

تبیین ابعاد و مؤلفه‌های تاب‌آوری مراکز مراقبت‌های سلامت در منزل

نورا حسن پور^۱، هادی بالوئی جامخانه^{۲*}، رضا جلالی^۲، نفیسه قدیری خُرزوقی^۳

^۱ کارشناسی ارشد مدیریت صنعتی، گروه مدیریت صنعتی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران

^۲ استادیار، گروه مدیریت صنعتی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران

^۳ دانشجوی دکتری مدیریت صنعتی، گروه مدیریت صنعتی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران

* نویسنده مسؤول: هادی بالوئی جامخانه

hadibalouei@pgu.ac.ir/hadibalouei@yahoo.com

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر، باتوجه‌به بحران‌های پیش‌بینی نشده جهانی به‌ویژه کووید-۱۹، تقاضا برای استفاده از خدمات مراکز مراقبت‌های بهداشتی در منزل به‌عنوان جایگزینی مؤثر برای مراقبت‌های بیمارستانی، افزایش‌یافته است. حفظ کارکرد این مراکز در مواجهه با رویدادهای پیش‌بینی‌ناپذیر، مستلزم شناخت ابعاد و مؤلفه‌های تاب‌آوری است. این پژوهش باهدف ارائه الگویی برای تبیین ابعاد و مؤلفه‌های تاب‌آوری در این مراکز انجام شد.

روش پژوهش: مطالعه حاضر با رویکرد تئوری داده‌بنیاد چندگانه انجام شد و شامل تلفیق نظام مند داده‌های نظری (فرا ترکیب مطالعات ۲۰ سال اخیر) و تجربی (مصاحبه با متخصصین) بود که همگی به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. تحلیل و کدگذاری داده‌ها با رویکرد مقایسه مستمر و با نرم‌افزار MaxQDA 2020 انجام و تلفیق داده‌های نظری و تجربی به تدوین نظریه منجر گردید.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش منجر به طراحی مدلی جامع در چهار بُعد اصلی شد: پاسخگویی (برای تضمین تداوم خدمت)، پیش‌بینی (برای تشخیص زود هنگام تهدیدها و برنامه‌ریزی پیشگیرانه)، رشد و یادگیری (از طریق آموزش مستمر و مستندسازی رویدادها) و نظارت و ارزش‌آفرینی (با تمرکز بر پایش داده‌محور، بازخورد و بهبود مستمر عملکرد).

نتیجه‌گیری: این پژوهش الگویی راهبردی و کاربردی را ارائه می‌دهد که تاب‌آوری را از یک مفهوم نظری به یک چارچوب عملیاتی قابل اجرا تبدیل می‌کند. مدل نهایی به مدیران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت کمک می‌کند تا با درک بهتری از مؤلفه‌های کلیدی تاب‌آوری، زیرساخت‌های مقاوم‌تری را طراحی کرده و ظرفیت لازم برای مقابله مؤثر با بحران‌های آینده را در مراکز مراقبت‌های سلامت در منزل ایجاد نمایند. به‌کارگیری این الگو می‌تواند به ارتقای پایداری خدمات و تضمین کیفیت مراقبت حتی در شرایط غیرعادی بینجامد.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، مراکز مراقبت‌های سلامت در منزل، کووید-۱۹، بحران، نظریه داده‌بنیاد چندگانه

ارجاع: حسن پور نورا، بالوئی جامخانه هادی، جلالی رضا، قدیری خُرزوقی نفیسه. تبیین ابعاد و مؤلفه‌های تاب‌آوری مراکز مراقبت‌های سلامت در منزل. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۴؛ ۱۰(۴): ۲۹۲-۳۰۴.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۳۱

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۱۱/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۱۸



مقدمه

در دو دهه اخیر، تحولات پرشتاب اقتصادی، سیاسی و فرهنگی، نظام سلامت را با ضرورت بازنگری در شیوه‌های ارائه خدمات مواجه ساخته است. یکی از مهم‌ترین پیامدهای این تحولات، گسترش مراقبت‌های بهداشتی در منزل (Home Health Care (HHC)) به‌عنوان جایگزین یا مکمل خدمات بیمارستانی است که ضمن کاهش فشار بر مراکز درمانی، در بحران‌هایی مانند همه‌گیری کووید-۱۹ نقشی کلیدی ایفا کرده است (۱،۲). بحران‌های فراگیر، به‌ویژه پاندمی اخیر (کرونا)، تمام ابعاد زندگی بشر و به‌ویژه نظام‌های سلامت را با چالش‌های بی‌سابقه‌ای روبه‌رو کرده و آسیب‌پذیری آن‌ها را عیان ساخته است (۳). در چنین شرایطی، برخورداری مراکز HHC از تاب‌آوری بالا نه تنها یک مزیت رقابتی، بلکه یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر برای تضمین تداوم ارائه خدمات مؤثر است. مراقبت‌های سلامت در منزل، به‌عنوان روندی روبه‌رشد در قرن بیست‌ویکم، پاسخی است به افزایش جمعیت سالمند، رشد هزینه‌های درمان و ضرورت ارائه مراقبت‌های مؤثر و مقرون‌به‌صرفه (۵،۴). این خدمات با فراهم کردن مراقبت‌های تخصصی در محیط خانه، موجب کاهش بستری‌های غیرضروری و ارتقای کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۷،۶). براتی و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای نشان دادند توسعه خدمات HHC، علاوه بر کاهش هزینه‌های نظام سلامت، منجر به تقویت همبستگی اجتماعی و ارتقای سلامت جامعه می‌شود (۱). با وجود این مزایا، مراکز HHC همچنان با چالش‌هایی از جمله کمبود تجهیزات، فشار روانی و مالی خانواده‌ها و ضعف آموزش مواجه‌اند (۶،۷). این چالش‌ها در بحران‌هایی مانند همه‌گیری کووید-۱۹ شدت یافته و لزوم «تاب‌آوری» این مراکز را برجسته می‌کنند. در چنین شرایطی، تاب‌آوری به‌عنوان یک ویژگی کلیدی در استمرار کارکرد این مراکز مطرح می‌شود. تاب‌آوری نظام سلامت که در سال‌های اخیر به حوزه‌ای نوظهور تبدیل شده، به توانایی سیستم برای آماده‌سازی، پاسخگویی، سازگاری و تحول در شرایط بحرانی اشاره دارد (۸). سازمان جهانی بهداشت نیز بر «سازمان‌دهی هوشمندانه، پاسخگویی به نیاز مردم و توزیع عادلانه منابع» به‌عنوان ارکان نظام سلامت تاب‌آور تأکید کرده است (۴،۵). تاب‌آوری مفهومی پویا و یادگیرنده است که با تقویت ظرفیت انطباق و نوآوری

درون‌سیستمی شکل می‌گیرد و زمانی محقق می‌شود که عوامل انسانی، فناورانه و مدیریتی نظام سلامت هماهنگ عمل کرده و از تجارب بحران برای بازآفرینی ساختارها بهره‌گیرند. باین‌حال، مراکز HHC به‌دلیل ساختار کوچک‌تر، وابستگی به نیروی انسانی و محدودیت منابع، بیش از سایر بخش‌ها در معرض تهدیدهای عملکردی قرار دارند و نیازمند رویکردی ویژه برای ارتقای تاب‌آوری هستند.

مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که مفهوم تاب‌آوری، که ریشه در علوم روان‌شناسی و اکولوژی دارد، در سطح نظام سلامت به عنوان یک پارادایم نوظهور، توانایی سیستم برای پیش‌بینی، جذب، سازگاری و تحول در مواجهه با شوک‌ها و استرسورها تعریف می‌شود (۹). این مفهوم از سطح فردی آغاز می‌شود؛ جایی که مطالعاتی مانند پژوهش فورثو و همکاران (۲۰۱۳) نشان داده‌اند چگونه تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌توانند سلامت روان و تاب‌آوری شغلی پرستاران و ماماها، که از ستون‌های اصلی خدمات HHC هستند، را در برابر استرس‌های شدید شغلی تقویت کنند (۱۰). این بعد فردی، سنگ بنای تاب‌آوری در سطوح کلان‌تر است. در سطح سازمانی نیز، محققانی مانند پاتریارکا و همکاران (۲۰۱۸) و ریگی و همکاران (۲۰۱۵) بر شناسایی و تقویت قابلیت‌های درونی سیستم‌ها، مانند توانایی یادگیری از رویدادها و انعطاف‌پذیری در رویه‌ها، تأکید کرده‌اند (۱۲،۱۱).

در سال‌های اخیر، انقلاب صنعتی چهارم و تحول دیجیتال، (مانند تله‌مدیسن، اینترنت اشیا پزشکی و هوش مصنوعی) به‌عنوان توانمندساز اصلی تاب‌آوری در نظام سلامت شناخته شده‌اند. تله‌مدیسن، مراقبت از راه دور را ممکن می‌سازد، اینترنت اشیا پزشکی پایش علائم حیاتی را تسهیل می‌کند و هوش مصنوعی با تحلیل داده‌های سلامت، پیش‌بینی بیماری و شخصی‌سازی مراقبت را ارتقا می‌دهد (۱۴،۱۳). تجربه کووید-۱۹ نشان داد این فناوری‌ها در غربالگری، ردیابی تماس و تداوم خدمات درمانی، نقشی حیاتی دارند.

با وجود این پیشرفت‌ها، مرور ادبیات بیانگر آن است که اگرچه پژوهش‌هایی به HHC یا تاب‌آوری پرداخته‌اند (مانند مطالعات پاتریارکا و همکاران (۲۰۱۸)؛ ریگی و همکاران (۲۰۱۵)؛ و میراسماعیلی و همکاران (۱۴۰۲) ((۱۵،۱۱،۱۲)، اما

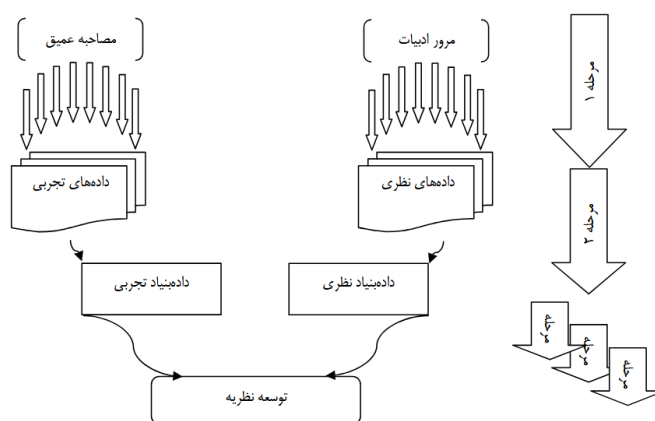
تیبین الگوی بومی تاب‌آوری است تا راهنمایی برای مدیران و سیاست‌گذاران در جهت ایجاد نظام سلامت هوشمند، منعطف و پایدار فراهم سازد.

روش پژوهش

تحقیق حاضر از نظر هدف، توسعه‌ای است و از روش‌شناسی تئوری داده‌بنیاد چندگانه *Multi Grounded Theory* (MGT) برای انجام پژوهش استفاده شده است. رویکرد MGT که توسط گولدکوهل در سال ۱۹۹۳ معرفی شد، مبتنی بر تئوری داده‌بنیاد بنا شده است، اما کاستی‌های آن را برطرف کرده و دیدگاه‌های انتقادی را نیز در برمی‌گیرد (۱۶). در این روش، ابتدا کدها و مفاهیم از مرور پیشینه استخراج و سپس طی یک فرایند رفت و برگشتی، با داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها ترکیب می‌شوند تا چارچوب نهایی شکل گیرد. بدین منظور، داده‌های نظری از طریق فراترکیب مطالعات پیشین و داده‌های تجربی از طریق مصاحبه با خبرگان گردآوری شد. مراحل اصلی رویکرد MGT در شکل ۱ نمایش داده شده است.

هنوز الگوی جامع و بومی برای تبیین ابعاد تاب‌آوری مراکز مراقبت در منزل در ایران ارائه نشده است. برای نمونه، حیدری و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که کمبود زیرساخت، ضعف آموزش مراقبان و بی‌توجهی به ابعاد فرهنگی - اجتماعی از مهم‌ترین موانع توسعه خدمات HHC در کشور است (۷). این مطالعات هرچند ارزشمندند، اما نتوانسته‌اند مدلی جامع برای سنجش و تقویت تاب‌آوری این مراکز ارائه دهند. این شکاف نظری و کاربردی، مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت را در تدوین راهبردهای مؤثر برای پایداری خدمات HHC با چالش روبه‌رو ساخته است.

بر این اساس، پژوهش حاضر با استفاده از روش نظریه داده‌بنیاد و ترکیب داده‌های کتابخانه‌ای و میدانی، در پی ارائه الگویی جامع برای تاب‌آوری مراکز مراقبت‌های بهداشتی در منزل ایران است. این مدل با تکیه بر داده‌های واقعی و تحلیل دیدگاه‌های خبرگان، می‌تواند مبنایی علمی برای تدوین سیاست‌ها، طراحی نظام‌های پایدار و توانمندسازی مراکز HHC در برابر بحران‌های آینده فراهم سازد. در واقع، هدف این پژوهش، پرکردن خلأ موجود در ادبیات داخلی از طریق



شکل ۱: فازهای رویکرد تئوری داده‌بنیاد چندگانه (۱۷)

مبتنی بر نتایج تحقیقات گذشته است. در این قسمت جزئیات و نتایج حاصل از انجام روش فراترکیب مبتنی بر الگوی هفت‌مرحله‌ای تشریح می‌گردد.

در ابتدا زمینه‌یابی نظری با استفاده از رویکرد فراترکیب شرح داده می‌شود. رویکرد فراترکیب یکی از روش‌های تحقیق اکتشافی برای ایجاد و استخراج یک چارچوب مرجع مشترک



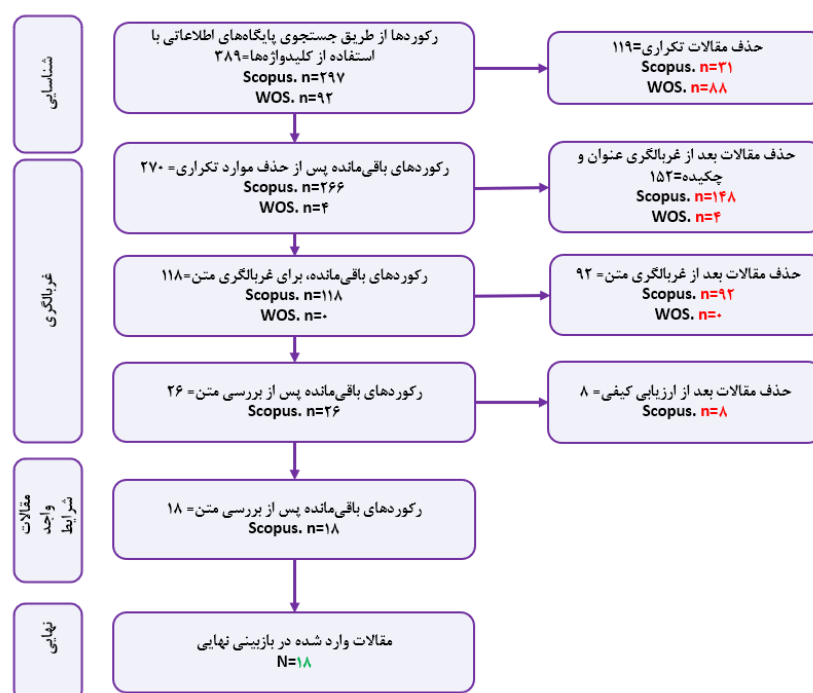
شکل ۲: الگوی هفت مرحله‌ای روش فراترکیب براساس جنسن و آلن (۱۹۹۶) (۱۸)

درمان در منزل (Home Healthcare)، بهداشت و درمان تاب‌آور (Resilient Healthcare) و مراقبت‌های بهداشتی و درمان در منزل تاب‌آور (Resilient Home Healthcare Provider) استفاده شده است.

گام سوم، جستجو و انتخاب مقالات مناسب: پس از جستجوی کامل در تمامی پایگاه‌های علمی اشاره شده، در مجموع ۳۸۹ مقاله دریافت شد. فرایند بررسی و انتخاب مطالعات توسط تیم پژوهشگر (نویسنده اصلی و استاد مشاور) به صورت مستقل پس از غربال‌گری اولیه ۲۷۱ مقاله کنار گذاشته شد. ۱۱۸ مقاله از نظر محتوا بررسی شده و ۹۲ مقاله از فرایند تحلیل کنار گذاشته شد. ۲۶ مقاله برای تحلیل نهایی انتخاب شدند. پس از ارزیابی کیفی با معیار استاندارد (چک‌لیست CASP (Critical Appraisal Skills Programme)، ۱۸ مقاله که امتیاز کافی و بالای ۶۰ درصد داشتند، به‌عنوان مبنای پژوهش برگزیده شدند. فرایند در شکل ۳ آمده است.

گام اول، تنظیم سؤال پژوهش: در گام نخست ابتدا به تنظیم سؤال پژوهش پرداخته شد و به‌منظور جلوگیری از انتخاب منابع نامرتبط، معیارهای پذیرش شامل معیار انتخاب بر اساس تمرکز بر موضوع مورد مطالعه (تاب‌آوری مراکز مراقبت‌های بهداشتی در منزل)، زمان تحقیقات (مطالعات منتشر شده از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۲ میلادی)، زبان (انگلیسی و فارسی)، نوع سند (مقالات چاپ شده در مجلات، کنفرانس‌های ملی و بین‌المللی و کتب مرجع) تعیین شد. قابل ذکر است اگر چه MGT در ۱۹۹۳ معرفی شده، ولی مفهوم "تاب‌آوری سازمانی و نظام سلامت" از اوایل دهه ۱۹۹۰ به تدریج وارد ادبیات مدیریتی شد و انتخاب این بازه باعث پوشش کامل سیر تحول مفهومی شد. معیار حذف مطالعات نیز "مقالات غیر مرتبط با تاب‌آوری یا HHC"، "مقالات بدون داده تجربی یا مروری سطح پایین" می‌باشد.

گام دوم، بررسی متون به‌صورت نظام‌مند: جستجو در پایگاه‌های استنادی Scopus و Web of Science با استفاده از کلیدواژه‌های تاب‌آوری (Resilience)، مراقب‌های بهداشتی و



شکل ۳: نمودار جریان فرآیند بررسی مقالات (اقتباس از PRISMA) (فونسکا و همکاران، ۲۰۲۱)

کدگذاری و استخراج مفاهیم و مقوله‌ها از طیف وسیعی از تحقیقات گذشته پرداخته شد. بعد از بررسی ادبیات که با استفاده از زمینه‌یابی نظری (رویکرد فراترکیب) صورت گرفت، در این بخش داده‌های تجربی با استفاده از زمینه‌یابی تجربی استخراج شده است.

یافته‌ها

در مرحله بعد که زمینه‌یابی تجربی است، به دلیل استفاده از رویکرد MGT، به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده شده است. محور مصاحبه‌ها بر اساس مقولات استخراج شده از مرحله فراترکیب طراحی گردید. جامعه پژوهش شامل مدیران و متخصصان حوزه سلامت و مراقبت‌های بهداشتی در منزل و آشنا با مفهوم تاب‌آوری در استان بوشهر بود که با روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی انتخاب شدند. ۲۰ مصاحبه تا رسیدن به اشباع نظری انجام گرفت. اطلاعات جمعیت‌شناختی خبرگان در جدول ۱ ارائه شده است.

گام چهارم، استخراج اطلاعات مقاله‌ها: محتوای مقالات منتخب چندین بار توسط تیم پژوهشگر (نویسنده اصلی و استاد مشاور) مرور و داده‌های مرتبط با تاب‌آوری HHC استخراج شد. سپس کدگذاری کیفی در نرم‌افزار MaxQDA 2020 صورت گرفت.

گام پنجم، تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی: کدهای به دست آمده در قالب مفاهیم و مقوله‌ها دسته‌بندی و چارچوب مفهومی اولیه تدوین گردید.

گام ششم، کنترل کیفیت: به منظور کنترل کیفیت کدگذاری‌ها از روش توافق بین دو کدگذار استفاده شد. بدین منظور که کدهای استخراجی توسط پژوهشگر در اختیار کدگذار دوم قرار گرفت و به دسته‌بندی کدها در قالب مقوله‌ها و مفاهیم اقدام نمود. سپس ضریب توافق کاپا برابر با ۰/۶۹۷ محاسبه شد که با توجه به اینکه در سطح معنی‌دار بین ۰/۶۱۰ تا ۰/۸۰۰ قرار گرفته است، معتبر است (۱۸).

گام هفتم، ارائه یافته‌ها: با استفاده از روش فراترکیب، به

جدول ۱: یافته‌های مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی خبرگان

جنسیت:		مرد: ۱۲	زن: ۸
تحصیلات:		کارشناسی: ۶	دکتری: ۱۱
سابقه کاری:		کمتر از ۵ سال: ۲	۱۰-۵ سال: ۴
سمت شغلی:		پزشک و پرستار: ۱۲	هیئت‌علمی: ۵
		سایر: ۳	

پیشین مقایسه شده (انطباق نظری) و سپس یافته‌ها با داده‌های تجربی اعتبارسنجی گردید. در نهایت، از طریق بررسی انسجام درونی اجزای مدل، نظریه نهایی تکامل یافت.

بر اساس نتایج جدول ۲، تاب‌آوری مراکز مراقبت در منزل از چهار بُعد اصلی تشکیل شده است: "پاسخگویی، پیش‌بینی، رشد و یادگیری و نظارت و ارزش‌آفرینی". هر یک از این ابعاد، مجموعه‌ای از مؤلفه‌های انسانی، فناورانه و مدیریتی را در برمی‌گیرند که در تعامل با یکدیگر، پایداری عملکرد مراکز HHC را تضمین می‌کنند.

در مرحله اعتبار تجربی باید گفت، مدل نهایی با داده‌های تجربی و ادبیات پژوهش همخوانی دارد و از انسجام نظری برخوردار است. غنی‌سازی نظریه به‌منظور یکپارچه‌سازی و پالایش نظریه‌ها انجام شد و برای درک بهتر مفاهیم، آن‌ها در قالب شکل ۴ ترسیم گردید. لازم به توضیح است که جدول ۲ به ارائه شاخص‌ها در مرحله کدگذاری و تحلیل مفهومی اختصاص دارد، درحالی‌که شکل ۴ مدل نهایی و یکپارچه تاب‌آوری مراکز مراقبت‌های بهداشتی در منزل را در سطح ابعاد کلان نمایش می‌دهد. بدین ترتیب، تفاوت ظاهری بین جدول و شکل ناشی از تفاوت سطح تحلیل (شاخص‌ها در برابر ابعاد) بوده و همخوانی مفهومی میان آن‌ها برقرار است.

داده‌های مصاحبه‌ها پس از هر جلسه کدگذاری شده و با کدهای استخراج‌شده از تئوری‌های پیشین مقایسه شدند تا شباهت‌ها و تفاوت‌ها مشخص شود. اشباع داده‌ها در مصاحبه شانزدهم حاصل شد، اما برای اطمینان، چهار مصاحبه تکمیلی نیز انجام شد. هر مصاحبه با استفاده از نرم‌افزار MaxQDA 2020 به‌صورت کدگذاری باز، محوری و انتخابی تحلیل شد. برای افزایش دقت، کدها با مرحله فراترکیب مقایسه و سپس با ادغام داده‌های نظری و تجربی، مقولات، بازتعریف و چارچوب نهایی پژوهش تدوین شد.

زمینه‌یابی داخلی شامل کدگذاری محوری، غنی‌سازی نظریه و اعتبارسنجی تجربی است. مرحله اول کدگذاری محوری است. در ارتباط با نوع مقوله شرایط علی در MGT، نتایج ترکیب دو رویکرد فراترکیب و نظریه داده‌بنیاد در جدول ۲ نشان داده‌شده است و چهار بُعد اصلی تاب‌آوری در مراکز HHC شناسایی گردید. کدگذاری محوری حول پدیده تاب‌آوری HHC صورت‌گرفته است. تاب‌آوری HHC در چهار بعد اصلی پاسخگویی، پیش‌بینی، رشد و یادگیری و نظارت و ارزش‌آفرینی در نظر گرفته شد.

مرحله غنی‌سازی نظریه، به‌عنوان مرحله پایانی در استراتژی MGT و شامل سه فرایند کلیدی "انطباق نظری، اعتبارسنجی تجربی و ارزیابی انسجام نظری" است. در این مرحله، برای اطمینان از جامعیت مدل، مقولات استخراج‌شده با نظریه‌های

جدول ۲: تطبیق نظری نظریه در حال تکوین با پیشینه پژوهش

مقوله	مفهوم	نوع داده‌بنیاد
پاسخگویی	مراقبت‌های حیاتی اورژانسی	نظری
	پردازش سریع اطلاعات	
	کنترل زمان واقعی	
	بازیابی سریع	
	توانایی حل مسئله	
	ارائه راه‌حل‌ها	
	ظرفیت جذب تغییر	
	تحمل‌پذیری سیستم	
	توانایی سیستم برای تنظیم عملکرد	
	همسویی با نیازهای نوظهور	
	پاسخ مؤثر به شوک‌ها	
	مدیریت اطلاعات بیمار	
	سازگاری با تغییرات	
	آمادگی برای مواجهه با اختلالات	
پیش‌بینی	پاسخگویی اثربخش از طریق استفاده از ظرفیت منابع مرکز	تجربی
	شناخت ظرفیت سازمان	
	توانایی مقابله با بحران	
	انعطاف‌پذیری در شرایط بحرانی	
	انطباق‌پذیری با شرایط محیطی	
	استمرار در ارائه خدمات	
	ارائه خدمات سازگار با شرایط	
	ارائه خدمات ۲۴ ساعته	
	پیش‌بینی/آماده‌کردن اقدامات پیشگیرانه	
	تشخیص به‌موقع تهدیدات بالقوه	
پیش‌بینی تأمین منابع		
پیش‌بینی	پیش‌بینی تغییرات احتمالی	نظری
	تشخیص داده‌محور	
	برنامه‌ریزی و پیش‌بینی مدولار مشاغل	
	تشخیص سریع نیازهای نوظهور	
	تشخیص شرایط نامطلوب	
	پیش‌بینی کنش و واکنش‌های مناسب	
	پیش‌بینی و آمادگی برای غلبه بر نقاط ضعف سیستم	
	تشخیص و پیش‌بینی تغییرات	
	تشخیص ریسک‌های بالقوه و بحرانی	
	تشخیص داده‌محور	
استفاده از فناوری‌های نوین به‌منظور افزایش پیش‌بینی بحران		
رشد و یادگیری	حفظ و توسعه سطح آگاهی	نظری
	آموزش نیروی انسانی	

فرایند استخراج مقوله‌های تاب‌آوری در مراکز مراقبت‌های بهداشتی در منزل (پدیده محوری: تاب‌آوری HHC)

مقوله	مفهوم	نوع داده‌بنیاد
	<p>مستندسازی گزارش‌ها و بازخوردهای مرتبط با حوادث</p> <p>یادگیری مستمر</p> <p>آگاهی و درک از نحوه انجام کار</p> <p>یادگیری از تجربیات</p> <p>کوتاه‌تر شدن چرخه‌های کنترل</p> <p>تصمیم‌گیری بر مبنای شواهد</p> <p>افزایش مهارت‌های درمان استاندارد</p> <p>انتقال دانش و به‌اشتراک‌گذاری تجربیات</p> <p>توسعه نرم‌افزار و سامانه‌هایی به‌منظور آموزش خودمراقبتی به مددکار</p> <p>تحقیق و توسعه مراکز</p> <p>بهره‌مندی از دانش روز دنیا</p> <p>الگوبرداری از طرح‌های موفق</p> <p>ارتقا سطح سواد اجتماعی و سلامت جامعه</p> <p>آگاهی‌بخشی و اطلاع‌رسانی عمومی</p> <p>آموزش و فرهنگ‌سازی</p>	تجربی
نظارت و ارزش‌آفرینی	<p>تجزیه‌وتحلیل بر مبنای رویکرد SWOT</p> <p>استفاده از فناوری نوین در تجزیه‌وتحلیل خطا</p> <p>ردیابی شرایط ایجاد خطا در مرکز</p> <p>پایش و نظارت مستمر بر وضعیت بیمار</p> <p>دقت و صحت داده‌ها</p> <p>پایش مستمر عملکرد سیستم</p> <p>پایش مستمر خطرات بالقوه و بالفعل</p> <p>پیگیری و پاسخ به شکایات</p> <p>نظارت و پایش هوشمند</p> <p>نظارت دقیق بر اجرای ضوابط</p> <p>سیستم بازخورد</p> <p>سنجش و ارزیابی عملکرد کارکنان</p> <p>داده‌کاوی و تجزیه‌وتحلیل منظم سلامت</p> <p>جلوگیری از فعالیت افراد و مؤسسات بدون مجوز</p> <p>تبدیل تهدیدها به فرصت</p> <p>بازنگری آیین‌نامه‌ها</p> <p>ارزیابی صلاحیت و شایستگی مراقبان سلامت</p>	نظری
		تجربی



تجربی، محدودیت‌هایی دارد. اول اینکه، تمرکز مطالعه بر مراکز HHC در ایران ممکن است قابلیت تعمیم نتایج به سایر نظام‌های سلامت را محدود کند. دوم، تحلیل کیفی مبتنی بر مصاحبه، به ادراک و تجربه مشارکت‌کنندگان وابسته است و امکان سوگیری تفسیری وجود دارد. همچنین، به دلیل تغییرات سریع فناوری‌های دیجیتال در حوزه سلامت، بخشی از یافته‌ها ممکن است در آینده نیازمند به‌روزرسانی باشد. انجام پژوهش‌های ترکیبی و کمی در آینده می‌تواند به سنجش تجربی مدل پیشنهادی و افزایش دقت تعمیم نتایج کمک کند.

نتیجه‌گیری

تاب‌آوری در مراکز HHC، مفهومی پویا و چندلایه است که از درون سازمان و در بستر تعامل میان انسان، فناوری و ساختار مدیریتی شکل می‌گیرد. از دیدگاه نویسنده، تاب‌آوری واقعی زمانی حاصل می‌شود که مدیران این مراکز، آن را نه واکنشی به بحران، بلکه رویکردی راهبردی و یادگیرنده برای مدیریت آینده نظام سلامت بدانند. تاب‌آوری در HHC دیگر یک گزینه اختیاری نیست، بلکه ضرورتی اساسی برای پایداری خدمات سلامت در مواجهه با بحران‌های آینده است. نویسنده بر این باور است که تمرکز بر هم‌افزایی میان سرمایه انسانی، زیرساخت فناوریانه و تصمیم‌گیری داده‌محور، می‌تواند مسیر توسعه تاب‌آوری در این مراکز را هموار کند.

از منظر سیاستی، پیشنهاد می‌شود تصمیم‌گیران حوزه سلامت با تقویت حمایت روانی از مراقبان، ارتقای مهارت‌های دیجیتال و توسعه زیرساخت‌های فناوری سلامت، زمینه‌ساز پایداری و پاسخگویی مؤثرتر مراکز HHC شوند. همچنین، سرمایه‌گذاری در سامانه‌های داده‌محور و نهادینه‌سازی فرهنگ یادگیری سازمانی، از گام‌های کلیدی برای تقویت تاب‌آوری به شمار می‌رود. از منظر پژوهشی، لازم است ابزارهای کمی مبتنی بر مدل‌های تاب‌آوری طراحی و اعتبارسنجی شوند تا سازوکارهای مؤثر در پایداری نظام سلامت به‌صورت تجربی بررسی گردند. در این راستا، انجام پژوهش‌های ترکیبی برای آزمون تجربی مدل پیشنهادی و تحلیل اثر متغیرهایی همچون بلوغ فناوریانه، سطح حمایت مالی دولت، ظرفیت یادگیری سازمانی و میزان مشارکت جامعه پیشنهاد می‌شود. همچنین، استفاده از روش‌های پیشرفته‌تری مانند شبیه‌سازی و تحلیل شبکه می‌تواند به درک پویایی تعامل میان ابعاد انسانی، فناوریانه و

نشان می‌دهد در مراکز HHC، بهره‌گیری از سامانه‌های هوشمند می‌تواند به شناسایی زود هنگام ریسک‌ها، تخصیص بهینه منابع و کاهش زمان واکنش کمک کند و تاب‌آوری را از سطح «واکنش» به سطح «پیش‌دستی و یادگیری» ارتقا دهد (۲۲، ۱۹).

در بُعد «رشد و یادگیری»، تأکید بر آموزش مستمر، مستندسازی تجربیات و انتقال دانش، یافته‌های کلیدی در این پژوهش است. در مدل میراسماعیلی و همکاران (۱۴۰۲)، «یادگیری سازمانی» و «بازخورد در بحران» از مؤلفه‌های اصلی تاب‌آوری نظام سلامت معرفی شده‌اند. یافته‌های حاضر این مؤلفه را به سطحی کاربردی‌تر در مراکز HHC ارتقا می‌دهد و نشان می‌دهد که یادگیری نه تنها از شکست‌ها بلکه از الگوهای موفق و نوآورانه نیز حاصل می‌شود؛ به عبارتی، این پژوهش مفهوم یادگیری پیش‌نگر را به ادبیات تاب‌آوری اضافه می‌کند (۱۵).

بُعد «نظارت و ارزش‌آفرینی» نوآورانه‌ترین بخش مدل حاضر است. در این بُعد، نظارت صرفاً به‌عنوان ابزار کنترل تلقی نمی‌شود، بلکه سازوکاری برای خلق ارزش، بهبود مستمر و تصمیم‌گیری مبتنی بر داده محسوب می‌شود. این دیدگاه با مؤلفه‌های «نظام اطلاعات سلامت» و «حکمرانی داده‌محور» که در مطالعات میراسماعیلی و همکاران (۱۴۰۲) و هالدان و همکاران (۲۰۲۱) مطرح شده‌اند، هم‌خوانی دارد. تلفیق فناوری‌های نظارتی با تصمیم‌گیری مدیریتی، امکان رصد لحظه‌ای عملکرد و تقویت یادگیری سازمانی را برای مدیران فراهم می‌سازد. بدین ترتیب، این بُعد، نظارت را از یک ابزار کنترلی به مکانیزمی یادگیرنده و ارزش‌افزا تبدیل می‌کند که وجه تمایز مدل حاضر با پژوهش‌های پیشین است (۱۹، ۱۵).

در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهد تاب‌آوری مراکز HHC فرایندی یادگیرنده، فناوریانه و ارزش‌محور است. این مدل با تلفیق ابعاد انسانی و فناوریانه، چرخه‌ای هم‌افزا از پایداری سازمانی ایجاد می‌کند. از نظر نظری، پژوهش با معرفی بُعد «نظارت و ارزش‌آفرینی»، چارچوبی جدید برای ارزیابی تاب‌آوری ارائه می‌دهد. از نظر کاربردی، نتایج بر سرمایه‌گذاری در سامانه‌های داده‌محور و توسعه مهارت‌های دیجیتال تأکید دارد که توان پیش‌بینی، پاسخگویی و یادگیری را هم‌زمان ارتقا می‌دهد. این الگو می‌تواند راهنمای مدیران برای طراحی نظام‌های مراقبت در منزل پایدار و تاب‌آور در ایران باشد. پژوهش حاضر با وجود تلاش برای تلفیق داده‌های نظری و

مدیریتی تاب‌آوری کمک کند.

به‌طور کلی، این پژوهش تأکید می‌کند که آینده نظام سلامت ایران به میزان توان آن در یادگیری، نوآوری و بازسازی مستمر وابسته است. ایجاد نظام‌های یادگیرنده و داده‌محور، نه تنها تاب‌آوری مراکز مراقبت در منزل را افزایش می‌دهد، بلکه گامی بنیادین در مسیر تحقق یک نظام سلامت پایدار، هوشمند و آینده‌نگر خواهد بود.

ملاحظات اخلاقی

رعایت اصول اخلاقی در تمامی مراحل اجرای مطالعه، مطابق با بیانیه هلسینکی و دستورالعمل‌های کمیته ملی اخلاق، صورت گرفته است و پیش از انجام مصاحبه‌ها، هدف پژوهش، نحوه استفاده از داده‌ها و محرمانگی اطلاعات برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه شفاهی از تمامی مشارکت‌کنندگان اخذ گردید. در تمام مراحل پژوهش بر محرمانه بودن اطلاعات مشارکت‌کنندگان تأکید شد، به‌گونه‌ایکه داده‌ها بدون ذکر نام یا مشخصات فردی و صرفاً برای اهداف علمی تحقیق مورد استفاده قرار گرفت. از آنجا که پژوهش حاضر فاقد مداخله بالینی و شامل افراد در معرض آسیب نبود، لذا

دریافت کد اخلاق برای آن الزامی نبوده است.

سپاسگزاری

نویسندگان از همکاری و همراهی صمیمانه تمامی خبرگان حوزه سلامت و مراقبت در منزل که با مشارکت در مصاحبه‌ها زمینه اجرای این پژوهش را فراهم کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ن. ح. ه. ب. ج. ر. ج. ن. ق. خ

جمع‌آوری داده: ن. ح. ن. ق. خ

تحلیل داده‌ها: ن. ح. ر. ج.

نگارش و اصلاح مقاله: ن. ح. ه. ب. ج. ر. ج. ن. ق. خ

سازمان حمایت‌کننده

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد رشته مدیریت صنعتی در دانشگاه خلیج فارس بوده و هیچ‌گونه حمایت مالی از سوی سازمان یا نهاد خاصی دریافت نکرده است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.





References

- 1) Barati A, Janati A, Tourani S, Khaledi N, Gholizadeh M. Iranian professional's perception about advantages of developing home health care system in Iran. *Hakim Research Journal* 2010; 13(2): 71-9. [Persian]
- 2) Brant JM, Fink RM, Thompson C, Li YH, Rassouli M, Majima T, et al. Global survey of the roles, satisfaction, and barriers of home health care nurses on the provision of palliative care. *Journal of Palliative Medicine* 2019; 22(8): 945-60. doi: 10.1089/jpm.2018.0566. PMID: 31380727.
- 3) Jovanović A, Klimek P, Renn O, Schneider R, Øien K, Brown J, et al. Assessing resilience of healthcare infrastructure exposed to COVID-19: emerging risks, resilience indicators, interdependencies and international standards. *Environment Systems and Decisions* 2020; 40(2): 252-86. doi: 10.1007/s10669-020-09779-8. PMID: 32837821. PMCID: PMC7271643.
- 4) World Health Organization. *Research for universal health coverage*. WHO: Switzerland, Geneva. 2013: 45-6.
- 5) World Health Organization. *Universal health coverage: moving towards better health: action framework for the Western Pacific Region*. WHO: Switzerland, Geneva. 2016: 9, 29, 84.
- 6) Lindblad M, Flink M, Ekstedt M. Exploring patient safety in Swedish specialised home healthcare: an interview study with multidisciplinary teams and clinical managers. *BMJ Open* 2018; 8(12): e024068. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024068.
- 7) Heydari H, Shahsavari H, Hazini A, Nasrabadi AN. Exploring the barriers of home care services in Iran: a qualitative study. *Scientifica (Cairo)* 2016; 2016: 2056470. doi: 10.1155/2016/2056470. PMID: 27127677. PMCID: PMC4835654.
- 8) Turenne CP, Gautier L, Degroote S, Guillard E, Chabrol F, Ridde V. Conceptual analysis of health systems resilience: a scoping review. *Social Science and Medicine* 2019; 232: 168-80. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.04.020. PMID: 31100697.
- 9) Biddle L, Wahedi K, Bozorgmehr K. Health system resilience: a literature review of empirical research. *Health Policy Plan* 2020; 35(8): 1084-109. doi: 10.1093/heapol/czaa032. PMID: 32529253. PMCID: PMC7553761.
- 10) Foureur M, Besley K, Burton G, Yu N, Crisp J. Enhancing the resilience of nurses and midwives: pilot of a mindfulness-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse* 2013; 45(1): 114-25. doi: 10.5172/conu.2013.45.1.114. PMID: 24099232.
- 11) Patriarca R, Bergström J, Di Gravio G, Costantino F. Resilience engineering: current status of the research and

- future challenges. *Safety Science* 2018; 102: 79-100. doi: 10.1016/j.ssci.2017.10.005.
- 12) Righi AW, Saurin TA, Wachs P. A systematic literature review of resilience engineering: research areas and a research agenda proposal. *Reliability Engineering and System Safety* 2015; 141: 142-52. doi: 10.1016/j.res.2015.03.007.
- 13) Tlapa D, Zepeda-Lugo CA, Tortorella GL, Baez-Lopez YA, Limon-Romero J, Alvarado-Iniesta A, et al. Effects of lean healthcare on patient flow: a systematic review. *Value Health* 2020; 23(2): 260-73. doi: 10.1016/j.jval.2019.11.002. PMID: 32113632.
- 14) Whitelaw S, Mamas MA, Topol E, Van Spall HG. Applications of digital technology in COVID-19 pandemic planning and response. *The Lancet Digital Health* 2020; 2(8): e435-40. doi: 10.1016/S2589-7500(20) 30142-4. PMID: 32835201.PMCID: PMC7324092.
- 15) Mir Esmaeili S, Tajsharifi S, Pirani N. Components of health system resilience. *Research center of the islamic consultative assembly: Iran, Tehran.* 2023: 5-7, 17-20.
- 16) Goldkuhl G, Cronholm S. Adding theoretical grounding to grounded theory: toward multi-grounded theory. *International journal of Qualitative Methods* 2010; 9(2): 187-205. doi: 10.1177/160940691000900205.
- 17) Goulding C. *Grounded theory: a practical guide for management, business and market researchers.* London: Sage publications, Inc.; 2002: 14, 58-59, 69, 80, 85-89.
- 18) Jensen LA, Allen MN. Meta-synthesis of qualitative findings. *Qualitative Health Research* 1996; 6(4): 553-60. doi: 10.1177/104973239600600407.
- 19) Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, Jung AS, Tan M, Wu S, et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nature Medicine* 2021; 1-18. doi: 10.1038/s41591-021-01381-y.
- 20) Tanno LK, Chalmers R, Bierrenbach AL, Simons FER, Martin B, Molinari N, et al. Changing the history of anaphylaxis mortality statistics through the world health organization's international classification of diseases-11. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2019; 144(3): 627-33. doi: 10.1016/j.jaci.2019.05.013. PMID: 31229269.
- 21) Carthey J, de Leval M, Reason J. Institutional resilience in healthcare systems. *Qual Health Care* 2001; 10(1): 29-32. doi: 10.1136/qhc.10.1.29. PMID: 11239141. PMCID: PMC1743425.
- 22) Tortorella GL, Saurin TA, Fogliatto FS, Rosa VM, Tonetto LM, Magrabi F. Impacts of healthcare 4.0 digital technologies on the resilience of hospitals. *Technological Forecasting and Social Change* 2021; 166: 120666. doi: 10.1016/j.techfore.2021.120666.

Research Article

Explaining the Dimensions and Components of Resilience of Home Health Care Centers

Noura Hasanpour ¹ , Hadi Balouei Jamkhaneh ^{2*} , Reza Jalali ² ,
Nafise Ghadiri Khorzoughi ³ 

¹ MSc in Industrial Management, Department of Industrial Management, Persian Gulf University, Bushehr, Iran

² Assistant Professor, Department of Industrial Management, Persian Gulf University, Bushehr, Iran

³ Ph.D. student of Industrial Management, Department of Industrial Management, Persian Gulf University, Bushehr, Iran

* **Corresponding Author:** Hadi Balouei Jamkhaneh

hadibalouei@pgu.ac.ir/hadibalouei@yahoo.com

ABSTRACT

Citation: Hasanpour N, Balouei Jamkhaneh H, Jalali R, Ghadiri Khorzoughi N. Explaining the Dimensions and Components of Resilience of Home Health Care Centers. *Manage Strat Health Syst* 2026; 10(4): 292-304.

Received: September 22, 2025

Revised: January 24, 2026

Accepted: March 09, 2026

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

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

Background: In recent years, due to unforeseen global crises, particularly the COVID-19 pandemic, the demand for utilizing Home Health Care centers as an effective alternative to hospital care has increased. Maintaining the functionality of these centers in the face of unpredictable events requires an understanding of the dimensions and components of resilience. This study was conducted with the aim of presenting a model to explain the dimensions and components of resilience in these centers.

Methods: The present study was conducted using a multi-grounded theory approach and included systemic integration of theoretical (meta-synthesis of related studies over the past 20 years) and empirical data (interview with specialists) via purposive sampling. Data analysis and coding were performed using the constant comparative approach with MaxQDA ²⁰²⁰ software, and the integration of theoretical and empirical data led to the formulation of the theory.

Results: The research findings led to the design of a comprehensive model with four main dimensions: Responsiveness (to ensure service continuity), Prediction (for early threat detection and preventive planning), Growth and Learning (through continuous training and documentation of events), and Monitoring and Value Creation (focusing on data-driven monitoring, feedback, and continuous performance improvement).

Conclusion: This study provides a strategic and practical model that transforms resilience from a theoretical concept into an executable operational framework. The final model helps health sector managers and policymakers to understand the key components of resilience better, design more robust infrastructure, and build the necessary capacity to effectively deal with future crises in home health care centers. Applying this model can lead to enhanced service sustainability and guaranteed care quality even under abnormal conditions.

Keywords: Resilience, Home Health Care Centers (HHC), COVID-19, Crisis, Multi-Grounded Theory