



چگونگی عملکرد مدیریت برنامه بهداشت روان در شبکه‌های بهداشت و درمان استان خوزستان

دکتر پوران رئیسی*، عفت جهانبانی**

چکیده

هدف: با آن‌که بیش از یک دهه از ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه و نظام بهداشت و درمان کشور می‌گذرد، چگونگی مدیریت آن تاکنون مورد ارزیابی قرار نگرفته است. هدف پژوهش حاضر، بررسی عملکرد مدیریت برنامه بهداشت روان در شبکه‌های بهداشت و درمان استان خوزستان است که از چهار بعد ۱- برنامه ریزی ۲- سازماندهی ۳- عملکرد اجرایی و ۴- نظارت و کنترل سنجیده می‌شود.

روش: پژوهش حاضر یک بررسی توصیفی- تطبیقی و از نوع کاربردی است. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ای است که براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از خیلی زیاد تا خیلی کم درجه‌بندی شده است. جامعه پژوهش را ۱۰۸ نفر مدیران سطوح مختلف برنامه بهداشت روان در شبکه‌های بهداشتی- درمانی استان خوزستان تشکیل دادند. از این تعداد ۷۷ نفر حاضر به شرکت در پژوهش شدند (۸ نفر رئیس مرکز بهداشت شهرستان، ۱۳ نفر کارشناس مسئول بهداشت روان و ۵۶ نفر پزشک مسئول مراکز بهداشتی درمانی روستایی زیر پوشش برنامه بهداشت روان). داده‌های پژوهش به‌کمک شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون دقیق فیشر تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که مدیران در تمامی ابعاد برنامه بهداشت روان (چهار بعد یادشده) دارای عملکردی متوسط بودند. در مقایسه میانگین نمرات این ابعاد، بعد نظارت و کنترل، بهترین و بعد عملکرد اجرایی، ضعیف‌ترین بود. رتبه‌های دوم و سوم به‌ترتیب به بعدهای برنامه‌ریزی و سازماندهی اختصاص داشت. تفاوت معنی داری در "عملکرد اجرایی" مدیران سطوح مختلف دیده شد، اما در سایر ابعاد مورد بررسی چنین تفاوتی وجود نداشت.

نتیجه: مدیریت برنامه بهداشت روان در نظام شبکه‌ای مراقبت‌های بهداشتی اولیه استان خوزستان، از وضعیت ایده‌آل آن فاصله دارد.

:

* دکترای روانشناسی تربیتی و تحقیق، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. تهران، خیابان ولی عصر، بالاتر از خیابان ظفر، خیابان شهید بابک بهرامی، پلاک ۱، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، گروه تحقیق (نویسنده مسئول).
E-mail: PRaeissi@yahoo.com.

** کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی. اهواز، جاده گلستان، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی اهواز، گروه بهداشت عمومی.

مسئول بهداشت روان و مقصود از مدیران اجرایی نیز مسئولین فنی مراکز بهداشتی-درمانی روستایی هستند.

پژوهش حاضر یک بررسی توصیفی-تطبیقی بود. آزمودنی‌های پژوهش را ۱۰۸ نفر مدیران شبکه‌های بهداشت و درمان استان خوزستان تشکیل می‌داد که شامل ۱۳ نفر رؤسای مراکز بهداشت شهرستان، ۱۳ نفر کارشناسان مسئول بهداشت روان و ۸۲ نفر پزشکان مسئول مراکز بهداشتی درمانی روستایی زیر پوشش برنامه بهداشت روان می‌شد. به دلیل عدم همکاری و بی‌علاقگی برخی از مدیران به شرکت در این پژوهش، تنها اطلاعات مربوط به ۷۷ نفر مدیر، گردآوری و تحلیل گردید (۸ نفر رئیس مرکز بهداشت شهرستان، ۱۳ نفر کارشناس مسئول بهداشت روان و ۵۶ نفر پزشک مسئول مرکز بهداشتی-درمانی روستایی).

داده‌ها به کمک پرسش‌نامه‌ای که شامل ۳ بخش می‌شد گردآوری گردید: بخش اول، ویژگی‌های جمعیت شناختی مدیران و تجربه‌های آنها را در زمینه مدیریت و بهداشت روان بررسی می‌نمود. بخش دوم، دارای ۴۶ پرسش در زمینه عملکرد مدیران سطوح مختلف در چهار بعد مذکور بود. معیار اندازه‌گیری در هر پرسش، مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت بود (خیلی زیاد=۴، زیاد=۳، متوسط=۲، کم=۱، و خیلی کم=۰).

در بخش سوم پرسش‌نامه، از مدیران سطوح مختلف شبکه بهداشت و درمان خواسته شده بود تا دیدگاه‌ها و پیشنهادها را پیرامون مسائل و مشکلات برنامه بهداشت روان از نظر اجرایی بیان نمایند.

عملکرد مدیران در بعد برنامه ریزی به کمک ۱۱ پرسش مورد سنجش قرار گرفت که شامل آشنایی با هدف‌های بهداشت روان، نقش مدیر در تعیین هدف‌ها، روشنی هدف‌ها، برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های بهداشت روان، داشتن نوآوری و ابتکار در برنامه‌ریزی، نظرخواهی از کارکنان در برنامه‌ریزی‌ها، برنامه‌ریزی در

از زمان پذیرش رسمی "بهداشت روان" به عنوان یکی از اجزای نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سال ۱۳۶۷ و ارزیابی خدمات آن در نظام شبکه‌ای، پژوهش‌های زیادی از ابعاد گوناگون آن را مورد بررسی قرار داده‌اند (شاه‌محمدی، ۱۳۶۸؛ حسن‌زاده، ۱۳۷۱؛ شاه‌محمدی و ملک‌افضلی، ۱۳۷۲؛ بوالهروی و محیط، ۱۳۷۴؛ قاضی‌زاده، ۱۳۷۵؛ بوالهروی، بینا، احسان‌منش و کریمی کیسمی، ۱۳۷۶؛ محیط، شاه‌محمدی و بوالهروی، ۱۳۷۶؛ شیرازی زمانی، ۱۳۷۷؛ عبهری، ۱۳۷۷؛ اسداللهی، خدادادی و جاویدمقدم، ۱۳۷۸؛ شاه‌محمدی، ۱۳۸۱؛ محیط، ۱۳۸۱). اما مدیریت برنامه بهداشت روان در سیستم شبکه‌ای کمتر مورد توجه بوده و چگونگی عملکرد مدیران در این برنامه کمتر مورد ارزیابی قرار گرفته است.

از آن‌جا که در کشور ما مدیریت واحدهای بهداشتی-درمانی بیشتر به‌عهده کسانی گذاشته می‌شود که در زمینه مدیریت، دانش و آگاهی لازم را ندارند، کار مدیریت را برپایه برداشت و هوش شخصی و بسیاری از مواقع به روش آزمون و خطا انجام می‌دهند (لامعی، ۱۳۷۷).

شادپور (۱۳۷۲) نیز بر این باور است که سوء مدیریت در شبکه‌ها به‌ویژه بیمارستان‌ها، به‌عنوان یکی از سطوح ارجاع در نظام شبکه‌های بهداشتی-درمانی زیان‌های اقتصادی زیادی را در پی دارد.

هدف اصلی پژوهش حاضر، ارزیابی چگونگی مدیریت برنامه بهداشت روان در شبکه‌های بهداشت و درمان استان خوزستان بود. به همین منظور عملکرد مدیران سطوح مختلف (عالی، میانی، اجرایی) از چهار بعد ۱- برنامه ریزی ۲- سازماندهی ۳- عملکرد اجرایی و ۴- نظارت و کنترل، مورد سنجش قرار گرفت.

در این پژوهش منظور از مدیران عالی، رؤسای مراکز بهداشت شهرستان و مراد از مدیران میانی کارشناسان

چارچوب سیاست‌های ابلاغ شده، رضایت کارکنان از برنامه‌ریزی و بازبینی برنامه بود.

در بعد سازماندهی، عملکرد مدیران به کمک ۱۳ پرسش ارزیابی شد که شامل اطلاع از شرح وظایف خود، ابلاغ شرح وظایف به کارکنان، رعایت حد و مرز برقرار شده در شرح وظایف، آگاهی کارکنان از هدف‌ها و چشم‌داشت‌های برنامه، هماهنگ بودن فعالیت کارکنان سطوح مختلف، وجود رابطه خوب بین مراجعین و کارکنان، آشنایی مدیر و کارکنان با نمودار رسمی سازمان، انطباق سبک ارتباطی با نمودار رسمی، آگاهی از چگونگی تشکیل جلسات کمیته بهداشت روان و شرکت در آن، وجود فرآیند و روش ویژه‌ای برای درخواست نگهداری و کنترل داروهای بهداشت روان و روبه‌رو نشدن با کمبود داروهای بهداشت روان بود.

در بعد عملکرد اجرایی، عملکرد مدیران با ۱۲ پرسش سنجیده شد که شامل ارزیابی نمودن عملکرد کارکنان در سطوح مختلف، توضیح معیارهای ارزیابی، وجود ارتباط کاری با سایر ادارات، مطلوب بودن ارتباط‌های برون‌بخشی، برخورداری از آموزش بهداشت روانی، بررسی نیاز آموزشی کارکنان، دسترسی کارکنان به مطالب علمی و جدید، ارزیابی نتیجه آموزشی و آموزش به جامعه و تقدیر از عملکرد خوب کارکنان بود.

عملکرد مدیران در بعد نظارت و کنترل نیز به کمک ۱۰ پرسش مورد ارزیابی قرار گرفت که شامل شناخت هدف‌ها و سازوکارهای نظارت و کنترل، وجود جدول زمانی برای فعالیت‌های نظارتی، نظارت مستقیم بر فعالیت‌ها، استفاده از یک جدول زمانی برای نظارت، استفاده از روش‌های مشاهده ارایه خدمات، مشاهده مشاوره یا آموزش، بررسی گزارش‌ها و پرسش درباره مسایل و مشکلات، نگهداری گزارش‌های نظارتی و بهره‌گیری از آنها در اصلاح برنامه و آموزش، گزارش

نتایج نظارت به سطوح بالاتر، و بازتاب پس‌خوراند مدیران به واحد نظارت بود.

برای تعیین روایی پرسش‌نامه یاد شده، روش روایی محتوا با نظرخواهی از چندتن از استادان و افراد صاحب‌نظر و به منظور تعیین پایایی پرسش‌نامه، روش آزمون-باز آزمون با فاصله زمانی ۱۰ روز و با ۱۰ نفر از پاسخگویان به کار برده شد و ضریب همبستگی ۰/۷۰ به دست آمد.

برای نمره‌گذاری پرسش‌نامه، نخست میانگین امتیازهای هر بعد از برنامه محاسبه گردید و درصد میانگین نسبت به جمع امتیازهای آن جنبه به دست آمد. چنانچه این درصد کمتر از $3/33\%$ نمره کل آن جنبه بود، نتیجه‌گیری می‌شد که مدیریت برنامه در آن از عملکردی ضعیف برخوردار بوده است و چنانچه درصد محاسبه شده از $6/66$ درصد نمره کل بیشتر بود نشان دهنده آن بود که عملکرد مدیریت، خوب بوده است. نمره بین $6/66-3/33$ درصد امتیاز، به‌عنوان عملکرد متوسط در نظر گرفته شد. عملکرد کلی مدیران نیز به همین شیوه ارزیابی شد.

برای ارزیابی عملکرد مدیران بر روی هر پرسش از چهار بعد مورد بررسی نیز از تقسیم‌بندی میانگین‌ها براساس چارک‌ها استفاده شد. به این صورت که برای پرسش‌هایی که میانگین آنها کمتر از چارک اول (Q1) بود، موارد دارای کمترین میانگین (نیازمند توجه) و پرسش‌هایی که میانگین آنها بیشتر از چارک سوم (Q3) بود، موارد دارای بیشترین میانگین و خوب تلقی شدند.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش، در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۲ میانگین امتیازهای به دست آمده توسط مدیران، درصد میانگین و وضعیت عملکرد مدیران را بر روی هر یک از چهار بعد برنامه بهداشت روان نشان می‌دهد.

جدول ۱- توزیع فراوانی مدیران آزمودنی‌های پژوهش برحسب گروه سنی، جنس، مدرک تحصیلی، رشته تحصیلی، وضعیت استخدام، زمان اشتغال در سمت فعلی، گذران آموزش مدیریت قبل و بعد از مسئولیت گذران آموزش بهداشت روان

متغیرها	آزمودنی‌ها		
	کل فراوانی (%)	اجرائی فراوانی (%)	عالی فراوانی (%)
جنس			
زن	۱۵ (۱۹/۵)	۷ (۱۲/۵)	۸ (۶۱/۵)
مرد	۶۲ (۸۰/۵)	۴۹ (۸۷/۵)	۵ (۳۸/۵)
مدرک تحصیلی			
کارشناسی ارشد و دکتری	۶۵ (۸۴/۴)	۵۶ (۱۰۰/۰)	۲ (۱۵/۵)
کارشناسی و پایین‌تر	۱۲ (۱۵/۶)	۰ (۰/۰)	۱۱ (۸۴/۵)
رشته تحصیلی			
پزشکی	۶۳ (۸۱/۸)	۵۶ (۱۰۰/۰)	۰ (۰/۰)
روانشناسی	۱۲ (۱۵/۶)	۰ (۰/۰)	۱۲ (۹۲/۳)
پیراپزشکی و سایر	۲ (۲/۶)	۰ (۰/۰)	۱ (۱۲/۵)
گروه‌های سنی			
۳۴ سال و کمتر	۶۴ (۸۳/۴)	۴۷ (۸۳/۹)	۱۱ (۸۴/۵)
۳۵ سال و بالاتر	۱۳ (۱۶/۶)	۹ (۱۶/۱)	۲ (۱۵/۵)
وضعیت استخدام			
ثابت (رسمی)	۲۱ (۲۷/۲)	۱۱ (۱۹/۴)	۷ (۵۳/۸)
غیر ثابت (پیمانی، طراحی و پیام‌آور، قرارداد ساعتی)	۵۶ (۷۲/۸)	۴۵ (۸۰/۶)	۶ (۴۶/۲)
مدت اشتغال در سمت فعلی			
کمتر از یکسال	۳۰ (۳۹/۰)	۲۶ (۴۶/۴)	۲ (۱۵/۴)
۱-۵ سال	۳۲ (۴۱/۵)	۲۵ (۴۴/۶)	۱ (۷/۷)
بیشتر از ۵ سال	۱۵ (۱۹/۵)	۵ (۸/۹)	۱۰ (۷۶/۹)
گذراندن آموزش مدیریت قبل از تصدی مسئولیت			
بلی	۱۶ (۲۰/۸)	۱۵ (۲۶/۷)	۰ (۰/۰)
خیر	۶۱ (۷۹/۲)	۴۱ (۷۳/۳)	۱۳ (۱۰۰/۰)
گذراندن آموزش مدیریت بعد از تصدی مسئولیت			
بلی	۲۸ (۳۶/۴)	۲۳ (۴۱/۱)	۲ (۱۵/۴)
خیر	۴۹ (۶۳/۶)	۳۳ (۵۸/۹)	۱۱ (۸۴/۶)
گذراندن آموزش بهداشت روان			
بلی	۲۸ (۳۶/۴)	۱۸ (۳۲/۱)	۹ (۶۹/۲)
خیر	۴۹ (۶۳/۶)	۳۸ (۶۷/۹)	۴ (۳۰/۸)

جدول یادشده نشان می‌دهد که به‌طور کلی مدیران مورد بررسی با کسب ۴۵/۷٪ از مجموع امتیازهای در نظر گرفته شده، دارای عملکرد متوسط رو به ضعیف در رابطه با برنامه بهداشت روان استان خوزستان بوده‌اند و با تفکیک ابعاد برنامه، بر روی بعد نظارت و کنترل دارای بهترین عملکرد و در بعد "عملکرد اجرایی" دارای ضعیف‌ترین عملکرد بودند. بعدهای برنامه ریزی و سازماندهی به ترتیب در رتبه دوم و سوم قرار داشتند.

در زمینه مقایسه عملکرد مدیران سطوح مختلف، یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که مدیران عالی با کسب ۵۷/۲٪ امتیازها دارای قوی‌ترین و مدیران اجرایی با کسب ۴۲/۲٪ امتیازها دارای ضعیف‌ترین عملکرد بودند.

این بررسی نشان داد که مدیران مورد بررسی با کسب ۴۸/۵٪ از مجموع نمرات مربوط به برنامه‌ریزی دارای عملکردی متوسط نسبت به این بعد از برنامه بهداشت روان در استان خوزستان بودند.

در تحلیل دقیق‌تر عملکرد مدیران درمورد هر یک از زیر مجموعه‌های برنامه‌ریزی نشان داده شد که تنها در یک مورد یعنی "توجه به سیاست‌ها و راهبردهای ابلاغ شده"، مدیران از عملکرد خوبی برخوردار بودند و در بقیه زمینه‌ها، عملکردی متوسط داشتند (جدول ۳). در رابطه با بعد برنامه‌ریزی، عملکرد مدیران سطوح مختلف همگی در حد متوسط بود. که مدیران عالی اندکی بهتر از مدیران میانی و مدیران میانی قدری بهتر از مدیران اجرایی عمل نموده بودند. مدیران عالی تنها در سه مورد زیر دارای عملکرد خوب و مناسب بودند.

۱- برنامه‌ریزی مطابق با شرایط موجود مرکز.

۲- توجه به اولویت‌های بهداشت روانی منطقه.

۳- توجه به سیاست‌های ابلاغ شده.

مدیران میانی نیز افزون بر سه مورد یادشده در "زمینه آشنایی با اهداف بهداشت روانی" نیز از وضعیت خوبی برخوردار بودند.

یاری و درصد امتیازهای به دست آمده و وضعیت عملکرد مدیران مورد بررسی بر روی ابعاد چهارگانه برنامه بهداشت روان

مدیران مورد بررسی													
کل		اجرائی						میانی				ی	
وضعیت	درصد	انحراف	میانگین	وضعیت	درصد	انحراف	میانگین	وضعیت	درصد	انحراف	میانگین	وضعیت	درصد
عملکرد	میانگین	معیار	امتیازات	عملکرد	میانگین	معیار	امتیازات	عملکرد	میانگین	معیار	امتیازات	عملکرد	میانگین
متوسط	۴۸/۵	۱/۱	۱/۹	متوسط	۴۴/۷	۱/۱	۱/۸	متوسط	۵۷/۵	۱/۱	۲/۳	متوسط	۵۹/۲
متوسط	۴۵/۵	۱/۴	۱/۸	متوسط	۳۹/۷	۱/۱	۱/۶	متوسط	۵۴/۷	۱/۲	۲/۲	متوسط	۶۲/۵
متوسط	۳۹/۷	۱/۱	۱/۶	متوسط	۳۶/۵	۱/۱	۱/۵	متوسط	۴۶/۵	۱/۱	۱/۹	متوسط	۵۳/۵
متوسط	۴۹/۵	۱/۱	۲/۰	متوسط	۴۷	۱/۱	۱/۹	متوسط	۵۵/۲	۱/۱	۲/۲	متوسط	۵۴/۲
متوسط	۴۵/۷	—	۱/۸	متوسط	۴۲/۲	—	۱/۷	متوسط	۵۳/۵	—	۲/۱	متوسط	۵۷/۲

مدیران اجرایی نیز بر روی ده مورد از یازده مورد بعد برنامه‌ریزی دارای عملکردی متوسط و در زمینه "نظرخواهی از کارکنان در برنامه‌ریزی" دارای عملکردی ضعیف بودند.

با توجه به اینکه برای ارزیابی وضعیت زیر مجموعه‌های ابعاد مورد بررسی نسبت به یکدیگر از تقسیم‌بندی براساس چارک‌ها، استفاده شد، مواردی که میانگینشان کمتر از چارک اول بود به‌عنوان نقاط نیازمند توجه قلمداد گردیدند. این موارد در بعد برنامه‌ریزی عبارت بودند از:

- نظر خواهی از کارکنان در برنامه‌ریزی

- اختیار نوآوری و ابتکار در برنامه‌ریزی

- نقش مدیر در تعیین اهداف

یافته‌های پژوهش هم‌چنین گویای آن است که مدیران مورد بررسی در بعد سازمان‌دهی برنامه بهداشت روان دارای عملکردی متوسط متمایل به ضعیف بوده‌اند، ضمناً مدیران عالی دارای بیشترین درصد میانگین و مدیران اجرایی دارای کمترین درصد میانگین بودند. مدیران مورد بررسی در زمینه‌های ۱- آشنایی کارکنان با نمودار رسمی سازمان ۲- آگاهی از هدف و اعضای کمیته بهداشت روان شهرستان و چگونگی تشکیل این کمیته ۳- پیشگیری از کمبود داروهای بهداشت روان دارای عملکردی ضعیف بودند. این مدیران تنها در رابطه با شرکت در جلسات بهداشت روان دارای عملکرد خوبی بودند. در بقیه زمینه‌ها نیز عملکردی متوسط داشتند. افزون بر آن مدیران اجرایی در زمینه آشنایی با نمودار رسمی سازمان، آشنایی کارکنان با نمودار رسمی سازمان و آگاهی از هدف‌ها و چگونگی تشکیل جلسات کمیته بهداشت روان شهرستان دارای عملکردی ضعیف بودند.

آزمون دقیق فیشرفاوت معنی‌داری را در عملکرد مدیران سطوح مختلف بر روی بعد سازمان‌دهی نشان نداد. یافته‌ها نشان می‌دهند که عملکرد مدیران مورد بررسی در زمینه بعد "عملکرد اجرایی" دارای وضعیتی متوسط متمایل به ضعیف می‌باشد.

مدیران عالی با ۵۳/۵٪ امتیاز دارای بالاترین درصد میانگین و مدیران اجرایی با ۳۶/۵٪ امتیاز دارای کمترین درصد میانگین بودند. جدول ۳ نشان می‌دهد که مدیران مورد بررسی در زمینه‌های برقراری ارتباط کاری با سایر ادارات مؤثر در برنامه، مطلوب بودن ارتباط برون بخشی موجود، برخورداری مدیران از آموزش بهداشت روان، آموزش بهداشت روان به جامعه، آموزش و بازآموزی منظم کارکنان، عملکرد ضعیفی داشته‌اند.

عملکرد این مدیران در بقیه زمینه‌ها متوسط بود. مدیران عالی تنها در یک مورد یعنی "تقدیر از عملکرد خوب کارکنان" دارای عملکرد خوبی بودند و در سایر موارد دارای عملکرد متوسط بودند. مدیران میانی نیز در تمامی موارد یادشده دارای عملکردی متوسط بودند. آزمون دقیق فیشرفاوت معنی‌داری را در عملکرد اجرایی مدیران سطوح مختلف نشان داد ($P < 0/05$).

در مجموع این بررسی نشان داد که مدیران مورد بررسی در "بعد نظارت و کنترل" برنامه بهداشت روان در استان خوزستان دارای عملکردی متوسط بودند. مدیران میانی با کسب ۵۵/۲٪ امتیاز دارای بهترین عملکرد و مدیران اجرایی با کسب ۴۷٪ امتیاز دارای ضعیف‌ترین عملکرد در این بعد بودند.

عملکرد کلی مدیران در تمامی زیر مجموعه‌های بعد نظارت و کنترل نیز دارای وضعیتی متوسط بود و کمترین میانگین‌ها به موارد زیر مربوط می‌شد:

- ۱- شناخت هدف‌ها و سازوکارهای نظارت و کنترل
- ۲- به‌کاربردن جدول زمانی برای فعالیت‌های نظارتی
- ۳- به‌کاربردن چک‌لیست برای نظارت
- ۴- توجه و حمایت مدیران سطوح بالاتر از نتایج نظارت.

عملکرد مدیران عالی در مورد نظارت مستقیم بر فعالیت‌ها و حمایت مدیران سطوح بالاتر از نتایج نظارت ضعیف بود و تنها در زمینه "نگهداری گزارشهای نظارتی" دارای عملکرد خوبی بودند.

مدیران میانی در زمینه: انعکاس نتایج نظارت به سطوح بالاتر، بهره‌گیری از گزارش‌ها در اصلاح و

آموزش کارکنان و نگهداری گزارش‌های نظارتی به صورت مدون دارای عملکرد خوبی بودند و تنها در یک مورد یعنی به‌کارگیری چک لیست کتبی در هنگام نظارت در وضعیت ضعیفی قرار داشتند.

مدیران اجرایی در تمامی زمینه‌های مربوط به بعد نظارت و کنترل دارای عملکرد متوسط بودند و کمترین میانگین‌ها مربوط به موارد: استفاده از جدول زمانی برای نظارت، بهره‌گیری از چک لیست طی نظارت و آشنایی با هدف‌ها و سازوکارهای نظارت و کنترل. آزمون دقیق فیشرفاوت معنی‌داری را در عملکرد نظارت و کنترل مدیران مورد بررسی نشان نداد.

به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که مدیران مورد بررسی در رابطه با مدیریت برنامه بهداشت روان استان خوزستان، دارای عملکرد متوسط متمایل به ضعیف، و در بعدهای "نظارت و کنترل" و "عملکرد اجرایی" به ترتیب دارای بهترین و ضعیف‌ترین عملکرد بودند. عملکرد مدیران در بعدهای برنامه‌ریزی و سازماندهی به ترتیب در رتبه‌های دوم و سوم قرار داشت.

هر چند عملکرد کلی مدیران سطوح مختلف این پژوهش در حد متوسط ارزیابی گردید، وضعیت عملکرد مدیران عالی بهتر از مدیران میانی و وضعیت مدیران میانی بهتر از مدیران اجرایی بود. مقایسه عملکرد مدیران سطوح مختلف بر روی تک تک ابعاد برنامه بهداشت روان نیز نشان داد که تنها در بعد "عملکرد اجرایی" بین سه گروه یادشده تفاوتی معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$).

یافته‌های پژوهش حاضر هم‌چنین نشان داد که در "بعد برنامه‌ریزی"، در زمینه "اختیار نوآوری و ابتکار در برنامه‌ریزی" و "نظرخواهی از کارکنان در برنامه‌ریزی"، مدیران مورد بررسی کمترین امتیاز را به‌دست آورده‌اند که جای تعمق دارد. روشن است که نظرخواهی از کارکنان سبب ایجاد انگیزه و حضور

فعال‌تر آنها در روند ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی می‌شود.

در "بعد سازماندهی"، عملکرد مدیران مورد بررسی در زمینه توانایی پیشگیری از کمبود داروهای بهداشت روان، آشنایی کارکنان با نمودار رسمی سازمانی و آشنایی با هدف و اعضای کمیته بهداشت روان شهرستان و نیز چگونگی تشکیل جلسات کمیته بهداشت روان در وضعیت ضعیفی قرار داشت.

از آن‌جا که نمودار سازمانی، ابزاری برای تشریح وظایف اعضای هر سازمان به شمار می‌آید و اعضا نیاز دارند که از وضعیت خود در سازمان آگاه باشند و فرصت بیشتری برای درک روابط سازمانی و همکاری در جهت رسیدن به هدفها پیدا کنند، وجود نمودار سازمانی دارای اهمیت تلقی می‌شود. به بیان دیگر یک نمودار سازمانی، طرح یا سیستمی را ارائه می‌دهد که چگونگی جریان رسمی امور را در سازمان نشان می‌دهد (ایران‌نژاد پاریزی و ساسان‌گهر، ۱۳۷۵).

در "بعد عملکرد اجرایی"، مدیران مورد بررسی در زمینه برخورداری از آموزش بهداشت روان و آموزش بهداشت روان به جامعه و آموزش منظم کارکنان، دارای عملکردی ضعیف بودند. در حالی که دمیگ در اصول چهارده‌گانه خود آموزش را ستون فهم سازمان و پشتیبان بهبود کیفیت فراگیر و ارتقا دهنده کارایی می‌شمارد و ژوران نیز آموزش پیوسته را از اقدامات ضروری برای بهبود کیفیت می‌داند (مدنی، ۱۳۷۸).

پژوهش حاضر هم‌چنین نشان داد که در زمینه ارتباط برون بخشی با سایر سازمان‌ها و نهادهای مؤثر در برنامه و نیز میزان مطلوب بودن ارتباط‌های برون بخشی موجود، مدیران دارای عملکرد ضعیفی بوده‌اند. در حالی که یکی از اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه، همکاری بین بخشی است که ضرورت دارد در تقویت این همکاری تلاش گسترده‌ای صورت گیرد.

در بعد عملکرد اجرایی نکته درخور توجه، برخورد سلیقه‌ای در زمینه تقدیر از عملکرد خوب کارکنان می‌باشد. زیرا در جایی که معیار مناسبی برای ارزیابی

وجود ندارد، چگونه می‌توان انتظار داشت که تقدیر و تشویق دقیقاً به شخصی که انتظار آن را داشته تعلق گیرد و به کمک آن افراد را به خلاقیت وادار نماید.

در "بعد نظارت و کنترل"، پژوهش حاضر نشان داد که مدیران مورد بررسی در تمامی موارد، عملکردی متوسط داشتند و کمترین میانگین‌ها مربوط به موارد زیر بود که لازم است توجه بیشتری به آنها مبذول گردد. ۱- استفاده از جدول زمانی برای فعالیتهای نظارتی ۲- استفاده از چک لیست کتبی برای نظارت ۳- آشنا ساختن مدیران به ویژه مدیران اجرایی با هدف‌ها و سازوکارهای نظارتی ۴- توجه و حمایت بیشتر مدیران سطوح بالاتر از نتایج نظارت.

روشن است که نظارت بر اجرای درست دستورالعمل‌ها و به‌کارگیری مهارت‌های آموخته‌شده، به‌ویژه اگر همراه با فرم‌های ارزشیابی باشد، مواد آموزشی خوبی برای بازآموزی‌های دوره‌ای فراهم می‌کند. در بعد نظارت و کنترل، باید افزود مدیریتی که بدون کنترل باشد دارای ضمانت برای درستی، دقت و اجرای کامل برنامه‌ها نیست.

به‌طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مدیریت برنامه بهداشت روان، در استان خوزستان دور از وضعیت ایده‌آل خود می‌باشد و دستیابی به هدف‌های بلندمدت این برنامه و نیز تقویت دست‌آوردهای فعلی آن، نیاز به توجه جدی دارد. امید است که یافته‌های این بررسی بتواند در راستای بهبود مدیریت برنامه بهداشت روان در نظام شبکه ای مؤثر واقع شود.

گفتنی است از آنجایی که این پژوهش به‌صورت منطقه‌ای در استان خوزستان انجام شده و عملکرد مدیران هر منطقه افزون بر ویژگی‌های فردی نظیر دانش تخصصی آنان، تابع عوامل چندی چون ساختار سازمان‌های محل خدمت، شرایط اقلیمی و ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مردم می‌باشد، در تعمیم یافته‌های این پژوهش به سایر مناطق کشور باید احتیاط

نمود و با توجه به اهمیت نتایج این‌گونه بررسی‌ها، تکرار آن در مناطق مختلف کشور پیشنهاد می‌گردد.

اسدالهی، قربانعلی؛ خدادادی، فروغ؛ جاوید مقدم، مهدی (۱۳۷۸). بررسی آگاهی زنان متأهل درباره بیماری‌های روانی در منطقه هفتون اصفهان، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۴، ۳۷-۳۲.

ایران نژاد پاریزی، مهدی؛ ساسان گهر، پرویز (۱۳۷۵). *سازمان و مدیریت از تئوری تا عمل*. تهران: موسسه بانکداری ایران. بوالهری، جعفر؛ محیط، احمد (۱۳۷۴). بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه هشتگرد، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوم، شماره ۱ و ۲، ۲۴-۱۶.

بوالهری، جعفر؛ بینا، مهدی؛ احسان منش، مجتبی؛ کریمی کیسی، عیسی (۱۳۷۶). بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد به‌وزران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۱، ۱۲-۴.

حسن‌زاده، مهدی (۱۳۷۱). بررسی ادغام بهداشت روانی در شبکه شهرضا، *فرو و درمان*، سال دهم، شماره ۱۱۰، ۲۷-۲۳. شادپور، کامل (۱۳۷۲). *شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی در ایران*، انتشارات معاونت امور بهداشتی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

شاه‌محمدی، داود (۱۳۶۸). *گزارش جامع از پروژه تحقیقی ادغام بهداشت روان در مراقبتهای اولیه بهداشتی در روستاهای شهر کرد*، انتشارات اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها.

شاه‌محمدی، داود؛ ملک افضلی، حسین (۱۳۷۲). *بررسی تأثیر آموزش بهداشت روان بر میزان بیماریابی و صحت و تشخیص عناصر پایه‌ای نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه*، خلاصه مقالات چهارمین کنگره پژوهش‌های روانپزشکی و روانشناسی در ایران. تهران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

شاه‌محمدی، داود (۱۳۸۱). ضرورت تجدیدنظر در "برنامه کشوری بهداشت روان". *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، ضمیمه شماره ۴، ۴۰-۳۹.

شیرازی زمانی، ابوالفضل (۱۳۷۷). *ارزیابی نیازهای بیماران روانی شهید و مصروعین و امکانات و تسهیلات بهداشت روان در شهر اصفهان*،

پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

عبهری، محمد (۱۳۷۷). گزارش توصیفی ادغام خدمات بهداشت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه در منطقه ساوجبلاغ، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۳، ۴۰-۲۹.

قاضی زاده، احمد (۱۳۷۵). *تحلیل هزینه-منفعت خدمات بهداشت روانی در سیستم شبکه بهداشت و درمان استان کردستان*، پایان نامه دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، تهران: واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی.

لامعی، ابوالفتح (۱۳۷۷). *خود ارزیابی برای مدیران مراقبت های بهداشتی*، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

محیط، احمد؛ شاه محمدی، داود؛ بوالهروی، جعفر (۱۳۷۶). ارزیابی کشوری بهداشت روانی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۳، ۱۶-۴.

محیط، احمد (۱۳۸۱). فرصت ها و موانع برنامه ریزی برای بهبود بهداشت روان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، ضمیمه شماره ۴، ۲۹-۲۵.

مدنی، سید مهدی (۱۳۷۸). *بررسی امکان بهره گیری از TOM در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۷۸ و ارائه راه حل*، پایان نامه فوق لیسانس، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران.