





Presenting a Model for the Development of Public-Private Partnerships in the Health System through Electronic Word-of-Mouth

Ali Amirhosseini¹, Hossein Shirazi^{2*}, Meysam Shafiee Rudposhti³, Hossein Jannatifar²

¹ Faculty of Humanities, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

² Department of Management, Faculty of Humanities, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

³ Department of Business Management, Faculty of Management and Accounting, University of Tehran, Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:
Original Article

Article History:
Received: 14 Dec 2022
Accepted: 4 Jan 2023
ePublished: 8 Feb 2023

Keywords:
Health System,
Public-Private
Partnership,
Electronic Word-of-
Mouth,
Meta-Synthesis,
Delphi Technique

Abstract

Background. This study aimed to design a model for developing health system partnerships by using electronic word-of-mouth communication. This issue has recently attracted the attention of researchers and managers of the country's public and private sectors.

Methods. In this qualitative study, the meta-synthesis method and Delphi technique were employed. The data collection tools included library studies and review of articles related to the research background. First, relevant information and findings were extracted from reliable national and international scientific databases using the meta-synthesis method, and then the opinions of the expert panel were recorded using a questionnaire. After two stages of opinion polling, the initial findings of refinement and unnecessary items were merged or deleted. Finally, the components and indicators affecting the development of health system partnerships were identified and categorized through word-of-mouth communication.

Results. Out of 66 primary codes extracted by meta-synthesis method, 36 final indicators were identified by the experts using Delphi method. The identified indicators were then divided into three categories and nine components including creation factors with "structural and contextual, economic and financial, communication and interactive" components, diffusion factors with "organizational and institutional, legal and contractual, awareness and trust building" components, as well as impact factors with "legal and regulatory, technical and specialized, and acceptability and effectiveness" components.

Conclusion. A new model and perspective was presented for developing health system partnerships through electronic word-of-mouth communication, so that the enormous economic, social, and cultural potentials of the public, private, and charitable sectors may have been exploited for developing health and treatment through using new marketing tools and modern technologies.

Amirhosseini A, Shirazi H, Shafiee Rudposhti M, Jannatifar H. Presenting a Model for the Development of Public-Private Partnerships in the Health System through Electronic Word-of-Mouth. *Depiction of Health*. 2023; 14(1): 99-115. doi: 10.34172/doh.2023.08. (Persian)

* Corresponding author; Hossein Shirazi, E-mail: Hossein.Shirazi63@gmail.com



Extended Abstract

Background

Financing the health system and using the capacity of the private sector through participation is one of the challenging issues when evaluating the performance of the world's health systems. Today, the model of public-private partnerships is used as one of the methods of doing infrastructural affairs such as health and treatment. These health partnerships not only address the gaps in health infrastructure development, but also offer a wide range of benefits; however, they also present challenges. There is evidence that community's awareness of the positive social effects of the health system encourages investors, philanthropists, and charitable organizations to continue their activities. Organization managers seek new ways to inform their audience of their plans and projects. One of the most effective methods based on communication among people is word-of-mouth marketing. People usually pay less attention to the advertisements of companies and organizations and, instead, look for products and services based on information they obtain from their relatives, friends, and trusted market through informal relationships and word-of-mouth conversations. This study aimed to present a model for developing (public-private) health system partnerships through electronic word-of-mouth communication.

Methods

This qualitative study was conducted in two stages. In the first stage, the meta-synthesis method was implemented based on the seven-stage model of Sandelowski and Barroso. The required data were collected using library methods, document review, books, articles, Persian and Latin publications, scientific and research quarterly journals, authoritative Iranian and English websites from the theoretical foundations and empirical background of research in the field of public-private partnerships, and word-of-mouth dialogue. The factors affecting the development of health system partnerships between the years 2012-2022 were collected, studied, identified, and extracted, and their associations with the initial classification were investigated. To monitor the extracted results and reliability assessment, the opinions of an expert member

from the academic staff and lecturer of the university were sought. In the second stage of this study, a modified Delphi method was adopted, so that the indicators extracted in the first stage were initially categorized and submitted to experts in the form of a designed template. The experts— a group of health system partnership experts— included university professors, government managers, private sector entrepreneurs, philanthropists, as well as academic and marketing experts, who were selected by using non-random, targeted sampling and snowball methods. To collect the data, a 5-choice Likert scale questionnaire was used, and SPSS software was used for doing calculations. Cronbach's alpha coefficient was performed for assessing the reliability of questionnaire, and the pre-test method was employed for determining the validity.

Results

After searching for 217 articles in the meta-synthesis stage, 27 articles were selected by reviewing the critical appraisal method. Then the content and results of the given articles were examined and, as the result, 66 primary codes were extracted as the indicators and factors affecting the development of partnerships. These indicators were grouped into twelve components by a researcher as well as by an expert member of the academic staff and lecturer of the university. Since the dimensions of word-of-mouth conversation in the field of health and treatment had been already investigated and clustered by Martin (2017) and Pauli (2022), this clustering was set as the basis of our study and the given components in three categories including creation, dissemination and impact, as well as the classification and the initial model were presented. To initiate the Delphi phase of our study, the questionnaire was given to the experts in two rounds. In the first round and after distributing the questionnaire among the members of the expert panel and collecting the information, the statistical indicators of average and standard deviation were calculated. The favourable value of the first round was three and that of the second round was four, the codes whose average was equal to or higher than the favourable value were in the remaining model, and the components with an average of less than four were

removed. Kendall's coordination coefficient was used to determine the degree of coordination between the opinions of the panel members and the end of the Delphi rounds. Kendall's coordination coefficients were 0.641 and 0.657 in the first round and second round, respectively. These values indicated a strong agreement regarding the results. Furthermore, the difference between the second round and first round in terms of the Kendall coefficient revealed an increase of 0.016 and a growth of about 2.5%. These amounts showed that the consensus among the panel members was not significantly increased between two consecutive rounds, and that the Delphi steps could be ended. At the end of the experts' consultation and out of 66 primary extracted codes, 30 refined or deleted codes and 36 final codes or indicators in the form of nine components were confirmed by the experts; moreover, three categories of creation factors, diffusion factors, and impact factors remained in the model and were approved by the experts.

Conclusion

The government relative failure in providing the necessary platform for the implementation of health system partnerships as well as the low level of motivation and lack of acceptance of the private sector were found to halt achieving the goals and plans of the vision document of Iran's healthcare sector. This study highlighted the importance and function of word-of-mouth communication in the virtual space for motivating and establishing communication among the government and the private sectors and donors in the field of health and treatment in order to strengthen all kinds of partnerships in the health system. This study, therefore, was able to identify the indicators and components affecting health system partnerships, as well as to present a new model for developing health system partnerships, exploiting the huge economic, cultural, and social potentials of the public, private, and charity sectors, and boosting the productivity of existing assets in the field of health and treatment. Achieving the above-mentioned goal may have helped organizations in charge of health and prosperity to improve the quality of healthcare services.

ارائه الگوی توسعه مشارکت‌های عمومی - خصوصی نظام سلامت از طریق گفتگوی دهان‌به‌دهان الکترونیکی

علی امیرحسینی^۱، حسین شیرازی^{۲*}، میثم شفیع رودپشتی^۳، حسین جنتی‌فر^۲

^۱ دانشکده علوم انسانی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

^۲ گروه مدیریت، دانشکده علوم انسانی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

^۳ گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه. هدف این پژوهش طراحی الگوی توسعه مشارکت‌های نظام سلامت از طریق بکارگیری گفتگوی دهان‌به‌دهان الکترونیکی است. این موضوع از مباحث روز و مورد توجه محققان و مدیران بخش‌های دولتی و خصوصی کشور است.

روش کار. این مطالعه از نوع کیفی و با استفاده از روش فراترکیب و تکنیک دلفی انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، مطالعات کتابخانه‌ای و بررسی مقالات مرتبط با پیشینه پژوهش است. ابتدا اطلاعات و یافته‌های مرتبط از پایگاه‌های علمی معتبر داخلی و خارجی به روش فراترکیب استخراج، سپس از طریق پرسشنامه به نظرخواهی پل خبرگان گذاشته شد. پس از دو مرحله نظرخواهی، یافته‌های اولیه پالایش و کدهای غیرضرور ادغام یا حذف و در نهایت مولفه‌ها و شاخص‌های موثر بر توسعه مشارکت‌های نظام سلامت از طریق گفتگوی دهان‌به‌دهان شناسایی و دسته‌بندی شدند.

یافته‌ها. از بین ۶۶ کد اولیه استخراج شده به روش فراترکیب، پل خبرگان به روش دلفی تعداد ۳۶ شاخص نهایی را شناسایی و در قالب ۳ مقوله و ۹ مولفه شامل؛ عوامل ایجاد با مولفه‌های (ساختاری و زمینه‌ای، اقتصادی و مالی، ارتباطی و تعاملی)، عوامل انتشار با مولفه‌های (سازمانی و نهادی، حقوقی و قراردادی، آگاه‌سازی و اعتمادسازی)، عوامل تاثیر با مولفه‌های (قانونی و نظارتی، فنی و تخصصی، مقبولیت و اثربخشی) دسته‌بندی کردند. **نتیجه‌گیری.** در پژوهش حاضر، الگو و دیدگاه جدیدی در توسعه مشارکت‌های نظام سلامت از طریق گفتگوی دهان‌به‌دهان الکترونیکی ارائه شد تا از طریق به‌کارگیری ابزارهای جدید بازاریابی و تکنولوژی‌های روز، ظرفیت‌های عظیم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بخش‌های دولتی، خصوصی و خیریه جهت توسعه بهداشت و درمان استفاده گردد.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۲۳

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۱۴

انتشار برخط: ۱۴۰۱/۱۱/۱۹

کلیدواژه‌ها:

نظام سلامت، مشارکت عمومی- خصوصی، گفتگوی دهان‌به‌دهان الکترونیکی، روش فراترکیب، تکنیک دلفی

مقدمه

نظام سلامت، به الگوی مناسبی برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در این بخش دست یابند.^۳ مشارکت عمومی- خصوصی، قراردادی بین بخش عمومی و خصوصی به‌منظور عرضه خدمات زیرساختی توسط بخش خصوصی به بخش عمومی یا کمک بخش خصوصی به دولت است. این مشارکت، به‌طور طبیعی، براساس قرارداد فی‌مابین رسمیت می‌یابد. این قرارداد حدود، دامنه تعهدات و وظایف طرفین را مشخص می‌سازد؛ بر عملکرد طرفین و

سیاست‌گذاران نظام سلامت در سراسر جهان بر اهمیت تضمین مراقبت‌های بهداشتی مناسب برای همه مردم تأکید دارند^۱ و تأمین منابع مالی نظام سلامت، یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های اغلب دولت‌ها، در همه کشورها با هر سطحی از درآمد است.^۲ دولت‌ها اغلب نمی‌توانند همه یا بخش بزرگی از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را از بودجه عمومی دولت تأمین کنند. در نتیجه، آنها می‌بایست با بررسی چگونگی روش‌های تأمین مالی منابع

* پدیدآور رابط: حسین شیرازی، آدرس ایمیل: Hossein.Shirazi63@gmail.com

دارد اما چالش‌هایی نیز مانند؛ برخی تلاش‌های موازی و مضاعف، هزینه‌های بالای مبادله (معمولاً برای دولت)، مسایل و حواشی مربوط به پاسخگویی‌ها و در نتیجه عدم همسویی با اولویت‌های کشور را به همراه دارند.^۶ پیاده‌سازی مشارکت‌های عمومی- خصوصی در بیمارستان‌ها، به دلیل پیچیدگی‌های آن با مسایلی از قبیل تامین هزینه‌ها، کیفیت و انعطاف‌پذیری با پیچیدگی روبرو است^۷ و شکست مشارکت‌های عمومی- خصوصی در طرح‌های بیمارستانی می‌تواند ناشی از عدم شناسایی واضح اهداف و ابهام در اهداف، شفاف نبودن نظام واگذاری پروژه، عدم تقویت نهاد نظارتی، عدم حکمرانی خوب و دخالت‌های زاید در فرآیند امور اجرایی باشد^۸ به همین دلیل می‌بایست مطالعات بیشتر و کامل‌تری در خصوص مشارکت‌های حوزه سلامت انجام شود. شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه آگاه‌سازی جامعه از اثرات اجتماعی و مثبت مشارکت‌های نظام سلامت، موجب ترغیب سرمایه‌گذاران، نیکوکاران و موسسات خیریه جهت ادامه فعالیت‌ها می‌شود.^{۱۳}

مدیران سازمان‌ها در جستجوی روش‌های جدیدی برای آگاه ساختن مخاطبین خود از طرح‌ها و پروژه‌های خود هستند و جهت رسیدن به این مقصود از روش‌های متنوعی استفاده می‌کنند. یکی از مؤثرترین این روش‌ها که بر پایه ارتباطات میان افراد شکل گرفته است، بازاریابی دهان‌به‌دهان است. گفتگوی کلامی یا دهان‌به‌دهان به مفهوم مبادله اطلاعات بازار میان مشتریان و مصرف‌کنندگان تعریف شده، به گونه‌ای که در شکل‌گیری رفتار و تغییر نگرش آن‌ها نسبت به محصولات و خدمات نقشی اساسی دارد. به عبارت دیگر مردم به تبلیغات شرکت‌ها و سازمان‌ها کمتر اعتنا کرده و بیشتر به دنبال محصولات و خدماتی هستند که نزدیکان، دوستان و معتمدین بازار در روابط غیررسمی و گفتگوی دهان‌به‌دهان، اطلاعات آن را به اشتراک می‌گذارند.^{۱۴} تحقیقات نشان می‌دهد که ۹۰ درصد افراد به اطلاعات محصولات و خدماتی که توسط دوستان و همکاران ارائه می‌شود، اعتماد بیشتری دارند و تاثیر کلام افراد بر یکدیگر را ۷ برابر، مؤثرتر از تبلیغات روزنامه و اخبار مجلات می‌دانند.^{۱۵}

دگرگونی‌های جهان به واسطه ظهور فناوری اطلاعات، اینترنت و به تبع آن، ایجاد تجارت الکترونیک، تحول ژرف و عمیقی در فرآیند کسب و کار سازمان‌ها و شرکت‌ها ایجاد

ارائه به موقع خدمات تمرکز دارد؛ غالباً بلندمدت است؛ مبتنی بر تسهیم ریسک است تا تعهد، کارایی، پایداری و توازن قرارداد را تضمین نماید؛ و لاقبل بین یک واحد دولتی و یک بنگاه خصوصی منعقد می‌شود.^۴

امروزه مشارکت‌ها به‌عنوان یک پارادایم جدید در بخش‌های مختلف برای حل چالش‌های پیچیده همکاری ظاهر شده‌اند.^۵ طرح مباحث مربوط به نحوه تأمین مالی نظام سلامت و استفاده از ظرفیت بخش خصوصی از طریق مشارکت، یکی از موضوعات چالش‌برانگیز در ارزیابی عملکرد نظام‌های سلامت جهان می‌باشد. در ایران هم برنامه‌های توسعه پنج ساله کشور نقطه عطفی در جلب توجه محققین و سیاست‌گذاران به این حوزه محسوب می‌شود.^۶ مشارکت در نظام سلامت، طیف گسترده‌ای از روش‌ها را شامل می‌شود. مشارکت در سلامت در معنای وسیع به معنای گرد هم آوردن همه کسانی است که در بهبود سلامت و کیفیت نقش دارند.^۷ در دهه‌های اخیر انواع مدل‌های مشارکت دولتی- خصوصی به‌عنوان ابزارهای محبوبی برای ارائه خدمات عمومی به شهروندان به وجود آمده است. وظایفی که قبلاً انتظار می‌رفت دولت‌ها انجام دهند، به‌طور فزاینده‌ای به بخش خصوصی منتقل می‌شوند تا مأموریت‌های عمومی را عملیاتی کنند این مدل‌های مشارکت در تامین مالی به مثابه وسیله نقلیه‌ای هستند که برای انتقال عملکردها یا تسهیل پیاده‌سازی آنها عمل می‌کنند.^۸ شارما و ست (Sharma & Seth)^۹ عنوان می‌کنند؛ مشارکت‌ها در حوزه بهداشت و درمان، نه تنها می‌توانند شکاف‌ها را در گسترش زیرساخت‌های سلامت برطرف کنند، بلکه طیف وسیعی از منافع و مزایا را نیز ارائه می‌دهند^{۱۰} و مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات عمومی یک عامل کلیدی برای سلامتی جمعیت، به‌ویژه برای کشورهای با درآمد پایین و متوسط است.^{۱۱} مدل‌های مشارکت بخش خصوصی در بیمارستان‌ها، شامل هفت مدل است که عبارتند از؛ قرارداد خدمت، قراردادهای برون‌سپاری، قراردادهای مدیریت، قراردادهای اجاره، قراردادهای ابتکار مالی خصوصی، قراردادهای امتیاز انحصاری و قراردادهای محرومیت بخش دولتی که با حرکت از قراردادهای خدمت به سمت قراردادهای محرومیت بخش دولتی، بر میزان ریسک و مسؤولیت بخش خصوصی افزوده می‌شود.^{۱۲} هر چند مشارکت در نظام سلامت مزایای متعددی را برای کشورها به همراه داشته و

پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، پیمانکاران و شرکت‌های تولیدی، خدماتی و اجرایی حوزه بهداشت و درمان کشور و سرمایه‌گذاران و بنگاه‌های بخش خصوصی و نیز سازمان‌های غیرانتفاعی و خیرین نظام سلامت مورد بهره‌برداری و استفاده قرار گیرد.

روش کار

این پژوهش بصورت کیفی در دو مرحله؛ مرحله اول به روش فراترکیب و مرحله دوم به روش دلفی انجام شد. در ابتدا به روش فراترکیب، شاخص‌ها و عوامل موثر بر توسعه مشارکت‌های نظام سلامت از طریق مطالعات کتابخانه‌ای، مقالات و مطالعات پیشین جمع‌آوری و سپس داده‌های جمع‌آوری شده، توسط محقق و یک خبره دانشگاهی دسته‌بندی اولیه گردید. سپس به روش دلفی، شاخص‌ها و عوامل مذکور، از طریق نظرخواهی خبرگان و صاحب‌نظران، غربالگری، پالایش، ادغام و سپس ساختاردهی و دسته‌بندی نهایی گردید.

مرحله اول پژوهش، به روش فراترکیب و براساس الگوی هفت مرحله‌ای سندلوسکی و باروسو (Sandelowski & Barroso)^{۲۱} انجام گرفته است که مراحل آن در شکل ۱ نشان داده شده است. فراترکیب نوعی مطالعه کیفی است که نتایج مطالعات مختلف ولی به هم مرتبط کیفی را با یکدیگر تلفیق و یکپارچه می‌سازد. در نتیجه، نمونه مورد نظر از مطالعات کیفی منتخب و براساس ارتباط آنها با موضوع پژوهش تشکیل می‌شود.^{۲۲} بدین ترتیب که داده‌های مورد نیاز از طریق روش‌های کتابخانه‌ای، بررسی اسناد، کتاب‌ها، مقالات، نشریات فارسی و لاتین، فصلنامه‌های علمی و پژوهشی، سایت‌های معتبر داخلی و خارجی از میانی نظری و پیشینه تجربی پژوهش در زمینه مشارکت‌های عمومی - خصوصی و گفتگوی دهان‌به‌دهان، بین سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۲۲ و سال‌های ۱۳۹۲-۱۴۰۱ گردآوری، مطالعه و به روش فراترکیب، شاخص‌ها و عوامل موثر بر توسعه مشارکت‌های نظام سلامت شناسایی، استخراج و نحوه ارتباط این عوامل دسته‌بندی اولیه گردید. در این مرحله برای نظارت بر نتایج استخراجی و ارزیابی پایایی، از نظرات یک فرد خبره عضو هیات علمی و مدرس دانشگاه استفاده گردید.

نموده به‌طوری‌که اشکال جدید ارتباطات آنلاین، امکان جستجوی اطلاعات را به میزان زیادی گسترش داده و رفتار ارتباطی را به‌طرز چشمگیری تغییر داده است.^{۱۶} با ظهور اینترنت و شبکه‌های اجتماعی، تبلیغات دهان‌به‌دهان نیز در بستر الکترونیکی توسعه یافت.^{۱۵} استفاده گسترده از تلفن‌های هوشمند و توسعه سریع شبکه‌های اجتماعی، موجب شده تبلیغات دهان‌به‌دهان الکترونیکی در همه حوزه‌ها وجود داشته باشد^{۱۷} و نقش مخاطبان از یک گیرنده منفعل اطلاعات صرف، به یک سازنده محتوا و تجربه‌کننده تغییر یابد، در واقع مصرف‌کنندگان می‌توانند با محصولات، شرکت‌ها و هم‌چنین با سایر مصرف‌کنندگان در تعامل باشند.^{۱۸} لذا شبکه‌های اجتماعی تبدیل به یک منبع حیاتی داده برای انتخاب و تصمیم‌گیری شده که بایستی به‌طور جدی این امر را مورد توجه قرار داد.^{۱۹}

در سال‌های اخیر، با افزایش کاربران اینترنت فرصت مناسبی برای کلیه سازمان‌ها و شرکت‌ها به وجود آمده است تا با بهره‌گیری از ابزارها و روش‌های نوین، امکان معرفی و اطلاع‌رسانی اهداف و برنامه‌ها و نیز انتقال حجم عظیمی از مشخصات، شرایط و پیوست‌های فنی و اقتصادی طرح‌ها و پروژه‌های خود به متقاضیان و شرکت‌های مجری و پیمانکار را بهبود بخشند و از آنجایی‌که گفتگوی دهان‌به‌دهان از عواملی است که به‌شدت بر رفتار و تصمیمات نظام سلامت تاثیرگذار است،^{۲۰} بنابراین لازم است گفتگوی دهان‌به‌دهان الکترونیک، بیشتر مورد توجه و حتی نظارت سازمان‌های دولتی و شرکت‌های خصوصی قرار گیرند و با توجه به اینکه، خدمات و محصولات حوزه بهداشت و درمان فوق‌العاده گران‌قیمت هستند و زندگی روزمره همه افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهند، لذا درک و شناسایی همه عواملی که بر نحوه استفاده خدمات و محصولات این بخش تاثیر می‌گذارند بسیار مهم و ضروری است.

از آنجایی‌که تاکنون در ایران، مطالعه‌ای جهت بهره‌گیری از این مکانیسم جهت توسعه مشارکت‌های نظام سلامت انجام نشده است؛ پژوهش حاضر با هدف انگیزش سرمایه‌گذاری بخش خصوصی و ترغیب خیرین و موسسات خیریه، به دنبال ارائه الگویی جهت توسعه مشارکت‌های نظام سلامت از طریق گفتگوی دهان‌به‌دهان الکترونیکی است تا نتایج حاصل از آن، توسط کلیه فعالان و سیاست‌گذاران حوزه بهداشت و درمان کشور اعم از؛ سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت و درمان و آموزش

مراحل مطالعه دلفی و تسریع دستیابی به نتایج نهایی می‌شود.^{۲۴}

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه ۵ گزینه‌ای طیف لیکرت بود که از طریق ارسال لینک پرسشنامه پرس‌لاین به آدرس پست الکترونیک افراد ایمیل یا از طریق گوشی موبایل و استفاده از پیام‌رسان‌های تلگرام، واتساپ و ای‌تا توزیع و پس از چند بار پیگیری، پاسخ‌ها جمع‌آوری گردید. جهت محاسبات پژوهش از نرم‌افزار SPSS استفاده و برای پایایی پرسشنامه، پس از یک پیش‌آزمون نمونه اولیه، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید. همچنین برای تعیین روایی، پرسشنامه‌های مشابه، مقاله‌ها، کتب و نشریات مختلف مطالعه و پرسشنامه اولیه با مشورت با تعدادی اساتید دانشگاهی و خبره تهیه سپس با توزیع تعدادی آن در بین جامعه آماری و پیش‌آزمون، اشکالات و ابهامات آن مشخص و برطرف گردید و در انتها پرسشنامه نهایی تهیه شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، ابتدا با تمامی پاسخ‌دهندگان جهت ارسال پرسشنامه، هماهنگی‌های لازم به عمل آمد و نیز به آن‌ها اطمینان داده شد پاسخ‌ها و اطلاعات‌شان به‌صورت محفوظ و محرمانه نگهداری خواهند شد.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش، در دو بخش فراترکیب و روش دلفی ارائه می‌گردد. در بخش فراترکیب، پس از جستجوی مقاله‌های مناسب از بین ۲۱۷ مقاله، طی بررسی روش ارزیابی حیاتی، تعداد ۲۷ انتخاب شدند. سپس محتوا و نتایج مقالات مذکور بررسی و تعداد ۶۶ کد اولیه به‌عنوان شاخص‌ها و عوامل موثر بر توسعه مشارکت‌ها استخراج گردید. شاخص‌های مذکور توسط محقق و فرد خبره عضو هیات علمی و مدرس دانشگاه، در قالب دوازده مولفه گروه‌بندی شد. از آنجایی که طی مطالعات انجام شده توسط مارتین (Martin)^{۲۰} و پائولی (Pauli)^{۱۶} ابعاد گفتگوی دهان‌به‌دهان در حوزه بهداشت و درمان به دقت بررسی، توسعه و خوشه‌بندی شده است، در مطالعه حاضر این خوشه‌بندی مبنای کار قرار گرفته و با توجه به مبانی نظری و ادبیات پژوهش در خصوص فرآیند گفتگوی دهان‌به‌دهان الکترونیکی، مولفه‌های مذکور در سه مقوله ایجاد، انتشار، تاثیر که دربرگیرنده عوامل موثر بر توسعه مشارکت‌های نظام سلامت در بستر فرآیند گفتگوی دهان‌به‌دهان الکترونیکی می‌باشد، دسته‌بندی اولیه و ارائه گردید. (شکل ۲)



شکل ۱. مراحل هفت گانه روش فراترکیب سندلوسکی و باروسو

مرحله دوم پژوهش، براساس روش دلفی انجام شد. روش دلفی فرآیندی ساختاریافته برای جمع‌آوری و طبقه‌بندی دانش موجود در نزد گروهی از کارشناسان و خبرگان است که از طریق توزیع پرسشنامه‌هایی در بین این افراد و بازخورد کنترل شده پاسخ‌ها و نظرات دریافتی صورت می‌گیرد.^{۳۳} در این مرحله ضمن مطالعه ادبیات پژوهش و مبانی نظری در خصوص نحوه تاثیر گفتگوی دهان‌به‌دهان الکترونیکی بر توسعه مشارکت‌های نظام سلامت، پالایش شاخص‌های استخراج شده مرحله اول و دسته‌بندی اولیه مولفه‌ها و مقوله‌ها، از طریق روش دلفی به نظرخواهی پنل خبرگان گذاشته شد. بدین منظور با توجه به هدف پژوهش، پنل خبرگان به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی (هدفمند یا قضاوتی) و نیز به کمک روش گلوله برفی تشکیل شد. پنل خبرگان شامل گروهی از صاحب‌نظران حوزه مشارکت‌های نظام سلامت شامل اساتید دانشگاه، مدیران دولتی، کارآفرینان بخش خصوصی و خیرین نظام سلامت و نیز خبرگان علمی، دانشگاهی و صاحب‌نظران امور بازاریابی و تبلیغات دهان‌به‌دهان الکترونیکی که دارای تجربه و سوابق عملی در این حوزه بودند، تشکیل و از ایشان خواسته شد تا عوامل استخراج شده و گروه‌بندی‌ها را مورد بررسی قرار داده و نظرات خود را بیان نمایند تا در نهایت اجماع حاصل گردد. در این پژوهش از روش دلفی تعدیل شده از طریق توزیع پرسشنامه در دو مرحله استفاده شد. برخلاف روش دلفی کلاسیک که مدل اولیه با استفاده از نظرات خبرگان در مراحل اولیه طراحی می‌شود و در مراحل بعدی توسعه‌یافته و اجماعی در مورد آن حاصل می‌شود. در روش دلفی تعدیل شده، یک مدل اولیه طراحی شده و به پانل خبرگان عرضه می‌شود. طراحی یک مدل اولیه با استفاده از مطالعات مروری جامعه و ارائه آن به پانل خبرگان موجب کاهش



شکل ۲. دسته‌بندی مفهومی عوامل موثر بر توسعه مشارکت‌های نظام سلامت از طریق گفتگوی دهان‌به‌دهان الکترونیکی

مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد که بیش از ۱۹ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و دکتری و ۸۷ درصد دارای سابقه کار بیش از ۵ سال در موضوع مورد پژوهش می‌باشند. در دور اول پس از توزیع پرسشنامه بین اعضاء پنل خبرگان و گردآوری اطلاعات، شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار محاسبه شد. در این دور از پاسخ‌دهندگان خواسته شده است تا در صورت وجود سایر عوامل تاثیرگذار یا تاثیرپذیر، پیشنهاد خود را به همراه توضیح مختصر ارائه نمایند. در این دور هیچ کدی حذف نشده و یکبار دیگر به خبرگان فرصت بررسی داده شد تا با توجه به نظر سایر اعضاء، در دور دوم پاسخ‌های خود را بازنگری و در صورت صلاحدید نظرات جدید را اعلام نمایند.

براساس نتایج دور اول، چون میانگین به‌دست آمده در همه موارد بالاتر از ارزش مورد نظر آزمون (یعنی عدد ۳) بودند، همچنین سطح معناداری آزمون نیز در همه موارد

در بخش دوم، براساس روش دلفی تعدیل شده و استفاده از پرسشنامه، الگوی اولیه شکل ۲ که شامل کدهای اولیه استخراج شده از روش فراترکیب و دسته‌بندی اولیه این کدها در قالب مولفه‌ها و مقوله‌های موثر بر توسعه مشارکت‌های نظام سلامت از طریق گفتگوی دهان‌به‌دهان الکترونیکی بود، به نظرسنجی خبرگان گذاشته شد. پرسشنامه دلفی در دو دور در مقاطع زمانی مختلف در اختیار خبرگان قرار گرفت که وضعیت آن به شرح جدول ۱ ارائه می‌گردد.

جدول ۱. توزیع پرسشنامه و گراوری پاسخ‌های دور اول و دور دوم دلفی (منبع، یافته‌های پژوهش)

دور	تعداد توزیع	تعداد پاسخ جمع آوری شده	درصد پاسخ‌دهی	میانگین پیگیری
اول	۲۵	۲۴	۹۶ درصد	۳ بار
دوم	۲۴	۲۳	۹۵/۸ درصد	۲ بار

هماهنگی کندال در دور اول مقدار ۰/۶۴۱ و در دور دوم ۰/۶۵۷ به دست آمد. این مقادیر، نشان‌دهنده توافق در حد قوی در خصوص نتایج دلفی می‌باشد. همچنین تفاوت ضریب هماهنگی کندال دور دوم نسبت به دور اول، مقدار ۰/۰۱۶ افزایش و رشدی در حدود ۲/۵ درصد را نشان می‌دهد. این میزان نشان‌دهنده آنست که اتفاق نظر میان اعضاء پیل میان دو دور متوالی، رشد قابل توجهی نداشته و می‌توان به مراحل دلفی پایان داد.

همچنین جهت تعیین اهمیت و حصول اطمینان نسبت به وجود توافق جمعی در پاسخ‌های خبرگان در رابطه با شاخص‌ها و مولفه‌های موثر بر توسعه مشارکت‌های نظام سلامت از طریق گفتگوی دهان‌به‌دهان الکترونیکی و نحوه دسته‌بندی آنها بین دو دور دلفی، از آزمون تی دو نمونه‌ای و آزمون لوین استفاده شد. این آزمون‌ها به صورت مقایسه دو گروهی میانگین پاسخ‌های دو مرحله، در سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح معناداری بالاتر از خطای ۵ درصد مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت و نتایج نشان داد که در تمامی شاخص‌ها بین دور اول و دوم دلفی هیچ اختلافی بین نظر خبرگان وجود ندارد. لذا بدلیل توافق جمعی در نظرات خبرگان، بر اساس نتایج آزمون کندال، تی دو نمونه‌ای و لوین، اجرای مرحله سوم و بالاتر تکنیک دلفی متوقف گردید. در پایان دور دوم وضعیت کدها به شرح جدول ۲ ارائه می‌گردد.

کوچک‌تر از میزان خطا (۰/۵) و فاصله اطمینان نیز در همه موارد در دو دامنه بالا و دامنه پایین مثبت قرار داشت، از این‌رو با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان ادعا نمود میزان اهمیت هر یک از کدها (اجزاء مدل) که از ادبیات موضوع استخراج شده، بزرگ‌تر از میانگین یا ارزش مورد نظر آزمون (عدد ۳) است. بنابراین همه اجزاء و مولفه‌های شناسایی شده، در دور اول دلفی مورد تایید قرار گرفتند. در دور دوم دلفی، ابتدا بازخوردهای دور اول به اعضاء پیل ارائه گردید بدین منظور میانگین پاسخ‌های دور اول خبرگان در رابطه با هر یک از مولفه‌ها و کدها، برای نظرخواهی در مرحله دوم به خبرگان اعلام تا در صورت تمایل با توجه به نظرات سایر اعضاء، در پاسخ‌های خود تجدیدنظر و تعدیل مورد نظر را اعمال نمایند. در دور دوم، ارزش مورد نظر عدد ۴ قرار گرفته و کدهایی که میانگین کسب شده آنها مساوی یا بالاتر از ارزش مورد نظر باشد، در مدل باقی‌مانده و مولفه‌های با میانگین کمتر از ۴ حذف شدند.

جهت تعیین میزان هماهنگی میان نظرات اعضاء پیل و پایان راندهای دلفی، از ضریب هماهنگی کندال استفاده شد. ثابت ماندن این ضریب یا رشد ناچیز آن در دو دور متوالی نشان می‌دهد که افزایشی در توافق صورت نگرفته است و فرآیند نظرخواهی، می‌تواند متوقف گردد. در صورتی که میزان تغییرات امتیازات داده شده توسط صاحب‌نظران در دو دور متوالی کمتر از ۱۵ درصد باشد، اجماع و اتفاق نظر بر سر موضوع مورد بررسی، وجود دارد. ۲۰ ضریب

جدول ۲. وضعیت کدها در پایان دور دوم دلفی

مقوله‌ها	مولفه‌ها	کد گویه‌ها	گویه‌های اولیه	میانگین	وضعیت گویه در پایان دور دوم
		۱	بوروکراسی ساده و روان جهت برون‌سپاری و عدم دیوان‌سالاری و کاغذبازی	۴/۲۶	باقی مانده
		۲	فراهم کردن انعطاف‌پذیری ساختار سازمانی با مدل سازمانی مشارکت	۳/۴۰	حذف شده
	ساختاری و زمینه‌ای	۳	توسعه زیر ساخت فرهنگی لازم	۳/۱۷	حذف شده
		۴	توافق، سازگاری و سازش‌پذیری (روح مشارکت) بین طرفین	۳/۳۹	حذف شده
		۵	برگزاری نشست‌های آموزشی مشترک بین بخش‌های عمومی و خصوصی	۴/۵۷	باقی مانده
		۶	دسترسی آزاد، شفافیت و تقارن اطلاعات، ماهیت و مشخصات پروژه‌ها	۴/۷۰	باقی مانده
		۷	توسعه کاربرد فن‌آوری داده و اطلاعات طرح‌ها و پروژه‌ها	۴/۳۰	باقی مانده
	ایجاد بانکی و تورمی	۸	میزان کنترل و مدیریت تورم	۳/۹۶	حذف شده
		۹	دسترس نمودن منابع و امکان دریافت وام‌های بلندمدت	۳/۰۹	حذف شده
		۱۰	وجود بانک‌های محلی مناسب جهت تامین مالی	۳/۳۵	حذف شده
		۱۱	قابل پیش‌بینی بودن نوسانات نرخ	۳/۸۷	حذف شده
	اقتصادی و مالی	۱۲	ایجاد ساختار اقتصادی مناسب	۴/۳۹	باقی مانده
		۱۳	طراحی و تدوین سیاست‌های اقتصادی سالم و مستدل	۴/۳۰	باقی مانده
		۱۴	داشتن پایداری، ثبات و امنیت اقتصادی	۳/۷۴	حذف شده
		۱۵	ایجاد سازوکار توثیق قرارداد جهت تامین اعتبار	۴/۳۰	باقی مانده

مقوله‌ها	مولفه‌ها	کد گویه‌ها	گویه‌های اولیه	میانگین	وضعیت گویه در پایان دور دوم
		۱۶	فراهم نمودن بازار مالی مساعد و توانمند و پایین آوردن هزینه‌های تامین مالی	۳/۴۸	حذف شده
		۱۷	استفاده بهینه منابع و دارایی‌های موجود و مولدسازی امکانات	۴/۳۵	باقی مانده
		۱۸	واقعی و عادلانه نمودن تعرفه‌ها و بهای خدمات	۴/۸۷	باقی مانده
		۱۹	اقتصادی کردن پروژه و بازگشت سرمایه مورد نظر	۴/۵۲	باقی مانده
		۲۰	ارائه تضامین لازم برای تشویق صاحبان سرمایه	۳/۴۸	حذف شده
		۲۱	احترام و پذیرش هویت و جایگاه ذینفعان و مشارکت‌کنندگان و برگزاری جلسات هم‌اندیشی	۴/۵۷	باقی مانده
		۲۲	طراحی همکاری و ارتباط موثر و دراز مدت بین طرفین مشارکت	۴/۷۴	باقی مانده
	ارتباطی و تعاملی	۲۳	ایجاد اشتغال و فراهم کردن بستر کارآفرینی	۳/۹۱	حذف شده
		۲۴	اعطای مشوق‌های قوی و ایجاد انگیزه‌های خیرخواهانه و اجتماعی جهت مشارکت‌ها	۴/۳۰	باقی مانده
		۲۵	جدیت در رفع موانع و پیگیری راه‌حل‌های اجرایی پروژه‌های مشارکتی	۳/۷۴	حذف شده
	اداری و اجتماعی	۲۶	هم‌راستایی اهداف پروژه با سیاست‌های دولت	۳/۸۳	حذف شده
		۲۷	سازگاری نمودن پروژه با مسایل زیست محیطی	۳/۸۳	حذف شده
		۲۸	همراهی و موافقت کارکنان با ماهیت مشارکتی پروژه	۳/۹۶	حذف شده
		۲۹	بیان دقیق و هدفمند از انتظارات واگذاری طرح‌ها و پروژه‌ها	۴/۶۱	باقی مانده
		۳۰	برنامه‌ریزی سازمانی مناسب مدیریت پروژه	۴/۳۵	باقی مانده
	سازمانی و نهادی	۳۱	داشتن منابع انسانی توانمند، متخصص در طراحی و پیاده‌سازی مشارکت	۴/۴۸	باقی مانده
		۳۲	بلوغ دانش فردی مدیران و تصمیم‌گیرندگان و اجرای نظام شایسته سالاری	۳/۹۱	حذف شده
		۳۳	تشکیل واحدهای توسعه مشارکت عمومی خصوصی در سازمان‌ها	۳/۸۳	حذف شده
		۳۴	فضای سیاسی باثبات و حمایت‌کننده در سطح کلان	۴/۳۰	باقی مانده
	انتشار	۳۵	پیاده‌سازی الگوی مناسب قرارداد مشارکت و چارچوب حفظ حقوق طرفین	۴/۷۰	باقی مانده
		۳۶	مشارکت دادن ذینفعان در فرآیند قانون‌گذاری، تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی مشارکت‌ها	۴/۳۵	باقی مانده
	حقوقی و قراردادی	۳۷	دادن ضمانت‌نامه و تعهدات کافی از جانب دولت	۴/۴۳	باقی مانده
		۳۸	تا حد امکان قابل پیش‌بینی بودن ریسک پروژه	۳/۵۷	حذف شده
		۳۹	امکان تقسیم مسئولیت‌ها و ریسک‌ها ما بین بخش خصوصی و دولت	۴/۴۳	باقی مانده
		۴۰	تبلیغ رسانه‌ای مثبت و ارائه بازخوردهای موثر محیطی	۴/۳۰	باقی مانده
	آگاه‌سازی و اعتمادسازی	۴۱	ترویج توصیه‌های دینی حوزه سلامت	۳/۸۳	حذف شده
		۴۲	آگاه‌سازی جامعه از اثرات مثبت مشارکت‌های اجتماعی حوزه سلامت	۴/۶۱	باقی مانده
		۴۳	تشویق مسئولیت‌پذیری و تعهد طرفین	۳/۷۰	حذف شده
		۴۴	تقویت اعتماد و ایجاد حس اطمینان	۴/۳۰	باقی مانده
		۴۵	وجود چارچوب قوانین و مقررات مناسب و استاندارد برای شراکت	۴/۴۳	باقی مانده
		۴۶	بروز بودن و کارآمدی قوانین و مقررات سرمایه‌گذاری	۴/۳۰	باقی مانده
		۴۷	وحدت رویه در قوانین و برنامه‌های مشارکت عمومی خصوصی	۳/۹۶	حذف شده
	قانونی و نظارتی	۴۸	برقراری یک مکانیسم عملیاتی جهت پشتیبانی مستمر از پروژه‌های مشارکتی	۴/۵۷	باقی مانده
		۴۹	حکمرانی خوب و همراه بودن سازمان‌های مرتبط	۴/۳۹	باقی مانده
		۵۰	عدم دخالت حاکمیت در امور تصدیگری مشارکت‌ها	۳/۸۳	حذف شده
		۵۱	داشتن نهادهای نظارتی قوی و متخصص	۴/۳۰	باقی مانده
		۵۲	شفاف شدن نظام واگذاری و انتخاب سرمایه‌گذار	۴/۳۵	باقی مانده

مقوله‌ها	مولفه‌ها	کد گویه‌ها	گویه‌های اولیه	میانگین	وضعیت گویه در پایان دور دوم
		۵۳	کارایی و کیفیت خدمات پروژه به سادگی قابل اندازه گیری و تعریف باشد	۴/۳۵	باقی مانده
		۵۴	فراهم بودن امکان‌سنجی فنی و مهندسی پروژه	۴/۳۵	باقی مانده
فنی و تخصصی		۵۵	دوره ساخت کوتاه و قابل پیش‌بینی بودن خط زمانی و مراحل پروژه	۳/۴۳	حذف شده
		۵۶	پروژه قابلیت جذب مشارکت و خصوصی شدن را دارد	۳/۳۹	حذف شده
		۵۷	بخش خصوصی متخصص و شایسته و برخوردار از منابع انسانی توانمند	۴/۲۶	باقی مانده
		۵۸	در دسترس بودن بخش خصوصی توانمند و با تجربه	۳/۴۸	حذف شده
		۵۹	پروژه از نظر ابعاد برای یک کنسرسیوم قابل مدیریت است	۳/۳۵	حذف شده
تکنولوژی و تجهیزاتی		۶۰	عدم موازی کاری و تهدید پروژه توسط تکنولوژی‌ها یا پروژه‌های مشابه	۳/۶۱	حذف شده
		۶۱	مجهز بودن به دانش و امکانات و تجهیزات	۳/۷۸	حذف شده
		۶۲	ماهیت اجتماعی پروژه و میزان نیاز جامعه به آن خدمات	۳/۹۶	حذف شده
		۶۳	اثربخشی و مفید بودن پروژه	۴/۳۰	باقی مانده
مقبولیت و اثربخشی		۶۴	تاکید بر ساماندهی و بهینه مصرف شدن منابع جهت رفع نیازهای واقعی	۴/۶۱	باقی مانده
		۶۵	داشتن احساس رضایت‌خاطر از هزینه‌های انجام شده	۳/۹۶	حذف شده
		۶۶	میزان علاقه و مورد حمایت مردمی بودن پروژه	۴/۳۵	باقی مانده

در پایان مرحله دوم دلفی، تنها کدهایی که میانگین ۴ و بالاتر را کسب نموده‌اند انتخاب و کدهای با میانگین کمتر از ۴ از پژوهش حذف شدند. در جدول ۳ وضعیت عوامل و تعداد کدهای حذف شده و باقیمانده در پایان دور دوم نشان داده می‌شود.

جدول ۳. تعداد کدهای حذف شده و باقیمانده در پایان دور دوم

مقوله‌ها	مولفه‌ها	تعداد کدهای اولیه	تعداد کدهای حذف شده	تعداد کدهای باقی‌مانده
ایجاد	ساختاری و زمینه‌ای	۷	۳	۴
	بانکی و تورمی	۳	۳	۰
	اقتصادی و مالی	۱۰	۴	۶
	ارتباطی و تعاملی	۵	۲	۳
	اداری و اجتماعی	۳	۳	۰
انتشار	سازمانی و نهادی	۶	۲	۴
	حقوقی و قراردادی	۵	۱	۴
	آگاه‌سازی و اعتمادسازی	۵	۲	۳
تاثیر	قانونی و نظارتی	۸	۲	۶
	فنی و تخصصی	۶	۳	۳
	تکنولوژی و تجهیزاتی	۳	۳	۰
	مقبولیت و اثربخشی	۵	۲	۳
	جمع کل	۶۶	۳۰	۳۶

همان‌طور که ملاحظه می‌شود براساس جدول ۳ در پایان نظرخواهی گروه خبرگان، از بین ۶۶ کد اولیه استخراج شده موثر بر توسعه مشارکت‌های حوزه بهداشت و درمان، تعداد ۳۰ کد پالایش یا حذف شدند. از آنجایی که تمامی کدهای مولفه‌های بانکی و تورمی، اداری و اجتماعی، تکنولوژی و تجهیزاتی در این مرحله حذف شدند، لذا هر سه مولفه مذکور هم از مدل حذف و تعداد ۳۶ کد نهایی یا شاخص در قالب ۹ مولفه و سه مقوله عوامل ایجاد،

سلامت از طریق گفتگوی دهان به دهان الکترونیکی، پس از نظرخواهی خبرگان، به صورت شکل ۳ ارائه می‌گردد.

عوامل انتشار و عوامل تاثیر، در مدل باقی‌مانده و به تایید خبرگان رسید. در نهایت الگوی تایید شده پژوهش و روابط عوامل و مولفه‌های اثرگذار بر توسعه مشارکت‌های نظام



شکل ۳. الگوی تایید شده خبرگان جهت توسعه مشارکت‌های نظام سلامت از طریق گفتگوی دهان به دهان الکترونیکی

بحث

دولت‌ها به دلیل حجم و اندازه بسیار بزرگ، گستردگی محدوده فعالیت‌ها، وظایف و تکالیف قانونی متعدد، بوروکراسی اداری و عدم هماهنگی قادر نیستند تا پروژه‌های محوله را با سرعت، کیفیت و هزینه مناسب انجام دهند. عدم توجه به کیفیت به دلیل نبود نظارت کافی و همچنین عدم اتمام پروژه‌ها در مدت مشخص شده باعث زیان‌های بی‌شمار و اتلاف هزینه‌های بخش دولتی می‌گردد که مالیات‌دهندگان باید بتوان آن را بپردازند. لذا، استفاده از توانمندی‌ها، تجربیات و سرمایه‌های موجود در بخش خصوصی و غیردولتی می‌تواند بستر مناسبی برای مصرف

بهینه منابع دولت ایجاد نماید. براساس مطالعات و تحقیقات انجام شده بهره‌گیری از روش‌های مشارکت، منجر به کاهش هزینه‌ها شده و دولت می‌تواند منابع صرفه‌جویی شده را در سایر پروژه‌های عمرانی خود به کار گیرد. ظهور مشارکت عمومی - خصوصی به عنوان راهکاری بنیادین در زمینه توسعه زیرساخت کشورها با استفاده از تخصص بخش خصوصی به شمار می‌رود. با وجود پیشرفت در مشارکت عمومی - خصوصی، این رویکرد هنوز هم با چالش‌های بسیاری روبرو است. هر چند پیرا (Pereira)^{۲۶} طی مطالعه انتقادی به مشارکت‌های عمومی - خصوصی حوزه بهداشت و درمان کشور پرتغال، علل عدم موفقیت

مورد نظر جامعه اعم از بخش خصوصی و خیریه و سایر، جهت توسعه مشارکت‌های نظام سلامت مفید می‌باشد. همچنین از آنجایی که انگیزه شرکت‌های خصوصی برای ایجاد مشارکت با بخش دولتی، دستیابی به بازارهای جدید، تولید بیشتر، فروش و سود یا تلاش برای گسترش نفوذ آنها است،^{۳۲} در قراردادهای مشارکتی نقش دولت را می‌توان همانند یک مشتری فرض کرد که کالا یا خدمات خریداری می‌کند، لذا ترکیب دارایی‌ها و منابع بخش دولتی، تخصص بخش خصوصی و نیت اجتماعی بخش خیریه نظام سلامت، باید براساس شناسایی و معرفی توانمندی‌ها و ظرفیت‌های هر بخش و استفاده از دانش و مکانیزم‌های ارتباطی نوین جهت هم‌افزایی آنها به منظور دستیابی به اهداف و برنامه‌های حوزه بهداشت و درمان شکل بگیرد.

هر چند پژوهش‌های اندکی در مورد چگونگی تأثیرگذاری گفتگوی دهان‌به‌دهان شفاهی یا از طریق شبکه‌های اجتماعی بر توسعه مشارکت‌ها انجام شده و در زمینه توسعه مشارکت‌ها در نظام سلامت نیز بسیار محدود می‌باشد. به هر ترتیب یافته‌های پژوهش حاضر با تحقیقات متعددی هم‌سو یا در تناقض است که از آن جمله می‌توان به برخی موارد اشاره کرد. از زمان توسعه ابزارهای فناوری اطلاعات و شبکه‌های اجتماعی در میان افراد، بیشتر سازمان‌ها اقدام به ایجاد انواع سایت‌ها و کانال‌های مختلف سازمانی نموده و از این طریق به اطلاع‌رسانی تصمیمات و اخبار کاری سازمان پرداخته‌اند. همچنین در سال‌های اخیر به دلیل شیوع کرونا، قرنطینه‌های اجباری و ضرورت حفظ سلامت افراد، ارتباط حضوری افراد در سازمان‌ها و شرکت‌ها، به یکباره قطع شده و در نتیجه اصلی‌ترین راه ارتباطی سازمان‌ها در فضای مجازی و ارتباطات الکترونیکی نمایان شد و سایت‌ها و کانال‌های سازمانی که تا اندکی قبل، صرفاً جهت آگاه‌سازی افراد بیرونی سازمان از تصمیمات و اخباری کاری مطرح بود، اکنون بنا بر ضرورت به یک اجبار کاری مبدل گردید. آبرون (Irún)^{۳۳} و همکاران نیز بر عدم موفقیت الگوی سنتی مدیریت در تامین منابع مالی حوزه‌های مختلف از جمله بهداشت و درمان و لزوم گسترش روابط بلندمدت از طریق به‌کارگیری ابزارهای دیجیتالی به‌منظور ایجاد و توسعه شبکه‌های کاری جهت توسعه پایدار بین همه ذینفعان بخش‌های دولتی و خصوصی تاکید نموده و استفاده از

این نوع قراردادها را ناتوانی دولت در شناخت ظرفیت‌های بخش خصوصی و استفاده کارآمد از این قابلیت‌ها معرفی می‌نماید و نیز کوماندیرو (Comendeiro)^{۳۴} با تفکیک بخش غیردولتی مشارکت‌های عمومی - خصوصی در حوزه بهداشت و درمان اسپانیا به بخش‌های انتفاعی و غیرانتفاعی، رویکرد منفی به حضور بخش انتفاعی در این نوع مشارکت‌ها داشته است، ولی باکستر (Baxter)^{۳۵} و همکاران با ارائه یک چشم‌انداز فعال، مشارکتی و استراتژیک در مشارکت‌های عمومی - خصوصی حوزه بهداشت و درمان، به داشتن یک برنامه منسجم، هماهنگ و استراتژیک جهت موفقیت این نوع قراردادها تاکید می‌کند. نتایج مطالعه کریمی و همکاران^{۳۶} با عنوان بررسی روش‌های تامین مالی و سیستم پرداخت خدمات در بخش سلامت نشان داده است که واگذاری خدمات پشتیبانی و بالینی به بخش خصوصی باعث افزایش هزینه‌های خدمات سلامت و تحمیل هزینه به بیماران می‌گردد. نتایج پژوهش کریمی و همکاران در بحث منابع مالی با نتایج مطالعه حاضر تناقض دارد. پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در صورت ترغیب و توسعه مشارکت‌های نظام سلامت، چارچوب این قراردادها تقویت و کارایی خدمات افزایش می‌یابد. همچنین نتایج این پژوهش هم‌سو با یافته‌های معتمدی و همکاران^۱ بر انجام مطالعات کاربردی و لزوم استفاده از راهکارهای اجرایی جهت تعدیل آگاهی، نگرش و کنش تصمیم‌گیرندگان حوزه بهداشت و درمان به منظور توسعه و گسترش مشارکت‌های عمومی - خصوصی نظام سلامت تاکید می‌نماید. بنابراین، اگرچه استفاده از مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی دستاوردهایی برای دولت‌ها، مردم و حوزه بهداشت و درمان داشته است ولی عموم جامعه، اطلاع کمی از شرایط و قوانین مشارکتی‌های نظام سلامت دارند.^{۳۰} یافته‌های پژوهش مرادی فراهانی و همکاران^{۳۱} نشان داد که؛ عوامل اصلی عدم مشارکت‌های نظام سلامت، وجود موانعی از قبیل نواقص قانونی، نظارتی، قوانین دست‌وپا گیر و گاه متضاد، عدم ریسک‌پذیری و عدم تخصص کافی مدیران دولتی است. عوامل مذکور در پژوهش حاضر هم شناسایی شد که در صورت رفع چنین موانع، اثرات مثبت در گفتگوهای دهان‌به‌دهان شفاهی و شبکه‌های مجازی انتشار و مشارکت‌ها توسعه می‌یابد. لذا مطابق یافته‌های پژوهش حاضر به‌کارگیری هر گونه ابزار و روش‌های جدید جهت آگاهی و اطلاع‌رسانی مخاطبان

برقراری ارتباط بین دولت و سازمان‌های عمومی با بخش‌های خصوصی و خیرین حوزه بهداشت و درمان را مورد توجه و تاکید قرار داده تا از این طریق انواع مشارکت‌های نظام سلامت را تقویت و توسعه دهد. لذا این پژوهش ضمن شناسایی شاخص‌ها و مولفه‌های تاثیرگذار بر مشارکت‌های نظام سلامت، الگوی جدیدی جهت توسعه مشارکت‌های نظام سلامت و استفاده از ظرفیت‌های عظیم اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی بخش‌های دولتی، خصوصی و خیریه و مولدسازی دارایی‌های موجود در حوزه بهداشت و درمان، ارائه نمود. بدیهی است دستیابی به هدف فوق، موجب کمک به سازمان‌های متولی سلامت و رونق و ارتقاء کیفیت خدمات بهداشت و درمانی می‌گردد. در پرتو این یافته‌ها، به سیاست‌گذاران و مدیران بخش دولتی نظام سلامت و سازمان‌های متولی بهداشت و درمان اعم از وزارت بهداشت و درمان و دانشگاه‌های علوم پزشکی پیشنهاد می‌گردد ظرفیت‌های غیردولتی کشور را شناسایی و به توانمندی آنها باور داشته باشند. طرح‌ها و پروژه‌های حوزه بهداشت و درمان را در قالب بسته‌های سرمایه‌گذاری به صورت شفاف تعریف و نسبت به اطلاع‌رسانی و معرفی آنها به بخش‌های خصوصی و خیریه از طریق ابزار شبکه‌های اجتماعی اقدام نمایند. همچنین فرآیند گفتگوی دهان‌به‌دهان سازمان خود را در مراحل؛ ایجاد، انتشار و تاثیر پیام‌ها و اخبار به نحو مقتضی مدیریت نمایند. به طوری که به تولید اطلاعات و انتشار پیام‌های مثبت به منظور تشویق مشارکت‌های (عمومی - خصوصی) نظام سلامت در شبکه‌های اجتماعی توجه نمایند و پیاده‌سازی و اشتراک‌گذاری این اطلاعات به گونه‌ای باشد که کلیه ذینفعان در محیط‌های مختلف بهداشت و درمان و گروه‌های مرتبط در بخش‌های خصوصی و خیریه، به این پیام‌ها و گفتگوها دسترسی داشته و نیز محتوای این پیام‌ها موجب ترغیب مشارکت این گروه‌ها و همکاری دو یا چند جانبه در برنامه‌ها، طرح‌ها و پروژه‌های نظام سلامت گردد.

به بخش‌های خصوصی و خیریه هم پیشنهاد می‌گردد تخصص، توانمندی و منابع خود را در مشارکت‌های نظام سلامت ارتقاء داده و از اطلاعات معتبر شبکه‌های اجتماعی جهت آگاهی، شناخت و تصمیم‌گیری خود استفاده نمایند. همچنین به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای در خصوص چگونگی پایداری مشارکت‌های نظام سلامت انجام دهند. از جمله نقاط قوت هم، استفاده از روش ساختارمند فراترکیب و دلفی در انجام پژوهش بود که به جای ارائه

ابزارهای ارتباطی را عامل شفافیت بیشتر، تسهیل روابط بهتر، دایمی و مداوم در میان همه شرکا معرفی می‌کند. پائولی (Pauli)^{۱۶} به‌کارگیری گفتگوی دهان‌به‌دهان را موجب محدود کردن پیامدهای منفی بالقوه و کاهش عدم اطمینان و ریسک‌های مشارکت‌های حوزه بهداشت و درمان معرفی می‌نماید. در واقع می‌توان بیان داشت که مکانیزم دهان‌به‌دهان الکترونیکی موجب تشکیل گروه‌های مجازی در انواع شبکه‌های اجتماعی شده و امکان استفاده از کارکردهای مدیریتی مختلف جهت حفظ و استمرار ارتباطات، گفتگوها، گردهمایی‌ها و هم‌اندیشی‌های کاری می‌شود. عباس‌زاده و همکاران^{۳۴} همسو با یافته‌های این پژوهش اشاره می‌کند که از زمان شکل‌گیری فناوری اطلاعاتی و شبکه‌های اجتماعی، کم و بیش گروه‌های مجازی سازمانی برای برقراری ارتباط هر چه بیشتر افراد با سازمان‌ها به وجود آمده‌اند و می‌توان بیان داشت که ارتباطات جمعی کارکنان، گفتگوهای بین افراد و شرکت‌ها، گردهمایی‌ها و هم‌اندیشی‌های سازمانی که از مصادیق اصلی ارتباطات سازمانی محسوب می‌گردند، به مدد انواع ابزارهای فناوری اطلاعات به فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی منتقل گردیده‌اند. یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص تاثیرگذاری گفتگوی دهان‌به‌دهان شفاهی یا الکترونیکی در شبکه‌های اجتماعی بر توسعه مشارکت‌های مردمی با یافته‌های اشتریان و امیرزاده^{۳۵} که نشان می‌دهد شبکه‌های اجتماعی بر مشارکت سیاسی مردم تأثیر منفی دارد در تناقض است. یافته‌های پژوهش حاضر، با یافته‌های پژوهش آیدین (Aydin)^{۳۶} که بر نقش گفتگوی دهان‌به‌دهان در شکل‌گیری نگرش مثبت تبلیغات شفاهی در حوزه سازمان‌های بهداشت و درمان انجام شده است، همسو می‌باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که پایین بودن تجربیات موفق دولت و بخش‌های عمومی در فراهم نمودن بستر لازم جهت پیاده‌سازی مشارکت‌های نظام سلامت و پایین بودن انگیزه و عدم استقبال بخش خصوصی جهت حضور اساسی، موجب عدم دستیابی به اهداف و برنامه‌های سند چشم‌انداز حوزه بهداشت و درمان کشور شده است. بدین منظور این پژوهش، اهمیت و کارکرد گفتگوی دهان‌به‌دهان فضای مجازی را در انگیزش و

مشارکت پدیدآوران

علی امیرحسینی (طراحی پژوهش و جمع‌آوری داده‌ها)، حسین شیرازی (تجزیه و تحلیل و اجراء)، میثم شفیع رودپشتی (طراحی مطالعه و تحلیل نتایج) و حسین جنتی‌فر (بازبینی و تایید نهایی). تمامی نویسندگان در تالیف مقاله مشارکت داشته و نسخه نهایی را تایید نمودند.

منابع مالی

حمایت مالی از این پژوهش از طرف نویسندگان صورت پذیرفته است.

ملاحظات اخلاقی

مشارکت‌کنندگان با رضایت و تمایل شخصی در پژوهش شرکت نمودند و کلیه موارد اخلاقی پژوهش از جمله محرمانه ماندن اطلاعات در مراحل مختلف رعایت شد. این مقاله منتج از پایان‌نامه دکتری به شماره ۱۵۴۴۸۷۵۹۹۸۷۶۹۹۳۹۱۴۰۰۱۶۲۴۵۱۳۰۷ دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم می‌باشد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

خلاصه‌ای از سایر یافته‌ها، ترکیبی جامع و تفسیری جدید از یافته‌ها همراه با تایید خیرگان ارائه نمود. از محدودیت‌های پژوهش، جدید و نو بودن موضوع پژوهش و محدودیت دسترسی به منابع و مقالات مناسب، به خصوص در زمینه گفتگوی دهان‌به‌دهان بود. مشکلات دسترسی به برخی مدیران در بخش دولتی نیز از محدودیت‌های این پژوهش بود.

پیامدهای عملی پژوهش

امروزه با توجه به افزایش روزافزون انواع شبکه‌های اجتماعی، به‌کارگیری و مدیریت گفتگوی دهان‌به‌دهان الکترونیکی می‌تواند؛ به‌عنوان ابزار آگاهی مخاطبان مشارکت‌های (عمومی - خصوصی) نظام سلامت، موجب انگیزش بخش‌های خصوصی و خیریه و به‌کارگیری ظرفیت این بخش‌ها جهت توسعه مشارکت‌های نظام سلامت و دستیابی به اهداف و برنامه‌های بهداشت و درمان گردد.

قدردانی‌ها

از اساتید دانشگاهی، مدیران دولتی، کارآفرینان بخش خصوصی و خیرین نظام سلامت و صاحب‌نظران امور بازاریابی که در جمع‌آوری داده‌ها و انجام این پژوهش همکاری و مساعدت نموده‌اند، قدردانی و سپاسگزاری می‌گردد.

References

- Ahangar A, Ahmadi AM, Mozayani A, FarajiDizaji S. Key Health Financing Policies with Approach Risk-Sharing to Promote Health Systems in Poor and Developing Countries; Africa and Eastern Mediterranean (WHO) Regions. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2018; 6(2): 200-202. (Persian)
- Pazuki M, Rezaei A, Pazuki M. Examines the effects of the economy's health system financing methods in Iran, Tehran: Group Finance and Investment Center of Sharif University of Technology. The Fifth Conference Financing System in Iran; 2012. (Persian)
- Mosadeghrad AM, Khodayari R, Abbasi M, Karimi F. Sustainable Financing Strategies for the Iranian Health System: A Scoping Review. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2021; 19(2): 137-156. (Persian)
- Delmon J. Public-private partnership projects in infrastructure: an essential guide for policy makers. Cambridge university press; 2017.
- George G, Howard-Grenville J, Joshi A, Tihanyi L. Understanding and tackling societal grand challenges through management research. *Acad Manage J*. 2016; 59(6): 1880-1895. doi:10.5465/amj.2016.4007
- Neamatshahi M, Ebrahimipou H, Khajedaluae M, Keykhosravi A. Assessment of health budget during the first to fifth socioeconomic developmental programs in Iran. *Management Strategies in Health System*. 2020; 5(2): 85-88. doi: 10.18502/mshsj.v5i2.4246 (Persian)
- Abeykoon P. Partnerships in health development. *Journal of Health Management*. 2021; 23(1):143-154. doi:10.1177/0972063421995007

8. Virani A, Ramesh M. How neglecting policy mechanisms can lead to policy failure: insights from public-private partnerships in India's health sector. *Making Policies Work*: Edward Elgar Publishing; 2019.
9. Sharma V, Seth P. Effective public private partnership through E-governance facilitation. *Computer & Communications Sciences*. 2011; 34(1): 15-25.
10. Motamedi M, Vaezi R, Alvani SM, Daneshjafari D. Development of public-private partnerships strategy; in line with the general policies of the health system. *Quarterly Journal of The Macro and Strategic Policies*. 2021; 9(33): 1-26. doi:10.30507/JMSP.2020.228651.2053. (Persian)
11. Johnston LM, Finegood DT. Cross-sector partnerships and public health: challenges and opportunities for addressing obesity and noncommunicable diseases through engagement with the private sector. *Annu Rev Public Health*. 2015; 36: 255-271. doi:10.1146/annurev-publhealth-031914-122802
12. Jabbari Beyrami H, Gholamzadeh Nikjoo R, Jannati A, Dadgar E. Introducing Public-Private Partnership Options in Public Hospitals. *Hakim Research Journal*. 2013; 16(3): 201- 210. (Persian)
13. Greenhalgh C, Montgomery P. A systematic review of the barriers to and facilitators of the use of evidence by philanthropists when determining which charities (including health charities or programmes) to fund. *Syst Rev*. 2020; 9(1): 1-13. doi:10.1186/s13643-020-01448-w
14. Izadi H, Bahriniazad M, Esmailpour M. Segmenting consumers in social networks based on social motivations of engagement in electronic word of mouth relationships. *Journal of Business Management*. 2019; 11(1): 201-218. doi: 10.22059/JIBM.2018.259484.3084. (Persian)
15. Hosseini MH, Jokar AA, Hosseini F. Provide a Model for Customer Advocacy (Detergents Customers in Tehran. *Modiriat-e-farda*. 2019; 18(59): 129-145. (Persian)
16. Pauli G, Martin S, Greiling D. The current state of research of word-of-mouth in the health care sector. *Int Rev Public Nonprofit Mark*. 2022: 1-24. doi:10.1007/s12208-022-00334-6
17. Zhang TC, Omran BA, Cobanoglu C. Generation Y's positive and negative eWOM: use of social media and mobile technology. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*. 2017; 29(2): 732-761. doi: 10.1108/IJCHM-10-2015-0611
18. Srivastava M, Sivaramakrishnan S. The impact of eWOM on consumer brand engagement. *Marketing Intelligence & Planning*. 2021; 39(3): 469- 484. doi: 10.1108/MIP-06-2020-0263
19. Phung MT, Ly PTM, Nguyen TT, Nguyen-Thanh N. An FsQCA investigation of eWOM and social influence on product adoption intention. *Journal of Promotion Management*. 2020; 26(5): 726-747. doi:10.1080/10496491.2020.1729318
20. Martin S. Word-of-mouth in the health care sector: a literature analysis of the current state of research and future perspectives. *Int Rev Public Nonprofit Mark*. 2017; 14(1): 35-56. doi: 10.1007/s12208-016-0154-y
21. Sandelowski M, Barroso J, Voils CI. Using qualitative metasummary to synthesize qualitative and quantitative descriptive findings. *Res Nurs Health*. 2007; 30(1): 99-111. doi:10.1002/nur.20176
22. Deghati A, Yaghoubi N, Kamalian AR, Dehghani M. Presenting a Phased Development Pattern of Network Governance Using a Meta-synthesis Approach. *Journal of Public Administration*. 2019; 11(2): 203-230. doi: 10.22059/JIPA.2019.277187.2501. (Persian)
23. Rasouli R, Mooghali A, Rashidi M. Designing a model for organizational sustainability strengthening of knowledge workers: using Delphi technique. *Quarterly Journal of Career & organizational Counseling*. 2014; 6(21): 66-94. (Persian)
24. Mosadeghrad A, Akbarisari A, Rahimitabar P. Health system governance in Iran: a Delphi study. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2020; 17 (4): 317-336. (Persian)
25. Keshavarz H, Fahimnia F, Noruzi A, Esmaeili Givi M. Designing and evaluating a conceptual model of credibility evaluation of web information: a meta-synthesis and Delphi study. *Human Information Interaction*. 2016; 3(3): 1-6. (Persian)
26. Pereira MA, Ferreira DC, Marques RC. A critical look at the Portuguese public-private partnerships in healthcare. *Int J Health Plann Manage*. 2021; 36(2): 302-315. doi:10.1002/hpm.3084

27. Comendeiro-Maaløe M, Ridao-López M, Gorgemans S, Bernal-Delgado E. Public-private partnerships in the Spanish National Health System: The reversion of the Alzira model. *Health policy*. 2019; 123(4): 408-411. doi:10.1016/j.healthpol.2019.01.012
28. Baxter D, Casady CB. Proactive and strategic healthcare public-private partnerships (PPPs) in the coronavirus (COVID-19) epoch. *Sustainability*. 2020; 12(12): 5097. doi: 10.3390/su12125097
29. Karimi I, Nasiripour A, Maleki M, Mokhtare H. Assessing financing methods and payment system for health service providers in selected countries: designing a model for Iran. *Journal of health administration*. 2006; 8(22): 15-24. (Persian)
30. Akhavan Behbahani A, Masoudi Asl I, Hesam S, Najafikhah M. Challenges for Public Participation in Health Legislation in Iran: A Qualitative Study. *Archives of Rehabilitation*. 2020; 21(4): 454-469. doi: 10.32598/RJ.21.4.555.2. (Persian)
31. Farahani AM, Mahfouzpour S, Hesam S, Vahdat S, Jafari M. Investigating the most Important Advantages, Disadvantages and Obstacles of Public-Private Sector Partnership in Providing Primary Health Care Services from the Viewpoint of Health Managers. *Depiction of Health*. 2021; 12(3): 251-261. doi: 10.34172/doh.2021.25. (Persian)
32. Bjorkman JW. Public private partnerships in health care services of less developed countries. In IPSA Conference, Concordia University, Montreal, Canada 2008.
33. Irún B, Monferrer D, Moliner MÁ. Network market orientation as a relational governance mechanism to public-private partnerships. *Journal of Business Research*. 2020; 121: 268-282. doi: 10.1016/j.jbusres.2020.08.044
34. Abbaszadeh MR, Vazifehdoost H, Nasimi MA. Developing a Model of Electronic Word of Mouth Advertising in Interpersonal Relationships of Social Media Users, with a Qualitative Approach. *Rasaneh*. 2021; 32(3): 5-28. doi: 10.22034/bmsp.2021.141405. (Persian)
35. Ashtarian K, Amirzadeh M. Investigation of the effects of social networks on political participation (Case study: Tehran). *Political Quarterly*. 2015; 45(4): 825-841. doi: 10.22059/JPQ.2015.55946. (Persian)
36. Aydin G. The Role Of Word-Of-Mouth Communication In The Formation Of Cynical Attitudes Towards Private Health Care Organizations. *Journal of Management and Economics Research*. 20(1): 394-413. doi:10.11611/yead.1080745