

اولویت‌بندی سیاست‌گذاری در بهبود رفتارهای ارتقا دهنده

سلامت در زنان کارگر: یک مطالعه تلفیقی متوالی

دکتر زهره کشاورز^۱، دکتر معصومه سیمبر^۲، دکتر علی رمضانخانی^۳

دکتر ابوالقاسم پوررضا^۴، دکتر حمید علوی مجد^۵

چکیده

زمینه و هدف: درک اولویت‌های سیاست‌گذاری سلامت زنان کارگر یکی از مهمترین چالش‌های مدیریت سلامت در کشور است. هدف این مطالعه اولویت‌بندی سیاست‌ها در بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان کارگر بود. روش بررسی: این مطالعه به شیوه تلفیقی متوالی کیفی-کمی در سال ۱۳۹۲ صورت گرفت. بخش کیفی در قالب بحث گروهی متمرکز با نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انجام شد. در بخش کمی ابزار مطالعه طراحی و روان‌سنجی گردید. سپس در مطالعه تجربی با نمونه‌گیری تصادفی، ابزار بصورت پیش‌آزمون در گروه ۷۰ نفری (۳۵ نفر مداخله، ۳۵ نفر شاهد) زنان کارگر استفاده شد. پس از مداخله آموزشی در گروه مداخله، نتایج در پس‌آزمون با گروه شاهد مقایسه گردید.

یافته‌ها: بر پایه تحلیل محتوای مصاحبه‌ها، عبارات ابزار پژوهش طراحی گردید. متوسط شاخص روایی محتوای ابزار ۰/۹۳ بود. نتایج روایی سازه تاییدی ابزار به صورت $CFI=0/97$ ، $GFI=0/95$ ، $IFI=0/96$ ، $NNFI=0/98$ ، $NFI=0/97$ و $RMSEA=0/05$ بود. روایی ملاکی ابزار با ابزار ملاک (HPLP-2) با $r=0/601$ برابر $P<0/001$ بود. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه برای عوامل ابزار ۰/۹۳-۰/۷۵، و تفاوت آماره آزمون ویلکاکسون برای عوامل ابزار در فاصله زمانی دو هفته معنی‌دار نبود ($P>0/05$) و ابزار مذکور دارای ثبات بود. بنابراین ابزار با ۱۰۰ عبارت، معتبر و پایا گردید. پس از مداخله آموزشی، میانگین امتیازات نگرش، هنجار فردی، درک کنترل رفتار، خودکارآمدی، قصد و رفتار نسبت به رفتارهای ارتقادهنده سلامت در گروه مداخله افزایش یافت. بیشترین تفاوت میانگین در حیطه خودکارآمدی بود.

نتیجه‌گیری: باتوجه به شرایط کار و موانع بسیار فردی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در زنان کارگر توجه ویژه و سیاست‌گذاری برنامه‌های سلامت خاص این گروه ضروری می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اولویت‌بندی، سیاست‌گذاری، بهبود رفتار، زنان کارگر، سلامت

* نویسنده مسئول :

دکتر معصومه سیمبر؛

دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی

Email :
msimbar@yahoo.com

- دریافت مقاله : دی ۱۳۹۴ پذیرش مقاله : فروردین ۱۳۹۵

مقدمه

رفتارهای ارتقادهنده سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین‌کننده سلامت می‌باشد. ارتقای سلامت شامل رفتارهایی است که طی آن فرد به تغذیه مناسب، ورزش منظم، دوری از رفتارهای مخرب و

^۱ استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ دانشیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳ دانشیار گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران،

ایران

^۴ استاد گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

تهران، تهران، ایران

^۵ دانشیار گروه آمارزیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران،

ایران

مواد مخدر، محافظت در برابر حوادث، تشخیص به موقع نشانه‌های بیماری در بعد جسمی، کنترل عواطف و احساسات و افکار و کنار آمدن با استرس و مشکلات در بعد روحی و روانی، استقلال و سازگاری و اصلاح روابط بین فردی در بعد اجتماعی می‌پردازد (۱ و ۲). رفتارهای ارتقا دهنده سلامت از جمله موارد پیشگیری‌کننده و کنترل‌کننده بیماری‌های مزمن و سرطان‌هاست که سرمایه‌گذاری در این زمینه دارای هزینه-اثربخشی بسیاری خواهد بود (۳ و ۴). بیماری‌های مزمن باعث افزایش هزینه درمان و افزایش ساعات مرخصی و کاهش اثربخشی کارگران در محیط کار و در نهایت نیروی کار غیرموثر می‌گردد (۵). اگر چه بیماری‌های مزمن دارای بیشترین فراوانی، و پرهزینه‌ترین بیماری‌ها در بخش سلامت می‌باشند، اما در عین حال جزو قابل پیشگیری‌ترین بیماری‌ها به حساب می‌آید که ریشه در رفتارهای نادرست افراد دارد. لذا فعالیت‌های ارتقای سلامت و شیوه زندگی سالم باید به عنوان راهکار اصلی برای تسهیل و حفظ سلامتی در نظر گرفته شود (۶).

تفاوت‌هایی که از نظر وضعیت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت مشاهده می‌گردد می‌تواند در نتیجه تاثیر مولفه‌های سلامتی یا دامنه‌ای از عوامل شخصی، اجتماعی، اقتصادی و محیطی باشد که وضعیت سلامتی افراد را تعیین می‌کنند و ارتباط متقابلی بین آنها وجود دارد (۷). سلامت زنان و مردان به طور متفاوت از این عوامل متاثر می‌گردد و در این میان زنان از حساسیت بیشتری نسبت به دیگر گروه‌ها برخوردار هستند. پیشرفت به سوی جامعه سالم نیازمند توسعه و مشارکت وسیع و رایزنی‌های پایدار می‌باشد (۸ و ۹).

زنان در سنین ۲۰-۴۰ سال دارای نیاز پیشگیری از بارداری، غربالگری سرطان‌های سینه و دهانه رحم، و مراقبت‌های بارداری می‌باشند و طی این سالها است که زنان در محیط خانواده و کار با استرس‌های گوناگونی مواجه می‌گردند (۱۰). حدود نیمی از نیروی کار جامعه را زنان تشکیل می‌دهند. زنان با هشت ساعت کار روزانه بیشتر در معرض خطر اختلال سلامتی هستند؛ مضافاً به اینکه کار در محیط‌های مختلف، احتمال آسیب‌ها و بیماری‌های شغلی را نیز به دنبال دارد (۱۱). مراقبت از کارگران به دلیل حفظ سرمایه انسانی و به عنوان پایه رشد اقتصادی کشورها، از اهمیت بسزایی برخوردار است. محیط کار، مکان قدرتمندی برای دستیابی در جهت اجرای برنامه‌های غربالگری و پیشگیری می‌باشد. در میان کارگران زن با سطح درآمد پایین و محدودیت کنترل بر منابع و دسترسی به خدمات بهداشتی، مراقبت‌های فراموش شده یک مشکل خاص تلقی می‌گردد. هزینه بیماری‌های مزمن در کارگران، شامل هزینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، و به دنبال آن کاهش خط تولید، باعث شده است تا مداخلات ارتقای سلامت از جایگاه ویژه‌ای در این گروه برخوردار باشد. اکثر بیماری‌های مزمن از رفتارهای ناسالم بهداشتی نشات می‌گیرد و محل کار محیط مناسبی برای آموزش‌ها و شکل‌دادن به رفتارهاست (۱۲).

موفقیت مستمر در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی سلامت زنان نیازمند ایجاد ساختارهای مدیریتی و سازمانی خاص به منظور نظارت و ارزیابی دوره‌ای از اجرای برنامه‌ها و تحقیقات مورد نیاز آنها است. تعامل مفید مابین ساختارهای رسمی برنامه‌ریزی و اجرایی با جامعه علمی پزشکی و دیگر سازمان‌های موثر بر

روش بررسی

پژوهش حاضر در سال ۱۳۹۲ به شیوه مثلث سازی تلفیقی متوالی کیفی-کمی در چارچوب مدل تلفیقی رفتار برنامه ریزی شده و خودکارآمدی انجام شد. مدل پژوهش حاضر، "مدل تلفیقی رفتار برنامه ریزی شده و خودکارآمدی" بود و از سازه های نگرش، هنجار فردی، درک رفتار کنترل شده، خودکارآمدی، قصد و رفتار تشکیل شد. پژوهش در دو مرحله طراحی و روان سنجی ابزار و مرحله مداخله آموزشی طراحی گردید.

در بخش طراحی و روان سنجی ابزار پژوهش، روش شناسی در دو بخش کیفی و کمی انجام شد. در بخش کیفی جهت تبیین مفهوم رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و طراحی گویه های ابزار در چارچوب "مدل تلفیقی رفتار برنامه ریزی شده و خودکارآمدی"، مصاحبه های گروهی متمرکز با ۷۰ نفر از زنان کارگر سنین ۲۰ تا ۴۵ ساله (۱۰ بحث گروهی متمرکز هفت نفره) شاغل در کارخانجات شهرک صنعتی عباس آباد پاکدشت ورامین صورت پذیرفت. نمونه گیری مبتنی بر هدف و با حداکثر تنوع (سن، رتبه کاری، تاهل، سطح سواد، سلامتی و بیماری) از زنان کارگر شاغل در کارخانجات صورت گرفت. در بخش کمی، روایی صوری (با تعداد ۲۰ نفر زن کارگر)، نسبت روایی محتوا یا CVR با تعداد ۲۰ نفر از متخصصان، روایی سازه (در نمونه ۲۰۰ نفری از زنان کارگر)، روایی ملاکی یا همزمان (در نمونه ۲۰ نفری از زنان کارگر) به همراه همسانی درونی و ثبات ابزار، مورد بررسی قرار گرفت. جهت تعیین روایی صوری از شیوه کیفی و کمی (تاثیر آیتم) استفاده شد. در تعیین روایی محتوا

سلامت زنان با هدف آگاهی از برنامه ها و شناخت نیازها و زمینه های اولویت دار و مشارکت در گسترش و تقویت پژوهش ها و رفع خلاء اطلاعاتی موجود، در سلامت زنان موثر است (۱۳).

پژوهش های به عمل آمده طی دو سال با بررسی کیفی و کمی عوامل موثر بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت زنان کارگر نشان دادند که زنان کارگر با ایفای نقش همسر و مادر در محیط خانه، و نقش کارگر در محیط کار دارای محدودیت های بسیاری از جمله محدودیت زمانی و مکانی و مالی دسترسی به خدمات بهداشتی هستند و توجه به خانواده به ویژه فرزندان، اولویت اصلی آنان می باشد. لذا انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت از جمله تغذیه سالم، ورزش منظم، غربالگری سرطان های پستان و دهانه رحم و مقابله با استرس در این گروه بسیار ضعیف است و نیازمند توجه خاص می باشد، و در نتیجه مداخلات ارتقا سلامت نیز در آن ها جایگاه ویژه ای دارد (۱۶-۱۳).

نتایج دیگر مطالعات نیز نشان داد که توجه به کارگران خصوصاً در محیط کار و سیاست گذاری در راستای برنامه های ارتقا سلامت در کارگران دارای هزینه-فایده بسیاری خواهد بود (۱۹-۱۷).

بدین جهت لزوم تبیین و تعیین اولویت های سلامت در این قشر یکی از اصلی ترین چالش های مدیریت سلامت در کشور است و نیازمند برنامه ریزی نظام مند و هدفمند در راستای توسعه انسانی و اقتصادی است. بنابراین هدف مطالعه حاضر تعیین اولویت بندی سیاست گذاری در راستای رفتارهای ارتقا دهنده سلامت زنان کارگر می باشد.

از دو روش نسبت روایی محتوا یا CVR و شاخص روایی محتوی یا CVI استفاده گردید. روایی سازه ابزار با شیوه روایی سازه تاییدی انجام شد. از نرم‌افزار لیزرل نسخه ۸/۵ جهت تحلیل داده‌ها بهره برداری گردید، و جهت روایی ملاکی، پرسش‌نامه سنجش رفتار ارتقادهنده سلامت (HPLP-2)، ملاک ارزیابی روایی ملاکی یا همزمان با ابزار طراحی شده بود. جهت سنجش پایایی از شیوه همسانی درونی و ثبات ابزار استفاده شد (۲۰).

بر اساس نتایج به دست آمده در بخش کیفی و کمی و مشخص شدن نیازهای آموزشی زنان کارگر در هر حیطه رفتاری، برنامه‌ریزی جداگانه جهت آن حیطه به تفکیک نوع و نحوه آموزش مربوط به هر حیطه صورت پذیرفت.

در بخش مداخله آموزشی مبتنی بر مدل تلفیقی رفتار برنامه‌ریزی شده و خودکارآمدی، مطالعه تجربی تاثیر برنامه آموزشی با هدف ارتقا سازه‌های مدل پژوهش شامل: سطح نگرش، هنجار فردی، درک کنترل رفتار، خودکارآمدی و قصد زنان کارگر جهت افزایش انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، صورت پذیرفت. بدین ترتیب، بر اساس محاسبات آماری، حجم نمونه با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و اندازه تاثیر بر اساس مرور متون مرتبط ۰/۶۷، و با در نظر گرفتن ریزش نمونه‌ها، تعداد ۳۵ نفر در هر گروه مداخله و کنترل در نظر گرفته شد. تعداد ۷۰ نفر از زنان کارگر در دو کارخانه (۳۵ نفر گروه مداخله و ۳۵ نفر گروه کنترل) به طور تصادفی انتخاب شدند. واحدهای پژوهش در هر گروه از نظر ویژگی‌های جمعیتی شناختی از جمله سن، تاهل، رتبه کاری، سطح سواد، میزان درآمد و ساعات کار در روز کاملاً

جور شدند تا در حد ممکن از عوامل مخدوش‌کننده جلوگیری شود. روش جورسازی گروهی بود و سعی شد دو گروه از لحاظ خصوصیات فردی با یکدیگر همسان شوند. تعداد دو کارخانه از کارخانجات شهرک صنعتی عباس آباد پاکدشت، محیط پژوهش را تشکیل دادند (منظور از کارخانه واحدهای تولیدی است که بیش از ۵۰ نفر کارگر دارند).

در این پژوهش، تدوین برنامه مداخلات آموزشی بر مبنای سازه‌های "مدل تلفیقی رفتار برنامه‌ریزی شده و خودکارآمدی" استوار بود. لذا سازه‌های نگرش، هنجار فردی، درک کنترل رفتار، قصد و رفتار، و سازه خودکارآمدی مورد توجه ویژه قرار گرفت. محتوای برنامه آموزشی بر اساس نتایج مراحل پژوهش شامل: مصاحبه‌ها و پیش‌آزمون و با در نظر گرفتن هدف بهبود رفتارهای ارتقا دهنده سلامت تنظیم گردید. بدین ترتیب برنامه آموزشی در شش جلسه حداکثر ۲ ساعته تدوین شد. در این راستا، مداخلات در هر روز به یکی از جنبه‌های رفتارهای ارتقا دهنده سلامت از جمله تغذیه، ورزش، غربالگری سرطان‌ها، و مقابله با استرس، اختصاص یافت. همچنین مداخلات بر مبنای مدل پژوهش در چارچوب حیطه‌های نگرش، هنجار فردی، درک کنترل رفتار، خودکارآمدی و قصد، طراحی گردید. از روش سخنرانی، ایفای نقش، بروشور، پمفلت، جزوه، پوستر و بحث و تبادل نظر، جهت اجرای مداخله استفاده گردید. بدین صورت مداخلات در گروه مداخله از زنان کارگر انجام گردید و نتایج با گروه کنترل مقایسه شد. در نهایت داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ توسط آمار توصیفی و استنباطی از جمله کای اسکور، تی زوجی و تی مستقل مورد تجزیه و

تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱: دسته‌بندی درون مایه‌های اصلی و فرعی در رفتارهای ارتقا دهنده سلامت زنان کارگر

| شماره | درونمایه اصلی | درونمایه فرعی |
|-------|--|---|
| ۱ | نگرش به رفتارهای ارتقا دهنده سلامت | <p>تغذیه</p> <p>ارجحیت مصرف غذای تازه و طبیعی</p> <p>ارجحیت مصرف مواد اولیه بهداشتی و تمیز</p> <p>ارجحیت مصرف میوه و سبزیجات و گوشت و لبنیات</p> <p>فست فودها به عنوان عامل افزایش بیماری‌ها</p> <p>از بین برنده سستی و کمر ختی</p> <p>موثر بر تناسب اندام</p> <p>موثر در بهره‌وری و تولید</p> <p>تلقی کار در محیط خانه و کارخانه به عنوان نوعی ورزش</p> <p>سرطان‌های مختص زنان مسن</p> <p>رعایت بهداشت فردی و نوع تغذیه در خصوص عوامل ایجاد کننده سرطان‌ها در زنان</p> <p>انجام غربالگری عامل موثر در پیشگیری از سرطان‌های زنان</p> <p>استرس عامل تأثیرگذار بر کیفیت کار</p> <p>محدودیت در کنترل و احاطه بر محیط کار عامل استرس در زنان کارگر</p> <p>تبعیض در محل کار عامل استرس در زنان کارگر</p> <p>مشکل در برقراری ارتباط با همکاران عامل استرس در محیط کار</p> <p>اهمیت تاهل و ترجیح نظرات همسر و فرزندان در تغذیه</p> <p>تأثیر فرهنگ غذایی حاکم در جامعه بر نوع تغذیه زنان</p> <p>توجه به ظاهر بدن و لاغری در جامعه</p> <p>الگو برداری نادرست از عادات تغذیه‌ای مادر در خانواده</p> <p>لرزم فرهنگ سازی در مورد ورزش زنان در جامعه</p> <p>عرف نبودن ورزش در محیط بیرون از خانه</p> <p>ترجیح ورزش گروهی زنان</p> <p>تأثیر قوی نظر مثبت و منفی خانواده خصوصاً همسر</p> <p>تأثیر وجود موارد مشابه سرطان در خانواده</p> <p>توجه به درمان و عدم توجه به پیشگیری در جامعه</p> <p>تأثیر حمایت خانواده (پدر و مادر یا همسر) به عنوان مرجع اصلی</p> <p>تأثیر درک متقابل زنان کارگر توسط همکاران در محیط کار</p> <p>توصیه به نبود واکنش زن در هنگام استرس در جامعه</p> |
| ۲ | هنجار ذهنی در رفتارهای ارتقا دهنده سلامت | <p>ورزش</p> <p>غربالگری سرطان پستان و دهانه رحم</p> <p>مقابله با استرس</p> <p>تغذیه</p> <p>ورزش</p> <p>غربالگری سرطان‌های پستان و دهانه رحم</p> <p>مقابله با استرس</p> |

| | | | |
|---|---|----------------------------|---|
| ۳ | درک رفتار کنترل شده در رفتارهای ارتقا دهنده سلامت | موانع زمانی موانع محیطی | مشغله کاری زیاد محدودیت مرخصی ها محدودیت زمانی دسترسی به مراکز بهداشتی درمانی دور از دسترس بودن مکان مراکز بهداشتی درمانی اطلاع رسانی محدود در سطح جامعه مختص زنان کارگر شرایط کاری پر فشار نداشتن امنیت شغلی خستگی بی حوصلگی نداشتن انگیزه نداشتن آگاهی نداشتن پول کافی |
| ۴ | خودکارآمدی در رفتارهای ارتقا دهنده سلامت | موانع فردی | توانمندی برنامه ریزی انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت به شرط رفع موانع در زنان کارگر |
| ۵ | قصد رفتار در رفتارهای ارتقا دهنده سلامت | موانع مالی | نبود تمایل به تغییر رفتار در طی یک ماه آینده |

برنامه ریزی شده و خودکارآمدی" شامل: نگرش، هنجار ذهنی، کنترل رفتاری درک شده، خودکارآمدی و قصد رفتاری، منجر شد. بر پایه نتایج کیفی حاصل از بحث گروهی متمرکز و مطالعه متون، عبارات ابزار بررسی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت زنان کارگر، طراحی گردید و سپس ابزار مذکور روان سنجی گردید. ابزار اولیه شامل ۱۸۰ عبارت بود که با نشست‌هایی توسط تیم تحقیق، عبارات مشابه ادغام شد و به ۱۲۲ عبارت کاهش یافت. سپس در روایی صوری ۲ عبارت با نمره تاثیر آیتم کمتر از ۱/۵ حذف شد. در بررسی نسبت روایی محتوی (CVR) براساس جدول لاوشه، ۴ عبارت حذف گردید و عبارات پرسش‌نامه به ۱۱۶ عبارت تقلیل یافت. در بررسی

نتایج حاصل از بخش کیفی منجر به تبیین عوامل موثر بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت زنان کارگر در سنین باروری در چهار حیطه (تغذیه، ورزش، غربالگری سرطان پستان و دهانه رحم، و مقابله با استرس) و در محورهای نگرش، هنجار ذهنی، درک کنترل رفتار، خودکارآمدی و قصد رفتار، گردید (جدول ۱).

در یافته های بخش کمی، تحلیل محتوای داده‌های حاصل از مصاحبه‌های انجام شده به تبیین مفهوم رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در زنان کارگر در چهار حیطه رفتاری (تغذیه، ورزش، غربالگری سرطان پستان و دهانه رحم، و مقابله با تنش) در چارچوب درونمایه‌های اصلی سازه‌های "مدل تلفیقی رفتار

نشان‌دهنده ضریب آلفای کرونباخ با حذف ۱۰ عبارت از پرسش‌نامه، برای عوامل ابزار ۰/۷۰-۰/۹۳ و جهت کل ابزار ۰/۸۰ بود. اندازه‌گیری ثبات ابزار، آزمون ویلکاکسون برای عوامل ابزار در فاصله زمانی دو هفته، تفاوت بین دو آزمون در آماره ویلکاکسون معنی‌دار نبود ($P > ۰/۰۵$)، و ابزار مذکور دارای ثبات بود. بنابراین، ابزار بررسی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت زنان کارگر با ۱۰۰ عبارت، معتبر و پایا گردید (۲۰).

شاخص روایی محتوی (CVI)، ۶ عبارت با نمره کمتر از ۰/۷۹ حذف، و عبارات پرسش‌نامه به ۱۱۰ عبارت کاهش داده شد. متوسط شاخص روایی محتوای ابزار برابر ۰/۹۳ بود. روایی سازه ابزار با روش روایی سازه تأییدی انجام شد و نتایج به صورت $CFI=۰/۹۷$ و $GFI=۰/۹۵$ و $IFI=۰/۹۶$ و $NNFI=۰/۹۸$ و $NFI=۰/۹۷$ و $RMSEA=۰/۰۵$ به دست آمد. روایی ملاکی یا همزمان ابزار با ابزار ملاک (HPLP-2) با $I=۰/۶۰۱$ برابر $P < ۰/۰۰۱$ بود. نتایج پایایی پرسش‌نامه

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیک و امدادهای مورد پژوهش در بخش مدافله آموزشی در دو گروه مدافله و کنترل (n= ۷۰)

| مشخصات دموگرافیک | طبقه | گروه مداخله (n=۳۵) | | گروه کنترل (n=۳۵) | | آزمون |
|------------------|-----------------------|--------------------|------|-------------------|------|---------------------------|
| | | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | |
| تاهل | مجرد | ۱۲ | ۳۴/۳ | ۱۲ | ۳۴/۳ | $p = ۰/۶۹$ |
| | متاهل | ۲۰ | ۵۷/۱ | ۱۷ | ۴۸/۵ | $\chi^2 = ۱/۴۴$ |
| | مطلقه | ۱ | ۲/۹ | ۳ | ۸/۶ | |
| | بیوه | ۲ | ۵/۷ | ۳ | ۸/۶ | |
| سطح تحصیلات | ابتدایی | ۵ | ۱۴/۳ | ۴ | ۱۱/۴ | $p = ۰/۳۲$ |
| | راهنمایی و سیکل | ۵ | ۱۴/۳ | ۱۰ | ۲۸/۶ | Mann-Whitney $U = ۵۳۴$ |
| | دیپلم | ۱۸ | ۵۱/۴ | ۱۷ | ۴۸/۶ | |
| | پیش دانشگاهی و بالاتر | ۷ | ۲۰ | ۴ | ۱۱/۴ | |
| رتبه شغلی | کارگر ساده | ۳۰ | ۸۵/۷ | ۳۰ | ۸۵/۷ | $p = ۱$ |
| | سرکارگر | ۵ | ۱۴/۳ | ۵ | ۱۴/۳ | $\chi^2 = ۰$ |

کارخانه متفاوت شهرک صنعتی عباس آباد نمونه‌های پژوهش را تشکیل دادند (جدول ۲).

در بخش مداخله آموزشی بر پایه مدل پژوهش، تعداد ۷۰ نفر (۳۵ نفر گروه مداخله و ۳۵ نفر گروه کنترل) از زنان کارگر ۲۰-۴۵ ساله شاغل در دو

جدول ۳ : مقایسه تفاوت میانگین‌های وامدهای مورد پژوهش بر حسب شافص‌های آماری قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل (n=۷۰)

| T test for equality of means | | P value | آماره پس آزمون | بعد از مداخله (n=۳۵) | | قبل از مداخله (n=۳۵) | | گروه | حیطه |
|------------------------------|----------------|---------|----------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|--------|-----------------|
| P value بعد از | P value قبل از | | | انحراف معیار | میانگین نمره | انحراف معیار | میانگین نمره | | |
| <۰/۰۰۱ | ۰/۰۹۷ | ۰/۴۸ | ۰/۷۰۲ | ۴/۳۷ | ۸۰/۸۸ | ۴/۲۹ | ۸۰/۸۲ | کنترل | نگرش |
| | | P<۰/۰۰۱ | ۳۳/۴۲ | ۴/۱۶ | ۱۱۱/۹۴ | ۴/۰۸ | ۸۲/۵۱ | مداخله | |
| <۰/۰۰۱ | ۰/۳۰۵ | ۰/۰۸۷ | ۱/۱۷ | ۷/۰۲ | ۴۱/۷۷ | ۷/۰۶ | ۴۲/۰۲ | کنترل | هنجار فردی |
| | | P<۰/۰۰۱ | ۲۹/۲۹ | ۶/۶۳ | ۵۸/۶۵ | ۷/۰۳ | ۴۰/۲۸ | مداخله | |
| <۰/۰۰۱ | ۰/۰۸ | ۰/۰۷۷ | ۱/۳۱ | ۳/۰۶ | ۳۰/۲۸ | ۳/۴۳ | ۳۰/۸۵ | کنترل | درک کنترل رفتار |
| | | P<۰/۰۰۱ | ۳۱/۲۳ | ۳/۳۷ | ۵۰/۳۱ | ۳/۰۴ | ۲۸/۸۰ | مداخله | |
| <۰/۰۰۱ | ۰/۳۵۲ | ۰/۰۶ | ۱/۸۳ | ۴/۴۰ | ۴۳/۰۲ | ۴/۰۶ | ۴۲/۴۸ | کنترل | خودکارآمدی |
| | | P<۰/۰۰۱ | ۳۱/۱۶ | ۵/۲۱ | ۷۴/۰۵ | ۳/۴۶ | ۳۹/۶۰ | مداخله | |
| <۰/۰۰۱ | ۰/۰۶ | ۰/۸۹ | ۰/۱۳۱ | ۱/۷۸ | ۱۱/۴۸ | ۱/۷۷ | ۱۱/۵۱ | کنترل | قصد |
| | | P<۰/۰۰۱ | ۳۱/۴۹ | ۱/۵۰ | ۲۰/۵۱ | ۱/۴۲ | ۱۰/۵۱ | مداخله | |
| <۰/۰۰۱ | ۰/۰۷۵ | ۰/۰۸۹ | ۱/۱۶ | ۴/۹۹ | ۵۵/۳۴ | ۴/۶۱ | ۵۴/۶۸ | کنترل | رفتار |
| | | P<۰/۰۰۱ | ۲۹/۸۰ | ۴/۱۱ | ۷۵/۳۴ | ۴/۲۲ | ۵۲/۷۷ | مداخله | |

درک کنترل رفتار ۰/۰۷۷، حیطه خودکارآمدی ۰/۰۶، حیطه قصد ۰/۸۹ و حیطه رفتار ۰/۰۸۹ به دست آمد که هیچکدام معنی‌دار نبودند. اگرچه در مقایسه با گروه مداخله، آماره پس آزمون تفاوت معنی‌داری را در میانگین نمرات در تمامی حیطه‌ها داشت (P<۰/۰۰۱) (جدول ۳). لذا در گروه مداخله در تمام حیطه‌ها اثر مداخله معنی‌دار بود.

نتایج نشان داد که قبل از مداخله آموزشی بین میانگین نمرات در تمام حیطه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (P<۰/۰۰۵). نتایج مقایسه تفاوت میانگین نمرات در گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از مداخله آموزشی نشان داد که در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری در تفاوت میانگین‌ها در هیچکدام از حیطه‌ها وجود نداشت (P<۰/۰۰۵). بدین ترتیب که در حیطه نگرش ۰/۴۸، حیطه هنجار فردی ۰/۸۷، حیطه

مدول ۴: رتبه بندی تاثیر آموزش بر مبنای "مدل تلفیقی رفتار برنامه ریزی شده و خودکارآمدی" بر اساس آزمون بانفرونی

| حیطه رتبه | خودکارآمدی | نگرش رفتار | درک کنترل رفتار | هنجار فردی | قصد رفتاری |
|-----------|------------|------------|-----------------|------------|------------|
| ۱ | ۲ | ۳ | ۳ | ۴ | ۵ |

در مقایسه قبل و بعد از مداخله آموزشی، بیشترین تفاوت میانگین‌ها در حیطه خودکارآمدی (۱/۰۸)، و بعد از آن به ترتیب در حیطه‌های نگرش (۲۹/۴۲)، رفتار (۲۲/۵۷)، درک کنترل رفتار (۲۱/۵۱)، هنجار فردی (۱۸/۳۷) و قصد رفتار (۱۰) قرار داشت. بر اساس آزمون بانفرونی و انجام مقایسه دوتایی، تاثیر مداخله در حیطه‌های مختلف بر اساس رتبه بندی انجام شد. در نتیجه، مداخله بیشترین تاثیر را در حیطه خودکارآمدی، و کمترین تاثیر را در حیطه قصد رفتاری داشت (جدول ۴).

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل موثر بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان کارگر و چالش‌های موجود در انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت، و نیز تاثیر مداخلات آموزشی در جهت ارتقا سلامت زنان کارگر انجام شد تا بتواند پایه‌ای در جهت برنامه ریزی و سیاست گذاری‌های بهداشتی در این گروه از زنان باشد. این مطالعه طی دو سال با روش تلفیقی متوالی کیفی-کمی به جهت دستیابی و غنای داده‌ها در زمینه عوامل موثر بر انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان کارگر بر پایه "مدل تلفیقی رفتار برنامه ریزی شده و خودکارآمدی" انجام شد. لذا در بخش کیفی با

شیوه مصاحبه به روش بحث گروهی متمرکز با زنان کارگر، عوامل موثر بر انجام رفتارهای تغذیه‌ای، ورزش، غربالگری سرطان‌های پستان و دهانه رحم و مقابله با استرس، به دست آمد. سپس بر پایه نیازهای مشخص شده در بخش کیفی و ارزیابی‌های انجام شده در بخش کمی، پس از طراحی و روان‌سنجی و به کارگیری ابزار محقق ساخته، سنجش رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان کارگر، و نیازهای آموزشی آنها بر اساس نتایج بخش کیفی و نتایج پیش آزمون ابزار مشخص شد. سپس مداخلات آموزشی بر پایه سازه‌های "مدل تلفیقی رفتار برنامه ریزی شده و خودکارآمدی" در هر یک از حیطه‌های رفتاری در گروه مداخله طراحی و اجرا شد. در پس آزمون گروه‌های مداخله و کنترل با یکدیگر مقایسه شدند. در این راستا، تلفیق نتایج بخش کیفی-کمی مویید این بود که بیشترین تاثیر آموزش در حیطه خودکارآمدی است. لذا توانمند ساختن زنان کارگر در خودکارآمدی شدن جهت انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت، تاثیر بسزایی در ارتقا سطح سلامت زنان کارگر خواهد داشت.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در بخش مداخله آموزشی و در گروه مداخله، میانگین سن ۳۱/۹۴ و در گروه کنترل نیز میانگین سن ۳۲/۴۸ سال

بود، لذا اکثریت زنان کارگر دارای متوسط سنی جوان و در سنین باروری بودند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که قبل از مداخله آموزشی در هیچ یک از حیطه‌های نگرش، هنجار فردی، درک رفتار کنترل شده، خودکارآمدی و قصد، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت ($P > 0/05$). اما پس از مداخله آموزشی، نتایج نشان داد که بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌داری وجود دارد، و نیز در گروه مداخله بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی‌دار وجود داشت، اگرچه در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون مشاهده نشد ($P > 0/05$). همچنین در مقایسه دوتایی به وسیله آزمون بانفرونی، نتایج نشان داد که بیشترین تاثیر مداخله در حیطه خودکارآمدی و کمترین تاثیر در حیطه قصد است. در مطالعات بسیاری تاثیر مداخلات آموزشی در جهت تغییر رفتار مورد بررسی قرار گرفت که در آنها خودکارآمدی به عنوان متغیر موثرتر در تغییر رفتار بهداشتی نسبت به سایر متغیرها بود (۲۱-۲۳).

تلفیق نتایج بخش کمی و کیفی مطالعه حاضر نشان داد که نبود وجود دسترسی زمانی، مکانی و مالی و اطلاع‌رسانی نامناسب در زمینه سلامت و فقدان وجود برنامه‌ریزی موثر، و فقدان وجود قوانین در راستای بالابردن سطح سلامت در زنان کارگر از جمله مهم‌ترین مشکلات و چالش‌های زنان کارگر در محیط کار می‌باشند. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه احمدی و همکاران در رابطه با چالش‌های سلامت زنان مطابقت دارد و تائید می‌گردد (۲۴).

بدین ترتیب در مطالعه حاضر بیشترین تاثیر در حیطه خودکارآمدی و به ترتیب بعد از آن نگرش و

رفتار است و مداخلات در حیطه درک کنترل رفتار (موانع داخلی و خارجی) و هنجار فردی تاثیر کمتر دارد و کمترین تاثیر در حیطه قصد رفتار مشاهده می‌شود. بنابراین یافته‌های مطالعه حاضر به نحوی تائیدکننده ارتباط بین سازه‌های مدل تلفیقی رفتار برنامه‌ریزی شده و خودکارآمدی و به خصوص ارتباط تنگاتنگ بین خودکارآمدی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت می‌باشد. ساختار الگوی به دست آمده از مطالعه و خصوصاً ساختار خودکارآمدی می‌تواند به عنوان پایه‌ای به منظور ایجاد و تغییر و ارتقا رفتارهای بهداشتی به کار گرفته شود. از آنجا که در کشور ایران زنان کارگر با متوسط ۷ ساعت کار روزانه، به دلیل حجم کار و ساعات مرخصی بسیار محدود، جزو قشر محروم از هر گونه آموزش و خدمات بهداشتی درمانی در جامعه محسوب می‌گردند، نتایج حاصل می‌تواند به عنوان الگویی در انجام مداخلات به منظور ایجاد عملکرد بهتر مورد استفاده قرار گیرد.

بدیهی است ترویج آموزش‌های سازگار با فرهنگ و شرایط هر قشر و بالاتر بردن سطح دانش و آگاهی افراد نقش بسزایی در ارتقا سطح سلامت جامعه دارد. از سوی دیگر، حذف موانع خارجی از جمله موانع مالی، زمانی، مکانی در حیطه توانایی پژوهشگر نبوده و پژوهشگر تنها به ایجاد روش‌هایی جهت بالابردن سطح خودکارآمدی افراد از طریق افزایش مهارت‌ها و غلبه بر موانع داخلی (فردی) پرداخته است. توجه به حذف موانع خارجی به دلیل وسعت و قدرت تاثیر این موانع در حیطه توانمندی سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان است تا با در نظر گرفتن شرایط و ایجاد امکانات بیشتر در محیط کار به جهت دستیابی به حجم وسیعی از زنان کارگر بتوان به هدف انسان سالم

نظر گرفتن تمامی عوامل موثر بر رفتار، بسیار موثرتر از آموزش به صورت سنتی است. بنابراین، نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند در کلیه مراکز بهداشتی خصوصاً مراکز مرتبط با شهرک‌های صنعتی کشور متمرکز به ثمر بوده و زمینه را برای آموزش و مداخلات مناسب جهت مراقبت از زنان کارگر فراهم کند و گامی برای اجرای صحیح رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در جهت ارتقا سطح سلامت زنان کارگر باشد.

نتیجه‌گیری

با عنایت به نقش مهم سیاست‌گذاری در ارتقا سلامت زنان کارگر، تعامل مفید و سازنده بین ساختارهای برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در وزارت بهداشت با سایر سازمان‌های قانون‌گذار در راستای تدوین برنامه‌های اثربخش در جهت ارتقا سطح سلامت زنان کارگر، گام بزرگی در توسعه انسانی و اقتصادی خواهد بود. لذا نظر به اینکه زنان کارگر اکثریت زمان خود را در طول هفته در محیط کارخانه می‌گذرانند، فراهم آوردن امکانات و ایجاد دسترسی به خدمات برای آنان از اهمیت بسزایی برخوردار است و دارای هزینه- اثربخشی زیادی خواهد بود. به همین جهت، با حذف موانع در هر حیطه از رفتارهای ارتقا دهنده سلامت می‌توان گام‌های بزرگی با ایجاد رفتار سالم و بهداشتی در این گروه بزرگ زنان که مولد نسل آینده و چرخ اقتصادی کشور هستند، برداشت. در این راستا می‌توان پیشنهادات زیر را بیان نمود:

- حیطه تغذیه: ایجاد بوفه فروش مواد اولیه سالم و

محور توسعه دست یافت. لذا به نظر می‌رسد نقش مهم موانع با مداخلات ساده و کوتاه مدت کم‌رنگ نمی‌گردد و نیازمند توجه و برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری وسیع و طولانی است که در این میان حمایت سایر سازمان‌های برنامه‌ریز و رسانه را می‌طلبد (۲۵).

تلفیق نتایج مطالعه حاضر موید آن بود که اکثر زنان کارگر جوان و در سنین باروری قرار دارند و در عین حال با چالش‌هایی نظیر فقدان دسترسی به آموزش‌ها و مراقبت‌های بهداشتی مواجه هستند، لذا لزوم توجه بیشتر و نیازسنجی در این گروه که به دلیل شرایط کاری جزو جمعیت دور از دسترس در مطالعات هستند را از سوی سیاست‌گذاران می‌طلبد. در دیگر مطالعات نیز نتایج نشان داد که در گروه‌های مختلف زنان و شرایط اجتماعی متفاوت و عوامل متفاوت موثر بر سلامت آن‌ها، خلاء تحقیقاتی و برنامه‌ریزی در زمینه سلامت وجود دارد که باید با همکاری محققان و سیاست‌گذاران این خلاء جبران گردد. لذا بر توجه به سلامت زنان کارگر از ابعاد مختلف روانی-اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در کنار توجه به سلامت باروری تاکید می‌گردد (۲۴).

نتایج این مطالعه در مورد چالش‌های موجود در سلامت زنان کارگر و اقدامات مورد نیاز به منظور برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری موثر و اصلاح برنامه‌های سلامت زنان کارگر در ایران قابل استفاده است. ویژگی این مطالعه، بررسی تاثیر الگوی آموزشی بر مبنای تلفیق مدل رفتار برنامه‌ریزی شده و خودکارآمدی بود، زیرا طراحی آموزش بر پایه تئوری‌ها و مدل‌ها به دلیل چارچوب مشخص و در

در محل کار به طور متناوب جهت گفتگو و حل مسایل و مشکلات در محیط کار

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی زنان کارگر شاغل در کارخانجات شهرک صنعتی عباس آباد پاکدشت، مدیران کارخانجات و مرکز سلامت شهرک صنعتی عباس آباد که کمال همکاری را در طول تحقیق داشتند، سپاسگزاری می‌شود.

ارزان قیمت در محل کار
- حیطة ورزش: ایجاد فضای خاص جهت دسترسی زنان کارگر به وسایل کمک ورزشی در محیط کار
- حیطة غربالگری سرطان پستان و دهانه رحم: نهادینه کردن غربالگری به عنوان یک ضرورت در زنان کارگر متاهل در محل کار به طور سالانه یک بار (همانند برنامه غربالگری خون و ادرار سالانه در محیط کار)
- حیطة مقابله با استرس: ایجاد دسترسی به مشاور

منابع

1. WHO. The Ottawa charter for health promotion. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. 1986.
2. WHO. Workplace health promotion benefits. Available at: http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index1.html. 2016.
3. Hulme Pa, Effle KJ, Jorgensen L, Mcgovan MG, Nelson JD & Pratt EN . Health promoting lifestyle behaviors of Spanish-speaking Hispanic adults. *Journal of Transcultural Nursing* 2003; 14(3): 244-54.
4. Adams MH, Bowden AG, Humphery DS & McAdams LB. Social support and health promotion lifestyles of rural women. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care* 2000; 1(1): 28-40.
5. Roberoek S & Bredt F. The (cost-) effectiveness of an individually tailored long-term worksite health promotion programme on physical activity and nutrition. *BMC Public Health* 2007; 7(1): 259.
6. Arunanondchai J & Fink C. Trade in health services in the Asian region. Available at: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=965075. 2006.
7. Besr A, Bahar Z & Buyukkaya D. Health promoting behaviors and factors related to life style among Turkish workers and occupational health nurses, responsibilities in their health promoting activities. *Industrial Health* 2007; 45(1): 151-9.
8. WHO. The WHO health promotion glossary. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>. 1998.
9. Hawks SR, Madanat HN & Merrill RM. A cross-cultural comparison of health promoting behaviors. *The International Electronic Journal of Health Education* 2005; 5(1): 84-92.
10. Orleans CT. Promoting the maintenance of health behavior change: Recommendations for the next generation of research and practice. *Health Psychology* 2000; 19(1): 76-83.

11. Wilson HW & Lowdermilk P. Maternal child nursing care. 3rd ed. St Louis: Mosby; 2006: 573.
12. Black C. Working for a healthier tomorrow. Dome Carol Black's review of the health of Britain's working age population. London: TSO; 2008: 45.
13. Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A & Alavi Majd H. Effective factors on nutritional behavior of female workers based on "integrated model of planned behavior and self-efficacy": A qualitative approach. Hakim Research Journal 2010; 13(3): 199-209[Article in Persian].
14. Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A & Alavi Majd H. Effective factors on exercise behavior of female workers based on "integrated model of planned behavior and self-efficacy": A qualitative approach. Nursing and Midwifery Journal of Mashhad University 2010; 10(2): 19-30[Article in Persian].
15. Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A & Alavi Majd H. Factors for performing breast and cervix screening by Iranian female workers: A qualitative model study. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2011; 12(1): 1517-22.
16. Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A & Alavi Majd H. Effective factors on coping with stress behavior of female workers based on "integrated model of planned behavior and self-efficacy": A qualitative approach. Payesh Research Journal 2012; 11(5): 685-96[Article in Persian].
17. Harris JR, Hannon PA & Lhcheillo PA. Workplace health promotion in Washington state. Preventing Chronic Disease 2009; 6(1): 29.
18. Hawks SR, Madanat HN & Merrill RM. A cross-cultural comparison of health promoting behaviors. The International Electronic Journal of Health Education 2005; 5(1): 84-92.
19. Reime B, Novak P, Born J, Wanek V & Hagel E. Eating habits, health status, and concern about health: a study among 1641 employees in the German met al industry. Preventive Medicine 2000; 30(4): 295-301.
20. Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A & Alavi Majd H. An inventory for female worker's health promotion behavior assessment based on "Integrated model of planned behavior and self-efficacy". Eastern Mediterranean Health Journal 2013; 19(6): 561-70.
21. Peyman N & Oakley D. Effective contraceptive use: an exploration of theory-based influences. Health Education Research 2008; 24(4): 575-85.
22. Sorensen G, Stoddard A, Lamontagne AD, Maclellan D & Christiani DC. A comprehensive worksite cancer prevention intervention: behavior change results from a randomized controlled trial (United State). Journal of Public Health Policy 2003; 24(1): 5-25.
23. Shannon J, Kirkley B, Ammermen A, Keyserling T, Kelsey K, DeVellis R, et al. Self-efficacy as a predictor of population. Health Education & Behavior 1997; 24(3): 357-68.
24. Ahmadi B, Farzadi F & Alimohammadian M. Policy and operational challenges and solutions to improve women's health: a qualitative study based on expert views. Payesh Resaerch Journal 2011; 11(1): 127-37[Article in Persian].

25. Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A & Alavi Majd. The impact of educational interventions based on “Integrated model of planned behavior and self-efficacy” on health promotion behaviors of female workers in reproductive age. *Journal of Knowledge and Health* 2014; 9(3): 54-61[Article in Persian].

The Priorities of Policy Making for Health Promotion Behaviors of Female Workers: A Sequential Mixed Method Study

Keshavarz Zohre¹ (Ph.D) – Simbar Masoumeh² (Ph.D) – Ramezankhani Ali³ (Ph.D)
Pourreza Abolghasem⁴ (Ph.D) – Alavi Majd Hamid⁵ (Ph.D)

1 Assistant Professor, Reproductive Health and Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Associate Professor, Reproductive Health and Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Associate Professor, Health Department, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Professor, Health Management & Economics Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5 Associate Professor, Biostatistics Department, School of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Received : Jan 2016

Accepted : Apr 2016

Background and Aim: Caring about workers is important due to protect human capital and economic growth. Understanding health priorities is one of the main challenges of health management. The aim of this research was to priorities health promotion behaviors of female workers.

Materials and Methods: This study was conducted in 2012 and had a triangulation design with sequential qualitative-quantitative method based on "integrated model of planned behavior and self-efficacy". In the qualitative phase of the study, a content analysis approach was done to develop the questionnaire, based on the model and psychometric properties were assessed. Then, the educational intervention was conducted in an experimental study with randomized sampling in 70 female workers (35 intervention group, 35 controls). The pretest and posttest was compared.

Results: Content analysis demonstrated 6 main themes, including the main constructs of the research model: attitude, subjective norm, perceived behavioural control, self-efficacy, intention and behaviour in 4 domain (nutrition, exercise, cervical and breast cancer screening, cope with stress). Scale level content validity index was 0.93. Confirmatory factor analysis showed CFI=0.97, GFI=0.95, IFI=0.96, NNFI=0.98, NFI=0.97, RMSEA=0.05. Concurrent validity versus the Health-promoting lifestyle profile II showed $r=0.60$. Cronbach alpha was 0.75–0.93 across the subscales. Test–retest reliability revealed no significant differences. After educational intervention there was a significant increase in attitude, subjective norm, perceived behavioral control, self-efficacy, intention and behavior of female workers in intervention group. Also, effect of intervention program was mostly in self-efficacy construct.

Conclusion: With regards to working conditions economic and socio-cultural barriers in female workers, health policy making is essential in this group to promote health

Key words: Priority, Policy Making, Behavioral Improvement, Female Workers, Health

* Corresponding Author:
Simbar M;
E-mail:
msimbar@yahoo.com