

# گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

بررسی وضعیت تمایل خیرین به حوزه سلامت در ایران

مجری طرح

فروزان اکرمی

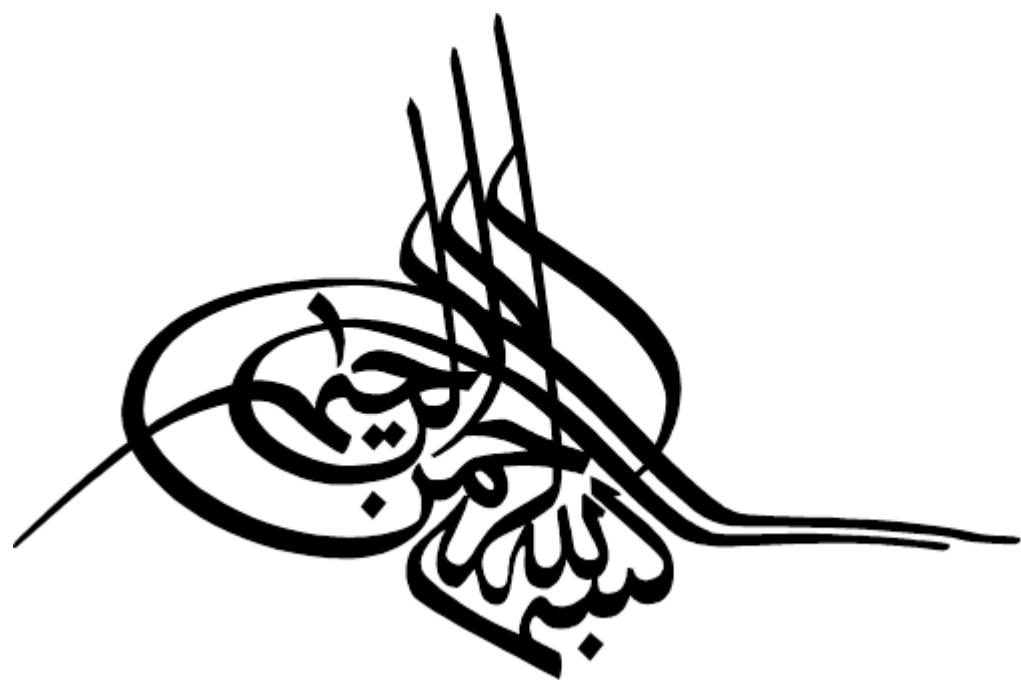
محمود عباسی

فروزان اکرمی

همکاران طرح:

موسسه ملی تحقیقات سلامت







## گزارش خلاصه طرح

**زمینه و هدف:** در فرهنگ ما، وجود گرایش‌های مذهبی زمینه بهره‌گیری از مشارکت‌های خیرین را فراهم نموده است. نظر به تأثیر مشارکت مردم در پیشبرد اهداف و دستیابی به پیامدهای مطلوب سلامت و رفاه و نیک زیستی جامعه، جلب مشارکت خیرین در حوزه سلامت با توجه به محدودیت منابع، یکی از راه‌های مهم موفقیت برای دستیابی به هدف عدالت در سلامت است. از این رو مطالعه حاضر باهدف شناخت دیدگاه‌های خیرین و مسئولین مؤسسات خیریه درباره تمایل/عدم تمایل به حوزه سلامت در سال ۱۳۹۴ صورت گرفته است.

**روش:** در این پژوهش کیفی از برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه باز، نیمه ساختاریافته و عمیق فردی استفاده شد. تمامی مصاحبه‌ها و یادداشت‌برداری به‌طور هم‌زمان توسط یک نفر پژوهشگر انجام شد. مصاحبه‌ها تا زمان اشباع نظری برداشت‌های حاصله از دید پژوهشگر ادامه یافت. آنالیز داده‌ها به روش تحلیل محتوی انجام شد. هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های ضبط‌شده خط به خط پیاده شده و سپس برای درک کلی محتوای گفته‌های مشارکت‌کنندگان، مطالب چندین بار خوانده شده و مفاهیم یا کدهای اولیه استخراج و سپس کدها بر اساس شباهت‌ها، طبقه‌بندی شدند.

**یافته‌ها:** در این مطالعه به دلیل اینکه فعالیت خیرین و مسئولین خیریه هر دو نمودی از کار خیر است، تجربیات و دیدگاه‌های شرکت‌کنندگان به‌صورت توأم گزارش گردید. ۷۵ درصد از شرکت‌کنندگان در قالب گروه، موسسه یا هیئت‌امنا به امر خیریه اشتغال داشتند. بیشتر خیرین کلان دارای سن بالا بوده و از امنیت مالی برخوردار بودند. درحالی‌که خیرین خرد و جوان از جمله دانشجویان بیشتر در قالب گروه یا مؤسسات خیریه و بیشتر به‌صورت غیر نقدی فعالیت می‌نمودند. در مصاحبه با ۲۰ نفر از خیرین، مسئولین مؤسسات خیریه و اعضای هیئت‌امنا خیرین، ۵ مفهوم یا موضوع محوری «شفافیت و پاسخگویی»، «حاکمیت و دولت»، «فرایندها»، «نهاد متولی» و «شناخت و فرهنگ‌سازی» شناسایی شد. «پیامد خیریه یا نمود بیرونی آن» مفهوم محوری شناخته‌شده در حوزه سلامت بود که بر نوع مشارکت خیرین در بخش پیشگیری، آموزش، پژوهش، درمان و یا توان‌بخشی تأثیر می‌گذارد.

**نتیجه‌گیری:** علاوه بر جلب اعتماد خیرین از طریق شفافیت و پاسخگویی، نیاز است تا حاکمیت علاوه بر تدارک سیاست‌ها و مقررات تسهیلی، ضمن انتقال نیازهای حوزه سلامت به‌صورت عینی و با نتایج ملموس به خیرین، ایجاد یک سازمان متولی ملی و مردمی برای خیریه را برنامه‌ریزی نماید، همچنین ضروری است تا برای ایجاد احساس مالکیت در خیرین و تأمین سطح مشارکت بالای آنان به‌صورت عضو و مدیر و ناظر نقش مستقیم مداخله‌ای خود را به نقش تسهیل‌کننده تغییر دهد.

کلیدواژه‌گان: خیرین، موسسه خیریه، سلامت، شفافیت و پاسخگویی، تمایل



## فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
فصل اول - مقدمه .....	۹
فصل دوم - زمینه های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده .....	۱۳
اهداف .....	۱۶
اهداف (خروجی ها) اصلی طرح .....	۱۶
اهداف (خروجی ها) اختصاصی طرح .....	۱۶
اهداف کاربردی طرح .....	۱۶
فرضیه ها یا سؤالات پژوهش .....	۱۶
فصل سوم - روش پژوهش .....	۱۷
نوع پژوهش .....	۱۷
روش نمونه گیری .....	۱۷
روش و ابزار جمع آوری اطلاعات .....	۱۷
پرسش ها .....	۱۷
نحوه تجزیه و تحلیل داده ها .....	۱۸
روش های مورد استفاده برای تأمین اعتبار و پایایی و افزایش عینیت پذیری مطالعه .....	۱۸
فصل چهارم - یافته های پژوهش .....	۱۹
شفافیت و پاسخگویی .....	۱۹
حاکمیت و دولت .....	۲۰
فرایندها .....	۲۱
نهاد متولی .....	۲۲
شناخت و فرهنگ سازی .....	۲۳
فصل پنجم - بحث، تحلیل یافته ها، نتیجه گیری، پیشنهادات .....	۲۷
نتیجه گیری .....	۳۰
ملاحظات اخلاقی .....	۳۱
محدودیت های اجرایی طرح و روش کاهش آن ها .....	۳۱
تشکر و قدردانی .....	۳۱
منابع .....	۳۳





## فصل اول – مقدمه

فعالیت‌های نیکوکارانه بر اساس تعریف متداول به اعمالی گفته می‌شود که در جهت خیرخواهی برای کل جامعه و رفع مشکلات اقشار بی‌بضاعت صورت می‌پذیرد. تاریخ نیکوکاری نیز گواهی می‌دهد که قسمت قابل توجهی از این خدمات انسانی به واسطه‌ی کمک‌های مالی به مستمندان انجام می‌پذیرفته و به‌طور قطع ریشه در اعتقادات یاری‌دهندگان داشته است.

خیریه به‌سادگی به‌صورت عمل دادن پول، غذا و یا انواع دیگری از کمک به افراد ضعیف، بیمار و غیره و به‌طور کامل «حسن نیت خیرخواهانه و یا عشق به انسانیت» تعریف شده است (۱). در باب عمل خیر و نیکوکاری و ارزش و اهمیت آن احادیث و روایات بسیاری نقل شده است که نشانگر غنای فرهنگ ایرانی اسلامی در این باره است. در واژه‌نامه‌ی آزاد ویکی‌پدیا، واژه خیریه (charity) به‌صورت امور وابسته به خیر معنا شده و آن را مترادف با خیرخواهی (benevolence) و دستگیری از نیازمندان که یک فضیلت اخلاقی قابل ستایش در علم اخلاق بشمار می‌رود، دانسته است. در فرهنگ لغت معین از حسنه به‌عنوان کار نیک یا عمل خیر و از احسان به‌عنوان نیکوکاری یا نیکی کردن به دیگران یاد شده است (۲).

در قرآن کریم، احسان به مفهوم کار نیکو کردن و نیز انجام دادن درست، نیک و شایسته‌ی کاری در شکل کامل آن به‌کاررفته است. انسان به‌طور طبیعی گرایش فطری به زیبایی‌ها و تحسین دارد، از این رو کارهای شایسته که در شکل کامل آن صورت گیرد، روح آدمی را به سوی خود جذب می‌کند و موردستایش عموم مردم است. باوجود تلاش‌های گسترده‌ای که از سوی مفسران و مؤلفان صورت گرفته، تعریف دقیقی از اصطلاح قرآنی احسان داده نشده است؛ زیرا همه‌ی این تعاریف به سبب گستردگی مصادیق و عناصر مؤثر در مفهوم احسان و عدم تفکیک میان کاربردهای آن، از جامعیت لازم برخوردار نمی‌باشند و تعاریفی چون رساندن نفع و سود نیکو و شایسته‌ی ستایش به دیگری، کاری که از سر آگاهی و به شکل شایسته انجام گیرد و نیز، انجام کاری به شکل نیکو و بانگیزه‌ی الهی و رساندن خیر یا سود به دیگری بدون انتظار و چشم‌داشت هرگونه پاداش و جبران، نتوانسته است مقصود و مفهوم را چنان که باید منتقل کند؛ اما از آیات قرآنی می‌توان به این مطلب دست‌یافت که عناصر و مؤلفه‌هایی چون ایمان، انگیزه، نیت الهی (حسن فاعلی)، نیک بودن ذاتی کار (حسن فعلی)، شکل شایسته‌ی انجام کار (ماهیت صوری) و رساندن خیر و خوبی به دیگران، به‌عنوان عناصر اصلی در تحقق احسان مهم و مؤثر هستند (۳).

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شرایطی هستند که مردم در آن متولد می‌شوند، بزرگ می‌شوند، کار و زندگی می‌کنند و پیر می‌شوند. بر اساس گزارش کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در سال ۲۰۰۸، دولت‌ها باید شرایط زندگی روزانه را ارتقای دهند: خوب زیستی زنان و دختران را فراهم و شرایطی که زنان در آن بچه‌دار می‌شوند را ارتقا ببخشند. بر تکامل دوران ابتدای کودکی و آموزش دختران و پسران تأکید بورزند. شرایط زندگی، شامل شرایطی که انسان‌ها در آن متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، کار و زندگی می‌کنند و پیر می‌شوند را بهبود بخشیده و سیاست‌های حمایت اجتماعی که از

همگان محافظت نماید را اتخاذ نمایند. برای بهبود این شرایط نیاز به توزیع عادلانه منابع مالی، قدرت و سایر منابع در سطوح جهانی، ملی و محلی است (۴). اصطلاح عدالت توزیعی<sup>۱</sup> بر توزیعی منصفانه، برابر و متناسب دلالت می‌کند که با معیارهای موجه و سازنده اصول همکاری اجتماعی تعیین شده باشد. قلمرو این عدالت، سیاست‌هایی را شامل می‌شود که مزایا یا هزینه‌های مختلفی همچون دارایی، منابع، مالیات، امتیازات و فرصت‌ها را تخصیص می‌دهد. عدالت توزیعی به معنای عام شامل توزیع همه حقوق و مسئولیت‌ها مانند حقوق شهروندی، مدنی و سیاسی در جامعه می‌شود. مشکل عدالت توزیعی در شرایط کمبود منابع یا رقابت برای به دست آوردن خیرها و دوری از زیان‌ها پیدا می‌شود. هر وقت که افراد در مقام خیررسانی یا تحمیل هزینه باشند به معیارهای عدالت نیاز دارند (۵).

یکی از فضایل اخلاقی دستگیری<sup>۲</sup> از افراد دیگر است؛ که در آن یک انسان فضیلت‌مند، باانگیزه درست، تصمیم به انجام یک عمل درست و قابل ستایش اخلاقی می‌گیرد (۶). در فرهنگ ما، وجود گرایش‌های مذهبی زمینه بهره‌گیری از مشارکت‌های خیرین را فراهم نموده است. نظر به تأثیر مشارکت مردم در پیشبرد اهداف و دستیابی به پیامدهای مطلوب سلامت، رفاه و نیک زیستی جامعه، جلب مشارکت خیرین در حوزه سلامت با توجه به محدودیت منابع، یکی از رموز مهم موفقیت برای دستیابی به هدف عدالت در سلامت است. نتیجه این مشارکت، ترویج فضایل اخلاقی در جامعه، از طریق استفاده از آنان به‌عنوان الگو<sup>۳</sup> و نقش‌آفرین<sup>۴</sup> در سیاست‌های سلامت و نیز اجرای بهتر اعمال اخلاقی و درست در حوزه سلامت است.

گذشته از تحولات اقتصادی و همچنین تغییراتی که در جامعه رخ داده است، اعتبار سازمان‌های خیریه عامل، بیشتر شبیه به «کسب‌وکار» شده است. به همین دلیل، نگرش اهداکنندگان می‌تواند تأثیر قابل توجهی در امور خیریه داشته باشد (۷) به این ترتیب، شیوه‌های جدیدی از استراتژی‌های بازاریابی قابل بحث توسط سازمان‌های غیرانتفاعی به منظور تولید درآمد برای سازمان‌های خیریه بکار گرفته شده‌اند (۸). نخست‌وزیر بریتانیا از خیریه‌های سلامت درخواست نموده است تا پیشگیری در رأس دستور کار خود قرار دهند (۹).

مجمع خیرین سلامت کشور در تاریخ ۱۳۸۸/۱۰/۱۹ به‌عنوان یک سازمان مردم‌نهاد باهدف فراهم آمدن امکان شناسایی و ساماندهی خیرین فعال در امر سلامت کشور و برنامه‌ریزی برای بهره‌گیری صحیح از کمک‌ها و مشارکت‌های مردمی و هدایت این کمک‌ها به اولویت‌های ملی در حوزه سلامت، در اداره کل ثبت شرکت‌ها و مؤسسات غیرتجاری به ثبت رسید و فعالیت خود را رسماً آغاز نموده است (۱۰). تحقیق درباره خیریه، در عرض دهه گذشته بر روی خیر و بخشش برنامه‌ریزی شده (۱۱)، ویژگی‌های اهداکنندگان (۱۲)، منافع درونی مانند افزایش عزت‌نفس، خشنودی و رضایت عمومی، رضایت‌مندی و تعالی از طریق انجام یک وظیفه (۱۳)، رفتار کمک‌رسان (۱۴)، و رفتار خیریه (۱۵) متمرکز شده است.

<sup>۱</sup> distributive justice

<sup>۲</sup> charity

<sup>۳</sup> Role model

<sup>۴</sup> Actors

فرهنگ‌سازی و جلب اعتماد عمومی نیاز اصلی جذب خیرین در عرصه سلامت به‌ویژه در حوزه پیشگیری است. نظام سلامت ایران با مشکلات و چالش‌های گوناگون در مقوله‌های مرتبط با عدالت، کیفیت مناسب و اثربخش مواجه است. صاحب‌نظران، اصلاح نظام مالی به‌ویژه تأمین مالی پایدار را بسیار ضروری می‌دانند. مشکلات مؤسسات درمانی علی‌رغم جذب بیش از ۷۰٪ منابع، دولت را با کمبودهای مالی در سال‌های اخیر مواجه ساخته است. توجه درباره تغییر در محیط خیریه به این معنی است که مؤسسات خیریه نیاز دارند تا درآمد حاصل از اهدای را افزایش دهند. استدلال می‌شود که برای حرکت روبه‌جلوی پژوهش بر روی رفتار کمک‌کنندگان، نیاز به توجه، نه تنها به "چرایی" کمک توسط مردم، بلکه درباره روند "چگونگی" فراهم شدن کمک‌های مالی/اهدایا است. درس‌های ارزشمندی ممکن است از طریق در نظر گرفتن پیشرفت‌های صورت گرفته در حوزه رفتار مصرف‌کننده، در تمرکز طولانی‌مدت محققان در فرایندهای تصمیم‌گیری به‌عنوان مفهومی که برای درک چگونگی رفتار مصرف‌کنندگان محوری است، حاصل گردد. پیشنهاد به توجه و در نظر گرفتن شرایطی می‌شود که در آن اعمال مصرف‌کننده، بینشی را به رفتار کمک‌کننده می‌دهد، که سبب اجتناب در از دست دادن بینش نسبت به واقعیت/تحقق موارد اهدا می‌گردد (۱۳). از این رو، مشکلات نظام سلامت و توانمندی‌ها و ظرفیت‌های بخش خیریه ما را بر آن داشت تا با فرض اینکه خیرین به دو حوزه سلامت و غیر سلامت تمایل و اشتغال دارند، به طراحی مطالعه حاضر باهدف شناخت دیدگاه‌های خیرین و مسئولین خیریه درباره تمایل و/یا عدم تمایل برای مشارکت در حوزه سلامت بپردازیم.



## فصل دوم – زمینه های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده

در کانادا نهادهای خیریه متعددی برای حمایت بیماران وجود دارد. آن‌ها این رسالت از طریق ارائه برنامه‌های آموزشی به بیماران، اطلاعات درباره بیماری و درمان آن، گروه‌های حامی بیمار، برنامه‌های خود مدیریتی برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و ابتکارات متعدد دیگر انجام می‌دهند. در بسیاری از موارد این سازمان‌ها دارای پزشکان و سایر مراقبین سلامت برای کمک به بیماران هستند. یکی از این سازمان‌ها Medicare است. HCCC<sup>۱</sup>، ائتلاف خیرین کانادا (تأسیس ۲۰۰۰)، یک نهاد عضو پذیراست که به حمایت از سیاست‌های عمومی مناسب در مسائل مربوط به سلامت و ارتقاء تحقیقات سلامت با بالاترین کیفیت اختصاص یافته است. HCCC در تلاش برای تعالی سیاست سلامت و به دنبال حصول اطمینان از نظر دولت فدرال و سیاست‌گذاران به ائتلاف و اعضای آن برای توصیه و رهبری به‌موقع و رهبری درباره مسائل سلامت عمده مهم مردم کانادا است؛ و این که آن‌ها متوجه اهمیت صلاحیت، تعهد و مشارکت سازمان‌های خیریه / خیرین سلامت در ارتقای سلامت و بهزیستی مردم هستند (۱۶).

Kirsch (۲۰۱۳) در مطالعه خود با عنوان بررسی پاسخگویی در سازمان‌های خیریه مختلف متمرکز بر روی کاهش مرگ‌ومیر زیر پنج سال در کشورهای در حال توسعه، پیشنهاد می‌کند که شباهت‌ها و تفاوت‌های کلیدی وجود دارد که اهمیت ساختارهای موجود و نحوه استفاده آن‌ها از ابزارهای مختلف و تأثیر آن‌ها بر توانایی ابزار مختلف سیاستی را برجسته می‌سازد. وی در مطالعه دیگری (۲۰۱۴)، به پاسخ به سؤالات «پاسخگویی به چه کسی، چرا و چگونه» پرداخته و نیز اثرات پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری و تغییرات را بر اساس اندازه (میزان بودجه سالیانه) و دیگر ویژگی‌های سازمانی بررسی می‌کند. وی در هر دو مطالعه خود نتیجه گرفته است که موازنه‌هایی مشابه با بازار آزاد وجود دارد. پاسخگویی می‌تواند مفید باشد، اما پاسخگویی بیش از حد و یا اشتباه می‌تواند سبب تغییر مسیر منابع و کاهش بازده گردد. باین‌حال، عدم وجود پیامد می‌تواند سبب از بین رفتن حسن نیت سازمان‌های غیردولتی/مردم‌نهاد گردد (۱۷، ۱۸).

Coid و همکاران (۲۰۰۳) در یک مطالعه کیفی با عنوان مشارکت با سازمان‌های سلامت و خصوصی داوطلب، جنبه‌های این ارتباط را از نقطه نظر ۱۵ نفر از کارکنان برد سلامت اسکاتلند مورد بررسی قرار دادند. هدف شناخت نقطه نظرات و عملکرد این کارکنان درباره سرمایه‌گذاری، نقش و مسئولیت‌پذیری این سازمان‌های خصوصی در بخش سلامت بود. مصاحبه‌های عمیق با ۱۵ نفر از ۱۵ برد سلامت اسکاتلندی صورت گرفت. راهنمای پرسشگری شامل موارد زیر بود:

- سیاست‌های برد سلامت درباره سرمایه‌گذاری سازمان‌های داوطلب
- آگاهی درباره برون ده سازمان‌های داوطلب دریافت‌کننده سرمایه برد سلامت
- نگرش‌های ارزشی سازمان‌های داوطلب در حوزه‌های آن‌ها

<sup>۱</sup> Health charities collation of Canada

- نگرش‌ها درباره رویکرد آتی NHS به سازمان‌های داوطلب

- نگرش‌ها درباره اندازه‌گیری کارایی

- نگرش‌ها درباره همکاری بخش داوطلب در آماده نمودن برنامه‌های بردهای سلامت

نتایج این مطالعه نشان داد که سیاست‌ها برای ارتباط با این بخش داوطلب از جمله مناسبات مالی صریح نیستند. سطوح و روش سرمایه‌گذاری سازمان‌های سلامت داوطلب در بردها متفاوت است. برخی از بردهای سلامت پاسخگویی را از طریق ممیزی حساب‌های کاربری، گزارشات سالیانه و بازدید از محل انجام می‌دهند، اما با این حال سایرین بر این باورند که این رویه برای سازمان‌های کوچک نامناسب است. بردهای سلامت مشکلات تزلزل سرمایه و بار اجرایی پایش فرایند و تشریفات مذهبی برای به‌کارگیری سرمایه‌ها را تشخیص دادند. محققین نتیجه می‌گیرند که عدم اطمینان از سرمایه‌گذاری طولانی‌مدت می‌تواند مانعی برای مشارکت سازمان‌های داوطلب باشد. یک تنش بین الزامات حاکمیت بالینی و توانایی سازمان‌های کوچک داوطلب برای تأمین اسناد ضروری وجود دارد. یک راه‌حل پیشنهادی، برای کاهش تعداد سازمان‌ها نمی‌تواند سبب دعوی بخش داوطلب گردد. ابتکارات بعدی می‌تواند مشکل سرمایه‌گذاری و پاسخگویی به منابع سازمان‌های داوطلب را مخاطب قرار دهد (۱۹).

آقابابا و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ی مقطعی خود با عنوان بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی اهداکنندگان: تجزیه و تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی در مراقبت‌های بهداشتی ایران با از استخراج دو عامل، ویژگی‌های غیرمالی و مالی اهداکنندگان، با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی ۶۸٪ از واریانس کل را توضیح دادند. مدل ارائه شده متناسب بوده و تمام شاخص‌ها در تحلیل عاملی تأییدی بیش از مقادیر استاندارد بودند. با توجه به ترکیبی از این عوامل، سازمان‌های خیریه مراقبت سلامت می‌توانند اهداکنندگان بالقوه را شناسایی و راهبردهای مختلف را برای کمک‌کنندگان مالی و غیرمالی تنظیم نمایند. این مدل‌های طبقه‌بندی شده چشم‌اندازی را برای تأمین کمک‌های خیریه ترسیم می‌کند (۲۰).

آقا بابا و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه دیگری با عنوان مرور انتقادی مطالعات خیریه حوزه سلامت ایران، ۲۰ سند پژوهشی مرتبط با حوزه مطالعات خیرین را شناسایی نمودند. ۶۵٪ از مطالعات در مجلات منتشر شده بودند، ۳۵٪ بر دولت تمرکز داشتند و قالب اسناد اقتباس از نظام سلامت بودند. آنان به این نتیجه رسیدند که ورود محتوی علمی در این حوزه بسیار کند صورت گرفته و انجام پژوهش‌های کاربردی را برای حل مشکلات و پیشرفت آن توصیه نمودند (۲۱).

دکتر ناصر اطمینان، رئیس مجمع خیرین سلامت آذربایجان غربی، کمک خیرین از جمله در خصوص اهدای زمین برای مراکز درمانی و احداث خانه بهداشت را گزارش نموده است. وی اذعان داشته است که افراد خیر هدایا و وجوه خود را معمولاً در زمینه‌هایی هزینه نموده‌اند که در آن زمینه قبلاً فرهنگ‌سازی شده و اعتماد عمومی در آن زمینه‌ها به وجود آمده و اگر از این پس همچنان که تلاش می‌کنیم، بتوانیم اعتمادسازی کرده و اعتماد عموم را جلب کرده و افراد خیری را که تعداد آن‌ها در استان ما کم نبوده و گاه‌ا‌شمار آن‌ها بیشتر از برخی استان‌های دیگر است (همچنان که در سایر حوزه‌های خیریه افتخار

کشور به حساب می‌آیند) در حوزه سلامت نیز می‌توانیم از استان‌های پیشتاز باشیم. وی افزود تابه‌حال در حوزه خیرین سلامت اگر کاری انجام شده است، از افراد خیر مبلغی دریافت شده و در زمینه‌های مختلف سلامت بدون حضور خیرین هزینه شده است ولی خیر تابه‌حال به‌خوبی واقف نگردیده است که این مبلغ چگونه و کجا هزینه گردیده است؛ اما در استان‌هایی مثل فارس، خیر در جریان تمام مراحل قرار گرفته و درمی‌یابد که این مبلغ اهدایی چگونه و کجا هزینه می‌شود، هرچند این مبلغ اهدایی کم باشد، اما همین مبالغ در صورت تجمیع صرف کارهای بزرگی می‌شود و عموم خیرین در جریان امر قرار می‌گیرند. وی محسنات این کار را افزایش میزان اعتماد خیرین و ملموس بودن لذت عمل خیر برای خیرین عنوان کرده و ادامه می‌دهد، طبق قانون و مصوبات دولت اگر افراد خیر ۴۰ درصد هزینه یک پروژه را متقبل و پرداخت نمایند، دولت خود را موظف به پرداخت مابقی هزینه خواهد دانست (۲۲).

شبنم دانشی (۱۳۸۷) هدف پایان‌نامه خود را «شناخت اعتماد خیرین مازندران نسبت به سازمان بهزیستی استان با ارائه گزارش نحوه هزینه کرد کمک‌ها به آنان» مطرح نموده است. در این مطالعه مقطعی - توصیفی، ۶۷ نفر از خیرین مازندرانی که دو سال پیاپی با سازمان بهزیستی این استان مشارکت داشته و کمک‌های خود را اعم از نقدی و غیر نقدی در اختیار آن قرار داده و نیز رقم کمک‌های آنان سالانه بیش از پنج میلیون ریال بوده و گزارش نحوه هزینه کرد کمک‌هایشان را از مسئولین سازمان دریافت نموده بودند؛ انتخاب گردیدند و از نظر اعتماد و نیز عملکرد سازمان بهزیستی در مورد ارائه گزارش نحوه هزینه کرد کمک‌هایشان به تفکیک جنسیت و وضعیت تأهل مورد مطالعه واقع شدند. یافته‌ها نشان داد، اعتماد خیرین مازندرانی مورد مطالعه، نسبت به سازمان بهزیستی استان با ارائه گزارش نحوه هزینه کرد کمک‌هایشان به آنان، هم به تفکیک جنسیت و هم به تفکیک وضعیت تأهل، در حد زیاد و کاملاً زیاد بود؛ بنابراین ارائه گزارش نحوه هزینه کرد کمک‌های خیرین به خودشان، توسط سازمان بهزیستی، در حفظ اعتماد آنان مؤثر می‌باشد (۲۳).

جباری بیرامی و همکاران (۱۳۸۵) در مطالعه خود با عنوان «راهکارهای گسترش تعامل دانشگاه علوم پزشکی تبریز با مؤسسات خیریه و خیرین» برخی راهکارهای پیشنهادی را به روش دلفی در قالب پرسشنامه‌های پیشنهادی در معرض قضاوت و اصلاح صاحب‌نظران و خیرین قرار دادند. در این پرسشنامه راهکارهایی همچون بازنگری در قوانین و مقررات موجود، تعریف واحد کارشناسی در دانشگاه‌ها جهت شناسایی و ساماندهی خیرین و چگونگی مدیریت واحدها و بخش‌های ایجادشده توسط خیرین به همراه ده‌ها گزینه دیگر مطرح شده‌اند. متأسفانه نتایج ارائه‌شده این اقدام و راهکارهای نهایی آن در همایش، منتشر نشده است (۲۴).

روایت تاریخ و مروری بر متون نشان‌دهنده تمایل بیشتر خیرین برای مشارکت در ساخت اماکن آموزشی و مذهبی و محدودیت شواهد و به‌ویژه مطالعات کیفی در این زمینه است. اگرچه در موارد محدودتری مشارکت در ساخت و ایجاد مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی درمانی نیز مورد استقبال خیرین در جامعه ایرانی بوده است. لذا با توجه به تغییرات سیاست‌های سلامت و راهبردهای آن جهت دستیابی به عدالت در سلامت و سلامت خوب برای آحاد جامعه و به‌ویژه کمبود منابع موردنیاز بخش سلامت، لازم

است دیدگاه‌های خیرین به‌عنوان یکی از گروه‌های ذینفع و نقش‌آفرین، در این حوزه مشخص و آگاه‌سازی و توانمندسازی آنان صورت پذیرد.

### اهداف

#### اهداف (خروجی‌ها) اصلی طرح

شناخت دیدگاه‌های خیرین و مسئولین مؤسسات خیریه درباره تمایل/عدم تمایل به حوزه سلامت

#### اهداف (خروجی‌ها) اختصاصی طرح

۱. شناخت دیدگاه‌های مثبت خیرین و مسئولین مؤسسات خیریه به حوزه سلامت
۲. شناخت دیدگاه‌های منفی خیرین و مسئولین مؤسسات خیریه به حوزه سلامت

#### اهداف کاربردی طرح

حمایت‌طلبی از خیرین برای جلب مشارکت در عرصه سلامت  
تدوین برنامه بازاریابی اجتماعی برای جلب مشارکت خیرین در عرصه سلامت بر اساس نگرش‌های آنان

#### فرضیه‌ها یا سؤالات پژوهش

۱. دیدگاه‌های مثبت خیرین و مسئولین این مؤسسات به حوزه سلامت کدام‌اند؟
۲. دیدگاه‌های منفی خیرین و مسئولین این مؤسسات به حوزه سلامت کدام‌اند؟



## فصل سوم – روش پژوهش

### نوع پژوهش

این پژوهش یک مطالعه کیفی است. پژوهشگر پس از کسب معرفی نامه از مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، برای شناسایی گروه هدف اعم از افراد خیر، اعضای هیئت‌امنا و مسئولین مؤسسات خیریه، به مجمع خیرین سلامت و سایر مؤسسات خیریه مراجعه و اقدام به دریافت اسامی آنان، برقراری تماس تلفنی و گرفتن وقت مصاحبه نمود. دلیل استفاده از روش کیفی، شناخت تجربیات و دیدگاه‌های این افراد بود.

### روش نمونه‌گیری

با توجه به کیفی بودن مطالعه، مصاحبه‌ها تا اشباع نظری ادامه خواهد یافت. وقتی محقق متوجه اشباع شدن مطالعه شد، هر تعداد نفراتی که شرکت نموده‌اند، برای مطالعه کافی خواهند بود. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند است. برای دریافت فهرستی از خیرین به مجمع خیرین سلامت ایران و خانه خیرین ایران مراجعه شده و ادامه نمونه‌گیری به شیوه گلوله برفی از طریق معرفی افراد توسط خیرین مورد مصاحبه صورت خواهد گرفت.

### روش و ابزار جمع‌آوری اطلاعات

روش جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش شامل مصاحبه باز، نیمه ساختاریافته و عمیق فردی بود. مصاحبه با سؤالات کلی و ساده شروع شده و به سمت سؤالات جزئی‌تر پیش رفت. پرسشگر با افراد خیر و اعضای هیئت‌مدیره و مسئولین مؤسسات خیریه که رضایت خود را برای انجام مصاحبه اعلام نمودند، در مکانی که از نظر شرکت‌کنندگان، خصوصی، آرام و راحت تشخیص داده شد، مصاحبه نمود. تمامی مصاحبه‌ها و یادداشت‌برداری به‌طور هم‌زمان توسط یک نفر پژوهشگر انجام شد. با توجه به کیفی بودن روش مطالعه، مصاحبه‌ها تا زمان اشباع نظری (Theoretical saturation) برداشت‌های حاصله از دید پژوهشگر ادامه یافت.

### پرسش‌ها

۱. در چه حوزه‌ای فعالیت می‌کنید؟ آیا به خیر در حوزه سلامت تمایل دارید؟ در صورت تمایل بفرمایید، آخرین خیر/کمک شما در چه موردی بوده است؟
۲. به نظر شما موانع مشارکت خیرین در کشور ما چیست؟ در حوزه سلامت چگونه؟
۳. به نظر شما راه‌های جلب مشارکت خیرین به حوزه سلامت چیست؟
۴. به نظر شما نحوه مشارکت خیرین باید چگونه باشد؟

### نحوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از پیاده نمودن متن مصاحبه‌ها و تایپ آن‌ها مراحل انجام آنالیز داده‌ها به روش تحلیل محتوی Thematic Analysis انجام شد. هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های ضبط‌شده خط به خط پیاده شده و سپس برای درک کلی محتوای گفته‌های مشارکت‌کنندگان، مطالب چندین بار خوانده‌شده و مفاهیم (Themes) یا کدهای اولیه استخراج و سپس کدها بر اساس شباهت‌ها، طبقه‌بندی شدند.

### روش‌های مورد استفاده برای تأمین اعتبار و پایایی و افزایش عینیت پذیری مطالعه

مصاحبه با گروه هدف شامل خیرین حوزه‌های مختلف مانند مدرسه‌ساز، بیمارستان ساز و غیره (Bracketing, Triangulation) بدین معنی که محقق در زمان تجزیه و تحلیل، تمام باورها و پیش‌فرض‌های قبلی خود را کنار گذارده و فقط با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده از شرکت‌کنندگان، نتایج خود را گزارش نمود، اختصاص زمان کافی، حسن برقراری ارتباط و لحاظ نمودن negative case

## فصل چهارم - یافته های پژوهش

در این مطالعه به دلیل این که کار خیرین و مدیران و مسئولین امور خیرین هر دو نمود کار خیر است، تجربیات و دیدگاه های ۲۰ شرکت کننده به صورت توأم گزارش گردید. ۷۵ درصد از شرکت کنندگان در قالب گروه، موسسه یا هیئت امنای به امر خیریه اشتغال داشتند. بیشتر خیرین کلان دارای سن بالا بوده و از امنیت مالی برخوردار بودند. در حالی که خیرین خرد و جوان از جمله دانشجویان بیشتر در قالب گروه یا مؤسسات خیریه و بیشتر به صورت غیر نقدی فعالیت می نمودند. در مصاحبه با ۲۰ نفر از خیرین، مدیران و اعضای مؤسسات خیریه و اعضای هیئت امنای خیرین، ۵ مفهوم یا موضوع محوری به شرح زیر شناسایی شد:

شفافیت و پاسخگویی، حاکمیت و دولت، فرایندها، نهاد متولی، شناخت و فرهنگ سازی

### شفافیت و پاسخگویی

اولین مسئله ای که شرکت کنندگان در مصاحبه ها به آن اشاره نمودند، بی اعتمادی خیرین بود. علیرغم بیانات یکی از خیرین به این شرح که «فردای قیامت هر کسی باید خودش جوابگوی اعمالش باشد، تلاش ما برای کسب رضای خدا است؛ بنابراین کج خلقی ها را تحمل می کنیم تا گره از کار محرومان باز کنیم. ما به دولت اعتماد داریم و خودمان هم به صورت هیئت امنایی نظارت می کنیم - برای مثال تجهیزات مورد نیاز بیمارستان ها را خریداری، نصب، حفظ و نگهداری می کنیم.» ولی اغلب شرکت کنندگان متفق القول بودند که عدم اعتماد به موسسه و عملکرد آن درباره بالفعل شدن نیت خیرین، عدم اعتماد درباره نحوه هزینه کرد کمک خیرین، «ندیدن دست گیرنده خیر»، موازی کاری مؤسسات و نوع جذب خیرین توسط آن ها و مزاحمت های چندگانه، سوءاستفاده برخی از سازمان های مردم نهاد از خیرین در جهت منافع خودشان و عدم نظارت خیرین، نبود صداقت و عدم شفافیت که مثال عینی آن عدم ارائه بازخورد درباره صرف هزینه کمک شده و چگونگی آن است، عمده ترین مانع برای ایجاد اعتماد و مشارکت خیرین محسوب می گردد. خیر دیگری در این باره می گوید: «مردم اعتماد بیشتری به بخش خصوصی دارند به همین دلیل مشارکت مردم از طریق کانال های شخصی و خصوصی بیشتر است؛ زیرا فاقد فرایندهای اداری پیچیده بوده و نتیجه کار خود را به صورت عینی و ملموس می بینند». یکی از شرکت کنندگان در این رابطه می گوید: «وارد شدن و دخالت وزارت بهداشت و درمان به امور خیریه، سبب عدم اعتماد مردم به دلیل تغییر در سمت مسئولین و پست های دولتی گردیده است. هر جا حاکمیت وارد عمل می شود، مردم عقب می کشند».

یکی از خیرین فقدان اعتماد را به عنوان یک تجربه منفی این گونه بیان نمود که دولت باید به نیت خیر خیرین اعتماد نموده و تصور نکند که نیت خیرین سوءاستفاده برای کسب شهرت است. پرسیدن چنین سوالاتی توسط خبرنگاران از خیرین سبب از کاهش انگیزه مشارکت آنان می گردد: «نباید از آن ها پرسید که از کجا آورده اید، برخوردهای اجتماعی باید اصلاح گردد». یکی دیگر از شرکت کنندگان ضمن

تقسیم‌بندی خیرین به دودسته موقت و دائم، جلب اعتماد خیرین را راهی برای تداوم همکاری آنان بیان نمود.

مدیر اجرایی یکی از مؤسسات خیریه عقیده دارد که برای جلب اعتماد خیرین نیاز به عملکرد شفاف، حسن شهرت رئیس موسسه، داشتن اساسنامه مصوب، صورت‌های مالی مشخص و قابل تأیید و برنامه‌های حمایتی خاص است.

یکی دیگر از شرکت‌کنندگان در این زمینه می‌گوید: «باید هرکسی کار خیر کرد از او تقدیر کنیم، به آن‌ها توجه کنیم و خواسته‌های آن‌ها را برآورده کنیم. برای مثال در ۴۲۰ مدرسه‌ای که ما ساختیم، از خیرین مدرسه‌ساز و خانواده‌ها تقدیر کردیم. فیلم ساختیم. مدرسه را بنام خود آن‌ها کردیم. وقتی که یکی از آن‌ها فوت کرد، یک بروشور بنام وی منتشر کردیم و از او تقدیر کردیم و به‌گونه‌ای کار کردیم که سبب جلب حمایت خیرین خارج از کشور شد. اغلب شرکت‌کنندگان بر این عقیده بودند که کار خیر باید در جهت تأمین نیت خیرین انجام گرفت و این نیت برای همیشه حفظ شود؛ حتی اگر قرار بوده که نام وقف‌کننده حفظ شود، این امانت‌داری باید صورت گیرد».

یکی از خیرین انگیزه و علت انجام خیر را چنین بیان می‌کند: «به دلیل احساس وظیفه توسعه فرهنگی جامعه، کار خیر انجام می‌دهیم»، وی عقیده دارد که ترویج فرهنگ صداقت و اهمیت آن، شفاف نمودن وظایف و حریم‌ها در امر خیر برای جلوگیری از کاهش مشارکت و جذابیت کار خیر ضرورت دارد. یکی دیگر از شرکت‌کنندگان عقیده دارد که «خیرین باید مشارکت مستقیم داشته باشند چون سبب تشویق و ایجاد اعتماد در آنان می‌گردد و سبب می‌شود تا اطمینان حاصل نمایند که افراد امینی وجود دارند که بتوان کار را در آینده به آنان سپرد».

## حاکمیت و دولت

بی‌توجهی و عدم حمایت دولت به امر خیریه مانع دیگری بود که شرکت‌کنندگان به آن اشاره نمودند. نتیجه عدم همکاری کافی و لازم ارگان‌های مسئول مانند استانداری، فرمانداری و شهرداری با خیرین، حمایت ناکافی از خیرین، دخالت بیش از حد دولت، پایین بودن سطح مشارکت خیرین است. همچنین برخی از شرکت‌کنندگان بر این تصور بودند که وظیفه بهداشت و درمان بر عهده دولت است. یکی از مسئولین خیریه در این باره می‌گوید: «به نظر من حوزه سلامت باید از طریق بیمه همگانی اصلاح گردد، مثلاً بیمه روستایی در صورت مراجعه بیمار در شهرهای بزرگ‌تر کاربردی ندارد». یکی از مدیران باتجربه خیریه درباره نقش دولت می‌گوید: «خود وزارت بهداشت و درمان توجه لازم به حوزه پیشگیری و بهداشت ندارد». مدیریت بیمارستان‌ها مشکل دارد و وزیر تعداد تخت‌های بیمارستانی موردنیاز را اعلام می‌کند و این اعلام نیاز هر ساله ادامه دارد!

همچنین برخی به پایین بودن سطح مشارکت مردم به دلیل حضور قالب حاکمیت در جلسات مربوطه بجای حضور افراد عادی و خیرین اشاره نمودند. شرکت‌کننده دیگری ابراز نمود که «حمایت دولت مستمر و هدفمند نیست و قوانین وزارت کشور گاهی مانع است». شرکت‌کننده دیگری نگرانی خود را

به صورت احساس عدم توجه و تعهد دولت به رفع نیازهای مردم و افزایش روزافزون تعداد نیازمندان اعلام نمود.

## فرایندها

اغلب شرکت کنندگان وجود مقررات دست و پاگیر اداری و فقدان قانون منسجم و مدون و تصمیم گیری‌های موردی را یکی از موانع مهم مشارکت خیرین ذکر نموده و از آن به عنوان مسائل نرم افزاری که باید مورد توجه قرار گیرد، یاد نمودند. یکی از آنان می‌گوید: «خیرین را نباید مساوی با پول ببینیم و فقط دنبال پول گرفتن از آن‌ها باشیم، بلکه بجای دیدگاه سخت‌افزاری باید دیدگاه نرم‌افزاری به امور خیریه داشته باشیم». خیر دیگری می‌گوید: «تبدیل دیدگاه دولت به خیریه از بحث سخت‌افزاری به نرم‌افزاری که نیاز به تحقیق دارد».

آنان به مواردی مانند فقدان قانون و فرایندهای مشخص مانند آیین‌نامه نحوه واردات تجهیزات پزشکی خیریه از طریق گمرک و لزوم تعیین حدود و راهکارهای قانونی، وجود دستورالعمل لغو مالیاتی در موارد خیریه برای امور بهداشت و درمان و در نتیجه کناره‌گیری خیرین (مقررات بازدارنده نه مشوق) اشاره نمودند. یکی از آنان بیان داشت که برخلاف بانک‌ها، به دلیل نبود سازوکار و فرایندهای مشخص برای مؤسسات خیریه، تصمیم‌گیری به صورت موردی انجام می‌شود. سایر موارد ذکر شده در این باره مشکل مربوط به پرداخت عوارض، مالیات، انتقال اموال موروثی برای امر خیر، عدم وجود تسهیلات یا مشوق‌هایی مانند بخشودگی مالیاتی/ارزش افزوده بود. یکی از مشاورین امور خیرین ضمن اشاره به تسهیلات قانون مالیات‌ها مبنی بر کاسته شدن از سرجمع مالیاتی آن دسته از افراد که در امر خیریه فعالیت می‌کنند، بر نیاز بیشتر به قوانین تسهیل‌کننده معافیت مالیاتی تأکید می‌نماید. یکی از خیرین حوزه سلامت و درمان کودکان می‌گوید: «بیماری‌هایی در کودکان وجود دارند که مشابه به سرطان هستند ولی طبق اساسنامه محک امکان کمک به آن‌ها وجود ندارد». وی ادامه می‌دهد از هر خیری درخواست کمک می‌کنیم، محک را می‌شناسند و تمایلی به کمک به موسسه ما ندارند، ولی شهرداری اخیراً پیوندی بین خیریه‌ها ایجاد کرده است که خیلی عالی است.

یکی از شرکت کنندگان عدم انجام تحقیقات پژوهش‌های کاربردی کافی در زمینه خیریه مانند مطالعه تطبیقی برای اختصاص ارزش افزوده به صورت تخصیص مالیات به امور خیریه بجای فرار مالیاتی را خاطرنشان نمود.

یکی از خیرین به تعویض ۵-۶ رئیس دانشگاه و عدم همکاری دولت و نیمه‌تمام ماندن کار اشاره نموده و می‌گوید: «در سرمایه‌گذاری کلان خیر دوست دارد نظارت داشته باشد و نامش باقی بماند».

یکی از خیرین حوزه سلامت با اشاره به عدم همکاری مسئولین می‌گوید: «با تعجب به ما نگاه می‌کنند، درک نمی‌کنند، از یک برج‌ساز هزار جور تعریف و تمجید می‌کنند ولی اصلاً به یک خیر توجهی نمی‌کنند، شهرداری عوارض کلانی می‌گیرد به گونه‌ای که دیگر چیزی برای خیریه نمی‌ماند». وی در ادامه به وصیت پدری مبنی بر وقف ثلث مالشان برای احداث مدرسه برای عقب‌ماندگان ذهنی اشاره نموده و

تجربه منفی خود را به این صورت بیان می‌کند که: «اگر زمین من در جوار بیمارستان و در شهر تهران نبود، برای امور تغذیه سالم یا آبرسانی سالم به مدارس در مناطق محروم سرمایه‌گذاری می‌کردم». یکی دیگر از خیرین در تأیید مشارکت بخش خصوصی چنین می‌گوید: «اصولاً کارهایی که توسط بخش خصوصی انجام می‌شود سریع‌تر و بهتر از بخش دولتی انجام می‌شود. چون اعتبارشان برایشان مهم است و به هر وسیله‌ای کار را به اتمام می‌رسانند».

### نهاد متولی

یکی از کمبودهای مهمی که شرکت‌کنندگان به آن اشاره نمودند فقدان نهاد منسجم و تعریف‌شده در کشور برای امور خیریه و خیرین و یا اتحادیه خیرین بود. البته در حوزه سلامت تمرکز قانونی و مردمی مجمع خیرین سلامت با ۲۲۰ شعبه به عنوان یک تشکل مردمی مقتدر صورت گرفته است که در سایت مجمع خیرین سلامت منعکس گردیده است. این مجمع نیازها را از وزارت بهداشت و دانشگاه‌های متبوع می‌گیرد.

وزارت کشور، اوقاف و بهزیستی خود را متولی این امر می‌دانند و این سبب عملکرد منفعلی می‌گردد که نیاز به سازمان دهی دارد. طرح فراگیری هم که در این رابطه به مجلس داده شد، رد شد. حمایت جامع مجلس و دولت بجای حمایت موردی لازم است.

ثبت نام خیر توسط سازمان‌های مختلفی انجام می‌شود که سبب سرگردانی مردم می‌گردد، درحالی که این امر باید توسط اتحادیه خیرین صورت گیرد و دولت بجای مجری فقط باید ناظر و جهت دهنده باشد. ضعف همکاری‌های بین بخشی، ضعف همکاری‌های بین‌المللی و عدم استفاده از امکانات جهانی، برقراری ارتباط با خیرین خارج کشور به صورت موردی، عدم ارتباط بین مؤسسات خیریه خرد و کلان از دیگر موارد بیان شده توسط شرکت‌کنندگان در رابطه با عدم انسجام امور خیرین توسط یک نهاد مشخص بود.

یکی از مشاورین خیریه اعتقاد دارد که با توجه به نیازهای بهداشتی، درمان و آموزش، وزارت بهداشت و درمان و دانشگاه‌های متبوع نیز باید مانند وزارت آموزش و پرورش، نهاد یا ساختار رسمی را ایجاد نماید که بدون اینکه قائم به اشخاص باشد کار خیر را در جهت نیت خیرین به انجام برساند و اداره آن توسط خیرین علاقه‌مند صورت گیرد به گونه‌ای که در امر تبلیغات و اطلاع‌رسانی و جذب خیرین از زبان خود خیرین استفاده کنند. در این راستا، دانشگاه علوم پزشکی تهران با ایجاد کانون خیرین با همکاری معاونت توسعه دانشگاه، تاکنون فقط به صورت نقدی، سالیانه ۴۵ میلیارد تومان را برای حوزه سلامت جذب نماید. تعدادی از خیرین خواستار تشکلی بودند که خیرین داوطلبانه به آنجا مراجعه کنند، مجری و ناظر کار باشند، اما انجام امور اداری مانند گرفتن مجوز بر عهده آن‌ها نباشد.

## شناخت و فرهنگ‌سازی

شرکت‌کنندگان عقیده داشتند که فرهنگ‌سازی، ظرفیت‌سازی و شناخت لازم درباره کار خیر ایجاد نشده است. چراکه انسان‌ها متفاوت خلق شده‌اند، بنابراین انگیزه‌ها و تمایلات متفاوتی دارند و باید انگیزه‌ها را هدایت کرد. یکی از آنان می‌گوید: «خیریه بهترین معامله در پاسخ به موهبت‌های الهی و شکر گذاری آن است؛ یک معامله عقلانی است که انسان مازاد مال خود را به نیازمندان بدهد».

تمایل خیرین در درجه اول به بخش فرهنگی و آموزشی بوده است به گونه‌ای که خیرین مدرسه‌ساز باعث شدند که مشکل چند شیفته بودن مدارس در دهه ۸۰ رفع گردد. همچنین، تمایل خیرین بیشتر به حوزه‌های تحصیلی و معیشتی است، زیرا حوزه سلامت نیاز به سرمایه کلان دارد. آنان عقیده داشتند که حوزه سلامت مهم است، چون هدف آن نجات عمر یک انسان است. خیرین معدودی تمایل به حوزه تحقیق و پژوهش دارند و بیشتر با توجه به آلام و بیماری‌های مردم در حوزه سلامت خیر می‌کنند.

یکی از مدیران خیریه می‌گوید: «نیازهای اولیه انسان از نظر خیرین در اولویت قرار دارد مانند شکم‌گرسنه، تن برهنه و سقف بالای سر». خیر دیگری درباره جلب مشارکت خیرین به حوزه سلامت می‌گوید: «هر کار خیری اگر نیاز جامعه را مطرح کنیم، انجام می‌شود؛ به هیچ کس نباید گفت پول بدهید بلکه باید بگوییم خودتان بیایید این بنا را بسازید تا احساس مالکیت کنند». یکی از خیرین که به حوزه آموزش و توانمندسازی زنان سرپرست خانوار اشتغال دارد، عقیده دارد: «فرهنگ سلامت یک بحث ریشه‌ای و مهم است. چون بسیاری از مشکلات سلامت ناشی از عدم شناخت سلامت است. مثلاً دید و رفتار ما به یک معتاد باید به منزله یک بیمار باشد».

خیرین دیگران در این باره عقیده دارند: «در حوزه سلامت مانند پیوند کلیه، فرهنگ‌سازی کمتری نسبت به مدرسه‌سازی یا کمک برای آزاد کردن زندانیان صورت گرفته است». «سلامت یک حوزه اختصاصی است که مشارکت در آن نیاز به آگاهی دارد». «در حوزه سلامت، فرد خیر نمی‌داند دقیقاً چه کاری انجام دهد و کمک را در کجا هزینه کند». اغلب شرکت‌کنندگان عقیده داشتند که حوزه سلامت نیاز به ایجاد آگاهی و شناساندن نیازها، اطلاع‌رسانی و سرمایه کلان نیاز دارد.

یکی دیگر از شرکت‌کنندگان ابراز نمود که: «مفهوم جدیدی برای خیریه بر اساس نیازهای تغییر یافته مردم بجای مفهوم سنتی آن ارائه نشده است به گونه‌ای که مردم پیشگیرانه عمل کنند. تأمین کفش‌های زائرین پیاده حرم امام رضا ع یک نمونه سنتی خیریه است». وی در ادامه به مشکل عدم شناخت مردم نسبت به خود مراقبتی به عنوان یک کار خیر، عدم شناخت پزشکان درباره عمل به وظایف خود (و رعایت اخلاق حرفه‌ای) مانند وقت‌گذارن برای بیمار، دلسوزی، عدم ایجاد تقاضای القایی به عنوان کار خیر که بحث بیشتری را در موضوع پزشک خانواده و پرونده الکترونیک می‌طلبد (اخلاق سلامت عمومی) اشاره نموده و بیان نمود که علاوه بر ضعف خود مراقبتی، مشکل فقدان نظام ارجاع مشکل دیگری است که سبب پرت هزینه‌های درمان به طرقی مانند ذخیره بی‌مورد داروها در منازل می‌گردد.

یکی دیگر از خیرین باتجربه می‌گوید: «ما بر اساس نیاز جامعه کار می‌کنیم. در زمان بحران جمعیت که مدرسه نیاز بود، مدرسه می‌ساختیم. اکنون به کسب درآمد حلال برای زنان سرپرست خانوار، بهزیستی، احداث شیرخوارگاه، امور بیمارستان‌ها و تجهیزات موردنیاز آن‌ها پرداخته‌ایم.»

خیر دیگری به تأثیر سخنان وزیر بهداشت درباره نیاز برای رفع کمبود ۸۰,۰۰۰ تخت بیمارستانی که نشان‌دهنده نیازهای بخش سلامت است، اشاره نمود.

یکی از خیرین که به کار ساخت بیمارستان و درمانگاه اشتغال دارد، می‌گوید: «کار سلامت را ترجیح می‌دهم، چون نیاز به آن بیش از زمینه‌های دیگر است؛ مردم از شهرهای دورافتاده برای دریافت خدمت می‌آیند و دسترسی در مناطق دورافتاده پایین است که متفاوت از نیاز به مدرسه است، نیازها باید توسط دولت اعلام شود». یکی از مدیران خیریه سلامت عقیده دارد که در حوزه‌های مختلف باید به همه ابعاد آموزش، بهداشت و درمان توجه داشت. یکی از خیرین بیمارستان ساز که فرزند خود را به دلیل بیماری سرطان از دست داده بود، با بیان تجربه منفی خود و اشاره به سختی‌هایی که در جهت تهیه داروهای موردنیاز فرزندش در داخل و خارج از کشور متحمل شده بود، انگیزه خود را از ساخت بیمارستان چنین بیان می‌کند: «این که فردی نمیرد؛ به ازای فرزند من، دو نفر زنده بمانند».

اغلب شرکت‌کنندگان عقیده داشتند که تمایل خیرین به پژوهش‌های سلامت به دلیل آگاهی پایین مردم و نیاز به سرمایه کلان کمتر است. درباره حوزه پیشگیری اغلب شرکت‌کنندگان عقیده داشتند که پیشگیری نیاز به اقدام بنیادی دارد. یکی از مدیران باتجربه خیریه درباره نقش دولت در هدایت خیرین به سوی مشارکت در حوزه پیشگیری می‌گوید: «خود وزارت بهداشت و درمان توجه لازم به حوزه پیشگیری و بهداشت ندارد و وزیر تعداد تخت‌های بیمارستانی موردنیاز را اعلام می‌کند و این اعلام نیاز هر ساله ادامه دارد!»

خیر دیگری ضمن اشاره به این امر که بخش‌های زیربنایی مانند پژوهش یا رفع مشکل ریزگردها یا مشکلات کودکان نیاز به حمایت رسمی دولت دارد، می‌گوید بیشتر به حوزه درمان تمایل دارم، چون نمود بیرونی پژوهش بروز پیدا نکرده و به همین دلیل کم‌رنگ است، ولی چون ریشه‌ای است، اساسی‌تر است ولی مبالغ کلان‌تری نیاز دارد. وی با تأکید بر آسیب‌پذیری کودکان و بازگشت تأثیر این آسیب‌ها به جامعه ادامه می‌دهد «برای مثال رسیدگی به کودکان باعث می‌شود در بزرگسالی به راه‌های نادرست منحرف نشوند». وی این‌گونه تجربه منفی خود را بیان می‌کند: «پرداختن به آنچه نمود بیرونی دارد و منظره شهر را زشت کرده است مانند اقامت خانواده‌های کودکان سرطانی در خیابان‌ها را ترجیح می‌دهم تا در خیابان از کنار چنین منظره‌هایی رد نشوم. کودکی که روی پل هوایی می‌نشیند و لباسی بر تن ندارد وقتی به او لباس می‌دهم دفعه دیگر تنش نیست که نشانه نیاز به کار بنیادی است، بنابراین بیشتر به اطعام کودکان می‌پردازیم. خیر دیگری در این زمینه می‌گوید: «جمع‌آوری بچه‌های بی‌کار و ساماندهی آنان برای اینکه به مواد پناه نبرند، مهم است».



خیر باتجربه دیگری می‌گوید: «کار ما باید خروجی داشته باشد برای مثال اگر بخواهیم در حوزه پیشگیری مانند آلودگی هوا کار کنیم، نیاز به همکاری بخش‌های مختلف برای کنترل تولید خودرو و ... است که باعث می‌شود خروجی نداشته باشیم».

یکی دیگر از شرکت‌کنندگان می‌گوید: «نتیجه برای خیر مهم است و هر جا احساس نیاز کند، کار می‌کند». وی عقیده دارد که خیرین معضلات بخش درمان را با چشم می‌بینند و لمس می‌کنند و اگر مسئولین بتوانند مشکلات بخش پیشگیری را ملموس و عینی کنند، خیرین به میدان می‌آیند. در حوزه‌های دیگر مانند مدرسه‌سازی خیلی کار شده والان نیاز بیشتر در حوزه سلامت است؛ بنابراین می‌توان مفهوم محوری دیگری را در پیوند با ۵ مفهوم محوری پیش گفت که به‌عنوان یکی از عوامل اثرگذار شناخته‌شده در حوزه سلامت، بر نوع مشارکت خیرین در بخش پیشگیری، آموزش، پژوهش یا درمان و یا توان بخشی تأثیر می‌گذارد، «پیامد خیریه یا نمود بیرونی آن» دانست.

علیرغم تأکید اغلب شرکت‌کنندگان بر نیاز به تبلیغات گسترده از طریق رسانه‌های ملی برای حوزه سلامت، مشکل طرح‌شده دیگر عدم امکان صرف کمک خیرین برای تبلیغات خیریه و نیاز به تأمین هزینه‌های موسسه خیریه بود.



## فصل پنجم - بحث، تحلیل یافته ها، نتیجه گیری، پیشنهادات

با توجه به تأثیر قابل توجه تجربیات و تمایل خیرین بر نحوه عملکرد آنان در امور خیریه، تحقیق کیفی حاضر باهدف شناخت وضعیت تمایل و/ یا عدم تمایل خیرین به حوزه سلامت انجام گردید. یافته‌ها نشان داد که بیشتر خیرین کلان دارای سن بالا بوده و از امنیت مالی برخوردار بودند. درحالی‌که خیرین خرد و جوان ازجمله دانشجویان بیشتر در قالب گروه یا مؤسسات خیریه و بیشتر به صورت غیر نقدی فعالیت می‌نمودند. یافته‌های ما با یافته‌های مطالعه انجام شده با عنوان بررسی ویژگی‌های خیرین در استرالیا همخوانی داشت. این محققین نتیجه گرفته‌اند که با توجه به اینکه جمعیت استرالیا در حال پیر شدن می‌باشد، مدیران خیریه باید نسل‌های قدیمی‌تر را برای دریافت کمک‌های مالی مورد هدف قرار دهند. در حال که در بریتانیا بیشتر خیرین و اهداکنندگان کمک‌های مالی جوان بودند.

مهم‌ترین مفاهیم محوری شناسایی شده عبارت از: شفافیت و پاسخگویی، حاکمیت و دولت، فرایندها، نهاد متولی، شناخت و فرهنگ‌سازی بودند. اغلب شرکت‌کنندگان متفق‌القول بودند که عدم اعتماد به موسسه و عملکرد آن درباره بالفعل شدن نیت خیرین، عدم اعتماد درباره نحوه هزینه کرد کمک خیرین، «ندیدن دست گیرنده خیر»، موازی کاری مؤسسات و نوع جذب خیرین توسط آن‌ها و مزاحمت‌های چندگانه، سوءاستفاده برخی از سازمان‌های مردم‌نهاد از خیرین در جهت منافع خودشان و عدم نظارت خیرین، نبود صداقت و عدم شفافیت که مثال عینی آن عدم ارائه بازخورد درباره صرف هزینه کمک شده و چگونگی آن است، عمده‌ترین مانع برای ایجاد اعتماد و مشارکت خیرین محسوب می‌گردد.

دانشی (۱۳۸۷) با انجام یک مطالعه کمی نشان داد که اعتماد خیرین مازندرانی مورد مطالعه، نسبت به سازمان بهزیستی استان با ارائه گزارش نحوه هزینه کرد کمک‌هایشان به آنان، به تفکیک جنس و وضعیت تأهل، در حد زیاد و کاملاً زیاد بود (۲۳). توفیقی و همکاران نیز (۱۳۸۹) در پژوهش خود باهدف «سنجش میزان اعتماد مردم تهران نسبت به اجرای طرح مسکن مهر» به این نتیجه رسیدند که با توجه به کندی ساخت و ساز در بخش مسکن مهر، نارضایتی مردم در این طرح رو به افزایش بوده و احتمال انصراف بسیاری از اعضاء را در پیش دارد (Coid, ۲۵). و همکاران (۲۰۰۳) در یک مطالعه کیفی نتیجه گرفتند که سیاست‌ها برای ارتباط با این بخش داوطلب از جمله مناسبات مالی صریح نیستند. Kirsch (۲۰۱۴) در مطالعات خود به این نتیجه رسید که اگرچه پاسخگویی می‌تواند مفید باشد، اما پاسخگویی بیش از حد و یا اشتباه می‌تواند سبب تغییر مسیر منابع و کاهش بازده گردد. با این حال، عدم وجود پیامد می‌تواند سبب از بین رفتن حسن نیت سازمان‌های غیردولتی/مردم‌نهاد گردد (۱۷، ۱۸).

اثر بخشی و کارایی درک شده از سازمان‌های خیریه می‌تواند + خیرین را تحت تأثیر قرارداد (۲۶). یک مطالعه در سازمان‌های غیرانتفاعی (۱۹۹۷) دریافت که اعتماد بیشتر به سازمان‌های خیریه، سبب می‌شود خیرین، به ویژه ثروتمندان، بیشتر پول خود را صرف کمک‌های خیریه نمایند. پژوهشی در هلند (NIPO ۲۰۰۳) نشان داد که اکثریت بزرگی از حامیان خیریه تمایل دارند، بدانند که چگونه کمک‌های اهدایی آنان صرف می‌گردد. (۲۷). Iwaarden و همکاران (۲۰۰۹) نیز در تأیید مطالعات قبلی (مانند مطالعه Schlegelmilch و هم کاران، ۱۹۹۷) دریافتند که اغلب اهداکنندگان کارایی و پیامدها یا نتایج

سازمان‌های خیریه را ارزش‌گذاری می‌کنند و بیشتر آنان در هنگام تصمیم‌گیری برای اهدای خیر، به دنبال اطلاعات هستند. درک "رسیدن" تمامی آنچه آنان اهدا کرده‌اند به مورد حقیقی، توسط خیرین یک عملکرد رایج است، درعین‌حال که بسیاری از افراد دیگر از هزینه کرد این کمک‌ها آگاه هستند. این ابهام در شفافیت و پاسخگویی سازمانی در هنگام کاهش دخالت دولت در این موقعیت‌های خیریه بیشتر دچار تاری می‌گردد. هزینه‌های بالاتر و یا هزینه‌های درک شده بیشتری که سازمان خیریه دارد، تمایل خیرین به اهدای کمک به این سازمان‌ها را کاهش می‌دهد که نتیجه بی‌اعتمادی خیرین است (۲۸).

سلامت عمومی به‌عنوان یک تلاش اجتماعی، شامل اشکال متعددی از اعمال اجتماعی و دسته‌جمعی بوده و به‌طور فزاینده‌مشمول بر شبکه‌های فردی و سازمانی همپوشان، شامل سازمان‌های دولتی و خصوصی، برای ذینفعان انتفاعی و غیرانتفاعی، متخصصین بسیاری از رشته‌ها و شهروندانی است که همگی در طول زمان برای بهبود سلامت مردم و شرایط زندگی جامعه کار می‌کنند؛ بنابراین ساختن ارتباط، بین مقامات سلامت عمومی و عموم مردم خدمتگزار یا در میان شرکای جامعه، صرفاً ابزاری نیست، بلکه ترجیحاً بخشی از بنیان کار سلامت عمومی است، به همین دلیل اعتمادسازی به‌عنوان یکی از هنجارهای اخلاقی بنیادی در سلامت عمومی شناخته شده است (۲۹) که برای دستیابی به اهداف سلامت باید بیش‌ازپیش در نظر گرفته شود.

تعهد و خطمشی حاکمیت و حمایت دولت موضوع محوری دیگری بود که شرکت‌کنندگان به آن اشاره نمودند. نتیجه عدم همکاری کافی و لازم ارگان‌های مسئول مانند شهرداری، فرمانداری و استانداری با خیرین، حمایت ناکافی از خیرین، دخالت بیش‌ازحد دولت، پایین بودن سطح مشارکت خیرین است. همچنین برخی از شرکت‌کنندگان بر این تصور بودند که وظیفه بهداشت و درمان بر عهده دولت است. نصیری پور و همکاران نیز (۱۳۹۲) در مطالعه خود نتیجه‌گیری کرده‌اند که نقش حاکمیت در فعالیت‌های خیریه با دخالت مستقیم و تبدیل شدن به بازیگر اصلی متفاوت بوده و لازم است تا نقش تسهیلگر را ایفا نماید؛ بنابراین حمایت‌های دولت می‌تواند به‌عنوان سرآغازی بر بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت، سبب بالفعل شدن نیت خیرین گردد (۳۰). از سوی دیگر، می‌توان نتیجه گرفت تعهد سیاست‌گذاران و تعیین خطمشی دولت، برای مثال، در قالب سخنان وزیر محترم بهداشت و درمان در اولویت دادن به برنامه‌ها و نیازهای بهداشتی کشور، می‌تواند سرمایه‌های خیرین را از سایر حوزه‌ها به‌سوی حوزه سلامت و به‌ویژه بهداشت (نه صرفاً تأمین تخت‌های بیمارستانی) هدایت نماید.

موضوع مهم دیگر که اغلب شرکت‌کنندگان به آن اشاره نمودند، نامناسب بودن فرایندها، وجود مقررات دست و پاگیر اداری و فقدان قانون منسجم و مدون و تصمیم‌گیری‌های موردی و لزوم تبدیل تغییر دیدگاه سخت‌افزاری به خیریه به دیدگاه نرم‌افزاری و تدارک فرایندهای ترویجی و تسهیلی بود. عدم انجام تحقیقات پژوهش‌های کاربردی کافی در زمینه خیریه مانند مطالعه تطبیقی برای اختصاص ارزش‌افزوده به‌صورت تخصیص مالیات به امور خیریه بجای فرار مالیاتی مشکل دیگری بود که در این راستا بیان گردید. آقا بابا و همکاران (۲۰۱۵) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ورود محتوی

علمی در این حوزه بسیار کند صورت گرفته و انجام پژوهش‌های کاربردی را برای حل مشکلات و پیشرفت آن توصیه نمودند (۲۱).

یکی از دیگر از کمبودهای مهمی که شرکت‌کنندگان به آن اشاره نمودند فقدان نهاد منسجم و تعریف شده در کشور برای امور خیریه و خیرین و یا اتحادیه خیرین، علیرغم تمرکز قانونی و مردمی مجمع خیرین سلامت با ۲۲۰ شعبه به‌عنوان یک تشکل مردمی مقتدر بود. این مسئله بر نیاز به شکل‌گیری یک تشکل متولی مردمی و ملی دلالت دارد که با مشارکت خیرین مدیریت شده و نیازهای بخش سلامت را به زبان آنان به جامعه منتقل نماید. وجود این نهاد متولی همچنین برای هماهنگی بین بخش‌ها و سازمان‌های مختلف در راستای سلامت بر مبنای «سلامت در همه سیاست‌ها» (۳۱) با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و نگاه عدالت در سلامت به‌ویژه در حوزه بهداشت ضرورت دارد. همچنین، این نهاد می‌تواند با ایجاد یک شبکه کشوری، از طریق برنامه‌ریزی و اعلام نیازهای کشور، پیوند لازم بین مؤسسات خیریه را برقرار نموده و نه تنها از موازی کاری و سودجویی احتمالی مؤسسات خیریه جلوگیری کند، بلکه زمینه حمایت و پشتیبانی مؤسسات خیریه کوچک‌تر را فراهم نماید. یکی از راهکارهای مهم پیشنهادی برای جلوگیری از موازی کاری، تخصصی و مکانیزه شدن فعالیت‌ها و خدمات موسسه‌های خیریه است.

در نهایت، شرکت‌کنندگان عقیده داشتند که فرهنگ‌سازی، ظرفیت‌سازی و شناخت لازم درباره کار خیر ایجاد نشده است. اغلب آنان کار خیر و کمک به هم‌نوع را یک وظیفه و نه یک فرا تکلیف می‌دانستند که بر تعالی اخلاقی آنان به‌عنوان یک شخصیت فضیلت‌مند اخلاقی دلالت دارد (۵). البته، قابل ذکر است که توجه خیرین به نیازهای اولیه انسان مانند شکم‌گرسنه، تن برهنه، و سقف بالای سر و نیز علاقه‌مندی آنان به مدرسه‌سازی و ارتقای سطح سواد جامعه نشانه درک آنان از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است (۴) که به موازات حوزه درمان برای تحقق بهداشت و عدالت در سلامت برنامه‌ریزی برای پرداختن به آن ضرورت دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، تعبیر تمایل خیرین به حوزه سلامت، به‌ویژه با رویکرد کنونی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به حوزه درمان و تأمین تخت‌های بیمارستانی مورد نیاز، چندان کاربردی ندارد. اغلب خیرین ضمن اشاره به حوزه سلامت به‌عنوان یک حوزه اختصاصی، عقیده داشتند که حوزه سلامت مهم است، چون هدف آن نجات عمر یک انسان است. اگرچه این عقیده آنان بر یک هنجار اصلی و اولی اخلاقی دلالت دارد (۵)، اما باید خاطر نشان نمود که نجات انسان‌ها تنها بیانگر نجات جان بیماران نیست. همچنین، تأکید خیرین بر این نکته که هر کار خیری اگر نیاز جامعه مطرح گردد، انجام می‌شود، و تغییر جهت آنان از فعالیت مدرسه‌سازی به آموزش و توانمندسازی زنان سرپرست خانوار، احداث شیرخوارگاه و تأمین تجهیزات درمانی مورد نیاز، نشانه دهنده لزوم تعیین و اطلاع‌رسانی نیازهای اولویت‌دار حوزه سلامت و بازاریابی اجتماعی برای جلب خیرین به‌ویژه در زمینه پیشبرد برنامه‌های بهداشتی، آموزشی و پژوهشی حوزه سلامت می‌باشد. یافته‌ها نشان داد، خیرین معدودی تمایل به حوزه تحقیق و پژوهش دارند و بیشتر با توجه به آلام و بیماری‌های مردم در حوزه سلامت خیر می‌کنند که نیاز به ایجاد آگاهی و فرهنگ‌سازی دارد.

یافته این مطالعه مبنی بر «پیامد خیریه یا نمود بیرونی آن» به‌عنوان یکی از موضوعات محوری شناخته‌شده، بر نیاز به ارائه مفهوم جدیدی از خیریه، مطالعه و برنامه‌ریزی برای اولویت‌بندی نیازها، عینی سازی پیامدهای پیش‌بینی‌شده در ابعاد بهداشت، آموزش و پژوهش‌های سلامت و بازاریابی اجتماعی برای جلب خیرین به مشارکت در ابعاد مختلف سلامت دارد.

### نتیجه‌گیری

برای رفع موانع مشارکت خیرین، اعتمادسازی، افزایش شفافیت و پاسخگویی در حوزه سلامت لازم است تا سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان با توجه به شواهد و تحقیقات انجام‌شده نیازهای این حوزه را شناسایی و با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت با مشارکت بخش‌های مختلف از جمله بخش خصوصی برای آن برنامه‌ریزی نمایند. همچنین، به تصویب قوانین و مقررات یکسان و فراگیر برای خیریه و ایجاد تشکل مردمی متولی خیریه با مشارکت خیرین همت گمارند. برای ایجاد احساس مالکیت در خیرین و تأمین سطح مشارکت بالای خیرین به‌صورت همکار، عضو و مدیر و ناظر نقش مستقیم مداخله‌ای خود را به نقش تسهیل‌کننده تغییر دهند. برای فعالیت‌های ترویج‌کننده نظیر اطلاع‌رسانی و بازاریابی اجتماعی و مقررات تسهیل‌کننده مانند بخشودگی مالیاتی برای خیرین، ارائه مشاوره حقوقی به خیرین و تسهیل فرایندها برنامه‌ریزی و اقدام نمایند.

با توجه به ضعف مطالعات کیفی در حوزه خیریه، انجام مطالعاتی نظیر تبیین مفهوم جدیدی برای کار خیر با نگاه ویژه به سلامت و نیک زیستی، انجام مطالعات تطبیقی و نقاط مثبت توسعه و پیشرفت در حوزه خیریه، در سطح جهانی و نیز تدوین الگوی بازاریابی اجتماعی برای جذب خیرین توسط محققین پیشنهاد می‌گردد. تهیه برنامه‌های رسانه‌ای و رسانه‌ای نمودن کمک‌های خیرین برای فرهنگ‌سازی، ترویج فضایل اخلاقی، آگاه‌سازی و تشویق عموم از دیگر توصیه‌های مؤلفین می‌باشد. نتایج این پژوهش همچنین می‌تواند به مدیران مؤسسات خیریه خرد و کلان برای برنامه‌ریزی بهتر و موفقیت و رقابت بیشتر در این حوزه کمک نماید. طراحی سامانه ملی برای اطلاع‌رسانی در زمینه مؤسسات معتبر خیریه، نیازها، فرایندها و نحوه برقراری ارتباط و پاسخگویی برای تسهیل و ترویج امور خیریه از دیگر پیشنهادها مؤلفین است.

### برنامه دقیق طرح دهندگان برای کاربرست نتایج این طرح

انتشار بخش‌هایی از مصاحبه ذینفعان در گزارش نهایی با حفظ بی‌نامی و بر اساس کد صورت گرفته و خلاصه گزارش نهایی مطالعه (۱ و ۳ و ۲۵ صفحه‌ای) به موسسه ملی تحقیقات سلامت و نیز و مسئولین مؤسسات خیریه ارائه خواهد شد.

### ملاحظات اخلاقی

رعایت امانت‌داری و صداقت در استفاده از متون و منابع، رضایت آگاهانه شفاهی از شرکت‌کنندگان، برخورداری از حق انصراف در هر مرحله از انجام مصاحبه و متوقف نمودن ضبط صدا به صلاحدید مصاحبه‌شوندگان، حفظ بی‌نامی، محرمانه ماندن اطلاعات و پرهیز از هر اقدامی که منجر به شناسایی افراد گردد، آنالیز و انتشار بخش‌هایی از مصاحبه آنان در گزارش نهایی بر اساس کد و ارسال گزارش نهایی مطالعه در صورت تمایل برای مصاحبه‌شوندگان از جمله ملاحظات اخلاقی است که در این پژوهش رعایت گردید.

### محدودیت‌های اجرایی طرح و روش کاهش آن‌ها

جهت جلب تمایل خیرین به مصاحبه، اهمیت استفاده از نتایج این پژوهش به‌عنوان یک کار خیر و مطالعه کاربردی در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای آنان توضیح داده شد.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مسئولین محترم مجمع خیرین سلامت به‌ویژه؛ مسئول مشارکت مردمی و مدیر روابط عمومی آن مجمع، مدیران و مسئولین موسسه خیریه عترت فاطمی، موسسه زهی، کانون خیرین یاس، موسسه خیریه کودکان بیمارستان بهرامی و تمامی خیرین و مشارکت‌کنندگان در تحقیق صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.  
تعارض منافع وجود ندارد.





## منابع

۱. charity definition [database on the Internet]. Available from: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/charity>.
۲. charity [database on the Internet]. Available from: <https://fa.wiktionary.org/w/index.php>.
۳. لیلا ناصر. عمل خیر و نیکوکاری و ارزش و اهمیت آن. تهران، ایران: موسسه خیریه امام رضا ع; Available from: <http://www.kheirieh-1387>;  
[imamreza.com/kheirieh.php?pgid=99&rcid=12](http://www.kheirieh-1387/imamreza.com/kheirieh.php?pgid=99&rcid=12)
۴. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Health CoSDo. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet. ۲۰۰۸;۳۷۲(۹۶۵۰):۱۶۶۱-۹.
۵. JF. BTC. Principles of Biomedical Ethics. ۷ ed. USA: Oxford University Press;; ۲۰۱۳.
۶. Beauchamp T, Childress, JF. Principles of Biomedical Ethics; Justice. ۷ ed. USA: Oxford University Press;; ۲۰۱۳.
۷. Lwin M, Phau I. Characteristics of charitable donors in Australia. ۲۰۱۰.
۸. Grace D, Griffin D. Exploring conspicuousness in the context of donation behaviour. International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing. ۲۰۰۶;۱۱(۲):۱۴۷-۵۴.
۹. Wise J. Health charities call on UK prime minister to put prevention at top of agenda. ۲۰۱۴.
۱۰. مجمع خیرین سلامت. تاریخچه و ارکان.
۱۱. Available from: <http://salamat-charity.ir/nano3/index.php/about-institute/history>
۱۲. Brown DW. What research tells us about planned giving. International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing. ۲۰۰۴;۹(۱):۸۶-۹۵.
۱۳. Schlegelmilch BB, Diamantopoulos A, Love A. Characteristics affecting charitable donations: empirical evidence from Britain. Journal of Marketing Practice: Applied Marketing Science. ۱۹۹۷;۳(۱):۱۴-۲۸.
۱۴. Hibbert S, Horne S. Giving to charity: questioning the donor decision process. Journal of Consumer Marketing. ۱۹۹۶;۱۳(۲):۴-۱۳.
۱۵. Bendapudi N, Singh SN, Bendapudi V. Enhancing helping behavior: An integrative framework for promotion planning. The Journal of Marketing. ۱۹۹۶:۳۳-۴۹.
۱۶. Ranganathan SK, Henley WH. Determinants of charitable donation intentions: A structural equation model. International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing. ۲۰۰۸;۱۳(۱):۱-۱۱.
۱۷. HCCC. THE "HOW TO" HEALTH GUIDE ۲۰۱۱. Available from: <http://www.healthcharities.ca/resources/how-to-health-guide.aspx>.
۱۸. Kirsch DC. Accountability in Children's Development Organizations: University of Toronto; ۲۰۱۳.

۱۹. Kirsch D. How do the approaches to accountability compare for charities working in international development? *Healthcare Policy*. ۲۰۱۴;۱۰(SP):۱۴۵.
۲۰. Coid D, Williams B, Crombie I. Partnerships with health and private voluntary organizations: what are the issues for health authorities and boards? *Public health*. ۲۰۰۳;۱۱۷(۵):۳۱۷-۲۲.
۲۱. Aghababa S, Nasiripour AA, Maleki M, Gohari M. Demographic characteristics of donors: an exploratory and confirmatory factor analysis in health care of Iran. *CURRENT SCIENCE*. ۲۰۱۵;۱۰۹(۹):۱۷۰۴.
۲۲. Aghababa S, Maleki MR, Gohari MR. Narrative Review of Studies on Charity in Health Care, Iran *Hakim Health Sys Res*. ۲۰۱۵;۱۷(۴):۳۲۹-۳۶.
۲۳. فرهنگ سازی و جلب اعتماد عمومی نیاز اصلی جذب خیرین در عرصه سلامت. ۱۳۹۱;
۲۴. Available from: <http://www.absharweekly.blogspot.com/۱۳۹۱/۰۸/۱۵/post-۷۳>
۲۵. شبنم دانشی، چابک ع، رهگذر م. اعتماد خیرین مازندران نسبت به سازمان بهزیستی استان با ارائه گزارش نحوه هزینه کرد کمک‌ها به آنان. تهران، ایران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی؛ ۱۳۸۷.
۲۶. جیح، احمدعلی، خ، فریبا ب. راهکارهای گسترش تعامل دانشگاه علوم پزشکی تبریز با مؤسسات خیریه و خیرین. اولین همایش بین‌المللی چشم‌انداز جایگاه مؤسسات خیریه سلامت در نظام سلامت ایران؛ دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران: سیویلیکا؛ ۱۳۸۵.
۲۷. توفیقی ح، سیدزاده ح، حضوری مح. سنجش میزان اعتماد مردم تهران نسبت به اجرای طرح مسکن مهر. تهران، ایران: دانشگاه پیام نور؛ ۱۳۸۹.
۲۸. ۲۶ Bennett R. Factors underlying the inclination to donate to particular types of charity. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing*. ۲۰۰۳;۸(۱):۱۲-۲۹.
۲۹. ۲۷ NIPO. *De kritische geveer*. Amsterdam: Dutch Institute of Public Opinion and Market Research
۳۰. ۲۰۰۳،
۳۱. ۲۸ van Iwaarden J, van der Wiele T, Williams R, Moxham C. Charities: how important is performance to donors? *International Journal of Quality & Reliability Management*. ۲۰۰۹;۲۶(۱):۵-۲۲.
۳۲. ۲۹ Bernheim RG, Childress JF, Melnick A, Bonnie RJ. *Essentials of Public Health Ethics*: Jones & Bartlett Learning, LLC; ۲۰۱۳.
۳۳. ۳۰ Nasiripour AA, Maleki MR, Gohari MR, Aghababa S, MM .V. The role of governance in social marketing of charities: focus on health care system. *Health Information Management*. ۲۰۱۴;۱۱(۱):۱-۳.
۳۴. ۳۱ Puska P, Ståhl T. Health in all policies-the Finnish initiative: background, principles, and current issues. *Annual review of public health*. ۲۰۱۰;۳۱:۳۱۵-۲۸.