ره‌آورد سلامت
دوره ۵ – ۹/۱۳۹۸

مقاله پژوهشی اصیل
http://rsj.iums.ac.ir

اعتبارسنجی شاخص‌های ارزیابی و رتبه‌بندی تشکل‌های مردم‌نهاد حوزه سلامت در ایران

امیر صادقی [۱]، محمد قلی پور [۲*]، سیده مریم حائری [۳]

۱. دانشیار گروه گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. کارشناس امور اجتماعی، اداره کل سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
۳. دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، گروه مدیریت دولتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: محمد قلی‌پور، Email: m.qolipour@behdasht.gov.ir

چکیده

زمینه و هدف: وجود شاخص‌های مناسب و کاربردی به‌عنوان قدم اصلی در راه ارزشیابی و سنجش عملکرد یک تشکل مردم‌نهاد تلقی می‌شود. تعیین شاخص‌ها این امکان را به تشکل‌ها می‌دهد که علاوه بر سنجش میزان تطابق عملکرد با اهداف، نقاط قوت و ضعف خود را بهتر بشناسد و گام‌های مؤثری را در راه اصلاح و بهبود بردارد. باتوجه به این‌که ابزار مناسب و معتبری برای سنجش عملکرد تشکل‌های مردم‌نهاد حوزه سلامت کشور وجود نداشت، لذا مطالعه حاضر با هدف شناسایی و اعتبارسنجی شاخص‌های ارزیابی و رتبه‌بندی تشکل‌های مردم‌نهاد حوزه سلامت براساس نظر متخصصان و مدیران اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

روش‌شناسی: به‌منظور اعتبارسنجی شاخص‌های ارزیابی و رتبه‌بندی تشکل‌های مردم‌نهاد حوزه سلامت، یک مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۱ بر روی ۱۰۰۰ تشکل مردم‌نهاد فعال حوزه سلامت انجام شد. جهت طراحی مدل و تعیین اعتبار محتوایی آن، از تکنیک دلفی (۳ راند) با مشارکت ۲۰ نفر از متخصصان حوزه مشارکت‌های اجتماعی استفاده شد. روایی ساختاری دستورالعمل از طریق تحلیل عامل اکتشافی و تائیدی مورد سنجش قرار گرفت. پایایی مدل اعتبارسنجی شاخص‌ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ تعیین شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزارهای Excel 2010، SPSS 26 و Lisrel 8.80 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که براساس شاخص CVI =۰.۷۷۵، روایی محتوایی سؤالات اولیه مدل تائید شد. نتایج تحلیل عامل اکتشافی نشان داد ساختار مدل شامل ۷ بعد (روابط بین‌الملل، نحوه ارتباط‌گیری، استفاده از نیروی داوطلبی، آموزش و اطلاع‌رسانی، الگوی موفق و برتر، شفافیت و پاسخگویی و مشارکت مالی) و ۵۶ گویه بود. مدل به‌دست آمده براساس برازش نیکویی، دارای قابلیت پایایی در سنجش عملکرد تشکل‌ها بود (RMSEA=۰.۰۲۹).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه، مدل اعتبارسنجی شاخص‌های ارزیابی و رتبه‌بندی تشکل‌های مردم‌نهاد حوزه سلامت با ۷ بعد و ۵۶ گویه، یک ابزار روا و پایا جهت سنجش عملکرد تشکل‌های مردم‌نهاد در ایران است.

واژگان کلیدی

تشکل مردم نهاد؛
اعتبار بخشی؛
شاخص.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۰۴
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۰۷
تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۱/۲۱

شیوه استناد به این مقاله:

Sadeghi A, Qolipour M, Haeri SM. Validation of Evaluation and Ranking Indicators of Health Non-Governmental Organizations in Iran. *Rahavard Salamat Journal.* 2019; 5 (1): 115-129.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

مقدمه

پرداختن به نظام سلامت به‌عنوان یکی از مهم‌ترین خرده‌نظام‌های اجتماعی، امری مهم است (۱). امروزه مشکلات و معضلات حاصل از نظام سلامت حاکم بر جهان، موجب تلاش مجامع علمی بین‌المللی در پی ایجاد و جایگزین نمودن یک نظام سلامت نوین شده است (۲). در کشور ما نیز سیاست‌گذاران حوزه سلامت تلاش نموده‌اند تا با تبیین ویژگی‌های مطلوب نظام سلامت در اسناد بالادستی در این جهت حرکت نمایند (۳). یکی از مشخصه‌های نظام سلامت نوین، مشارکت مردم در آن می‌باشد (۴). مشارکت مردم یکی از بازوهای اصلی ارتقاء سلامت، کاهش فقر و بی‌عدالتی در سلامت جوامع است (۵). در سال‌های اخیر موضوع ارتقاء سلامت با تأکید بر نقش مردم در دنیا، توسعه، ضرورت و مقبولیت بیش‌تری پیدا کرده و انتظار جهانی از همه کشورها آن است که زمینه سهیم بودن مردم در سلامت و مشارکت در همه مراحل ارائه خدمات حوزه سلامت را فراهم کنند (۶). مشارکت مردمی عبارت است از فرآیند و حق اساسی که در آن، مردم عاقلانه، با آگاهی، اراده و رغبت در زمینه‌ای خاص با قبول گوشه‌ای از مسئولیت آن به‌طور گروهی، سعی در ارضای نیازهای روحی و روانی فردی و گروهی خود دارند (۷). در این مفهوم، مردم در همیاری با یکدیگر برای رسیدن به اهداف از پیش تعیین‌شده براساس نیازهای واقعی اولویت‌بندی شده و با در نظر گرفتن امکانات و محدودیت‌ها برای یافتن هویت فردی و جمعی جامعه هستند (۸). مفهوم مشارکت مردم در برنامه‌های بهداشتی و درمانی برای اولین‌بار توسط سازمان جهانی بهداشت[1] در کنفرانس آلماآتا در سال ۱۹۷۸ تحت‌عنوان یکی از اصول دستیابی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه مطرح شد (۹). تأکید سازمان جهانی بهداشت بر ضرورت شرکت همگان، به‌ویژه خانواده‌ها، در ارائه خدمات بهداشتی اولیه و لزوم همکاری مردم در برنامه‌های سلامت محور مورد نظر کشورها در زمینه ارائه خدمات بهداشتی به گروه‌هایی مانند افراد کم‌درآمد، بی‌خانمان‌ها، کودکان خیابانی، مصرف‌کنندگان مواد اعتیادآور، مهاجران و حاشیه‌نشینان که امکان دسترسی کم‌تری به خدمات بهداشتی دارند نیز در همین راستا می‌باشد (۱۰). یکی از نمودهای بارز مشارکت‌های مردمی در امر سلامت، جامعه مدنی می‌باشد (۱۱). تجربه کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته در طول بیش از نیم قرن، ضرورت وجود این جامعه را بیش از پیش اثبات کرده است. اهمیت وجود جامعه مدنی در دهه ۱۹۸۰ ضروری شناخته شد (۱۲). در بطن جامعه مدنی، تشکل‌ها، مهم‌ترین و بهترین ابزار ساماندهی مشارکت مردمی شناخته شدند و گسترش فرآیند جهانی شدن و کاهش قدرت دولت‌ها در برخورد با مسائل جهانی از جمله محیط زیست، صلح و فقر و مشکلات مربوط به سلامتی زمینه حضور و تقویت نقش تشکل‌ها را فراهم آورد (۱۳). به این ترتیب با خارج شدن دولت به‌عنوان تنها سکان‌دار توسعه پایدار، جامعه مدنی و تشکل‌ها به عنوان بخش دیگر توسعه شناخته شده است (۱۴). تشکل‌های مردم‌نهاد، سیستم پنهان ارتقاء سلامت جامعه هستند (۱۵). این تشکل‌های داوطلب، در عین مستقل بودن از دولت و غیرانتفاعی بودن، در خدمت مردم هستند، که به همین دلیل "صدای مردم" نامیده می‌شوند (۱۶). تشکل‌ها برای انجام وظایف و دستیابی به اهداف خود نیازمند نفوذ و اثرگذاری می‌باشند و این قابلیت و قدرت به‌دلیل تکیه بر موضوعات محدود، پایبندی به اصول خود، تعهد بیش‌تر، فراگیری، ساختار شبکه‌ای با سایر تشکل‌ها، ابتکار عمل، پاسخگویی سریع به نیازهای محلی، دسترسی آسان به گروه‌های فقیر و آسیب‌پذیر و آگاهی از روش زندگی، نگرش‌ها و امکانات جمعیت هدف است (۱۷). در کشور ما امروزه تشکل‌ها به‌عنوان نهادها و مؤسساتی کارآمد و مکمل بخش دولتی در تأمین اهداف توسعه از جایگاه ویژه‌ای برخوردار هستند (۱۸)، باتوجه به تعریفی که برگرفته از آیین‌نامه تشکل‌های مردم‌نهاد است، تشکل‌های

[1] World Health Organization (WHO)

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

مردم‌نهاد، تشکل‌هایی هستند که به‌صورت داوطلبانه توسط گروهی از اشخاص حقیقی یا حقوقی غیردولتی، با رعایت قوانین تعیین‌شده، تأسیس می‌شوند و دارای اهداف غیرانتفاعی و غیرسیاسی هستند. باتوجه به نقش بارز تشکل‌های مردم‌نهاد در حوزه سلامت و اهمیت سلامت انسان‌ها، ارزیابی این تشکل‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد (۱۹). ارزیابی عملکرد معیاری است جهت سنجش فعالیت‌ها که در بُعد سازمانی معمولاً با اثربخشی فعالیت‌ها هم‌معناست (۲۰). قبل از اقدام به ارزیابی عملکرد می‌بایست انتظارات و معیارهایی که مورد سنجش قرار می‌گیرد، به سازمان ارزیابی‌شونده ابلاغ شود (۲۱). هم‌چنین فرآیند سنجش و اندازه‌گیری عملکرد سازمان‌ها در دوره‌های مشخص صورت پذیرد (۲۲).

امروزه برای اصلاح عملکرد سازمان‌ها، سنجش اساس کلیه اقدامات اصلاحی است. بدین لحاظ تعیین شاخص‌ها و اندازه‌گیری آن‌ها به سازمان‌ها اجازه می‌دهد تا آگاهانه بتوانند در مورد ثبات و بقای فرآیندها، شناسایی فرصت‌ها، اصلاحات و تصمیم‌گیری درخصوص میزان تطابق اصلاحات براساس معیار از قبل تعیین شده قضاوت نمایند (۲۳). هر ارزشیابی و نظارتی وقتی به شکل مؤثر انجام می‌شود که شاخص‌های دقیق و مناسبی برای قضاوت و تصمیم‌گیری در اختیار داشته باشد. وجود شاخص‌های مناسب و کاربردی به‌عنوان قدم اصلی در راه ارزشیابی و سنجش عملکرد سازمان تلقی می‌شود (۲۴). تعیین شاخص‌ها این امکان را به سازمان می‌دهد که علاوه بر سنجش میزان تطابق عملکرد با اهداف، نقاط قوت و ضعف خود را بهتر بشناسد و گام‌های مؤثری را در راه اصلاح و بهبود بردارد (۲۵). شاخص‌های عملکردی سه نگاه اساسی دارد: یکی این‌که به نظام ارزشیابی مدد می‌رساند تا براساس عوامل درست دست به ترکیب عملیات ببرد و در واقع آینه ارزشیابی محسوب می‌شود. دیگر این‌که روش حرکت و مسیر را برای شناخت از کارکرد مدیران فراهم می‌آورد (۲۶). در نگاه سوم گسل‌های برنامه‌ای را از طریق ارزشیابی مشخص می‌سازد.

از طریق شناسایی شاخص‌های ارزیابی تشکل‌های مردم‌نهاد با استفاده از تکنیک‌های متعدد (دلفی، تحلیل سلسله‌مراتبی و ...) و نظر خبرگان می‌توان به رتبه‌بندی آن پرداخت (۲۷). عبداللهی (۲۰۰۷) در پژوهشی تحت عنوان "ارزیابی سازمان‌های مردم‌نهاد در بخش بهداشت و درمان" به بررسی ۱۵ سازمان مردم‌نهاد در بخش بهداشت و درمان که در استان تهران فعالیت می‌کرده‌اند، با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه با مدیریت سمن‌ها پرداخته است. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که تمام ۱۵ سازمان دارای فعالیت‌های آموزشی-پژوهشی بوده‌اند و ۶۷ درصد به فعالیت‌های اجرایی و خدمات‌رسانی نیز پرداخته‌اند. میانگین کل سیستم ارزیابی عملکرد مدیران سازمان‌های مردم‌نهاد ۳.۴۶ درصد یعنی مابین متوسط و زیاد است. طبق نتایج به‌دست آمده، بیش‌ترین منبع درآمد سازمان‌های مردم‌نهاد (۹۳.۳ درصد) از محل کمک‌های مردمی و ۸۰ درصد سمن‌ها از کمک‌هایی غیر از کمک‌های دولتی و ۴۰ درصد نیز از حق عضویت اعضا و ۳۳.۳ درصد سازمان‌ها از کمک‌های بین‌المللی و ۴۹.۲ درصد این سازمان‌ها از دیگر منابع جهت تأمین بودجه برخوردار هستند (۲۸). لانگ (۲۰۱۲) در تحقیقی تحت‌عنوان "پاسخگویی سازمان‌های مردم‌نهاد، در جامعه مدنی و حوزه عمومی‌شان"، به بررسی این موضوع می‌پردازد که سمن‌ها در کشورهای جهان سوم به‌طور فزاینده‌ای تبدیل به وسایل بالقوه‌ای در خدمت ایدئولوژی شده‌اند. در پایان نتیجه می‌گیرد که دیدگاه‌های مدرن رادیکال برای اصلاح پاسخگویی در توضیح مشکلات تحقیقات تجاری مفید هستند، اما برای بررسی نقاط قوت و محدودیت سمن‌ها و اصلاح در حوزه مدنی می‌توانند توسعه یابند. بنابراین، این مقاله یک دیدگاه دیالکتیکی را برای بررسی نقشی برای سمن‌ها در حوزه عمومی را که مشخص کننده کاوش برای یک جامعه از خود بیگانه نشده است، پیشنهاد می‌کند (۲۹). کرمی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان "بررسی و ارزیابی عملکرد انواع سازمان‌های مردم‌نهاد در ایران"، به

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

بررسی عملکرد ۲۵ سازمان مردم‌نهاد پرداخته‌اند. در این پژوهش ابتدا از تکنیک AHP جهت شناسایی عوامل ورودی و خروجی سمن‌ها استفاده شده و پس از آن از روش مرسوم DEA جهت ارزیابی عملکرد سمن‌ها استفاده شد. هم‌چنین باتوجه به هدف پژوهش که ارائه راهکاری جدید جهت ارزیابی عملکرد است، ابتدا فرمول RPN معرفی شده و سپس به ذکر تغییرات پیشنهادی در این فرمول اشاره می‌شود و فرمول جدید NRPN نام‌گذاری می‌شود که تجدید نظر شده فرمول RPN است. در این روش با استناد به فرم ارزیابی گزارش عملکرد اجرایی و مالی سمن‌ها مصوبه هیئت وزیران مورخ ۱۳۸۴/۰۵/۰۸ کلیه شاخص‌های ورودی و خروجی جهت ارزیابی عملکرد مشخص می‌شود. شاخص‌های ورودی شامل دریافت وام توسط سمن‌ها، کمک‌های مردمی و کمک‌های دولتی و غیره، هزینه‌های انجام‌شده و حق عضویت اعضا و امناست. شاخص‌های خروجی نیز شامل این موارد است: ۱. اقدامات و طرح‌های اجرا شده که مطابق با موضوع فعالیت و اهداف مندرج در اساس‌نامه مصوب است؛ ۲. مهم‌ترین خدمات ارائه شده به گروه‌های هدف سازمان (اعم از عموم مردم یا گروه‌های هدف خاص)؛ ۳. فعالیت‌های اعضای اصلی هیئت مدیره که در راستای موضوع فعالیت و اهداف سازمان صورت گرفته است؛ ۴. اقدامات انجام شده در راستای توسعه فعالیت و توانمندی‌های سازمان؛ ۵. فعالیت‌های بین‌المللی سازمان در طول سال مالی؛ ۶. اهم پیشنهادات و راهکارهای ارائه شده به سازمان‌های دولتی، غیردولتی و مؤسسات عمومی (۲۷).

باتوجه به آن‌چه ذکر شد و نیز وجود شواهد بی‌شماری از نوسانات کیفیت در سطح مراقبت بهداشتی درمانی ایران و نظر به این‌که مطالعاتی در خصوص ارزیابی تشکل‌های مردم نهاد در کشورهای مختلف صورت پذیرفته است ولی برای سنجش عملکرد تشکل‌های مردم نهاد حوزه سلامت کشور، پرسشنامه معتبری وجود ندارد، مطالعه حاضر با هدف طراحی دستورالعمل ارزیابی و رتبه‌بندی تشکل‌های مردم‌نهاد حوزه سلامت در ایران انجام شد.

روش‌شناسی

مطالعه حاضر از نوع ترکیبی و متوالی اکتشافی، با هدف ساخت ابزار ارزیابی تشکل‌های مردم‌نهاد، در سال ۱۴۰۰ انجام شد. در این پژوهش از تکنیک دلفی به‌منظور تعیین اعتبار محتوایی و از تحلیل عاملی اکتشافی و تائیدی برای تعیین اعتبار ساختاری "مدل رتبه‌بندی و ارزیابی تشکل‌های مردم‌نهاد سلامت تابعه دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور" استفاده شد. جهت تدوین فرم نظرخواهی، متون و منابع علمی مرتبط بررسی شد و از مدل‌های مختلف ارزیابی و رتبه‌بندی شامل ارزیابی بین‌المللی NGO Benchmarking (۳۰)، شرکت بازرسی بین‌المللی SGS، ارزیابی کیفیت مؤسسه بین‌المللی استاندارد GIC (۳۱) و دستورالعمل‌های پیشین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت کشور استفاده گردید. برای تعیین روایی محتوایی شاخص‌ها از مدل پیشنهادی لاوشی[1] استفاده شد ، به این ترتیب که فرم نظرخواهی جهت نظردهی در اختیار۲۰ نفر ازخبرگان قرارگرفت تا امکان قضاوت دقیق اعضا براساس ضرورت اجزای ابزار (فرم نظرخواهی) فراهم شود و از آن‌ها خواسته شد که میزان موافقت خود را درباره هر گزینه لحاظ نمایند. پاسخ خبرگان به شرح زیر کدگذاری شد: کاملاً=۳، نسبتاً=۲ و اصلاً=۱. هم‌چنین در توضیحات فرم نظرخواهی از متخصصان خواسته شد تا در مورد حذف، تغییر نام و ادغام گویه‌ها نظرات اصلاحی خود را ارائه نمایند. روش دلفی در سه دور (راند) انجام شد. نسبت روایی محتوایی[2] با استفاده از فرمول زیر محاسبه شد:

$$\text{CVR}=\frac{n_e-\frac{n}{2}}{\frac{n}{2}}$$

[1] Lawshe

[2] Content Validity Ratio

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

ne= تعدادی از اعضای پانل است که آن گویه را "ضروری" تشخیص داده‌اند.

$\frac{n}{2}$= تعداد کل اعضای گروه بخش بر عدد دو.

شرایط زیر در پذیرش یا رد گویه‌ها به‌کار گرفته شد:

۱. پذیرش بی‌قید و شرط گویه در صورتی‌که مقدار CVR آن مساوی یا بیش‌تر از ۰.۴۲ بود (یعنی بیش از ۷۵ درصد خبرگان به گزینه "کاملاً" رأی داده باشند).

۲. در صورتی‌که عدد CVR بین ۰.۴۲ و ۰ بود و میانگین عددی قضاوت‌ها مساوی یا بیش از ۱.۵ بود (امتیازات کسب شده توسط هر یک از گویه‌ها از هریک از افراد جمع زده شده و بر ۲۰ (تعداد نظرها) تقسیم شد، عدد به‌دست آمده نشان‌دهنده میانگین امتیاز کسب شده گویه در محدوده ۱ تا ۳ بود). این مقدار نشان می‌دهد که بیش‌تر از نیمی از افراد اعضای دلفی گزینه "کاملاً" را انتخاب کرده‌اند. در نتیجه این گزینه‌ها به دور بعدی دلفی منتقل شد.

۳. رد گویه در صورتی‌که مقدار CVR آن کم‌تر از صفر بود و میانگین عددی قضاوت‌ها کم‌تر از ۱.۵ بود. مقدار CVR کم‌تر از صفر بدان معنا بود که کم‌تر از نیمی از افراد گزینه "کاملاً" را انتخاب کرده‌اند.

در نهایت شاخص CVI به‌منظور تائید نهایی روایی محتوایی پرسشنامه، با استفاده از فرمول زیر محاسبه شد:

$$CVI=\frac{\sum CVR_{\text{Retained numbers}}}{\text{Retained numbers}}$$

Retained Numbers= تعداد آیتم‌های تائید شده

فرم نظرخواهی اولیه با ۶۲ گویه طراحی شد که با انجام تکنیک دلفی در سه مرحله تعداد ۵۶ گویه جهت مدل شاخص‌های رتبه‌بندی و ارزیابی تشکل‌های مردم‌نهاد سلامت تابعه دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور تائید گردید. برای تعیین روایی ساختاری، مدل فوق در اختیار ۱۰۰۰ تشکل مردم‌نهاد سلامت‌محور در سراسر کشور قرار گرفت. سپس به‌منظور تعیین ابعاد پنهان مدل، از تحلیل عامل اکتشافی از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس[1] استفاده شد. جهت بررسی روابط علّی بین متغیرها، از تحلیل عاملی تائیدی استفاده گردید. پایایی مدل با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۹۲.۱۳ تعیین شد. در این پژوهش، از نرم‌افزارهای Excel 2010، SPSS 26 و Lisrel 8.80 استفاده گردید.

یافته‌ها

ابتدا فرم نظرخواهی اولیه با ۶۲ گویه که از طریق منابع علمی معتبر تهیه شدند (۳۰, ۳۱)، در اختیار ۳۳ نفر از صاحب‌نظران حوزه مشارکت‌های اجتماعی قرار گرفت که در نهایت۲۰ نفر از آنان فرم را تکمیل نمودند. با محاسبه مقادیر CVR برای گزینه‌های فرم نظرخواهی در دور اول تعداد ۴۹ گویه از ۶۲ گویه موجود با کسب CVR بالای ۰.۴۲ تائید شد، هم‌چنین ۷ گویه باقیمانده با کسب CVR بین ۰ و ۰.۴۲ جهت نظردهی دوباره به دور دوم دلفی منتقل شدند. تعداد ۵ پیشنهاد نیز با رأی بیش از ۴۲ درصد صاحب‌نظران، جهت نظردهی به دور دوم انتقال یافت (جدول ۱).

جدول ۱- نسبت روایی محتوایی (CVR) به‌منظور تعیین ضروری و مهم بودن گویه‌های دور اول تکنیک دلفی

سؤالات انتقال یافته به دور دوم تکنیک دلفی	CVR

[1]Varimax

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

ارائه بازخورد مناسب از عملکرد تشکل به خیرین	۰.۴۰
درگیر نمودن جامعه هدف و ذینفعان در طراحی، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های تشکل	۰.۴۰
برگزاری مجمع عمومی سالیانه تشکل مطابق با اساسنامه	۰.۳۰
موجود بودن یک نفر خیر یا تأمین‌کننده مالی در اعضای هیئت‌مدیره	۰.۲۰
موجود بودن پرونده مجزا برای هر خدمت‌گیرنده	۰.۴۰
ایجاد واحد تحقیق و فناوری در ساختار و فعالیت‌های نوآورانه تشکل	۰.۴۰
موجود و به‌روز بودن مدارک ثبتی تشکل	۰.۴۰
پیشنهادات انتقال یافته به دور دوم تکنیک دلفی	**نظرات (درصد)**
حضور حداقل دو نفر متخصص مرتبط با موضوع فعالیت تشکل در اعضای هیئت‌مدیره	۵۰
اقدام به اجرای برنامه خارج از اهداف مندرج در اساسنامه تشکل	۵۰
ارائه لیست اسامی هیئت‌مدیره و کارمندان کلیدی در وب‌سایت تشکل	۵۰
دارای شعبه در خارج از کشور	۵۰
برخورداری از نشریه اختصاصی برای تشکل	۶۰

در دور دوم دلفی، تعداد ۷ سؤال با کسب CVR بالای ۰.۴۲ مورد تائید قرار گرفت و ۵ سؤال باقیمانده با کسب CVR کم‌تر از صفر حذف شد (جدول۲).

باتوجه به این‌که در مرحله دوم CVR هیچ‌کدام از گویه‌های پیشنهادی بین ۰.۴۲ و صفر نبود، گویه‌ای جهت نظردهی اعضای پانل در مرحله سوم مطرح نشد. لذا در مرحله سوم با در نظر گرفتن نتایج دور اول و دوم دلفی، در نهایت ۵۶ گویه با CVI=۰.۷۷۵، جهت طراحی مدل ارزیابی و رتبه‌بندی نهایی در اختیار خبرگان قرار گرفت (جدول ۳).

جهت تعیین روایی ساختاری، مدل رتبه‌بندی و ارزشیابی توسط ۱۰۰۰ تشکل مردم‌نهاد حوزه سلامت تکمیل گردید. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی برای مدل مذکور ۷ بُعد را شناسایی کرد که در مجموع ۸۱.۹۸ درصد از واریانس کل مقیاس را برای آن تبیین کرد. جهت تعیین همبستگی بین متغیرها، از ماتریس عوامل دوران‌یافته استفاده شد که گویه‌های با همبستگی بالای ۰.۶ درون یک عامل قرارگرفتند (جدول ۴). جهت اندازه‌گیری هر گویه از معیار دو گزینه‌ای "بله و خیر" استفاده گردید که باتوجه به وزن هر گویه که توسط پنل متخصصین تعیین گردید، نمره نهایی عددی بین صفر و صد در نظر گرفته شد.

نتایج آزمون‌های نیکویی برازش مدل در جدول ۵ ارائه شده است. براساس نتایج این جدول، همه شاخص‌های تعیین نکویی برازش مدل در حد مناسبی قرار داشتند.

در نهایت، به‌منظور نام‌گذاری مناسب ابعاد مختلف مدل رتبه‌بندی و ارزیابی، نظرات کارشناسان و متخصصین مربوطه دریافت گردید (جدول ۶).

جدول ۲- نسبت روایی محتوایی (CVR) به‌منظور تعیین ضروری و مهم بودن گویه‌های دور دوم تکنیک دلفی

ردیف	سؤالات انتقال یافته از دور اول دلفی	کاملاً	نسبتاً	اصلاً	CVR	تصمیم گیری
۱	ارائه بازخورد مناسب از عملکرد تشکل به خیرین	۱۶	۴	۰	۰.۶	پذیرش
۲	درگیر نمودن جامعه هدف و ذینفعان در طراحی، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های تشکل	۱۵	۵	۰	۰.۵	پذیرش

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

۳	برگزاری مجمع عمومی سالیانه تشکل مطابق با اساسنامه	۸	۵	۷	-۰.۲	رد
۴	موجود بودن یک نفر خیر یا تأمین‌کننده مالی در اعضای هیئت‌مدیره	۸	۲	۱۰	-۰.۲	رد
۵	موجود بودن پرونده مجزا برای هر خدمت گیرنده	۱۶	۴	۰	۰.۶	پذیرش
۶	موجود و به روز بودن مدارک ثبتی تشکل	۶	۵	۹	-۰.۴	رد
۷	ایجاد واحد تحقیق و فناوری در ساختار و فعالیت‌های نوآورانه تشکل	۱۵	۴	۱	۰.۵	پذیرش
ردیف	**پیشنهادات انتقال یافته از دور اول تکنیک دلفی**	**کاملاً**	**نسبتاً**	**اصلاً**	**CVR**	**تصمیم گیری**
۱	ارائه لیست اسامی هیئت‌مدیره و کارمندان کلیدی در وب‌سایت تشکل	۱۶	۴	۰	۰.۶	پذیرش
۲	اقدام به اجرای برنامه خارج از اهداف مندرج در اساسنامه تشکل	۸	۵	۷	-۰.۲	رد
۳	حضورحداقل دو نفر متخصص مرتبط با موضوع فعالیت تشکل در اعضای هیئت‌مدیره	۶	۵	۹	-۰.۴	رد
۴	دارای شعبه در خارج از کشور	۱۶	۴	۰	۰.۶	پذیرش
۵	برخورداری از نشریه اختصاصی برای تشکل	۱۵	۳	۲	۰.۵	پذیرش

جدول ۳- گویه‌های نهایی تائیدشده از طریق انجام دو مرحله تکنیک دلفی

ردیف	گویه	ردیف	گویه
۱	داشتن مقام مشورتی در سازمان ملل	۲۹	ایجاد واحد تحقیق و فناوری در ساختار و فعالیت‌های نوآورانه تشکل
۲	دریافت مجوز اوفک توسط تشکل	۳۰	ارائه الگوی موفق و ایده برتر در حوزه فعالیت (در صورت مثبت بودن پاسخ، مستندات مربوطه جهت درج در سایت اداره کل به وزارت ارسال گردد)
۳	جذب آورده مالی از خارج از کشور	۳۱	استفاده از روش‌های نوین کسب منابع
۴	دارای شعبه در خارج از کشور	۳۲	پروژه مشترک با سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی
۵	ارتباط‌گیری و جذب اعتبارات موردنیاز از منابع بین‌المللی	۳۳	استفاده از ظرفیت سایر تشکل‌های مردم‌نهاد
۶	داشتن طرح‌های بین‌المللی در گزارش اقدامات	۳۴	داشتن طرح‌های موفق در سطح بین‌المللی، ملی و استانی
۷	دعوت به همایش‌های بین‌المللی	۳۵	برخوردار بودن از لوگوی معنوی و یا تندیس معنوی
۸	داشتن شعب در سایر شهرستان‌ها و استان‌ها (در صورت داشتن شعبه، لطفاً تعداد شعب را در قسمت توضیحات یادداشت بفرمایید)	۳۶	داشتن تقدیرنامه و تندیس از سازمان‌های معتبر
۹	مشارکت در برنامه‌های کلان حوزه سلامت در سطوح فراملی، ملی و استانی	۳۷	برخورداری از سازوکاری مناسب جهت ارزیابی عملکرد تشکل به‌منظور حفظ و پایداری تشکل
۱۰	بهره‌گیری از فضای مجازی از قبیل سایت، شبکه‌های اجتماعی و ...	۳۸	ارائه گزارش عملکرد سالانه تشکل به مرجع صدور پروانه
۱۱	داشتن مهارت انطباق‌پذیری و انعطاف‌پذیری سازمانی متناسب با تغییرات محیطی نظیر تحولات اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و غیره	۳۹	افتتاح یک حساب بانکی به نام تشکل با هدف جمع‌آوری مشارکت‌ها
۱۲	درگیرنمودن جامعه هدف و ذینفعان در طراحی، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های تشکل	۴۰	نوع تملک محل استقرار سمن
۱۳	داشتن حامی و سفیر (در صورت داشتن حامی و سفیر، لطفاً تعداد حامی و سفیر را در قسمت توضیحات یادداشت بفرمایید)	۴۱	موجود بودن دفاتر قانونی (دفتر کل و دفتر روزنامه) تشکل در محل
۱۴	عضویت در یک شبکه موضوعی	۴۲	موجود بودن گزارش‌های حسابرسی سالیانه تشکل در محل

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

۱۵	برخورداری از امکانات و تجهیزات جهت ارتباط‌گیری مؤثر (رایانه، دستگاه فکس، تلفن و غیره)	۴۳	هزینه نمودن منابع جمع‌آوری‌شده در راستای اهداف اساسنامه تشکل
۱۶	تعداد نیروی داوطلب فعال	۴۴	وجود سیستم منسجم اطلاعات و آمار خدمت‌گیرندگان تشکل
۱۷	متوسط ساعت کار هر نیروی داوطلب فعال در تشکل در طول یک روز	۴۵	موجود بودن پرونده مجزا برای هر خدمت‌گیرنده
۱۸	مشارکت داوطلبانه در دوران بحران‌ها	۴۶	برخورداری از یک ساز وکار مناسب جهت حفظ و نگهداری اسناد و مدارک تشکل
۱۹	تقدیر از خیرین و داوطلبان مشارکت‌کننده	۴۷	ارائه گزارش‌های مالی در وب‌سایت تشکل
۲۰	ارائه بازخورد مناسب از عملکرد تشکل به خیرین	۴۸	ارائه لیست اسامی هیئت‌مدیره و کارمندان کلیدی در وب‌سایت تشکل
۲۱	حفظ حریم خصوصی خیرین	۴۹	برخورداری از یک برنامه بلندمدت و عملیاتی برای پیشبرد اهداف تشکل
۲۲	تعداد افراد آموزش‌دیده در جامعه هدف	۵۰	ارزش ریالی جذب منابع مالی از بدو تأسیس تاکنون
۲۳	تعداد ساعت آموزشی اختصاص داده شده به جامعه هدف	۵۱	ارزش ریالی جذب منابع مالی مربوط به سال ماقبل
۲۴	برخورداری از نشریه اختصاصی برای تشکل	۵۲	ارزش مشارکت ریالی در ایجاد زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی از بدو تأسیس تاکنون
۲۵	استفاده از محتوای آموزشی به‌روز	۵۳	ارزش مشارکت ریالی در حوزه مددجویی (دارویی، درمان، حمایتی) مربوط به سال ماقبل
۲۶	استفاده از اساتید مجرب	۵۴	ارزش مشارکت ریالی در طرح‌های پیشگیری و خود مراقبتی مربوط به سال ماقبل
۲۷	استفاده از ابزارهای آموزشی نوین	۵۵	ارزش مشارکت ریالی از محل منابع بین‌المللی از بدو تأسیس تاکنون
۲۸	جلب مشارکت در طرح‌های تحقیقاتی و فناورانه حوزه پیشگیری، غربالگری و درمان	۵۶	ارزش مشارکت ریالی با استفاده از ظرفیت مشارکت شرکت‌ها و بنگاه‌های اقتصادی و برند شخصیتی[1] از بدو تأسیس تاکنون

جدول ۴- ماتریس چرخش عاملی به‌منظور دسته‌بندی گویه‌ها

گویه	عامل						
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
گویه ۱	-۰.۰۶۲	-۰.۰۰۵	-۰.۰۴۸	۰.۰۰۸	-۰.۰۱۵	۰.۰۴۷	۰.۹۲۰
گویه ۲	۰.۰۹۲	۰.۰۲۳	۰.۰۴۴	۰.۰۲۱	-۰.۰۱۷	۰.۰۶۷	۰.۸۰۲
گویه ۳	-۰.۰۹۱	-۰.۰۷۱	-۰.۰۴۶	-۰.۰۰۱	۰.۰۷۶	-۰.۰۱۴	۰.۸۴۱
گویه ۴	۰.۱۰۸	-۰.۰۵۰	۰.۰۳۹	-۰.۰۴۳	۰.۰۰۵	-۰.۰۴۲	۰.۷۵۱
گویه ۵	۰.۰۰۶	-۰.۰۱۵	۰.۰۰۱	-۰.۰۲۶	-۰.۰۱۵	۰.۰۷۲	۰.۹۵۱
گویه ۶	-۰.۰۰۲	۰.۰۱۲	۰.۰۱۷	-۰.۰۰۹	۰.۰۵۷	۰.۱۱۶	۰.۸۰۸
گویه ۷	۰.۰۰۴	۰.۰۰۲	۰.۰۰۵	۰.۰۴۹	-۰.۰۰۴	۰.۰۳۶	۰.۷۶۴
گویه ۸	۰.۱۲۷	۰.۰۱۴	۰.۸۰۳	۰/۰۰۸	۰.۰۰۹	-۰.۰۶۰	-۰.۰۸۹
گویه ۹	-۰.۰۳۸	-۰.۰۱۴	۰.۹۶۳	-۰.۰۰۲	۰.۰۳۱	-۰.۰۳۸	۰.۰۳۲
گویه ۱۰	-۰.۰۶۰	-۰.۰۳۷	۰.۹۱۹	۰.۰۴۰	۰.۰۳۰	۰.۰۰۸	۰.۰۶۸
گویه ۱۱	۰.۰۱۰	۰.۰۶۰	۰.۷۴۴	-۰.۰۷۶	۰.۰۰۱	-۰.۰۰۶	۰.۱۱۱
گویه ۱۲	۰.۰۸۰	-۰.۰۶۴	۰.۷۸۹	۰.۰۵۰	-۰.۰۴۸	-۰.۰۱۴	۰.۰۱۸
گویه ۱۳	۰.۰۱۲	-۰.۰۲۱	۰.۷۸۹	-۰.۰۷۵	۰.۱۱۳	-۰.۰۰۶	-۰.۰۰۱

[1] Personality Brand

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

گویه ۱۴	۰.۰۰۷	-۰.۰۴۸	۰.۹۰۱	-۰.۰۲۹	-۰.۰۶۰	-۰.۰۲۰	-۰.۰۷۷
گویه ۱۵	-۰.۰۳۲	-۰.۰۱۸	۰.۸۷۰	۰.۰۱۴	-۰.۰۳۳	-۰.۰۵۳	-۰.۰۰۷
گویه ۱۶	۰.۰۳۲	-۰.۰۲۰	-۰.۰۰۴	۰.۰۱۲	۰.۰۵۲	۰.۹۰۹	۰.۰۵۰
گویه ۱۷	۰.۰۷۸	-۰.۰۹۲	۰.۰۱۴	۰.۰۱۹	۰.۰۵۶	۰.۹۱۱	-۰.۰۱۵
گویه ۱۸	-۰.۰۳۴	۰.۰۲۳	-۰.۰۹۷	۰.۱۱۷	۰.۰۶۰	۰.۷۶۴	-۰.۰۸۲
گویه ۱۹	-۰.۰۳۰	-۰.۰۲۵	۰.۰۴۴	-۰.۰۷۹	۰.۰۰۷	۰.۸۴۱	۰.۰۱۲
گویه ۲۰	-۰.۰۱۹	-۰.۰۳۶	-۰.۰۲۲	-۰.۰۲۷	-۰.۰۴۴	۰.۸۷۵	۰.۰۷۹
گویه ۲۱	۰.۰۵۸	-۰.۰۳۳	۰.۰۱۶	-۰.۰۴۰	-۰.۰۲۸	۰.۸۱۴	۰.۰۵۷
گویه ۲۲	۰.۰۲۵	۰.۸۸۶	-۰.۰۰۸	-۰.۰۰۵	۰.۰۱۰	۰.۰۱۱	۰.۰۲۶
گویه ۲۳	۰.۱۵۷	۰.۸۳۲	-۰.۰۰۹	-۰.۰۰۲	۰.۰۵۸	۰.۰۸۸	-۰.۰۱۳
گویه ۲۴	۰.۰۵۹	۰.۸۲۷	-۰.۰۴۲	-۰.۰۱۹	۰.۰۵۹	۰.۰۱۸	۰.۰۳۶
گویه ۲۵	-۰.۰۳۵	۰.۸۸۲	۰.۰۱۹	-۰.۰۰۳	۰.۰۶۷	-۰.۰۱۸	۰.۰۱۴
گویه ۲۶	۰.۰۲۲	۰.۸۵۳	۰.۰۴۲	۰.۰۰۸	-۰.۰۲۱	-۰.۰۴۶	-۰.۱۱۳
گویه ۲۷	-۰.۰۱۵	۰.۸۵۹	۰.۰۵۲	۰.۰۱۹	-۰.۰۲۷	۰.۰۲۳	-۰.۰۴۹
گویه ۲۸	۰.۸۶۲	۰.۰۴۹	-۰.۰۰۱	۰.۰۶۷	۰.۰۰۷	۰.۰۱۷	۰.۰۵۲
گویه ۲۹	۰.۷۷۳	۰.۰۰۵	۰.۰۴۱	-۰.۰۳۵	۰.۰۳۸	۰.۰۲۴	۰.۰۰۱
گویه ۳۰	۰.۹۱۷	۰.۰۵۲	۰.۰۵۸	-۰.۰۱۶	-۰.۰۴۷	-۰.۰۲۳	-۰.۰۱۴
گویه ۳۱	۰.۸۷۲	۰.۱۱۸	۰.۰۱۳	-۰.۰۰۴	-۰.۰۸۸	-۰.۰۵۹	-۰.۰۳۹
گویه ۳۲	۰.۹۳۶	۰.۰۳۱	-۰.۰۷۶	۰.۰۳۱	-۰.۰۳۸	۰.۰۱۵	۰.۰۰۸
گویه ۳۳	۰.۹۱۳	-۰.۰۱۲	-۰.۰۵۸	-۰.۰۱۷	-۰.۰۳۵	-۰.۰۱۷	-۰.۰۰۶
گویه ۳۴	۰.۹۶۳	۰.۰۱۸	-۰.۰۳۸	۰.۰۱۳	-۰.۰۴۲	۰.۰۳۰	-۰.۰۳۵
گویه ۳۵	۰.۸۶۷	۰.۱۱۶	-۰.۰۱۰	-۰.۰۱۸	-۰.۰۵۲	۰.۰۱۷	-۰.۰۳۳
گویه ۳۶	۰.۹۵۲	۰.۰۹۴	۰.۰۶۵	-۰.۰۶۸	۰.۰۳۵	۰.۰۱۵	-۰.۰۲۲
گویه ۳۷	۰.۹۰۰	۰.۰۴۳	۰.۰۴۷	-۰.۰۵۶	-۰.۰۱۰	۰.۰۵۰	-۰.۰۵۶
گویه ۳۸	۰.۰۵۹	۰.۰۰۱	۰.۰۸۰	۰.۸۶۸	۰.۰۷۰	-۰.۰۴۴	۰.۰۹۶
گویه ۳۹	-۰.۰۱۸	۰.۰۵۲	۰.۰۳۸	۰.۹۱۸	۰.۰۲۸	-۰.۰۸۴	۰.۰۱۳
گویه ۴۰	۰.۰۶۹	۰.۱۲۹	۰.۰۰۳	۰.۸۳۳	۰.۰۵۶	۰.۰۰۶	۰.۰۱۲
گویه ۴۱	۰.۰۶۱	-۰.۰۷۳	۰.۰۲۴	۰.۸۵۶	-۰.۰۰۲	-۰.۰۵۰	-۰.۰۱۶
گویه ۴۲	۰.۰۴۹	۰.۰۷۶	۰.۰۰۰	۰.۹۷۲	۰.۰۴۶	-۰.۰۵۳	۰.۰۲۴
گویه ۴۳	-۰.۰۳۸	۰.۰۰۸	۰.۰۲۱	۰.۸۸۸	۰.۰۵۸	-۰.۰۵۳	۰.۰۱۶
گویه ۴۴	۰.۰۰۳	-۰.۰۰۱	۰.۰۲۰	۰.۸۲۹	-۰.۰۵۹	-۰.۰۷۸	-۰.۰۰۹
گویه ۴۵	-۰.۰۲۶	-۰.۰۰۳	۰.۰۴۷	۰.۹۷۳	۰.۰۴۱	-۰.۰۳۸	۰.۰۵۶
گویه ۴۶	-۰.۰۴۷	۰.۰۳۶	۰.۰۴۰	۰.۸۵۱	۰.۱۲۸	۰.۰۵۴	۰.۰۷۲
گویه ۴۷	۰.۰۶۳	۰.۰۰۲	۰.۰۱۸	۰.۹۴۳	۰.۰۱۷	-۰.۰۰۳	-۰.۰۳۴
گویه ۴۸	۰.۰۶۵	۰.۰۲۳	۰.۰۰۱	۰.۹۳۶	۰.۰۲۱	-۰.۰۰۹	-۰.۰۲۳
گویه ۴۹	۰.۰۶۱	۰.۰۴۰	۰.۰۱۰	۰.۹۰۸	۰.۰۸۷	-۰.۰۲۰	-۰.۰۱۲
گویه ۵۰	-۰.۰۰۸	-۰.۰۲۶	۰.۰۲۱	۰.۰۰۷	۰.۸۹۷	۰.۰۲۳	-۰.۰۳۶
گویه ۵۱	۰.۰۴۶	۰.۰۰۷	۰.۰۱۴	-۰.۰۰۶	۰.۹۵۸	۰.۰۳۴	۰.۰۰۶
گویه ۵۲	۰.۰۸۰	-۰.۰۹۵	۰.۰۴۱	۰.۱۱۳	۰.۷۴۹	-۰.۰۰۸	-۰.۰۵۸
گویه ۵۳	۰.۰۶۶	-۰.۰۱۴	-۰.۰۱۴	۰.۰۳۸	۰.۹۴۳	-۰.۰۲۲	۰.۰۲۳
گویه ۵۴	-۰.۰۰۴	۰.۰۸۱	۰.۰۴۰	۰.۰۶۰	۰.۹۶۴	۰.۰۳۳	۰.۰۴۹
گویه ۵۵	-۰.۰۴۰	۰.۰۴۴	۰.۰۷۷	۰.۰۱۳	۰.۸۶۹	۰.۰۵۵	۰.۰۲۸
گویه ۵۶	-۰.۰۱۶	-۰.۰۱۲	۰.۰۲۶	۰.۰۴۱	۰.۷۸۳	-۰.۰۹۲	۰.۰۲۳

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

جدول۵- شاخص‌های نیکویی برازش به‌منظور تطابق مقادیر مشاهده‌شده و مقادیر مورد انتظار

شاخص‌ها	df	χ^2	χ^2/df	CFI	NFI	NNFI	GFI	AGFI	RMSEA
مدل‌ها	۴۰۶*	۵۰۸.۷۲	۱.۲۵	۰.۹۸	۰.۹۰	۰.۹۷	۰.۸۹	۰.۸۶	۰.۰۲۹

* p < ۰.۰۰۱

جدول ۶- نام‌گذاری عامل‌های تائید شده

شماره عامل	نام عامل	شماره گویه‌ها
عامل اول	روابط بین‌الملل	۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷
عامل دوم	نحوه ارتباط‌گیری	۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵
عامل سوم	استفاده از نیروی داوطلبی	۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱
عامل چهارم	آموزش و اطلاع‌رسانی	۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷
عامل پنجم	الگوی موفق و برتر	۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷
عامل ششم	شفافیت و پاسخگویی	۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹
عامل هفتم	مشارکت مالی	۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه معتبرسازی مدل رتبه‌بندی و ارزیابی تشکل‌های مردم‌نهاد سلامت تابعه دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور بود. این مدل به‌منظور تحلیل رتبه‌بندی فعالیت‌های تشکل‌های مردم‌نهاد حوزه سلامت استفاده می‌شود. مطالعه حاضر در دو مرحله اساسی انجام شد. در مرحله اول شاخص‌های ارزیابی عملکرد با استفاده از روش‌های کتابخانه‌ای و پرسشنامه‌ای شناسایی شد، سپس این شاخص‌ها با استفاده از روش دلفی اولویت‌بندی و ارزیابی شد. نتایج به‌دست آمده از اجماع نظر کارشناسان و صاحب‌نظران در زمینه تعیین شاخص‌ها نیز نشان داد که در میان شاخص‌های ارزیابی عملکرد، اولویت‌بندی بایستی به‌گونه‌ای انجام شود که ارزش ارزیابی‌های عملکرد تشکل‌های مردم‌نهاد سلامت را مشخص کند و با تعیین اندازه‌گیری عملکرد تشکل‌ها و با اجرای برنامه‌های مناسب و اتخاذ تدابیر لازم بتوان شاخص‌های تشکل‌ها را بهبود بخشید. شاخص‌ها نمایانگر واقعیت‌های موجود در عرصه فعالیت‌های یک سازمان، و در نظام مدیریت ابزاری کارآمد برای ارزیابی برنامه‌ها و فعالیت‌ها هستند که از طریق آن‌ها می‌توان از حصول اهداف از پیش تعیین‌شده در برنامه‌ها آگاهی یافت (۳۲). توجه عمیق به شاخص‌های عملکردی در شناسایی و درک بهتر خلأها، نارسائی‌ها و کمبودها و در بهبود برنامه از جهت کمی و کیفی کمک شایانی می‌کند (۳۳).

در این مطالعه، با استفاده از تکنیک دلفی (۳ راند) به‌منظور نظرخواهی از متخصصان حوزه مشارکت‌های اجتماعی، مدل نهایی در ۷ بُعد و ۵۶ گویه طراحی گردید. در مطالعه حاضر شاخص CVI=۰.۷۵۵ برای تعیین روایی محتوایی مدل، در حد مناسبی بود. بالا بودن میزان شاخص CVI، به مفهوم ضروری بودن و مهم بودن گویه‌ها برای طراحی یک مدل تحلیل است (۳۴). در پژوهش پولادی و همکاران (۲۰۱۷) به‌منظور طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه آگاهی، نگرش و به‌کارگیری خودمراقبتی در بیماران تحت عمل بای‌پس عروق کرونر مبتنی بر مدل والتز انجام شد. شاخص روایی محتوا برای هر گویه، بالاتر از ۰.۹۰ و برای کل پرسشنامه، ۰.۹۹ محاسبه گردید (۳۵) که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که ۷ عامل به‌دست آمده در مدل رتبه‌بندی و ارزیابی تشکل‌های مردم‌نهاد حوزه

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

سلامت توانست ۸۱.۹۸ درصد از تغییرپذیری واریانس متغیرها را توضیح دهد. بدین مفهوم که مدل طراحی شده برای رتبه‌بندی تشکل‌های مردم‌نهاد حوزه سلامت مناسب است. در مطالعات مربوط به معتبرسازی مدل سنجش، با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی، روایی ساختاری مدل نیز مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در مطالعه حاضر نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که مدل مذکور، دارای روایی ساختاری مطلوب بود (۳۶). در مطالعه پرهام‌نیا و همکاران (۱۳۹۷) که با هدف تحلیل عاملی اکتشافی، تائیدی و همسانی درونی عوامل رفتاری بر ارتباطات علمی انجام گرفت، یافته‌های تحلیل عاملی اکتشافی ۶ عامل برای ساختار آزمون نشان داد که در مجموع ۷۷.۴۵ درصد از واریانس کل داده‌ها داشت (۳۷) که با یافته‌های این پژوهش مطابقت داشت.

در این مطالعه، نتایج آزمون شاخص‌های نکویی برازش نشان داد که میزان این شاخص‌ها در حد مناسبی بود و مدل مورد مطالعه قابلیت بالایی در سنجش عملکرد تشکل‌های سلامت‌محور داشت (۳۸). یکی از بهترین شاخص‌های بررسی نیکویی برازش مدل، بررسی نسبت آماره کای دو بر درجه آزادی است. بسیاری از اندیشمندان بر این عقیده‌اندکه این شاخص باید کم‌تر از ۳ باشد (۳۹). در این مطالعه این میزان ۱.۲۸ بود که نشانگر مناسب بودن آن در این مطالعه است. شاخص میانگین مجذور خطاهای مدل[1] براساس خطاهای مدل ساخته شده و معیاری برای بد بودن مدل است. اندیشمندان بر این عقیده‌اند که این شاخص باید کم‌تر از ۰.۰۵ باشد (۴۰). میزان این شاخص برای مدل مذکور ۰.۰۳۲ است که قابل قبول می‌باشد.

شاخص برازش نیکویی[2] معیاری برای سنجش میزان خوب بودن مدل است و میزانی بالاتر از ۰.۹ نشان‌دهنده مناسب‌بودن مدل استخراج شده باتوجه به داده‌ها است (۴۱). میزان این شاخص برای مدل به‌دست آمده برابر با ۰.۸۸ است که این عدد حاکی از میزان نسبتاً خوبی از این شاخص است. در نهایت شاخص برازش مقایسه‌ای که یکی از پرکاربردترین و مناسب‌ترین شاخص‌های تفسیری پیرامون تائید برازش خوب یا ضعیف مدل تجربی است. این شاخص برازش مدل موجود را با مدل مستقل مقایسه می‌کند. یکی از مزیت‌های این شاخص عدم حساسیت به حجم نمونه بوده و در مواردی که حجم نمونه در دسترس پایین است می‌توان از شاخص برازش مقایسه‌ای به‌جای RMSEA استفاده نمود. دامنه پذیرش این شاخص بین ۰.۹ تا ۱ می باشد (۴۲). در این مطالعه شاخص مذکور از مقدار بسیار خوبی برخوردار است. در پژوهش نیکدل و عربزاده (۱۴۰۱) به‌منظور بررسی روایی عاملی و پایایی پرسشنامه ساختار هدفی کلاس و ارتباط آن با هیجان‌های تحصیلی دانش‌آموزان انجام گرفت که در این مطالعه شاخص‌های CFI، GFI، NFI، NFFI و IFI دارای دامنه صفر تا یک بودند (۴۳)، که با نتایج پژوهش حاضر هم‌راستا بود. هم‌چنین، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی مدل مورد بررسی در حد بالایی تعیین شد. نتایج فوق نشان‌دهنده روا و پایا بودن ساختار مدل رتبه بندی و ارزیابی تشکل‌های مردم نهاد سلامت است (۴۴). در مطالعه بشارت و همکاران (۱۴۰۱) که به‌منظور طراحی، ساخت و آزمون ویژگی‌های روانسنجی مقیاس رفتار غربالگری سرطان دهانه رحم انجام گرفت، ضریب آلفای کرونباخ کل برای پرسشنامه ۰.۷۸ تعیین گردید که نشان از هم‌خوانی آن با این پژوهش دارد (۴۵) این مدل می‌تواند به‌منظور سنجش فعالیت‌های تشکل‌های مردم نهاد حوزه سلامت استفاده شود.

براساس نتایج این مطالعه مدل رتبه‌بندی و ارزیابی تشکل‌های مردم نهاد سلامت تابعه دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور با ۷ بُعد و ۵۶ گویه، یک ابزار پایا و معتبرجهت رتبه‌بندی فعالیت‌های تشکل‌های مردم نهاد حوزه سلامت در ایران است. در واقع

[1] RMSEA

[2] GFI

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

تا آن‌جا که بررسی‌ها نشان می‌دهد، در ایران، این نخستین مقیاس سنجش عملکرد تشکل‌های مردم نهاد سلامت محور می‌باشد که به‌صورت استاندارد تهیه و منتشر شده است. تاکنون برای سنجش عملکرد تشکل‌های مردم نهاد سلامت از ابزارهای تهیه‌شده توسط شرکت بازرسی بین‌المللی SGS و مؤسسه بین‌المللی استاندارد GIC استفاده می‌شد. نتایج این مطالعه می‌تواند مدلی بومی و معتبر برای تصمیم‌گیری مدیران و سیاست‌گذاران در امر توسعه سرمایه اجتماعی باشد. از آن‌جا که استفاده از این مدل‌ها در سازمان‌های ایرانی، نیاز به فهم مشترک از مسائل عملیاتی و استراتژیک و زنجیره فعالیت مرتبط با آن پیش از اقدام به ارزیابی عملکرد دارد، پیشنهاد می‌شود محققین آینده در صدد بررسی تأثیر آموزش بر میزان اثربخشی و تأثیرگذاری آن بر شاخص‌های عملکردی سازمان برآیند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان "ارزیابی و رتبه‌بندی تشکل‌های مردم‌نهاد سلامت از نظر مداخله در سلامت اجتماعی"، مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز درسال ۱۴۰۱ با کد اخلاق به شماره IR.TBZMED.REC 1401.594 انجام شده است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از همکاری جناب آقای امیر کاظمی، دانشجوی دکتری گروه مهندسی هسته‌ای دانشگاه شهید بهشتی تهران و همکاران اداره کل سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در طول این پروژه کمال تشکر را دارند.

فهرست منابع

1. Khammarnia M, Peyvand M, Setoodezadeh F. Intensifying Health Challenges in Low-Income Provinces: the impact of the corona pandemic. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences*. 2021; 8 (1): 543-544. [In Persian].

2. Balabanova D, McKee M, Mills A, Walt G, Haines A. What Can Global Health Institutions Do to Help Strengthen Health Systems in Low Income Countries? *Health Research Policy and Systems*. 2010; 8: 1-11. doi: 10.1186/1478-4505-8-22.

3. Esmaili A, Izadi M, Azad E, Sanaeinasab H. Foresight of the Health System at the National Level Based on the Islamic-Iranian Lifestyle and by Identifying the Goals and Actions of Key Actors. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2021; 8 (4): 378-389. doi: 10.29252/ijhehp.8.4.378. [In Persian].

4. Rajabi M, Ebrahimi P, Aryankhesal A. Developing a Model for Partnership of Non-Governmental Organizations in Iran's Health System. *Journal of Health Administration.* 2022; 25 (3): 30-49. doi: 10.22034/25.3.30. [In Persian].

5. Damari B, Heidarnia MA, Rahbari Bonab M. Role and performance of Iranian NGOs in Community Health Promotion. *Payesh* (Health Monitor). 2014; 13 (5): 541-550. [In Persian].

6. Nikvarz T, Yazdanpanah L. Relationship between Social Factors and Social Health among Students of Shahid Bahonar University of Kerman. *Journal of Applied Sociology*. 2015; 26 (3): 99-116. doi: 20.1001.1.20085745.1394.26.3.6.4. [In Persian].

7. Brownson RC, Chriqui JF, Stamatakis KA. Understanding Evidence-Based Public Health Policy. *American journal of public health.* 2009; 99 (9): 1576-1583. doi: 10.2105/AJPH.2008.156224.

8. Marzuki A. Challenges in the Public Participation and the Decision-Making Process. *Sociologija i Prostor/Sociology and Space*. 2015; 53 (1): 21-39. doi: 10.5673/sip.53.1.2.

9. Khodayari-Zarnaq R, Kakemam E, Arab-Zozani M, Rasouli J, Sokhanvar M. Participation of Iranian Non-Governmental Organizations in Health Policy-Making; Barriers and Strategies for Development. *International Journal of Health Governance.* 2020; 25 (1): 46-56. doi: 10.1108/IJHG-07-2019-0056.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

10. Braveman P. Health Disparities and Health Equity: concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*. 2006; 27: 167-194.

11. Gharei A, Jahangiri A, Pourghasab Amiri A, Soleimani H. Examining the Role of Non-State Actors in Achieving Health and Environmental Justice. *Journal of Islamic Life Style*. 2022; 6 (1): 599-607. [In Persian].

12. Noroozi G, Shahi MS. The Role of Physicians' Civil Responsibility in Securing People's Health and Social Interests. *Health Information Management*. 2015; 12 (5): 659-670.

13. Karimi Dehnashi A. Nudging People to Give More to Charities, Foundations and NGOs. *Science and Technology Policy Letters*. 2020; 10 (4): 5-20.

14. Marchesini da Costa M. What Influences the Location of Nonprofit Organizations? a spatial analysis in Brazil. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*. 2016; 27: 1064-1090.

15. Hoang TA. Civil Society Organisations' Roles in Health Development in Vietnam: HIV as a case study. *Global Public Health*. 2013; 8 (Sup1): S92-S103. doi: 10.1080/17441692.2013.811530.

16. Saghravan S, Moghimi SM. The Relationship Structure Between Iranian NGOs and the Government. *Iranian Journal of Management Studies*. 2023; 16 (1): 259-276. doi: 10.22059/IJMS.2022.314267.674314.

17. McCabe H, Deng G. "So They'll Have Somewhere to Go": establishing non-governmental Organizations (NGOs) for Children with Autism in the people's Republic of China. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*. 2018; 29: 1019-1032. doi: 10.1007/s11266-017-9879-4.

18. Sang H, Ngamau NW, Ragama P. Effects of Strategic Alignment on The Performance of Non-Governmental Organization in Nakuru Town, Kenya. *International Journal of Business Management and Processes.* 2018; 4 (2): 21.

19. Yaghoobi E, Noshiravan P, Mohammadi S, Khanmohammadi H. Analysis of the Impact of the Most Important Issues of NGOs in Iran. *Journal Strategic Studies of Public Policy*. 2021; 11 (40): 74-100.

20. Braithwaite J, Hibbert P, Blakely B, Plumb J, Hannaford N, Long JC, Marks D. Health System Frameworks and Performance Indicators in Eight Countries: a comparative international analysis. *SAGE Open Medicine*. 2017; 5: 1-10. doi: 10.1177/2050312116686516.

21. McKee M, Suhrcke M, Nolte E, Lessof S, Figueras J, Duran A, Menabde N. Health Systems, Health, and Wealth: a European perspective. *The Lancet.* 2009; 373 (9660): 349-351. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60098-2.

22. Shakarishvili G, Atun R, Berman P, Hsiao W, Burgess C, Lansang MA. Converging Health Systems Frameworks: towards a concepts-to-actions roadmap for health systems strengthening in low and middle income countries. *Global Health Governance*. 2010; 3 (2).

23. Yarmohammadian MH, Yaghoubi M, Mamikhani J, Ansary M, Karimian J, Kiani M, Shirzadi M, Shahrzadi L. Determine of Human Resources Indicators in Health System. *Health Information Management* 2011; 7 (Special Issue): 555.

24. Fang P, Dong S, Xiao J, Liu C, Feng X, Wang Y. Regional Inequality in Health and Its Determinants: evidence from China. *Health Policy*. 2010; 94 (1): 14-25. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.08.002.

25. Yazdani MH, Montazer F. Analysis of Indicators of Health Status in Provinces and Ten Regions of Iran. *Health and Development Journal*. 2018; 6 (4): 290-301. doi: 10.22062/JHAD.2018.91266.

26. Bahrami MA, Vatankhah S, Tabibi SJ, Tourani S. Designing a Health System Performance Assessment Model for Iran. *Health Information Management.* 2011; 8 (3): 285-305. [In Persian].

27. Karami M, Sokhakian M, Farhadi P. Investigating and Evaluating the Performance of Various NGOs in Iran. *Quarterly Journal of the Macro and Strategic Policies*. 2019; 7 (27): 472-499. doi: 10.32598/JMSP.7.3.8. [In Persian].

28. Abdolahi A. An Evaluation of Social Functions of NGOs: with emphasis on the

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

environmental organizations in Iran. *Social Welfare Quarterly*. 2007; 6 (23): 277-302. [In Persian].

29. Lang S. *NGOs, Civil Society, and the Public Sphere*. Cambridge: Cambridge University Press; 2013.

30. Sweis RJ, Mahmoud Saleh FI, Dahiyat SE, Sweis NJ, Saleh RA, Diab H. Benchmarking of TQM practices in INGOs: a literature review. *Benchmarking: An International Journal*. 2016; 23 (1): 236-361. doi: 10.1108/BIJ-02-2015-0013.

31. Jordan L. Mechanisms for NGO Accountability. *GPPi Research Paper Series*. 2005; 3 (1): 1-20.

32. Pezeshki A, Almasian A, Salehi S, Zahabi F, Jahanfar M, Amraei H, et al. Performance Evaluation Criteria for Hospitals' Managers: a qualitative study. *Evidence Based Health Policy, Management and Economics*. 2019; 3 (1): 52-65. doi: 10.18502/jebhpme.v3i1.582.

33. Campos L, Andion C, Serva M, Rossetto A, Assumpçao J. Performance Evaluation in Non-Governmental Organizations (NGOs): an analysis of evaluation models and their applications in Brazil. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*. 2011; 22: 238-258. doi: 10.1007/s11266-010-9145-5.

34. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2007; 30 (4): 459-467. doi: 10.1002/nur.20199.

35. Pooladi S, Dehghan-Azad F, Yazdankhahfard M, Tahmasbi R, Ahmadi A. Design and Psychometric Measurement of the Questionnaire on Attitude, Knowledge and Utilization of Self-Care for Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery Based on Waltz Model. *Cardiovascular Nursing Journal.* 2017; 6 (2): 14-23.

36. Fabrigar LR, Wegener DT. *Exploratory Factor Analysis.* Oxford University Press; 2011.

37. Parhamnia F, Nooshinfard F, Hariri N, Mohamad Esmaeil S. Exploratory and Confirmatory Factor Analysis of Internal Consistency and Behavioral Factors Affective Scholarly Communication. *Journal of Knowledge Studies*. 2018; 11 (42): 1-14.

38. Maydeu-Olivares A, Garcia-Forero C. Goodness-of-fit testing. *International Encyclopedia of Education*. 2010; 7: 190-196. doi: 10.1016/B978-0-08-044894-7.01333-6.

39. Pandey S, Bright CL. What are degrees of freedom? *Social Work Research*. 2008; 32 (2): 119-128. doi: 10.1093/swr/32.2.119.

40. Willmott CJ, Matsuura K. Advantages of the Mean Absolute Error (MAE) Over the Root Mean Square Error (RMSE) in Assessing Average Model Performance. *Climate Research*. 2005; 30 (1): 79-82. doi: 10.3354/cr030079.

41. Henseler J, Sarstedt M. Goodness-of-Fit Indices for Partial Least Squares Path Modeling. *Computational Statistics*. 2013; 28 (2): 565-580. doi: 10.1007/s00180-012-0317-1.

42. Lai MH, Yoon M. A modified comparative fit index for factorial invariance studies. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 2015; 22 (2): 236-248.

43. Nikdel F, Arabzadeh M. Studying psychometric indices of the classroom goal structure questionnaire and its relationship with student's academic emotion. *Journal of PSYCHOMETRY*. 2019; 8 (30): 7-28. [In Persian].

44. Tavakol M, Dennick R. Making Sense of Cronbach's Alpha. *International journal of medical education*. 2011; 2: 53-55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.

45. Besharat MA, Zarani F, Mazaheri Nejad Fard G, Sarrami Foroushani G, Haji Seyed Sadeghi M. Developing and Psychometric Testing of Cervical Cancer Screening Behavior Scale (CCSBS). *Iranian Journal of Health Psychology*. 2023; 6 (3): 9-20.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]

Rahavard Salamat Journal
5 – 2019/9

Original Article
http://rsj.iums.ac.ir

Validation of Evaluation and Ranking Indicators of Health Non-Governmental Organizations in Iran

Amir Sadeghi [1], Mohammad Qolipour [2*], Seyyede Maryam Haeri [3]

1. Associate Professor of Gastroenterology Department, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Social Expert, General Directorate of Health Non-Governmental Organizations and Charities, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
3. PhD Candidate of Public Administration Department, Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding Author: Mohammad Qolipour, Email: m.qolipour@behdasht.gov.ir

Keywords

Non-Governmental Organizations;
Accreditation;
Indicator.

Received: 25 Nov 2023
Accepted: 27 Jan 2024
Published: 10 Feb 2024

Abstract

Background & Objectives: Appropriate and practical indicators are crucial for evaluating NGO performance. NGOs can understand strengths and weaknesses by determining indicators. They can measure performance conformity and take effective steps for improvement. There was no tool to measure NGO performance in Iran's health system. The present study aims to identify and confirm evaluation indicators. The study will use expert and university manager opinions in 2022.

Materials & Methods: A cross-sectional study conducted in 2022 on 1000 health NGOs. We designed the model and determined its content validity using the Delphi technique. The Delphi technique involved 3 rounds and the participation of 20 experts. Factor analysis measured the structural validity of the model. It involved exploratory and confirmatory analysis. Cronbach's alpha coefficient determined the reliability of the validation model. Data analysis done with Excel2013, Spss26 and Lisrel8.80 software.

Results: The initial questions of the model confirmed to have content validity based on the CVI = 0.775 index. The exploratory factor analysis results revealed a model with 7 dimensions. These dimensions were "International relations, Communication, Volunteering, Education, Successful models, Transparency and accountability, and Financial". The model also includes 56 items. Based on the goodness of fit, the obtained model was reliable to measure the performance of NGOs (RMSEA=0.029).

Conclusion: The validation model is reliable. It measures NGOs performance in Iran.

Cite as:

Sadeghi A, Qolipour M, Haeri SM. Validation of Evaluation and Ranking Indicators of Health Non-Governmental Organizations in Iran. Rahavard Salamat Journal. 2019; 5 (1): 115-129.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-01-30]