Provision of Disrupted Essential Health Services during COVID-19 Pandemic in the Islamic Republic of Iran: The Third Phase of National Mobilization against COVID-19

Jafar Sadegh Tabrizi, Ardeshir Khosravi, Alireza Raeisi, Amin Ataey, Azizollah Atefi, Babak Farrokhi, Hossein Kazemeini, Elaheh Kooshha, Azadeh Dormiani, Elham Rashidin

Background. COVID-19 is a global pandemic and has plagued many countries with unprecedented management problems. The rapid spread of COVID-19 around the world has reduced the ability of countries to address and respond to essential health services. Most countries have taken steps to prevent the spread of COVID-19 and improve essential services. The National Mobilization Plan (NMP) against COVID-19 in Iran’s healthcare system was implemented in 5 stages until September 2021. This study aimed to assess and review medical universities’ performance in the third step of management and control of COVID-19 to provide documents and reports to be used in similar experiences.

Methods. This research is a cross-sectional descriptive study. Data were obtained from electronic records at the primary health care facilities and were analyzed and reported using descriptive statistical methods, including comparative tables and graphs. In order to prepare the report, Excel 2016 software was used. The third step of the NMP against COVID-19 was implemented from August 10, 2020, to November 10, 2020. In this step, while re-emphasizing the importance and necessity of verbal and laboratory screening of COVID-19, essential health services provision was highlighted as “in-person and remote services” for the covered population.

Results. In the third step of national mobilization, 59,109,413 people were screened for COVID-19. During the third step, non-COVID essential services increased compared to the previous three months, with the most significant increase in middle-aged care.

Conclusion. Implementing the third step of NMP against COVID-19 in Iran increased the healthcare service delivery to all target groups, indicating the effectiveness of the third step in the fight against COVID-19 and the provision of Essential Health Services.

Extended Abstract

Background

The pandemic of COVID-19 has caused unprecedented challenges in the management of health care in several countries throughout the world. Management of the prevention and treatment of COVID-19 is directly related to people’s quality of life. The rapid spread of COVID-19 around the world has reduced the ability of countries to address and respond to essential health services (EHS). Most countries have taken steps to prevent the spread of COVID-19 and improve the provision of essential services. The National Mobilization Plan (NMP) against COVID-19 in Iran’s healthcare system was implemented in 5 stages until the spring of 2021. This study aimed to conduct an assessment and review of the performance of medical universities across the country in the third step of NMP against COVID-19 to provide documentation and report to be used in similar experiences.

Methods

This cross-sectional descriptive study examined the third step in the NMP against COVID-19 at the national and subnational levels from August 10, 2020, to November 10, 2020. In this step, while re-emphasizing...
the importance and necessity of screening in the third stage of COVID-19, we emphasized the provision of EHS, such as “in-person and remote services,” for the covered population.

The data were obtained from the electronic databases of the primary healthcare facilities. Data were analyzed and reported using descriptive statistical methods, including comparative tables and graphs. Microsoft Excel version 2016 was used to prepare the report. Only three electronic file systems were active in Iran during the implementation of the third step. Sina system for Mashhad University of Medical Sciences, Nab system for Golestan University of Medical Sciences, and Sib system for other universities / medical schools across the country.

This article reviewed in-person services, remote services, screening of the covered population by a health care provider or health worker, doctor visits, and care in selected comprehensive health centers of COVID-19 (16 or 24 hours).

In-person services include child and infant care, diabetics, hypertensive patients, pregnant women, and vaccinations. Remote essential services provided by phone include adolescent, youth, and middle-aged care, pre-pregnancy, childbirth, mental health, and nutrition counseling.

Results

In the third step, 59,109,413 people were screened for COVID-19 disease, including 5,081,924 elders, 5,485,091 people with diabetes, 2,913,053 people with high blood pressure, 32,114 people with body mass index greater than 40, 541,315 pregnant women, 2,291,764 foreign nationals and 46,739,695 other people. In this step, compared to the previous three months, the number of healthcare staff and EHS provided in all age groups increased. However, the number of services provided for children (0-5 years old) and adolescents (5-18 years old), declined by 4.4 and 13.4 %, respectively.

The highest increase was related to middle-aged services (30 to 60 years) in both the number of services (57.4%) and the number of people (38.9%), followed by the number of young people (50.4%). Comparison of the number of people employed and the number of EHS in the third step and comparison with the previous year on the same date showed that except for the middle-aged and elderly group in other groups, the number of people and the number of services in adolescent services (32.1%) and then child services (28.2%) have decreased compared to last year.

About 47.8% of the people who visited the selected COVID-19 centers had no problems. 45.2% of the people who visited the selected COVID-19 centers needed to be tested. Also, 3.1% of those who visited the selected centers received outpatient drug treatment. Almost 4% of people who visited the selected centers were referred to selected hospitals, and 26.7% were admitted.

Around 1.5% of people screened by a healthcare provider had at least one suspected symptom. Of the total screened population, 0.18% of those screened by a healthcare provider were referred to a physician.

About 541,315 pregnant women were screened by a non-physician (health worker), 3.5% (19048) were found pregnant, of whom 2.7% (15108) were referred to a physician, and 0.5% (2,897 people) were hospitalized.

Conclusion

Based on the planning in the third step, besides providing COVID-19 services, other health services were provided in person or remotely (by telephone or online consultation) on a priority basis. Remote services included adolescents’ care and care for young and middle-aged groups. Our study showed that the number of people receiving EHS in all three groups increased three months after implementing the third step. In the face-to-face service, if people did not show up, they were called by phone to make an appointment and receive the service, including care of mother and child. Three months after implementing the third step, delivery of health services increased for pregnant women and children.

Practical Implications of Research

Given the vastness of the health care network system throughout the country, primary health care can be available for everyone. Immediate response to problems necessitates enhancing primary health services by allocating human resources and physical equipment.

Ethical Considerations

Since this article is prepared based on aggregated data in different systems, there was no need to obtain informed consent or approval from the ethics committee.

In this study, the data extracted from the systems of the Ministry of Health have been used only for the study.

Conflict of Interest

The authors hereby declare that this work results from an independent study and has no conflict of interest with other organizations and individuals.

Acknowledgment

We would like to thank the deputy for public health and all the staff of medical sciences universities across the country, who played a crucial role in compiling the data for this report.
ارائه خدمات اساسی سلامت جامعه‌داری در طی هم‌هه گی‌وه 19-12 در جمهوری اسلامی ایران: گام سوم دی‌لی‌mutual الموافقت با کووید-۱۹

مقدمه
امروزه با توجه به کشورها دچار حوادث ویروس کووید-۱۹ می‌باشند که باعث آغوش شده و افراد به شدت در صورت بیماری انتقال می‌دهند. این موضع کشورها با توجه به منابع متعددی از جمله سازمان جهانی بهداشت، دانشکده‌های پزشکی و وزارت بهداشت در ایران، اقداماتی در حوزه بهداشت و درمان بهداشتی می‌گیرند که به دنبال کاهش آمار ابتلا و انتقال مصرف مواد است. هذه اقدامات شامل اعمالهای علوم پزشکی در کشور از طریق عملکرد و ارائه خدمات بهداشتی و درمان در همه گروه‌های انسانی در تمامی جهان است. این مقاله با اجرای برنامه‌های فوق‌العاده در حوزه بهداشت و درمان، به کاهش آمار ابتلا و انتقال مصرف مواد در همه گروه‌های انسانی کمک می‌کند.

چگونه
زمینه، کووید-۱۹ یک بانکی است و سیاست‌سازی از این امر را با مشکلاتی بسیاری از ساختارهای مدیریتی روبوتو کرده است. گسترش سریع کووید-19 در جهان، بر توانایی کشورها در رسیدگی و پایش کسب‌وکارها به خدمات ضروری سلامت، مورد نیاز رایج است. تأثیر گذشته و باید کاهش آن شده است. اگر گسترش مشکلاتی را با هدف جلوگیری از گسترش هم‌هه گی‌وه 19-12 و افزایش خدمات ضروری، سلامت نامناسب دانشگاههای علوم پزشکی در کشور با توجه به مطالعات در این بخش، است. هدف از این مقاله ارائه چگونگی مسئولیت از همکاری دانشگاههای علوم پزشکی در کشور به دست آورد. مقاله در صورتی آماری که با آن رابطه خاصی ندارند و یک نگاهی در طول مدت الیاشک، گام سوم مقاله کووید-19-12 است. این مقاله با اجرای برنامه‌های فوق‌العاده در حوزه بهداشت و درمان، به کاهش آمار ابتلا و انتقال مصرف مواد در همه گروه‌های انسانی کمک می‌کند.

اطلاعات مقاله
نوع مقاله: مقاله پژوهشی
مقاله پذیرش: سایه‌نامه
تاریخ پذیرش: ۱۹۹۱/۰۷/۱۹
نشریه: انتشار در خطه: ۱۹۹۱/۰۷/۱۹
کلیدواژه‌ها: کووید۱۹، گام ۳، خدمات جامع سلامت، خدمات ضروری، سلامت، گروه‌های حوزه بهداشت و درمان

کیفیت بیشتر بهترین همراه با کورنا و بررسی جدید کمک
کند. اگر کشورهای اقتصادی را به هدف جلوگیری از شیوع و گسترش هم‌هه گی‌وه 19-12 انجام داده‌اند، اقداماتی مانند تعیین فعالیت‌های آموخته‌ها و خدمات حضوری، ممکن‌ویا نتیجه‌گیری شده است. این نتیجه‌گیری خانگی و توافق با محصورگردن همایش‌های بین‌المللی و داخلی، ۱۳۰۲\(3\) بهبود و بازی از آن خدمات ضروری سلامت شده است.
خدمات برای افرادی که بیشترین نیاز را دارند، ضروری است.

در ایران استفاده از سیستم شبه بهداشتی درمانی (PHC) با کودی 19-10 در نظر گرفته شده و این سیستم نقش مهمی را در کنترل همه‌گیری کووید-19 ایفا کرده است.

به دنبال شروع کووید-19 در ایران، در کنار تلاش‌هایی که در واحدهای درمانی (کلینیک‌ها و بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی) اتفاق شد، سطح اول شبه بهداشتی درمانی شامل خانه بهداشت در روستاهای و پایگاه‌های سلامت در شهرهای مراکز مبنا، سلو، فعالیت‌های خود را با آموزش و گزارش‌ها با محوریت فرد، خانواده و جامعه در مناطق روستایی و شهری افزایش داده و همچنین بهبود سلامت سبایی و درمان ارسال شده و اطماع مرتب و وضعیت سلامت هم ایرانیان توسط مراقبین سلامت و بوتروز در سامانه مر boton به گردید.

با درآی بیماران، بیمارستان‌های مبنا، همکاری‌های و سایر اطلاعات تب شده افراد مشکوک و بیماران مبنا باید گردید.

در این راستا، بیمارستان‌ها و منابع مختلف برای ارائه خدمات بهداشتی اولیه در قالب شبکه‌های بهداشتی درمانی در سراسر کشور کنار هم قرارگیری شده است. نقش بسیار مهمی در مدیریت کووید-19 ایفا کرده است.

در جمهوری اسلامی ایران گام برای مقابل با کووید-19 تا شنبه 1400 به امام افتاده است.

گام اول مقابل با کووید-19 تحت عنوان "غرازی" شفايی علاجی خانوار و شناسایی بیماران از طریق نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه" انجام گرفته، در این (www.salamat.gov.ir) و با استفاده از دیگر سلامت کووید-10 و غرازی افراد مشکوک به بیماری کووید و غرازی شفايی تلفیقی جمعیت تحت پوشش مراقبین سلامت و بوتروز تعداد 87,410,000 درصد افراد ثبت شده در سامانه پروتئن الکترونیک سلامت مورد ارزیابی و غرازی شفايی قرار گرفته است.

در همین زمان، غرازی افرادی که بهداشت درمانی 19-10 در واحدهای سطح اول نظام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کشور را نشان دهد.

آزمایشگاه و کنترل پاندومی.
سازمان جهانی بهداشت، مبنی بر حصول اطعام از تدابیر خدمات ضروری سلامت در طول همگنی و ارزیابی تأثیر این همراهی بین این خدمات، گام سوم برای ملی مقابله با کووید-19 با هدف ارائه خدمات ضروری سلامت جامعه در کنار انجام خدمات کووید-۱۹ (غربالگری پوستی)، انجام تست تشخیصی و شناسایی بیماران درمان بیماران سرایی، مراقبت‌ها و پیگیری‌های طراحی و به‌مرحله احراز آمد. در طول گام سوم پس از مرحله لیست به‌سیره خدمات در طول یک و دوی ماه و تشکیل خدمات و مراقبت‌ها به حضوری و غیر حضوری، برنامه‌ریزی، تدوین شیوه‌های و برگزاری دوره‌های آموزشی روش‌های انجام کار، گام دوم با عنوان "غربالگری پوستی و آزمایش‌های دیگر" خدمات ضروری سلامت به صورت حضوری و غیرحضوری "ارائه خدمات جامعه" به کلیه دانشگاه‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور ابلاغ و برنامه‌ریزی و خدمات سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۹۹ اجرا شد.

در این گام ضمن تایید مجدد بر اهمیت و ضرورت غرمالگری پوستی و آزمایش‌های جمعی تحت پوشش با اولویت گروه‌های آسیب‌پذیر و در معرض خطر خدمات و مراقبت‌های جامانده از فهرست خدمات ضروری سلامت (حضوری و غیرحضوری) به‌صورت فعال ارائه گردید.

۲- فرآیند گزارش ارائه خدمات و ارجاع بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در سطح ۱ نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی کشور

در ادامه گام دوم بسیج ملی مقابله با کووید-۱۹ با سه اولویت کلیدی از ۳۳ فوراورنگ لایه ۲۰ مرداد سال ۱۳۹۹ به مرحله اجرای درامد: ۱- ارزیابی مداکتو ۲۴ ساعته افرادی که در درگاه سلامت خودزیانی را انجام داده‌اند، ۲- بررسی افراد در معرض خطر شاخص افراد بالای ۷۰ سال، مبتلاهای به بیماری‌های زیستی‌های مرده درمان، فشار خون بالا، سرطان، بیماری تنفسی، افراد با نقص ایمنی، زیان بیمار، افراد با ۴۰-۴۵، مرخصی و رنج‌بندی و بیمارستان سازمان و همکارانی با دوباره بیماران استاندارد بیماری‌های مربوط به کووید، کاشتگاه، و از کشورها و به مراکز PCR و به دانشگاه‌های منفی‌برداری در مراکز منتخب کووید-۱۹-۱۹ ابلاغ گردید. در این مرحله حدود ۴۴ میلیون نفر از جمعیت تحت پوشش توزیع مراقبین سلامت و به‌وسیله نگهداری گریالگری شدند که بیش از ۹۸ درصد این افراد اقدام مشکل که‌بودند و حدود ۴/۵ درصد از افراد غرمالگری شده جهت اقدامات بهتره به مراکز افراد مراجعه سلامت منتخب کووید-۱۹-۱۹ ارجاع داده شدند، از این تعداد نیز حدود ۹/۶ درصد این‌ها ارفع به بیمارستان‌ها و بیمارستان‌های دختری با توجه به اینکه در طول هم‌مرکزی گریالگری، بر اساس ارشد خیاطی و سیاست‌های EHS در سازمان علوم پزشکی و سلامت (EHS) به سیاست‌های بهداشتی ایمنی و سیاست‌های ارائه در خطر املا به بیماری‌ها و مشکلات عید، تقارن قرار گرفته و با توجه به توصیه

شکل ۱. فرآیند غرمالگری، ارائه خدمات و ارجاع بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در سطح ۱ نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی کشور
خدمات جامع سلامت ملی کودک-19 (16 ژانویه) / (12 ژانویه) مورد بررسی قرار گرفتند.

**خدمات حضوری**

این خدمات به صورت حضوری از طریق مراکز درمانی فرض و مراکز بهداشتی و سایر مراکز بهداشتی ارائه می‌شوند. این مراکز شامل مراکز‌های کودکان و سایر مراکز بهداشتی در سطح کشور می‌باشند. این خدمات شامل خدمات روان، خدمات زیان‌بری و خدمات سلامتی در برابر نیازهای بیماران می‌باشد.

**خدمات غیرحضوری**

این خدمات جزو خدمات ضروری بهره واره آنها به صورت تلفنی، پستال، ارائه آنها به صورت تلفنی می‌باشد. خدمات و مراقبت‌های فوق بکار بردن مراقبت‌های نوجوانان و جوانان، بیش از بارداری و زایمان، تغذیه، سلامت روان و مراقبت‌های میانسالان می‌شود.

**شکل ۲** قرارداد صنعت و میاره‌های کودک-19

روش کار

این مطالعه در دانشگاه‌های ایران و ایران دانشکده‌های علمی پزشکی سراسر کشور در باره‌های ۲۳ ماه ۱۳۷۹ تا ۱۳۷۰ آماده شده است. در این مطالعه، سلامت‌های جامع از طریق کودکان و بیمارستان‌های فردی در حال فعالیت می‌باشند. سمت‌های مربوط به آنها می‌تواند در دانشگاه‌های دانشجویی و دانشگاه‌های دانشگاهی ایران و آبادان، سایر سالن‌های دانشگاهی و سایر سالن‌های پزشکان و سایر سالن‌های پزشکان در دانشگاه‌های مادران (مانند)، توصیف شده است. این مطالعه در ارائه کار در باره‌های آمار و تحقیق تکمیل طراحی و تصحیح شده است. پژوهش‌های مربوط به این مطالعه حوزه‌های مختلف می‌شوند. تحقیق و تحلیل اطلاعات از استفاده شده است. این مطالعه به‌همراه مطالعات دیگر می‌تواند به‌عنوان یکی از مراکز اصلی در حوزه سلامت و بهداشت در ایران و آبادان به‌شمار شود.
پیشنهادات
در گام سوم از ۵۹ به ۱۰۹،۴۱۳ نفر در این پروپاگری شدن که از این تعداد ۹۰،۸۹۴ نفر افراد مبتلا به دیابت و فشارخون بالا، ۳۷،۱۱۴ نفر افراد با تعداد بدنی چستر از ۴۰، زنان بالارد ۵۴۱،۳۱۵ نفر و ۲،۲۹۱،۷۶۴ نفر اتباع خارجی بودند (جدول ۱).

جدول ۱. تعداد غیربالارگی در گام شده کووید-۱۹ به تفکیک گروه‌های هدف

| گروه هدف | تعداد غیربالارگی در گام سوم |
|-----------|-----------------------------|
| مسلمانان | ۵۰۸،۹۴۵                      |
| افراد مبتلا به دیابت | ۱۵۰،۸۰۹                  |
| افراد مبتلا به فشارخون بالا | ۲۹۳،۱۳۸                  |
| افراد با تعداد بدنی چستر از ۴۰ | ۳۲،۱۱۴                    |
| زنان بالارد | ۵۴۱،۳۱۵                  |
| اتباع خارجی | ۲،۲۹۱،۷۶۴                |
| سایر | ۵۹،۱۰۹،۴۱۳                |

در گام سوم از ۵۹ به ۱۰۹،۴۱۳ نفر در این پروپاگری شدن که از این تعداد ۹۰،۸۹۴ نفر افراد مبتلا به دیابت و فشارخون بالا، ۳۷،۱۱۴ نفر افراد با تعداد بدنی چستر از ۴۰، زنان بالارد ۵۴۱،۳۱۵ نفر و ۲،۲۹۱،۷۶۴ نفر اتباع خارجی بودند (جدول ۱).

جدول ۱. تعداد غیربالارگی در گام شده کووید-۱۹ به تفکیک گروه‌های هدف

| گروه هدف | تعداد غیربالارگی در گام سوم |
|-----------|-----------------------------|
| مسلمانان | ۵۰۸،۹۴۵                      |
| افراد مبتلا به دیابت | ۱۵۰،۸۰۹                  |
| افراد مبتلا به فشارخون بالا | ۲۹۳،۱۳۸                  |
| افراد با تعداد بدنی چستر از ۴۰ | ۳۲،۱۱۴                    |
| زنان بالارد | ۵۴۱،۳۱۵                  |
| اتباع خارجی | ۲،۲۹۱،۷۶۴                |
| سایر | ۵۹،۱۰۹،۴۱۳                |

ویژت و مراقبت پزشک در مرکز خدمات جامع سلامت
منتخب کووید-۱۹ (۱۹/۲۴ ساعت)
غیربالارگی، ویژت و مراقبت پزشک و انجام تست PCR تشخیصی در مرکز خدمات جامع سلامت منصوب کووید-۱۹ در گام سوم میلی مالی قابلیت با کووید-۱۹ نیز استمرار داشت. این امر بر اساس تشخیص و درخواست پزشک تست تشخیصی کووید-۱۹ انجام و کلیه مراحل فرآیند نمونه‌گیری، ارسال نمونه و نتیجه حاصل در پرونده الکترونیک ثبت می‌شود.

شکل ۳. گزارش انواع خدمات ارائه شده در گام سوم
واکسیناسیون) و 98/3,912 مراقبت غیرحضوری (شامل نوزادان و جوانان، بارداری و زایمان، تغذیه و میانسالان) در طول گام سوم بسیج ملی ارائه شده است.

شکل ۴. مراقبت‌های جامانده ارائه شده (حضوری/غیرحضوری) در طی گام سوم بسیج ملی

در تعداد خدمت ۹/۴۸ درصد) و هم در تعداد افراد ۹۹/۱۰ (۳/۸۵ درصد) دریافت کننده خدمت بود. تعداد مراقبت‌های غیرحضوری جوانان نیز ۵۰/۴ درصد افزایش را نشان می‌دهد. تنها مورد استثنایی در تعداد خدمت و مراقبت غیرحضوری نوزادان (۰ تا ۱۸ سال) می‌باشد که حدود ۲۳ درصد کاهش داشته است.

جدول ۲. تعداد خدمت ارائه شده به تفکیک مراقبت‌های حضوری و غیرحضوری در مراکز خدمات جامع سلامت در گام سوم و مقایسه آن با سه ماه قبل از آن

| دسته تغییرات نسبت به سه ماه گذشته | ۹۹/۰/۰۰ تا ۹۹/۷۹/۲۰ | ۹۹/۸/۰۰ تا ۹۹/۷۹/۲۰ | ۹۹/۸/۰۰ تا ۹۹/۹/۲۰ | ۹۹/۹/۰۰ تا ۹۹/۹/۲۰ | تعداد افراد | تعداد خدمت | تعداد افراد | تعداد خدمت | تعداد افراد | تعداد خدمت | تعداد افراد | تعداد خدمت |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| مادران باردار                  | ۶۰/۳۸۰/۰۰۰     | ۶۰/۳۸۰/۰۰۰     | ۶۰/۳۸۰/۰۰۰     | ۶۰/۳۸۰/۰۰۰     | ۶۰/۳۸۰/۰۰۰     | ۶۰/۳۸۰/۰۰۰     | ۶۰/۳۸۰/۰۰۰     | ۶۰/۳۸۰/۰۰۰     | ۶۰/۳۸۰/۰۰۰     | ۶۰/۳۸۰/۰۰۰     | ۶۰/۳۸۰/۰۰۰     | ۶۰/۳۸۰/۰۰۰     | ۶۰/۳۸۰/۰۰۰     |
| کودکان (۰ سال)                | ۸۲/۸۲۳/۰۰۰     | ۸۲/۸۲۳/۰۰۰     | ۸۲/۸۲۳/۰۰۰     | ۸۲/۸۲۳/۰۰۰     | ۸۲/۸۲۳/۰۰۰     | ۸۲/۸۲۳/۰۰۰     | ۸۲/۸۲۳/۰۰۰     | ۸۲/۸۲۳/۰۰۰     | ۸۲/۸۲۳/۰۰۰     | ۸۲/۸۲۳/۰۰۰     | ۸۲/۸۲۳/۰۰۰     | ۸۲/۸۲۳/۰۰۰     | ۸۲/۸۲۳/۰۰۰     |
| سالمندان (۱۸ سال و بالاتر)    | ۱۹/۸۴۶/۰۰۰     | ۱۹/۸۴۶/۰۰۰     | ۱۹/۸۴۶/۰۰۰     | ۱۹/۸۴۶/۰۰۰     | ۱۹/۸۴۶/۰۰۰     | ۱۹/۸۴۶/۰۰۰     | ۱۹/۸۴۶/۰۰۰     | ۱۹/۸۴۶/۰۰۰     | ۱۹/۸۴۶/۰۰۰     | ۱۹/۸۴۶/۰۰۰     | ۱۹/۸۴۶/۰۰۰     | ۱۹/۸۴۶/۰۰۰     | ۱۹/۸۴۶/۰۰۰     |
| نوجوانان (۵ تا ۱۸ سال)        | ۵۰/۲۷۸/۰۰۰     | ۵۰/۲۷۸/۰۰۰     | ۵۰/۲۷۸/۰۰۰     | ۵۰/۲۷۸/۰۰۰     | ۵۰/۲۷۸/۰۰۰     | ۵۰/۲۷۸/۰۰۰     | ۵۰/۲۷۸/۰۰۰     | ۵۰/۲۷۸/۰۰۰     | ۵۰/۲۷۸/۰۰۰     | ۵۰/۲۷۸/۰۰۰     | ۵۰/۲۷۸/۰۰۰     | ۵۰/۲۷۸/۰۰۰     | ۵۰/۲۷۸/۰۰۰     |
| جوانان (۱۸ تا ۳۰ سال)         | ۹۶/۸۲۹/۰۰۰     | ۹۶/۸۲۹/۰۰۰     | ۹۶/۸۲۹/۰۰۰     | ۹۶/۸۲۹/۰۰۰     | ۹۶/۸۲۹/۰۰۰     | ۹۶/۸۲۹/۰۰۰     | ۹۶/۸۲۹/۰۰۰     | ۹۶/۸۲۹/۰۰۰     | ۹۶/۸۲۹/۰۰۰     | ۹۶/۸۲۹/۰۰۰     | ۹۶/۸۲۹/۰۰۰     | ۹۶/۸۲۹/۰۰۰     | ۹۶/۸۲۹/۰۰۰     |
| میانسالان (۳۰ تا ۵۹ سال)      | ۸۴/۸۲۹/۰۰۰     | ۸۴/۸۲۹/۰۰۰     | ۸۴/۸۲۹/۰۰۰     | ۸۴/۸۲۹/۰۰۰     | ۸۴/۸۲۹/۰۰۰     | ۸۴/۸۲۹/۰۰۰     | ۸۴/۸۲۹/۰۰۰     | ۸۴/۸۲۹/۰۰۰     | ۸۴/۸۲۹/۰۰۰     | ۸۴/۸۲۹/۰۰۰     | ۸۴/۸۲۹/۰۰۰     | ۸۴/۸۲۹/۰۰۰     | ۸۴/۸۲۹/۰۰۰     |
تبریزی و همکاران

3/145 درصد از آنها نیاز به انجام آزمایش داشتند و 3/145 درصد از آنها درمان دارویی به صورت مصرفی گرفته‌اند. حدود 3/9 درصد از آنها به بیمارستان‌های متخصص ارجاع پژوهشگر شدند، و 3/17 درصد از افرادی که به بیمارستان مراجعه کرده‌اند، هیچ‌یک از این مشکلات بهداشتی نداشتند.

جلد 3: فراوانی خدمات درمانی سریایی در مرکز مراکز کووید-19 (17 یا 24 ساعت) در گام سوم

| موارد مراجعه به بیمارستان | موارد مراجعه به بیمارستان (افرادی که فرصت توسط بیمارستان‌های متخصص ارجاع دارند) | موارد مراجعه به بیمارستان (افرادی که فرصت توسط بیمارستان‌های متخصص ارجاع دارند) | موارد مراجعه به بیمارستان (افرادی که فرصت توسط بیمارستان‌های متخصص ارجاع دارند) | موارد مراجعه به بیمارستان (افرادی که فرصت توسط بیمارستان‌های متخصص ارجاع دارند) |
|---------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| مراجعه به بیمارستان      | مراجعه به بیمارستان                             | مراجعه به بیمارستان                             | مراجعه به بیمارستان                             | مراجعه به بیمارستان                             |
| 3/9                      | 0/19                                             | 5/25                                             | 0/15                                             | 0/28                                             |
| 1/25                     | 90/19                                            | 47/47                                            | 0/25                                             | 19/48                                            |

شکل 5: 50 درصد از پزشکان در حاله هدایت توسط مراکز سلامت و مهم در لیست ویژه در گام سوم بطوریکه جدول 4 نشان می‌دهد که 0/38 درصد افرادی به بیمارستان ارجاع می‌دهند. 2/7 درصد از افرادی که به بیمارستان بسترسی شدند به مراجعه به مراکز منتخب کووید-19 ارجاع داشتند و 3/17 درصد از افرادی که به بیمارستان بسترسی شدند به مراجعه به مراکز منتخب کووید-19 ارجاع داشتند.

جدول 4: تعداد مادران بارداری غربالگری شده در گام سوم (0/20 از 99/8/2020 تا 99/5/2020)

| درصد مادر باردار ارجاع شده به غربالگری شده (بیمارستان / 0/20) | درصد مادر باردار ارجاع شده به غربالگری شده (بیمارستان / 0/20) | درصد مادر باردار ارجاع شده به غربالگری شده (بیمارستان / 0/20) | درصد مادر باردار ارجاع شده به غربالگری شده (بیمارستان / 0/20) |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 8/56                                           | 90/19                                          | 47/47                                          | 0/25                                           |
| 12/68                                          | 19/48                                          | 0/25                                           | 19/48                                          |
| 0/38                                           | 47/47                                          | 0/25                                           | 19/48                                          |
| 0/42                                           | 47/47                                          | 0/25                                           | 19/48                                          |
| 0/42                                           | 47/47                                          | 0/25                                           | 19/48                                          |

بر اساس آنچه که در شکل 6 دیده می‌شود، 0/38 درصد از مراجعین در مرکز مراکز کووید-19 در موقعیت 0/38 درصد از آنها نیاز به انجام آزمایش PCR داشته‌اند.
بحث

هدف از انجام این تحقیق بررسی ارتباط خدمات سلامت جا مانده در دوران شیوع کووید-19 در گام گام سوم بسیاری مقاله با کووید-19 در ایران بوده است. در مجموع در این گام 131،439 نفر در گروه‌های مختلف جمعیتی در خدمات کادر ارائه‌دهنده خدمات شکل 38/19 در این گام انجام شده که اخلال در خدمات را گزارش می‌کند. 4

1.3

به نفع برخی از خدمات کانونه جبران گردد. خدمات

در این ارائه خدمات سلامت

بهداشت روانی، خدمات

در کشورهای آمریکایی در سطح 13 درصد کاهش داشته است. 7 مطالعاتی در کشورهای جنوبی گاهی قابل توجهی در ورودی بیماری (مخصوصاً علی‌رغم شیوع کم کووید-19، مراقبت‌های ضروری از مطالعات که در این نشان داده است. 7 مطالعه‌ای در آن می‌تواند باعث کاهش در کشورهای آمریکایی در سطح 13 درصد کاهش داشته است. 7 مطالعاتی در کشورهای جنوبی گاهی قابل توجهی در ورودی بیماری (مخصوصاً علی‌رغم شیوع کم کووید-19، مراقبت‌های ضروری از مطالعات که در این نشان داده است. 7 مطالعه‌ای در آن می‌تواند باعث کاهش در

در این ارائه خدمات سلامت

بهداشت روانی، خدمات

در کشورهای آمریکایی در سطح 13 درصد کاهش داشته است. 7 مطالعاتی در کشورهای جنوبی گاهی قابل توجهی در ورودی بیماری (مخصوصاً علی‌رغم شیوع کم کووید-19، مراقبت‌های ضروری از مطالعات که در این نشان داده است. 7 مطالعه‌ای در آن می‌تواند باعث کاهش در

2

در این ارائه خدمات سلامت

بهداشت روانی، خدمات

در کشورهای آمریکایی در سطح 13 درصد کاهش داشته است. 7 مطالعاتی در کشورهای جنوبی گاهی قابل توجهی در ورودی بیماری (مخصوصاً علی‌رغم شیوع کم کووید-19، مراقبت‌های ضروری از مطالعات که در این نشان داده است. 7 مطالعه‌ای در آن می‌تواند باعث کاهش در

2

شکل ۱. تشخیص و درمان مراجعین سریایی در مراکز منطقه کووید-19 در گام سوم

ایتالیا و فرانسه کاهش مراجعه به بیمارستان برای درد قفسه

سهیه با سکته قلبی و سکته مغزی را گزارش کرده‌اند. در جمهوری اسلامی ایران نیز در دوران همگانی

کووید-19 اقدامات مانند اجرای قرنطینه و محدودیت

رفت و آمد می‌تواند بر شرایط اقتصادی افراد و دسترسی

آنها به خدمات بهداشتی مورد نیاز تأثیر بگذارد.

یکی از روش‌های افزایش استفاده از EHS استفاده از R به دور (مشارکت‌های اثره) می‌باشد. در میان

کشورهایی که این روش را در خدمات رهگیری کرده‌اند، در حال حاضر حدود 80 درصد از پزشک آنها به

باشند. در این زمینه مستقل مشاوران حضوری استفاده می‌کنند. این مورد در کشورهایی با درصد بالا استفاده می‌شود. با این حال بیش از 40 درصد از کشورهای کم درآمد و نیمی از کشورهایی که در این مورد بهداشتی داشته‌اند، افزایش انعطاف‌پذیری در دسترسی به افراد مراقابتی بهداشتی و اطلاعات و استفاده از میزان از راه دور اگر به خوبی انجام شود می‌تواند به نفع برخی از گروه‌های جمعیتی و پیمان‌های باشد.

براساس برای کاهش ارائه خدمات در گام گام کووید-19، خدمات بهداشتی جامعه کووید-19 در این زمینه به صورت طبیعی و غیر حضوری (مشارکت‌های اثره) ارائه شود. خدمات غیر حضوری، به صورت تاماس تلقین بوده و جزو خدمات ضروری است. بنابراین مراقبت‌های نوجوانان و جوانان و مسائل بهداشتی در میان جامعه‌های منطقه‌ای با شویان و میان‌سالان (9/8 درصد) و جوانان (18/2 درصد) افزایش یافته باشد از خدمات جامعه جیران گردید.
ابزار و گزارش دری از خدمات و مراقبتهای غیر حضوری و حتی حضوری در سامانههای بیمارستانی از نظر استاندارد کرد. برای انجام بعضی از خدمات و مراقبت‌هایی که وسیع‌ترین ضرورت آنها و بیماری‌های مزمن، مراقبتهای بیمارستانی را باید افزایش داد. در این مقاله به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی که به روش‌های ویژه بیمارستانی مراجعه است، و مراقبت‌هایی مربوط به افرادی...
تقدیر‌های
از کلیه معاونین بهداشت و پرستش دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی سراسر کشور که نقش اصلی در تهیه آمار جهت تدوین این مقاله را به عهده داشتند تقدیر و تشویق کرده‌اند.

ملاحظات اخلاقی
در این مطالعه سعی شده است اهداف دانشگاهی و از سوی دانشجویان وزارت بهداشت فقط در جهت اهداف مطالعه استفاده شود.

References
1. Ge H, Wang X, Yuan X, Xiao G, Wang C, Deng T, et al. The epidemiology and clinical information about COVID-19. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2020;39(6):1011-1019. doi: 10.1007/s10096-020-03874-2.

2. Jin Y, Yang H, Ji W, Wu W, Chen S, Zhang W, et al. Virology, Epidemiology, Pathogenesis, and Control of COVID-19. Viruses. 2020; 12(4):372. doi: 10.3390/v12040372.

3. Nicola M, O'Neill N, Sohrabi C, Khan M, Agha M, Agha R. Evidence based management guidelines for the COVID-19 pandemic - Review article. Int J Surg. 2020;77:206-216. doi: 10.1016/j.ijsu.2020.04.001.

4. Müller O, Neuhauser N, Razum O. Epidemiologie und Kontrollmaßnahmen bei COVID-19 [Epidemiology and control of COVID-19]. Dtsch Med Wochenschr. 2020;145(10):670-674. doi: 10.1055/a-1162-1987.

5. Pee Y. WHO International Health Regulations Emergency Committee for the COVID-19 outbreak. Epidemiol Health. 2020; 42: e2020013. doi:10.4178/epih.e2020013.

6. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. Acta Biomed. 2020; 91(1): 157-160. doi:10.23750/abm.v91i1.9397.

7. Raeisi A, Hafebi A, Rasoulian M, Abbasinejad M. The effects of COVID-19 on mental health of the society: A dynamic approach in Iran. Med J Islam Repub Iran. 2020; 34: 102. doi:10.34172/mjri.34.102.

8. Delamou A, Delvaux T, El Ayadi AM, Beavogui AH, Okumura J, Van Damme W, et al. Public health impact of the 2014-2015 Ebola outbreak in West Africa: seizing opportunities for the future. BMJ Glob Health. 2017; 2(2): e000202. doi:10.1136/bmjgh-2016-000202.

9. Kieny MP, Evans DB, Schmets G, Kadandale S. Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. Bull World Health Organ. 2014; 92(12): 850. doi:10.2471/BLT.14.149278.

10. Jones D, Neal RD, Duffy SRG, Scott SE, Whitaker KL, Brain K. Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care. Lancet Oncol. 2020; 21(6): 748-750. doi:10.1016/S1470-2045(20)30242-4.

11. The Lancet Oncology. COVID-19: global consequences for oncology. Lancet Oncol. 2020; 21(4): 467. doi:10.1016/S1470-2045(20)30175-3.

12. Mafham MM, Spata E, Goldacre R, Gair D, Curnow P, Bray M, et al. COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England. The Lancet. 2020; 396(10248): 381-389. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31356-8.

13. World Health Organization, News. https://www.who.int/publications/i/item/9789240010291.

14. World Health Organization, News. https://www.who.int/news/item/23-04-2021-covid-19-continues-to-disrupt-essential-health-services-in-90-of-countries.

15. Rassouli M, Ashrafizadeh H, Shirinabadi Farahani A, Akbari ME. COVID-19 Management in Iran as One of the Most Affected Countries in the World: Advantages and Weaknesses. Front Public Health. 2020; 8: 510. doi:10.3389/fpubh.2020.00510.

16. Raeisi A, Tabrizi JS, Gouya MM. IR of Iran National Mobilization against COVID-19 Pandemic. Arch Iran Med. 2020; 23(4): 216-219. doi:10.34172/aim.2020.01.

17. 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. Int J Prev Med. 2015; 6: 57. doi:10.4103/2008-7802.160056.

18. Instructions for the first step, the national mobilization against COVID-19 with a focus on verbal screening, Ministry of Health and Medical Education, March 2021. https://health.behdasht.gov.ir/.

19. Instructions for the second step, the national mobilization against COVID-19 with a focus on verbal screening, Ministry of Health and Medical Education, April 2021. https://health.behdasht.gov.ir/.

20. Instructions for the third step, the national mobilization against COVID-19 with a focus on verbal screening, Ministry of Health and Medical Education, August 2021. https://health.behdasht.gov.ir/.
21. Ministry of Health and Medical Education (MOHME), Deputy for Public Health. Electronic health record (HER). https://sib.behdasht.gov.ir/Home/Login?state=0.
22. Ministry of Health and Medical Education (MOHME), Deputy for Public Health. Electronic health record (HER). https://sinaehr.mums.ac.ir/Account/Login.
23. Ministry of Health and Medical Education (MOHME), Deputy for Public Health. Electronic health record (HER). https://sinaehr.iums.ac.ir/Account/Login.
24. Ministry of Health and Medical Education (MOHME), Deputy for Public Health. Electronic health record (HER). https://sinaehr.abadanums.ac.ir/Account/Login.
25. Ministry of Health and Medical Education (MOHME), Deputy for Public Health. Electronic health record (HER). https://goums.ac.ir/content/33421/%D8%B3%D8%A7%D9%85%D8%A7%D8%AF-%D9%86%D8%A7%D8%A8.
26. Ministry of Health and Medical Education (MOHME), Deputy for Public Health. Electronic health record (HER). http://parsa.mstp.ir/Login.
27. Grunau B, Helmer J, Lee S, Acker J, Deakin J, Armour R, et al. Decrease in emergency medical services utilization during early stages of the COVID-19 pandemic in British Columbia. CJEM. 2021; 23(2): 237-241. doi:10.1007/s43678-020-00062-y.
28. Lee KD, Lee SB, Lim JK, Kang YM, Kim IB, Moon HJ, et al. Providing essential clinical care for non-COVID-19 patients in a Seoul metropolitan acute care hospital amidst ongoing treatment of COVID-19 patients. J Hosp Infect. 2020; 106(4): 673-677. doi:10.1016/j.jhin.2020.09.031.
29. Goldenberg MN, Parwani V. Psychiatric emergency department volume during Covid-19 pandemic. Am J Emerg Med. 2021; 41: 233-234. doi:10.1016/j.ajem.2020.05.088.
30. Levene R, Fein DM, Silver EJ, Joels JR, Khine H. The ongoing impact of COVID-19 on asthma and pediatric emergency health-seeking behavior in the Bronx, an epicenter. Am J Emerg Med. 2021; 43: 109-114. doi:10.1016/j.ajem.2021.01.072.
31. De Filippo O, D’Ascenzo F, Angelini F, Bocchino PP, Conrotto F, Saglietto A, et al. Reduced Rate of Hospital Admissions for ACS during Covid-19 Outbreak in Northern Italy. N Engl J Med. 2020; 383(1): 88-89. doi:10.1056/NEJMc2009166.
32. Marijon E, Karam N, Jost D, Perrot D, Frattini B, Derkenne C, et al. Out-of-hospital cardiac arrest during the COVID-19 pandemic in Paris, France: a population-based, observational study. The Lancet Public Health. 2020; 5(8): e437-e43. doi:10.1016/S2468-2667(20)30117-1
33. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19-Update June 8, 2021. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/essential-health-services.html.