مقاله پژوهشی

تبیین تجربیات موفق تاب‌آوری مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مدیریت پاندمی کووید-۱۹

نسرین مرادی [۱]، لیلا راست خدیو [۲]، مهشید لطفی [۳]، عرفان خوارزمی [۴*]

[۱] دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
[۲] کارشناس مامایی و مراقب سلامت، مرکز بهداشت انقلاب، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
[۳] استادیار، مرکز تحقیقات ارزیابی فناوری سلامت و انفورماتیک پزشکی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران
[۴] استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات منابع انسانی سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

* **نویسنده مسؤول:** عرفان خوارزمی
erfankh2001@yahoo.com

ارجاع: مرادی نسرین، راست خدیو لیلا، لطفی مهشید، خوارزمی عرفان. تبیین تجربیات موفق تاب‌آوری مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مدیریت پاندمی کووید-۱۹. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۴؛ ۱۰(۳): ۲۱۰-۱۹۹.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۱۱
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۰۹/۱۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۷

زمینه و هدف: تاب‌آوری خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مدیریت پاندمی‌ها، می‌تواند نقش مهمی در مدیریت مراکز بهداشتی داشته باشد. ازآنجاکه مراکز بهداشتی با بهره‌گیری از زیرساخت‌های چندمنظوره، انعطاف‌پذیری بالا و هماهنگی مؤثر توانسته‌اند نقش حیاتی در کنترل بحران و کاهش فشار بر بیمارستان‌ها ایفا کنند، لذا مطالعه حاضر به شناسایی تجربیات موفق تاب‌آوری مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه پرداخته است.

روش پژوهش: پژوهش حاضر با رویکرد کیفی در سال ۱۴۰۳ انجام شد. حجم نمونه مورد مطالعه به صورت هدفمند از ۱۶ نفر از مدیران ارشد، میانی، عملیاتی و کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی و شبکه بهداشت شهر شیراز و مراکز بهداشتی شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شیراز که تجربه فعالیت در پاندمی کووید-۱۹ داشتند، انتخاب شدند. گردآوری داده از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شد. سپس داده‌ها بر اساس روش گرانیهام لودمن و با استفاده از نرم افزار MaxQDA 2020 تحلیل شدند.

یافته‌ها: طبق نظرات مشارکت‌کنندگان، ۶ تم اصلی در تجربیات موفق تاب‌آوری مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه شناسایی شد که شامل عوامل انسانی، فیزیکی و زیر ساختی، مدیریتی، اطلاع‌رسانی و مشارکت عمومی، تقویت زیرساخت مجازی و آموزش، برنامه ریزی و سیاستگذاری است. از دیدگاه مشارکت کنندگان مهمترین عامل مربوط به تقویت زیرساخت مجازی و آموزش شناخته شده است.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج حاصل از این پژوهش تجربیات موفق تاب‌آوری مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مدیریت پاندمی‌ها، نشان می‌دهد که مراکز بهداشتی با اتخاذ راهکارهای جامع و انعطاف‌پذیر همانند تقویت زیر ساخت‌های فیزیکی، عوامل مدیریتی و برنامه ریزی‌های منطقی و به موقع توانسته‌اند نقش مهمی در کنترل بیماری و حفظ استمرار خدمات ایفا کنند.

واژه‌های کلیدی: پاندمی، مراکز بهداشتی، شبکه بهداشت، تاب‌آوری

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20647]

مقدمه

نظام سلامت با شوک‌ها، بحران‌ها و بلایای طبیعی و حوادث انسان ساز زیادی مثل زلزله، طوفان، سیل، خشکسالی، گرمای شدید و طغیان و همه گیری بیماری‌ها مواجه است. شوک نظام سلامت یک تغییر ناگهانی است که بر نظام سلامت تاثیر می‌گذارد. نظام سلامت باید پاسخگوی شوک‌ها و بحران‌های سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و اپیدومیولوژیک باشد و با تغییرات احتمالی هماهنگ شود. پویایی نظام سلامت موجب واکنش سریع آن به تغییرات محیطی می‌شود. بنابراین تقویت تاب‌آوری نظام سلامت برای اطمینان از تداوم ارائه خدمات سلامت باکیفیت، ایمن و اثربخش به هنگام بروز شوک‌ها و بحران‌ها ضروری است (۱).

تاب‌آوری در خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه به معنای توانایی این نظام‌ها برای پیش‌بینی، جذب، تطبیق و بازیابی از بحران‌ها و شوک‌های مختلف است تا بتوانند به طور مستمر خدمات بهداشتی با کیفیت، در دسترس و کارآمد را به جامعه ارائه دهند (۲). اهمیت این موضوع در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ بیش از پیش آشکار شد، چرا که نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه نقش کلیدی در مدیریت و کنترل پاندمی ایفا کردند و نیازمند توسعه ظرفیت‌ها و راهکارهای نوآورانه برای مقابله با چالش‌های پیش‌بینی‌نشده شدند (۳,۴). تاب‌آوری در این حوزه نه تنها به معنای مقاومت در برابر فشارها و ناملایمات است، بلکه شامل توانایی سازگاری، یادگیری و بازسازی سیستم‌ها برای حفظ عملکرد مطلوب در شرایط متغیر و بحرانی می‌باشد. این مفهوم فراتر از تمرکز صرف بر نقاط ضعف و شکست‌هاست و بر توانمندی‌های سیستم برای حفظ ایمنی و کیفیت خدمات حتی در مواجهه با مشکلات تاکید دارد (۵,۶).

تجارب موفق تاب‌آوری در مراقبت‌های بهداشتی اولیه نشان می‌دهد که تقویت این نظام‌ها نیازمند رویکردی جامع و سیستماتیک است که شامل حاکمیت و رهبری پاسخگو، تامین مالی پایدار، مدیریت موثر نیروی انسانی، دسترسی به دارو و تجهیزات، توسعه سیستم‌های اطلاعات سلامت و ارائه خدمات بهداشتی با کیفیت و عدالت محور می‌باشد. همچنین نقش پزشک خانواده به عنوان نقطه تماس اولیه و شناساگر عوامل تهدیدکننده تاب‌آوری، در گسترش تاب‌آوری فردی و اجتماعی بسیار حیاتی است (۷). افکار و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه خود بیان کردند یکی از تجربیات موفق در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت، تداوم ارائه خدمات پیشگیری و مدیریت بیماری‌های غیرواگیر از طریق به‌کارگیری خدمات و پیگیری‌های غیرحضوری و تلفنی است که نقش مؤثری در حفظ استمرار خدمت‌رسانی ایفا نموده است (۸). همچنین تبریزی و همکاران (۱۴۰۱) نشان دادند تجربه موفق دیگر کشور ایران در پاندمی، توسعه آزمایشگاه‌های تشخیصی کووید-۱۹و راه اندازی نظام آزمایشگاهی سطح بندی شده در مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه بوده است (۹).

با توجه به اینکه در مواقع مواجهه با شرایط اضطراری از جمله پاندمی، نقش و عملکرد مراکز بهداشتی درمانی بسیار حساس و مهم است و جایگاه مهمی در مدیریت و کنترل اینگونه حوادث خواهند شد، بنابراین، تبیین و تحلیل تجربیات موفق تاب‌آوری در خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌تواند به شناسایی راهکارهای موثر برای تقویت این نظام‌ها در مواجهه با بحران‌های آینده کمک کند و زمینه‌ساز ارتقای سلامت جامعه و پایداری نظام سلامت باشد، لذا مطالعه حاضر برآن شد به تبیین تجربیات موفق تاب‌آوری مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مدیریت پاندمی بپردازد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی بوده که به روش تحلیل محتوا در سال ۱۴۰۳ انجام شد. جامعه مورد مطالعه را مدیران ارشد، میانی، عملیاتی و کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی و شبکه بهداشت شهر شیراز و مراکز بهداشتی شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شیراز که تجربه فعالیت در پاندمی کووید-۱۹ را داشتند، تشکیل دادند. نمونه گیری به صورت هدفمند و مبتنی بر تجربه از مسئول فنی مراکز بهداشتی و درمانی، مدیران مراکز بهداشتی و درمانی، کارکنان خانه بهداشت (بهورزها)، ماماها، پزشک، مسئول بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای و کارشناس مبارزه با بیماری‌ها انجام شد (جدول ۱). در مجموع ۱۶ مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام شد.

معیار ورود نمونه، سابقه کار بالای ۳ سال در مراکز بهداشتی، دارای تجربه کاری در همه گیری و تمایل به شرکت در پژوهش درنظر گرفته‌شد. افرادی که در دوره بیماری همه گیر در مراکز بهداشتی و دانشگاه دارای مرخصی استعلاجی

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20647]

بیشتر از ۶ ماه بوده‌اند، از مطالعه خارج شدند.

برای گردآوری داده از ابزار راهنمای مصاحبه استفاده شد. برای طراحی راهنمای مصاحبه، پژوهشگران بعد از بررسی متون مقالات علمی مشابه و بحث و تبادل نظر با افراد متخصص رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و سلامت در بلایا که دارای تجربه پژوهش در حوزه تاب‌آوری نظام سلامت بودند، سوالات راهنمای مصاحبه را به صورت باز، طراحی کردند. سپس داده‌های مورد نظر از طریق جلسات مصاحبه انفرادی با استفاده از راهنمای مصاحبه، به همراه ضبط صدا و یادداشت برداری جمع‌آوری شد. قبل از انجام مصاحبه، راهنمای مصاحبه به‌صورت الکترونیکی به اطلاع مصاحبه شوندگان رسانده شد. سپس مصاحبه، باتوجه به نظر مشارکت‌کنندگان و هماهنگی قبلی با آنان به‌صورت حضوری انجام شد. جهت انجام هر مصاحبه یکی از پژوهشگران که در حوزه مراقبت‌های بهداشتی اولیه تجربه اجرایی داشت پس از تشریح کامل اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه کتبی از تمامی مشارکت‌کنندگان ضمن تاکید بر محرمانگی داده‌ها و اطمینان به مشارکت کاملاً داوطلبانه، مصاحبه شوندگان شروع به انجام مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته کرد.

در هنگام شروع مصاحبه در ابتدا از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا به سوال‌های وضعیت جمعیت شناختی شامل سن، سمت شغلی، سابقه کار و مدرک تحصیلی پاسخ دهند؛ سپس سوال‌های راهنمای مصاحبه با سوال باز «تجربیات موفق در ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه در بحران‌های همه گیری داشته‌اید؟» مطرح شد و کنکاش در مورد دیدگاه مشارکت‌کنندگان در خصوص تجربیات موفق در تاب‌آوری مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه ادامه یافت. مباحث جلسات مصاحبه ضبط گردید و در حین انجام مصاحبه‌ها تا حد امکان از مطالب بیان شده یادداشت برداری شد تا در حین و پایان هر مصاحبه با بیان مجدد و بازگرداندن نکات برجسته و یا خلاصه‌ای از پاسخ‌های مشارکت کنندگان، درستی و صحت داده‌ها به تایید برسد. هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید و به هر مصاحبه یک کد جهت حفظ محرمانگی دیدگاه مشارکت‌کنندگان اختصاص داده شد.

جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به‌طور هم‌زمان، بر اساس روش پیشنهادی گرانیهام لودمن انجام یافت که دارای ۵ مرحله به شرح ذیل است: ۱- پیاده سازی مصاحبه‌های انجام شده و چندین بار مرور آن‌ها به منظور پیدا نمودن درک صحیحی نسبت به کل موارد پیاده شده، ۲- استخراج واحدهای معنایی و دسته بندی نمودن آن‌ها تحت عنوان واحدهای فشرده، ۳- خلاصه و دسته‌بندی نمودن واحدهای فشرده و انتخاب برچسبی مناسب ۴- مرتب نمودن زیر دسته‌ها و ۵- انتخاب عنوان مناسبی که قابلیت پوشش دسته‌های حاصل شده را دارا باشد (۱۰). در این مطالعه بعد از انجام هر مصاحبه بلافاصله در کوتاه‌ترین زمان ممکن (حداکثر تا ۲۴ ساعت بعد از انجام مصاحبه)، اطلاعات ضبط شده پس از دو بار گوش دادن، کلمه به کلمه بر روی کاغذ نوشته شد، سپس اطلاعات در نرم افزار Word تایپ شد. همزمان با پیاده سازی اولین مصاحبه فرآیند تحلیل آغاز شد. طی فرآیند تحلیل ابتدا رونوشت‌ها خط به خط خوانده شدند و پاراگراف‌های مهم مشخص شدند، سپس واحدهای تحلیل مشخص شدند و پس از آن واحد معنایی مشخص گردید که عبارات مرتبط با تجربیات موفق تاب آوری مراقبت‌های بهداشتی اولیه مراکز بهداشتی در کنترل پاندمی در نظر گرفته‌شد. سپس کدگذاری با استفاده از نرم افزار MaxQDA 2020 توسط دو پژوهشگر (NM,ML) مسلط به آنالیز پژوهش کیفی به صورت مستقل انجام شد. همچنین بعد از کدگذاری تمام داده‌ها، بین کدها بر اساس اشتراکات و تفاوت‌های مفهومی که با یکدیگر داشتند مقایسه صورت گرفت و کدهایی که از لحاظ مفهومی شباهت‌هایی با هم داشتند، در طبقاتی با مفهوم دقیق‌تر و انتزاعی‌تر دسته‌بندی شدند، در نهایت با مقایسه مستمر طبقات با یکدیگر، محتوای نهفته در داده‌ها تحت عنوان تم اصلی مشخص شد. در پایان، براساس تحلیل آماری توصیفی، درصد فراوانی هر طبقه با محاسبه نسبت تعداد زیرطبقات هر طبقه به تعداد کل زیرطبقات به‌دست آمد.

به منظور افزایش صحت و دقت مطالعه، از معیارهای چهارگانه گوبا و لینکلن نظیر مقبولیت، تاییدپذیری، اعتمادپذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد (۱۱). در این مطالعه برای مقبولیت داده‌ها از تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و چک کردن یافته‌ها با مشارکت‌کنندگان استفاده‌شد و در روش جمع‌آوری داده‌ها تلاش شد در انتخاب نمونه حداکثر تنوع لازم درنظر گرفته‌شود. جهت تأییدپذیری، متن تعدادی از مصاحبه‌ها

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20647]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

و کدهای استخراج شده در اختیار ۳ نفر از اعضای هیأت علمی رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، سلامت در بلایا و کتابداری پزشکی که در آنالیز تحقیقات کیفی صاحب نظر و در تحقیق شرکت نداشتند، گذاشته شد و صحت فرآیند کدگذاری داده‌ها بررسی شد. برای قابلیت اطمینان و صحت فرآیند کدگذاری، داده‌ها به تایید مشارکت‌کنندگان و همکاران گروه پژوهش قرارگرفت. برای ایجاد قدرت انتقال‌پذیری داده‌ها از طریق ارائه توصیف کاملی از مقوله موجود، ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان، شیوه جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها همراه با نقل و قول‌های مشارکت‌کنندگان اقدام شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۶ شرکت‌کننده با میانگین سنی ۴۱/۷۵ سال مورد مصاحبه قرارگرفتند که ۹ نفر از مشارکت‌کننده‌گان مرد بودند. میانگین مدت زمان سابقه کار افراد ۱۴/۳۱ بود. از نظر تحصیلات ۱ نفر دیپلم، ۸ نفر کارشناسی، ۵ نفر کارشناسی‌ارشد و ۲ نفر پزشک‌عمومی بودند. جدول ۱ نشان‌دهنده اطلاعات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه است.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

شرکت‌کننده‌ها	جنسیت	سن	شغل	سابقه‌کار	تحصیلات
۱	مرد	۴۴ سال	مسئول توسعه شبکه بهداشت	۲۱ سال	کارشناسی
۲	مرد	۴۳ سال	معاون بهداشتی شبکه سلامت	۱۸ سال	کارشناسی ارشد
۳	مرد	۳۴ سال	مسئول بهداشت محیط شبکه	۶ سال	کارشناسی ارشد
۴	زن	۵۰ سال	کارشناس مراقب سلامت و کارشناس سلامت جوانان و مدارس	۲۰ سال	کارشناسی
۵	مرد	۴۳ سال	کارشناس مبارزه با بیماریها	۱۳ سال	کارشناسی
۶	مرد	۴۲ سال	کارشناس بهداشت محیط	۱۲ سال	کارشناسی ارشد
۷	زن	۵۳ سال	پزشک عمومی	۲۱ سال	دکتری عمومی
۸	زن	۳۵ سال	کارشناس واحد مبارزه با بیماریها	۶ سال	کارشناسی
۹	زن	۳۵ سال	بهورز	۱۵ سال	دیپلم
۱۰	مرد	۴۴ سال	مسئول توسعه شبکه	۲۱ سال	کارشناسی ارشد
۱۱	مرد	۴۲ سال	معاون بهداشتی	۱۸ سال	کارشناسی ارشد
۱۲	زن	۴۲ سال	پزشک	۱۶ سال	دکتری عمومی
۱۳	زن	۳۰ سال	مراقب سلامت	۶ سال	کارشناسی
۱۴	مرد	۳۷ سال	مراقب سلامت	۵ سال	کارشناسی
۱۵	زن	۴۶ سال	کارشناس مراقب سلامت	۱۲ سال	کارشناسی
۱۶	مرد	۴۸ سال	مدیر مرکز بهداشتی و درمانی	۱۹ سال	کارشناسی

بر اساس تحلیل مصاحبه‌ها در تبیین تجربیات موفق تاب‌آوری مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه در طول پاندمی، ۶ طبقه اصلی و ۳۴ طبقه فرعی استخراج شد. طبقات اصلی شامل عوامل انسانی، فیزیکی و زیر ساختی، مدیریتی، اطلاع‌رسانی و مشارکت مردمی، تقویت زیرساخت مجازی و آموزش، برنامه ریزی و سیاستگذاری است (جدول ۲).

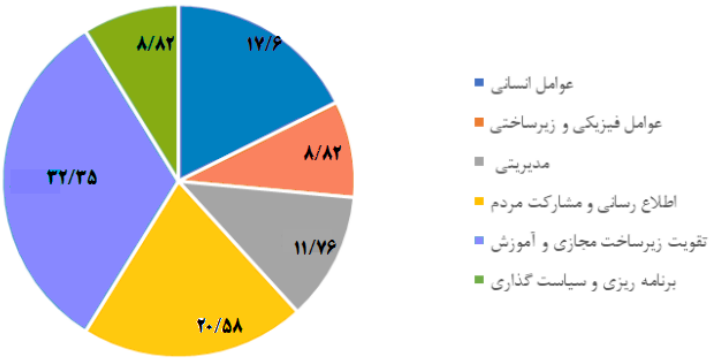
Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20647]

جدول ۲: مضامین اصلی و فرعی مطرح شده تجربیات موفق تاب‌آوری مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه

تجربیات موفق تاب‌آوری مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه						
مضامین اصلی	عوامل انسانی	عوامل فیزیکی و زیرساختی	مدیریتی	اطلاع رسانی و مشارکت مردمی	تقویت زیرساخت مجازی و آموزش	برنامه ریزی و سیاستگذاری
مضامین فرعی	۱. تامین نیرو از طریق قرارداد ۸۹ روزه ۲. ایجاد تیم واکنش سریع ۳. مراجعه روانشناس به درب منازل جهت دادن مشاوره سوگ و مشاوره بیماری ۴. مدیریت شیفت بندی پزشکان در مناطق کم‌برخوردار از پزشک ۵. انجام نمونه‌گیری توسط بهورز روستا ۶. تشکیل گروه سفیران سلامت	۱. تاسیس مراکز بیماریابی ۱۶ ساعته ۲. اختصاص آزمایشگاه‌های مرجع ۲۴ ساعته ۳. تیدیل سالن‌های ورزشی به سالن تزریقات	۱. برگزاری جلسه روزانه هماهنگی مدیران ارشد حوزه معاونت بهداشتی در دانشگاه ۲. مدیریت مراقبت از گروهای آسیب پذیر در منازل ۳. مدیریت زمان ارائه خدمات برای گروه‌های هدف ۴. تشکیل کمیته آموزش و اطلاع رسانی	۱. مشارکت مردم در تصویرسازی و آموزش راه‌های مقابله با کرونا ۲. تهیه شعارهای بهداشتی سربرگ نامه‌های اداری ۳. همکاری رابطین بهداشتی در انتقال بیماران آسیب پذیر با وسیله نقلیه شخصی به مرکز مراقبت بهداشتی ۴. انجام تب سنجی توسط مردم روستا در معابر ورودی ۵. مشارکت جوانان روستا در کنترل بیماری ۶. مشارکت گروه خیرین ۷. برگزاری جلسه با دهیاری در خصوص نحوه اطلاع رسانی کنترل بیماری به مردم روستا	۱. تشکیل گروه‌های مجازی برای گروه‌های سنی مختلف ۲. تغییر برنامه آموزشی از حضوری به غیرحضوری ۳. پیگیری بیماران از راه دور (تله مدیسین) ۴.تشکیل گروه‌های مجازی برای بیماری مشخص ۵. تشکیل گروه‌های خودیار مجازی ۶. تشکیل کارگروه‌های آموزشی در ادارات مختلف ۷. تهیه محتوای آموزشی از طریق مصاحبه با متخصصان ۸. انجام مشاوره تغذیه به صورت مجازی ۹. ایجاد خط تماس تلفنی مشاور به شماره ۴۰۳۰ جهت برقراری ارتباط ۱۰. تشکیل گروه‌های مجازی برای مربیان بهداشت مدارس ۱۱. آموزش نحوه گرفتن فشار خون به رابطین بهداشتی و نیز همسران افراد پرخطر	۱. قانون گذاری در رعایت فاصله اجتماعی ۲. اخذ تست سریع از مسافران پروازهای داخلی و خارجی ۳. اولویت بندی در تزریق واکسن براساس سال تولد

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20647]

CC BY-NC 4.0



نمودار ۱: درصد فراوانی طبقات استخراج شده مرتبط با تجربیات موفق تاب‌آوری مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه

نمودار ۱ نشان می‌دهد که طبقه «تقویت زیرساخت مجازی و آموزش» با دارا بودن ۳۲/۳۵ درصد از زیرطبقات، بیشترین فراوانی را در مقایسه با سایر طبقات تاب‌آوری داشته‌است. از سوی دیگر، طبقات «برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری» و «عوامل فیزیکی و زیرساختی هر کدام با ۸/۸۲ درصد کمترین میزان فراوانی را داشتند.

عوامل انسانی

عوامل انسانی از طبقات اصلی شناسایی شده تجربیات موفق تاب‌آوری مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه است که ۶ زیرطبقه را تحت پوشش قرار داده است. این زیرطبقات شامل تامین نیرو از طریق قرار داد ۸۹ روزه، ایجاد تیم واکنش سریع، مراجعه روان‌شناس به درب منازل جهت دادن مشاوره سوگ و مشاوره بیماری، مدیریت شیفت بندی پزشکان در مناطق کم‌برخوردار از پزشک، انجام نمونه گیری توسط بهورز روستا و تشکیل گروه سفیران سلامت می‌باشد.

مشارکت کننده ۹ یکی از تجربیات موفق را بدین صورت بیان کرد "تشکیل تیم واکنش سریع که متشکل از کارشناس روانشناسی، بهداشت محیط، تغذیه، مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت خانواده بوده که در خصوص مشاوره روانشناسی، گندزدایی منازل، آموزش تغذیه بیماران، نمونه گیری و پیگیری از افراد مشکوک و یا مبتلا و مراقبت از گروه‌های آسیب پذیر سالمند و باردار و کودک فعالیت می‌نمودند و به درب منازل بیماران مبتلا به پاندمی برای پیگیری، مشاوره، درمان مراجعه می‌کردند و هر فرد فعالیت مربوط به خود را انجام می‌داد."

مشارکت کننده ۱۲ مطرح کرد که "به خاطر دور بودن روستاها از مراکز نمونه گیری شهر، انجام نمونه گیری در خانه‌های بهداشتی نیز توسط بهورزهای روستا انجام می‌شد این عامل هم سبب توانمندشدن نیروی بهورزها و هم کمک به تشخیص سریع و مراقبت به موقع بیماری می‌شد."

مشارکت کننده ۱۲ بیان کرد "پزشکان داوطلبانه در مناطق کم برخوردار از پزشک جهت بهبود اهداف توسعه بهداشتی به مردم آن منطقه ارائه خدمت می‌دادند و این عامل سبب کاهش مرگ و میر آن منطقه می‌شد."

عوامل فیزیکی و زیرساختی

عوامل فیزیکی و زیرساختی یکی دیگر از مؤلفه‌های تجربیات موفق تاب‌آوری مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه شناخته‌شد. به گفته مشارکت کنندگان جهت تداوم ارائه خدمات در شرایط پاندمی تقویت این عوامل ضروری است که از جمله اقدامات موفق مراکز بهداشتی اولیه می‌توان به تأسیس مراکز بیماریابی با ساعت کاری ۱۶ ساعته، اختصاص آزمایشگاه‌های مرجع ۲۴ ساعته و تبدیل سالن‌های ورزشی به سالن‌های تزریق واکسن اشاره کرد.

مشارکت کننده ۱۳ اشاره کرد که "با ایجاد مراکز گسترده بیماریابی ۱۶ ساعته، بیماریابی از بخش درمان به سمت بهداشت سوق داده می‌شد که هم بیماریابی انجام می‌شد و هم طبقه بندی بیماری جهت درمان مناسب که این غربالگری باعث شد که حجمه و سنگینی از روی دوش درمان با توجه به شلوغی بیمارستان‌ها برداشته شود."

مشارکت کننده ۱۵ بیان کرد "آزمایشگاه‌های رفرنس ۲۴ ساعته برای شناسایی و بررسی نتیجه تست پاندمی‌ها فعال بود که در واقع تمام پرسنل آزمایشگاه‌های مراکز و بخش‌های بهداشتی در آنجا مستقر شده بودند."

عوامل مدیریتی

عوامل مدیریتی نیز از مولفه‌های تجربیات موفق تاب‌آوری

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20647]

مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه شناخته شده‌است. این عوامل مدیریتی شامل مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و رویکردهایی از جمله برگزاری جلسه روزانه هماهنگی مدیران ارشد حوزه معاونت بهداشتی در دانشگاه، مدیریت مراقبت از گروهای آسیب پذیر در منازل، مدیریت زمان ارائه خدمات برای گروه‌های هدف و تشکیل کمیته آموزش و اطلاع رسانی می‌شود. این اقدامات به برنامه‌ریزی، هدایت، کنترل منابع و فرآیندها کمک کرده و در نهایت موجب پاسخگویی و بازیابی سریع‌تر خدمات می‌شوند.

مشارکت کننده ۲ بیان کرد "جلسه هماهنگی مدیران ارشد در دوران پاندمی در دانشگاه علوم پزشکی هرروز ساعت ۶ صبح برگزار می‌شد و وضعیت ابتلا و نتایج فعالیت‌های بهداشتی مطرح و بررسی می‌شد."

مشارکت کننده ۵ مطرح کرد "برخی بیماران سالمند مبتلا به پاندمی که شرایط بهتری داشتند را در منزل به آن‌ها مراقبت‌های لازم ارائه می‌دادیم تا آن‌ها روحیه خود را از دست ندهند و هم این عامل سبب کاهش بار مراجعه بیماران به بیمارستان می‌شد."

مشارکت کننده ۱۰ گفت "برای مراقبت مادران باردار پرخطر ساعات خاصی در نظر گرفته می‌شد که هیچ مراجعه کننده‌ای در درمانگاه نباشد."

اطلاع رسانی و مشارکت مردم

اطلاع‌رسانی و مشارکت مردم از مؤلفه‌های حیاتی تاب‌آوری مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه هستند که در این زمینه، تجربیات موفق شامل مشارکت مردم در تصویرسازی و آموزش راه‌های مقابله با کرونا، برگزاری جلسات هماهنگی با دهیاری‌ها برای اطلاع‌رسانی کنترل بیماری، همکاری رابطین بهداشتی در انتقال بیماران آسیب‌پذیر با وسایل نقلیه شخصی، انجام تب‌سنجی توسط مردم در معابر ورودی، مشارکت جوانان در کنترل بیماری و فعالیت‌های گروه‌های خیرین بوده است.

مشارکت کننده ۳ بیان کرد "تشکیل گروه‌های مجازی برای اطلاع رسانی مراقبت‌های مورد نیاز به هریک از گروه‌های هدف (مثلاً گروه‌های سنی، دیابتی‌ها- زنان باردار- فشار خونی‌ها-رابطین سلامت-م علمین و کادر مدارس) سبب توسعه اهداف مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌شد."

مشارکت کننده ۷ بیان کرد "به‌خاطر کمبود پرسنل بهداشتی در روستا، جوانان فعال در ورودی روستا متمرکز بودند و تب سنجی انجام می‌دادند و از ورود مبتلایان به روستا پیشگیری می‌کردند."

مشارکت کننده شماره ۶ اشاره کرد که" از جلوه‌های بصری و فیلم و کلیپ‌های آموزشی و پاورپوینت برای معرفی بیماری کرونا یا پاندمی دیگر استفاده کردیم تا تاثیر بیشتری داشته باشد و در اختیار مراقبین و کارشناسان بهداشتی برای آموزش مردم قرار می دادیم."

تقویت زیرساخت مجازی و آموزش

تقویت زیرساخت مجازی و آموزش تاب‌آوری مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه نقش بسیار مهمی در ارتقای کیفیت، دسترسی و پایداری خدمات این مراکز دارد. طبق یافته‌های پژوهش ۱۱ زیر طبقه به‌دست آمد و و بر اساس مصاحبه با مشارکت کنندگان بیشترین زیر طبقات استخراج شده (۳۲/۳۵ درصد) به این طبقه تعلق یافت.

مشارکت کننده ۱۱ بیان کرد که "یکی دیگر از تجربیات موفق، پیگیری بیماران از راه دور به‌صورت تله‌مدیسین بود که تا زمانیکه نیاز بود با این روش آن‌ها را کنترل می‌کردیم و یا از طریق تماس تلفنی با شماره ۴۰۳۰ با کارشناسان مختلف بهداشتی در تماس بودند که بیماران جهت هر مشاور کد مورد نظر راوارد می‌کردند و کارشناسان هر واحد، بیماران مبتلا به پاندمی و یا افراد مبتلا به بیماری‌های غیر واگیر و واگیر و اختلالات روان و یا دچار مشکلات تغذیه‌ای را پیگیری و بدون مراجعه حضوری مشاوره می‌دادند."

مشارکت کننده ۱۶ بیان کرد "تشکیل گروه‌های ۵ تا ۱۵ نفره افراد یک گروه که وجه مشترک دارند مثل :گروه خودیاردیابتی یا فشارخون یا گروه خودیار مادران باردار یا رابطین سلامت یا سالمندان که هر کدام گروه خاص خود را به نام گروه خودیار مربوطه تشکیل می‌دادند و آموزش مربوط به خود را می‌گرفتند و تجربیات مراقبتی را تبادل می‌کردند."

برنامه ریزی و سیاستگذاری

برنامه‌ریزی و سیاستگذاری در تاب‌آوری مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه، تاثیر دارد که اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های دولت در رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی، انجام تست سریع برای مسافران پروازهای داخلی و خارجی و اولویت‌بندی تزریق واکسن بر اساس سال تولد، به کنترل و

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20647]
راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، سال دهم، شماره ۳، شماره پیاپی ۳۷

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

کاهش گسترش بیماری کمک مؤثری کرده است.

مشارکت کننده ۱ مطرح کرد که "فاصله گذاری اجتماعی سبب کنترل پاندمی می‌شد و زمانیکه این قانون رعایت می‌شد بیماران بیشتر جهت دریافت خدمات به مراکز بهداشتی اولیه اعتماد می‌کردند."

همچنین مشارکت کننده ۱۴ بیان کرد که "تمام مسافران پروازهای داخلی و خارجی تست سریع اخذ می‌شد تا شناسایی بیماران و مراقبت از آنان به سرعت انجام گیرد."

بحث

طبق یافته‌های حاصل از این پژوهش تم‌های عوامل انسانی، عوامل فیزیکی و زیرساختی، عوامل مدیریتی، اطلاع رسانی و مشارکت مردم، تقویت زیرساخت مجازی و آموزش، برنامه ریزی و سیاستگذاری به عنوان تجربیات موفق تاب‌آوری مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه معرفی شدند. مصدق راد و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهش مروری با عنوان تقویت تاب‌آوری مراقبت‌های بهداشتی اولیه در همه گیری کرونا تعداد ۴۸ راهکار برای تقویت تاب‌آوری نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه استخراج کردند که در قالب ۶ تم حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، دارو و تجهیزات، سیستم‌های اطلاعات سلامت و ارائه خدمات سلامت دسته بندی کردند. از پرتکرارترین این راهکارها می‌توان به مواردی چون رهبری پویا و پاسخگو، استفاده از شواهد معتبر پژوهشی در سیاستگذاری‌ها، برنامه‌ریزی‌های اقتضایی، افزایش همکاری بین بخشی، حمایت‌طلبی برای سیاست‌های سلامت، افزایش تعامل با مردم جامعه، تأمین مالی پایدار، استخدام کارکنان و آموزش و حمایت از آن‌ها، تأمین وسایل حفاظت فردی برای کارکنان، تأمین ذخایر کافی دارو و کیت‌های تشخیصی، توسعه و مدرن‌سازی سیستم‌های اطلاعاتی بهداشت عمومی، تسهیل دسترسی مردم به مراکز بهداشتی، تداوم ارائه خدمات بهداشتی و افزایش سواد بهداشتی جامعه، اشاره کرد (۱۲). نتایج این تحقیق با یافته‌های پژوهش حاضر هم راستا است. گویا و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی به بررسی عوامل موثر در تاب‌آوری مراقبت‌های بهداشتی ایران پرداختند. مداخلات رویکردی کل‌نگرانه در دولت، استفاده از ظرفیت مراقبت‌های اولیه بهداشتی، حمایت از نیروی کار، تقویت آمادگی و پاسخگویی، بهبود دسترسی به داروها، واکسن‌ها و محصولات بهداشتی و استفاده از سیستم اطلاعات سلامت در پاسخ به همه‌گیری، یافته‌های حاصل از این پژوهش به منظور ارتقای تاب‌آوری بودند. در این پژوهش تقویت سیستم سلامت که باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود، برای دولت‌ها ضروری دانسته شده‌است، زیرا این سیستم‌ها زیربنای توسعه پایدار اجتماعی-اقتصادی محسوب می‌شوند (۱۳). نتایج حاصل از این پژوهش در تم‌های نیروی انسانی، زیر ساخت‌های فنی، اطلاع رسانی پزشکی و عوامل مدیریتی با پژوهش حاضر هم‌سو بود.

صادقی خانی و همکاران (۱۴۰۴) نشان دادند که تاب‌آوری در بخش بهداشت عمومی کشور ایران در طول همه‌گیری تحت تأثیر ۴ عامل کلیدی، مدیریت زیرساخت‌ها و زنجیره تأمین، مدیریت مالی، مدیریت منابع انسانی و مدیریت بحران قرار گرفته‌است. در میان این عوامل، آمادگی سیستم بهداشت نقش محوری در تعیین تاب‌آوری ایفا می‌کند (۱۴). نتایج این تحقیق نیز با تم‌های تامین نیروی انسانی، عوامل مدیریتی، زیرساخت‌های فنی حاصل از این پژوهش هم‌راستا می‌باشد. کارنینین و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهش خود در مصاحبه با مدیران نظام سلامت فنلاند، دریافتند که وجود نیروی انسانی و تشکیل تیم‌های پزشکی، نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری سیستم بهداشتی دارد (۱۵)، این یافته با نتایج پژوهش حاضر هم راستا می‌باشد. گلت و همکاران (۲۰۲۴) در یک مطالعه کیفی از تجربیات رهبران در مدیریت چالش‌ها و تغییرات ناشی از بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ در خانه‌های سالمندان روستایی و خدمات مراقبت در منزل نروژ پرداخته‌اند. نتایج این پژوهش نشان داده است رهبران، مدیریت چالش‌های شخصی، چالش‌های مرتبط با سازمان نظام پزشکی، چالش‌های مرتبط با مدیریت توزیع منابع و انطباق با تغییرات، افزایش مسئولیت پذیری کارکنان که در خط مقدم مدیریت پاندمی کرونا بوده‌اند و سازگاری با چالش‌ها و تغییرات را جزو نقش یک رهبر در طول همه گیری دانسته‌اند (۱۶). نتایج این مطالعه در قالب مضامین «عوامل انسانی»، «عوامل مدیریتی»، «برنامه‌ریزی و سیاستگذاری» با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. کسل استورم و کارنن (۲۰۲۴) در پژوهشی مروری به اهمیت نقش عوامل انسانی، مدیریتی، زیر ساخت‌های فنی و برنامه‌ریزی و سیاستگذاری پرداخته‌اند و این عوامل را در تاب‌آوری در دوران کرونا با اهمیت خوانده‌اند (۱۷) که با نتایج حاصل از این

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20647]

پژوهش مطابقت دارد.

در مطالعه حاضر براساس نظرات مشارکت کنندگان عوامل فیزیکی و زیرساختی یکی دیگر از مؤلفه‌های تجربیات موفق تاب‌آوری مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه شناخته شدند که نقشی در تداوم خدمات با کیفیت در شرایط عادی و بحران‌ها ایفا می‌کنند. مطابق با نتایج پژوهش حاضر، لگیدو و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای در اسپانیا نشان دادند تشخیص سریع و به‌موقع مبتلایان به‌هنگام بروز همه‌گیری بیماری‌های عفونی از طغیان بیماری پیشگیری می‌کند. بنابراین، تجهیز آزمایشگاه‌ها و تهیه کیت‌های تشخیصی و تست‌های مورد نیاز ضروری است (۱۸).

براساس دیدگاه مشارکت کنندگان، «آموزش» به عنوان یکی از تجربیات موفق در این حوزه شناسایی شد. این یافته با نتایج مطالعه زمانی و زارعی‌پور (۱۳۹۹) همسو است که در آن به نقش داوطلبان سلامت به عنوان ناظران بهداشت در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ایران پرداخته شده است (۱۹) که مطابق با نتایج پژوهش حاضر در این مطالعه نیز تأثیر آموزش‌های حضوری و غیرحضوری در ارتقای شاخص‌های بهداشتی و درمانی مورد تأیید قرار گرفته است.

در مطالعه حاضر اطلاع رسانی و مشارکت مردم به عنوان تجربه موفق در حوزه مراقبت‌های بهداشتی اولیه مطرح شده است؛ مطابق با نتایج پژوهش حاضر در مطالعه خسروی و همکاران (۱۴۰۱) نیز اشاره شد که کنترل همه گیری کووید-۱۹ در ایران به روش مردم محور و مشارکت جامعه در قالب رهگیری، مراقبت در منزل، نظارتی و حمایتی موثر بوده است (۲۰).

برنامه‌ریزی و سیاستگذاری منطقی یکی دیگر از تجربیات موفق شناخته شده است که نتایج مداخلات و سیاست‌های کنترلی مانند قرنطینه، منع تردد، فاصله گذاری اجتماعی را در کشورهایی مانند چین (۲۲و۲۱)، آلمان (۲۳) و هند (۲۴) می‌توان مشاهده کرد؛ با اجرای این سیاست‌های کنترلی علاوه بر کاهش شیوع بیماری، میزان مرگ و میر ناشی از پاندمی کووید-۱۹ کاهش محسوسی داشته است.

سیاست‌گذاران و مدیران مراکز بهداشتی با بهره‌گیری از عوامل کلیدی تجربیات موفق شناسایی‌شده از جمله تقویت زیرساخت مجازی و توانمندسازی نیروی انسانی، برنامه ریزی و سیاست گذاری منطقی، تقویت عوامل فیزیکی و زیرساختی تاب‌آوری مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه را ارتقا داده و آن را برای ارائه خدمات موثر در مواجهه با همه‌گیری‌های آینده آماده می‌سازند.

از نقاط قوت برجسته‌ی این پژوهش، تمرکز آن بر «مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه» به عنوان ستون فقرات نظام سلامت است. این مراکز، نخستین پناهگاه جامعه در مواجهه با بحران‌ها محسوب شده و تاب‌آوری آن‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای در مدیریت اثربخش شرایط اضطراری دارد. با این حال، محدود شدن دامنه مطالعه به استان فارس و انجام پژوهش به صورت کیفی، قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌سازد. پیشنهاد می‌گردد به دلیل محدود بودن محیط انجام پژوهش و تاثیر شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی بر عملکرد نظام سلامت در سایر نقاط کشور ایران، مطالعه‌ای در این خصوص انجام گردد.

نتیجه گیری

تاب‌آوری مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه، یکی از مؤلفه‌های کلیدی پایداری نظام سلامت در مواجهه با بحران‌ها و چالش‌های غیرمنتظره به‌شمار می‌رود. علی‌رغم دشواری‌ها و محدودیت‌های موجود در مدیریت و کنترل همه‌گیری‌ها، این مراکز با تلاش زیادی توانسته‌اند، تجربیات موفقی را در جهت تقویت آمادگی خود برای مقابله با بحران‌های آینده به‌دست آورند. این تجربیات شامل تقویت و توانمندسازی منابع انسانی، بهبود زیرساخت‌های فیزیکی، ارتقای نظام مدیریتی، توسعه اطلاع‌رسانی و جلب مشارکت مردمی، همچنین گسترش زیرساخت‌های مجازی و آموزشی و بهبود برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری است. هر یک از این اقدامات نقشی تعیین‌کننده در ارتقای تاب‌آوری مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایفا کرده‌اند. پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران حوزه سلامت با بهره‌گیری از آموزش‌های مبتنی بر شواهد، برنامه‌ریزی راهبردی و تخصیص منطقی منابع مالی به مراکز بهداشتی، زمینه را برای ایجاد نظامی تاب‌آور و پاسخگو در ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه فراهم سازند. همچنین با توجه به اینکه این مطالعه با استفاده از روش تحلیل محتوا و با استفاده از مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها انجام شده است، به پژوهشگران توصیه می‌شود که بررسی مرور نظام مند تجربیات

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20647]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir
CC BY-NC 4.0

موفق تاب‌آوری مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سایر مناطق کشور بپردازند تا بستر مناسبی برای سیاست‌گذاری‌های ملی و منطقه‌ای فراهم آید.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز با کد اخلاق (IR.SUMS.NUMIMG.REC.1403.086) اخذ شد سپس رضایت کتبی آگاهانه، توجه به حریم‌خصوصی افراد، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات و داشتن حق کناره‌گیری مشارکت‌کنندگان از پژوهش رعایت شد.

سپاسگزاری

تیم پژوهش تقدیر و تشکر خود را از همکاری و مشارکت مدیران و کارکنان حوزه مراکز و شبکه‌های بهداشت و درمان تابعه دانشگاه علوم پزشکی شیراز اعلام می نماید.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ن. م، ع. خ

جمع آوری داده‌ها: ل. ر

تحلیل داده‌ها: م. ه، ن. م

نگارش و اصلاح مقاله: ن. م، ع. خ، ل. ر، م.ه

سازمان حمایت کننده

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با شماره ۲۳۹۲۹ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Mosadeghrad AM, Karimi F, Ezzati F. Health system resilience: a conceptual review. Hakim 2020; 23(4): 463-86. [Persian]
2) Robertson HD, Elliott AM, Burton C, Iversen L, Murchie P, Porteous T, et al. Resilience of primary healthcare professionals: a systematic review. British Journal of General Practice 2016; 66(647): e423-33. doi: 10.3399/bjgp16X685261.
3) Yıldırım M, Arslan G, Özaslan A. Perceived risk and mental health problems among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: exploring the mediating effects of resilience and coronavirus fear. International journal of Mental Health and Addiction 2022; 20: 1035-45. doi: 10.1007/s11469-020-00424-8.
4) Karreinen S, Rautiainen P, Keskimäki I, Satokangas M, Viita Aho M, Tynkkynen LK. Pandemic preparedness and response regulations in Finland: experiences and implications for post-COVID-19 reforms. Health Policy 2023; 132: 104802. doi: 10.1016/j.healthpol.2023.104802.
5) Kruk ME, Myers M, Varpilah ST, Dahn BT. What is a resilient health system? Lessons from ebola. The Lancet 2015; 385(9980): 1910-2. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60755-3.
6) Barasa E, Mbau R, Gilson L. What is resilience and how can it be nurtured? a systematic review of empirical literature on organizational resilience. International journal of Health Policy and Management 2018; 7(6): 49-503. doi: 10.15171/ijhpm.2018.06.
7)Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly 2005; 83(3): 457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
8) Afkar M, Rezanejad P, Mahdavi Hezaveh A, Akrami F, Riazi Isfahani S, Peykari N, et al. The effect of Covid-19 pandemic on non-communicable disease prevention and management services in the primary health care system in Iran. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2021; 26(5): 33-49. doi: 10.52547/sjku.26.5.33. [Persian]
9) Tabrizi JS, Raeisi A, Namaki S. Primary health care and COVID-19 pandemic in the Islamic Republic of Iran. Depiction of Health 2022; 13(Suppl 1): S1-10. doi: 10.34172/doh.2022.11.
10) Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004; 24(2): 105-12. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
11) Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. 1th ed. USA: Sage Publications, Inc.; 1994: 105-17.
12) Mosadeghrad AM, Taherkhani T, Shojaei S, Jafari M, Mohammadi S, Emamzadeh A, et al. Strengthening primary health care system resilience in covid-19 pandemic: a scoping review. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2022; 20(1) :13-24. [Persian]
13) Gouya MM, Seif Farahi K, Hemmati P. An overview of Iran's actions in response to the COVID-

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir CC BY-NC 4.0

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20647]

19 pandemic and in building health system resilience. Frontiers in Public Health 2023; 11: 1073259. doi: 10.3389/ fpubh.2023.1073259. PMID: 36817898. PMCID: PMC9928968.

14) Sadeghkhani O, Mehdi Alamdarloo P, Mahmoodi Mehr MA, Shokri Kazem Abadi E, Tabatabaei Far SS, Delavari S. Resilience model of public health sector during unknown pandemics: a grounded theory approach for COVID-19 in Iran. BMC Public Health 2025; 25: 1271. doi:10.1186/s12889-025-22474-0.

15) Karreinen S, Paananen H, Kihlström L, Janhonen K, Huhtakangas M, Viita Aho M, et al. Living through uncertainty: a qualitative study on leadership and resilience in primary healthcare during COVID-19. BMC Health Services Research 2023; 23: 233. doi:10.1186/s12913-023-09223-y.

16) Glette MK, Kringeland T, Samal L, Bates DW, Wiig S. A qualitative study of leaders' experiences of handling challenges and changes induced by the COVID-19 pandemic in rural nursing homes and homecare services. BMC Health Services Research. 2024; 24: 442. doi: 10.1186/s12913-024-10935-y.

17) Kihlström L, Karreinen S. Resilience: now what? comment on " re-evaluating our knowledge of health system resilience during COVID-19: lessons from the first two years of the pandemic". International Journal of Health Policy and Management 2024; 13(1): 1-3. doi: 10.34172/ijhpm.8563.

18) Legido Quigley H, Mateos García JT, Campos VR, Gea Sánchez M, Muntaner C, McKee M. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. The Lancet Public Health 2020; 5(5): e251-52. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30060-8.

19) Zamaniahari S, Zareipour M. Health volunteers as environmental health monitors in food preparation, distribution and supply centers in the Covid-19 epidemic. Journal of Research in Environmental Health 2021; 6(4): 295-8. doi: 10.22038/jreh. 2021.54685.1390. [Persian]

20) Khosravi A, Rashidian E, Raeisi A, Wassegh SH, Atefi A, Rabbani B, et al. People-centeredness and community engagement based on" each home as a health post" initiative to control COVID-19 in the Islamic Republic of Iran: the fourth phase of national mobilization against COVID-19. Depiction of Health 2022; 13(Suppl 1): 88-100. doi: 10.34172/ doh.2022.19. [Persian]

21) Ren X. Pandemic and lockdown: a territorial approach to COVID-19 in China, Italy and the United States. Eurasian Geography and Economics 2020; 61(4- 5): 423-34. doi:10.1080/ 15387216. 2020. 1762103.

22) Lau H, Khosrawipour V, Kocbach P, Mikolajczyk A, Schubert J, Bania J, et al. The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China. Journal of Travel Medicine 2020; 27(3): taaa037. doi:10.1093/jtm/taaa037.

23) Chae SH, Park HJ. Effectiveness of penalties for lockdown violations during the COVID-19 pandemic in Germany. American Journal of Public Health 2020; 110(12): 1844-49. doi:10.2105/AJPH.2020.305903. PMID: 33058699.

24) Sardar T, Nadim SS, Rana S, Chattopadhyay J. Assessment of lockdown effect in some states and overall India: a predictive mathematical study on COVID-19 outbreak. Chaos, Solitons& Fractals 2020; 139: 110078. doi: 10.1016/j.chaos.2020.110078.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20647]

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, www.mshsj.ssu.ac.ir CC BY-NC 4.0

Research Article

Explaining Successful Experiences of Primary Healthcare Services' Resilience in Managing the Covid-19 Pandemic

Nasrin Moradi [1], Leila Rastkhadive [2], Mahshid Lotfi [3], Erfan Kharazmi [4*]

[1] Ph.D. of Healthcare Services Management, School of Health Management and Information Science, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
[2] Midwifery Expert and Health Care Worker, Enghelab Health Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
3 Assistant Professor, Research Center for Health Technology Assessment and Medical Informatics, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[4] Assistant Professor, Department of Healthcare Services Management, Health Human Resources Research Center, School of Health Management and Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

* **Corresponding Author:** Erfan Kharazmi
erfankh2001@yahoo.com

Citation: Moradi N, Rastkhadive L, Lotfi M, Kharazmi E. Explaining Successful Experiences of Primary Healthcare Services' Resilience in Managing the Covid-19 Pandemic. Manage Strat Health Syst 2025; 10(3): 199-210.

Received: August 02, 2025
Revised: December 07, 2025
Accepted: December 08, 2025

Funding: This study has been supported by Shiraz University of Medical Sciences (NO 23929).

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: Primary health care services' resilience in managing pandemics can play an important role in the management of health centers Since health centers, by utilizing multipurpose infrastructure, high flexibility, and effective coordination, have been able to play a vital role in controlling the crisis and reducing pressure on hospitals, therefore; the present study has identified successful experiences in primary health care's resilience in health centers.

Methods: The present study was conducted with a qualitative approach in 2025. The study's sample size was purposefully selected from 16 senior, middle, operational managers and employees of health and treatment centers and health centers of towns affiliated with Shiraz University of Medical Sciences who had experienced working during the pandemic. Data collection was carried out through semi-structured interviews. Then, the data were analyzed based on the Graniham-Lodman method and using MaxQDA 2020 software.

Results: According to the participants' viewpoints, six main themes were identified in successful experiences of primary health care services' resilience, which include human factors, physical and infrastructure, management, public informing and participation, strengthening of virtual infrastructure and education, planning and policy-making. From the participants' perspective, the most important factor related to strengthening of virtual infrastructure and education was identified.

Conclusion: According to the results of this study, successful experiences of primary health care services' resilience in managing pandemics show that health centers have been able to play an important role in controlling the disease and maintaining the continuity of services by adopting comprehensive and flexible solutions such as strengthening physical infrastructure, management factors, and rational and timely planning.

Key words: Pandemic, Community health care centers, Primary health care networks, Resilience

Copyright: © 2025 The Author(s); Published by Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution Non-Commercial 4.0 International license (https://creativecommons. org/licenses/by-nc/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/mshsj.v10i3.20647]