مقاله پژوهشی

الگوی فرایندی خلق مشترک ارزش در اکوسیستم خدمات سلامت

محسن رادپور [۱]، سیدحسن حاتمی نسب [*۲]، شهناز نایب زاده [۳]

[۱] دانشجوی دکتری مدیریت بازاریابی، گروه مدیریت بازرگانی، واحدیزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران
[۲] استادیار، گروه مدیریت بازرگانی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران
[۳] دانشیار، گروه مدیریت بازرگانی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

* **نویسنده مسؤول:** سیدحسن حاتمی نسب
hataminasab@iauyazd.ac.ir

ارجاع: رادپور محسن، حاتمی نسب سیدحسن، نایب زاده شهناز. الگوی فرایندی خلق مشترک ارزش در اکوسیستم خدمات سلامت. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۰؛ ۶(۴): ۲۸-۳۱۷.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۰۸
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۱۲/۱۱
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: داشتن رویکرد فراگیر و تبیین نقش و شیوه مشارکت بازیگران در اکوسیستم خدمات سلامت عاملی حیاتی در حوزه بهداشت و درمان به شمار می‌رود. پژوهش حاضر با هدف طراحی الگوی فرایندی خلق مشترک ارزش در اکوسیستم خدمات سلامت تبیین گردیده است.

روش پژوهش: پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر گردآوری اطلاعات توصیفی- پیمایشی و با روش کیفی ۲ مرحله‌ای انجام گردیده است. ابتدا با استفاده از روش مروری نظام‌مند، مبانی نظری ۲۳ مقاله و گزارش علمی در مبانی نظری خلق مشترک ارزش در حوزه سلامت مرور شد و الگوی اولیه طراحی گردید و سپس برای تأیید و تکمیل عوامل شناسایی شده در مرحله اول، با ۱۰ نفر از خبرگان دانشگاهی و حرفه‌ای آشنا به مفهوم هم‌آفرینی ارزش در حوزه سلامت از طریق ترکیب نمونه‌گیری هدفمند قضاوتی و زنجیره‌ای انتخاب و با آن‌ها مصاحبه انجام گردید. تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصل از این مصاحبه‌ها نیز با روش تحلیل مضمون انجام گرفت.

یافته‌ها: در این پژوهش ۳ مقوله و ۵۴ زیرمقوله در سطوح اکوسیستم سلامت استخراج گردید. براساس نتایج به دست آمده، الگوی نهایی در ۳ مرحله آمادگی فرایندی، شبکه ارزش فرایندی و دستاوردهای فرایندی در ۳ سطح خرد، متوسط و کلان طراحی شد و بر اساس آن، کارکردها و وظایف نقش‌آفرینان در اکوسیستم خدمات سلامت تبیین گردید.

نتیجه‌گیری: وضوح نقش بازیگران و کسب آمادگی لازم برای ایفای نقش، زمینه‌ساز ابتکارات ساختاری در هم‌آفرینی ارزش محسوب می‌گردد. همچنین وجود بسترهای تسهیل‌کننده مشارکت از بعد فنی و قانون گذاری، زمینه مشارکت بیشتر را فراهم می‌کند. الگوی ارائه شده در پژوهش می‌تواند به عنوان راهنمایی برای هم‌آفرینی ارزش در اکوسیستم خدمات سلامت قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: خلق مشترک ارزش، اکوسیستم خدمات سلامت، الگوی فرایندی، مدیریت مشارکتی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.7.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8983]

مقدمه

خلق مشترک به عنوان فرآیند یکپارچگی منابع، شامل بازیگرانی است که با یکدیگر در ارتباط بوده و تعاملات فی‌مابین، یکپارچگی منابع، درگیر شدن و یادگیری، بنیان‌های آن را تشکیل می‌دهد (۱،۲). گزاره‌های ارزش، بازیگران را به اشتراک منابع خود در قالب شیوه‌های هم‌آفرینی و در طی فعالیت‌ها و تعاملات مشترک در یک بستر تعامل سوق می‌دهد (۳). ارائه‌دهندگان، منابع خود را به دیگران ارائه می‌دهند، ذی نفعان این منابع را یکپارچه کرده و از طریق مصرف آن، ارزش‌آفرینی می‌کنند (۴،۵). برجستگی فرآیند خلق ارزش در سطح مشارکت بین بازیگران است که در طی روند آن، مهارت‌های جدیدی توسعه داده شده و حلقه‌های یادگیری شکل می‌گیرد و مشارکت در سطح انگیزه‌ها، فرایند کار و نتایج آن نمود می‌یابد (۶،۷). مشارکت نیاز به درک متقابل بازیگران و وضوح نقش‌ها و مسئولیت‌های مربوطه دارد که با تکامل روابط بین شرکا، پویایی آن تغییر می‌کند. از دیدگاه خلق مشترک، بیماران منفعل و گیرنده محض خدمات نبوده و در عوض هم‌آفرینان ارزش فعال هستند و بر طبق شواهد، مزایای آن شامل افزایش دستاوردهای سلامت و کارایی هزینه‌ها است (۸).

با پیشرفت و توسعه جوامع، رقابت در بین سازمان‌های سلامت افزایش یافته است. انتقال تدریجی از مدل سنتی زیست-پزشکی به رویکرد بیمارمحور منجر به پذیرش دیدگاه اکوسیستم شده است (۹). اکوسیستم‌های خدماتی در قالب نظام یکپارچه منابع بازیگران به شکلی نسبتاً مستقل و خودمحور و با ارتباطات نهادی و خلق مشترک ارزش از طریق تبادل خدمات تعریف شده است (۱۰). این دیدگاه به عنوان یک پدیده پیچیده ناشی از ساختارهای متمرکز، بر تبادل خدمات، یکپارچگی منابع، ارزش‌آفرینی مشترک و ارزش وضعی تأکید می‌کند و از رویکرد پویا برای مطالعه تعامل و تبادل خدمات بین ذی‌نفعان مختلف بهره می‌برد (۱۱). اکوسیستم خدمات سلامت حاصل از فرآیندها، محصولات و افراد، جایی که ارائه‌دهندگان و بیماران عملکردهای خود را به صورت یکپارچه انجام داده و اطلاعات، قابلیت و مهارت‌های خود را برای خلق ارزش به اشتراک می‌گذارند، تعریف می‌شود. ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، فعالیت‌های خود را در راستای خلق ارزش بیشتر برای مشتریان متمرکز می‌کنند. در این بین، پیشرفت فناوری‌های دیجیتال، منجر به افزایش اطلاعات مشتریان سازمان‌های سلامت شده و آن‌ها بیشتر از گذشته نسبت به وضعیت سلامتی خود آگاهی دارند (۱۲). دیدگاه اکوسیستم خدمات سلامت، چشم‌اندازهای جدیدی را به سمت هم‌آفرینی ارزش ایجاد کرده که با چالش‌هایی نظیر جهانی‌شدن، افزایش رقابت بین ارائه‌کنندگان سلامت، سالمند شدن جمعیت و افزایش بیماری‌های مزمن مواجه است (۱۳).

مشارکت بازیگران در خلق مشترک ارزش در سلامت، اعتبار زیادی در تحقیقات مرتبط دریافت کرده است و برخی دیگر آن را راس پزشکی بیمارمحور می‌دانند (۱۲). ایجاد حس هم‌آفرینی در بیماران، مستلزم پشتیبانی از طریق فرایندها، سیستم‌های خدماتی، روش‌ها و ابزارهای مناسب است. در سال‌های اخیر به لطف پیشرفت‌های فناوری، همکاری بیماران و متخصصان حوزه سلامت برای ایجاد بهینه‌ترین راهکارهای سلامت رشد کرده (۷) بااین‌حال، محوریت بیمار از طرف ارائه‌دهندگان سلامت عمدتاً نادیده گرفته شده است (۱۴). با در نظر گرفتن پتانسیل بیماران در نوآوری و خلق مشترک ارزش، اتخاذ این رویکرد در سطح خرد (اقدامات فردی)، متوسط (سازمان‌های مراقبت) و کلان (نظام بهداشت و سیاست‌های دولت) ضروری به نظر می‌رسد و تزریق دیدگاه‌ها، تجربیات و انتظارات از طرق متنوع را امکان‌پذیر می‌سازد (۱۵). اهمیت شناخت فرآیندهای مشتری در گرو درک کامل از تناسب گزاره‌های تأمین‌کننده با فعالیت‌های مشتری است (۴). حوزه مراقبت سلامت با چالش‌های متعددی روبه‌رو بوده که اغلب به فرایندها و جریان کار مراقبت مربوط است؛ بنابراین جهت رسیدن به درمان اثربخش، کارا و با کیفیت، لازم است که ابتدا فرایندهای درمانی هماهنگ شوند (۱۶). ضرورت توجه به مشارکت فعالانه بیمار در ارائه خدمات مراقبت و عدم وجود راهکاری جامع و فرآیندی در زمینه نحوه انجام این مشارکت، به چالش مهمی در این عرصه تبدیل شده است (۲).

مدل‌ها و رویکردهای متعددی برای خلق ارزش مشترک در بخش سلامت ارائه شده است. پالومبو و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه مروری خود در دستورالعملی برای اکوسیستم‌های سلامت پایدار و نوآورانه، توانمندسازی بیمار، مراقبت بیمارمحور و یکپارچه را به عنوان الگوهای هم‌آفرینی معرفی کردند (۱۷).

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.7.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8983]

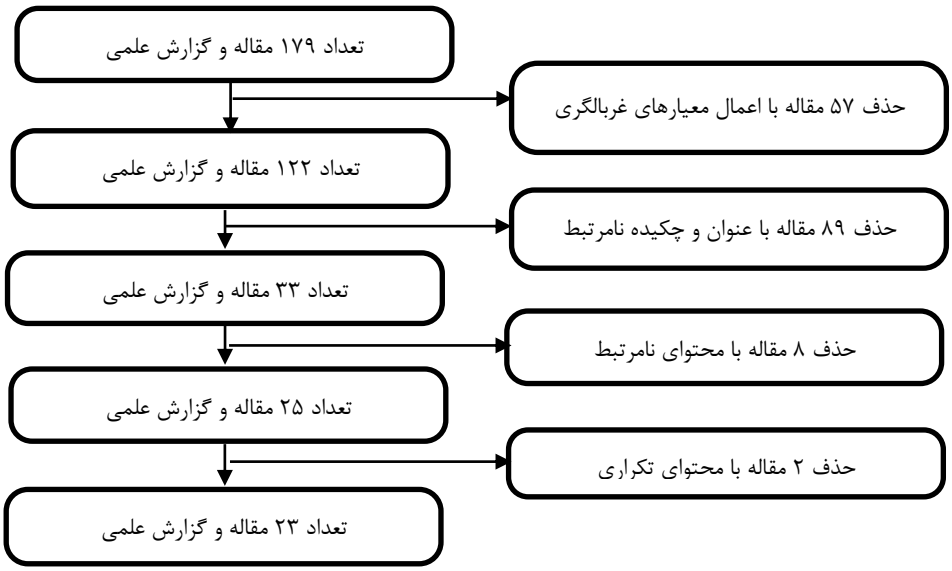
طبق یافته‌های مطالعه وسپستاد و همکاران (۲۰۱۸) حاصل از تجزیه و تحلیل ثانویه از نتایج یک نظرسنجی ملی در کشور نروژ در مورد همکاری بین متخصصان در خدمات مراقبت‌های اولیه، بازیگران قادر به ارائه ارزش نیستند اما می‌توانند در ایجاد و ارائه گزاره‌های ارزش مشارکت کنند (۱۸). فرو و همکاران (۲۰۱۶) در مرور ادبیات خود، ۸ نوع‌شناسی در خلق مشترک و نقش آن‌ها در شکل‌گیری یک اکوسیستم سلامت ارائه داده‌اند (۱۰). در پژوهش‌های مرتبط، الگوهای متعددی برای به‌کارگیری خلق مشترک ارزش در حوزه سلامت ارائه شده است. به نظر می‌رسد این الگوها صرفاً به شرایط اولیه تأثیرگذار بر خلق مشترک و مراحل مختلف آن، لزوم درگیر شدن و در مواردی به چگونگی درگیر شدن از طریق خدمت‌گرایی یا انتقال دانش پرداخته‌اند که توجه به رویکرد فرایندی به صورت پراکنده بوده و اجماعی در خصوص آن‌ها وجود نداشته است. شکاف تحقیقاتی در زمینه ضرورت پیاده‌سازی و بهره‌برداری از هم‌آفرینی ارزش با رویکرد بیمارمحوری با نگاه فرایندی از یک سو و عدم وجود مطالعات و راهکارهای جامع در زمینه کیفیت و نحوه انجام این مشارکت، وجود دارد. تحقیق حاضر با هدف ارائه الگویی در زمینه خلق مشترک ارزش در اکوسیستم خدمات سلامت، با شناسایی عوامل تاثیرگذار و نحوه یکپارچه شدن آن‌ها و تبیین کارکرد نقش‌آفرینان در یک چارچوب فرایندی در ۳ سطح انجام گرفت.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر جمع‌آوری اطلاعات توصیفی- پیمایشی بوده و با روش کیفی ۲ مرحله‌ای، از مهر ۱۳۹۹ تا خرداد ۱۴۰۰ انجام گرفت. به دلیل فقدان تبیین روشن و واضح مقوله و زیرمقوله‌های خلق مشترک ارزش در حوزه سلامت، در ابتدا با استفاده از مرور نظام‌مند، مبانی نظری حاصل از مطالعات و گزارش‌های علمی در حوزه موضوعی پژوهش مرور شد و الگوی اولیه طراحی شد. سپس برای تایید و تکمیل مولفه‌های الگو، با ۱۰ نفر از خبرگان آشنا به مفاهیم خلق مشترک ارزش و اکوسیستم خدمات سلامت، در حوزه دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و ایران، بر اساس روش نمونه‌گیری ترکیبی قضاوتی و زنجیره‌ای، مصاحبه به عمل آمد.

از روش مرور نظام‌مند برای شناسایی الگو، مضامین و خلاصه‌سازی مطالعات فعلی یا شناسایی محتوای یک حوزه و توسعه نظری استفاده می‌شود (۱۹). در گام اول از دستورالعمل ۸ مرحله‌ای مرور نظام‌مند شامل هدف‌گذاری، شیوه‌نامه و آزمایش، جستجو در منابع و مبانی، غربالگری، ارزیابی کیفی، استخراج اطلاعات، ترکیب مطالعات و نگارش مرور مبانی نظری (۲۰) استفاده گردید. جامعه اطلاعاتی پژوهش شامل مطالعات انجام شده در زمینه خلق مشترک ارزش در بازه زمانی سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۲۰ بود که از محل پایگاه‌های معتبر علمی خارجی (Google Scholar، Scopus، Web of science و PubMed) و پایگاه‌های فارسی (پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، بانک اطلاعات نشریات سلامت کشور، پرتال جامع علوم انسانی و ایران‌داک) جمع‌آوری شد. برای جستجوی کامل‌تر در این مطالعه از ادبیات خاکستری شامل گزارش‌ها؛ رساله‌ها و پایان‌نامه‌ها، مقالات کنفرانسی، رسانه‌های معروف، ادبیات متخصصان و پژوهش‌ها و مقالات در حال انجام (۲۱) نیز استفاده شد. جستجوی مقالات با استفاده از کلیدواژه‌های خلق مشترک ارزش، اکوسیستم خدمات سلامت، هم‌آفرینی، ارتقای سلامت، توانمندسازی بیمار و معادل لاتین آن‌ها (Patient Empowerment, Cocreation, Health Promotion, Healthcare Ecosystem, Value Co-Creation) به دست آمد. پس از ۴ مرحله غربال با معیارهای غربال‌گری و با بررسی عنوان و چکیده و ۲ مرحله غربال با بررسی محتوا، مقالات و گزارش‌های علمی مورد نظر برای استخراج اطلاعات انتخاب شد. در شکل ۱ فرایند غربال‌گری مقالات ارائه شده است.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.7.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8983]



شکل ۱: فرایند جستجو و انتخاب مقالات مناسب

مقالات انتخابی به منظور بررسی کیفیت محتوا با روش‌های مهارت ارزیابی حیاتی درجه‌بندی شدند. برنامه مهارت‌های ارزیابی حیاتی CASP (Critical Appraisal Skills Program) یکی از روش‌های سنجش روایی و پایایی تحقیق کیفی است که با طرح ۱۰ سوال کمک می‌کند تا دقت، اعتبار و اهمیت مطالعات کیفی تحقیق مشخص گردد. این سوالات بر اهداف تحقیق، منطق روش، طرح تحقیق، روش نمونه‌برداری، جمع‌آوری داده‌ها، انعکاس‌پذیری شامل رابطه بین محقق و شرکت‌کنندگان، ملاحظات اخلاقی، دقت تجزیه و تحلیل داده‌ها، بیان واضح و روشن یافته‌ها و ارزش تحقیق تمرکز دارند. در این مرحله به هریک از سوالات یک امتیاز کمی داده شد و سپس امتیازات هر مقاله جمع گردید. بر اساس مقیاس ۵۰ امتیازی، با کمک سیستم امتیازبندی هر مقاله با امتیاز پایین‌تر از خوب، حذف می‌شود (۲۲). در پژوهش حاضر، هر مقاله در ۱۰ معیار، امتیازی از ۵ را دریافت کرد و با توجه به اینکه تمامی مقالات منتخب در این مرحله امتیاز بالاتر از ۳۰ را کسب نمود، بنابراین مقاله‌ای حذف نشد. داده‌های هرکدام از مقالات و گزارش‌ها، متناسب با هدف پژوهش جمع‌آوری و کدگذاری شد. فرایند کدگذاری در ۳ مرحله باز، محوری و گزینشی انجام گرفت. از روش تحلیل مضمون به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی استفاده شد و با کمک نرم افزار NVIVO 11 انجام گرفت. در صورت وجود بخش‌های با مضامین مشابه در منابع منتخب، از همان کدهای قبلی استفاده گردید.

پس از بررسی مقالات و به دست آوردن الگوی اولیه مفهوم، به منظور تعریف و تکمیل نتایج، با خبرگان دانشگاهی و افراد حرفه‌ای آشنا به مفاهیم خلق مشترک ارزش در حوزه سلامت مصاحبه انجام شد. مصاحبه‌های انجام شده در مرحله دوم این پژوهش از نظر ساختار، نیمه‌ساختاریافته، از نظر مکانی در محیط مجازی، از نظر زمانی طولی، از نظر واحدی تک‌به‌تک و از نظر بیانی پرسش و پاسخی بود. در نمونه‌گیری تحقیق، از ترکیب روش‌های هدفمند قضاوتی و زنجیره‌ای استفاده گردید و نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت. پس از انجام ۷ مصاحبه، داده‌ها و کدها به اشباع نظری رسیدند و مضمون جدیدی تولید نشد و برای اطمینان از اشباع نظری، مصاحبه تا نفر دهم ادامه یافت. اشباع نظری زمانی حاصل می‌شود که داده‌های جدید، مضمون جدیدی تولید نکند. کیفیت انجام مصاحبه‌ها از طریق تشخیص داده‌ها، تفسیر و خلاصه کردن عبارت‌های مترادف و قرار دادن عبارات در دسته‌بندی‌های وسیع‌تر صورت گرفت (۱۶). تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصل از این مصاحبه‌ها نیز با روش تحلیل مضمون انجام گرفت. فرایند شناسایی کدها در مصاحبه به صورت رفت و برگشتی و با رجوع به مرحله اول پژوهش و بازبینی مجدد کدها در صورت استخراج مضمون جدید انجام گرفت. پس از کدگذاری، تحلیل، ترکیب و تلفیق کدها انجام و کدهای شناسایی شده بر اساس

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.7.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8983]

تشابه مفهومی دسته‌بندی و ترکیب شد و در نهایت مقولات و زیرمقولات مربوطه شناسایی گردید. این پژوهش ضمن رعایت کلیه ملاحظات اخلاقی در تمامی مراحل انجام کار، با کد اخلاق IR.IAU.YAZD.REC.1400.054 در سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی تایید گردیده است.

یافته ها

در پایان مرحله اول پژوهش، کدهای استخراج شده از مقالات و گزارش‌های علمی بر اساس مشابهت و ارتباط معنایی و محتوا ترکیب و تلفیق شد که در نتیجه‌ی آن، ۳ مقوله و ۳۳ زیر مقوله شناسایی شد. در جدول ۱ به مقوله‌ها و منابع مورد استفاده در استخراج آن‌ها اشاره گردیده است.

در مرحله دوم پژوهش با ۱۰ نفر از خبرگان آشنا با مفاهیم خلق مشترک ارزش و اکوسیستم خدمات سلامت مصاحبه انجام گردید. در جدول ۲ مشخصه‌های جمعیت‌شناختی مصاحبه شوندگان ارائه شده است.

جدول ۱: کدگذاری مقوله‌ها و منابع آن

مقوله	منابع
آمادگی فرایندی	پالومبو (۲۰۱۶) (۱)، وینک و همکاران (۲۰۲۱) (۲)، لوپز و همکاران (۲۰۲۰) (۳)، نامبیسان (۲۰۰۹) (۹)، فرو و همکاران (۲۰۱۶) (۱۰)، پالومبو و همکاران (۲۰۱۷) (۱۷)، فریمپونگ و همکاران (۲۰۱۷) (۲۳)، روسو و همکاران (۲۰۱۹) (۲۴)، دامالی و همکاران (۲۰۱۶) (۲۵)، اقدم و همکاران (۲۰۱۸) (۲۶)، وارگو و همکاران (۲۰۱۲) (۲۷)، وارلی و همکاران (۲۰۲۰) (۲۸)، مک کویل کندی و همکاران (۲۰۱۲) (۲۹)
شبکه ارزش فرایندی	فوکو و همکاران (۲۰۲۰) (۱۳)، قیدر و همکاران (۲۰۲۰) (۱۶)، رفیعی‌فر و همکاران (۱۳۹۴) (۱۲)، لاجوردی و همکاران (۱۳۹۶) (۳۰)، پارتیشیو و همکاران (۲۰۱۸) (۳۱)، اقدم و همکاران (۲۰۲۰) (۳۲)، پالومبو (۲۰۱۶) (۱) وینک و همکاران (۲۰۲۱) (۲)، زارعی و همکاران (۲۰۱۲) (۷)، نامبیسان (۲۰۰۹) (۹)، پالومبو و همکاران (۲۰۱۷) (۱۷)، فرو و همکاران (۲۰۱۶) (۱۰)، مک کویل کندی و همکاران (۲۰۱۲) (۲۹)
دستاوردهای فرایندی	دامالی و همکاران (۲۰۱۶) (۲۵)، روسو و همکاران (۲۰۱۹) (۲۴)، پالومبو و همکاران (۲۰۱۷) (۱۷)، مک کویل کندی و همکاران (۲۰۱۲) (۲۹)، شیوون و همکاران (۲۰۲۰) (۳۳)، باتالدن و همکاران (۲۰۱۶) (۱۵)، اقدم و همکاران (۲۰۱۸) (۲۶)، شارما و همکاران (۲۰۱۶)(۳۳)

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی مصاحبه شوندگان

مشخصه جامعه	شرح	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	زن	۳	۳۰
	مرد	۷	۷۰
توزیع سنی	۲۸-۳۵	۴	۴۰
	۳۶-۵۰	۶	۶۰
میزان تحصیلات	کارشناسی ارشد (مدیریت فناوری اطلاعات)	۳	۳۰
	دکتری (بازاریابی، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت)	۷	۷۰
تجربه در حوزه ارتقای سلامت	تا ۵ سال	۲	۲۰
	۵ تا ۸ سال	۵	۵۰
	بالاتر از ۸ سال	۳	۳۰

در مصاحبه با خبرگان، کدهای جدیدی به الگوی اولیه اضافه شدند و به صورت رفت و برگشتی به ترکیب و تلفیق آن‌ها پرداخته شد و در نهایت ۲۲ زیرمقوله جدید شناسایی، ۱ زیرمقوله حذف و ۱ مورد نیز اصلاح گردید. در جدول ۳ این روند نشان داده شده است.

براین‌اساس، الگوی فرایندی خلق مشترک ارزش در اکوسیستم خدمات سلامت حاصل از نتایج کدهای مفهومی متشکل از ۳ مقوله اصلی و ۵۴ زیرمقوله طراحی شد. الگوی پیشنهادی دارای ۳ مقوله آمادگی فرایندی، شبکه ارزش فرایندی و دستاوردهای فرایندی بود که بر اساس ایفای نقش

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.7.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8983]

بازیگران در سطح خرد، متوسط و کلان طراحی شده است (۱۰). مقوله آمادگی فرایندی شامل ۲۸ زیرمقوله، شبکه ارزش فرایندی دارای ۱۴ زیرمقوله و دستاوردهای فرایندی دارای ۱۲ زیرمقوله بوده است. در جدول ۴ توضیحات مرتبط با مقوله‌ها و زیرمقوله‌ها به تفکیک ارائه شده است.

جدول ۳: مقوله‌ها و زیرمقوله‌های استخراج شده از ۲ روش تحقیق به تفکیک

	تعداد مقوله/زیرمقوله‌های استخراج شده از مرور نظام مند	تعداد مقوله/زیرمقوله‌های حذف شده از مرور نظام مند	تعداد مقوله/زیرمقوله‌های استخراج شده از مصاحبه	تعداد مقوله/زیرمقوله‌های اصلاح شده از مصاحبه	مجموع
مجموع مقوله‌ها	۳	۰	۰	۰	۳
زیرمقوله‌های آمادگی فرایندی	۱۷	۱	۱۲	۰	۲۸
زیرمقوله‌های شبکه ارزش فرایندی	۷	۰	۷	۱	۱۴
زیرمقوله‌های دستاوردهای فرایندی	۹	۰	۳	۰	۱۲
مجموع زیرمقوله ها	۳۳	۱	۲۲	۱	۵۴

جدول ۴: مقوله‌ها و زیرمقوله‌های خلق مشترک ارزش در اکوسیستم خدمات سلامت و توضیحات مربوط به هر زیرمقوله

ردیف	تعداد	مقوله	زیر مقوله	توضیحات
۱.	۱.		تجهیزات زیربنایی جهت ارتباط مؤثر با بیمار	بسترهای تعاملی حوزه فناوری اطلاعات و دیجیتال، ابزاری توانمند در به‌کارگیری دانش و ارتقای سواد سلامت بیمار
۲.	۲.		استفاده از سرمایه انسانی با انگیزه	پرسنل با انگیزه، تقویت‌کننده مشارکت‌جویی بیماران
۳.	۳.		امتیازات مشارکت بیمار در نظام رتبه‌بندی	توجه به مشارکت بیمار در برنامه‌های اعتبارسنجی مراکز درمانی، تقویت‌کننده پذیرش هم‌آفرینی
۴.	۴.		آموزش نیروهای مراکز درمانی در برخورد با بیماران	توانمندسازی متخصصان مراقبت با هدف تشویق آن‌ها برای کنار گذاشتن روش سنتی زیست پزشکی و تشویق بیماران به شرکت فعال در خلق ارزش
۵.	۵.		تمرکز، میزان رسمیت، پیچیدگی سازمانی	رسمیت و تمرکز کمتر و ساختار مسطح، تأثیرگذار در ارتقای سطح آمادگی و خلق ارزش بین اعضای اکوسیستم سلامت
۶.	۶.		قابلیت خدمات‌رسانی ارائه‌دهندگان به بیماران	ارتقای کیفیت خدمات به بیمار و رضایت بخشی خدمات، زمینه‌ساز وفاداری و مشارکت در خلق ارزش
۷.	۷.	آمادگی فرایندی	مطلوبیت محیط واحد درمانی	فراهم کردن محیطی که ارائه‌دهندگان مراقبت را در آن بتوانند با بیماران درگیر شوند، به آن‌ها پاسخ دهند و همدلی نشان دهند
۸.	۸.		رویه‌های مشترک در هم‌آفرینی خدمات سلامت	زمینه‌ساز رویکرد هم‌افزایی و جلوگیری از اتلاف هزینه در خلق مشترک خدمات سلامت
۹.	۹.		بینش مشارکتی، ارزش ادراک‌شده توسط بیماران	روحیه مشارکت‌پذیری بیماران، فراهم‌کننده بسترهای مشارکت در میان‌مدت و بلندمدت
۱۰.	۱۰.		ارائه خدمات متنوع سلامت	طیف وسیع خدمات قابل ارائه به بیمار، فراهم‌کننده زمینه درگیری بیمار در اصلاح و بازطراحی خدمات سلامت
۱۱.	۱۱.		جایگاه اجتماعی نهاد درمانی	مقبولیت اجتماعی در سطح کلان، انگیزه بخش در مشارکت در طرح‌های ارتقای سلامت
۱۲.	۱۲.		نوآوری باز در خدمات سلامت	نوآوری به عنوان قلب تپنده هم‌آفرینی ارزش سلامت
۱۳.	۱۳.		ایجاد یک تصویر مطلوب برند در ذهن بیمار	هم‌راستایی استراتژی برند در نهادهای سلامت با مشارکت اعضای اکوسیستم در جهت خلق ارزش
۱۴.	۱۴.		دارا بودن شخصیت تولیدکننده/ مصرف‌کننده	تربیت عناصر اکوسیستم سلامت با هدف ایجاد چنین شخصیتی، راهگشا در مشارکت‌پذیری و مشارکت‌جویی
۱۵.	۱۵.		خصوصیات رفتاری، احساسی، شناختی بیمار	تحلیل شخصیت بیمار، تعیین‌کننده پتانسیل مشارکت بیمار

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.7.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8983]

ردیف	تعداد	مقوله	زیر مقوله	توضیحات
۱۶.	۱۶.		توجه و پیگیری تجربیات و انتظارات بیمار	تجربه بیمار به عنوان نقطه اوج شناخت، احساس و رفتار و عامل یادگیری مشترک
۱۷.	۱۷.		کاهش ریسک‌های استفاده از خدمات توسط بیماران	اعتماد به بیمار در جهت بهبود و ارتقای توانمندسازی
۱۸.	۱۸.		ایجاد کانال‌های ارتباطی جذاب	کانال‌های تعاملی، تامین‌کننده آموزش‌ها و انگیزه لازم برای هم‌آفرینی
۱۹.	۱۹.		فناوری‌های تحول‌آفرین بخش سلامت	فناوری‌های سلامت دیجیتال، بازوی توانا در اثربخشی مشارکت بیمار
۲۰.	۲۰.		مشوق‌های مالی و غیر مالی	عامل مهم در جهت ارتقای انگیزه اعضای اکوسیستم
۲۱.	۲۱.		توسعه برنامک‌های ارتقای سلامت و خودکارآمدی	اقبال جامعه به استفاده از فناورهای موبایلی هوشمند، دلیلی بر توجه بیمار به حفظ و ارتقای سلامت خود و اکوسیستم
۲۲.	۲۲.		توسعه مهارت‌های کارکردی، تعاملی، انتقادی	کلیدهایی برای بیدار و فعال کردن منابع نهفته بیماران با هدف حفظ و ارتقای سلامت
۲۳.	۲۳.		توجه به منافع و شناخت نیاز بیمار	هم جهت بودن ارائه خدمات با نیاز بیمار، انگیزه‌بخش در جهت وفاداری و رضایت وی
۲۴.	۲۴.		انعطاف‌پذیری و سرعت در ارائه خدمات	چابکی در ارائه خدمات و پذیرا بودن پیشنهادات بیمار، عامل مؤثر در مشارکت اعضای اکوسیستم
۲۵.	۲۵.		تبیین فرایندهای مشارکت بیمار	خودمراقبتی، همیاری متقابل، اقدام جمعی، همکاری‌های بین‌بخشی یا بر مبنای اتحاد برای ارتقای سلامت
۲۶.	۲۶.		توانایی‌های سازمانی/ نهادی، فرهنگ‌سازی، تغییر نگرش	توجه به قابلیت‌های نهادهای درمانی در شبکه‌سازی برای خلق ارزش و تغییر نگرش به سمت درمان مشارکتی
۲۷.	۲۷.		استقرار رویکرد بیمارمحور، ارتباط مستمر با بیماران	حفظ ارتباط با بیمار و پیگیری روند درمانی وی، راهبردی کلیدی در پایداری کیفیت خدمات درمانی و درگیری بیمار
۲۸.	۲۸.		یادگیری از طریق خلق مشترک از و با دیگران	به خاطر سپردن، داخلی سازی و متناسب‌سازی به عنوان سازوکارهای یادگیری مشارکتی
۲۹.	۱.	**شبکه ارزش فرایندی**	رسانه‌های گردشگری و انجمن‌های سلامت	به عنوان یکی از اعضای تاثیرگذار در شبکه ارزش سلامت
۳۰.	۲.		فرایند مشارکت، تبادل و ادغام منابع	برنامه‌های معالجه درمانی، فعالیت‌های اطلاعاتی مربوط به سلامت و برنامه‌های مکمل درمانی
۳۱.	۳.		شبکه‌سازی در بسترهای مشارکتی	اعضای اکوسیستم پتانسیل داشتن شبکه‌ای بزرگ برای هم‌آفرینی و کاهش موانع توانمندسازی بیمار دارند
۳۲.	۴.		معناداری سازمانی	تبیین شفاف ماموریت، رسالت و اهداف و افزایش تعهد سازمانی بین اعضای اکوسیستم در زمینه نحوه مشارکت
۳۳.	۵.		مدیریت دانش و کشف دانش بیمار	خلق دانش از طریق کسب تجربه، ایجاد درک جدید از طریق ترکیب تحقیقات در یک محیط خاص بهداشتی، تلفیق یافته‌های تحقیق و شناسایی متخصصانی که می‌توانند دانش ضمنی خود را به اشتراک بگذارند و منجر به ساخت معانی مشترک و ایجاد دانش جدید شود
۳۴.	۶.		شفافیت از طریق ارائه اطلاعات	جریان شفاف اطلاعات در شبکه ارزش، عامل شناخت عمیق و واقعی نیازها بین اعضای اکوسیستم
۳۵.	۷.		پیگیری و بازخورد دستاوردها به بیمار	ارائه بازخورد در شبکه ارزش، مسبب غنی‌سازی پیشنهادهای ارزش‌آفرین
۳۶.	۸.		بازاریابی اجتماعی و رابطه‌ای	استفاده از تکنیک‌های بازاریابی خدمات سلامت در جهت تشویق به مشارکت
۳۷.	۹.		پویایی رابطه‌ای، مسئولیت‌پذیری، تبلیغات	ماهیت پویای تعاملات اعضای اکوسیستم و پیچیده بودن تعاملات در بین اعضا
۳۸.	۱۰.		تولید محتوای چندرسانه‌ای ارتقای سلامت	وجود رسانه های ترکیبی در شبکه ارزش و افزایش سرعت و تنوع و کیفیت جریان اطلاعات و ارتقای کارایی
۳۹.	۱۱.		مدیریت ارتباط با بیمار	علم و هنر ارتباط با بیمار در جهت کشف انگیزه و تغییر نگرش بیمار در جهت جلب مشارکت و خلق ارزش
۴۰.	۱۲.		ارزش ادراک شده توسط بیماران	توجه به ابعاد ارزش خلق شده شامل ارزش استفاده، تجربه، ارزش مبادله و ارزش وضعی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.7.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8983]

ردیف	تعداد	مقوله	زیر مقوله	توضیحات
۴۱.	۱۳.		تبیین فرهنگ سازمانی مشارکت محور	فرهنگ مدیریت مشارکتی، شاکله اصلی هم‌آفرینی ارزش در بین اعضای اکوسیستم
۴۲.	۱۴.		تبیین راهبردهای ارتقای سلامت	کمک به افراد جامعه برای توسعه مهارت برای کنترل بیشتر برای انتخاب‌های سالم در کنار رویارویی مؤثر هنگام بروز یک بیماری
۴۳.	۱.	دستاورد فرایندی	وفاداری بالاتر، قصد خرید بیشتر، مشارکت بهتر در آینده	به عنوان دستاوردی تاثیرگذار در راستای ارتقای اثربخشی و کاهش هزینه‌ها
۴۴.	۲.		بازخوردهای مشارکت و کاهش معطلی بیمار	بهبود تجربه بیمار در مواجهه با بیماری از طریق بازخوردهای سایر بیماران و تسریع روند درمان از طریق سازوکارهای مربوطه
۴۵.	۳.		ارتقای آگاهی عمومی، فرهنگ گشودگی سازمانی	پذیرا بودن نهادهای درمان نسبت به ایده‌های خلاقانه بیمار، زمینه‌ساز کاهش فشارهای کاری و فراوانی مراجعات به مراکز درمان
۴۶.	۴.		تفکر مثبت، عزت نفس، خودکارآمدی، ابراز وجود	مهم تلقی شدن ارزش بالقوه توسط هریک از اعضا به عنوان عاملی انگیزه بخش، ارتقای توانمندسازی فردی و اجتماعی
۴۷.	۵.		کاهش اشتباهات درمان، استفاده بهتر از خدمات پیشگیرانه	در نتیجه مشارکت فعالانه اعضای اکوسیستم و پر کردن شکاف‌های موجود
۴۸.	۶.		کاهش اضطراب بیمار، تشخیص سریع و دقیق‌تر بیماری	به لطف داشتن بانک اطلاعات غنی شده از تجربه مواجهه بیماران با بیماری‌های مختلف
۴۹.	۷.		وابستگی کمتر به متخصصان در مدیریت بیماری	پر رنگ شدن و ارتقای توانمندسازی، گامی مهم در تغییر رویکرد از مدل سنتی زیست-پزشکی به بیمارمحوری
۵۰.	۸.		استفاده درست از منابع مراقبت‌های بهداشتی	استفاده از ظرفیت‌های قانون‌گذاری در جهت حمایت از هم‌آفرینی و رفع موانع بین اعضای اکوسیستم
۵۱.	۹.		کاهش نیاز به مدیریت بیماری	ناشی از افزایش آگاهی و میل به درگیری بیمار در موضوعات سلامت
۵۲.	۱۰.		افزایش اعتماد به نفس پزشکان و رفاه اجتماعی	متخصصان با اعتماد به بیماران در واقع اعتماد به نفس خود را ارتقا می‌دهند
۵۳.	۱۱.		گسترش اطلاعات مهم و سوء تفسیر کمتر اطلاعات	مشارکت همه‌جانبه در ارتقای سلامت و کاهش ابهام اعضای اکوسیستم
۵۴.	۱۲.		افزایش نرخ بهره‌مندی از خدمات سلامت	افراد با کسب مهارت‌های سواد اطلاعاتی قادر خواهند بود محتوای اطلاعات را با دید انتقادی ارزیابی و از میان انبوه منابع، اطلاعات مناسب و موردنیاز خود را به دست آورند

بحث

در این پژوهش تلاش شد تا الگوی فرایندی خلق مشترک ارزش در اکوسیستم خدمات سلامت طراحی گردد. بیماران، عامل محوری و منبع درآمد و رشد هر نهاد سلامتی بوده و مدیران بر جذب، حفظ و نگهداری بیماران به عنوان رمز موفقیت، تفاهم دارند. ضروری به نظر می‌رسد که سیستم‌ها و فرایندهایی برای فراهم آوردن فرصت‌هایی برای مشتری در مشارکت در ارائه خدمات روزمره، توسعه و برنامه‌ریزی مداوم، حاکمیت، فعالیت‌های استخدام و ارزیابی خدمات برای بهبود ارائه خدمات، ایجاد گردد (۳۴). بر اساس نتایج پژوهش در حوزه آمادگی فرایندی، مشارکت در امر سلامت به صورت خودمراقبتی، همیاری متقابل، اقدام جمعی، همکاری‌های بین‌بخشی یا بر مبنای اتحاد برای ارتقای سلامت شکل می‌گیرد. این امر مستلزم توانایی و تمایل بیماران برای مشارکت فعال و در قالب توسعه دانش، مهارت و نگرش مقتضی برای ایفای نقش به عنوان هم‌آفرینان ارزش در ارائه خدمات مراقبت است (۱۹). آن‌ها می‌توانند خودکارآمدی و خودمختاری را افزایش دهند تا در تصمیم‌گیری‌های مشترک به طور مؤثر درگیر شوند. متخصصان مراقبت نیز منابع نهفته بیماران را فعال کرده و آن‌ها را به مشارکت در طراحی و ارائه خدمات مراقبتی ترغیب کنند. گام مهم در آغاز این روند، تحلیل و بررسی فرایندهای خلق ارزش می‌باشد (۲۰). مؤلفه‌های ارزش‌آفرین به‌طور متقابل به هم وابسته هستند و بیمار را

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.7.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8983]

درگیر اندیشیدن و احساس کردن و انجام کارها به عنوان یک بخش جدایی‌ناپذیر از نقش خود در هم‌آفرینی می‌نمایند که خود، عامل کلیدی در انگیزش بازیگران در سطح خرد به شمار می‌رود. در سطح متوسط نیز آمادگی نقش‌آفرینان در قالب فراهم آوردن زیرساخت‌ها، تنظیم ساختار سازمانی و مدیریت منابع انسانی در جهت خلق مشترک ارزش در کنار توجه به نوآوری در راستای یافتن راه‌های جلب مشارکت در جهت هم‌آفرینی و توجه به شرایط محیطی حائز اهمیت است. در سطح حاکمیتی نیز اتخاذ سیاست‌های عمومی سالم، ایجاد محیط‌های حامی زندگی سالم، تغییر تمرکز تصمیم‌گیری به سمت جوامع، کمک به افراد در توسعه مهارت‌ها برای کنترل بیشتر برای انتخاب‌های سالم در کنار رویارویی مؤثر هنگام بروز یک بیماری و یا حادثه قابل‌توجه بوده که با مطالعه مروری پالومبو و همکاران (۲۰۱۷) هم‌سویی دارد، هرچند راهکارهای فرایندی در یافته‌های آن کم‌رنگ بوده است (۱۷). الگوی ارائه شده می‌تواند ارائه‌دهندگان مراقبت را در دستیابی به مدیریت مؤثرتر منابع موجود پشتیبانی کند تا به همه بازیگران رفاهی پایدار ارائه دهد.

در حوزه شبکه ارزش فرایندی، منطق حاکمیت خدمات، اولویت و برتری منابع کیفی (منابع ارزش‌آفرین با کمک سایر منابع-مانند شایستگی‌ها) بر منابع کمی (منابع لازم برای تأمین منافع-مانند منابع طبیعی) را آشکار می‌کند. در سطح معمول، مشارکت از طریق به‌کارگیری منابعی همچون زمان، نیروی کار و مالی محقق می‌شود. در سطح بالاتر، افراد در تعیین اولویت‌های برنامه سلامت کمک کرده و نیز در فعالیت‌ها درگیر هستند. در بالاترین سطح مشارکت، نقش فعال و مستقیم بازیگران در توسعه یک برنامه سلامت متصور است. این سطوح در نتایج مرور ادبیات فرو و همکاران (۲۰۱۶) در معرفی سبک‌های هم‌آفرینی به صورت ضمنی اشاره گردیده است (۱۰). سیاست‌هایی با هدف افزایش توانمندسازی و ایجاد زمینه‌های ثمربخش برای هم‌آفرینی ارزش بین بیماران و پزشکان، با ارائه برنامه‌های آموزشی قابلیت تحقق دارد که در نتایج مطالعه مروری پالومبو (۲۰۱۶) به آن اشاره شده است (۱). با ایجاد انجمن‌های بهداشتی، بیماران می‌توانند اطلاعات، نظرات و تجربیات را با سایر بیماران و متخصصان به اشتراک بگذارند و دستاوردهای بازیگران در تمامی سطوح به عنوان بازخورد به تمامی سطوح منتقل گردد. حامدی و همکاران (۲۰۲۰) و مک کویل کندی و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعات مروری خود به اهمیت توانمندسازی بیماران و راهکارهای ارتقای آن‌ها در سطحی محدودتر اشاره داشته‌اند (۲۸,۲۹).

در حوزه دستاوردهای فرایندی، مدیران سلامت می‌توانند با تشویق ارزش‌های احترام و اعتماد متقابل و توانمندسازی بازیگران اکوسیستم سلامت، در بهبود رفتارهای هم‌آفرینی، ابتکار عمل داشته باشند. همچنین می‌توان نتایج حاصل از خلق مشترک خدمات سلامت را در افزایش کیفیت خدمات، بهبود تجارب مراقبت، اثربخشی درمانی بالاتر و ترویج دانش با امکان طرح دیدگاه‌های چالش‌برانگیز توسط بیماران و مراقبان در زمینه طراحی و ارائه مداخلات بهداشتی مشاهده کرد. افزایش رضایت بیمار، بهبود نتایج سلامتی، بهبود بهزیستی ذهنی، نوآوری، خدمات ارتقا یافته و صرفه‌جویی در هزینه شامل مصادیقی می‌شود که به نوبه خود، زمینه ارتقای عملکرد نظام خدمات سلامت را فراهم می‌کند (۱۲).

الگوی ارائه شده کمک می‌کند تا فعالیت نهادهای سلامت به شکل یکپارچه، بامعناتر و عمیق‌تری ارتقا یابد تا منجر به ارزش‌آفرینی مطلوب و ایجاد اعتماد و تعلق خاطر پایدار بیمار شود. چیزی که در مدل‌های ارائه شده پیشین به آن اشاره شده ولی به صورت یکپارچه در قالب یک الگوی فرایندی ارائه نگردیده بود. در مطالعه حاضر سعی شد کاستی‌های مدل‌های قبلی به طور نسبی برطرف شده و این چالش مرتفع گردد. از مهمترین محدودیت‌های پژوهش می‌توان به شمار اندک پژوهش‌های انجام گرفته در حوزه موضوعی و شمار کم خبرگان مرتبط با موضوع اشاره کرد. نتایج پژوهش حاضر، قابل تعمیم به بیماران حائز شرایط مشارکت بوده و در صورت نیاز به تعمیم به سایر بیماران، با احتیاط و دانش کافی این کار صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

مقوله آمادگی فرایندی با بیشترین تعداد زیرمقوله، نشان دهنده اهمیت تامین شرایط و بسترهای موردنیاز برای هم‌آفرینی است. با استفاده از الگوی ارائه شده، مشتریان حوزه سلامت به خصوص بیماران، آمادگی خود را از طریق ارتقای سواد سلامت، خصوصاً از طریق بسترهای سلامت دیجیتال بالا برده و زمینه مشارکت در طراحی و ارائه خدمات سلامت فراهم می‌گردد که در الگوی نهایی، این وظایف به شکلی جامع و با رویکرد فرایندی، به نحو قابل قبولی تبیین شده است.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.7.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8983]
راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، سال ششم، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۰، شماره پیاپی ۲۲

سازمان‌های سلامت نیز در فرایندهای درمانی با محوریت هم‌آفرینی بازنگری کرده و بر مبنای مشارکت سازمان‌دهی و در راستای بلوغ فرآیندها اقدام کنند. نهادهای حاکمیت نیز وظیفه دارند تا زمینه را برای مشارکت بین سطح خرد و متوسط اکوسیستم فراهم کنند تا از ارزش خلق شده به طور مشترک در طراحی خدمات سلامت استفاده و کیفیت در این حوزه در حد مطلوب برسد. ارائه بازخوردهای حاصل در تمامی سطوح اکوسیستم سلامت، کلید انجام موفق خلق ارزش در بین نقش‌آفرینان خواهد بود.

با اینکه چشم‌انداز اکوسیستم وجود درجاتی از وابستگی متقابل بین کاربران و ارائه‌دهندگان را مفروض است، اما در ادبیات علمی هنوز نیاز به تحقیقات بیشتر برای تبیین شرایط لازم برای درگیر شدن بیمار و نحوه طراحی بستر درگیری در فرآیندهای خلق مشترک ارزش وجود دارد. در این راستا پیشنهاد می‌شود تا در تحقیقات آتی به مطالعه پیامدهای منفی این فرایند در قالب تخریب مشترک پرداخته شود. همچنین برای ایجاد مقیاسی که بتواند اثربخشی فرآیند خلق مشترک ارزش را اندازه‌گیری و ارزیابی کند، نیاز به تلاش بیشتری احساس می‌شود. همچنین بررسی و تجزیه و تحلیل متغیرهای تاثیرگذار بر اکوسیستم در قالب رویکرد پویایی‌شناسی سیستم‌ها پیش‌بینی‌های مناسبی به‌دست می‌دهد. توجه به سواد سلامت سازمانی و شناسایی مؤلفه‌ها و تبیین مفاهیم آن نیز می‌تواند تاثیرگذار باشد..

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمامی افرادی که ایشان را در این مطالعه یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. ر، ح. ح، ش. ن

جمع آوری داده‌ها: م. ر

تحلیل داده‌ها: م. ر، ح. ح

نگارش و اصلاح مقاله: م. ر، ح. ح، ش. ن

سازمان حمایت کننده

این مقاله مستخرج از پایان نامه مقطع دکتری رشته مدیریت بازاریابی می باشد که با کد ۱۶۲۳۸۵۴۴۶ در واحد یزد دانشگاه آزاد اسلامی ثبت گردیده و از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1)Palumbo R. Contextualizing co-production of health care: a systematic literature review. International Journal of Public Sector Management 2016; 29(1): 72–90. doi: 10.1108/IJPSM-07-2015-0125.

2)Vink J, Koskela-Huotari K, Tronvoll B, Edvardsson B, Wetter-Edman K. Service ecosystem design: propositions, process model, and future research agenda. Journal of Service Research 2021; 24(2): 168-86. doi: 10.1177/1094670520952537.

3)Lopes T.S. A, Alves H. Coproduction and cocreation in public care services: a systematic review. International Journal of Public Sector Management 2020; 33(5): doi: 10.1108/IJPSM-10-2019-0259.

4)Hashemi R, Tavakoli Gh. Co-creation paradigm in high-tech industries: an opportunity for mutually creating value (a study of defense industry). Journal of Management Improvement 2014; 7(4): 83-121. [Persian]

5)Ansari A, Mohammadi F. Presenting a model for evaluating the brand equity in Isfahan city health services. Health information management 2016; 13(4): 297-303. [Persian]

6)Tončinić S, Wildt-Liesveld R, Vrijhoef HJ. Evaluation of a digital platform that engages stakeholders in the co-creation of healthcare innovations: a mixed-methods study. International Journal of Care Coordination 2020; 23(1): 33-42. doi:10.1177/2053434520913578.

7)Zarei F, Taqdisi MH, Tehrani H. Normalizing health values in the socialization process. Research and Health 2012; 2(2): 169-71. [Persian]

8)Kaartemo V, Akaka MA, Vargo SL. A service-ecosystem perspective on value creation: implications for international business. Value Creation in International Business 2017; 2: 131-49. doi: 10.1007/978-3-319-39369-8_6.

9)Nambisan P, Nambisan S. Models of consumer value cocreation in health care. Health Care Management Review 2009; 34(4): 344-54. doi: 10.1097/hmr.0b013e3181abd528.

10) Frow P, McColl-Kennedy JR, Payne A. Co-creation practices: their role in shaping a health care ecosystem. Industrial Marketing Management 2016; 56: 24-39. doi: 10.1016/j.indmarman.2016.03.007.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.7.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8983]

11) Leclercq T, Hammedi W, Poncin I. Ten years of value cocreation: an integrative review. Recherche et Applications en Marketing (English Edition) 2016; 31(3): 26-60. doi: 10.1177%2F2051570716650172.
12) Rafieefar Sh, Soleimanian A, Sarbandi F, Ardastani M, Javadi M, Nasiri A ,et al. Executive agenda of the National Self-Care Program. Mojassame Publishers; 2016: 12-41. [Persian]
13) Fusco F, Marsilio M, Guglielmetti C. Co-production in health policy and management: a comprehensive bibliometric review. BMC health services research 2020; 20(504): 1-16. doi: 10.1186/s12913-020-05241-2.
14) Bahrami MA, Jafari H, Jambarsang S, Entezarian Ardakani S. Patients' decision making preferences and perceived participation in care: a case study in selected educational hospitals of yazd. Manage Strat Health Syst 2021; 6(2):117-32. doi:10.18502/mshsj. v6i2.7178. [Persian]
15) Batalden M, Batalden P, Margolis P, Seid M, Armstrong G, Opipari-Arrigan L, et al. Coproduction of healthcare service. BMJ Quality & Safety 2016; 25(7): 509-17. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004315.
16) Gheidar Y, ShamiZanjani M. The pattern of factors affecting the formation of digital employee experience. Journal of Human Resource Management 2020; 10(3): 23-50. doi: 10.22034/jhrs.2020.238656. 1449.
17) Palumbo R, Cosimato S, Tommasetti A. Dream or reality? a recipe for sustainable and innovative health care ecosystems. The TQM Journal 2017; 29(6): 847-62. doi.org/10.1108/TQM-02-2017-0023.
18) Vespestad MK, Clancy A. Service dominant logic and primary care services. International Journal of Quality and Service Sciences 2018; 11(1): 127-40. doi:10.1108/ijqss-02-2018-0012.
19) Seuring S, Müller M. From a literature review to a conceptual framework for sustainable supply chain management. Journal of Cleaner Production 2008; 16(15): 1699-710. doi:10.1016/j.jclepro.2008.04.020.
20) Okoli Ch, Schabram K. A guide to conducting a systematic literature review of information systems research. Sprouts Working Papers on Information Systems 2010; 10(26): 7-35.
21) Mahood Q, Van Eerd D, Irvin E. Searching for grey literature for systematic reviews: challenges and benefits. Research Synthesis Methods 2014; 5(3): 221-34. doi: 10.1002/jrsm.1106.
22) Purssell E. Can the critical appraisal skills programme check-lists be used alongside grading of recommendations assessment, development and evaluation to improve transparency and decision-making?. Journal of Advanced Nursing 2020; 76(4): 1082-9. doi: 10.1111/jan.14303.
23) Osei-Frimpong K, Owusu-Frimpong N. Value co-creation in health care: a phenomenological examination of the doctor-patient encounter. Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing 2017; 29(4): 365-84. doi: 10.1080/10495142.2017.1326356.
24) Russo G, Moretta Tartaglione A, Cavacece Y. Empowering patients to co-create a sustainable healthcare value. Sustainability 2019; 11(5):1315. doi.org/ 10.3390/su11051315.
25) Damali U, Miller JL, Fredendall LD, Moore D, Dye CJ. Co-creating value using customer training and education in a healthcare service design. Journal of Operations Management 2016; 47: 80-97. doi:10.1016/j.jom.2016.10.001.
26) Aghdam A, Watson J, Ziaimatin H. Online value co-creation in the healthcare service ecosystem: a review. In proceedings of the 29th Australasian conference on information systems; 2018 Oct 17; Conference on information systems, Australasian; 2018: 1-9.
27) Vargo SL, Akaka MA.Value cocreation and service systems (re) formation: a service ecosystems view. Service Science 2012; 4(3): 207-17. doi.org/10.1287/serv.1120.0019.
28) Virlée JB, Hammedi W, Van Riel ACR. Healthcare service users as resource integrators: investigating factors influencing the co-creation of value at individual, dyadic and systemic levels. Journal of Service Theory and Practice 2020; 30(3). 277-306. doi:10.1108/JSTP-07-2019-0154.
29) McColl-Kennedy JR, Vargo SL, Dagger TS, Sweeney JC, Kasteren YV. Health care customer value cocreation practice styles. Journal of Service Research 2012; 15(4): 370-89. doi: 10.1177% 2F1094670512442806.
30) Lajevardi M, Danaei A, Zargar M, Heydariyeh A. Integrating strategic approach and marketing to create sustainable value. Strategic Management Studies 2018; 9(34): 19-52. [Persian]
31) Patrício L, de Pinho NF, Teixeira JG, Fisk RP. Service design for value networks: enabling value cocreation interactions in healthcare. Service Science 2018; 10(1): 76-97. doi: 10.1287/serv.2017.0201.
32) Aghdam AR, Watson J, Cliff C, Miah SJ. Improving the theoretical understanding toward patient-driven health care innovation through online value cocreation: systematic review. Journal of Medical Internet Research 2020; 22(4): e16324. doi: 10.2196/16324.
33) Sharma S, Conduit J. Cocreation culture in health care organizations. Journal of Service Research 2016; 19(4): 438-57. doi: 10.1177/1094670516666369.
34) Schiavone F, Leone D, Sorrentino A, Scaletti A. Re-designing the service experience in the value co-creation process: an exploratory study of a healthcare network. Business Process Management Journal 2020; 26(4): 889-908. doi: 10.1108/BPMJ-11-2019-0475.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.7.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8983]

Research Article

The Process Pattern of Value Co-creation in Healthcare Service Ecosystem

Mohsen Radpour [1], Seyed Hasan HatamiNasab [2]*, Shahnaz Nayebzadeh [3]

[1] Ph.D. student of Marketing Management, Department of Business Management, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Business Management, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran
[3] Associate Professor, Department of Business Management, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran

* **Corresponding Author:** Saayed Hasan Hatami Nasab
hataminasab@iauyazd.ac.ir

Citation: Radpour M, HatamiNasab SH, Nayebzadeh Sh. Nayebzadeh. The Process Pattern of Value Co-creation in Healthcare Service Ecosystem. Manage Strat Health Syst 2022; 6(4): 317-28.

Received: October 30, 2021
Revised: March 02, 2022
Accepted: March 06, 2022

Funding: The authors have no support or funding to report.

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

A B S T R A C T

Background: Having an inclusive approach and explaining involvement practices and the roles played by the actors in healthcare ecosystems is a critical factor in healthcare industry. The aim of this study was to design the process pattern of value co-creation in the healthcare ecosystem.

Methods: This study was practical in terms of the goal, and descriptive-survey with a two-staged qualitative method in terms of data collection. At first, 23 articles and scientific reports regarding theoretical foundations of value co-creation in healthcare were reviewed using the systematic review, and the basic pattern was designed. Then, in order to confirm and complete the identified factors in the first stage, 10 academic and professional experts familiar with value co-creation and health care ecosystem in the country were interviewed ,selected by combining targeted judgmental and chain sampling. The data gathered from these interviews were analyzed using thematic analysis.

Result: In this study, 3 categories and 54 subcategories concerning health ecosystem were extracted. According to the results, the final pattern was designed in 3 stages of process readiness, value network and process achievements in 3 micro, meso and macro levels. Accordingly, the roles and tasks of the actors in the health service ecosystem were explained.

Conclusion: Clarity of the role of the actors and making necessary preparations to implement them, paves the way for structural innovations of value co-creation process. In addition, establishing technical and legislative grounds to facilitate participation, leads to more participation. The suggested pattern can be used as a guide for value co-creation in the health service ecosystem.

Key words: Value co-creation, Healthcare ecosystem, Process pattern, Participatory management

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.4.7.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i4.8983]