

## زیست‌بوم سلامت هوشمند پیشگیری از شکستگی ناشی از پوکی استخوان: مرور نظام‌مند کیفی

ایوب محمدیان<sup>۱</sup>، علی معینی<sup>۲\*</sup>، مهناز سنجری<sup>۳\*</sup>، زهرا عبدالله‌زاده<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** سلامت هوشمند به دلیل ظرفیتی که در پیشگیری از بیماری دارد، راهکار مناسبی برای ارائه خدمات پیشگیری از شکستگی پوکی استخوان است. از طرفی وجود روابط تنگاتنگ میان سازمان‌های فعال برای پیشگیری از این بیماری، ایجاد می‌کند که این حوزه از دیدگاه زیست‌بومی بررسی گردد. بنابراین هدف از انجام این مطالعه، شناسایی عناصر و بازیگران زیست‌بوم پیشگیری از شکستگی ناشی از پوکی استخوان در سلامت هوشمند است.

**روش بررسی:** یک مرور نظام‌مند کیفی از نوع فراترکیب برای یافتن منابع مربوط به پیشگیری از شکستگی ناشی از پوکی استخوان انجام شد. بدین منظور پایگاه‌های علمی Web of Science, Scopus, PubMed بررسی گردیدند و از بین ۱۰۳۴۴ منبع یافت شده، ۱۵۵ مورد برای انجام فراترکیب انتخاب شدند. در پایان با به‌کارگیری روش آنتروپی شانون، مقوله‌های هر بعد، رتبه‌بندی شدند. **یافته‌ها:** این مرور نظام‌مند، نشان داد که زیست‌بوم پیشگیری از شکستگی ناشی از پوکی استخوان دربرگیرنده‌ی چهار دسته عنصر اصلی یعنی اصلاح سبک زندگی (تغذیه، ورزش، پیشگیری از سقوط، ترک دخانیات، الکل و کافئین)، بالینی (غربالگری، تشخیص و درمان دارویی و غیر دارویی)، فناوریانه (زیرساخت، پلتفرم و کاربرد) و زمینه‌ای (فرهنگی، مشارکت اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و آموزش) است که در رتبه‌بندی کاربرد و زیرساخت جایگاه اول و دوم و پلتفرم و آموزش به‌طور مشترک جایگاه سوم را گرفتند. بازیگران نیز در سه لایه هسته اصلی (اعضای تیم پیشگیری و درمان شکستگی، بنگاه‌های مرتبط با پیشگیری و درمان شکستگی، سایر ذینفعان حوزه سلامت، بنگاه‌های فناوریانه)، لایه توسعه‌یافته (افراد مبتلا یا در معرض خطر، ذینفعان آموزش، ذینفعان فرهنگی، ذینفعان اجتماعی، ذینفعان حوزه سلامت) و لایه خارجی (سازمان‌های بین‌المللی، وزارت‌خانه‌های ملی) دسته‌بندی شدند. در رتبه‌بندی، افراد مبتلا یا در معرض خطر، سایر ذینفعان حوزه سلامت و اعضای تیم پیشگیری و درمان شکستگی، به ترتیب جایگاه‌های اول تا سوم را گرفتند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش نشان داد که عناصر «فناورانه»، «زمینه‌ای»، «اصلاح سبک زندگی» و «بالینی» به ترتیب در جایگاه‌های اول تا چهارم قرار دارند. همچنین، رتبه اول به بازیگران لایه توسعه یافته اختصاص یافت؛ بازیگران هسته اصلی رتبه‌ی دوم و بازیگران لایه خارجی رتبه‌ی سوم را گرفتند.

**واژه‌های کلیدی:** زیست‌بوم، سلامت، هوشمند، پیشگیری اولیه، پوکی استخوان

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۷/۷

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۲/۱۰

\* نویسندگان مسئول:

علی معینی؛

دانشکده علوم مهندسی دانشگاه تهران

مهناز سنجری؛

پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم دانشگاه

علوم پزشکی تهران

Emails:

mocini@ut.ac.ir

msanjari@tums.ac.ir

۱ دانشیار گروه مدیریت فناوری اطلاعات، دانشکده مدیریت صنعتی و فناوری، دانشکده‌گان مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲ استاد گروه الگوریتم‌ها و محاسبات، دانشکده علوم مهندسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳ دانشیار مرکز تحقیقات استئوپروز، پژوهشکده علوم بالینی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴ دانشجوی دکتری مدیریت فناوری اطلاعات، دانشکده مدیریت صنعتی و فناوری، دانشکده‌گان مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران

## مقدمه

سلامت هوشمند، یک سیستم ارایه خدمات درمانی است که از فناوری‌هایی مانند تجهیزات پوشیدنی، اینترنت اشیا و هوش مصنوعی بهره می‌برد. این سیستم به اتصال ذینفعان و نهادهای مرتبط کمک کرده و مدیریت فعالانه‌ی نیازهای درمانی را از طریق روش هوشمندانه تسهیل می‌کند (۱). همچنین، با تشکیل تیم‌های بین‌رشته‌ای و ایجاد شبکه‌ای از شرکای متخصص، می‌توان از ظرفیت سلامت هوشمند برای پیشگیری از بیماری‌ها استفاده کرد (۲) که این رویکرد به یک زیست‌بوم هماهنگ و کارآمد نیاز دارد (۳).

استفاده از ظرفیت ابزارهای هوشمند در پیشگیری و مدیریت بیماری‌ها نیازمند ارتقای مهارت و دانش به‌کارگیری فناوری‌ها توسط متخصصان و تعامل چندذینفعی است (۴). اثربخشی هوشمندسازی سلامت به همکاری نزدیک مهندسان فناوری اطلاعات، پزشکان، بیماران، مراکز درمانی و کسب‌وکارهای مرتبط بستگی دارد (۵). برای تحقق این هدف، ایجاد یک زیست‌بوم مناسب ضروری است تا راهکارهای هوشمند به‌طور مؤثر در زیرساخت‌های موجود ادغام شوند و ارزش افزوده‌ای برای تمامی بازیگران سیستم سلامت ایجاد کنند (۶). با وجود مزایای زیست‌بوم جامع، احصای تمام عناصر و ذینفعان آن به‌دلیل وسعت و پیچیدگی حوزه‌ی سلامت دشوار است؛ بنابراین، طراحی زیست‌بوم با تمرکز بر یک بیماری خاص می‌تواند منطقی‌تر و کارآمدتر باشد. این رویکرد به تسهیل همکاری و هماهنگی میان ذینفعان کمک می‌کند و می‌تواند به بهبود نتایج سلامت منجر شود.

بیماری‌های غیرواگیردار، شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر زودرس و ناتوانی در جهان هستند (۷) و ۷۱ درصد از کل مرگ‌ها را شامل می‌شوند (۸). پوکی استخوان به‌عنوان شایع‌ترین بیماری متابولیکی استخوان، یک بیماری مزمن و تهدید اقتصادی-اجتماعی است که با سالمندی جمعیت به اپیدمی جهانی تبدیل شده است (۸). این بیماری پیامدهای زیادی از جمله کاهش کیفیت زندگی، از دست دادن استقلال، درد و ناتوانی، و افزایش خطر شکستگی مجدد به میزان ۲ تا ۳ برابر پس از اولین شکستگی دارد (۹).

این بیماری، بار مالی زیادی بر نظام سلامت کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته تحمیل می‌کند (۱۰). همچنین، نتایج مطالعه‌ی کشوری استئوپروز ایرانیان (Iranian Multicenter Osteoporosis Study) یا آی‌موس (IMOS) نشان می‌دهد شیوع استئوپنی و استئوپروز در ۱۴۵۰ شرکت‌کننده‌ی ایرانی ۵۰ سال

به بالا به ترتیب ۴۹/۸٪ و ۲۹/۸٪ است (۱۱). از میان افراد مبتلا به پوکی استخوان ۸۸/۴٪ از این افراد قبلاً از تشخیص خود بی‌اطلاع بودند که این شرایط پوکی استخوان را پیچیده‌تر می‌کند؛ به‌ویژه این که شکستگی می‌تواند اولین نشانه‌ی وجود پوکی استخوان برای بیمار باشد (۱۲).

با توجه به قابل پیشگیری بودن این بیماری (۱۳)، کم‌هزینه‌تر بودن خدمات پیشگیری از شکستگی نسبت به هزینه‌های درمان (۱۴) و این که مداخلات سلامت هوشمند در بیماران مبتلا به شکستگی‌های ناشی از شکنندگی و برای پیشگیری از شکستگی‌های ثانویه، نسبت به مراقبت‌های معمول دو برابر بیشتر مؤثر است (۱۵)، لازم است تمهیدات لازم برای پیشگیری از بیماری صورت گیرد.

پژوهش‌های انجام شده در خصوص مطالعه و تحقیق زیست‌بوم سلامت هوشمند، دارای نواقصی همچون تمرکز صرف بر چارچوب‌های فنی (۱۶) و استفاده از فناوری‌های هوشمند و نوظهور همچون هوش مصنوعی و یادگیری ماشین (۱۷)، توجه به زیست‌بوم در مراحل درمان و نادیده گرفتن بخش پیشگیری (۱۸) و حل چالش زیست‌بوم سلامت هوشمند با استفاده از فناوری هوشمند (۱۹) و هماهنگ‌سازی مراکز ارایه خدمات سلامت و منازل جهت پایش و مراقبت (۲۰) هستند. همچنین، در پژوهش‌های ناظر بر یک بیماری خاص مانند آسم (۱۸)، مراقبت و درمان سالمندان (۲۱)، اندام فوقانی سگته مغزی (۲۲)، پارکینسون (۲۳) و بیماری مزمن نوجوانان در حال گذر از وابستگی به خودمدیریتی (۲۴) همه عناصر شناسایی شده الزاماً قابل تعمیم به بیماری‌های دیگر نیستند؛ برخی پژوهش‌ها هم که به قدرت فناوری‌های دیجیتال و هوشمند برای مقابله با بیماری پوکی استخوان پرداخته‌اند، بیشتر ناظر به تشخیص تحلیل رفتگی استخوان (۲۵)، خودمدیریتی بلندمدت پوکی استخوان (۲۶)، مدل مراقبتی هوشمند برای شکستگی‌های لگن (۲۷) و مراقبت پس از شکستگی (۲۸) بوده‌اند، فلذا به پیشگیری از بیماری توجه نکرده و دیدگاه زیست‌بومی در به‌کارگیری ابزارهای هوشمند و با تمرکز بر این بیماری وجود ندارد و عناصر و بازیگران درگیر در مدیریت این بیماری را شناسایی نکرده‌اند.

از طرف دیگر، شناسایی عناصر و بازیگران کلیدی در زیست‌بوم سلامت از لحاظ هدفمند کردن هوشمندسازی بسیار اهمیت دارد؛ بدین ترتیب، پژوهش حاضر برای پر کردن این شکاف‌ها و در صدد شناسایی عناصر و بازیگران

و دسته‌بندی عناصر و بازیگران زیست‌بوم با توجه به هدف پژوهش نیاز به ایجاد چارچوب و تفسیری جدید و تعمیمی وسیع‌تر دارد که با انجام فراترکیب محقق می‌شود.

به منظور تحقق هدف پژوهش، روش هفت مرحله‌ای Sandelowski و Barroso (۳۳) استفاده گردید.

#### • مرحله اول: تنظیم سوال پژوهش

تنظیم سوال پژوهش نیازمند تعیین پارامترهایی است که برای تحقیق حاضر این گونه بیان می‌شوند:

چه چیزی: عناصر و بازیگران زیست‌بوم پیشگیری از شکستگی ناشی از پوکی استخوان در سلامت هوشمند کدامند؟

جامعه مورد مطالعه: اسناد بالادستی به زبان فارسی (همچون گایدلاین مربوط به بیماری پوکی استخوان، سند ملی سلامت و سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیردار) و منابع اطلاعاتی به زبان انگلیسی از پایگاه‌های علمی Web of Science, Scopus, PubMed بررسی شدند.

چه زمانی: پژوهش‌های منتشر شده از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۳ بررسی گردیدند. چگونه: گردآوری داده‌ها از پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه زیست‌بوم سلامت هوشمند پیشگیری از شکستگی ناشی از پوکی استخوان انجام شد.

#### • مرحله دوم: مرور نظام‌مند ادبیات

جدول ۱ پایگاه‌های علمی بررسی شده از طریق رشته جستجوی مورد نظر را نشان می‌دهد.

جدول ۱: نتایج جستجو در پایگاه‌های مطالعاتی

تعداد منابع	پایگاه داده	رشته جستجو
۶۱۹۶	Web of Science	(integrat* OR stakeholder OR network OR player OR ecosystem) AND (osteoporosis OR fracture OR health) AND (smart* OR connect* OR intelligent* OR digital) AND (prevent* OR manag*)
۱۴۸۴	PubMed	
۲۶۶۱	Scopus	

پیشگیری، شکستگی ناشی از پوکی استخوان است؛ برای انتخاب منابع معیارهای ورود و خروج بررسی گردیده و محققان در هر بازبینی تعدادی مقالات را بر اساس معیارهای خروج رد کردند. فرایند بازبینی به صورت خلاصه در نمودار ۱ آورده شده است.

زیست‌بوم پیشگیری از شکستگی ناشی از پوکی استخوان در سلامت هوشمند است.

بنابراین، سوال اصلی تحقیق حاضر این است که عناصر و بازیگران زیست‌بوم پیشگیری از شکستگی ناشی از پوکی استخوان در سلامت هوشمند کدامند؟

## روش بررسی

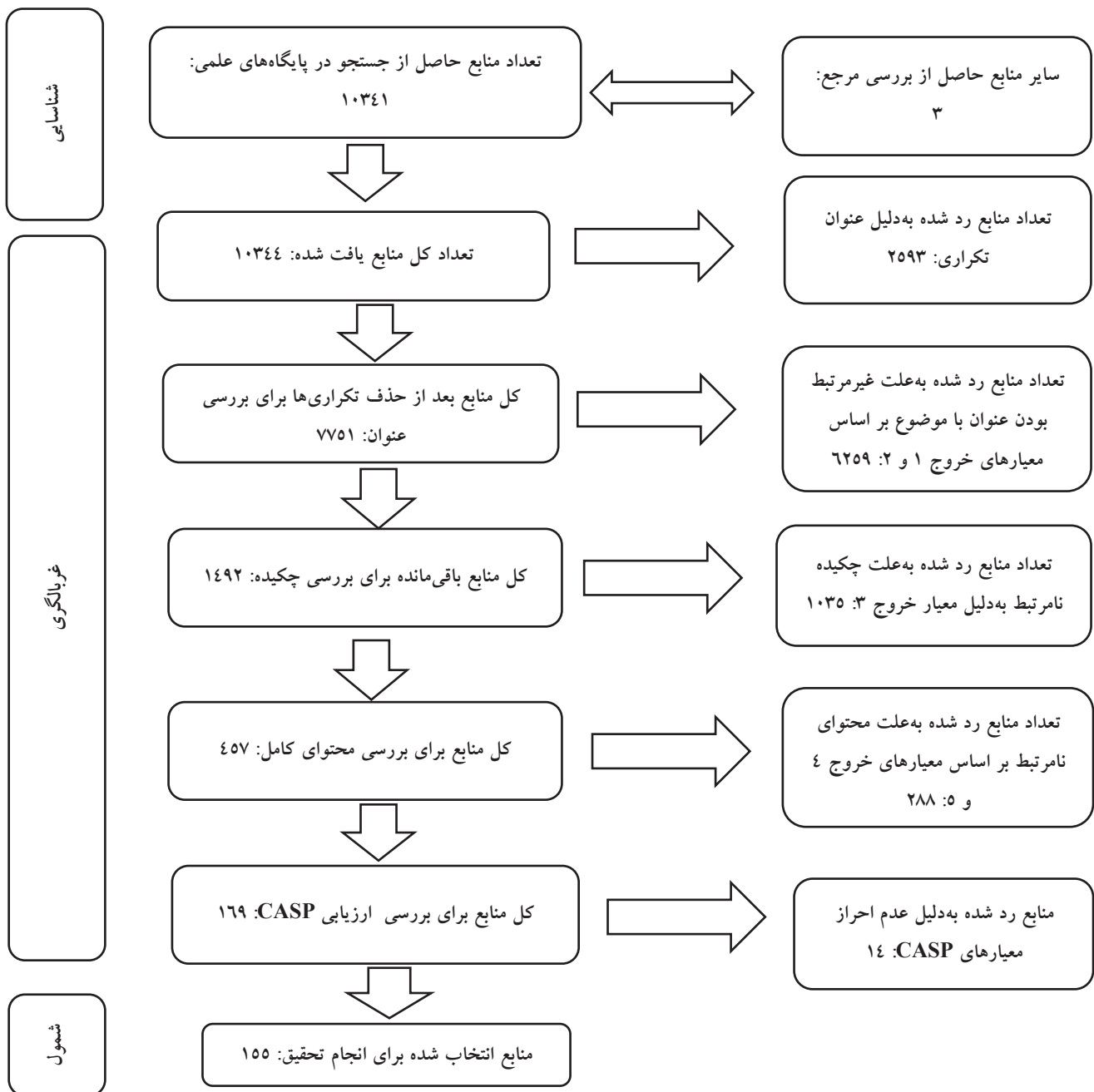
زیست‌بوم یک موضوع پیچیده و چندبعدی است (۲۹) و ترکیب آن با سلامت هوشمند که سیستم پیچیده و چندبازیگری متشکل از عناصر، رفتارها و تعامل‌های ناهمگن است (۳۰) و پیشگیری (که از طریق تیم‌های بین‌رشته‌ای و موقعیت‌های چندگانه فراهم می‌شوند) (۲) باعث چند برابر شدن پیچیدگی آن می‌شود؛ با توجه به این که در بررسی پدیده‌های پیچیده به کارگیری روش کیفی باعث ایجاد درک عمیق‌تری از زمینه‌ها، روابط و پیچیدگی‌های مربوط به موضوع می‌شود (۳۱) برای این پژوهش مرور نظام‌مند کیفی انتخاب شد.

مرور نظام‌مند کیفی روشی برای یکپارچه‌سازی با مقایسه کردن یافته‌ها از پژوهش کیفی است که دانش انباشته ناشی از این روند به توسعه‌ی یک نظریه جدید، یک روایت فراگیر، تعمیمی وسیع‌تر یا تفسیری تازه منجر می‌شود (۳۲). یکی از فنونی که برای این کار استفاده می‌شود، فراترکیب است که هدف آن، توسعه‌ی نظریه، خلاصه‌سازی و تعمیم در سطح بالا برای ایجاد دسترسی بیشتر به یافته‌های کیفی به منظور کاربرد عملی آن‌هاست (۳۳). بدین ترتیب، شناسایی

با توجه به جدول ۱، بیشترین تعداد منابع یافت شده مربوطه به پایگاه Web of Science و Scopus و در انتها PubMed است.

#### • مرحله سوم: انتخاب متون مناسب

پژوهش حاضر دارای چهار ضلع اصلی زیست‌بوم، سلامت هوشمند و



### نمودار ۱: فرایند گزینش و انتخاب مقالات بر اساس مدل پیرزما

۲. پژوهش‌های منتشر شده به زبان غیر انگلیسی ۳. پژوهش‌هایی که علی‌رغم داشتن دو ضلع پژوهش، با حوزه‌ی موردنظر تحقیق مرتبط نباشند؛ ۴. نامرتبط بودن اطلاعات پژوهش در رسیدن به هدف پژوهش؛ ۵. پژوهش‌های چاپ شده در مجلات بی کیفیت.

همچنین، کیفیت پژوهش‌ها با استفاده از برنامه‌ی مهارت‌های ارزیابی حیاتی یا روش CASP شامل ۱۰ گویه بررسی شد (۳۳). پژوهشگر، مطالعات منتخب را از نظر اهداف، روش‌ها، نمونه‌گیری، جمع‌آوری داده‌ها و ملاحظات اخلاقی

همان‌طور که در نمودار ۱ نشان داده شده است، معیارهای ورود منابع به این تحقیق عبارتند از:

۱. ثبت شدن پژوهش در پایگاه‌های معتبر؛ ۲. داشتن حداقل دو ضلع از چهار ضلع پژوهش (زیست بوم، سلامت هوشمند، پیشگیری، شکستگی ناشی از پوکی استخوان)؛ ۳. کامل بودن گزارش و داشتن کیفیت لازم.

معیارهای خروج نیز شامل این موارد است:

۱. پژوهش‌هایی که فقط یک ضلع از سه ضلع مثلث پژوهش را داشته باشند؛

ارزیابی کرد و مقالات با امتیاز ۲۵ یا بیشتر را برای فراترکیب انتخاب نمود.

• مرحله چهارم: استخراج اطلاعات

اطلاعات ۱۵۵ منبع نهایی براساس مرجع مربوط به هر منبع شامل اطلاعات مربوط به نام، نام خانوادگی نویسنده، سال انتشار و مؤلفه‌های مهم مورد اشاره در هر منبع استخراج گردید. مؤلفه‌های استخراج شده به‌عنوان کد در نظر گرفته شدند.

## یافته‌ها

• مرحله پنجم: تجزیه و تحلیل و تلفیق نتایج

در این مرحله با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی (۳۴) از کدهای استخراج شده از مرحله قبل، مفاهیم مشابه در دسته‌های مشابه طبقه‌بندی شدند. پس از شناسایی کدها و مقوله‌ها، دو بعد اصلی یعنی عناصر و بازیگران شناسایی شدند و به سوال پژوهش پاسخ داده شد. بر این اساس، ۴ دسته مقوله اصلی و ۱۷ مقوله‌ی فرعی برای عناصر و ۳ دسته مقوله‌ی اصلی و ۱۱ مقوله‌ی فرعی برای بازیگران شناسایی گردید.

در نهایت، برای تعیین وزن عناصر و بازیگران و اهمیت آن‌ها در پیشگیری از شکستگی، از روش آنتروپی شانون (۳۵) استفاده شد تا با شمارش فراوانی و بار اطلاعاتی هر مفهوم، درجه اهمیت محاسبه گردد.

• مرحله ششم: کنترل کیفیت

در روش فراترکیب، محقق رویه‌های زیر را برای حفظ کیفیت اعمال نمود (۳۳):

- در سراسر تحقیق، تلاش نمود تا با فراهم کردن توضیحات روشن و واضح برای گزینه‌های موجود در تحقیق، گام بردارد.  
محقق هر دو راهکار جستجوی الکترونیکی و دستی را برای یافتن مقالات مربوط اتخاذ نمود.

- از برنامه‌های شناخته‌شده مانند CASP برای ارزیابی کیفیت مطالعات کیفی استفاده نمود.

- از رویکرد شناخته‌شده‌ی تحلیل محتوای قراردادی (۳۴) برای سنتز استفاده نمود.

- محقق بر اساس راهکار اشباع در نمونه‌گیری Finfgeld-Connett (۳۶) با مراجعه به دامنه‌ی گسترده‌ای از اطلاعات تا رسیدن به نقطه‌ی اشباع اقدام به جمع‌آوری اطلاعات نمود و موارد بی‌کیفیت براساس معیارهای تعیین شده و ارزیابی‌های انتقادی را حذف کرد.

• مرحله هفتم: ارایه یافته‌ها

در این پژوهش، کدهای اولیه شناسایی و سپس با در نظر گرفتن مفهوم کدها، مفاهیم مشابه استخراج شدند. پس از تحلیل محتوا، ۱۵۵ مقاله نهایی انتخاب و دو بعد عناصر و بازیگران به‌عنوان کدهای محوری شناسایی شدند. مفاهیم مرتبط در جداول ۲ و ۳ ارایه شده‌اند.

### جدول ۲: عناصر شناسایی شده از اسناد و مقالات

عناصر	مقوله اصلی	مقوله فرعی
	فعالیت بدنی	انجام فعالیت بدنی، فعالیت بدنی درون و برون خانه
	ورزش	انجام ورزش تحمل وزن (قدم زدن، تای چی، پیاده‌روی)، آموزش و مشاوره در خصوص انجام ورزش، انجام ورزش مقاومتی، انجام ورزش تعادلی
اصلاح سبک زندگی	عدم استعمال الکل، دخانیات و کافئین	ترک دخانیات و الکل، کاهش یا ترک مصرف کافئین، آموزش و مشاوره در خصوص ترک مصرف دخانیات و الکل
	پیشگیری از سقوط (زمین خوردن)	اقدام پیشگیری از سقوط، ارزیابی عوامل خطر، اصلاح سبک زندگی، آموزش و مشاوره در خصوص پیشگیری از سقوط، اصلاح عوامل مرتبط با فرد، اصلاح عوامل مرتبط با محیط
	تغذیه مناسب	داشتن رژیم غذایی غنی با کلسیم و ویتامین دی، داشتن رژیم غذایی حاوی پروتئین، ویتامین دی، مصرف سایر مواد معدنی (روی، منیزیم، سیلیکون)، آموزش و مشاوره در خصوص تغذیه جهت پیشگیری از شکستگی، مصرف ویتامین دی، مصرف مکمل (کلسیم، ویتامین دی)
	نور خورشید	جذب نور خورشید



غربالگری	فراهم کردن امکان غربالگری، ارزیابی خطر شکستگی اولیه، ارزیابی خطر شکستگی ثانویه، معاینه و شرح حال پزشکی، ارزیابی شکستگی مهره‌ای، استفاده از خدمات یکپارچه شکستگی (FLS)
بالینی	تشخیص شکستگی، انجام سنجش تراکم استخوان (BMD)، نشانگر بیوشیمیایی، مقادیر آزمایشگاهی (شمارش سلول‌های خونی، بیوشیمی خون، سطح ویتامین دی سرم)، به‌کارگیری ابزارهای تعیین خطر شکستگی
درمان‌های دارویی و غیر دارویی	اقدام به دارو درمانی، به‌کارگیری داروهای ضد جذب، به‌کارگیری داروهای آنابولیک، هورمون درمانی، انجام اقدامات توانبخشی و کاردرمانی
زیرساخت	فناوری‌های حمایتی، هوش مصنوعی، اینترنت اشیا
پلتفرم	پلتفرم اطلاعاتی، پلتفرم ارتباطی، پلتفرم تصمیم‌گیری
کاربرد	تحلیل و تصمیم هوشمند، نظارت و مراقبت هوشمند، شخصی‌سازی سلامت، توانمندسازی فرد
فناورانه	ایجاد باورهای بهداشتی در مورد پیشگیری از پوکی استخوان، اصلاح رفتار جهت پیشگیری از پوکی استخوان
فرهنگی	ارتقای سواد سلامت عمومی جهت پیشگیری از شکستگی، ارتقای سواد سلامت دیجیتال جهت پیشگیری از شکستگی
آموزشی	ایجاد جوامع همکاری جهت تعامل در راستای پیشگیری از شکستگی، حمایت اجتماعی لازم جهت پیشگیری از شکستگی
زمینه‌ای	مشارکت اجتماعی
سیاستی	تدوین قوانین و مقررات لازم جهت پیشگیری از شکستگی، سیاست‌های دولت، اسناد بالادستی و گایدلاین‌ها
اقتصادی	تأمین بودجه لازم جهت پیشگیری از شکستگی، تخصیص مالی لازم جهت پیشگیری از شکستگی

طبق یافته‌های جدول ۲، چهار عنصر (عوامل اصلاح سبک زندگی، بالینی، فناورانه و زمینه‌ای) برای عناصر شناسایی شدند.

عوامل اصلاح سبک زندگی: مفاهیم این دسته به داشتن فعالیت بدنی (۳۷) و ورزش (۳۸ و ۳۹)، عدم استعمال دخانیات، الکل و کافئین (۴۰)، پیشگیری از زمین خوردن (سقوط) (۴۱ و ۴۲)، تغذیه مناسب (۴۳ و ۴۴) و جذب نور خورشید (۴۵) مرتبط بوده (۴۶) و اهمیت پیشگیری از پوکی استخوان از طریق مداخلات سبک زندگی را نشان می‌دهند (۴۷).

عوامل بالینی: این عوامل شامل اقدامات غربالگری برای شناسایی افراد در معرض خطر (۴۸ و ۴۹)، تشخیص شکستگی (۵۰ و ۵۱) و اقدامات دارویی (۵۲ و ۵۳) و غیر دارویی (۵۴) هستند. اهمیت غربالگری در پیشگیری از شکستگی ناشی از پوکی استخوان (۵۵) و تشخیص و دارو درمانی به‌عنوان راهی برای کاهش خطر شکستگی ناشی از این بیماری مرتبط با عوامل بالینی هستند (۵۵).

عوامل فناورانه: در پژوهش سلامت هوشمند این عوامل شامل سه مقوله‌ی زیرساخت (۵۶ و ۵۷)، پلتفرم (۵۷ و ۵۸) و کاربرد (۶۰ و ۵۹) است. زیرساخت به اجزای سخت‌افزاری و نرم‌افزاری لازم برای ارائه خدمات فناوری اطلاعات اشاره دارد (۶۱)؛ پلتفرم‌ها محیط‌هایی برای توسعه و اجرای برنامه‌ها بر اساس

زیرساخت‌ها هستند (۶۲). عوامل کاربردی به استفاده‌ی مستقیم کاربران از فناوری‌های هوشمند مربوط می‌شود (۶۳). عملیاتی شدن زیرساخت‌ها و دستیابی به کاربردهای ملموس از طریق پلتفرم‌ها امکان‌پذیر است (۲۴).

عوامل زمینه‌ای: این دسته شامل عوامل فرهنگی (۶۴ و ۶۵)، آموزشی (۶۶ و ۶۷)، مشارکت اجتماعی (۶۸ و ۶۹)، سیاستی (۷۰ و ۷۱) و اقتصادی (۷۲ و ۷۳) در زمینه پیشگیری از شکستگی هستند و به تغییر رفتار، آگاهی بخشی، اصلاح باورها و حمایت اجتماعی اشاره دارند (۷۴). عوامل فرهنگی مجموعه‌ای از دانش‌ها، باورها و عادات هستند (۷۵). عوامل سیاستی به نظام‌های حکمرانی و تأثیرات آن‌ها بر جامعه می‌پردازند (۷۶)؛ مشارکت اجتماعی به فعالیت‌های داوطلبانه و همکاری افراد برای تقویت روابط اجتماعی اشاره دارد (۷۷). آموزش فرایند انتقال دانش و مهارت‌ها از نسلی به نسل دیگر است و یکی از نتایج کلیدی آن، سواد به معنای توانایی خواندن و درک اطلاعات است (۷۸).

به گفته‌ی Moor در دهه‌های اخیر با افزایش میزان ارتباطات بین سازمان‌ها و پیچیده‌تر شدن روابط بین کسب‌وکارها و از سوی دیگر با شتاب فزاینده‌ی تغییرات محیطی در جهان کسب‌وکار، رفتار سازمان‌ها را می‌توان به رفتار جانداران یک زیست‌بوم تشبیه کرد. تفکر زیست‌بومی در روابط کسب‌وکار و سازمان‌ها را اولین بار او به‌کار برد. وقتی این مفهوم در حوزه‌ی کسب‌وکار به‌کار می‌رود،

حاکمی از وجود وابستگی‌های متقابل و هم‌تکاملی (CO-evolutionary) میان بازیگران آن است که در طول زمان پدیدار می‌گردد (۷۹). زیست‌بوم کسب‌وکار Moor شامل سه لایه‌ی هسته‌ی کسب‌وکار (ارایه‌دهندگان محصولات و خدمات اصلی، تأمین‌کنندگان مستقیم)، لایه توسعه‌یافته (مشتریان مستقیم، مشتریان غیرمستقیم، تأمین‌کنندگان اصلی، تأمین‌کنندگان اصلی، تأمین‌کنندگان محصولات و خدمات مکمل، سازمان‌های استاندارد) و لایه خارجی (سرمایه‌گذاران، مالکان، اتحادیه‌های تجاری و اتحادیه‌های کارگری، مؤسسه‌های دولتی و دیگر سازمان‌های دولتی قانون‌گذار) است (۷۵).

### جدول ۳: بازیگران شناسایی شده برای زیست‌بوم پیشگیری از شکستگی

بازیگران	مقوله اصلی	مقوله فرعی
هسته‌ی اصلی	اعضای تیم پیشگیری و درمان پوکی استخوان	تیم متخصصان پوکی استخوان، پزشکان و پرستاران بالینی، مشاوران و متخصصان حوزه اسکلتی عضلانی، متخصصان و مشاوران مربوط به اصلاح سبک زندگی
	بنگاه‌های مرتبط با پیشگیری و درمان شکستگی	انجمن‌های علمی - تحقیقاتی مرتبط با پیشگیری و درمان پوکی استخوان، بنیادهای ملی و بین‌المللی مرتبط با پیشگیری و درمان پوکی استخوان، کلینیک‌ها و مراکز تخصصی مرتبط با پیشگیری و درمان
	سایر ذینفعان و بنگاه‌های مرتبط با حوزه‌ی سلامت	اورژانس و بیمارستان، داروخانه، آزمایشگاه‌ها، شرکت‌های دارویی
لایه‌ی توسعه یافته (مکمل)	بنگاه‌های فناوری	بنگاه‌های مرتبط با هوشمندسازی
	افراد مبتلا یا در معرض خطر	سالمندان، مبتلایان به بیماری زمینیه‌ای، مبتلایان به پوکی استخوان، کودکان و نوجوانان، زنان یائسه، شهروندان عادی
	ذینفعان حوزه آموزش	بنگاه‌های مرتبط با آموزش (دانشگاه، مدارس)، دانش‌آموزان و دانشجویان، دانشجویان پزشکی، پژوهشگران
لایه‌ی خارجی	ذینفعان فرهنگی	رسانه‌های جمعی، شهرداری
	ذینفعان اجتماعی	شرکت‌های بیمه، بنگاه‌های اجتماعی، اعضای خانواده و دوستان، مددکاران اجتماعی
	ذینفعان حوزه سلامت	مراکز ارایه خدمات سلامت، پزشکان عمومی، اعضای مراقبت سلامت در منزل
	سازمان‌های بین‌المللی	سازمان جهانی بهداشت، فدراسیون‌های بین‌المللی
	وزارت‌خانه‌های مرتبط با حوزه‌ی سلامت	وزارت‌خانه‌های مرتبط با حوزه‌ی سلامت، وزارت‌خانه‌های مرتبط با حوزه‌ی آموزش، وزارت‌خانه‌های مرتبط با حوزه‌ی سیاست، وزارت‌خانه‌های مرتبط با حوزه‌ی فناوری، وزارت‌خانه‌های مرتبط با حوزه‌ی فرهنگی، وزارت‌خانه‌های مرتبط با حوزه‌ی اجتماعی، وزارت‌خانه‌های مرتبط با حوزه‌ی اقتصادی

طبق یافته‌های جدول ۳، بازیگران شناسایی شده بر اساس مدل زیست‌بوم کسب و کار Moor در سه لایه، دسته‌بندی گردیدند.

لایه اول شامل تیم‌های درمان و بنگاه‌های مرتبط (۸۱ و ۸۰) لایه دوم شامل بیماران و ذینفعان آموزشی و اجتماعی (۸۳ و ۸۲)، و لایه سوم شامل تسهیل‌گران بین‌المللی و ملی مانند سازمان جهانی بهداشت و وزارت‌خانه‌ها (۸۵ و ۸۴) است در انتها و به‌منظور تعیین میزان اهمیت هر یک از عناصر و بازیگران، رتبه‌بندی با به‌کارگیری روش آنتروپی شانون انجام شد که خلاصه نتایج در جداول ۴ و ۵ ارایه گردیده است.

برای محاسبه‌ی بار اطلاعاتی عدم اطمینان و ضریب اهمیت از روابط (۱)

و (۲) استفاده شد (۳۶). بر این اساس مطابق جداول ۴ و ۵، رتبه و سهم بازیگران و عناصر مشخص گردید.

رابطه‌ی (۱):

$$E_j = -K \sum_{i=1}^m (P_{ij} * \ln P_{ij}), (j = 1, 2, \dots, n) \quad k = \frac{1}{\ln m}$$

رابطه‌ی (۲):

$$W_j = \frac{E_j}{\sum_{j=1}^n E_j}$$

طبق رتبه‌بندی موجود در جدول ۴، در پیشگیری از شکستگی در سلامت هوشمند، عوامل فناورانه در جایگاه اول قرار دارند، پس از آن عوامل زمینه‌ای و اصلاح سبک زندگی و در انتها عوامل بالینی اهمیت دارند.

جدول ۴: فاصله نتایج رتبه‌بند عناصر زیست‌بوم

رتبه کل	رتبه در عنصر	مقوله اصلی	رتبه عنصر	وزن	فراوانی	عناصر
۲	۲	زیرساخت				
۳	۳	پلتفرم	۱	۰/۰۳۳	۱۰۳	فناورانه
۱	۱	کاربرد				
۱۱	۲	فرهنگی				
۳	۱	آموزش				
۱۳	۳	مشارکت اجتماعی	۲	۰/۰۳۳	۶۹	زمینه‌ای
۱۴	۴	سیاستی				
۱۶	۵	اقتصادی				
۴	۱	فعالیت بدنی				
۶	۳	ورزش				
۵	۲	عدم استعمال الکل، دخانیات و کافئین	۳	۰/۰۲۹	۶۳	اصلاح سبک زندگی
۱۲	۵	پیشگیری از سقوط (زمین خوردن)				
۱۰	۴	تغذیه مناسب				
۱۵	۶	نور خورشید				
۸	۲	غربالگری				
۷	۱	تشخیص	۴	۰/۰۲۷	۴۷	بالینی
۹	۳	درمان‌های دارویی و غیردارویی				

گرفتند. همچنین در عناصر زمینه‌ای، اولویت اول به «آموزش» تعلق گرفت، پس از آن عوامل «فرهنگی» و «مشارکت اجتماعی» و در انتها «سیاسی» و «اقتصادی» قرار گرفتند. همچنین، نتایج رتبه‌بندی که در جدول ۵ ارائه شده، نشان می‌دهد که بازیگران لایه توسعه‌یافته در جایگاه اول و پس از آن بازیگران هسته اصلی و لایه خارجی در رتبه‌های دوم و سوم قرار دارند.

از میان عناصر اصلاح سبک زندگی، فعالیت بدنی و عدم استعمال دخانیات و الکل و کافئین به ترتیب رتبه‌ی اول و دوم را گرفتند و ورزش، تغذیه مناسب، پیشگیری از سقوط و نور خورشید در جایگاه سوم تا ششم قرار گرفتند. در عناصر بالینی، رتبه اول به «درمان‌های دارویی و غیردارویی» و رتبه‌ی دوم و سوم به ترتیب به «غربالگری» و «تشخیص» تعلق گرفت. عناصر «کاربرد»، «زیرساخت» و «پلتفرم» نیز رتبه‌های اول تا سوم فناوری را

جدول ۵: فاصله نتایج رتبه‌بند بازیگران زیست‌بوم

رتبه کل	رتبه در عنصر	مقوله اصلی	رتبه عنصر	وزن	فراوانی	عناصر
۱	۱	افراد مبتلا یا در معرض خطر				
۶	۴	بنگاه‌ها و ذینفعان آموزشی				
۸	۵	ذینفعان فرهنگی	۱	۰/۰۴۹	۱۴۴	لایه توسعه‌یافته
۴	۳	بنگاه‌ها و ذینفعان اجتماعی				
۹	۲	ذینفعان حوزه‌ی سلامت				
۳	۲	اعضای تیم پیشگیری و درمان شکستگی				
۵	۳	بنگاه‌های مرتبط با پیشگیری و درمان پوکی استخوان	۲	۰/۰۴۴	۸۹	هسته اصلی
۲	۱	ذینفعان و بنگاه‌های حوزه‌ی سلامت				
۷	۴	بنگاه‌های فناورانه				
۱۰	۲	سازمان‌های بین‌المللی				
۶	۱	وزارت‌خانه‌های ملی	۳	۰/۰۳۷	۴۶	لایه خارجی

برای بیماری دیگری بوده است (۲۳). Bettiga و همکاران (۲۰۲۰) نیز به تأثیر فناوری و آگاهی بخشی برای پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی پرداخته‌اند که در مقایسه با این پژوهش ناقص هستند (۸۹).

نتایج این پژوهش با تحقیق Gupta و همکاران (۲۰۲۲) که بر بهبود مدیریت پوکی استخوان در عصر سلامت هوشمند با دیدگاه زیست‌بومی تأکید دارند، هم‌راستا است (۲۸). تفاوت این است که پژوهش Gupta و همکاران فقط بر ابزارهای هوشمند تمرکز کرده و به پیشگیری از شکستگی نپرداخته است. Yadav و همکاران نیز بر اهمیت ادغام فناوری‌ها با منابع دیگر تأکید کرده‌اند، اما پیشگیری را نادیده گرفته‌اند (۹۰).

در پژوهش Alhussein و Hadjileontiadis به قدرت فناوری و ابزارهای هوشمند به‌ویژه برنامه‌های کاربردی موبایل در مدیریت بیماری پوکی استخوان تأکید شده است (۲۶) که علاوه بر این که پیشگیری از شکستگی مدنظر نبوده، طبق نتایج پژوهش حاضر، فناوری باید با سایر عناصر (اصلاح سبک زندگی، بالینی و زمینه‌ای) عجین شود تا نتیجه‌ی مطلوب برای پیشگیری از شکستگی حاصل گردد و در این راستا، همه‌ی انواع فناوری (زیرساخت برای آماده‌سازی زمینه استفاده از سایر فناوری‌ها، پلتفرم به‌عنوان واسط میان زیرساخت و کاربرد و کاربرد که عمدتاً با کاربر نهایی در ارتباط است) باید دخالت داشته باشند.

با توجه به این که پژوهش‌های انجام شده مربوط به پیشگیری از شکستگی ناشی از پوکی استخوان در سلامت هوشمند، دیدگاه زیست‌بومی ندارند و بر به‌کارگیری ابزارها و فناوری‌های هوشمند تأکید کرده‌اند، می‌توان گفت ارایه زیست‌بوم اقدام نوآورانه‌ای در این زمینه محسوب می‌شود. این مرور نظام‌مند کیفی با محدودیت‌هایی مواجه بود. اول این که تنها اسناد و مقالات به زبان فارسی و انگلیسی بررسی شدند و ثانیاً پژوهشی در مورد زیست‌بوم پیشگیری از شکستگی در سلامت هوشمند انجام نشده است. عناصر و بازیگران شناسایی شده نظری هستند و نیاز به پژوهش میدانی دارند.

## نتیجه‌گیری

این مرور کیفی نشان داد که زیست‌بوم پیشگیری از شکستگی در سلامت هوشمند، علاوه بر عناصر فناورانه و بالینی نیازمند عوامل اصلاح سبک زندگی و زمینه‌ای است. قرار گرفتن عناصر زمینه‌ای در جایگاه دوم و بازیگران لایه‌ی توسعه‌یافته در جایگاه اول تأییدی بر این امر است. نتایج این پژوهش، جهت

طبق نتایج رتبه‌بندی جدول ۵، در میان بازیگران هسته‌ی اصلی، ذینفعان و بنگاه‌های سلامت رتبه اول را کسب کردند، در حالی که اعضای تیم پیشگیری و بنگاه‌های مرتبط با پیشگیری به ترتیب در جایگاه‌های دوم و سوم قرار داشتند. بنگاه‌های فناورانه رتبه‌ی چهارم را به خود اختصاص دادند. در لایه‌ی توسعه‌یافته، افراد مبتلا یا در معرض خطر، اول شدند و ذینفعان حوزه‌ی سلامت، اجتماعی و فرهنگی به ترتیب سایر رتبه‌ها را دریافت کردند. در لایه‌ی خارجی، وزارت خانه‌های ملی رتبه اول را کسب کردند.

## بحث

در پژوهش حاضر، ۷ بعد اصلی (۴ بعد مربوط به عناصر و سه بعد مربوط به بازیگران) و ۲۸ مقوله‌ی فرعی برای زیست‌بوم شناسایی شدند. پس از رتبه‌بندی عناصر، مشخص شد که رتبه اول عناصر با اختلاف زیاد به عوامل فناورانه اختصاص دارد؛ همچنین با توجه به محور اصلی این زیست‌بوم که پیشگیری از شکستگی است، هرچند برتری عوامل زمینه‌ای بر عوامل اصلاح سبک زندگی با اختلاف اندکی است ولی حکایت از اهمیت عوامل زمینه‌ای همچون آموزش، فرهنگی و مشارکت اجتماعی دارد؛ در رتبه‌بندی بازیگران، با اینکه لایه‌ی توسعه‌یافته در تقسیم‌بندی Moor در جایگاه دوم قرار دارد ولی در این پژوهش با اختلاف بسیار زیادی رتبه اول را گرفت که ممکن است ناشی از درگیر بودن زیاد این بازیگران با موضوع پیشگیری از بیماری باشد.

پژوهش‌های مشابهی مانند پژوهش‌های Serbanati و همکاران، Oshni-Alvandi و همکاران، Viswanathan و همکاران و Witte، عناصر و بازیگران سلامت هوشمند را شناسایی کرده‌اند، اما برخلاف این پژوهش، بر بیماری خاصی تمرکز نداشته‌اند (۸۸-۲۰۲۰). برخی محققان مانند Iyawa و همکاران، Bobin و همکاران و Sezgin و همکاران بر یک بیماری خاص متمرکز شده‌اند، اما بیشتر بر ابعاد فناورانه و حوزه‌ی سلامت توجه داشته و موضوع پیشگیری را مدنظر قرار نداده‌اند (۲۴ و ۲۲ و ۱۸). برای مثال، Iyawa و همکاران بر بیماران مبتلا به آسم تمرکز کرده و عمدتاً عناصر فناورانه را شناسایی و بازیگران را به حوزه‌ی سلامت محدود کرده است (۱۸).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که زیست‌بوم سلامت هوشمند برای پیشگیری از شکستگی، به سایر حوزه‌ها از جمله آموزش، سیاست، اقتصاد، مشارکت اجتماعی و فرهنگ نیز مرتبط است. این امر همچنین در پژوهش Ruokolainen و همکاران مورد اشاره قرار گرفته ولی تمرکز آن‌ها بر حوزه‌ی آموزش و سیاست



## تشکر و قدردانی

نویسندگان این پژوهش بر خود لازم می‌دانند تا از نظرات ارزشمند داورانی که به بهبود این مقاله کمک نموده است، تشکر و قدردانی نمایند. این پژوهش بخشی از رساله دکتری با عنوان «طراحی زیست بوم پیشگیری از شکستگی ناشی از پوکی استخوان در سلامت هوشمند مبتنی بر هستی‌شناسی» است که مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق IR.TUMS.EMRI..1402.002 REC قرار گرفت.

آگاهی مدیران و سیاست‌گذاران حوزه‌ی سلامت و هوشمندسازی با مفاهیم، ظرفیت‌ها و فواید زیست بوم سلامت هوشمند جهت پیشگیری از شکستگی و به‌کارگیری آن در تصمیم‌ها و سیاست‌ها راه‌گشاست. با توجه به این‌که تمرکز اصلی پژوهش بر پیشگیری بوده و مراحل درمان و پیگیری به‌طور جدی مورد توجه قرار نگرفته‌اند، پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران علاقه‌مند با انجام پژوهش‌هایی به بهبود زیست بوم کمک کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود که عناصر و بازیگران فناورانه با توجه به گستردگی و تنوعی که دارند به صورت جداگانه و عمیق‌تر مورد بررسی و تحقیق قرار گیرند.

## References

1. Tian S, Yang W, Le-Grange JM, Wang P, Huang W & Ye Z. Smart healthcare: Making medical care more intelligent. *Global Health Journal* 2019; 3(3): 62-5.
2. Serbanati LD, Ricci FL, Mercurio G & Vasilateanu A. Steps towards a digital health ecosystem. *Journal of Biomedical Informatics* 2011; 44(4): 621-36.
3. Janjua NK, Hussain M, Afzal M & Ahmad HF. Digital health care ecosystem: SOA compliant HL7 based health care information interchange, Istanbul, Turkey: 3rd IEEE International Conference on Digital Ecosystems and Technologies, 2009.
4. Guasti L, Dilaveris P, Mamas MA, Richter D, Christodorescu R, Luments J, et al. Digital health in older adults for the prevention and management of cardiovascular diseases and frailty. A clinical consensus statement from the ESC council for Cardiology practice/Taskforce on geriatric Cardiology, the ESC digital health committee and the ESC working group on e-Cardiology. *ESC Heart Failure* 2022; 9(5): 2808-22.
5. Alaiad A & Zhou L. Patients' adoption of WSN-based smart home healthcare systems: An integrated model of facilitators and barriers. *IEEE Transactions on Professional Communication* 2017; 60(1): 4-23.
6. Mc-Kinsey & Company. Digital health ecosystem: A payer perspective. Available at: <https://www.the-digital-insurer.com/wp-content/uploads/2020/02/1559-Digital-health-ecosystems-A-payer-perspective.pdf>. 2019.
7. Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R, et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25x25 non-communicable disease mortality reduction target: A modelling study. *The Lancet* 2014; 384(9941): 427-37.
8. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. 2024.
9. Szulc P & Bouxsein ML. Overview of osteoporosis: Epidemiology and clinical management. Vertebral fracture initiative resource document. Available at: [https://www.osteoporosis.foundation/sites/IOFBoneHealth/files/2021-01/2011\\_VertebralFractureInitiative\\_PartI\\_OsteoporosisFractures\\_Eng.pdf](https://www.osteoporosis.foundation/sites/IOFBoneHealth/files/2021-01/2011_VertebralFractureInitiative_PartI_OsteoporosisFractures_Eng.pdf). 2011.
10. Hernlund E, Svedbom A, Ivergard M, Compston J, Cooper C, Stenmark J, et al. Osteoporosis in the European Union: Medical management, epidemiology and economic burden: A report prepared in collaboration with the international osteoporosis foundation (IOF) and the European federation of pharmaceutical industry associations (EFPIA). *Archives of Osteoporosis* 2013; 8(136): 1-115.
11. Ahmadi M, Fahimfar N, Mansourzadeh MJ, Mohseni V, Khalagi K, Sanjari M, et al. Incidence rate of osteoporotic fracture in Iranian population aged 50 years and older: Iranian multicenter osteoporosis study (IMOS). London: World Congress on Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases, 2024.

12. Sanjari M, Yarmohammadi H, Fahimfar N, Hajivalizadeh F, Hesari E, Mansourzadeh MJ, et al. Mind the osteoporosis care gap with timely diagnosis: An executive summary of nationwide osteoporosis Campaigns 2019–2021. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders* 2023; 22(2): 1365-72.
13. Ostvar A, Fahimfar N, Sanjari M, Jalili A, Sajadi M, Panahi N, et al. Clinical guide to management and treatment of osteoporosis and sarcopenia. Tehran: Evan Publication; 2021: 42-3[Book in Persian].
14. Kemmak AR, Rezapour A, Jahangiri R, Nikjoo S, Farabi H & Soleimanpour S. Economic burden of osteoporosis in the world: A systematic review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2020; 34(154): 1-8.
15. Backman C, Papp S, Harley A, Houle S, Skidmore B, Poitras S, et al. Protocol for a scoping review of patient–clinician digital health interventions for the population with hip fracture. *BMJ Open* 2022; 12(11): 1-4.
16. Aujla GS, Jindal A, Chaudhary R, Kumar N, Vashist S & Sharma N. DLRS: Deep learning-based recommender system for smart healthcare ecosystem. Shanghai, China: ICC 2019-2019 IEEE International Conference on Communications (ICC), 2019.
17. Jain M, Goel A, Sinha S & Dhir S. Employability implications of artificial intelligence in healthcare ecosystem: Responding with readiness. *Foresight* 2021; 23(1): 73-94.
18. Iyawa GE, Khan A, Dagadu S, Magtubo KM & Sievert RC. Identifying the components of a smart health ecosystem for asthma patients: A systematic literature review and conceptual framework. *The IoT and the Next Revolutions Automating the World* 2019; 1(1): 122-32.
19. Abugabah A, Nizamuddin N & Alzubi AA. Decentralized telemedicine framework for a smart healthcare ecosystem. *IEEE Access* 2020; 4(8): 166575-88.
20. Mendonça M, Jeronimo T, Juliao M, Santos J, Pombo N & Silva BMC. An IoT-based healthcare ecosystem for home intelligent assistant services in smart homes, Braga, Portugal: 6th EAI International Conference, HealthyIoT, Springer, 2019.
21. Abugabah A & Nizamuddin N. Smart healthcare ecosystem for elderly patient care, Opatija, Croatia: 43th International Convention on Information, Communication and Electronic Technology (MIPRO), IEEE, 2020.
22. Bobin M, Bimbard F, Boukallel M, Anastassova M & Ammi M. SpECTRUM: Smart ECosystem for sTRoke patient' s upper limbs monitoring. *Smart Health* 2019; 13(1): 100066.
23. Ruokolainen J, Nätti S, Juutinen M, Puustinen J, Holm A, Vehkaoja A, et al. Digital healthcare platform ecosystem design: A case study of an ecosystem for Parkinson's disease patients. *Technovation* 2023; 120(1): 102551.
24. Sezgin E, Weiler M, Weiler A & Lin S. Proposing an ecosystem of digital health solutions for teens with chronic conditions transitioning to self-management and independence: Exploratory qualitative study. *Journal of Medical Internet Research* 2018; 20(9): 1-13.
25. Afsarimanesh N, Alahi MEE, Mukhopadhyay SC & Kruger M. Smart sensing system for early detection of bone loss: Current status and future possibilities. *Journal of Sensor and Actuator Networks* 2018; 7(10): 1-11.
26. Alhussein G & Hadjileontiadis L. Digital health technologies for long-term self-management of osteoporosis: Systematic review and meta-analysis. *JMIR Mhealth and Uhealth* 2022; 10(4): 1-26.
27. Yadav L, Gill TK, Taylor A, De-Young J, Visvanathan R & Chehade MJ. "Context, content, and system" supporting digital health hub (DHH)-enabled models of care (MoCs) for fragility hip fractures: Perspectives of diverse multidisciplinary stakeholders in South Australia from qualitative in-depth interviews. *Archives of Osteoporosis* 2021; 16(167): 1-15.
28. Gupta A, Maslen C, Vindlacheruvu M, Abel RL, Bhattacharya P, Bromiley PA, et al. Digital health interventions for osteoporosis and post-fragility fracture care. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease* 2022; 14(1): 1-12.



29. Peltoniemi M & Vuori E. Business ecosystem as the new approach to complex adaptive business environments. Available at: <https://wordpress-futures-prod.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/sites/10/2018/01/09023251/Business-Ecosystem.pdf>. 2008.
30. Sebastiani R & Anzivino A. The long and winding road of eHealth. The service ecosystem perspective. *Journal of Business and Industrial Marketing* 2022; 37(10): 2036-49.
31. Merriam SB & Tisdell EJ. *Qualitative research: A guide to design and implementation*. 4<sup>th</sup> ed. USA: John-Wiley and Sons; 2015: 3.
32. Grant MJ & Booth A. A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal* 2009; 26(2): 91-108.
33. Sandelowski M & Barroso J. *Handbook for synthesizing qualitative research*. New-York: Springer Publishing Company; 2007: 40-50.
34. Hsieh HF & Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 2005; 15(9): 1277-88.
35. Yang W, Xu K, Lian J, Ma C & Bin L. Integrated flood vulnerability assessment approach based on TOPSIS and Shannon entropy methods. *Ecological Indicators* 2018; 89(1): 269-80.
36. Finfgeld-Connett D. *A guide to qualitative meta-synthesis*. New-York, USA: Routledge; 2018: 27.
37. Carter DD, Robinson K, Forbes J & Hayes S. Experiences of mobile health in promoting physical activity: A qualitative systematic review and meta-ethnography. *PLoS One* 2018; 13(12): 1-31.
38. Coll PP, Phu S, Hajjar SH, Kirk B, Duque G & Taxel P. The prevention of osteoporosis and sarcopenia in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2021; 69(5): 1388-98.
39. Skorupski N & Alexander IM. Multidisciplinary osteoporosis management of post low-energy trauma hip-fracture patients. *American Academy of Nurse Practitioners* 2013; 25(1): 3-10.
40. Hawker G, Ridout R, Ricupero M, Jaglal S & Bogoch E. The impact of a simple fracture clinic intervention in improving the diagnosis and treatment of osteoporosis in fragility fracture patients. *Osteoporosis International* 2003; 14(2): 171-8.
41. Ong TIW, Lim LL, Chan SP, Chee WSS, Ch'ng ASH, Chong EGM, et al. A summary of the malaysian clinical practice guidelines on the management of postmenopausal osteoporosis, 2022. *Osteoporosis and Sarcopenia* 2023; 9(2): 60-9.
42. Ye C, Li J, Hao S, Liu M, Jin H, Zheng L & et al. Identification of elders at higher risk for fall with statewide electronic health records and a machine learning algorithm. *International journal of medical informatics* 2020; 137(1): 104105.
43. Lu J, Ren Z, Liu X, Xu YJ & Liu Q. Osteoporotic fracture guidelines and medical education related to the clinical practices: A nationwide survey in China. *Orthopaedic Surgery* 2019; 11(4): 569-77.
44. Kanis JA, Burlet N, Cooper C, Delmas PD, Reginster JY, Borgstrom F, et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporosis International* 2008; 19(4): 399-428.
45. Hosseini Z, Karimi Z, Mohebi S, Sharifirad Gh, Rahbar A & Gharlipour Z. Nutritional preventive behavior of osteoporosis in female students: Applying health belief model (HBM). *International Journal of Pediatrics* 2017; 5(1): 4137-44.
46. Cosman F, De-Beur SJ, Le-Boff MS, Lewiecki EM, Tanner B, Randall S, et al. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporosis International* 2014; 25(10): 2359-81.

47. Rossini M, Adami S, Bertoldo F, Diacinti D, Gatti D, Giannini S, et al. Guidelines for the diagnosis, prevention and management of osteoporosis. *Reumatismo* 2016; 68(1): 1-39.
48. Axelsson KF, Johansson H, Lundh D, Moller M & Lorentzon M. Association between recurrent fracture risk and implementation of fracture liaison services in four swedish hospitals: A cohort study. *Journal of Bone and Mineral Research* 2020; 35(7): 1216-23.
49. Makras P, Anastasilakis AD, Antypas G, Chronopoulos E, Kaskani EG, Matsouka A, et al. The 2018 guidelines for the diagnosis and treatment of osteoporosis in Greece. *Archives of Osteoporosis* 2019; 14(1): 1-10.
50. Charatcharoenwitthaya N, Jaisamrarn U, Songpatanasilp T, Kuptniratsaikul V, Unnanuntana A, Sritara C, et al. Summary of the thai osteoporosis foundation (TOPF) clinical practice guideline on the diagnosis and management of osteoporosis 2021. *Osteoporosis and Sarcopenia* 2023; 9(2): 45-52.
51. Suh B, Yu H, Kim H, Lee S, Kong S, Kim JW, et al. Interpretable deep-learning approaches for osteoporosis risk screening and individualized feature analysis using large population-based data: Model development and performance evaluation. *Journal of Medical Internet Research* 2023; 25(e40179): 1-19.
52. Anpalahan M, Venkatesan S & Anpalahan A. Fragility fractures in chronic kidney disease: Assessment and pharmacologic management. *Advances in Nephrology* 2014; 2014(727135): 1-7.
53. Sale JEM, Beaton D, Posen J, Elliot-Gibson V & Bogoch E. Systematic review on interventions to improve osteoporosis investigation and treatment in fragility fracture patients. *Osteoporosis International* 2011; 22(7): 2067-82.
54. Gregson CL, Armstrong DJ, Bowden J, Cooper C, Edwards J, Gittoes NJL, et al. UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. *Archives of Osteoporosis* 2022; 17(58): 1-46.
55. Nuti R, Brandi ML, Checchia G, Di-Munno O, Dominguez L, Falaschi P, et al. Guidelines for the management of osteoporosis and fragility fractures. *Internal and Emergency Medicine* 2019; 14(1): 85-102.
56. Amato F, Balzano W & Cozzolino G. Design of a wearable healthcare emergency detection device for elder persons. *Applied Sciences* 2022; 12(2345): 1-11.
57. Peek STM, Wouters EJM, Luijckx KG & Vrijhoef HJM. What it takes to successfully implement technology for aging in place: Focus groups with stakeholders. *Journal of Medical Internet Research* 2016; 18(5): 1-13.
58. Li L, Novillo-Ortiz D, Azzopardi-Muscat N & Kostkova P. Digital data sources and their impact on people's health: A systematic review of systematic reviews. *Frontiers in Public Health* 2021; 9(645260): 1-19.
59. Akkas MA, Sokullu R & Cetin HE. Healthcare and patient monitoring using IoT. *Internet of Things* 2020; 11(100173): 1-17.
60. Bajenaru L, Marinescu IA, Dobre C, Draghici R, Herghelegiu AM & Rusu A. Identifying the needs of older people for personalized assistive solutions in Romanian healthcare system. *Studies in Informatics and Control* 2020; 29(3): 363-72.
61. Erl T, Puttini R & Mahmood Z. *Cloud computing: Concepts, Technology and architecture*. UK: Pearson Education; 2013: 45.
62. Chai W, Brush K & Bigelow SJ. What is a platform as a service (PaaS). Available at: <https://www.techtarget.com/searchcloudcomputing/definition/Platform-as-a-Service-PaaS>. 2024.
63. Navaz AN, Serhani MA, El-Kassabi HT, Al-Qirim N & Ismail H. Trends, technologies, and key challenges in smart and connected healthcare. *IEEE Access* 2021; 9(1): 74044-67.
64. Mc-Leod KM & Johnson CS. A systematic review of osteoporosis health beliefs in adult men and women. *Journal of Osteoporosis* 2011; 2011(197454): 1-11.



65. Roh YH, Koh YD, Noh JH, Gong HS & Baek GH. Effect of health literacy on adherence to osteoporosis treatment among patients with distal radius fracture. *Archives of Osteoporosis* 2017; 12(42): 1-6.
66. Baker DI, Gottschalk M & Bianco LM. Step by step: Integrating evidence-based fall-risk management into senior centers. *The Gerontologist* 2007;47(4): 548-54.
67. Marsh D, Akesson K, Beaton DE, Bogoch ER, Boonen S, Brandi ML, et al. Coordinator-based systems for secondary prevention in fragility fracture patients. *Osteoporosis International* 2011; 22(7): 2051-65.
68. Portz JD, Ford KL, Doyon K, Bekelman DB, Boxer RS, Kutner JS, et al. Using grounded theory to inform the human-centered design of digital health in geriatric palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management* 2020; 60(6): 1181-92.
69. Monaco A, Palmer K, Holm-Ravn-Faber N, Kohler I, Silva M, Vatland A, et al. Digital health tools for managing noncommunicable diseases during and after the covid-19 pandemic: Perspectives of patients and caregivers. *Journal of Medical Internet Research* 2021; 23(1): 1-9.
70. Gallegos-Rejas VM, Thomas EE, Kelly JT & Smith AC. A multi-stakeholder approach is needed to reduce the digital divide and encourage equitable access to telehealth. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2023; 29(1): 73-8.
71. Katapally TR. The smart framework: Integration of citizen science, community-based participatory research, and systems science for population health science in the digital age. *JMIR Mhealth and Uhealth* 2019; 7(8): 1-12.
72. Aerts A & Bogdan-Martin D. Leveraging data and AI to deliver on the promise of digital health. *International Journal of Medical Informatics* 2021; 150(1): 104456.
73. Hartzler AL, Tuzzio L, Hsu C & Wagner EH. Roles and functions of community health workers in primary care. *The Annals of Family Medicine* 2018; 16(3): 240-5.
74. Sun H, Creemers BPM & De-Jong R. Contextual factors and effective school improvement. *School Effectiveness and School Improvement* 2007; 18(1): 93-122.
75. Tylor EB. *Primitive culture: Researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom.* England: John Murray; 1871: 35.
76. Minogue K. *Politics: A very short introduction.* England: Oxford University Press; 2000: 112 .
77. Putnam RD. *Bowling alone: The collapse and revival of American community.* USA: Touchstone Books by Simon and Schuster; 2001: 30.
78. The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). *Education for all: The quality imperative* paris. Available at: <https://www.unesco.org/gem-report/en/efa-quality>. 2005.
79. Moore JF. Predators and prey: A new ecology of competition. *Harvard Business Review* 1993; 71(3): 75-86.
80. Young ES, Reed MJ, Pham TN, Gross JA, Taitsman LA & Kaplan SJ. Assessment of osteoporosis in injured older women admitted to a safety-net level one trauma center: A unique opportunity to fulfill an unmet need. *Current Gerontology and Geriatrics Research* 2017; 2017(4658050): 1-6.
81. Bogoch ER, Elliot-Gibson V, Beaton DE, Jamal SA, Josse RG & Murray TM. Effective initiation of osteoporosis diagnosis and treatment for patients with a fragility fracture in an orthopaedic environment. *Journal of Bone and Joint Surgery* 2006; 88(1): 25-34.
82. Mercer K, Giangregorio L, Schneider E, Chilana P, Li M & Grindrod K. Acceptance of commercially available wearable activity trackers among adults aged over 50 and with chronic illness: A mixed-methods evaluation. *JMIR Mhealth and Uhealth* 2016; 4(1): 1-17.
83. Habib MA, Mohktar MS, Kamaruzzaman SB, Lim KS, Pin TM & Ibrahim F. Smartphone-based solutions for fall detection and prevention: Challenges and open issues. *Sensors (Basel)* 2014; 14(4): 7181-208.

84. Machleid F, Kaczmarczyk R, Johann D, Balciunas J, Atienza-Carbonell B, Von-Maltzahn F, et al. Perceptions of digital health education among european medical students: Mixed methods survey. *Journal of Medical Internet Research* 2020; 22(8): 1-13.
85. Lyles CR, Adler-Milstein J, Thao C, Lisker S, Nouri S & Sarkar U. Alignment of key stakeholders' priorities for patient-facing tools in digital health: Mixed methods study. *Journal of Medical Internet Research* 2021; 23(8): 1-13.
86. Oshni-Alvandi A, Bain C & Burstein F. Understanding digital health ecosystem from Australian citizens' perspective: A scoping review. *PloS One* 2021; 16(11): 1-26.
87. Viswanathan M, Reddy S, Berkman N, Cullen K, Middleton JC, Nicholson WK, et al. Screening to prevent osteoporotic fractures: Updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* 2018; 319(24): 2532-51.
88. Witte AK. A review on digital healthcare ecosystem structure: Identifying elements and characteristics. Available at: [https://web.archive.org/web/20220915015141id\\_/https://aisel.aisnet.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1227&context=pacis2020](https://web.archive.org/web/20220915015141id_/https://aisel.aisnet.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1227&context=pacis2020). 2020.
89. Bettiga D, Lamberti L & Lettieri E. Individuals' adoption of smart technologies for preventive health care: A structural equation modeling approach. *Health Care Management Science* 2020; 23(2): 203-14.
90. Yadav L, Haldar A, Jasper U, Taylor A, Visvanathan R, Chehade M, et al. Utilising digital health technology to support patient-healthcare provider communication in fragility fracture recovery: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16(4047): 1-22.

# Smart Health Ecosystem of Osteoporotic Fracture Prevention: A Qualitative Systematic Review

Ayoub Mohammadian<sup>1</sup> (Ph.D.), Ali Moini<sup>2\*</sup> (Ph.D.), Mahnaz Sanjari<sup>3\*</sup> (Ph.D.),  
Zahra Abdollahzade<sup>4</sup> (M.S.)

1 Associate Professor, Department of Information Technology Management, Faculty of Industrial and Technology Management, School of Management, University of Tehran, Tehran, Iran

2 Professor, Department of Algorithms and Calculations, Faculty of Engineering Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

3 Associate Professor, Osteoporosis Research Center, Endocrinology and Metabolism Clinical Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Ph.D. Candidate in Information Technology Management, Faculty of Industrial and Technology Management, School of Management, University of Tehran, Tehran, Iran

## Abstract

Received: 28 Sep. 2024

Accepted: 28 Feb. 2025

**Background and Aim:** Smart health, due to its capacity in disease prevention, is a suitable solution for providing osteoporosis fracture prevention services. Also, the existence of close relationships between active organizations for the prevention of this disease requires this area to be examined from the perspective of the ecosystem. Therefore, the purpose of this study is to identify the factors and players of the ecosystem of preventing fractures caused by osteoporosis in smart health.

**Materials and Methods:** A qualitative systematic review of meta-synthesis was conducted to find resources related to the prevention of osteoporosis-related fractures. For this purpose, scientific databases of Web of Science, Scopus and PubMed were examined and 155 were selected from 10344 sources found. At the end, by using the Shannon entropy method, the categories of each dimension were ranked.

**Results:** This systematic review demonstrated that the ecosystem for preventing fractures caused by osteoporosis comprises four main categories of factors: lifestyle (nutrition, exercise, fall prevention, cessation of tobacco, alcohol, and caffeine consumption), clinical (screening, diagnosis, and drug therapy), technological (infrastructure, platform, and application), and contextual (cultural, social participation, policy, economic, and education). The application and infrastructure secured the first and second positions in the ranking, while the platform and education collectively ranked third. Ecosystem participants were also categorized into three core layers: the fracture prevention and treatment team members, firms related to fracture prevention and treatment, and other health stakeholders; the extended layer, which includes affected or at-risk individuals, education stakeholders, cultural stakeholders, social stakeholders, and health stakeholders; and the external layer, comprising international organizations and national ministries. In the ranking, affected or at-risk individuals, other health stakeholders, and fracture prevention and treatment team members earned first to third positions, respectively.

**Conclusion:** The research results showed that “technological”, “contextual”, “lifestyle change” and “clinical” factors are in the first to fourth places, respectively. Also, among the players, the first place was assigned to the extended layer, the main core took the second place, and the external layer took the third place.

**Keywords:** Ecosystem, Health, Smart, Primary Prevention, Osteoporosis

\* Corresponding Authors:

Moini A

Sanjari M

Emails:

moeini@ut.ac.ir

msanjari@tums.ac.ir