Caring Today, Volume 18, Issue 1, 2025
Journal homepage: https://caringtoday.lums.ac.ir
Online ISSN:2783-185X

Explaining the lessons learned by managers of Iran University of Medical Sciences and Health Services in the Covid-19 pandemic

Mohammad Tabatabaee[1]; Mahdi Mokhtaripayam[2]; Ali Kabir[3]; Farshid Nasrolahi[4]; Leili Borimnejad[*5]
1. Associate Professor, Iran University of Medical Sciences,Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Iran University of Medical Sciences Tehran, Iran.
3. Associate Professor, Educational Development Center, Minimally Invasive Surgery Research Center, Hazrat-e Rasool General Hospital, Iran University of Medical Sciences,Tehran, Iran.
4. MSc in Health Services Management, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences,Tehran, Iran.
5. Professor, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical sciences, Tehran, Iran. l.borimnejad@gmail.com

Article Info

Article type:
Research/ Original

Article history:
Received 20 November 2024
Received in revised form 16 February 2024
Accepted 22 April 2025
Available online 1 July 2025

Keywords:
Covid-19,
Crisis Management,
Qualitative Research,
Iran,
Leadership.

Abstract

Objective: Health crisis management, particularly during pandemics, requires rapid and effective decision-making with far-reaching implications for public health and healthcare system performance. Understanding managerial challenges, operational strategies, and the gap between policy and practice can enhance decision-making processes in future emergencies. This study aimed to explore the lived experiences of senior managers at Iranian universities of medical sciences in planning, implementing, and evaluating actions during the Covid-19 pandemic.

Method: A qualitative study was conducted using conventional content analysis. Data were collected through semi-structured interviews with executive managers, official documents, university meeting reports, and media interviews. Participants were selected through purposive sampling with maximum variation, focusing on individuals directly involved in pandemic management. Data collection continued until saturation was achieved. Interviews were recorded, transcribed, and analyzed iteratively. Thematic analysis focused on identifying key managerial patterns and validating findings through triangulation, peer review, and participant feedback. The study spanned the first to fifth waves of the pandemic.

Results: Data analysis led to the identification of eight core themes that explain the managerial experience during the Covid-19 crisis: **Initial shock**; managers' emotional and structural reactions to the onset of the crisis and the system's lack of preparedness. **Team building and "jihadi" management**; the formation of operational groups characterized by a spirit of self-sacrifice and the mobilization of human resources under emergency conditions. **The gap between theory and practice**; the discrepancy between formal policies and their actual implementation on the ground during the crisis. **Innovation in information dissemination**; leveraging modern technologies, the digital space, and intelligent systems for public education and awareness-raising. **Ethical challenges and legal gaps** in complex decision-making amidst resource scarcity, **the persistence of bureaucracy** even during crises; **managerial responses to shifts in the disease burden**; including the adaptation of operational strategies to epidemic waves and the analysis of management actions over time and **public support and human resource challenges**.

Conclusions: This study indicated that the management of the Covid-19 crisis within Iran's universities of medical sciences was influenced by various factors, such as executive decisions, legal challenges, and communication innovations.

Cite this article: Tabatabaee M, Mokhtaripayam M, Kabir A, Nasrolahi F, Borimnejad L. Explaining the lessons learned by managers of Iran University of Medical Sciences and Health Services in the Covid-19 pandemic. Caring Today. 2025;18(1):85-99. https//doi.org/10.22087/ca.to.2026.525178.1032

Publisher: Lorestan University of Medical Sciences
This is an open access article under the CC BY 4.0 license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Extended Abstract

Introduction

Managing health crises, especially in pandemic conditions, requires rapid and efficient decision-making that has widespread impacts on public health and health system performance. Although we are currently facing a reduction in the burden of disease and the end of the global emergency, the managerial, structural, and social effects of this crisis still remain at different levels of the health system and their analysis is essential for preparing for future crises. Understanding managerial challenges, implementation strategies, and the gap between policy and practice can help improve decision-making processes in future crises. This study aimed to explain the experience of managers of Iran University of Medical Sciences in planning, implementing, and evaluating measures related to the Covid-19 pandemic.

Method

This study used a qualitative approach with conventional content analysis. The research population included all managers of Iran University of Medical Sciences directly involved in planning, implementing, and evaluating Covid-19 crisis measures. After obtaining ethics approval (IR.IUMS.REC.1399.277), purposive sampling with maximum diversity was conducted across senior, middle, junior, line, and headquarters management levels and continued until data saturation (Table 1). The research setting comprised the university and its affiliated hospitals. Data were collected through face-to-face semi-structured interviews, official documents, reports from university meetings, and media interviews; complementary sources were used given managers' time constraints. Data collection was gradual and adaptive: after the first interview, data were transcribed and initially analyzed, and subsequent questions were designed based on extracted codes until conceptual richness and theoretical saturation were reached. The researcher also attended crisis management headquarters meetings to record instructions, management responses, and changes in disease burden. Data collection continued until the end of the fifth wave. Inductive content analysis was used, involving repeated reading, initial coding, organization into conceptual categories, and extraction of main themes. Trustworthiness was ensured through triangulation of sources, peer review, member checking, and detailed documentation of analysis stages..

Results

After analyzing the data, Eight main themes were obtained, including **initial shock**, **team building and jihadi management**, **the gap between theory and practice**, **innovation in information dissemination**, **ethical challenges and legal vacuum**, **persistence of bureaucracy in crisis**, **managerial responses to shifts in the disease burden**; Covid-19 containment as the top priority and finally **public support and human resource challenges**, which explain the management experience in the Corona crisis. Initial shock, which includes the emotional and structural reactions of managers in the face of the onset of the crisis and the lack of system preparedness. Team building and jihadi management,

which includes the formation of operational groups with a spirit of sacrifice and the mobilization of human resources in emergency situations. The gap between theory and practice, which shows the inconsistency between official policies and practical implementation in the crisis field. Innovation in information dissemination, which refers to the use of new technologies, cyberspace, and intelligent systems for public education and awareness. Ethical challenges and legal vacuum of difficult decision-making in conditions of resource shortage, maintaining the confidentiality of patient information, and conflict of interest were other lessons learned during this period. managerial responses to shifts in the disease burden; Covid-19 containment as the top priority, which highlights the prioritization of epidemic control while maintaining essential health services and addressing the unintended consequences of reduced or suspended routine and preventive care. Legal gaps, structural and bureaucratic limitations in responding quickly and effectively to the crisis, which show the slowness of administrative decision-making, the lack of compliance with instructions, and the lack of an agile crisis chart. Finally, popular support and the challenge of human resources were raised as a potential capacity that was used in a limited and unsystematic manner due to the lack of a specialized database and prior training. This finding shows that in order to effectively utilize public participation, it is necessary to design mechanisms for attracting, training, and classifying forces.

Conclusion

This study showed that Covid-19 crisis management at Iranian medical universities was shaped by executive decisions, legal constraints, and communication innovations. The central lesson for Iran is a dual strategy: mobilizing jihadi management and public participation from the ground up, while fixing the legal vacuum and bureaucratic rigidity that slowed field-level decisions. Bridging theory and practice needs flexible leadership and formal legal frameworks that legitimize timely, ethical decisions under crisis. Content analysis proved an efficient method for examining these experiences and for understanding managerial processes more accurately. Overall, the findings align with similar domestic and international studies and underscore the need to revise legal, educational, communication, and human resource structures. These lessons hold practical value not only for health policymaking in Iran but also for the global health community, serving as a basis for designing future policies, developing training programs for health managers, and improving health system preparedness in similar crises.

Funding

The study was funded by Iran University of Medical Sciences.

Author Contributions

“Designing the research: M.T., M.M., A.K.; Data collection: M.T., M.M., A.K., F.N.; Data analysis: M.M., A.K., F.N., L.B.; Data recording in the software: M.T., M.M.; Analysis and interpretation of results and writing original draft preparation: M.T., M.M., A.K.; Writing review and editing: A.K., F.N., L.B.; Visualization and supervision: M.T., M.M., F.N.,

L.B.; Project administration and funding acquisition: M.T., M.M. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript."

All authors contributed equally to the conceptualization of the article and writing of the original and subsequent drafts.

Declaration of Generative AI and AI-assisted technologies in the writing process

Not used

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Ethical Considerations

The authors avoided data fabrication, falsification, and plagiarism, and any form of misconduct.

Data Availability Statement

Data available on request from the authors.

Acknowledgements

We hereby express our gratitude and appreciation to all those who assisted us during the various stages of this study.

مراقبت امروز، سال هجدهم/ شماره ۱ /۱۴۰۴

Journal homepage: https://caringtoday.lums.ac.ir

شاپا الکترونیکی: ۲۷۸۳-۱۸۵X

تبیین درس آموخته‌های مدیران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران در پاندمی کووید-۱۹

محمد طباطبایی[۱]، مهدی مختاری[۲]، علی کبیر[۳]، فرشید نصرالهی[۴]، لیلی بریم نژاد[۵]*

۱. دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲. استادیار ، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳.دانشیار اپیدمیولوژی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات جراحی‌های کم تهاجمی، مجتمع آموزشی درمانی حضرت رسول اکرم (ص)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴. کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۵. استاد، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. l.borimnejad@gmail.com

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
پژوهشی/ اصیل

تاریخچه مقاله:
تاریخ دریافت:
۱۴۰۳/۰۸/۳۰
تاریخ بازنگری:
۱۴۰۳/۱۱/۲۸
تاریخ پذیرش:
۱۴۰۴/۰۲/۰۲
تاریخ انتشار:
۱۴۰۴/۰۴/۱۰

کلیدواژه‌ها:
کووید-۱۹، مدیریت بحران، تحقیق کیفی، ایران، رهبری.

چکیده

هدف: مدیریت بحران‌های بهداشتی، به‌ویژه در شرایط پاندمی، نیازمند تصمیم‌گیری‌های سریع و کارآمد است که تأثیرات گسترده‌ای بر سلامت عمومی و عملکرد نظام سلامت دارد. شناخت چالش‌های مدیریتی، راهبردهای اجرایی، و شکاف میان سیاست‌گذاری و عمل می‌تواند به بهبود فرآیندهای تصمیم‌گیری در بحران‌های آینده کمک کنداین مطالعه با هدف تبیین تجربه مدیران دانشگاه علوم پزشکی ایران در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی اقدامات مرتبط با همه‌گیری کرونا پرداخته است.

روش: این مطالعه با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوای استقرایی انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته مدیران اجرایی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، بررسی مستندات رسمی، گزارش‌های جلسات و مصاحبه‌های رسانه‌ای گردآوری شد. مشارکت‌کنندگان به‌صورت هدفمند و با حداکثر تنوع از میان مدیرانی انتخاب شدند که به‌طور مستقیم در مدیریت بحران کرونا نقش داشتند. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. پس از اخذ مجوز اخلاقی، مصاحبه‌ها ضبط، پیاده‌سازی و تحلیل شدند و کدهای اولیه به‌صورت تدریجی استخراج گردید. تحلیل داده‌ها با تمرکز بر شناسایی مضامین اصلی و بررسی الگوهای مدیریتی در مواجهه با بحران انجام شد و برای افزایش اعتبار پژوهش از روش‌هایی مانند مثلث‌سازی منابع، بازبینی همتا و بازخورد مشارکت‌کنندگان استفاده گردید .روند پژوهش تا کاهش بار بیماری در موج پنجم همه‌گیری ادامه یافت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی هشت درون‌مایه اصلی شد که تجربه مدیریتی در بحران کرونا را تبیین می‌کنند: **شوک اولیه**؛ واکنش‌های احساسی و ساختاری مدیران در مواجهه با آغاز بحران و عدم آمادگی سیستم. **تیم‌سازی و مدیریت جهادی**؛ شکل‌گیری گروه‌های عملیاتی با روحیه ایثار و بسیج منابع انسانی در شرایط اضطراری. **کشف فاصله تئوری و عمل**؛ ناهماهنگی میان سیاست‌گذاری‌های رسمی و اجرای عملی در میدان بحران. **نوآوری در اطلاع‌رسانی**؛ بهره‌گیری از فناوری‌های نوین، فضای مجازی و سامانه‌های هوشمند برای آموزش و آگاهی‌بخشی عمومی. **چالش‌های اخلاقی و خلأهای قانونی** در تصمیم‌گیری‌های دشوار در شرایط کمبود منابع، **بروکراسی حتی در بحران**، **واکنش‌های مدیریتی به تغییرات بار بیماری**؛ تطبیق راهبردهای اجرایی با موج‌های اپیدمی و تحلیل کنش‌های مدیریتی در طول زمان و **حمایت مردمی و چالش منابع انسانی**.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که مدیریت بحران کرونا در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران تحت تأثیر عوامل مختلفی همچون تصمیمات اجرایی، چالش‌های قانونی، و نوآوری‌های ارتباطی بوده است. تحلیل محتوا به‌عنوان یک روش کارآمد در بررسی این تجربه‌ها به شناخت دقیق‌تر فرآیندهای مدیریتی و بهبود عملکرد در بحران‌های مشابه کمک می‌کند.

استناد: طباطبایی م، مختاری م، کبیر ع، نصرالهی ف، بریم نژاد ل. تبیین درس آموخته های مدیران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران در پاندمی کووید-۱۹. مراقبت امروز. ۱۴۰۴ ؛ ۱۸ (۱):۸۵-۹۹. https//doi.org/10.22087/ca.to.2026.525178.1032

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی لرستان

This is an open access article under the CC BY 4.0 license
(https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

مقدمه

همه‌گیری کووید-۱۹، به‌عنوان یکی از گسترده‌ترین بحران‌های سلامت عمومی در دهه‌های اخیر، نظام‌های سلامت را در سراسر جهان با چالش‌های پیچیده‌ای مواجه ساخت (۱). اگرچه در حال حاضر با کاهش بار بیماری و پایان وضعیت اضطراری جهانی مواجه هستیم، اما آثار مدیریتی، ساختاری و اجتماعی این بحران همچنان در سطوح مختلف نظام سلامت باقی مانده و تحلیل آن‌ها برای آمادگی در برابر بحران‌های آینده ضروری است (۲، ۳). کشورهایی مانند ایران با بار مضاعف تحریم‌های سیاسی برای تهیه تجهیزات و داروهای نجات بخش پزشکی برای مقابله با شرایط اضطراری مواجه بودند (۴). تأثیر شدید آن بر جمعیت جهانی و مراقبت‌های بهداشتی بین‌المللی سریع، در حال تحول و غیرقابل پیش‌بینی است. تأثیرات بر بخش‌های دانشگاهی مستقیم بوده است، زیرا سیستم نظام مراقبت در ایران ادغام یافته بهداشت، درمان و آموزش است. نحوه مدیریت پاندمی موضوع مهمی است که باید در سطح جهان مورد توجه قرار گیرد. در سال ۲۰۰۳ شیوع سارس باعث ضرر اقتصادی ۳۰ میلیارد دلاری در سطح جهان شد (۵).

شواهد نشان می‌دهد استفاده از تجربه‌های گذشته و درس‌آموخته‌های کنترل بیماری‌های واگیر می‌تواند در موارد مشابه در آینده ظرفیت پاسخ اپیدمیک را ارتقا بخشد (۶). از طرفی مطالعات نشان می‌دهد که کشوری مانند هنگ‌کنگ تهدید بیماری سارس را به فرصت تبدیل کرد (۷). برخی کشورهایی مثل سنگاپور، ویتنام و تایوان از درس‌آموخته‌ای تجربه سارس در سال ۲۰۰۳ برای مقابله با کووید-۱۹ استفاده کردند. گذشته‌های اخیر آن‌ها را به اقدام فوری و بدون شک شهروندانشان را به همکاری ترغیب می‌کند، که در کاهش شیوع کووید-۱۹ توانستند موفقیت کسب کنند (۸). موفقیت ویتنام در کنترل موثر سارس برای اولین بار در جهان از طریق ایزولاسیون کامل بیماران و اجرای کنترل عفونت بیمارستانی در مراحل اولیه اپیدمی بود. درس‌هایی که ویتنام آموخت نشان داد مدیریت زودرس خطر نیاز به انجام اقدامات کافی از مراحل اولیه بیماری دارد (۹).

در ایران نیز پژوهش‌های کیفی متعددی به بررسی ابعاد مدیریتی بحران کرونا پرداخته‌اند. برای نمونه، مطالعه عزتی و همکاران در سال ۲۰۲۳ به چالش‌های تاب‌آوری مراکز درمانی ایران در برابر کووید-۱۹ اشاره می‌کند (۱۰). همچنین، خسروی و همکاران در سال ۲۰۲۵ با استفاده از تحلیل محتوای قراردادی، چالش‌هایی نظیر ضعف در هماهنگی بین بخشی، محدودیت‌های قانونی، کمبود منابع انسانی و فقدان زیرساخت‌های فناورانه را در مدیریت بحران شناسایی کرده است (۱۱). این مطالعه نشان می‌دهد که نبود سازوکارهای انعطاف‌پذیر و تصمیم‌گیری‌های متمرکز، توان پاسخ‌گویی نظام سلامت را در مراحل اولیه اپیدمی کاهش داده است. این یافته‌ها اهمیت مستند سازی و تحلیل تجربه مدیران دانشگاه‌های علوم پزشکی را دوچندان می‌سازد، چرا که این نهادها در خط مقدم تصمیم‌گیری و اجرا قرار داشته‌اند و درس‌آموخته‌های آنان می‌تواند مبنایی برای ارتقای آمادگی سازمانی در بحران‌های آینده باشد. این مطالعات نشان می‌دهند که تحلیل محتوای کیفی می‌تواند ابزاری مؤثر برای استخراج درس‌آموخته‌ها و ارتقای ظرفیت پاسخ‌گویی در بحران‌های آینده باشد.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تبیین تجارب مدیران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران از برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی اقداماتشان در ارتباط با پاندمی کووید-۱۹ انجام شد.

روش پژوهش

این مطالعه با رویکرد کیفی و بهره‌گیری از روش تحلیل محتوای قراردادی[1] انجام شد. روش تحلیل محتوا به‌عنوان یکی از معتبرترین روش‌های کیفی، امکان بررسی داده‌های مکتوب و غیرمکتوب را بدون دخالت پیش‌فرض‌های نظری فراهم می‌سازد و قابلیت اعتبارسنجی نتایج توسط سایر پژوهشگران را داراست. این ویژگی‌ها موجب شده است که تحلیل محتوا در مطالعات مدیریت بحران، به‌ویژه در حوزه سلامت، جایگاه ویژه‌ای داشته باشد.

جامعه پژوهش شامل کلیه مدیران دانشگاه علوم پزشکی ایران بود که به‌صورت مستقیم در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی اقدامات مرتبط با مدیریت بحران کووید-۱۹ نقش داشتند. پس از اخذ مجوز کمیته اخلاق، نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و با حداکثر تنوع در سطوح مدیریتی از میان مدیران ارشد، میانی، پایه، صف و ستاد انجام شد و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. مشخصات مشارکت‌کنندگان در جدول یک آورده شده است.

[1] Conventional Content Analysis

جدول ۱. مشخصات عمومی مشارکت‌کنندگان در تحقیق

تم اصلی (طبقه)	زیرطبقات (کدهای مفهومی)	شرح مفهومی

کد	عنوان شغلی	سطح مدیریتی	جنسیت	مدت زمان مصاحبه	سابقه مدیریتی
۱	معاون بهداشتی دانشگاه	ارشد	مرد	۷۵ دقیقه	بیش از ۲۰ سال
۲	عضو ستاد مرکزی بحران دانشگاه	ستادی	مرد	۶۰ دقیقه	حدود ۸ سال
۳	عضو ستاد مرکزی بحران دانشگاه	ستادی	مرد	۶۵ دقیقه	حدود ۵ سال
۴	رئیس بیمارستان آموزشی	صف	مرد	۷۰ دقیقه	بیش از ۱۸ سال
۵	رئیس بخش کرونا (بیمارستان ۱)	صف	مرد	۵۵ دقیقه	حدود ۱۰ سال
۶	رئیس بخش کرونا (بیمارستان ۲)	صف	مرد	۵۰ دقیقه	حدود ۸ سال
۷	رئیس بخش کرونا (بیمارستان ۳)	صف	مرد	۶۰ دقیقه	حدود ۹ سال

محیط پژوهش شامل دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان‌های تحت پوشش آن بود که به‌عنوان عرصه رخداد واقعه، بستر مناسبی برای بررسی تجربه زیسته مدیران در مواجهه با بحران فراهم می‌کرد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته حضوری، بررسی مستندات رسمی، گزارش‌های ارائه شده در جلسات دانشگاهی و تحلیل مصاحبه‌های رسانه‌ای گردآوری شد. با توجه به محدودیت زمانی مدیران، از منابع مکمل برای غنای داده‌ها استفاده گردید.

فرآیند جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت تدریجی و تطبیقی انجام شد؛ به‌طوری‌که پس از انجام نخستین مصاحبه، داده‌ها پیاده‌سازی و تحلیل اولیه شد و براساس کدهای استخراج شده، سوالات مصاحبه‌های بعدی طراحی گردید. این روند تا دستیابی به غنای مفهومی و اشباع نظری ادامه یافت. همچنین، پژوهشگر با حضور در جلسات ستاد مدیریت بحران، به ثبت دستورالعمل‌های صادره، واکنش‌های مدیریتی و تغییرات بار بیماری در جامعه پرداخت، دوره گردآوری داده‌ها تا پایان موج پنجم همه‌گیری ادامه داشت.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای قراردادی بر اساس رویکرد گرانهایم و لوندمن استفاده شد. این روش با تمرکز بر استخراج مضامین از داده‌های خام، امکان شناسایی الگوهای معنایی و مفاهیم پنهان را فراهم می‌سازد. در این فرآیند، داده‌ها به‌صورت مکرر خوانده شده، کدگذاری اولیه انجام شد، کدها در دسته‌های مفهومی سازمان‌دهی گردید و در نهایت مضامین اصلی استخراج شد. اعتبار پژوهش از طریق مثلث‌سازی منابع، بازبینی همتا، بازخورد مشارکت‌کنندگان و مستندسازی دقیق مراحل تحلیل تضمین گردید.

یافته‌ها

پس از تحلیل داده‌ها ۸ درون مایه اصلی به دست آمد که عبارت بودند از: شوک اولیه، تیم‌سازی و مدیریت جهادی، فاصله تئوری و عمل، نوآوری در اطلاع‌رسانی، چالش‌های اخلاقی و خلأ قانون، بروکراسی در بحران، مهار کرونا، اولویت اول و حمایت مردمی و چالش منابع انسانی. در ادامه، نمونه‌ای از نقل‌قول‌های مشارکت‌کنندگان کلیدی ارائه می‌شود.

جدول دو نحوه استخراج تم‌ها و ساب‌تم‌ها از مصاحبه‌ها را نشان می‌دهد.

شوک اولیه	عدم آمادگی ساختاری کمبود دانش اولیه فقدان مهارت‌های عملیاتی	ناتوانی سیستم در پاسخ‌گویی به بحران نوظهور نبود اطلاعات کافی درباره ماهیت ویروس و راه‌های کنترل ناتوانی مدیران در تطبیق سریع با شرایط بحرانی
تیم‌سازی و مدیریت جهادی	بسیج منابع انسانی روحیه ایثار و مسئولیت‌پذیری شکستن ساختارهای رسمی	استفاده از نیروهای داوطلب و مردمی در پاسخ به بحران شکل‌گیری تیم‌های عملیاتی با انگیزه فردی و فرهنگی عبور از بوروکراسی برای اقدام سریع و مؤثر
فاصله تئوری و عمل	ناکارآمدی آموزش نظری کاربردی‌سازی دانش تخصصی	عدم تطابق محتوای آموزشی با نیازهای اجرایی بحران استفاده عملی از دانش تخصصی در شرایط اضطراری
نوآوری در اطلاع‌رسانی	گذار از اطلاع‌رسانی سنتی طراحی سامانه‌های هوشمند تولید محتوای الکترونیک	جایگزینی محتوای کاغذی با ابزارهای دیجیتال راه‌اندازی اپلیکیشن‌ها و خطوط ارتباطی نوین آموزش عمومی از طریق فضای مجازی و رسانه‌های تعاملی
چالش‌های اخلاقی و خلأ قانونی	تعارض محرمانگی با نیاز اجرایی نبود چارچوب قانونی منعطف	محدودیت در اشتراک‌گذاری اطلاعات بیماران با نهادهای اجرایی ناتوانی در پاسخ‌گویی سریع به بحران به دلیل قوانین سخت‌گیرانه
بروکراسی در بحران	کندی تصمیم‌گیری اداری عدم تطابق دستورالعمل‌ها فقدان چارت بحران چابک	تأخیر در اجرای اقدامات به دلیل ساختارهای اداری سنتی ناسازگاری مقررات ملی با شرایط بحرانی حوزه سلامت نیاز به بازنگری در ساختارهای سازمانی برای پاسخ سریع
مهار کرونا، اولویت اول	تقدم کنترل همه‌گیری بر خدمات معمول سلامت تعطیلی و کاهش خدمات غیراورژانسی اختلال در تداوم مراقبت‌های پیشگیرانه به تعویق افتادن نیازهای سلامت غیرمرتبط با کووید-۱۹	تمرکز نظام سلامت بر کنترل کووید-۱۹ و کاهش توجه به سایر خدمات توقف یا محدود شدن خدماتی مانند ازدواج و برخی خدمات معمول سلامت کاهش یا وقفه در ارائه مراقبت‌های پیشگیرانه به گروه‌های مختلف جمعیتی به حاشیه رفتن نیازهای سلامت افراد به دلیل تمرکز بر مدیریت همه‌گیری
حمایت مردمی و چالش منابع انسانی	ظرفیت محدود جذب داوطلبان فقدان بانک اطلاعاتی تخصصی ضعف فرهنگ آمادگی کارکنان	نبود زیرساخت برای استفاده مؤثر از نیروهای مردمی نبود سیستم طبقه‌بندی و آماده‌سازی نیروهای داوطلب تمایل به فرار از مسئولیت به‌جای مشارکت فعال در بحران

جدول ۲. طبقات و زیرطبقات استخراج شده از مصاحبه با مشارکت‌کنندگان در تحقیق

شوک اولیه

نتایج مصاحبه‌ها نشان داد اولین واکنش و تجربه مدیران شوک اولیه بود؛ زیرا سرعت گسترش بیماری به حدی بود که با هیچ یک از بحران‌های تجربه شده قبلی مشابه نبود. در این زمینه مشارکت‌کننده شماره دو بیان کرد:" ما برای بحران‌هایی مثل سیل و زلزله مانور داشتیم...، یک دفعه شد آخر بهمن و بحث کرونا پیش آمد. از آنجا به بعد از بحث بلایا باید می‌آمدیم توی سیستم کرونا و همان‌جا متوجه شدیم سیستم مرسوم بلایا جواب نمی‌ده باید سریع عوض کنیم و تبدیل کنیم به یک سیستمی که در بحران عمل کند".

مشارکت‌کننده شماره پنج در همین رابطه تجربه خود را چنین شرح داد: "به هیچ عنوان رفتار متناسب با شرایط بحران نبود یعنی انگار سیستم حرفش و زیاد میزنه اما واقعا مهارت این‌که بتونه خودش رو ستآپ بکنه روی وضعیت بحران... من به جرأت و بدون هیچگونه تعارفی میگم ابدا سیستم ما این مهارت و این توان رو به هیچ عنوان نداشت".

مشارکت‌کننده شماره دو از جمله دلایل این شوک اولیه را مربوط به کمبود دانش و شناخت بیماری می دانست: "در ارتباط با کرونا که گفتم بخاطر یک بحث عظیم دیگه تحت شعاع جدی قرار می‌گرفت و آن هم بحث دانش بود. ما خیلی از چیزها را همان اول نمی‌دانستیم و هنوز هم نمی‌دانیم. مثلا راه انتقال ویروس چگونه است؟ راه پیشگیری چگونه است؟ یکسری از موارد را می‌گفتند ولی مناقشه‌شان خیلی زیاد بود".

مشارکت‌کننده شماره شش دلایل دیگر عدم توانایی مدیران برای مقابله با بحران را چنین ذکر کرد: "به نظر من مهارتش رو ندارن و مهم‌تر از همه اینکه در حقیقت ساختار اداری‌مون طوری هست که به هیچ عنوان ظرفیت‌سازی برای مواجه با بحران براش در نظر گرفته نشده. علاوه بر این‌که اومدن یه ساختارهایی رو تحت عنوان ستاد بحران درست کردن و مدام هم وقت همه رو میگیرن، جلسه میزارن، ولی اون ستاد زمانی که باید بکار بیاد، آدم احساس میکنه اصلا توانش رو نداره".

تیم سازی و مدیریت جهادی

این تم از نقل‌قول‌هایی استخراج شد که به شکل‌گیری تیم‌های عملیاتی با روحیه ایثار و بسیج منابع انسانی در شرایط اضطراری اشاره دارد.

مشارکت‌کننده شماره ۳ که از اعضا ستاد مرکزی بحران بود با تأکید بر روحیه بسیجی و مدیریت جهادی، تجربه خود را چنین بیان کرد: "روز دوم عید صبح اومدم اینجا همتون اینجا بودین دیگه (بله) خب چقدر فعال آقای دکتر ----- تیمشون، آقای ---- اینا خود آقای دکتر ----- به‌عنوان مدیر این قضیه، حقیقتا بگم آخیییش احساس کردم بابا بیخود ناامید بودم همون تفکر جهادی مدیریت جهادی وجود داره در سیستم و شایدم بتونیم بگیم اصلا ربط خیلی هم به این نداره الحمدلله خدارو شاکریم که فضایی بسیج یک فضایی است که اتوماتیک بسیاری از افرادی که میان توی بسیج آدمایی هستن که روحیه‌ی بسیجی رو دارن در خودشون تربیت بسیجی دارن در خانوادهاشون روحیه‌ی ایثار دارن روحیه‌ی مردم دوستی دارن خب الحمدلله دیدیم که با مدیریتی که آقای دکتر داشتن و این بچه‌هایی رو که جمع کرده بودن اینجا دور خودشون بنظر من آبرو دانشگاه واقعا جمع کردن یعنی احساس کردم خداروشکر یک گروهی توی سیستم هنوز وجود دارن که میتونن جرات برخورد با بحران رو دارن جرات اینو دارن ساختارهارو بشکونن جرات اینو دارن که شروع کنن اینجا بروز آنلاین اطلاعات و آمار بگیرن از کمک‌های مردمی استفاده بکنن و ظرفیت‌سازی بکنن از مرخصی خانوادشونو و جونشون هم بزنن بیان پای کار تا بتونن بحران رو مدیریت بکنن".

فاصله تئوری و عمل

این تم به ناهماهنگی میان آموزش نظری و نیازهای عملی در بحران اشاره دارد. مشارکت‌کننده شماره ۴ با ذکر مثال از راه‌اندازی آزمایشگاه کرونا، به ضعف در کاربردی‌سازی دانش اشاره کرد: "اتفاقی که افتاد اینکه به ما یاد داد که اگر دانشجو تربیت می‌کنیم، باید آن تخصص‌ها به درد جامعه بخورد. مطمئنم این اتفاق در عرصه‌های دیگری هم افتاده است. مثلا ویروس‌شناس ما، ما اصلا آزمایشگاه کرونا نداشتیم، با کمک اساتید ویروس شناسان آزمایشگاه کرونا را عرض یک هفته راه انداختیم. تا حالا ویروس‌شناس ما داخل کتاب یک چیزهایی را یاد گرفته، این که در حیطه عمل بیاید از علمش استفاده کند و با آخرین سرعت ممکن ابزار تشخیصی را راه بیندازد و داخل سیستم اجرا بکند، این را نداشتیم".

این تم نشان می‌دهد که بحران کرونا به‌عنوان یک موقعیت واقعی، شکاف میان آموزش دانشگاهی و نیازهای اجرایی را آشکار کرده و ضرورت بازنگری در برنامه‌های آموزشی و تربیت نیروی انسانی را برجسته ساخته است.

نوآوری در اطلاع‌رسانی

مشارکت‌کننده شماره یک در این زمینه بیان کرد:" اطلاع‌رسانی ۲ – ۳ تا چالش داشت. اول وزارت خانه گفت ما خودمان اطلاع‌رسانی را انجام می‌دهیم. ما طبعا در بحث رصد، شیوه رصد طوری بود که خود ما سر در می‌آوردیم. یعنی یک رصد فنی از کرونا را داریم. اما در مورد اطلاع‌رسانی یک نوآوری اتفاق افتاد (آموزش منظورم هست). اونم این است که ما این دفعه محتواهای کاغذیمون در اقل مقدار خودش پیش رفت و عموما الکترونیک کار کردیم و فک میکنیم این مفیدتر بود".

این بیانات نشان‌دهنده ظرفیت تحول دیجیتال در شرایط بحران و نقش خلاقیت سازمانی در جبران ضعف‌های ساختاری است.

مشارکت کننده شماره دو در این زمینه بیان می‌کرد:" طراحی کردیم، در فضای مجازی هم انتشار دادیم، اپلیکیشن هم استفاده کردیم و هیچ کدام از پیش طراحی شده نبود".

مشارکت کننده شماره ۳ عقیده داشت: "تلفن گویا را خود ما راه انداختیم، خود وزارت خانه سامانه ۴۰۳۰ را راه‌اندازی کرد، سامانه‌ی Salamat.gov راه‌اندازی شد، روبیکا درست شد. درمان یکسری سامانه‌ها را برای خودش درست کرد.

این تجربیات، علاوه بر نوآوری در اطلاع‌رسانی، بیانگر امکانات دانشی و مهارتی بالقوه‌ای بود که در زمان بحران به عرصه عمل تبدیل شد.

چالش‌های اخلاقی و خلأ قانون

در شرایط بحرانی مانند همه‌گیری کووید-۱۹، تصمیم‌گیری‌های مدیریتی اغلب در تقاطع میان ضرورت‌های اجرایی و محدودیت‌های حقوقی قرار می‌گیرند. مشارکت‌کننده شماره ۱ با ذکر مثال از درخواست شهرداری برای دریافت اطلاعات

بیماران کرونایی، به یکی از مهم‌ترین تعارض‌های اخلاقی اشاره کرد: حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران در برابر نیاز به مداخله اجتماعی برای حمایت از آنان.

"مثالش اینکه شهرداری می‌خواهد مریضان کرونایی را ردیابی کند و سپس قرنطینه نماید و بعد یک بسته معیشتی ایجاد کند. ما هم به دلایل قانونی نمی‌توانیم این اطلاعات را بدهیم چون به لحاظ قانونی جزء اسرار مریض است".

این طبقه نشان می‌دهد که در غیاب قوانین منعطف و بحران‌محور، مدیران سلامت با دوگانگی مواجه‌اند: از یک سو، مسئولیت اجتماعی برای حمایت از بیماران و جلوگیری از انتشار بیماری و از سوی دیگر، تعهد قانونی به حفظ حریم خصوصی و رعایت اصول اخلاق پزشکی. این وضعیت نه تنها موجب تأخیر در اقدامات حمایتی می‌شود، بلکه اعتماد عمومی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. فقدان دستورالعمل‌های اخلاقی ویژه بحران، نبود ساز و کارهای بین نهادی برای تبادل اطلاعات و عدم تطابق قوانین موجود با شرایط اضطراری، از جمله عواملی هستند که این چالش را تشدید می‌کنند.

بروکراسی حتی در بحران

تجربه مدیران حاکی از مانعی به نام بوروکراسی بود، که از قوانین غیر شفاف دورکاری برای کارکنان تا دستورالعمل‌های مربوط به بلایا را شامل می‌شد.

بخشی از استنادات مربوط به این مقوله در اینجا اشاره می‌شود.

مشارکت‌کننده شماره ۷: "به نظر من بروکراسی سیستم دستورالعمل‌های بلایا خیلی زیاد است و سرعت را کاهش می‌دهد. این اولین درسی بود که گرفتیم که فکر میکنم بایستی این نظام ارائه خدمات سلامت و نظام مراقبت بیماری‌ها و مسائل مربوط به سلامت را گونه‌ای تغییر بدهیم که انعطاف‌پذیری لازم را داشته باشد که در این شرایط باید پاسخگو باشد".

مشارکت کننده شماره ۶: "دستورالعمل‌ها بعضی از جاها گنگ بود، بعضی از جاها با شرایط ما نمی‌خواند. مثلا دولت دستور می‌دهد که یک سوم کارکنان سر کار بیایند. خوب در بیمارستان نمی‌شود این کار را کرد. من باید همه پرسنلم در این شرایط بحرانی که مربوط به ما است، حضور داشته باشند. بعد ما چگونه و بر چه مبنایی بگوییم افراد بیایند و افرادی نیایند. این مناقشات بین ما و پرسنل بوجود می‌آمد".

مشارکت‌کننده شماره یک: "به هر حال من فکر میکنم یه مقدار بروکراسی چارت از شرایط بحران بیشتر است. برای همین به نظرم می‌آید که لازم است که یک بار دیگر ما این چارت را در سطح دانشگاه، ملی، استانی، بازنگری کنیم. در سطح معاونین خودمان اینکار را انجام داده‌ایم. فکر کنیم ما چگونه می‌توانیم چابک‌تر کنیم؟ یه مقداری به نظر من این تصور ما هنوز درست شکل نگرفته است در این شرایط بحرانی احساسی نشویم، هیئتی کار نکنیم، علمی کار بکنیم".

مشارکت‌کننده شماره ۳: "باز احساس میکنم شاید بخاطر اینکه فقط در یک فرمت ستآپ شده اون هم روش عادی و اداری و بروکراتیک معمول است یعنی این مسیر بروکراسی که تو سیستم‌های اداری و کاغذ بازی‌هایی که داریم و مدام باید از این نمیشه بدون نامه نگاری و بدون فلان و اینا. مگه با نامه نگاری میشه بحران اداره کرد؟! انگار سیستم به هیچوجه اصلا فرمت دیگری براش متصور نیست، الا همون فرمتی رو که الان داره کار میکنه. لذا وقتی میگیم جلسه باید بگیریم بحث این میشه که پس باید مکاتبه بکنیم دعوت بکنیم اگر وقتی میخوای بری بازدید بکنی یک جایی رو میگن نه ما باید اول مکاتبه بکنیم. بابا این حرفا چیه (با شکایت و انتقاد شدید)! اگر بحرانه باید یک فرمت جدیدی آماده بشه و همه خودشون رو آماده بکنن".

واکنش‌های مدیریتی به تغییرات بار بیماری: مهار کرونا اولویت اول

این تم از گفتار از روایت مشارکت‌کننده‌ای استخراج شده است که در خط مقدم ارائه خدمات درمانی قرار داشته و تجربه مستقیم از مدیریت منابع انسانی، تخصیص خدمات و مواجهه با تضادهای اجرایی در دوران بحران را بیان می‌کند. وی با اشاره به تعطیلی یا کاهش خدمات غیراورژانسی مانند ازدواج، مراقبت مادران و کودکان، به چالش‌های ناشی از تمرکز کامل بر مهار کرونا اشاره کرد: "به خاطر کرونا یک سری از خدمات ما تعطیل یا تا حدودی کاهش پیدا کرد مانند خدمات مرتبط با ازدواج، خدمات مادران، خدمات مراقبت اطفال و... . حالا از یه طرف نیروهایمان را نیاز داریم و از یه طرف باید حفظشان بکنیم که دچار بلا نشوند".

تحلیل این گفتار نشان می‌دهد که در شرایط بحران، اولویت‌دهی به بیماری همه‌گیر منجر به نادیده گرفتن سایر حوزه‌های سلامت شده است. این تصمیمات در موج اول به‌عنوان راهبردی منطقی برای تمرکز منابع تلقی می‌شد، اما در ادامه، پیامدهای ناخواسته‌ای مانند کاهش واکسیناسیون کودکان، اختلال در مراقبت‌های پیشگیرانه و افزایش مشکلات سلامت عمومی را به دنبال داشت.

از سوی دیگر، مشارکت‌کننده به ضعف ساختاری در چارت ICS[1] اشاره می‌کند که ایمنی پرسنل را به درستی لحاظ نکرده است. این نکته نشان می‌دهد که در طراحی ساختارهای پاسخ به بحران، توجه کافی به سلامت و امنیت کارکنان وجود نداشته و تناقض میان نیاز به حضور نیروها و حفظ سلامت آنان، مدیریت منابع انسانی را با دشواری مواجه کرده است.

این تم بر ضرورت بازنگری در سیاست‌های اولویت‌بندی خدمات سلامت در بحران‌ها تأکید دارد؛ به‌گونه‌ای که ضمن تمرکز بر بیماری همه‌گیر، مراقبت‌های پایه و پیشگیرانه نیز حفظ شوند. همچنین، طراحی چارت‌های عملیاتی باید به‌گونه‌ای باشد که ایمنی پرسنل، انعطاف‌پذیری در تخصیص نیرو و تداوم خدمات عمومی را تضمین کند.

حمایت مردمی و چالش منابع انسانی

تجربه مدیران در به‌کارگیری نیروهای مردمی، طیفی از استفاده محدود و موردی تا بهره‌گیری اثربخش از این ظرفیت را در بر می‌گرفت: "تا حدی از نیروهای مردمی استفاده شد و تا حدی هم استفاده نشد. ما از داوطلب ها به خصوص اگر بسیج باشد، در بحث‌های بهداشت محیطمون استفاده کردیم. در بحث‌های غربالگری هم که می‌خواستیم استفاده بکنیم، استفاده کردیم. منتهی، هم ظرفیت جذب ما محدود است و از طرف دیگر، بعضی از چیزها طبیعی نشده است. به‌عنوان مثال، گفته بودیم که بسیجی‌هایی برای ما بفرستین که از این مسائل و کارهای ما سر در بیاورند. به نظر من باید این ظرفیت در نهادهای مردمی ایجاد شود که تخصصی کارها را بتوانند انجام دهند. افرادی باشند که بتوانند در ارتباط با کارهای فنی، کار بکنند".

همچنین، نبود بانک اطلاعاتی برای دسته‌بندی تخصصی نیروها و دسترسی سریع به آنان، به‌عنوان یکی از چالش‌های مهم مطرح شد: "مثلا فکر میکنم نیروها را دسته‌بندی کنم به نیروهای بهداشت و درمان و بعد نیروهای بهداشت را در این حیطه‌ها می‌خواهم و بعد آن‌ها در این حیطه‌ها عضوگیری کنند. بعد یک بانک اطلاعاتی وجود داشته باشد که وقتی به یکی از گروه‌های بهداشتی نیاز داشتم، آن‌ها بلافاصله به آن بانک اطلاعاتی مراجعه نمایند و نخواهند دیگر به آن‌ها آموزش بدهد و قبلا در ارتباط با حوزه‌های تخصصی اش مانورهایش را انجام داده باشد".

یکی دیگر از مدیران میانی بیان می‌کرد:" بنظر من هم اینه و هم اون عدم آموزش و تربیت نیروهای سیستم‌های مختلف برای آماده شدن برای برخورد با بحران است یعنی کارمند ما و پرسنل ما به جای اینکه بیاد در شرایط بحران بگه من الان چه کمکی از دستم برمیاد میگه من چه جوری فرار بکنم از این وضعیت. دنبال مرخصیشه و دنبال دور کاریشه و دنبال اینکه بهونه جور بکنه بگه من فشارخون دارم یا بابام یا بابا بزرگم فشارخون داره ببخشید اگر اجازه بدید من نیام و ...".

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که مدیریت بحران کووید-۱۹ در دانشگاه علوم پزشکی ایران با مجموعه‌ای از چالش‌ها، ابتکارات و شکاف‌های ساختاری همراه بوده است که در قالب هشت مضمون اصلی قابل تحلیل‌اند. تجربه زیسته مدیران در سطوح مختلف اجرایی، تصویری چندلایه از مواجهه نظام سلامت با یکی از پیچیده‌ترین بحران‌های قرن حاضر ارائه می‌دهد. نخستین واکنش مدیران، شوک اولیه بود که ناشی از سرعت گسترش بیماری، فقدان آمادگی ساختاری و کمبود دانش تخصصی در مواجهه با ویروس نوپدید بود. این یافته با مطالعاتی در ایران و کشورهای دیگر هم‌راستا است؛ بهزادی فر و همکاران در ایران به ضعف در هماهنگی بین‌بخشی اشاره کرده‌اند (۱۲)، در حالی که روزنبرگ و اریکسون در سوئد نیز شوک اولیه را تجربه‌ای مشترک دانسته‌اند، اما با اتکا به سناریوهای پیشینی، توانسته‌اند سریع‌تر واکنش نشان دهند (۱۳).

در پاسخ به این وضعیت، تیم‌سازی و مدیریت جهادی به‌عنوان یک راهبرد فرهنگی و سازمانی شکل گرفت. مشارکت‌کنندگان به بسیج منابع انسانی، روحیه ایثارگری و عبور از ساختارهای رسمی اشاره کردند. این نوع مدیریت، گرچه در

[1] Incident Command System

ادبیات کلاسیک مدیریت بحران کمتر مورد توجه قرار گرفته، در ایران نقش مهمی در پیشبرد امور ایفا کرده است. مطالعاتی مانند میرزایی در ایران و آهتی در فنلاند نشان می‌دهند که سرمایه اجتماعی و رهبری مشارکتی می‌توانند در شرایط اضطراری بسیار مؤثر باشند، اما نیازمند ساختارهای حمایتی و آموزش‌های پیشینی هستند (۱۴، ۱۵).

یکی از مضامین مهم دیگر، فاصله میان تئوری و عمل بود. مدیران به ناتوانی نظام آموزشی در تربیت نیروی انسانی آماده برای شرایط بحرانی اشاره کردند. این شکاف در بحران کرونا آشکار شد، به ویژه در حوزه‌های تخصصی مانند ویروس‌شناسی و آزمایشگاه‌های تشخیصی. یافته‌های این مطالعه با پژوهش چوا و همکاران در سنگاپور هم‌خوانی دارد؛ در سنگاپور، آموزش‌های عملی و تمرین‌های پیشینی موجب موفقیت در کنترل اولیه بیماری شدند، در حالی که در ایران، آموزش‌ها عمدتاً نظری و فاقد کاربرد اجرایی بودند (۱۶).

نوآوری در اطلاع‌رسانی یکی از نقاط قوت نسبی در مدیریت بحران بود. مشارکت‌کنندگان به استفاده از اپلیکیشن‌ها، سامانه‌های تلفنی و فضای مجازی اشاره کردند که جایگزین روش‌های سنتی شدند. با این حال، فقدان آموزش تخصصی در اطلاع‌رسانی خطر و نبود چارچوب‌های ارتباطی بحران‌محور، اثربخشی این اقدامات را محدود کرد. این موضوع در گزارش WHOدرباره ارتباطات بحران و در مطالعه عزتی و همکاران در ایران نیز مطرح شده است، که بر اهمیت طراحی پیام‌های هدفمند و تعامل با جامعه تأکید دارند (۱۰).

چالش‌های اخلاقی و خلأ قانونی از جمله مضامین کلیدی بودند که به تعارض میان محرمانگی اطلاعات بیماران و نیازهای اجرایی اشاره داشتند. نبود قوانین منعطف و بحران محور، مانع اقدامات حمایتی و بین نهادی شد. این یافته با مطالعات رجب پور و همکاران در ایران (۱۷) و فرورلی و همکاران در ایتالیا هم‌راستا است؛ در ایتالیا، اصلاحات قانونی در دوران بحران امکان تبادل اطلاعات بین‌نهادی را فراهم کرد و به کنترل بهتر اپیدمی انجامید (۱۸).

مضمون بوروکراسی در بحران از دیگر مضامین استخراج شده در این مطالعه بود. یافته‌ها نشان داد که دستورالعمل‌های نامتناسب با شرایط اضطراری، ابهام در برخی مقررات و الزام به طی فرایندهای اداری طولانی، از موانع پاسخ‌گویی سریع مدیران در بحران کووید-۱۹ بوده‌اند. این یافته با مطالعه رسمان و همکاران در آلمان هم‌خوانی دارد که به محدودیت‌های بوروکراتیک و ضرورت افزایش چابکی و انعطاف‌پذیری ساختارهای سازمانی در مواجهه با همه‌گیری پرداخته‌اند (۱۹). این نتایج بر ضرورت بازنگری در فرایندهای اداری و طراحی سازوکارهای متناسب با شرایط بحران، به‌منظور تسهیل تصمیم‌گیری و ارتقای اثربخشی پاسخ نظام سلامت، تأکید می‌کنند.

تمرکز کامل بر مهار کرونا منجر به نادیده گرفتن خدمات پایه سلامت مانند مراقبت مادران و کودکان شد. این تصمیم در موج اول به‌عنوان راهبردی منطقی برای تمرکز منابع تلقی می‌شد، اما در ادامه، پیامدهای ناخواسته‌ای مانند کاهش واکسیناسیون و اختلال در مراقبت‌های پیشگیرانه را به دنبال داشت. این موضوع در مطالعه ایزدی و همکاران در ایران نیز مطرح شده است که کاهش خدمات سلامت پایه را یکی از تهدیدهای ثانویه اپیدمی معرفی کرده‌اند (۲۰).

در نهایت، مشارکت مردمی به‌عنوان یک ظرفیت بالقوه مطرح شد که به دلیل فقدان بانک اطلاعاتی تخصصی و آموزش‌های پیش‌بینی، به‌صورت محدود و غیرسیستماتیک مورد استفاده قرار گرفت. این یافته نشان می‌دهد که برای بهره‌گیری مؤثر از مشارکت مردمی، طراحی سازوکارهای جذب، آموزش و طبقه‌بندی نیروها ضروری است. مطالعات میرزایی و همکاران در ایران و وان هوانگ و همکاران در ویتنام نشان داده‌اند که استفاده سازمان‌یافته از نیروهای مردمی و آموزش‌های پیش‌بینی، یکی از عوامل موفقیت در کنترل اولیه اپیدمی بوده است (۲۱، ۲۲).

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نه تنها چالش‌ها و ظرفیت‌های مدیریت بحران در ایران را آشکار می‌سازد، بلکه با مطالعات مشابه داخلی و بین‌المللی هم‌راستا بوده و بر ضرورت بازنگری در ساختارهای قانونی، آموزشی، ارتباطی و منابع انسانی تأکید دارد. این درس‌آموخته‌ها می‌توانند مبنایی برای طراحی سیاست‌های آینده، توسعه برنامه‌های آموزشی مدیران سلامت و ارتقای آمادگی نظام سلامت در مواجهه با بحران‌های مشابه باشند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که مدیریت بحران کووید-۱۹ در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران تحت تأثیر تصمیم‌های اجرایی، محدودیت‌های قانونی و نوآوری‌های ارتباطی شکل گرفت. درس محوری برای ایران یک راهبرد دوگانه است: بسیج مدیریت جهادی و مشارکت مردمی از پایین به بالا و هم‌زمان رفع خلأ قانونی و انعطاف‌ناپذیری بوروکراتیکی که تصمیم‌گیری در سطح میدان را کند می‌کرد. پل زدن میان نظریه و عمل نیازمند رهبری منعطف و چارچوب‌های قانونی رسمی است که تصمیم‌های به موقع و اخلاقی را در شرایط بحران مشروعیت ببخشد. تحلیل محتوا به‌عنوان روشی کارآمد برای بررسی این تجربه‌ها و درک دقیق‌تر فرآیندهای مدیریتی شناخته شد. در مجموع، یافته‌ها با مطالعات مشابه داخلی و بین‌المللی هم‌راستا هستند و بر ضرورت بازنگری در ساختارهای قانونی، آموزشی، ارتباطی و منابع انسانی تأکید می‌کنند. این درس‌آموخته‌ها نه تنها برای سیاست‌گذاری سلامت در ایران، بلکه برای جامعه جهانی سلامت نیز از ارزش کاربردی برخوردارند و می‌توانند مبنای طراحی سیاست‌های آینده، تدوین برنامه‌های آموزشی برای مدیران سلامت و بهبود آمادگی نظام سلامت در مواجهه با بحران‌های مشابه قرار گیرند.

حمایت مالی

حمایت مالی از این پژوهش از طرف دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: نویسنده اول، دوم و سوم. جمع‌آوری داده‌ها: نویسنده اول، دوم، سوم و چهارم. تجزیه و تحلیل داده‌ها: نویسنده دوم، سوم، چهارم و پنجم. ثبت داده ها در نرم افزار: نویسنده اول و دوم. تجزیه، تحلیل و تفسیر نتایج و تهیه گزارش و نوشتن پیش نویس اصلی: نویسنده اول، دوم و سوم. بررسی و ویرایش نوشته: نویسنده سوم، چهارم و پنجم. نظارت: نویسنده اول، دوم، چهارم و پنجم و مدیریت پروژه و تامین بودجه: نویسنده اول و دوم.

همه‌ی نویسندگان نسخه‌ی منتشر شده‌ی مقاله را خوانده و با آن موافقت کردند.

همه‌ی نویسندگان به‌طور یکسان در مفهوم‌سازی مقاله و نوشتن پیش‌نویس‌های اصلی و بعدی مشارکت داشته‌اند.

اعلامیه هوش مصنوعی مولد و فناوری‌های مبتنی بر هوش مصنوعی در فرایند نگارش

موردی وجود ندارد.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

نویسندگان اصول اخلاقی را در انجام و انتشار پژوهش رعایت نموده‌اند و این موضوع موردتأیید همه آن‌هاست.

بیانیه دسترسی به داده‌ها

داده‌های پژوهش حاضر از طریق درخواست از نویسندگان قابل دسترسی است.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه کسانی که که در مراحل مختلف این مطالعه به ما یاری رسانده اند، تشکر و قدردانی می شود.

References

1. Filip R, Gheorghita Puscaselu R, Anchidin-Norocel L, Dimian M, Savage WK. Global challenges to public health care systems during the COVID-19 pandemic: a review of pandemic measures and problems. J Pers Med. 2022;12(8):1295. http://doi.org/10.3390/jpm12081295
2. Olesińska W, Biernatek M, Lachowicz-Wiśniewska S, Piątek J. Systematic review of the impact of COVID-19 on healthcare systems and society—the role of diagnostics and nutrition in pandemic response. J Clin Med. 2025;14(7):2482. http://doi.org/10.3390/jcm14072482
3. Schwartz AM, Wilson JM, Boden SD, Moore TJ Jr, Bradbury TL Jr, Fletcher ND. Managing resident workforce and education during the COVID-19 pandemic: evolving strategies and lessons learned. JBJS Open Access. 2020;5(2). http://doi.org/10.2106/JBJS.OA.20.00045
4. Raoofi A, Takian A, Sari AA, Olyaeemanesh A, Haghighi H, Aarabi M. COVID-19 pandemic and comparative health policy learning in Iran. Arch Iran Med. 2020;23(4):220-34. http://doi.org/10.34172/aim.2020.02
5. Pan X, Ojcius DM, Gao T, Li Z, Pan C, Pan C. Lessons learned from the 2019-nCoV epidemic on prevention of future infectious diseases. Microbes Infect. 2020;22(2):86-91. http://doi.org/10.1016/j.micinf.2020.02.004
6. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020;323(13):1239-42. http://doi.org/10.1001/jama.2020.2648
7. Hung LS. The SARS epidemic in Hong Kong: what lessons have we learned? J R Soc Med. 2003;96(8):374-8. http://doi.org/10.1177/014107680309600803
8. Djalante R, Shaw R, DeWit A. Building resilience against biological hazards and pandemics: COVID-19 and its implications for the Sendai Framework. Prog Disaster Sci. 2020;6:100080. http://doi.org/10.1016/j.pdisas.2020.100080
9. La V-P, Pham TH, Ho MT, Nguyen MH, Nguyen KLP, Vuong TT, et al. Policy response, social media and science journalism for the sustainability of the public health system amid COVID-19 outbreak: the Vietnam lessons. Sustainability. 2020;12(7):2931. http://doi.org/10.3390/su12072931
10. Ezzati F, Mosadeghrad AM, Jaafaripooyan E. Resiliency of the Iranian healthcare facilities against the COVID-19 pandemic: challenges and solutions. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):207. http://doi.org/10.1186/s12913-023-09180-6
11. Khosravi S, IzadPanah M, Mirzaei S, Rahmani H, Oroomiei N. Challenges faced by the Iranian health system in containing COVID-19: insights from a conventional content analysis. BMC Health Serv Res. 2025;25(1):60. http://doi.org/10.1186/s12913-025-12223-9
12. Behzadifar M, Aalipour A, Kehsvari M, Darvishi Teli B, Ghanbari MK, Gorji HA, et al. The effect of COVID-19 on public hospital revenues in Iran: an interrupted time-series analysis. PLoS One. 2022;17(3). http://doi.org/10.1371/journal.pone.0266343
13. Rosenbäck R. Capacity management in Swedish hospitals during the COVID-19 pandemic [doctoral thesis]. Trollhättan: University West; 2024.
14. Mirzaei-Alavijeh M, Ali Faraj I, Keshavarzi A, Jalilian F. Use of the capability, opportunity, and motivation behaviour model to predict COVID-19 vaccine uptake in the Kurdistan Region, Iraq. Avicenna J Neuro Psycho Physiol. 2024;11(1):1-6. http://doi.org/10.32592/ajnpp.2024.11.1.100

15. Ahti M, Taipale-Walsh L, Kuha S, Kanste O. Health-care leaders' experiences of the competencies required for crisis management during COVID-19: a systematic review of qualitative studies. Leadersh Health Serv (Bradf Engl). 2023;36(4):595-610. http://doi.org/10.1108/LHS-10-2022-0104
16. Chua CE, Kew GS, Demutska A, Quek S, Loo EXL, Gui H, et al. Factors associated with high compliance behaviour against COVID-19 in the early phase of pandemic: a cross-sectional study in 12 Asian countries. BMJ Open. 2021;11(8). http://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046310
17. Rajabipoor Meybodi A, Mohammadi M, Arjmandi H. A qualitative approach to the ethical challenges of Iranian nurses during the COVID-19 pandemic. J Prev Complement Med. 2022;1(3):156-62. http://doi.org/10.22034/ncm.2022.336675.1035
18. Ferorelli D, Mandarelli G, Solarino B. Ethical challenges in health care policy during COVID-19 pandemic in Italy. Medicina (Kaunas). 2020;56(12):691. http://doi.org/10.3390/medicina56120691
19. Roßmann K, Wegner H, Stark H, Großmann G, Jansen A, Frangoulidis D. COVID-19 pandemic and bureaucracy: the crisis inside the crisis. Front Public Health. 2021;9:665323. http://doi.org/10.3389/fpubh.2021.665323
20. Izadi R, Mohammadpour M, Sharifi M, Khosravi M. Implications derived from the strengths and weaknesses observed in Iran's primary healthcare programmes during the COVID-19 pandemic: a qualitative interview study. BMJ Open. 2025;15(5). http://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-093310
21. Van Hoang M, Tran AT, Vu TT, Duong TK. COVID-19 preparedness and response capability: a case study of the Hanoi primary healthcare system. Health Serv Insights. 2021;14:11786329211019224. http://doi.org/10.1177/11786329211019224
22. Mirzaee MS, Salamat A, Mardani-Hamooleh M, Abbasi Z, Salehi T. Nurses' challenges in caring for patients with COVID-19: a qualitative study. J Qual Res Health Sci. 2022;11(3):189-95. http://doi.org/10.34172/jqr.2022.06