



## عوامل رفتاری تأثیرگذار بر طراحی مدل حکمرانی شبکه در حوزه

## مراقبت‌های سلامت: یک مرور نظام‌مند کیفی

رضا عالی‌خانی<sup>۱</sup> , علیرضا علی‌احمدی<sup>۲</sup>، محمد رضا رسولی<sup>۳\*</sup> <sup>۱</sup> کارشناس ارشد مهندسی صنایع، گروه مهندسی سیستم، دانشکده مهندسی صنایع، دانشگاه علم و صنعت ایران، تهران، ایران<sup>۲</sup> استاد، گروه مهندسی سیستم، دانشکده مهندسی صنایع، دانشگاه علم و صنعت ایران، تهران، ایران<sup>۳</sup> استادیار، گروه مهندسی سیستم، دانشکده مهندسی صنایع، دانشگاه علم و صنعت ایران، تهران، ایران

\* نویسنده مسؤول: محمد رضا رسولی

rasouli@iust.ac.ir

## چکیده

**زمینه و هدف:** ایجاد شبکه‌های همکاری بین سازمانی به یک استراتژی اساسی جهت ارائه خدمات با کیفیت و با هزینه تمام شده پایین در نظام سلامت تبدیل شده است. بهره‌گیری از مزایای شبکه‌های همکاری مستلزم استفاده از مدل حکمرانی متناسب با نظام سلامت است. فاکتورهای گوناگونی بر طراحی موفق مدل حکمرانی در شبکه‌های مراقبت سلامت تأثیر می‌گذارند. هدف از این پژوهش شناسایی عوامل رفتاری داخلی است که می‌بایست در طراحی یک مدل حکمرانی شبکه‌ای موفق در نظام سلامت مورد توجه قرار گیرند.

ارجاع: عالی‌خانی رضا، علی‌احمدی علیرضا، رسولی محمد رضا. عوامل رفتاری تأثیرگذار بر طراحی مدل حکمرانی شبکه در حوزه مراقبت‌های سلامت: یک مرور نظام‌مند کیفی. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۸؛ ۱(۱): ۶۷-۸۴.

**روش پژوهش:** با جستجوی مطالعات مرتبط با سؤال پژوهش در پایگاه اسنادی web of science به‌عنوان یک پایگاه جامع و معتبر، ۲۳۵۰ انتشار علمی حاصل شد. با غربالگری نتایج مذکور بر اساس تناسب عناوین با معیارهای ورودی و خروجی ۱۵۰ مقاله منتج گردید. غربالگری نهایی بر اساس چکیده و نتیجه‌گیری ۱۵۰ مقاله منتج شده از مرحله قبل، به ۵۳ مقاله‌ی نهایی انجامید. در این پژوهش جهت کشف عوامل رفتاری تأثیرگذار بر طراحی مدل حکمرانی در شبکه‌های ارائه دهنده خدمات سلامت، از روش مرور نظام‌مند ادبیات جهت کشف و یکپارچه‌سازی دانش مربوطه استفاده شد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۱

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۸/۰۱/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۰۲

**یافته‌ها:** طی بررسی مطالعات غربال شده برحسب معیارهای ورودی و خروجی مطالعات، ۵۹ عدد از شواهد از ۳۱ منبع استخراج گردید و از منابع دیگر شواهدی کشف نشد. جهت ایجاد دیدگاه جامع و دسترسی آسان به این شواهد، ترکیب شواهد استخراج شده به ۳ دسته‌ی مشخصات روابط، ویژگی‌های مشارکت و پیامدهای هنجاری و همچنین ۱۵ مضمون از فاکتورها منجر شد.

**نتیجه‌گیری:** مدل حکمرانی شبکه در صورتی موفق آمیز خواهد بود که عوامل رفتاری مؤثر در طراحی آن در نظر گرفته شود. مهمترین عوامل رفتاری در شبکه که بایست در تعیین مدل حکمرانی شبکه مورد توجه قرار گیرند عبارت‌اند از مشخصات روابط، مشخصات مشارکت و پیامدهای هنجاری.

**واژه‌های کلیدی:** عوامل رفتاری، شبکه، حکمرانی، سیستم مراقبت سلامت، مرور نظام‌مند

**کاربرد مدیریتی:** شناسایی عوامل رفتاری تأثیرگذار بر طراحی مدل حکمرانی شبکه در حوزه مراقبت‌های

سلامت

## مقدمه

همکاری بین سازمانی (inter-organizational collaboration) در سال‌های اخیر به یک ضرورت در ارائه‌ی خدمات با کیفیت در سیستم‌های مراقبت سلامت تبدیل شده است (۱). نظام‌های سلامت به جهت توسعه سلامت عمومی به ایجاد و تسهیل همکاری در بین سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت تمایل یافته‌اند (۲). تخصصی و پیچیده بودن خدمات مراقبت سلامت نیاز به همکاری‌های بین سازمانی و شبکه‌ای را گسترش داده است (۳). در نظام سلامت، ایجاد شبکه‌های همکاری بین سازمانی همچنین می‌تواند به بهبود کارایی و اثربخشی منجر شود (۴) و همچنین موجب بهبود یادگیری از طریق به اشتراک‌گذاری اطلاعات و دانش تجربی شود (۵).

انواع مختلفی از همکاری‌های شبکه‌ای در نظام سلامت وجود دارد. این همکاری‌ها ممکن است به صورت اشتراک‌گذاری اطلاعات، همکاری برای سود ۲ جانبه یا بالاترین سطح اقدام مشترک یعنی همکاری با یک‌چشم‌انداز و مأموریت مشترک باشند (۵). برای کسب مزایا از تشکیل شبکه‌های همکاری بین سازمانی، ساختارها و مکانیسم‌های حکمرانی متناسب با شرایط شبکه می‌بایست مد نظر قرار گیرد (۶). ساختارهای حکمرانی به توزیع حق تصمیم‌گیری در شبکه اشاره دارند که به ۳ نوع فرم سازمان رهبر، حکمرانی مشترک (حکمرانی توسط اعضا) و سازمان حکمرانی شبکه تقسیم‌بندی می‌شوند. مکانیسم‌های حکمرانی نیز که بر هماهنگی اعضا در شبکه اشاره دارد در قالب ۳ گونه اصلی هماهنگی مبتنی بر سلسله مراتب، رویه‌های رابطه‌ای و اقتضانات بازار می‌تواند محقق شود (۷). یک مدل مناسب برای حکمرانی شبکه تضمین می‌کند که ظرفیت و توانایی شرکا برای دستیابی به نتایج مشترک به کار بسته خواهد شد (۳).

تلوس و همکاران (۲۰۱۸) با مطالعه‌ای که در همکاری بین آزمایشگاه‌های کشور سوئد داشتند اجرای پروژه‌های مشترک با به کار بستن روش‌های پیشرفته، دریافت بازخور و اعتبار سنجی این روش‌ها، آزمایش‌های ادواری در مورد میزان موفقیت همکاری را به‌عنوان فاکتورهای اساسی در طراحی مدل حکمرانی مطلوب معرفی کرده‌اند (۸). گیتل و ویس (۲۰۰۴) در مطالعه‌ی خود روی همکاری‌های بین مراکز پزشکی در بوستون نشان دادند که روال‌ها،

سیستم‌های اطلاعاتی مورد استفاده، ملاقات و مذاکره بین اعضای شبکه جمله عواملی بوده که هماهنگی را در روابط بین سازمانی بهبود می‌بخشد (۹). هانسون و همکاران (۲۰۱۰) مطالعه‌ی تجربی را در زمینه‌ی هماهنگی در شبکه‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت در کشور سوئد انجام داده و بیان داشته‌اند که همکاری‌ها با روابط غیر رسمی و مسئولیت‌پذیری مشترک تأثیر مثبتی بر هماهنگی در سیستم‌های ارائه دهنده خدمات سلامت دارد (۱۰). مسکیا و همکاران (۲۰۱۲) مطالعه‌ی دیگری را در "سرویس سلامت ملی ایتالیا" انجام داده که نشان می‌دهد نزدیکی جغرافیایی بین اعضا، مکمل بودن منابع بین شرکا و تنوع در حجم فعالیت‌ها از عوامل مؤثر بر همکاری‌های شبکه‌ای در زمینه‌ی مراقبت سلامت هستند (۱۱).

عوامل تأثیرگذار بر طراحی مدل حکمرانی شبکه‌ای که در ادبیات همکاری بین سازمانی مطرح شده‌اند، می‌توانند در دسته‌هایی مختلفی جای بگیرند. این عوامل می‌توانند عوامل ساختاری شبکه مانند دستورالعمل‌های یکسان (۱۲)، متمرکز/ غیر متمرکز بودن شبکه، متمرکز سازی همکاری (۸) و یا عوامل خارج از کنترل شبکه مانند تأثیرات محیطی نشئت گرفته از دخالت و سیاست‌های دولت (۷) و یا نیز می‌تواند عوامل رفتاری در شبکه مانند عوامل مرتبط با خصوصیات روابط (۱۳)، نقش‌ها و روال‌ها در شبکه (۱۰)، تأثیر مثبت بین بازیگران مکمل (۱۴) و یا تعهد (۱۵) باشد. عوامل رفتاری مانند اعتماد و قدرت روابط در شبکه‌های همکاری به عواملی اشاره دارد که از رفتار و روابط بازیگران در یک شبکه‌های همکاری ناشی می‌شوند (۱۳). عوامل رفتاری در شبکه‌های همکاری بین سازمانی در نظام سلامت به‌عنوان عوامل تعیین کننده در طراحی مدل حکمرانی مطرح شده‌اند (۱۰، ۱۵). به‌عنوان مثال در خصوص اهمیت اعتماد، در یک دسته‌بندی مدل‌های موجود جهت حکمرانی شبکه، به مدل‌های مبتنی بر اعتماد و مدل‌های غیر مبتنی بر اعتماد تقسیم شده‌اند (۱۰). همچنین در دسته‌بندی دیگری برحسب میزان رسمی بودن روابط، حکمرانی شبکه به حکمرانی رسمی و غیررسمی تقسیم شده است (۱۳). در این خصوص یکی از اهداف حکمرانی شبکه، کنترل روابط و رفتار بازیگران در شبکه در جهت هماهنگ‌سازی آن‌ها برای انجام یک اقدام مشترک است (۶).

شبکه، با هر سطح از همکاری، مانند زنجیره تأمین، سبب اتحاد و همچنین دامنه‌های اصلی در حکمرانی شبکه یعنی همکاری و هماهنگی در نظر گرفته شدند.

در این پژوهش از میان عوامل رفتاری گوناگون بحث شده در ادبیات برای بررسی تخصصی و عمیق‌تر بر عوامل رفتاری در شبکه توجه شد که بر ویژگی‌های روابط بین بازیگران، ویژگی‌های مشارکت در شبکه و ویژگی‌های هنجارهای شبکه اشاره داشتند.

ویژگی‌های روابط بین بازیگران به‌عنوان ویژگی رفتاری در شبکه بر نوع و قدرت روابط بین بازیگران شبکه اشاره دارد (۱۳). هر چه روابط در شبکه قوی‌تر بوده، سطح اقدام مشترک افزایش یافته و موجب تغییر در نوع همکاری می‌شود (۱۷). در ابتدای شکل‌گیری شبکه اعضا متمایل به روابط غیررسمی هستند. برای رفع چالش‌های حاصله از این روابط غیررسمی، شبکه به رسمی سازی روابط و محکم کردن چیدمان اعضا رو می‌آورد (۲۰-۱۸).

ویژگی‌های مشارکت در شبکه به نوع اقدامات و رفتارهای مرتبط با مشارکت اعضا در شبکه اشاره دارد که بر همکاری یا هماهنگی در شبکه تأثیر می‌گذارد (۲۱). ویژگی‌های مشارکت می‌توانند به میزان و کیفیت تبادل اطلاعات در بین اعضای شبکه اشاره داشته باشد (۲۳، ۲۲).

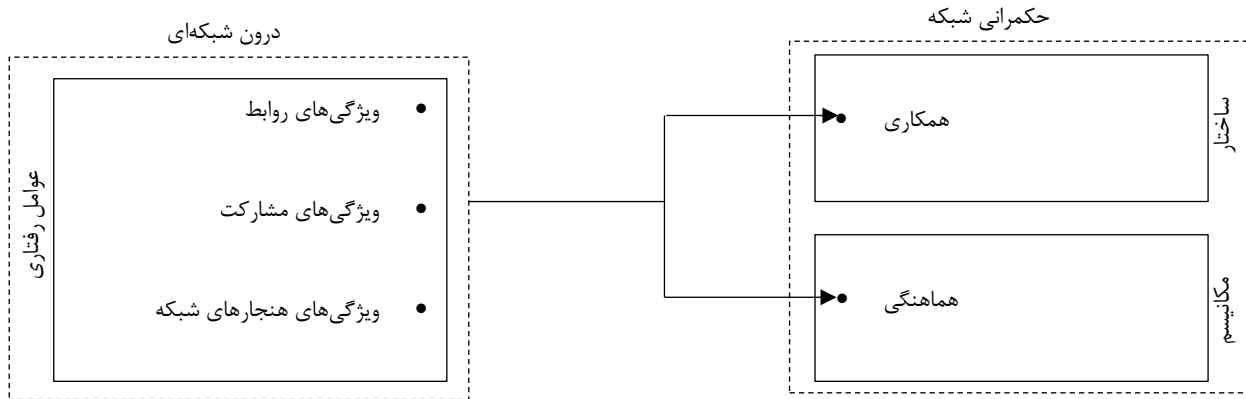
هنجارهای موجود در شبکه به‌عنوان یکی از خصوصیات رفتاری شبکه با هنجارها و اصول اخلاقی موجود در شبکه در ارتباط است (۲۴). تعهد در شبکه به‌عنوان یک هنجار، می‌تواند با اشتراک‌گذاری مالکیت، تفویض حق تصمیم‌گیری افزایش یابد و در نوع حکمرانی تغییر ایجاد کند (۲۵، ۲۱).

عوامل رفتاری ذکر شده اغلب به‌صورت جداگانه در مطالعات گذشته بیان شده‌اند و یک دیدگاه نظام‌مند جهت شناسایی و دسته‌بندی این عوامل وجود ندارد. در این پژوهش برای محدود کردن دامنه‌ی پژوهش در حوزه‌ی موردنظر از معیارهایی جهت ورود مطالعات به مرور استفاده شد. برای این منظور چارچوب مفهومی به شکل ۱ طراحی شد.

گرچه مطالعات متعددی به بررسی و کشف عوامل مؤثر بر حکمرانی شبکه در همکاری‌های بین سازمانی در حوزه‌ی سلامت پرداخته‌اند اما دیدگاه جامع و یکپارچه‌ای از عوامل رفتاری تأثیرگذار بر طراحی مدل مطلوب حکمرانی شبکه‌ای در سیستم‌های مراقبت سلامت وجود ندارد. لذا سؤال پژوهش در این مطالعه این است که "چه عوامل رفتاری در شبکه بر طراحی مدل حکمرانی مطلوب در همکاری‌های بین سازمانی در سیستم‌های مراقبت سلامت تأثیرگذار است؟" در پاسخ به سؤال مطرح‌شده در ارتباط با عوامل رفتاری تأثیرگذار بر مدل حکمرانی، مروری نظام‌مند بر ادبیات در نظر گرفته شد (۱۶). این متدولوژی پژوهش جهت انجام مرور این امکان را فراهم می‌آورد که دانش موجود در ادبیات جمع‌آوری شده و دیدگاه یکپارچه‌ای از عوامل رفتاری مؤثر بر طراحی مدل مطلوب حکمرانی شبکه در سیستم‌های ارائه خدمات مراقبت سلامت ایجاد شود.

برای ورود به مرور نظام‌مند ادبیات بایستی چارچوب مفهومی جهت محدودسازی مرور به حوزه‌ی مورد نظر در نظر گرفته شود. به این منظور چارچوب مفهومی مطرح شده در زیر جهت انجام مرور در نظر گرفته شد.

هدف از شکل‌دهی همکاری‌های شبکه‌ای ایجاد امکان بهره‌گیری از قابلیت‌های سازمان‌های مستقل در راستای دستیابی به یک هدف جامع و مشترک است (۶)؛ اما این هدف از تشکیل شبکه‌ی همکاری بدون در نظر گرفتن حکمرانی مطلوب و متناسب با شبکه و اعضا امکان‌پذیر نیست (۷). طراحی حکمرانی مطلوب در شبکه نیازمند در نظر گرفتن جامع و تخصصی عوامل مؤثر بر حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت است (۵). جهت طراحی مدل مؤثر حکمرانی از میان عوامل متعدد ذکر شده توجه به عوامل رفتاری بازیگران شبکه امری ضروری است. هدف این پژوهش کشف عوامل رفتاری مؤثر بر طراحی مدل حکمرانی در شبکه‌های مراقبت سلامت بود. جهت دستیابی به جامعیتی قابل قبول، در این پژوهش همه‌ی شواهد در زمینه‌های بالینی، مراقبت و سلامت و همچنین همه‌ی انواع

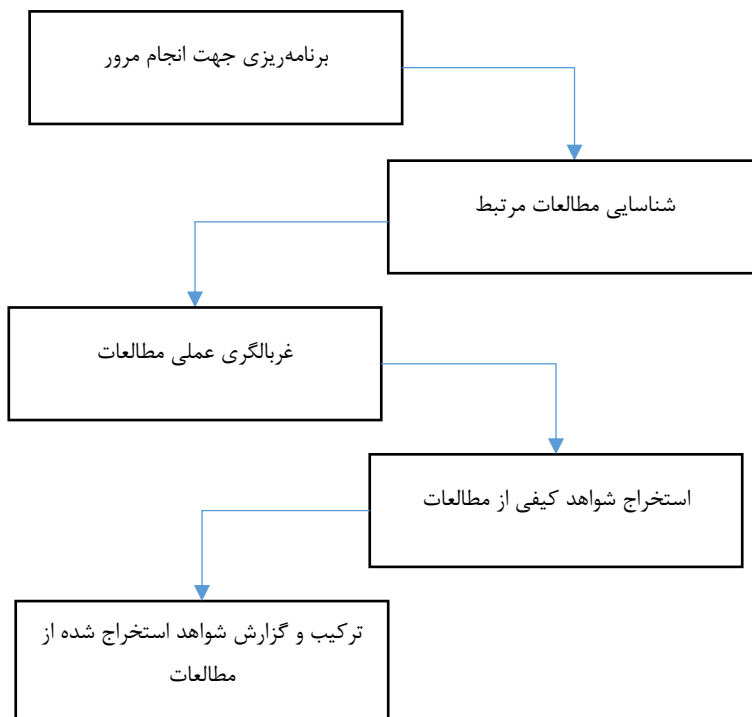


شکل ۱: چارچوب مفهومی برای تشخیص عوامل رفتاری تأثیرگذار بر طراحی مدل حکمرانی شبکه در سیستم‌های مراقبت سلامت

### روش پژوهش

ترکیب خواهند شد. در قیاس با سایر روش‌های پژوهش‌های اکتشافی مانند تحقیق و بررسی و مطالعه‌ی موردی، متدولوژی مورد استفاده به این دلیل که توانایی ایجاد جامعیتی قابل قبول را دارد ترجیح داده شد. بر اساس کیچن هام (۲۰۰۴) (۱۶) مراحل زیر برای اجرای متدولوژی مد نظر گرفته شد (شکل ۲).

در این مطالعه از مرور نظام‌مند کیفی جهت پاسخ به سؤال پژوهش استفاده شد. این متدولوژی امکان ایجاد دیدگاه جامعی از شواهد مربوط که توسط مطالعات قبلی بیان شده‌اند را مهیا ساخت. بر مبنای هدف این مطالعه، متدولوژی انتخاب‌شده اطمینان حاصل می‌نماید که دانش موجود مورد مرور قرار گرفته و به میزان مطلوبی با یکدیگر



شکل ۲: مراحل انجام مرور نظام‌مند ادبیات

به‌منظور برنامه‌ریزی جهت انجام مرور، پس از مشخص کردن سؤال پژوهش یک پروتکل جهت انجام پژوهش توسعه داده شد و به مرورکننده‌ها ارائه شد. این پروتکل شامل نیازهای انجام پژوهش (عقلانیت موجود برای انجام مرور)، استراتژی برای انجام پژوهش (که انتشارات علمی بر اساس آن تشخیص داده شد)، شناسایی مطالعات متناسب (بر اساس سؤال پژوهش)، غربالگری عملی (معیارهای جهت انتخاب مطالعات متناسب و رویه‌ی آن)، استخراج شواهد کیفی متناسب از مطالعات منتخب، سنجش کیفیت شواهد مستخرج و در نهایت ترکیب شواهد استخراج‌شده (بر اساس استراتژی ترکیب) بود. میزان متناسب بودن پروتکل تهیه شده توسط ۲ مرورکننده این پژوهش از دیدگاه‌های مقابل مورد بررسی قرار گرفت. ساختارها و روش‌های ممکن جهت همکاری شبکه‌ای، مکانیسم‌های موجود جهت هماهنگی در شبکه، حکمرانی شبکه و کارایی آن به‌عنوان یک ماهیت اساسی.

بر اساس پروتکل مرور مطرح شده فعالیت‌هایی ضروری جهت انجام مرور برنامه‌ریزی گردید و زمان‌بندی شدند. بر اساس زمان‌بندی صورت گرفته مرور نظام‌مند ادبیات از دی‌ماه سال ۱۳۹۶ شروع گردید. جزئیات پروتکل انجام مرور به شرح زیر می‌باشد:

### استراتژی جستجو

به منظور دستیابی به استراتژی جستجو، در ابتدا بنا بر کیچن هام (۲۰۰۴) (۱۶)، اصطلاحات مرتبط با سؤال پژوهش مشخص گردیدند. در مرحله‌ی بعد، اصطلاحات مرتبط برای جستجوی مطالعات علمی در ۲ دسته‌ی محتوا و زمینه طبقه‌بندی شدند (جدول ۱). در این راستا و به منظور جستجوی مطالعات مرتبط با زمینه‌ی مراقبت از سلامت، از کلید واژه‌های «health»، «care» و «clinical» با استفاده از عملگر «OR» با یکدیگر ترکیب شدند. همچنین به‌منظور اکتشاف مطالعاتی که دارای محتوای همکاری بین سازمانی و شبکه‌ای بودند، کلید واژه‌های «network»، «inter-organizational»، «supply chain»، «alliance» و «portfolio» با عملگر «OR» با یکدیگر ترکیب گردیدند. در این راستا و جهت جستجوی مطالعاتی که دارای محتوای حکمرانی بودند، کلیدواژه‌های «governance»، «collaboration» و «coordination» با استفاده از عملگر «OR» ترکیب شدند. در نهایت برای شناسایی مطالعات که دارای زمینه‌ی مراقبت از سلامت و دارای محتوای حکمرانی و شبکه بودند، دسته کلید واژه‌های ایجاد شده در مرحله‌ی قبل با استفاده از عملگر «AND» با یکدیگر ترکیب گردیدند.

جدول ۱: کلمات کلیدی و رشته‌های مورد سؤال استفاده‌شده در شناسایی مطالعات مرتبط

| نتیجه  | محتوا  | زمینه                                 |
|--|--|---------------------------------------|
| عوامل رفتاری تأثیرگذار در طراحی مدل حکمرانی شبکه‌ای در شبکه‌های ارائه دهنده‌ی خدمات مراقبت سلامت | حکمرانی<br>یا<br>همکاری<br>یا<br>هماهنگی   | مراقبت<br>یا<br>سلامت<br>یا<br>بالینی |
|  | شبکه<br>یا<br>بین‌سازمانی<br>یا<br>زنجیره تأمین<br>یا<br>اتحاد<br>یا<br>پرتفولیو |                                       |

به منظور تشخیص مطالعات مناسب، ابتدا بنا بر اصطلاحات مشخص جهت جستجو، رشته‌هایی مورد جستجو ایجاد شدند. بر اساس اصطلاحات مذکور (۳ \* ۵ رشته جهت جستجو ایجاد شد. پایگاه داده‌ی web of science جهت دسترسی به مطالعات مرتبط با کمک رشته‌های به وجود آمده در دی ماه سال ۱۳۹۶ مورد جستجو قرار گرفت. این پایگاه داده به این دلیل انتخاب شد که منبعی جامع از انتشارات علمی و مطالعات را از طریق دسترسی به ژورنال‌های معتبر پشتیبانی می‌کند. جستجو در پایگاه منتخب برای دستیابی به منابع مرتبط با سؤال پژوهش به ۲۳۵۰ منبع از انتشارات علمی منتشر شده، منجر گردید. این منابع به کمک نرم‌افزار Mendeley 1.19.3 مدیریت شدند.

جهت انجام غربالگری عملی، برای انتخاب منابع اصلی مرتبط با سؤال پژوهش، معیارهای ورودی منابع حاصله به مطالعاتی که مورد مرور قرار می‌گیرند به صورتی در نظر گرفته شد که همه‌ی انواع انتشارات علمی (شامل، تحقیق، مفاهیم و مرور ادبیات و همچنین مقالات کنفرانسی) در پایگاه داده‌ی انتخاب شده در ارتباط با حکمرانی شبکه یا حوزه‌های اصلی حکمرانی در شبکه‌های ارائه خدمات سلامت بودند در نظر گرفته شدند و همچنین محدودیتی در تاریخ انتشار منابع در نظر گرفته نشد.

معیارهای خروجی جهت رد منابع از مرور به صورتی در نظر گرفته شد که مطالعاتی که به طور صریح مرتبط با حکمرانی نبودند، مطالعاتی که به طور صریح همکاری و یا همکاری شبکه‌ای را مورد بحث قرار نداده بودند، مطالعاتی که به سیستم‌های مراقبت سلامت مرتبط نبودند، مطالعاتی که زبان نوشتار آن‌ها انگلیسی نبود، مطالعاتی که به عوامل رفتاری درون شبکه نپرداخته بودند و مطالعاتی که به فاکتورهای هنجاری، مشارکتی و یا روابط بین بازیگران نپرداخته بودند در نظر گرفته نشدند.

برای اعتبار سنجی معیارهای ورودی و خروجی مشخص شده برای انتخاب مطالعات، تعداد تصادفی از منابع انتخاب شده توسط این معیارها در اختیار مرور کننده‌ها گذاشته شد. درجه‌ی سازگاری بالای تصمیم‌های این ۲ مرور کننده از مناسب بودن این معیارها، اعتبار این معیارها را تأیید نمود. در طی غربالگری عملی جهت انتخاب منابع اساسی

ابتدا مطالعات شناسایی شده بر اساس تناسب عنوان ارزیابی شدند. در این مرحله ۱۵۰ مطالعه انتخاب گردیدند که عنوان آن‌ها متناسب با سؤال پژوهش بود. همچنین در مرحله‌ی بعدی مطالعات منتخب بر اساس تناسب چکیده و نتیجه‌گیری ارزیابی شدند. برای کسب اطمینان از اینکه منابع انتخابی بر اساس عنوان به طور دقیق با موضوع تحت مرور هم‌خوان است، چکیده، نتیجه‌گیری یا بعضاً به صورت کامل این منابع بررسی شدند که منجر به انتخاب ۵۳ مقاله‌ی مرتبط شد.

جهت استخراج شواهد کیفی از مطالعات منتخب در این پژوهش، استخراج شواهد از مطالعه‌ی کامل منابع غربال شده و ارزیابی کیفیت آن‌ها به صورت هم‌زمان انجام شد. ابتدا شواهد مستخرج بر اساس حداقل کیفیت قابل قبول بر اساس سلسله مراتب معرفی شده توسط کیچن هام (۲۰۰۴) (۱۶) ارزیابی شدند. طبق این سلسله مراتب، مطالعاتی که حداقل توسط مرور کنندگان مستقل ارزیابی شده باشند دارای این سطح از کیفیت هستند. از آنجاییکه پایگاه داده‌ی منتخب مجلاتی با این سطح از کیفیت را شامل می‌شود لذا این سطح از کیفیت را پشتیبانی می‌کند. شواهد مستخرج بر اساس میزان همخوانی با سؤال پژوهش و میزان دقت علمی آن‌ها ارزیابی می‌شوند. شواهد مستخرج مرتبط با سؤال پژوهش است تنها اگر مطالعه‌ای که این عامل از آن استخراج شده با معیارهای ورودی منابع مطابقت داشته باشد، ثانیاً این عامل مرتبط با یک فاکتور رفتاری تأثیرگذار بر طراحی مدل حکمرانی در شبکه‌های مراقبت سلامت باشد. شواهد استخراج شده از لحاظ علمی دقیق هستند اگر با ادبیات پایه‌ای در حوزه مورد مطالعه سازگار باشند. کنترل کیفیت شواهد مستخرج توسط مرور کننده‌ها انجام گرفت.

ترکیب و گزارش شواهد مستخرج به منظور ترکیب و گزارش شواهد مستخرج، بر اساس ترنفلید و همکاران (۲۰۰۳)، تعدادی از استراتژی‌ها جهت ترکیب موجود است که می‌تواند از آن‌ها برای تحلیل نتایج استفاده نمود (۲۶). در میان استراتژی‌های گوناگون از استراتژی واقع‌گرایانه به شرح زیر استفاده شد:

ابتدا شواهد مستخرج بر اساس مشخصات مشابه از منظر مضمون دسته‌بندی شدند، آنگاه این مضامین کشف شده در گروه‌های مختلف تقسیم بندی گردیدند؛ این

اساس متناسب بودن عنوان، چکیده یا نتایج این مقالات ۱۵۰ مطالعه انتخاب شدند. با مطالعه کامل این ۱۵۰ مطالعه ۹۷ منبع با سؤال پژوهش کاملاً متناسب نبودند. در میان ۵۳ مطالعه‌ی دیگر که با سؤال پژوهش دقیقاً تناسب داشتند، ۵۹ قطعه از شواهد از ۳۱ منبع استخراج شد و در میان ۲۲ منبع دیگر شواهد دیگری کشف نشد (جدول ۲). نتایج آشکار ساخت که فقط در ۵۸/۵ درصد از انتشارات ادبی انتخابی شواهدی وجود داشته است؛ (شکل ۳). برای اطمینان از سازگاری نتایج نهایی استخراج شده با سؤال پژوهش، از مرور کننده‌های پژوهش خواسته شد تا به صورت تصادفی ۳۰ مطالعه انتخاب کرده (از ۱۵۰ مقاله، ۲۰ درصد) و شواهد را از آن‌ها استخراج نمایند. انتخاب مقاله‌های مشابه و استخراج شواهد یکسان توسط مرور کننده‌ها و نویسنده بیش از ۹۰ درصد مشابه بود. ۱۰ درصد اختلاف به وجود آمده از شواهد تکراری در منابع مختلف ناشی شده بودند که با در نظر نگرفتن شواهد تکراری در مطالعات مختلف، دقت شواهد استخراج شده ۱۰۰ درصد است.

شواهد با مضمون مشترک و مضامین فرعی متعلق به هر گروه از مضامین اصلی با جزئیات در جدول ۳ ذکر شده‌اند. همه‌ی مضامین کشف شده در ۳ گروه کلی از مضامین اصلی شامل مشخصات روابط، مشخصات مشارکت و پیامدهای هنجاری دسته بندی شدند.

گروه عوامل مرتبط با مشخصات روابط در شبکه؛ بر اساس ترکیب صورت گرفته بر روی شواهد، گروه مشخصات روابط به‌عنوان کلیه‌ی ویژگی‌های مرتبط با روابط و ارتباط‌های بین بازیگران شبکه در نظر گرفته می‌شود. مضمون‌هایی که در این دسته قرار گرفتند به شرح زیر هستند:

قدرت روابط: قدرت روابط به قدرت ارتباطها و وابستگی بین سازمان‌ها در شبکه اشاره دارد. اهمیت روابط قوی در شبکه معمولاً با میزان اعتماد و میزان غیر رسمی بودن روابط اندازه‌گیری می‌شود. ارتباطات قوی‌تر در شبکه با افزایش اعتماد منجر به همکاری غیر رسمی‌تر و کاهش نیاز به کنترل شدید خواهد شد (۱۳). رفتار بازیگران در شبکه بر همکاری و نتیجه‌ی حاصل از همکاری تأثیر می‌گذارد. افزایش فرصت طلبی و رقابت منجر به کاهش اعتماد و افزایش هزینه‌های کنترلی می‌شود (۱۱).

شیوه ترکیب دسترسی سریع و جامع به شواهد مستخرج را در هر مضمون امکان‌پذیر می‌کند. شواهدی که دارای مضامین یکسان می‌باشند، فاکتورهای یکسانی را ارائه می‌دهند.

به‌منظور اعمال ترکیب، پس از آنکه شواهد استخراج شدند روی یک تخته‌ی بزرگ قرار گرفتند و شروع به کشف مشخصات یکسان بین آن‌ها، از منظر محتوای این فاکتورها گردید. با ادامه‌ی این روند شواهد مستخرج به دسته‌های متمایز اختصاص یافتند. پس از آنکه همه‌ی شواهد از دیدگاه محتوا تفکیک شدند، برای هر دسته از شواهد، مضمونی که این شواهد به آن اشاره دارند به‌عنوان نماینده آن دسته مشخص شد. در نهایت با توجه به مشخصات هر دسته از مضامین، آن‌ها را در گروه‌های مشابه، به‌عنوان مضامین اصلی، تقسیم بندی شدند.

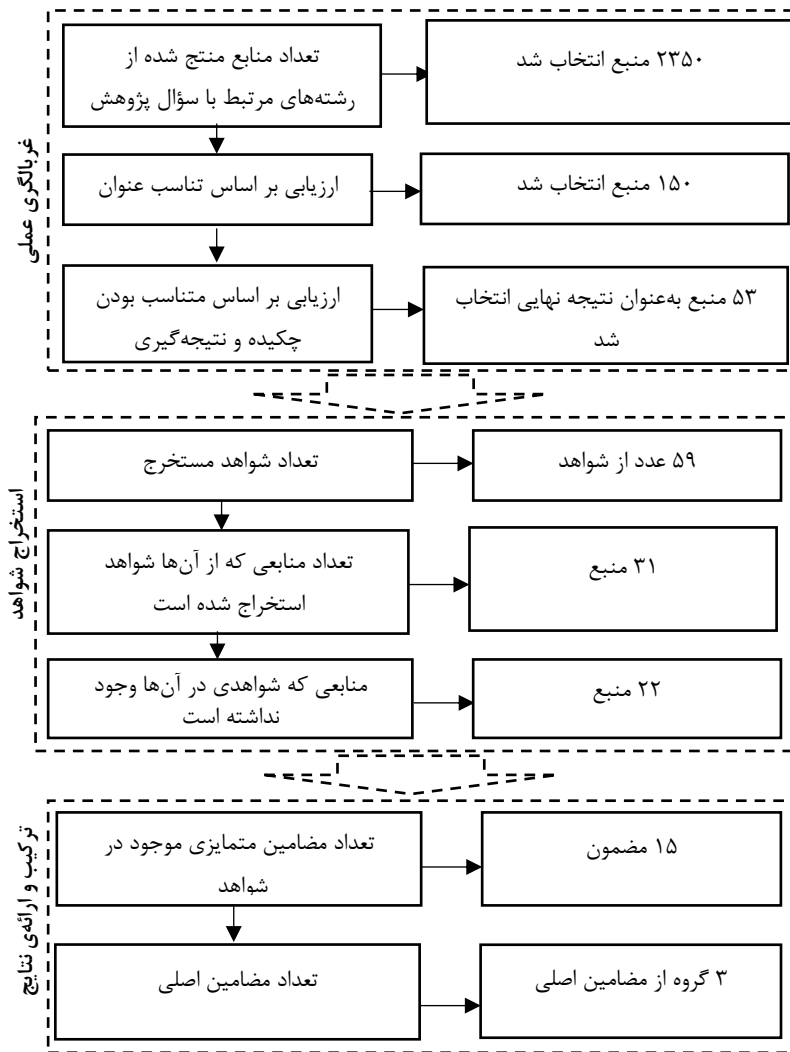
جهت اعتبار سنجی جریان استخراج مجموعه‌ای تصادفی از انتشارات علمی منتخب به مرور کننده‌های پژوهش داده شد و از آن‌ها درخواست شد تا از این مطالعات شواهد مرتبط با سؤال پژوهش را استخراج کنند. پس از مقایسه بین نتایج نویسنده و مرور کننده‌های پژوهش، معتبر بودن شواهد استخراج شد و کیفیت مناسب آن‌ها اثبات شد.

جهت کنترل کیفیت ترکیب شواهد استخراج شده و به‌منظور اعتبار سنجی این نوع ترکیب شواهد، از ۲ مرور کننده پژوهش خواسته شد تا از دسته‌ای تصادفی از ۲۵ درصد کل شواهد مشخصات مشابهی را کشف کنند. مقایسه بین این ۲ مجموعه ترکیب توسط نویسنده و مرور کننده‌ها، مشخص شد ۹۱ درصد از دسته شواهد ایجاد شده مشابه با یکدیگر بود. تفاوت حاصله بین دسته بندهای صورت گرفته جهت ایجاد نتیجه‌ی مشترک مورد بحث قرار گرفت و نتیجه‌ی نهایی ذکر شده در این پژوهش مورد تأیید نویسنده و مرور کننده‌ها بود.

همچنین جلوگیری از تحریف اطلاعات، اجتناب از تعارض منافع، اطلاع رسانی نتایج تحقیق به سازمان‌های مربوطه و مالکیت معنوی به عنوان ملاحظات اخلاقی در این پژوهش رعایت شده است.

### یافته‌ها

مرور ادبیات به ۲۳۵۰ مقاله کاندیدای انتخاب به‌عنوان مطالعات اصلی برای انجام مرور منجر شد. با غربالگری بر



شکل ۳: رویه‌ی مرور نظام‌مند ادبیات

کند و از خروج از شبکه جلوگیری کند (۲۸). سطح وابستگی متقابل: افزایش وابستگی متقابل فعالیت‌ها به دلیل افزایش تمایز شرایط عملیاتی منجر به افزایش مشکلات هماهنگی می‌شود (۲۹). افزایش وابستگی رقابتی بین شرکا توانایی همکاری، یادگیری متقابل و سود را افزایش می‌دهد (۱۱).

ماهیت وظایف: ماهیت وظایف مربوط به جزئیات دقیق و فرآیند تخصصی وظایفی است که توسط اعضا انجام می‌شود (۶). ماهیت گوناگون وظایفی که در انواع مختلف شبکه وجود دارد، منجر به سطوح مختلف همکاری و مکانیسم مختلف هماهنگی می‌شود به‌طوری‌که وظایف سخت‌تر و تخصصی‌تر به اعضای خبره و مکانیسم پیچیده و دقیق برای هماهنگی نیاز دارد (۴).

سطح خود مختاری: سطح خود مختاری مربوط به سطح

نقش‌ها و روال‌ها در شبکه: نقش‌ها و روال‌ها در ارتباط با وظایف و فعالیت‌هایی است که بازیگران در همکاری شبکه‌ای انجام می‌دهند (۱۵). نقش‌های نامشخص در شبکه ممکن است موجب همپوشانی وظایف شود، بنابراین منجر به توزیع نامناسب وظایف در شبکه می‌شود (۱۰). چیدمان سخت‌گیرانه بازیگران در شبکه، بر اساس صلاحیت‌ها و تخصص‌ها می‌تواند به نقش‌های روشن در شبکه منجر شود (۱۹).

سطح رسمی بودن روابط: سطح رسمی بودن روابط به میزان روابط رسمی یا غیر رسمی و کار بر اساس قواعد روشن اشاره دارد (۱۰). غیر رسمی بودن روابط ممکن است حس اعتماد، صمیمیت و آزادی را ایجاد کند و موجب تسهیل در همکاری شود (۲۷). همچنین روابط غیر رسمی می‌تواند، انگیزه‌هایی برای ورود سازمان‌ها در شبکه ایجاد



هماهنگی شود و لذا این مسئله توضیحی است که تجربه همکاری در گذشته می‌تواند بر هماهنگی بین شرکا تأثیر بگذارد (۱۳). تکرار اقدام مشترک، دریافت بازخورد و اصلاح روند به یادگیری در شبکه را بهبود بخشیده و به آموزش همکاری کمک می‌کند (۸).

ملاقات بین بازیگران: ملاقات بین بازیگران مربوط به بازدید بازیگران شبکه و مذاکره و بحث بین آنها است (۱۵). تعداد مناسب جلسات بین اعضای شرکت‌کننده در یک شبکه همکاری می‌تواند حس اعتماد و تعهد را افزایش دهد (۹). ملاقات منظم بین تصمیم‌گیرندگان در شبکه می‌تواند، تبادل اطلاعات را بهبود بخشد (۱۴). مذاکره‌ی چهره به چهره می‌تواند اعتماد را افزایش دهد و اطمینان حاصل کند که نظر اعضا در نظر گرفته خواهد شد (۲۱).

قابلیت تنظیم متقابل: قابلیت تنظیم متقابل مربوط توانایی سازگاری یک عضو با بازیگران دیگر در شبکه است (۳۲). ایجاد یک همکاری قوی و انعطاف‌پذیر در شبکه بر اساس مشارکت شرکت‌کنندگان در تصمیم‌گیری می‌تواند انگیزه سازمان‌ها را برای ورود به شبکه افزایش دهد (۳۲). یکی از انگیزه‌های مهم در شبکه، مکمل بودن است که می‌تواند موجب افزایش تنظیم متقابل شود. با افزایش مکمل بودن در میان اعضای شبکه، سطح یکپارچگی در شبکه افزایش می‌یابد (۳۳). همچنین افزایش زبان و دید مشترک در شبکه سبب حذف موانع در همکاری و جلوگیری از اختلاف نظرها شود (۱۷).

گروه عوامل مرتبط با پیامدهای هنجاری در شبکه؛ بر اساس ترکیب صورت گرفته بر روی شواهد، گروه پیامدهای هنجاری به‌عنوان کلیه‌ی ویژگی‌های مرتبط با هنجارهای پایه‌ای و شرایط انسانی موجود در شبکه در نظر گرفته می‌شود. مضمون‌هایی که در این دسته قرار می‌گیرند به شرح زیر هستند:

تعهد: تعهد در شبکه به حس مسئولیت و پاسخگویی در انجام وظایف مربوط است (۱۵). در شبکه می‌توان از طریق به اشتراک‌گذاری مالکیت، اعطای قدرت تعهد را افزایش داد که نیاز به نظارت سخت‌گیرانه و مکانیسم‌های پیچیده کنترلی را کاهش می‌دهد (۲۱). همچنین شرکت اعضای شبکه در ایجاد یک چشم‌انداز مشترک در مورد اولویت‌های شبکه می‌تواند تعهد را افزایش دهد (۱۴).

پیامدهای هنجاری: پیامدهای هنجاری مربوط به

آزادی و اختیار در تصمیمات مدیریتی و عملیاتی اعضای شبکه است (۱). مشارکت در شبکه و نوع همکاری بر خود مختاری و اختیار اعضا تأثیرگذار است که ممکن است برای اعضای ناخوشایند باشد (۲۰). سطح مناسبی از خود مختاری می‌تواند، انگیزه پیوستن به شبکه را افزایش دهد (۱).

گروه عوامل مرتبط با ویژگی‌های مشارکت؛ بر اساس ترکیب صورت گرفته بر روی شواهد، گروه ویژگی‌های مشارکت به‌عنوان کلیه‌ی خصوصیات مرتبط با مشارکت در شبکه در نظر گرفته می‌شود. مضمون‌هایی که در این دسته قرار می‌گیرند به شرح زیر هستند:

الگوهای اجرایی: الگوهای اجرایی مربوط به الگوها و دستورالعمل‌ها برای اجرای برنامه‌ها و پروژه‌ها در شبکه هستند (۳۰). بازیگران برای انجام وظایف یا اقدامات مربوط به اجرای برنامه‌های پیش رو، بی‌میل هستند (۲۰). افزایش صمیمیت از طریق شناخت اعضای شبکه انجام اقدام مشترک شبکه‌ای را تسهیل می‌کند (۱۸).

تبادل اطلاعات: تبادل اطلاعات مربوط به انتقال و به اشتراک‌گذاری داده‌ها و اطلاعات بین اعضای شبکه است (۳۱). شبکه‌ها اغلب جهت تسهیل تبادل اطلاعات و حل مسائل پیچیده شکل می‌گیرند. فقدان اشتراک‌گذاری اطلاعات ممکن است، مانعی برای همکاری باشد (۳۰). اشتراک متقابل اطلاعات همچنین می‌تواند درک مشترک را که یک ارزش است، بهبود داده و ارائه خدمات سلامت را ارتقاء دهد (۱۵). به اشتراک‌گذاری اطلاعات در مورد تجربیات شخصی در شبکه، دانش متقابل را تقویت می‌کند که می‌تواند به همکاری و استفاده از تمام ظرفیت‌های شبکه کمک کند (۱۸، ۲۳).

سطح انگیزه‌های مشارکت: سطح انگیزه‌های مشارکت به انگیزه و علاقه یک سازمان برای ورود به شبکه اشاره دارد (۱۵). انگیزه‌های مختلف در بین بازیگران برای شرکت کردن در شبکه مانند دستیابی به منابع، اطلاعات، تخصص، تجربه یا شهرت وجود دارد. ایجاد یک انگیزه مشترک که توسط اکثر شرکت‌کنندگان پذیرفته می‌شود، می‌تواند اجماع هدف را بهبود بخشد و همکاری و هماهنگی را تسهیل کند (۱۷، ۲۱).

آموزش: آموزش ناکافی در زمینه هماهنگی میان متخصصان در شبکه از موانع هماهنگی در شبکه است (۱۸). تکرار ارتباطات می‌تواند موجب آموزش در زمینه‌ی

ممکن است منجر به درگیری بین بازیگران شود (۲۵).  
 سطح اعتماد: سطح اعتماد مربوط به اعتماد اعضا به قدرت و توانایی سایر اعضا در شبکه است (۱۵).  
 مکانیسم‌های مختلف حکمرانی برای سطح معینی از اعتماد و تعهد در شبکه مناسب است (۲۵). سطح اطمینان در شبکه بر میزان رسمی بودن روابط در شبکه تأثیر می‌گذارد و با افزایش اعتماد، روابط غیر رسمی تر خواهد بود (۲۷).

هنجارهای اساسی است که در شبکه وجود دارد (۲۴).  
 افزایش دموکراسی و تصمیم‌گیری مشترک باعث می‌شود که نظر اعضا در نظر گرفته شود و با افزایش تعهد از نقض تصمیمات جلوگیری می‌کند (۱۵،۳۵). عدالت درک شده توسط بازیگران در شبکه، رابطه مستقیم با تداوم ارتباط بین بازیگران دارد، همچنین عدم تقارن قدرت در شبکه که اشاره به کسب منفعت از شبکه یا سطح خودمختاری دارد

جدول ۲: خلاصه‌ای از مشخصات مطالعات ورودی به مرور

| منبع | زمینه‌ی مطالعه        | محتوای مطالعه        | نوع متدولوژی (کمی/کیفی) | سال انتشار | نویسندگان          |
|------|-----------------------|----------------------|-------------------------|------------|--------------------|
| (۱۳) | مراقبت‌های پیشگیرانه  | همکاری بین سازمانی   | کمی                     | ۲۰۱۵       | منجر و همکاران     |
| (۱۷) | همکاری بین بیمارستانی | سلامت عمومی          | کمی                     | ۲۰۱۵       | بیتی و همکاران     |
| (۳۴) | همکاری بین سازمانی    | سلامت عمومی          | کیفی/کمی                | ۲۰۰۳       | الکساندر و همکاران |
| (۳۵) | همکاری بین بخشی       | خدمات انسانی         | کیفی                    | ۲۰۱۶       | وانگ               |
| (۳۶) | هماهنگی بین سازمانی   | خدمات انسانی         | کمی                     | ۲۰۱۳       | بانگر              |
| (۳۷) | همکاری بین بخشی       | سلامت عمومی          | کمی                     | ۲۰۱۷       | کیم و همکاران      |
| (۳۸) | همکاری بین سازمانی    | مراقبت‌های اولیه     | کیفی                    | ۲۰۱۳       | کینگ و همکاران     |
| (۱۱) | همکاری بین بیمارستانی | سلامت عمومی          | کمی                     | ۲۰۱۲       | مسکیا و همکاران    |
| (۱۰) | هماهنگی بین سازمانی   | مراقبت‌های اولیه     | کمی                     | ۲۰۱۰       | هانسون و همکاران   |
| (۹)  | هماهنگی بین سازمانی   | مراقبت‌های اولیه     | کیفی                    | ۲۰۰۴       | گیتل و ویس         |
| (۱۲) | هماهنگی بین سازمانی   | مراقبت‌های پیشگیرانه | کیفی                    | ۲۰۱۵       | شیا و همکاران      |
| (۱۹) | همکاری بین بخشی       | سلامت عمومی          | کیفی                    | ۲۰۱۵       | آنسل               |
| (۲۸) | همکاری بین سازمانی    | مراقبت‌های اولیه     | کیفی                    | ۲۰۰۸       | لویز و همکاران     |
| (۳۹) | هماهنگی بین سازمانی   | سلامت عمومی          | کیفی                    | ۲۰۱۵       | وارگاس و همکاران   |
| (۱۸) | هماهنگی بین سازمانی   | سلامت عمومی          | کیفی                    | ۲۰۱۶       | وارگاس و همکاران   |
| (۲۷) | همکاری بین بخشی       | مراقبت‌های اولیه     | کیفی                    | ۲۰۱۲       | کراتی و همکاران    |
| (۱۴) | همکاری بین آژانس‌ها   | سلامت عمومی          | کیفی                    | ۲۰۱۷       | بیررز و همکاران    |
| (۶)  | همکاری بین آژانس‌ها   | خدمات انسانی         | کیفی                    | ۲۰۰۸       | پرووان و کنیس      |
| (۴)  | همکاری بین آژانس‌ها   | مراقبت‌های اولیه     | کیفی                    | ۲۰۰۲       | وان‌ایک و بام      |
| (۲۰) | همکاری بین بخشی       | مراقبت‌های اجتماعی   | کیفی                    | ۲۰۱۶       | راناد و هودسون     |
| (۱۵) | همکاری بین سازمانی    | مراقبت‌های اجتماعی   | کیفی                    | ۲۰۱۴       | پوچارون و تینگ     |
| (۲۲) | هماهنگی بین سازمانی   | مراقبت‌های اولیه     | کمی                     | ۲۰۱۷       | آلتالیب و همکاران  |
| (۲۳) | همکاری بین بخشی       | سلامت عمومی          | کمی                     | ۲۰۱۷       | واسکوز و همکاران   |
| (۸)  | همکاری بین آزمایشگاهی | سلامت عمومی          | کیفی                    | ۲۰۱۷       | تلاوس و همکاران    |
| (۲۱) | همکاری بین بخشی       | سلامت عمومی          | کیفی                    | ۲۰۱۷       | جونیر و شیمیزو     |
| (۳۲) | همکاری بین بخشی       | خدمات انسانی         | کیفی                    | ۲۰۱۷       | فایفر و همکاران    |
| (۲۹) | همکاری بین سازمانی    | سلامت مواد غذایی     | کیفی                    | ۲۰۱۷       | آبیبی و همکاران    |
| (۴۰) | همکاری بین سازمانی    | مراقبت‌های اولیه     | کیفی                    | ۲۰۱۷       | مندال              |
| (۳۳) | همکاری بین سازمانی    | مراقبت‌های اولیه     | کیفی                    | ۲۰۰۷       | ولز و وینر         |
| (۴۱) | همکاری بین سازمانی    | سلامت عمومی          | کمی                     | ۲۰۱۲       | هانیکات و استرانگ  |
| (۲۵) | همکاری بین سازمانی    | سلامت مواد غذایی     | کیفی                    | ۲۰۱۷       | بریتو و میگوآل     |

جدول ۳: شواهد مربوط به عوامل رفتاری تأثیرگذار بر طراحی مدل حکمرانی در شبکه‌های مراقبت سلامت

| منبع | شواهد استخراج شده                        | مضامین         | گروه                | منبع | شواهد استخراج شده                          | مضامین                   | گروه                |
|------|--|----------------|---------------------|------|--|--------------------------|---------------------|
| (۳۷) | ماهیت فرامرزی آنچه بازیگر باید انجام دهد |                | <b>مشخصات روابط</b> | (۱۳) | قدرت روابط                                 |                          | <b>مشخصات روابط</b> |
| (۶)  | ماهیت وظایف                              | ماهیت وظایف    |                     | (۱۷) | سطح اقدام مشترک                            |                          |                     |
| (۴)  | موانع تخصصی برای همکاری                  |                |                     | (۱۳) | ارتباط پرتکرار                             |                          |                     |
| (۱۹) | استقلال و انعطاف‌پذیری شرکا              |                |                     | (۳۶) | رقابت                                      | قدرت روابط               |                     |
| (۲۰) | آزادی بازیگران                           | سطح خودمختاری  |                     | (۳۵) | الگوی همکاری                               |                          |                     |
| (۲۰) | اجرای فعالیت‌های مورد نیاز برنامه‌ها     |                | <b>ویژگی مشارکت</b> | (۱۴) | روابط توسعه‌یافته (در داخل و خارج از شبکه) |                          |                     |
| (۱۸) | ایجاد روابط بین فردی                     | الگوهای اجرایی |                     | (۱۱) | رفتار بازیگران                             |                          |                     |
| (۱۲) | تبادل اطلاعات و پاسخ‌گویی به مشکلات      |                |                     | (۱۰) | نقش‌ها و روال‌ها                           |                          |                     |
| (۱۵) | درک مشترک                                |                |                     | (۹)  | روال‌ها (عملکرد متقابل)                    |                          |                     |
| (۱۸) | انتقال اطلاعات                           |                |                     | (۳۴) | نقش‌ها و مسئولیت‌های اعضای هیئت مدیره      | نقش‌ها و روال‌ها در شبکه |                     |
| (۲۲) | به اشتراک‌گذاری اطلاعات و منابع          | تبادل اطلاعات  |                     | (۱۲) | وضوح نقش‌ها                                |                          |                     |
| (۲۳) | تبادل اطلاعات                            |                |                     | (۱۹) | مشخصات واضح‌تر از نقش شریک                 |                          |                     |
| (۱۸) | دانش متقابل                              |                |                     | (۱۴) | وابستگی متقابل                             |                          |                     |
| (۱۸) | آموزش تخصصی در شبکه                      |                |                     | (۱۱) | وابستگی متقابل سازمان‌ها                   | سطح وابستگی متقابل       |                     |
| (۱۳) | آموزش هماهنگی                            |                |                     | (۲۸) | ارتباط غیر رسمی بین اعضا                   |                          |                     |
| (۸)  | تمرین اقدام مشترک                        | آموزش          |                     | (۱۸) | ارتباط غیر رسمی                            | سطح رسمی بودن روابط      |                     |
| (۸)  | اجرای پروژه‌های مشترک                    |                |                     | (۱۹) | رسمی سازی روابط                            |                          |                     |
| (۸)  | بررسی دوره‌ای اقدام مشترک                |                |                     | (۲۷) | غیر رسمی بودن روابط                        |                          |                     |

| منبع | شواهد استخراج شده            | مضامین | گروه                | منبع | شواهد استخراج شده           | مضامین                | گروه            |
|------|------------------------------|--------|---------------------|------|-----------------------------|-----------------------|-----------------|
| (۳۵) | همکاری مطلوب                 |        | ویژگی مشارکت        | (۱۷) | تعدیل انگیزه‌های مختلف      |                       | ویژگی مشارکت    |
| (۳۹) | تنظیم متقابل                 |        |                     | (۲۱) | انگیزه برای مشارکت          | سطح انگیزه‌های مشارکت |                 |
| (۲۹) | ریسک معاملات                 |        |                     | (۱۸) | انگیزه‌های اقتصادی          |                       |                 |
| (۴۰) | یادگیری                      |        |                     | (۱۸) | انگیزه برای هماهنگی         |                       |                 |
| (۱۴) | تأثیر مثبت بین بازیگران مکمل |        | قابلیت تنظیم متقابل | (۹)  | جلسه بین بازیگر             |                       | پیامدهای هنجاری |
| (۱۴) | متناسب بودن شریک             |        |                     | (۳۸) | ملاقات منظم بین اعضا        | ملاقات بین بازیگران   |                 |
| (۳۳) | مکملی                        |        |                     | (۲۱) | گفت‌وگوی چهره به چهره       |                       |                 |
| (۱۷) | زبان مشترک                   |        |                     | (۲۱) | توسعه تعهد                  | تعهد                  |                 |
| (۴۱) | ارزش مشترک                   |        | (۱۵)                | تعهد |                             |                       |                 |
| (۳۲) | همکاری قوی و انعطاف‌پذیر     |        |                     | (۱۵) | دموکراسی                    | پیامدهای هنجاری       |                 |
|      |                              |        |                     | (۲۵) | عدالت                       |                       |                 |
|      |                              |        |                     | (۲۵) | اعتماد و محافظت‌های غیررسمی | سطح اعتماد            |                 |
|      |                              |        |                     | (۲۱) | ایجاد اعتماد                |                       |                 |

## بحث

هدف از این مرور نظام‌مند ادبیات شناسایی، استخراج شواهد مربوط به فاکتورهای رفتاری تأثیرگذار در طراحی مدل مناسب حکمرانی شبکه در شبکه‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات مراقبت سلامت بود. برای این منظور، از منابع علمی مرتبط با سؤال پژوهش با استفاده از پایگاه داده web of science به‌عنوان یک پایگاه داده‌ی جامع بهره برده شد. عوامل تأثیرگذار معرفی شده در ادبیات بسیار گوناگون و گسسته هستند و عمدتاً به‌طور تجربی کشف شده‌اند، بنابراین یک روش یکپارچه برای کشف و استخراج این شواهد مورد نیاز بود.

مطالعات گذشته در زمینه‌ی عوامل موثر بر حکمرانی در شبکه‌های ارائه دهنده خدمات سلامت عمدتاً به ۲ دسته کلی عوامل مرتبط با موانع و تسهیل‌کننده‌های همکاری و هماهنگی در شبکه‌ها تمرکز داشته‌اند (۳،۱۸،۲۷). علی‌رغم پژوهش‌های صورت گرفته این مطالعات از منظر عوامل رفتاری به دسته بندی عوامل تأثیرگذار بر مدل حکمرانی نپرداخته‌اند.

شواهد منتج شده از این مرور در ۳ گروه مشخصات روابط، ویژگی‌های مشارکت و پیامدهای هنجاری دسته‌بندی شدند. از میان ۵۹ عدد شواهد منتج شده از ۳۱ انتشار علمی، ۲۳ عدد از شواهد به دسته‌ی مشخصات روابط، ۳۰ عدد از شواهد به دسته‌ی ویژگی‌های مشارکت و تنها ۶ عدد از شواهد بر پیامدهای هنجاری در شبکه اشاره داشتند.

در دسته‌ی مشخصات روابط بیشترین تأکید بر قدرت روابط با ۷ عدد از شواهد کشف شده و کمترین تأکید بر وابستگی متقابل و سطح خود مختاری با تنها ۲ عدد از شواهد بود. خصوصیات روابط مربوط به خواص ارتباطات بین بازیگران در شبکه است که تحت تأثیر مدل حکمرانی در شبکه قرار دارد و همچنین بر آن اثر می‌گذارد (۱۳). در این باره، روابط قوی بین بازیگران در شبکه و ارتباطات بیشتر بین آن‌ها منجر به رفتار بهتر بین اعضا و کاهش رقابت بین آن‌ها می‌گردد. نقش‌های واضح و رویه‌های دقیق‌تر در شبکه به‌عنوان عامل دیگری، به نظارت بر انجام وظایف اعضا و نظارت بر پیشرفت همکاری کمک می‌کند. همچنین وجود رابطه رسمی یا غیر رسمی در شبکه تأثیر خاصی بر همکاری داشته و نیازمندی‌های خاصی برای

دستیابی به موفقیت در همکاری دارد (۱۹). در این خصوص، روابط غیر رسمی‌تر نیاز به کنترل بیشتر اعضا دارد اما ممکن است منجر به ایجاد اعتماد شود. به‌عنوان عاملی دیگر، وابستگی بیشتر بین وظایف اغلب به زیرساخت‌های عملیاتی و هماهنگی بیشتری نیاز دارد (۱۴). همچنین وظایف و نقش‌های بسیار پیچیده و تخصصی، نیازمند الگوهای دقیق‌تر همکاری و هماهنگی در شبکه است.

بیشترین تأکید بر عوامل رفتاری در ادبیات با ۳۰ عدد از شواهد بر ویژگی‌های مشارکت بود. در دسته‌ی ویژگی‌های مشارکت بیشترین تأکید بر قابلیت تنظیم متقابل با ۱۰ عدد شواهد و کمترین تأکید بر الگوهای اجرایی با تنها ۲ عدد از شواهد بود. ویژگی مشارکتی به رفتار بازیگران قبل و بعد از مشارکت در شبکه اشاره دارد. در این باره، سطح بیشتر انگیزه جهت مشارکت بر سرعت ورود به شبکه و نوع همکاری تأثیر می‌گذارد و همچنین هماهنگی را تسهیل می‌کند (۲۱). به‌عنوان عاملی دیگر، مهارت‌های همکاری و هماهنگی ممکن است در طول زمان و از طریق همکاری قبلی ایجاد شده باشند، اما از طریق آموزش نیز می‌توان این مهارت‌ها را بهبود داد. ملاقات بین بازیگران می‌تواند مجاورت اعضا را افزایش داده و موجب گسترش یادگیری شود. اشتراک‌گذاری ارزش یکسان، زبان مشترک و مکمل بودن به‌عنوان عواملی دیگر در این دسته، از طریق افزایش حس نزدیکی و یا افزایش نیاز متقابل بر تنظیم متقابل در شبکه تأثیر می‌گذارد (۱۴). مجموعه‌ی شرکا در شبکه مناسب هستند در صورتیکه قابلیت تنظیم متقابل بین هر ۲ عضو شبکه بالا باشد، لذا این عامل بر انتخاب شریک در شبکه تأثیر می‌گذارد.

از میان فاکتورهای موجود و مرتبط با عوامل رفتاری، پیامدهای هنجاری با تنها ۶ عدد از شواهد کمترین شواهد را به خود اختصاص داده است. پیامدهای هنجاری به هنجارهای تنیده شده در شبکه اشاره دارد. در این خصوص اگر احساس تعهد در شبکه وجود داشته باشد منجر به مشارکت بیشتر اعضا میشود. به همین دلیل، مدل حکمرانی باید به‌منظور ترویج حس تعهد درون اعضا طراحی شود. دموکراسی به‌عنوان یک هنجار در شبکه، از طریق بهبود اعتماد، تعهد و افزایش عدالت بر همکاری و

مدل حکمرانی مناسب می‌گردد که کسب نتایج حاصل از همکاری را بهبود می‌بخشد.

در زمینه‌ی حکمرانی در شبکه‌های همکاری در نظام سلامت بایستی به مشخصات روابط بین بازیگران توجه شود. روابط بسیار غیر رسمی نیاز به استفاده از سازوکارهای سلسله مراتبی جهت کنترل رفتار و روابط بین بازیگران دارد. همچنین با توجه به ماهیت وظایف در شبکه بایستی نوع روابط بین اعضا تعریف شود. هر مشارکتی دارای ویژگی‌های منحصر به خود می‌باشد که این ویژگی‌ها را از اعضای خود به ارث می‌برد. توجه به ویژگی‌های هر مشارکت می‌تواند حکمرانی شبکه را به سوی نوع خاصی سوق دهد. همچنین هنجارهای موجود در شبکه به عنوان یک عامل اساسی که مشخص کننده‌ی نوع حکمرانی مورد نیاز است بایستی در نظر گرفته شود. شبکه‌ها با سطح بالایی از تعهد و اعتماد کمتر نیازمند مکانیسم‌های سخت‌گیرانه جهت کنترل اعضا در شبکه هستند.

نتایج حاصل از این پژوهش مبتنی بر رویکردی توصیفی ارائه شدند. لذا، حرکت به سمت مدل‌هایی که با بهره‌گیری از نتایج توصیفی مذکور به تبیین چارچوب‌ها و مدل‌های تجویزی بپردازند، می‌تواند مسیر مناسبی برای کاربردی کردن نتایج این پژوهش قلمداد شود. همچنین، بررسی نحوه و میزان تأثیر عوامل شناسایی شده در قالب مدل‌های مفهومی و مبتنی بر شواهد میدانی می‌تواند به اتقان علمی و کاربردی یافته‌های این پژوهش کمک کند. علاوه بر این، شناسایی عوامل ساختاری و عوامل محیطی که در کنار عوامل رفتاری بایست در طراحی مدل حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت مورد توجه قرار گیرند، مسیر پیشنهادی دیگری است که در تحقیقات آتی می‌تواند مورد نظر قرار گیرد. مطالعات آینده همچنین می‌توانند برای دستیابی به جامعیت بیشتر به جستجوی سایر پایگاه‌های اسنادی بپردازند. همچنین پژوهشگران در آینده می‌توانند به وزن دهی و اولویت‌بندی عوامل کشف شده در این مطالعه بپردازند.

### سیاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند بدینوسیله از اساتیدی که این مطالعه را در جهت بهبود آن یاری نمودند، قدردانی نمایند.

### مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ع. ع. الف، ر. ع

انجام بهتر وظایف تأثیر می‌گذارد (۲۱). همچنین افزایش عدالت بر کاهش اختلاف و کاهش عدم توازن قدرت تأثیر خواهد گذاشت، بنابراین بر تاب‌آوری شبکه تأثیر اساسی دارد (۲۵). سطح بالای اعتماد همچنین نیاز به روابط به‌شدت رسمی، بوروکراسی و الگوی کنترلی سخت‌گیرانه را کاهش می‌دهد.

جستجوی پایگاه داده‌ی web of science جهت شناسایی مطالعات مرتبط می‌تواند به‌عنوان یکی از محدودیت‌های این پژوهش در نظر گرفته شود. جستجوی سایر پایگاه‌های داده می‌تواند به انسجام بیشتر و همچنین کشف شواهد بیشتر منجر شود. همچنین با این اقدام دسته بندی صورت گرفته تغییر خواهد نمود و بسط داده خواهد شد. عدم دستیابی کامل به متن مقالات به صورت آزاد و یا زبان‌های نوشتاری غیر از انگلیسی مقالات موجود نیز یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش بود. همچنین ارزیابی دقیق و از کیفیت شواهد استخراج شده و وزن دهی آن‌ها، بر اساس سلسله مراتب‌های موجود جهت ارزیابی کیفیت شواهد، می‌تواند به‌عنوان یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش محسوب شود.

### نتیجه‌گیری

در این پژوهش فهرستی از عوامل رفتاری حاکم بر شبکه که بایستی در طراحی یک مدل حکمرانی شبکه‌ای مطلوب در نظام سلامت مورد توجه قرار گیرند، ارائه شد. این عوامل در ۳ دسته کلی شامل عوامل مرتبط با مشخصات روابط، ویژگی‌های مشارکت و پیامدهای هنجاری دسته بندی شدند. در نظر گرفتن عوامل مذکور در طراحی مدل‌های همکاری بین سازمانی بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در سطوح مختلف این امکان را فراهم می‌آورد تا همکاری و هماهنگی مؤثرتری میان شرکا و ذی‌نفعان مرتبط شکل گیرد. با توجه به توسعه روزافزون مدل‌های همکاری شبکه‌ای در نظام سلامت و اهمیت به‌کارگیری مدل‌های حکمرانی مؤثر در این شبکه‌ها، نتایج این پژوهش می‌تواند مبنای مناسبی را در شکل‌دهی و جهت‌دهی مناسب این شبکه‌ها فراهم آورد. دولت که اغلب به‌عنوان پدید آورنده شبکه‌های همکاری در نظام سلامت و یا تسهیل‌کننده ایجاد شبکه‌ها به‌وسیله‌ی نقش تأمین مالی بوده؛ می‌تواند این عوامل را در سیاست‌گذاری‌ها در حوزه‌ی سلامت در نظر گیرد. این اقدام موجب طراحی



شبکه‌های ارائه خدمات تشخیص آزمایشگاهی"، در مقطع کارشناسی ارشد رشته مهندسی صنایع با کد ۱۱۰۰۳، در سال ۱۳۹۷ می‌باشد و از سوی دانشگاه علم و صنعت ایران مورد حمایت قرار گرفته است.

### تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

جمع‌آوری داده‌ها: ر.ع.م.ح.ر.ع.الف

تحلیل داده‌ها: ر.ع.م.ر.ع.ع.الف

نگارش و اصلاح مقاله: ر.ع.م.ر.

### سازمان حمایت‌کننده

این مقاله حاصل پایان‌نامه با عنوان "بررسی عوامل تأثیرگذار بر طراحی مدل حکمرانی شبکه‌ای در شبکه‌های ارائه خدمات سلامت با رویکرد قابلیت‌های پویا با تمرکز بر

## References

- 1) Guo C, Acar M. Understanding collaboration among nonprofit organizations: Combining resource dependency, institutional, and network perspectives. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 2005; 34(3): 340-61. doi: 10.1177/0899764005275411.
- 2) Mays GP, Scutchfield FD. Improving public health system performance through multiorganizational partnerships. *Prev Chronic Dis* 2010; 7(6): 116-27. PMID: 20950523.
- 3) Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Létrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health (Oxf)* 2015; 37(4): 716-27. doi: 10.1093/pubmed/dfu102.
- 4) van Eyk H, Baum F. Learning About Interagency Collaboration: Trialing Collaborative Projects between Hospitals and Community Health Services. *Health Soc Care Community* 2002; 10(4): 262-9. PMID: 12193170.
- 5) Provan KG, Beagles JE, Leischow SJ. Network formation, governance, and evolution in public health: The North American Quitline Consortium case. *Health Care Manage Rev* 2011; 36(4): 315-26. doi: 10.1097/HMR.0b013e31820e1124.
- 6) Provan KG, Kenis P. Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory* 2008; 18(2): 229-52. doi: https://doi.org/10.1093/jopart/mum015.
- 7) Willem A, Gemmel P. Do governance choices matter in health care networks?: an exploratory configuration study of health care networks. *BMC Health Serv Res* 2013; 13(1): 229-37. doi: 10.1186/1472-6963-13-229.
- 8) Thelaus J, Lindberg A, Thisted Lambertz S, Bystrom M, Forsman M, Lindmark H, et al. Network Experiences from a Cross-Sector Biosafety Level-3 Laboratory Collaboration: A Swedish Forum for Biopreparedness Diagnostics. *Health Secur* 2017; 15(4): 384-91. doi: 10.1089/hs.2016.0082.
- 9) Gittel JH, Weiss L. Coordination networks within and across organizations: A multi-level framework. *Journal of Management Studies* 2004; 41(1): 127-53. doi: https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2004.00424.x.
- 10) Hansson J, Ovretveit J, Askerstam M, Gustafsson Ch, Brommels M. Coordination in networks for improved mental health service. *Int J Integr Care* 2010; 10(2): 1-9. PMID: 20922065.
- 11) Mascia D, Di Vincenzo F, Cicchetti A. Dynamic analysis of interhospital collaboration and competition: empirical evidence from an Italian regional health system. *Health Policy* 2012; 105(2 and 3): 273-81. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.02.011.
- 12) Xia J, Rutherford S, Ma Y, Wu L, Gao S, Chen T, et al. Obstacles to the coordination of delivering integrated prenatal HIV, syphilis and hepatitis B testing services in Guangdong: using a needs assessment approach. *BMC Health Serv Res* 2015; 15(6): 117-26. doi: 10.1186/s12913-015-0760-0.
- 13) Menger LM, Stallones L, Cross JE, Henry KL, Chen PY. Strengthening suicide prevention networks: Interorganizational collaboration and tie strength. *Psychosocial Intervention* 2015; 24(3): 155-65. doi: 10.1016/j.psi.2015.07.005.
- 14) Beers LS, Godoy L, Biel MG. Using Effective Public Private Collaboration to Advance Integrated Care. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2017; 26(4): 665-75. doi: 10.1016/j.chc.2017.06.003.
- 15) Poochaoren O, Ting B. Collaboration , Coproduction , Networks – Convergence of Theories. *Lee Kuan Yew Sch Public Policy Res Pap* 2014; 14(65): 587-614.
- 16) Kitchenham B. Procedures for performing systematic reviews. Keele, UK, Keele Univ 2004; 33(7): 28-42.
- 17) Beatty KE, Wilson KD, Ciecior A, Stringer L. Collaboration among missouri nonprofit hospitals and local health departments: content analysis of community health needs assessments. *Am J Public Health* 2015; 105(Suppl 2): S337-44. doi: 10.2105/AJPH.2014.302488.
- 18) Vargas I, Mogollon-Perez AS, De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, Vazquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-



- based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan* 2016; 31(6): 736-48. doi: 10.1093/heapol/czvl26.
- 19) Ansell C. When collaborative governance scales up: Lessons from global public health about compound collaboration. *Policy Polit* 2015; 43(3): 391-406.
- 20) Ranade W, Hudson BOB. Conceptual issues in inter-agency collaboration. *Local Government Studies* 2016; 117(15): 37-41.
- 21) Junior NB, Shimizu HE. Theoretical reflections on governance in health regions. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4): 85-95.
- 22) Altalib HH, Fenton BT, Cheung KH, Pugh MJV, Bates J, Valente TW, et al. Care coordination in epilepsy: Measuring neurologists' connectivity using social network analysis. *Epilepsy Behav* 2017; 73(1): 31-5. doi: 10.1016/j.yebeh.2017.05.026.
- 23) Vázquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med* 2017; 182: 10-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.04.001.
- 24) Smismans S. New modes of governance and the participatory myth. *West European Politic* 2008; 31(5): 874-95.
- 25) Brito RP, Miguel PLS. Power, Governance, and Value in Collaboration: Differences between Buyer and Supplier Perspectives. *J Supply Chain Management* 2017; 53(2): 61-87. doi: https://doi.org/10.1111/jscm.12134.
- 26) Tranfield D, Denyer D, Smart P. Towards a methodology for developing evidence-informed management knowledge by means of systematic review. *British Journal of Management* 2003; 14(3): 207-22.
- 27) Crotty MM, Henderson J, Fuller JD. Helping and hindering: Perceptions of enablers and barriers to collaboration within a rural South Australian mental health network. *Aust J Rural Health* 2012; 20(4): 213-8. doi: 10.1111/j.1440-1584.2012.01282.x.
- 28) Lewis JM, Baeza JI, Alexander D. Partnerships in primary care in Australia: Network structure, dynamics and sustainability. *Social Science & Medicine* 2008; 67(2): 280-91. doi: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.046.
- 29) Abebe GK, Chalak A, Abiad MG. The effect of governance mechanisms on food safety in the supply chain: Evidence from the Lebanese dairy sector. *Journal of the Science of Food and Agriculture* 2017; 97(9): 2908-18. doi: https://doi.org/10.1002/jsfa.8128.
- 30) Kartseva V, Hulstijn J, Gordijn J, Tan YH. Control patterns in a health-care network. *European Journal of Information Systems* 2010; 19(3): 320-43.
- 31) Nicaise P, Tulloch S, Dubois V, Matanov A, Priebe S, Lorant V. Using Social Network Analysis for Assessing Mental Health and Social Services Inter-Organisational Collaboration: Findings in Deprived Areas in Brussels and London. *Adm Policy Ment Health* 2013; 40(4): 331-9. doi: 10.1007/s10488-012-0423-y.
- 32) Pfeiffer M, Vanya D, Davison C, Lkhagvasuren O, Johnston L, Janes CR. Harnessing opportunities for good governance of health impacts of mining projects in Mongolia: results of a global partnership. *Global Health* 2017; 13(1): 13-39. doi: 10.1186/s12992-017-0261-5.
- 33) Wells R, Weiner BJ. Adapting a Dynamic Model of Interorganizational Cooperation to the Health Care Sector. *Med Care Res Rev* 2007; 64(5): 518-43. doi: 10.1177/1077558707301166.
- 34) Alexander JA, Lee SY, Bazzoli GJ. Governance forms in health systems and health networks. *Health Care Manage Rev* 2003; 28(3): 228-42. PMID: 12940345.
- 35) Wong NWM. The road to environmental participatory governance in Taiwan: collaboration and challenges in incineration and municipal waste management. *Journal of Environmental Planning and Management* 2016; 60(10): 1726-40. doi: https://doi.org/10.1080/09640568.2016.1251400.
- 36) Bunger AC. Administrative Coordination in Nonprofit Human Service Delivery Networks: The Role of Competition and Trust. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 2013; 42(6): 1155-75. doi: https://doi.org/10.1177/0899764012451369.
- 37) Kim K, Andrew SA, Jung K. Public Health Network Structure and Collaboration Effectiveness during the 2015 MERS Outbreak in South Korea: An Institutional Collective Action Framework. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14(9): 16-35. doi: 10.3390/ijerph14091064.
- 38) King K, Christo J, Fletcher J, Machlin A, Nicholas A, Pirkis J. The sustainability of an Australian initiative designed to improve interdisciplinary collaboration in mental health care. *International Journal of Mental Health Systems* 2013; 7: 1-12. doi: https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-10.
- 39) Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MR, Unger JP, Vazquez ML. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 235-46. doi: 10.1186/s12913-015-0882-4.
- 40) Mandal S. The influence of dynamic capabilities







on hospital-supplier collaboration and hospital supply chain performance. *International Journal of Operations & Production Management* 2017; 37(5): 664-84. doi: 10.1108/IJOPM-05-2016-0249.

41) Honeycutt TC, Strong DA. Using social network analysis to predict early collaboration within health advocacy coalitions. *American Journal of Evaluation* 2012; 33(2): 221-39. doi: <https://doi.org/10.1177/1098214011424201>.

## Review Article

## Behavioral Factors Influencing on Designing Network Governance Model in Health Care Domain: A systematic literature review

Reza Aalikhani <sup>1</sup> , Ali Reza Aliahmadi <sup>2</sup>, Mohammad Reza Rasouli <sup>3\*</sup> 

<sup>1</sup> MSc in Industrial Engineering, Department of System Engineering, School of Industrial Engineering, Iran University of Science & Technology, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Professor, Department of System Engineering, School of Industrial Engineering, Iran University of Science & Technology, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of System Engineering, School of Industrial Engineering, Iran University of Science & Technology, Tehran, Iran

\* Corresponding Author : Mohammad Reza Rasouli

[rasouli@iust.ac.ir](mailto:rasouli@iust.ac.ir)

### ABSTRACT

**Citation:** Aalikhani R, Aliahmadi AR, Rasouli MR. Behavioral Factors Influencing on Designing Network Governance Model in Health Care Domain: A systematic literature review. *Manage Strat Health Syst* 2019; 4(1): 67-84.

**Received:** January 01, 2019

**Revised:** April 17, 2019

**Accepted:** April 22, 2019

**Funding:** This study has been supported by Iran University of Science & Technology (NO 110003).

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

**Background:** Establishment of the intra-organizational collaboration network has become a critical strategy to provide high-quality services with a low cost in the health system. In order to utilize the benefits of collaborative networks, an appropriate governance model in accordance with the health system is required. To design a successful model of network governance, different effective factors should be considered. The aim of this research was to identify the internal behavioral factors that influence the design of a successful model of network governance in the health care system.

**Methods:** To select the related studies, the web of science, as a comprehensive and credible database was searched and 2350 scientific studies were resulted. The titles of these studies were compared with the inclusion and exclusion criteria and a number of 150 papers were selected. Next, the abstracts of these 150 papers were studied and finally, 53 articles were reviewed. In this research, a systematic literature review was conducted to explore and integrate the relevant knowledge on behavioral factors affecting the design of a governance model in health service networks.

**Results:** The review of selected studies according to the inclusion and exclusion criteria resulted in extraction of 59 evidences from 31 sources. No further evidences were extracted from other resources. In order to access these evidences easily and create a comprehensive view in the study area, the extracted evidences were categorized into three categories including characteristics of relationships, participation characteristics, and normative implications. These categories were further classified into 15 sub-categories.

**Conclusion:** The network governance model will be successful in the case that effective behavioral factors be considered in its designing. The most important behavioral factors that should be considered in determining the network governance model include the relationships' characteristics, participation characteristics, and normative implications.

**Key words:** Behavioral factors, Network, Governance, Health care system, Systematic review