



<https://jas.ui.ac.ir/?lang=en>

Journal of Applied Sociology

E-ISSN: 2322-343X

Vol. 37, Issue 2, No.102, 2026, pp 123-144

Received: 02.07.2025 Accepted: 04.011.2025

Research Paper

Using the Combined Approach to Explain Managers' Role in Attracting Benefactors' Support in the Field of Health (Case Study: Affiliated Hospitals of Yazd University of Medical Sciences)

Negar Jalilian* 

Assistant Professor, Department of Management, Imam Javad Institute of Higher Education, Yazd, Iran
n.jalilian@iju.ir

Somayeh Bagheri

MA., Department of Management, Imam Javad Institute of Higher Education, Yazd, Iran
smy.bagheri65@gmail.com

Introduction

In the healthcare sector, the scope and diversity of services are vast and continually expanding, leading to increased operational, financial, and infrastructural demands on medical and health facilities. Consequently, the Ministry of Health alone cannot adequately address these growing needs and expectations. One of the most effective and sustainable solutions to bridge this gap within the healthcare system is the active engagement of philanthropists and charitable organizations. When benevolent individuals invest their financial, intellectual, or social resources in public welfare initiatives, their contributions can significantly enhance healthcare accessibility, service quality, and patient satisfaction. However, such contributions require structured management, proper guidance, and institutional support to ensure alignment with healthcare priorities. In this context, hospital managers play a crucial role as intermediaries, bridging the divide between public healthcare needs and philanthropic intentions. Their strategic involvement in planning, coordinating, and facilitating donor engagement is essential for maximizing the impact of charitable contributions. Therefore, understanding the specific managerial roles that facilitate the attraction and retention of philanthropic support is of paramount importance. This study aimed to identify, analyze, and model the key roles of hospital managers in attracting philanthropic support within the healthcare system, offering actionable insights for both policy and practice.

Materials and Methods

This study employed an analytical and applied research design, integrating both qualitative and quantitative techniques to ensure depth and generalizability of findings. It was classified as applied, survey-based, and descriptive in terms of purpose, data collection, and variable control, respectively. The statistical population comprised all hospital managers, healthcare system experts, and active health philanthropists in Yazd Province. Participants were selected through purposive sampling to ensure representation of key stakeholders involved in philanthropic activities.

The research process was conducted in 3 consecutive stages. In the first stage, a qualitative content analysis was performed through a comprehensive literature review and in-depth interviews with healthcare professionals to identify the

main managerial roles influencing philanthropic engagement. Based on the roles identified in this phase, a DEMATEL questionnaire was designed and distributed to the selected participants in the second stage. The collected data were analyzed using the intuitionistic fuzzy DEMATEL technique to assess the degree of influence and dependence of each managerial role. Finally, in the third stage, the results were integrated into the Interpretive Structural Modeling (ISM) framework to construct a hierarchical structure that elucidated the interrelationships and levels of influence among the identified roles. The outcome of this multi-stage process was the development of a comprehensive interpretive structural model that represented the dynamic interactions between hospital managers' roles in attracting philanthropic support, providing a practical roadmap for healthcare institutions.

* Corresponding author

Jalilian, N., & Bagheri, S. (2026). Using the combined approach to explain managers' role in attracting benefactors' support in the field of health (Case Study: Affiliated Hospitals of Yazd University of Medical Sciences). *Journal of Applied Sociology*, 37(2), 123-144. <https://doi.org/10.22108/jas.2025.145820.2669>

2322-343x / © University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



<https://doi.org/10.22108/jas.2025.145820.2669>

Discussion of Results & Conclusion

The findings from the content analysis and expert interviews revealed 48 conceptual subcategories, which were organized into 12 major dimensions: (1) personal branding of managers, (2) justification and persuasion skills, (3) networking and organizational capabilities, (4) recognition of hospital needs, (5) negotiation diplomacy and communication with philanthropists, (6) mutual interaction and retention of philanthropists, (7) cultural promotion, (8) trust-building, (9) motivation creation, (10) philanthropic behavior and religious beliefs, (11) understanding attraction mechanisms, and (12) recognition of barriers and challenges. The intuitionistic fuzzy DEMATEL analysis indicated that these twelve roles were interdependent, forming a network of reciprocal influence. Among them, “recognizing barriers and challenges”, “understanding hospital needs”, and “knowing attraction mechanisms” were identified as the most influential factors shaping other managerial functions. Additionally, “persuasion ability”, “trust-building”, “networking and organizing”, “creating motivation”, and “mutual interaction with

philanthropists” demonstrated the highest levels of mutual dependence, underscoring their crucial role in sustaining philanthropic relationships. By integrating the outputs of the intuitionistic fuzzy DEMATEL and ISM methods, the study proposed a comprehensive interpretive structural model of hospital managers’ roles in attracting philanthropic support for hospitals affiliated with Yazd University of Medical Sciences. This model offers a practical framework for managers and policymakers, emphasizing the need for strategic planning, transparency, continuous communication with donors, and effective relationship management to mobilize philanthropic resources successfully. The findings highlighted that strengthening key managerial competencies not only enhances the effectiveness of individual roles, but also creates a synergistic effect across the network of roles, ultimately contributing to the sustainability of philanthropic engagement in the healthcare sector.

Keywords: Philanthropists, Hospital Management, Content Analysis, Fuzzy DEMATEL, Interpretive Structural Modeling (ISM).



مقاله پژوهشی

بهره‌گیری از رویکرد ترکیبی جهت تبیین نقش مدیران در جلب حمایت خیرین در حوزه سلامت (مورد مطالعه: بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد)

نگار جلیلیان ^{ID} *، استادیار، گروه مدیریت، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی امام جواد (ع)، یزد، ایران

n.jalilian@iju.ir

سمیه باقری‌فهرجی، کارشناس ارشد، گروه مدیریت، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی امام جواد (ع)، یزد، ایران

smy.bagheri65@gmail.com

چکیده

در حوزه بهداشت و درمان، خدمات متنوع بوده و نیاز مراکز بهداشتی و درمانی روزبه‌روز در حال گسترش است. با عنایت بر آنکه وزارت بهداشت و درمان به تنهایی قادر به تأمین نیازها نیست، یکی از سازوکارهای مهم برای جبران کمبودها در نظام سلامت، بهره‌مندی از ظرفیت مشارکت خیرین است؛ از این رو در پژوهش حاضر به تبیین نقش مدیران در جلب حمایت خیرین در حوزه سلامت پرداخته شده است. پژوهش حاضر با رویکرد تحلیلی تلفیقی از روش‌های کیفی و کمی است و از منظر هدف، روش گردآوری داده‌ها و میزان کنترل متغیرها به ترتیب کاربردی، پیمایشی و توصیفی است. جامعه آماری پژوهش در برگزیده کلیه مدیران بیمارستان و کارشناسان فعال در نظام بهداشت و سلامت استان یزد و همچنین خیرین فعال در حوزه سلامت است که به روش نمونه‌گیری قضاوتی انتخاب شدند. برای انجام پژوهش، در گام اول به منظور شناسایی کلیه نقش‌های مدیران، از روش تحلیل محتوا بهره گرفته شد. سپس با توجه به نقش‌های استخراج شده از گام اول، در گام دوم به طراحی پرسشنامه دیمتل پرداخته شد و پرسشنامه مذکور میان اعضای نمونه توزیع گردید. پس از تحلیل داده‌های گردآوری شده بر مبنای رویکرد دیمتل در فضای فازی شهودی، میزان تأثیرگذاری هریک از نقش‌ها مشخص شد. به منظور طراحی الگوی تبیین‌کننده نقش مدیران بیمارستان در جلب حمایت خیرین، میزان تأثیرگذاری‌ها و تأثیرپذیری‌ها به گام سوم انتقال داده شد و با استفاده از روش مدل‌سازی ساختاری - تفسیری، سطح هریک از نقش‌ها در الگوی مذکور تبیین گردید.

واژه‌های کلیدی: خیرین، بیمارستان، تحلیل محتوا، دیمتل فازی، مدل‌سازی ساختاری تفسیری

* نویسنده مسئول:

جلیلیان، نگار و باقری‌فهرجی، سمیه. (۱۴۰۵). بهره‌گیری از رویکرد ترکیبی جهت تبیین نقش مدیران در جلب حمایت خیرین در حوزه سلامت (مورد مطالعه: بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد)، جامعه‌شناسی کاربردی، ۳۷(۲)، ۱۲۳-۱۴۴. <https://doi.org/10.22108/jas.2025.145820.2669>



مقدمه

تأمین مالی یکی از کارکردهای نظام سلامت و یکی از چالش‌های عمده پیش روی نظام‌های سلامت به‌خصوص در کشورهای با درآمد کم و متوسط است (Global Health, 2019). سالمندشدن جمعیت، پیشرفت فناوری‌های پزشکی، افزایش هزینه‌های نیروی انسانی، تکانه‌های اقتصادی ناشی از تورم در حوزه سلامت و برخی سوءمدیریت‌ها، ساختارهای سنتی و افزایش انتظارات جامعه باعث افزایش تقاضای خدمات سلامت و به دنبال آن افزایش فشار بر هزینه‌های نظام سلامت و پیچیدگی‌های سیاست‌تأمین مالی شده است (Kutzin, 2010; Toth 2008). باتوجه به پایین بودن سهم هزینه‌های بخش بهداشت و درمان از مجموع هزینه‌های ناخالص ملی، سیستم تأمین مالی نظام سلامت باید منابع مالی لازم برای ارائه خدمات سلامت را به‌گونه‌ای فراهم کند تا مردم دسترسی عادلانه به خدمات سلامت داشته باشند و به دلیل هزینه‌های سلامت دچار فقر نشوند. به نظر می‌رسد در بین تمام چالش‌های حوزه بهداشت و درمان، افزایش هزینه‌ها و محدودیت منابع مهم‌ترین موانعی است که ذهن سیاست‌مداران و مدیران را به شدت اشغال کرده است (زارع و همکاران، ۱۳۸۴).

انساندوستی، کمک به دیگران، انفاق و نیکوکاری، زمینه‌های لازم را برای زندگی عزتمندانه همه آحاد جامعه فراهم می‌نماید (مجمع خیرین سلامت کشور، ۱۴۰۴) مشارکت خیرین نیز در قوانین نظام سلامت دیده شده است؛ به‌طوری‌که در ماده ۱۰ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نقش وزارت بهداشت برای تشکیل مؤسسه، سازمان یا بنیاد خیریه بهداشتی درمانی به‌منظور هماهنگی و نظارت بر امور واحدهای بهداشتی درمانی خیرین و تقویت آنها، تسهیل و تسریع در جریان امور و مقابله با بوروکراسی و تشریفات زاید اداری، جلب مشارکت مردمی و استفاده از کمک‌های افراد خیر و نیز تقلیل هزینه‌ها اشاره شده است. باتوجه به محدودیت منابع در نظام سلامت، اولویت‌گذاری استفاده از منابع باتوجه به سطح‌بندی ارائه خدمات اگماض‌ناپذیر است. همچنین نظام سلامت کشور ایران به علت محدودیت منابع تاکنون به‌طور کامل نتوانسته است از نظر کمی و کیفی

پاسخ‌گوی نیاز افراد به‌خصوص اقشار کم درآمد و تهی‌دست باشد. یکی از تدابیر و راهکارها ازسوی مدیران و رؤسای حوزه سلامت و بیمارستان‌ها، استفاده از منابع خیرین است. بخش سلامت همواره از کمک خیریه‌ها و مشارکت‌های مردمی برخوردار بوده است؛ بنابراین، خیرین یکی از منابع تأمین مالی و ارائه خدمات نظام سلامت هستند. در کشور ایران باتوجه به نقش فرهنگ و اعتقادات دینی، خیرین فراوانی وجود دارند که می‌توانند نقش فعالی در حوزه بهداشت و درمان داشته باشند؛ با این‌وجود مشارکت آن‌ها در نظام سلامت آن‌طور که باید نیست. در مطالعه‌ای مشارکت مردمی در نظام سلامت را در فاصله سال‌های ۲۰۰۴-۱۹۹۸ در میان ده کشور منتخب از میانگین ۰.۸ درصد در سوئد تا میانگین ۱۲.۲ درصد در آمریکا متغیر نشان داد. میزان مشارکت مردمی در کشور ایران با میانگین ۰.۵ درصد از متوسط کشورهای پژوهش‌شده (۳.۶ درصد) کمتر بود (ماهر و همکاران، ۱۳۸۷). به‌طورکلی، خیرین در نظام سلامت ایران به ارائه خدمات سلامت در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی در سطوح خدمات پیشگیری، درمانی و توان‌بخشی می‌پردازند. خیرین سلامت نقش بسزایی در تأمین مالی، توسعه منابع، ارائه خدمات سلامت و حمایت مالی از بیماران در نظام سلامت کشور ایران بر عهده دارند. بخشی از منابع مالی موردنیاز بخش سلامت، از طریق مجمع خیرین سلامت، مؤسسات خیریه سلامت، توزیع صندوق کمک مالی در بین اقشار مختلف جامعه، شبکه‌های اجتماعی فضای مجازی و برگزاری مراسم‌های هدفمند جذب می‌شود و صرف توسعه فضاهای فیزیکی، تأمین تجهیزات و ملزومات، پرداخت حقوق و دستمزد کارکنان سازمان‌های بهداشتی و درمانی و همچنین، پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت بیماران می‌شود (مصدق‌راد و همکاران، ۱۳۹۸). خیرین به‌طورمستقیم با ارائه انواع خدمات سلامت و به‌طور غیرمستقیم با ارائه خدمات پشتیبانی مثل ساخت و تعمیر بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی و تعمیر تجهیزات پزشکی مشارکت دارند. مشارکت خیرین به‌صورت فردی و غیرسازمان‌یافته یا گروهی و سازمان‌یافته انجام می‌گیرد.

مدیریت هرچه بهتر این مهم ترسیم می‌شود. الگوی ارائه شده در پژوهش به مدیران حوزه سلامت کمک خواهد کرد تا باتوجه به محدودیت‌های مالی و زمانی موجود، نقش‌های کلیدی را برای جلب خیرین شناسایی و با عنایت بر آن‌ها راهکارهای مرتبط با تقویت هر نقش را پیشنهاد کنند.

پیشینه پژوهش

در این بخش از پژوهش حاضر تلاش شده است تا پیشینه علمی مرتبط با جذب و حفظ خیرین بررسی شود. عرب‌زاده و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای با عنوان «تأثیر توانمندسازی روان‌شناختی بر جذب خیرین با نقش میانجی خلاقیت مدیران ورزشی» پژوهشی توصیفی - همبستگی با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام دادند. جامعه آماری این پژوهش شامل ۲۶۶ نفر از مدیران و معاونان سازمان‌های ورزشی، از جمله اداره کل ورزش و جوانان استان تهران، رئیس‌ها و روابط عمومی فدراسیون‌های ورزشی، مدیران و مسئولان ورزشی سازمان آموزش و پرورش شهر تهران بود. نتایج نشان داد که توانمندسازی روان‌شناختی تأثیر مثبت و معناداری بر خلاقیت مدیران و همچنین بر جذب اهداکنندگان دارد و خلاقیت مدیران نیز نقش میانجی در این رابطه ایفا می‌کند. نجفی‌زاده و همکاران (۱۴۰۰) در تحقیقی با عنوان «سازمان‌های مردم‌نهاد ایران (خیریه) و ذی‌نفعان در رسانه‌های اجتماعی» بر ضرورت اصلاح ساختار ارتباطی در سمن‌ها، افزایش دانش جامع درباره کارکردهای رسانه‌های اجتماعی، شناخت ویژگی‌های گروه‌های مختلف ذی‌نفع و شبکه‌سازی آن‌ها تأکید کردند. این پژوهش با ماهیت توصیفی و از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده کرد و جامعه آماری شامل ۱۳ نفر از خبرگان و ذی‌نفعان رسانه‌های اجتماعی و سمن‌ها بود. نتایج نشان داد که استراتژی‌های ارتباطی عمومی تعمیم‌پذیر نیست و استفاده از استراتژی‌های ارتباطی اقتضایی و تعاملی با ذی‌نفعان مؤثرتر است. زیلوچی (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای با عنوان «تحلیل سیاست‌گذاری مشارکت‌های خیریه در تأمین مالی نظام سلامت ایران» با رویکرد کیفی سیاست‌ها و مشارکت‌های خیریه را در حوزه سلامت بررسی کرد. داده‌ها از مرور اسناد،

در کشور ایران، از سال ۱۳۹۵ با تشکیل معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، اداره کل خیرین و مؤسسات خیریه سلامت معاونت اجتماعی نیز اقدامات مؤثری را برای تهیه بانک اطلاعات خیرین، تعیین نیازمندی‌ها و اولویت‌های نظام سلامت، آموزش و توانمندسازی خیرین و مؤسسات خیریه سلامت انجام داده است. در سال‌های اخیر، حمایت خیرین در نظام سلامت کشور با نوسان و تغییرات چشمگیری روبه‌رو بوده است. براساس آمار رسمی، میانگین کمک‌های خیرین در دوره ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰ سالانه حدود ۲۰۰۰ میلیارد تومان بوده که در دولت سیزدهم با رشد ۸۰ درصدی مواجه شده است. افزون بر این، در سال ۱۴۰۱ رشد ۱۰۰ درصدی کمک‌ها در مقایسه با سال قبل محقق شد. این رشد سریع اگرچه مطلوب است، بازتابی از بحران‌ها و نیازهای فوری جامعه و بیماری‌های پراسترس مانند کرونا بود که موجب افزایش توجه عمومی شد. همچنین، نقش مراکز درمانی خیریه در ارائه خدمات سلامت درخور توجه است و طبق گزارش‌ها، این مراکز شامل حدود ۴۷ بیمارستان و ۷۰۰ مرکز درمانی بوده که مسئول تأمین ۳۰ درصد از خدمات سلامت کشور هستند؛ علاوه بر این، شناسایی ۲۱ هزار خیر سلامت و تشکیل بانک اطلاعاتی از سوی وزارت بهداشت نشان می‌دهد که می‌توان شاهد شکل‌گیری سازوکار ساختاری برای مشارکت خیران بود؛ با این وجود ظرفیت‌ها و قابلیت‌ها، ادامه‌دار نبودن حمایت‌ها و واکنش محور بودن آن‌ها (برای مثال در شرایط بحران) به شکل‌گیری شرایطی ناپایدار منجر شده که در آن مشارکت خیرین زمینه‌ای نهادینه نشده است. در چنین بستری، نقش مدیران بیمارستان‌ها و نهادهای مدیریتی در ایجاد ثبات، سازمان‌دهی هدفمند، اعتمادسازی و حفظ مشارکت خیرین ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر با این دغدغه شکل گرفته است تا نقش کلیدی مدیران را در جلب و نگهداشت مشارکت خیرین حوزه سلامت شناسایی کند و الگویی کاربردی برای استفاده مستمر و اثربخش از این ظرفیت ارائه دهد؛ به این منظور، با ارائه رویکردی مرکب از روش‌های کیفی و کمی تحلیلی، ضمن شناسایی و استخراج نقش مدیران در جلب حمایت خیرین حوزه سلامت، الگوی جامعی برای

آزمایشی نشان دادند که سرمایه‌گذاری جمعی پزشکی توسط افراد محافظه‌کار بیشتر تأثیرگذار است و استفاده از روایت‌های سیاسی می‌تواند اهداف اقدام جمعی را تقویت کند (Moysidou et al., 2021). زیبا و یو (2023) در مطالعه‌ای با عنوان «نقشی که بازی می‌کنید، زندگی‌ای که دارید: حفظ کمک‌های مالی در پلتفرم تأمین مالی جمعی خیریه آنلاین» رفتار حفظ اهداکنندگان را در پلتفرم‌های تأمین مالی جمعی خیریه آنلاین بررسی کردند و مدل‌هایی ساختاری برای تحلیل مشارکت و فرسایش اهداکنندگان ارائه کردند. نتایج نشان داد که معلمان اهداکننده و ارجاع‌شده در مقایسه با اهداکنندگان عادی، مشارکت بیشتر و فرسایش کمتری دارند و برخی برنامه‌های بازاریابی اجتماعی می‌تواند به‌طور هم‌زمان مشارکت و فرسایش را افزایش دهد (Xiao & Yue, 2021). کلمن (2018) نیز در پژوهشی با عنوان «جذب و حفظ وجوه اهداکنندگان فردی در سازمان‌های غیرانتفاعی» بررسی کرد که چگونه رهبران سازمان‌های غیرانتفاعی با استفاده از کارت امتیازی متوازن می‌توانند استراتژی‌هایی برای جذب و حفظ اهداکنندگان ایجاد کنند (Coleman, 2018). با توجه به مطالعات موجود، مشخص می‌شود که بیشتر پژوهش‌ها بر روش‌های جذب خیرین، رفتار اهداکنندگان و موانع جذب تمرکز کرده‌اند؛ اما نقش مدیران و رهبران در جلب حمایت خیرین به‌طور جامع بررسی نشده است. پژوهش حاضر با ساختار تلفیقی کمی و کیفی، ضمن شناسایی نقش‌های مدیران در جذب خیرین، اولویت‌بندی آن‌ها را انجام داده و مدلی جامع و ساختاری برای هدایت استراتژی‌های جذب حمایت خیرین ارائه می‌دهد.

چارچوب مفهومی

مشارکت در سلامت و نقش آن در تأمین مالی نظام سلامت

ایده مشارکت اجتماعی در حوزه سلامت اولین بار در دهه ۱۹۷۰ مطرح شد. سازمان جهانی بهداشت این سازه را در سال ۱۹۸۷ تأیید کرد و از آن به‌عنوان سنگ‌بنای دستیابی به سلامت یاد شده و مفاهیمی چون توانمندسازی، ارتقای سلامت و عملکرد اجتماعی اشاره می‌کند. طی فرایند مشارکت در

مصاحبه با ۵۵ خیر، سیاست‌گذار و مدیر نظام سلامت، و برگزاری پنل خبرگان جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از چارچوب‌های سیاست‌گذاری و مدل بازاریابی اجتماعی انجام گرفت و نتایج نشان داد که مشارکت‌های خیریه نیازمند اصلاح قوانین و تدوین سیاست‌های جدید است و مدلی برای جمع‌آوری و مصرف کمک‌های خیریه مبتنی بر عوامل انگیزاننده خیرین ارائه شد. اسدی جنتی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان «بررسی مؤلفه‌های مؤثر بر تخصیص منابع مالی حاصل از مشارکت خیرین در نظام سلامت» نیز به بررسی این مؤلفه‌ها پرداختند. این پژوهش با مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۴۱ نفر از مدیران، سیاست‌گذاران، کارشناسان، خیرین فعال و استادان دانشگاه انجام شد و یافته‌ها در سه گروه اصلی «بسترسازی برای پایداری منابع مالی، سازمان‌دهی مشارکت‌ها و تخصیص بهینه منابع مالی»، شش طبقه اصلی و ۳۶ طبقه فرعی دسته‌بندی شد. نتایج نشان داد که کمک‌های خیرین اگر براساس قوانین و نیازهای واقعی جامعه نباشد، بازده مطلوبی نخواهد داشت و سیاست‌گذاران باید اولویت‌های نظام سلامت را در سازمان‌دهی منابع مدنظر قرار دهند.

در سطح بین‌المللی، بولز و همکاران (2022) در مقاله‌ای با عنوان «جایگاه خیریه در خدمات بهداشت عمومی: نابرابری و تداوم در حمایت خیریه از تراست‌های NHS در انگلستان» نابرابری‌ها را در دسترسی به منابع خیریه تحلیل کردند و نشان دادند که سطح درآمد خیریه در تراست‌های مختلف متفاوت است و این تفاوت‌ها پیامدهایی برای سیاست‌گذاری دارد (Bowles et al., 2023). ووا و همکاران (2020) در مطالعه‌ای با عنوان «تحلیل روایات متقاعدکننده در تأمین مالی جمعی پزشکی» سبک‌های اقناع را در پروژه‌های جمع‌سپاری پزشکی براساس نظریه ارسطو به سه دسته عقلانی، اعتباری و احساسی تقسیم کردند و با استفاده از متن‌کاوی و خوشه‌بندی داده‌ها نشان دادند که اعتبار و جذابیت‌های احساسی نقش مهمی در جذب کمک‌های مالی دارد (Wua et al., 2022). موسیدو و کوهن‌چن (2021) نیز در پژوهشی با عنوان «القای نیات اقدام جمعی برای اصلاح مراقبت‌های بهداشتی از طریق چارچوب‌های تأمین مالی جمعی پزشکی» با استفاده از طرحی

سازوکار تأمین هزینه‌های ارتقای سلامت بستگی به مشارکت مردم دارد (World Health Organization, 2007).

(ب) داوطلب سلامت: ارائه خدمات سلامت داوطلبانه فراتر از مواردی مانند تأمین مالی، تولید منابع و اداره مراکز درمانی است. داوطلبان سلامت به صورت غیرمستقیم در مواردی همچون کاهش هزینه‌ها، افزایش کارایی و اثربخشی نظام سلامت مشارکت دارند. داوطلبان سلامت از طریق حرفه و تخصص به صورت مستقل و غیرسازمان‌یافته یا به صورت سازمان‌یافته با عضویت و همکاری در مؤسسات خیریه، گروه‌های داوطلب و جهادی، سازمان‌های بهداشتی و و درمانی یا در اماکن مذهبی مانند مساجد به ارائه خدمات سلامت مشغول می‌شوند. گروه‌های داوطلب سلامت در راستای ارتقای سلامت جامعه با اهداف گوناگون و عمدتاً در مناطق محروم و کم‌توسعه کشور به خدمت‌رسانی می‌پردازند (رمضانی‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۸).

(ج) مؤسسات خیریه سلامت: در طبقه‌بندی سازمان‌های مردم‌نهاد برحسب جهت‌گیری، فعالیت تعدادی از سازمان‌های مردم‌نهاد با جهت‌گیری امور خیریه و رفاهی است و تمرکز آن‌ها در راستای کمک به رفع نیازهای اساسی و معیشتی نیازمندان است. این سازمان‌ها شامل مؤسسات خیریه و بنیادهای نیکوکاری و عام‌المنفعه بوده و در تلاش برای رفع نیازهای معیشتی، رفاهی، تحصیلی، بهداشتی و درمانی، و سایر نیازهای گروه‌های هدف هستند (ملکزاده، ۱۳۹۶).

(د) سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت: در کشور ما طبق مصوبه وزارت کشور، سازمان‌های غیردولتی با معادل انگلیسی (NGOs)^۱ به نام سازمان‌های مردم‌نهاد یا به اختصار سمن نامیده شده‌اند. این اصطلاح برای اولین بار در سال ۱۹۴۹ توسط سازمان ملل استفاده شد و درباره «هر گروه غیرانتفاعی داوطلبانه از شهروندان جهانی که در سطح محلی، ملی و بین‌المللی برای اهداف متنوع فرهنگی، اجتماعی، خیریه تخصصی و صنفی تشکیل شده باشد، استفاده می‌شود». (دماری و همکاران، ۱۳۹۳). سازمان‌های مردم‌نهاد در زمینه‌های مختلف قادر به فعالیت هستند و بنابر نیاز و امکانات موجود می‌توانند خود را سازمان‌دهی کنند.

سلامت، فرصت توزیع دانش سلامت در جامعه ایجاد و کسب درونی تبحر و تسلط در امور سلامت امکان‌پذیر شده و باعث افزایش منابع و کاهش بار هزینه‌ها و امکان تجمع منابع در دسترس می‌شود؛ همچنین سهولت اختصاص منابع برای نیازمندان صورت می‌پذیرد. براساس بند ۱۰ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبنی بر لزوم تشکیل سازمان، مؤسسه یا بنیادی در این مجموعه برای تسهیل و نظارت بر کار خیریه‌های مرتبط با سلامت، در سال ۱۳۹۵ نخستین بار معاونت اجتماعی در ساختار وزارت بهداشت جمهوری اسلامی ایران تشکیل شد. هم‌اکنون واحد «معاونت اجتماعی» در راستای سیاست‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به منظور استفاده از ظرفیت عظیم مشارکت عمومی در تأمین سلامت شکل گرفت. از حوزه‌های بسیار مهم این معاونت، واحد مشارکت‌های مردمی، خیرین سلامت و مراکز خیریه است. در مجموع نزدیک به ۶۵۰ سازمان غیردولتی و خیریه در حوزه سلامت فعالیت دارند. از جمله وظایف و مسئولیت‌های این معاونت، مدیریت و راهبری ظرفیت‌های اجتماعی در بخش سلامت در مناطق زیر پوشش، هدایت آن‌ها در جهت توسعه و ارتقای نظام سلامت از طریق سازمان‌دهی، توسعه و حمایت از مؤسسات خیریه و سازمان‌های مردم‌نهاد، و ارتباط مؤثر با واحدهای درون بخشی و سازمان‌های بین‌بخشی است (مصدق راد، ۱۳۹۹).

انواع مختلف مشارکت مردمی در حوزه سلامت

به‌طور عمده مشارکت در حوزه سلامت از طریق مشارکت خیرین سلامت، داوطلبان سلامت به صورت فردی و گروهی، عضویت در مؤسسات خیریه و سازمان‌های مردم‌نهاد است.

(الف) مشارکت خیرین در نظام سلامت: خیرین سلامت برای مشارکت در تأمین مالی نظام سلامت می‌توانند براساس علاقه خود در پروژه‌های بهداشت عمومی، واکسیناسیون، آموزش بهداشت، ارتقای سلامت و ساخت و تجهیز بیمارستان‌ها کمک کنند. سازمان جهانی بهداشت به لزوم قراردادن مردم در کانون فعالیت‌های مرتبط با ارتقای سلامت به‌عنوان اصل اساسی اهمیت داده و معتقد است که بخشی از

¹ Non-Governmental Organizations

افزایش مشارکت خیرین شود. علاوه بر این، تدوین قوانین و مقررات حمایتی مناسب در تأمین مالی و ارائه خدمات مؤسسات خیریه و نظارت بر فعالیت آن‌ها می‌تواند باعث پیشگیری از بروز مشکلات شود. نکته حائز اهمیت، توجه به کاهش بروکراسی‌های غیر ضروری و موازی‌کاری‌ها در تدوین قوانین و مقررات است (مصدق‌راد و همکاران، ۱۳۹۸).

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از منظر هدف، روش گردآوری داده‌ها و میزان کنترل متغیرها به ترتیب کاربردی، پیمایشی و توصیفی است. جامعه آماری در برگیرنده کلیه مدیران و کارشناسان فعال در نظام بهداشت و سلامت استان یزد و همچنین خیرین فعال در حوزه سلامت بود که از دانش نظری و تجربه عملی در حوزه مربوط برخوردار بودند. شایان ذکر است که برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری قضاوتی بهره گرفته شد؛ در نهایت با توجه به اشباع نظری داده‌ها، تعداد ۸ نفر از مدیران و کارشناسان فعال در این زمینه و همچنین خیرین به‌عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند (۵ نفر مدیر و کارشناس، دو نفر خیر و یک نفر رابط خیرین). همچنین، نمونه‌گیری در این پژوهش طی دو مرحله انجام شد: نخست برای مصاحبه و سپس برای توزیع پرسشنامه که در مرحله مصاحبه تعداد ۸ نفر انتخاب شدند و همچنین در مرحله توزیع پرسشنامه، پرسشنامه بین همان افراد (۸ نفر) توزیع و جمع‌آوری شد. در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از دو روش کتابخانه‌ای و میدانی استفاده شد. در بخش کتابخانه‌ای از کتب و مجلات تخصصی فارسی و لاتین و مقالات متعدد استخراج شده از اینترنت استفاده شد که تحقیقات کتابخانه‌ای برای استخراج مبانی نظری و تئوری بود و در بخش میدانی پژوهش نیز برای جمع‌آوری داده‌ها از نمونه پژوهش، از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته در راستای سؤال‌های پژوهش و نیز پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده شد. در پژوهش حاضر، با توجه به آنکه مصاحبه‌ها بدون هرگونه جهت‌گیری صورت گرفت، همواره تلاش شد تا دقت لازم در ثبت و ضبط اطلاعات لحاظ شود؛

انعطاف‌پذیری این سازمان‌ها که با نوعی ساختار زیستی و غیردیوان‌سالار فعالیت دارند، رشد سریع آنان را در شرایط کنونی موجب شده است. (عشایری و همکاران، ۱۳۹۵).

نقش مدیران در حمایت خیرین

روشن است که سیاست‌گذاران نظام سلامت باید با به‌کارگیری راهبردهای مناسب، روی عقاید و نگرش خیرین به اهمیت و ضرورت مشارکت در فعالیت‌های نوع‌دوستانه و خیرخواهانه در حوزه سلامت توجه کافی داشته باشند. سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت بایستی نیازهای بهداشتی - درمانی جامعه را شناسایی و اولویت‌بندی کنند و به اطلاع خیرین برسانند تا از منابع مالی آنها استفاده بهینه شده و از اتلاف منابع جلوگیری شود. رسانه‌های عمومی و شبکه‌های اجتماعی مجازی، نقش بسزایی در اطلاع‌رسانی نیازهای بهداشتی - درمانی مردم ایفا می‌کنند. در سال‌های اخیر، قوانین و مقررات، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌ها، دستورالعمل‌ها و تفاهم‌نامه‌هایی برای تقویت مشارکت خیرین در نظام سلامت ایران تدوین و ابلاغ شده که لازم است تا اطلاع‌رسانی مناسب درباره آن‌ها صورت پذیرد. در این قوانین و بخشنامه‌ها تمرکز روی هدفمندی مشارکت مالی خیرین برای دستیابی به هدف اصلی نظام سلامت یعنی تأمین، ارتقا و حفظ سلامتی مردم ضروری است. مدیران سازمان‌های بهداشتی - درمانی باید با مدیریت صحیح ارتباط با خیرین، سعی در تقویت رفتار خیرخواهانه آن‌ها داشته باشند. لازم است تا مدیران سازمان‌های بهداشتی - درمانی با شفافیت، پاسخ‌گویی، مسئولیت‌پذیری و ارائه گزارش‌های عملکردی دوره‌ای به خیرین، اعتماد آن‌ها را به دست آورند تا اقدامات خیرخواهانه ایشان همچنان تداوم داشته باشد. سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت باید برای تقویت مشارکت خیرین در نظام سلامت اقداماتی را انجام دهند. استفاده از مکانیزم‌های تشویقی و حمایتی در این زمینه مانند ارائه معافیت‌های مالیاتی به خیرین و مؤسسات خیریه می‌تواند باعث

شهودی، میزان تأثیرگذاری هریک از عوامل مشخص شد. به‌منظور طراحی مدل تبیین‌کننده نقش مدیران در جلب حمایت خیرین، میزان تأثیرگذاری‌ها و تأثیرپذیری‌ها به گام سوم انتقال داده شد و با استفاده از روش مدل‌سازی ساختاری - تفسیری، سطح هریک از نقش‌ها در مدل مذکور تبیین گردید.

یافته‌های پژوهش

با عنایت بر آنکه هدف از پژوهش حاضر، شناسایی نقش‌های مدیران حوزه سلامت در جلب حمایت خیرین بود، برای تحقق هدف از رویکرد تحلیل محتوا بهره گرفته شد؛ به این ترتیب، در گام اول ابتدا پایگاه داده ایجاد شد که متشکل از ۳۸ مقاله فارسی و لاتین و متن ۸ مصاحبه بود. معیار انتخاب مقالات، اعتبار پایگاه‌های علمی منتشرکننده مقالات و تأکید مقالات بر مشارکت خیرین بود. با مطالعه دقیق متن مقالات، عبارتهایی مشخص شد که به‌نوعی بیان‌کننده نقش مدیران و مشارکت خیرین در حوزه سلامت هستند. سپس عبارتهای مذکور براساس شماره مقاله و متن مصاحبه، کدگذاری و در قالب دسته‌های مفهومی بررسی شد. شایان ذکر است که کدگذاری به روش دستی انجام شد؛ به این صورت که برای مقالات فارسی حرف F، مقالات لاتین حرف L، پایان‌نامه حرف P و برای متن حاصل از مصاحبه‌های برگزاشده، حرف I در نظر گرفته شد. کلیه مقالات و متن حاصل از مصاحبه‌ها به ترتیبی شماره‌گذاری شد که بررسی و مطالعه شدند؛ برای مثال «سازمان‌دهی جمع‌آوری کمک‌های خیرین...» عبارتی است که ضمن مطالعه مقاله شماره ۳ استخراج شده که فارسی است و به‌عنوان یکی از نقش‌های مدیران، کد F3 را به خود اختصاص می‌دهد. پس از استخراج کدها، دسته‌های مفهومی شناسایی شد و با بررسی دسته‌های مفهومی، مقوله‌های مرتبط تعیین گردید. در مرحله بازبینی درباره مقوله‌ها در جلسات هم‌اندیشی بحث شد که اعضای آن جلسات با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری قضاوتی انتخاب شدند. نتایج حاصل از تحلیل محتوا در جدول (۱) مشاهده می‌شود.

فرایند جمع‌آوری اطلاعات خبره‌محور بود و انتخاب افراد خبره به‌صورت دقیق صورت گرفت؛ از این‌رو روایی فرایند انجام مصاحبه‌ها به‌عنوان ابزار گردآوری داده، تأیید شده است. همچنین روایی محتوایی پرسشنامه استفاده‌شده و مدل تبیین‌کننده نقش مدیران در جلب حمایت خیرین ارائه‌شده در پژوهش، به تأیید خبرگان شامل سه تن از اساتید دانشگاهی با تحصیلات مرتبط و همچنین کارشناسان حوزه سلامت یزد رسید.

با عنایت بر آنکه هدف پژوهش حاضر طراحی الگوی تبیین‌کننده نقش مدیران بیمارستان در جلب حمایت خیرین در حوزه سلامت با بهره‌گیری از رویکرد تلفیقی Dematel-ISM در فضای فازی شهودی است، سؤالات پژوهش به شرح زیر تبیین شد:

الگوی تبیین‌کننده نقش مدیران بیمارستان در جلب حمایت خیرین در حوزه سلامت چگونه است؟
مدیران بیمارستان چه نقشی را در جلب حمایت خیرین در حوزه سلامت بر عهده دارند؟

روابط علت و معلولی موجود میان نقش مدیران بیمارستان در جلب حمایت خیرین در حوزه سلامت چگونه تبیین می‌شود؟
به‌منظور پاسخ به سؤال‌های پژوهش و تحقق هدف پژوهش، در گام اول برای شناسایی کلیه نقش‌های مدیران بیمارستان در جلب حمایت خیرین، از روش تحلیل محتوا بهره گرفته شد؛ به این منظور برای استخراج نقش‌های مذکور، مقالات مرتبط با موضوع مطالعه شد و از خبرگان فعال در حوزه بهداشت و سلامت و همچنین از خیرین فعال در حوزه سلامت مصاحبه به عمل آمد. پس از مطالعه عمیق متون حاصل از مصاحبه‌های صورت‌گرفته و مقالات مرتبط، استخراج کلیه نقش‌های مدیران، کدگذاری نقش‌ها صورت گرفت و پس از شناسایی دسته‌های مفهومی، مقوله مرتبط با آن‌ها در نظر گرفته شد. در واقع نقش‌های مدیران در قالب مقوله‌ها ارائه گردید. سپس با توجه به نقش‌های استخراج‌شده از گام اول، در گام دوم به طراحی پرسشنامه دیمتل پرداخته شد و به‌منظور جمع‌آوری داده‌های لازم برای ورود به گام تجزیه و تحلیل داده‌ها، پرسشنامه مذکور میان اعضای نمونه توزیع گردید. پس از تحلیل داده‌های گردآوری‌شده بر مبنای رویکرد دیمتل در فضای فازی

جدول ۱- نتایج به دست آمده از تحلیل محتوا

Table 1- Results obtained from content analysis

مقوله	دسته مفهومی	کدها
برند شخصی مدیر	اعتبار شخصی	سابقه و پیشینه مدیریتی و نیکوکاری، تحصیلات، محل زندگی، تولد و جایگاه اجتماعی، رفتار گذشته و ذهنیت مثبت خیرین به مدیر، افتادگی، اخلاق‌مداری و ظرافت‌های مدیریتی، قدرت برند شخصی در جذب خیرین
	شناخت خیرین ویژگی‌های فردی پیشینه مدیریتی	
قدرت توجیه و اقتناع	گفت‌وگوی اقتناعی	قدرت اقتناع مدیر در توجیه خیر، برخورد اقتناعی و گفت‌وگو محور با خیرین، عدم انعقاد قرارداد در پروژه‌های بدون اولویت
	همسوسازی با نیازها مدیریت چالش‌ها تیم تخصصی اقتناع	معرفی گزینه‌های جایگزین به خیرین، رفع ناآگاهی، کاهش تعصب، پاسخ به مقاومت‌ها، کار گروهی برای رضایت‌گیری و جلب حمایت
توانایی شبکه‌سازی و سازمان‌دهی	سیستم‌سازی جذب	ایجاد سیستم و نظام‌مند بودن روند جذب خیرین، سازمان‌دهی مراکز خیریه، ایجاد صندوق مالی و بخش مشارکت خیرین، تدوین آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و مجامع خیرین، هماهنگی بین ارگان‌های دولتی و مؤسسات غیردولتی، تفویض اختیار و توانمندسازی کارکنان، نظارت، پایش و مدیریت مستقیم فرایندها، استفاده از شبکه‌های انسانی (پرسنل، پزشکان و کارکنان) برای شناسایی خیرین، تدوین راهبرد جذب و حفظ خیرین، توانایی ایجاد نت‌ورک و شبکه‌سازی
	شبکه‌سازی خیرین کار تیمی تفویض اختیار	دانستن راه و روش گفت‌وگو و دیپلماسی مذاکره، صداقت، شرافت و مستند صحبت کردن، وجود رفتار خیرانه در تعامل، ارتباط مستمر با خیر (دیدار حضوری، تماس تلفنی)، مراجعه حضوری مدیران و ادای احترام (هدایا، گل و شیرینی)، استفاده از افراد معتمد در محلات، راهنمایی سالمندان برای اختصاص بخشی از اموال
دیپلماسی مذاکره و ارتباط با خیر	مهارت مذاکره	شفاف‌سازی محل صرف منابع، گزارش‌دهی ماهانه از پیشرفت‌ها، ارائه نتایج هزینه‌کرد کمک‌های خیرین، ارائه بازخورد منظم به خیرین، پاسخ‌گویی مداوم به خیران و واقفان، پیگیری نتایج اقدامات و اطلاع‌رسانی به خیرین، احترام به خیرین و تصمیمات آن‌ها، ادای حق خیر، ایجاد سقف و نظام‌مند کردن مشارکت‌ها، انعکاس فعالیت خیرین در رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی، برجسته‌سازی ارزش‌های معنوی وقف و کار خیر
	ارتباط مستمر زبان مشترک احترام و اعتماد	
تعامل دوطرفه و نگهداشت خیر	بازخورد مستمر	شفاف‌سازی محل صرف منابع، گزارش‌دهی ماهانه از پیشرفت‌ها، ارائه نتایج هزینه‌کرد کمک‌های خیرین، ارائه بازخورد منظم به خیرین، پاسخ‌گویی مداوم به خیران و واقفان، پیگیری نتایج اقدامات و اطلاع‌رسانی به خیرین، احترام به خیرین و تصمیمات آن‌ها، ادای حق خیر، ایجاد سقف و نظام‌مند کردن مشارکت‌ها، انعکاس فعالیت خیرین در رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی، برجسته‌سازی ارزش‌های معنوی وقف و کار خیر
	شفاف‌سازی احترام به خیرین گزارش‌دهی منظم	
اعتمادسازی	اعتماد سازمانی	ایجاد و تقویت اعتماد عمومی به سازمان‌ها، شفاف‌سازی و گزارش‌دهی مالی و عملکردی، اطلاع‌رسانی دقیق به خیرین درباره پروژه‌ها
	شفافیت و پاسخ‌گویی ارزش‌های معنوی نقش افراد معتمد	جلب اعتماد خیرین از طریق صداقت و تعهد
شناخت نیازهای بیمارستان	نیازسنجی دقیق	شناخت مدیر از محل کار خود و نیازهای بیمارستان، شناسایی تجهیزات، امکانات و مشکلات بیمارستان، داشتن لیست تشکیلات و تجهیزات لازم به همراه قیمت، شناسایی نیاز منطقه از طریق بررسی شیوع و بروز بیماری‌ها، انجام پژوهش‌ها برای شناسایی نیاز واقعی، اولویت‌دهی به برنامه‌های بلندمدت در مقابل کوتاه‌مدت، اولویت‌دهی به مناطق محروم، دسته‌بندی اولویت‌های عمرانی، تجهیزاتی، پشتیبانی و حمایتی، جلوگیری از اتلاف منابع و بودجه خیرین
	اولویت‌بندی جلوگیری از اتلاف منابع فهرست نیازها	
شناخت سازوکارهای جذب	اطلاعات خیرین	ایجاد بانک اطلاعاتی خیرین و شناخت سلیقه آنان، استفاده از مشاوره، آموزش و تجربه کشورهای موفق، جذب خیرین در ایام و مناسبت‌های مذهبی و ملی، وجود مشاوران شایسته و کادر متخصص، برگزاری جلسات حضوری (ابتدای سال تحصیلی، بازه‌های زمانی خاص)، دیدارهای فردی و رودرو، تدوین آیین‌نامه و ساختار جذب خیرین، سیاست‌گذاری و قراردادن موضوع در برنامه سازمان، انعقاد تفاهم‌نامه با مؤسسات خیریه، تعامل بین‌بخشی (اوقاف، وزارت بهداشت، سازمان‌های مردم‌نهاد)، تبلیغات دهان‌به‌دهان مثبت، ابزارهای اطلاع‌رسانی (کاتالوگ، فیلم، عکس، مجله، دیجیتال و ...، بهره‌گیری از رسانه‌ها، شبکه‌های اجتماعی و بازاریابی
	مشاوره و آموزش ابزارهای تبلیغاتی بازاریابی اجتماعی	

مقوله	دسته مفهومی	کدها
مشکلات ساختاری	ضعف مدیریتی، بروکراسی اداری و نبود قوانین جامع، کمبود منابع مالی و نیروی انسانی متخصص، ناهماهنگی بین سازمان‌ها و ارگان‌های مرتبط، کاهش اعتماد، آگاهی ناکافی خیرین و سوءاستفاده‌های احتمالی، فرسودگی زیرساخت‌ها و تجهیزات، تمرکز قدرت در رأس هیئت‌امنا، نبود فرد یا اداره متولی جذب خیرین، ضعف در شناسایی و جذب خیرین، نبود برنامه درازمدت و استراتژیک، موازی‌کاری و اتلاف منابع، فقدان دانش و آگاهی مدیران از منابع خیرین، عدم‌بازخورد به خیرین، ارتباط ناکافی و ضعیف با خیرین، نبود شفافیت در هزینه‌کرد منابع، کاهش رغبت خیرین به همکاری با دولت، تعصب یا ترجیحات شخصی خیرین	مشکلات ساختاری
شناخت موانع و چالش‌ها	موانع مدیریتی چالش‌های قانونی کمبود آگاهی خیرین	
ایجاد انگیزه در خیرین	تقدیر و تشویق شهرت و جایگاه منافع و مشوق‌ها رضایت درونی	کسب آرامش روحی و رضایت درونی، لذت از کمک، کاهش احساس گناه یا ناراحتی، مسئولیت‌پذیری و احساس دین به جامعه، نقش خانواده و تربیت در ایجاد انگیزه، کسب جایگاه اجتماعی و پذیرش، ماندگاری نام و شهرت، جذابیت و وجهه مثبت کار خیر، تحصیل ثواب و اطاعت از دستورات الهی، بهره‌مندی از معافیت‌ها و مشوق‌های مالیاتی و تسهیلات بانکی، حمایت‌های مالی، برگزاری مراسم تقدیر و تجلیل، دلجویی فردی از خیرین (مانند عیادت)، حمایت و قدردانی دولت و سازمان‌ها.
رفتار خیرانه و باورهای دینی	باورهای مذهبی نوع دوستی اجتماعی ارزش‌های اخلاقی گرایش‌های معنوی	ترویج برکات و ثواب وقف و خیرات، تقویت باورهای دینی، اخلاقی و ارزش‌های اسلامی، تکیه بر نوع‌دوستی، همدلی و هنجارهای اخلاقی، رشد داوطلبی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی خیرین
فرهنگ‌سازی	ترویج فرهنگ خیرخواهی نهادینه‌سازی اجتماعی رسانه و تبلیغات آگاهی‌بخشی عمومی	علاقه‌مندی به مشارکت از دوران کودکی و نوجوانی، زمینه‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی در انگیزش خیرین، باورها و زمینه‌های فرهنگی حاکم بر زندگی خیر، فرهنگ دینی و اسلامی مبنی بر انجام کار خیر، ایجاد بستر فرهنگی مناسب برای مشارکت خیرین، اطلاع‌رسانی رسانه ملی و معرفی الگوهای خیرین، فرهنگ‌سازی طریق برگزاری سمینارها و جلسات با خیرین، گسترش فرهنگ از خیرخواهی در جامعه

نگهداشت خیر، فرهنگ‌سازی، اعتمادسازی، ایجاد انگیزه در خیرین، رفتار خیرانه و باورهای دینی، شناخت سازوکارهای جذب و شناخت موانع و چالش‌ها بود و از پاسخ‌دهندگان خواسته شد تا با در نظر گرفتن هریک از نقش‌ها و مقایسه زوجی، نوع رابطه و میزان رابطه آن‌ها را با دیگر فرایندها تعیین کنند (نمونه این پرسشنامه در پیوست ۱ با عنوان پرسشنامه دیمتل ضمیمه شده است). شایان ذکر است که در این مرحله از نظرات هشت تن از مدیران، کارشناسان فعال و خیرین در حوزه سلامت دانشگاه علوم پزشکی یزد بهره‌گرفته شد که این افراد با روش نمونه‌گیری قضاوتی انتخاب شدند. در مرحله بعد داده‌های حاصل از توزیع پرسشنامه با روش دیمتل فازی شهودی تجزیه و تحلیل شد که در ادامه به تشریح

همان‌طور که مشاهده می‌شود کلیه نقش‌های مدیران حوزه سلامت در جلب حمایت خیرین، در ۱۲ مقوله شناسایی و استخراج شد که این مقوله‌ها در برگیرنده ۴۸ دسته مفهومی یا زیرمقوله بود. برای تعیین تأثیرگذارترین نقش‌های مدیران حوزه سلامت در جلب حمایت خیرین در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، لازم بود تا در گام دوم با بهره‌مندی از نقش‌های مدیران شناسایی شده در گام اول، پرسشنامه پژوهش تدوین شود؛ از این رو ماتریسی متشکل از نقش‌های مدیران بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی یزد طراحی شد که شامل برند شخصی مدیر، قدرت توجیهی واقناع، توانایی شبکه‌سازی و سازمان‌دهی، شناخت نیازهای بیمارستان، دیپلماسی مذاکره و ارتباط با خیر، تعامل دوطرفه و

رابطه (۲)

$$s > 0 \quad D = \frac{A}{s}$$

باتوجه به آنکه ماتریس میانگین روابط مستقیم فازی شهودی متشکل از درجه عضویت و درجه عدم عضویت مقادیر است، برای محاسبه ضریب s ، در هر ردیف حاصل جمع حدود بالای درجه عضویت و نیز حدود بالای درجه عدم عضویت محاسبه شد و از میان مقادیر به دست آمده بیشترین مقدار برای درجه عضویت و بیشترین مقدار برای درجه عدم عضویت به عنوان ضریب s انتخاب شد که برای درجه عضویت و درجه عدم عضویت این مقدار به ترتیب برابر با $۱۰/۶۶$ و $۱۰/۷۳$ بود. سپس براساس رابطه (۳) هر یک از درایه‌های ماتریس روابط مستقیم فازی شهودی بر مقادیر s تقسیم شد و ماتریس روابط مستقیم نرمال شده فازی شهودی حاصل گردید.

$$s = \max(\max_{1 \leq i \leq n} \sum_{j=1}^n |a_{ij}|, \max_{1 \leq j \leq n} \sum_{i=1}^n |a_{ij}|)$$

نرمال فازی شهودی به دست آمد و براساس رابطه (۵) با ضرب ماتریس نرمال در ماتریس معکوس حاصل شده، ماتریس روابط کل فازی شهودی تدوین شد. ماتریس نهایی فازی شهودی نیز در قالب جدول (۲) تنظیم شده است.

$$T m \rightarrow \infty = [t_{ij}]n \times n = D + D^2 + \dots + D^m = \frac{D}{1-D} = D(I - D)^{-1}$$

مراحل آن پرداخته شده است. به منظور ایجاد ماتریس روابط مستقیم اولیه، ماتریسی از عناصر مورد بررسی تهیه و از پاسخ‌دهندگان خواسته شد تا با مقایسه زوجی، میزان تأثیر یک عامل بر عوامل دیگر را در بازه مقادیر صفر تا چهار (صفر عدم تأثیرگذاری و چهار تأثیرگذاری زیاد) تعیین کنند. پس از گردآوری پرسشنامه‌ها، نظر پاسخ‌دهندگان در قالب متغیرهای زبانی فازی شهودی ذوزنقه‌ای تعریف شد و ماتریس روابط مستقیم اولیه فازی شهودی برای هر یک از خبرگان شکل گرفت. سپس باتوجه به رابطه (۱)، میانگین حسابی نظرات افراد خبره محاسبه شد و میانگین روابط مستقیم فازی شهودی به دست آمد.

رابطه (۱)

$$n \times n \quad A = [a_{ij}]n \times n = \frac{1}{K} [\sum_{k=1}^K P_{ij}]$$

برای محاسبه ماتریس روابط مستقیم نرمال شده فازی شهودی لازم بود تا طبق (رابطه ۲) ضریب s تعریف شود.

رابطه (۳)

در این مرحله ماتریس یکه $(I_{12 \times 12})$ را تشکیل داد و کلیه مقادیر مربوط به درایه‌های ماتریس یکه از مقادیر مربوط به درایه‌های ماتریس ارتباط مستقیم نرمال شده فازی شهودی کسر شد. سپس معکوس ماتریس به دست آمده از تفاضل درایه‌های ماتریس یکه و درایه‌های ماتریس روابط مستقیم

رابطه (۴)

جدول ۲- ماتریس نهایی فازی شهودی

Table 2- Final intuitionistic fuzzy matrix

i	j	برند شخصی مدیر	قدرت توجیه و اقناع	توانایی شبکه‌سازی و سازمان‌دهی	شناخت نیازهای حوزه سلامت	دیپلماسی مذاکره و ارتباط با خیر	تعامل دو طرفه و نگهداشت خیر	فرهنگ‌سازی	اعتمادسازی	ایجاد انگیزه در خیرین	رفتار خیرانه و باورهای دینی	شناخت سازوکارهای جذب	شناخت موانع و چالش‌ها
	برند شخصی مدیر	۰/۳۴	۰/۴۵	۰/۴۶	۰/۳۷	۰/۴۵	۰/۴۶	۰/۴۷	۰/۵	۰/۵	۰/۴۴	۰/۳۹	۰/۳۴
	قدرت توجیه و اقناع	۰/۴۹	۰/۴۷	۰/۵۵	۰/۴۳	۰/۵۵	۰/۵۶	۰/۵۳	۰/۵۷	۰/۵۹	۰/۵۳	۰/۴۸	۰/۴۳
	توانایی شبکه‌سازی و سازمان‌دهی	۰/۴۵	۰/۵۱	۰/۴۶	۰/۴۴	۰/۵۴	۰/۵۵	۰/۵۵	۰/۵۷	۰/۵۷	۰/۵۱	۰/۴۷	۰/۴۲
	شناخت نیازهای حوزه سلامت	۰/۴۵	۰/۵	۰/۵	۰/۳۵	۰/۴۹	۰/۵	۰/۵۳	۰/۵۲	۰/۵۵	۰/۵	۰/۴۵	۰/۴۱
	دیپلماسی مذاکره و ارتباط با خیر	۰/۴۳	۰/۵۲	۰/۵۲	۰/۴	۰/۴۴	۰/۵۳	۰/۵۳	۰/۵۴	۰/۵۵	۰/۵	۰/۴۶	۰/۳۸
	تعامل دو طرفه و نگهداشت خیر	۰/۴۵	۰/۵۲	۰/۵۲	۰/۴	۰/۵۲	۰/۴۴	۰/۵	۰/۵۴	۰/۵۵	۰/۴۷	۰/۴۲	۰/۴۱
	فرهنگ‌سازی	۰/۴	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۳۷	۰/۴۵	۰/۴۹	۰/۴۱	۰/۵۱	۰/۵۱	۰/۴۷	۰/۴۲	۰/۳۶
	اعتمادسازی	۰/۴۴	۰/۵۲	۰/۵۳	۰/۴	۰/۵۲	۰/۵۳	۰/۵۲	۰/۴۶	۰/۵۶	۰/۵	۰/۴۲	۰/۳۸
	ایجاد انگیزه در خیرین	۰/۴۲	۰/۵	۰/۵	۰/۳۹	۰/۵	۰/۵۱	۰/۵	۰/۵۳	۰/۴۵	۰/۴۵	۰/۴	۰/۳۶
	رفتار خیرانه و باورهای دینی	۰/۴۱	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۳۸	۰/۴۶	۰/۴۷	۰/۴۹	۰/۵	۰/۵۱	۰/۳۹	۰/۳۹	۰/۳۵
	شناخت سازوکارهای جذب	۰/۴۸	۰/۵۴	۰/۵۵	۰/۴۳	۰/۵۴	۰/۵۵	۰/۵۵	۰/۵۷	۰/۵۸	۰/۵۲	۰/۴	۰/۴
	شناخت موانع و چالش‌ها	۰/۴۹	۰/۵۶	۰/۵۷	۰/۴۷	۰/۵۶	۰/۵۷	۰/۵۷	۰/۶	۰/۶	۰/۵۴	۰/۵	۰/۳۷

تابع دانشگاه علوم پزشکی یزد، مقادیر مربوط به $D-R^1$ و $D+R^2$ طبق جدول (۳) محاسبه شد.

رابطه (۵)

$$D = [d_{ij}]_{n \times 1} = \left[\sum_{j=1}^n t_{ij} \right]_{n \times 1}$$

رابطه (۶)

$$R = [r_{ij}]_{1 \times n} = \left[\sum_{i=1}^n t_{ij} \right]_{1 \times n}$$

$D+R^1$: بدین معنا هست که هر چقدر این مقدار بیشتر باشد، آن عامل تعامل

بیشتری با سایر عوامل دارد (تأثیرپذیری یا درجه تعامل)

$D-R^2$: قدرت تأثیرگذاری هر عامل را نشان می‌دهد و گویای آن است که اگر این

میزان مثبت باشد، متغیر، متغیری علی محسوب شده و اگر این مقدار منفی باشد،

معلول محسوب می‌شود.

تعیین سلسله‌مراتب نقش‌های مدیران حوزه سلامت در جلب حمایت خیرین در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی یزد

در این مرحله، نقش‌های مدیران حوزه سلامت در جلب حمایت خیرین در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی یزد براساس میزان تأثیرگذاری و نیز میزان برقراری تعامل با سایر نقش‌ها رتبه‌بندی شدند؛ به همین منظور روابط مستقیم و غیرمستقیم عناصر مورد توجه قرار گرفت. براساس روابط (۶) و (۷) مقدار D مجموع تأثیرگذاری فرایند و مقدار R بیانگر مجموع تأثیرپذیری هریک از نقش‌های مدیران در جلب حمایت خیرین است؛ از این رو برای محاسبه میزان تأثیرگذاری و میزان تعامل هریک از نقش‌ها با دیگر نقش‌های مدیران حوزه سلامت در جلب حمایت خیرین در بیمارستان‌های

جدول ۳- میزان تأثیرگذاری و تعامل هریک از چالش‌ها

Table 3- The degree of influence and interaction of each role

عنوان	D	R	D+R تأثیر پذیری	D-R تأثیر گذاری
برند شخصی مدیر	۵/۱۶	۵/۲۶	۱۰/۴۳	-۰/۰۹۹
قدرت توجیه و اقناع	۶/۱۸	۶/۰۵	۱۲/۲۳	۰/۱۳
توانایی شبکه‌سازی و سازمان‌دهی	۶/۰۳	۶/۱۰	۱۲/۱۴	-۰/۰۶۹
شناخت نیازهای حوزه سلامت	۵/۷۴	۴/۸۳	۱۰/۵۷	۰/۹۱
دیپلماسی مذاکره و ارتباط با خیر	۵/۸	۶/۰۱	۱۱/۸۱	-۰/۲۱
تعامل دوطرفه و نگهداشت خیر	۵/۷۳	۶/۱۵	۱۱/۸۹	-۰/۴۱
فرهنگ‌سازی	۵/۳۴	۶/۱۵	۱۱/۴۹	-۰/۸
اعتمادسازی	۵/۷۸	۶/۴۱	۱۲/۲۰	-۰/۶۳
ایجاد انگیزه در خیرین	۵/۵	۶/۵۱	۱۲/۰۱	-۱
رفتار خیرانه و باورهای دینی	۵/۳۱	۵/۸۲	۱۱/۱۳	-۰/۵
شناخت سازوکارهای جذب	۶/۱۰	۵/۱۸	۱۱/۲۹	۰/۹۱
شناخت موانع و چالش‌ها	۶/۴۱	۴/۶۲	۱۱/۰۳	۱/۷۸

به محاسبه (D-R) و (D+R) به ترتیب نزولی مرتب شد که نتیجه آن به شرح جدول (۴) است.

برای استخراج تأثیرگذارترین و پرتعامل‌ترین نقش‌های مدیران حوزه سلامت در جلب حمایت خیرین در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی یزد، مقادیر مربوط

جدول ۴- تعیین ترتیب میزان تأثیرگذاری و درجه تعامل هریک از نقش‌های مدیران بیمارستان‌ها در جلب حمایت خیرین

Table 4- Ranking of the degree of influence and level of interaction of hospital managers' roles in attracting donors' support

اولویت	نقش مدیران	D+R تعامل	نقش مدیران	D-R تأثیر گذاری	اولویت
۱	قدرت توجیه و اقناع	۱۲/۲۳	شناخت موانع و چالش‌ها	۱۰/۷۸	۱
۲	اعتمادسازی	۱۲/۲۰	شناخت نیازهای حوزه سلامت	۰/۹۱۵	۲
۳	توانایی شبکه‌سازی و سازمان‌دهی	۱۲/۱۴	شناخت سازوکارهای جذب	۰/۹۱۳	۳
۴	ایجاد انگیزه در خیرین	۱۲/۰۱	قدرت توجیه و اقناع	۰/۱۳۵	۴
۵	تعامل دوطرفه و نگهداشت خیر	۱۱/۸۹	توانایی شبکه‌سازی و سازمان‌دهی	-۰/۰۶	۵
۶	دیپلماسی مذاکره و ارتباط با خیر	۱۱/۸۱	برند شخصی مدیر	-۰/۰۹۹	۶
۷	فرهنگ‌سازی	۱۱/۴۹	دیپلماسی مذاکره و ارتباط با خیر	۰/۲۱۳	۷
۸	شناخت سازوکارهای جذب	۱۱/۲۹	تعامل دوطرفه و نگهداشت خیر	-۰/۴۱۹	۸
۹	رفتار خیرانه و باورهای دینی	۱۱/۱۳	رفتار خیرانه و باورهای دینی	-۰/۵	۹
۱۰	شناخت موانع و چالش‌ها	۱۱/۰۳	اعتمادسازی	-۰/۶۳	۱۰
۱۱	شناخت نیازهای حوزه سلامت	۱۰/۵۷	فرهنگ‌سازی	-۰/۸۰	۱۱
۱۲	برند شخصی مدیر	۱۰/۴۳	ایجاد انگیزه در خیرین	-۱	۱۲

شهودی برای دنبال کردن مراحل مدل‌سازی ساختاری تفسیری استفاده شد که در ادامه به تشریح آن پرداخته شده است.

استخراج ماتریس دستیابی نهایی از ماتریس نهایی روابط کل

ماتریس نهایی روابط کل بازتابی از کنش و برهم‌کنش‌های عوامل مختلف بدون در نظر گرفتن تأثیر عامل بر خودش است؛ بنابراین، لازم است تا با جمع ماتریس نهایی روابط کل با ماتریس واحد (I)، تأثیر هر یک از عوامل بر خودش نیز در نظر گرفته و ماتریس نفوذ کل حاصل شود؛ به همین منظور، در این مرحله از پژوهش با جمع ماتریس نهایی روابط کل زیر با ماتریس واحد، ماتریس نفوذ کل طبق جدول (۵) به دست آمد.

براساس نتایج حاصل، نقش‌های شناخت موانع و چالش‌ها، شناخت نیازهای حوزه سلامت، شناخت سازوکارهای جذب، قدرت توجیه و اقناع و توانایی شبکه‌سازی و سازمان‌دهی، بیشترین میزان تأثیرگذاری را در جلب حمایت خیرین دارند و نقش‌های قدرت توجیه و اقناع، اعتمادسازی، توانایی شبکه‌سازی و سازمان‌دهی، ایجاد انگیزه در خیرین و تعامل دوطرفه و نگهداشت خیرین بیشترین میزان تعامل را با سایر نقش‌های شناسایی شده برقرار می‌کنند.

ترسیم مدل نقش‌های مدیران حوزه سلامت در جلب حمایت خیرین در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی یزد با رویکرد دیمتل ساختاری-تفسیری

در گام سوم پژوهش، از خروجی رویکرد دیمتل فازی

جدول ۵- ماتریس نفوذ کل

Table 5- Total influence matrix

i	j	برند شخصی مدیر	قدرت توجیه و اقناع	توانایی شبکه‌سازی و سازمان‌دهی	شناخت نیازهای حوزه سلامت	دیپلماسی مذاکره و ارتباط با خیر	تعامل دوطرفه و نگهداشت خیر	فرهنگ‌سازی	اعتمادسازی	ایجاد انگیزه در خیرین	رفتار خیرانه و باورهای دینی	شناخت سازوکارهای جذب	شناخت موانع و چالش‌ها
برند شخصی مدیر	۱/۳۴	۰/۴۵	۰/۴۶	۰/۳۷	۰/۴۵	۰/۴۶	۰/۴۷	۰/۵	۰/۵	۰/۴۴	۰/۳۹	۰/۳۴	
قدرت توجیه و اقناع	۰/۴۹	۱/۴۷	۰/۵۵	۰/۴۳	۰/۵۵	۰/۵۶	۰/۵۳	۰/۵۷	۰/۵۹	۰/۵۳	۰/۴۸	۰/۴۳	
توانایی شبکه‌سازی و سازمان‌دهی	۰/۴۵	۰/۵۱	۱/۴۶	۰/۴۴	۰/۵۴	۰/۵۵	۰/۵۵	۰/۵۷	۰/۵۷	۰/۵۱	۰/۴۷	۰/۴۲	
شناخت نیازهای حوزه سلامت	۰/۴۵	۰/۵	۱/۳۵	۰/۴۹	۰/۵	۰/۵۳	۰/۵۲	۰/۵۵	۰/۵	۰/۴۵	۰/۴۱	۰/۴۱	
دیپلماسی مذاکره و ارتباط با خیر	۰/۴۳	۰/۵۲	۰/۵۲	۰/۴	۱/۴۴	۰/۵۳	۰/۵۳	۰/۵۴	۰/۵۵	۰/۵	۰/۴۶	۰/۳۸	
تعامل دوطرفه و نگهداشت خیر	۰/۴۵	۰/۵۲	۰/۵۲	۰/۴	۱/۴۴	۰/۵	۰/۵۴	۰/۵۵	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۴۲	۰/۴۱	
فرهنگ‌سازی	۰/۴	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۳۷	۰/۴۵	۰/۴۹	۱/۴۱	۰/۵۱	۰/۵۱	۰/۴۷	۰/۴۲	۰/۳۶	
اعتمادسازی	۰/۴۴	۰/۵۲	۰/۵۳	۰/۴	۰/۵۲	۰/۵۳	۰/۵۲	۱/۴۶	۰/۵۶	۰/۵	۰/۴۲	۰/۳۸	
ایجاد انگیزه در خیرین	۰/۴۲	۰/۵	۰/۵	۰/۳۹	۰/۵	۰/۵۱	۰/۵	۰/۵۳	۱/۴۵	۰/۴۵	۰/۴	۰/۳۶	
رفتار خیرانه و باورهای دینی	۰/۴۱	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۳۸	۰/۴۶	۰/۴۷	۰/۴۹	۰/۵	۰/۵۱	۱/۳۹	۰/۳۹	۰/۳۵	
شناخت سازوکارهای جذب	۰/۴۸	۰/۵۴	۰/۵۵	۰/۴۳	۰/۵۴	۰/۵۵	۰/۵۵	۰/۵۷	۰/۵۸	۰/۵۲	۱/۴	۰/۴	
شناخت موانع و چالش‌ها	۰/۴۹	۰/۵۶	۰/۵۷	۰/۴۷	۰/۵۶	۰/۵۷	۰/۵۷	۰/۶	۰/۶	۰/۵۴	۰/۵	۱/۳۷	

پژوهش حاضر براساس توافق جمعی اساتید فعال در حوزه تصمیم‌گیری، ارزش آستانه ۰/۵ تعیین شد و براساس رابطه (۸)، مقادیر مربوط به ماتریس دستیابی نهایی مشخص و ماتریس مذکور طبق جدول (۶) ایجاد شد.

رابطه (۷)

$$K_{ij} = \begin{cases} 1 & \text{if } k_{ij} \geq \lambda \quad i = 1, 2, \dots, n \\ 0 & \text{if } k_{ij} < \lambda \quad i = 1, 2, \dots, n \end{cases}$$

استخراج ماتریس دستیابی در گرو تعیین ارزش آستانه (λ) برای مقادیر ماتریس نفوذ کل است. به این ترتیب که اگر درجه تأثیرگذاری یک عامل بر عامل دیگر مساوی یا بیشتر از ارزش آستانه باشد، نشان‌دهنده این است که عامل می‌تواند بر عامل دیگر تأثیر مستقیم داشته باشد؛ اما اگر درجه تأثیرگذاری کمتر از ارزش آستانه باشد، این بدان معناست که عامل بر عامل دیگر تأثیر مستقیم ندارد (Wang et al., 2008).

جدول ۶- ماتریس دستیابی نهایی

Table 6- Final reachability matrix

i	j	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	برند شخصی مدیر	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	قدرت توجه و اقناع	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰
	توانایی شبکه‌سازی و سازمان‌دهی	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰
	شناخت نیازهای حوزه سلامت	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۱	۱	۱	۰	۰	۰
	دیپلماسی مذاکره و ارتباط با خیر	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰
	تعامل دوطرفه و نگهداشت خیر	۰	۱	۱	۰	۰	۱	۰	۱	۱	۰	۰	۰
	فرهنگ‌سازی	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۱	۱	۰	۰	۰
	اعتمادسازی	۰	۱	۱	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰
	ایجاد انگیزه در خیرین	۰	۱	۱	۰	۰	۱	۰	۱	۱	۰	۰	۰
	رفتار خیرانه و باورهای دینی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۰	۰
	شناخت سازوکارهای جذب	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰
	شناخت موانع و چالش‌ها	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱

دو مجموعه، مجموع مشترک به دست خواهد آمد. عناصری که مجموعه مشترک با مجموعه قابل دستیابی یکسان باشد، سطح اول اولویت را به خود اختصاص می‌دهند. با حذف این عناصر و تکرار این مرحله برای سایر عناصر، سطح کلیه عناصر تعیین می‌شود. نتایج حاصل از تعیین سطح هر یک از نقش‌های مدیران حوزه سلامت در جلب حمایت خیرین در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی یزد به شرح جدول (۷) است.

تعیین سطح هر یک از نقش‌های مدیران حوزه سلامت در جلب حمایت خیرین در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی یزد برای رسم مدل جامع

پس از تعیین مجموعه قابل دستیابی و مجموعه مقدم برای هر عنصر و تعیین مجموعه مشترک، سطح‌بندی نقش‌ها انجام شد. مجموعه قابل دستیابی برای هر عنصر، مجموعه‌ای است که در آن سطرها ماتریس دستیابی نهایی به صورت یک ظاهر شده باشد و مجموعه مقدم، مجموعه‌ای است که در آن ستون‌ها به صورت یک ظاهر شده باشد. با به دست آوردن اشتراک این

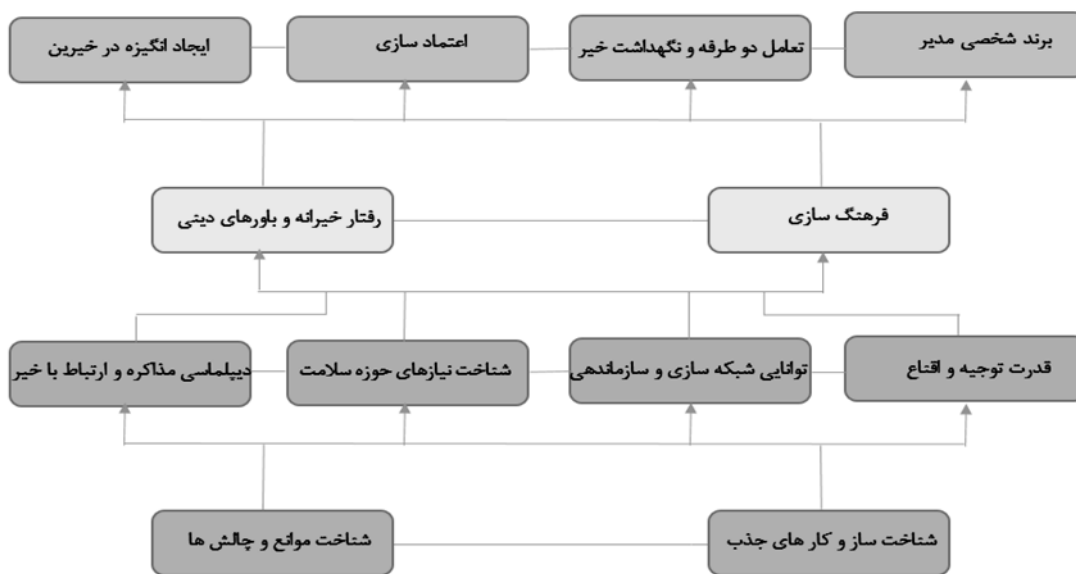
جدول ۷- سطح هریک از نقش‌های مدیران حوزه در جلب حمایت خیرین
Table 7- Level of each managerial role in attracting donors' support

سطح	اشتراک	مجموعه مقدم	مجموعه قابل دستیابی	فرایندها
سطح اول	۱	۱	۱	برند شخصی مدیر
سطح سوم	۲ و ۳ و ۵ و ۶ و ۸ و ۹	۲ و ۳ و ۵ و ۶ و ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲	۲ و ۳ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰	قدرت توجه و اقناع
سطح سوم	۲ و ۳ و ۵ و ۶ و ۸ و ۹	۲ و ۳ و ۵ و ۶ و ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲	۲ و ۳ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰	توانایی شبکه‌سازی و سازمان‌دهی
سطح سوم	۴	۴	۴ و ۷ و ۸ و ۹	شناخت نیازهای حوزه سلامت
سطح سوم	۲ و ۳ و ۵ و ۷	۲ و ۳ و ۵ و ۷ و ۱۱ و ۱۲	۲ و ۳ و ۵ و ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰	دیپلماسی مذاکره و ارتباط با خیر
سطح اول	۲ و ۳ و ۶ و ۸ و ۹	۲ و ۳ و ۵ و ۶ و ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲	۲ و ۳ و ۶ و ۸ و ۹	تعامل دوطرفه و نگهداشت خیر
سطح دوم	۵ و ۷ و ۸	۲ و ۳ و ۵ و ۷ و ۸ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲	۵ و ۷ و ۸ و ۹	فرهنگ‌سازی
سطح اول	۲ و ۳ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹	۲ و ۳ و ۵ و ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲	۲ و ۳ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹	اعتمادسازی
سطح اول	۲ و ۳ و ۶ و ۸ و ۹	۲ و ۳ و ۵ و ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲	۲ و ۳ و ۶ و ۸ و ۹	ایجاد انگیزه در خیرین
سطح دوم	۱۰	۲ و ۳ و ۵ و ۷ و ۸ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲	۸ و ۹ و ۱۰	رفتار خیرانه و باورهای دینی
سطح چهارم	۱۱	۱۱	۲ و ۳ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱	شناخت سازوکارهای جذب
سطح چهارم	۱۲	۱۲	۲ و ۳ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲	شناخت موانع و چالش‌ها

ارائه مدل جامع ساختاری-تفسیری

پس از تعیین سطح قرارگیری هریک از نقش‌ها، براساس جدول بالا، مدل جامع نقش‌های مدیران حوزه سلامت در

جلب حمایت خیرین در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی یزد ترسیم شد که به شرح شکل (۱) است.



شکل ۱- مدل جامع ساختاری-تفسیری

Fig 1- Comprehensive structural-interpretive model

مطابق با شکل (۱) مشاهده می‌شود که براساس میزان

تأثیرگذاری و تأثیرپذیری هریک از نقش‌ها، نقش‌های برند

کرده‌اند. اسدی جنتی و همکاران (۱۳۹۸) بر شناخت نیازهای حوزه سلامت تأکید داشته‌اند. سایر پژوهش‌ها نیز بر نقش قدرت توجیه و اقتناع، اعتمادسازی، شبکه‌سازی و ایجاد انگیزه در افزایش مشارکت خیرین تأکید کرده‌اند (زیلوجی، ۱۳۹۷). این هم‌راستایی نشان می‌دهد که نتایج پژوهش حاضر در چارچوب علمی موجود قابل‌اتکا است.

پیشنهادات کاربردی با رویکرد جامعه‌شناسی

باتوجه به نقش اجتماعی خیرین و تعاملات بین‌فردی و نهادی، پیشنهادات کاربردی زیر ارائه می‌شود:

نظام‌مند کردن فرایند جلب حمایت خیرین: ایجاد چارچوب‌ها و فرایندهای منظم و شفاف برای جذب خیرین باعث افزایش اعتماد عمومی و کاهش ابهام در مشارکت‌های مردمی می‌شود. از دید جامعه‌شناسی توسعه، چنین نظام‌مندی به تثبیت سرمایه اجتماعی و افزایش حس تعلق اجتماعی و مسئولیت‌پذیری در جامعه کمک می‌کند.

استفاده از الگوهای موفق و تعمیم آن‌ها به حوزه‌های مختلف نظام سلامت: الگوگیری از نمونه‌های موفق داخلی و خارجی و سازگار کردن آن‌ها با شرایط محلی، امکان انتقال دانش اجتماعی و توسعه ظرفیت‌های نهادی را فراهم می‌آورد.

تقویت ساختارها، سیستم‌ها و فرایندهای سازمان‌یافته در تمام سطوح نظام سلامت: سازمان‌دهی مناسب، شفافیت و پاسخ‌گویی باعث افزایش اعتماد اجتماعی و مشارکت فعال خیرین می‌شود. از منظر جامعه‌شناسی توسعه، این کار باعث افزایش سرمایه اجتماعی و کاهش نابرابری دسترسی به خدمات می‌گردد.

توسعه مشارکت جمعی از طریق رسانه‌های مجازی و آنلاین: استفاده از فضای دیجیتال و شبکه‌های اجتماعی باعث گسترش مشارکت‌های مردمی و افزایش آگاهی اجتماعی می‌شود و امکان تعامل گسترده بین خیرین و سازمان‌های سلامت فراهم می‌آید.

آموزش مدیران برای توانمندسازی در جلب حمایت

شخصی مدیر، تعامل دوطرفه و نگهداشت خیر، اعتمادسازی و ایجاد انگیزه در خیرین در سطح اول، فرهنگ‌سازی و رفتار خیرانه و باورهای دینی در سطح دوم، قدرت توجیه و اقتناع، توانایی شبکه‌سازی و سازمان‌دهی، شناخت نیازهای حوزه سلامت و دیپلماسی مذاکره و ارتباط با خیر در سطح سوم و در نهایت نقش شناخت سازوکارهای جذب و شناخت موانع و چالش‌ها در سطح چهارم مدل جامع ساختاری - تفسیری قرار گرفتند.

بحث و نتیجه

پژوهش حاضر به دنبال شناسایی نقش‌های مدیران بیمارستان‌ها در جلب حمایت خیرین حوزه سلامت و ارائه الگوی مناسب برای تبیین این نقش‌ها انجام شد. نتایج حاصل از مصاحبه‌ها و تحلیل محتوای مقالات نشان داد که ۴۸ دسته مفهومی یا زیرمفوله مؤثر شناسایی شده است که در قالب ۱۲ مقوله اصلی قرار می‌گیرند و شامل برند شخصی مدیر، قدرت توجیه و اقتناع، توانایی شبکه‌سازی و سازمان‌دهی، شناخت نیازهای بیمارستان، دیپلماسی مذاکره و ارتباط با خیر، تعامل دوطرفه و نگهداشت خیر، فرهنگ‌سازی، اعتمادسازی، ایجاد انگیزه در خیرین، رفتار خیرانه و باورهای دینی، شناخت سازوکارهای جذب و شناخت موانع و چالش‌ها هستند. با تحلیل محتوا مشخص شد که این ۱۲ نقش، شبکه‌ای از تعاملات و تأثیرات متقابل دارند. به‌ویژه نقش‌های «شناخت موانع و چالش‌ها، شناخت نیازهای حوزه سلامت و شناخت سازوکارهای جذب» از تأثیرگذارترین نقش‌ها هستند. همچنین نقش‌های «قدرت توجیه و اقتناع، اعتمادسازی، توانایی شبکه‌سازی و سازمان‌دهی، ایجاد انگیزه و تعامل دوطرفه با خیر» بیشترین میزان تعامل را با سایر نقش‌ها دارند؛ به این معنی که تقویت این نقش‌ها موجب ارتقای عملکرد سایر نقش‌ها می‌شود. یافته‌های این پژوهش با مطالعات پیشین هم‌راستا است. مصدق‌راد و همکاران (۱۳۹۸) نیز به اهمیت شناخت سازوکارهای جذب و موانع مشارکت خیرین اشاره

- پژوهش حاضر در سازمان‌های دیگر نیز بررسی شود؛
- مزیت‌های استفاده از این نقش‌ها بررسی شود؛
- با عنایت بر آنکه یافته‌ها در بستر محدودیت‌ها و شرایط اجتماعی - فرهنگی ایران تبیین شده است، سایر عوامل اجتماعی و سیاسی مؤثر بر مشارکت خیرین نیز بررسی شود.
- همین موضوع با روش یا تکنیک‌های دیگر پژوهشی انجام و آزمایش شود.

منابع فارسی

- اسدی جنتی، ن.، محمدزاده، خ. ع.، حسینی، س. م.، ماهر، ع.، و بهادری، م. ک. (۱۳۹۸). بررسی مؤلفه‌های مؤثر بر تخصیص منابع مالی حاصل از مشارکت خیرین در نظام سلامت: یک مطالعه کیفی. *مدیریت اطلاعات سلامت*، ۱۶(۴)، ۱۶۸-۱۷۵. <https://www.sid.ir/paper/121672/fa>
- دماری، ب.، حیدرنیا، م.، و رهبری بناب، م. (۱۳۹۳). نقش و عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد در حفظ و ارتقای سلامت جامعه. *پایش*، ۱۳(۵)، ۵۴۱-۵۵۰. <https://sid.ir/paper/23223/fa>
- زارع، ح.، جمالی، م. ر.، و رشیدی، ر. (۱۳۸۴). *مطالعه تطبیقی نظام سلامت در دنیا (حمایت‌های اجتماعی، بهداشت و درمان) (ج. ۱)*. سازمان بیمه خدمات درمانی. <https://ketab.ir/book/83e2c918-f21b-440f-bcf8-2129a4a49943>
- رمضانی‌نژاد، ر.، و علاالدینی، پ. (۱۳۸۸). عوامل مؤثر در میزان مشارکت داوطلبان جمعیت هلال احمر. امداد و نجات، ۱۱(۱)، ۲۸-۳۴. <https://sid.ir/paper/459245/fa>
- زیلوچی، م. ح. (۱۳۹۷). *تحلیل سیاست‌گذاری مشارکت‌های خیریه در تأمین مالی نظام سلامت ایران* [پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تهران]. تهران.
- عرب‌زاده، م.، زارعی، ع.، خدایاری، ع.، پورکیانی، م.، و هنری، ح. (۱۴۰۰). همبستگی توانمندسازی روان‌شناختی و

خیرین: آموزش مهارت‌های ارتباطی، مذاکره و مدیریت مشارکت مردمی به مدیران، ظرفیت‌های نهادی و توانایی شبکه‌سازی آنان را افزایش می‌دهد که در جامعه‌شناسی توسعه به آن «تقویت سرمایه انسانی و اجتماعی» گفته می‌شود.

آموزش و توانمندسازی خیرین در حوزه سلامت:

آگاهی‌بخشی و آموزش خیرین در زمینه سلامت و نیازهای جامعه، باعث ارتقای مشارکت مؤثر و هدفمند آن‌ها می‌شود و نقش آنان را در توسعه اجتماعی پررنگ‌تر می‌کند.

تقویت فرهنگ مشارکت در خیرین و کارکنان حوزه سلامت:

تشویق به همکاری، همیاری و مسئولیت‌پذیری جمعی باعث شکل‌گیری سرمایه اجتماعی مثبت و توسعه نهادهای اجتماعی قوی می‌شود.

شناخت انگیزه افراد و طبقه‌بندی آن‌ها: شناسایی

انگیزه‌های مالی، اجتماعی و اخلاقی خیرین، امکان طراحی مشارکت هدفمند و متناسب با نیازهای جامعه را فراهم می‌آورد و باعث افزایش کارایی توسعه اجتماعی می‌شود.

اعمال بوروکراسی‌های اداری به‌عنوان فرصت:

استفاده از ساختارهای قانونی و اداری برای جلوگیری از سوءاستفاده‌ها، تقویت شفافیت و افزایش اعتماد عمومی، ظرفیت‌های نهادی جامعه را بهبود می‌بخشد.

تدوین و بازنگری برنامه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت

براساس مشارکت مردمی: درگیرکردن جامعه با مراحل اولیه برنامه‌ریزی باعث ارتقای مشروعیت اجتماعی، افزایش اعتماد عمومی و توسعه پایدار می‌شود.

برای انجام پژوهش آتی پیشنهاد می‌شود تا در طی پژوهش‌های آتی:

- باتوجه به اینکه ایجاد سیستم واحد و نظام‌مند نقش بسزایی در جلب حمایت خیرین و شفاف‌سازی نحوه مصرف کمک‌های خیرین ایفا می‌کند، تأثیر سیستماتیک شدن فرایند جلب حمایت خیرین بررسی شود؛
- مطالعات کمی و کیفی درخصوص هرکدام از نقش‌های استخراج‌شده در این پژوهش انجام شود؛

- M., & Henry, H. (2021). Correlation between psychological empowerment and creativity of sports managers in attracting donors. *Health Promotion Management, 10*(5), 121-132. [In Persian] <https://sid.ir/paper/1013559/fa>
- Ashayeri, T., Saadati, M., Yahaghiamjad, E., & Shokri, N. (2016). Investigating the role of NGOs in social development. *The First National Congress of Community Empowerment in the Field of Sociology, Education and Social and Cultural Studies*, Tehran. [In Persian] <https://civilica.com/doc/509883/>
- Asadi Janati, N., Ali Mohammadzadeh, K., Hosseini, S. M., Maher, A., & Bahadori, M. K. (2019). Investigating effective components on allocating financial resources from charitable participation in the health system: A qualitative study. *Health Information Management, 16*(4), 168-175. [In Persian] <https://www.sid.ir/paper/121672/fa>
- Bowles, J., Clifford, D., & Mohan, J. (2023). The place of charity in a public health service: Inequality and persistence in charitable support for NHS trusts in England. *Social Science & Medicine, 322*, 115805. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115805>
- Charity Aid Foundation. (CAF). (2019). *CAF World Giving Index 2018: A Global View of Giving Trends*. <https://search.issuefab.org/resource/caf-world-giving-index-2018-a-global-view-of-giving-trends.html>
- Coleman, A. (2018). Attraction and Retention of Individual Donor Funding in Nonprofit Organizations [Doctoral dissertation, Walden University]. <https://scispace.com/pdf/attraction-and-retention-of-individual-donor-funding-in-3ufn6jzjb0.pdf>
- Damari, B., Heidarnia, M. A., & Rahbari, B. M. (2014). Role and performance of Iranian NGOs in community health promotion, *Payesh, 13*(5), 541-550. [In Persian] <https://sid.ir/paper/23223/fa>
- Global Health. (2019). *Trends in Global Health Financing*. *BMJ, 365*. <https://doi.org/10.1136/bmj.l2185>
- Kutzin, J. (2008). *Health Financing Policy: A Guide for Decision-Makers*. World Health Organization. <https://share.google/96i1tHKBazkwtr0C>
- Maher, A., Ahmadi, A. M., & Shokri Jomani, A. (2008). Survey of different approaches to health system financing in the selected countries during the period 1998-2004 and introducing new financing mechanisms for Iran. *Economic Research and Perspectives, 8*(1), 115-149. [In Persian] <https://www.sid.ir/paper/86396/fa>
- Malekzadeh, R. (2017). *An Introduction to the Concepts, Laws and Regulations of Non-Governmental Organizations*, Tehran, Sabz Rayangostar. [In Persian] <http://B2n.ir/mk8320>
- Mosadegh-Rad, A. M., Tajvar, M., & Ehteshami, F. (2019). Donors' participation in financing health system of Iran. *Hakim Health System Research, 10*(5), 121-132. [In Persian] <https://sid.ir/paper/1013559/fa>
- ارتقای سبب سلامت، ۱۰(۵)، ۱۲۱-۱۳۲. <https://sid.ir/paper/1013559/fa>
- عشایری، ط.، سعادت‌تی، م.، یاحقی امجد، ع.، و شکری، ن. (۱۳۹۵). بررسی نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در توسعه اجتماعی. اولین کنگره ملی توانمندسازی جامعه در حوزه جامعه‌شناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران. <https://civilica.com/doc/509883/>
- ماهر، ع.، احمدی، ع. م.، و شکری جمنانی، آ. (۱۳۸۷). شناسایی چگونگی روش‌های تأمین منابع مالی نظام سلامت کشورهای منتخب در فاصله سال‌های ۲۰۰۴-۱۹۹۸ و ارائه سازوکارهای تولید منابع مالی جدید در نظام سلامت ایران. پژوهش‌ها و چشم‌اندازهای اقتصادی، ۱۱(۱)، ۱۱۵-۱۴۹. <https://www.sid.ir/paper/86396/fa>
- مجمع خیرین سلامت کشور. ۱۴۰۴. معرفی و ساختار مجمع خیرین سلامت کشور. بازیابی شده از: <https://salamat-charity.ir>
- مصدق‌راد، ع. م.، تاجور، م.، و احتشامی، ف. (۱۳۹۸). مشارکت خیرین در تأمین مالی نظام سلامت ایران. تحقیقات نظام سلامت حکیم، ۲۲(۱)، ۲۶-۴۲. <http://hakim.tums.ac.ir/article-1-2175-fa.html>
- مصدق‌راد، ع. م.، و احتشامی، ف. (۱۳۹۹). تبیین و پیش‌بینی رفتار مشارکت خیرین در نظام سلامت ایران. تحقیقات نظام سلامت حکیم، ۲۲(۴)، ۲۸۴-۲۹۷. <https://sid.ir/paper/411325/fa>
- ملک‌زاده، ر. (۱۳۹۶). درآمدی بر مفاهیم و قوانین و مقررات سازمان‌های مردم‌نهاد، تهران: سبز رایان‌گستر. <http://B2n.ir/mk8320>
- نجفی‌زاده، م.، ربیعی، ع.، و فرهنگی، ع. ا. (۱۴۰۰). سازمان‌های مردم‌نهاد ایران (خیریه) و ذی‌نفعان در رسانه‌های اجتماعی مطالعه کیفی الگوهای ارتباطی. مطالعات فرهنگی و ارتباطات، ۱۷(۶۵)، ۱۰۳-۱۲۸. <https://www.sid.ir/paper/1033513/fa>

References

Arabzadeh, M., Zarei, A., Khodayari, A., Pourkiani,



- volunteering, and charitable giving. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 19, 23-42. <https://doi.org/10.1007/s11266-008-9055-y>
- World Health Organization. (2007). *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business---strengthening-health-systems-to-improve-health-outcomes>
- Wua, J., Peng, P., Wang, P., & Da, F. (2022). An analysis of persuasive narratives in medical crowdfunding. *Procedia Computer Science*, 199, 399-406. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2022.01.049>
- Zare, H., Jamali, M. R., & Rashidi, R. (2005). *Comparative Study of Health Systems Worldwide (Social Supports, Health and Treatment)*. Vol. 1. Health Insurance Organization. [In Persian]
- Xiao, S. H., & Yue, Q. (2021). The role you play, the life you have: Donor retention in online charitable crowdfunding platform. *Decision Support Systems*, 140, 113427. <https://doi.org/10.1016/j.dss.2020.113427>
- Ziloochi, M. H. (2018). *Analysis of Charity Participation Policies in Financing Iran's Health System*. [Unpublished Masters thesis, Tehran University of Medical Sciences] [In Persian]
- 22(1), 26-42. [In Persian] <http://hakim.tums.ac.ir/article-1-2175-fa.html>
- Mosadegh-Rad, A. M., & EhteShami, F. (2019). Explaining and predicting donors' participatory behavior in Iran's health system. *Hakim Health System Research*, 22(4), 284-297. [In Persian] <https://sid.ir/paper/411325/fa>
- Moysidou, K., & Cohen Chen, S. (2023). Inducing collective action intentions for healthcare reform through medical crowdfunding framing. *Social Science & Medicine*, 333, 116090. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116090>
- Najafizadeh, M., Rabiei, A., & Farhangi, A. A. (2021). Iranian NGOs (charities) and stakeholders in social media: A qualitative study of communication patterns. *Cultural Studies & Communications*, 17(65), 103-128. [In Persian] <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1994932/>
- Ramezanejad, R., & Alaedini, P. (2009). Factors affecting the level of participation of Red Crescent Society volunteers. *Scientific Journal of Rescue and Relief*, 1(1), 28-34. [In Persian] <https://sid.ir/paper/459245/fa>
- Toth, F. (2010). Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms. *Health Policy*, 95(1), 82-89. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.11.006>
- Wang, L., & Graddy, E. (2008). Social capital,

پیوست شماره ۱ (پرسشنامه دیمتل)

هوالعلیم

صاحب‌نظر گرامی

با سلام و احترام

پرسشنامه حاضر برای تبیین نقش مدیران در جلب حمایت خیرین در حوزه سلامت تدوین شده است. خواهشمند است با در نظر گرفتن هریک از نقش‌ها، نوع رابطه آن با دیگر نقش‌ها را مشخص کنید. شایان ذکر است که برای معرفی نقش‌ها، جدول مربوط که حاوی دسته‌های مفهومی مربوط به هریک از نقش‌ها است، در صفحه دوم پرسشنامه درج شده است. صاحب‌نظر گرامی روش پاسخ‌دادن به پرسش‌ها و الگوی امتیازدهی براساس جدول زیر است:

میزان اثرگذاری	تأثیر خیلی کم	تأثیر کم	تأثیر زیاد	تأثیر خیلی زیاد
امتیاز	۱	۲	۳	۴

با سپاس

نقش‌های مدیران در جلب حمایت خیرین	برند شخصی مدیر	قدرت توجیه و اقناع	توانایی شبکه‌سازی و سازماندهی	شناخت نیازهای حوزه سلامت	دیپلماسی مذاکره و ارتباط با خیر	تعامل دو طرفه و نگهداشت خیر	فرهنگ سازی	اعتماد سازی	ایجاد انگیزه در خیرین	رفتارخیرانه و باورهای دینی	شناخت ساز و کارهای جذب	شناخت موانع و چالش‌ها
	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•