

Review Article

A Systematic Review of Successful Experiences of Countries in Strengthening Primary Health Care in Critical Situations: Presenting a Practical Model

Saeed Amini^{1*}, PhD; Zahra Bayyat², Pharmacy Candidate; Fatemeh Abbasi Fijani³, MD Candidate; Keyvan Nikkhah Bahrami⁴, MD Candidate; Mohammad Shams⁵, Pharmacy Candidate; Mina Rezaei⁶, PhD Candidate

¹Department of Health Services Management, Khomein University of Medical Sciences, Khomein, Iran

²Student Research Center, School of Pharmacy, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

³Student Research Committee, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

⁴Student Research Committee, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

⁵Student Research Center, School of Pharmacy, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

⁶Department of Environmental Engineering, Graduate Faculty of Environment, University of Tehran, Tehran, Iran

Article Information

Article History:

Received: Sep. 28, 2023

Accepted: Nov. 11, 2023

*Corresponding Author:

Saeed Amini

Ph.D. in Health Services Management,
Khomein University of Medical
Sciences, Khomein, Iran

Email: sa_536@yahoo.com

Abstract

Introduction: Health systems have obtained valuable experience in dealing with various epidemics. The present study, by systematically reviewing the successful experiences of countries, presents a model for a coordinated response to pandemics by various actors in the primary healthcare system.

Methods: Thirty-eight articles were obtained from Magiran, SID, PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar databases after applying the search strategy, inclusion and exclusion criteria, time-bound of 2005 to 2022, and quality assessment by Strobe checklist. The articles were assessed in terms of title, abstract, and text, and after removing duplicate and irrelevant ones, the final articles were selected.

Results: This study assumed the PHC system as a leafy tree, which requires 25 background factors to strengthen its roots. Three groups of health policymakers, healthcare providers, and society must carry out the necessary measures in a coordinated and synergistic program in the four phases of crisis management, including prevention, preparedness, response, and recovery.

Conclusion: Strengthening PHC in prevention, screening, testing, and outpatient treatment and mobilizing the community to take care of itself are the most successful experiences dealing with epidemics compared to treating patients in hospitals and spending significant financial and life costs.

Keywords: Epidemics, Stakeholder Participation, Socioeconomic Factors, Primary Health Care, Hospital Medicine

Please cite this article as:

Amini S, Bayyat Z, Abbasi Fijani F, Nikkhah Bahrami K, Shams M, Rezaei M. A Systematic Review of Successful Experiences of Countries in Strengthening Primary Health Care in Critical Situations: Presenting a Practical Model. Sadra Med. Sci. J. 2024; 12(1): 123-142.



مجله علوم پزشکی صدرا

<https://smsj.sums.ac.ir/>


مقاله مروری

مرور نظام‌مند تجربه‌های موفق کشورها در تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در شرایط بحرانی: ارائه‌ی الگوی کاربردی

سعید امینی^{۱*}، زهرا بیات^۲، فاطمه عباسی فیجانی^۳، کیوان نیکخواه بهرامی^۴، محمد شمس^۵، مینا رضایی^۶

استادیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم پزشکی خمین، خمین، ایران^۱
 دانشجوی داروسازی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران^۲
 دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران^۳
 دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران^۴
 دانشجوی داروسازی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران^۵
 دانشجوی دکترای مهندسی محیط زیست، گروه مهندسی محیط زیست، دانشکده فنی، دانشگاه تهران، تهران، ایران^۶

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۲۰

نویسنده مسئول:

سعید امینی

دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی،

دانشکده علوم پزشکی خمین، کدپستی: ۳۸۸۱۸۵۸۵۷۳،

خمین، ایران

پست الکترونیکی: sa_536@yahoo.com

مقدمه: نظام‌های سلامت در مواجهه با همه‌گیری‌ها تجربه‌های ارزنده‌ای را به دست آورده‌اند. مطالعه‌ی حاضر با بررسی تجربه‌های موفق کشورها، الگویی را برای ارائه‌ی پاسخ هماهنگ به همه‌گیری‌ها از سوی عملگران مختلف نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارائه می‌دهد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه‌ی مروری نظام‌مند، ۳۸ مقاله از پایگاه‌های مگیران، جهاد دانشگاهی، PubMed، Scopus، Web of Science و Google Scholar پس از اعمال استراتژی جست‌وجو، معیارهای ورود و خروج، در بازه‌ی زمانی ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۲ و ارزیابی کیفیت با چک‌لیست استروپ به دست آمد. مقاله‌ها از نظر عنوان، چکیده و متن ارزیابی شده و پس از حذف مقاله‌های تکراری و نامرتبط، مقالات نهایی انتخاب گردیدند.

یافته‌ها: در این مطالعه، نظام PHC کشور به‌مثابه یک درخت تناور فرض شده است که برای تقویت ریشه‌های آن لازم است، ۲۵ عامل زمینه‌ای از حوزه‌های مختلف با هم کار کنند. به‌منظور عملکرد مناسب این عوامل، لازم است سه حوزه‌ی سیاست‌گذاران نظام سلامت، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه و جامعه، در یک برنامه‌ی هماهنگ و هم‌افزا اقدام‌های لازم را در فازهای چهارگانه‌ی مدیریت بحران شامل پیشگیری، آمادگی، پاسخ و ریکواری انجام دهند.

نتیجه‌گیری: تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در زمینه‌های پیشگیری، غربالگری، آزمایش و درمان بیماران سریایی و به‌تحرك‌درآوردن جامعه برای مراقبت از خویش، موفق‌ترین تجربه در مواجهه با اپیدمی‌ها در مقایسه با درمان بیماران در بیمارستان‌ها و صرف هزینه‌های هنگفت مالی و جانی است.

کلمات کلیدی: همه‌گیری، مشارکت ذی‌نفعان، عوامل اقتصادی اجتماعی، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات پزشکی بیمارستان

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

امینی س، بیات ز، عباسی فیجانی ف، نیکخواه بهرامی ک، شمس م، رضایی م. مرور نظام‌مند تجربه‌های موفق کشورها در تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در شرایط بحرانی: ارائه‌ی الگوی کاربردی. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۲، شماره ۱، زمستان ۱۴۰۲، صفحات ۱۲۳-۱۴۲.

عادلانه و پایدار هستند، زیرا این سطح از مراقبت در انواع پاسخ به مشکلات حاد یا مزمن بهداشتی هسته‌ی مرکزی قلمداد می‌شود (۱۳ و ۱۴). از این لحاظ، گفت که PHC باید یکی از اصلی‌ترین راهکارها برای مقابله با بحران‌های سلامت عمومی، از جمله کووید-۱۹ باشد. توانایی PHC در سهولت دسترسی به جامعه و ارائه‌ی مراقبت‌ها به روشی جامع و با هماهنگی با سایر سطوح مراقبت، آن را به ابزاری اساسی در مقابله با امواج مختلف بحران‌های سلامت عمومی در کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت تبدیل کرده است (۱۵ و ۱۶). در بیماری‌های همه‌گیر، به‌عنوان اولین خط دفاعی، نقش PHC در سیستم مراقبت‌های بهداشتی بیش از هر زمان دیگری مهم است. درحالی‌که بیمارستان‌ها باید بر روی درمان این بیماری تمرکز کنند، PHC مردم‌محور باید بر روی بیماران و همچنین سلامت کل جامعه در سطح بهداشت جمعیت تمرکز کند (۱۷). در این باره اتفاق نظر وجود دارد که PHC مؤثرترین مدل مراقبت‌های بهداشتی است. با این حال، تفسیرها و تصورات متنوعی در اجرای سیاست‌های بهداشتی در سراسر جهان وجود دارد (۱۸). مطالعات بسیاری در رابطه با تجربه‌ی کشورها در به‌کارگیری استراتژی‌های PHC برای پاسخ به همه‌گیری‌ها انجام شده است. برای مثال Desborough J و همکاران (۱۹) در سال ۲۰۲۰، یک مطالعه‌ی مروری سریع با هدف بررسی گزارش‌های مربوط به مراقبت‌های اولیه که در همه‌گیری‌های گذشته، انجام شده است و ارتباط آن‌ها با کووید-۱۹، انجام داده‌اند. در سال ۲۰۲۰، Prado و همکاران (۱۸) یک مطالعه‌ی توصیفی براساس تجزیه و تحلیل اسناد پاسخ کشورها به بیماری همه‌گیر کروناویروس با تأکید بر PHC انجام داده‌اند. و در نهایت Sarti TD و همکاران (۲۰) در سال ۲۰۲۰، مطالعه‌ای با هدف انجام مرور سریع سیستماتیک از مطالعاتی که به بررسی اثربخشی استراتژی‌های PHC در زمینه‌ی همه‌گیری‌ها می‌پردازد، انجام داده‌اند. از آنجایی‌که بررسی و مطالعه‌ی استراتژی‌های PHC در کشورهای مختلف و در پاسخ به همه‌گیری‌های گوناگون به اجرا درآمده است و به دلیل اینکه این مطالعات نتوانسته‌اند به‌طور جامع، الگویی را برای تقویت PHC در مواجهه با بلایا و همه‌گیری‌ها ارائه دهند؛ بنابراین در این مطالعه با هدف بررسی تجربیات به‌کارگیری استراتژی‌های PHC در کشورهای مختلف در مواجهه با همه‌گیری‌ها به ارائه‌ی الگویی جامع برای تقویت PHC در زمان همه‌گیری پرداخته شده است.

در قرن اخیر ما شاهد چندین همه‌گیری شایان توجه بوده‌ایم که باعث تأثیرات شایان اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و بهداشتی شده است (۱). برخی از این همه‌گیری‌ها شامل سندرم تنفسی حاد شدید^۱ در طی سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳، سندرم تنفسی خاورمیانه^۲ در سال‌های ۲۰۱۲ و ۲۰۱۵، آنفلوآنزای H1N1^۳ در سال ۲۰۰۹ (۲)، بیماری ویروسی ابولا^۴ با یازده شیوع از سال ۱۹۷۶ تاکنون (۳) و شیوع مکرر ویروس زیکا^۵ از سال ۲۰۱۵ تاکنون (۴) است. از سال ۲۰۱۹ تاکنون ویروس همه‌گیر جدید به نام کووید-۱۹^۶ جهان را فرا گرفته است (۵). هر کدام از این پاندمی‌ها عامل ابتلا و مرگ‌ومیر زیادی در زمان شیوع خود بوده‌اند. به‌طور مثال در طی سال ۲۰۰۹، یعنی یک‌سال پس از شیوع آنفلوآنزای H1N1، تنها در ایالت متحده‌ی آمریکا، ۶۲ میلیون ابتلا و تعداد ۱۲۴۰۰ مرگ در اثر این بیماری رخ داده است (۶). همچنین دومین طغیان بزرگ ابولا در سال ۲۰۱۸ در جمهوری دموکراتیک کنگو رخ داد که باوجود تمام اقدامات صورت‌گرفته (از جمله: واکسیناسیون، نمونه‌گیری، آموزش مراقبین سلامت، ثبت موارد تماس و دسترسی به خدمات عادلانه) تا جولای سال ۲۰۲۰ باعث ابتلای ۳۴۸۱ نفر و مرگ ۲۲۹۹ گردید (۷ و ۸). در این راستا جامعه‌ی بین‌الملل تلاش کرده است تا رویکردهای جدیدی را برای کاهش خطر بلایا، آمادگی، پاسخ به بلایا و بازبانی ایجاد کند. استراتژی‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۷ یکی از روش‌های ممکن است که در آن بهبود مدیریت در بحران‌های سلامت می‌تواند رخ دهد (۹). سازمان بهداشت جهانی^۸ مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی جامع را سنگ بنای دستیابی به پوشش بهداشتی جهانی و تأمین سلامت جمعیت در سراسر جهان می‌داند (۱۰). PHC در سطح جهانی به‌عنوان پایه‌ای برای یک سیستم بهداشتی پایدار و باکفایت برای مقابله با شایع‌ترین مشکلات و چالش‌های بهداشتی جامعه و ارتقا عدالت در نظر گرفته شده است (۱۱). این مراقبت‌ها اولین نقطه‌ی تماس مردم با نظام سلامت است (۱۲). به‌طور کلی، سیستم‌هایی که از PHC قوی برخوردارند، مؤثر، کارآمد، ایمن،

1. Severe Acute Respiratory Syndrome

2. Middle East respiratory syndrome coronavirus

3. Influenza A virus subtype H1N1

4. Ebola virus disease

5. Zika virus

6. Coronavirus disease 2019 or Covid-19

7. Primary Health Care

8. World Health Organization

مواد و روش‌ها

استفاده کرده باشد، شناسایی شدند. بر این اساس، نقشه‌ی مفهومی و واژه‌های کلیدی برای جست‌وجو در پایگاه‌های داده‌ای مختلف برای مطالعه در جدول یک نشان داده شده است. نقشه‌ی مفهومی استفاده‌شده براساس فرمول PICOT⁹ (شامل جمعیت، مداخله، گروه مقایسه، پیامد و دوره‌ی زمانی) تنظیم گردید. مزیت استفاده از PICT این است که باعث ایجاد یک استراتژی جست‌وجوی مناسب برای جست‌وجو در پایگاه‌های داده‌ای مختلف می‌شود. البته باتوجه‌به اینکه بیشتر مطالعات بازبایی‌شده جزو مطالعات مشاهده‌ای بودند، بنابراین امکان اینکه همه‌ی اجزای PICOT را برای جست‌وجو در پایگاه‌های داده‌ای تعریف کنیم، وجود نداشت. محدودیتی درباره‌ی زبان جست‌وجو در پایگاه‌ها قرار داده نشد و باتوجه‌به اینکه بیشتر اپیدمی‌ها از جمله ابولا، سارس، H1N1 و کووید ۱۹ از سال ۲۰۰۵ تاکنون رخ داده‌اند، بنابراین بازه‌ی زمانی ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۲ برای این مطالعه انتخاب شد (جدول ۱).

استراتژی جست‌وجوی استخراج‌شده از جدول PICOT

پس از اینکه کلیدواژه‌های مطالعه براساس جدول یک تعیین شد و برای هر ستون تکمیل شدند، بین واژه‌های موجود در هر ستون عملگر ارتباطی OR قرار داده شد و برای برقراری ارتباط بین هر ستون نیز از عملگر ارتباطی AND استفاده گردید. سؤال جست‌وجوی زیر حاصل

9. Population or Patient, Intervention, Comparison, Outcome, Time frame

این مطالعه از نوع مرور نظام‌مند و در سال ۱۴۰۱ انجام پذیرفته است و در آن همه‌ی انواع مطالعاتی که به انعکاس تجارب و اقدامات کشورهای مختلف درخصوص مواجهه‌ی PHC آن کشورها با اپیدمی‌ها پرداخته بودند، وارد مطالعه شدند. سؤال مشخص این مطالعه عبارت است از: تجربیات موفق سیستم PHC کشورهای مختلف برای مواجهه با بحران‌ها کدام هستند؟

پایگاه‌های جست‌وجو شده

پایگاه‌های فارسی مگیران (magiran.ir) و اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (<http://sid.ir>) و پایگاه‌های خارجی Scopus (www.scopus.com)، Web of Science (<http://www.isiknowledge.com>)، PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) و Google Scholar (<https://scholar.google.com>) به‌طور نظام‌مند جست‌وجو شدند.

نقشه‌ی مفهومی جست‌وجو در پایگاه‌ها

پس از شکستن عنوان اصلی به واژه‌های کلیدی که نشان‌دهنده‌ی مفاهیم اصلی مطالعه است، با استفاده از طوفان ذهنی و مطالعه‌ی مقالات مرتبط، سایر واژه‌های کلیدی که هر مؤلفی ممکن است در مقاله‌ی خود

جدول ۱. نقشه‌ی مفهومی برای جست‌وجو در پایگاه‌های علمی مختلف

گروه هدف	مداخله	پیامد	دوره‌ی زمانی
Primary Health Care	Disaster	Experience	۲۰۲۲-۲۰۰۵
PHC	Pandemic	Lessons	
Health Policy	Coronavirus Infections	Lessons learned	
Health Systems	COVID-19	Best practices	
Public Health	Epidemics	Response	
Health systems strengthening	Catastrophe		
	Infectious disease		
	MERS		
	EBOLA		
	H1N1		
	SARS		

این ابزار در واقع طراحی شده است تا به مؤلفان در نوشتن صحیح مطالعات مشاهده‌ای کمک کند، به سردبیران و داوران مجلات کمک می‌کند تا به ارزیابی صحیح مقالات برای چاپ در مجلات بپردازند و به خوانندگان کمک می‌کند تا به ارزیابی نقادانه‌ی مقالات منتشرشده بپردازند (۲۱). به‌عنوان یک روش ساده به‌منظور نمره‌دهی به این پرسشنامه، به هر قسمت از چک‌لیست امتیازی بین صفر الی دو اختصاص داده شد. حداقل نمره برای هر مطالعه به‌منظور ورود به مطالعه، شانزده در نظر گرفته شد و مقاله‌هایی که این کمترین نمره را کسب کردند، وارد فرایند استخراج داده‌ها شدند. بنابراین مطالعاتی که در جدول یک آمده‌اند؛ این حداقل نمره را کسب کرده‌اند. ارزیابی کیفیت مقالات از سوی کلیه‌ی نویسندگان مطالعه انجام پذیرفته است.

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از مقاله‌هایی که در مجله‌های معتبر داخلی یا خارج از کشور چاپ شده باشند، مطالعاتی که تجربه‌های کشورهای از یک اپیدمی ناشی از بیماری‌ها را ذکر کرده بودند و مطالعات با نمونه‌های تصادفی. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از مقاله‌های نامه به سردبیر، سرمقاله، مقاله‌های منتشرنشده، مطالعات موردی، مطالعات قبل از سال ۲۰۰۵.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

پژوهش حاضر در قالب مروری نظام‌مند می‌کوشد تا تجربه‌های موفق کشورها در تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در شرایط بحرانی را در قالب الگویی کاربردی تحلیل کند. بنابراین تجزیه و تحلیل داده‌ها در این مطالعه به‌صورت کیفی از طریق توصیف، تفسیر و یکپارچه‌سازی داده‌های استخراج شده و درنهایت ارائه‌ی الگوی کاربردی انجام پذیرفت.

یافته‌ها

جست‌وجوی اولیه بر اساس عنوان مقالات در شش پایگاه داده‌ی علمی ذکرشده به ۱۲۰۷ مقاله منتج شد (وب آو ساینس ۳۶۵ مقاله، پاب مد ۲۶۰ مقاله، اسکوپوس ۴۸۰ مقاله، گوگل اسکولار ۱۱۰۰ مقاله، پایگاه‌های فارسی دو مقاله). پس از ورود این مقالات به نرم‌افزار اندنوت و حذف مقاله‌های تکراری، تعداد ۵۱۲ مقاله باقی ماند.

انجام این اقدامات بر روی جدول یک است که بنا به دستورالعمل خاص جست‌وجو برای هر پایگاه علمی، تغییراتی در آن اعمال گردید.

“Primary Health Care” OR “PHC” OR “Health Policy” OR “Health System*” OR “Public Health” AND “disaster*” OR “pandemic” OR “Coronavirus Infection*” OR “COVID-19” OR “catastroph*” OR “infect*” OR “Ebola” OR “H1N1” OR “SARS” OR “MERS” AND “experience*” OR “lesson*” OR “lessons learned” OR “best practice*” OR “respons*”

انتخاب مطالعات

مؤلفان دوم، سوم، چهارم و پنجم به‌طور مستقل کار جست‌وجو در پایگاه‌های ذکرشده را انجام دادند. این کار شامل جست‌وجو و استخراج مطالعات، ارزیابی اعتبار و تکراری بودن^{۱۰} آن‌ها است. به‌منظور استخراج خصوصیات اصلی مطالعات نهایی، یک صفحه‌ی گسترده^{۱۱} در اکسل ایجاد شده و اطلاعات مطالعات شامل مؤلفین، سال انجام مطالعه، مکان جمع‌آوری داده‌ها، نوع همه‌گیری و تجربه‌ی موفق در زمینه‌ی تقویت PHC برای مقابله با بحران، وارد آن گردیدند. مقالات بازبایی‌شده‌ی نهایی به نرم‌افزار اندنوت X8 وارد شدند. پس از مطالعه‌ی عنوان و چکیده مقالات، مقالات غیرمرتبط از چرخه‌ی مطالعه خارج شدند. مطالعات خارج‌شده همراه با دلیل ردکردن آن‌ها بایگانی شدند. دقت کالیبراسیون ده‌درصد در نظر گرفته شد، بدین معنی که به‌منظور تعیین توافق بین محققان جست‌وجوکننده، مؤلفان یک، چهار و پنج درصد مقالات را بازبینی کردند ($\kappa=0/85$).

ملاحظات اخلاقی

این طرح از سوی کمیته‌ی اخلاق در پژوهش‌های زیستی دانشگاه علوم پزشکی اراک با مشخصات IR.KHOMAIN.REC.1402.013 به تأیید رسیده است.

ارزیابی کیفیت مقالات

کیفیت مقالات با استفاده از چک‌لیست استروب ارزیابی شد. این چک‌لیست شامل ۲۲ بند است که به بررسی تمام قسمت‌های یک مقاله، از جمله عنوان، چکیده، مقدمه، روش کار، نتایج و بحث مقاله می‌پردازد.

10. Duplication

11. Excel

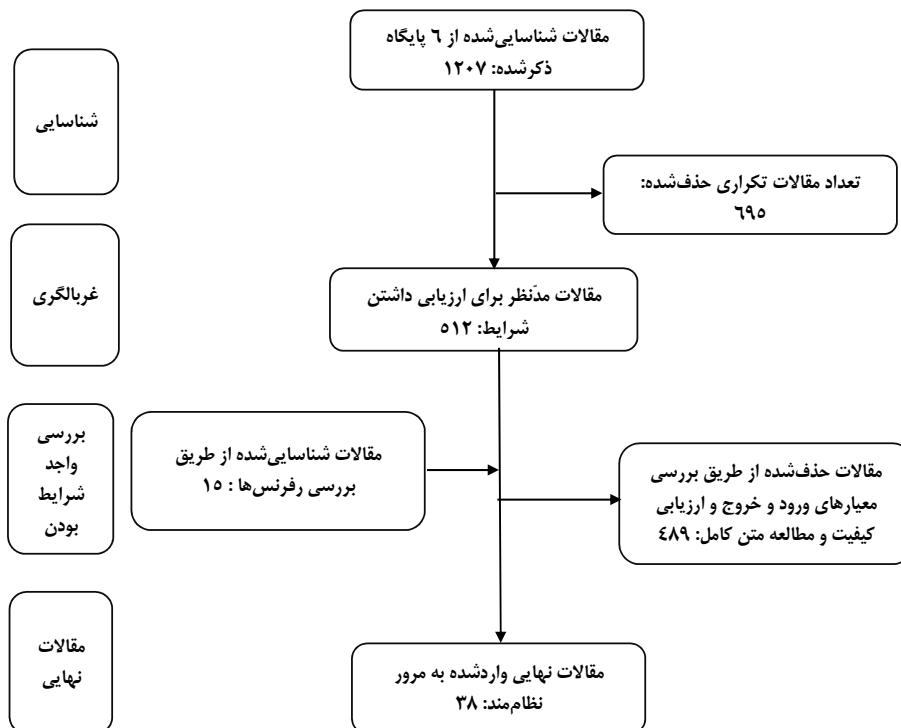
سازمان یافته برای مقابله با این همه گیری اتخاذ کرد. این در حالی است که در استرالیا به دلیل نیازهای متفاوت در مواجهه با همین همه گیری، اقدامات اصلی عبارت بودند از: تدوین پروتکل های دقیق و برنامه های اقدام سریع، برقراری ارتباط بین سطوح بهداشتی و بیمارستانی و دایرشدن کلینیک های خاص در نزدیکی بیمارستان ها برای مراقبت از بیماران. در کانادا نیز سازگاری اقدامات با توجه به شدت اپیدمی، تأمین منابع انسانی با توجه به ویژگی های قلمرو، تهیه ی برنامه های عملیاتی، خدمات مراقبت متمرکز برای کاهش بار بیمارستان و تهیه ی دستورالعمل ها از یک منبع واحد و متناسب با واقعیت ها و وجهه عمل و اقدام بوده است (جدول ۲).

در اپیدمی سارس نیز موضوعات کلیدی در PHC کانادا عبارت بودند از: ارتباط مؤثر بین مدیران و کارکنان مراقبت های بهداشتی و جامعه، حمایت سازمانی و ایمنی کارکنان مراقبت های بهداشتی، پاسخ به نگرانی ها و تعارضات. در مطالعه ای که در یازده کشور مختلف نیز انجام شده بود، اقداماتی همچون بهبود رابطه ی بین سلامت عمومی و مراقبت های بهداشتی اولیه، تقویت سیستم PHC، پاسخگویی، تبیین نقش مراقبت های اولیه در پاندمی، محافظت از کارکنان مراقبت های ارزیابی و اثربخشی مداخلات انجام شده و کمک گرفتن از ظرفیت پزشک خانواده در دستور کار قرار گرفته بود (جدول ۲).

پس از بررسی منابع این مقالات^{۱۲}، تعداد پانزده مقاله ی جدید شناسایی گردید و تعداد مقالات به ۵۲۷ رسید. در مرحله ی بعد، متن کامل این ۵۲۷ مقاله مطالعه و میزان مرتبط بودن آن با موضوع تحقیق حاضر بررسی شد. در ادامه بر اساس معیارهای ورود و خروج و همچنین ارزیابی کیفیت مقالات بر اساس چک لیست استروب مقالات بررسی شدند و به این ترتیب ۳۸ مقاله وارد مرحله ی نهایی مطالعه شدند (شکل ۱).

اطلاعات ۳۸ مقاله ی به دست آمده از جدول یک برحسب عنوان پژوهش، نویسندگان و سال انجام مطالعه، منطقه ی مطالعه شده، نوع همه گیری و تجربه ی موفق در زمینه ی تقویت PHC برای مقابله با بحران ارائه شده اند. بر این اساس نظام مراقبت بهداشتی کشورهای مختلف از اقدامات متنوعی برای مواجهه با بحران ها سود جستند. هر کدام از این اقدامات با توجه به شرایط اقتصادی اجتماعی، زیرساخت ها و امکانات نظام سلامت آن کشور، در دستور کار قرار گرفته اند. یک اقدام واحد در دو کشور با شرایط زمینه ای متفاوت با نتایج متفاوتی نیز همراه خواهد شد. به طور مثال در خصوص اپیدمی H1N1، کشورهای استرالیا، کانادا و ایران اقدامات مدنظر خود را به عمل آورده اند. در ایران از یک مدل هرمی استفاده گردید تا نهادهای کلیدی همچون جامعه، بیمارستان ها، سازمان های غیردولتی، PHC و سیاست گذاران در کنار هم قرار گیرند تا بدین طریق بتوان یک رویکرد همه جانبه، یکپارچه و

12. Cross referencing



شکل ۱. فلوجارت ورود مطالعات به مرور نظام مند تجربیات موفق کشورها درباره ی تقویت PHC در شرایط بحرانی

جدول ۲. مشخصات مطالعات وارد شده به مرحله‌ی نهایی مرور نظام‌مند تجارب موفق در زمینه‌ی تقویت PHC برای مقابله با بحران

ردیف	عنوان پژوهش	نویسنده و سال	منطقه‌ی مطالعه‌شده	همه‌گیری	تجربه‌ی موفق در زمینه‌ی تقویت PHC برای مقابله با بحران
۱	اقدامات فدرال برای حمایت و تقویت تلاش‌های محلی برای مبارزه با کووید-۱۹: مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) در صندلی راننده	Harzheim E et al. (۲۰۲۰) (۲۲)	برزیل	کووید-۱۹	مشاوره‌ی تلفنی، جذب پزشک برای PHC، تداوم مراقبت از بیماری‌های مزمن، مشاوره‌ی تلفنی با متخصصان بهداشت، پایش موارد بیماری، انتقال ماهانه دویست میلیون دلار به PHC، مشاوره‌ی تلفنی بهداشت روان با متخصصان خط مقدم، غربالگری سرولوژیکی در خانه
۲	پاسخ همه‌گیری کرونا-۲۰۱۹ در اوگاندا: نیاز به تقویت و مشارکت مراقبت‌های بهداشتی اولیه	Besigye et al. (۲۰۲۰) (۲۳)	اوگاندا	کووید-۱۹	بسیج جوامع و تیم‌های PHC برای پیشگیری، غربالگری، آزمایش و درمان نمونه‌های خفیف و متوسط
۳	چگونه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایسلند به سرعت استراتژی خود را در پاسخ به همه‌گیری کووید-۱۹ تغییر داد	Sigurdsson et al. (۲۰۲۰) (۱۷)	ایسلند	کووید-۱۹	۳۵٪ افزایش در تعداد مشاوره‌های روزانه مراکز بهداشتی، ۱۲۷٪ افزایش در مشاوره‌های تلفنی و مبتنی بر وب، ۷۵٪ افزایش ویزیت در منزل
۴	نقد پاسخ به اپیدمی ابولا از طریق یک رویکرد مراقبت بهداشتی اولیه	Scott et al. (۲۰۱۶) (۲۴)	کشورهای آفریقایی منطقه	ابولا	توجه به خدمات سطح اولیه و برنامه‌های مبتنی بر جامعه، توسعه مدیریت محلی و سرمایه‌گذاری در منابع انسانی برای سلامت
۵	معرفی یک مدل هرمی مبتنی بر مراقبت‌های بهداشتی اولیه: الگویی برای مدیریت همه‌گیری آنفلوآنزای H1N1 ۲۰۰۹	Joulaei et al. (۲۰۱۰) (۲۵)	ایران	H1N1 flu	استفاده از مدل هرمی که مؤلفه‌های کلیدی مانند جامعه، سازمان‌های غیردولتی، PHC، بیمارستان‌ها، سیاست‌گذاران را با هم جمع می‌کند تا با رویکرد جامع، یکپارچه و سازمان‌یافته با بیماری همه‌گیر H1N1 و سایر مسائل بهداشتی مقابله کنند.
۶	پاسخ استرالیا: آمادگی آنفلوآنزای همه‌گیر	Horvath et al. (۲۰۰۶) (۲۶)	استرالیا	flu H1N1	توزیع داروی ضد ویروسی در سطح محلی مطابق با سیاست توافق‌شده ملی
۷	غلبه بر شانس با مراقبت‌های فردی سیستماتیک: پیگیری آینده‌نگر در سراسر کشور از همه‌ی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در ایسلند	Helgason et al. (۲۰۲۰) (۲۷)	ایسلند	کووید-۱۹	ایجاد یک رویکرد یکپارچه برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه. تیم مراقبت‌های اولیه (شامل پزشکان عمومی، پرستاران، پرستاران جامعه، مددکاران خانگی و...)، مراقبت‌های بهداشتی اولیه را برای مردم محلی ارائه می‌دهند و نحوه‌ی مراقبت از خود را ترویج می‌کنند، آموزش آنلاین برای متخصصان بهداشت
۸	پاسخ بین‌المللی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به کووید-۱۹: تجزیه و تحلیل اسناد در کشورهای منتخب	Prado et al. (۲۰۲۰) (۱۸)	نیوزیلند	کووید-۱۹	مشاوره تلفنی و ویدئویی، ایجاد مشوق‌هایی برای پزشکان عمومی و سایر متخصصان بهداشت، ایجاد ساختاری برای مدیریت پاسخ ملی، مراقبت در منزل برای سالمندان و راهکارهایی برای ردیابی و مشاوره‌ی بیماران با موارد خفیف در منزل، گسترش سیستم اطلاع‌رسانی و راهنمایی برای مشاوره از راه دور
۹	پاسخ بین‌المللی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به کووید-۱۹: تجزیه و تحلیل اسناد در کشورهای منتخب	Prado et al. (۲۰۲۰) (۱۸)	برزیل	کووید-۱۹	مراقبت از راه دور با راهنمایی و بازدید از خانه برای نظارت بر موارد کووید-۱۹
۱۰	پاسخ بین‌المللی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به کووید-۱۹: تجزیه و تحلیل اسناد در کشورهای منتخب	Prado et al. (۲۰۲۰) (۱۸)	اسپانیا	کووید-۱۹	متخصصان بهداشت با یک رویکرد یکپارچه با بیماران و خانواده‌های آن‌ها ارتباط نزدیک برقرار می‌کنند تا برنامه‌های درمانی خاصی را برای بیماران تهیه کنند و مسئولیت تصمیم‌گیری درباره‌ی سلامتی را با آن‌ها به اشتراک بگذارند، مشاوره‌ی تلفنی، ایجاد تیمی چندرشته‌ای از متخصصان پزشکی خانواده و جامعه، متخصصان اطفال، پرستاران، معاون پرستاری، مددکاران اجتماعی، دندان‌پزشکان و کارمندان اداری

ردیف	عنوان پژوهش	نویسنده و سال	منطقه‌ی مطالعه‌شده	همه‌گیری	تجربه‌ی موفق در زمینه‌ی تقویت PHC برای مقابله با بحران
۱۱	پاسخ بین‌المللی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به کووید-۱۹: تجزیه و تحلیل اسناد در کشورهای منتخب	Prado et al. (۲۰۲۰) (۱۸)	انگلستان	کووید-۱۹	ترباژ از راه دور بیماران توسط یک تیم بهداشتی با در نظر گرفتن نمونه‌های مشکوک، گروه‌های خطر و جمعیت زیاد، مشاوره از راه دور با مشارکت کارکنان جامعه، ایجاد یک برنامه‌ی آموزش اضطراری در مقیاس وسیع
۱۲	پاسخ بین‌المللی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به کووید-۱۹: تجزیه و تحلیل اسناد در کشورهای منتخب	Prado et al. (۲۰۲۰) (۱۸)	ایتالیا	کووید-۱۹	مشارکت‌های قوی بین بخش‌های دولتی و خصوصی در واکنش به شرایط اضطراری، گسترش خدمات از راه دور پزشکی برای افراد قرنطینه‌شده، داروخانه‌ها به شبکه‌ی پزشکی از راه دور متصل شدند تا نیاز به ارائه‌ی نسخه‌ی پزشکی برای به‌دست‌آوردن داروها در طی همه‌گیری را کاهش دهند، مشاوره‌ی تلفنی
۱۳	کانادا باید مداخلات بهداشت عمومی را برای استراتژی‌های کاهش کووید-۱۹ خود به سرعت افزایش دهد	Scarabel et al. (۲۰۲۰) (۲۸)	کانادا	کووید-۱۹	مشاوره‌ی روزانه از راه دور برای بیماران قرنطینه در خانه، غربالگری و نظارت از راه دور، طراحی یک پلتفرم انطباقی مدیریت بحران دیجیتال با هدف بهبود پاسخ سیستم بین متخصصان بهداشت، بیمه‌شدگان، دانشگاه‌ها و بخش خصوصی
۱۴	پاسخ بین‌المللی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به کووید-۱۹: تجزیه و تحلیل اسناد در کشورهای منتخب	Prado et al. (۲۰۲۰) (۱۸)	استرالیا	کووید-۱۹	تماس و ردیابی گروه‌های آسیب‌پذیر به‌ویژه افراد مسن، از سوی تیم‌های بهداشتی چندحرفه‌ای محلی. این تیم‌ها افزون‌بر مراقبت از طریق پزشکی از راه دور، با استفاده پلتفرم TALKING-COVID-19، توسط شبکه‌ی بیمارستان محلی پشتیبانی می‌شوند. ارائه‌ی مشاوره و پشتیبانی به مردم درباره‌ی فاصله‌ی اجتماعی، سرمایه‌گذاری درخور توجهی در حمایت از سلامت روان برای همه‌ی استرالیایی‌ها، مشاوره از راه دور
۱۵	کووید-۱۹ در سنگاپور - تجربه‌ی کنونی: مسائل مهم جهانی که نیاز به توجه و اقدام دارند	Wong et al. (۲۰۲۰) (۲۹)	سنگاپور	کووید-۱۹	بهبود روش‌های پیگیری تماس، آزمایشات و مراقبت‌های پزشکی رایگان برای همه‌ی شهروندان در هنگام همه‌گیری‌ها
۱۶	ارزیابی نظام سلامت ایران براساس برنامه‌ی آمادگی و واکنش راهبردی سازمان جهانی بهداشت برای مقابله با کووید-۱۹: سیاست سلامت و پیامدهای تاریخی	Ghanbari et al. (۲۰۲۰) (۳۰)	ایران	کووید-۱۹	نظارت وزارت بهداشت بر پایداری مراکز دولتی و خصوصی، به‌روزشدن داده‌های مربوط به شاخص‌های بالینی و دموگرافیک، تشکیل تیم‌های واکنش، تعیین وظایف دقیق برای هر وزارتخانه، پیگیری تلفنی و پیامک، آگاه‌سازی به‌روز و به‌طور مداوم جمعیت توسط رسانه‌ها، تشکیل مرکز فرماندهی ملی کووید-۱۹، بررسی سوابق سفرهای بیماران و محدودیت‌های سفر، نظارت و بیماری‌یابی فعال در مرزها و غربالگری، ارائه‌ی پروتکل‌های تشییع جنازه و سایر مراسم‌ها، به‌تأخیرانداختن پرداختی‌ها مانند قبوض برق و وام‌های بانکی
۱۷	سازمان مراقبت‌های بهداشتی اولیه در بیماری‌های همه‌گیر: بررسی سیستماتیک سریع ادبیات در دوران کووید-۱۹	Sarti et al. (۲۰۲۱) (۲۰)	مرو نظام‌مند جهانی	کووید-۱۹	استراتژی‌های ارتباطی و ادغام مؤثر با خدمات بهداشت عمومی و سایر سطوح مراقبت ضرورت تقویت استراتژی PHC جامعه‌محور
۱۸	پیامدهای متنوع بحران سلامت ملی: کاوش کیفی تجربیات پرستاران جامعه از SARS	Bergeron et al. (۲۰۰۶) (۳۱)	کانادا	SARS	ارتباطات مؤثر بین مدیران و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و جامعه، حمایت سازمانی و ایمنی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، پاسخ به نگرانی و تعارضات

ردیف	عنوان پژوهش	نویسنده و سال	منطقه مطالعه شده	همه گیری	تجربه‌ی موفق در زمینه‌ی تقویت PHC برای مقابله با بحران
۱۹	کانون آنفلوانزا - تجربه‌ی مراقبت‌های اولیه در ملبورن، ویکتوریا	Bocquet et al. (۲۰۱۰) (۳۲)	استرالیا	H1N1	پروتکل‌های دقیق، برنامه‌های اقدام سریع، استراتژی‌های ارتباطی، خدمات به افراد آسیب‌دیده، اتاق‌های اضافی ویژه‌ی مراقبت از افراد آسیب‌دیده و اتاق‌های انتظار بزرگ، برقراری ارتباط بین مراجع بهداشتی و کلینیک‌ها، دایر شدن کلینیک‌های خاص برای مراقبت از بیماران علامت‌دار در نزدیکی بیمارستان‌ها
۲۰	تجزیه و تحلیل مقایسه‌ای از پاسخ‌های بهداشت عمومی در انتاریو به شیوع آنفلوانزا، بهداشت عمومی و مراقبت‌های اولیه: درس‌های آموخته شده و پیشنهادات سیاست	Masotti et al. (۲۰۱۳) (۳۳)	کانادا	H1N1	سازگاری اقدامات با شدت اپیدمی، تأمین منابع انسانی با توجه به ویژگی‌های قلمرو، تهیه‌ی برنامه‌های عملیاتی ضروری، خدمات مراقبت متمرکز برای کاهش بار بیمارستان، تهیه‌ی دستورالعمل‌ها از یک منبع واحد و متناسب با واقعیت
۲۱	کارکنان بهداشت جامعه در طول شیوع ابولا در گینه، لیبیا و سیرالئون	Miller et al. (۲۰۱۸) (۳۴)	سیرالئون	ابولا	مشارکت ذی‌نفعان در ارائه‌ی خدمات، مشارکت بیشتر رهبران محلی، اعتماد بیشتر مردمی به خدمات را در پی دارد، توانمندسازی کارمندان سلامت جامع به‌عنوان اولین سطح تماس
۲۲	پزشکان عمومی در استرالیا و آنفلوانزای همه‌گیر: مدل‌های طبابت بالینی در یک بیماری همه‌گیر ایجاد شده	Phillips et al. (۲۰۰۷) (۳۵)	استرالیا	SARS	سه مدل گردش کار برای کلینیک‌های PHC در اپیدمی مشخص شد: الف. استاندارد، که در آن مراقبت‌های بهداشتی به‌طور معمول ادامه می‌یابد؛ ب. «مدل جریان‌ی»، که در آن کلینیک برنامه‌ی خود را برای ارائه‌ی خدمات فقط به بیماران مبتلا به آنفلوانزا تنظیم می‌کند؛ ج. مخلوط، که در آن پزشکان بدون برنامه‌ریزی مشترک، لیست خدماتی را که به آن‌ها متعهد است انجام می‌دهد.
۲۳	شیوع آنفلوانزای پرنده‌گان در ترکیه از دیدگاه پرسنل بهداشتی: یک مطالعه‌ی کیفی	Sarikaya et al. (۲۰۰۷) (۳۶)	ترکیه	H5N1	تأمین منابع انسانی و تجهیزات، برنامه‌ی عملیاتی، ادغام بیشتر با نظارت اپیدمیولوژیک و استراتژی‌های ارتباطی با جامعه، سازماندهی، اطلاع‌رسانی و شناسایی و نظارت بر موارد توسط تیم‌های بهداشتی
۲۴	شواهدی از شیوع ابولا در لیبیا: مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر جامعه جزء ضروری یک سیستم بهداشتی انعطاف‌پذیر است	Siekman et al. (۲۰۱۷) (۳۷)	لیبیا	ابولا	تقویت مشاوره‌های بهداشتی اولیه از طریق مراجعه به منزل، جلسات آموزشی، درمان بیماری‌های حاد مانند ذات‌الریه، شناسایی زودهنگام مبتلایان به ابولا و ارجاع نمونه‌های مشکوک
۲۵	مراقبت‌های بهداشتی اولیه و بلايا - وضعیت فعلی ادبیات: آنچه می‌دانیم، شکاف‌ها و گام‌های بعدی	Redwood-Campbell et al. (۲۰۱۱) (۳۸)	تجارب کشورهای مختلف از درآمد بالا تا کم		مراحل پاسخ، ارائه‌ی خدمات از سوی تیم‌ها، مرحله‌ی بازیابی، گروه‌های آسیب‌پذیر، استفاده از شاخص‌های PHC برای ارزیابی آسیب‌پذیری، تقویت سیستم‌های بهداشتی به‌منظور بهبودی، برنامه‌ریزی، افزایش ظرفیت، به‌کارگیری استراتژی‌های، بررسی نیازهای آموزشی
۲۶	مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی در زمان کووید-۱۹: چه باید کرد؟	Medina et al. (۲۰۲۱) (۳۹)	برزیل	کووید-۱۹	نقش رهبری، ادغام PHC با سایر سطوح مراقبت، حمایت اجتماعی و توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر، کارگروهی، کاهش خصوصی‌سازی
۲۷	کووید-۱۹ و یادگیری تطبیقی خط مشی سلامت: تجربه‌ی ۱۰ کشور	Raofi et al. (۲۰۲۱) (۴۰)	مقایسه‌ی ایران با کشورهای مختلف	کووید-۱۹	افزایش ظرفیت آزمایشگاه‌ها، ردیابی تماس افراد به‌صورت جامع، اقدام به موقع جهت مبارزه با کووید-۱۹

ردیف	عنوان پژوهش	نویسنده و سال	منطقه‌ی مطالعه‌شده	همه‌گیری	تجربه‌ی موفق در زمینه‌ی تقویت PHC برای مقابله با بحران
۲۸	سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه که با یک فاجعه روبرو هستند: تجربه‌ی کبک	Lalonde ۲۰۰۷ (۴۱)	کانادا	طوفان یخ	ایجاد فرهنگ پیشگیری و محافظت از مردم، آموزش رهبران و افراد حرفه‌ای، فعالیت‌های بین‌بخشی
۲۹	همه‌گیری ویروس کرونا (کووید-۱۹) و چالش زیرساخت‌های مراقبت‌های بهداشتی در نیجریه: چه نقشی برای مشارکت‌های دولتی و خصوصی؟	Arimoro ۲۰۲۰ (۴۲)	نیجریه	کووید-۱۹	استفاده از همکاری و پتانسیل‌های بخش خصوصی
۳۱	سازماندهی مجدد مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای پاسخ به همه‌گیری ویروس کرونا در کیپ تاون، آفریقای جنوبی	Mash et al. (۲۰۲۰) (۴۳)	آفریقای جنوبی	کووید-۱۹	سازماندهی مجدد جامعه‌محور PHC، فراهم کردن درمان در خانه برای بیماران
۳۲	تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دوران کووید-۱۹: مروری بر بهترین شیوه‌ها برای اطلاع‌رسانی پاسخ‌های سیستم سلامت در کشورهای با درآمد کم و متوسط	Peiris et al. (۲۰۲۱) (۴۴)	کشورهای با درآمد متوسط	کووید-۱۹	بهبود عملی چهار اهرم ذاتی نظام سلامت شامل: رهبری و تعهد سیاسی، تولید و سیاست، بودجه و تخصیص منابع
۳۳	درس‌هایی برای پاسخ مراقبت‌های اولیه‌ی جهانی به کووید-۱۹: بررسی سریع شواهد از اپیدمی‌های گذشته	Desborough et al. (۲۰۲۱) (۱۹)	تجربیات چهار اپیدمی در یازده کشور	MERS SARS H1N1 Ebola	بهبود رابطه و یکدستی بین سلامت عمومی و مراقبت‌های اولیه، تقویت سیستم PHC، پاسخگویی، تبیین نقش مراقبت‌های اولیه در پاندمی، محافظت از کارکنان مراقبت‌های اولیه، ارزیابی اثربخشی مداخلات انجام‌شده، کمک گرفتن از ظرفیت پزشک خانواده
۳۴	واکنش جمعی بخش دولتی و خصوصی به مبارزه با کووید-۱۹ در مالزی	Siang Tan et al. (۲۰۲۱) (۲۰)	مالزی	کووید-۱۹	مشاوره‌ی آنلاین بیماران، واکسیناسیون و پذیرش بیماران کووید و غیرکووید توسط بیمارستان‌های خصوصی، تقویت ارتباط بین بخش خصوصی و دولتی و بیمه‌ها برای ایجاد هم‌افزایی
۳۵	همه‌گیری کووید-۱۹ و بیماری‌های غیرواگیر- فراخوانی برای تقویت سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه در جنوب صحرای آفریقا	Kraef et al. (۲۰۲۰) (۴۵)	آفریقای زیر صحرا	کووید-۱۹	سرمایه‌گذاری در PHC باید در اولویت مدیران، سیاست‌گذاران و حتی جوامع این کشورها قرار گیرد.
۳۶	استفاده از مشاوره‌ی تلفنی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در طول همه‌گیری کووید-۱۹، عمان: برداشت‌های پزشکان	Al Hasani et al. (۲۰۲۰) (۴۶)	پزشکان	کووید-۱۹	مشاوره‌ی تلفنی با بیمار، تسهیل دسترسی به پزشک و داروساز عمومی (و نه متخصص)، فرهنگ‌سازی در ذی‌نفعان مختلف، مستندسازی خدمات ارائه‌شده به‌منظور پیگیری آزمایشات و دریافت صحیح دارو از سوی پزشک
۳۷	مدیریت ارائه‌ی خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایای طبیعی	خانکه و همکاران (۱۳۸۵) (۴۷)	ایران	بلایای طبیعی	تأمین نیروی انسانی کافی، تقسیم کار سریع و صحیح، برقراری ارتباط از بدو ورود، هماهنگی از ابتدا درون و بین گروه‌ها، استفاده از اطلاعات برای انجام هماهنگی، برخورد مناسب و قدردانی از خدمات گروه‌های خارجی
۳۸	برنامه‌ریزی مقابله با بلایا: رویکردی مؤثر برای کاهش خطرات بلایا در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران	سیدین و همکاران (۱۳۸۹) (۴۸)	ایران	بلایای طبیعی	مهندسی مجدد در راستای طراحی سیستم مدیریت بلایا، فعالیت‌های آماده‌سازی، تدوین تکمیل استانداردها و پروها، آموزش کارکنان و مانورهای منظم

حاصل از جدول دو و مطالعه‌ی کامل مقاله‌های آن‌ها) و همچنین باتوجه‌به مشکلات موجود در نظام سلامت ایران، لیستی از اقدامات به دست می‌آید که در صورت مدیریت مناسب، می‌تواند راهنمای مناسبی برای اقدام و عمل در بحران‌های آتی عمل کند تا به این صورت از سردرگمی و دستپاچگی جلوگیری شده و تمام موارد را در نظر داشت. این اقدامات به صورت یک الگوی جهانی عمل می‌کند به طوری که تمام کشورها در مواجهه با بحران‌ها می‌توانند از آن بهره‌مند شوند (ستون اقدامات در جدول ۳).

بررسی اقدامات کشورهای مختلف در مواجهه با بحران‌ها و همه‌گیری‌ها نشان می‌دهد که در صورت مدیریت صحیح عوامل زمینه‌ای می‌توان اقدامات هزینه‌ی اثربخش، به موقع و با کیفیت را انجام داد که در نتیجه‌ی آن کمترین میزان اتلاف منابع مادی و انسانی حاصل می‌شود و مهم‌تر از همه میزان ابتلا و مرگ‌ومیر را نیز به کمترین میزان ممکن کاهش می‌دهد. در اینجا بیان دو نکته‌ی اساسی ضروری است. نکته‌ی اول اینکه با مطالعه و دسته‌بندی اقدامات مختلف و متنوع کشورها در مواجهه با بحران‌های نظام سلامت

جدول ۳. الگوی تقویت PHC کشور برای مقابله با شرایط بحرانی: راهنمای مدیران و سیاست‌گذاران، کادر سلامت و جامعه

اقدام	هدف	بخش مربوط به مدیران و سیاست‌گذاران	بخش مربوط به کارکنان نظام سلامت (HR)	بخش مربوط به جامعه	فاز حادثه: پیشگیری، آمادگی، پاسخ و ریکاوری
افزایش شفافیت سیستم	جلب اعتماد عموم مردم برای همراه کردن آن‌ها	ارتباط مستقیم با مردم و ارائه‌ی گزارش از طریق رسانه‌های دولتی و خصوصی؛ مانیتور کردن دست‌یافتن به اهداف و چشم‌اندازها توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی استانی؛	ارتباط بهتر و پاسخگویی در برابر جامعه، بیمار و همراهان او	پرسش و مطالبه‌گری از طریق انجمن‌های دانشجویی، سمن‌ها و رسانه‌های مستقل جامعه‌ی مدنی	هر چهار فاز
راضی کردن ذی‌نفعان	همراه کردن بخش‌های مختلف برای تسریع مدیریت تغییر	اصلاح نظام یارانه‌ای به نفع پیشگیری و غربالگری به جای درمان	نظام پاداش بر حسب میزان فعالیت در نظام PHC، امتیازات ویژه‌ای نظیر امتیازات مربوط به تأسیس مطب، داروخانه، آزمایشگاه یا ارتقای هیئت علمی؛ تعیین وضعیت استخدام و قرارداد منابع انسانی؛ استفاده از نیروهای بومی در استان‌ها	فرهنگ‌سازی، کاهش هزینه‌ها (پرداخت از جیب) در صورت استفاده از خدمات؛ PHC ترویج فرهنگ بیمه	هر چهار فاز
تأمین و پشتیبانی اقلام مربوط به واکسیناسیون و تجهیزات حفاظتی	کاهش بار بیماری و هزینه‌ها در صورت وقوع اپیدمی یا پاندمی	برنامه‌های واکسیناسیون کشوری با تمرکز بر مناطق محروم و لکه‌گیری آن‌ها؛ برون‌سپاری به شرکت‌های پخش یا تولید دارو در قالب قرارداد پیمانکاری (پرداختی از سمت دولت است و نه مردم)	توزیع امکانات و خدمات در خانه‌ها و مراکز بهداشت و داروخانه‌ها	ترویج فرهنگ استفاده از این اقلام بین مردم از سوی مدارس و سمن‌ها	هر چهار فاز
پرونده‌ی الکترونیک سلامت	ایجاد زیرساخت و بستر برای نظم‌دهی، کیفیت و جامعیت خدمات ارائه‌شده در طول زمان	برون‌سپاری در قالب مزایده به شرکت‌های خصوصی توانمند (بایش عملکرد این شرکت‌ها به صورت روتین در جمعیت‌ها و زمان‌های مختلف باید انجام شود)؛ طرح امتیازدهی به دانشگاه‌های علوم پزشکی براساس نحوه‌ی عملکرد در پوشش کمی و کیفی جمعیت و جامعیت دیتای کسب‌شده	همکاری برای پرکردن اطلاعات مربوطه	بررسی کردن مداوم اطلاعات و پرکردن موارد لازم	پیشگیری؛ آمادگی؛ ریکاوری

اقدام	هدف	بخش مربوط به مدیران و سیاست‌گذاران	بخش مربوط به کارکنان نظام سلامت (HR)	بخش مربوط به جامعه	فاز حادثه: پیشگیری، آمادگی، پاسخ و ریکاوری
نظام ارجاع	تداوم دریافت خدمات و ارقام سلامت‌محور؛ اطمینان از بهبودی و کاهش ریسک rebound و هزینه‌های تکراری	اصلاح قیمت‌گذاری و غیردستوری کردن تعرفه‌ها؛ حمایت یارانه‌ای از خدمات اولیه به جای ترویج مراجعه به سطوح بعدی نظام سلامت	استفاده از پزشکان عمومی و داروسازان عمومی در طرح پزشک خانواده و داروساز خانواده (جمعیت تحت پوشش توسط این کادر فالوآپ می‌شوند تا هزینه‌ی مردم در تخصص‌گرایی افزایش نیابد)	استفاده از سامانه‌های یادآور پیامکی	پیشگیری؛ ریکاوری
دپو دارو و کمک‌های اولیه	استفاده در شرایط کمبود و یا احتکار	دپو در انبارهای دولتی یا خصوصی (برون‌سپاری قراردادی)	دپو در داروخانه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی	داشتن چند قلم از اقلام اصلی دارویی و کمک‌های اولیه در منزل	آمادگی؛ پاسخ
آگاهی‌بخشی	جلوگیری از بروز اضطراب و بی‌اعتمادی	ارتباط و اطلاع‌رسانی دقیق و شفاف از طریق رسانه‌های معتبر	آموزش به شبکه‌ی سفیران	شبکه‌ی سفیران (دانشجویان، دانش‌آموزان و سمن‌ها) به این سفیران می‌توان خدماتی از جمله استفاده‌ی رایگان از باشگاه‌های ورزشی یا رستوران‌های منتخب طرف قرارداد تا سایرین هم تشویق شوند. هزینه‌ی این طرح از مالیات کالاهای مضر مانند سیگار و چیپس و پفک می‌تواند تأمین شود.	هر چهار فاز
استفاده از ظرفیت تله‌مدیسن	کاهش بار بیماری و مراجعه به سطوح دوم و سوم مراقبتی	فراهم‌سازی زیرساخت‌های مناسب یا برون‌سپاری آن‌ها	فالوآپ یا غربالگری با کمک زیرساخت پرونده‌ی الکترونیک سلامت	تماس با پزشک یا داروساز خانواده و دریافت راهنمایی	هر چهار فاز
طب مکمل CAM	کاهش هزینه؛ پذیرش بالای مردم نسبت به این روش‌های متنوع	همکاری با بخش‌های قضایی به منظور جلوگیری از سودجویی؛ ارائه‌ی اطلاعات موثق و ضروری به مردم	محوریت داروخانه و داروساز برای ارائه‌ی محصولات یا مشاوره در این زمینه	استفاده از ظرفیت ارائه‌شده در صورت تمایل	پیشگیری؛ ریکاوری
تدوین راهنما و پروتکل	یکی کردن روش‌ها و اقدامات برای دستیابی به بهترین کیفیت سلامت	روش‌های تدوین‌شده در اختیار تمامی کادر قرار گیرد. بررسی چگونگی استفاده از این روش‌ها، برای اطمینان از نتیجه‌بخشی ضروری است.	کادر دانشگاهی تدوین مداخلات را انجام داده و کادر بهداشت و درمان، از آن استفاده نمایند.	اعتماد به روش‌ها و تصمیمات اتخاذشده و پیروی از آن (ضمن اینکه پرسش‌گری از کادر، حق طبیعی بیمار یا مراجع است).	هر چهار فاز
مستندنگاری	انتقال تجربیات مربوطه به لیت‌رچر و استفاده‌ی عمومی از آن‌ها	سرمایه‌گذاری دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی در این زمینه	نگارش تجربیات در قالب مقاله، کتب و ... با هدایت اپیدمیولوژیست‌ها	---	ریکاوری

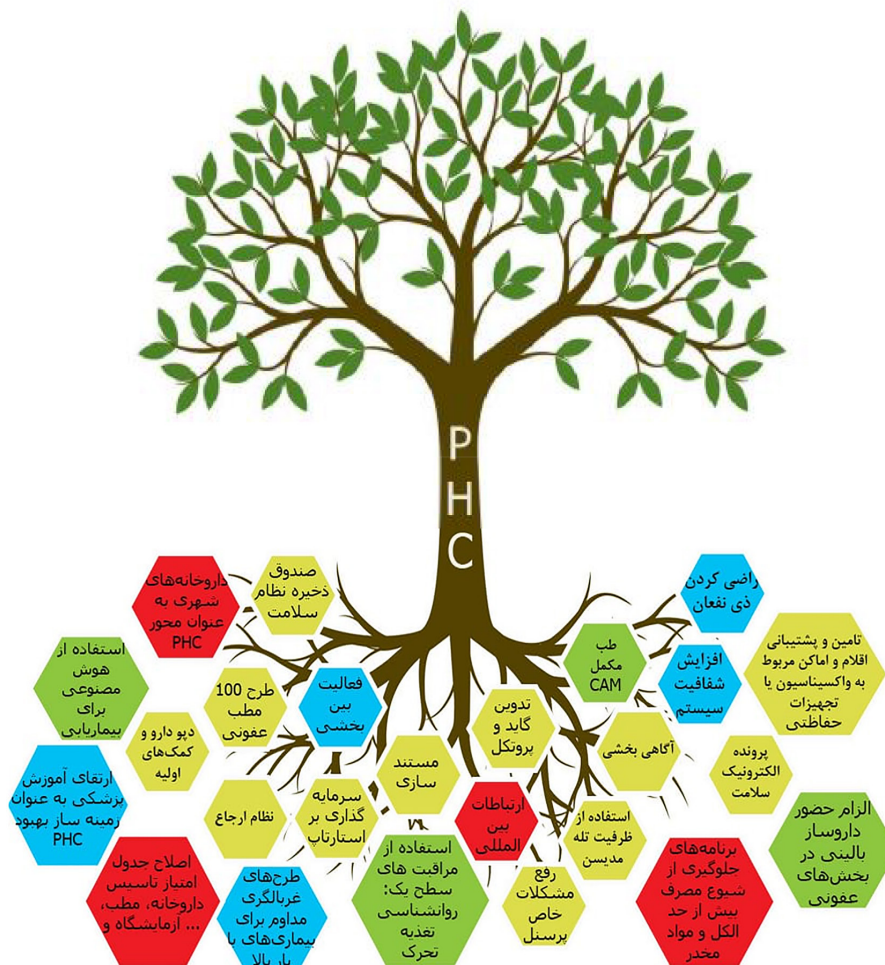
اقدام	هدف	بخش مربوط به مدیران و سیاست‌گذاران	بخش مربوط به کارکنان نظام سلامت (HR)	بخش مربوط به جامعه	فاز حادثه: پیشگیری، آمادگی، پاسخ و ریکاوری
ارتباطات بین‌المللی	تأمین اقلام و نیروی انسانی لازم (بدون لکه‌دار شدن استقلال کشور در تصمیم‌گیری)	ایجاد راه‌هایی برای تبادلات مالی در شرایط تحریم - همکاری با همسایگان و سازمان‌های جهانی نظیر WHO، FAO، پزشکان بی‌مرز، یونیسف و ...	تعامل مؤثر و استفاده از امکان خارجی موجود	---	هر چهار فاز
ارتقای آموزش پزشکی به‌عنوان زمینه‌ساز PHC بهبود	مهم‌ترین رکن پیاده‌سازی PHC افرادی هستند که در این نظام باید مشغول به کار شوند. تغییرات PHC درازمدت بوده و نیاز است تا از اکنون، کادر آینده را برای استقرار این نظام آماده کنیم؛ آموزش‌های لازم به کادر، در قالب آموزش مداوم	گنجانیدن آموزش‌های بهداشتی و اجتماعی و اقتصادی در کوریکولوم دانشجویان و اساتید؛ رتبه‌بندی دانشگاه‌ها بر اساس معیارهای PHC؛ آموزش مهارت‌های نرم مانند ارتباط مؤثر با بیمار؛ افزایش ظرفیت دوره‌های حضوری یا مجازی MPH و ارائه‌ی امتیازات ویژه به شرکت‌کنندگان؛ تمرکز زدایی از رشته‌های تخصصی و اهمیت بیشتر به رشته‌های بهداشت	برقراری ارتباط بهتر و عمیق‌تر با دانشجویان جهت انتقال تجربیات (به‌ویژه از طریق انجمن‌ها و کانون‌های دانشجویی)	مراجعه به مراکز آموزشی زیر نظر وزارت بهداشت و پرداخت هزینه‌ی کمتر (مانند خانه‌های بهداشت). این مسئله باعث کسب تجربه در دانشجویان می‌شود.	هر چهار فاز
طرح‌های غربالگری مداوم برای بیماری‌های با بار بالا	کاهش بار بیماری‌های واگیر (مانند HIV) یا غیرواگیر (مانند دیابت و سرطان) می‌تواند از تشدید پاندمی‌ها جلوگیری کند؛ کاهش عفونت‌های بیمارستانی و مقاومت آنتی‌بیوتیکی	تدوین طرح‌های بلندمدت مدیریت بار بیماری با تکیه بر بستر پرونده‌ی الکترونیک و فالوآپ؛ واکسیناسیون؛ کارت بهداشت برای معتادان و کارگران جنسی	کمک گرفتن از داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و استارت‌آپ‌ها؛ شرکت‌های بخش یا تولید دارو با اسکرین کردن بیماری و ارجاع مردم به پزشک، می‌توانند افزون‌بر کمک به شناسایی بیماران، درنهایت فروش خود را از طریق نسخه شدن دارو افزایش دهند.	همکاری با کادر	پیشگیری؛ ریکاوری
فعالیت بین‌بخشی	موفقیت طرح بدون همکاری سایر نهادها امکان‌پذیر نیست.	آموزش و پرورش: آموزش به کودکان؛ وزارت نیرو: تأمین آب و فاضلاب کافی و بهداشتی؛ بیمه‌ها: پوشش همگانی خدمات با تأکید بر خدمات پیشگیرانه؛ رتبه‌بندی و امتیازدهی به بیمه‌ها بر اساس میزان همکاری	همکاری با سایر بخش‌ها	آموزش به مادران در قالب طرح سفیر سلامت خانواده (از طریق فرهنگ‌سراها، مساجد، بسیج، سمن‌ها و...)	هر چهار فاز
صندوق ذخیره‌ی نظام سلامت	استفاده مالی وزارت و دانشگاه‌ها در صورت لزوم	مزایده و فروش املاک و مستغلات بلااستفاده طبق نظر کارشناسان و ذخیره‌ی پول در صندوق	فراهم‌شدن امکان سرمایه‌گذاری پرسنل در صندوق (مانند صندوق ذخیره‌ی فرهنگیان)	حضور سرمایه‌گذاران در مزایده	هر چهار فاز

اقدام	هدف	بخش مربوط به مدیران و سیاست‌گذاران	بخش مربوط به کارکنان نظام سلامت (HR)	بخش مربوط به جامعه	فاز حادثه: پیشگیری، آمادگی، پاسخ و ریکاوری
سرمایه‌گذاری بر استارت‌آپ‌ها	تقویت بخش خصوصی خلاق برای حل مشکلات؛ کاهش هزینه‌های دولتی	برگزاری رویدادها (نشست‌ها) و جشنواره‌ها برای جذب سرمایه و رشد شرکت‌های نوپا	ارائه‌ی راهکار در قالب راه‌اندازی استارت‌آپ	---	پیشگیری
داروخانه‌های شهری به عنوان محور PHC	داروخانه‌های شهری، موثرترین بخش توزیع خدمات سلامت هستند که برای سال‌های طولانی در یک محله باقی می‌مانند و از نظر اجتماعی اقتصادی با منطقه آشنا هستند.	سپردن غربالگری‌ها، برخی تست‌ها، واکسیناسیون و درمان ناخوشی‌های جزئی به داروسازان در قالب سند جامع خدمات داروخانه (ابلاغ سال ۸۹)	استقرار نظام ارجاع، فالوآپ و پرونده‌ی الکترونیک در داروخانه با محوریت داروساز عمومی؛ حضور فعال نیروهای پرستار یا ماما به جای تکنسین‌های دارویی (برای افزایش کیفیت خدمات و کاهش بیکاری این قشر)	---	---
استفاده از روانشناسان	کاهش آلام ناشی از بحران و مددکاری اقشار آسیب‌پذیر	همانگی با بیمه‌گرها برای پوشش خدمات سلامت روان	ارجاع بیماران مناسب به روانشناسان	تقویت فرهنگ مراجعه به روانشناس	ریکاوری
رفع مشکلات خاص پرسنل	مانع اصلی سر راه استقرار PHC، بی‌انگیزگی پرسنل است.	نظام رتبه‌بندی پرسنل و پاداش‌دهی بر اساس آن (با معیار کیفیت و کمیت خدمات ارائه‌شده به جمعیت تحت پوشش)؛ رفع مشکل بی‌انگیزگی نیروهای تعهد خدمت: دادن پاداش مالی و کاهش دوره‌ی تعهد اجباری در صورت حضور فعال در سیستم PHC	توجه بیشتر به جایگاه مهم پرسنل PHC؛ شرکت در نظرسنجی میزان رضایت از خدمات دریافتی	---	هر چهار فاز
طرح صد مطب عفونی	انتخاب صد مطب یا کلینیک به عنوان پیشرو و مرکز مدیریت سیستم PHC در شرایط اپیدمی (مشابه طرح صد مطب دیابت)	ارائه‌ی امتیازات ویژه نظیر معافیت مالیاتی به این مطب‌ها	ارائه‌ی آموزش به مردم و غربالگری از سوی انجمن پزشکان عفونی (افزایش کیفیت خدمات و درآمد این متخصصین)؛ ارجاع بیماران از سوی سایر کادر در صورت لزوم	رجوع به این مراکز فقط در شرایط ضروری یا ارجاع (کاهش سرایت عفونی)	آمادگی؛ پاسخ
الزام حضور داروساز بالینی در بخش‌های عفونی	انتخاب دقیق دارو؛ انجام استواردشیپ؛ کاهش عفونت بیمارستانی و مقاومت میکروبی	التزام به بخشنامه‌های مربوطه (و شاخص‌های امتیازدهی بیمارستان‌ها)	ارائه‌ی مشاوره‌ی دارویی به پزشکان	---	آمادگی؛ پاسخ

اقدامات باشند، کادر سلامت که نیروی انسانی اصلی و عملیاتی هستند و مردم. اقدامات این سه رکن به صورت منسجم و هماهنگ به بهترین مواجهه با اپیدمی و کمترین میزان ابتلا و مرگومیر منجر می‌شود (جدول ۳).

بر مبنای جدول سه که اقدامات مربوط به ذی‌نفعان مختلف برای مواجهه با بحران‌های مربوط به بیماری‌های واگیر را نشان می‌دهد، می‌توان در واقع این اقدامات را به‌مثابه ریشه‌های نظام سلامت توصیف کرد که در صورت تقویت آن‌ها انتظار یک درخت تناور و قوی به نام PHC را داریم. به عبارت دیگر اگر نظام PHC را یک درخت در نظر بگیریم، حوادث، بلایا و اپیدمی‌ها مانند طوفانی باعث شکستن آن می‌شود. در صورتی که نظام مراقبت‌های اولیه، ریشه‌های محکمی داشته باشد (یعنی ستون اقدامات در جدول سه)، بنابراین ثبات و اثربخشی آن تضمین خواهد شد. بر این اساس و بر مبنای اقدامات مطرح‌شده در جدول شماره‌ی سه، عوامل ریشه‌ای که برای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید توجه شوند، مشخص شدند (شکل ۲).

با تعمق و تفکر در تجارب کشورها در اپیدمی‌های مختلف (جدول دو) مشخص می‌گردد که راهکارهای ارائه‌شده از سوی کشورهای مختلف برای مواجهه با اپیدمی‌ها و بحران‌ها توسط یکسری ذی‌نفعان راهبری می‌شود که در صورت ارائه‌ی برنامه‌ی مناسب برای آن‌ها می‌توان بهترین نتیجه را از مواجهه با آن بحران به دست آورد. به عبارت دیگر، مهار یک اپیدمی زمانی به بهترین شکل ممکن میسر می‌شود که ذی‌نفعان حوزه‌های مختلف در فازهای مختلف چرخه‌ی مدیریت خطر بلایا که شامل پیشگیری، آمادگی، پاسخ و ریکاوری است؛ دست به دست هم داده و به‌صورت منسجم و هماهنگ اقدامات لازم را به‌عمل آورند. این ذی‌نفعان عبارتند از ۱. مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت، ۲. کارکنان نظام سلامت و ۳. جامعه در فازهای مختلف پیشگیری، آمادگی، پاسخ و ریکاوری. به عبارت دیگر اقدامات ذکرشده در قالب فازهای چهارگانه‌ی مدیریت بحران (پیشگیری، آمادگی، پاسخ، ریکاوری) بررسی و برای هر کدام، سه رکن در نظر گرفته شده است: سیاست‌گذاران و مدیران که باید زمینه‌ساز انجام



PHC: Primary Health Care

شکل ۲. عوامل ریشه‌ای حاصل از مرور نظام‌مند مطالعات جهانی جهت تقویت نظام PHC در مواجهه با بحران‌ها.

در یک مطالعه‌ی مروری هم سه استراتژی اصلی؛ یعنی آزمایش گسترده و بالابردن ظرفیت آزمایشگاه‌ها، ردیابی تماس افراد به صورت جامع و اقدامات به موقع، مؤثرترین عملیات مبارزه با کووید-۱۹ معرفی گردیدند (۴۰).

یکی از عوامل ریشه‌ای شناسایی شده در این مطالعه به منظور تقویت نظام PHC در مواجهه با بحران‌ها، استفاده از ظرفیت‌های تله‌مدیسین است. شواهد موجود نشان می‌دهد که استفاده از تله‌مدیسین در PHC امیدوارکننده است. بسیاری از کشورها از جمله ایران با کمک مشاوره‌ی تلفنی؛ به نظارت بر نمونه‌های بیماری، ردیابی و پیگیری آن‌ها، تداوم مراقبت بیماری‌های زمینه‌ای، اطلاع‌رسانی و راهنمایی‌های از راه دور به بیماران و افراد در قرنطینه و حتی مشاوره‌های تخصصی به پزشکان پرداختند؛ به طوری که سبب ارتباط بیشتر پزشکان با یکدیگر و همچنین با بیماران و در نتیجه تصمیم‌گیری بهتر شد؛ اما با برخی چالش‌ها مثل نبود مهارت در کارکنان، نبود ارتباط چشمی، نقایص فنی، التزام به حریم شخصی و مشکلات در مستندسازی پرونده نیز روبرو بودند (۱۷، ۱۸، ۲۲، ۲۸، ۳۰ و ۴۶). بر اساس بررسی نویسندگان مقاله‌ی حاضر و شواهد موجود، استفاده از تله‌مدیسین در PHC امیدوارکننده است. تله‌مدیسین این قابلیت را دارد که در زمان بحران‌ها خدمات خوبی را به نظام سلامت ارائه دهد. با این وجود کاربرد تله‌مدیسین در کشور بیشتر محدود به مشاوره از راه دور است و مراقبت ادغام‌شده‌ی شخص‌محور دیده نمی‌شود. فقدان وجود پرونده‌ی الکترونیک سلامت و نبود پیگیری الکترونیکی مادام‌العمر وضعیت سلامتی افراد از دیگر نقاط ضعف این سیستم است.

شناسایی افراد آسیب‌پذیر، از ایجاد نابرابری‌ها و آسیب‌های اجتماعی و گسترش بیماری‌های عفونی و اثرات همه‌گیری جلوگیری می‌کند (۴۹). انجمن ملی مراکز سلامت جامعه‌ی آمریکا در بحران‌ها^{۱۳} بر شناسایی افراد آسیب‌پذیر، فقرا، نیازهای کودکان مناطق محروم، مبتلایان به HIV و افراد در معرض خطر از جمله کادر درمان تأکید کرده است و بعضی کشورها نیز برای آن برنامه‌ریزی‌هایی انجام داده‌اند (۳۸). در ایران برخی سیاست‌های لازم برای حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله به تأخیرانداختن پرداختی‌ها مانند قبوض برق و وام‌های بانکی انجام شد. اما با توجه به تحریم‌های اقتصادی و همچنین آسیب این پاندمی به مشاغل و شیوع بیکاری، این اقشار نیازمند حمایت دولت با مدیریت بازارهای عرضه و تقاضای نیروی کار و برنامه‌های

نتایج مطالعاتی که در این مطالعه بررسی شده‌اند، نشان می‌دهد که ترکیبی از استراتژی‌ها برای ایجاد رویکردی یکپارچه برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه، تقویت PHC و سازماندهی جریان‌های مراقبت بهداشتی ضروری است. اپیدمی‌ها و همه‌گیری‌ها نیازمند واکنش سریع سیستم به وضعیت نامشخص بالینی و اپیدمیولوژیکی هستند و واکنش‌های متنوع کشورها به همه‌گیری کووید-۱۹ به درس‌آموزی از تاریخ و پاندمی‌های قبلی تأکید کرده است. در این مقاله، ما شواهد درخور توجهی را از آنچه قبل و حین کووید-۱۹ شناخته شده است را برای تقویت PHC و پاسخ بهتر در شرایط بحرانی ارائه کرده‌ایم.

با شروع پاندمی‌های مختلف، کشورها اقدامات مختلفی را برای افزایش ظرفیت خدمات‌دهی انجام داده‌اند. در کانادا برای اپیدمی H1N1 سازماندهی اقدامات با توجه به شدت اپیدمی، اندازه، مکان، ظرفیت خدمات و موجودی منابع خدمات، ویژگی‌های قلمرو (شهری، روستایی و اقلیت‌های آسیب‌پذیر) و درجه‌ی ادغام PHC با خدمات بهداشت عمومی انجام شد (۳۳). کشور استرالیا برای اپیدمی H1N1 ساختار و ورودی کلینیک‌ها را به دو قسمت برای افراد علامت‌دار و غیرمبتلا، با هماهنگی متخصصان بالینی تقسیم کرد. همچنین مراکز خاصی برای مراقبت از بیماران علامت‌دار در نزدیکی بیمارستان ایجاد کرد که در ساعات غیرکاری هم فعال بودند و طبق نتایج آن‌ها مؤثرترین کلینیک‌ها دارای ذخایر PPE، پروتکل‌های بهداشتی و حفاظتی دقیق، برنامه‌های اقدام سریع، استراتژی‌های ارتباطی و تحت آموزش به موقع بودند (۳۲). کشور ایران نیز برای کووید-۱۹ ظرفیت و تسهیلات آزمایشگاهی را تا ده‌هزار آزمایش روزانه و به صورت تقریباً رایگان افزایش داد، هرچند از کشورهای توسعه‌یافته کمتر بود. همچنین اقدامات ایران در رابطه با شکستن زنجیره‌ی انتقال و کنترل بیماری با بررسی سوابق سفرهای بیماران، محدودیت‌های سفر، بیماری‌یابی فعال در مرزها، آموزش به خانواده‌ی بیماران درباره‌ی بیماری و مراقبت‌ها، به‌روزشدن داده‌های مربوط به شاخص‌های بالینی و دموگرافیک افراد به‌طور منظم در سیستم‌های الکترونیکی، تشکیل تیم‌های واکنش سریع برای بیماری‌یابی فعال، پیگیری تلفنی با تمرکز بر سالمندان و افراد با بیماری زمینه‌ای مؤثر بود (۳۰). مشکلاتی در مستندسازی پرونده‌ی سلامت (نبود پوشش کامل) و ردیابی تماس مشاهده شد که نیازمند تلاش و بررسی‌های بیشتر است؛ زیرا

پشتیبانی بیشتر هستند.

عامل ریشه‌ای دیگر به‌منظور تقویت PHC در شرایط بحرانی، توجه به نیازهای خاص پرسنل و به‌طورکلی توانمندسازی و افزایش انگیزه‌ی نیروی انسانی سلامت است. منابع انسانی سلامت عنصر اساسی در ارائه‌ی خدمات بهداشتی است. مطالعه‌ی با بررسی کشورهای منطقه‌ی آفریقا در خصوص بحران ابولا نشان داد که سرمایه‌گذاری در منابع انسانی سلامت و ایجاد کادر قوی کارکنان سلامت جامعه در پاسخ به بحران حائز اهمیت است (۲۴). کشور سیرالئون برای بحران ابولا با توانمندسازی کارکنان بهداشتی از طریق آموزش به‌موقع، اطلاعات مؤثر و عینی، پشتیبانی مداوم از آن‌ها به‌عنوان اولین سطح تماس با مردم و مرجع خدمات، به تقویت PHC پرداخت (۳۴). درکانادا برای اپیدمی سارس، حمایت سازمانی و ایمنی کارمندان بهداشتی، پاسخ به نگرانی و تعارضات آن‌ها و ارتباطات مؤثر بین مدیران و کارکنان و مردم همراه با اولویت‌بندی اقدامات، نقش مهمی در کنترل عفونت داشت (۳۱). در مطالعه‌ی مروری بر روی کووید-۱۹ در کشورهای مختلف، بر تشکیل تیمی چندرشته‌ای با هسته‌ی مرکزی از متخصصان پزشکی عمومی، خانواده و جامعه، متخصصان اطفال، پرستاران، مددکاران اجتماعی، کادر اداری و داروسازان برای ارائه‌ی خدمات بهتر تأکید ویژه‌ای شده است (۱۸ و ۳۸). همچنین در برزیل برای بحران کووید-۱۹ برای داشتن PHC جامعه‌محور از استراتژی سلامت خانواده و افزایش پزشکان خانواده استفاده گردید (۳۹ و ۵۰). در ایران کمبود تیم‌های چندرشته‌ای و پزشکان خانواده دیده می‌شود. در نتیجه لازم است در اپیدمی‌های سلامتی، تیم پزشک خانواده و نظام ارجاع به‌طور عملیاتی و واقعی مستقر گردد تا به ارائه‌ی خدمات اصولی‌تر و منطقی‌تر کمک کند.

توجه به ذی‌نفعان، مشارکت‌های بین‌بخشی و راضی و همراه نگاه‌داشتن آنان عامل ریشه‌ای دیگر است که در این مطالعه برای تقویت نظام PHC در مواجهه با بحران‌ها شناسایی شده است. در تمام مراحل ارائه‌ی خدمات بهداشتی اولیه و افزایش ظرفیت آن نمی‌توان نقش مشارکت بخش‌های مختلف و ذی‌نفعان سازمان‌های غیردولتی^{۱۴} را نادیده گرفت، به‌طوری‌که در مطالعات مختلف به اهمیت همراهی ذی‌نفعان، رسانه‌ها، شبکه‌های اجتماعی، افراد مشهور (بازبگرن، رهبران مذهبی و مشاهیر)، سمن‌ها، فعالان اجتماعی و معلمین اشاره شده است (۴۱، ۴۴). استفاده از همکاری

14. NGO

و پتانسیل‌های بخش خصوصی می‌تواند در گذر از شرایط بحران بسیار مؤثر باشد؛ هرچند باید کشورها ازجمله ایران به‌دنبال رفع چالش‌های آن مثل نبود پوشش صحیح بیمه و نداشتن تمایل کارکنان بخش خصوصی به همکاری باشند (۲۰ و ۴۲). آنچه واضح و شایسته‌ی پذیرش همگان است، مشارکت ذی‌نفعان اصلی نظام سلامت یعنی مردم در برنامه‌ریزی، نظارت و اجرای خدمات سلامت است. تنها در این صورت است که مردم خدمات را از آن خود می‌دانند و در حفظ و نگهداری آن تلاش خود را به‌کار می‌برند. از سوی دیگر مشارکت سایر ذی‌نفعان برون‌بخشی همانند ادارات و سازمان‌های بخش خصوصی و دولتی باعث تضمین ارائه‌ی خدمات پایدار می‌گردد.

پرداخت هزینه برای دریافت خدمات سلامت به‌عنوان یکی از موانع دسترسی به خدمات سلامت و انجام خوددرمانی است. به این مناسبت یکی دیگر از عوامل ریشه‌ای در راستای تقویت نظام PHC ایجاد صندوق ذخیره‌ی نظام سلامت برای کمک به افراد در زمان نیاز به خدمات است. طرح‌هایی همچون نظام سلامت در کشور سنگاپور که افراد باید به اجبار، درصدی از درآمد خود را در صندوق‌های سلامتی ذخیره کنند و فقط برای درمان بیماری‌ها می‌توانند از آن برداشت کنند، یکی از طرح‌های بسیار موفق است که همواره سازمان جهانی بهداشت و کشورهای مختلف از آن الگوبرداری کرده‌اند (۵۱). لازم است طرح‌های مشابهی با حمایت تعاونی‌ها و خیریه‌ها با مشارکت مردمی در کشور اجرا شود که نتایج آن‌ها می‌تواند شگفت‌انگیز باشد. درصورت اجرای موفق این طرح‌ها، خانواده‌هایی که قبل از اجرای آن‌ها، نداشتن هزینه‌های درمان را علت مراجعه‌نکردن خود ذکر می‌کنند؛ قطعاً پس از اجرای این‌گونه طرح‌ها، تعدادشان کاهش می‌یابد.

در این مطالعه عوامل ریشه‌ای دیگری نیز برای تقویت نظام PHC در شرایط بحران شناسایی گردید. نظام PHC اهداف متعالی و استراتژی‌های مناسبی دارد که در قالب تیم‌های چندتخصصی و با وظایف مشخص سازماندهی شده‌اند. این نظام لازم است به منابع و تجهیزات لازم مجهز شود و خدمات با کیفیت، جامع و قابل پرداخت را هماهنگ با سایر سطوح نظام سلامت ارائه دهد (۵۲). درصورت تقویت این نظام از طریق توجه به سایر عوامل ریشه‌ای همچون تأمین دارو و کمک‌های اولیه، ارتقا و بهبود آموزش علوم پزشکی جامعه‌نگر، استفاده از هوش مصنوعی برای غربالگری بیماران، تأسیس داروخانه‌های PHC محور، سرمایه‌گذاری بر روی استارت‌آپ‌ها، ارتباطات بین‌المللی، تدوین خط‌های راهنمایی‌کننده و پروتکل‌ها،

بهداشتی اولیه و توانمندسازی مردم و توجه به عوامل ریشه‌ای برای تقویت PHC در شرایط بحران‌های سلامت، هزینه‌ی اثربخشی بسیار بیشتری نسبت به سرمایه‌گذاری و متمرکز کردن تلاش‌ها در مراکز درمانی دارد. به‌منظور تقویت ریشه‌های نظام سلامت در مواجهه با بحران‌ها، سه رکن نظام سلامت باید اقدامات مربوط به خود را انجام دهند. رکن مدیران و سیاست‌گذاران که لازم است از طریق سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مناسب زمینه‌های تقویت ریشه‌ها را فراهم سازند. رکن کادر سلامت که لازم است اقدامات اجرایی مناسب را انجام دهند و رکن مردم که با مشارکت در مراحل مختلف اجرای برنامه‌ها و احساس مالکیت به آن‌ها، زمینه‌ساز تحقق اهداف را فراهم سازند. عوامل ریشه‌ای مذکور باید به‌صورت هماهنگ با همدیگر کار کنند و برنامه‌های اجرایی آن‌ها باید به‌گونه‌ای طراحی شود که موجبات هم‌افزایی آن‌ها را فراهم آورد، در غیر این صورت اگر هر عامل ریشه‌ای، ساز خود را بزند نتایج زیان‌باری در مواجهه با اپیدمی‌ها حاصل می‌گردد.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

استفاده از طب مکمل، افزایش شفافیت سیستم، برنامه‌های جلوگیری از مصرف الکل و مواد مخدر و تمرکز سرمایه‌گذاری بر سایر ریشه‌ها موجبات افزایش رضایت و تعهد مدیران و کارکنان نظام سلامت، افزایش رضایت و مشارکت مردمی و درنهایت تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی جامعه فراهم می‌شود.

محدودیت‌ها

درباره‌ی محدودیت‌های مطالعه، یکی از محدودیت‌های که مطالعات مرور نظام‌مند با آن مواجه هستند؛ جست‌وجوی ناکافی در پایگاه‌های اطلاعاتی است. در این خصوص با توجه به تیم جوان تحقیقاتی این مطالعه، جست‌وجو در هر کدام از پایگاه‌های ذکر شده به‌صورت جداگانه از سوی هر کدام از محققان و زیر نظر مجری اصلی پروژه انجام پذیرفت. محدودیت دیگر، تحقیقات منسوخ مربوط به سال‌های قبل از ۲۰۰۰ میلادی بودند که به‌دلیل وضعیت متفاوت ساختار نظام سلامت در آن زمان و تغییراتی که از لحاظ تکنولوژیکی از آن موقع تاکنون حاصل شده است؛ آن مطالعات کنار گذاشته شدند.

نتیجه‌گیری

تمرکز اقدامات و تلاش‌های کشورها حول مراقبت‌های

منابع

1. Ujvari SC. A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microrganismos. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*. 2003;45:212-.
2. da Costa VG, Moreli ML, Saivish MV. The emergence of SARS, MERS and novel SARS-2 coronaviruses in the 21st century. *Arch Virol*. 2020;165(7):1517-26.
3. Decroo T, Fitzpatrick G, Amoné J. What was the effect of the West African Ebola outbreak on health programme performance, and did programmes recover? *Public Health Action*. 2017;7(Suppl 1):S1-S2.
4. Musso D, Ko AI, Baud D. Zika Virus Infection - After the Pandemic. *N Engl J Med*. 2019;381(15):1444-57.
5. Hopkins J. University of medicine, Coronavirus resource center. Data Stream. 2020.
6. Wilder-Smith A. COVID-19 in comparison with other emerging viral diseases: risk of geographic spread via travel. *Trop Dis Travel Med Vaccines*. 2021;7(1):3.
7. Genton B. Ebola vaccines: ready to use for humanitarian health workers? *J Travel Med*. 2019;26(5).
8. Henao-Restrepo AM, Camacho A, Longini IM, Watson CH, Edmunds WJ, Egger M, et al. Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine in preventing Ebola virus disease: final results from the Guinea ring vaccination, open-label, cluster-randomised trial (Ebola Ca Suffit!). *Lancet*. 2017;389(10068):505-18.
9. Van Damme WI, Van Lerberghe WI, Boelaert M. Primary health care vs. emergency medical assistance: a conceptual framework. *Health Policy Plan*. 2002;17(1):49-60.
10. Organization WH. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. World Health Organization; 2018.
11. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health.

- Milbank Q. 2005;83(3):457-502.
12. The L. The Astana Declaration: the future of primary health care? *Lancet*. 2018;392(10156):1369.
 13. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(4):686-94.
 14. Shi L. The impact of primary care: a focused review. *Scientifica (Cairo)*. 2012;2012:432892.
 15. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida A. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(2):e2020166.
 16. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*. 2020;4(1).
 17. Sigurdsson EL, Blondal AB, Jonsson JS, Tomasdottir MO, Hrafnkelsson H, Linnet K, et al. How primary healthcare in Iceland swiftly changed its strategy in response to the COVID-19 pandemic. *BMJ Open*. 2020;10(12):e043151.
 18. Prado N, Rossi TRA, Chaves SCL, Barros SG, Magno L, Santos H, et al. The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. *Cad Saude Publica*. 2020;36(12):e00183820.
 19. Desborough J, Dykgraaf SH, Phillips C, Wright M, Maddox R, Davis S, et al. Lessons for the global primary care response to COVID-19: a rapid review of evidence from past epidemics. *Fam Pract*. 2021;38(6):811-25.
 20. Dias Sarti T, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Organization of primary health care in pandemics: a rapid systematic review of the literature in times of Covid-19. *Brasil: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)*; 2021.
 21. Knottnerus A, Tugwell P. STROBE--a checklist to Strengthen the Reporting of Observational Studies in Epidemiology. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):323.
 22. Harzheim E, Martins C, Wollmann L, Pedebos LA, Faller LA, Marques MDC, et al. Federal actions to support and strengthen local efforts to combat COVID-19: Primary Health Care (PHC) in the driver's seat. *Cien Saude Colet*. 2020;25(suppl 1):2493-7.
 23. Besigye IK, Mulwooza M, Namatovu J. Coronavirus disease-2019 epidemic response in Uganda: The need to strengthen and engage primary healthcare. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2020;12(1):e1-e3.
 24. Scott V, Crawford-Browne S, Sanders D. Critiquing the response to the Ebola epidemic through a Primary Health Care Approach. *BMC Public Health*. 2016;16:410.
 25. Joulaei H, Honarvar B, Zamiri N, Moghadami M, BAGHERI LK. Introduction of a pyramidal model based on primary health care: a paradigm for management of 2009 H1N1 flu pandemic. 2010.
 26. Horvath JS, McKinnon M, Roberts L. The Australian response: pandemic influenza preparedness. *Med J Aust*. 2006;185(s10):S35-8.
 27. Helgason D, Eythorsson E, Olafsdottir LB, Agustsson T, Ingvarsdottir S, Sverrisdottir S, et al. Beating the odds with systematic individualized care: Nationwide prospective follow-up of all patients with COVID-19 in Iceland. *J Intern Med*. 2021;289(2):255-8.
 28. Scarabel F, Pellis L, Bragazzi NL, Wu J. Canada needs to rapidly escalate public health interventions for its COVID-19 mitigation strategies. *Infect Dis Model*. 2020;5:316-22.
 29. Wong JEL, Leo YS, Tan CC. COVID-19 in Singapore-Current Experience: Critical Global Issues That Require Attention and Action. *JAMA*. 2020;323(13):1243-4.
 30. Ghanbari MK, Behzadifar M, Bakhtiari A, Behzadifar M, Azari S, Abolghasem Gorji H, et al. Assessing Iran's health system according to the COVID-19 strategic preparedness and response plan of the World Health Organization: health policy and historical implications. *J Prev Med Hyg*. 2020;61(4):E508-E19.
 31. Bergeron SM, Cameron S, Armstrong-Stassen M, Pare K. Diverse implications of a national health crisis: A qualitative exploration of community nurses' SARS experiences. *Can J Nurs Res*. 2006;38(2):42-54.
 32. Bocquet J, Winzenberg T, Shaw KA. Epicentre of influenza - the primary care experience in Melbourne, Victoria. *Aust Fam Physician*. 2010;39(5):313-6.
 33. Masotti P, Green ME, Birtwhistle R, Gemmill I, Moore K, O'Connor K, et al. pH1N1 - a comparative analysis of public health responses in Ontario to the influenza outbreak, public health and primary care:

- lessons learned and policy suggestions. *BMC Public Health*. 2013;13:687.
34. Miller NP, Milsom P, Johnson G, Bedford J, Kapeu AS, Diallo AO, et al. Community health workers during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. *J Glob Health*. 2018;8(2):020601.
 35. Phillips CB, Patel MS, Glasgow N, Pearce C, Dugdale P, Davies A, et al. Australian general practice and pandemic influenza: models of clinical practice in an established pandemic. *Med J Aust*. 2007;186(7):355-8.
 36. Sarikaya O, Erbaydar T. Avian influenza outbreak in Turkey through health personnel's views: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2007;7:330.
 37. Siekmans K, Sohani S, Boima T, Koffa F, Basil L, Laaziz S. Community-based health care is an essential component of a resilient health system: evidence from Ebola outbreak in Liberia. *BMC Public Health*. 2017;17(1):84.
 38. Redwood-Campbell L, Abrahams J. Primary health care and disasters-the current state of the literature: what we know, gaps and next steps. *Prehosp Disaster Med*. 2011;26(3):184-91.
 39. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonca MHM, Aquino R, Comite Gestor da Rede de Pesquisa em Atencao Primaria a Saude da A. Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? *Cad Saude Publica*. 2020;36(8):e00149720.
 40. Raofi A, Takian A, Haghghi H, Rajizadeh A, Rezaei Z, Radmerikhi S, et al. COVID-19 and Comparative Health Policy Learning; the Experience of 10 Countries. *Arch Iran Med*. 2021;24(3):260-72.
 41. Lalonde C. Primary healthcare organizations facing a disaster: the Quebec experience. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*. 2007;16(1):42-55.
 42. Arimoro A. The Corona Virus (Covid-19) Pandemic and the Challenge of Healthcare Infrastructure in Nigeria: what Role for Public-Private Partnerships? 2020.
 43. Mash R, Goliath C, Perez G. Re-organising primary health care to respond to the Coronavirus epidemic in Cape Town, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2020;12(1):e1-e4.
 44. Peiris D, Sharma M, Praveen D, Bitton A, Bresick G, Coffman M, et al. Strengthening primary health care in the COVID-19 era: a review of best practices to inform health system responses in low-and middle-income countries. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*. 2021;10.
 45. Kraef C, Juma P, Kallestrup P, Mucumbitsi J, Ramaiya K, Yonga G. The COVID-19 Pandemic and Non-communicable Diseases-A Wake-up Call for Primary Health Care System Strengthening in Sub-Saharan Africa. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720946948.
 46. Hasani SA, Ghafri TA, Al Lawati H, Mohammed J, Al Mukhainai A, Al Ajmi F, et al. The Use of Telephone Consultation in Primary Health Care During COVID-19 Pandemic, Oman: Perceptions from Physicians. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720976480.
 47. Khankeh HR, Mohammadi R, Ahmadi F, Maddah SSB, Ranjbar M, Khodaei MR. Management of health care services at time of natural disasters. *Archives of Rehabilitation*. 2006;7(2):49-55.
 48. Seyedin SH, Zaboli R. Disaster response planning: an effective approach to disaster risk reduction in health & care organizations in Iran. *Quarterly Scientific Journal of Rescue and Relief*. 2011;2(4):0-.
 49. Quinn SC, Kumar S. Health inequalities and infectious disease epidemics: a challenge for global health security. *Bio Secur Bioterror*. 2014;12(5):263-73.
 50. Machado HSV, Melo EA, Paula LGN. Family and Community Medicine in the supplementary health system in Brazil: implications for the Unified National Health System and for physicians. *Cad Saude Publica*. 2019;35(11):e00068419.
 51. Zhang H, Yuen PP. Medical Savings Account balance and outpatient utilization: Evidence from Guangzhou, China. *Soc Sci Med*. 2016;151:1-10.
 52. Mosadeghrad AM, Heydari M, Esfahani P. Primary Health Care Strengthening Strategies in Iran: A Realistic Review. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2022;19(3):237-58.