

A survey on the knowledge of Environmental Health Officers in regard to the executive process of the legal item13

ABSTRACT

Background and objective: Environmental Health Officers (EHO) being essential members of health systems play a key role in the prevention of disease and the environmental sanitation by consulting, inspecting, monitoring and law enforcing (if it's necessary). Protection of the environment and promotion of the community health need to enforce strict rules so that the adverse effects of environmental pollution reduced as much as possible. This study was carried out to survey the knowledge of Environmental Health Officers about the executive process of legal item 13.

Materials and Method: This cross-sectional study was performed in 2014, after testing the validity and reliability of questionnaire, they were filled by inspectors. The questions regarding the Knowledge were scored. Relationship between the knowledge and demographic characteristics was analyzed by SPSS software through statistical test including paired T-Test, one-way ANOVA and Chi square test at a significant level of 0.05.

Results: The mean age of 54 Environmental Health Inspectors was equal to 34.2 ± 6.2 , and their mean job experience was 10.35 ± 7.8 years. The number of people with a good knowledge was almost equal to the number of people with poor knowledge. The highest percentage of people (33.3%) had moderate knowledge. The relationship between knowledge with employment status ($p=0.036$) and knowledge with academic degree ($p=0.05$) were significant.

Conclusion: According to the obtained results and the importance of EHO's role in the promotion of community health, it is necessary that a regular training program is structured to increase the EHO's awareness in regard to the executive process of legal item13 after their employment and before their starting work.

Keyword: Health literacy, Environmental Health Officer, legal item13

► **Citation:** Peiravi, R. Vahedian-Shahroodi, M. & Alidadi, H. A survey on the knowledge of Environmental Health Officers in regard to the executive process of the legal item13. Journal of Research in Environmental Health. Summer 2015;1 (2) : 112-118.

Rouya Peiravi

Faculty member, Department of Environmental Health Engineering, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

Mohammad Vahedian-Shahroodi

* Assistant Professor, Department of public health and management, school of Health, Health Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. (Corresponding Author). Email: vahedianm@mums.ac.ir

Hossein Alidadi

Associate Professor, Department of Environmental Health Engineering, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Malihe Noori Sistani

M.sc Department of Public Health, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran

Received: 30 April 2015

Accepted: 30 July 2015

بررسی آگاهی بازرسان بهداشت محیط نسبت به مرحله‌های

اجرایی ماده ۱۳ در سال ۱۳۹۲

چکیده

زمینه و هدف: بازرسان بهداشت محیط، عضو ضروری سیستم بهداشتی هستند و در پیشگیری از بیماری‌ها نقش بسزایی دارند. آنها نقش و وظایف خود را از طریق مشاوره، بازرسی و پایش ایفا می‌کنند و در صورت لزوم، قوانین بهداشتی را به کار می‌برند. حفاظت از بهسازی محیط و ارتقای سلامت جامعه، مستلزم وجود قوانین محکمی است که بتواند آثار سوء آلودگی‌های محیطی را به پایین‌ترین سطح ممکن برساند. لذا این مطالعه با هدف تعیین آگاهی بازرسان بهداشت محیط، نسبت به مرحله‌های اجرایی ماده ۱۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی و مقطعی است که در سال ۱۳۹۲ انجام شد. پرسشنامه توسط بازرسان تکمیل و نمره‌دهی شد. رابطه بین میزان آگاهی و مشخصات دموگرافیک با کمک نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری تی زوجی، آنالیز واریانس یک‌طرفه و کای-دو، در سطح معنی‌داری ۵ درصد تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد (۵۴ بازرس بهداشت محیط) برابر با $34/2 \pm 6/2$ و میانگین سابقه کاری آنها $10/35 \pm 7/8$ سال بود. شمار افراد با آگاهی خوب، تقریباً با تعداد افراد با آگاهی ضعیف برابر بوده است. بیشترین درصد افراد (۳۳/۳ درصد) آگاهی متوسط داشتند. رابطه آگاهی با وضعیت استخدامی ($p=0/036$) و مقطع تحصیلی معنادار بود ($p=0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش و اهمیت نقش بازرسان بهداشت محیط در ارتقای سطح سلامت جامعه، نیاز به برنامه‌ریزی برای ارتقای سطح آگاهی بازرسان درباره مرحله‌های اجرایی ماده ۱۳ احساس می‌شود. برای اجرایی شدن این امر، به تدوین برنامه‌های آموزشی بدو استخدام و آموزش مداوم نیاز است.

کلیدواژه‌ها: آگاهی، بازرسان بهداشت محیط، ماده ۱۳

رؤیا پروزی

مربی گروه آموزشی مهندسی بهداشت محیط، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

محمد واحدیان شاهرودی

* استادیار گروه بهداشت و مدیریت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی مشهد، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد. (نویسنده مسئول).
Email: vahedianm@mums.ac.ir

حسین علیدادی

دانشیار گروه مهندسی بهداشت محیط، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی مشهد، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

ملیحه نوری سیستمی

مربی گروه آموزشی بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی نیشابور و نیشابور ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۵/۰۸

◀ **استناد:** پروزی ر، واحدیان شاهرودی م، علیدادی ح. بررسی آگاهی بازرسان بهداشت محیط نسبت به مرحله‌های اجرایی ماده ۱۳ در سال ۱۳۹۲. فصلنامه پژوهش در بهداشت محیط. تابستان ۱۳۹۴؛ ۱(۲): ۱۱۸-۱۱۲.

مقدمه

بهداشت محیط عبارت است از کنترل عواملی از محیط زندگی که به گونه‌ای روی سلامت جسمی روانی و اجتماعی انسان تأثیر می‌گذارند. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) عامل‌هایی در محیط که توانایی اثرگذاری بر سلامت انسان را دارند، با بهداشت محیط شناسایی و کنترل می‌شوند (۱). امر نظارت و کنترل بر اماکن تهیه و توزیع مواد غذایی در دیگر کشورهای جهان متفاوت است و مانند ایران، بر عهده وزارت بهداشت نیست. نظارت در کشورهای مختلف توسط سازمان‌ها و ارگان‌های متفاوتی از جمله سازمان غذا و کشاورزی انجام می‌شود. البته کشورهای صنعتی با اجرای سیستم Hazard Analysis & Critical Control Point (HACCP) تلاش می‌کنند تا غذا را با ایمنی بسیار بیشتری به دست مصرف‌کننده برسانند.

در کشورهایی نظیر استرالیا، جنوبی، آفریقای جنوبی، اسکاتلند و کوئینزلند، افسر بهداشت امر نظارت و بازرسی از اماکن تهیه و توزیع و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی را بر عهده دارد (۲، ۳). بازرس بهداشت در کشورهایی مانند استرالیا، ایرلند، انگلستان و همچنین ایران، به عنوان مأمور بهداشت محیط شناخته شده است. به طور معمول تصور عمومی از بازرس بهداشت، کارمندی دولتی است که به بررسی خطرات بهداشتی در طیف گسترده‌ای از مکان‌ها از جمله رستوران‌ها می‌پردازد و برای حفظ سلامت و ایمنی غذا، توسط مقام مسئول تعیین می‌شود؛ حال این که واقعیت برخلاف این است.

بیشتر بازرسان بهداشتی با توجه به اختیارات قانونی خود، به وظایف شغلی گسترده‌تر از جمله بازرسی استخرهای شنای عمومی، شرایط مسکن نامطلوب، مدرسه‌های دولتی، مرکز بهداشتی درمانی، مؤسسات و خدمات شخصی مانند سالن‌های خال کوبی، بازرسی اغلب چاه‌ها، پایش کیفیت شیمیایی و میکروبی آب آشامیدنی و دفع فاضلاب می‌پردازند (۴)؛ همچنین، ممکن است شکایت‌های مربوط به مناطق یادشده و نیز دیگر نگرانی‌های سلامت محیط زیست مانند

گزش حیوانات، شکایت زباله، شکایت بو یا overflows فاضلاب (سرریز شدن جریان فاضلاب) را بررسی و پیگیری کنند. بازرسان بهداشت محیط، عضو ضروری و حیاتی سیستم بهداشتی هستند و در پیشگیری از بیماری، ارتقای سلامت و بهسازی محیط نقش بسزایی دارند. آنها نقش و وظایف و خود را از طریق مشاوره، آموزش، بازرسی و پایش تکنیک‌ها و در صورت لزوم، از طریق قوانین بهداشتی اعمال می‌کنند. بازرسان بهداشت محیط با هدف ارتقای سلامت و بهداشت جامعه، تلاش می‌کنند با اجرای قوانین بهداشتی سلامت آب، غذا، اماکن عمومی و دیگر موارد محیطی را حفظ کنند (۵، ۱).

حفظ و صیانت از محیط، مستلزم انضباط و رعایت نظم اجتماعی است و ضمانت اجرایی آن نیز، وجود قوانین و آئین‌نامه‌های قوی و محکمی است که اجرای آنها می‌تواند آثار سوء و زیان‌بار آلودگی‌های محیطی را به پایین‌ترین سطح ممکن برساند. در کشور ما قوانین و آئین‌نامه‌های متعددی در زمینه آب، هوا، فاضلاب، مواد غذایی، اماکن و موارد تخلف زیست محیطی وجود دارد که بیشتر آنها با بهداشت محیط مرتبط‌اند. یکی از این قوانین که پشتیبان اصلی پیشبرد اهداف بهداشت محیط است، قانون مواد خوردنی، آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی مصوب تیرماه ۱۳۴۶ است. این قانون مشتمل بر ۱۸ ماده است که ماده ۱۳ آن، روش کنترل و برخورد با متخلفان مراکز تهیه، توزیع، نگهداری، فروش و حمل‌ونقل مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و اماکن عمومی را مشخص می‌سازد. اصلاح قانون یادشده مشتمل بر ماده واحده، در جلسه علنی روز یکشنبه مورخ ۱۳۷۹/۹/۱۳ مجلس شورای اسلامی تصویب شد و در تاریخ ۱۳۷۹/۹/۲۰ به تأیید توسط شورای نگهبان رسید که شرح آن در کتاب قانون جمهوری اسلامی ایران موجود است. مرحله‌های اجرایی این ماده به شرح زیر است:

۱- بازدید از محل توسط بازرس بهداشت محیط و حرفه‌ای مرکز بهداشتی درمانی و انطباق شرایط موجود با مقررات بهداشتی مندرج در فرم آیین‌نامه، متناسب با نوع فعالیت و

در صورت رفع کامل نقص‌ها توسط مرکز بهداشت، مجوز بهره‌برداری برای محل تعطیل‌شده صادر می‌شود (۶).
با توجه به مطالب یادشده، زمانی بازرسان بهداشت محیط می‌توانند به‌خوبی نقش خود را در سیستم بهداشتی و حفظ سلامت جامعه ایفا کنند که درباره شرح وظایف و روش اجرای آن و نیز اهمیت آن در کنترل مسائل زیست‌محیطی، آگاهی خوبی داشته باشند؛ از این رو، این مطالعه با هدف تعیین میزان آگاهی بازرسان بهداشت محیط نسبت به مرحله‌های اجرایی ماده ۱۳ در مراکز بهداشت مشهد انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی - مقطعی که در سال ۱۳۹۲ انجام شد، پرسشنامه‌ای مشتمل بر سؤالات دموگرافیک و آگاهی تنظیم شد. پس از این که پرسشنامه‌ها در یک طرح پایلوت ارزیابی شدند و روایی و اعتبار آنها به روش علمی سنجیده شد، با هماهنگی مرکز بهداشت و مسئول واحد سلامت محیط و حرفه‌ای، همه بازرسان در روز مشخصی فراخوان شدند و پرسشنامه بین آنان توزیع و تکمیل شد. پرسش‌های آگاهی نمره‌دهی شدند و مجموع نمره‌های آنها مشخص‌کننده میزان آگاهی فرد تعریف شد. رابطه بین میزان آگاهی و مشخصات دموگرافیک با کمک نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون آماری تی زوجی، آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه و کای-دو، در سطح معنی‌داری ۵٪ تجزیه و تحلیل شد. همچنین، نمره‌های آگاهی در ۴ دسته طبقه‌بندی شدند و فراوانی هر دسته محاسبه گردید.

یافته‌ها

همه واحدهای پژوهش در این مطالعه، شامل ۵۴ نفر بازرس بهداشت محیط مراکز ۱ و ۲ و ۳ مشهد بودند. تعداد مردان و زنان شرکت‌کننده در این پژوهش تقریباً برابر بود. میانگین سنی افراد برابر با $6/2 \pm 34/2$ سال و کمترین سن در آنها ۲۳ و بیشترین آن ۵۰ سال بود. رشته دانشگاهی ۹۲/۶ درصد

علامت‌گذاری فرم آیین‌نامه مقررات بهداشتی

۲- پیشنهاد معرفی متخلف به دادگاه توسط مرکز بهداشت، در صورت وجود نواقص

۳- معرفی متخلف به دادگاه توسط مرکز بهداشت شهرستان و ارسال اخطار برای متصدی، با مهلت مشخص برای رفع نواقص (دست‌کم ۱۵ و حداکثر ۶۰ روز)

۴- بازدید دوباره از محل توسط بازرس بهداشت محیط و حرفه‌ای مرکز بهداشتی درمانی، از محل پس از انقضای مهلت مندرج در اخطار

۵- در صورت برطرف نشدن نواقص موجود در بازدید قبلی، علامت‌گذاری دوباره در قسمت بازدید دوم فرم آیین‌نامه مقررات بهداشتی، پیشنهاد معرفی دوباره متخلف به دادگاه و تعطیلی مکان کسب

۶- ارسال اخطار تعطیل با مهلت دست‌کم ۲۴ و حداکثر ۴۸ ساعت برای متصدی و هماهنگی با ارگان‌های ذی‌ربط به منظور تعطیلی مکان مربوط و همزمان، معرفی دوباره متخلف به دادگاه

۷- پس از انقضای مهلت مقرر در اخطار تعطیل، مراجعه اکیپ تعطیل متشکل از نمایندگان بهداشت محیط مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشتی درمانی مربوط و نیروی انتظامی به محل و با رعایت مقررات، نسبت به تعطیل موقت محل با تنظیم صورت‌جلسه اقدام می‌شود.

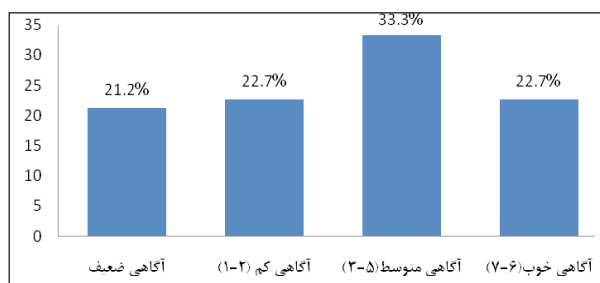
۸- پس از مراجعه متصدی به مرکز بهداشت و سپردن تعهد محضری، مبنی بر رفع نواقص بدون بهره‌برداری در مهلتی معین، نسبت به بازگشایی محل تعطیل‌شده با حضور نمایندگان بهداشت محیط مرکز بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی و متصدی، با تنظیم صورت‌جلسه اقدام می‌شود.

۹- پس از اعلام متصدی مبنی بر رفع نواقص در مهلت مقرر، دوباره توسط بازرس بهداشت محیط و حرفه‌ای مرکز بهداشتی درمانی از محل بازدید می‌شود و قسمت بازدید سوم فرم آیین‌نامه مقررات بهداشتی علامت‌گذاری می‌گردد.

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخ به پرسش‌های آگاهی افراد مورد مطالعه

پرسش	تعداد	درصد
افرادی که از حداقل جریمه نقدی فرد متخلف از مقررات بهداشتی ماده ۱۳ آگاهی داشتند	۱۳	۱۹/۷
افرادی که از حداکثر جریمه نقدی فرد متخلف از مقررات بهداشتی ماده ۱۳ آگاهی داشتند	۳۱	۴۷
افرادی که از سال تصویب قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی آگاهی داشتند	۱۷	۲۵/۸
افرادی که از سال اصلاح قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی آگاهی داشتند	۱۸	۲۷/۳
افرادی که از تعداد ماده‌های قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی آگاهی داشتند	۸	۱۲/۱
افرادی که از حداقل مهلت (تعداد روز) برای رفع نقص‌ها آگاهی داشتند	۴۲	۶۳/۶
افرادی که از حداکثر مهلت (تعداد روز) برای رفع نقص‌ها آگاهی داشتند	۳۳	۵۰

نتایج آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه برای سنجش اختلاف میانگین نمرات آگاهی با گروه سنی، مقطع تحصیلی و وضعیت استخدامی و مستقل، برای سنجش اختلاف میانگین نمرات آگاهی با رشته تحصیلی و کای-دو برای سنجش رابطه بین آگاهی با جنس و سابقه کاری در جدول ۳ نشان داده شده‌اند. میانگین و انحراف معیار دسته‌ای از پارامترها که بیشترین فراوانی را داشتند، در جدول بیان شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، رابطه آگاهی با وضعیت استخدامی معنادار ($p=0/036$) بوده است بگونه‌ای که دارای بیشترین اختلاف در میانگین آگاهی بود. رابطه آگاهی با مقطع تحصیلی معنادار بود ($p=0/05$). اگرچه شمار زن‌هایی که آگاهی ضعیف داشتند، دو برابر مردان بودند و شمار مردانی که آگاهی خوبی داشتند، ۱۴ درصد از خانم‌ها بیشتر بودند، آزمون آماری کای-دو نشان داد که بین میزان آگاهی و جنس ارتباط معناداری وجود ندارد (جدول ۳).



نمودار ۱: توزیع فراوانی نمره آگاهی طبقه‌بندی‌شده افراد مورد مطالعه

افراد بهداشت محیط و ۶/۱ درصد رشته‌های دیگر بود. ۶۵/۲ درصد افراد مدرک کارشناسی و سایر آنها مدرک‌های کاردانی و کارشناسی ارشد داشتند. ۴۶/۳ درصد بازرسان کارمند رسمی مرکز و دیگران در وضعیت‌های پیمانی، مشمول طرح و قراردادی بودند. کمترین سابقه کاری یک ماه و بیشترین آن ۲۹ سال و میانگین آن $10/35 \pm 7/8$ سال بوده است (جدول ۱).

جدول ۲ وضعیت جواب درست پرسش‌های آگاهی در ارتباط با اجرای ماده ۱۳ را نشان می‌دهد. بیشترین درصد (۶۳/۶) افراد از حداقل مهلت (تعداد روز) که برای رفع نواقص به متصدی داده می‌شود، آگاهی داشتند. تنها ۱۲/۱ درصد افراد از تعداد ماده‌های قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی آگاهی داشتند. نمودار ۱ بیان می‌کند که تعداد افراد با آگاهی خوب، حدود یک چهارم افراد بوده است. بیشترین درصد افراد (۳۳/۳) آگاهی متوسط داشتند.

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیکی افراد مورد مطالعه

متغیر	تعداد	درصد
جنس	زن	۲۴
	مرد	۵۲
سن	۲۰ تا ۲۹ سال	۱۰
	۳۰ تا ۳۹ سال	۲۷
	۴۰ تا ۵۰ سال	۸
رشته	بهداشت محیط	۵۰
	غیر بهداشت محیط	۴
آخرین مقطع تحصیلی	کاردانی	۱۵
	کارشناسی	۳۴
	کارشناسی ارشد	۳
وضعیت استخدامی	رسمی	۲۵
	قراردادی	۲
	پیمانی	۱۴
	مشمول طرح	۱۲
	دیگر موارد	۱
سابقه کاری	کمتر از ۱۰ سال	۲۹
	۱۰ تا ۲۰ سال	۱۹
	۲۰ تا ۳۰ سال	۴

جدول ۳: رابطه آگاهی با مشخصات دموگرافیک

نتیجه آزمون		شاخص	بیشترین فراوانی
$p = 0/47$	$F = 0/75$	(انحراف معیار $\pm$ میانگین) $3/8 \pm 2$	اختلاف میانگین نمره آگاهی با سن (۳۰ تا ۳۹ سال)
$p = 0/068$	$t = 1/86$	(انحراف معیار $\pm$ میانگین) $3/54 \pm 2$	اختلاف میانگین نمره آگاهی با رشته (بهداشت محیط)
$p = 0/05$	$F = 0/95$	(انحراف معیار $\pm$ میانگین) $3/53 \pm 1/9$	اختلاف میانگین نمره آگاهی با مقطع تحصیلی (کارشناسی)
$p = 0/036$	$F = 3$	(انحراف معیار $\pm$ میانگین) $4/32 \pm 1/95$	اختلاف میانگین نمره آگاهی با نوع استخدامی (رسمی)
$p = 0/61$	$X^2 = 1/78$	۱۱ نفر (۴۲/۳ درصد)	رابطه آگاهی با جنس (مرد)
$p = 0/67$	$X^2 = 4$	۱۲ نفر (۴۱/۴ درصد)	رابطه آگاهی با سابقه کاری (کمتر از ۱۰ سال)

بحث و نتیجه گیری

مراکز بهداشتی درمانی در استان مازندران درباره واکتومی انجام داد، نشان داد بیشتر کارکنان بهداشت خانواده (۶۷/۹ درصد) از آگاهی متوسطی نسبت به واکتومی برخوردار بودند و ۲۰/۸ درصد آگاهی خوب و ۱۱/۳ درصد آگاهی ضعیفی داشتند.

همانند این مطالعه، بیشترین درصد افراد در این مطالعه آگاهی متوسط داشتند. این دو مطالعه در نبود رابطه معنی دار بین سابقه کار و آگاهی، معنی دار بودن رابطه آگاهی با مقطع تحصیلی مشترک بودند؛ اما برخلاف این مطالعه، آگاهی با مدرک و رشته تحصیلی رابطه معنی داری داشته است (۹). در مطالعه «خانی» با عنوان میزان آگاهی، نگرش و عملکرد کارکنان بهداشت به برنامه های پیشگیری از سرطان پستان در حاشیه جنوبی دریای خزر، مشخص شد که سطح آگاهی های مرتبط با سرطان پستان و برنامه های پیشگیری و غربالگری آن در موارد، ۴۱/۳ درصد خوب، ۵۲ درصد متوسط و ۶/۷ درصد بد بوده است؛ البته در این مطالعه تنها ۳/۴ درصد از افراد کارمند مرکز بهداشت و افراد دیگر بهورز و رابط بهداشتی بوده اند (۱۰).

«مشیزی» در مطالعه خود میزان آگاهی کارکنان صنف قنادی شهر بردسیر را در ارتباط با استفاده از رنگ های مصنوعی در تهیه مواد غذایی بررسی کرد. نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که آگاهی کارکنان صنف قنادی درباره رنگ خوراکی و غیرخوراکی و استاندارد و استفاده از رنگ مجاز کم است و به آموزش نیاز دارند (۱۱). مطالعه «مجلسی» با عنوان بررسی سواد سلامت زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت تحت پوشش دانشگاه شهید بهشتی، با این مطالعه در تضاد است؛ زیرا در آن

با وجود این که بازرسان بهداشت محیط نقش بسزایی در ارتقای سطح سلامتی جامعه دارند، پژوهش های اندکی در ارتباط با فعالیت های آنها صورت گرفته است و پژوهشگران در این زمینه، مطالعه مشابه دریافت نکردند؛ بنابراین، می توان اعلام کرد این مطالعه، نخستین بررسی آگاهی بازرسان بهداشت محیط در زمینه اجرای ماده ۱۳ است و نتایج نشان داد که بیش از نیمی از بازرسان آگاهی متوسط و خوب داشتند. در مقایسه با نتایج مطالعه «نیکمرد نمین» با عنوان بررسی آگاهی، نگرش و رفتار کارکنان اتاق عمل از راه های کنترل عفونت در اتاق عمل بیمارستان های آموزشی استان قزوین که ۸۵ درصد افراد آگاهی خوب متوسط و بالا داشتند، درصد افراد با آگاهی متوسط و خوب در این مطالعه کمتر بوده است؛ هرچند، شمار افراد با سابقه کمتر از ۱۰ سال (۲۹ درصد) اندکی کمتر از مطالعه یادشده (۳۲/۵ درصد) بوده است (۷).

در مطالعه ای که توسط «پورشیحان» با عنوان بررسی آگاهی و نگرش کارکنان آزمایشگاه بالینی درباره ایدز در گیلان انجام شد، نتایج نشان می داد که ۶۹/۴ درصد افراد درباره ماهیت ایدز و ۵۵/۶ درصد آنها درباره راه های انتقال ایدز از میزان آگاهی خوبی برخوردار بودند. درباره روش پیشگیری از ایدز ۱۶/۷ درصد آگاهی خوب، ۶۶/۷ درصد آگاهی متوسط و ۱۶/۷ درصد آگاهی ضعیفی داشتند که بیانگر لزوم آموزش مداوم درخصوص روش های پیشگیری از ایدز بود (۸). نتایج مطالعه ای که «امیدوار» درباره آگاهی کارکنان بهداشت خانواده

مطالعه، سواد سلامت بیش از نیمی از افراد در حد ناکافی یا مرزی قرار داشت (۱۲). همان طور که در مقدمه بیان شد، قوانین مرتبط با کنترل مواد غذایی و اماکن تهیه و توزیع آن در کشورهای گوناگون متفاوت است؛ بنابراین، در اینجا به نتایج به دست آمده از مطالعات انجام شده مربوط به مباحث گوناگون کنترل مواد غذایی در برخی کشورها اشاره می شود؛ نتایج مطالعه تاهکاپا با عنوان درک بازرسان کنترل مواد غذایی از چالش های اجرای قانون های کنترلی در فنلاند، نشان داد که بین اجرای قوانین برحسب مناطق جغرافیایی با در نظر گرفتن زمان اجرا، روش و محتویات طرح های کنترلی، اختلاف معنی داری وجود دارد (۱۳).

در آفریقای جنوبی نیز انجام اقدامات لازم در زمینه مدیریت چالش های بهداشت محیطی در جامعه، مانند آب آشامیدنی سالم، مدیریت پسماند، آلودگی هوا، ارزیابی زیست محیطی، شیوع بیماری ها و پیشگیری از صدمات احتمالی آنها، به عهده افسران بهداشت محیط است (۳). با توجه به اهمیت نقش بازرسان

بهداشت محیط در ارتقای سطح سلامت جامعه با پیشگیری از بروز بیماری ها، نیاز به برنامه ریزی در جهت ارتقای سطح آگاهی بازرسان در مورد مرحله های اجرایی ماده ۱۳ احساس می شود که تدوین برنامه های آموزشی بدو استخدام و آموزش مداوم لازمه آن است. معنی دار نبودن رابطه بین آگاهی و سابقه کاری در این مطالعه و مطالعات مشابه، نشان دهنده این است که اگر افراد در بدو استخدام آگاهی درستی را به دست نیاورند، طی تجربه کاری خود نمی توانند آن را تصحیح کنند؛ در نتیجه، توجه به این امر از سوی مسئولان مراکز و واحدها ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد (۸۹۳۴۶) حمایت شد. نویسندگان از رؤسای مراکز بهداشت و بازرسانی که با تکمیل پرسشنامه این مطالعه را یاری کردند، مراتب قدردانی خود را اعلام می دارند.

References

1. Kumwenda S, Samanyika Y, Chingaipe E, Mamba K, Lungu K, Mwendera C, et al. The Emerging Environmental Health Risks and Challenges for Tomorrow: Prospects for Malawi.
2. Green RM, Kane K. The effective enforcement of HACCP based food safety management systems in the UK. Food Control. 2014;37(0):257-62.
3. Thomas EP, Seager JR, Mathee A. Environmental health challenges in South Africa: policy lessons from case studies. Health & Place. 2002;8(4):251-61.
4. Shaw N. Study of public swimming pools and spa pools in NSW, 1993. New South Wales Public Health Bulletin. 1994;5(12):131-3.
5. Tehrani H, Taghdisi MH. Community Action: A Strategy for Health Promotion. Iranian Journal of Research in Environmental Health. 2015;2(4):255-9.
6. Laws book of Islamic Republic of Iran.
7. Nikmardnamini S, Javanmardi s, Gholizade F, Zamani M, Hashemi F, Karbro A. Survey of knowledge, attitudes and behavior of operating room infection control staff in training hospital of Qazvin. Edrak. 2011;5(20):47-51.
8. Pourshikhan M, Kazennajad E. Knowledge and attitude of Lab staff towards AIDS in Gilan. KAUMS Journal (FEYZ). 2004;8(1):66-72.
9. Omidvar S, Soleiman H. Knowledge and attitude of the personnel of Mazandaran family health centers toward vasectomy in, 2002. 2. 2004;8(2):91-6.
10. Khani H, Moslemizadeh N, Montazeri A, Godazandeh G, Ghorbani A. Knowledge, attitude and performance of of health personnel towards breast cancer prevention programs in Southern edge of Caspian Sea. Iranian Journal of Breast Disease. 2008;1(2):28-37.
11. Mashizi RK, Yunesian M, Borna MO, Galavi E. Evaluation of Knowledge and Attitude of Confectionery Workers towards Usage of Artificial Food Dyes in Bardsir. Journal of Health. 2012;3(2):32-41.
12. Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Majdabadi MM,. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. Daneshvar Medicine 2012;19(97):1-13.
13. Tähkäpää S, Kallioniemi M, Korkeala H, Maijala R. Food control officers perception of the challenges in implementing new food control requirements in Finland. Food Control. 2009;20(7):664-70.