مشارکت خیّرین در تولید منابع نظام سلامت ایران

علی محمد مصدق راد [۱]، مریم تاجور [۲]، فاطمه احتشامی [۳*]

۱. استاد گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشیار گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: فاطمه احتشامی، Email: fateme.eht@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: خیرخواهی و انسان‌دوستی به کمک‌های فردی برای خیر عمومی، تسکین درد و رنج و ارتقای کیفیت زندگی مردم اشاره دارد. خیّرین در تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت مشارکت دارند. این مطالعه با هدف تبیین نحوه مشارکت خیّرین در تولید منابع نظام سلامت ایران و عوامل مؤثر بر آن انجام شد.

روش‌شناسی: این پژوهش کیفی با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته و تحلیل اسناد در سال ۱۳۹۷ انجام شد. مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با ۳۸ نفر از خیّرین سلامت و ۲۶ نفر از سیاست‌گذاران، مدیران و کارشناسان حوزه معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به‌صورت هدفمند و به روش گلوله برفی تا مرحله اشباع انجام شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل موضوعی تحلیل شدند.

یافته‌ها: خیّرین سلامت در تأمین منابع سرمایه‌ای، جاری و انسانی نظام سلامت ایران مشارکت دارند. تأمین منابع سرمایه‌ای شامل وقف و اهدای املاک و مستغلات، ساخت، توسعه و بهره‌برداری از پروژه‌های عمرانی و تأمین تجهیزات سرمایه‌ای است. تأمین منابع جاری شامل تعمیر و بازسازی مراکز بهداشتی و درمانی و تأمین دارو و ملزومات مصرفی است. هم‌چنین، خیّرین به‌صورت مشارکت نیروهای داوطلب سلامت و به‌کارگیری کارکنان در مراکز درمانی خیریه در تأمین منابع انسانی نظام سلامت کشور مشارکت دارند. عوامل اقتصادی، مدیریتی، قانونی، رفتاری، اخلاقی، محیطی و فناوری بر مشارکت خیّرین در تولید منابع نظام سلامت ایران تأثیر می‌گذارند.

نتیجه‌گیری: خیّرین مشارکت گسترده‌ای در توسعه منابع نظام سلامت ایران دارند. عوامل متعددی در داخل و خارج نظام سلامت بر مشارکت خیّرین سلامت اثر می‌گذارد. سیاست‌گذاران و مدیران سلامت با ارتقای آگاهی خیّرین، تشویق و حمایت از آن‌ها باید منابع آن‌ها را به سمت اولویت‌های نظام سلامت هدایت کنند.

واژگان کلیدی: خیریه‌ها، داوطلبان، جمع‌آوری کمک‌های مالی، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۱۰ | تاریخ پذیرش:۱۴۰۲/۰۶/۲۷| تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۷/۰۸

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

مقدمه

نظام سلامت شامل "سازمان‌ها، گروه‌ها و افرادی است که وظایف سیاستگذاری، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت را با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم؛ پاسخ‌گویی به انتظارات آن‌ها و حمایت مالی از ایشان در مقابل هزینه‌های سلامت بر عهده دارند" (۱). حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، تولید منابع (نیروی انسانی سلامت؛ تسهیلات، تجهیزات، داروها و واکسن‌ها؛ و سیستم اطلاعات سلامت) و ارائه خدمات سلامت از وظایف اصلی نظام سلامت برای دستیابی به این اهداف است (۲). یک نظام سلامت اثربخش و کارآمد بر پایه داشتن کارکنان آموزش دیده و با انگیزه، زیرساخت‌ها و تسهیلات به خوبی نگهداری شده، و عرضه مطمئن داروها و فناوری‌ها، با پشتوانه بودجه کافی، برنامه‌های بهداشتی و درمانی قوی و سیاست‌های مبتنی بر شواهد ساخته شده است.

افزایش جمعیت، افزایش سالمندان، افزایش بیماری‌های مزمن و نوپدید، استفاده از فناوری‌ها و روش‌های مدرن تشخیصی و درمانی، تقاضای زیاد برای خدمات سلامت، خطاهای پزشکی، افزایش قیمت داروها و افزایش تعرفه خدمات سلامت، موجب افزایش هزینه‌های نظام سلامت شده است (۳). منابع مالی نظام سلامت از طریق بودجه عمومی دولت، بیمه‌های سلامت، کمک‌های خیّرین و پرداخت مستقیم مردم تأمین می‌شود. مخارج سلامتی مردم دنیا در سال ۲۰۲۰ میلادی به ۹ تریلیون دلار یا ۱۰.۸ درصد تولید ناخالص داخلی جهانی رسید (۴). سرانه هزینه سلامت مردم جهان ۱۱۷۷ دلار آمریکا بود (۵). حدود ۶۳.۲ درصد مخارج سلامت مردم دنیا از منابع عمومی، ۳۶.۶۶ درصد از منابع خصوصی و ۰.۲ درصد از کمک‌های خارجی تأمین شده بود. هزینه‌های سلامت در کشورهای با درآمد پایین بیشتر توسط پرداخت مستقیم از جیب (۴۴ درصد) و کمک‌های خارجی (۲۹ درصد) تأمین مالی می‌شوند (۴). کمک‌های مردمی بخش زیادی از منابع مالی سلامت کشورهای با درآمد کم و متوسط را تأمین می‌کند.

کمک‌های مردمی علاوه بر تأمین منابع بیشتر برای بخش سلامت، منجر به تقویت انسجام اجتماعی و مشارکت مردم در حوزه سلامت می‌شود. میزان کمک‌های خیریه در بخش سلامت در جهان در سال ۲۰۲۱ میلادی حدود ۳۴.۹ میلیارد دلار آمریکا بود. کشورهای ایالات متحده (۱۴.۶ میلیارد دلار)، آلمان (۴.۷ میلیارد دلار)، بریتانیا (۲.۴ میلیارد دلار)، ژاپن (۱ .۲میلیارد دلار)، فرانسه (۲ میلیارد دلار) و کانادا (۱.۹ میلیارد دلار) بیشترین کمک‌های خیریه را داشتند. بیشتر این کمک‌های خیریه صرف کنترل بیماری کوید-۱۹[1]، کنترل بیماری‌های واگیر مثل ایدز، سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، مراقبت‌های بهداشت باروری، کنترل بیماری‌های عفونی، مراقبت‌های بهداشت اولیه، برنامه‌های تنظیم خانواده و کنترل مالاریا[2] شد (۶).

[1] Covid-19

[2] Malaria

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

اصطلاحاتی مثل رفتار اجتماع‌دوستانه[1]، رفتار بشردوستانه[2] و نوع‌دوستی[3] به عمل بخشش به محرومان بدون چشم‌داشت و انتظار چیزی داشتن اشاره دارد که عموماً برای افراد دیگر سودمند باشد. انسان‌دوستی از نظر لغوی به معنای عشق به نوع بشر، خیرخواهی نسبت به انسان‌ها و حسن نیت کلی اشاره دارد (۷). انسان‌دوستی به‌عنوان یک مسئولیت اخلاقی، به کمک‌های فردی برای خیر عمومی، تسکین درد و رنج و ارتقای کیفیت زندگی مردم اشاره دارد.

نظام سلامت ایران از نوع ترکیبی بوده و بخش‌های دولتی، خصوصی و غیر انتفاعی در تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت مشارکت دارند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نقش پر رنگی در تأمین مالی، تولید منابع، ارائه خدمات سلامت و ارزشیابی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی دارد. وزارت بهداشت وظیفه تأمین مالی و ارائه رایگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه را در مراکز بهداشتی دولتی بر عهده دارد. بخش‌های خصوصی و غیرانتفاعی بیشتر درگیر تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت تخصصی هستند (۸). سرانه هزینه سلامت مردم ایران از ۸۱ دلار آمریکا در سال ۲۰۰۰ به ۵۷۳ دلار در سال ۲۰۲۰ میلادی افزایش یافت. حدود ۳۷ درصد هزینه‌های سلامت کشور در سال ۲۰۲۰ میلادی توسط پرداخت مستقیم از جیب مردم تأمین مالی شد (۵). بنابراین، علاوه‌بر افزایش سهم بودجه عمومی و بیمه‌های سلامت، باید از مشارکت خیّرین هم در تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت استفاده کرد.

خیّرین سلامت ایران منابع مالی مورد نیاز بخش سلامت را از طریق مجمع خیّرین سلامت، مؤسسات خیریه سلامت، توزیع و جمع‌آوری صندوق کمک مالی میان اقشار مختلف جامعه، شبکه‌های اجتماعی و برگزاری مراسم‌های هدفمند، جذب می‌کنند و صرف توسعه فضاهای فیزیکی، تأمین تجهیزات و مواد مصرفی، پرداخت حقوق و دستمزد کارکنان سلامت و پرداخت هزینه‌های بیماران می‌کنند (۹). خیّرین سلامت خدمات سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را در سطوح پیشگیری، درمانی و بازتوانی ارائه می‌کنند (۱۰).

مجمع خیّرین سلامت کشور به‌عنوان یک سازمان مردم نهاد، با هدف شناسایی و ساماندهی خیّرین سلامت کشور و هدایت کمک‌های خیّرین و مشارکت‌های مردمی به سمت اولویت‌های حوزه سلامت کشور در سال ۱۳۸۸ تأسیس شد. تعداد کل خیّرین سلامت ایران ۱۳۱۳۸ نفر در سال ۱۳۹۴ بوده است. ارزش ریالی کمک‌های خیّرین نیکوکار ۷۹۸۵ میلیارد ریال در این سال بود که صرف احداث، توسعه، بازسازی و تجهیز بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی شده است (۱۱).

ایندکس جهانی بخشش[4] شامل شاخص‌های کمک به فرد ناشناس نیازمند کمک، اهدای پول به خیریه و انجام فعالیت‌های کاری داوطلبانه است. کشور ایران در سال

[1] Prosocial behavior
[2] Philanthropic behavior
[3] Altruism
[4] World Giving Index

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

۲۰۲۲ میلادی با کسب امتیاز ۴۳ درصد رتبه ۴۸ را از بین ۱۱۹ کشور مورد بررسی از نظر این ایندکس به‌دست آورد. کشورهای اندونزی (۶۸ درصد)، آمریکا (۵۹ درصد)، نیوزلند (۵۴ درصد)، سیرالئون (۵۱ درصد) و زامبیا (۵۰ درصد) در رتبه‌های اول تا پنجم دنیا قرار داشتند (۱۲). بنابراین، می‌توان گفت که مردم ایران هم‌چنان در امور خیریه مشارکت فعالی دارند. بخشش و انجام کارهای خیر برای فرد خیّر و جامعه اثرات مثبتی به همراه دارد. بخشش و کار خیر موجب شادی و رضایت از زندگی (۱۳-۱۴)، کاهش افسردگی (۱۵-۱۶) و افزایش امید زندگی فرد (۱۷) می‌شود. یکی از مهم‌ترین تأثیرات اعمال نیکوکارانه بر سلامت روان فرد است. اقدامات خیرخواهانه باعث ایجاد احساس بهتر برای فرد نیکوکار می‌شود.

خیّرین سلامت می‌توانند و باید در حاکمیت، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت مشارکت داشته باشند. این پژوهش با هدف تبیین نحوه مشارکت خیّرین در تولید منابع نظام سلامت ایران و شناسایی عوامل مؤثر بر آن انجام شد. نتایج پژوهش اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاست‌گذاران و مدیران سلامت کشور برای تقویت مشارکت خیّرین در تولید منابع سلامت قرار می‌دهد.

روش‌شناسی

این پژوهش کیفی با روش پدیدارشناسی تفسیری[1] در سال ۱۳۹۷ انجام شد. پدیدارشناسی علم مطالعه، توصیف و تفسیر دقیق پدیده‌های مختلف زندگی است. در این نوع پژوهش، تجربه، ادراک و احساس افراد پیرامون موضوع موردنظر مطالعه می‌شود (۱۸). پدیده‌ها شامل واقعیت‌ها، موقعیت‌ها، تجارب یا مفاهیم هستند. خیّرین نقش بسزایی در تولید منابع نظام سلامت دارند. ولیکن، نوع، نحوه و چگونگی مشارکت آن‌ها در تولید منابع نظام سلامت ایران و عوامل مؤثر بر مشارکت آن‌ها به طور کامل مشخص نشده است. بنابراین، در این مطالعه به بررسی، توصیف و تبیین نحوه مشارکت خیّرین در تولید منابع نظام سلامت ایران پرداخته شده است. پدیدارشناسی تفسیری به شناسایی، توصیف، تبیین و تفسیر رفتار خیرخواهانه خیّرین در تولید منابع نظام سلامت ایران کمک می‌کند و شامل سه مرحله درک اولیه موضوع پژوهش؛ انجام مطالعه و جمع‌آوری اطلاعات؛ و تمرکز و تأمل بر روی داده‌ها است (۱۹). پژوهشگران قبل از انجام این پژوهش به‌اندازه کافی اطلاعات در مورد موضوع مطالعه به‌دست آوردند تا بتوانند داده‌ها و اطلاعات بیشتر و عمیقی را جمع‌آوری کنند و تفسیر بهتری از یافته‌های پژوهش داشته باشند.

داده‌های پژوهش از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با خیّرین سلامت، سیاست‌گذاران، مدیران و کارشناسان حوزه معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور (ارزشیابی چندگانه) جمع‌آوری شد. این افراد بیشترین آگاهی و اطلاعات را در زمینه مشارکت خیّرین در حوزه سلامت داشتند. سؤالات مصاحبه در خصوص نحوه مشارکت خیّرین در تولید منابع نظام سلامت و عوامل مؤثر

[1] Interpretive phenomenology

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

بر مشارکت آن‌ها بود که باتوجه به اهداف پژوهش و مطالعات مشابه قبلی طراحی شد. انجام مصاحبه‌ها به‌صورت هدفمند و سپس، به روش گلوله برفی تا مرحله اشباع داده‌ها ادامه یافت. تعداد ۳۸ نفر از خیّرین سلامت و ۲۶ نفر از سیاست‌گذاران، مدیران و کارشناسان حوزه معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در این پژوهش شرکت کردند. بیشتر مصاحبه شوندگان مرد (۶۸.۸ درصد)، متأهل (۸۵.۹ درصد)، در رده سنی بالای ۵۵ سال (۴۵.۳ درصد)، دارای تحصیلات فوق لیسانس (۲۳.۵ درصد) و دارای ۲۰-۱۰ سال سابقه فعالیت در امور خیریه (۳۱.۲ درصد) بودند (جدول ۱).

مصاحبه‌ها با درخواست وقت قبلی و در محل کار مصاحبه‌شوندگان انجام شد. میانگین زمان مصاحبه ۲۷ دقیقه (حداقل ۱۹ و حداکثر ۳۵ دقیقه) بود. مصاحبه‌ها به‌صورت عمیق از طریق ضبط صدا و یادداشت‌برداری انجام شد. مصاحبه با دو نفر از مدیران به‌دلیل محدودیت وقت آن‌ها در دو نوبت و با بقیه افراد در یک نوبت انجام شد.

مدیران مصاحبه شونده با حرف M و خیّرین سلامت با حرف D در این مقاله مشخص شدند. درصورت تمایل مصاحبه شوندگان متن مصاحبه‌ها پس از تایپ شدن در نرم‌افزار Word برای آن‌ها ارسال شد تا ضمن تأیید، مطالبی را اضافه یا کم کنند.

هم‌چنین، از تحلیل اسناد و قوانین بالادستی در زمینه مشارکت خیّرین در حوزه سلامت برای تقویت این پژوهش استفاده شد. ۱۸ سند مرتبط با امور خیریه و خیّرین از جمله قانون، بخشنامه، اساسنامه، آئین‌نامه، تفاهم‌نامه، دستورالعمل و شیوه‌نامه با جستجو در پایگاه ملی اطلاع‌رسانی قوانین و مقررات کشور و وب‌سایت‌های معتبر و مراجعه حضوری به سازمان‌ها و نهادهای مربوطه از جمله وزارت بهداشت و مجمع خیّرین سلامت کشور و نیز مشورت با صاحب‌نظران، جمع‌آوری شد (جدول ۲). از پروتکل دالگلیش و همکاران شامل چهار مرحله جمع‌آوری اسناد، استخراج داده‌ها، تحلیل داده‌ها و تفسیر نتایج استفاده شد (۲۰).

جدول ۱- اطلاعات جمعیت شناختی مصاحبه شوندگان

متغیر	خیّرین		مدیران و کارشناسان		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت						
زن	۱۲	۳۱.۶	۸	۳۰.۸	۲۰	۳۱.۲
مرد	۲۶	۶۸.۴	۱۸	۶۹.۲	۴۴	۶۸.۸
تأهل						
غیر متأهل	۶	۱۵.۷	۳	۱۱.۶	۹	۱۴.۱
متأهل	۳۲	۸۴.۳	۲۳	۸۸.۴	۵۵	۸۵.۹
سن						
۳۵ -۲۵ سال	۶	۱۵.۸	۳	۱۱.۶	۹	۱۴.۱
۴۵-۳۶ سال	۴	۱۰.۵	۱۰	۳۸.۵	۱۴	۲۱.۹

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

۵۵-۴۶ سال	۱۰	۲۶.۳	۲	۷.۶	۱۲	۱۸.۷
بالای ۵۵ سال	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
فوق دیپلم	۵	۱۳.۲	۰	۰	۵	۷.۸
لیسانس	۷	۱۸.۴	۵	۱۹.۲	۱۲	۱۸.۷
فوق لیسانس	۹	۲۳.۷	۶	۲۳.۱	۱۵	۲۳.۵
دکترا تخصصی	۳	۷.۸	۶	۲۳.۱	۹	۱۴.۱
پزشک عمومی	۱	۲.۷	۹	۳۴.۶	۱۰	۱۵.۶
سابقه فعالیت در حوزه امور خیریه						
۱۰-۱ سال	۱۲	۳۱.۶	۳	۱۱.۶	۱۵	۲۳.۵
۲۰-۱۰ سال	۹	۲۳.۷	۱۱	۴۲.۲	۲۰	۳۱.۲
۳۰-۲۱ سال	۶	۱۵.۸	۹	۳۴.۶	۱۵	۲۳.۵
بالای ۳۰ سال	۱۱	۲۸.۹	۳	۱۱.۶	۱۴	۲۱.۸

جدول ۲- اسناد، قوانین و مقررات مرتبط با مشارکت خیّرین در تولید منابع نظام سلامت

عنوان سند	سال
اصل ۲۹ قانون اساسی	۱۳۵۸
ماده ۱۰ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱۳۶۴
دستورالعمل نحوه برخوداری مؤسسات خیریه عام‌المنفعه از معافیت موضوع بند (ط) ماده ۱۳۹ اصلاحی قانون مالیات‌های مستقیم	۱۳۸۰
آئین‌نامه تأسیس و اداره مراکز خیریه بهداشتی و درمانی	۱۳۸۰
آئین‌نامه اجرایی تأسیس و فعالیت سازمان‌های غیردولتی	۱۳۸۴
اساسنامه مجمع خیّرین سلامت کشور	۱۳۸۸
نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت	۱۳۹۰
ماده ۱۷۲ قانون مالیات‌های مستقیم	۱۳۹۱
آئین‌نامه شورای خیّرین سلامت دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کشور	۱۳۹۳
دستورالعمل کشوری جلب مشارکت خیّرین و واقفین سلامت	۱۳۹۳
آئین‌نامه ماده ۱۰ الحاق قانون تنظیم مربوط به تکمیل پروژه‌های نیمه تمام با مشارکت خیّرین	۱۳۹۴
ماده ۱۳۹ قانون مالیات‌های مستقیم	۱۳۹۴
تفاهم‌نامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان اوقاف و امور خیریه	۱۳۹۳
دستورالعمل پلاک‌کوبی اموال اهدایی از سوی خیّرین به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور	۱۳۹۶
تفاهم‌نامه مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بانک قرض الحسنه مهر ایران	۱۳۹۶
آئین‌نامه تشکیل شعب مجمع خیّرین	۱۳۹۶
ماده ۶۵ بند ث قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران	۱۳۹۵
ماده ۸۰ بند ب قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران	۱۳۹۵

از روش تحلیل موضوعی[1] شش مرحله‌ای براون و کلارک[2] شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجو برای تم‌ها، مرور تم‌ها، تعریف تم‌ها و تهیه گزارش، برای تحلیل داده‌ها استفاده شد (۲۱). متن مصاحبه چند بار مرور

[1] Thematic analysis

[2] Braun & Clarke

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

شد تا کدها از نقل قول‌ها استخراج شوند. سپس، کدها براساس شباهت موضوعی در قالب تم‌هایی دسته‌بندی شدند. تم‌ها چند بار مرور شدند و در صورت نیاز اصلاح و تعریف عملیاتی شدند. در نهایت، تم‌ها با استفاده از کدهای شناسایی شده و نقل قول‌های مرتبط مصاحبه‌شوندگان در قالب یک داستان هدفمند به‌صورت گزارش ارائه شد. نسخه ۱۱ نرم افزار مکسودا[1] برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. استفاده از روش‌های مصاحبه و تحلیل اسناد، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، انجام مصاحبه‌های پایلوت، صرف زمان کافی برای مصاحبه، بررسی موضوع از زوایای مختلف، جمع‌آوری هرچه بیشتر اطلاعات و شواهد، مقایسه دائم بین اطلاعات به‌دست آمده، ارسال یافته‌ها برای نمونه‌ای از مصاحبه‌شوندگان و لحاظ کردن نظرات تکمیلی آن‌ها و تبادل نظر با اساتید منجر به افزایش اعتبار پژوهش شد. شرح دقیق و کامل محیط پژوهش و مراحل انجام پژوهش امکان قضاوت در مورد پایایی و تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش را فراهم کرده است. ملاحظات اخلاقی پژوهش عبارتند از اخذ کد اخلاق IR.TUMS.SPH.REC.1396.3633 از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، آزاد بودن مصاحبه شوندگان نسبت به شرکت در مصاحبه، کسب اجازه درخصوص ضبط صدا، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی آن‌ها و عدم دخالت نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها.

یافته‌ها

نحوه مشارکت خیّرین در تولید منابع سلامت ایران

نحوه مشارکت خیّرین در تولید منابع نظام سلامت ایران به‌صورت تأمین منابع سرمایه‌ای، جاری و انسانی است. منابع سرمایه‌ای شامل وقف و اهدای املاک و مستغلات، ساخت، توسعه و بهره‌برداری از پروژه‌های عمرانی بهداشتی و درمانی و تأمین تجهیزات سازمان‌های بهداشتی و درمانی است. منابع جاری شامل تعمیر و بازسازی زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی و واحدهای ارائه خدمات سلامت و تأمین دارو و مواد مصرفی است. درنهایت، تأمین منابع انسانی نظام سلامت شامل مشارکت نیروهای داوطلب سلامت و به‌کارگیری کارکنان در مراکز درمانی خیریه است (جدول ۳).

جدول ۳- نحوه مشارکت خیّرین در تولید منابع نظام سلامت

منابع اصلی	منابع فرعی
سرمایه‌ای	وقف و اهدای املاک و مستغلات
	ساخت، توسعه و بهره‌برداری از پروژه‌های عمرانی بهداشتی و درمانی
	تأمین تجهیزات سرمایه‌ای سازمان‌های بهداشتی و درمانی
جاری	تعمیر و بازسازی زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی و واحدهای ارائه خدمات سلامت
	تأمین دارو و مواد مصرفی
انسانی	مشارکت نیروهای داوطلب سلامت
	به‌کارگیری کارکنان در مراکز درمانی خیریه

[1] MAXQDA

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

نحوه تأمین منابع سرمایه‌ای نظام سلامت

تأمین منابع سرمایه‌ای توسط خیّرین سلامت شامل وقف و اهدای املاک و مستغلات، ساخت، توسعه و بهره‌برداری از پروژه‌های عمرانی و تأمین تجهیزات سازمان‌های بهداشتی و درمانی است.

الف- وقف و اهدای املاک و مستغلات

وقف و اهدای املاک و مستغلات همواره در کشور ایران مرسوم بوده است. یکی از مدیران وزارت بهداشت درخصوص تاریخچه وقف این چنین توضیح داد:" انیستیتو پاستور ایران یک مرکز کاملاً موقوفه و خیریه است. فردی به نام فرمانفرما حدود ۸۰ سال پیش یک زمین حدود ۱۲ هزار متر مربع را در میدان پاستور تهران وقف کرد. انیستیتو پاستور در واقع بزرگ‌ترین و قدیمی‌ترین مرکز تحقیقاتی واکسن‌سازی در ایران است. هم‌چنین، بیمارستان خیریه‌ای در شهر تهران بیش از ۳۰ سال وقف شده است. خیّر وقف‌نامه‌ای تنظیم کرده که ثروت فرد واقف و عواید بیمارستان باید در راستای هزینه بیماران نیازمند، در راه‌ماندگان، مستضعفان و مستمندان باشد" (M4).

از اهداف تفاهم‌نامه بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان اوقاف و امور خیریه در سال ۱۳۹۳ کمک به عمران، احیاء، مرمت، بازسازی و توسعه موقوفات درمانی کشور و نیز تأمین نیازهای اماکن و مراکز درمانی و بهداشتی تحت پوشش سازمان اوقاف و امور خیریه و ساماندهی وضعیت بیمارستان‌ها و مراکز درمانی وقفی و تحت پوشش سازمان اوقاف و امور خیریه است. یکی از خیّرین شهر تهران در این راستا گفت: "یک زن خیّر مسن ملک خود را وقف یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور کرد. ایشان [خیّر] در وقف‌نامه از دانشگاه خواست که عرصه و اعیان ملک به صورت درمانگاه برای درمان بیماران مورد استفاده قرار گیرد" (D17).

ب- ساخت، توسعه و بهره‌برداری از پروژه‌های عمرانی بهداشتی و درمانی

مشارکت خیّرین در ساخت مراکز بهداشتی و درمانی مثل خانه‌های بهداشت، مراکز خدمات جامع سلامت، بیمارستان‌های تخصصی و فوق‌تخصصی، کلینیک و پاراکلینیک‌ها، همراه‌سراها، مراکز آموزشی و پژوهشی، دانشکده و خوابگاه‌های دانشجویی مشهود است. در ماده ۸۰ قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور به بسط و توسعه نقش مردم و سازمان‌های مردم نهاد در حوزه‌های مشارکت‌های گروهی و تأمین مالی مبتنی بر رویکرد خیر اجتماعی و تلاش برای جلب مشارکت بیشتر ذینفعان در تأمین منابع مورد نیاز اشاره شده است. هم‌چنین، دستگاه‌های اجرایی براساس ماده ۲ آئین‌نامه ماده ۱۰ الحاق قانون تنظیم مربوط به تکمیل پروژه‌های نیمه‌تمام با مشارکت خیّرین، مجازند که پروژه‌های خود را براساس تفاهم‌نامه با خیرین و با استفاده از مشارکت آن‌ها تکمیل کنند. بنابراین، خیّرین با مراجعه به دانشگاه‌های علوم پزشکی ممکن است زمین، ساختمان و سایر مستغلات خود را به دانشگاه واگذار کنند. نحوه مدیریت و بهره‌برداری

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

طی عقد تفاهم‌نامه بین دانشگاه علوم پزشکی و خیّرین تعیین می‌شود. یکی از رؤسای ادارات وزارت بهداشت هم به این موضوع اشاره کرد: "خیّرین از طریق تفاهم‌نامه ممکن است یک زمین را هبه کنند و حتی ساخت و ساز آن را به عهده بگیرند و مدیریت و بهره برداری آن را به دانشگاه علوم پزشکی بدهند؛ یا خودشان [خیّرین یا واقفین] ساخت آن را برعهده بگیرند" (M4).

مدیر حوزه مشارکت‌های اجتماعی یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی استان سیستان و بلوچستان نسبت به ساخت و ساز مراکز درمانی از طریق خیّرین سلامت چنین گفت: "به دلیل نیاز در منطقه‌ی ما تعدادی پروژه عمرانی توسط خیّرین ساخته شد. اخیراً ساخت و بهره‌برداری یک پایگاه فوریت‌های پزشکی در دست اجرا می‌باشد" (M2). مدیر حوزه مشارکت‌های اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر نیز گفت:"در منطقه ما خیلی از خیّرین در ساخت خانه‌های بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت با دانشگاه مشارکت داشتند" (M10).

تعدادی از خیّرین شرکت‌کننده در پژوهش در ساخت، توسعه و بهره‌برداری از پروژه‌های عمرانی مشارکت کرده‌اند. یکی از خیّرین فعال در حوزه سلامت اظهار نمود:" من با کمک سایر خیّرین یک درمانگاه برای بیماران دیالیزی، یک طبقه اورژانس و درمانگاه برای بیماران MS و یک ساختمان برای بازآموزی و آموزش معلولین ساختیم" (D15). یکی دیگر از خیّرین نسبت به ساخت یک مرکز تخصصی برای بیماران مبتلا به سرطان در شهر تهران گفت: "در حال حاضر در تدارک شروع ساخت یک مرکز جامع سرطان و شیمی‌درمانی هستیم. مراحل اولیه آن [مرکز جامع سرطان] انجام شده است" (D14). خیّر دیگری در شهر ارومیه بیان کرد: "حدود ۲۰ سال پیش با کمک یک فرد خیّر درمانگاهی برای بیماران سرطانی راه‌اندازی شد. در حال حاضر توسعه پیدا کرده است. یکی از پیشرفته‌ترین مراکز رادیوتراپی و شیمی درمانی در استان را داریم. هم‌چنین، خیّرین برای رفاه همراهان بیمار به‌دلیل اقامت طولانی مدت برای درمان، یک همراه سرا ساختند" (D4).

مشارکت خیّرین فقط به ساخت و ساز مراکز درمانی محدود نمی‌شود. خیّرین در ساخت مراکز آموزشی در دانشگاه‌های علوم‌پزشکی، همراه‌سراها و خوابگاه‌های دانشجویی نیز مشارکت دارند. طبق ماده ۶۵ بند ث قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، دولت موظف است تا با تشویق خیّرین و واقفین و رفع موانع موجود، به‌گونه‌ای برنامه‌ریزی کند تا سهم وقف و خیریه از تأمین مالی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی و فناوری افزایش یابد. در این راستا یکی از مدیران دانشگاه علوم پزشکی تهران گفت: "خیّرین در ساخت خوابگاه‌های دانشجویی در سال‌های پیش‌تر مشارکت داشتند. خوابگاه به نام خیّر نام‌گذاری می‌شد. در حال حاضر هم خیّرین در ساخت خوابگاه‌های دانشجویی مشارکت دارند" (M6). یکی از خیّرین عضو مجمع خیّرین سلامت استان فارس نیز گفت: "خیّر در یک قطعه زمین به متراژ حدود ۳۴ هکتار یک بیمارستان ساخت. هم‌چنین، [خیّر] ساخت یک دانشکده پرستاری را در شهرستان تقبل کرد" (D11). یکی

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

از خیّرین استان آذربایجان غربی نسبت به ساخت یک مرکز خدمات جامع سلامت اشاره کرد: "در ابتدا با هماهنگی مسئولین مربوطه از جمله استاندار، فرماندار و رئیس دانشگاه علوم‌پزشکی تصمیم به بازسازی یک خانه بهداشت قدیمی در روستا گرفتم، اما، بعد از مدتی باتوجه به کمبودهای بهداشتی درمانی منطقه و در ارتباط با دانشگاه علوم پزشکی، یک مرکز خدمات جامع سلامت با هزینه حدود ۸۰۰ میلیون تومان در یک‌سال ساختم" (D28).

تعدادی از مدیران حوزه سلامت معتقد بودند که خیّرین تمایل بیشتری برای ساخت و ساز مراکز درمانی نسبت به سایر حوزه‌های سلامت دارند. یکی از مدیران ارشد وزارت بهداشت گفت: "در واقع رویکرد بسیاری از خیّرین به سمت بیمارستان‌سازی یا ساخت درمانگاه است. مشارکت خیّرین عمدتاً به‌صورت ساخت و ساز می‌باشد" (M3). یکی دیگر از رؤسای اداره کل خیّرین و مؤسسات خیریه سلامت وزارت بهداشت نیز این‌گونه اشاره کرد: "درحال حاضر مشارکت خیّرین بیشتر در حوزه ساخت و ساز است. خیّرین بیشتر تمایل به ساخت یک مرکز درمانی دارند" (M7).

ج- تأمین تجهیزات سرمایه‌ای سازمان‌های بهداشتی و درمانی

خیّرین در تأمین تجهیزات سرمایه‌ای سازمان‌های بهداشتی و درمانی مشارکت دارند. در اساسنامه مجمع خیّرین سلامت کشور نیز به تجهیز مراکز بهداشتی و درمانی مورد تأیید وزارت بهداشت اشاره شده است. یکی از کارشناسان حوزه خیّرین دانشگاه ارومیه چنین گفت: "یک خیّر مسن قصد مشارکت در بخش بهداشت و درمان را داشت. ما براساس اولویت خرید دو دستگاه دیالیز برای یکی از بیمارستان‌های استان را پیشنهاد دادیم" (M12). یکی دیگر از مدیران حوزه خیّرین سلامت استان سیستان و بلوچستان گفت: "از طریق خیّرین دندانپزشک، یک کلینیک سیار دندانپزشکی خریداری شد. هم‌چنین، ماه گذشته یک فرد خیّر حدود ۹ میلیون تومان تجهیزات پزشکی مورد نیاز یکی از بیمارستان‌های شهر را خریداری کرد" (M2). هم‌چنین، یکی از مدیران ارشد وزارت بهداشت معتقد بود: "خیّرین می‌توانند تجهیزاتی مانند میز، صندلی و تلویزیون اهدا کنند. از این طریق، آن‌ها [خیّرین] به‌طور غیر مستقیم به تأمین مالی حوزه بهداشت و درمان کمک می‌کنند" (M5).

در راستای تأمین تجهیزات سازمان‌های بهداشتی و درمانی یکی از خیّرین شهر تهران گفت: "در سال ۱۳۷۵ با مشارکت خیّرین برای یکی از درمانگاه‌های استان دستگاه رادیوتراپی و شیمی درمانی خریداری کردیم. در حال حاضر آن درمانگاه بسیار پیشرفت کرده است" (D4). یکی دیگر از خیّرین شهر تهران اشاره کرد: "در یکی از بیمارستان‌های تخصصی شهر تهران دستگاه‌ها و تجهیزات لازم را به ارزش ۱ میلیارد تومان با کمک تعدادی از خیّرین خریداری کردیم" (D8). یک فرد خیّر در شهر ارومیه بیان کرد: "یک بیمارستان به دستگاه همودیالیز نیاز داشت. به پیشنهاد یک فرد خیّر دیگر ۱۰ دستگاه همودیالیز به بیمارستان مورد نظر اهداء شد" (D25).

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

نحوه تأمین منابع جاری نظام سلامت

خیّرین با توجه به علایق و انگیزه‌های شخصی خود در حوزه‌های متعدد نظام سلامت مشارکت دارند. تعمیر و بازسازی زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی و واحدهای ارائه خدمات سلامت و تأمین دارو و مواد مصرفی نیز با مشارکت خیّرین انجام می‌شود.

الف- تعمیر و بازسازی زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی و واحدهای ارائه خدمات سلامت

خیّرین در تعمیر و بازسازی واحدهای ارائه خدمات سلامت در تمام سطوح نظام سلامت و زیرساخت‌های بهداشتی درمانی از جمله دانشکده‌های علوم پزشکی، همراه‌سراها و خوابگاه‌های دانشجویی مشارکت دارند. رئیس اداره خیّرین وزارت بهداشت معتقد بود: "خیّرین به تعمیر، بازسازی و توسعه مراکز بهداشتی و درمانی و حتی تعمیر و بازسازی خوابگاه‌های دانشجویی ورود پیدا کردند" (M9). یکی از خیّرین سلامت فعال در حوزه بهداشت در شهر تهران و سمنان گفت: "من به تعمیر و بازسازی مراکز بهداشتی مشغول شده‌ام. اولویت من بازسازی املاک وقفی است. من افراد خیّر را نیز دعوت می‌کنم. از مشارکت آن‌ها [خیّرین] برای بازسازی، تعمیر و رنگ آمیزی درمانگاه‌های بهداشتی استفاده می‌کنم" (D1).

ب- تأمین دارو و مواد مصرفی

خیّرین در تأمین مواد مصرفی و داروهای مراکز درمانی نقش مؤثری را ایفا می‌کنند. یکی از خیّرین شهر تهران در این راستا چنین گفت: "دختر جوانی برای درمان یکی از اعضای خانواده‌اش به دارو نیاز داشت. خیّر تمام هزینه داروها را تقبل کرد. خیّر از این عمل خداپسندانه بسیار احساس خرسندی نمود" (D14).

شرکت‌ها در راستای مسئولیت اجتماعی می‌توانند در خرید تجهیزات و مواد مصرفی در حوزه سلامت مشارکت کنند. یکی از خیّرین سلامت اظهار کرد: "من شرکت‌های دارویی مثل سازندگان مکمل‌های تغذیه‌ای [ویتامین‌ها و ...] و شرکت‌های تجهیزات پزشکی را به کار خیر دعوت کردم. در حال حاضر به ۳۶۰۰۰ نفر دانش آموز مکمل‌های تغذیه‌ای رایگان توسط یک شرکت داده می‌شود" (D1). شرکت‌ها در راستای مسئولیت اجتماعی خود با گروه‌های داوطلب ارائه‌دهنده خدمات در مناطق محروم نیز مشارکت دارند. یکی از خیّرین شهر تهران گفت: "یکی از شرکت‌ها در راستای مسئولیت اجتماعی خود در بخش بهداشت، مواد مصرفی دندانپزشکی را در اختیار گروه‌های داوطلب ارائه‌دهنده خدمات قرار می‌دهد" (D16).

نحوه تأمین منابع انسانی نظام سلامت

الف- مشارکت نیروهای داوطلب سلامت

نیروهای داوطلب سلامت به‌عنوان منابع انسانی حوزه سلامت تلقی می‌شوند. یکی از مدیران وزارت بهداشت به این موضوع این‌چنین اشاره کرد: "برای غربالگری یک بیماری در یک منطقه محروم از طریق دانشجویان داوطلب یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی اقدام کردیم. هزینه ایاب و ذهاب و تغذیه

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

توسط یکی از خیّرین تأمین شد. خیّر اشتیاق و انگیزه فراوانی برای مشارکت در این زمینه نشان داد" (M13). یکی از خیّرین شهر تهران هم گفت: "خیّرین برای کمک مالی به نیروهای داوطلب ارائه دهنده خدمات در مناطق محروم مشارکت دارند. هزینه ایاب و ذهاب و تغذیه آن‌ها [نیروهای داوطلب] را می‌پردازند. خیّرین به تأمین نیروی مورد نیاز برای ارائه خدمات سلامت در مناطق محروم کشور کمک می‌کنند" (D17).

ب- به‌کارگیری کارکنان در مراکز درمانی خیریه

هم‌چنین، خیّرین با به‌کارگیری کارکنان در مراکز درمانی خیریه در تأمین منابع انسانی نیز مشارکت می‌کنند. یکی از مدیران ارشد وزارت بهداشت در این راستا گفت: "یکی از مؤسسات خیریه کشور، کارکنانی مانند مددکاران اجتماعی در بعضی از مراکز درمانی دولتی دارند و حقوق و مزایای آن‌ها را پرداخت می‌کند. خیّرین این ظرفیت را دارند که تعدادی از نیروهای کادر بالینی مورد نیاز بخش‌هایی از بیمارستان‌های دولتی را تأمین و حقوق و دستمزد آن‌ها را به صورت ماهانه پرداخت کنند" (M8). یکی دیگر از مدیران وزارت بهداشت اعلام کرد که "در راستای تأمین نیروی انسانی در مراکز درمانی خیریه می‌توانیم به تشویق پزشکان و پیراپزشکان هیأت علمی دانشگاه‌ها در ساعات غیر موظفی آن‌ها [پزشکان] بپردازیم" (M4).

عوامل مؤثر بر مشارکت خیّرین در تولید منابع سلامت

عوامل اقتصادی، مدیریتی، قانونی، رفتاری، اخلاقی، محیطی و فناوری بر تخصیص منابع خیّرین سلامت اثر می‌گذارند (جدول ۴).

جدول ۴- عوامل مؤثر بر مشارکت خیّرین در تولید منابع نظام سلامت

عوامل اصلی	عوامل فرعی
اقتصادی	ارزش پول
	ارزشیابی اقتصادی (تحلیل هزینه-منفعت و هزینه-اثربخشی)
مدیریتی	سبک مدیریت
	پاسخگویی و شفافیت
	اولویت‌های بهداشتی و درمانی براساس شدت و بار بیماری‌ها
قانونی	قوانین و مقررات بالادستی
	حمایت‌های دولتی
رفتاری	نگرش
	کنترل رفتاری
اخلاقی	عدالت و برابری
	جمعیت آسیب‌پذیر
محیطی	موقعیت جغرافیایی
	بحران‌ها و بلایا
فناوری	توسعه یافتگی علم و فناوری
	گستردگی شبکه‌های اجتماعی

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

الف- عوامل اقتصادی مؤثر بر تخصیص منابع خیّرین

ارزش پول و ارزشیابی اقتصادی بر تخصیص منابع توسط خیّرین مؤثر است. کسب و کار خیّرین سلامت باید رونق داشته باشد تا بتوانند در حوزه سلامت مشارکت بیشتری داشته باشند. رکود و تورم منجر به کاهش منابع مالی خیّرین می‌شود. از طرف دیگر، افزایش هزینه‌های بخش سلامت منجر به کاهش ارزش سرمایه خیّرین می‌شود. یکی از رؤسای اداره کل خیّرین و مؤسسات خیریه سلامت این‌گونه بیان کرد که "در سال‌های اخیر هزینه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بالا رفته است. مشارکت خیّرین به دلیل موضوعاتی مانند ارزش پول، تورم و تحریم‌ها تحت‌الشعاع قرار گرفته است، آن‌ها را با چالش‌هایی مواجه کرده است" (M4). یکی مدیران وزارت بهداشت نیز معتقد بود که "در شرایط فعلی پایین آمدن ارزش پول و قدرت خرید بر مشارکت خیّرین برای ساخت و ساز مراکز بهداشتی درمانی اثرگذار است. قیمت مصالح ساختمانی زیاد شده است و پروژه‌های آن‌ها [خیّرین] نیمه تمام مانده است" (M21). یکی از خیّرین شهر تهران در این راستا گفت: "در حال حاضر کشور از لحاظ اقتصادی در تحریم قرار گرفته است. ارزش پول تعیین کننده مشارکت خیّرین برای حوزه سلامت است" (D7).

ارزشیابی اقتصادی از عوامل مهم تخصیص منابع خیّرین در نظام سلامت محسوب می‌شود. ارزشیابی اقتصادی شامل تحلیل هزینه-منفعت و تحلیل هزینه- اثربخشی است. یکی از مدیران وزارت بهداشت چنین گفت: "در یکی از شهرستان‌های استان خراستان خیّرین تصمیم به ساخت یک بیمارستان تخصصی گرفتند. نیاز ضروری برای ساخت یک بیمارستان تخصصی در آن منطقه نبود. آن‌ها [خیّرین] اصرار کردند. طبق تفاهم‌نامه منعقده خیّرین منابع سرمایه‌ای را تأمین کردند. هم‌چنین، مقرر شد که دانشگاه منابع جاری مانند هزینه‌های پرسنلی را تأمین کند. پس از ساخت بیمارستان، دانشگاه بودجه لازم برای تأمین هزینه‌های جاری را نداشت و سرمایه خیّرین بدون استفاده مانده است" (M22). یکی دیگر از کارشناسان حوزه خیّرین وزارت بهداشت در این راستا این‌چنین گفت: " اگر خیّرین بدون مشورت با معاونت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی به ساخت و ساز مراکز درمانی و خرید تجهیزات پزشکی اقدام کنند، شاید منابع آن‌ها تلف شود" (M16).

ب- عوامل مدیریتی مؤثر بر تخصیص منابع خیّرین

سبک مدیریت، پاسخگویی و شفافیت و اولویت‌های بهداشتی و درمانی بر تخصیص منابع خیّرین اثرگذار است. یکی از مدیران وزارت بهداشت در راستای سبک مدیریت و رهبری صحیح در حوزه مشارکت‌های مردمی تأکید کرد که "خیّرین انسان‌های نیک‌اندیشی هستند. حتماً باید با آن‌ها صحیح رفتار شود. راهنمایی‌ها و مشاوره‌های درست به آن‌ها [خیّرین] از سوی مدیران داده شود. من بارها شاهد این قضیه بوده‌ام که مدیریت و رفتار نادرست مسئولین و کارکنان باعث ناراحتی آن‌ها [خیّرین] شده است" (M8). مدیریت صحیح مدیران به تقویت مشارکت خیّرین کمک می‌کند. یکی از مدیران حوزه خیّرین وزارت بهداشت گفت:

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

"سبک مدیریت در این حوزه تعیین‌کننده مشارکت‌ها خواهد بود. با مدیریت نادرست، خیّرین به حوزه سلامت ورود پیدا نمی‌کنند. مدیران باید برنامه‌ریزی درست و رفتار مناسب با آن‌ها داشته باشند" (M9). یکی از خیّرین شهر تهران نیز گفت: "من فکر می‌کنم پراکندگی مشارکت خیّرین در این حوزه به دلیل عدم صحیح مدیریت است که باعث هدر رفتن منابع آن‌ها [خیّرین] می‌شود" (D12).

پاسخگویی و شفافیت مدیران حوزه سلامت از دیگر عوامل مدیریتی در نحوه و چگونگی تخصیص منابع خیّرین است. یکی از مدیران حوزه سلامت معتقد بود که"هنگامی که کارگزاران ما با شفافیت و صداقت با خیّرین ارتباط گرفتند، ما شاهد مشارکت گسترده بوده‌ایم که باری از مشکلات مورد نظر توسط خیّرین برداشته شده است" (M4). فرد خیّر ساکن در استان فارس در راستای پاسخگویی گفت: "یکی از مدیران سازمان امور مالیاتی برای اخذ معافیت مالیاتی خیّرین براساس ماده ۱۷۲ بسیار برخورد نادرستی با آن‌ها [خیّرین متقاضی معافیت مالیاتی] دارد. این امر به عنوان یکی از مشکلات درخصوص پاسخگویی مدیران است" (D11).

شفافیت از سوی مدیران نظام سلامت نیز از اهمیت برخوردار است. یکی از مدیران ارشد وزارت بهداشت گفت: "باید گزارش دوره‌ای از عملکرد خود را در اختیار خیّرین قرار دهیم. اعتماد خیّرین از این طریق بیشتر خواهد شد" (M17). یکی دیگر از مدیران حوزه سلامت این‌چنین گفت: "ما [مدیران حوزه سلامت] باید تسهیل‌گر باشیم. با شفافیت صحیح، خیّرین را دچار بوروکراسی‌های اداری نکنیم و به قول معروف آن‌ها [خیّرین] را پشت درهای بسته نگه نداریم" (M21). یکی از خیّرین گفت: "مدیران حوزه سلامت باید عملکرد خود نسبت به خیّرین را شفاف سازی کنند.گزارش به خیّرین باعث تسلی خاطر آن‌ها و ترغیب مشارکت خواهد شد" (D1). شفافیت عملکرد و گزارشات دوره‌ای به خیّرین به تخصیص منابع خیّرین در حوزه سلامت و هدایت آن‌ها به سمت اولویت‌های نظام سلامت کمک خواهد کرد. ارائه اولویت‌های بهداشتی و درمانی براساس شدت و بار بیماری‌ها از سوی مدیران حوزه سلامت به خیّرین در تخصیص منابع آن‌ها تأثیرگذار است. مدیران حوزه سلامت با ارائه راهنمایی و مشاوره صحیح باید خیّرین را به سمت اولویت‌های حوزه سلامت هدایت کنند. یکی از مدیران دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر گفت: "در منطقه تحت پوشش دانشگاه، بیماری‌های واگیردار بیشتر شیوع دارد. خیّرین از طریق برگزاری کمپین‌های مختلف برای بیماری‌های واگیردار منطقه کمک جمع‌آوری می‌کنند" (M10). یکی دیگر از مدیران ارشد وزارت بهداشت معتقد بود که "بار بیماری‌های غیر واگیر مانند سرطان در کلان شهرها بیشتر است. امروزه شاهد ساخت بیمارستان‌های فوق تخصصی از سوی خیّرین در کلان شهرها هستیم. در مناطق کم برخوردار نیز خیّرین بیشتر به ساخت خانه‌های بهداشت می‌پردازند. اولویت‌های بهداشتی و درمانی مناطق مختلف مهم است" (M3).

براساس نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران حداقل ۵۰ درصد مشارکت خیّرین سلامت در راستای

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

ارتقای سلامت، پیشگیری و غربالگری بیماری‌های شایع در جامعه باشد. مشارکت خیّرین باید براساس اولویت‌های بهداشتی و درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی باشد. در این راستا یکی از مدیران ارشد وزارت بهداشت این‌گونه بیان کرد: "مردم در اقدامات خیرخواهانه وزارت بهداشت عمدتاً سمت حوزه درمان مانند بیمارستان و درمانگاه می‌روند. اولویت‌های وزارت بهداشت به ترتیب در حوزه فعالیت‌های پژوهشی (تولید واکسن) در حوزه بهداشت، حوزه فعالیت‌های آموزشی و دانشجویی و بعد حوزه درمان است. خیّرین عمدتاً اقدامات خیرخواهانه‌شان را در حوزه درمان سوق می‌دهند. ما [سیاست‌گذاران و مدیران سلامت] باید ساز و کاری را مهیا کنیم که مردم در موضوعات پژوهشی، آموزشی و بهداشتی بیشتر مشارکت داشته باشند" (M17). مدیر یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در راستای ارائه اولویت‌های بهداشتی درمانی به خیّرین این‌گونه اظهار کرد: "یک فرد خیّر به دانشگاه مراجعه کرد. یک قطعه زمین به ارزش ۱ میلیارد تومان را به دانشگاه واگذار نمود. دانشگاه براساس نیازسنجی‌ها در حال اخذ تصمیماتی برای استفاده از آن زمین است" (M12).

ج- عوامل قانونی مؤثر بر تخصیص منابع خیّرین

عوامل قانونی شامل قوانین و مقررات بالادستی و حمایت‌های دولتی است. طبق اصل ۲۹ قانون اساسی دولت موظف است که خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی را از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم تأمین کند. در ماده ۱۰ قانون تشکیل وزارت بهداشت نیز به جلب مشارکت مردمی و استفاده از کمک‌های خیّرین و نقش وزارت بهداشت در هماهنگی و نظارت بر امور واحدهای بهداشتی-درمانی خیّرین و تقویت آن‌ها، تسهیل و تسریع امور و مقابله با بوروکراسی و تشریفات زائد اداری اشاره شده است. سه نفر از مدیران حوزه سلامت به ماده ۱۰ قانون تشکیل وزارت بهداشت این‌گونه اشاره کردند: "در ماده ۱۰ قانون تشکیل وزارت بهداشت سال ۱۳۶۴، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف به تقویت مشارکت خیّرین شده است. حدود ۳ دهه این ماده در وزارت بهداشت مغفول مانده بود. با ایجاد معاونت اجتماعی و ذیل آن اداره کل خیّرین و خیریه‌های سلامت هدف‌گذاری و بسترسازی خوبی شکل گرفته است. با برنامه‌ریزی صحیح اهداف ماده ۱۰ قانون تشکیل وزارت بهداشت عملیاتی می‌شود" (M4, M8, M17). یکی از مدیران در راستای قوانین و مقررات حوزه خیریه چنین اظهار کرد:" خیّرین باید با قوانین و مقررات آشنا شوند. بسیاری از آن‌ها [خیّرین] با قوانین مرتبط با امور خیریه در حوزه سلامت آشنایی لازم را ندارند" (M15).

علاوه بر اهمیت قوانین و مقررات بالادستی، حمایت‌های دولتی نیز مهم است. مشارکت اثربخش خیّرین در حوزه سلامت با حمایت مدیران حوزه سلامت تسهیل می‌شود. حمایت سیاست‌گذاران و مدیران در سطوح کلان و خرد نظام سلامت از ارکان تقویت مشارکت خیّرین در حوزه سلامت محسوب می‌شود. در این راستا رئیس اداره خیّرین اشاره کرد: "من به خاطر دارم که حدود ۱۰ سال پیش یکی از معاونین بهداشت دانشگاه اصلاً حمایت درستی از خیّرین

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

و مؤسسات خیریه نداشت. بسیاری از برنامه‌ها در دوران مدیریت ایشان متوقف شد. حمایتی از خیّرین نمی‌شد. مدیر دیگری بعد ایشان به عنوان معاون بهداشتی جایگزین شد. ایشان حمایت از مشارکت خیّرین داشت. برنامه‌های خوبی عملیاتی شد" (M9). یکی از مدیران وزارت بهداشت نیز گفت:"خیّرین به تنهایی نمی‌توانند پروژه‌های کلان را عملیاتی کنند. بحث حمایت آن‌ها [خیّرین] مطرح است" (M13). یکی دیگر از مدیران حوزه سلامت معتقد بود: "باید در موضوعاتی مانند مالیات، گمرکات، واردات تجهیزات پزشکی، حامل‌های انرژی و هزینه‌های مصرفی برای خیریه‌ها تسهیل‌گری انجام دهیم" (M4). یکی از خیّرین شهر تهران نیز اشاره کرد: "ما به حمایت مدیران وزارت بهداشت نیاز داریم. درحال حاضر تعدادی از مدیران از ما حمایت می‌کنند و ما به آن‌ها اعتماد داریم. بدون حمایت مدیران ما دچار پیچ و خم‌های اداری می‌شویم" (D3). یکی دیگر از خیّرین نسبت به حمایت و تعهد مدیران اچنین گفت:" بدون حمایت مدیران سلامت قطعاً خیّرین انگیزه کمی برای مشارکت پیدا می‌کنند. ما به مدیران حامی نیاز داریم" (D35). با افزایش حمایت مدیران انگیزه مشارکت خیّرین در حوزه سلامت افزایش می‌یابد. هم‌چنین، اعتماد آن‌ها به مشارکت در نظام سلامت بیشتر می‌شود.

از جمله حمایت‌های دولتی اعطای معافیت‌های مالیاتی به خیّرین است. براساس ماده ۱۷۲ قانون مالیات‌های مستقیم، صد درصد وجوهی که به حساب‌های تعیین شده از طرف دولت به منظور بازسازی یا کمک و نظایر آن به‌صورت بلاعوض پرداخت می‌شود و هم‌چنین، وجوه پرداختی یا تخصیصی و یا کمک‌های غیر نقدی بلاعوض اشخاص اعم از حقیقی یا حقوقی جهت تعمیر، تجهیز، احداث و یا تکمیل مراکز بهداشتی و درمانی، طبق ضوابطی که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌شود، از درآمد مشمول مالیات عملکرد سال پرداخت منبعی که مودی انتخاب خواهد کرد، قابل کسر می‌باشد. هم‌چنین، براساس ماده ۱۳۹ اصلاحی سال ۱۳۹۴ قانون مالیات‌های مستقیم، آن قسمت از درآمد موقوفات عام که طبق موازین شرعی به مصرف اموری از جمله بهداشت و درمان رسد، مشروط بر اینکه درآمد و هزینه‌های مزبور به تأیید سازمان اوقاف و امور خیریه رسیده باشد، از پرداخت مالیات معاف است. یکی از مدیران وزارت بهداشت معتقد بود:"دولت می‌تواند حمایت‌هایی از جمله معافیت مالیاتی، تسهیل در ارائه مجوز مراکز درمانی خیریه و کاهش بوروکراسی‌های اداری را برای خیّرین در نظر بگیرد" (M13).

د- عوامل رفتاری مؤثر بر تخصیص منابع خیّرین

عوامل رفتاری بر تخصیص منابع خیّرین اثرگذار است. نگرش شامل هنجارها، ویژگی‌های شخصی، دانش زمینه‌ای، رفتار گذشته و تجربه گذشته است. هنجارها شامل هنجار اخلاقی، توصیفی و هنجار ذهنی است. اعتقادات، باورها و ارزش‌ها، هنجار اخلاقی را تقویت می‌کنند. مذهب یکی از عوامل مؤثر بر اعتقادات افراد است. یکی از خیّرین فعال شهر تهران و سمنان معتقد بود که "خیّرین به دلیل اعتقادات و باورهای فردی فعالیت خیرخواهانه انجام می‌دهند. کار خیرخواهانه براساس اعتقادات و اصول اخلاقی

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

شکل می‌گیرد" (D1). یکی از خیّرین در راستای هنجار توصیفی گفت: "ما یک کارگروه در مجمع خیّرین تشکیل داده‌ایم. در آن بانوان خیّر جلسات دوره‌ای برگزار می‌کنند. من علاقه‌مندم در آن جلسات برای رفع قسمتی از مشکلات بهداشتی و درمانی از سوی خیّرین شرکت کنم" (D12). یکی از خیّرین دیگر اظهار کرد: "در سن کودکی پدرم را از دست دادم. خانواده من شرایط سخت اقتصادی داشتند. به‌دلیل از دست دادن پدرم در دوران کودکی، تصمیم به ساخت بیمارستان کودکان گرفتم" (D19).

گروه مرجع بر روی هنجار ذهنی خیّرین اثر می‌گذارد. یکی از خیّرین مذهبی و سرشناس شهر تهران تأثیر هنجار ذهنی بر خیّرین را این گونه توصیف کرد: "خیلی از خانواده‌های کم‌توان مالی نیازهای درمانی دارند. من در سخنرانی‌های مذهبی موارد را اعلام می‌کنم. معمولاً در جلسات مذهبی یک مقدار احساسات مردم تحریک می‌شود. ما از طریق خیّرین، هزینه‌های بیماران نیازمند را جمع‌آوری می‌کنیم. کمک‌های خیّرین براساس نیاز بیماران، هزینه می‌شود. تاکنون هزینه عمل جراحی قلب و چشم بیمارانی از مناطق محروم کشور و حتی هزینه ایاب و ذهاب بیماران را پرداخت کردیم" (D12).

ویژگی‌های شخصی فرد مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، تحصیلات، مذهب، شغل و میزان درآمد بر تغییر نگرش و تقویت نیت خیرخواهانه او مؤثر است. یکی از خیّرین حوزه سلامت در راستای نقش ویژگی‌های شخصی در تغییر نگرش افراد چنین گفت: "من در کودکی از وضع مالی خوبی برخوردار نبودم. بعد از ازدواج و با گذر زمان شغل خوبی به‌دست آوردم و تصمیم به مشارکت در فعالیت‌های خیریه در حوزه سلامت گرفتم" (D29).

دانش زمینه‌ای افراد بر نگرش آن‌ها نسبت به انجام رفتار خیرخواهانه اثر می‌گذارد. یکی از خیّرین هم‌چنین گفت: "من با توجه به اینکه در بخش سلامت مشغول هستم و ارتباطاتی که با بعضی از افراد پیدا کردم، به یکی از بیماران مبتلا به سرطان و یک بیمار مبتلا به دیابت کمک مالی مستمر دارم" (D23). کسب اطلاعات حوزه سلامت از رسانه‌های عمومی نیز در تقویت نگرش خیّرین مؤثر است. به قول یکی از خیّرین شهر سنندج "من با شنیدن اخبار مرتبط با کمبودهای حوزه سلامت و آگاهی از کمبودها و مشکلاتی مثلاً دستگاه‌های قدیمی موجود در بعضی از بیمارستان‌ها یا خطاهای پزشکی حوزه سلامت ناراحت می‌شدم. بنابراین، تصمیم به مشارکت در حوزه 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 داشتند. من برای ساخت آن مشارکت کردم" (D13).

رفتار گذشته یکی دیگر از عوامل تغییر نگرش است. یکی دیگر از خیّرین سلامت چنین گفت: "من بیش از ۱۰ سال به حوزه سلامت ورود پیدا کرده‌ام. تأمین تجهیزات و پرداخت هزینه‌های بیماران را در مدت زمان فعالیتم در حوزه سلامت چندین بار انجام داده‌ام" (D7). افراد دارای

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

یک تجربه خاص در حوزه سلامت مانند تجربه‌ی مواجه با یک بیماری خاص و حصول بهبودی یا از دست دادن فرد مهمی در زندگی بر اثر بیماری، تمایل بیشتری به مشارکت خیرخواهانه در بخش سلامت دارند. یکی از خیّرین دارای چنین تجربه‌ای گفت: "من یکی از اعضای جوان خانواده‌ام را به‌دلیل کمبود امکانات در یکی از بیمارستان‌های شهرمان از دست دادم. بعد از آن تصمیم گرفتم که یک کلینیک تخصصی بسازم که امکانات بهداشتی و درمانی شهرمان ارتقا پیدا کند" (D13). کنترل رفتار ادراک شده و احساس فرد در مورد سختی یا آسانی انجام فعالیت خیرخواهانه نیز بر مشارکت او در امور خیر تأثیرگذار است. یکی از خیّرین شهر تهران چنین گفت: "یکی از دوستان من به درمانگاه ما آمد. ایشان تا به حال کار خیرخواهانه انجام نداده بود. یک خانم بی‌بضاعت برای تأمین داروی یکی از اعضای خانواده‌اش مراجعه کرد. دوست من به سهولت تصمیم گرفت که تمام هزینه‌های دارو را تقبل نماید" (D14).

ه- عوامل اخلاقی مؤثر بر تخصیص منابع خیّرین

عدالت و برابری در حوزه سلامت مهم است. خیّرین به موضوع عدالت و برابری در تخصیص منابعشان اهمیت می‌دهند. یکی از مدیران ارشد وزارت بهداشت بیان کرد: "مشارکت خیّرین بیشتر در استآن‌های برخوردار مانند مشهد، کرمان، تبریز و... است. گروه‌های داوطلب عمدتاً در مناطق محروم خدمت می‌کنند. با توجه به موضوع عدالت در سلامت اولویت مناطق محروم و کم برخوردار است" (M17). یکی از خیّرین نیز این‌گونه گفت: "ما باید مشکلات جامعه را بررسی و براساس آن فعالیت خیریه انجام دهیم. من شاهد بودم که بیماران مبتلا به سرطان برای درمان به شهر تهران مراجعه می‌کنند. عزیمت بیماران از یک شهر به شهر دیگر عادلانه نیست. وظیفه خود می‌دانستم که با سایر خیّرین شرایط مناسبی را برای چنین بیمارانی مهیا کنیم" (D24). یکی دیگر از خیّرین شهر ارومیه اظهار کرد:"در زادگاه من کمبود امکانات بهداشتی و درمانی وجود داشت؛ به‌طوری‌که، مرکز بهداشت و درمان آمبولانس هم نداشت. مرگ و میر به علت کمبود امکانات زیاد بود. مسائل بهداشتی و درمانی عادلانه نبود. مردم از شهری به شهر دیگر برای درمان می‌روند. من تصمیم به ساخت یک مرکز خدمات جامع سلامت گرفتم" (D25).

بیشتر خیّرین تمایل به تخصیص منابع خود به سمت جمعیت‌های آسیب‌پذیر مانند بیماران خاص، سالمندان، کودکان دارای سوء تغذیه و... را دارند. یکی از خیّرین شهر سنندج گفت:"من به عنوان حامی ۸ نفر بیمار MS ماهیانه هزینه‌ای را واریز می‌کردم. بیماران نیازمند و مبتلا به بیماری MS به من معرفی شدند. سه، چهار سال این کمک‌ها تداوم داشت" (D13). یکی از خیّرین شاغل در حوزه بهداشت گفت: "من باتوجه به این‌که در بخش سلامت مشغول هستم و ارتباطاتی که با بعضی از افراد پیدا کردم، به یکی از بیماران مبتلا به سرطان و یک بیمار مبتلا به دیابت کمک مالی مستمر دارم" (D23).

و- عوامل محیطی مؤثر بر تخصیص منابع خیّرین

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

موقعیت جغرافیایی و بحران و بلایا به عنوان عوامل محیط زیستی مؤثر بر تخصیص منابع خیّرین هستند. یکی از مدیران حوزه خیّرین سلامت نسبت به موقعیت جغرافیایی برای تخصیص منابع خیّرین اظهار کرد: "یکی از خیّرین نیت ساخت مرکز خدمات جامع سلامت در جنوب شهر تهران را داشت. براساس سطح‌بندی خدمات سلامت مشاوره و راهنمایی لازم را به خیّر ارائه دادیم. ایشان نسبت به مشارکت در ساخت مرکز خدمات جامع سلامت در موقعیت جغرافیایی پیشنهادی ما براساس اولویت‌بندی تمایلی نشان نداد و اصرار به مشارکت در موقعیت جغرافیایی مد نظر خود را داشت" (M9).

بحران و بلایا یکی دیگر از عوامل مهم در تخصیص منابع خیّرین به‌شمار می‌رود. به طور مثال، خیّرین در زلزله سال ۱۳۹۶ کرمانشاه از طریق تفاهم‌نامه‌های مشترک میان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به ساخت و بازسازی مراکز بهداشتی و درمانی تخریب شده با هماهنگی و نظارت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه پرداختند. یکی از رؤسای حوزه خیّرین وزارت بهداشت گفت: "بعد از زلزله کرمانشاه اقدامات مناسبی با مشارکت خیّرین انجام شد. هزاران بسته مکمل غذایی برای کودکان توزیع شد. مبلغ مشارکت خیّرین برای ساخت و بازسازی مراکز بهداشتی و درمانی آسیب دیده حدود ۱۴۰۰ میلیارد ریال بود. تفاهم نامه‌هایی با خیّرین، مؤسسات خیّرین و شرکت‌هایی در راستای مسئولیت اجتماعی منعقد شد" (M27). یکی دیگر از مدیران حوزه سلامت اظهار کرد: "نمونه عینی مشارکت خیّرین را در تاریخ ۲۲ آذرماه سال ۱۳۹۶ با حضور وزیر بهداشت داشتیم. براساس عقد تفاهم نامه ۲۲ مرکز خدمات جامع سلامت، ۶۲ خانه بهداشت، ۵ مرکز فوریت‌های پزشکی و ۲ کلینیک تخصصی جامع دندانپزشکی با مشارکت خیّرین و شرکت‌ها در راستای مسئولیت اجتماعی ساخت و بازسازی شد" (M4).

ز- عوامل فناوری مؤثر بر تخصیص منابع خیّرین

توسعه‌یافتگی علم و تکنولوژی و گستردگی شبکه‌های اجتماعی نوع جدیدی از مشارکت خیّرین را ایجاد کرده است. این عوامل بر تخصیص منابع خیّرین در نظام سلامت اثرگذار هستند. با افزایش علم و دانش مشارکت خیّرین نیز تغییراتی کرده است. در این راستا یکی از مدیران گفت:" امروزه سایت‌های اینترنتی، فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی به جمع‌آوری کمک‌های خیّرین می‌پردازند. برگزاری کمپین‌ها مجازی شده‌اند. در یکی از کمپین‌ها برای ساخت پروژه یک آزمایشگاه برای یک منطقه محروم در استان سیستان و بلوچستان در مدت زمان ۴۸ ساعت هزینه مورد نظر تأمین شد" (M8). با افزایش علم و دانش خیّرین، تمایل به تخصیص منابع خود به سمت آموزش و پژوهش نیز پیدا می‌کنند. یکی از مدیران ارشد نظام سلامت معتقد بود: "خیّرین باید منابع خود را به سمت آموزش و پژوهش هدایت کنند. همان‌طور که ما به بیمارستان نیاز داریم، به پژوهش برای یافتن راهکار برای مسائل جدید نیازمندیم. در دنیای امروز علم و دانش، کشورها را متمایز می‌کند. خیّرین باید به این مسئله توجه کنند" (M6). یکی از خیّرین در رابطه با گستردگی شبکه‌های اجتماعی و نحوه تخصیص

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

مشارکت خیّرین در حوزه سلامت گفت: "ما برای بعضی از پروژه‌های سلامت در فضای مجازی تبلیغ می‌کنیم. فرآیند تبلیغ از طریق شبکه‌های اجتماعی در گروه‌های مختلف انجام می‌شود و خیّرین برای تأمین مالی آن پروژه کمک می‌کنند. تاکنون پروژه‌های متعددی به منظور جمع‌آوری منابع مالی برای خرید بسته‌های غذایی و خدمات پزشکی انجام شده است. در پروژه‌ای افرادی با آلودگی شپش [پدیکلوزیس] را در یکی از شهرستآن‌های کشور شناسایی کردیم. علاوه بر مشارکت دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی داوطلب از طریق فضای مجازی، منابع مالی آن پروژه نیز تأمین شد" (D16).

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تبیین مشارکت خیّرین در تولید منابع نظام سلامت ایران و عوامل مؤثر بر آن انجام شد. خیّرین در تأمین منابع سرمایه‌ای، جاری و انسانی نظام سلامت مشارکت دارند. خیّرین ایرانی از طریق وقف و اهدای املاک و مستغلات، ساخت، توسعه و بهره‌برداری از پروژه‌های عمرانی بهداشتی و درمانی و تأمین تجهیزات سرمایه‌ای سازمان‌های بهداشتی و درمانی مشارکت فعالی در تأمین منابع سرمایه‌ای نظام سلامت دارند. وقف و اهدای زمین و ساخت مراکز درمانی از گذشته در کشور ایران با توجه به بافت فرهنگی و مذهبی وجود داشته است. طبق آخرین گزارش آماری مجمع خیّرین سلامت کشور در سال ۱۳۹۴ تعداد ۷۷۲ پروژه عمرانی واحدهای درمانی به ارزش ۴۲۱۲ میلیارد ریال و در سال ۱۳۹۳ و سنوات قبل، به تعداد ۳۳۰۶ مورد به ارزش ۱۹۵۶۸ میلیارد ریال توسط خیّرین انجام شده است. زمین‌های اهدایی در سال ۱۳۹۴ به تعداد ۳۲۱ مورد به ارزش معادل ۱۷۴۸ میلیارد ریال و در سال ۱۳۹۳ و سنوات قبل برابر با ۵۲۲۷ مورد و به ارزش ۸۹۵۰ میلیارد ریال بوده است (۱۱).

تجهیزات پزشکی از اهمیت بسیار زیادی در تشخیص، درمان و آموزش و پژوهش پزشکی برخوردار هستند. خیّرین سلامت در تأمین تجهیزات سازمان‌های بهداشتی و درمانی مشارکت دارند. طبق گزارشات آماری مجمع خیّرین سلامت کشور تا سال ۱۳۹۴ تعداد کل تجهیزات پزشکی اهدایی ۳۶۰۰۰ مورد به ارزش ۲۳۶۸ میلیارد ریال بوده است (۱۱). نیازسنجی دقیق و واقعی تجهیزات پزشکی و انتخاب براساس معیارهای صحیح برای خرید تجهیزات پزشکی ضروری است (۲۲). مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید خیّرین را برای تأمین تجهیزات سازمان‌های بهداشتی و درمانی به درستی مشاوره دهند تا از اتلاف منابع آن‌ها جلوگیری شود. فرآیند خرید تجهیزات پزشکی باید به‌درستی انجام شود تا از بروز مشکلات در نگهداری و استفاده از آن‌ها در آینده جلوگیری شود. مشارکت خیّرین در تأمین منابع جاری شامل تعمیر و بازسازی زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی و واحدهای ارائه خدمات سلامت و تأمین دارو و ملزومات مصرفی است. طبق یافته‌های این پژوهش خیّرین در تعمیر و بازسازی سازمان‌های بهداشتی و درمانی نقش گسترده‌ای دارند. حدود ۵۹ درصد منابع مالی خیّرین سلامت برابر با ۲۳۷۸۰ میلیارد ریال تا سال ۱۳۹۴، صرف احداث، توسعه و بازسازی

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

مراکز بهداشتی و درمانی شده است (۱۱). دسترسی به داروها و ملزومات هم برای عملکرد خوب نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ضروری است. شرکت‌ها و سازمان‌ها در راستای مسئولیت اجتماعی خود با نیت خیرخواهانه می‌توانند به تأمین دارو و مواد مصرفی حوزه سلامت بپردازند.

خیّرین در راستای تأمین منابع انسانی نظام سلامت از طریق به‌کارگیری کارکنان در مراکز بهداشتی و درمانی خیریه و تأمین نیروهای داوطلب حوزه سلامت مشارکت دارند. نیروی انسانی برای ارائه خدمات مؤثر در نظام سلامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. خیّرین با نیت خیرخواهانه خود در ساماندهی نیروهای داوطلب برای ارائه خدمات در مناطق کمتر توسعه‌یافته کشور نقش مؤثری را ایفا می‌کنند. هم‌چنین، تأمین نیروی انسانی در مراکز درمانی خیریه نیز از اهمیت برخوردار است. عوامل اقتصادی، مدیریتی، قانونی، رفتاری، اخلاقی، محیطی و فناوری بر مشارکت خیّرین در تولید منابع نظام سلامت کشور تأثیر می‌گذارند. عوامل اقتصادی شامل ارزش پول و ارزشیابی اقتصادی بر تخصیص منابع خیّرین تأثیرگذار است. کشور ایران در حال حاضر در وضعیت تحریم، رکود اقتصادی و تورم قرار دارد. رکود اقتصادی منجر به کاهش مشارکت خیّرین در تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت می‌شود. افزایش هزینه‌های نظام سلامت نیز منجر به کاهش مشارکت خیّرین شده است. بنابراین، دولت باید حمایت‌های لازم را از خیّرین سلامت در چارچوب قوانین موجود به‌عمل آورد تا ظرفیت مشارکت آن‌ها در نظام سلامت افزایش یابد.

هم‌چنین، مدیران نظام سلامت باید مشارکت خیّرین را هدفمند کنند تا منابع محدود آن‌ها صرف پروژه‌های ارزشمند شود که ضمن افزایش انگیزه آن‌ها برای مشارکت بیشتر در بخش سلامت، از اتلاف منابع آن‌ها هم پیشگیری شود. بخش سلامت در رقابت با سایر بخش‌های عمومی کشور نظیر آموزش برای جلب مشارکت‌های مردمی است. بنابراین، مدیران سلامت باید از راهکارهای خلاقانه برای جلب مشارکت خیّرین استفاده کنند. منابع خیّرین باید مرتبط با نتایج سلامتی جامعه باشد (۹). به‌عبارتی، این منابع محدود باید صرف تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت شود که منجر به ارتقای سطح سلامتی مردم جامعه شود. بنابراین، پروژه‌های سلامتی باید ارزشیابی اقتصادی شوند و تحلیل هزینه-منفعت و هزینه- اثربخشی صورت گیرد تا منابع خیّرین صرف پروژه‌های پر بازده شود. علاوه‌بر این، مشارکت خیّرین باید برای تقویت نظام سلامت ایران جلب شود. آن‌ها می‌توانند بخشی از منابع مالی، انسانی، فیزیکی و اطلاعاتی مورد نیاز برای تقویت بلوک‌های ساختاری و فرآیندی نظام سلامت کشور را تأمین کنند.

به‌کارگیری سبک مناسب مدیریت، شفافیت و پاسخگویی و ارائه اولویت‌های بهداشتی و درمانی براساس شدت و بار بیماری‌ها از جمله عوامل مدیریتی مؤثر بر تخصیص منابع خیّرین به‌شمار می‌آیند. وزارت بهداشت باید با شناسایی مخاطرات بهداشتی و بار بیماری‌ها در کشور، اولویت‌های بخش سلامت را تعیین کند و منابع خیّرین را سازماندهی و هدایت کند و با نظارت صحیح از موازی کاری‌ها و اتلاف منابع آن‌ها جلوگیری کند. مدیریت ارتباط با خیّرین از

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. برقراری و توسعه ارتباطات اثربخش با خیّرین منجر به تقویت اعتماد و تعامل متقابل میان مدیران و خیّرین می‌شود. مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی با برگزاری جلسات دوره‌ای مستمر، نتایج مشارکت خیّرین را گزارش دهند تا منجر به تداوم اعتماد و تعهد آن‌ها شود. بنابراین، پیامدهای مشارکت خیّرین در بخش سلامت باید اندازه‌گیری شود و به‌صورت ادواری به آن‌ها گزارش داده شود. شفافیت، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری مدیران منجر به تقویت مشارکت خیّرین در بخش سلامت می‌شود. خیّرین سلامت باید ببینند که چقدر مشارکت آن‌ها در بخش سلامت منجر به بهبود سلامتی و کیفیت زندگی مردم، طولانی شدن عمر آن‌ها و بهره‌وری بیشتر آن‌ها شده است.

ظرفیت قانونی برای تقویت مشارکت خیّرین در نظام سلامت ایران وجود دارد. تدوین و ابلاغ قوانین، بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مرتبط با جذب، مدیریت و کنترل مشارکت خیّرین سلامت، عقد تفاهم‌نامه‌هایی بین وزارت بهداشت و سازمان اوقاف و امور خیریه و تصویب اصلاحیه تعرفه مراکز درمانی خیریه از جمله اقدامات اداره کل خیّرین و مؤسسات خیریه سلامت معاونت اجتماعی وزارت بهداشت بوده است. با وجود این، ابهام برخی از قوانین و مقررات و ناهماهنگی در اجرای قوانین موانعی بر سر راه مشارکت خیّرین سلامت ایجاد می‌کند (۲۳). سیاست‌گذاران و مدیران سلامت باید مشارکت خیّرین در نظام سلامت را تشویق و حمایت کنند. به‌طور مثال، معافیت‌های مالیاتی برای خیّرین سلامت منجر به افزایش مشارکت آن‌ها در بخش سلامت می‌شود (۲۴).

رفتار خیرخواهانه در حوزه سلامت یک رفتار ارادی است که تحت تأثیر عوامل مختلف قرار دارد. نگرش و کنترل رفتاری بر مشارکت خیّرین در تولید منابع مؤثر هستند. خیّرین سلامت یک رفتار هدفمند و برنامه‌ریزی شده‌ای را دنبال می‌کنند. عوامل فردی (ویژگی‌های شخصی، دانش زمینه‌ای، تجربه گذشته، رفتار گذشته، نگرش، هدف و نیت فرد)، عوامل اجتماعی (هنجارهای اخلاقی، توصیفی و ذهنی) و عوامل محیطی (کنترل رفتاری ادراک شده) بر مشارکت خیّرین در تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت تأثیر می‌گذارند (۲۵).

خیّرین سلامت به عدالت، برابری و حمایت از مردم آسیب‌پذیر توجه زیادی دارند. آن‌ها تمایل دارند که منابعشان بیشتر در استآن‌ها و شهرهای محروم کشور، صرف افراد بی‌بضاعت مبتلا به بیماری‌های خاص پرهزینه شود. برخی از آن‌ها ممکن است ترجیح دهند که بیشتر به سازمان‌های بهداشتی و درمانی محل زندگی خود کمک کنند. با وجود این، آن‌ها به هنگام بروز بلایا و بحران‌ها، برای کمک به مردم سایر نقاط کشور نیز پیشقدم هستند. بنابراین، مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید لیستی از خیّرین شهرها و استان‌های خود تهیه کنند و با برگزاری جلسات تعاملی با آن‌ها نسبت به حوزه‌های علاقمندی آن‌ها اطلاع یابند و ضمن معرفی نیازها و اولویت‌های سازمان‌های بهداشتی و درمانی، زمینه همکاری آن‌ها را فراهم کنند. این

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

جلسات باید به‌طور مستمر تداوم یابد و بازخوردهای کافی از نتایج این مشارکت‌ها به خیّرین سلامت داده شود.

رسانه‌های عمومی و شبکه‌های اجتماعی مجازی نقش به‌سزایی در اطلاع‌رسانی نیازهای بهداشتی و درمانی مردم دارند. مشارکت خیّرین باید هدفمند و هماهنگ باشد تا به ارتقا سلامت مردم کمک کند. مدیران می‌توانند پروژه‌های مختلف سلامت را در وب‌سایت سازمان‌های خود یا شبکه‌های اجتماعی تعریف کنند و مشارکت خیّرین سلامت را تشویق کنند. از این طریق امکان جذب سرمایه‌ی جمعی[1] فراهم است. به‌عبارتی، مدیران بهداشتی و درمانی از طریق پلتفرم‌های آنلاین از تعداد زیادی از مردم برای پروژه‌های بهداشتی و درمانی پول جمع‌آوری می‌کنند.

مشارکت فعال سازمان‌ها و شرکت‌ها در امور خیریه جزو مسئولیت‌های اجتماعی آن‌ها است. دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی باید به‌طور فعالانه عمل کنند و با در اختیار قراردادن اطلاعات لازم در زمینه نیازها و اولویت‌های نظام سلامت، آن‌ها را تشویق به مشارکت کنند. خیّرین در حوزه‌های آموزشی، مذهبی، بهزیستی، سلامتی و رفاه عمومی مشارکت دارند. بنابراین، رقابتی در جذب منابع مالی خیّرین بین مدیران این بخش‌های عمومی وجود دارد. خیّرین باید در زمینه ضرورت کمک به بخش سلامت آموزش ببینند، به مدیران بهداشتی و درمانی اعتماد کنند و منابع خود را صرف اولویت‌های نظام سلامت کنند تا سهمی در دستیابی به اهداف نظام سلامت داشته باشند. سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید دارای سیاست‌ها، ساختارها و فرآیندهایی باشند که شفافیت و مسئولیت‌پذیری لازم برای ایجاد اعتماد و جذب خیّرین را ایجاد کند.

با وجود این، ساختارهای ناکافی، فرآیندهای کاری ناکارآمد، بوروکراسی، حمایت ناکافی مدیران ارشد، حمایت ضعیف قانونی، نظارت و کنترل ضعیف، ارتباطات ضعیف، اعتماد کم و بی ثباتی مالی، مهم‌ترین چالش‌های مشارکت خیّرین در نظام سلامت ایران است (۲۶-۲۷). مشارکت مؤثر خیّرین در نظام سلامت مستلزم ایجاد یک سیستم مناسب شامل ساختارها، فرآیندها، فرهنگ و مدیریت صحیح است. بنابراین، تغییرات لازم باید برای تقویت مشارکت خیّرین در نظام سلامت ایران برنامه‌ریزی، هدایت و نظارت شود.

این پژوهش با رویکرد اکتشافی کیفی و با استفاده از تحلیل اسناد موجود و نظرات سیاست‌گذاران، مدیران و کارشناسان حوزه معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و خیّرین سلامت (ارزشیابی چندگانه) به تبیین مشارکت خیّرین در تولید منابع نظام سلامت ایران پرداخت. استفاده از چند روش و چند گروه برای جمع‌آوری داده‌ها منجر به تقویت و افزایش اعتبار یافته‌های این پژوهش شد. پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی به‌صورت کمی، آمار دقیق و جدیدی از مشارکت خیّرین سلامت در تأمین منابع سرمایه‌ای، جاری و انسانی نظام سلامت ایران ارائه دهد. هم‌چنین، رابطه بین مشارکت خیّرین در نظام

[1] Crowdfunding

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

سلامت ایران و عوامل اقتصادی، مدیریتی، قانونی، رفتاری، اخلاقی، محیطی و فناوری مؤثر بر آن، به‌صورت کمی بررسی بیشتر شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از همکاری کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند. علاوه براین، از داوران گرامی که با نظرات و راهنمایی‌های خود به ارتقای این مقاله کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

فهرست منابع

1. Mosadeghrad AM. A Practical Model for Health Policy Making and Analysis. *Payesh*. 2022; 21 (1): 7-24. doi: 10.52547/payesh.21.1.7. [In Persian].
2. World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. *World Health Organization*. Geneva, Switzerland. 2000.
3. Mosadeghrad AM. *Essentials of Healthcare Organization and Management*. 1st Ed. Tehran: Dibagran Tehran; 2015. [In Persian]
4. World Health Organization. *Global Spending on Health: Rising to the Pandemic's Challenges*. Geneva*:* World Health Organization; 2022.
5. The World Bank. Current Health Expenditure Per Capita [Internet]. 2023. [Cited 2023 Sep 9]. Available From: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD .
6. Donor Tracker. Donor Countries' Spending on Global Health [Internet]. 2023. [Cited 2023 Sep 9]. Available from: https://donortracker.org/topics/globalhealth.
7. Sulek M. On the Modern Meaning of Philanthropy. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*. 2010; 39 (2): 193-212. doi: https://doi.org/10.1177/0899764009333052.
8. Mosadeghrad AM, Mirzaee N, Afshari M, Darrudi A. The Impact of Health Transformation Plan on Health Services Fees. *Tehran University Medical Journal*. 2018; 76 (4): 277-282. [In Persian].
9. 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].
10. Mosadeghrad AM, Tajvar M, Ehteshami F. Donors' Participation in Healthcare Delivery in Iran. *Payesh.* 2019; 18 (5): 438-453.doi: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2. [In Persian].

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

11. Bayat A. Introduction of the Health Charity Assembly, Statistical Report 2015 [Internet]. 2015. [Cited 2023 Aug 21]. Available from: https://salamat-charity.ir/images/Amar/report94.pdf.

12. Charities Aid Foundation. World Giving Index 2022: A Global View of Giving Trends [Internet]. 2022. [Cited 20/08/2023]. Available at: https://good2give.ngo/wp-content/uploads/2022/09/2022-CAF-World-Giving-Index.pdf.

13. Meier S, Stutzer A. Is Volunteering Rewarding in Itself? *Economica.* 2008; 75 (297): 39-59.

14. Dunn EW, Aknin LB, Norton MI. Spending Money on others Promotes Happiness. *Science.* 2008; 319 (5870): 1687-1688. doi: https://doi.org/10.1126/science.1150952.

15. Thoits PA., Hewitt LN. Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behavior.* 2001; 42 (2): 115-131.

16. Musick MA, Wilson J. Volunteering and Depression: the role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science & Medicine*. 2003; 56 (2): 259-269. doi: 10.1016/s0277-9536(02)00025-4.

17. Harris A, Thoresen C. Volunteering is Associated with Delayed Mortality in Older People: analysis of the longitudinal study of aging. *Journal of Health Psychology*. 2005; 10 (6): 739-752. doi: 10.1177/1359105305057310.

18. Husserl E. *Phenomenology and the Foundations of the Sciences*. Netherlands. Springer Science & Business Media, 2001.

19. Maggs-Rapport F. Combining Methodological Approaches in Research: Ethnography and Interpretive Phenomenology. *Journal of Advanced Nursing.* 2000; 31 (1), 219-225. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000. 01243.x.

20. Dalglish SL, Khalid H, McMahon SA. Document Analysis in Health Policy Research: the READ approach. *Health Policy and Planning.* 2020; 35 (10): 1424-1431. doi: 10.1093/heapol/czaa064.

21. Braun V, Clarke V. Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3 (2): 77-101.

22. Taylor K, Jackson S. A Medical Equipment Replacement Score System. *Journal of Clinical Engineering*. 2005; 30 (1): 37-41.

23. Asadi Janati N, Hosseini SM, Maher A, Bahadori M, Alimohammadzade Kh. Barriers of Efficient and Effective Participation of Donors in Healthcare System: a qualitative study. *Iranian Journal of Health Insurance*. 2020; 3 (1): 43-50.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

24. 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.

25. Mosadeghrad A, Ehteshami F. Explaining and Predicting Donors' Participation Behavior in Iranian Health System. *Hakim Health System Research.* 2019; 22 (4): 284-297.

26. Mosadeghrad AM, Tajvar M, Ehteshami F. Donors' Participation in Iran's Health System: challenges and solutions. *International Journal of Health Policy and Management*. 2022; 11 (11): 2514-2524. doi: 10.34172/IJHPM.2021.177.

27. Gholamzadeh Nikjoo R, Partovi Y, Joudyian N. Involvement of Charities in Iran's Health Care System: a qualitative study on problems and executive/ legal/ supportive requirements. *BMC Health Services Research*. 2021; 21: 1-3. doi: 10.1186/s12913-021-06187-9.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]

Donors' Participation in the Resources Generation for Iran's Health System

Ali Mohammad Mosadeghrad [1], Maryam Tajvar [2], Fatemeh Ehteshami [3*]

1. Professor, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health,Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[*] Corresponding Author: Fatemeh Ehteshami, Email: fateme.eht@gmail.com

Abstract

Background & Objectives: Philanthropy refers to individual contributions for the common good, relief of pain and suffering, and improvement of people's quality of life. Philanthropists and donors are involved in financing, generating resources and providing health services. This study aimed to explore donors' participation in generating resources in the Iranian health system and identify factors affecting the allocation of donors' resources.

Materials & Methods: This qualitative research was conducted using semi-structured interviews and document analysis in 2018. Semi-structured interviews were conducted with 38 health donors and 26 policy makers, managers and experts in the field of social affairs of the Ministry of Health and medical universities using purposeful and snowball sampling methods. Data were analyzed using thematic content analysis method.

Results: Donors participate in providing the capital, current and human resources. Capital resources include endowment of land, construction, development and operation of healthcare facilities and provision of capital equipment. Current resources include the repair and reconstruction of healthcare facilities and technologies and the provision of medicine and consumables. Human resources include employees working in charity hospitals and clinics and volunteers working in healthcare projects. Economic, managerial, legal, behavioral, ethical, environmental and technological factors affect the participation of donors in generating resources for Iran's health system.

Conclusion: Donors contribute considerably to resources generation in Iran's health system. Several factors inside and outside the health system affect the participation of health donors. Policy makers and health managers should direct donors' resources towards the priorities of the health system by educating, encouraging and supporting them.

Keywords: Charities, Volunteers, Fund Raising, Iran.

Received: 01 Jul 2023 |Accepted: 18 Sep 2023 | Published: 30 Sep 2023

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-10-15]