

## چکیده

با توجه بازار رقابتی امروزی در نظام سلامت، همکاری شبکه‌ای تبدیل به یک استراتژی اساسی جهت بقای سازمان‌ها شده است. توفیق راهبردی یک شبکه همکاری مستلزم بهره‌گیری از مدلی حکمرانی مناسب بین سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات در نظام سلامت است. عوامل گوناگونی بر طراحی موفق مدل حکمرانی شبکه‌ای در نظام سلامت تأثیرگذار هستند که توجه به این عوامل در طراحی موفق مدل حکمرانی شبکه‌ای حیاتی است. هدف از انجام این پژوهش شناسایی عوامل داخلی ساختاری و عملیاتی بوده که بر طراحی مناسب مدل حکمرانی شبکه‌ای در سیستم‌های ارائه خدمات سلامت اثر می‌گذارند.

روش پژوهش: جهت شناسایی و استخراج فاکتورهای مورد نظر، از شواهد ذکر شده در ادبیات در استفاده می‌شود. بدین منظور نیازمند روشی هستیم که ادبیات موضوع را به‌طور جامع و سامانمند در نظر گیرد، برای رسیدن به این هدف مرور نظام‌مند ادبیات به منظور شناسایی شواهد معتبر و به‌عنوان روشی فراگیر و سامانمند در نظر گرفته شد. همچنین جهت ترکیب شواهد استخراج شده از روش گراند تئوری بهره گرفته شد.

یافته‌ها: با جستجوی در پایگاه داده‌ی WEB OF SCIENCE به‌عنوان یک پایگاه جامع و معتبر جهت کشف مطالعات مرتبط، ۲۳۵۰ مقاله حاصل گردید. غربالگری نتایج بر اساس متناسب بودن عناوین مقالات با معیارهای ورودی و خروجی مطالعات به ۱۵۰ مقاله منجر گردید. نهایتاً با غربالگری ۱۵۰ مقاله مذکور بر اساس تناسب چکیده و نتیجه‌گیری آن‌ها، به انتخاب ۵۳ مقاله‌ی نهایی انجامید که طی مرور آن‌ها ۸۷ قطعه شواهد از ۳۷ انتشار علمی استخراج گردید و از مطالعات دیگر شواهدی کشف نشد. جهت ایجاد دیدگاه جامع و دسترسی آسان به شواهد استخراج شده در مرحله‌ی ترکیب شواهد با استفاده از متدولوژی گراند تئوری، ۲ گروه از شواهد مجموعاً شامل ۱۶ کلاس ایجاد شد.

نتیجه‌گیری: طراحی مدل حکمرانی در شبکه در صورتی موفق آمیز بوده که عوامل داخلی ساختاری و عملیاتی در طراحی آن در نظر گرفته شود. در این پژوهش عوامل مرتبط در دو دسته اصلی شامل عوامل مرتبط با مشخصات شبکه نظیر سطح انعطاف‌پذیری، سطح بلوغ منابع، سطح تمرکز در شبکه و عوامل مرتبط با ویژگی‌های حکمرانی شبکه مانند ساختار تصمیم‌گیری، مکانیسم‌های ارزیابی و مشروعیت در شبکه شناسایی شدند.

کلید واژه:

سیستم‌های مراقبت سلامت، عوامل تأثیرگذار ساختاری و عملیاتی، طراحی مدل حکمرانی شبکه‌ای، مرور نظام‌مند ادبیات

## مقدمه

همکاری‌های بین سازمانی به‌خصوص همکاری‌های شبکه‌ای به یک ضرورت برای ارائه خدمات باکیفیت بالا در سیستم‌های سلامت در دنیای امروزی تبدیل شده‌اند (۱،۲).

## عوامل داخلی ساختاری و عملیاتی

## تأثیرگذار بر طراحی مدل حکمرانی

شبکه در سیستم‌های مراقبت از سلامت:

## مرور نظام‌مند ادبیات

### رضا عالی خانی

کارشناس ارشد، گروه مهندسی صنایع-سیستم، دانشکده مهندسی صنایع، دانشگاه علم و صنعت ایران، تهران، ایران

Reza\_aalikhani@ind.iust.ac.ir

### علیرضا علی احمدی

استاد، گروه مهندسی صنایع-سیستم، دانشکده مهندسی صنایع، دانشگاه علم و صنعت ایران، تهران، ایران

pe@iust.ac.ir

### محمدرضا رسولی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه مهندسی صنایع-سیستم، دانشکده مهندسی صنایع، دانشگاه علم و صنعت ایران، تهران، ایران

rasouli@iust.ac.ir



مشارکت بین سازمان‌ها از طریق شبکه سازی جهت ارائه خدمات سلامت می‌تواند عملکرد سیستم سلامت را بهبود بخشد (۳، ۴). تخصصی و پیچیده بودن خدمات سلامت و همچنین تنوع سازمان‌هایی ارائه دهنده آن‌ها، نیازمند همکاری‌های شبکه‌ای جهت ارائه خدمات جامع و هماهنگ است (۵، ۶). سازمان‌ها با مشارکت در شبکه‌های همکاری می‌توانند توانایی و شایستگی خود را با دستیابی به منابع منحصر به فرد، بهبود بخشیده و نیز از منابع خود به بهترین نحو استفاده کند (۷، ۸). همکاری بین سازمان‌ها می‌تواند تبادل اطلاعات، هماهنگی در ارائه خدمات سلامت و یادگیری را بهبود دهد (۹، ۱۰).

حکمرانی در شبکه توسط بسیاری از نویسندگان به عنوان عامل تأثیرگذار در کارایی شبکه تأکید شده است (۱۱-۱۳)؛ اما یک نوع از حکمرانی شبکه برای همه شبکه‌های با ویژگی‌های مختلف مناسب نیست (۱۴). هر یک از اعضای منفرد در شبکه دارای نیازها و همچنین توانایی‌های خاصی هستند؛ حکمرانی شبکه با به اشتراک گذاشتن این ویژگی‌ها و تجمع نتایج حاصل این سازمان‌های منفرد، موجب دستیابی به نتایج یکپارچه می‌شود (۱۵). حکمرانی شبکه همچنین می‌تواند با گسترش فرهنگ سازمانی مشترک مبتنی بر یادگیری، موجب بهبود یادگیری در سراسر شبکه گردد (۱۶).

تلاوس و همکاران پیاده‌سازی یک پروژه مشترک با توسعه روش‌ها و اعتبارسنجی نتایج، آزمایش‌های مکرر، تمرین، حسابرسی و چرخش ریاست شبکه را به عنوان عوامل مؤثر بر حکمرانی شبکه مطرح کرده‌اند. این عوامل در ایجاد اعتماد و ارتباط بین شرکت‌کنندگان در شبکه تأثیر می‌گذارند (۱۷). گیتل و ویس با در نظر گرفتن دو چشم‌انداز درون‌سازمانی و بین‌سازمانی نشان داده‌اند که روال‌ها در همکاری بین سازمانی، سیستم‌های اطلاعاتی مورد استفاده در همکاری بین سازمانی و ملاقات بین سازمان‌های عضو شبکه، عواملی هستند که موجب بهبود هماهنگی می‌شوند (۱۸). مسیا و همکاران در تحقیق خود نشان داده‌اند که نزدیکی موقعیت جغرافیایی بین اعضا و مکملی منابع از عوامل مؤثر بر همکاری در شبکه‌های ارائه خدمات سلامت است (۱۹).

عواملی که در ادبیات همکاری بین سازمانی و شبکه‌ای به عنوان عواملی تأثیرگذار بر موفقیت مدل حکمرانی شبکه‌ای مطرح شده‌اند می‌توانند در دسته بندی‌های مختلفی جای بگیرند. این عوامل می‌توانند عوامل خارج از کنترل شبکه مانند تأثیرات محیطی نشئت گرفته از شدت رقابت در بازار (۲۰)، رویدادهای مهم در محیط خارجی و یا نیز می‌توانند عوامل رفتاری در شبکه مانند عوامل مرتبط با خصوصیات روابط (۲۲)، نقش‌ها روال‌ها در شبکه باشند. این عوامل همچنین ممکن است عوامل ساختاری شبکه مانند ثبات شبکه (۱۳)، متمرکز/غیرمتمرکز بودن شبکه (۲۷)، متمرکز سازی همکاری (۱۷) باشد.

با توجه به ادبیات موضوع، عوامل مؤثر بر حکمرانی شبکه‌ای و کارکردهای اصلی آن یعنی همکاری و هماهنگی در حوزه‌ی سلامت مورد بررسی قرار گرفته شده اما پژوهشی که به بررسی جامع و نظام‌مند عوامل ساختاری و عملیاتی درون شبکه بپردازد موجود نیست. با توجه به شکاف مطرح شده، سؤال تحقیق این است که "چه عواملی ساختاری و عملیاتی درون شبکه بر طراحی مدل مطلوب حکمرانی شبکه‌ای در سیستم‌های سلامت تأثیرگذار هستند؟".

برای پاسخ به سؤال مطرح شده و به منظور کشف شواهد مطرح شده در ادبیات موضوع از مرور نظام‌مند ادبیات استفاده خواهد شد (۲۹). انتخاب این متدولوژی این امکان را مهیا می‌سازد که به دانش غنی مطرح شده در ادبیات موضوع به‌طور سامانمند دسترسی داشت. دسترسی جامع به شواهد مطرح شده توسط مرور نظام‌مند ادبیات دید جامعی را از عوامل مؤثر در طراحی مدل مطلوب حکمرانی امکان‌پذیر می‌سازد. کشف این عوامل می‌تواند کمک شایانی به محققان و صنعتگران در طراحی موفق مدل حکمرانی در شبکه‌های ارائه دهنده خدمات سلامت نماید.

## متدولوژی

برای پاسخ به سؤال تحقیق مطرح شده از مرور نظام‌مند ادبیات در این پژوهش استفاده می‌شود. مرور نظام‌مند ادبیات به‌طور نظام‌مند به بررسی و مرور ادبیات برای پاسخ‌گویی به سؤال تحقیق می‌پردازد. بر اساس هدف پژوهش حاضر، متدولوژی منتخب جهت مرور این اطمینان را حاصل می‌کند که دیدگاه جامعی از دانش موجود به دست آید و پژوهش از جامعیت قابل قبولی در این زمینه برخوردار باشد. از میان دیگر روش‌های موجود پژوهش اکتشافی مانند تحقیق و بررسی و همچنین مطالعه‌ی موردی، روش انتخاب‌شده به این دلیل ترجیح داده می‌شود که توانایی ایجاد جامعیت را داشته و همچنین از جهت‌گیری‌ها و خطاهای انسانی تا حد مطلوبی پیش‌گیری می‌کند. مراحل انجام مرور نظام‌مند بر ادبیات موضوع را بر اساس کیچن هام (۲۹) جهت اجرای متدولوژی مراحل به صورت، ۱) برنامه‌ریزی جهت انجام مرور نظام‌مند، ۲) شناسایی مطالعات مرتبط، ۳) غربالگری عملی مطالعات کاندید، ۴) استخراج شواهد کیفی از مطالعات منتخب پس از غربالگری، ۵) ترکیب و گزارش شواهد مستخرج، می‌باشد.



### برنامه‌ریزی جهت انجام مرور نظام‌مند

پس از مشخص شدن سؤال تحقیق، پروتکلی جهت انجام پژوهش توسعه داده شد و به مرور کننده‌ها این پژوهش ارائه شد که شامل نیاز جهت انجام پژوهش (عقلانیت موجود جهت مرور)، استراتژی منتخب جهت انجام مرور که انتشارات علمی بر اساس این استراتژی تشخیص داده می‌شوند، شناسایی منابع متناسب بر اساس سؤال تحقیق، غربالگری عملی مطالعات موجود (معیارهایی جهت انتخاب مطالعات اصلی متناسب و رویه‌ی مربوط به آن)، استخراج شواهد کیفی از مطالعات منتخب بر اساس معیارهای ورودی و خروجی، سنجش کیفیت شواهد مستخرج از مطالعات و درنهایت ترکیب این شواهد (بر اساس استراتژی ترکیب منتخب). متناسب بودن پروتکل تهیه شده توسط دو مرور کننده این پژوهش از دیدگاه‌های مقابل مورد تأیید قرار گرفت: ساختارها و مکانیسم‌های ممکن جهت همکاری شبکه‌ای در سیستم‌های سلامت، مکانیسم‌های موجود جهت هماهنگی در شبکه در سیستم‌های سلامت، حکمرانی شبکه و کارایی و اثربخشی آن به‌عنوان یک ماهیت اساسی در موفقیت شبکه. بر اساس پروتکل مطرح شده جهت انجام مرور فعالیت‌هایی اساسی جهت انجام برنامه‌ریزی و زمان‌بندی شدند. جزئیات پروتکل جهت انجام مرور به شرح زیر است:

### استراتژی جستجو:

با استناد بر (۲۹)، اصطلاحات مرتبط با سؤال تحقیق جهت جستجو مشخص گردید. اصطلاحات مرتبط به دو دسته‌ی محتوا و زمینه طبقه‌بندی شدند؛ لطفاً جدول ۱ را ببینید. پس از مشخص شدن رشته‌های جستجو، به منظور تصدیق سنجی اصطلاحات و رشته‌های حاصله با جستجوی این رشته‌ها در پایگاه داده‌ی Web Of Science، نتایج به‌دست‌آمده اطمینان حاصل کرد که میزان نتایج به‌دست‌آمده برای انجام مرور کافی است.

جدول (۱): اصطلاحات و رشته‌های حاصله جهت شناسایی پژوهش‌های مرتبط با سؤال تحقیق

نتیجه	محتوا	زمینه
عوامل درون شبکه‌ای ساختاری و عملیاتی تأثیرگذار در طراحی مدل حکمرانی شبکه‌ای در سیستم‌های ارائه خدمات سلامت	حکمرانی یا همکاری یا هماهنگی	شبکه یا بین‌سازمانی یا اتحاد یا پرتفولیو یا زنجیره تأمین
		مراقبت یا سلامت یا بالینی

### شناسایی مطالعات مرتبط با سؤال تحقیق

بنا بر اصطلاحات مشخص جهت جستجوی انتشارات علمی، رشته‌های مورد جستجو ایجاد شدند. بر این اساس (۳\*۵\*۵) رشته جهت جستجو ایجاد شد. دلیل انتخاب پایگاه داده‌ی WEB OF SCIENCE این است که این پایگاه منبع جامعی از انتشارات علمی معتبر را در دسترس کاربران قرار می‌دهد. جستجو در پایگاه داده‌ی منتخب به ۲۳۵۰ منبع علمی منجر شد. منابع حاصل از این جستجو به کمک نرم‌افزار Mendeley مدیریت شدند.

### غربالگری عملی مطالعات کاندید جهت انجام مرور

برای انتخاب منابع مهم و مرتبط با سؤال تحقیق معیارهای ورودی مقالات به مطالعات مورد مرور را به‌صورت مقابل تعیین شدند: (۱) همه‌ی انواع انتشارات علمی موجود در پایگاه داده‌ی منتخب در ارتباط با موضوع حکمرانی شبکه‌ای در شبکه‌های ارائه دهنده خدمات سلامت در نظر گرفته شدند. (۲) محدودیتی زمانی در ارتباط با تاریخ انتشار منابع وجود ندارد. (۳) انواع مختلف انتشارات علمی موجود شامل، تحقیق، مرور ادبیات، مفاهیم و همچنین مقالات کنفرانسی نیز در نظر گرفته خواهند شد. همچنین معیارهای خروجی مقالات جهت رد منابع از مرور به شرح مقابل هستند:



۱) مطالعاتی که به طور واضح با حکمرانی مرتبط نیستند در نظر گرفته نخواهند شد. ۲) مطالعاتی که صراحتاً همکاری بین سازمانی و یا همکاری شبکه‌ای را مد بررسی قرار نمی‌دهند در نظر گرفته نخواهند شد. ۳) مطالعاتی که به سیستم‌های مراقبت از سلامت ارتباط ندارند در نظر گرفته نخواهند شد. ۴) مطالعاتی که زبان ارائه‌ی آنها انگلیسی نیست در نظر گرفته نخواهند شد. ۵) مطالعاتی که به عوامل ساختاری یا عملیاتی درون شبکه نمی‌پردازند در نظر گرفته نخواهند شد. ۶) مطالعاتی که به فاکتورهای مرتبط با ویژگی‌های شبکه و ویژگی‌های حکمرانی نمی‌پردازند در نظر گرفته نخواهند شد.

برای اعتبار سنجی معیارهای ورودی و خروجی مطرح شده در بالا، تعدادی منابع که توسط این معیارها انتخاب شده در اختیار مرور کننده‌ها قرار گرفت. درجه‌ی بالای سازگاری نظر این دو مرور کننده از مناسب بودن معیارها اعتبار این معیارها را تأیید نمود.

جهت انتخاب منابع اساسی بر اساس معیارهایی ذکر شده، گام‌های زیر را دنبال شدند:

۱. ارزیابی بر اساس تناسب عنوان با معیارهای ورودی و خروجی: در این مرحله منابعی انتخاب شدند که عناوینشان متناسب با سؤال تحقیق داشتند. در این مرحله ۱۵۰ مطالعه بر اساس معیارها انتخاب شدند.

۲. ارزیابی بر اساس تناسب چکیده و نتیجه‌گیری با معیارهای ورودی و خروجی: برای حصول اطمینان از اینکه منابع انتخابی بر اساس عنوان دقیقاً با موضوع تحت مرور و سؤال تحقیق همخوان است، چکیده، نتیجه‌گیری مقالات، یا بعضاً به صورت کامل بررسی شدند. در این مرحله ۵۳ منبع مرتبط بر اساس معیارها انتخاب شد.

### استخراج شواهد کیفی از مطالعات منتخب پس از غربالگری

استخراج شواهد حاصله و ارزیابی کیفیت آنها به طور هم‌زمان انجام گرفت. کیفیت شواهد مستخرج از میزان هم‌راستایی این شواهد با سؤال تحقیق و میزان دقت علمی آنها ارزیابی می‌شوند. شواهد مستخرج هم‌راستا با سؤال تحقیق است اگر منبعی که این عامل از آن مستخرج گردیده با معیارهای ورودی منابع مطابقت داشته و همچنین این عامل مرتبط با یک فاکتور ساختاری و یا عملیاتی تأثیرگذار بر طراحی مدل مناسب حکمرانی در شبکه‌های مراقبت سلامت باشد. شواهد مستخرج از لحاظ دقت علمی مورد تأیید هستند اگر با ادبیات پایه‌ای در حوزه‌ی مورد بررسی سازگار باشند. کنترل کیفیت شواهد مستخرج توسط مرور کننده‌ها این پژوهش انجام گرفت.

### ترکیب و گزارش شواهد مستخرج از مطالعات منتخب

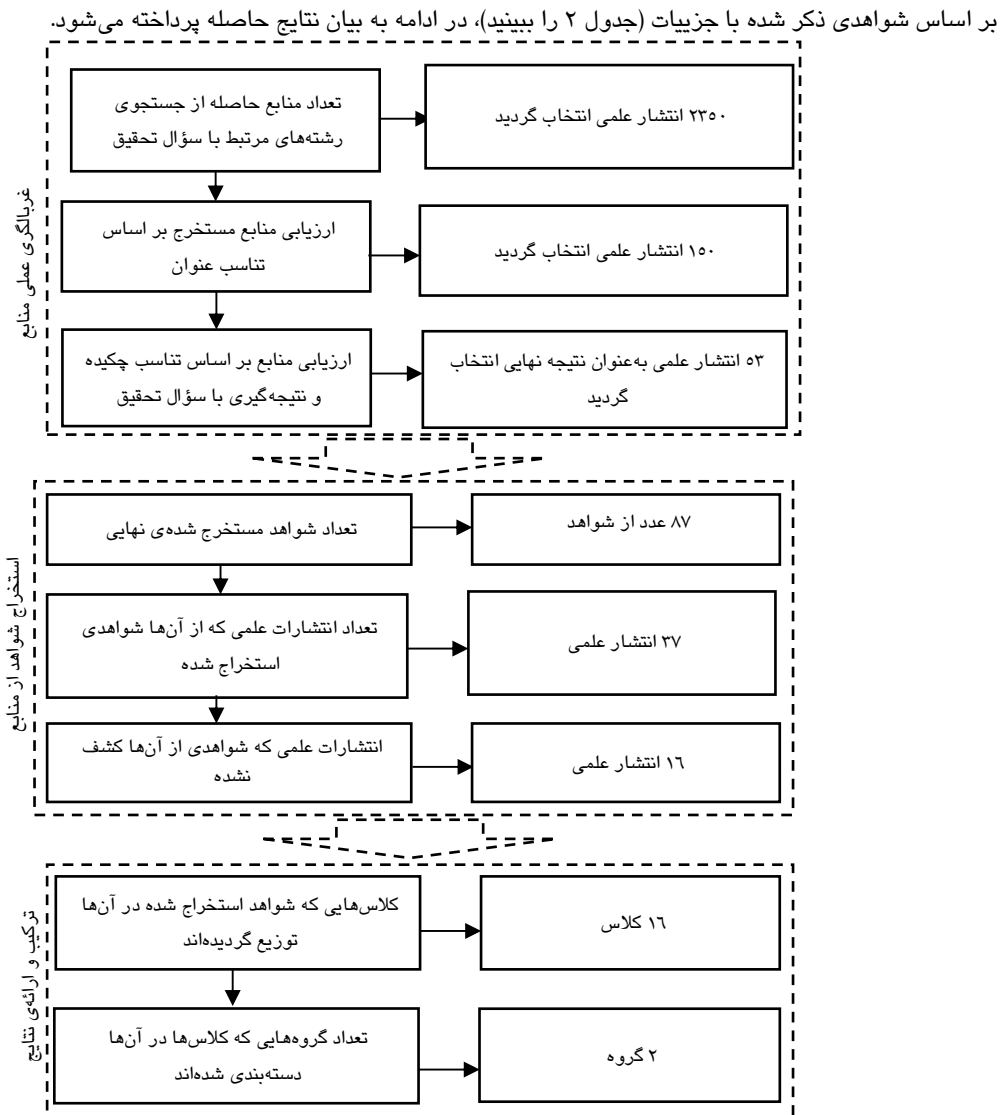
در میان استراتژی‌های موجود جهت ترکیب شواهد (۳۳)، از استراتژی واقع‌گرایانه بهره برده شد. به این منظور، مضامین هر کدام از شواهد استخراج شده مشخص گردیدند. سپس شواهدی که به مضمون یکسانی اشاره می‌کردند ترکیب شدند. بر اساس این استراتژی، شواهدی که دارای مضمون یکسان بودند در یک کلاس قرار گرفتند. به منظور دستیابی به این هدف، از گراند تئوری بهره گرفته شد (۳۴). ترکیب توسط گراند تئوری شامل مراحل کدگذاری اولیه (کدگذاری باز)، کدگذاری متمرکز (کدگذاری محوری) و مرحله‌ی یادداشت برداری (کدگذاری انتخابی) است. در مرحله کدگذاری اولیه، هر قطعه از شواهد بر اساس مضمونی که با آن مرتبط است با کد مختصری نشان‌گذاری شد. در مرحله کدگذاری متمرکز، کدهای اولیه که تکرارهای بیشتری داشتند مشخص گردیدند. این مرحله منجر به ۱۶ دسته‌ی اولیه از شواهد شد که توسط کلاس‌ها ارائه شده است. از میان شواهد مرتبط با هر کلاس یکی از شواهد به عنوان نماینده کلاس جهت معرفی آن انتخاب گردید. در در مرحله یادداشت برداری، مجدداً دسته‌بندی‌های مقدماتی کدگذاری شدند. سپس دسته‌بندی‌های کدگذاری شده از منظر اشاره به مضامین اصلی مقایسه و با یکدیگر ترکیب شدند. این مرحله منجر به ایجاد دو گروه کلی از عوامل گردید.

### ارزیابی کیفیت روند استخراج شواهد

برای حصول اطمینان از کیفیت روند استخراج شواهد، از مرور کننده‌های درخواست شد تا به صورت تصادفی ۳۰ منبع را انتخاب کرده (از ۱۵۰ مقاله، ۲۰٪) و شواهد مربوط به سؤال تحقیق را از آنها استخراج نمایند. انتخاب منابع مشابه و استخراج شواهد یکسان توسط مرور کننده‌های و نویسندگان بیان داشت که بیش از ۹۰٪ مشابهت وجود دارد. ۱۰٪ تفاوت به وجود آمده حاصل از نحوه‌ی گزارش نتایج بودند.

### نتایج

با مطالعه‌ی کامل و دقیق ۱۵۰ منبع انتخاب شده بر اساس عنوان ۹۷ انتشار علمی با سؤال تحقیق کاملاً هم‌راستا نبودند. از ۵۳ منبع باقی‌مانده ۸۷ قطعه شواهد از ۳۷ منبع باقی‌مانده استخراج گردید و در میان ۱۶ مقاله‌ی دیگر شواهد جدیدی کشف نگردید. نتایج بیان می‌دارد که تنها در ۶۹٫۸٪ از منابع انتخابی نهایی شواهدی وجود داشته است. لطفاً شکل (۲) را ببینید.



شکل (۱): رویه‌ی مرور نظام‌مند ادبیات

گروه مشخصات شبکه به عنوان کلیه‌ی ویژگی‌های مرتبط با شبکه و ساختار آن در نظر گرفته می‌شود. کلاس‌هایی که در این دسته قرار می‌گیرند به شرح زیر هستند:

### سطح انعطاف‌پذیری شبکه

انعطاف‌پذیری شبکه به آسانی پیوستن و خروج از شبکه مرتبط است. همچنین، انعطاف‌پذیری ممکن است مربوط به گستره وسیعی از وظایف برای انتخاب در شبکه باشد (۱۱). با افزایش انعطاف‌پذیری در شبکه، مشکلات در هماهنگی بین شرکت‌کنندگان افزایش می‌یابد و دستیابی به یک هدف مشترک دشوار خواهد بود (۲۶، ۲۵). افزایش ثبات در عضویت شبکه با افزایش شناخت درون اعضا، باعث افزایش اعتماد و بهبود همکاری خواهد شد (۲۵).

### سطح بلوغ منابع شبکه

سطح بلوغ منابع شبکه به سطح ضروری بودن و ایجاد ارزش منابع (که مربوط به ویژگی‌های نادر، باارزش، بی‌نظیر و غیرقابل تعویض بودن منابع است) اشاره دارد (۷). سطح منابع در شبکه می‌تواند بر مشارکت و اشتراک‌گذاری منابع در شبکه تأثیر بگذارد. بازیگران ممکن



است برای دستیابی به منابع نادر دیگر اعضا در شبکه حضور داشته باشند (۱۲). شبکه‌هایی که منابع ضعیفی دارند به‌ندرت منابع کافی برای ارتقای برنامه‌های همکاری خود دارند (۳۶).

### تاریخچه شبکه

تاریخچه شبکه به تجربیات، همکاری و درگیری‌های گذشته در شبکه اشاره دارد (۳۷). شبکه با تاریخچه‌ی درخشان می‌تواند اعضای مناسب را جذب کند. با افزایش سن شبکه، سطح اعتماد بین اعضای افزایش می‌یابد و همچنین همکاری به دلیل درک بهتر ویژگی‌های اعضای آن بهبود می‌یابد (۱۳). توجه به چرخه عمر شبکه، نکته‌ی مهمی برای انتخاب یا طراحی یک مدل حکمرانی است. اکثر محققان بر این باورند که حکمرانی در طول عمر شبکه تکامل خواهد یافت (۱۲، ۳۸).

### زیرساخت‌های همکاری شبکه‌ای

زیرساخت شبکه بر پایه‌ها و توانایی اجرای اقدامات خاص در شبکه برای دستیابی به اهداف شبکه اشاره دارد (۴۱). بدون زیرساخت مناسب به دست آوردن نتیجه خوب در شبکه زمان و تلاش بیشتری را طلب می‌کند و یا خارج از دسترس است. زیرساخت‌های هماهنگی یک الزام ضروری برای دستیابی به هماهنگی و یکپارچگی در ارائه خدمات است (۴۱). فن‌آوری اطلاعات یک زیرساخت است که می‌تواند ارتباط بین اعضای شبکه را تسهیل کند و ملاقات مؤثر بین اعضا برای بهبود هماهنگی ایجاد کند (۱۸).

### ساختار شبکه

ساختار شبکه به وسعت شبکه، تعداد اتصال‌ها (تراکم شبکه) و تمرکز در شبکه اشاره دارد (۲، ۲۵). با افزایش وسعت شبکه، چالش‌های جدیدی برای همکاری و هماهنگی درون اعضا به وجود خواهد آمد، زیرا دستیابی به اجماع و برقراری روابط قوی‌تر سخت خواهد بود (۲، ۱۷، ۴۰). مقیاس‌های بزرگ به معنی تعداد زیادی از ذینفعان با قوانین و روابط ویژه است که می‌بایست را در دستیابی به دید مشترک بین بازیگران مورد توجه قرار داد (۳۲).

### سطح تمرکز در شبکه

مرکزیت شبکه به معنای تمرکز گره‌های شبکه در اطراف نقطه‌ای کانونی است (۲). این شاخص شبکه می‌تواند هماهنگی ارائه خدمات را تحت تأثیر قرار دهد (۴۳). شبکه متمرکز یا غیرمتمرکز ممکن است در وضعیت خاص مناسب باشد، اما هماهنگی در شبکه متمرکز آسان‌تر از شبکه غیرمتمرکز است (۲۷).

### وضعیت مالی شبکه

وضعیت مالی شبکه به میزان سرمایه‌ی موجود در شبکه که توسط اعضا آورده و یا در شبکه موجود بوده، اشاره دارد (۴۴). با افزایش مشارکت اعضا در سرمایه‌گذاری می‌تواند چشم‌انداز مشترک را در میان آن‌ها ایجاد کند و حس تعهد را افزایش دهد (۲۴). شبکه‌ها نیاز به سطح مشخصی از منابع مالی و زمان متناسب با سطح اقدام مشترک خود دارند، بنابراین شبکه‌هایی که دارای منابع مالی زیادی هستند می‌توانند در همکاری موفق‌تر باشند (۴۵).

### نتایج مورد انتظار

نتایج مورد انتظار به انتظارات اعضا از نتایج مشارکت در شبکه و انجام اقدام مشترک اشاره دارد (۲۱). سرمایه‌گذاری اعضای شبکه و عدم اطمینان در نتایج باعث ایجاد وابستگی در شبکه می‌شود که می‌تواند به همکاری بیشتر برای تولید نتایج مورد نظر منجر شود (۴۶). کاهش هزینه‌هایی یک انگیزه ورود به شبکه برای سازمان‌هایی است که عضو شبکه نیستند و افزایش اقدامات مشترک برای اعضای شبکه است (۲۰).

### تنوع خدمات

تنوع خدمات به تمایز خدمات ارائه شده توسط شبکه اشاره دارد (۴۷). با افزایش پیچیدگی در ارائه خدمات نیاز به برنامه‌ریزی دقیق و اجرای مکانیسم هماهنگی ویژه برای پاسخگویی به تقاضاها مورد نیاز است (۳۶). از آنجاکه مزیت اصلی همکاری، هزینه‌های پایین‌تر حاصل از هماهنگی بهتر و یکپارچه‌سازی منابع و فعالیت‌ها است، با افزایش تمایز خدمات، هزینه‌های هماهنگ افزایش بسیاری می‌یابد و بنابراین سودآوری همکاری کاهش می‌یابد (۲۰).



## سطح یکپارچگی

یکپارچگی به معنای اجماع اقدامات جداگانه است تا زمانی که یک اقدام واحد به نظر می‌رسد (۲۶). سخت‌گیری در چیدمان همکاری و رسمیت دادن به روابط با استفاده از مکانیسم‌های مشخص جهت اقدام مشترک و یکپارچه می‌تواند مانع از روابط بیش‌ازحد سست شود (۳۲). یکپارچگی اطلاعات یک ابزار مؤثر برای تسهیل اشتراک اطلاعات است که در ارائه خدمات یکپارچه مؤثر است (۲۶). مشخصات حکمرانی شبکه به عنوان کلیه ویژگی‌های مرتبط با حکمرانی شبکه و کارکردهای آن در نظر گرفته شد. کلاس‌هایی که در این دسته قرار می‌گیرند به شرح زیر هستند:

## الگوی حکمرانی شبکه

الگوی حکمرانی به تصمیمات مدیریتی و راهبری در شبکه مانند تصمیم در مورد توزیع قدرت و اقتدار اشاره دارد (۱۱). توزیع قدرت و حق تصمیم‌گیری در شبکه، یک چالش مرتبط با مسئله حکمرانی است. این قدرت در شبکه می‌تواند به هیئت‌مدیره با تفویض اختیارات و استفاده از مکانیسم‌های حسابرسی برای نظارت بر عملکرد آن‌ها داده شود (۴۲). تصمیم‌گیری در مورد متمرکز یا غیرمتمرکز بودن هماهنگی، یک تصمیم حکمرانی است. با توجه به مشخصات دیگر شبکه، هر یک از این فرم‌ها می‌تواند مناسب باشد و مزایایی را برای شبکه ارائه دهد (۲۷). تصمیم مشترک و مشارکت همه شرکا در توسعه‌ی دستورالعمل‌ها می‌تواند احساس تعهد به انجام این دستورالعمل و افزایش اعتماد بین اعضا و مدیریت شبکه ایجاد کند (۸).

## مشروعیت

مشروعیت به معنای پذیرش و به رسمیت شناختن حکمران شبکه در میان اعضای شبکه و فراتر از شبکه توسط ذینفعان خارجی است (۱۱). سازمان‌های مشروع اغلب شبکه‌ها را تشکیل می‌دهند و در مرکز شبکه قرار دارند. مشروعیت یک عامل مهم برای پذیرش تصمیمات حکمران توسط اعضای است (۱۱، ۲۵). سازمان‌ها می‌توانند در شبکه به منظور افزایش مشروعیت و شهرت خود از طریق برقراری ارتباط با سازمان‌های مشهور و محبوب شرکت کنند (۱۲).

## توزیع اختیارات

توزیع اختیار به تقسیم قدرت و اقتدار در تصمیم‌گیری و اجرای وظایف اشاره دارد (۱۱). توزیع اختیارات از تصمیم‌های دشواری در شبکه است. در یک طرف اعطای قدرت و اقتدار می‌تواند در میان اعضای شبکه اعتماد و تعهد را ایجاد کند و در طرف دیگر توزیع این اقتدار می‌تواند موجب فرصت‌طلبی و استفاده شخصی شود (۱۷). عدم تقارن قدرت، به توزیع ارزش ایجاد شده در همکاری بین شرکا اشاره دارد. عدالت درک شده توسط اعضا که با توزیع قدرت در شبکه ارتباط مستقیم دارد تأثیری زیادی بر ثبات ارتباطات دارد (۴۶).

## ساختار تصمیم‌گیری

ساختار تصمیم‌گیری به این معنی است که چه کسی و چگونه در شبکه تصمیم‌گیری می‌کند (۱۲). بسیار مهم است که فرهنگ و اساس تصمیم‌گیری در شبکه چیست. تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، داده‌ها، بینش مشترک و جهت‌گیری شبکه بیشتر قابل اعتماد و قابل قبول می‌باشد (۲۴). مشارکت اعضا در فرآیند تصمیم‌گیری می‌تواند این حس را ایجاد کند که هدف و نظر آن‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد لذا منجر به بهبود روابط بین اعضا و حکمران می‌شود (۴۸).

## اجرای الگوی کنترلی

الگوی کنترلی اشاره به روش‌هایی دارد که شبکه برای کنترل اعضای شبکه و وظایف اجرایی آن‌ها انتخاب می‌کند (۲۸). برای دستیابی به همکاری پایدار لازم است که از رفتارهای فرصت‌طلبانه اعضا جلوگیری شود؛ برای این منظور باید از مکانیسم کنترلی استفاده شود (۲۸). با کاهش اعتماد و افزایش احتمال رفتار فرصت‌طلبانه، نیاز به چیدمان دقیق‌تر شرکا، قرارداد دقیق‌تر و مکانیسم‌های کنترلی قدرتمند افزایش می‌یابد (۴۶).



## مکانیسم‌های ارزیابی

مکانیسم ارزیابی اشاره به نظارت و کنترل پیشرفت پروژه و نتایج حاصل از آن دارد (۲۶). نظارت بر نتایج، بررسی نقاط ضعف و قدرت و تغییرات مناسب در مکانیسم عملیاتی و هماهنگ شدن با همکاران می‌تواند به بهبود همکاری و دستیابی به اهداف مشترک در شبکه کمک کند (۱۷). ارزیابی پیشرفت در دستیابی به اهداف شبکه و شناسایی بازیگران مؤثر، بر پایداری همکاری و ایجاد روابط مستحکم در آینده تأثیر دارد، بنابراین، بر همکاری در طول چرخه عمر شبکه تأثیر می‌گذارد (۴۹).

جدول (۲): خلاصه شواهد مربوط به عوامل ساختاری و عملیاتی شبکه که بر طراحی مدل حکمرانی در شبکه مراقبت‌های سلامت تأثیر می‌گذارد

گروه	نماینده کلاس	اعضای کلاس (شواهد)	مرجع	
مشخصات شبکه	سطح انعطاف‌پذیری شبکه	انعطاف‌پذیری / ثبات شبکه	(۵۰)	
		اجرای ساختار ثابت در عمل	(۳۵)	
			ثبات سیستم	(۱۳)
			دستورالعمل‌های یکسان	(۲۶)
		سطح بلوغ منابع شبکه	منابع	(۱۳)
			فقر منابع	(۳۶)
	نیاز به منابع		(۸)	
	سطح متمرکز بودن در شبکه	شبکه متمرکز / غیرمتمرکز	(۲۷)	
		فواصل مساوی توزیع شده بین بازیگران (تمرکز در نزدیک بودن بازیگران)	(۴۳)	
		همکاری متمرکز	(۱۷)	
	وضعیت مالی شبکه	سرمایه‌گذاری (سرمایه‌گذاری کارکنان و منابع آورده شده توسط همه شرکا)	(۲۴)	
			منابع مالی	(۴۵)
مکانیسم تأمین مالی		(۲۴)		
		بودجه یکپارچه	(۲۶)	

گروه	نماینده کلاس	اعضای کلاس (شواهد)	مرجع
مشخصات شبکه	تاریخچه‌ی شبکه	سن شبکه	(۱۳)(۱۲)
		چرخه عمر شبکه	(۱۲)
		تاریخچه	(۲۱)
			فرهنگ
		زمینه‌ی زنجیره تأمین	(۴۶)
			دوره زمانی قرار داد
	زمان	(۴۵)	
	زیرساخت‌های همکاری شبکه‌ای	زیرساخت‌های خدمات	(۲۲)
		زیرساخت‌های هماهنگی	(۴۱)
		زیرساخت‌های حکمرانی	(۴۲)
		فناوری اطلاعات	(۱۸)
		دبیرخانه	(۳۲)
	تنوع خدمات	کانال‌های ارتباطی	(۵۱)
		پیچیدگی در ارائه خدمات	(۳۶)
		تنوع خدمات	(۲۰)





مرجع	اعضای کلاس (شواهد)	نماینده کلاس	گروه	
(۲۵)	ساختار شبکه	ساختار شبکه	مشخصات شبکه	
(۲۰)	آرایش ساختاری شبکه‌ها (که در آن اعضا اهداف و فواید مختلفی دارند)			
(۲)	وسعت شبکه			
(۵۰)	مشمولیت شبکه			
(۱۱)	تعداد شرکت‌کنندگان (اندازه شبکه)			
(۴۰)	گستره زنجیره			
(۳۲)	مقیاس همکاری			
(۱۷)	شبکه بین بخشی			
(۲)	تراکم شبکه			
(۲۷)	تعداد ارتباطات			
(۵۲)	گروه‌های چند سازمانی			
(۲۰)	گسترش حوزه همکاری			
(۵۳)	گسترش بروکراسی			
مرجع	اعضای کلاس (شواهد)	نماینده کلاس	گروه	
(۵۴)	یکپارچگی در همکاری‌های بیمارستان و تأمین‌کننده (یکپارچگی در همکاری بازیگران)	سطح یکپارچگی	مشخصات شبکه	
(۴۳)	یکپارچگی با ارتباطات کمتر بین بازیگران (انسجام کم)			
(۵۵)	یکپارچگی دانش منتقل شده و حمایت از سیاست‌ها			
(۴۳)	یکپارچه‌سازی افقی در گروه‌ها با اقدامات بین بخشی			
(۱۳)	یکپارچگی متمرکز			
(۳۲)	فرایندهای برنامه‌ریزی مجتمع			
(۳۲)	اقدام مشترک و یکپارچه			
(۲۶)	یکپارچگی سیستم‌های اطلاعاتی			
(۱۹)	عواقب			نتایج مورد انتظار
(۴۶)	عدم اطمینان از نتایج			
(۲۰)	کاهش هزینه‌ها			
(۵۶)	ایجاد نوآوری			
(۴۵)	بازگشت سرمایه			
(۵۰)	اثر بخشی شبکه			
مرجع	اعضای کلاس (شواهد)	نماینده کلاس	گروه	
(۴۲)	قدرت مکاتبه و اختیارات	الگوهای حکمرانی شبکه	مشخصات حکمرانی شبکه	
(۵۷)	مکانیسم‌های حکمرانی			
(۲۷)	هماهنگی متمرکز/غیرمتمرکز			
(۳۲)	چیدمان سخت‌تر اعضا			
(۱۷)	برنامه‌ریزی برای اجرای پروژه‌های برنامه‌ریزی شده			
(۴۰)	هماهنگی در مبادلات اقتصادی			
(۸)	دستورالعمل و مالکیت پروژه	ساختار تصمیم‌گیری		
(۲۵)	ساختار حکمرانی			
(۲۴)	فرهنگ تصمیم‌گیری			
(۴۸)	مشارکت در تصمیم‌گیری	مکانیسم‌های ارزیابی		
(۱۷)	توسعه روش‌ها و ارزیابی			
(۱۷)	حسابرسی نتایج			
(۵۲)	نظارت بر پیشرفت	مشروعیت		
(۲۵)	مشروعیت			
(۱۱)	مشروعیت داخلی و خارجی			



گروه	نماینده کلاس	اعضای کلاس (شواهد)	مرجع
مشخصات حکمرانی شبکه	توزیع اختیار	چرخش ریاست کمیته فرماندهی شبکه (انعطاف‌پذیری در حکمرانی)	(۱۷)
		حکمرانی زینفعان	(۵۸)
		عدم تقارن قدرت در همکاری	(۴۶)
		نامتوازن بودن قدرت	(۳۷)
		انعطاف‌پذیر نبودن اختیارات	(۲۳)
اجرای الگوهای کنترلی	اجرای الگوهای کنترلی	مسئولیت‌پذیری مشترک	(۳۵)
		غربالگری شرکا	(۲۸)
		کنترل بازیگران	(۴۰)
		کنترل عدم اطمینان و فقدان تعهد	(۴۶)
		اندازه‌گیری همکاری	(۴۵)
		ارزیابی مداوم	(۲۶)
		اجرای نظارت	(۲۸)
		تأیید اجراییات	(۲۸)
		غربالگری فعالیت‌ها	(۲۲)

## بحث

شواهد به‌دست‌آمده در این مرور در دو گروه اصلی دسته‌بندی شدند که عبارت‌اند از مشخصات شبکه و مشخصات حکمرانی شبکه. ویژگی‌های شبکه به عوامل ساختاری شبکه‌ای که در طراحی مدل حکمرانی مطلوب در شبکه مراقبت سلامت تأثیر می‌گذارند اشاره می‌کنند. تاریخچه شبکه تأثیر جدی بر آینده و نتیجه شبکه دارد، بنابراین برای طراحی یک مدل حکمرانی مطلوب بایستی در نظر گرفته شود. با توجه به‌اندازه‌ی شبکه (تعداد شرکت‌کنندگان) و دامنه همکاری، سرمایه‌گذاری بیشتری برای بهبود همکاری و هماهنگی در شبکه مورد نیاز است. با گسترش شبکه و افزایش اندازه و دامنه شبکه نیاز برای سرمایه‌گذاری برای ارتقاء مدل حکمرانی و طراحی الگوی پیچیده و حرفه‌ای برای همکاری و هماهنگی شبکه، افزایش خواهد یافت. با گذشت زمان، شبکه رشد می‌کند و نیاز آن به مکانیسم هماهنگی و زیرساخت مطابق با این رشد نیز افزایش می‌یابد همچنین نیاز به رسمیت دادن به روابط و الگوی کنترل دقیق افزایش خواهد یافت. بهبود وضعیت مالی شبکه می‌تواند پایه‌ای برای بهبود زیرساخت‌ها فراهم کند که منجر به دستیابی به اهداف شبکه می‌شود و پایه‌ای برای طراحی و اجرای مدل حکمرانی تخصصی را فراهم می‌کند. از طریق بهبود یکپارچگی در شبکه می‌تواند از عدم همخوانی در همکاری یا ارائه خدمات جلوگیری کرد، بنابراین می‌تواند مشکلات هماهنگی و هزینه‌های ناشی از اتلاف وقت و منابع را کاهش دهد.

حکمرانی مناسب می‌تواند اطمینان حاصل کند که شبکه پایدار خواهد بود و در جهت درست حرکت می‌کند. سخت‌گیری در کنترل و رسمی سازی روابط می‌تواند از رفتار فرصت‌طلبانه جلوگیری کند و هماهنگی را آسان‌تر کند. از سوی دیگر، سختی بیش‌ازحد ممکن است روابط شکننده ایجاد کند و اعتماد به شبکه را کاهش دهد، بنابراین پیدا کردن نقطه تعادل بسیار ضروری است. تصمیم‌گیری در مورد متمرکز یا غیرمتمرکز بودن هماهنگی تصمیم‌گیری حیاتی در حوزه حکمرانی است که باید پس از بررسی تخصصی شرایط همکاری و ویژگی‌های شبکه تعیین شود. برای پذیرش تصمیم حکمران، بایستی مشروعیت خوبی در شبکه وجود داشته باشد که اهرمی جهت اجرای تصمیم‌گیری‌ها و جلوگیری از تخطی در نقش‌ها شود. نامتوازن بودن قدرت می‌تواند برای شبکه مخرب باشد. توزیع صحیح قدرت می‌تواند تعهد و اعتماد را در شبکه افزایش دهد، اما این تصمیم دشواری است زیرا توزیع نامتناسب اختیارات می‌تواند فرصت‌طلبی و سوءاستفاده از این قدرت را افزایش دهد. برای اطمینان از اینکه شبکه در مسیر دقیق حرکت می‌کند، حکمران باید الگوهای کنترلی را اجرا کند. نظارت



تضمین می‌کند که کارایی در مرحله عملیاتی در سطح بیشینه‌ی خود قرار دارد. کنترل شرکت‌کنندگان اطمینان حاصل خواهد کرد که بازیگران وظیفه خود را دقیق و با توجه به برنامه‌ی تنظیم شده انجام می‌دهند. با توجه به بحث فوق، هر دو ویژگی مشخصات شبکه و مشخصات حکمرانی شبکه، عوامل مهم در طراحی یک مدل مناسب حکمرانی هستند. مطالعات قبلی به‌طور جداگانه و بدون تمرکز بر حوزه‌ی خاصی به بررسی عوامل تأثیرگذار بر طراحی مدل حکمرانی و یا عملکرد هماهنگی و همکاری پرداخته‌اند، اما مطالعه جامع و یکپارچه‌ای در این زمینه در ادبیات وجود ندارد که به صورت تخصصی نشان دهنده که چه عوامل ساختاری و عملیاتی درون شبکه برای طراحی مدل حکمرانی ضروری است که این پژوهش به این شکاف در ادبیات پرداخت. مطالعات آینده می‌توانند با در نظر گرفتن عوامل دیگری مانند عوامل خارج از شبکه به ارزیابی جامع‌تری از عوامل تأثیرگذار بر طراحی مدل حکمرانی در شبکه‌های ارائه خدمات سلامت بپردازند.

### نتیجه‌گیری

در این پژوهش فهرست جامعی از عوامل درونی ساختاری و عملیاتی که بایست در طراحی مدل های حکمرانی شبکه ای در نظام سلامت مورد توجه قرار گیرد شناسایی شد. این عوامل در دو بخش عوامل مرتبط با مشخصات شبکه و ویژگی های حکمرانی شبکه دسته بندی شد. عوامل مرتبط با مشخصات شبکه که بایستی در نحوه حکمرانی تعاملات میان سازمان های ارائه دهنده خدمات سلامت مدنظر قرار گیرند، شامل سطح انعطاف پذیری شبکه، سطح بلوغ منابع شبکه، سطح تمرکز در شبکه، وضعیت مالی شبکه، تاریخچه شبکه، زیرساخت های همکاری شبکه، تنوع خدمات، سطح یکپارچگی و نتایج مورد انتظار است. همچنین ویژگی های حکمرانی شبکه که باید در طراحی مدل مطلوب برای جهت دهی درست تعاملات میان سازمانی در نظام سلامت مورد توجه قرار گیرند شامل ساختار تصمیم گیری در شبکه، مکانیسم های ارزیابی، سطح مشروعیت، نحوه توزیع اختیار و همچنین الگوهای کنترلی در شبکه می شود. نتایج به دست آمده چارچوب مناسبی برای توسعه مدل های مطلوب حکمرانی برای شکل دهی تعاملات میان سازمانی در نظام سلامت در اختیار قرار می‌گذارد. نتایج مذکور می‌تواند مبنایی برای توسعه مدل های تجویزی در همکاری شبکه در بخش های مختلف نظام سلامت مانند شبکه های بهداشتی، شبکه های بیمارستانی و یا شبکه های تشخیص آزمایشگاه طبی فراهم آورد. پژوهش های آتی می‌تواند بر روی الگوهای حکمرانی تجویزی در هر یک از حوزه های مذکور با توجه به عوامل شناسایی شده در این مقاله متمرکز شود.

### منابع

1. Guo C, Acar M. Understanding collaboration among nonprofit organizations: Combining resource dependency, institutional, and network perspectives. *Nonprofit Volunt Sect Q*. 2005;34(3):340-61.
2. Retrum JH, Chapman CL, Varda DM. Implications of Network Structure on Public Health Collaboratives. *Heal Educ Behav*. 2013 Oct;40(1):13S-23S.
3. Mays GP, Scutchfield FD. Improving public health system performance through multiorganizational partnerships. *Prev Chronic Dis*. 2010;7(6):116-27.
4. Leurs MTW, Mur-Veeman IM, van der Sar R, Schaalma HP, De Vries NK. Diagnosis of sustainable collaboration in health promotion - A case study. *BMC Public Health*. 2008 Nov;28(8):382-97.
5. Axelsson R, Axelsson SB. Integration and collaboration in public health--a conceptual framework. *Int J Health Plann Manage*. 2006;21(1):75-88.
6. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. Vol. 37, *Journal of public health (Oxford, England)*. 2015. p. 716-27.
7. Arya B, Lin Z (John). Understanding collaboration outcomes from an extended resource-based view perspective: The roles of organizational characteristics, partner attributes, and network structures. *J Manage*. 2007 Oct;33(5):797-723.
8. Van Eyk, H, Baum F. Learning About Interagency Collaboration: Trialing Collaborative Projects Between Hospitals and Community Health Services. *Heal Soc Care Community*. 2002;10(4),(4):p 262-269.
9. Provan KG, Beagles JE, Leischow SJ. Network formation, governance, and evolution in public health:



- The North American Qutline Consortium case. Health Care Manage Rev [Internet]. 2011;36(4):315–26.*
۱۰. Shortell SM. *Increasing value: A research agenda for addressing the managerial and organizational challenges facing health care delivery in the United States. Med Care Res Rev. 2004;61(3 SUPPL.):12–30.*
  ۱۱. Provan KG, Kenis P. *Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. J Public Adm Res Theory. 2007 Apr;18(2):229–52.*
  ۱۲. Willem A, Gemmel P. *Do governance choices matter in health care networks?: an exploratory configuration study of health care networks. BMC Health Serv Res [Internet]. 2013 Jun;13(1):229–30.*
  ۱۳. Raab J, Mannak RS, Cambré B, Cambre B. *Combining structure, governance, and context: A configurational approach to network effectiveness. J Public Adm Res Theory. 2015 Apr;25(2):479–511.*
  ۱۴. Wiktorowicz MME, Fleury M-JM, Adair CE, Lesage A, Goldner E, Peters S. *Mental health network governance: comparative analysis across Canadian regions. Int J Integr Care [Internet]. 2010;10(3):128–31.*
  ۱۵. Patru D, Lauche K, Van Kranenburg H, Ziggers GW. *Multilateral Boundary Spanners. Med Care Res Rev. 2015;72(6):665–86.*
  ۱۶. Nembhard IM, Tucker AL. *Applying Organizational Learning Research to Accountable Care Organizations. Med Care Res Rev. 2016;73(6):673–84.*
  ۱۷. Thelaus J, Lindberg A, Lambertz ST, 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. Heal Secur [Internet]. 2017;15(4):384–91.*
  ۱۸. Gittell JH, Weiss L. *Coordination networks within and across organizations: A multi-level framework. J Manag Stud. 2004 Jan;41(1):127–53.*
  ۱۹. Mascia D, Di Vincenzo F, Cicchetti A. *Dynamic analysis of interhospital collaboration and competition: Empirical evidence from an Italian regional health system. Health Policy (New York). 2012 May;105(2–3):273–81.*
  ۲۰. Proenca EJ, Rosko MD, Dismuke CE. *Service collaboration and hospital cost performance: direct and moderating effects. Med Care [Internet]. 2005 Dec;43(12):1250–8.*
  ۲۱. Lapao LV, Arcencio RA, Popolin MP, Bandeira Rodrigues LB, Lapão LV, Arcêncio RA, et al. *The role of Primary Healthcare in the coordination of Health Care Networks in Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon region, Portugal. Cien Saude Colet [Internet]. 2017 Mar;22(3):713–23.*
  ۲۲. Menger LM, Stallones L, Cross JE, Henry KL, Chen PY. *Strengthening suicide prevention networks: Interorganizational collaboration and tie strength. Psychosoc Interv [Internet]. 2015 Dec;24(3):155–65.*
  ۲۳. Hansson J, Ovretveit J, Askerstam M, Gustafsson C, Brommels M. *Coordination in networks for improved mental health service. Int J Integr Care. 2010;10(3):213–26.*
  ۲۴. Beers LS, Godoy L, Biel MG. *Using Effective Public Private Collaboration to Advance Integrated Care. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2017 Oct;26(4):665–75.*
  ۲۵. Poochaoren O, Ting B. *Collaboration , Coproduction , Networks – Convergence of Theories. Lee Kuan Yew Sch Public Policy Res Pap. 2014 Apr;No. 14-13(65):587–614.*
  ۲۶. 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 Mar;117(15):117–26.*
  ۲۷. Friedman SR, Reynolds J, Quan MA, Call S, Crusto CA, Kaufman JS. *Measuring changes in interagency collaboration: An examination of the Bridgeport safe start initiative. Eval Program Plann. 2007 Aug;30(3):294–307.*
  ۲۸. Kartseva V, Hulstijn J, Gordijn J, Tan Y-H. *Control patterns in a health-care network. Eur J Inf Syst. 2010 Jun;19(3):320–33.*
  ۲۹. Kitchenham B. *Procedures for performing systematic reviews. Keele, UK, Keele Univ [Internet]. 2004;23(TR/SE-0401):28.*
  ۳۰. Kitchenham B, Charters S. *Guidelines for performing Systematic Literature Reviews in Software*



Engineering. *Engineering*. 2007;2:1051.

۳۱. Selden SC, Sowa JE, Sandfort JJJ. The impact of nonprofit collaboration in early child care and education on management and program outcomes. *PUBLIC Adm Rev*. 2006;66(3):412–25.

۳۲. Ansell C. When collaborative governance scales up: Lessons from global public health about compound collaboration. *Policy Polit*. 2015 Jul;43(3):391–406.

۳۳. Tranfield D, Denyer D, Smart P. Towards a methodology for developing evidence-informed management knowledge by means of systematic review. *Br J Manag*. 2003;14(3):207–22.

۳۴. Charmaz K, Belgrave LL. *Grounded Theory*. *Blackwell Encycl Sociol* [Internet]. 2015; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/9781405165518.wbeosg070.pub2>

۳۵. Van Dongen T, Sabbe B, Glazemakers I. A protocol for interagency collaboration and family participation: Practitioners' perspectives on the Client Network Consultation. *J Interprof Care* [Internet]. ۲۰۱۸;۳۲(۱):۱۴–۲۳.

۳۶. Bolland JM, Wilson J V. Three faces of integrative coordination: a model of interorganizational relations in community-based health and human services. *Health Serv Res*. 1994 Aug;29(3):341–66.

۳۷. Junior NB, Shimizu HE. Theoretical reflections on governance in health regions. *Cien Saude Colet*. 2017 Apr;22(4):1085–95.

۳۸. Alexander JA, Weiner BJ, Metzger ME, Shortell SM, Bazzoli GJ, Hasnain-Wynia R, et al. Sustainability of collaborative capacity in community health partnerships. *Med CARE Res Rev*. 2003 Dec;60(4, S):130S-160S.

۳۹. Vining a R, Globerman S. Contracting-out health care services: a conceptual framework. *Health Policy* [Internet]. 1999;46(2):77–96.

۴۰. Abebe GK, Chalak A, Abiad MG. The effect of governance mechanisms on food safety in the supply chain: Evidence from the Lebanese dairy sector. *J Sci Food Agric*. 2017 Jul;97(9):2908–18.

۴۱. Lin BY-J, Lin Y-K, Lin C-C. Partnership effectiveness in primary community care networks: A national empirical analysis of partners' coordination infrastructure designs. *Health Care Manage Rev*. 2010;35(3):224–۳۴.

۴۲. Alexander JA, Lee S-YYD, Bazzoli GJ. Governance forms in health systems and health networks. *Health Care Manage Rev* [Internet]. 2003;28(3):228–42.

۴۳. Peters DTJM, Raab J, Greaux KM, Stronks K, Harting J. Structural integration and performance of inter-sectoral public health-related policy networks: An analysis across policy phases. *Health Policy (New York)*. 2017 Dec;121(12):1296–302.

۴۴. Lin BY-JJ. Integration in primary community care networks (PCCNs): examination of governance, clinical, marketing, financial, and information infrastructures in a national demonstration project in Taiwan. *BMC Health Serv Res*. 2007 Jun;7:1–15.

۴۵. 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 Apr;105(2):S337–44.

۴۶. Brito RP, Miguel PLS, Abdullah E, Idris A, Sapon A. Power, Governance, and Value in Collaboration: Differences between Buyer and Supplier Perspectives. *J Supply Chain Manag*. 2017 Apr;53(2):61–87.

۴۷. Phillimore J, Klaas F, Padilla B, Hernández-Plaza S, Rodrigues V. Adaptation of Health Services to Diversity: An overview of approaches. *IRiS Work Pap Ser No 15/2016*. 2016;

۴۸. Wong NWMM. The road to environmental participatory governance in Taiwan: collaboration and challenges in incineration and municipal waste management. *J Environ Plan Manag* [Internet]. ۲۰۱۷;۶۰(۱۰):۱۷۲۶–۴۰.

۴۹. Varda D, Shoup JA, Miller S. A Systematic Review of Collaboration and Network Research in the Public Affairs Literature: Implications for Public Health Practice and Research. *Am J Public Health*. 2012



Mar;102(3):564–71.

۵۰. Casey DK, Lawless JS. *The parable of the poisoned pork: Network governance and the 2008 Irish pork dioxin contamination. Regul Gov.* 2011 Sep;5(3):333–49.
۵۱. Kim K, Andrew SA, Jung K. *Public Health Network Structure and Collaboration Effectiveness during the ۲۰۱۵ MERS Outbreak in South Korea: An Institutional Collective Action Framework. Int J Environ Res Public Health.* 2017 Sep;14(9):16–35.
۵۲. Gauld R. *The theory and practice of integrative health care governance The case of New Zealand's alliances. J Integr CARE [Internet].* 2017;25(1):61–72.
۵۳. Parra DC, Dauti M, Harris JK, Reyes L, Malta DC, Brownson RC, et al. *How does network structure affect partnerships for promoting physical activity? Evidence from Brazil and Colombia. Soc Sci Med.* 2011 Nov;73(9):1365–70.
۵۴. Mandal S. *The influence of dynamic capabilities on hospital-supplier collaboration and hospital supply chain performance. Int J Oper Prod Manag.* 2017;37(5):664–84.
۵۵. 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.* ۲۰۱۷ Jun;۱۳(۱):۱۳–۳۹.
۵۶. Sørensen E, Torfing J, Sorensen E, Torfing J. *Metagoverning Collaborative Innovation in Governance Networks. Am Rev Public Adm.* 2017 Oct;47(7):826–39.
۵۷. Vargas I, Susana Mogollon-Perez A, De Paepe P, da Silva MR, Unger J-P, Vazquez M-L. *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 Jul;31(6):736–48.
۵۸. Casanova AO, Cruz MM, Giovanella L, Alves G dos R, Pereira Cardoso GC. *Health care networks implementation and regional governance challenges in the Legal Amazon Region: an analysis of the QualiSUS-Rede Project. Cien Saude Colet.* 2017 Apr;22(4):1209–24.