استقرار برنامه بهداشتی و درمانی و تدوین الگوی بومی شده آن

فرزانه مفتون[1*]، فرانک فرزدی[1]، افسون آیین‌پرست[1]

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

فصلنامه پایش
سال دوازدهم شماره چهارم مرداد ـ شهریور ۱۳۹۲ صص ۳۴۳-۳۳۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱/۲۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار– ۲۷ خرداد ۹۲]

چکیده

با توجه به اهمیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی براساس مستندات علمی و به روزشده، در نظام بهداشتی و درمانی، برنامه‌های جدید از جایگاه ویژه‌ای برخوردار هستند. در این مقاله ضمن مطالعه روشهای ارزشیابی و استقرار در برنامه‌های بهداشتی و درمانی براساس اطلاعات موجود در متون و مقالات علمی، الگوی استقرار برنامه‌های بهداشتی و درمانی ارائه شده با استفاده از نظر صاحب‌نظران تعدیل و بومی شده است.گام‌های اساسی در استقرار برنامه‌ها به چشم می‌خورد که این گام‌ها و ارزیابی متناسب هر یک به طور خلاصه عبارتند از: اولویت مساله‌ای که توسط برنامه حل خواهد شد، وجود مستندات علمی تأییدکننده برنامه، شرایط اجرای برنامه و امکان پذیری اجرا، و در ادامه در صورت انتخاب برنامه برای اجرا شاخص‌های مهمی وجود دارند که قبل از عمومیت و گسترش یافتن برنامه باید مورد بررسی قرار گیرند تا در مورد نحوه اجرای آن تصمیمات درستی اتخاذ شوند؛ نظیر لحاظ سهولت اجرای برنامه، دستیابی به وضعیت اجرایی برنامه نظیر حجم کار، نیروی انسانی و هزینه‌های مرتبط، نقش ارائه‌دهندگان و اثرات برنامه روی گروه‌های هدف. سپس در صورت تأیید گسترش برنامه، بررسی سیاست‌های مرتبط و تأثیرگذار، نقش ذی نفعان و شرایط ظرفیت‌سازی از جوانب مهمی است که بدان پرداخته می‌شود. استقرار برنامه‌ها و توجه بدان و ارائه الگویی متناسب شرایط برنامه‌های نظام بهداشتی و درمانی کشور، چارجوبی در اختیار می‌گذارد که با مدنظر قرار دادن آن ضمن سرعت بخشیدن به این اهداف و بهینه سازی منابع صرف شده نظیر منابع انسانی، تجهیزات، زمان، انرژی، با ایجاد فضایی دارای نظم و سازماندهی، امکان بهره‌مندی از خلاقیت و نوآوری در مسیر برنامه‌ریزی و استقرار برنامه‌ها را معنی می‌بخشد.

کلیدواژه: برنامه‌های بهداشتی و درمانی، مداخلات، ارزیابی، الگوی استقرار، بومی

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳
تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴
E-mail:fmaftoon@ihsr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.2.7]

مقدمه

ماموریت نظام سلامت در هر کشور، ارتقای سطح سلامت است. در این راستا برنامه‌ها و خط مشی‌هایی مبتنی بر شواهد به طور عملی مورد ارزیابی و استفاده قرار می‌گیرد. در واقع برنامه‌ها و مداخلات بهداشتی (در سطوح مختلف پیشگیری) متناسب با گروه‌های هدف گیرنده خدمت و جامعه هدف به کار برده می‌شود. و به منظور اثربخشی برنامه‌ها و استفاده بهینه از منابع، ضروری است که در هر نظام ارائه خدمات برای استقرار برنامه‌ها و مداخلات جدید مراحل مختلف و شاخص‌های مرتبطی مد نظر قرار گیرد؛ به خصوص که غالباً خدمات بهداشتی و درمانی، یک مداخله منفرد نیستند و اولویت‌های گروهی بزرگ از افراد ناهمگون را، با هم تنظیم می‌نمایند. وجود الگوهایی در زمینه استقرار این برنامه‌ها و مداخلات، مدیران نظام سلامت و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی را قادر خواهد نمود تا با مشخص نمودن گام به گام فعالیت‌های ضروری و نظام‌مند نمودن آن، از اینکه اهتمام مدیریت در راستای اجرای صرف برنامه‌ها باشد، پیشگیری نموده و فضای تحقیق و نوآوری را مهیاتر می‌نماید. در این مقاله با بررسی مراحل استقرار از برنامه‌های بهداشتی چارچوب مناسبی جهت اجرای برنامه در سیستم‌های بهداشتی ارائه می‌شود.

مواد و روش کار

در این مطالعه ابتدا روش‌های مختلفی از ارزشیابی برنامه بررسی شده و یکی از روش‌های استقرار برنامه و ارزیابی آن که در طی دهه‌های اخیر تکامل یافته ارائه شده است. این روش ارائه شده براساس نظر صاحب‌نظران، و با توجه به شرایط اجرای برنامه‌ها در کشور بومی شده است. در انتها الگوی بومی شده ارزیابی استقرار برنامه تدوین شده است.

یافته‌ها

ارتقای کیفیت و عملکرد نظام های ارائه خدمات بهداشتی یکی از بارزترین چالشهایی است که دولت‌ها و جوامع با آن روبرو هستند. یک راهکار برای ارتقای کیفیت خدمات استقرار نهادینه شده، یافته‌های شناخته شده پژوهشی و بالینی است که پیامدهای بهتری را به دنبال دارند[۱]. برنامه‌های تندرستی به مجموعه‌ای از خدمات و فعالیت‌های مرتبط با یکدیگر اطلاق می‌شود که به منظور مقابله با یک یا چند مشکل تندرستی طراحی و اجرا می‌شود. با مرور برنامه‌های جاری در نظام تندرستی سه گروه اصلی برنامه‌ها قابل تمیز است. این سه گروه با سه سطح پیشگیری از بیماری‌ها منطبق بوده و شامل برنامه‌های درمانی و توانبخشی، برنامه‌های غربالگری و برنامه‌های پیشگیری ابتدایی و اولیه است[۲]. یک برنامه بهداشتی و درمانی باید از نظر اثربخشی بالینی تأییدشده باشد. لیکن اثربخشی بالینی و مطالعات مرتبط با آن ضمن اهمیت ویژه خود تنها بخشی از مطالعاتی هستند که جهت اجرای یک برنامه جدید به اجرا درمی‌آیند. بخش دیگر این مطالعات، دربردارنده پژوهشهایی است که جهت استقرار برنامه بهداشتی و اجرایی شدن گام به گام برنامه‌ها ضروری است. این بخش از مطالعات، نیز اهمیت ویژه‌ای دارد چراکه ضمن آزمایش امکان اجرایی شدن گسترده برنامه سبب می‌شود برنامه اجرا شده با برنامه تدوین شده و مدنظر برنامه‌ریزان و سیاستگزاران تطابق داشته باشد و از تغییرات ناخواسته و انحرافات احتمالی و نامحسوس برنامه اجرایی از برنامه‌ای که مدنظر است پیشگیری می‌نماید. متأسفانه موانع استقرار موفق به‌خوبی شناخته نشده‌اند و راهکارهای معتبر برای تسهیل استقرار به‌ندرت به کار رفته‌اند. بدین‌ترتیب روشها و چارچوبهای جدید برای استقرار مورد اقبال قرار گرفته‌اند و منجر به ایجاد بنیاد پژوهش ارتقای کیفیت (QUERI) شده است که مراکز مربوط به این بنیاد چارچوب‌ها و ابزارهایی طراحی نموده‌اند که پاسخگوی چالشهای استقرار بوده و می‌تواند به عنوان منبعی برای سایر پژوهشگران در زمینه توسعه علم استقرار قرار گیرد[۱]؛ چراکه ارزیابی برنامه (مداخله) ای که در آینده در نظام بهداشتی استقرار خواهد یافت با ارزشیابی برنامه (مداخله)هایی که در حال اجرا هستند تفاوت‌هایی دارد. مدیریت این برنامه‌ها شامل فعالیت‌هایی مانند دلیل ارائه برنامه، انتخاب برنامه و امکان‌پذیری اجرای آن که قبل از اجراء ضرورت دارد و نقطه عطف تبدیل این مرحله به اجرا است، سرآغاز مراحل متعددی از اجراء همراه با پژوهش‌های هر مرحله است که به سرنوشت برنامه مبنی بر فراگیر شدن برنامه یا تعدیل برنامه منجر خواهد شد، در حالی که در برنامه‌های جاری؛ مهمترین وظیفه مجریان صیانت از استانداردهای برنامه‌است. پایش به مجموعه فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که با هدف صیانت از استانداردهای منابع، و روش انجام فعالیت‌های برنامه انجام شده و پس از اجرای برنامه براساس استانداردهای آن، سؤال طراحان و مجریان برنامه آن است که برنامه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.2.7]

چه دستاوردی داشته است و تا چه اندازه اهداف مورد نظر از اجرای آن حاصل شده است. برای یافتن پاسخ این سؤال باید اقدام به ارزشیابی برنامه کرد. ارزشیابی فعالیت‌هایی را در برمی‌گیرد که با هدف تعیین دستاوردهای برنامه انجام می‌شود. در قیاس با پایش که اقدامی ناظر به فعالیت‌هاست، ارزشیابی به نتایج چشم می‌دوزد. بدیهی است که بدون روشن‌کردن تغییرات یا نتایج مورد انتظار از اجرای برنامه، اندازه‌گیری آنها امکان‌پذیر نیست[۲]. ارزشیابی برنامه در سطح ارزیابی پیامد حاصل از برنامه روی می‌دهد. در واقع ارزشیابی پیامد از ارزشیابی فرآیند (بر مبنای برنامه) متمایز و متفاوت است زیرا به منظور اندازه‌گیری اثر برنامه بر جمعیت عمومی است. تنها نتایج اندازه‌گیری در سطح جمعیتی می‌تواند موضوع یک ارزشیابی پیامد باشد. در زبان علمی ارزشیابی، دو نوع متفاوت پیامدهای واسط (effects) و پیامدهای نهایی (impacts) مشخص شده‌اند. نمایه‌هایی که تحلیل پیامد را از سایر اشکال ارزشیابی متمایز می‌سازد بر دو مساله متمرکز است: ۱- برقرارسازی ارتباطی علیتی بین اندازه‌گیری‌های در سطح برنامه و پیامدهای اندازه گرفته شده در سطح جمعیتی بر مبنای اطلاعات در سطح جمعیت. ۲- جداسازی اثر برنامه از سایر عوامل مؤثر بر پیامد نهایی مورد نظر برنامه با شاخص‌هایی نظیر تعیین سطح تغییر مورد انتظار در صورت عدم اجرای برنامه مشخص می‌شود. روشهای مختلف رویکردهای مختلف را برای بیان این مسایل دارند. هر روش قوتها و ضعفهایی را داراست. بیشترین محققان بر این نظرند که طراحی‌های تجربی تصادفی شده بطور مناسب قویترین و مطلوبترین طراحی تحقیق برای مطالعات اثر نهایی هستند. در جایی که مطالعات تجربی تصادفی شده بکار نروند، تحلیل‌های رگرسیون چند سطحی، با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای قابل اعتماد و اطلاعات در سطح جامعه که می‌تواند به اطلاعات جمعیتی مرتبط شود مورد نیاز هستند. به‌طور ایده‌آل، برنامه‌های طولی (در طول زمان) و اطلاعات جمعیتی برای مطالعات ارزشیابی ممکن است در دسترس باشند[۳].

از زاویه‌ای دیگر برای ارزشیابی انواعی قائل شده‌اندکه یک دسته بندی از آن در ذیل ارائه می‌شود؛

انواع ارزشیابی[۴]

۱. ارزیابی نیازها، دارایی‌ها و امکان اجرای برنامه
۲. پایش برنامه
۳. ارزشیابی فرآیند
۴. ارزشیابی محتوی
۵. ارزشیابی نتایج و یا ارزشیابی میزان دستیابی به هدفها

۱. ارزیابی نیازها و امکان اجرای برنامه: این ارزیابی، قبل از شروع برنامه انجام می‌شود و مشخص‌کننده تقاضا برای ارائه سرویس جدید و یا کمبودهای موجود در نحوه ارائه خدماتی است که از قبل موجود بوده است. ارزیابی نیازها تعیین‌کننده هدفها، نحوه اجرا، ساختار برنامه و منابع مورد نیاز است. ارزیابی دارایی‌ها، مشخص کننده منابع انسانی، سازمانی و اجتماعی است که براساس آن برنامه براساس آن شکل می‌گیرد. بررسی اجرایی بودن یک برنامه از دو جنبه پذیرش برنامه و ایجاد حس مثبت نسبت به الگوی ارزشیابی و همچنین از لحاظ عملی بودن و امکان اجرای فعالیتهای پیش‌بینی شده و با قابلیت دسترسی به هدفها اهمیت دارد.

۲. پایش برنامه: پایش، به صورت نسبتاً مستقیم، به دنبال رد پای خدمات ارائه شده و تعداد افراد گیرنده خدمات است. پایش هر برنامه، همانند ارزشیابی فرآیند، توضیح‌دهنده دوره انجام پروژه و فعالیت‌های مرتبط با آن و همچنین نیازهای مدیریتی و سایر منابع مورد نیاز است.

۳. ارزشیابی فرآیند: این نوع ارزشیابی، فراهم‌کننده اطلاعات برای ارتقای چهارچوب، مستندسازی و اداره برنامه است. همچنین هدف از این ارزشیابی، تقویت برنامه به وسیله ارائه بازخورد در خصوص نحوه اجرا و میزان پیشرفت‌ها و موفقیت‌ها است. اطلاعات مناسب در ابتدا در جریان اجرای برنامه جمع‌آوری می‌شود. بنابراین تغییرات لازم در جهت افزایش کارایی برنامه صورت می‌گیرد و نیاز به انتظار تا پایان برنامه نیست. این نوع ارزشیابی برای تمام برنامه‌ها مفید خواهد بود اما بیشتر مناسب برنامه‌هایی است که چند سال به طول می‌انجامد و از آنجایی که جزئیات برنامه را توضیح می‌دهد، قابل تطابق با سایر موقعیتها بوده و برای استفاده سایرین مفید است.

۴. ارزشیابی محتوی: این ارزشیابی برای فراهم ساختن اطلاعات در خصوص تعیین نحوه اجرا و یا محیطی که برنامه قرار است در آن اجرا شود، در نظر گرفته شده است. براساس این نوع ارزشیابی، می‌توان دریافت که چگونه وضعیتی خاص، قادر به تسهیل و یا کند کردن موفقیت برنامه بوده است.

نکته مهم قابل تعمق در این ارزشیابی این است که قابلیت تعیین ضرورتهای هر هدف اختصاصی با در نظر گرفتن فاکتورهای اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، جغرافیایی و یا فرهنگی را دارا است.

۵. ارزشیابی نتایج: توضیح دهنده این است که برنامه، تا چه حد توانسته است به هدفهای تعیین‌شده دسترسی یافته، و مشخص

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.2.7]

کننده آن قسمت از برنامه است که از قبل پیش‌بینی نشده بوده و در جریان فرآیند اجرای برنامه به وجود آمده است؛ و به بررسی میزان تاثیرات مثبت یا منفی آن می‌پردازد. نتایج ممکن است به صورت کوتاه‌مدت و یا بلندمدت در نظر گرفته شود و می‌توان از گروه کنترل یا شاهد و مورد در این نوع ارزشیابی بهره جست. اهمیت این نوع ارزشیابی این است که به اتخاذ تصمیم‌های عمده مبنی بر ادامه برنامه و گسترش، یا محدود کردن آن کمک می‌کند.

همچنین در تقسیم‌بندی کلی، ارزشیابی به دو بخش ارزشیابی تکوینی Formative و ارزشیابی تعینی Summative تقسیم می‌شود[۴].

ارزشیابی تکوینی

در مراحل ابتدایی برنامه انجام شده و بیانگر سؤالاتی در خصوص نحوه اجرای برنامه و طرح‌های جاری است و ارزیابی‌کننده فرآیند، در مقایسه با محصول تلقی می‌شود. سؤالات قابل طرح در این نوع بررسی عبارتند از:

- آیا تجهیزات به موقع دریافت شده است؟
- آیا در تعداد قابل انتظاری از مراجعین ارتقای دانش یا عملکرد ایجاد شده است؟
- چه مهارتهایی آموزش داده شده است؟
- یا در جریان اجرای برنامه از تجهیزات مناسب استفاده شده است؟

اهمیت این نوع ارزشیابی در این است که در دستیابی به مشکل و حل‌کردن آن در مراحل اولیه اجرای برنامه کمک می‌کند. براساس این ارزشیابی، می‌توان علت نتایج مختلف برنامه را دریافت و اجرای و اجرای برنامه را ارتقاء بخشید. از طرف دیگر بستری مناسب برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز ارزشیابی تعینی فراهم آورد؛ که این در پیش‌بینی نتایج حاصل از ارزشیابی تعینی کمک کننده است.

دستاورد و نتایج حاصله از ارزشیابی تکوینی

اقداماتی که در ارزشیابی تکوینی صورت می‌پذیرد	سؤالاتی که به آن پاسخ داده می‌شود
ارزیابی نیازها	چه کسی به برنامه نیاز دارد؟ میزان این نیاز چقدر است؟ این نیاز چگونه برطرف می‌شود؟
قابلیت ارزیابی	آیا قابلیت ارزشیابی وجود دارد؟ چه کسی باید ارزشیابی را انجام دهد؟ توصیف برنامه، گروه هدف و نتیجه احتمالی
پذیرش ساختاری	توصیف برنامه، گروه هدف و نتیجه احتمالی
ارزیابی نحوه اجرا	آیا برنامه درست انجام شده است؟
ارزشیابی فرآیند	در مقایسه با سایر فرآیندها و دیگر فرآیندها آیا برنامه مفید بوده است؟

ارزشیابی تعینی

این نوع ارزشیابی به بررسی نتایج حاصل از برنامه و یا تعیین میزان دستیابی به هدف نهایی برنامه می‌پردازد. برای مشخص‌کردن ارتباط میان عامل‌های مختلف مؤثر در نتایج همانند ارزشیابی تکوینی بسیاری از داده‌ها که در این ارزشیابی استفاده می‌شوند، در ابتدای اجرای برنامه جمع‌آوری می‌شوند. این اطلاعات از قبیل اطلاعات پایه و نمره پیش آزمون است. البته قسمت عمده‌ای از اطلاعات در پایان برنامه و زمانی که اجرای برنامه خاتمه یافته و دیگر امکان تغییر در برنامه نیست جمع‌آوری می‌شود. همچنین در بررسی روشهای ارزشیابی به الگوهایی[۵] برخورد می‌نماییم. نظیر؛ Context Input Process Product Evaluation (CIPP) در این رویکرد ۴ کلمه کلیدی که نشان‌دهنده ۴ حیطه با اهمیت است مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد:

- زمینه "Context" (چه موضوعی مورد نیاز است انجام شود؟)
- درون‌داد "Input" (چگونه آن مورد انجام می‌شود؟)
- فرایند "Process " (آیا آن مورد انجام می‌شود؟)
- محصول" Product " (آیا مورد با موفقیت انجام شد؟)

طرح اولیه این الگو در سال ۱۹۶۶ توسط استافل بیم مطرح شد که در آن زمان به "فرایند" و محصول تأکید شده بود و یکسال بعد "زمینه" و "درون‌داد" نیز بدان افزوده شده و شامل اجزای اساسی ذکر شده گردید. نکته اصلی در ارزشیابی "زمینه" موضوع نیازسنجی و در ارزشیابی "درون‌داد" ارزیابی استراتژیهای قابل جایگزینی یکدیگر برای ارائه برنامه بود. تغییرات دیگر برنامه نیز در سالهای بعد رخ داد و آخرین طرح آن الگویی است که ۴ جزء اصلی داشته و جز محصول آن نیز خود ۴ جزء دارد. از مقوله‌های با اهمیت دیگری که در ارزشیابی برنامه‌های به چشم می‌خورد، بررسی پایداری برنامه است که در ذیل به اجمال ذکر شده است. بعد از طراحی هر برنامه و بررسی امکان‌پذیری "Possibility" و سهولت اجرای "Feasibility" مربوط به آن برنامه، یکی از موضوعات با اهمیت در اجرای برنامه، وضعیت استمرار برنامه است. موضوعات مورد ارزشیابی در این زمینه متنوع بوده و شامل این موارد هستند: سیاست، برنامه/ پروژه، فرایند/ خدمات، محصول/ نتایج / پیامد/ اثرات، عملکرد، سازمان/ موسسه.

ارزشیابی پایداری (برنامه)

این ارزشیابی زمانی است که کیفیت، ارزش و اهمیت فعالیت‌های در حال انجام برای ادامه برنامه تعیین‌شده و در واقع وضعیت موجود استمرار برنامه بررسی می‌شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.2.7]

- چقدر برنامه مورد نظر مورد حمایت است؟
- آیا برنامه مورد نظر می‌تواند ادامه یابد؟

ارزشیابی (برنامه) برای پایداری[۶]

این ارزشیابی زمانی است کـه کیفیـت، ارزش و اهمیـت موجـود در انتشار پیامدها و اثرات برنامه در شرایط استمرار برنامه تعیین‌شـده و این پاسخ فراهم می‌شود که چقدر برنامه مورد نظر در توسعه پایـدار سهیم است؟

از آنچه ذکر شد می‌توان نتیجه گرفت در زمـانی کـه ارتقـای پیامـد بیماران با استفاده از بهترین روش‌های بالینی مطرح می‌شود موضوع برنامه‌ای جدید و استقرار اولیه آن شکل می‌گیرد، و بی‌تردیـد نتـایج پژوهش‌ها و ارزیابی‌های مـرتبط بـه اسـتقرار ایـن برنامـه جدیـد در تصمیم‌گیری منطقی و علمی و تعیـین سرنوشـت آن مـؤثر خواهـد افتاد. در واقع استفاده از بهترین روشهای بالینی و ارتقای پیامد بیمـاران هدف مطالعات استقرار برنامه است. به‌طوری که فاصـله بـین روش‌هـای بالینی در حال ارائه با بهترین روشهای در دسترس کمتر شـود. مراحـل کلیدی شش مرحله‌ای بدست آمده در بنیاد پژوهشی ارتقای کیفیـت در طی زمان تکامل یافته است که توسط یک تیم محوری مطالعه می‌شود. در ذیل خلاصه‌ای از این مراحل ثبت شده است:

- انتخاب وضعیتی از جمعیت مورد هدف که بـه عنـوان بیمـاری یـا ناتوانی با خطر بالا باشد و یا دارای بار بیماری بالایی است.
- شناسایی بهترین روش بالینی، توصیه‌ها و دستورالعمل‌ها
- معین نمودن شکاف کیفیتی و عملکردی (بین آنچه در حال اجـرا است و آنچه به عنوان بهترین روش شناخته شده است)
- استقرار برنامه‌های ارتقاء
- ارزیابی برنامه‌های ارتقاء از جهت وضعیت پیامد برنامه
- ارزیابی برنامه‌های ارتقاء از جهت وضعیت کیفیت مرتبط به سلامتی

که برای گذر از مراحل فوق اطلاعاتی مورد نیاز است که از روشهای ذیل قابل دسترسی است.

- شرایط گروه‌های هدف در جمعیت و بیماری‌ها و توانایی‌های آنـان در سازمان‌های بهداشتی مرتبط وجود داشته و می‌توان براساس این اطلاعات اولویت‌بندی نمود.
- مطالعات نظام‌مند و یا نظرات صاحب‌نظران شناسایی بهترین روش بالینی شامل می‌شود.

"الگوی بومی‌شده استقرار برنامه" در ذیل ارائه می‌شود.

- مطالعه فرایندهای مراقبت موجود وضعیت‌های بالینی و تفاوت آن از بهترین روش بالینی
- جستجوی ادبیـات جهـت یـافتن مـداخلات اسـتقرار و راهکارهـا و ابزارهای تغییر نظیـر مـواد آموزشـی، محتویـات بـالینی و .... و لحـاظ چارچوب مفهومی و طراحی مطالعه و تسهیل جهت استقرار برنامه
- هر دو نوع ارزیابی تکوینی و تعینی باید لحـاظ شـود. موانـع اجـرای برنامه در پایگاه (مراکز) هایی که برنامه به اجراء درآمده اسـت بررسـی شود. همچنین تحلیل‌های هزینه‌ای یا شغلی نیز لحاظ شود[۱،۷].

یکسری فعالیت‌های پژوهشی تکمیلی نیز در کنـار ارزیـابی اسـتقرار برنامه‌های بهداشتی وجود دارد. برخی از این فعالیت‌ها شامل: روشها و معیارهای مربوط به منابع داده‌ها، ابزارهای بیماریابی و غربـالگری، ساختارهای فرایندها و پیامدهای مراقبت‌هـای بهداشـتی اسـت[۱]. البته به‌رغـم اینکـه ایـن فعالیتهـای تکمیلـی خـارج از بدنـه شـش مرحلـه‌ای ذکـر شـده انجـام مـی‌شـوند، نقـش ویـژه‌ای در ارزیـابی اثربخشی برنامه دارند. مراحل فـوق‌الـذکر در اسـتقرار مراقبـت‌هـا و خدمات بهداشتی و درمانی متفاوتی به کار رفته است[۹ ، ۸] ضـمن اینکه این الگو پیوسته در حال بررسی و پیشرفت است[۱۰،۱۱].

بحث و نتیجه‌گیری

مراحل ارائه شده در فصل یافته‌ها پس از بررسی در جلسـه صـاحب نظران تغییراتی نمود. این تغییرات شامل افزوده شدن مرحلـه ارائـه برنامه و جزییات آن بعد از مرحله ۳ و نیز تکمیل برخـی مراحـل بـا توجه به تجـارب و شـرایط برنامـه‌ریـزی ملـی در کشـور جمهـوری اسلامی ایران است. نتایج حاصل به صورت پرسشـنامه‌ای در اختیـار سایر صاحب‌نظران نیز قرار گرفت. این صاحب‌نظران در حیطـه‌هـای تخصصی آموزش بهداشت، مدیریت خـدمات بهداشـتی و درمـانی و بهداشت مادر و کـودک دارای سـوابق علمـی و مـدیریتی بـوده و از جوانب متفاوت به الگـوی پیشـنهادی پرداختنـد. بـه‌طـوری کـه در کاربرد اصطلاحات در هر مرحله و جزییات اقـدامات بـا لحـاظ ابعـاد علمی و نیز شرایط اجرایی در سیستم ارائه خدمات موجـود کشـور، در هر مرحله نکات ویژه‌ای مورد تأکیـد قـرار گرفـت. بـه‌طـور کلـی اصلاحات و تغییراتی بر اساس کلیه تبادل نظرات علمـی فـوق‌الـذکر شکل گرفت که منجر به ایجاد گام‌های اسـتقرار برنامـه، هـدف هـر گام، فعالیتها و دستاورد مورد انتظار در هر گام شده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.2.7]

الگوی بومی‌شده استقرار برنامه

استقرار	هدف	فعالیت	دستاوری
گام ۱			
	نیازسنجی و الویت‌بندی	مشخص نمودن معیاری که گروه هدف برنامه/مداخله را تعیین می‌کند. نظیر: - بار بیماری - بار مشکل - گروه پر خطر - نتایج ارزشیابی‌های قبلی در نظام سلامت - هر معیاری که نمود خود را در برنامه‌های توسعه، تعهدات ملی، منطقه ای یا بین‌المللی نشان می‌دهد	تعیین نیاز بهداشتی، درمانی تعیین گروه/ گروه‌های هدف
گام ۲			
	شناسایی مداخلات مناسب	بررسی برنامه/مداخله‌ها برای پاسخ‌گویی به نیاز بهداشتی، درمانی گروه هدف	تدوین برنامه/مداخله جدید (برنامه/مداخله‌ای که بهترین عملکرد را در پاسخگویی به نیاز بهداشتی، درمانی گروه هدف در بردارد)
گام ۳			
	ارزیابی برنامه‌های در حال اجرا به منظور ادغام برنامه/مداخله جدید	- بررسی برنامه/مداخله‌های در حال اجرا در رابطه با گروه هدف انتخابی - مقایسه برنامه/مداخله‌های در حال اجرا با برنامه/مداخله جدید	- تعیین اجزای برنامه‌های در حال اجرا (ارائه دهندگان،فرآیندها، تجهیزات و ساختار) - تعیین میزان هم پوشانی اجزای برنامه‌های در حال اجرا و برنامه/مداخله جدید - شناسایی موانع و تسهیل کننده‌های ادغام برنامه/مداخله
گام ۴			
	برنامه‌ریزی عملیاتی	تدوین برنامه عملیاتی جهت ادغام برنامه/مداخله جدید	- تعیین ارائه دهندگان، مواد و تجهیزات مورد نیاز برای ادغام و نحوه نظارت - متون و ابزارهای آموزشی برنامه/ مداخله جدید - متون علمی حامی برنامه/مداخله جدید - تعیین سیاستهای مورد نیاز اجرای برنامه
گام ۵			
	اجرای برنامه	- تعیین معیار انتخاب محل‌های اجرای برنامه - تعیین زیرساختهای اجرای برنامه باتوجه به منابع مورد نیاز و شرایط مراکز موجود	- انتخاب مرکز واجد شرایط - برنامه‌آماده‌سازی مراکز انتخابی - برنامه ظرفیت‌سازی منابع انسانی
۵-۱	اجرای برنامه در یک مرکز	- آماده سازی مرکز انتخابی - ظرفیت‌سازی منابع انسانی - اجرای فرآیندها - پایش سهولت اجرای برنامه	- تعیین وضعیت سهولت اجرا (تسهیل کننده‌ها، موانع و مقبولیت) - ایجاد زیرساخت زمان سنجی، کارسنجی، بررسی هزینه برنامه
۵-۲	اجرای برنامه در چند مرکز	- اصلاح برنامه عملیاتی، برنامه آماده سازی و ظرفیت‌سازی طبق نتایج مرحله ۱ – ۵ - رضایت سنجی مشتری داخلی و خارجی - پایش فرآیندهای برنامه از نظر کمی و کیفی - بررسی هزینه‌های برنامه	- تعیین میزان رضایت ارائه دهندگان برنامه - تعیین میزان رضایت گیرندگان خدمات در برنامه - تعیین وضعیت استقرار برنامه (چه اجزایی از برنامه و با چه کیفیتی تحقق یافته است؟) - تعیین وضعیت هزینه‌های برنامه
۵-۳	اجرای برنامه در چند منطقه متفاوت	- اصلاح برنامه عملیاتی،آماده سازی و ظرفیت سازی طبق نتایج مرحله ۲ – ۵ - ارزشیابی برنامه در سطح برونداد - بررسی اثر اختصاصی و عمومی برنامه - بررسی هزینه‌اثربخشی برنامه	- تعیین وضعیت پوشش - تعیین وضعیت پیامدهای میان مدت - تعیین وضعیت گروه‌های هدف نظیر: • کیفیت زندگی • آگاهی، نگرش و عملکرد • سایر تغییرات سطح سلامتی گیرندگان خدمات - تعیین پیامدهای برنامه روی خانواده - تعیین و پیامدهای برنامه روی سیستم - تعیین میزان هزینه ـ اثربخشی برنامه
گام ۶			
	توسعه برنامه	- نهایی کردن برنامه براساس نتایج مراحل اجرای برنامه - تعیین زیرساختهای قانونی، اداری، مالی، علمی مورد نیاز - تعیین نقش، سهم و نحوه هماهنگی با سایر سازمانهای ذی نفع	- تصویب سیاستهای مرتبط به برنامه - ظرفیت سازی و آماده‌سازی سایر سازمان‌های ذی نفع - ظرفیت سازی بخش سلامت جهت توسعه برنامه در سطح کشوری (ملی) - آماده‌سازی زیرساختهای قانونی، اداری، مالی و علمی مورد نیاز

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.2.7]

توضیحات تکمیلی به تفکیک هر گام در ذیل ارایه شده است:

گام ۱: براساس یافته‌های مطالعات در جمعیت تحت پوشش و گروه‌های مختلف جمعیتی (بررسی گروه‌های پرخطر، بار بیماری‌ها، بار عوامل خطر)، نتایج ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی، درمانی، تعهدات نظام سلامت براساس اسناد بالا دستی (نظیر برنامه‌های توسعه ملی، منطقه‌ای، بین‌المللی) موضوعات در اولویت مشخص شوند. در واقع نیازهای بهداشتی، درمانی در اولویت که نیازمند برنامه/مداخله جدید هستند در این گام خود را نشان می‌دهند. با توجه به نیاز شناسایی شده، گروه/گروه‌های هدف و یا مسئله/مسائل مورد نظر مشخص می‌شوند.

گام۲: برنامه‌ها/مداخلات پاسخ‌گو به نیاز بهداشتی گروه هدف بررسی شوند با توجه به معیار مناسب بودن از نظر علمی و متناسب با نظام ارائه خدمت بهترین برنامه یا مداخله برای پاسخ‌گویی به نیاز گروه/گروه‌های هدف تعیین شود. جهت انجام اقدامات فوق‌الذکر جایگاه سازمانی مسئول و یا گروه صاحب‌نظر و متخصصان که از اجماع دانش و تجربه آنان استفاده می‌شود باید مشخص باشد.

گام۳: در این گام برنامه‌های مداخله‌ای در حال اجرا برای گروه/گروه‌های هدف بررسی شود. عوامل و مؤلفه‌های برنامه‌های جاری (ارائه‌دهندگان، فرآیندها، تجهیزات، ساختار) تعیین‌شده و با مؤلفه‌های برنامه جدید مقایسه گردد. در این مقایسه میزان هم‌پوشانی برنامه‌های جاری و برنامه جدید معین شود. تسهیل کننده‌هایی که به اجرای برنامه جدید کمک می‌کند، مشخص شود. موانع اجرای برنامه جدید مشخص شود.

گام۴: تدوین برنامه عملیاتی به‌طوری که با کمترین آسیب و صرف منابع برنامه جدید اجراشود. ابزارها و روشهای آموزشی مشخص شوند.

گام ۵: نیازها و ظرفیت‌های مراکز ارائه دهنده خدمات برنامه جدید بررسی شود. میزان آمادگی مراکز ارائه دهنده خدمات جهت تغییر مشخص شود. مراکز انتخابی مشخص شده و برنامه آماده‌سازی و ظرفیت‌سازی براساس برنامه عملیاتی و زیرساخت‌های مورد نیاز تدوین شود.

گام ۵ ـ مرحله ۱: در مرحله اول گام ۵، اجرای آزمایشی جهت استقرار برنامه و دستیابی به وضعیت سهولت اجرای آن در یک مرکز انتخابی انجام شود. قبل از اجرا، آماده‌سازی و ظرفیت‌سازی مرکز انجام شود. در زمان اجرای فرآیندها، اجرای برنامه پایش شود. مقبولیت برنامه جدید و توصیه‌ها و دستورالعمل مورد نیاز، موانع اجرای فرایندهای مرتبط در این مرحله مورد ارزیابی قرار گیرد.

گام ۵ - مرحله ۲: در مرحله دوم گام ۵، پس از اصلاح برنامه براساس دستاوردهای مرحله اول، برنامه/مداخله جدید در ۴ تا ۶ مرکز اجرا و با گستردگی بیشتر مطالعه شود. مطالعات تجربی و نیز ارزشیابی تکوینی در این فاز انجام شود. ضروریات و منابع مورد نیاز برنامه مشخص‌تر شده و قابلیت برنامه برای گستردگی بیشتر بالارود. هزینه‌های اجرای برنامه در این مرحله بررسی شود.

گام ۵ - مرحله ۳: برنامه/ مداخله جدید پس از اصلاح بر اساس دستاوردهای مرحله دوم در تعداد مراکز بیشتر و در مناطق گسترده‌تر اجرا شود. ارزشیابی برنامه در سطح برونداد انجام شود و اثر اختصاصی و عمومی برنامه سنجش شود. در زمانی که مدت و وسعت اجرای برنامه کفایت لازم برای بررسی اثر اختصاصی برنامه را دارا نباشد بررسی اثر عمومی برنامه قابل اهمیت و ضروری است. از اثرات عمومی برنامه می‌توان کیفیت زندگی، آگاهی، نگرش و عملکرد گروه هدف را نام برد. با ذی‌نفعان در سطح محلی و منطقه‌ای ارتباط بیشتری برقرار شود. با بررسی پیامدهای برنامه بر روی خانواده، نظام سلامت و هزینه اثربخشی برنامه اطلاعات لازم برای توسعه و ملی‌شدن برنامه آماده شود.

گام ۶: براساس نتایج مراحل پیشین اجرای برنامه و امکانات موجود و سیاستهای حاکم بر کشور، توسعه برنامه در سطح کشور ارزیابی شود. براساس نتایج ارزیابی برنامه نهایی‌شده و سیاستهای آن در مراجع قانونی مرتبط مصوب شود. زیرساختهای قانونی، اداری، مالی و علمی مورد نیاز جهت اجرای برنامه، رهبری مناسب و حمایت علمی از آن تعیین و تأمین شود. ظرفیت‌سازی در بخش مربوط و همچنین در سایر بخش‌ها سازمان‌های ذی‌نفع براساس سهم و نقش آنها انجام شود.

سهم نویسندگان

فرزانه مفتون: نویسنده اصلی، طراح و مجری

فرانک فرزدی: همکاری در تجزیه و تحلیل اطلاعات و نهایی‌سازی الگوی بومی شده

افسون آیین‌پرست: همکاری در جمع‌آوری اطلاعات

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از صاحب نظران در رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، بهداشت خانواده و آموزش بهداشت که در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.2.7]

بومی‌شدن الگوی ارائه شده همکـاری نمـوده‌انـد صـمیمانه تشـکر و قدردانی می‌نماییم. همچنین از سرکار خانم فاطمه ریاضی و سـرکار خانم فریبا رسولی که در بـه انجـام رسـیدن ایـن مطالعـه همکـاری داشته‌اند قدردانی می‌شود.

منابع

1. Stetler CB, Mittman BS, Francis J. Overview of the VA Quality Enhancement Research Initiative (QUERI) and QUERI theme articles: QUERI Series. Implementation Science 2008; 3: 8

2. Ábolhassani F. Health Programs Management, Systematic Approach for Efficient Improving. 1st Edition, Baraye Farda Publication: Iran, 2004 [Persian]

3. Buckner BC, Tsui Ao, Hermalin AI, Mckaig C. A guide to methods of family planning program evaluation, 1965 - 1990. 1st Editon, USAID publisher: USA, 1995

4. Farshadfar F, Hadadi M, Naeli J, et all. Performance Monitoring of Health System Managers, Health vice chancellor, Health system Reform unit. 1st Edition, Andishman publisher: Iran, 2005

5. Stufflebeam D.L. CIPP evaluation model checklist, WWW.mich.edu.evalctv/checklists 2002

6. Schroter D.C. Sustainability Evaluation Checklist, revised in May 2008, http://www.sustainability eval.net/ SEC.html

7. Curran GM, Mukhrrjee S, Allee E, Owen RR. A process for developing an implementation: QUERI Series Implementation Science 2008; 3: 17

8. Brown AH, Cohen AN, Chinman MJ, Kessler C, Young AS. EQUIP: implementing chronic care principles and applying formative evaluation methods to improve care for schizophrenia: QUERI Series. Implementation Science 2008; 3: 9

9. Sterler CB, Legro MW, Rycroft-Malone J, Bowman C, Curran G, Guihan M, Hagedorn H, Pineros S, Wallace CM. Role of external facilitation in implementation of research findings: a qualitative evalution of facilitation experiences in the veterans health administration. Implementation Science 2006; 1: 23

10. Wallace CM, Legro MW. Using formative evalution in a implementation project to increase vaccination rates in high- risk veterans: QUERI Series. Implementation Science 2008; 3: 22

11. Smith MW, Barnett PG. The role of economics in the QUERI program: QUERI Series. Implementation Science 2008; 3:20

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.2.7]

ABSTRACT

Assessment of a health program implementation: proposing a culturaly adapated model

Farzaneh Maftoon [1*], Faranak Farzadi [1], Afsoon Aeenparast [1]

1. Health Service Management Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 335-343
Accepted for publication: 15 April 2013
[EPub a head of print-17 June 2013]

Objective (s): The aim of this project was to offer a culturally adapted model for implementing a health programs.
Methods: First evidence collected from the literature. Then expert opinions were thought. Then data were synthesized to adapt a culturally tailored model for implementing a health program.
Results: The analysis indicated that health service delivery systems should be evidence-based. On the other hand health care quality requires appropriate implementation method. Prioritizing, feasibility and the different outcomes must be defined in implementing plan. Also for wide spread of a new program, considering health policies, stakeholders roles, and existing resources should be considered.
Conclusion: The findings suggest a six-step model for implementation of a health programs.

Key words: health program, implementation method, assessment, nativization, intervention

* Corresponding author: Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
Tel: 66480804
E-mail: fmaftoon@ihsr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.2.7]