

## بررسی سطح آگاهی و نگرش دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری

مهدی وثوقی نیری<sup>۱</sup>، غلامرضا جاهد<sup>۲</sup>، مرضیه عسگری<sup>۳</sup>،  
قادر درگاهی<sup>۴</sup>، حافظ گلستانی فر<sup>۵</sup>، سعید پرستار<sup>۶</sup>

۱- نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد مهندسی  
بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
*Email: mvn\_20@yahoo.com*

۲- دانشیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران  
۳- دانشجوی کارشناسی ارشد آمار زیستی، دانشکده  
بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
۴- دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت،  
دانشگاه علوم پزشکی تهران  
۵- دانشجوی کارشناسی ارشد مهندسی بهداشت محیط،  
دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
۶- دانشجوی کارشناسی ارشد مهندسی بهداشت محیط،  
دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
تاریخ وصول: ۹۰/۸/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۱/۴/۵

### چکیده

**مقدمه:** اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری یکی از  
اموری می‌باشد که می‌تواند با اجرای مناسب، خسارات  
ناشی از بلایا را بکاهد و بحران بهداشتی ایجاد شده را  
کنترل کند. این امر نیازمند آگاهی و دانش مسئولان  
بهداشت، امداد و نجات، دانشجویان بهداشت و حتی  
مردم در زمینه شرایط اضطراری است.

**روش‌ها:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی-پیمایشی  
است که به صورت مقطعی و با استفاده از پرسشنامه

محقق ساخته که روایی و پایایی آن بررسی گردیده،  
انجام شده است. پرسشنامه طراحی شده مشتمل بر  
سؤالاتی در زمینه اطلاعات فردی، سطح آگاهی و  
نگرش نسبت به اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری  
بوده است. این مطالعه در بین ۲۶۳ نفر از دانشجویان  
دانشگاه علوم پزشکی تهران که به روش نمونه‌گیری  
تصادفی طبقه‌ای متناسب با حجم انتخاب شدند، انجام  
شده است. آزمون‌های  $t$  تک نمونه‌ای، من ویتنی،  
کروسکال-والیس<sup>۱</sup> و  $t$  کندال آزمون‌های مورد استفاده  
در این مطالعه بوده‌اند. تمامی داده‌ها به وسیله نرم‌افزار  
SPSS16 تجزیه و تحلیل شده‌اند.

**یافته‌ها:** نتایج مطالعه نشان داد که ۱۱/۲ درصد  
دانشجویان آگاهی خوب، ۶۶/۷ درصد آگاهی متوسط،  
و ۲۲/۱ درصد آگاهی ضعیف و همچنین ۷۶/۴ در صد  
نگرش بینابینی نسبت به اقدامات بهداشتی در شرایط  
اضطراری دارند. در بین زنان و مردان از لحاظ میزان  
آگاهی و نگرش تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید. از  
نظر سطح آگاهی و نگرش تفاوت آماری معنی‌داری در  
بین گروه‌های سنی در سطح  $\alpha = 0/05$  مشاهده گردید.

**نتیجه‌گیری:** آگاهی مناسب نسبت به اقدامات  
بهداشتی در شرایط اضطراری یک امر مهم تلقی  
می‌گردد. به علت اینکه برخی از دانشجویان آگاهی  
خوبی در این زمینه ندارند، لازم است برای دانشجویان  
دانشگاه علوم پزشکی دوره‌های آموزشی در این رابطه  
گنجانده شود.

**کلمات کلیدی:** آگاهی، نگرش، اقدامات بهداشتی،  
شرایط اضطراری.

1- mann-whitney and kruskal-wallis

## مقدمه

وضع اضطراری موقعیتی است که در اثر یک بلای طبیعی که انسان در ایجاد آن نقشی ندارد و یا حادثه مهمی که ممکن است به طور اتفاقی توسط انسان ایجاد شده باشد، پدید می‌آید. بلایای طبیعی از هم گسیختگی جدی بخشی از جامعه است که موجب خسارت گسترده انسانی، مادی و محیطی می‌شود (۱، ۲، ۳). از ۴۱ نوع بلای طبیعی که در نقاط مختلف دنیا اتفاق افتاده، ۳۱ نوع آن در ایران به وقوع می‌پیوندد. بلایای طبیعی که بیشترین فراوانی را داشتند عبارتند از: زلزله، سیلاب، رانش، بیابان زایی، جنگل زدایی، توفان و موارد دیگر. زلزله در ۹۰ سال اخیر در ایران بیش از ۱۸۰ هزار نفر را کشته است. فقط در زلزله اخیر ۵/۶ ریشتری بم بیش از ۳۰ هزار نفر کشته و بیش از ۱۰ هزار نفر مجروح شدند؛ و رقم قابل توجه‌ای از این میزان مرگ و میر به علت ناآگاهی افراد در زمینه اقدامات بهداشتی بوده است (۴). به دنبال اغلب بلایا تعداد زیادی از مردم در معرض اثرات نامطلوب محیطی قرار می‌گیرند. یکی از نیازهای اولیه ایجاد فوری بهترین تسهیلات بهسازی کنترل بهداشت محیط در حدی است که اوضاع و منابع این امکان را می‌دهد (۱). اقداماتی که برای اوضاع اضطراری توصیه شده‌اند همان اقدامات بهداشتی در شرایط عادی است که کمی ساده‌تر شده‌اند. اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری که باید به آنها توجه شود شامل موارد زیر می‌باشد: نظارت بر تأمین سرپناه برای آسیب‌دیدگان، دسترسی کافی به آب آشامیدنی سالم و بهداشتی، بهداشت مواد غذایی، دفع بهداشتی فضلاب و مدفوع و زباله، مبارزه با ناقلین بیماری‌زا، ارزیابی خطر اپیدمی‌ها بعد از بلایا و غیره (۲، ۵، ۶، ۷). روشن است که یکی از اساسی‌ترین نیازهایی که باید در عملیات امداد به آن توجه شود تهیه فوری مناسب‌ترین

تسهیلات بهسازی و کنترل بهداشتی محیط است در حدی که امکانات و منابع موجود اجازه می‌دهد (۱، ۵، ۷). میزان موفقیت کنترل شرایط اضطراری نیازمند آگاهی جامعه و همکاری تخصص‌های مختلف می‌باشد. مداخله‌های اساسی مثل آموزش بهداشت، آگاهی‌های محیطی، الزامات اجتماعی و افزایش بودجه در توسعه به‌منظور جلوگیری از شیوع بیماری‌های متداول در کمپ‌ها و اردوگاه‌ها ضروری می‌باشد (۸، ۹، ۲). با آنکه اغلب بلایای طبیعی خارج از کنترل انسان به نظر می‌رسند، ولی خسارات و آسیب‌های ناشی از آنها به‌طور چشمگیری قابل کنترل است. افزایش آگاهی افراد اعم از مسئولان و مردم می‌تواند مفید واقع شود و از اپیدمی بیماری‌ها تا حدودی پیشگیری کند (۴، ۱۰، ۱۱).

قابل ذکر است که ارزش‌ها و باورهای یک فرد با او زاده نمی‌شود بلکه از طریق اطلاعاتی که از محیط و فرهنگ به دست می‌آورد شکل می‌گیرد و قدر مسلم آن است که عقاید و ارزش‌های شخص، باورهای فرد را در مورد نیازهای بشر، سلامتی، بیماری، انجام رفتار بهداشتی و نیز پاسخ‌ها و نهایتاً عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۱).

به‌منظور کاهش خسارات ناشی از بلایا می‌توان اقدامات را در سه دسته طبقه‌بندی کرد (۸، ۹، ۱۲):

۱. اقدامات قبل از حادثه
۲. اقدامات حین حادثه
۳. اقدامات بعد از حادثه

به نظر می‌رسد که آگاهی و نگرش افراد از اقدامات صورت گرفته، در سه مرحله نقش کلیدی داشته باشند. آگاهی و نگرش افراد می‌تواند باعث انجام اقدام مناسب در زمینه امور بهداشتی در شرایط اضطراری و نیز باعث کاهش اثرات بحران شود و سنجش این آگاهی و نگرش می‌تواند پایه‌ای برای برنامه‌ریزی

جدول شماره ۱: حجم جمعیت جامعه آماری و جامعه نمونه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران به تفکیک دانشکده ها در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۹۰

دانشکده ها	تعداد دانشجو	درصد جمعیت دانشکده ها	تعداد نمونه
پزشکی	۳۱۱۷	۴۱	۱۰۸
بهداشت	۱۲۵۵	۱۶	۴۳
داروسازی	۷۶۸	۱۰	۲۷
پیراپزشکی	۸۴۷	۱۱	۲۹
پرستاری	۷۰۰	۱۰	۲۴
دندانپزشکی	۶۵۰	۸	۲۲
توانبخشی	۲۷۵	۴	۱۰
جمع	۷۶۱۲	۱۰۰	۲۶۳

منبع: معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران

در این پژوهش برای گردآوری و جمع آوری داده ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شده است. این پرسشنامه در سه بخش تنظیم گردیده است: بخش اول شامل اطلاعات جمعیت شناختی، بخش دوم شامل ۱۰ سؤال سطح آگاهی و بخش سوم شامل ۱۰ سؤال نگرش می باشد. در بخش سطح آگاهی، به هر پاسخ صحیح یک نمره و به پاسخ نادرست صفر اختصاص داده شد. در بخش نگرش، چگونگی نگرش پاسخگویان با استفاده از طیف لیکرت و معیار درجه بندی ۱ تا ۵ صورت گرفت که این طیف با درجات کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، نظری ندارم (۳)، مخالفم (۲)، کاملاً مخالفم (۱) نشان داده شده است. با این مقیاس، هر پاسخگو می تواند نمره ای بین ۱۰ تا ۵۰ برای سؤالات مربوط به نگرش کسب نماید. در این پرسشنامه اعتبار ابزار با استفاده از اعتبار محتوای صوری بررسی شد؛ و برای تعیین پایایی در این پژوهش، طی یک پیش آزمون، ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که ضریب معادل ۰/۸۰ به دست آمد. این میزان نشان دهنده همسانی درونی بالا

آموزش و مشخص کردن نقاط ضعف اطلاعات افراد در زمینه اقدامات بهداشتی در شرایط بحرانی باشد.

تاکنون تحقیقات بسیار کمی در خصوص آگاهی و نگرش افراد در زمینه اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری در بین دانشجویان در ایران انجام شده است. با توجه به این مسئله، در این مطالعه به سنجش میزان آگاهی و نگرش دانشجویان نسبت به اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری پرداخته شده تا قدم کوچکی در این زمینه برداشته شده باشد.

## روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-پیمایشی است که به صورت مقطعی انجام گردیده است. جامعه مورد مطالعه شامل تمامی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۹۰ می باشد. براساس آخرین آماراخذ شده از معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تعداد دانشجویان این دانشگاه به تفکیک دانشکده، ۷۶۱۲ نفر گزارش شده است. حجم نمونه با بهره گیری از فرمول کوکران، برابر با ۲۶۳ نفر تعیین گردید. در این پژوهش از روش نمونه گیری تصادفی لایه ای یا طبقه ای استفاده شده است. لایه ها یا طبقه ها با توجه به پراکندگی دانشکده ها تعیین شده اند؛ و از آنجا که لایه ها یا طبقه های تشکیل شده از نظر حجم نابرابر است، از روش متناسب با حجم در هر لایه یا طبقه استفاده گردیده است. پس از تعیین حجم نمونه در هر لایه یا طبقه، برای انتخاب هر نمونه در لایه های مختلف از روش نمونه گیری تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) بهره گرفته شد. جدول شماره ۱ بیانگر حجم جامعه آماری و جامعه نمونه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران به تفکیک دانشکده هادر سال تحصیلی ۱۳۸۹-۹۰ است.

گردید که این فرض برای سؤالات ۳ و ۹ رد نمی‌شود اما برای بقیه سؤالات، این فرض رد می‌شود؛ لذا نتیجه می‌گیریم که افراد نمونه مورد مطالعه، آگاهی کافی از موارد مطرح شده در سؤالات ۱، ۵، ۸ و ۱۰ را ندارند، ولی در رابطه با سؤالات ۲، ۴، ۶ و ۷ اطلاع کافی دارند.

همچنین نتایج نشان داده است، میانگین سطح آگاهی دانشجویان نسبت به اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری برابر با ۵/۳۷ نمره و با انحراف معیار ۱/۵۴ و دامنه تغییرات ۰-۹ نمره بوده است. با توجه به اینکه در این مطالعه، نمره سطح آگاهی کل برابر با ۶ و یا بیشتر به عنوان ملاک تشخیص برای سطح آگاهی خوب قرار داده شده است، نتیجه‌گیری می‌شود که سطح آگاهی کلی افراد مورد مطالعه نسبت به اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری به مقدار جزئی از ملاک تشخیصی کمتر است.

در ادامه نتایج آزمون من ویتنی نشان داده است، تفاوت معنی‌داری در میزان سطح آگاهی دختران و پسران دانشجویان وجود نداشته است. بعلاوه، میزان سطح آگاهی دانشجویانی که سنوات تحصیل آنان به دو گروه بالای ۴ سال و زیر ۴ سال تقسیم شده بود، یکسان بوده است. همچنین با استفاده از آزمون کروسکال-ولیس مشاهده گردید، تفاوت معنی‌داری در رابطه با سطح آگاهی در بین دانشکده‌های مختلف وجود دارد. به طوری که دانشکده پرستاری دارای بیشترین میانگین رتبه ای و دانشکده پیراپزشکی دارای کمترین میانگین رتبه ای بوده است (جدول شماره ۴). در نهایت، سطح آگاهی دانشجویان با توجه به عامل سن نیز بررسی گردید که نتایج نشان داده است، تفاوت در سطح آگاهی دانشجویان با توجه به عامل سن نیز بررسی گردید که نتایج نشان داده است، لازم به ذکر است که میانگین رتبه ای سطح آگاهی دانشجویان با بالا رفتن سن، افزایش یافته است (جدول شماره ۵).

بین سؤالات این بخش است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار spss16 استفاده شد. از آنجاکه شاخص های سطح آگاهی و نگرش رتبه ای بوده است. از اینرو، برای مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها از آزمون‌های t تک نمونه ای، من ویتنی، کروسکال-ولیس و  $t_b$  کندانال استفاده شده است.

## یافته‌ها

از مجموع دانشجویان مورد بررسی ۵۵ درصد رادانشجویان دختر و ۴۵ درصد را دانشجویان پسر تشکیل داده اند. ۴۱ درصد از نمونه‌ها از دانشکده پزشکی، ۱۰ درصد از دانشکده داروسازی، ۱۶ درصد از دانشکده بهداشت، ۱۰ درصد از دانشکده پرستاری، ۱۱ درصد از دانشکده پیراپزشکی، ۸ درصد از دانشکده دندان پزشکی و ۴ درصد از دانشکده توانبخشی بوده اند. پاسخ دانشجویان نسبت به سؤالات سطح آگاهی در زمینه اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری در جدول شماره ۲ تهیه و تنظیم شده است.

در ابتدا برای سؤالات آگاهی درصد افراد پاسخ دهنده و انحراف معیار آنها محاسبه شد. برای سؤالات ۱، ۳، ۵، ۸ و ۱۰ این نسبت‌ها کمتر از ۰/۵ و برای بقیه سؤالات این نسبت‌ها بیشتر از ۰/۵ به دست آمد که در بین آنها سؤال ۵ (نحوه دفع زباله در شرایط اضطراری) با ۱۷ درصد کمترین تعداد پاسخ‌دهنده را داشته و سؤال ۲ (اپیدمی بیماری‌های محتمل‌تر در شرایط اضطراری) با ۹۳ درصد بیشترین تعداد پاسخ‌دهنده را داشته است (جدول شماره ۲). در مرحله بعد، از آزمون مقایسه یک نسبت با یک عدد ثابت استفاده شد و فرض برابری این نسبت‌ها با مقدار عددی ۰/۵ (درصد مورد انتظار برای پاسخ‌دهی در صورت پاسخ‌دهی شانسی یا نسبت در صورتی که نسبت برابری از افراد از این موضوع آگاه و ناآگاه‌اند) انجام شد و مشاهده

جدول شماره ۲: وضعیت سطح آگاهی دانشجویان نسبت به اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری و نتایج آزمون t تک نمونه ای

ردیف سؤال	سؤالات	آگاهی آگاهی	عدم آگاهی	درصد آگاهی	انحراف معیار	سطح معنی داری Sig
۱	در شرایط اضطراری، پیشگیری شامل کدام یک از موارد زیر می باشد؟	۹۸	۱۶۵	۳۷/۳	۰/۴۸۳	۰/۰۰۰
۲	بعد از وقوع بلا کدام یک از بیماری های زیر احتمال بیشتری دارد که اپیدمی شود؟	۲۴۸	۱۵	۹۴/۳	۰/۲۸۵	۰/۰۰۰
۳	کدام یک از مکان ها از نظر بهداشتی برای تهیه و توزیع مواد غذایی در شرایط اضطراری می تواند مناسب باشد؟	۱۲۷	۱۳۶	۴۸/۳	۰/۵	۰/۴۲۶
۴	ویژگی های غذای توزیع شده در شرایط اضطراری در ساعات اولیه چگونه باید باشد؟	۱۸۷	۷۶	۷۱/۱	۰/۴۵۹	۰/۰۰۰
۵	برای دفع زباله در شرایط اضطراری در اردوگاه ها بهترین روش کدام است؟	۴۵	۲۱۸	۱۷/۱	۰/۳۷۵	۰/۰۰۰
۶	بهترین نحوه تأمین آب آشامیدنی سالم در شرایط اضطراری در بین جمعیت در ساعات اولیه کدام گزینه می تواند باشد؟	۲۲۷	۳۶	۸۶/۳	۰/۳۵۸	۰/۰۰۰
۷	کدام یک از روش ها از ساده ترین راه های گندزدایی آب توسط خود افراد در شرایط اضطراری می تواند باشد؟	۱۹۸	۶۵	۷۵/۳	۰/۴۳۹	۰/۰۰۰
۸	کدام یک از روش های زیر مناسب ترین راه برای مبارزه با پشه در شرایط اضطراری در اردوگاه ها در طولانی مدت می باشد؟	۷۵	۱۸۸	۲۸/۵	۰/۴۵	۰/۰۰۰
۹	بهترین نقطه ای که ناظر بهداشت در شرایط اضطراری می تواند با کمترین نیروی انسانی در بهداشت مواد غذایی تاثیرگذار باشد کجاست؟	۱۳۶	۱۲۷	۵۱/۷	۰/۵۰۱	۰/۷۶۰
۱۰	در شرایط اضطراری کدامیک راحت ترین و آسان ترین روش احداث سیستم دفع فضولات می باشد؟	۹۱	۱۷۲	۳۴/۶	۰/۴۷۷	۰/۰۰۰

شناسی) و برای بقیه سؤالات بیشتر از ۳ بوده است. در مرحله، بعد تک تک این میانگین ها با استفاده از آزمون t تک نمونه ای با یک مقدار ثابت (میانگین فرضی معادل ۳ است) مورد بررسی قرار گرفت؛ و مشاهده شد که تفاضل همه این میانگین ها از میانگین فرضی

برای سؤالات نگرش هم میانگین و انحراف معیار هر سؤال محاسبه گردید که سؤال اول با میانگین ۴ بیشترین امتیاز و سؤال ۱۰ با ۲/۴۲ کمترین امتیاز را کسب کرده است. همچنین میانگین برای سؤالات ۹ و ۱۰ کمتر از ۳ (میانگین فرضی در صورت پاسخ دهی

انتظار در صورت پاسخ‌دهی شانس به تمام سؤالات برابر ۳۰ است)، مشاهده می‌شود که میزان نگرش دانشجویان نسبت به اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری بیشتر از میانگین موردانتظار (میانگین فرضی) بوده است. بعلاوه، انجام آزمون t تک نمونه ای نیز این تفاضل را معنی‌دار نشان داده است و می‌توان نتیجه‌گیری کرد که نگرش کلی افراد مورد مطالعه در مورد مباحث مطرح شده مثبت بوده است. جدول شماره ۳ بیانگر نتایج فوق‌الذکر است.

معنی‌دار است و می‌توان گفت که نگرش افراد نمونه مورد مطالعه برای سؤالات ۹ و ۱۰ به‌طور معنی‌داری به منفی بودن، ولی برای بقیه سؤالات بیشتر به مثبت بودن، گرایش دارد.

همچنین نتایج نشان داده است، میانگین میزان نگرش دانشجویان نسبت به اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری برابر با ۳۴/۸۸ نمره با انحراف معیار ۳/۷۷ و دامنه تغییرات ۲۱-۴۵ نمره بوده است. با مقایسه این میانگین با میانگین فرضی (مقدار مورد

جدول شماره ۳: میزان نگرش دانشجویان نسبت به اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری و نتایج آزمون t تک نمونه ای

ردیف سؤال	سؤال	نگرش مثبت	نگرش منفی	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری Sig
۱	در شرایط اضطراری آیا قطع آب و برق، تأمین مواد غذایی سالم و بهداشتی را با اشکال مواجه می‌کند؟	۱۸۱	۱۳	۴/۰۰	۰/۹۲۰	/۰۰۰
۲	تهویه طبیعی بهترین روش تهویه هوای داخل چادر می‌باشد؟	۱۴۵	۱۰	۳/۷۱	۰/۹۵۲	/۰۰۰
۳	در شرایط اضطراری به منظور هدایت فاضلاب از توالت‌های صحرائی، کانال‌های شیب‌دار روباز کافی می‌باشد؟	۱۲۱	۱۸	۳/۴۵	۱/۲۰۲	/۰۰۰
۴	شفاف بودن آب چشمه در شرایط اضطراری می‌تواند به عنوان آب آشامیدنی سالم در نظر گرفته شود؟	۱۵۷	۱۸	۳/۸۳	۱/۱۴۶	/۰۰۰
۵	در شرایط اضطراری کنترل آزمایشگاهی بر مواد غذایی و آب مشکل می‌باشد؟	۱۵۵	۱۲	۳/۸۳	۱/۰۰۹	/۰۰۰
۶	جهت سهولت خدمات‌رسانی و کنترل بیماری‌های واگیر باید اردوگاه بزرگ باشد؟	۱۶۵	۲۲	۳/۷۱	۱/۰۷۷	/۰۰۰
۷	در روش دفع فضولات در داخل سیستم ترانشه بعد از هر استفاده باید از خاک برای پوشش استفاده شود؟	۱۴۲	۱۰	۳/۶۴	۱/۰۱۸	/۰۰۰
۸	بهتر است از چادرهای کوچک در شرایط اضطراری استفاده شود تا تعداد کمتری در هر چادر جایگزین شوند؟	۱۴۶	۱۵	۳/۶۹	۱/۰۷۲	/۰۰۰
۹	در شرایط اضطراری در اکثر مواقع آیا پر کردن اراضی پست با زیاله بهترین روش برای دفع نهایی است؟	۶۸	۴۹	۲/۸۱	۱/۱۵۱	/۰۰۰
۱۰	استفاده از روش جوشاندن برای تأمین آب آشامیدنی سالم ساکنان در اردوگاه برای مسئولان بهداشت راحت‌ترین روش می‌باشد؟	۳۸	۶۹	۲/۴۲	۱/۰۸۸	/۰۰۰

جدول شماره ۵: میانگین رتبه‌ای سطح آگاهی و نگرش دانشجویان نسبت به اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری به تفکیک گروه های سنی

رتبه آگاهی	گروه سنی ۱	گروه سنی ۲	گروه سنی ۳
رتبه نگرش	۵/۱	۵/۴	۵/۷
میانگین	۳۴/۴	۳۵/۵	۳۵/۷

در پایان نیز برای بررسی وجود ارتباط بین متغیرهای سطح آگاهی و نگرش از آزمون  $t_b$  کندال استفاده شد. برای این کار ابتدا متغیر میزان نگرش به سه گروه افراد با نگرش مثبت، خنثی و منفی و متغیر سطح آگاهی نیز به سه گروه افراد با آگاهی خوب، متوسط و ضعیف تقسیم شدند، سپس آزمون گرفته شد اما ارتباط آماری آشکاری مشاهده نگردید؛ لذا می‌توان گفت که بین سطح آگاهی و نگرش دانشجویان ارتباط معنی دار آماری وجود ندارد. به سخن دیگر، نمی‌توان گفت اگر آگاهی فردی بیشتر باشد، نگرش او مثبت‌تر یا منفی‌تر خواهد بود و یا بر عکس.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد کمتر از ۲۲ درصد دانشجویان دارای آگاهی و نگرش خوب نسبت به اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری می‌باشند. مطالعه‌ای که توسط اصل هاشمی (۱۳۸۸) انجام شد، نیز نشان داد وقتی مداخله به صورت آموزش اقدامات بهداشتی صورت گیرد، در آگاهی و نگرش افراد به ترتیب ۱۲/۹ درصد و ۵۷/۸ درصد بهبود حاصل می‌شود، درحالی که در گروه شاهد تفاوت معنی‌دار

در ادامه نتایج آزمون من ویتنی نشان داده است، تفاوت معنی‌داری در میزان نگرش دختران و پسران دانشجویان نسبت به اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری وجود نداشته است. بعلاوه، میزان نگرش دانشجویانی که سنوات تحصیل آنان به دو گروه بالای ۴ سال و زیر ۴ سال تقسیم شده بود، یکسان بوده است. همچنین با استفاده از آزمون کروسکال-والیس مشاهده گردید، تفاوت معنی‌داری در رابطه با میزان نگرش دانشجویان در بین دانشکده های مختلف وجود دارد. به طوری که دانشجویان دانشکده بهداشت دارای بیشترین میانگین رتبه ای و دانشجویان دانشکده پزشکی دارای کمترین میانگین رتبه ای بوده است (جدول شماره ۴). در نهایت، میزان نگرش دانشجویان با توجه به عامل سن نیز بررسی گردید که نتایج نشان داده است، تفاوت در سطح  $\alpha=0/05$  معنی دار بوده است. لازم به ذکر است که میانگین رتبه ای میزان نگرش دانشجویان با بالا رفتن سن، افزایش یافته است (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۴: میانگین رتبه‌ای سطح آگاهی و نگرش دانشجویان نسبت به اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری به تفکیک دانشکده ها

دانشکده ها	تعداد	میانگین رتبه‌ای سطح آگاهی	میانگین رتبه‌ای نگرش
پزشکی	۱۰۸	۱۳۰/۱۶	۱۱۸/۶۴
بهداشت	۴۳	۱۵۱/۵	۱۵۴/۲۵
داروسازی	۲۷	۱۴۸	۱۴۰/۲۹
پیراپزشکی	۲۹	۱۱۰/۹۵	۱۱۹/۶۶
پرستاری	۲۴	۱۶۰/۱۵	۱۵۴/۱۳
دندان پزشکی	۲۲	۱۱۱/۸۸	۱۴۸/۳۸
توانبخشی	۱۰	۱۱۵/۲۴	۱۴۱/۸۸

اضطراری است؛ زیرا این غذاها با احتمال کمتری در ساعت‌های اولیه فاسد می‌شوند.

در مجموع، آگاهی داشتن افراد از مسائل بهداشتی و اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری می‌تواند آنان را در مقابله با حوادث کمک و از انتقال بیماری‌ها در آن شرایط جلوگیری کند و آسیب‌های ناشی از آن را به حداقل برساند. در مطالعه حاضر هر چند بیش از ۷۰ درصد آگاهی متوسط داشتند، ولی کمتر از ۲۲ درصد از دانشجویان دارای آگاهی خوب نسبت به اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری بودند. بنابراین با توجه به اهمیت این موضوع ضروری است تمهیدات خاصی برای بالا بردن سطح آگاهی و نگرش دانشجویان انجام گیرد.

### پیشنهادات

با توجه به بررسی به عمل آمده پیشنهادات زیر ارائه می‌گردد:

- ۱- برنامه‌های آموزشی در زمینه اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری برای دانشجویان در دانشگاه‌ها تدوین گردد؛
- ۲- گنجاندن واحدهای درسی در زمینه اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری می‌تواند مفید واقع شود؛
- ۳- هماهنگی دانشگاه‌ها با سازمان‌های مرتبط مثل هلال‌احمر و صدا و سیما برای کمک به بالا بردن سطح آگاهی دانشجویان و مردم؛
- ۴- تهیه و توزیع پمفلت‌های آموزشی در این زمینه در بین دانشجویان، کارمندان مربوطه و عموم.

### سپاسگزاری

این طرح با حمایت‌های مالی مرکز تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گردید، بدین وسیله نهایت قدردانی و سپاسگزاری از این مرکز به عمل می‌آید.

آماري در خصوص آگاهی و نگرش در بین آزمودنی‌ها مشاهده نشده بود (۱۳). در مطالعه‌ای که توسط ایمانی فر و همکارانش (۱۳۷۹) انجام شد، مشخص گردید آگاهی معلمان در زمینه بهداشت محیط برابر ۲۷ درصد بوده است (۱۴). همچنین در مطالعه انجام شده توسط رضایی و همکاران (۱۳۷۹) تحت عنوان بررسی اطلاعات شهروندان اراکی در برخورد با بلایای طبیعی در زمان وقوع بلایا، به این نتیجه رسیدند که ۴۷/۳ درصد از افراد مورد مطالعه، اطلاعات بسیار کمی در مورد بلایای طبیعی داشتند و تنها ۴/۳ درصد افراد اطلاعات خوبی در این رابطه داشتند (۱۵). در پژوهش حاضر نتایج نشان داده است، بین عامل جنسیت و سطح آگاهی و نگرش دانشجویان نسبت به اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. درحالی‌که در مطالعه‌ای که توسط مصداقی نیا و همکاران (۱۳۸۷) انجام گرفته بود، مشخص شد که آگاهی زنان در مورد بهداشت محیط نسبت به مردان مناسب‌تر می‌باشد (۱۶). در پژوهش حاضر بالاترین میانگین سؤال سطح آگاهی مربوط به اپیدمی بیماری‌ها و کمترین آن مربوط به نحوه دفع مواد زائد بود. در مطالعه انجام شده توسط منصور (۱۳۸۰) تحت عنوان بررسی آگاهی کارکنان بهداشت مرکز استان کرمانشاه در مورد بلایای طبیعی و عوارض ناشی از آن، بیان شده است، کمترین میزان آگاهی در خصوص روش‌های سالم‌سازی، بهسازی و حفظ حریم آب پس از وقوع بلایای طبیعی و بالاترین میزان سطح آگاهی در خصوص شناخت بلایای طبیعی و عوارض ناشی از آن بوده است (۱۷). بیش از ۹۰ درصد دانشجویان معتقدند بیماری‌های اسهالی بعد از وقوع بلایای طبیعی، احتمال بیشتری دارد که اپیدمی شود. همچنین ۷۰ درصد دانشجویان معتقدند غذاهایی که نیاز به پخت و پز ندارند، غذاهای مناسب در ساعات اولیه در شرایط



## References

1. Asl Hashemi A. *Health Actions in Emergencies (1)*. Medical Sciences of Tabriz University, 1994;1-102. [In Persian]
2. Assar M. *Environmental Health Guidance in Disaster*. Nashre Daneshgahi publication, 1984; 1-34. [In Persian]
3. Asl Hashemi A. *Health Actions in Emergencies (1)*. Medical Sciences of Tabriz University. 1995; 17-66. [In Persian]
4. *National Report of the Islamic Republic of Iran on Disasters Reduction, World Conference on Disaster Reduction; 2005 18th-22nd January Kobe, Hyogo, Japan; 2005. p. 12-32*
5. Guide AP. *Environmental health in emergencies and disasters*. 2002
6. Brian R. Golob, *Environmental Health Emergency Response guide*. 2007 August.
7. *Environmental Health in Emergencies. Kathmandu: World Health Organization; Report No. 20, March 2007.*
8. Becker SM. *Environmental disaster education at the university level: an integrative approach*. *Safety science*. 2000; 35(1-3):95-104.
9. Abu Mourad TA. *Palestinian refugee conditions associated with intestinal parasites and diarrhea: Nuseirat refugee camp as a case study*. *Public Health*. 2004; 118(2):131-42.
10. Mahvi AH, Isalo M. *Environmental Health engineering in the tropics*. Jihad Daneshgahi Medical of sciences of Tehran University. 1992. [In Persian]
11. Taylor CR, Lillis C, LeMone P, LeBon M, Lynn P. *Study Guide for Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care*, Lippincott Williams & Wilkins; 2010
12. Waterkeyn J, Cairncross S. *Creating demand for sanitation and hygiene through Community Health Clubs: A cost-effective intervention in two districts in Zimbabwe*. *Social Science & Medicine*. 2005; 61(9):1958-70.
13. Asl Hashemi A. *The course of providing emergency health measures in increasing students' knowledge and attitudes*. *Journal of Medical Education Development Zanjan*. 2009;9. 1-15. [In Persian]
14. Imanifar M, Hosseini Tabatabayi MH. *Primary school teachers' knowledge of the health needs of students*. *Tabibe shargh*. 3. 2000. [In Persian]
15. Rezaee AA. *Details of Arak citizens in dealing with in the event of natural disasters*. *Sixth National Congress on Environmental Health*. 2001; 59. [In Persian]
16. Mesdaghiniya A, Naseri S, Jafari A, et al. *Knowledge of Tehran's residents from environmental pollution and health effects*. *Journal of Medical Sciences, Lorestan*; 3. 2008. 9-13. [In Persian]
17. Mansouri F, Leghayi Z. *Knowledge of health workers in the Kermanshah Province of natural disasters and its complications*. *Fourth Conference on Environment Persian 2002*: 213. [In Persian]