



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

Journal of Endowment & Charity Studies

E-ISSN: 3115-7475

Vol.1, Issue.1, No.1, 2023, pp 209-238

Received: 05/11/2022 Accepted: 25/01/2023

Research Paper

Sociological Analysis of the Activities and Practices of Charitable Health Institutions (Institutional Ethnography of one of the Health Institutions)

Ali Bolourforoush

Ph.D. Candidate, Department of Management, Faculty of Islamic governance, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
alibolourforoush@yahoo.com

Bahman Bayangani

Assistant Professor of Sociology, Department of Sociology and Communications, Faculty of Humanities and Social Sciences, Golestan University, Gorgan, Iran
Bahman.bayangani@gmail.com

Sahar Faeghi* 

Assistant Professor of Sociology, Department of Management, Faculty of Islamic governance, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
s.faeghi@khuif.ac.ir

Introduction

Regarding the government's withdrawal and the development of the market logic to different areas of social life, non-governmental organizations (NGOs) have gained great importance as one of the centers of resistance against such a challenge. The institutions with the main function of healthcare activities are one of the most important NGOs. In recent years, the number of such NGOs has significantly increased due to the dramatic increase in healthcare costs in Iran, so it has been estimated that about 10000 health-related NGOs are active in the country (Hosseinkhani et al., 2016). Despite the importance and increase in the number of such organizations, there is limited research in this regard in Iran (Mohammadi et al., 2019; Damari et al., 2014; Khodayari-zarnagh et al., 2020); however, the existing studies have mostly investigated the functions of such organizations and their barriers to suggest strategies to improve their performance. But, the present study mainly addressed the problem from a critical and pathological perspective. To be more precise, this research aimed to study the pathology of such organizations and thus sought to study an example of such health-related NGOs¹ in the city of Isfahan to critically analyze its function.

Methodology

To collect data, the representatives of an NGO in Isfahan were interviewed to examine their experiences in this regard and the role of such organizations in developing their experiences. A purposive sampling method was used to select this

¹ The title of the center is not mentioned in this manuscript due to the ethical limitations of the research for publication.

*Corresponding Author

Bolourforoush, A., Bayangani, B., & Faeghi, S. (2023). Sociological analysis of the activities and practices of charitable health institutions (Institutional ethnography of one of the health institutions). *Journal of Endowment & Charity Studies*, 1(1), 209-238. <http://dx.doi.org/10.22108/ecs.2023.135367.1027>



3115-7475 © The Author(s). Published by University of Isfahan

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



<http://dx.doi.org/10.22108/ecs.2023.135367.1027>

organization and the interviewees. As common in qualitative research, the theoretical saturation method was used to determine the sample size, and the interviews were conducted with 12 representatives and employees of the organization. The content analysis method was used to analyze the data. The analysis started immediately after the first interview and, regarding the goals of the study, it has been tried to extract some abstract themes from the interviews. In addition, it was tried to use appropriate quotations from the interview texts to provide the research credibility.

Findings

The results showed that the charitable organization under study in Isfahan is working to provide palliative care in four domains, and is involved with problems and issues caused by the erosion of the quality of working life of the employees in objective aspects (defective service compensation system, inappropriate space and limited facilities and equipment, reduced professionalism, neglecting the development of the professional skills and personal characteristic, and neglecting the occupational future of the employees outside the organization); in mental aspects (high work pressure and tension, reduced job security, lack of transparency of the organization's affairs, reduced quality of assigned tasks to employees); dysfunctional communication at internal levels within the organization (reduced quality of intra- and inter-group interactions, problems to identify issues, lack of bottom-up feedback, lack of communication between the board members and the employees); dysfunctional inter-organizational communication (lack of interaction between the branches of the organization, discriminatory view to the branches of the organization by the main office, failure in recruitment and participation processes), and extra-organizational communication (viewing patients as a commodity, and lack of supportive rules).

Discussion and Conclusion

In the analysis section, the results of the present study were compatible with the theoretical foundations of critics of the negative aspects of NGOs. The results also indicated that the organization under study moved away from the main goals and, according to the participants, it faced criticism in the objective and subjective fields of the employees' quality of life, as well as the intra-inter- and extra-communication levels. However, it should be noted that if the NGO under study can overcome the problems in serving cancer patients, its performance will be more in line with the theory of Durkheim, Habermas, and Burawoy, regarding the importance of the role of NGOs, because it prevents the market forces and government from making the patient their object, and on the other hand, it especially provides a space where the social subordinates can meet some of their medical needs. In this regard and to improve some of the mentioned problems, the main elements of the system, especially the government, should be involved in supporting health-related charitable institutions and their members including physicians, nurses, social workers, psychologists, experts, and even clients, as well as the Assembly to pass facilitating rules. Furthermore, the agility of executive institutions and decision-making of public institutions, as well as the deep change of views of the benefactors, managers, and executive staff of charitable institutions, and correction of their attitudes and the achievement of their goals toward ethical and humanitarian issues are of great importance.

Acknowledgment

We hereby thank the representatives and employees of the medical institution under study, who cooperated with us in conducting the study and shared their lived experiences and views with the research team.

Keywords

Non-Governmental Organizations (NGOs), Charitable Institutions, Sanitation and Health, Isfahan

References:

- Damari, B., Heidarnia, M. A., and RahbariBonab, M. (2014). Role and performance of Iranian NGOs in community health promotion. *Payesh*, 13 (5), 541-550. [In Persian]
- Hosseinkhani, A., Salehi, A. and Imanieh, M.H. (2016). Effect of charity rehabilitation centers on the welfare of mentally disabled children. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4 (3), 283.
- Khodayari-zarnagh, R. K., Edris., Arab-zozani, M., Rasouli, J., and Sokhanvar, M. (2020). Participation of Iranian non-governmental organization in health policy-making; barriers and strategies for development. *International Journal of Health Governance*, 25(1), 46-56.
- Mohammadi, A., Askarzadeh, E., Pourahmadi, E., Hoseinolhoseini, N., and VafaeiNagar, A. (2019). Study of the performance of NGOs in financing the cost of treatment for patients in Mashhad University of Medical Sciences. *Medical journal of Mashhad University of medical sciences*, 62(1), 1355-1362. Doi: 10.22038/mjms.2019.13837. [In Persian]



مقاله پژوهشی

تحلیل جامعه‌شناختی فعالیت‌ها و عملکردهای مؤسسات خیریه‌ای (اتنوگرافی نهادی یکی از مؤسسات حوزه سلامت)

علی بلورفروش^۱، باینگانی، بهمن^۲ و سحر فائق^{۳*} 

۱. دانشجوی دکتری رشته مدیریت دولتی گرایش تطبیقی و توسعه، گروه مدیریت، دانشکده حکمرانی اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

alibolourforoush@yahoo.com

۲. استادیار، گروه جامعه‌شناسی و ارتباطات، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه گلستان، گرگان، ایران

Bahman.bayangani@gmail.com

۳. استادیار، گروه مدیریت، دانشکده حکمرانی اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

s.faeghi@khuif.ac.ir

چکیده

به موازات عقب‌نشینی دولت و گسترش منطق بازار به حوزه‌های مختلف زندگی اجتماعی، سازمان‌های مردم‌نهاد به‌عنوان یکی از کانون‌های مقاومت در برابر این هجوم از اهمیت زیادی برخوردار شده‌اند. بر این اساس، هدف مطالعه حاضر، بررسی یک نمونه از این مؤسسات^۱ است که در شهر اصفهان و در حوزه بهداشت و سلامت مشغول به فعالیت‌اند. روش این مطالعه کیفی، از نوع اتنوگرافی نهادی است و برای جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه استفاده شد و با استفاده از نمونه‌گیری نظری ۱۲ نفر مصاحبه شدند. اطلاعات به‌دست‌آمده در این مطالعه با روش تحلیل مضمون تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان دادند این خیریه در شهر اصفهان برای خدمات حمایت تسکینی در چهار حوزه مشغول به فعالیت است و در حین اجرای سیاست‌های مربوط به نهاد، درگیر مسائل و مشکلاتی شده است که ناشی از فرسایش کیفیت زندگی کاری کارکنان در وجه عینی شامل (نظام معیوب جبران خدمات، نامناسب بودن فضا و ...)، در وجه ذهنی شامل (فشار و تنش کاری زیاد، افول احساس امنیت شغلی و ...)، مناسبات ارتباطی کژکارکرد در سطوح درون مؤسسه‌ای شامل (کاهش کیفیت تعاملات درون و بین‌گروهی و ...)، بین مؤسسه‌ای شامل (عدم تعامل بین شعب و ...) و فرامؤسسه‌ای شامل (نگاه کالایی به بیماران، فقدان قوانین حمایتی) است. به عبارت دیگر، مؤسسه مطالعه‌شده در تحقق اهداف خود با محدودیت‌ها و موانعی مواجه است که برای رفع‌شان نیازمند اخذ سیاست‌های ترمیمی، وضع و اجرای قوانین حمایتی از سوی قوای مملکتی، چابک‌سازی ساختارها و درنهایت، تغییر فرهنگ و نگرش عوامل مرتبط با حوزه‌های مدیریتی است.^۲

واژه‌های کلیدی:

نهادهای غیردولتی، سازمان‌های مردم‌نهاد، مؤسسات خیریه‌ای، بهداشت و سلامت، اصفهان

^۱ به دلیل محدودیت‌های اخلاقی نشریه در زمینه نشر، عنوان مرکز مطالعه‌شده در مقاله ذکر نشده است.

^۲ از نمایندگان و کارمندان مؤسسه درمانی مدنظر که در انجام این تحقیق مشارکت و همکاری کرده‌اند و تجربیات زیسته و دیدگاه‌هایشان را با تیم پژوهشی به اشتراک گذاشتند، تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌داریم.

*نویسنده مسئول

بلور فروش، ع.، باینگانی، ب.، و فائق، س. (۱۴۰۲). تحلیل جامعه‌شناختی فعالیت‌ها و عملکردهای مؤسسات خیریه‌ای (اتنوگرافی نهادی یکی از مؤسسات حوزه سلامت). *مطالعات وقف و امور خیریه*، ۱(۱)، ۲۳۸-۲۰۹. <http://dx.doi.org/10.22108/ecs.2023.135367.1027>



۱- مقدمه و بیان مسئله

در جهان معاصر، سازمان‌های غیردولتی در خط مقدم در تلاش برای کاهش فقر و بی‌عدالتی هستند که در نتیجه همدستی بازار و نهادهای دولتی، ایجاد و هر روزه بیش از پیش فراگیر می‌شود. در همین رابطه، در کشورهای جهان سوم از انتهای قرن بیستم سازمان‌های مردم‌نهاد به فعالیت‌هایی بیش از امداد و کمک‌رسانی به هنگام بلایا و فجایع طبیعی و اقداماتی مثل توزیع غذا روی آورده‌اند و به دنبال حذف علل فقر و بهبود کیفیت زندگی مردم‌اند (Gellert, 1996: 19). ارائه تعریفی واحد و اجماع‌شده درباره سازمان‌های مردم‌نهاد، کاری است دشوار که یکی از دلایل آن بر می‌گردد به اینکه سازمان‌های غیردولتی از تنوع بسیاری برخوردارند و از گروه‌های کوچک غیررسمی تا کارگزاران بزرگ رسمی را در بر می‌گیرند (رحیمی‌کیا و افتخاری، ۱۳۹۲: ۳۲)؛ با این حال، یکی از تعاریف اجماع‌شده در این زمینه را گرین^۱ در سال ۱۹۸۷ از سازمان‌های غیردولتی ارائه داده است. از نظر او، این نوع سازمان‌ها به سازمان‌هایی گفته می‌شود که به دنبال سود نیستند و غالباً به صورت غیرمستقیم توسط دولت مدیریت یا رسیدگی می‌شوند (Gilson et al, 1994: 14). بنابر تعریف بانک جهانی هم سازمان‌های غیردولتی، «سازمان‌هایی خصوصی هستند که در صدد انجام اقداماتی برای تسکین درد و رنج، ارتقای منافع و مصالح فقرا، حفظ محیط‌زیست، ارائه خدمات اجتماعی ضروری یا برنامه‌ریزی و اجرای توسعه اجتماعی هستند» (Banks et al, 2015). سازمان‌های غیردولتی در سراسر جهان با نام‌های مختلفی شناخته می‌شوند؛ مثل سازمان‌های بخش سوم^۲، سازمان‌های غیرانتفاعی^۳، سازمان‌های داوطلبانه^۴، سازمان‌های خیریه‌ای^۵، سازمان‌های اجتماع‌محور^۶ و غیره (Das & Kumar, 2016: 8). در ایران به جای مفهوم سازمان‌های غیردولتی از مفهوم سازمان‌های مردم‌نهاد یا به اختصار سمن استفاده می‌شود^۷ (khodayari-zarnagh, 2020: 47).

برای نخستین بار مفهوم سازمان‌های غیردولتی در سال ۱۹۴۵ و با تأسیس سازمان ملل به کار رفت؛ اما سابقه پیدایش این گونه سازمان‌ها به قبل از آن بر می‌گردد؛ برای مثال، یکی از نخستین سازمان‌های مردم‌نهاد، صلیب سرخ جهانی است که در سال ۱۸۶۳ تأسیس شده است (به نقل از کرمی و همکاران، ۱۳۹۸: ۴۷۴)؛ اما از پایان جنگ سرد به بعد، سازمان‌های مردم‌نهاد به کنشگرانی مهم در امر توسعه تبدیل شده‌اند. از آن زمان به بعد این سازمان‌ها بزرگ‌تر، بیشتر و پیچیده‌تر شده‌اند و سهم بیشتر و متنوع‌تری از کمک‌های مالی را نسبت به گذشته دریافت می‌کنند و در عین حال، سایر دگرگونی‌های جهانی مثل جهانی‌شدن سریع و گسترش اصلاحات مربوط به آزادسازی بازار در سراسر نیمکره جنوبی نقش و تأثیر کنشگران غیردولتی را افزایش داده است (به نقل از Banks et al, 2015: 707). در ایران نیز پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهند آشنایی ایرانیان با سازمان‌های مردم‌نهاد در مفهوم امروزی به دوران مشروطه و افزایش ارتباط ایرانیان با کشورهای غربی و شکل‌گیری قشر روشنفکر بر می‌گردد (آبراهامیان، ۱۳۹۳: ۷۶)؛ اما تعداد سازمان‌های مردم‌نهاد به ویژه از دهه ۷۰ هجری شمسی و با طرح مباحثی همچون جامعه مدنی و شهروندی با شیب تندی رو به گسترش بوده است و از این زمان به بعد در حوزه‌های مختلف اجتماعی، زیست‌محیطی، زنان، حقوق بشر و ... شاهد تأسیس نهادهای غیردولتی هستیم؛ به طوری که مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهند در سال ۱۳۸۴ تعداد سمن‌های فعال در کل کشور براساس آمارگیری مرکز آمار ایران ۷۰۰۰ مورد بوده و تعداد این نوع سازمان‌ها

¹ Green

² third sector organizations

³ non-profit organizations

⁴ voluntary organizations

⁵ Charitable organizations

⁶ community-based organizations

⁷ در سراسر متن هم از اصطلاح سازمان‌های غیردولتی و هم سازمان‌های مردم‌نهاد استفاده شده است.



در سال ۱۳۹۳ نیز حدود ۱۷ هزار مورد گزارش شده است (رزاقی و لطفی خاچکی، ۱۳۹۸: ۹۵). بر طبق آخرین مطالعات، آمار ارائه‌شده از سوی پایگاه اطلاع‌رسانی و خیریه‌های کشور نیز حدود ۲۲۱۸۱ خیریه، انجمن و سمن در کل کشور وجود دارد (خان محمدی، ۱۴۰۰). در عین حال، تنوع بسیاری زیادی در نوع سازمان‌های مردم‌نهاد در ایران وجود دارد؛ یکی از مهم‌ترین سازمان‌های مردم‌نهاد، آنهایی هستند که در حوزه سلامت و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فعالیت می‌کنند و در سال‌های اخیر تعداد آنها با توجه به افزایش سرسام‌آور هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی در ایران افزایش چشمگیری پیدا کرده است؛ به طوری که برآوردهای انجام‌شده در این زمینه نیز نشان می‌دهند حدود ۱۰۰۰۰ سازمان غیردولتی در این زمینه در داخل کشور مشغول فعالیت‌اند (Hosseinkhani et al, 2016). نکته مهم درباره مطالعات انجام‌شده درباره سازمان‌های مردم‌نهاد این است که همواره در مطالعات مذکور صرفاً بر نقش و جایگاه این سازمان‌ها در اموری مثل محیط‌زیست، زنان، حقوق کودکان، امنیت انسانی، آسیب‌های اجتماعی، اعتیاد و غیره تأکید شده است (کرمی و همکاران، ۱۳۹۸: ۴۷۴)؛ در حالی که باوجود اهمیت و افزایش سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه بهداشت و سلامت، مطالعاتی که در داخل کشور درباره این‌گونه سازمان‌ها انجام شده، بسیار محدود است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۸؛ دماری و همکاران، ۱۳۹۳؛ khodayari-zarnagh, 2020) و در عین حال، این مطالعات نیز بیشتر با رویکردی ایجابی سراغ این سازمان‌ها رفته‌اند و با بررسی نحوه عملکرد این‌گونه سازمان‌های مردمی و نیز موانعی که بر سر راه آنها وجود دارد، تلاش کرده‌اند تا راهکارهایی برای ارتقای عملکرد آنها ارائه دهند؛ در حالی که نگاه غالب بر مطالعه حاضر، نگاهی انتقادی و آسیب‌شناختی است. به بیان دقیق‌تر، هدف در مطالعه حاضر، آسیب‌شناسی چنین نهادهایی است و بدین منظور تلاش بر این است که با مطالعه یک نمونه از این سازمان‌های مردم‌نهاد که در حوزه بهداشت و سلامت در شهر اصفهان فعال است، نحوه فعالیت چنین سازمان‌هایی با رویکردی انتقادی واکاوی می‌شود.

۲- ادبیات پژوهش

۱-۲- پیشینه

- محمدی و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه‌ای به بررسی عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد در حمایت مالی از هزینه‌های درمانی بیماران در دانشگاه علوم پزشکی مشهد پرداخته‌اند. یافته‌های این مطالعه نشان داده‌اند ۸۳/۵٪ از میزان حمایت مالی بیماران توسط بیمارستان و وزارت بهداشت و تنها ۸٪ توسط سازمان‌های مردم‌نهاد تأمین شده است. در عین حال، بیشتر بیماران دریافت‌کننده حمایت مالی در سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۷ دارای بیمه سلامت بوده‌اند؛ اما در سال ۱۳۹۷ سهم بیمه‌های سلامت و تأمین اجتماعی کاهش یافته است. درنهایت، پژوهشگران این مطالعه به این نتیجه رسیده‌اند که دولت می‌باید برای جلب مشارکت در این بخش تلاش‌های بیشتری انجام دهد.

- دماری و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای به بررسی نقش و عملکرد سازمان‌های غیردولتی در حفظ و ارتقای سلامت جامعه پرداخته‌اند. بدین منظور از ده هزار سمن ثبت‌شده در کشور با معیار معرف کار در حیطه سلامت و بیماری، ۹۷ سمن به‌عنوان حجم نمونه برگزیده شده‌اند و ۹ پرسشگر آموزش‌دیده، اطلاعات مدنظر را از طریق پرسشنامه جمع‌آوری کرده‌اند. یافته‌های این مطالعه نشان داده‌اند سمن‌های مطالعه‌شده، نیازهای گروه هدف را می‌شناختند؛ اما در بیشتر موارد، روش استخراج این نیازها بیشتر بر مبنای جلسه با گروهی از آنان یا نظرات هیئت مؤسسه بوده و از اصول علمی نیازسنجی کمتر تبعیت کرده است. مضاف بر این، سمن‌ها بیشتر در زمینه توانمندسازی، مشارکت جامعه هدف و حمایت‌طلبی موفقیت داشته‌اند. همچنین، براساس یافته‌های این مطالعه، ۳۵٪ سمن‌ها برنامه راهبردی مشخصی نداشته‌اند. درنهایت اینکه این مطالعه نشان داده است سه مانع اصلی

اعلام شده از سوی سمن های مطالعه شده، منابع مالی محدود، ارتباط ناکافی سازمان های غیردولتی با دولت و باور ضعیف دولت به نقش سمن ها بوده است.

- خدایاری زرتقی و همکاران (2020) در مطالعه ای موانع و راهبردهای توسعه مشارکت سازمان های غیردولتی در سیاست گذاری در حوزه سلامت را مطالعه کرده اند. این مطالعه کیفی بوده و در آن مصاحبه هایی عمیق و نیمه ساختاریافته با ۲۵ نفر از مسئولان سازمان های مردم نهاد در شهر تبریز انجام شده و در عین حال، مجموعه ای از اسناد مرتبط گردآوری و تحلیل شده است. یافته های این مطالعه نشان داده اند بیشتر سازمان های مردم نهاد در زمینه ارائه خدمات مشغول به فعالیت اند و کمترین فعالیت در زمینه سیاست گذاری است. براساس این یافته ها، عوامل مؤثر در مشارکت سازمان های مردم نهاد در سیاست گذاری ذیل سه عامل قرار می گیرند: عوامل مرتبط با دولت، جامعه مدنی و خود سازمان های مردم نهاد. در این میان، مهم ترین عامل به دولت و شیوه عملکرد سازمان های مردم نهاد بر می گردد.

- یعقوب و متشالی^۱ (2015) در مطالعه ای نقش سازمان های غیردولتی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در دارفور شمالی^۲ را بررسی کرده اند. هدف این مطالعه، شناسایی چالش ها و موانعی بوده است که سازمان های غیردولتی برای ارائه خدمات درمانی و بهداشتی در این ایالت با آن مواجه اند. براساس یافته های این مطالعه، دولت بیشتر در زمینه امنیت در دارفور شمالی فعالیت می کند تا در حوزه بهداشت و بیشتر سازمان های غیردولتی این خلأ را پر می کنند؛ در نتیجه، مسئله مهم آن است که بعد از برقراری صلح و خروج سازمان های غیردولتی بین المللی از این ایالت، دولت چگونه می تواند این خدمات را ارائه دهد.

- شین^۳ و همکاران (2014) در مطالعه ای اثربخشی سازمان های غیردولتی بین المللی در پاسخگویی به نیازهای بهداشت عمومی در زمان شیوع ویروس ابولا در سیرالئون در سال ۲۰۱۴ را مطالعه و انجام فعالیت های مثل تهیه زیرساخت، ارائه خدمات پزشکی، آموزش ساکنان بومی و آموزش کارکنان از سوی آنان را بررسی کرده اند. یافته های این مطالعه نشان داده اند در دوران ویروس ابولا در سیرالئون توسعه زیرساخت های بهداشت و درمانی و ارائه خدمات پزشکی تا حد بسیار زیادی در کاهش شدت بحران مؤثر بوده است. در عین حال، این یافته ها نشان داده اند سیاست گذاری مناسب که به سازمان های غیردولتی بین المللی اجازه دهد به موقع وارد شوند، می تواند اثربخشی فعالیت های این گونه سازمان ها را در شیوع ویروس ها در آینده در کشورهای درحال توسعه افزایش دهد؛ کشورهایی که در آنها معمولاً مردم از فقدان زیرساخت های بهداشتی لازم رنج می برند.

ادموند^۴ (2014) در پایان نامه خود نقش سازمان های غیردولتی در ارائه خدمات بهداشتی اولیه در جنوب سودان را مطالعه کرده است. این مطالعه به روش ترکیبی انجام شده و برای جمع آوری داده های مدنظر از پرسشنامه و مصاحبه استفاده شده است. یافته های نشان دادند سازمان های غیردولتی نقش مهمی در بهداشت جنسی و باروری و کاهش مرگ و میر نوزادان و مادران در این منطقه داشته اند و خلأ موجود در زمینه ارائه خدمات بهداشتی در این منطقه را تا اندازه ای پر می کند و در عین حال به تربیونی تبدیل شده اند که نیازها و انتظارات جامعه محلی را بازنمایی می کنند.

مرور مطالعات فوق نشان می دهد رویکرد غالب در مطالعات داخلی و حتی خارجی، بیشتر نوعی رویکرد کمی است و به جز مطالعه خدایاری زرتقی و همکاران (2020)، بقیه مطالعات با رویکردی کمی انجام شده اند؛ در حالی که رویکرد روشی حاکم بر مطالعه حاضر رویکرد کیفی است. به لحاظ بستر مورد مطالعه نیز، تفاوت مطالعه حاضر با مطالعات فوق در این است

¹ Yagub & Mtshali

² یکی از ایالت های سودان

³ Shin

⁴ Edimond



که در بیشتر مطالعات مرور شده، مجموعه‌ای از سازمان‌های مردم‌نهاد را مطالعه کرده‌اند؛ در حالی که کانون توجه مطالعه حاضر، به‌طور خاص یک مورد از سازمان‌های مردم‌نهاد بوده است و در عین حال، مطالعات قبلی، بیشتر درباره سازمان‌های مردم‌نهاد در شهرهایی مثل تهران و مشهد بوده است؛ در حالی که بستر مدنظر در اینجا شهر اصفهان است. در نهایت اینکه برخلاف رویکرد غالب در مطالعات قبلی که نگاهی ایجابی و در جهت ارائه راهکار برای بهبود و ارتقای عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد است، در مطالعه حاضر نگاهی انتقادی اتخاذ شده است و براساس مصاحبه با مسئولین و مخاطبان مؤسسه مذکور، کاستی‌های آن در قالب مضامینی جامعه‌شناختی و مدیریتی، فهم و بر ساخت شده است.

۲-۲- چارچوب مفهومی

در طول چند دهه اخیر، رابطه بین دولت، بازار و جامعه مدنی همواره مدنظر بوده است و به‌ویژه کاهش خدمات دولتی در بسیاری از حوزه‌ها و نارضایتی از توسعه از بالا به پایین و نیز هجوم نظام بازار به بسیاری از عرصه‌های زندگی اجتماعی، زمینه را برای بحث درباره سازمان‌های غیردولتی فراهم کرده و با توجه به منافع که این‌گونه سازمان‌ها برای گروههای اقلیت، مطرودان اجتماعی، فقرا و به‌طور کلی تهی‌دستان دارند، فضایی برای رشد و گسترش آنها فراهم شده است (Banks et al, 2015: 708). از منظر جامعه‌شناسی سازمان‌های مردم‌نهاد، ادغام اجتماعی را تقویت و دموکراسی مشارکتی، گفت‌وگوی اجتماعی و جامعه مدنی را ایجاد می‌کند (Cianciara & Piotrowicz, 2013: 69). از میان جامعه‌شناسان کلاسیک، امیل دورکیم برای اولین بار بر نقش نهادهای واسط میان افراد و بازار تأکید کرده است که می‌توانند هویت‌ساز باشند و همبستگی مطلوبی ایجاد کنند (مولر، ۱۳۹۵: ۶۹۹). اگرچه او به جای نهادهای غیردولتی، از گروههای ثانوی، به‌ویژه سازمان‌های صنفی یاد می‌کند، برای این گروههای ثانوی نقش مهمی قائل است و آنها را همچون حفاظ یا پلی می‌داند که میان دولت و فرد قرار می‌گیرند و از فرد در برابر زیاده‌روی‌های احتمالی دولت جلوگیری می‌کند و همچنین، به حفظ فاصله میان جامعه مدنی و دولت کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که نظام اجتماعی به سوی محافظه‌کاری خالی از عقل نمی‌لغزد (گیدنز، ۱۳۸۷: ۵۲-۵۳). اهمیت نهادهای غیردولتی برای دورکیم تنها برای مقابله با دست‌درازی‌های دولت نیست؛ بلکه او آنها را در مقابل بازار نیز قرار می‌دهد و نقش مهمی برای انجمن‌های حرفه‌ای در شکل‌گیری فردگرایی اخلاقی قائل می‌شود (صبوری، ۱۳۸۱: ۲۷). به‌طورکلی، دورکیم از دو نوع گروههای ثانویه در آثار خود یاد می‌کند: گروههای شغلی و گروههای منطقه‌ای. گروههای منطقه‌ای به باور او به سبب تغییرات سریع و مهاجرت، چندان دوام ندارند و نمی‌توانند نقش نهادهای واسط را به‌خوبی ایفا کنند؛ اما گروههای شغلی همانند اصناف قرون وسطی هستند و آنومی و خودخواهی در جامعه مدرن را حل خواهند کرد. اهمیت گروههای صنفی، در مقام نهادهای واسط برای دورکیم آنقدر زیاد است که معتقد است این گروهها مسئله طبقات را حل خواهند کرد؛ چون هر دو طبقه بالا و پایین عضو آن هستند. در عین حال، این گروهها هرگونه احتیاج به سیوسیالیزم را هم مرتفع خواهند کرد (Adams & sydie, 2001: 107-8).

از میان جامعه‌شناسان معاصر نیز مفهوم سازمان‌های مردم‌نهاد بیش از همه با اندیشه‌های یورگن هابرماس پیوند خورده است. از نظر هابرماس، نهادهای مدنی، زمینه را برای بحث و گفت‌وگوی در حوزه عمومی فراهم می‌کنند. حوزه عمومی فضایی است برای بحث استدلالی با صورت‌بندی درست یا بحث نامقید آزاد میان هم‌تایان (برت، ۱۳۸۹: ۲۴۰). هابرماس معتقد است نهادهای مدنی یا همان سازمان‌های غیردولتی از سه نظر حائز اهمیت هستند؛ نخست اینکه توزیع متوازن قدرت را ممکن می‌سازند و زمینه‌ساز شکل‌گیری قدرت اجتماعی هستند. دوم، مشارکت این سازمان‌ها در فعالیت‌ها از طریق وسعت‌بخشیدن به علایق افراد

و گسترش روابط انسانی و مجهز کردن آنها به توانایی سازماندهی و رهبری، سرانجام آنها را از نظر سیاسی و اجتماعی فعال می‌کند و سوم آنکه با توجه به ماهیت بالقوه حوزه عمومی و ضرورت بازآفرینی دائمی آن از طریق بحث و گفت‌وگو و عمل جمعی، اصل شکل‌گیری هویت متمایز فردی و شکل‌گیری «ما» (هویت جمعی) و به دست آوردن تصویری از علایق و منافع عمومی، وابسته به مشارکت در انجمن‌ها و سازمان‌های اجتماعی و گفت‌وگو و فعالیت در آنها است (به نقل از قادرزاده و کریمی، ۱۳۹۹: ۲۰۹).

به‌تازگی نیز مایکل بوراووی در مقاله «جامعه‌شناسی مردم‌مدار در مقابل بازار» از جامعه به‌عنوان آخرین سنگر مقاومت در برابر بنیادگرایی بازار دفاع می‌کند. جامعه‌ای که متشکل از انجمن‌هایی با خودتنظیم جمعی هستند و طرفدار ارتباط و به رسمیت شناختن متقابل هستند. او از بین رفتن این آخرین سنگر مقاومت را مساوی با نابودی خود جامعه‌شناسی می‌داند. بر همین اساس، از جامعه‌شناسان می‌خواهد با هواداری از نوعی جامعه‌شناسی مردم‌مدار، چنین فضاهایی را حفظ کنند (بوراووی، ۲۰۰۴: ۹۳-۴). آنچه دورکیم، هابرماس و بوراووی بر سر آن توافق نظر دارند، اهمیت سازمان‌هایی غیردولتی است که با فعالیت در عرصه‌های مختلف، مانع از این می‌شوند که نیروهای بازار و دولت فرد را به ابژه مدنظر خود تبدیل کنند و نیز فضایی فراهم می‌کنند که فرودستان اجتماعی بتوانند از طریق آنها برخی از نیازهای خود را برآورده سازند. با وجود این، باوجود توافق و طرفداری گسترده‌ای که بر سر اهمیت و نقش سازمان‌های غیردولتی در حوزه‌های گوناگون وجود دارد، منتقدان بر سویه‌های منفی سازمان‌های مردم‌نهاد نیز توجه نشان داده‌اند؛ به طوری که اگر طرفداران، مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در ابعاد مختلف زندگی اجتماعی مردم، به‌ویژه بی‌قدرتان و فرودستان را نوعی مقاومت در برابر دولت و بخش خصوصی می‌دانند؛ اما منتقدان این‌گونه سازمان‌ها معتقدند طرفداران سازمان‌های مردم‌نهاد پیامدهای این قسم مشارکت، ازجمله تجاری‌سازی و سیاسی‌سازی سازمان‌های غیردولتی، کاهش مسئولیت‌پذیری دموکراتیک و سیاست‌زدایی از فقرا را نادیده گرفته‌اند (به نقل از: Haque, 2020: 18). علاوه بر این، نظریه‌پردازان انتقادی نیز به دانش لازم برای مدیریت سازمان‌های مردم‌نهاد، پیامدهای اخلاقی اعمال چنین دانشی و منافع سیاسی در خدمت چنین دانش انتقاد کرده‌اند (Srinivas, 2009: 620). بر این اساس، مطالعه حاضر نیز در پارادایم انتقادی قرار می‌گیرد و با به‌کارگیری روش‌شناسی اتنوگرافی نهادی به دنبال شناسایی و نقد سویه‌های متفاوت سازمان مردم‌نهاد مورد مطالعه و فهم چگونگی درهم‌تنیدگی اهداف و فعالیت‌های این سازمان با بازتولید قدرت و اقتدار است.

۳- روش‌شناسی

اهداف و نوع نگاه غالب در مطالعه حاضر ایجاب می‌کند برای پاسخ‌گویی به سؤالات از روش‌های کیفی استفاده شود. در عین حال، با توجه به اینکه موضوع مطالعه به نهادهای اجتماعی مربوط است و نوعی نگاه انتقادی نیز بر این مطالعه غالب است، از میان انواع روش‌های کیفی، روش اتنوگرافی نهادی از همه مناسب‌تر است. اتنوگرافی نهادی، شکلی از اتنوگرافی انتقادی است که متعهد به دیدن و پژوهش درباره شرایط نهادی تجربه افراد است. یکی از فرض‌های اصلی این روش کیفی این است که تجارب فردی مردم، به میانجی روابط گسترده‌تر قدرت سازمان، پیوند و شکل داده می‌شود؛ بنابراین، اتنوگرافی نهادی بر ادغام بسترهای فردی و اجتماعی تأکید دارد و زندگی اجتماعی را از منظر افراد مطرود و حاشیه‌ای می‌بیند (Graham & Graham, 2000).

در مطالعه حاضر، برای گردآوری اطلاعات با نمایندگان یکی از این مؤسسه‌های مردم‌نهاد در شهر اصفهان مصاحبه انجام شد و تجربیات نمایندگان و کارمندان فعال این مؤسسه در حوزه سلامت و بهداشت و چگونگی نقش این‌گونه نهادها در

شکل‌گیری تجربیات این افراد، بررسی شده‌اند. منطق انتخاب این مؤسسه و افراد مصاحبه‌شده، نمونه‌گیری هدفمند بوده و در عین حال، برای تعیین حجم نمونه نیز آن‌گونه که در پژوهش‌های کیفی رایج است، از اشباع تئوریک استفاده شده است. «جمع‌آوری اطلاعات هنگامی به اشباع می‌رسد که موارد جدیدی یافت نشود و اضافه کردن اطلاعات جدید دیگر ضروری نیست؛ زیرا درک پدیده مدنظر را تغییر نمی‌دهد» (Nascimento et al., 2018: 229). در این مطالعه با استفاده از معیار اشباع نظری با دوازده نفر از نمایندگان و کارمندان مؤسسه مورد مطالعه مصاحبه شد که در جدول شماره یک، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان ارائه شده است. برای تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده نیز از روش تحلیل مضمون استفاده شده است. در روش تحلیل مضمون، معمولاً ابتدا کدگذاری انجام می‌شود که طی آن کدهایی را به اطلاعات کیفی متناسب می‌کنند و در مرحله بعد اطلاعاتی که به شیوه‌های مشابه کدگذاری شده‌اند، دسته‌بندی و سازماندهی می‌شوند و به سبب ویژگی‌های مشترکشان، به صورت مقولاتی در می‌آیند. این مقولات نیز بار دیگر دسته‌بندی و سازماندهی و به مضامینی مشخص منتزع می‌شوند (سالدانا، ۱۳۹۵: ۱۵-۱۳). تحلیل اطلاعات بلافاصله بعد از انجام اولین مصاحبه و پیاده‌سازی آن شروع شده و با توجه به اهداف مطالعه سعی شده است مقولاتی به صورت انتزاعی از دل اطلاعات استخراج شوند. درضمن برای اعتباربخشی به ادعاهای پژوهشگران سعی شده است از نقل قول‌هایی مناسب از متن‌های مصاحبه یا متون نهادی ذکر شود.

۴- شرح و توصیف میدان پژوهش

مشارکت‌کنندگان درباره توضیح اسناد بالادستی سازمان مردم‌نهاد مدنظر اظهار داشتند فردی به نام سیسلی ساندرز^۱ مسئله توانبخشی در نظام سلامت غرب را با عنوان خدمات حمایت تسکینی^۲ در دهه ۱۹۶۰ میلادی مطرح کرد و به عنوان مرحله‌ای تکمیلی در فرآیند نظام سلامت دربرگیرنده مراحل پیشگیری، غربالگری، تشخیص و سپس درمان اضافه شد؛ این درحالی است که در نظام سلامت ایران، این مقوله تا سال‌های ۸۹-۱۳۸۸ شمسی مغفول واقع شده بود تا اینکه با انجام مطالعاتی شامل بهره‌مندی از دانش و تجارب پزشکان ایرانی، تشکیل گروه‌های کارشناسی و شکل‌گیری کارگروه‌های تخصصی و بهینه‌کاوی مؤسسات مشابه در نقاط مختلف جهان به این مرحله مهم تکمیلی در نظام سلامت ایران در ذیل بنیاد مورد مطالعه توجه شد و به عنوان هدف اصلی در اسناد بالادستی، اهداف راهبردی و دستور کار خیرین قرار گرفت. مشارکت‌کنندگان مسئول در نهاد مورد مطالعه، علت انتخاب بیماران مبتلا به سرطان به عنوان جامعه هدف را مبتنی بر آمارهای ارائه‌شده در سازمان بهداشت جهانی اعلام کردند؛ زیرا این سازمان نرخ مرگ‌ومیر ناشی از ابتلا به سرطان را در رتبه اول در جهان گزارش کرده است. براساس سند راهبردی این سازمان مردم‌نهاد، ارائه خدمات رایگان به بیماران مبتلا به سرطان را از زمان تشخیص بیماری تا تقریباً ۶ ماه پس از مرگ‌شان، تعیین و متناسب با این راهبرد، این نهاد غیردولتی، خود را اولین و بزرگ‌ترین ارائه‌دهنده مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در ایران معرفی کرده است.

طبق سند راهبردی این مؤسسه، تمرکز بر ارتقای سطح کیفیت زندگی و مرگ در بیماران مبتلا به سرطان در کانون اصلی توجه این نهاد قرار دارد و همه خدمات برای همه اقشار، ادیان، اقوام و ملیتی ارائه می‌شود؛ چنانچه در این نهاد شعاری وجود دارد دال بر اینکه برای دریافت خدمات، دین و نژاد مهم نیست، تنها شرط لازم برای پذیرش بیمار، ساکن بودن او در یکی از مناطق ۱۵ گانه شهر اصفهان است. مؤسسه مدنظر، خدمات حمایت تسکینی را چهار حوزه ارائه می‌دهد که شامل: ۱- خدمات

¹ Cicely Sanders

² supportive palliative care



حمایت تسکینی رایگان سرپایی و تشکیل پرونده الکترونیکی برای بیماران: دربرگیرنده خدمات روان‌شناختی، ژنتیکی، سلامت معنوی، مشاوره تغذیه، ارائه و آموزش نصب کیسه‌های اُستومی به بیماران مبتلا به سرطان روده، خدمات مراقبتی از تورم‌های بعد از جراحی پستان و خدمات مددکاری - یکی از واحدهای پرمخاطب در این سازمان مردم‌نهاد، واحد مددکاری است؛ چنانچه طبق بیان مشارکت‌کنندگان، این واحد همانند سوپر مارکت عمل می‌کند؛ بدین معنا که هر گونه مشکل خارج از حوزه سلامت بیمار و خانواده او که برایشان آزاردهنده است، در این واحد قابلیت مطرح‌شدن و پیگیری دارد؛ مشکلاتی که به‌طور عمده از جنس اقتصادی هستند (بسته ارزاق، لوازم تحریر، جهیزیه و ...). در این بخش، برگزاری برنامه‌های تفریحی و اردویی برای گرهمایی بیماران و خانواده‌هایشان با هدف خانواده‌درمانی و روان‌درمانی انجام می‌پذیرد؛ ۲- خدمات حمایت تسکینی رایگان در منزل برای بیمارانی که به دلیل پیشرفت بیماری و ناتوانی و افت شدید جسمی و حرکتی، امکان مراجعه حضوری به مؤسسه را ندارند؛ ۳- تهیه و ارائه تجهیزات پزشکی به بیماران به‌صورت رایگان؛ ۴- ارائه مشاوره‌های تلفنی پزشکی به‌صورت ۲۴ ساعته به بیماران یا خانواده‌شان.

۵- یافته‌ها

یافته‌های مطالعه حاضر شامل دو بخش است؛ در بخش نخست، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان، مرور و در بخش دوم به تحلیل مصاحبه‌ها و نقد و بررسی فعالیت‌ها و عملکردها پرداخته شده است.^۱

۵-۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

Table 1: demographic characteristics of participants

مورد	جنسیت	سن	مدرک تحصیلی	سابقه خدمت در مؤسسه (سال)	حوزه خدمت	
					اجرایی	مسئولیت
مصاحبه‌شونده شماره ۱	مرد	۶۵ سال	کارشناسی ارشد	۱۲	-	*
مصاحبه‌شونده شماره ۲	زن	۴۵ سال	کارشناسی	۵	*	*
مصاحبه‌شونده شماره ۳	مرد	۳۰ سال	دکتری	۶	*	*
مصاحبه‌شونده شماره ۴	مرد	۳۶ سال	کارشناسی ارشد	۱۱	*	*
مصاحبه‌شونده شماره ۵	زن	۳۲ سال	کارشناسی ارشد	۲	*	*
مصاحبه‌شونده شماره ۶	زن	۴۰ سال	پزشک عمومی	۹	*	-
مصاحبه‌شونده شماره ۷	مرد	۲۷ سال	کارشناسی ارشد	۵	*	*
مصاحبه‌شونده شماره ۸	زن	۳۹ سال	کارشناسی ارشد	۷	*	-
مصاحبه‌شونده شماره ۹	زن	۳۷ سال	کارشناسی ارشد	۷	*	-
مصاحبه‌شونده شماره ۱۰	مرد	۵۵ سال	پزشک متخصص	۱۲	*	-
مصاحبه‌شونده شماره ۱۱	زن	۲۷ سال	کارشناسی	۴	*	*
مصاحبه‌شونده شماره ۱۲	زن	۴۱ سال	کارشناسی	۴	*	-

^۱ معمولاً در مطالعاتی که به روش اتنوگرافی نهادی انجام می‌شود، بخشی از مطالعه بر تحلیل و نقد اسناد و متون نهادی متمرکز است که در مطالعه حاضر به دلیل اینکه احتمال شناسایی موسسه مورد مطالعه وجود داشت و همان‌طور که قبلاً گفته شد این امر جزو محدودیت‌های اخلاقی پژوهشنامه است، از ارائه آن خودداری شد.



۵-۲- تجارب زیسته مشارکت‌کنندگان در رابطه با فعالیت‌ها و عملکردهای مؤسسه مردم‌نهاد مورد مطالعه

با نگاهی موشکافانه به اهداف و فعالیت‌های مجموعه و همچنین، پس از مصاحبه با تعدادی از عوامل اصلی اجرایی خیریه، می‌توان به آسیب‌ها و چالش‌های موجود در ابعاد درون، بین و فرامؤسسه‌ای اشاره کرد.

طی مصاحبه‌های به‌عمل‌آمده، مشارکت‌کنندگان بر این عقیده بودند که سیاست‌ها و عملکردهای مؤسسه به کاهش رضایت شغلی و متعاقباً فرسایش کیفیت زندگی کاری‌شان منجر شده است؛ از این رو، بازتعریف مشارکت‌کنندگان از کیفیت زندگی کاری مبتنی بر مفهوم رضایت بوده است؛ به این معنا که عدم رضایت کارمندان در این مؤسسه از برآورده‌نشدن نیازهایشان و درگیری‌های منتج از آن در محیط کار حاصل شده است. آنها بر این امر توافق داشتند که ارتقای کیفیت زندگی کاری با کیفیت مراقبت و خدمات ارائه‌شده به بیماران رابطه مستقیمی دارد؛ متناسب با ماهیت کار و اجتناب‌ناپذیر بودن برخی از عوامل تنش‌زا در مجموعه، مصاحبه‌شوندگان لزوم پیشگیری از آثار روانی استرس‌زا و به‌کارگیری تمهیدات و اقداماتی برای بهبود کیفیت زندگی کاری و آموزش روش‌های مقابله‌ای با فرسایش شغلی را ضروری دانستند و از وظایف مدیران این نهاد غیردولتی تلقی کردند.

طبق روایت مشارکت‌کنندگان، فرسایش کیفیت زندگی کاری در سطح درون سازمانی با دو وجه عینی، ذهنی تبلور یافته است.

۵-۲-۱- روایت مشارکت‌کنندگان از جنبه‌های عینی فرسایش کیفیت زندگی کاری‌شان در مؤسسه مورد مطالعه

مسائل بر ساخت‌شده حوزه عینی شامل مکفی‌نبودن و منصفانه‌نبودن حقوق در قالب نظام معیوب جبران خدمات، نامناسب‌بودن فضای مؤسسه، نبود امکانات و تجهیزات مکفی برای کارکنان و بیماران، افول حرفه‌ای‌گرایی، اهمال‌کاری نسبت به ارتقای مهارت‌های حرفه‌ای و پرورش ویژگی‌های فردی کارکنان و عدم صدور گواهی‌نامه توسط مؤسسه مورد مطالعه در قبال خدمات کارکنان به‌مثابه رزومه‌کاری است.

۱- معیوب‌بودن نظام جبران خدمات با زیرمقوله‌های مکفی‌نبودن حقوق و منصفانه‌نبودن حقوق: طی مصاحبه‌های به‌عمل‌آمده، مشارکت‌کنندگان بر این عقیده بودند که نظام حقوق و دستمزد و مزایای نهاد غیردولتی متناسب با ماهیت درمانی‌اش نه‌تنها دارای عیب است، می‌باید چیزی بیش از ارضای نیازهای منابع انسانی‌اش باشد؛ زیرا حقوق و مزایای مناسب بر طرز سلوک و رفتار، قدرت انتخاب و سلامت روحی و روانی کارکنان تأثیر بسزایی دارد؛ برای مثال، کد ۳ تجربه خود را این‌گونه شرح داد:

«خب از اونجایی که حوزه خدماتی این مؤسسه، درمانیه، فعالیت‌های کارکنان عمدتاً فرسایشی هست و نه‌تنها به نظر من بلکه عمده همکاران، کار در اینجا هیچ سنخیتی با دریافتی‌ها نداره، که به نظرم نقطه ضعف بسیار بزرگ سیستم هم همین مسئله است. منطقاً وقتی من از دریافتی‌ام رضایت ندارم، متناسب با کارهای سنگینی که دارم انجام می‌دم، باعث می‌شه تو رابطه‌ام با ارباب رجوع‌ها تأثیر بذاره که این وضعیت را خیلی دردناک‌تر می‌کنه؛ چون ارباب رجوع‌های من به سری آدم گرفتار و بیمار هستن، هر چقدر هم تلاش می‌کنم اثر این موضوع رو در بعد روانی و ارتباطی‌ام کنترل کنم، بازم خودشون نشون میده، واسه همین میگم حقوق مناسب توی این مؤسسه خیلی مهمه و دغدغه‌مندی عمده همکارانم هم همینه».

عدم رضایت از پرداخت نه‌تنها بر افول میزان کارآیی کارکنان اثر گذاشته، کیفیت زندگی کاری شاغلین را نیز کاهش داده و موجب بروز مشکلاتی از جمله ترک خدمت و از دست رفتن کارکنان ارزشمند و باتجربه شده و ناخشنودی همگانی را به‌همراه داشته است؛ چنانچه کد شماره ۸ بیان کرد:

«مسئولان درباره نظام حقوق نظرشون اینه که اینجا به خیریه است، این مجموعه هیچ دیدی به مسائل پزشکی و درمانی و بیمار و بیمارستان نداره و بنابراین، نمی‌شه با کارکنان اینجا مثل سازمان‌های بهداشتی و درمانی قرارداد بسته بشه؛ مدل قراردادهای رقم‌هایی که برای حقوق بسته

می‌شه بر مبنای شرایط خیریه است. بچه‌ها واقعاً تأمین نیستن، با حداقل‌ها که نه، بهتره بگم زیر حداقل‌ها دارن کار می‌کنن، من از جانب همکارام هم میگم که درباره انصاف در پرداخت‌ها، شدیداً ناراحت هستن و نظام حقوقی اینجا داره اذیتشون می‌کنه، مخصوصاً آقایون رو که قراره خانواده‌هاشون رو اداره کنن و خب من بهشون حق می‌دم».

۲- نامناسب بودن فیزیک محیط کار برای کارکنان و بیماران: مشارکت‌کنندگان شرایط فیزیکی محیط کار را یکی دیگر از مؤلفه‌های مهم بر احساس رضایت شغلی‌شان قلمداد و نقدهایی را بیان کردند. آنها بر این باور بودند که نوع طراحی محیط فیزیکی مؤسسه، اثر منفی بسزایی در حالت‌های روانی، ذهنیت و عملکرد کارمندان و بیماران داشته که به خستگی و تأثیر منفی آن بر بازده کاری و خلقی‌شان منجر شده است. طبق اظهار مشارکت‌کنندگان، طراحی محیط کار با استفاده از اعمال سلیقه‌های کارکنان در ترتیب و آراستگی محیط کار می‌تواند فضا را هم برای خودشان و هم بیماران امیدبخش، شادی‌زا و فرح‌بخش کند و از آزاردهنده و دلگیر بودن محیط ممانعت به عمل آورد. چنانچه کد ۶ درباره اهمیت فضای فیزیکی مؤسسه در بین کارکنان نظر خود را این‌گونه بیان کرد:

«به نظرم یه جورایی نظام ارزش و سبک مدیریت و تجلی فضای ارتباطی کارمندان رو می‌شه از حال و هوا فضای محیط‌های کاری برداشت کرد. اینجا فضای کار از طریق رنگ‌بندی دیوارها، تزئینات داخلی مؤسسه و فرنیچری که استفاده می‌شه، مشخص می‌شه، خب می‌شه اینها رو تغییر داد؛ چون این مجموعه در فیلد درمان داره کار می‌کنه و فشار و تنش در این فضا بالاست، باید هم حال کارکنان و هم بیمار تو این فضا خوب باشه» یا کد ۵ نقطه‌نظر خود در اهمیت فیزیک مناسب مؤسسه برای بیماران را این‌گونه مطرح کرد: «داریم ادعا می‌کنیم که این مؤسسه‌ای است که در حوزه درمان کار می‌کنه، از نظر من، فضای مؤسسه خیلی از چشم بیمار مهمه و می‌تونه توی روحیه‌اش اثر کنه. شما وقتی از درب خروجی وارد حیاط می‌شین، با صحنه‌ای از ویلچر، واکر، اکسیژن‌ساز و تخت که عمدتاً هم به‌صورت نامنظم چیده‌مان شدن، روبه‌رو می‌شین، خب بیمارانی که با پای خودشون میان اینجا، تصویری که از آینده بیماری‌شون مجسم می‌کنن با این تجهیزات و این تصاویر، تصاویر نازیبایی است که ذهن بیمار رو شکل میده؛ در حالی که می‌تونه ورود بیمار به مؤسسه با تغییر فضای حیاط و ...، با چنین تصویری نباشه بلکه توأم با حس امیدواری و بهبودی باشه».

۳- محدودیت امکانات و تجهیزات برای کارکنان و بیماران: به باور مشارکت‌کنندگان، کارکنان بیش از نیمی از اوقات بیداری‌شان را در محیط کار می‌گذرانند؛ محیطی که به مدت طولانی و به‌طور وسیع در معرض عوامل فشارزایی همچون امور فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیک، ارگونومیک و روانی قرار گرفته و به فرسودگی زودرس‌شان منجر شده است. نبود تجهیزات و امکاناتی همچون سیستم‌های سرمایشی و گرمایشی یا نبود سیستم تهویه هوای مناسب و حتی اینترنت پرسرعت که مخل روند کار است، سختی کار را برای کارکنان دوچندان کرده است؛ به‌علاوه محدود بودن منابع و تجهیزات پزشکی موجود در مجموعه و نیازهای نامحدود بیماران از دیگر معضلات مؤسسه است؛ برای مثال، کد ۱ در ارتباط با محدودیت‌های تجهیزات پزشکی بیان کرد:

«اینجا منابع محدود و نیازهای بیماران نامحدوده، تعداد بالای بیماران و اضافه‌شدن به این تعداد به سرعت برق‌آسا نیاز به تجهیزات پزشکی و امکانات مناسب برای خدمت به بیماران و خانواده‌هاشون رو دوچندان کرده و یکی از معضلات مهم ما حل این موضوع است که بتونیم حداقل نیازهای بیمارانمون به تجهیزات پزشکی رو تأمین کنیم».

۴- افول حرفه‌ای‌گرایی با زیرمقوله‌های محدودیت گزینش و به‌کارگیری نیروهای متخصص و بی‌توجهی به تناسب قابلیت‌های فردی و شخصیتی با پست اجرایی: مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که ضعیف عمل کردن این نهاد در جذب نیروهای حرفه‌ای و کارآمد موجب نارضایتی در بین کارکنان و بیماران و درنهایت، منجر به محقق نشدن اهداف پیش‌بینی‌شده در مرکز شده است. از نگاه آنها موفقیت و شکست مؤسسه به راهیابی‌اش در بستر حرفه‌ای‌گرایی بستگی دارد و این زمانی رخ خواهد داد که اعضای بالادستی به این مهم اعتقاد پیدا کنند که تخصص کارکنان به همراه قابلیت‌های فردی و شخصیتی‌شان برای بیماران بسیار حیاتی است؛ بنابراین، یکی از تغییرات ضروری، به‌کارگیری نیروی انسانی حرفه‌ای،

بااخلاق و شایسته است. مشارکت‌کنندگان لزوم برخورداری کارکنان از مهارت‌های ادراکی، رفتاری، فنی و نگرش انتقادی و آینده‌نگر را از دیگر ویژگی‌های متمایز حرفه‌ای بودن در نظر گرفتند؛ برای مثال، کد شماره ۳ در اهمیت حرفه‌ای‌گرایی تجربه خود را این‌گونه بیان کرد:

«یکی از مشکلات مهم اینه که وقتی اینجا افتتاح شد، عمده نیروها به‌صورت تخصصی گزینش نشدن، این در حالیه که برای یه مؤسسه درمانی خیلی این مسئله اهمیت داره. توی خبریه‌ها شاید گزینش نیروها متناسب با تخصص‌شون اهمیت کمتری داشته باشه؛ ولی در یک مؤسسه درمانی، مهمه که من چه مهارت‌ها و توانایی‌هایی دارم. در بخش خدمات حمایت تسکینی مهمه که من چه درسی خونده‌ام، چقدر دیدگاه انتقادی به مسائل پیرامونم دارم، از لحاظ علمی و توانایی‌های تخصصی‌ام مهمه؛ چون من دارم در یه مؤسسه درمانی کار می‌کنم؛ به این معنی که من ممکنه حتی مدرک پزشکی داشته باشم؛ ولی آیا من برای سمت پزشک در این فضا مناسب هستم که مسئولیت به عهده بگیرم! چون اینجا به غیر از پزشک‌بودن، قدرت ارتباطی من هم مهمه، چون قراره حداقل ۱۵ دقیقه با بیمار صحبت کنم و شرح حال بگیرم. پس تخصص و مهارت‌های من مهمه که این در اینجا مغفول مونده». یا کد ۶ در اهمیت قابلیت‌های فردی و شخصیتی کارکنان نقطه‌نظر خود را این‌گونه شرح داد: «بچه‌ها سر کارایی هستن که گاهی توانایی‌های فردی‌شون در نظر گرفته نشده و پست‌هایی رو بهشون محول می‌کنن که با قابلیت‌های شخصیتی‌شون و علاقه‌هاشون هماهنگ نیست که خب این دوباره کیفیت کارو پایین میاره، رضایت شغلی اون آدم پایین میاد و درنهایت، فرسودگی شغلی و غُرُهاش بالا میره و الان این مسئله در شعبه اصفهان یکی از بزرگ‌ترین مشکلات ماست و به نظرم همین الان لازمه براش کارگروه تشکیل داد و زودتر به دادش رسید».

۵-اهمال‌کاری نسبت به ارتقای مهارت‌های حرفه‌ای و ویژگی‌های فردی کارکنان با زیرمقوله‌های عدم فراهم‌سازی بستر یادگیری حرفه‌ای مستمر و بی‌توجهی به پرورش ویژگی‌های فردی کارکنان: مشارکت‌کنندگان براین باور بودند که ارتقای مهارت‌های حرفه‌ای و ویژگی‌های فردی کارکنان به افزایش رضایت از کار و بهبود کیفیت زندگی کاری‌شان منجر خواهد شد؛ زیرا با آگاهی از نیازها، خواسته‌ها و تمایلات کارکنان و نیز با استفاده از روش‌های علمی مناسب و مدیریت مؤثر، فرایند تعامل مثبت بین مؤسسه و نیروی انسانی، ایجاد می‌شود و موجبات شکوفایی مؤسسه و افزایش بهره‌وری کارکنان در محیطی ایمن و بدون حادثه را فراهم می‌آورد؛ این درحالی است که تجارب مشارکت‌کنندگان نشان از عدم فراهم‌سازی بستر یادگیری حرفه‌ای مستمر در مرکز دارد؛ چنانچه کد ۹ تجربه خود را این‌گونه نقل کرد:

«به‌شخصه یکی از انتظاراتی که از این مؤسسه دارم، اینه که همون‌طور که من دارم با جون و دل خدمت‌رسانی می‌کنم، اون هم خدماتی را برای من و همکارانم انجام بده. این برای من مهمه که بتونم در دوره‌های آموزشی و توانمندسازی که بیرون از اینجا ارائه میشه، شرکت کنم؛ مجموعه آیا قبول می‌کنه که بن تخفیفی را برای شرکت‌کردن ما در این دوره‌ها خریداری کنه و حتی اصلاً بیاد از حقوقمون، برج به برج کم کنه تا ما بتونم این دوره‌ها را بگذرونم یا یه کلاسی بریم که به توانمندی و دانش و مهارت‌هامون اضافه بشه که بتونیم نقشمون رو با علم به‌روز شده تو مؤسسه بهتر ایفا کنیم، من چنین چیزی را در اینجا ندیده‌ام که برای کارکنان چنین اقدامی رو انجام بدن، به نظرم این حداقل کاریه که سیستم باید انجام بده تا کارمندان را برای خودش نگه داره، چون خیلی مهمه». در ارتباط با ارتقای ویژگی‌های فردی کارکنان، کد ۲ بر این باور بود: «متناسب با شرایط پرتنش و استرس‌زای مجموعه و اهمیت کیفیت تعامل کارکنان با بیماران سرطانی و خانواده‌هاشون، نیاز مبرم هست که برنامه‌های متوالی برای ارتقا و پرورش خصلت‌های رفتاری و شخصیتی کارکنان در نظر گرفته بشه تا اونا بتونن نه‌تنها خودشونو ریکاوری کنن بلکه بتونن با بیمار ارتباط مؤثر برقرار کنن، واسه همین، توجه به پرورش مهارت‌های ذهن‌آگاهی، خودآگاهی و توسعه مهارت‌های شخصیتی و فردی کارکنان مهمه که مثلاً کارمند در فرآیند کار ناراحت بشه، اما انگیزه‌های اولیه درش از بین نره که خب این مؤسسه به این جنبه مهم درباره کارکنان توجه نداشته».

۶-عدم صدور گواهی‌نامه توسط مؤسسه در قبال خدمات کارکنان به‌منابه رزومه‌کاری: مشارکت‌کنندگان به صادرنشدن مدارک و گواهی‌نامه‌های مرتبط با خدمات‌شان در قالب رزومه‌کاری اشاره کردند. آنها براین نظر بودند که این مسئله در روزگار فعلی، بسیاری از پرسنل را دغدغه‌مند کرده است؛ زیرا افول سطح احساس امنیت شغلی در این مرکز و نیز نگرانی‌های کارکنان از آینده شغلی‌شان، نیاز به برخورداری کارکنان از رزومه غنی به‌واسطه مدارک و گواهی‌نامه کاری در جهت پیداکردن فرصت‌های

شغلی مناسب‌تر در محیط‌های کاری دیگر را مهم و ضروری کرده است؛ این درحالی است که مؤسسه مورد مطالعه برای مستندکردن خدمات کارکنان برنامه‌ای نداشته است و هیچ یک از پرسنل چنین گواهی‌نامه‌ها و مدارکی را دریافت نکرده‌اند. چنانچه کد ۱۱ تجربه خود را این‌گونه شرح داد:

«الان ۸ سال عمر پزشکی‌ام رو گذاشتم توی این مرکز؛ ولی الان به لحاظ سازمانی و علمی هیچ مدرک ارتقای شغلی یا گواهی‌نامه‌ای ندارم. خب ما اولین مرکزی هستیم که خدمات حمایت تسکینی رو ارائه می‌دیم؛ ولی هیچ مدرکی برای من پزشک ثبت نشده که بتونم تو جوامع علمی بگم من در این فیلد به مدت ۸ ساله دارم در خیریه کار می‌کنم و این هم گواهی‌نامه‌اش؛ اینجوری قطعاً حرفای من از اعتبار و ارزش علمی خارج می‌شه؛ برای اینکه هیچ مدرکی ندارم. درواقع مدرکم فقط کاریه که انجام دادم بدون سندیت. من ۵ سال پیش برای گرفتن پروانه‌ام با معاونت درمان دچار چنین تنشی شدم و عملاً براشون ارزشی نداشت که من کجا و در چه فیلدی کار کردم. اونا با این عناوین کاری ندارن. این مدارک هست که حرف اولو می‌زنه؛ مدارک، گواهی‌نامه‌های معتبر و این چیزا؛ ولی این مجموعه هیچ‌وقت براش هیچ برنامه‌ای نداشته و هیچ‌کدوم از بچه‌هایی که اینجا بودن به غیر از یه دوره روان‌شناسا اونم به لطف همکاران و دانشگاه بوده، بقیه هیچ چیزی ندارن».

در ادامه، جدول مضامین براساخت‌شده از جنبه‌های عینیِ فرسایش کیفیت زندگی کاری کارکنان مؤسسه مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول ۲: مضامین براساخت‌شده از از جنبه‌های عینیِ فرسایش کیفیت زندگی کاری کارکنان مؤسسه مورد مطالعه

Table 2: Themes constructed from the objective aspects of the erosion of the quality of work life of the employees of the institution under study

هدف	تعداد اظهاریات	مقوله فراگیر	مقوله سازمان‌دهنده	مقوله‌های پایه	
مضامین براساخت‌شده از جنبه‌های عینیِ فرسایش کیفیت زندگی کاری کارکنان مؤسسه مورد مطالعه	۱۰ عبارت	فرسایش کیفیت زندگی کاری (جنبه عینی)	۱- نظام معیوب چیران خدمت	مکفی نبودن حقوق	۱- عدم رضایت کارکنان نسبت به وضعیت پرداخت مبتنی بر حداقل‌ها ۲- نبود انگیزه‌های مالی و مادی در جهت افزایش میزان بازده کاری کارکنان ۳- نبود پرداخت‌های نقدی غیر از حقوق و مزایا از قبیل اضافه‌کاری، پاداش غیرنقدی و ارائه خدمات رفاهی
	۸ عبارت				۱- توجه کارکنان به وضعیت پرداخت در مؤسسه نسبت به سایر سازمان‌ها با خدمات مشابه ۲- مقایسه سختی کار، شرایط کاری، استرس کارکنان در قبال مبالغ دریافتی از سوی مؤسسه
	۵ عبارت		۲- نامناسب بودن فیزیک محیط کاری مؤسسه	نامناسب بودن فیزیک فضای مؤسسه	۱- نامناسب بودن رنگ‌بندی دیوارها ۲- نامناسب بودن تزئینات داخلی مؤسسه ۳- نامناسب بودن نحوه چیدمان مبلمان اداری مؤسسه
	۷ عبارت			کارکنان بیماران	۱- نامرتب بودن فضای حیاط مؤسسه ۲- جاسازی و چیدمان نامناسب تجهیزات پزشکی برای بیماران ۳- فیزیک نامناسب ساختمان مؤسسه

عبارت ۵	عبارت ۵	عبارت ۴	عبارت ۷	عبارت ۵	کارکنان	۱- نبود سیستم‌های مناسب سرمایشی و گرمایشی ۲- نبود سیستم‌های تهویه هوای مناسب ۳- نبود سالن جلسات و اجتماعات ۴- نبود اینترنت پرسرعت
					بیماران	۱- محدود بودن تجهیزات پزشکی و امکانات برای بیماران
					نیروهای متخصص به کارگماری و گزینش و محدود بودن	۱- عدم گزینش نیروهای متخصص ۲- بی‌توجهی به مهارت‌ها و توانایی‌هایی تخصصی لازم نسبت به پست‌های اجرایی محول‌شده
					عدم توجه به تناسب قابلیت‌های فردی و شخصیتی با پست اجرایی	۱- بی‌توجهی نسبت به علائق شغلی کارکنان ۲- بی‌توجهی نسبت به توانایی‌های فردی کارکنان ۳- بی‌توجهی نسبت به قابلیت‌های شخصیتی کارکنان
عبارت ۵	عبارت ۵	عبارت ۷	عبارت ۵	عبارت ۵	عدم فراهم‌سازی یادگیری حرفه‌ای مستمر کارکنان	۱- عدم فراهم‌سازی بستر حضور کارکنان در دوره‌های آموزشی و توانمندسازی در خارج از مؤسسه در قالب ارائه بن تخفیفات و ... ۱- عدم فراهم‌سازی بستر حضور کارکنان در دوره‌های آموزشی و توانمندسازی در داخل مؤسسه در قالب ارائه فرصت‌های مطالعاتی و ...
					بی‌توجهی به پرورش ویژگی‌های فردی کارکنان	۱- عدم فراهم‌سازی بستر حضور کارکنان در برنامه‌های متوالی ارتقا و پرورش خصلت‌های رفتاری متناسب با حوزه کاری‌شان ۲- عدم برگزاری دوره‌های خودآگاهی و ذهن‌آگاهی برای کارکنان متناسب با حوزه فعالیت‌شان ۳- عدم فراهم‌سازی بستر حضور کارکنان در برنامه‌های متوالی ارتقای توسعه مهارت‌های شخصیتی و فردی‌شان

۱- عدم صدور گواهی نامه توسط مؤسسه در قبال خدمات کارکنان	عدم صدور گواهی نامه توسط مؤسسه در قبال خدمات کارکنان به مثابه رزومه کاری	۶- بی توجهی به آینده شغلی کارکنان در خارج از مؤسسه	فرسایش کیفیت زندگی کاری (جنبه عینی)	۴ عبارت	
---	--	--	-------------------------------------	---------	--

۵-۲-۲- روایت مشارکت کنندگان از جنبه های ذهنی فرسایش کیفیت زندگی کاری شان در مؤسسه مورد مطالعه

جنبه های ذهنی بر ساخت شده فرسایش کیفیت زندگی کاری کارکنان در مؤسسه شامل فشار و تنش کاری زیاد، افول حس امنیت شغلی، عدم شفاف سازی امور شرعی برای کارکنان و کاهش کیفیت اجرای وظایف محول شده در مؤسسه هستند.

۱- فشار و تنش کاری زیاد: مشارکت کنندگان بر این باور بودند که فشار روانی ناشی از پست های شغلی را می توان روی هم جمع شدن عامل های فشار روانی را و مرتبط با شغل شان دانست که از عوامل گوناگون فردی، گروهی، سازمانی و فراسازمانی ناشی می شود که بر ایجاد شرایط استرس زا، کاهش ایمنی در کار، سلامت جسمی و روانی شان مؤثر است. مشارکت کنندگان معتقد بودند هنگامی که در محیط کار با بایدها و نبایدهایی روبه رو می شوند که ارتباطی با ظرفیت های کنونی یا نیازها، توانمندی ها یا خواسته های شان ندارد، دچار نوعی ناهماهنگی و تعارض می شوند و تنها راه کاهش آن را سازگاری با شرایط جدید می دانستند. آنها بر ضرورت انجام تمهیداتی برای تخلیه فرسایش روحی و استرس های کارکنان از سمت بالادستی ها تأکید داشتند. در این میان، روابط کاری افراد نظیر ارتباط با سرپرستان، همکاران و بیماران و خانواده شان در قالب اخلاق حاکم بر کار بر میزان فشار روانی کارکنان مجموعه بسیار تعیین کننده است. به علاوه استمرار چنین فشارهایی به حالتی از فرسودگی ذهنی، جسمی و عاطفی منجر می شود که می تواند دقت در کار را کاهش دهد و شرایط را برای بروز حوادث ناشی از کار، مساعد کند؛ برای مثال، کد ۱۱ تجربه خود از فشار کاری در مؤسسه را این چنین شرح داد:

«بعضی وقتا همکاران چنین دیدگاهی رو پیدا می کنن که اینجا به نیروی انسانی به چشم یه ماشین نگاه می کنن؛ به این معنی که یک سری کارو براشون تعریف می کنن و ملزم به انجامشون می کنن که براشون طاقت فرساست؛ بدون اینکه در نظر بگیرن که این کارمند ساحت روحی هم داره و مثل سنگ و ماشین نیست که این همه کار رو با این همه حساسیت بتونه توأمان انجام بده؛ چون عمده فعالیت پرسنل با بیماران و خانواده هاشونه؛ اینکه هی فشار و استرس پرسنل روی هم انباشته بشه، سطح عملکردشونو پایین میاره و بنابراین، گاهی اوقات نیاز هست که از سمت مؤسسه انعطاف وجود داشته باشه و فشار غیرمنطقی و خیلی زیاد رو از روی کارکنان برداره». یا کد ۲ تجربه خود از تنش روانی مداوم منتج از کار را این گونه توضیح داد: «بار عاطفی و روانی که کارکنان ما در بخش خدمت رسانی متناسب با مسئولیت شون بهشون وارد میشه، بی نهایت؛ اینکه بچه ها در مواجهه مستقیم و دائمی با بیماران سرطانی و خانواده هاشون، اگر نغم تأثیر ۱۰۰ درصدی، تأثیر حداقل ۸۰ درصدی رو کار پرسنل و فرسودگی روحی شون داشته که خب تمهیداتی برای تخلیه استرس و اضطراب نیاز که اگر چه مدیر اجرایی مرکز هر از گاهی در قالب زنگ تفریح، کارکنان رو به اردوهای چندساعته دعوت می کنن که موجب گپ و گفتگو بین کارکنان میشه و تا حدودی استرس و تنشی که در طول روز می کشن و در چهره تک تک شون دیده می شه رو ازشون دور کنن، اما نیاز به توجه بالادستی هاست که برای رفع فرسایش روحی پرسنل که زیر بار سنگین اش

خمیده می‌شن، اقدامی بشه؛ اما هیچ حمایت روحی و مادی از کارکنان نمی‌کنن؛ مثلاً دادن مرخصی‌های اجباری با حقوق به پرسنل میتونه یکی‌اش باشه تا اینجوری به اجبار و فارغ از غم نون برن مرخصی و رفرش بشن و بیان».

۲- افول حس امنیت شغلی با چهار زیرمقوله شامل ۱- فقدان چشم‌انداز روشن کارکنان از آینده شغلی‌شان؛ ۲- گرایش کارکنان به ترک مؤسسه برای کسب موقعیت بهتر؛ ۳- رضایت‌مندی مؤسسه به ترک شغلی کارکنان و ۴- وابستگی مستقیم مؤسسه به خیرین بانی: طبق بیان مشارکت‌کنندگان، امنیت شغلی از جمله مسائلی است که ذهن کارکنان مؤسسه مد نظر را به خود مشغول می‌کند و بخشی از انرژی روانی و فکری مرکز صرف این مسئله می‌شود. مصاحبه‌شوندگان بر این باور بودند که در صورتی که کارکنان از این بابت به سطح مطلوبی از آسودگی خاطر دست یابند، با فراغ بال، توان، انرژی فکری و جسمی خود را در اختیار مؤسسه قرار می‌دهند و مؤسسه نیز کمتر با نیروهای انسانی دچار تنش می‌شود؛ از این رو، موضوع امنیت شغلی برای کارکنان این سازمان مردم‌نهاد، مهم تلقی شده و به‌عنوان یک پدیده ذهنی، احساس، ادراک و فکرشان را مشغول کرده است؛ به گونه‌ای که پایین‌بودن سطح ادراک امنیت شغلی کارکنان تأثیر چشمگیری بر نیت‌های کناره‌گیرانه‌شان، همچون قصد به ترک شغل گذاشته است؛ برای مثال، کد ۵ بر این باور بود: «مایی که داریم اینجا کار می‌کنیم، اصلاً نمی‌دونیم آینده شغلی‌مون به چه شکلی هست، آیا اصلاً هستیم، نیستیم، بارها در صحبت مسئولین این تهدید انتقال داده شده که ممکنه در آینده اصلاً این مؤسسه وجود نداشته باشه و اگر باشه، ممکنه شما نباشین یا اصلاً ممکنه شما را به راحتی عوض کنیم و شما نباشین». یا کد ۹ در ارتباط با گرایش به ترک مؤسسه و یافتن موقعیت بهتر و رضایت‌مندی مرکز به ترک شغلی کارکنان، نقطه‌نظر خود را این‌گونه مطرح کرد:

«الانی که دارم می‌گم یعنی دقیقاً سال ۱۴۰۱، هر کدام از بچه‌ها با هر میزان خدمتی که دارن، فرسودگی شغلی‌شون بالا رفته و خیلی خیلی از جایی که هستن، ناراحتن و اگر مثلاً قبلاً انگیزه‌هاشون دو صد چندان بوده، الان خیلی تغییر کرده و این من را هم خیلی ناراحت می‌کنه؛ البته همکارانی که بعد از بازنشستگی تو این مرکز کار می‌کنن، شکایتی ندارن، عمده دلخوری با بچه‌هایی است که قراره توی این مؤسسه کار کنن و زندگی آینده‌شون رو بسازن؛ متناسب با این شرایط که یکی یکی بچه‌ها را از دست می‌دیم، برای اینکه فرصت شغلی بهتری در جای دیگه‌ای پیدا کردن، دردناکه، چون تک‌تک این بچه‌ها سرمایه هستن، چون کار در خیریه اصلاً کار راحتی نیست، کار در بخش مراقبت‌های حمایت تسکینی کار بسیار سختیه و حالا که اونا دوام آوردن، به خاطر مسائل، به‌ویژه مالی مجبور هستن اینجا را ترک کنن و از بالا بهشون گفته می‌شه اگر می‌خواهی برو، خیلی راحت یکی دیگه رو جای تو میاریم و این خیلی حس بدی به وجود میاره».

در ارتباط با وابستگی مضائف خیریه به خیرین بانی، مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که مسئله جدی‌ای که پیش‌روی مدیران و کادر اجرایی خیریه‌ها و حتی بیماران تحت پوشش وجود دارد، وابستگی مفرط ارائه خدمات خیر به یک یا چند نفر خیر است؛ بدین معنا که در صورت قطع پشتیبانی خیر، احتمال ابتر و ناقص ماندن تلاش‌های متولیان اجرایی خیر وجود دارد؛ بنابراین، استقلال همه‌جانبه خیریه‌ها از خیرین و حداقل کردن وابستگی‌ها به‌ویژه در حوزه‌های مالی از ضروریات توجه کادر اجرایی خیریه‌هاست. بدیهی است عدم حمایت نهادهای حکومتی نیز به این چالش دامن می‌زند. همچنین، اتخاذ تدبیر و راهکار برای حفظ انگیزه و بقای حمایت خیر یا خیرین از مسائل ضروری است که هم متولیان اجرایی و هم نهادهای حکومتی باید برای آن برنامه اساسی داشته باشند؛ در غیر این صورت، با ترک خیر، مؤسسه نیز وجود نخواهد داشت.

۳- عدم شفاف‌سازی امور برای کارکنان با زیرمقوله دغدغه‌مندی کارکنان نسبت به نحوه تأمین هزینه‌های جاری نهاد غیردولتی: از نگاه مشارکت‌کنندگان، شفاف‌سازی در این مؤسسه می‌باید بدین معنا تعریف شود که هنگامی که یک بحران یا موقعیت مبهم در آن به وجود آمد، کارکنان درباره نحوه واکنش در برابر آن امر مبهم با سردرگمی مواجه نشوند؛ بنابراین، شفاف‌سازی امور در مجموعه برای به حداقل رساندن امکان تفسیرهای موردی توسط پرسنل یا ارباب‌رجوع امری ضروری است؛ این امر می‌باید از طریق ایجاد و نهادینه کردن حس پاسخگویی بین اعضای مؤسسه در قبال رویدادهای محیط پیرامون

فراهم آید. طبق مصاحبه‌های انجام‌شده، کارکنان نسبت به نحوه پرداخت هزینه‌های جاری از طریق هدایایی وقفی مردم ابهام داشته و این دغدغه‌مندی تا جایی است که نسبت به استفاده از اقلام مصرفی مؤسسه تردید دارند؛ برای مثال، کد ۸ تجربه خود از عدم شفاف‌سازی تأمین هزینه‌های مرکز از امور وقفی را این‌گونه شرح داد:

«برای من همیشه دغدغه بوده که کمک‌های مردمی که به مؤسسه می‌شه، از نظر فقهی و شرعی، آیا مجاز هستیم که مثلاً باهاش بیایم اجاره مکان مؤسسه را بدیم؟ آیا مجاز هستیم که قند و چایی و دستمال کاغذی بخریم؟ برای من سؤال هست که از این پول تا چه حد مجاز هست برای هزینه‌های مؤسسه استفاده بشه؟ و آیا مجاز هستیم که از این پول برای مسائل بیماران هم خرج کنیم یا نه؟ همه کارکنان خیلی مایل هستن که به‌صورت شفاف به این مسائل پرداخته بشه و این دغدغه‌مندی‌مان برطرف بشه». یا کد ۴ دغدغه خود را این‌گونه مطرح کرد: «یکی از مسائل مهم ما نحوه تأمین هزینه‌های مؤسسه براساس پول‌های اهدایی مردمه که مرتب به مدیر اجرایی مؤسسه و کارکنان که از نظر اخلاقی این موضوعات براشون مهمه، رنج تحمیل می‌کنه. باید برای این موضوع کارگروهی از علما، فقها و مراجع تقلید برگزار بشه و مایی که در دل کار هستیم بهشون دید بدیم که آیا خرج هزینه‌ها متناسب با وقف‌هایی که مردم می‌کنن، میشه یا نمیشه و ما را از این دل‌نگرانی و دغدغه و ابهام رهایی بدن».

۴-انجام وظایف از روی عادت کارکنان: طبق نظر مشارکت‌کنندگان، به دلیل کم‌رنگ بودن تغییرات در مؤسسه متناسب با نیازها و خواسته‌های کارکنان و نیز تکرار روندهای اشتباه به‌صورت متوالی و خستگی‌ها، فشار و تنش ناشی از این چرخه معیوب، موجب شده است که کارکنان وظایف‌شان را از روی عادت و به‌صورت روتین (معمول و مکرر) انجام بدهند؛ حتی این حالت بر نحوه رفتار کارکنان با مسائل و مشکلات بیماران و خانواده‌هاشان تسری پیدا کرده و امکان مراقبت و ارائه خدمات با کیفیت را برای بیماران تحت‌الشعاع قرار داده است؛ چنانچه کد ۳ بیان کرد:

«من و همکاران اخیراً این‌طور فکر می‌کنیم که هر روز صبح که وارد مؤسسه می‌شیم، یه خدمت روتینی رو باید انجام بدیم، همه‌چیز برامون عادی شده، مثل قبل ... امروز هم یه روزیه مثل روزای گذشته، هیچ نشونه‌ای از تغییر نیست، همین نگاه رو ما تأثیر داشته که حتی در مواجهه‌مون با بیماران و مسائل و مشکلاتشون تسری پیدا کرده، همه‌چیز روتین و تکراری! سؤالاشون، جواب‌های ما، خدمات‌مون انگار داره مرتبط تکرار و تکرار میشه و ما فقط داریم از روی عادت کارهایی رو انجام می‌دیم که منشأ همه اینها خستگی و فشار و تنش؛ در حالی که در یه مؤسسه درمانی روتین‌بودن اصلاً معنایی نداره و همه باید با تمام توان و تلاش و انگیزه‌هاشون برای امیدبخشیدن به زندگی بیمار، کار رو پیش ببرن».

در ادامه، جدول مضامین برساخت‌شده از جنبه‌های ذهنی فرسایش کیفیت زندگی کاری کارکنان مؤسسه مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول ۳: مضامین برساخت‌شده از جنبه‌های ذهنی فرسایش کیفیت زندگی کاری کارکنان مؤسسه مورد مطالعه

Table 3: Themes constructed from the subjective aspects of the erosion of the quality of work life of the employees of the institution under study

هدف	تعداد اظهارات	مقوله فراگیر	مقوله سازمان‌دهنده	مقوله پایه
مضامین برساخت‌شده از جنبه‌های ذهنی فرسایش کیفیت زندگی کاری	۹ عبارت	فرسایش کیفیت زندگی کاری (جنبه)	افشار و تنش کاری زیاد	فشار کاری زیاد
				۱-نگاه مؤسسه به کارکنان به‌مثابه ماشین بدون در نظر گرفتن ساحت روحی‌شان ۲-الزام کارکنان به انجام وظایف و مسئولیت‌های طاقت‌فرسا ۳-بروز استرس و فشار مضامین ناشی از نوع ماهیت خدمت‌رسانی مؤسسه به بیماران سرطانی و خانواده‌شان ۴-انعطاف‌ناپذیری مؤسسه در کاهش فشارهای کاری غیرمنطقی نسبت به کارکنان

	عبارت ۷	۲-افول حس امنیت شغلی	تش‌های روانی مداوم کاری	۱- مواجهه مستقیم و دائمی کارکنان با بیماران سرطانی و خانواده‌هاشون ۲- بروز فرسودگی روحی در بین کارکنان متناسب با ماهیت کارشان ۳- نبود تمهیداتی از سمت بالادستی‌ها برای تخلیه تنش‌های روانی مداوم منتج از کار برای کارکنان
	عبارت ۹		فقدان چشم‌انداز روشن شغلی‌شان	۱- نبود چشم‌انداز روشن برای کارکنان درباره وضعیت شغلی‌شان در آینده ۲- مشخص نبودن برنامه‌های مؤسسه برای آینده شغلی کارکنان ۳- سلیقه‌ای رفتار کردن مدیران مؤسسه در رابطه با وضعیت اشتغال کارکنان
	عبارت ۱۰		تسایل کسب موقعیت بهتر کارکنان به ترک مؤسسه برای	۱- بالابودن میزان فرسودگی شغلی برای کارکنان مؤسسه متناسب با ماهیت خدمات‌شان ۲- ناتوانی کارکنان برای تصمیم‌گیری برای آینده شغلی و زندگی‌شان متناسب با نظام حقوق و دستمزد مؤسسه ۳- سنگین بودن وظایف و خدمات کارکنان در مؤسسه ۴- عدم تناسب هزینه‌های زندگی متناسب با دریافتی‌هایشان ۵- مشکلات مالی کارکنان ۶- عدم پاسخگویی مؤسسه به نیازهای کارکنان
	عبارت ۹		رضایت‌مندی مؤسسه به ترک شغلی کارکنان	۱- بی‌توجهی مؤسسه به نیروهای انسانی‌اش به‌مثابه سرمایه ۲- بی‌توجهی مؤسسه به تخصص‌گرایی و سابقه‌مندی نیروی انسانی ۳- آمادگی ساختار برای جانشین کردن هر نیروی تازه‌واردی به جای نیروهای قدیمی
	عبارت ۶		وابستگی مؤسسه به خیرین	۱- وابستگی مفرط ارائه خدمات خیر به یک یا چند نفر خیر ۲- ابر و ناقص ماندن تلاش‌های متولیان اجرایی در صورت قطع پشتیبانی خیر ۳- عدم حمایت نهادهای حکومتی از مؤسسات خیریه‌ای ۴- اتخاذ تدبیر و راهکار برای حفظ انگیزه و بقای حمایت خیر یا خیرین
	عبارت ۵		عدم شفاف‌سازی امور شرعی مؤسسه برای تأمین هزینه‌های جاری کارکنان نسبت به مؤسسه	۱- شفاف‌سازی نکردن بحران‌ها و موقعیت‌های مبهم برای کارکنان توسط بالادستی‌ها ۲- پاسخگو نبودن بالادستی‌ها برای شفاف‌سازی امور مبهم و نامشخص ۳- تحمل رنج و دغدغه‌مند شدن کارکنان نسبت به نحوه عملکردشان با موقعیت‌های مبهم

۱- کم‌رنگ بودن تغییرات در مؤسسه متناسب با نیازها و خواسته‌های کارکنان	انجام وظایف از روی عادت کارکنان (به‌طور معمول و مکرر)	۴- کاهش کیفیت اجرای وظایف محوله شده	۵- بازخورد
۲- تکرار روندهای اشتباه به‌صورت متوالی			
۳- خستگی، فشار و تنش ناشی از کار			
۴- انجام‌دادن کارها مبتنی بر عادت			
۵- کم‌رنگ شدن جنبه‌های ذوقی و اخلاقی کار			
۶- کم‌رنگ شدن جنبه‌های انگیزشی و امیدبخشی کار به‌ویژه برای بیماران			

۵-۲-۳- روایت مشارکت‌کنندگان از مناسبات درون، بین و فرامؤسسه‌ای نهاد غیردولتی مورد مطالعه

۱- مناسبات ارتباطی درون مؤسسه‌ای با زیرمقوله‌های کاهش کیفیت تعاملات درون و بین‌گروهی، عدم امکان آسیب‌شناسی و بازخورد از پایین به بالا، عدم ارتباط اعضای هیئت‌مدیره با کارکنان: مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که دنیای امروز، دنیای تشکیل تیم‌های کاری با روابط مناسب و باکیفیت است، هر زمان در نهاد مورد مطالعه متناسب با ماهیت درمانی‌اش، افراد موفق به کار تیمی نشوند، مؤسسه یکی از کلیدهایی مهم موفقیت را از دست خواهد داد. به بیانی دیگر، بسیاری از فعالیت‌های آن در حدی از پیچیدگی و گستردگی قرار دارند که افراد نمی‌توانند با تکیه بر فعالیت‌های صرفاً فردی به انجام موفق آن امور نائل آیند. به علاوه، یافتن راه‌حل‌های خلاق و جدید برای مسائل پیچیده، نیازمند مشارکت تیمی و بالابودن سطح کیفیت تعاملات، چه در درون تیم و چه بین تیم‌هاست؛ این درحالی است که در این مؤسسه، به‌ویژه به دلیل مشکلات آیین‌نامه‌ای، به‌درستی حد و مرز وظایف و خدمات برای کارکنان مشخص نشده است که این روند نه تنها پرسنل را در اجرای وظایف‌شان دچار سردگمی کرده، موجب بروز حس‌های منفی همچون دلخوری، بدبینی و حسادت نسبت به همکارانشان شده و ارتباطات‌شان را خدشه‌دار کرده است؛ برای مثال، کد ۷ بیان کرد:

«به من ربطی ندارد» یکی از مشکلات‌های گفتاری و رفتاری کادر اجرایی مجموعه است که نگاه خیره‌ای و روحیه داوطلبی را با چالش مواجه کرده؛ مثلاً وقتی ساعت کاری بعضی از همکارا تموم میشه، حاضر نیستن حتی یک دقیقه بیشتر برای کمک به همکار و بیمار وقت بذارن یا روزهایی که برای ثبت پرونده پزشکی اعلام نشده، همکار مربوطه حاضر نیست حتی به پزشکایی که تو مجموعه حضور دارن، رو بزنه و این خدمت را برای بیمارایی که از صدها کیلومتر دورتر از شهر اصفهان مراجعه می‌کنن، درخواست کنه. بعضی اوقات هم مجبور می‌شیم با خواش و التماس این کار را به سرانجام برسونیم؛ شاید پزشک مشکلی برای ثبت پرونده نداشته باشد، ولی همکار ما چون اعلام شده که این خدمت در فلان روز ارائه نشه، حاضر نیست قدمی برای بیمار برداره». کد ۱۲ نیز دیدگاه خود را این‌گونه شرح داد: «توی مرکز وقتی ما به تیم هستیم که داریم در کنار هم کار می‌کنیم و هدف مشترکمون هم خدمت‌رسانیه، وقتی آزار روحی و خستگی کاری و کلافگی در انجام وظایف برامون پیش میاد، این باعث می‌شه هم در روابط گروهی و هم ارتباطات اعضای تیم‌هامون اثر منفی بذاره و نشاط و سرزندگی‌مون رو در تعامل با دیگران از دست بدیم. الان کم‌کم داره عدم همکاری بین تیم‌ها نمود پیدا می‌کنه، یه جورایی روابط بچه‌ها دیگه مثل قبل، صمیمی و همکارانه و همدلانه نیست».

برخی از مشارکت‌کنندگان به عدم امکان آسیب‌شناسی و بازخورد از سطوح پایین به رده‌های بالای مؤسسه اشاره کردند؛ بدین معنا که نظارت بر روند فعالیت‌ها و عملکرد کارکنان صرفاً توسط یک مدیر میانی منتخب از هسته‌های بالای مدیریتی انجام می‌پذیرد که عمدتاً مبانی نظارت او سلائق شخصی‌اش است؛ این درحالی است که مشارکت‌کنندگان بر این باورند که روند بازخورد می‌باید دوسویه و از پایین به بالا نیز فراهم آید؛ زیرا اگر از نظر آنها به‌عنوان عاملین اجرایی نیز مشکلاتی وجود داشت که ممکن است به اهداف مؤسسه آسیب وارد کند، امکان گزارش از سمت کارکنان در قالب وظیفه سازمانی‌شان فراهم

آید؛ بدین طریق می‌توانند به‌صورت غیرمستقیم در تصمیم‌گیری‌های مؤسسه مشارکت کنند و یک‌سری از نظام‌ها را مبتنی بر دیدگاه کارکنان تغییر دهند؛ البته نه فقط بر مبنای حرف چند نفر از افراد منتخب و خاص؛ زیرا لازمه آن برقراری مجرای ارتباطی امن با مسئولان بالادستی بنیاد است؛ برای مثال، کد ۱۲ دیدگاه خود را این‌گونه بیان کرد:

«کلیه امور مؤسسه به یک مدیر سپرده شده که عمدتاً طبق سلائق شخصی خودش اونجا را مدیریت می‌کنه؛ البته من هم حق می‌دم که سلیقه‌ای برخورد کنن؛ اما باید یک ارتباط مدون‌تری از هسته‌های بالایی وجود داشته باشه که من کارمند بدون ترس بتونم اگر مشکلی هست، مطرح کنم؛ یعنی اگر به نظرم اون مدیر داره یه جایی راه رو اشتباه می‌ره و به هدف داره آسیب می‌رسونه، منم بتونم گزارش بدم به مسئولین رده بالا، بدون اینکه کسی متوجه بشه، بدون اینکه از طرف مدیرم بخوام حس تهدید بگیرم و خودمم حس بدی داشته باشم، همین‌طور بدونم که مسئول اصلی بنیاد اینو از من می‌خواد و من این روند رو وظیفه سازمانی خودم بدونم و این کارو در جهت خدمت به مجموعه و حفاظت از اهداف مؤسسه انجام بدم؛ بنابراین، نیاز هست که نیروی اداری یک ارتباط مداوم با کارکنان داشته باشه که صمیمیت به وجود بیاد و اونا از نگاه ما کارکنان هم بدونن اینجا داره چی می‌گذره و فقط به گزارش‌های یک‌سویه فرد گزارش‌دهنده توجه نکنن، اینجوری متوجه می‌شن که بین بچه‌ها چه خبره و اگر مشکلی هست، بچه‌ها بتونن اونو راحت مطرح کنن و آسیب‌شناسی بشه». از نگاه مشارکت‌کنندگان، یکی از مهم‌ترین نقدهای واردشده به مناسبات ارتباطات درون مؤسسه‌ای نهاد مورد مطالعه، عدم ارتباط اعضای هیئت‌مدیره با کارکنان است؛ به گونه‌ای که تنها یک نفر از مدیران میانی مؤسسه، مسائل را به اعضای هیئت‌مدیره انتقال می‌دهد؛ با این شیوه، امکان ارتباط دوسویه بین کارکنان و اعضای هیئت‌مدیره سلب شده و بی‌انگیزگی‌ها و ابهاماتی را به دنبال داشته است. مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که حال اگر این ارتباط دوسویه برقرار می‌شد، نه تنها موجب احساس تعلق و رضایت‌مندی کارکنان می‌شد، امکان تغییر برخی از نظام‌ها مبتنی بر نیازهای واقعی بیماران و خانواده‌شان و کارکنان نیز فراهم می‌شد. چنانچه کد ۵ نظر خود را این‌گونه مطرح کرد: «شاید اگر حرف‌های ما به‌صورت مستقیم و بدون واسطه توسط بالادستی‌ها شنیده می‌شد، بهتر می‌شد یه سری از نظام‌ها را شکل داد، نه فقط بر مبنای حرف چند نفر». یا کد ۱۲ تجربه خود را این‌چنین شرح داد: «همیشه برای من این تعارض وجود داشته که چرا اعضای هیئت‌مدیره هیچ تعاملی با کارکنان ندارن و تنها یک نفر از مدیران میانی انتقال‌دهنده مسائل مجموعه به ایشون هستن! یاد ندارم که هیچ‌وقت بانی اصلی مؤسسه تشریف آورده باشن مؤسسه. یکی دیگه از اعضای هیئت‌مدیره فقط یک بار در طول ۸ سال خدمت من، تشریف آوردن خیریه و تونستیم در مؤسسه ببینمشون. در اون شرایط آنقدر زمانشان محدود بود که حرف‌های ما را کمتر شنیدن و شماره‌شون رو در اختیار گذاشتن که من به شخصه به فراخور نظامی که در اینجا حاکمه، از طریق تلفن مزاحمشون نشدم. به نظر من این روند خوب نیست؛ خوبه که این روند شکسته بشه توی خیریه‌ها، مخصوصاً تو خیریه خودمون، تا این ارتباط دوسویه به وجود بیاد؛ چون باعث احساس تعلق و رضایت‌مندی بچه‌ها می‌شه».

در ادامه، جدول مضامین برساخت‌شده از مناسبات ارتباطی درون مؤسسه‌ای نهاد مدنظر ارائه شده است.

جدول ۴: مضامین برساخت‌شده در حوزه مناسبات درون‌سازمانی نهاد مورد مطالعه

Table 4: Constructed themes in the field of intra-institutional communication relationships
Of the institution under study

واحد‌های معنادار (شاهد‌ها)	مقوله پایه	مقوله سازمان‌دهنده	مقوله فراگیر	تعداد اظهارات	هدف
۱- مشکلات آیین‌نامه‌ای مؤسسه از جمله مشخص نبودن حد وظایف و خدمات کارکنان ۲- تلاقی وظایف کارکنان با یکدیگر ۳- سردرگمی کارکنان در اجرای وظایف موازی ۴- بروز حس‌های منفی همچون دلخوری، بدبینی و حسادت نسبت به همکاران ۵- خدشه‌دار شدن ارتباطات در بین همکاران مبتنی بر بروز حس‌های منفی ۶- کم‌رنگ شدن روابط صمیمی و همدلانه بین کارکنان	عدم برقراری ارتباطات مؤثر و مثبت بین کارکنان	۱- کاهش کیفیت تعاملات درون و بین‌گروهی	مناسبات ارتباطی درون مؤسسه‌ای	۷ عبارت	مضامین برساخت‌شده از مناسبات ارتباطی درون مؤسسه‌ای نهاد مورد مطالعه

	عبارت ۵		۲- عدم امکان آسیب شناسی و بازخورد از پایین به بالا	اجرائی سیلفه ای مدیر تصمیم گیری	۱- نظارت بر روند فعالیت ها و عملکرد کارکنان صرفاً توسط یک مدیر منتخب ۲- اعمال سلاقی شخصی مدیر بر نحوه نظارت اش از عملکرد کارکنان ۳- روند بازخورد، یک سویه و از بالا به پایین ۴- فراهم نبودن امکان گزارش از سمت کارکنان در قالب وظیفه سازمانی شان ۵- عدم امکان مشارکت کارکنان در تصمیم گیری های بالادستی ۶- شکل گیری نظام های مؤسسه مبتنی بر دیدگاه چند نفر از افراد منتخب و خاص ۷- نبود مجرای ارتباطی امن کارکنان با مسئولان رده بالا
	عبارت ۹			عدم مشارکت کارکنان در تصمیم گیری ها	
	عبارت ۸			نبود مجرای ارتباطی امن با مسئولان بالا دست بنیاد	
	عبارت ۱۰		۳- عدم ارتباط اعضای هیئت مدیره با کارکنان	فرسایش احساس تعلق و رضایتمندی کارکنان	۱- عدم حضور اعضای هیئت مدیره در مؤسسه ۲- عدم ارتباط اعضای هیئت مدیره با کارکنان ۳- انتقال مسائل مجموعه به اعضای هیئت مدیره توسط مدیر میانی ۴- روند ارتباط، یک سویه و از بالا به پایین ۵- کم رنگ شدن احساس تعلق و رضایتمندی کارکنان مبنی بر عدم ارتباط شان با اعضای هیئت مدیره

۲- مناسبات ارتباطی بین مؤسسه ای با زیرمقوله های عدم تعامل بین شعب مؤسسه، نگاه تبعیض آمیز نسبت به شعب و ناموفق بودن فرآیند جذب و مشارکت: مشارکت کنندگان بیان کردند بین شعب مؤسسه مذکور با شعبه اصفهان ارتباطات ساختاری تعریف شده ای برای تبادل اطلاعات وجود ندارد؛ در حالی که این تعاملات و تبادلات می تواند برای مؤسسه مهم و ارزشمند باشد؛ به این معنی که شعب از طریق تعامل با یکدیگر در قالب جلسات راهبردی می توانند تجارب موفق و ناموفق خود در روند اجرای کار را به اشتراک بگذارند و روند درست انجام دادن خدمات را با یکدیگر مقایسه و در حل مسائل و بحران های پیش رو به یکدیگر کمک کنند. به علاوه، با برقراری ارتباطات ساختاری بین شعب می توان نظارت و ارزیابی واقعی و منطقی تری از فرآیند فعالیت ها مبتنی بر هم راستا بودنشان با اهداف تعیین شده در بنیاد مرکزی داشت؛ برای مثال، کد ۱۱ بیان کرد:

«بین شعب مؤسسه با واحد ما رابطه ای وجود ندارد، حداقل در طول یک سالی که وارد این مجموعه شدم، این از جمله انتقاداتی بوده که همیشه وارد کردم و گفتم عدم تشکیل جلسات راهبردی برای بهبود و کیفیت خدمت رسانی بین شعب چرا انجام نمی شه! من خبر ندارم که در شعبه تهران یا شعبه مشهد یا قم یا شعب دیگر هم همینجوری هست! خبر ندارم، بچه ها هیچ ارتباطی با همدیگر ندارند؛ به این معنا که آیا ما اصلاً داریم در یک راستا حرکت می کنیم؟ آیا خدمت رسانی ما در شعب مختلف داره به درستی انجام می گیره؟ آیا تجارب موفق یا ناموفقی داریم که در شرایط بحران و ویژه بتونیم بهم منتقل کنیم؟ آیا شعب با هم هماهنگی دارن یا نه؟ اگر همه ما تحت لوای مؤسسه مردم نهاد داریم کار می کنیم، مگر نباید همه مون توی یه خط و مدل، خدمت رسانی داشته باشیم؟ به نظر می رسه فقط شعب مثل قارچ دارن سبز می شن، بدون هیچ طرح و برنامه و نظارت متمرکز، این سؤال ها برای من همیشه مهم بوده و پاسخ به اونا جای بحث و کار زیاد داره».

برخی از مشارکت کنندگان به نگاه تبعیض آمیز ستاد بالادستی به شعب اشاره کردند؛ به این معنا که مجموعه خیریه دارای یک ستاد بالادستی است که عمده مأموریت آن حمایت از شعب چندگانه کشوری است. معمولاً ستاد مجموعه ها، وظیفه پشتیبانی

و افزایش و ارتقای انگیزه زیرمجموعه‌ها را دارند؛ اما ارائه حمایت‌های ستادی برای شعب مختلف دچار تبعیضاتی است؛ آن‌گونه که کد ۱۰ تجربه خود را اینگونه شرح داد:

«ما برای تأمین هزینه اجاره مکان در اختیار باید روی پای خودمان بایستیم؛ ولی فلان شعبه چون بالانشین یا جدیدالتأسیسه و مثلاً در تهران به‌طور تمام و کمال هزینه اجاره مکان استقرار خودش رو از ستاد دریافت می‌کنه، خب من این هزینه سنگین کرایه حدود ۲۵ میلیون تومانی هر ماهه رو می‌تونم خرج مسائل مهم دیگه‌ای کنم، مثل تهیه تجهیزات پزشکی برا بیماران، یا برای بالابردن سطح کیفیت خدماتمون استفاده کنم؛ ولی نگاه ستاد رو شعبه اصفهان این نیست، می‌گه خودتون باید هزینه‌های مؤسسه را تأمین کنید».

از نگاه مشارکت‌کنندگان، یکی از مهم‌ترین نقدهای واردشده به مناسبات بین مؤسسه‌ای نهاد مورد مطالعه، ناموفق بودن فرآیند جذب و مشارکت داوطلبان و خیرین است. مشارکت‌کنندگان در جذب داوطلبان به دو مسئله خلأهای قانونی در جذب داوطلبان و نبود برنامه‌های مشخص برای آنها در این مرکز اشاره کردند. در ارتباط با نبود بسترهای قانونی، به چالش‌هایی همچون احتمال وقوع آسیب به داوطلب و گیرنده خدمات در طول فعالیت یا بیان ادعاهایی از سوی داوطلب و گیرنده خدمات در حین فعالیت اشاره کردند که به دلیل خلأهای قانونی، پاسخگویی به موارد ذکرشده برای مؤسسات و سازمان‌های نیازمند به نیروهای داوطلب دردرساز و مشکل‌آفرین است؛ چنانچه کد ۱۱ اشاره کرد:

«در ایران به لحاظ قانونی و حقوقی، بستر استفاده از داوطلبین وجود نداره؛ یعنی حتی هلال احمر هم برای استفاده از داوطلبین با چالش مواجه هست، چه اینکه در طول خدمت داوطلب بهش آسیب برسه، چه اینکه به گیرنده خدمات آسیب برسه و چه اینکه داوطلب در طول خدمت درباره خدماتی که ارائه داده، ادعایی بکنه، همه این موارد خلأ قانونی داره و پاسخگویی بهشون کار مشکلیه؛ بنابراین، بیشتر مؤسسات، راغب نیستن از داوطلبین استفاده بکنن، به‌خصوص درباره کارهای مهم و جدی که خب اینجا هم از این قاعده مستثنی نیست».

برخی از مشارکت‌کنندگان نیز بر این نظر بودند که برای داوطلب‌های مراجعه‌کننده به مؤسسه، برنامه مشخص و تعریف‌شده‌ای وجود ندارد و از ظرفیت آنها به‌درستی استفاده نمی‌شود که این روند موجب حس بی‌ارزشی و دلزدگی در آنها می‌شود و تمایل‌شان به حضور در مؤسسه را کم‌رنگ می‌کند؛ به گونه‌ای که کد ۱۱ اشاره کرد:

«ما خودمون هم برای داوطلبین برنامه درست و دقیقی نداریم. از این منظر که وقتی میاد بهش چه کارهایی رو محول کنیم و چه کارهایی رو انجام بده، تقریباً همه مؤسسات خیریه هم همین شرایط رو دارن؛ مسئله‌ای که وجود داره به دلیل نداشتن برنامه دقیق و درست برای داوطلبان، حس پا در هوا نگاه داشتن بهشون دست میده که خب داوطلب هم احساس بی‌ارزشی و دلزدگی از اون سازمان یا مؤسسه بهش دست میده و کارو پیش نمی‌بره؛ بنابراین، گفتم ما از پتانسیل‌های موجود داوطلبین به‌درستی استفاده نمی‌کنیم».

در ارتباط با فرآیند جذب و مشارکت خیرین در مؤسسه، مشارکت‌کنندگان به عدم استقبال مؤسسه‌های خیریه به‌ویژه در اصفهان برای کمک به یکدیگر اشاره کردند؛ چنانچه کد ۴ تجربه خود را این‌گونه شرح داد:

«باوجود تلاش‌هایی که ما انجام دادیم، یعنی تدوین دفترچه‌هایی با عنوان خیریه‌های شهر اصفهان، که خب بچه‌ها متقبل سختی‌های زیادی شدن؛ چون این دفترچه‌ها به‌صورت حضوری تکمیل شد؛ ولی بازهم تجربه‌ای که داشتیم این بود با تعداد خیلی کمی از خیریه‌ها نتونستیم ارتباط برقرار کنیم».

مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که اشتراک‌گذاری اطلاعات مددجویان برای خیریه‌ها یک امر حیاتی است؛ بدین معنا که مدیران این نهادهای مردمی از نوع و تعداد حمایت‌های خیریه‌ها به مددجویان مختلف آگاه باشند تا از موازی‌کاری‌های احتمالی و هدررفت منابع خیر، پرهیز و جلوگیری شود. وجود یک سامانه علمی ملی بر مبنای اطلاعات هویتی که وضعیت

انتفاع مددجو از خیریه‌های مختلف را نمایش دهد، می‌تواند نقشی اساسی در رفع این مشکل داشته باشد؛ برای نمونه و طبق اظهار نظر مصاحبه‌شوندگان، یکی از علل اصلی عدم وقوع هم‌افزایی خیریه‌ها، وجود نگاه بازاری و انتفاعی در بین خیرین و مدیران خیریه‌ها و نبود نگاه علمی و باز و بدون تعصب است؛ شاید مدیران خیریه این مفهوم را دریافته‌اند که با اشتراک‌گذاری اطلاعات مددجویان تحت پوشش خود، کارایی و اثربخشی خدمات خود را بیش از پیش خواهند کرد؛ برای مثال، کد ۳ دیدگاه خود را این‌گونه بیان کرد:

«عدم استقبال مؤسسات خیریه، به‌ویژه در اصفهان برای کمک به همدیگر رو نمی‌دونم باید در کجا جستجو کرد؛ ولی یکی از نقدهای بزرگی است که هم به خودمون و هم به خیریه‌های دیگه وارده، اطلاعات رو با هم به اشتراک نمی‌دارن، خدماتی که ارائه میدن و کمک‌هایی که در نظر می‌گیرن رو میتونن موازی انجام بدن و هر خیریه به سری خدمات رو به‌صورت منحصربه‌فرد و تخصصی ارائه بده تا در ارتباط با دیگر خیریه‌ها، اینجوری کیفیت خدمات‌رسانی به مددجویان با اختلاف فاحشی ارتقا پیدا کنه».

در ادامه، جدول مضامین برساخت‌شده از مناسبات ارتباطی بین مؤسسه‌ای نهاد منتخب ارائه شده است.

جدول ۵: مضامین برساخت‌شده در حوزه مناسبات بین مؤسسه‌ای نهاد مورد مطالعه

Table 5: Constructed themes in the field of inter-institutional communication relationships
Of the institution under study

واحد‌های معنادار (شاهد‌ها)	مقوله پایه	مقوله سازمان دهنده	مقوله فراگیر	تعداد اظهاریات	هدف
۱- نبود ارتباطات ساختاری بین شعب مؤسسه با شعبه اصفهان ۲- عدم تشکیل جلسات راهبردی در بین شعب ۳- عدم به اشتراک‌گذاری تجارب موفق و ناموفق شعب در روند اجرای کار ۴- نبود نظارت و ارزیابی واقعی و منطقی از فرآیند فعالیت‌ها متناسب با مقایسه عملکرد شعب ۵- عدم استفاده از پتانسیل‌های شعب برای حل مسائل و بحران‌های پیش‌رو	عدم تشکیل جلسات راهبردی مبتنی بر تعامل شعب با یکدیگر	۱- عدم تعامل بین شعب	مناسبات ارتباطی بین مؤسسه‌ای	۷ عبارات	مضامین برساخت‌شده از مناسبات ارتباطی بین مؤسسه‌ای نهاد مورد مطالعه
۱- حمایت‌های تبعیض‌آمیز ستادی در شعب مختلف	۲- نگاه تبعیض‌آمیز به شعب			۲ عبارات	
۱- خلأهای قانونی در ارتباط با جامعه داوطلبین ۲- نبود قوانین مناسب در مواجهه با چالش‌های داوطلبین در حین خدمت	خلأهای عدم موفقیت فرآیند جذب ۳- ناموفق بودن			۶ عبارات	

	۲ ب.ج.ا. (ن)			مؤسسه تخصصی	۳-عدم گرایش خیریه‌ها به استفاده از داوطلبین متناسب با خلأهای قانونی ۴- نبود برنامه مشخص و تعریف‌شده برای داوطلبین مراجعه‌کننده به مرکز و عدم گرایششان به حضور مجدد در مؤسسه
	۳ ب.ج.ا. (ن)				۱-عدم تمایل خیریه‌ها به‌ویژه در شهر اصفهان به انجام فعالیت‌های بین مؤسسه‌ایی ۲- عدم به اشتراک‌گذاری اطلاعات مددجویان و نوع درخواست‌هایشان در بین خیریه‌ها ۳-ارائه خدمات موازی در خیریه‌ها ۴-بی‌توجهی خیریه‌ها نسبت به ارائه خدمات تخصصی به مددجویان در جهت ارتقای کیفیت خدمات‌شان
	۴ ب.ج.ا. (ن)			عدم موفقیت فرآیند مشارکت	

۳- مناسبات ارتباطی فرامؤسسه‌ای با زیرمقوله‌های نگاه کالایی پزشکان به بیماران و فقدان قوانین حمایتی: مشارکت‌کنندگان این انتظار را از پزشکان متخصص، به‌ویژه در رشته خون و سرطان یا جراحان دارند که بیماران مبتلا به سرطان را برای دریافت انواع خدمات به مؤسسه مورد مطالعه معرفی کنند؛ اما براساس اظهار نظر یکی از متولیان خیریه به دلیل تضاد و تعارض منافع پزشکان متخصص در بهره‌گیری از هزینه‌های ویزیت و درمان بیماران، این مهم محقق نمی‌شود؛ به این معنا که بیشتر پزشکان متخصص ایرانی سقفی برای ویزیت و درمان نداشته و انگیزه‌های مالی برایشان پررنگ است؛ بنابراین، برای از دست ندادن هزینه‌های درمان بیماران از معرفی‌شان به مراکز ارائه خدمات به‌ویژه خیریه‌ها دریغ می‌کنند. کد ۸ دیدگاه خود را این‌گونه بیان کرد:

«دلیل این مدل برخورد پزشکا اینه که خارج از کشور، دولت‌ها به ازای درمان هر بیمار مبلغی را به پزشک تخصیص میدن و چون دولت ایران این مبلغ را پرداخت نمی‌کنه، برا همین تأمین این منبع مالی به بیماران تحمیل می‌شه؛ ولی باید بدونیم در خارج از ایران چون سقف ویزیت و درمان پزشکان متخصص محدودیت داره، دولت کمک‌های جنبی را به پزشک ارائه می‌کنه؛ واسه همین خیریه‌ها برای ارائه کمک‌ها و خدمات نوع‌دوستانه خودشون به بیماران مبتلا به سرطان از معرفی پزشکان قطع امید کردن و چشم انتظار معرفی بیماران از سوی کادر غیرپزشکی بیمارستان‌ها اعم از پرستاران و مددکاران هستن».

به‌علاوه، برخی از مشارکت‌کنندگان بیان کردند که ارائه مجوز تأسیس خیریه از طرف نهادهای حاکمیتی مختلف مانند وزارت کشور، بهزیستی و دانشگاه علوم پزشکی و فقدان قوانین حقوقی مرتبط با فعالیت‌های خیرخواهانه خصوصاً در حوزه پزشکی یکی از چالش‌های اساسی در مسیر پیشرفت و ارائه خدمات خیریه‌ها ازجمله خود همین مؤسسه است. هنگامی که نهاد واحدی عهده‌دار صدور مجوز برای تأسیس نهادهای مردمی و در رأس آنها خیریه‌ها وجود نداشته باشد، ایجاد یک نظام سلیقه‌محور و عدم وجود نظام ارزیابی کارا و اثربخش به اصلی‌ترین مشکل تبدیل می‌شود. قبول‌نکردن مسئولیت توسط یک نهاد مشخص در وقوع چالش‌های مختلف خیریه‌ها مشکل اساسی دیگری است که ضرورت ایجاد وحدت مدیریت سازمان‌های مردم‌نهاد را دوچندان کرده است. به‌علاوه، خیریه‌ها با فقدان قوانین مختلف حقوقی مواجه‌اند. کد ۴ بیان کرد:

«به‌طور مثال، تیم مراقبت در منزل خیریه برای حضور در منازل بیماران با چالش‌های جدی از جمله مجوز حضور مواجه است و برای وقوع اتفاقات احتمالی مانند فوت بیمار هنگام حضور تیم مراقبت در منزل هیچ راه برون‌رفتی وجود ندارد».

به‌طور کلی، عدم حمایت نهادهای حاکمیتی و نبود قوانین کشوری، سرعت عمل و کیفیت ارائه خدمات خیریه‌ها را مختل می‌کند و وجود و وضع یک قانون تسهیل‌گر می‌تواند سهم بسزایی در رفع چالش‌های پیش روی این نهادهای مردمی باشد. در ادامه، جدول مضامین برساخت‌شده از مناسبات ارتباطی بین مؤسسه‌ای نهاد مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول ۶: مضامین برساخت‌شده در حوزه مناسبات فرامؤسسه‌ای نهاد مورد مطالعه

Table 6: Constructed themes in the field of extra-institutional communication relationships
Of the institution under study

واحد‌های معنادار (شاهد‌ها)	مقوله پایه	مقوله سازمان‌دهنده	مقوله فراگیر	تعداد اظهارات	هدف
۱-عدم محدودیت ویزیت و درمان پزشکان توسط دولت ۲-عدم تخصیص هزینه درمان به پزشکان توسط دولت در قبال هر بیمار	تعارض منافع پزشکان با خدمات خیریه منتخب	۱- نگاه کالایی پزشکان به بیماران	مناسبات ارتباطی فرامؤسسه‌ای	۷ عبارت	مضامین برساخت‌شده از مناسبات ارتباطی فرامؤسسه‌ای نهاد مورد مطالعه
۱-تأمین هزینه‌های درمان پزشکان توسط بیماران ۲-عدم تمایل پزشکان به معرفی بیماران برای مراجعه به خیریه منتخب	تضاد درآمد پزشکان با خدمات خیریه منتخب				
۱- ناتوانی قانونی خیریه‌ها در مدیریت چالش‌های متنوع در حین ارائه خدمات به بیماران	فقدان قوانین حقوقی مرتبط با فعالیت‌های خیرخواهانه	۲- فقدان قوانین حقوقی مرتبط با فعالیت‌های خیریه‌ها		۶ عبارت	
۱-عدم قبول مسئولیت یک نهاد معین در وقوع چالش‌های مختلف خیریه‌ها ۲- نبود نهاد واحد عهده‌دار صدور مجوز برای تأسیس نهادهای مردمی	تبلور نظام سلیقه‌محور اثربخش عدم وجود نظام ارزیابی کارا و			۳ عبارت	
				۶ عبارت	

۶- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر براساس تجربه و درک و تفسیر پاسخگویان نشان دادند سازمان مردم‌نهاد مورد مطالعه برای خدمات حمایت تسکینی در چهار حوزه مشغول به فعالیت است و در حین اجرای سیاست‌های مربوط به مؤسسه، درگیر مسائل و مشکلاتی شده که چهره‌جدیدی به خود گرفته است؛ به طوری که نوعی گسست در ساختار مؤسسه اتفاق افتاده است. براساس



یافته‌ها برای رفع مشکلات به اخذ سیاست‌های ترمیمی، وضع و اجرای قوانین حمایتی از سوی قوای مملکتی، چابک‌سازی ساختارها و درنهایت، تغییر فرهنگ و نگرش عوامل مرتبط با حوزه‌های مأموریتی نیاز است.

در بخش تجربی، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیق دماری و همکاران (۱۳۹۳) هم‌راستا بود؛ اگرچه می‌باید ذکر کرد رویکرد غالب در مطالعات داخلی و حتی خارجی، بیشتر نوعی رویکرد کمی است؛ در حالی که رویکرد روشی حاکم بر مطالعه حاضر، رویکرد کیفی از نوع انتقادی و آسیب‌شناختی است. به لحاظ بستر مورد مطالعه نیز، تفاوت مطالعه حاضر با مطالعات پیشین داخلی در این زمینه است که برخلاف مطالعات مذکور، به‌طور خاص بر یکی از سازمان‌های مردم‌نهاد تمرکز شده و مضاف بر این، در بستری از شهر اصفهان، این مطالعه انجام شده است که در مطالعات پیشین بررسی نشده است.

در بخش تحلیلی این تحقیق نیز ۶ مقوله اصلی و فرعی شامل فرسایش کیفیت زندگی کاری کارکنان در وجه عینی شامل (نظام معیوب جبران خدمات، نامناسب بودن فضا و ...)، در وجه ذهنی شامل (فشار و تنش کاری زیاد، افول حس امنیت شغلی و ...)، مناسبات ارتباطی کژکارکرد در سطوح درون مؤسسه‌ای شامل (کاهش کیفیت تعاملات درون و بین‌گروهی و ...)؛ بین مؤسسه‌ای شامل (عدم تعامل بین شعب و ...) و فرامؤسسه‌ای شامل (نگاه کالایی به بیماران، فقدان قوانین حمایتی) استخراج شد که با بنیان‌های نظری منتقدان سویه‌های منفی سازمان‌های مردم‌نهاد سازگاری دارند و نشان می‌دهند سازمان منتخب چگونه در انجام فعالیت‌های خود از اهداف اصلی مدنظر دور شده و از نظر مشارکت‌کنندگان پژوهش در زمینه عینی و ذهنی کیفیت زندگی کارکنان و نیز در سطوح ارتباطی درون، بین و فرامؤسسه‌ای با انتقاد مواجه است؛ البته شایان ذکر است اگر سازمان مردم‌نهاد منتخب بتواند در خدمت‌رسانی به بیماران سرطانی بر مشکلات پیش آمده نائل آید، آنگاه عملکرد آن با نظریه دورکیم، هابرماس و بوراوای مبنی بر اهمیت نقش سازمان‌هایی غیردولتی تناسب بیشتری خواهد داشت؛ زیرا مانع از این می‌شود که نیروهای بازار و دولت بیمار را به ابژه مدنظر خود تبدیل کنند و نیز به‌ویژه فضایی فراهم می‌کنند که فرودستان اجتماعی بتوانند از طریق آنها برخی از نیازهای درمانی خود را برآورده سازند. در این راستا و برای بهبود بخشی از مشکلات مذکور به نظر می‌رسد ورود ارکان اصلی نظام، به‌ویژه دولت برای حمایت از مؤسسات خبریه حوزه سلامت و اعضای آن اعم از پزشکان، پرستاران، مددکاران، روان‌شناسان، کارشناسان و حتی مددجویان و همچنین، مجلس برای وضع قوانین تسهیل‌گر ضروری و واجب است. به‌علاوه، چابک‌سازی ساختارهای اجرایی و تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری نهادهای مردمی و نیز تغییر عمیق دیدگاه‌های خیرین، مدیران و کادر اجرایی خیریه‌ها و اصلاح نگرش ایشان و نیل اهداف‌شان به سمت مباحث اخلاقی و انسان‌مدارانه از اهمیت بالایی برخوردار است. درنهایت، اینکه پژوهش حاضر به دلیل محدودیت‌های زمانی و سازمانی، تنها بر خود سازمان مردم‌نهاد مدنظر در شهر اصفهان متمرکز بوده و بدیهی است بررسی چگونگی تعامل و در عین حال، میزان استقلال این دسته از سازمان‌ها از دولت و نهادهای دولتی و نیز سازمان‌های بین‌المللی غیردولتی و نحوه تأمین منابع مالی این سازمان و چگونگی تأثیر آن بر عملکرد نهاد به شناخت و ارزیابی عمیق‌تر و علمی‌تری درباره آنها کمک می‌کند.

منابع فارسی

- آبراهامیان، ی. (۱۳۹۳). *ایران بین دو انقلاب*، ترجمه احمد گل محمدی، تهران: نشر نی.
- برت، پ. (۱۳۸۹). *نظریه‌های جامعه‌شناسی*، ترجمه محمد خانی، تهران: نشر خداد نو.
- بوراوای، م. (۱۴۰۰). *جامعه‌شناسی مردم‌مدار در مقابل بازار*. ترجمه بهمن باینگانی، فصلنامه نمایه پژوهش، ۴(۳-۴)، ۹۳-۱۰۶.
- خان محمدی، ه. (۱۴۰۰). آسیب‌شناسی سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها)، سایت جامعه اندیشکده، تاریخ رجوع: ۱۴۰۱/۸/۱، آدرس:

<https://iranthinktanks.com/pathology-of-non-governmental-organizations-ngos/>



<http://dx.doi.org/10.22108/ecs.2023.135367.1027>

- دماری، ب.، حیدرینیا، م.ع. و رهبری بناب، م. (۱۳۹۳). «نقش و عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد در حفظ و ارتقای سلامت جامعه». فصلنامه پایش، ۱۳(۵)، ۵۴۱-۵۵۰.
- گیدنز، آ. (۱۳۸۷). دورکم، ترجمه یوسف اباذری، تهران: انتشارات خوارزمی.
- رحیمی کیا، ع. و افتخاری، ا. (۱۳۹۲). «مطالعه تطبیقی رویکرد دولت‌های هشتم و نهم جمهوری اسلامی ایران به سازمان‌های مردم‌نهاد فرهنگی و اجتماعی». پژوهش‌های سیاسی جهان اسلام، ۱۰(۳)، ۲۷-۴۸.
- رزاقی، ن. و لطفی خاچکی، ب. (۱۳۹۸). «تحلیل جامعه‌شناختی چالش‌های بقا و پایداری سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه آسیب‌های اجتماعی: با تأکید بر رابطه با دولت». نشریه جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی، ۵(۱۱)، ۹۳-۱۲۲.
- سالدنا، ج. (۱۳۹۵). راهنمای کدگذاری برای پژوهشگران کیفی، ترجمه عبدالله گیویان، تهران: انتشارات علمی و فرهنگی.
- صبوری، م. (۱۳۸۱). جامعه‌شناسی سازمان‌ها، تهران: نشر شب تاب.
- قادرزاده، ا. و کریمی، ا. (۱۳۹۹). «فعالیت در سازمان‌های مردم‌نهاد: برساخت شبکه ارتباطی جدید به مثابه جایگزین محدودیت‌های ساختاری: ارائه نظریه زمینه‌ای». نشریه مسائل اجتماعی ایران، ۱۱(۱)، ۲۰۳-۲۳۲.
- کرمی، م.، سوخکیان، م.ع. و فرهادی، پ. (۱۳۹۸). «بررسی و ارزیابی عملکرد انواع سازمان‌های مردم‌نهاد در ایران». فصلنامه سیاست‌های راهبردی و کلان، ۱۷(۳)، پیاپی ۲۷، ۴۷۲-۴۹۹.
- محمودی، ا.، عسکرزاده، ا.، پوراحمدی، ا.، حسین‌الحسنی، ن. و وفایی‌نجار، ع. (۱۳۹۸). «بررسی عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد در حمایت مالی از هزینه‌های درمانی». مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۲(۱)، ۱۳۶۲-۱۳۵۴.
- مولر، ج. (۱۳۹۵). ذهن و بازار: جایگاه سرمایه‌داری در تفکر اروپای مدرن، ترجمه مهدی نصرالله‌زاده، تهران: نشر بیدگل.

References

- Abrahamian, E. (2014). *Iran between two Revolutions*. Translated to Persian by Ahmad golmohamadi, Tehran, Ney Publication.[In Persian]
- Adams, B. N., and Sydnie, R.A. (2001). *Sociological theory*, California, Pine Forge Press.
- Baert, P. (2009). *social theory in the twentieth century*, translated to Persian by Mohammad Khani, Tehran, Rokhdad No Publication.[In Persian]
- Banks, N., Hulme, D. and Edwards, M. (2015). NGOs, states, and donors revisited: still too close for comfort?. *World Development*, 66: 707-718.
- Burawoy, M. (2022). Public sociology vs. the market, translated to Persian by Bahman Bayangani, *Quarterly Research Index*, 8(3, 4), 93-106. [In Persian]
- Cianciara, D., and Piotrowicz, M. (2013). The Role of Non-Governmental Organizations in the Social and Health System. *Przegl Epidemiol*, 67: 69-74.
- Damari, B., Heidarnia. M. A., and Rahbari Bonab, M. (2014). Role and performance of iranian NGOs in community health promotion. *Payesh*, 13 (5), 541-550. [In Persian]
- Das, N., and Kumar, R. (2016). *Role of non-governmental organization in healthcare sector of India*, Public Health Foundation of India: Delhi.
- Edimond, B. J. (2014). *The Contrubiotions of non-governmental organizations in delivery of basic health service in partnership with local government: A Case study of yel hospital and martha primary*, Healthcare Centre in Yei River County, Martyrs University.
- Gellert, G. A. (1996). Non-Governmental organization in international health: Past successes, future challenges. *International Journal of Health Planning and management*, 11: 19-31.
- Ghaderzadeh, O., and Karimi A. (2020). NGOs; constructing a new communication network as an alternative for structural constraints: providing a grounded theory. *Journal of Social Problems of Iran*, 1(11), 203-232. [In Persian]
- Giddens, A. (2009). *Durkheim*, translated to Persian by Yousef Abazari, Tehran, Kharazmi Publication. [In Persian]



- Gilson, L., Sen, P.D, Mohamad, Sh., and Mujinja, P. (1994). The potential of health sector non-governmental organizations: Policy options. *Health Policy and Planning*; 9(1).
- Grahame, P. R., and Grahame, K. M. (2000). Official knowledge and the relations of ruling: Explorations in institutional ethnography. *The Journal of Pedagogy, Pluralism and Practice*, 5. Retrieved from <http://www.lesley.edu/journal-pedagogy-pluralism-practice/peter-grahame-kamini-grahame/knowledgerelations-ruling>
- Haque, M. S. (2020). A critique of the role of NGOs as partners in governance. *Asia Pacific Journal of Public Administration*, 42(1): 17-32.
- Hosseinkhani, A., Salehi, A., and Imanieh, M.H. (2016). Effect of charity rehabilitation centers on the welfare of mentally disabled children. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(3): 283.
- Karami, M., Sokhian, M.A. and Farhadi, P. (2018). Investigation and evaluation of the performance of various non-governmental organizations in Iran. *Strategic and Macro Policy Quarterly*, 7(3), serial 27, 472-499.[In Persian]
- Khanmohamadi, H. (2021). *Pathology of NGO organizations*, available in: <https://iranthinktanks.com/pathology-of-non-governmental-organizations-ngos>. [In Persian]
- Khodayari-zarnagh, R. K, Edris., Arab-zozani, M., Rasouli, J., and Sokhanvar, M. (2020). Participation of iranian non-govermental organization in health policy-making; barriers and strategies for development. *International Journal of Health Governance*, 25(1):46-56.
- Mohammadi, A., Askarzadeh, E., Pourahmadi, E., Hoseinolhoseini, N., and Vafaei Nagar, A. (2019). Study of the performance of NGOs in financing the cost of treatment for patients in Mashhad University of Medical Sciences. *Medical journal of Mashhad University of medical sciences*, 62(1), 1355-1362. Doi: 10.22038/mjms.2019.13837. [In Persian]
- Muller, J. Z. (2018). *The mind and market: capitalism in modern European thought*, translated by Mehdi Nasrollahzade, Tehran, Bidgol Publication. [In Persian]
- Nascimento, L. C. N., Souza, T. V., Oliveira, I.C.S., Moraes, J.R.M.M., Aguiar, R.C.B., and Silva, L.F. (2018). Theoretical saturation in qualitative research: An experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm*, 71(1):228-33.
- Rahimikia, A., and Eftekhari, A. (2020). A comparative study of the approach of the eighth and ninth governments of the Islamic Republic of Iran to cultural and social non-governmental organizations. *Quarterly Journal of Political Research in Islamic World*, 10 (1):27-48. [In Persian]
- Razeghi, N., and Lotfi Khachaki, B. (2018). A Sociological Analysis on the Survival Challenges and Sustainability of NGOs Active in Social Problems: With an Emphasis on Their Relationship with the State. *Biquarterly Journal of Sociology of Social Institutions*, 5(11), 97-128. Doi: 10.22080/ssi.2018.1910. [In Persian]
- Sabouri, M. (2002). *Sociology of organizations*, Tehran, Shabtab publication. [In Persian]
- Saldana, J. (2016). *The coding manual for qualitative Researchers*, translated to Persian by Abdullah Guivian, Tehran, elmifarhangi press. [In Persian]
- Shin, Y. Ah., Yeo, J., and Jung, K. (2014). The Effectiveness of international non-governmental organizations' response operations during public health emergency: Lessons learned from the 2014 ebola outbreak in sierra leone. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(650): 1-13.
- Srinivas, N. (2009). Against NGOs? A critical perspective on nongovernmental action. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 38(4): 614-626.
- Yagub, A., and Mtshali, K. (2105). The role of non-governmental organizations in providing curative health services in North Darfur State. *Sudan. Afri Health Sci*, 15(3):1049-55.

