بررسی نقاط قوت و ضعف ابزارهای ارزشیابی برنامه سلامت مادران در عرصه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران

رزیتا فیروزنیا[1]، حسین درگاهی[2*]، زینب خالدیان[3]، توحید جعفری کوشکی[4]

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
۲. گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. گروه مامایی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
۴. مرکز تحقیقات آسیب حوادث جاده ای، گروه آموزشی آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

نشریه پایش
سال هفدهم، شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۳۹۷ صص ۵۳۰-۵۲۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۷/۱۴
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۸ مهر ۹۷]

چکیده

مقدمه: برنامه سلامت مادران به دلیل تاثیر قابل‌توجه در سلامت جامعه از برنامه‌های اصلی در عرصه مراقبتهای بهداشتی اولیه در جهان می‌باشد. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف بررسی نقاط قوت و ضعف ابزارهای ارزشیابی برنامه سلامت مادران به مورد اجرا درآمد.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع تطبیقی است که داده‌های آن به روش مرور اسناد به دست آمد و از طریق ماتریس مقایسه مورد تحلیل قرار گرفت. در آغاز، تعداد ۹ ابزار ارزشیابی و یک سامانه مراقبتی از طریق بررسی مستندات مرتبط با ارزشیابی برنامه سلامت مادران شناسایی گردید و سپس از نظر توجه به ابعاد اصلی الگوی جامع ارزشیابی (سیپ) و وجود سنجه های ارزیابی مرتبط با آنها مورد مقایسه قرار گرفتند. در پایان، نقاط قوت و ضعف این ابزارها شناسایی و مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

یافته ها: نتایج مطالعه حاکی است که ابزارهای مورد بررسی دارای کاستی‌های قابل‌توجهی هستند که از اهم موارد می‌توان به بی‌توجهی به نیمی از ابعاد اصلی الگوهای رایج ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی و نیز عدم ارائه سنجه‌های ارزیابی جهت سنجش غالب مولفه‌های مهم مراقبتی اشاره نمود. کلی‌گویی، اشاره ناقص به ابعاد ارزشیابی، عدم ارائه سنجه‌های مناسب و دسته‌بندی شده و عینی‌نبودن سنجه‌ها از دیگر نقاط ضعف عمده این ابزارها است.

بحث و نتیجه گیری: مطالعه حاضر نشان داد که ابزارهای کنونی مورد بررسی به سبب دارا بودن ضعف‌های اساسی نخواهند توانست منجر به ارتقای کیفیت مراقبت‌ها و متعاقباً ارتقای دستاوردهای آنها گردند. نتایج مطالعه حاضر می‌تواند از طریق کمک در ارائه یک الگوی جامع و کارآمد ارزشیابی، در مرتفع‌نمودن کاستی‌های شناسایی‌شده موثر باشد.

کلیدواژه: برنامه سلامت مادران، ارزشیابی، ابزار

کد اخلاق: IR.IAU.SEMNAN.REC.1397.001

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، گروه آموزشی علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت
E-mail: hdarghahi@tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.1.3]

مقدمه

حوزه سلامت مادران همواره یکی از حوزه‌های اصلی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در جهان بوده است [۱]. به‌رغم اینکه این حوزه با معرفی اهداف توسعه هزاره به عنوان یک اولویت جهانی مطرح گردید لیکن هنوز دستاوردهای مرتبط با آن در شرایط مطلوبی نیست چرا که میزان مرگ مادران بویژه در کشورهای در حال توسعه در وضعیت قابل قبولی قرار ندارد [۲]. آمارهای موجود نشان می‌دهد که میزان کلی مرگ مادران در جهان از ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ به میزان ۴۵ درصد کاهش یافته است اما توزیع این کاهش در کشورهای مختلف متناسب نیست [۳]. بعنوان مثال در سال ۲۰۱۵ تعداد ۳۰۳ هزار مورد مرگ مادران در جهان ثبت شده است [۴] و مناطق جنوبی صحرای آفریقا و جنوب شرق آسیا به تنهایی ۵۹ درصد از تمامی این مرگ‌ها را به خود اختصاص داده‌اند [۵]. آمارها حاکی است که میزان مرگ مادران در مناطق جنوبی صحرای آفریقا، صد برابر بیشتر از کشورهای توسعه یافته است [۶].

شاخص دیگر مورد استفاده در ارزیابی کیفیت و اثربخشی برنامه سلامت مادران، میزان مرگ و میر و نیز سطح سلامت کودکان متولد شده می باشد. آمارهای مرتبط با این حوزه نشان می‌دهد که روزانه پنج میلیون نوزاد به دلیل مشکلات مربوط به بارداری جان خود را از دست می‌دهند و ۹۹ درصد از این موارد در کشورهای با درآمد متوسط و کم اتفاق می‌افتند [۸، ۷]. بدیهی است که ارائه مراقبت‌های ناکافی و بی‌کیفیت به مادران باردار می‌تواند منجر به افزایش احتمال مرده زایی، تولد نوزاد با وزن کم، مشکلات بارداری و نیز مرگ مادران شود [۱۲-۹] لذا غالب مرگ ها و عوارض مرتبط با بارداری، با افزایش دسترسی به مراقبت بارداری با کیفیت قابل اجتناب خواهند بود [۱۵-۱۳]. ایران از کشورهایی است که بیشترین کاهش در میزان مرگ مادران را از سال ۱۹۹۰ تاکنون تجربه کرده است [۳]. کاهش میزان مرگ مادران در ایران بر اساس گزارش‌های سال ۲۰۱۰ و ۲۰۱۴ سازمان سلامت جهان بترتیب برابر ۸۱ و ۷۲ درصد است که انطباق قابل توجهی با اهداف توسعه هزاره دارد [۳] اما کماکان، میزان مرگ مادران با ۳۷/۵ مورد در ۱۰۰ هزار تولد زنده، مرگ نوزادان با ۱۶/۹ مورد در ۱۰۰۰ تولد زنده، تولد نوزاد با وزن کم با ۱۰ درصد و نیز سزارین با ۴۰ درصد هنوز نسبت به کشورهای توسعه یافته بسیار بالاتر است [۱۶].

بی‌تردید دلیل عمده این مشکلات در ایران و سایر کشورهای در حال توسعه، کیفیت نامناسب مراقبت‌های ارائه شده به مادران می‌باشد. مطالعات صورت‌گرفته در ایران نشان می‌دهد که بخش زیادی از مادران باردار، مراقبت‌های دوران بارداری را کمتر از میزان ضروری دریافت می‌کنند بعنوان مثال ۲۳/۵ درصد از مادران باردار دارای کمتر از دو مورد مراجعه برای دریافت مراقبت در طول دوران بارداری دارند [۱۷،۱۸]، همچنین از ۲۹۵ مورد مرگ ثبت شده مادران در سال ۲۰۰۵، ۸۷/۶ درصد از آنها در بیمارستان واقع شده است و ۶۰ درصد به سبب وقوع خطاهای پزشکی بوده است [۱۹]. بررسی دیگر در زمینه کیفیت مراقبت‌ها نشان داد که ابعاد گروه‌های حمایتی، توجه بهنگام، پیشگیری و تشخیص سریع، استمرار خدمت، احترام، ایمنی، دسترسی و نیز امکانات اولیه در وضعیتی مطلوبی قرار ندارند [۲۰]. نظر به اینکه بسیاری از مرگ‌های مادران با فراهم نمودن مراقبت های با کیفیت قابل پیشگیری هستند [۲۱] لذا ارتقای سطح کیفیت بعنوان یکی از پنج راهبرد جهانی برای بهبود برنامه‌های سلامت مادران مطرح است [۲۲] و ارزشیابی مناسب مراقبت ها یکی از پیش نیازهای ارتقای کیفیت در این حوزه می‌باشد [۲۵-۲۳]. بررسی متون علمی نشان می‌دهد که حوزه ارزشیابی مراقبت‌های بهداشتی از سه رویکرد عمده شامل اعطای مجوز ، اعطای گواهینامه و اعتباربخشی بهره می‌جوید اما سیستم ارزشیابی برنامه سلامت مادران ایران از هیچ یک از این رویکردها (بویژه اعتباربخشی بعنوان موثرترین و روزآمدترین آنها) تبعیت نمی‌کند [۲۶،۲۷]. به رغم اینکه توجه به ارزشیابی عملکرد در حوزه مراقبت مادران و استفاده از شاخص های مرتبط با کیفیت منجر به ارتقای اثربخشی مراقبت‌ها می شود [۲۸،۲۹]، یکی از کاستی‌های عمده بویژه در کشورهای در حال توسعه، نبود ابزارها و سیستم‌های ارزشیابی جامع و کارآمد در حوزه مراقبت‌های مادران است [۳۰]. با توجه به اینکه مطالعات صورت گرفته در ایران بر وجود ضعف مفرط در سیستم ارزشیابی در عرصه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و بویژه در حوزه برنامه سلامت مادران تاکید دارند [۳۱،۳۲]، مطالعه حاضر با هدف بررسی نقاط قوت و ضعف ابزارهای ارزشیابی برنامه سلامت مادران در مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع "تطبیقی" بود که بر مبنای الگوی جامع ارزشیابی یعنی الگوی سیپ (CIPP- Context, Input, Process, Product) انجام گرفت. داده های مورد استفاده در این مطالعه از طریق "مرور اسناد" به دست آمد و مقایسه و گزاش دهی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.1.3]

نتایج نیز با استفاده از ترسیم "ماتریس مقایسه" انجام گرفت. ارزشیابی، فرآیند بررسی و قضاوت درباره ارزش و شایستگی یک برنامه و انجام اقدامات اصلاحی در جهت بهبود آن است. بی تردید با توجه به ماهیت گسترده و پیچیده کار، انتخاب و بهره گیری از یک قالب و الگوی جامع و کارآمد می تواند در مرور اسناد، تحلیل ابزارها و نیز مقایسه آن ها می توان راهگشا باشد. از میان الگوهای موجود و مرسوم در حوزه ارزشیابی، الگوی ارزشیابی سیپ یکی از اثرگذارترین الگوهای موثر و نظام مند محسوب می شود و به طور گسترده به عنوان مبنای پژوهش های نظری متعدد و نیز پروژه های کاربردی بی شماری در عرصه های بهداشت، صنعت و آموزش قرار گرفته است. این الگو، چهارچوبی جامع به منظور هدایت ارزشیابی برنامه ها، پروژه ها، محصولات، مؤسسات و سیستم ها است و روایی و پایایی آن نیز مورد اتفاق نظر صاحبنظران می باشد [۳۳]. در این الگو که توسط استافیل بیم و همکاران در اواخر دهه ۱۹۶۰ میلادی ارائه گردید چهار بعد زمینه (Context) ، درونداد (Input)، فرایند (Process) و محصول (Product) به عنوان عوامل ارزیابی کننده مورد توجه قرار گرفته اند [۳۴،۳۵]. در ادامه و به منظور تکامل بیش از پیش این الگو، بعد محصول به سبب اهمیت و ماهیت آن به سه بعد دیگر با نام های برونداد (Output)، نتیجه (Outcome) و اثر نهایی (Impact) تقسیم گردید. این الگو علاوه بر کمک به نظم‌بخشی ذهنی مدیران، در مشاهده و تحلیل نظام مند امورات سازمان از سوی آنان کمک کننده خواهد بود. در ادامه به ماهیت و فلسفه وجودی هر یک از ابعاد این الگو ارزشیابی اشاره خواهد شد [۳۶]: ارزشیابی بافتار به ارزیابی نیازها و مشکلات گروه‌های هدف و نیز میزان فراهم بودن بستر حمایتی لازم برای اجرای برنامه در محیطی درونی و بیرونی سازمان می پردازد به بیان دیگر، محور اساسی فعالیت های این بخش، نیازسنجی می باشد و با هدف اصلی فراهم نمودن اطلاعات برای برنامه ریزی انجام می شود. ارزشیابی درونداد به بررسی و ارزیابی امکانات درونی سازمان (بودجه، نیروی انسانی، اطلاعات، فضا، تجهیزات، مواد اولیه و ..) برای اجرای فعالیت ها می پردازد. هدف ارزشیابی فرآیند، کنترل و ارزیابی فعالیت‌های تعریف شده در برنامه، روش های انجام آن ها و نیز اعمال تغییرات اصلاحی مورد نیاز در آن ها است. ارزشیابی محصول نیز به ارزیابی اثربخشی برنامه یعنی میزان دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده می پردازد و هدف اصلی آن، بررسی میزان محقق شدن نیازهای ذی‌نفعان برنامه و قضاوت درباره ارزش و شایستگی یک برنامه است

بررسی های اولیه در حوزه برنامه سلامت مادران در ایران نشان می دهد که این برنامه دارای ۹ ابزار ارزشیابی تحت عناوین چک لیست پایش پزشک برنامه مادران در مراکز سلامت شهری، چک لیست پایش ماما در مراکز سلامت شهری، چک لیست پایش مراقب سلامت در مراکز سلامت شهری، چک لیست پایش مراکز روستایی، چک لیست پایش خانه بهداشت، چک لیست پایش عملکرد فصلی مامای تیم سلامت، چک لیست مرکز رصد سلامت مادران باردار، چک لیست پایش واحد تسهیلات زایمانی و نیز چک لیست پایش ستاد شهرستان است. اخیراً یک سامانه مراقبتی به نام "سیب" که برنامه سلامت مادران را نیز پوشش داده است به این مجموعه اضافه شده است. بمنظور اجرای این مطالعه، تمامی ابزارهای مورد استفاده در حوزه ارزشیابی برنامه سلامت مادران که شامل ابزارهای ده گانه و سامانه سیب از نظر توجه به ابعاد مختلف الگوی ارزشیابی سیپ و وجود سنجه های ارزیابی مرتبط با آنها مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند (جدول ۱). در ادامه، به نقاط قوت و ضعف ابزارهای یاد شده و بویژه کاستی های عمده آن ها اشاره گردید. در پایان، وضعیت ابزارهای مورد استفاده در ارزشیابی برنامه سلامت مادران در مجموع بررسی شد و به بیشترین و کم ترین ابعاد مورد توجه اشاره گردید. پژوهشگران بمنظور رعایت اصول اخلاقی، علاوه بر اخذ تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی، بر رعایت حق مشارکت کنندگان در قبول، رد و یا انصراف از همکاری در مطالعه، ناشناس ماندن و نیز اطمینان دادن به آنان در رابطه با استفاده انحصاری از نتایج مطالعه در راستای اهداف معرفی شده پژوهش تاکید داشته اند.

یافته‌ها

بررسی مستندات موجود در سطوح مختلف ارائه خدمت در عرصه مراقبت های بهداشتی اولیه نشان داد که برنامه سلامت مادران در ایران دارای ۹ نوع کاربرگ پایش و ارزیابی است که وظیفه خطیر ارزشیابی این برنامه بر اساس آن ها انجام می گیرد. در جدول ۱ به صورت اجمالی، محتوای این فورم ها از جهت پرداختن به ابعاد مختلف یک مدل جامع ارزشیابی مورد مقایسه قرار گرفته است.

در ادامه، به تفصیل به درونمایه این ابزارها از جهت توجه به ابعاد یک مدل جامع ارزشیابی در برنامه سلامت مادران پرداخته شده و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.1.3]

نکات مثبت و منفی موجود در این ابزارها مورد بررسی قرار می گیرد:

چک *لیست پایش "پزشک" در مراکز سلامت شهری:* این چک لیست دارای سنجه هایی به منظور بررسی بافتار، مراقبت های پیش از بارداری و نیز مراقبت های حین بارداری بوده و از ابعاد مهمی نظیر دروندادها، مراقبت های پس از بارداری و نیز دستاوردهای برنامه سلامت مادران غفلت نموده است. به رغم اینکه تمرکز اصلی این چک لیست بر مراقبت های حین بارداری بود لیکن به ذکر سنجه های کلی و محدودی نظیر "ثبت آزمایشات دوران باردری"، "ثبت بیماری ها و ناهنجاری ها" و "انجام معاینه فیزیکی مادران باردار" بسنده نموده است و به این مراقبت ها به صورت کامل و دسته بندی شده بر اساس نوبت های معمول ارائه مراقبت اشاره ای نشده است. این چک لیست همچنین در مراقبت های پیش از بارداری تنها به "انجام معاینه فیزیکی" پرداخته است و به موارد مهمی نظیر اخذ شرح حال، ارائه مشاوره، بررسی وضعیت واکسیناسیون و نیز انجام آزمایشات لازم توجهی ننموده است. همچنین تنها گزینه اشاره شده در رابطه با بعد بافتار، "اطلاع پزشک از میزان مرگ مادر در منطقه تحت پوشش" است.

چک *لیست پایش "ماما" در مراکز سلامت شهری:* این چک لیست دارای سنجه های ارزشیابی مرتبط با مراقبت های پیش، حین و پس از بارداری است و به نتایج حاصل از مراقبت ها تا حدودی توجه نموده اند ولی بی توجهی به ابعاد بافتار، درونداد و اثر نهایی از نقاط ضعف این ابزار است. از نقاط ضعف عمده این ابزار، اشاره کلی به مراقبت های پیش و پس از زایمان، عدم اشاره به تمامی یا غالب مراقبت های ضروری حین بارداری و نیز عدم دسته بندی مراقبت های حین بارداری بر اساس نوبت دریافت خدمت مادران باردار است. از دیگر نقاط منفی قابل تامل در این ابزار، اشاره بسیار سطحی به بعد نتایج و بروندادهای به دست آمده از مراقبت های ارائه شده به مادران و ذکر تنها سه سنجه درباره "کفایت آموزش های ارائه شده به مادران" و "آشنا شدن مادران با علائم خطر زایمان و پس از بارداری" است.

چک *لیست پایش "مراقب سلامت" در مراکز سلامت شهری:* این چک لیست دارای سنجه هایی در ابعاد مراقبت حین بارداری، برونداد و نتیجه است و به ابعاد مهمی نظیر بافتار، درونداد، مراقبت پس از بارداری و نیز اثر نهایی بی توجهی نموده است. این چک لیست همچنین تنها به ذکر چند سنجه محدود در مراقبت حین بارداری بسنده نموده است و با تکیه بر کلی گویی، از سنجه های بی شماری که باید در این بعد مورد توجه قرار گیرد غفلت کرده است. این ابزار در بعد برونداد و نتیجه نیز تنها به سه مورد سنجه درباره "کفایت آموزش های ارائه شده به مادران" و "آشنا شدن مادران با علائم خطر زایمان و پس از بارداری" اکتفا کرده و از بسیاری از مولفه های ضروری غفلت نموده است.

چک *لیست پایش "مراکز روستایی":* این چک لیست تنها بر مراقبت های پیش، حین و پس از بارداری و برخی از بروندادها و نتایج حاصل از مراقبت ها تمرکز دارد و از سایر ابعاد اساسی نظیر زمینه، درونداد، و نیز اثر نهایی مراقبت ها غافل شده است. از نقاط قوت چک لیست حاضر می توان توجه بهتر به اجزای مراقبت های حین و پس زایمان را بر شمرد لیکن نقاط ضعف عمده ای نظیر اشاره نامنظم و دسته بندی نشده به مراقبت های حین زایمان، ارجاع مداوم به فورم های دیگر در ابزار و ناکافی بودن سنجه های ارائه شده در تمامی ابعاد اشاره نمود.

چک *لیست پایش "خانه بهداشت":* این چک لیست با ارائه سنجه هایی به ابعاد درونداد، مراقبت های حین و پس از بارداری و نیز اثر نهایی توجه نموده است اما از ابعاد زمینه، مراقبت پیش از بارداری، برونداد و نتیجه غفلت نموده است. از نقاط قوت این ابزار می توان به تمرکز بهتر بر دورنداهایی مانند نیروی انسانی و سیستم های اطلاعات بهداشتی اشاره نمود. از نقاط ضعف این ابزار می توان اشاره کلی به مراقبت های حین و پس از زایمان و نیز تعداد بسیار محدود سنجه های مرتبط با بعد رضایت مادر از خدمات دریافت شده اشاره نمود.

چک *لیست پایش "عملکرد فصلی مامای تیم سلامت":* این ابزار دارای سنجه های ارزیابی مرتبط با ابعاد بافتار، درونداد، مراقبت های پیش، حین و پس از بارداری است. توجه کافی به نیروی انسانی (در بعد منابع) از نقاط قوت این ابزار می باشد. از نقاط ضعف ابزار، عدم اشاره به ابعاد دستاوردهای حاصل از مراقبت های ارائه شده، ناقص و پراکنده بودن سنجه های مرتبط با مراقبت های حین بارداری، کلی گویی در مراقبت های پیش و پس از بارداری و نیز وجود سنجه های بسیار زاید و بی ارتباط با برنامه سلامت مادران در ابزار اشاه نمود.

چک *لیست پایش "مرکز رصد سلامت مادران باردار":* این چک لیست تنها بر دروندادها و مراقبت های حین بارداری اشاره دارد و بطور کلی، چک لیست بسیار ناقصی به نظر می رسد. از نقاط ضعف قابل ذکر این چک لیست می توان به عدم اشاره به غالب ابعاد اصلی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.1.3]

ارزشیابی، ناقص و پراکنده بودن سنجه های مربوط به مراقبت های حین بارداری و نیز ارائه تنها یک سنجه ("مناسب بودن محیط ارائه خدمت) در بعد درونداد اشاره نمود.

چک لیست پایش "ستاد شهرستان": این چک لیست که با هدف ارزیابی مرکز بهداشت شهرستان توسط کارشناسان استانی طراحی شده است غالباً بر تامین دروندادهای مورد نیاز برای ارائه خدمات به مادران باردار و نیز فعالیت هایی مدیریتی نظیر برنامه ریزی و نظارت بر عملکرد مراکز زیر مجموعه متمرکز شده است. نقطه قوت این ابزار، تمرکز بر تمامی اجزای بعد درونداد (یعنی نیروی انسانی، پول، فضا، تجهیزات، مواد اولیه و سیستم های اطلاعاتی) و توجه به دستاوردهای مراقبت (مانند آمارهای پوشش مراقبت و نیز مرگ و میر مادران) است. از نقاط ضعف این ابزار می توان به عدم اشاره به ابعاد بافتار، مراقبت پیش و پس از زایمان و نیز نتایج مراقبت ها اشاه نمود. ناکافی بودن و کیفیت اندک سنجه های ارزیابی در بعد درونداد و سایر فعالیت های مدیریتی، تمرکز صرف بر آموزش در مراقبت های حین زایمان و نیز ناکافی بودن سنجه های مرتبط با برونداد و اثر نهایی، از دیگر نقاط ضعف عمده این ابزار هستند.

چک لیست پایش "واحد تسهیلات زایمانی": این چک لیست جهت ارزیابی عملکردی واحدهای تسهیلات زایمان روستایی طراحی و مورد استفاده قرار می گیرد. به رغم اینکه غالب موارد زایمان ها با ارجاع زائو در بیمارستان های شهری انجام می شود اما در برخی موارد وظیف زایمان به تسهیلات زایمان سپرده می شود. نقطه قوت بارز چک لیست مورد استفاده جهت ارزیابی عملکرد این مراکز، توجه مناسب به دروندادهای این مراکز (شامل فضاها، تجهیزات و نیروی انسانی) و نیز تمرکز بر رضایت مندی مادران از خدمات دریافت شده است که این ابعاد به صورت دقیق و با ذکر جزئیات مورد بررسی قرار می گیرد. اما این چک لیست دارای کاستی های عمده ای نظیر غفلت از بررسی برخی از ابعاد اصلی ارزشیابی نظیر برونداد و نتایج به دست آمده از خدمات ارائه شده است. این چک لیست همچنین دارای مشکلاتی نظیر کلی گویی در مراقبت های حین زایمان (و مغفول ماندن مولفه های اساسی ارائه خدمت در این رابطه) و نیز بی توجهی به اثر نهایی مراقبت ها در سطح سلامت مادران و کودکان متولد شده از آن ها است. مرور کلی نتایج به دست آمده از بررسی ابزارهای ده گانه مورد استفاده در ارزشیابی برنامه سلامت مادران (جدول ۱) در ایران حاکی از آن است که تنها ۵۰ درصد (۴۱ مورد از ۸۰ مورد) از ابعاد ضروری ارزشیابی در ابزارهای یاد شده مورد توجه قرار گرفته اند و تمامی این ابزارها با شدت و حدت های متفاوتی دارای نواقص عمده و تامل بر انگیزی هستند. به علاوه، بررسی نتایج به دست آمده از جدول ۱ نشان دهنده آن است که تمرکز عمده ابزارهای ارزشیابی مورد بررسی بر بعد فرایندها (مراقبت ها) و بویژه مراقبت های حین بارداری بوده است و بعد زمینه، کمترین توجه ممکن را به خود اختصاص داده است. بررسی های ثانویه صورت گرفت بر روی محتوای ابزارها نشان می دهد که مواردی نظیر کلی گویی، اشاره ناقص به ابعاد ارزشیابی، عدم ارائه سنجه های مناسب و دسته بندی شده، عینی نبودن سنجه ها و ... از نقاط ضعف عمده آن ها می باشد. *سامانه مراقبتی سیب*: امروزه بهره گیری از توانمندی های ارزنده و بی بدیل کامپیوتر و سیستم های اینترنتی در تمامی حوزه های علمی و مدیریتی در سرتاسر جهان به عنوان یک اصل اساسی مطرح است. عرصه بهداشت و درمان نیز از این قاعده مستثنی نبوده و این سیستم ها به شکل فرآینده ای در حوزه های مختلف مربوطه در سطوح مراقبتی یا ارائه خدمت، مدیریتی و حتی پشتیبانی مورد استفاده گسترده قرار می گیرند. معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در طی سال های اخیر اقدام به طراحی و به کار گیری یک سامانه مراقبتی جدی با نام سامانه سیب (سامانه یکپارچه بهداشتی) در عرصه مراقبت های بهداشتی اولیه نموده است که این سامانه، برنامه سلامت مادران را نیز پوشش داده است و تمامی خدمات ارائه شده به جمعیت تحت پوشش و بویژه مادران باردار در این سامانه ثبت و ذخیره سازی می شود. بی تردید با توجه به فراگیر شدن و جامعیت این ابزار در حوزه مراقبت مادران، می توان آن را به عنوان یک ابزار پایش و ارزشیابی در نظر گرفت و از اطلاعات آن در جهت شناسایی نقاط قوت و ضعف برنامه و نیز طراحی و اجرای مداخلات ارتقایی بهره جست. بر این اساس، بررسی درونمایه ها و ابعاد این سامانه و شناسایی و تحلیل نقاط قوت و ضعف آن (به مانند ابزارای ده گانه دیگر) می تواند نتایج موثر و قابل استفاده ای به همراه داشته باشد.

بررسی بخش ها و درونمایه سامانه سیب در حوزه سلامت مادران نشان می دهد که تمرکز اصلی این سامانه بر فرایندهای ارائه خدمت یعنی مراقبت های پیش، حین و پس از زایمان می باشد. این سامانه همچنین دارای سنجه های بسیار محدودی در بعد بافتار (مانند سوابق بیماری و بارداری مادر و نیز وجود عوامل خطر نظیر مصرف سیگار و الکل) و برونداد (نظیر تعداد جمعیت تحت پوشش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.1.3]

برنامه، تعداد گیرندگان خدمات و ...) است. از نقاط قوت این سامانه در حوزه برنامه سلامت مادران می توان به ارائه نسبتاً جامع مولفه های مراقبتی به تفکیک نوبت های مراجعه مادران اشاره نمود یعنی مشکلی که ابزارهای دیگر به شدت از آن متاثر بودند. از نقاط ضعف این سامانه مراقبتی می توان به عدم اشاره به ابعاد درونداد، نتایج و اثر نهایی مراقبت ها و نیز اشاره ناقص و بسیار محدود به بعد زمینه و برونداد اشاره نمود. از دیگر نقاط ضعف مهم و قابل تامل این برنامه می توان به عدم امکان گزارش گیری ارائه دهنده مراقبت از ابعاد مختلف مراقبت ارائه شده، عدم تعریف نمودن و توان محاسبه شاخص های مربوط به ابعاد فرآیند و برونداد (بسنده نمودن به ارائه تعداد کل مراقبت ها) و ارائه آن ها به شکلی مناسب و کاربرپسند به مدیران و کارشناسان این حوزه اشاره نمود.

جدول ۱: وضعیت پوشش ابعاد برنامه سلامت مادران در ابزارهای کنونی ارزشیابی

	زمینه	درونداد	فرآیند (مراقبت ها)			برونداد	نتیجه	اثر نهایی
			پیش از بارداری	حین بارداری	پس از بارداری			
چک لیست پایش "پزشک" در مراکز سلامت شهری	✓	-	✓	✓	-	-	-	-
چک لیست پایش "ماما" در مراکز سلامت شهری	-	-	✓	✓	✓	-	✓	-
چک لیست پایش "مراقب سلامت" در مراکز سلامت شهری	-	-	∞	✓	-	✓	✓	-
چک لیست پایش "مراکز روستایی"	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	-
چک لیست پایش "خانه بهداشت"	-	✓	-	✓	✓	-	-	✓
کاربرگ پایش عملکرد فصلی "مامای تیم سلامت"	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-
چک لیست "مرکز رصد سلامت مادران باردار"	-	✓	-	✓	-	-	-	-
چک لیست پایش "واحد تسهیلات زایمانی"	∞	✓	∞	✓	∞	-	-	✓
چک لیست پایش "ستاد شهرستان"	-	✓	-	✓	-	✓	-	✓
سامانه مراقبتی سیب	✓	-	✓	✓	✓	✓	-	-

✓ وجود سنجه های مرتبط با ابعاد ارزشیابی در ابزارهای مورد بررسی
- فقدان سنجه های مرتبط با ابعاد ارزشیابی در ابزارهای مورد بررسی
∞ عدم نیاز به پرداختن به این بعد ارزشیابی در چک لیست به سبب ماهیت و هدف مراقبت ها

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.1.3]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر، بررسی نقاط قوت و ضعف ابزارهای مورد استفاده در ارزشیابی برنامه سلامت مادران بود. نتایج به دست آمده از این بررسی نشان داد ابزارهای یاد شده داری کاستی عمد ای در پوشش ابعاد ضروری ارزشیابی هستند چرا که این ابزارها تنها در نیمی از موارد دارای سنجه های مرتبط با ابعاد ضروری الگوی ارزشیابی سیپ هستند. البته این امر به معنی پوشش ۵۰ درصدی تمامی مولفه های ضروری مراقبتی در ابزارهای ارزشیابی نیست چرا که در غالب موارد، یک ابزار تنها به ذکر یک مورد یا تعداد بسیار محدودی از مولفه ها پرداخته است. بعنوان مثال ممکن است یک ابزار در بعد درونداد تنها به مولفه فضای مراقبتی پرداخته باشد و از ابعاد دیگر مانند نیروی انسانی، اطلاعات، تجهیزات، پول و ... غفلت نموده باشد اما به سبب اشاره به مولفه فضای مراقبتی، در رابطه با توجه به بعد درونداد مورد تایید کلی قرار گرفته باشد. بنابراین، پرواضح است که میزان انطباق ابزارهای بررسی شده با الگوی ارزشیابی سیپ بسیار کمتر از ۵۰ درصد خواهد بود و این میزان انطباق قطعاً کمتر از ۱۰ درصد است. تنها ابزاری که توانسته است بطور نسبی در یک بعد یعنی بعد فرآیندها (مراقبت های پیش، حین و پس از زایمان) موفق عمل نموده و غالب ابعاد مراقبتی را پوشش دهد سامانه سیب است چرا که مولفه های مراقبتی را به صورت نسبتاً مناسبی پوشش داده است. با توجه به اینکه سامانه سیب کاملاً جدیدتر از سایر ابزارهای ده گانه است و در سال های اخیر طراحی و اجرایی شده است، به نظر می رسد می تواند در آینده به شیوه ای موثر و کارآمد عمل کند؛ البته این امر منوط به مرتفع نمودن مشکلات سامانه با اقداماتی نظیر لحاظ نمودن سایر ابعاد ارزشیابی در آن، کاربرپسند شدن گزارش گیری از سامانه و نیز راستی آزمایی مراقبت های ثبت شده در آن خواهد بود. در هر صورت طراحی و به کار گیری این سامانه، یک گام رو جلو می باشد که باید حرکت در این مسیر را به فال نیک گرفت. نتایج به دست آمده از مطالعه همچنین نشان می دهد که عمده تمرکز ابزارهای ارزشیابی مورد بررسی بر بعد فرآیندها (مراقبت های ارائه شده به مادران) و بویژه مراقبت های حین بارداری است و بعد زمینه، کمترین توجه ممکن را به خود اختصاص داده است. دلیل تمرکز بر بعد فرآیند را می توان در ملموس تر بودن بعد فرایند برای طراحان ابزارهای ارزشیابی (و حتی کاربران این ابزارها یعنی ارزشیابی کنندگان و ارزشیابی شوندگان) و انجام فعالیت های روزمره در قالب این بعد جستجو کرد. همچنین دلیل مغفول ماندن بعد مهم و پایه ای بافتار می تواند در ناآگاهی پرسنل و مدیران بهداشتی از نقش ارزنده این بعد در انجام تحلیل محیطی، انجام نیازسنجی و برنامه ریزی بهداشتی مرتبط با برنامه سلامت مادران باشد. بررسی های تفصیلی ثانویه صورت گرفته بر روی محتوای ابزارها نشان می دهد که مواردی نظیر کلی گویی، اشاره ناقص به مولفه های مراقبتی در درون ابعاد مختلف ارزشیابی، عدم ارائه سنجه های مناسب و کارآمد، عدم ارائه دسته بندی های صحیح و منطقی برای سنجه های ارزیابی ارائه شده، بی توجهی به تدوین و ارائه سنجه های ملموس و عینی و ... از دیگر نقاط ضعف عمده ابزارهای مورد بررسی می باشد. در مطالعه ای که در سال ۱۳۹۱ و با هدف بررسی چالش های برنامه سلامت مادران در استان آذربایجان شرقی به انجام رسید مشخص شد که از ۲۴ مولفه ضروری مراقبتی تعیین شده توسط تیم تحقیقاتی، تنها ۵ مورد از آنها توسط ابزارهای ارزشیابی مورد توجه قرار گرفته بود که این امر حاکی از عدم پیشرفت روند ارزشیابی برنامه سلامت مادران از سال ۱۳۹۱ تاکنون است [۳۲]. تنها پیشرفت ملموس در این حوزه را می توان توجه پوشش این برنامه توسط سامانه مراقبتی سیب دانست البته موثر واقع شده این سامانه در ارتقای کیفیت و دستاوردهای مراقبت های ارائه شده به مادران باردار، منوط به رفع کاستی های اساسی آن نظیر پوشش تمامی ابعاد مراقبتی (بر اساس الگوی ارزشیابی سیب)، ارتقای ویژگی کاربرپسند بودن و نیز بهبود کیفیت گزارش دهی آن خواهد بود. همچنین در مطالعه دیگری که در سال ۱۳۹۱ انتشار یافت و با هدف تعیین وضعیت سیستم اطلاعات مراقبت بهداشتی اولیه (با تاکید ویژه بر برنامه و شاخص های حوزه سلامت مادران) در مراکز بهداشتی درمانی استان تهران بانجام رسیده بود مشخص شد که سیستم یاد شده در تمامی مراکز تحت بررسی به صورت دستی فعالیت می کرد. با وجود اینکه این سیستم در رابطه با محاسبه شاخص های دموگرافیک و مراقبت های بهداشتی در وضعیت نسبتاً مناسبی قرار داشت اما دارای کاستی های عمده ای در رابطه با محاسبه شاخص های مربوط به بافتار (مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی جامعه تحت پوشش، وضعیت دسترسی جامعه به خدمات بهداشتی و ...) و نیز شاخص های حوزه بروندادها و اثر نهایی مراقبت های بهداشتی (نظیر کارایی و اثربخشی مراقبت ها، سطح سلامت و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.1.3]

رضایت جامعه از مراقبت های بهداشتی و ...) بود. در این سیستم گزارش های ماهانه و سالانه گردآوری شده از سوی مراکز بهداشتی به ندرت مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار می گرفت بدین معنی که استفاده های مدیریتی و بالینی از آن ها به عمل نمی آمد. همچنین انتقال الکترونیک اطلاعات ونیز رعایت استانداردهای بین المللی سیستم اطلاعات مراقبت بهداشتی اولیه، در هیچ یک از مراکز مورد بررسی رعایت نمی شد [۳۷].

نتایج به دست آمده در یکی دیگر از مطالعات مرتبط که در سال ۱۳۸۹ و به منظور بررسی مدیریت داده های سلامت در نظام ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی در استان آذربایجان شرقی به انجام رسید نشان داد که بسیاری از مدیران سطوح مختلف مراقبت های بهداشتی آموزش های لازم را درخصوص انواع فورم های بهداشتی و نحوه کار با آنان دریافت ننموده اند، حدود نیمی از مراکز بهداشتی به منابع علمی آماری دسترسی ندارند و غالب پزشکان فاقد درک صحیحی از شاخص های بهداشتی هستند. این مطالعه همچنین پیشنهاداتی نظیر ایجاد نظام کارآمد اطلاعات مراقبت های بهداشتی، تدوین شاخص های عملکردی مناسب برای تمامی سطوح ارائه خدمت و تعیین و آموزش روش های تحلیل آنها به انواع کاربران را ارائه نمود [۳۸]. از نقاط قوت مطالعه حاضر می توان مواردی نظیر بررسی و تحلیل تمامی ابزارهای ارزشیابی مورد استفاده در برنامه سلامت مادران در عرصه مراقبت های بهداشتی اولیه در ایران و نیز استفاده از الگوی سیپ به عنوان جامع ترین و مقبول ترین الگوی ارزشیابی برنامه های مراقبتی بهداشتی در تحلیل ها و مقایسه های صورت گرفته را بر شمرد. از محدودیت های مطالعه حاضر نیز می توان به محدود بودن مطالعات داخلی و خارجی انجام شده مشابه برای مقایسه نتایج آن ها با مطالعه حاضر اشاره نمود. بر این اساس و با هدف مرتفع نمودن کاستی های شناسایی شده در سیستم و ابزارهای ارزشیابی مورد بررسی، پژوهشگران پیشنهاد بازبینی و اصلاح ابزارهای نه‌گانه مورد بررسی، ارتقای وضعیت سامانه سیب و نیز تدوین مدل جامع و کارآمد ارزشیابی برنامه سلامت مادران را با در نظر گرفتن مشکلات و کاستی های مشخص شده در این پژوهش و با مشارکت فعال و مستمر ذی نفعان این برنامه به مدیران و سیاستگذاران فعال در حوزه برنامه سلامت مادران ارائه می نمایند.

همچنین تیم پژوهشی انجام مطالعات مشابه پس از طراحی و اجرای مداخلات پیشنهادی را جهت کسب اطمینان از مرتفع شدن مشکلات شناسایی شده و نیز انجام چنین پژوهش هایی در سایر حوزه های مراقبتی در عرصه مراقبت های بهداشتی اولیه ایران را به سایر پژوهشگران پیشنهاد می دهند. مطالعه حاضر نشان داد که ابزارهای ارزشیابی برنامه سلامت مادران در عرصه مراقبت های بهداشتی اولیه در ایران دارای کاستی های عمده ای در پوشش مولفه های ضروری مراقبتی در ابعاد مختلف یک سیستم ارزشیابی جامع و مناسب می باشد و به کار گیری این ابزارها نخواهد توانست توفیق شگرفی در ارتقای کیفیت مراقبت های ارائه شده و بهبود دستاوردهای ناشی از آن ها کسب نماید. بی تردید، استفاده از نقاط ضعف شناسایی شده در طی مطالعه حاضر خواهد توانست در رفع مشکلات و کاستی های ابزارهای مورد بررسی و نیز ارائه یک مدل جامع و کارآمد ارزشیابی در حوزه سلامت مادران موثر باشد. تردیدی نیست که ارائه چنین الگوی جامعی که بتواند ضعف های کنونی و نیازهای برآورده نشده در این عرصه را پوشش دهد منجر به افزایش سطح سلامت و رضایت مادران و متعاقباً ایجاد جامعه ای سالم و مولد خواهد شد.

سهم نویسندگان

رزیتا فیروزنیا: جستجو در پایگاه های اطلاعاتی، تدوین پروپوزال تحقیقاتی، گردآوری، تحلیل و تدوین مقاله

حسین درگاهی: ایده انجام مطالعه، اصلاح پروپوزال تحقیقاتی، تحلیل اطلاعات، اصلاح مقاله

زینب خالدیان: همکاری در تکامل ایده مطالعه، اعمال اصلاحات بالینی در مراحل تدوین پروپوزال، مشارکت در اصلاح

توحید جعفری کوشکی: همکاری در تدوین و اصلاح پروپوزال و مقاله، مشارکت در اصلاح

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از کارشناسان گرانقدر برنامه سلامت مادران در وزارت بهداشت و نیز معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به سبب مشارکت دوستانه و اثرگذار خود در انجام پژوهش حاضر، نهایت سپاسگزاری را داشته باشند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.1.3]

منابع

1. Goberna-Tricas J, s-Gime´ nez RB, Palacio-Tauste A, Linares-Sancho S. Satisfaction with pregnancy and birth services: The quality of maternity care services as experienced by women. Midwifery 2011;27:231-7

2. Aboagye E, Agyemang OS. Maternal Health-seeking Behaviour: The role of financing and organisation of health services in Ghana. Global Journal of Health Science 2013;5:67-79

3. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO Press; 2014. (Accessed 18 July 2018, at: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112682/9789241507226_eng.pdf;jsessionid=865332D79A58B4E3C161494DFE787129?sequence=2)

4. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. Lancet. 2016;387:587-603

5. Jolly SP, Rahman M, Afsana K, Yunus FM, Chowdhury AMR. Evaluation of Maternal Health Service Indicators in Urban Slum of Bangladesh. PLoS ONE. 2016;11:1-19

6. Warren C, Njuki R, Abuya T, Ndwiga C, Maingi G, Serwanga J, et al. Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. BMC Pregnancy and Childbirth. 2013;13:1-9

7. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why?. Lancet. 2005;365:891-900

8. Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem M, Gates S. Improving qual¬ity and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. J Midwifery Womens Health 2010;55:255-61

9. Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, Scorza WE, Knuppel RA. Prenatal care and black-white fetal death disparity in the United States: heterogeneity by high-risk conditions. Obstetrics & Gynecology. 2002;99:483-9

10. Stephansson O, Dickman PW, Johansson AL, Cnattingius S. The influence of socioeconomic status on stillbirth risk in Sweden. International Journal of Epidemiology 2001;30:1296-301

11. Lowery C, Bronstein J, McGhee J, Ott R, Reece EA, Mays GP. ANGELS and University of Arkansas for Medical Sciences paradigm for distant obstetrical care delivery. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2007;196:1-9

12. Reece EA, Leguizamon G, Silva J, Whiteman V, Smith D. Intensive inter¬ventional maternity care reduces infant morbidity and hospital costs. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine 2002;11:204-10

13. Chowdhury ME, Botlero R, Koblinsky M, Saha SK, Dieltiens G, Ronsmans C. Determinants of reduction in maternal mortality in Matlab, Bangladesh: a 30-year cohort study. Lancet 2007;370:1320-8

14. Paxton A, Bailey P, Lobis S, Fry D. Global patterns in availability of emergency obstetric care . International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2006;93:300-7

15. Luck M. Safe motherhood intervention studies in Africa: a review. East African Medical Journal. 2000;77:599-607

16. Tabrizi JS, Gholipoor K, Asghari Jafarabadi M, Farahbakhsh M, Mohammadzedeh M. Customer Quality and Maternity Care in Tabriz Urban Health Centers and Health Posts. Journal of Clinical Research and Governance 2012;1:11-5

17. Parsa P, Shobeiri F, Parsa N. Effect of Prenatal Health Care on Pregnancy Outcomes in Hamadan, Iran. Journal of Community Medicine and Health Education 2012;2:1-3

18. Ebrahimi Tavani M. Strengthening reproductive health and safe motherhood programs in Iran. Tehran, I.R. Iran: Midwifery Principal Officer, Ministry of Health and Medical education; 2001. (Accessed 20 May 2018, at : http://www.regional.org.au/au/mwia/papers/full/05_tavani2.htm)

19. Aghlmand S, Akbari F, Lameei A, Mohammad K, Small R, Arab M. Developing evidence-based maternity care in Iran: a quality improvement study. BMC Pregnancy and Childbirth 2008;8:1-8

20. Tabrizi JS, Askari S, Fardiazar Z, Koshavar H, Gholipour K. Service Quality of Delivered Care from the Perception of Women with Caesarean Section and Normal Delivery. Health Promotion Perspectives. 2014;4:137-43

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.1.3]

21. Eden AP, Peterson LE. Impact of Potential Accreditation and ertification in Family Medicine Maternity Care. Family Medicine 2017;49:14-21

22. Azarabadie S, Aghlmand S. The real quality of maternity care in Iran hospitals: a quality assessment study. Institute of Integrative Omics and Applied Biotechnology Journal 2016;7:611-7

23. Biza A, Jille-Traas I, Colomar M, Belizan M, Requejo Harris J, Crahay B, et al. Challenges and opportunities for implementing evidence-based antenatal care in Mozambique: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth 2015;15:1-10

24. Ganle JK, Otupiri E, Obeng B, Edusie AK, Ankomah A, Adanu R. Challenges Women with Disability Face in Accessing and Using Maternal Healthcare Services in Ghana: A Qualitative Study. PLoS One 2016;11:1-13

25. Hoang H, Le Q, Ogden K. Women's maternity care needs and related service models in rural areas: A comprehensive systematic review of qualitative evidence. Women and Birth 2014;27:233-41

26. Shaw CD. Toolkit for Accreditation Programs. Melbourne, Australia: The International Society for Quality In Health Care; 2004. (Accessed 17 June 2018, at: https://www.usaidassist.org/sites/default/files/toolkit_for_accreditation_programs_isqua.pdf)

27. Rooney AL, Van Ostenberg P. Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality. Bethesda, USA: Center for Human Services (CHS); 1999. (Accessed 17 June 2018, at: https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/accredmon.pdf)

28. Talungchit P, Liabsuetrakul T, Lindmark G. Development and assessment of indicators for quality of care in severe preeclampsia/eclampsia and postpartum hemorrhage. Journal for Health care Quality 2013;35:22-34

29. Rich R ,D'Hont T, Linton J, Murphy KE, Veillard J, Chatwood S. Performance indicators for maternity care in a circumpolar context: a scoping review. International Journal of Circumpolar Health. 2016;75:1-14

30. Jehan K, Sidney K, Smith H, de Costad A. Improving access to maternity services: an overview of cash transfer and voucher schemes in South Asia. Reproductive Health Matters 2012;20:142–54

31. Tabrizi JS, Gharibi F, Pirahary S. Developing of National Accreditation Model for Rural Health Centers in Iran Health System. Iranian Journal of Public Health 2013;42:1438-45

32. Gharibi F, Hadi Kalantari H, Mojahed F, Gholamzadeh Nikjoo R, Dadgar E, Bagheri S. The Analysis of Maternity Health Program by Using Comprehensive Evaluation Model (CIPPI) – Tabriz, 2010. Depiction of Health 2013;4:14-20

33. Mohebbi N, Akhlaghi F, Yarmohammadian MH, Khoshgam M. Application of CIPP model for evaluating the medical records education course at master of science level at Iranian medical sciences universities. Procedia Social and Behavioral Sciences. 2011;15:3286-90

34. Allahvirdiyani K. Evaluate Implemented Academic Advisor of Shahed Students in Tehran State Universities Through CIPP Evaluation Model. Procedia Social and Behavioral Sciences 2011;15:2996-8

35. Stufflebeam DL. The CIPP Model for Evaluation. International Handbook of Educational Evaluation. Michigan, USA: The Evaluation Center, Western Michigan University; 2003

36. Hakan K, Seval F. CIPP evaluation model scale: development, reliability and validity. Procedia Social and Behavioral Sciences 2011;15:592-9

37. Asadi F, Hosseini A, Moghaddasi H, Nasr Haydarabadi N. Primary Health Care Information Systems in Health Centers of Tehran, Iran. Health Information Managemen 2012;9:1-10

38. Farahbakhsh M, Nikniaz A, Zakeri A. Assessing the health information management system in primary health care, East Azarbaijan. Health System. 2010;2:51-8

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.1.3]

ABSTRACT

Strengths and weaknesses of maternal health program evaluation tools in Iranian primary health care system

Rozita Firooznia [1], Hossein Dargahi [2*], Zeinab Khaledian [3], Tohid Jafari-Koshki[4]

1. Department of health services management, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran
2. School of Public Health, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Department of Midwifery, Semnan Branch, Islamic Republic of Iran, Semnan, Iran
4. Road Traffic Injury Research Center, Department of Statistics and Epidemiology, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Payesh 2018; 17(5): 521-530
Accepted for publication: 6 October 2018
[EPub a head of print-10 October 2018]

Objective (s): The maternal health program is one of the main primary health care domains worldwide due to its momentous impact on community health. Considering the importance of this program's quality and the role of evaluation systems in its promoting, this study was done to investigate the strengths and weaknesses of maternal health programs evaluation tools in Iran.

Methods: This was a comparative study. The data was obtained by reviewing documents and was analyzed through the comparison matrix. Firstly, the number of nine evaluation checklist and one clinical information system were identified. Then the identified tools were compared regarding to the comprehensive evaluation model (CIPP) and their evaluation measures. Finally, the strengths and weaknesses of identified tools were recognized and discussed.

Results: The study results indicated that the evaluation tools have notable shortcomings. The main shortcomings are disregarding 50% of the main dimensions of the health program evaluation models and the lack of proper measures to assess the main components of care. Subjectivity and non-exclusiveness of evaluation measures with improper categorizing of measures were the other weaknesses of these tools.

Conclusion: The findings showed that the current tools for evaluation of maternal health program in Iran could not improve either the quality or outcomes.

Key Words: Maternity Health Program, Evaluation, Tools

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.1.3]

[*] Corresponding author: Tehran University of Medical Sciences, Tehran
E-mail: hdraghahi@tums.ac.ir