

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

Fathizadeh Sh<sup>1</sup>, Khatti Dizabadi F \*<sup>2</sup>, Mosavifar S.A<sup>1</sup>, Hossienian S.Kh<sup>3</sup>, Amidi Mazaheri M<sup>4</sup>

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  $22.90\pm2$  and  $27/93\pm4/59$ , respectively. Meanwhile, the compliance and commitment scores were  $26.28\pm5.98$  and  $77.12\pm11.35$  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 موثر (یک مطالعه مقطعی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)

شادی فتحی زاده<sup>۱</sup>، فرشته خطی دیزآبادی<sup>۲\*</sup>، سیده عظمت موسوی فر<sup>۱</sup>، سیده خدیجه حسینیان<sup>۳</sup>، مریم عمیدی مظاہری<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. ام پی اج و دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. کارشناس مامایی، آموزشگاه بهورزی، مرکز بهداشت شهرستان قائمشهر، 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\_khattay@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 می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین میزان تعهدپذیری در سلامت واحد و برخی عوامل موثر 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 هیأت علمی، کارکنان و دانشجویان دانشگاه 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 آنوایک طرفه و تی مستقل و ضریب همبستگی پرسون در سطح معنی داری  $p < 0.05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** میانگین نمره کسب شده در حیطه نگرش برابر  $22/9 \pm 2$ ، در حیطه عملکرد برابر  $59/4 \pm 27$ ، در حیطه پاییندی برابر  $28/8 \pm 5/2$  و در تعهد پذیری برابر  $35/11 \pm 11/22$  بود.  $77/12 \pm 11/35$  درصد از افراد در تعهد پذیری دارای وضعیت مطلوب بودند. میانگین نمره عملکرد، پاییندی 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، پاییندی و در نهایت در تعهدپذیری در سلامت واحد افراد تاثیر زیادی داشته باشد، لذا عوامل دیگری هم می توانند در تعهدپذیری در سلامت واحد دخیل باشند.

**واژه های کلیدی:** سلامت واحد، نگرش، عملکرد، پاییندی، تعهدپذیری

دریافت: ۱۳۹۹/۳/۲۶ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۸

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

### مقدمه

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 بازپدیدی 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). 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 مبنی 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 بیبود سلامت مرتبط با انسان، حیوان و فاکتورهای محیطی بهویژه بیماری‌های زئونوز فراهم می‌کند (۳). رویکرد سلامت واحد معتقد است که انسان‌ها در ازدوازندگی 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 روشنی 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، عملکرد های کشاورزی و تجارت، جهانی شدن، 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 رویکردهای 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 عنوان راهی برای پیشگیری از خطرات و پاسخگویی به بحران عنوان 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 جیت 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<sup>۲</sup> (CVI) و نسبت روایی محتوى<sup>۳</sup> (CVR) به ترتیب برابر ۰/۸۷ و ۰/۸۹ بود برای بررسی پایایی<sup>۴</sup> 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 هریک از حیطه‌ها ای نگرش، عملکرد و پاییندی 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 «ترحیح می‌دهم درجه حرارت وسایل گرمایشی را افزایش دهم تا اینکه لباس‌های بیشتری بپوشم» در مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت (کاملاً موافق، موافق، مخالف، 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 پاییندی «اجتناب از مصرف

آنان نقش الگویی برای سایر اقسام دارند و نگرش، عملکرد و پاییندی آنها در ایجاد رویه‌ای پیشرو در جامعه حائز اهمیت است لذا هرگونه تغییر در این زمینه لازم است از دانشجویان و اساتید و کارکنان حرفه‌های بهداشتی پژوهشی 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 پژوهشی) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

### روش کار

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

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

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 (۱) مقدار ثابت است که به فاصله اطمینان و سطح خطأ  $\alpha$  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 اطمینان دادن از محروم‌ماندن کلیه اطلاعات آنها بود

<sup>2</sup> CVI: Content Validity Index

<sup>3</sup> CVR: Content Validity Rate

<sup>4</sup> Reliability

<sup>۱</sup> Cross-Sectional

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 بی‌رویه حامل‌های انرژی (آب، برق، گاز...) را در سلامت جمعیت تاثیرگذار میدانستند و ۹۰/۹۰ درصد مصرف خودسرانه داروها، ۷۰/۲۷ درصد روش‌کردن آتش در فضای سبز، ۹۲/۵۷ درصد سوموم شیمایی مورد استفاده در صنعت و کشاورزی، ۴۷/۶۰ درصد نگهداری حیوانات خانگی، ۵۲/۶۴ درصد استفاده از اسپری‌ها و افسانه‌ها (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، پاییندی و تعهدپذیری با جنسیت شرکت کنندگان در مطالعه ارتباط آماری معنی‌داری را نشان نداد. میانگین نمره عملکرد، پاییندی 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، پاییندی 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 پاییندی، بیشترین همبستگی مثبت مربوط به حیطه عملکرد و

خودسرانه و بی‌رویه آنتی‌بیوتیک 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 هریک از حیطه‌های عملکرد و پاییندی نیز از ۱۰ الی ۴۰ و در مجموع کل که شامل تعهدپذیری می‌شد طیف نمره از ۲۷ الی ۵۰ بود که در سه طبقه نامطلوب (کسب حداقل ۰/۸ بود که در سه طبقه نامطلوب (کسب نمره 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 آنووای 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 ۳۱/۸  $\pm ۷/۸۹$  بود. ۳۱/۸ درصد از شرکت کنندگان مرد بودند. ۱۰/۵ درصد از شرکت کنندگان در این مطالعه از اعضای هیات علمی، ۸/۸ درصد از کارمندان و ۱۰/۸۶ درصد دانشجو بودند (جدول ۱). میانگین نمره کسب شده در حیطه نگرش تعهدپذیری در سلامت واحد  $4/64 \pm 2/40$ ، در حیطه عملکرد تعهدپذیری در سلامت واحد  $4/59 \pm 2/93$ ، در حیطه پاییندی تعهدپذیری در سلامت واحد  $5/98 \pm 2/26$  و در تعهدپذیری در سلامت واحد  $11/35 \pm 2/12$  بودند است. در طبقه‌بندی هریک از حیطه‌های تعهدپذیری در سلامت واحد، ۳۰/۳۷ درصد از افراد شرکت کننده دارای نگرش مطلوب، ۷۴/۳۰ درصد دارای عملکرد مطلوب، ۹۸/۲۲ درصد دارای پاییندی مطلوب و ۱۰/۳۵ درصد دارای تعهدپذیری مطلوب بودند (جدول ۲). ۸۰/۸۵ درصد از شرکت کنندگان مطالعه با کلمه و مفهوم سلامت واحد نا‌آشنا بودند. تنها ۴/۳

## پاییندی (۷۲/۰) 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	۱۵۵(۱۰/۱۰)
	کارمند	۲۶۸(۸/۸۰)
	دانشجو	۲۵۵(۸۶/۱۰)
قطع تحصیلی دانشجویان	کل	۲۹۶(۱۰۰)
	کارشناسی	۱۲۹(۵۰/۵۸)
	کارشناسی ارشد	۲۷۲(۲/۷۴)
	دکتری تخصصی	۱۶۶(۶/۲۸)
	دکتری عمومی	۱۰۳(۴۰/۴۰)
	کل	۲۵۵(۱۰۰)

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

متغیر	پاییندی	عملکرد	نگرش	تعهدپذیری در سلامت واحد	فراوانی(درصد)
متغیر	نامطلوب	قابل قبول	مطلوب	کل	فراوانی (درصد)
نامطلوب	۳۹(۱۳/۱۷)	۱۷(۵/۷۴)	۱۰/۳۵	۱(۲/۷۰)	۱
قابل قبول	۱۸۹(۶۳/۸۵)	۱۸۸(۶۳/۲)	۷۸(۲۶/۳۵)	۱۸۴(۶۲/۲۰)	۱۸۴(۶۲/۲۰)
مطلوب	۶۸(۲۲/۹۸)	۹۱(۳۰/۷۴)	۲۱۷(۷۳/۳۰)	۱۰۴(۳۵/۱۰)	۱۰۴(۳۵/۱۰)
کل	۲۹۶(۱۰۰)	۲۹۶(۱۰۰)	۲۹۶(۱۰۰)	۲۹۶(۱۰۰)	۲۹۶(۱۰۰)

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

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

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

P value	F	Df	متغیر	
.۰/۶	۲/۲۵	۴	نگرش	مقطع تحصیلی*
.۰/۶	۳/۲۵	۲		سمت افراد*
.۰/۳	۰/۷۱	۲۹۴		جنسیت**
.۰/۰۰۴	۳/۹۷	۴	عملکرد	مقطع تحصیلی*
.۰/۰۰۱	۶/۶۵	۲		سمت افراد*
.۰/۷	۰/۲۵	۲۹۴		جنسیت**
.۰/۰۰۲	۴/۲۸	۴	پاییندی	مقطع تحصیلی*
p<.۰۰۱	۷/۹۳	۲		سمت افراد*
.۰/۲	۰/۰۰۹	۲۹۴		جنسیت**
.۰/۰۰۱	۴/۵۴	۴	تعهدپذیری در سلامت واحد	مقطع تحصیلی*
p<.۰۰۱	۸/۲	۲		سمت افراد*
.۰/۳	۰/۱۹	۲۹۴		جنسیت**

\*\* Independent – Sampel T test

\*One- Way ANOVA test

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

عملکرد	پاییندی	همبستگی پرسون
r=.۰/۴۹	r=.۰/۴۱	نگرش
p<*.۰۰۱	p<*.۰۰۱	
-	r=.۰/۷۲	عملکرد
-	p<*.۰۰۱	
r=.۰/۹۰	r=.۰/۹۱	تعهدپذیری در سلامت واحد
p<*.۰۰۱	p<*.۰۰۱	

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

می‌باشد تا بتوان از آن طریق در جهت سلامت انسان، حیوان و محیط زیست به عنوان یک مجموعه واحد اقدام نمود. علاوه بر این پاییندی به عملکرد در موقعیت‌های 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 بادساز و همکاران، رسانه و خانواده؛ و در مطالعه نجفیان عوامل اجتماعی از فاکتورهای موثر در داشتن عملکرد بهتر در حفظ محیط زیست در افراد شرکت‌کننده بود (۱۶، ۱۷). بنابراین با شناخت نقش عوامل موثر در این امر مهم می‌توان در این راستا گام‌های مثبتی برداشت. در این مطالعه درصد عملکرد مطلوب و در حد مطلوب (در

## بحث و نتیجه گیری

همان‌گونه که در مقدمه متن بیان شد، ایده سلامت واحد یک نمونه از تغییر پارادایم است در روشی که درباره سلامت انسان، حیوان و جهان اندیشه‌یده می‌شود. هدف از انجام این مطالعه تعیین میزان تعهد در سلامت واحد و برخی عوامل موثر در آن در دانشجویان، کارکنان و اعضای هیأت علمی بود. با توجه به نتایج حاصل از مطالعه مشخص شده است که ۷۳/۳۰ درصد از شرکت‌کنندگان مطالعه دارای نگرش 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 برنامه‌های عملیاتی جهت بهبود عملکرد

زیست محیطی رابطه معنی داری 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 می باشد. اما در مطالعه کیانی، زنان بیشتر دوستدار محیط زیست بودند و اقدامات موثر در این زمینه را بیشتر انجام می دادند (۱۸). این تفاوت موجود می تواند ناشی از تفاوت در محیط مورد مطالعه ویژگی های دموگرافیک و اجتماعی افراد شرکت کننده در مطالعه بوده باشد. در این مطالعه بین میانگین نمره پایبندی، عملکرد و تعهد پذیری در اعضای هیات علمی و کارمندان نسبت به دانشجویان بالاتر بود. بالاتر بودن نمره عملکرد، پایبندی و تعهد پذیری در گروه اعضای هیات علمی و کارمندان را می توان به تجربه بیشتر آنها در زندگی شخصی و حتی خانوادگی انها نسبت داد، چرا که اکثر افراد در این گروه ها متاهل بوده و مسئولیت زندگی را بدوش گرفته اند، لذا در برابر رعایت مسائلی چون صرفه جویی در حامل های انرژی، حساس بوده و در برابر سلامتی خود و خانواده و سایر مواردی که در موضوع سلامت مطرح می باشد 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 معنی داری 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 می باشد، لذا در این مطالعه نشان داده شد با وجود اینکه تمامی افراد در سمت های مختلف دارای نمره نگرش برابر بودند، ولی دارای عملکرد متفاوت بین دو گروه هیات علمی و کارمندان با دانشجویان وجود دارد، در نتیجه این می تواند نشان دهنده دخالت عوامل دیگر مانند عدم آشنایی با مهارت های مورد نیاز در زمینه سلامت واحد باشد که دانشجویان در عملکرد در ارتباط با این موضوع ضعیفتر از سایر گروه ها عمل کردند. در این مطالعه نمره عملکرد، پایبندی و

مجموع ۹۴/۲۶٪) شرکت کنندگان در سطح قابل قبولی قرار دارند که نیاز به حفظ و بهبود آن در سطح کنونی از طریق حمایت های فردی، سازمانی و حتی سیاست گذاری ها 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 جمیعت انسانی و حیوانی برای افراد است. در این مسیر نیاز به آگاهی دادن 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 ۶۹/۶۰ بالای ۸۰ درصد اعلام شده است و اینکه ۶۹/۶۰ درصد از شرکت کنندگان عامل موثر در بهره برداری از فرصت های موجود جهت پیشگیری و کنترل عوامل بیماریزا را جمیعت انسانی دانسته اند که پاسخی درست به این پرسش نمی باشد.

همچنین شرکت کنندگان در این مطالعه به ترتیب سوم کشاورزی، مصرف خودسرانه دارو، استفاده از ظروف یکبار مصرف، روشن نمودن آتش در فضای سبز، استفاده از اسپری و افشاره، مصرف حامل های انرژی و در نهایت نگهداری از حیوانات خانگی را در سلامت جمیعت های انسانی موثر دانسته اند. نتایج مطالعه کیانی نیز نشان داد افزایش آموزش های اجتماعی و فرهنگی پیرامون محیط زیست و تبعات ناشی از مشکلات زیست محیطی، منجر به اهمیت پذیری بیشتر افراد جامعه در حفظ محیط زیست می شود (۱۸). نتایج مطالعه ادھمی نیز مoid همین مسئله می باشد که آموزش منجر به ایجاد مسئولیت در قبال محیط زیست می شود (۱۹)، در نتیجه به تبع آن با توجه به مفهوم سلامت واحد می تواند سلامت انسان و حیوان را در پی داشته باشد. به علاوه نتایج تحقیق نشان می دهد 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 فعالیت های

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، پاییندی و در نهایت در تعهدپذیری در سلامت واحد افراد تاثیر زیادی داشته باشد، همچنین همبستگی بین نگرش با تعهدپذیری کمتر از دو حیطه 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 بـاـکـدـ تـصـوـبـ وـ كـدـ اـخـالـقـ IR.MUI.REC.1396.1.218 و ۱۹۶۲۱۸ 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، پاییندی و تعهدپذیری دانشجویان مقطع تحصیلی دکتری تحصیلی بیشتر از دانشجویان مقطع دکتری عمومی بود. بالاتر بودن نمره عملکرد، پاییندی و تعهدپذیری در مقاطع تحصیلی کارشناسی ارشد و دکتری تحصیلی 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 پاییندی و عملکرد و در مجموع بر روی تعهدپذیری در سلامت واحد در این افراد داشته باشد.

### حدوده‌یت‌های پژوهش

عدم وجود مطالعات مشابه انجام شده در کشور جهت مقایسه نتایج و عدم وجود تناسب در تعداد افراد شرکت‌کننده در گروه‌های مختلف شرکت‌کننده 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](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 tomorrow. 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, Akbarzada 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.