت خدمت، شغل، آگاهی و نگرش به عنوان متغیرهای مستقل وارد مدل گردیدند و برای ورود متغیرها از روش enter استفاده گردید.

یافته ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش $6/83 \pm 33/04$ بود. اکثر شرکت کنندگان (۸۳/۱٪) دارای شغل غیر مرتبط با حوزه بهداشت و درمان بودند. بیش از ۸۴ درصد شرکت کنندگان متاهل بوده و سطح تحصیلات غالب آنها (۶۰ درصد) بالاتر از دیپلم بود. بیش از نیمی از شرکت کنندگان (۵۲/۶٪) در خانه های غیر شخصی اعم از استیجاری یا سازمانی سکونت داشته و اکثر قریب به اتفاق ایشان (حدود ۹۰ درصد) فاقد سابقه ابتلا به هرگونه بیماری مزمن اعم از قلبی-عروقی، تنفسی، کلیوی، اسکلتی عضلانی، عصبی و دیابت بودند. حدود ۷۲ درصد از شرکت کنندگان مهمترین منبع کسب اطلاعات خود را در مورد بهداشت فردی از طریق رادیو و تلویزیون اعلام نمودند و بیش از نیمی از ایشان (۵۷/۶٪) هیچگونه سابقه آموزش اختصاصی در زمینه بهداشت فردی نداشتند. جزئیات مربوط به اطلاعات دموگرافیک در جدول ۱ قابل ملاحظه است.

داده های مربوط به وضعیت آگاهی شرکت کنندگان حاکی از وضعیت مناسب آگاهی در اکثر شرکت کنندگان بود و بیش از ۷۱ درصد از شرکت کنندگان در سطح مطلوب آگاهی قرار داشتند.

حذف گردیدند، توزیع گردید و خوانایی، فهم مطالب و شیوایی متن پرسشنامه مورد پیش آزمایی قرار گرفت و نظرات ایشان در بهبود کیفیت مطالب پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت.

پایایی پرسشنامه با استفاده از ارزیابی انسجام درونی به وسیله محاسبه آلفای کرونباخ و همچنین روش آزمون، آزمون مجدد مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور تعداد ۳۰ عدد پرسشنامه بین گروهی از شرکت کنندگان که جزء شرکت کنندگان اصلی نبودند، دو بار و به فاصله ۱۰ روز توزیع گردید و ضریب همبستگی بین دو آزمون اندازه گیری شد که مقدار آن $0/84$ بدست آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده گردید. اطلاعات توصیفی در قالب تعداد و درصد یا با استفاده از شاخصهای میانگین و انحراف معیار ارائه گردیدند. از آزمونهای آماری t مستقل و همبستگی پیرسون برای بررسی روابط بین متغیرها استفاده گردید. از آزمون رگرسیون خطی برای تعیین عوامل پیش بینی کننده رفتار بهداشت فردی استفاده شد. برای این منظور ابتدا همه متغیرها با استفاده از آزمونهای t و همبستگی مورد ارزیابی قرار گرفتند و سپس فقط متغیرهایی که سطح معنی داری آنها کمتر از $0/25$ بود برای ورود در مدل رگرسیون انتخاب گردیدند. از این روش برای حذف متغیرهای نامربوط در مدل رگرسیون استفاده گردید. متغیرهای کمی بطور مستقیم وارد مدل گردیدند و متغیرهای کیفی با استفاده از روش کدگذاری صوری بصورت صفر و یک کدگذاری گردیدند. پیش فرضهای مدل رگرسیون اعم از نرمالیت داده ها و فرض هم واریانسی با استفاده از آزمونهای کولموگروف-اسمیرنوف و لون مورد ارزیابی قرار



جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن	۳۳/۰۴	۶/۸۳
مدت خدمت	۱۳/۵۴	۶/۲۹
شغل	تعداد	درصد
مرتبط با حوزه سلامت	۸۵	۱۶/۹
غیر مرتبط با حوزه سلامت	۴۱۷	۸۳/۱
تعداد فرزندان		
بدون فرزند	۲۱۲	۴۲/۲
۱ تا ۲ فرزند	۲۲۵	۴۴/۸
بیشتر از ۲ فرزند	۶۵	۱۳/۰
وضعیت تاهل		
مجرد	۷۷	۱۵/۳
متاهل	۴۲۵	۸۴/۷
سطح تحصیلات		
دیپلم یا پایینتر	۲۰۲	۴۰/۲
تحصیلات دانشگاهی	۳۰۰	۵۹/۸
رشته تحصیلی		
مرتبط	۱۲۵	۲۴/۹
غیر مرتبط	۳۷۷	۷۵/۱
درجه مصوب		
≤ ۱۲	۲۹۱	۵۸/۰
> ۱۲	۲۱۱	۴۲/۰
محل سکونت		
شخصی	۲۳۸	۴۷/۴
غیر شخصی	۲۶۴	۵۲/۶
سابقه بیماری مزمن قبلی		
دارد	۴۹	۹/۸
ندارد	۴۵۳	۹۰/۲
منبع کسب اطلاعات		
رادیو و تلویزیون	۳۶۳	۷۲/۳
روزنامه ، مجله ، کتاب ، جزوه	۹۸	۱۹/۶
همکاران و دوستان	۲۹	۵/۷
سایر موارد	۱۲	۲/۴
سابقه آموزش بهداشت فردی		
دارد	۲۱۳	۴۲/۴
ندارد	۲۸۹	۵۷/۶



جدول ۲: وضعیت آگاهی، نگرش و عملکرد شرکت کنندگان در زمینه بهداشت فردی

متغیر	تعداد	درصد
آگاهی		
ضعیف (۰ تا ۷)	۶	۱/۲
متوسط (۷ تا ۱۴)	۱۳۷	۲۷/۳
مطلوب (۱۴ تا ۲۱)	۳۵۹	۷۱/۵
نگرش		
متوسط (<۵۴)	۹	۱/۸
خوب (۵۴ تا ۷۲)	۱۷۳	۳۴/۵
مطلوب (۷۲-۹۰)	۳۲۰	۶۳/۷
عملکرد		
ضعیف (۰ تا ۲۱)	۱۵	۳/۰
متوسط (۲۱ تا ۴۲)	۱۷۷	۳۵/۳
مطلوب (۴۲ تا ۶۳)	۳۱۰	۶۱/۸

از فرد دچار علایم سرماخوردگی، استحمام روزانه، تمیز نمودن ترشحات خارجی گوش و استفاده از مواد خوشبو کننده. بررسی روابط میان متغیرهای پژوهش و رفتار بهداشت فردی (جدول ۳) نشان داد که تنها متغیرهای شغل، آگاهی و نگرش دارای ارتباط معنی دار ($P < ۰/۰۵$) با متغیر رفتار بهداشت فردی هستند و متغیرهای دیگر نظیر منبع کسب اطلاعات، درجه مصوب، مدت خدمت با سطح معنی داری کمتر از ۰/۲۵ به همراه متغیرهای قبلی برای ورود به مدل رگرسیون مناسب شناخته شدند. مدل رگرسیون خطی با تعداد ۶ متغیر توانست حدود ۲۳ درصد واریانس رفتار بهداشت فردی را تبیین نماید. در این مدل متغیرهای درجه مصوب، مدت خدمت، شغل، آگاهی و نگرش به عنوان عوامل تعیین کننده رفتار بهداشت فردی شناخته شدند.

نگرش شرکت کنندگان نسبت به مسایل بهداشت فردی نیز در سطح خوب تا مطلوب برآورد گردید و بیش از ۶۰ درصد ایشان نگرش کاملاً مثبتی نسبت به رعایت بهداشت فردی داشتند. حدود ۶۲ درصد شرکت کنندگان عملکرد خود را در حوزه انجام رفتارهای بهداشت فردی در سطح مطلوب گزارش نمودند و تنها ۳ درصد ایشان عملکرد ضعیفی در این حوزه داشتند (جدول ۲). رفتارهایی نظیر شستشوی دست ها بعد از اجابت مزاج، عدم کاربرد وسایل بهداشتی دیگران نظیر مسواک یا حوله، استحمام با استفاده از صابون یا شامپو، شستشوی صورت و پرهیز از تماس دستهای آلوده با چشم ها، پوشیدن یونیفرم تمیز به ترتیب بیشتر میانگین رعایت رفتار را به خود اختصاص دادند. رفتارهایی که حائز کمترین میانگین بودند به ترتیب عبارتند از: استفاده از نخ دندان، مسواک زدن، تعویض روزانه لباسهای زیر، رعایت فاصله مناسب



جدول ۳: روابط میان متغیرهای پژوهش و رفتار بهداشت فردی

نتیجه آزمون (t-test)	انحراف معیار	میانگین	تعداد	متغیرهای کیفی
-۳/۵۸۹ t-value=				شغل
۰/۰۱۱P=	۱۴/۴۶	۴۰/۶۸	۸۵	مرتبط
	۸/۷۴	۴۴/۸۹	۴۱۷	غیر مرتبط
-۰/۴۰۷t-value=				وضعیت تاهل
۰/۶۸۵P=	۱۳/۵۹	۴۳/۶۲	۷۷	مجرد
	۹/۲۸	۴۴/۲۸	۴۲۵	متاهل
۰/۶۹۵t-value=				سطح تحصیلات
۰/۴۸۷P=	۱۰/۸۶	۴۴/۵۹	۲۰۲	دیپلم یا پایینتر
	۹/۴۷	۴۳/۹۲	۳۰۰	تحصیلات دانشگاهی
-۰/۸۲۵t-value=				رشته تحصیلی
۰/۴۱۰P=	۱۱/۰۱	۴۳/۵۳	۱۲۵	مرتبط
	۹/۷۱	۴۴/۳۹	۳۷۷	غیر مرتبط
-۰/۲۶۶t-value=				سابقه بیماری مزمن
۰/۵۹۰P=	۱۱/۸۱	۴۳/۸۱	۴۹	دارد
	۹/۸۵	۴۴/۲۱	۴۵۳	ندارد
۱/۲۱۰t-value=				منع کسب اطلاعات
۰/۲۲۷P=	۹/۷۸	۴۴/۵۱	۳۶۳	رادیو و تلویزیون
	۱۰/۷۰	۴۳/۲۰	۱۳۹	سایر منابع
۰/۳۰۷t-value=				سابقه آموزش
۰/۷۵۹P=	۱۰/۷۷	۴۴/۳۴	۲۱۳	دارد
	۹/۴۹	۴۴/۰۵	۲۸۹	ندارد
۰/۴۲۹t-value=				نوع سکونت
۰/۶۶۸P=	۱۰/۳۵	۴۴/۳۸	۲۳۸	شخصی
	۹/۷۸	۴۳/۹۹	۲۶۴	غیر شخصی
نتیجه آزمون (Pearson)		میزان همبستگی (r)		متغیرهای کمی
P= ۰/۹۲۳		-۰/۰۰۴		سن
P= ۰/۸۱۶		-۰/۰۱۰		تعداد فرزندان
P= ۰/۰۹۶		۰/۰۷۴		مدت خدمت (سال)
P= ۰/۱۵۷		-۰/۰۶۳		درجه مصوب
۰/۰۰۱P<		۰/۳۰۴		نمره آگاهی
۰/۰۰۱P<		۰/۴۴۰		نمره نگرش



جدول ۴: عوامل تعیین کننده رفتار بهداشت فردی در مدل رگرسیون خطی

متغیر	شیب خط (B)	ضریب استاندارد (β)	خطای معیار	کرانه پایین	کرانه بالا	آماره های مدل
مقدار ثابت	-۱/۷۶۸	-	۴/۸۸۸	-۱۱/۳۷۲	۷/۸۳۷	R=۰/۴۸۰
منبع اطلاعات	-۰/۰۸۲	-۰/۰۰۴	۰/۸۹۶	-۱/۸۴۶	۱/۶۸۲	R ² =۰/۲۳۱
درجه مصوب	*۰/۴۲۱	-۰/۱۱۳	۰/۱۶۷	-۰/۷۵۰	-۰/۰۹۲	Adjusted R ² =۰/۲۲۱
مدت خدمت	*۰/۱۶۱	۰/۱۰۱	۰/۰۷۱	۰/۰۲۱	۰/۳۰۲	
شغل	*۲/۵۶۹	۰/۰۹۶	۱/۰۸۷	۰/۴۳۳	۴/۷۰۴	
آگاهی	*۰/۳۷۷	۰/۱۱۳	۰/۱۴۹	۰/۰۸۵	۰/۶۶۸	F-change=۲۴/۷۳۹
نگرش	*۰/۵۱۲	۰/۳۷۸	۰/۰۶۰	۰/۳۹۴	۰/۶۲۹	
ANOVA						
sig.< ۰/۰۰۱						

* P< ۰/۰۵ ** P< ۰/۰۰۱

هستند. همچنین مشخص گردید که عواملی همچون شغل، مدت خدمت، درجه مصوب، آگاهی و نگرش نقش تعیین کننده ای در پیش بینی رفتار بهداشت فردی دارند.

بنا بر جستجویی که در متون مرتبط صورت گرفته است تاکنون اقدامی جهت شناخت دیدگاه ها و عملکرد نیروهای نظامی در زمینه بهداشت فردی در داخل کشور صورت نگرفته است. لیکن برخی از مطالعات محدود خارجی نشانگر نقش قابل توجه این عوامل در حوزه سلامت افراد، به خصوص سلامت نیروهای نظامی است (۱۴،۱۶). همان طور که واردل و سروینسکی خاطر نشان می نمایند، مدت زمانی که برای رسیدگی به مسائل بهداشت فردی در بین نیروهای نظامی در نظر گرفته می شود بسیار حائز اهمیت و ارزشمند است. از آنجایی که این نیروها می بایست آماده مواجهه با هر نوع شرایط پیش بینی نشده و سخت باشند، اغلب زمان کافی برای رسیدگی به چنین اموری که معمولاً در درجه دوم

جهت شیب خط رگرسیون نشان می دهد که هرچقدر درجه مصوب فرد بالاتر باشد پیش بینی می شود کمتر به رعایت بهداشت فردی اهمیت بدهد و افراد دارای شغل غیر مرتبط بیشتر احتمال می رود که به رعایت اصول بهداشتی پایبند باشند. سایر متغیرها نظیر مدت خدمت، آگاهی و نگرش دارای رابطه پیش بینی کنندگی مستقیمی با رفتار بهداشت فردی شناخته شدند. جزئیات این مدل در جدول ۴ قابل ملاحظه است.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر که با هدف ارزیابی وضعیت بهداشت فردی و شناخت عوامل تعیین کننده آن در نیروهای نظامی صورت گرفت حاکی از آن بود که اگرچه وضعیت آگاهی، نگرش و رفتار این نیروها در زمینه بهداشت فردی در وضعیت مطلوب قرار ندارد، لیکن درصد قابل توجهی از شرکت کنندگان در سطح قابل قبولی از نظر آگاهی، نگرش و عملکرد در خصوص بهداشت فردی



حوزه بهداشت فردی، معمولا در میان افراد نظامی به خوبی مورد توجه قرار نمی گیرد. در مطالعه حاضر نیز نتایج نشان دادند که بهداشت دهان و دندان از جمله مسائلی است که غالبا در بین نیروهای نظامی مغفول واقع می شود و نرخ پایین رفتارهایی همچون مسواک زدن و استفاده از نخ دندان نیز موید این مطلب می باشد.

فقدان آگاهی کافی در زمینه بهداشت فردی یکی از مسائلی است که مطابق نتایج حاصل از مطالعه حاضر می تواند موجب عدم رعایت اصول بهداشت فردی از جانب نیروهای نظامی گردد. لیتون در زمینه ارزیابی بهداشتی نیروهای ارتش آلمان در جنگ جهانی اول می نویسد: یکی از مهمترین عواملی که موجب بروز بسیاری از طغیانهای اپیدمیک از جمله دیسنتری باسیلی در بین نیروهای ارتش آلمان گردید عدم توجه به مسایل بسیار ساده بهداشت فردی نظیر شستشوی دستها و فقدان آگاهی مناسب از اهمیت چنین رفتارهای بهداشتی بود (۲۲). اگرچه امروزه با توجه به رشد روزافزونی که در منابع اطلاع رسانی و رسانه های مختلف در حوزه مسایل بهداشتی صورت گرفته، دیگر نقش انکارناپذیر رعایت این مسایل بر هیچکس پوشیده نیست، لیکن درک اهمیت بهداشت فردی و لزوم بکارگیری آن برای حفظ و ارتقای سلامت، نیازمند برنامه ریزی و مداخلات آموزشی بیشتر است. ضرورت این مسئله، از اعلام عدم آگاهی به عنوان یکی از موانع گزارش شده توسط شرکت کنندگان نیز آشکار است. از آنجایی که اکثر شرکت کنندگان نیز مهمترین منبع دریافت اطلاعات خود را در زمینه بهداشت فردی از طریق رادیو و تلویزیون اعلام نمودند، پیش

اولویت قرار می گیرند وجود نداشته و بنابراین می توانند به سادگی تحت تاثیر آسیبهای ناشی از عدم آمادگی برای برخورد با شرایط سخت بهداشتی قرار گیرند (۱۴). این در حالی است که بسیاری از اوقات حتی در شرایط غیرجنگی و عادی نیز اختصاص زمان کافی برای چنین رفتارهایی چندان حائز اهمیت پنداشته نمی شود (۱۷).

مطالعاتی که در زمینه ارزیابی دانش و عملکرد نیروهای نظامی در زمینه مسایل مربوط به سلامتی صورت گرفته است غالبا بیانگر آموزش ناکافی، عدم آگاهی و عملکرد نامناسب این نیروها در این زمینه است (۱۸، ۱۹). مثلا در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۶ در ارتش کرواسی صورت گرفته است، نتایج نشان می دهد که بخش قابل توجهی از شرکت کنندگان از اهمیت بهداشت دهان و دندان و نقش موثر آن در سلامت عمومی خود اطلاع نداشته و وضعیت بهداشت دهان و دندان در بین آنها بسیار نامناسب گزارش گردید تا جایی که فقط یک و نیم درصد از کل شرکت کنندگان دارای دندانهای سالم بودند. در این مطالعه لزوم آموزش در زمینه اهمیت رعایت بهداشت دهان و دندان، یکی از اولویتهای اصلی مداخله در جهت کاهش پوسیدگی دندان و بیماریهای مرتبط در بین نظامیان معرفی گردید (۲۰). در مطالعه مشابهی که در میان نظامیان هلندی صورت گرفته، با توجه به وضع نامناسب آگاهی و عملکرد این گروه هدف، از تئوری رفتار برنامه ریزی شده برای ارائه آموزش به شرکت کنندگان در زمینه رعایت بهداشت دهان و دندان استفاده گردید و حاکی از نقش قابل توجه آموزش در ارتقای عملکرد و رفتار شرکت کنندگان بود (۲۱). همانطور که از این مطالعات بر می آید بهداشت دهان و دندان به عنوان بخش مهمی از



هرچه بیشتر مراکز نظامی به سرویسهای بهداشتی مدرن و اختصاصی زمان کافی برای استفاده از این تجهیزات و امکانات همراه با وضع قوانین مناسب در راستای تسهیل کاربرد امکانات موجود بتواند بسیاری از مشکلات پیش روی بهداشت فردی در محیط های نظامی را برطرف نماید.

یکی از یافته های جالب مطالعه حاضر نقش شغل در تبیین رفتار بهداشت فردی بود به گونه ای که در افراد دارای شغل غیر مرتبط، بیشتر احتمال می رود اقدام به رعایت رفتارهای بهداشتی نمایند. این یافته تا حدودی عجیب به نظر می رسد زیرا قاعدتا ما انتظار داریم افرادی که دارای مشاغل مرتبط بهداشتی هستند آگاهی و نگرش قوی تری نسبت به رعایت بهداشت فردی داشته و به تبع آن عملکرد بهتری نیز در این زمینه داشته باشند. شاید یکی از دلایل چنین پدیده ای آن باشد که افراد شاغل در این حوزه به نوعی خود را دارای مصونیت بیشتری نسبت به عواقب عدم رعایت چنین رفتارهایی احساس نموده و لذا رفتارهای بهداشتی را کمتر مورد استفاده قرار دهند. این مسئله در مدل اعتقاد بهداشتی مورد تبیین قرار گرفته است (۲۳). این حالت درست شبیه پزشکی است که به دلیل اطلاعات و تبحری که در حیطه پزشکی دارد خود را مصون در برابر بیماری دانسته و احساس کند بیماری فقط برای دیگران و بیمارانش است. نکته دیگری که از این پدیده قابل برداشت است پدیده موسوم به "الگوی نقش" می باشد. معمولا از افراد متخصص به واسطه صلاحیت وابسته به مدارک تحصیلی یا تجاربشان انتظار می رود خود الگوی مورد نظر برای حیطه ای باشند که واجد صلاحیت آن شناخته شده اند (۲۴). لیکن برخی مطالعات نشان

دیده می شود تهیه فیلمها و برنامه های آموزشی صوتی تصویری برای عموم افراد جامعه و به ویژه نظامیان بی تاثیر نخواهد بود. طبعا در مسیر رعایت هرچه بیشتر و بهتر رفتارهای بهداشتی موانعی وجود خواهد داشت که شناخت و رفع آنها می تواند تاثیر شگرفی در بهبود انجام این اقدامات بهداشتی به همراه داشته باشد. از جمله موانعی که در مطالعه حاضر به عنوان موانع اصلی رعایت رفتارهای بهداشتی اذعان گردیدند می توان به عدم وجود امکانات و تسهیلات، مشغله کاری و قوانین و مقررات سخت گیرانه محل کار اشاره نمود. برخی از این موانع نظیر عدم وجود امکانات و مشغله کاری در مطالعات مشابه نیز مورد اشاره قرار گرفته اند (۱۶،۲۱). همانطور که قابل ملاحظه است اکثر این عوامل جزء عوامل خارجی بوده و ارتباط چندانی با ویژگیهایی نظیر آگاهی و نگرش که از عوامل درون فردی هستند پیدا نمی کنند. در واقع این محیط بیرونی و الزامات مربوط به آن است که خواسته یا ناخواسته فرد را وادار می کند علی رغم اطلاع از بسیاری از فواید و مزایای رعایت بهداشت فردی از آنها چشم پوشد. از آنجایی که یکی از اهداف اصلی تمام سیستمهای نظامی در سراسر دنیا تربیت و بکارگیری نیروی سالم و با نشاط در جهت انجام وظایف محوله است (۲۰) و از طرفی سلامتی بدون رعایت بهداشت و اصول پیشگیری میسر نمی گردد لذا به نظر می رسد سیستم فعلی نیازمند تغییر و تحول بیشتر در راستای ارائه توجه و ارزش بیشتر برای رعایت رفتارهای بهداشتی در محیط های نظامی باشد. با توجه به موانع ذکر شده از جانب شرکت کنندگان در خصوص رعایت اصول بهداشت فردی، به نظر می رسد تامین تسهیلات بیشتر بهداشتی نظیر تجهیز



پرسشنامه خودگزارشی بود و این نوع ابزار معمولاً دچار تورشهایی نظیر تورش اطلاعات و تورش یادآوری می باشد (۲۷) و استفاده از روشهایی نظیر مشاهده یا کاربرد چک لیست می توانست به عینیت داده ها بیافزاید که البته به دلیل منابع محدود و عدم امکان هماهنگی، میسر نگردید.

بطور خلاصه می توان اظهار داشت یافته های مطالعه حاضر بیانگر آن است که گرچه سطح آگاهی، نگرش و رفتار شرکت کنندگان در رابطه با مسایل بهداشت فردی در سطح قابل قبولی برآورد می گردد لیکن هنوز با سطح مطلوب فاصله قابل توجهی وجود دارد و می بایست با استفاده از برنامه ریزی و انجام مداخلات صحیح در جهت کاهش این فاصله گام برداشت.

رفتارهایی نظیر بهداشت دهان و دندان، استحمام روزانه به خصوص بعد از کارهای سنگین و پرتحرک و لزوم رعایت نکات بهداشتی در حین مواجهه با افراد دچار بیماریهای مسری تنفسی می بایست در دستور کار مداخلات آموزشی قرار گیرند. از آنجایی که موانع بیرونی از قبیل مسایل مربوط به عدم وجود امکانات کافی و مشغله کاری از جمله موانع گزارش شده در زمینه بهداشت فردی هستند می بایست اقدامات لازم در جهت رفع این موانع با تامین امکانات و شرایط لازم برای ایجاد فضای انگیزشی مناسب نسبت به رعایت رفتارهای بهداشت فردی فراهم گردد. همچنین بهتر است مطالعات بیشتری در زمینه شناخت هرچه بیشتر عوامل موثر در رفتارهای بهداشت فردی بر روی نیروهای مختلف نظامی صورت پذیرد.

می دهند که این حالت ممکن است در عمل اتفاق نیفتد (۲۵،۲۶) و مطالعه ما نیز نمونه ای از آنهاست. این پدیده نیازمند تحقیقات بیشتر و ریشه یابی عواملی است که می توانند در بروز آن موثر باشند.

یافته قابل تامل دیگری از مطالعه حاضر، نقش تبیین کننده درجه مصوب افراد در رعایت بهداشت فردی است. بر اساس یافته های حاصل، هرچقدر درجه افراد افزایش یابد کمتر احتمال می رود به انجام رفتارهای بهداشت فردی پردازند. شاید تنها توضیحی که بتوان در این زمینه ارائه نمود، نقش مسئولیت بیشتر افراد دارای درجات بالاتر و به دنبال آن گرفتاری های شغلی و فقدان زمان کافی برای رسیدگی به چنین اموری باشد. با این حال به نظر می رسد افراد دارای درجات بالاتر مسئولیت، می بایست به عنوان الگویی برای افراد زیر مجموعه خود عمل نمایند و این مسئله لزوم آموزش بیشتر به فرماندهان و مسئولان را بیش از پیش عیان می سازد.

مطالعه حاضر علی رغم نقاط قوتی همچون جمع آوری حجم نمونه مناسب و تهیه ابزاری قابل استفاده برای کسب اطلاعات در حوزه بهداشت فردی، نقاط ضعف و محدودیتهایی نیز داشت که می بایست مورد توجه قرار گیرند. اول اینکه در نمونه گیری بهتر بود از روش نمونه گیری تصادفی برای انتخاب واحدهای پژوهش استفاده می گردید که به دلیل شرایط خاص حاکم بر محیط های نظامی و عدم دسترسی به چارچوب نمونه گیری امکان پذیر نشد. دوم اینکه ابزار جمع آوری اطلاعات در این مطالعه



References

- 1-Aiello AE, Larson EL, Sedlak R. Personal health: Bringing good hygiene home. *Am J Infect Control* 2008 ;36(10): 152-65.
- 2- Holt GR. Importance of personal hygiene techniques in public health. *South Med J* 2012 ;105(1):5.
- 3- Marcondes RS, Candeias NM. From hygiene to public health education. 1983-84. *Int Q Community Health Educ* 2006;26(2):101-7.
- 4-Sanders JW, Fuhrer GS, Johnson MD, Riddle MS. The epidemiological transition: the current status of infectious diseases in the developed world versus the developing world. *Sci Prog* 2008;91(1):1-37.
- 5- Department of Health. *Essence of Care: Patient-Focused Benchmarking for Health Care Practitioners*. London: The Stationery Office; 2001.
- 6- Ilika AL, Obionu CO. Personal hygiene practice and school-based health education of children in Anambra State, Nigeria. *Niger Postgrad Med J* 2002 ;9(2):79-82.
- 7- Haleem A, Siddiqui MI, Khan AA. Oral hygiene assessment by school teachers and peer leaders using simplified method. *Int J Health Sci* 2012 ;6(2):174-84.
- 8- Frey JR. *The Gale Encyclopedia of Senior Health: A Guide for Seniors and Their Caregivers*. 1st ed. USA; Gale; 2009: 145-46
- 9- Flammer E, Breier A, Steinert T. Oral health and hygiene among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2009 ;60(10):1402.
- 10- Liao Q, Cowling BJ, Lam WW, Fielding R. The influence of social-cognitive factors on personal hygiene practices to protect against influenzas: using modelling to compare avian A/H5N1 and 2009 pandemic A/H1N1 influenzas in Hong Kong. *Int J Behav Med* 2011;18(2):93-104.
- 11- World Health Organization Writing Group. Nonpharmaceutical interventions for pandemic influenza, national and community measures. *Emerg Infect Dis* 2006;12 (1):88–94.
- 12- Turabelidze G, Lin M, Wolkoff B, Dodson D, Gladbach S, Zhu BP. Personal hygiene and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection. *Emerg Infect Dis* 2006 ;12(3):422-7.
- 13- Kim YC, Kim MH, Song JE, Ahn JY, Oh DH, Kweon OM, et al. Trend of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) bacteremia in an institution with a high rate of MRSA after the reinforcement of antibiotic stewardship and hand hygiene. *Am J Infect Control* 2013 ;41(5): 39-43.



- 14- Wardell DW, Czerwinski B. A military challenge to managing feminine and personal hygiene. *J Am Acad Nurse Pract* 2001; 13(4):187-93.
- 15-McFarlane AC. Health surveillance of deployed military personnel occasionally leads to unexpected findings. *BMC* 2012;10 (1): 126-32.
- 16- Czerwinski BS, Wardell DW, Yoder LH, Connelly LM, Ternus M, Pitts K, et al. Variations in feminine hygiene practices of military women in deployed and noncombat environments. *Mil Med* 2001 ;166(2):152-8.
- 17- Aiken A. Recognition of the wider health effects of military service. *Can Nurse* 2012 ;108(9):40.
- 18- Zadik Y, Jeffet U, Levin L. Prevention of dental trauma in a high-risk military population: the discrepancy between knowledge and willingness to comply. *Mil Med* 2010 ;175(12):1000-3.
- 19- Lin YS, Wu DM, Lai HR, Shi ZP, Chu NF. Influence of knowledge and attitudes on smoking habits among young military conscripts in Taiwan. *J Chin Med Assoc* 2010 ;73(8):411-8.
- 20- Skec V, Macan JS, Susac M, Jokic D, Brajdic D, Macan D. Influence of oral hygiene on oral health of recruits and professionals in the Croatian Army. *Mil Med* 2006 ;171(10):1006-9.
- 21- Buunk-Werkhoven YA, Dijkstra A, van der Wal H, Basic N, Loomans SA, van der Schans CP, et al. Promoting oral hygiene behavior in recruits in the Dutch Army. *Mil Med* 2009 ;174(9):971-6.
- 22- Linton DS. "War dysentery" and the limitations of German military hygiene during World War I. *Bull Hist Med* 2010 ;84(4):607-39.
- 23- Saffari M, Ghofranipour F, Heidarnia A, Pakpour AH. Health education and promotion: theories, models and methods. 2nd ed. Tehran: Sobhan publications; 2013: 55-57
- 24- Hahn KL. Are athletes good role models? 1nd ed. USA: Greenhaven Press; 2010: 235-39.
- 25- Maeckelberghe EL. Doctors and medical students as non-smoking role models? Using the right arguments. *Eur J Public Health* 2013 ;23(2):190-2.
- 26- Cornforth P. Should nurses be healthy role models? No. *Nurs Times* 2006; 102(27):15.
- 27- Rabbitt P, Abson V. 'Lost and found': some logical and methodological limitations of self-report questionnaires as tools to study cognitive ageing. *Br J Psychol* 1990 ;81 (1):1-16.



Personal Hygiene and its Determinants among Military Forces

Saffari M (Ph.D)¹, Sanaeinasab H (Ph.D)², Rashidi-jahan H (M.Sc)³

1. Assistant Professor, Health Research Center and Department of Health Education, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran

2. Associate Professor, Department of Health Education, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Corresponding Author: Instructor, Department of Health Education, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Personal hygiene is one of the most important preventive tools in the field of public health, and military forces may be exposed to threats due to non-adherence to principles of personal hygiene. The aim of this study was assessing the situation of personal hygiene among military forces and identifying its determinants and related potential barriers.

Methods: This is a cross-sectional study performed among 502 military forces from 10 military centers throughout Iran. These centers were selected randomly. The instrument for data collection was a self-report questionnaire including 5 sections: demographic information; knowledge, attitude, and practice regarding personal hygiene and the other part on potential barriers. The variables such as demographic information, knowledge and attitude served as independent variables and practice of personal hygiene was considered as dependent variable. Collected data were analyzed through SPSS software using student t-test, Pearson correlation and linear regression.

Results: The mean age of the participants was 33.04 (SD, 6.83), more than 84% of them were married. The most important sources to get information were TV and radio (72.3%). The knowledge (71.5%), attitude (63.7%), and practice (61.8%) among most of the participants were at optimal levels. The variables including job, knowledge, and attitude were significantly related to personal hygiene behavior ($P < 0.05$). The determinants of personal hygiene were: military grade, duration of the work, job, knowledge, and attitude.

Conclusion: Regarding the levels of knowledge, attitude and practice on personal hygiene, it is recommended to consider the suitable planning and intervention for improving these variables among military forces. More studies are suggested to be conducted for different military forces and other parts of the community to further identify influential factors and determine personal hygienic behavior.

Keywords: Personal hygiene, Military, Behavior, Knowledge, Attitude