



<https://ecs.ui.ac.ir/?lang=en>

Journal of Endowment & Charity Studies

E-ISSN: 3115-7475

Vol.4, Issue.2, No.8, 2026, pp 117-142

Received: 23/07/2026

Last Revised: 21/08/2026

Accepted: 29/08/2026

Research Paper

The Role of Health NGOs in the Resilience and Sustainability of Health System Governance During Crises

Mohammadali Kiani 

Ph.D., Department of Political Geography, Faculty of Geography, University of Tehran, Tehran, Iran
keyani@ut.ac.ir

Afsaneh Dehghanpour-Farashah * 

Assistant Professor, Department of Cultural and Social Governance, Faculty of Governance, College of Management, University of Tehran, Tehran, Iran
dehghanpur@ut.ac.ir

Samaneh Yazdani 

Assistant Professor, Department of Management and Accounting, Faculty of Humanities and Arts, Technical and Vocational University, Tehran, Iran
s-yazdani@tvu.ac.ir

Introduction

In recent years, health systems have increasingly confronted complex and unpredictable crises, rendering sole reliance on formal and bureaucratic structures inadequate for an effective response (Kuhlmann et al., 2024). In such contexts, health non-governmental organizations (NGOs) possess substantial capacity to intervene, compensate for systemic shortcomings, and enhance health system governance. Nevertheless, a review of the existing literature reveals that most studies have approached the role of these organizations from a fragmented, case-specific, and crisis-centric perspective, often reducing them to “reactive and relief actors” (Schwartz, 2016; Yasobant et al., 2024). The extant literature suffers from a significant gap regarding a comprehensive framework capable of holistically elucidating the deeper functions of health NGOs, such as participation in policymaking, advocacy, trust-building, and health equity, across the entire crisis management cycle (from preparedness to post-crisis learning). Accordingly, the central problem of the present study is the absence of a comprehensive and contextualized model for the integrated understanding of the multilevel functions of health NGOs during crises. Addressing this gap, the primary research question is: “What are the key functions and roles of health NGOs in the resilience and sustainability of health system governance during crises”?

Methodology

This study was conducted using a qualitative and inductive approach. Data were collected through purposive sampling via in-depth, semi-structured interviews with 18 key informants (including health system policymakers, senior managers, and active members of health NGOs). Interviews continued until theoretical saturation was achieved. The data were subsequently analyzed using the thematic analysis framework proposed by Braun and Clarke (2006) across three levels: basic, organizing, and overarching themes. To evaluate the quality and ensure the trustworthiness of the findings, Lincoln and Guba's (1985) four criteria—credibility, confirmability, dependability, and transferability—were rigorously applied. Furthermore, inter-coder reliability was calculated using Holsti's coefficient of agreement (1969), yielding a value of

*Corresponding Author

Kiani, M., Dehghanpour-Farashah, A., & Yazdani, S. (2026). The role of health NGOs in the resilience and sustainability of health system governance during crises. *Journal of Endowment & Charity Studies*, 4(2), 117-142.
<https://doi.org/10.22108/ecs.2026.149903.1212>



3115-7475© The Author(s). Published by University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>).



<https://doi.org/10.22108/ecs.2026.149903.1212>

0.82, which indicates a highly desirable level of coding consistency.

Findings

The thematic analysis of the data resulted in the extraction of 130 basic themes, 32 organizing (sub) themes, and 9 overarching (main) themes regarding the functions of health NGOs in crises. The findings demonstrate that the role of NGOs encompasses a continuous spectrum, ranging from preventive measures to emergency interventions and post-crisis rehabilitation. The overarching themes are as follows:

1. Pre-crisis preparedness and risk reduction: including health-oriented community preparedness, identification of local health vulnerabilities and hazards, and community-based monitoring and early health warnings;
2. Health-oriented community empowerment: comprising the organization and empowerment of health volunteers, mobilization of social capital and health-oriented local participation, and localization of health interventions based on the local context;
3. Health-oriented response, care, and support: encompassing the provision of urgent health services, continuation of essential care, referral of affected individuals to formal services, logistical support and operational coordination, psychological first aid, psychosocial interventions, and the identification, referral, and follow-up of cases requiring specialized mental health services;
4. Institutional collaboration in health: which involves executive partnerships with formal health institutions, institutional coordination, division of labor, and information exchange;
5. Participation in health policymaking: including the generation of field evidence, social representation and health-oriented advocacy, and involvement in the design and reform of health policies;
6. Equity and advocacy in health: comprising the identification of and active outreach to high-risk groups, defending the rights of patients and vulnerable populations, and reducing inequalities in access to health services;
7. Health awareness, trust-building, and accountability: encompassing prompt, reliable, and comprehensible communication, dispelling rumors and correcting health misinformation, building social trust, monitoring the performance of formal health institutions, and demanding transparency and accountability;
8. Organizational resilience and learning: including the continuity of service delivery and organizational flexibility, management of resources, networks, and human capacities, as well as institutional learning and the redesign of health-oriented interventions;
9. Post-crisis rehabilitation and care: involving the follow-up of the health status of affected individuals, reintegration of patients into the care and treatment cycle, and the health-oriented return of vulnerable groups to normal life.

Discussion and Conclusion

The findings of this study indicate that health NGOs are not merely “relief charities” intended to temporarily fill government gaps during emergencies; rather, they steer a “complete resilience ecosystem.” The most prominent distinguishing feature of the current research compared to the existing literature is the analytical elucidation of the transition of NGOs’ roles from “reactive rescuers” to “participants in policymaking,” “reproducers of institutional trust,” and “defenders of equity.” By localizing interventions, actively tracking marginalized groups, and generating objective field evidence, they act as strategic partners in health system governance. Consequently, shifting away from a competitive and bureaucratic mindset and embracing NGOs as active policy actors—through the establishment of structured collaborative platforms and advisory seats—is imperative for realizing sustainable health governance.

Acknowledgments

We hereby sincerely express our gratitude to all participants whose provision of invaluable insights and experiences through in-depth interviews made this research possible.

Keywords

Health System Governance, Health Policymaking, Sustainable Governance, Resilience, Non-Governmental Organizations (NGOs), Crisis Management.



مقاله پژوهشی

نقش سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت در تاب‌آوری و پایداری حکمرانی نظام سلامت در شرایط بحران

محمدعلی کیانی^۱ ^{ID}، افسانه دهقان‌پور فراشاه^۲ ^{ID} و ثمانه یزدانی^۳ ^{ID}

۱. دکتری، گروه جغرافیای سیاسی، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران، ایران

keyani@ut.ac.ir

۲. استادیار، گروه حکمرانی فرهنگی و اجتماعی، دانشکده حکمرانی، دانشکده‌گان مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران

dehghanpur@ut.ac.ir

۳. استادیار، گروه مدیریت و حسابداری، دانشکده علوم انسانی و هنر، دانشگاه ملی مهارت، تهران، ایران

s-yazdani@tvu.ac.ir

چکیده

بحران‌های پیچیده محدودیت‌های ساختارهای رسمی و بوروکراتیک را آشکار و نقش سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت (سمن‌های سلامت) را به منزله نهاد‌های مکمل در بهبود حکمرانی نظام سلامت برجسته می‌کنند. این پژوهش کیفی با هدف واکاوی نقش سمن‌های سلامت در ارتقای تاب‌آوری و پایداری حکمرانی نظام سلامت در شرایط بحران انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۸ خبره گردآوری شدند. مشارکت‌کنندگان با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و داده‌ها با روش تحلیل مضمون تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها به استخراج ۹ مضمون فراگیر، ۳۲ مضمون سازمان‌دهنده و ۱۳۰ مضمون پایه در چرخه مدیریت بحران منجر شد. مضامین فراگیر عبارت‌اند از: ۱) آمادگی و کاهش خطر پیش از بحران؛ ۲) توانمندسازی سلامت‌محور جامعه؛ ۳) پاسخ، مراقبت و حمایت سلامت‌محور؛ ۴) همکاری نهادی سلامت؛ ۵) مشارکت در خط‌مشی‌گذاری سلامت؛ ۶) عدالت و حمایت در سلامت؛ ۷) آگاهی‌بخشی، اعتماد و پاسخ‌گویی سلامت؛ ۸) تاب‌آوری و یادگیری سازمانی؛ و ۹) بازتوانی و مراقبت پس‌بحران. نتایج نشان داد کارکرد سمن‌های سلامت در چرخه مدیریت بحران، از آمادگی و توانمندسازی جامعه تا پاسخ، همکاری نهادی، مشارکت در خط‌مشی‌گذاری، عدالت‌خواهی، اعتمادسازی، یادگیری سازمانی و بازتوانی پس‌بحران امتداد دارد؛ از این رو، این سمن‌ها فراتر از بازیگران امدادگر و واکنشی، به مثابه شرکای راهبردی حکمرانی نظام سلامت نقش‌آفرینی می‌کنند.

واژه‌های کلیدی

حکمرانی نظام سلامت، خط‌مشی‌گذاری سلامت، حکمرانی پایدار، تاب‌آوری، سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها)، مدیریت بحران.

*نویسنده مسئول

کیانی، م.، دهقان‌پور فراشاه، ا.، و یزدانی، ث. (۱۴۰۵). نقش سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت در تاب‌آوری و پایداری حکمرانی نظام سلامت در شرایط بحران. *مطالعات وقف و امور خیریه*، ۴(۲)، ۱۱۷-۱۴۲. <https://doi.org/10.22108/ecs.2026.149903.1212>



۱- مقدمه و بیان مسأله

نظام‌های سلامت در سال‌های اخیر بیش از گذشته با بحران‌های پیچیده، چندوجهی و پیش‌بینی‌ناپذیر مواجه شده‌اند؛ بحران‌هایی که منحصر به افزایش ناگهانی تقاضا برای خدمات درمانی نیستند، بلکه زنجیره تأمین دارو و تجهیزات، ظرفیت نیروی انسانی، اعتماد عمومی، دسترسی گروه‌های آسیب‌پذیر و تداوم خدمات ضروری سلامت را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند. در چنین شرایطی، اتکای صرف به ساختارهای رسمی و بوروکراتیک برای پاسخ‌گویی سریع، عادلانه و متناسب با نیازهای محلی کافی نیست.

تجربه بحران‌های سلامت‌محور نشان داده است هرچه دامنه بحران گسترده‌تر و عدم قطعیت بیشتر باشد، ضرورت بهره‌گیری از ظرفیت‌های اجتماعی، محلی و داوطلبانه نیز افزایش می‌یابد (Kuhlmann et al., 2024). در این میان، سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت (سمن‌های سلامت) به منزله بخشی از جامعه مدنی می‌توانند نقشی مهم در تکمیل ظرفیت نظام رسمی سلامت ایفا کنند. این سازمان‌ها به دلیل نزدیکی به جوامع محلی، شناخت گروه‌های آسیب‌پذیر، امکان بسیج داوطلبان، انعطاف‌پذیری در اقدام و توانایی ایجاد اعتماد اجتماعی، از ظرفیت زیادی برای مداخله در شرایط بحران برخوردار هستند. سمن‌های سلامت می‌توانند در مرحله پیش از بحران، از طریق آموزش، آگاهی‌بخشی، شناسایی گروه‌های پرخطر و تقویت آمادگی محلی، به کاهش آسیب‌پذیری کمک کنند؛ در مرحله پاسخ، با تأمین نیازهای فوری، تداوم مراقبت بیماران مزمن و خاص، ارجاع آسیب‌دیدگان و حمایت روانی-اجتماعی، بخشی از فشار وارد بر نظام رسمی سلامت را کاهش دهند؛ و در مرحله پس‌ابحران نیز، با پیگیری وضعیت سلامت آسیب‌دیدگان و کمک به بازگشت آنان به چرخه مراقبت، در بازتوانی سلامت‌محور نقش‌آفرینی کنند (Schwartz, 2016; Yasobant et al., 2024).

اهمیت سمن‌های سلامت فقط به نقش‌های امدادی و اجرایی محدود نمی‌شود. این نهادها می‌توانند از طریق انتقال نیازها و مطالبات گروه‌های کمتر دیده‌شده به سطوح تصمیم‌گیری، تولید شواهد میدانی، مطالبه عدالت در دسترسی به خدمات، آگاهی‌بخشی عمومی و نظارت اجتماعی بر عملکرد نهادهای رسمی، به ارتقای حکمرانی نظام سلامت نیز کمک کنند. از این دیدگاه، سمن‌ها صرفاً بازیگران مکمل در لحظه بحران نیستند، بلکه می‌توانند به شرکای راهبردی نظام سلامت در کل چرخه بحران تبدیل شوند؛ مشروط بر آنکه سازوکارهای همکاری نهادی، تقسیم کار، اعتماد متقابل و پایداری منابع برای نقش‌آفرینی آنان فراهم شود (Piotrowicz & Cianciara, 2013; Doshmangir et al., 2025).

با وجود اهمیت فزاینده سمن‌های سلامت، مرور مطالعات پیشین نشان می‌دهد بخشی قابل ملاحظه از پژوهش‌های موجود نقش این سازمان‌ها را به صورت بخشی، موردی یا محدود به یک بحران خاص بررسی کرده‌اند. برخی از مطالعات بر نقش سمن‌ها در پاسخ اضطراری، برخی بر مشارکت جامعه در اپیدمی‌ها و برخی دیگر بر تداوم خدمات سلامت در شرایط ناپایداری نهادی تمرکز داشته‌اند؛ اما هنوز چارچوبی جامع که بتواند نقش سمن‌های سلامت را در پیوند با تاب‌آوری و حکمرانی پایدار نظام سلامت و در تمام مراحل بحران تبیین کند، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. همچنین، در بسیاری از مطالعات، سمن‌ها بیشتر به منزله نهادهای امدادی و اجرایی دیده شده‌اند و نقش‌های عمیق‌تر آنان در خط‌مشی‌گذاری، مطالبه‌گری، اعتمادسازی، عدالت در سلامت و پاسخ‌گو کردن نهادهای رسمی کمتر واکاوی شده است.

بر این اساس، پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با بهره‌گیری از تحلیل مضمون، در پی واکاوی نقش سمن‌های سلامت در ارتقای تاب‌آوری و پایداری حکمرانی نظام سلامت در شرایط بحران است. بر این مبنا، پرسش اصلی پژوهش عبارت است از: «کارکردهای کلیدی و نقش سمن‌های سلامت در تاب‌آوری و پایداری حکمرانی نظام سلامت در شرایط بحران کدام‌اند؟».



۲- مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۱-۲ پیشینه پژوهش

رضایی^۱ و همکاران (2019) در یک مطالعه مروری نظام‌مند با هدف شناسایی نقش‌ها و مسئولیت‌های سازمان‌های اجتماع‌محور (سمن‌ها) در پاسخ به فوریت‌های بهداشت عمومی، ابعاد مشارکت این سازمان‌ها با نظام سلامت را بررسی کردند. آنها با استخراج و تحلیل داده‌های ۳۴ مقاله علمی معتبر دریافتند بیشترین تمرکز فعالیت و مشارکت این نهادها در بحران‌های سلامت‌محور به ترتیب در حوزه‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی، خدمات لجستیک و ارتباطات و اطلاع‌رسانی بوده است. با وجود این، یافته‌های آنها نشان داد با وجود اهمیت حیاتی این سازمان‌ها، مشارکت سازمانی آنها در ارائه خدمات به گروه‌های بسیار آسیب‌پذیر مانند کودکان و سالمندان در طول بحران‌ها همچنان محدود و نیازمند توجه است.

بارکر^۲ و همکاران (2020) پژوهشی کیفی با هدف بررسی چگونگی عملیاتی‌سازی مشارکت جامعه و نقش آن در تسهیل تاب‌آوری نظام سلامت در شرایط بحرانی (با تمرکز بر اپیدمی ابولا در لیبیا) انجام دادند. این مطالعه با استفاده از ۹۲ مصاحبه عمیق و ۱۶ بحث گروهی متمرکز با ذی‌نفعان نظام سلامت انجام شد. یافته‌های آنها نشان داد مشارکت جامعه عاملی حیاتی در پاسخ به بحران سلامت بوده است؛ با این حال، فقط رویکردهایی مؤثر واقع شدند که مبتنی بر مشارکت معنادار بودند (مانند تشکیل تیم‌های نظارت و مراقبت محلی). نتایج این پژوهش حاکی از آن است که برای تحقق مشارکت اثربخش، جوامع باید به جای دریافت‌کنندگان منفعل خدمات، به منزله کنشگران و مشارکت‌کنندگان فعال در برنامه‌های مدیریت بحران در نظر گرفته شوند و بسترهای ارتباطی با آنها باید پیش از وقوع بحران شکل بگیرد. در نهایت، یافته‌ها تأیید کرد مشارکت معنادار جامعه به بهبود ارتباطات و افزایش اعتماد به مقامات نظام سلامت می‌انجامد و چرخه‌ای تقویت‌کننده از اعتماد و همکاری ایجاد می‌کند که پیش‌شرطی اساسی برای ارتقای تاب‌آوری نظام سلامت محسوب می‌شود.

گрім^۳ و همکاران (2021) در پژوهشی با هدف درک ویژگی‌های تاب‌آوری نظام سلامت میانمار در پاسخ به طوفان نرگس و بررسی راه‌های ارتقای این تاب‌آوری در سطح کلان، نقش جامعه مدنی را مطالعه کردند. این مطالعه با بهره‌گیری از رویکرد تحلیل مضمون و از طریق مصاحبه‌های عمیق با نمایندگان سازمان‌های بین‌المللی و سازمان‌های مردم‌نهاد انجام شد. یافته‌های آنها نشان داد سرمایه اجتماعی قوی و انگیزه‌های مبتنی بر فرهنگ و باورهای دینی جامعه بزرگ‌ترین دارایی‌ها و پایه‌های تاب‌آوری بودند که خلأهای موجود در نظام سلامت را پوشش دادند؛ در حالی که ساختار دیوان‌سالاری متمرکز دولتی، فقدان شفافیت و کمبود سرمایه‌گذاری‌های زیربنایی بلندمدت، موانع اصلی در مسیر دستیابی به تاب‌آوری نهادی محسوب می‌شدند. نویسندگان در این مطالعه نتیجه گرفتند برای گذار به یک نظام سلامت تاب‌آور، سیستم باید از ظرفیت سمن‌ها و نهادهای مدنی که در مواقع بحران به صورت خودجوش به عنوان اولین پاسخ‌دهندگان عمل می‌کنند، به شکلی ساختاریافته‌تر بهره‌برد. این پژوهش تأکید می‌کند حکمرانی پایدار نظام سلامت فقط با اتکا به اقدامات امدادی واکنشی و کوتاه‌مدت محقق نمی‌شود، بلکه نیازمند بازطراحی نهادی، تمرکززدایی و نهادینه‌سازی مشارکت سمن‌هاست تا ظرفیت انطباق‌پذیری و پاسخ‌گویی سیستم در برابر شوک‌های آینده تضمین شود.

صیاری‌فرد^۴ و همکاران (2022) در مطالعه‌ای کیفی با هدف شناسایی فعالیت‌ها و چالش‌های سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌های سلامت در پاسخ به پاندمی کووید-۱۹ در ایران پژوهش انجام دادند. این مطالعه با بهره‌گیری از روش تحلیل محتوای کیفی و از

¹ Rezaei

² Barker

³ Grimm

⁴ Sayarifard



طریق ۲۲ مصاحبه نیمه ساختاریافته با نمایندگان سمن‌های فعال در حوزه سلامت انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد سمن‌ها نقشی مهم در حوزه‌هایی مانند شناسایی نیازمندان، تأمین تسهیلات معیشتی، ارائه خدمات پیشگیری و سلامت روان، اعتمادسازی برای واکسیناسیون و حمایت از کادر درمان ایفا کرده‌اند. با وجود این، نتایج حاکی از آن است که این سازمان‌ها در مسیر نقش‌آفرینی خود با چالش‌هایی بنیادین مانند ماهیت غیرقابل پیش‌بینی بحران، محدودیت‌های منابع مالی، اخلال در ارائه خدمات روتین و به ویژه ضعف در تعامل سازنده با نهادهای دولتی (شامل نگاه منفی متقابل و فقدان حمایت مستمر) مواجه بوده‌اند. این پژوهش در نهایت نتیجه می‌گیرد برای مدیریت اثربخش بحران‌ها، علاوه بر ظرفیت‌سازی در سمن‌ها برای دسترسی بهتر به گروه‌های هدف، ایجاد شبکه‌های ارتباطی منسجم و روابط سازنده و بلندمدت میان دولت و این نهادها امری ضروری است.

گریم و ویس^۱ (2022) در یک پژوهش کیفی با هدف واکاوی ابعاد تاب‌آوری نظام سلامت و نقش بازیگران غیردولتی، دیدگاه‌های سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌های) مستقر در سوئیس در مواجهه با شوک‌های غیرمنتظره را بررسی کردند. این مطالعه از طریق ۲۰ مصاحبه عمیق با نمایندگان این نهادها انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد چهار شالوده اصلی شامل «روابط هم‌راستا»، «آینده‌نگری»، «انگیزه» و «آمادگی اضطراری» برای ارتقای تاب‌آوری نظام سلامت حیاتی هستند. نتایج حاکی از آن است که سمن‌ها خود را در جایگاهی منحصربه‌فرد برای تسهیل تبادل دانش و حمایت از انطباق‌پذیری بلندمدت می‌بینند؛ با این حال، توانایی «یکپارچه‌سازی» اقدامات توسط دولت‌ها مهم‌ترین انتظار سمن‌ها برای تحقق حکمرانی مؤثر است. این مطالعه نتیجه می‌گیرد تاب‌آوری نظام سلامت یک تلاش دسته‌جمعی است و گذار از واکنش‌های مقطعی به سمت تاب‌آوری پایدار نیازمند سرمایه‌گذاری‌های پیش‌بحران در زیرساخت‌ها و منابع انسانی، و همچنین، استقرار یک حکمرانی قدرتمند برای هماهنگی میان دولت و سمن‌هاست.

گودینگ^۲ و همکاران (2022) در پژوهشی جامع با هدف شناسایی ویژگی‌ها و توانمندسازهای هماهنگی مؤثر در آمادگی و پاسخ به شرایط اضطراری، شواهد ۲۶ گزارش از ۱۱ کشور آسیب‌پذیر در آفریقا و آسیا (مواجه با بحران‌هایی مانند کووید-۱۹، سیل و خشکسالی) را تحلیل کردند. تحلیل داده‌ها نشان داد هماهنگی اثربخش مستلزم چهار رکن اساسی است: نخست، هماهنگی فراگیر میان‌بخشی و مشارکت با بازیگران غیردولتی و سمن‌ها؛ دوم، وجود ساختارهای هماهنگی شفاف با وظایف و اختیارات مشخص؛ سوم، ظرفیت‌سازی نهادی شامل تأمین منابع مالی و یادگیری سازمانی از بحران‌های پیشین؛ و در نهایت، وجود رهبری سیاسی کلان برای ایجاد انگیزه همکاری. نتایج این پژوهش تأکید می‌کند فقدان پلتفرم‌های ساختاریافته برای مشارکت سمن‌ها و همچنین تمرکزگرایی شدید بوروکراتیک، به موازی‌کاری و هدررفت منابع در زمان بحران منجر می‌شود و تاب‌آوری سیستم را به شدت تقلیل می‌دهد.

تان^۳ و همکاران (2024) در پژوهشی کیفی با استفاده از چارچوب تاب‌آوری نظام سلامت، تکامل نقش بازیگران غیردولتی (شامل سمن‌ها، نهادهای مدنی و سازمان‌های سلامت قومی) در ارائه خدمات سلامت و ارتقای تاب‌آوری نظام سلامت میانمار در بازه زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۲ را بررسی کردند. این مطالعه با بهره‌گیری از مرور اسناد، ۱۴ مصاحبه کلیدی در سطح ملی و ۱۲ مصاحبه به همراه ۴ بحث گروهی متمرکز در سطح محلی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد در پی فروپاشی سیستم بهداشت عمومی و قطع همکاری‌های دولتی پس از بحران‌های سیاسی و پاندمی، بازیگران غیردولتی با تکیه بر ظرفیت‌های تاب‌آوری انباشته‌شده از بحران‌های پیشین، توانستند شوک‌های واردشده را جذب کنند و با شرایط سازگار شوند. بر اساس

¹ Wyss

² Gooding

³ Than



نتایج، به‌کارگیری راهبردهای انطباقی مانند ایجاد کانال‌های هماهنگی غیررسمی، حفظ ذخایر راهبردی، تغییر در شیوه‌های ارائه خدمات محلی و انتقال وظایف به نیروهای داوطلب، به سمن‌ها اجازه داد تا خدمات پایه‌ای سلامت را در شرایط فروپاشی ساختارهای رسمی حاکمیتی با موفقیت تداوم بخشند.

ویتر^۱ و همکاران (2026) در پژوهشی با بهره‌گیری از مرور ادبیات و بررسی تجربیات میدانی در چهار کشور شکننده و بحران‌خیز (لبنان، میانمار، نپال و سیرالئون)، نقش بازیگران غیردولتی به ویژه سمن‌ها را در ارتقای تاب‌آوری نظام سلامت واکاوی کردند. یافته‌های مطالعه نشان داد در محیط‌های متأثر از بحران که بوروکراسی دولتی دچار ضعف یا فروپاشی است، سمن‌ها با برخورداری از مزایایی مانند درک عمیق از نیازهای محلی، انعطاف‌پذیری عملیاتی زیاد، جلب اعتماد عمومی و توانایی بسیج منابع، خلأهای ساختار رسمی را پر می‌کنند. با وجود این، پژوهشگران هشدار می‌دهند این نقش‌آفرینی با چالش‌هایی مانند وابستگی به منابع مالی ناپایدار خارجی، احتمال موازی‌کاری و فقدان نظارت کیفی مواجه است. در نتیجه، این مطالعه پیشنهاد می‌کند دولت‌ها باید به جای نگاه رقابتی، نقش سمن‌ها را به عنوان بازیگران کلیدی حکمرانی به رسمیت بشناسند و آنها را از طریق پلتفرم‌های هماهنگ و شراکت‌های ساختاریافته، در قلب خط‌مشی‌گذاری‌های سلامت ادغام کنند.

مرور انتقادی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد مطالعات موجود، اگرچه به‌خوبی اهمیت مشارکت جامعه، سازمان‌های مردم‌نهاد و بازیگران غیردولتی را در تقویت پاسخ نظام سلامت به بحران‌ها برجسته کرده‌اند، عمدتاً به صورت بخشی، موردی و بحران‌محور موضوع را بررسی کرده‌اند. برای مثال، برخی از پژوهش‌ها بر مشارکت جامعه در اپیدمی ابولا، نقش سمن‌ها در کووید-۱۹، تداوم خدمات سلامت در شرایط فروپاشی نهادی، یا ضرورت هماهنگی میان دولت و بازیگران غیردولتی تمرکز داشته‌اند؛ با این حال، کمتر مطالعه‌ای توانسته است نقش سمن‌های سلامت را به صورت یکپارچه در کل چرخه بحران، از آمادگی و پیشگیری تا پاسخ، مراقبت، بازتوانی و یادگیری پس‌بحران، مفهوم‌سازی کند. همچنین، بخشی قابل ملاحظه از مطالعات پیشین سمن‌ها را عمدتاً در جایگاه بازیگران امدادی، اجرایی یا مکمل دولت بررسی کرده‌اند و به نقش‌های عمیق‌تر آنان در حکمرانی پایدار نظام سلامت، از جمله تولید شواهد میدانی، مشارکت در خط‌مشی‌گذاری، مطالبه‌گری، دفاع از عدالت در سلامت، بازتولید اعتماد اجتماعی و نظارت بر پاسخ‌گویی نهادهای رسمی کمتر توجه داشته‌اند. از سوی دیگر، هرچند برخی از پژوهش‌ها بر ضرورت هماهنگی و شراکت نهادی تأکید کرده‌اند، ابعاد تعارض‌آمیز و ساختاری این رابطه، مانند ابهام نهادی، تمرکزگرایی بوروکراتیک، ناپایداری منابع مالی، خطر موازی‌کاری و چالش حفظ استقلال سمن‌ها، همچنان نیازمند واکاوی عمیق‌تر است. بنابراین، خلأ اصلی ادبیات در فقدان الگویی جامع و زمینه‌مند نهفته است که بتواند سمن‌های سلامت را نه صرفاً به منزله کنشگران واکنشی در لحظه بحران، بلکه به مثابه شرکای راهبردی حکمرانی در ارتقای تاب‌آوری و پایداری نظام سلامت تبیین کند. پژوهش حاضر در پاسخ به این خلأ، با رویکردی کیفی و مبتنی بر دیدگاه خبرگان، در پی ارائه چارچوبی جامع از کارکردهای چندسطحی سمن‌های سلامت در شرایط بحران است.

۲-۲ مبانی نظری

حکمرانی پایدار

حکمرانی پایدار به سیستم‌های حکمرانی اشاره دارد که پایداری بلندمدت را در اولویت قرار می‌دهند و تضمین می‌کنند منابع به گونه‌ای مدیریت شوند که نیازهای حال حاضر را بدون به خطر انداختن نسل‌های آینده برآورده کنند. این امر شامل

¹ Witter



فرایندهایی فراگیر است که ذی‌نفعان گوناگون را درگیر و توزیع عادلانه منابع را ترویج می‌کنند (Stupak et al., 2021). حکمرانی پایدار با توانمندسازی جوامع برای مشارکت در تصمیم‌گیری، تاب‌آوری را تقویت می‌کند. این مشارکت امکان بروز واکنش‌هایی بومی‌سازی‌شده را فراهم می‌کند که در حل چالش‌های خاص مؤثرتر هستند (Ali, 2026). مفهوم پایداری در این پژوهش با تعاریف متداول پایداری در حوزه محیط‌زیست به منزله مدیریت و حفاظت از منابع طبیعی و اکوسیستم‌ها به گونه‌ای که نیازهای فعلی را تأمین کند و در عین حال، اطمینان حاصل کند نسل‌های آینده نیز بتوانند نیازهای خود را برآورده کنند (Dehghanpour-Farashah et al., 2026) تفاوت دارد. در پژوهش کنونی، پایداری حکمرانی نه به معنای حفظ منابع طبیعی، بلکه به معنای استمرار کارآمدی، عدالت و پاسخ‌گویی نظام سلامت در برابر شوک‌های بحرانی تعریف می‌شود. در زمان بروز بحران‌ها، اعم از زیست‌محیطی، اقتصادی یا اجتماعی، حکمرانی پایدار نقشی حیاتی پیدا می‌کند. این رویکرد به حفظ خدمات کلیدی کمک می‌کند و جوامع را در عبور از شرایط عدم قطعیت یاری می‌دهد. ادغام مفهوم تاب‌آوری در چارچوب‌های حکمرانی امکان ارائه پاسخ‌های انطباق‌پذیر را فراهم می‌کند.

برخی از اصول کلیدی حکمرانی پایدار عبارت‌اند از:

۱. مشروعیت و اعتماد: اثربخشی حکمرانی به مشروعیت فرایندهای آن و اعتماد ذی‌نفعان بستگی دارد. این امر شامل شفافیت، پاسخ‌گویی و توانایی برقراری ارتباط مؤثر است (Stupak et al., 2021).
۲. فراگیری (مشارکت همه‌جانبه): مشارکت دادن ذی‌نفعان متنوع، از جمله جامعه مدنی، کسب‌وکارها و جوامع محلی، تضمین می‌کند دیدگاه‌هایی متعدد در نظر گرفته شوند که این امر به تصمیم‌گیری‌هایی مستحکم‌تر منجر می‌شود (Ali, 2026).
۳. انطباق‌پذیری: سیستم‌های حکمرانی باید انعطاف‌پذیر باشند و توانایی تکامل در پاسخ به شرایط متغیر را داشته باشند. این انطباق‌پذیری برای روبرویی با پیچیدگی‌های شرایط بحرانی ضروری است (Stupak et al., 2021; Resuloğlu, 2026).
۴. همکاری (مشارکت نهادی): شراکت میان بخش‌های دولتی و خصوصی و همچنین بین سطوح مختلف حاکمیت اثربخشی برنامه‌های حکمرانی را افزایش می‌دهد (Ali, 2026).

حکمرانی نظام سلامت

سلامت مقوله‌ای کلان، چندبعدی و فراتر از جنبه‌های بیولوژیکی است و مؤلفه‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی را در بر می‌گیرد؛ به گونه‌ای که نظام سلامت رسمی به‌تنهایی فقط بخشی محدود از عوامل تعیین‌کننده آن را پوشش می‌دهد (Lewin et al., 2008). مواجهه با چنین مخاطرات پیچیده و درهم‌تنیده‌ای، به ویژه در شرایط بحرانی، نیازمند بازنگری در الگوهای سستی اداره امور است. ادبیات نوین توسعه پایدار بیانگر یک گذار مفهومی بنیادین از رویکرد «مدیریت» به پارادایم «حکمرانی» است (کیانی و همکاران، ۱۴۰۴). مدیریت رویکردی سلسله‌مراتبی، درون‌سازمانی و متمرکز دارد که بر کنترل و فرمان‌دهی تأکید می‌ورزد (خدابنده‌لو و علیدوستی، ۱۳۹۴). در مقابل، حکمرانی نشان‌دهنده تحولی عمیق در فلسفه و ساختار مواجهه با چالش‌های عمومی است؛ جایی که قدرت به‌جای تمرکز در یک نهاد، در شبکه‌ای از بازیگران دولتی، خصوصی، جامعه مدنی و سمن‌ها توزیع می‌شود و موفقیت آن با شاخص‌هایی همچون مشارکت، شفافیت، پاسخ‌گویی، اثربخشی و انسجام سنجیده می‌شود (Dehghanpour-Farashah et al., 2025). دهقان‌پور فراراه و دهقان‌پور فراراه، ۱۴۰۳؛ صمدی فروشانی و همکاران، ۱۴۰۲).

در همین راستا، حکمرانی نظام سلامت را نمی‌توان منحصر به اعمال اختیار دولت یا اداره سازمان‌های دولتی دانست. حکمرانی نظام سلامت مجموعه‌ای منظم از ساختارهای نهادی، فرایندهای تصمیم‌سازی، نظام‌های ارزشی، الزامات قانونی و توزیع قدرت است که از رهگذر مدیریت هوشمندانه منابع، ایجاد وفاق و هماهنگی میان کنشگران و هدایت کلان‌برنامه‌ها، در

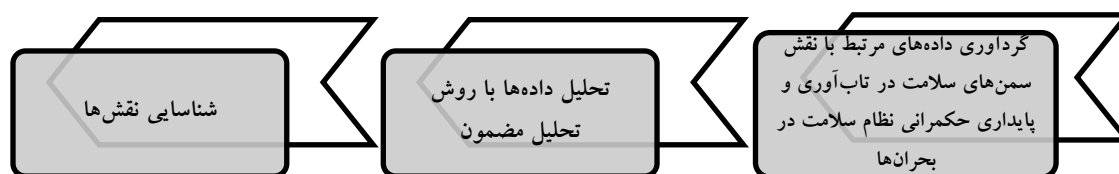
مسیر تحقق عدالت در سلامت و ارتقای سطح بهداشت و درمان جامعه گام برمی‌دارد (مصدق‌راد، ۱۳۹۸؛ قالیباف و همکاران، ۱۴۰۳). این نظام شامل طیفی وسیع از سازمان‌ها، مؤسسه‌ها و گروه‌هایی است که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم، در پیشگیری، درمان و حفظ رفاه مردم مشارکت دارند و دستیابی به اهدافی مانند دسترسی عادلانه به خدمات، کارایی و تاب‌آوری را دنبال می‌کنند. حکمرانی پایدار چنین نظامی مستلزم روشن‌بودن مسئولیت‌ها، شفافیت در تصمیم‌گیری و پاسخ‌گویی در برابر نیازهای متغیر جامعه، به ویژه در موقعیت‌های بحرانی است (Ghalibaf et al., 2025).

بررسی چالش‌های نظام سلامت در جهان معاصر نشان می‌دهد مدل‌های سلسله‌مراتبی و بوروکراتیک در مواجهه با مسائل پیچیده و عدم قطعیت‌های مستمر ناکارآمد هستند و حل این بحران‌ها فقط از طریق اقدام یک‌جانبه دولت امکان‌پذیر نیست. در این شرایط، رویکرد حکمرانی شبکه‌ای با به رسمیت شناختن مشارکت طیفی گسترده‌تر از ذی‌نفعان در فرایند تصمیم‌گیری، ظرفیت بیشتری برای پاسخ به بحران‌ها فراهم می‌کند (Ghalibaf et al., 2025). در واقع، هنگامی که تصمیم‌گیری‌های سلامت از طریق تعامل میان دولت، ارائه‌دهندگان خدمت و نهادهای مدنی صورت گیرد، امکان بهره‌گیری از دانش و ظرفیت‌های متنوع جامعه برای مواجهه با شوک‌های آتی افزایش می‌یابد.

در چارچوب چنین حکمرانی شبکه‌ای، سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌های) سلامت به منزله بازوی اجرایی و پیونددهنده جامعه مدنی، شکاف میان نهادهای رسمی بوروکراتیک و نیازهای واقعی گروه‌های اجتماعی را پر می‌کنند. این سازمان‌ها به دلیل مجاورت با جوامع محلی، درک عمیق از گروه‌های آسیب‌پذیر، انعطاف‌پذیری زیاد در بسیج منابع و توانایی در اعتمادسازی اجتماعی، نهادهایی مکمل و کلیدی در چرخه مدیریت بحران محسوب می‌شوند. تأکید بر مشارکت این نهادها در حکمرانی سلامت به معنای ضرورت گذار سمن‌ها از «بازیگران واکنشی-امدادگر» به «شرکای راهبردی حکمرانی» است. تحقق این گذار نیازمند بازآفرینی نهادی است؛ به نحوی که سمن‌ها از دریافت‌کنندگان صرف دستورالعمل‌ها به کنشگرانی فعال در شناسایی مسائل، مشارکت در خط‌مشی‌گذاری، آگاهی‌بخشی و نظارت تبدیل شوند. بر این اساس، مشارکت ساختاریافته و هم‌افزایی سمن‌های سلامت با بخش دولتی زیربنای اصلی ارتقای تاب‌آوری سازمانی و پایداری حکمرانی نظام سلامت در برابر بحران‌های پیچیده به شمار می‌رود.

۳- روش‌شناسی پژوهش

پژوهش کیفی حاضر با رویکرد استقرایی انجام شده است. داده‌ها با مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری و با روش تحلیل مضمون بر اساس رویکرد براون و کلارک^۱ (2006) تحلیل شدند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش هدفمند بود و مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. در شکل ۱، گام‌های فرایند پژوهش ارائه شده است.



شکل ۱. مراحل فرایند پژوهش

Figure 1. Stages of the research process

¹ Braun & Clarke

به منظور شناسایی و واکاوی نقش و کارکرد سمن‌ها، با ۱۸ نفر از خبرگان (شامل خط‌مشی‌گذاران نظام سلامت، مدیران و اعضای فعال سمن‌ها) مصاحبه شد. معیار انتخاب خبرگان شناخت و آگاهی کامل نسبت به سمن‌ها به ویژه سمن‌های حوزه سلامت بود.

در نهایت، پس از انجام ۱۴ مصاحبه، اشباع نظری حاصل شد؛ ولی برای اطمینان از اشباع نظری، مصاحبه‌ها تا شماره ۱۸ ادامه یافت. مصاحبه‌ها با روش تحلیل مضمون کدگذاری و در نهایت، مضامین مرتبط شناسایی شدند. تحلیل مضمون روشی است برای تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها که در آن، داده‌ها به منظور یافتن معانی و الگوهای درون داده‌ها کدگذاری می‌شوند (محمدپور، ۱۴۰۲). داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها با روش کیفی تحلیل مضمون و بر اساس رویکرد براون و کلارک (۲۰۰۶) تحلیل شدند.

با این رویکرد، یافته‌ها به صورت مضامین پایه (کدها)، مضامین سازمان‌دهنده (مضامین فرعی) و مضامین فراگیر (مضامین اصلی) دسته‌بندی شدند. در مرحله کدگذاری مضامین پایه، پژوهشگران در نقش توصیف‌گر، مضامین پایه را از سخنان مشارکت‌کنندگان استخراج کردند. در مرحله کدگذاری مضامین سازمان‌دهنده، پژوهشگران تا حدی از سخنان مصاحبه‌شوندگان فراتر رفتند و با مقایسه‌های مستمر مضامین پایه، مضامین فرعی را به دست آوردند. در مرحله کدگذاری مضامین فراگیر، پژوهشگران با تفسیر مضامین فرعی و کدگذاری در سطح انتزاع بالاتر، مضامین فراگیر یا همان مضامین اصلی را شناسایی کردند.

مشخصات جمعیت‌شناختی خبرگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

Table 1. Demographic characteristics of the study participants

Table 1. Demographic characteristics of the study participants							
تعداد	مدرک تحصیلی	سابقهٔ فعالیت در حوزهٔ سمن های سلامت			جنسیت		
	کارشناسی ارشد	دکتری	کمتر از ۱۰ سال	۱۰ تا ۲۰ سال	بیشتر از ۲۰ سال	مرد	زن
۱۸	۸	۱۰	۸	۸	۲	۱۱	۷

در جدول ۲، نمونه‌هایی از نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان و مضامین پایه مستخرج ارائه شده است.

جدول ۲. نمونه‌ای از کدگذاری مصاحبه‌ها و استخراج مضامین پایه

Table 2. A sample of the interview coding process and the extraction of basic themes

ردیف	نقل قول‌های مصاحبه‌شوندگان	مضامین پایه
۱	...مهم‌ترین نقش سمن‌ها این است که دستورالعمل‌های خشک وزارت بهداشت را نگیرند و عیناً کپی کنند، بلکه باید آنها را با فرهنگ و زبان مردم همان منطقه بومی‌سازی کنند تا جامعه محلی برای خودمراقبتی توانمند شود.	توانمندسازی سلامت‌محور جامعه
۲	...کارکرد کلیدی نهادهای مدنی در اوج بحران می‌تواند جلوگیری از قطع درمان بیماران مزمن و خاص باشد. در شرایطی که بیمارستان‌ها درگیرند، سمن‌ها باید به عنوان یک مسیر جایگزین عمل کرده و داروها را مستقیم به دست این بیماران برسانند.	پاسخ، مراقبت و حمایت سلامت‌محور



در این پژوهش، برای ارزیابی کیفیت پژوهش یا اعتمادپذیری از چهار معیار اعتمادپذیری لینکلن و گوبا^۱ (1985) (باورپذیری^۲، تأییدپذیری^۳، اطمینان‌پذیری^۴، انتقال‌پذیری^۵) استفاده شد. اعتمادپذیری به وضعیتی اشاره دارد که در آن، پژوهشگر بتواند مخاطبان خود را قانع کند که یافته‌های پژوهش ارزشمند است. باورپذیری به قانع‌کننده بودن یافته‌های پژوهش اشاره دارد. تأییدپذیری به این امر اشاره دارد که یافته‌های پژوهش مبتنی بر داده‌ها باشند. اطمینان‌پذیری به توانایی ابزار پژوهش در کسب نتایج سازگار و توانایی شناسایی جایی اشاره دارد که داده‌ها از آن گردآوری شده‌اند. انتقال‌پذیری به تعمیم یافته‌های پژوهش به محیطی دیگر اشاره دارد (Lincoln & Guba, 1985). در این مطالعه، به منظور تضمین اعتمادپذیری یافته‌های پژوهش، مجموعه‌ای از اقدامات نظام‌مند انجام شدند. در راستای تأمین «باورپذیری»، نتایج استخراج‌شده به مصاحبه‌شوندگان ارائه و نظرات تکمیلی آنان اخذ شد. برای تحقق «تأییدپذیری»، مصاحبه‌های تدوین‌شده و کدگذاری‌های انجام‌شده برای بازبینی و تأیید در اختیار مصاحبه‌شوندگان قرار گرفتند. به منظور تضمین «اطمینان‌پذیری»، علاوه بر تشریح گام‌به‌گام فرایند انجام کار و اخذ تأییدیه از خبرگان، ضریب پایایی بین دو کدگذار بر اساس فرمول هولستی^۶ (1969) معادل ۰/۸۲ محاسبه شد که نشان‌دهنده ثبات مطلوب کدگذاری‌هاست. در نهایت، برای ارتقای «انتقال‌پذیری»، نتایج به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ها با یافته‌های حاصل از مرور ادبیات مقایسه شدند.

۴- یافته‌ها

تحلیل مضمون داده‌ها به استخراج ۱۳۰ مضمون پایه، ۳۲ مضمون فرعی و ۹ مضمون اصلی در رابطه با کارکردهای سمن‌های سلامت در بحران منجر شد. جدول ۳ یافته‌های پژوهش را به صورت نظام‌مند نشان می‌دهد و شکل ۲ نقشه مضامین یافته‌های پژوهش را به تصویر کشیده است.

جدول ۳. مضامین فراگیر، سازمان‌دهنده و پایه مرتبط با نقش سمن‌های سلامت در تاب‌آوری و پایداری حکمرانی نظام سلامت در شرایط بحران

Table 3. Overarching, organizing, and basic themes related to the role of health NGOs in the resilience and sustainability of health system governance during crises

مضامین اصلی (فراگیر)	مضامین فرعی (سازمان‌دهنده)	مضامین پایه
۱. آمادگی و کاهش خطر پیش از بحران	۱. ارتقای آمادگی سلامت‌محور خانوار و جامعه	۱. آموزش آمادگی خانوارها در برابر بحران‌های سلامت ۲. آموزش کمک‌های اولیه و خودمراقبتی در بحران ۳. ارتقای سواد سلامت بحران ۴. برگزاری تمرین‌ها و مانورهای محلی سلامت‌محور
۲. شناسایی آسیب‌پذیری‌ها و مخاطرات سلامت محلی	۵. شناسایی مناطق پرخطر از نظر سلامت ۶. تهیه نقشه آسیب‌پذیری سلامت‌محور محلی ۷. شناسایی بیماران نیازمند مراقبت مستمر ۸. شناسایی گروه‌های پرخطر سلامت پیش از وقوع بحران	
۳. پایش جامعه‌محور و هشدار زودهنگام سلامت	۹. پایش محلی بیماری‌ها و تهدیدهای سلامت	

¹ Lincoln & Guba

² Credibility

³ Confirmability

⁴ Dependability

⁵ Transferability

⁶ Holsti



مضامین اصلی (فراگیر)	مضامین فرعی (سازمان دهنده)	مضامین پایه
		۱۰. گزارش‌دهی سریع نشانه‌های خطر سلامت ۱۱. اطلاع‌رسانی پیشگیرانه سلامت‌محور ۱۲. اتصال جامعه محلی به نظام هشدار و مراقبت سلامت
۲. توانمندسازی سلامت‌محور جامعه	۴. سازمان‌دهی و توانمندسازی داوطلبان سلامت	۱۳. آموزش داوطلبان سلامت پیش از بحران ۱۴. بسیج داوطلبان سلامت در زمان بحران ۱۵. جذب داوطلبان دارای تخصص سلامت و روان‌شناسی ۱۶. ایجاد بانک داوطلبان سلامت آموزش‌دیده
	۵. بسیج سرمایه اجتماعی و مشارکت محلی سلامت‌محور	۱۷. جلب حمایت‌های مردمی برای پاسخ سلامت‌محور ۱۸. ایجاد گروه‌های اجتماع‌محور سلامت ۱۹. تقویت شبکه‌های محلی مراقبت، پیشگیری و حمایت سلامت
	۶. بومی‌سازی مداخلات سلامت بر اساس بافت محلی	۲۰. شناسایی نیازهای واقعی سلامت در سطح محلی ۲۱. طراحی راهکارهای سلامت متناسب با شرایط فرهنگی و اجتماعی محل ۲۲. تقویت ظرفیت‌های اجتماعی برای مراقبت و پیشگیری در جامعه محلی
۳. پاسخ، مراقبت و حمایت سلامت‌محور	۷. ارائه خدمات فوری سلامت و تأمین نیازهای حیاتی سلامت	۲۳. ارائه مراقبت‌های بهداشتی فوری ۲۴. تأمین و توزیع داروهای ضروری ۲۵. تأمین اقلام بهداشتی، حفاظتی و مراقبتی ۲۶. تأمین نیازهای تغذیه‌ای ضروری برای بیماران و گروه‌های پرخطر ۲۷. تسهیل اسکان موقت ایمن برای بیماران، سالمندان و زنان باردار
	۸. تداوم مراقبت‌های ضروری سلامت	۲۸. پیگیری درمان بیماران مزمن در بحران ۲۹. حمایت از بیماران خاص در تأمین دارو و درمان ۳۰. جلوگیری از قطع درمان بیماران نیازمند مراقبت مستمر ۳۱. پیگیری مراقبت مادران باردار و کودکان در معرض خطر ۳۲. حمایت از سالمندان و افراد دارای معلولیت در دسترسی به مراقبت ۳۳. کاهش تأخیر در دریافت مراقبت‌های حیاتی
	۹. ارجاع و اتصال آسیب‌دیدگان به خدمات رسمی سلامت	۳۴. ارجاع بیماران به مراکز بهداشتی و درمانی ۳۵. همراهی بیماران آسیب‌پذیر در مسیر دریافت خدمت ۳۶. میانجی‌گری میان مردم و مراکز ارائه خدمت سلامت ۳۷. کمک به فعال‌سازی مسیرهای ارجاع در شرایط بحران
۱۰. پشتیبانی لجستیکی سلامت‌محور و هماهنگی عملیاتی		۳۸. مدیریت زنجیره تأمین دارو، تجهیزات و اقلام سلامت ۳۹. هماهنگی میدانی برای ارائه خدمات سلامت ۴۰. ارزیابی سریع نیازها و ظرفیت‌های سلامت در منطقه

مضامین اصلی (فراگیر)	مضامین فرعی (سازمان‌دهنده)	مضامین پایه
		بحران‌زده
		۴۱. کاهش موازی‌کاری در توزیع اقلام سلامت‌محور
۱۱. کمک‌های اولیه روان‌شناختی در بحران	۴۲. ارائه کمک‌های اولیه روان‌شناختی	
	۴۳. کاهش اضطراب، ترس و آشفتگی روانی ناشی از بحران	
		۴۴. حمایت روانی فوری از آسیب‌دیدگان
		۴۵. حمایت از خانواده‌های داغ‌دیده و بازماندگان
۱۲. مداخلات روانی-اجتماعی برای گروه‌های آسیب‌پذیر	۴۶. حمایت روانی از کودکان، زنان باردار، سالمندان و بیماران خاص	
	۴۷. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری روانی	
	۴۸. اجرای مداخلات هنری و بازی‌محور برای کودکان آسیب‌دیده	
	۴۹. ایجاد گروه‌های حمایت اجتماعی برای بیماران و خانواده‌ها	
	۵۰. کاهش انگ اجتماعی مرتبط با بیماری و دریافت خدمات روان‌شناختی	
۱۳. شناسایی، ارجاع و پیگیری موارد نیازمند خدمات تخصصی سلامت روان	۵۱. شناسایی افراد نیازمند خدمات تخصصی سلامت روان	
	۵۲. ارجاع موارد شدید به متخصصان سلامت روان	
	۵۳. پیگیری استمرار درمان و حمایت روان‌شناختی برای موارد پرخطر	
۴. همکاری نهادی سلامت	۱۴. شراکت اجرایی با نهادهای رسمی سلامت	۵۴. همکاری با وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز درمانی
		۵۵. عمل به منزله شریک اجرایی نظام سلامت در بحران
		۵۶. کمک به اجرای برنامه‌های سلامت عمومی و حمایتی
		۵۷. همکاری با سازمان‌های بین‌المللی حوزه سلامت و امداد بشردوستانه
		۵۸. پشتیبانی از برنامه‌های واکسیناسیون، پیشگیری و کنترل بیماری
۱۵. هماهنگی نهادی، تقسیم کار و تبادل اطلاعات	۵۹. تقسیم کار میان سمن‌های سلامت و نهادهای رسمی	
	۶۰. تسهیل هماهنگی نهادی در پاسخ سلامت‌محور	
	۶۱. تبادل داده و اطلاعات برای تصمیم‌گیری مشترک	
	۶۲. افزایش کیفیت تصمیم‌گیری از طریق مشارکت سمن‌ها	
	۶۳. حفظ استقلال نسبی سمن‌های سلامت در همکاری با دولت	
۵. مشارکت در خط‌مشی‌گذاری	۱۶. تولید شواهد میدانی برای سیاست‌گذاری	۶۴. گردآوری داده‌های میدانی درباره نیازهای سلامت

مضامین اصلی (فراگیر)	مضامین فرعی (سازمان دهنده)	مضامین پایه
سلامت	سلامت	مردم
		۶۵. مستندسازی شکاف‌های دسترسی به خدمات سلامت
		۶۶. ارائه گزارش‌های تخصصی به نهادهای سلامت
		۶۷. انتقال شواهد میدانی به تصمیم‌گیران نظام سلامت
	۱۷. نمایندگی اجتماعی و مطالبه‌گری	۶۸. انتقال صدای بیماران و گروه‌های محروم به سیاست‌گذاران سلامت
سلامت‌محور		۶۹. مشارکت در گفت‌وگوهای سیاستی سلامت
		۷۰. جلب توجه رسانه‌ها به مسائل مغفول سلامت
		۷۱. دستورکارگذاری نیازهای نادیده‌گرفته‌شده سلامت در بحران
	۱۸. مشارکت در طراحی و اصلاح خط‌مشی‌های سلامت	۷۲. مشارکت در طراحی خط‌مشی‌های سلامت در بحران
		۷۳. پیشنهاد اصلاح خط‌مشی‌های ناکارآمد سلامت
		۷۴. تغییر اولویت‌های سیاست سلامت بر اساس نیازهای میدانی
		۷۵. تولید گفتمان سلامت‌محور درباره عدالت، تاب‌آوری و مشارکت
۶. عدالت و حمایت در سلامت	۱۹. شناسایی و دسترسی‌یابی به گروه‌های پرخطر	۷۶. ردیابی و دسترسی‌یابی عادلانه به بیماران و گروه‌های پرخطر
سلامت		۷۷. دسترسی‌یابی به زنان باردار، کودکان، سالمندان و افراد دارای معلولیت
		۷۸. شناسایی بیماران فاقد بیمه یا توان مالی
		۷۹. شناسایی گروه‌های محروم از خدمات سلامت در مناطق حاشیه‌ای
	۲۰. دفاع از حقوق بیماران و گروه‌های آسیب‌پذیر	۸۰. پیگیری حق دسترسی بیماران به درمان
		۸۱. حمایت از حقوق بیماران خاص و مزمن
		۸۲. مطالبه پوشش بیمه‌ای و حمایت مالی برای بیماران آسیب‌پذیر
		۸۳. حمایت از کرامت و امنیت بیماران در فرایند دریافت خدمت
	۲۱. کاهش نابرابری در دسترسی به خدمات	۸۴. جلوگیری از تبعیض در دریافت خدمات سلامت
سلامت		۸۵. مطالبه توزیع عادلانه دارو، واکسن و تجهیزات سلامت
		۸۶. کاهش موانع مالی، جغرافیایی و اجتماعی دسترسی به درمان
		۸۷. پرهیز از تشدید شکاف‌های اجتماعی در ارائه خدمات سلامت
۷. آگاهی‌بخشی، اعتماد و پاسخ‌گویی سلامت	۲۲. اطلاع‌رسانی سریع، معتبر و قابل فهم	۸۸. ارائه اطلاعات سریع و قابل اتکا درباره مخاطرات سلامت

مضامین اصلی (فراگیر)	مضامین فرعی (سازمان‌دهنده)	مضامین پایه
		۸۹. ساده‌سازی و ترجمه پیام‌های تخصصی سلامت برای مردم
		۹۰. انتقال پیام‌های رسمی سلامت به زبان قابل فهم برای جامعه
		۹۱. اطلاع‌رسانی متناسب با گروه‌های مختلف جمعیتی
۲۳. شایعه‌زدایی و اصلاح اطلاعات نادرست سلامت	۹۲. مقابله با شایعات سلامت‌محور	
	۹۳. تصحیح اطلاعات نادرست پزشکی و بهداشتی	
	۹۴. کاهش هراس عمومی ناشی از اطلاعات نادرست	
	۹۵. تقویت اعتماد به توصیه‌ها و پیام‌های بهداشتی	
۲۴. اعتمادسازی اجتماعی و تقویت مشارکت عمومی	۹۶. ایجاد پل ارتباطی میان جامعه و نظام سلامت	
	۹۷. تقویت اعتماد اجتماعی از طریق حضور میدانی و ارتباط مستمر سمن‌ها	
	۹۸. افزایش همکاری مردم با برنامه‌های سلامت عمومی	
	۹۹. تسهیل پذیرش اجتماعی خط‌مشی‌ها و مداخلات سلامت در بحران	
۲۵. پایش عملکرد نهادهای رسمی سلامت	۱۰۰. پایش عملکرد نظام سلامت در بحران	
	۱۰۱. ارائه گزارش‌های مستقل درباره شکاف‌ها و کاستی‌های پاسخ سلامت	
	۱۰۲. نقد خط‌مشی‌های ناکارآمد سلامت در بحران	
	۱۰۳. نظارت اجتماعی بر اجرای برنامه‌های سلامت	
۲۶. مطالبه شفافیت و پاسخ‌گویی در حکمرانی سلامت	۱۰۴. مطالبه شفافیت در تخصیص دارو، تجهیزات و منابع سلامت	
	۱۰۵. انتشار اطلاعات مستقل و مستند درباره نیازها و عملکردها	
	۱۰۶. مطالبه پاسخ‌گویی نهادهای سلامت در برابر جامعه	
	۱۰۷. تقویت مشروعیت حکمرانی سلامت از طریق شفافیت و نظارت اجتماعی	
۸. تاب‌آوری و یادگیری سازمانی	۲۷. استمرار خدمت‌رسانی و انعطاف‌پذیری سازمانی	۱۰۸. حفظ ارائه خدمات سلامت در شرایط پرخطر
		۱۰۹. بازتنظیم سریع فعالیت‌های سمن متناسب با محدودیت‌های بحران
		۱۱۰. استفاده از شیوه‌های جایگزین برای استمرار خدمات سلامت
		۱۱۱. تطبیق الگوی خدمت‌رسانی با تغییرات محیط بحران
۲۸. مدیریت منابع، شبکه‌ها و ظرفیت‌های انسانی	۱۱۲. تنوع‌بخشی به منابع مالی و پشتیبانی سمن‌های سلامت	
		۱۱۳. شبکه‌سازی میان سمن‌ها، خیرین سلامت و مراکز درمانی

مضامین اصلی (فراگیر)	مضامین فرعی (سازمان دهنده)	مضامین پایه
	۲۹. یادگیری نهادی و بازطراحی مداخلات سلامت محور	۱۱۴. مدیریت، نگهداشت و پشتیبانی از داوطلبان سلامت ۱۱۵. سازمان دهی منابع انسانی تخصصی در شرایط بحران
		۱۱۶. مستندسازی درس آموخته های سلامت محور بحران ۱۱۷. بازطراحی فعالیت های سمن های سلامت بر اساس تجربه بحران ۱۱۸. اصلاح سازوکار همکاری سمن ها با نهادهای رسمی سلامت ۱۱۹. تقویت آمادگی سمن های سلامت برای بحران های آینده
۹. بازتوانی و مراقبت پسابحران	۳۰. پیگیری وضعیت سلامت آسیب دیدگان پس از بحران	۱۲۰. پیگیری وضعیت سلامت آسیب دیدگان پس از بحران ۱۲۱. شناسایی پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی بحران بر سلامت ۱۲۲. ارجاع آسیب دیدگان به خدمات تخصصی در دوره پسابحران ۱۲۳. حمایت روانی بلندمدت از آسیب دیدگان و بازماندگان
	۳۱. بازگشت بیماران به چرخه مراقبت و درمان	۱۲۴. کمک به بازگشت بیماران به چرخه درمان ۱۲۵. تداوم مراقبت از بیماران مزمن و خاص پس از بحران ۱۲۶. پیگیری دسترسی بیماران به دارو و خدمات درمانی در دوره پسابحران ۱۲۷. حمایت از خانواده های دارای بیمار نیازمند مراقبت مستمر
	۳۲. بازگشت سلامت محور گروه های آسیب پذیر به زندگی عادی	۱۲۸. حمایت از بازگشت تدریجی گروه های آسیب پذیر به روال عادی زندگی سلامت محور ۱۲۹. تقویت پیوند آسیب دیدگان با خدمات اجتماعی و سلامت محلی ۱۳۰. کاهش پیامدهای بلندمدت بحران بر کیفیت زندگی گروه های آسیب پذیر

بر اساس واکاوی عمیق مضامین مستخرج (جدول ۳)، نقش سمن های سلامت در تاب آوری و پایداری حکمرانی نظام سلامت در شرایط بحران، فراتر از یک رویکرد تقلیل گرایانه و خدماتی صرف است. این نقش در قالب ۹ مضمون اصلی (فراگیر) و ۳۲ مضمون فرعی و ۱۳۰ مضمون پایه مفهوم سازی شد که نشان دهنده یک چرخه کامل از مدیریت خطر است. این مضامین طیفی پیوسته و پویا از اقدامات پیش گیرانه تا مداخلات حین اضطرار، بازتوانی پسابحران و در نهایت، کنشگری در سطح کلان خط مشی گذاری را در بر می گیرند که در ادامه تحلیل و تشریح می شوند:

۱. آمادگی و کاهش خطر پیش از بحران: یافته های پژوهش نشان می دهد اثربخشی سمن های سلامت ریشه در مرحله پیشینی و پیش از وقوع بحران دارد. در این مرحله، سمن ها با تغییر پارادایم از «درمان محوری» به «پیشگیری و آمادگی»، نقشی پیش دستانه ایفا می کنند. ارتقای سواد سلامت بحران در میان خانوارها و نهادینه سازی مهارت های خودمراقبتی و کمک های اولیه از جمله اقداماتی است که هسته اولیه تاب آوری را در سطح خرد شکل می دهند. افزون بر این، سمن ها با اتکا به شناخت

میدانی خود، به تهیه نقشه‌های آسیب‌پذیری محلی اقدام و پیشاپیش نقاط پرخطر و بیماران نیازمند مراقبت مستمر را ردیابی می‌کند. ایجاد شبکه‌های پایش محلی و اتصال این شبکه‌های غیررسمی به سیستم‌های هشدار زودهنگام نظام سلامت ظرفیت جامعه را برای جذب شوک‌های اولیه در ساعات طلایی وقوع بحران به‌شدت افزایش می‌دهد. در تأیید این مضمون، یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «سمن‌ها می‌توانند پیش از بحران با تهیه نقشه‌های خطرپذیری محلی، بیماران پرخطر را شناسایی کنند تا در زمان اضطرار، نظام سلامت دچار غافلگیری نشود» (مشارکت‌کننده ۳). خبره‌ای دیگر نیز بر اهمیت آموزش تأکید کرد و افزود: «نهادهای سازش آموزش خودمراقبتی و کمک‌های اولیه در سطح خانوار پیش از وقوع حادثه بار اولیه بحران را به‌شدت کاهش می‌دهد» (مشارکت‌کننده ۱۱).

۲. توانمندسازی سلامت‌محور جامعه: دومین مضمون فراگیر بر رویکرد «توسعه و ظرفیت‌سازی درون‌زا» تأکید دارد. تحلیل داده‌ها حاکی از آن است که سمن‌ها با پرهیز از نگاه قیم‌مآبانه به جامعه آسیب‌دیده تلاش می‌کنند سرمایه اجتماعی را برای پاسخ به بحران بسیج کنند. این امر از طریق شبکه‌سازی، آموزش مستمر و سازمان‌دهی هدفمند داوطلبان تخصصی (مانند کادر درمان و روان‌شناسان داوطلب) و همچنین نیروهای بومی محقق می‌شود. نقطه عطف عملکرد سمن‌ها در این فاز «بومی‌سازی مداخله‌های سلامت» است؛ به این معنا که پروتکل‌های استاندارد بهداشتی و درمانی را متناسب با بافت فرهنگی، هنجارهای اجتماعی و نیازهای واقعی جوامع محلی طراحی می‌کنند. این هم‌گرایی فرهنگی باعث کاهش مقاومت محلی و افزایش مشارکت پایدار جامعه در برنامه‌های کنترل بحران می‌شود. در همین راستا، یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشت: «بحران زمان مناسبی برای آزمون و خطا و تربیت داوطلب نیست؛ سمن‌ها باید از قبل نیروهای محلی را آموزش و سازمان‌دهی کرده باشند» (مشارکت‌کننده ۷). مصاحبه‌شونده‌ای دیگر نیز در خصوص بومی‌سازی مداخلات خاطرنشان کرد: «اگر پروتکل‌های درمانی به زبان و فرهنگ محلی ترجمه نشود، جامعه با نظام سلامت همراهی نخواهد کرد» (مشارکت‌کننده ۱۴).

۳. پاسخ، مراقبت و حمایت سلامت‌محور: این مضمون ثقل عملیاتی و یکی از پیچیده‌ترین لایه‌های مداخله سمن‌های سلامت در نقطه اوج بحران را به تصویر می‌کشد. در شرایطی که زنجیره تأمین و زیرساخت‌های رسمی درمان دچار اضافه‌بار یا فروپاشی موقت می‌شوند، سمن‌ها با چابکی لجستیکی وارد عمل می‌شوند و نیازهای حیاتی از جمله توزیع داروها، اقلام حفاظتی و تغذیه گروه‌های پرخطر را تأمین می‌کنند. با این حال، یکی از حیاتی‌ترین یافته‌های این بخش تمرکز سمن‌ها بر تداوم مراقبت‌های ضروری است. در بحران‌ها، بیماران مزمن، زنان باردار و افراد دارای معلولیت معمولاً به قربانیان پنهان تبدیل می‌شوند؛ سمن‌ها با ایجاد مسیرهای جایگزین و میانجی‌گری فعال، از قطع درمان این گروه‌ها پیشگیری می‌کنند و آنها را به مجاری رسمی خدمت ارجاع می‌دهند. هم‌زمان، با ارائه کمک‌های اولیه روان‌شناختی، تلاش می‌کنند از تبدیل شدن شوک حادثه به ترومای پایدار پیشگیری کنند. در تبیین این کارکرد، یکی از مدیران سمن‌ها اشاره کرد: «در شرایطی که بیمارستان‌ها درگیر بحران هستند، مهم‌ترین وظیفه ما جلوگیری از قطع درمان بیماران خاص و مزمن در سطح محلات است» (مشارکت‌کننده ۲). همچنین، مشارکت‌کننده‌ای دیگر تأکید کرد: «ارائه حمایت‌های روانی اولیه به خانواده‌های آسیب‌دیده در روزهای نخست از تبدیل شدن شوک حادثه به آسیب‌های روانی پایدار جلوگیری می‌کند» (مشارکت‌کننده ۹).

۴. همکاری نهادی سلامت: در رویکرد حکمرانی شبکه‌ای، سمن‌ها بازیگرانی منزوی یا جایگزین دولت نیستند، بلکه کاتالیزورهای نظام سلامت محسوب می‌شوند. این مضمون نشان‌دهنده نقش سمن‌ها به منزله «شرکای کلیدی و اجرایی» وزارت بهداشت و سازمان‌های بین‌المللی است. مشارکت در کمپین‌های واکسیناسیون و تسهیل هماهنگی میدانی برای پیشگیری از موازی‌کاری از دستاوردهای این همکاری هستند. سمن‌ها با تبادل داده‌های میدانی با دولت، به تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد کمک

می‌کنند؛ اما این هم‌افزایی فقط زمانی به ارتقای حکمرانی منجر می‌شود که سمن‌ها استقلال هویتی خود را حفظ کنند. بر اساس گفته‌های یکی از خبرگان: «اگر بین سمن‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی تقسیم کار روشنی وجود نداشته باشد، مداخله‌ها به موازی‌کاری و هدررفت منابع منجر می‌شود» (مشارکت‌کننده ۵). خبره‌ای دیگر نیز بیان کرد: «سمن‌ها باید شریک راهبردی دولت باشند و با تبادل مستمر داده‌های میدانی، به تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد کمک کنند» (مشارکت‌کننده ۱۲).

۵. مشارکت در خط‌مشی‌گذاری سلامت: یکی از یافته‌های نوآورانه این پژوهش گذار تحلیلی سمن‌ها از جایگاه صرف «پیمانکار خدماتی» به نقش «کنشگر و مرزگستر سیاستی» است. بر اساس این مضمون، سمن‌های سلامت با تکیه بر مستندسازی شکاف‌های خدماتی و داده‌های دست‌اول، صدای گروه‌های خاموش را به گوش نهادهای خط‌مشی‌گذار می‌رسانند. آنها با تولید ادبیات درباره تاب‌آوری و عدالت نه فقط خط‌مشی‌های ناکارآمد را نقد می‌کنند، بلکه با ارائه پیشنهادها اصلاحی در بازطراحی خط‌مشی‌ها مشارکت می‌کنند. این یافته در اظهارات یکی از مصاحبه‌شونده‌ها به شکل زیر نمود یافت: «ما در میدان اطلاعاتی از شکاف‌های خدماتی به دست می‌آوریم که در گزارش‌های رسمی نیست؛ این داده‌های عینی باید مبنای سیاست‌گذاری قرار گیرد» (مشارکت‌کننده ۸). همچنین، مشارکت‌کننده‌ای دیگر افزود: «نهادهای مدنی باید صدای بیماران حاشیه‌نشین باشند و مطالبات مغفول‌مانده آنان را وارد دستور کار نظام سلامت کنند» (مشارکت‌کننده ۱۵).

۶. عدالت و حمایت در سلامت: مضمون ششم تبلور رسالت اخلاقی و حقوقی سمن‌های سلامت است. در بحران، نابرابری‌های ساختاری تعمیق می‌یابند و دسترسی به منابع سلامت به یک مزیت رقابتی تبدیل می‌شود. در چنین فضایی، سمن‌ها با رویکرد بیماری‌یابی فعال، به سراغ افراد فاقد بیمه و افراد بی‌بضاعت می‌روند و تلاش می‌کنند نابرابری در توزیع منابع حیاتی را جبران کنند. سمن‌ها با تقبل نقش مدافع حقوق بیمار، از کرامت انسانی دفاع و از تبدیل شدن شکاف‌های اقتصادی به شکاف‌های مرگ‌ومیر پیشگیری می‌کنند. در تأیید این مضمون، یکی از مشارکت‌کنندگان تصریح کرد: «در بحران، افراد بی‌بضاعت عملاً از چرخه درمان حذف می‌شوند؛ سمن‌ها باید با ردیابی فعال، این نابرابری در دسترسی را جبران کنند» (مشارکت‌کننده ۴). یکی دیگر از فعالان مدنی نیز گفت: «رسالت اصلی ما دفاع از حق درمان بدون تبعیض برای کسانی است که در ساختار رسمی صدایی ندارند» (مشارکت‌کننده ۱۳).

۷. آگاهی‌بخشی، اعتماد و پاسخ‌گویی سلامت: این مضمون به مدیریت افکار عمومی در شرایط بحران اختصاص دارد. در بُعد نخست، سمن‌ها پیام‌ها و داده‌های تخصصی بهداشت عمومی را به زبانی ساده و قابل فهم برای لایه‌های مختلف جامعه بازآفرینی می‌کنند؛ این اقدام آگاهی‌بخش نقشی کلیدی در مقابله با شیوع اطلاعات نادرست و شایعات گمراه‌کننده ایفا می‌کند. در بُعد دوم، سمن‌ها با حضور مستمر در میدان، عملکرد تخصیص منابع توسط نهادها را پایش می‌کنند و مطالبه‌گر شفافیت هستند. این ترکیب از اطلاع‌رسانی صادقانه و نظارت اجتماعی به احیای «اعتماد نهادی» منجر می‌شود؛ چنانکه یکی از خبرگان اشاره کرد: «مردم در بحران به پیام‌های ساده و صادقانه نیاز دارند؛ ترجمه دقیق این پیام‌ها توسط سمن‌ها بهترین پادزهر در برابر شایعات است» (مشارکت‌کننده ۱). مصاحبه‌شونده‌ای دیگر در خصوص نظارت اجتماعی افزود: «حضور مستقل سمن‌ها و پایش نحوه توزیع منابع، نهادهای حاکمیتی را به شفافیت و پاسخ‌گویی بیشتر وادار می‌کند» (مشارکت‌کننده ۱۰).

۸. تاب‌آوری و یادگیری سازمانی: ایفای مستمر نقش‌های بالا مستلزم برخورداری سمن‌ها از تاب‌آوری سازمانی است. تحلیل‌ها نشان داد نهادهای موفق با انعطاف‌پذیری زیاد، الگوهای خدمت‌رسانی خود را با محدودیت‌های محیطی منطبق می‌کنند. تنوع‌بخشی به منابع مالی و مدیریت پویای داوطلبان ضامن بقای آنهاست. فراتر از استمرار خدمات، این مضمون بر یادگیری نهادی تأکید دارد؛ جایی که سمن‌ها درس آموخته‌های بحران را مستندسازی می‌کنند و ظرفیت‌های انطباقی خود را

ارتقا می‌بخشند. به گفته یکی از مشارکت‌کنندگان: «سمن‌هایی در بحران دوام می‌آورند که ساختاری منعطف داشته باشند و بتوانند سبد منابع مالی و داوطلبان خود را به سرعت با شرایط جدید تطبیق دهند» (مشارکت‌کننده ۱۶). در زمینه یادگیری نهادی نیز تأکید شد: «ما می‌توانیم درس‌آموخته‌های هر بحران را ثبت کنیم تا در بحران بعدی دوباره همان خطاهای عملیاتی تکرار نشوند» (مشارکت‌کننده ۷).

۹. بازتوانی و مراقبت پسابحران: از دیدگاه سمن‌های سلامت، اتمام مرحله اضطراب به معنای پایان بحران نیست. آخرین مضمون نشان می‌دهد سمن‌ها با پیشگیری از پدیده رهاشدگی پسابحران، پیگیری مستمر وضعیت جسمی، ارجاع آسیب‌دیدگان دارای عوارض پنهان به خدمات تخصصی و ارائه حمایت‌های روانی بلندمدت را به عهده دارند. هدف غایی در این مرحله اتصال مجدد بیماران آسیب‌پذیر به شبکه رسمی سلامت است. در تبیین این مضمون، یکی از خبرگان نظام سلامت خاطرنشان کرد: «بحران با اتمام فاز امدادی تمام نمی‌شود؛ بسیاری از آسیب‌دیدگان در فاز پسابحران نیازمند ارجاع به خدمات تخصصی و حمایت روانی بلندمدت هستند» (مشارکت‌کننده ۱۸). مشارکت‌کننده‌ای دیگری نیز نتیجه‌گیر کرد: «هدف نهایی ما این است که نگذاریم بیماران آسیب‌پذیر رها شوند، بلکه آنها را دوباره به شبکه رسمی سلامت متصل کنیم تا چرخه تاب‌آوری تکمیل شود» (مشارکت‌کننده ۶).

یافته‌اند. آنها با برخورداری از مزیت‌هایی همچون چابکی سازمانی، نفوذ در شبکه‌های محلی و درک عمیق از بافت فرهنگی، قادر هستند مداخلات استاندارد بهداشتی را بومی‌سازی کنند و با ترجمه پیام‌های پیچیده سلامت، مانع از شیوع گسترده اطلاعات نادرست و هراس عمومی شوند. از سوی دیگر، در شرایط بی‌نظمی ناشی از بحران که شکاف‌های اجتماعی و نابرابری در دسترسی به منابع حیاتی تعمیق می‌یابند، سمن‌ها با ایفای نقش «ترازوی عدالت»، به صورت فعالانه گروه‌های حاشیه‌ای، بی‌بضاعت و آسیب‌پذیر را ردیابی و از تبدیل شدن فقر اقتصادی به تلفات جانی پیشگیری می‌کنند.

یکی از دستاوردهای این پژوهش تبیین نقش سمن‌ها در «بازتولید مشروعیت و اعتماد نهادی» است. سمن‌ها با پایش مستقل عملکرد ساختارهای دولتی، مطالبه شفافیت و انتقال شواهد عینی از کف میدان به میز خط‌مشی‌گذاران، نیازهای نادیده گرفته‌شده را در دستور کار نظام سلامت قرار می‌دهند و از این طریق، حکمرانی متمرکز را به سمت پاسخ‌گویی بیشتر سوق می‌دهند.

تحلیل یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد کارکردهای سمن‌های سلامت در شرایط بحران شبکه‌ای درهم‌تنیده از اقدامات پیش‌گیرانه، امدادی، اجتماعی و سیاستی است. مقایسه این یافته‌ها با پیشینه تجربی، ضمن تأیید برخی از الگوهای جهانی، ابعادی نوآورانه از نقش این نهادها را در بافتار حکمرانی پایدار نظام سلامت آشکار می‌کند. مضامین «آمادگی پیش از بحران» و «توانمندسازی درون‌زای جامعه» در این پژوهش با نتایج مطالعه بارکر و همکاران (2020) در خصوص اپیدمی ابولا هم‌سو است. آنها نشان دادند مشارکت معنادار جامعه و پرهیز از نگاه منفعلانه به آنها پیش‌شرط تاب‌آوری نظام سلامت است؛ پژوهش حاضر نیز با تأیید این موضوع نشان می‌دهد سمن‌ها با بومی‌سازی مداخلات بهداشتی و سازمان‌دهی داوطلبان محلی، این سرمایه اجتماعی را فعال می‌کنند و مقاومت محلی را کاهش می‌دهند. همچنین، این رویکرد با یافته‌های گریم و همکاران (2021) مطابقت کامل دارد که سرمایه اجتماعی قدرتمند را بزرگ‌ترین شالوده پوشش‌دهنده خلأهای نظام سلامت در بحران میانمار می‌دانستند. در مضامین «پاسخ و مراقبت سلامت‌محور» و «عدالت در سلامت»، یافته‌های این مطالعه در مقایسه با مرور نظام‌مند رضایی و همکاران (2019) زاویه‌ای نوآورانه را آشکار می‌کند. در حالی که رضایی و همکاران دریافتند خدمات سازمانی سمن‌ها به گروه‌های بسیار آسیب‌پذیر (مانند کودکان و سالمندان) در بحران‌ها محدود بوده است، چارچوب مستخرج از پژوهش حاضر نشان می‌دهد کارکرد و اولویت بنیادین سمن‌های تاب‌آور «تداوم مراقبت از بیماران مزمن» و «ردیابی فعال و عادلانه حاشیه‌نشینان و افراد فاقد بیمه» است تا از تبدیل شدن شکاف‌های اقتصادی به تلفات پنهان ناشی از بحران پیشگیری کنند. در زمینه مضمون «همکاری نهادی» و ضرورت عبور از موازی‌کاری، نتایج به‌دست‌آمده یافته‌های گودینگ و همکاران (2022) و گریم و ویس (2022) را بسط می‌دهد. همان‌طور که گودینگ بر اهمیت ساختارهای هماهنگ میان‌بخشی و پرهیز از تمرکزگرایی تأکید داشت، پژوهش حاضر نیز نشان می‌دهد هم‌افزایی نهادی فقط در صورتی به ارتقای حکمرانی می‌انجامد که استقلال هویتی سمن‌ها در برابر بوروکراسی دولتی حفظ شود. این یافته به طور خاص با مطالعه صیاری‌فرد و همکاران (2022) هم‌خوانی دارد؛ پژوهش حاضر راهکار عملیاتی ارتقای این همکاری را در پذیرش سمن‌ها به منزله «شرکای اجرایی» (و نه صرفاً زیرمجموعه بوروکراتیک) از سوی وزارت بهداشت تبیین می‌کند. همچنین، در خصوص مضمون «تاب‌آوری و یادگیری سازمانی»، این پژوهش با نتایج تان و همکاران (2024) هم‌راستاست که نشان دادند تنوع‌بخشی به منابع و انعطاف‌پذیری عملیاتی (استفاده از شیوه‌های جایگزین) از کارکردهای حیاتی سمن‌ها برای استمرار خدمت‌رسانی در شرایط اضافه‌بار سیستم رسمی است. در همین راستا، ویترو و همکاران (2026) نیز بر قابلیت بازیگران غیردولتی در بسیج منابع و انعطاف‌پذیری میدانی در محیط‌های متأثر از بحران تأکید کرده بودند؛ یافته‌های پژوهش حاضر این مفاهیم را توسعه و نشان می‌دهد سمن‌ها از طریق کارکردهایی مانند «تنوع‌بخشی به

سبد منابع مالی» و «یادگیری نهادی»، نه فقط استمرار خدمات خود را تضمین می‌کنند، بلکه با مستندسازی مستمر درس‌آموخته‌ها، ظرفیت انطباق‌پذیری کل نظام سلامت را در برابر شوک‌های آتی ارتقا می‌بخشند.

برجسته‌ترین وجه تمایز و توسعه نظری پژوهش حاضر نسبت به ادبیات موجود تبیین‌گذار تحلیلی نقش سمن‌ها از جایگاه «امدادگران واکنشی و خدماتی» به «مشارکت در خط‌مشی‌گذاری سلامت» و «نظارت و پاسخ‌گویی» است. در حالی که بیشتر مطالعات پیشین سمن‌ها را پرکننده خلأهای مقطعی دولت می‌دانند، این پژوهش اثبات می‌کند سمن‌های سلامت از طریق تولید شواهد میدانی دقیق، دستورکارگذاری نیازهای مغفول، ساده‌سازی اطلاعات تخصصی برای مقابله با شایعات و مطالبه‌گری شفافیت، عملاً در حال بازطراحی معماری خط‌مشی‌های سلامت هستند و به منزله بازیگرانی کلیدی در پایداری حکمرانی شبکه‌ای ایفای نقش می‌کنند.

بر پایه مضامین نه‌گانه پژوهش، پیشنهادهای کاربردی زیر برای ارتقای خط‌مشی‌گذاری نظام سلامت ارائه می‌شوند:

الف) از دیدگاه پیشگیری، نظام سلامت باید بسترهای نهادی لازم را برای مشارکت سمن‌ها در آموزش خانوارها و تدوین نقشه‌های خطر محلی فراهم آورد (مضمون ۱) و با واگذاری تصدی‌گری‌های محله‌محور، ظرفیت‌های داوطلبانه بومی را فعال کند (مضمون ۲).

ب) برای زمان اضطرار، تدوین پروتکل‌های یکپارچه ارجاع برای اتصال خدمات سمن‌ها به شبکه رسمی درمان (مضمون ۳) و تأسیس کارگروه‌های مشترک واکنش سریع میان وزارت بهداشت و نهادهای مدنی (مضمون ۴) توصیه می‌شود.

پ) در سطح حکمرانی، ضروری است دولت کرسی‌های مشورتی دائمی برای نمایندگان سمن‌ها در ستادهای مدیریت بحران ایجاد کند تا شواهد میدانی آنان به خط‌مشی‌های اثربخش تبدیل شود (مضمون ۵).

ت) افزون بر این، تخصیص یارانه‌های دارویی و حمایتی ویژه به سمن‌ها برای توزیع عادلانه میان گروه‌های فاقد بیمه (مضمون ۶) و بهره‌گیری از ظرفیت نفوذ اجتماعی آنان برای شایعه‌زدایی و احیای اعتماد عمومی (مضمون ۷) امری حیاتی است.

ث) در نهایت، حاکمیت باید با ارائه معافیت‌های مالیاتی و تسهیلات قانونی، به پایداری سازمانی سمن‌ها یاری رساند (مضمون ۸) و از توان آنها برای رهگیری و پایش بلندمدت آسیب‌دیدگان در فاز ریکاوری به طور نظام‌مند بهره‌برداری کند (مضمون ۹).

پژوهش حاضر، همچون سایر مطالعات کیفی، با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. ماهیت تفسیرگرایانه و استقرایی پژوهش و وابستگی یافته‌ها به بستر نهادی، فرهنگی و اجتماعی خاص جامعه مورد مطالعه، تعمیم‌پذیری نتایج به سایر زمینه‌ها یا کشورهای دارای نظام‌های بهداشتی متفاوت را با محدودیت مواجه می‌کند. همچنین، دشواری دسترسی به برخی از خط‌مشی‌گذاران تراز اول در زمان انجام مصاحبه‌ها و اتکای پژوهش بر داده‌های خودگزارش‌دهی مشارکت‌کنندگان از دیگر محدودیت‌های این مطالعه به شمار می‌روند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، با کاربست روش‌های پژوهش آمیخته و انجام مطالعات تطبیقی میان‌کشوری، خلأهای موجود پوشش داده شوند و سازه استخراج‌شده مورد آزمون کمی قرار گیرد.

منابع

خداپنده‌لو، آزاده، و علیدوستی، علی (۱۳۹۴). طراحی ساختار اجرایی عملیات مدیریت بحران در مراکز و سازمان‌های مختلف. فصل‌نامه دانش پیشگیری و مدیریت بحران، ۵(۱)، ۵۸-۶۸.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23225955.1394.5.1.4.5>

دهقان‌پور فراشاه، علیرضا، و دهقان‌پور فراشاه، افسانه (۱۴۰۳). واکاوی ملاحظه‌های اخلاقی و سیاستی حکمرانی داده‌محور.



- مطالعات راهبردی سیاست‌گذاری عمومی، ۱۴ (ویژه‌نامه)، ۱۰۴-۱۲۴.
<https://doi.org/10.22034/sspp.2024.2025254.3587>
- صمدی فروشانی، مرضیه، میراسماعیلی، سیده سمانه، و نصیری، علی (۱۴۰۲). تحلیل سیستم حکمرانی شبکه‌ای مدیریت بحران شهر تهران مبتنی بر حاکمیت مشارکتی: کاربردی از تحلیل شبکه‌های اجتماعی. فصلنامه دانش پیشگیری و مدیریت بحران، ۱۳ (۲)، ۱۶۳-۱۴۴.
<http://dpmk.ir/article-1-621-fa.html>
- قالیباف، محمدباقر، احمدی، سیدعباس، زارعی، بهادر، پورعزت، علی‌اصغر، و کیانی، محمدعلی (۱۴۰۳). طراحی الگوی نیمه‌متمرکز حکمرانی نظام سلامت در ایران. کسب‌وکار اجتماعی، ۱ (۲)، ۱۶۰-۱۷۷.
<https://doi.org/10.22059/jsbu.2025.391675.1013>
- کیانی، محمدعلی، کاظمی، محمدرضا، و دهقان‌پور فرار شاه، افسانه (۱۴۰۴). مخاطرات نظام مدیریت کالبدی با تأکید بر رویکرد حکمرانی؛ مورد مطالعه: شهر تهران. مدیریت مخاطرات محیطی، ۱۲ (۲)، ۱۸۱-۱۹۷.
https://jhsci.ut.ac.ir/article_104201.html?lang=fa
- محمداپور، احمد (۱۴۰۲). ضد روش: زمینه‌های فلسفی و رویه‌های عملی در روش‌شناسی کیفی (ویراست دوم). نشر لوگوس.
- مصدق‌راد، علی محمد (۱۳۹۸). طرح تقویت نظام سلامت مکمل طرح تحول نظام سلامت ایران: نامه به سردبیر. مجله دانشکده پزشکی، ۷۷ (۸)، ۵۳۷-۵۳۸.
<http://tumj.tums.ac.ir/article-1-10021-fa.html>

References

- Ali, A. (2026). Public policy for resilient governance: strengthening civil society in times of crisis. In *Global societal resilience through political, environmental, and cultural upheaval* (pp. 437-456). IGI Global Scientific Publishing. <https://doi.org/10.4018/979-8-3373-5651-8.ch014>
- Barker, K. M., Ling, E. J., Fallah, M., VanDeBogert, B., Kodl, Y., Macauley, R. J., ..., & Kruk, M. E. (2020). Community engagement for health system resilience: evidence from Liberia's Ebola epidemic. *Health Policy and Planning*, 35(4), 416-423. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz174>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Dehghanpour-Farashah, A., Behnamifard, F., Behzadfar, M., Alalhesabi, M., & Mojtazadeh-Hasanlouei, S. (2025). Mobile participatory urban governance in a developing country: Women's acceptance of city reporting apps in Karaj, Iran. *Sustainability*, 17(12), 5388. <https://doi.org/10.3390/su17125388>
- Dehghanpour-Farashah, A., & Dehghanpour-Farashah, A. (2024). Analyzing the ethical and policy considerations of data-driven governance. *Strategic Studies of Public Policy*, 14, 104-124. <https://doi.org/10.22034/sspp.2024.2025254.3587> [In Persian]
- Dehghanpour-Farashah, A., Dehghanpour-Farashah, A., & Mojtazadeh-Hasanlouei, S. (2026). A multidimensional analysis of digital technologies in environmental sustainability policymaking: A systematic review. *Sustainability*, 18(12), 6011. <https://doi.org/10.3390/su18126011>
- Doshmangir, L., Sanadghol, A., Kakemam, E., & Majdzadeh, R. (2025). The involvement of non-governmental organisations in achieving health system goals based on the WHO six building blocks: A scoping review on global evidence. *PloS One*, 20(1), e0315592. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0315592>
- Ghalibaf, M. B., Ahmadi, A., Kiani, M. A., Zarei, B., & Pourezat, A. A. (2025). The governance patterns of the health system in developed countries of the world: A systematic review. *Cimexus*, 20(1), 77-99. <https://doi.org/10.33110/cimexus200104>
- Ghalibaf, M. B., Ahmadi, A., Zarei, B., Pour Ezzat, A. & Kiani, M. (2025). Designing a semi-centralized model of health governance in Iran. *Social Business Journal*, 1(2), 160-177. <https://doi.org/10.22059/jsbu.2025.391675.1013> [In Persian]



- Gooding, K., Bertone, M. P., Loffreda, G., & Witter, S. (2022). How can we strengthen partnership and coordination for health system emergency preparedness and response? Findings from a synthesis of experience across countries facing shocks. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1441. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08859-6>
- Grimm, P. Y., Merten, S., & Wyss, K. (2021). Evidence of health system resilience in Myanmar during Cyclone Nargis: A qualitative analysis. *BMJ Open*, 11(9), e050700. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050700>
- Grimm, P. Y., & Wyss, K. (2022). What makes health systems resilient? A qualitative analysis of the perspectives of Swiss NGOs. *Globalization and Health*, 18(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00848-y>
- Holsti, O. R. (1969). *Content analysis for the social sciences and humanities*. Addison-Wesley
- Khodabandehlou, A., & Alidousti, A. (2015). Designing an executive structure for crisis management operations in different centers and organizations. *Disaster Prevention and Management Knowledge*, 5(1), 58-68. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23225955.1394.5.1.4.5> [In Persian]
- Kiani, M., Kazemi, M., & Dehghanpour-Farashah, A. (2025). Physical management system hazards with emphasis on the governance approach: A case study of Tehran. *Environmental Management Hazards*, 12(2), 181-197. <https://doi.org/10.22059/jhsci.2025.397780.885> [In Persian]
- Kuhlmann, S., Franzke, J., Peters, N., & Dumas, B. (2024). Institutional designs and dynamics of crisis governance at the local level: European governments facing the polycrises. *Policy Design and Practice*, 7, 409 - 429. <https://doi.org/10.1080/25741292.2024.2344784>
- Lewin, S., Lavis, J. N., Oxman, A. D., Bastías, G., Chopra, M., Ciapponi, A., ..., & Haines, A. (2008). Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: An overview of systematic reviews. *The Lancet*, 372, 928-939. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61403-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61403-8)
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Mohammadpour, A. (2023). *Anti-method: Philosophical foundations and practical approaches in qualitative methodology* (2nd ed.). Qom: Logos Publications. [In Persian]
- MosaddeghRad, A. M. (2021). Strengthening the complementary health system plan of Iran's health transformation plan: A letter to the editor. *Journal of the Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences*, 77(8), 537-538. <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-10021-fa.html> [In Persian]
- Piotrowicz, M., & Cianciara, D. (2013). The role of non-governmental organizations in the social and the health system. *Przegl Epidemiol*, 67(1), 69-74. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23745379/>
- Resuloğlu, F. (2026). Ecoleviant governance: A model for environmental sustainability in local industrial systems. In *Prioritizing environmental sustainability in local industrial systems* (pp. 215-246). IGI Global Scientific Publishing. <https://doi.org/10.4018/979-8-3373-6435-3.ch008>
- Rezaei, F., Keyvanara, M., Yarmohammadian, M. H., & Maracy, M. R. (2019). The roles and responsibilities of community-based organizations in responding to public health emergencies: A systematic review. *Iranian Red Crescent Medical Journal (IRCMJ)*, 21(4), 1-9. <https://doi.org/10.5812/ircmj.90967>
- Samadi Foroushani, M., Mirasmaeeli, S. S., & Nasiri, A. (2023). A study on the network governance system of disaster management in Tehran, Iran, based on participatory governance: A social network analysis. *Disaster Prevention and Management Knowledge*, 13(2), 144-163. <http://dpmk.ir/article-1-621-fa.html> [In Persian]
- Sayarifard, A., Nazari, M., Rajabi, F., Ghadirian, L., & Sajadi, H. S. (2022). Identifying the non-governmental organizations' activities and challenges in response to the COVID-19 pandemic in Iran. *BMC Public Health*, 22(1), 704. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13080-5>
- Schwartz, E. P. (2016). Humanitarian NGOs as instruments, partners, advocates and critics in the governance of international humanitarian response: Complementary or conflicting roles?. *Asia Pacific Journal of Public Administration*, 38(1), 43-59. <https://doi.org/10.1080/23276665.2016.1152725>



- Stupak, I., Mansoor, M., & Smith, C. T. (2021). Conceptual framework for increasing legitimacy and trust of sustainability governance. *Energy, Sustainability and Society*, 11(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s13705-021-00280-x>
- Than, K., Bertone, M. P., La, T., & Witter, S. (2024). Assessing the role of non-state actors in health service delivery and health system resilience in Myanmar. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02292-3>
- Witter, S., Khalil, J., Than, K. K., Idriss, A., Moussallem, M., Kamara, H., & Baral, S. (2026). The role of non-state actors in health system resilience: exploring and developing their capacities in fragile and shock-prone settings. *SSM-Health Systems*, 100207. <https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2026.100207>
- Yasobant, S., Lekha, K. S., Thacker, H., Solanki, B., Bruchhausen, W., & Saxena, D. (2024). Intersectoral collaboration and health system resilience during COVID-19: Learnings from Ahmedabad, India. *Health Policy Plan*, 39(Suppl 2): i29-i38. <https://doi.org/10.1093/heapol/czae045>



