

ارزشیابی برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی در مراکز مراقبت سلامت مبتنی بر الگوی CIPP (زمینه، درونداد، فرآیند و برون‌داد): مطالعه موردی استان قم

زهرا طاهری خرامه^۱، طاهره رمضانی^{۲*}

۱- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۲- استادیار، گروه سلامت سالمندی، دانشکده توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی عصبی-عضلانی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

*نویسنده رابط: t_ramezani533@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۶/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی وزارت بهداشت، به منظور حفظ و ارتقاء سلامت سالمندان طراحی شده و در حال اجرا است. برای تعیین اینکه چگونه این برنامه نیاز به اصلاح یا بهبود فرآیند دارد؛ یک ارزیابی جامع، ضروری به نظر می‌رسد. با وجود گذشت یک دهه از اجرای این برنامه، تاکنون پژوهشی در مورد ارزشیابی آن انجام نشده است؛ لذا این پژوهش با هدف ارزشیابی برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی وزارت بهداشت مبتنی بر الگوی CIPP (زمینه، درونداد، فرآیند و برون‌داد) در استان قم انجام شد. روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی مقطعی است. جامعه آماری، شامل کلیه کارکنان مراکز بهداشتی استان قم بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه دویبخشی شامل مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه محقق‌ساخته ارزشیابی برنامه جاری مراقبت سالمندان براساس چهار حیطه الگوی ارزشیابی CIPP بود. افراد دارای معیارهای ورود به مطالعه، به روش نمونه‌گیری سرشماری وارد مطالعه شدند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان $34/92 \pm 6/98$ سال و ۱۴۰ نفر ($84/3\%$) زن بودند. در حیطه زمینه، میانگین نمره گویه «نیاز گروه هدف به برنامه» $3/71 \pm 1/01$ و «شناسایی پتانسیل‌های سایر سازمان‌های تأثیرگذار در اجرای برنامه» $2/21 \pm 0/99$ بود. در حیطه درونداد، میانگین نمره گویه «مشخص شدن مخاطبان برنامه» $3/70 \pm 0/95$ و «بودجه و اعتبار لازم برای برنامه» $2/23 \pm 0/95$ بود. در حیطه فرآیند، میانگین نمره گویه «ارزیابی برنامه توسط مسئولان و پرسنل مجری» $3/16 \pm 0/90$ و «ثبات و نگهداری مشکلات پیش‌آمده در حین برنامه» $2/69 \pm 0/85$ بود. در حیطه برون‌داد، میانگین نمره گویه «رضایت از علاقه به کار و تعهد و وجدان کاری» $3/65 \pm 0/81$ و «انجام مطالعه موردی در این زمینه» $2/64 \pm 1/01$ بود. در ارزشیابی کلی برنامه، میانگین نمره گویه «ضرورت برنامه» $2/88 \pm 0/89$ و «کیفیت ارائه برنامه» $2/12 \pm 0/80$ بود.

نتیجه‌گیری: در پژوهش حاضر، ارزشیابی برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی وزارت بهداشت با استفاده از الگوی CIPP، منجر به شناسایی نقاط قوت و ضعف این برنامه با توجه به نقطه نظرات کارکنان مراکز بهداشتی استان قم گردید. بنابراین، سیاستگذاران و مسئولین امر می‌توانند با استفاده از این یافته‌ها، موجبات ارتقاء هرچه بیشتر این برنامه را فراهم آورند.

واژگان کلیدی: ارزشیابی، برنامه مراقبت ادغام‌یافته، سالمندان، الگوی CIPP

مقدمه

بیماری‌ها و مخاطرات شایع دوران سالمندی با توجه به اولویت‌ها و آموزش صحیح به فرد، خانواده و جامعه، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماری‌ها و اختلالات ایجادشده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانی‌های احتمالی، درمان عوارض ایجادشده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع می‌باشد (۶).

عرصه مراقبت‌های بهداشتی به مانند نیازهای کاربران خدمات به طور مداوم در حال تکامل است؛ لذا برای تعیین اینکه چگونه یک برنامه نیاز به اصلاح یا بهبود فرآیند دارد؛ یک ارزیابی جامع، ضروری بنظر می‌رسد. همچنین ضرورت پاسخگویی در قبال هزینه‌های انجام‌شده در پروژه‌های ملی مختلف، زمینه لازم برای بیان مفهوم ارزشیابی می‌باشد. ارزشیابی، روشی برای تحلیل وضعیت موجود سازمان و شناخت دقیق و ارزش‌گذاری عملکرد آن بر مبنای اهداف و منابع مصرف‌شده است (۷). رویکردهای متفاوتی برای ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی وجود دارد (۸)، که الگوهای ارزشیابی مبتنی بر مدیریت، یکی از انواع آنها می‌باشند.

از جمله معروف‌ترین الگوهای ارزشیابی مبتنی بر مدیریت، الگوی CIPP (زمینه (Context)، درون‌داد (Input)، فرایند (Process) و برون‌داد (Product)) است (۹). الگوی CIPP که برای اولین بار در سال ۱۹۷۱ میلادی توسط استافل‌بیم (Stufflebeam) معرفی شد؛ در تمام دنیا در پژوهش‌های کوچک و بزرگ، کوتاه‌مدت و بلندمدت بعنوان عملی‌ترین و معروف‌ترین الگوی ارزشیابی مورد استفاده قرار گرفته است و به مدیران و مسئولان برنامه‌ها کمک می‌کند تا با دریافت بازخوردی نظام‌دار از جریان امور، نیازهای مهم را در اولویت قرار داده و منابع موجود را در خدمت بهترین نوع فعالیت‌ها به کار گیرند (۱۰). الگوی CIPP، چارچوبی جامع را جهت هدایت پروژه‌ها، سازمان‌ها، سیستم‌ها و ارزشیابی برنامه‌ها فراهم می‌آورد، که متناسب با برنامه‌های جدید و پیچیده است. به‌کارگیری این الگو، امکان

در سال‌های اخیر، جمعیت سالمندان در سراسر جهان به دلایلی از جمله افزایش امید زندگی، کاهش میزان باروری و پیشرفت فناوری‌های نوین پزشکی افزایش یافته است. به‌گونه‌ای که سالمندی به یکی از پدیده‌های مطرح سالهای اخیر در عرصه بهداشت و سلامت جهان تبدیل گشته است (۱). براساس آمار سازمان جهانی بهداشت، بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۵۰ نسبت سالخوردگان به ۱۲ تا ۲۲ درصد افزایش می‌یابد، یعنی افزایش از ۹۰۰ میلیون تا ۲ میلیارد سالمند ۶۰ ساله خواهد رسید (۲). در ایران نیز جمعیت بالای ۶۰ سال تا سال ۲۰۲۰ حدود ۱۰ میلیون نفر و تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۶ میلیون نفر خواهد رسید (۳).

تغییر الگوی اپیدمیولوژیک بیماری‌ها در سنین سالمندی به سوی بیماری‌های مزمن، حاکی از ضرورت ارائه حمایت‌های بهداشتی، سیاست‌های پیشگیرانه و درمانی در راستای شناسایی عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده از سلامت این قشر می‌باشد. ارائه خدمات سلامتی به سالمندان از جمله مسئولیت‌های مهم نظام‌های مراقبت بهداشتی هر کشوری است که براساس برنامه‌های مدون ملی در سطوح مختلف مانند خدمات بالینی، بیمارستانی و بهداشتی ارائه می‌شود (۴).

با توجه به اهمیت تشخیص زودرس بیماری‌ها در سالمندی و نیز بی‌توجهی سالمندان یا خانواده آنان به برخی علائم خطر و مشکلات، انجام معاینات کامل و مداوم در این دوره سنی ضروری به نظر می‌رسد (۵). بدین‌منظور، دستورالعمل کشوری مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی (Integrated and Comprehensive Geriatric Care Program)، توسط اداره سلامت سالمندان تهیه و از سال ۱۳۸۸، جهت اجرا به کلیه مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی نظام سلامت کشور ابلاغ گردید. در مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی، سالمند از نظر بیماری‌های جسمانی و روانی دارای اولویت در کشور مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در این برنامه، تأکید بر پیشگیری از

بهداشت با استفاده از الگوی CIPP در استان قم در سال ۱۳۹۸ به اجرا درآمده است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۳۹۸ با هدف ارزشیابی برنامه جاری مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی وزارت بهداشت انجام شد. جامعه آماری این مطالعه، شامل کلیه کارکنان مراکز بهداشتی استان قم اعم از کارشناسان بهداشت عمومی، بهداشت خانواده و مامایی بود که تحت عنوان مراقبان سلامت در مراکز بهداشتی شهری، روستایی و پایگاه های سلامت استان قم مشغول به کار بودند، بود.

حجم نمونه در این مطالعه به روش نمونه گیری سرشماری تعیین شد. به این ترتیب، از میان حدود ۳۵۰ نفر از مراقبان سلامت استان قم، تعداد ۲۰۰ نفر با توجه به معیارهای ورود و خروج، بعنوان نمونه در نظر گرفته شدند؛ در ابتدا، لیستی از تمامی کارکنان مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم تهیه شد. سپس کارکنان با توجه به معیارهای ورود به مطالعه، شامل داشتن رابطه استخدامی با دانشگاه علوم پزشکی قم، آشنایی کامل با برنامه مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی، و سابقه کاری حداقل شش ماه در این برنامه، انتخاب شدند. از آنجا که تعداد کارکنان واجد شرایط، ۲۰۰ نفر بود، از تمامی این افراد دعوت به همکاری شد و به طور کامل در مطالعه وارد شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل مواردی چون تکمیل ناقص اطلاعات پرسشنامه بود، که در نهایت، منجر به حذف تعدادی از پرسشنامه ها از تحلیل نهایی شد.

داده ها توسط تیم تحقیقاتی که شامل پژوهشگران آموزش دیده بودند، جمع آوری شد. تیم تحقیقاتی پس از آگاهی از اهداف و روش های مطالعه، به مراکز مربوطه مراجعه کرده و با استفاده از ابزارهای پژوهش، داده ها را جمع آوری کردند. لازم بذکر است که برای اطلاع رسانی به افراد جامعه

ارزشیابی جامع از شرایط محیطی را فراهم می نماید. عمده مزیت استفاده از این الگو، جامعیت و کاربرد بیشتر آن نسبت به سایر الگوهای ارزشیابی است (۱۱).

اجزای این الگو که برای هدایت در تصمیم گیری به خدمت گرفته می شوند؛ شامل ارزشیابی زمینه، درونداد، فرایند و برونداد می باشد و دقت و اعتبار آن در مطالعات ارزشیابی مورد تأیید قرار گرفته است (۱۲، ۱۳). در این الگو، مفروض اصلی این است که هدف های کلی برنامه مشخص بوده، ملاک های ارزشیابی معین هستند. در صورتی که هدف های برنامه از قبل آشکار نباشد، در الگوی CIPP، از طریق ارزشیابی زمینه، به سنجش نیازها و اهداف برنامه پرداخته می شود. به این منظور، وضعیت موجود و مطلوب محیط و زمینه آن سنجیده می شود تا کیفیت اهداف برنامه مشخص شود. در مورد ارزشیابی دروندادهای برنامه مشخص می شود که برنامه های اجرایی تا چه اندازه در جهت برآوردن هدف ها بوده و اثربخشی داشته اند. در ارزشیابی فرایند، درباره چگونگی اجرای فعالیت ها قضاوت می شود، تا آشکار شود که فعالیت ها تا چه اندازه دستیابی به هدف ها را میسر می کند. بالاخره به وسیله این الگو می توان درباره بروندادها به قضاوت پرداخت و اثربخشی برنامه را آشکار نمود (۹).

با وجود اهمیت برنامه های مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی، تاکنون پژوهش های محدودی درخصوص ارزشیابی این برنامه ها به ویژه در سطح ملی و منطقه ای انجام شده است. در پژوهش های موجود، اغلب به بررسی جنبه های خاصی از برنامه های سالمندی پرداخته شده است، اما ارزشیابی جامع و چندجانبه ای که بتواند تمام ابعاد زمینه، درونداد، فرایند و برونداد را براساس الگوی CIPP پوشش دهد، انجام نشده است. این خلأ در مطالعات قبلی نشان دهنده نیاز به پژوهش هایی است که بتوانند با ارائه یک چارچوب جامع، ارزشیابی دقیقی از این برنامه ها ارائه دهند؛ لذا پژوهش حاضر با هدف ارزشیابی برنامه مراقبت ادغام یافته و جامع سالمندی وزارت

مطالعه برابر با ۰/۸۸ بود که نشان‌دهنده سطح قابل قبولی از پایایی ابزار است (۱۸).

پرسشنامه نهایی شامل ۶۲ سؤال در ۴ حیطه ارزیابی زمینه (۱۱ سؤال)، ارزیابی درونداد (۲۱ سؤال)، ارزیابی فرایند (۱۶ سؤال) و ارزیابی برونداد (۱۰ سؤال) بود. ۴ سؤال پایانی پرسشنامه هم مربوط به ارزشیابی کلی برنامه مورد نظر بود. در قسمت ارزیابی حیطه «زمینه» که شامل سئوالات ۱ تا ۱۱ بود، به بررسی میزان نیاز به برنامه و اهداف مورد نظر برای اجرای برنامه با سئوالاتی نظیر نیاز به وجود این برنامه، کافی بودن تحقیقات میدانی انجام‌شده برای راه‌اندازی این طرح، توجه به نیازهای گروه هدف و امکانات ذینفعان، هم‌راستا بودن اهداف و برنامه‌های طرح با تحقیقات علمی و غیره پرداخته شد. در حیطه «درون‌داد» پرسشنامه، به ارزیابی عناصر ورودی به برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی در جهت برآوردن هدف‌های آن پرداخته شد که شامل عناصر برنامه‌ریزی، تجهیزات، بودجه و منابع انسانی بود. بدین‌منظور، سئوالات ۱۲ تا ۳۲ در پرسشنامه مذکور طراحی گردید. در حیطه «فرایند»، قضاوت درباره چگونگی اجرای فعالیت‌ها با پرسیدن سئوالاتی در مورد میزان عملی کردن فلوچارت‌ها در حین اجرای برنامه، ارزیابی مداوم برنامه توسط مسئولان و پرسنل مجری، تلاش برای تغییر نگرش در گروه‌های هدف برنامه، فراهم شدن شرکت کارکنان در کارگاه‌های توسعه فردی، فراهم کردن مواد آموزشی تهیه‌شده در اختیار گروه‌های هدف و مطالبی از این دست، مورد بررسی قرار گرفت که شامل سئوالات ۳۲ تا ۴۸ پرسشنامه بود. در حیطه «برون‌داد»، به ارزیابی میزان رضایت کارکنان درگیر و گروه هدف از وضعیت اجرای برنامه پرداخته شد که شامل سئوالات ۴۸ تا ۵۸ پرسشنامه بود. پرسش‌های مربوط به این چهار حیطه، توسط گزینه‌های خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم پاسخ داده شدند. در نهایت، ۴ سؤال هم برای ارزشیابی کلی جهت بررسی میزان کیفیت و ضرورت

هدف، قبل از شروع جمع‌آوری داده‌ها، جلسه توجیهی در مراکز مراقبت سلامت برگزار گردید و افراد برای شرکت در مطالعه دعوت شدند. پرسشنامه‌ها بصورت خودگزارش‌دهی توسط کارکنان تکمیل و جمع‌آوری شدند. پرسشنامه مذکور متشکل از دو بخش بود؛ بخش اول شامل مشخصات جمعیت-شناختی کارکنان از قبیل؛ سن، جنس و مدت سابقه کاری بود. بخش دوم، پرسشنامه محقق‌ساخته ارزشیابی برنامه مراقبت-های ادغام‌یافته و جامع سالمندی وزارت بهداشت بود. در این مطالعه، ابتدا جهت طراحی پرسشنامه ارزشیابی برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی مبتنی بر الگوی CIPP، یک مرور جامع از متون کتابخانه‌ای و پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر انجام شد. با توجه به اصول الگوی ارزشیابی CIPP، مخزن گویه‌های پرسشنامه برای هر چهار حیطه این الگو (زمینه، درونداد، فرآیند و برونداد) طراحی گردید (۱۴). پس از طراحی اولیه پرسشنامه، جهت بررسی روایی آن از روش‌های روایی صوری و محتوایی کیفی و کمی استفاده شد. پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان در زمینه‌های آموزش بهداشت، پرستاری و سالمندی قرار گرفت تا براساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، جایگاه گویه‌ها و امتیازدهی مناسب، ارزیابی و بازخوردهای لازم را ارائه دهند (۱۵). در ادامه، روایی محتوایی کمی پرسشنامه با استفاده از دو شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) بررسی شد. برای سنجش CVR، از پانل متخصصان درخواست شد تا ضرورت هر گویه را براساس طیف لیکرت سه درجه‌ای ارزیابی کنند. سپس شاخص CVR برای هر گویه محاسبه گردید (۱۶). جهت تعیین شاخص CVI، پرسشنامه در اختیار متخصصان قرار گرفت و آنها «مربط بودن» هر گویه را در مقیاس لیکرتی چهار درجه‌ای امتیازدهی کردند (۱۷). گویه‌های دارای امتیاز بالاتر از ۰/۷۹، مناسب تشخیص داده شدند (۱۶). برای تعیین پایایی پرسشنامه، از روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای این

براساس جدول شماره ۲، نتایج ارزشیابی حیطه درون داد بیشترین میانگین نمره مربوط به گویه «در این برنامه مخاطبان مشخص شده است» و کمترین میانگین نمره مربوط به «بودجه و اعتبار لازم برای برنامه در نظر گرفته شده است» بود.

جدول شماره ۳ نتایج ارزشیابی حیطه فرآیند را نشان می دهد. بیشترین میانگین نمره مربوط به گویه «مسئولان و پرسنل مجری، برنامه را بطور مداوم ارزیابی می کنند» و کمترین میانگین نمره مربوط به گویه های «مشکلات پیش آمده در حین برنامه ثبت و نگهداری شده است» و «برنامه با توجه به نیازسنجی ها و مشکلات پیش آمده به روز می شود» بود.

در جدول ۴ براساس نتایج ارزشیابی حیطه برون داد، بیشترین میانگین نمره مربوط به گویه «از علاقه به کار و تعهد و وجدان کاری خود رضایت دارید» و کمترین میانگین نمره مربوط به «مطالعه موردی در این زمینه انجام شده است» بود. نتایج ارزشیابی کلی برنامه حاکی از آن بود که بیشترین میانگین نمره مربوط به «ضرورت برنامه» و کمترین میانگین نمره مربوط به «کیفیت ارائه برنامه» بود (جدول ۵).

بحث

مطالعه حاضر با هدف ارزشیابی برنامه مراقبت ادغام یافته و جامع سالمندی وزارت بهداشت مبتنی بر الگوی CIPP در استان قم صورت پذیرفت. در بررسی های به دست آمده مشخص شد که مطالعه ای در مورد ارزشیابی برنامه مذکور به ویژه با استفاده از این الگوی ارزشیابی صورت نگرفته است. اما برنامه هایی در سطح ایران و جهان از قبیل؛ برنامه سلامت مادران در عرصه مراقبت های بهداشتی اولیه (۱۹)، برنامه آموزشی مراکز مشاوره قبل از ازدواج (۲۰)، برنامه آموزش سبک زندگی سالم به نوجوانان (۲۱)، دستیابی به اهداف آموزشی گروه های پرودنتیکس و سلامت دهان (۲۲)، برنامه خدمات پرستاری مبتلایان به پارکینسون در استرالیا (۲۳)، برنامه پیشگیری از خودکشی در شهر کاوشیونگ تایوان (۲۴)

برنامه و ضرورت بازنگری برنامه طراحی گردید که پرسش های این حیطه با گزینه های عالی، خوب، متوسط و ضعیف پاسخ داده شدند.

تیم پژوهش پس از اخذ معرفی نامه به مراکز بهداشتی استان قم مراجعه و پس از ارائه توضیحاتی در مورد اهداف پژوهش، پرسشنامه طراحی شده را جهت تکمیل در اختیار مشارکت کنندگان قرار دادند. پس از ارائه توضیحات، موافقت و رضایت مشارکت کنندگان بصورت کتبی در محل کار کارکنان اخذ شد. مشارکت کنندگان پس از مطالعه کامل فرم رضایت نامه، با امضای آن موافقت خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام نمودند. همچنین تأکید بر حفظ محرمانگی اطلاعات و عدم درج مشخصات فردی در فرم رضایت نامه و همچنین در داده های جمع آوری شده صورت گرفت. این اقدام به منظور اطمینان از حفاظت از حریم خصوصی مشارکت کنندگان و احترام به اصول اخلاقی پژوهش انجام شد. این مطالعه، توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS 24، با استفاده از آمار توصیفی شامل تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار انجام شد.

نتایج

از مجموع ۲۰۰ نفر شرکت کننده در مطالعه حاضر، ۱۶۶ نفر از کارکنان مراکز بهداشتی به پرسشنامه ها پاسخ دادند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان $34/92 \pm 6/98$ سال و ۱۴۰ نفر (۸۴/۳٪) زن بودند. میانگین و انحراف معیار سابقه کاری کارکنان، $9/6 \pm 81/90$ سال بود.

نتایج این پژوهش مبین آن بود که براساس نتایج ارزشیابی حیطه زمینه، بیشترین میانگین نمره مربوط به گویه «تا چه اندازه گروه هدف به این برنامه نیاز دارد؟» و کمترین میانگین نمره مربوط به «پتانسیل های سایر سازمان های تأثیرگذار در اجرای برنامه شناسایی و به همکاری دعوت شده اند» بود. جزئیات بیشتر در جدول ۱ ارائه شده است.

و برنامه مدیریت دیابت در جامعه در تایلند (۲۵) با استفاده از الگوی CIPP مورد ارزشیابی قرار گرفته‌اند.

براساس نتایج مطالعه حاضر از ارزشیابی برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی در حیطه زمینه الگوی CIPP، مشخص شد بیشترین میانگین مربوط به گویه «تا چه اندازه گروه هدف به این برنامه نیاز دارد؟» و کمترین میانگین مربوط به «پتانسیل‌های سایر سازمان‌های تأثیرگذار در اجرای برنامه شناسایی و به همکاری دعوت شده‌اند» بود. بر این اساس، می‌توان چنین اظهار نمود که از دیدگاه کارکنان مراکز بهداشتی استان قم، نیاز گروه هدف به این برنامه زیاد بوده است. نتایج مطالعه‌ای درخصوص ارزشیابی زمینه برنامه، نیاز و آمادگی جامعه را برای مشارکت در فعالیت‌های بهداشتی با توجه به رفتارهای فعال بهداشتی ساکنین و رهبران محلی موجود نشان داد (۲۵). این یافته بر نقش مهم نیازسنجی به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی فرایند برنامه‌ریزی، برای شناسایی نیازهای افراد، گروه‌ها، سازمان‌ها و جوامع تأکید داشته است. بنابراین بایستی در انجام آن به عنوان پیش‌نیاز موفقیت برنامه اهتمام بیشتری ورزید (۲۶).

همچنین نتایج مطالعه حاضر از نظر ارزیابی حیطه درون‌داد یا عناصر ورودی به برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی، حاکی از آن بود که بیشترین میانگین مربوط به گویه «در این برنامه مخاطبان مشخص شده است» بود. در مطالعه‌ای چنین گزارش شد که مخاطبان برنامه شامل افراد مبتلا به دیابت، مراقبان سلامت، داوطلبان سلامت و ساکنان جامعه مشخص شده و نظرات آنان مبنی بر استفاده از شیوه‌های مختلف آموزش بهداشت و کنترل قند خون در اجرای برنامه کنترل قند خون مد نظر قرار گرفت (۲۵)، که همراستا با یافته مطالعه حاضر است. بنابراین مجریان برنامه می‌توانند با شناسایی مخاطبان و برنامه‌ریزی مطلوب در راستای موفقیت برنامه تلاش نمایند.

همچنین نتایج مطالعه حاضر از نظر ارزیابی حیطه درون‌داد برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی، نشان داد

کمترین میانگین مربوط به «بودجه و اعتبار لازم برای برنامه در نظر گرفته شده است» بود. درخصوص توجه به بودجه و اعتبارات جهت اجرای برنامه برای ارزیابی حیطه درون‌داد، مطالعاتی به بررسی بودجه و منابع لازم و نقش برجسته دریافت و تخصیص کمک‌های مالی برای اجرای موفقیت‌آمیز برنامه‌های مورد نظر پرداخته‌اند (۲۳-۲۵). این موضوع به قدری دارای اهمیت است که مطالعه‌ای گزارش کرد یکی از دلایل اثربخشی پایین برنامه آموزشی مراکز مشاوره قبل از ازدواج، نبود بودجه کافی بود (۲۰). بنابراین، برنامه‌ریزی برای تخصیص بهینه منابع مالی جهت تأمین اهداف مورد نظر بخش بهداشت و درمان کشور امری ضروری است (۲۷).

براساس نتایج مطالعه حاضر، ارزشیابی برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی از نظر حیطه فرایند الگوی CIPP، به این صورت بود که بیشترین میانگین مربوط به گویه «مسئولان و پرسنل مجری، برنامه را بطور مداوم ارزیابی می‌کنند» بود. برخی مطالعات نیز در جهت ارزیابی حیطه فرایند برنامه خود به ارزشیابی دقیق نحوه انجام فعالیت‌ها پرداخته‌اند (۲۸). در مطالعه‌ای مشخص شد وجود مشکلاتی در حیطه فرایند برنامه آموزشی همچون عدم ارزشیابی مداوم در پایین بودن تأثیر برنامه نقش داشت (۲۰). بنابراین با ارزشیابی مداوم برنامه می‌توان به شناخت نارسایی‌های موجود در برنامه و تلاش در جهت بهبود و اصلاح آنها نائل آمد (۹).

همچنین در مطالعه حاضر، ارزشیابی برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی از نظر حیطه فرایند الگوی CIPP نشان داد کمترین میانگین مربوط به گویه‌های «مشکلات پیش‌آمده در حین برنامه ثبت و نگهداری شده است» و «برنامه با توجه به نیازسنجی‌ها و مشکلات پیش‌آمده به‌روز می‌شود» بود. مطالعه‌ای در استرالیا نیز در ارزیابی حیطه فرایند برنامه، به شناسایی مشکلات و شکاف‌های موجود در ارائه خدمات پرداخته است (۲۳). نتایج مطالعه‌ای دیگر، حاکی از وجود مشکلاتی از قبیل عدم امکان گزارش‌گیری ارائه‌دهنده مراقبت از ابعاد مختلف مراقبت ارائه‌شده و همچنین عدم ارائه مناسب

«ضرورت برنامه» و کمترین میانگین مربوط به «کیفیت ارائه برنامه» بود. این یافته، حاکی از آن است که از نظر کارکنان مراکز بهداشتی استان قم، برنامه مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی، برنامه ای لازم و ضروری در شرایط فعلی کشور بوده است، اما از نظر سطح کیفیت ارائه برنامه مطلوب نبوده و دارای مشکلات و ضعف هایی می باشد. از آنجا که ارزیابی و ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده از الزامات سیاست های کلان سازمان-ها محسوب می شود، لذا وجود یک سیستم پایش و ارزشیابی مناسب به منظور تعیین نقطه قوت و ضعف، ارتقاء کیفیت خدمات و تربیت نیروی انسانی پاسخگو به نیاز جامعه، لازم و ضروری به نظر می رسد (۳۱).

با توجه به اینکه مطالعه بطور خاص در استان قم انجام شده است، ممکن است نتایج بدست آمده برای سایر استان ها یا مناطق با ویژگی های جغرافیایی و اجتماعی متفاوت، قابل تعمیم نباشد. همچنین در این مطالعه، اطلاعات با استفاده از پرسشنامه خودگزارش دهی جمع آوری شد که ممکن است به دلیل نقص های بالقوه در درک و تفسیر سئوالات توسط مشارکت کنندگان، تحت تأثیر خطاهای پاسخ دهی قرار گیرد. لذا توصیه می شود که در مطالعات آتی، با استفاده از روش های مختلف نمونه گیری، ابزارهای جامع تر و با در نظر گرفتن فاکتورهای مختلف همچون عوامل فرهنگی و اجتماعی، به بهبود دقت و تعمیم پذیری نتایج توجه بیشتری شود. همچنین بررسی برنامه مذکور یا برنامه های مشابه در استان های مختلف کشور می تواند تفاوت های منطقه ای و فرهنگی را شناسایی کرده و به بهبود برنامه ها کمک نماید.

نتیجه گیری

در پژوهش حاضر، ارزشیابی برنامه مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی وزارت بهداشت با استفاده از الگوی CIPP، منجر به شناسایی نقاط قوت و ضعف این برنامه با توجه به نقطه نظرات کارکنان مراکز بهداشتی استان قم گردید. بنابراین،

شاخص های مربوطه به مدیران و کارشناسان این حوزه بود (۱۹). از آنجا که ثبت داده ها، نقش اساسی در ارائه خدمت و پیگیری افراد تحت مراقبت داشته و امکان بازیابی آسان و سریع اطلاعات را در مواقع مورد نیاز فراهم می نماید (۲۹)، از این رو بایستی درخصوص برنامه مورد بررسی نیز بیشتر به این مهم توجه گردد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ارزشیابی برنامه مراقبت-های ادغام یافته و جامع سالمندی از نظر حیطه برون داد الگوی CIPP، به این شکل بود که بیشترین میانگین مربوط به گویه «از علاقه به کار و تعهد و وجدان کاری خود رضایت دارید» بود. در مطالعه ای، نتایج ارزشیابی برون داد نشان داد که مراقبان بیماران مبتلا به پارکینسون، در مورد ارزش و سودمندی برنامه مورد نظر رضایت داشته و اذعان نمودند که دانش آنان در زمینه مدیریت بیماری افزایش یافته است (۲۳). یافته های مطالعه ای دیگر، حاکی از افزایش ارتباط ارائه دهندگان خدمات با افراد دارای گزارش خودکشی و ارائه مشاوره های لازم به آنان درخصوص بازگشت به زندگی بود (۲۴). نتایج مطالعه ای دیگر نیز حاکی از رضایت تیم سلامت قبل و بعد از اجرای الگوی مراقبت سرپایی به سالمندان و شرکت در برنامه آموزشی مورد نظر بود (۴). در این خصوص، بایستی اذعان کرد که اگر توانمندسازی سیستم با تعهد کاری، رضایت قلبی و التزام عملی به وظایف تعیین شده به دست آید، ماندگارتر خواهد بود و با هزینه ای کمتر میسر خواهد شد (۳۰).

همچنین در مطالعه حاضر، ارزشیابی برنامه مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی از نظر حیطه برون داد الگوی CIPP نشان داد کمترین میانگین مربوط به «مطالعه موردی در این زمینه انجام شده است» بود. در این خصوص، بایستی تأکید کرد که مطالعه ای تاکنون در این خصوص انجام نشده و مطالعه حاضر به منظور ارزشیابی برنامه مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی صورت گرفت.

در نهایت، نتایج ارزشیابی کلی برنامه مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی بیانگر آن بود که بیشترین میانگین مربوط به

استفاده از این الگو به غنی‌تر شدن ادبیات علمی در زمینه ارزیابی برنامه‌های بهداشتی و مراقبتی کمک کرده و الگویی قابل اعتماد برای پژوهش‌های مشابه ارائه می‌دهد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر منتج از رساله دکتری نویسنده اول بوده که از سوی معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان، موفق به دریافت کد اخلاق با شماره IR.UMSHA.REC.1396.911 شده است. بدینوسیله از کلیه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، تشکر و قدردانی می‌گردد.

سیاستگذاران و مسئولین امر می‌توانند با استفاده از این یافته‌ها، موجبات ارتقاء هرچه بیشتر این برنامه را فراهم آورند. مطالعه حاضر بطور ویژه بر ارزیابی برنامه‌های مراقبتی سالمندان تمرکز داشته است که به نیازهای بهداشتی این قشر آسیب‌پذیر توجه کرده و نتایج آن می‌تواند به طراحی و بهبود برنامه‌های مشابه در دیگر مناطق و کشورها کمک کند. این توجه به نیازهای خاص سالمندان و ارزیابی علمی برنامه‌های مرتبط، به ادبیات علمی در این حوزه می‌افزاید. یکی دیگر از نقاط قوت اصلی این مطالعه، استفاده از الگوی CIPP برای ارزیابی برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی است. این الگو با ارزیابی زمینه، درونداد، فرآیند و برونداد، امکان تحلیل دقیق و همه‌جانبه‌ای از عملکرد برنامه را فراهم می‌آورد.

جدول ۱- توزیع فراوانی پاسخ به سئوالات حیطه زمینه برنامه مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی: مطالعه موردی استان قم

ارزشیابی حیطه زمینه	خیلی زیاد تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	کم تعداد (درصد)	خیلی کم تعداد (درصد)	میانگین \pm انحراف معیار
تا چه اندازه نیاز به این برنامه بوده است؟	۴۴(۲۶/۵)	۵۱(۲۹/۷)	۵۶(۳۳/۷)	۱۱(۶/۶)	۴(۲/۴)	۳/۷۱ \pm ۱/۰۱
تا چه اندازه تحقیقات میدانی انجام شده برای راه اندازی این طرح کافی بوده است؟	۵(۳)	۲۱(۱۲/۷)	۷۶(۴۵/۸)	۳۹(۲۳/۵)	۲۵(۱۵/۱)	۰/۹۸ \pm ۲/۶۵
تا چه اندازه در طراحی اهداف برنامه به نیازهای گروه هدف و امکانات ذینفعان توجه شده است؟	۳(۱/۸)	۲۶(۱۵/۷)	۸۷(۵۲/۴)	۳۷(۲۲/۳)	۱۳(۷/۸)	۲/۸۰ \pm ۰/۸۶
تا چه اندازه اهداف و برنامه های طرح با تحقیقات علمی هم راستا می باشد؟	۷(۴/۲)	۳۷(۲۲/۳)	۸۰(۴۸/۲)	۳۳(۱۹/۹)	۹(۵/۴)	۳/۰۱ \pm ۰/۹۰
تا چه اندازه بانک اطلاعاتی به منظور دستیابی به آمار و اطلاعات دقیق در مورد این برنامه وجود دارد؟	۴(۲/۴)	۳۷(۲۲/۳)	۷۴(۴۴/۶)	۴۵(۲۷/۱)	۶(۳/۶)	۲/۹۲ \pm ۰/۸۶
تا چه اندازه بستر فرهنگی و ارزش های دینی مرتبط با گروه هدف، منظور شده است؟	۹(۵/۴)	۴۷(۲۸/۳)	۷۲(۴۳/۴)	۲۷(۱۶/۳)	۱۱(۶/۶)	۳/۱۰ \pm ۰/۹۸
تا چه اندازه تا چه اندازه گروه هدف به این برنامه نیاز دارد؟	۵۴(۳۲/۵)	۵۷(۳۴/۳)	۴۳(۲۵/۹)	۷(۴/۲)	۵(۳)	۳/۸۷ \pm ۱/۰۱
تا چه اندازه قوانین و مقررات مشخصی برای بررسی، کنترل و پایش این برنامه وجود دارد؟	۹(۵/۴)	۳۷(۲۲/۳)	۸۱(۴۸/۸)	۳۴(۲۰/۵)	۵(۳)	۳/۰۶ \pm ۰/۸۸
تا چه اندازه فرایند مشخصی برای اصلاح این برنامه پیش-بینی شده است؟	۲(۱/۲)	۲۴(۱۴/۵)	۹۰(۵۳/۲)	۳۵(۲۱/۱)	۱۵(۹)	۲/۷۵ \pm ۰/۸۴
تا چه اندازه برای اجرای برنامه، کارشناسان کافی و با تجربه در دسترس است؟	۳(۱/۸)	۳۰(۱۸/۱)	۶۱(۴۵/۸)	۵۴(۳۲/۵)	۱۸(۱۰/۸)	۲/۶۸ \pm ۰/۹۴
تا چه اندازه پتانسیل های سایر سازمان های تأثیرگذار در اجرای برنامه شناسایی و به همکاری دعوت شده اند؟	۲(۱/۲)	۱۱(۶/۶)	۵۷(۳۴/۳)	۴۵(۲۷/۱)	۵۰(۳۰/۱)	۲/۲۱ \pm ۰/۹۹

جدول ۲- توزیع فراوانی پاسخ به سئوالات حیطة درون‌داد برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی: مطالعه موردی استان قم

ارزشیابی حیطة درون‌داد	خیلی زیاد تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	کم تعداد (درصد)	خیلی کم تعداد (درصد)	میانگین \pm انحراف معیار
تا چه اندازه در طراحی برنامه، اهداف برنامه تأمین شده است؟	۱۱(۶/۶)	۴۱(۲۴/۷)	۸۰(۴۸/۲)	۲۵(۱۵/۱)	۹(۵/۴)	۳/۱۲±۰/۹۳
تا چه اندازه اهداف برنامه به صورت واضح و روشن بیان شده است؟	۱۲(۷/۲)	۵۳(۳۱/۹)	۷۰(۴۲/۲)	۲۵(۱۵/۱)	۶(۳/۶)	۳/۲۴±۰/۹۲
تا چه اندازه استراتژی مناسب برای دستیابی به اهداف برنامه در نظر گرفته شده است؟	۱(۰/۶)	۳۱(۱۸/۷)	۹۰(۵۴/۲)	۳۰(۱۸/۱)	۱۴(۸/۴)	۲/۸۴±۰/۸۴
تا چه اندازه در این برنامه چگونگی انجام ارزشیابی، مشخص شده است؟	۱۵(۹)	۳۶(۲۱/۷)	۷۸(۴۷)	۲۹(۱۷/۵)	۸(۴/۸)	۳/۱۲±۰/۹۶
تا چه اندازه در این برنامه، مخاطبان مشخص شده است؟	۳۵(۲۱/۲)	۶۵(۳۹/۲)	۵۲(۳۱/۳)	۱۰(۶)	۴(۲/۴)	۳/۷۰±۰/۹۵
تا چه اندازه جهت انجام برنامه به صورت صحیح و اصولی مطالعه دستورالعمل‌ها انجام شده است؟	۱۱(۶/۶)	۵۴(۳۲/۵)	۷۲(۴۳/۴)	۱۹(۱۱/۴)	۱۰(۶)	۳/۲۲±۰/۹۵
تا چه اندازه برنامه ارائه شده با محتوای تعیین شده، هماهنگ و متناسب است؟	۱۷(۱۰/۲)	۴۲(۲۵/۳)	۷۲(۴۳/۴)	۲۱(۱۲/۷)	۱۴(۸/۴)	۳/۱۶±۰/۰۵
تا چه اندازه خدمات مورد نظر برنامه برای گروه‌های هدف ارائه می‌شود؟	۱۷(۱۰/۲)	۴۱(۲۴/۷)	۷۸(۴۷)	۲۴(۱۴/۵)	۶(۳/۶)	۳/۲۳±۰/۹۴
تا چه اندازه بودجه و اعتبار لازم برای برنامه در نظر گرفته شده است؟	۳(۱/۸)	۱۱(۶/۶)	۴۹(۲۹/۵)	۶۲(۳۷/۳)	۴۱(۲۴/۷)	۲/۲۳±۰/۹۵
تا چه اندازه برنامه ارائه شده در مرکز، پاسخگوی انتظارات و نیازهای آموزشی گروه هدف است؟	۳(۱/۸)	۱۷(۱۰/۲)	۷۸(۴۷)	۴۴(۲۶/۵)	۲۴(۱۴/۵)	۲/۵۸±۰/۹۲
تا چه اندازه مواد آموزشی متناسب با اهداف برنامه، تهیه شده است؟	۱۴(۸/۴)	۴۵(۲۷/۱)	۶۴(۳۸/۵)	۳۵(۲۱/۱)	۸(۴/۸)	۳/۱۳±۰/۰۱
تا چه اندازه منابع و مواد آموزشی موجود در مرکز کارآمد و به‌روز می‌باشند؟	۱۴(۸/۶)	۱۸(۱۹/۹)	۶۸(۴۱)	۳۹(۲۳/۵)	۱۴(۸/۴)	۲/۹۳±۱/۰۴
تا چه اندازه محیط مناسب برای آموزش برنامه در نظر گرفته شده است؟	۴(۲/۴)	۲۰(۱۲)	۵۲(۳۱/۳)	۴۳(۲۰/۹)	۴۴(۲۶/۵)	۲/۳۶±۱/۰۸
تا چه اندازه میزان علاقه گروه‌های هدف نسبت به برنامه چگونه است؟	۶(۳/۶)	۳۰(۱۸/۱)	۷۶(۴۵/۸)	۳۹(۲۳)	۱۵(۹)	۲/۸۳±۰/۹۶
تا چه اندازه ترتیب و توالی و میزان ارائه خدمات مناسب است؟	۱۰(۶)	۳۸(۲۲/۹)	۸۷(۵۲/۴)	۲۹(۱۷/۵)	۲(۱/۲)	۳/۱۵±۰/۸۳
تا چه اندازه با اهداف و محتوای برنامه ارائه شده آشنایی لازم و کافی دارید؟	۱۵(۹)	۶۱(۳۶/۷)	۶۶(۳۹/۸)	۱۷(۱۰/۲)	۱(۰/۶)	۳/۴۵±۰/۸۳
تا چه اندازه رشته تحصیلی شما با برنامه متناسب است؟	۱۸(۱۰/۸)	۴۴(۲۶/۵)	۶۲(۳۷/۳)	۲۰(۱۲)	۱۹(۱۱/۴)	۳/۰±۱۳/۱۳
تا چه اندازه از مهارت و تجربه کافی برای اجرای برنامه برخوردارید؟	۹(۵/۴)	۵۶(۳۳/۷)	۷۶(۴۵/۸)	۲۰(۱۲)	۵(۳)	۳/۲۶±۰/۸۶
تا چه اندازه برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی لازم در این زمینه برگزار می‌شود؟	۸(۴/۸)	۴۰(۲۴/۱)	۸۴(۵۰/۶)	۲۹(۱۷/۵)	۵(۳)	۳/۱۰±۰/۸۶
تا چه اندازه امکانات و تجهیزات مرکز با نیازهای آموزشی این برنامه متناسب است؟	۵(۳)	۱۵(۹)	۶۹(۴۲/۸)	۴۳(۲۰/۹)	۳۲(۱۹/۳)	۲/۴۹±۰/۰۱
تا چه اندازه امکانات و فضای آموزشی با تعداد مراجعین متناسب است؟	۲(۱/۲)	۱۹(۱۱/۴)	۴۹(۲۹/۵)	۵۷(۳۴/۳)	۳۹(۲۳/۵)	۲/۳۳±۰/۰۱

جدول ۳- توزیع فراوانی پاسخ به سئوالات حیطة فرایند برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی: مطالعه موردی استان قم

میانگین \pm انحراف معیار	خیلی کم تعداد (درصد)	کم تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	خیلی زیاد تعداد (درصد)	ارزشیابی حیطة فرایند
۲/۷۴ \pm ۰/۹۲	۱۳(۷/۸)	۴۶(۲۷/۷)	۸۵(۵۱/۲)	۱۳(۷/۸)	۹(۵/۴)	تا چه اندازه در حین اجرای برنامه رضایت گروه‌های هدف از برنامه بررسی شده است؟
۲/۹۵ \pm ۰/۹۳	۱۱(۶/۶)	۳۴(۲۰/۵)	۸۰(۴۸/۲)	۳۳(۱۹/۹)	۸(۴/۸)	تا چه اندازه در حین اجرای برنامه مراحل فلوجارت‌ها عملی می‌شود؟
۲/۹۰ \pm ۰/۸۷	۸(۴/۸)	۳۹(۲۳/۵)	۷۸(۴۷)	۲۸(۱۶/۹)	۶(۳/۶)	تا چه اندازه می‌توان به اطلاعات بدست‌آمده از برنامه اطمینان داشت؟
۳/۱۶ \pm ۰/۹۰	۴(۲/۴)	۲۹(۱۷/۵)	۷۸(۴۷)	۳۸(۲۲/۹)	۱۳(۷/۸)	تا چه اندازه مسئولان و پرسنل مجری، برنامه را بطور مداوم ارزیابی می‌کنند؟
۲/۹۵ \pm ۰/۹۴	۸(۴/۸)	۳۴(۲۰/۵)	۷۹(۴۷/۶)	۳۸(۲۲/۹)	۳(۱/۸)	تا چه اندازه طول زمان جلسات جهت اجرای برنامه آموزشی گروه‌های هدف مناسب است؟
۲/۸۱ \pm ۰/۹۴	۱۳(۷/۸)	۴۲(۲۵/۳)	۷۵(۴۵/۲)	۲۳(۱۹/۳)	۸(۴/۸)	تا چه اندازه علاوه بر انتقال اطلاعات، برای تغییر نگرش در گروه‌های هدف برنامه تلاش می‌شود؟
۲/۹۶ \pm ۰/۰۵	۱۷(۱۰/۲)	۲۷(۱۶/۲)	۷۶(۴۵/۸)	۲۸(۱۶/۹)	۱۴(۸/۴)	تا چه اندازه امکان شرکت شما در کارگاه‌های توسعه فردی در سال فراهم می‌شود؟
۳/۱۰ \pm ۰/۹۰	۶(۳/۶)	۳۱(۱۸/۷)	۷۶(۴۵/۸)	۴۲(۲۵/۳)	۹(۵/۴)	تا چه اندازه در حین آموزش برنامه از گروه‌های هدف سئوالاتی جهت اطمینان از یادگیری پرسیده می‌شود؟
۲/۷۵ \pm ۰/۸۴	۱۱(۶/۶)	۴۳(۲۵/۹)	۸۵(۵۱/۲)	۱۹(۱۱/۴)	۴(۲/۴)	تا چه اندازه گروه‌های هدف به شرکت در برنامه علاقمند هستند؟
۲/۷۶ \pm ۰/۹۴	۱۱(۶/۶)	۳۸(۲۲/۹)	۸۵(۵۱/۲)	۲۲(۱۳/۳)	۸(۴/۸)	تا چه اندازه مواد آموزشی تهیه‌شده در اختیار گروه‌های هدف قرار داده می‌شود؟
۲/۸۶ \pm ۰/۹۹	۱۶(۹/۶)	۳۸(۲۲/۹)	۸۱(۴۸/۸)	۲۳(۱۳/۹)	۸(۴/۸)	تا چه اندازه امکان بهره‌گیری شما از منابع علمی جدید در محتوای برنامه وجود دارد؟
۲/۸۰ \pm ۰/۹۴	۵(۳)	۲۴(۱۴/۵)	۸۵(۵۱/۲)	۳۹(۲۳/۵)	۱۰(۶)	تا چه اندازه در آموزش خود به تفاوت‌های فردی و معلومات قبلی گروه هدف توجه می‌کنید؟
۲/۶۹ \pm ۰/۸۵	۱۶(۹/۶)	۴۱(۲۴/۷)	۸۵(۵۱/۲)	۱۷(۱۰/۲)	۳(۱/۸)	تا چه اندازه مشکلات پیش‌آمده در حین برنامه ثبت و نگهداری شده است؟
۲/۸۶ \pm ۱/۰۱	۱۵(۹)	۴۱(۲۴/۷)	۷۱(۴۲/۸)	۲۶(۱۵/۷)	۱۱(۶/۶)	تا چه اندازه پیشنهاداتی جهت اصلاح نقاط ضعف برنامه داده می‌شود؟
۲/۶۹ \pm ۱/۰۲	۲۱(۱۲/۷)	۴۶(۲۷/۷)	۶۵(۳۹/۲)	۲۶(۱۵/۷)	۸(۴/۸)	تا چه اندازه برنامه با توجه به نیازسنجی‌ها و مشکلات پیش‌آمده به‌روز می‌شود.
۳/۰۵ \pm ۰/۹۵	۱۰(۶)	۳۱(۱۸/۷)	۷۶(۴۵/۸)	۳۲(۱۹/۳)	۱۴(۸/۴)	تا چه اندازه مستندات مربوط به ارزیابی‌ها و اقدامات برنامه موجود است؟

جدول ۴- توزیع فراوانی پاسخ به سئوالات حیطة برون‌داد برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی: مطالعه موردی استان قم

ارزشیابی حیطة برون‌داد	خیلی زیاد تعداد (درصد)	زیاد تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	کم تعداد (درصد)	خیلی کم تعداد (درصد)	میانگین \pm انحراف معیار
تا چه اندازه اهداف و برنامه‌های طرح ارائه‌شده تحقق یافته است؟	۵(۳)	۲۳(۱۳/۹)	۷۹(۴۷/۶)	۳۴(۲۰/۵)	۲۳(۱۳/۹)	۲/۷۱ \pm ۰/۹۷
تا چه اندازه برنامه پاسخگوی نیازهای سالمندان می‌باشد؟	۵(۳)	۲۳(۱۳/۹)	۶۴(۳۸/۶)	۵۳(۳۱/۹)	۱۸(۱۰/۸)	۲/۶۵ \pm ۰/۹۵
تا چه اندازه اهمیت برنامه نزد گروه‌های هدف برنامه بررسی و اندازه‌گیری می‌شود؟	۳(۱/۸)	۲۰(۱۲)	۷۶(۴۵/۸)	۵۳(۳۱/۹)	۱۳(۷/۸)	۲/۶۸ \pm ۰/۸۵
تا چه اندازه برنامه بر روی درصد آموزش سالمندان توسط نیروهای درگیر در برنامه مؤثر بوده است؟	۴(۲/۴)	۲۴(۱۴/۵)	۸۷(۵۲/۴)	۳۷(۲۲/۳)	۱۲(۷/۲)	۲/۸۲ \pm ۰/۸۶
تا چه اندازه از دانش و مهارت خود در زمینه مراقبت سالمندی رضایت دارید؟	۱۰(۶)	۴۵(۲۷/۱)	۸۹(۵۳/۶)	۱۷(۱۰/۲)	۵(۳)	۳/۲۱ \pm ۰/۸۵
تا چه اندازه از علاقه به کار و تعهد و وجدان کاری خود رضایت دارید؟	۳۷(۲۲/۳)	۵۷(۳۴/۳)	۵۲(۳۱/۳)	۱۵(۹)	۴(۲/۴)	۳/۶۵ \pm ۰/۸۱
تا چه اندازه این برنامه توانسته است به ارتقاء سلامت گروه هدف کمک کند؟	۸(۴/۸)	۳۱(۱۸/۷)	۸۳(۵۰)	۳۴(۲۰/۵)	۸(۴/۸)	۲/۹۸ \pm ۰/۰۱
تا چه اندازه گروه هدف از برنامه رضایت دارند؟	۷(۴/۲)	۳۱(۱۸/۷)	۷۱(۴۲/۸)	۴۳(۲۵/۹)	۱۴(۴/۸)	۲/۸۳ \pm ۰/۸۸
تا چه اندازه مطالعه موردی در این زمینه انجام شده است؟	۲(۱/۲)	۲۱(۱۲/۷)	۸۳(۵۰)	۴۳(۲۵/۹)	۱۶(۹/۶)	۲/۶۴ \pm ۰/۰۱
تا چه اندازه از نتایج تحقیقات انجام‌شده جهت رشد و ارتقاء سلامت سالمندان استفاده می‌شود؟	۲(۱/۲)	۲۱(۱۲/۷)	۸۳(۵۰)	۴۳(۲۵/۹)	۱۶(۹/۶)	۲/۷۰ \pm ۰/۸۶

جدول ۵- توزیع فراوانی پاسخ به سئوالات ارزشیابی کلی برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی: مطالعه موردی استان قم

ارزشیابی کلی	عالی تعداد (درصد)	خوب تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	ضعیف تعداد (درصد)	انحراف معیار \pm میانگین
در مجموع، به برنامه چه امتیازی می‌دهید؟	۱۳(۷/۸)	۵۸(۳۴/۹)	۷۱(۴۲/۸)	۲۴(۱۴/۵)	۲/۳۵ \pm ۰/۸۲
به کیفیت ارائه برنامه چه امتیازی می‌دهید؟	۸(۴/۸)	۴۲(۲۵/۳)	۸۰(۴۸/۲)	۳۶(۲۱/۷)	۲/۱۲ \pm ۰/۸۰
به ضرورت برنامه چه امتیازی می‌دهید؟	۴۶(۲۷/۷)	۶۹(۴۱/۶)	۳۸(۲۲/۶)	۱۳(۷/۸)	۲/۸۸ \pm ۰/۸۹
به ضرورت بازنگری برنامه چه امتیازی می‌دهید؟	۵۴(۳۲/۵)	۴۸(۲۸/۹)	۵۲(۳۱/۳)	۱۲(۷/۲)	۲/۸۶ \pm ۰/۹۵

References

1. Osmanovic-Thunström A, Mossello E, Åkerstedt T, Fratiglioni L, Wang H-X. Do levels of perceived stress increase with increasing age after age 65? A population-based study. *Age and aging*. 2015;44(5):828-34.
2. Eisenberg N, Hofer C, Sulik MJ, Liew J. The development of prosocial moral reasoning and a prosocial orientation in young adulthood: Concurrent and longitudinal correlates. *Developmental Psychology*. 2014;50(1):58-70.
3. Sharifzadeh G, Moodi M, Akhbari H. Investigating the Health Status of Older People Supported by the Imam Khomeini Relief Committee. *Iranian Journal of Aging*. 2010;5(3):52-60.
4. Mohammadi-Shahboulaghi F, Ramezani T, Panahizadeh D, Hazarian S, Fadayevatan R. Designing, Implementing and Evaluating a Model for Delivering Outpatient Health Care Services to the Elderly Population of the Social Security Organization of Tehran Province. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2022;19(4):451-68. [Persian]
5. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet (London, England)*. 2015;385(9967):549-62.
6. Ministry of Health Treatment and Medical Training of Iran. Guidelines on Integrated Care for Older People 2017. Available from: <http://health.shmu.ac.ir/other/%D8%B1%D8%A7%D9%87%D9%86%D9%85%D8%A7%D9%8A%20%D8%BA%D9%8A%D8%B1%20%D9%BE%D8%B2%D8%B4%D9%83.pdf>. [Persian]
7. Karimi I. Health Economy: Planning, Resource Allocation and Productivity. 1st, editor: GAP publication; 2006.
8. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models, and frameworks. *Implementation science*. 2015;10(1):53.
9. Bazargan A. Educational Evaluation. 3rd, editor. Tehran: Organization for the study and compilation of university humanities books; 2015.
10. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation theory, models, and applications. 2007.
11. Tseng K, Diez C, Lou S-J, Tsai HL, Tsai TS. Using the context, input, process, and product model to assess an engineering curriculum. *World Transactions on Engineering and Technology Education*. 2010;8:256-61.
12. Green ME, Ellis CL, Fremont P, Batty H. Faculty evaluation in Departments of Family Medicine: do our universities measure up? *Medical education*. 1998;32(6):597-606.
13. Hakan K, Seval F. CIPP evaluation model scale: development, reliability and validity. *Procedia Soc Behav Sci*. 2011;15:592-9.
14. Bender D, Hollstein T, Schweppe C. Old age facilities for German-speaking people in Thailand—a new facet of international migration in old age. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 2020;46(7):1497-512.
15. Ebadi A, Sharif Nia H, Zareiyan A, Zarshenas L. Instrument Development in Health Sciences. 1st, editor. Tehran: Jame-e-Negar; 2019. [Persian]

16. Cook DA, Beckman TJ. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *The American journal of medicine*. 2006;119(2):166.e7-16.
17. LoBiondo-Wood G, Haber J. *Nursing Research: Methods, Clinical Appraisal and Utilization*. 6th, editor. Louis: Mosby-Elsevier; 2006.
18. 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):459-67.
19. Firooznia R, Dargahi H, Khaledian Z, Jafari-Koshki T. Strengths and Weaknesses of Maternal Health Program Evaluation Tools in Iranian Primary Health Care System. *Payesh* 2018;17(5):521-31. [Persian]
20. Hazavehei MM, Shirahmadi S, Roshanaei G. Educational program status of premarital counseling centers in Hamadan province based on the theory of reasoned action (TRA). *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2013;3(3):241-7. [Persian]
21. Javaheri J, Farajzadegan Z, Shams B, Kelishadi R, Sharifirad G, Asgari M, et al. Evaluating Healthy Life Style Education to Adolescents by means of direct Method, Parents, and Teachers Using CIPP Evaluation Model. *Iranian Journal of Medical Education*. 2010;10(3):219-28. [Persian]
22. Barker JC, Saechao K. A household survey of older Iu-Mien refugees in rural California. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 1997;12(2):121-43.
23. Jones B, Hopkins G, Wherry S-A, Lueck CJ, Das CP, Dugdale P. Evaluation of a regional Australian nurse-led Parkinson's service using the context, input, process, and product evaluation model. *Clinical Nurse Specialist*. 2016;30(5):264-70.
24. Ho W-W, Chen W-J, Ho C-K, Lee M-B, Chen C-C, Chou FH-C. Evaluation of the suicide prevention program in Kaohsiung City, Taiwan, using the CIPP evaluation model. *Community mental health journal*. 2011;47(5):542-50.
25. Leesri T, Srisuphan W, Senaratana W, Vannarit T, K R. CIPP Model Evaluation of a Collaborative Diabetic Management in Community Setting. *Glob J Medical Clin Case Rep* 2016;3(1):029-34.
26. Rahmani H. *Educational Needs Assessment of Teaching Skills of Hormozgan University Faculty Members: Shiraz University*; 2010. [Persian]
27. Rajabi A. *Goal Programming: An Effective Approach for Budgeting and Optimal Financial Resource Allocation (Case Study: Budget Allocation in Ministry of Health and Medical Education)*. *Journal of Health Accounting*. 2012;1(Nos. 2 and 3):1-16. [Persian]
28. Barzegari Esfeden Z, Dashtgard A, Ebadinejad Z. Evaluation of the Realization of Clinical Nursing Students' Learning Objectives Using CIPP Evaluation Model. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2019;14(5):66-72. [Persian]
29. Sharifian R, Ghazisaeedi M. *Information registration in surgical special sheets for discharged patients in Tehran University of Medical Sciences Teaching Hospitals*, 2005. *Payavard Salamat*. 2008;2(1):31-9. [Persian]

30. Mirheidari A. The Role of Commitment, Work Conscience, Ambition, and Hard Work in Organizational Development: an Islamic Perspective. *Bi-Quarterly Research Scientific Journal in Educational Jurisprudence studies*. 2011;5(12):155. [Persian]

31. Jafari Asl M, Chehrzed MM, Shafipour SZ, Ghanbari A. Quality of Educational Services from ViewPoint's of Nursing and Midwifery Students of Guilan University Based on Servqual Model. *Research in Medical Education*. 2014;6(1):50-8. [Persian]

Evaluation of the Integrated and Comprehensive Geriatric Care Program in Health Care Centers Based on the CIPP (Context, Input, Process, Product) Model: A Case Study in Qom Province, Iran

Zahra Taheri-Kharameh¹, Tahereh Ramezani^{*2}

1-Ph.D. Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Spiritual Health Research Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

2- Ph.D. Assistant Professor, Department of Geriatric Health, Faculty of Rehabilitation Sciences, Neuromuscular Rehabilitation Research Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

*Corresponding author: t_ramezani533@yahoo.com

Received: Apr 28, 2024

Accepted: Sep 10, 2024

ABSTRACT

Background and Aim: The Integrated and Comprehensive Geriatric Care Program (ICGCP) of the Ministry of Health and Medical Education (MOHME), Iran was designed about a decade ago and is being implemented to maintain and improve the health of the elderly. The program has not been evaluated so far. A comprehensive evaluation of this program is deemed necessary to determine whether this program requires revision or process improvement. Therefore, this study aimed to evaluate the ICGCP of MOHME using the Context, Input, Process, Product (CIPP) model in Qom province.

Materials and Methods: This descriptive-analytical cross-sectional study included the entire personnel of the health centers in Qom province as the statistical population. The data collection tool was a two-section questionnaire containing items on demographic information and a researcher-made evaluation questionnaire of the current elderly care program based on the four areas of the CIPP evaluation model. Participants meeting the study's inclusion criteria were enrolled through census sampling. The data were analyzed using the SPSS software version 24.

Results: The mean age of the participants was 34.92 ± 6.98 years, 140 (84.3%) being females. Data analysis showed the following results as Mean \pm SD: (1). As regards the context, for the items "Target group's need for the program" and "Identification of the potential of other influential organizations in program implementation": 3.71 ± 1.01 and 2.21 ± 0.99 , respectively. (2). As regards input, for the items "Identification of program audiences" and "Necessary budget and funding for the program": 3.70 ± 0.95 and 2.23 ± 0.95 , respectively. (3). As regards process, for the items "Program evaluation by officials and executing personnel," and "Recording and tracking issues during the program": 3.16 ± 0.90 and 2.69 ± 0.85 , respectively. (4). As regards product, for the items "Satisfaction with work, commitment and work ethic" and "Conducting case studies in this area": 3.65 ± 0.81 and 2.64 ± 1.01 , respectively. In the overall program evaluation, the mean scores for "Program necessity" and "Program delivery quality" were 2.88 ± 0.89 and 2.12 ± 0.80 , respectively.

Conclusion: The evaluation of the ICGCP of the Ministry of Health and Medical Education using the CIPP model identified the strengths and weaknesses of this program based on the opinions of health center personnel in Qom province. Policymakers and other relevant authorities can use these findings to enhance the program further.

Keywords: Evaluation, Integrated Care Program, Elderly, CIPP Model

Copyright © 2024 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.