

Review

Analysis of Rural Primary Health Care Excellence Strategies in Iran: A Systematic Approach

Fereshteh Fani¹, Ghahraman Mahmoudi^{2*}, Mohammad-Ali Jahani³, Jamshid Yazdani-Charati⁴

1. PhD candidate of Medical & Health Services Administration, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2. Associate professor of Hospital Administration Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

3. Associate Professor of Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

4. Department of Biostatistics, Health Sciences Research Center, Institute of Addiction, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

*. Corresponding Author: E-mail: Ghahraman48@yahoo.com

(Received 22 September 2020; Accepted 21 November 2020)

Abstract

One of the challenges of health care system in Iran is the disproportionate level of the health houses compared to the people's need. As health houses are considered the first line of defense in the realm of health, their excellence is crucially important to achieve acceptable performance. Thus, this study aimed to analyze the excellence strategies of health houses located in Iran rural areas. In this systematic review study, twelve electronic databases and search engines were searched by related keywords to find articles in both Persian and English from 2000 to 2020. CASP checklist was employed to evaluate the quality of these articles which were about primary health care. Out of 558 articles, 28 were selected with related titles, abstracts, and content. The findings of this study revealed that the main strategies of rural health houses' excellence included improving the quality of care services, information technology, work conditions, the behavior of service providers, community participation, support and motivation, as well as improving governance and leadership strategies with several sub-strategies. Rural health houses' excellence strategies revitalize and recreate the passivized role and mission of health houses in achieving the goals of primary health care in Iran health care system. Therefore, rational, balanced, scientific, and systematic investment is required not only in one strategy but in all mentioned strategies.

Keywords: Excellence, Rural health services, policy, Primary health care.

ClinExc 2020;10(13-27) (Persian).

تحلیل استراتژی های تعالی خدمات بهداشتی اولیه روستایی در ایران: با رویکرد سیستماتیک

فرشته فانی^۱، قهرمان محمودی^{۲*}، محمدعلی جهانی^۳، جمشید یزدانی چراتی^۴

چکیده

یکی از چالش‌های نظام بهداشتی کشور در حال حاضر متناسب نبودن سطح خانه بهداشت با نیاز مردم است. از این رو تعالی‌سازی خانه‌های بهداشت به عنوان اولین خط دفاعی در حوزه سلامت، جهت تحقق عملکرد کاری قابل قبول مهم است. مطالعه حاضر با هدف تحلیل استراتژی‌های تعالی خانه‌های بهداشت مستقر در روستاهای ایران انجام شد. در این مطالعه مروری سیستماتیک، ۱۲ پایگاه الکترونیکی و موتورهای جستجوگر با کلید واژه‌های مرتبط از سال ۲۰۲۰-۲۰۰۰ مورد جستجو قرار گرفت و مقالات فارسی یا انگلیسی در موضوعات مراقبت اولیه بهداشتی، مورد بحث قرار گرفتند. ارزیابی کیفیت تمام مقالات با استفاده از چک لیست CASP انجام شد. از مجموع ۵۵۸ مقاله، در نهایت ۲۸ مقاله با عنوان، چکیده و متن مرتبط بررسی شد. بر اساس یافته‌های این مطالعه استراتژی‌های اصلی تعالی خانه‌های بهداشت روستایی شامل؛ استراتژی‌های بهبود کیفیت خدمات مراقبت، بهبود فناوری اطلاعات، بهبود شرایط کاری، بهبود رفتار ارائه‌دهنده خدمت، بهبود مشارکت جامعه، بهبود پشتیبانی و انگیزشی و استراتژی بهبود حاکمیت و رهبری با ۷۸ استراتژی فرعی است. استراتژی‌های تعالی‌سازی خانه‌های بهداشت روستایی موجب احیاء و باز آفرینی نقش و رسالت منفعل شده خانه بهداشت در رسیدن به اهداف مراقبت‌های اولیه بهداشتی در نظام سلامت ایران می‌گردد. از این رو تحول منطقی، متعادل، علمی و اصولی در حوزه نیروی انسانی، فن آوری، فرآیند، محیط کار و تصمیم‌سازی مورد نیاز است.

واژه‌های کلیدی: تعالی، خدمات بهداشت روستایی، سیاست، مراقبت بهداشتی اولیه.

مقدمه

که متناسب با استانداردهای چهل سال گذشته تأسیس گردید، پاسخگوی کیفیت طلبی و سرعت‌طلبی (۴) جامعه امروزی و رو به رشد ما نخواهد بود. در حالی که بیش از ۲۳ درصد بهورزان کشور همچنان دارای سواد در سطح ابتدایی و زیر دیپلم هستند (۵)، انجام کار با تجهیزات مدرن‌تر نیز برای شان بسیار دشوار است.

خانه بهداشت به‌عنوان اولین خط دفاعی در حوزه سلامت روستایی (۱) می‌تواند نقش به‌سزایی در پیشگیری از بیماری‌ها داشته باشد. یکی از چالش‌های نظام بهداشتی کشور در حال حاضر متناسب نبودن سطح ارائه خدمات خانه‌های بهداشت با نیاز مردم است (۲). ارائه مراقبت‌های بهداشتی با استفاده از تجهیزات قدیمی و ابتدایی توسط بهورزان (۳) در خانه‌های بهداشتی

۱. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲. دانشیار مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۳. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۴. استاد، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

* نویسنده مسئول: مازندران، ساری، دانشگاه آزاد واحد ساری، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۲۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۹/۱۰/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۵

Email: Ghahraman48@yahoo.com

توجه کردن به آنچه عاید خدمت گیرنده می شود از معیارهای بسیار مهم برای انتخاب استراتژی ارائه خدمات است. بهترین سند موفقیت در نظام سلامت هر کشوری بهبود وضع خدمت گیرنده (بهبود کیفیت در مقایسه با هزینه) است (۱۴). ایجاد تغییر در وضع موجود به منظور خلق فرصت های بهبود با استفاده از یادگیری، تعالی سازمانی است که منجر به حداکثر نمودن مشارکت کارکنان از طریق توسعه (۱۵) و پدیدار شدن ارزش های مطلوب مشتری می گردد (۱۶). سازمان های متعالی مأموریت خود را از طریق تدوین استراتژی متمرکز بر منافع ذینفعان و با در نظر گرفتن شرایط بخشی که در آن فعالیت می کنند، به اجرا در می آورند (۱۶)؛ لذا موقعیت هایی در سازمان ایجاد می گردد که ارتقاء نوآوری را به ارمغان دارد (۱۷). سرمایه گذاری در اصلاحات مبتنی بر مراقبت های اولیه همواره کارآیی و اثربخشی بالایی داشته است (۱۸)، از این رو رویکرد تعالی ارائه مراقبت های اولیه در خانه های بهداشت با پرداختن به حوزه نیروی انسانی، فن آوری، فرآیند، محیط کار و تصمیم سازی، جهت تحقق عملکرد قابل قبول مهم است.

پژوهش های انجام شده در خصوص بهبود توزیع خانه های بهداشت روستایی با استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیایی (۱۹)، وجود شکاف بین نیاز افراد و جوامع با کیفیت و اثربخشی مراقبت های ارائه شده (۲۰)، نبود سیاست گذاری مطلوب بر انتقال و جابه جایی کارکنان PHC در مناطق روستایی (۲۱)، اطمینان از عدالت در دسترسی به مراقبت های بهداشتی اولیه در روستاهای دورافتاده (۲۲) حاکی از انجام مطالعات پراکنده ای در بهبود ارائه خدمات در سطح اول مراقبت هاست اما برای تعالی در حوزه بهداشتی به ویژه خانه بهداشت مطالعه ای مشاهده نشد. لذا بنا به اهمیت موضوع، مطالعه حاضر به منظور تحلیل استراتژی های تعالی خانه های بهداشت روستایی در حوزه نیروی انسانی، فن آوری، فرآیند، محیط کار و تصمیم سازی انجام شد.

گرچه در فضای کنونی بعضی از بهورزان به طور خود خواسته، با انگیزه های متفاوت در تکاپوی ارتقای تحصیلی هستند و یا در سیاست های اخیر جذب بهورز، مدارک تحصیلی کاردانی، کارشناسی بهداشت، پرستاری یا مامایی لحاظ می گردد اما ایجاد ناهمگونی در رده بهورزی و اخذ مدارک تحصیلی نامتناسب با اهداف سطح اولیه مراقبت ها و از طرفی شرح وظایف بهورزی یکسان برای همه موجب تحلیل غنای شغلی می گردد (۶). همچنین در بسیاری از خدمات بهورزی که در روال معمول خدمات کارمندی نمی گنجد و در تماس روزمره بهورزان با خانواده روستایی انجام می گردد (۷)، ارجعیت خاص مهارت ورزی بهورز مغفول واقع شده است. الزام ثبت الکترونیکی خدمات بدون بسترسازی و پشتیبانی مناسب، موجب هدر رفت هزینه و زمان است. با توجه به دانش و مهارت بهورزان کنونی نمی توان ثبت الکترونیکی مناسبی را انتظار داشت (۸) و صحت این آمارها که در واقع پایه ای برای برنامه ریزی و توزیع منابع بهداشتی است مورد تردید واقع می شود (۹) و موجب نزول کیفیت مراقبت می گردد (۱۰). بسته های خدمتی که در حال حاضر توسط بهورز ارائه می گردد، بعضاً فراتر از دانش بهورزان فعلی است و پیچیدگی هایی دارد که از توان مهارت تشخیصی بهورز خارج است (۱۱). لذا بهورز با احساس ناتوانی در دانش و مهارت کافی تمایل به ورود به این حیطه را ندارد و از طرفی گیرندگان خدمت پی به عدم توانایی کافی او در این زمینه برده و اعتمادی به کار وی ندارند و از طرفی بومی بودن بهورز (۲) و شناخت خانوارها موضوع محرمانه بودن بعضی اطلاعات اشخاص را از نظر خانوارهای روستایی خدشه دار می نماید، لذا گیرندگان خدمت تمایل دارند بدون مراجعه به خانه بهداشت، به سطوح بالاتر دسترسی داشته باشند که موجب افزایش بار مراجعات کاذب در سطح بالاتر (۱۲)، سردرگمی خدمت گیرنده و نارضایتی در قسمت های مختلف می گردد (۱۳).

روش کار

مطالعه حاضر، مطالعه مروری منظم استراتژی‌های تعالی خدمات در سطح خانه‌های بهداشت ایران است که در آن از روش بررسی و استراتژی جستجو استفاده کردیم. این مطالعه در سال ۲۰۲۰ به بررسی مقالات منتشرشده در زمینه مراقبت‌های اولیه بهداشتی و بهبود فعالیت‌ها در ابتدایی‌ترین سطح ارائه خدمات سلامت (خانه‌های بهداشت) پرداخت. بدین منظور مقالات منتشرشده در مجلات داخلی و خارجی از انتشار گزارش جهانی سلامت در خصوص لزوم برخورداری همگان از بهداشت (سال‌های ۲۰۲۰-۲۰۰۰) مورد جستجو قرار گرفتند که در پایگاه‌های اطلاعاتی؛

Science direct, Emerald Insight, Google Scholar, PubMed, SID, Magiran, Wiley, Springer, Web of Science (ISI), Scopus, ProQuest و پایگاه استنادی علوم جهان اسلام نمایه شده بودند.

تمامی اصطلاحات کلیدی از طریق یک جستجوی ابتدایی به دست آمد. سپس برای بهبود استراتژی و اصطلاحات جستجو، مطالعات مرتبط با موضوع مراقبت اولیه بهداشتی و با استفاده از دو دسته کلید واژه‌های انگلیسی و فارسی شامل:

(Primary Health Care Delivery; Participation/ Facility/ Equipment/ Infrastructure/ Physical space/ manpower/ Service Delivery packages in health house; Rural health House) AND (Excellence in rural primary health care; Rural health house excellence; Community Health Workers)

جستجو شدند و مقالاتی که به طور عام در حوزه نظام سلامت بود (نه مراقبت اولیه بهداشتی روستایی)، به دلیل عدم تطابق با هدف پژوهش مورد استفاده قرار نگرفتند. در مرحله بعدی با کمک دو پژوهشگر دیگر، به صورت تصادفی نشان داده شد که هیچ مطالعه‌ای از دست نرفت. در گام نهایی با استفاده از فهرست منابع مطالعات استخراج شده و برای وسعت بخشیدن به دامنه جستجو، به بررسی و ورود تعدادی از مقالاتی که نتوانستیم از طریق پایگاه مختلف داده دریافت نماییم اقدام گردید تا حساسیت پژوهش افزایش یابد. معیارهای

ورود به مطالعه عبارت بود از این که مقالات مرتبط با موضوع یا دارای بیشترین ارتباط با موضوع باشد. همچنین در حوزه ارائه خدمات سلامت در ابتدایی‌ترین سطح نظام سلامت باشد. مقاله جدید، دارای متن کامل، به زبان فارسی یا انگلیسی و در محدوده سال‌های تعیین شده باشد. همچنین نمره کیفیت بالا را در ارزیابی کیفی به دست آورده باشند. معیار خروج، مقالاتی بود که ویژگی‌های ذکر شده را نداشت.

پس از جستجو در پایگاه‌های موردنظر، مطالعات در چند گام پالایش شدند. ابتدا بعد از مطالعه عناوین و چکیده، مطالعات غیر مرتبط حذف شدند و برخی نیز بعد از خواندن چکیده کنار رفتند. کتاب‌ها، مقالات همایش‌ها، گزارش‌ها، سرمقاله روزنامه‌ها و مطالعات به دست آمده از موتورهای جستجوی غیرعلمی نظیر گوگل از تحلیل‌های بعدی ما کنار گذاشته شدند.

پس از جستجو با استفاده از کلیدواژه‌های فوق، مجموعاً ۵۵۸ مقاله از پایگاه‌های الکترونیکی داده‌ای و موتورهای جستجوگر شناسایی شد که با محدود کردن جستجو، تعداد ۳۹۳ مقاله با عناوین نسبتاً مرتبط شناسایی شد که تعداد ۸۳ مقاله با عنوان تکراری بودند و ۳۱۰ مقاله با دست چین کردن عنوان و چکیده باقی ماندند که در مرحله بعد با خروج ۱۴۶ مورد عناوین نامرتبط از پژوهش، ۱۶۴ متن کامل مقالات باقی ماند که چکیده مقالات مرتبط مورد بازخوانی قرار گرفت تا مرتبط‌ترین چکیده مقالات مشخص شود. در این مرحله ۶۷ مقاله مرتبط انتخاب شد و ۱۰۲ مقاله دیگر حذف گردید. در مرحله بعدی متن کامل ۶۷ مقاله برای تعیین شایستگی انتخاب شدند و همچنین ۵ مقاله نیز از سایر منابع به مطالعه وارد گردید. در مرحله آخر متن کامل ۳۹ مقاله انتخابی با توجه به معیارهای ورود و خروج و بعد از تعیین شایستگی مقالات از مطالعه خارج شد و در نهایت ۲۸ مقاله برای بررسی در این مطالعه انتخاب گردید. کیفیت مقالات با استفاده از چک‌لیست CASP و با بررسی مقدماتی اهداف مقالات مورد بررسی قرار گرفت. این چک‌لیست حاوی ۲۱ سؤال بود که استفاده

از آن به درک یک بررسی منظم کمک کرد. براین اساس کیفیت مقالات در سه سطح (کم، متوسط و با کیفیت بالا) دسته‌بندی شد که اگر نمره مقاله کمتر از ۴۰ بود، مطالعه با کیفیت پایین و نمره بین ۴۰-۷۰ با کیفیت متوسط و نمره ۷۰ به بالا، با کیفیت بالا ارزیابی شد. لذا مقالاتی که نمره بالای ۷۰ به دست آوردند، در پژوهش ماندند. ابزار مورد استفاده برای استخراج داده‌ها، فرم محقق ساخته بود که کلیه داده‌های مطالعات پیشین از جمله نام نویسنده اول، سال انتشار مقاله، عنوان و نوع مطالعه در آن ذکر شد. بعد از استخراج و جمع‌آوری داده‌های هر مقاله، با توجه به ماهیت کیفی پژوهش، از تجزیه و تحلیل چارچوب کیفی برای تحلیل یافته‌ها استفاده گردید. روند انتخاب مطالعه در نمودار گزارش ترجیحی برای مطالعات مروری منظم و متآنالیز در شکل شماره ۱ شرح داده شده است.

یافته‌ها

پس از انجام مراحل انتخاب مطالعات، ۲۸ مقاله مناسب انتخاب شد. مشخصات هر یک از مطالعات انتخاب شده در جدول ۱ ارائه شده است.

بحث

استراتژی‌های تعالی ارائه مراقبت‌های اولیه در خانه‌های بهداشت در ابعاد نیروی انسانی، فن آوری، فرآیند، محیط کار و تصمیم‌سازی بررسی شد. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد استراتژی بهبود رفتار ارائه دهنده خدمت در بعد نیروی انسانی، استراتژی بهبود فن آوری در بعد فن آوری، استراتژی‌های بهبود کیفیت مراقبت و بهبود مشارکت جامعه در بعد فرایند، استراتژی بهبود شرایط کاری در بعد محیط کار و استراتژی‌های پشتیبانی-انگیزشی و حاکمیت رهبری در بعد تصمیم‌سازی موجب تعالی ارائه خدمات در خانه بهداشت می‌گردد.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که اولین استراتژی مؤثر در تعالی خانه‌های بهداشت روستایی

استراتژی بهبود رفتار ارائه‌دهنده خدمت است. زلانی و همکاران در پژوهشی بیان کردند کارکنان بهداشت جامعه در مناطق روستایی تا حدود زیادی نمی‌تواند با نیازهای فعلی جوامع روستایی روبرو شوند (۴۱). یکی از جنبه‌های این ناتوانی می‌تواند ناشی از رفتار ارائه‌دهنده خدمت باشد. مک کالو و همکارانش در پژوهشی، دانش و مهارت بالینی و درک فرهنگ اجتماعی مناطق روستایی توسط ارائه‌دهنده خدمت را از عوامل مؤثر بر ارائه بهتر مراقبت اولیه بهداشتی دانستند که با پژوهش اخیر مطابقت دارد (۵۰). نیروهای کار مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی باید با واقعیت‌های محیط در حال تغییر سازگار شوند (۵۱). اکنون که فناوری‌های دیجیتالی راه‌های جدیدی را برای به اشتراک‌گذاری داده‌ها و انجام تجزیه و تحلیل مشترک پیش‌رو می‌گذارد، شکل جدیدی از اخلاق فراخوانده می‌شود که شامل مسائل مربوط به حریم خصوصی، رازداری و مالکیت است (۵۲). این موضوع با مؤلفه افزایش اعتماد متقابل بین ارائه‌دهنده و گیرنده خدمت در این پژوهش هم سو است. به نظر می‌رسد تقویت این فرهنگ در ارائه‌دهنده خدمت مورد نیاز است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد دومین استراتژی مؤثر در تعالی خانه‌های بهداشت روستایی استراتژی بهبود فناوری اطلاعات است. افریزل و همکاران در پژوهشی با عنوان موانع و چالش‌های پیش روی اتخاذ سیستم اطلاعات مراقبت اولیه بهداشتی، تقویت شایستگی کارکنان، بهبود زیرساخت تکنولوژی، افزایش حمایت سازمانی با سرمایه‌گذاری بیشتر را برای سیستم اطلاعات با کیفیت‌تر مفید دانستند که با پژوهش اخیر مطابقت دارد (۵۳). اسدی و همکاران نیز در پژوهشی با عنوان سیستم‌های اطلاعاتی PHC در مراکز بهداشت ایران، رویکردهای سازمانی الکترونیکی شدن را در ذخیره‌سازی، توزیع و تجزیه و تحلیل داده‌ها به منظور ارائه مراقبت کارآمد و در دسترس مورد نیاز دانستند (۵۴). رتلیف و همکاران در پژوهشی کمبود داده‌های واقعی و معیارهای موجود برای اطلاع‌رسانی سایت‌ها و تعیین

اولویت‌ها را عامل محدودیت در بهبود سیستم PHC عنوان کردند (۵۵). یزدی و همکاران در پژوهشی با عنوان سیستم اطلاعات سلامت در مراقبت‌های اولیه بهداشتی ایران، مدیریت داده‌های سلامت را زمانی کارآمد می‌دانند که بین جنبه‌های انسانی، تجهیزات فن‌آوری و فرآیندها سازگاری وجود داشته باشد که با پژوهش اخیر هم‌سو هستند (۵۶) اما نیمبر و همکاران در پژوهشی، ابراز بی‌اعتمادی گیرندگان خدمت نسبت به سیستم‌های ضعیف فناوری اطلاعات را چالشی برای ترویج فناوری الکترونیک بیان نمودند که با پژوهش اخیر هم‌راستا نیست (۵۷). به نظر می‌رسد برای موفقیت در تعالی خانه‌های بهداشت علاوه بر مهارت و دانش فن‌آوری اطلاعات نیروی انسانی، توجه به جنبه نرم‌افزاری و سخت‌افزاری تجهیزات فن‌آوری حائز اهمیت فراوان است.

استراتژی بهبود کیفیت مراقبت یکی از ۷ استراتژی اصلی در تعالی خانه‌های بهداشت روستایی است. سازمان جهانی بهداشت، قراردادن فرهنگ کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه را قلب بهبود پایدار مراقبت‌ها می‌داند، اما معتقد است کیفیت به طور خودبه‌خود اتفاق نمی‌افتد (۵۸). رضاپور و همکاران در پژوهشی با عنوان ایجاد چارچوب کیفیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران، ارزیابی کیفیت خدمات PHC را در قالب ابعاد دسترسی و برابری، ایمنی، کارایی، اثربخشی، بیمار محوری، حاکمیت و مناسب بودن طبقه‌بندی کردند که منطبق با پژوهش اخیر است (۵۹). استراتژی‌های پاسخگو از نظر اجتماعی مانند؛ عدم تمرکز برنامه‌های آموزشی، آموزش ضمن خدمت (۶۰) و گسترش آموزش بهداشت؛ ظرفیت و تعهد مربیان آموزش‌دهنده، در دسترس بودن و توزیع نیروی کار را به ویژه در مناطقی که بیشترین مراقبت لازم است بهبود می‌بخشد که با استفاده از مدل آموزش آبخاری برای افزایش کیفیت در پژوهش حاضر مطابقت دارد (۵۱). از طرفی کامبر و همکارانش در پژوهش خود با عنوان بررسی کاهش دسترسی به خدمات بهداشتی، بهبود دسترسی به مراقبت‌های اولیه

بهداشتی را امری بسیار پیچیده دانستند که با پژوهش اخیر در این زمینه هم‌راستا نیست (۶۱). یکی از تأثیرات مهم سیستم بهداشتی بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، ساز و کار تأمین مالی موجود برای تأمین هزینه مراقبت‌هاست. برخی از روش‌های تأمین مالی می‌تواند از ارائه خدمات با کیفیت خوب حمایت نماید یا مانع شود (۶۲) و بسته به نیازها و ویژگی‌های خاص تنظیمات مختلف نیاز به بررسی دقیق دارد که در پژوهش حاضر به این موضوع اشاره نشد (۵۸). اطمینان از ایمن بودن خدمات یکی از جنبه‌های بهبود کیفیت مراقبت‌ها است (۶۳) که سبب ایجاد اعتماد عمومی خدمت گیرندگان نسبت به نظام مراقبت‌های بهداشتی و بهبود رضایت شغلی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌شود (۶۴). بازرگانی و همکاران در پژوهشی، اعتماد عمومی مردم ایران نسبت به PHC را در سطح متوسط اما غیر قابل قبول ارزیابی کردند و اعتماد به PHC را نه تنها تحت تأثیر متغیرها و تجربه‌های فردی نظیر وضعیت اقتصادی اجتماعی و سطح زندگی مردم، بلکه متأثر از ویژگی‌های سیستم بهداشتی، ارائه دهندگان بهداشت و حوزه‌های عمومی سیستم PHC دانستند که با نتایج پژوهش اخیر هم‌راستا است (۶۵). حمیدزاده و همکاران یکی از موانع جمعیت روستایی ایران برای شرکت در برنامه‌های آموزش بهداشت را عدم اعتماد مردم به کارکنان بهداشت جامعه می‌دانند (۳۱). از دلایل این بی‌اعتمادی می‌تواند ناشی از ناتوانی بهورز در انتقال پیام‌های بهداشتی یا متناسب نبودن بسته‌های خدمات مراقبت بهداشتی باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد استراتژی بهبود مشارکت جامعه یکی از استراتژی‌های مؤثر در تعالی خانه‌های بهداشت روستایی است. مشارکت جامعه در گفتگوی جهانی فعلی از جایگاه برجسته‌ای برخوردار است (۶۶). فریمن و همکاران در پژوهشی با عنوان دیدگاه ارائه دهندگان خدمت در مورد مشارکت جامعه در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، همه جوانب مشارکت مردم در بهبود مراقبت‌های بهداشتی را مثبت ارزیابی کردند

پشتیبانی، دسترسی به مریان و آموزش و نظارت در محل و دسترسی به سلامت از راه دور) و پشتیبانی شخصی و خانوادگی (نظیر؛ مسکن، حمل و نقل، آموزش فرزندان و کار برای همسر) را به عنوان استراتژی مهمی برای بهبود انگیزه و پشتیبانی برشمردند که با نتایج پژوهش اخیر موافقت دارند (۷۲).

نتایج مطالعه نشان داد هفتمین و آخرین استراتژی مؤثر در تعالی خانه‌های بهداشت روستایی، استراتژی بهبود حاکمیت و رهبری است. تبریزی و همکاران در پژوهشی به کارگیری مؤلفه‌های مناسب مدل حاکمیت و رهبری PHC در ایران را در بهبود نگرش و رفتار مدیران و مراقبان سلامت مؤثر ارزیابی کردند که با پژوهش اخیر همسویی دارد (۴۴). یکی از عوامل مؤثر در استراتژی حاکمیت و رهبری، سیستم پرداخت به کارکنان است. کندو و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان فرایندهای پیاده‌سازی و پرداخت هزینه عملکرد در مراقبت‌های بهداشتی، طراحی هر چه بهتر پرداخت به ازای عملکرد را موجب کارآمدی هر چه بهتر نظام PHC دانستند که با پژوهش اخیر هم راستا است (۷۳). اما لی و همکارانش در پژوهشی، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه در چین را علیرغم سرمایه‌گذاری‌های مالی قابل توجه، هنوز دارای شکاف‌های گسترده‌ای می‌دانند (۷۴). شاید این شکاف به علت مدل پرداخت به ازای تعداد خدمت است که درمان‌های غیر ضروری را ایجاد می‌کند.

نتیجه‌گیری

استراتژی‌های تعالی ارائه مراقبت‌های اولیه در خانه‌های بهداشت در حوزه نیروی انسانی، فن‌آوری، فرآیند، محیط کار و تصمیم‌سازی بررسی شد. مطابق اصول مراقبت‌های اولیه بهداشتی، لازم است اصل هماهنگی بین این استراتژی‌ها وجود داشته باشد. هیچ‌یک از این استراتژی‌ها به صورت حلقه جداگانه نمی‌تواند موجب تعالی ارائه خدمات در خانه بهداشت گردد. آموزش نیروی انسانی با تأکید بر مهارت‌ورزی

که با پژوهش اخیر مطابقت دارد (۶۷). اما کیلو و فرمنس در پژوهشی مشارکت جامعه در فرایندهای بهداشتی را با موانعی همچون عدم آگاهی در مورد اولویت‌های بهداشتی، تقارن ضعیف اطلاعات بین نمایندگان جامعه و مسئولین بهداشتی، عدم توانایی مدیریت مطلوب جلسات مشترک و در نهایت کمبود منابع مالی برای اجرای فعالیت‌های بهداشتی برشمردند (۶۸). در مطالعه موبیتا و همکارانش با عنوان اهمیت و محدودیت‌های مشارکت مردم در برنامه‌های توسعه، منتقدان بیان کردند مشارکت منجر به توانمندسازی محلی نمی‌شود، زیرا روش‌های مشارکتی قادر به تغییر و به چالش کشیدن ساختارهای اداری، متمرکز، کنترل تصمیم‌گیری و تخصیص منابع نیستند که با نتایج پژوهش اخیر هم راستا نیست (۶۹). به نظر می‌رسد مشارکت جامعه یکی از ظرفیت‌های مهم در تعالی مراقبت‌های بهداشتی باشد لذا تقویت سواد سلامت جامعه روستایی و حداکثر نمودن تقارن اطلاعات بین نمایندگان جامعه و کارکنان بهداشتی دارای اهمیت بسیاری است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد پنجمین استراتژی مؤثر در تعالی خانه‌های بهداشت روستایی، استراتژی بهبود شرایط کاری است. از جنبه‌های بهبود شرایط کاری در خانه بهداشت، تأمین تجهیزات بهداشتی مناسب و مکان مناسب بهداشتی است. سازمان جهانی بهداشت بیان می‌کند سیاست‌های بهبود شرایط کاری باید نقش مراقبان غیر رسمی و داوطلبان توانمند در امر سلامت را به عنوان فرصتی شایسته حائز اهمیت بداند که با مؤلفه استفاده از افراد با تحصیلات توانمند برای کمک به بهورزان در پژوهش اخیر مطابقت دارد (۷۰).

نتایج مطالعه نشان داد یکی از استراتژی‌های مؤثر در تعالی خانه‌های بهداشت روستایی، استراتژی بهبود پشتیبانی و انگیزشی است. هاف و همکاران در پژوهشی انگیزه‌های مالی را عامل مهمی برای جذب و نگهداری کارکنان بهداشت در مناطق محروم دانستند (۷۱). بهیروا و همکاران نیز در مطالعه خود مشوق‌های حرفه‌ای (نظیر؛ امکان پیشرفت و توسعه شغلی، مشارکت در شبکه‌های

ساختاری، تشکیلاتی و منابع، تجدیدنظر نموده و در راستای تدوین استراتژی‌های آینده و حرکت به سمت تعالی، انتظارات ذینفعان‌شان را شناسایی کنند. این عوامل موجب احیاء و بازآفرینی نقش و رسالت منفعل شده خانه بهداشت در رسیدن به اهداف مراقبت‌های اولیه بهداشتی روستایی در نظام سلامت ایران می‌گردد تا همچنان نقش حیاتی خود را به‌عنوان نقطه ورود و اولین سطح تماس در سیستم بهداشتی ایفا کنند. از این رو تعالی‌خانه‌های بهداشت روستایی نیازمند تحول منطقی، متعادل، علمی و اصولی در حوزه نیروی انسانی، فن‌آوری، فرآیند، محیط کار و تصمیم‌سازی است.

بهورز با برگزاری کارگاه‌های عملی در حوزه وظایف بهورز و تشخیص علائم بیماری‌ها مورد نیاز است. بسته خدمتی مورد ارائه در خانه‌بهداشت نیاز به بازبینی و متناسب‌سازی دارد. همچنین در حوزه فن‌آوری لازم است کاربران آموزش کافی و مناسب برای ثبت و مدیریت داده‌ها دیده باشند. دقت در انتخاب نرم افزارهای پاسخگو، کارآمد و متناسب با نیاز حائز اهمیت است. در تأمین سخت‌افزارها برآورد لازم متناسب با کاربران لازم است. انتظار می‌رود در حوزه حاکمیت بستر سازی برای ایجاد فرهنگ مشارکت هم در بین کارکنان و هم بین مردم فراهم گردد. اهمیت عملی این یافته‌ها برای سیاست‌گذاران بهداشتی این است که خانه‌های بهداشت را از جنبه‌های مختلف؛ فرآیندی،

جدو شماره ۱: ویژگی‌های مطالعات بررسی شده					
ردیف	نام نویسنده اول	سال انتشار	عنوان مقاله	زبان	نوع مطالعه
۱	اپلسن	۲۰۲۰	برنامه‌ریزی، استخدام، حفظ: چارچوبی برای سازمان‌های بهداشتی محلی برای دستیابی به نیروی کار روستایی	انگلیسی	مطالعه کیفی، برگزاری کارگاه حضوری، بحث و تفکر، مطالعه موردی در ۵ کشور
۲	هیلتی	۲۰۲۰	سلامت از راه دور برای جمعیت‌های مختلف روستایی: صلاحیت‌های رفتاری و فرهنگی، نتایج بالینی و رویکردهای اداری	انگلیسی	مطالعه مروری
۳	فونکن	۲۰۲۰	کلیدهای گسترش نیروی کار روستایی در فرقیزستان	انگلیسی	مطالعه کیفی مشاهده‌ای
۴	دشمنگیر	۲۰۲۰	هفت دهه بهداشت اولیه در طول برنامه‌های مختلف توسعه در ایران	انگلیسی	مروری تاریخی
۵	رشیدیان	۲۰۱۹	آیا اصلاح سیستم بهداشت روستایی با هدف بهبود دسترسی به مراجعت‌های بهداشتی اولیه بر میزان بستری شدن در بیمارستان تأثیر دارد؟	انگلیسی	مطالعه کیفی، با تحلیل سری زمانی متناوب و رگرسیون مقطعی
۶	دشمنگیر	۲۰۱۹	تحلیل سیاست برنامه تحول سلامت ایران در مراقبت اولیه بهداشتی	انگلیسی	مقاله مروری
۷	حمیدزاده	۲۰۱۹	موانع جمعیت روستایی ایران برای شرکت در برنامه‌های آموزش بهداشت با یک مطالعه کیفی	انگلیسی	مطالعه کیفی، مصاحبه نیمه ساختاری
۸	سجادی	۲۰۱۹	از مراقبت‌های اولیه بهداشتی تا پوشش بهداشت جهانی در جمهوری اسلامی ایران سفر چهاردهه	انگلیسی	مروری
۹	تبریزی	۲۰۱۹	حاکمیت سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه: درک کارشناسان	انگلیسی	مطالعه کیفی، بحث گروهی متمرکز، تحلیل محتوا
۱۰	دشمنگیر	۲۰۱۹	خیلی نزدیک، خیلی دور، چهار دهه اصلاحات سیاست‌های سلامت در ایران، دستاوردها و چالش‌ها	انگلیسی	مقاله مروری ساده
۱۱	زارعی	۲۰۱۹	شیوع فرسودگی شغلی در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه و پیش‌بینی‌کنندگان آن، یک مطالعه در ایران	انگلیسی	توصیفی، مقطعی
۱۲	دهنویه	۲۰۱۹	روندهای آینده سیستم بهداشت اولیه در ایران، یک مطالعه کیفی	انگلیسی	مطالعه کیفی، مصاحبه، تجزیه و تحلیل چارچوب
۱۳	مارتینیوک	۲۰۱۹	بهبود سواد در مورد نیروی کار بهداشتی باعث بهبود استخدام، نگهداری و توانایی نیروی کار بهداشت روستایی می‌شود.	انگلیسی	مطالعه مروری

۱۴	محمدی	۲۰۱۸	بهبود توزیع خانه‌های بهداشت روستایی با استفاده از اطلاعات جغرافیایی در استان خوزستان (جنوب غربی ایران)	انگلیسی	کیفی کاربردی مشاهده‌ای
۱۵	رحمتی	۲۰۱۸	عملکرد آموزش بهداشت در خانه‌های بهداشت: یک مطالعه توصیفی از ایران	انگلیسی	مطالعه کمی توصیفی
۱۶	ناصری اصل	۲۰۱۸	سیستم ارجاع در روستاهای ایران: پیشنهاد‌های بهبود	انگلیسی	مطالعه کیفی، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، بحث گروهی متمرکز،
۱۷	مک فیل بل	۲۰۱۸	رویکرد «همه آموزش می‌دهند، همه یاد می‌گیرند» برای تقویت ظرفیت تحقیق در بهبود کیفیت مداوم مراقبت‌های بهداشتی اولیه بومی	انگلیسی	مطالعه مروری
۱۸	لایل	۲۰۱۷	ارزیابی‌ها درباره اجرای مدل‌های جدید در مراقبت‌های بهداشتی اولیه روستایی و از راه دور به ما چه می‌گویند؟	انگلیسی	مطالعه مروری
۱۹	کشوری	۲۰۱۶	تجربه بهورزان (ارائه دهندگان مراقبت‌های اولیه ایران) از ارائه خدمات بهداشتی اولیه در خانه‌های بهداشت.	انگلیسی	مطالعه کیفی، تحلیل محتوا، روش مصاحبه شخصی و گروهی
۲۰	نکوئی مقدم	۲۰۱۶	یک مطالعه کیفی در مورد منابع انسانی برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران	انگلیسی	مطالعه کیفی، بحث گروهی و مصاحبه‌های عمیق و تحلیل چارچوب
۲۱	امیری	۲۰۱۶	فرسودگی شغلی و عوامل مؤثر بر آن در بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه بهداشتی در شمال شرق ایران	انگلیسی	مقطعی کاربردی
۲۲	صالحی زلانی	۲۰۱۶	عوامل تأثیرگذار بر عملکرد کارکنان بهداشت جامعه در مناطق روستایی ایران	انگلیسی	مطالعه مروری
۲۳	بیجاری	۲۰۱۶	شیوع سندرم فرسودگی شغلی و عوامل مرتبط با آن در میان کارکنان بهداشت روستایی (بهورزان) در خراسان جنوبی	انگلیسی	مطالعه توصیفی، مقطعی
۲۴	استراسر	۲۰۱۶	دسترسی و سیاست مراقبت‌های بهداشتی روستایی در کشورهای در حال توسعه	انگلیسی	مروری
۲۵	زنگانه بایگی	۲۰۱۵	ابعاد ساختاری و زمینه‌ای سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران در سطح محلی	انگلیسی	مطالعه توصیفی، مقطعی، نمونه‌گیری چند مرحله‌ای
۲۶	راهبر	۲۰۱۵	درسهایی برگرفته از مدل سیستم آموزشی برای آموزش کارکنان بهداشت جامعه در خانه‌های بهداشت روستایی ایران	انگلیسی	مطالعه کیفی؛ جمع‌آوری نظرات خبرگان
۲۷	صدوقی	۲۰۱۵	تحلیل دسترسی جغرافیایی به خانه‌های بهداشت روستایی با استفاده از سیستم اطلاعات مکانی یک مطالعه موردی: استان خوزستان، جنوب غربی ایران	انگلیسی	مطالعه توصیفی؛ کاربردی، مقطعی
۲۸	پوردولتی	۲۰۱۳	ارزیابی بارکاری مورد نیاز برای تخمین نیروی انسانی خانه‌های بهداشت در روستاهای ایران	انگلیسی	مطالعه کیفی، موردی
۲۹	عباس‌زاده	۲۰۱۳	تغییر روند مراقبت: مفهوم جدیدی در مراقبت‌های بهداشتی روستایی ایران	انگلیسی	مطالعه کیفی، مصاحبه نیمه‌ساختارمند؛ تحلیل محتوا
۳۰	راسل	۲۰۱۳	کمک به سیاست‌گذاران در رفع مشکلات دسترسی بهداشتی روستایی	انگلیسی	مقاله مروری
۳۱	گوریویچ	۲۰۱۲	دستیابی به تعالی در مراکز بهداشت جامعه، پیامدهای اصلاح بهداشت	انگلیسی	کیفی، مداخله‌ای
۳۲	بایک	۲۰۱۲	چگونه خدمات کوچک مراقبت‌های بهداشتی اولیه روستایی خود را در یک محیط سیستم بهداشتی که به طور مداوم در حال تغییر است، حفظ می‌کند؟	انگلیسی	مطالعه کیفی، ارزیابی طولی ۶ ساله
۳۳	شعبانی	۲۰۱۰	ارزیابی مدیریت اطلاعات از خانه‌های بهداشت تا مرکز بهداشت قزوین در سال ۲۰۰۸	انگلیسی	مطالعه کمی توصیفی
۳۴	موراوسکی	۲۰۰۹	بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی روستایی، حداکثر پوشش مشکل بهبود شبکه	انگلیسی	مطالعه مروری

*نتایج حاصل از بررسی مطالعات پیشین نشان می‌دهد استراتژی‌های اصلی تعالی خانه‌های بهداشت روستایی عبارتند از:

- ۱) استراتژی بهبود رفتار ارائه دهنده خدمت؛
- ۲) استراتژی بهبود فناوری اطلاعات؛
- ۳) استراتژی بهبود کیفیت خدمات مراقبت؛
- ۴) استراتژی بهبود مشارکت جامعه؛
- ۵) استراتژی بهبود شرایط کاری؛
- ۶) استراتژی بهبود پشتیبانی و انگیزشی؛
- ۷) استراتژی بهبود حاکمیت و رهبری

که هر کدام توسط یک سری استراتژی‌های فرعی مشخص می‌گردد. استراتژی‌های فرعی تعالی خانه‌های بهداشت روستایی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲: استراتژی‌های تعالی خانه‌های بهداشت روستایی		
ردیف	استراتژی اصلی تعالی خانه‌های بهداشت روستایی	استراتژی‌های فرعی
۱	بهبود رفتار ارائه دهنده خدمت	<p>- کنترل مثبت و خودکارآمدی بهورزان (۲۳)</p> <p>- توجه به جنبه کیفی قدرت (دانش، مهارت، نگرش و باور خاص) بهورزان (۲۸-۲۴)</p> <p>- استخدام نیروی انسانی بومی (۲۹)</p> <p>- توسعه سیستم آموزشی بهورزی با اهداف یادگیری در حیطه‌های شناختی، احساسی و حرکتی روانی (۲۹، ۳۰)</p> <p>- توسعه مهارت ارتباطی و اجتماعی بهورز و افزایش اعتماد متقابل بین بهورزان و روستائیان (۳۱)</p> <p>- برقراری روابط استراتژیک با ذی‌نفعان و صاحبان قدرت روستایی (۳۲، ۳۳)</p> <p>- بهبود شرایط زندگی (۲۳، ۲۷، ۳۴)</p>
۲	بهبود فناوری اطلاعات	<p>- ارتقاء فن‌آوری یادگیری از راه دور (۲۹)</p> <p>- مرتبط نمودن سیستم آموزشی بهورزان با سیستم بهداشتی و زیر سیستم‌ها (۲۹، ۳۵)</p> <p>- جمع‌آوری آمار دقیق، به روز و کامل در مورد وضعیت جمعیت، مراقبت گروه هدف، توزیع خانه‌های بهداشت و دسترسی به آنها در سطح نظارتی (۳۲، ۳۶)</p> <p>- اجرای کامل سیستم ارجاع الکترونیک (۳۷)</p> <p>- آموزش ضمن خدمت در زمینه اطلاعات سلامت برای کارکنان و مدیران (۳۴)</p> <p>- پشتیبانی کامل سامانه‌های جاری ثبت الکترونیک اطلاعات برای تصمیم‌سازی (۳۷)</p> <p>- قابلیت یادآوری خودکار به خدمت گیرنده برای دریافت مراقبت (۳۷)</p> <p>- تعیین ردیابی و تسهیل پیگیری گیرندگان خدمت به صورت الکترونیک (۳۷)</p> <p>- تأمین زیرساخت‌ها برای مراقبت از راه دور با دریافت علائم اختلالات و ارائه مشاوره (۲۴)</p>
۳	بهبود کیفیت مراقبت	<p>- دسترسی در ابعاد (آگاهی، مقبولیت، به موقع بودن، فاصله از محل اقامت، مقرون به صرفه بودن، جغرافیا، موانع طبیعی) (۱۹، ۲۷، ۳۸)</p> <p>- توجه به جنبه‌های ایمنی مراقبت (۲۶)</p> <p>- یکپارچگی خدمات بهداشت روستایی (۲۳، ۲۶)</p> <p>- نیازسنجی آموزشی و آموزش براساس نیاز (۲۹)</p> <p>- مسئولیت‌پذیری اجتماعی مسئولین آموزش روستایی (۳۹)</p> <p>- آموزش مبتنی بر نتیجه (۳۹)</p> <p>- ارزیابی عملکرد بهورزان با استفاده از ارزیابی آموزش مرجع (۲۹، ۴۰)</p> <p>- استفاده از مدل آموزش آشناری (۲۵)</p> <p>- استانداردها و تعریف مجدد بسته‌های خدمات مراقبت بهداشتی در PHC^۱ (۲۹، ۳۴، ۳۵، ۴۱)</p> <p>- پای بندی به اصول یک راهنمای جامع (۴۲)</p> <p>- سی‌اثر کردن عوامل تقابل با سیاست‌های بهداشتی (۳۹)</p> <p>- مداخله زود هنگام و بهبودی (۲۴)</p> <p>- مدیریت مطلوب بیماران پرخطر (۳۷)</p> <p>- تسهیل بروز ابتکارات با کیفیت (۳۷)</p> <p>- کاهش زمان انتظار بیمار (۳۷)</p> <p>- خودارزیابی سازمانی (۳۷)</p>

^۱. Waterfall training

^۲. Primary Health care

		- ایجاد تعهد در تکمیل صادقانه و آگاهانه چک لیست خودارزیابی ۳ (۳۷)
۴	بهبود مشارکت جامعه	- ارتقاء سطح سواد گیرندگان خدمت (۲۳، ۳۰) - انتخاب مناسب دانش آموزان بهورز از سطح جامعه (۲۹) - نیازسنجی آموزشی جامعه و آموزش براساس اولویتهای آموزشی مردم (۲۵، ۳۱، ۳۷، ۴۰، ۴۳) - آموزش مبتنی بر شواهد (۲۵، ۴۳) - شناسایی افراد توانمند در ارائه شواهد کافی برای اقدام مناسب در اصلاحات (۴۰، ۴۴) - مشارکت دادن سازمان های مستقل در سیستم نظارت و ارزیابی مبتنی بر نتیجه با توجه به ماهیت PHC (۴۰) - آموزش فرهنگ مشارکت در شناسایی و تأمین نیازهای بهداشتی (۳۲) - انجمن فعال مشارکت برای شناسایی اولویت ها و نیازهای بهداشتی خاص منطقه و جذب محلی (۳۹، ۴۵) - افزایش سواد بهداشتی سایر نهادهای واقع در روستا (۳۰)
۵	بهبود شرایط کاری	- استفاده از افراد با تحصیلات عالی و توانمند (مانند پرستاران یا کارشناسان بهداشت عمومی) برای کمک به بهورزان (۲۳، ۳۹) - تعیین مکان مناسب بهداشتی با فرض مناسب بودن سیستم جاده ای (۴۶) - هشدار مداوم به فعالان محیط زیست (۳۲) - آموزش مهارت های برتر به نیروی انسانی موجود (۴۷) - تأمین تجهیزات بهداشتی اولیه مناسب (۴۷) - تنظیمات مناسب بین اهداف و استراتژی با ساختار سازمانی (۴۸)
۶	بهبود پشتیبانی و انگیزشی	- افزایش امکانات رفاهی برای بهورزان (مثل: تأمین مسکن، خدمات بهداشتی رایگان، امکانات مدرسه برای فرزندان آنان، تأمین هزینه حمل و نقل (۱۹، ۲۳، ۲۵، ۳۷) - توزیع مناسب منابع (۲۳) - اعطای پاداش های مالی هدفمند (۲۳، ۳۵) - سهولت در ارائه امکانات پشتیبانی قوی (۳۷) - ظرفیت سازی تحقیق در زمینه بهداشت روستایی (۲۵، ۳۳، ۳۸) - دادن امتیاز به کارکنانی که زندگی و کارشان در منطقه روستایی است (۳۹) - بهبود مستمر منابع (۳۳) - پشتیبانی حرفه ای نیروی روستایی (۴۷)
۷	بهبود حاکمیت و رهبری	- روش مبتنی بر نیاز استاندارد برای تعیین تعداد و جنسیت نیروی خانه بهداشت (۲۳، ۲۷) - اصلاحات مبتنی بر شواهد (۲۹، ۴۰) - سیستم مجهز غیر متمرکزتر با ابزارهای تصمیم گیری برای توسعه (۲۹، ۴۸) - در اولویت قراردادن اثرات کارایی اصلاحات نسبت به اثرات دسترسی آن برای همگان (۴۹) - ارزیابی نیاز برای پست های مختلف شغلی (۳۵) - تقویت ظرفیت مدیریت سیستم از طریق استفاده از مدیران واجد شرایط (۳۵، ۴۴) - جلوگیری از تغییرات مکرر در برنامه ریزی و ساختار تأمین بهداشت (۴۲) - پرورش رهبران بهداشتی قوی و قهرمانانی متعهد با بینش در سیستم بهداشتی (۲۶، ۳۲) - شناسایی و تجزیه و تحلیل روند حاکم بر PHC و تنظیم سیاست های آینده براساس این روندها (۳۴) - سیستم پرداخت مبتنی بر ارزش نه مبتنی بر حجم ارائه خدمات (۳۴) - مدیریت اثبات (۳۴) - اصلاح ساختار و نقش ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی متناسب با روند (۳۴) - استفاده از مکانیسم های نظارتی هدفمند (۳۲، ۳۴) - حاکمیت مسئولانه مسئولین نظارت (۳۹) - انطباق و پیاده سازی مدل های جدید مراقبت بهداشتی با اشکال محلی در مناطق روستایی (۲۵، ۲۸، ۳۴، ۳۹، ۴۵) - افزایش مهارت های رهبری در مدیران از جمله احترام، اعتماد و ایجاد انگیزه در نیروهای تحت امر (۲۵)

3-Self-assessment checklist

References

1. Doshmangir L, Bazyar M, Majdzadeh R, Takian A. So near, so far: four decades of health policy reforms in Iran, achievements and challenges. *Archives of Iranian medicine*. 2019;22(10):592-605.
2. Malekafzali H. Primary Health care in Islamic Republic of Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2014;12(2):1-10.
3. Naseriasl M, Janati A, Amini A, Adham D. Referral system in rural Iran: improvement proposals. *Cadernos de saude publica*. 2018;34:e00198516.
4. Mitchell O, Malatzky C, Bourke L, Farmer J. A modified Continuous Quality Improvement approach to improve culturally and socially inclusive care within rural health services. *Australian Journal of Rural Health*. 2018;26(3):206-210.
5. Samiee Roudi K, Peyman N. Understanding the Concept of Health Literacy by Health Personnel: A Qualitative Content Analysis. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2020;8(1):22-32.
6. Amiri M, Khosravi A, Eghtesadi AR, Sadeghi Z, Abedi G, Ranjbar M, et al. Burnout and its influencing factors among primary health care providers in the north east of Iran. *PloS one*. 2016;11(12):e0167648.
7. Zanganeh Bagigh M, Khammarnia M, Payvand M, Ravangard R, Azarang M. A Review of the Timing and Performance Calibration of Health Care Workers' Activities of Health Homes in 2018. *Sadra Medical Journal*. 2018;7(1):11-22.
8. Geleto A, Chojenta C, Musa A, Loxton D. Barriers to access and utilization of emergency obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa: a systematic review of literature. *Systematic reviews*. 2018;7(1):1-14.
9. Tabrizi JS, Pourasghar F, Nikjoo RG. Status of Iran's primary health care system in terms of health systems control knobs: a review article. *Iranian journal of public health*. 2017;46(9):1156.
10. Maleki M, Mohaghegh B, Abbasi Z, Tabatabaee S, Tabatabaee Zavareh F, Khadem Ahmadabadi M, et al. Determining the midwifery staff in the maternity ward of hospitals using the birth rate model. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2020;22(1):259-267.
11. Hajiebrahimi Z, Mahmoodi G, Abedi G. Care management process of breast cancer in primary health-care system, Golestan Province, Iran, 2013–2014. *Journal of family medicine and primary care*. 2017;6(4):798-802.
12. haghdoost aa, asadi lari M, Harirchi i, Ahmadnezhad e. Universal Health Coverage Road Map in Eastern Mediterranean Region: Brief Report on Ministerial Meeting, 03-05 September (2018), Salaleh, Oman. *Hakim Research Journal*. 2018;21(2):147-152.
13. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet*. 2018;392(10156):1461-1472. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31829-4.
14. porter ME, Tizberg E. *Health Management Strategy*. 2 ed. 1, editor. tehran: fara; 2015. 226 p.
15. Zargar S, Faghani K, Mahmudi G. Assessing the role of the EFQM excellence model in organizational viability. *World Applied Sciences Journal*. 2011;14(7):987-995.
16. Mohamed MS, Khalifa GS, Nusari M, Ameen A, Al-Shibami AH, Abu-Elhassan A. Effect of Organizational Excellence and Employee Performance on Organizational Productivity Within Healthcare Sector in the UAE. *Journal of Engineering and Applied Sciences*. 2018;13(15):6199-6210.
17. Shabani M, Niaz Azeri K, Enayati T. Organizational Excellence as an Innovative Approach to Health system. *Clinical Excellence*. 2019;8(4):9-17.
18. Abedi G, Esmaeili Seraji Z, Mahmoudi G, Jahani M, Abbasi M. Evaluating the Implementation of Family Physician Program in Urban and Rural Areas of Mazandaran Province Based on Process Approach. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2020;22(1):126-134.
19. Mohammadi A, Valinejadi A, Sakipour S, Hemmat M, Zarei J, Majdabadi HA. Improving the distribution of rural health houses using elicitation and GIS in Khuzestan province (the southwest of

- Iran). *International journal of health policy and management*. 2018;7(4):336-344.
20. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M, et al. Primary health care as a foundation for strengthening health systems in low-and middle-income countries. *Journal of general internal medicine*. 2017;32(5):566-571.
 21. Abimbola S, Olanipekun T, Schaaf M, Negin J, Jan S, Martiniuk AL. Where there is no policy: governing the posting and transfer of primary health care workers in Nigeria. *The International journal of health planning and management*. 2017;32(4):492-508.
 22. Thomas SL, Wakerman J, Humphreys JS. Ensuring equity of access to primary health care in rural and remote Australia-what core services should be locally available? *International journal for equity in health*. 2015;14(1):1-8.
 23. Keshvari M, Mohammadi E, Farajzadegan Z, Zargham-Boroujeni A. Experience of Behvarzes (Iranian primary healthcare providers) from giving primary health services in health houses. *Journal of education and health promotion*. 2016;7(5). DOI: 10.4103/2277-9531.184569.
 24. Hilty DM, Gentry MT, McKean AJ, Cowan KE, Lim RF, Lu FG. Telehealth for rural diverse populations: telebehavioral and cultural competencies, clinical outcomes and administrative approaches. *Mhealth*. 2020;20(6):1-19.
 25. Abelsen B, Strasser R, Heaney D, Berggren P, Sigurdsson S, Brandstorp H, et al. Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human Resources for Health*. 2020;18(1):1-10.
 26. Sajadi HS, Majdzadeh R. From primary health care to universal health coverage in the Islamic Republic of Iran: a journey of four decades. *Archives of Iranian medicine*. 2019;22(5):262-268.
 27. Doulati SP, Shahgoli JF, Jahanbin H, Kousha A, Tabrizi JS. The assessment of needed workload for manpower approximation in health houses in Iran's villages. *Eur J Sci Res*. 2013;114:139-148.
 28. Abbaszadeh A, Eskandari M, Borhani F. Changing the care process: A new concept in Iranian rural health care. *Asian nursing research*. 2013;7(1):38-43.
 29. Rahbar M, Ahmadi M. Lessons learnt from the model of instructional system for training community health workers in rural health houses of Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015;17(2):e2145.
 30. Martiniuk A, Colbran R, Ramsden R, Karlson D, O'Callaghan E, Lowe E, et al. Hypothesis: improving literacy about health workforce will improve rural health workforce recruitment, retention and capability. *Human Resources for Health*. 2019;17(1):1-6.
 31. Hamidzadeh Y, Hashemiparast M, Hassankhani H, Allahverdipour H. Obstacles for Iranian rural population to participate in health education programmes: a qualitative study. *Family Medicine and Community Health*. 2019;7(1):1-6.
 32. Buykx P, Humphreys JS, Tham R, Kinsman L, Wakerman J, Asaid A, et al. How do small rural primary health care services sustain themselves in a constantly changing health system environment? *BMC Health Services Research*. 2012;12(1):81-87.
 33. McPhail-Bell K, Matthews V, Bainbridge R, Redman-MacLaren ML, Askew D, Ramanathan S, et al. An "all teach, all learn" approach to research capacity strengthening in indigenous primary health care continuous quality improvement. *Frontiers in public health*. 2018;6:107-117.
 34. Dehnavieh R, Khosravi S, Mehrolihasani MH, Haghdoust A, Amini S. Future trends of the primary healthcare system in Iran: A qualitative study. *International Journal of Preventive Medicine*. 2019;10:158.
 35. Nekoei Moghadam M, Amiresmaili M, Sadeghi V, Zeinalzadeh AH, Tupchi M, Parva S. A qualitative study on human resources for primary health care in Iran. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2018;33(1):e38-e48.
 36. Sadoughi F, Zarei J, Mohammadi A, Hataminejad H, Sakipouri S. Analysis of geographical accessibility to rural health houses using the geospatial information system, a case study: Khuzestan Province, south-west Iran. *Acta Medica Mediterranea*. 2015;31(7):1447-54.
 37. Gurewich D, Capitman J, Sirkin J, Traje D. Achieving excellence in community

- health centers: implications for health reform. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2012;23(1):446-459.
38. Russell DJ, Humphreys JS, Ward B, Chisholm M, Buykx P, McGrail M, et al. Helping policy-makers address rural health access problems. *Australian Journal of Rural Health*. 2013;21(2):61-71.
 39. Strasser R, Kam SM, Regalado SM. Rural health care access and policy in developing countries. *Annual review of public health*. 2016;37:395-412.
 40. Doshmangir L, Moshiri E, Mostafavi H, Sakha MA, Assan A. Policy analysis of the Iranian Health Transformation Plan in primary healthcare. *BMC health services research*. 2019;19(1):1-8.
 41. Zalani GS, Bayat M, Shokri A, Mirbahaeddin SE, Rasi V, Alirezaei S, et al. Affecting factors on the performance of community health workers in Iran's rural areas: a review article. *Iranian journal of public health*. 2016;45(11):1399-1410.
 42. Doshmangir L, Moshiri E, Farzadfar F. Seven Decades of Primary Healthcare during Various Development Plans in Iran: A Historical Review. *Archives of Iranian Medicine*. 2020;23(5):338-352.
 43. Rahmati-Najarkolaei F, Rakhshani T, Tavafian SS, Tavakoli M, Sobati H. Health education performance in health houses: a descriptive study from Iran during April-September 2011. *Shiraz E-Med J*. 2018;19(4):e13940.
 44. Tabrizi JS, Pourasghar F, NIKJOO RG. Governance of Iranian Primary Health Care System: Perceptions of Experts. *Iranian Journal of Public Health*. 2019;48(3):541-548.
 45. Lyle D, Saurman E, Kirby S, Jones D, Humphreys J, Wakerman J. What do evaluations tell us about implementing new models in rural and remote primary health care? Findings from a narrative analysis of seven service evaluations conducted by an Australian Centre of Research Excellence. *Rural and remote health*. 2017;17(3):3926.
 46. Murawski L, Church RL. Improving accessibility to rural health services: The maximal covering network improvement problem. *Socio-Economic Planning Sciences*. 2009;43(2):102-110.
 47. Fonken P, Bolotskih I, Pirnazarova G, Sulaimanova G, Talapbek Kyzy S, Toktogulova A. Keys to Expanding the Rural Healthcare Workforce in Kyrgyzstan. *Frontiers in Public Health*. 2020;8(1):447-457.
 48. Baygi MZ, Seyedin H, Salehi M, Sirizi MJ. Structural and contextual dimensions of Iranian primary health care system at local level. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015;17(1):e17222.
 49. Rashidian A, Salavati S, Hajimahmoodi H, Kheirandish M. Does rural health system reform aimed at improving access to primary health care affect hospitalization rates? An interrupted time series analysis of national policy reforms in Iran. *Journal of health services research & policy*. 2019;24(2):73-80.
 50. McCullough K, Whitehead L, Bayes S, Williams A, Cope V. The delivery of Primary Health Care in remote communities: A Grounded Theory study of the perspective of nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 2020;102:103474.
 51. Baker JA, Canvin K, Berzins K. The relationship between workforce characteristics and perception of quality of care in mental health: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;100:103412.
 52. Grande D, Luna Marti X, Feuerstein-Simon R, Merchant RM, Asch DA, Lewson A, et al. Health Policy and Privacy Challenges Associated With Digital Technology. *JAMA network open*. 2020;3(7):e208285.
 53. Afrizal SH, Handayani PW, Hidayanto AN, Eryando T, Budiharsana M, Martha E. Barriers and challenges to Primary Health Care Information System (PHCIS) adoption from health management perspective: a qualitative study. *Informatics in Medicine Unlocked*. 2019;17:100198.
 54. Asadi F, Hosseini A, Moghaddasi H, Nasr Haydarabadi N. Primary health care information systems in health centers of Tehran, Iran. *Health Inform Manage*. 2013;9(1):1-10.
 55. Ratcliffe HL, Schwarz D, Hirschhorn LR, Cejas C, Diallo A, Elorrio EG, et al. PHC Progression Model: a novel mixed-methods tool for measuring primary health care system capacity. *BMJ global health*. 2019;4(5):e001822.
 56. Yazdi-Feyzabadi V, Emami M, Mehrolhassani MH. Health information system in primary health care: the challenges and barriers from local providers' perspective of an area in Iran.

- International journal of preventive medicine. 2015;6:57.
57. Nymberg VM, Bolmsjö BB, Wolff M, Calling S, Gerward S, Sandberg M. 'Having to learn this so late in our lives...' Swedish elderly patients' beliefs, experiences, attitudes and expectations of e-health in primary health care. *Scandinavian journal of primary health care*. 2019;37(1):41-52.
 58. Gage AD, Leslie HH, Bitton A, Jerome JG, Thermidor R, Joseph JP, et al. Assessing the quality of primary care in Haiti. *Bulletin of the World Health Organization*. 2017;95(3):182-190.
 59. Rezapour R, Tabrizi JS, Farahbakhsh M, Saadati M, Abdolahi HM. Developing Iranian primary health care quality framework: a national study. *BMC public health*. 2019;19(1):911-921.
 60. Dassah E, Aldersey H, McColl MA, Davison C. Factors affecting access to primary health care services for persons with disabilities in rural areas: a "best-fit" framework synthesis. *Global health research and policy*. 2018;3(1):36-49.
 61. Cumber SN, Ndenkeh. JJN, Tsoka-Gwegweni. JM, Thomas A V. Ameliorating Access to Primary Health Care Services in Cameroon. *International Journal of Advanced Research(IJAR)*. 2017;5(5):71-75.
 62. Yaghoubian S, Mahmoudi G, Jahani MA. The Requirements of Strategic Purchasing of Health Services for Cancer Patients: A Qualitative Study in Iran. *The Health Care Manager*. 2020;39(1):35-45.
 63. Hoseini Rostami F, Jahani MA. Analysis of Service Quality Gap between Perceptions and Expectations of Service Recipients using SERVQUAL Approach in Selected Hospitals in Golestan Province. 2018;6(1):58-67.
 64. Ward PR. Improving Access to, Use of, and Outcomes from Public Health Programs: The Importance of Building and Maintaining Trust with Patients/Clients. *Front Public Health*. 2017;8;5:22.
 65. Bazargani H, Saadati M, Tabrizi J, Farahbakhsh M, Golestani M. 40 years after Alma Ata: How people trust in primary health care? 2020;20(1):942-947.
 66. Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health policy and planning*. 2014;29(2): 98-106.
 67. Freeman T, Baum FE, Jolley GM, Lawless A, Edwards T, Javanparast S, et al. Service providers' views of community participation at six Australian primary healthcare services: scope for empowerment and challenges to implementation. *The International journal of health planning and management*. 2016;31(1):E1-E21.
 68. Kilewo EG, Frumence G. Factors that hinder community participation in developing and implementing comprehensive council health plans in Manyoni District, Tanzania. *Global health action*. 2015;8(1):26461-26472.
 69. Mubita A, Libati M, Mulonda M. The importance and limitations of participation in development projects and programmes. *European Scientific Journal*. 2017;13(5):238-251.
 70. Sorensen G, Peters S, Nielsen K, Nagler E, Karapanos M, Wallace L, et al. Improving working conditions to promote worker safety, health, and wellbeing for low-wage workers: The workplace organizational health study. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(8):1449-1464.
 71. Haff N, Patel MS, Lim R, Zhu J, Troxel AB, Asch DA, et al. The role of behavioral economic incentive design and demographic characteristics in financial incentive-based approaches to changing health behaviors: a meta-analysis. *American Journal of Health Promotion*. 2015;29(5):314-323.
 72. Behera MR, Prutipinyo C, Sirichotiratana N, Viwatwongkasem C. Interventions for improved retention of skilled health workers in rural and remote areas. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*. 2017;10(1):16-21.
 73. Kondo KK, Damberg CL, Mendelson A, Motu'apuaka M, Freeman M, O'Neil M, et al. Implementation processes and pay for performance in healthcare: a systematic review. *Journal of general internal medicine*. 2016;31(1):61-69.
 74. Li X, Krumholz HM, Yip W, Cheng KK, De Maeseneer J, Meng Q, et al. Quality of primary health care in China: challenges and recommendations. *Lancet*. 2020;395(10239):1802-1812.