

تحقیقی

رفتارهای بهداشتی در زنان قالبیاف شهرستان های آق قلا و بندرتو کمن بر اساس الگوی باور سلامتی

علی ظفرزاده*^۱، هاشم حشمتی^۲، سولماز برزا^۳، رابعه آرخی^۳، عبدالرحمان چرکزی^۴

۱- استادیار، گروه مهندسی بهداشت محیط، مرکز تحقیقات بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۲- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، مربی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. ۳- کارشناس مهندسی بهداشت محیط.

۴- استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: صنعت قالی بافی، از مهم ترین صنایع دستی در مناطق روستایی ایران می باشد. بافندگان فرش ایرانی در معرض خطر ابتلا به بیماری ها و عوارض ناشی از قالی بافی قرار دارند. لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین رفتارهای بهداشتی زنان قالبیاف شهرستان های آق قلا و بندرتو کمن بر اساس الگوی باور سلامتی در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی با رویکرد توصیفی-تحلیلی، بر روی ۲۰۰ نفر زن قالبیاف شاغل در بندرتو کمن و آق قلا در استان گلستان انجام شد که از طریق سرشماری وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه الگوی باور سلامتی، شامل سازه های باور سلامتی به همراه سئوالاتی در زمینه عملکرد و متغیرهای دموگرافیک بود. داده ها با استفاده از آزمون های ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک طرفه و تست های تعقیبی و تی مستقل تحلیل شد. سطح معنی داری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سنی شرکت کنندگان $35/63 \pm 11/64$ سال بود. بین سازه حساسیت درک شده با سازه های شدت درک شده و منافع درک شده همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشت ($P < 0/001$). عملکرد رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری های شغلی ناشی از قالی بافی در اکثر (۷۸ درصد) افراد مورد مطالعه پایین بود.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که علی رغم این که افراد مورد مطالعه خود را در معرض خطر ابتلا به بیماری-های ناشی از قالبیافی می دانند و انجام رفتارهای پیشگیری کننده را سودمند تلقی می کنند، ولی رفتارهای پیشگیری کننده از آن در حد ضعیفی بود. عملکرد در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده از مخاطرات شغلی پایین بود. انجام مطالعات با لحاظ کردن عوامل بین فردی و قادرساز توصیه می شود.

کلیدواژه ها: زنان، قالبیاف، الگوی باور سلامتی

* نویسنده مسئول: دکتر علی ظفرزاده، پست الکترونیکی: alizafarzadeh@yahoo.com

نشانی: دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مرکز تحقیقات بهداشت محیط، دانشکده بهداشتگروه مهندسی بهداشت محیط. تلفن: ۳۲۴۳۴۳۴۰ (۰۱۷)

وصول مقاله: ۹۳/۱۲/۹، اصلاح نهایی: ۹۴/۴/۱۴، پذیرش مقاله: ۹۴/۶/۲۵

مقدمه

صنعت قالی بافی، از مهم ترین صنایع دستی در مناطق روستایی ایران می باشد و دارای سابقه بسیار طولانی است. همه فرش های اصیل ایرانی با دست بافته شده اند (۱). بر اساس آمار و ارقام منتشره در ایران، حدود ۲۷۰۰۰ روستا با ۱/۵ میلیون نفر به طور مستقیم در امر فرش بافی فعالیت دارند و نزدیک به ۸ میلیون نفر به طور غیر مستقیم در این امر مشارکت دارند و همچنین ۸۵ درصد از فرصت های شغلی غیر کشاورزی در صنعت بافندگی فرش متمرکز است (۲-۴).

صنعت قالی بافی، یکی از مهم ترین کالاهای صادراتی غیر نفتی کشور است و حدود یک درصد درآمد ناخالص ملی کشور را تشکیل می دهد. در ایران حدود ۲/۲ میلیون نفر قالیباف تمام وقت و نیمه وقت وجود دارد، به طوری که حدود ۸/۵ میلیون نفر به طور مستقیم و غیر مستقیم با این صنعت سر و کار داشته و امرار معاش می کنند (۵).

بافندگان فرش در معرض خستگی بیش از حد قرار دارند. زنان و دختران از دوران کودکی و قبل از بلوغ شروع به بافتن قالی در کارگاه های کم نور می کنند که این باعث می شود مدت زمان بسیار طولانی را در طول روز نشسته بمانند که مانع از توسعه طبیعی استخوان لگن می شود (۱).

نتیجه مطالعه چوبینه و همکاران (۱۳۸۳) نشان داد که شرایط محیطی کار قالیبافی بسیار نامناسب بوده و کار تکراری و تحت فشار در این شغل زمینه را برای بیماری های اسکلتی و عضلانی فراهم می کند (۷)، به طوری که نتایج مطالعه دیگری نشان داد که از ۱۴۳۹ قالباف در ۹ استان کشور، شیوع درد شانه ۴۷/۸ درصد، درد قسمت پایینی کمر ۴۵/۲ درصد، گردن درد ۳۵/۲ درصد، درد مچ دست ۳۸/۲ درصد، درد قسمت بالایی پشت ۳۷/۷ درصد و درد زانو ۳۴/۶ درصد است (۵).

وضعیت نشستن بافنده هنگام بافتن فرش و خم شدن به سمت جلو برای تکمیل کار، باعث مشکلاتی در وضعیت اسکلتی بافنده ایجاد می کند (۸و۶). نتایج مطالعات دیگر نشان می دهد که سرفه مداوم، کمر درد، سرماخوردگی و درد مفاصل از جمله شکایات بهداشتی شایع در میان بافندگان فرش است (۹). قالیبافی باعث اختلالات عضله اسکلتی، اختلالات تنفسی، آسیب، مشکلات بینایی، اختلالات عصبی و

مشکلات پوستی می شود. شرایط غیربهداشتی محل کار باعث ایجاد این نوع از اختلالات می شود (۶). علاوه بر این به خاطر فشارهای خارجی و درونی و حرکاتی که به مچ دست دارد، خطر ابتلا به سندرم تونل کارپال مچ دست در میان بزرگسالان قالیباف بالاست (۸). محیط کار در واحدهای فرش بافی، اغلب ناامن و ناسالم است. در این اماکن هیچ سیستم تهویه نور مناسب یا سیستم گرمایشی یا سرمایشی در فصول مختلف وجود ندارد. مقدار بیش از حد ذرات معلق در هوا باعث ایجاد بیماری های مختلف می شود (۱۰). ظرافت کاری، نزدیک بودن گره ها به همدیگر و تشخیص دادن رنگ ها در فرش بافی بسیار مهم است که این نیازمند وجود نور کافی است (۱۱). همچنین به دلیل اینکه قالیبافان قسمت عمده روز را در مکان های بدون نور کافی آفتاب می گذرانند، در معرض خطر کمبود ویتامین دی می باشند که یکی از عوامل خطر ساز پوکی استخوان می باشد (۱۲). با توجه به بررسی های صورت گرفته بر روی زنان قالیباف مشخص شده است که نیاز به مداخله جراحی و تسهیل زایمان در آنان ۴ برابر بیشتر نسبت به سایر زنان غیر قالیباف می باشد (۱۳).

با توجه به این که استفاده از نظریه ها و الگوها برای ارزیابی و درک یک رفتار مرتبط با سلامت لازم و ضروری هستند، مطالعه حاضر در این راستا از الگوی باور سلامتی استفاده کرد. این الگو اولین بار در دهه ۱۹۵۰ میلادی توسط روانشناسان اجتماعی در امریکا معرفی و ارائه شد. این الگو برای توضیح تغییر و نگهداری رفتارهای مرتبط با سلامت استفاده می شود. اجزای کلیدی این الگو حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنمای عمل و خودکارآمدی هستند. حساسیت درک شده به باور فرد در مورد شانس ابتلای وی به بیماری اشاره می کند. شدت درک شده به وخامت و عوارض بیماری مورد نظر مربوط است. منافع درک شده به فواید ناشی از تبعیت و پیروی از اقدامات مورد نظر در کاهش خطر ناشی از بیماری مربوط است، هزینه های ملموس و ذهنی توصیه به اقدامات فوق، نشان دهنده موانع درک شده است. راهنمای عمل اشاره به راهبردهای فعال کننده برای اقدام عملی توصیه ها داشته و خودکارآمدی به توانایی فرد در جهت غلبه بر موانع مورد نظر و انجام اقدامات درمانی و پیشگیرانه دارد (۱۴).

با توجه به اینکه مطالعه‌ای درخصوص نقش باورهای فردی در زمینه رفتارهای پیشگیری کننده از مخاطرات قالیبافی یافت نشد و الگوی باور سلامتی می تواند الگوی مناسبی جهت بررسی حساسیت درک شدن آنان نسبت به بیماری های ناشی از قالیبافی باشد؛ چرا که بر اساس این الگو قالیبافان باید در برابر این مسئله احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده) و سپس عمق این خطر و جدی بودن و عوارض مختلف را درک کنند (شدت درک شده) و با در نظر گرفتن منافع درک شده و کاهش موانع درک شده به سمت انجام رفتار مطلوب ترغیب شوند. لذا با توجه به اینکه اکثر قالیبافان را قشر زنان جامعه تشکیل می دهند و زنان نقش مهمی را در رشد و باروری خانواده و جامعه دارند و با توجه به جستجوهای پژوهشگران مطالعه ای مشابه و با استفاده از مدل چه در ایران و چه در خارج کشور یافت نشد، لذا این مطالعه با هدف تبیین کننده های رفتارهای بهداشتی در زنان قالیباف شهرستان های آق قلا و بندرترکمن بر اساس الگوی باور سلامتی انجام گرفت.

روش بررسی

مطالعه از نوع مقطعی با رویکرد توصیفی- تحلیلی می باشد. نمونه ها از طریق سرشماری وارد مطالعه شدند؛ بدین- ترتیب ۲۰۰ نفر از زنان قالیباف شاغل در بندرترکمن و آق قلا در سال ۱۳۹۲ مورد مطالعه قرار گرفتند. مصاحبه بدین صورت انجام شد که ابتدا پژوهشگر اهداف مطالعه را برای افراد مورد مطالعه شرح داد و پس از کسب رضایت شفاهی و آگاهانه از آنها، با پرسیدن سئوالات از افراد، پرسشنامه توسط پژوهشگران تکمیل گردید. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه محقق ساخته شامل سئوالات مشخصات دموگرافیک، سازه های الگوی باور سلامتی و سئوالات عملکرد بود. حساسیت درک شده ۶ سئوال، شدت درک شده ۹ سئوال، منافع درک شده ۱۰ سئوال و موانع درک شده ۸ سئوال بود. تمامی سئوالات فوق با طیف لیکرت ۵ رتبه ای از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم اندازه گیری شد. به سئوالات کاملا مخالفم نمره ۱ و کاملا موافقم نمره ۵ داده شد. مجموع نمرات هر سازه بر تعداد سئوالات تقسیم گردید و بر این اساس دامنه نمرات هر فرد بین حداقل ۱ و حداکثر ۵ محاسبه گردید. سئوالات راهنما برای عمل ۹ سئوال ۲ گزینه ای شامل بلی و خیر بود.

به جواب بلی نمره ۱ و به جواب خیر نمره صفر داده شد. سئوالات عملکرد ۶ سئوال در زمینه استفاده از ماسک، استفاده از تهویه مناسب، شستن پشم ها، مصرف لبنیات، میوه و سبزی، کار کردن در محیط دارای نور کافی و تزریق واکسن کزاز بود. به جواب بلی نمره ۱ و به جواب خیر نمره صفر داده شد و بر این اساس میانگین نمره هر فرد محاسبه شد. برای تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا با استفاده از شاخص روایی محتوا و ضریب روایی محتوا استفاده شد، بدین صورت که ابتدا پرسشنامه بر اساس کتب و منابع معتبر تهیه شد و سپس در اختیار ۶ نفر از اعضای هیئت علمی با تخصص های آموزش سلامت و بهداشت محیط قرار گرفت و نظر آن ها در پرسشنامه اعمال شد. مقادیر محاسبه شده برای شاخص های فوق بر اساس نظرات متخصصان فوق منجر به حذف تعدادی از سئوالات از بعضی از سازه ها گردید. برای تعیین پایایی پرسشنامه در یک مطالعه پایلوت با حجم نمونه ۱۸ نفر مورد بررسی قرار گرفت و پایایی سازه های مختلف پرسشنامه با ضریب آلفای ۰/۷ تا ۰/۷۸ مورد محاسبه قرار گرفت. معیار ورود مطالعه زنانی بودند که حداقل به مدت یک سال به قالیبافی اشتغال داشته و عمده راه امرار معاش آنان قالیبافی بوده باشد.

جمع آوری داده ها توسط دو پرسشگر آموزش دیده با مدرک کارشناسی بهداشت محیط انجام شد. برای افراد بی سواد پرسشنامه توسط پرسشگران و به روش مصاحبه تکمیل شد، از تمامی افراد مورد بررسی رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه گرفته شد و تمامی پرسشنامه ها بی نام بود. داده ها در نرم افزار SPSS-18 با استفاده از آمارهای توصیفی و تحلیل واریانس برای وجود تفاوت بین سازه های الگو با متغیرهای سطح تحصیلات و گروه های سنی تحلیل شد. جهت بررسی تفاوت سازه های الگوی باور سلامتی با متغیر سابقه ای ابتلا به بیماری از آزمون تی مستقل و برای تعیین همبستگی سازه- های الگوی باور سلامتی و عملکرد از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی داری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه $35/63 \pm 11/64$ سال با دامنه سنی ۱۴-۷۶ سال بود. بیشترین سطح تحصیلات

(۴۲ درصد) در مقطع ابتدایی و کمترین (۲ درصد) در مقطع دانشگاهی بودند. از نظر تعداد فرزندان، ۴۵ درصد افراد متأهل مورد مطالعه فرزندی نداشتند. همچنین ۷۸ درصد از زنان شرکت کننده در مطالعه هر هفت روز هفته را کار می کردند و ۴۰ درصد شرکت کنندگان در مطالعه در طول هفته ۱۱۲-۶۶ ساعت کار می کردند. بیشترین سابقه کار مربوط به شرکت-کنندگانی بود که دارای سابقه کار ۱۹-۱۰ سال (۳۲/۵ درصد) داشته اند. ۸۵/۱ درصد زنان اعلام نمودند که سابقه بیماری خاصی ندارند و ۷۷/۵ درصد اعلام نمودند که مشکل بهداشتی در محیط کار خود ندارند. بالاترین میانگین نمره، مربوط به منافع درک شده و کمترین آن مربوط به عملکرد بود (جدول ۱).

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و دامنه نمرات عملکرد و سازه های مورد مطالعه در زنان قالیباف

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	دامنه نمره
حساسیت درک شده	۳/۹۲ ± ۰/۴۵	۱-۵
شدت درک شده	۳/۶۵ ± ۰/۴۸	۱-۵
منافع درک شده	۳/۹۸ ± ۰/۳۷	۱-۵
موانع درک شده	۳/۵۵ ± ۰/۴۷	۱-۵
عملکرد	۰/۳۲ ± ۰/۲۸	۰-۶

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین عملکرد و شدت درک شده همبستگی معکوس و معنی داری وجود دارد. همچنین بر اساس این آزمون بین سازه حساسیت درک شده با سازه های شدت درک شده و منافع درک شده همبستگی مثبت و معنی-داری وجود دارد (جدول ۲). بین سازه حساسیت درک شده با سن ($r = -0.282, P < 0.05$) و سابقه کاری ($r = -0.201, P < 0.05$) ارتباط معکوس و معنی داری مشاهده شد. در سئوالات راهنما برای عمل که بدین گونه مطرح شده بود: اطلاعات خود را در رابطه با قالیبافی و رعایت نکات بهداشتی آن را از چه منبعی بدست می آورید؟ بیشترین فراوانی مربوط به دوستان و آشنایان می باشد (۵۸/۵ درصد) و پمفلت کمترین فراوانی (۰ درصد) را به خود اختصاص داده بود.

آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین نمره سازه های حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و موانع درک شده با سابقه ی ابتلا به بیماری اختلاف معنی

داری از نظر آماری وجود نداشت. نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که بین سازه های الگوی باور سلامتی با متغیرهای سطح تحصیلات (بی سواد، ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان و بالاتر)، گروه های سنی (۱۴ تا ۷۶ سال) ارتباط معنی داری ندارند.

جدول ۲: ضریب همبستگی سازه های الگوی باور سلامتی و عملکرد

عنوان	حساسیت درک شده	شدت درک شده	منافع درک شده	موانع درک شده	عملکرد
حساسیت درک شده	-	۰/۴۲۵*	۰/۳۶۸*	۰/۱۰۸	-۰/۰۱۲
شدت درک شده	۰/۴۲۵*	-	۰/۴۳۴*	۰/۱۴۶*	-۰/۱۹۰*
منافع درک شده	۰/۳۶۸*	۰/۴۳۴*	-	۰/۰۱۲	-۰/۰۱۶
موانع درک شده	۰/۱۰۸	۰/۱۴۶*	۰/۰۱۲	-	۰/۰۵۴
عملکرد	-۰/۰۱۲	-۰/۱۹۰*	-۰/۰۱۶	۰/۰۵۴	-

* معنی داری در سطح ۰/۰۰۱

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که بین حساسیت درک شده با سازه های شدت درک شده و منافع درک شده همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد؛ بدین ترتیب که افراد مورد مطالعه خود را مستعد و در معرض خطر ابتلا به بیماری ها و عوارض ناشی از قالیبافی می پندارند و از طرفی این عوارض را وخیم خطرناک و جدی می دانند که می تواند شرایط فردی و اجتماعی آن ها را تحت تاثیر قرار دهد. همچنین منافع ناشی از رعایت دستورات بهداشتی را در پیشگیری از بیماری ها و عوارض ناشی از قالیبافی را سودمند می دانند. بر طبق الگوی باور سلامتی انتظار می رود که ابتدا فرد خود را مستعد و حساس به یک بیماری درک کرده و عوارض و پیامدهای آن بیماری را وخیم و شدید بداند تا در مرحله بعد در جستجوی رفتارهای پیشگیری کننده از آن بیماری برآید و در این بین موانع درک شده ناشی از آن رفتارهای پیشگیری کننده را قابل مرتفع و بر طرف کردن بداند (۱۴). نتایج مطالعه حاضر همخوانی نسبی با الگوی مورد انتظار در الگوی باور سلامتی دارد که در آن افراد مورد مطالعه تهدید درک شده (حساسیت و شدت درک شده) و منافع درک شده کافی داشتند، ولی

رفتاری بهداشتی می شود (۱۵). بر این اساس اگر چه افراد مورد مطالعه عوامل مستعد کننده مناسبی را گزارش کردند، ولی عملکرد ضعیف آن‌ها مربوط به دو عامل دیگر؛ یعنی عوامل تقویت کننده و قادر ساز مربوط بوده باشد. شاید مشکلات اقتصادی نظیر نداشتن پول برای تامین تهویه مناسب، داشتن تغذیه مناسب، خرید تجهیزات جهت تامین نور، تهویه مناسب و ماسک را تحت تاثیر قرار داده باشد. انجام مطالعات با لحاظ کردن این عوامل می تواند در شناسایی واقعی علل عملکرد پایین افراد مورد مطالعه مفید باشد.

یکی از محدودیت های الگوی باور سلامتی این است که یک الگوی فردی بوده و فرد را از نظر روانشناختی مدنظر قرار می دهد و عوامل بین فردی که در شکل گیری یک رفتار موثر هستند را وارد مطالعه نمی کند. انجام مطالعه با لحاظ کردن الگوهای بین فردی مانند الگوی BASNEF، تئوری رفتار برنامه ریزی شده توصیه و پیشنهاد می شود. از محدودیت های این مطالعه، نبود مطالعات مشابه مرتبط با عنوان تحقیق بود که مقایسه یافته ها با نتایج دیگران را فراهم نکرد. انجام مطالعات مشابه با عنوان تحقیق در دیگر نقاط کشور می تواند کمک کننده باشد تا بتوان از مجموع آن ها به استنتاج و نتیجه گیری بهتری دست پیدا کرد. مقطعی بودن مطالعه و عدم سنجش سازه های انگیزه سلامتی و خودکارآمدی، از دیگر محدودیت های این مطالعه بودند که می بایست در تعمیم نتایج مدنظر قرار گیرند.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که افراد مورد مطالعه تهدید درک شده و منافع درک شده بالایی داشتند، ولی علی رغم آن عملکرد ضعیفی در رفتارهای پیشگیری کننده از مخاطرات شغلی شان داشتند. انجام مطالعات با لحاظ کردن عوامل بین فردی و قادرساز توصیه می شود.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان و هم چنین از کلیه افرادی که با پاسخ های صادقانه خود ما را در انجام این تحقیق با کد ۹۲۱۰۱۷۱۵۹ به تاریخ ۹۲/۱۰/۱۷ یاری نمودند سپاسگزاریم.

موانع درک شده آن ها اگر چه بالا بود، ولی همبستگی و ارتباط معنی داری نداشت. از طرفی بین حساسیت درک شده با متغیرهای سن و سابقه کار همبستگی معکوس و معنی داری مشاهده شد؛ بدین معنی که با افزایش سابقه کار که توام با افزایش سن است، افراد خود را کمتر در معرض ابتلا به بیماری ها و عوارض ناشی ناشی از قالیبافی می پندارند. این امر می تواند ناشی از این باشد که با افزایش سابقه کار و سن، تجربه افراد نیز افزون تر شده و به دلیل عدم مواجه شدن عینی با این موارد خود را مستعد به این بیماری ها درک نمی کنند. اگر چه با افزایش سن احتمال بروز بیماری های ناشی از شغل محتمل تر است، ولی در مطالعه حاضر اکثر قریب به اتفاق نمونه ها سابقه ابتلا به بیماری را نداشتند. همچنین بر اساس سازه راهنما برای عمل انتظار می رود که محرک های درونی، مانند ابتلا به بیماری و عوارض با افزایش شدت درک شده می توانند حساسیت درک شده را نیز تحت تاثیر قرار دهند که با توجه به نبود این عوارض در اکثر افراد تحت مطالعه این ارتباط مشاهده نگردید (۱۴).

از دیگر نتایج این مطالعه، عملکرد ضعیف اکثر افراد مورد مطالعه در زمینه رفتارهای پیشگیری کننده از مخاطرات شغلی ناشی از قالیبافی بود که این امر می تواند به بالا بودن نسبی نمره موانع درک شده آن ها مرتبط باشد. پژوهشگران معتقدند که همیشه رابطه خطی بین نگرش و ادراکات و باورهای فرد با عملکرد وجود ندارد، زیرا این موارد آمادگی روانی برای عملکرد ایجاد می کنند، ولی به دلایل مختلف ممکن است رفتار یا عملکرد مورد انتظار رخ ندهد. Green & Kreuter معتقدند که برای انجام یک رفتار، سه عامل مستعد کننده، تقویت کننده و قادر ساز دخیل هستند. عوامل مستعد کننده مربوط به اطلاعات، آگاهی، باورها، نگرش ها، ادراکات و ارزش های یک فرد است که زمینه را برای بروز رفتار مساعد می کنند.

عوامل تقویت کننده، تشویق ها و تاییدها، پاداش هایی است که فرد از اطرافیان و محیط دریافت می کند. عوامل قادر ساز به عواملی مانند داشتن مهارت، هزینه و پول، دسترسی به خدمات بهداشتی و وقت مرتبط است که در صورت نبود این موارد به عنوان یک مانع عمل کرده و مانع از شکل گیری

References

1. WHO. Addressing psychosocial risks and work-related stress in countries in economic transition, in newly industrialized countries, and in developing countries. The Global Occupational Health Network. July 2007
2. Aminipour MR, Mazloomi SS, Barkhordari A, Motavaselian M. Survey of demographic carpet weavers in villages of Yazd. Journal of ShahidSadoughi University of Medical Sciences And Health Services 1998;6(1):37-41. [Persian]
3. Davari MH, Moradi I. Evaluation of Myopia and carpet weaving association (Near vision work) and its incidence among Birjand carpet weavers. Journal of Birjand University of Medical Sciences 1995;2(5-4): 26-35. [Persian]
4. Baghianimoghadam MH, Aminipour MR, Ehrampoush MH, vakili M, Dehghanitafti MH, Fazelpour SH, Mosalman H. A Survey on the Relation Between Satus of the Environmental Health and Health of the Carpet Workers in Rural of Mehriz-yazd Iran(2007). Toloo e Behdasht 2010;9(2-3): 86-95.
5. Choobineh A, Hosseini M, Lahmi MA, Khani Jazani R, Shahnavaaz H. Musculoskeletal problems in Iranian hand-woven carpet industry: Guidelines for workstation design. Applied Ergonomics . 2007;38: 617-24.
6. Nasir ZM. A rapid assessment of bonded labour in the carpet industry of Pakistan. [Internet]. Geneva: International Labour Office; 2004. Available from: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—ed_norm/declaration/documents/publication/wcms_082029.pdf.
7. Choobineh A, Lahmi A, Hosseini , Shahnavaaz . Khani Jazani R. .Workstation design in carpet hand-weaving operation: guidelines for prevention of musculoskeletal disorders. Int. J. Occup. Safety Ergon 2004 d 10 (4), 411-24.
8. Kutluhan S, Akhan G, Demirci S, Duru S, Koyuncuoglu HR, Ozturk M, Cirak B. Carpal tunnel syndrome in carpet workers. Int Arch Occup Environ Health. 2001 Aug;74(6):454-7.
9. Das PK, Shukla KP, Ory FG. An occupational health programme for adults and children in the carpet weaving industry, Mirzapur, India: A case study in the informal sector. SocSci Med. 1992; 35(10): 1293-302.
10. Khursheed Ahmad Wani, Yogesh K, Jaiswal. Health Risk Factors in Different Seasons of Carpet Industry in Kashmir, India. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics (JOSE) 2012, Vol. 18, No. 4, 571-7.
11. Wearsted M, Westgaard RH. Working hours as a risk factor in the development of musculoskeletal complaints. Ergonomics. 1991;34(3):265-76.
12. Khajenasiri F, Sotoudeh G. Female carpet weavers' visual acuity and effective factors: Fordu rural area of Qom. Tehran University Medical Journal 2007;65(Suppl.2): 54-8.
13. Naseh N, Hosseini SMR, Yavari M. Carpet weaver mother and delivery risks. Journal of Birjand University of Medical Sciences 1995;2(5-4): 17-22.
14. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice: John Wiley & Sons; 2008.
15. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: An educational and ecological approach 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005:1-22

Archive

Original Paper

Health Behavior among Female Carpet Weavers in Bandar Turkmen and Aqqala City, Iran, based on Health Belief Model (HBM)

Ali Zafarzadeh (PhD)^{*1}, Hashem Heshmati (MSc)², Solmaz Barza (BSc)³, Rabie Arekhi (BSc)³, Abdoraman Charkazi (PhD)⁴

1- Assistant Professor, Department of Environmental Health Engineering, Environmental Health Research Center, School of Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. 2- MSc in Health Education, Instructor, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. 3- BSc of Environmental Health Engineering. 4- Assistant Professor, Environmental Health Research Center, School of Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Abstract

Background and Objective: Carpet industry is the most important handicrafts in rural areas of Iran. Iranian carpet weavers are exposed to the risk of carpet weaving diseases and the side effects. This study aimed at assessing the health behavior of Bandar Turkmen and Aqqala carpet weavers based on the HBM, 2013.

Material and Methods: This cross-sectional study was conducted on 200 female carpet weavers selected via census in Bandar Turkmen and Aqqala city, Golestan province. The data was collected by a Demographic checklist and HBM questionnaire and analyzed by using Pearson correlation coefficient, One-way ANOVA, post-hoc test and independent T test (≤ 0.05).

Results: the mean age was 35.63 ± 11.64 years. The perceived susceptibility was significantly correlated with perceived threat and perceived benefits ($P < 0.001$). Preventive behavior related to carpet weaving job diseases was insufficient among majority of the participants (78%).

Conclusion: Given their high-perceived threat and perceived benefits regarding to diseases, carpet weavers less likely do preventive measures. Further research is needed considering interpersonal and enabling factors.

Keywords: Women, Carpet Weaver, Health Belief Model

* **Corresponding Author:** Ali Zafarzadeh (PhD), **Email:** alizafarzadeh@yahoo.com

Received 28 Feb 2015

Revised 5 Jul 2015

Accepted 16 Sep 2015

This paper should be cited as: Zafarzadeh A, Heshmati H, Barza S, Arekhi R, Charkazi AR. [Health Behavior among Female Carpet Weavers in Bandar Turkmen and Aqqala City, Iran, based on Health Belief Model (HBM)]. J Res Dev Nurse Midwifery. Autumn & Winter 2015; [Article in Persian]