Iranian Journal of Health Education & Promotion

Volume 14, Issue 2, Spring 2026

From Evaluation to Meta-Evaluation: A Secondary Analysis of a Group Health Education Program in the East Azerbaijan Provincial Health Center

Haidar Nadrian
* Social Determinants of Health Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. (Corresponding Author) haidarnadrian@gmail.com.

Marziyeh Anousheh Bonab
Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Hoda Alinezhadmonfared
Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Manijeh Soleimani
Provincial Health Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Abstract

Background and Purpose: In recent years, group-based health education programs have been implemented across health centers in East Azerbaijan Province. However, the evaluation of these programs has faced notable challenges, including inconsistencies with established evaluation standards. To address these gaps, the present study undertakes a comprehensive meta-evaluation of the existing assessments. Meta-evaluation, as a structured and systematic methodology, facilitates the secondary appraisal of evaluation processes, outcomes, and methodological rigor, thereby informing improvements in program quality and supporting evidence-informed decision-making at the provincial level.

Materials and Methods: The current research is a meta-evaluation study that was conducted through document review and also quantitatively and through a checklist and finally combining the results of these two stages. The first stage includes the review of the documents available in the health center of East Azarbaijan province using the qualitative content analysis method with the frame analysis approach, in which MAXQDA software was used in this part to manage the data analysis. In the second stage of meta-evaluation of the program, based on Hartz et al.'s checklist, including the dimension of usefulness (in 7 areas), feasibility (in 3 areas), competence (in 8 areas), accuracy (in 12 areas) and features (in 5 areas), scoring was done and found. The results of reviewing and examining the documents along with the findings of the meta-evaluation phase were presented in a report and the weaknesses and strengths of the implementation process of the program were identified.

Results: The findings of the first stage of the study showed that in the evaluation program carried out in the health center of East Azarbaijan province, attention was paid to both the process and the outcome. But the evaluation of educational programs has been carried out quantitatively and qualitative and combined methods have not been used, and change has been considered at the individual and average level and has not been addressed at the macro level, and the main strategy of health education and communication is to use and organizational and political development and interdisciplinary studies have not been addressed. The results of the second stage also showed that the evaluation program in the area of Propriety standards with 81% scored the highest and in the area of accuracy standards with 56% the lowest score in the meta-evaluation process.

Conclusion: The present results showed that the evaluation of the group health education program of the health education and health promotion unit of the health center of East Azarbaijan Province is at a relatively favorable level. The standards of Propriety, specificity and feasibility are at a very good level, and the standards of utility and accuracy were evaluated at a good level. The evaluation program also has weaknesses, the main reasons of which are the lack of specific financial resources and the lack of support due to the provincial nature of this program. The findings of the research showed that allocating a budget line to the evaluation program and using external evaluators can improve the program evaluation process. The strengths of the program include the use of valid evaluation frameworks such as the CIPP and RE-AIM model, and according to the results obtained from this study, it is concluded that in addition to strengthening the standards that have obtained high scores More attention should be paid to accuracy standards, including unbiased reporting and the use of external evaluators, and description of measures to control biases and identify and report side effects of the program.

Keywords: Evaluation, Community Health Education, Group Processes, Evaluation Models, Outcome Assessment.

Open Access Policy: **Open Access Policy:** This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this license, visit https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Received: 2025/09/03
Accepted: 2026/02/03
Doi:10.22034/IJHEP.14.2.57

Citation: Nadrian H, Anousheh Bonab M, Alinezhadmonfared H, Soleimani M. From Evaluation to Meta-Evaluation: A Secondary Analysis of a Group Health Education Program in the East Azerbaijan Provincial Health Center. *Iran J Health Educ Health Promot.* Spring 2026; 14(*2*):57-71.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-05-10]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.57]

از ارزشیابی تا فرا ارزشیابی: تحلیل ثانویه برنامه آموزش سلامت گروهی در مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی

حیدر ندریان
*مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)
haidarnadrian@gmail.com
مرضیه انوشه‌بناب
گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
هدی علی‌نژادمنفرد
گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
منیژه سلیمانی
مرکز بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران..

تاریخ دریافت:۱۴۰۴/۰۶/۱۲
تاریخ پذیرش:۱۴۰۴/۱۱/۱۴
نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اجرای برنامه‌های آموزش سلامت گروهی در مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی طی سال‌های اخیر و چالش‌های موجود در ارزشیابی این برنامه‌ها، ازجمله عدم تطابق با استانداردهای تعیین‌شده، این مطالعه با هدف فراارزشیابی جامع برنامه‌های مذکور انجام شد. فراارزشیابی به‌عنوان رویکردی نظام‌مند، امکان تحلیل ثانویه فرآیندها، پیامدها و نقاط قوت و ضعف ارزشیابی‌های پیشین را فراهم می‌سازد و می‌تواند به ارتقاء کیفیت آموزش‌های سلامت و بهبود تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد در سطح استانی کمک کند

مواد و روش ها: : پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی فراارزشیابی است که از طریق مرور مستندات و به صورت کمی با استفاده از چک لیست و در نهایت ترکیب نتایج این دو مرحله انجام شده است. مرحله‌ی اول شامل تحلیل محتوای کیفی مستندات موجود در مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA، برای مدیریت تحلیل داده‌ها بود. در مرحله‌ی دوم، فراارزشیابی برنامه براساس چک لیست هارتز و همکاران در ابعاد سودمندی (در ۷ حوزه)، امکان‌سنجی (در ۳ حوزه)، صلاحیت (در ۸ حوزه)، صحت (در ۱۲ حوزه) و اختصاصی بودن (در ۵ حوزه) نمره‌دهی شد و نقاط قوت و ضعف فرآیند اجرایی مشخص گردید

یافته ها: یافته‌های مرحله‌ی اول مطالعه نشان داد که در برنامه‌ی ارزشیابی انجام‌شده در مرکز بهداشت مربوطه به فرآیند و پیامد هر دو توجه شده بود. ارزشیابی برنامه‌های آموزشی به‌صورت کمی انجام شده و از روش‌های کیفی و به صورت ترکیبی استفاده نشده است و تغییر در سطح فردی و متوسط مد نظر بوده و به سطح کلان پرداخته نشده بود. عمده‌ترین استراتژی استفاده‌شده آموزش بهداشت و ارتباطات بود و به توسعه‌ی سازمانی و سیاسی و مطالعات بین‌بخشی پرداخته نشده بود. نتایج مرحله‌ی دوم نیز نشان داد که برنامه‌ی ارزشیابی در حوزه‌ی استانداردهای صلاحیت با ۸۱ درصد، بیشترین نمره و در حوزه‌ی استانداردهای دقت با ۵۶ درصد، کمترین نمره را در فرآیند فرا ارزشیابی کسب نمودند.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که ارزشیابی انجام‌شده بر روی برنامه‌ی آموزش سلامت گروهی در سطح نسبتا مطلوبی انجام شده است. استانداردهای صلاحیت، اختصاصی‌بودن و امکان‌سنجی در سطح بسیار خوب و استانداردهای سودمندی و دقت در سطح خوب ارزشیابی شدند. نقاط ضعف عمدتاً ناشی از عدم منابع مالی و نبود حمایت به‌دلیل استانی‌بودن برنامه است. اختصاص ردیف بودجه‌ای و استفاده از ارزشیاب‌های خارجی می‌تواند به بهبود روند ارزشیابی کمک کند. هم‌چنین، استفاده از چارچوب‌های معتبر مانند الگوی CIPP و RE-AIM به‌عنوان نقاط قوت برنامه شناسایی شد و پیشنهاد می‌شود به استانداردهای دقت، ازجمله گزارش بی‌طرفانه و کنترل سوگیری‌ها توجه بیشتری شود.

کلیدواژه‌ها: ارزشیابی، آموزش سلامت جامعه‌محور، فرایندهای گروهی، مدل‌های ارزشیابی، سنجش نتایج مداخلات سلامت

استناد: ندریان ح، انوشه‌بناب م، علی‌نژادمنفرد ه، سلیمانی م. از ارزشیابی تا فرا ارزشیابی: تحلیل ثانویه برنامه آموزش سلامت گروهی در مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی. *فصلنامه ی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت*. بهار ۱۴۰۵;۱۴(۲): ۵۷- ۷۱.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-05-10]
[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.57]

مقدمه

ارزشیابی برنامه‌های ارتقاء سلامت، نقش کلیدی در تضمین اثربخشی، کارایی و پایداری مداخلات دارد. بدون ارزشیابی دقیق، امکان بهبود مستمر، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و پاسخگویی به ذینفعان فراهم نمی‌شود. در واقع، ارزشیابی نه‌تنها ابزار سنجش عملکرد، بلکه ابزاری برای یادگیری سازمانی و اصلاح فرآیندهاست (۱).

جهت ارزشیابی برنامه‌های مداخله‌محور ارتقاء سلامت و بررسی انطباق ارزشیابی‌ها با استانداردهای تعیین شده، استفاده از استانداردهای خاص برای ارزشیابی اثرات مطلوب و نامطلوب ضروری است. فراارزشیابی، به عنوان ابزاری جهت جمع آوری داده‌های مربوط به مجموعه ای از ارزشیابی‌ها و بررسی ارتباط بین آن‌ها، می‌تواند به بهبود عملکرد کلی فرآیندهای ارزشیابی کمک کند (۲). فراارزشیابی به دو دسته‌ی فراارزشیابی درونی (توسط خود ارزشیابان که شامل کارکنان و دست اندرکاران تهیه و اجرا برنامه و بعضی افراد درون برنامه) و بیرونی (توسط ارزشیابان خارج از برنامه) تقسیم می شود (۲) و به‌ویژه در حوزه سلامت عمومی، می تواند کیفیت ارزشیابی‌های پیشین را بررسی کرده و با تحلیل نقاط قوت و ضعف، مسیر بهبود را مشخص کند. این رویکرد در مطالعات بین‌المللی به‌عنوان شاخصی از بلوغ نظام ارزشیابی تلقی می‌شود (۳).

انجمن ارزشیابی آمریکا چهار دسته استاندارد ارزشیابی شامل سودمندی، امکان سنجی، تناسب و دقت را جهت ارزشیابی برنامه‌های اجتماعی، مداخلات بهداشت عمومی و برنامه‌های ارتقای سلامت جامعه تنظیم کرده است. استانداردهای سودمندی بر سودمندی فرآیند ارزشیابی تاکید می‌کنند. استانداردهای امکان سنجی، بر معنی دار بودن ارزشیابی تمرکز می کنند و منافع گروه‌های مختلف درگیر را در نظر می‌گیرند. معیارهای تناسب بر مسائل اخلاقی مربوط به فرآیند ارزشیابی متمرکز است و استانداردهای دقت، انتقال اطلاعات فنی کافی در مورد ویژگی‌های برنامه ارزشیابی را در اولویت بررسی قرار می‌دهند (۴). طبقه‌بندی دیگری نیز به نام استانداردهای اختصاصی بودن، تعریف شده است که در جهت ارزشیابی میزان مطابقت چارچوب تئوریک ارزشیابی‌های انجام شده بر اساس اصول ارتقا سلامت مبتنی بر جامعه می‌باشد. در واقع مداخلات مبتنی بر جامعه در ارتقاء سلامت نیازمند رویکردهای ارزشیابی خلاقانه و پیچیده هستند که تغییرات را در سطوح مختلف هدف قرار دهند. این ارزشیابی‌ها باید معتبر باشند و به شناسایی تئوری‌ها و مکانیسم‌های مؤثر در ایجاد تغییرات اجتماعی کمک کنند (۵) .

این استانداردها در ارزشیابی مداخلات سلامت جامعه‌محور، به‌ویژه در کشورهای با منابع محدود، به‌عنوان چارچوبی معتبر برای سنجش کیفیت فرآیند ارزشیابی شناخته شده‌اند (۶).

برای انجام فرآیند فرا ارزشیابی، استانداردها و معیارهای خاصی اتخاذ می‌شود که سه اصل پایه‌ای ارتقاء سلامت مبتنی بر جامعه را دنبال می‌کند: ظرفیت‌سازی و مسئولیت‌پذیری در جامعه، تئوری یا مکانیسم‌های تغییر و ارزشیابی با استراتژی چندگانه. این ارزشیابی ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی را به کار می‌برد و ارتباط مناسبی بین تئوری، روش‌ها، فرآیندها و شاخص‌های پیامد برقرار می‌کند (۷).

آموزش بهداشت به معنای ارائه‌ی اطلاعات و دانش بهداشتی به افراد و جامعه است تا آن‌ها بتوانند به‌طور داوطلبانه رفتارهای بهداشتی را اتخاذ کنند. این آموزش شامل تجارب یادگیری است که به افزایش دانش و تأثیرگذاری بر نگرش افراد کمک می‌کند و به ارتقاء وضعیت سلامت آن‌ها می‌انجامد (۸). آموزش بهداشت در آذربایجان‌شرقی به مدت ۸ سال توسط واحد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت مرکز استان آذربایجان شرقی اجرا می‌شود و هدف آن تغییر رفتارهای بهداشتی در افراد و جامعه است. این برنامه‌ها شامل پیشگیری از بیماری‌های واگیر و غیرواگیر هستند و ارزشیابی آن‌ها از سال ۱۳۹۴ با استفاده از الگوهای CIPP و RE-AIM انجام می‌شود. مدل CIPP با تمرکز بر زمینه، درونداد، فرآیند و برونداد، برای ارزشیابی‌های توسعه‌محور و تصمیم‌گیری در طول اجرای برنامه مناسب است. در مقابل، مدل RE-AIM بیشتر بر پیامدها، پذیرش، اجرا و نگهداری تمرکز دارد و برای تحلیل اثربخشی در سطح جمعیت کاربرد دارد. ترکیب این دو مدل می‌تواند

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-05-10]
[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.57]

دیدگاه جامعی از کیفیت و اثربخشی برنامه‌های آموزش سلامت ارائه دهد (۹).

در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، ارزشیابی برنامه‌های سلامت با چالش‌هایی مانند کمبود داده‌های قابل اعتماد، ضعف زیرساخت‌های اطلاعاتی، و عدم اجرای تحلیل‌های حساسیت مواجه است. این چالش‌ها باعث می‌شوند نتایج ارزشیابی‌ها کمتر قابل تعمیم بوده و تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد با محدودیت روبرو شوند (۱۰).

بنابراین این مطالعه با استفاده از استانداردهای اختصاصی و باز، به ارزشیابی میزان مطابقت چارچوب تئوریک ارزشیابی‌ها با اصول ارتقاء سلامت مبتنی بر جامعه پرداخته و هدف آن شناسایی ویژگی‌های برنامه و ارزیابی می‌زان تبعیت آن از استانداردهای ارزشیابی به منظور بهبود فرآیندهای آموزشی و ارتقاء کیفیت آموزش‌های بهداشتی است (۶).

مطالعات متعددی در این راستا در داخل و خارج از کشور در این زمینه انجام شده است. به عنوان مثال، مطالعه ای در یزد در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ نشان داد که عملکرد دفاتر توسعه دانشکده‌ها و بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی متوسط بوده است و عوامل متعددی مانند نبود برنامه¬ی مستمر و هزینه‌های بالا در این زمینه تاثیرگذار بوده اند. در این مطالعه نتایج حاکی از میانگین سطح عملکرد با بیشترین امتیاز در حیطه ی توانمندسازی اعضای هیئت علمی و کمترین امتیاز در حیطه ی دانش پژوهی آموزشی بوده است (۱۱). هم‌چنین، در مطالعه ی ارزشیابی برنامه ی آموزش مهارت‌های زندگی در مدارس متوسطه اهواز بر اساس الگوی ارزشیابی سیپ در اکثر عوامل، نتایج مثبتی را نشان داد. این مطالعه با استفاده از مدل سیپ (زمینه، درونداد، فرآیند و برونداد) و ابزارهای مختلف تحقیق (پرسشنامه‌های مربوط به دانش آموزان، مدرسان و مدیران و کارشناسان)، عوامل و شاخص‌های لازم را تعیین کرد. تجزیه وتحلیل یافته‌ها نشان داد که از بین ۲۳ عامل مورد بررسی، ۲۱ عامل در سطح مطلوب و ۲ عامل دیگر در سطح نسبتا مطلوب ارزشیابی شده است (۱۲).

در مطالعه ی فیروزنیا و همکاران نقاط ضعف ابزارهای ارزشیابی برنامه ی سلامت مادران را در خصوص مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران برجسته کرد و نشان داد به کارگیری این ابزارها نخواهد توانست توفیق شگرفی در ارتقای کیفیت مراقبت‌های ارائه شده و بهبود دستاوردهای ناشی از آن‌ها کسب نماید (۱۳). سبزواری در مطالعه ی مروری در ارتباط با فراارزشیابی و معیارهای آن، فراارزشیابی را به عنوان فرآیندی برای ارزشیابی شایستگی با تمرکز بر برنامه، طرح، محصول، موسسه و ارزشیابی کارکنان، مورد بحث قرار داد و نهایتا به این نتیجه رسید که فراارزشیابی فرایند طراحی، جمع آوری و کاربرد اطلاعات به منظور قضاوت در مورد صلاحیت ارزشیابی است و در همه ی انواع ارزشیابی‌ها شامل ارزشیابی برنامه ها، طرح ها، فرآورده‌ها، موسسات و کارکنان ضرورت دارد (۱۴).

هم‌چنین، مطالعه‌ای در استان آذربایجان شرقی توسط کلانتری و همکاران با استفاده از مدل جامع ارزشیابی CIPP نشان داد که تنها ۵ مؤلفه از ۲۴ مؤلفه مدل به‌طور کامل در برنامه سلامت مادران پوشش داده شده‌اند. این یافته‌ها بیانگر ضعف در طراحی ابزارهای ارزشیابی و عدم انطباق با استانداردهای بین‌المللی است (۱۵). در ادامه مطالعات ارزشیابی، مطالعه ی تطبیقی سبزه و بخشی در مدارس ابتدایی کانادا، فنلاند و ایران با رویکرد کمی و تحلیل اسناد رسمی نشان داد که کشورهای پیشرو، اهداف آموزش مهارت‌های زندگی را به‌طور مستقیم در برنامه درسی رسمی ادغام کرده‌اند، در حالی¬که ایران با چالش‌های اجرایی و عدم همسویی با رویکرد جهانی مواجه است (۱۶).

لیسری و همکارانش نیز دریافتند که یک مدل مدیریت همگانی دیابت در جامعه، بر فعالیت اجتماعی و توسعه سیاست برای موفقیت پایدار تاکید دارد. این موضوع می تواند برای ادامه یافتن پایداری، علاوه بر موفقیت کوتاه مدت، به کارآیی درازمدت فعالیت های محلی کمک کند (۱۷). تحقیقات گرین موریس نیز تحت عنوان ارزشیابی اثربخشی آموزش مراقبت از پا بر اساس مدل CIPP در یک مجموعه درمانگاه روستایی، مراقبت از پا در کلینیک‌های روستایی را برجسته می‌کند و بی سوادی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین را با شکاف دانش و عملکرد ضعیف مرتبط می‌کند (۱۸).

استورگس و هوولی در مطالعه ای تحت عنوان فراارزشیابی پاسخگو: رویکرد مشارکتی به افزایش

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-05-10]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.57]

کیفیت ارزشیابی، بر اهمیت فراارزشیابی پاسخگو برای بهبود کیفیت ارزشیابی تاکید کرده است و بر مزایای ارزشیاب‌های خارجی اشاره کردند. آن‌ها خاطر نشان کردند که رهبرانی که تمایل به بهبود مستمر ارزشیابی‌های خود ندارند، ممکن است از استخدام ارزشیاب خارجی خودداری کنند، اگرچه ممکن است بیشترین سود را از آن ببرند (۳) .

در این راستا، هیچ یک از مطالعات داخلی به دلیل عدم استفاده از چک لیست هارتز و همکاران و هم‌چنین مطالعات خارجی، با پژوهش حاضر تطابق ندارند. علاوه بر این، کمبود نیروی بهداشتی ماهر جهت انجام برنامه‌های آموزش سلامت گروهی و عدم تطابق امکانات آموزشی با معیارهای تعیین شده، از سری چالش‌های جدی در این زمینه، به شمار می‌آیند. بنابراین، فراارزشیابی برنامه‌های آموزش سلامت گروهی در مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی می‌تواند اطلاعات ارزشمندی درباره فرآیند، تاثیر و پیامدهای این برنامه‌ها را ارائه دهد.

با توجه به خلأهای موجود در ارزشیابی برنامه‌های آموزش سلامت گروهی در ایران، ازجمله نبود ابزارهای بومی‌شده، کمبود نیروی متخصص، و عدم تطابق با استانداردهای بین‌المللی، انجام یک فراارزشیابی جامع می‌تواند به شناسایی نقاط ضعف و ارائه‌ی راهکارهای عملی برای ارتقاء کیفیت ارزشیابی کمک کند (۱۹). این مطالعه با بهره‌گیری از یافته‌های مطالعات پیشین ازجمله کلانتری (۲۰) و سبزه و بخشی (۲۱)، به فراارزشیابی برنامه آموزش سلامت گروهی اجراشده توسط واحد آموزش و ارتقاء سلامت مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی می‌پردازد و هدف آن بررسی میزان مطابقت چارچوب تئوریک ارزشیابی‌ها با اصول ارتقاء سلامت مبتنی بر جامعه با استفاده از استانداردهای اختصاصی و باز، و شناسایی ویژگی‌های برنامه به¬منظور بهبود فرآیندهای آموزشی و ارتقاء کیفیت آموزش‌های بهداشتی است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع ترکیبی (Mixed Methods) و در قالب یک فراارزشیابی درونی و بیرونی طراحی شده است. هدف آن بررسی کیفیت ارزشیابی‌های انجام‌شده در برنامه آموزش سلامت گروهی اجراشده توسط واحد آموزش و ارتقاء سلامت مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، با استفاده از استانداردهای انجمن ارزشیابی آمریکا و چک‌لیست هارتز و همکاران است (۲۲).

جامعه پژوهش

کلیه اسناد موجود در مرکز بهداشت استان در زمینه ارزشیابی آموزش سلامت گروهی بود.

گردآوری داده‌ها

داده‌های مورد استفاده در این مطالعه از دو منبع اصلی گردآوری شدند. نخست، مستندات مکتوب شامل بسته‌های آموزشی، فرم‌های ارزشیابی، گزارش‌های نهایی، فایل‌های SPSS مربوط به ارزشیابی شهرستان‌ها، و دستورالعمل‌های اجرایی برنامه بود. دوم، داده‌های الکترونیک ثبت‌شده در سامانه ی آموزش سلامت وزارت بهداشت و دفتر آموزش الکترونیک مرکز بهداشت استان. جمع‌آوری داده‌ها در بازه¬ی زمانی فروردین تا شهریور ۱۴۰۲ انجام شد و کلیه اسناد مرتبط با ارزشیابی برنامه ی آموزش سلامت گروهی در این مدت از واحد آموزش سلامت استان دریافت و بررسی شدند.

روش تعیین اعتبار و اعتماد علمی داده‌های به‌دست آمده جهت گزارش کیفی ارزشیابی

برای اطمینان از موثق بودن داده‌های جمع آوری شده، اقداماتی شامل موارد زیر انجام گردید: تعامل نزدیک با تیم ارزشیاب واحد آموزش بهداشت استان، بررسی اعتبار اسناد و کدهای استخراج شده توسط نفر دوم تیم پژوهش، شرح کامل روش تجزیه وتحلیل فرایند تحقیق برای تسهیل درک و ارزشیابی آن توسط سایر پژوهشگران، تایید اعتبار و صحت داده‌ها توسط اعضای تیم واحد آموزش بهداشت و توافق بین محققان در روند کدگذاری، تجزیه وتحلیل و به حداقل رساندن تاثیر سوگیری شخصی در جمع‌آوری و تجزیه وتحلیل داده ها .

روش تحلیل داده‌ها

تحلیل کیفی داده‌ها با استفاده از روش تحلیل چارچوب انجام شد. تحلیل چارچوب نوعی از تحلیل محتوای کیفی است که داده‌ها را به شیوه‌ای موضوعی، خلاصه و

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-05-10]
[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.57]

طبقه‌بندی می‌کند. این تحلیل شامل سه مرحله‌ی اصلی (توصیف، تحلیل و تفسیر) و پنج گام است: آشنایی با داده ها، ایجاد شکل دادن یک چارچوب نظری با استفاده از تم‌های تکرارشونده و مهم در متن، نمایه‌سازی و ایجاد جداول و نمودارها، خلاصه‌سازی داده‌ها در چارچوب تحلیلی، سنتز داده‌ها از طریق نگاشت و تفسیر (۲۰). چارچوب تحلیل بر اساس چهار بعد پیشنهاد شده توسط گودستاد و همکاران (۲۲) شامل اهداف مداخله (بهبود سلامتی و رفاه و یا کاهش مرگ و میر و ابتلا یا هر دو)، سطح تغییرات (ظرفیت سازی در افراد، افزایش ظرفیت جامعه، توسعه محیط‌های سازمانی و اجتماعی حمایتی)، استراتژی‌های ارتقاسلامت استفاده شده (آموزش سلامت، ارتباطات سلامت، توسعه سازمانی، توسعه سیاسی و همکاری‌ها یا تحقیقات بین بخشی) و مهم ترین نتایج، گزارش شده است. در این مرحله، محقق با یادداشت-برداری حین مرور اسناد و مطالعه ی مکرر، به آشنایی عمیق تری با داده‌ها دست یافت. پس از آن، داده‌ها طبقه بندی و کدگذاری شدند. برای شناسایی ارتباطات سطحی و عمیق بین داده ها، از دو نوع کدگذاری (توصیفی و استنباطی) استفاده شد. در نهایت، تحلیل داده‌ها با بهره گیری از نرم افزار MAXQDA مدیریت و سازماندهی گردید.

مرحله‌ی دوم: فراارزشیابی کمی

در این مرحله، برنامه با استفاده از چهار استاندارد ارزشیابی بر اساس چک لیست هارتز و همکارانش ارزشیابی و نمره دهی شد. دو ارزشیاب به طور مستقل و مطابق با طبقه بندی استاندارد چک لیست، ارزشیابی برنامه را انجام دادند. این ارزشیابی‌ها بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت و الگوی RE-AIM صورت گرفت و برای نمره دهی از چک لیست هاتز و همکاران استفاده شد.(23)

ابزار اصلی این مطالعه، چک لیست فراارزشیابی برای برنامه‌های ارتقاسلامت است که توسط هارتز و همکاران طراحی شده و بر اساس استانداردهای انجمن ارزشیابی آمریکا تنظیم شده است. این چک لیست شامل چهار بعد اصلی است: سودمندی (در ۷ حوزه)، امکان سنجی (در ۳ حوزه)، صلاحیت (در ۸ حوزه)، صحت (در ۱۲ حوزه) و اختصاصی بودن (در ۵ حوزه). برای هر یک از استانداردها، نمره ی کلی ارزشیابی و قدرت ارزشیابی محاسبه شد. به این ترتیب که تعداد آیتم‌های کسب شده برای هر استاندارد شمرده شده و براساس چک لیست در مقدار امتیاز آن ضرب شد. سپس، مجموع همه ی آیتم‌ها محاسبه و نمره ی کل به دست آمد. برای محاسبه قدرت ارزشیابی، نمره ی کل بر حداکثر نمره ای که یک استاندارد می‌توانست کسب کند تقسیم و سپس در عدد ۱۰۰ ضرب شد. برای نمره دهی، یک مقیاس پنج درجه ای شامل عالی، خیلی خوب، خوب، نسبتا خوب و ضعیف در نظر گرفته شده است که به ترتیب نمره‌های ۶، ۵، ۴، ۳-۲ و ۰-۱ به آن‌ها اختصاص داده شد. برای تعیین اعتبار معادل نمرات داده شده توسط دو ارزشیاب، ضریب همبستگی بین نمرات آن‌ها محاسبه شد. تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم افزار IBM SPSS v. 22 انجام شد و نمودار هیستوگرام حاصل از ارزیابی استانداردها نیز ارائه گردید. پس از این مرحله، نتایج ارزشیابی انجام شده توسط دو ارزشیاب در یک جلسه جداگانه توسط تیم تخصصی ارزشیابی مرور و بازبینی شد. یافته‌های حاصل از مرور مستندات و نتایج مرحله ی فراارزشیابی در یک گزارش جامع ارائه شد. این گزارش نقاط ضعف و قوت فرایند اجرایی برنامه را مشخص کرد و در نهایت، گزارشی مکتوب از نتایج فراارزشیابی با دسته بندی بر اساس استانداردهای ارزشیابی تهیه گردید .

مطالعه ی حاضر با مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. کلیه ی اطلاعات گردآوری‌شده به‌صورت محرمانه و صرفاً در راستای اهداف پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند. هم‌چنین، رضایت ضمنی از مسئولان واحد آموزش سلامت استان برای استفاده از مستندات و داده‌های موجود اخذ شد.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه در دو بخش ارائه می‌شوند: نتایج حاصل از مرور مستندات و تحلیل کیفی، و نتایج فراارزشیابی کمی بر اساس چک‌لیست استانداردهای ارزشیابی.

مرحله اول: مرور مستندات و تحلیل کیفی

در مرحله ی نخست این مطالعه، کلیه ی اسناد مرتبط با ارزشیابی برنامه‌های آموزش سلامت گروهی اجراشده توسط واحد آموزش و ارتقاء سلامت مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، به‌صورت نظام‌مند گردآوری و تحلیل شدند. این اسناد شامل بسته‌های آموزشی، فرم‌های

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-05-10]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.57]

ارزشیابی، گزارش‌های نهایی، فایل‌های SPSS مربوط به ارزشیابی شهرستان‌ها، و دستورالعمل‌های اجرایی برنامه بودند. فرم استخراج داده‌ها با توجه به چارچوب مفهومی پژوهش و نظرات متخصصان طراحی و اعتبارسنجی شد و شامل اطلاعاتی نظیر عنوان، نوع سند، زمان و مکان انتشار، و محتوای مرتبط با ارزشیابی بود.

برنامه‌های آموزش سلامت گروهی در قالب سه محور اصلی اجرا شده بودند: آموزش‌های همگانی، برنامه ی حامیان سلامت و برنامه ی مروج سلامت. آموزش‌های همگانی توسط گروه‌های آموزش‌دهنده شامل بهورز، پزشک، ماما، کارشناسان بهداشتی زن و مرد و دندانپزشک، بر اساس تقویم آموزشی و نیازسنجی منطقه‌ای انجام می‌شد. برنامه حامیان سلامت با مشارکت رابطین، سفیران سلامت، شوراها، دهیاران و معتمدین محلی طراحی شده بود که وظیفه¬ی انتقال آموزش‌های فراگرفته‌شده به خانوارها را بر عهده داشتند. برنامه ی مروج سلامت نیز با همکاری مدیران مدارس، شوراها و معتمدین محلی اجرا می‌شد و شامل فعالیت‌های نمادین نظیر نمایشگاه‌ها، مسابقات نقاشی و ورزشی، و راهپیمایی‌های سلامت بود. مستندات این برنامه‌ها در سامانه آموزش الکترونیک ثبت و آرشیو شده بودند.

فرآیند ارزشیابی این برنامه‌ها از سال ۱۳۸۸ آغاز شد و در سال ۱۳۹۰ برای نخستین بار در کشور، مدل‌های CIPP و RE-AIMبه‌عنوان چارچوب‌های ارزشیابی انتخاب شدند. در سال ۱۳۹۴، چک‌لیست‌های ارزشیابی برای مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی طراحی گردید که تمرکز آن‌ها بر آموزش پزشکان و کارکنان بهداشتی بود. تا سال ۱۳۹۸، ارزشیابی‌ها به‌صورت فصلی انجام و داده‌ها در قالب فایل‌های SPSSبه مرکز استان ارسال می‌شدند. از سال ۱۳۹۸ به بعد، به‌دلیل محدودیت‌های ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹، آموزش‌ها به‌صورت انفرادی یا مجازی برگزار شده و ارزشیابی‌ها نیز از طریق رسانه‌های دیجیتال و بسترهای مجازی انجام می‌گرفت.

اهداف اصلی برنامه‌های ارزشیابی شامل ارتقاء سلامت و تندرستی، کاهش مرگ‌ومیر و عوارض بیماری‌ها و تدوین برنامه‌های آموزشی مبتنی بر اصول علمی بودند. تقویم‌های آموزشی ویژه بهداشت و درمان تحت نظارت معاونت بهداشت شهرستان طراحی می‌شدند و هرگونه تغییر در برنامه‌ها نیازمند تأیید کارشناسان آموزش و ارتقاء سلامت استان بود. جلسات آموزشی نیز تحت نظارت مربیان و کارشناسان شهرستانی و استانی برگزار می‌شدند و ارزشیابی‌ها با استفاده از چک‌لیست‌های استاندارد انجام می‌گرفتند.

همکاری بین‌بخشی در قالب تشکیل کمیته آموزش بهداشت استان با حضور رئیس و قائم‌مقام مرکز بهداشت و روسای گروه‌های کارشناسی انجام می‌شد. مدل ارزشیابی به‌کاررفته شامل پنج سطح اصلی بود: دسترسی، کارایی، پذیرش، اجرا و نگهداری. ارزشیابی اثربخشی برنامه‌ها و تغییر رفتار فراگیران نیز از طریق آزمون‌های پس‌آزمون در جلسات آموزشی سنجیده می‌شد. مرکز پایش سلامت استان وظیفه نظارت بر صحت شاخص‌های عملکرد، سطح رضایت مخاطبین، و اثربخشی برنامه‌های آموزشی را بر عهده داشت.

بر اساس مستندات موجود، برنامه‌های آموزشی گروهی در برخی موارد به‌دلیل شرایط جوی یا مشکلات حمل‌ونقل با تأخیر مواجه شده بودند که این امر منجر به تغییر در زمان‌بندی ارزشیابی‌ها و استفاده از مدل CIPP برای تحلیل انعطاف‌پذیرتر شد. پذیرش در مدل RE-AIM به‌صورت درصدی از افراد علاقه‌مند به اجرای برنامه‌ها تعریف شده بود (۳) و مدل CIPP نیز برای هدایت تصمیم‌گیری‌های اجرایی و شناسایی نیازها و مشکلات به‌کار گرفته می‌شد (۲۱). چک‌لیست‌های ارزشیابی شامل مراحل کامل اجرای برنامه از تعیین گروه هدف تا نحوه ارائه مطالب آموزشی و جمع‌بندی نهایی بودند.

نتایج ارزشیابی‌ها نشان‌دهنده تفاوت‌های قابل‌توجهی در سطح رضایت مخاطبین و عملکرد برنامه‌ها در شهرهای مختلف استان بود. در برخی مناطق، کارشناسان بهداشت خانواده نقش مؤثرتری در انتقال دانش و تغییر نگرش ایفا کرده بودند، در حالی که مشارکت پزشکان در فرآیند آموزشی کمتر گزارش شده بود. تحلیل روند نمرات ارزشیابی از سال ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۷ نشان‌دهنده افزایش نسبی بود، اما از سال ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸ کاهش محسوسی مشاهده شد. این نوسانات می‌تواند ناشی از تغییرات ساختاری، محدودیت‌های اجرایی، یا کاهش منابع حمایتی باشد (۲۴, ۲۵). در **جدول ۱** جمعبندی ویژگی‌های برنامه ی ارزشیابی آموزش سلامت گروهی اجرا شده توسط گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت استان آذربایجان شرقی ارائه شده است.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-05-10]
[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.57]

جدول ۱. ویژگی‌های اصلی برنامه‌ی ارزشیابی آموزش سلامت گروهی

حوزه‌های ارزشیابی	مولفه‌ها	بله	خیر
اهداف مداخله در برنامه ارزشیابی	حفظ و ارتقا سلامت	*	
	کاهش مرگ و میر	*	
سطح تغییرات در اهداف برنامه ارزشیابی	خرد	*	
	متوسط	*	
	کلان		*
استراتژی های ارتقای سلامت استفاده شده در برنامه‌ی ارزشیابی	آموزش بهداشت	*	
	ارتباطات	*	
	توسعه سازمانی		*
	توسعه سیاسی		*
	تحقیقات بین بخشی		*
معیارهای برنامه ارزشیابی	مربوط بودن	*	
	انسجام	*	
	پاسخگویی	*	
	دستاورد	*	
	نتایج	*	
تمرکز اصلی برنامه ارزشیابی	روند		
	پیامد		
	هردو	*	
روش‌های مورد استفاده در برنامه ارزشیابی	کمی	*	
	کیفی		
	ترکیبی		

نتایج حاصل از مرحله ی دوم: فراارزشیابی بر اساس چک لیست

در مرحله ی دوم مطالعه، فراارزشیابی برنامه‌های آموزشی سلامت بر اساس چهار استاندارد ارزشیابی (چک‌لیست هارتز و همکاران) و یک معیار اختصاصی انجام شد. این مرحله با هدف سنجش کیفیت طراحی، اجرا، و ارزشیابی برنامه‌ها از منظر اصول بین‌المللی صورت گرفت. نتایج حاصل از بررسی هر استاندارد به شرح زیر است:

استانداردهای سودمندی (Utility): این استاندارد شامل مؤلفه‌هایی نظیر شناخت مخاطبین، شناسایی ارزش‌ها، گزارش به‌موقع، انتشار نتایج، و تأثیر ارزشیابی بود. نمره ی کل کسب‌شده برای این استاندارد ۱۸ از ۲۸ بود که معادل ۶۴ درصد محاسبه شد. کمترین نمرات در این بخش مربوط به مؤلفه‌های شناخت مخاطبین، شناسایی ارزش‌ها، گزارش به‌موقع، و انتشار نتایج ارزشیابی ثبت شد .

استانداردهای امکان‌سنجی (Feasibility): این استاندارد شامل مؤلفه‌هایی ازجمله مقرون به‌صرفه بودن، دوام سیاسی، مراحل عملیاتی، و هزینه‌اثربخشی بود. نمره ی کل کسب‌شده برای این بخش ۸ از ۱۲ بود که معادل ۶۶ درصد محاسبه شد.

استانداردهای صلاحیت (Propriety): این استاندارد به بررسی رعایت اصول اخلاقی، قانونی، و رفاه شرکت‌کنندگان در فرآیند ارزشیابی می‌پردازد. مؤلفه‌های مورد بررسی شامل حفظ حقوق مشارکت‌کنندگان، شفافیت در اجرا و مسئولیت مالی بودند. نمره کل این بخش ۲۴ از ۳۲ بود که معادل ۷۵ درصد محاسبه شد. کمترین نمره در این بخش مربوط به مؤلفه مسئولیت مالی گزارش شد.

استانداردهای دقت (Accuracy): این استاندارد شامل مؤلفه‌هایی نظیر جمع‌آوری اطلاعات کافی، اعتبار داده‌ها، تحلیل اطلاعات کمی و کیفی و مستندسازی بود. نمره کل کسب‌شده برای این بخش ۲۷ از ۴۸ بود که معادل ۵۶ درصد محاسبه شد. کمترین نمره در این بخش مربوط به مؤلفه تحلیل اطلاعات کیفی بود که نمره صفر دریافت کرد. معیار اختصاصی بودن: این معیار به بررسی تناسب ارزشیابی با ویژگی‌های خاص برنامه‌های آموزشی سلامت در ایران اختصاص داشت. نمره کسب‌شده برای این معیار ۴ از ۵ بود که معادل ۷۵ درصد محاسبه شد (**جدول ۲**)

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-05-10]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.57]

جدول ۲. نمرات استانداردهای سودمندی، صلاحیت، دقت و اختصاصی بودن

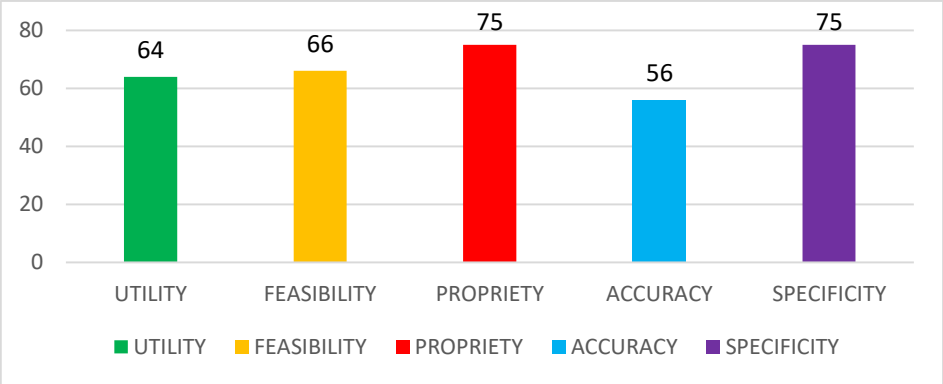
استانداردهای سودمندی	نمرات	عملکرد
U[1]۱: شناخت مخاطبین	۴	خوب
U۲: اعتبار ارزشیاب	۶	عالی
U۳: دامنه اطلاعات و انتخاب آن	۵	بسیار خوب
U۴: شناسایی ارزش‌ها	۴	خوب
U۵: وضوح گزارش	۵	بسیار خوب
U۶: گزارش به موقع و انتشار	۴	خوب
U۷: تأثیر ارزشیابی	۴	خوب
استانداردهای امکان سنجی	نمرات	عملکرد
F[2]۱: مراحل عملی	۴	خوب
F۲: دوام سیاسی	۴	خوب
F۳: هزینه اثربخشی	۶	عالی
استانداردهای صلاحیت	نمرات	عملکرد
P[3]۱: جهت‌گیری خدمات	5	بسیار خوب
P۲: توافقات رسمی	5	بسیار خوب
P۳: حقوق نمونه‌های انسانی	6	عالی
P۴: تعاملات انسانی	6	عالی
P۵: ارزشیابی کامل و منصفانه	4	خوب
P۶: افشای یافته‌ها	6	عالی
P۷: تضاد منافع	5	بسیار خوب
P۸: مسئولیت مالی	2	نسبتاً خوب
استانداردهای دقت	نمرات	عملکرد
A[4]۱: مستندات برنامه	۴	نسبتاً خوب
A۲: تحلیل زمینه	۴	نسبتاً خوب
A۳: اهداف و روش‌های توصیف شده	۵	خوب
A۴: منابع اطلاعاتی قابل دفاع	۶	عالی
A۵: اطلاعات روایی	۵	بسیار خوب
A۶: اطلاعات قابل اطمینان	۶	عالی
A۷: اطلاعات نظامند	۶	عالی
A۸: تجزیه و تحلیل اطلاعات کمی	۵	خوب
A۹: تحلیل اطلاعات کیفی	۰	ضعیف
A۱۰: نتیجه‌گیری موجه	۵	خوب
A۱۱: گزارش بی طرفانه	۵	خوب
A۱۲: فراارزشیابی	۵	بسیار خوب

[1] Utility Standards
[2] Feasibility Standards
[3] Propriety Standards
[4] Accuracy Standards

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-05-10]
[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.57]

نتیجه کلی فراارزشیابی

نتایج فراارزشیابی نشان داد که که بالاترین نمره‌ی کل مربوط به استاندارد اختصاصی بودن و کمترین نمره ی کل مربوط به استاندارد دقت بود. قدرت استانداردهای فراارزشیابی در نمودار ۱ و وضعیت معیارهای فراارزشیابی در **جدول ۳** نشان داده شده است.



نمودار ۱. قدرت مفاد استانداردهای فراارزشیابی

جدول ۳. وضعیت معیارهای فراارزشیابی برنامه ارزشیابی آموزش سلامت گروهی

معیار	گویه ها	نمره هر گویه	نمره کل	نمره از ۱۰۰	وضعیت
سودمندی	شناسایی دست اندرکاران	۴	۱۸	۶۴	خوب
	اعتبار ارزشیاب	۶			
	دامنه اطلاعات و انتخاب آن	۵			
	شناسایی ارزش ها	۴			
	وضوح گزارش	۵			
	گزارش به موقع و انتشار	۴			
	تاثیر ارزشیابی	۴			
	نمره کل معیار		۲۸		
امکان سنجی	مراحل عملی	۴	۸	۶۶	بسیارخوب
	دوام سیاسی	۴			
	هزینه اثربخشی	۶			
	نمره کل معیار		۱۲		
صلاحیت	جهت گیری خدمات	۵	۲۴	۷۵	بسیارخوب
	توافقات رسمی	۵			
	حقوق نمونه‌های انسانی	۶			
	تعاملات انسانی	۶			
	ارزشیابی کامل و منصفانه	۴			
	افشای یافته‌ها	۶			
	تضاد منافع	۵			
	مسئولیت مالی	۲			
	نمره کل معیار		۳۲		
دقت	مستندات برنامه	۳	۲۷	۵۶	خوب
	تحلیل زمینه	۳			
	اهداف و روش‌های توصیف شده	۴			
	منابع اطلاعاتی قابل دفاع	۶			
	اطلاعات روایی	۵			
	اطلاعات قابل اطمینان	۶			
	اطلاعات نظام‌مند	۶			
	تجزیه وتحلیل اطلاعات کمی	۴			
	تجزیه وتحلیل اطلاعات کیفی	۰			
	نتیجه گیری موجه	۳			
	گزارش بی طرفانه	۴			
	فراارزشیابی	۵			
	نمره کل معیار		۴۸		
اختصاصی بودن	نظریه یا مکانیسم‌های تغییر	۱	۴	۷۵	
	ظرفیت سازی جامعه	۱			
	ارزشیابی با چند استراتژی	۰			
	مسئولیت‌پذیری	۱			

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-05-10]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.57]

بحث

مطالعه ی حاضر با هدف فراارزشیابی برنامه آموزش سلامت گروهی اجراشده توسط واحد آموزش و ارتقاء سلامت استان آذربایجان شرقی انجام شد. یافته‌های حاصل از بررسی پنج معیار ارزشیابی نشان داد که این برنامه از نظر استانداردهای انجمن ارزشیابی آمریکا در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار دارد. معیارهای صلاحیت و اختصاصی بودن بالاترین نمرات را کسب کردند (۷۵٪)، در حالی که معیار دقت پایین‌ترین نمره را دریافت کرد (۵۶٪)، به‌ویژه در مؤلفه ی تحلیل اطلاعات کیفی که فاقد داده قابل ارزیابی بود. با توجه به نبود مستندات کافی در این بخش، اظهار نظر قطعی امکان‌پذیر نبود و این خلأ اطلاعاتی به‌عنوان یکی از چالش‌های اصلی در ارزیابی جامع برنامه‌ها محسوب می‌شود (۲۶). با توجه به نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر فهرستی از نقاط قوت و ضعف برنامه در **جدول ۴** لیست شده است.

جدول ۴. نقاط قوت و ضعف برنامه ارزشیابی آموزش سلامت گروهی

نقاط قوت برنامه ارزشیابی	نقاط ضعف برنامه ارزشیابی
اختصاص اولویت به مهمترین سوالات	عدم قابلیت انعطاف پذیری و افزودن به سوالات طی برنامه ارزشیابی
حفظ و نگهداری سوابق ارزشیابی	انجام ارزشیابی فقط به صورت کمی
استفاده ار ارزشیاب‌های شایسته در برنامه ارزشیابی	عدم وجود گزارش‌های موقت
بهره گیری از خدمات غیر نقدی	نامشخص بودن منابع مالی برنامه
صرفه جویی در هزینه نمودن منابع ارزشیابی	عدم استفاده از چندین ارزشیاب
توجه به انتقادات و پیشنهادات دست اندرکاران	عدم به کارگیری طرف‌های مناسب برای تحلیل داده‌ها و عدم توجه به تحلیل دست‌اندرکاران
ارائه توافق نامه هایی برای زمانبندی و روش ارزشیابی	شرح ندادن ویژگی‌های فنی، اجتماعی، اقتصادی، سازمانی جامعه موردنظر برنامه
تهیه گزارشات فنی برای مستندسازی نتایج ارزشیابی	مطرح نشدن شرایط غیرمعمول و محدودیت‌های برنامه
انجام ارزشیابی‌ها هم به صورت تکوینی و هم نهایی	عدم استفاده از نیروهای سیاسی متنوع برای پیشبرد اهداف
استفاده از ابزارهای ارزشیابی معتبر و از قبل آزمایش شده	عدم توضیح چگونگی ثابت ماندن یا تغییر اهداف در طول زمان
توجه به اصول مربوط بودن و انسجام و پاسخگویی در برنامه ارزشیابی	عدم بیان چگونگی استفاده از نقاط قوت برنامه برای رفع نقاط ضعف
توجه به ارتقا سلامت و کاهش ابتلا و مرگ ومیر در اهداف برنامه	استفاده از استراتژی آموزش بهداشت و ارتباطات سلامت و مغفول ماندن سایر استراتژی‌ها

مقایسه نتایج این مطالعه با مطالعات مشابه داخلی و خارجی، همسویی‌ها و تفاوت‌های قابل توجهی را نشان می‌دهد. در مطالعه کشمیری و همکاران (۱۳۹۹)، فراارزشیابی مکانیسم ارزشیابی کیفیت آموزش اعضای هیئت علمی انجام شد که در آن، بر اهمیت مدیریت تضاد منافع و استفاده از ارزشیابان مستقل تأکید شده بود؛ موضوعی که در مطالعه ی حاضر نیز به‌عنوان یکی از نقاط ضعف شناسایی شد. هم‌چنین، مطالعه هارتز و گلدبرگ نشان داد که تنها ۴۰٪ از مطالعات ارزشیابی از ترکیب فرآیند و نتیجه استفاده کرده‌اند و ۳۶٪ از روش‌های ترکیبی بهره برده‌اند، که با یافته‌های این مطالعه هم‌راستا است، زیرا روش‌های کیفی و ترکیبی در برنامه‌های ارزشیابی استان کمتر مورد استفاده قرار گرفته‌اند (۲۷). مطالعه گلاسگو و همکاران بر کاربرد چارچوب RE-AIM در ارزشیابی برنامه‌های سلامت عمومی تأکید دارد. این چارچوب با تمرکز بر ابعاد دستیابی، اثربخشی، پذیرش، اجرا و نگهداری، امکان تحلیل چندسطحی و پایداری مداخلات را فراهم می‌سازد. همسویی این مدل با مطالعه ی حاضر در استفاده از ابعاد اجرایی قابل مشاهده است، اما تفاوت آن در بهره‌گیری از داده‌های کیفی و تحلیل‌های مشارکتی است که در مطالعه حاضر مغفول مانده‌اند (۲۱).

مطالعه ژائو و همکاران نیز با استفاده از مدل CIPP و روش‌های تحلیل چند معیاره، یک سیستم ارزشیابی جامع برای آموزش سلامت عمومی طراحی کرده است. این مدل با تمرکز بر زمینه، ورودی، فرآیند و محصول، امکان تحلیل ساختاری و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد را فراهم می‌سازد. همسویی این مطالعه با پژوهش حاضر در استفاده از مدل CIPP مشهود است، اما تفاوت آن در سطح عملیاتی‌سازی شاخص‌ها و بهره‌گیری از ابزارهای اعتبارسنجی است که در مطالعه ی حاضر به‌صورت محدود انجام شده است (۲۸, ۲۹). مطالعه بروتشر و

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-05-10]
[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.57]

همکاران نیز با مقایسه هشت چارچوب ارزشیابی سلامت در کشورهای مختلف، نشان داد که موفق‌ترین مدل‌ها آن‌هایی هستند که اهداف ارزشیابی، روش‌ها، و سطح تحلیل را به‌صورت شفاف تعریف کرده‌اند. این یافته با چالش‌های موجود در مطالعه ی حاضر، به‌ویژه در بخش تحلیل اطلاعات کیفی، تفاوت دارد و نشان‌دهنده ی نیاز به استانداردسازی ابزارهای ارزشیابی در ایران است (۳۰).

نقاط‌قوت، محدودیت‌ها و پیشنهادات: این مطالعه با چندین محدودیت مواجه بود که می‌تواند بر نتایج آن تأثیر بگذارد که شامل احتمال مغرضانه بودن اطلاعات به-دلیل بررسی مستندات، عدم مشاهده میدانی فرآیند ارزشیابی به دلیل شیوع بیماری کووید-۱۹ و محدود بودن مطالعات داخلی و خارجی مشابه برای مقایسه نتایج با مطالعه ی حاضر است. هم‌چنین، عدم دسترسی به منابع اطلاعاتی و مقایسه آن با فرآیند ارزشیابی برنامه‌های آموزش سلامت در استان آذربایجان شرقی، به دلیل عدم انجام ارزشیابی اصولی و مدون در ایران، عدم تطابق فرهنگی چک لیست استافیل بیم و عدم انجام روایی برای چک لیست‌های ارزشیابی تهیه شده، از دیگر محدودیت‌ها به شمار می‌رود. این محدودیت‌ها نشان‌دهنده ی نیاز به تحقیقات بیشتر و بهبود روش‌های ارزشیابی در آینده است.

با توجه به نتایج فراارزشیابی و نقاط ضعف شناسایی‌شده در ارزشیابی برنامه آموزش سلامت گروهی، پیشنهاد می‌شود: ۱) طراحی ارزشیابی‌ها با تأکید بر ترکیب روش‌های کمی و کیفی تقویت شود؛ ۲) ابزارهای ارزشیابی بومی‌سازی شده و روایی آن‌ها بررسی گردد؛ ۳) همکاری بین واحدهای اجرایی و دانشگاهی در طراحی و اجرای ارزشیابی‌ها توسعه یابد؛ ۴)جلسات مشترک بین گروه‌های آموزشی دانشگاه و مراکز بهداشت برگزار شود؛ ۵) ردیف بودجه‌ای مستقل برای ارزشیابی برنامه‌ها اختصاص یابد؛ ۶) استفاده از ارزشیابان مستقل و خارجی در فرآیند ارزشیابی مدنظر قرار گیرد؛ ۷) برنامه¬ی ارزشیابی از سطح استانی به سطح ملی ارتقاء یابد و حمایت ساختاری از سوی وزارت بهداشت جلب شود؛ ۸) آموزش مسئولان ارزشیابی و مرور استانداردهای فراارزشیابی توسط کمیته‌های تخصصی پیش از اجرای هر ارزشیابی انجام شود. در نهایت، انجام مطالعات مشابه در سایر استان‌ها و در حوزه‌های مختلف آموزش سلامت توصیه می‌شود تا امکان تحلیل تطبیقی و ارائه مدل جامع ارزشیابی فراهم گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که ارزشیابی برنامه ی آموزش سلامت گروهی اجراشده توسط واحد آموزش و ارتقاء سلامت استان آذربایجان شرقی، از نظر انطباق با استانداردهای انجمن ارزشیابی آمریکا در سطح نسبتاً مطلوبی قرار دارد. در ارزیابی پنج معیار اصلی، استانداردهای صلاحیت، اختصاصی بودن و امکان‌سنجی با کسب نمرات بالاتر، در سطح «بسیار خوب» طبقه‌بندی شدند. در مقابل، استانداردهای سودمندی و دقت نمرات پایین‌تری دریافت کردند و به‌ویژه در مؤلفه تحلیل اطلاعات کیفی، داده‌های قابل ارزیابی وجود نداشت. استفاده از چارچوب‌های معتبر ارزشیابی مانند مدل‌های CIPP و RE-AIM در طراحی و اجرای برنامه، از نقاط قوت ساختاری این ارزشیابی محسوب می‌شود. با این حال، یافته‌ها نشان دادند که برخی مؤلفه‌های کلیدی مانند گزارش بی‌طرفانه، بهره‌گیری از ارزشیابان مستقل، و مستندسازی اقدامات کنترلی برای کاهش سوگیری، نیازمند توجه بیشتر هستند. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، به نظر می‌رسد اصلاح فرآیندهای ارزشیابی، به‌ویژه در حوزه ی جمع‌آوری و تحلیل داده‌های کیفی، می‌تواند به ارتقاء اثربخشی برنامه‌های آموزش سلامت گروهی در آینده کمک کند. این مطالعه با ارائه-ی تصویری از وضعیت موجود، زمینه‌ساز طراحی مدل‌های بهبود یافته ارزشیابی در سطح استانی و ملی خواهد بود.

تشکر و قدردانی: از همه کسانی که ما را در تکمیل این مطالعه یاری کردند، سپاسگزاریم.

تعارض منافع: هیچ یک از نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع مالی ندارند.

حمایت مالی: دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد رهگیری ۶۴۳۸۲ حامی مالی این مطالعه بوده است.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه توسط کمیته اخلاق منطقه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تبریز با شناسه تأیید IR.TBZMED.VCR.REC.1398.352 تأیید شده است. مطالعه ی حاضر یک تحلیل ثانویه از داده‌های

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-05-10]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.57]

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-01-10]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.57]

جمع‌آوری‌شده به عنوان بخشی از یک برنامه آموزشی سلامت قبلاً تأیید شده است. تمام داده‌ها قبل از تجزیه وتحلیل ناشناس شدند و هیچ اطلاعات شخصی قابل شناسایی مورد دسترسی یا استفاده قرار نگرفت و داده‌ها صرفاً برای اهداف تحقیقاتی استفاده شدند.

سهم نویسندگان: حیدر ندریان: طراحی و انجام مطالعه، جمع آوری داده ها، تجزیه و تحلیل داده ها، تفسیر داده ها، تهیه پیش نویس مقاله، اصلاح مقاله و محتوا، تایید نسخه نهایی مقاله و هم چنین مسئولیت صحت تجزیه وتحلیل داده ها را به عهده دارد. مرضیه انوشه بناب: طراحی و انجام مطالعه، جمع آوری داده ها، تجزیه وتحلیل داده ها، تفسیر داده ها، تایید نسخه نهایی مقاله. هدی علی-نژادمنفرد: تهیه پیش نویس مقاله، تجزیه وتحلیل داده ها، اصلاح مقاله و محتوا، تایید نسخه نهایی مقاله. منیژه سلیمانی: طراحی و انجام مطالعه، جمع آوری داده ها، تجزیه وتحلیل داده ها، تفسیر داده ها، تایید نسخه نهایی مقاله.

References

1. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, Rabin B, Smith ML, Porter GC, et al. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. Front Public Health. 2019;7:64. https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064 PMid:30984733 PMCid:PMC6450067
2. Stufflebeam DL. A Note on the Purposes, Development, and Applicability of the Joint Committee Evaluation Standards. American Journal of Evaluation. 2004;25 (1):99-102. https://doi.org/10.1177/109821400402500107 https://doi.org/10.1016/j.ameval.2003.12.002
3. Sturges KM, Howley C. Responsive meta-evaluation: A participatory approach to enhancing evaluation quality. American Journal of Evaluation. 2017;38 (1):126-37. https://doi.org/10.1177/1098214016630405
4. Hartz Z, Goldberg C, Figueiro AC, Potvin L. Multi-strategy in the evaluation of health promotion community interventions: an indicator of quality. Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research: Springer; 2008. p. 253-67. https://doi.org/10.1007/978-0-387-79733-5_14
5. Fawcett SB, Paine-Andrews A, Francisco VT, Schultz J, Richter KP, Berkley-Patton J, et al. Evaluating community initiatives for health and development. WHO regional publications European series. 2001 (92):241-70.
6. Yarbrough DB, Shulha LM, Caruthers F. Background and History of the Joint Committee's Program Evaluation Standards. New Directions for Evaluation. 2004;104:15-30. https://doi.org/10.1002/ev.133
7. Aid B. Evaluation in Development Agencies. OECD; 2010.
8. Kumar S, Preetha G. Health promotion: an effective tool for global health. Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine. 2012;37 (1):5-12. https://doi.org/10.4103/0970-0218.94009 PMid:22529532 PMCid:PMC3326808
9. Iqbal Z, Anees M, Khan R, Wadood A, Malik S. A comparative analysis of the efficacy of three program-evaluation models-A review on their implication in educational programs. Humanities & Social Sciences Reviews. 2021;9 (3):326-36. https://doi.org/10.18510/hssr.2021.9333
10. Wynn BO, Dutta A, Nelson MI. Challenges in program evaluation of health interventions in developing countries: Rand Corporation; 2006
11. Kashmiri F, Mehrparvar A. Evaluation of development offices in educational colleges and hospitals: An internal evaluation. Jundishapur Ahvaz Journal of Educational Development. 2020;11 (2):157-70. (In persion)

12. Sudani M. Evaluation of life skills training program in Ahvaz secondary schools based on the SIP evaluation model. Psychological Achievements. 2019;26 (1):111-30. (In persion)
13. Rozita Firooznia, Hossein Dargahi, Zeinab Khaledian, Tohid Jafari-Koshki. Strengths and weaknesses of maternal health program evaluation tools in Iranian primary health care system. Payesh (Health Monitor) Journal. 2018;17 (5):521-30.
14. Sabsevari S. Metaevaluation and its Standards. Strides in Development of Medical Education. 2005;2 (2):116-25.
15. Kalantari H, Mojahed F, Nikjoo RG, Dadgar E, Bagheri S, Gharibi F. The Analysis of Maternity Health Program by Using Comprehensive Evaluation Model (CIPPI)-Tabriz, 1389. Depiction of Health. 2013;4 (1):14-20.
16. Sabzeh B, Bakhshi A. Goals of Life Skills Curriculum in Primary Education of Canada, Finland and Iran. Iranian Journal of Comparative Education. 2025;8 (2):3513-39.
17. Leesri T, Srisuphan W, Senaratana W, Vannarit T, Rerkasem K. CIPP model evaluation of a collaborative diabetic management in community setting. Global Journal of Medical and Clinical Research Articles. 2016;3 (1):029-34. https://doi.org/10.17352/2455-5282.000030
18. Green-Morris G. An evaluation of the effectiveness of foot care education in rural clinics. Journal of diabetes and metabolic disorders. 2019;18 (1):207-15. https://doi.org/10.1007/s40200-019-00407-0 PMid:31275892 PMCid:PMC6582172
19. Firooznia R, Dargahi H, Khaledian Z, JAFARI KT. Strengths and weaknesses of maternal health program evaluation tools in Iranian primary health care system. 2018.
20. Baartman LK, Prins FJ, Kirschner PA, Van Der Vleuten CP. Determining the quality of competence assessment programs: a self-evaluation procedure. Studies in Educational Evaluation. 2007;33 (3-4):258-81. https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2007.07.004
21. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, Rabin B, Smith ML, Porter GC, et al. RE-AIM planning and evaluation framework: adapting to new science and practice with a 20-year review. Frontiers in public health. 2019;7:64. https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064 PMid:30984733 PMCid:PMC6450067
22. Costello ML, Slee EJ. Educational evaluation: Alternative approaches and practical guidelines: by Blaine R. Worthen and James R. Sanders. White Plains, New York: Longman, Inc., 1987, xiv+ 450 pp. ISBN 0-582-28551-8 (pbk) ISBN 0-8013-0128-9. Pergamon; 1991.
23. Hartz Z, Goldberg C, Figueiro AC, Potvin L. Multi-strategy in the evaluation of health promotion community interventions: an indicator of quality. Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research. 2009:253-67. https://doi.org/10.1007/978-0-387-79733-5_14
24. Tan S, Lee N, Hall D, editors. CIPP as a model for evaluating learning spaces2010
25. Zhang G, Zeller N, Griffith R, Metcalf D, Williams J, Shea C, et al. Using the context, input, process, and product evaluation model (CIPP) as a comprehensive framework to guide the planning, implementation, and assessment of service-learning programs. Journal of Higher Education Outreach and Engagement. 2011;15 (4):57-84.
26. Moradi E, Pourbairamian G, Ramezani G, Sohrabi Z, Aalaa M, Norouzi A. Meta Evaluation of PhD Course in Medical Education. Journal of Medical Education and Development. 2022. https://doi.org/10.18502/jmed.v17i2.10608
27. Cooksy LJ, Caracelli VJ. Meta-evaluation in Practice. Journal of multidisciplinary evaluation. 2009;6 (11):1-15. https://doi.org/10.56645/jmde.v6i11.211

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-05-10]
[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.57]

28. Allen LM, Hay M, Palermo C. Evaluation in health professions education-Is measuring outcomes enough? Medical Education. 2022;56 (1):127-36. https://doi.org/10.1111/medu.14654 PMid:34463357
29. de Moya M, Haukoos JS, Itani KMF. Practical Guide to Education Program Evaluation Research. JAMA Surgery. 2024;159 (6):706-7. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.6702 PMid:38170498
30. Brutscher P-B, Wooding S, Grant J, RAND E. Health research evaluation frameworks: an international comparison: Rand Corporation California, Santa Monica; 2008.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-05-10]

[DOI: 10.22034/IJHEP.14.2.57]