

Assessment of Commitment to Unit health and Some Effective Factors (a Cross-Sectional Study at Isfahan University of Medical Sciences)

Fathizadeh Sh¹, Khatti Dizabadi F*², Mosavifar S.A¹, Hossienian S.Kh³, Amidi Mazaheri M⁴

1. PhD Student in Health Education & Promotion , Dept.of Health Education and promotion ,Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan ,Iran.

2. MPH & PhD in Health Education &Promotion , Department of Public Health, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

3. Bachelor of Midwifery,Educational Institutions of Health Worker, Ghaemshar Health Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

4. Associate Professor of Health Education and Promotion, Department of Health Education and Promotion, School of Health Isfahan University of Medical Sciences

* *Corresponding author.* Tel: +981133543759, Fax: +981133543081, E-mail: Freshteh_khatty@yahoo.com

Received: Jun 15, 2020 Accepted: Apr 28, 2021

ABSTRACT

Background & objectives: The One Health is an integrated effort of several disciplines at different levels to achieve the highest level of health for humans, animals, and the environment. This study aimed to determine the extent of commitment to One Health and some factors affecting it in students, staff, and professors of Isfahan University of Medical Sciences.

Methods: This correlational study was conducted with the participation of 296 faculty members, staff, and students. A researcher-made questionnaire was used to collect data. The SPSS-22 software was used to perform statistical tests of one-way ANOVA, independent-sample T-test, and Pearson correlation coefficient at the significant level of ($p<0.05$).

Results: The mean attitude and practice scores were 22.90 ± 2 and $27/93\pm 4/59$, respectively. Meanwhile, the compliance and commitment scores were 26.28 ± 5.98 and 77.12 ± 11.35 in commitment, respectively. 35.10% of the participants had good status in commitment. There was a significant relationship between mean performance, adherence, commitment scores and the position of the participants, and student's level of education ($p<0.05$).

Conclusion: Although a large percentage of the studied population had a favorable attitude towards commitment to One Health, this attitude did not have a significant impact on performance, adherence, and ultimately a commitment to One Health. Therefore, other factors may be involved in the commitment to One Health.

Keywords: One Health; Attitude; Practice; Adherence; Commitment

بررسی میزان تعهدپذیری در سلامت واحد و برخی عوامل مؤثر (یک مطالعه مقطعی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)

شادی فتحی زاده^۱، فرشته خطی دیزآبادی^{۲*}، سیده عظمت موسوی فر^۱، سیده خدیجه حسینیان^۳،
مریم عمیدی مظاهری^۴

۱. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. ام پی اچ و دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. کارشناس مامایی، آموزشگاه بهورزی، مرکز بهداشت شهرستان قائم شهر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، قائمشهر، مازندران
۴. دانشیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۱۱۳۳۵۴۳۷۵۹، فکس: ۰۱۱۳۳۵۴۳۰۸۱، ایمیل: Freshteh_khatty@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: سلامت واحد تلاشی یکپارچه از چندین رشته در سطوح مختلف برای دستیابی به بالاترین سطح سلامت برای انسان، حیوانات و محیط زیست می باشد. این مطالعه با هدف تعیین میزان تعهد پذیری در سلامت واحد و برخی عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان، کارکنان و اساتید دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

روش کار: این مطالعه توصیفی- همبستگی از نوع مقطعی بوده است که با مشارکت ۲۹۶ نفر از اعضای هیات علمی، کارکنان و دانشجویان دانشکده بهداشت و پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته جمع آوری گردید و با نرم افزار SPSS-22 و آزمون های آماری آنوا یک طرفه و تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی داری $p < 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین نمره کسب شده در حیطه نگرش برابر $2 \pm 22/90$ ، در حیطه عملکرد برابر $4/59 \pm 27/93$ ، در حیطه پایبندی برابر $5/98 \pm 26/28$ و در تعهد پذیری برابر $11/35 \pm 77/12$ بود. ۳۵/۱۰ درصد از افراد در تعهد پذیری دارای وضعیت مطلوب بودند. میانگین نمره عملکرد، پایبندی و تعهد پذیری با سمت افراد شرکت کننده و مقطع تحصیلی دانشجویان ارتباط معنی داری را نشان داد ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: با وجود اینکه درصد زیادی از افراد مورد مطالعه دارای نگرش مطلوب در مورد تعهدپذیری در سلامت واحد بودند ولی این نگرش مطلوب نتوانسته است بر روی عملکرد، پایبندی و در نهایت در تعهدپذیری در سلامت واحد افراد تأثیر زیادی داشته باشد، لذا عوامل دیگری هم می تواند در تعهدپذیری در سلامت واحد دخیل باشند.

واژه های کلیدی: سلامت واحد، نگرش، عملکرد، پایبندی، تعهدپذیری

پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۸

دریافت: ۱۳۹۹/۳/۲۶

مقدمه

است. این به مفهوم ارتقاء همکاری بین دامپزشکان، پزشکان و دیگر متخصصان برای بهبود سلامت انسان، حیوان و اکوسیستم می باشد (۲،۱). همچنین چارچوب

سلامت واحد تلاشی یکپارچه برای دستیابی به بالاترین سطح سلامت برای انسان، حیوانات و محیط زیست

مشترک انسان و دام صرفاً فرایند بیولوژیکی ناشی از فاکتورهای اکولوژیک نیست. امکان انتقال بیماری‌های مشترک از حیوان به انسان به چگونگی تعامل انسان با حیوان بستگی دارد. در حالی که تماس با حیوانات مختلف و مکانی که در آن تعاملات رخ می‌دهد تحت تاثیر فعالیت‌های انسان، است (۹). ساخت سد، پروژه‌های آبیاری، شهرنشینی و جنگل‌زدایی تغییراتی هستند که می‌توانند بر روی جمعیت تاثیر گذاشته و بیماری‌های نوظهور و بازپدید را ایجاد کند (۱۰). لذا دانشمندان مرکز مدیریت و کنترل بیماری‌ها در ارتباط با اینکه چگونه بیماری حیوانات تهدیدی برای سلامت انسان می‌باشد، و همچنین چگونه تغییرات محیطی بر سلامت حیوانات و انسان تاثیر می‌گذارد به مطالعه می‌پردازند (۱۱).

رشد جمعیت انسانی همچنان ادامه دارد و در کشورهای در حال توسعه در طی ۵۰ سال گذشته بیشتر شده است (۱۲). ابزار سلامت واحد، تلاش می‌کند اهداف استراتژیک و اهداف برنامه‌های کنترل و پیشگیری بیماری را با سرمایه‌گذاری‌های مورد نیاز در سیستم بهداشتی مرتبط سازد (۱۳). تصمیم‌گیری برای نظارت و مداخله نیازمند ارزیابی این مسئله است که آیا هزینه‌های آنها کمتر از زیان‌های قابل اجتناب است؟ (۱۴-۱۲). مداخلات بهداشتی موفق باید با همکاری جوامع بهداشتی، حیوانی و محیطی (۱۱، ۱۵) و رشته‌های علوم طبیعی و اجتماعی بعلاوه استراتژی‌های نظارت و کنترل بیماری با توجه به فرهنگ و محیط دولت‌ها و مبتنی بر سیستم‌های اکولوژیکی که اغلب فراتر از مرزهای اجرایی یا ملی است باشد (۱۵). اهمیت ایجاد یک جامعه متمرکز با استراتژی‌های هماهنگ در راستای پیشگیری از بیماری و حمایت از سلامت واحد مشخص می‌شود و ضرورت دارد آحاد مردم از خطرات مرتبط با غذا، آب، حیوان و آلودگی محیطی آگاه باشند. در همین راستا بررسی میزان تعهدپذیری شاغلان رشته‌های مرتبط با علوم پزشکی به سلامت واحد اهمیت بسیار دارد چرا که

واحدی برای بررسی و بهبود سلامت مرتبط با انسان، حیوان و فاکتورهای محیطی به‌ویژه بیماری‌های زئونوز فراهم می‌کند (۳). رویکرد سلامت واحد معتقد است که انسان‌ها در انزوا زندگی نمی‌کنند بلکه در یک جامعه بزرگتری هستند که فعالیت‌ها و شرایط هر یک از آنها بر روی دیگری تاثیر می‌گذارد (۴). بنابراین تعریف عملیاتی سلامت واحد شامل هر ارزش افزوده‌ای است که از نظر سلامت انسانی و حیوانی، صرفه‌جویی مالی و منافع محیطی از همکاری نزدیک بین بخش‌های سلامت انسان و حیوان در همه سطوح سازمان‌ها حاصل می‌گردد (۵). ایده سلامت واحد یک نمونه از تغییر پارادایم است. تغییر پارادایم در روشی که درباره سلامت انسان، حیوان و جهان فکر می‌شود. تغییر پارادایم از یک روش تفکر به روش دیگر. این تغییر تفکر می‌تواند ناشی از دلایل بسیاری مانند فن‌آوری، محیط زیست یا تحولات سیاسی باشد که منجر به تغییرات در شیوه تغذیه، عملکردهای کشاورزی و تجارت، جهانی‌شدن، تغییر استفاده از زمینه رشد شهرنشینی، جنگل‌زدایی، تهاجم به حیات وحش و تغییرات آب و هوایی می‌شود (۶). در حال حاضر از سلامت واحد به عنوان یک پدیده با ابعاد سیاسی و اقتصادی قدرتمند، تحلیل سیستماتیک چندانی وجود ندارد. در ارتباط با مفهوم سلامت واحد سه روایت وجود دارد، اول اینکه رویکردهایی جامع، یکپارچه و ضروری برای مقابله با تعاملات پیچیده بین اکولوژی، حیوانات، مردم و بیماری‌ها پیشنهاد می‌کند. دوم، بر خطرات ظهور و گسترش بیماری‌ها و چالش‌های نظارت متمرکز است که در این نسخه سلامت واحد بعنوان راهی برای پیشگیری از خطرات و پاسخگویی به بحران بعنوان یک راه عقلانی و کارآمد می‌باشد. سوم، بر منابع بالقوه اقتصادی برای اجرای رویکردهای سلامت واحد تمرکز دارد (۷). جنبش جهانی سلامت بطور جدی در هر دو جنبه سیاسی و علمی و بحث در ارتباط با ظهور بیماری‌های عفونی در دهه گذشته شروع شده است (۸). ظهور بیماری

و معیار خروج نیز عدم تمایل به ادامه همکاری در به اتمام رساندن تکمیل پرسشنامه بود.

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه محقق ساخته بر اساس ابعاد مختلف تعهدپذیری در سلامت واحد بود که با ارائه آن به گروه‌های هدف بصورت خودگزارشی تکمیل گردید. ابتدا با مراجعه به منابع و متون مرتبط سوالات پرسشنامه تدوین شدند، سپس جهت سنجش روایی آن از پانل خبرگان استفاده شد و پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اساتید متخصص در رشته‌های بهداشت محیط، تغذیه، بهداشت حرفه ای و آموزش بهداشت قرار گرفت و بر اساس رهنمودهای آنان در چند مرحله مورد تجدید نظر، اصلاح قرار گرفت. نمره شاخص روایی محتوا^۲ (CVI) و نسبت روایی محتوی^۳ (CVR) به ترتیب برابر ۰/۸۷ و ۰/۸۹ بود برای بررسی پایایی^۴ یا همبستگی درونی پرسشنامه نیز از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد. بدین صورت که پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از اعضای هیات علمی، کارکنان و دانشجویان که از لحاظ مشخصات دموگرافیک مشابه جمعیت مورد مطالعه بودند قرار گرفت. سپس همبستگی درونی هر یک از حیطه‌های نگرش، عملکرد و پایبندی و در مجموع (تعهدپذیری) سنجیده شد که به ترتیب برابر ۰/۷۱، ۰/۶۸، ۰/۷۴ و ۰/۷۱ بوده است. پرسشنامه نهایی شامل ۵ سوال جمعیت شناختی، ۱۰ سوال آزاد پیرامون سلامت واحد (بصورت بلی، خیر و نظری ندارم)، ۷ سوال در حیطه نگرش بطور مثال «ترجیح می‌دهم درجه حرارت وسایل گرمایشی را افزایش دهم تا اینکه لباس‌های بیشتری بپوشم» در مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، کاملاً مخالفم)، ۱۰ سوال در حیطه عملکرد بطور مثال «از وسایل نقلیه عمومی جهت تردد در سطح شهر استفاده می‌کنم» و ۱۰ سوال در حیطه پایبندی «اجتناب از مصرف

آنان نقش الگویی برای سایر افسار دارند و نگرش، عملکرد و پایبندی آنها در ایجاد رویه‌های پیشرو در جامعه حائز اهمیت است لذا هر گونه تغییر در این زمینه لازم است از دانشجویان و اساتید و کارکنان حرفه‌های بهداشتی پزشکی شروع شود. از آنجا که در کشور ما مبحث سلامت واحد بحثی نسبتاً تازه محسوب می‌شود؛ بر اساس جستجوی محققین مطالعه منتشرشده‌ای در این زمینه یافت نشد. لذا این مطالعه با هدف تعیین میزان تعهدپذیری در سلامت واحد و برخی عوامل موثر بر آن در دانشجویان، کارکنان و اعضای هیات علمی (دانشکده‌های بهداشت و پزشکی) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

روش کار

این مطالعه توصیفی- همبستگی از نوع مقطعی^۱ بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بر روی ۲۹۶ نفر از اعضای هیات علمی، کارکنان و دانشجویان دانشکده بهداشت و پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول:

$$n = \frac{Z^2 \times S^2}{d^2} = \frac{3.8416 \times 64.46}{1} = 247.62 = 248$$

۲۴۸ نفر برآورد گردید سپس با در نظر گرفتن ۲۰ درصد احتمال ریزش ۲۹۶ نفر در نظر گرفته شد. در این فرمول مهمترین پارامتری که نیاز به برآورد دارد S^2 است که همان واریانس نمونه اولیه است. برای محاسبه S^2 تعدادی پرسشنامه توزیع و واریانس نمونه اولیه محاسبه شد. مقدار یک (d) مقدار ثابت است که به فاصله اطمینان و سطح خطا α بستگی دارد. معیار ورود افراد برای شرکت در مطالعه، اشتغال به تحصیل یا تدریس یا خدمت در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و رضایت و تمایل جهت شرکت در مطالعه بعد از اطمینان‌دادن از محرمانه ماندن کلیه اطلاعات آنها بود

^۲ CVI: Content Validity Index

^۳ CVR: Content Validity Rate

^۴ Reliability

^۱ Cross-Sectional

خودسرانه و بی رویه آنتی بیوتیک را به دیگران توصیه می‌کنم» در مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت (هرگز، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) تدوین شد. طیف نمره در حیطه نگرش از ۷ الی ۲۸ و در هر یک از حیطه‌های عملکرد و پایبندی نیز از ۱۰ الی ۴۰ و در مجموع کل که شامل تعهدپذیری می‌شد طیف نمره از ۲۷ الی ۱۰۸ بود که در سه طبقه نامطلوب (کسب حداقل ۵۰ درصد از نمره کل)، تا حدودی مطلوب (کسب نمره ۵۱ الی ۷۵ درصد از نمره کل) و مطلوب (کسب نمره ۷۶ و بالاتر) تقسیم‌بندی شد. داده‌های جمع‌آوری شده با کمک نرم افزار SPSS-22 و با استفاده از آزمون‌های پارامتریک شامل آنوای یکطرفه و تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی‌داری $p < 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین از آمارهای توصیفی برای گزارش فراوانی و میانگین استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت کننده در این مطالعه $23/65 \pm 7/89$ بود. ۳۱/۸ درصد از شرکت کنندگان مرد بودند. ۵/۱۰ درصد از شرکت کنندگان در این مطالعه از اعضای هیات علمی، ۸/۸۰ درصد از کارمندان و ۸۶/۱۰ درصد دانشجوی بودند (جدول ۱). میانگین نمره کسب شده در حیطه نگرش تعهدپذیری در سلامت واحد $22/90 \pm 2/64$ ، در حیطه تعهدپذیری در سلامت واحد $27/93 \pm 4/59$ ، در حیطه پایبندی تعهدپذیری در سلامت واحد $26/28 \pm 5/98$ و در تعهدپذیری در سلامت واحد $11/35 \pm 77/12$ بوده است. در طبقه‌بندی هر یک از حیطه‌های تعهدپذیری در سلامت واحد، ۷۳/۳۰ درصد از افراد شرکت کننده دارای نگرش مطلوب، ۳۰/۷۴ درصد دارای عملکرد مطلوب، ۲۲/۹۸ درصد دارای پایبندی مطلوب و ۳۵/۱۰ درصد دارای تعهدپذیری مطلوب بودند (جدول ۲). ۸۵/۸۰ درصد از شرکت کنندگان مطالعه با کلمه و مفهوم سلامت واحد ناآشنا بودند. تنها ۳/۴۲

درصد ز افراد شرکت کننده به منظور بهره‌برداری از فرصت‌های موجود در جهت پیشگیری کنترل عوامل بیماری‌زا پاسخ صحیح، یعنی جمعیت حیوانی را موثر دانستند. ۶۳/۲۱ درصد از افراد تمایل به دریافت اطلاعات بیشتر در ارتباط با موضوع سلامت واحد را داشتند. ۶۶/۹۰ درصد از افراد، مصرف بی رویه حامل‌های انرژی (آب، برق، گاز و...) را در سلامت جمعیت تاثیرگذار میدانستند و ۹۰/۹۰ درصد مصرف خودسرانه داروها، ۷۰/۲۷ درصد روشن کردن آتش در فضای سبز، ۹۲/۵۷ درصد سموم شیمیایی مورد استفاده در صنعت و کشاورزی، ۶۰/۴۷ درصد نگهداری حیوانات خانگی، ۶۴/۵۲ درصد استفاده از اسپری‌ها و افشانه‌ها (خوشبوکننده‌ها، اسپری بدن، اسپری رنگ و...) و ۸۰/۷۴ درصد استفاده از ظروف یکبار مصرف را در سلامت جمعیت تاثیرگذار می‌دانستند (جدول ۳). میانگین نمره نگرش، عملکرد، پایبندی و تعهدپذیری با جنسیت شرکت کنندگان در مطالعه ارتباط آماری معنی‌داری را نشان نداد. میانگین نمره عملکرد، پایبندی و تعهدپذیری با سمت شرکت کنندگان (هیات علمی، کارمند و دانشجو) ارتباط معنی‌داری را نشان داد ($p < 0.05$). با استفاده از آزمون تعقیبی Post Hoc با روش LSD (روش کمترین مربعات) این اختلاف میانگین نمره مربوط به گروه هیات علمی و کارمندان با گروه دانشجویان بود. میانگین نمره عملکرد، پایبندی و تعهدپذیری با مقطع تحصیلی دانشجویان (کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری تخصصی، دکتری عمومی) ارتباط معنی‌داری را نشان داد ($p < 0.05$). با استفاده از آزمون تعقیبی Post Hoc با روش LSD اختلاف میانگین نمره مربوط به مقطع کارشناسی ارشد با مقطع کارشناسی و دکتری عمومی و همچنین مقطع دکتری تخصصی با دکتری عمومی بود (جدول ۴). در بررسی رابطه همبستگی بین متغیرهای نگرش، عملکرد و پایبندی، بیشترین همبستگی مثبت مربوط به حیطه عملکرد و

پایبندی (۷۲/۰=I) در تعهدپذیری سلامت واحد بود (جدول ۵).

جدول ۱. فراوانی متغیرهای دموگرافیک - اجتماعی

متغیر	فراوانی (درصد)
جنسیت	مرد ۹۴(۳۱/۸۰)
	زن ۲۰۲(۶۸/۲۰)
	کل ۲۹۶(۱۰۰)
سمت	هیئت علمی ۱۵(۵/۱۰)
	کارمند ۲۶(۸/۸۰)
	دانشجو ۲۵۵(۸۶/۱۰)
کل	۲۹۶(۱۰۰)
مقطع تحصیلی دانشجویان	کارشناسی ۱۲۹(۵۰/۵۸)
	کارشناسی ارشد ۷(۲/۷۴)
	دکتری تخصصی ۱۶(۶/۲۸)
	دکتری عمومی ۱۰۳(۴۰/۴۰)
	کل ۲۵۵(۱۰۰)

جدول ۲. طبقه بندی حیطة های تعهدپذیری در سلامت واحد (عملکرد، نگرش و پایبندی)

متغیر	پایبندی (فراوانی (درصد))	عملکرد (فراوانی (درصد))	نگرش (فراوانی (درصد))	تعهدپذیری در سلامت واحد (فراوانی (درصد))
نامطلوب	۳۹(۱۳/۱۷)	۱۷(۵/۷۴)	۱۰(۳/۳۵)	۱۲(۴/۷۰)
قابل قبول	۱۸۹(۶۳/۸۵)	۱۸۸(۶۳/۲)	۷۸(۲۶/۳۵)	۱۸۴(۶۲/۲۰)
مطلوب	۶۸(۲۲/۹۸)	۹۱(۳۰/۷۴)	۲۱۷(۷۳/۳۰)	۱۰۴(۳۵/۱۰)
کل	۲۹۶(۱۰۰)	۲۹۶(۱۰۰)	۲۹۶(۱۰۰)	۲۹۶(۱۰۰)

جدول ۳. فراوانی پاسخ به تاثیرگذاري عوامل مرتبط با سلامت واحد بر روی سلامت افراد

کل	نظري ندارم (فراوانی)	خير (فراوانی)	بله (فراوانی)	به نظر شما کدام گزینه زیر در سلامت جمعیت تاثیر گذاري بیشتری دارد؟
۲۹۶(۱۰۰)	۵۶(۱۸/۹۰)	۴۲(۱۴/۲۰)	۱۹۸(۶۶/۹۰)	مصرف بی رویه حامل‌های انرژی (آب، برق، گاز)
۲۹۶(۱۰۰)	۱۸(۶/۱۰)	۹(۳/۰۰)	۲۶۹(۹۰/۹۰)	مصرف بی رویه و خودسرانه داروها
۲۹۶(۱۰۰)	۴۱(۱۳/۸۶)	۴۷(۱۵/۸۷)	۲۰۸(۷۰/۲۷)	روشن کردن آتش در فضای سبز
۲۹۶(۱۰۰)	۱۳(۴/۳۹)	۹(۳/۰۴)	۲۷۴(۹۲/۵۷)	سموم شیمیایی مورد استفاده در صنعت و بخش کشاورزی
۲۹۶(۱۰۰)	۴۸(۱۶/۲۲)	۶۹(۲۳/۳۱)	۱۷۹(۶۰/۴۷)	نگهداری حیوانات خانگی
۲۹۶(۱۰۰)	۶۵(۲۱/۹۶)	۴۰(۱۳/۵۲)	۱۹۱(۶۴/۵۲)	از اسپری‌ها و افشانه‌ها (خوشبو کننده‌ها، اسپری بدن، اسپری رنگ و...)
۲۹۶(۱۰۰)	۳۹(۱۳/۱۷)	۱۸(۶/۰۹)	۲۳۹(۸۰/۷۴)	استفاده از ظروف یکبار مصرف

جدول ۴. بررسی ارتباط میان میانگین حیطه های سلامت واحد (نگرش، پایبندی، عملکرد) بر حسب متغیرهای زمینه‌ای (سمت افراد، مقطع تحصیلی و جنسیت)

متغیر	Df	F	P value
نگرش	مقطع تحصیلی *	۲/۲۵	۰/۰۶
	سمت افراد *	۳/۲۵	۰/۰۶
	جنسیت **	۰/۷۱	۰/۲
عملکرد	مقطع تحصیلی *	۳/۹۷	۰/۰۰۴
	سمت افراد *	۶/۶۵	۰/۰۰۱
	جنسیت **	۰/۲۵	۰/۷
پایبندی	مقطع تحصیلی *	۴/۲۸	۰/۰۰۲
	سمت افراد *	۷/۹۳	$p < ۰/۰۰۱$
	جنسیت **	۰/۰۰۹	۰/۲
تعهدپذیری در سلامت واحد	مقطع تحصیلی *	۴/۵۴	۰/۰۰۱
	سمت افراد *	۸/۲	$p < ۰/۰۰۱$
	جنسیت **	۰/۱۹	۰/۳

** Independent – Sampel T test

*One- Way ANOVA test

جدول ۵. بررسی رابطه همبستگی بین حیطه های عملکرد سلامت واحد (نگرش، پایبندی و عملکرد)

همبستگی پیرسون	پایبندی	عملکرد
نگرش	$r = ۰/۴۱$	$r = ۰/۴۹$
	$p < * ۰/۰۰۱$	$p < * ۰/۰۰۱$
عملکرد	$r = ۰/۷۲$	-
	$p < * ۰/۰۰۱$	
تعهدپذیری در سلامت واحد	$r = ۰/۹۱$	$r = ۰/۹۰$
	$p < * ۰/۰۰۱$	$p < * ۰/۰۰۱$

* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

بحث و نتیجه گیری

همان گونه که در مقدمه متن بیان شد، ایده سلامت واحد یک نمونه از تغییر پارادایم است در روشی که درباره سلامت انسان، حیوان و جهان اندیشیده می شود. هدف از انجام این مطالعه تعیین میزان تعهد در سلامت واحد و برخی عوامل موثر در آن در دانشجویان، کارکنان و اعضای هیات علمی بود. با توجه به نتایج حاصل از مطالعه مشخص شده است که ۷۳/۳۰ درصد از شرکت کنندگان مطالعه دارای نگرشی مطلوب نسبت به سلامت واحد هستند که این نگرش تنها در درصد کمی از افراد نمود خارجی پیدا کرد که این بیانگر عدم تبدیل نگرش به رفتار است که نیاز به برنامه های عملیاتی جهت بهبود عملکرد

می باشد تا بتوان از آن طریق در جهت سلامت انسان، حیوان و محیط زیست به عنوان یک مجموعه واحد اقدام نمود. علاوه بر این پایبندی به عملکرد در موقعیت های مختلف و همچنین توصیه به دیگران به انجام آن اقدامات یکی از مسائل مهم در دستیابی و امید به حفظ سلامت انسان، حیوان و محیط زیست است. بطور مثال در مطالعه بادسار و همکاران، رسانه و خانواده؛ و در مطالعه نجفیان عوامل اجتماعی از فاکتورهای موثر در داشتن عملکرد بهتر در حفظ محیط زیست در افراد شرکت کننده بود (۱۶،۱۷). بنابراین با شناخت نقش عوامل موثر در این امر مهم می توان در این راستا گام های مثبتی برداشت. در این مطالعه درصد عملکرد مطلوب و در حد مطلوب (در

مجموع ۹۴/۲۶٪) شرکت کنندگان در سطح قابل قبولی قرار دارند که نیاز به حفظ و بهبود آن در سطح کنونی از طریق حمایت‌های فردی، سازمانی و حتی سیاست‌گذاری‌ها وجود دارد. این موضوع در رابطه با پایبندی افراد به عملکرد نیز صادق است (در مجموع مطلوب و در حد مطلوب ۸۳/۸۶٪) که بیانگر با اهمیت بودن حفظ سلامت اکوسیستم و جمعیت انسانی و حیوانی برای افراد است. در این مسیر نیاز به آگاهی‌دادن به افراد جامعه در مورد مسائل سلامت واحد به عنوان یک مجموعه وجود دارد که در این پژوهش تعداد افراد غیر واقف به این موضوع بالای ۸۰ درصد اعلام شده است و اینکه ۶۹/۶۰ درصد از شرکت کنندگان عامل موثر در بهره‌برداری از فرصت‌های موجود جهت پیشگیری و کنترل عوامل بیماری‌زا را جمعیت انسانی دانسته‌اند که پاسخی درست به این پرسش نمی‌باشد.

همچنین شرکت کنندگان در این مطالعه به ترتیب سموم کشاورزی، مصرف خودسرانه دارو، استفاده از ظروف یکبار مصرف، روشن نمودن آتش در فضای سبز، استفاده از اسپری و افشانه، مصرف حامل‌های انرژی و در نهایت نگهداری از حیوانات خانگی را در سلامت جمعیت‌های انسانی موثر دانسته‌اند. نتایج مطالعه کیانی نیز نشان داد افزایش آموزش‌های اجتماعی و فرهنگی پیرامون محیط زیست و تبعات ناشی از مشکلات زیست محیطی، منجر به اهمیت‌پذیری بیشتر افراد جامعه در حفظ محیط‌زیست می‌شود (۱۸). نتایج مطالعه ادهمی نیز موید همین مسئله می‌باشد که آموزش منجر به ایجاد مسئولیت در قبال محیط زیست می‌شود (۱۹). در نتیجه به تبع آن با توجه به مفهوم سلامت واحد می‌تواند سلامت انسان و حیوان را در پی داشته باشد. به علاوه نتایج تحقیق نشان می‌دهد که بین جنسیت و دستیابی به سلامت واحد ارتباط معناداری وجود ندارد که همسو با نتایج مطالعه حجازی و همکاران بود، که بین جنسیت و مشارکت در فعالیت‌های

زیست‌محیطی رابطه معنی‌داری وجود نداشت (۲۰). این مطلب بیانگر عدم تفاوت نگرش، عملکرد و پایبندی زنان و مردان و اهمیت دادن آنها به سلامت انسان، حیوان و محیط زیست می‌باشد. اما در مطالعه کیانی، زنان بیشتر دوستدار محیط زیست بودند و اقدامات موثر در این زمینه را بیشتر انجام می‌دادند (۱۸). این تفاوت موجود می‌تواند ناشی از تفاوت در محیط مورد مطالعه ویژگی‌های دموگرافیک و اجتماعی افراد شرکت کننده در مطالعه بوده باشد. در این مطالعه بین میانگین نمره پایبندی، عملکرد و تعهدپذیری در اعضای هیات علمی و کارمندان نسبت به دانشجویان بالاتر بود. بالاتر بودن نمره عملکرد، پایبندی و تعهدپذیری در گروه اعضای هیات علمی و کارمندان را می‌توان به تجربه بیشتر آنها در زندگی شخصی و حتی خانوادگی آنها نسبت داد، چرا که اکثر افراد در این گروه‌ها متاهل بوده و مسئولیت زندگی را بدوش گرفتند، لذا در برابر رعایت مسائلی چون صرفه‌جویی در حامل‌های انرژی، حساس بوده و در برابر سلامتی خود و خانواده و سایر مواردی که در موضوع سلامت مطرح می‌باشد با دقت بیشتری به موضوع نگاه خواهند داشت، در حالی که در این مطالعه بین نمره نگرش با سمت افراد، یعنی اعضای هیات علمی، کارمندان و دانشجویان رابطه معنی‌داری وجود نداشت. با در نظر گرفتن این مسئله که برای اینکه فردی رفتاری را در پیش بگیرد و به عملکرد تبدیل شود، آگاهی و نگرش از مقدمات آن می‌باشد، لذا در این مطالعه نشان داده شد با وجود اینکه تمامی افراد در سمت‌های مختلف دارای نمره نگرش برابر بودند، ولی دارای عملکرد متفاوت بین دو گروه هیات علمی و کارمندان با دانشجویان وجود دارد، در نتیجه این می‌تواند نشان‌دهنده دخالت عوامل دیگر مانند عدم آشنایی با مهارت‌های مورد نیاز در زمینه سلامت واحد باشد که دانشجویان در عملکرد در ارتباط با این موضوع ضعیف‌تر از سایر گروه‌ها عمل کردند. در این مطالعه نمره عملکرد، پایبندی و

با توجه به نتایج مطالعه با وجود اینکه درصد زیادی از افراد مورد مطالعه داری نگرش مطلوب در مورد تعهدپذیری در سلامت واحد بودند ولی این نگرش مطلوب نتوانسته بود بر روی عملکرد، پایبندی و در نهایت در تعهدپذیری در سلامت واحد افراد تاثیر زیادی داشته باشد، همچنین همبستگی بین نگرش با تعهدپذیری کمتر از دو حیطة دیگر بود لذا عوامل دیگری هم می‌تواند در تعهدپذیری در سلامت واحد دخیل باشند که این نیازمند انجام مطالعات وسیع‌تر و دخالت‌دادن متغیرهای متعدد فردی، اجتماعی، اقتصادی، و فرهنگی و... می‌باشد.

تشکر و قدردانی

از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در اجرای این طرح با کد تصویب و کد اخلاق IR.MUI.REC.1396.1.218 و ۱۹۶۲۱۸، یاری نمودند کمال تشکر و سپاسگزاری بعمل می‌آید.

تعهدپذیری دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد نسبت دانشجویان مقطع تحصیلی کارشناسی و دکتری عمومی بالاتر بود. همچنین نمره عملکرد، پایبندی و تعهدپذیری دانشجویان مقطع تحصیلی دکتری تخصصی بیشتر از دانشجویان مقطع دکتری عمومی بود. بالاتر بودن نمره عملکرد، پایبندی و تعهدپذیری در مقاطع تحصیلی کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی می‌تواند ناشی از این مسئله باشد که این گروه‌ها تجربه تحصیل در چندین مقطع را داشته‌اند و با مسائل بهداشتی مختلف در طی دوران تحصیل مواجه بودند لذا تجارب گذشته این افراد می‌تواند تاثیر مثبتی بر روی پایبندی و عملکرد و در مجموع بر روی تعهدپذیری در سلامت واحد در این افراد داشته باشد.

محدودیت‌های پژوهش

عدم وجود مطالعات مشابه انجام شده در کشور جهت مقایسه نتایج و عدم وجود تناسب در تعداد افراد شرکت کننده در گروه‌های مختلف شرکت کننده در مطالعه حاضر بود.

References

- 1- Musoke D, Ndejjo R, Atusingwize E, Halage A. The role of environmental health in One Health: A Uganda perspective. *Journal of One Health*. 2016; 2: 157-160.
- 2- Rabinowitz PM, Kock R, Kachani M, Kunkel R, Thomas J, Gilbert J, et al. Toward proof of concept of a one health approach to disease prediction and control. *Emerging Infectious Diseases*. 2013;19 (12): e130265.
- 3- Schurer JM, Mosites E, Li C, Meschke S, Rabinowitz P. Community-based surveillance of zoonotic parasites in a 'One Health' world: A systematic review. *One Health*. 2016; 4(2):166-174.
- 4- Mersha C, Tewodros F. One Health One Medicine One World: Co-joint of Animal and Human Medicinewith Perspectives-A review. *Journal of Vet World*. 2012; 5(4):238-243.
- 5- Zinsstag J, Meisser A, Schelling E, Bonfoh B, Tanner M. From 'two medicines' to 'One Health' and beyond. *Onderstepoort J Vet Res*. 2012; 79(2): a492.
- 6- Bousfield B, Brown R. One World One Health. *Veterinary Bulletin-Agriculture, Fisheries, and Conservation Department Newsletter*. 2011; http://sc.afcd.gov.hk/TuniS/afcd.gov.hk/english/quarantine/qua_vb/files/OWOH2.pdf[accessed April 13, 2013].
- 7- Galaz V, Leach M, Scoones I, Stein C. The political economy of OneHealth research and policy, STEPS Working Paper 81 Brighton: STEPS Centre. 2015.
- 8- Okello AL. Beyond avian influenza: policy considerations for the implementation of a 'one health' approach in developing countries, thesis has been submitted in fulfilment of the requirements for a postgraduate degree (e.g. PhD, MPhil, DCLinPsychol) at the University of Edinburgh. 2012.
- 9- Woldehanna S, Zimicki S. An expanded One Health model: Integrating social science and One Health to inform study of the human-animal interface. *Soc Sci Med*. 2015;129:87-95.
- 10- Gratz NG. Emerging and resurging vector-borne diseases. *Annu. Rev. Entomol*. 1999; 44:51-75.

- 11- <https://www.cdc.gov/onehealth>.
- 12- Rushton J, Hasler B, de Haan N, Rushton R. Economic benefits or drivers of a 'One Health' approach: Why should anyone invest?. *Onderstepoort Journal of Veterinary Research*. 2012;79(2):1-5.
- 13- <http://www.who.int/choice/onehealthtool/en>.
- 14- Hinchliffe S. More than one world, more than one health: Re-configuring interspecies health: United States. 2015;129:28-35.
- 15- Rweyemamu MM, Paweska J, Kambarage D, Namuba F. Towards one Africa, one health: The Southern African Centre for Infectious Disease Surveillance One Health focus on infectious diseases. *Onderstepoort Journal of Veterinary Research*. 2012;79(2):1-2.
- 16- Badsar M, Ghasemi, M. Factors affecting the sense of responsibility for environmental protection. The National Conference on Environmental Protection and bottom. Hamedan, environmental seminar to-morrow. 2012.
- 17- Najafian M, Namdar R. Social Factors- Economic affecting women in maintaining environmental performance. *Journal of Women and Culture*, 2012; 6: 89-98.
- 18- Kiani salmi S, Shaterian M. Analysis of social and cultural factors affecting the environment (Case study: Kashan). *Journal of education & sustainable development*. 2017;16(2):101-115.
- 19- Adhami A, Akbarzade E. Investigated cultural factors affecting environmental protection in Tehran (Case Study: Tehran zones 5 and 18). *Journal of Sociology of Youth Studies*. 2012; 1 (1): 37-62.
- 20- Hejazi J, Arabi F. Factors affecting the participation of non-governmental organizations in environmental protection. *Journal of Environmental Studies*. 2008; (34)47: 99-106.