مقاله پژوهشی

تاب‌آوری نظام سلامت: یک مرور مفهومی

علی محمد مصدق راد[۱]، فرشته کریمی[۲]، فرحناز عزتی[۳*]

۱-دکترای تخصصی سیاستگذاری و مدیریت سلامت، استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲-دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.
۳-دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** تهران، میدان انقلاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران ، تلفن: ۰۲۱ ۴۲۹۳۳۰۰۶، پست الکترونیک: F.ezzati1378@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۲ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۰۸**

چکیده

مقدمه: *نظام سلامت مجموعه‌ای از افراد، گروه‌ها و سازمان‌هایی است که وظایف سیاستگذاری، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت را با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم؛ پاسخ‌گویی به انتظارات آنها و حمایت مالی از ایشان در مقابل هزینه‌های سلامت بر عهده دارند. نظام سلامت باید در مقابل بحران‌ها از تاب‌آوری کافی برخوردار باشد. مفاهیم مرتبط با تاب آوری نظام سلامت پیچیده و مبهم هستند. این پژوهش با هدف تبیین مفاهیم، پیش‌نیازها و اثرات تاب‌آوری نظام سلامت انجام شد.*

روش کار: *این پژوهش با روش مرور مفهومی انجام شد. مقالات مرتبط با تاب‌آوری نظام سلامت از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۰ میلادی در پایگاه‌های اطلاعاتی SID، Magiran، Iran Medex، Science Direct، Scopus، Web Of Science، Medline و موتورهای جستجوگر Google و Google Scholar جستجو شد. در نهایت ۷۶ مقاله انتخاب و تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *تاب‌آوری نظام سلامت "توانایی، قابلیت و ظرفیت پیش‌بینی، پیشگیری، جذب، تطبیق و تغییر نظام سلامت به هنگام مواجه با شوک و بحران و ارائه مستمر خدمات سلامت در زمان مدیریت شوک و بحران" است. تطبیق، یادگیری، پاسخ‌دهی، تغییر، آمادگی، پایداری، برنامه‌ریزی، جذب، پیش‌بینی و ارتباطات عناصر اصلی تشکیل دهنده‌ی تاب‌آوری نظام سلامت هستند. مدل و چک لیستی برای ارزشیابی تاب‌آوری نظام سلامت طراحی شد.*

نتیجه‌گیری: *تاب‌آوری یک مفهوم چند بعدی بوده و در طول زمان تغییر کرده است. لازمه تقویت تاب‌آوری نظام سلامت، افزایش تاب‌آوری شش بلوک ساختاری آن شامل حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و ملزومات، سیستم اطلاعات و ارائه خدمات سلامت است.*

واژگان کلیدی: *نظام سلامت، شوک، بحران، تاب‌آوری، مرور مفهومی*

مقدمه

نظام سلامت سیستم اجتماعی بسیار پیچیده‌ی سازگار شامل افراد، گروه‌ها و سازمان‌هایی است که سیاستگذاری، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت را با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم؛ پاسخ‌گویی به انتظارات آنها و حمایت مالی از ایشان در مقابل هزینه‌های سلامت بر عهده دارد[۱]. سلامتی، پاسخگویی و محافظت مالی سه هدف اصلی نظام سلامت هستند[۲]. سازمان بهداشت جهانی در

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

سال ۱۹۴۶ میلادی، سلامتی را «رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی نه فقط فقدان بیماری و معلولیت» تعریف کرد[۳]. انسان سالم فاقد بیماری بوده، توانایی کار کردن را دارد، از تنش روحی و روانی رنج نمی‌برد، می‌تواند فکر کند، تصمیم بگیرد و بر اساس آن عمل کند و در نهایت، می‌تواند به خوبی در جامعه زندگی کند. تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت یک تعریف ایده‌آل است. سلامتی را می‌توان سازگاری مطلوب جسمی، روحی و اجتماعی فرد نسبت به محیط پیرامون تعریف کرد. پاسخگویی یک هدف اجتماعی بوده و شامل برآورده‌سازی انتظارات غیر بالینی مردم نظیر احترام به شان، عقاید، ترجیحات اجتماعی- فرهنگی، استقلال و محرمانگی اطلاعات مردم است. نیاز به خدمات سلامت قابل پیش‌بینی نیست. در نتیجه، دریافت خدمات سلامت ممکن است فشار مالی زیادی به مردم وارد سازد. بنابراین، با بکارگیری روش‌های پیش پرداخت تأمین مالی باید از مردم در برابر هزینه‌های فاجعه بار سلامت محافظت کرد.

حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات، ملزومات و داروها، سیستم مدیریت اطلاعات سلامت و ارائه خدمات سلامت الزامات دستیابی به اهداف نظام سلامت هستند[۴]. حاکمیت و رهبری نظام سلامت نقش بسزایی در ارائه خدمات اثربخش و کارامد توسط بخش دولتی و خصوصی و حفاظت از سلامتی و حقوق مردم دارد. حاکمیت ایجاد سیستمی برای مدیریت بهتر نظام سلامت است. حاکمیت نظام سلامت شامل ابعاد سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی استراتژیک؛ سازماندهی، تولیت و کنترل است. حاکمیت با طراحی ساختار سازمانی مناسب برای فعالیت ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و پرداخت‌کنندگان هزینه‌های سلامت برای دستیابی به اهداف سازمانی، تقویت ارتباطات و همکاری‌های بین بخشی، تدوین سیاست‌های ملی، تدوین برنامه راهبردی نظام سلامت، هدایت و راهبری برنامه‌های بهداشتی و درمانی (تولیت)، نظارت و ارزشیابی سازمان‌های بهداشتی و درمانی و حصول اطمینان از اجرای قوانین و مقررات مرتبط است[۵].

ارائه خدمات اثربخش و با کیفیت سلامت نیازمند یک سیستم تأمین مالی اثربخش و کارآمد است. سیستم تأمین مالی اثربخش نظام سلامت باید منابع مالی مورد نیاز برای ارائه خدمات سلامت را به‌گونه‌ای فراهم کند تا مردم به خدمات سلامت دسترسی کافی داشته باشند و به خاطر هزینه‌های بالای سلامت دچار فقر نشوند[۱]. تأمین مالی، فرایند جمع‌آوری، مدیریت و تخصیص درآمدها برای خرید خدمات سلامت است و شامل ابعاد جمع‌آوری درآمدها، تجمیع ریسک مالی و تخصیص و توزیع منابع مالی در سطوح ملی و محلی برای خرید خدمات سلامت است. سیستم‌های تأمین مالی سلامت از طریق تأمین منابع مالی برای ارائه خدمات سلامت، کاهش موانع مالی دسترسی به خدمات سلامت (کاهش پرداخت مستقیم بیماران) و تخصیص عادلانه و استفاده کارامد از منابع مالی نقش به‌سزایی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت دارند. علاوه‌براین، سیستم تأمین مالی در صورت برنامه‌ریزی و اجرای درست منجر به افزایش کارایی نظام سلامت خواهد شد. یک سیستم مطلوب تأمین مالی باید بودجه کافی را برای تأمین نیازهای سلامتی جامعه فراهم کند، مشارکت عادلانه و منصفانه آحاد جامعه را جلب کرده و توان کنترل هزینه‌های ارائه خدمات سلامت را داشته باشد[۶].

نیروی انسانی کافی، آموزش دیده، با تجربه، مسئولیت پذیر و پاسخگو که به طور مناسب برای ارائه خدمات سلامت در سازمان‌های بهداشتی و درمانی توزیع شده باشند، نقش بسزایی در دستیابی به اهداف نظام سلامت دارد[۱].کارکنان بخش سلامت باید به تعداد کافی باشند و به طور اثربخش تربیت، حمایت و نظارت شوند. برنامه‌های توسعه ظرفیت تخصصی کارکنان منجر به افزایش شایستگی و صلاحیت کارکنان بخش سلامت می‌شود[۴]. کارکنان بخش سلامت باید انگیزه لازم را برای ارائه خدمات با کیفیت به جامعه داشته باشند.

تجهیزات، ملزومات، داروها و واکسن‌ها برای ارائه خدمات اثربخش سلامت ضروری هستند. تجهیزات، ملزومات و داروهای با کیفیت و ایمن مورد نیاز باید به موقع خریداری و در اختیار سازمان‌های بهداشتی و درمانی قرار داده شوند تا خدمات با کیفیت سلامت ارائه شود[۱].تجهیزات و ملزومات بهداشتی و درمانی باید بر اساس شواهد علمی و ارزشیابی‌های اقتصادی مورد استفاده قرار گیرند. هزینه بالای داروها مانع مهمی در اجرای مداخلات سلامت اثربخش است. دولت‌ها باید مکانیزمی

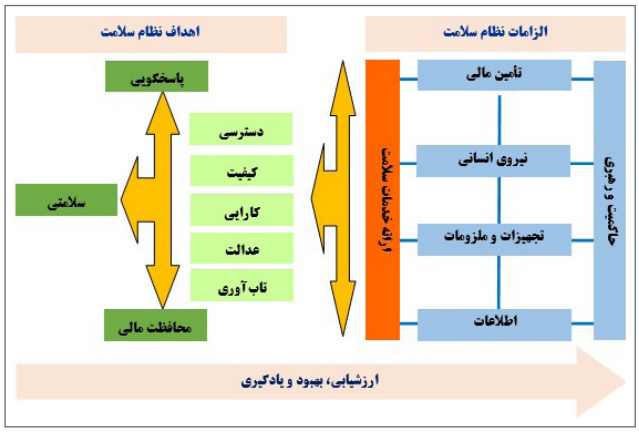
[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

را بـکار گیرند تـا داروها با قیمت نزدیک بـه قیمت مرجع بین المللی در اختیار مردم قرار گیرد[۴].

سیسـتم‌های مدیریـت اطلاعات سـلامت وظیفـه تولید، جمع‌آوری، تحلیل، توزیع و استفاده از اطلاعات معتبر و به موقع سلامت را بر عهده دارند. اطلاعات درست، دقیق و به موقع باید از سـازمان‌های ارائه کننده خدمات سـلامت جمع‌آوری شود تا شـواهد لازم را برای تصمیم‌گیری‌های سیاستگذاران و مدیران بخش سلامت فراهم کند تا خطاهای برنامه‌ریزی را کاهش دهد [۱]. این اطلاعات حوزه‌های مختلف کارکردی و عملکردی نظام سلامت شـامل تعیین کننده‌های سـلامتی، نیازها و انتظارات ذینفعان مختلف نظام سلامت، نیروی انسانی، داروها، تجهیزات و ملزومات، فرایندهای ارائه خدمات و نتایج بدست آمده را پوشش می‌دهد. استفاده از ابزارهای الکترونیکی برای مدیریت اطلاعات سـلامت برای تقویت نظام سـلامت ضروری اسـت. استفاده از تکنولوژی‌هـای مـدرن اطلاعاتی نظیر اینترنـت و تلفن همراه، جمع‌آوری، پردازش و انتقال اطلاعات را تسریع کرده و منجر به بهبود عملکرد نظام سلامت خواهد شد[۴].

نظام سلامت باید بتواند خدمات سلامت اثربخش، ایمن و با کیفیـت را به افرادی که به آن نیاز دارند، در زمان و مکان مورد نیـاز با حداقل اتلاف منابع ارائه دهد[۱]. ارائه خدمات سـلامت با کیفیـت، ایمن، اثربخـش و کارآمد به نوعی سـرمایه‌گذاری محسـوب می‌شـود که با ارتقـای امید زندگی مـردم و کاهش روزهـای بیماری منجر به افزایش بهره‌وری نیروی کار و افزایش تولید ناخالص داخلی کشـور خواهد شد. بنابراین، نظام سلامت باید طیفی از خدمات بهداشـتی، پیشگیری و درمانی را توأم با احتـرام و با کیفیت و بدون اتلاف منابع برای جامعه فراهم آورد. خدمات بهداشـتی و درمانی باید به طور یکپارچه و منسجم در قالب خدمات سلامت ارائه شوند. خدمات سلامت باید بیشتر به سمت سطوح پایین نظام سلامت و جامعه انتقال یابد تا هزینه-اثربخش‌تر باشـند. اسـتفاده از فنون مدیریت کیفیت می‌تواند منجر به بهبود اسـتانداردهای مراقبت و خدمات سـلامت شود. از ظرفیت بخش خصوصی باید در نظام سـلامت استفاده شود. بخش خصوصی معمولاً نسبت به بخش دولتی هزینه اثربخش‌تر عمل می‌کند و از توانایی خوبی برای ارائه خدمات با کیفیت بالا به جمعیت زیادی برخوردار است[۴].

دسترسـی، عدالت، کیفیـت، کارایی و تـاب‌آوری به‌عنوان اهـداف واسـطه‌ای، پیش‌نیاز دسـتیابی به اهـداف اصلی نظام سلامت هستند[۷]. این شش بلوک ساختاری برای اینکه بتوانند منجر به دستیابی به اهداف سه گانه نظام سلامت شوند باید در دسـترس، عادلانه، با کیفیت، کارآمد و تاب‌آور باشـند. خدمات سـلامت باید بدون هیچ تبعیضی موجود و در دسـترس مردم باشد. عدالت در سـلامت به‌معنای «دسترسی مردم به خدمات سـلامت و اسـتفاده از آن بر اسـاس نیاز، پرداخـت هزینه‌های سلامت بر اساس توان مالی و برخورداری از سطح سلامتی قابل قبول» است[۸]. مردم انتظار دریافت خدمات سلامت با کیفیت، ایمن و اثربخش را دارند. کیفیت خدمات سلامت عبارت است از «تأمین نیازهـای تصریحی و تلویحی منطقی بیماران و رضایت ارایه‌کنندگان خدمات سلامت از طریق ارایه خدمات اثربخش و کارآمد مطابق با آخرین دسـتورالعمل‌های بالینی»[۹]. کارایی به‌معنای «انجام درست کارها و استفاده بهینه از منابع سازمانی برای ارائه ارزش بیشتر به مشتریان» است. کارایی نظام سلامت، نسبت ارزش خدمات سـلامت ارائه شده به منابع استفاده شده را نشـان می‌دهد. کارایی نظام سلامت زمانی خوب است که این نسـبت بیشـتر از عدد یک باشـد[۱۰]. تاب‌آوری نظام سلامت عبارت است از «توانایی پیش‌بینی، پاسخ‌دهی و تطبیق با شوک‌ها و ارائه پایدار خدمات سلامت در محیط غیر پایدار»[۱۱]. شکل ۱ مدل سیستم مدیریت نظام سلامت را نشان می‌دهد که شامل



شکل ۱- مدل مدیریت نظام سلامت [۴]

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

ساختارها، فرایندها و پیامدها است.

نظام سلامت از اجزای بسیار پیچیده‌ای تشکیل شده است و در یک سیستم بسیار پیچیده سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی قرار دارد. بنابراین، هماهنگی بین نظام سلامت، سیستم‌های فرعی آن و سیستم بزرگ پیرامون آن برای دستیابی به اهداف تعیین شده ضروری است. با وجود این، نظام سلامت با شوک‌ها و بحران‌های بسیار زیادی مواجه است. بحران‌ها و بلایایی مانند انفجار شاتل فضایی چلنجر سال ۱۹۸۶ امریکا، حملات تروریستی سال ۲۰۰۱ آمریکا، گرمای شدید سال ۲۰۰۳ فرانسه، طوفان کاترینای سال ۲۰۰۵ آمریکا، بحران اقتصادی سال ۲۰۰۸ ایرلند، خشکسالی سال ۲۰۱۰ روسیه، طوفان‌های چین و پاکستان در سال ۲۰۱۰، طوفان کوییزلند سال ۲۰۱۱ استرالیا، زلزله ۸/۹ ریشتری سال ۲۰۱۱ ژاپن، طغیان بیماری ابولا سال ۲۰۱۴ غرب افریقا و پاندمی کوید ۱۹ در سال ۲۰۱۹ چالش‌های بسیار زیادی برای نظام سلامت این کشورها ایجاد کرد و خدمات رسانی آنها را با اختلال مواجه ساخت[۱۲].

نظام سلامت یک سیستم پیچیده سازگار است که همگام با محیط پیرامونش در حال تغییر است. سازمان‌های بهداشتی و درمانی با مسایل بغرنج و پیچیده مواجه هستند که حل آنها به دلیل دانش ناقص یا متناقض مرتبط با آنها، ماهیت بهم پیوسته این مسایل با سایر موضوعات، تعداد زیاد افراد درگیر و بار اقتصادی زیاد آنها دشوار و گاهی اوقات غیر ممکن است. از راهکارهای ساده مورد استفاده برای مسایل ساده نمی‌توان برای حل این مسایل پیچیده استفاده کرد. استفاده از راهکارهای ساده گاهی اوقات منجر به پیچیده‌تر شدن مسأله و بروز عوارض ناخواسته بیشتر می‌شود. مداخلات طراحی شده برای حل مسایل پیچیده و بغرنج، خود پیچیده هستند و اغلب دارای اجزای مرتبط به هم هستند. نظام‌های سلامت باید از انعطاف‌پذیری و چابکی بیشتری برخودار شوند تا به بحران‌ها بهتر پاسخ دهند و خدمات روتین سلامت را هم ارائه کنند.

نظام سلامت بسیاری از کشورهای در حال توسعه به دلیل ضعف حاکمیت و رهبری، پراکندگی اجزای نظام سلامت، عدم هماهنگی بین سازمان‌های درون بخش سلامت و بین بخش سلامت و سایر بخش‌های عمومی جامعه، کمبود منابع مالی، فیزیکی، انسانی و اطلاعاتی، ضعف مدیریت منابع انسانی و نارسایی سیستم‌های نظارت و ارزشیابی، قوی و تاب‌آور نیستند [۱۲]. طغیان بیماری ابولا در غرب آفریقا در سال ۲۰۱۴ میلادی و مشکلاتی که برای نظام سلامت کشورهایی نظیر گینه، لیبریا و سرالئون ایجاد کرد، نشان داد که نظام سلامت این کشورها ضعیف است و نمی‌تواند خودش را در شرایط اپیدمی تطبیق و تغییر دهد. در نتیجه، حتی مراقبت‌های روتین مردم به هنگام طغیان بیماری با مشکل جدی مواجه شد[۱۳]. نظام مراقبت بیماری‌های این کشورها به درستی عمل نکردند. در نتیجه، بیماری به سرعت در داخل کشورها و همین‌طور به سایر کشورها منتشر شد.

نظام سلامت باید پاسخگوی شوک‌های اپیدمیولوژیک، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی نظیر پاندمی بیماری کوید-۱۹، اپیدمی ابولا، ویروس زیکا، بلایای طبیعی، جنگ و بحران اقتصادی باشد و خودش را با تغییرات بوجود آمده تطبیق و تغییر دهد. پویایی نظام سلامت به آن کمک می‌کند تا سریعتر به تغییرات محیطی و انتظارات مردم جامعه پاسخ دهد. تقویت تاب‌آوری نظام سلامت نقش کلیدی در ارائه خدمات سلامت به ویژه در زمان بحران‌ها و بلایا دارد. استراتژی‌های تقویت تاب‌آوری نظام سلامت برای پاسخدهی مناسب به شوک‌ها و بحران‌های حاد، ناگهانی و شدید متفاوت از پاسخ‌دهی به چالش‌های شناخته شده و مزمن نظیر سالمندی جمعیت و چالش‌های روتین مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی است.

در یک دهه گذشته مطالب زیادی در زمینه تاب‌آوری نظام سلامت نوشته شده است؛ ولی، هنوز مفهوم تاب‌آوری نظام سلامت، اجزا، پیش‌نیازها، پیامدها و چگونگی تقویت آن به طور کامل شناخته شده نیست. با توجه به پیچیدگی و چند بُعدی بودن مفهوم تاب‌آوری، هدف مطالعه حاضر بررسی مفهوم تاب‌آوری در نظام سلامت و شناسایی عناصر و ویژگی‌های مربوط به این مفهوم بود.

روش کار

این مطالعه با روش مرور مفهومی انجام شد. مرور مفهومی، روش تولید دانش جدید در زمینه‌ی موضوعات مبهم و پیچیده

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

اســت. مرور مفهومی، با شناســایی عناصر و اجزای یک مفهوم پیچیــده و پیش نیازها و پیامدهای آن و نیــز برقراری ارتباط منطقــی میان آنهــا، کمک زیادی به واژه‌شناســی و توســعه تئوری‌هــای موجــود می‌کند. مطالعه مــرور مفهومی منجر به تولید فرضیه‌های پژوهشی می‌شود و در نتیجه، پیش نیاز انجام مطالعات مرور حیطه‌ای و مرور نظام‌مند است[۱۴].

برای انجام این مطالعه مرور مفهومی از مدل و پروتکل اجرایی مصدق راد و همکاران اســتفاده شــد. این مدل شامل پنج بعد تعریف مفهوم، تعیین اجــزا، پیش‌نیازها و پیامدهای مفهوم و در نهایت، شناســایی معیارهای ارزشیابی مفهوم است. پروتکل اجرایی مرور مفهومی شــامل هشــت مرحلــه انتخاب مفهوم؛ تعریف معیارهای ورود و خروج؛ تعیین اســتراتژی جســتجو و پایگاه‌های اطلاعاتی؛ انتخاب و گزارش مطالعات با اســتفاده از فلوچارت؛ ارزشــیابی اعتبار مطالعات انتخاب شــده؛ استخراج اطلاعــات مربــوط به تعریــف، اجــزا، پیش‌نیازهــا، پیامدها و معیارهای ارزشــیابی مفهوم از مطالعات انتخاب شــده؛ ترکیب داده‌های مطالعات و توســعه مدل مفهومــی و نتیجه‌گیری از یافته‌های سنتز شده است[۱۴].

از پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیســی،Medline ، Web Of Science Scopus، Science Direct, و پایگاه‌هــای اطلاعاتی فارســی Iran Medex، Magiran، SID و موتورهــای جســتجوگر Google و Google Scholar برای یافتن منابع علمی این مطالعه اســتفاده شــد. کلیــد واژه‌های جســتجو شــامل اصطلاحــات Mesh و کلیدواژه‌های رایج مرتبط با موضوع مورد مطالعه شامل Resilience (Resiliency)، Healthcare (Health، Health Care)، System (Organization، Institution)، Concept (Conceptual)، Definition، Attribute (Characteristics، Traits) ،Antecedent ،Consequence ، Assessment (Examination،Measurement، Assess، Evaluation) و معادل فارسی آنها در جستجوی فارسی بود. همچنین، فرهنگ لغت انگلیسی آنلاین وبستر و آکسفورد و فهرست منابع مقالات به دســت آمده در زمینه تاب‌آوری نظام سلامت نیز به صورت دستی جستجو و مقالات مرتبط استخراج شدند.

معیار ورود مطالعات در این پژوهش شــامل کلیه مقالات مروری و پژوهشــی انگلیسی و فارسی مرتبط با تاب‌آوری نظام ســلامت در بازه زمانی اول فروردین ۱۳۸۴ خورشــیدی (۲۱ مــارس ۲۰۰۵ میلادی) تــا ۱۱ دی ۱۳۹۹ خورشــیدی (۳۱ دســامبر ۲۰۲۰ میلادی) بود. معیارهــای خــروج از مطالعه نیز شامل مطالعات منتشر شده قبــل و بعد از بازه زمانی موردنظر، مطالعات منتشــر شــده به زبان‌های مختلف به جز فارســی و انگلیســی، کتاب‌ها، کنفرانس‌ها و پایان نامه ها و منابع علمی فاقد متن کامل بود.

در جســتجوی اولیــه تعداد ۳۲۴۰ مطالعه یافت شــد. در مرحلــه اول، با مطالعه عناویــن و چکیده‌ها، تعداد ۴۱ مقاله به دلیل تکراری بودن و عدم دسترسی به متن کامل حذف شدند. در مرحلــه دوم، بــا مطالعه عناوین و چکیده‌هــا، تعداد ۳۰۹۱ مقاله غیرمرتبط از مطالعه خارج شــد. در مرحله ســوم، تعداد ۳۸ مقالــه به دلیل عدم بررســی ابعاد تاب‌آوری ســازمان‌های بهداشتی و کیفیت پایین از مطالعه حذف شدند. تعداد ۶ مقاله پس از بررســی رفرنس مقالات به فرآیند بررســی نهایی اضافه شــدند. در نهایت، تعداد ۷۶ مقاله مروری و پژوهشی مرتبط با موضوع تاب‌آوری نظام ســلامت در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند (نمودار ۱).

فرم استخراج اطلاعات شامل بخش‌هایی مانند مشخصات نویســندگان، عنوان مقاله، سال انتشــار، محل مطالعه، هدف مطالعه، ســال انجام مطالعه، تعریف مفهوم، اجزا، پیش‌نیازها، پیامدها و معیارهای ارزشیابی تاب‌آوری نظام سلامت بود. برای ارزشیابی مطالعات از یک چک لیست معتبر ارزشیابی مقالات مروری و پژوهشی اســتفاده شد. حداقل و حداکثر امتیاز قابل کسب ۱ و ۱۵ و حداقل امتیاز مورد قبول ۱۰ بود [۱۵]. ضریب توافق کاپا ۷۲% به دست آمد ($P<0.001$).

از روش‌هــای تحلیــل محتوایــی روایتــی[1] [۱۶]، تحلیل موضوعــی[2] [۱۷] و تحلیــل چارچوبــی[3] [۱۸] بــرای تحلیل داده‌های پژوهش اســتفاده شــد. از روش تحلیل روایتی برای قسمت‌های تعریف و ارزشیابی تاب‌آوری نظام سلامت، از روش تحلیل موضوعی برای قســمت اجزای تاب‌آوری نظام سلامت و از روش تحلیــل چارچوبــی برای قســمت‌های پیش‌نیازها و

1. Narrative analysis
2. Thematic analysis
3. Framework analysis

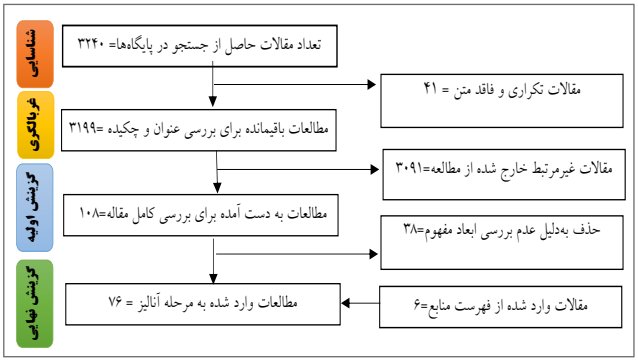
[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

پیامدهای تاب‌آوری نظام سلامت استفاده شد. دریافت کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران و عدم دخالت نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل گردآوی، تحلیل و گزارش اطلاعات از ملاحظات اخلاقی این پژوهش بود.

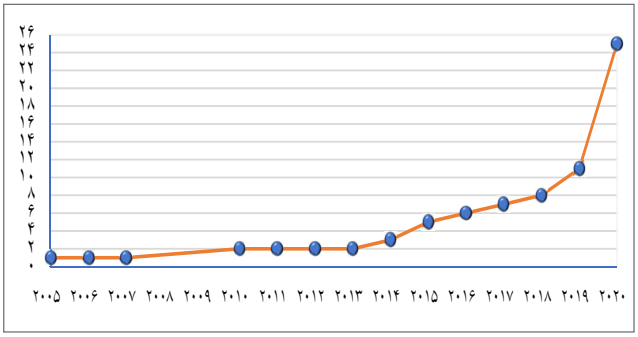
یافته‌ها

تعداد ۷۶ مطالعه به تبیین مفهوم تاب‌آوری در نظام سلامت در بازه زمانی سال‌های ۲۰۰۵ تا پایان ۲۰۲۰ میلادی پرداختند. تعداد ۳۷ مورد (۴۸/۷ درصد) از نوع اصیل پژوهشی، ۲۹ مورد مطالعه مروری (۳۸/۲ درصد)، ۹ مورد گزارش سازمان‌های بین المللی (۱۱/۸ درصد) و یک مورد خلاصه سیاستی سازمان بهداشت جهانی (۱/۳ درصد) بود. بیشترین مطالعات در حوزه مفهوم تاب‌آوری (۲۵ مورد) در سال ۲۰۲۰ به چاپ رسیده بودند (نمودار ۲).

بیشتر مطالعات تاب‌آوری نظام سلامت در ایالات متحده



نمودار ۱. روند بررسی پایگاه‌های اطلاعاتی و یافتن مقالات



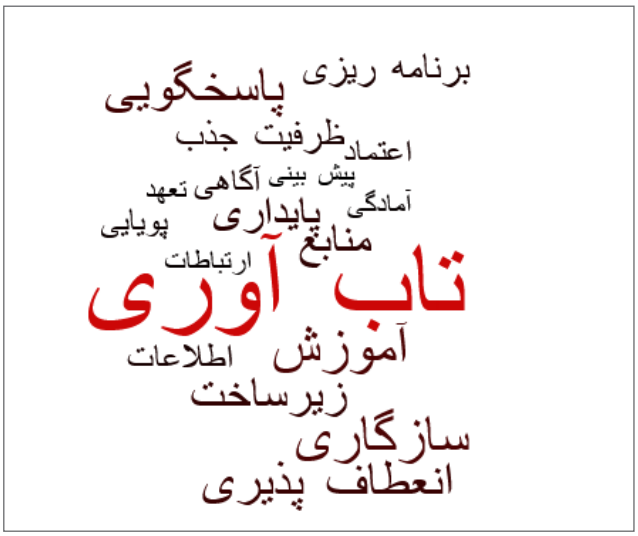
نمودار ۲. توزیع فروانی مطالعات تاب‌آوری نظام سلامت براساس سال انتشار

(۱۷ مورد)، انگلستان (۱۱ مورد)، ایران (۸ مورد)، کانادا (۴ مورد) و چین (۳ مورد) منتشر شده بودند. بیشتر مطالعات در قاره اروپا انجام شده بودند. تعداد ۳ مطالعه در مجله International Journal of Health Policy and Management و ۲ مطالعه در مجله‌های Environment Systems and Decisions، Public Health، Ecology and Society و Health Research Policy System منتشر شده بودند. برخی از مطالعات در قالب گزارش در سازمان‌های WHO، RAND Health، Eurohealth، UNICEF، USAID و European Union چاپ شده بودند.

شکل ۲ ابر واژگان حاصل از یافته‌های مطالعه را نشان می‌دهد. واژه‌های سازگاری (۴۱ مورد)، آموزش (۲۴ مورد)، پاسخگویی (۲۴ مورد)، انعطاف‌پذیری (۲۱ مورد)، منابع (۱۹ مورد)، زیرساخت (۱۹ مورد)، پایداری (۱۸ مورد)، اطلاعات (۱۷ مورد)، برنامه‌ریزی (۱۷ مورد)، جذب (۱۶ مورد)، آگاهی (۱۵ مورد)، اعتماد (۱۴ مورد)، تعهد (۱۳ مورد)، پیش‌بینی (۱۱ مورد) و ارتباطات (۱۱ مورد) در جستجو و بررسی مفهوم تاب‌آوری نظام سلامت بیشترین تکرار را داشتند.

تعریف تاب آوری نظام سلامت

واژه انگلیسی تاب‌آوری[4] از کلمه لاتین Resilire به معنای بازگشتن[5] گرفته شده است[۱۹]. فرهنگ لغت آکسفورد



شکل ۲. ابرواژگان جستجوی مطالعات تاب‌آوری نظام سلامت

4. Resilience
5. Leap back (To jump)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

تاب‌آوری را «توانایی افراد یا اشیاء برای بازیابی سریع پس از یک اتفاق ناخوشـایند، مانند شوک و آسیب» و «توانایی بازگشت به حالت اولیه یک ماده پس از خم شـدن، کشیده شدن یا فشرده شدن» تعریف کرده است[۲۰]. تاب‌آوری در فرهنگ لغت وبستر «توانایی بدن تحت فشـار بـرای بازیابی حالت اولیه خود پس از تغییر شـکل ناشی از اسـترس و فشـار» و «توانایی بهبودی یا تعدیل به دنبال آشفتگی یا تغییر» تعریف شده است[۲۱].

مفهوم تاب‌آوری نظام سـلامت در ۱۹ مطالعه تعریف شـد (جـدول ۱). تعاریـف مختلفی بـرای تاب‌آوری نظام سـلامت بـا توجه به نـوع بحران‌ها و عوامل زمینه‌ای ارائه شـده اسـت.

جدول ۱- تعاریف تاب‌آوری نظام سلامت

نویسندگان (سال)	تعریف تاب‌آوری نظام سلامت	منبع
Campbell et al., (2015)	ظرفیت پاسخگویی، تطبیق و تقویت به هنگام مواجهه با شوک‌هایی نظیر طغیان بیماری، بلایای طبیعی و تعارضات	۲۲
Kieny et al., (2015)	توانایی جذب یک شوک مانند بیماری ابولا و در عین حال ارائه خدمات سلامت روتین	۲۳
Zhong et al., (2015)	توانایی جذب تأثیر بلایا بدون از دست دادن کارکردها (مقاومت)، انجام وظایف اصلی (جذب و پاسخگویی)، برگشتن به حالت قبل از رویداد (بازیابی) یا به حالت جدیدی از عملکرد (تطبیق)	۲۴
Wulff et al., (2015)	چارچوبی در نظام سلامت برای محافظت از سازمان‌های بهداشتی و درمانی در برابر چالش‌ها	۲۵
Kruk et al., (2015)	ظرفیت نظام سلامت در جذب شوک و بحران، تطبیق با شرایط آن و پاسخ به آن با حفظ وظایف اصلی به منظور ارائه خدمات مورد نیاز مردم	۲۶
WHO, 2015	توانایی پیش‌بینی، پاسخ‌دهی و تطبیق با شوک‌ها و استرس‌ها و ارائه پایدار خدمات سلامت در محیط غیرپایدار	۱۱
Ammar et al., (2016)	ظرفیت نظام سلامت در جذب شوک‌های داخلی و خارجی، حفظ کارکردهای موسسات بهداشتی و درمانی و پایداری موفقیت‌های عملکردی	۲۷
Kutzin & Sparkes (2016)	ظرفیت نظام سلامت برای جذب اختلالات ایجاد شده توسط محیط‌های متغیر، شوک‌ها و بحران‌های ناگهانی؛ تطبیق و پاسخ موثر همراه با ارائه خدمات مورد نیاز	۲۸
Ozawa et al, (2016)	توانایی مقابله با شوک‌ها و اختلالات بزرگ، تطبیق سریع با محیط متغیر و حفظ بهره‌وری بالا	۲۹
Blanchet et al., (2017)	ظرفیت تطبیق، جذب و تغییر سازمان به هنگام مواجهه با شوک‌هایی مانند اپیدمی‌ها، بلایای طبیعی، حملات مسلحانه و بحران‌های مالی و حفظ کنترل ساختارها و وظایف	۳۰
Ruiz et al., (2017)	ترکیبی قابل اندازه‌گیری از ویژگی‌ها، توانایی‌ها و ظرفیت‌های سازمان برای مقاومت در برابر آشفتگی‌های شناخته شده و ناشناخته و تداوم یافتن خدمات	۳۱
Therrien et al., (2017)	توانایی نظام سلامت برای تطبیق با اختلالات	۳۲
Barasa et al., (2018)	آمادگی و پاسخ نظام سلامت به یک شوک شدید ناگهانی و توانایی جذب، تطبیق و تغییر برای سازگاری با این تغییرات	۳۳
Hanefeld et al, (2018)	توانایی تطبیق وظایف سازمان به منظور جذب یک شوک و تغییر در صورت لزوم برای بازیابی و بهبودی	۳۴
USAID[6] (2019)	توانایی حفظ عملکرد بهینه نظام سلامت در مواقع بحران	۳۵
Turenne et al., (2019)	ظرفیت نظام سلامت برای حفظ عملکردهای ضروری خود در زمان بحران	۳۶
Fridell et al., (2020)	تطبیق، حفظ، جذب، یادگیری، تغییر، تحمل (مقاومت) و پاسخ به شوک‌ها	۳۷
Thomas et al., (2020)	توانایی آمادگی برای مدیریت (جذب، تطبیق و تغییر) و یادگیری از شوک‌ها	۳۸
HSPA[7] (2020)	ظرفیت نظام سلامت برای پیش‌بینی فعالانه، جذب و تطبیق با شوک‌ها و تغییرات ساختاری، حفظ کارکردها، از سرگیری سریع وظایف و تغییر ساختار و وظایف به‌منظور کاهش آسیب‌پذیری در برابر شوک‌ها و تغییرات ساختاری در آینده	۳۹

6. United States Agency for International Development
7. Report by the EU Expert Group on Health System Performance Assessment

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

واژه‌های شـوک[8] و بحران[9] در بیشتر تعاریف تاب‌آوری آمده اسـت. شوک‌ها تغییرات ناگهانی (حاد)[10] و شدید[11] هستند کـه اثرات نامطلوبی بر نظام سـلامت دارند. این شـوک‌ها و بحران‌هـای ناگهانی مانند طغیان بیمـاری ابولا و کوید-۱۹، بلایـای طبیعی، حملات مسـلحانه و بحران‌های مالی به صورت داخلی یا خارجی اتفاق می‌افتند. نویسـندگان در تعاریف خود همـراه با تاب‌آوری از واژه‌هایی نظیر پایداری، نیرومندی، تقویت، محافظت، پاسـخ‌دهی، جذب، تطبیق و تغییر استفاده کردند.

هفت ویژگـی مهم تاب‌آوری نظام سلامت قابل مشاهده در تعاریـف عبارتند از: ۱- قابلیت پیش‌بینی شـوک‌ها و بحران‌هـا؛ ۲- توانایی پیشـگیری و آمادگـی برای مواجهه با شـوک‌ها و بحران‌ها؛ ۳- ظرفیت ایسـتادگی و تحمل در مقابل شـوک‌ها و بحران‌ها؛ ۴- توانایی پاسخ‌دهی سریع به شـوک‌ها و بحران‌ها؛ ۵- ظرفیت مدیریت (جذب، تطبیق و تغییـر) شـوک‌ها و بحران‌ها؛ ۶- ظرفیـت حفظ وظایف روتین و ارائه خدمات سلامت در زمان مدیریت بحران؛ و ۷- یادگیری به‌منظور تقویت نظام سـلامت در آینده. بنابراین، مـا تاب‌آوری نظام سـلامت را "توانایـی، قابلیت و ظرفیت پیش‌بینی، پیشگیری، جذب، تطبیق و تغییر نظام سلامت به هنگام مواجه با شـوک و بحران و ارائه مسـتمر خدمات سلامت در زمان مدیریت شوک و بحران" تعریف می‌کنیم.

اجزای تاب‌آوری نظام سلامت

۶۲ مطالعـه اجزای تـاب‌آوری نظام سـلامت را مورد بررسـی قـرار داده بودنـد. در این مطالعـه ۲۷ جزء برای مفهوم تاب‌آوری نظام سلامت شناسـایی شد. رایج‌تریـن اجزای تاب‌آوری نظام سـلامت شـامل تطبیق، یادگیری، پاسـخ‌دهی، تغییر، آمادگی، پایـداری، برنامه‌ریزی، جذب، پیش‌بینـی و ارتباطات اسـت. آگاهی از مخاطـرات، تنوع خدمـات، مقاومت، انعطاف‌پذیری، چابکـی، خودتنظیمی، پاسخگویی، مسـئولیت‌پذیری، کیفیت، اثربخشی، کارایی، اعتماد، شفافیت، خلاقیت، همکاری و عدالت از ویژگی‌های نظام سلامت تاب‌آور هستند.

پیش‌نیازهای تاب‌آوری نظام سلامت

در ۵۳ مقالـه به پیش‌نیازهای تاب‌آوری نظام سـلامت اشاره شـده بود. تعداد ۸۰ پیش نیاز برای مفهوم تاب‌آوری نظام سـلامت شناسایی شـد که در شش گروه حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسـانی، تجهیزات و ملزومات، اطلاعات و ارائه خدمات سلامت طبقه بندی شدند (جدول ۲). پرتکرارتریـن پیش‌نیازهـای تاب‌آوری نظام سـلامت عبارت بودنـد از کیفیت حاکمیت و رهبری، تعهد مدیران، پیش‌بینی شـوک‌ها و بحران‌ها، آگاهـی موقعیتی، تقویت ظرفیـت تطبیق‌پذیری، آمـوزش کارکنان، ایجـاد اعتماد، ایجاد انگیزه در کارکنان، ظرفیت‌سـازی در سازمان، تأمین مالی، مدیریـت اطلاعات، ارتباطات و مشـارکت با مردم و انجام مانور و تمرین.

پیامدهای تاب‌آوری نظام سلامت

در ۲۸ مقالـه به پیامدهـای تاب‌آوری نظام سـلامت اشـاره شـده بود. تعداد ۳۲ پیامد برای مفهـوم تاب‌آوری شناسـایی شد که در سه دسته سـلامتی مردم، محافظت مالی و پاسخگویی طبقه‌بندی شد (جدول ۳). پرتکرارترین پیامدهای تاب‌آوری نظام سلامت عبارتند از خودتنظیمی، پاسـخگویی، انعطاف پذیری، پایداری، تعهد، ایجاد اعتماد، تقویت شبکه‌های اجتماعی و افزایش آگاهی عمومی.

ارزشیابی تاب‌آوری نظام سلامت

در ۷ مطالعه به ابزارها و شاخصهای ارزشیابی تاب‌آوری اشـاره شـده بود. مک مانـوس[12] مدلی را برای ارزشـیابی تاب‌آوری سـازمان‌های بهداشـتی شـامل ۳ بعد (آگاهی موقعیتی، مدیریت آسـیب‌پذیری‌های کلیـدی و ظرفیت تطبیق) و ۱۵ شاخص (نقش و مسئولیت‌ها، درک مخاطرات

8. Shock
9. Crisis
10. Acute
11. Sever

12. Mcmanus

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

جدول ۲- پیش‌نیازهای تاب‌آوری نظام سلامت

پیش نیازهای تاب‌آوری	عناصر
حاکمیت و رهبری	کیفیت حاکمیت، رهبری قوی و مشـارکتی، تعهد مدیریت، سـاختار حاکمیتی مناسب، سـازمان‌دهی درست، یکپارچگی اجزای نظام سـلامت، کمیته راهبری بحران، ایجاد شـبکه‌ای از محققان، سیاسـت‌گذاری و تصمیم‌گیری مبتنی بر شـواهد، سیاسـت‌های شفاف و اثربخش، برنامه‌ریزی استراتژیک، پیش بینی شوک‌ها و بحران‌ها، سناریوسازی، برنامه مدیریت بحران، برنامه مدیریت ریسک، استراتژی مناسـب تقویت تاب‌آوری نظام سـلامت، ارتباط مناسب با مردم و سـازمان‌های مردم نهاد، ایجاد انگیزه در مردم، آگاهی مردم، سرمایه اجتماعی بالا، دادن مسـئولیت به مردم، اعتمادسـازی، اسـتفاده از ظرفیت‌های مردمی، همکاری بین بخشـی، ارتباطات موثر با سـایر بخش‌های دولت و ذینفعان کلیدی، داشتن خلاقیت و نوآوری، پایش و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت و پایش منظم سلامت مردم
تأمین مالی	ثبات سیاسی برای تأمین مالی پایدار، تأمین مالی پایدار، ذخیره مالی کافی، روش‌های متنوع جمع‌آوری منابع مالی، بسته پایه خدمات سلامت جامع تعریف شده، امکان تغییر روش خرید خدمات سلامت در صورت نیاز و کنترل فساد مالی
نیروی انسانی	تعداد کافی کارکنان سـلامت، شـرح وظایف مشـخص کارکنان، برنامه آموزشـی کارکنان، تقویت امکانات و خدمات آموزشی، آموزش کارکنان، توسـعه فرهنگ یادگیری، تقویت تفکر تاب‌آوری، مدیریت منابع انسـانی، برنامه‌ریزی نیروی انسـانی، تعهد کارکنان، انعطاف پذیری کارکنان، ایجاد اعتماد در کارکنان، ایجاد انگیزه در کارکنان، محافظت از کارکنان و نظارت بر کارکنان
تجهیزات، ملزومات و داروها	آگاهـی از منابع موجود، پروتکل‌های تضمین فراهمی منابع در زمان بحران، در دسـترس بودن منابع، مدیریت زنجیره تأمین، پایداری منابع، توسـعه زیرسـاخت‌ها، ایجاد ظرفیت مازاد، افزایش منابع اضطراری، ظرفیت‌سازی در سازمان، مدیریت منابع، ایمنی زیرساخت‌ها و اصلاح نقاط آسیب‌پذیر
سیستم اطلاعات	سیسـتم اطلاعاتی قوی، مدیریت اطلاعات، ممیزی‌های منظم کیفیت داده‌ها، دسترسـی سریع به اطلاعات سلامت و جریان به موقع و اثربخش اطلاعات
ارائه خدمات سلامت	نظام ثبت و مراقبت بیماری‌ها، خودارزیابی سـازمان‌ها، آگاهی موقعیتی، آگاهی از چالش‌های نوظهور، شناسـایی و اولویت‌بندی مخاطرات، آمادگی و مقاومت سـازمان‌های ارائه خدمات سـلامت، انجام مانور و تمرین ادواری، تقویت ظرفیت تطبیق‌پذیری، بهداشـت عمومی موثر، روش‌های جایگزین ارائه خدمت سلامت، ارائه خدمات سلامت به افراد آسیب‌پذیر، کنترل کیفیت و ایمنی خدمات سلامت و کنترل عفونت

و پیامدهـای آنهـا، آگاهی از ارتباطـات و تماس‌ها، آگاهی بیمه‌ای، اولویت‌های بازگشت به حالت عادی، استراتژی‌های برنامه‌ریزی، شرکت در تمرین‌ها و مانورها، توانایی و ظرفیت منابـع داخلی سـازمان، توانایی و ظرفیـت منابع خارجی سازمان، ارتباطات سـازمانی، ذهنیت سیلویی، ارتباطات و روابط، دورنمای استراتژیک و انتظار نتایج، اطلاعات و دانش و ساختار رهبری، مدیریت و حاکمیت) ارائه کرد[۴۰].

لی[13] و همکاران با ایده گرفتن از مدل مک‌مانوس، ابزاری را در چهار بعد برای ارزشیابی تاب‌آوری نظام سلامت شامل فرهنـگ و خلقیات تاب‌آوری، آگاهـی موقعیتی، مدیریت آسیب‌پذیری‌های کلیدی و ظرفیت تطبیق معرفی کرد. این ابزار دارای ۲۳ شاخص و ۷۸ سوال برای سنجش تاب‌آوری است. شـاخص‌های تاب‌آوری سازمانی شامل تعهد نسبت به تاب‌آوری، شبکه‌سـازی، نقش‌ها و مسـئولیت‌ها، درک مخاطرات و پیامدهای آنها، آگاهی از ارتباطات و تماس‌ها، آگاهی بیمه‌ای، اولویت‌های بازگشت به حالت عادی، پایش و گزارش‌دهـی وضعیت داخلی و خارجـی، تصمیم‌گیری آگاهانـه و مبتنی بر شـواهد، اسـتراتژی‌های برنامه‌ریزی، شـرکت در تمرین‌هـا و مانورها، توانایـی و ظرفیت منابع داخلی سـازمان، توانایی و ظرفیت منابع خارجی سازمان، ارتباطات سـازمانی، فرایندهای معتبر شناسـایی و تحلیل آسـیب‌پذیری‌ها، مشـارکت کارکنان، ذهنیت سـیلویی، ارتباطـات و روابـط، دورنمای اسـتراتژیک و انتظار نتایج، اطلاعات و دانش، سـاختار رهبری، مدیریت و حاکمیت، خلاقیت و نوآوری و تصمیگیری پاسخگو می‌باشند[۴۱].

13. Lee

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

جدول ۳- پیامدهای تاب‌آوری نظام سلامت

پیامدهای تاب‌آوری	عناصر
سلامتی مردم	پوشش همگانی سلامت، پیشگیری و کاهش بیماری، کاهش عفونت‌ها، پاسخ به بیماری، برآورده شدن نیازهای سلامتی، ارتقای سطح سلامتی مردم، ارائه خدمات سلامت به مردم نقاط محروم، پوشش واکسیناسیون، فراهمی داروها و کاهش مرگ ناشی از شوک
محافظت مالی	محافظت از منابع مالی عمومی و خصوصی، کاهش پرداخت از جیب مردم و کاهش هزینه‌های فقر زا و فاجعه‌بار سلامتی
پاسخگویی	خود تنظیمی سازمان‌های ارائه خدمات سلامت، بهبود مقاومت کلی سازمان‌های ارائه خدمات سلامت، ایمنی زیرساخت، مهار شوک‌ها و بحران‌ها، افزایش انعطاف‌پذیری سازمان‌های بهداشتی و درمانی، حفظ عملکرد سازمان‌های ارائه خدمات سلامت در زمان بحران، افزایش توانایی پاسخگویی، افزایش پایداری نظام سلامت، افزایش رضایت شغلی و تعهد کارکنان سلامت، کاهش غیبت کارکنان سلامت، ارتقای ایمنی کارکنان سلامت، ایجاد امنیت روانی کارکنان، افزایش آگاهی و توانایی فنی کارکنان، ایجاد رضایت در جامعه، حفظ سرمایه اجتماعی، افزایش آگاهی عمومی، تقویت شبکه‌های اجتماعی، افزایش توانایی جامعه در بحران، افزایش بهره‌وری نظام سلامت

سازمان همکاری و توسعه اقتصادی[14] نیز ابزاری را برای ارزشیابی تاب‌آوری سازمانی معرفی کرد. این ابزار، راهنمایی برای تحلیل تاب‌آوری در سازمان‌های بهداشتی است. در این ابزار، ۹ بعد برای ارزشیابی تاب‌آوری شامل آمادگی، پاسخگویی، ارتباطات، یادگیری و نوآوری، سازماندهی، تنوع، جامعیت، همبستگی اجتماعی و آستانه‌ها تعریف شده است[۴۲]. ژانگ[15] و همکاران در سال ۲۰۱۵ میلادی ابزاری شامل ۸ بعد اصلی، ۱۷ بعد فرعی و ۴۳ شاخص برای تاب‌آوری سازمانی طراحی کردند. ابعاد اصلی این چارچوب ارزشیابی شامل ایمنی بیمار، همکاری و رهبری شرایط اضطراری، برنامه بلایا، مدیریت پشتیبانی بلایا، کارکنان شرایط اضطراری، آموزش و مانور شرایط اضطراری، ظرفیت خدمات اورژانس و بازیابی، ارزشیابی و تطبیق هستند[۴۳].

کروک[16] و همکاران در سال ۲۰۱۷ میلادی، ایندکس تاب‌آوری نظام سلامت را معرفی کردند که شامل پنج بعد آگاهی، تنوع، خود تنظیمی، یکپارچگی و تطبیق و ۲۵ سنجه است[۴۴]. توماس[17] و همکاران (۲۰۲۰)، حکمرانی، تأمین مالی، ارائه خدمات و منابع را به عنوان ابعاد اصلی سنجش تاب‌آوری نظام سلامت در نظر گرفته است. ابعاد فوق دارای ۱۳ عنصر و ۵۳ شاخص هستند[۳۸]. توماس و همکاران (۲۰۱۳) همچنین، مدلی را برای ارزشیابی تاب‌آوری نظام سلامت در برابر شوک‌های مالی طراحی کردند که شامل ۱۴ شاخص در سه بعد مالی، تطبیق و تغییر است[۴۵].

ارزشیابی تاب‌آوری نظام سلامت باید در همه سطوح انجام شود. تاب‌آوری نظام سلامت باید قبل از وقوع بحران برای شناسایی ظرفیت سازمان و نقاط قوت و ضعف آن به‌منظور افزایش آمادگی برای مقابله با بحران‌ها؛ در حین بحران به‌منظور مدیریت آسیب‌ها، تقویت ظرفیت و حفظ کارکرد سازمان در بحران؛ و پس از بحران به منظور یادگیری برای افزایش تطبیق سازمان با شرایط جدید، ارزشیابی شود. همچنین، سیستم ارزشیابی تاب‌آوری نظام سلامت باید ساختارها، فرایندها و پیامدهای نظام سلامت را شامل شود. مدلی شامل شش توانمند ساز (حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و ملزومات، سیستم مدیریت اطلاعات سلامت و ارائه خدمات سلامت) و سه نتیجه (سلامتی مردم، محافظت مالی و پاسخگویی) برای تاب‌آوری نظام سلامت ارائه شد. در نتیجه، چک لیستی بر اساس این مدل برای ارزشیابی تاب‌آوری نظام سلامت شامل ۷۵ گویه طراحی شد (جدول ۴).

14. Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD)
15. Zhong
16. Kruk
17. Thomas

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

جدول ۴- ابعاد ارزشیابی تاب‌آوری نظام سلامت

ابعاد	سنجه‌ها
حاکمیت و رهبری	۱. ساختار حاکمیتی نظام سلامت مناسب، غیرمتمرکز و شفاف است. ۲. ساختار سازمانی و کمیته‌ای برای راهبری شوک و بحران وجود دارد. ۳. نظام سلامت دارای یک دورنمای واضح و مشخص است. ۴. از شواهد موجود برای تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری استفاده می‌شود. ۵. قوانین، مقررات و سیاست‌هایی برای تقویت تاب‌آوری نظام سلامت تدوین شدند. ۶. شوک‌ها، بحران‌ها و چالش‌های آینده نظام سلامت به منظور برنامه‌ریزی برای پاسخگویی پیش‌بینی می‌شود. ۷. یک برنامه راهبردی مدیریت بحران و فوریت‌ها و تضمین تداوم فعالیت‌ها به هنگام بحران وجود دارد. ۸. از استراتژی‌های مناسب برای تقویت تاب‌آوری نظام سلامت استفاده می‌شود. ۹. ارتباطات شفاف و اثربخشی با سایر سازمان‌های دولتی و ذینفعان کلیدی وجود دارد. ۱۰. ارتباطات موثر و هماهنگی با سازمان‌های مرتبط بین‌المللی وجود دارد. ۱۱. فرهنگ سازمانی خلاق و نوآورانه وجود دارد. ۱۲. فرهنگ یادگیری از اشتباهات و مشکلات گذشته وجود دارد و تشویق می‌شود. ۱۳. از ظرفیت مردمی به خوبی استفاده شده و مردم به هنگام بحران مشارکت فعالی دارند. ۱۴. عملکرد نظام سلامت به طور مداوم پایش و ارزشیابی و نتایج ارزشیابی در سیاست‌گذاری‌های بعدی استفاده می‌شود. ۱۵. وضعیت سلامت مردم به هنگام شوک و بحران به صورت ادواری ارزشیابی می‌شود.
تأمین مالی	۱۶. منابع مالی کافی برای ارائه خدمات سلامت به هنگام بحران وجود دارد. ۱۷. منابع مالی رزرو برای بخش سلامت در هنگام بروز شوک‌ها و بحران‌ها وجود دارد. ۱۸. نظام سلامت توانایی افزایش سریع منابع مالی مورد نیاز را دارد. ۱۹. بسته خدمات سلامت پایه جامع و مبتنی بر شواهد تعیین شده است. ۲۰. توانایی تغییر روش‌های خرید خدمات سلامت و پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت درصورت نیاز وجود دارد. ۲۱. مکانیسم‌های لازم برای پیشگیری از فساد و تقلب وجود دارد.
نیروی انسانی	۲۲. نیروی انسانی به تعداد کافی برای ارائه خدمات سلامت به هنگام بحران وجود دارد. ۲۳. نقش و مسئولیت کارکنان در زمان بحران مشخص شده است. ۲۴. آموزش‌های لازم برای تقویت مهارت‌های نیروی انسانی در مواجهه با بحران‌ها ارائه شده است. ۲۵. برنامه‌های آموزشی مرتبط با مدیریت ریسک و تقویت تاب‌آوری برای کارکنان اجرا شده است. ۲۶. کارکنان به طور فعال تشویق می‌شوند تا در خصوص بحران‌ها بحث کرده و مهارت‌های خود را در این زمینه توسعه دهند. ۲۷. مانور و تمرین برای آمادگی بیشتر کارکنان برگزار می‌شود. ۲۸. وسایل حفاظت فردی کافی برای کارکنان تأمین شده است. ۲۹. اقدامات لازم برای حفظ ایمنی نیروی کار در شرایط بحرانی صورت گرفته است. ۳۰. برنامه‌هایی برای افزایش انگیزه کارکنان در زمان بحران درنظر گرفته شده است. ۳۱. کارکنان از انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری بالایی برای ارائه خدمات سلامت به هنگام شوک و بحران برخوردار هستند.
تجهیزات، ملزومات و داروها	۳۲. زیرساخت‌های لازم برای ارائه خدمات سلامت به هنگام بحران وجود دارد. ۳۳. تجهیزات و ملزومات پزشکی و داروها و واکسن‌ها به میزان کافی موجود هستند. ۳۴. ذخایر کافی از منابع ضروری مورد نیاز برای شرایط بحرانی تخصیص یافته است. ۳۵. پروتکل‌های دقیقی برای تضمین تجهیزات کافی در شرایط بحرانی طراحی شده است. ۳۶. یک موسسه مسئول تأمین تجهیزات و ملزومات اورژانسی برای زمان بحران وجود دارد. ۳۷. استانداردهای معینی برای ایمنی زیرساخت‌ها در شرایط بحرانی تعیین و رعایت شده است. ۳۸. مکانیزم‌های تغییر سریع ترکیب منابع سازمان بسته به نوع بحران، درنظر گرفته شده است.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

جدول ۴ ادامه- ابعاد ارزشیابی تاب‌آوری نظام سلامت

اطلاعات	۳۹. نظام مراقبت اثربخش برای تولید و تبادل سریع اطلاعات وجود دارد. ۴۰. سیستم‌هایی برای جمع‌آوری، تحلیل و توزیع به‌موقع داده‌ها و اطلاعات وجود دارد. ۴۱. تبادل و انتقال اطلاعات از مدیران به کارکنان و برعکس به خوبی انجام می‌گیرد. ۴۲. تبادل و انتقال اطلاعات به مردم به طور شفاف انجام می‌گیرد.
ارائه خدمات سلامت	۴۳. نظام ثبت و مراقبت بیماری‌های منسجم و قوی وجود دارد. ۴۴. نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه منسجم و قوی موجود است. ۴۵. ظرفیت بهداشت عمومی خوبی برای شناسایی، تست، ردیابی و قرنطیه وجود دارد. ۴۶. ظرفیت بیمارستانی منسجم و قوی از جمله تخت‌های مراقبت‌های ویژه فراهم است. ۴۷. بخش دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی به‌صورت مشارکتی خدمات مورد نیاز مردم در زمان بحران را ارئه می‌کنند. ۴۸. برنامه‌هایی برای افزایش ارائه خدمات نظام سلامت در شرایط بحرانی بسته به نیازهای جامعه درنظر گرفته شده است. ۴۹. امکان افزایش ظرفیت ارائه خدمات سلامت در زمان بحران وجود دارد. ۵۰. انعطاف‌پذیری لازم برای به‌کارگیری روش‌های مراقبتی جدید وجود دارد. ۵۱. افراد آسیب‌پذیر شناسایی شده و از دسترسی آنها به خدمات سلامت اطمینان حاصل شده است. ۵۲. امکان ارائه خدمات سلامت به افراد آسیب‌پذیر به ویژه افراد قرنطینه شده وجود دارد. ۵۳. سازوکارهایی برای کنترل کیفیت و ایمنی خدمات سلامت در شرایط بحرانی وجود دارد. ۵۴. سازمان‌های بهداشتی درمانی پس از بروز بحران خودش را بازیابی کرده و خدمات مورد نیاز جامعه را ارائه می‌دهد. ۵۵. کارآیی نظام سلامت به‌گونه‌ای است که بتواند با منابع کم، خدمات بیشتری را در زمان بحران ارائه دهد.
سلامتی	۵۶. پوشش خدمات سلامت جامع بوده و مردم دسترسی راحت به خدمات سلامت مورد نیاز دارند. ۵۷. نیازهای سلامت مردم به درستی تأمین می‌شود. ۵۸. سازمان‌های بهداشتی و درمانی و بیمارستان‌ها خدمات باکیفیت و ایمن ارائه می‌کنند. ۵۹. میزان ابتلا به بیماری‌ها در زمان شوک و بحران کم است. ۶۰. شیوع عفونت‌ها در زمان شوک کم است. ۶۱. میزان مرگ و میر ناشی از شوک و بحران کم است.
محافظت مالی	۶۲. از منابع عمومی و خصوصی مالی نظام سلامت به خوبی محافظت می‌شود. ۶۳. سهم پرداخت از جیب مردم از کل هزینه‌های سلامت کم است. ۶۴. مردم نسبت به هزینه‌های فاجعه‌بار و فقرزای سلامت محافظت مالی می‌شوند. ۶۵. معافیت از پرداخت از جیب برای گروه‌های آسیب‌پذیر در صورت نیاز وجود دارد.
پاسخگویی	۶۶. اقداماتی برای پاسخگویی به نیازهای مشتریان در شرایط بحرانی صورت می‌گیرد. ۶۷. مقاومت و تاب‌آوری سازمان‌های بهداشتی و درمانی افزایش یافته است. ۶۸. قابلیت تطبیق سازمان‌های بهداشتی و درمانی به هنگام مواجهه با شوک و بحران افزایش یافته است. ۶۹. سازمان‌های بهداشتی و درمانی به هنگام مواجهه با شوک و بحران در صورت نیاز برای پاسخ‌دهی بهتر تغییر می‌کنند. ۷۰. دانش و مهارت فنی کارکنان سلامت برای مقابله با شوک و بحران خوب است. ۷۱. تاب‌آوری فردی کارکنان سلامت برای مواجهه با شوک و بحران خوب است. ۷۲. رضایت و تعهد کارکنان سلامت بالا است. ۷۳. اعتماد متقابل بین نظام سلامت و جامعه ایجاد شده است. ۷۴. آمادگی مقابله با بحران در مردم ایجاد شده است. ۷۵. جامعه از عملکرد نظام سلامت در زمان بروز بحران رضایت دارد.

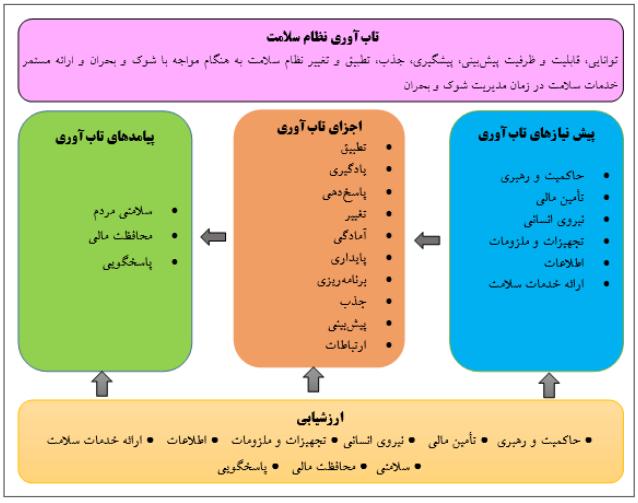
[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

مدل مفهومی تاب‌آوری نظام سلامت

تاب‌آوری نظام سلامت "توانایی، قابلیت و ظرفیت پیش‌بینی، پیشگیری، جذب، تطبیق و تغییر نظام سلامت به هنگام مواجه با شوک و بحران و ارائه مستمر خدمات سلامت در زمان مدیریت شوک و بحران" است. تطبیق، یادگیری، پاسخ‌دهی، تغییر، آمادگی، پایداری، برنامه‌ریزی، جذب، پیش‌بینی و ارتباطات عناصر اصلی تشکیل دهنده‌ی تاب‌آوری نظام سلامت هستند. مدلی شامل شش توانمند ساز (حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و ملزومات، سیستم مدیریت اطلاعات و ارائه خدمات سلامت) و سه نتیجه (سلامتی مردم، محافظت مالی و پاسخگویی) برای تاب‌آوری نظام سلامت ارائه شد (شکل ۳).

بحث

هدف این مطالعه تبیین مفهوم تاب‌آوری نظام سلامت با استفاده از روش مرور مفهومی بود. مطالعات مرتبط با تاب‌آوری نظام سلامت با شیوع بیماری ابولا در غرب آفریقا از سال ۲۰۱۴ میلادی کم کم افزایش یافت و از سال ۲۰۱۹ میلادی با شیوع بیماری کوید-۱۹ در جهان، جهش قابل توجهی داشت. بیشتر مطالعات در اروپا و آمریکای شمالی انجام شد که توجه بیشتری به تاب‌آوری نظام سلامت دارند. نظام سلامت کشورهای در حال توسعه به اندازه کافی تاب‌آور نیستند و در نتیجه، به هنگام مواجهه با بیماری کوید-۱۹ با چالش‌های بسیار زیادی مواجه شدند. تقویت تاب‌آوری نظام سلامت در این کشورها، نیازمند انجام مطالعاتی برای ارزشیابی میزان تاب‌آوری نظام سلامت و شناسایی و بکارگیری استراتژی‌های مناسب است.



شکل ۳. مدل مفهومی تاب‌آوری نظام سلامت

مفهوم تاب‌آوری در فیزیک، اکولوژی، مهندسی، روانشناسی، اقتصاد، مدیریت، علوم اجتماعی، علوم سیاسی و مدیریت بلایا و حوادث غیر مترقبه سابقه طولانی دارد. این واژه ابتدا در علم فیزیک مورد توجه قرار گرفت. تاب‌آوری ظرفیت بازیابی سریع و برگشت به حالت اولیه یک ماده پس از تحمل فشار است[۴۶]. به‌عبارتی، تاب‌آوری بیانگر خاصیت کشسانی و بازگشت به حالت اولیه یک شی یا ماده پس از فشرده شدن است. هولینگ[18] در سال ۱۹۷۳ میلادی تئوری سیستم‌های پیچیده سازگار را با توجه به تاب‌آوری سیستم‌های اکولوژیک[19] مطرح کرد؛ سیستم‌های پیچیده سازگار باید به محدودیت‌ها و شوک‌های محیط دایماً در حال تغییر خود پاسخ دهند. این سیستم‌ها باید از ظرفیت و توانایی لازم برای جذب این شوک‌های غیر منتظره برخوردار باشند[۴۷]. تاب‌آوری در مهندسی با توجه به رویکرد علت- معلولی، ظرفیت یک سیستم ماشینی برای جذب اختلال یا آشفتگی و تغییر برای بازگشت به حالت اولیه است. در مقابل، تاب‌آوری در سیستم‌های اجتماعی بر اساس رویکرد پیچیدگی و سازگاری، توانایی جذب، تطبیق و تغییر به هنگام مواجه با چالش‌ها است.

تاب‌آوری فردی در روانشناسی انسانی و تاب‌آوری سازمانی در رفتار سازمانی توسعه یافت. تاب‌آوری فردی ظرفیت فرد برای ادامه فعالیت به هنگام مواجه با سختی‌ها و ناملایمات زندگی است[۴۸]. به عبارتی، تاب‌آوری فردی میزان تطبیق و سازگاری فرد با بحران به منظور اجتناب از نتایج منفی آن شرایط سخت است. مک‌مانوس (۲۰۰۸) تاب‌آوری سازمانی را «آگاهی از وضعیت، مدیریت آسیب‌پذیری‌های کلیدی و ظرفیت سازگاری سازمان در یک محیط پیچیده، پویا و بهم پیوسته» تعریف کرده است[۴۰]. تاب‌آوری یک مفهوم چند بعدی و فنی-اجتماعی است.

استعمال واژه تاب‌آوری در حوزه سلامت تقریباً جدید

18. Holling
19. Ecological systems

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

اســت. تاب‌آوری در نظام سلامت به دنبال مباحث تاب‌آوری در اکولوژی، مدیریت بلایا و کاهش ریسک مطرح شد. سازمان ملل در قالب برنامه اقدامات (۲۰۱۵-۲۰۰۵) هیوگو و سند راهبردی (۲۰۳۰-۲۰۱۵) کاهــش خطر بلایای ســندای بر اهمیت نقش نظام ســلامت در آمادگی و پاسخ‌دهی به بلایا و بحران‌ها تأکید داشته اســت[۵۰-۴۹]. ســازمان بهداشــت جهانی در گزارش ۲۰۱۶ میلادی به واژه تاب‌آوری در اهداف توســعه پایدار اشاره کرد[۵۱]. توافقی در زمینه تعریف تاب‌آوری نظام سلامت وجود ندارد. تعاریف با توجه به رویکرد افراد و کشــورها متفاوت است. دو رویکرد در تعاریف تاب‌آوری نظام سلامت قابل مشاهده است: تاب‌آوری به عنوان توانایی نظام سلامت (آنچه که نظام سلامت دارد) و تــاب‌آوری به‌عنوان نتیجه فعالیت‌های نظام ســلامت به هنگام مواجه با شوک (آنچه نظام سلامت انجام می‌دهد).

تاب‌آوری نظام ســلامت در این پژوهــش "توانایی، قابلیت و ظرفیــت پیش‌بینی، پیشــگیری، جذب، تطبیــق و تغییر در مقابله با شــوک‌ها و بحران‌ها و ارائه مســتمر خدمات ســلامت مورد نیاز مردم در زمان مدیریت شــوک و بحران" تعریف شــد. در این تعریف، هفت اقدام پیش‌بینی[۲۰]، پیشگیری[۲۱]، آمادگی[۲۲]، جذب[۲۳]، تحمــل[۲۴]، تطبیق[۲۵] و تغییر[۲۶] بــرای تقویت تاب‌آوری نظام ســلامت در نظر گرفته شــده اســت. مدیران با پیش‌بینی شوک‌ها، مجموعه اقداماتی را باید برای تقویت نظام سلامت بکار گیرند تا احتمال رویارویی با شــوک و یــا اثرات نامطلوب آن را کاهش دهند. واکنش مناســب ســازمان‌ها به ماهیت، فراوانی و شــدت شوک بستگی دارد. در صورتی‌که، شدت شوک کم باشد یا تاب‌آوری نظام سلامت زیاد باشد، با اندک تغییراتی در منابع و فرایندهای سازمان می‌توان شوک را جذب و آن را مدیریت کرد. در صورتی‌که، شــدت شوک بیشــتر از توان جذب نظام سلامت باشد، باید تغییرات بیشتری ایجاد کرد تا سازمان بتواند از عهده تقاضای ایجاد شده برآید و با شرایط جدید هماهنگ شود. گاهی اوقات، شدت و تداوم شــوک آن‌قدر زیاد است که باید تغییرات هماهنگ قابل توجهی در ساختارها، فرایندها، سیاست‌ها، تأمین مالــی، تولیــد منابع، ارائه خدمات ســلامت و پرداخــت به ارائه کنندگان خدمات سلامت ایجاد کرد و نظام سلامت را به گونه‌ای تغییر داد تا بتواند از عهده مدیریت شوک برآید. تطبیق و تغییر موجب می‌شــود که سازمان‌های بهداشــتی و درمانی به هنگام بروز شــوک و بحــران، فعالیت‌های روتین خــود را ارائه دهند و آسیب‌پذیر و بدون دفاع نباشند.

بنابراین، تاب‌آوری نظام ســلامت فراتر از آماده‌سازی نظام ســلامت برای پاسخگویی به‌هنگام مواجهه با شوک‌ها، بحران‌ها، بلایــا و حوادث اســت. تــاب‌آوری، همچنین، بــه دنبال کاهش مواجهه با شــوک‌ها از طریق پیش بینی بروز شوک‌ها و کاهش میزان آسیب‌پذیری سیستم نسبت به شوک‌ها است. شوک‌ها و بحران‌ها اثرات منفی زیادی بر ســازمان‌های بهداشتی و درمانی دارند. بنابراین، ســازمان‌ها نه تنها باید به خوبی این شــوک‌ها و بحران‌ها را جذب کنند و با آن تطبیق یابند، بلکه باید به‌گونه‌ای تغییر یابند و تقویت شوند تا نسبت به قبل عملکرد بهتری داشته باشند. سازمان‌های بهداشتی و درمانی زمانی تاب‌آور هستند که بتوانند خدمات سلامت را حین و بعد از بروز بحران‌ها ارائه کنند و جان انسان‌ها را نجات دهند.

تطبیــق، یادگیری، پاســخ‌دهی، تغییر، آمادگــی، پایداری، برنامه‌ریزی، جذب، پیش‌بینی و ارتباطات عناصر اصلی تاب‌آوری نظام سلامت هستند. فرایند مدیریت شوک شامل چهار مرحله آماده‌ســازی نظام سلامت برای شوک‌ها؛ وقوع شوک و آگاهی از آن؛ مدیریت شوک و در نهایت، بازیابی و یادگیری است. در مرحله اول، با تحلیل‌های محیطی و پیش‌بینی شــوک‌ها و بحران‌های تهدیدکننده و آگاهی از میزان تاب‌آوری نظام ســلامت، اقدامات لازم برای تقویت تاب‌آوری نظام ســلامت باید بکار گرفته شود. مرحله دوم، شناســایی ســریع نوع و اندازه شوک است. آگاهی سریع از وقوع شوک و بحران به ویژه در مورد بیماری‌های واگیر، موجب بکارگیری اقدامات موثر و سریع خواهد شد. بنابراین، نظام مراقبت[۲۷] جامع و سیستم‌های هشدار اولیه باید بکار گرفته شود. مرحله سوم شامل مدیریت (جذب، تطبیق و تغییر) شوک است.

20. Predict
21. Prevent
22. Prepare
23. Absorb
24. Withstand
25. Adapt
26. Transform

27. Surveillance system

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

نظام سلامت باید شوک را جذب کند و با تغییرات لازم، خود را با شرایط جدید تطبیق دهد و بدون وقفه خدمات سلامت مورد نیاز مردم را ارائه دهد. نظام سلامت باید با بهره‌گیری از منابع اضافی در دسترس پاسخ درستی به شوک و بحران بدهد (جذب شوک). علاوه‌براین، با توجه به اثرات بحران بر تقاضا و عرضه نظام سلامت، باید کارایی نظام سلامت افزایش یابد تا بتواند با منابع کم، خدمات بیشتری را در زمان بحران ارائه دهد (تطبیق با شوک). در صورتی‌که اقدامات جذب و تطبیق به دلیل نوع شوک و شدت آن کافی نباشد، نظام سلامت باید تغییر بنیادی و اساسی کند و از منابع و ظرفیت‌های سایر بخش‌های دولت برای پاسخدهی مناسب به شوک و بحران استفاده کند. توانایی نظام سلامت در جذب، تطبیق و تغییر موجب ارائه خدمات سلامت با کیفیت متناسب با نیازهای مردم به هنگام بروز بحران می‌شود. در نهایت، در مرحله چهارم، نظام سلامت شوک را پشت سر گذاشته، به حالت عادی بازگشته و با درس آموزی از این تجربه، برای شوک‌های احتمالی مشابه بعدی خود را تقویت می‌کند [۳۸]. به عنوان مثال، دولت یونان پس ازپشت سر گذاشتن رکود اقتصادی، مجموعه اقداماتی را برای تقویت تاب‌آوری نظام سلامت بکار گرفت. نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ضعیف، پوشش ناکافی خدمات سلامت، هزینه بالای داروها و نظام ناکارآمد خرید خدمات سلامت از نقاط ضعف نظام سلامت یونان بود. بعد از بحران با اصلاحات صورت گرفته، دسترسی به سلامت برای حدود دو میلیون نفر افراد فاقد پوشش بیمه خدمات سلامت فراهم شد. نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه اصلاح و تقویت شد تا دسترسی به خدمات سلامت با کیفیت و کارآمد را برای مردم فراهم کند[۵۲]. به عبارتی، تطبیق و تغییر نظام سلامت در زمان بحران باید منجر به افزایش کیفیت خدمات سلامت و دستیابی به نتایج بهتر حتی قبل از بروز بحران شود.

حاکمیت و رهبری قوی و موثر، تأمین مالی پایدار، نیروی انسانی متخصص و متعهد، تجهیزات و ملزومات کافی، سیستم اطلاعات قابل اعتماد و سیستم یکپارچه ارائه خدمات سلامت پیش‌نیازهای تاب‌آوری نظام سلامت هستند[۵۳]. مدیریت تاب‌آوری نظام سلامت به چگونگی هماهنگی و مدیریت روابط بین سازمان‌ها، گروه‌ها و افراد موثر بر نظام سلامت بستگی دارد. حاکمیت و رهبری نقش بسزایی در تقویت سایر اجزای نظام سلامت و یکپارچگی آنها برای دستیابی به اهداف دارد. در جریان پاندمی کوید-۱۹، کشورهایی که بیشترین موارد ابتلا و آمار را داشتند، آنهایی بودند که شرایط سیاسی متلاطمی داشتند، اطلاعات مرتبط با بیماری را سانسور می‌کردند و سعی در ساکت نمودن متخصصان علمی و پزشکی داشتند[۵۴]. بنابراین، کیفیت حاکمیت و رهبری نظام سلامت تأثیر زیادی بر تقویت تاب‌آوری اجزای نظام سلامت دارد. حاکمیت، مدیریت و رهبری نظام سلامت باید تقویت شود تا سریع بتوان به چالش‌ها و بحران‌ها پاسخ مناسب داد و سازمان‌های بهداشتی و درمانی را برای ارائه خدمات سلامت در شرایط بوجود آمده هدایت کرد.

در این راستا، تدوین یک برنامه استراتژیک، تقویت مشارکت ذینفعان کلیدی و استفاده از شواهد برای پایش و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت ضروری است. مدیران باید بتوانند چالش‌های تهدیدکننده نظام سلامت در آینده را شناسایی کنند تا برنامه مناسبی برای پاسخگویی به آن چالش‌ها تدوین کنند. این ظرفیت باید در زمان وضعیت عادی نظام سلامت ایجاد شود؛ زیرا به هنگام وقوع بحران، بیشتر زمان و منابع صرف پاسخگویی به بحران و کاهش اثرات منفی آن می‌شود. نظام سلامت به طور کلی و سازمان‌های بهداشتی و درمانی به‌طور اختصاصی باید دارای برنامه‌ها و سیاست‌های شفاف برای انواع شوک‌ها و بحران‌ها باشند. مدیران باید با پیش‌بینی بحران‌های احتمالی تهدید کننده سازمان‌های بهداشتی و درمانی، برنامه‌هایی برای تقویت تاب‌آوری و افزایش آمادگی سازمان‌های خود تدوین و اجرا کنند. مشارکت ذینفعان کلیدی در فرایند سیاستگذاری و برنامه‌ریزی‌های مدیریت بحران ضروری است.

عدم تمرکز مدیریت و رهبری نظام سلامت و تفویض اختیار به سطوح محلی می‌تواند منجر به تقویت مسئولیت پذیری و پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت شود. بکارگیری ساختار غیر متمرکز و دادن اختیار بیشتر به سازمان‌های بهداشتی و درمانی محلی موجب می‌شود که آنها سریعتر از سازمان‌های دارای ساختار متمرکز سلسله مراتبی از بالا به پایین، نسبت به چالش‌های محیطی خود واکنش نشان دهند و منابع محلی را برای پاسخگویی به بحران بسیج کنند. به عنوان مثال، ساختار

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

غیر متمرکز در جریان جنگ داخلی ساحل عاج موجب مدیریت بهتر نقل و انتقال دارو در ایالت‌ها شـده بود. در نتیجه، ایالت‌ها با توجه به نیازهای دارویی خود اقدام می‌کردند و منتظر ارسـال دارو از دولت فدرال در شرایط نا امن جاده‌ها نمی‌شدند[۵۳].

رهبری عامل کلیدی در موفقیت تاب‌آوری سـازمانی است [۵۵]. رهبری توانایی راهنمایی، نفوذ، ترغیب و بسـیج کارکنان بـرای دسـتیابی به اهـداف اسـت[۵۶]. در آفریقـای جنوبی، سـازمان‌های بهداشـتی و درمانی دارای رهبران متعهد و قوی از تاب‌آوری بالاتری برخوردار بودند[۵۷]. مدیران سـازمان‌های بهداشتی و درمانی باید به عنوان رهبر، دورنمایی برای کارکنان به هنگام وقوع بحران ترسـیم کننـد، در کارکنان اعتماد ایجاد کنند، آنهـا را اقتدار، آموزش و انگیزه دهند، در آنها تعهد ایجاد کننـد و منابـع لازم را برای آنهـا فراهم کنند. سـبک رهبری مشارکتی نسـبت به سبک رهبری دسـتوری و کنترلی بیشتر برای سازمان‌های پیچیده سازگار نظیر سازمان‌های بهداشتی و درمانی مناسب تر است و منجر به تقویت تاب‌آوری آنها می‌شود [۵۸].

نظام سـلامت برای دستیابی به اهداف تعیین شده باید در ارتباط نزدیک با سـایر بخش‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و محیط زیست باشـد. بنابراین، تاب‌آوری نظام سلامت مفهوم وسیعی است که بخش‌های مختلف (سلامت، اقتصاد، امنیت و آموزش)، سطوح مختلف (فرد، سازمان و دولت) و جمعیت‌های مختلـف (افـراد، جوامـع، تصمیم گیرنـدگان و دانشـمندان متخصص) را شـامل می‌شود. سـازمان‌های بهداشتی و درمانی باید شـبکه‌های اجتماعی با سـایر سـازمان‌های مرتبط ایجاد کنند. شبکه‌های ارتباطی موثر منجر به تبادل به‌موقع اطلاعات دقیق به سازمان‌های مختلف در نظام سلامت می‌شود. به‌عنوان مثال، در سـاحل عاج، سازمان‌های بهداشتی و درمانی از طریق ایجاد این شـبکه‌های اجتماعی بـا اطلاع از نیازهای یکدیگر به هم کمک می‌کردند و برای مراکز دارو ارسـال می‌کردند[۵۷]. همکاری سازمان‌ها با یکدیگر در زمان وقوع بحران موجب تبادل سریع منابع بین آنها و اسـتفاده از تجارب یکدیگر خواهد شد. در جریان سیل تایلند، سازمان‌هایی که با استفاده از شبکه‌های اجتماعـی بـه یکدیگر کمـک می‌کردند از تـاب‌آوری بالاتری برخوردار بودند [۵۹].

تخصیص بهینه منابع مالی و محافظت از منابع مالی موجود یکی از عوامل بسیار مهم موثر بر تاب‌آوری نظام سلامت به هنگام وقوع شوک‌ها و بحران‌ها اسـت[۴۵]. استفاده از منابع متنوع و پایدار مالی منجر به تقویت پاسـخگویی مناسـب به مخاطرات خواهد شد و اثرات ریسک را کاهش خواهد داد. دولت باید بودجه کافی برای تقویت تاب‌آوری نظام سلامت اختصاص دهد. میزان پرداخـت از جیب مردم به هنگام بروز شـوک‌ها و بحران‌ها باید کاهش یابد تا عدالت در دسترسـی به خدمات سـلامت افزایش یابـد. قیمت تجهیزات و ملزومـات و داروها در زمان بحران باید ثابت باشد. منابع مالی بیمه‌های سلامت باید مستقل از فشارهای سیاسی باشد تا به‌هنگام بحران محافظت مالی از مردم در زمان دریافت خدمات سلامت صورت گیرد.

نظام سـلامت بایـد از منابع مالی پایدار برخوردار باشـد تا مدیران بتوانند برنامه‌های مناسـبی بـرای تقویت پایداری نظام سـلامت تدویـن و اجرا کننـد. اصلاحات اقتصادی و سیاسـی کشـورهای غرب آفریقا یکـی از دلایل اصلی شکسـت آنها در مدیریـت بیماری ابولا در سـال ۲۰۱۴ میلادی بود. منابع مالی نظام سلامت این کشـورها به دلیل اصلاحات اقتصادی کاهش یافـت کـه اثر منفـی در اسـتخدام کارکنان و افزایـش انگیزه و رضایت شـغلی آنها داشـت. در نتیجه، تعـداد قابل توجهی از کارکنان بهداشـتی و درمانی به سایر کشورها مهاجرت کردند و نظام سلامت این کشورها با کمبود کارکنان مواجه شد. اصلاحات سیاسـی و تشویق عدم تمرکز موجب کاهش هماهنگی و تبادل اطلاعات بین اسـتان‌ها شد. همچنین، کیفیت خدمات سلامت در این کشورها از چند سال قبل از طغیان بیماری ابولا با ضعف زیادی مواجه شده بود[۶۰].

نظام سـلامت باید از کارکنان کافـی دارای دانش و مهارت ارائه خدمات سـلامت به هنگام بروز شـوک و بحران برخوردار باشـد تا بتوانـد علی‌رغم کمبود منابع و شـرایط اسـترس‌زای محیطی، خدمات سـلامت با کیفیت ارائه دهند[۳۴]. داشـتن کارکنـان متعهـد و با انگیزه پیش نیاز تاب‌آوری نظام سـلامت اسـت[۲۶]. کارکنان باید از دانش و مهارت‌های کافی برای ارائه خدمات سلامت به هنگام وقوع بحران‌ها برخوردار باشند. یکی از

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

دلایل موفقیت نظام سلامت نیجریه به هنگام وقوع جنگ‌های داخلی، تعهد و انگیزه بالای کارکنان بود که شیفت‌های کاری سخت و طولانی و وظایف اضافی واگذار شده را می‌پذیرفتند [۵۳]. در ساحل عاج نیز، کارکنان علی‌رغم تأخیر در پرداخت حقوق و دستمزد و ملاحظات امنیتی، همچنان، به ارائه خدمات سلامت به بیماران می‌پرداختند[۵۷]. بنابراین، مدیران باید به رفاه کارکنان خود در زمان وقوع بحران توجه ویژه‌ای کنند، به نظرات و پیشنهادات آنها گوش دهند، خطوط ارتباطی را باز نگه دارند، منابع مورد نیاز آنها را فراهم کنند و استرس آنها را کم کنند. دسترسی به منابع انسانی اضافی تأثیر مثبتی بر پاسخ‌دهی سریع به شوک دارد[۶۱]. انگیزش و افزایش رضایت شغلی کارکنان سلامت در هنگام زمان عادی منجر به مشارکت بیشتر آنها در زمان بحران‌ها خواهد شد[۳۷]. از ظرفیت مردم جامعه به ویژه داوطلبان باید برای کمک به کارکنان سلامت به هنگام بروز بحران‌ها کمک گرفت. این افراد، همچنین، می‌توانند نقش مهمی در افزایش آگاهی مردم نسبت به نقششان در زمان بحران داشته باشند.

فرهنگ سازمانی نیز در تقویت تاب‌آوری سازمانی موثر است. توانایی مدیران و کارکنانی که چالش‌ها را از منظر فرصت می‌بینند برای تاب‌آوری سازمانی مهم است. سازمان‌های تاب‌آور چالش‌ها را به عنوان فرصتی برای یادگیری می‌بینند و از این تجارب برای توسعه توانایی‌ها و ظرفیت‌های خود و بهبود عملکرد سازمان خود استفاده می‌کنند[۶۲]. انکار چالش‌ها و ریسک‌ها و درس نگرفتن از تجارب قبلی توسط مدیران منجر به تضعیف تاب‌آوری سازمانی می‌شود[۴۹].

موجود بودن منابع فیزیکی نقش مهمی در تقویت تاب‌آوری سازمانی دارند[۶۳]. داروها و واکسن‌ها نقش قابل ملاحظه‌ای در تقویت تاب‌آوری نظام سلامت دارند. به عنوان مثال، واکسن ابولا در توقف طغیان ابولا در کنگو نقش بسزایی داشت[۶۴]. شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی ممکن است علاقه‌ای به تولید داروها و تجهیزات خاصی به دلیل هزینه بالای تولید و سود احتمالی کم نداشته باشند[۶۵]. بنابراین، دولت باید از انگیزاننده‌های مناسبی برای تشویق شرکت‌های تجهیزات پزشکی و داروسازی به تولید تجهیزات و داروهای اساسی به هنگام وقوع بحران‌ها استفاده کند. علاوه‌براین، نظام سلامت باید از کارایی بالایی برخوردار باشد. مدیران و کارکنان سازمان‌های بهداشتی و درمانی با توجه به عدم اطمینان شوک‌ها و بحران‌ها و تأثیر آنها بر عرضه و تقاضا در نظام سلامت، باید از منابع موجود بهینه استفاده کنند. یک نظام سلامت پایدار باید بتواند از منابع در دسترس به صورت کارامد استفاده کند. سازمان‌های بهداشتی و درمانی در شرایط عادی باید با ظرفیت ۸۰ تا ۸۵ درصدی فعالیت کنند تا به هنگام بروز بحران با چالش مواجه نشوند[۳۹].

نظام سلامت باید دارای سیستم مدیریت اطلاعات مناسب باشد تا اطلاعات مورد نیاز سیاستگذاران و مدیران برای پیش‌بینی شوک‌ها و بحران‌های تهدید کننده نظام سلامت، فراهم باشد [۲۷]. جمع‌آوری به موقع و سریع داده‌ها برای ارتقای میزان آمادگی سازمان‌های بهداشتی و درمانی برای پاسخگویی به بحران و در صورت نیاز تغییر و تطبیق با شرایط جدید بسیار مهم است. مدیریت اطلاعات هم نقش مهمی در موفقیت تاب‌آوری نظام سلامت دارد[۵۹]. به عنوان مثال، تبادل اطلاعاتی سریع بین نیروهای امنیتی و وزارت بهداشت نقش بسزایی در تقویت تاب‌آوری نظام سلامت نیجریه به هنگام شورش‌های گروه بوکوحرام[۲۸] داشت[۵۳]. ضعف سیستم اطلاعاتی یکی از دلایل اصلی طغیان بیماری ابولا در کشورهای آفریقایی بود که مانع واکنش سریع و درست مدیران سلامت شده بود[۶۶]. مدیریت صحیح دانش موجب اطمینان از انتقال صحیح اهداف نظام سلامت و استراتژی‌های دستیابی آنها در سراسر نظام سلامت می‌شود و به‌موقع می‌توان نتایج اقدامات بکارگرفته شده را پایش کرد و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی را بکار گرفت. همچنین، سیستمی باید وجود داشته باشد تا بتوان از تجارب گذشته درس گرفت و واکنش درستی نسبت به شوک‌ها و بحران‌های آینده داشت[۳۳].

سازمان‌های بهداشتی و درمانی و بیمارستان‌ها در بخش‌های دولتی و خصوصی باید خدمات سلامت مورد نیاز مردم را در طول زمان بحران به طور مستمر ارائه دهند. اختلال در ارائه خدمات سلامت سازمان‌های بهداشتی و درمانی موجب افزایش موارد ابتلا به بیماری و مرگ و میر ناشی از آن می‌شود که

28. Boko Haram insurgency

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

اثرات نامطلوبی بر شـرایط اقتصـادی و اجتماعی جامعه خواهد داشـت. خدمات بهداشـت عمومی، برنامه‌های بهداشـتی نظیر واکسیناسـیون، سلامت باروری، مدیریت بیماری‌های غیر واگیر و اعتباربخشی مراکز بهداشتی و درمانی باید بدون وقفه به مردم ارائه شـوند. بنابراین، سـازمان‌های بهداشـتی و درمانی باید از ظرفیت ارائه خدمات اضافی نسـبت به شرایط معمول برخوردار باشـند. مداخلات بهداشـت عمومی باید در شرایط معمولی به خوبی اجرا شـود تا منجر به تقویت نظام ارائه خدمات سـلامت شود[۶۷].

از ظرفیت بخش خصوصی کمتر در نظام سـلامت استفاده می‌شود. بخش خصوصی معمولاً نسبت به بخش دولتی هزینه-اثربخش‌تـر عمل می‌کند و از توانایی خوبی برای ارائه خدمات با کیفیت بالا به جمعیت زیادی برخوردار است[۴]. سیاست‌هایی باید برای مشـارکت بخش خصوصی و افراد و گروه‌های داوطلب بـرای ارائه خدمات سـلامت در زمان بروز بحران تدوین شـود. مدیـران باید با همفکری کارکنان راهکارهای جایگزینی را برای ارائه خدمات سـلامت بیابند تا در هنگام وقوع بحران در صورت نیاز مورد استفاده قرار دهند[۵۳ و ۶۳]. به عنوان مثال، در جریان ناآرامی‌های شهری پس از انتخابات سال ۲۰۱۰ میلادی ساحل عاج[۲۹]، روش‌های خلاقانه جایگزینی در نظام سلامت استفاده شد؛ به کارشناسان بهداشتی غیر پزشک اجازه تجویز دارو داده شد و داروها از سـازمان ملل تهیه شد[۵۷]. استفاده از فنون مدیریت کیفیت می‌تواند منجر به بهینه‌سازی و تقویت فرایندهای کاری و بهبود استانداردهای مراقبت و خدمات سلامت شود.

مدیران سـازمان‌های بهداشـتی و درمانی بایـد به‌صورت مستمر به تحلیل محیط پیرامون خود بپردازند. آگاهی محیطی یا ظرفیت شـناخت محیط داخلی و خارجی سـازمان منجر به شناسایی عوامل ایجاد کننده شوک‌ها و بحران‌ها، ظرفیت منابع سـازمانی برای مقابله با شـوک‌ها و به‌طور کلی، شناسایی نقاط قوت و ضعف سـازمان و فرصت‌هـا و تهدیدهای محیط بیرونی می‌شـود. نظام سـلامت باید دارای یک نظام مراقبت یکپارچه جامع باشـد تا با بررسـی‌های محیطی در صورت وقوع شوک و بحران، به سرعت هشدار اولیه را به کل نظام سلامت اعلام کند.

29. Ivory Coast

شـدت و میزان تداوم شـوک‌ها و بحران‌ها بر عملکرد نظام سـلامت اثر می‌گذارد. شوک‌ها و بحران‌ها بر هر دو طرف تقاضا و عرضه نظام سلامت اثر می‌گذارند. به عنوان مثال، یک اپیدمی منجـر به افزایش شـدید تقاضای مردم برای خدمات سـلامت می‌شود. در مقابل، بحران اقتصادی منجر به کاهش شدید منابع در دسـترس نظام سـلامت می‌شـود و منجر به کاهش عرضه خدمات سلامت خواهد شد. نظام سلامت در یک محیط سیاسی، اقتصـادی، اجتماعی و فناوری قـرار دارد. عواملی نظیر آموزش ناکافی، فقر، مسکن نامناسب، دسترسی ناکافی به آب آشامیدنی و تغذیه سـالم و عدم امنیت اجتماعی اثرات بحران‌ها را تشدید می‌کنند. با توجه به اینکه، عوامل سیاسی، اقتصادی و اجتماعی بر سـلامت مردم تأثیر زیادی دارند، میزان تاب‌آوری آنها نیز بر تاب‌آوری نظام سـلامت اثر خواهند گذاشت. بنابراین، یک عزم ملی باید برای تقویت تاب‌آوری زیرسـاخت‌های عمومی کشـور ایجاد شود.

تاب‌آوری نظام سلامت برای سازمان‌های بهداشتی درمانی، کارکنان و مشـتریان آنهـا به طور خاص و جامعـه به طور عام مزایا و پیامدهای مطلوبی دارد. تاب‌آوری نظام سلامت منجر به کاهش اثرات منفی شـوک‌ها و بحران‌ها می‌شود و نقاط ضعف و تهدیدهـا را به نقاط قوت و فرصت‌ها تبدیل خواهد کرد. مدیران بـا بکارگیری اقدامات پیشـگویانه، پیشـگیرانه، جذب، تطبیق و تغییر، موجب می‌شـوند که سـازمان‌های بهداشتی و درمانی برای پاسخدهی درسـت به بحران از آمادگی، تحمل و پایداری بیشتری برخوردار باشند؛ کارکنان بهداشتی و درمانی از ایمنی و بهره‌وری بیشـتری برخوردار شوند، میزان رضایت شغلی و تعهد سازمانی آنها افزایش یابد و در زمان بحران غیبت کمتری داشته باشـند. یک نظام سلامت تاب‌آور منجر به تضمین ارائه خدمات سـلامت در زمان بروز شـوک و بحران می‌شود و مردم خدمات سـلامت مورد نیاز را دریافت می‌کننـد. علاوه‌براین، در صورت نیاز، با افزایش پوشش همگانی خدمات و مراقبت‌های سلامت و کاهش پرداخت از جیب مردم، آنها در برابر هزینه‌های فاجعه‌بار و فقرزا محافظت می‌شوند.

میـزان تـاب‌آوری نظام سـلامت باید ارزشـیابی شـود تا حوزه‌های آسیب‌پذیر آن شناسایی شود و اقدامات لازم برای رفع

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

آنها و افزایش ظرفیت نظام سلامت برای پاسخگویی به شوک‌ها و بحران‌ها برنامه‌ریزی و اجرا شـود. در این پژوهش مدلی شامل شـش توانمند سـاز (حاکمیت و رهبری، تأمیـن مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و ملزومات، سیستم مدیریت اطلاعات سلامت و ارائه خدمات سـلامت) و سه نتیجه (سلامتی مردم، محافظت مالی و پاسـخگویی) برای تاب‌آوری نظام سـلامت ارائه شـد و گویه‌هایی برای ارزشیابی تاب‌آوری نظام سلامت طراحی شد.

نتیجه گیری

تاب‌آوری نظام سلامت توانایی، قابلیت و ظرفیت پیش‌بینی، پیشگیری، جذب، تطبیق و تغییر در مقابله با شوک‌ها و بحران‌ها و ارائه مستمر خدمات سلامت مورد نیاز مردم در زمان مدیریت شوک و بحران است. نظام سلامت تاب‌آور آماده برای انواع مختلف شـوک و بحران است؛ سریع به هنگام بروز شوک یا بحران، نوع و میزان تأثیر آن را تعیین می‌کند؛ شـوک را جذب نموده و در صورت نیاز، با اعمال تغییراتی خود را تطبیق می‌دهد تا خدمات سـلامت مورد نیاز مردم را بدون مشکلی ارائه کند. تاب‌آوری از طریق افزایش آمادگی، پاسـخگویی موثـر و تداوم ارائه خدمات سلامت به هنگام وقوع بحران، موجب کاهش آسیب‌پذیری نظام سلامت نسبت به شوک‌ها و بحران‌ها می‌شود. نظام سلامت باید از ظرفیت شـناختی و رفتاری مناسـب برای جـذب، تطبیق و تغییر به هنگام بحران‌ها برخوردار باشد. ظرفیت شناختی توانایی نظام سـلامت در شناسایی سریع شوک و بحران و تحلیل آن به منظور درک و تفسـیر چالش‌های مرتبط با آن اسـت. ظرفیت رفتاری توانایی نظام سلامت برای پاسخدهی مناسب به شوک و بحران شناسـایی شده با استفاده از استراتژی‌ها و منابع مناسب است. ظرفیت نظام سلامت برای پیش‌بینی چالش‌های پیش‌رو و تطبیق با شرایط عدم اطمینان نیازمند دسترسی به منابع مالی، انسانی، فیزیکی و اطلاعاتی کافی است.

تاب‌آوری نظام سـلامت یک ویژگی محدود به یک بُعد آن نیست؛ بلکه باید شامل شش بلوک ساختاری آن شود. بنابراین، لازمه تقویت تاب‌آوری نظام سـلامت، افزایش تاب‌آوری شـش بلوک سـاختاری آن شـامل حاکمیت و رهبـری، تأمین مالی، نیروی انسـانی، تجهیزات و ملزومات، سیسـتم اطلاعات و ارائه خدمات سـلامت است. در این راسـتا، بکارگیری اقداماتی نظیر داشتن دورنمای قوی، اسـتفاده از رهبری مشارکتی، ارزشیابی میزان تاب‌آوری نظام سـلامت، تدوین برنامه استراتژیک تقویت تـاب‌آوری نظام سـلامت، تأمین منابع مالی کافـی مورد نیاز و تضمین پایـداری آن، هماهنگی فعالیت‌ها و توسـعه ارتباطات موثر با ذینفعان کلیدی، تأمین نیروی انسـانی و منابع فیزیکی مورد نیاز به اندازه کافی برای پاسـخگویی به افزایش تقاضا برای خدمات سـلامت، افزایـش انگیزه و تعهد سـازمانی و حرفه‌ای کارکنان بخش سلامت، ایجاد فرهنگ یادگیری سازمانی پاسخگو نسبت به بحران‌ها، توسعه سیستم‌های اطلاعاتی و مراقبتی موثر برای شناسـایی سـریع شـوک‌ها، انعطاف‌پذیری مکانیسم‌های خرید خدمات سلامت و استفاده از روش‌های مختلف برای ارائه خدمات سـلامت مورد نیاز مردم به هنگام بروز بحران‌ها و بلایا ضروری است.

این مطالعه با اسـتفاده از روش مرور مفهومی به تبیین واژه تاب‌آوری نظام سلامت پرداخت و ضمن تعریف آن، اجزاء، پیش نیازها، پیامدها و معیارهای ارزشـیابی آن را شناسایی و توصیف کرد. در نتیجه، یک مدل مفهومی سیستمی برای تاب‌آوری نظام سلامت طراحی شد. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران با استفاده از مطالعات کمی و کیفی به توسـعه ایـن مدل مفهومی کمک کنند. همچنین، یک پرسشـنامه برای ارزشیابی تاب‌آوری نظام سـلامت شامل ۹ بُعد و ۷۵ گویه توسعه یافت. پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی به سنجش روایی و پایایی این ابزار بپردازند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

کشـورهای در حال توسـعه بـا چالش‌های بسـیار زیادی نظیر بی‌ثباتی سیاسـی و سـاختاری، جابجایی مدیران ارشـد، محدودیت‌هـای مالـی، مسـئولیت‌های زیاد و اختیـارات کم، انتظـارات متغیر بیماران و مردم مواجه هسـتند. بنابراین، نظام سلامت این کشورها علاوه بر تاب‌آوری نسبت به شوک‌های حاد ناگهانی، باید نسـبت به چالش‌های مزمن روتین نیز پاسـخگو باشـند. بنابراین، سیاسـتگذاران و مدیران نظام سلامت در این کشورها باید اقدامات لازم را برای ایجاد یک نظام سلامت تاب‌آور و پاسـخگو بکار گیرند تا بتواند با وجود این شوک‌ها و چالش‌ها،

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

خدمات سلامت با کیفیت و ایمن به مردم ارائه کنند. الگوبرداری از تجارب سایر کشورها منجر به شناسایی استراتژی‌های مناسب برای تقویت تاب‌آوری نظام سلامت خواهد شد. مدیران باید بتوانند استراتژیک فکر کنند و با تقویت تاب‌آوری سازمان‌های بهداشتی و درمانی، تهدیدهای محیطی را به فرصت تبدیل کنند. مدیران نظام سلامت باید به شوک‌ها و بحران‌ها به عنوان فرصتی برای تقویت نظام سلامت و افزایش تاب‌آوری آن نگاه کنند.

نظام پیچیده سلامت از دو بخش سخت افزار (زیرساخت‌ها، منابع مالی، نیروی انسانی، تجهیزات، ملزومات و داروها) و نرم افزار (دانش و مهارت مدیریت و رهبری، قدرت، ارتباطات، اعتقادات، ارزش‌ها، هنجارها و نگرش‌ها) تشکیل شده است. متأسفانه، سیاستگذاران و مدیران بیشتر از طریق تقویت سخت‌افزارهای نظام سلامت (نظیر جذب منابع مالی بیشتر، ساخت بیمارستان‌ها و افزایش تخت‌های بیمارستانی، استخدام کارکنان بیشتر، تهیه تجهیزات و ملزومات مورد نیاز و ایجاد نظام مراقبت بیماری‌ها) سعی در افزایش تاب‌آوری نظام سلامت دارند. در حالی‌که، نقش نرم‌افزارهای نظام سلامت در تقویت تاب‌آوری نظام سلامت مهمتر است. تقویت سرمایه‌های فیزیکی، انسانی، اجتماعی، فرهنگی و مدیریتی برای افزایش تاب‌آوری نظام سلامت ضروری است. توسعه سرمایه‌های فیزیکی و انسانی سازمان‌های بهداشتی و درمانی شرط لازم برای تقویت تاب‌آوری نظام سلامت است. علاوه‌براین، ارتقای سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و مدیریتی (رهبری) کشور پیش نیاز تاب‌آوری نظام سلامت است. تقویت ظرفیت مدیریت و رهبری نظام سلامت، افزایش قدرت مدیران ارشد نظام سلامت، ایجاد فرهنگ خلاق، مشارکتی، مسئولیت پذیر و پاسخگو و افزایش انگیزه و تعهد کارکنان سلامت پیش‌نیازهای اصلی تاب‌آوری نظام سلامت هستند.

سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت باید با ارزشیابی میزان تاب‌آوری نظام سلامت و سازمان‌های بهداشتی و درمانی و شناسایی نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدها، برنامه‌های استراتژیک و عملیاتی برای تقویت تاب‌آوری نظام سلامت تدوین کنند. علاوه‌براین، آنها باید با تحلیل اثرات شوک‌های اپیدمیولوژیک، اقتصادی و اجتماعی بر نظام سلامت درس‌هایی بگیرند تا نظام سلامت را برای مواجه با شوک‌های بعدی آماده و پاسخگو کنند. نظام سلامت مورد اعتماد و احترام مردم و مورد حمایت سیاستگذاران و مدیران در شرایط عادی، با چالش‌های کمتری در زمان بحران مواجه خواهد شد. مدیران با استفاده صحیح از استراتژی‌های پیش‌بینی، پیشگیری، جذب، تطبیق و تغییر، میزان آمادگی و مقاومت سازمان‌های خود را برای مواجه با شوک‌ها و بحران‌ها افزایش می‌دهند. در نتیجه، در صورت بروز شوک‌های کوچک، آن را جذب کرده و بدون تغییری در ساختارها و فرایندهای کاری، خدمات سلامت را به مردم ارائه می‌دهند. در صورت مواجه با بحران‌ها و بلایای متوسط و بزرگ با تطبیق یا اعمال تغییراتی در ساختارها و فرایندهای کاری، بدون آسیب جدی، فعالیت‌های روتین را انجام خواهند داد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از بخشی از پایان نامه دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با عنوان "ارایه الگوی تقویت تاب‌آوری سازمان‌های بهداشتی ایران" است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. نویسندگان مقاله لازم می‌دانند از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، صمیمانه تشکر کنند.

References

1. Mosadeghrad AM. Health strengthening plan, a supplement to Iran health transformation plan: letter to the editor. Tehran University Medical Journal. 2019; 77 (8):537-538. [in Persian]
2. Musgrove Ph, Creese A, Preker A, Baeza Ch, Anell A, Prentice Th, Cassels A, Lipson D, Arhin Tenkorang D & Wheeler M. The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization: Geneva, Switzerland. 2000:23-5.
3. World Health Organization. Constitution of the world health organization. [Accessed 28 June 2021]. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf,
4. World Health Organization. Everybody's business:

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization, WHO Press; 2007:3-27.
5. Mosadeghrad AM, Akbarisari A, Rahimitabar P. Health system governance in Iran: A Delphi Study. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2020; 17 (4):317-336. [in Persian]
6. Mosadeghrad AM, Tolouie Rakhshan S, Afshari M, Isfahani P. Health financing system indicators: A scoping review. Hakim Research Journal. 2020; 23 (3) :353-366. [in Persian]
7. Mosadeghrad AM. Rethinking Health reforms in Iran. Tehran University Medical Journal. 2020;78(7):473-4. [Persian]
8. Mosadeghrad AM, Janbabaei G, Kalantari B, Darrudi A, Dehnavi H. Equity in distribution of hospital beds in Iran. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2020; 24 (6) :12-36. [in Persian]
9. Mosadeghrad AM. Healthcare service quality: towards a broad definition. International Journal of Health Care Quality Assurance 2013; 26(3):203-19.
10. Mosadeghrad AM, Esfahani P, Nikafshar M. Hospitals' efficiency in Iran: A systematic review and meta-analysis of two decades of research. Payavard. 2017; 11 (3):318-331. [in Persian]
11. World Health Organization. Operational framework for building climate resilient health systems. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015:6-8.
12. Mosadeghrad AM. Hospitals organizational resiliency: From Theory to Practice. Payesh 2020; 19 (6) :749-751. [in Persian]
13. Petherick A. Ebola in west Africa: learning the lessons. Lancet 2015;357:591-2.
14. Mosadeghrad AM, Isfahani P, Karimi F. Hospital tariffs: A conceptual analysis. Hakim Research Journal. 2020; 23 (2) :246-259 [in Persian]
15. Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten SB & Waye Perry B. Knowledge transfer and exchange: Review and synthesis of the literature. Journal of Milbank Quarterly 2007; 85(4): 729-68.
16. Reis HT, Reis HT, Judd CM, editors. Handbook of research methods in social and personality psychology. Cambridge University Press; 2000.
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006; 3(2):77-101.
18. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In Analyzing qualitative data 2002. 1st Edition. london and New York: Routledge; 1994:187-208.
19. Woods DD. Resilience engineering: Redefining the culture of safety and risk management. Human Factors and Ergonomics Society Bulletin. 2006;49(12):1-3.
20. Oxford English dictionary. Definition of Tariff. [Access date 29/06/2021]. Available from: https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/resilience?q=Resilience.
21. Merriam-Webster dictionary. Definition of Tariff. [Access date 29/06/2021]. Available from: https://www.mewebster.com/dictionary/tariff.
22. Campbell J, Cometto G, Rasanathan K, Kelley E, Syed S, Zurn P, de Bernis L, Matthews Z, Benton D, Frank O, Nove A. Improving the resilience and workforce of health systems for women's, children's, and adolescents' health. BMJ. 2015; 351.
23. Kieny MP, Dovlo D. Beyond Ebola: a new agenda for resilient health systems. Lancet. 2015;385(9963):91-92.
24. Zhong S, Clark M, Hou XY, Zang Y, FitzGerald G. Development of key indicators of hospital resilience: a modified Delphi study. J Heal Serv Res Policy. 2015; 20(2):74–82.
25. Wulff K, Donato D, Lurie N. What is health resilience and how can we build it?. Annual review of public health. 2015;36 (1):361-74.
26. Kruk ME, Myers M, Varpilah ST, Dahn BT. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. The Lancet. 2015;385(9980):1910-2.
27. Ammar W, Kdouh O, Hammoud R, Hamadeh R, Harb H, Ammar Z, et al. Health system resilience: Lebanon and the Syrian refugee crisis. Journal of global health. 2016;6(2):020704
28. Kutzin J, Sparkes SP. Health systems strengthening, universal health coverage, health security and resilience. Bulletin of the World Health Organization. 2016;94(1):2.
29. Ozawa S, Paina L, Qiu M. Exploring pathways for building trust in vaccination and strengthening health system resilience. BMC health services research. 2016;16(7):131-41.
30. Blanchet K, Nam SL, Ramalingam B, Pozo-Martin F. Governance and capacity to manage resilience of health systems: towards a new conceptual framework. International journal of health policy and management 2017;6(8):431.
31. Ruiz-Martin C, López-Paredes A, Wainer G. What we know and do not know about organizational resilience. International Journal of Production Management and Engineering. 2018;6(1):11-28.
32. Therrien MC, Normandin JM, Denis JL. Bridging complexity theory and resilience to develop surge capacity in health systems. Journal of health organization and management. 2017; 31: 96–109.
33. Barasa E, Mbau R, Gilson L. What is resilience and how can it be nurtured? A systematic review of empirical literature on organizational resilience. International journal of health

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

policy and management 2018;7(6):491-503.
34. Hanefeld J, Mayhew S, Legido-Quigley H, Martineau F, Karanikolos M, Blanchet K, Liverani M, Yei Mokuwa E, McKay G, Balabanova D. Towards an understanding of resilience: responding to health systems shocks. Health policy and planning. 2018;33(3):355-67.
35. Koronis E, Ponis S. Better than before: the resilient organization in crisis mode. Journal of Business Strategy. 2018.
36. Turenne CP, Gautier L, Degroote S, Guillard E, Chabrol F, Ridde V. Conceptual analysis of health systems resilience: a scoping review. Social Science & Medicine. 2019; 232:168-80.
37. Fridell M, Edwin S, Von Schreeb J, Saulnier DD. Health system resilience: what are we talking about? A scoping review mapping characteristics and keywords. International journal of health policy and management. 2020;9(1):6.
38. Thomas S, Sagan A, Larkin J, Cylus J, Figueras J, Karanikolos M. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. The European Observatory on Health Systems and Policies. 2020.
39. EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA). Assessing the Resilience of Health Systems in Europe: An Overview of the Theory, Current Practice and Strategies for Improvement. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020.
40. McManus S, Seville E, Brunsden D, Vargo J. Resilience management: a framework for assessing and improving the resilience of organisations. Research Report. 2007
41. Lee AV, Vargo J, Seville E. Developing a tool to measure and compare organizations' resilience. Natural hazards review. 2013;14(1):29-41.
42. OECD. Guidelines for Resilience Systems Analysis – Facilitation Guide. [Access date 29/06/2021]. Available at: https://www.oecd.org/dac/Guidelines%20for%20Resilience%20Systems%20Analysis%20-%20Landscape%20Facilitation%20Guide.pdf.
43. Zhong S, Clark M, Hou XY, Zang YL, Fitzgerald G. Development of hospital disaster resilience: conceptual framework and potential measurement. Emergency Medicine Journal. 2014;31(11):930-8.
44. Kruk ME, Ling EJ, Bitton A, Cammett M, Cavanaugh K, Chopra M, El-Jardali F, Macauley RJ, Muraguri MK, Konuma S, Marten R. Building resilient health systems: a proposal for a resilience index. Bmj. 2017;357, j2323.
45. Thomas S, Keegan C, Barry S, Layte R, Jowett M, Normand C. A framework for assessing health system resilience in an economic crisis: Ireland as a test case. BMC health services research. 2013;13(1):1-8.
46. Castleden M, McKee M, Murray V, Leonardi G. Resilience thinking in health protection. Journal of Public Health. 2011;33(3):369-77.
47. Holling CS. Resilience and stability of ecological systems. Annual review of ecology and systematics. 1973;4(1):1-23.
48. Masten AS, Obradovic J. Disaster preparation and recovery: Lessons from research on resilience in human development. Ecology and society. 2008;13(1): 9.
49. UNISDR. Hyogo framework for action 2005–2015: building the resilience of nations and communities to disasters. The United Nations International Strategy for Disaster Reduction Geneva. 2005.
50. UNISDR. Sendai framework for disaster risk reduction 2015–2030. Proceedings of the 3rd United Nations World Conference on DRR, Sendai, Japan, 2015; 14–8.
51. World Health Organization. Universal Health Coverage: Moving towards Better Health – Action Framework for the Western Pacific Region. World Health Organization, Genève. 2016.
52. European Observatory on Health Systems and Policies. Greece: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris.2019.
53. Ager AK, Lembani M, Mohammed A, Ashir GM, Abdulwahab A, de Pinho H, Delobelle P, Zarowsky C. Health service resilience in Yobe state, Nigeria in the context of the Boko Haram insurgency: a systems dynamics analysis using group model building. Conflict and health. 2015;9(1):1-4.
54. McKee, M., Gugushvili, A., Koltai, J., Stuckler, D. Are Populist Leaders Creating the Conditions for the Spread of COVID-19?; International Journal of Health Policy and Management, 2020; 1-5.
55. Pal R, Torstensson H, Mattila H. Antecedents of organizational resilience in economic crises—an empirical study of Swedish textile and clothing SMEs. International Journal of Production Economics. 2014;147:410-28.
56. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. 1st Edition, Tehran: Dibagran Tehran; 2015; p.31. (in Persian).
57. Lembani M, de Pinho H, Delobelle P, Zarowsky C, Ager A. Health systems resilience: a systems analysis. A case study of technical assistance to HIV services in Cote d'Ivoire in the context of civil unrest following the disputed presidential election of. 2010. Cape Town; 2014.
58. Booher DE, Innes JE. Governance for resilience: CALFED as a complex adaptive network for resource management. Ecology and Society. 2010;15(3): 35.
59. Andrew S, Arlikatti S, Siebeneck L, Pongponrat K, Jaikampan K. Sources of organisational resiliency during the Thailand floods of 2011: a test of the bonding and bridging hypotheses. Disasters. 2016;40(1):65-84.
60. Kentikelenis A, King L, McKee M, Stuckler D. The international monetary fund and the Ebola outbreak. The

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

Lancet Global Health. 2015;3(2):e69-70.
61. Gilson L, Barasa E, Nxumalo N, Cleary S, Goudge J, Molyneux S, Tsofa B, Lehmann U. Everyday resilience in district health systems: emerging insights from the front lines in Kenya and South Africa. BMJ Global Health. 2017;2(2):e000224.
62. Walker B, Nilakant V, Baird R. Promoting Organisational Resilience through Sustaining Engagement in a Disruptive Environment: What are the implications for HRM ? Research Forum. 2014:1-20.
63. Felland LE, Lesser CS, Benoit Staiti A, Katz A, Lichiello P. The resilience of the health care safety net, 1996–2001. Health Services Research. 2003 Feb;38(1):489-502.
64. World Health Organization. WHO Adapts Ebola Vaccination Strategy in the Democratic Republic of the Congo to Account for Insecurity and Community Feedback. [Access date 29/06/2021] Available at: https://www.who.int/news/item/07-05-2019-who-adapts-ebola-vaccination-strategy-in-the-democratic-republic-of-the-congo-to-account-for-insecurity-and-community-feedback
65. Kamal-Yanni M. Never Again: Building resilient health systems and learning from the Ebola crisis. Oxfam International; 2015.
66. Lapão LV, Silva A, Pereira N, Vasconcelos P, Conceição C. Ebola impact on African health systems entails a quest for more international and local resilience: the case of African Portuguese speaking countries. The Pan African Medical Journal. 2015;22(Suppl 1): 15.
67. Ho K, Al-Shorjabji N, Brown E, Zelmer J, Gabor N, Maeder A, Marcelo A, Ritz D, Messina L, Loyola M, Abbott P. Applying the resilient health system framework for universal health coverage. Stud Health Technol Inform. 2016;231:54-62.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

Health System Resilience: A Conceptual Review

Ali Mohammad Mosadeghrad[1], Fereshteh Karimi[2], Farahnaz Ezzati[3*]

1. Ph.D. Professor of health policy and management, Health Economics and Management Department, School of Public Health, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Ph.D. student in Health economics, Department of Health Management and Economics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Ph.D. student in Healthcare services management, Department of Health Management and Economics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: The health system consists of individuals, groups and organizations involved in policy making, financing, generating resources and providing health services with the aim of promoting, restoring and maintaining people health. The health system must be resilient to shocks and crises. Concepts related to health system resilience are complex and ambiguous. This study aimed to explain the concepts, attributes, antecedents, and consequences of the health system resilience.

Methods: This research was conducted in the period of February to March 2021 using the conceptual review method. All articles related to health system resilience indexed in Medline, Scopus, Web of science, Science Direct, Iran Medex, Magiran, and SID databases and Google and Google scholar search engines between 2005 and 2020 were extracted, assessed and reviewed. Finally, 76 articles were selected and analyzed.

Results: Health system resilience is "the ability, capability and capacity of the health system to predict, prevent, prepare, absorb, adapt and transform when exposed to shocks and stresses and deliver routine health services continuously during the crisis management". Adaptation, learning, response, change, preparedness, sustainability, communication, prediction, absorption and withstanding are the main elements of the health system resilience. A model including six building blocks and three outcomes were developed for health system resilience and a checklist was developed to evaluate the resilience of the health system using these 9 dimentions and 75 items.

Conclusion: Resilience is a multidimensional concept that has changed over time. It is necessary to strengthen the resilience of the health system's six building blocks to be able to improve health system resilience.

Keywords: Health system, Shock, Disaster, Resilience, Conceptual Review

Please cite this article as follows:

Mosadeghrad AM, Karimi F, Ezzati E. Health System Resilience: A Conceptual Review. Hakim Health Sys Res. 2020; 23(4):463-486

***Corresponding Author:** Tehran University of Medical Sciences, School of Public Health, Department of Health Management and Economics, Tehran, Iran. Tel: 021-42933006, Email: F.ezzati1378@gmail.com.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]