

تصویر سلامت

دوره ۵ شماره ۱ سال ۱۳۹۳ صفحه ۹ - ۱۴

مقایسه و تحلیل نظام ارزشیابی برنامه سلامت کودکان در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی استان آذربایجان شرقی بر اساس الگوی جامع ارزشیابی (CIPP)

یلدا موسی زاده^{۱*}، کمال قلی پور^۲، وحید راثی^۳، مهدی آبدیده^۴، حسن یکرنگ^۴، اسعد رعنائی^۴

چکیده

زمینه و اهداف: برای ارتقای سلامت کودکان، برنامه‌ریزی اهمیت زیادی دارد. برای تحقق این مهم وجود یک سیستم ارزشیابی ضروری به نظر می‌رسد. هدف از این مطالعه مقایسه و تحلیل نظام ارزشیابی برنامه سلامت کودکان در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی استان آذربایجان شرقی بر اساس الگوی جامع ارزشیابی (Context, Input Process and Product Evaluation Model) بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک بررسی توصیفی - مقطعی است. مراحل مطالعه شامل بررسی سیستم ارزشیابی، مقایسه و تحلیل این سیستم بر اساس الگوی جامع ارزشیابی و شناسایی نقاط ضعف و قوت آن است. در تمامی مراحل برای تحلیل و تفسیر نتایج از روش‌های کیفی (همچون بارش افکار، مشاهده و مصاحبه) و اجماع گروه مطالعه در مورد نتایج استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد در الگوی جاری ارزشیابی توجه زیادی به بخش زمینه و نتایج عملکرد نشده و محتوای ارزشیابی عمدتاً شامل درون‌دادها و فرایندها می‌باشد. بر اساس طرح پیشنهادی مطابق با الگوی CIPP برای تمامی سطوح معیارهای خاص خود در چهار حیطه مد نظر الگو (زمینه، درون داد، فرایند و نتایج) و اثر نهایی ارائه شد.

بحث و نتیجه‌گیری: در سیستم فعلی، ارزشیابی فرایندی نظارتی توسط سطوح بالاتر است و به خود ارزیابی توسط ارائه‌دهنده خدمت توجه نمی‌شود. ارزشیابی صرفاً به جنبه‌های کمی توجه کرده و کیفیت انجام فرایندها با ابزار حاضر قابل ارزشیابی نمی‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود سیستم بهره‌گیری از نتایج ارزشیابی در بهبود برنامه‌ریزی‌های آینده پیش‌بینی و از یک الگوی علمی در تدوین برنامه ارزشیابی استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها: مدل CIPP، ارزشیابی، برنامه مراقبت کودکان

۱. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
(Email: y.mousazadeh@yahoo.com)

۲. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

موضوع سلامت کودکان از کلیدی‌ترین مباحث در نظام سلامت هر کشوری به شمار می‌آید. کودکان حساس‌تر و آسیب‌پذیرتر از بزرگسالان هستند و نیاز به توجه ویژه دارند. هر نوع اختلال مربوط به رشد و تغذیه و بهداشت، آنها را رنجور، بیمار و ناتوان خواهد ساخت. در کشورهای مختلف هر ساله ۱۱ میلیون کودک، هر روز ۳۰ هزار کودک و هر دقیقه ۲۰ کودک زیر پنج سال جان خود را از دست می‌دهند (۱). طبق برنامه‌های جدید سازمان بهداشت جهانی، کلیه کشورهای جهان در قالب شعار بهداشت برای همه، موظف به تأمین سلامت کودکان می‌باشند. نیمی از کشورهای جهان نیز متعهد هستند که میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال خود را به دو سوم میزان فعلی کاهش دهند (۲).

آمار سالیانه مرگ و میر کودکان، از ۲۰ میلیون در سال ۱۹۶۰ به ۹/۷ میلیون در سال ۲۰۰۶ کاهش یافته است (۳). وضعیت در کشورهای در حال توسعه به گونه‌ای دیگر بوده و نسبت مرگ و میر در حال افزایش است. به طوری که میزان مرگ و میر کودکان در سال ۱۹۶۰، ۱۹۹۰ و ۲۰۰۲ به ترتیب ۵/۵، ۱۰/۳ و ۱۳ برابر کشورهای صنعتی بوده است. جالب‌تر اینکه غالب این مرگ و میرها قابل پیشگیری هستند و با برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری می‌توان از بروز آن جلوگیری نمود (۴).

در ایران کاهش چشمگیر مرگ و میر کودکان طی سال‌های بعد از پیروزی انقلاب اسلامی ناشی از گسترش شبکه بهداشتی و درمانی کشور (۵)، افزایش دسترسی به خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی، دسترسی جمعیت روستایی به آب سالم، بالا رفتن نرخ باسوادی در بین دختران و گسترش تسهیلات زیر بنایی در روستاها و... بوده است. با وجود آمدن شبکه بهداشتی درمانی، میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از ۱۰۱ در ۱۰۰۰ تولد زنده به ۵۳/۴ در ۱۰۰۰ تولد زنده کاهش یافت (۶). برنامه‌های کودکان واحد سلامت خانواده در قالب سیاست‌های شبکه بهداشت و درمان کشور با دو استراتژی کلی مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال (مانا) و مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم و در قالب کلی فعالیت‌های ذیل ارائه خدمت می‌نماید: مراقبت از کودک بیمار، ترویج تغذیه با شیر مادر، مراقبت‌های نوزادان، مراقبت از کودک سالم و پیشگیری از مرگ کودکان زیر ۵ سال (۷).

وضعیت کودکان در هر کشور یک ارزیابی گسترده، از وضعیت کنونی بقای کودکان و مراقبت‌های بهداشتی مادران، کودکان و نوزادان ارائه می‌دهد. این عامل می‌تواند به عنوان مقیاسی جهت اندازه‌گیری میزان توسعه و رفاه هر کشور به کار رود. برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری در زمینه بهداشت کودکان، یک تصمیم اقتصادی خردمندانه جهت قرار گرفتن

یک کشور در مسیر دستیابی به آینده‌ای بهتر می‌باشد. برای تحقق این مهم وجود یک سیستم ارزشیابی ضروری به نظر می‌رسد. یک برنامه ارزشیابی عبارتست از: جمع آوری سیستماتیک اطلاعات در مورد فعالیت‌ها و ویژگی‌های یک برنامه که اختصاص به گروه جمعیتی خاص دارد، و کاهش دهنده عدم اطمینان و بهبود دهنده اثربخشی بوده و تصمیم‌گیری‌ها را متوجه اهداف اصلی برنامه می‌کند (۸).

الگوی جامع ارزشیابی (CIPP) یکی از متداول‌ترین مدل‌های ارزشیابی است. این الگو بر این باور شکل گرفته که مهم‌ترین هدف ارزشیابی بهبود و انجام اصلاحات است. این مدل با تأکید بر تمام اجزای یک برنامه (زمینه، درون‌داد، فرآیند و نتیجه)، نتایج ارزشیابی را به تصمیم‌گیری ربط می‌دهد (۹). مدل CIPP یکی از جمله الگوهای است که برای ارتقای کیفیت مطرح شده است. این مدل می‌تواند به مدیران و برنامه‌ریزان کمک کند تا با توجه به زمینه، درون‌داد، فرآیند و نتیجه، توأم با نظارت مرحله به مرحله، منابع موجود را در خدمت بهترین نوع فعالیت قرار دهند (۱۰). این مدل شامل ارزشیابی زمینه (Context)، درون‌داد (Input)، فرآیند (Process)، و برون‌داد (Product) می‌باشد. الگوی CIPP مواردی را تحت پوشش قرار داده و به آنها پاسخ می‌دهد:

۱) به چه نیازهایی اشاره شده و تا چه اندازه هدفهای پروژه منعکس کننده نیازهای بررسی شده است (Context) (۲) برای پاسخگویی به نیازها چه برنامه و بودجه‌هایی در نظر گرفته شده، چه راه‌هایی مورد بررسی قرار گرفته، چرا این راه حل در مقابل سایر راه‌حل‌ها انتخاب شده است (Input) (۳) تا چه حدی برنامه و پروژه اجرا گردید (Process) و (۴) چه نتایج مثبت یا منفی و چه موارد خواسته یا ناخواسته‌ای مشاهده گردیده و تا چه حدی نیازهای جمعیت مورد نظر، تأمین شده است (Product). البته بعدها به منظور پرمحتوا نمودن این الگو، مفهوم اثر نهایی (impact) را نیز به آن افزودند (۱۱).

با توجه به اهمیت سلامت کودکان و لزوم به‌کارگیری یک سیستم ارزشیابی مناسب در راستای برنامه‌ریزی‌های صحیح، هدف از این مطالعه بررسی نظام ارزشیابی برنامه سلامت کودکان با در نظر گرفتن الگوی جامع ارزشیابی (CIPP) و ارائه راهکارهایی برای بهبود ارزشیابی برنامه کودکان است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی، با بهره‌گیری از ابزارهای کیفی برای بررسی سیستم ارزشیابی برنامه سلامت کودکان و مقایسه آن با الگوی جامع ارزشیابی (CIPP) ارزشیابی می‌باشد. ارزشیابی برنامه سلامت کودکان طی دو ماه و در چهار سطح خانه بهداشت، مرکز بهداشتی و درمانی، مرکز بهداشت شهرستان و مرکز بهداشت استان آذربایجان

یافته ها

بررسی روند سیستم ارزشیابی فعلی:

از طریق مشاهده مستندات و پرسش از ارائه‌کنندگان خدمت مشخص گردید، به طور کلی پایش خدمات برنامه سلامت کودکان با هدف بررسی کیفیت و کمیت خدمات، در چند بخش مشاهده، مصاحبه و بررسی موارد ثبت فرآیندها و با تکیه بر چک‌لیست‌ها انجام می‌شود. جمع امتیازات به دست آمده بر اساس چک‌لیست‌ها نشان دهنده نتایج ارزشیابی است. هر سؤال در چک‌لیست فقط یک موضوع (یا ویژگی) را اندازه گیری می‌کند و در صورت وجود کلیه مستندات مربوط به این فعالیت، به این سوال نمره یک داده می‌شود و در غیر این صورت صفر می‌گیرد و در صورتی که پاسخ سوال "مورد ندارد" باشد به صورت خط تیره «-» مشخص می‌گردد. چک لیست اشاره شده شامل ۹۲ سوال است و در قالب بخش‌های زیر طراحی گردیده است:

- ۱) بررسی عملکرد ارائه دهنده خدمت (این قسمت حین مشاهده نحوه مراقبت تکمیل می‌شود)
 - ۲) بررسی آگاهی گیرنده خدمت در زمینه برنامه مراقبت ادغام یافته کودک سالم، مراقبت ادغام یافته ناخوشی اطفال و شیر مادر
 - ۳) ارزیابی رضایت مادر
 - ۴) بررسی موارد ثبت شده
 - ۵) سازماندهی
- الف- دستورالعمل‌ها و مواد آموزشی
ب- برآورد مکمل‌ها و داروها و نحوه نگهداری آن
ج- تجهیزات
د- مهارت پرسنل در برقراری ارتباط
ه- بررسی آگاهی ارائه دهنده خدمت

مقایسه برنامه ارزشیابی با الگوی جامع ارزشیابی:

بر اساس الگوی جامع ارزشیابی چهار بعد مهم باید در ارزشیابی مدنظر قرار گیرد که عبارتند از: زمینه، درون‌داد، فرایند و نتیجه. همان گونه که اشاره گردید اثر نهایی نیز اخیراً به این مدل اضافه شد. محققین با استفاده از مطالعات قبلی و ابزارهایی چون بارش فکری و روش گروه اسمی، آیتم‌های هر بعد را مشخص نمودند که در جدول شماره یک ارائه شده است.

شرقی (در هر سطح یک مرکز) بود. این مراکز به صورت تصادفی از میان سایر مراکز و پس از مشورت با کارشناسان استانی برنامه مراقبت کودکان انتخاب شدند. مراحل مطالعه در کل شامل بررسی سیستم ارزشیابی، مقایسه و تحلیل این سیستم بر اساس الگوی جامع ارزشیابی و شناسایی نقاط ضعف و قوت آن است.

روش کار بدین صورت بود که ابتدا چک‌لیست‌هایی که با استفاده از دستورالعمل‌های مورد استفاده برای ارزشیابی برنامه سلامت کودکان تهیه شده و در سطوح مختلف مورد استفاده قرار می‌گرفت، به همراه روند کلی ارزشیابی، مورد بررسی قرار گرفت. این مرحله به منظور آشنایی با سیستم ارزشیابی فعلی برنامه سلامت کودکان و شناخت ابعاد که تحت پوشش سیستم قرار می‌گرفت و ارزشیابی می‌شد، صورت پذیرفت. در صورت ابهام در چک لیست‌ها از صاحبان فرایند و دریافت کنندگان خدمت نیز پرسش می‌شد، که ملاک انتخاب این افراد تمایل به پاسخ گویی بود.

در گام بعدی گروه مطالعه بر اساس اجزای الگوی جامع ارزشیابی چک لیستی آماده نمود. در این چک لیست موارد کلی که بر اساس ابعاد این الگو (زمینه، درون‌داد، فرایند، برون‌داد و اثر نهایی) باید در برنامه کودکان مدنظر قرار گیرد، مشخص شد. این چک لیست برای اعلام نظر نهایی در اختیار ۱۰ نفر شامل ۵ نفر از کارشناسان مسئول ارزشیابی مرکز بهداشت استان و ۵ نفر از ارائه‌کنندگان خدمت در سطوح ارائه خدمت مختلف قرار گرفت. پس از آماده شدن این چک لیست، مواردی که در چک لیست‌های موجود بر اساس اجزای الگوی جامع ارزشیابی (زمینه، درون‌داد، فرایند و برون‌داد) اشاره نشده بود مشخص گردید و سؤالات و قسمت‌هایی که باید در ارزشیابی بررسی گردد به صورت جداگانه پیشنهاد شد.

مرحله بعد شامل ارزیابی کلی برنامه ارزشیابی کودکان بود. در این مرحله که شامل بررسی نقاط ضعف و قوت می‌شد، نظرات مراجعین و ارائه‌کنندگان خدمت در سطوح مختلف علاوه بر دیدگاه‌های محققین مدنظر بود. لازم به ذکر است در تمامی مراحل برای تحلیل و تفسیر نتایج و همچنین دریافت نظرات کارشناسان ارزشیابی، مراجعین و ارائه‌کنندگان خدمت در سطوح مختلف از روش‌های کیفی (همچون بارش افکار، مشاهده و مصاحبه) و اجماع گروه مطالعه در مورد نتایج استفاده می‌شد.

جدول ۱: موارد شناسایی شده بر اساس الگوی CIPP و بر اساس نظرات گروه مطالعه

| زمینه | درون‌داد | فرآیند | برون‌داد | اثر نهایی |
|--|-----------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------|
| مداخلات و برنامه های مبتنی بر نیاز | کارکنان | مراقبت ها | کودک مراقبت شده | امید به زندگی در کودکان |
| اهداف مشخص و سازگار با شرایط محیط | تجهیزات | ثبت عملکرد ها | مادر آموزش دیده | میزان رضایت مادران |
| مشارکت ذینفعان در برنامه ریزی و ارزشیابی | دستورالعمل ها و مواد آموزشی | برگزاری کلاس های آموزشی | پرسنل آموزش دیده | حجم کودکان بیمار |
| | | پایش و ارزشیابی | | |
| کودکان سالم و بیمار | انجام مداخلات و اصلاحات | فرآیند های بهبود یافته | میزان مرگ بیماران | شاخص های ارتقا یافته |

اجماع گروه مطالعه مواردی که در بخش زمینه باید مد نظر قرار گیرد، در قالب سؤالاتی مشخص شد که در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

پس از مقایسه چکلیست‌های موجود با چکلیست آماده شده بر اساس آیت‌های الگوی جامع ارزشیابی، مشخص شد که نادیده گرفتن بخش زمینه از بارزترین نکات در بررسی چکلیستهای ارزشیابی برنامه سلامت کودکان بود. بر اساس

جدول ۲: سوالات مربوط به بررسی بخش زمینه

| ردیف | سوالات مربوط به زمینه | بله | خیر |
|------|--|-----|-----|
| ۱ | آیا محتوای دستورالعمل‌ها پوشش دهنده ابعاد مختلف برنامه سلامت کودکان می‌باشد؟ | | |
| ۲ | آیا در برنامه‌ریزی‌های استراتژیک شرایط محیطی در نظر گرفته می‌شود؟ | | |
| ۳ | آیا ویژگی‌های جمعیت هدف در برنامه ریزی اجرا در نظر گرفته می‌شود؟ | | |
| ۴ | آیا هماهنگی بین بخشی در راستای اجرای برنامه‌ها در نظر گرفته شده است؟ | | |
| ۵ | آیا برنامه کودکان با سیاست‌های کلی سیستم بهداشتی کشور مطابقت دارد؟ | | |
| ۶ | آیا اهداف قابل اندازه‌گیری و مشخص می‌باشد؟ | | |
| ۷ | آیا استراتژی‌های اجرای برنامه مطابق با اهداف و نیازسنجی‌ها بوده است؟ | | |
| ۸ | آیا فعالیت‌های برنامه مطابق با استراتژی‌های تعیین شده می‌باشد؟ | | |
| ۹ | آیا از نتایج ارزشیابی‌های قبلی در برنامه استفاده شده است؟ | | |
| ۱۰ | آیا منابع لازم برای تحقق برنامه پیش بینی شده است؟ | | |
| ۱۱ | آیا از نظرات ذینفعان در تهیه برنامه در تمام سطوح استفاده شده است؟ | | |

نیز بخش فراموش شده سیستم فعلی ارزشیابی است، که لازم است مواردی چون امید به زندگی در کودکان، میزان رضایت مادران، تعداد کلی کودکان بیمار و میزان مرگ بیماران در قالب این بخش مورد بررسی قرار گیرند.

نقاط قوت و ضعف سیستم ارزشیابی فعلی:

در سیستم ارزشیابی برنامه کودکان تقریباً تمام فرآیندهای جاری بررسی می‌شوند. ارزیابی‌ها در بازه‌های زمانی مشخص (معمولاً هر سه ماه یکبار) انجام می‌گیرد. معمولاً مجرب‌ترین کارکنان مسئولیت ارزشیابی را بر عهده دارند. نتایج ارزشیابی به صورت مستند تهیه و برنامه‌های بازآموزی برای پرسنل بر اساس آن ارائه می‌شود. چکلیست‌های مورد استفاده برای ارزشیابی نیز دارای تقسیم‌بندی مناسبی هستند.

در خصوص بررسی داده‌ها، تمرکز عمده بر تجهیزات مورد استفاده و امکاناتی چون کارت مادر، کارت رشد، بوکلت چارت، فرم‌ها، دفتر مراقبت کودکان، دفتر ثبت بیمار، دفتر پیگیری و دستورالعمل‌های هر برنامه می‌شود. مواردی چون تعداد نیروی انسانی، مساحت فضای فیزیکی و تعداد کل کودکان سالم و بیمار در سیستم ارزشیابی فعلی به عنوان درون‌داد بررسی نمی‌شود؛ که طبق نظر پژوهشگران باید سؤالاتی در این خصوص به لیست سؤالات اضافه گردد. فرآیندهای برنامه کودکان تقریباً به طور کامل مورد ارزشیابی قرار می‌گیرند. با این وجود فرآیندهای مربوط به مداخلات انجام شده بررسی نمی‌شوند. در چکلیست‌های موجود در قسمت ارزشیابی نتایج موارد بهبود یافته و شاخص‌های ارتقا یافته منعکس نمی‌شود و همانند بخش زمینه، بررسی اثر نهایی

ابزار ارزشیابی یکسان برای کلیه سطوح غیر همسان (خانه بهداشت/ مرکز بهداشتی درمانی) و (مرکز بهداشت شهرستان و استان)، امتیاز دهی سلیقه‌ای و توجه به جنبه‌های کمی از جمله نقاط ضعف سیستم ارزشیابی فعلی است. از طرفی با این که ارائه نتایج ارزشیابی بیشتر به صورت کمی بوده در حالی که بیشتر از ابزارهای کیفی همچون مشاهده و مصاحبه استفاده می‌شود. امتیاز تعلق گرفته در ارزشیابی بیانگر نقاط قوت و ضعف نمی‌باشد و از آن فقط می‌توان در رتبه‌بندی واحدهای ارائه خدمت استفاده کرد.

مطالعه غریبی و همکاران در مورد تحلیل و مقایسه برنامه سلامت مادران با الگوی جامع ارزشیابی (CIPP) نشان داد، بر اساس مدل یاد شده پوشش مناسبی در غالب جنبه‌ها وجود ندارد و این ضعف در بخش زمینه و پیامد بیشتر احساس می‌شود. از سوی دیگر نتایج این مطالعه نشان داد، مهم ترین ایرادات وارده بر کل فرآیند ارزشیابی شامل دوباره کاری، فقدان یک روش استاندارد برای تکمیل چک‌لیست، عدم بررسی و ارزشیابی خدمات بخش خصوصی و ضعف ارتباطات درون و برون‌بخشی می‌باشد (۱۱).

همان طور که اشاره شد بخش زمینه در برنامه ارزشیابی فعلی مورد توجه قرار نمی‌گیرد. نتایج مطالعه لاو و همکارانش در مورد بررسی سه زمینه شامل تفاوت‌های فرهنگی، کیفیت خدمات و ویژگی‌های خانوادگی نشان داد، این عوامل بر روی نتایج تاثیرگذار هستند (۱۲).

یکی از ویژگی‌های اصلی الگوی CIPP پوشش تمام ابعاد یک فرآیند است. مطالعه گلشیری و همکاران در مورد نقش مشارکت مادران در تغییر عملکرد آنان در زمینه رشد و تغذیه کودک نشان داد: که استفاده از سه منبع (سطوح مشارکت مردمی، تجارب کشور ایران و سایر کشورها در مورد مشارکت و الگوی CIPP) و همچنین در نظر گرفتن ویژگی‌های فرهنگی - اجتماعی و نظام ارائه خدمات بهداشتی کشور، سبب افزایش مشارکت مادران در زمینه رشد و تغذیه کودکان شده است. نتایج طرح، از جمله اثربخشی حاصل نهایی ناشی از استمرار برنامه و قابلیت انتقال آن با الگوی CIPP ارزشیابی شد (۱۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد در سیستم ارزشیابی فعلی کاستی‌هایی از نظر نحوه اجرا و پوشش کل برنامه دارد. استفاده از الگوهای علمی همچون مدل CIPP می‌تواند در رفع این کاستی‌ها کمک کننده باشد. محققین بر اساس یافته‌ها پیشنهادت زیر را به منظور هرچه بهتر اجرا شدن ارزشیابی‌ها ارائه نموده‌اند:

- § لزوم تدوین و پیش بینی برنامه ارزشیابی با ابزارها و روش‌های متناسب درون تمامی برنامه‌های بهداشتی
- § لزوم تهیه و تدوین روش‌های متناسب با هر سطح از برنامه

بررسی چک لیست‌های موجود برای ارزشیابی در سطوح محیطی و ستادی نشان می‌دهد که توجه زیادی به بخش زمینه (context) نشده است و تنها در برخی موارد همچون تأکید بر اجرای نتایج پایش‌های قبلی و یا در برخی موارد هماهنگی‌های بین بخشی به محث زمینه توجه شده است. محتوای ارزشیابی تأکید بر درون دادها و فرآیندها دارد. در فرآیند جاری بررسی عملکرد و نتایج سطوح مختلف در فرم‌های ارزشیابی مورد توجه قرار نگرفته است و به بررسی سطحی بسنده شده است.

از جنبه دیگر بررسی صحت اطلاعات تنها از طریق مستندات موجود صورت می‌گیرد. به علاوه از ابزار ارزشیابی یکسانی برای کلیه سطوح غیر همسان (خانه بهداشت/ مرکز بهداشتی درمانی) و (مرکز بهداشت شهرستان و استان) استفاده می‌شود. مصادیق برای امتیازدهی در چک‌لیست‌های مورد استفاده موجود نبوده، لذا اعمال سلیقه در امتیازدهی پایش‌گرهای مختلف بسیار محتمل می‌باشد. پایش و ارزشیابی جنبه نظارتی توسط سطوح بالاتر دارد و به خود ارزیابی توسط ارائه دهنده خدمت توجه نمی‌شود.

ارزشیابی صرفاً به جنبه‌های کمی توجه کرده و کیفیت انجام فرآیندها با ابزار حاضر قابل ارزشیابی نمی‌باشد (مثلاً در ارزیابی کودک فقط انجام ارزیابی یا عدم انجام آن مورد بررسی قرار می‌گیرد و کیفیت ارزیابی ملاک امتیازدهی نمی‌باشد). از طرفی با اینکه ارائه نتایج ارزشیابی بیشتر به صورت کمی بوده، برای بررسی بیشتر از ابزارهای کیفی همچون مشاهده و مصاحبه استفاده می‌شود. امتیاز تعلق گرفته در ارزشیابی بیانگر نقاط قوت و ضعف نمی‌باشد و از آن فقط می‌توان در رتبه‌بندی واحدهای ارائه خدمت استفاده کرد.

بحث و نتیجه گیری

به طور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد خدمات برنامه سلامت کودکان با هدف بررسی کیفیت و کمیت خدمات، در چند بخش مشاهده، مصاحبه و بررسی موارد ثبت فرآیندها و با تکیه بر چک‌لیست‌هایی که ۹۲ سؤال را شامل می‌شود انجام می‌گیرد. مقایسه نظام ارزشیابی فعلی با الگوی جامع ارزشیابی (CIPP) نشان داد، زمینه و اثر نهایی بطور کلی در ارزشیابی‌ها مدنظر قرار نمی‌گیرند. در خصوص فرآیندها، فرآیندهای مربوط به اصلاحات و در مورد نتایج موارد بهبود یافته و شاخص‌های ارتقا یافته در چک‌لیست‌های مذکور از قلم افتاده‌اند.

از جمله نقاط مثبت ارزشیابی برنامه کودکان می‌توان به ارزیابی در بازه‌های زمانی مشخص (معمولاً هر سه ماه یک بار) ارزشیابی توسط مجرب‌ترین کارکنان اشاره نمود. به علاوه نتایج ارزشیابی به صورت مستند تهیه و برنامه‌های بازآموزی برای پرسنل بر اساس آن ارائه می‌شود. استفاده از

محدودیت‌های مطالعه: از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مسأله رفت و آمد به سطوح ارائه دهنده خدمت، وقت‌گیر بودن مراحل مختلف مطالعه و کمبود مطالعات مرتبط اشاره نمود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از راهنمایی‌ها و همراهی‌های کارشناسان برنامه سلامت کودکان علی‌الخصوص سرکار خانم انصاری تشکر می‌نمایند.

§ توجه به ویژگی‌های محیطی در اجرا و ارزشیابی برنامه‌ها
 § پیش‌بینی سیستم بهره‌گیری از نتایج ارزشیابی در بهبود برنامه ریزی‌های آینده
 § استفاده از یک الگوی علمی در تدوین برنامه ارزشیابی
 § استفاده از الگوهای ادغام یافته در ارزشیابی برنامه‌های مرتبط
 § استفاده از تیم‌های ارزشیابی به جای ارزشیابی‌های انفرادی
 § پیش‌بینی خود ارزیابی در سیستم ارزشیابی و مشارکت تمامی سطوح در ارزشیابی برنامه‌های خود

منابع

8. Patton, M. Utilized focused evaluation. Newbury Park, 1986, Available from: http://betterevaluation.org/plan/approach/utilization_focused_evaluation
9. Robinson B. The CIPP approach to evaluation. COLLIT project, 2002, Available from: <http://www.scribd.com/doc/233130010/CIPP-Approach-to-Evaluation-1-Bhn-Peserta> (Accessed May 2002).
۱۰. شمس ب، نجمی ا، گلشیری پ. ارزیابی مشارکت مادران در فرایندهای رشد و توسعه کودکان بر اساس الگوی سیپ. مجله تحقیقات نظام سلامت. ۱۳۹۰؛ ۲(۶): ۱۶۵-۱۷۲.
۱۱. غریبی ف، کلانتری ه، مجاهد ف، غلامزاده نیکجو ر دادگر ا، باقری ش. تحلیل برنامه سلامت کودکان در استان آذربایجان شرقی بر اساس الگوی جامع ارزشیابی (CIPPI). تصویر سلامت. ۱۳۹۲؛ ۱(۴): ۱-۲۰.
12. M. Love J, Harrison L, Sagi-Schwartz A, H. Van IJzendoorn M, Ross C, A. Ungerer J and et al. Child Care Quality Matters: How Conclusions May Vary With Context. Chil Devel 2003; 4(74): 1021-1033.
۱۳. گلشیری پ، شمس ب، زمانی ا، حسن زاده ا. نقش مشارکت مادران در تغییر عملکرد آنان در زمینه رشد و تغذیه کودک در شهرستان اصفهان در سال ۱۳۸۲. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان. ۱۳۸۳؛ ۲۰(۶): ۳۳-۴۳.
۱. شهرکی واحد ا، مردانی م، فیروزکوهی ز. دلایل مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه در شهرستان زابل. مجله پژوهش پرستاری ایران. ۱۳۸۹؛ ۱۷(۶): ۱۳-۱۷.
2. WHO. Millennium development goals, reveals and challenges under five year-child mortality rate; 2001:1.
3. UNISEF. The state of words children 2001. Oxford University Press; 2001: 77.
4. Dubinsky M, Ferguson J.H. [Analysis of the national institutes of health Medicare coverage assessment]. Int J Technol assess health care 1990; 6(3): 480-488.
۵. نمکین ک، شریف زاده غ. بررسی مرگ و میر کودکان زیر یکسال و عوامل مرتبط با آن در شهر بیرجند. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. ۱۳۸۸؛ ۲۷(۹۵): ۲۷۵-۲۸۲.
۶. پیله رودی س، شادپور ک. بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه در قرن‌های ۲۰ و ۲۱. تهران: انتشارات تندیس، ۱۳۸۱؛ ۳.
7. Tabriz University of Medical Sciences. Primary health care, 2012. Available from: <http://ict1.tbzmed.ac.ir/healthbank/index.htm>.