

Accepted Manuscript
Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)

Title: Explaining the Factors Influencing the Resilience of Iran's Health System: A Qualitative Study

Authors: Samaneh Yazdani^{1,*}, Mohammad Ali Kiani²

1. *Department of Management and Accounting, School of Humanities and Arts, National University of Skills, Tehran, Iran*
2. *Department of Political and Geopolitical Geography, Faculty of Geography, University of Tehran, Iran*

To appear in: **Disaster Prevention and Management Knowledge**

Received date: 2026/04/25

Accepted date: 2026/09/29

First Online Published: 2026/10/22

This is a “Just Accepted” manuscript, which has been examined by the peer-review process and has been accepted for publication. A “Just Accepted” manuscript is published online shortly after its acceptance, which is prior to technical editing and formatting and author proofing. Archives of Rehabilitation provides “Just Accepted” as an optional service which allows authors to make their results available to the research community as soon as possible after acceptance. After a manuscript has been technically edited and formatted, it will be removed from the “Just Accepted” Website and published as a published article. Please note that technical editing may introduce minor changes to the manuscript text and/or graphics which may affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

Please cite this article as:

Yazdani, S., & Kiani, M. A. [Explaining the Factors Influencing the Resilience of Iran's Health System: A Qualitative Study]. Disaster Prevention and Management Knowledge. Forthcoming 2026.

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

عنوان: تبیین عوامل مؤثر بر تاب‌آوری نظام سلامت ایران: مطالعه کیفی

نویسندگان: ثمانه یزدانی^۱، محمدعلی کیانی^۲

۱. دانشگاه ملی مهارت، تهران، ایران.

۲. گروه جغرافیای سیاسی و ژئوپلیتیک، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، ایران.

نشریه: دانش پیشگیری و مدیریت بحران

تاریخ دریافت: 1405/2/5

تاریخ پذیرش: 1405/7/7

تاریخ انتشار اولیه: 1405/7/31

این نسخه «پذیرفته شده پیش از انتشار» مقاله است که پس از طی فرایند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است. این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرایند ویراستاری منتشر می‌شود. نشریه آرشیو توانبخشی گزینه «پذیرفته شده پیش از انتشار» را به عنوان خدمتی به نویسندگان ارائه می‌دهد تا نتایج آن‌ها در سریع‌ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشد. پس از آنکه مقاله‌ای فرایند آماده سازی و انتشار نهایی را طی می‌کند، از نسخه «پذیرفته شده پیش از انتشار» خارج و در یک شماره مشخص در وبسایت نشریه منتشر می‌شود. شایان ذکر است صفحه آرای و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می‌شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیطه مسئولیت دفتر نشریه خارج است.

لطفا این گونه استناد شود:

Yazdani, S., & Kiani, M. A. [Explaining the Factors Influencing the Resilience of Iran's Health System: A Qualitative Study]. Disaster Prevention and Management Knowledge. Forthcoming 2026.

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

Abstract

In recent years, Iran's health system has faced multiple crises, including the COVID-19 pandemic, climate change, economic sanctions, and natural disasters. Under such conditions, health system resilience, defined as the ability to anticipate, absorb, adapt to, and recover from shocks, plays a critical role in maintaining the continuity of essential health services. Despite its importance, comprehensive evidence on the factors influencing the resilience of Iran's health system in the context of compound crises remains limited. This study aimed to identify and explain the factors influencing the resilience of Iran's health system and to develop a proposed conceptual framework based on qualitative findings. This qualitative study adopted an interpretative phenomenological approach. Data were collected through in-depth semi-structured interviews with 32 purposively selected participants, including health policymakers, health system managers, public health experts, and disaster management specialists. The data were analyzed using Braun and Clarke's thematic analysis approach with the support of MAXQDA 2022 software. The analysis identified seven major themes: governance and leadership, human resources for health, infrastructure and resource management, health information systems, community and private sector engagement, adaptive capacity and institutional agility, and everyday resilience and organizational learning. The findings revealed that fragmented governance, workforce burnout, vulnerable infrastructure, fragmented health information systems, and weak organizational learning were among the major barriers to strengthening health system resilience. Conversely, the extensive primary healthcare network and the experience gained from managing the COVID-19 pandemic emerged as important resilience capacities within Iran's health system. Overall, the findings suggest that strengthening health system resilience requires coordinated reforms in governance, human resource development, resilient infrastructure, health information systems, community engagement, and institutionalized organizational learning. The proposed conceptual framework provides an evidence-informed basis for health policymaking, strategic planning, and the design of interventions aimed at enhancing the resilience of Iran's health system in future crises. However, further empirical validation of this framework through quantitative and mixed-methods studies is recommended.

Keywords: Health system resilience, Health crises, Health governance, Human resources for health, Health information systems, Community engagement.

چکیده

نظام سلامت ایران در سال‌های اخیر با بحران‌های متعددی از جمله همه‌گیری کووید-۱۹، تغییرات اقلیمی، تحریم‌های اقتصادی و بلایای طبیعی مواجه بوده است. در چنین شرایطی، تاب‌آوری نظام سلامت به‌عنوان توانایی پیش‌بینی، جذب شوک، انطباق و بازیابی عملکرد، نقشی اساسی در حفظ تداوم خدمات سلامت ایفا می‌کند. با وجود اهمیت این موضوع، شواهد جامعی درباره عوامل مؤثر بر تاب‌آوری نظام سلامت ایران در بستر بحران‌های ترکیبی محدود است. پژوهش حاضر با هدف شناسایی و تبیین عوامل مؤثر بر تاب‌آوری نظام سلامت ایران و ارائه یک چارچوب مفهومی پیشنهادی مبتنی بر یافته‌های کیفی انجام شد. این پژوهش با رویکرد کیفی و پدیدارشناختی تفسیری انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق با ۳۲ نفر از سیاست‌گذاران، مدیران نظام سلامت، کارشناسان بهداشت عمومی و متخصصان مدیریت بحران که به‌صورت هدفمند انتخاب شده بودند، گردآوری شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مضمون بر اساس رویکرد براون و کلارک و با بهره‌گیری از نرم‌افزار MAXQDA تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها به شناسایی هفت مضمون اصلی شامل حکمرانی و رهبری، سرمایه انسانی، زیرساخت‌ها و مدیریت منابع، نظام اطلاعات سلامت، مشارکت جامعه و بخش غیردولتی، ظرفیت تطبیق و چابکی نهادی، و تاب‌آوری روزمره و یادگیری سازمانی منجر شد. یافته‌ها نشان داد که حکمرانی چندپاره، فرسودگی نیروی انسانی، آسیب‌پذیری زیرساخت‌ها، نبود یکپارچگی سامانه‌های اطلاعاتی و ضعف یادگیری سازمانی از مهم‌ترین موانع تقویت تاب‌آوری نظام سلامت هستند. در مقابل، وجود شبکه گسترده خدمات سلامت اولیه و تجربه مدیریت همه‌گیری کووید-۱۹ از مهم‌ترین ظرفیت‌های موجود نظام سلامت ایران محسوب می‌شوند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تقویت تاب‌آوری نظام سلامت مستلزم اصلاحات هماهنگ در حوزه‌های حکمرانی، توسعه سرمایه انسانی، تقویت زیرساخت‌ها، ارتقای نظام اطلاعات سلامت، افزایش مشارکت اجتماعی و نهادینه‌سازی یادگیری سازمانی است. چارچوب مفهومی پیشنهادی این پژوهش می‌تواند به‌عنوان مبنایی برای سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و طراحی مداخلات در راستای ارتقای تاب‌آوری نظام سلامت در مواجهه با بحران‌های آینده مورد استفاده قرار گیرد. با این حال، اعتبارسنجی این چارچوب در مطالعات آتی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری نظام سلامت، بحران‌های سلامت، حکمرانی سلامت، سرمایه انسانی سلامت، نظام اطلاعات سلامت، مشارکت اجتماعی.

مقدمه:

نظام‌های سلامت در دهه‌های اخیر با طیف گسترده‌ای از بحران‌های سلامت مواجه شده‌اند؛ از همه‌گیری‌های واگیر مانند کووید-۱۹ گرفته تا بلایای طبیعی مکرر، تغییرات اقلیمی، تهدیدهای زیست‌محیطی، فشارهای اقتصادی ناشی از تحریم‌ها و مهاجرت‌های گسترده. تجربه جهانی همه‌گیری کووید-۱۹ نشان داد که حتی نظام‌های سلامت برخوردار از منابع مالی و فناوری پیشرفته نیز در برابر شوک‌های چندبعدی و هم‌زمان آسیب‌پذیر هستند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۳). در ایران، این بحران در بستری از تحریم‌های اقتصادی طولانی‌مدت، بلایای طبیعی مکرر مانند سیل، زلزله و موج‌های گرمای شدید و مهاجرت‌های گسترده مانند موج پناهندگان افغان در سال ۲۰۲۱ رخ داد و چالش‌های جدی در دسترسی عادلانه به خدمات، تأمین پایدار منابع و استمرار مراقبت‌های ضروری ایجاد کرد (کریمیان و همکاران، ۲۰۲۵؛ عزتی و همکاران، ۲۰۲۳). هم‌زمانی این بحران‌ها، ضرورت توجه به ظرفیت‌های ساختاری و کارکردی نظام سلامت برای مواجهه با شوک‌های ترکیبی را بیش از پیش برجسته ساخته است. در این چارچوب، مفهوم «تاب‌آوری نظام سلامت» به‌عنوان یکی از محورهای اصلی سیاست‌گذاری جهانی مطرح شده است. سازمان جهانی بهداشت تاب‌آوری را توانایی نظام برای پیش‌بینی، جذب شوک، تطبیق و بازیابی عملکرد در مواجهه با بحران‌ها تعریف می‌کند، به‌گونه‌ای که ارائه خدمات اساسی سلامت بدون وقفه و با حفظ کیفیت ادامه یابد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۲؛ سازمان جهانی بهداشت منطقه مدیترانه شرقی، ۲۰۲۴). تاب‌آوری ماهیتی چندبعدی دارد و مؤلفه‌هایی مانند حکمرانی اثربخش، تأمین مالی پایدار، نیروی انسانی توانمند، نظام اطلاعات یکپارچه، مشارکت اجتماعی و ارائه خدمات منعطف را دربرمی‌گیرد (کروک و همکاران، ۲۰۱۵؛ الاصفور و همکاران، ۲۰۲۴). شواهد نشان می‌دهد ضعف در هر یک از این مؤلفه‌ها می‌تواند ظرفیت پاسخ‌گویی به بحران‌ها را تضعیف کرده و به اختلال در خدمات ضروری، تشدید نابرابری‌های سلامت و کاهش اعتماد عمومی منجر شود (بیدل و همکاران، ۲۰۲۰؛ صادقی‌خانی و همکاران، ۲۰۲۵). در ایران، نظام سلامت هم‌زمان با همه‌گیری کووید-۱۹ (عزتی و همکاران، ۲۰۲۳)، فشارهای اقتصادی ناشی از تحریم‌ها (باباشاهی و همکاران، ۲۰۲۳) و پیامدهای تغییرات اقلیمی نظیر افزایش دما، خشکسالی و سیل‌های مکرر (مصادقی‌راد و همکاران، ۲۰۲۴) مواجه بوده است. با وجود اقداماتی نظیر تقویت نظارت جامعه‌محور و مدیریت مهاجرت پناهندگان (کریمیان و همکاران، ۲۰۲۵)، چالش‌هایی در حوزه حکمرانی سلامت، پایداری مالی، توزیع و انگیزش نیروی انسانی و یکپارچگی نظام اطلاعات سلامت همچنان پابرجاست (قلیوند و همکاران، ۲۰۲۵). مرور ادبیات نشان می‌دهد اگرچه مطالعات بین‌المللی متعددی به تاب‌آوری نظام‌های سلامت پرداخته‌اند (هالدین و همکاران، ۲۰۲۱؛ فورسگرن و همکاران، ۲۰۲۲)، پژوهش‌های بومی جامع و زمینه‌مند که تعامل چندسطحی مؤلفه‌های تاب‌آوری را در بستر بحران‌های ترکیبی ایران تحلیل کنند، محدود است و اغلب بر ابعاد منفرد تمرکز داشته‌اند (صادقی‌خانی و همکاران، ۲۰۲۵). بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تحلیل یکپارچه و زمینه‌مند عوامل مؤثر بر تاب‌آوری نظام سلامت ایران در مواجهه با بحران‌های سلامت انجام می‌شود. این مطالعه با شناسایی چالش‌ها و ظرفیت‌های کلیدی، تبیین روابط بین مؤلفه‌های ساختاری و کارکردی، و ارائه چارچوب مفهومی پیشنهادی، مبنایی تحلیلی برای پیشنهاد‌های سیاستی و تقویت تاب‌آوری فراهم می‌آورد. سؤالات اصلی پژوهش عبارتند از: عوامل اصلی داخلی و خارجی مؤثر بر تاب‌آوری نظام سلامت ایران کدامند؟ این عوامل چگونه با یکدیگر تعامل دارند؟ و چگونه می‌توان مدل مفهومی عملی و بومی برای ارتقاء تاب‌آوری در برابر بحران‌های ترکیبی طراحی کرد؟ نتایج این پژوهش می‌تواند به تصمیم‌گیران حوزه سلامت در طراحی مداخلات یکپارچه و مبتنی بر شواهد در شرایط بحران کمک کند.

مفهوم تاب‌آوری نظام سلامت

تاب‌آوری نظام سلامت به‌عنوان توانایی نظام برای پیش‌بینی، جذب شوک‌ها، تطبیق و بازیابی عملکرد در شرایط بحران تعریف می‌شود، به‌گونه‌ای که ارائه خدمات اساسی سلامت بدون وقفه و با حفظ کیفیت استمرار یابد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۳؛ سازمان جهانی بهداشت منطقه مدیترانه شرقی، ۲۰۲۴). این تعریف فراتر از مفهوم آمادگی اضطراری صرف است و بر ظرفیت نظام برای یادگیری سازمانی، اصلاح ساختارها و حتی تحول عملکردی پس از بحران تأکید دارد (کروک و همکاران، ۲۰۱۵؛ توماس و همکاران، ۲۰۲۳؛ الاصفور و همکاران، ۲۰۲۴). در ادبیات، تاب‌آوری با مفاهیم مرتبط اما متمایزی همچون پایداری، مدیریت بحران و ظرفیت پاسخ‌گویی مقایسه شده است. پایداری عمدتاً بر عملکرد بلندمدت تمرکز دارد، مدیریت بحران بر پاسخ فوری و کوتاه‌مدت تأکید می‌کند، و ظرفیت پاسخ‌گویی به توان عملیاتی در لحظه بحران اشاره دارد. در مقابل، تاب‌آوری مفهومی گسترده‌تر و پویا است که انعطاف‌پذیری، تطبیق سریع و یادگیری مستمر از شوک‌ها را دربرمی‌گیرد؛ به‌گونه‌ای که نظام تاب‌آور نه تنها در برابر بحران مقاومت می‌کند، بلکه از تجربیات آن برای بهبود عملکرد آینده بهره می‌برد (کروک و همکاران، ۲۰۱۵؛ باراسا و همکاران، ۲۰۲۰). این مفهوم طیف وسیعی از شوک‌ها را شامل می‌شود، از همه‌گیری‌های واگیر و بلایای طبیعی گرفته تا فشارهای اقتصادی و سیاسی، تغییرات اقلیمی، تحولات جمعیتی و بحران‌های ژئوپلیتیکی (الاصفور و همکاران، ۲۰۲۴؛ سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، ۲۰۲۴). بنابراین، تاب‌آوری صرفاً شاخص عملکرد در بحران نیست، بلکه معیاری برای توانمندسازی نظام سلامت جهت مواجهه پایدار با عدم قطعیت‌های آینده محسوب می‌شود. در سطح ملی، مفهوم تاب‌آوری باید با ویژگی‌های ساختاری، اقتصادی، اجتماعی و نهادی هر کشور تطبیق یابد. در ایران، با وجود ظرفیت‌هایی نظیر شبکه گسترده مراقبت‌های اولیه و نیروی انسانی متخصص، بحران‌هایی مانند همه‌گیری کووید-۱۹، تحریم‌های اقتصادی و پیامدهای تغییرات اقلیمی نشان داده‌اند که تحلیل نظام‌مند تاب‌آوری و شناسایی عوامل تعیین‌کننده آن برای تقویت عملکرد نظام ضروری است (عزتی و همکاران، ۲۰۲۳؛ مصداقی‌راد و همکاران، ۲۰۲۴؛ سجادی و همکاران، ۲۰۲۵).

تکامل نظری تاب‌آوری در حوزه سلامت

مفهوم تاب‌آوری نخستین‌بار در علوم اکولوژی مطرح شد و به توانایی یک سیستم برای جذب شوک و بازگشت به حالت تعادل پس از اختلال اشاره داشت. (هولینگ، ۱۹۷۳) این مفهوم به تدریج وارد حوزه مدیریت و سازمان شد و پس از دهه ۲۰۰۰ به ادبیات سلامت راه یافت؛ جایی که تاب‌آوری نظام سلامت به‌عنوان توانایی پیش‌بینی، آمادگی، پاسخ‌دهی مؤثر و بازیابی عملکرد در شرایط بحران تعریف گردید (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۳؛ سازمان جهانی بهداشت منطقه مدیترانه شرقی، ۲۰۲۴). در مراحل اولیه، تاب‌آوری عمدتاً به‌عنوان بازگشت به وضعیت پیشین درک می‌شد؛ اما با گسترش پژوهش‌ها، ابعاد تطبیقی، یادگیری سازمانی و تغییر سازگاران به آن افزوده شد. در نتیجه، نظام‌های سلامت تاب‌آور نه تنها به وضعیت قبل بازمی‌گردند، بلکه فرآیندها و ساختارهای خود را اصلاح کرده و برای بحران‌های آتی آمادگی بیشتری می‌یابند (کروک و همکاران، ۲۰۱۵؛ باراسا و همکاران، ۲۰۲۰). تجربه جهانی کووید-۱۹ این تحول نظری را تسریع کرد و نشان داد که تاب‌آوری فراتر از مقاومت در برابر شوک است و نیازمند انطباق سریع، هماهنگی نهادی، یادگیری مستمر و بازسازی ساختاری است. (هالدین و همکاران، ۲۰۲۱؛ توماس و همکاران، ۲۰۲۳؛ پاسکوالوتو و همکاران، ۲۰۲۳) پژوهش‌های اخیر نیز تاب‌آوری را فرآیندی پویا، چندسطحی و وابسته به تعاملات ساختاری، نهادی و اجتماعی معرفی می‌کنند (الاصفور و همکاران، ۲۰۲۴؛ مصداقی‌راد و همکاران، ۲۰۲۴). با این حال، علی‌رغم پیشرفت‌های نظری، اجماع مفهومی واحدی درباره تعریف، ابعاد و نحوه سنجش تاب‌آوری وجود ندارد. این عدم یکپارچگی مفهومی، چالش‌هایی را در عملیاتی‌سازی و ارزیابی تجربی آن

ایجاد کرده و ضرورت توسعه چارچوب‌های تحلیلی زمینه‌مند را برجسته می‌سازد (چارچوب سازمان جهانی بهداشت اروپا، ۲۰۲۵-۲۰۳۰؛ صادقی‌خانی و همکاران، ۲۰۲۵).

چارچوب‌ها و مدل‌های نظری تاب‌آوری نظام سلامت

ادبیات جهانی نشان می‌دهد که تاب‌آوری نظام سلامت مفهومی چندبعدی و چندسطحی است که به چارچوب‌های نظری روشن برای تحلیل و سنجش نیاز دارد، اما تاکنون چارچوب واحد و مورد اجماع جهانی شکل نگرفته است (الاصفور و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از پرکاربردترین رویکردها، چارچوب چهارظرفیتی سازمان جهانی بهداشت است که تاب‌آوری را در چهار مرحله پیش‌بینی، جذب، تطبیق و بازیابی/تحول تحلیل می‌کند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۳؛ سازمان جهانی بهداشت منطقه مدیترانه شرقی، ۲۰۲۴). این چارچوب تأکید ویژه‌ای بر یادگیری و اصلاح ساختارها برای بحران‌های آینده دارد. مدل ارزیابی نظام‌های سلامت تاب‌آور نیز چارچوبی عملیاتی‌تر ارائه می‌دهد که عملکرد تاب‌آوری را در ۱۷ حوزه، ۴۵ زیرحوزه و ۶۹ استاندارد عملیاتی در شش بلوک ساختاری سازمان جهانی بهداشت تحلیل می‌کند و به‌ویژه برای زمینه‌های شکننده و بحران‌زده کاربرد دارد (ابراهیم و همکاران، ۲۰۲۵). رویکرد سیستم‌های پیچیده تطبیقی تاب‌آوری را نتیجه تعاملات غیرخطی، تنظیم خودکار و یادگیری سیستمی میان مؤلفه‌های نظام می‌داند. (آتون و همکاران، ۲۰۱۵؛ هالدین و همکاران، ۲۰۲۱) چارچوب «تاب‌آوری روزمره» نیز بر مدیریت فشارهای کوچک اما مستمر روزانه به‌عنوان بنیان تاب‌آوری در بحران‌های بزرگ تأکید دارد (گیلسون و همکاران، ۲۰۱۷؛ باراسا و همکاران، ۲۰۲۰). مرورهای جدید نشان می‌دهد تاب‌آوری باید در سطوح فردی، سازمانی و ملی و با در نظر گرفتن تعاملات میان این سطوح تحلیل شود (فرس‌گرن و همکاران، ۲۰۲۲؛ راهنمای آزمون تاب‌آوری OECD، ۲۰۲۴). رویکردهای اخیر نیز شش بلوک سازمان جهانی بهداشت را با چرخه بحران تلفیق کرده و تاب‌آوری را با عملکرد نظام ادغام می‌کنند (چارچوب سازمان جهانی بهداشت اروپا، ۲۰۲۵-۲۰۳۰). با وجود تنوع چارچوب‌ها، دو چالش اساسی در ادبیات قابل مشاهده است: نخست، فقدان اجماع در تعریف و سنجش؛ و دوم، محدود بودن کاربرد چارچوب‌ها در زمینه‌های دارای بحران‌های ترکیبی و محدودیت‌های ساختاری. این شکاف‌ها ضرورت توسعه مدل‌های تحلیلی بومی و زمینه‌مند را برجسته می‌کند.

ابعاد و مؤلفه‌های تاب‌آوری نظام سلامت

ادبیات پژوهشی ابعاد زیر را به‌عنوان مؤلفه‌های کلیدی تاب‌آوری نظام سلامت معرفی می‌کند:

- **بعد ساختاری:** پایداری زیرساخت‌ها، نیروی انسانی، تجهیزات، دارو و منابع مالی (آتون و همکاران، ۲۰۱۵؛ باراسا و همکاران، ۲۰۲۰؛ مصداقی‌راد و همکاران، ۲۰۲۴).
- **بعد عملکردی:** استمرار ارائه خدمات حیاتی، مدیریت جریان بیماران و تنظیم اولویت‌ها (گیلسون و همکاران، ۲۰۱۷؛ بلانش و همکاران، ۲۰۱۷؛ عزتی و همکاران، ۲۰۲۳).
- **بعد تطبیقی:** یادگیری از بحران‌ها، اصلاح سیاست‌ها و استفاده از داده‌ها برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد (الاصفور و همکاران، ۲۰۲۴؛ توماس و همکاران، ۲۰۲۳؛ صادقی‌خانی و همکاران، ۲۰۲۵).
- **بعد نهادی و حکمرانی:** رهبری، هماهنگی بین‌بخشی، شفافیت و سیاست‌گذاری پیش‌بینانه (کروک و همکاران، ۲۰۱۵؛ بلانش و همکاران، ۲۰۱۷؛ مصداقی‌راد و همکاران، ۲۰۲۴).
- **بعد ارتباطات و شبکه‌های اجتماعی:** مشارکت جامعه، همکاری بین‌سازمانی و اعتماد عمومی (گیلسون و همکاران، ۲۰۱۷؛ فرس‌گرن و همکاران، ۲۰۲۲).

جمع‌بندی ادبیات نشان می‌دهد تاب‌آوری برآیند تعامل پویا میان ساختار، عملکرد، تطبیق، حکمرانی و شبکه‌های اجتماعی است. این ابعاد شاخص‌های قابل سنجش و عملیاتی برای ارزیابی فراهم می‌کنند و زمینه لازم برای طراحی یک مدل مفهومی جامع و بومی در تحلیل تاب‌آوری نظام سلامت ایران به‌ویژه در مواجهه با بحران‌های ترکیبی مانند همه‌گیری‌ها، تغییرات اقلیمی، تحریم‌های اقتصادی و فشارهای اجتماعی را مهیا می‌سازند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۳؛ توماس و همکاران، ۲۰۲۳؛ الاصفور و همکاران، ۲۰۲۴؛ مصداقی‌راد و همکاران، ۲۰۲۴؛ عزتی و همکاران، ۲۰۲۳؛ سجادی و همکاران، ۲۰۲۵).

پیشینه پژوهش

مطالعات تجربی بین‌المللی در حوزه تاب‌آوری نظام سلامت در مواجهه با بحران‌ها

مطالعات تجربی نشان می‌دهند که تاب‌آوری فراتر از مدیریت بحران‌های کوتاه‌مدت است و شامل انعطاف‌پذیری سازمانی، تقویت نیروی انسانی، حکمرانی مؤثر، زیرساخت‌های فیزیکی و اطلاعاتی، و مشارکت جامعه می‌شود (باراسا و همکاران، ۲۰۲۰؛ فرس‌گرن و همکاران، ۲۰۲۲). مرور تجربی تنوع بحران‌ها مانند پاندمی‌ها مانند کووید-۱۹، اپیدمی‌های ابولا، بلایای طبیعی، جنگ، فشارهای اقتصادی و تغییرات اقلیمی را نشان می‌دهد که نظام‌های سلامت را وادار به تقویت تاب‌آوری از طریق راهبردهای هماهنگ کرده است (هالدین و همکاران، ۲۰۲۱؛ پاسکوالوتو و همکاران، ۲۰۲۳؛ ابراهیم و همکاران، ۲۰۲۵). این مطالعات بر نقش ترکیبی حکمرانی، نیروی انسانی، سیستم‌های اطلاعاتی سلامت و مشارکت جامعه تأکید دارند و موفقیت را نیازمند رویکرد چندبعدی می‌دانند. تحلیل تجربی همچنین بر تاب‌آوری روزمره تمرکز دارد؛ یعنی توانایی حفظ عملکرد عادی در برابر فشارهای مداوم، که پایه تاب‌آوری در بحران‌های بزرگ است (باراسا و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات اخیر با روش‌های کمی، کیفی و ترکیبی، ابزارهای سنجش تاب‌آوری و شاخص‌های عملکردی را توسعه داده‌اند که می‌تواند الگویی برای تحلیل تاب‌آوری نظام سلامت ایران باشد (سولنیه و همکاران، ۲۰۲۳؛ ابراهیم و همکاران، ۲۰۲۵).

جدول ۱. مطالعات تجربی کلیدی بین‌المللی در حوزه تاب‌آوری نظام سلامت

ردیف	عنوان مطالعه	نویسندگان/کشور	سال	نوع بحران	یافته‌های کلیدی
1	Health system resilience during COVID-19: Nepal	Regmi et al.	2024	کووید-۱۹	نقش حکمرانی و ظرفیت تطبیقی در پاسخ پاندمیک
2	Resilience of health systems to Ebola outbreaks	Meyer et al. / آفریقا	2018	ابولا	تاب‌آوری مبتنی بر زیرساخت، نیروی انسانی و هماهنگی بین‌بخشی
3	Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries	Haldane et al. / ۲۸ کشور	2021	کووید-۱۹	هماهنگی ملی، سیستم‌های دولتی و استراتژی‌های تطبیقی کلیدی
4	Hospital networks resilience	Carbonara et al. / ایتالیا	2024	کووید-۱۹	جریان بیماران و لجستیک بیمارستان‌ها عامل مهم تاب‌آوری

5	A resilience view on health system resilience: scoping review	Forsgren et al.	2022–2023	بحران‌های متنوع	عملیاتی‌سازی تاب‌آوری؛ نیاز به رویکردهای چندبعدی
6	Everyday resilience in health systems	Barasa et al.	2020	بحران‌های عمومی	انعطاف‌پذیری روزمره در فشار مداوم کلیدی برای موفقیت
7	Health systems resilience: is it time to revisit resilience after COVID-19?	Paschoalotto et al.	2023	کووید-۱۹	نیاز به بازنگری مفهوم تاب‌آوری پس از کووید؛ تمرکز بر LMICs
8	Re-evaluating Our Knowledge of Health System Resilience During COVID-19	Saulnier et al.	2023	کووید-۱۹	بازنگری دانش تاب‌آوری پس از دو سال کووید؛ تمرکز بر جنبه‌های کمتر بررسی‌شده
9	Community health workers for health systems resilience during COVID-19	Saulnier et al.	2024	کووید-۱۹	نقش کارکنان بهداشت جامعه در تاب‌آوری سیستم
10	Building a health system resilience framework: national, state, regional, and local perspectives	Paschoalotto et al. (Brazil)	2025–2026	بحران‌های متنوع	چارچوب تاب‌آوری در سطوح ملی، ایالتی و محلی

جدول فوق نمای کلی از تنوع مطالعات بین‌المللی، نوع بحران، و مؤلفه‌های کلیدی تاب‌آوری نظام سلامت ارائه می‌دهد و می‌تواند مبنایی برای تحلیل بومی و تدوین مدل مفهومی در ایران باشد.

مرور پژوهش‌های انجام‌شده در ایران

در ایران نیز پژوهش‌های متعددی به بررسی تاب‌آوری نظام سلامت در مواجهه با بحران‌ها، به‌ویژه پاندمی کووید-۱۹، تغییرات اقلیمی و فشارهای ساختاری پرداخته‌اند. این مطالعات از منظرهای گوناگون شامل تحلیل مدل‌های تاب‌آوری، شناسایی چالش‌ها و راهبردها، و نقش مؤلفه‌های کلیدی انجام شده و دیدگاه‌های بومی در مورد پویایی سیستم سلامت در شرایط بحران ارائه می‌دهند. یک مطالعه با رویکرد نظریه زمینه‌ای مدل تاب‌آوری بخش بهداشت عمومی را تدوین کرده و نشان داده است که زیرساخت‌ها، مدیریت زنجیره تأمین، مدیریت مالی، منابع انسانی و مدیریت بحران از عوامل اصلی تعیین‌کننده تاب‌آوری در همه‌گیری‌های ناشناخته هستند؛ آمادگی سیستم نقش محوری دارد (صادقی‌خانی و همکاران، ۲۰۲۵). در پژوهشی پدیدارشناختی، چالش‌های تاب‌آوری امکانات بهداشتی-درمانی طی کووید-۱۹ شامل ساختار مدیریتی تکه‌تکه، رهبری ضعیف، نبود برنامه ملی یکپارچه، نیروی کار کم‌آماده، سیستم اطلاعات ناکارآمد و کمبود منابع بود (عزتی و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهشی استراتژیک ابعاد داخلی و خارجی مؤثر بر تاب‌آوری در برابر تغییرات اقلیمی را شناسایی کرد (مصدق‌راد و همکاران، ۲۰۲۴). چالش‌های نیروی انسانی در همه‌گیری شامل کمبود نیرو، انگیزش پایین، فقدان امکانات حمایتی و فشارهای روانی کارکنان بوده و پیشنهادهایی برای بهبود جبران خدمات، آموزش و پشتیبانی روانی ارائه شده است (واعظی‌رایگانی و همکاران، ۲۰۲۵). در حوزه داروسازی جامعه نیز پاسخ‌های خلاقانه مانند مشاوره از راه دور و تحویل دارو در منزل، نیاز به تقویت زیرساخت‌های حمایتی و سیاست‌های یکپارچه را نشان داد (تاب‌آوری داروسازی جامعه در ایران،

۲۰۲۵). این مطالعات نقاط قوت نظام سلامت ایران مانند شبکه گسترده مراقبت‌های اولیه و ضعف‌ها حکمرانی تکه‌تکه، کمبود منابع را روشن می‌سازند و زمینه مناسبی برای توسعه دانش نظری و سیاست‌گذاری کاربردی فراهم می‌کنند. یافته‌های آن‌ها مبنای مناسبی برای مدل مفهومی هفت‌محوری پژوهش حاضر فراهم آورده و ضرورت تحلیل یکپارچه ابعاد تاب‌آوری در بحران‌های ترکیبی را تأیید می‌کنند.

شکاف پژوهشی و ضرورت مطالعه حاضر

با وجود پیشرفت‌های جهانی و ملی، شواهد تجربی منسجم درباره عملکرد تاب‌آور نظام سلامت ایران در مواجهه با بحران‌های ترکیبی محدود است. بیشتر پژوهش‌های داخلی بر بحران‌های کوتاه‌مدت متمرکز بوده و عمدتاً در سطح بیمارستان‌ها یا گروه‌های شغلی خاص انجام شده‌اند، در حالی که تحلیل نظام‌مند ابعاد کلان، تعاملات بین‌بخشی، نقش حکمرانی و اثر بحران‌های ترکیبی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است (عزتی و همکاران، ۲۰۲۳؛ مصداقی‌راد و همکاران، ۲۰۲۴؛ صادقی‌خانی و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، بسیاری از تحقیقات داخلی هنوز ابعاد چندبعدی تاب‌آوری مانند نیروی انسانی، زیرساخت‌ها، مدیریت منابع، حکمرانی، مشارکت جامعه و یادگیری سازمانی را به صورت یکپارچه و چندسطحی تحلیل نکرده‌اند. این محدودیت باعث شده راهکارهای عملی و سیاست‌گذاری‌های ملی بر پایه شواهد ناقص طراحی شود (باراسا و همکاران، ۲۰۲۰؛ هالدین و همکاران، ۲۰۲۱؛ فرس‌گرن و همکاران، ۲۰۲۲؛ صادقی‌خانی و همکاران، ۲۰۲۵). بنابراین، مطالعه حاضر با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری نظام سلامت ایران به صورت جامع، سیستماتیک و چندبعدی انجام می‌شود و با بهره‌گیری از تجربیات داخلی و بین‌المللی، مدل مفهومی عملی و بومی برای ارتقای تاب‌آوری ارائه خواهد داد.

چارچوب نظری پژوهش

چارچوب نظری این پژوهش بر تلفیقی از مدل‌های معتبر بین‌المللی و شواهد تجربی بومی ایران استوار است. منابع کلیدی شامل چارچوب چهارظرفیتی سازمان جهانی بهداشت (پیش‌بینی، جذب، تطبیق، بازیابی/تحول) (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۳؛ چارچوب سازمان جهانی بهداشت اروپا، ۲۰۲۵-۲۰۳۰)، مدل تاب‌آوری روزمره با تأکید بر انعطاف‌پذیری عملکرد روزانه (باراسا و همکاران، ۲۰۲۰)، رویکرد سیستم‌های پیچیده تطبیقی برای تحلیل تعاملات پویا (آتون و همکاران، ۲۰۱۵)، و مطالعات ملی ایران در زمینه چالش‌های کووید-۱۹، تغییرات اقلیمی و تحریم‌ها (مصداقی‌راد و همکاران، ۲۰۲۴؛ صادقی‌خانی و همکاران، ۲۰۲۵؛ عزتی و همکاران، ۲۰۲۳) است. این چارچوب نظری بر سه اصل اساسی بنا شده است: نخست، چندبعدی بودن تاب‌آوری؛ به این معنا که تاب‌آوری نه یک ویژگی تک‌بعدی، بلکه نتیجه تعامل همزمان زیرساخت‌ها، نیروی انسانی، حکمرانی، منابع مالی، سیستم اطلاعات سلامت و مشارکت جامعه است و محدود کردن آن به یک بعد یا سطح، تحلیل را ناقص می‌کند (فرس‌گرن و همکاران، ۲۰۲۲؛ آل‌عصفور و همکاران، ۲۰۲۴؛ مصداقی‌راد و همکاران، ۲۰۲۴). دوم، دیدگاه سیستمیک و پویا؛ نظام سلامت در مواجهه با بحران‌ها یک سیستم باز، پیچیده و تطبیقی است که باید با توجه به چرخه‌های بازخورد، تعاملات غیرخطی و تغییرات محیطی تحلیل شود (باراسا و همکاران، ۲۰۲۰؛ هالدین و همکاران، ۲۰۲۱؛ راهنمای OECD، ۲۰۲۴). سوم، یکپارچگی تجربیات جهانی و بومی؛ تلفیق چارچوب‌های بین‌المللی با چالش‌ها و ظرفیت‌های خاص ایران مانند شبکه گسترده مراقبت‌های اولیه در کنار محدودیت‌های ناشی از تحریم‌ها و تغییرات اقلیمی امکان طراحی مدلی عملی، قابل اجرا و زمینه‌مند را فراهم می‌کند (مصداقی‌راد و همکاران، ۲۰۲۴؛ عزتی و همکاران، ۲۰۲۳؛ صادقی‌خانی و همکاران، ۲۰۲۵).

چارچوب مفهومی پژوهش

بر اساس مرور نظام‌مند ادبیات نظری و تجربی و تحلیل داده‌های کیفی، چارچوب مفهومی پیشنهادی پژوهش حاضر تاب‌آوری نظام سلامت را به‌عنوان پدیده‌ای چندبعدی، پویا و تعاملی صورت‌بندی می‌کند که متشکل از هفت بعد کلیدی است. این ابعاد در یک معماری چندلایه و به‌هم‌پیوسته سازمان یافته‌اند و عملکرد نظام سلامت را در مواجهه با شوک‌ها و فشارهای مزمن شکل می‌دهند. در این چارچوب، حکمرانی راهبردی و رهبری تطبیقی به‌عنوان هسته مرکزی چارچوب مفهومی پیشنهادی عمل می‌کند و از طریق جهت‌دهی سیاست‌گذاری، شفافیت در تصمیم‌گیری و هماهنگی بین‌بخشی، سایر ابعاد سیستم را هدایت و هم‌راستا می‌سازد (هال‌دین و همکاران، ۲۰۲۱؛ مصداقی‌راد و همکاران، ۲۰۲۴). در لایه‌های پیرامونی، سرمایه انسانی نظام سلامت شامل ظرفیت تخصصی، انگیزش، آموزش مستمر و حمایت روانی، همراه با زیرساخت‌ها و منابع نظیر تجهیزات، دارو و تأمین مالی پایدار، به‌عنوان پیش‌نیازهای عملیاتی تاب‌آوری نقش‌آفرینی می‌کنند (باراسا و همکاران، ۲۰۲۰؛ عزتی و همکاران، ۲۰۲۳؛ واعظی‌رایگانی و همکاران، ۲۰۲۵). هم‌زمان، سیستم اطلاعات سلامت و ظرفیت‌های دانش‌بنیان با فراهم‌سازی داده‌های به‌هنگام، یکپارچه و تحلیل‌پذیر، بستر تصمیم‌گیری سریع و مبتنی بر شواهد را فراهم می‌سازند (فرس‌گرن و همکاران، ۲۰۲۲؛ مصداقی‌راد و همکاران، ۲۰۲۴). در سطح اجتماعی، سرمایه اجتماعی و مشارکت جامعه و سازمان‌های غیردولتی از طریق تقویت اعتماد عمومی، همکاری بین‌بخشی و بسیج منابع اجتماعی، نقش مکمل و تقویت‌کننده تاب‌آوری نهادی را ایفا می‌کند (جیلسون و همکاران، ۲۰۱۷). در لایه‌های پویای چارچوب مفهومی پیشنهادی، چابکی نهادی، تطبیق‌پذیری و یادگیری سازمانی به‌عنوان سازوکارهای بازخوردی، امکان اصلاح مستمر سیاست‌ها، انطباق با شرایط متغیر و ارتقای عملکرد سیستم را فراهم می‌سازند (باراسا و همکاران، ۲۰۲۰؛ آل‌عصفور و همکاران، ۲۰۲۴؛ صادقی‌خانی و همکاران، ۲۰۲۵). برآیند تعامل این ابعاد، در نهایت در تاب‌آوری روزمره نظام سلامت متبلور می‌شود که بیانگر توان عملیاتی سیستم در حفظ تداوم خدمات در شرایط فشارهای مزمن و بحران‌های حاد است.



چارچوب مفهومی پیشنهادی تاب‌آوری نظام سلامت ایران در مواجهه با بحران‌ها

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که هرچند این ابعاد به‌صورت مفهومی ظرفیت‌های تقویت‌کننده تاب‌آوری را نمایندگی می‌کنند، اما در عمل بسیاری از آن‌ها در نظام سلامت ایران با چالش‌ها و کاستی‌های ساختاری مواجه‌اند. این نارسایی‌ها می‌توانند ظرفیت کلی سیستم برای جذب شوک‌ها، تطبیق با شرایط بحرانی و تداوم ارائه خدمات سلامت را تضعیف کنند. ازاین‌رو، چارچوب مفهومی

پیشنهادی حاضر نه تنها چارچوبی تبیینی از تاب‌آوری نظام سلامت ارائه می‌دهد، بلکه به عنوان ابزاری تحلیلی، گلوگاه‌ها و نقاط آسیب‌پذیر سیستم را نیز آشکار می‌سازد. این چارچوب مفهومی پیشنهادی می‌تواند مبنایی برای ارزیابی عملکرد، طراحی مداخلات هدفمند و سیاست‌گذاری پیشگیرانه در مواجهه با بحران‌های آینده از جمله همه‌گیری‌ها، تغییرات اقلیمی، تحریم‌ها و شوک‌های ترکیبی باشد.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش یک مطالعه کیفی با جهت‌گیری تفسیری است که از پدیدارشناسی تفسیری به عنوان چارچوب فلسفی برای فهم و تفسیر تجارب زیسته سیاست‌گذاران، مدیران و متخصصان نظام سلامت درباره عوامل مؤثر بر تاب‌آوری نظام سلامت ایران در مواجهه با بحران‌های سلامت بهره گرفته است. هدف پژوهش، دستیابی به درکی عمیق از معانی، ادراکات و تجربه‌های مشارکت‌کنندگان درباره ابعاد مختلف تاب‌آوری نظام سلامت بود. به منظور سازمان‌دهی و تحلیل نظام‌مند داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، از روش تحلیل مضمون براساس الگوی شش مرحله‌ای براون و کلارک (۲۰۰۶) استفاده شد. بدین ترتیب، پدیدارشناسی تفسیری چارچوب معرفت‌شناختی پژوهش را شکل داد و تحلیل مضمون به عنوان راهبرد تحلیل داده‌ها به کار گرفته شد. با توجه به ماهیت تفسیری پژوهش، پژوهشگر در تمامی مراحل گردآوری و تحلیل داده‌ها از فرایند بازاندیشی بهره گرفت. بدین منظور، پیش‌فرض‌ها، برداشت‌های اولیه، تصمیم‌های تحلیلی و تأملات پژوهشگر در قالب یادداشت‌های بازاندیشانه ثبت و به صورت مستمر بازبینی شد. همچنین، به جای تلاش برای حذف کامل پیش‌فرض‌ها، مدیریت آگاهانه آن‌ها از طریق بازاندیشی مستمر و رجوع مکرر به روایت مشارکت‌کنندگان دنبال شد تا تفسیر یافته‌ها تا حد امکان بر تجربه‌های زیسته مشارکت‌کنندگان استوار باشد.

جامعه هدف پژوهش شامل سیاست‌گذاران و مدیران ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مدیران دانشگاه‌های علوم پزشکی، مدیران بیمارستان‌ها و شبکه‌های بهداشت، کارشناسان بهداشت عمومی، اعضای هیئت علمی حوزه سیاست‌گذاری سلامت، متخصصان مدیریت بحران سلامت و کارشناسان حوزه سلامت محیط و تغییرات اقلیمی بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع انجام شد تا دیدگاه‌های متنوع از سطوح مختلف نظام سلامت و حوزه‌های تخصصی مرتبط پوشش داده شود. برای شناسایی برخی خبرگان کلیدی، از نمونه‌گیری گلوله‌برفی نیز استفاده شد. فرایند نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع داده‌ها ادامه یافت؛ به گونه‌ای که پس از انجام ۳۲ مصاحبه، داده جدیدی که منجر به شکل‌گیری کد یا مضمون تازه‌ای شود، به دست نیامد. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و حرفه‌ای مشارکت‌کنندگان در جدول ۲ ارائه شده است. این جدول شامل اطلاعاتی درباره سمت سازمانی، حوزه تخصص، سابقه حرفه‌ای و سطح سازمانی مشارکت‌کنندگان است. گردآوری داده‌ها در فاصله مهر ۱۴۰۳ تا فروردین ۱۴۰۴ انجام شد و مصاحبه‌ها بر تجربه مشارکت‌کنندگان از مواجهه با بحران‌های سلامت طی سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۳، از جمله همه‌گیری کووید-۱۹، بحران‌های ناشی از تغییرات اقلیمی، محدودیت‌های اقتصادی و سایر بحران‌های مرتبط با نظام سلامت، متمرکز بود.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و حرفه‌ای مشارکت‌کنندگان

متغیر	طبقه	تعداد
سطح سازمانی	وزارت بهداشت	۸
	دانشگاه‌های علوم پزشکی	۹
	بیمارستان‌ها و مراکز درمانی	۸

۷	سایر مراکز پژوهشی و اجرایی	
۱۰	سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت	
۷	مدیریت بیمارستان	
۶	بهداشت عمومی	حوزه تخصص
۵	مدیریت بحران سلامت	
۴	سلامت محیط و سایر حوزه‌ها	
۷	۱۵-۱۰ سال	
۱۱	۲۰-۱۶ سال	سابقه حرفه‌ای
۱۴	بیش از ۲۰ سال	

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق گردآوری شد. راهنمای مصاحبه بر پایه مرور ادبیات، چارچوب نظری پژوهش و اهداف مطالعه تدوین و پس از بررسی توسط سه متخصص سیاست‌گذاری سلامت و دو پژوهشگر حوزه روش‌های پژوهش کیفی اصلاح شد. همچنین، اجرای آزمایشی مصاحبه با سه نفر از افراد واجد شرایط به اصلاح پرسش‌های مبهم، افزایش شفافیت سؤالات و بهبود انسجام راهنمای مصاحبه کمک کرد. داده‌های حاصل از مصاحبه‌های آزمایشی در تحلیل نهایی وارد نشدند. مصاحبه‌ها به صورت حضوری یا برخط و پس از اخذ رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان انجام شد و هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. تمامی مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط، به صورت کامل پیاده‌سازی و همراه با یادداشت‌های میدانی برای تحلیل آماده شدند. تحلیل داده‌ها براساس الگوی شش مرحله‌ای براون و کلارک (۲۰۰۶) انجام شد. در مرحله نخست، پژوهشگر با مطالعه مکرر متن مصاحبه‌ها و گوش دادن مجدد به فایل‌های صوتی، با داده‌ها آشنا شد. سپس کدهای اولیه به صورت استقرایی از متن مصاحبه‌ها استخراج گردید. در مرحله بعد، کدهای مشابه در قالب مضامین اولیه سازمان‌دهی شدند و پس از بازبینی، پالایش و ادغام مضامین، مضامین اصلی شکل گرفتند. در ادامه، مضامین تعریف و نام‌گذاری شدند و در نهایت گزارش تحلیلی تدوین گردید. پس از تکمیل فرایند استخراج مضامین، یافته‌ها در پرتو چارچوب‌های نظری مرتبط، از جمله چارچوب تاب‌آوری نظام سلامت سازمان جهانی بهداشت، مفهوم تاب‌آوری روزمره و نظریه سیستم‌های انطباق‌پذیر پیچیده، تفسیر و مقایسه شدند. این چارچوب‌های نظری صرفاً در مرحله تفسیر یافته‌ها مورد استفاده قرار گرفتند و هیچ نقشی در فرایند کدگذاری یا استخراج مضامین نداشتند. مدیریت، سازمان‌دهی و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۲ انجام شد.

برای افزایش اعتمادپذیری پژوهش، از معیارهای لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) شامل اعتبار، انتقال‌پذیری، قابلیت اتکا و تأییدپذیری استفاده شد. اعتبار یافته‌ها از طریق بازبینی راهنمای مصاحبه توسط خبرگان، نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع و بررسی توسط مشارکت‌کنندگان تقویت شد؛ به این صورت که خلاصه تفسیرها و مضامین استخراج‌شده در اختیار هشت نفر از مشارکت‌کنندگان قرار گرفت و دیدگاه‌های اصلاحی آنان در تحلیل نهایی لحاظ شد. برای افزایش قابلیت اتکا و تأییدپذیری، تمامی مراحل پژوهش، تصمیم‌های تحلیلی، تغییرات کدها و مضامین و یادداشت‌های بازاندیشانه به طور نظام‌مند مستندسازی شد و بخشی از فرایند تحلیل توسط یک پژوهشگر آشنا با روش‌های پژوهش کیفی مورد بازبینی قرار گرفت. اختلاف نظرهای احتمالی از طریق بحث و دستیابی به توافق درباره تفسیر داده‌ها برطرف شد. پیش از انجام مصاحبه‌ها، هدف پژوهش برای تمامی مشارکت‌کنندگان تشریح شد و رضایت آگاهانه آنان برای مشارکت، ضبط مصاحبه‌ها و استفاده پژوهشی از داده‌ها اخذ گردید. همچنین، محرمانگی اطلاعات، ناشناس‌سازی

داده‌ها و حق انصراف در هر مرحله از پژوهش برای تمامی مشارکت‌کنندگان تضمین شد. در نهایت، بر پایه مضامین استخراج‌شده و تفسیر آن‌ها در پرتو ادبیات نظری، یک چارچوب مفهومی پیشنهادی مبتنی بر یافته‌های پژوهش برای تبیین عوامل مؤثر بر تاب‌آوری نظام سلامت ایران تدوین شد. این چارچوب حاصل استنتاج نظری مبتنی بر یافته‌های کیفی پژوهش است و نباید به‌منزله ارائه روابط علی یا یک مدل اعتبارسنجی‌شده تلقی شود. اعتبارسنجی و آزمون تجربی این چارچوب در پژوهش‌های آینده، به‌ویژه از طریق مطالعات کمی، روش‌های آمیخته یا مطالعات تطبیقی، می‌تواند به توسعه، اصلاح و تعمیم آن کمک کند.

یافته‌های پژوهش

تحلیل استقرایی داده‌های حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۳۲ نفر از سیاست‌گذاران، مدیران و متخصصان نظام سلامت ایران منجر به شناسایی ۷ مضمون اصلی، ۱۴ طبقه و ۳۲ زیرمضمون کلیدی شد که ابعاد مختلف تاب‌آوری نظام سلامت در مواجهه با بحران‌های پیچیده سلامت را تبیین می‌کنند. این مضامین طیفی از عوامل ساختاری، نهادی، اجتماعی و عملیاتی را در بر می‌گیرند که به‌طور مستقیم بر ظرفیت نظام سلامت برای جذب شوک‌ها، تطبیق با شرایط بحرانی و حفظ تداوم خدمات سلامت اثر می‌گذارند. جدول ۳ ساختار نهایی مضامین، طبقات و زیرمضامین استخراج‌شده را نشان می‌دهد.

جدول ۳: یافته‌های پژوهش شامل مضامین اصلی و مضامین فرعی

ردیف	مضمون نهایی	طبقه‌های اصلی	مضامین فرعی
۱	حکمرانی راهبردی و رهبری تطبیقی در نظام سلامت	معماری حکمرانی و هماهنگی نهادی	- تکه‌تکه‌بودن ساختار حکمرانی سلامت و ضعف هماهنگی بین‌بخشی - ضعف رهبری تحول‌آفرین و تصمیم‌گیری چابک در بحران
		ظرفیت راهبردی سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی ملی	- فقدان برنامه ملی یکپارچه و آینده‌نگر برای بحران‌های ترکیبی - ضعف شفافیت و پاسخگویی در تخصیص منابع و تصمیم‌گیری‌های کلان
۲	تاب‌آوری سرمایه انسانی نظام سلامت	تاب‌آوری روانی و رفاه شغلی کارکنان	- فشار روانی شدید، فرسودگی شغلی و کاهش انگیزش در بحران‌های طولانی - ضعف در برنامه‌های حمایت روانی، مدیریت استرس و رفاه شغلی
		ظرفیت حرفه‌ای و توسعه شایستگی‌ها	- کمبود نیروی متخصص در حوزه‌های مدیریت بحران، سلامت محیطی و واکنش اضطراری - ناکارآمدی آموزش مستمر، به‌روزرسانی مهارت‌ها و تربیت نیروهای تخصصی
		توزیع فضایی و مدیریت منابع انسانی	- توزیع نامتوازن و مهاجرت نیروهای تخصصی از مناطق محروم - تمرکز بالای نیروی انسانی در مناطق شهری و کمبود شدید در مناطق مرزی
۳	تاب‌آوری زیرساختی و پایداری منابع فیزیکی و لجستیکی	آسیب‌پذیری زیرساخت‌های فیزیکی سلامت	- فرسودگی و مقاوم نبودن مراکز درمانی در برابر بلایای طبیعی و اقلیمی - آسیب‌پذیری بیمارستان‌ها در برابر قطعی برق، آب و اختلال لجستیکی
		مدیریت منابع و زنجیره تأمین راهبردی	- کمبود تجهیزات حیاتی و وابستگی آسیب‌پذیر به واردات - ناکافی بودن ذخایر راهبردی و عدم هماهنگی در لجستیک بحران
		تأمین مالی پایدار و انعطاف‌پذیر	وابستگی شدید به بودجه جاری و ناکارآمدی در تخصیص بودجه بحران

			- نبود سازوکارهای مالی پیشگیرانه و مقاومتی
۴	تحول دیجیتال و هوشمندسازی اطلاعات سلامت	یکپارچگی داده و دسترسی به اطلاعات	- نبود یکپارچگی میان سامانه‌های ملی، استانی و محلی
		تصمیم‌گیری داده‌محور و فناوری‌های نوین	- تأخیر در ثبت، تحلیل و گزارش‌دهی داده در شرایط بحران - کمبود ظرفیت تحلیل داده‌های بزرگ و پیش‌بینی شوک‌ها - ضعف در به‌کارگیری هوش مصنوعی، تصمیم‌یارها و تله‌مدیسین در بحران
۵	سرمایه اجتماعی سلامت و مشارکت جامعه و بخش غیردولتی	اعتماد عمومی و مشارکت جامعه	- کاهش اعتماد اجتماعی به پیام‌های سلامت و سیاست‌های رسمی
		مشارکت سازمان‌های غیردولتی و بخش خصوصی	- ضعف برنامه‌های آموزش عمومی و سواد سلامت در مناطق محروم - ارتباط محدود و غیرساختاری NGOها و گروه‌های داوطلب - بهره‌برداری ناکافی از ظرفیت بخش خصوصی در بحران‌های ترکیبی
۶	ظرفیت تطبیق، چابکی نهادی و سازوکارهای یادگیری	چابکی ساختاری و اصلاح سیاست‌ها	- مقاومت سازمانی و فرهنگی در برابر تغییر
		یادگیری سازمانی و مستندسازی تجربیات	- تأخیر در اصلاح پروتکل‌ها و فرآیندها در بحران‌های نوظهور - فقدان نظام مستندسازی درس‌آموخته‌ها و تجارب بحران - انتقال ناکافی دانش از بحران‌های گذشته به برنامه‌ریزی آینده
۷	تاب‌آوری روزمره و نگهداشت عملکرد سیستم	فشارهای عملیاتی و فرسودگی سیستم	- فشار مستمر بر منابع انسانی و مالی و کاهش ظرفیت جذب شوک - محدودیت در حفظ کیفیت خدمات در شرایط عادی و بحران
		چرخه‌های بازخورد و بهبود مستمر	- نهادینه نبودن فرهنگ یادگیری و بازخورد مستمر - نبود ساختار پایدار برای ارزیابی عملکرد و ارتقای مداوم سیستم

مضمون ۱: حکمرانی راهبردی و رهبری تطبیقی در نظام سلامت

یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که «حکمرانی راهبردی و رهبری تطبیقی در نظام سلامت» یکی از بنیادی‌ترین ابعاد تاب‌آوری نظام سلامت در مواجهه با بحران‌ها و به‌ویژه جنگ‌های ترکیبی است. این مضمون به ظرفیت نظام سلامت برای هدایت راهبردی، هماهنگی نهادی، تصمیم‌گیری چابک و سیاست‌گذاری آینده‌نگر اشاره دارد. در ادبیات تاب‌آوری نظام سلامت، حکمرانی مؤثر به‌عنوان هسته مرکزی سیستم شناخته می‌شود؛ زیرا کیفیت تصمیم‌گیری، تخصیص منابع، هماهنگی میان بازیگران مختلف و قابلیت پاسخ‌دهی به شوک‌ها به‌طور مستقیم تحت تأثیر آن قرار دارد. یافته‌های مصاحبه‌ها نشان داد که ضعف در معماری حکمرانی و نبود سازوکارهای مؤثر برای هماهنگی میان بخش‌های مختلف نظام سلامت، یکی از مهم‌ترین موانع تقویت تاب‌آوری سیستم است. علاوه بر این، محدودیت در ظرفیت سیاست‌گذاری راهبردی و نبود برنامه‌های ملی آینده‌نگر برای مدیریت بحران‌های پیچیده، توان نظام سلامت را برای پیش‌بینی و مدیریت بحران‌های چندبعدی کاهش می‌دهد. در مجموع، این مضمون شامل دو طبقه اصلی است: «معماری حکمرانی و هماهنگی نهادی» و «ظرفیت راهبردی سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی ملی».

طبقه اصلی اول: معماری حکمرانی و هماهنگی نهادی این طبقه به ساختار حکمرانی نظام سلامت و کیفیت تعامل میان نهادهای مختلف مرتبط با سلامت می‌پردازد. یافته‌ها نشان می‌دهد که ساختار حکمرانی سلامت در ایران تا حد زیادی تکه‌تکه و چندپاره است و هماهنگی میان نهادهای مختلف در سطوح ملی، استانی و محلی با چالش‌های جدی مواجه است. چنین ساختاری باعث ایجاد شکاف در تصمیم‌گیری، تکرار فعالیت‌ها، تأخیر در پاسخ‌دهی به بحران و اتلاف منابع می‌شود. از منظر سیستم‌های پیچیده، نبود شبکه‌های حکمرانی یکپارچه می‌تواند جریان اطلاعات، هماهنگی عملیاتی و واکنش سریع به بحران‌ها را مختل کند.

طبقه فرعی اول: تکه تکه بودن ساختار حکمرانی سلامت و ضعف هماهنگی بین بخشی

بسیاری از مشارکت کنندگان به نبود سازوکارهای مؤثر برای هماهنگی میان وزارتخانه‌ها، دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر، بخش خصوصی و سایر نهادهای مرتبط اشاره کردند. این وضعیت در شرایط بحران، به‌ویژه در زمان بروز بحران‌های پیچیده، منجر به پراکندگی تصمیم‌ها و عدم انسجام در اجرای سیاست‌ها می‌شود. یکی از مدیران ارشد دانشگاه علوم پزشکی در این زمینه بیان کرد: «نظام سلامت ما بیشتر شبیه مجموعه‌ای از جزایر جدا از هم عمل می‌کند. هماهنگی واقعی بین وزارتخانه‌ها، دانشگاه‌ها و بخش خصوصی وجود ندارد و در زمان بحران این مسئله خودش را بیشتر نشان می‌دهد.»

طبقه فرعی دوم: ضعف رهبری تحول‌آفرین و تصمیم‌گیری چابک در بحران

یافته‌ها نشان داد که سبک رهبری در بسیاری از موارد بیشتر واکنشی و کوتاه‌مدت است و کمتر مبتنی بر رویکردهای تحول‌آفرین و آینده‌نگر است. چنین وضعیتی موجب کندی در فرآیند تصمیم‌گیری و تأخیر در اتخاذ اقدامات ضروری در شرایط اضطراری می‌شود. برخی مشارکت کنندگان تأکید کردند که در مراحل اولیه بحران‌ها، مانند همه‌گیری کووید-۱۹ یا برخی بحران‌های اقلیمی، تأخیر در تصمیم‌گیری و تخصیص منابع فشار قابل توجهی بر نظام سلامت وارد کرده است. یکی از کارشناسان سلامت عمومی در این زمینه اظهار داشت: «در بسیاری از مواقع تصمیم‌ها با تأخیر گرفته می‌شود و بیشتر واکنشی است تا پیشگیرانه؛ در حالی که در بحران‌ها سرعت تصمیم‌گیری بسیار حیاتی است.»

طبقه اصلی دوم: ظرفیت راهبردی سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی ملی این طبقه به توان نظام سلامت در طراحی سیاست‌های راهبردی و برنامه‌های جامع برای مدیریت بحران‌های پیچیده اشاره دارد. یافته‌ها نشان داد که در بسیاری از موارد، برنامه‌ریزی‌ها بیشتر کوتاه‌مدت و واکنشی بوده و از یک چارچوب ملی منسجم و آینده‌نگر برای مدیریت بحران‌های چندبعدی برخوردار نیستند.

طبقه فرعی اول: فقدان برنامه ملی یکپارچه و آینده‌نگر برای بحران‌های ترکیبی

مشارکت کنندگان تأکید کردند که نظام سلامت فاقد یک برنامه ملی جامع برای مواجهه با بحران‌های ترکیبی است؛ بحران‌هایی که ممکن است هم‌زمان ابعاد بهداشتی، اقتصادی، اجتماعی و زیرساختی داشته باشند. نبود چنین برنامه‌ای باعث می‌شود که در هر بحران، بخش قابل توجهی از زمان و منابع صرف طراحی مجدد سازوکارهای پاسخ شود. یکی از سیاست‌گذاران حوزه سلامت بیان کرد: «ما هنوز یک برنامه ملی یکپارچه برای مدیریت بحران‌های چندبعدی نداریم و در هر بحران مجبور می‌شویم بسیاری از اقدامات را از ابتدا طراحی کنیم.»

طبقه فرعی دوم: ضعف شفافیت و پاسخگویی در تخصیص منابع و تصمیم‌گیری‌های کلان

یافته‌ها همچنین نشان داد که محدودیت در شفافیت فرآیندهای تصمیم‌گیری و تخصیص منابع می‌تواند اعتماد سازمانی و اجتماعی را کاهش دهد و هماهنگی میان بازیگران مختلف نظام سلامت را تضعیف کند. برخی مدیران حوزه سلامت اشاره کردند که در شرایط بحران، نبود اطلاعات شفاف درباره نحوه تخصیص منابع می‌تواند موجب سردرگمی و کاهش کارایی سیستم شود. یکی از مدیران بیمارستان در این زمینه بیان کرد: «در بسیاری از مواقع مشخص نیست منابع دقیقاً چگونه و بر چه اساسی تخصیص داده می‌شود و این مسئله در شرایط بحران مشکلات بیشتری ایجاد می‌کند.»

مضمون ۲: تاب‌آوری سرمایه انسانی نظام سلامت

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که «تاب‌آوری سرمایه انسانی نظام سلامت» یکی از حیاتی‌ترین ابعاد تاب‌آوری در برابر بحران‌ها و جنگ‌های ترکیبی است. نیروی انسانی در ادبیات تاب‌آوری «هسته زنده و محرک» سیستم شناخته می‌شود و کیفیت عملکرد آن تعیین‌کننده ظرفیت پاسخ‌دهی، مدیریت شوک‌ها، و حفظ استمرار خدمات است. محدودیت‌های موجود در نیروی انسانی—اعم از فشارهای روانی، کمبود ظرفیت تخصصی، ضعف آموزش مداوم و توزیع نامتوازن—به‌طور مستقیم انعطاف‌پذیری کل سیستم را کاهش داده و زمینه‌ساز خطاهای حرفه‌ای، افت کیفیت مراقبت و کاهش اعتماد عمومی می‌شود. این مضمون شامل سه طبقه اصلی است: «تاب‌آوری روانی و رفاه شغلی کارکنان»، «ظرفیت حرفه‌ای و توسعه شایستگی‌ها» و «توزیع فضایی و مدیریت منابع انسانی».

طبقه اصلی اول: تاب‌آوری روانی و رفاه شغلی کارکنان این طبقه به وضعیت روانی و جسمی کارکنان سلامت در مواجهه با بحران‌های طولانی‌مدت می‌پردازد. فشارهای مداوم، فرسودگی شغلی و کاهش انگیزش از مهم‌ترین عواملی هستند که تاب‌آوری فردی و سازمانی را تضعیف کرده و توان جذب شوک‌های متوالی را کاهش می‌دهند. یافته‌ها نشان داد که بحران‌های ترکیبی—مانند همه‌گیری، گرمای شدید یا اختلالات زنجیره تأمین—موجب تشدید علائم فرسودگی، اضطراب شغلی و کاهش توان حرفه‌ای کارکنان شده‌اند.

طبقه فرعی اول: فشار روانی شدید، فرسودگی شغلی و کاهش انگیزش در بحران‌های طولانی

کارکنان سلامت به‌ویژه پرستاران، کارکنان اورژانس و نیروهای بهداشت محیطی در بحران‌های طولانی‌مدت تحت فشارهای مضاعفی قرار دارند. حجم بالای کار، مرگ‌ومیر بیماران، کمبود تجهیزات محافظتی و نگرانی از ابتلا، فشارهای روانی گسترده‌ای ایجاد کرده که منجر به کاهش انگیزش، ترک خدمت و افزایش اشتباهات حرفه‌ای شده است. یکی از پرستاران ارشد اورژانس بیان کرد: «در اوج کووید، شیفت‌های ۱۸ ساعته و کمبود تجهیزات باعث شد از نظر روحی کامل تخلیه شویم؛ باز هم می‌آمدیم، اما انرژی و انگیزه نداشتیم.»

طبقه فرعی دوم: ناکافی بودن برنامه‌های پشتیبانی روانی و کاهش استرس شغلی

اکثر مشارکت‌کنندگان به نبود برنامه‌های منسجم و پایدار برای حمایت روانی کارکنان اشاره کردند. مداخلاتی مانند مشاوره روانی، کاهش استرس، مرخصی جبرانی یا گروه‌های حمایتی یا اجرا نمی‌شوند یا بسیار پراکنده و غیرپایدار هستند. این کمبود، فشار روانی را تشدید و تاب‌آوری کارکنان را کاهش می‌دهد. یک مدیر بیمارستان در این باره گفت: «هیچ برنامه جدی برای سلامت روان کارکنان نداریم؛ فقط می‌گویند تحمل کنید. اما این تحمل طولانی‌مدت سیستم را از درون خالی می‌کند.»

طبقه اصلی دوم: ظرفیت حرفه‌ای و توسعه شایستگی‌ها این طبقه بر کمبود ظرفیت تخصصی در حوزه‌های حیاتی و ضعف در آموزش‌های مداوم تمرکز دارد. یافته‌ها نشان داد که نیروی انسانی در بسیاری از حوزه‌های مرتبط با بحران—از مدیریت بحران سلامت تا سلامت محیطی و تغییرات اقلیمی—با کمبود متخصص مواجه است. علاوه بر این، برنامه‌های آموزشی فعلی بیشتر نظری، کوتاه‌مدت و فاقد تمرکز بر مهارت‌های بحران‌محور هستند؛ در نتیجه کارکنان آمادگی کافی برای مواجهه با شرایط واقعی را ندارند.

طبقه فرعی اول: کمبود نیروی متخصص در حوزه مدیریت بحران، سلامت محیط و تغییرات اقلیمی

یکی از چالش‌های بارز، نبود یا کمبود متخصصان در حوزه‌هایی است که نقش کلیدی در مدیریت بحران‌های ترکیبی دارند. نبود چنین نیروهایی موجب کاهش سرعت و کیفیت پاسخ‌دهی تخصصی در بحران‌های نوظهور می‌شود. یک کارشناس سلامت عمومی در این باره گفت: «در زمینه تغییرات اقلیمی یا بحران‌های محیطی، نیروی متخصص واقعی نداریم؛ وقتی سیل یا موج گرما می‌آید، کسی نمی‌داند دقیقاً چه اقداماتی باید انجام شود.»

طبقه فرعی دوم: ضعف برنامه‌های آموزشی مداوم و مهارت‌افزایی

آموزش‌های موجود اغلب غیرمنسجم، کوتاه‌مدت و فاقد تمرکز بر مهارت‌های عملی مانند تصمیم‌گیری سریع، مدیریت استرس، کار با سامانه‌های الکترونیک و فناوری‌های نوین هستند. ضعف آموزش مستمر باعث شده کارکنان در وضعیت واقعی بحران آمادگی کافی نداشته باشند. یک عضو هیئت علمی اشاره کرد: «آموزش‌های ما بیشتر تئوریک است؛ در بحران که می‌شود، کارکنان نمی‌دانند چطور از ابزارهای جدید استفاده کنند یا پروتکل‌ها را به‌روز اجرا کنند.»

طبقه اصلی سوم: توزیع فضایی و مدیریت منابع انسانی این طبقه به نابرابری‌های جغرافیایی در توزیع نیروی انسانی و ضعف در مدیریت منابع انسانی اشاره دارد. تمرکز بالای نیروهای متخصص در مناطق شهری و کمبود شدید در مناطق محروم، یکی از چالش‌های اساسی تاب‌آوری نظام سلامت است. این نابرابری در بحران‌ها شدت می‌گیرد و موجب محرومیت مناطق کم‌برخوردار از خدمات حیاتی می‌شود.

طبقه فرعی اول: توزیع نامتوازن نیروی انسانی

یافته‌ها نشان داد که مناطق محروم، مرزی و روستایی با کمبود جدی نیروی انسانی مواجه‌اند، در حالی که در مناطق مرکزی و شهری گاهی مازاد نیرو وجود دارد. این نابرابری یکی از عوامل کلیدی نابرابری در تاب‌آوری جغرافیایی است و در بحران‌های اقلیمی و ترکیبی بیش‌ازپیش آشکار می‌شود. یک مدیر شبکه بهداشت روستایی اظهار کرد: «در شهرهای بزرگ نیرو زیاد داریم، اما در روستاها حتی یک کارشناس برای مدیریت بحران گرما نداریم؛ این نابرابری کل سیستم را در بحران ضعیف می‌کند.»

مضمون نهایی ۳: تاب‌آوری زیرساختی و پایداری منابع فیزیکی و لجستیکی

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تاب‌آوری زیرساختی و پایداری منابع فیزیکی و لجستیکی یکی از ابعاد اساسی در ظرفیت نظام سلامت برای مواجهه با بحران‌های پیچیده و چندبعدی است. داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها نشان داد که بخش مهمی از آسیب‌پذیری نظام سلامت به وضعیت زیرساخت‌های فیزیکی، ضعف در مدیریت منابع و زنجیره تأمین و نیز محدودیت‌های ساختاری در تأمین مالی بازمی‌گردد. در واقع، در شرایطی که زیرساخت‌های درمانی فرسوده باشند، دسترسی به تجهیزات حیاتی با اختلال مواجه شود و منابع مالی کافی برای آمادگی و پاسخ به بحران وجود نداشته باشد، توان نظام سلامت برای حفظ تداوم خدمات و مدیریت مؤثر بحران‌ها به‌طور جدی تضعیف می‌شود. بر اساس تحلیل داده‌ها، این مضمون در سه طبقه اصلی شامل «آسیب‌پذیری زیرساخت‌های فیزیکی سلامت»، «مدیریت منابع و زنجیره تأمین راهبردی» و «تأمین مالی پایدار و انعطاف‌پذیر» سازمان‌دهی شد.

طبقه اصلی اول: آسیب‌پذیری زیرساخت‌های فیزیکی سلامت این طبقه به چالش‌های مرتبط با وضعیت فیزیکی و زیرساختی مراکز ارائه خدمات سلامت اشاره دارد. یافته‌ها نشان داد که بخش قابل توجهی از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی کشور با مشکلاتی نظیر فرسودگی ساختمان‌ها، نبود استانداردهای مقاوم‌سازی در برابر بلایای طبیعی و وابستگی شدید به زیرساخت‌های حیاتی مانند برق و آب مواجه هستند. چنین شرایطی باعث می‌شود که در زمان وقوع بحران‌های طبیعی یا اختلالات زیرساختی، عملکرد مراکز درمانی با اختلال جدی روبه‌رو شود و ارائه خدمات حیاتی به بیماران به خطر بیفتد.

طبقه فرعی اول: فرسودگی و مقاوم نبودن مراکز درمانی در برابر بلایای طبیعی و اقلیمی

بر اساس اظهارات مشارکت‌کنندگان، بسیاری از مراکز درمانی کشور از نظر ساختاری در برابر مخاطراتی مانند زلزله، سیل یا گرمای شدید آسیب‌پذیر هستند. این مسئله نه‌تنها ایمنی بیماران و کارکنان را تهدید می‌کند، بلکه در صورت بروز بحران می‌تواند منجر به

توقف یا کاهش جدی خدمات درمانی شود. یکی از مدیران حوزه سلامت در این زمینه بیان کرد: «بخش قابل توجهی از بیمارستان‌های ما قدیمی هستند و اگر یک زلزله جدی رخ دهد، احتمالاً بخشی از ظرفیت درمانی کشور به‌طور هم‌زمان از دست می‌رود.»

طبقه فرعی دوم: آسیب‌پذیری بیمارستان‌ها در برابر قطعی برق، آب و اختلال لجستیکی

یافته‌ها نشان داد که عملکرد بسیاری از مراکز درمانی به شدت وابسته به دسترسی پایدار به برق، آب و شبکه‌های پشتیبانی لجستیکی است. در شرایطی مانند قطعی برق یا اختلال در حمل‌ونقل تجهیزات و دارو، عملکرد بخش‌های حیاتی مانند مراقبت‌های ویژه، آزمایشگاه‌ها و سردخانه‌های دارویی با مشکل مواجه می‌شود. یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه اظهار داشت: «اگر برق بیمارستان حتی برای مدت کوتاهی قطع شود، بسیاری از تجهیزات حیاتی از کار می‌افتد و ادامه ارائه خدمات بسیار دشوار می‌شود.»

طبقه اصلی دوم: مدیریت منابع و زنجیره تأمین راهبردی طبقه دوم به چالش‌های مرتبط با مدیریت منابع حیاتی و کارآمدی زنجیره تأمین در نظام سلامت می‌پردازد. تحلیل داده‌ها نشان داد که وابستگی قابل توجه به واردات تجهیزات و داروهای تخصصی، همراه با ضعف در برنامه‌ریزی ذخایر راهبردی و هماهنگی لجستیکی، می‌تواند در شرایط بحران دسترسی به منابع حیاتی را با اختلال جدی مواجه کند. این مسئله به‌ویژه در بحران‌های گسترده مانند همه‌گیری‌ها یا تحریم‌های اقتصادی بیشتر آشکار می‌شود.

طبقه فرعی اول: کمبود تجهیزات حیاتی و وابستگی آسیب‌پذیر به واردات

بسیاری از مشارکت‌کنندگان اشاره کردند که تأمین برخی تجهیزات پیشرفته پزشکی و داروهای تخصصی به واردات وابسته است و در شرایط تحریم یا اختلال در زنجیره‌های جهانی تأمین، دسترسی به این منابع با مشکل مواجه می‌شود. چنین وابستگی‌ای می‌تواند در زمان بحران، سرعت پاسخ نظام سلامت را کاهش دهد. یکی از مدیران حوزه تجهیزات پزشکی بیان کرد: «در برخی موارد برای تهیه یک قطعه یا دستگاه حیاتی باید ماه‌ها منتظر بمانیم، چون وابستگی زیادی به واردات داریم.»

طبقه فرعی دوم: ناکافی بودن ذخایر راهبردی و عدم هماهنگی در لجستیک بحران

یافته‌ها همچنین نشان داد که نظام ذخیره‌سازی راهبردی تجهیزات و اقلام مصرفی پزشکی در بسیاری از موارد برای مواجهه با بحران‌های گسترده کافی نیست. علاوه بر این، نبود هماهنگی مؤثر میان بخش‌های مختلف در مدیریت لجستیک بحران می‌تواند توزیع منابع را با اختلال مواجه کند. یکی از کارشناسان مدیریت بحران در این زمینه اظهار داشت: «در زمان بحران، مشکل فقط کمبود منابع نیست؛ گاهی منابع وجود دارد اما به دلیل ضعف در هماهنگی و توزیع، به موقع به محل مورد نیاز نمی‌رسد.»

طبقه اصلی سوم: تأمین مالی پایدار و انعطاف‌پذیر طبقه سوم به نقش منابع مالی در تقویت یا تضعیف تاب‌آوری نظام سلامت اشاره دارد. یافته‌ها نشان داد که ساختار مالی نظام سلامت تا حد زیادی بر تأمین هزینه‌های جاری متمرکز است و منابع محدودی برای سرمایه‌گذاری در آمادگی بحران، تقویت زیرساخت‌ها و توسعه ذخایر راهبردی اختصاص می‌یابد. این وضعیت می‌تواند توان نظام سلامت برای برنامه‌ریزی پیشگیرانه و پاسخ سریع به بحران‌ها را محدود کند.

طبقه فرعی اول: وابستگی شدید به بودجه جاری و ناکارآمدی در تخصیص بودجه بحران

بر اساس دیدگاه مشارکت‌کنندگان، بخش عمده منابع مالی نظام سلامت صرف هزینه‌های جاری مانند پرداخت حقوق و هزینه‌های عملیاتی می‌شود و سهم اندکی به برنامه‌های آمادگی و مدیریت بحران اختصاص می‌یابد. این امر باعث می‌شود که در هنگام وقوع بحران، سازمان‌ها ناچار به استفاده از منابع جاری یا تخصیص‌های اضطراری شوند. یکی از مدیران مالی حوزه سلامت بیان کرد: «بودجه‌ای که برای بحران در نظر گرفته می‌شود بسیار محدود است و معمولاً وقتی بحران رخ می‌دهد تازه به فکر تأمین منابع می‌افتیم.»

طبقه فرعی دوم: نبود سازوکارهای مالی پیشگیرانه و مقاومتی

یافته‌ها همچنین نشان داد که سازوکارهای مالی پیشگیرانه، مانند صندوق‌های ویژه بحران یا ابزارهای مالی انعطاف‌پذیر، به‌طور نظام‌مند در ساختار مالی نظام سلامت توسعه نیافته‌اند. نبود چنین سازوکارهایی باعث می‌شود که سیستم در برابر شوک‌های ناگهانی مالی یا افزایش ناگهانی تقاضا برای خدمات سلامت آسیب‌پذیر باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه اظهار داشت: «اگر سازوکارهای مالی پیشگیرانه وجود داشته باشد، می‌توان قبل از وقوع بحران بخشی از منابع را برای شرایط اضطراری آماده کرد، اما در حال حاضر چنین ساختاری چندان شکل نگرفته است.»

مضمون ۴: تحول دیجیتال و هوشمندسازی اطلاعات سلامت

تحول دیجیتال و هوشمندسازی نظام اطلاعات سلامت یکی از محورهای اساسی تاب‌آوری نظام سلامت است که کیفیت تصمیم‌گیری، سرعت پاسخ در بحران‌ها و هماهنگی بین‌سازمانی را تعیین می‌کند. یافته‌های پژوهش نشان داد که باوجود تولید حجم قابل توجهی از داده‌های سلامت در کشور، ظرفیت بهره‌گیری راهبردی از این داده‌ها محدود است و شکاف‌های مهمی در یکپارچگی سامانه‌ها، جریان اطلاعات و استفاده از فناوری‌های نوین وجود دارد. این چالش‌ها در شرایط بحران—به‌ویژه بحران‌های سریع‌السير یا ترکیبی—به اختلال در مدیریت منابع، تأخیر در پیش‌بینی روندها و کاهش دقت تصمیم‌گیری منجر می‌شود. مضمون حاضر شامل دو طبقه اصلی است: «یکپارچگی داده و دسترسی به اطلاعات» و «تصمیم‌گیری داده‌محور و فناوری‌های نوین».

طبقه اصلی اول: یکپارچگی داده و دسترسی به اطلاعات این طبقه به چالش‌های ساختاری و ارتباطی مرتبط با اتصال سامانه‌ها، جریان اطلاعات و زمانمندی داده‌ها اشاره دارد. یافته‌ها نشان می‌دهد که نبود یک شبکه اطلاعاتی منسجم و تأخیر در گزارش‌دهی، ظرفیت نظام سلامت را برای پایش مستمر، شناسایی سریع تهدیدات و اجرای مداخلات هماهنگ محدود می‌کند.

طبقه فرعی اول: نبود یکپارچگی میان سامانه‌های ملی، استانی و محلی

مشارکت‌کنندگان گزارش کردند که سامانه‌های سلامت در سطوح مختلف—از بیمارستان‌ها و شبکه‌های بهداشت تا سامانه‌های ملی جمعیت، اپیدمیولوژی، بیمه و دارو—به‌صورت جزیره‌ای عمل می‌کنند. این ناهماهنگی موجب بروز داده‌های متناقض و دشواری در مدیریت هماهنگ بحران می‌شود. به گفته یکی از مدیران فناوری اطلاعات: «هر سامانه مسیر خودش را می‌رود؛ وقتی هم بحران می‌شود، تازه معلوم می‌شود این‌ها هیچ زبانی برای حرف زدن با هم ندارند.»

طبقه فرعی دوم: تأخیر در ثبت، تحلیل و گزارش‌دهی داده در شرایط بحران

در شرایط بحران، جریان داده‌ها با سرعت لازم انجام نمی‌شود و اطلاعات کلیدی—مانند موارد ابتلا، ظرفیت تخت، نیازهای دارویی و وضعیت تلفات—با تأخیر ثبت یا منتقل می‌شود. این تأخیر موجب کاهش اثربخشی اقدامات فوری، تخصیص بهینه منابع و اجرای سیاست‌های پیشگیرانه می‌شود. یکی از کارشناسان اپیدمیولوژی اشاره کرد: «داده‌ها دیر می‌رسند؛ وقتی تصمیم گرفته می‌شود، معمولاً بحران چند قدم جلوتر است.»

طبقه اصلی دوم: تصمیم‌گیری داده‌محور و فناوری‌های نوین این طبقه به ظرفیت تحلیل داده‌ها و بهره‌گیری از فناوری‌های نوآورانه برای تصمیم‌گیری دقیق و سریع اشاره دارد. یافته‌ها نشان داد که ضعف در تحلیل داده‌های بزرگ و کمبود استفاده از فناوری‌های نوین مانع ارتقای تاب‌آوری پیش‌بینانه و مدیریت هوشمند بحران‌ها می‌شود.

طبقه فرعی اول: کمبود ظرفیت تحلیل داده‌های بزرگ و پیش‌بینی شوک‌ها

اگرچه داده‌های سلامت به‌صورت گسترده تولید می‌شود، اما زیرساخت و تخصص کافی برای تحلیل جامع، مدل‌سازی پیش‌بینانه و تولید هشدارهای زود هنگام وجود ندارد. این محدودیت سبب می‌شود نظام سلامت بیشتر واکنشی عمل کند تا پیش‌بینانه. یکی از مدیران سلامت محیطی گفت: «داده هست؛ تحلیل نیست. نمی‌توانیم از دل این داده‌ها آینده را ببینیم.»

طبقه فرعی دوم: ضعف در به‌کارگیری هوش مصنوعی، تصمیم‌یارها و تله‌مدیسین در بحران

یافته‌ها نشان می‌دهد که سامانه‌های هوش مصنوعی، تصمیم‌یارهای بالینی، تله‌مدیسین و فناوری‌های نوین در مدیریت بحران‌های اخیر به‌طور مؤثر استفاده نشده‌اند. نبود سیاست‌گذاری یکپارچه، ضعف زیرساخت دیجیتال و کمبود مهارت‌های فناورانه از موانع اصلی گزارش شده بودند. به گفته یک مدیر IT: «هوش مصنوعی و تله‌مدیسین می‌توانست در بحران خیلی کمک کند، اما در عمل تقریباً استفاده نشد.»

مضمون ۵: سرمایه اجتماعی سلامت و مشارکت جامعه و بخش غیردولتی

یافته‌های پژوهش نشان داد که سرمایه اجتماعی سلامت و میزان مشارکت جامعه و بخش‌های غیردولتی نقش تعیین‌کننده‌ای در تقویت یا تضعیف تاب‌آوری نظام سلامت دارد. سرمایه اجتماعی شامل اعتماد عمومی، همکاری اجتماعی، و شبکه‌های حمایتی میان جامعه، نهادهای مدنی و دولت است که می‌تواند در شرایط بحران ظرفیت جذب فشارها و توزیع مؤثر منابع را افزایش دهد. تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد که در ایران، ضعف اعتماد عمومی به پیام‌های رسمی سلامت و نیز مشارکت محدود سازمان‌های غیردولتی و بخش خصوصی، از موانع مهم در شکل‌گیری یک شبکه اجتماعی پشتیبان برای مدیریت بحران‌ها محسوب می‌شود. این محدودیت‌ها به‌ویژه در شرایط بحران‌های پیچیده و ترکیبی، توان نظام سلامت را برای بسیج ظرفیت‌های اجتماعی، اطلاع‌رسانی مؤثر و اجرای مداخلات پیشگیرانه کاهش می‌دهد. این مضمون شامل دو طبقه اصلی است: «اعتماد عمومی و مشارکت جامعه» و «مشارکت سازمان‌های غیردولتی و بخش خصوصی».

طبقه اصلی اول: اعتماد عمومی و مشارکت جامعه این طبقه به نقش اعتماد اجتماعی و میزان مشارکت مردم در برنامه‌های سلامت عمومی اشاره دارد. نتایج نشان داد که کاهش اعتماد عمومی به پیام‌های سلامت و ضعف برنامه‌های آموزش عمومی، مانع مشارکت فعال جامعه در اقدامات پیشگیرانه و مدیریت بحران می‌شود. از منظر تحلیلی، اعتماد عمومی یکی از پایه‌های اصلی تاب‌آوری اجتماعی است؛ زیرا بدون اعتماد، اجرای سیاست‌های سلامت عمومی با مقاومت یا بی‌تفاوتی اجتماعی مواجه می‌شود.

طبقه فرعی اول: کاهش اعتماد اجتماعی به پیام‌های سلامت و سیاست‌های رسمی

مشارکت‌کنندگان گزارش دادند که در سال‌های اخیر اعتماد عمومی به پیام‌های سلامت و سیاست‌های رسمی کاهش یافته است. عواملی مانند تجربه‌های پیشین از کمبود خدمات، تغییرات مکرر در دستورالعمل‌ها و ضعف در شفافیت اطلاع‌رسانی موجب شده بخشی از جامعه نسبت به توصیه‌های رسمی سلامت تردید داشته باشد. این مسئله در بحران‌ها می‌تواند موجب کاهش پابندی مردم به اقدامات پیشگیرانه و دشوارتر شدن مدیریت بحران شود. یکی از کارشناسان بهداشت عمومی بیان کرد: «وقتی پیام‌ها مدام تغییر می‌کند یا مردم احساس می‌کنند اطلاعات کامل گفته نمی‌شود، اعتمادشان کم می‌شود و در نتیجه کمتر به توصیه‌های بهداشتی عمل می‌کنند.»

طبقه فرعی دوم: ضعف برنامه‌های آموزش عمومی و سواد سلامت در مناطق محروم

یافته‌ها نشان داد که برنامه‌های آموزش عمومی سلامت و ارتقای سواد سلامت در بسیاری از مناطق محروم و روستایی محدود یا ناکافی است. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که نبود برنامه‌های آموزشی مستمر باعث می‌شود جوامع محلی آگاهی کافی درباره

پیشگیری از مخاطرات سلامت—مانند بیماری‌های منتقله از آب، گرمای شدید یا بحران‌های محیطی—نداشته باشند. این وضعیت آسیب‌پذیری این جوامع را افزایش می‌دهد و اثربخشی برنامه‌های پیشگیرانه را کاهش می‌دهد. یکی از مدیران شبکه بهداشت روستایی اشاره کرد: «در بسیاری از روستاها آموزش منظم درباره خطرات محیطی یا بیماری‌ها وجود ندارد و مردم نمی‌دانند در شرایط بحران چه اقداماتی انجام دهند.»

طبقه اصلی دوم: مشارکت سازمان‌های غیردولتی و بخش خصوصی این طبقه به میزان مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد، گروه‌های داوطلب و بخش خصوصی در مدیریت بحران‌های سلامت می‌پردازد. یافته‌ها نشان داد که علی‌رغم وجود ظرفیت‌های قابل توجه در این بخش‌ها، استفاده از آن‌ها در بسیاری از موارد محدود و غیرساختاری است. نبود سازوکارهای رسمی برای همکاری پایدار موجب می‌شود ظرفیت‌های اجتماعی و اقتصادی خارج از دولت به‌طور کامل در خدمت مدیریت بحران قرار نگیرد.

طبقه فرعی اول: ارتباط محدود و غیرساختاری با انجمن‌ها و گروه‌های داوطلب

مشارکت‌کنندگان بیان کردند که ارتباط نظام سلامت با سازمان‌های مردم‌نهاد و گروه‌های داوطلب اغلب به‌صورت مقطعی و غیررسمی برقرار می‌شود و چارچوب‌های نهادی مشخصی برای هماهنگی پایدار وجود ندارد. این مسئله موجب می‌شود در شرایط بحران، هماهنگی سریع و مؤثر با این نهادها دشوار باشد و بخش مهمی از ظرفیت‌های اجتماعی بدون استفاده باقی بماند. یکی از فعالان حوزه سلامت در یک سازمان مردم‌نهاد گفت: «خیلی وقت‌ها ما آماده کمک هستیم، اما مسیر مشخصی برای همکاری با سیستم رسمی سلامت وجود ندارد.»

طبقه فرعی دوم: بهره‌برداری ناکافی از ظرفیت بخش خصوصی در بحران‌های ترکیبی

یافته‌ها نشان داد که ظرفیت‌های بخش خصوصی—از جمله در حوزه تأمین تجهیزات پزشکی، فناوری‌های سلامت و ارائه خدمات درمانی—در بسیاری از بحران‌ها به‌طور کامل مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. نبود چارچوب‌های همکاری مشخص و برنامه‌ریزی مشترک میان دولت و بخش خصوصی از عوامل اصلی این مسئله عنوان شد. در شرایط بحران‌های ترکیبی مانند هم‌زمانی همه‌گیری‌ها، فشارهای اقتصادی و مخاطرات محیطی، عدم بهره‌گیری مؤثر از ظرفیت بخش خصوصی می‌تواند فشار بیشتری بر نظام سلامت دولتی وارد کند.

مضمون ۶: ظرفیت تطبیق، چابکی نهادی و سازوکارهای یادگیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که ظرفیت تطبیق و چابکی نهادی یکی از مؤلفه‌های اساسی در تقویت تاب‌آوری نظام سلامت در مواجهه با بحران‌های پیچیده و پویا است. در چارچوب نظری تاب‌آوری، توانایی یک سیستم برای تطبیق با شرایط متغیر، اصلاح سریع سیاست‌ها و یادگیری از تجربیات گذشته نقش کلیدی در کاهش آسیب‌پذیری و افزایش ظرفیت پاسخ‌دهی دارد. با این حال، تحلیل داده‌های مصاحبه نشان داد که در نظام سلامت ایران، چالش‌هایی همچون مقاومت سازمانی در برابر تغییر، تأخیر در اصلاح سیاست‌ها و نبود سازوکارهای مؤثر برای یادگیری سازمانی و انتقال تجربیات بحران‌ها وجود دارد. این محدودیت‌ها موجب می‌شود که سیستم در برابر بحران‌های نوظهور با انعطاف‌پذیری کافی عمل نکند و فرصت‌های یادگیری از بحران‌های گذشته به‌طور کامل به سیاست‌گذاری آینده منتقل نشود. این مضمون شامل دو طبقه اصلی است: «چابکی ساختاری و اصلاح سیاست‌ها» و «یادگیری سازمانی و مستندسازی تجربیات».

طبقه اصلی اول: چابکی ساختاری و اصلاح سیاست‌ها این طبقه به توانایی ساختارهای سازمانی و مدیریتی برای اصلاح سریع سیاست‌ها، پروتکل‌ها و فرآیندهای اجرایی در شرایط بحران اشاره دارد. یافته‌ها نشان داد که در بسیاری از موارد، ساختارهای

بوروکراتیک و فرهنگ سازمانی موجود باعث کندی در اتخاذ تصمیمات اصلاحی و به‌روزرسانی دستورالعمل‌ها می‌شود. چنین شرایطی می‌تواند پاسخ نظام سلامت را در برابر تهدیدهای نوظهور با تأخیر مواجه کند.

طبقه فرعی اول: مقاومت سازمانی و فرهنگی در برابر تغییر

مشارکت‌کنندگان به وجود نوعی مقاومت سازمانی و فرهنگی در برابر تغییر اشاره کردند که می‌تواند مانع اجرای اصلاحات سریع در سیاست‌ها و فرآیندهای نظام سلامت شود. این مقاومت گاه ناشی از ساختارهای بوروکراتیک، نگرانی از مسئولیت‌پذیری یا تمایل به حفظ رویه‌های موجود است. چنین وضعیتی سبب می‌شود حتی در شرایط بحران، تغییرات لازم با تأخیر اجرا شود. یکی از مدیران حوزه سلامت بیان کرد: «گاهی حتی وقتی می‌دانیم یک دستورالعمل باید تغییر کند، روند اداری و نگرانی از پیامدهای مدیریتی باعث می‌شود تغییرات خیلی کند انجام شود.»

طبقه فرعی دوم: تأخیر در اصلاح پروتکل‌ها و فرآیندها در بحران‌های نوظهور

یافته‌ها نشان داد که در مواجهه با بحران‌های نوظهور—مانند همه‌گیری‌ها یا مخاطرات اقلیمی—به‌روزرسانی پروتکل‌ها و فرآیندهای اجرایی گاه با تأخیر قابل توجهی انجام می‌شود. این تأخیر می‌تواند باعث کاهش کارایی اقدامات پیشگیرانه و درمانی شود و فشار بیشتری بر کارکنان و زیرساخت‌های نظام سلامت وارد کند. از منظر تحلیلی، نبود سازوکارهای تصمیم‌گیری سریع و منعطف از عوامل مهم در کاهش چابکی نهادی محسوب می‌شود.

طبقه اصلی دوم: یادگیری سازمانی و مستندسازی تجربیات این طبقه به ظرفیت نظام سلامت برای یادگیری از بحران‌های گذشته و تبدیل تجربیات عملی به دانش سازمانی اشاره دارد. یادگیری سازمانی یکی از ارکان اصلی تاب‌آوری محسوب می‌شود؛ زیرا به سیستم امکان می‌دهد از تجربیات پیشین برای بهبود سیاست‌ها و برنامه‌های آینده استفاده کند. با این حال، یافته‌ها نشان داد که در بسیاری از موارد، سازوکارهای نظام‌مند برای ثبت و انتقال تجربیات بحران‌ها وجود ندارد.

طبقه فرعی اول: فقدان نظام مستندسازی درس‌آموخته‌ها و تجارب بحران

مشارکت‌کنندگان تأکید کردند که پس از وقوع بحران‌ها، اغلب فرآیند مشخص و سازمان‌یافته‌ای برای ثبت درس‌آموخته‌ها و تحلیل تجربیات وجود ندارد. در نتیجه، بسیاری از تجربیات ارزشمند مدیران و کارکنان به‌صورت غیررسمی باقی می‌ماند و به دانش سازمانی پایدار تبدیل نمی‌شود. یکی از مدیران حوزه مدیریت بحران اشاره کرد: «بعد از هر بحران تجربه‌های زیادی به دست می‌آید، اما معمولاً جایی ثبت نمی‌شود یا تبدیل به دستورالعمل جدید نمی‌شود.»

طبقه فرعی دوم: انتقال ناکافی دانش از بحران‌های گذشته به برنامه‌ریزی آینده

یافته‌ها نشان داد که حتی در مواردی که برخی تجربیات ثبت می‌شود، انتقال این دانش به فرآیندهای برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری آینده محدود است. نبود سازوکارهای نهادی برای تحلیل تجربیات و ادغام آن‌ها در برنامه‌های ملی سلامت موجب می‌شود که برخی چالش‌ها در بحران‌های بعدی دوباره تکرار شوند. از دیدگاه تحلیلی، این مسئله نشان‌دهنده ضعف در چرخه یادگیری سیستم و محدود بودن ظرفیت سیستم برای بهبود مستمر است.

مضمون ۷: تاب‌آوری روزمره و نگهداشت عملکرد سیستم

مضمون نهایی پژوهش بر «تاب‌آوری روزمره» و توانمندی نظام سلامت برای حفظ عملکردهای اساسی در مواجهه با تنش‌های مزمن و حاد تمرکز دارد. در ادبیات نوین تاب‌آوری، موفقیت یک سیستم در مدیریت بحران‌های بزرگ، عمیقاً به توانایی آن در مدیریت

فشارها و چالش‌های روزمره بستگی دارد. یافته‌ها نشان داد که نظام سلامت ایران با «فرسودگی سیستمیک» ناشی از فشارهای مستمر بر منابع انسانی و مالی مواجه است که این امر «ظرفیت جذب شوک» را به شدت کاهش داده است. علاوه بر این، ضعف در چرخه‌های بازخورد و ارزیابی مستمر موجب شده است که سیستم به جای پیش‌کنشگری و بهبود مداوم، در وضعیتی واکنشی باقی بماند. این مضمون نشان‌دهنده لایه‌ی بیرونی و عملیاتی «مدل هفت‌لایه تاب‌آوری» است که در آن، فرسودگی ناشی از تنش‌های روزمره می‌تواند پایداری کل ساختار را در برابر جنگ‌های ترکیبی و شوک‌های ناگهانی تهدید کند. این مضمون شامل دو طبقه اصلی است: «فشارهای عملیاتی و فرسودگی سیستم» و «چرخه‌های بازخورد و بهبود مستمر».

طبقه اصلی اول: فشارهای عملیاتی و فرسودگی سیستم این طبقه به تحلیل تأثیر تنش‌های مستمر و انباشته بر زیرساخت‌ها و منابع انسانی می‌پردازد. مشارکت‌کنندگان گزارش دادند که سیستم سلامت تحت فشار دائمی ناشی از محدودیت‌های بودجه‌ای و کمبود نیرو قرار دارد، به‌طوری که دیگر «ذخیره راهبردی» یا توان اضافی برای مقابله با شوک‌های جدید باقی نمانده است. این فرسودگی نه تنها کیفیت خدمات روزمره، بلکه پایداری سیستم در لحظات بحرانی را نیز با چالش جدی مواجه می‌کند.

طبقه فرعی اول: فشار مستمر بر منابع انسانی و مالی و کاهش ظرفیت جذب شوک

یافته‌ها حاکی از آن است که به دلیل فشارهای اقتصادی طولانی‌مدت و خستگی مفرط نیروی کار، نظام سلامت بخش بزرگی از ظرفیت ضربه‌گیری خود را از دست داده است. سیستم به قدری درگیر حل چالش‌های جاری (مانند پرداخت حقوق یا تأمین ملزومات اولیه) است که در زمان وقوع یک شوک ناگهانی، به سرعت دچار شکست عملکردی می‌شود. یکی از مدیران ارشد بیمارستانی بیان کرد: «ما دیگر ظرفیت خالی نداریم. پرسنل خسته‌اند و بودجه‌ها فقط صرف روزمرگی می‌شود. وقتی یک بحران جدید مثل آلودگی شدید هوا یا اپیدمی کوچک رخ می‌دهد، سیستم به مرز فروپاشی می‌رسد چون هیچ ضربه‌گیری باقی نمانده است.»

طبقه فرعی دوم: محدودیت در حفظ کیفیت خدمات در شرایط عادی و بحران

مشارکت‌کنندگان تأکید کردند که فرسودگی سیستم منجر به نوسان شدید در کیفیت خدمات شده است. زمانی که یک سیستم در شرایط عادی نتواند استانداردهای کیفیت را حفظ کند، در شرایط بحران این شکاف عمیق‌تر می‌شود. این مسئله به‌ویژه در مناطق کمتر برخوردار که با کمبود منابع مواجه هستند، منجر به نابرابری در دسترسی به خدمات باکیفیت می‌شود. از منظر تحلیلی، افت کیفیت خدمات روزمره، پیش‌درآمدی بر شکست تاب‌آوری در زمان بحران است.

طبقه اصلی دوم: چرخه‌های بازخورد و بهبود مستمر این طبقه به تحلیل مکانیسم‌های اصلاحی و نظارتی در نظام سلامت می‌پردازد. تاب‌آوری مستلزم وجود جریان‌های اطلاعاتی است که نواقص را شناسایی کرده و به اصلاح سیستم منجر شود. با این حال، یافته‌ها نشان داد که فرهنگ یادگیری و بازخورد در ساختار مدیریتی نهادینه نشده است و ارزیابی‌ها اغلب به‌صورت فرمالیته و بدون منجر شدن به بهبود ساختاری انجام می‌شوند.

طبقه فرعی اول: نهادینه نبودن فرهنگ یادگیری و بازخورد مستمر

یافته‌های پژوهش نشان داد که در سطح میانی و عملیاتی، تمایل کمی برای ارائه و پذیرش بازخوردهای صادقانه وجود دارد. مشارکت‌کنندگان به وجود نوعی «سکوت سازمانی» و ترس از توبیخ اشاره کردند که مانع از شناسایی نقاط ضعف پیش از تبدیل شدن آن‌ها به بحران می‌شود. نبود این فرهنگ باعث می‌شود اشتباهات تکرار شوند و سیستم توانایی خوداصلاحی را از دست بدهد. یکی از کارشناسان ارشد ستادی اظهار داشت: «سیستم ما بیشتر به دنبال مقصر است تا درس گرفتن. وقتی بازخوردی داده می‌شود، معمولاً نادیده گرفته می‌شود یا به‌عنوان مخالفت تلقی می‌شود؛ به همین خاطر، یادگیری واقعی اتفاق نمی‌افتد.»

طبقه فرعی دوم: نبود ساختار پایدار برای ارزیابی عملکرد و ارتقای مداوم سیستم

مشارکت کنندگان به فقدان ابزارها و ساختارهای پایدار برای پایش لحظه‌ای و ارزیابی عملکرد اشاره کردند. سیستم‌های ارزیابی موجود عمدتاً بر شاخص‌های کمی و گزارش‌های کاغذی متمرکز هستند و توانایی سنجش «کیفیت تاب‌آوری» و آمادگی عملیاتی را ندارند. نبود یک ساختار نظام‌مند برای ارتقای مداوم، باعث شده است که اصلاحات در نظام سلامت به جای آنکه بخشی از فرآیند عادی باشند، تنها پس از وقوع فجایع و به صورت مقطعی انجام شوند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف شناسایی و تبیین عوامل مؤثر بر تاب‌آوری نظام سلامت ایران در مواجهه با بحران‌های سلامت انجام شد. تحلیل استقرایی داده‌های حاصل از مصاحبه با سیاست‌گذاران، مدیران و متخصصان نظام سلامت نشان داد که تاب‌آوری نظام سلامت پدیده‌ای چندبعدی و پویاست که از تعامل میان حکمرانی، سرمایه انسانی، زیرساخت‌ها و مدیریت منابع، نظام اطلاعات سلامت، مشارکت اجتماعی، ظرفیت انطباق و یادگیری سازمانی تأثیر می‌پذیرد. بررسی مضامین استخراج‌شده بیانگر آن است که کاهش ظرفیت تاب‌آوری بیش از آنکه ناشی از ضعف یک عامل منفرد باشد، حاصل برهم‌کنش کاستی‌های ساختاری، مدیریتی و نهادی است که در شرایط بحران، توان نظام سلامت را برای پیش‌بینی، آمادگی، پاسخ، انطباق و بازیابی عملکرد محدود می‌کنند. این یافته، تاب‌آوری را نه به عنوان یک ویژگی ثابت، بلکه به عنوان قابلیت پویا و وابسته به تعامل مستمر اجزای نظام سلامت تبیین می‌کند.

یکی از مهم‌ترین مضامین استخراج‌شده، نقش بنیادین حکمرانی و رهبری در شکل‌دهی تاب‌آوری نظام سلامت بود. مشارکت کنندگان تمرکزگرایی در تصمیم‌گیری، ضعف هماهنگی بین‌بخشی، نبود سیاست‌گذاری پیش‌نگر، ناپایداری مدیریتی و فقدان چارچوبی منسجم برای مدیریت بحران را از مهم‌ترین موانع ارتقای تاب‌آوری برشمردند. این نتایج با مطالعات پیشین که حکمرانی را زیربنای اصلی تاب‌آوری نظام سلامت معرفی کرده‌اند، همسو است (کروک و همکاران، ۲۰۱۵؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۴؛ مصدق‌راد و همکاران، ۲۰۲۴). با وجود این، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در نظام سلامت ایران، تمرکزگرایی اداری، محدودیت منابع، تعدد مراکز تصمیم‌گیری و پیامدهای بحران‌های اقتصادی، آثار عمیق‌تری بر ظرفیت حکمرانی برجای می‌گذارند. این تفاوت بیانگر آن است که اگرچه چارچوب‌های بین‌المللی اصول مشترکی برای تاب‌آوری نظام سلامت ارائه می‌کنند، تحقق آن‌ها مستلزم توجه به ویژگی‌های نهادی، مدیریتی و اقتصادی هر کشور است. سرمایه انسانی نیز به عنوان یکی از ارکان اساسی تاب‌آوری نظام سلامت شناخته شد. فرسودگی شغلی، کمبود نیروی متخصص، توزیع نامتوازن منابع انسانی، مهاجرت نیروهای متخصص و ناکافی بودن آموزش‌های مرتبط با مدیریت بحران از مهم‌ترین چالش‌های مطرح‌شده بودند. این نتایج مؤید یافته‌های پژوهش‌هایی است که بر نقش توسعه شایستگی‌های حرفه‌ای، آموزش مستمر و حمایت روانی از کارکنان در حفظ عملکرد نظام سلامت در شرایط بحرانی تأکید کرده‌اند (دفتر منطقه‌ای مدیران شرقی سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۴؛ ویسی‌رایگانی و همکاران، ۲۰۲۵). در عین حال، تحلیل داده‌ها نشان داد که مسئله صرفاً کمبود نیروی انسانی نیست، بلکه میزان آمادگی، انعطاف‌پذیری و تناسب شایستگی‌های حرفه‌ای با الزامات مدیریت بحران نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در تاب‌آوری نظام سلامت دارد. این موضوع ضرورت بازنگری در نظام آموزش، توانمندسازی و نگهداشت کارکنان سلامت را با رویکردی شایستگی‌محور و آینده‌نگر آشکار می‌سازد.

در حوزه زیرساخت‌ها و مدیریت منابع، مشارکت کنندگان بر آسیب‌پذیری زیرساخت‌های فیزیکی، محدودیت ذخایر راهبردی، ناپایداری زنجیره تأمین و ضعف در مدیریت منابع تأکید کردند. این یافته‌ها با مطالعات سالدیه و همکاران (۲۰۲۳)، پاسکوالوتو و همکاران

(۲۰۲۳) و عزتی و همکاران (۲۰۲۳) همخوان است که مدیریت کارآمد منابع و یکپارچگی زیرساخت‌ها را از پیش‌نیازهای تاب‌آوری نظام سلامت می‌دانند. با این حال، یافته‌های حاضر نشان می‌دهد که افزایش منابع، بدون اصلاح سازوکارهای تخصیص، هماهنگی و بهره‌برداری از آن‌ها، لزوماً به افزایش تاب‌آوری منجر نخواهد شد؛ از این رو، کیفیت حکمرانی منابع به اندازه میزان منابع موجود اهمیت دارد. یکی دیگر از ابعاد برجسته پژوهش، نقش نظام اطلاعات سلامت در ارتقای تاب‌آوری بود. نبود یکپارچگی سامانه‌های اطلاعاتی، محدودیت دسترسی به داده‌های به‌هنگام، ضعف تبادل اطلاعات میان سازمان‌ها و ناکارآمدی نظام‌های پایش و هشدار زودهنگام، از جمله عواملی بودند که ظرفیت پاسخگویی نظام سلامت را کاهش می‌دادند. این نتایج با شواهد موجود درباره اهمیت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، سامانه‌های اطلاعاتی یکپارچه و مدیریت داده در شرایط بحران همسو است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۴؛ سالنیه و همکاران، ۲۰۲۳). در این چارچوب، نظام اطلاعات سلامت صرفاً ابزاری مدیریتی نیست، بلکه یکی از زیرساخت‌های اساسی برای افزایش سرعت، هماهنگی و اثربخشی تصمیم‌گیری در بحران‌های سلامت به شمار می‌رود. تحلیل مصاحبه‌ها همچنین نشان داد که مشارکت اجتماعی، ظرفیت انطباق و یادگیری سازمانی، مؤلفه‌هایی مکمل و در عین حال تعیین‌کننده در ارتقای تاب‌آوری هستند. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، نظام سلامت زمانی قادر به مدیریت مؤثر بحران خواهد بود که بتواند از ظرفیت جامعه، سازمان‌های مردم‌نهاد، بخش خصوصی و سایر ذی‌نفعان بهره‌گیری و تجربه‌های حاصل از بحران‌ها را به یادگیری سازمانی تبدیل کند. این برداشت با مفهوم «تاب‌آوری روزمره» که بر یادگیری مستمر، سازگاری تدریجی و تعامل میان اجزای نظام تأکید دارد، همخوانی دارد (باراسا و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، هم‌راستایی یافته‌ها با نظریه سیستم‌های انطباق‌پذیر پیچیده نشان می‌دهد که تاب‌آوری در محیط‌های پیچیده، بیش از آنکه محصول ساختارهای ایستا باشد، حاصل توانایی نظام در یادگیری، نوآوری، بازخوردگیری و انطباق مستمر با شرایط متغیر است. مقایسه یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات داخلی و بین‌المللی نشان می‌دهد که اگرچه مؤلفه‌های اصلی تاب‌آوری نظام سلامت در اغلب پژوهش‌ها مشابه‌اند، اما اهمیت و نحوه تعامل آن‌ها به شدت تحت تأثیر زمینه‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و نهادی هر کشور قرار دارد. در ایران، هم‌زمانی بحران‌هایی مانند همه‌گیری کووید-۱۹، محدودیت‌های اقتصادی، تغییرات اقلیمی و بلایای طبیعی، همراه با ساختار متمرکز نظام اداری، موجب شده است که موضوعاتی همچون حکمرانی، هماهنگی بین‌بخشی، مدیریت منابع و یادگیری سازمانی نقش برجسته‌تری نسبت به بسیاری از مطالعات بین‌المللی پیدا کنند. از این منظر، نتایج پژوهش حاضر ضمن تأیید مبانی نظری موجود، بر ضرورت بومی‌سازی راهبردهای ارتقای تاب‌آوری نظام سلامت و طراحی مداخلات متناسب با شرایط ایران تأکید دارد. در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که ارتقای تاب‌آوری نظام سلامت مستلزم نگاهی نظام‌مند و یکپارچه است که در آن اصلاحات حکمرانی، توانمندسازی سرمایه انسانی، توسعه زیرساخت‌های تاب‌آور، استقرار نظام اطلاعات سلامت کارآمد، تقویت مشارکت اجتماعی و نهادینه‌سازی یادگیری سازمانی به صورت هم‌زمان دنبال شوند. بر این اساس، چارچوب مفهومی حاصل از این پژوهش، روابط میان ابعاد شناسایی‌شده را بر پایه مضامین استخراج‌شده از داده‌های کیفی تبیین می‌کند و می‌تواند مبنایی برای توسعه دانش و هدایت پژوهش‌های آینده در حوزه تاب‌آوری نظام سلامت باشد. با این حال، این چارچوب حاصل استنتاج نظری از داده‌های کیفی است و نباید به عنوان یک مدل علی یا اعتبارسنجی‌شده تلقی شود. از این رو، اعتبارسنجی آن از طریق مطالعات کمی، روش‌های آمیخته و پژوهش‌های تطبیقی می‌تواند به تقویت پشتوانه تجربی و افزایش قابلیت کاربرد آن در سیاست‌گذاری و مدیریت نظام سلامت کمک کند.

References

- Al Asfoor, D., et al. (2024). Concept analysis of health system resilience. *Health Research Policy and Systems*, 22(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01114-w>
- Atun, R., Aydin, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., Nazlioglu, S., Ozgulcu, S., Aydoğan, U., Ayar, B., Dilmen, U., & Akdag, R. (2013). Universal health coverage in Turkey: Enhancement of equity. *The Lancet*, 382(9886), 65–99. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61051-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61051-X)
- Babashahi, S., et al. (2023). An overview of Iran's actions in response to the COVID-19 pandemic and in building health system resilience. *Frontiers in Public Health*, 11, 1073259. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1073259>
- Barasa, E., Mbau, R., & Gilson, L. (2017). Everyday resilience in district health systems: Emerging insights from the front lines in Kenya and South Africa. *BMJ Global Health*, 2(2), e000224. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000224>
- Biddle, L., Wahedi, K., Bozorgmehr, K., et al. (2020). Health system resilience: A literature review of empirical research. *Health Policy and Planning*, 35(8), 1084–1109. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa032>
- Blanchet, K., Nam, S. L., Ramalingam, B., & Pozo-Martin, F. (2017). Governance and capacity to manage resilience of health systems: Towards a new conceptual framework. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(8), 431–435.
- Carbonara, N., Pellegrino, R., & De Luca, C. (2024). Resilience of hospitals in an age of disruptions: A systematic literature review on resources and capabilities. *Health Systems*, 13(3), 192–228
- Ezzati, F., et al. (2023). Resiliency of Iranian healthcare facilities against the COVID-19 pandemic: Challenges and solutions. *BMC Health Services Research*, 23(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09180-6>
- Forsgren, L., et al. (2022). Health systems resilience in practice: A scoping review to identify strategies for building resilience. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1173. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08544-8>
- Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S. M., et al. (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: Lessons from 28 countries. *Nature Medicine*, 27(6), 964–980. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>
- Ibrahim, M. E., & Blanchet, K. (2025). Resilient health systems appraisal model: Whole-of-system approach to health system resilience in fragile contexts. *Conflict and Health*, 19(1), 94. <https://doi.org/10.1186/s13031-025-00735-4>
- Karimian, Z., et al. (2025). Health equity and system resilience during crises: Ensuring healthcare for refugees based on lessons from Iran's response to the 2021 Afghan migration. *International Journal for Equity in Health*, 24(1), 191. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02564-6>
- Kolivand, P., et al. (2025). Health systems performance in health outcomes, health financing, and the COVID-19 pandemic: Lessons from 31 countries. *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0334693>

- Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980), 1910–1912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
- Mosadeghrad, A. M., et al. (2024). Strategic analysis of Iran's climate-resilient health system. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1149. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11621-9>
- OECD. (2024). *Resilience testing handbook*. OECD Publishing.
- Paschoalotto, M. A. C., et al. (2023). Health systems resilience: Is it time to revisit resilience after COVID-19? *Health Policy and Technology*.
- Regmi, S., Bertone, M. P., Shrestha, P., et al. (2024). Understanding health system resilience in responding to the COVID-19 pandemic: Lessons from Nepal's federalization context. *BMC Health Services Research*, 24(1), 428. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10755-0>
- Sadeghkhan, O., et al. (2025). Resilience model of the public health sector during unknown pandemics: A grounded theory approach for COVID-19 in Iran. *BMC Public Health*, 25(1), 1271. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22474-0>
- Saulnier, D. D., Blanchet, K., Canila, C., et al. (2023). 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*, 12, 7263. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2023.7263>
- Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., Cylus, J., Figueras, J., & Karanikolos, M. (2023). Health system resilience: A critical review and reconceptualisation. *The Lancet Global Health*, 11(9), e1454–e1458. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00279-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00279-6)
- Vaisi-Raygani, A., Moradi, M., Salari, N., Fattahi, Z., & Hadadian, F. (2025). *Resilience and nursing care quality in emergency departments: A 2024 study in Kermanshah, Iran hospitals*. *BMC Nursing*. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03749-8>
- World Health Organization. (2022). *Building health system resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond: WHO position paper*. WHO.
- World Health Organization. (2023). Universal Health Coverage Day 2023 focuses on building resilience of health systems. <https://www.who.int/news/item/12-12-2023-universal-health-coverage-day-2023-focuses-on-building-resilience-of-health-systems>