مقاله پژوهشی

تبیین و پیش‌بینی رفتار مشارکت خیرین در نظام سلامت ایران

علی محمد مصدق راد[۱]، فاطمه احتشامی[۲*]

۱- دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۲- کارشناسی ارشد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

***نویسنده مسئول:** دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، تهران، ایران، تلفن: ۸۱۴۵۵۸۳۲، نمابر: ۸۸۰۷۲۹۹۳،
پست الکترونیک: fateme.eht@gmail.com

دریافت: ۹۸/۴/۲۰ پذیرش: ۹۸/۱۰/۱۱

چکیده

مقدمه: *خیرین سلامت در تامین مالی، تولید منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت مشارکت دارند. عوامل مختلفی بر رفتار خیرخواهانه‌ی خیرین سلامت اثر می‌گذارند. هدف پژوهش حاضر، تبیین و پیش‌بینی رفتار مشارکت خیرین در نظام سلامت ایران است.*

روش کار: *مطالعه‌ی استقرایی حاضر، به‌صورت کیفی با استفاده از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته با ۳۸ نفر از خیرین سلامت و ۲۶ نفر از سیاست‌گذاران، مدیران و کارشناسان حوزه‌ی معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام شد. مصاحبه‌ها به‌صورت هدف‌مند و به‌روش گلوله‌برفی تا مرحله‌ی اشباع داده‌ها ادامه یافت. برای تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل موضوعی استفاده شد. کلیه‌ی ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر رعایت شد.*

یافته‌ها: *خیرین سلامت، رفتاری هدف‌مند و برنامه‌ریزی‌شده را دنبال می‌کنند. عوامل هدف، نیت، نگرش، هنجار، ویژگی‌های شخصی، دانش زمینه‌ای، رفتار گذشته، تجربه‌ی گذشته و کنترل رفتار بر رفتار مشارکت خیرین در تامین مالی، تولید منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت موثر هستند. مشارکت خیرین در نظام سلامت، تابعی از هدف، نیت و نگرش آن‌ها نسبت به مشارکت در حوزه‌ی سلامت و کنترل آن‌ها بر انجام این رفتار است. هنجارها، ویژگی‌های شخصی، دانش زمینه، تجربه‌ی گذشته و رفتار گذشته‌ی خیرین بر نگرش آن‌ها نسبت‌به فعالیت‌های خیرخواهانه اثر می‌گذارد. همچنین، هنجارهای اخلاقی، توصیفی و ذهنی بر تقویت نگرش خیرین نسبت‌به مشارکت در بخش سلامت موثر هستند.*

نتیجه‌گیری: *در مطالعه‌ی حاضر، مدلی برای پیش‌بینی و تبیین رفتار هدف‌مند و برنامه‌ریزی‌شده‌ی خیرین سلامت توسعه یافت. سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت می‌توانند از این مدل برای تقویت مشارکت خیرین در تامین مالی، تولید منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت استفاده کنند.*

گل‌واژگان: *تئوری رفتار هدفمند و برنامه‌ریزی‌شده، خیرین، نظام سلامت ایران، توسعه‌ی مدل*

مقدمه

افزایش جمعیت سالمند، افزایش بیماری‌های مزمن، استفاده از تکنولوژی‌ها و روش‌های مدرن تشخیصی و درمانی، رشد تقاضا برای خدمات بهداشتی- درمانی و خطاهای پزشکی، هزینه‌های نظام سلامت ایران را افزایش داده است [۱]. دولت مسئول تامین مالی و ارایه‌ی بخش قابل‌توجهی از خدمات سلامت در ایران است؛ این‌درحالی‌است‌که بیمه‌های سلامت پایه، دولتی هستند. به‌عبارتی، برای تامین مالی، تولید منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت، فشار مالی زیادی به دولت وارد می‌شود. دولت از چند روش برای توسعه‌ی منابع مالی موردنیاز بخش سلامت استفاده می‌کند. برخی از این روش‌ها عبارتند از ارایه‌ی خدمات ارزان و هزینه - اثربخش سلامت، افزایش سهم بودجه‌ی وزارت بهداشت از بودجه‌ی عمومی دولت، به‌کارگیری منابع مالی جدید مثل وضع مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و جلب مشارکت مالی بخش خصوصی و خیریه. راه‌کار چهارم و استفاده از ظرفیت منابع خصوصی، غیرانتفاعی و خیرین برای تامین مالی نظام سلامت کشور منطقی به‌نظر می‌رسد.

بخش سلامت به‌علت ماهیت انسان‌دوستانه‌ی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-12]

فعالیت‌هایش، همواره از کمک خیرین برخوردار بوده است. خیرین سلامت به‌صورت فردی یا گروهی با مشارکت داوطلبانه در حاکمیت، تامین مالی، تولید منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت در تامین، حفظ و ارتقای سلامت مردم جامعه مشارکت دارند [۲]. خیرین سلامت می‌توانند نقش مهمی در تقویت نظام سلامت ایران برعهده داشته باشند. کمک‌های خیرین، همواره یکی از منابع تامین مالی نظام سلامت به‌ویژه در کشورهای با درآمد پایین و متوسط بوده است. افراد و سازمان‌های خیریه در جهان در سال ۲۰۱۷ میلادی، حدود ۲۴/۳ میلیارد دلار امریکا مشارکت مالی در بخش سلامت داشتند. این کمک‌های خیریه بیشتر صرف مبارزه با بیماری‌های واگیر، برنامه‌های تنظیم خانواده و سلامت مادر و کودک، تقویت نظام سلامت کشورها و امنیت سلامت جهانی شد. بیشتر این کمک‌ها از کشورهای آمریکا (۱۰ میلیارد دلار)، انگلستان (۲/۴ میلیارد دلار)، آلمان (۱/۲ میلیارد دلار)، فرانسه (۹۷۱ میلیون دلار) و ژاپن (۸۷۱ میلیون دلار) بود و عمدتا به بخش سلامت کشورهای افغانستان، بنگلادش، اتیوپی، هایتی، کنیا، نامبیا، غنا، راوندا، هندوستان، نیجریه، تانزانیا، اوگاندا، زامبیا، پاکستان، سیرالئون و زیمبابوه اهدا شد [۳].

در نظام سلامت ایران نیز خیرین در حوزه‌های تامین مالی، تولید منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت مشارکت فعالی دارند. خیرین سلامت ایران از طریق مجمع خیرین سلامت، موسسات خیریه‌ی سلامت، توزیع صندوق کمک میان اقشار مختلف جامعه، شبکه‌های اجتماعی و برگزاری مراسم هدف‌مند، منابع مالی مورد نیاز بخش سلامت را جذب و صرف توسعه‌ی فضاهای فیزیکی، تامین تجهیزات و ملزومات، پرداخت حقوق و دستمزد کارکنان سازمان‌های بهداشتی- درمانی و پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت بیماران می‌کنند [۴].خیرین به ارایه‌ی خدمات در سطوح پیشگیری، درمان و توانبخشی می‌پردازند [۲]. تعداد ۹۹۵ بیمارستان فعال در سال ۱۳۹۷ در ایران وجود داشت که ۳۸ مورد آن (۳/۸ درصد) خیریه بود. بیمارستان‌های خیریه با ظرفیت ۴۳۷۰ تخت فعال، حدود ۳/۴ درصد تخت‌های بیمارستانی ایران را تشکیل می‌دهند [۵].

مردم ایران همواره در امور خیریه مشارکت فعالی دارند. براساس ایندکس جهانی بخشش[1]، ایران در سال ۲۰۱۷ میلادی رتبه‌ی ۲۹ دنیا را به خود اختصاص داد. ایران رتبه‌ی ۱۰ دنیا را با ۳۲ میلیون نفر جمعیت خیر و رتبه‌ی ۲۴ دنیا را با ۵۳ درصد مشارکت مردمی در امور خیریه کسب کرد [۶]. تعداد کل خیرین سلامت ایران در سال ۱۳۹۴ برابر با ۱۳,۱۳۸ نفر بود [۷]. در سال ۱۳۹۷ حدود ۸۹۰ موسسه‌ی خیریه سلامت فعال در ایران وجود داشت [۸]. حداقل ۱۵۰۰ سازمان مردم‌نهاد سلامت در ایران فعال هستند [۹]. مشارکت خیرین در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۶ حدود ۱۷,۰۰۰ میلیارد ریال بود [۸]. بخشش و انجام کارهای خیر نتایج مثبتی برای فرد خیر و جامعه دارد. بخشش و انجام کارهای خیر موجب شادی و رضایت از زندگی، کاهش افسردگی و افزایش امید زندگی فرد خیر می‌شود[۱۴-۱۰].

در شرایط رکود اقتصادی و کمبود منابع مالی، فشار زیادی به مردم، بیمه‌های سلامت و دولت وارد می‌شود. بنابراین، استفاده از منابع مالی خیرین برای تقویت نظام سلامت ایران ضروری است. از طرف دیگر، مشارکت مالی افراد و موسسات خیریه با رکود اقتصادی کشور کاهش می‌یابد. در نتیجه، رقابتی میان حوزه‌های مختلف کشور برسر جذب منابع مالی خیرین به‌وجود می‌آید. تقویت مشارکت خیرین در نظام سلامت ایران، نیازمند آگاهی از عوامل موثر بر رفتار خیرخواهانه‌ی آن‌ها است. عوامل متعددی بر رفتار خیرخواهانه‌ی خیرین اثرگذار هستند. بنابراین، هدف مطالعه‌ی حاضر، تبیین و پیش‌بینی رفتار مشارکت خیرین در نظام سلامت ایران بود. نتایج این پژوهش اطلاعات مفیدی را در زمینه‌ی عوامل موثر بر رفتار خیرخواهانه‌ی خیرین سلامت در اختیار سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت قرار می‌دهد که می‌توان از آن‌ها برای تقویت مشارکت خیرین در تامین مالی، تولید منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت استفاده کرد.

روش کار

مطالعه‌ی کیفی[2] و استقرایی[3] حاضر با استفاده از روش پدیدارشناسی[4] انجام شد. پدیدارشناسی، علم مطالعه، بررسی، توصیف و تفسیر دقیق پدیده‌های زندگی است. در این نوع پژوهش، تجربه، ادراک و احساس افراد پیرامون پدیده یا موضوعی، مورد مطالعه قرار می‌گیرد[۱۵]. پژوهش پدیدارشناسی، مطالعه‌ی هدفمند، ساختاریافته، علمی و عینی[5]پدیده‌هایی چون واقعیت‌ها، موقعیت‌ها، تجارب یا مفاهیمی است که معمولا ذهنی[6] تلقی می‌شوند.

خیرین، مشارکت فعالی در تامین مالی، تولید منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت دارند؛ اما انگیزه‌ی آن‌ها از انجام عمل خیرخواهانه و چگونگی شکل‌گیری نیت و قصد آن‌ها هنوز به‌طور کامل مشخص نشده است. بنابراین، مطالعه‌ی حاضر به توصیف و تبیین رفتار

[1] World Giving Index

[2] Qualitative
[3] Inductive
[4] Phenomenology
[5] Objective
[6] Subjective

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-12]

خیرخواهانه‌ی خیرین در تامین مالی، تولید منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت در ایران پرداخت. در مطالعه‌ی حاضر از روش پدیدارشناسی تفسیری[7] برای شناسایی، بررسی، توصیف، تبیین و تفسیر رفتار خیرخواهانه‌ی خیرین در نظام سلامت ایران استفاده شد؛ این روش شامل سه مرحله‌ی درک اولیه‌ی موضوع پژوهش، انجام مطالعه و جمع‌آوری اطلاعات و تمرکز و تامل بر داده‌ها است [۱۶]. پژوهشگر پیش از انجام مطالعه‌ی پدیدارشناسی تفسیری باید دانش و اطلاعاتی پیرامون موضوع پژوهش داشته باشد تا بتواند داده‌ها و اطلاعات عمیق را طی پژوهش جمع‌آوری کرده و تفسیر بهتری از یافته‌های به‌دست آمده ارایه دهد. بدون درک قبلی از موضوع پژوهش، نمی‌توان فهم کاملی از آن برای تولید ایده و دانش جدید داشت [۱۷].

داده‌های پژوهش ازطریق مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته با ۳۸ نفر از خیرین کشوری سلامت و ۲۶ نفر از مدیران و سیاستگذاران حوزه‌ی معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی جمع‌آوری شد. افراد انتخاب‌شده بیشترین آگاهی و اطلاعات را در زمینه‌ی مشارکت خیرین در حوزه‌ی سلامت داشتند. استفاده از ارزشیابی چندگانه[8] در پژوهش حاضر، اطلاعات جامع و عمیقی را پیرامون عوامل موثر بر رفتار خیرخواهانه‌ی خیرین سلامت فراهم کرد که حصول آن طی مصاحبه تنها با یک گروه از ذی‌نفعان امکان‌پذیر نیست. مصاحبه‌شوندگان ابتدا به‌صورت هدف‌مند و سپس، به‌روش گلوله‌برفی انتخاب شدند.

سوالات مصاحبه باتوجه‌به اهداف پژوهش و مرور مطالعات پیشین طراحی شد. مصاحبه‌ها با درخواست وقت قبلی و در محل کار مصاحبه‌شوندگان یا ازطریق تماس تلفنی با ایشان انجام شد. میانگین زمان مصاحبه ۱۴ (حداکثر ۱۸ و حداقل ۹) دقیقه بود. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. مصاحبه‌ها به‌وسیله‌ی ضبط صوت دیجیتالی، ذخیره و سپس تایپ شدند. مصاحبه با دو نفر از مدیران، به‌دلیل محدودیت وقت ایشان در دو نوبت و با سایرین در یک نوبت انجام شد. مدیران مصاحبه‌شونده با حرف M و خیرین سلامت با حرف D در این مقاله مشخص شدند. درصورت تمایل مصاحبه‌شوندگان، فایل Word متن مصاحبه‌ها برای ایشان ارسال شد تا ضمن تایید، مطالبی را اضافه یا کم کنند.

از روش تحلیل موضوعی[9] شش مرحله‌ای براون و کلارک شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجو برای تم‌ها، مرور تم‌ها، تعریف تم‌ها و تهیه‌ی گزارش برای تحلیل داده‌های کیفی مطالعه استفاده شد [۱۸]. ابتدا محتوای مصاحبه‌ها چندین بار مرور شد تا شناخت کاملی نسبت به جوانب مختلف داده‌ها به‌دست آید. کدهای اولیه در متن مصاحبه‌ها شناسایی و استخراج شد. کدهای مشابه و دارای معنای نزدیک ابتدا در تم‌های فرعی و درنهایت، در تم‌های اصلی جای‌گذاری شد. تم‌های اصلی و فرعی چند بار مرور و درصورت نیاز، ترکیب، تعدیل و تفکیک شد تا یک نقشه‌ی موضوعی منطقی از روابط میان تم‌های اصلی و فرعی به‌دست آید. سپس، تم‌های اصلی و فرعی نام‌گذاری و تعریف عملیاتی شدند. درنهایت، باتوجه‌به پرسش پژوهش، تم‌های اصلی و فرعی با استفاده از کدهای شناسایی‌شده و نقل‌قول‌های مرتبط مصاحبه‌شوندگان، در قالب یک داستان هدف‌مند به‌صورت گزارش آماده شد. از نسخه ۱۱ نرم‌افزار MAXQDA برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

برای افزایش اعتبار پژوهش، از نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، انجام مصاحبه‌های پایلوت، صرف زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها، بررسی موضوع از زوایای مختلف، جمع‌آوری هرچه بیشتر اطلاعات و شواهد، مقایسه‌ی دایم اطلاعات به‌دست آمده، ارسال یافته‌ها برای تعدادی از مصاحبه‌شوندگان و لحاظ‌کردن نظرات تکمیلی ایشان و تبادل نظر با همتایان استفاده شد. محیط و مراحل انجام پژوهش به‌طور دقیق و کامل به‌منظور قضاوت در مورد پایایی و تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش، شرح داده شد.

پروتکل مطالعه‌ی حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران تایید شد (کد اخلاق به‌شماره IR.TUMS.SPH.REC.۱۳۹۶,۳۶۳۳). آزادی شرکت در مصاحبه، کسب اجازه برای ضبط صدا، محرمانه تلقی‌کردن اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان و عدم دخالت نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها، از ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش بود.

یافته‌ها

تعداد ۳۸ نفر از خیرین سلامت و ۲۶ نفر از سیاستگذاران، مدیران و کارشناسان حوزه‌ی معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در این پژوهش شرکت کردند. اطلاعات جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان در جدول ۱ آمده است. بیشتر مصاحبه‌شوندگان مرد (۶۸/۸ درصد)، متاهل (۸۵/۹ درصد)، متعلق به رده‌ی سنی بالای ۵۵ سال (۴۵/۳ درصد)، دارای تحصیلات فوق‌لیسانس (۲۳/۵ درصد) و ۲۰-۱۰ سال سابقه‌ی فعالیت در امور خیریه (۳۱/۲ درصد) بودند.

[7] Interpretive phenomenology
[8] Pluralistic evaluation
[9] Thematic analysis

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-12]

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان

متغیر	خیرین		مدیران و کارشناسان		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنس						
زن	۱۲	۳۱/۶	۸	۳۰/۸	۲۰	۳۱/۲
مرد	۲۶	۶۸/۴	۱۸	۶۹/۲	۴۴	۶۸/۸
تاهل						
غیرمتاهل	۶	۱۵/۷	۳	۱۱/۶	۹	۱۴/۱
متاهل	۳۲	۸۴/۳	۲۳	۸۸/۴	۵۵	۸۵/۹
سن (سال)						
۲۵ -۳۵	۶	۱۵/۸	۳	۱۱/۶	۹	۱۴/۱
۳۶-۴۵	۴	۱۰/۵	۱۰	۳۸/۵	۱۴	۲۱/۹
۴۶-۵۵	۱۰	۲۶/۳	۲	۷/۶	۱۲	۱۸/۷
بالای ۵۵	۱۸	۴۷/۴	۱۱	۴۲/۳	۲۹	۴۵/۳
وضعیت تحصیلی						
زیردیپلم	۴	۱۰/۵	۰	۰	۴	۶/۲
دیپلم	۹	۲۳/۷	۰	۰	۹	۱۴/۱
فوق‌دیپلم	۵	۱۳/۲	۰	۰	۵	۷/۸
لیسانس	۷	۱۸/۴	۵	۱۹/۲	۱۲	۱۸/۷
فوق‌لیسانس	۹	۲۳/۷	۶	۲۳/۱	۱۵	۲۳/۵
دکترای تخصصی	۳	۷/۸	۶	۲۳/۱	۹	۱۴/۱
پزشک عمومی	۱	۲/۷	۹	۳۴/۶	۱۰	۱۵/۶
سابقه‌ی فعالیت (سال)						
۱-۱۰	۱۲	۳۱/۶	۳	۱۱/۶	۱۵	۲۳/۵
۱۱-۲۰	۹	۲۳/۷	۱۱	۴۲/۲	۲۰	۳۱/۲
۲۱-۳۰	۶	۱۵/۸	۹	۳۴/۶	۱۵	۲۳/۵
بالای ۳۰	۱۱	۲۸/۹	۳	۱۱/۶	۱۴	۲۱/۸

در پژوهش حاضر ۹ عامل هدف، نیت، نگرش، هنجار، ویژگی‌های شخصی، دانش زمینه‌ای، رفتار گذشته، تجربه‌ی گذشته و کنترل رفتار به‌عنوان عوامل موثر بر رفتار مشارکت خیرین در نظام سلامت شناسایی شدند.

رفتار

خیرین در حوزه‌های تامین مالی، تولید منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت مشارکت دارند. نحوه‌ی مشارکت خیرین در تامین مالی به دو صورت جذب و هزینه‌کرد منابع مالی است. یکی از خیرین استان تهران درخصوص نحوه‌ی جذب منابع مالی چنین گفت: «*ما یک صندوق در درمانگاه نصب کردیم. خیرین ازطریق صندوق نصب‌شده می‌توانند مشارکت مالی در این مرکز درمانی داشته باشند*»(D۱۴). هم‌چنین، نماینده‌ی یکی از مراکز درمانی خیریه نسبت‌به نحوه‌ی هزینه‌کرد منابع مالی چنین اظهار کرد: «*واحد مددکاری در مرکز درمانی خیریه داریم. افراد بی‌بضاعت به مددکاری مراجعه می‌کنند. از ایشان هزینه‌ای دریافت نمی‌شود. هزینه‌های بیماران مناطق مرکزی و کشورهای همسایه نیز درصورت ناتوانی مالی، رایگان است. اگر بیماران توان مالی کمی داشته باشند، درصدی از هزینه‌های آن‌ها را پرداخت می‌کنیم. اگر هیچ توان مالی نداشته باشند، خدمات صددرصد رایگان است*» (D۴).

خیرین در تولید منابع سرمایه‌ای و جاری حوزه‌ی سلامت نیز مشارکت دارند. یکی از خیرین این‌چنین توضیح داد: «*باتوجه‌به کمبودهای بهداشتی- درمانی در منطقه و در ارتباط با دانشگاه، یک مرکز خدمات جامع سلامت را با هزینه‌ای حدود ۸۰۰ میلیون تومان در مدت یک‌سال ساختم*»(D۲۸). یکی دیگر از خیرین فعال حوزه‌ی سلامت گفت: «*با کمک سایر خیرین یک درمانگاه برای بیماران دیالیزی و یک درمانگاه برای بیماران MS ساختیم. در این دو درمانگاه به ارایه‌ی خدمات سلامت می‌پردازیم*» (D۱۵). بعضی از خیرین نیز در تامین منابع جاری حوزه‌ی سلامت مشارکت دارند. یکی از خیرین سلامت شهر تهران در این زمینه گفت: «*من شرکت‌های دارویی مثل سازندگان مکمل‌های تغذیه‌ای (ویتامین‌ها و...) و تجهیزات پزشکی را به کار خیر دعوت کردم. درحال حاضر به ۳۶,۰۰۰ دانش‌آموز، مکمل‌های تغذیه‌ای به‌صورت رایگان توسط یک شرکت داده می‌شود*»(D۱).

خیرین به ارایه‌ی خدمات پیشگیری، درمانی و توان‌بخشی نیز می‌پردازند. به‌عنوان مثال، یکی از اعضای سازمان مردم‌نهاد سلامت گفت: «*از کارهای خیریه‌ام، ایجاد انجمن حمایت از بیماران مبتلا به سرطان با مشارکت تعدادی از پزشکان بود. پزشکی فقط درمان بیماران نیست؛ پیشگیری و بهداشت از درمان مهم‌تر است. خیلی از پزشکان با انجام رایگان اعمال جراحی، ارایه‌ی خدمت می‌کنند. داوطلبانی نیز امور تبلیغاتی مانند تهیه*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-12]

و توزیع بروشور، آموزش و پیشگیری از بیماری‌ها را انجام می‌دهند»(D۳۳). یکی دیگر از خیرین استان آذربایجان غربی نیز چنین اظهار کرد: «*من در زادگاهم یک مرکز خدمات جامع سلامت ساختم. یک پزشک از تهران در مدت ۳روز، تعداد زیادی جراحی سرپایی به‌صورت خیریه و رایگان برای اهالی منطقه انجام داد. بسیاری از افراد بیمار از به‌دست آوردن دوباره‌ی سلامتی خود، ابراز خوشحالی کردند»*(D۲۸).

هدف

خیرین اهداف مادی، اجتماعی و اخلاقی را از مشارکت در امور سلامت دنبال می‌کنند. انگیزه‌های مادی شامل انگیزه‌های تجاری و کسب تسهیلات ویژه است. تعدادی از خیرین با انگیزه‌ی کسب درآمد به حوزه‌ی سلامت ورود می‌کنند. یکی از مدیران نظام سلامت اظهار کرد: «*تعدادی از خیرین از ما درخواست ایجاد مراکز درمانی خیریه را دارند. این دسته از افراد با توجه به تعرفه‌ی مصوب مراکز درمانی خیریه، انگیزه‌ی تجاری و پولی دارند»* (M۲۱). گاهی دولت برای تقویت مشارکت خیرین، از انگیزاننده‌های مادی به‌صورت تسهیلات ویژه -مثل معافیت مالی- استفاده می‌کند. یکی از خیرین شهر تهران گفت: «*من هرگاه بخواهم کار خیری در حوزه‌ی سلامت انجام دهم، سایر دوستان خیرم را نیز دعوت می‌کنم. به آن‌ها می‌گویم که می‌توانند از تسهیلات معافیت مالیاتی دولت برخوردار شوند»*(D۱). یکی از مدیران وزارت بهداشت نیز این موضوع را تایید کرد: «*نظام تشویقی و تسهیلاتی- مانند معافیت‌های مالیاتی- عاملی برای تقویت مشارکت خیرین است. معافیت مالیاتی براساس ماده‌ی ۱۷۲ مالیات‌های مستقیم، ازجمله امتیازها و تسهیلات تخصیص‌یافته به خیرین است»* (M۴). مدیر حوزه‌ی مشارکت‌های مردمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه معتقد بود: «*شاید یکی از دلایل مشارکت خیرین در این حوزه، معافیت مالیاتی باشد. معافیت مالیاتی برای خیرین مفید است. از طرفی آن‌ها نیز با مشارکت در حوزه‌ی سلامت، به افراد جامعه کمک کرده‌اند»*(M۱۲).

انگیزه‌های اجتماعی خیرین برای مشارکت در امور سلامت شامل کسب نفوذ و شهرت و تکریم اجتماعی است. خیرین با مشارکت در حوزه سلامت می‌توانند از نفوذ اجتماعی برخوردار شوند. یکی از خیرین شهر تهران گفت: «*بعضی از افراد تمایل دارند کار خیر خود را به جامعه نشان دهند و در جامعه شناخته شوند. آن‌ها به‌دنبال کسب نفوذ در مسایل اجتماعی شهرشان هستند»*(D۱۲). تعدادی از مدیران حوزه‌ی سلامت نیز به تمایل خیرین به کسب شهرت اجتماعی اشاره داشتند. به‌عنوان مثال، یکی از مدیران ارشد وزارت بهداشت گفت: «*گرایش خیرین به حوزه‌ی سلامت خیلی خوب است. بعضی از آن‌ها تمایل به دیده‌شدن و مشهودبودن کمک‌هایشان دارند تا در جامعه شناخته شوند»*(M۳). مدیر حوزه‌ی امور اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر نیز افزود: «*دیده‌شدن خیرین برای کسب شهرت در جامعه، انگیزه‌ای برای مشارکت آن‌هاست. خیرین تمایل دارند که تمامی فعالیت آن‌ها در سطح وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی دیده شود؛ حتی در جلسات برای تصمیم‌گیری حضور یابند و در جامعه از آن‌ها به‌عنوان فرد مشارکت‌کننده در حوزه‌ی سلامت یاد شود»*(M۱۰).

تکریم اجتماعی یکی دیگر از انگیزاننده‌های خیرین است. به‌گفته‌ی یکی از خیرین شهر تهران: «*توقع خیرین، تکریم شایسته ایشان توسط دولت و سازمان‌های دولتی است. خیرین توقع زیادی ندارند، اما نیاز به احترام اجتماعی دارند و دراین‌صورت، انگیزه‌ی مثبتی نسبت‌به این حوزه پیدا می‌کنند»* (D۱۲). یکی از خیرین استان فارس برای تکریم اجتماعی خیرین پیشنهاد کرد «*کارت‌هایی توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی برای خیرین صادر شود تا طی حضور در مراکز درمانی و سایر سازمان‌های دولتی تکریم شوند. مثلا یک خیر سلامت بتواند با ارایه‌ی کارتی مخصوص، در صف‌های طولانی مراکز درمانی انتظار نکشد. ازاین‌طریق، احترام اجتماعی ایشان رعایت می‌شود. اگر از خیری که به بیمارستانی کمک مالی کرده، در همان بیمارستان تکریم نشود، ممکن است از ادامه‌ی مشارکت دلسرد شود. اگر خیرین تکریم شوند، انگیزه‌ی ایشان نیز تقویت می‌گردد»*(D۱۱).

برگزاری همایش‌های تجلیل از خیرین در این زمینه می‌تواند مفید باشد. یکی از مدیران حوزه‌ی سلامت در این راستا گفت: «*با برگزاری همایش‌ها، از خیرین تجلیل و تکریم به‌عمل می‌آید. شاید خیرین ازاین‌طریق بیشتر در حوزه‌ی سلامت مشارکت کنند»*(M۱۵). هم‌چنین، خیرین با حضور در همایش‌ها، با فعالیت‌های یکدیگر آشنا شده و زمینه‌های کاری جدیدی پیدا می‌کنند. به‌گفته‌ی یکی از مدیران حوزه‌ی مشارکت‌های مردمی استان فارس: «*با حضور خیرین در مراسم تجلیل و تکریم، فرصتی ایجاد می‌شود که آن‌ها بیشتر به مشارکت در حوزه‌ی سلامت تشویق شوند. ایشان ازاین‌طریق با بخش‌های مختلف حوزه‌ی سلامت آشنا می‌شوند. همایش‌ها باید با حضور تمامی خیرین کشوری برگزار گردد تا آن‌ها با فعالیت‌های یکدیگر آشنا شده و تکریم شوند و انگیزه‌شان مضاعف گردد»*(M۱۴).

نوع‌دوستی، انگیزه‌ای اخلاقی است که به‌صورت یک عامل درونی، فرد را به سمت فعالیت‌های خیرخواهانه هدایت می‌کند. یکی از خیرین عضو مجمع خیرین

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-12]

کشور گفت: «*من فعالیت‌های خیرخواهانه را فطرتا به‌دلیل کمک به دیگران دوست دارم. همه‌ی افراد می‌توانند به نوعی خیر باشند. به‌جای طرح این سؤال که چرا من کار خیر انجام می‌دهم، باید از کسانی که کار خیر انجام نمی‌دهند پرسید که چرا در امور خیریه مشارکت نمی‌کنند*»(D۱۲). یکی از خیرین استان فارس افزود: «*من معتقدم انگیزه‌ی خیرین همان کمک به هم‌نوعان است. مثلا گاهی که به رستوران می‌رویم، یک وعده غذا میل کرده و یک وعده هم به نیازمندان اهدا می‌کنیم. براساس نیاز درونی خود به‌سمت کمک به هم‌نوعان کشیده می‌شویم*»(D۱۱). یکی از روسای اداره‌ی موسسات خیریه‌ی سلامت وزارت بهداشت نیز این موضوع را تایید کرد: «*گرایش خیرین به‌سمت مشارکت در حوزه‌ی بهداشت و درمان می‌تواند در راستای کمک به هم‌نوعان نیازمند به خدمات سلامت باشد*»(M۴). یکی از مدیران وزارت بهداشت معتقد بود: «*یک حس درونی انسان‌دوستانه خیرین را وامی‌دارد که با منابعی که در اختیار دارند، در رفع نیاز بیماران کم‌توان بکوشند*»(M۱۳). نوع‌دوستی که در فطرت انسان‌ها وجود دارد، انگیزه‌ی اخلاقی مثبتی برای رفتار خیرخواهانه است.

فرار از مالیات، پول‌شویی و لابی‌گری نیز انگیزه‌های منفی هستند که برخی از مصاحبه‌شوندگان به آن‌ها اشاره کردند. یکی از خیرین شهر تهران گفت: «*منفعت‌طلبی -مانند فرار از مالیات- در بعضی از خیرین و خیریه‌ها دیده می‌شود. در حوزه‌ی سلامت باید با نیت خیرخواهانه فعالیت کنیم. خیریه‌ها باید با شفافیت کامل به ارایه‌ی خدمات بهداشتی- درمانی بپردازند*»(D۷). یکی از مدیران حوزه‌ی سلامت نیز این موضوع را تایید کرد: «*خیرینی با انگیزه‌های منفی -مانند فرار از مالیات و پول‌شویی- در حوزه‌ی سلامت حضور دارند. اعمال بوروکراسی‌های اداری از سمت مدیران حوزه‌ی سلامت، اقدامی برای کاهش این انگیزه‌هاست*»(M۲۵).

نیت

نیت در واقع قصد خیر برای انجام فعالیت خیرخواهانه‌ای است که هنوز منتهی‌به رفتار نشده است. نیت بیانگر شدت اراده‌ی فرد برای انجام رفتار خیرخواهانه است. یکی از خیرین، نیت مشارکت خود در انجام پروژه‌های عمرانی حوزه‌ی سلامت را چنین بیان کرد: «*من باتوجه‌به نیاز روستایی که در آن زندگی می‌کنم، ساخت یک درمانگاه را برعهده گرفتم. من با هزینه‌ی شخصی آن را تکمیل کردم. من قصد دارم با ساخت درمانگاه‌های بیشتر به حوزه‌ی سلامت کمک کنم*»(D۳۰). یکی دیگر از خیرین شهر تهران چنین گفت: «*من قصد توسعه‌ی فعالیت‌های خیریه خود را دارم. همچنین، قصد ورود به حوزه‌های مغفول‌مانده و مهم مانند عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و سالمندان را دارم. در سال‌های آینده با کثرت جمعیت سالمند مواجهیم. خیرین می‌توانند در مقوله‌ی سلامت سالمندان ورود کنند*»(D۳۳).

نگرش

نگرش، قضاوت و ارزش‌یابی مثبت یا منفی فرد پیرامون رفتاری خاص است. نگرش می‌تواند منجر به نیت شود. هنجارها، ویژگی‌های شخصی، دانش زمینه‌ای، رفتار گذشته و تجربه‌ی گذشته بر نگرش فرد خیر اثرگذار هستند.

هنجارها

هنجارهای اخلاقی، توصیفی و ذهنی بر تقویت نگرش خیرین نسبت به مشارکت در بخش سلامت موثر هستند. هنجار اخلاقی، در حقیقت، باور فرد از پسندیده‌بودن یک فعالیت برمبنای اصول اخلاقی است. اعتقادات، باورها و ارزش‌ها، هنجار اخلاقی را تقویت می‌کنند. مذهب یکی از عوامل موثر بر اعتقادات است. یکی از خیرین فعال شهر تهران و سمنان معتقد بود: «*خیرین به‌دلیل اعتقادات و باورهای فردی، فعالیت خیرخواهانه انجام می‌دهند. کار خیرخواهانه براساس اعتقادات و اصول اخلاقی شکل می‌گیرد*»(D۱). خیر دیگری گفت: «*من به انجام امور خیریه علاقه دارم، چون معتقدم که فعالیت خیریه همانند عبادت است*» (D۲۳). یکی دیگر از خیرین اظهار کرد: «*من یک مسلمان هستم. در اسلام به انجام کار خیر سفارش شده و یک امر پسندیده و اخلاقی است*»(D۱۲). معاون امور اجتماعی یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی استان سیستان و بلوچستان نیز گفت: «*در تعریف سلامت علاوه‌بر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، به بعد معنوی نیز اشاره شده است. بنابراین، خیرین براساس باورهای مذهبی و اصول اخلاقی کار خیر انجام می‌دهند. آن‌ها به این باور رسیده‌اند که اگر کار خیر انجام دهند، در زندگی شخصی‌شان تاثیر خواهد داشت*»(M۲).

تعدادی از خیرین، مشارکت در ارتقای سلامت جامعه را مسئولیت اجتماعی خود عنوان کردند. به‌گفته‌ی یکی از خیرین شهر تهران: «*هنگام انجام عمل خیرخواهانه با خود می‌گویم در این دنیا چه وظیفه‌ای دارم؟ آیا فقط وظیفه‌ی انباشتن پول را دارم یا به‌عنوان اشرف مخلوقات، وظایف انسانی دیگری نیز دارم و در برابر آن‌ها مسئول هستم. باید مسئولیتم را در قبال افراد جامعه به‌خوبی انجام دهم*» (D۳). یکی دیگر از خیرین شهر تهران معتقد بود که «*خیرین درقبال افراد نیازمند به خدمات سلامت، احساس مسئولیت می‌کنند. آن‌ها برای تسکین آلام افراد نیازمند کارهای خیر انجام می‌دهند*»(D۸).

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-12]

هنجار توصیفی با مشاهده‌ی امور خیریه توسط اطرافیان شکل می‌گیرد. احساس تعلق و حضور فعالانه‌ی خیرین در یک گروه مرجع، در تقویت هنجار توصیفی نقش دارد. یکی از خیرین جوان شهر تهران گفت: «*من و دوستانم به فعالیت خیریه علاقمندیم. گروهی را تشکیل داده‌ایم و برای کمک به افراد نیازمند تصمیم‌گیری می‌کنیم*»(D۲). یکی دیگر از خیرین عضو مجمع خیرین کشور اشاره کرد: «*ما یک کارگروه در مجمع خیرین تشکیل داده‌ایم. در این مجمع، بانوان خیر جلسات دوره‌ای برگزار می‌کنند. من علاقمندم از سوی خیرین این کارگروه برای رفع قسمتی از مشکلات بهداشتی- درمانی در جلسات ایشان شرکت کنم*»(D۱۲). یکی از خیرین نیز چنین گفت: «*به پیشنهاد یکی از اقوام نزدیک، در پرداخت هزینه‌های تعدادی بیمار نیازمند مشارکت کردم. ازآن‌پس، سعی می‌کنم فعالیت‌های خیرخواهانه‌ی خود را افزایش دهم*»(D۲۶). یکی از خیرین و داوطلبان جوان افزود: «*من در گروهی به‌صورت داوطلبانه عضو هستم. با احساس تعلق به گروهی خاص، افراد می‌توانند به‌صورت داوطلبانه، فعالیت‌های خیرخواهانه انجام دهند*» (D۲۱).

هنجار ذهنی، باورهای هنجاری فرد از سوی گروه‌های مرجع مانند خانواده و دوستان است. گروه مرجع روی خیرین تاثیرگذار است. تعدادی از خیرین به‌دنبال تاثیرپذیری از محیط اجتماعی، علاقمند به مشارکت در حوزه‌ی سلامت شده بودند. یکی از خیرین شهر تهران گفت: «*خانواده‌ام مرا به کار خیر تشویق می‌کردند. من در چنین محیطی بزرگ شدم. از کودکی به کار خیر علاقه داشتم*»(D۱۵). یکی از خیرین مذهبی و سرشناس شهر تهران، تاثیر هنجار ذهنی بر خیرین را این‌گونه توصیف کرد: «*خیلی از خانواده‌های کم‌توان مالی، نیازهای درمانی دارند. من در سخنرانی‌های مذهبی موارد را اعلام می‌کنم. معمولا در جلسات مذهبی یک مقدار احساسات مردم تحریک می‌شود. ما از طریق خیرین، هزینه‌های بیماران نیازمند را جمع‌آوری می‌کنیم. کمک‌های خیرین براساس نیاز بیماران هزینه می‌شود. تاکنون هزینه‌ی اعمال جراحی قلب و چشم بیمارانی از مناطق محروم کشور و حتی هزینه‌ی ایاب و ذهاب ایشان را نیز پرداخت کرده‌ایم*» (D۱۲).

ویژگی‌های شخصی

ویژگی‌های شخصی مانند سن، جنس، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، تحصیلات، مذهب، شغل و میزان درآمد بر تغییر نگرش و تقویت نیت خیرخواهانه‌ی فرد تاثیرگذار هستند. یکی از خیرین حوزه‌ی سلامت در راستای نقش ویژگی‌های شخصی در تغییر نگرش افراد گفت: «*من در کودکی از وضع مالی خوبی برخوردار نبودم. پس از ازدواج و با گذر زمان شغل خوبی کسب کردم و تصمیم به مشارکت در فعالیت‌های خیریه در حوزه‌ی سلامت گرفتم*»(D۲۹). یکی دیگر از خیرین، تاثیر شغل و درآمد بر مشارکت در امور خیریه را این‌گونه توضیح داد: «*من یک کاسب بازار هستم و شغل من آزاد است. درآمد خوبی دارم. در برابر افراد نیازمند احساس مسئولیت می‌کنم. با کمک مالی در حوزه‌ی سلامت مشارکت می‌کنم*» (D۷). برخی از افراد با افزایش سن و در سالمندی تصمیم به مشارکت در فعالیت‌های خیریه‌ی حوزه‌ی سلامت می‌گیرند. یکی از خیرین در این زمینه گفت: «*یک زن خیر مسن، ملک خود را وقف یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور کرد. ایشان در وقف‌نامه از دانشگاه خواست که عرصه و اعیان ملک به‌صورت درمانگاه برای درمان بیماران مورد استفاده قرار گیرد*» (D۱۷).

دانش زمینه‌ای

دانش زمینه‌ای افراد بر نگرش آن‌ها نسبت به انجام رفتار خیرخواهانه اثرگذار است. افرادی که در حوزه‌ی سلامت کار می‌کنند و با اهمیت و نقش خدمات سلامت در ارتقای زندگی مردم آشنا هستند، تمایل بیشتری به مشارکت در امور خیریه‌ی سلامت دارند. یکی از پزشکان خیر گفت: «*من پس از اتمام تحصیلات و کسب دانش پزشکی، تصمیم به ارایه‌ی داوطلبانه‌ی خدمات در مناطق کم‌برخوردار از نظر بهداشتی گرفتم. این مناطق نیاز شدید به حضور پزشک دارند*»(D۲۰). یکی از خیرین هم‌چنین گفت: «*من ازآن‌جاکه در بخش سلامت مشغول هستم و ارتباطاتی که با برخی افراد پیدا کرده‌ام، به یک بیمار مبتلا به سرطان و یک بیمار مبتلا به دیابت، کمک مالی مستمر دارم*»(D۲۳). یکی دیگر از خیرین شاغل در حوزه‌ی سلامت سالمندان چنین گفت: «*پس از بازنشستگی تصمیم به تاسیس یک موسسه‌ی خیریه‌ی فعال در حوزه‌ی سلامت سالمندان دارم. ارتقای سلامت جامعه با حضور خیرین میسر می‌شود*»(D۳۳). یکی از مدیران ارشد وزارت بهداشت در این‌باره گفت: «*من و خانواده‌ام در راستای توانمندسازی افراد جویای شغل، فعالیت‌های خیریه انجام می‌دهیم. درواقع این نوعی فعالیت در حوزه‌ی سلامت است؛ زیرا با عوامل اجتماعی موثر بر سلامت مرتبط می‌باشد. اگر افراد بی‌کار را صاحب شغل کنیم، به آن‌ها امید، نشاط و امکانات می‌دهیم. با افزایش سطح سواد سلامت مردم، به ارتقای سلامت کل جامعه کمک کرده‌ایم*» (M۱).

کسب اطلاعات حوزه‌ی سلامت از رسانه‌های عمومی نیز در تقویت نگرش خیرین موثر است. به‌گفته‌ی یکی از خیرین شهر سنندج «*من با شنیدن اخبار مرتبط با کمبودهای حوزه‌ی سلامت و آگاهی از کمبودها و مشکلات- مثلا دستگاه‌های قدیمی در بعضی بیمارستان‌ها یا*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-12]

خطاهای پزشکی حوزه‌ی سلامت- ناراحت می‌شدم. بنابراین تصمیم به مشارکت در حوزه‌ی سلامت گرفتم. من یک ساختمان در قالب کلینیک دیابت ساختم. وجود کلینیک تخصصی از نیازهای استان بود. هم‌چنین، یکی از انجمن‌های بیماری‌های خاص در استان، نیاز به یک سالن اجتماعات برای آموزش داشت. من در ساخت آن مشارکت کردم»(D۱۳). یکی دیگر از خیرین، با حضور در جلسات مجمع خیرین سلامت کشور و تاثیرپذیری از سایر خیرین این چنین گفت: *«سال‌ها پیش، جامعه نیاز زیادی به مدرسه داشت. بنابر شرایط اجتماعی آن زمان، مجمع خیرین مدرسه‌ساز را تشکیل دادیم. مدارس زیادی با کمک خیرین ساخته شد. درحال‌حاضر، متوجه شده‌ایم که بخش سلامت کشور نیز مهم است. من در مجمع خیرین سلامت هم فعالیت دارم»* (D۳).

رفتار گذشته

رفتار گذشته، یکی دیگر از عوامل تغییر نگرش است. رفتار گذشته، رفتار خیرخواهانه‌ای است که در گذشته انجام شده و انگیزه‌ای برای تکرار در آینده است. به‌گفته‌ی یکی از خیرین شهر تهران: *«به‌طور مرتب به کار خیر می‌پردازم. این عمل برایم به‌صورت عادت شده است»*(D۱۴). یکی از خیرین شهر سنندج نیز اظهار داشت: *«به‌عنوان حامی چند بیمار مبتلا به MS ، به‌صورت مداوم به آن‌ها کمک مالی کرده، ماهانه مبلغی را برای آن‌ها هزینه می‌کنم»*(D۱۳). یکی دیگر از خیرین سلامت گفت: *«من بیش از ۱۰ سال است که به‌حوزه‌ی سلامت ورود کرده‌ام. تاکنون چندین‌بار هزینه‌ی تامین تجهیزات و درمان بیماران را تقبل کرده‌ام»*(D۷). یکی از مدیران وزارت بهداشت نیز تاثیر رفتار گذشته بر نگرش مثبت خیرین را تایید کرد: *«تعدادی از خیرین از سال‌های گذشته تاکنون در این حوزه (بهداشت و درمان) هم‌کاری مستمر داشته‌اند. آن‌ها انگیزه‌ی خوبی برای مشارکت در حوزه‌ی سلامت دارند»*(M۸).

تجربه‌ی گذشته

افراد دارای تجربه‌ی خاص در حوزه‌ی سلامت -مانند تجربه‌ی مواجه با یک بیماری خاص و حصول بهبودی یا ازدست‌دادن فرد مهمی در زندگی بر اثر بیماری- تمایل بیشتری به مشارکت خیرخواهانه در بخش سلامت دارند. یکی از خیرین دارای چنین تجربه‌ای گفت: *«من یکی از اعضای جوان خانواده‌ام را به دلیل کمبود امکانات در یکی از بیمارستان‌های شهرمان از دست دادم. پس‌ازآن تصمیم گرفتم یک کلینیک تخصصی بسازم تا امکانات بهداشتی- درمانی شهرمان ارتقا یابد»*(D۱۳). یکی از مدیران ارشد وزارت بهداشت نیز تاثیر تجربه‌ی گذشته بر مشارکت خیرخواهانه در امور سلامت را تایید کرد: *«بعضی از خیرین تنها در مسأله‌ای خاص مشارکت می‌کنند، زیرا خودشان یا یکی از اعضای خانواده‌شان به‌شکلی با آن مسأله مواجه شده است. مثلا فردی یکی از عزیزانش به‌علت سرطان فوت کرده، تنها در انجمن‌ها و خیریه‌های سرطان فعالیت می‌کند و فردی که در کودکی از تحصیل محروم بوده، علاقمند به مدرسه‌سازی است»*(M۵).

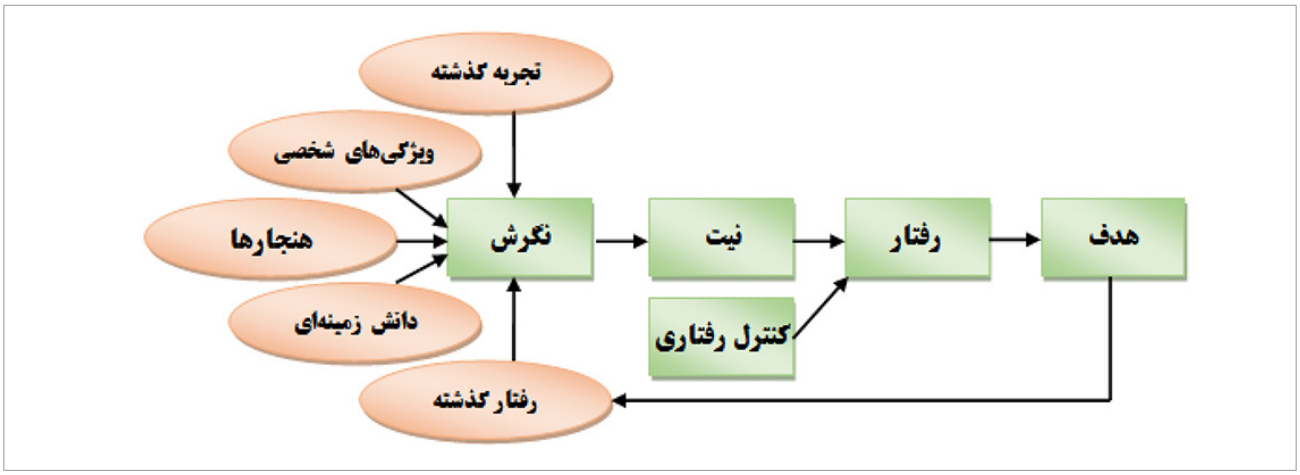
کنترل رفتار ادراک‌شده

کنترل رفتار ادراک‌شده، احساس فرد در مورد سختی یا آسانی انجام فعالیت خیرخواهانه است و بر قصد و نیت انجام آن رفتار اثر دارد. یکی از خیرین شهر تهران گفت: *«من به‌آسانی می‌توانم به خیریه‌ها و سازمان‌های کمک‌های مردمی پول بپردازم. زمانی‌که مدیران حوزه‌ی سلامت و یا موسسات خیریه پروژه‌ای را شروع کنند، من نیز با مشارکت مالی در آن پروژه سهیم می‌شوم»*(D۶). یکی دیگر از خیرین شهر تهران اشاره کرد :*«یکی از دوستان من به درمانگاه ما آمد. ایشان تا آن زمان کار خیر انجام نداده بود. یک خانم بی‌بضاعت برای تامین داروی یکی از اعضای خانواده‌اش مراجعه کرد. دوست من به‌سهولت تصمیم گرفت که هزینه‌ی داروها را تقبل نماید»* (D۱۴). یکی از اعضای گروه داوطلب نیز گفت: *«من یک دانشجو هستم. فعالیت خیرخواهانه در حوزه سلامت را یک فرصت تلقی می‌کنم. با توجه به اینکه درحال حاضر زمان مناسب در اختیار دارم؛ آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل به فعالیت‌های داوطلبانه می‌پردازم»*(D۲۱). خیرین در مسیر مشارکت‌های خیرخواهانه‌ی خود ممکن است با ممانعت دیگران مواجه شوند. یکی از خیرین در همین راستا گفت: *«تعدادی از اطرافیان با بخشش منابع مالی خودم به امور خیریه مخالفت می‌کنند. من قاطعانه به آن‌ها نه می‌گویم و فعالیت خیرخواهانه خود را انجام می‌دهم»* (D۳۵). بنابراین، خیرینی که توانایی انجام رفتار خیرخواهانه را دارند، از شانس بیش‌تری برای مشارکت در امور خیریه برخوردارند.

مدل رفتار هدف‌مند و برنامه‌ریزی‌شده‌ی مشارکت خیرین در نظام سلامت

پژوهش حاضر نشان داد که هنجارها، ویژگی‌های شخصی، دانش زمینه، تجربه‌ی گذشته و رفتار گذشته، باعث تقویت نگرش خیرین نسبت‌به انجام رفتار خیرخواهانه می‌شوند. برآیندی از هدف، نگرش و کنترل رفتار ادراک‌شده، باعث تقویت نیت و قصد خیرین برای مشارکت در امور سلامت می‌شود (نمودار ۱). ما این مدل را تئوری رفتار هدفمند و برنامه‌ریزی‌شده نامیدیم. خیرین سلامت، اهدافی را از رفتارهای خیرخواهانه‌ی خود دنبال می‌کنند و این رفتارها با برنامه شکل می‌گیرد.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-12]



نمودار ۱: مدل رفتار هدفمند و برنامه‌ریزی‌شده‌ی خیرین در نظام سلامت

بحث

پژوهش حاضر با هدف تبیین و پیش‌بینی رفتار مشارکت خیرین در نظام سلامت ایران انجام شد. رفتار خیرخواهانه در حوزه‌ی سلامت، رفتاری ارادی است که تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار دارد. در پژوهش حاضر ۹ عامل هدف، نیت، نگرش، هنجار، ویژگی‌های شخصی، دانش زمینه‌ای، رفتار گذشته، تجربه‌ی گذشته و کنترل رفتار که بر رفتار مشارکت خیرین در تامین مالی، تولید منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت موثرند، شناسایی شدند. به‌عبارتی، خیرین سلامت، رفتاری هدفمند و برنامه‌ریزی‌شده را دنبال می‌کنند.

تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده[10] یکی از تئوری‌های پرکاربرد برای توضیح و پیش‌بینی رفتار ارادی افراد است که در سال ۱۹۸۵ میلادی توسط آجزن معرفی شد [۱۹]. آجزن معتقد بود که نیت و قصد انجام عمل، مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده‌ی رفتار ارادی انسان است و سه عامل نگرش، هنجار ذهنی و کنترل رفتاری درک‌شده بر نیت فرد اثرگذار هستند. قصد و نیت، بیانگر انگیزه‌ی فرد برای انجام عملی است. نگرش فرد، قضاوت و باور او نسبت‌به نتایج رفتار است. هنجار ذهنی، بیانگر احساس و تصور فرد نسبت به تایید یا رد آن رفتار توسط دیگران است. در نهایت، احساس کنترل رفتار، تصور فرد از توانایی انجام رفتار است. بنابراین، براساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، زمانی فرد قصد انجام رفتاری را دارد که دیدگاه مثبتی نسبت به آن داشته باشد (نگرش)، احساس کند افراد مهم زندگی او، خواهان انجام چنین رفتاری توسط او هستند (هنجارهای ذهنی) و او خود قادر به انجام آن رفتار باشد (کنترل رفتار درک‌شده). هرقدر نگرش و هنجارهای ذهنی فرد نسبت به رفتاری مساعدتر و میزان کنترل ادارک‌شده‌ی او بر رفتار بیش‌تر شود، نیت فرد برای انجام آن رفتار قوی‌تر خواهد بود. تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده به‌طورمتوسط حدود ۳۰ تا ۴۰درصد ارتباط میان نیت و رفتار را توضیح می‌دهد [۲۱, ۲۰].

پژوهش حاضر، با شناسایی سایر عوامل موثر بر رفتار فرد خیر، به توسعه‌ی تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده‌ی آجزن کمک کرد. تئوری رفتار هدفمند و برنامه‌ریزی‌شده[11] نشان می‌دهد که تصمیم منطقی به انجام یک رفتار ارادی، حاصل فرآیندی هدفمند است که از توالی منطقی یک سری عوامل شکل می‌گیرد. عوامل انسانی (ویژگی‌های شخصی، دانش زمینه‌ای، تجربه‌ی گذشته، رفتار گذشته، نگرش، هدف و نیت فرد)، اجتماعی (هنجارهای اخلاقی، توصیفی و ذهنی) و محیطی (کنترل رفتاری ادراک‌شده) بر رفتار فرد خیر تاثیر می‌گذارند. مشارکت خیرین در نظام سلامت، تابعی از هدف، نیت و نگرش آن‌ها نسبت به مشارکت در حوزه‌ی سلامت و کنترل آن‌ها بر انجام این رفتار است.

براساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده [۱۹] و تئوری اقدام منطقی[12] [۲۲]، قصد و نیت بهترین و مهم‌ترین عامل مستقیم پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتار انسان است. قصد و نیت برای انجام یک رفتار شامل تفکر و تصمیم‌گیری درباره احتمال انجام آن است. مطالعه‌ی حاضر نشان داد که قصد و نیت[13] خیرین، مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتار خیرخواهانه آن‌هاست. اگر فرد خیر، قصد و نیت انجام کار خیری را داشته باشد، احتمال انجام آن وجود دارد. تقویت نیت رفتار خیرین، احتمال انجام آن را بیش‌تر می‌کند. قصد و نیت خیرین، تحت تاثیر نگرش و توانایی کنترل رفتار آن‌ها قرار دارد.

نگرش[14]، قضاوت فرد در مورد فرد یا چیزی است و می‌تواند مثبت، منفی یا خنثی باشد. نگرش به‌مرور

[10] Theory of planned behaviour

[11] Theory of purposeful and planned behaviour
[12] Theory of Reasoned Action
[13] Intention
[14] Attitude

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-12]

زمان از اعتقادات و ارزش‌های فرد شکل گرفته و موجب می‌شود فرد در موقعیتی اقدامی را انجام دهد یا واکنشی نشان ندهد [۲۳]. بنابراین، نگرش فرد ممکن است نسبت به رفتار خیرخواهانه مثبت، خنثی و منفی باشد. خیرین سلامت، نتایج کار خیر را خوب ارزشیابی می‌کنند و درنتیجه، نگرش مثبتی نسبت به اقدامات خیرخواهانه دارند. نگرش فرد نسبت به فعالیت‌های خیرخواهانه تحت تاثیر هنجارها، ویژگی‌های شخصی، دانش زمینه، تجربه‌ی گذشته و رفتار گذشته او است.

هنجارهای اخلاقی، توصیفی و ذهنی بر تقویت نگرش مشارکت خیرین نسبت به مشارکت در بخش سلامت موثر هستند. هنجار اخلاقی[15]، تصور فرد از درست یا نادرست بودن رفتاری از منظر اخلاقی است و دربرگیرنده‌ی احساس شخصی و احساس مسئولیت فرد در قبال انجام یا عدم انجام آن رفتار خاص می‌باشد. خیرین سلامت در مطالعه‌ی حاضر، مشارکت در امور خیریه‌ی سلامت را کاری اخلاقی تصور نموده، خود را نسبت به انجام آن مسئول می‌دانستند. بنابراین، وزارت بهداشت با همکاری سایر سازمان‌های مربوطه -به‌ویژه آموزش و پرورش و صدا و سیما- باید برای پسندیده جلوه‌دادن فعالیت‌های خیریه در امور بهداشت و درمان، فرهنگ‌سازی کند.

هنجار توصیفی[16] یا ذهنیت فرد نسبت به این‌که چقدر دیگران (افراد مهم در زندگیشان) آن رفتار خاص را انجام می‌دهند، بر نگرش و در نتیجه، قصد وی در انجام آن رفتار اثرگذار است. خیرین سلامت با مشاهده‌ی مشارکت خانواده، دوستان و آشنایان در امور خیریه، به مشارکت در امور خیریه در حوزه‌ی سلامت علاقمند می‌شوند. همچنین، قصد و نیت افراد برای پذیرش یک رفتار می‌تواند متاثر از نزدیکان آنها باشد. افراد غالبا برمبنای تصورشان از دیدگاه خانواده، دوستان و همکاران درباره‌ی خود، عمل می‌کنند.

هنجار ذهنی[17]، فشارهای اجتماعی درک‌شده توسط فرد برای انجام دادن یا ندادن یک رفتار خاص است. اگر فردی احساس کند که اشخاص مهم زندگی او نظیر همسر، فرزندان، خانواده و دوستان نزدیک، رفتار خیرخواهانه‌ی او را تایید می‌کنند، به‌احتمال زیاد آن رفتار را انجام می‌دهد. بنابراین، اطلاع‌رسانی به مردم در زمینه‌ی فواید مشارکت در نظام سلامت به‌طورمستقیم و ازطریق تاثیرات اجتماعی بر تقویت مشارکت ایشان در تامین مالی، تولید منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت تاثیرگذار است. برای تقویت و تداوم مشارکت خیرین سلامت، لازم است خانواده و دوستان نزدیک ایشان نیز مورد توجه سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت قرار گیرند.

ویژگی‌های شخصی مانند سن، جنس، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، تحصیلات، مذهب، شغل و میزان درآمد بر تغییر نگرش و تقویت نیت خیرخواهانه‌ی فرد موثرند. مطالعات قبلی نشان داد که عوامل اجتماعی، مذهبی و اقتصادی مانند مذهب، ارزش‌ها، نوع‌دوستی، سودمندی نتایج حاصله، کسب شهرت و میزان درآمد بر فعالیت‌های خیرخواهانه‌ی افراد تاثیر دارد [۲۵, ۲۴]. هوش معنوی و اعتقادات مذهبی، تاثیر زیادی بر مسئولیت‌پذیری و انگیزه‌ی کار اجتماعی خیرین و درنتیجه، نیت آن‌ها برای مشارکت در نظام سلامت دارد [۲۶]. مطالعه‌ی حاضر هم نشان داد که ویژگی‌های شخصی خیرین بر مشارکت آن‌ها در نظام سلامت موثرند.

دانش زمینه‌ای افراد بر نگرش آن‌ها نسبت به انجام رفتار خیرخواهانه اثر می‌گذارد. افرادی که در حوزه‌ی سلامت کار می‌کنند و با اهمیت و نقش خدمات سلامت در ارتقای زندگی مردم آشنا هستند، تمایل بیشتری به مشارکت در امور خیریه سلامت دارند. بنابراین، اطلاع‌رسانی در مورد نیازها و اولویت‌های بخش سلامت و اهمیت مرتفع ساختن آن‌ها، منجر به تقویت نگرش و نیت افراد برای مشارکت در فعالیت‌های خیریه در امور سلامت می‌شود. بنابراین، سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت باید اطلاعات لازم و کافی در خصوص اهمیت نظام سلامت، اولویت‌ها و نیازهای این حوزه و نحوه‌ی مشارکت مردم در نظام سلامت را در اختیار مردم قرار دهند. رسانه‌های عمومی و شبکه‌های اجتماعی مجازی نیز ظرفیت خوبی برای اطلاع‌رسانی پیرامون نیازهای بهداشتی- درمانی مردم جامعه دارند. با ارایه‌ی این آموزش‌ها می‌توان دانش خیرین را نسبت‌به کارهای خیرخواهانه در حوزه‌ی سلامت افزایش داد. سیاست‌گذاران نظام سلامت باید با به‌کارگیری استراتژی‌های مناسب، روی عقاید و نگرش آن‌ها نسبت‌به اهمیت و ضرورت مشارکت در فعالیت‌های نوع‌دوستانه و خیرخواهانه در حوزه‌ی سلامت کار کنند. سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت باید نیازهای بهداشتی- درمانی جامعه را شناسایی و اولویت‌بندی کرده و به اطلاع خیرین برسانند تا از منابع مالی آن‌ها استفاده‌ی بهینه به‌عمل آید. رسانه‌های عمومی و شبکه‌های اجتماعی مجازی، نقش به‌سزایی در اطلاع‌رسانی نیازهای بهداشتی- درمانی مردم دارند. در سال‌های اخیر، قوانین، مقررات، آیین‌نامه‌ها، بخش‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و تفاهم‌نامه‌هایی برای تقویت مشارکت خیرین در نظام سلامت ایران تدوین و ابلاغ شده که باید به اطلاع عموم رسانده شوند. در این قوانین و بخش‌نامه‌ها باید بر هدف‌مندی مشارکت مالی خیرین برای دست‌یابی به هدف اصلی نظام سلامت یعنی تامین، ارتقا و حفظ سلامتی مردم تاکید شود.

[15] Moral norm
[16] Descriptive norm
[17] Subjective norm

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-12]

پژوهش حاضر نشان داد که احتمال مشارکت خیرخواهانه‌ی افراد دارای خاطره و تجربه‌ی مثبت یا منفی از حوزه‌ی سلامت، در امور سلامت زیاد است. به‌عبارتی، تجربه‌ی گذشته افراد بر رفتار خیرخواهانه‌ی آن‌ها تاثیر دارد. هم‌چنین، رفتار خیرخواهانه‌ی خیرین در صورت تقویت، تکرار می‌شود. خیرین، اهداف اخلاقی، اجتماعی و مادی مختلفی را با مشارکت در امور سلامت دنبال می‌کنند. آن‌ها چنان‌چه به اهداف خود دست یابند، به تکرار رفتار خیر تمایل بیش‌تری نشان می‌دهند. خیرین می‌خواهند مطمئن شوند که مشارکت آن‌ها در بخش سلامت، نتایج ارزشمندی به‌دنبال داشته است. جلب اعتماد خیرین بر مشارکت آتی آن‌ها اثر مثبتی دارد [۲۷]. بنابراین، مدیران سازمان‌های بهداشتی- درمانی باید با مدیریت صحیح ارتباط با خیرین، رفتار خیرخواهانه‌ی ایشان را تقویت کنند. مدیران سازمان‌های بهداشتی- درمانی با باید شفافیت، پاسخ‌گویی، مسئولیت‌پذیری و ارایه‌ی گزارش‌های عمل‌کردی دوره‌ای به خیرین، اعتماد آن‌ها را به‌دست آورند تا اقدامات خیرخواهانه‌ی ایشان هم‌چنان تداوم یابد.

انجام یا عدم‌انجام رفتاری تحت تاثیر منابع، فرصت‌ها و محدودیت‌ها قرار دارد. فرد برای انجام رفتاری، احتمالا به منابع (زمان و پول)، امکانات، همکاری دیگران و مهارت‌هایی نیاز دارد. اگر فرد محدودیتی برای انجام رفتار خاصی نداشته باشد، احتمالا آن رفتار را انجام می‌دهد. کنترل رفتار[18] عبارت است از این‌که رفتار خیرخواهانه تا چه حد تحت کنترل ارادی فرد خیر است و میزان درک فرد از آسانی یا دشواری انجام یک رفتار را نشان می‌دهد. اگر فرد تصور کند که توان و کنترل زیادی بر انجام رفتار خیرخواهانه دارد، به‌احتمال زیاد آن فعالیت را انجام می‌دهد. بخش سلامت اجزای متنوعی دارد و خیرین سلامت می‌توانند باتوجه‌به توانایی خود در حوزه‌های مختلف تامین مالی، تولید منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت نظیر ساخت بیمارستان و مراکز بهداشتی- درمانی، تامین تجهیزات و منابع انسانی و ارایه‌ی خدمات بهداشتی- درمانی، مشارکت فعال داشته باشند. به‌عبارتی، زمینه‌های مشارکت خیرین در بخش سلامت، بسیار بیش‌تر از سایر حوزه‌ها مانند آموزش و پرورش است.

با استفاده از تئوری رفتار هدفمند و برنامه‌ریزی‌شده‌ی توسعه‌یافته در پژوهش حاضر می‌توان رفتار خیرخواهانه‌ی خیرین سلامت را پیش‌بینی نمود. همچنین، باید بااستفاده‌از تئوری‌های اقتصاد رفتاری، مانند تئوری تلنگر، رفتار خیرین سلامت را به‌سوی مشارکت بیشتر در نظام سلامت کشور هدایت کرد. سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت باید اقداماتی را برای تقویت مشارکت خیرین در نظام سلامت به‌کار گیرند. مکانیزم‌های تشویقی و حمایتی در این زمینه مفید به‌نظر می‌رسد. به‌عنوان مثال، ارایه‌ی معافیت‌های مالیاتی به خیرین و موسسات خیریه، می‌تواند منجربه افزایش مشارکت آن‌ها شود [۲۸]. علاوه‌براین، تدوین قوانین و مقررات حمایتی مناسب در تامین مالی و ارایه‌ی خدمات موسسات خیریه و نظارت بر فعالیت آن‌ها از بروز مشکلات پیش‌گیری می‌کند. کاهش بروکراسی‌های غیرضروری و موازی‌کاری‌ها باید در تدوین قوانین و مقررات مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

خیرین سلامت، به هنگام مشارکت در تامین مالی، تولید منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت، رفتار هدفمند و برنامه‌ریزی‌شده‌ای را دنبال می‌کنند. مشارکت خیرین در نظام سلامت، برآیند عوامل مختلفی نظیر هدف، نیت، نگرش، هنجار، ویژگی‌های شخصی، دانش زمینه‌ای، رفتار گذشته، تجربه‌ی گذشته و کنترل رفتار است. سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت باید با بهره‌گیری از تئوری رفتار هدفمند و برنامه‌ریزی‌شده و به‌کارگیری اقدامات مناسب به تقویت مشارکت خیرین سلامت بپردازند و پایداری منابع مالی حاصل از مشارکت آن‌ها را در نظام سلامت کشور تضمین کنند.

مطالعه‌ی کیفی حاضر با استفاده از منطق استقرایی، مدلی مفهومی در زمینه‌ی رفتار برنامه‌ریزی‌شده‌ی خیرین نظام سلامت ارایه کرد. استفاده از روش ارزشیابی چندگانه و مصاحبه‌های عمیق در مطالعه، منجربه شناسایی عوامل مختلف انسانی، اجتماعی و محیطی موثر بر رفتار مشارکت خیرین در امور سلامت شد و به توسعه‌ی تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده کمک کرد. با وجود این، بهتر است مطالعات کیفی با پژوهش‌های کمی تکمیل شوند تا بتوان به نتایج جامع و کاربردی‌تری دست یافت. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که این مدل در مطالعات کمی با منطق قیاسی آزمون شود و پژوهشگران با انجام مطالعات کمی، به بررسی ارتباط میان متغیرهای شناسایی‌شده در این تئوری و میزان تاثیر آن‌ها بر رفتار خیرین- به‌ویژه با استفاده از مدل‌های معادلات ساختاری- پرداخته و اعتبار این تئوری را مورد بررسی قرار دهند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت با استفاده از تئوری رفتار هدفمند و برنامه‌ریزی‌شده، ضمن آگاهی از عوامل موثر بر رفتار خیرین و پیش‌بینی آن، می‌توانند اقدامات لازم را برای تقویت مشارکت خیرین در تامین مالی، تولید منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت به‌کار گیرند. بر اساس این تئوری، اگر فردی: ۱. اطلاعات کافی در زمینه‌ی مشارکت

[18] Perceived behavioural control

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-12]

در نظام سلامت داشته باشد (دانش زمینه‌ای)، ۲. تجربه‌ای از نیازهای حوزه‌ی سلامت داشته باشد (تجربه‌ی گذشته)، ۳. در امور خیریه‌ی حوزه‌ی سلامت مشارکت داشته باشد (رفتار گذشته)، ۴. باور داشته باشد که مشارکت در امور خیریه‌ی سلامت، کار پسندیده‌ای است (هنجار اخلاقی)، ۵. مشارکت سایرین در نظام سلامت را مشاهده کرده (هنجار توصیفی) و ۶. احساس کند که افراد مهم زندگی او خواهان مشارکت خیرخواهانه‌ی او در امور بهداشت و درمان هستند (هنجار ذهنی)، ۷. دیدگاه مثبتی نسبت به کار خیر پیدا می‌کند (نگرش) و در نتیجه، ۸. قصد مشارکت در امور سلامت را کرده، ۹. چنان‌چه قادر به انجام کار خیر باشد (کنترل رفتار)، ۱۰. آن کار خیر را انجام می‌دهد (رفتار).

تشکر و قدردانی

مقاله‌ی حاضر برگرفته از بخشی از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی با عنوان «ارایه‌ی الگوی مشارکت خیرین در نظام سلامت ایران» است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران انجام شد. نویسندگان مقاله لازم می‌دانند از همکاری کلیه‌ی شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی کنند. همچنین، نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، صمیمانه تشکر می‌کنند.

References

1- Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. 1st Edition, Tehran: Dibagran Tehran; 2015; P.11. [Book in Persian]
2- Mosadeghrad AM, Tajvar M, Ehteshami F. Donors' participation in healthcare delivery in Iran. Payesh. 2019; 18 (5) :438-453 [in Persian]
3- Global Health. [Access date 28/08/2019] Available at: https://donortracker.org/sector/global-health
4- Mosadeghrad AM, Tajvar M. Ehteshami F. Donors' participation in financing health system of Iran. Hakim Health System Research . 2019; 22 (1):26-42. [in Persian]
5- Iran Ministry of Health, Hospital beds statistics. Ministry of Health, Treatment deputy. 2018. [Access date 30/04/2019] Available at: http://avab.behdasht.gov.ir/rbp2/Rbp2/default/Default_body.asp
6- Charities Aid Foundation. World Giving Index 2018: A global view of giving trends. [Access date 10/04/2019] Available at: https://www.cafonline.org/docs/default-source/about-us-publications/caf_wgi2018_report_webnopw_2379a_261018.pdf
7- Bayat A. Introduction of the health charity assembly, Statistical Report 2015. Tehran: 2015. [Access date 30/04/2019] Available at: http://www.salamat charity.ir/images/Amar/report94.pdf
8- Ayazi MH, Jamali M, Javadi MH, Hoseini nejad J, Rafiefar Sh, Zamani Garmsiri S, et al. Deputy for Social Affair at a glance, Ministry of Health and Medical education. Barta publication,Tehran. 2018; p.18. (in Persian)
9- Jamali M. The NGOs handbook. Barta Publication, Tehran. 2018; p.14. [in Persian]
10- Meier S, Stutzer A. Is volunteering rewarding in itself?. Economica. 2008;75(297):39-59.
11- Dunn, E.W., L.B. Aknin, M.I. Norton. Spending money on others promotes happiness. Science.2008; 319: 1687-1688.
12- Thoits, P.A. and L.N. Hewitt. Volunteer work and well-being. Journal of Health and Social Behavior. 2001; 42: 115-131.
13- Musick, M.A, J. Wilson. Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. Social Science & Medicine.2003; 56: 259-269.
14- Harris, A, C. Thoresen. Volunteering is associated with delayed mortality in older people: Analysis of the Longitudinal Study of Aging. Journal of Health Psychology. 2005; 10(6): 739-52.
15- Husserl E. Phenomenology and the foundations of the sciences. Netherlands: Springer Science & Business Media, 2001; p.21-43.
16- Maggs-Rapport F. Combining methodological approaches in research: ethnography and interpretive phenomenology. Journal of Advanced Nursing, 2000, 31(1), 219-225
17- Mitchell GJ. The Same-Thing-Yet-Different Phenomenon: A Way of Coming to Know-Or Not?. Nursing science quarterly. 1993;6(2):61-2.
18- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006; 3(2):77-101.
19- Ajzen I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In Action control. Berlin: Springer, 1985; pp. 11-39
20- Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. Br J Soc Psycho. 2001;40(4): 471–499.
21- Sheeran P. Intention-behavior relations: a conceptual and empirical review. European review of social psychology. 2002;12(1):1-36.
22- Sheeran P, Taylor S. Predicting Intentions to Use Condoms: A Meta-Analysis and Comparison of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior 1. Journal of Applied Social Psychology. 1999;29(8):1624-75.
23- Etemadian M, Mosadeghrad A M, Soleimani M J, Hedayati S P. Leader Characteristics in Hospital Change Management: A Case Study. Hakim Health Sysstem Research. 2019; 22 (3) :212-229. [in Persian]
24- Bekkers R, Wiepking P, A literature review of empirical studies of philanthropy: Eight mechanisms that drive charitable giving. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly. 2011; 40(5) 924 –97.
25- Opoku RA. Examining the motivational factors behind char-

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-12]

itable giving among young people in a prominent Islamic country. International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing. 2013;18(3):172-86.

26- Naeiji MJ, Gholami F. Effect of spiritual intelligence on intentions of hospital-maker benefactors. Journal of hospital. 2016; 15 (4):71-78.

27- Sargeant A, Lee S. Donor trust and relationship commitment in the UK charity sector: The impact on behavior. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly. 2004;33(2):185-202.

28- Yoruk BK. Does giving to charity lead to better health? Evidence from tax subsidies for charitable giving. Journal of Economic Psychology. 2014; 45. 71-83.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-12]

Explaining and Predicting Donors' Participation Behavior in Iranian Health System

Ali Mohammad Mosadeghrad[1], Fatemeh Ehteshami[2*]

[1]*Department of Health Management and Economics, Health Information Management Research Center, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[2]*Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Abstract

Introduction: Donors can contribute to the funding, resource generation, and provision of healthcare services in the Iran health system. Several factors can influence the donors' contribution to the health system. This study aimed to explain and predict the donors' participation in the Iran health system.

Methods: A qualitative and inductive study was performed using semi-structured interviews with 38 donors and 26 policymakers and managers in the Social Affairs Department of the Ministry of Health and the Universities of Medical Sciences in 2018. The interviewees were recruited using a purposeful and snowball method. The thematic content analysis method was used for data analysis. All major ethical considerations were observed in this research.

Results: Healthcare donors followed a purposeful and planned behavior for contributing to the health system. Nine factors can influence a donor's charitable behavior in the health system, including goal, intention, attitude, norms (ethical, descriptive, and subjective norms), personal characteristics, background knowledge, experience, past behavior, and control of perceived behavior. The donors' participation in the health system is a function of their goals, intentions, attitudes, and their control of perceived behavior. The donors' attitude is shaped by their characters, background knowledge, experience, past behavior, and ethical, descriptive, and subjective norms.

Conclusion: The purposeful and planned behavior model developed in this study guides healthcare managers and policymakers in explaining and predicting the donors' charitable behavior in the health system.

Keywords: Purposeful and Planned Behavior Theory; Donors; Iranian Health System; Modelling

Please cite this article as follows:

Mosadeghrad AM, Ehteshami F. Explaining and predicting donors' participation behavior in Iranian health system. Hakim Health Sys Res. 2019; 22(4): 284-297.

***Corresponding Author:** Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98-2181455832, Email: fateme.eht@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-12]