

تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران: یک مطالعه مرور جامع

محمد مهدی کیانی: دانشجوی دوره دکتری، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

خاطره خانجانی: دانشجوی دوره دکتری، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مریم شیروانی: دانشجوی دوره دکتری، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

بتول احمدی: دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط:

ahmadiba@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۳/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۸

چکیده

زمینه و هدف: استفاده از تجربه‌های کشورهای مختلف و مروری بر ادبیات این حوزه در تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه بسیار ضروری است. هدف پژوهش حاضر انجام یک مرور جامع برای شناسایی روش‌های تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ارائه راهکار برای ایران بود. روش کار: این مطالعه به صورت مرور جامع انجام شد. مطالعات با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی SID، Magiran، Iranmedex، Web، Science، Scopus، Google Scholar، PubMed و Science Direct بازیابی شدند. معیار ورود شامل تمامی مطالعاتی بود که به طور خاص در بازه ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۸ میلادی به عوامل تقویت کننده مراقبت‌های بهداشتی اولیه پرداخته بودند. در نهایت ۳۰ مقاله مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج: راهکارهای تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه از دو جنبه عوامل تسهیل کننده کارکرد و عملکرد تیم مراقبت بهداشتی و راه‌های بهبود اجرای مراقبت‌های بهداشتی اولیه بررسی شدند. همچنین راهکارهایی مانند روابط مبنی بر اعتماد، اجرای گسترده برنامه ملی مراقبت بهداشتی اولیه با تمرکز بر آموزش کارکنان، آموزش رفتارهای سبک زندگی سالم و عوارض دارویی، سرمایه‌گذاری در فناوری اطلاعات در بخش سلامت در حوزه‌هایی نظیر ایمن سازی، مراقبت از کودک و جنبه‌های پیشگیری و مدیریت بیماری مزمن جهت تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری: تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه نیازمند هماهنگی و همکاری بین بخشی، همت و عزم راسخ طیف وسیعی از سازمان‌های بهداشتی و سازمان‌های غیرمرتبط با سلامت، حمایت دولت، تقویت نظام ارجاع و پزشک خانواده، تقویت تیم سلامت، خودمراقبتی و مشارکت مردم، رویکرد بهداشت محور و پیشگیری در سیاست‌های کلان و هدایت و تخصیص منابع بیشتر به بخش بهداشت است.

واژگان کلیدی: مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مراقبت سلامت، نظام سلامت، اصلاحات سلامت، توسعه سلامت

مقدمه

جمله تحقق عدالت در دسترسی جامعه به خدمات بهداشتی اولیه است (۲،۳). در این خصوص، کنفرانس بین المللی مراقبت اولیه بهداشتی در سپتامبر ۱۹۷۸ در شهر آلماتا برگزار شد. دستاورد این کنفرانس، اعلامیه ای ده ماده ای بود که

یکی از مهمترین رخدادهای تاریخی در تحول عرضه و تولید خدمات سلامت، تصمیم جامعه جهانی مبنی بر پذیرش مراقبت‌های بهداشتی اولیه سلامت Primery Health Care (PHC) به منظور نیل به اهداف متعدد از

نظام سلامت در حوزه بهداشت در قالب ۱۵ برنامه و ۱۰ پروژه پشتیبانی است (۱۲).

جمهوری اسلامی ایران طی دهه‌های گذشته در حوزه سلامت دستاوردهای چشمگیری در زمینه افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ و میر مادران در اثر بارداری، مرگ و میر کودکان و نوزادان، دسترسی به خدمات با ایجاد شبکه‌های بهداشتی - درمانی، بیمارستان‌های آموزشی و درمانی، تربیت نیروی انسانی و فراهم کردن و بکارگیری فناوری‌های پیشرفته پزشکی داشته است. با این حال نظام سلامت ایران با هنوز هم چالش‌های مختلفی مواجه است. برای مثال مطالعه دژبان و همکاران نشان داد نظام کنونی مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشور پاسخگوی الگوی تغییر یافته بیماری‌ها، کنترل بیماری‌های غیرواگیر، افزایش بار ناشی از بیماری‌ها و مشکلات روانی اجتماعی نیست و استفاده از یک رویکرد اجتماعی به منظور برخورد با مولفه‌های اجتماعی سلامت، امری ضروری است. همچنین نتایج مطالعه زنگنه و همکاران نیز حاکی از آن بود که در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران، ضعف در انتقال اختیارات به سطوح پایین‌تر، ضعف در نظام اطلاعات و تمرکز در تصمیم‌گیری‌ها وجود دارد (۱۳). این در حالی است که در سند چشم‌انداز سال ۱۴۰۴ کشور، جامعه آرمانی ترسیم شده، جامعه‌ای است که می‌بایست از حداکثر سلامت برخوردار باشد. نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در این سند، مسئول فراهم‌سازی و دستیابی به بالاترین سطح امید به زندگی همراه با کیفیت برای آحاد مردم است. ضمن اینکه اعتماد کامل مردم را جلب کرده و با حمایت و همکاری تمامی سازمان‌ها و نهادها، دیدگاه سلامت در همه سیاست‌ها را اجرایی کند (۱۴).

بنابراین با توجه به چالش‌ها و ضعف‌های ذکر شده در نظام سلامت، تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه بیش از پیش ضروری به نظر می‌رسد. استفاده از تجربه‌های کشورهای مختلف و مروری بر پژوهش‌های صورت گرفته و اسناد بالادستی و توصیه‌های بین‌المللی در زمینه تقویت مراقبت

هنوز هم سندی معتبر در تبیین مبانی خدمات بهداشتی است و در سطوح بین‌المللی و ملی کشورها مورد استناد قرار می‌گیرد. این اعلامیه جهانی، مراقبت‌های اولیه بهداشتی را به عنوان راهبردی مناسب برای هدف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ تعریف کرده است (۴-۶). مراقبت‌های اولیه بهداشتی عبارت است از مراقب‌های ضروری و اساسی در زمینه بهداشت که برای همه افراد و خانواده‌ها قابل دسترس باشد. این خدمات بخش اصلی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی اجتماعی، همچنین اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام سلامت کشورها است (۷). مراقبت‌های اولیه نه تنها شامل مراقبت‌های پزشکی است، بلکه مراقبت‌های اجتماعی، ارتقای سلامت و راهبردهای پیشگیری از بیماری با حفظ و ارتقای سلامت از طریق آموزش سلامت و شناسایی مشکلات سلامت را نیز شامل می‌شود (۴).

بعد از اعلامیه آلماتا، نشست‌ها و گزارش‌های متعددی در راستای تقویت و تاکید بر الگو و مدل‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی مطرح شد، مانند اجلاس توسعه هزاره سوم و گزارش جهانی ۲۰۰۳ (۸). در سال ۲۰۰۴ مجمع جهانی بهداشت بر وجود کمیسیون جهانی بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت تاکید کرد که در سال ۲۰۰۵ این کمیسیون رسماً تشکیل شد و در گزارش ۲۰۰۸ سازمان بهداشت جهانی بیش از پیش به PHC پرداخت (۹). در ایران برای حل مشکلات مربوط به دسترسی به خدمات و توزیع نیروی کار از سال‌ها پیش تا کنون تجربه‌های گوناگونی به اجرا درآمد که شامل طرح تربیت بهدار در مشهد ۱۳۱۹ و در اصفهان و شیراز ۱۳۲۵، طرح سپاه بهداشت ۱۳۴۳، طرح تربیت بهدار روستا در شیراز، شمیران و تنکابن، طرح سلسله در الشتر لرستان، طرح توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در ایران در ارومیه ۱۳۵۱ که به طرح رضاییه (اولین خانه بهداشت) معروف است و به عنوان شیوه اصلی گسترش خدمات سلامت مورد پذیرش قرار گرفت (۱۰)، طرح پزشک خانواده در سال ۱۳۸۴ (۱۱) و برنامه تحول

جستجوی پیشرفته در پایگاه‌های ذکر شده و مورد جستجو قرار گرفتند. معیار ورود شامل تمامی مطالعاتی بود که به طور خاص در بازه ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۸ میلادی به عوامل تقویت کننده مراقبت‌های بهداشتی اولیه پرداخته بودند (شکل ۱). پس از جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف ۸۸۰ مقاله بدست آمد و متن کامل مقالات مرتبط استخراج گردید. در نهایت ۳۰ سند در سه گروه کلی مقالات (شامل مقالات اصیل، گزارش‌ها، مقالات مروری و نامه به سردبیر)، گزارشات و قوانین و خط‌مشی‌های بالادستی مورد بررسی قرار گرفتند که شامل ۲۰ مقاله انگلیسی و ۳ مقاله فارسی، ۴ گزارش و ۳ سند بالادستی (منتشر شده در سال‌های ۱۹۸۹ تا ۲۰۱۸ میلادی و ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ شمسی) بودند. جدول ۱، برخی از ویژگی‌های کلی داده‌های استخراج شده را نشان می‌دهد.

تیم پژوهشی مرور بر مطالعات را با سوال‌های زیر شروع کردند:

۱. هدف اصلی هر پژوهش در خصوص ارتقای

مراقبت‌های بهداشتی اولیه چیست؟

۲. استراتژی هر پژوهش در ارتقای مراقبت‌های

بهداشتی اولیه چیست؟

۳. هر پژوهش در خصوص نتایج:

جدول ۲ به تفکیک نام نویسنده و تاریخ، زبان مقاله، عنوان، کشور، استراتژی و هدف و نتایج مورد بررسی قرار گرفت. گروه یافته‌ها شامل ۲۰ مقاله انگلیسی و ۳ مقاله فارسی، ۲ سند بالادستی فارسی و ۱ سند بالادستی انگلیسی بود و ۴ گزارش جهانی که در سال‌های ۱۹۸۹ تا ۲۰۱۷ میلادی منتشر شده‌اند.

جدول ۲، تحلیل مقالات استخراج شده بر اساس سوالات پژوهش را نشان می‌دهد.

نتایج مطالعه را می‌توان از دو جنبه مختلف مورد بررسی

قرار داد. نخست؛ عوامل تسهیل کننده کارکرد و عملکرد تیم

مراقبت بهداشتی که بیشتر نقش پشتیبانی دارند و دوم

مراقبت‌های بهداشتی اولیه بسیار ضروری است. لذا پژوهش حاضر با هدف شناسایی عوامل تقویت کننده مراقبت‌های بهداشتی اولیه بر اساس تجربیات دیگر کشورها انجام پذیرفت.

روش کار

این مطالعه به صورت مرور جامع با هدف شناسایی عوامل تقویت کننده مراقبت‌های بهداشتی اولیه انجام شد. مرور جامع از روش‌های مرور ادبیات است که می‌تواند از خطاهای سیستماتیک در طراحی و مرور ادبیات یا تعصب بیش از حد موجود در مطالب منتشر شده جلوگیری کند. یک بررسی جامع معتبر، یک بررسی منظم و علمی است که از دقت و صحت تحقیقات اصلی برای محدود کردن سوگیری نتیجه استفاده می‌کند. مرور جامع به عنوان یک روش علمی به جمع‌آوری شواهد علمی برای تصمیم‌گیری‌های بهداشتی و درمانی مبادرت می‌ورزد (۱).

در این مطالعه مروری، مقالاتی که به تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در عصر حاضر پرداخته‌اند، استخراج گردید. مطالعات با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی Web of Science، Scopus، Google Scholar، PubMed و Science Direct که سطح وسیعی از مجلات معتبر منتشر شده را نمایه می‌کنند بازیابی و برای جستجوی مطالعات منتشر شده به زبان فارسی پایگاه داده‌ای SID، Magiran، Iranmedex جستجو شدند. کلید واژه‌های مورد استفاده شامل Primary health care reform in Strengthening primary health care development in primary health care strong primary health care primary health care در پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی و تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، در پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی بود. این واژه‌ها به صورت

استمرار پایلوت برنامه پزشک خانواده و تکمیل شبکه بهداشتی درمانی شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر را بدنبال داشته باشد (۱۲، ۳۸). همچنین مواردی نظیر اصلاحات منطقه‌ای و تعیین مسیر آینده مراقبت‌های اولیه بهداشتی، جلوگیری از پراکنده‌کاری، کاهش تمرکز مفرط بر خدمات تخصصی بیمارستانی و همچنین اصلاحات مرتبط با رهبری و سیاست‌های عمومی نظام سلامت، پوشش همگانی و تدارک خدمت نقش مهمی در تسهیل‌گری کارکرد و عملکرد تیم مراقبت بهداشتی دارند (۹، ۴۱، ۴۳). مطالعه‌ای نشان داد تصویب و اجرای قانون اصلاحات بهداشتی و تاثیر آن بر برنامه‌های توسعه استراتژیک نتایج مثبتی به همراه دارد به نحوی که سازمان‌های حاکم بر جامعه می‌توانند نقش‌های رهبری و فعالی در زمینه‌های برنامه‌ریزی، اجرا، نظارت و ارزیابی مداخلات بهداشتی جوامع ایفا نمایند (۲۵). این در حالی است که همکاری بین مراقبت اولیه و بهداشت عمومی موجب تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ارتقای سلامتی می‌گردد و زمانی این همکاری تسهیل می‌شود که چشم انداز و اهداف به طور مشترک تعیین شود (۳۱).

راه‌های بهبود یا تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه: مطالعات بررسی شده راهکارهای مختلفی را در خصوص تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه عنوان کردند. مطالعه‌ای نشان داد مواردی نظیر مشارکت متخصصان مختلف از جمله بکارگیری متخصصین روان پزشکی در تیم مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مشارکت بهورزان در تیم خانه‌های بهداشت و تاثیر آنها بر اتفاقات اورژانسی قابل پیشگیری و کاهش هزینه‌های آن هستند (۱۸).

برخی مطالعات استفاده از تکنولوژی قابل تامین و مبتکرانه (Adhere card)، مشارکت جامعه و آموزش بهداشت، آموزش مراقبت‌های پیشگیری، اجرای بیمه بهداشتی، افزایش سهم بهداشت از تولید ناخالص داخلی، توجه به زیر ساخت‌های بهداشت، تعادل در ارتباطات بین سطوح بالا به پایین و پایین به بالای ارائه خدمت با هدف

راه‌های بهبود یا تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه که مربوط به نیروهای صنفی و اجرایی تیم مراقبت بهداشتی می‌شوند.

عوامل تسهیل کننده کارکرد و عملکرد تیم مراقبت بهداشتی: به طور کلی عوامل تسهیل کننده کارکرد و عملکرد تیم مراقبت بهداشتی شامل مواردی نظیر داشتن اهداف روشن با پیامدهای قابل سنجش، سیستم‌های مدیریتی و بالینی، تقسیم کار، آموزش همه اعضای تیم، ارتباطات موثر با بیمار از سوی تمامی اعضای تیم ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه، رضایت شغلی، عوامل ساختاری و فرایندی، عملکرد بهتر تیم‌های کوچک‌تر، تنوع شغلی و حمایت از نوآوری در تیم می‌شود. عدم توجه به عوامل تسهیل گر در کارکرد اثربخش تیم‌ها می‌تواند زمینه شکست آن‌ها را در دستیابی به مراقبت‌های اولیه بهداشتی فراهم آورد (۱۵، ۳۲).

یک مطالعه مروری نیز نشان داد راهکار تمرکززدایی در کشورهای مورد بررسی رضایت بخش بوده است، اما در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران، انتقال اختیارات به سطوح پایین تر ضعیف است. تمرکززدایی اصلی‌ترین جزء در فرآیند اصلاح نظام سلامت در تمامی بخش‌ها از جمله حوزه بهداشتی است. ضعف در نظام اطلاعات و تمرکز در تصمیم‌گیری در حوزه بهداشتی در ایران، عدم وجود واحدی برای مدیریت بلایا در سطوح محیطی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران و همگرایی ناکافی در نظام اطلاعات، از چالش‌های فعلی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران است (۱۶).

در کنار موارد ذکر شده، توجه به وضع قانون و سیاست‌های بالا دستی از طریق استراتژی‌هایی از قبیل برنامه تامین و ارتقاء مراقبت‌های اولیه و تحول در مراقبت‌های سلامت بسیار مهم است به نحوی که مطالعات نشان داد وضع قوانین می‌تواند نتایجی مانند توجه به شهرهای ۵۰ تا ۵۰۰ هزار نفر و ارتقای سلامت و پیشگیری در حوزه بهداشت، مناطق محروم، روستایی و عشایری، حاشیه شهرها

مراقبت‌های بهداشتی اولیه که مربوط به نیروهای صنفی و اجرایی تیم مراقبت بهداشتی می‌شوند توجه کرد. مقبولیت همه جانبه در رابطه با اهمیت روز افزون مراقبت‌های بهداشتی اولیه منجر شده است تا تلاش‌های بسیاری جهت تقویت آن صورت بگیرد. بررسی مستندات در سال‌های گذشته نیز نشان دهنده پیشرفت‌های مهمی در ارتقای مراقبت‌های بهداشتی اولیه بوده است که نتایج موثر در این زمینه می‌تواند تحت تاثیر عواملی چون ساختار سیستم‌های بهداشتی، حمایت مالی و سیاست‌های بهداشتی باشد. با توجه به تحولات جوامع و دگرگونی نیازهای آن‌ها لزوم پاسخ به چالش‌های مراقبت‌های اولیه بیش از پیش احساس می‌شود. بسیاری از مطالعات انجام شده مستقیماً به بررسی راه‌های تقویت مراقبت‌های اولیه و چالش‌های آن پرداخته اند؛ نظیر گزارش ۲۰۰۸ و مطالعه ابوست و همچنین زنگنه و همکاران در یک مقاله مروری نظام‌مند، ساختار سازمانی و چالش‌های آن در نظام ارایه مراقبت‌های اولیه را بررسی و به این نتیجه رسیدند که تمرکززدایی در کشورهای مورد بررسی رضایت بخش بوده است، اما در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی ایران، انتقال اختیارات به سطوح پایین تر ضعیف است (۱۶). از طرفی طبق گزارش بانک جهانی، تمرکز بالا، فراوانی خدمات در شهرها و عدم هماهنگی، مواردی از ضعف‌های اصلی ساختار سازمانی در ایران است و این موارد سیستم سلامت ایران را نامناسب نشان می‌دهد (۱۲). در نتیجه با توجه به چالش‌ها و مشکلات سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی ایران، در شرایط فعلی طراحی ساختار سازمانی مناسب‌تر در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران مورد نیاز است.

دژمان و همکاران نیز در مطالعه خود بیان کردند که نظام کنونی مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشور پاسخگوی الگوی تغییر یافته بیماری‌ها، کنترل بیماری‌های غیرواگیر، افزایش بار ناشی از بیماری‌ها و مشکلات روانی اجتماعی نیست و استفاده از یک رویکرد اجتماعی به منظور برخورد با مولفه-

آموختن از آموختن از تجربیات، توجه به کیفیت خدمات، و استفاده از کمک‌های سازمان‌های بین‌المللی را به عنوان دیگر راهکارهای راه‌های بهبود یا تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه عنوان کردند (۱۹-۲۲).

همچنین بر اساس یافته‌های مطالعه دیگری راهکارهای تقویت و توسعه مراقبت‌های اولیه از جمله دسترسی، پیشگیری، خودمراقبتی، تداوم مراقبت و کیفیت مراقبت عنوان شدند (۳۹). دسترسی به یک پزشک مراقبت اولیه جهت سلامت دراز مدت، جامعیت دسترسی و اهمیت و تداوم مراقبت، تاکید بر پیشگیری از بیماری‌ها و تشدید بیماری‌ها با استفاده از مراقبت ارائه شده توسط تیم‌هایی چند تخصصی، حمایت از همه افراد در جهت خودمراقبتی، ارائه مراقبت با کیفیت بالا و مبتنی بر شواهد توسط متخصصان آموزش دیده از دیگر راهکارهای موثر بر تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه عنوان شد (۱۹-۲۱، ۲۵، ۳۹). در یکی از مقالات ابزارهای فناوری مانند تکنولوژی کیوسک صفحه لمسی جهت بهبود مراقبت‌های بهداشتی مورد توجه قرار گرفته است که نتایجی از قبیل جلب توجه بیماران در مورد ابتکارات بهبود کیفیت، عملکرد آن و پتانسیلی جهت بهبود بیماران بدنبال داشت (۳۳). مطالعات دیگر نیز عنوان کردند مواردی نظیر فرآیندهای نوآورانه مشاوره پرستاری و برنامه‌های یادآوری پرستار از طریق ایمیل (NRP-e) برای بهبود عوامل خطر و ابتلا به بیماری قلبی عروقی می‌تواند در کیفیت زندگی و تغییر در نگرش‌های بیماران موثر باشد (۲۳-۲۴، ۲۷).

بحث

این مطالعه نشان داد به طور کلی برای بهبود و تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌بایست به دو عامل تسهیل‌کننده کارکرد و عملکرد تیم مراقبت بهداشتی که بیشتر نقش پشتیبانی دارند و راه‌های بهبود یا تقویت

طور ناخودآگاه بر عملکرد، تداوم و هماهنگی مراقبت‌های اولیه بهداشتی تاثیر می‌گذارد، کاهش یابد.

۲. افزایش استقلال ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه که می‌تواند کیفیت خدمات و بهره‌وری و کارایی را بهبود بخشد.

۳. پزشک خانواده موجود در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه و نظام ارجاع در ایران به اندازه کافی موثر نیست و برای مقابله با این چالش، سیستم‌های بهداشتی اولیه مبتنی بر بهورزان و پزشکان عمومی غیرمتخصص نیاز دارند تا با معرفی متخصصان پزشک خانواده و توسعه تیم پزشک خانواده یا گروه‌های پزشک خانواده (که معمولاً شامل پزشکان خانواده، پرستاران یا بهورزان هستند) خدمات ارائه شده را افزایش دهند. در این شرایط، نقش دیده‌بانی مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌تواند با دسترسی محدود به مراقبت‌های سطح دوم تقویت شود.

۴. تقویت سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه با توسعه دامنه خدمات ارائه شده. برای مثال توسعه مراقبت‌های اولیه بهداشتی با معرفی یک بسته خدمتی اضافی که بر روی مدیریت موثر بیماری‌های مزمن تمرکز می‌کند. به این منظور دانش، مهارت و شایستگی بهورزان، تکنسین‌های بهداشتی و پزشکان عمومی می‌بایست از طریق آموزش‌های اضافی و ضمن خدمت تقویت شود.

۵. سیستم‌های اطلاعاتی موجود مراقبت‌های اولیه بهداشتی باید فراتر از داده‌های اولیه جمع‌آوری شده و گسترش یابند.

۶. قوانین و مقررات می‌بایست تغییر یابند و به صورت انعطاف‌پذیر باشند تا در طول زمان سهم منابع عمومی و اختصاصی تخصیص یافته به مراقبت‌های بهداشتی اولیه افزایش یابد و هم سطح کشورهایی شود که با بار قابل توجه بیماری‌های غیرواگیر روبرو هستند.

های اجتماعی سلامت، امری ضروری می‌باشد. بنابراین آنها بازننگری، تقویت و ارتقای «ساختار ارائه خدمات سلامت»، با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، با تکیه بر اصول همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردمی به منظور برقراری عدالت در سلامت و توانمندسازی جامعه را پیشنهاد و در جهت ارتقای نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشور با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مدلی را ارائه نمودند (۴۵). مطالعات دیگری نیز به بررسی راه‌های تقویت و بهبود مراقبت‌های اولیه بهداشتی در کشورهای مختلف پرداخته‌اند که از جمله این راه‌ها می‌توان به: افزایش سهم بهداشت از تولید ناخالص داخلی، ایجاد سازمان‌های حاکم بر جامعه جهت ایفای نقش‌های رهبری و نقش فعال در برنامه‌ریزی، اجرا، نظارت و ارزیابی مداخلات بهداشتی جوامع، دسترسی به یک پزشک مراقبت اولیه جهت دریافت خدمات باکیفیت سلامت دراز مدت در زمینه خانواده و جامعه، فراهم کردن زمینه‌های نوآوری در مراقبت‌های اولیه بهداشتی، تکنولوژی قابل‌تأمین و مبتکرانه، مشارکت جامعه و آموزش بهداشت، آموزش بهورزان، پزشکان مراقبت‌های اولیه، همکاری بین مراقبت اولیه و بهداشت عمومی، مراقبت پیشگیری و بیمه بهداشتی، ارائه خدمات با کیفیت، توجه به زیرساخت‌های بهداشتی و استفاده از کمک‌های سازمان‌های بین‌المللی اشاره کرد (۱۸-۲۲، ۲۵، ۲۶، ۴۷).

با توجه به نتایج مطالعه، پیشنهادهایی جهت تقویت سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی ارائه می‌شود:

۱. نقش حاکمیتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌بایست برای هماهنگی بهتر سیستم‌های سلامت به ویژه سازمان‌های تأمین اجتماعی و بخش خصوصی، تقویت شود تا با ایجاد مشارکت بخش خصوصی و دولتی، دوباره کاری ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ناکارایی در ارائه خدمات که به

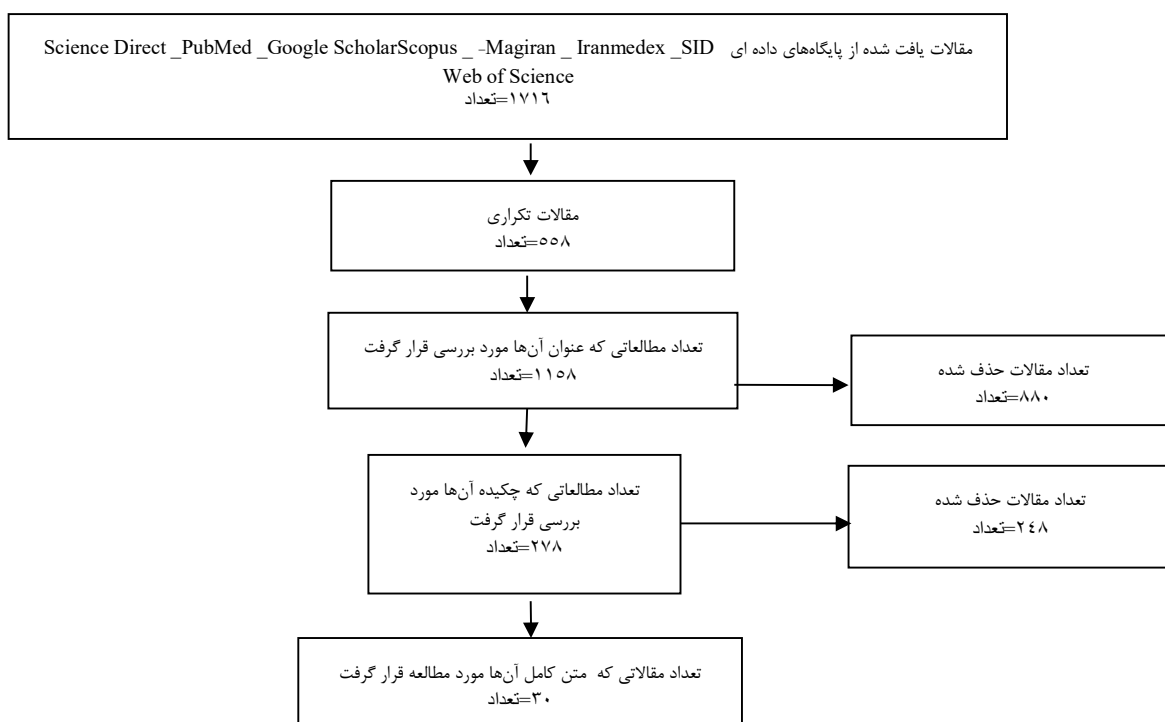
نتیجه گیری

تقویت مراقبت های بهداشتی اولیه نیازمند هماهنگی و همکاری بین بخشی، همت و عزم راسخ طیف وسیعی از سازمان های بهداشتی و غیربهداشتی و حمایت دولت است. مهمترین عوامل تقویت کننده مراقبت های بهداشتی اولیه کشور تقویت نظام ارجاع و پزشک خانواده، تیم سلامت، ترکیب و تلفیق برنامه های کنترل بیماری های واگیر و غیرواگیر در کنار یکدیگر، خودمراقبتی و مشارکت مردم در برنامه ریزی و اجرا است. همچنین دسترسی به این مهم نیازمند برطرف کردن چالش های پیش روی نظام مراقبت های بهداشتی شامل بازنگری ساختاری، سیستمی، و کارکردی است. بنابراین پیشنهاد می شود ضمن فراهم کردن

زیر ساختارهای لازم جهت تقویت مراقبت های بهداشتی اولیه، از نیرو و توان جامعه مدنی، تشکل ها و سازمان های مردم نهاد و همچنین تقویت همکاری های بین بخشی در راستای احیای مجدد مراقبت های بهداشتی اولیه متناسب با نیازهای روز جامعه استفاده شود.

تشکر و قدردانی

نگارندگان بر خود لازم می دانند از اعضای محترم هیات علمی گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران جهت انجام این پژوهش تشکر نمایند.



شکل ۱- فرآیند جستجو و مطالعه مقالات تقویت مراقبت های بهداشتی اولیه در ایران

جدول ۱- ویژگی‌های کلی متون استخراج شده مطالعه تقویت مراقبت های بهداشتی اولیه در ایران

اطلاعات استخراج شده	تعداد	زبان	کشور
مقالات	۳	فارسی	ایران
	۲۰	انگلیسی	برزیل، هند، افریقای جنوبی، سوئد، استرالیا، شیلی، ایتالیا، نیجریه، ایالات متحده، بلژیک، اسپانیا، کانادا، ترکیه، هنگ کنگ، ناحیه مدیترانه شرقی و ژنو، تایلند
اسناد بالادستی	۲	فارسی	ایران
	۱	انگلیسی	کانادا
گزارش‌های جهانی	۴	انگلیسی	ناحیه مدیترانه شرقی و سازمان بهداشت جهانی

جدول ۲- یافته‌های حاصل از مقالات استخراج شده بر اساس هدف، استراتژی و نتایج مطالعه تقویت مراقبت های بهداشتی اولیه در

ایران

نویسنده/ کشور	هدف	نتایج	تیم سلامت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه: تمرکز بر عوامل تسهیل‌گر و موانع موثر
یزدی فیض ابادی و همکاران (۲۰۱۷) / ایران (۱۵)	عوامل تسهیل‌گر و موانع موثر بر کارکرد اثر بخش تیم های مراقبت بهداشتی اولیه	عوامل تسهیل‌گر بر کارکرد اثر بخش تیم سلامت شامل: اهداف روشن با پیامدهای قابل سنجش، سیستم های مدیریتی و بالینی، تقسیم کار، آموزش همه اعضای تیم، ارتباطات موثر، رضایت شغلی، عوامل- ساختاری و فرآیندی، عملکرد بهتر تیم‌های کوچک‌تر، تنوع شغلی، حمایت از نوآوری در تیم/ عدم توجه به عوامل تسهیل‌گر در کارکرد اثر بخش تیم‌ها می‌تواند زمینه شکست آن‌ها را در دستیابی به مراقبت‌های اولیه بهداشتی فراهم آورد.	بر کارکرد اثر بخش
نویسنده/ کشور	زنگنه و همکاران (۲۰۱۷) / ایران (۱۶)	تطابق اهداف ابتدایی و ساختار سازمانی فعلی / مطالعه ساختار سازمانی و چالش های آن در نظام ارایه مراقبت‌های بهداشتی	تیم سلامت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران: تطابق اهداف ابتدایی و ساختار سازمانی فعلی / مطالعه موانع موثر نظام مند
نویسنده/ کشور	ملک افصلی (۲۰۱۳) / ایران (۱۷)	توسعه مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه و فرآیند توسعه این مراقبت ها را در جمهوری اسلامی ایران	مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه در جمهوری اسلامی ایران
	بهورزان در پیشرفت شبکه های بهداشت و اثربخشی آن‌ها در کاهش شاخص های مرگ و میر، تولد و توسعه مراقبت های بهداشتی اولیه، نقش پررنگی دارند. همچنین برنامه پزشک خانواده استراتژی مناسبی جهت وصول به هدف مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه برای همه مردم است.		

<p>نویسنده/ کشور Ferreira و همکاران(۲۰۱۶) / برزیل (۱۸)</p> <p>تغییر در مراقبت های اولیه بهداشتی/ بهبود مراقبت های اولیه بهداشتی، شناخت چالش های آن و راه هایی برای رفع این چالش ها</p>	<p>نویسنده/ کشور استراتژی/ هدف</p>	<p>بهبود مراقبت های اولیه بهداشتی: یک مطالعه مروری</p>
<p>۱. مشارکت متخصصان مختلف در زمینه PHC ۲. گسترش استفاده از متخصصین مراقبت های بهداشتی اولیه راهکاری جهت بهبود ارایه PHC است ۳. تعبیه متخصصین روان پزشکی در تیم PHC منافع زیادی دارد. ۴. مشارکت بهورزان در تیم خانه های بهداشت اتفاقات اورژانسی قابل پیشگیری و هزینه های آن را کاهش داد ۵. شناسایی دیگر حرفه ها به عنوان یک راه حل موثر حمایتگرانه فعالیتهای PHC نشان دهنده بهبود در عملکرد تیم مراقبت بهداشتی در فرآیند ارایه مراقبت ها می باشد.</p>	<p>نویسنده/ کشور Kumar (۲۰۱۶)/ هند (۱۹)</p> <p>رهبری مراقبت های بهداشتی، نوآوری در مراقبت های اولیه، متخصصان پزشکی خانواده، و مدیریت موثر و مسئولیت سلامتی گامی مهم در جهت هدف ما است. نیاز به ایجاد PHC پایدار و پایدار مالی مبتنی بر اصول منطقی برای تحقق اهداف ارائه خدمات بهداشتی مناسب با کیفیت و مقرون به صرفه و همچنین اطمینان از احتیاط مالی</p>	<p>چگونگی مراقبت بهداشتی اولیه را تقویت کنیم؟</p>
<p>عوامل تقویت کننده PHC: (۱) تکنولوژی قابل تامین و مبتکرانه (Adhere card) / (۲) مشارکت جامعه و آموزش بهداشت/ (۳) آموزش / (۴) مراقبت پیشگیری و بیمه بهداشتی / (۵) افزایش سهم بهداشت از GDP / (۶) توجه به زیر ساخت های بهداشت/ (۷) استفاده از کمک های سازمان های بین المللی Mash و همکاران (۲۰۱۶)/ آفریقای جنوبی (۲۰)</p>	<p>نویسنده/ کشور استراتژی/ هدف</p>	<p>تقویت مراقبت های اولیه از طریق مشارکت کارشناسی پزشکان مراقبت های اولیه: طراحی کارشناسی ارشد جدید در پزشکی خانواده</p>
<p>طراحی کارشناسی ارشد در پزشکی خانواده/ تقویت مراقبت های بهداشتی اولیه از طریق پزشکان مراقبت های اولیه (کارشناسی ارشد در پزشکی خانواده)</p> <p>کارشناسی ارشد دو ساله جدید در پزشکی خانواده برای آموزش پزشکان مراقبت های اولیه از طریق یک فرآیند مشارکتی شامل موسسات آموزش عالی و دیگر شرکت کنندگان طراحی شده است. فلسفه تدریس و یادگیری که بر پایه این برنامه است، پتانسیل ایجاد یک فرهنگ یادگیری شامل کل تیم مراقبت های بهداشتی در مکان های آموزشی خواهد داشت. نقش و مهارت های آینده مورد نیاز پزشکان مراقبت های اولیه، نتایج یادگیری مطابق با این نقش ها و طراحی آموزشی که می تواند متناسب با نیاز ملی توسط تمام موسسات آموزش عالی در سطح بین الملل تحقق یابد، در این فرآیند مورد توجه قرار گرفت.</p>	<p>نویسنده/ کشور استراتژی/ هدف</p>	<p>تقویت مراقبت های اولیه از طریق مشارکت کارشناسی ارشد جدید در پزشکی خانواده</p>
<p>Suk (۲۰۱۵)/ سوئد (۲۱)</p> <p>تغییر در مراقبت های اولیه/ تقویت مراقبت های بهداشتی اولیه در کشورهای اروپایی</p> <p>لازمه تغییر در مراقبت های اولیه بهداشتی: ۱. زمینه را برای نوآوری فراهم کرد ۲. تعادل ارتباطات سطوح بالا به پایین و پایین به بالا و ایجاد و ارسال پیامهای محتوایی در سطوح سازمانی ۳. آموختن از تجربیات</p>	<p>نویسنده/ کشور استراتژی/ هدف</p>	<p>تقویت مراقبت های بهداشتی اولیه از طریق مشارکت کارشناسی ارشد جدید در پزشکی خانواده</p>
<p>Reeve (۲۰۱۵) استرالیا (۲۲)</p> <p>یکپارچگی ارتقاء سلامت، ارزیابی های بهداشتی و مدیریت بیماری مزمن با ارائه خدمات مراقبت های بهداشتی اولیه حاد به عنوان یک نتیجه از مشارکت رسمی ارزیابی تأثیر یک مدل جامع خدمات مراقبت بهداشتی اولیه بر شاخص های عملکرد کلیدی بهداشت در یک منطقه دورافتاده استرالیا.</p> <p>موارد خدمت افزایش یافت/ ارزیابی سلامت از ۱۳٪ به ۶۱٪/ افزایش یافت که منجر به تحت مراقبت قرار گرفتن ۷۳٪ افراد دیابتی شد. ارائه خدمات با کیفیت افزایش و مرگ و میر کاهش یافت.</p>	<p>نویسنده/ کشور استراتژی/ هدف</p>	<p>تقویت مراقبت های بهداشتی اولیه از طریق مشارکت کارشناسی ارشد جدید در پزشکی خانواده</p>

<p>Vilchez و همکاران (۲۰۱۵) شیلی (۲۳)</p> <p>مشاوره پرستاری به صورت شخصی برای بررسی تأثیر یک فرآیند نوآورانه مشاوره پرستاری شخصی از جمله تماس تلفنی بر عوامل خطرزای قلبی عروقی و شاخص های کیفیت زندگی</p> <p>استراتژی مداخله در کنترل عوامل خطر قلبی عروقی و بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت موثر بود. مداخلات کیفی در ایجاد نگرش «زندگی با انتظار تغییر» و ایجاد تعاملات شخصی برای تقویت چنین نگرش موثر بود.</p>	<p>نویسنده/ کشور استراتژی/ هدف نتایج</p>	<p>تأثیر یک فرآیند نوآورانه مشاوره پرستاری بر سلامت قلب و عروق در یک مرکز بهداشتی اولیه</p>
<p>Cicolini (۲۰۱۴) / ایتالیا (۲۴)</p> <p>ایمیل و تماس تلفنی/ ارزیابی اثربخشی برنامه یادآوری پرستار از طریق ایمیل (NRP-e) برای بهبود عوامل خطر قلبی عروقی در بزرگسالان مبتلا به فشارخون بالا</p> <p>تماس تلفنی و ایمیل تعدادی از عوامل خطر قلبی عروقی را بهبود می بخشد/ (۲) این برنامه هزینه کمی داشت و روزانه ۲۰ دقیقه زمان می برد</p>	<p>نویسنده/ کشور استراتژی/ هدف نتایج</p>	<p>یادآوری ایمیل تحت رهبری پرستاران برای کاهش خطر ابتلا به بیماری قلبی و عروقی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا: یک کارآزمایی کنترل شده</p>
<p>Sholeye, Abosedo (۲۰۱۴) / نیجریه (۲۵)</p> <p>تصویب و اجرای قانون اصلاحات بهداشتی، انتخاب و افتتاح هیات مراقبت بهداشت اولیه دولتی، قانون اساسی و سوگند در مقامات بهداشت محلی، کمیته های بخش بهداشت، توسعه و مدیریت کارکنان PHC، تجزیه و تحلیل وضعیت پایه، ایجاد ظرفیت برای سازمان های حاکم بر جامعه/ برجسته کردن گام های مثبتی است که دولت ها برای ایجاد مجدد و احیای PHC، به ویژه با توانمند سازی جوامع، چالش ها و درس هایی که برای بهبود کلی سیستم مراقبت های اولیه گرفته می شود.</p> <p>نتایج مثبت از آغاز اجرای قانون اصلاحات بهداشتی و برنامه های توسعه استراتژیک کشور/ از طریق ایجاد سازمان های حاکم بر جامعه می توانند نقش های رهبری و نقش فعال در برنامه ریزی، اجرا، نظارت و ارزیابی مداخلات بهداشتی جوامع خود را ایفا کرد. چالش ها شامل تامین مالی نامناسب در سلامت، عدم تعامل با نیروی انسانی آموزش دیده، توزیع ناکافی و نامناسب منابع انسانی موجود و بسیج جامعه ناکافی است که منجر به مشکلات پایداری می شود.</p>	<p>نویسنده/ کشور استراتژی/ هدف نتایج</p>	<p>تقویت بنیاد خدمات مراقبت های بهداشتی پایدار در نیجریه</p>
<p>Cygan و همکاران (۲۰۱۴) ایالات متحده (۲۶)</p> <p>برنامه مدیریت وزن/ ارزیابی تأثیر نهایی یک برنامه ی مدیریت وزن</p> <p>بهبود قابل ملاحظه ای در پیروی از دستورالعمل بالینی در زمینه های زیر یافت شد: تشخیص صحیح، بی اشتهاهی فیزیکی، ارزیابی شیوه زندگی، استفاده از مصاحبه های انگیزشی و استراتژی های پیشگیری.</p>	<p>نویسنده (سال) استراتژی/ هدف نتایج</p>	<p>بهبود مدیریت مراقبت های اولیه اعصاب و وزن و چاقی در کودکان</p>
<p>Senesael و همکاران (۲۰۱۳) / بلژیک (۲۷)</p> <p>تشویق بوسیله ایمیل و نامه (پست) / شرح اثربخشی مداخله بهبود کیفیت در عوامل خطر عروقی در بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروقی</p> <p>کاهش قابل توجهی در فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در دو گروه مطالعه اتفاق افتاد/ وزن، شاخص توده بدنی، دور کمر و سیگار کشیدن در هر دو گروه بهبود نیافت/ اطلاعات در مورد عوامل خطر قلبی عروقی و تشویق با استفاده از نامه یا ایمیل مزایای بیشتری را ارائه نمی دهد.</p>	<p>نویسنده (سال) استراتژی/ هدف نتایج</p>	<p>اثربخشی مداخله بهبود کیفیت در عوامل خطر قلبی عروقی: آیا بیماران به اطلاعات و تشویق توسط ایمیل یا پست پاسخگو هستند؟</p>
<p>Morrow و همکاران (۲۰۱۳) / ایالت متحده (۲۸)</p> <p>ثبت نام مبتنی بر وب و آموزش تعاملی/ برای ارزیابی تأثیر ثبت نام و ادامه آموزش برای بهبود مراقبت از دیابت و نتایج بالینی.</p> <p>بهبود در نتایج بیمار، و همچنین امکان جمع آوری اطلاعات جمع آوری شده از شیوه های مستقل.</p>	<p>نویسنده (سال) استراتژی/ هدف نتایج</p>	<p>بهبود نتایج دیابت با استفاده از ثبت نام مبتنی بر وب و آموزش تعاملی: یک رویکرد مشارکتی چندگانه</p>

ارزیابی استراتژی های نوآرانه در سازمان مراقبت های بهداشتی اولیه	نویسنده (سال) استراتژی/ هدف	Campos و همکاران (۲۰۱۲)/ برزیل (۲۹) حضور یک تیم بهداشت روانی در بخش مراقبت های اولیه/ برای مقایسه عملکرد واحد مراقبت های اولیه با توجه به اجرای ترتیبات و استراتژی های جدید در مراقبت های اولیه و سلامت روان. پیشرفت های مثبت در گروه تحت بررسی در ارتباط با ادغام بهتر عوامل محلی در تیم های واحد شناسایی شد؛ به تسهیلات برای ارجاع و کمک به موارد بهداشت روانی/ مشکلات شناسایی شده عبارت بودند از: ارتباط در میان سطوح مراقبت و درون تیم ها، در اجرای اقدامات پیشگیرانه در جهت ارتقاء سلامت.
بررسی رضایت بیماران از برنامه مراقبت در منزل	نویسنده (سال) استراتژی/ هدف	Sanchez و همکاران (۲۰۱۲)/ اسپانیا (۳۰) برنامه مراقبت منزل/ برای ارزیابی تأثیر ثبت نام در برنامه مراقبت از خانه برای افراد سالخورده وابسته به زوج و رضایت از مراقبت. بهبود به طور خاص در کیفیت عاطفی زندگی و در روابط اجتماعی/ تعداد بازدیدکنندگان کاهش یافته است، و همچنین درصد بازدیدکنندگان مکرر/ بهبود قابل ملاحظه ای در رضایت کلی مراقبت های دریافت شده و مراقبت های پزشکی و پرستاری
تقویت مراقبت بهداشتی اولیه از طریق همکاری مراقبت اولیه و بهداشت عمومی	نویسنده (سال) استراتژی/ هدف	بنیاد کانادا برای بهبود سلامت (CFHI) (۲۰۱۲)/ کانادا (۳۱) همکاری بین مراقبت اولیه و بهداشت عمومی/ شامل ۵ مطالعه می باشد و هدف آن کشف ساختارها و فرآیندهای مورد نیاز برای ایجاد همکاری موفق بین مراقبت های اولیه و بهداشت عمومی و درک ماهیت همکاری های موجود در کانادا؛ و بررسی نقش هایی که پرستاران و سایر ارائه دهندگان در همکاری ها انجام می دهند. نتایج نشان داد که تمامی راه های همکاری با یکدیگر در همکاری ها یافت می شوند و می توانند در طول زمان تکامل یابند. همکاری بین مراقبت اولیه و بهداشت عمومی موجب تقویت مراقبت های اولیه سلامت و ارتقا سلامت می شود/ همکاری بین مراقبت های اولیه و بهداشت عمومی هنگامی که چشم انداز و اهداف به طور مشترک تعیین می شود، تسهیل می شود/ پرداخت فوری سرویس می تواند از همکاری ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی مانند پزشکان خانواده و پرستاران مراقبت از خانواده جلوگیری کند/ موسسات آموزشی و نهاد های اعتباربخشی می توانند برای آماده سازی متخصصان برای همکاری میان مراقبت های اولیه و بهداشت عمومی تأثیرگذار باشند/ سرمایه گذاری در فن آوری اطلاعات در بخش سلامت باید شامل مراقبت های اولیه و بهداشت عمومی بویژه برای ایمن سازی، مراقبت از کودک و جنبه های پیشگیری و مدیریت بیماری مزمن باشد.
بهبود تسهیل کننده: توسعه ارتباطات می تواند به بهبود وضعیت بیماران کمک کند.	نویسنده (سال) استراتژی/ هدف	Laferriere و همکاران (۲۰۱۲)/ کانادا (۳۲) برنامه غنی کردن تسهیلات/ برای توصیف تسهیل ارتباطات به عنوان روش موثر کمک و پشتیبانی از شیوه های مراقبت های اولیه برای بهبود فرآیندها و ارائه مراقبت. گروه مراقبت اولیه، تغییراتی را در پروسه ها برای شناسایی بیماران، نظارت بر فشار خون در هر بازدید و ثبت هر فشار خون در سوابق پزشکی الکترونیکی انجام داد/ گروه تصمیم به ایجاد یک گروه دیابت که شامل تیم دیابت، کارمندان بالینی و اداری بود، با هماهنگی کننده بالینی به عنوان رهبر گرفت.
در یافت با خورد بیمار در مطب، سپس با استفاده از کیوسک های الکترونیکی	نویسنده (سال) استراتژی/ هدف	Diroco و همکاران (۲۰۱۱)/ ایالات متحده (۳۳) تکنولوژی کیوسک صفحه لمسی/ تعیین امکان جمع آوری بازخورد از بیمارانی که از تکنولوژی کیوسک صفحه لمسی استفاده می کنند. پیشرفت مهمی در توانایی این تکنولوژی در جلب توجه بیماران در مورد ابتکارات بهبود کیفیت و عملکرد آن است/ این تکنولوژی بصورت مستقیم پتانسیلی برای مراقبت از بیماران است.

جدول ۳- یافته‌های حاصل از اسناد بالادستی بر اساس هدف، استراتژی و نتایج مطالعه تقویت مراقبت های بهداشتی اولیه در ایران

دستورعمل اجرایی برنامه تامین و ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت در مناطق شهری و حاشیه نشین - نسخه ۰۲	نویسنده/ کشور	استراتژی/ هدف	نتایج
توسعه مراقبت‌های اولیه در هنگ کنگ: سند استراتژیک توسعه مراقبت‌های اولیه در هنگ کنگ	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴)/ ایران (۳۸)	برنامه تامین و ارتقاء مراقبت‌های اولیه/ ارتقا وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور	این دستورالعمل با تدوین ۱۳ فصل: ۱. جمعیت هدف/ ۲. بسته خدمات سلامت/ ۳. ارکان اجرایی و وظایف/ ۴. روش اجرای کار/ ۵. الگوی نظام ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت/ ۶. نظام مدیریت/ ۷. نحوه خرید خدمات سلامت/ ۸. نظام ارجاع/ ۹. استانداردهای مورد نیاز/ ۱۰. آموزش/ ۱۱. نظام اطلاعات سلامت/ ۱۲. پایش و ارزشیابی/ ۱۳. اعتبار مورد نیاز/ تدوین شده و به شهر های ۵۰ تا ۵۰۰ هزار نفر در دستور کار معاونت بهداشت در سال ۱۳۹۴ قرار گرفت.
	دویننده (سال)	دستر سلامت و تغذیه هنگ کنگ (۲۰۱۰)/ هنگ کنگ (۳۹)	تقویت مراقبت‌های اولیه در هنگ کنگ با استفاده از مراقبت جامع توسط تیم های چند رشته ای، بهبود تداوم مراقبت از افراد، بهبود هماهنگی مراقبت بین متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در بخش های مختلف سراسر کشور، تقویت رویکرد پیشگیرانه برای مقابله با بارهای عمده بیماری، بهبود همکاری بین بخش ها برای بهبود در دسترس بودن مراقبت با کیفیت، به ویژه مراقبت از بیماران مزمن، تاکید بر مراقبت شخصی و توانمندسازی بیمار، پشتیبانی از توسعه حرفه ای و بهبود کیفیت، تقویت پشتیبانی سازمانی و زیربنایی جهت اعمال تغییرات/ توسعه فعال تر، تداوم، هماهنگی و یکپارچگی و خدمات جامع تر در سطح مراقبت‌های اولیه با استفاده از هماهنگی بهتر ارایه دهندگان مراقبت های بهداشتی.
کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۶)/ ایران (۴۰)	بهره مندی مردم از خدمات مراقبت های اولیه (براساس ادغام خدمات NCD در PHC) به منظور پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر در ایران	ارایه مراقبت‌های شخصی در خانواده و جامعه هر شهروند جهت سلامت درازمدت به یک پزشک مراقبت اولیه دسترسی داشته باشد/ جامعیت دسترسی و اهمیت و تداوم مراقبت/ تاکید بر پیشگیری از بیماری ها و تشدید بیماری آنها با استفاده از مراقبت ارائه شده توسط تیم های چند رشته ای وجود داشته باشد/ از همه اشخاص درجهت خود مراقبتی حمایت شود/ مراقبت ارائه شده با کیفیت بالا و مبتنی بر شواهد و توسط متخصصان آموزش دیده برای بیماران در زمینه خانواده و جامعه به خوبی ارائه شود.
	نویسنده/کشور	استراتژی/هدف	نتایج
	۱. برنامه شناسایی زودرس عوامل خطر بیماری های غیر واگیر، صدور کارت خطر و شروع مراقبت ۲. برنامه مراقبت تیمی برای مراجعه کنندگان سطح یک شامل: مشاوره تغذیه، تحرک، رفتاردرمانی، حمایت های اجتماعی ۳. برنامه ساماندهی مراکز تشخیصی درمانی سطح دوم برای مراقبت از بیماری های غیر واگیر ۴. برنامه نیازسنجی، تامین و تجهیز مراکز بهداشتی برای داروهای ضروری، تجهیزات و تسهیلات تشخیصی ویژه بیماری های غیر واگیر ۵. برنامه ارتقای کیفیت مراقبت از بیماری های مزمن غیر واگیر در واحدهای ارایه خدمات سلامت ۶. برنامه پایش، نظارت و اعمال قانون بر عوامل خطر سلامت در سطح جامعه و جمعیت تحت پوشش مراکز.		

جدول ۴- یافته‌های حاصل از گزارش‌های جهانی بر اساس هدف، استراتژی و نتایج مطالعه تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران

نویسنده (سال)	گزارش پیشرفت تقویت PHC براساس سیستم سلامت	مراقبت اولیه سلامت، اکنون بیش از هر زمان دیگر	مراقبت‌های بهداشتی اولیه در تایلند در عمل	نویسنده (سال)	گزارش یک مطالعه‌ی بهداشتی جامعه‌محور (گزارش یک گروهی WHO)
کمیته ناحیه ای مدیریتانه شرقی (۲۰۱۰)/ مدیریتانه شرقی (۴۱)	بررسی تلاشهای منطقه ای در جهت ارتقا PHC/ تقویت و تعیین مسیر آینده PHC	گزارش ۲۰۰۸/ سازمان بهداشت جهانی (۹)	برنامه های مراقبت بهداشتی اولیه تایلند - که در ارتقا سلامتی و پیشگیری از بیماری ها مهم و کلیدی هستند- موفقیت های قابل توجهی در طول سه دهه گذشته داشته اند، مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از حدود ۷۵ مرگ در سال ۱۹۷۵ به ۸ مورد مرگ در سال ۲۰۰۶ کاهش یافته است. پیشرفت های پزشکی نمی تواند تمام اعتبار این موفقیت را به خود اختصاص دهد. به گفته مقامات بهداشتی، بخش عمده ای از این موفقیت ها مدیون تلاش های دواطلبین بهداشتی جامعه است که در میان ۶۴ میلیون نفر تایلندی کار می کنند. برای مثال معبد و راهبان بودایی به شدت در آموزش و ارتقاء سلامت مشغول بوده اند و برای جلوگیری از ابتلای مردم به بیماری به ویژه در جوامع روستایی از راه دور سخت تلاش می کنند. این فعالیت ها می تواند آموزش زنان در مورد چگونگی تغذیه نوزادان تا مشاوره به مردم در مورد سبک زندگی سالم و تغذیه را در بر گیرد. بیش از ۸۰۰ هزار داوطلب سلامت در سراسر کشور وجود دارد. آنها نقش مهمی در کنترل بسیاری از بیماری های مسری ایفا نموده اند. برای مثال؛ آنها به کاهش شدید سوء تغذیه پروتئین و کالری در کودکان پیش دبستانی کمک کرده اند. تایلند در ۳۰ سال گذشته، بیش از ۸۰٪ مرگ و میر نوزادان را کاهش داده و طرح پوشش جامع تایلند، مراقبت های بهداشتی را برای بسیاری از مردم خود (۶۴ میلیون نفر) فراهم نموده است.	سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۹)/ ژنو (۴۳)	سازماندهی، عملکرد، انتخاب، تداوم آموزش، چشم انداز کلان، شرایط کار، هزینه و تامین مالی، پایش و ارزشیابی/ توصیف نقش کارکنان محلی بهداشت (Community Health Workers (CHWs)) و مشارکت آنها در سیستم سلامت بر پایه ی مراقبت های اولیه بهداشتی و ارابه استراتژی و اقدام برای کشورهای و سازمان بهداشت جهانی در جهت افزایش عملکرد کارکنان محلی بهداشت در سیستم سلامت بر اساس
نویسنده (سال)	گزارش ۲۰۰۸/ سازمان بهداشت جهانی (۹)	پیش برد و پایداری پوشش همگانی، سلامت در همه سیاست ها، سرمایه گذاری مناسب، راهبری و حاکمیت اثر بخش، مشارکت و مذاکره، تقویت نظام های اطلاعات، سازگاری اصلاحات با بافت کشور. خدمات مردم محور/ اصلاحات بخش سلامت	موفقیت های قابل توجهی در طول سه دهه گذشته داشته اند، مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از حدود ۷۵ مرگ در سال ۱۹۷۵ به ۸ مورد مرگ در سال ۲۰۰۶ کاهش یافته است. پیشرفت های پزشکی نمی تواند تمام اعتبار این موفقیت را به خود اختصاص دهد. به گفته مقامات بهداشتی، بخش عمده ای از این موفقیت ها مدیون تلاش های دواطلبین بهداشتی جامعه است که در میان ۶۴ میلیون نفر تایلندی کار می کنند. برای مثال معبد و راهبان بودایی به شدت در آموزش و ارتقاء سلامت مشغول بوده اند و برای جلوگیری از ابتلای مردم به بیماری به ویژه در جوامع روستایی از راه دور سخت تلاش می کنند. این فعالیت ها می تواند آموزش زنان در مورد چگونگی تغذیه نوزادان تا مشاوره به مردم در مورد سبک زندگی سالم و تغذیه را در بر گیرد. بیش از ۸۰۰ هزار داوطلب سلامت در سراسر کشور وجود دارد. آنها نقش مهمی در کنترل بسیاری از بیماری های مسری ایفا نموده اند. برای مثال؛ آنها به کاهش شدید سوء تغذیه پروتئین و کالری در کودکان پیش دبستانی کمک کرده اند. تایلند در ۳۰ سال گذشته، بیش از ۸۰٪ مرگ و میر نوزادان را کاهش داده و طرح پوشش جامع تایلند، مراقبت های بهداشتی را برای بسیاری از مردم خود (۶۴ میلیون نفر) فراهم نموده است.	نویسنده (سال)	سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸)/ تایلند (۴۲)
نویسنده (سال)	گزارش ۲۰۰۸/ سازمان بهداشت جهانی (۹)	پیش برد و پایداری پوشش همگانی، سلامت در همه سیاست ها، سرمایه گذاری مناسب، راهبری و حاکمیت اثر بخش، مشارکت و مذاکره، تقویت نظام های اطلاعات، سازگاری اصلاحات با بافت کشور. خدمات مردم محور/ اصلاحات بخش سلامت	موفقیت های قابل توجهی در طول سه دهه گذشته داشته اند، مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از حدود ۷۵ مرگ در سال ۱۹۷۵ به ۸ مورد مرگ در سال ۲۰۰۶ کاهش یافته است. پیشرفت های پزشکی نمی تواند تمام اعتبار این موفقیت را به خود اختصاص دهد. به گفته مقامات بهداشتی، بخش عمده ای از این موفقیت ها مدیون تلاش های دواطلبین بهداشتی جامعه است که در میان ۶۴ میلیون نفر تایلندی کار می کنند. برای مثال معبد و راهبان بودایی به شدت در آموزش و ارتقاء سلامت مشغول بوده اند و برای جلوگیری از ابتلای مردم به بیماری به ویژه در جوامع روستایی از راه دور سخت تلاش می کنند. این فعالیت ها می تواند آموزش زنان در مورد چگونگی تغذیه نوزادان تا مشاوره به مردم در مورد سبک زندگی سالم و تغذیه را در بر گیرد. بیش از ۸۰۰ هزار داوطلب سلامت در سراسر کشور وجود دارد. آنها نقش مهمی در کنترل بسیاری از بیماری های مسری ایفا نموده اند. برای مثال؛ آنها به کاهش شدید سوء تغذیه پروتئین و کالری در کودکان پیش دبستانی کمک کرده اند. تایلند در ۳۰ سال گذشته، بیش از ۸۰٪ مرگ و میر نوزادان را کاهش داده و طرح پوشش جامع تایلند، مراقبت های بهداشتی را برای بسیاری از مردم خود (۶۴ میلیون نفر) فراهم نموده است.	نویسنده (سال)	سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸)/ تایلند (۴۲)
نویسنده (سال)	گزارش ۲۰۰۸/ سازمان بهداشت جهانی (۹)	پیش برد و پایداری پوشش همگانی، سلامت در همه سیاست ها، سرمایه گذاری مناسب، راهبری و حاکمیت اثر بخش، مشارکت و مذاکره، تقویت نظام های اطلاعات، سازگاری اصلاحات با بافت کشور. خدمات مردم محور/ اصلاحات بخش سلامت	موفقیت های قابل توجهی در طول سه دهه گذشته داشته اند، مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از حدود ۷۵ مرگ در سال ۱۹۷۵ به ۸ مورد مرگ در سال ۲۰۰۶ کاهش یافته است. پیشرفت های پزشکی نمی تواند تمام اعتبار این موفقیت را به خود اختصاص دهد. به گفته مقامات بهداشتی، بخش عمده ای از این موفقیت ها مدیون تلاش های دواطلبین بهداشتی جامعه است که در میان ۶۴ میلیون نفر تایلندی کار می کنند. برای مثال معبد و راهبان بودایی به شدت در آموزش و ارتقاء سلامت مشغول بوده اند و برای جلوگیری از ابتلای مردم به بیماری به ویژه در جوامع روستایی از راه دور سخت تلاش می کنند. این فعالیت ها می تواند آموزش زنان در مورد چگونگی تغذیه نوزادان تا مشاوره به مردم در مورد سبک زندگی سالم و تغذیه را در بر گیرد. بیش از ۸۰۰ هزار داوطلب سلامت در سراسر کشور وجود دارد. آنها نقش مهمی در کنترل بسیاری از بیماری های مسری ایفا نموده اند. برای مثال؛ آنها به کاهش شدید سوء تغذیه پروتئین و کالری در کودکان پیش دبستانی کمک کرده اند. تایلند در ۳۰ سال گذشته، بیش از ۸۰٪ مرگ و میر نوزادان را کاهش داده و طرح پوشش جامع تایلند، مراقبت های بهداشتی را برای بسیاری از مردم خود (۶۴ میلیون نفر) فراهم نموده است.	نویسنده (سال)	سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸)/ تایلند (۴۲)
نویسنده (سال)	گزارش ۲۰۰۸/ سازمان بهداشت جهانی (۹)	پیش برد و پایداری پوشش همگانی، سلامت در همه سیاست ها، سرمایه گذاری مناسب، راهبری و حاکمیت اثر بخش، مشارکت و مذاکره، تقویت نظام های اطلاعات، سازگاری اصلاحات با بافت کشور. خدمات مردم محور/ اصلاحات بخش سلامت	موفقیت های قابل توجهی در طول سه دهه گذشته داشته اند، مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از حدود ۷۵ مرگ در سال ۱۹۷۵ به ۸ مورد مرگ در سال ۲۰۰۶ کاهش یافته است. پیشرفت های پزشکی نمی تواند تمام اعتبار این موفقیت را به خود اختصاص دهد. به گفته مقامات بهداشتی، بخش عمده ای از این موفقیت ها مدیون تلاش های دواطلبین بهداشتی جامعه است که در میان ۶۴ میلیون نفر تایلندی کار می کنند. برای مثال معبد و راهبان بودایی به شدت در آموزش و ارتقاء سلامت مشغول بوده اند و برای جلوگیری از ابتلای مردم به بیماری به ویژه در جوامع روستایی از راه دور سخت تلاش می کنند. این فعالیت ها می تواند آموزش زنان در مورد چگونگی تغذیه نوزادان تا مشاوره به مردم در مورد سبک زندگی سالم و تغذیه را در بر گیرد. بیش از ۸۰۰ هزار داوطلب سلامت در سراسر کشور وجود دارد. آنها نقش مهمی در کنترل بسیاری از بیماری های مسری ایفا نموده اند. برای مثال؛ آنها به کاهش شدید سوء تغذیه پروتئین و کالری در کودکان پیش دبستانی کمک کرده اند. تایلند در ۳۰ سال گذشته، بیش از ۸۰٪ مرگ و میر نوزادان را کاهش داده و طرح پوشش جامع تایلند، مراقبت های بهداشتی را برای بسیاری از مردم خود (۶۴ میلیون نفر) فراهم نموده است.	نویسنده (سال)	سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸)/ تایلند (۴۲)

مراقبت‌های اولیه بهداشتی و شناسایی نقش بررسی های سیستم سلامت

کارکنان محلی بهداشت می‌توانند یک عامل تاثیر گذار در ارتقا سلامت باشند/ بیشتر کشورها سیاست‌گذاری‌های روشن و استراتژی‌هایی جهت استحکام برنامه‌های مربوط به کارکنان محلی بهداشت ندارند/ بسیاری از کشورها بودجه کافی برای آموزش، نظارت، تدارکات و تامین مالی که فاکتورهای مهمی جهت موفقیت برنامه‌های مراقبت سلامت اولیه هستند را ندارند/ برنامه‌های کارکنان محلی بهداشت نیازی به پیچیدگی در سطح مناطق مختلف ندارند./ سازمان‌های غیر دولتی نقش مهمی در برنامه‌های کارکنان محلی بهداشت می‌توانند داشته باشند/ گروه‌های حمایت کننده نقش موثری در موفقیت برنامه های کارکنان محلی بهداشت دارند/ مهم ترین معیار کاربرد برنامه- های کارکنان محلی بهداشت ظرفیت پذیرش جامعه برای تاثیر گذاری آن است/ آموزش باید در جامعه جایگاه خود را بدست آورد/ آموزش‌های محلی به جای آموزش در سطح موسسه‌های منطقه ای و کشوری، توسط افراد جامعه بصورت تمام وقت یا پاره وقت یا داوطلبانه باید رواج یابد.

نتایج

References

1. Stratton SJ. Comprehensive reviews. Prehospital and disaster medicine. 2016;31(4):347-8.
2. Ahmadvand A, Akbari M. Health system reforms: A guide for equity and efficiency. Tehran, Iran: Ebn-Sina Cultural Corporation; 2005. [Persian]
3. King M. Community health worker extra hands for 1. a doctor. Trans Mohammadloo S, Pashapoor N) Urmia: Takvin; 2000.
4. Poulton BC, West MA. Effective multidisciplinary teamwork in primary health care. Journal of advanced nursing. 1993;18(6):918-25.
5. Bagyani-Mogadam H, Ehraampoosh M. Principles of Health Services. Tehran: Cherag-E Danesh; 2003.
6. Shodjai-Tehrani H, Ebaadi-Fard-Azar F. Principles of Health Services. ed t, editor. Tehran: Samat; 2003. [Persian]
7. Park JE, Park K. Textbook of Preventive and Social Medicine. Gilan Gilan medical sciences University publication; 2005.
8. Davoodi S. Health and Its Determinants. Tehran: Asar-E Moaser; 2007. [Persian]
9. Organization WH. Primary care, now more than ever. http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. 2008.
10. Pileroodi S. District Health Network. ed n, editor. Tehran: UNICEF Office; 1999. [Persian]
11. Jamshidbeygi E, Kabir M, Mardfard N, Motlagh M, Moghimi D, Naeli J. Performance of family physician and rural assurance report 2006 and first 6 month of 2007. Tehran: Health and Medical Education Ministry; 2007. [Persian]
12. Pringle D, Levitt C, Horsburgh ME, Wilson R, Whittaker M-K. Interdisciplinary collaboration and primary health care reform. Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique. 2000:85-97.
13. Zanganeh Baygi M, Seyadin SH, Rajabi Fard Mazrae No F, Kouhsari Khameneh A. Adaptation Of Goals And Organizational Structure In Iran's Primary Healthcare System, A Systematic Review. Payavard Salamat. 2016;9(5):446-58. [Persian]
14. Vision Document of the Islamic Republic of Iran on the horizon of 1404. Tehran: Secretariat of the Expediency Discernment Council; 2004. [Persian]
15. Yazdi Feyzabadi V, Ansari M, Amini Rarani M, Naghibzadeh Tahami A, Heydari A. Health Team in Primary Health Care: Facilitators and Inhibitors of the Effective

- Function. *Journal of Management And Medical Informatics School*. 2014;2(1):74-66.
16. Zanganeh Baygi M, Seyadin SH, Rajabi Fard Mazrae No F, Kouhsari Khameneh A. Adaptation of goals and organizational structure in Iran's primary healthcare system, a systematic review. *Journal of Payavard Salamat*. 2016; 9(5):446-58. [Persian]
 17. Malekafzali H. Primary health case in Islamic Republic of Iran. *Journal of the School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2014;12(2):1-10. [Persian]
 18. Ferreira J, Kulbok P, da Silva C, Ferreira J, Kulbok P. Improving Primary Health Care: A Systematic Review. *J Family Med Community Health*. 2016;3(3):1083.
 19. Kumar P. How to strengthen primary health care. *Journal of family medicine and primary care*. 2016;5(3):543.
 20. Mash R, Malan Z, Von Pressentin K, Blitz J. Strengthening primary health care through primary care doctors: the design of a new national Postgraduate Diploma in Family Medicine. *South African Family Practice*. 2015:1-5.
 21. Suk J, Van Canghai T, Ciotti M, Ekdahl K. Enhancing public health preparedness: towards an integrated process. 2015;36-9 p.
 22. Reeve C, Humphreys J, Wakerman J, Carter M, Carroll V, Reeve D. Strengthening primary health care: achieving health gains in a remote region of Australia. *The Medical Journal of Australia*. 2015;202(9):483-7.
 23. Vilchez V, Paravic T, Salazar A, Sáez K. Efecto de Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería en Salud Cardiovascular en Atención Primaria. *Revista chilena de cardiología*. 2015;34(1):36-44.
 24. Cicolini G, Simonetti V, Comparcini D, Celiberti I, Di Nicola M, Capasso L, et al. Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*. 2014;51(6):833-43.
 25. Abosede OA, Sholeye OF. Strengthening the Foundation for Sustainable Primary Health Care Services in Nigeria. *Primary health care research and development*. 2014(4):167.
 26. Cygan HR, Baldwin K, Chehab LG, Rodriguez NA, Zenk SN. Six to success: Improving primary care management of pediatric overweight and obesity. *Journal of Pediatric Health Care*. 2014;28(5):429-37.
 27. Senesael E, Borgermans L, Van De Vijver E, Devroey D. Effectiveness of a quality improvement intervention targeting cardiovascular risk factors: are patients responsive to information and encouragement by mail or post? *Vascular health and risk management*. 2013;9:13.
 28. Morrow RW, Fletcher J, Kelly KF, Shea LA, Spence MM, Sullivan JN, et al. Improving Diabetes Outcomes Using a Web-Based Registry and Interactive Education: A Multisite Collaborative Approach. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2013;33(2):136-44.
 29. Onocko-Campos RT, Campos GWdS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PRd, Gama CAPd, et al. Evaluation of innovative strategies in the organization of Primary Health Care. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46(1):43-50.
 30. Orueta Sánchez R, Gómez-Calcerrada Jiménez RM, Sánchez Oropesa A, Gómez-Caro Marín S, Herrera Ontañón JR, Holgado Juan C, et al. Evaluación de los Resultados y de la Satisfacción de un Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Ancianos Dependientes. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2012;5(1):3-8.

31. Valaitis R, McCarthy J, Macdonald M, Wong S, Martin-Misener R, Akhtar-Danesh N. Strengthening Primary Health Care through Primary Care and Public Health Collaboration Final Report for CFHI. Ottawa; 2012.
32. Laferriere D, Liddy C, Nash K, Hogg W. Navigating change: how outreach facilitators can help clinicians improve patient outcomes. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2012;25(2):232-7.
33. Dirocco DN, Day SC. Obtaining patient feedback at point of service using electronic kiosks. *The American journal of managed care*. 2011;17(7):e270-6.
34. Hacıhasanoğlu R, Gözüm S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *Journal of clinical nursing*. 2011;20(5-6):692-705.
35. Valaitis RK, O'Mara L, Wong ST, MacDonald M, Murray N, Martin-Misener R, et al. Strengthening primary health care through primary care and public health collaboration: the influence of intrapersonal and interpersonal factors. *Primary health care research and development*. 2018;19(4):378-91.
36. Hone T, Gurol-Urganci I, Millett C, Başara B, Akdağ R, Atun R. Effect of primary health care reforms in Turkey on health service utilization and user satisfaction. *Health policy and planning*. 2017;32(1):57-67.
37. Nitayarumphong S. Evolution of primary health care in Thailand: what policies worked? *Health Policy and Planning*. 1990;5(3):246-54.
38. Executive Order of the Provision and Promotion of Primary Health Care in Urban and Rural Areas; 2(2015).
39. World Health Organization. Progress report on strengthening primary health care-based health systems; 2010.
40. Ministry of Health and Medical Education National policy on the prevention and control of non-communicable diseases, Iran; 2017. [Persian]
41. Organization WH. Progress report on strengthening primary health care-based health systems; 2010.
42. www.who.int/whr/2008/media_centre/thailand. Primary Health Care in Action.
43. Organization WH. Strengthening the performance of community health workers in primary health care: report of a WHO Study Group [meeting held in Geneva from 2 to 9 December 1987]; 1989.
44. Gressani D, Saba J, Fetini H, Rutkowski M, Maeda A, Langenbrunner J. Islamic Republic of Iran health sector review, volume I: main report. The World Bank Group. Human Development Sector, Middle East and North Africa. 2007;1:1575-81.
45. Dejman M, Falahat K, Eftekhari MB, Mahmoodi Z, Forouzan A. Addressing Social Determinant of Health in Iranian Healthcare Network- A proposed Model. *Hakim Health*. 2015;18(1):14-25. [Persian]
46. Valaitis RK, O'Mara L, Wong ST, MacDonald M, Murray N, Martin-Misener R, et al. Strengthening primary health care through primary care and public health collaboration: the influence of intrapersonal and interpersonal factors. *Primary health care research & development*. 2018:1-14.
47. Maier M. Strengthening primary health care—but how? : Taylor and Francis; 2014.

Strengthening the Primary Health Care System in Iran: A Comprehensive Review Study

Kiani MM: PhD. Student, Department of Health Management and Economics, Research Center of Equity in Health, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Khanjankhani Kh: PhD. Student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Shirvani M: PhD, Student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Ahmadi B: PhD. Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding Author: ahmadiba@tums.ac.ir

Received: Jun 15, 2019

Accepted: Jul 29, 2020

ABSTRACT

Background and Aim: It is essential to take action to strengthen the national primary health care (PHC) system. The purpose of this study was to conduct a comprehensive review to find ways to strengthen the PHC system in Iran based on the experiences of different countries.

Materials and Methods: This was a comprehensive review study. The relevant studies were retrieved using Science Direct, PubMed, Google Scholar, Scopus, Web of Science, Magiran, Iranmedex and SID databases. Inclusion criteria included all the studies that specifically focused on the factors enhancing the PHC system between 1998 and 2017. Finally, 30 articles were selected.

Results: Strategies for strengthening the PHC system were examined from two different angles: factors that facilitate the performance of the health care team, and ways to improve the implementation of PHC. In addition, strategies have been recommended for the following in order to strengthen the PHC system in Iran: trust-based relationships; widespread implementation of the National PHC Program with a focus on personnel training; teaching healthy lifestyle behaviors and drug side-effects; investing in information technology in the health sector in areas such as immunization, child care and prevention of chronic diseases.

Conclusion: Strengthening primary health care requires coordination and inter-sectoral collaboration; involvement and will of a wide range of health and non-health organizations; government support; strengthening of the referral system and the family physician; strengthening the health team; self-care and community participation; a public health-oriented and preventive approach in macro-policies; and, finally, allocating more resources to the health sector.

Keywords: Primary Health Care, Health Care, Health System, Health Reform, Health Development