

تصویر سلامت

دوره ۲ شماره ۱ سال ۱۳۹۰ صفحه ۲۱ - ۱۶

تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی در مدیریت بهداشتی آب آشامیدنی و مراکز تهیه و توزیع مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی

حسین جباری بیرامی^{۱*}، فریبا بخشیان^۲، رضا اسدزاده^۳، ژילה خامنیان^۴

چکیده

زمینه و اهداف: پزشک خانواده در رأس تیم سلامت مسئولیت نظارت بر بهداشتی بودن آب شرب، مراکز تهیه و توزیع مواد خوردنی، آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی عهده دار است. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر مدیریت موارد فوق در دانشگاه علوم پزشکی تبریز در خلال سال های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۹ اجرا گردیده است.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی - مقطعی سه مرکز بهداشتی و درمانی از سه شهرستان به عنوان نمونه انتخاب و داده ها از پرونده های بهداشت محیط در دو مقطع قبل و بعد از اجرای پزشک خانواده بصورت تمام شماری در مورد آب و نمونه گیری در مورد عرضه کنندگان مواد خوراکی آشامیدنی و بهداشتی جمع آوری و در نرم افزار SPSS ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: در این مطالعه، در مقطع بعد از اجرای طرح پزشک خانواده فرایندهای کنترلی آب آشامیدنی در بعد کلرسنجی تقریباً دوبرابر و در نمونه برداری های میکروبی از آب نیز به یک و نیم برابر افزایش یافته است. یافته ها بهبود مدیریت بهداشتی آب آشامیدنی و تا حدودی مراکز تهیه و توزیع مواد خوردنی، آرایشی را بعد از اجرای طرح پزشک خانواده نشان می دهند .

بحث و نتیجه گیری: با وجود بهبود حیطه های کنترل بهداشتی آب آشامیدنی در مقاطع بعد از اجرای طرح پزشک خانواده، بازنگری در شرح وظایف و چک لیست ارزشیابی فعالیت پزشکان خانواده در حیطه های آب آشامیدنی و مراکز عرضه مواد خوردنی، آرایشی و بهداشتی ضروری به نظر می رسد.

کلیدواژه ها: پزشک خانواده، مدیریت بهداشتی آب، مراکز تهیه و توزیع مواد خوردنی و آرایشی

۱. دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم

پزشکی تبریز (Email: hosseinhosseinJ@yahoo.com)

۲. کارشناس ارشد مامایی، همکار قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳. دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۴. متخصص پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

دستیابی به بالاترین حد ممکن سلامت، اصلی ترین هدف و فلسفه وجودی نظام سلامت می باشد. برای حفظ و بالا بردن سلامت مردم تحت پوشش، نظام سلامت بایستی خدمات سلامت مورد نیاز مردم را تدارک نماید (۱). وضعیت سلامت هر فرد، جامعه و ملتی تحت تاثیر متقابل و تلفیق دو محیط داخلی و پیرامونی می باشد. تحقیقات مختلف نشان داده است که محیط فیزیکی و اجتماعی یکی از عوامل خطرزای مؤثر بر وضعیت بهداشت مردم جهان می باشد (۲). به طوری که سالانه ۵ میلیون کودک صفر تا ۱۴ ساله بویژه در کشورهای در حال توسعه از بیماری های مرتبط با محیط زندگی، آموزش و بازی جان خود را از دست می دهند در حالی که این مرگ ها غالباً قابل پیشگیری اند (۳).

در ارتباط با عوامل محیطی تهدید کننده سلامت، خدمات بهداشت محیط در نظام شبکه های بهداشتی و درمانی از زمان اجرای مراقبت های بهداشتی اولیه به شکل گسترده و به عنوان جزء مهم PHC به مرحله اجرا گذاشته شده است (۴). خدمات بهداشت محیط در واقع کاربرد روش های فنی به منظور ارتقا و بهبود شرایط بهداشتی جامعه است و در برگیرنده خدماتی چون تأمین و نظارت بر سلامت آب آشامیدنی، کنترل مراکز تهیه، توزیع و نگهداری و فروش مواد خورده، آشامیدنی و آرایشی، اماکن عمومی، کنترل دفع فضولات حیوانی و انسانی، مدیریت مواد زاید جامد (زباله ها) و بهداشت مدارس و غیره می باشد (۵).

مدیریت تأمین آب جهت مصارف شهری و عمومی از جنبه های بهداشتی بسیار با اهمیت است؛ به طوری که بیش از ۸۰ درصد از بیماری ها در سطح دنیا را بیماری های با منشأ آب تشکیل می دهند. بنابراین کنترل کیفیت آب و جلوگیری از بروز بیماری های منتقله از آب بسیار حیاتی است (۶). به علاوه غذا و تغذیه از تعیین کننده های مهم سلامت، بیماری و در نهایت بهره وری جامعه است. همه این ها نیازمند خط مشی های مبتنی بر مقررات و برنامه های کنترلی مؤثر است. به عبارت دیگر مسئولین بهداشت مواد غذایی بایستی به تمام مراحل تهیه، فرآوری، انتقال، توزیع و فروش نظارت داشته باشند (۵).

مطالعات مختلف انجام شده در نقاط مختلف کشور در سال های اخیر از جمله بررسی شاخص های فیزیکی و شیمیایی آب در اردبیل (۷) روستاهای استان تهران (۸) یا وضعیت بهداشتی استخرهای شنای شهر بندرعباس (۹) بهداشت محیط بیمارستان های قم (۱۰) نانوایی های شهر رفسنجان (۱۱) دیدگاه های مردم در خصوص بازیافت مواد زاید جامعه (۱۲) وضعیت بهداشت محیط فروشگاههای مواد غذایی اصفهان (۱۳) روستاهای شهرستان رزن (۱۴) همگی حاکی از ضرورت توجه بیشتر به این مهم (کنترل عوامل

محیطی تهدید کننده سلامت) می باشد تا همزمان با تلاش های بین المللی بتوانیم به هدف مهم توسعه هزاره MDGs (حفظ محیط زیست) رسیده و سلامت افراد جامعه را ارتقاء بخشیم (۱۵).

از سوی دیگر محققین و دست اندرکاران بهداشت عمومی در سراسر جهان بر نقش منابع انسانی در بهبود کمیت و کیفیت خدمات و در نهایت بر ارتقای سلامت انسان تاکید می نمایند و مدیریت صحیح منابع انسانی برای تدارک خدمات سلامت با کیفیت بالا را بسیار ضروری می دانند (۱۶). با اجرای برنامه پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ در کشور، پزشکان عمومی (خانواده) در رأس تیم سلامت موظف به هدایت و ارایه خدمات مختلف از جمله خدمات بهداشت محیط شدند (۵) که این مسئولیت ها در ابعاد جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت و هماهنگی با سایر بخش ها را انجام می دهند. پزشک خانواده وظیفه نظارت بر تدارک آب آشامیدنی سالم، کنترل و نظارت بر بهداشت اماکن و مراکز تهیه و توزیع مواد خورده، آشامیدنی و بهداشتی را با هدایت تیم سلامت شامل: بهورز، کاردان ها و کارشناس بهداشت محیط برعهده دارد (۶). انتظار می رود که با استقرار طرح پزشک خانواده کمیت و کیفیت خدمات بهداشت محیط توسعه یابد.

مطالعات مختلف نشان دادند که افزایش حضور پزشک، ماما و پرستار در کشور اندونزی منجر به ارتقای کیفیت خدمات و در نهایت ارتقای سلامت کودکان گردید (۱۶). در مطالعه دیگر انجام شده در شهر تبریز کاهش تعداد کارکنان ستادی تأثیری بر فعالیت های بهداشت محیط و سایر خدمات در واحدهای محیطی نگذاشت (۱۵).

از زمان اجرای طرح پزشک خانواده در کشور تاکنون مطالعه ای جهت تعیین میزان تأثیر این طرح بر بهبود کیفیت خدمات بهداشت محیط و به طور ویژه بر میزان آب آشامیدنی و اماکن عمومی و مراکز مواد غذایی صورت نگرفته و یا گزارش نشده است. لذا این مطالعه با هدف بررسی عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی در مدیریت بهداشتی آب آشامیدنی قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده انجام گرفته است.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی بود که در آن سه مرکز بهداشتی و درمانی با جمعیت تحت پوشش ۴۰ هزار نفر از سه شهرستان با شرایط اقتصادی نسبتاً مشابه شامل شهرستانهای تبریز (شهر خسروشهر)، اسکو (شهر اسکو)، و آذرشهر (شهرگوان) به عنوان نمونه انتخاب شدند. روش نمونه گیری به روش آسان بود. در هر یک از شهرهای فوق

تمامی پرونده های مربوط به آب در سال های مطالعه به عنوان نمونه مطالعه و در بخش نظارت و کنترل بر اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع مواد خوردنی، آشامیدنی و بهداشتی حدود سی درصد پرونده ها به روش نمونه گیری تصادفی آسان انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها در دو مقطع ۸۱-۸۳ (قبل از پزشک خانواده) و ۸۵-۸۷ (بعد از پزشک خانواده) گروه بندی و در نرم افزار ۱۶ spss تجزیه و تحلیل شدند و از آنجایی که طرح پزشک خانواده در سال ۸۴ در کشور راه اندازی گردید، لذا سال ۸۴ به عنوان سال استقرار طرح در مطالعه منظور نشده است تا عوامل مخدوش کننده مربوط به سال مطالعه کنترل گردد. به علاوه برای کنترل روند ارایه خدمات سال های اخیر (۱۳۸۸ و ۱۳۸۹) نیز در مطالعه (گروه سوم) وارد و داده های مربوطه جمع آوری و آنالیز گردید. یافته های مطالعه با استفاده از روش های آمار توصیفی در جداول و نمودارهای مربوطه نمایش و از آنجا که در غالب موارد مستندات مورد بررسی قرار گرفته اند به تحلیل های آماری گسترده و پیشرفته وارد نشده ایم.

یافته ها

در این مطالعه جمعیت حدود ۴۰/۰۰۰ نفری تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی اسکو، خسروشهر و گوگان به ترتیب از سه شهرستان اسکو، تبریز و آذرشهر از نظر خدمات تعریف شده برای واحد بهداشت محیط نظام شبکه های بهداشتی و

درمانی کشور مطالعه شدند. در هر یک از شهرهای فوق الذکر قبل از اجرای طرح پزشک خانواده تعداد یک نفر پزشک به عنوان مسئول مرکز و تیم سلامت و به تبع آن واحد بهداشت محیط مشغول کار بودند که بعد از اجرای طرح در سال ۸۴ تعداد پزشکان عمومی (خانواده) شاغل به ۲ نفر پزشک افزایش یافتند و در شرح وظایف محوله آنان که مبنای ارزشیابی و پرداخت حقوق و مزایا نیز می باشد خدمات بهداشت محیط مورد تاکید قرار گرفته و ۲۰۰ امتیاز از کل امتیاز عملکردی به این امر اختصاص داده شده است. از سوی دیگر در مراکز مورد بررسی تعداد یک تا سه نفر کارشناس یا کاردان بهداشت محیط مشغول ارایه خدمات بودند. به منظور تحلیل بهتر روند، یافته های این مطالعه در سه مقطع قبل پزشک خانواده (سالهای ۸۱-۸۳)، بعد از اجرای طرح پزشک خانواده (سالهای ۸۵-۸۷) و سالهای اخیر بعد از اجرای طرح (سالهای ۸۸ و ۸۹) نمایش و تحلیل می شوند. جدول شماره یک مشخصات کلی واحدهای مورد مطالعه از نظر جمعیت و پرسنل شاغل را نشان می دهد. به طوری که جدول نشان می دهد در سال های مطالعه با وجود دو برابر شدن پزشکان در اثر اجرای طرح پزشک خانواده، تعداد کارکنان بهداشت محیط تغییر چندانی نداشته و فقط در یکی از مراکز، تعداد آنها یک نفر اضافه شده و در کل از ۴ نفر به ۵ نفر افزایش یافته اند.

جدول شماره ۱. جمعیت و کارکنان مسئول خدمات بهداشت محیط در شهرهای مورد مطالعه

مشخصات شهر کلی	جمعیت تحت پوشش	تعداد پزشکان شاغل			کارمندان بهداشت محیط		
		۸۱ - ۸۳	۸۵ - ۸۷	۸۸-۸۹	۸۱ - ۸۳	۸۵ - ۸۷	۸۸ - ۸۹
۱	۱۷۰۰۰	۱	۲	۲	۲	۲	۲
۲	۱۲۳۰۰	۱	۲	۲	۱	۲	۲
۳	۱۲۱۰۰	۱	۲	۲	۱	۱	۱
کل	۴۱۴۰۰	۳	۶	۶	۴	۵	۵

برابر $8/803 \pm 56/00$ نوبت در سال های اخیر ۱۰/۹۱۴ $\pm$ ۶۹/۱۷ بار صورت گرفته است و بدین ترتیب افزایش حدود ۲ برابری را نشان می دهد. بررسی روند فرایند فوق در مقاطع مطالعه نیز نتایج مشابهی را نشان می دهد. فرایند کلر سنجی به منظور تعیین مقادیر نرمال و قابل قبول کلر در آب صورت می گیرد که در بررسی های فوق الذکر در مقاطع سه گانه مقادیر نرمال کلر باقی مانده به ترتیب برابر ۹۶/۲۱ %، ۹۸/۰۱ و در مقطع سال های اخیر برابر ۹۷/۳۳ درصد بود.

مدیریت بهداشتی آب آشامیدنی در این مطالعه شامل وضعیت کنترل آب آشامیدنی، بررسی روند کلر سنجی از آب آشامیدنی، روند موارد نمونه برداری آب آشامیدنی و روند بررسی میکروبی از آب آشامیدنی در مقاطع مطالعه می باشد؛ که نتایج در جدول شماره ۲ و ۳ نشان داده شده اند. مطابق یافته های نشان داده شده در جدول شماره ۲ کلر سنجی از آب شرب به عنوان وظیفه مهم مراکز بهداشتی درمانی در سال های مطالعه در مقطع قبل از پزشک خانواده برابر $7/184 \pm 35/11$ نوبت و در مقطع بعد پزشک خانواده

جدول شماره ۲. وضعیت کنترل آب آشامیدنی در جامعه مورد مطالعه

متغیرهای کنترل آب	موارد کلرسنجی از آب در ماه			موارد مطلوب کلر باقی مانده در ماه		
	۸۱ - ۸۳	۸۵ - ۸۷	۸۸ - ۸۹	۸۱ - ۸۳	۸۵ - ۸۷	۸۸ - ۸۹
جمع در هر ماه مرکز	۳۱۶	۵۰۴	۴۱۵	۳۰۴	۴۹۴	۴۲۱
میانگین در هر ماه مرکز	۳۵/۱۱ ± ۷/۱۸	۵۶/۰۰ ± ۸/۸۳	۶۹/۱۷ ± ۱۰/۹۶	۳۳/۷۸ ± ۶/۷۷	۵۴/۸۹ ± ۹/۶۲	۷۰/۱۷ ± ۱۱/۱۰۷

جدول شماره ۳. وضعیت کنترل میکروبی آب آشامیدنی در جامعه مورد مطالعه

متغیرهای کنترل میکروبی	موارد نمونه برداری میکروبی از آب در سال مطالعه			موارد نمونه های مثبت از نظر میکروبی در سال مطالعه		
	۸۱ - ۸۳	۸۵ - ۸۷	۸۸ - ۸۹	۸۱ - ۸۳	۸۵ - ۸۷	۸۸ - ۸۹
جمع موارد (در مراکز مورد مطالعه)	۶۷۰	۷۹۴	۶۲۶	۳	۳	۴
میانگین در هر ماه مرکز	۱۱/۱۰ ± ۷۰/۱۷	۶/۰۱ ± ۷۴/۴۴	۱۴/۷۶ ± ۱۰۴/۳۳	۱۰ ± ۰/۳۳	۱۰ ± ۰/۳۳	۸۴ ± ۰/۶۷

موارد و در مقطع دوم نیز ۰/۶۷ موارد مثبت گزارش شده اند. نتایج فوق در جدول شماره ۳ نشان داده شده اند. بر اساس قوانین و آیین نامه ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی کلیه اماکن و مراکز مرتبط بایستی در آغاز فعالیت با تشکیل پرونده و احراز و کسب صلاحیت بهداشتی و بطور مداوم تحت کنترل مراکز بهداشتی و درمانی قرار گیرند که در این ارتباط ۴۵۰ پرونده اماکن و مراکز مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج آنها در جدول شماره ۴ نشان داده شده اند.

از دیگر پارامترهای کنترل آب شرب انجام آزمایشات میکروبی است که این اقدام مهم در مقطع قبل پزشک خانواده بطور میانگین در هر سال ۱۱/۲۸۲ ± ۷۴/۴۴ بار و در سه سال اول بعد طرح پزشک خانواده برابر ۶/۰۷۸ ± ۸۸/۲۲ بار و در هر دو سال اخیر به تعداد ۱۴/۷۶ ± ۱۰۴/۳۳ بار انجام شده است که افزایش ۵۰ درصدی را نشان می دهد. نتیجه مهم این بررسی میکروبی درصد موارد مثبت در جواب آزمایشات می باشد که در مقطع اول و دوم ۰/۳۳

جدول شماره ۴. مشخصات واحدها و اماکن مورد مطالعه

مقطع زمانی	فراوانی واحدهای مورد مطالعه	فراوانی نسبی واحدهای قابل قبول از نظر آئین نامه ماده ۱۳	فراوانی نسبی شاغلین دارای کارت معاینه بهداشتی	بازدید های انجام شده از هر امکنه و مرکز (نوبت در سال)	معرفی به مراجع قضایی	تعطیلی مراکز
قبل پزشک خانواده ۸۳-۸۱	۱۴۵	۷۳/۱	۹۲/۴	۳/۲۵ ± ۱/۰۸	۲/۲۱ ± ۰/۴۷۴	۱/۲۹۹ ± ۰/۲۹۹
بعد پزشک خانواده ۸۷-۸۵	۱۵۸	۸۳/۵	۹۸/۱	۴/۳۴ ± ۱/۴۸	۱/۱۶ ± ۰/۴۹۰	۰/۰۶ ± ۰/۲۴۴
سالهای اخیر	۱۰۴	۸۷/۵	۹۷/۳	۴/۷۳ ± ۱/۸۶	۰/۰۸ ± ۰/۳۶۲	۰/۰۵ ± ۰/۲۱۶

دارای کارت بهداشتی معتبر، نوبت های بازدید انجام شده روند رو به رشدی را نشان می دهد.

به طوری که جدول نشان می دهد در مقاطع مطالعه درصد واحدهای قابل قبول از نظر آیین نامه، تعداد شاغلین

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه در مقطع بعد از اجرای طرح پزشک خانواده فرایندهای کنترل آب شرب در بعد کلر سنجی تقریباً دو برابر شده است و نمونه برداری های میکروبی یک و نیم برابر شده است.

نتایج رو به بهبود فوق یا یافته های مطالعه جباری و همکاران در پژوهش "تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر کم و کیف مراقبتهای بهداشتی از مادران" همخوانی دارد که طی آن ویزیت های پزشک و ماما از مادران باردار از ۱/۹۵ بار به ۵/۲۲ بار افزایش یافته بود. به علاوه مکمل یابی آهن، زمان شروع اولین مراقبت، تعداد موارد ارجاع، آزمایشات دوران بارداری و غیره نیز با بهبود همراه شده بودند. در عین حال مکمل یارهای مولتی ویتامین، اسید فولیک، کنترل فشار خون، وزن گیری مادران، مراقبت های بعد از زایمان افزایش معنی داری را نشان نداد (۱۷).

از سوی دیگر با مطالعه دیگر جباری و همکاران تحت عنوان اثر بخشی اجرای طرح پزشک خانواده بر خدمات بهداشتی از کودکان نیز هم خوانی دارد؛ چرا که در طرح فوق نیز برخی از اجزاء خدمات چون مکمل یاری، سن شروع مراقبت و موارد ارجاع با بهبودی همراه شده بودند. اما تغییرات آنتروپومتریک کودکان در مدت اجرای مطالعه تغییراتی را نشان نداد. در نتیجه شواهد محکمی از اثر بخشی طرح پزشک خانواده در این مورد هم به دست نیامد (۱۸). لذا یافته های این مطالعه نیز با یافته های مطالعه کودکان در افزایش برخی شاخص های کمی همخوانی دارد اما قضاوت در مورد کیفیت خدمات نیاز به بررسی های گسترده تری دارد. در مطالعه ای تحت عنوان تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر خدمات بهداشت خانواده در همین شهرهای مورد مطالعه، یافته ها نشان می دهند که با اجرای طرح پزشک خانواده، پوشش زوجین واجد شرایط تنظیم خانواده حدود ۱/۷ برابر افزایش یافته بود به علاوه در آن مطالعه تعداد موالید در جامعه مورد مطالعه ثابت مانده بود و برخی از ابعاد کیفی خدمات نیز با توفیق نسبی همراه شده بودند (۱۹).

تفاوت مهم این مطالعه با سه مطالعه انجام شده فوق در استان در ارتباط با پزشک خانواده عبارت از این می باشد که در مطالعات قبلی علاوه بر پزشک، ماما نیز در جمع تیم پزشک خانواده با افزایش حدود ۱/۵ برابری همراه بود که انتظار از تغییر در کم و کیف خدماتی چون مادران، کودکان و تنظیم خانواده را با خود پدید می آورد. اما تغییری در تعداد کارکنان بهداشت محیط شاغل در تیم بهداشتی رخ نداده است. با اینحال نتایج با تغییرات چشمگیری در رابطه با هدف مطالعه همراه بودند.

یافته های مطالعه نزدیک تر به مطالعه ما در اندونزی که نشان داد افزایش تعداد پرسنل در مراکز بهداشتی و درمانی کیفیت خدمات پایش رشد کودکان را بهبود داده ولی انتظار تغییرات در قد کودکان را نشان نداد نیز تا حدودی قابل مقایسه است (۱۶).

در گزارشی تحت عنوان Which Doctor for Primary Health Care در سال ۲۰۱۰ در هندوستان محققین نتیجه گرفتند که حتی افزایش صرف پزشکان در مناطق روستایی منجر به اثر بخشی مورد نظر در ارائه خدمات PHC نخواهد بود و لازم است که پرسنل و به ویژه پزشکان فوق الذکر از آموزش ها و توانمندی های لازم برخوردار شوند (۲۰).

یافته های این مطالعه بیانگر بهبود و پیشرفت در حیطه های کنترل بهداشتی آب آشامیدنی و اماکن و مراکز تهیه و توزیع مواد خوردنی آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی در مقاطع بعد از اجرای طرح پزشک خانواده حداقل در ابعاد کمی و قابل سنجشی بود. یافته های پژوهش به سیاستگذاران کمک می نماید تا علاوه بر آگاهی از میزان تأثیر اجرای طرح پزشکان خانواده بر مدیریت بهداشتی آب آشامیدنی و کنترل اماکن و مراکز از طریق بازنگری بر محتوای پرونده های بهداشتی، طراحی فرم های مربوط به فعالیت ها و مشارکت های مردمی در امر بهداشت محیط و نیز بازنگری در چک لیست ارزیابی فعالیت های بهداشت محیطی پزشک خانواده به بهبود مستمر این طرح کمک نماید.

به طوری که در سال های اخیر سالانه بیش از ۱۸۶ هزار بازدید از اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی در دانشگاه انجام می گیرد و همچنین سالانه بیش از ۲۶۰ هزار مورد نمونه برداری از آب آشامیدنی صورت می گیرد و ۴۳۰ هزار مورد نیز از کلر سنجی از آب صورت می گیرد (۱۹).

محدودیت ها

اثر بخشی خدمات در این مطالعه قابل استنتاج نبود. به علاوه کیفیت فنی خدمات بهداشت محیط نیز به دلیل نابسامانی های موجود در تکمیل و نگهداری پرونده های واحدهای مربوطه همچنین از بعد دیدگاه مشتریان به دلیل طولانی بودن مقطع مطالعه (از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۹) قابل بررسی و نتیجه گیری نگردید. همچنین در این مورد که پزشکان چقدر در رابطه با فرایندها و خدمات بهداشت محیط آموزش دیده و مشارکت فعال دارند نیازمند بررسی های بیشتری می باشیم.

منابع

۱. جباری ح. مطالعه تطبیقی مکانیزم تمرکز زدایی در ارائه خدمات سلامت کشورهای مختلف و ارائه الگو برای ایران. مجله مدیریت سلامت. ۸۶؛ ۱۰(۲۷): ۳۳-۳۹.
۲. حسینی و. نقش مشارکت نوجوانان روستایی در ارتقای شاخص توالد بهداشتی، مجله دانشکده علوم پزشکی بابل، ۸(۷): ۴۲-۴۸.
3. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. module: unit:1.2. Community-based initiatives in EASTERN MEDITERRANEAN REGION, Cairo, Egypt.2003
۴. شادپور ک، مراقبت های بهداشتی اولیه در ایران. چاپ اول. تهران. انتشارات وزارت بهداشت سال ۱۳۸۱: ۴۳
۵. معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
Available from : may 2012. <http://eazphcp.tbzmed.ac.ir/?PageID=1219>
۶. نوری سپهر م، مدیریت تامین آب آشامیدنی در روستاها. فصلنامه تحقیقات جغرافیایی. ۱۳۸۱؛ ۸۵(۱): ۴۱-۵۲
۷. صادقی ه. اندازه گیری شاخص های فیزیکی و شیمیایی آب آشامیدنی شهر اردبیل. مجله پزشکی اردبیل ۱۳۸۶؛ ۷(۱): ۵۲-۵۶.
۸. بی زاده نودهی ر، ندافی ک، محبی م، یونسین م، میرسپاسی ع، اوکسای س، فقیهی م. بررسی کیفیت میکروبی آب آشامیدنی روستاهای استان تهران. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی ۱۳۸۶؛ ۵(۴): ۶۳-۷۳
۹. دیندارلو ک. وضعیت بهداشتی استخرهای شای بندرعباس در نیمه دوم سال ۱۳۸۲. مجله پزشکی هرمزگان. ۱۳۸۴؛ ۹(۱): ۴۱-۴۶.
۱۰. سلیمی امروز م. وضعیت مدیریت بهداشت محیط بیمارستان های استان قم. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۱۳۸۶؛ ۵(۳): ۵۹-۶۶
۱۱. ملکوتیان م. کیفیت نان تولیدی و وضعیت بهداشتی نانوائی های شهر رفسنجان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ۱۳۸۲؛ ۲(۳): ۲۱-۲۸.
۱۲. حاجی گ، کاشی م ح، جوهری ز. بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی شهری منتخب در مورد بازیافت مواد زائد شهری اردبیل در سال ۸۴-۸۳. نهمین همایش ملی بهداشت محیط.
- Available from: http://www.civilica.com/Paper-NCEH09-NCEH09_275.html
۱۳. عمیدی مظاهری م. بررسی وضعیت بهداشت محیط فروشگاه های مواد غذایی مدارس شهر اصفهان. نهمین همایش ملی بهداشت محیط. آبان ۱۳۸۵.
۱۴. صمدی م. بررسی میزان آگاهی و نگرش خانوارهای ساکن روستای خورونده شهرستان رزن در زمینه اجرای طرح های مدیریت مواد زائد جامد. دهمین همایش ملی بهداشت محیط. همدان. آبان ۱۳۸۶.
۱۵. جودتی ار، جباری ح، بخشیان ف. کارآیی ادغام مراکز بهداشت شهرستان تبریز. فصل نامه مدیریت سلامت. ۱۳۸۵؛ ۹(۳۲): ۲۸-۳۴
16. Sarah L. Barber A ,Paul J. Gertle R .Health workers, quality of care, and child health. Simulating the relationships between increases in health staffing and child lengt.Health Policy. 2009; 91(2): 148
۱۷. نوربخش م ع. اثر بخشی حضور پزشک و ماما (طرح پزشک خانواده) در خانه های بهداشت بر کم و کیف مراقبت های دوران بارداری. پایان نامه دکتری عمومی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۳۸۸: ۱
۱۸. کفیلی ع. اثر بخشی حضور پزشک و ماما (طرح پزشک خانواده) بر روی مراقبت های بهداشتی از کودکان. پایان نامه دکتری عمومی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز ۱۳۸۸: ۱
۱۹. جباری بیرامی ح، قاسم زاده ه، بخشیان ف، محمدپوراصل ا، اسدزاده ر. ارزیابی طرح پزشک خانواده بر اساس شاخص های سلامت خانواده. فصلنامه دانش و تندرستی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود. ۱۳۹۱؛ ۷(۳): ۳۱-۳۶
20. Krishna D. Rao. Which Doctor For Primary Health Care? An Assessment Of Primary Health Care Providers In Chhattisgarh, India.2013;84:30-34