

## Supportive supervision in health centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences

Abbas DaneshKohan<sup>1,2</sup> , Faeze Foruzanfar<sup>3</sup> , Ehsan Zarei<sup>1,2</sup> , Ali Ramezankhani<sup>4</sup> , Soheila Damiri<sup>3</sup> 

1- Assistant Professor, Department of Public Health, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Health Service Management, School of Management and Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- MSc, Department of Health Service Management, School of Management and Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Professor, Department of Public Health, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### Abstract

**Background and Aims:** Supervision, as one of the most important functions of Human Resources Management (HRM) plays an important role in motivating health workers. This paper aimed to examine the status of supportive supervision from the perspective of Primary Health Care (PHC) health workers and their supervisors in Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Materials and methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted with participation of 325 health workers and their 92 supervisors. Data were gathered using two questionnaires developed based on an extensive review of the literature. The validity and reliability of questionnaires were also confirmed. Data were analyzed through descriptive and analytic statistics using SPSS software version 16.0. All stages of the study were conducted ethically.

**Results:** The mean score of supportive supervision status from the perspective of health workers and supervisors was  $1.24 \pm 0.38$  and  $1.6 \pm 0.2$  out of 2, respectively and the difference was statistically significant. From health workers' perspective, "creating a pleasant environment" ( $1.64 \pm 0.4$ ) and "coaching role-play to improve the skills of health care providers" ( $0.99 \pm 0.53$ ) showed the highest and lowest average. From supervisors' perspective, "providing accurate feedback" ( $1.71 \pm 0.23$ ) revealed the highest, and "resources allocated to supervisory visits" ( $1.35 \pm 0.42$ ) had the lowest average.

**Conclusion:** The findings showed that some of the most important dimensions of supervision were less supportive. Developing new supervisory policies is essential to achieve supportive supervision. Training supervisors on coaching skills and providing constructive feedback and creating a fair incentive system will play important roles in this area.

**Keywords:** Supportive Supervision, Health Workers, Primary Health Care

**Please Cite this article as:** DaneshKohan A, Foruzanfar F, Zarei E, Ramezankhani A, Damiri S. Supportive supervision in health centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Journal of Health in the Field. 2019; 7(2):32-44.

\***Corresponding Author:** School of Management and Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

E-mail: fa\_foruzanfar@yahoo.com

**DOI:** <https://doi.org/10.22037/jhf.v7i2.25220>

**Received:** 25 April 2019

**Accepted:** 24 September 2019

## وضعیت نظارت حمایتی در مراکز بهداشتی و خانه‌های بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

عباس دانش کهن<sup>۱</sup>، فائزه فروزانفر\*<sup>۳</sup>، احسان زارعی<sup>۲</sup>، علی رمضانخانی<sup>۴</sup>، سهیلا دمیری<sup>۳</sup>

۱- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
 ۲- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
 ۳- کارشناس ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
 ۴- استاد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

## چکیده

**زمینه و اهداف:** نظارت بعنوان یکی از مهمترین کارکردهای مدیریت منابع انسانی، نقش مهمی در انگیزش و عملکرد کارکنان سلامت ایفا می‌کند. هدف از این مطالعه بررسی وضعیت نظارت حمایتی از دیدگاه کارکنان و ناظران مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی - مقطعی با مشارکت ۳۲۵ نفر از کارکنان و ۹۲ نفر از ناظران آنها انجام شد. داده‌ها با استفاده از دو پرسشنامه تهیه شده بر اساس مرور گسترده متون که روایی و پایایی آنها تایید شد، جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی در نرم افزار SPSS ۱۶ انجام شد. تمامی مراحل مطالعه حاضر طبق موازین اخلاقی اجرا گردید.

**یافته‌ها:** میانگین نمره وضعیت نظارت حمایتی از دیدگاه کارکنان  $0/38 \pm 1/24$  و از دیدگاه ناظران  $0/2 \pm 1/6$  از دو نمره و این تفاوت معنی‌دار بود ( $P < 0/001$ ). از دیدگاه کارکنان حیطه ایجاد محیط خوشایند ( $0/4 \pm 1/64$ ) و حیطه ایفای نقش مربی برای بهبود مهارت‌های ارائه دهندگان خدمات بهداشتی ( $0/53 \pm 0/99$ ) به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین را داشته‌اند. از دیدگاه ناظران حیطه ارائه بازخورد دقیق ( $0/23 \pm 1/71$ )، بالاترین و حیطه منابع اختصاص داده شده به بازدید نظارتی ( $0/42 \pm 1/35$ )، کمترین میانگین را داشته است.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان داد که برخی از حیطه‌های مهم نظارت در عرصه مورد بررسی کمتر حمایتی است. تدوین سیاست‌های جدید نظارتی در راستای تحقق نظارت حمایتی ضروری است. آموزش ناظرین در زمینه مهارت‌های مربی‌گری و ارائه بازخورد سازنده و اجرای نظام عادلانه مشوق‌ها نقش مهمی در این زمینه ایفا خواهد کرد.

**کلیدواژه‌ها:** نظارت حمایتی، کارکنان بهداشتی، مراقبت‌های بهداشتی اولیه

\*نویسنده مسئول: گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: fa\_foruzanfar@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۲/۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۷/۲

## مقدمه

نظام سلامت بهبود می‌بخشد، روابط بین کارکنان را تقویت و بر شناسایی و حل مشکلات با مشارکت آنها تاکید می‌کند. همچنین اختصاص منابع را بهینه و کار تیمی و ارتباطات دو طرفه را تقویت می‌کند [۱۲، ۱۳]. سازمان جهانی بهداشت در سند منتشر شده در سال ۲۰۱۶ با عنوان استراتژی جهانی منابع انسانی سلامت (نیروی کار ۲۰۳۰) نیز نظارت حمایتی را به عنوان یکی از فرآیندهای لازم برای بهینه‌سازی رضایت‌مندی، انگیزش، نگهداری، توزیع عادلانه و عملکرد کارکنان بهداشتی اعلام کرده [۶] و مطالعات متعددی نیز تاثیرات مذکور و بهبود کیفیت مراقبت‌ها و نتایج بیماران و مراجعین را اثبات کرده‌اند [۹، ۱۶-۱۴].

علیرغم نقش شناخته شده نظارت حمایتی در بهبود انگیزش و عملکرد کارکنان، مطالعات متعدد در طیف وسیعی از کشورها نشان داده‌اند که نظارت اغلب ضعیف، بی‌نظم، غیر حمایتی و تضعیف‌کننده انگیزه‌ها است. نظارت‌کنندگان آموزش کافی دریافت نمی‌کنند و مکانیزم‌های حل مسئله و بازخورد برای ارائه دهندگان مراقبت‌ها مورد استفاده قرار نمی‌گیرند [۱۹-۱۷]. در حال حاضر در بسیاری از کشورهای در حال توسعه نیز نظارت ضعیف، ظرفیت نیروی کار را برای ارائه خدمات با کیفیت تضعیف می‌کند [۲۰]. در واحدهای محیطی که کارکنان بهداشتی با وجود منابع محدود با مسائل پیچیده‌ای مواجه هستند، نظارت غیر حمایتی به عنوان یکی از عوامل خطر مشکلات سلامت روانی در محل کار می‌تواند تاثیرات مخربی بر رضایت‌مندی و انگیزش آنها داشته باشد [۲۱].

جمهوری اسلامی ایران در طول سال‌های اخیر به پیشرفت‌های مهمی در زمینه فراهم کردن دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامت برای همه مردم ایران دست یافته است [۲۲]. با وجود این مدیریت ضعیف منابع انسانی یکی از مهمترین چالش‌های نظام سلامت ایران است [۲۳]. با توجه به نقش محوری مراقبت‌های بهداشتی اولیه در تحقق دسترسی عادلانه به خدمات جامع و هزینه-اثربخش سلامت [۲۴] و نیز اینکه نظارت غیر حمایتی بعنوان یکی از مشکلات موجود در سطح مراقبت‌های اولیه بهداشتی کشور و مانع ارائه خدمات با کیفیت ذکر شده است [۲۵، ۲۶]، هدف از پژوهش حاضر بررسی وضعیت نظارت حمایتی در مجموعه مراقبت‌های بهداشتی اولیه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی می‌باشد. این اولین مطالعه‌ای است که بصورت نظام‌مند و با استفاده از آخرین منابع و متون مربوطه در زمینه نظارت حمایتی در ایران انجام شد.

تحقق پوشش همگانی سلامت و دسترسی به مراقبت‌های ضروری با کیفیت به عنوان یکی از اجزای هدف سوم از مجموعه اهداف توسعه پایدار (SDGs) مستلزم برخورداری از نیروی انسانی با انگیزه و آموزش دیده می‌باشد [۱]. سازمان جهانی بهداشت از منابع انسانی به عنوان مهمترین درون‌داد [۲] و راهبردی‌ترین منابع نظام‌های سلامت [۳] و ستون فقرات این نظام‌ها یاد می‌کند (۴). علی‌رغم این اهمیت حیاتی در اغلب موارد منابع انسانی ضعیف‌ترین حلقه نظام سلامت را تشکیل می‌دهند [۴] و نظام‌های مدیریت این منابع ارزشمند به ویژه در کشورهای در حال توسعه با مشکلات جدی مواجه هستند [۵]. ۲۰ تا ۴۰ درصد هزینه‌های سلامت در سراسر جهان به هدر می‌روند که سهم قابل توجهی از آن به علت عدم کارآیی نیروی کار سلامت و ضعف در حاکمیت است [۶].

مدیریت موثر منابع انسانی مستلزم این است که کارکنان بدانند دقیقاً چه وظایفی از آنها انتظار می‌رود، مهارت‌ها و منابع لازم برای اجرای این وظایف را داشته باشند و بازخوردی دریافت کنند که به آنها در بهبود عملکردشان کمک کند. نظارت محور این امر مهم است. نظارت در حل مسائل، بهبود کیفیت، حمایت، راهنمایی و بازخورد به کارکنان نقش اساسی ایفا می‌نماید [۷] و از طریق آشنایی با ارزش‌های سازمان انگیزه‌های کارکنان را بهبود می‌بخشد [۸].

رویکردهای متفاوتی در زمینه نظارت وجود دارند که از آن جمله می‌توان به نظارت سنتی و نظارت حمایتی اشاره کرد. مطالعات نشان داده‌اند که نظارت سنتی که بر بازرسی و کنترل کارکنان، پیدا کردن خطاها (Fault Finding) و اقدامات تنبیهی تاکید دارد، تاثیر منفی در کمک به کارکنان در حل مسائل و بهبود عملکرد آنان ندارد [۹، ۱۰]. پیشنهادات و توصیه‌های بین‌المللی تاکید می‌کنند که نظارت تنها در صورتی می‌تواند به بهبود عملکرد منجر شود که رویکرد حمایت‌کننده داشته باشد [۸]. از این رو در حال حاضر عزم روز افزونی برای حرکت به سمت نظارت حمایتی وجود دارد [۱۱].

نظارت حمایتی به عنوان طیفی از اقدامات تعریف می‌شود؛ برای تضمین اینکه کارکنان فعالیت‌هایشان را به طور موثر انجام می‌دهند از طریق تماس مستقیم و شخصی بر یک مبنای منظم برای هدایت، حمایت و کمک در جهت بیشتر شدن شایستگی آنها در کارشان [۷].

فرآیند نظارت حمایت‌کننده به روش محترمانه و غیرتحکم‌آمیز با تمرکز بر استفاده از بازدهی‌های نظارتی به عنوان فرصتی برای بهبود دانش و مهارت‌های کارکنان بهداشتی انجام می‌شود. این فرآیند از طریق توسعه شایستگی‌های کارکنان کیفیت را در تمام سطوح

## مواد و روش‌ها

این پژوهش توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۴ انجام شد. در زمان انجام این معالعه جمعاً ۶۳ مرکز بهداشتی درمانی و ۲۸ خانه بهداشت تحت پوشش شبکه PHC (Primary Health Care) در سه مرکز بهداشت شمال، شرق و شمیرانات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی فعالیت داشتند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۴۵ مرکز بهداشتی و ۱۴ خانه بهداشت به عنوان نمونه انتخاب شدند که در مجموع ۳۸۰ ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه در آنها مشغول به کار بودند داشتن حداقل یکسال سابقه کار بعنوان معیار ورود هم برای نظارت شوندگان و هم برای ناظران در نظر گرفته شد. با توجه به این معیار ۳۵۰ نفر از ارائه دهندگان مراقبت‌ها در مطالعه شرکت داده شدند که از این تعداد ۳۲۵ پرسشنامه تکمیل و برگردانده شد. بنابراین میزان پاسخ‌دهی ۹۳٪ بود. تعداد کارکنان ستادی که بعنوان ناظر بر فعالیت‌های کارکنان این مراکز و خانه‌های بهداشت نظارت می‌کردند ۱۰۵ نفر بود که با در نظر گرفتن معیار ورود این تعداد به ۹۲ نفر کاهش یافت که تمام این افراد پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و عودت دادند. بنابراین میزان پاسخ‌دهی ۱۰۰٪ بود. هدف از انجام پژوهش برای تمام شرکت کنندگان بیان شد و از آنها موافقت آگاهانه اخذ شد. مجوز اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اخذ شد.

داده‌ها با استفاده از دو پرسشنامه جمع آوری شد که بر اساس بررسی جامع متون و مطالعات قبلی طراحی شدند. پرسشنامه کارکنان (نظارت شوندگان) با استفاده از منابع معتبر از جمله منابع مرکز علوم مدیریتی سلامت (MSH) بویژه "دستورالعمل‌های نظارت" [۲۷] و نیز دستورالعمل‌های اجرای نظارت حمایتی منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) و برنامه فناوری مناسب برای سلامت (Path) [۲۸] تهیه شد. در طراحی پرسشنامه ناظران از منابع آژانس توسعه بین المللی آمریکا (USAID) با عنوان "نظارت حمایتی، آموزش مربیان و نظارت کنندگان" [۲۹] و طرح کشوری PAIMAN که در پاکستان انجام شد [۳۰]، استفاده شد.

روایی صوری و محتوایی پرسشنامه‌ها به وسیله ۱۰ نفر از متخصصین منابع انسانی حوزه سلامت مورد بررسی قرار گرفت. روایی صوری بر مبنای نظر متخصصین در مورد سطح دشواری، میزان و تناسب و ابهام سؤالات بررسی شد. برای ارزیابی روایی محتوا از دو روش کمی و کیفی استفاده شد. در ارزیابی کیفی، بازخورد متخصصین در مورد سؤالات دریافت و نظرات آن‌ها اعمال گردید. در ارزیابی کمی روایی محتوا نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio)

و شاخص روایی محتوا (Content Validity Index) محاسبه شد. فقط آیت‌هایی در پرسشنامه‌های نهایی باقی ماند که CVR برای آنها بالاتر از ۰/۶۲ بود. همچنین آیت‌هایی که CVI آنها کمتر از ۰/۷۹ بود حذف شدند. پایایی ابزارها نیز با استفاده از روش تعیین همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ و روش آزمون-بازآزمون از طریق محاسبه ضریب همبستگی پیرسون بررسی شد. پایایی پرسشنامه کارکنان با آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و ضریب همبستگی ۰/۷۸ و پایایی پرسشنامه ناظران با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب همبستگی ۰/۹۵ تأیید شد. پس از تأیید روایی و پایایی، پرسشنامه کارکنان با ۳۰ سؤال و در ۶ حیطه‌ی "ایجاد محیط خوشایند" (سوالات ۱-۳)، "الزامات و مستندات نظارت" (۴-۷)، "کار با ارائه دهندگان خدمات برای حل مشکلات" (۸-۱۳)، "تعیین روشن انتظارات" (۱۴-۱۷)، "بازخورد به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی" (۱۸-۲۴) و "ایفای نقش مربی" (سوالات ۲۵-۳۰) طراحی شد. پرسشنامه ناظران نیز با ۳۲ سؤال در ۵ حیطه‌ی "انتظارات شغلی روشن" (سوالات ۱-۸)، "منابع اختصاص داده شده به بازدید نظارتی" (۹-۱۱)، "قابلیت‌های ناظران" (۱۲-۱۷)، "ارائه بازخورد دقیق" (۱۸-۲۵) و "ارتقاء انگیزش و مشوق‌ها" (سوالات ۲۶-۳۲) حاصل شد [۳۱]. نحوه نمره‌دهی سؤالات فوق برای گزینه‌های بله، برخی اوقات و خیر، به ترتیب ۲ و ۱ و صفر بود. در سؤالاتی که بار معنایی منفی داشتند، نحوه نمره‌دهی به صورت معکوس انجام شد.

بخش اول دو پرسشنامه شامل سؤالاتی برای بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی کارکنان و ناظران نیز بود. بخش دوم هم شامل سؤالات بسته بود. برای تحلیل بهتر وضعیت نظارت حمایتی و درک بیشتر دیدگاه‌های مشارکت کنندگان در بخش سوم ابزار گردآوری داده‌ها سؤالات باز در نظر گرفته شد. در این بخش پیشنهادات کارکنان و ناظران برای بهبود فرآیند نظارت و نیز موانع موجود در اجرای این فرآیند از دیدگاه ناظران پرسیده شد.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شد. متغیرهای پیوسته به صورت میانگین و انحراف معیار بیان شد و متغیرهای گروه بندی به صورت فراوانی و درصد نشان داده شد. برای مقایسه میانگین‌ها بین دو گروه از متغیرها T-Test و برای متغیرهای دارای بیش از دو گروه آنالیز واریانس مورد استفاده قرار گرفت. برای ارتباط بین حیطه‌های نظارت با نمره کل نظارت حمایتی با آزمون همبستگی پیرسون بررسی شد. P-Value کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

بیشتر جمعیت نظرات شوندهگان (۸۹/۵٪) و ناظران (۸۷ درصد) زن بودند. میانگین و انحراف معیار سن کارکنان و ناظران به ترتیب  $38/12 \pm 8/81$  و  $39/7 \pm 8/15$  سال بود. ویژگی‌های دموگرافیک کارکنان در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

یافته‌ها نشان داد در بین ۳۰ آیت‌م پرسشنامه کارکنان، آیت‌م‌های "آیا ناظر به جای توجه به کیفیت کار شما و صحبت با شما و راهنمایی برای حل مشکلات، فقط به بررسی ثبت آمار و دفاتر می‌پردازد؟" (نمره ۰/۷۶)، "آیا احساس می‌کنید که ناظر مانند یک مربی، از شما حمایت می‌کند؟" (نمره ۰/۸۴) و "آیا ناظر بهتر شدن کارتان و تلاش‌های شما را به مرکز بهداشت شهرستان گزارش می‌کند؟" (نمره ۰/۹۳) کمترین میانگین‌ها را داشته‌اند. دو آیت‌م اول و دوم مربوط به حیطة "ایفای نقش مربی برای بهبود مهارت‌های ارائه دهندگان خدمات بهداشتی" می‌باشند (جدول شماره ۲).

همچنین در بین ۳۲ آیت‌م پرسشنامه ناظران، آیت‌م‌های "آیا اختیارات کافی برای پیشنهاد تشویقی کارکنان (تقدیر کتبی و انواع دیگر مشوق‌های غیرمالی و مالی) به مدیران را دارید؟" (نمره ۰/۹۳)، "آیا شما به جای توجه به کیفیت ارائه مراقبت‌ها توسط کارکنان، بیشتر وقت خود را به بررسی آمار و دفاتر اختصاص می‌دهید؟" (نمره ۰/۹۶) و "آیا مطمئن هستید که کارکنان زمان کافی برای انجام وظایف تعریف شده شان و اجرای مهارت‌های جدیدی که کسب می‌کنند را در اختیار دارند؟" (نمره ۱/۱۲) به ترتیب دارای کمترین میانگین بودند.

میانگین و انحراف معیار کلی نمره نظارت حمایتی از دیدگاه نظارت شوندهگان به ترتیب ۱/۲۴ از ۲ و ۰/۳۸ بود. بیشترین و کمترین میانگین به ترتیب متعلق به حیطة "ایجاد محیط خوشایند" (۱/۶۴) و حیطة "ایفای نقش مربی" (۰/۹۹) بود. میانگین و انحراف معیار کلی نمره نظارت حمایتی از دیدگاه ناظران به ترتیب ۱/۶ از ۳ و ۰/۲ بود. حیطة های "ارائه بازخورد دقیق" (۱/۷۱) و "منابع اختصاص داده شده به بازدید نظارتی" (۱/۳۵) به ترتیب دارای بیشترین و کمترین میانگین بودند (جدول شماره ۳).

آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که دو حیطة "بازخورد به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی" ( $r = 0/87, P < 0/001$ ) و "ایفای نقش مربی" ( $r = 0/87, P < 0/001$ ) بیشترین همبستگی را با میانگین کلی نظارت حمایتی (از دیدگاه کارکنان) داشتند. در پرسشنامه ناظران حیطة "ارتقاء انگیزش و مشوق‌ها" ( $P < 0/001$ )، ( $r = 0/74$ ) و "انتظارات شغلی روشن" ( $P < 0/001$ )، ( $r = 0/72$ )

بیشترین همبستگی را با وضعیت کلی نظارت حمایتی داشتند.

برای مقایسه میانگین‌ها بین دو جنس از آزمون Independent Sample T و بین گروه‌های سنی، تحصیلات، سابقه کار و محل خدمت از Anova استفاده شد. نتایج نشان داد که فقط سطح تحصیلات با وضعیت نظارت حمایتی رابطه معناداری داشت ( $p = 0/03$ )، یعنی کارکنان دارای سطوح بالاتر تحصیلی وضعیت نظارت را بهتر توصیف کردند. اما هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک ناظران ارتباط معنی داری با نظارت نداشت. از میان ۳۲۵ نفر نمونه کارکنان، ۱۰۳ نفر آن‌ها به سوال مربوط به پیشنهادات آن‌ها برای بهبود فرایند نظارت پاسخ دادند و تعداد کل پیشنهادات مطرح شده، ۱۸۸ مورد بود که پس از مطالعه دقیق، دسته‌بندی شد و فراوانی و درصد هر یک از دسته‌ها محاسبه گردید (جدول شماره ۴).

از میان ۹۲ نفر جمعیت ناظران، ۴۳ نفر آن‌ها به این سوالات پاسخ داده‌اند و تعداد کل پاسخ‌های داده شده به سوال اول، ۶۴ مورد، و سوال دوم، ۵۲ مورد بود که پس از مطالعه دقیق، دسته‌بندی شد و فراوانی و درصد هر یک از دسته‌ها محاسبه گردید. پیشنهادات ناظران در مورد بهبود فرایند نظارت و موانع موجود در اجرای این فرآیند به ترتیب در جداول ۵ و ۶ ارائه شده است.

## بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که سه حیطة ایفای نقش مربی، بازخورد و کار با ارائه دهندگان مراقبت‌ها برای حل مشکلات (صحبت و مشورت با کارکنان برای شناسایی و حل مشکلات) دارای کمترین نمره بودند. درحالی که بین این سه حیطة و نمره کل نظارت حمایتی از دیدگاه کارکنان بیشترین همبستگی وجود داشت. به عبارت دیگر این موضوعات بیشترین تاثیر را بر ادراک کارکنان از نظارت داشتند. در بوتسوانا نیز ضرورت آموزش مدیران مراقبت‌های بهداشتی اولیه در زمینه مهارت‌های نظارت بویژه حل مسئله مورد تاکید قرار گرفت [۱۵]. اما در اوگاندا آموزش و ارائه بازخورد سازنده، دخالت دادن کارکنان و بحث با آنها در مورد مشکلات از نقاط قوت عملکرد سرپرستان مدیریت دارویی در بخش دولتی بود [۳۲]. در کارکرد مربیگری ناظر با کارکنان ارتباط برقرار می‌کند (از طریق علاقه نشان دادن به کار، حفظ نگرش کنجکاوی بجای قضاوت کردن، توجه کردن به احساسات به اندازه توجه به حقایق، دقیق گوش دادن و عکس العمل نشان دادن)؛ بازخورد مثبت و سازنده ارائه می‌دهد؛ دیدگاه کارکنان را درک می‌کند؛ به کارمند کمک می‌کند تا خودش مشکل را حل کند و او را پاسخگو نگه می‌دارد. برخی از نتایج اجرای این کارکرد عبارتند از بهبود نرخ ماندگاری کارکنان در سیستم



عدالت در دسترسی به خدمات شود و به تحقق پوشش همگانی سلامت کمک کند [۳۸].

بر اساس یافته‌های پژوهش علیرزاده و همکاران در مورد موانع خدمات با کیفیت بهداشت باروری در ایران، کارکنان ارائه دهنده مراقبت‌های سلامت نظارت را ضعیف و غیرحمایتی توصیف کردند. آنها اظهار داشتند که ناظران به جای حمایت و راهنمایی، بیشتر بر نقاط ضعف عملکرد تمرکز می‌کردند [۳۵]؛ با توجه به اینکه اثربخشی فرآیند نظارت در بهبود عملکرد واحد زیادی به مریگیری، بازخورد سازنده و روابط انسانی بین ناظر و نظارت شونده برای شناسایی و حل مشکلات بستگی دارد [۱۱، ۴۱-۳۹]، تداوم این وضعیت بر احساس ارزشمند بودن و عملکرد کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه تاثیر منفی بر جای خواهد گذاشت. همچنین موجب نا کار آمدی در استفاده از منابع اختصاص یافته به فرآیند نظارت و بازدیدهای نظارتی خواهد شد. در حالی که نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران سرمایه گذاری قابل توجهی در فراهم کردن زیرساخت‌های این مراقبت‌ها از جمله تاسیس و تجهیز مراکز و خانه‌های بهداشت بمنظور ارائه مراقبت‌ها در نزدیک‌ترین نقطه به محل زندگی مردم انجام داده است، مشکلات موجود در زمینه مدیریت منابع انسانی [۴۲] از جمله نظارت ضعیف موجب بی‌انگیزگی کارکنان [۴۳]، یعنی پرهزینه‌ترین درون‌داد هر سازمان و در نتیجه عدم کارایی سازمان‌های خدمات سلامت شده است.

با وجود اینکه اجرای بازخورد در فرآیند نظارت از دیدگاه نظارت شونده‌گان ضعیف بود، اما نظارت کنندگان بیشترین نمره را به ارائه بازخورد اختصاص داده‌اند. با توجه به اینکه فراوان‌ترین پیشنهاد مطرح شده توسط کارکنان برای بهبود نظارت این بود که ناظران باید دانش، تجربه و سابقه کاری کافی در مراکز ارائه مراقبت‌ها را داشته باشند، به نظر می‌رسد که این ویژگی‌ها در ناظران به اندازه کافی وجود نداشته و عدم تسلط به وظایف ارائه دهندگان یکی از عواملی است که سبب شده است که بازخورد خوبی به کارکنان ارائه ندهند. در زمینه بازخورد ممکن است تفاوت نگرش کارکنان و ناظران نسبت به ویژگی‌های بازخورد خوب باشد. همچنین از آنجا که بازخورد از وظایف ناظران است، بدیهی است که آنها کار خود را خوب ارزیابی می‌کنند. مهمترین دلیل عدم آشنایی آنها با وظایف نظارت شونده‌گان این است که بسیاری از کارشناسان ستادی و نظارت کننده سابقه کار در مراکز ارائه مراقبت‌ها را نداشتند و در بدو استخدام در پست‌های ستادی مشغول بکار شده بودند.

دومین پیشنهاد کارکنان و اولین پیشنهاد ناظران برای بهبود فرآیند نظارت ایجاد مکانیزم‌های تشویقی و استفاده از نتایج بازدیدها در

بهداشتی؛ کاهش مشکلاتی که نیاز به اقدام انضباطی دارند؛ تامین مهارت‌های کارکنان تا حدی که به بیشترین سطح از توانایی‌های خود دست یابند؛ اعطای فرصتی به کارکنان برای تمرکز بر تعیین اهداف مثبت و بلند مدت و در نهایت تشویق ناظر و نظارت شونده برای رشد و آموزش [۳۳]. مهمترین ویژگی بازخورد سازنده این است که در آن ابتدا نقاط قوت و سپس زمینه‌هایی که نیاز به بهبود دارند بیان می‌شود، که منجر به تقویت اعتماد به نفس در کارکنان می‌شود.

هم کارکنان و هم ناظران معتقد بودند که در فرآیند نظارت به جای کیفیت مراقبت‌ها، صحبت با کارکنان، گوش دادن به نظرات آنها و راهنمایی برای حل مشکلات، بیشتر به نحوه ثبت داده‌ها در دفاتر و فرم‌های آماری توجه می‌شود. پیشنهادات دوم و چهارم کارکنان و سومین پیشنهاد نظارت کنندگان برای بهبود کیفیت فرآیند نظارت نیز تأیید کننده وجود این مشکلات می‌باشد. در اتیوپی هم نظارت کنندگان بیشتر به کنترل ثبت داده‌ها می‌پرداختند [۷].

بنظر می‌رسد تأکید زیاد مدیران بهداشتی بر افزایش پوشش و کمیت ارائه مراقبت‌ها در سال‌های گذشته موجب تمرکز زیاد نظارت کنندگان بر نحوه ثبت داده‌ها شده است. تداوم این رفتار موجب ایجاد این تصور در ارائه دهندگان مراقبت‌ها شده است که آنچه برای نظارت کنندگان و مدیران مهم است، فقط ثبت داده‌ها و ارائه گزارش است. بنابراین بیشتر وقت خود را به اینکار اختصاص می‌دهند و کیفیت مراقبت‌ها بطور منفی تحت تاثیر قرار گرفته است. در مطالعه یزدی فیض‌آبادی و همکاران در خصوص چالش‌ها و موانع نظام اطلاعات سلامت، ارائه دهندگان مراقبت‌ها بیان کردند که وقت زیادی برای جمع‌آوری داده‌ها اختصاص می‌دهند و نمی‌توانند به وظایف دیگر خود به درستی عمل کنند [۳۴]. در حال حاضر با توجه به پوشش تقریباً کامل مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سراسر کشور ضروری است که بهبود کیفیت مراقبت‌ها بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

یک سیستم نظارتی قوی که به بهبود کیفیت منجر می‌شود این امکان را برای سازمان فراهم می‌کند که شرح شغل و اهداف عملکردی را تدوین و عملکرد کارکنان را بخوبی ارزیابی کند، آموزش، راهنمایی و مربیگری بیشتری برای کارکنان ارائه کند و در نهایت به مشکلات عملکردی آنان رسیدگی کند [۳۵، ۲۷]. ناظران حمایت کننده به کار کارکنان اهمیت می‌دهند، یاری دهنده، در دسترس، انعطاف پذیر و شنونده خوبی هستند و رفتارشان محترمانه است [۳۷، ۳۶]. نظارت حمایتی از طریق بهبود کیفیت مراقبت‌ها می‌تواند موجب تمایل بیشتر مردم به استفاده از خدمات، استفاده کارآمد از منابع و بهبود

تجهیزات، مشوق‌ها و سایر منابع مورد نیاز فراهم نباشد [۳۹]. مسائل مربوط به تامین مالی ناکافی، حمل و نقل و وسایل نقلیه و موانع دسترسی به عرصه کاری مانع اجرای منظم بازدیدهای نظارت حمایتی می‌شود [۷]. از دیدگاه مرکز علوم مدیریتی سلامت یکی از پیش نیازهای اساسی برای انجام درست نظارت، وجود منابع کافی به منظور برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی فرآیند نظارت می‌باشد [۲۷].

بالا بودن میانگین نمره ناظران نسبت به نظارت شوندگان را میتوان تا حدودی به این موضوع نسبت داد که ناظران به نوعی در مورد کار خود و نحوه انجام وظایفشان اظهار نظر کردند، به جز حیطه منابع اختصاص داده شده به بازدید نظارتی (از قبیل وسایل نقلیه و منابع مالی که در اختیار آنها نیست) که کمترین میانگین در پرسشنامه ناظران به این حیطه مربوط می‌شد.

اجرای آن بود. در اوگاندا مشوق‌ها یکی از موضوعاتی بود که کمترین نمره را داشت [۴۱]. نظارت حمایتی و نظام‌های مشوق‌ها در بهبود عملکرد و حفظ کارکنان مکمل یکدیگرند. از یک طرف یکی از موانع بهبود عملکرد کارکنان از طریق فرآیند نظارت حمایتی فقدان مشوق‌هاست [۳۹]، از طرف دیگر بدون اجرای این فرآیند غیرمحمول است که نظام‌های مشوق‌ها در حفظ کارکنان موثر باشد [۱۱]. لازم به ذکر است که در شرایط منابع محدود استفاده از مشوق‌های غیرمالی از جمله بازشناسی، توسعه حرفه‌ای و فرصت‌های یادگیری نیز در بهبود انگیزش کارکنان، تعهد سازمانی و خودکارآمدی آنها نقش مهمی ایفا می‌کند [۴۴].

کمترین میانگین نمره در پاسخ‌های نظارت کنندگان مربوط به حیطه منابع اختصاصی داده شده به بازدید نظارتی بود. آنها همچنین مهمترین مانع اجرای فرآیند نظارت را کمبود منابع ذکر کردند. نظارت حمایتی در بهبود عملکرد کارکنان موفق نیست اگر داروها،

جدول ۱ - توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر اساس مشخصه‌های جمعیت‌شناختی  
Table 1- Frequency distribution of study subjects based on demographic characteristics

ناظران (N=۹۲)		نظارت شوندگان (N=۳۲۵)		گروه‌های مورد بررسی	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیرهای جمعیت‌شناختی	
۸۷	۸۰	۸۹/۵	۲۹۱	زن	جنسیت
۱۳	۱۲	۱۰/۵	۳۴	مرد	
۳۵/۹	۳۳	۳۳/۸	۱۱۰	کم‌تر از ۳۴ سال	سن
۳۱/۵	۲۹	۳۶/۳	۱۱۸	۳۴ تا ۴۴ سال	
۳۲/۶	۳۰	۲۹/۸	۹۷	بیش‌تر از ۴۴ سال	
۰	۰	۵/۶	۱۸	دیپلم	میزان تحصیلات
۵/۵	۵	۲۱/۳	۶۹	کاردانی	
۶۵/۲	۶۰	۴۶/۹	۱۵۲	کارشناسی	
۲۹/۳	۲۷	۲۶/۲	۸۵	کارشناسی ارشد و بالاتر	
۳۵/۲	۳۲	۳۶/۳	۱۱۸	کم‌تر از ۷ سال	سابقه کار (سال)
۳۳	۳۰	۳۱/۴	۱۰۲	۷ الی ۱۸ سال	
۳۱/۹	۲۹	۳۲/۳	۱۰۵	بیش‌تر از ۱۸ سال	
۱۰۰	۹۲	-	-	ستاد مراقبت‌های بهداشتی اولیه	محل خدمت
-	-	۹۱/۷	۲۹۸	مرکز بهداشتی	
-	-	۸/۳	۲۷	خانه بهداشت	

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار آیتم‌های پرسشنامه کارکنان (نظارت شونده‌گان)  
**Table 2- Mean and standard deviation of the items (supervisees' questionnaire)**

ردیف	عنوان سؤال	میانگین $\pm$ انحراف معیار
<b>حیطه اول: ایجاد محیط خوشایند</b>		
۱	آیا ناظر با شما سلام و احوال پرس می‌کند؟	۱/۹۲ $\pm$ ۰/۲۹
۲	آیا نحوه برخورد و صحبت کردن ناظر با شما محترمانه است؟	۱/۷۲ $\pm$ ۰/۵۲
۳	آیا ناظر وقت و دقت کافی را به گوش دادن به صحبت‌ها، سوالات و نگرانی‌های شما و مشکلات کاریتان اختصاص می‌دهد؟	۱/۳ $\pm$ ۰/۶۸
<b>حیطه دوم: الزامات و مستندات نظارت</b>		
۴	آیا شرح شغل خود را به صورت مکتوب در اختیار دارید و به طور کامل برایتان قابل درک است؟	۱/۳۴ $\pm$ ۰/۸۴
۵	آیا بازدهی‌های نظارتی به طور منظم انجام می‌شوند (مثلاً سالی یک‌بار، دو ماه یک‌بار)؟	۱/۶۹ $\pm$ ۰/۵۵
۶	آیا قبل از انجام بازدید نظارتی، با شما هماهنگی انجام می‌شود؟	۱/۰۱ $\pm$ ۰/۷
۷	آیا در پایان بازدید نظارتی، توافقات بین ناظر و شما (قول‌هایی که ناظر برای رفع مشکلاتی از قبیل کمبود مواد مصرفی و خراب بودن تجهیزات و پیگیری برای حل مشکلات شما) به طور کامل در دفتری مستند و نوشته می‌شوند؟	۱/۴ $\pm$ ۰/۷۳
<b>حیطه سوم: کار با ارائه‌دهندگان خدمات برای حل مشکلات</b>		
۸	آیا ناظر، تأثیری در بهتر شدن کار شما دارد؟	۱/۰۸ $\pm$ ۰/۷۴
۹	آیا ناظر برای رسیدن به راه‌حل مشکلات موجود، با شما مشورت و از نظرات شما استفاده می‌کند؟	۱ $\pm$ ۰/۶۸
۱۰	آیا ناظر پیشنهادهایی برای بهبود انجام کارها و حل مشکلات ارائه می‌دهد؟	۱/۱۹ $\pm$ ۰/۶۷
۱۱	آیا ناظر از شما می‌پرسد که سؤال یا مشکلی در مورد محل کارتان (کمبود مواد مصرفی، تجهیزات، وسایل گرمایشی-سرمایشی) دارید؟	۱/۱۷ $\pm$ ۰/۷۸
۱۲	آیا ناظر نتایج بازدید قبلی را بررسی می‌کند؟	۱/۵۵ $\pm$ ۰/۱۶
۱۳	آیا ناظر درباره بازدیدهای قبلی و توافقاتی که داشته‌اید حرف می‌زند و آن را پیگیری می‌کند؟	۱/۳۵ $\pm$ ۰/۶۸
<b>حیطه چهارم: تعیین روشن انتظارات</b>		
۱۴	آیا با وظایف‌تان به طور کامل آشنا هستید؟	۱/۷۹ $\pm$ ۰/۵۳
۱۵	آیا ناظر شرح شغل و برنامه کار شما را می‌داند؟	۱/۶۲ $\pm$ ۰/۵۹
۱۶	آیا ناظر اطلاعات و دستورالعمل‌های موردنیاز شما را از ستاد مرکز بهداشت شهرستان در اختیار شما قرار می‌دهد؟	۱/۵۵ $\pm$ ۰/۶۶
۱۷	آیا از محتوای چک‌لیست نظارتی که توسط ناظر استفاده می‌شود، اطلاع دارید؟	۱/۳۵ $\pm$ ۰/۷۶
<b>حیطه پنجم: بازخورد به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی</b>		
۱۸	آیا ناظر گفت‌وگو و بحث دوطرفه خوبی را با شما برقرار می‌کند؟	۱/۳۱ $\pm$ ۰/۶۸
۱۹	آیا ناظر شما را به خاطر مشکلات سرزنش می‌کند؟	۱/۰۱ $\pm$ ۰/۶۷
۲۰	آیا ناظر نقاط قوت عملکرد شما را می‌بیند و به صورت شفاهی از شما تقدیر می‌کند؟	۱/۰۲ $\pm$ ۰/۷۷
۲۱	آیا ناظر نقاط قوت کارتان را بیان می‌کند دقیقاً توضیح می‌دهد که چه کارهایی را خوب انجام می‌دهید؟	۱/۰۲ $\pm$ ۰/۷۲
۲۲	آیا ناظر بهتر شدن کارتان و تلاش‌های شما را به مرکز بهداشت شهرستان گزارش می‌کند؟	۰/۹۳ $\pm$ ۰/۷۸
۲۳	آیا ناظر اشتباهاتتان را به طور خصوصی و بدون حضور مراجعه‌کنندگان تذکر می‌دهد؟	۱/۱۴ $\pm$ ۰/۷۸
۲۴	آیا ناظر به طور دقیق به شما می‌گوید چه کاری انجام دهید تا نقاط ضعف عملکردتان برطرف شود؟	۱/۲۱ $\pm$ ۰/۶۸
<b>حیطه ششم: ایفای نقش مربی</b>		
۲۵	آیا ناظر تجربه و تخصص کافی برای راهنمایی و پاسخگویی به سوالات شما را دارد؟	۱/۲ $\pm$ ۰/۷
۲۶	آیا احساس می‌کنید که ناظر مانند یک مربی، از شما حمایت می‌کند؟	۰/۸۴ $\pm$ ۰/۷۳
۲۷	آیا ناظر برای کسب مهارت‌هایی که لازم دارید، برگزاری کلاس یا دوره‌هایی را به مرکز بهداشتی‌تان پیشنهاد و پیگیری می‌کند؟	۱/۱۴ $\pm$ ۰/۷۲
۲۸	آیا ناظر به جای حمایت و راهنمایی، عمدتاً نقاط ضعف کار شما را برجسته می‌کند؟	۱/۰۲ $\pm$ ۰/۷۸
۲۹	آیا ناظر به جای توجه به کیفیت کار شما و صحبت با شما و راهنمایی برای حل مشکلات، فقط به بررسی ثبت آمار و دفاتر می‌پردازد؟	۰/۷۶ $\pm$ ۰/۷۷
۳۰	آیا ناظر در حین انجام وظایف‌تان در نقش یک مربی شما را راهنمایی می‌کند؟	۱/۰۶ $\pm$ ۰/۷



جدول ۳ - میانگین نمرات حیطه های نظارت حمایتی در نظارت شوندهگان و ناظران  
 Table 3- Mean scores of supportive supervision domains in supervisees and supervisors

میانگین $\pm$ انحراف معیار	تعداد سؤال	عنوان حیطه	
۱/۶۴ $\pm$ ۰/۴	۳	ایجاد محیط خوشایند	پرسشنامه نظارت شوندهگان
۱/۳۴ $\pm$ ۰/۴۳	۴	الزامات و مستندات نظارت	
۱/۲۱ $\pm$ ۰/۴۸	۶	کار با ارائه دهندگان خدمات برای حل مشکلات	
۱/۵۶ $\pm$ ۰/۴۳	۴	تعیین انتظارات روشن	
۱/۰۸ $\pm$ ۰/۵۱	۷	بازخورد به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی	
۰/۹۹ $\pm$ ۰/۵۳	۶	ایفای نقش مربی	
۱/۲۴ $\pm$ ۰/۳۸	۳۰	جمع کل	
۱/۶۶ $\pm$ ۰/۳	۸	انتظارات شغلی روشن	پرسشنامه ناظران
۱/۳۵ $\pm$ ۰/۴۲	۳	منابع اختصاص داده شده به بازدید نظارتی	
۱/۶ $\pm$ ۰/۲۶	۶	قابلیت های ناظران	
۱/۷۱ $\pm$ ۰/۲۳	۸	ارائه بازخورد دقیق	
۱/۵۲ $\pm$ ۰/۳۴	۷	ارتقاء انگیزش و مشوق ها	
۱/۶ $\pm$ ۰/۲	۳۲	جمع کل	

جدول ۴ - تعداد و درصد پاسخها به سؤال باز پرسشنامه نظارت شوندهگان  
 Table 4- Number and percentage of responses to open-ended question of the supervisees' questionnaire

درصد	تعداد	عنوان دسته
۱۹/۱۵	۳۶	ناظر باید دانش، تجربه، مهارت و سابقه کاری کافی در مراکز بهداشتی را داشته باشد
۱۴/۳۷	۲۷	ایجاد مشوق هایی برای کارکنان، وجود مکانیسم های تشویقی و تنبیهی و تأثیر نتایج باز دیدهای نظارتی بر آنها، تشویق کارکنان برحسب عملکرد و کاهش میزان رفتارهای دلسردکننده از جانب ناظر از جمله توجه بیش از حد به نقاط ضعف به جای نقاط قوت
۱۱/۷۰	۲۲	کاستن از فشار و تراکم کاری و وظایف چندگانه واحدها، از طریق افزایش تعداد کارکنان
۹/۵۷	۱۸	توجه به کیفیت به جای توجه صرف به آمار و دفاتر ثبت شده
۷/۹۷	۱۵	ایجاد شرح شغلی واضح و ساختاریافته و مرتبط با رشته تحصیلی کارکنان
۷/۹۷	۱۵	باز دیدهای نظارتی صرفاً جنبه ایرادگیری نداشته باشد و مسائل و مشکلات مهم مراکز از جمله مشکلات مالی و کمبود منابع بیشتر از مسائل سطحی مورد توجه قرار گیرند
۷/۴۵	۱۴	باز دیدهای نظارتی به طور منظم و مستمر انجام شود و نتایج این باز دیدها مورد بررسی و پیگیری قرار گرفته و برای حل مشکلات موجود، مورد استفاده قرار گیرند
۷/۴۵	۱۴	برگزاری کلاس های آموزشی جهت افزایش دانش و به روزنگه داشتن کارکنان و توجه به کیفیت برگزاری کلاس ها به جای کمیت و فشردگی بیش از حد آنها
۱۴/۳۷	۲۷	سایر موارد
۱۰۰	۱۸۸	جمع کل

جدول ۵- تعداد و درصد پاسخها به سؤال باز شماره ۱ پرسشنامه ناظران

Table 5- Number and percentage of responses to number one open-ended question of the supervisors' questionnaire

درصد	تعداد	عنوان دسته
۲۱/۸۷	۱۴	لزوم وجود سیستم تشویق و تنبیه برای کارکنان و ناظران
۱۷/۱۸	۱۱	لزوم افزایش نیروی انسانی متخصص و کاستن از بارکاری و چندوظیفه‌ای بودن ناظران و کارکنان
۱۰/۹۴	۷	لزوم توجه به کیفیت خدمات و میزان رضایت مشتری به جای توجه صرف به کمیت آمار و دفاتر ثبت شده
۹/۳۷	۶	دسترسی به وسایل نقلیه برای انجام به موقع بازدید نظارتی
۷/۸۲	۵	بازدید نظارتی باید به صورت منظم و برنامه‌ریزی شده و به شیوه‌ای انجام شود که امکان مداخله برای پیگیری نتایج و حل مشکلات مرکز وجود داشته باشد
۷/۸۲	۵	تغییر شیوه انجام بازدید نظارتی به شیوه‌های متمرکز (توسط خود مرکز)، نظارت هم‌تایان (سایر مراکز)، حضوری و غیر حضوری، خودارزیابی و ...
۲۵	۱۶	سایر موارد
۱۰۰	۶۴	جمع کل

جدول ۶- تعداد و درصد پاسخها به سؤال باز شماره ۲ پرسشنامه ناظران

Table 5- Number and percentage of responses to number two open-ended question of the supervisors' questionnaire

درصد	تعداد	عنوان دسته
۳۲/۶۹	۱۷	کمبود منابع از جمله زمان، منابع مالی، انسانی و وسایل نقلیه
۱۷/۳۰	۹	فقدان ابزارهای تشویق و تنبیه مؤثر (مالی، کتبی)
۱۷/۳۰	۹	حجم کاری بالا، چندوظیفه‌ای و غیر تخصصی بودن ناظر و کارمند
۱۳/۴۶	۷	وجود مشکلات دستگاهی در فرآیند نظارت، دوباره کاری، عدم توجه مسئولین به نتایج نظارت، توقف فرآیند رسیدگی به نتایج نظارت در سطوح بالاتر مدیریتی و عدم پیگیری از طرف مرکز
۱۹/۲۳	۱۰	سایر موارد
۱۰۰	۵۲	جمع کل

## نتیجه گیری

تشریح شود برای اثربخشی نظارت ضروری است. بهبود مهارت‌های مدیریتی تیم مدیریت بهداشت شهرستان، طراحی استانداردهای تجهیزات، مواد مصرفی، منابع انسانی و سایر منابع بر حسب سطح مراکز و بازنگری نظام روتین اطلاعات سلامت برای کاهش حجم داده‌هایی که از سطوح پایین ارائه مراقبت‌ها جمع‌آوری می‌شود از دیگر اقدامات مؤثر در این زمینه هستند.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها فقط از روشهای کمی استفاده شد. بدیهی است که به کارگیری روش‌های کیفی پژوهش از قبیل مصاحبه‌های عمیق با نظارت شونده‌گان و ناظران امکان شناخت دقیق تر مشکلات و موانع اجرای نظارت حمایتی و پیدا کردن راه حل‌های مربوطه را امکان‌پذیر خواهد کرد. محدودیت دیگر این که پژوهش حاضر فقط فرآیند نظارت مورد بررسی قرار گرفت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده ساختارها و نتایج نظام نظارتی نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین طراحی و اجرای مداخلاتی در این زمینه و نیز بررسی تاثیر نظارت حمایتی بر رضایتمندی و انگیزش کارکنان، رضایتمندی مراجعین و برون دادهای سلامت می‌تواند در

یافته‌ها نشان داد که برخی از حیطه‌های مهم نظارت در عرصه مورد بررسی کمتر حمایتی است. با توجه به نقش محوری نظارت در مدیریت مؤثر منابع انسانی ضروری است که سیاست نظارت حمایتی در نظام ارائه مراقبت‌های سلامت تدوین شود. این رویکرد نظارت بعنوان یک مداخله هزینه اثر بخش، به ویژه در محیط مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای کاهش اثرات منفی عوامل تضعیف کننده انگیزش که کارکنان به طور روزمره با آنها مواجه هستند، از اهمیت بسیاری برخوردار است. همچنین پیشنهاد می‌شود دستورالعمل اجرای نظارت حمایتی تدوین شود و ناظران با استفاده از یک بسته آموزشی کاربردی آموزش داده شوند به ویژه در مورد ارائه بازخورد سازنده به عنوان قلب فرآیند نظارتی. بدیهی است که انتخاب نظارت کنندگان دارای انگیزش و نگرش مناسب برای ایفای نقش به عنوان نظارت کننده حمایتی نیز در اجرای مؤثر این فرآیند نقش مهمی ایفا می‌نماید. همزمان، طراحی و اجرای یک بسته تشویقی که به طور عادلانه طراحی و به طور شفاف برای کارکنان

پژوهش‌های بعدی مد نظر قرار گیرد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه خانم فائزه فروزانفر در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در مقطع کارشناسی ارشد،

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد که با کد اخلاق IR.SBMU\REC.۱۳۹۴.۱۹ به ثبت رسیده است. از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## References

- 1-Reich MR, Harris J, Ikegami N, Maeda A, Cashin C, Araujo EC, et al. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *The Lancet* 2016; 387(10020):811-16.
- 2-WHO. Human resources for health: developing policy options for change. Discussion paper. Geneva: World Health Organization; 2002. Available from: [http://www.who.int/hrh/documents/en/Developing\\_policy\\_options.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/en/Developing_policy_options.pdf).
- 3-WHO. Can human resource for health in the context of noncommunicable disease control be a level for health system changes. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013; 91:895-96.
- 4-WHO. Every woman, every child; global strategy for women's and children's health. access for all to skilled, motivated and supported health workers. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: [http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/20101007\\_4\\_skilledworkers.pdf](http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/20101007_4_skilledworkers.pdf).
- 5-Bangdiwala S, Fonn S, Okoye O, Tollman S. Workforce resources for health in developing countries. *Public Health Reviews* 2010; 32(1):296-318.
- 6-WHO. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*; Geneva: World Health Organization; 2016. Geneva. Available from: [http://www.who.int/hrh/resources/pub\\_globstrathrh2030/en/7](http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh2030/en/7)
- 7-Kok M, Vallieres F, Tulloch O, Kumar M, Kea A, Karuga R, et al. Does supportive supervision enhance community health worker motivation? A mixed-methods study in four African countries. *Health Policy and Planning*. 2018; 33:988-98.
- 8-Hernández et al. More than a checklist: a realist evaluation of supervision of mid-level health workers in rural Guatemala. *BMC Health Services Research* 2014; 14:112. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-112>
- 9-Bailey C, Blake C, Schriver M, Cubaka V, Thomas T, Hilber A. A systematic review of supportive supervision as a strategy to improve primary healthcare services in Sub-Saharan Africa. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2016; 132:117-25.
- 10-Adeyemo, M. The role of supportive supervision in enhancing and sustaining health education in home management and prevention of malaria among mothers of under-five children. *International Journal of Nursing and Midwifery* 2017; 9(5):53-57.
- 11-Bradley, S. Kamwendo, F. Masanja, H. Pinho, H. Waxman, R. Boostrom, C. McAuliffe, E. District health managers' perceptions of supervision in Malawi and Tanzania. *Human Resources for Health* 2013, 11:43. DOI:10.1186/1478-4491-11-43
- 12-WHO. Training for mid-level managers (MLM), Module 4, Supportive supervision. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: [http://www.who.int/immunization/documents/MLM\\_module4.pdf](http://www.who.int/immunization/documents/MLM_module4.pdf).
- 13-Som M, Panda B, Pati S, Nallala S, Anasuya A,

- Chauhan AS, et al. Effect of supportive supervision on routine immunization service delivery-a randomized post-test study in Odisha. *Global Journal of Health Science* 2014; 6(6):61-7.
- 14- Kasonde M, Steele P. The people factor: An analysis of the human resources landscape for immunization supply chain management. *Vaccine* 2017; 35(17):2134-40.
- 15- Nkomazana O, Mash R, Wojczewski S, Kutalek R, Phaladze N. How to create more supportive supervision for primary healthcare: Lessons from Ngamiland district of Botswana: co-operative inquiry group. *Glob Health Action* 2016; 9:31263. DOI:10.3402/gha.v9.31263
- 16- Moran AM, Coyle J, Pope R, Boxall D, Nancarrow SA, Young J. Supervision, support and mentoring interventions for health practitioners in rural and remote contexts: an integrative review and thematic synthesis of the literature to identify mechanisms for successful outcomes. *Human Resources for Health* 2014; 12(1):10. DOI: 10.1186/1478-4491-12-10
- 17- Hill Z, Dumbaugh M, Benton L, Kallander K, Strachan D, ten Asbroek A, et al. Supervising community health workers in low-income countries-a review of impact and implementation issues. *Glob Health Action* 2014; 7:24085. DOI: 10.3402/gha.v7.24085.
- 18- Tseng Y-h, Griffiths F, de Kadt J, Nxumalo N, Rwafa T, Malatji H, et al. Integrating community health workers into the formal health system to improve performance: a qualitative study on the role of on-site supervision in the South African programme. *BMJ Open* 2019; 9(2):e022186. doi:10.1136/bmjopen-2018-022186.
- 19- Karuga RN, Mireku M, Muturi N, McCollum R, Vallieres F, Kumar M, et al. Supportive supervision of close-to-community providers of health care: Findings from action research conducted in two counties in Kenya. *PLoS One* 2019; 14(5):e0216444. DOI: 10.1371/journal.pone.0216444.
- 20- Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization* 2013; 91(11):892-94.
- 21- WHO. Mental health policies and programmes in the workplace. *Mental Health Policy and Service Guidance Package*. World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: World Health Organization; 2005. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/2\\_policy%20plans%20prog\\_WEB\\_07.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/services/2_policy%20plans%20prog_WEB_07.pdf).
- 22- WHO, Regional Office for the Eastern Mediterranean: Country Cooperation Strategy for WHO and the Islamic Republic of Iran, 2010 – 2014. Cairo: World Health Organization. 2011. Available from: [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccs\\_irn\\_en.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_irn_en.pdf).
- 23- Tabrizi JS, Gholipour K, Farahbakhsh M, Hasanzadeh A. Managerial barriers and challenges in Iran public health system: East Azerbaijan health managers' perspective. *Journal Of Pakistan Medical Association* 2017; 67(3):409-15.
- 24- WHO. Primary healthcare improvement global stakeholder meeting. global stakeholder meeting. 2016 6-8 April; Geneva.
- 25- Keshvari M, Mohammadi E, Farajzadegan Z, Zargham-Boroujeni A. Experience of Behvarzes (Iranian primary healthcare providers) from giving primary health services in health houses. *Journal of education and health promotion* 2016; 5:7. DOI: 10.4103/2277-9531.184569.
- 26- Mohammad-Alizadeh CS, Wahlstrom R, Vahidi R, Nikniaz A, Marions L, Johansson A. Barriers to high-quality primary reproductive health services in an urban area of Iran: views of public health providers. *Midwifery* 2009; 25(6):721-30.

- 27- USAID. Management Sciences for Health. Health Systems in Action: An eHandbook for Leaders and Managers. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2010.
- 28- WHO, Guidelines for Implementing Supportive Supervision. A step-by-step guide with tools to support immunization. Geneva: World Health Organization; 2003. Available from: [http://www.path.org/vaccineresources/files/Guidelines\\_for\\_Supportive\\_Supervision.pdf](http://www.path.org/vaccineresources/files/Guidelines_for_Supportive_Supervision.pdf)
- 29- Berdzuli N, Ippolito L, Haffey J. Supportive supervision: Training of trainers and external supervisors (Facilitator's Guide). Cambridge, MA: USAID, 2008.  
Available from: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADT950.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADT950.pdf)
- 30- Nabeela Ali. Assessment of District Health Supervisory System. Pakistan initiative for mothers and newborns (PAIMAN). Cambridge, MA: USAID, 2006. Available from: <http://paiman.jsi.com/Resources/Docs/assessment-of-district-health-supervisory-system.pdf>.
- 31- Daneshkohan A, Ramezankhani A, Zarei E, Ahmadi F, Foruzanfar F. Development and Psychometric Evaluation of Tools for Assessing Supportive Supervision from the Perspective of Health Workers and Supervisors. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2016; 14(12):1001-14 (In Persian).
- 32- Henny R, Nantongo L, Wagner A, Embrey M, Trap B. Competency in supportive supervision: A study of public sector medicines management supervisors in Uganda. Journal of Pharmaceutical Policy and Practice. 2017; 10:33. DOI: 10.1186/s40545-017-0121-y.
- 33- Paraprofessional Healthcare Institute. Creating a culture of retention: a coaching approach to paraprofessional supervision. A PHI Technical Series Publication. Bronx NY: USA; 2008.
- 34- Yazdi-Feyzabadi V, Emami M, Mehroolhassani MH. Health Information System in Primary Health Care: The Challenges and Barriers from Local Providers' Perspective of an Area in Iran. International Journal of Preventive Medicine 2015; 6:57. DOI: 10.4103/2008-7802.160056.
- 35- Agoro OO, Osuga BO, Adoyo M. Supportive supervision for medicines management in government health facilities in Kiambu County, Kenya: a health workers' perspective. The Pan African Medical Journal 2015; 20:237-37. doi: 10.11604/pamj.2015.20.237.5872.
- 36- Shim M. Factors influencing child welfare employee's turnover: Focusing on organizational culture and climate. Children and Youth Services Review 2010; 32(6):847-56.
- 37- Lee J, Forster M, Rehner T. The retention of public child welfare workers: The roles of professional organizational culture and coping strategies. Children and Youth Services Review 2011; 33(1):102-109.
- 38- Larson E, Mbaruku G, Mbatia R, Gage A, Haneuse S, Kruk M. Can investment in quality drive use? A cluster-randomised controlled study in rural Tanzania. The Lancet Global Health 2018; 6:S9. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30138-4
- 39- Rabbani, F., Shipton, L., Aftab, W. et al. Inspiring health worker motivation with supportive supervision: A survey of lady health supervisor motivating factors in rural Pakistan. BMC Health Services Research 2016; 16:397 (2016) doi:10.1186/s12913-016-1641-x.
- 40- Khetan A, Patel T, Hejjaji V, Barbhaya D, Mohan SKM, Josephson R, et al. Role development of community health workers for cardiovascular disease prevention in India. Evaluation and Program Planning 2018; 67:177-83.
- 41- Ludwick T, Turyakira E, Kyomuhangi T, Manalili K, Robinson S, Brenner JL. Supportive supervision



and constructive relationships with healthcare workers support CHW performance: Use of a qualitative framework to evaluate CHW programming in Uganda. *Human Resources for Health* 2018; 16(1):11. DOI: 10.1186/s12960-018-0272-1.

42-Hassani SA, Mobaraki H, Bayat M, Mafimoradi S. Right place of human resource management in the reform of health sector. *Iranian Journal of Public Health* 2013; 42(1):56-62.

43-Hooshmand E, Tourani S, Ravaghi H, Ebrahimipour H. Challenges in evaluating clinical governance systems in iran: a qualitative study. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2014; 16(4):e13421-e21. DOI: 10.5812/ircmj.13421.

44-Garrison K, Caiola N, Sullivan R, Lynam P. *Supervision Manual. Supervising Healthcare Services: Improving the performance of People.* Jhpiego, Cambridge, MA: USAID, 2004.