Social Welfare Quarterly, Vol 20,winter 2021, No 79

تبیین جامعه‌شناختی کنش مشارکتی خیرین در نظام سلامت

۱. حمیدرضا اشراقی
دانشجوی دکترای جامعه‌شناسی، گروه جامعه شناسی، واحد آزاد شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزاد شهر، ایران.

۲. رحمت ا... امیر احمدی
دکتر جامعه‌شناس، گروه جامعه شناسی، واحد آزاد شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزاد شهر، ایران. (نویسنده مسئول)
<amirahmadi569@yahoo.com>

۳. محمدرضا نعیمی
دکتر جامعه‌شناس، گروه جامعه شناسی، واحد آزاد شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزاد شهر، ایران.

* ترتیب اسامی نویسندگان این مقاله در زمان انتشار مطابق اظهار کتبی آنها تنظیم شده بود. در تاریخ ۱۲/۱۲/۱۴۰۲ فصلنامه مطلع شد که مقاله از پایان‌نامه دکتری برگرفته شده و بر این اساس، ترتیب مذکور اصلاح شد.

واژه‌های کلیدی:
خیّرین، مشارکت، خیریه های سلامت، جامعه‌شناختی

تاریخ دریافت: *۱۳۹۹/۲/۲۲*
تاریخ پذیرش: *۱۳۹۹/۱۰/۱۶*

مقدمه: *یکی از عناصر مهم در حکمرانی خوب، افزایش مشارکت‌های مردمی در اداره امور جامعه است و فعالیت‌های خیرخواهانه مردمی در بهداشت و درمان از جمله این عرصه‌هاست. این تحقیق با هدف تبیین جامعه‌شناختی کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت انجام شده است.*

روش: *جمعیت نمونه در این تحقیق کیفی-کمی و به شیوه توصیفی و همبستگی، ۲۳۰ نفر از خیرین نظام سلامت بر اساس بانک اطلاعات سال های ۹۸- ۱۳۹۷ مؤسسات خیریه در ۳۱ استان کشور بود. در بخش کیفی، مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۱۵ نفر از خیرین انجام گرفته و تحلیل در نرم‌افزار Maxqda، منجر به شناسایی مولفه های مرتبط با مشارکت خیرین برای تهیه پرسشنامه محقق ساخته گردیده است. پرسشنامه با روش اعتبار صوری و آزمون آلفای کرونباخ تائید گردیده و از آزمون‌های اسپیرمن و وی کرامر برای بررسی همبستگی بین متغیرها با مشارکت خیرین و SPSS. ver۲۶ برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است.*

یافته‌ها: *در این تحقیق، ۲۹/۱ ٪ پاسخگویان زن و مابقی مرد بودند. همچنین شغل ۴۰/۸ ٪آنها دولتی و مابقی آزاد بود. نتایج نشان داد بین همدلی و تعلق، اعتماد و تعهد اجتماعی، ساختارهای مشارکتی، پیشینه نیکوکاری، آگاهی اجتماعی و بویژه باورهای دینی با کنش مشارکتی خیرین رابطه وجود دارد و میان محل زندگی و تولد، تحصیلات، شبکه اجتماعی و درآمد، با مشارکت خیرین، رابطه نیست.*

بحث: *بر اساس دیدگاه خیرین، ایجاد آگاهی اجتماعی در بین اعضای جامعه از بیشترین اهمیت برخوردار است؛ بنابراین می‌توان دریافت میزان آگاهی اجتماعی در این افراد دارای سطح بالایی بوده است. از طرفی پایین‌ترین میزان میانگین مربوط به درآمد بود که نشان‌دهنده آن است که الزاماً خیر بودن به معنای دارا بودن درآمدهای بالا نیست و مروری بر فعالیت‌های اجتماعی عام‌المنفعه و خیریه، این امر را تایید می کند.*

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

Social Welfare Quarterly, Vol 20, winter 2021, No 79

Sociological explanation of the participatory action of donors in the health system

1. Hamidreza Eshraghi
Ph. D Student in Sociology, Department of Sociology, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran.

2. Rahmatollah Amir Ahmadi
Ph. D in Sociology, Department of Sociology, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran. (Corresponding Author) <amirahmadi569@yahoo.com>

3. Mohammadreza Naeimi
Ph. D in Sociology, Department of Sociology, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran.

*The order of the names of the authors of this article was adjusted according to their written statement at the time of publication. On 2024/03/02, the Social Welfare Quarterly was informed that the article was taken from the doctoral thesis, and accordingly, the mentioned order was modified

Keywords:
Donors, participation, Health Charities, Sociology
Received: 2020/05/11
Accepted: 2021/01/5

Introduction: The aim of this study was to investigate the sociological components related to the participation of donors in health charities.

Method: The sample population in this qualitative-quantitative research, in a descriptive and correlational manner, is 230 health system donors based on the database of 2018-20 charitable organizations in 31 provinces of the country. In the qualitative part of the research, semi-structured interviews were conducted with 15 donors and the analysis of these topics in Maxqda software, led to the identification of components related to donor participation to prepare a researcher-made questionnaire.

Findings: In this study, %29.1 of the participants are female and the rest are male, and also %40.8 of the participants are government and the rest are free. The results show that there is a significant relationship between empathy and belonging, social trust and commitment, participatory structures, philanthropic background, social awareness and especially religious beliefs with the donors' participatory action and between place of residence and birth, education, social network and income, with Donor participation is not a significant relationship.

Discussion: According to the donors, creating social awareness among members of society is of the utmost importance; Therefore, it is possible to receive a high level of social awareness in these people. On the other hand, the lowest average was related to income, which indicates that being good does not necessarily mean having high incomes, and a review of charitable and charitable social activities confirms this.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

Extended abstract

Introduction: The health system has always faced shortcomings in providing government funding, and one of the manifestations of public and charitable participation that has been achieved in the country in recent years is the use of charitable resources to meet health hardware needs such as setting up clinics and hospitals. Charity has been by building and providing the equipment needed by these centers or providing software needs such as voluntary and free services of doctors and nurses and other health and medical agents for the needy in health centers. The subject of charitable contributions has been considered at least in the general part of the studies of Martin Feldstein (1971) in the field of studies (Hosseini, Salimifar, and Malek Sadati, 146: 2019), for example, in the same studies mentioned in the late seventeenth century Most hospitals in Latin America that catered to the poor and middle class were run by charities (Cotlear et al., 2015).

On the other hand, in developed countries such as the United States, more than 75% of the services needed by people in the field of health are provided by non-governmental medical centers, both charitable and private, and only 25% of services are provided in public hospitals (Ghazizadeh Hashemi, 2013). Iran is a country with an ancient historical and social history, which by examining the background and records of the first hospitals in Iran, we find that these hospitals were built and equipped by philanthropists and benefactors. The needy have been done according to the intentions of the well-wishers and benefactors, and for many years these hospitals and clinics have been carrying a huge burden of providing the health needs of the people of the cities.

The benefit of the presence of charities in the construction and equipping of charitable medical centers in Iran is the presence of more than 870 non-governmental organizations and charitable institutions in the field of health, which provide health services to the people along with 450 clinics and 50 hospitals in the country (Tasnim News, 14 / 4/2018).

In the field of development of medical centers, one of the options has been to attract voluntary and charitable donations to increase charitable medical centers, and always build, renovate and improve, standardize, develop and equip medical centers and increase health per capita by attracting public and charitable financial

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

contributions. Is. (Nekouei Moghadam et al., 2013: 8) and attracting these partnerships requires a systematic effort to interact positively and effectively with donors who are potentially able to support health projects and treatment centers.

Therefore, due to the ancient religious and cultural support of people's participation in health, it requires extensive scientific and research studies on these issues. Based on the research done in the mentioned researches, it can be said that most of the researches done on the subject of donors and charitable organizations are from a) managerial view and some financial and economic models of these institutions b) explaining their philosophy from the view of donors' influence on religious beliefs And religious c) has been the study of the relationship between social capital and the participation of donors and less research has been done on sociological analysis of factors affecting participation and especially the issue of donors active in the field of health. In this study, the sociological factors related to the participatory action of donors as well as the relationships between these factors with the participatory action of donors have been investigated.

Also, although according to researchers, components of social capital including trust, commitment, cohesion, awareness, belonging and participation or discussion of exchange in the eyes of donors can be a clear theoretical basis and a specific model, but as macro-sociological factors such as economic, social and cultural status. Its effect on the participatory action of donors and voluntary movements was not studied and the theoretical framework and hypothetical model in the research background were not obtained. Therefore, this indicates the need for objective and empirical study, the data of which can be deduced from the data in an inductive manner, a special theoretical model, ideological, contextual and based on the context of charitable action in the field of medical centers and health.

In this study, by referring to reports and conducting interviews with a number of experts and donors, we understood the context of social processes and the mental and objective nature of donors' lives, receiving interpretations, meanings and concepts of social procedures in the experience of actors. Regarding the theories and theoretical models used, it should be said that just as in similar studies and special studies have not been used to test the hypotheses, the present study will lack such a feature. Therefore, with this in mind, the theoretical and conceptual aspects of

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

research variables such as participation (as one of the dimensions and components of social capital) as well as socio-cultural, contextual and economic factors affecting donors in performing this action (individual and collective) are examined.
Participation means cooperation, sharing, partnering, sense of responsibility, sense of belonging and is influenced by environmental, social and cultural, economic, physical and managerial capacities that can be examined in two forms of objective and subjective capital. Also, in the discussion of factors related to the participation of donors in the health system, socio-cultural factors are factors arising from the social structures and institutions of the society in which the individual lives and are valuable and effective factors in the do's and don'ts of life. Economic factors are factors that affect income, employment and access to material resources and income. Underlying factors are in fact physical and environmental factors affecting the participant.
Therefore, in discussing the factors affecting the participation of donors in the research hypotheses, it is examined whether between factors such as place of residence and birth, social network, participatory structures, social awareness, education, mass media, new methods of financial participation, charitable background, financial incentives, empathy and Is there a relationship between belonging, cultural norms, income, material resources, social trust and commitment, ideology and religious beliefs, and the act of donor participation?

Method: The present study is a mixed application (qualitative-quantitative) which has been done in a descriptive-correlation method. The sample population was determined based on the Cochran limited community formula of 228 people and by multi-stage random cluster sampling method and based on the database of 1397-98 of charitable organizations in 31 provinces of the country, finally the final questionnaire of 230 people was collected. . In the qualitative part of this research, a study was conducted on documents and semi-structured interviews with 15 donors and experts, and the analysis of these topics in Maxqda software led to the identification of factors related to donor participation in three main categories for preparing questionnaire questions. To examine these factors in the quantitative part, a questionnaire has been designed in the Likert spectrum and the donors have answered the questions with options from very low = 1 to very high = 5, each of

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

which represents the items of the desired variables. Therefore, the data collection tool of this study is a researcher-made questionnaire that has been validated in terms of validity and reliability with face validity and Cronbach's alpha test (& = 0.84) and according to Kolmogorov-Smirnov and Shapiro tests, the distribution of variables The research was not normal. Spearman and Kramers nonparametric tests were used to examine the correlation between variables with the participatory action of donors in the Iranian health system. Finally, the collected data were analyzed using SPSS26 software.

Findings:51.3% of the participants in this study are in the age group of 35 to 55 years, and 29.1% of the participants are women and 55.7% of the participants are masters and doctorates. Also, 40.8% of government participants are employed and the rest are self-employed and only 40.5% of the statistical sample of the study live in Tehran.The following table also shows the test results of research hypotheses:

Discussion: The results showed that there is a significant relationship between empathy and belonging, social trust and commitment, participatory structures, social awareness, especially ideology and religious beliefs with the participatory action of health donors. But there is no significant relationship between place of birth and residence, education, gender, social networks and income with the participation of health donors. According to the findings, social awareness is the most important and income is the least important for the participation of donors.

Ethical considerations: The budget or facilities of the institution or organization were not used in conducting this research or preparing the article. The author or authors do not have a conflict of interest in relation to the research findings or the material mentioned in the article.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

مقدمه

نظام اجتماعی و حیات اجتماعی در جامعه بشری به تعاون و مشارکت اعضای آن بستگی دارد و این امر از طریق همیاری مردمی استوار می‌شود (صالحی و حسن‌زاده، ۲۰۱۵). همچنین یکی از عناصر مهم در حکمرانی خوب، افزایش مشارکتهای مردمی در اداره امور جامعه است و موضوع کمک به محرومین و فعالیتهای خیرخواهانه ازجمله عرصه‌های افزایش مشارکتهای مردمی است. یکی از قالبهای مشارکت مردمی در فرایند توسعه اجتماعی، نهاد خیریه‌های حوزه سلامت است که ظرفیت عظیمی جهت تسریع در دستیابی به چشم‌انداز جامعه‌ای سالم دارد (عظیمی، ۲۰۱۹). توسعه مشارکت مردم در سلامت، مستلزم فراهم آمدن بستر حضور مردم و خیرین در حوزه‌های آموزش، بهداشت و درمان در نظام سلامت است.

اصلی‌ترین کاربرد نظام سلامت، ارائه خدمات سلامت است. اینکه خدمات به چه میزان مؤثر باشند، وابسته به آن است که چه خدماتی ارائه شده و چگونه این خدمات سازمان‌دهی می‌شوند. از سوی دیگر، در سالهای اخیر پیشرفت سریع علوم پزشکی و فناوریهای جدید در عرصه مراقبت سلامت ازیک‌طرف و بالا رفتن سطح انتظارات مردم و بهبود وضع اقتصادی، اجتماعی از سوی دیگر، باعث شده تا انتظارات و توقعات مردم از خدمات ارائه‌شده در این سازمانها نسبت به سابق بیشتر شود (روانگرد و همکاران، ۲۰۱۸).

از الزامات نظام سلامت برای دستیابی به این اهدافش در حوزه بهداشت و درمان، حاکمیت و مدیریت، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و ملزومات، اطلاعات و ارائه خدمات سلامت است (مصدق‌راد و همکاران، ۲۰۱۹).

گزارشها نشان می‌دهد ایران به لحاظ شاخصهای سلامت در حوزه درمانی علی‌رغم اینکه در فناوری، تکنولوژی و مهارتهای پزشکی طی دهه‌های اخیر از رشد قابل‌توجهی برخوردار شده است، به لحاظ شاخص سرانه مراکز و تعداد تخت درمانی و همچنین نیروی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

متخصص انسانی و متناسب با جمعیت کشور، هنوز نیازمند کار و تلاش هست (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸).

بر اساس تحقیقات کیفی انجام شده در کشور، موانع و محدودیتهای متعددی نظیر مشکل اقتصادی مردم، بر سر راه نظام سلامت کشور قرار دارد (صادقی و همکاران، ۲۰۱۹) و همچنین یکی از محدودیتهای اصلی استقرار نظام سلامت کارآ و اثربخش در کشور، بحثهای مربوط به تأمین مالی است. منابع مالی موردنیاز بخش سلامت به روشهای مختلفی نظیر مالیات، پرداختهای بیمه اجتماعی، پرداختهای مستقیم و مؤسسات خیریه و خیرین تأمین می‌شود (نکویی مقدم و همکاران، ۲۰۱۳). وابستگی سازمانهای مربوطه در حوزه سلامت به بودجه دولتی قابل‌توجه بوده و تخمین بودجه و تحقق آن نیز با مسائل خاصی مواجه است (جهانگیر و همکاران، ۲۰۱۹).

پوشیده نیست که نظام سلامت همواره با کاستیهایی در تأمین اعتبارات دولتی مواجهه بوده است و یکی از نمودهای مشارکت مردم و خیرین که در سالیان گذشته در کشور محقق شده، استفاده از منابع خیریه‌ها برای تأمین نیازهای سخت‌افزاری بهداشت و درمان مانند راه‌اندازی درمانگاهها و بیمارستانهای خیریه با ساخت بنا و تأمین تجهیزات موردنیاز این مراکز و یا تأمین نیازهای نرم‌افزاری مانند خدمات داوطلبانه و رایگان پزشکان و پرستاران و باقی عوامل بهداشتی و درمانی برای نیازمندان در مراکز بهداشتی و درمانی بوده است. خیریه‌ها به‌منزله بازوهای حمایتی برخاسته از جامعه، در تلاشند تا به‌زعم خود مسائل و مشکلات جامعه را با استفاده از منابع و ذخایر به‌دست‌آمده از بخش خصوصی و یا در رایزنی با نهادهای دولتی حل کنند (بهار و فروغی، ۲۰۱۸). گروهی از صاحبنظران نیز معتقدند تعامل دولت، بازار و مؤسسات غیرانتفاعی، کارآفرینی اجتماعی و خیرین در اجرای بسیاری از امور اجتناب‌ناپذیر است (رمضانی و همکاران، ۲۰۱۸).

مؤسسات و فعالیتهای خیریه در کشورهای جنگ‌زده و یا جهان سوم و درحال‌توسعه از

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

اهمیت بیشتری برخوردار هستند (بلانچت[1] و همکاران، ۲۰۱٦). آدام اسمیت معتقد است انسان هرقدر هم خودخواه باشد، ولی ذاتاً حتی به اندازه تماشا کردن، به سرنوشت دیگران علاقه‌مند است. در همین رابطه، موضوع کمکهای خیریه، حداقل در بخش عمومی از مطالعات مارتین فلدستین[2] (۱۹۷۱) در حوزه مطالعاتی موردتوجه قرار گرفته است (حسینی و همکاران، ۲۰۱۹)، به‌طور مثال در همین مطالعات آمده است در اواخر قرن هفدهم بیشتر بیمارستانهایی که در منطقه امریکای لاتین به قشر ضعیف و متوسط جامعه خدمات می‌دادند توسط کمکهای خیرین اداره می‌شدند. از سویی در کشورهای پیشرفته مانند آمریکا، بیش از ۷۵ درصد از خدمات موردنیاز مردم در حوزه سلامت توسط مراکز درمانی غیردولتی اعم از خیریه و خصوصی ارائه می‌شود و تنها ۲۵ درصد خدمات در بیمارستانهای دولتی ارائه می‌شود (قاضی‌زاده هاشمی، ۲۰۱۳).

ایران کشوری است با قدمت تاریخی و اجتماعی کهن که با بررسی پیشینه و سوابق اولین بیمارستانهای ایران متوجه می‌شویم این بیمارستانها توسط نیک‌اندیشان و خیرین ساخته و تجهیز شده است که چگونگی ساخت بنای بیمارستان، تأمین منابع مالی، به‌کارگیری پزشکان و پرستاران و نحوه خدمات‌دهی به مردم و نیازمندان، بر اساس نیات واقفان و خیرین انجام شده است و سالهای متمادی است که این بیمارستانها و درمانگاهها بار عظیمی از تأمین نیازمندی سلامت مردم شهرها را بر دوش دارند؛ مانند بیمارستان سوم شعبان، بازرگانان و خیریه غیاثی در تهران و بیمارستان کوثر شیراز و بیمارستان سیدالشهدای یزد و غیره (بختیاری، ۲۰۱۸).

رهاورد حضور خیرین در ساخت و تجهیز مراکز درمانی خیریه در ایران، حضور بیش از ۸۷۰ سازمان مردم‌نهاد و مؤسسه خیریه در حوزه سلامت است که در کنار ٤٥٠ درمانگاه

1 Blanchet
2 Feldstein, Martin

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

و ۵۰ بیمارستان به‌صورت خیریه در کشور خدمات بهداشتی و درمانی به مردم ارائه می‌کنند (تسنیم نیوز، ۲۰۱۸/۰۷/۰۵).

همچنین با توجه به ارتباط موضوع پژوهش با نظام سلامت قابل‌ذکر است، موضوع مشارکت مردمی در نظام سلامت به‌عنوان یکی از ارکان و مؤلفه‌های مهم در برنامه اجتماعی شدن نظام سلامت و استفاده از ظرفیت سمنها و خیرین نیز به‌عنوان یکی از رویکردهای مشارکت مردمی در اجتماعی شدن نظام سلامت است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۰۱۸).

در موضوع توسعه مراکز درمانی یکی از گزینه‌ها، جذب کمکهای داوطلبانه و خیرین برای افزایش مراکز درمانی خیریه بوده است و همواره ساخت، نوسازی و بهسازی، استاندارد کردن، توسعه و تجهیز مراکز درمانی و افزایش سرانه سلامت با جذب مشارکتهای مالی مردمی و خیرین از اولویتهای ضروری است. (نکوئی‌مقدم و دیگران، ۲۰۱۳) و جذب این مشارکتها مستلزم تلاش سیستماتیک در جهت تعامل مثبت و اثربخش با خیرینی است که بالقوه، قادر به حمایت از پروژه‌های سلامت و مراکز درمانی هستند.

بنابراین با توجه به پشتوانه کهن دینی و فرهنگی مشارکت مردم در امر سلامت، می‌طلبد که مطالعات علمی و پژوهشی گسترده در این موضوعات انجام گیرد. ازاین‌رو موضوع اصلی این تحقیق، بررسی مؤلفه‌های جامعه‌شناختی مرتبط با مشارکت خیرین در خیریه‌های سلامت ایران است؛ و سؤال اصلی این تحقیق عبارت است از: چه عواملی با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت مرتبط و اثرگذار است؟

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

مبانی نظری

کمک مالی نیکوکاران و بشردوستانه در همه جای دنیا رواج داشته و دارد، اما در بررسی پژوهشهای انجام شده، سوابقی از نظریه‌پردازی درباره مشارکت مالی داوطلبانه در حوزه مراکز درمانی که صورتی نهاده شده و سیستماتیک در ساختار دولت داشته باشد، دیده نشده است. (رضوی زاده، ۲۰۱۶) و تحقیقات انجام شده نیز بیشتر با رویکرد نوع منابع و چگونگی مدیریت مالی در مؤسسات خیریه بوده است.

همچنین هرچند به‌زعم محققان، مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی شامل اعتماد، تعهد، انسجام، آگاهی، تعلق‌خاطر و مشارکت و یا بحث مبادله در نگاه خیرین می‌تواند مبنایی نظری مشخص و مدل مخصوص کارشده‌ای باشد ولی به‌عنوان عوامل کلان جامعه‌شناختی ازجمله پایگاه اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی و تأثیرش بر کنش مشارکتی خیرین و حرکتهای داوطلبانه موردمطالعه، چهارچوب نظری و مدل مفروضی در پیشینه پژوهش به دست نیامد. لذا این امر نشان‌دهنده نیاز به مطالعه عینی و تجربی است که از دل داده‌های آن به شیوه استقرایی، مدل نظری خاص، ایدئولوژیک، زمینه‌ای و مبتنی بر بستر کنش مشارکتی خیرین در عرصه مراکز درمانی و حوزه سلامت به وجود آید.

در این پژوهش با مراجعه به گزارش‌ها و انجام مصاحبه با تعدادی از صاحبنظران و خیرین به درک و فهم بسترمند از فرایندهای اجتماعی و ماهیت ذهنی و عینی زندگی خیرین، دریافت تفسیر، معانی و مفاهیم رویه‌های اجتماعی در تجربه کنشگران پرداختیم. در خصوص نظریه‌ها و الگوهای تئوریکی مورداستفاده باید گفت همان‌طوری که در پژوهشهای مشابه و صورت گرفته از نظریه خاصی جهت آزمون فرضیات استفاده نشده است، پژوهش حاضر نیز فاقد چنین ویژگی بود. لذا با این توجه، جنبه نظری و مفهومی متغیرهای پژوهش ازجمله مشارکت (به‌عنوان یکی از ابعاد و مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی) و همچنین عوامل اجتماعی- فرهنگی، زمینه‌ای و اقتصادی مؤثر بر خیرین در انجام این کنش (فردی و جمعی) بررسی شدند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

سرمایه اجتماعی

در کنار تعهد، انسجام، آگاهی، اعتماد اجتماعی بحث مشارکت اجتماعی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی قابل‌بحث و بررسی است. از سویی، سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های آن همچون شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد، تسهیل‌کننده کنش و همکاری جمعی برای نفعهای چندجانبه است (هاوان و ریان، ۲۰۰۹). شبکه‌های مشارکتی، موجب غنای سرمایه اجتماعی و تعمیق آن می‌شوند و سرمایه اجتماعی، تقویت باورمندی درونی متکی بر روحیه جمعی را به دنبال دارد که ثمره آن، جلوگیری از ذره گونه شدن افراد است.

از دیدگاه کلمن، مفهوم سرمایه اجتماعی، به‌طورکلی پایه و اساس نظم اجتماعی را بنیان می‌نهد و به تشریح چگونگی امکان همکاری بین افراد می‌پردازد. کلمن در کتاب بنیادهای نظری اجتماعی (۱۹۹٤) و همچنین بیش از آن در مقاله نقش سرمایه اجتماعی در ایجاد سرمایه انسانی (۱۹۹۸)، مفهوم سرمایه اجتماعی را موازی با سایر مفاهیم سرمایه‌ای (مالی، فیزیکی، انسانی و غیره) وارد می‌داند. او معتقد است سرمایه از نوع اجتماعی‌اش این توانایی را دارد تا در روابط میان شخصی بروز کند و به توسعه سرمایه انسانی کمک کند (کلمن، ۱۹۹٤).

فرانسیس فوکویاما، نیز مفهوم سرمایه اجتماعی را در ارتباط با توسعه اقتصادی در نظر می‌گیرد و بیان می‌دارد که سطوح بالای سرمایه اجتماعی، صداقت و اعتماد، اشخاص را به سمت‌وسوی اقدامات مشارکتی و همیاری سوق می‌دهد (قانعی‌راد و حسینی، ۲۰۰۵). وی همچنین این را از مهمترین منابع اصلی سرمایه اجتماعی می‌داند و بر این باور است که هنجارهای اجتماعی اگر نه منحصرا اما عمدتاً از دین و مذهب سرچشمه می‌گیرد (قانعی‌راد و حسینی، ۲۰۰۵).

همچنین کولی معتقد است که کنشهای فردی در زندگی روزمره تحت تأثیر گروههایی است که به آنها تعلق دارد و این وابستگی گروهی است که نحوه واکنش فرد در قبال مسائل

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

اجتماعی را تعیین می‌کند و درواقع رفتار فرد در پاسخ به فشارها و انتظارات اجتماعی که از سوی دوستان و خانواده بر وی وارد می‌شود، صورت می‌گیرد (الوانی و سید نقوی، ۲۰۰۱).

مشارکت

در رابطه با موضوع پژوهش گفتنی است، توسعه فرایندی است که طی آن توانمندسازی انسانها، افزایش بهره‌وری، کاهش مشکلات و پیشرفت جامعه عملی می‌شود و یکی از مؤلفه‌های راهبردی در توسعه و پایداری هر جامعه (مشارکت) است. درواقع با توجه به مبانی روان‌شناسی اجتماعی و ادبیات توسعه، مشارکت شهروندان یک رویداد مثبت، هم برای مردم و هم برای کل جامعه است (منزینی و همکاران، ۲۰۰۹). انسانها به‌خودی‌خود پتانسیل مشارکت را با هدف دستیابی به خواسته‌های فردی، جمعی، دستیابی به عدل، همبستگی، امنیت، کنترل محیط خود و غیره دارا هستند. (کریستوفر و همکاران، ۲۰۰۸) مشارکت فرهنگی و اجتماعی، بسترسازی برای مشارکت را بر حسب ایجاد و تغییرات در ساخت هنجاری جامعه و تقویت ارزشهایی تعریف می‌کند که مشوق و تأییدکننده مشارکت است. بر اساس نظرات پوتنام، کلمن و بوردیو، مشارکت به معنای بازگوی تعریف فرهنگی از رفتار مطلوب است؛ که برای یک فعال اجتماعی، مشارکت در امر خیر و نیکوکاری است (حسینی، ۲۰۰۵). مشارکت اجتماعی نیز کنش آگاهانه به داوطلبانه برای تحقق هدفها و منابع عمومی و رفتار نیازهاست. کالینز معتقد است مشارکت پدیده‌ای ذهنی است که در افکار و رفتار و خلاصه در فرهنگ مردم قابل جستجو است (غفاری و نیازی، ۲۰۰۷).

مشارکت اقتصادی، به‌عنوان رفتاری پویا، کمیت‌پذیر و دگرگون‌کننده وضع است (محسنی و جارالله‌ی، ۲۰۰۳). در این نوع مشارکت، منابع شخصی حداکثری در بلندمدت موجب می‌شود فرد از تعقیب منافع شخصی کوتاه‌مدت چشم بپوشد و خیر عمومی تولید می‌کند (رودیک، ۲۰۰۹) در همین راستا، هدف از این تحقیق بررسی مفهوم عینی و ذهنی

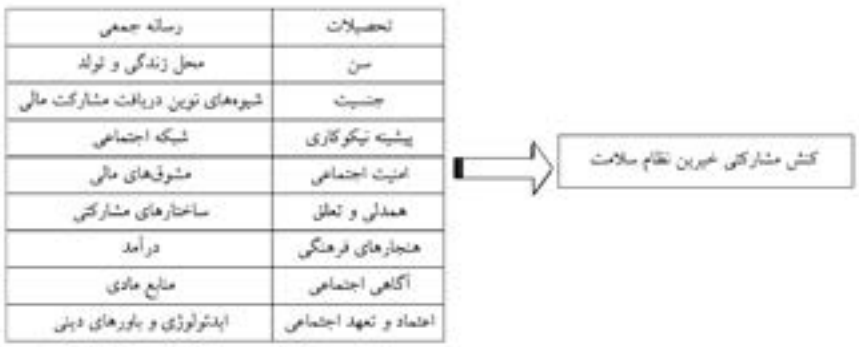
[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

خیرین از مشارکت و همچنین عوامل مؤثر بر کنش مشارکتی خیرین در مراکز درمانی خیریه ایران است.

در حالت کلی، عوامل متعددی بر مشارکت خیرین در نظام سلامت اثرگذار است که به عوامل فرهنگی- اجتماعی، اقتصادی و زمینه‌ای تقسیم می‌شود. عوامل زمینه‌ای درواقع عوامل کالبدی و محیطی مؤثر بر مشارکت‌کننده است. عوامل فرهنگی-اجتماعی، عواملی برخواسته از ساختارها و نهادهای اجتماعی جامعه‌ای است که فرد در آن زندگی می‌کند و عوامل ارزشی و مؤثر در بایدها و نبایدهای زندگی افراد است. عوامل اقتصادی، عوامل متأثر از درآمد، شغل و دسترسی به منابع مادی و درآمد است. در تحقیق حاضر به بررسی روابط میان این عوامل با کنش مشارکتی خیرین در نظام سلامت ایران پرداخته می‌شود. بر این اساس، مدل مفهومی تحقیق، در شکل شماره (۱) قابل‌مشاهده است.

شکل (۱) مدل مفهومی تحقیق



[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

پیشینه تجربی

خلاصه پیشینه تحقیق حاضر در قالب جدول شماره (۱) ارائه شده است. با بررسی که در تحقیقات مورداشاره انجام شده است، می‌توان گفت که بیشتر تحقیقات انجام شده در موضوع خیرین و مؤسسات خیریه از الف) نگاه مدیریتی و بعضاً الگوهای مالی و اقتصادی این مؤسسات ب) تبیین فلسفه وجودی آنها از نگاه اثرپذیری خیرین از باورهای دینی و مذهبی ج) بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با مشارکت خیرین بوده است و کمتر از باب تحلیل جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر مشارکت و به‌ویژه موضوع خیرین فعال در حوزه سلامت، پژوهشی انجام گرفته است. در این تحقیق، عوامل جامعه‌شناختی مرتبط با کنش مشارکتی خیرین و همچنین روابط بین این عوامل با کنش مشارکتی خیرین بررسی شده است.

لذا در بحث تبیین جامعه‌شناختی و بررسی عوامل مؤثر بر مشارکت خیرین در فرضیات تحقیق بررسی می‌شود که آیا بین عواملی مانند محل زندگی و تولد، شبکه اجتماعی، ساختارهای مشارکتی، آگاهی اجتماعی، تحصیلات، رسانه جمعی، شیوه‌های نوین مشارکت مالی، پیشینه نیکوکاری، مشوقهای مالی، همدلی و تعلق، هنجارهای فرهنگی، درآمد، منابع مادی، اعتماد و تعهد اجتماعی، ایدئولوژی و باورهای دینی و کنش مشارکت خیرین رابطه وجود دارد؟

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

جدول (۱) خلاصه پیشینه تجربی تحقیق

منبع	یافته
(حسینی و همکاران، ۲۰۱۹)	بین سن، اشتغال و هزینه (درآمد) ماهیانه و انجام امور خیریه در خیرین رابطه معناداری مشاهده نشد. همچنین ضرایب میانگین نوع‌دوستی، رضایت درونی و شأن اجتماعی، معنادار و مثبت است و احتمال انجام فعالیت خیریه را افزایش می‌دهند.
(مهری و فروغی، ۲۰۱۸)	بر اساس این پژوهش، می‌توان مدعی شد که فعالیتهای مبتنی بر کمک‌رسانی در خیریه‌ها نه‌تنها بر بنیانی مردسالارانه وضع‌شده‌اند، بلکه با قراردادن زنان نیازمند کمک در وضعیت نابرابری مضاعف، شرایط فقیرتر شدن این زنان و تداوم چنین وضعیتی و درنهایت بازتولید فقر در زنان را فراهم می‌کنند. درواقع، طبق یافته‌ها می‌توان بدین نظر رسید که خیریه‌ها برای زنان در جامعه طبق الگوی کمک‌رسانی فعلی خود، «بازتولید انقیاد» می‌کنند. در جریان کدگذاری‌ها به‌عنوان «متعینهای زمینه‌ای، مقوم، پشتیبان و تأثیرگذار» بازشناسایی شدند که در تولید، تداوم و بازتولید فقر زنانه از طریق فعالیتهای مبتنی بر خیریه و امور خیر نقش دارند.
(مسعودی پور و باقری نصرآبادی، ۲۰۱۸)	در این پژوهش نخست از طریق مصاحبه با تعدادی از مدیران کمیته امداد امام خمینی (ره) و نیز مسئولین خیریه‌ها، از طریق تحلیل مضمون آسیبهای اصلی در تنظیم رابطه شناسایی شدند. این آسیبها شامل ۳۱ موضوع و در ۹ دسته اصلی مورد طبقه‌بندی قرار گرفتند. سپس با استفاده از فن تحلیل سلسله مراتبی اقدام به اولویت‌بندی مسائل شد.
(خاقانی زاده و خسروی،۲۰۱۶)	تعلق اجتماعی و اعتماد اجتماعی به ترتیب بیشترین سهم را در تعیین تغییرات مشارکت گروهی جوانان ۲۹-۱۵ ساله شهر تهران دارد.
(رضوی زاده، ۲۰۱۶)	شبکه روابط اجتماعی از طریق جامعه‌پذیری با انتقال سنت نیکوکاری موجب کنش نیکوکاری خیرین می‌شود.
(گنجی، نیازی و احساسی، ۲۰۱۵)	بین متغیرهای دین‌مداری، عدالت‌خواهی، انسجام اجتماعی، اعتماد اجتماعی، تعلق و تعهد اجتماعی با متغیر مشارکت در امور خیریه رابطه معناداری ازنظر آماری قرار دارد. بدین ترتیب که هر چه متغیرهای مستقل و فوق‌الذکر در بین مردم قوی‌تر باشد، مشارکت مردم در نیکوکاری و امر خیر و علی‌الخصوص وقف فزونی می‌یابد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

منبع	یافته
(نکوئی مقدم و همکاران، ۲۰۱۳)	مؤسسات خیریه سلامت در کرمان بیشتر از طریق کمکهای مردمی و در مواردی معدود با تکیه بر درآمدهای اختصاصی خود، تأمین مالی بوده و عمده منابع مرکز درمانی خیریه صرف حمایت از خانواده‌ها و انجام طرحهای درمانی می‌شود.
(نیازی، گنجی و عسگری، ۲۰۱۲)	بین اعتماد عملی به ارزشها و هنجارها، به‌ویژه ارزشها و هنجارهای اجتماعی و فرهنگی از طرف مردم با میزان مشارکت و سهیم شدن ایشان در امورات خیریه و عام‌المنفعه رابطه مستقیم وجود دارد.
(اندام و همکاران،۲۰۰۹)	داوطلب شدن و ارائه خدمت با اهمیت‌ترین عامل در انجام فعالیت خیر است.
(روشنفکر و همکاران، ۲۰۰۶)	جنبه‌های سرمایه اجتماعی (اعتماد و بده و بستان) با کلیه گرایشهای داوطلبانه رابطه مستقیم دارد.
(اکرامی فر، ۲۰۰٤)	در این پژوهش آمده است، بیشترین قشر بالفعل را صاحبان مشاغل آزاد با ۳٤/۹ درصد و بیشترین قشر خیرین بالقوه را صاحبان مشاغل فرهنگی تشکیل داده‌اند. از لحاظ کمکی که به آموزش‌وپرورش کرده‌اند، بیشتر فراوانی کمک خیرین (۱۰۲ مورد) در ارتباط با ساخت بنای مدرسه ٤۸/۳ درصد و بعدازآن اهدای زمین ۲۵/٦ درصد بوده است. همچنین در ارتباط با انگیزه مشارکت‌کنندگان و خیرین در امر کمک به آموزش‌وپرورش، ایشان انگیزه اجر اخروی را ٤٦ درصد زیاد و ٤٦/۹ درصد نیز خیلی زیاد عنوان کرده‌اند. در مورد ادای تکلیف شرعی،٦۰ درصد خیرین پاسخ خیلی زیاد داده‌اند و ٥٤/۸ درصد خیرین بالقوه نیز معتقد بودند که ساختن تندیس خیرین در شهر، به میزان خیلی زیاد در انجام عمل خیر توسط آنها مؤثر بوده است.
(علیزاده، ۱۹۹۹)	موضوع اجر اخروی و کسب رضای خداوند را به‌عنوان انگیزه خیرین است.
(سپهری، ۱۹۹۳)	از نظر شغلی ۹٤/۱۲ درصد افراد کمک‌کننده، دارای درآمد بالا بوده‌اند و ۷۵ درصد آنها نیز تبلیغات آموزش‌وپرورش را در این زمینه ناکافی دانسته‌اند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

منبع	یافته
بکرز ویپکینگ (۲۰۱۰) و بکرز (۲۰۰۶)	افراد در بطن نیروهای اجتماعی (منزلت، تعلیم، تربیت، مذهب و ...) احاطه شده‌اند. همچنین سه دسته متغیر نیروهای اجتماعی، تفاوتهای شخصیتی و محیط‌های اجتماعی به‌شدت با هم مرتبط هستند و با یکدیگر آمیخته شده‌اند و هر تغییری در هر یک از آنها، مشارکت را کاهش یا افزایش می‌دهد.
(وانگ وگرادی، ۲۰۰۷)	اعتماد اجتماعی در نتیجه پیوند خوردن شبکه‌های اجتماعی و مشارکت مدنی در دو گروه مذهبی و غیرمذهبی به دست می‌آید؛ و در نهایت افرادی که مذهبی‌ترند خیلی بیشتر امکان دارد که به سمت‌وسوی این کارها سوق پیدا کنند.
(جکسون و همکاران، ۲۰۱۶)	گروههای مذهبی و علی‌الخصوص آن دسته از اقشاری که با کلیسا ارتباط داشته‌اند و در امورات آن مشارکت می‌کردند، در امورات داوطلبانه و خیرخواهانه و بشردوستانه‌ی بیشتری نسبت به دیگران که غیرمذهبی یا کمتر مذهبی هستند، شرکت می‌کنند.

روش

تحقیق حاضر از نوع کاربردی آمیخته (کیفی- کمی) است که به شیوه توصیفی-همبستگی انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه خیرین فعال در نظام سلامت ایران بود که تعداد آنها با توجه به وجود ۵۰۰ درمانگاه و بیمارستان خیریه در کشور، حدود ۱۵۰۰ نفر برآورد شد. جمعیت نمونه بر اساس فرمول جامعه محدود کوکران ۲۲۸ نفر تعیین گردیده و به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای و بر اساس بانک اطلاعات سالهای ۱۹- ۲۰۱۸ از مؤسسات خیریه در ۳۱ استان کشور، در نهایت پرسشنامه نهایی از ۲۳۰ نفر جمع‌آوری شده است.

در بخشی کیفی این تحقیق، مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۱۵ نفر از خیرین و صاحبنظران انجام گرفته و تحلیل این مصاحبه‌ها با نرم‌افزار Maxqda و با توجه به مبانی نظری تحقیق منجر به شناسایی عوامل مرتبط با مشارکت خیرین در ۳ دسته‌بندی اصلی برای تهیه سؤالات

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

پرسشنامه گردیده است. برای بررسی این عوامل در بخش کمی، پرسشنامه در طیف لیکرت طراحی شده است و خیرین با گزینه‌های از خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد =۵ به سؤالاتی که هرکدام معرف گویه‌های متغیرهای موردنظر بودند، پاسخ داده‌اند. لذا ابزار گردآوری داده‌های این تحقیق، پرسشنامه محقق ساخته بود که از نظر روایی و پایایی با اعتبار صوری و آزمون آلفای کرونباخ (۰/۸٤=) مورد تأیید قرار گرفتند.

مفهوم اصلی این تحقیق به‌عنوان متغیر وابسته، مشارکت (خیرین) بود. مفهوم مشارکت قدمتی به درازای تاریخ زندگی بشر دارد که در طول حیات طولانی خود روند تکاملی و دگرگونی را پشت سر گذاشته و به اقتضای شرایط زمانی و مکانی خود تعاریف مختلفی به خود دیده است. مشارکت به معنای همکاری کردن، شریک شدن، شریک داشتن، احساس مسئولیت، احساس تعلق بوده و متأثر از ظرفیتهای محیطی، اجتماعی و فرهنگی، اقتصادی، کالبدی و مدیریتی است که به ۲ شکل سرمایه عینی و ذهنی قابل‌بررسی است. با توجه به مطالعه انجام شده در مراکز درمانی خیریه، شیوه‌های مشارکت خیرین در نظام سلامت عبارت است از: مشارکت اجتماعی- فرهنگی، مشارکت اقتصادی (مالی و عمرانی) و مشارکت خدمات داوطلبانه.

در این تحقیق، چگونگی کنش مشارکت خیرین در مراکز درمانی خیریه بررسی شده است. مشارکت (روحیه مشارکتی افراد) خیرین از نظر شکل حضور در قالبهای سنتی به‌صورت فردی، سازمان‌یافته به‌صورت مؤسسات و مراکز خیریه، خانوادگی بررسی شد. از نظر نوع مسیری که خیرین بهداشتی و درمانی پول هزینه و یا کمک می‌کنند: ۱) تأمین پول داروی بیمار، ۲) تأمین پول درمان بیمار، ۳) پول تجهیزات موردنیاز شخص بیمار، ٤) تأمین پول برای ساختمان مراکز درمانی و مؤسسات خیریه و ۵) تأمین پول برای خرید تجهیزات مراکز /مؤسسات خیریه درمانی، این امر نیز بررسی می‌شود.

نظر به اینکه بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو، توزیع متغیرهای تحقیق

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

نرمال نبودند از آزمونهای ناپارامتریک اسپیرمن و وی کرامر برای بررسی رابطه بین متغیرها با کنش مشارکتی خیرین در نظام سلامت ایران استفاده شد و در پایان نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS.ver26 داده‌های جمع‌آوری شده تحلیل گردید.

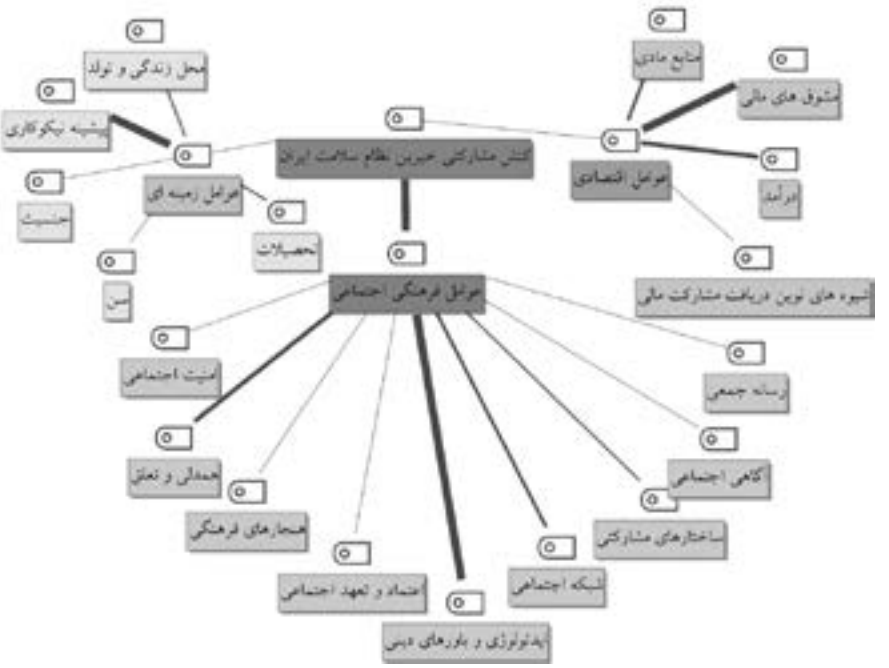
یافته‌ها

در فرآیند کدگذاری در بخش کیفی تحقیق، ابتدا متن مصاحبه‌ها از فایل صوتی به فایل متنی تبدیل شد. در ادامه محققان با شناسایی واحدهای معنایی، کدهای اولیه را به آنها تخصیص دادند. نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه‌های انجام شده منجر به شناسایی تمهای اصلی و فرعی گردید که در ادامه و در قالب مدل خروجی نرم‌افزار Maxqda، مدل تبیین جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ارائه می‌شود (شکل ۲).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

شکل (۲) مدل تبیین جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت



نمای کلی ویژگیهای جمعیت شناختی نمونه

آمار توصیفی مطالعه حاضر و توصیف جمعیت شناختی پاسخگویان در جدول شماره (۲) ارائه می‌گردد. ۵۱/۳ درصد پاسخگویان مربوط به رده سنی ۳۵ تا ۵۵ سال بود و ۲۹/۱ درصد آنها زن و تحصیلات ۵۵/۷ درصد نیز فوق‌لیسانس و دکتری بود. همچنین شغل ۴۰/۸ درصد آنها دولتی و مابقی آزاد بوده و تنها ۴۰/۵ درصد از آنها در تهران ساکن بودند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

جدول (۲) توصیف ویژگیهای جمعیت شناختی نمونه (n=۲۳۰)

متغیرها		f	%
سن	<۳۵	۳٦	۱۵/٦
	۵۵-۳۵	۱۱۸	۵۱/۳
	۷۵-۵۵	٦۳	۲۷/٤
	۷۵≤	۱۳	۵/۷
جنسیت	مرد	۱٦۳	۷۰/۹
	زن	٦۷	۲۹/۱
تحصیلات	زیر دیپلم و دیپلم	۱۸	۷/۸
	فوق‌دیپلم و لیسانس	۷۵	۳۲/٦
	فوق‌لیسانس و دکتری	۱۲۸	۵۵/۷
	حوزوی	۹	۳/۹
محل سکونت	شهر تهران	۹۳	٤۰/۵
	سایر کلان‌شهرها	٦۵	۲۸/٤
	شهرهای کوچک	٦۳	۲۷/٦
	بخش و روستا	۹	۳/٤
نوع شغل	شغل آزاد	۱۳۷	۵۹/۲
	شغل دولتی	۸۸	۳۸/۵
	محصل	۵	۲/۳
وضعیت تأهل	مجرد	۳۷	۱۵/۹
	متأهل	۱۷٤	۷۵/۹
	غیره	۱۹	۸/۲

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

در ادامه، موضوع کنش مشارکت خیرین نیز از ابعاد گوناگون در مراکز درمانی خیریه بررسی و سپس، نتایج آماری پاسخ خیرین به این سؤالات ارائه می‌گردد.

جداول (۳) توصیف ابعاد گوناگون کنش مشارکت خیرین در مؤسسات/مراکز درمانی (n=۲۳۰)

ابعاد گوناگون کنش مشارکت		f	%
شیوه انجام مشارکت خیرین سلامت	مشارکت به‌صورت فردی و مستقل	٤٢	١٨/٥
	مشارکت در جمع خانوادگی	٣٣	١٤/٢
	مشارکت در جمع دوستان	٤٢	١٨/١
	مشارکت از طریق مؤسسات خیریه	١١٣	١٤/٢
نوع هزینه کرد کمک مالی خیرین	تنها پول موردنیاز تهیه دارو و وسایل بیماران را تأمین می‌کنند	٥٧	٢٤/٦
	در تأمین پول هزینه بیمارستان برای بیماران مشارکت دارند	٥٤	٢٣/٧
	تجهیزات موردنیاز مراکز درمانی را تأمین می‌کنند	١٩	٨/١
	برای امور عمرانی مراکز درمانی هزینه می‌کنند	٢٢	٩/٥
	همه موارد	٧٨	٣٤/١
مدت همکاری خیرین با مؤسسات و مراکز خیریه	١ سال>	٢٢	٩/٥
	از ١ سال تا کمتر از ٣ سال	٢٥	١٠/٨
	از ٣ سال تا کمتر از ١٠ سال	٦١	٢٦/٧
	١٠< سال	٩٠	٣٩/٢
	هیچ‌وقت همکاری نداشتم	٣٢	١٣/٨

عوامل مرتبط با مشارکت خیرین در قالب عوامل فرهنگی اجتماعی، اقتصادی و زمینه‌ای

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

موردبررسی قرار گرفته است که شرح آنها در جدول (٤) ارائه شده است. در این بخش، به توصیف متغیرهای پژوهش پرداخته می‌شود:

جدول (٤) توصیف متغیرهای تحقیق (n=۲۳۰)

متغیرها	M	SD	S
شیوه‌های نوین دریافت مشارکت مالی	۳/۱۱۷	۱/٤۲۹	۲/۰٤۳
مشوقهای مالی	۳/٦۸۳	۱/٤۷۷	۲/۱۸۳
درآمد	۱/۹۳۹	۰/۹۰٤	۰/۸۱۷
منابع مادی	۲/۳٦۱	۱/۲٦٦	۱/٦۰۳
محل زندگی و تولد*	۳/۱۵۲	۰/۸٤۰	۰/۷۰٦
پیشینه نیکوکاری	٤/۰۱۷	۱/۱۹۳	۱/٤۲۳
همدلی و تعلق	۲/۹۹٦	۱/۳۲۰	۱/۷٤۲
هنجارهای فرهنگی	۳/۲۲٦	۱/۲٦۵	۱/۵۹۹
اعتماد و تعهد اجتماعی	۳/٤٦۱	۱/۳۲۷	۱/۷٦
ایدئولوژی و باورهای دینی	٤/۰۳۰	۰/۸۰٦	۰/٦۵۰
شبکه اجتماعی	٤/۱۰۹	۰/۹۳۱	۰/۸٦٦
ساختارهای مشارکتی	۳/٤۱۳	۱/۲۰٤	۱/٤٤۹
آگاهی اجتماعی	٤/٦۳	۰/۸۵۰	۰/۷۲۳
رسانه جمعی	٤/۱۰٤	۱/۰۸۱	۱/۱٦۸

*توضیح: ارتباط انجام کار خیر توسط خیرین با محل تولد یا سکونتشان در سؤالات پرسشنامه با متغیر محل تولد و اقامت بررسی می‌شود.

در جدول شماره (۵) به بیان نتایج آزمون فرضیات تحقیق و بررسی رابطه بین متغیرهای مورداشاره با متغیر مشارکت پرداخته می‌شود. در این جدول، رابطه متغیرهای اسمی و ترتیبی مانند جنسیت با متغیر مشارکت با آزمون وی کرامر و رابطه باقی متغیرهای ترتیبی با متغیر

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

مشارکت توسط آزمون اسپیرمن بررسی شده است.

جدول (۵) نتایج آزمون فرضیات تحقیق

فرضیه	*p*	میزان رابطه	رد/تأیید
پیشینه نیکوکاری، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/۰۰۰	۰/۲۷۶	تأیید
جنسیت، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/٤۹۸	****	رد
سن، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/۰۱	۰/۱۷	تأیید
همدلی و تعلق، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/۰۰۰	۰/۳۷۲	تأیید
هنجارهای فرهنگی، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/۰۰۰	۰/۲۸۷	تأیید
اعتماد و تعهد اجتماعی، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/۰۰۰	۰/۲۸٤	تأیید
ایدئولوژی و باورهای دینی، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/۰۰۰	۰/٦٤٤	تأیید
شبکه اجتماعی، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/۳۰۹	****	رد
ساختارهای مشارکتی، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/۰۰٤	۰/۱۸۸	تأیید
آگاهی اجتماعی، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/۰۰۷	۰/۱۲۱	تأیید
محل زندگی و تولد، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/۲۰۹	****	رد

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

فرضیه	*p*	میزان رابطه	رد/تأیید
تحصیلات، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/٤٥	****	رد
رسانه جمعی، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/۰٤٤	۰/۱۲۷	تأیید
مشوقهای مالی، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/۰۰۱	۰-/۲۱۹	تأیید
درآمد، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/٤۲۲	****	رد
منابع مادی، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/۰۰۷	۰-/۱۷۸	تأیید
شیوه‌های نوین دریافت مشارکت مالی، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران رابطه معناداری دارد.	۰/۰۰٤	۰-/۱۸۹	تأیید

بحث

نتایج تحقیق نشان داد که بیشترین میزان میانگین مربوط به آگاهی اجتماعی است. بر این اساس از دیدگاه خیرین، ایجاد آگاهی اجتماعی در بین اعضای جامعه از بیشترین اهمیت برخوردار است؛ بنابراین می‌توان دریافت میزان آگاهی اجتماعی در این افراد دارای سطح بالایی بوده است. از طرفی پایین‌ترین میزان میانگین مربوط به درآمد بود که نشان‌دهنده آن است که الزاماً خیر بودن به معنای درآمدهای بالا نیست. مروری بر فعالیتهای اجتماعی عام‌المنفعه و خیریه نشان می‌دهد که بسیاری از افرادی که در این فعالیتها شرکت می‌کنند درآمدهای بالایی ندارند و از عوام هستند.

نتایج آزمون فرضیات نشان داد که رابطه میان محل زندگی و تولد، تحصیلات، جنسیت، شبکه اجتماعی و درآمد، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران معنادار نیست. در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

این تحقیق فرضیه ارتباط میان پیشینه نیکوکاری و کنش مشارکتی موردبررسی و تأیید قرار گرفت. بر این اساس پیشنهاد می‌شود خیرین عزیز با حفظ موارد شرعی و با توجه به نیّت قلبی مبنی بر کسب رضایت خداوند متعال، این رفتار را به فرزندان و اطرافیان نزدیک خود منتقل نمایند تا آنها نیز در آینده در همین مسیر فعالیت نمایند.

همچنین یافته‌های این تحقیق نشان داد که میان همدلی و تعلق با کنش مشارکتی ارتباط مثبتی برقرار است. بر این اساس می‌توان دریافت وقتی افراد جامعه از حس همدلی و تعلق‌خاطر بیشتری برخوردار باشند، در فعالیتهای خیریه بیشتر مشارکت می‌نمایند. در این خصوص می‌توان گفت یکی از مفاهیمی که بسیار مهم و کلیدی است، مفهوم هم‌پایانی است. اگر افراد جامعه به این موضوع باور داشته باشند که سرنوشت آنها به سایر همنوعان و حتی تمامی مخلوقات گره خورده است، آنگاه تلاش می‌نمایند تا با مشارکت و توجه به اطرافیان خود، کیفیت زندگی همه افراد و موجودات بهبود یابد.

در فرضیه بعدی، رابطه بین هنجارهای فرهنگی و اقدام مشارکتی اهداکنندگان نظام سلامت ارزیابی و تأیید شد. بر این اساس، می‌توان فهمید که هنجارهای فرهنگی غالب در ایران، میزان فعالیتهای مشارکتی افراد را افزایش می‌دهد، بنابراین پیشنهاد می‌شود مدیران فرهنگی و گروههایی که می‌توانند از این طریق کار کنند ازجمله روحانیون و معلمان مقاطع مختلف تحصیلی برای تبیین ارزشهای اصلی و فرهنگ ایرانی تلاش بیشتری کنند.

در ادامه، رابطه میان اعتماد و تعهد اجتماعی، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران نیز مورد تأیید قرار گرفت. بر این اساس می‌توان دریافت از نظر پاسخ‌دهندگان اگر افراد و خیرین به مسئولان مدیریتی و اجرایی کارهای خیر، اعتماد داشته باشند و همچنین به جامعه احساس تعهد نمایند، بیشتر در فعالیتهای خیریه مشارکت می‌کنند. البته این موضوع دور از ذهن نیست و به‌راحتی می‌توان در بسیاری از جریانات و موج شکل گرفته در جامعه که به فعالیتهای خیریه می‌پردازند به این موضوع دسترسی یافت.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

یکی از یافته‌های دیگر این تحقیق رابطه مستقیم میان سن و کنش مشارکتی است و البته این امر نیز قابل‌درک است زیرا معمولاً با توجه به شرایط فعلی جامعه، افرادی که دارای سنین کم باشند معمولاً شرایط انجام فعالیتهای خیریه را ندارند و یا اگر کار خیری انجام دهند به‌گونه‌ای نیست که چندان ملموس باشد. این یافته در کنار تأیید رابطه معکوس میان منابع مادی و کنش مشارکتی نشان می‌دهد که بیشتر افرادی که در فعالیتهای خیریه مشارکت می‌نمایند دارای منابع مادی بسیار قوی نمی‌باشند. البته اگر به پویشهای عمومی نظیر ﴿۷۸۰﴾# توجه شود می‌توان دریافت که بسیاری از کمکهای مردمی جمع‌آوری شده، از تجمیع مبالغ ریالی حتی بسیار پایین شرکت‌کنندگان در این پویشها به دست آمده است.

فرضیه بعدی که در این تحقیق موردبررسی و تأیید قرار گرفت، رابطه ایدئولوژی و باورهای دینی، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران بود. بر این اساس، از نظر پاسخ‌دهندگان وقتی افراد از نظر باورهای دینی در سطح خوبی باشند، این باورها منجر به انجام رفتارهای خیرخواهانه می‌گردد. البته این یافته دور از ذهن نیست؛ مروری بر آموزه‌های دینی در ادیان الهی و به طور خاص دین مبین اسلام، نشان می‌دهد که بسیاری از این آموزه‌ها مبتنی بر خیرخواهی برای همنوعان و حتی تمامی موجودات و به‌طورکلی، کائنات است. آموزه‌هایی نظیر «در نیکی کردن سبقت بگیرید»، «معرفت و محبت پیدا کنید» و یا احادیثی نظیر امام سجاد (علیه‌السلام) نیز در همین معنا و در تأکید بر حقوق متقابل خانواده‌ها و همسایه‌ها می‌فرمایند: «اما حق همسایه است بر تو حفظ آبرو و حقوق ایشان در زمانی که حضور ندارد و تکریم و احترام ایشان در موقعی که حضور دارد و کمک به ایشان وقتی‌که مظلوم واقع می‌شود»، تنها نمونه‌های کوچکی از این آموزه‌های ارزشمند هستند (افروز، ۲۰۱۰).

در این تحقیق رابطه میان ساختارهای مشارکتی با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران نیز مورد تأیید قرار گرفت؛ بنابراین می‌توان دریافت ایجاد و وجود ساختارها و رویه‌هایی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

که مردم بتوانند از طریق آنها به فعالیت خیریه‌ها کمک نمایند بسیار مفید خواهد بود. در سالهای گذشته کمیته امداد امام خمینی (ره) و هلال‌احمر دو مرجع اصلی کمک‌رسانیها در کشور بودند که خیرین به آنها مراجعه می‌نمودند؛ اما امروزه با وسعت یافتن فشارهای اقتصادی و فاصله طبقانی، سازمانهای دیگر و موازی نظیر خیرین نظام سلامت، مدارس و دانشگاهها، محیط‌زیست و ... به این جمع اضافه شدند. به نظر می‌رسد این امر باعث شده است تا برخی از موازی‌کاریها، اتلاف کمکها و ... نیز به‌صورت مشهود و ملموس انجام شود.

فرضیه بعدی که در این تحقیق تأیید گردید، رابطه میان شیوه‌های نوین دریافت مشارکت مالی، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران است. این امر نشان می‌دهد هرقدر شیوه‌های نوین دریافت مشارکت مالی بیشتر مورد ارزیابی و ارائه قرار گیرد، مردم تمایل بیشتری به مشارکت دارند. البته در سالهای اخیر، راههایی نظیر USSD، اپلیکیشنهای موبایلی، مشارکت بانکها، اکرام ایتام کمیته امداد امام خمینی (ره) و ... شیوه‌های نوینی هستند که در کشور مورداستفاده قرار گرفته است. البته کمیته امداد امام خمینی (ره) نیز تلاش نموده است تا در مسیر ارائه اولویتهای پژوهشی مبتنی بر کسب این شیوه‌های نوین گام بردارد. بااین‌حال پیشنهاد می‌شود تا با استفاده از هم‌افزایی میان سازمانهای همنوع خیریه در داخل و خارج از کشور، برای شناسایی و استفاده از این شیوه‌های نوین اقدام گردد.

در این تحقیق رابطه میان آگاهی اجتماعی و رسانه‌های جمعی، با کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران نیز مورد تأیید قرار گرفت. بر این اساس می‌توان دریافت وقتی شهروندان نسبت به شرایط اجتماعی هموطنان و همنوعان خود آگاه باشند و رسانه‌های جمعی نیز در این مسیر فعالیت نمایند، جامعه به سمت فعالیتهای خیریه سوق داده می‌شود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود تا رسانه‌های جمعی نظیر صداوسیما، سایتها و غیره با توجه و حفظ نشاط اجتماعی، تلاش نمایند تا در مسیر افزایش آگاهی اجتماعی گام بردارند.

آخرین فرضیه‌ای که در این تحقیق مورد تأیید قرار گرفت، رابطه مشوقهای مالی، با

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

کنش مشارکتی خیرین نظام سلامت ایران بود. بر این اساس اگر دولت به صورت خاص و یا سایر ارگانها و مراجع حکومت و خصوصی به افرادی که در فعالیتهای خیریه مشارکت می‌نماید، مشوقهای مالی ارائه نمایند، میزان مشارکت خیرین نیز افزایش خواهد یافت. بر این اساس پیشنهاد می‌شود تا کارگروه مذکور، در جهت ارائه این مشوقهای مالی نیز، راهکارهای کاربردی ارائه نماید. البته قابل‌ذکر است خیرین سنتی، انجام کار خیر خود را محدود به مشوقهای مالی نمی‌دانند و شاید این امر بیشتر در خیرینی که به‌تازگی می‌خواهند در این عرصه وارد شوند، انگیزه مضاعفی ایجاد نماید.

پیشنهادها

- با توجه به اهمیت مشارکت خیرین در نظام بهداشت و درمان جامعه و همچنین بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر پیشنهاد می‌شود مؤسسات خیریه با استفاده از شیوه‌ها و تکنولوژیهای نوین ازجمله بستر اینترنت و فضای مجازی برای جلب مشارکتهای مردمی و شفاف‌سازی عملکردشان اقدام نمایند. یکی از پیشنهادها، استفاده از سامانه‌های فناوری اطلاعات و تگهای RFID است که کمک می‌نمایند تا بتوان به‌صورت پیوسته نشان داد دریافت هزینه اهدایی افراد صرف خرید چه کالا و خدماتی شده و تحویل کدام نیازمند شده است. در همین زمینه مناسب است دولت و نهادهای متولی امر خیریه‌ها با راه‌اندازی سامانه‌هایی در سطح ملی و استانی اقدام به رصد خیریه‌ها بر اساس میزان شفافیت و پاسخ‌گو بودن آنان به مردم، حاکمیت و همچنین رتبه‌بندی آنها کنند. این سامانه‌ها می‌تواند پس از بررسی و رتبه‌بندی هر یک از خیریه‌ها به‌وسیله شاخصهای معرفی شده، ترازنامه مالی هر خیریه را به خیرهایشان نشان دهد تا خیرین و کسانی که قرار است پول و دارایی خود را در اختیار این خیریه‌ها قرار دهند از نحوه عملکرد مالی آنها و همچنین میزان پیشرفت پروژه‌های موسسه خیریه مطلع باشند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

– همچنین پیشنهاد می‌شود مسئولین و خط‌مشی گذاران، نمایندگان مجلس و تمامی افرادی که به‌نوعی می‌توانند تصمیم‌گیرنده و تصمیم‌ساز باشند، بیشتر به اهمیت حضور و فعالیت خیرین و مؤسسات خیریه توجه ویژه‌ای داشته باشند و تلاش نمایند رویه‌هایی که در فرآیند فعالیتهای خیرخواهانه، خللی ایجاد می‌نماید را تسهیل نمایند.

– به نظر می‌رسد با توجه یافته‌های سؤالات پرسشنامه و مصاحبه‌های انجام گرفته و همچنین شعار پیشگیری بهتر از درمان است حوزه فعالیتهای بهداشتی نظام سلامت برای خیرین و خیریه‌ها مغفول مانده و یا با توجه به ارائه خدمات حاکمیتی در این حوزه کمتر نهادهای مردمی خیریه ورود پیداکرده‌اند، به نظر می‌آید علاوه بر نیازمندی اطلاع‌رسانی و بسترسازی بهتر برای حضور خیرین و خیریه‌ها در حوزه بهداشت و پیشگیری نظام سلامت، مناسب است تحقیقی با این موضوع انجام شود.

– همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به قدمت بالا و همچنین وجود مراکز متعدد وقفی در کشور، تحقیق و پژوهشی در حوزه وقف با موضوع بررسی عوامل جامعه‌شناختی مؤثر بر انجام عمل وقف توسط خیرین در نظام سلامت انجام شود.

– مستندسازی تاریخ شفاهی نیز از دیگر موضوعات موردتحقیق در خصوص اولین مراکز درمانی خیریه در هر شهر و منطقه می‌تواند باشد.

ملاحظات اخلاقی

در انجام این پژوهش یا تهیه مقاله از بودجه یا امکانات موسسه یا سازمانی استفاده نشده است. در ارتباط با یافته‌های پژوهش یا مطالب ذکرشده در مقاله نیز، نویسنده یا نویسندگان دارای تعارض منافع نمی‌باشند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

- Afrooz, Ghulam Ali. (2010). ***Relationship Psychology***. Tehran: University of Tehran Press. (in persian)

- Alizadeh, Mohammad Hussein. (2008). ***Motives for participation and investment in education in Khorasan***. Master Thesis. farhangian University. (in persian)

- Andam, Reza, Hamidi, Mehrzad and Taslimi, Zahra. (2012). Managing volunteers in sports. ***Sports Management and Motor Science Research,*** Year 2 (3), 105-93. (in persian)

- Ayazi, Mohammad (2018, July 14). ***Tasnim News.*** WWW. Tasnimnews. Com / fa / news / 2018/07/5/1768562. (in persian)

- Azimi, Mohammad. (2019). Evaluation of the health system transformation plan and the fundamental transformation plan of education based on the assumptions of the health system with emphasis on education. ***Health Education and Health Promotion of Iran***, 7 (2), 154-171. (in persian)

- Bakhtiari, Ahmad (2018). ***Database of NGOs and health charities.*** Ministry of Health and Medical Education. (in persian)

- Bekkers,Rene(2006). Traditionnal and Health-Related philanthropy. ***Social Psychology quartrrly.*** 609(4): 349-34.

- Blanchet, Karl, Fouad, Fouad M, & Pherali, Tejendra. (2016). Syrian refugees in Lebanon: the search for universal health coverage. ***Conflict and health***, 10(1), 12.30.

- Coleman, James (1998). ***Foundations of social theory.*** Translated by Manouchehr Sabouri. Tehran: Ney Publishing. (in persian)

- Cotlear, Daniel, Gómez-Dantés, Octavio, Knaul, Felicia, Atun, Rifat, Barreto, Ivana CHC, Cetrángolo, Oscar,... Guerrero, Ramiro. (2015). Overcoming social segregation in health care in Latin America. ***The Lancet***, 385(9974), 1248-1259.

- Ekramifar, Mohammad Reza (2004). Donors' participation in providing services to education, barriers and solutions. ***Growth of Islamic Science Education,*** (25), 68-56. (in persian)

- ***Rules and regulations of the Endowment and Charity Affairs Organization,*** Tehran. Iran: Aswa: 2004

- Ghani Rad, Mohammad Amin and Hosseini, Farideh (2005). Values, Network of Relations and Participation in Non-Governmental Organizations, ***Iranian Journal of Sociology***, 3 (6), 97-123

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

- Ganji, Mohammad, Niazi, Mohsen, and Ehsani Rad, Fatemeh. (2015). Participation in endowment charities is a prelude to sustainable development. ***Socio-Cultural Development Studies***, 3 (4), 25-45. (in persian)

- Ghaffari, Gholamrezauniazi, Mohsen (2007). ***Sociology of participation.*** Tehran: Nearby Publications. (in persian)

- Ghazizadeh Hashemi (2013). ***Status of the Iranian health system. Report of the General Meeting of Donors and Health System Activists***. (in persian)

- Graddy, Elizabeth & James M.Ferris. (2007).Social Capital and Philan thropy:An Analysis of the Impact of Social Capital on Individual Giving.Voluntas:***International Jornal of Voluntary and Nonprofit Organiations.***19(1):23-42.

- Hosseini, Seyed Hamed, Salimifar, Mustafa, and Malek Sadati, Seyed Saeed. (2019). Analysis of personal characteristics and behavioral motivations for charitable activities with an economic approach. ***Economic Modeling***, 13 (2 (46)), 145-170. (in persian)

- Jahangir, Mostafa, Khorakian, Alireza, Mortazavi, Seyed Saeed, and Elahi, Seyed Ehsan. (2019). Health Management Transformation Plan Risk Management Model: A Qualitative Study. ***Payesh***, 18 (4), 333-345. Jamali, Mustafa (018). Guide to NGOs. (in persian)

- Roshanfekr, Payam and Zokaei, Mohammad Saeed. (2006) Youth, Social Capital, and Voluntary Behaviors. ***Social Welfare***. 6 (23): 164-113. (in Persian)

- Khaghanizadeh, Atefeh and Khosravi, Safoura. (2016). ***Investigating the Role of Social Capital on Youth Group Participation in Red Crescent Society Activities (Case Study: Young People aged 15-29 in Tehran),*** Tehran, Rahbari Ala Charitable Foundation. (in persian)

- Masoudipour, Saeed, and Bagheri Nasrabadi, Mohsen. (2018). Prioritize key issues in the governance system of the governmental and non-governmental sector of Iran in the field of charities. ***Public Policy,*** 4 (3), 141-158. (in persian)

- Mehri, Bahar, and Foroughi, Maryam. (2018). Investigating the role of charities in the production and perpetuation of female poverty. ***Women in Development and Politics (Women's Research),*** 16 (1), 27-49. (in persian)

- Ministry of Health, Treatment and Medical Education. (2010). ***Report of the Deputy Minister of Health of the Ministry of Health.*** Tehran. Deputy Minister of Health of the Ministry of Health. (in persian)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]

- Mossadegh Rad, Ali Mohammad, Tajour, Maryam, and Ehteshami, Fatemeh. (2019). Charitable participation in providing health services in Iran. ***Monitor***, 18 (5), 439-453. (in persian)

- Nikoei Moghadam, Mahmoud, Ismaili, Mohammad Reza, Ghorbani, Zahra Yousefi, Saeed Amir (2013). A qualitative study of the role of charities in the health system. ***Journal of Charity Research in the Health System,*** 2 (1), 10-1. (in persian)

- Ramezani, Abolfazl, Rabiee, Ali, Zahedi Mazandarani, Mohammad Javad, and Firoozabadi, Seyed Ahmad. (2018). Comparison of social and charitable entrepreneurial orientations on different aspects of poverty in supportive institutions in Mashhad. ***Parliament and Strategy***, 25 (96), 179-212. (in persian)

- Ravangard, Ramin, Javanbakht, Mahnaz, and Bastani, transplant. (2018). Factors affecting the selection of public, private and charitable health service providers. ***Medical Scholar***, 25 (134), 27-38. (in persian)

- Razavizadeh, Neda (2016). Social Capital and Benevolent Action in the Experience of School-Building Charities, The First National Conference on Sustainable Charity (Study and Evaluation of Charity in Iran), Tehran, Alaa Leadership Charitable Foundation. (in persian)

- Sadeghi, Roya, Mortaz Hijri, Sara, Shakibazadeh, Elham, Rahimi Foroushani, Abbas, and Heshmati, Hashem. (2019). Barriers to health education in the Iranian health system: A qualitative study. Qualitative Research in Health Sciences, 8 (3), 300-317. (in persian)

- Salehi, Ebrahim and Hassanzadeh Soodabeh (1394). Analysis of people's participation in the construction of educational spaces: Quarterly Journal of Socio-Cultural Development Studies, 4 (3), 39-58.

- Sepehri, Hussein. (1993). Exploring ways to attract people's participation in education. Education Management Research Quarterly, 1 (1), 130-113. (in persian)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17358191.1399.20.79.8.0]