

تقویت تاب‌آوری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در همه‌گیری کووید-۱۹: یک مرور حیطه‌ای

علی محمد مصدق راد^۱، تینا طاهرخانی^{۲*}، شایان شجاعی^۲، متین جعفری^۲، سارا محمدی^۲، علیرضا امامزاده^۲، شهرزاد اخوان^۴

۱- استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- دانشجوی دوره دکتری پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشجوی دوره دکتری داروسازی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴- دانشجوی دوره دکتری، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

*نویسنده رابط: taherkhanitina778@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۳/۷

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت‌های بهداشتی اولیه یک رویکرد کل‌نگر ارتقای سلامت است که هدف آن به حداکثر رساندن سلامت و رفاه مردم در سریع‌ترین زمان ممکن و در محل زندگی مردم است. نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، اولین مکان تماس مردم با نظام سلامت است. بنابراین، افزایش تاب‌آوری آن نقش بسزایی در کنترل و مدیریت پاندمی‌ها دارد. این پژوهش با هدف شناسایی راهکارهای تقویت تاب‌آوری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در همه‌گیری کووید-۱۹ انجام شده است.

روش کار: این مطالعه با روش مرور حیطه‌ای انجام شد. کلید واژه‌های مرتبط با موضوع مطالعه در پایگاه‌های اطلاعاتی Web of.PubMed، Science، Scopus، SID، Iranmedex، Magiran و موتورهای جستجوگر Google و Google Scholar جستجو شدند. در نهایت، پس از غربالگری و بررسی عنوان، چکیده و متن مستندات بدست آمده، تعداد ۳۶ مقاله انتخاب و راهکارهای تقویت تاب‌آوری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در همه‌گیری کووید-۱۹ استخراج شدند.

نتایج: تعداد ۴۸ راهکار برای تقویت تاب‌آوری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه استخراج شد که در قالب ۶ گروه حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، دارو و تجهیزات، سیستم‌های اطلاعات سلامت و ارائه خدمات سلامت دسته بندی شدند. از پرتکرارترین این راهکارها می‌توان به مواردی چون رهبری پویا و پاسخگو، استفاده از شواهد معتبر پژوهشی در سیاست‌گذاری‌ها، برنامه‌ریزی‌های اقتضایی، افزایش همکاری بین بخشی، حمایت‌طلبی برای سیاست‌های سلامت، افزایش تعامل با مردم جامعه، تأمین مالی پایدار، استخدام کارکنان اضافی و آموزش و حمایت از آنها، تأمین وسایل حفاظت فردی برای کارکنان، تأمین ذخایر کافی دارو و کیت‌های تشخیصی، توسعه و مدرن‌سازی سیستم‌های اطلاعاتی بهداشت عمومی، تسهیل دسترسی مردم به مراکز بهداشتی، تداوم ارائه خدمات بهداشتی و افزایش سواد بهداشتی جامعه، اشاره کرد. نتیجه‌گیری: اجزای ساختاری و فرایندی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل «حاکمیت و رهبری»، «تأمین مالی»، «کارکنان»، «تجهیزات، واکسن‌ها و داروها»، «اطلاعات» و «ارائه مراقبت‌های بهداشتی» باید به طور هماهنگ، توسعه و بهبود یابند تا برای همه‌گیری‌های آینده آماده باشد.

واژگان کلیدی: نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، تاب‌آوری، همه‌گیری کووید-۱۹، تقویت

مقدمه

نظام سلامت با شوک‌ها، بحران‌ها و بلایای طبیعی و حوادث انسان‌ساز زیادی مثل زلزله، طوفان، سیل، خشکسالی، گرمای شدید و طغیان و همه‌گیری بیماری‌ها مواجه است (۱). شوک نظام سلامت یک تغییر شدید ناگهانی است که بر نظام سلامت تأثیر می‌گذارد. نظام سلامت باید پاسخگوی شوک‌ها و بحران‌های سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و اپیدمیولوژیک باشد و با تغییرات احتمالی هماهنگ شود. پویایی نظام سلامت موجب واکنش سریع آن به تغییرات محیطی می‌شود. بنابراین، تقویت تاب‌آوری نظام سلامت برای اطمینان از تداوم ارائه خدمات سلامت با کیفیت، ایمن و اثربخش به‌هنگام بروز شوک‌ها و بحران‌ها ضروری است. حفظ عملکرد نظام سلامت به‌هنگام بروز بحران یک اصل ضروری است.

تاب‌آوری یک مفهوم اصلی در کاهش خطر بلایا و بحران‌ها است. تاب‌آوری نظام سلامت "توانایی، قابلیت و ظرفیت پیش‌بینی، پیشگیری، جذب، تطبیق و تغییر نظام سلامت به‌هنگام مواجهه با شوک و بحران و ارائه مستمر خدمات سلامت در زمان مدیریت شوک و بحران" است (۲). تاب‌آوری نظام سلامت در حقیقت، آمادگی، مدیریت و یادگیری نظام سلامت در مورد شوک‌ها و بحران‌ها است. تاب‌آوری نظام سلامت در برابر شوک‌ها و بحران‌ها شامل چهار مرحله آمادگی، شروع شوک و هشدار اولیه، مدیریت شوک و بهسازی و یادگیری است. در مرحله اول، انواع مختلف شوک احتمالی شناسایی و پیش‌بینی می‌شوند، ظرفیت و آمادگی نظام سلامت برای پاسخ به شوک‌ها و بحران‌ها ارزشیابی می‌شود و برنامه‌ای برای پیشگیری از بروز آنها و تقویت سازمان‌های بهداشتی و درمانی برای کاهش آثار شوک‌ها تدوین و اجرا می‌شود. در مرحله دوم، سیستم هشدار سریع فعال شده و پاسخ مناسب و موثری به شوک تحمیلی داده می‌شود. در مرحله سوم، نظام سلامت شوک را جذب

می‌کند و در صورت لزوم، تغییر می‌یابد تا همچنان، بتواند خدمات سلامت مورد نیاز مردم را ارائه دهد. در نهایت، در مرحله چهارم، نظام سلامت به حالت اولیه خود بر می‌گردد و وظایف معمول را ارائه می‌دهد (۳). تجارب حاصل از مقابله و مدیریت شوک‌ها و بحران‌ها نه تنها موجب تقویت تاب‌آوری نظام سلامت در حال حاضر می‌شود، بلکه این یادگیری موجب مدیریت بهتر شوک‌ها و بحران‌های آینده خواهد شد.

در اواخر دسامبر ۲۰۱۹ میلادی سندرم حاد تنفسی شدید کرونا و ویروس SARS-CoV-2 (کووید-۱۹) در شهر ووهان چین گزارش شد (۴). بیماری کووید-۱۹ سه ماه بعد، توسط سازمان بهداشت جهانی یک همه‌گیری اعلام شد (۵). حدود ۵۷۲ میلیون نفر در جهان تا تاریخ ۷ مرداد ۱۴۰۱ به این بیماری مبتلا شدند که ۶/۴ میلیون نفر جان خود را از دست دادند. تعداد مبتلایان و مرگ ناشی از کووید-۱۹ در ایران به ترتیب ۷/۴ میلیون نفر و ۱۴۱/۸ هزار نفر تا این تاریخ بوده است (۶).

بیماری کووید-۱۹ باعث افزایش تقاضای مردم برای خدمات بیمارستانی شد. در نتیجه، مدیران مجبور شدند منابع نظام سلامت را به سمت ارائه خدمات بیمارستانی هدایت کنند. در نتیجه، ارائه برخی از خدمات سلامت به ویژه برای بیماران مزمن مغفول ماند. در دوران همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ برخی از خدمات بهداشت عمومی متوقف یا کاهش یافت که چالش‌های زیادی برای نظام سلامت کشورها ایجاد کرد (۷). نظام سلامت بسیاری از کشورها در زمان اپیدمی این بیماری بر افزایش ظرفیت بیمارستان‌ها و درمان بیماران متمرکز شدند و تعداد تخت‌های مراقبت‌های ویژه، دستگاه‌های تنفس مصنوعی و داروهای درمان بیماران کووید-۱۹ را افزایش دادند. سیاستگذاران نباید فقط روی ویروس کووید-۱۹ و بیمارستان برای درمان بیماران تأکید کنند. آنها باید با سرمایه‌گذاری بیشتر روی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات سلامت مورد نیاز مردم را به طور مستمر ارائه کنند، از انتقال بیماری پیشگیری

ضروری و مفید است. در نتیجه، این پژوهش با هدف شناسایی راهکارهای تقویت تاب آوری نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در همه گیری کووید-۱۹ انجام شد. نتایج این پژوهش اطلاعات ارزشمندی در زمینه بهبود تاب آوری نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ایران در اختیار سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت قرار می دهد.

روش کار

این مطالعه به روش مرور حیطه ای با استفاده از پروتکل Arksey و O'Malley شامل مراحل تعیین سوالات پژوهش، تعیین مطالعات مرتبط با استفاده از پایگاه های اطلاعاتی معتبر، انتخاب مطالعات مرتبط برای مرور، استخراج داده ها، جمع آوری و گزارش داده ها و مشاوره اختیاری با خبرگان در مورد نتایج بدست آمده، انجام شد (۱۰). مرور حیطه ای محدود به مقالات اصیل داوری شده نیست و ادبیات خاکستری مثل مقالات مروری، پایان نامه ها، خلاصه مقالات کنفرانس ها و گزارشات سازمانی را هم شامل می شود. همچنین، مرور حیطه ای کیفیت مقالات مورد بررسی را ارزشیابی نمی کند. در نتیجه، تعداد مقالات بیشتری را در مدت زمان کم بررسی می کند و گزینه ای مناسبی برای دستیابی سریع به شواهد کلی در زمینه موضوعات خاص است (۱۱).

سوال اصلی این پژوهش عبارت بود از "راهکارهای تقویت نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در مواجهه با همه گیری کووید-۱۹ کدام هستند؟" برای استخراج داده ها از پایگاه های اطلاعاتی PubMed، Web of Science، Scopus، SID، Iranmedex و Magiran و موتورهای جستجوگر Google Scholar و Google استفاده شد. جستجو با کلید واژه های Covid-19 (کووید-۱۹)، Resilience (تاب آوری) و Primary Health Care (مراقبت های بهداشتی اولیه) و اصطلاحات MeSH انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل مستندات مرتبط با تاب آوری نظام مراقبت های بهداشتی اولیه چاپ شده به زبان های فارسی و انگلیسی تا پایان ژوئن

کنند و جلوی تقاضای زیاد برای خدمات تشخیصی و درمانی در بیمارستان ها را بگیرند.

تقویت نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در مواجهه با شرایط اضطراری و بحران ها ضروری است. استراتژی مراقبت های بهداشتی اولیه (Primary Health Care) در سال ۱۹۷۸ در کنفرانس سازمان بهداشت جهانی در آلماتا قزاقستان به عنوان استراتژی دستیابی همه به سلامت تصویب شد (۸). مراقبت های بهداشتی اولیه به عنوان سطح اول ارائه خدمات سلامت، یک رویکرد کل نگر ارتقای سلامت است که هدف آن به حداکثر رساندن سلامت و رفاه با تمرکز بر نیازها و تمایلات افراد در سریعترین زمان ممکن و در محل زندگی یا کار مردم است. مراقبت های بهداشتی اولیه مناسب ترین و مقرون به صرفه ترین استراتژی برای دستیابی هدف سلامت برای همه است.

همه گیری بیماری کووید-۱۹ نشان داد که تقویت تاب آوری نظام سلامت باید فراتر از آمادگی فنی آن باشد. نظام سلامت برخی از کشورها از منابع خوبی (کارکنان، ظرفیت آزمایشگاه ها و تخت های مراقبت های ویژه کافی) برخوردار هستند. ولی، آنها نتوانستند بحران بیماری کووید-۱۹ را خوب مدیریت کنند. بحران کووید-۱۹ بسیاری از ضعف ها و آسیب پذیری های ساختاری و فرایندی نظام های سلامت کشورها را آشکار کرده است (۹). نظام سلامت بسیاری از کشورها به خاطر ضعف حاکمیت و رهبری، پراکندگی اجزای نظام سلامت، کمبود منابع، هماهنگی ضعیف سازمان های بهداشتی و درمانی، همکاری نامناسب بین بخشی و ضعف نظارت و ارزشیابی، تاب آور نیستند (۱). نظام های سلامت آسیب پذیر هستند. سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت باید استراتژی ها و اقدامات مناسبی را برای اطمینان از ظرفیت تأمین، تطبیق و استفاده از منابع در سناریوهای مختلف شوک و بحران بکار گیرند. استفاده از تجارب کشورهای مختلف در افزایش تاب آوری نظام مراقبت های بهداشتی اولیه برای مواجهه با بیماری کووید-۱۹

مطالعات در کشورهای ایالات متحده آمریکا (۱۳/۵٪) و بریتانیا (۱۰/۸٪) انجام شده بود.

به طور کلی، تعداد ۴۸ راهکار برای تقویت تاب‌آوری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در برابر همه‌گیری کووید-۱۹ بدست آمد که در شش گروه حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، دارو و تجهیزات، سیستم‌های اطلاعات سلامت و ارائه خدمات سلامت قرار داده شد (جدول ۱).

در نهایت، مدلی برای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه پیشنهاد شد (نمودار ۳). این مدل سیستمی شامل ساختارها (حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، کارکنان سلامت، تجهیزات و دارو و اطلاعات سلامت) و فرایندهای لازم برای ارائه خدمات بهداشتی اولیه در دسترس، با کیفیت، کارآمد، عادلانه، پایدار و تاب‌آور است که منجر به سلامتی، رضایت و محافظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت خواهد شد.

بحث

مطالعه حاضر با هدف شناسایی راهکارهای تقویت تاب‌آوری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه انجام شد. در این پژوهش، تعداد ۴۸ راهکار برای تقویت تاب‌آوری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه بدست آمد که در شش گروه حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و دارو، سیستم‌های اطلاعات سلامت و ارائه خدمات سلامت دسته‌بندی شد. تقویت این بلوک‌های ساختاری منجر به تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی می‌شود.

بلوک حاکمیت و رهبری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه به مباحث قانونگذاری، سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، تولید، ارتباطات، هماهنگی سیاست‌های ملی و پاسخ‌های محلی، همکاری بین بخشی، و نظارت و ارزشیابی می‌پردازد (۱۴). تقویت حکمرانی و رهبری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه پیش نیاز تقویت سایر بلوک‌های ساختاری آن و ایجاد هماهنگی بین آنها است.

سال ۲۰۲۱؛ مرتبط با اپیدمی کووید-۱۹ و در قالب انواع مقالات و گزارشات سازمان‌های رسمی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل نامه‌ها و اخبار منتشر شده به زبان‌هایی جز انگلیسی و فارسی، غیر مرتبط با نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه و بیماری کووید-۱۹ و فاقد متن کامل بود.

دو نفر جستجوی اولیه برای یافتن مستندات را انجام دادند. تعداد ۱۱۱۱ مستند از پایگاه‌های اطلاعاتی بدست آمد. سپس، چهار مرورگر به غربالگری مستندات پرداختند. در صورت عدم توافق آن‌ها، با مشارکت نفرات بعدی و بحث و تبادل نظر اجماع حاصل می‌شد. مقالات، ابتدا با استفاده از عنوان و چکیده و سپس، به صورت تمام‌متن، مطابق معیارهای ورود و خروج غربالگری شدند. در نهایت، ۳۶ مطالعه برای استخراج داده انتخاب شدند (نمودار ۱).

از یک فرم استخراج داده‌ها شامل عنوان مقاله، زبان مقاله، نام نویسنده اول، سال انتشار، نام مجله، مکان انجام مطالعه، نوع مطالعه، هدف مطالعه، روش مطالعه و راهکارهای تقویت تاب‌آوری نظام مراقبت بهداشتی اولیه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. از تحلیل چارچوبی پنج مرحله‌ای Ritchie و Spencer شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی چارچوب موضوعی، نمایه سازی، جدول‌بندی و ترکیب داده‌ها برای تحلیل داده‌ها استفاده شد (۱۲). راه کارهای بدست در چارچوب شش بلوک ساختاری سازمان بهداشت جهانی شامل حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، دارو و تجهیزات، سیستم‌های اطلاعات سلامت و ارائه خدمات سلامت با منطق قیاسی دسته‌بندی شد (۱۳). ملاحظات اخلاق پژوهش نظیر جمع‌آوری اطلاعات با دقت و صحت و تعبیر و تفسیر اطلاعات بدون تورش رعایت شد.

نتایج

به ترتیب ۶۳/۸ و ۳۶/۲٪ مطالعات در سال‌های ۲۰۲۰ و ۲۰۲۱ (تا پایان ژوئن) چاپ شده بودند. نمودار ۲، توزیع درصدی این مطالعات را در ۵ قاره جهان نشان می‌دهد. بیشتر

و کمپین‌ها در شرایط اضطراری مفید هستند (۹). برقراری ارتباط سازنده میان حاکمیت و مردم برای ایجاد اعتماد عمومی به مداخلات بهداشتی لازم است. این اعتماد منجر به تبعیت مردم از دستورالعمل‌ها و جلوگیری از هرج و مرج و تکثر منابع اطلاعاتی خواهد شد (۱۶). مدیریت صحیح بیماری کووید-۱۹ نیازمند تعهد سیاسی و مالی است. بنابراین، رهبری سیاسی نقش موثری در بسیج منابع به منظور اجرای برنامه مداخلات بر عهده دارد.

بلوک تأمین مالی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه به مباحث جمع‌آوری، تجمیع و خرید خدمات سلامت می‌پردازد (۱۴). بیماری کووید-۱۹ موجب افزایش تقاضای مردم برای خدمات سلامت می‌شود. در نتیجه، بودجه بخش سلامت باید افزایش یابد تا منابع مورد نیاز برای خدمات سلامت فراهم شود. از طرف دیگر، این بیماری بر درآمد مردم و دولت اثر منفی دارد. در نتیجه، درآمد ناشی از مالیات دولت و درآمد حاصل از حق بیمه‌های سازمان‌های بیمه سلامت کاهش می‌یابد. در نتیجه، سیاستمداران و سیاستگذاران با چالش تأمین مالی پایدار نظام سلامت مواجه می‌شوند. سیاستمداران بایستی بین نجات جان و نجات معیشت مردم تصمیم می‌گرفتند. هر گونه تلاش برای اولویت دادن به اقتصاد بدون تحت کنترل گرفتن ویروس کووید-۱۹، کاری بیهوده بود (۹).

افزایش بودجه بخش مراقبت‌های سلامت تأثیر مستقیمی در افزایش تاب‌آوری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کنترل پاندمی کووید-۱۹ دارد (۱۷). تخصیص بودجه مستقل برای نهادهای مرتبط با پاندمی‌ها تأثیر به‌سزایی در افزایش تاب‌آوری آنها دارد. برخی از راهکارهای تأمین بودجه کافی برای بخش سلامت شامل استفاده از ذخایر مالی، تخصیص مجدد بودجه و استقراض ملی و بین‌المللی است.

بلوک نیروی انسانی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل برنامه‌ریزی نیروی انسانی، کارمندبایی، انتخاب و استخدام، آموزش و توانمندسازی کارکنان، مدیریت ارتباط با کارکنان، ارزشیابی عملکرد کارکنان و جبران خدمت کارکنان است (۱۸).

قانون‌گذاری و تنظیم مقررات برای هماهنگی و تقویت همکاری بین بخشی، تأمین منابع مورد نیاز بخش سلامت، تغییر شیوه‌های کاری کارکنان سلامت؛ تغییر نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و نحوه دسترسی مردم به خدمات و مراقبت‌های سلامت به حاکمیت و رهبری قوی نیاز دارد. بیماری کووید-۱۹ اهمیت همکاری بخش وزارت بهداشت با سایر بخش‌های دولت را بیش از پیش نشان داد. سیاست‌های بخش سلامت بدون مشارکت و همکاری سایر بخش‌های دولت به خوبی تأمین مالی و اجرا نخواهد شد. سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید ارتباط خوبی با سایر سیاستمداران و مدیران ارشد کشور برقرار کنند و از ابزارهای مناسب برای تأثیرگذاری بر سیاست‌های ملی و محلی استفاده کنند. آنها باید از داده‌ها و اطلاعات سلامت به‌منظور حمایت‌طلبی برای سیاست‌های بهداشتی و درمانی استفاده کنند. آنها باید با آگاهی از نقاط قوت و ضعف نظام سیاسی کشور، برنامه مشخصی برای تخصیص منابع دولت به نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه تدوین کنند. استراتژی‌های شفاف و مشخصی برای مدیریت بیماری کووید-۱۹ باید تدوین شود. این استراتژی‌ها باید منسجم باشد و روابط بین سلامت و اقتصاد را در نظر بگیرد. عوامل موثر بر سلامتی مردم فقط محدود به نظام سلامت نیستند. عوامل سیاسی، اجتماعی و اقتصادی تأثیر زیادی بر سلامتی مردم دارد. بنابراین، افزایش همکاری بین بخشی در ارائه خدمات سلامت منجر به یکپارچگی ارائه خدمات و حصول نتایج بهتر می‌شود. برقراری هماهنگی بین سازمان‌های گوناگون در یکپارچگی ارائه خدمات موثر می‌باشد و باعث تداوم ارائه خدمات سلامت می‌شود (۱۵).

تعامل مستمر نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه با جوامع محلی برای تصمیم‌گیری، اطلاع‌رسانی ارائه خدمات سلامت و پاسخگویی به نیازهای مردم قبل، حین و پس از بحران‌ها، ضروری است. بکارگیری اقداماتی مانند جلب مشارکت رهبران محلی و کار در کنار اعضای جامعه برای تنظیم پیام‌ها

اهمیت تقویت زیرساخت‌های سیستم اطلاعات سلامت به منظور دسترسی به داده‌های به موقع، دقیق و قابل اعتماد برای تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد تأکید کردند (۲۴-۲۳). رویکرد "یک سلامت" باید مورد تأکید قرار گیرد و داده‌ها و اطلاعات در سطوح ملی، منطقه‌ای و جهانی به اشتراک گذاشته شوند و تبادل شوند. همچنین، با توجه به تغییرات سریع و ناگهانی شرایط در مواقع بحران بازخورد های مکرر از شرایط جامعه باید گرفته شود و تغییرات لازم در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای مدیریت بحران بکار گرفته شود.

تمامی بلوک‌های نامبرده قبلی به‌منظور بهبود کیفیت و ارائه به موقع خدمات بهداشتی اولیه ایجاد شدند. ارائه خدمات بهداشتی درمانی متناسب با شرایط اجتماعی و اقتصادی جامعه، به پذیرش بهتر خدمات سلامت توسط مردم کمک می‌کند. همچنین، استفاده از روش‌های نوآورانه در ارائه خدمات به‌ویژه به هنگام وقوع بحران منجر به افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت می‌شود. به عنوان مثال استفاده از پزشکی از راه دور در مدیریت مبتلایان به کووید-۱۹ باعث کاهش موارد مراجعه به مراکز درمانی و ارائه خدمات سریعتر به موارد غیراورژانسی می‌شود (۲۵). خدمات روتین مراکز بهداشتی و درمانی از واکسیناسیون تا غربالگری سرطان‌ها باید تداوم یابد.

اقدامات بهداشت عمومی در کاهش انتقال بیماری کووید-۱۹ نقش کلیدی دارد. سیستم پایش، مراقبت و هشدار اولیه بیماری‌های واگیر باید تقویت شود. چنین سیستمی موجب تقویت پاسخگویی و مدیریت بهتر همه‌گیری می‌شود. همچنین، بر ارائه خدمات ضروری و دسترسی و استفاده گروه‌های آسیب‌پذیر از این خدمات نظارت کافی وجود داشته باشد. مداخلات غیر دارویی مانند فاصله‌گذاری فیزیکی و یافتن، آزمایش، ردیابی و قرنطینه مبتلایان نیز باید بکار گرفته شود (۳).

نتیجه گیری

اجزای ساختاری و فرایندی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل «حاکمیت و رهبری»، «تأمین مالی»، «کارکنان»،

کارکنان مهمترین سرمایه سازمان‌های بهداشتی و درمانی هستند. اجرای تغییرات نیازمند کارکنان متخصص، متعهد و پر تلاش است. کمیت و کیفیت کارکنان مراقبت‌های بهداشتی باید هماهنگ با تغییرات حاصل از بروز شوک‌ها و بحران‌ها تغییر یابد. افزایش تعداد کارکنان، افزایش یا تغییر وظایف کارکنان، آموزش و ارتقای دانش و مهارت آنها و محافظت از آنها در برابر آسیب‌های جسمی و روحی ضروری است. علت حجم کاری زیاد کارکنان و قرار گرفتن در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های واگیر به‌هنگام همه‌گیری‌ها، موجب ایجاد فشار روانی مضاعف و کاهش کارایی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی می‌شود. بنابراین، ایجاد امنیت روانی در محیط کاری و آموزش استراتژی‌های حل مسئله و مشکلات فردی به کارکنان در افزایش تاب‌آوری آنها در شرایط بحران کمک می‌کند (۱۹). کاهش استرس و فرسودگی شغلی کارکنان و آموزش روش‌های مراقبت از خود نیز برای تقویت کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه ضروری است (۲۰).

بلوک تجهیزات، ملزومات، داروها و واکسن‌های نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل نیازسنجی، خرید و نگهداری تجهیزات و داروها است (۱۸). تشخیص سریع و به موقع مبتلایان به‌هنگام بروز همه‌گیری بیماری‌های عفونی از طغیان بیماری پیشگیری می‌کند. بنابراین، تجهیز آزمایشگاه‌ها و تهیه کیت‌های تشخیصی و تست‌های مورد نیاز ضروری است (۲۱). نیاز، مقدمه خلاقیت و نوآوری است. بحران کووید-۱۹ موجب توسعه ظرفیت‌ها و ارائه راه‌حل‌های نوآورانه، مثل معرفی ابزارهای دیجیتال تشخیص سریع بیماری و پزشکی از راه دور شد. همچنین، تجهیز بیمارستان‌ها به تجهیزات کنترل عفونت و تدارک اتاق‌های ایزوله برای مراقبت از بیماران عفونی در کاهش ریسک انتقال بیماری‌های عفونی در زمان طغیان اپیدمی‌ها موثر است (۲۲). بلوک اطلاعات سلامت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل ایجاد سیستم مدیریت اطلاعات و جمع‌آوری، تحلیل، توزیع و استفاده از اطلاعات است (۱۸). مطالعات متعددی به

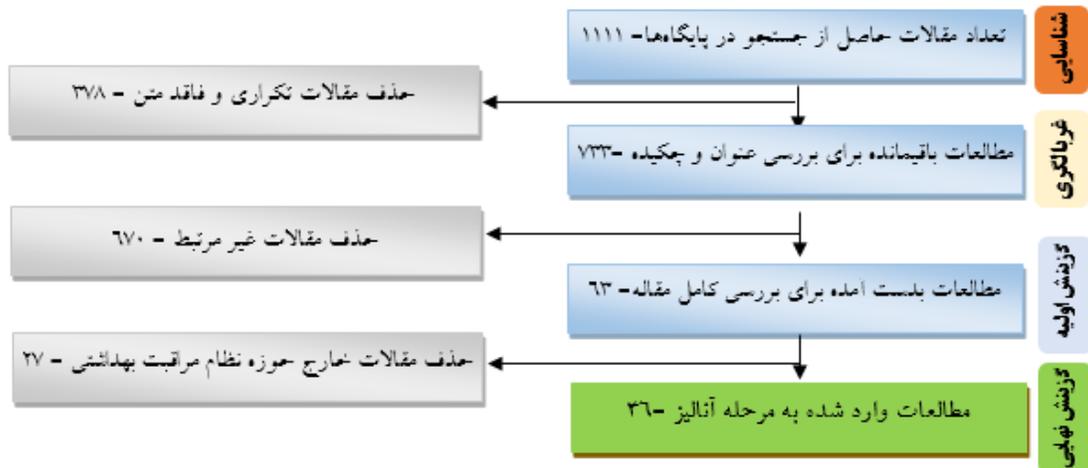
تشکر و قدردانی

از داوران گرامی که با پیشنهادات سازنده خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنیم.

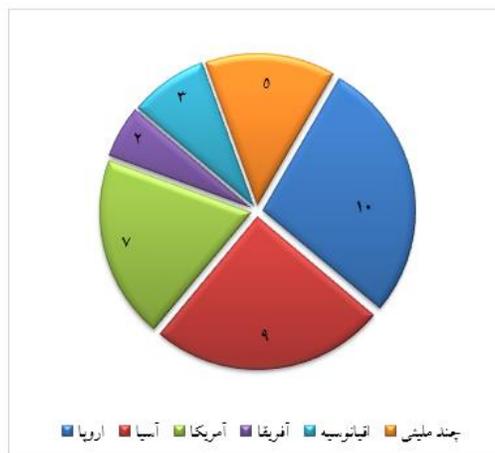
«تجهیزات، واکسن‌ها و داروها»، «اطلاعات» و «ارائه مراقبت‌های بهداشتی» باید به طور هماهنگ، توسعه و بهبود یابند تا برای همه‌گیری‌های آینده آماده باشد. این مطالعه مرور حیطه‌ای راهکارهای تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه را در قالب یک مدل سیستمی ارائه کرد. پژوهشگران می‌توانند به ارزشیابی اثربخشی راهکارهای پیشنهادی در این مطالعه بپردازند.

جدول ۱ - راهکارهای تقویت تاب‌آوری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دوره کووید-۱۹

بلوک‌های ساختاری	راهکارهای تقویت تاب‌آوری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه
حاکمیت و رهبری	۱- رهبری پویا و پاسخگو؛ ۲- استفاده از شواهد معتبر پژوهشی در سیاستگذاری‌ها؛ ۳- تدوین برنامه‌های شفاف و انعطاف‌پذیر متناسب با شرایط؛ ۴- اتخاذ راهبردهای چندجانبه و خودداری از راهبردهای مربوط به تک بیماری؛ ۵- هماهنگی بین دولت‌های ملی و محلی؛ ۶- افزایش همکاری بین بخشی؛ ۷- برقراری ارتباط سازنده و شفاف با سایر سازمان‌های جامعه؛ ۸- حمایت‌طلبی برای سیاست‌های بهداشتی و درمانی؛ ۹- برقراری ارتباط سازنده بین مراقبت‌های بهداشتی اولیه، بهداشت عمومی و مراقبت‌های بهداشتی ثانویه؛ ۱۰- جلب مشارکت بخش خصوصی؛ ۱۱- افزایش انعطاف‌پذیری نظام مراقبت‌های اولیه در زمان بحران؛ ۱۲- استفاده از تجارب همه‌گیری‌های گذشته به منظور رفع نقاط ضعف و توسعه نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛ ۱۳- استفاده از رویکرد از پایین به بالا برای تقویت تاب‌آوری تمام سطوح جامعه از فرد و خانواده تا جامعه و مردم؛ ۱۴- پاسخگویی متناسب با وضعیت فرهنگی و اجتماعی جامعه؛ و ۱۵- افزایش تعامل با مردم جامعه به منظور افزایش اعتماد عمومی
تأمین مالی	۱- تأمین بودجه کافی و پایدار؛ ۲- افزایش بودجه نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛ ۳- تخصیص بودجه مستقل برای اداره مدیریت اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها؛ ۴- استفاده از ذخایر مالی، و ۵- استقراض ملی و بین‌المللی
کارکنان سلامت	۱- استخدام کارکنان سلامت اضافی؛ ۲- آموزش کارکنان برای شناسایی و اقدام فوری در مواجهه با بیماران کووید؛ ۳- آموزش استراتژی‌های حل مسئله به کارکنان؛ ۴- تمرکز بر بهیاران و کارکنان محلی در کنترل پاندمی؛ ۵- کاهش استرس شغلی کارکنان برای جلوگیری از فرسودگی شغلی آن‌ها؛ ۶- تقویت خویشتن‌داری و مراقبت از خود کارکنان؛ ۷- ایجاد محیط کاری با اعتماد و امنیت روانی بالا برای کارکنان؛ ۸- تضمین سلامت جسمی، روانی و حمایت مالی از کارکنان بهداشتی؛ ۹- تأمین وسایل حفاظت فردی برای کارکنان؛ و ۱۰- فضای مناسب کاری با تهویه مناسب برای کارکنان
تجهیزات، داروها و واکسن‌ها	۱- استفاده حداکثری از امکانات و تکنولوژی‌های نوین؛ ۲- تأمین ذخایر کافی دارو و کیت‌های تشخیصی؛ و ۳- تأمین اتاق‌های ایزوله کافی برای موارد تأیید شده و مشکوک به COVID-19
سیستم اطلاعات سلامت	۱- توسعه و مدرن‌سازی سیستم‌های اطلاعاتی سلامت عمومی؛ و ۲- فراهم نمودن دسترسی به موقع، دقیق و قابل اعتماد به اطلاعات سلامت
ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه	۱- بررسی اثربخشی محدودیت‌های قرنطینه؛ ۲- بررسی اثرات اجتماعی اقتصادی ناشی از قرنطینه؛ ۳- تسهیل دسترسی مردم به مراکز بهداشتی به وسیله روش‌های حمل و نقل موثر؛ ۴- استفاده از پزشکی از راه دور برای مدیریت موارد غیر اورژانسی و بیماری‌های مزمن؛ ۵- ارائه خدمات سلامت متناسب با مقتضیات اجتماعی و اقتصادی جامعه؛ ۶- استفاده از تیم‌های بهداشت عمومی پاسخ سریع برای پاسخ مناسب به وضعیت اورژانسی؛ ۷- تداوم ارائه خدمات بهداشتی منظم برای کل مردم؛ ۸- حفظ بهداشت محیط زیست و اقدامات حفاظتی مناسب برای جلوگیری از انتقال بیماری‌های زئونوز؛ ۹- افزایش سواد بهداشتی جامعه؛ ۱۰- یافتن، آزمایش، ردیابی، و قرنطینه بیماران برای کنترل یا کاهش انتقال بیماری؛ ۱۱- اجرای برنامه‌های موثر واکسیناسیون کووید؛ ۱۲- استفاده از ظرفیت بخش خصوصی برای افزایش پوشش خدمات سلامت؛ و ۱۳- کاهش نابرابری‌های بهداشتی

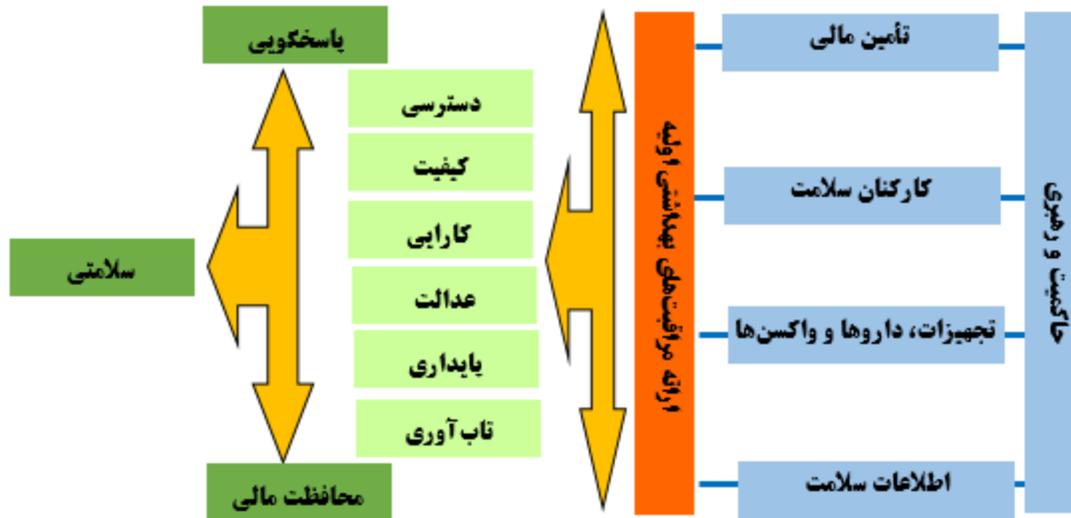


نمودار ۱- روند بررسی پایگاه‌ها و غربالگری مقالات در مطالعه تقویت تاب‌آوری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در همه‌گیری کووید-۱۹



نمودار ۲- توزیع فراوانی مقالات مورد بررسی در مطالعه به تفکیک قاره‌های جهان در مطالعه تقویت تاب‌آوری نظام مراقبت‌های بهداشتی

اولیه در همه‌گیری کووید-۱۹



نمودار ۳- مدل تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران در مطالعه تقویت تاب‌آوری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در همه‌گیری کووید-۱۹

References

1. Mosadeghrad AM. Hospitals organizational resiliency: From Theory to Practice. Payesh. 2020; 19(6):749-751. [Persian]
2. Mosadeghrad AM, Karimi F, Ezzati F. Health System Resilience: A Conceptual Review. Hakim. 2020; 23(4):463-486. [Persian]
3. Sagan A, Greer SL, Webb E, McKee M, Muscat NA, Lessof S, de la Mata I, Figueras J. Strengthening health system resilience in the COVID-19 era. TEN. 2022; 28(1):4.
4. Del Rio C, Malani PN. COVID-19—new insights on a rapidly changing epidemic. JAMA. 2020; 323(14):1339-40.
5. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Available at <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. [Access date 2/8/2022].
6. World Health Organization. Coronavirus (COVID-19) dashboard. Available at <https://covid19.who.int/> [Access date 2/8/2022].
7. Mosadeghrad AM, Jajarmizadeh A. Continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: a letter to editor. Tehran University Medical Journal. 2021; 79(10):831-832
8. Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity. BMJ global health. 2018;3(3):e001188.
9. Sagan A, Webb E, Azzopardi-Muscat N, de la Mata I, McKee M, Figueras J. Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better. World Health Organization, 2021.
10. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. International journal of social research methodology. 2005;8(1):19-32.

11. Mosadeghrad AM, Tolouie Rakhshan S, Afshari M, Isfahani P. Health financing system indicators: A scoping review. *Hakim Research Journal*. 2020; 23(3):353-366. [Persian]
12. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In *Analyzing qualitative data 2002* (pp. 187-208). Routledge.
13. World Health Organization. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action*. Geneva: World Health Organization, 2007.
14. Mosadeghrad AM. Health strengthening plan, a supplement to Iran health transformation plan: letter to the editor. *Tehran University Medical Journal*. 2019; 77(8):537-538. [Persian]
15. Kidd MR. Five principles for pandemic preparedness: lessons from the Australian COVID-19 primary care response. *British Journal of General Practice*. 2020;70(696):316-7.
16. Kimhi S, Eshel Y, Marciano H, Adini B. Fluctuations in national resilience during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(8):3876.
17. Acharya A, Wolfson C, Matta S, Cardona C, Lamba S, Bishai D. The Role of Public Health Expenditures in COVID-19 control: Evidence from Local Governments in England. *SSM - population health*. 2021;15:100861.
18. Mosadeghrad AM, Heydari M, Esfahani P. Primary health care strengthening strategies in Iran: A Realistic Review. *SJSPH*. 2022; 19(3):237-258. [Persian]
19. Godoi BB, Santos DF. Resilience to dealing with COVID-19: university perspective in a low-income health Brazilian region. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*. 2021;29:525-42.
20. Lisi L, Ciaffi J, Bruni A, Mancarella L, Brusi V, Gramegna P, Ripamonti C, Quaranta E, Borlandelli E, Gallo G, Garofalo E. Levels and factors associated with resilience in Italian healthcare professionals during the COVID-19 pandemic: a web-based survey. *Behavioral Sciences*. 2020 Nov 29;10(12):183.
21. Legido-Quigley H, Mateos-García JT, Campos VR, Gea-Sánchez M, Muntaner C, McKee M. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*. 2020;5(5):e251-e2.
22. Clay-Williams R, Rapport F, Braithwaite J. The Australian health system response to COVID-19 from a resilient health care perspective: what have we learned? *Public health research & practice*. 2020;30(4).
23. Acharya A, Wolfson C, Matta S, Cardona C, Lamba S, Bishai D. The Role of Public Health Expenditures in COVID-19 control: Evidence from Local Governments in England. *SSM - population health*. 2021;15:100861.
24. 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.
25. Han E, Chiou ST, McKee M, Legido-Quigley H. The resilience of Taiwan's health system to address the COVID-19 pandemic. *EclinicalMedicine*. 2020; 24:100437.

Strengthening Primary Health Care System Resilience in Covid-19 Pandemic: A Scoping Review

Ali Mohammad Mosadeghrad¹, Tina Taherkhani^{*2}, Shayan Shojaei², Matin Jafari³, Sara Mohammadi²,
Alireza Emamzadeh², Shahrzad Akhavan⁴

- 1- Ph.D. Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 2- MD. Student, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 3- Pharm D. Student, School of Pharmacology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 4- Ph.D. Student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding Author: taherkhanitina778@gmail.com

Received: Feb 12, 2022

Accepted: May 28, 2022

ABSTRACT

Background and Aim: Primary health care is a holistic approach that aims to maximize people's health and well-being as quickly as possible in their immediate living environment. The primary health care system is the first point of contact of the people with the health system. Therefore, increasing its resilience will play a significant role in controlling and managing pandemics. This research aimed to identify strategies to strengthen the resilience of the primary health care system in the Covid-19 pandemic.

Materials and Methods: This study was conducted using the scoping review method. Using appropriate keywords search was done on the subject of the study in PubMed, Web of Science, Scopus, SID, Iranmedex and Magiran databases and Google and Google Scholar search engines. Finally, after screening and reviewing the titles, abstracts and texts of the retrieved documents, 36 articles were selected and strategies to strengthen the resilience of the primary health care system in the Covid-19 pandemic were extracted from them.

Results: A total of 48 strategies/solutions were extracted to strengthen the resilience of the primary health care system, categorized into 6 groups, namely, governance and leadership, financing, human resources, medicines and equipment, health information systems, and health service delivery. Among the most frequently solutions mentioned were the following: Dynamic and accountable leadership, using valid research evidence in policy-making, contingency planning, increasing inter-sectoral cooperation, advocacy for health policies, community involvement, sustainable financing, recruiting additional staff and training and supporting them, providing sufficient stocks of medicines and diagnostic kits, developing and modernizing public health information systems, facilitating people's access to health centers, continuing to provide health services, and increasing the community's health literacy.

Conclusion: The structural and process components of the primary health care system including "governance and leadership", "financing", "staff", "equipment, vaccines and medicines", "information" and "health care delivery" should be strengthened in a coordinated manner in the primary health care system to be prepared for future epidemics.

Keywords: Primary Health Care System, Resilience, Covid-19 Epidemic, Strengthening

Copyright © 2022 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.