

تصویر سلامت

دوره ۲ شماره ۳ سال ۱۳۹۰ صفحه ۶ - ۱

بررسی روند تحقق اصول مشارکت های مردمی و همکاری های بین بخشی در سطح اول ارایه خدمات قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده

رقیه جباری^۱، فریبا بخشیان^۲، حسین جباری بیرامی^{۳*}، رضا اسدزاده اسکوئی^۴، زیلا خامنیا^۵

چکیده

زمینه و اهداف: اجرای برنامه پزشک خانواده در سال های اخیر بستر مناسبی را برای گسترش اصول مشارکت و همکاری های بین بخشی فراهم نموده است این پژوهش با هدف بررسی تأثیر اجرای برنامه بر روند مشارکت های مردمی و همکاری های بین بخشی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گردیده است.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی - مقطعی در سه مرکز بهداشتی و درمانی از سه شهرستان استان اجرا گردید. داده ها از پرونده های مربوطه در سال های مطالعه در دو مقطع قبل و بعد از اجرای پزشک خانواده جمع آوری و در نرم افزار **spss16** تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: یافته ها نشان داد که روند افزایشی ابتکارات اجتماع محور در حیطه بهداشت عمومی کند می باشد. به علاوه همکاری های بین بخشی نیز از نظر تعداد توافق های انجام شده و عملیاتی شده نیز بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده بیشتر شده است.

بحث و نتیجه گیری: علی رغم دو برابر شدن تعداد پزشکان بعد از اجرای برنامه روند بهبود موضوعات مرتبط با بهداشت محیط کند بوده لذا بازنگری در شرح وظایف و چک لیست ارزشیابی فعالیت پزشکان خانواده در حیطه بهداشت محیط بویژه در باب مشارکت های مردمی و همکاری های بین بخشی بسیار ضروری است.

کلیدواژه ها: مراقبت های بهداشتی اولیه، پزشک خانواده، مشارکت های مردمی، همکاری های بین بخشی.

۱. کارشناس پژوهشی مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲. کارشناس ارشد مامایی، قطب علمی آموزشی مدیریت سلامت ایران، شاغل در حوزه ریاست دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳. 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)

۴. دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۵. متخصص پزشکی اجتماعی شاغل در گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

جامعه جهانی در کنفرانس معروف آلماتی (۱۹۷۸) روش دستیابی به هدف بهداشتی برای همه تا سال ۲۰۰۰ را، مراقبت های بهداشتی اولیه معرفی کرد (۱) که متکی بر اصول چهارگانه مشارکت جامعه، همکاری های بین بخشی، برابری و تکنولوژی مناسب می باشد. این استراتژی و اصول به قدری مهم و با ارزش هستند که پس از سی سال و در سال ۲۰۰۸ مجدداً با شعار "مراقبت های بهداشتی اولیه اکنون بیش از هر زمان دیگر" مورد تأکید قرار گرفته اند (۲). صاحب نظران تقویت سازوکارهای مشارکت اجتماعی و همکاری های بین بخشی را از عمده ترین محورهای اصلاحات نام برده (۳) و میزان تحقق آن ها را با موفقیت نظام سلامت پیوند داده اند (۲). از سوی دیگر دستیابی به توسعه اجتماعی پایدار نیازمند همیاری تک تک افراد جامعه بوده و سلامتی به عنوان محور توسعه پایدار بیش از سایر جنبه ها نیازمند همکاری عمومی است چرا که آگاهی، احساس مسئولیت و اقدام عملی تک تک افراد برای تأمین سلامت عمومی ضروری است (۴). بررسی ها نشان می دهند که مشارکت اصل اساسی توفیق در برنامه های بهداشتی است و نظام سلامت باید برنامه جامع خود را بر پایه مشارکت مردم تدوین نموده و برای ایجاد تحول اساسی از همه نیروهای تأثیرگذار استفاده نماید (۵). مشارکت فرایندی است که از طریق آن مردم قادر می شوند که فعالانه و به طور واقعی در تعریف مقوله های مربوط به خودشان، در تصمیم گیری های مربوط به عوامل تأثیرگذار بر زندگی شان، در شکل دهی و اجرای سیاست ها، در برنامه ریزی، توسعه و ارائه خدمات و انجام اقدامات برای دستیابی به تحول درگیر شوند (۶).

نظام سلامت ایران برای حفظ و ارتقای سلامت مردم، خدمات سلامت مورد نیاز را در چارچوب اصول ذکر شده، اجزای حداقل ۱۰ گانه و در سطوح سه گانه و در ساختار شبکه بهداشت و درمان در دهه های اخیر تدارک و به پیشرفت های غیر قابل تصویری دست یافته است (۷). اما در مواجهه با چالش های مرتبط با نیازهای تغییر شکل یافته، گذارهای جمعیتی، اپیدمیولوژیکی، افزایش هزینه ها و مشتریان آگاه تر (۸) نیازمند توجه هر چه بیشتر به اصول مشارکت اجتماعی و همکاری های بین بخشی است. در کشور ما این اصول بیش از همه در حوزه خدمات بهداشت محیط شبکه های بهداشتی و درمانی به عنوان جزو مهم مراقبت های بهداشتی اولیه به مرحله اجرا گذاشته شده است.

از سوی دیگر در مسیر ارتقای نظام های ارائه خدمات سلامت، نظام مبتنی بر پزشک خانواده نیز در سالیان اخیر مورد توجه جدی قرار گرفته است؛ به گونه ای که پزشک خانواده به عنوان محور اصلی تیم سلامت، مسئولیت هدایت و پیگیری افراد را در دستیابی به سلامت مورد انتظار به عهده

دارد (۹). پزشک خانواده در نخستین سطح خدمات، عهده دار خدمات پزشکی سطح اول بوده و مسئولیت هایی از قبیل: توجه به جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخش ها و توسعه مشارکت اجتماعی را برعهده دارد.

با اجرایی شدن برنامه پزشک خانواده در کشور از سال ۱۳۸۴ انتظار می رود که منطقه و جمعیت تعریف شده ای تحت پوشش هر پزشک قرار گرفته و کمیت و کیفیت خدمات بهداشت با هدایت کاردان ها و کارشناسان بهداشت محیط و سایر اعضای تیم سلامت توسط پزشک توسعه قابل توجهی داشته باشند. زیرا قبل از اجرای طرح پزشک خانواده در هر شهر ۲۰ هزار نفری فقط یک نفر پزشک مشغول خدمت می شد که بیشتر به خدمات درمانی می پرداخت تا خدمات محیطی؛ اما با اجرای این طرح در هر یک از شهرهای مورد مطالعه تعداد پزشکان شاغل در سیستم بهداشتی سه تا چهار برابر شده اند (۱۰).

مطالعات مربوط به این بررسی حداقل در سه حیطه کلی مطرح می باشند. دسته اول تحقیقاتی را شامل می شوند که چالش های گسترده در سطح کلان کشور (۱۱ و ۱۲) در تحقق اصول همکاری های بین بخشی و مشارکت اجتماعی را نشان داده و تحقیقاتی که پیامدهای مثبت آن ها را در کشور و دنیا نشان می دهد (۱۳ و ۱۴). دسته دوم به بررسی های تأثیر حضور و یا افزایش حضور پزشک در تیم سلامت پرداخته است که نتایج این مطالعات در دنیا طیف گسترده ای از نتایج مثبت تا تأثیرات کم را نشان می دهد (۱۶-۱۴) و اما دسته سوم که تأثیر حضور و یا افزایش حضور پزشک در تیم سلامت را بر مقوله مهم مشارکت اجتماعی و همکاری های بین بخشی مورد بررسی قرار دهد بسیار نادر هستند، به طوری که ما در پایگاه های در دسترس به مطالعه مشابهی دست نیافتیم.

لذا این پژوهش با هدف بررسی تأثیر حضور پزشک در رأس تیم سلامت بر مشارکت های مردمی و همکاری های بین بخشی از طریق مقایسه مستندات موجود در مراکز بهداشتی درمانی در خلال سال های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۹ طراحی گردیده است تا راهکارهای احتمالی در راستای ارتقای وضعیت خدمات را ارائه نماید.

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 شهرستان های تبریز (شهر خسروشهر)، اسکو (شهر اسکو)، و آذرشهر (شهر گولگان) به عنوان نمونه انتخاب شدند.

شرایط اقتصادی و اجتماعی نسبتاً مشابه از نظر خدمات بهداشت عمومی تعریف شده برای واحد بهداشت محیط نظام شبکه های بهداشتی و درمانی کشور مورد مطالعه قرار گرفتند. 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 از جمله مقوله مهم مشارکت اجتماعی و همکاری های بین بخشی مورد تأکید 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 ارائه خدمات بودند.

به منظور تحلیل بهتر روند، یافته های این مطالعه در سه مقطع قبل پزشک خانواده (سالهای ۸۱، ۸۲، ۸۳)، بعد از اجرای طرح پزشک خانواده (سالهای ۸۵، ۸۶، ۸۷) و سال های اخیر بعد از اجرای طرح (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.

روش نمونه گیری به روش آسان و کل شماری بود. در هر یک از شهرهای فوق تمامی پرونده های مربوطه در سال های مطالعه به عنوان نمونه مطالعه انتخاب و همراه با داده های حاصل از مصاحبه فردی با مسئولین مربوطه مورد بررسی قرار گرفتند.

داده ها در دو مقطع ۸۱-۸۳ (قبل از پزشک خانواده) و ۸۵-۸۹ (بعد از پزشک خانواده) جمع آوری و در نرم افزار spss16 تجزیه و تحلیل شدند و از آن جایی 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 ارائه خدمات سال های اخیر (۱۳۸۸ و ۱۳۸۹) نیز در مطالعه 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 تمام موارد مستندات مورد بررسی قرار گرفته اند به تحلیل های آماری گسترده و پیشرفته وارد نشده ایم.

یافته ها

در این مقاله جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی اسکو، خسروشهر و گوگان به ترتیب از سه شهرستان اسکو، تبریز و آذرشهر با جمعیت حدود ۴۰/۰۰۰ نفر و با

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

ردیف	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	۱۲۳۰۰	۱	۲	۲	۲	۲	
۳	۱۲۱۰۰	۱	۲	۲	۱	۱	
کل	۴۱۴۰۰	۳	۶	۶	۴	۵	

بهداشت محیط تبلور پیدا می کند. مشارکت های اجتماعی در فعالیت های چون بسیج بهسازی محیط، بهسازی منابع آب، همکاری در جمع آوری و دفع زباله، پساب ها، مبارزه باسگ های ولگرد، کنترل آلودگی هوا، استفاده از سموم و بهداشت مدارس و... را می توان نام برد.

بر اساس مستندات موجود و به ویژه به استناد نظرات کارشناس مسئول، گزارش فعالیت های مربوط به مشارکت های مردمی در جدول ۲ نشان داده شده اند.

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 آن ها یک نفر اضافه شده و در کل از ۴ نفر به ۵ نفر افزایش یافته اند.

مشارکت های عمومی به عنوان یک اصل مهم در بهداشت عمومی از اجزای اصلی و پایه ای مراقبت های بهداشتی اولیه است که در غالب جوامع این مهم در خدمات مربوط به واحد

جدول ۲. فراوانی ابتکارات، اجرا و تداوم مشارکت های مردمی در سالهای مطالعه

مقطع مطالعه	فراوانی ابتکارات و اقدامات مشارکت	X ±SD در هر سال	فراوانی ابتکارات اجرایی شده	X ±SD در هر سال	فراوانی ابتکارات تداوم یافته	X ±SD در هر سال
قبل پزشک خانواده ۸۳ - ۸۱	۹	۰/۶۷ ± ۱/۳۲	۳	۰/۳۳ ± ۱/۰۰	۰	۰
بعد پزشک خانواده ۸۷ - ۸۵	۱۵	۱/۶۷ ± ۱/۴۴	۱۲	۱/۳۳ ± ۱	۱۱	۱/۲۲ ± ۱/۰۹۳
سال های اخیر ۸۹ - ۸۸	۱۰	۱/۶۷ ± ۰/۸۱۶	۶	۱ ± ۰/۸۹۴	۴	۰/۶۷ ± ۰/۵۱۶

یافته های فوق نشان دهنده افزایش تعداد ابتکارات و اقدامات مشارکت مردمی در سال های مطالعه به ویژه بعد از اجرای طرح پزشک خانواده می باشد. به طوری که فراوانی اقدامات فوق از رقم ۹ در سال های اول یعنی سه اقدام در هر مرکز تقریباً به ۵ اقدام در هر مرکز در سال های بعد افزایش یافته و این وضعیت تا سال های اخیر نیز ادامه یافته است. لازم به ذکر است که ارقام مربوط به میانگین ها در ردیف آخر به دلیل سال های مطالعه می باشد چرا که در ردیف آخر فقط دو سال مورد مطالعه قرار گرفته و تداوم برخی از اقدامات نیز احتمالاً به سال های ۹۰ و بعد مربوط می شد. همکاری های بین بخشی از دیگر اصول مهم و ارکان PHC می باشد. به ویژه در حوزه خدمات بهداشت محیط که

متولیان گوناگونی در ارایه خدمات مربوطه مشارکت دارند. به عنوان مثال در امر زباله، مراکز تهیه و توزیع مواد خوردنی، آب شرب، سازمان ها و نهادهایی چون آب و فاضلاب، نیروی انتظامی، شهرداری، وزارت کشور، اتحادیه های صنفی مختلف، ادارات صنایع به شدت درگیر بوده و می توان گفت که نقش مراکز بهداشتی بیشتر نظارتی و راهبردی است تا اجرایی.

بدون شک ایفای نقش راهبردی نیازمند همکاری های بین بخشی گسترده می باشد که در این مطالعه سه شاخص تعداد جلسات برگزار شده توسط بهداشت محیط، تعداد توافقات انجام شده مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که یافته های مربوطه در جدول شماره ۳ نشان داده شده اند.

جدول ۳. فراوانی جلسات، توافقات و ابتکارات اجرایی شده بین بخشی در سال های مطالعه

مقطع مطالعه	فراوانی جلسات بین بخشی برگزار شده	X ±SD برای هر سال	فراوانی توافقات انجام شده	X ±SD برای هر سال	فراوانی توافقات اجرا شده	X ±SD برای هر سال
قبل پ خ ۸۳ - ۸۱	۱۹	۲/۱۱ ± ۰/۶۰۰۱	۲۹	۳/۲۲ ± ۱/۶۴	۲۰	۲/۲۲ ± ۰/۶۷
بعد پ خ ۸۷ - ۸۵	۲۴	۲/۶۷ ± ۰/۷۰۷	۳۳	۳/۶۷ ± ۳/۴۴	۳۱	۳/۴۴ ± ۱/۰۱
سالهای ۸۹ - ۸۸	۱۸	۳ ± ۰/۸۹۴	۳۱	۳/۵۰ ± ۱/۶۴	۲۴	۴/۰۰ ± ۱/۶۷

بحث

در این مطالعه تأثیر اجرای طرح پزشکی خانواده بر مشارکت های مردمی و همکاری های بین بخشی در مناطق شهری سه شهر از استان آذربایجان شرقی با جمعیتی حدود ۴۰۰۰۰ نفر را پس از دو برابر شدن پزشکان درگیر و مسئول ارایه خدمات بهداشتی از نظر کمی و برخی فرایندهای ارایه خدمات و پیامدهای مرتبط با بررسی گردید. یافته ها نشان می دهد که در مقاطع قبل از اجرای طرح پزشک خانواده تعداد سه نفر پزشک عمومی و چهار نفر کارشناس و کاردان بهداشت محیط (در مجموع ۷ نفر) به ارایه خدمات بهداشت محیط و جزو سوم PHC مشغول بودند، که این امر بعد از اجرای طرح به ۶ نفر پزشک و ۵ نفر کارشناس افزایش یافته است؛ یعنی افزایش صددرصد پزشکان خانواده.

در ارتباط با مشارکت های مردمی در امر بهداشت محیط، تنها ابتکارات و اقدامات از ۳ واحد در سال در مقطع قبل به ۵ واحد در مقطع بعد افزایش یافته که از ارقام فوق در مقطع قبل یک واحد در سال اجرایی شده است. اما در سال های

بعد میزان ابتکارات اجرا شده و تداوم یافته در هر شهر به دو تا سه عدد رسیده است.

در بعد همکاری های بین بخشی سه شاخص فراوانی جلسات بین بخشی برگزار شده، کثرت توافقات انجام شده در جلسه و فراوانی توافقات اجرا شده مورد بررسی قرار گرفتند. براساس یافته های پژوهش تعداد جلسات بین بخشی از ۶ مورد در هر سال قبل از پزشک خانواده به ۸ و ۹ مورد در مقطع بعد پزشک خانواده افزایش یافته است. حاصل نهایی جلسات فوق الذکر اجرایی شدن توافقات می باشد که از ۲۰ مورد در مقطع قبل به ۳۱ و ۲۴ مورد در مقطع بعد افزایش را نشان می دهد.

اجرای طرح پزشک خانواده علاوه بر دو برابر نمودن تعداد پرسنل درگیر در خدمات بهداشت محیط در شهرهای مورد مطالعه با نظام ارزشیابی و پرداخت مبتنی بر عملکرد نیز همراه شده است. این تغییرات لزوم توجه پزشکان مراکز بهداشتی و درمانی به فرایندهای بهداشت محیط را بیش از پیش اجتناب ناپذیر نموده و انتظار می رفت آیتم های مربوط

انتشار فعالانه اطلاعات برای توسعه و اجرای خط مشی های بهداشت محیطی بسیار اساسی قلمداد شده و در این رابطه دولت ها، پزشکان، متخصصین بهداشت محیط، مؤسسات آموزشی، کسب و کار های مختلف، اتحادیه های تجاری و سازمان های مردم نهاد به عنوان نقش آفرینان کلیدی معرفی شده است. در این گزارش بر ارزیابی ورودی ها، فرایندها، خروجی ها، پیامدها و تأثیرات نهایی خدمات بهداشت محیط اشاره شده است که با معیارهایی چون کارآیی، اثر بخشی، ارتباط، کفایت، برابری و پایداری بایستی مدنظر قرار گیرند. به علاوه اجزای مدیریتی مورد ارزشیابی شامل هزینه ها، نظام های اطلاعاتی، امور مالی، مقررات، کارکنان و آموزش و مشوق های مربوط می باشد.

بررسی تأثیر مشارکت نوجوانان بر جمع آوری و دفع بهداشتی زباله توسط خانواده ها در روستای رستم آباد شهرستان بوئین زهرا نشان داد که به دنبال برگزاری جلسات آموزشی برای نوجوانان روستا که به طریق سرشماری انتخاب شده بودند و تعداد آنان به ۱۰۲ نفر می رسید، وضعیت ظروف جمع آوری و دفع بهداشتی زباله خانوارها از ۳/۲ و ۰/۸ به ۴.۳ و ۱.۶ درصد بلافاصله بعد مداخله ارتقا یافت (۲۲).

نتیجه گیری

یافته های این مطالعه بیانگر این بود که از نظر اعداد و ارقام وضعیت مشارکت های مردمی و همکاری های بین بخشی روند بسیار بطنی و کند بهبود را دارند؛ اما با توجه به اهمیت موضوعات بهداشت محیط در ارتقاء سلامت جامعه و در نهایت توسعه ملی، بازنگری در شرح وظایف و چک لیست ارزشیابی فعالیت پزشکان خانواده در حیطه بهداشت محیط به ویژه در باب مشارکت های مردمی و همکاری های بین بخشی بسیار ضروری است که در کنار اقدام مهم فوق، طراحی نظام اطلاعات آماری مربوط به دو مقوله مشارکت فردی و همکاری های بین بخشی بسیار ضروری است.

محدودیت ها: در واحدهای مورد مطالعه مستندات مربوط به این فعالیت ها در حالت کلی یا نگهداری نمی شد و یا به صورت سلیقه ای و فردی مستند و حفظ می گردید به طوری که با تغییر محل کار پرسنل و مجری مربوطه دستیابی و تفسیر فعالیت های فوق الذکر با مشکل مواجه می گردد.

به مشارکت های مردمی و همکاری های بین بخشی از روند سریع بهبود برخوردار شوند.

زیرا مطالعه ای تحت عنوان تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر خدمات بهداشت خانواده در همین شهرهای مورد مطالعه، نشان داد که با اجرای طرح پزشک خانواده پوشش زوجین واجد شرایط تنظیم خانواده حدود ۱/۷ برابر افزایش یافته، تعداد موالید در جامعه مورد مطالعه ثابت مانده بود و برخی از ابعاد کیفی خدمات نیز با توفیق نسبی همراه شده بودند (۱۷).

نتایج مطالعات مختلف در مورد مشارکت پزشکان در خدمات PHC (۱۶-۱۸) و افزایش کمی و کیفی پرسنل ارایه کننده خدمات در سراسر جهان چندان روشن نمی باشند؛ به طوری که یافته های مطالعه نزدیک تر به مطالعه ما در اندونزی نشان داد که افزایش تعداد پرسنل در مراکز بهداشتی و درمانی کیفیت خدمات پایش رشد کودکان را بهبود داده و انتظار می رفت که منجر به تغییرات در قد کودکان نیز بشود؛ اما چنین پیامدی حاصل نشد. این یافته با نتایج ما در بعد کیفی همخوانی دارد (۱۵).

در کشور بولیوی (پروژه وارمی) در یک منطقه روستایی با جمعیت ۱۵۰۰۰ نفر با زیرساخت های ضعیف بهداشتی با مشارکت زنان در راستای تشویق مادران برای برنامه ریزی در جهت مراقبت از مادر (خود) و کودک توانستند در مدت سه سال، مرگ و میر پری ناتال را از ۱۱۷ در هزار به ۴۴ در هزار کاهش دهند (۱۹).

مداخله ای در یک منطقه روستایی هندوستان به شکل همراهی پرسنل بهداشتی با فردی از روستا در جریان بازدید از منزل نوزادان متولد شده علایم خطر عفونت را به مردم آموزش داده و عفونت ساده را با استفاده از آنتی بیوتیک درمان می کردند که منجر به کاهش ۶۲ درصدی مرگ و میر حول زایمان در مدت ۳ سال گردید (۲۰).

در گزارشی تحت عنوان *care health primary for doctor which* در سال ۲۰۱۰ در هندوستان محققین نتیجه گرفتند که حتی افزایش صرف پزشکان در مناطق روستایی منجر به اثر بخشی مورد نظر در ارایه خدمات PHC نخواهد بود و لازم است که پرسنل و به ویژه پزشکان فوق الذکر از آموزش ها و توانمندی های لازم برخوردار شوند (۱۴).

گزارش سال ۲۰۰۰ دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت در خصوص ارزیابی خدمات بهداشت محیط بر اهمیت مشارکت مردمی و تصمیم سازی های مشارکتی و دسترسی به اطلاعات تأکید می نماید (۲۱). به علاوه ارتباطات با مردم و

References

- Alma-ata 1978. Primary health Care. Report of the International Conference on Primary health Care, alma Ata, USSR, 6-12 september 1978. Geneva, world Health Organization.
- World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary health care now more than ever. Available in www.who.int
- Walley J, Lawn J E, Tinker A, Francisco A, Chopra M, Rudan I and et all. Alma-Ata: Rebirth and Revision 8, Primary health care: making Alma-Ata a reality. Lancet 2008; 372: 70-1001
- فاتحی م. روش های آموزش بهداشت برای رابطین بهداشتی. انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. تهران ۱۳۸۲: ۲۱-۲۹
- Reviewing instructions executable program interface (1380). Health Department, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services (Department of networks).
- Zakus, J.D.; Lysack, C.L. Revisiting Community Participation', Health Policy and Planning 1998 ;13(1):1
- بخشیان ف, جبجاری بیرامی ح. اثر بخشی مراقبت های بهداشتی از زنان باردار در نظام سلامت ایران. نشریه پرستاری ایران ۱۳۸۸; ۲۲(۵۸): ۴۳-۵۴
- World Health Organization (WHO). Management Effectiveness Program: Mep Guide; Geneva: The Institute; 2001.
- آیین نامه بیمه روستایی و نظام ارجاع سطوح ۲ و ۳. معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز. قابل دسترسی در: WWW.TBZMED.AC.IR
- جبجاری ح, بخشیان ف, وحیدی ر. بررسی اثر بخشی مراقبت های بهداشتی از کودکان زیر ۵ سال در نظام سلامت کشور در استان های آذربایجان شرقی و زنجان, فصل نامه علوم پزشکی. دانشگاه آزاد, بهار ۱۳۸۹; ۱۷(پای در پی ۴۷): ۱۷-۲۲.
- دماری ب, وثوق مقدم ع, بنکدار اصفهانی ش. رویکردهای ارتقای همکاری بین بخشی در سلامت از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۱۳۹۲; ۱۱(۳): ۱-۱۶
- دماری ب, ناصحی ع, وثوق مقدم ع. برای ارتقای سلامت ایرانیان چه کنیم. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۱۳۹۲; ۱۱(۳): ۴۵-۵۸
- فرهادی ر, ارزیابی مشارکت مردم در پروژه شهر سالم کوی سیزده آبان. فصل نامه علمی پژوهشی جغرافیا. ۱۳۸۹; ۲۸(۸): ۱۳۷-۱۵۸
- Krishna D. Rao. Which Doctor For Primary Health Care? An Assessment Of Primary Health Care Providers In Chhattisgarh, India. 2013; 84:30-34
- 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
- Alipour A, Habibian N, Tabatabaee SHR. Evaluation the Impact of Family Physician Care Program on Family Planning in Sari from 2003 to 2007. Iranian Journal of Epidemiology 2009; 5(1): 47-55
- جبجاری بیرامی ح. ف قاسم زاده, 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
- نصراله پورشیروانی س, د. اشرفیان امیری ح, مطلق م, اکبیر م, ملکعی م, رهشبتانی منفرد ع, علی زاده ر. ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی ایران ۱۳۸۷; مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۳۸۸; ۱۱(۶): ۵۳-۵۲.
- Rifkin, S; (1986) 'Lessons from community participation in health programmes', Health Policy & Planning 1(3): 240-249
- Nyonator F. The Community-based Health Planning and Services Initiative for scaling up service delivery innovation. Health Policy and Planning. 2005; 20(1):25-34.
- Madeleine Kangsen Scammell, Qualitative Environmental Health Research: An Analysis of the Literature, 1991-2008. Environmental Health Perspectives. 2010; 18(8):54-1146
- حسینی و, انوشه م, احمدی ف. بررسی تأثیر مشارکت نوجوانان بر جمع آوری و دفع بهداشتی زباله توسط خانواده ها. نشریه پرستاری و مامایی د. ع. پزشکی ایران. ۱۳۸۷; ۲۱(۵۵): ۹-۱۷