

تحلیل کیفی نقاط قوت و ضعف نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ایران در مدیریت بیماری‌های غیرواگیر طی پاندمی کووید-۱۹

جواد برزگری^۱، پوران رئیسی^{۲*}، آیدین آرین خصال^۲، ناهید رئیسی^۴، مسعود هاشمی^۵

۱- دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه خدمات سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- دکتری تخصصی روانشناسی، استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳- دکتری تخصصی سیاستگذاری سلامت، استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۴- فوق تخصص هماتولوژی و آنکولوژی اطفال، استاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.

۵- فوق تخصص درد، استاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، خیابان ولیعصر، بالاتر از میدان ونک، خیابان رشید یاسمی، پلاک ۶، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی.
پست الکترونیک: raeissi.p@iums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۰۷

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر این مطالعه سعی دارد نقاط قوت و ضعف ارائه خدمات به بیماران مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر را در سطح اول ارائه خدمات سلامت در زمان بروز بحران‌هایی شبیه پاندمی کرونا بررسی نماید.

روش کار: پژوهش کیفی حاضر با روش تحلیل محتوا در سال ۱۴۰۱ انجام شد و داده‌ها با مشارکت ۱۱ نفر از صاحب‌نظران (مسئولان بیماری‌های غیرواگیر از ۱۱ دانشگاه علوم پزشکی در کشور ایران) از طریق مصاحبه فردی جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار MAXQDA تحلیل گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها نقاط قوت و ضعف کلیدی در ارائه خدمات به بیماران مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر در دوران بحران کووید-۱۹ را آشکار کرد. نقاط قوت شامل دسترسی مؤثر به جمعیت تحت پوشش از طریق شبکه بهداشت، سامانه ثبت بیماران، اجرای برنامه ایران، استفاده از دستگاه‌های پورتبل و افزایش اعتماد مردم بود. نقاط ضعف در دو دسته قابل تفکیک بودند: کاستی‌های برنامه‌ریزی مانند ثبت سطحی داده‌ها، بی‌اهمیتی مدیران نسبت به بیماری‌های غیرواگیر و گسترش ناکافی مراقبت‌های غیرحضور، و چالش‌های سازمانی از جمله چندوظیفه‌گی پرسنل، خصوصی سازی پایگاه‌ها، ضعف سیستم ارجاع و کمبود نیروی انسانی و تجهیزات که تداوم و کیفیت مراقبت از بیماران مزمن را تضعیف کرد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهند که ساختار شبکه بهداشتی و برنامه‌های نوآورانه (مانند ایران) به عنوان نقاط قوت، امکان تداوم نسبی خدمات را فراهم کردند، اما چالش‌های سیاستی (عدم اولویت‌دهی، درمان محوری) و محدودیت‌های سازمانی (چندپیشگی پرسنل، ضعف تله مدیسین) اثرات منفی قابل توجهی بر جای گذاشتند.

واژگان کلیدی: خدمات بهداشتی اولیه، بیماری‌های غیرواگیر، کووید-۱۹، مدیریت بحران در سلامت

مقدمه

بیماری‌های غیرواگیر (NCDs)^۱، از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، سرطان و بیماری‌های مزمن ریوی، به عنوان مهمترین عامل مرگ‌ومیر در سطح جهانی شناخته میشوند و در قرن بیست و یکم به چالشی اساسی برای سلامت عمومی تبدیل شده‌اند. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO)^۲، در سال ۲۰۱۶، بیماری‌های غیرواگیر مسئول ۷۱ درصد از کل مرگ‌های جهانی (معادل ۴۱ میلیون نفر از ۵۷ میلیون مرگ) بوده‌اند که در این میان، ۱۵ میلیون مرگ زود هنگام (در سنین ۳۰ تا ۷۰ سال) نیز ثبت شده است. این بار بیماری نه تنها بر سلامت فردی تأثیر میگذارد، بلکه با ایجاد هزینه‌های سنگین درمانی، کاهش بهره‌وری نیروی کار و افزایش فقر، به یک معضل اجتماعی و اقتصادی جدی تبدیل شده است [۱].

در ایران نیز، بیماری‌های غیرواگیر بار سنگینی بر سیستم سلامت و اقتصاد ملی تحمیل کرده‌اند. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۰)، حدود ۸۲ درصد از کل مرگ‌ومیرها و ۱۵ درصد از مرگ‌های زودهنگام در کشور ناشی از این بیماری‌هاست. [۲] علاوه بر این، شیوع فشار خون بالا، چاقی و دیابت به سرعت در حال افزایش است؛ به گونه‌ای که در سال ۲۰۱۶، حدود ۶۵۰ میلیون نفر بالای ۱۸ سال در جهان دچار چاقی بوده‌اند که معادل شیوع ۱۳ درصدی است - رقمی که از سال ۱۹۷۵ تاکنون سه برابر شده است [۱].

در این میان، خدمات بهداشتی اولیه (PHC)^۳، به عنوان سنگ‌بنای اصلی سیستم‌های سلامت، نقش حیاتی در پیشگیری، تشخیص زودهنگام و مدیریت بیماری‌های غیرواگیر ایفا میکند. PHC نه تنها دسترسی عادلانه به خدمات سلامت را تضمین میکند، بلکه با کاهش بار بیمارستانی و تمرکز بر مراقبت‌های پیشگیرانه، بهره‌وری سیستم سلامت را افزایش داده و از نابرابری‌های سلامت می‌کاهد [۳، ۴]. سازمان جهانی بهداشت PHC را به عنوان راهکار کلیدی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت (UHC)^۴، معرفی کرده و تأکید دارد که این خدمات باید جامع، پیوسته و مبتنی بر نیازهای جامعه باشند [۵].

بحران ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹، تأثیرات عمیقی بر سیستم‌های بهداشت و درمان در سراسر جهان گذاشت. در

این شرایط، تمرکز منابع و توجه سیاست‌گذاران به مدیریت بیماری کرونا، منجر به کاهش دسترسی به خدمات مداوم برای بیماران مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر شد. در ایران، بر اساس داده‌های سامانه یکپارچه سلامت (سیب)، ویزیت‌های مربوط به کنترل فشار خون و دیابت در دوره پاندمی به ترتیب ۵۲ درصد و ۲۸ درصد کاهش یافت. این محدودیت در دسترسی، علاوه بر افزایش خطر عوارض بیماری‌ها، زیرساخت‌های خدمات بهداشتی اولیه را به چالش کشید و ضعف‌های ساختاری و عملیاتی در این سطح از ارائه خدمات را آشکار کرد [۶].

با این حال، همه‌گیری کووید-۱۹ فرصتی استثنایی برای بازنگری در سیاست‌های سلامت و تقویت زیرساخت‌های خدمات بهداشتی اولیه فراهم کرد. کشورهایی که دارای شبکه قوی PHC بودند، توانستند با اجرای موفق اقداماتی مانند غربالگری، پیگیری موارد مشکوک، قرنطینه خانگی و مراقبت‌های غیرحضور، فشار بر بیمارستانها را کاهش دهند و بهتر با بحران کنار بیایند. در مقابل، کشورهایی با سیستم PHC ضعیف، با چالش‌های جدی در مدیریت همزمان بیماری‌های واگیر و غیرواگیر مواجه شدند. این تجربیات، لزوم تقویت PHC را به عنوان ستون اصلی مقاوم‌سازی سیستم‌های سلامت در برابر بحران‌های آینده برجسته کرد [۵، ۷].

با توجه به اینکه بیماری‌های غیرواگیر و کووید-۱۹ از نظر عوامل خطر، اثرات اجتماعی-اقتصادی و چالش‌های سیستمی با یکدیگر ارتباط تنگاتنگی دارند، رویکرد تک‌بعدی به مدیریت آنها ناکارآمد است. سیاست‌گذاران باید به عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت توجه کنند و راهکارهای سیستمی برای یکپارچه‌سازی پاسخ به بیماری‌های مزمن و بحران‌های نوظدید ارائه دهند [۶، ۸، ۹].

در ایران، ارائه خدمات به بیماران مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر عمدتاً از طریق شبکه مراکز جامع سلامت و پایگاه‌های بهداشتی در سطح اول انجام میشود. این شبکه، با وجود دسترسی گسترده به جمعیت تحت پوشش و استفاده از سامانه‌های الکترونیکی مانند «سیب»، پتانسیل بالایی برای ادامه خدمات در شرایط بحرانی دارد. با این حال، چالش‌هایی همچون کمبود نیروی انسانی متخصص، ضعف در سیستم ارجاع، محدودیت در ارائه مراقبت‌های غیرحضور و عدم اولویت دهی سیاستی به بیماری‌های غیرواگیر، اثربخشی این سیستم را در دوره پاندمی تحت تأثیر قرار داده است.

با توجه به نقش محوری سطح اول ارائه خدمات سلامت به

1 - Non-communicable Diseases

2 - World Health Organisation

3 - Primary Health Care

4 - Universal Health Coverage

مختصری در مورد مطالعه و اهداف آن برای مشارکت کننده داده شد و رضایت آن ها برای ضبط صدا جلب گردید. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که از مطالب ضبط شده بدون ذکر نام و مشخصات آنها استفاده خواهد شد. طول مدت هر جلسه مصاحبه ۳۰ الی ۶۰ دقیقه به طول انجامید. به منظور حفظ اصول اخلاق پژوهشی و برای آنکه رضایت آگاهانه مشارکت کنندگان در پژوهش جلب شود؛ رازداری، محرمانه و گمنام بودن، امانتداری و نیز آزادی نظر مشارکت کنندگان در حین مصاحبه و بعد از آن رعایت شد.

در بین صحبت ها به منظور روشن شدن و عمق بخشیدن به پاسخ ها و افزایش روایی و پایایی داده ها از سوال های کاوشی از قبیل، چرا؟ لطفاً بیشتر توضیح دهید و لطفاً در این باره مثال بزنید؛ استفاده شد. تمامی مصاحبه ها با استفاده از یک دستگاه الکترونیکی ضبط گردید. بلافاصله بعد از هر مصاحبه ابتدا موارد ضبط شده گوش داده شد تا حس کلی حاصل شود [۱۱]. در پایان هر مصاحبه یک کد واحد به فرم و فایل صوتی اختصاص یافت تا پیگیری به سهولت انجام شود. فرم حاوی خلاصه موضوعات مهم مطرح شده در طی مصاحبه، به رویت مصاحبه شونده ها رسانده شد تا در صورت تأیید و احیاناً اصلاح برخی موارد در فرایند تحلیل استفاده شود. یافته ها توسط مشارکت کنندگان مورد بازبینی قرار گرفت و پژوهشگر نیز یافته ها را جهت اطمینان از انتخاب صحیح تم ها و مقولاتو همخوانی با اظهارات مشارکت کنندگان بررسی نمود. در پژوهش حاضر جهت تعیین قابلیت اعتماد و تاییدپذیری که معادل پایایی در مطالعات کمی است، متن مصاحبه و تم ها و مقولات انتخاب شده توسط یک ناظر بیرونی مورد بازبینی قرار گرفت.

از روش تحلیل محتوا عرفی (قراردادی) با رویکرد تحلیل ترکیبی (قیاسی و استقرائی) برای تحلیل داده های کیفی استفاده شد. تحلیل محتوا روشی است که از طریق بررسی تجربیات و دیدگاه های افراد و نیز تحلیل عوامل مشترک بین این دیدگاه ها امکان تبیین مفهوم موردنظر را فراهم می نماید [۱۲]. براساس این روش، تحلیل و تفسیر در ۵ مرحله شامل آشنایی محقق با داده ها، تولید کد اولیه برای مفاهیم، شناسایی مضامین، بررسی مضامین و شماره گذاری مضامین انجام شد [۱۳]. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار MAXQDA (2020) صورت گرفت. مفاهیم و واحدهای معنایی قابل درک استخراج گردید و خلاصه و کدهای شدند. کدهای

عنوان نقطه ورود اصلی بیماران و اهرم کنترل بار بیمارستانی، بررسی نقاط قوت و ضعف این سطح در شرایط بحرانی از اهمیت بالایی برخوردار است. این مطالعه با هدف شناسایی نقاط قوت و ضعف ارائه خدمات به بیماران مبتلا به بیماری های غیرواگیر در سطح اول سلامت در دوره بحران کووید-۱۹ انجام شده است تا یافته های آن به بهبود سیاست گذاری ها و تقویت زیرساخت های خدمات بهداشتی اولیه در برابر بحران های آینده کمک کند.

روش کار

پژوهش حاضر در قالب یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا در سال ۱۴۰۱ انجام شد. مشارکت کنندگان در این پژوهش را ۱۱ نفر از مدیران فعال در قسمت کنترل بیماری های غیرواگیر در حوزه مراقبت های بهداشتی اولیه (از دانشگاه های علوم پزشکی بوشهر، شیراز، قزوین، کرمان، زاهدان، مازندران، اراک، اصفهان، شهید بهشتی، ایران و تهران) تشکیل دادند. شایان ذکر است که در انتخاب شرکت کنندگان از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد. بدین معنی که از دیدگاه افرادی استفاده شد که بیشترین و غنی ترین اطلاعات را در اختیار تیم پژوهشی قرار دهند [۱۰]. معیارهای اصلی انتخاب شرکت کنندگان، داشتن دانش و تجربه در نظام مراقبت از بیماری های غیرواگیر و همچنین داشتن حداقل سه سال سابقه کار مدیریتی/اجرایی در حوزه پیشگیری از بیماری های غیرواگیر بود. معیار خروج بر اساس عدم همکاری مناسب افراد، نداشتن علاقه به مشارکت در پژوهش و نداشتن آشنائی با برنامه بود. داده ها از طریق مصاحبه های انفرادی جمع آوری و نظرات شفاهی شرکت کنندگان ثبت شد. با توجه به اینکه روش مصاحبه نیمه ساختار یافته بود لذا با استفاده از متون مرتبط و مبتنی بر اهداف مطالعه یک راهنمای مصاحبه تدوین گردید. به منظور سنجش روایی، راهنمای مصاحبه برای ۶ نفر از صاحب نظران ارسال و نظرات ایشان لحاظ شد. ضمناً روایی این راهنما با برگزاری یک مصاحبه پایلوت بررسی و مورد تایید قرار گرفت. پس از انتخاب مشارکت کنندگان و قبل از هر مصاحبه از طریق تماس تلفنی با فرد مورد نظر ضمن معرفی خود توضیحات لازم در خصوص اهداف مصاحبه و ارزشمند بودن تجارب مصاحبه شونده در تحقق این اهداف داده شد و سپس هماهنگی های لازم برای انجام مصاحبه به صورت حضوری و یا تلفنی صورت گرفت. در شروع مصاحبه توضیح

جدول ۱- اطلاعات جمعیت شناختی مصاحبه‌شوندگان

ردیف	نام دانشگاه	جنس	سن (سال)	سابقه کار (سال)	مدرک تحصیلی
۱	علوم پزشکی بوشهر	زن	۵۱	۲۴	دکتری
۲	علوم پزشکی شیراز	زن	۴۵	۲۳	کارشناسی ارشد
۳	علوم پزشکی قزوین	زن	۴۴	۲۲	کارشناسی ارشد
۴	علوم پزشکی کرمان	مرد	۴۸	۲۶	کارشناسی ارشد
۵	علوم پزشکی زاهدان	زن	۴۸	۲۴	دکتری
۶	علوم پزشکی مازندران	زن	۵۱	۲۴	دکتری
۷	علوم پزشکی اراک	زن	۴۵	۲۳	دکتری
۸	علوم پزشکی اصفهان	زن	۵۲	۲۶	دکتری
۹	علوم پزشکی بهشتی	زن	۴۹	۲۳	دکتری
۱۰	علوم پزشکی ایران	زن	۵۰	۲۵	دکتری
۱۱	علوم پزشکی تهران	زن	۵۱	۲۶	دکتری

تحقیق و اقدامات انجام شده در مسیر مطالعه امکان پیگیری و خصوصیات جامعه مورد مطالعه و سیر تحقیق برای دیگران فراهم گردد^۱ و همچنین افرادی که از این تحقیق بهره می‌برند با داشتن اطلاعات کافی از درون مایه‌ها، طبقات و سازه‌های حاصل بتوانند در مورد تحقیق قضاوت نمایند و به علاوه سعی شد تا توصیفی غنی از اطلاعات برای خوانندگان فراهم شود. قابلیت اعتماد که معادل پایایی در مطالعات کمی است به معنای پایداری داده‌ها در طول زمان و شرایط مشابه است و از طریق تکرار گام به گام و حسابرسی صورت می‌گیرد. در پژوهش حاضر جهت تعیین قابلیت اعتماد و تاییدپذیری، متن مصاحبه و درون مایه‌های انتخاب شده توسط ناظر خارجی مورد بازبینی قرار گرفت [۱۲، ۱۳].

یافته‌ها

اطلاعات مشارکت کنندگان در این مطالعه که از مدیران میانی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور هستند در جدول ۱ ارائه شده است.

این مطالعه به بررسی نقاط قوت و ضعف سیستم ارائه خدمات در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی در ایران در دوران پاندمی کووید-۱۹، با تمرکز بر مدیریت بیماری‌های

مشابه به منظور ساخت زیر طبقات به لحاظ مفهوم گروه‌بندی شدند. برای هر طبقه نامی که معرف کدهای قرار گرفته در آن باشد انتخاب شد. با مقایسه روابط، مفاهیم، تضادها و نظریات مشاهده شده، درون مایه‌های مورد نظر، از یافته‌ها استخراج گردید.

اعتبار و کیفیت داده‌ها با روش گوبا و لینکلن^۵ شامل اعتباربخشی، انتقال‌پذیری، تاییدپذیری و اعتمادبخشی ارزیابی شد [۱۴، ۱۵]. اعتبار عبارت است از فعالیت‌هایی که منجر به افزایش احتمال تولید یافته‌های حقیقی و معتبر می‌شوند. در این پژوهش برای اطمینان از مقبولیت داده‌ها از نظرسنجی مشارکت‌کنندگان در جریان مطالعه استفاده گردید. محقق با صرف زمان کافی جهت جمع‌آوری داده‌ها و نگارش یادداشت دامنه و یادآور در طول پژوهش^۶ و همچنین رفت و برگشت‌های مکرر^۷ در داده‌ها و بازبینی و بررسی فرایند تحلیل و مقوله‌های به دست آمده درگیری طولانی مدت^۸ خود را حفظ کرد که این امر میزان اعتبار بخشی داده‌های پژوهش را به حد قابل قبولی افزایش داده است. برای افزایش قابلیت انتقال داده‌ها تلاش پژوهشگر بر این بود تا با توصیف دقیق و هدفمند فرایند

5 - Guba and Lincoln

6 - Memo writing

7 - Continuous comparison

8 - Prolonged involvement

9 - Audit trailing

فعال بیماران حتی در شرایط قرنطینه و محدودیت‌های حرکتی فراهم بود.

«لیست بیماران دیابتی و فشارخونی را داشتیم و می‌توانستیم به‌راحتی پیگیری تلفنی انجام دهیم. این امکان، یک نقطه قوت کلیدی در دوران پاندمی بود.» (مشارکت‌کننده ۳)

همچنین، سیستم تقسیم‌بندی جغرافیایی جمعیت (شبکه‌بندی) به گونه‌ای بود که هر مرکز بهداشتی مسئولیت مراقبت از یک جمعیت مشخص را بر عهده داشت. این امر منجر به احساس مسئولیت بیشتر در مراقبین سلامت و ارتقای کیفیت پیگیری بیماران شد.

«سیستم شبکه ما نقطه قوت بزرگی بود؛ چون جمعیت به‌خوبی تعریف شده بود و هر مراقب سلامت موظف به مراقبت از بیماران منطقه خودش بود.» (مشارکت‌کننده ۹)

علاوه بر این، وجود سامانه ثبت الکترونیک بیماران (سامانه سیب) امکان دسترسی به اطلاعات دموگرافیک و تماس بیماران را فراهم کرد. این سامانه نقش حیاتی در ارائه خدمات غیرحضوری و آموزش تلفنی به بیماران داشت.

غیرواگیر پرداخته است. یافته‌ها از طریق تحلیل کیفی گفتار شرکت‌کنندگان استخراج و در دو دسته اصلی نقاط قوت و نقاط ضعف طبقه‌بندی شدند. (جدول ۲)

۱. نقاط قوت سیستم ارائه خدمات در سطح اول

یافته‌ها نشان داد که ساختار موجود در شبکه بهداشتی ایران، به‌ویژه در بحران پاندمی، دارای قابلیت‌های قابل توجهی در دسترسی به جمعیت تحت پوشش و ارائه خدمات پایه به بیماران مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر بود. این نقاط قوت در دو دسته کلی دسترسی به جمعیت تحت پوشش و سایر عوامل تسهیل‌کننده دسته‌بندی شدند.

۱.۱ دسترسی به جمعیت تحت پوشش

یکی از مهم‌ترین مزیت‌های سطح اول مراقبت‌های بهداشتی، دسترسی گسترده و مستقیم به جمعیت تحت پوشش بود. شرکت‌کنندگان به این موضوع اشاره کردند که با توجه به شناخت عمیق مراقبین سلامت (مانند بهورزان و کارکنان خانه‌های بهداشت) از جمعیت محلی، امکان پیگیری

جدول ۲- خلاصه یافته‌های مطالعه‌ی تحلیل کیفی نقاط قوت و ضعف نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ایران در مدیریت بیماری‌های غیرواگیر طی پاندمی کووید-۱۹

مفهوم اصلی	گروه	زیرگروه
نقاط قوت	دسترسی به جمعیت تحت پوشش	دسترسی به جمعیت تحت پوشش و داشتن اطلاعات بیماران
		وجود سیستم شبکه
	سایر عوامل تسهیل کننده	وجود سامانه ثبت بیماران
وجود برنامه ایران		
نقاط ضعف	برنامه‌ریزی	وجود دستگاه های پورتابل
		بیشتر شدن اعتماد مردم
		نگرش نامناسب مسئولین
		عدم اولویت دهی به بیماری‌های غیرواگیر
نقاط ضعف	برنامه‌ریزی	درمان نگر بودن سیستم سلامت
		عدم ارائه مراقبت غیرحضوری
		عدم برنامه‌ریزی مناسب
		ثبت داده های سطحی
نقاط ضعف	برنامه‌ریزی	ضعف نظام پرداخت
		چند پیشگی پرسنل و عدم وجود نیروی تخصصی غیرواگیر
		برون سپاری یا خصوصی بودن پایگاه‌ها
		ضعف سیستم ارجاع
نقاط ضعف	سازماندهی	کمبود پزشک
		کمبود تجهیزات

چالش‌های ساختاری و عملیاتی متعددی مواجه بود. این نقاط ضعف در دو دسته اصلی برنامه‌ریزی و سازماندهی طبقه‌بندی شدند.

۲.۱ ضعف در برنامه‌ریزی

- نگرش نامناسب مسئولین نسبت به بیماری‌های غیرواگیر: بسیاری از شرکت‌کنندگان اشاره کردند که سیاست‌گذاران و مسئولین سطوح بالای سیستم سلامت، به‌طور سیستماتیک، اولویت‌دهی ناکافی به بیماری‌های غیرواگیر داشتند.
- «مسئولین در وزارتخانه به غیرواگیر توجهی نمی‌کردند. جلسات زیادی می‌گذارند، اما هنوز به باور لازم نرسیده‌اند.» (مشارکت‌کننده ۱)

- عدم اولویت‌دهی به بیماری‌های غیرواگیر در دوران بحران: در طول پاندمی، تمام منابع انسانی و مالی به مبارزه با کووید اختصاص یافت و خدمات غیرواگیر به‌طور گسترده‌ای در حاشیه قرار گرفت.

«در شهرهای کوچک، تمام نیروها به کووید بسیج شدند و خدمات غیرواگیر عملاً متوقف شد.» (مشارکت‌کننده ۶)

- درمان‌نگری سیستم سلامت: شرکت‌کنندگان به تمرکز بیش‌ازحد سیستم سلامت بر درمان به جای پیشگیری و مراقبت طولانی‌مدت اشاره کردند که این رویکرد در بحران، اثرات منفی دوچندانی داشت.

- عدم ارائه مراقبت غیرحضور: با وجود امکان پیگیری تلفنی، سیستماتیک نبودن مراقبت غیرحضور (مانند تله‌مدیسین) یک محدودیت بزرگ بود. بسیاری از بیماران مجبور بودند برای کنترل قند و فشار خون به‌صورت حضوری مراجعه کنند که خطر قرار گرفتن در معرض کووید را افزایش می‌داد.

«بیماران با بیماری زمینه‌ای نیاز به مراقبت بیشتری داشتند، اما مجبور بودند حضوری مراجعه کنند.» (مشارکت‌کننده ۳)

- عدم برنامه‌ریزی پیش از بحران: شرکت‌کنندگان اشاره کردند که هیچ برنامه‌ای برای حفظ خدمات غیرواگیر در شرایط بحران وجود نداشت و تنها پس از مشاهده افزایش مرگ‌ومیر در بیماران با بیماری زمینه‌ای، این موضوع جدی گرفته شد.

- ثبت داده‌های سطحی: به دلیل کاهش مراجعات حضوری، بسیاری از داده‌ها بر اساس گزارش خود بیمار ثبت می‌شد که منجر به کیفیت پایین داده‌ها و عدم قابلیت اطمینان در تصمیم‌گیری‌های سیاستی شد.

«سامانه سبب به ما کمک کرد تا اطلاعات بیماران را استخراج کنیم و از طریق تماس تلفنی، آموزش لازم را ارائه دهیم.» (مشارکت‌کننده ۷)

همچنین، گزارش شد که پیش از توسعه این سامانه‌ها، اطلاعات بیماران غیرواگیر ناقص و پراکنده بود، اما در دوران پاندمی، افزایش چشم‌گیر در شناسایی بیماران (به‌ویژه دیابتی‌ها) رخ داد که منجر به ایجاد یک پایگاه داده معتبر شد.

۱.۲ سایر عوامل مثبت

شرکت‌کنندگان به چندین عامل دیگر به عنوان نقاط قوت سیستم اشاره کردند:

- اجرای برنامه ایران: این برنامه با هدف یکپارچه‌سازی خدمات پیشگیری و غربالگری، امکان ارائه خدمات متعدد بهداشتی (از جمله اندازه‌گیری فشار خون، غربالگری سرطان و ارزیابی عوامل خطر قلبی-عروقی) در یک نوبت مراجعه را فراهم کرد. این رویکرد به‌ویژه در دوران پاندمی، زمان و تعداد مراجعات حضوری را کاهش داد.

«با اجرای ایران، می‌توانیم تمام خدمات پیشگیرانه را در یک جلسه و در مرکز محل سکونت بیمار ارائه دهیم.» (مشارکت‌کننده ۸)

- وجود تجهیزات پورتابل: تجهیزاتی مانند دستگاه‌های اندازه‌گیری قند خون، HbA1c و تست‌های سریع^{۱۰} در بسیاری از مراکز بهداشتی استانی فراهم بود که امکان انجام ارزیابی‌های اولیه را در محل یا خانه بیمار فراهم می‌کرد.

- افزایش اعتماد مردم به سیستم بهداشتی: شرکت‌کنندگان اشاره کردند که در ابتدای پاندمی، مردم به خدمات بهداشتی عمومی اعتماد محدودی داشتند، اما با افزایش نقش مراکز بهداشت در مدیریت بحران کووید-۱۹، اعتماد عمومی به سیستم بهداشت افزایش یافت.

«قبل از کووید، مراجعات بسیار کم بود، اما حالا مردم فهمیدند که می‌توانند به خدمات بهداشتی اعتماد کنند.» (مشارکت‌کننده ۱)

۲. نقاط ضعف سیستم ارائه خدمات در سطح اول

با وجود نقاط قوت، یافته‌ها نشان داد که سیستم ارائه خدمات به بیماران غیرواگیر در سطح اول در دوران پاندمی با

وظایف اصلی، بحران را مدیریت کند.» (مشارکت‌کننده ۱۰)

بحث

با توجه به هدف این مطالعه که شناسایی نقاط قوت و ضعف مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ارائه خدمات به بیماران غیرواگیر در شرایط بحرانی مانند کووید ۱۹ می‌باشد، مشخص گردید که وجود سیستم شبکه و داشتن اطلاعات بیماران و وجود برنامه‌هایی مانند ایرپین از جمله قابلیت‌های سطح اول ارائه خدمات در کشور می‌باشد. در عین حال نگرش نامناسب مسئولین، چندپیشگی پرسنل و کمبود منابع عواملی هستند که نیاز به توجه و بهبود دارند.

ساختار شبکه بهداشتی ایران (با دارا بودن سامانه سبب و دسترسی به جمعیت تحت پوشش) به عنوان یک نقطه قوت حیاتی، مشابه سیستم‌های موفق در کشورهایی مانند تایلند عمل کرده است. در تایلند، وجود نظام شبکه و سیستم ثبت الکترونیک سلامت (eHealth) طی پاندمی کووید-۱۹، امکان ردیابی بیماران غیرواگیر را حتی در مناطق روستایی فراهم کرد [۱۶، ۱۷]. در ایران نیز سامانه سبب با ثبت داده‌های دموگرافیک، پایه‌ای برای ارائه خدمات غیرحضوری بود، هرچند نبود زیرساخت‌های دیجیتال پیشرفته (مانند اپلیکیشن‌های نظارت بر بیماران) نسبت به مدل کره جنوبی یک ضعف محسوب می‌شود [۱۸-۲۰].

از سوی دیگر، کاهش اولویت بیماری‌های غیرواگیر در سیاست‌گذاری سلامت ایران، بازتابی از تجربه جهانی طی پاندمی است. به عنوان مثال، در مکزیک، غربالگری و مراقبت دیابت طی سال ۲۰۲۰ نسبت به دوره پیش از پاندمی کاهش چشم‌گیری داشته است و تنها ۳۴ درصد افرادی که نیاز به خدمات داشته‌اند توانسته‌اند از خدمات سطح اول استفاده کنند [۲۱، ۲۲]. همچنین میزان کنترل بیماری فشارخون بالا در مکزیک از ۶۸ درصد به ۵۵ درصد کاهش داشته است که همسو با گزارش مشارکت‌کنندگان ایرانی مبنی بر به حاشیه رانده شدن غیرواگیر است [۲۳-۲۵]. این مسئله در کشورهای با درآمد کم-متوسط (LMICs) به دلیل تمرکز منابع بر واگیرها، یک الگوی تکراری است. بطوریکه در پرو، گواتمالا، آرژانتین، برزیل و سایر کشورهای آمریکای لاتین نیز گزارش شده است [۲۳، ۲۶، ۲۷].

برنامه ایرپین (یکپارچه‌سازی خدمات پیشگیری) به عنوان یک نوآوری ملی، امکان ارائه خدمات غیرواگیر با حداقل

• ضعف نظام پرداخت و انگیزشی: نظام پرداخت به کارکنان سطح اول نیز به عنوان یک چالش مطرح شد و برخی از شرکت‌کنندگان به ناکارآمدی سیستم انگیزشی اشاره کردند.

«سقف محدودی را برای پرداخت تعیین می‌کردند و می‌گفتند که کمتر از این می‌توانید پرداخت کنید ولی بیشتر از این نه.» (مشارکت‌کننده ۸)

۲.۲ ضعف در سازماندهی

• چندپیشگی شدید نیروها و عدم تخصص در غیرواگیر: یکی از مهم‌ترین چالش‌ها، تخصیص نیروهای سطح اول به خدمات مرتبط با کووید بود. حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد وقت کارکنان به واکسیناسیون، تست و ردیابی تماس اختصاص یافت.

«همه نیروها درگیر کووید شدند و خدمات غیرواگیر تحت تأثیر شدید قرار گرفت.» (مشارکت‌کننده ۷)

همچنین، عدم وجود نیروی تخصصی اختصاصی برای بیماری‌های غیرواگیر در سطح اول، باعث کاهش کیفیت مراقبت شد.

• برون‌سپاری پایگاه‌های بهداشتی: برخی از پایگاه‌های بهداشتی به بخش خصوصی برون‌سپاری شده بودند که منجر به کاهش تعهد و کیفیت خدمات نسبت به نیروهای تحت مدیریت مستقیم بهداشت شد.

«اگر کارکنان برون‌سپاری شده، پرسنل خودمان بودند، اثر بهتری مشاهده می‌شد.» (مشارکت‌کننده ۱۰)

• ضعف سیستم ارجاع: عدم اجرای صحیح سیستم ارجاع از سطح اول به تخصصی، باعث تأخیر در دریافت خدمات و افزایش بار بیمارستانی شد. شرکت‌کنندگان تأکید کردند که اجرای صحیح ارجاع، می‌توانست بار بیماری‌های غیرواگیر را به‌طور چشم‌گیری کاهش دهد.

• کمبود پزشک: حتی با وجود وجود پزشک خانواده در برخی نقاط، نسبت بالای جمعیت به پزشک (در برخی مناطق تا ۵۰ هزار نفر به یک پزشک) و کیفیت پایین مراقبت، یک محدودیت ساختاری بود.

• کمبود تجهیزات: سیستم بهداشتی در بسیاری از مناطق، فاقد تجهیزات کافی برای مدیریت همزمان بحران کووید و ادامه خدمات غیرواگیر بود.

«بهداشت ما در شرایطی بود که نمی‌توانست علاوه بر

مبتلا به فشارخون بالا را افزایش داده است و پیامدهای بالینی را نیز بررسی کرده‌اند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه کیفی، تحلیلی از عملکرد نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران در مدیریت بیماری‌های غیرواگیر طی پاندمی کووید-۱۹ است. یافته‌ها نشان می‌دهند که ساختار شبکه بهداشتی و برنامه‌های نوآورانه (مانند ایراپن) به عنوان نقاط قوت، امکان تداوم نسبی خدمات را فراهم کردند، اما چالش‌های سیاستی (عدم اولویت‌دهی، درمان‌محوری) و محدودیت‌های سازمانی (چندپیشگی پرسنل، ضعف تله‌مدیسین) اثرات منفی قابل توجهی برجای گذاشتند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

پیشنهاد می‌شود نیروی انسانی متخصص در سطح مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) برای مدیریت بحران‌های آتی غیرواگیر ایجاد شود، شاخص‌های عملکرد غیرواگیر در ارزیابی پاسخ استان‌ها به پاندمی ادغام گردند و سرمایه‌گذاری هدفمندی در زیرساخت‌های دیجیتال (از جمله اپلیکیشن‌های نظارتی) صورت پذیرد تا وابستگی به خدمات حضوری کاهش یابد. از سوی دیگر، برای تحقیقات آتی، بررسی تطبیقی عملکرد استان‌های دارای سیستم ارجاع مؤثرتر (مانند استان فارس) با مناطق محروم و تحلیل هزینه-اثربخشی برنامه ایراپن در مقایسه با مدل‌های ترکیبی (حضوری-غیرحضوری) توصیه می‌شود تا شواهد مبنایی قوی‌تری برای بهینه‌سازی خدمات سلامت در شرایط بحرانی فراهم گردد.

قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند که از مسئولان معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که با مساعدت خود انجام این تحقیق را میسر ساختند، تشکر نمایند.

کد اخلاق

این مقاله دارای کد اخلاق IR.IUMS.REC.1400.375 می‌باشد

مراجعه حضوری را فراهم کرد. این مدل شباهت‌هایی به برنامه PHC در اتیوپی دارد که در آن ادغام خدمات غیرواگیر در مراقبت‌های اولیه، پوشش جمعیتی را بهبود بخشید [۲۸]. با این حال، عدم توسعه تله‌مدیسین در ایران (برخلاف تجربه آفریقای جنوبی که بسیاری بیماران دیابتی از مشاوره تلفنی بهره بردند) یک شکاف عملیاتی محسوب می‌شود [۲۹].

عدم برنامه‌ریزی مناسب قبلی جهت آمادگی برای بحران‌هایی این چنین در کشورهای در حال توسعه مانند کنیا نیز گزارش شده است. چندپیشگی پرسنل بهداشتی که در این مطالعه به عنوان یک ضعف کلیدی شناسایی شد، مشابه چالش‌های گزارش‌شده در هند طی موج دوم کووید-۱۹ است، جایی که بسیاری از نیروهای PHC به جای خدمات غیرواگیر، به واکسیناسیون و ردیابی تماس‌ها اختصاص یافتند [۳۰]. این مسئله نشان می‌دهد که سیستم‌های بهداشتی فاقد ذخایر نیروی انسانی تخصصی (مانند کارشناسان غیرواگیر) در مواجهه با بحران‌ها آسیب‌پذیرترند [۳۱].

همچنین، ضعف سیستم ارجاع در ایران که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کردند، مشابه مطالعات انجام‌شده در برزیل است. در آنجا، عدم هماهنگی بین سطوح مختلف خدمات سلامت، منجر به افزایش ۳۰ درصدی بستری بیماران فشارخونی طی پاندمی شد. همچنین در مکزیک سیستم بهداشتی تکه تکه به عنوان چالشی برای مقابله با بحران‌ها ذکر شده است [۲۳، ۳۲]. این یافته‌ها بر ضرورت بازطراحی سیستم ارجاع مبتنی بر عملکرد در ایران تأکید دارند.

در کشورهای در حال توسعه کمبود منابع و تجهیزات در ارائه خدمات در زمان بحران تأثیرگذار است به عنوان مثال در مطالعاتی که در هند انجام شده است بر ضعف تجهیزاتی سیستم بهداشتی و درمانی در سطح اول ارائه خدمات تأکید شده است [۳۰].

این پژوهش محدودیت‌هایی داشته از جمله اینکه مشارکت‌کنندگان این مطالعه فقط مدیران میانی دانشگاه‌ها هستند و دیدگاه بیماران، کارکنان خط مقدم (بهورزان، پزشکان خانواده) یا سیاست‌گذاران کلان در نظر گرفته نشده است. همچنین این مطالعه بر ادراکات متمرکز بود، در حالی که پژوهش‌های دیگری نشان داده‌اند که اختلالات خدمات غیرواگیر طی پاندمی، مرگ‌ومیر بیماران دیابتی و بیماران

References

1. Riley L, Cowan M. Noncommunicable diseases country profiles 2018. World Health Organization; Switzerland, Geneva. 2018: 220-10
2. Riley L, Cowan M, Carlos M. Noncommunicable diseases progress monitor 2020. World Health Organization; Switzerland, Geneva. 2020: 1-90.
3. Stigler FL, Macinko J, Pettigrew LM, Kumar R, Van Weel C. No universal health coverage without primary health care. *The Lancet*. 2016;387(10030):1811.
4. Azarpazhooh MR, Morovatdar N, Avan A, Phan TG, Divani AA, Yassi N, et al. COVID-19 pandemic and burden of non-communicable diseases: An ecological study on data of 185 countries. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 2020;29(9):105089.
5. De Maeseneer J, Li D, Palsdottir B, Mash B, Aarendonk D, Stavdal A, et al. Universal health coverage and primary health care: the 30 by 2030 campaign. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020;98(11):812.
6. Paul E, Brown GW, Ridde V. COVID-19: time for paradigm shift in the nexus between local, national and global health. *BMJ global health*. 2020;5(4):e002622.
7. Minghui R, Simao M, Mikkelsen B, Kestel D, Ball A, Szilagyi Z. Gaps in access to essential medicines and health products for noncommunicable diseases and mental health conditions. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020;98(9):582.
8. Peykari N, Djalalinia S, Qorbani M, Sobhani S, Farzadfar F, Larijani B. Socioeconomic inequalities and diabetes: A systematic review from Iran. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2015;14(1):8.
9. Chauhan V, Galwankar S, Arquilla B, Garg M, Di Somma S, El-Menyar A, et al. Novel coronavirus (COVID-19): Leveraging telemedicine to optimize care while minimizing exposures and viral transmission. *Journal of emergencies, trauma, and shock*. 2020;13(1):20-4.
10. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and policy in mental health and mental health services research*. 2015;42(5):533-44.
11. Abbaszadeh A, Salmani N, Rassouli M. Perceptions of mothers from barriers of nursing care satisfaction: a qualitative research. *Journal of qualitative Research in Health Sciences*. 2014;3(1):51-61.
12. Farzadfar F, Jafari S, Rahmani K, Valiee S, Bidarpour F, Molasheikhi M, et al. Views of managers, health care providers, and clients about problems in implementation of urban family physician program in Iran: a qualitative study. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2017;22(5), 66-83.
13. Ghorrabi AT, Kakemam E, Moradi-Joo E, Dehcheshmeh NF. Challenges of the organizational structure of county health network in Iran: findings from a qualitative study. *BMC health services research*. 2022;22(1):712.
14. Guba EG, Lincoln YS. *Handbook of Qualitative Research*. 1st ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994. 105-194.
15. Lietz CA, Zayas LE. Evaluating qualitative research for social work practitioners. *Advances in Social work*. 2010;11(2):188-202.
16. Coates M, Cheh PLJ, Suenghataiphorn T, Laohavinij W, Pholpark A, Ritthisirikul N, et al. Maintaining non-communicable disease (NCD) services during the COVID-19 pandemic: lessons from Thailand. *BMJ Global Health*. 2024;8(Suppl 6):e014695.
17. Pitayarangsarit S, Bhagaman N, Yodmai K, Thangsirikul N, Tipayamongkhogul M. The resiliency of noncommunicable diseases services during the public health crisis: a lesson from Bangkok, Thailand. *BMC Health Services Research*. 2023;23(1):409.
18. Lee D, Choi B. Policies and innovations to battle Covid-19—A case study of South Korea. *Health Policy and Technology*. 2020;9(4):587-97.
19. Park S, Choi GJ, Ko H. Information technology-based tracing strategy in response to COVID-19 in South Korea—privacy controversies. *Jama*. 2020;323(21):2129-30.
20. Yang C. Digital contact tracing in the pandemic cities: Problematizing the regime of traceability in South Korea. *Big data & society*. 2022;9(1):20539517221089294.
21. Colchero MA, Gomez R, Pineda-Antunez CJ, Bautista-Arredondo S. Health care utilization during the Covid-19 pandemic in Mexico: the cascade of care. *salud pública de méxico*. 2021;63(6):743-50.
22. Martinez-Juarez LA. (dissertation). Assessment of public health services for diabetes mellitus and diabetic retinopathy during the COVID-19 pandemic in the State of Hidalgo, Mexico. london. University of london. 2022: 130-22.
23. Ogungebe O, Jabakhanji SB, Mehta R, McCaffrey J, Byrne D, Hurley S, et al. Disruption to diabetes and hypertension care during the COVID-19 pandemic in Latin America and the Caribbean and mitigation approaches: a scoping review. *BMC Health Services*

- Research. 2025;25(1):660.
24. Barzegari J, Raeissi P, Hashemi S-M, Aryan Khesal A, Reisi N. Delivering primary health care (PHC) services for controlling NCDs during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Journal of prevention*. 2023;44(5):579-601.
 25. Barzegari J, Raeissi P, Reisi N, Hashemi M, AryanKhesal A. Examining the care of noncommunicable diseases at the first level of providing services during the COVID-19 pandemic. *Journal of Public Health*. 2024;32(9):1625-30.
 26. Zafra-Tanaka JH, Najarro L, Tenorio-Mucha J, Lazo-Porras M, Bartra D, Bazán G, et al. COVID-19's impact on type 1 diabetes management: a mixed-methods study exploring the Peruvian experience. *The International journal of health planning and management*. 2022;37:129-43.
 27. Guarchaj M, Tschida S, Chew JPM, Aguilar A, Flood D, Fort MP, et al. Impact of COVID-19 on diabetes care: mixed methods study in an Indigenous area of Guatemala. *BMJ open*. 2024;14(1):e079130.
 28. Tesema AG, Abimbola S, Mulugeta A, Ajisegiri WS, Narasimhan P, Joshi R, et al. Health system capacity and readiness for delivery of integrated non-communicable disease services in primary health care: a qualitative analysis of the Ethiopian experience. *PLOS Global Public Health*. 2021;1(10):e0000026.
 29. Peer N, Mashiane T, Oris M, Mwangi K, Sureshkumar S, Kengne A-P. Non-communicable disease and mental health care during the COVID-19 pandemic in South Africa: Perspectives from selected healthcare professionals and patients. *PLoS One*. 2025;20(5):e0318156.
 30. Malik MA. Fragility and challenges of health systems in pandemic: lessons from India's second wave of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Global Health Journal*. 2022;6(1):44-9
 31. Yusefi AR, Sharifi M, Nasabi Ns, Rezabeigi Davarani E, Bastani P. Health human resources challenges during COVID-19 pandemic; evidence of a qualitative study in a developing country. *PloS one*. 2022;17(1):e0262887.
 32. Gallardo-Rincón H, Gascon JL, Martínez-Juárez LA, Montoya A, Saucedo-Martínez R, Rosales RM, et al. MIDO COVID: A digital public health strategy designed to tackle chronic disease and the COVID-19 pandemic in Mexico. *Plos one*. 2022;17(11):e0277014.

Qualitative Analysis of the Strengths and Weaknesses of Iran's Primary Healthcare System in Managing Non-Communicable Diseases During the COVID-19 Pandemic

Javad Barzegari¹, Poursan Raeissi^{2*}, Aidin AryanKhesal⁴, Nahid Reisi⁵, Masoud Hashemi⁶

1- PhD in Healthcare management, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- PhD in Psychology, Professor, Department of Health Services Management, School of Health Services Management and Medical Information Science, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- PhD in Health policy, Professor, School of Health Services Management and Medical Information Science, Department of Health Services Management, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- MD, Professor, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

5- MD, Professor, School of Medicine, Department of Anesthesiology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Given the critical importance of preventing and controlling non-communicable diseases (NCDs), this study aims to examine the strengths and weaknesses of healthcare service delivery for NCD patients at the primary healthcare level during crises such as the COVID-19 pandemic.

Methods: The present qualitative research was conducted with the content analysis method in 2022, and the data was collected with the participation of 11 experts (in charge of non-communicable diseases from 11 universities of medical sciences in Iran) through individual interviews and analyzed using MAXQDA software.

Results: Analysis revealed key strengths and weaknesses in non-communicable disease (NCD) service delivery during the pandemic. Strengths included effective population access through the primary healthcare network, patient registries, implementation of the IraPEN program, use of portable devices, and increased public trust. Weaknesses fell into two categories: planning gaps—such as superficial data recording, low managerial priority for NCDs, and limited telemedicine—and organizational challenges, including staff multitasking, privatization of health centers, weak referral systems, and shortages of personnel and equipment. These factors collectively undermined the continuity and quality of chronic care during the crisis.

Conclusion: Findings indicate that the health network structure and innovative programs (such as Ira-PEN) served as key strengths that enabled the relative continuity of services. However, policy-related challenges (such as lack of prioritization and a treatment-oriented approach) and organizational limitations (including staff multitasking and weaknesses in telemedicine infrastructure) have had significant negative impacts.

Keywords: Primary health services, Non-communicable diseases, Covid-19, Health Crisis Management

Please cite this article as follows:

Barzegari J, Raeissi P, AryanKhesal A, Reisi N, Hashemi M. Qualitative Analysis of the Strengths and Weaknesses of Iran's Primary Healthcare System in Managing Non-Communicable Diseases During the COVID-19 Pandemic. *Hakim Health Sys Res.* 2023; 26(3): 297-307.

***Corresponding Author:** PhD in Psychology, Professor, Department of Health Services Management, School of Health Services Management and Medical Information Science, Iran University of Medical Sciences, No. 6, Rashid Yasemi St. Vali -e Asr Ave. E-mail: raeissi.p@iums.ac.ir

Copyright © 2023 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research (NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.