

Barriers and Challenges of Health Workers Performance Evaluation in the Hypertension and Diabetes Screening Program: Qualitative Content Analysis

Rahim Khodayari-Zarnaq¹, Zeunolabedin Tarinajad², Kamal Gholipour¹, Behrouz Fathi*¹

Article Info:

Article History:

Received: 07.17.2019

Accepted: 09.02.2019

Published: 06.21.2020

Keywords:

Staff Performance
Evaluation
Conventional Content
Analysis
Health Worker
Hypertension
Diabetes

Abstract

Background and Objectives: Evaluation and monitoring of implementation for control and prevention of The Hypertension and Diabetes Screening National Program are important. This study was conducted to identify the challenges of health workers performance evaluation in The Hypertension and Diabetes Screening National Program and provide corrective strategies via exploring the viewpoint of the people involved in this program.

Material and Methods: The study was a conventional qualitative content analysis as part of a larger multi-method study. It was conducted in Ahar Healthcare Network in Iran, in year 2017. The sampling was done using purposive model with maximum variation, and the data were collected through three focused group discussions.

Results: Twenty-seven health workers, observer coaches and senior staff who were involved in the blood pressure Program were selected for the study. Four main categories including contextually, structural, process problems, and results of performance evaluation were identified from the concepts derived from viewpoints of the participants.

Conclusion: Regardless of the success in preventing and controlling diabetes, Iran's primary health care system faces challenges in reducing and controlling hypertension and diabetes due to the lack of a national plan with comprehensive guidelines. The major problem address the the process of staff performance assessing. Findings of this study will help managers to address the performance evaluation system.

Citation: Khodayari-Zarnaq R, Tarinajad Z, Gholipour K, Fathi B. Barriers and Challenges of Primary Health Workers Performance Evaluation in the Hypertension and Diabetes Screening Program: Qualitative Content Analysis. *Depiction of Health* 2020; 11(2): 149-158.

1 Department of Health Policy and Management, Iranian Center of Excellence in Health Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Email: fathib@tbzmed.ac.ir)

2 Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

موانع و چالش‌های ارزیابی عملکرد بهورزان در برنامه غربالگری فشارخون بالا و دیابت: تحلیل محتوای کیفی

رحیم خدایاری زرنق¹، زین العابدین تازی نژاد²، کمال قلی پور³، بهروز فتحی^{4*}

چکیده

زمینه و اهداف: با توجه به اجرای طرح کشوری کنترل و پیشگیری از فشارخون بالا و دیابت، ارزیابی و پایش مراحل اجرای آن، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این مطالعه با بررسی نظرات و تجربیات افراد درگیر در برنامه با هدف شناسایی چالش‌های ارزیابی عملکرد بهورزان در زمینه غربالگری فشارخون و دیابت و ارائه راهکارهای اصلاحی اجرا شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه از نوع تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قراردادی است که بخشی از یک مطالعه چند مرحله‌ای می‌باشد که در سال ۱۳۹۶ در شبکه بهداشت و درمان شهرستان اهر انجام شد. مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. داده‌ها از طریق سه بحث گروهی متمرکز جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: ۲۷ نفر از بهورزان، مربیان ناظر و کارشناسان ستادی درگیر در برنامه فشارخون و دیابت برای مطالعه انتخاب شدند. مفاهیم استخراج شده از نظرات مشکلات مربوط به ارزیابی برنامه غربالگری دیابت و فشارخون بالا در چهار قسمت شامل مشکلات زمینه‌ای، مشکلات ساختار، فرایند و نتایج ارزیابی عملکرد دسته‌بندی شد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های مطالعه علیرغم موفقیت در پیشگیری و کنترل دیابت، سیستم مراقبت بهداشتی اولیه ایران به خاطر فقدان یک برنامه ملی با رهنمودهای کامل و جامع در کاهش و کنترل فشارخون و دیابت با چالش‌هایی روبروست. عمده‌ی این چالش‌ها به فرایند ارزیابی عملکرد کارکنان مربوط است. یافته‌های این مطالعه به مدیران کمک می‌کند تا برای حل مشکلات سیستم ارزیابی عملکرد اقدام کنند.

کلیدواژه‌ها: ارزیابی عملکرد کارکنان، تحلیل محتوای قراردادی، بهورز، فشارخون، دیابت

نحوه استناد به این مقاله: خدایاری زرنق، تازی نژاد، قلی پور، فتحی. ب. موانع و چالش‌های ارزیابی عملکرد بهورزان در برنامه غربالگری فشارخون بالا و دیابت: تحلیل محتوای کیفی. تصویر سلامت، ۱۳۹۹؛ ۱۱(۲): ۱۴۹-۱۵۸.

۱. گروه مدیریت و سیاستگذاری سلامت، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران. دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: fathib@tbzmed.ac.ir)

۲. گروه آموزشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

حمایت قوی مدیریت در زمینه ارزیابی عملکرد دارند (۱۱).
 سنجش روش‌های ارزیابی عملکرد، یک فرایند راهبردی است
 که پاسخگویی، میزان تحقق اهداف و برنامه‌های سازمان را
 افزایش می‌دهد (۱۴).

به‌طور معمول در اهمیت و آثار ناشی از ارزیابی عملکرد
 به موارد تقریباً مشابه اشاره می‌شود که برنامه‌ریزی نیروی
 انسانی، تربیت و بهسازی نیروی انسانی، طراحی نظام جبران
 خدمت، تعیین مسیر پیشرفت شغلی، شناخت استعداد و
 توانایی‌های نیروی انسانی، طراحی نظام انگیزش، ایجاد جو
 اعتماد از جمله این موارد هستند (۱۵، ۱۶). باید توجه داشت
 که بهبود و ارتقای کیفیت روش‌های ارزیابی عملکرد، مستلزم
 بررسی مستمر وضعیت موجود و شناخت و ارتقای نقاط قوت
 و اصلاح نقاط ضعف است (۱۷). در این رابطه نظرات و
 ایده‌های گروه هدف ارزیابی عملکرد، می‌تواند راهنمایی برای
 ارائه راهکارهای سیاستی موثر و تدوین برنامه‌های کاربردی
 برای مقابله با چالش‌های اجرایی برنامه دیابت و فشارخون
 باشد. لذا این مطالعه با بررسی نظرات و تجربیات افراد درگیر
 در برنامه با هدف شناسایی چالش‌های ارزیابی عملکرد
 به‌ورزان در زمینه غربالگری فشارخون و دیابت و ارائه
 راهکارهای اصلاحی طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع تحلیل محتوای کیفی با رویکرد
 قراردادی است. این نوع مطالعه معمولاً زمانی مناسب است که
 تئوری یا متون تحقیقی موجود در مورد یک پدیده محدود
 باشند (۱۸). هدف از تحلیل محتوای کیفی، فراهم آوردن
 شناخت، بینشی نو، تصویری از واقعیت و راهنمای عمل است
 (۱۹). بنابراین این مطالعه با هدف دستیابی به درک عمیقی از
 دیدگاه مربیان، به‌ورزان و مسئولین برنامه‌های غربالگری
 فشارخون بالا و دیابت در خصوص چالش‌ها و موانع ارزیابی
 عملکرد به‌ورزان در برنامه فشارخون و دیابت و ارائه
 راهکارهای اصلاحی انجام شد. این مطالعه بخشی از یک
 مطالعه چند مرحله‌ای است که در سال ۱۳۹۶ در شبکه
 بهداشت و درمان شهرستان اهر انجام شد. به منظور دستیابی
 به بهترین اطلاعات و تجارب، مشارکت‌کنندگان پژوهش از
 میان افرادی انتخاب شدند که در رابطه با پدیده مورد مطالعه
 تجربه داشته و بتوانند بیشترین اطلاعات را در خصوص
 موضوع مورد مطالعه ارائه دهند. مشارکت‌کنندگان به روش
 هدفمند با حداکثر تنوع با در نظر گرفتن جایگاه‌های مختلف
 شغلی، سابقه خدمت، جنس و مراکز سلامت روستایی از بین
 به‌ورزان، مربیان ناظر و کارشناسان ستادی درگیر در برنامه
 فشار خون و دیابت انتخاب شدند.

بیماری‌های غیرواگیر عامل مرگ سالانه بیش از ۴۱ میلیون
 نفر در جهان هستند که معادل ۷۱ درصد از کل مرگ‌ومیر
 جهان است (۲۰۱). این بیماری‌ها در بیش از ۸۰ درصد کل
 مرگ‌ها در ایران نقش داشته (۳، ۱) و ۷۶/۴ درصد از بار
 بیماری‌ها در کشور را به خود اختصاص داده‌اند (۴). انواع
 اصلی بیماری‌های غیرواگیر بیماری‌های قلبی عروقی (مانند
 حملات قلبی و سکته مغزی)، سرطان‌ها، بیماری‌های تنفسی
 مزمن (مانند بیماری مزمن انسدادی ریوی و آسم) و دیابت
 است (۲، ۵). دیابت و فشارخون، هردو عوامل خطر مهم در
 مرگ‌ومیر و بار بیماری‌ها در کشورهای با درآمد پایین و
 متوسط هستند (۵). این بیماری‌ها عامل ۵۳ درصد از کل
 مرگ‌ومیر بزرگسالان در سال ۲۰۰۶ بود. فشارخون بالا (عامل
 ۸۰ هزار مرگ سالانه در سال ۲۰۰۵) و دیابت (عامل ۳۴۰۰۰
 مرگ سالانه در سال ۲۰۰۵) از مهم‌ترین عوامل خطر متابولیک
 مرگ‌ومیر در ایران هستند (۶). در اعلامیه سیاسی
 ۲۰۱۸ سومین اجلاس بلندپایه بیماری‌های غیرواگیر به این
 نکته اشاره شد که پیشرفت و سرمایه‌گذاری برای مقابله با
 بیماری‌های غیرواگیر برای رسیدن به اهداف سلامت توسعه
 پایدار ناکافی است (۷). مقابله موثر با بیماری‌های غیرواگیر و
 عوامل خطر کلیدی آنها نیاز به شناخت دقیقی از وضعیت
 فعلی و جریان آن در سطح کشور است (۱). مراقبت بهداشتی
 اولیه می‌تواند یک مکانیسم مقرون‌به‌صرفه برای مدیریت
 عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در کشورهای کم‌درآمد و با
 درآمد متوسط باشد.

در سال ۱۳۷۳ برنامه پیشگیری و کنترل فشارخون بالا (۸)
 و در سال ۱۳۸۳ برنامه پیشگیری و کنترل دیابت در سیستم
 مراقبت‌های بهداشتی ایران ادغام شدند (۵، ۹) و به‌ورزان
 به‌عنوان بخشی از پروتکل برنامه ملی جهت همکاری در
 اجرای برنامه آموزش داده شدند و نقش ویژه‌ای برای آنها
 مشخص شده است (۵). تاثیر سیستم مراقبت‌های بهداشتی
 اولیه در مناطق روستایی ایران در مدیریت دو بیماری
 غیرواگیر عمده توسط فرشادفر و همکاران بررسی شد. درمان
 دیابت در مناطق روستایی موثر از مناطق شهری بود (۵). خانه
 بهداشت، محیطی‌ترین واحد ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی
 اولیه در نظام سلامت ایران است که یک یا چند روستا را در
 پوشش خدمات خود دارد و در آن به‌ورز مسئولیت مستقیم
 ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی را به مردم بر عهده دارد (۱۰،
 ۱۱). لذا تحقق اهداف خانه بهداشت منوط به عملکرد خوب
 به‌ورز در ارائه خدمات است (۱۱). عملکرد خوب نیروی
 انسانی، بهره‌وری سازمانی را افزایش می‌دهد و منجر به ارتقا
 اقتصاد ملی جامعه می‌گردد (۱۲). حیاتی‌ترین مسئله در هر
 سازمانی، عملکرد آن است (۱۳). امروزه، سازمان‌های
 بهداشتی و درمانی، سازمان‌های پیچیده‌ای هستند که نیاز به

تحلیل داده‌ها بلافاصله پس از اتمام هر بحث گروهی متمرکز و قبل از شروع بحث گروهی متمرکز بعدی با استفاده از روش تحلیل محتوایی از نوع قراردادی انجام شد. به این ترتیب که متن بحث‌ها پیاده سازی شد، سپس بعد از چند بار خواندن، متن‌ها توسط پژوهشگر کدگذاری شد. سپس کدهای مشابه با هم در یک طبقه قرار گرفت و در نهایت تم‌های اصلی استخراج شد. برای اطمینان از موثق بودن داده‌های جمع‌آوری شده در مطالعه حاضر، تعامل نزدیک با مشارکت‌کنندگان و تلاش مستمر در امر تحقیق، بررسی مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده توسط تیم پژوهش به منظور تأیید صحت فرایند کدگذاری، تأیید صحت داده‌ها از سوی مشارکت‌کنندگان، شرح کامل روش تحلیل و چگونگی فرایند تحقیق جهت تسهیل درک و ارزیابی آن توسط سایر پژوهشگران انجام شد. همچنین در پژوهش حاضر محقق تلاش کرد تا از طریق تأیید صحت داده‌ها توسط برخی از مشارکت‌کنندگان (Member Check) و جستجوی توافق بین اعضای تیم تحقیق (Peer review) در روند کدگذاری و تحلیل از تاثیرگذاری چارچوب ذهنی خود در فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها تا حد ممکن پیشگیری نماید. ملاحظات اخلاقی مربوط به مطالعه در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز بررسی و مجوز اجرای آن به شماره IR.TBZMED.REC.1397.079 صادر شد.

یافته‌ها

موارد بیان شده توسط مشارکت‌کنندگان در بحث گروهی متمرکز با استفاده از تحلیل محتوا در ۴ درون‌مایه‌های اصلی و ۱۶ طبقه فرعی مطابق جدول زیر استخراج گردید:

جدول ۱. موانع و چالش‌های ارزیابی عملکرد بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستان اهر در زمینه غربالگری دیابت و فشارخون بالا از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در بحث‌های گروهی متمرکز

ردیف	درون‌مایه اصلی	درون‌مایه فرعی
۱	مشکلات زمینه‌ای	درون‌مایه فرعی مستندسازی دروغین
		کمبود منابع
		تاکید بر کمیت به قیمت کاهش کیفیت
		بی‌توجهی به ارائه خدمات در روستاهای قمر
		استرس زایی ناشی از تأکید زیاد مدیران بالادستی برای رسیدن به درصد مورد انتظار
		انگیزه پایین کارکنان
۲	مشکلات مربوط به ساختار ارزیابی عملکرد	کهنه و معیوب بودن دستگاه‌ها

داده‌ها از طریق سه بحث گروهی متمرکز که به صورت غیررسمی و با پرهیز از هرگونه نظر درباره غلط یا درست بودن مطالب انجام شد، جمع‌آوری شد. در ابتدا توضیحات کاملی در مورد مطالعه، اهداف، روش اجرا و نیز تمهیداتی که برای محرمانه ماندن اطلاعات در نظر گرفته شده بود به صورت شفاهی و کتبی به شرکت‌کنندگان ارائه گردید. در صورت موافقت، فرم رضایت آگاهانه کتبی به امضای شرکت‌کنندگان رسید. زمان و مکان انجام بحث گروهی متمرکز با توجه به نظر شرکت‌کنندگان و هماهنگی‌های قبلی با آنان تعیین شد. راهنمای بحث گروهی متمرکز بر اساس اهداف مطالعه و با توجه به مبانی نظری موضوع و مرور مطالعات به صورت نیمه ساختاریافته تهیه شد. سپس با استفاده از نظرات و راهنمایی‌های کارشناسان آگاه به موضوع، روایی آن تأیید شد. در ادامه، یک بحث گروهی متمرکز پایلوت جهت بررسی نوع سؤالات، ترتیب و نحوه پرسیدن آنها انجام و راهنمای اجرای بحث گروهی متمرکز نهایی شد. سؤالات در مورد سیستم ارزیابی عملکرد بهورزان و نقاط ضعف و قوت آن شروع شد و در مورد چالش‌های مربوط به آن ادامه یافت و در نهایت با سؤالی در مورد راهکارهای رفع چالش‌های سیستم ارزیابی عملکرد بهورزان در زمینه فشارخون بالا و دیابت خاتمه یافت. کلیه مباحث با رضایت مشارکت‌کنندگان با استفاده از دستگاه دیجیتال صدا ضبط گردید. علاوه بر این، از کلیه بحث‌ها یادداشت‌برداری شد. مدت زمان اجرای بحث‌ها بین ۷۵-۱۲۰ دقیقه طول کشید و در انتهای بحث‌ها نحوه تماس با مشارکت‌کننده مشخص گردید تا در صورت نیاز، امکان برقراری ارتباط‌های بعدی جهت سؤالات یا توضیحات احتمالی تکمیلی نیز فراهم شود.

ارزیابی ذهنی

آموزش های بدو خدمت و ضمن خدمت ناکافی

تواتر نامنظم و نامنسجم	مشکلات مربوط به فرایند ارزیابی عملکرد	۳
ارزیابی ناعادلانه		
- متناسب نبودن استانداردها با شرایط موجود		
اطلاعات ناقص ناظرین		
نظارت ناقص بر مربیان		
بی توجهی به توانایی های کارآفرینانه	مشکلات مربوط به نتایج ارزیابی عملکرد	۴
نظام بازخورد نامناسب و معیوب		

مشکلات زمینه‌ای

این موضوع مربوط به زمینه و شرایط سازمانی است که عملکرد بهورز در این زمینه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد:

۱- انگیزه پایین کارکنان

کارکنان در همه سطوح، خاطر نشان کردند که انگیزه‌های مادی برای برخی از افراد بسیار مهم هستند و عمدتاً اهداف اصلی سیستم را فراموش می‌کنند. یک مربی گفت: «ممکن است یک بهورز به درستی کار می‌کند تا پول خوبی دریافت کند و به اهداف سیستم بهداشت و بهورزی، اهمیت نمی‌دهد. به نظر من علیرغم بهبود در امکانات و شرایط، عملکرد بهورزان کاهش یافته است» (F2P2). (بحث گروهی متمرکز شرکت کننده ۲). یکی دیگر از مشارکت کنندگان اظهار نمود: «برای افزایش انگیزه در کارکنان محیطی طوری برنامه سیستم پایش طراحی گردد که از مستندسازی و کاغذبازی اعضای تیم سلامت خودداری گردد زیرا این یک بدعت بوده و برای بهورزان یا مربیانی که در پی کسب امتیاز تصنعی و فرصت طلبی هستند بدآموزی به دنبال دارد پس ممیزی و راست آزمایی عملکرد همکاران خارج از سیستم لازم و ضروری است» (F2P4).

۲- کمبود منابع

بهورزان از کمبود امکانات و تجهیزات مناسب برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی برخوردار بودند. یک بهورز اظهار داشت: «به نظر می‌رسد برخی از مشکلات ارزیابی عملکرد به دلیل عدم وجود امکانات و تجهیزات مناسب است. این مشکل باعث می‌شود پروسه بهداشتی بیش از حد پیچیده و دشوار باشد. امکانات و تجهیزات مناسب معیارهای ارزیابی عملکرد را تغییر می‌دهد».

کمبود بهورز فشار سنگین را روی سایر بهورزان قرار می‌دهد. این کار باعث می‌شود که کار بهورز بسیار دشوارتر شود و انگیزه شغلی را کاهش دهد. یک بهورز گفت: «من نیاز به انرژی زیادی دارم تا وظایفم را با موفقیت انجام دهم من».

از نظر جسمی و احساسی خسته هستیم» (FIP2). عدم استراتژی منحصربه‌فرد و تغییرات مکرر در مدیریت مراکز بهداشتی درمانی و پایان یافتن زود هنگام قراردادهای پزشکان می‌تواند بر عملکرد ارزیابی تأثیر بگذارد. یک بهورز توضیح داد که «عدم استراتژی دائمی در مراکز بهداشتی و تغییر استراتژی‌ها با تغییر مدیریت، ارزیابی عملکرد را بسیار دشوار می‌سازد» (FIP7).

مشکلات مربوط به ساختار ارزیابی عملکرد

این موضوع پیکربندی سیستم ارزیابی عملکرد را شرح می‌دهد

۱- ارزیابی ذهنی

شرکت کنندگان توضیح دادند که با استفاده از ارزیابی حاضر نمی‌توان عملکرد واقعی بهورز از جمله مهارت‌های حرفه‌ای، اطلاعات رسمی، بالینی و ارتباطات را ارزیابی کرد. بهورزی گفت: «موارد ارزیابی با شرایط کاری ما سازگار نیست. در ابتدا، بهورز باید بر اساس برخی اطلاعات حرفه‌ای و مهارت ارتباطی مورد ارزیابی قرار گیرد. برخی از بهورزان بیان می‌کنند که عبارات فرم ارزیابی عملکرد به وضوح مشخص نشده است و مشخص نیست که چگونه رتبه‌بندی انجام می‌شود. به همین ترتیب نمرات ارزیابی بیش از حد عمومی است». یک بهورز گفت: «موارد فرم ارزیابی عملکرد به درستی تعریف نشده است، زیرا برخی از آن‌ها مبهم و نامشخص هستند. این باعث می‌شود امتیاز بسیار پیچیده و ذهنی باشد» (FIP8). بهورزان اظهار داشتند که فقدان عینیت در فرم‌های ارزیابی منجر به ارزیابی ذهنی می‌شود. یک بهورز گفت: «مربیان ارزیابی نسبتاً ذهنی را انجام می‌دهد» (FIP1).

آموزش های بدو خدمت و ضمن خدمت ناکافی

در طی جلسات، اهمیت جهت‌گیری مربیان (کاردانان) و کارشناس (به‌ویژه کسانی که تازه استخدام شده‌اند) با اهداف و انتظارات مرکز بهداشت و وظایف آنان تأکید شد. یک مربی گفت: «فرایندهای موجود در سیستم ارزیابی برای کارکنان».

فواصل طولانی بین ارزیابی‌ها و تأثیر زمان بر قضاوت نهایی در مورد عملکرد کارکنان، عوامل تأکید شده توسط بهورزان بود. یکی از بهورزان مشارکت‌کننده عنوان کرد: «معمولاً در طول دو ماه و گاهی یک فصل هیچ ارزیابی انجام نمی‌شود و معمولاً نتیجه ارزیابی بازخورد تصورات از کارکنان در طی چند هفته قبل از پایان فصل است» FIP2.

بهورزان اظهار داشتند که ابزار مناسب برای ارزیابی مستمر در طول سال وجود ندارد. اگر ارزیابی به صورت منظم و مستمر انجام شود، بهورزان از نقاط ضعف و قوت خود مطلع خواهند شد. یک بهورز گفت: «گر بهورزان ماهانه ارزیابی شوند، از نقاط ضعفشان آگاه خواهند شد و سعی خواهند کرد آن‌ها را به صورت جداگانه یا با کمک همکاران خود از بین ببرند» FIP6.

مشکلات مربوط به نتایج ارزیابی عملکرد

این موضوع مربوط به خروجی ارزیابی و تأثیر آن بر عملکرد بهورزان است. دو زیر طبقه در این دسته قرار دارد:

۱- بی‌توجهی به توانایی‌های کارآفرینانه

بهورزان به این نکته اشاره می‌کنند که مربیان ناظر و کارشناس ستادی به‌عنوان ارزیابی‌کننده باید دارای ویژگی‌های خاصی باشد و فعالیت‌های او تحت نظارت رئیس مرکز بهداشت شهرستان قرار گیرد. در این راستا یک بهورز گفت: «گاهی ارزیابی‌کننده دارای مهارت مدیریتی نیست و سطح اطلاعات بالایی ندارد. او به خاطر تجربه کاری انتخاب شده است. چطور چنین شخصی می‌تواند کارکنان دیگر را ارزیابی کند؟» FIP1.

۲- نظام بازخورد نامناسب و معیوب

اکثر شرکت‌کنندگان بیان کردند که پس از ارزیابی عملکرد، هیچ بازخوردی دریافت نمی‌کنند و از نقاط قوت و ضعف عملکرد خود مطلع نیستند. یک بهورز گفت: «گر یک بهورز با نمره بالا و یک بهورز با نمره کم از فرصت‌های برابر برخوردار باشند، فردی که نمره کمتری دارد هرگز سعی نمی‌کند خودش را بهبود ببخشد و فردی که نمره بالا گرفته است ناامید می‌شود و انگیزه‌اش برای سخت‌کوشی را از دست می‌دهد» FIP5.

مسئله‌هایی مانند فقدان انگیزه مناسب برای بهورزانی که در ارزیابی، نمرات بالا دریافت کرده‌اند و استراتژی‌های تنبیهی نادرست برای کسانی که نمرات کمتری را دریافت می‌کنند، توسط بهورزان و مربیان ناظر مورد بحث قرار گرفت.

در زمینه راهکارهای پیشنهادی برای اصلاح مشکلات برنامه غربالگری فشارخون بالا و دیابت از دیدگاه مشارکت‌کنندگان ۲۴ درون‌مایه فرعی در قالب ۷ درون‌مایه اصلی شامل بعد انگیزش، تجهیزات، فرآیند ارزیابی و نیروی انسانی استخراج شد.

توضیح داده نمی‌شود. به‌عنوان یک مربی ناظر خانه بهداشت تازه شروع به کار نموده، تمام جنبه‌های این کار باید برای من توضیح داده می‌شد» F2P2. ضرورت آموزش سیستم ارزیابی عملکرد به ارزیابی‌کنندگان و اطلاع‌رسانی در مورد اهداف، محتوا و فرآیند ارزیابی، مسائل دیگر بود که توسط شرکت‌کنندگان مورد توجه قرار گرفت. یک - مربی ناظر خانه بهداشت گفت: «هر دو بازدیدکننده و کسانی که مورد ارزیابی قرار می‌گیرند باید در ارزیابی آموزش داده شوند و اطلاعات فراوانی را دریافت کنند. کسانی که مدرک کارشناسی بهداشت دارند، لزوماً یک مدیر و ارزیابی‌کننده مؤثر نیستند و باید دوره‌های مدیریتی آموزش دیده باشند» F2P3.

مشکلات مربوط به فرایند ارزیابی عملکرد

این موضوع در مورد شرایط پیاده‌سازی ارزیابی عملکرد است:

ارزیابی ناعادلانه

شرکت‌کنندگان اذعان کردند که ابزار ارزیابی برای ارزیابی عملکرد مناسب نیست، بنابراین نمی‌توان به‌طور دقیق بین بهورزان در خانه‌های بهداشت مختلف رتبه‌بندی و تفکیک انجام داد. یک بهورز اظهار داشت: «ارزیابی منصفانه نیست. ما نمی‌دانیم که چرا بعضی از بهورزان نمرات بهتر می‌گیرند». برخی از بهورزان توضیح دادند که در ارزیابی عملکرد، رابطه از اهمیت بیشتری برخوردار است و رتبه‌بندی منصفانه نیست. یکی از بهورزان گفت: «وقتی دیدم که یک بهورز بدون مهارت نسبت به من امتیاز خوبی داشت، من انتقاد کردم» FIP5.

ترس از تنش و سوء رفتار در بین بهورزان و مربیان ناظر پس از ارزیابی مشاهده شد. یکی از بهورزان گفت: «بهورزان بعد از ارزیابی انتظار بازخوردهای مختلف دارند. هر کس احساس می‌کند که سخت کار می‌کند، درحالی‌که این درست نیست. هنگامی که بهورزان مصاحبه می‌شوند، به خودشان نمره بهتر می‌دهند و این باعث می‌شود که ارزیابی، مشکل باشد» FIP4.

اکثر شرکت‌کنندگان اصرار داشتند که مربیان ناظر بهتر است در طول فرایند ارزیابی رفتار شایسته‌ای انجام دهند. آن‌ها ابراز داشتند که مربی باید مشکلات عملکردی بهورزان را در حریم خصوصی و نه در عموم ذکر کند و به شخصیت بهورزان احترام بگذارد. یک بهورز گفت: «رفتار مربی نسبت به بهورزان نقش حیاتی دارد. اگر آن‌ها مثبت رفتار کنند، بهورزان موظف به انجام کار خود می‌باشند. اگر یک بهورز مرتکب اشتباه شود، مربی باید به‌طور خصوصی به وی توصیه کند تا مشکلات را به نحوی غیرتهاجمی حل کند» FIP3.

ارزیابی با تواتر نامنظم و نامنسجم

زمینه سازمانی ضعیف به معنی عواملی مانند کمبود امکانات، نیروی انسانی و ناهماهنگی بین فرایندهای سازمانی و مدیریتی است که نتیجه ارزیابی را تحت تأثیر قرار خواهد داد. بر اساس نتایج مطالعه جاری، قراردادهای کوتاه مدت پزشکان و نبود پزشک باعث گردیده افراد ارجاعی از خانه‌های بهداشت جهت ویزیت سردرگم گردیده در نتیجه زمینه نارضایتی بیماران به سیستم بهداشتی و کارکنان افزایش یافته و مراقبت پزشکان، ویزیت پایه، انجام معاینات دوره‌ای کمتر از مورد انتظار است و عملکرد بهورزان در رابطه با فشارخون بالا و دیابت با استاندارد فاصله دارد.

فقدان انگیزه مناسب در بهورزان به این معنی است که بهورزان انگیزه‌ای برای انجام وظایف ندارند؛ آن‌ها برای رسیدن به اهداف سازمانی و پیشرفت سیستم بهداشتی سخت کار نمی‌کنند؛ آن‌ها انگیزه‌های مادی گرایانه را برای انجام وظایف ترجیح می‌دهند و تمایل به اصلاح اشتباهات در عملکردشان ندارند. جین گرکو (Giangreco) و همکاران در مطالعه‌ای در بیمارستان عمومی هبرون (Hebron) به این نتیجه رسیدند که که ارزیابی عملکرد می‌تواند انگیزه کارکنان را افزایش دهد و آن‌ها را به سمت دستیابی به اهداف سازمانی هدایت کند (۲۱). با توجه به نظریه فردریک هرزبرگ (Frederick Herzberg)، با توجه به ماهیت کار در سیستم بهداشتی، برخی عوامل مانند موفقیت شغلی، پیشرفت حرفه‌ای، باعث ایجاد انگیزه در کارکنان می‌شوند. علاوه بر این، سیاست کلی سازمان، سبک مدیریت، روابط بین فردی، شرایط کاری، حقوق و دستمزد، موقعیت، امنیت شغلی و ارزیابی عملکرد عوامل مهمی در انگیزش کارکنان است (۲۲). ردشاو (Redshaw) و همکاران دریافتند که دیدگاه‌های منفی در کارکنان نسبت به ارزیابی منجر به کاهش انگیزه پرستار و کاهش عملکرد می‌شود (۲۳). محیط فیزیکی ناکافی از لحاظ تجهیزات و امکانات، شیوه‌های مدیریت ناکارآمد، مشکلات ارتباطی با خانواده‌ها و پزشکان، مانعی دیگر برای عملکرد پرسنل بود (۲۴). مطالعه اولکه (Oelke) و همکاران در سه منطقه سلامت در غرب کانادا نشان داد که کار بیش‌ازحد، عدم مدیریت مناسب، کمبود زمان و کمبود پرسنل موانع اصلی در عملکرد است که باعث تنش در محل کار، فرسودگی روان‌شناختی و نارضایتی شغلی می‌شود (۲۵).

موضوع دوم تأکید می‌کند که ارزیابی ذهنی و عدم توانایی سازمان در معرفی قوانین و مقررات مشکلاتی است که بر ارزیابی عملکرد تأثیر می‌گذارد. ساختار بدون عینیت در ابزارهای ارزیابی بر روند ارزیابی تأثیر می‌گذارد؛ بطوریکه نمی‌توان به درستی رتبه‌بندی نمود و عملکردها را مقایسه کرد. از آنجایی که نتیجه نظرات و قضاوت‌های مدیران بر زندگی شخصی کارکنان تأثیر می‌گذارد، مدیران نیاز به یک روش عینی، منظم، ساختاریافته و دقیق دارند (۲۰). در مطالعه

هر سه گروه مشارکت‌کنندگان در بحث به این موضوع اذعان کردند: «برای پیش بهر لازم است سیستم تشویق و تنبیه کارآمد بر اساس مساوات و عدالت اجرا گردد و نه بر پایه رابطه. باز دیده‌ها با دقت و جدیت پیگیری و بازخوردها بلافاصله بعد از پیش ارائه گردد» *FIP6-F2P3-F3P1* تعدادی از مریبان و بهورزان اذعان کردند: «در صورت امکان داروهای اورژانسی فشارخون بالا و دیابت در لیست داروهای مجاز خانه‌های بهداشت قرار گیرد و داروهای عادی فشارخون بالا و دیابت رایگان در اختیار مبتلایان قرار داد» *FIP4-F2P7*. یکی از مریبان گفت: «برای ارائه خدمات با کیفیت، بازنگری شاخص‌ها بر اساس مناطق مختلف بازنگری و تعیین گردند. بار کاری بهورزان بر اساس تعداد فرآیندهای خدمت کاهش یابد، فرمهای بی‌مورد حذف گردد» *FIP2*.

هر سه گروه مشارکت‌کننده در بحث گروهی اذعان کردند: «شبکه بهداشت و درمان برای اجرای بهتر طرح‌های ادغام‌شده در نظام سلامت به ماندگاری پزشکان توجه شود. اطلاعات کلیه بهورزان، مریبان و کارشناسان، بروز و پزشکان محترم از راهنماهای بالینی بیماری‌ها مطلع و جامعه‌نگر باشند. تشویق‌ها بر اساس کیفیت کارها، انجام درست و درصد استانداردها توسط واحدهای عملیاتی تعریف و کاربردی گردد و برای کاهش هزینه و مشارکت اجتماعی آگاه‌سازی مردم در سطح کلان از طریق رسانه‌های ملی و محلی انجام گیرد» *FIP6-F2P2-F3P8*

یکی از کارشناسان بیان کردند: «با صرفه‌ترین روش برای کاهش هزینه‌ها باید پزشکان قبل از ورود به سیستم در آموزشهای ضمن خدمت با آخرین پروتکل‌ها آشنا گردند و اتکای صرف به پزشکان به زیان نظام بهداشتی کشور بوده و این موارد باید اصلاح گردد» *F3P2*

بحث

در این مطالعه، چهار موضوع بعنوان مهم‌ترین مسائل در سیستم ارزیابی عملکرد ارائه شده است: مشکلات زمینه‌ای، مشکلات مربوط به ساختار ارزیابی عملکرد، مشکلات مربوط به فرایند ارزیابی عملکرد و مشکلات مربوط به نتایج ارزیابی عملکرد.

اولین موضوع نشان می‌دهد که دستیابی به سیستم ارزیابی عملکرد با مشکلاتی مانند عدم انگیزه مناسب در میان کارکنان و زمینه‌سازی سازمانی ضعیف مواجه است. این موضوعات موجب تنش در عملکرد بهورزان می‌شود. مارکیس (Marquis) و هیستون (Huston) تأکید کردند که ارزیابی باید بر اساس استانداردهای موجود باشد و کارکنان باید استانداردها را در قالب وظایف یا اهداف ارزیابی ارائه دهند (۲۰)

مناسب، ارزیابان (ناظران مستقیم) باید به‌طور مداوم بر عملکرد کارکنان نظارت داشته باشند. مارکر و هیستون گفتند که متأسفانه تعداد کمی از مدیران قبل از تکمیل ارزیابی، عملکرد کارکنان خود را بررسی می‌کنند (۲۰). این به تصویر اشتباه از عملکرد پرسنل منجر خواهد شد. سرپرست و پرسنل نیازمند ملاقات منظم بیش از یک بار در ماه برای ارزیابی توسعه آن‌ها هستند و در صورت لزوم اهداف اصلی و موانع عملکرد را تصحیح می‌کنند (۲۰).

بی‌توجهی به توانایی‌های کارآفرینانه و بازخورد نامناسب، نتایج ارزیابی عملکرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بی‌توجهی به توانایی‌های کارآفرینانه به معنی انتخاب بهروز نمونه ای است که استحقاق کسب نمره بالاتر را ندارد. انتخاب یک فرد به‌عنوان فرد با روحیات کارآفرینانه باید بر اساس برخی از مدارک تحصیلی و حرفه‌ای، از جمله دانش و تجربه کافی، توانایی شناسایی نقاط قوت و ضعف عملکرد باشد (۳۰).

بر اساس نتایج مطالعه جاری، بازخورد نامناسب و دیر هنگام و پایش جانب‌دارانه باعث افت انگیزش کارکنان گردیده و زمینه را برای مستندسازی دروغین، آمارسازی و بی‌توجهی به عملکرد فرآیند ارزیابی فشارخون بالا و دیابت را فراهم می‌سازد. مدیران باید نمرات ارزیابی را توضیح دهند و شکایات بهروزان را در مورد نمرات ارزیابی عملکرد آن‌ها در نظر بگیرند. به‌منظور ارائه بازخورد مناسب لازم است که یک سیستم تشویقی در سازمان داشته باشیم. لاریجانی و مظاهری گزارش دادند که پیامدهای ارزیابی عملکرد و ارائه پاداش، انگیزه و کارایی کارکنان را افزایش می‌دهد (۳۱). اکرام اله و همکاران با انجام مطالعه‌ای در پاکستان نشان دادند که اگر یک نفر به کارمندان اجازه دهد که مخالفت خود را با نمرات نشان دهند، درک درستی از سیستم ارزیابی به دست خواهند آورد (۳۲). نارایان (Narayan) معتقد است بازخورد باید در کوتاه‌ترین زمان ممکن ارائه شود تا تغییر رفتار رخ دهد.

علاوه بر این، برای افزایش کارایی، محتویات بازخورد باید مثبت باشد و ماهیت تنبیهی نداشته باشد و بازتاب اطلاعات ارزیابی به شیوه‌ای واضح و معنی‌دار ارائه گردد (۳۳).

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر جزو اولین مطالعات به شیوه کیفی است که به بررسی مفهوم ممیزی در بخش بهداشت و چگونگی اجرای آن در زمینه برنامه غربالگری دیابت و پرفشاری خون می‌پردازد. یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که عملکرد کنونی این برنامه، تصویری از برآیند مؤلفه‌هایی برخاسته از متن اظهارنظرهای مشارکت‌کنندگان است، یعنی یک دسته از اشکالات شامل بی‌انگیزه بودن، پایین بودن سطح آگاهی کارکنان، نبود نظارت کافی، اهداف اصلی برنامه را در معرض

حاضر بیان شد که ارزیابی‌کنندگان و کارکنان در مورد ارزیابی عملکرد به‌خوبی آموزش ندیده‌اند. اگر سازمان کارکنان را از مقررات مطلع نکند، نمی‌توان انتظار داشت که آن‌ها وظایف خود را انجام دهند. مارکر و هیستون (Marquis and Huston) اشاره کردند که برای سیستم ارزیابی مؤثر، کارکنان باید از وظایف و استانداردهای کاری خودآگاه باشند (۲۰) مطالعه اکبری و حقیقی در بیمارستانهای اصفهان نشان داد که دلیل اصلی شکست سیستم‌های ارزیابی، نبودن مدیران واجد شرایط و تحصیل کرده برای ارزیابی کارکنان آن‌ها بود (۲۶).

موضوع دیگر شامل مسائلی مانند عدم نظارت دقیق مدیران، ارزیابی ناعادلانه و ارزیابی با فواصل طولانی است. ممکن است که مشکلات ارزیابی زمانی به وجود آیند که شرایط سازمانی و ابزار ارزیابی مناسب هستند اما اجرای ارزیابی عملکرد مناسب نیست. بهروزان توضیح دادند که مربیان به‌طور مرتب و مستقیماً عملکرد بهروز را ارزیابی نمی‌کنند. مارکر و هیستون گفتند که یکی از وظایف حیاتی مدیر، بررسی کامل عملکرد حرفه‌ای پرسنل به‌طور جامع است (۲۰) لینچ (Lynch) و همکاران معتقدند بررسی بالینی عملکرد کارکنان مسئولیتی است که نیاز به تجربه و آموزش رسمی دارد (۲۷).

ارزیابی ناعادلانه به این معنی است که نظرات و قضاوت‌های شخصی مربیان بر ارزیابی آن‌ها اثر می‌گذارد و رابطه، مهم‌تر از معیارهای ارزیابی است. این تحقیق نشان داد گاهی برای رضایت همه پرسنل، مربیان به آن‌ها امتیازات مساوی داده‌اند. احساس ارزیابی عملکرد ناعادلانه، گرایش بهروز به ارزیابی را کاهش می‌دهد.

بر اساس نتایج مطالعه جاری، این نوع ارزیابی زمینه را برای کم‌کاری بهروزان، عدم احساس مسئولیت و رفع تکلیف فراهم نموده و در نتیجه میزان بیماریابی در جمعیت تحت پوشش، شناسایی افراد در معرض خطر و مراقبت ماهانه بهروز پایین‌تر از حد انتظار است.

مطالعه کلی، و همکاران در مدارس ابتدایی سنگاپور نشان داد اعتماد پرسنل به ارزیابی عملکرد آن‌ها، منجر به ارزیابی عملکرد بهتری می‌شود (۲۸). پروتورس (Pretourius) و نونیا (Ngwenya) دریافتند که تمرکز بر نتایج ارزیابی، فقدان فضای مناسب و قابل اطمینان برای ایجاد ارتباطات بین پرسنل، عامل‌هایی است که منجر به تنش منفی می‌شود (۲۷). بعضی از عوامل مانند رفتار مؤدبانه رسمی و احترام به حریم شخصی، منجر به رضایت کارکنان می‌گردد (۲۹). از بین رفتن تأثیر ارزیابی عامل دیگری است که توسط شرکت‌کنندگان بیان شده است. فاصله طولانی بین ارزیابی‌ها می‌تواند بر قضاوت مربیان به‌عنوان ارزیابان تأثیر بگذارد. این امر به‌نوبه خود موانع از آشنایی کارکنان با نقاط ضعف و اصلاح اشتباهات آن‌ها خواهد شد. درواقع، برای ارزیابی

باید زمینه گسترده سازمانی موثر بر عملکرد کارکنان مورد ملاحظه و توجه به سیاستگذاری‌های این حوزه قرار بگیرد و همزمان بازننگری اساسی در سیستم ارزیابی عملکرد کارکنان و نحوه اجرا و پایش این سیستم صورت پذیرد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله بخشی از نتایج پایان نامه دوره کارشناسی ارشد است که از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شماره IR.TBZMED.REC.1397.079 مجوز دریافت کرده است. کلیه شرکت‌کنندگان به طور آگاهانه و با رضایت شخصی وارد مطالعه شده و هدف از اجرای مطالعه و روند اجرای آن و آزادانه بودن انصراف از مطالعه در هر مرحله از پژوهش قبل از اجرای مطالعه به آنها توضیح داده شد و فرم کتبی رضایت آگاهانه قبل از اجرای مطالعه توسط شرکت کنندگان امضا شد.

تضاد منافع

کلیه نویسندگان متعهد می شوند که هیچ گونه تضاد منافع وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز به جهت حمایت معنوی از اجرای پایان نامه و کلیه بهورزان، مربیان ناظر، کارشناسان ستادی و همکاران شبکه بهداشت و درمان شهرستان اهر و کلیه همکارانی که به هر نحوی در اجرای این پژوهش مساعدت کردند قدردانی می کنند.

آسیب قرار داده و سبب جدی نگرفتن عوارض اجرای نادرست برنامه شده است.

مسلماً در چنین شرایطی، حساسیت نسبت به برنامه کاهش پیدا کرده و به انحاء مختلف تهدیدات پیش‌بینی نشده، انگاشته می شود و نتیجه اینکه درک صحیح از موقعیت تهدید پیدا نشده و در عمل سهل‌انگاری و غفلت مشاهده می گردد؛ از سوی دیگر این شرایط، احساس کارآمدی برای خودمراقبتی و حرکت جهت اطمینان از سلامت خود را در افراد جامعه مختل ساخته و حس خود مسئولیتی را تضعیف می نماید. موارد گفته شده بر همدیگر تأثیر گذاشته و حاصل آن تشخیص دیر هنگام و افزایش شمار مبتلایان در مراحل پیشرفته بیماری و پیامدهای مختلف آن است.

علیرغم موفقیت در پیشگیری و کنترل دیابت، فقدان یک برنامه ملی با رهنمودهای کامل و جامع، سیستم مراقبت بهداشتی اولیه ایران را در کاهش و کنترل فشارخون مردم - اولین عامل خطر متابولیک مرگ و میر در ایران - ناکارآمد نموده است.

عمده این ناکارآمدی می تواند به فرایند ارزیابی عملکرد مربوط باشد. به منظور دستیابی به اهداف ارزیابی عملکرد، هر دو زمینه سازمانی و سیستم ارزیابی باید مناسب باشند. یافته‌های این مطالعه به مدیران کمک می کند تا برای حل مشکلات سیستم ارزیابی اقدام کنند.

پیامدهای عملی پژوهش

این مطالعه مشخص کرد که برای اجرای موفق برنامه‌های پیشگیری و کنترل دیابت و سایر بیماری‌های غیرواگیر در سطح اول بایستی چه تغییراتی در نظام ارزیابی عملکرد کارکنان صورت پذیرد. برای کسب موفقیت در این برنامه‌ها

References

1. Jaeschke L, Steinbrecher A, Luzak A, Puggina A, Aleksovskaja K, Buck C, et al. Socio-cultural determinants of physical activity across the life course: a 'Determinants of Diet and Physical Activity' (DEDIPAC) umbrella systematic literature review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2017;14(1):173. doi:10.1186/s12966-017-0627-3
2. WHO. Noncommunicable diseases Geneva: World Health Organization; 2019 [Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
3. Bagheri Lankarani K. Health in Iran; 40 Years After the Islamic Revolution. *Shiraz E-Med J*. 2019;20(2):e89606. doi:10.5812/semj.89606
4. O'Donoghue G, Kennedy A, Puggina A, Aleksovskaja K, Buck C, Burns C, et al. Socio-economic determinants of physical activity across the life course: A "DEterminants of Diet and Physical Activity" (DEDIPAC) umbrella literature review. *PLoS One*. 2018;13(1):e0190737. doi:10.1371/journal.pone.0190737
5. Farzadfar F, Murray CJ, Gakidou E, Bossert T, Namdaritabar H, Alikhani S, et al. Effectiveness of diabetes and hypertension management by rural primary health-care workers (Behvarz workers) in Iran: a nationally representative observational study. *Lancet*. 2012;379(9810):47-54. doi:10.1016/s0140-6736(11)61349-4
6. Farzadfar F, Danaei G, Namdaritabar H, Rajaratnam JK, Marcus JR, Khosravi A, et al. National and subnational mortality effects of metabolic risk factors and smoking in Iran: a comparative risk assessment. *Popul Health Metr*. 2011;9(1):55. doi:10.1186/1478-7954-9-55
7. Banatvala N, Akselrod S, Webb D, Sladden T, Hipgrave D, Schneidman M. Actions needed to prevent noncommunicable diseases and improve

- mental health. *Bull World Health Organ.* 2019;97(2):75-A. doi:10.2471/BLT.18.228700
8. Delavari AR, Mahdavi Hazaveh AR, Nouroozinejad A, Yarahmadi Sh. Behvarz & Diabetes (Diabet Prevention and Control Programm in Iran). Ministry of Health and Medical Education. 2004. (Persian)
 9. Delavari AR, Mahdavi Hazaveh AR, Nouroozinejad A, Yarahmadi Sh. Phisicion and Diabet. Ministry of Health and treatment. 2004. (Persian)
 10. Khedmati J, Davari M, Aarabi M, Soleymani F, Kebriaeezadeh A. Evaluation of Urban and Rural Family Physician Program in Iran: A Systematic Review. *Iran J Public Health.* 2019;48(3):400-9.
 11. Taris TW. Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies. *Work Stress.* 2006;20(4):316-34. doi:10.1080/02678370601065893
 12. Niehoff BP, Moorman RH, Blakely G, Fuller J. The Influence of Empowerment and Job Enrichment on Employee Loyalty in a Downsizing Environment. *Group & Organization Management.* 2001;26(1):93-113. doi:10.1177/1059601101261006
 13. Neben J. An Investigation of Burnout in Developmental Service Workers. University of Toronto; 2009.
 14. Teng CI, Shyu YI, Chiou WK, Fan HC, Lam SM. Interactive effects of nurse-experienced time pressure and burnout on patient safety: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(11):1442-50. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.04.005
 15. Murphy KR, Cleveland J. Understanding performance appraisal: Social, organizational, and goal-based perspectives. Sage; 1995.
 16. Murphy KR. Explaining the Weak Relationship Between Job Performance and Ratings of Job Performance. *Ind Organ Psychol.* 2008;1(2):148-60. doi:10.1111/j.1754-9434.2008.00030.x
 17. Heidari A, Kabir MJ, Jafari N, Gashti AB, Honarvar MR, Lotfi M. The relationship between the dimensions of job burnout with workplace physical environment and facilities among health workers in Golestan province. *Journal of Health in the Field.* 2016;4(2):35-42. (Persian)
 18. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005;15(9):1277-88. doi:10.1177/1049732305276687
 19. Drisko J, Maschi T. Content Analysis. New York: Oxford University Press; 2015. 208 p.
 20. Marquis BL, Huston CJ. Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
 21. Giangreco A, Carugati A, Sebastiano A, Tamimi HA. War outside, ceasefire inside: An analysis of the performance appraisal system of a public hospital in a zone of conflict. *Eval Program Plann.* 2012;35(1):161-70. doi:10.1016/j.evalprogplan.2010.11.004
 22. Hamidi Y, Najafi L, Khah S, Afkar AJNS. The impact of performance appraisal outcomes on job motivation and development of Tuyserkan health network employee. 2009;1(1):41-8.
 23. Redshaw G. Improving the performance appraisal system for nurses. *Nursing times.* 2008;104(18):30-1.
 24. Kyrkjebo JM, Hage I. What we know and what they do: nursing students' experiences of improvement knowledge in clinical practice. *Nurse Educ Today.* 2005;25(3):167-75. doi:10.1016/j.nedt.2004.11.008
 25. Oelke ND, White D, Besner J, Doran D, McGillis Hall L, Giovannetti P. Nursing workforce utilization: an examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2008;21(1):58-71. doi:10.12927/cjnl.2008.19691
 26. Akbari Haghghi F, Zeraati H, Karimi S, Arab M, Akbari Mousaabadi M. The role of training managers and decision making network in evaluating the new appraisal system of government employee in Isfahan hospitals. *Health Information Management.* 2011;8(5):681-689. (Persian)
 27. Lynch L, Hancox K, Happell B, Parker J. Clinical supervision for nurses. John Wiley & Sons; 2009.
 28. Ong Kelly K. Teacher appraisal and its outcomes in Singapore primary schools. *Journal of Educational Administration.* 2008;46(1):39-54. doi:10.1108/09578230810849808
 29. Sudin S. Fairness of and satisfaction with performance appraisal process. *Journal of Global Management.* 2011;2(1):66-83.
 30. Pazargadi M, Afzali M, Javadzadeh Z, Alavimajd H. A propositional model for head nurses' performance appraisal in university hospitals of Tehran. *Research in Medicine.* 2005;29(2):187-93. (Persian)
 31. Taghavi Larijani T, Parsa Yekta Z, Kazemnejad A, Mazaheri AJJoh. Outcomes of the performance appraisal and its relation with nurses job motivation. 2007;12(4):39-45.
 32. Ikramullah M, Shah B, Hassan FSu, Zaman T. Performance appraisal fairness perceptions in supervisory and non-supervisory employees: a case of civil servants in district dera ismail khan, pakistan. *Business and Management Review.* 2011;1(7):37-45.
 33. Narayan KV, Williams D, Gregg EW, Cowie CC. Diabetes Public Health: From Data to Policy. Oxford University Press; 2010.