



اداره کل بهزیستی استان اردبیل

دبیرخانه کارگروه آموزش، پژوهش، فن آوری و نوآوری استان اردبیل

عنوان به فارسی

بررسی موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره خانواده بهزیستی در شهرستان اردبیل

عنوان به انگلیسی

Investigating institutional barriers to improving the performance of welfare family counseling centers in Ardabil city.

ناظر علمی طرح

جناب آقای دکتر قمری گیوی

مجری

دکتر داود عبداللہی

سال اسفند 1403

عنوان تحقیق

بررسی موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره خانواده بهزیستی
در شهرستان اردبیل

تقدیر و تشکر

به نام خداوند جان و خرد

این تحقیق که ثمره ماه‌ها تلاش علمی و میدانی است، بدون یاری، همدلی و حمایت جمعی از بزرگواران، هرگز به سرانجام نمی‌رسید. از این رو بر خود لازم می‌دانم مراتب قدردانی و سپاس صمیمانه خویش را از یکایک آنان ابراز نمایم.

قدردانی ویژه خود را تقدیم جناب آقای دکتر قمری، ناظر علمی تحقیق می‌نمایم که با بزرگواری و دقت نظر، ضمن مطالعه دقیق گزارش نهایی، پیشنهادهای عمیق و ارزشمندی ارائه دادند و موجبات ارتقای علمی و غنای محتوایی این تحقیق را فراهم ساختند.

بر خود فرض می‌دانم از سرکار خانم رزاق‌پور، مدیرکل محترم بهزیستی استان، که با حسن توجه، مساعدت‌های ارزشمند و پیگیری‌های مداوم، بستر مناسب برای اجرای مراحل مختلف این پژوهش را فراهم آوردند، تقدیر نمایم. همچنین از دیگر همکاران ارجمند ایشان در بهزیستی استان که با همدلی و حمایت‌های خود مسیر پژوهش را هموار ساختند، سپاسگزاری می‌کنم.

همچنین لازم می‌دانم بطور ویژه از همراهی صمیمانه و تلاش‌های ارزشمند جناب آقای دکتر محمد زینالی یاد کنم؛ ایشان در تمامی مراحل تحقیق، به‌ویژه در پیگیری تکمیل پرسشنامه‌های ارسالی به واحدهای نمونه، تأکید مداوم بر همکاری، دقت و جدیت مشاوران، روان‌شناسان و مددکاران برای همکاری در این زمینه، نقشی بی‌بدیل ایفا کردند. وسواس علمی و پایبندی ایشان به دقت و صحت پاسخ‌ها، تضمین‌کننده کیفیت داده‌های این پژوهش بوده است. همچنین از محبت آقای صیاد زادیونس بخاطر پشتیبانی مجدانه از روند طرح و پیگیری دقیق آن صمیمانه قدردانی می‌کنم.

در پایان، صمیمانه‌ترین سپاس‌ها تقدیم می‌گردد به تمامی مشاوران، روان‌شناسان و مددکاران مراکز و دفاتر مشاوره بهزیستی استان اردبیل که با تلاش‌های مجدانه و همکاری صبورانه خود در تکمیل پرسشنامه‌ها، امکان تحقق این پژوهش را فراهم آوردند. بی‌تردید همت بلند و احساس مسئولیت آنان سهمی بزرگ در به بار نشستن این طرح علمی داشته است.

به همه این بزرگواران که با یاری، راهنمایی و حمایت‌های خود چراغ راه این مسیر دشوار شدند، عمیقاً ادای احترام و سپاس می‌نمایم.

د. عبداللهی

چکیده

این تحقیق بدنبال مطالعه برخی از مهمترین عوامل نهادی است که با بهبود و ارتقای سطح عملکرد دفاتر و مراکز مشاوره که از بهزیستی مجوز فعالیت گرفته اند، مرتبط هستند. روش پژوهش: تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر نوع، همبستگی و از نظر روش پیمایشی است. ابزار جمع اوری داده ها پرسشنامه آنلاین و مطالعه ی اسناد و مدارک موجود است. برای تحلیل داده ها از نرم افزارهای اس. پی. اس. اس^۱ و اسمارت پی. ال. اس^۲ استفاده شد. یافته ها: یافته ها نشان داد از بین متغیرهای مورد مطالعه؛ بوروکراسی دست و پاگیر (ساختارهای سخت، مستندات بیش از حد و تصمیم گیری سلسله مراتبی)، عدم شفافیت رویه ها و قوانین موجود (ابهام در استانداردها، داوری سلیقه ای، عدم وجود راهنمای روشن برای بهبود فعالیت)، مرکز گرایی در تصمیم گیری ها (تجمیع و تمرکز تصمیم گیری در مورد ضوابط و مقررات فعالیت مراکز مشاوره در مرکز تهران و به تاسی از آن مراکز استانها و عدم تفویض اختیار به مراکز مشاوره)، ضعف برنامه ریزی آموزشی برای توسعه حرفه ای مشاوران و روانشناسان مراکز (توسعه مهارت های حرفه ای مشاوران مراکز، برگزاری همایش ها، تقویت مبانی دانش حرفه ای، آشنایی با جدیدترین متدهای مشاوره خانواده و ...) و کیفیت نظارت و ارزیابی مراکز (میزان و دفعات بازرسی ها از مراکز، نحوه اعمال نظارت بر مراکز مثلا با امدادگی و اطلاع قبلی یا بدون برنامه ریزی و رندوم و سرزده و...) ارتباط قوی با موانع ارتقای عملکرد این مراکز دارند.

کلید واژه ها:

مراکز مشاوره، خانواده، ارتقای عملکرد، موانع نهادی، بهزیستی.

¹Spss

²Smartpls

فهرست مطالب

فصل اول (کلیات پژوهش)

مقدمه	2
1-1. بیان مساله.....	3
2-1. ضرورت و اهمیت	
3-1. تحقیق.....	6
4-1. هدف طرح (اهداف اصلی و فرعی).....	8
1-3-1. هدف اصلی تحقیق.....	8
1-1-3-1. اهداف جزئی تحقیق.....	8
5-1. فرضیات و سوالات تحقیق.....	10
6-1. تعریف مفاهیم.....	11
1-5-1. تعریف مفهومی (نظری).....	11
2-5-1. تعریف عملیاتی.....	25

فصل 2: مبانی نظری تحقیق

مقدمه.....	33
1-2. پیشینه در ایران و خارج.....	33
1-1-2. نقش و مسئولیت هر نهاد در این اکوسیستم.....	32
2-1-2. اشکال مختلف ارتباط و همکاری نهادها.....	34
3-1-2. چالش‌های اصلی این ارتباط.....	35

- 37.....4-1-2. راهکارها و پیشنهادات برای تقویت ارتباط
- 38.....2-2. چالش‌های موجود در ایران
- 40.....1-2-2. تحلیلی از نگرش‌های سنتی و علمی به مشاوره خانواده
- 40.....1-1-2-2. 1. گفتمان سنتی: میراث فرهنگی و هویتی
- 41.....2-1-2-2. 2. نگرش علمی به مشاوره خانواده: محصول عصر مدرن و دانش تجربی
- 44.....3-2. وضعیت کنونی مشاوره خانواده در ایران
- 47.....1-3-2. 1. تقابل، تعارض و امکان گفتگو
- 48.....4-2. 4. پیشینه داخلی و خارجی
- 50.....5-2. 5. ادبیات تحقیق (موانع نهادی)
- 51.....1-5-2. 1. اینرسی نهادی
- 51.....2-5-2. 2. نابرابری‌های اجتماعی - اقتصادی
- 51.....3-5-2. 3. چالش‌های اجرای سیاست‌ها
- 52.....1-3-5-2. 1. موانع ساختار سازمانی و بوروکراتیک
- 58.....2-3-5-2. 2. چندگانگی در فرایند صدور مجوز تاسیس مراکز خدمات مشاوره
- 59.....4-5-2. 4. موانع سازمانی (درون سیستمی) بهبود عملکرد دفاتر مشاوره بهزیستی
- 59.....1-4-5-2. 1. نظام حقوقی غیر منسجم و فقدان انسجام هنجاری
- 59.....2-4-5-2. 2. گستردگی، تعدد و تشتت ساختاری
- 59.....3-4-5-2. 3. بوروکراسی پیچیده و ناکارآمد اداری

- 59.....4-4-5-2. تمرکزگرایی افراطی در سیستم اداری.....
- 59.....5-4-5-2. ضعف در پیاده‌سازی نظام شایسته‌سالار.....
- 60.....6-4-5-2. نظام نظارت و ارزیابی ناکارآمد.....
- 60.....7-4-5-2. فقدان فضای رقابتی در عرصه‌های مختلف اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی.....
- 60.....8-4-5-2. ضعف در فرهنگ و توسعه اداری.....
- 61.....9-4-5-2. چندگانگی فرهنگی و قومی و نبود انسجام کامل فرهنگی.....
- 61.....10-4-5-2. نظام تصمیم‌گیری معیوب.....
- 61.....11-4-5-2. تخصیص منابع و محدودیت های مالی.....
- 62.....12-4-5-2. موانع فرهنگی و رهبری.....
- 62.....13-4-5-2. موانع مقرراتی و برنامه‌ای.....
- 63.....14-4-5-2. موانع نوآوری.....
- 64.....15-4-5-2. مکانیسم های اجرایی.....
- 64.....16-4-5-2. چالش های پیاده سازی.....
- 64.....17-4-5-2. موانع سیستمی و سازمانی.....
- 64.....18-4-5-2. موانع مبتنی بر جنسیت.....
- 65.....19-4-5-2. تجزیه نهادی.....
- 65.....20-4-5-2. عدم آگاهی و دانش.....
- 67.....6-2. چارچوب مفهومی و زمینه‌های تحلیلی پژوهش.....

68	1-6-2 مبانی نظری و تئوری ها
68	1-1-6-2 نظریه نهادی
73	2-1-6-2 مبادله اجتماعی
74	3-1-6-2 نظریه اقتضایی
76	4-1-6-2 نظریه تعارض منافع
76	1-4-1-6-2 موقعیت‌های تعارض منافع
77	2-4-1-6-2 انواع تعارض منافع
79	3-4-1-6-2 شکل‌گیری تعارض منافع نظام‌مند و مدیریت آن
81	2-6-2 زمینه‌های تحلیلی موانع نهادی
81	1-2-6-2 چهارچوب مفهومی نظارت و ارزیابی
82	1-1-2-6-2 اهداف نظارت و ارزیابی
82	2-1-2-6-2 سازوکارهای نظارتی
83	3-1-2-6-2 اهمیت نظارت
85	4-1-2-6-2 چالش‌ها و موانع نظارت و ارزیابی مراکز مشاوره
86	5-1-2-6-2 پیشنهاد بهبود نظارت و ارزیابی مؤثر مراکز مشاوره
89	2-2-6-2 موانع تنظیمی و سیاست‌گذاری
91	3-2-6-2 موانع فناوری

92	4-2-6-2. نقش مشوق ها
93	5-2-6-2. محدودیت های نهادی و موانع بوروکراتیک.....
96	3-6-2. تسهیل کننده های بهبود عملکرد.....
96	1-3-6-2. آموزش و نظارت
98	2-3-6-2. بهبود ارتباطات و اعتماد سازی.....
101	3-3-6-2. افزایش بودجه و تخصیص منابع.....
100	4-3-6-2. صلاحیت فرهنگی و پاسخگویی.....
103	1-4-3-6-2. نقش و اهمیت صلاحیت فرهنگی و پاسخگویی در مشاوره خانواده.....
106	7-2. مدل مفهومی پیشنهادی تحقیق.....

فصل 3 روش شناسی

107	مقدمه.....
109	1-3. روش شناسی تحقیق.....
109	2-3. جامعه، تعداد نمونه و روش نمونه گیری.....
110	1-2-3. روش وزندهی.....
110	2-2-3. بازنمونه گیری.....
111	3-3. ابزار جمع آوری داده ها و روشهای آماری تجزیه و تحلیل اطلاعات.....
112	4-3. روایی و پایایی ابزار اندازه گیری (پرسشنامه).....
112	1-4-3. روایی ابزار.....

113	2-4-3. پایایی ابزار.....
-----	--------------------------

فصل 4: تجزیه تحلیل اطلاعات

116	مقدمه.....
116	1-4. تحلیل توصیفی.....
143	2-4. تجزیه و تحلیل آمار استنباطی.....
154	3-4. تفسیر ضرایب و متغیرها.....
156	4-4. متغیرهای فاقد تاثیر معنادار.....
157	5-4. نمودار تحلیل مسیر.....
159	6-4. تحلیل و تفسیر مدل مسیر تحقیق خروجی اسمارت پی ال اس.....
159	1-6-4. معرفی مدل.....
162	7-4. تفسیر مدل.....
163	1-7-4. تفسیر مفهومی.....
167	8-4. شاخص های روایی همگرا و پایایی.....
169	9-4. بارهای عاملی بیرونی برای اعتبارسنجی گویه ها.....
169	10-4. تعریف بارهای بیرونی.....
170	1-10-4. مقدار استاندارد بارهای بیرونی.....

فصل پنج: بحث و نتیجه گیری

172	مقدمه.....
-----	------------

- 1-5. تحلیل و تفسیر متغیرهای موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی.....172
- 1-1-5. بوروکراسی پیچیده در بهزیستی ← موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره.....173
- 2-1-5. کیفیت نظارت بر عملکرد مراکز ← موانع نهادی ارتقای عملکرد.....173
- 3-1-5. فرآیند واگذاری پروانه و صدور مجوز ← موانع نهادی ارتقای عملکرد.....174
- 4-1-5. تمرکزگرایی در تصمیم‌گیری و محدودیت خلاقیت و نوآوری ← موانع نهادی ارتقای عملکرد.....175
- 5-1-5. فقدان یا ضعف برنامه‌های آموزشی و توسعه حرفه‌ای مشاوران ← موانع نهادی ارتقای عملکرد.....175
- 6-1-5. عدم شفافیت رویه‌ها و دستورالعمل‌ها ← موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز.....176
- 7-1-5. تعدد سازمان‌های متولی صدور مجوز ← موانع نهادی عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی.....178
- 8-1-5. رابطه بین حمایت سازمانی بهزیستی از مراکز ← موانع عملکرد مراکز مشاوره خانواده.....181
- 9-1-5. تعارض سازمانی در بهزیستی ← موانع نهادی ارتقای عملکرد.....183
- 2-5. پیشنهادهای کاربردی به تفکیک فرضیات (برای سیاست‌گذاران، مدیران، یا جامعه هدف).....187
- 3-5. محدودیت‌های پژوهش.....194
- 4-5. نقشه راه پیشنهادی.....199

منابع و ارجاعات

پیوست‌ها

فهرست جدول‌ها، شکل‌ها و نمودارها

- جدول شماره یک: خلاصه پیشینه تحقیق در خارج از ایران.....6
- جدول شماره 1-2. مقایسه تطبیقی نگرش‌ها.....45
- جدول شماره 2-2: مقایسه نگرش سنتی و مدرن به موضوع مشاوره خانواده.....47
- جدول شماره 3-2: موانع نهادی (سازمانی).....50
- جدول شماره 4-2: خلاصه پیشینه موانع سازمانی موثر بر عملکرد واحدهای زیر مجموعه سازمان.....67
- جدول شماره 5-2: اهمیت نظارت و ارزیابی دفاتر مشاوره خانواده بهزیستی.....84
- جدول شماره 6-2: مقایسه موانع و تسهیل‌کننده‌های کلیدی در سازمان.....105
- جدول شماره 3-1: ضرایب آلفای شاخص‌ها (پایایی ابزار).....114
- جدول شماره 4-1: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب جنس.....116
- جدول شماره 4-2: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب آخرین مقطع تحصیلی مشاوران مراکز.....117
- جدول شماره 4-3: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب رشته تحصیلی عوامل انسانی.....117
- جدول شماره 4-4: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب سمت فعلی در مرکز.....118
- جدول شماره 4-5: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب دانشگاه آخرین مقطع.....118
- جدول شماره 4-6: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب شاخص موانع نهادی (گویه‌های الی 17).....119
- جدول شماره 4-6-1: آماره‌های مربوط به سوالات 1 الی 17 (متغیر وابسته).....122
- جدول 4-7: توزیع پاسخگویان بر حسب شاخص «تعارض منافع کارکنان بهزیستی» (18 تا 37).....123

- جدول 4-7-1: سوالات شماره 18 الی 37 آماره ها (قسمت اول).....125
- جدول شماره 4-8: توزیع پاسخگویان بر حسب میزان حمایت بهزیستی از مراکز (گویه 38 الی 48).....126
- جدول شماره 4-8-1: حمایت بهزیستی از مراکز (گویه های 38 الی 48).....127
- جدول 4-9: توزیع پاسخگویان بر حسب متغیر «تمرکز گرایی در تصمیم گیری» (گویه 49 الی 64).....128
- جدول شماره 4-9-1: بخش اول شامل 8 سال (سوال های 49 الی 56) (بخش اول).....130
- جدول شماره 4-10: توزیع پاسخگویان بر حسب متغیر «کیفیت نظارت و ارزیابی بهزیستی از مراکز».....131
- جدول 4-10-1: آماره های جدول «کیفیت نظارت و ارزیابی بهزیستی از مراکز مشاوره» (بخش 1).....133
- جدول شماره 4-11: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر ترکیبی «فرایند صدور مجوز».....134
- جدول 4-11-1: آماره های متغیر «فرایند صدور مجوز در بهزیستی» (سوال های 87 الی 97).....136
- جدول شماره 4-12: توزیع پاسخگویان بر حسب «ضعف برنامه های آموزشی و توسعه حرفه ای».....137
- جدول 4-12-1: آماره «ضعف برنامه های آموزشی و توسعه حرفه ای مشاوران مراکز بهزیستی».....138
- جدول شماره 4-13: توزیع پاسخگویان بر حسب «ارزیابی تعدد سازمان های متولی صدور مجوز».....139
- جدول 4-13-1: آماره های متغیر «ارزیابی تعدد سازمان های متولی صدور مجوز مراکز مشاوره».....140
- جدول شماره 4-14: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب «فقدان خط مشی ها و رویه های شفاف».....139
- جدول 4-14-1: آماره های متغیر «فقدان خط مشی ها و رویه های شفاف فعالیت مراکز مشاوره».....141
- جدول شماره 4-15: ضرایب همبستگی پیرسون (آزمون فرضیات و سوالات پژوهشی تحقیق).....143
- جدول شماره 4-16: خروجی رگرسیون و ضرایب رگرسیونی.....154
- جدول شماره 4-17: شاخص های روایی همگرا و پایایی شاخص ها و متغیرهای اصلی تحقیق.....168

جدول 4-18. بارهای بیرونی برای اعتبارسنجی گویه ها.....170

جدول 5-1: پیشنهاد برای پویایی بیشتر مراکز مشاوره خانواده بهزیستی.....197

شکل ها

شکل: 2-1. مدل مفهومی تحقیق.....107

شکل 4-1. مدل مسیر با نرم افزار اسمارت پی ال اس.....160

شکل شماره 4-2. اعتبار سنجی ضرایب تحلیل مسیر.....163

فصل اول

کلیات پژوهش

خانواده به عنوان سنگ بنای جامعه، سلامت آن مستقیماً بر پایداری اجتماعی تأثیر می‌گذارد (سازمان بهداشت جهانی، 2020). افزایش طلاق (از ۱۹,۵ درصد در ۲۰۱۱ به ۲۹,۷ درصد در ۲۰۲۲ در ایران)، خشونت خانگی و بحران‌های روانی، لزوم تقویت نهادهای حمایتی مانند مراکز مشاوره خانواده را دوچندان کرده است (سازمان ثبت احوال کشور، 2023). این مراکز با ارائه خدمات مشاوره، درمانی و پیشگیرانه، در کاهش آسیب‌های اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی خانواده‌ها نقشی کلیدی دارند (کار، 2020). با این حال، مطالعات متعدد نشان می‌دهند که عملکرد این مراکز در ایران به دلیل موانع نهادی، از پتانسیل کامل خود فاصله دارد (رضایی و دیگران، 2020، نادری و دیگران، 2018). موانع نهادی به قوانین، سیاست‌ها، ساختارها و هنجارهای رسمی و غیررسمی اطلاق می‌شود که در سطح کلان، عملکرد سازمان‌ها را محدود می‌کند (نورث، 1990). مراکز مشاوره خانواده به عنوان نهادهای محوری در تقویت سلامت روان خانواده و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، نقشی حیاتی ایفا می‌کنند. با این حال، عملکرد این مراکز در ایران و بسیاری از جوامع، با موانع نهادی ساختاری و سیاستی مواجه است که اثربخشی آن‌ها را محدود می‌کند. این پژوهش با روش توصیفی-تحلیلی و با اتکا به منابع معتبر داخلی و بین‌المللی، به شناسایی و تحلیل موانع نهادی در چند حوزه کلیدی می‌پردازد: سیاست‌گذاری و قوانین، تأمین مالی، ساختار سازمانی (بوروکراسی)، نیروی انسانی، فرایند صدور مجوز، تعارض منافع، و هماهنگی بین‌بخشی و... یافته‌ها نشان می‌دهد که ضعف قوانین شفاف، ناپایداری منابع مالی، متمرکز بودن ساختارها، کمبود نیروی متخصص، تعارض منافع و فقدان همکاری بین‌سازمانی، تمرکز گرایی در تصمیم‌گیری‌ها، کیفیت نظارت و ارزیابی، حمایت بهزیستی، ضعف برنامه ریزی توسعه حرفه‌ای برای مراکز موانع اصلی هستند. برای رفع این چالش‌ها، راهکارهایی مانند اصلاح قوانین حمایتی، تخصیص بودجه پایدار، غیرمتمرکزسازی، سرمایه‌گذاری بر آموزش و نظارت، اجرای کمپین‌های آگاهی‌بخش و ایجاد شبکه‌های همکاری بین‌بخشی پیشنهاد می‌شود. این مقاله با ارائه چارچوبی مبتنی بر شواهد، به سیاست‌گذاران و مدیران اجرایی کمک می‌کند تا ضمن شناسایی موانع نهادی عملکرد دفاتر و مراکز مشاوره خانواده، سطح کیفی عملکرد آنها را ارتقا دهند.

1-1. بیان مساله

محور قرار گرفتن تشکیل و تحکیم نهاد خانواده در اسناد بالادستی نظام و قوانین جمهوری اسلامی ایران سبب شد سیاستگذاران، استفاده از ظرفیت مشاوران و روان شناسان را از دهه 80 مورد توجه قرار دهند و با تصویب سیاست های توصیه ای و تجویزی در زمینه توسعه کمی و کیفی مراکز مشاوره به ویژه مراکز مشاوره خانواده را به وجود آورند (باجلان، 1401). به همین دلیل استفاده از خدمات مشاوره ای در تشکیل و تحکیم نهاد خانواده یکی از ظرفیت هایی است که در دهه های اخیر مورد توجه سیاستگذاران در کشور قرار گرفته است. از این رو، توسعه کمی و کیفی دفاتر و مراکز مشاوره ازدواج و خانواده در کنار ساماندهی این مشاوره ها، همواره مورد تأکید در سیاست ها نیز بوده است. اما بررسی ها نشان می دهد هنوز نظام مجوزدهی مطلوبی در کشور برای فعالیت مشاوران ازدواج و خانواده وجود ندارد. سازمان بهزیستی، به عنوان یکی از دستگاه های انحصاری و تخصصی در صدور مجوز فعالیت متخصصین مشاوره و روانشناسی ازدواج و خانواده جایگاه ویژه ای دارد این سازمان در کنار مأموریت ها و کارویژه های متعددی که بر عهده دارد، در نظام صلاحیت سنجی و رتبه بندی مشاوران و روان شناسان ازدواج و خانواده، صدور مجوز و اعتبار بخشی به دفاتر و مراکز روانشناسی و مشاوره در سطح کشور نقش مهمی ایفا می کند. داشتن جایگاه انحصاری در صدور مجوز برای فعالیت این مراکز و ساماندهی فعالیت های مشاوره ازدواج و خانواده در کل کشور، از دو منظر قابل تامل است از یکسو، این سازمان در نظارت و اعتبار سنجی فعالیت مراکز مشاوره و کیفیت فعالیت مشاوران، استاندارد سازی شرایط و ضوابط، ایجاد شفافیت در معیارها و ضوابط، تعیین چارچوب فعالیت دفاتر و مراکز مشاوره ازدواج و خانواده، تعیین چارچوب مشخص و معین برای زیر ساخت های ایجاد و تاسیس مراکز مشاوره (باجلان، 1401) به عنوان یک مرجع تخصصی عمل می کند به تبع این کارکرد، تلاش می کنند با غیر حرفه ای گری و رفتارهای خلاف نورم حرفه مشاوره مقابله کند از سوی دیگر، داشتن موقعیت نظارتی و بالادستی در صدور مجوزها و اعتبار سنجی علمی و مهارتی (تخصص) مشاوران و روانشناسان، می تواند به پرسنل این نهاد نظارتی موقعیتی بدهد که ماهیتا با مأموریت سازمانی آنها تعارض دارد، بعلاوه تقاضا و اشتیاق بالای فارغ التحصیلان رشته های مشاوره و روانشناسی به تاسیس دفاتر و مراکز مشاوره خانواده و ازدواج و در نتیجه، رقابت نسبتا شدید در این حوزه و محدودیت صدور مجوز تاسیس این مراکز در سطح شهرها، احتمال بروز تعارض منافع کارشناسان ذینفع سازمان بهزیستی (و البته سازمان

نظام روانشناسی و مشاوره که فعلا محل مذاقه این تحقیق نیست و خود مجال و تحقیق جداگانه ای می طلبد) در مراحل مختلف فرایند صدور مجوز تاسیس این مراکز (از ثبت درخواست و تشکیل پرونده گرفته تا تعیین نام پیشنهادی برای دفاتر درخواستی، سهمیه دفاتر و مراکز اختصاص یافته به استان، عدم شفافیت در معیارها و ضوابط و چارچوب های فعالیت این مراکز، نحوه آزمون نظری و عملی و...) وجود دارد چرا که احتمالا پرسنل بهزیستی علاقمندند شخصا چنین دفاتری را تاسیس کنند و از این طریق از امتیاز حضور خود در مجموعه استفاده کرده و روال صدور مجوز به خود و یا نزدیکان را با سرعت و سهولت بیشتری در کمترین زمان ممکن به پیش ببرند، یا اینکه بخاطر رانت دسترسی به اطلاعات در مورد سهمیه های اختصاصی دفاتر و مراکز مشاوره در استان، با ترغیب بستگان نزدیک (همسر، خواهر و برادر) و آشنایان و خویشاوندان مرتبط با این رشته ها بخواهند بدون اینکه نامی از کارشناسان بهزیستی (که اغلب تحصیل کرده مشاوره و روانشناسی هستند) برده شود، اقدام به درخواست مجوز و تاسیس مراکز مشاوره خانواد با سرعت و بدون رعایت فرایند بوروکراسی متعارف و معمول در صدور مجوز کنند.

وانگهی، وجود دستگاه های موازی در صدور مجوز تاسیس دفاتر مشاوره (قوه قضائیه، سازمان نظام روانشناسی و مشاوره، آموزش و پرورش و وزارت ورزش و جوانان) باعث شده است افرادی مجوز دریافت کرده و فعالیت کنند که از حیث دانش و مهارت های مشاوره، فاقد صلاحیت علمی و مهارتی لازم هستند. فعالیت افراد مزبور در این حرفه خطیر می تواند بجای ارائه خدمات مشاوره ای درست، دقیق، علمی و کاربردی، خانواده ها را با چالش بسیار جدی مواجه کرده و بجای حل مشکلات آنها، مشکل افزایی کند مصادیق مشاوره اشتباه و غیر علمی که به شکایت مراجعین منجر شده است، کم نیستند اما واقعیت این است که بخش عمده ای از این شکایات به مراکز مشاور ای بر می گردد که زیر نظر دستگاه های یاد شده فعالیت می کنند و از آنها مجوز گرفته اند. شکایاتی که به دفاتر مشاوره خانواده که از بهزیستی مجوز فعالیت گرفته اند یکی از دغدغه های جدی مدیران و مسئولین و دست اندرکاران بهزیستی بوده و هست و به لحاظ قانونی نیز بهزیستی است که مسئول نظارت و پایش فعالیت دفاتر مزبور است. لازم به یادآوری است که پیگیری و حساسیت نسبت به موارد نارضایتی از عملکرد مراکز مشاوره خانواده که خارج از پوشش بهزیستی (و زیر نظر سه دستگاه دیگر) فعالیت می کنند و از آن مجوز نگرفته اند، از نظر حقوقی متوجه این سازمان نیست.

همچنین، شناسایی، تحلیل و رفع موانع بهبود فعالیت دفاتر و مراکز مشاوره خانواده بهزیستی، دغدغه و دلمشغولی مهم بهزیستی است چرا که کیفیت پایین خدمات مشاوره ای مراکز تحت پوشش بهزیستی و نا کار آمدی آنها به عدم اقبال و بی اعتمادی به مراکز یاد شده محدود نخواهد بود و به خود بهزیستی استان که نقش نظارتی به این مراکز را دارد، تسری پیدا خواهد کرد. گرچه بهزیستی طبق قانون مکلف است بدلیل سطح بالای نارضایتی از خدمات مشاوره خانواده یک دفتر یا مرکز، قانونا می تواند به تعطیلی و لغو امتیاز آن اقدام کند اما باید توجه داشت با لغو امتیاز و تعطیلی یک مرکز، جدا از بیکاری عده ای از افراد متخصص مشاوره و روانشناسی، جامعه هدف و خانواده ها نیز از خدمات مورد نیاز محروم خواهند شد در کنار آن از فعالیت های زیر زمینی و غیر شفاف و بدور از نظارت مراکزی که با عناوین جعلی اقدام به فعالیت می کنند و بیشتر جهت گیر اقتصادی و مالی دارند تا خدمت رسانی و حل مشکلات خانواده ها، پیشگیری خواهد شد. لذا رصد فعالیت دفاتر مشاوره و ارزیابی کیفی آنها از دغدغه های جدی بهزیستی است و لازم است مساعی این سازمان، صرف ارتقای کیفیت خدمات مشاوره ای این مراکز (اعم از خدمات حضوری و غیر حضوری) گردد این مهم از طرق مختلفی چون برگزاری کارگاه ها، دوره های آموزش تخصصی مهارت های مصاحبه و ارزیابی بالینی، آشنایی با جدیدترین متدهای تشخیصی و ... با استفاده از ظرفیت مدرسین مجرب و با صلاحیت روانشناسی و مشاوره استان و اساتید مدعو از استانها و مراکز دانشگاهی دیگر صورت می گیرد بدون تردید، برگزاری دوره ها، کارگاه ها، نشست ها و کلاس های دانش افزایی و توانمند سازی مهارتی بدنه مشاوران و روانشناسان خانواده، فرصتی را فراهم می آورد تا با به روز کردن ذخیره دانشی و مهارتی خود برای مداخلات درمانی موثر و کاربردی، خدمات تخصصی به موقع و اثربخش، و در نتیجه حل تعارضات و مسائل و مشکلات خانواده ها به تحقق جامعه سالم و شاداب و پایداری اجتماعی کمک کنند بدین ترتیب از رهگذر این کلاسها و کارگاه ها تخصصی، پتانسیل دانش، مهارت و مسئولیت پذیری که سه مولفه بنیادین صلاحیت حرفه ای روانشناسان و مشاورین است تقویت می شود.

از سوی دیگر، بهبود عملکرد مراکز مشاوره خانواده، قبل از هر چیز در گرو شناخت عوامل و موانعی است که خواسته یا ناخواسته در مسیر فعالیت این مراکز تاثیر گذار هستند این موانع بر اساس الگوی مطالعات آمونز¹ تحت

¹Amons

سه دسته موانع محیطی، سازمانی و فردی طبقه بندی می شوند، بر این اساس، آمونز (۲۰۰۴) موانع بهره‌وری بخش دولتی را در سه دسته طبقه‌بندی کرده است:

1 - موانع و مشکلات محیطی: این موانع تقریباً در کلیه فعالیت‌های بخش دولتی مشترک می‌باشد و نشأت گرفته از ماهیت فعالیت‌های بخش دولتی است. از جمله این موانع می‌توان به عدم وجود فشارهای بازار رقابتی، انحصاری بودن، وجود فشارهای سیاسی تأثیرگذار بر تصمیم‌گیری، محافظه‌کاری مفرط و گرایش به حفظ اهمیت موضوع بهره‌وری در مقابل علایق سیاسی، وضع موجود، کمبود محدودیت منابع دولتی، عمل‌زدگی و سطحی‌نگری و وجود قوانین و مقررات محدودکننده اشاره کرد.

2 - موانع و مشکلات سازمانی: موانعی که با درجات متفاوت در اغلب سازمان‌های بخش دولتی وجود دارد و میزان تأثیرگذاری آن‌ها در بهره‌وری از سازمانی به سازمان دیگر فرق می‌کند. این موانع شامل فرآیند بروکراسی، فقدان سیستم مناسب، پاداش، عدم وجود سیستم حسابرسی، هزینه، کمبود کارکنان تحلیلگر، نبود نظام پاسخگویی، کمبود فعالیت‌های تحقیق و توسعه و ... است.

3 - موانع و مشکلات فردی: موانعی که از ویژگی شخصیتی، نگرش و رفتار مدیران نشأت می‌گیرد. نمونه‌هایی از این موانع عبارتند از کنترل ناکافی زمان و کار توسط مدیران، آشفتگی ذهنی مدیران، کافی نبودن تعهد مدیریت نسبت به بهره‌وری و فقدان ریسک‌پذیری مدیران.

در این تحقیق ضمن تایید نقش موانع و مشکلات فردی و موانع و مشکلات محیطی، تاکید اصلی بر موانع نهادی و سازمانی ارتقای عملکرد دفاتر و مراکز مشاوره خانواده بهزیستی است.

جدول شماره 1: خلاصه پیشنهادی تحقیق در خارج از ایران

نهادی	فرایند پیچیده بروکراسی	فینس تن و فینس تن (1972)
	نبود نظام مناسب پاسخگویی	اسچیک (1996)
	فقدان سیستم مناسب پاداش	بریس (1988)
	پایین بودن امنیت شغلی	آمونز (2004)
	محدودیت برنامه های انگیزشی مادی	آمونز (2004)
	مبهم بودن اهداف	دراکر (1998)

کمبود کارکنان تحلیل گر	لوین (1979)
نبود سیستم مناسب حسابرسی هزینه	گور (1993)؛ گلد اسمیت (1997)؛ ساوس (2000)
فقدان سیستم مناسب ارزیابی عملکرد	آمونز (2004)؛ کلین (1983)
فقدان فضای مناسب برای ترویج اطلاعات	آمونز و کینگ (1983)
تمرکزگرایی در تصمیم گیری و اجرا	هیس (1972)، گورویت (1989)؛ زولکوس (1989)
کافی نبودن فعالیت های تحقیق و توسعه	کی توور (2001)؛ گلد (2000)؛ سولومون (2001)
نیاز به سرمایه گذاری اولیه زیاد برای فعالیت بهبود بهره وری	آمونز (۲۰۰۴)
تاکید بیش از حد بر رویه ها و دستورالعمل ها	کافمن (۲۰۰۱)؛ آژیورن و پلاسترایک (۲۰۰۰)
وجود مقاومت در برابر نظارت	آمونز (2004)

با عنایت به موارد فوق، بنظر می رسد ارتقای عملکرد دفاتر و مراکز مشاوره خانواده بهزیستی اردبیل در کنار عوامل فردی و محیطی، بیشتر معلول عوامل نهادی و سازمانی با مولفه های جدول فوق است بدین ترتیب سوالی که تحقیق حاضر بدنبال یافتن پاسخ آن است عبارت است از:

- مهمترین موانع نهادی ارتقای عملکرد دفاتر و مراکز مشاوره خانواده بهزیستی شهرستان اردبیل کدامند؟

- برای رفع موانع موجود، چه اقدامات و راهبردهایی لازم و ضروری است؟

1-2. ضرورت و اهمیت تحقیق

اهمیت و ضرورت تحقیق حاضر از چند جهت قابل تامل است. شناسایی و تحلیل موانع نهادی موثر بر عملکرد مراکز مشاوره خانواده بهزیستی می تواند در رفع موانع موجود و بهبود عملکرد این مراکز و در نتیجه رضایت خاطر گروه هدف از کیفیت و کمیت خدمات دریافتی از این مراکز و به تبع آن تحقق رسالت بهزیستی تاثیر گذار باشد. این موانع می توانند شامل طیف وسیعی از عوامل فردی و سازمانی و محیطی باشند تکیه اصلی موانع نهادی (اداری و تشکیلاتی) دغدغه اصلی این تحقیق است بنابراین تمرکز بر مشکلات ساختاری، مدیریتی، قانونی یا حتی فرهنگی که مانع ارائه خدمات بهتر و مؤثرتر این مراکز به مراجعین می شود از جمله دغدغه های جدی مسئولین بهزیستی استان است این موانع و محدودیت ها خواسته یا ناخواسته عملکرد مراکز را تحت الشعاع قرار

می دهند، در بین این محدودیت و موانع، موانع سازمانی شامل ساختار اداری، کیفیت و کمیت نظارت بر عملکرد نیروی انسانی این مراکز (شامل مشاورین و روانشناسان و مددکاران اجتماعی) و قوانین و دستورالعمل های دست و پاگیر برای فعالیت این مراکز (بوروکراسی پیچیده و چند لایه)، ابهام در فرایند صدور مجوز و یک کاسه کردن شرایط صدور مجوز، تعارض منافع مدیران و کارکنان بهزیستی که بطور مشتقیم یا غیر مستقیم در صدور مجوز فعالیت این مراکز نقش دارند، فقدان خط مشی های روشن و شفاف برای فعالیت این مراکز، فقدان نظام حمایتی مناسب از سوی بهزیستی، نبود برنامه های دانش و مهارت افزایی نیروی انسانی این مراکز و ... است. هر کدام از این موانع می تواند کیفیت ارائه خدمات مشاوره را در این مراکز تحت تاثیر خود قرار دهد و به تبع آن بر رضایت مندی مراجعین تاثیر بگذارد. از سوی دیگر، با انجام این تحقیق و تحقیقات مکمل بعدی می توان چالش های موجود را شناخت، به مسئولین و دست اندرکاران بهزیستی کمک کرد تا فرایند نظارت و ارزیابی و همچنین صدور مجوز فعالیت این دفاتر را مورد مذاقه جدی قرار دهند بگونه ای که ضمن شفافیت این فرایند، کوچکترین شائبه احتمالی وجود نداشته باشد و بدین ترتیب به با درک مناسبی که از تهدیدها، ضعف ها، محدودیت و موانع بدست می آید عملکرد این مراکز را بهبود بخشید و در نهایت سرمایه اجتماعی این دفاتر و البته بهزیستی را بهبود بخشید.

در کنار این موارد خاطر نشان می سازد از آنجا که تحقیقی با این عنوان در مراکز علمی و پژوهشی کشور انجام نگرفته است، بنظر می رسد یافته های این پژوهش می تواند زاویه دید جدیدی برای تحلیل فعالیت مراکز مشاوره خانواده بهزیستی و سایر سازمان های متولی صدور مجوز فعالیت مشاوران و روانشناسان و مددکاران اجتماعی فراهم شود با تکیه بر این دو نکته اخیر موضوع مورد مطالعه بدیع و جدید می نماید. تحقیق حاضر سعی خواهد کرد در کنار موانع فردی و محیطی، بینشهای جدیدی در خصوص تحلیل و تبیین موانع سازمانی (نهادی) فعالیت مراکز و دفاتر مزبور بدست دهد تا مسئولان ذیربط بتوانند با تکیه بر خروجی پژوهش، فارغ از نظارت های متعارف و روتین بر فعالیت این مراکز، با نگاهی آسیب شناسانه مشکلات موجود را احصا و از بروز چالش های احتمالی در آینده ممانعت بعمل آورند.

از وجود دیگر اهمیت تحقیق حاضر می توان به این نکته اشاره کرد که نتایج آن افزون بر اینکه می تواند برای برنامه ریزی و بهبود عملکرد دفاتر مشاوره بهزیستی ارزش و ماهیت کاربردی داشته باشد، در توسعه مدل شناسایی

موانع و رفع آنها جهت بهبود عملکرد مراکز مشاوره و مددکاری که زیر نظر سازمان های دیگر (نظام روانشناسی و مشاوره، آموزش و پرورش، قوه قضائیه و سازمان ملی ورزش و جوانان، بنیاد شهید و امور ایثارگران و ...) فعالیت می کنند، نیز مورد استفاده قرار گیرد.

1-3. هدف انجام طرح (اهداف اصلی و فرعی):

1-3-1. هدف اصلی تحقیق:

مطالعه عوامل نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره ذیل بهزیستی در حل مشکلات خانواده

1-3-2. اهداف جزئی تحقیق:

- بررسی ارتباطات نهادی، دانشگاه، دولت و بخش غیر دولتی (با تمرکز بر مراکز مشاوره شهرستان اردبیل).
- تحلیلی از نگرش های سستی و علمی مراکز مشاوره شهرستان اردبیل
- روش های اصلاح، ارتقا و بهبود وضعیت مراکز مشاوره بهزیستی شهرستان اردبیل
- تحلیل سازمانی از شکل گیری مراکز مشاوره شهرستان اردبیل به ویژه مراکز مشاوره اداره کل بهزیستی استان.
- مطالعه رابطه تعارض منافع (تزامن منافع) کارکنان بهزیستی شهرستان با مدیریت کلیه مراکز مشاوره شهرستان اردبیل.
- مطالعه نقش بازدارنده فرایند پیچیده بوروکراسی (تاکید بیش از حد و سختگیرانه رویه ها و دستورالعمل های خشک اداری، دخالت های بیش از حد در فعالیت این مراکز) بهزیستی در ارتقای عملکرد مراکز مشاوره خانواده.
- مطالعه نقش فقدان خط مشی ها و رویه های شفاف برای فعالیت این مراکز در ارتقای عملکرد آنها.
- مطالعه نقش فقدان سیستم حمایتگرانه مناسب از مراکز مشاوره خانواده در ارتقای عملکرد آنها.
- مطالعه نقش تمرکزگرایی در تصمیم گیری مسائل این مراکز در ارتقای عملکرد آنها.

- مطالعه نقش نظارت، ارزیابی و بازخورد مناسب از عملکرد دفاتر مشاوره خانواده بهزیستی در ارتقای عملکرد آنها.

- مطالعه نقش کیفیت فرایند صدور مجوز (اعمال نظرها و سلايق خارج از چارچوب قانونی) به افراد فاقد صلاحیت علمی و مهارتی لازم در مشاوره خانواده در ارتقای عملکرد این مراکز.

- مطالعه نقش تعدد مراجع صدور مجوز تاسیس مراکز مشاوره خانواده در بهبود عملکرد این مراکز

- مطالعه نقش فقدان یا ضعف برنامه های آموزش و توسعه حرفه ای (دانش افزایی و مهارت افزایی دوره ای، آموزش شیوه های نوین مشاوره و...) برای بهبود بهره وری نیروی انسانی (مشاورین دفاتر و مراکز مشاوره خانواده بهزیستی) در ارتقای عملکرد این مراکز.

1-4. فرضیات یا سوالات تحقیق

- بین فرایند پیچیده بوروکراسی بهزیستی (تاکید بیش از حد و سختگیرانه رویه ها و دستورالعمل های خشک اداری، دخالت های بیش از حد در فعالیت این مراکز) و ارتقای عملکرد مراکز مشاوره رابطه مستقیم وجود دارد.

- بین عدم شفافیت خط مشی ها و رویه های بهزیستی برای فعالیت این مراکز و ارتقای عملکرد آنها رابطه مستقیم وجود دارد.

- بین فقدان حمایتگری بهزیستی از مراکز مشاوره خانواده و ارتقای عملکرد آنها رابطه مستقیم وجود دارد.

- بین تمرکزگرایی در تصمیم گیری های مربوط به مسائل مراکز مشاوره (عدم دخالت دادن مراکز و دفاتر مشاوره خانواده) و ارتقای عملکرد این مراکز رابطه مستقیم وجود دارد.

- بین کیفیت نظارت، ارزیابی و بازخورد مناسب (تشویق و توییح) از عملکرد دفاتر مشاوره خانواده و ارتقای عملکرد آنها رابطه مستقیم وجود دارد.

- بین تعارض منافع کارکنان بهزیستی (ذینفع بودن پرسنل) در مراکز و دفاتر مشاوره خانواده و موانع ارتقای عملکرد این مراکز رابطه مستقیم وجود دارد.

- بین تعدد مراجع صدور مجوز تاسیس مراکز مشاوره خانواده (دادگستری، بهزیستی، سازمان ورزش و جوانان، سازمان نظام روانشناسی) و ارتقای عملکرد آنها رابطه مستقیم وجود دارد.

- بین کیفیت فرایند صدور پروانه تاسیس مراکز مشاوره (اعمال نظرها و سلايق خارج از چارچوب قانونی) به افراد فاقد صلاحیت علمی و مهارتی لازم، به ارتقای عملکرد این مراکز رابطه مستقیم وجود دارد.

- بین برنامه های آموزشی و توسعه حرفه ای بهزیستی برای مشاوران دفاتر مشاوره (دانش افزایی و مهارت افزایی دوره ای، آموزش شیوه های نوین مشاوره و..) با ارتقای عملکرد این مراکز رابطه مستقیم وجود دارد.

1-5. تعریف مفاهیم

در این بخش ابتدا مفاهیم اصلی فرضیات (متغیرها) تعریف نظری و در مرحله بعد با شاخص های دقیق تعریف عملیاتی می شوند.

1-5-1. تعریف نظری مفاهیم

- ارتقای عملکرد¹ مراکز مشاوره بهزیستی:

منظور از «ارتقای عملکرد» عبارت است از اندازه گیری خروجی یک فرایند یا رویه خاص، سپس اصلاح آن فرایند یا رویه برای افزایش خروجی، افزایش کارایی یا افزایش اثربخشی فرایند یا رویه. در توسعه سازمانی، ارتقا عملکرد عبارت است از تغییر و تحول سازمانی که در آن مدیران و بدنه حاکمیتی سازمان، برنامه ای را اجرا و مدیریت می کنند که سطح فعلی عملکرد سازمان را اندازه گیری کرده و سپس ایده هایی برای اصلاح رفتار و

¹Performance Improvement

زیرساخت‌های سازمانی برای دستیابی به خروجی بالاتر در سطح سازمانی ایجاد می‌کند. بهبود عملکرد معمولاً شامل اشکال ملایمی از اندازه‌گیری مانند نظرسنجی‌های رضایت مشتری است که برای به دست آوردن اطلاعات کیفی در مورد عملکرد از دیدگاه خریداران استفاده می‌شود. اهداف اولیه بهبود سازمانی افزایش اثربخشی و کارایی سازمانی برای بهبود توانایی سازمان در ارائه کالاها یا خدمات است. حوزه سومی که گاهی اوقات برای بهبود هدف قرار می‌گیرد، کارآمدی سازمانی است که شامل فرایند تعیین اهداف و مقاصد سازمانی می‌شود. ارتقا عملکرد می‌تواند در سطوح مختلف رخ دهد: فردی، یک تیم، یک واحد سازمانی یا کل سازمان. (ویکپدیا)

- تحلیل سازمانی^۱ از شکل‌گیری مراکز مشاوره:

تحلیل و برنامه ریزی سازمانی بر پرورش و حفظ نیروی کار کارآمد از طریق طراحی و ساختار یک سازمان، از جمله روابط و رفتار افراد در سازمان‌ها تمرکز دارد. به طور خاص، تجزیه و تحلیل سازمانی به توسعه مدل‌ها و نظریه‌هایی می‌پردازد که به طور دقیق عملکرد و توسعه سازمان‌ها را نشان می‌دهد و روش‌هایی را که سازمان‌ها در آن واکنش نشان می‌دهند و تغییرات ایجاد می‌کنند، توضیح می‌دهد. از سوی دیگر، برنامه ریزی سازمانی شامل طراحی ساختار یک سازمان و تقسیم مسئولیت‌های یک سازمان است. اهداف تحلیل و برنامه ریزی سازمانی معمولاً تعیین بهترین راه برای مشاهده و سازماندهی یک شرکت به منظور مدیریت موفقیت‌آمیز و ایجاد کارایی بیشتر است. یکی از تکنیک‌های اساسی تجزیه و تحلیل سازمانی، مدل‌سازی است - توسعه مدل‌هایی از سازمان‌ها که نحوه عملکرد و تکامل آنها را مشخص می‌کند تا بهترین روش مدیریت هر یک را شناسایی کند. مدل‌سازی مدیران را قادر می‌سازد تا متغیرهای حیاتی را در شرایط خاص تعیین کنند تا بتوانند ترکیب‌های مختلفی از متغیرها را برای دستیابی به نتایج مورد نظر خود آزمایش کنند. به عنوان مثال، مدیران می‌توانند با استفاده از مدل‌های سازمانی بهترین ترکیب فناوری و ساختار سازمانی را برای شرکت خود تعیین کنند. مدل‌های سازمانی معمولاً بر رفتار، ساختار یا فناوری تمرکز دارند. با در نظر گرفتن این متغیرها، چهار مدل کلی تحلیل سازمانی وجود دارد: مدل عقلانی (که مدل کلاسیک نیز نامیده می‌شود)، سیستم طبیعی (که مدل مشارکتی نیز نامیده می‌شود)، مدل فنی اجتماعی و مدل شناختی. (گیل، 2009).

¹Organizational Analysis

- بررسی تعارض منافع موثر در مدیریت مراکز مشاوره شهرستان اردبیل.

تعاریف مختلفی برای مسئله تعارض منافع ارائه می‌شود. با وجود این طبق یک تعریف فراگیر: «مجموعه‌ای از شرایط که موجب می‌گردد تصمیمات و اقدامات حرفه‌ای، تحت تأثیر یک منفعت ثانویه قرار گیرد را تعارض منافع می‌نامند»، همچنین تعارض منافع به عنوان نشانه، شاکله و نتیجه فساد مورد نظر قرار گرفته است. نهادهای مختلف بین‌المللی تعاریف مختلف و البته مشابهی را برای تعارض منافع مطرح کرده‌اند. راهنمای سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی (OECD) در پاسخ به سؤال تعارض منافع چیست، آن را به عنوان تعارضی میان وظایف دولتی و منافع خصوصی مأمورین دولتی تعریف می‌کند، به طوری که این منافع می‌تواند به صورت نا صحیحی وظایف آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد.

سازمان شفافیت بین الملل^۱ تعارض منافع را شرایطی می‌داند که در آن افراد یا نهادها (که می‌تواند دولت، رسانه، کسب و کار با سازمان مدنی باشد) در مواجهه با انتخاب بین وظایف خود و منافع شخصی‌شان قرار می‌گیرند. در طرح نامه کمیسیون اروپا در مورد دستورالعمل تدارکات دولتی آمده است که مفهوم تعارض منافع باید در برگیرنده تمامی حالت‌هایی باشد که در آن کارکنان پیمانکار با سایر ارائه کنندگان خدمات دخیل در فرایند، دارای منفعت شخصی از نتیجه این قرارداد بوده، به گونه‌ای که بی‌طرفی و عملکردشان را به طور ناصوابی تحت تأثیر قرار دهد. در پیش نویس لایحه تعارض منافع که از سوی معاونت حقوقی نهاد ریاست جمهوری ارائه شده است، تعریف تعارض منافع این گونه آمده است: «تعارض منافع عبارتست از تعارض منافع شخصی مشمولان این قانون با انجام بی‌طرفانه و بدون تبعیض وظایف و اختیارات قانونی آنها.» (سروش فر، ۱۳۹۹).

انواع تعارض منافع چیست؟

تعارض منافع را می‌توان از جهات گوناگون به شیوه‌های مختلفی دسته‌بندی کرد که در اینجا به طور مختصر به برخی از این دسته‌بندی‌ها می‌پردازیم.

¹International Transparency

- فرد محور یا سازمان محور

در تعارض منافع فردمحور منافع شخصی یک فرد در تعارض با وظایف و مسئولیت‌های غیرشخصی او قرار می‌گیرد و در تعارض منافع سازمان محور، وظایف یک سازمان در تعارض با منافع خاص آن قرار می‌گیرد مانند زمانی که سازمان بازرسی یک وزارتخانه خاص از همان وزارتخانه‌ای کسب درآمد کند که مسئول نظارت بر آن است.

- نظام‌مند یا غیر نظام‌مند

تعارض منافع غیر نظام‌مند به معنای آن است که اگر فرد یا سازمانی در یک جایگاه خاص قرار بگیرد ممکن است تعارض منافع ایجاد شود در صورتی که اگر فرد یا سازمان دیگری در آن جایگاه قرار داده شود، تعارض منافی رخ ندهد. اما در تعارض منافع نظام‌مند، مهم نیست چه شخص یا سازمانی در جایگاهی قرار گرفته است زیرا به صورت نهادینه شده‌ای این نوع از تعارض منافع رخ می‌دهد.

- بالقوه، بالفعل و شبهه تعارض منافع

در تعارض منافع بالقوه¹ فرد ممکن است که به خاطر قرار گرفتن در یک موقعیت خاص، در آینده حین انجام وظایف خود، تحت نفوذ منافع متعارض قرار بگیرد. در این تعارض منافع، هرچند هنوز آن موقعیت پدیدار نشده است اما هر آن می‌توان منتظر آن بود اما در تعارض منافع بالفعل² فرد در زمان حال در موقعیتی است که تحت تأثیر منافع شخصی‌اش قرار گرفته است. این موقعیت به منافع متعارضی در زمان حال یا گذشته اشاره دارد. شبهه تعارض منافع³ زمانی پدیدار می‌شود که به نظر برسد یک فرد ممکن است تحت نفوذ منافع متعارض قرار بگیرد ولی در اصل این گونه نباشد.

- مالی یا غیرمالی:

تعارض منافع مالی موقعیت‌هایی را در برمی‌گیرد که شامل منفعتی مالی هستند در حالی که در تعارض منافع غیرمالی پای منافع غیرمالی مانند روابط شخصی و خانوادگی، شأن و جایگاه اجتماعی فرد، علاقه یا تعصب و ... در میان است.

¹Potential

²Actual

³Perceived (Apparent)

تعارض منافع چیست؟

تعارض منافع بستر یا موقعیتی را ایجاد می‌کند که افراد در آن موقعیت مجبور به تصمیم‌گیری در خصوص انتخاب منافع عمومی یا منافع شخصی خود می‌شوند. انواع موقعیت‌هایی که احتمال بروز تعارض منافع در آنها وجود دارد، عبارت‌اند از:

۱- اشتغال بیرونی (اشتغال همزمان): اشتغال بیرونی به معنای حضور همزمان یک مدیر یا کارمند بخش دولتی در بخش خصوصی و در حوزه کاری مشابه است. البته حضور همزمان در دو شرکت بخش خصوصی نیز می‌تواند تعارض منافع ایجاد نماید و مصداق اشتغال بیرونی قلمداد گردد.

۲- ارتباطات پسا‌شغلی (مسأله درب گردان): این نوع از تعارض منافع در دو موقعیت بروز می‌یابد. موقعیت اول زمانی ایجاد می‌شود که فردی پس از فراغت از مسئولیتش در بخش دولتی به هر دلیلی (بازنشستگی، استعفا و ...) بلافاصله در همان حوزه کاری در بخش خصوصی مشغول به کار شود. این موقعیت موجب می‌شود فرد در زمانی که در بخش دولتی مشغول به کار است، توجه ویژه‌ای به یک سازمان بیرونی داشته باشد و به گونه‌ای عمل کند که بتواند بعد از فراغت به آن سازمان بپیوندد. همچنین وی بعد از حضور در بخش خصوصی از رانتهای اطلاعاتی و ارتباطی خود در بخش دولتی برای پیشبرد امور در بخش خصوصی سود می‌برد. در موقعیت دوم فرد بالعکس از بخش خصوصی وارد بخش دولتی می‌شود و معمولاً سمتی بالا در بخش دولتی کسب می‌کند.

۳- تعارض منافع نظارت بر خود (اتحاد ناظر و منظور): به موقعیتی اطلاق می‌شود که فرد یا سازمانی مسئول نظارت بر رفتار و عملکرد خویش باشد یا مسئولیت نظارت بر سازمان یا شخصی را داشته باشد که خودش به کار گمارده است.

۴- تعارض منافع در قاعده‌گذاری برای خود (اتحاد قاعده‌گذار و مجری): قاعده‌گذاری برای خود همان‌گونه که از نامش پیداست به معنای ایجاد امکان برای یک شخص یا سازمان است که مسئولیت تمام یا بخشی از قاعده‌گذاری برای خود را بر عهده داشته باشد؛ برای مثال در خصوص میزان حقوق و مزایایش خودش تصمیم‌گیری کند.

۵- تعارض درآمد و وظیفه: این موقعیت ناشی از شیوه و ساختار درآمدی خاص یک سازمان است که موجب می‌شود کارکنان جهت کسب درآمد بیشتر برای خود یا سازمان شان در معرض تعارض منافع قرار بگیرند زیرا کسب درآمد بیشتر با زیر پا گذاشتن بخشی از وظایفشان رخ می‌دهد.

۶- تعارض وظایف: به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن میان وظایف گوناگون یک فرد یا سازمان تعارض ایجاد می‌شود و موجب می‌گردد که آن فرد یا سازمان نتواند به‌خوبی همه وظایفش را به انجام رساند.

۷- تعارض منافع در ارتباط / پیوند / وابستگی با گروه‌های اجتماعی (قومی، مذهبی، سیاسی یا حرفه‌ای): ارتباط با گروه‌های گوناگون اجتماعی که فرد عضویت یا تعهدی در آن‌ها دارد، یکی دیگر از موقعیت‌های تعارض منافع را ایجاد می‌نماید. زیرا ممکن است فرد منافع آن گروه را به انجام وظایفش ترجیح دهد.

۸- تعارض منافع در ارتباطات خویشاوندی، خانوادگی و دوستانه: هر نوع رابطه‌ای که فرد در حوزه کاریش با خویشاوندان و دوستان داشته باشد، موقعیت تعارض منافع ایجاد می‌کند. این رابطه می‌تواند از نوع اشتغال، سهامداری، رابطه مالی و ... باشد.

۹- تعارض منافع ناشی از قبول هدیه: قبول هدیه از جمله مصادیقی است که در ادبیات جهانی بسیار پرتکرار و پر دامنه است. قبول هر نوع هدیه‌ای می‌تواند به تعارض منافع منجر شود زیرا فرد را از انجام وظایف حرفه‌اش دور می‌کند و به سوی منافع شخصی می‌کشاند.

۱۰- تعارض منافع ناشی از در اختیار داشتن اطلاعات درونی: اگر کارکنان یک سازمان دولتی از اطلاعات درونی سازمانشان برای کسب منافع شخصی خود استفاده کنند، با موقعیت تعارض منافع مواجه هستند. (مرکز توانمندسازی حاکمیت و جامعه، به آدرس www.iran-bssc.ir تاریخ انتشار پنجم اسفندماه 1399).

- نقش بازدارنده فرایند پیچیده بوروکراسی^۱ (تاکید بیش از حد و سختگیرانه رویه‌ها و دستورالعمل‌های خشک اداری، دخالت‌های بیش از حد در فعالیت این مراکز) بهزیستی.

وبر^۲ بوروکراسی را به عنوان مدلی از سازمان کارآمد پیشنهاد کرد. ویژگی‌های بوروکراتیک سلسله مراتب اختیارات و مسئولیت‌ها را به وضوح تعریف کرده است که با اصل زنجیره فرماندهی سازگار است به زعم وبر، شکلی از سازمان به نام بروکراسی که با تقسیم کار، سلسله مراتب، قوانین رسمی، غیرشخصی بودن و انتخاب و ارتقای کارکنان بر اساس توانایی مشخص می‌شود، منجر به مدیریت کارآمدتر می‌شود. وبر همچنین معتقد بود که اختیارات مدیران در یک سازمان نه باید بر اساس سنت یا کاریزما، بلکه بر اساس موقعیتی باشد که مدیران در سلسله مراتب سازمانی دارند. گرچه امروزه بوروکراسی به معنای انعطاف ناپذیری (سازمان) و هدر رفت است،

¹Bureaucracy

²Weber

اما وبر موافق افراط و تفریط که در بسیاری از سازمان‌های بوروکراتیک امروزی وجود دارد، نیست (هلمز، 2006).

- نبود خط مشی ها و رویه های شفاف برای فعالیت مراکز مشاوره بهزیستی

جنکینز^۱ (1978) در تعریف خط مشی^۲ به چند نکته مهم اشاره دارد. وی خط مشی را مجموعه تصمیمات متعامل بازیگر یا گروهی از بازیگران سیاسی در مورد انتخاب اهداف و ابزار دستیابی به آنها در شرایط مشخص، تعریف نموده است. به شرط آن که این تصمیمات قانوناً در چارچوب اختیارات بازیگران اتخاذ شده باشند.

خط مشی، نشانگر مجموعه اقدامات نسبتاً ثابت و هدفمند است که به وسیله یک فرد یا مجموعه ای از بازیگران برای پرداختن به یک مسئله یا دغدغه دنبال می شود. این گزاره بر آنچه دولت در عمل به طور واقعی انجام می دهد نه آنچه صرفاً پیشنهاد داده یا قصد انجام آن را دارد، متمرکز است و خط مشی را از یک تصمیم که صرفاً نوعی گزینه ویژه میان سایر گزینه هاست مجزا می سازد. با این تعریف، خط مشی های عمومی، اشاره به مجموعه ای از اقدامات دولت دارد که به صورت نسبتاً ثابت و هدفمند برای حل یک معضل عمومی انجام می شود. البته باید توجه داشت خط مشی عمومی ممکن است مثبت یا منفی باشد گاهی اوقات دولت برای رفع معضلی دست به مجموعه ای از اقدام های عملی می زند (مثبت) و گاهی خط مشی دیگری در پیش می گیرد (منفی). اولی را اقدام دولت و دومی را عدم اقدام گویند. این دو حالت در مورد موضوعاتی صادق است که دولت توان انجام دادن یا ندادن آنها را دارد؛ بنا بر این در این دو حالت، خط مشی عمومی قابلیت اجرا را دارد. این خط مشی ها، ممکن است در عمل موفق بوده و یا دچار شکست شوند. در مواردی نیز ممکن است یک خط مشی به هدف خویش نائل آمده باشد ولی چنان هزینه های مالی، انسانی، زمانی و... سنگینی داشته باشد که نیازمند تجدید نظر باشد. با توجه به دو هدف عمده ارزیابی یعنی؛ «ارائه بازخور» و «انجام تغییرات مثبت»، ارزشیابی خط مشی به سبب حفظ ارزشها و منافع عمومی امری ضروری و الزام است. در همین چارچوب ارزیابی برنامه، در حقیقت استفاده از روشهای پژوهش اجتماعی، برای بررسی نظام مند اثر مداخلات اجتماعی است که با محیط اساسی و اجتماعی خود انطباق یافته و برای بهبود وضعیت اجتماعی طراحی شده است.

¹Jenkins

²Organizational Policy

استافل بیم¹ چهار مقوله؛ بهبود، پاسخگوئی، انتشار اطلاعات و بصیرت افزایی را به عنوان کارکردهای اصلی ارزشیابی برنامه، بیان می کند.

خط مشی سازمانی: آن دسته از تصمیمات (ضوابط و معیارها) بلندمدت در سازمان که مبتنی بر اطلاعات و تفکر و تعمق اتخاذ می گردد و موجبات دگرگونی را در بلندمدت فراهم می آورد. خط مشی، طبق نظر ویلیام جنکینز در کتاب «تحلیل سیاستها» مجموعه ای از تصمیمات به هم وابسته است که به وسیله گروهها یا بازیگران سازمانها با هدف دستیابی به اهداف خاص یا به دست آوردن ابزار مناسب برای دستیابی به آن اهداف اتخاذ می شود. خط مشی های سازمانی نیز یکی از انواع برنامه ها هستند. آنها بیانیه ها یا تفاهمات کلی هستند که اندیشه و کنش مدیران را در راه تصمیم گیری هدایت می کنند. در تعریفی دیگر خط مشی سازمانی، با عنوان یک برنامه عمومی معرفی شده که به منزله راهنمای عمل، مد نظر مدیران قرار گرفته و نحوه اجرای برنامه را برای مسئولان اجرایی سازمان معین میکند؛ ضمن آنکه وسیله مؤثری برای کنترل عملیات به شمار می آید، که اتخاذ این برنامه و تصمیمات را با این مفهوم به عنوان خط مشی گذاری عنوان می کنند(مصلحی و دیگران، 1399).

- فقدان سیستم حمایت سازمانی مناسب از مراکز مشاوره خانواده

حمایت سازمانی شامل احساس و باورهای تعمیم یافته افراد است، به طوری که سازمان برای مساعدت، همکاری و حمایت اعضای خود، ارزش قائل می شود و نگران آینده آنهاست (شهزاد و همکاران، 2020 نقل از قاسم زاده و دیگران، 1402).

ریشه درک حمایت سازمانی بر پایه دلبستگی، کوشش و تعهد به سازمان است و به عنوان سازه ای از مبادله اجتماعی شناخته می شود (آلن، 2008). در این راستا، نظریه حمایت سازمانی بیان می کند که کارکنان از خود عقایدی کلی به وجود می آورند و سازمان از نیازها و ارزشهای آنها حمایت می کند که بر طبق روابط مدیران با نمایندگان سازمانی شکل می گیرد. ادراک حمایت توسط مدیریت این امکان را فراهم میکند که از طریق تامین نیازهای عاطفی - اجتماعی مانند تعلق و حمایت عاطفی، تعهد و وفاداری عاطفی نیز بهبود یابد. همچنین، اقدامات هدفمند در بهبود ادراک از حمایت سازمانی نه تنها باعث بهبود ارتباطات امن می شود، بلکه ارزیابی عقلایی از

¹Stuffle Beam

علل حوادث نیز در سازمان انجام می گیرد (رودس و آیزنبرگر، 2002) وقتی افراد در می یابند که سازمان برای سهم آنها ارزش قائل است و به منافع آنها توجه می کند، فرد متعهدتر می شود و این تعهد از طریق تلاش های کاری تعریف می شود و به این طریق، زمانی که کارمند با علایق سازمان آشنا می گردد، نتایج مثبتی به همراه خواهد داشت (ختاک و دیگران، 2014).

- تمرکزگرایی در تصمیم گیری و اجرا (عدم دخالت دادن مراکز و دفاتر مشاوره خانواده) در مسائل این مراکز در ارتقای عملکرد این مراکز و دفاتر. نظام های متمرکز، دیدگاه سنتی و غالب اکثر کشورهای جهان تا اواخر قرن بیستم بود. در این نظام ها تمامی اختیارات تصمیم گیری در دست حکومت مرکزی است. معمولاً هیچگونه حق تصمیم گیری به واحدها و بخش های پایین تر واگذار نمی شود. در واقع واحدهای پایین تر، مجری سیاست های حکومت مرکزی هستند و کنترل شدیدی بر آنها اعمال می گردد.

عدم تمرکز یا تمرکز زدایی مفهومی است که در مقابل تمرکزگرایی بکار می رود. به باور صاحب نظران، تمرکز و عدم تمرکز مطلق وجود ندارد. اما برای درک بهتر این دو مفهوم، می توان تمرکز مطلق و عدم تمرکز مطلق را دو سر یک طیف با ویژگی های زیر در نظر گرفت (گویا و قدکساز خسرو شاهی، 1386 نقل از خندقی و دهقانی، 1389). در تمرکز مطلق که ممکن است در سطوح متفاوت سیاسی، اقتصادی، مدیریتی، آموزشی و نظایر آن وجود داشته باشد، تمام اختیارات در دست حکومت مرکزی (سازمان مرکزی در اینجا بهزیستی) است و هیچ گونه حق تصمیم گیری به واحدهای موسسه ای پایین داده نمی شود و همگی، مجری سیاست های حکومت مرکزی (سازمان) هستند. در سر دیگر طیف، یعنی در عدم تمرکز مطلق، حکومت مرکزی تمام اختیارات را به واحدهای موسسه ای پایین تر واگذار می کند. با چنین تعبیری از تمرکز و عدم تمرکز، کارلسن (1999) تمرکز زدایی را فرایندی میداند که معمولاً حرکتی از مرکز به سمت پیرامون است و باعث کاستن تدریجی درجه تمرکز و افزودن درجه عدم تمرکز می شود و البته به معنای ایجاد عدم تمرکز مطلق نیست. در نتیجه، با پذیرش نسبی بودن مفاهیم تمرکز و عدم تمرکز، فرآیند تمرکز زدایی نیز درجات متفاوتی خواهد داشت. لذا، مفاهیم تمرکز مطلق و عدم تمرکز مطلق، بیشتر در عالم ذهن قابل طرح هستند و در عمل، تنها درجه هایی از تمرکز و عدم

¹Karlsen

تمرکز مورد بحث قرار می گیرند. تمرکز زدایی انتقال دهنده قدرت تصمیم‌گیری، مسئولیت و وظایف از بالا به پایین سطوح سازماندهی است.

هنسن (1998) و برای (1999) قائل به سه نوع تمرکز زدایی هستند: انتقال وظایف و کار نه قدرت^۱، نمایندگی^۲ و اختیار^۳.

۱- انتقال وظایف و کار ولی نه قدرت در این نوع تمرکززدایی فقط انجام دادن کارها واگذار می‌شود و حق تصمیم‌گیری برای دولت مرکزی محفوظ می‌ماند.

۲- نمایندگی: نوعی تمرکززدایی با انتقال قدرت تصمیم‌گیری از سطوح بالا به سطوح پایین است، البته قدرتی که مرکز بتواند آن را کنار بگذارد امور از مرکز کنترل شوند. در واقع حق تصمیم‌گیری را به واحدهایی که از لحاظ سلسله مراتبی در مرتبه پایین‌تری قرار دارند واگذار می‌شود؛ اما این حق در صورت صلاح‌دید واحد واگذار کننده، باز پس گرفته می‌شود.

۳- تفویض اختیار: انتقال قدرت تصمیم‌گیری به یک واحد خودمختار که بتواند به‌طور مستقل و بدون اجازه از مرکز اقدام کند. در واقع حق تصمیم‌گیری به یک واحد موسسه‌ای پایین‌تر واگذار می‌شود که این واحد می‌تواند به‌طور مستقل یا بدون این که لازم بدانند از حکومت یا وزارتخانه مرکزی اجازه بگیرد، عمل کند (خندقی و دهقانی، 1389).

- کیفیت نظارت، ارزیابی و عدم بازخورد مناسب (تقدیر، تشویق، تهدید و توبیخ) در ارتباط با عملکرد مراکز و دفاتر مشاوره خانواده بهزیستی

مفهوم اول که به معنای سنجش یا ارزیابی است برای ارزیابی سازگاری برنامه و تصمیمات اتخاذ شده در قالب آن با یکدیگر و با سایر قوانین و اسناد بالا دستی است. علاوه بر این به ارزیابی نحوه تامین مالی پروژه‌های مطرح شده در برنامه نیز ذیل این مفهوم پرداخته می‌شود. مفهوم رصد یا رصد کردن به نظارت در مرحله اجرای برنامه اشاره دارد. اینکه در اجرا برنامه از اهداف خود منحرف نشود و برنامه به نحو مناسبی به اجرا گذاشته شود ذیل

¹Deconcentration (transfer of tasks and work, but not authority)

²Delegation

³Devolution

این مفهوم بررسی و ارزیابی می‌گردد. همچنین میزان موفقیت برنامه نیز طی فرایند رصد کردن مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در واقع هدف از رصد کردن ارزیابی اجرای برنامه، ارزیابی عملکرد سازمان مجری آن و ارزیابی فرآیندهای اجرایی برنامه در سازمانهای مجری است. ارزیابی نیز به بررسی میزان کارایی برنامه و سازگاری آن با اهداف در نظر گرفته شده می‌پردازد. در واقع باید گفت که نمی‌توان مرزبندی دقیقی بین دو مفهوم سنجش و رصد با ارزیابی یافت. ارزیابی در مفهوم سوم مطرح شده با هر یک دو مفهوم دیگر در بخشهایی همپوشانی داشته و در بخشهایی تفاوت.

نظارت بر برنامه فرآیند کنترلی است که میزان موفقیت مراحل مختلف یک برنامه را در دستیابی به هدف یا اهداف آن بررسی می‌کند. این کنترل می‌تواند در بازه های زمانی مختلفی اعمال شود. سه مرحله مهم نظارت و ارزیابی شامل ارزیابی برنامه قبل از اجرا، در حین اجرا و پس از اجرا است. منظور از ارزیابی برنامه پیش از اجرا، نظارت بر سازگاری تصمیمات است. در یک نظام تصمیم گیری گسترده که مراجع مختلفی تصمیمات و اهداف را در سطوح مختلف تعیین می‌کنند وجود یک ساختار نظارتی که سازگاری تصمیمات اتخاذ شده در سطوح مختلف را ارزیابی و تأیید نماید، ضروری است. در واقع در این نظام تصمیم گیری، چهار سطح تصمیم گیری چشم انداز، راهبرد، برنامه های میان مدت و برنامه های کوتاه مدت در سطوح مختلف مشخص می‌شوند. در این نظام سلسله مراتبی هر یک از سطوح به ترتیب چارچوب تصمیم گیری و اجرایی را برای سطح پایین تر از خود تعیین می‌نماید (جهانگرد ورمزیار، 1391 نقل از عبادی و رضایی، 1396).

- روشهای نظارت و ارزیابی در مورد روشهای ارزیابی باید به دو مساله توجه نماید. یکی این که کدام نهاد و یا دستگاه متولی امر ارزیابی باشد و دیگر آنکه چه شاخصها و معیارهایی جهت ارزیابی استفاده شوند. در انتخاب نهاد متولی امر ارزیابی و نظارت باید پیامدها و اثر گذاری های آن بر روی نحوه ارزیابی و میزان افزایش و یا کاهش اعتبار ارزیابی را سنجید به عنوان مثال اگر خود دستگاهی که مسئول اجرای برنامه است متولی امر ارزیابی اجرای برنامه شود، اعتبار این ارزیابی به شدت کاهش خواهد یافت. در ادامه به پنج مورد از روشهای انتخاب نهاد ارزیاب اشاره می‌شود:

الف) ایجاد کمیته های مستقل توسط مجلس جهت انجام ارزیابی دستگاههای مختلف: در این روش نهاد ارزیابی کننده مستقل از دستگاه مورد ارزیابی است و این باعث می‌شود تا اعتبار ارزیابی افزایش یابد. اما از جمله

مشکلات این روش هزینه بر بودن آن و عدم آشنایی کافی با دستگاه مورد ارزیابی است. (عزیزخانی و همکاران، 1389 نقل از عبادی و رضایی، 1396).

ب) ایجاد واحدهای ارزیاب در دستگاهها: مزیت این روش امکان ارزیابی بهتر دستگاه اجرایی است چرا که افراد مسئول ارزیابی از درون خود دستگاه مورد ارزیابی انتخاب می شوند و با آن آشنایی کافی دارند. اما اعتبار این روش پایین است چرا که نهاد ارزیابی خود وابسته به دستگاه مورد ارزیابی بوده و مستقل از آن نیست. (همان)

ج) ایجاد همزمان واحدهای ارزیاب در دستگاهها و کمیته نظارت توسط مجلس. این روش نقاط قوت هر دو روش گفته شده را داراست اما هزینه اجرای چنین روش ارزیابی ای به مراتب بیشتر از دو روش فوق است.

د) ایجاد استانداردهای ارزیابی و ملزم کردن دستگاه ها به اجرای آنها. در این روش مجلس یا دولت استانداردهایی را جهت ارزیابی دستگاه ها تعریف می کنند تا چارچوب مشخصی برای ارزیابی در اختیار دستگاه های مربوطه باشد. مزیت این روش قابلیت مقایسه عملکرد دستگاه های مختلف اجرایی است اما به دلیل وسعت عملکرد دستگاه های مختلف این روش برای مقایسه تورش دارد. (همان)

ه) تهیه و تدوین شاخصهای بخشی و فرابخشی. در این روش شاخص های ارزیابی برای هر یک از دستگاه ها به تفکیک و با دقت زیاد تعیین می شوند. این شاخص ها باید به گونه ای باشند که جنبه های مختلف فعالیت دستگاه های مربوطه را پوشش دهند.

در ادامه به ویژگیهای مهم برای شاخص ها و معیارهای ارزیابی اشاره می شود چون یکی از نکات بسیار مهم ارائه شاخص ها در دوره های زمانی متوالی و خاص (مثال دسته بندی شاخص ها به کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت) است تا امکان مقایسه شاخص ها و بررسی روند رشد مثبت یا منفی آنها فراهم آید. نکته مهم دیگر دسته بندی شاخصها بر اساس سطوح خرد و کلان است. بدین ترتیب برخی شاخصها جهت ارزیابی تک تک دستگاههای اجرایی و نهادها و برخی دیگر جهت ارزیابی میزان رشد مثبت یا منفی کل اقتصاد مورد استفاده قرار می گیرند. در کل شاخصهای انتخابی باید ویژگیهای زیر را داشته باشند:

1) شفافیت: این شاخص ها باید ساده، قابل فهم و بطور دقیق تعریف شده باشند.

2) قابلیت مقایسه: شاخصهای ارزیابی باید بگونه ای باشند که امکان مقایسه شاخصهای همگون وجود داشته باشد.

3) قابلیت کنترل: عملکرد مدیران و دستگاه ها باید برای فعالیتهایی مورد ارزیابی قرار گیرند که در حیطه کنترل آنها باشند.

4) وابسته به شرایط: شاخصهای ارزیابی باید اثرگذاری عوامل محیطی را لحاظ نمایند.

5) جامع: مجموعه شاخصها باید تمامی جنبه های فعالیتی دستگاه مورد ارزیابی را در بر بگیرند تا تصویر کاملی از وضعیت عملکرد آن ارائه نمایند.

6) محدود: هر شاخص باید عملکردی خاص یا جنبه ای خاص از عملکرد دستگاه اجرایی را ارزیابی کند.

7) امکانپذیری: شاخص ها باید به گونه ای طراحی شوند که ارزیاب بتواند آنها را اندازه گیری نماید. (عزیزخانی و همکاران، 1389 به نقل عبادی و رضایی، 1396).

- فرایند صدور مجوز (اعمال نظرها و سلايق خارج از چارچوب قانونی) به افراد فاقد صلاحیت علمی و مهارتی لازم در مشاوره خانواده در ارتقای عملکرد این مراکز.

صرف استقرار نظام صدور مجوز، بالذاته بوروکراسی منفی ایجاد می کند از این رو، هر چه تعداد مراحل و روند کار کمتر، بهتر. امری که تحلیل آن، نیازمند بررسی دقیق مراحل صدور مجوز است.

محور قرار گرفتن تشکیل، تحکیم و تعالی نهاد خانواده و پیشگیری از تزلزل و فروپاشی آن در گفتمان انقلاب اسلامی سبب شد سیاستگذاران استفاده از ظرفیت خدمات روانشناسان و مشاوران و مددکاران را مورد توجه قرار داده و از ابتدای دهه 1380 به بعد سیاستهای توصیه ای و تجویزی را مبنی بر حمایت در جهت توسعه کمی و کیفی دفاتر و مراکز خدمات روانشناسی و مشاوره همراه با سیاستهای نظارتی معطوف به ساماندهی و پایش این خدمات به تصویب رسانند. براساس این سیاستها صدور مجوز و پروانه فعالیت دفاتر و مراکز روانشناسی و مشاوره به مرور زمان به وزارت ورزش و جوانان، سازمان بهزیستی و سازمان نظام روانشناسی و مشاوره واگذار شد و اواخر سال 1391 با تصویب قانون حمایت خانواده، قانونگذاران استفاده از خدمات مراکز مشاوره خانواده

را برای زوجهای متقاضی طلاق توافقی (ماده 25) اجباری نمودند و همچنین قوه قضائیه موظف شد به منظور ایجاد صلح و سازش، در کنار دادگاه های خانواده، مراکز مشاوره خانواده ایجاد کند.

تسهیل شرایط صدور مجوزها به خصوص مجوزهای مرتبط با راه اندازی کسب و کار، در دهه 80 در نظام قانون گذاری مورد توجه قرار گرفت. برای نخستین بار در ماده (7) قانون اجرای سیاستهای کلی اصل چهل و چهارم (44) قانون اساسی» (مصوب 1386/11/8) دولت مکلف به شفاف کردن و تسهیل شرایط صدور مجوزهای کسب و کار شده است. بر این اساس برای دستیابی به شفافیت و تسریع در صدور مجوزها، «درگاه ملی مجوزهای کسب و کار»¹ در بستری اینترنتی با مدیریت «هیئت مقررات زدایی صدور مجوزهای کسب و کار» در ذیل وزارت امور اقتصادی و دارایی ایجاد شد که شرایط، مراحل و هزینه های صدور مجوزهای مختلف (مانند خدمات روانشناسی و مشاوره) را شفاف و سهل نماید تا هر شهروند بتواند در این درگاه به راحتی از شرایط و مراحل دریافت مجوز کسب و کار مورد نظرش مطلع شده و در صورت درخواست، از درگاه تخصصی مجوز مورد نظرش را به سهولت و در کوتاه ترین زمان ممکن دریافت نماید. همچنین این درگاه به عنوان تنها مرجع رسمی اعلام شرایط صدور مجوزهای کسب و کار و معرفی مرجع قانونی صادرکننده همه مجوزهای کسب و کار در کشور محسوب گردید (باجلان، 1401).

- ضعف برنامه های آموزش و توسعه حرفه ای (دانش افزایی و مهارت افزایی دوره ای، آموزش شیوه های نوین مشاوره و..)

توسعه حرفه ای به معنی فرایند قدرت بخشیدن به افراد است که به افراد کمک می شود تا بر احساس ناتوانی و درماندگی خویش چیره شوند (روی، 2008). این عوامل منجر به بهسازی منابع انسانی و بهبود عملکرد سازمانی می شود (حسینی و دیگران، 1400).

برای توسعه حرفه ای نیاز به ساختارهای قوی و نظری است که تحت تأثیر مولفه های توسعه حرفه ای هم چون رهبری، تصمیم گیری، مشارکت، برنامه ریزی و ... است (همان). در تعریفی دیگر، توسعه حرفه ای شامل هرگونه فعالیت طراحی شده به منظور بهبود دانش، مهارت و تمایلات است (بیزل، 2011). در

¹<https://mojavez.ir/>

ادبیات موجود، تعریف‌های متعددی از توسعه حرفه‌ای با دو دید عام و خاص ارائه شده است. توسعه حرفه‌ای در معنای عام دامنه وسیعی از فعالیت‌ها را تشکیل می‌دهد که هدف آن بهبود عملکرد کارکنان است، اما در معنای خاص شامل فعالیت‌هایی است که به کارکنان در رشد و توانمندسازی حرفه‌ای آنها یاری می‌رساند. بابایی رحیم آبادی (۱۳۹۰) بر اساس نظر گاف معتقد است توسعه حرفه‌ای عبارت است از اعتلای استعداد، گسترش علایق، بهبود شایستگی‌ها و تسهیل رشد فردی و حرفه‌ای (بیگدلی مجرد و همکاران، ۱۳۹۵ به نقل از حسینی و دیگران ۱۴۰۰).

1-5-2. تعریف عملیاتی متغیرها

- ارتقای عملکرد نیروی انسانی دفاتر و مراکز مشاوره خانواده بهزیستی:

برای تعریف عملیاتی ارتقای عملکرد دفاتر و مراکز مشاوره از شاخص‌های زیر استفاده می‌شود:

بهبود کیفیت خدمات دریافتی مراجعان، سطح رضایت مراجعان از خدمات دریافتی، میزان حل مشکلات مراجعان در اثر خدمات دریافتی، مناسب بودن خدمات دریافتی، مرتبط بودن خدمات دریافتی مراجعان از مراکز مشاوره با مشکلات آنها، کاهش میزان شکایت از خدمات مشاوره‌ای مراکز، افزایش میزان مراجعان به مراکز در اثر تبلیغات بین فردی مراجعان، حسن شهرت این مراکز.

- بررسی تعارض منافع موثر در مدیریت کلیه مراکز مشاوره شهرستان اردبیل.

برای شاخص‌سازی تعارض منافع کارکنان ستادی بهزیستی (ذینفع بودن آنها) از شاخص‌های زیر استفاده می‌شود:

عضویت در هیئت یا کمیته صدور پروانه تاسیس، دریافت هدایا یا مزایای (مالی و غیر مالی) از درخواست دهندگان پروانه تاسیس مرکز، که ممکن است تصمیم‌گیری‌های سازمان را تحت تاثیر قرار دهد، فرصت‌های همکاری در این مراکز، افشای اطلاعات در ازای پیشنهاد یا هدایا از سوی متقاضان مراکز، دسترسی به اطلاعات محرمانه: استفاده از اطلاعات حساس یا محرمانه سازمان برای منافع شخصی یا گروهی و خویشاوندی، استفاده

از منابع سازمان: استفاده شخصی از منابع یا امکانات سازمان برای منافع فردی، تأثیر بر فرآیندها و تصمیم‌گیری‌ها: شکست در تصمیم‌گیری منصفانه به دلیل تخصیص منافع به نفع خود یا دیگران، تجارت با دوستان یا خانواده:

1- تعارض درآمد و وظایف (تعارض درآمد و وظایف به معنای در تعارض بودن درآمد یک فرد یا سازمان با اهداف در نظر گرفته شده برای آن است. برای مثال اگر درآمد پلیس حاصل از جرائم رانندگی باشد، پلیس همواره در تعارض تلاش برای کاهش دادن تخلفات یا استفاده از درآمد حاصل از جرائم خواهد بود.)

- تعارض درآمد و وظایف در سطح فردی.

- تعارض درآمد و وظایف در بعد سازمانی و کلان (مثلاً سهامداری رؤسای بیمارستانها و پزشکان در تجارت دارو و تجهیزات پزشکی یا شراکت آنها در سود این شرکتها می‌تواند مسئله گران فروشی یا قاچاق دارو را پیچیده تر و بغرنج تر کند).

2- تعارض وظایف: تعارض بین دو وظیفه قانونی یا اخلاقی است. در این موقعیتها فرد نمی‌تواند هر دو وظیفه محول را به درستی اجرا کند، زیرا منافع حاصل از اجرای وظایف متعارض هستند.

3. اتحاد قاعده گذار و مجری: تفویض حق «قاعده گذاری برای خود» یکی از مواردی است که افراد را به واسطه قواعد بیرونی در معرض تعارض منافع شدید قرار میدهد. (مثلاً حق تعرفه گذاری برای خود در نظام پزشکی).

3-1. تعارض منافع در ارائه آموزش باکیفیت: زمانی که اساتید دانشگاهی همزمان پزشک یا مسئول در بخش ارائه خدمت دولتی یا خصوصی هستند ممکن است به دلیل محدودیتهای زمانی از کیفیت آموزش خود کاسته و در زمان حضور موظف خود برای ارائه آموزش غیبت کنند.

3-2. اعطای مجوز فعالیت و تاسیس مرکز: صدور مجوز تاسیس مرکز در دست افرادی است که مثلاً تحصیل کرده دانشگاه خاص هستند (دانشگاه دولتی و یا آزاد).

4. اتحاد ناظر و مورد نظارت (نظارت شونده): همانند مسئله قاعده گذاری برای خود، فرد یا سازمانی که مسئول نظارت بر رفتار و عملکرد خود است نیز با مسئله تعارض منافع روبه‌رو می‌شود به نحوی که می‌توان گفت مسئله نظارت با مشکل روبه‌رو خواهد شد.

4-1. اعتباربخشی مراکز و دفاتر مشاوره: مشخص توسط وزارت بهداشت انجام می شود، این وزارتخانه، خود به ارزیابی، نمره دهی و رتبه بندی دفاتر و مراکز تابعه خود می پردازد. در این نظارت، موقعیت تعارض منافع سازمانی می تواند ارزیابی وزارت بهداشت از واحدهای ارائه خدمت خویش را تحت تأثیر قرار دهد.

5. تبانی ارائه دهندگان خدمت: علاوه بر آنکه قاعده گذار- مجری و ناظر- منظور می توانند متحد شده و تبانی کنند، ارائه دهندگان خدمت نیز می توانند با یکدیگر تبانی داشته باشند. این تبانی بین ارائه دهندگان خدمات مختلف می تواند وجود داشته باشد مانند تبانی بین داروخانه ها و داروسازها با پزشکان یا مراکز تشخیص طبی (آزمایشگاهها و تصویربرداری ها) با پزشکان.

6. اشتغال همزمان: اشتغال همزمان افراد در بخش عمومی و خصوصی، به ویژه بخش هایی که ارتباط نزدیک با پست حاکمیتی افراد دارد، از مصادیق تعارض منافع شخص محور است. نمونه مشهور آن در سطوح خرد، دو شغلگی کارکنان بهزیستی در بخش دولتی و خصوصی است. این وضعیت می تواند چند عارضه را به دنبال داشته باشد: مانند ارجاع دادن مراجع به مرکز خود و یا مرکز آشنایان و..، گزینش مراجعان بر اساس نوع مشکل ساده و درآمد آنها برای مرکز خود، سرقت زمان مثلاً از وقت اداره می زند و در مرکز خود فعالیت می کند. کاهش تعهد اجتماعی و حرفه ای؛ کسی که دو شغله است وضعیت دوشغلگی می تواند تعهد اجتماعی و کیفیت خدمات وی را در بخش دولتی تحت تأثیر قرار دهد.

7. ارتباطات پسا شغلی (دربهای گردان): درب گردان به معنای اشتغال بازنشستگان یا مستعفیان بخش دولتی در بخش خصوصی یا برعکس است. برخی از کارکنان بهزیستی مراکز و دفاتر مشاوره را حیات خلوت خود بعد از دوره بازنشستگی می دانند و به آن به عنوان مستمسکی برای دوره بازنشستگی و منبع درآمد نگاه می کنند. درب گردان یکی از مواضع پیچیده تعارض منافع شخص محور است. اهمال کاری در نظارت یا قاعده گذاری در زمان حضور در بخش دولتی با انگیزه استخدام یا سهامداری در بخش خصوصی پس از خاتمه فعالیت در مشاغل حاکمیتی می تواند یکی از مضرات عدم کنترل مسئله درب گردان باشد. به خصوص مدیران ارشد دولتی که از بخش دولتی خارج می شوند می توانند با رانت اطلاعات و روابط غیررسمی بسیاری که در بخشهای دولتی دارند بازیگران قدرتمندی در بخش خصوصی باشند.

8. انگیزه های سیاسی و قومی و منطقه ای (واگذاری اولویت های تاسیس به متقاضیان هم قوم، هم شهری و هم حزب و جناح سیاسی).

9. انگیزه رشته تحصیلی: مثلاً اولویت دادن به جذب متقاضیان هم گرایش و هم تخصص (مشاوره و یا روانشناسی با تخصص های مختلف).

10. روابط خویشاوندی: در شرایطی که یکی از خویشاوندان در جایگاه صدور مجوز و ارزیابی و تایید موارد احراز شرایط واگذاری پروانه تاسیس مرکز باشد ممکن است اولویت را به بستگان خود بدهد.

- فقدان سیستم حمایت سازمانی ادراک شده مناسب از مراکز مشاوره خانواده

حمایت سازمانی را با شاخص هایی چون میزان حمایت بهزیستی از تلاش ها و فعالیت های این مراکز و قدردانی از مراکز با رضایتمندی بالا، میزان ارزش گذاری سازمان از فعالیت این مراکز، پشتیبانی و حمایت بهزیستی از نیروهای انسانی فعال در این مراکز، حمایت سازمانی در قالب برگزاری دوره های دانش افزایی، توانمندسازی، مهارت افزایی نیروهای انسانی این مراکز، احساس مراکز از اینکه بهزیستی مدافع فعالیت آنها بوده و در مواقع ضروری در کنار آنهاست و به عملکردهای آنها پاداش می دهد، احساس این مراکز از برخورد منصفانه و عادلانه (بدور از تبعیض) در توزیع منابع و فرصت ها از سوی سازمان، خیرخواهی مدیریت و کارکنان بهزیستی (مدیریت، ناظرین، مسئولین و ..) در ارتباط با مراکز (نه بدخواهی و مانع تراشی در مسیر فعالیت و به تعطیلی کشاندن آنها) که به افزایش تعهد سازمان این مراکز و پایبندی به هنجارهای اداری منجر می شود، امنیت شغلی، فشارهای شغلی، آموزش، پاداشهای سازمانی شامل پرداخت ها، تقدیرها، مزایای احتمالی، ترفیعات.

- تمرکزگرایی در تصمیم گیری و اجرا (عدم دخالت دادن مراکز و دفاتر مشاوره خانواده) در مسائل این مراکز در ارتقای عملکرد این مراکز و دفاتر، دادن فرصت های نوآوری و خلاقیت در کیفیت و کمیت خدمات مشاوره به این مراکز، میزان دسترسی کارکنان به اطلاعات و داده های کلیدی که برای تصمیم گیری های خود نیاز دارند، بررسی اینکه آیا تصمیمات عمدتاً بر اساس تجارب سطوح بالای مدیریتی و نه بر اساس نظرات و تجربیات سطح پایین تر اتخاذ می شود، احترام به دیدگاه های مراکز و اعمال نقطه نظرات منطقی در تصمیم گیری های سازمان، این متغیر را با شاخص هایی چون کاهش سلطه و انضباط شدید اداری بر واحدها و مراکز و دفاتر مشاوره تابعه،

دادن ازادی عمل و اختیار (تفویض اختیار) در زمینه تصمیمات مربوط به رویه فعالیت و حق مشاوره، مدت زمان لازم برای مشاوره، تفویض تعدیل مقررات و تصمیمات مرکزی در مراکز و دفاتر متناسب با شرایط و یا انعطاف پذیری در اجرای آنها، بستر سازی برای دسترسی دفاتر و مراکز به اطلاعات کلیدی لازم برای تصمیم گیری ها. نرخ ابلاغ تصمیمات از سازمان به مراکز، سطح تأثیرگذاری واحدهای تابعه در فرایند تصمیم گیری بهزیستی، تعداد بالای سطوح تصمیم گیری در بهزیستی، برورکراسی پیچیده و طولانی، میزان اختیارات مراکز برای تصمیم گیری های محلی، سیاستگذاری مرکزی بهزیستی استان که دفاتر ملزم به پیروی از آنها هستند، میزان بازخورد کمتر واحدهای تابعه به بهزیستی (یکطرفه بودن بازخوردها)، تعداد جلسات هماهنگی و توجیهی بهزیستی که دفاتر ملزم به شرکت در آنها هستند هر چه تعداد و نوع آنها بیشتر، تمرکز گرایی بیشتر است.

- کیفیت نظارت، ارزیابی و بازخورد مناسب (تقدیر و توبیخ) نسبت به عملکرد مراکز و دفاتر مشاوره خانواده بهزیستی

توضیح ایم نکته خالی از لطف نیست که در این قسمت سعی شده است مفهوم نظارت و ارزیابی و ارائه بازخورد به عنوان یک متغیر واحد تلقی شده و شاخص های کلی برای آنها تدوین شود: این متغیر را با شاخص هایی چون بازدیدها و حضور مرتب کارشناسان بهزیستی در مراکز و دفاتر تابعه در سطح شهر اردبیل بصورت سرزده و بدون هماهنگی و اطلاع قبلی، بررسی روند فعالیت عوامل انسانی ثبت شده در دفاتر مراکز مشاوره، و در بخش ارزیابی با شاخص هایی چون میانگین نمره بازدیدهای دوره ای انجام گرفته در شش ماهه اول و دوم سالهای گذشته، جمع اوری نقطه نظرات مراجعان به این مراکز بصورت تصادفی، اطلاع از برنامه های ماهانه و فصلی و سالانه این مراکز، عملکردها، تسهیلات و تجهیزات و منابع انسانی این مراکز و برای ارائه بازخورد از شاخص هایی چون انعکاس نمره ارزیابی مراکز از سوی بهزیستی به آنها، ارائه توصیه ها و پیشنهادهای لازم برای رفع نواقص و اشکالات احتمالی در مراحل مختلف فعالیت این مراکز، تشویق و تقدیر از مراکزی که نمرات قابل قبول کسب کرده اند، در صورتی که مرکزی نمره منفی بگیرد (نشانه کوتاهی یا تخلف) با مراکز یاد شده متناسب با نوع تخلف برخورد (توبیخ و تهدید به ابطال مجوز در صورت تکرار تخلف) صورت می گیرد.

- فرایند صدور مجوز (اعمال نظرها و سلايق خارج از چارچوب قانونی) به افراد فاقد صلاحیت علمی و مهارتی لازم در مشاوره خانواده در ارتقای عملکرد این مراکز.

پیچیده و طولانی کردن غیر منطقی فرایند صدور پروانه، اطلاع رسانی ضعیف در مورد فراخوان های تاسیس مراکز، ابهام در تعداد سهمیه های اعلامی مراکز مشاوره برای شهرستان، فقدان رویه شفاف و مشخص در خصوص نحوه بررسی مدارک و شرایط مصاحبه در صدور مجوز تاسیس مراکز مشاوره، اعمال نظر شخصی مدیریت و کارکنان بهزیستی در صدور پروانه تاسیس مراکز، بازدید میدانی از محل استقرار دفاتر مشاوره و اطمینان از شرایط فیزیکی و امکانات آن قبل از صدور مجوز تاسیس، فقدان رویه های استاندارد در تعیین صلاحیت علمی و مهارتی مشاورین و روانشناسان، چندگانگی معیارها.

- ضعف برنامه های آموزش و توسعه حرفه ای (دانش افزایی و مهارت افزایی دوره ای، آموزش شیوه های نوین مشاوره و..)

تعداد دوره ها و کارگاه های تخصصی برگزار شده در طول سال برای دانش افزایی و مهارت افزایی نیروی انسانی این مراکز، تولید و توزیع بروشورها و راهنماها مانند راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی که توسط انجمن روان پزشکی آمریکا منتشر می شود¹ و طبقه بندی بین المللی بیماری ها² که توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) منتشر می شود این طبقه بندی شامل بیماری های روانی نیز می شود، آزمون های روانی، تامین جزوات آموزشی مراکز، در اختیار قرار دادن آدرس سایت های اینترنتی معتبر برای ارتباط علمی این مراکز.

- مطالعه فقدان خط مشی ها و رویه های شفاف برای فعالیت مراکز مشاوره بهزیستی

عدم وجود یا ناکافی بودن دستورالعمل ها، سیاست ها و رویه های مشخص و واضح در یک سازمان که به کارکنان و ذینفعان کمک می کند تا وظایف، مسئولیت ها و فرایندها را به درستی درک کنند. این متغیر را با استفاده از شاخص های زیر اندازه گیری می کنیم:

1. وجود مستندات: ارزیابی تعداد و کیفیت مستندات موجود در سازمان، شامل سیاست ها، رویه ها و دستورالعمل ها. عدم وجود این مستندات یا ناکافی بودن آنها می تواند نشان دهنده فقدان شفافیت باشد.
2. درک کارکنان: اندازه گیری سطح درک و آگاهی کارکنان از خط مشی ها و رویه های سازمان از طریق نظرسنجی ها یا مصاحبه ها. اگر کارکنان به طور واضح نتوانند وظایف و مسئولیت های خود را شناسایی کنند، این نشان دهنده فقدان شفافیت است.

¹Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

²International Classification of Diseases

3. نرخ خطا و ابهام در عملکرد: بررسی تعداد خطاها یا ابهامات در انجام وظایف به دلیل عدم وجود رویه‌های شفاف. افزایش این موارد می‌تواند نشان‌دهنده ضعف در خط مشی‌ها باشد.
 4. میزان شکایات: تعداد شکایات یا نارضایتی‌های کارکنان و ذینفعان (مراجعان) در مورد عدم وضوح در فرآیندها و رویه‌ها.
- با استفاده از این شاخص‌ها، می‌توانید به‌طور دقیق‌تری فقدان خط مشی‌ها و رویه‌های شفاف را شناسایی و ارزیابی کنید .
- نقش بازدارنده فرایند پیچیده بوروکراسی (تاکید بیش از حد و سختگیرانه رویه‌ها و دستورالعمل‌های خشک اداری، دخالت‌های بیش از حد در فعالیت این مراکز) بهزیستی.
- رویه‌های اداری و سازمانی که به‌طور غیرضروری پیچیده و زمان‌بر هستند و ممکن است منجر به کاهش کارایی و اثربخشی سازمان شوند. این فرایند را می‌توان با استفاده از شاخص‌های زیر اندازه‌گیری کرد:
1. تعداد مراحل فرآیند: شمارش تعداد مراحل اداری لازم برای انجام یک کار خاص. افزایش تعداد مراحل می‌تواند نشان‌دهنده پیچیدگی بوروکراسی باشد.
 2. زمان لازم برای انجام فرآیند: اندازه‌گیری مدت زمانی که برای تکمیل یک فرآیند اداری در بهزیستی لازم است. زمان‌های طولانی‌تر می‌تواند نشان‌دهنده پیچیدگی و ناکارآمدی بوروکراسی در سازمان باشد.
 3. میزان تأخیر: تعداد تأخیرات و وقفه‌ها در انجام فرآیندها، که می‌تواند ناشی از پیچیدگی بوروکراسی باشد.
 4. نرخ خطا: بررسی تعداد خطاها یا نواقص در مستندات و فرآیندها که ممکن است به دلیل پیچیدگی بوروکراسی رخ دهد.
 5. رضایت‌مندی مراجعان و کارکنان: ارزیابی رضایت‌مندی مراجعان و کارکنان از فرآیندهای اداری از طریق نظرسنجی‌ها، که می‌تواند نشان‌دهنده احساسات نسبت به پیچیدگی و کارایی این فرآیندها باشد.
 6. میزان شفافیت: ارزیابی میزان شفافیت در مراحل و رویه‌های اداری، که می‌تواند با بررسی درک کارکنان و مراجعان از فرآیندها اندازه‌گیری شود.

فصل 2

ادبیات تحقیق

پیشینه تحقیق در ایران و جهان

مبانی نظری تحقیق

چارچوب مفهومی تحقیق

در این فصل ابتدا سوابق موضوعی تحقیق در ایران و جهان بررسی می شود، در ادامه ادبیات نظری مرتبط به تحقیق مورد بحث قرار گرفته و در انتها چارچوب مفهومی، همراه با مدل پیشنهادی ارائه می گردد.

2-1. پیشینه در ایران و خارج

بررسی ارتباطات نهادی، دانشگاه، دولت و بخش غیر دولتی (با تمرکز بر مراکز مشاوره خانواده).

مراکز مشاوره خانواده در خط مقدم مقابله با چالش‌های اجتماعی پیچیده‌ای مانند طلاق، خشونت خانگی، اختلالات روانی، و آسیب‌های ناشی از گذار جامعه به مدرنیته قرار دارند. هیچ نهاد واحدی به تنهایی قادر به حل این مسائل نیست. بنابراین، همکاری بین چهار نهاد اصلی زیر ضروری است:

- نهاد دانشگاه (علم و آموزش): منبع تولید دانش، تربیت نیروی متخصص و پژوهش.

- نهاد دولت (سیاست‌گذاری و منابع): ایجاد چارچوب قانونی، تأمین مالی و سیاست‌گذاری کلان.

- بخش غیردولتی: ارائه خدمات مستقیم، انعطاف‌پذیری و ارتباط با جامعه محلی.

- نهادهای حاکمیتی فراتر از دولت (قوه قضائیه، نهادهای فرهنگی): ایجاد الزامات قانونی و هنجارهای کلان اجتماعی. از نظر اتزکوویتز و لیدستروف (1995) این چهار نهاد، چارچوب همکاری چهارگانه¹ را تشکیل می‌دهند که موفقیت مراکز مشاوره خانواده به عملکرد هماهنگ آن‌ها بستگی دارد.

2-1-1. نقش و مسئولیت هر نهاد در این اکوسیستم

الف) نهاد دانشگاه

تولید دانش و پژوهش: دانشگاه‌ها از طریق تحقیقات علمی، روش‌های مؤثر مشاوره، الگوهای جدید خانواده و علل ریشه‌ای مشکلات را شناسایی می‌کنند. یک مرکز مشاوره که به پژوهش‌های روز دنیا دسترسی ندارد، مانند پزشکی است که از پیشرفت‌های پزشکی بی‌خبر است.

¹Quadruple Helix Model

تربیت نیروی انسانی متخصص: دانشگاه‌ها مسئولیت آموزش و تربیت مشاوران، روانشناسان و مددکاران اجتماعی مجرب و دارای صلاحیت را بر عهده دارند. کیفیت خدمات مستقیماً به کیفیت آموزش آنها وابسته است.

نظارت علمی و اعتباربندی: دانشگاه‌ها می‌توانند با اعطای گواهینامه‌های تخصصی یا نظارت بر استانداردهای خدمات، به ارتقای کیفیت مراکز مشاوره کمک کنند.

ب) نهاد دولت

سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری: دولت باید قوانین شفاف برای تأسیس، نظارت و انحلال مراکز مشاوره وضع کند. این قوانین باید استانداردهای کیفیت، حریم خصوصی مراجعان و اخلاق حرفه‌ای را تضمین نمایند. حکومت باید صراحتاً با تدوین چهارچوب‌های قانونی مناسب مدیریت و ساماندهی این فعالیت‌ها را به سازمان یا سازمان‌های متولی خاص واگذار کند این مساله یکی از دغدغه‌ها و دلمشغولی‌های مهم این تحقیق نیز محسوب می‌شود چرا که در عرصه ساماندهی فعالیت‌های مشاوره، در کنار بهزیستی، سازمان‌ها و نهادهای موازی متعددی به تولیت این حوزه می‌پردازند سازمان نظام روانشناسی و مشاوره، دادگستری، سازمان ورزش و جوانان و نیروی انتظامی، آموزش و پرورش. تمرکز و مدیریت یکپارچه این فعالیت‌ها از موارد مهمی است که باید در سیاست‌گذاری‌ها و قانون‌گذاری‌ها دولت مد نظر قرار گیرد چرا که تعدد متولیان مجوز تأسیس و فعالیت این مراکز به استانداردهای چندگانه منجر خواهد شد و همین امر می‌تواند کیفیت خدمات مشاوره به خانواده‌ها را با شدت تحت تأثیر قرار دهد.

تأمین مالی و حمایت: بسیاری از خانواده‌های نیازمند قادر به پرداخت هزینه مشاوره نیستند. دولت می‌تواند از طریق:

- یارانه مستقیم به مراکز غیردولتی.
 - بیمه درمانی (گنجاندن خدمات مشاوره در پوشش بیمه پایه).
 - صدور کوپن مشاوره برای خانواده‌های کم‌درآمد، از این مراکز حمایت کند.
- نظارت و پایش: دولت موظف است بر عملکرد مراکز (اعم از دولتی و غیردولتی) نظارت کند تا از رعایت استانداردها و پیشگیری از سوءاستفاده افراد فرصت طلب اطمینان حاصل نماید.

ج) بخش غیردولتی^۱

ارائه خدمات مستقیم و میدانی: این بخش به دلیل انعطاف‌پذیری بالا، می‌تواند به سرعت خود را با نیازهای متنوع و محلی^۲ وفق دهد (مانند راه‌اندازی خطوط تلفنی بحران، مشاوره آنلاین، یا خدمات ویژه برای گروه‌های خاص).
خلاقیت و نوآوری: بخش غیردولتی معمولاً کمتر درگیر بوروکراسی است و می‌تواند روش‌های جدید و آزمایشی را به راحتی آزمون کند.

جذب مشارکت‌های مردمی: این بخش می‌تواند با استفاده از ظرفیت‌های خیریه و داوطلبانه، منابع بیشتری را برای ارائه خدمات جذب کند.

د) نهادهای حاکمیتی (مانند قوه قضائیه)

ارجاع اجباری: قوه قضائیه می‌تواند مشاوره خانواده را برای زوج‌های متقاضی طلاق یا موارد خشونت خانگی اجباری کند. این یک کانال مهم ارجاع برای مراکز مشاوره و مددکاری ایجاد می‌کند.

به رسمیت شناختن: وقتی گزارش یک مرکز معتبر مشاوره و مددکاری به عنوان سند معتبر در دادگاه پذیرفته شود، اعتبار و مرجعیت این مراکز افزایش می‌یابد.

2-1-2. اشکال مختلف ارتباط و همکاری نهادها

-ارتباط دانشگاه و مراکز مشاوره در قالب کارآموزی دانشجویان: دانشجویان روانشناسی و مشاوره و مددکاری در مراکز مشاوره دوره عملی می‌بینند.

-پژوهش‌های مشترک: دانشگاه به مطالعه اثربخشی روش‌های یک مرکز خاص می‌پردازد.

-ارتباط دولت و مراکز مشاوره از طریق عقد قرارداد خدمات: دولت با یک مرکز غیردولتی برای ارائه رایگان خدمات به ۱۰۰ خانواده محروم قرارداد می‌بندد.

¹NGOs & Private Sector

²Communities

-اعطای مجوز: بهزیستی و یا سازمان نظام روان شناسی و مشاوره مجوز فعالیت را صادر می کند.

-ارتباط بخش های غیردولتی با یکدیگر در قالب شبکه سازی: تشکیل انجمنی از مراکز مشاوره خانواده برای تبادل تجربه جمعی برای تصویب قوانین بهتر.

-ارتباط چهارگانه یکپارچه: طرح ملی مشاوره قبل از طلاق: برای این مهم قوه قضائیه (دستور)، وزارت بهداشت (اعتباربندی مراکز)، دانشگاه (تهیه پروتکل علمی) و مراکز غیردولتی (اجرا) با هم همکاری می کنند.

2-1-3. چالش های اصلی این ارتباط

- عدم اعتماد متقابل: دانشگاه ممکن است بخش غیردولتی را فاقد صلاحیت علمی بداند و بخش غیردولتی، دانشگاه را دور از واقعیت های میدان بیندارد.

-بوروکراسی اداری دست و پاگیر: مقررات پیچیده دولتی می تواند همکاری را کند یا غیرممکن کند.

-تعارض منافع: ممکن است منافع اقتصادی مراکز خصوصی با اهداف اجتماعی دولتی یا علمی مانند بهزیستی یا دانشگاه یا سازمان نظام روانشناسی و مشاوره در تضاد قرار گیرد.

-ضعف دیالوگ و زبان مشترک: هر نهاد با گفتمان خاص خودش صحبت می کند (گفتمان علمی، اداری، میدانی) که ترجمه آن برای دیگر نهادها دشوار است.

-تمرکزگرایی در تصمیم گیری: وقتی تصمیمات کلان در تهران گرفته می شود، ممکن است با نیازهای یک مرکز مشاوره در یک شهرستان کاملاً بی ارتباط باشد.

2-1-4. راهکارها و پیشنهادات برای تقویت ارتباط

-ایجاد نهادهای رابط: مانند دفتر ارتباط دانشگاه با صنعت^۱ در دانشگاه‌ها که مأموریت ویژه آن ارتباط با مراکز مشاوره باشد.

-تدوین سند راهبردی ملی مشاوره خانواده: با مشارکت همه ذی‌نفعان (وزارتخانه‌های مربوطه، بهزیستی، نمایندگان دانشگاه، انجمن‌های مراکز غیردولتی و قوه قضائیه).

-راه‌اندازی سامانه یکپارچه اطلاعاتی: سامانه‌ای که آمار خدمات، نیازهای منطقه‌ای و نتایج پیگیری‌ها را در اختیار همه نهادها (با حفظ حریم خصوصی) قرار دهد تا تصمیم‌گیری بر اساس داده‌های دقیق صورت گیرد.

-تصویب قوانین تشویقی: مانند معافیت‌های مالیاتی برای مراکزی که با دانشگاه‌ها همکاری پژوهشی دارند یا خدمات رایگان ارائه می‌دهند.

-تقویت حکمرانی شبکه‌ای: به جای رابطه سلسله‌مراتبی بالا به پایین، ایجاد کمیته‌های مشترک که در آن همه نهادها حق رأی و تصمیم‌گیری دارند توصیه می‌شود.

بدین ترتیب، ارتباط نهادی مؤثر برای مراکز مشاوره خانواده، یک «امر لوکس» نیست، بلکه یک ضرورت بقا است. این مراکز در نقطه تلاقی علم، سیاست، عمل و جامعه قرار دارند. موفقیت آن‌ها در گرو خروج از انزوا و پیوند با شبکه‌ای از نهادهاست. در مدل تحلیلی پیشنهادی تحقیق تلاش بر این است تا عواملی مانند بوروکراسی و تعارض منافع، تمرکزگرایی و ... که این ارتباط حیاتی را تضعیف می‌کنند و در نهایت ارتقای عملکرد نهادی را تحت تأثیر منفی قرار می‌دهند مورد مذاقه قرا گیرد. بنابراین، هرگونه تلاش برای بهبود کیفیت خدمات مشاوره، باید با اصلاح این روابط نهادی آغاز شود.

با این توضیح، ارتباطات نهادی^۲ (میان دانشگاه، دولت و بخش غیردولتی) در حوزه سیاست‌گذاری اجتماعی و به‌ویژه در بخش مراکز مشاوره خانواده اهمیت حیاتی دارد. از نظر اسکات (2014) و سالومون (1997) ارتباطات نهادی به شبکه‌ها، سازوکارها و تعاملاتی گفته می‌شود که بین سازمان‌ها و نهادهای رسمی و غیررسمی شکل می‌گیرد.

¹Liaison Institutions

²Institutional Relations

در این چارچوب نقش‌ها در حوزه مشاوره خانواده به صورت زیر تعریف شده اند:

دولت: تنظیم‌گر، سیاست‌گذار، ناظر و تأمین‌کننده بخشی از منابع است. در واقع این بخش مهم سه گانه پیوند نهادی است و کارکردهای زیر را به انجام می‌رساند:

- وضع قوانین و استانداردهای ملی (مثل مجوز مراکز مشاوره خانواده).

- نظارت بر کیفیت خدمات و اخلاق حرفه‌ای.

- تأمین بخشی از بودجه حمایتی یا یارانه‌ای برای خانواده‌های کم‌درآمد.

- سیاست‌گذاری کلان (مانند طرح تحکیم خانواده، پیشگیری از طلاق).

دانشگاه: تولیدکننده دانش، تربیت نیروی متخصص، انجام پژوهش‌های کاربردی.

بخش غیردولتی و خصوصی: مراکز مردم‌نهاد که مجری خدمات، نوآور در شیوه‌های ارائه، نزدیک‌تر به نیازهای واقعی مردم هستند.

2-2. چالش‌های موجود در ایران

- **بوروکراسی دولتی:** طولانی شدن روند صدور مجوز و محدودیت نوآوری مراکز مشاوره.

- **فقدان ارتباط سازمان‌یافته با دانشگاه‌ها:** نتایج پژوهش‌های دانشگاهی به سیاست و عمل وصل نمی‌شوند.

- **ضعف نظارت بر بخش خصوصی:** تفاوت کیفیت خدمات و بروز سودجویی در برخی مراکز.

- **تعارض منافع نهادی:** گاهی دولت هم سیاست‌گذار است، هم مجری، که موجب انحصار می‌شود.

- **کمبود منابع مالی:** مراکز مشاوره خانواده در بخش غیردولتی با مشکلات اقتصادی جدی مواجه‌اند.

- **فرهنگ عمومی:** مقاومت برخی خانواده‌ها در مراجعه به مراکز مشاوره به دلیل تابوهای فرهنگی و خرده فرهنگی.

الف). فرصت‌ها و ظرفیت‌ها

- دانش بومی در دانشگاه‌ها: امکان تولید مدل‌های ایرانی-اسلامی مشاوره خانواده.
- بخش غیردولتی پویا: حضور خیریه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد با سرمایه اجتماعی بالا.
- سیاست‌های کلان حمایتی: تأکید در برنامه توسعه و شورای عالی انقلاب فرهنگی بر تحکیم خانواده.
- ظرفیت فناوری: امکان راه‌اندازی پلتفرم‌های آنلاین مشاوره خانواده با همکاری سه بخش (ثناگویی زاده، 2023).

ب). پیشنهاد‌های سیاستی

- ایجاد شورای مشترک دانشگاه-دولت-مراکز مشاوره برای هماهنگی سیاست‌ها، آموزش و اجرا.
- تدوین استانداردهای علمی واحد بر اساس تحقیقات دانشگاهی برای کل مراکز مشاوره.
- توسعه مدل‌های مشارکت عمومی-خصوصی در ارائه خدمات حمایتی به خانواده‌ها.
- ایجاد بانک اطلاعات ملی از وضعیت خانواده‌ها و خروجی مراکز مشاوره، با همکاری دانشگاه‌ها.
- توانمندسازی بخش غیردولتی با اعطای تسهیلات مالی و آموزش‌های تخصصی.
- نهادینه‌سازی فرهنگ مراجعه به مشاوره با استفاده از رسانه‌ها و نظام آموزشی.
- پیوند سیاست‌گذاری با پژوهش: هر سیاست یا برنامه در حوزه خانواده باید مبتنی بر پشتوانه مطالعات علمی دقیق باشد.
- ارتباطات نهادی در حوزه مراکز مشاوره خانواده اگر به شکل هم‌افزایی سه‌جانبه میان دانشگاه، دولت و بخش غیردولتی سازماندهی شود، می‌تواند:
- کیفیت خدمات مشاوره را افزایش دهد،
- اعتماد عمومی خانواده‌ها را جلب کند،
- هزینه‌های اجتماعی (طلاق، خشونت، نابسامانی خانوادگی) را کاهش دهد،

- و در نهایت به تحکیم سرمایه اجتماعی در جامعه منجر شود.

2-2-1. تحلیلی از نگرش های سنتی و علمی به مشاوره خانواده

2-2-1-1. گفتمان سنتی: میراث فرهنگی و هویتی

این نگرش ریشه در باورها، سنت ها و ساختارهای اجتماعی پیشامدرن دارد. در این نگرش منابع حل مسئله در خانواده بزرگان خانواده و خویشاوندان هستند مشکلات در «داخل خانه» و با مشورت بزرگان فامیل (پدر، مادر، عمو، دایی) حل می شود. «غریبه» (مشاور) حق ورود به این حریم خصوصی را ندارد. گاهی رهبران مذهبی و دینی و افراد معتمدی چون روحانیون، امامان جماعت و مراجع تقلید، منبع اصلی راهنمایی اخلاقی و حل اختلافات هستند و بالطبع سنت و عرف جایگاه ویژه ای دارند به این صورت که راه حل ها در گذشته و در روش های آزمون شده اجدادی جستجو می شود.

الف). نگاه به مشکل و راه حل

-نگاه اخلاق محور و تقصیرگرا: مشکلات به عنوان «گناه»، «ضعف ایمان»، «بی غیرتی» یا «عدم انجام وظایف زناشویی» دیده می شوند. راه حل، «توبه»، «صبر» و «تغییر اخلاقی» فرد است.

-انکار و تابو بودن: مشکلات روانی-اجتماعی مانند افسردگی پس از زایمان یا اختلالات جنسی، «تابو» هستند و صحبت درباره آنها «نگ» محسوب می شود. بنابراین، اصل بر انکار مشکل یا پنهان کردن آن است.

-راه حل های کلی و دستوری: راهنمایی ها به صورت امری و کلی است: «بچه دار شو درست می شوی»، «با همسرت بساز»، و...

ب). نگاه به مرکز مشاوره

مرکزی برای «دیوانگان»: مراجعه به مشاوره برابر است با این که «عقلم را از دست داده ام» یا «روانیم ؟ و...».

دخالت بی جای غرب: گاهی مشاوره به عنوان یک «پدیده غربی» و غیرمتعهد به ارزش های بومی دیده می شود که قصد «تخریب کانون خانواده» را دارد.

آخرین راه‌حل: تنها در آستانه طلاق و پس از شکست تمام راه‌های سنتی به مشاوره مراجعه می‌شود، آن هم اغلب با این نگاه که مشاور باید طرف «ما» را بگیرد.

2-2-1-2. نگرش علمی به مشاوره خانواده: محصول عصر مدرن و دانش تجربی

این نگرش بر پایه اصول روانشناسی، پژوهش و عقلانیت جدید استوار است.

الف). منابع حل مسئله

-متخصصان دارای صلاحیت: مشکل توسط فردی حل می‌شود که سال‌ها در رشته‌ای مانند روانشناسی، مشاوره یا مددکاری اجتماعی تحصیل و آموزش دیده است.

-دانش مبتنی بر شواهد: راه‌حل‌ها از دل پژوهش‌های علمی و روش‌های اثبات‌شده (مانند درمان شناختی-رفتاری، طرحواره درمانی و...) بیرون می‌آیند.

ب). نگاه به مشکل و راه‌حل

نگاه علت‌مدار و آسیب‌شناختی: مشکلات ریشه در عوامل متعددی دارند: زیستی (ژنتیک، هورمون‌ها)، روانی (طرح‌واره‌های ذهنی، تروماهای کودکی)، اجتماعی (فقر، بیکاری). مشکل یک «بیماری» قابل درک و درمان است، نه یک تقصیر اخلاقی.

-تأکید بر گفتگو و شفافیت: اصل بر این است که مشکل باید در یک فضای امن و محرمانه به طور کامل شنیده و بررسی شود.

-راه‌حل‌های فردی‌شده و فرایندمحور: مشاور به جای دستور دادن، به مراجع کمک می‌کند تا خودش راه‌حل را بیابد. این یک فرایند مشارکتی است.

ج). نگاه به مرکز مشاوره

-مراکز عامل «ارتقای سلامت» و «پیشگیری» اند مشاوره نه فقط برای حل بحران، بلکه برای «بهبود کیفیت رابطه»، «مهارت‌آموزی» (فرزندپروری، ارتباط مؤثر) و «خودشناسی» است. مانند ورزش کردن برای سلامتی جسم است. در این نگرش مشاوره یک خدمت تخصصی است درست مانند مراجعه به پزشک متخصص برای یک بیماری جسمی.

نگرش به مراکز مشاوره خانواده، تنها یک ترجیح شخصی نیست؛ بلکه بازتابی از جهان‌بینی^۱ افراد و جامعه است. این نگرش‌ها بر همه چیز از مراجعه یا عدم مراجعه گرفته تا نوع خدمات مورد انتظار و حتی اثربخشی مشاوره تاثیر می‌گذارد. در دیدگاه سنتی، خانواده یک نهاد خودبسنده و مقدس تلقی می‌شود به این معنا که مشکلات خانوادگی «درون‌خانه‌ای» تلقی شده و طرح آن‌ها بیرون از خانواده (مثلاً نزد مشاور) نوعی بی‌اعتمادی به نظام خانواده یا حتی ضعف اخلاقی محسوب می‌شود. در گفتمان علمی مشاوره، مشکلات و آسیب‌های خانواده بصورت علمی (مبتنی بر دیدگاه‌ها و چارچوب‌های نظری روانشناسی و مشاوره و مددکاری) مورد مطالعه و بررسی قرار می‌گیرد.

-مراجع^۲ حل مسئله: در الگوی سنتی که اغلب با وساطت و میانجیگری بزرگان خانواده (پدر، مادر، عمو، ریش‌سفید، روحانی محل) که نقش «مشاور» را ایفا می‌کنند گاهی این وضعیت به صحنه دادخواهی و دادگاه بدل می‌شود و شخص میانجی بیشتر در مقام قاضی بدنبال متهم اصلی می‌گردد، همین مساله، امر مداخله و مشاوره را از مسیر مشاوره بیطرفانه و بدور از هر نوع جانبداری خارج می‌سازد. در الگوی علمی این مشاور و روانشناسی و مددکار است که با اتکا بر دانش و مهارت‌های آموخته شده در دانشگاه با دلایل علمی به تحلیل و تبیین مساله یا مشکل پیش آمده می‌پردازد و برایش راه کار پیشنهاد می‌دهد.

-انگ اجتماعی^۳: با وجود این، کماکان مراجعه به مشاور یا روان‌شناس و مددکار ممکن است به معنای «بیمار بودن»، «دیوانگی» یا «ناکارآمدی» تلقی شود.

¹Worldview

²Authorities

³Social Stigma

- رویکرد قضا و قدری: مشکلات خانوادگی به سرنوشت، نصیب و قسمت یا خواست خدا نسبت داده می‌شود و مشاوره علمی کم‌اهمیت و اساساً غیر لازم تلقی می‌شود.

- کارکرد مشاوره سنتی و علمی: توصیه‌های کلی اخلاقی، تاکید بر صبر، گذشت، اطاعت و حفظ ظاهر خانواده. اما در رویکرد علمی بر مهارت‌های مقابله‌ای، درمانی و عدم کتمان حقیقت تاکید می‌شود.

(د). نگرش به مشاور و روانشناس و مراکز مشاوره خانواده

دیدگاه علمی بر پایه دانش روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، علوم رفتاری و مشاوره است (گلدنبرگ و گلدنبرگ، 2013؛ کاظمی، 1398؛ آقاپور و همکاران، 1397؛ مینوچین، 1974، اسپرنکل و همکاران، 2009، خالق، 1400؛ کارول و داهرتی، 2003) در این پارادایم خانواده یک نهاد پویا و آسیب‌پذیر و یک واقعیت اجتماعی تام¹ است که ممکن است دچار بحران و تعارض شود و تبع آن مشکلات خانوادگی نه صرفاً ابعاد روانی و فردی که دارای ابعاد اخلاقی یا دینی، اجتماعی، اقتصادی و ارتباطی است، از این منظر خانواده به مثابه یک واقعیت اجتماعی تام، ممکن است همزمان چندین بعد آن دچار اختلال کارکردی² (اقتصادی، دینی، حقوقی، سیاسی، خویشاوندی، زیبایی‌شناختی و اخلاقی) شود، در مشاوره و مداخلات مددکاری این یک اصل بنیادین است چرا که ب طبق آن، مشکلات یا مسائل خانواده را نمی‌توان صرفاً در یک حوزه خاص روانی و فردی محدود و تحلیل کرد و بلکه باید آن را از زوایایی مختلف مورد واکاوری و تحلیل و بررسی قرار داد.

- ضرورت متخصص: مشاوره خانواده نیازمند افراد آموزش‌دیده (با مدرک، تجربه و صلاحیت حرفه‌ای) است.

- رویکرد پیشگیرانه: مشاوره فقط برای زمان بحران نیست، بلکه می‌تواند پیش از ازدواج یا در مراحل مختلف زندگی زناشویی مفید باشد.

- روش‌های علمی: استفاده از رویکردهای درمانی (شناختی-رفتاری، سیستمی، روایت‌درمانی، مشاوره پیش از طلاق و...) و ابزارهای سنجش معتبر.

- پژوهش محوری: ارزیابی مستمر اثربخشی خدمات مشاوره‌ای و اصلاح شیوه‌ها بر اساس داده‌ها.

¹Total Social Fact

²Functional Disorder

بر اساس مطالب فوق و پیشینه موجود، خلاصه ترکیبی از ادبیات نظری درباره نگرش «سنتی» و «علمی» نسبت به مشاوره خانواده در قالب جدول زیر ارائه می گردد.

جدول شماره 2-1. مقایسه تطبیقی نگرش ها

مؤلفه	نگرش سنتی	نگرش علمی
منبع مشروعیت	تجربه بزرگان، دین، عرف	دانش علمی، تخصص دانشگاهی، شواهد تجربی
نگاه به مشکل	اخلاقی- شخصی، قضا و قدری	روان شناختی، اجتماعی، قابل درمان
مشاور	ریش سفید، روحانی، بزرگ خانواده	مشاور حرفه ای، روان شناس، مددکار اجتماعی
نوع راه حل	نصیحت، توصیه اخلاقی، صبر و تحمل	رمان ساختاریافته، مهارت آموزی، حل مسئله علمی
رابطه با جامعه	پنهان کاری، حفظ آبرو	شفافیت نسبی، نهادینه سازی مراجعه به مشاور
جایگاه مراکز مشاوره	کم اعتماد، بی نیاز	معتبر، مکمل نظام سلامت اجتماعی

2-3. وضعیت کنونی مشاوره خانواده در ایران

همزیستی دو نگرش: جامعه ایران هنوز در مرحله گذار است؛ بسیاری از خانواده ها به سنتی ها رجوع می کنند اما نسل جوان تر و تحصیل کرده به مراکز مشاوره اعتماد بیشتری دارند. واقعیت این است که هنوز در جامعه ایران آن چنان که باید موضوع مشاوره خانواده (قبل، حین و بعد از ازدواج) جا نیافتاده است گرچه در شهرهای بزرگ این وضعیت به مراتب بهتر شده است اما در سایر مناطق در بر پاشنه مشاوره درون خانوادگی می چرخد لذا شرایط بگونه ای است که کفه ترازو به سمت مشاوره های سنتی و ریش سفیدی سنگینی می کند قطعاً تغییر این وضعیت نیازمند اقدامات فرهنگی گسترده است چرا که شکستن مقاومت های فرهنگی و تابوهای¹ امر زمانبری است و یک شبه اتفاق نمی افتد؛ ورود رسانه ها برای ایجاد ذهنیت مثبت به مشاوره خانواده و مددکاری می تواند در اقبال عمومی به مشاوره خانواده بسیار موثر واقع شود. در سایه کار فرهنگی گسترده و حمایت رسانه هاست که سرمایه اجتماعی² مشاوره خانواده (و روانشناس و مشاور و مددکار اجتماعی) رشد می کند.

¹Taboo

²Social Capital

بی تردید نگرش سنتی با وجود کاستی‌های علمی، از سرمایه اجتماعی و مشروعیت فرهنگی بالایی برخوردار است اما برای مسائل و مشکلات خانواده معاصر امروز کارایی چندانی ندارد. بدین ترتیب سنتز این دو الگو (سنتی و مدرن) به کارآمدی هر چه بیشتر مراکز مشاوره خانواده یک ضرورت اجتناب ناپذیر است به بیان دیگر، راه موفقیت مشاوره خانواده در ایران، بومی‌سازی دانش علمی در بستر فرهنگ سنتی است؛ یعنی احترام به ارزش‌ها و باورهای سنتی در عین به‌کارگیری روش‌های علمی. این مساله حلقه مفقوده فرایندهای مشاوره خانواده هااست تجربه زیسته مشاوران (اعم از مشاور و روانشناس و مددکار) نشان می‌دهد در مناطقی که فرهنگ مراجعه مشاور تا حدودی جا افتاده است زنان در قیاس با مردان اقبال مثبت و بیشتری به مشاوره از خود نشان می‌دهند به این صورت که در اغلب مشاوره‌ها زنان حضور فعال و پر رنگی دارند. اغلب زنان هستند که در مراجعه به مراکز مشاوره خانواده پیشقدم می‌شوند اما به جهت غیبت طرف دیگر بازی گروهی خانواده، مردان اعتماد، باور و اقبال خوبی به مشاوره ندارند به همین دلیل هم ضرورتی به مشاوره نمی‌بینند و در نتیجه در اغلب جلسات مشاوره شرکت نمی‌کنند به همین دلیل پر کردن این خلاء ذهنیتی و هدایت و جهت دهی برنامه‌های فرهنگی به سمت اعتماد سازی در اقایان و قبولاندن این نکته که مشاوره خانواده باید بصورت توانمند و یا حضور همسران (مرد و زن) صورت گیرد، یک ضرورت انکار ناپذیر است اتفاقی که ضامن کارایی و اثر بخشی مشاوره و حل مشکلات خانواده است.

2-3-1. تقابل، تعارض و امکان گفتگو

این دو نگرش لزوماً در تضاد مطلق نیستند، اما نقطه اصطکاک زیادی دارند. می‌توان رابطه این دو رویکرد را بصورت زیر خلاصه کرد.

جدول شماره 2-2: مقایسه نگرش سنتی و مدرن به موضوع مشاوره خانواده

حوزه تعارض	نگرش سنتی	نگرش علمی
منبع مشروعیت	سنت، دین، عرف	علم، پژوهش، عقلانیت
علت مشکلات	ضعف اخلاقی، گناه	عوامل زیستی-روانی-اجتماعی
نقش مشاور	راهنمای اخلاقی، داور	تسهیل گر، متخصص بی طرف
محوریت	جمع و خانواده (حفظ نهاد خانواده به هر قیمت)	فرد و سلامت روان او (در کنار سلامت نظام خانواده)

از این رو تنها راه پیش رو یکپارچه سازی هوشمندانه به جای حذف یکی از آنهاست. این سنتز موجب بهره گیری از ظرفیت ذاتی هر دو رویکرد می شود. توجه به مؤلفه های فرهنگی در طراحی مداخلات خانوادگی به خوبی در مدل اعتبار بوم شناختی¹ نشان داده شده است (Bernal et al., 1995). مطالعات مداخله ای ایرانی نشان داده اند که درمان های علمی پس از تطبیق فرهنگی قادرند ارزش های سنتی را به صورت قابل قبول و اثربخش تبیین و تقویت کنند (Zemestani, 2022 & Pirsaghi et al., 2024). «به همین سیاق، موفق ترین مراکز مشاوره خانواده در ایران (و جوامع مشابه) آنهایی هستند که توانسته اند پلی بین این دو نگرش ایجاد کنند. این اقدام به معنای «علم زدایی» یا «سنت زدایی» نیست، بلکه تلفیق خردمندانه است تلفیقی که دارای مختصات زیر است:

1. **احترام به بافت فرهنگی:** یک مشاور علمی باید بداند که در یک جامعه اسلامی-ایرانی، ارزش هایی مانند «حفظ حیا»، «احترام به بزرگان» و «تقدس نهاد خانواده» بسیار مهم هستند. او می تواند از این ارزش ها به عنوان منبعی برای تقویت رابطه درمانی استفاده کند، نه اینکه با آنها بجنگد.
2. **تبیین علمی برای ارزش های سالم سنتی:** بسیاری از توصیه های سنتی، پشتوانه علمی دارند. مثلاً صبر در برابر مشکلات را می توان با تکنیک های «تحمل پریشانی» در روانشناسی توضیح داد. یا «احترام به والدین» را می توان در چارچوب «احترام به مرزهای سالم» بازتعریف کرد.

¹Ecological Validity

3. توانمندسازی رهبران سنتی: به جای حذف روحانیون و بزرگان محلی، می‌توان برای آنان کارگاه‌های آموزشی برگزار کرد تا بتوانند موارد پیچیده را به درستی به مراکز تخصصی مشاوره ارجاع دهند. این همکاری، اعتماد جامعه را جلب می‌کند.

4. زبان‌سازی مشترک: به جای استفاده از اصطلاحات پیچیده غربی، می‌توان از مفاهیم و ادبیات بومی برای توضیح مسائل علمی استفاده کرد (مانند استفاده از مفهوم «قلب سلیم» برای سلامت روان).

بدی ترتیب باید توجه داشته باشیم که نگرش سنتی، بخشی از هویت و سرمایه اجتماعی جامعه ایران است که نمی‌توان و نباید آن را نادیده گرفت به همین ترتیب، نگرش علمی، ابزار قدرتمندی برای حل مسائل پیچیده عصر جدید است که نمی‌توان از آن چشم پوشید. چالش اصلی مراکز مشاوره خانواده، مدیریت این تقابل نیست، بلکه تبدیل آن به یک گفتگوی سازنده است. مرکزی که بتواند با زبان علمی به دغدغه‌های سنتی جامعه پاسخ دهد، هم مورد اعتماد باقی می‌ماند و هم می‌تواند خدمات مؤثر و کارآمدی ارائه دهد. این تحقق عملی «ارتقای عملکرد نهادی» است که در مدل تحلیلی تحقیق نیز به آن پرداخته شده است و لازمه آن اتخاذ یک رویکرد سیستمیک و چندوجهی است که هم بر جنبه‌های درون‌سازمانی (مانند منابع انسانی، ساختارها، کیفیت خدمات و ...) و هم بر برون‌سازمانی (مانند ارتباط با سایر نهادها) متکی باشد و هم یک رویکرد سینتتیک، ترکیبی و سینرژیک¹ که بتواند از پتانسیل منابع موجود به نحو مطلوبی جهت بهبود عملکرد خود استفاده کند.

2-4. پیشینه داخلی و خارجی

با بررسی منابع و پایگاه‌های داده‌های پژوهشی داخلی و خارجی، پیشینه‌های منطبق بر متغیرهای کلیدی تحقیق حاضر پیدا نشد که خود حاکی تازگی و بدیع بودن موضوع تحقیق بود با وجود این، سعی شد بخشی از منابع پژوهشی که کم و بیش می‌توان بین آنها و موضوع حاضر ارتباط و لو غیر مستقیم برقرار کرد در اینجا آورده شده است.

-حقوقی، سمیرا و دیگران (1401) در تحقیقی با عنوان «واکاوی عوامل و نشانگرهای مرتبط با کیفیت مراکز خدمات مشاوره ازدواج و تحکیم خانواده: مروری نظام مند»، معتقدند؛ طراحی و به روز رسانی شیوه ارائه خدمات

¹Synergic

مشاوره ازدواج و تحکیم خانواده و همچنین سازماندهی نظام اعتبار سنجی کیفیت خدمات در کیفیت عملکرد مراکز خدمات مشاوره ازدواج و تنظیم خانواده موثر است .

-کیاتبار و همکاران (1393) در پژوهشی بدنبال بررسی موانع سازمانی پیشرو در بهبود عملکرد مدیریت ارشد و میانی شرکت کیسون برای ارتقای سطح کارایی کارکنان آن شرکت انجام دادند یافته های آنها حاکی از آن است که: موانع سازمانی بیشتر مشتمل بر عوامل ساختاری (ساختار سازمانی، بهبود روش ها، سیستم های مکانیزه ی اطلاعاتی، سیستم پرداخت، سیستم گزینش و استخدام ، سیستم انتصاب و ارتقاء شغلی و سیستم ارزیابی عملکرد) و عوامل رفتاری (فرهنگ سازمانی، انگیزش و رضایت شغلی، رهبری، توانمندسازی و امنیت شغلی) می باشد و کمترین آسیب مربوط به عوامل زمینه ای (مشتری گرایی و تکریم ارباب رجوع و پیمانکاران و مشاوران) است.

- سهرابی و نمازی (1399) در تحقیقی با عنوان «موانع بهره وری در سازمانهای دولتی (مورد مطالعه: سازمان صمت اصفهان)، در تحلیل موانع سازمانی به موارد زیر اشاره می کنند: میزان اختیار و آزادی عمل کارکنان، فقدان ساز و کار کنترل و پاسخگو کردن کارکنان در قبال مسئولیت خود، سیستم پاداش نامشخص برای عملکرد مناسب، تعهد ناکافی مدیریت در رابطه با بهره وری، مرتبط نبودن برنامه های انگیزشی بویژه مشوق های مالی، مقاومت سرپرستان در رابطه با ورود رویه ها و تکنولوژی های جدید، مهارت های تحلیلی ناکافی و نبود کارکنان تحلیلگر، ارزیابی عملکرد نامناسب و داده های ناکافی برای ارزیابی عملکرد، ناآگاهی از برنامه های رقبا، موفق برای تطبیق و مقایسه، پراکندگی جغرافیایی واحدها و مجزا بودن واحدها، نبود انعطاف پذیری بوروکراسی در واحدها، پژوهش و توسعه ناکافی، نیاز به سرمایه زیاد اولیه برای تلاش های بهبود بهره وری.

- براساس تحقیق بابک و همکاران (1403) با عنوان « طراحی الگوی توسعه حرفه ای مشاوران مراکز مشاوره و روانشناسی شهر تهران براساس نظریه داده بنیاد»، مواردی چون سیاستگذاری صحیح؛ ارتقاء دانش و تقویت ویژگی های فردی، سازمان نظام روانشناسی و مشاوره و کیفیت آموزش عالی، عدم انعطاف پذیری علمی، عدم گشودگی علمی و تجاری سازی آموزش، اعتمادسازی در مراجع، افزایش اعتماد به نفس مشاوران، افزایش کیفیت مشاوره و اتحاد درمانی، مهمترین عوامل مرتبط با بهبود عملکرد این

مراکز بوده است در خارج از کشور نیز تحقیقات مرتبط متعددی در ارتباط با موضوع حاضر انجام گرفته است که در جدول زیر بصورت خلاصه آمده است.

جدول شماره 2-3. پیشینه مطالعاتی موانع نهادی (سازمانی) خارج از ایران

فرایند پیچیده بوروکراسی	فینس تن و فینس تن (1972)
نبود نظام مناسب پاسخگویی	اسچیک (1996)
فقدان سیستم مناسب پاداش	بریس (1988)
پایین بودن امنیت شغلی	آمونز (2004)
محدودیت برنامه های انگیزشی مادی	آمونز (2004)
مبهم بودن اهداف	دراکر (1998)
کمبود کارکنان تحلیل گر	لوین (1979)
نبود سیستم مناسب حسابرسی هزینه	گور (1993)؛ گلد اسمیت (1997)؛ ساوس (2000)
فقدان سیستم مناسب ارزیابی عملکرد	آمونز (2004)؛ کلونین (1983)
فقدان فضای مناسب برای ترویج اطلاعات	آمونز و کینگ (1983)
تمرکزگرایی در تصمیم گیری و اجرا	هیس (1972)، گورویت (1989)؛ زولکوس (1989)
کافی نبودن فعالیت های تحقیق و توسعه	کی توور (2001)؛ گلد (2000)؛ سولومون (2001)
نیاز به سرمایه گذاری اولیه زیاد برای فعالیت بهبود بهره وری	آمونز (۲۰۰۴)
تاکید بیش از حد بر رویه ها و دستورالعمل ها	(۲۰۰۰) کافمن (۲۰۰۱)؛ آژیورن و پلاسترایک
وجود مقاومت در برابر نظارت	آمونز (2004)

موانع نهادی (سازمانی)

5-2. ادبیات تحقیق موانع نهادی

بر اساس بند ۶ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۲۷/۱۱/۱۳۸۰ مجلس شورای اسلامی و بند ۸ ماده ۵۷ احکام دائم برنامه ششم توسعه، صدور پروانه فعالیت برای ایجاد مراکز خدمات مشاوره اجتماعی و روانشناسی اجتماعی بر عهده سازمان بهزیستی کشور گذاشته شده است.

مطابق مفاد اصول ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و بمنظور تأمین موجبات برنامه ریزی، هماهنگی، نظارت و ارزشیابی و تهیه هنجارها و استانداردهای خدماتی و توسعه دامنه اجرای برنامه های بهزیستی در زمینه حمایت خانواده های بی سرپرست و نیازمند و ارائه خدمات مختلف به کودکان و تدارک امکانات پیشگیری و درمانی و توانبخشی حرفه ای و اجتماعی معلولین جسمی و روانی و تجدید تربیت منحرفین اجتماعی و حمایت و نگهداری از کودکان و اطفال بی سرپرست و معلولین غیرقابل توانبخشی و سالمندان نیازمند و آموزش نیروی انسانی خدمات بهزیستی و توانبخشی و تأمین موجبات تشویق، جلب مشارکت و فعالیت های گروه های داوطلب و موسسات غیردولتی، سازمان بهزیستی کشور تشکیل می شود (به نقل از وبسایت بهزیستی کشور تاریخ 19 آبان 1399 <https://www.behzisti.ir/news>).

مراکز و دفاتر مشاوره بهزیستی با عوامل نهادی و تأثیرگذار متعددی درگیر هستند که مانع عملکرد و اثربخشی آنها در رسیدگی به مسائل حوزه فعالیت خود در ارتباط با خانواده می شوند. این عوامل شامل اینرسی نهادی^۱، نابرابری های اجتماعی - اقتصادی و چالش های اجرای برنامه ها است. درک این چالش ها برای بهبود ارائه خدمات و نتایج آن برای خانواده های نیازمند، بسیار مهم است. در این بین موانع نهادی، موانع مهمی هستند که می توانند بهبود عملکرد سیستمی را در بخش های مختلف با مشکل مواجه سازند. این موانع می توانند ناشی از عوامل ساختاری، فرهنگی، مقرراتی و عملیاتی درون سازمان باشند. درک این موانع برای طراحی استراتژی های حل مشکل و افزایش عملکرد سیستمی حائز اهمیت حیاتی است. در ادامه برخی از این موانع عمده را به تفصیل مورد بررسی قرار می دهیم:

2-5-1. اینرسی نهادی

اینرسی نهادی واژه بسیار کلی است چون شامل اینرسی اقتصادی و حقوقی، اجتماعی و فرهنگی، سیاسی و سازمانی می شود. اینرسی جنبه مثبت و منفی دارد. وقتی نهادی کارآمد است، ضرورتی بر تغییر وجود ندارد. در این شرایط جنبه مثبت اینرسی مدنظر است. اما وقتی نهادی ناکارآمد باشد، چسبندگی آن جنبه منفی قضیه است

¹Institutional Inertia

و باید بر آن غلبه کرد. در متون اقتصاد نهادی، وقتی صحبت از اینرسی نهادی می شود، اغلب جنبه منفی آن مد نظر قرار می گیرد و بحث بر سر رفع آن است. بدین ترتیب، اینرسی نهادی، به چسبندگی¹ نهادها یا نحوه مقاومت آنها در برابر تغییر مربوط می شود. این مقاومت در برابر تغییر، یک ویژگی تعیین کننده در نهادها است، زیرا نهادها به طور قابل توجهی به سمت ثبات و قابل پیش بینی بودن تمایل دارند. نهادها برای ایجاد نظم باید نسبتاً پایدار و بادوام باشند. این ویژگی نهادها منجر به مقاومت آنها در برابر تغییر می شود. در برخی مطالعات، شکست در تبدیل یک شکل سازمانی ناکارآمد به شکل کارآمد به عنوان اینرسی نهادی شناخته شده است (صمدی و همکاران، 2024). مقاومت بوروکراتیک اغلب به رکود در تلاش های اصلاح خدمات بهزیستی منجر می شود، همانطور که در تحلیل ساختارهای تشویقی مدیران بهزیستی دیده می شود (رکسولاک، 2008). پیچیدگی نظام بهزیستی، با چندین بازیگر درگیر، می تواند در مسیر اجرای موثر سیاست ها موانع جدی ایجاد کند (گریسکی و آشر، 1980).

2-5-2. نابرابری های اجتماعی - اقتصادی

مسائل بین طبقاتی زمانی ایجاد می شوند که ارائه دهندگان خدمات با پیشینه های اجتماعی - اقتصادی بالاتر به مددجویان طبقات پایین تر خدمات ارائه می کنند، گاهی این امر منجر به سوء تفاهم و ارائه خدمات ناکارآمد می شود (لنت، 2001). انگ ها و سوگیری ها می توانند تعاملات را پیچیده تر کنند و در نتیجه فقدان همدلی و صداقت در روابط مشاوره ای ایجاد شود (همان) نتیجه این امر، نارضایتی مراجعین و در نتیجه عدم اقبال به این مراکز و خدمات آنها خواهد بود.

2-5-3. چالش های اجرای سیاست ها

تغییرات در بوروکراسی های بهزیستی، مانند تمرکز اداری و حرفه ای بودن، به طور قابل توجهی بر اجرای سیاست های بهزیستی تأثیر می گذارد (گریسکی و آشر، 1980). در نتیجه انعطاف پذیری و منابع کافی، برای ارائه طیف وسیع تری از خدمات ضروری است (مارتینسون، 2002). در مقابل، برخی استدلال می کنند که علی رغم این چالش ها، رویکردهای نوآورانه و مشارکت های اجتماعی می تواند اثربخشی مراکز مشاوره بهزیستی را افزایش دهد و پیشنهاد می کند که اصلاحات از طریق تلاش های مشترک و استراتژی های هدفمند امکان پذیر

¹Stickiness

است. بدین ترتیب، دو مانع شاخصی که از بیرون ارتقای عملکرد مراکز مشاوره خانواده را تحت تاثیر قرار می دهند، عبارتند از:

2-3-5-1. موانع ساختار سازمانی و بوروکراتیک

یکی از رایج ترین موانع نهادی، ساختار بوروکراتیک سفت و سخت در سازمان بهزیستی است. مسیرهای بوروکراسی، مستندات بیش از حد، و فرآیندهای تصمیم گیری سلسله مراتبی اغلب انعطاف پذیری و نوآوری را مختل می کنند. به عنوان مثال، در چارچوب USAID¹، کارکنان مسیرهای بوروکراتیک را به عنوان یک مانع مهم برای گنجاندن تفکر سیستمی در عملیات خود شناسایی کردند. این ساختارها همکاری بین بخش ها را محدود کرده و مانع از ادغام رویکردهای کل نگر لازم برای بهبود عملکرد سیستمی می شوند (جیکابستین و برینکرها، 2015). به همین ترتیب، در اداره دولت محلی، فقدان ساختار سازمانی فرآیندمحور و رواج فعالیت های بدون ارزش افزوده، ناکارآمدی ها را تشدید می کند. طراحی نادرست ساختارهای سازمانی و سیستم های مستندسازی بیش از حد پیچیده این چالش ها را تشدید کرده و همسویی فرآیندها با اهداف سیستمی را دشوار می سازد (باگدول، 2015).

موانع ساختاری و بوروکراتیک یکی از موضوعات بسیار دامنه داری است که سالها موضوع خدمات مشاوره ای و روانشناختی را با چالش های بسیار جدی مواجه ساخته است. همانطور که در قسمت های پیشین (فصل اول این گزارش) نیز اشاره شد، ادارات و سازمان های متعددی در خصوص صدور پروانه تاسیس مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره دخیل هستند که همین امر موجب شکل گیری «استاندارد های چندگانه و گاه متعارض» در کمیت و کیفیت ارائه خدمات یاد شده به مراجعین می گردد. حساسیت و اعمال رویه های قانونی سفت و سخت در بهزیستی و سازمان نظام روانشناسی و مشاوره و در مقابل سهولت و تسهیل فرایند صدور مجوز یاد شده از سوی برخی مراکز موازی (دادگستری های استانها، سازمان ملی ورزش و جوانان، نیروی انتظامی، آموزش و پرورش) موجب سردرگمی نیروی انسانی این مراکز و حتی عدم تمایل به تداوم فعالیت در آنها می گردد. یک کاسه کردن استانداردهای حرفه ای در مراکز ارائه خدمات روانشناختی و مشاوره و مددکاری، فارغ از سازمان

¹ آژانس توسعه بین المللی ایالات متحده

متبوع و متولی صدور پروانه تاسیس، می تواند بخش زیادی از این مسائل و مشکلات را برطرف نماید. اما آنچه در این میان بدیهی است این واقعیت است که طبق قانون و اسناد بالادستی ابلاغی، متولی اصلی صدور مجوز تاسیس این مراکز بهزیستی است در حالی که سازمان نظام روانشناسی و مشاوره چنین ادعایی را قبول نمی کند و زیر بار چنین ادعایی مستند به مفاد قوانین مصرح نمی رود و خود را متولی انحصاری و تنها مسئول قانونی صدور این مجوزها می داند. به هر حال، با احترام به ادعای بر حق هر دو سازمان، لازم است برای یکبار و برای همیشه این تناقض و نابسامانی مرتفع شود تا مراجعین و افراد نیازمند به این خدمات، کمترین آسیب را ببینند و خدمات لازم را با کیفیت و استاندارد بالایی دریافت کنند. لازم است به دلیل خلط قانون، یکسان سازی صدور پروانه فعالیت روانشناسان و مشاوران و مددکاران تعیین تکلیف شود چرا که بنا به تفسیرهای به رأی و خلط قانونی، هم سازمان بهزیستی و هم نظام روانشناسی و مشاوره و هم سازمان های موازی دیگر می توانند در سایه عدم شفافیت و ابهام قانونی، مجوز فعالیت بدهند و بدین ترتیب بر دامنه بی نظمی موضوع بیفزایند. بلا تکلیفی در ساماندهی مشاوران و روانشناسان دفاتر مشاوره و بروز نارضایتی های احتمالی، در کنار فعالیت های بعضاً غیرقانونی حوزه سلامت روان توسط افراد فاقد صلاحیت، یک مطالبه ضروری است که باید هر چه زودتر تکلیف آن مشخص شود. در اینجا سعی می شود برخی از استدلال ها و مدعیات طرفین اصلی موضوع مشاوره خانواده یعنی سازمان بهزیستی کشور و سازمان نظام روانشناسی و مشاوره را یاد آور شویم.

به گفته وحیدنیا مدیرکل مشاوره و روان شناختی سازمان بهزیستی کشور، «3240 مرکز روان شناسی و مشاوره و بالغ بر 15 هزار روان شناس تحت نظر سازمان بهزیستی کل کشور فعالیت می کنند و این سازمان مرجع صدور پروانه مراکز روان شناسی و مشاوره است.» (مصاحبه با روزنامه «ایران» تاریخ مرداد 1401). در قانون تشکیل سازمان نظام روان شناسی و مشاوره نیز هیچ جا به بحث تأسیس کلینیک های روان شناسی اشاره ای نشده است. او در ادامه بیان می کند؛ همان طور که اگر کسی بخواهد کلینیک پزشکی راه اندازی کند باید از وزارت بهداشت مجوز بگیرد و از سوی این وزارتخانه تأیید شود اگر کسی بخواهد در حوزه روان شناسی هم فعالیت کند براساس ماده 57 قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور باید زیر نظر سازمان بهزیستی کشور باشد و این سازمان تنها متولی سلامت اجتماعی در کشور است و همین ماده قانونی در بند 8 صراحتاً سازمان بهزیستی کشور را مرجع صدور پروانه تأسیس مراکز خدمات مشاوره و روان شناسی کرده است. براساس مطالعاتی که سال گذشته مرکز

پژوهش‌های مجلس منتشر کرد یکی از الزامات در کشورمان بحث ساماندهی خدمات مشاوره و روان‌شناسی است که باید در دستور کار باشد و این نظارت باید نظارتی حاکمیتی باشد. سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره یک سازمان غیر دولتی مستقل است و براساس قانون خدمات کشوری باید با سازمان‌های دولتی همکاری و همفکری کند تا بتواند نقش خودش را ایفا نماید. به زعم ایشان در کشور تنها مجموعه‌ای که از چنین شاخص‌های نظارتی برخوردار است سازمان بهزیستی کشور است که به صورت مستمر و برنامه‌ریزی شده این نظارت‌ها را اعمال می‌کند. (لذا) اعطای مجوز تأسیس کلینیک‌های روان‌شناسی در انحصار ماست (بهزیستی) (همانجا).

مدیرکل مشاوره و روانشناختی بهزیستی کشور با بیان اینکه این نظارت‌ها تنها محدود به مراکز نیست و سازمان بهزیستی به‌طور مستمر به نوع فعالیت و محتوای ارائه شده در مراکز هم نظارت می‌کند گفت: سازمان بهزیستی کتابچه تشخیصی طبقه‌بندی اختلالات روان را تهیه کرده و در سامانه گذاشته است که مراکز می‌توانند با مطالعه آن از طبقه‌بندی‌های جدید مطلع شوند. آموزش‌های محتوایی را برای کیفی‌سازی خدمات داریم، سازمان بهزیستی سامانه آموزش روانشناسان را راه‌اندازی کرده که بالغ بر 6500 نفر در آن عضو هستند و در آنجا هم آموزش‌های مختلفی را ارائه می‌دهند و هم آموزش دریافت می‌کنند. علاوه بر این براساس نیاز سنجی آموزشی که انجام می‌شود سازمان بهزیستی سالیانه دوره‌هایی را برگزار می‌کند. برنامه‌هایی هم در تمديد مجوزها دیده شده است که هر سال هم مشاورین هم مسئول فنی و هم مؤسس مرکز بتوانند استانداردهای لازم را کسب کنند.

در مقابل حاتمی رئیس سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره کشور درباره مرجع اعطای مجوز جهت تأسیس کلینیک‌های روان‌شناسی به روزنامه «ایران» می‌گوید: آیین‌نامه مشخصی در این خصوص وجود دارد، این آیین‌نامه در جهت ساماندهی مراکز خدمات روان‌شناسی مشاوره در سال 1392 ابلاغ شده و در ماده 57 قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور به وضوح مطرح شده که سازمان بهزیستی کشور، فقط متولی سلامت اجتماعی و مشاوره در مراکز ویژه مشاوره‌های اجتماعی است، علاوه بر قانون، طبق تعریف هیأت دولت هم مشاوره‌های ژنتیک، مددکاری، امور اورژانس و در مواردی توسط بهزیستی انجام می‌پذیرد و این سازمان حق ورود به مراکز تخصصی ویژه مشاوره را ندارد. وی معتقد است؛ اعطای مجوز به این مراکز تخصصی، در انحصار ما (یعنی نظام مشاوره و روانشناسی) است، هیچ مرجعی هم غیر از مجلس شورای اسلامی نمی‌تواند این موضوع را لغو کند. سازمان بهزیستی کشور هم تنها در 13 مورد آن هم مراکزی که تحت پوشش این سازمان است، می‌تواند مجوز

بدهد؛ به عنوان مثال اورژانس‌های اجتماعی در مراکز خود می‌توانند از روان‌شناسان استفاده کنند. البته در مورد سلامت مدیر فنی‌ها هم در آیین‌نامه تصریح شده که این افراد هم باید مورد تأیید سازمان نظام روان‌شناسی کشور باشند و پروانه سازمان نظام را داشته باشند. وی درباره 3200 مرکزی که با مجوز سازمان بهزیستی تأسیس شده‌اند، توضیح می‌دهد: این مراکز باید تک تک به سازمان نظام روان‌شناسی مراجعه کنند تا اعتبارسازی شوند. مرجع تمامی صحبت‌های من ابتدا مجلس شورای اسلامی و سپس دولت است و به ابلاغ آیین‌نامه هیأت دولت در سال 1392 در خصوص ساماندهی‌ها استناد می‌کنم، دولت هم می‌گوید که در آن سال آیین‌نامه ساماندهی را ابلاغ کرده، معاونت حقوقی رئیس‌جمهور هم اعلام کرده که آیین‌نامه قبلی مبنای کار است و در آن هیچ حرف و حدیث و بحث جدیدی هم وجود ندارد. بنابراین سازمان بهزیستی کشور به بحث مراکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره نباید ورود کند، به محض اینکه بخواهد یک مجوز تأسیس کلینیک دیگر صادر کند، ما شکایت خواهیم کرد (به نقل از وبسایت میگنا تاریخ دسترسی 22 مرداد 1401). رئیس سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره کشور در ادامه در زمینه 3200 کلینیکی که از سازمان بهزیستی مجوز گرفته‌اند، اظهار می‌دارد: سازمان بازرسی کل کشور به این مسأله ورود کرده و حتماً با این کلینیک‌ها برخورد قانونی خواهد شد. از این به بعد هم اخذ مجوز بدون داشتن پروانه سازمان نظام روان‌شناسی، قطعاً شکایت ما به دادگاه را به دنبال خواهد داشت. اساساً این مسأله تمام شده است و تغییری در این قانون صورت نخواهد گرفت (همانجا).

این در حالی است که اسدی معاون اداره سلامت روان وزارت بهداشت در پاسخ به اینکه متولی سلامت روان جامعه چه نهادی است، به روزنامه «ایران» می‌گوید: طبق قانون مسئولیت سلامت جسم و روان بر عهده وزارت بهداشت است. طبق قانون صدور پروانه فعالیت در حوزه روان‌شناسی و مشاوره بر عهده سازمان نظام روان‌شناسی است. برای مثال مسئولیت سلامت بیمار بر عهده وزارت بهداشت است، بر این اساس اهدای پروانه تأسیس مطب یا کلینیک بر عهده حوزه معاونت درمان است و سازمان نظام پزشکی بخشی از کار نظارت را بر عهده دارد معنی‌اش این نیست که متولی سلامت جسم سازمان نظام پزشکی است (آرشیو روزنامه ایران، تاریخ: ۲۳ مهر 1396). او درباره تعارض منافع سازمان بهزیستی و نظام روان‌شناسی درباره صدور پروانه فعالیت و نظارت بر کار کلینیک‌های روان‌شناسی نیز عنوان می‌کند: یکسری قوانین از گذشته وجود دارد که در بخش‌هایی از آن سازمان بهزیستی اجازه صدور مجوز فعالیت را دارد، البته این قوانین مربوط به زمانی است که سازمان نظام

روانشناسی شکل نگرفته بود. با شکل‌گیری این سازمان صنفی، قانونگذار مسئولیت صدور پروانه و نظارت را به سازمان نظام روان‌شناسی داده است اما به دلیل خلط قانون باید یکسان‌سازی صدور پروانه فعالیت روان‌شناس‌ها تعیین تکلیف شود چرا که بنا به تفسیرهای به رأی و خلط قانونی، سازمان بهزیستی نیز می‌تواند مجوز فعالیت دهد. معاون اداره سلامت روان وزارت بهداشت با تأکید بر اینکه وزارت بهداشت از نظر قانونی اجازه هیچ گونه مداخله در صدور پروانه فعالیت کسب و کار روان‌شناس‌ها را ندارد، می‌گوید: دلیلش هم این است که اغلب فارغ التحصیلان رشته‌های روان‌شناسی مربوط به وزارت علوم یا دانشگاه آزاد هستند و تعداد کمی از گروه‌های روان‌شناسی از جمله شاخه بالینی و روان‌شناسی سلامت جذب وزارت بهداشت می‌شوند. اسدی با بیان اینکه صدور پروانه فعالیت روان‌شناس‌ها باید بر عهده یک سازمان باشد، عنوان می‌کند: سازمان بهزیستی و نظام روان‌شناسی باید این مشکل را حل کنند، از نظر قانونی سازمانی که مسئولیت نظارت و پایش را بر عهده دارد نمی‌تواند مجوز پروانه فعالیتش را سازمان دیگری صادر کند. در وزارت بهداشت نیز بخش‌هایی از کار نظارت که به سازمان نظام پزشکی واگذار شده است این سازمان ذیل قوانین مرتبط با وزارت بهداشت عمل می‌کند. او در پاسخ به اینکه چرا وزارت بهداشت در حوزه سلامت روان جامعه بخصوص کلینیک‌های روان‌شناسی و مداخلات روانی سرپایی ورود نمی‌کند. اظهار می‌دارد: وزارت بهداشت در دو شاخه روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی سلامت که کار درمانی می‌کنند ورود کرده و این دو گروه می‌توانند در بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی فعالیت کنند. نظر وزارت بهداشت بر این است تحصیلات دو گروه روان‌شناسی بالینی و سلامت باید در زیرمجموعه وزارت بهداشت قرار بگیرد و مجوز و نظارت بر فعالیت شان نیز با این وزارتخانه باشد و سازمان نظام روان‌شناسی در بحث مشاوره تحصیلی و شغلی که در حوزه مداخلات درمانی نیست، ورود کند. او در ادامه می‌افزاید: از طرفی وظیفه اداره سلامت روان وزارت بهداشت، پیشگیری و آموزش توانمندسازی است. بیش از دو هزار روان‌شناس (بیش از 95 درصدشان کارشناس ارشد روان‌شناس بالینی هستند) در حوزه مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور طبق پروتکل‌های درمانی افراد مبتلا به افسردگی، اختلال اضطراب و بیش‌فعالی را غربال می‌کنند. اولویت برنامه‌های سلامت روان در حوزه بهداشت غربالگری مسائل روانی با اولویت افسردگی و کودک‌آزاری و اختلال خلقی است. پس از شناسایی و غربالگری این افراد، مداخلات از

جنس آموزش، پیشگیری و توانمندسازی انجام شده و در مواردی که نیاز به دارو درمانی باشد به پزشکان عمومی ارجاع داده می‌شوند.

اسدی با بیان اینکه حوزه معاونت درمان وزارت بهداشت باید در زمینه مداخلات روان درمانی از سوی گروه‌های غیر مرتبط روان‌شناسی پاسخگو باشد، می‌گوید: کسی که در رشته مشاوره تربیتی تحصیل کرده نمی‌تواند کودک بیش فعال را درمان کند یا کسی که فارغ التحصیل رشته کودکان استثنایی است اجازه درمان بیمار مبتلا به افسردگی را ندارد. سازمان نظام روان‌شناسی باید پروانه فعالیت این افراد را بر اساس رشته تخصصی شان محدود کند و خدمات بسته به توانایی تحصیلی شان ارائه شود و نظارت‌ها نیز به گونه‌ای باشد کسی که علوم تربیتی خوانده اجازه دخالت در درمان فرد افسرده نداشته باشد. مطمئناً مراکز ی که خدمات روان‌شناختی و مشاوره خانواده و طیف متنوعی از خدمات درمانی را ارائه می‌کنند نیز از این قاعده مستثنی نیستند و لازم است بر اساس مهارت، تجربه و دوره و رشته تخصصی خود بکار گرفته شوند و از ورود به حوزه‌های مشاوره و روان‌شناسی دیگر که در آنها تخصص ندارند، خود داری کنند به هر حال، امروزه مشاوره و روان‌شناسی همانند حوزه‌های پزشکی تخصصی شده است بالطبع لازم است با نظارت دقیق از ارائه خدمات تخصصی توسط افراد غیر مرتبط و غیر متخصص جلوگیری شود این چالش جدی برای همه دستگاه‌هایی است خود را متولی صدور پروانه تاسیس مراکز خدمات یاد شده می‌دانند و باید خود را در قبال عملکرد زیر مجموعه‌ها و مراکز تحت نظارت خود پاسخگو بدانند¹. این بخشی از مناقشات نظری مربوط به حوزه متولی گری صدور مجوز فعالیت مراکز مشاوره است بدیهی بحث دامنه دار بوده و در اینجا به بیان بخشی از اختلاف نظرها اکتفا می‌شود.

2-3-5-2. چندانگی در فرایند صدور مجوز تاسیس مراکز خدمات مشاوره

با عنایت به مسائل و مشکلاتی که در زمینه صدور مجوز تاسیس مراکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره بین سازمان بهزیستی و سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره اشاره شد، در سالهای اخیر، طی تفاهم نامه‌های انجام شده، صدور پروانه فعالیت مراکز توسط بهزیستی منوط به عضویت فرد در سازمان نظام روان‌شناسی شده است و به دنبال آن تا حدی همه فعالیت‌ها به سمت سازمان نظام روان‌شناسی سوق پیدا کرده است؛ سازمانی که این روزها با اعلام

¹.منبع: <https://www.migna.ir/news> تاریخ دسترسی شنبه ۲۲ مرداد ۱۴۰۱

اسامی روانشناس‌نماها بر سر زبان‌هاست و در عین حال روانشناسان بسیاری در انتظار صدور پروانه فعالیت از این سازمان سال‌هاست در نوبت مانده‌اند و برخی نیز از روند مصاحبه‌های سلیقه‌ای این سازمان گلایه دارند. با این‌همه سازمان نظام روانشناسی معتقد است برای احراز صلاحیت حرفه‌ای روانشناسان و صدور پروانه فعالیت تنها مرجع قانونی، سازمان نظام روانشناسی است. این بلا تکلیفی در ساماندهی روانشناسان و نارضایتی‌ها در کنار فعالیت‌های بعضاً غیرقانونی حوزه سلامت روان توسط افراد فاقد صلاحیت، نگران‌کننده است. در کشور ما روانشناسان تحصیل‌کرده کم نیستند با این‌همه سطح دسترسی مردم به خدمات روانشناسان مناسب نیست ضمن اینکه این خدمات گران بوده و در تمام مناطق کشور توزیع مناسبی ندارد. از آن گذشته سطح آگاهی مردم نسبت به اهمیت سلامت روان گرچه نسبت به سال‌های قبل افزایش یافته اما هنوز هم در حد قابل قبولی نیست و برنامه مدونی برای بالا بردن سطح سلامت روان جامعه نه نزد سازمان بهزیستی مشاهده می‌شود نه سازمان نظام روانشناسی. حالا شاید پرسش جدی این باشد که قانون متولی اصلی پایش سلامت روان مردم و ارائه خدمات روانشناختی را به سازمان بهزیستی داده است یا سازمان نظام روانشناسی چون هر دوی این سازمان‌ها خود را متولی انحصاری صدور پروانه تأسیس مراکز روانشناسی می‌دانند.

استناد سازمان بهزیستی کشور در زمینه مدیریت مراکز مشاوره روانشناسی بند ۶ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب 80/۱۱/27 مجلس شورای اسلامی و جزء ۸ بند ماده ۵۷ احکام دائم برنامه ششم توسعه است که بر اساس آن صدور پروانه فعالیت برای ایجاد مراکز خدمات مشاوره اجتماعی و روان شناختی اجتماعی و همچنین کلینیک‌های روانشناسی بر عهده سازمان بهزیستی کشور می‌باشد، این دستورالعمل جهت اجرایی شدن مفاد فوق و آیین‌نامه‌های آن و بند ۶ آیین‌نامه داخلی ماده ۲۶ مصوب ۱۳۹۵ شورای معاونین سازمان بهزیستی، توسط مرکز توسعه پیشگیری تهیه شده است و مبنای کار بهزیستی استان‌ها و کمیسیون‌های صدور پروانه در ستاد مرکزی و استان‌ها خواهد بود. این امر با هدف تخصصی نمودن مراکز خدمات روانشناسی و مشاوره با بهره‌گیری از کادری متخصص و با تجربه در قلمرو ارائه خدمات روان شناختی و مشاوره، این دستورالعمل مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی تخصصی ازدواج و خانواده تدوین گردید.

2-5-4. موانع سازمانی (درون سیستمی) بهبود عملکرد دفاتر مشاوره بهزیستی:

کارکرد دفاتر مشاوره به عنوان یک سیستم عملکردی متأثر از عوامل بازدارنده درون سیستمی متعددی است که فعالیت آن را تحت تاثیر قرار می دهند (دشتی، 1399) مهمترین این عوامل عبارتند از:

2-5-4-1. نظام حقوقی غیر منسجم و فقدان انسجام هنجاری: در این مورد می توان به تکثر، تشتت و

ناهماهنگی قوانین و مقررات اشاره کرد. نظام حقوقی غیرمنسجم باعث تعارض ساختاری و آشفتگی شرح وظایف سازمان ها می شود و در چنین وضعی امکان کارآمدی، ساماندهی امور و اقدامات دولتی وجود نخواهد داشت.

2-5-4-2. گستردگی، تعدد و تشتت ساختاری: وجود دستگاه های عریض و طویل، موازی و معارض نه تنها

باعث هدر رفت هزینه ها و پیشرفت نکردن امور می شود، بلکه ممکن است به تخریب و از بین رفتن اقدامات قبلی نیز منجر شود. باید توجه داشت که فقدان انسجام ساختاری اغلب به خنثی سازی امور و کاهش پیشرفت ها منجر می شود و نظام موجود را ناکارآمد می کند.

2-5-4-3. بوروکراسی پیچیده و ناکارآمد اداری: بوروکراسی (دیوانسالاری) ماهیتا مهم و مفید است. ماکس

وبر ایده آن را مطرح کرده است و معتقد بود بوروکراسی در عمل به رشد و ثبات امور کمک می کند اما بوروکراسی قالبی و فرمالیته صرفاً به کندی امور منجر شده و خود این امر به اختلال در کارآمدی سیستم منجر می شود به این معنا که بجای حل مسائل و مشکلات موجود سیستم به مسائل و مشکلات متنوعی دامن می زند.

2-5-4-4. تمرکزگرایی افراطی در سیستم اداری: تمرکزگرایی که از پیامدهای بوروکراسی ناکارآمد است،

خلاقیت های مراکز و مناطق پیرامون را کاهش می دهد و موجب سلب اعتماد به مدیران و کارکنان می شود. مضاف بر این که وابستگی امور به مرکز، به کاهش سرعت پیشرفت امور و رعایت نشدن مقتضیات محلی منجر می گردد. راه حل این مساله، تمرکز در سیاست گذاری و قانون گذاری کلان و انجام غیرمتمرکز امور اجرایی و اداری در بخش های تابعه است.

2-5-4-5. ضعف در پیاده‌سازی نظام شایسته‌سالار: یکی از مهم‌ترین عوامل تحقق تمدن و پیشرفت سیستم، شایسته‌سالاری است. در این خصوص پیامبر اکرم (ص) می‌فرمایند: اگر فردی از امت من شخصی را به‌عنوان رئیس بر چند نفر بگمارد و بداند در میان آن‌ها یکی شایسته‌تر از او وجود دارد، به خدا و پیامبر او و تمام مسلمین خیانت کرده است. این حدیث نشانگر تأثیر عمیق شایسته‌سالاری بر سرنوشت تمام مسلمین می‌باشد. لذا شایسته‌سالاری در سیستم سیاسی و اداری، در مراحل به‌کارگیری (استخدام)، به‌کارگماری صحیح کارکنان در تخصص خودشان، ارتقا و انتصاب مدیران لازم است.

2-5-4-6. نظام نظارت و ارزیابی ناکارآمد: یکی از عوامل مهم ناکارآمدی، حذف مردم و ذی‌نفعان از فرآیند نظارت بر دولت و دستگاه‌های دولتی است و بهترین راه نظارت مؤثر بر قدرت نیز، دخیل کردن مردم و ذی‌نفعان و مصرف‌کنندگان نهایی خدمات در ارزیابی مدیران و نهادها است اما در این بین عوامل تأثیر گذار دیگری دخیل هستند که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌کنیم:

- نتیجه‌گرا نبودن در نظارت‌ها و اکتفا به اخذ گزارش عملکرد زیرمجموعه

- بی‌ارتباطی توزیع سرمایه‌ها به‌نظام ارزیابی

- ضعف بازخورد گیری مناسب و به‌موقع از برنامه‌ها

- ایرادات فنی و محتوایی شاخص‌های ارزیابی

- تعدد و موازی‌کاری نهادهای نظارتی و نبود ارتباط ارگانیک بین آن‌ها

- برخوردهای سیاسی و سلیقه‌ای با امر نظارت

- اقدام اصلاحی نکردن بعد از نظارت و بی‌اعتنایی به نتایج نظارت‌ها

- خارج از نظارت بودن برخی نهادها و فعالیت‌ها

2-4-5-7. فقدان فضای رقابتی در عرصه‌های مختلف اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و ...

2-4-5-8. ضعف در فرهنگ و توسعه اداری: از قبیل بخشی‌نگری، اقتدارگرایی، عدم تعامل، چاپلوسی، قانون‌گریزی، محافظه‌کاری، روحیه استبداد، حکومت‌ستیزی و برچسب‌زنی.

2-4-5-9. چندگانگی فرهنگی و قومی و نبود انسجام کامل فرهنگی: تنوع ارزشی و هنجاری و گاهی هم تناقض خرده فرهنگ‌ها، فعالیت کنشگران سیستم‌ها مثلاً را تحت تاثیر قرار می‌دهد در خرده فرهنگ خاصی نسبت به مشاوره نگرش مثبت وجود دارد و در خرده فرهنگ دیگر با چنین اقدامی مخالف اند و اعتقاد بر این است که مسائل خانواده را باید در چهارچوب خود خانواده مدیریت کرد و از افشاگری مشکلات خانواده پرهیز کرد.

2-4-5-10. نظام تصمیم‌گیری معیوب: از قبیل نقش ضعیف اتاق فکرها، نارسایی و کمبود اطلاعات متقن در تصمیم‌گیری‌ها، مشارکتی نبودن برنامه‌ریزی‌ها، فاصله نخبگان فکری و اجرایی.

در برخی از منابع و پیشینه‌های خارجی به موارد دیگری از موانع فعالیت سیستمی که به اختلال کارکردی منجر می‌شوند اشاره شده است که در ادامه به آنها می‌پردازیم:

2-4-5-11. تخصیص منابع و محدودیت های مالی

تخصیص منابع و محدودیت های بودجه یکی دیگر از موانع مهم برای بهبود عملکرد سیستمی است. در بسیاری از موارد، توزیع منابع مالی با نیازهای هماهنگی و یکپارچگی بین سیستم‌ها همخوانی ندارد. به عنوان مثال، در سیستم های مراقبت های بهداشتی و مراقبت های طولانی مدت، تخصیص وظایف و منابع اغلب نیاز رو به رشد برای هماهنگی بین این دو بخش را نادیده می‌گیرد. این ناهماهنگی موانع نهادی ایجاد می‌کند که مانع ارائه خدمات مؤثر می‌شود (بال و دیگران 2023). علاوه بر این، در زمینه بنگاه های اجتماعی در اندونزی، محدودیت‌های مالی و ناکارآمدی‌های بوروکراتیک در سیستم‌های حمایتی دولت این چالش‌ها را تشدید می‌کند. فقدان یک چارچوب نظارتی قوی و حمایت مالی ناکافی از سوی دولت، توانایی بنگاه های اجتماعی را برای دستیابی به اهداف سیستمی خود محدود می‌کند (اسکندر و همکاران، 2022).

2-5-4-12. موانع فرهنگی و رهبری

موانع فرهنگی و رهبری نیز نقش مهمی در ممانعت از عملکرد سیستمی دارند. در بسیاری از سازمان ها، عدم آگاهی در مورد اهمیت اقدامات پیشگیرانه و اصلاحی، همراه با تفسیر نادرست از استانداردهای مدیریت کیفیت، مانع اتخاذ رویکردهای سیستمی می شود. به عنوان مثال، در مدیریت دولت محلی، نادیده گرفتن الزامات کیفیت و تفسیر نادرست استانداردهای ISO اغلب منجر به شیوه‌های مدیریت کیفیت ناکارآمد می شود (باگدول، 2015).

2-5-4-13. موانع مقرراتی و برنامه ای

موانع نظارتی و برنامه ای مجموعه دیگری از موانع نهادی هستند که مانع عملکرد سیستمی می شوند. در بسیاری از موارد، مقررات و برنامه های موجود با نیازهای رویکردهای سیستمی همسو نیستند. به عنوان مثال، در زمینه مراقبت های بهداشتی و هماهنگی مراقبت های طولانی مدت، اختلاف بین شایستگی های نسبت داده شده به سازمان های مختلف و وظایفی که انتظار می رود انجام دهند، چالش های مهمی را ایجاد می کند. این اختلافات اغلب ناشی از چارچوب های نظارتی منسوخ یا غیرقابل انعطافی است که نیازهای در حال رشد سیستم را تامین نمی کنند (بال و همکاران، 2023). علاوه بر این، فقدان یک سیستم نظارتی مستحکم و رواج بوروکراسی دولتی، شرایطی را ایجاد می کند که با عملکرد سیستمی مغایرات دارد ایضا فقدان دستورالعمل های روشن و پیچیدگی مسیریابی در چشم انداز نظارتی، این چالش ها را تشدید می کند و دستیابی به اهداف را برای بنگاه های اجتماعی دشوار می کند (اسکندر و همکاران، 2022).

2-5-4-14. موانع نوآوری

موانع نوآوری نیز موانع مهمی برای بهبود عملکرد سیستمی هستند. در حالی که فناوری می تواند نقش مهمی در هدایت نوآوری و بهبود کارایی یک سیستم ایفا کند، اجرای موثر آن اغلب به دلیل موانع سازمانی با مقاومت روبرو می شود. برای مثال، در زمینه نوآوری مبتنی بر فناوری اطلاعات در دانشکده ها و دانشگاه های غیرانتفاعی، فقدان چشم انداز مشترک و رواج رویکردهای مخالف پذیرش فناوری، مانع از ادغام فناوری اطلاعات در خدمات دانشگاهی و اداری می شود. این امر ظرفیت فناوری را برای پیشبرد بهبود عملکرد سیستمی محدود می کند

(گریوز، 2005) وضعیت مشابه را می توان در بهزیستی و مراکز مشاوره آن نیز مشاهده کرد امروزه استفاده از ظرفیت مجازی و فناوری های نوین و نقش آنها در زندگی فردی و اجتماعی بر کسی پوشیده نیست. اقبال نسبت به بکارگیری این فناوری در ارائه خدمات و استفاده از ظرفیت تولید وبسایت ها، کانال ها و پیج های اینستاگرامی مراکز مشاوره خانواده می تواند سطح مطلوب خدمات این مراکز را ارتقا ببخشد.

2-5-4-15. مکانیسم های اجرایی

طراحی و اجرای انگیزه ها و مکانیسم های اجرایی، عوامل حیاتی در هدایت عملکرد سیستمی هستند. با این حال، در بسیاری از مواقع، انگیزه ها و مکانیسم های اجرایی موجود با اهداف بهبود عملکرد سیستمی همسو نیستند. برای مثال، در زمینه طرح های تامین مالی مبتنی بر عملکرد در بوروندی، طراحی مشوق ها و مکانیسم های اجرایی نقش مهمی در تعیین موفقیت این طرح ها داشتند. تجزیه و تحلیل این طرح ها نشان دهنده اهمیت همسویی انگیزه ها با اهداف سیستمی و حصول اطمینان از قوی و مؤثر بودن مکانیسم های اجرایی است (برتون و میسن، 2013).

2-5-4-16. چالش های پیاده سازی

چالش های پیاده سازی مجموعه دیگری از موانع نهادی هستند که مانع بهبود عملکرد سیستمی می شوند. این چالش ها اغلب ناشی از کمبود ظرفیت، منابع ناکافی و برنامه ریزی ناکافی است. به عنوان مثال، در زمینه سیستم های مدیریت عملکرد در غنا، اجرای این سیستم ها تحت تأثیر تعدادی محدودیت نهادی و ظرفیتی از جمله فرهنگ، پراکندگی نهادی، بی تفاوتی عمومی و حمایت مدیریت قرار گرفته است. این محدودیت ها درک مزایای سیستم های مدیریت عملکرد را دشوار می کند (آهمنگ، 2009).

2-5-4-17. موانع سیستمی و سازمانی

موانع سیستمی و سازمانی نیز موانع مهمی برای بهبود عملکرد سیستمی هستند. این موانع اغلب از نحوه ساختار سازمان و فرآیندهایی که دنبال می کند، ناشی می شود. همچنین در چارچوب سیستم های اندازه گیری عملکرد، گنجاندن شاخص های عملکرد بدون استفاده عملی اغلب منجر به بی اعتمادی و کاهش ارزش این سیستم ها می شود. این امر نیاز به یک رویکرد استراتژیک تر برای طراحی و اجرای سیستم های اندازه گیری عملکرد را برجسته می کند، رویکردی که با اهداف سیستمی سازمان همسو باشد (کانها و دیگران، 2023).

2-5-4-18. موانع مبتنی بر جنسیت

موانع جنسیتی یکی دیگر از موانع نهادی است که بر عملکرد سیستم تأثیر می گذارد. این موانع اغلب ناشی از کلیشه ها، تعصبات و سنت های نهادی است که مانع پیشرفت زنان در پست های مدیریتی می شود. برای مثال، در زمینه ارتقای زنان در پست های مدیریتی، تطابق نقش های غالب، تفکر مدیریتی و مردسالاری، و نشت استعدادها، چالش های مهمی را ایجاد می کنند. این موانع نیازمند راه حل های هماهنگ بین شرکت ها، دولت ها و جامعه مدنی برای رسیدگی به نابرابری های سیستمی است که مانع پیشرفت رهبری زنان می شود (اسواران و همکاران، 2024).

2-5-4-19. تجزیه نهادی

تجزیه نهادی¹ مانع مهم دیگری برای بهبود عملکرد سیستمی است. این امر به عدم هماهنگی و یکپارچگی بین نهادها و سازمان های مختلف اشاره دارد. به عنوان مثال، در زمینه صدور مجوز تاسیس دفاتر خدمات روانشناسی و مشاوره، سازمان های مختلفی از جمله بهزیستی، سازمان نظام روانشناسی و مشاوره، دادگستری، سازمان ورزش و جوانان و نیروی انتظامی به عنوان بازیگران اصلی نقش دارند، عدم هماهنگی بین این بخش ها در تعریف استانداردهای عملکرد، ارزیابی، کیفیت خدمات مورد ارائه، و... چالش های مهمی را ایجاد می کند. واگرایی در

¹Institutional Fragmentation

توزیع وظایف و تخصیص منابع مالی، دستورالعمل‌ها، آموزش و ارزیابی اغلب نیازمند هماهنگی جدی است که بی‌توجهی به آنها می‌تواند در مسیر سازمان مشکل ایجاد کرده و مانع ارائه خدمات موثر شود (بال و دیگران، 2023).

2-4-5-20. عدم آگاهی و دانش

فقدان آگاهی و دانش در مورد اهمیت رویکردهای سیستمی مانع مهم دیگری برای بهبود عملکرد سیستمی است. به عنوان مثال، در زمینه مدیریت دولت محلی، آگاهی محدود از اهمیت اقدامات پیشگیرانه و اصلاحی، همراه با تفسیر نادرست از استانداردهای مدیریت کیفیت، مانع اتخاذ رویکردهای سیستمی می‌شود. این عدم آگاهی و دانش، فرهنگی را ایجاد می‌کند که در برابر تغییر مقاوم بوده و توانایی سازمان را برای دستیابی به اهداف سیستمی خود محدود می‌کند (باگدول، 2015).

با جمع بندی از نکات فوق مشخص می‌شود که موانع نهادی برای بهبود عملکرد سیستمی چند وجهی بوده و از عوامل مختلف ساختاری، فرهنگی، نظارتی و عملیاتی سرچشمه می‌گیرند. پرداختن به این موانع نیازمند رویکردی جامع است که زمینه خاص و تأثیر متقابل عوامل مختلف را در نظر بگیرد. سازمان‌ها با درک این موانع و توسعه استراتژی‌های رفع آن، می‌توانند به اهداف سیستمی خود دست یابند و عملکرد کلی خود را بهبود بخشند.

علاوه بر این، متخصصان شاغل در این مراکز ممکن است بدلیل فقدان آموزش‌های مناسب که باید به‌زیستی در قالب دوره‌ها، کلاسها، کارگاه‌های مهارت‌آموزی و توانمندسازی حرفه‌ای در زمینه برقراری ارتباط موثر با مراجعین، اعتماد سازی، تحلیل وضعیت مراجعین، مهارت‌های تشخیصی و .. برگزار کند، به ویژه زمانی که احتمال وجود موانع فرهنگی یا زبانی وجود دارد (باران و ساوریکار، 2023؛ فینو- ولاسکز، 2014)، می‌توانند با چالش‌های جدی مواجه شوند و همین امر کیفیت خدمات این مراکز را کاهش داده و در نتیجه موجبات نارضایتی و قطع دریافت خدمات از این مراکز گردد.

جدول شماره 2-4: خلاصه پیشینه موانع سازمانی موثر بر عملکرد واحدهای زیر مجموعه سازمان

ارجاعات	توضیح	موانع
(جیکوئستین و برایندهاف، 2015) (باگدول، 2015)	ساختارهای سخت، مستندات بیش از حد و تصمیم‌گیری سلسله‌مراتبی.	بروکراسی و سازماندهی
(اسکندر و همکاران، 2022) (بال و همکاران، 2023)	عدم تطابق توزیع منابع با نیازهای سیستمیک.	تخصیص منابع و تأمین مالی
(باگدول، 2015) (آهمنگ، 2009)	کمبود آگاهی و حمایت رهبری از رویکردهای سیستمیک.	موانع فرهنگی و رهبری
(اسکندر و همکاران، 2022) (بال و همکاران، 2023)	چارچوب‌های مقرراتی قدیمی یا انعطاف‌ناپذیر.	مقررات و سیاست
(گریوز، 2005) (کانها و همکاران، 2023)	مقاومت در برابر پذیرفتن فناوری و رویکردهای تفکیک شده.	فناوری و نوآوری
(برتون و میسن، 2013) (یلدیریم و گوکالپ، 2016)	مشوق‌های ناهماهنگ و مکانیزم‌های اجرای ضعیف.	مشوق‌ها و اجرای قوانین
(آهمنگ، 2009) (اسکندر و دیگران، 2022)	کمبود ظرفیت، منابع و برنامه ریزی	چالش‌های اجرایی
(کانها و دیگران 2023) (باگدول، 2015)	طراحی نامناسب ساختارهای سازمانی و فعالیت های بدون ارزش افزوده	موانع سیستمی و سازمانی
(اسواران و دیگران، 2024).	کلیشه ها، تعصبات و سنت های محدود کننده رهبری زنان.	موانع جنسیتی
(بال و دیگران، 2023) (اسکندر و دیگران، 2022)	فقدان هماهنگی و یکپارچگی در بین نهادها.	تجزیه نهادی
(باگدول، 2015) (آهمنگ، 2009)	درک محدود رویکردهای سیستمی و استاندارد های مدیریت کیفیت	فقدان آگاهی و شناخت

2-6. چارچوب مفهومی و زمینه‌های تحلیلی پژوهش

مقدمه

در این بخش چهارچوب مفهومی تحقیق بصورت تلفیقی (ترکیب دیدگاه‌های نظری و زمینه‌های تحلیلی پژوهش) آورده شده است و در انتها مدل نظری ارائه می‌شود. با عنایت به جدید بودن موضوع تحقیق و همچنین بدلیل فقدان یک چارچوب نظری جامع که ابعاد مختلف فرضیات تحقیق را پوشش بدهد مباحث نظری در قالب چهارچوب مفهومی (و نه چهارچوب نظری) ارائه می‌گردد بدین ترتیب، مباحث نظری تحت عنوان چهارچوب مفهومی و تحلیلی¹ ارائه می‌شود تا بسترهای نظری لازم برای تحلیل و تبیین مساله فراهم آید با این توضیح چارچوب مفهومی تحقیق به دو بخش:

- مبانی نظری و تئوری‌ها
- زمینه‌های تحلیلی موانع نهادی (ابعاد موانع نهادی)، در ادامه به توضیح هر کدام می‌پردازیم:

2-6-1. مبانی نظری و تئوری‌ها

¹Conceptual and Analytical Framework

در این بخش به طرح چهار تئوری نظریه نهادی، نظریه اقتضایی، نظریه تعارض منافع و نظریه مبادله اجتماعی می پردازیم.

2-6-1-1. نظریه نهادی^۱

فیلیپ سلزنیک^۲ بنیان‌گذار و پایه‌گذار رسمی نظریه نهادی است او با مطالعات دقیق و جامع (1948) روی بوروکراسی و سازمان دره تنسی^۳، بحث‌هایی را مطرح کرد که به‌طور رسمی منجر به شکل‌گیری نظریه نهادی شد. بعد از وی افرادی مثل مایر^۴ و روآن^۵ و اسکات^۶ نظریه نهادی را توسعه بیشتری دادند و امروزه به نهادگرایان جدید معروف هستند.

نظریه نهادی سازمان‌ها، نهادها را در مرکز تحلیل طراحی و رفتار سازمان‌ها قرار می‌دهد. از این منظر، سازمان‌ها تجلی‌های محلی نهادهای بزرگتر هستند. نهادها، که به عنوان باورها، قوانین و هنجارهای پذیرفته شده در نظر گرفته می‌شوند، در شکل‌دهی به ایجاد و گسترش اشکال سازمانی، ویژگی‌های طراحی و شیوه‌ها تأثیر دارند. تبعیت از تجویزهای نهادی شده به عنوان وسیله‌ای برای کسب مشروعیت، کاهش عدم قطعیت و افزایش فهم‌پذیری اقدامات و فعالیت‌های سازمان در نظر گرفته می‌شود.

ظهور بحث‌های نهادی در تحلیل سازمانی، نشان‌دهنده نارضایتی از نظریه‌هایی است که کارایی را در کانون عمل سازمانی قرار می‌دهند. از آنجا که سازمان‌ها در یک خلأ عمل نمی‌کنند باید با مجموعه‌ای از تأثیرات خارجی، مانند تفاوت‌های فرهنگی، الزامات قانونی، عرف‌ها و هنجارها، و همچنین با تقاضاهای ناشی از تنوع بازیگران، مانند تأمین‌کنندگان، مشتریان، نهادهای نظارتی، سازمان‌های غیردولتی یا اتحادیه‌های کارگری، مقابله کنند. یا فرم تقسیم‌بندی) را توضیح می‌دهد.

چرا تبیین نهادی؟

¹Institutional theory

²Philip Selznik

³دره تنسی حوضه زهکشی رودخانه تنسی است و تا حد زیادی در داخل ایالت تنسی ایالات متحده قرار دارد.

⁴Meyer

⁵Rowan

⁶Scott

به طور کلی، نهادها باورها، قوانین، نقش‌ها و عناصر نمادینی هستند که قادر به تأثیرگذاری بر اشکال سازمانی به طور مستقل از جریان‌های منابع و الزامات فنی هستند (اسکات ۱۹۹۱: ۱۶۵). این باورها، قوانین، نقش‌ها و عناصر نمادین می‌توانند ماهیت مختلفی داشته باشند (اسکات ۲۰۱۳): ماهیت تنظیمی (یعنی، الزام آور/ اجبارآمیز از طریق قانون، همانطور که در مورد استانداردهای حسابداری وجود دارد)، ماهیت هنجاری (یعنی اجباری توسط یک احساس مشترک از آنچه مناسب است، مانند انتظار اینکه مدیریت منتخب، نماینده منافع رأی‌دهندگان باشد)، یا ماهیت شناختی (یعنی، مدل‌های ذهنی پذیرفته شده‌ای از اینکه کار چگونه باید انجام شود، همانطور که در مورد بیشتر رفتارهای روتین در سازمان‌ها صدق می‌کند). اقتصاددانانی که به نهادها علاقه‌مندند، تمایل دارند بر نهادهای تنظیمی تمرکز کنند، در حالی که پژوهشگران سازمانی و دانشمندان سیاسی، بر هنجارهای اجتماعی و باورهای پذیرفته شده به عنوان محرک‌های عمل سازمانی تأکید می‌کنند.

سلزینیک معتقد بود در داخل سازمان در دو سطح جابجایی هدف صورت می‌گیرد: یکی در سطح سازمان و دیگری در سطح فردی. واحدهای سازمان ممکن است بیشتر اهداف سازمان را دنبال کنند و ممکن است بقدری درگیر پیگیری اهداف واحد خودشان شوند که کارشان در تضاد با هدف سازمان قرار بگیرد. در سطح فردی هم ممکن است اهداف فردی به جای اهداف رسمی سازمان قرار گیرد و افراد آنچنان در پیگیری اهداف و منافع شخصی‌شان افراط بکنند که اقدامات یا کنش‌هایشان در تضاد کامل با اهداف سازمان قرار گیرد. به زعم سلزینیک این‌ها مواردی هستند که در واقعیت سازمان دیده می‌شود. به اعتقاد وی، مدل عقلایی و تفکر بوروکراتیک در این موارد پاسخی به مسائل پیش آمده ندارد. بدین ترتیب، او عقلانیت سازمانی در تصمیم‌گیری و قوانین و مقررات و هدف‌گذاری را زیر سوال می‌برد و معتقد است یک چنین بوروکراسی عقلایی نیست چون آنچه عملاً در سازمان‌ها دیده می‌شود چیز دیگری است. او در چهار محور به بوروکراسی نقد وارد می‌کند:

1- اهداف و تصمیمات و قوانین و مقررات مبهم و پیچیده‌اند، کسی آنها را بدرستی درک نمی‌کند و در اجرا با مشکل مواجه می‌شود.

2- دخالت احساسات در آئین‌نامه‌نویسی و تصمیمات (بحث این نیست که صرفاً منفی یا مثبت است بلکه شاید لازم باشد بعضی وقت‌ها تصمیم‌های احساسی گرفته شود).

3- اقدامات نمادین و تبلیغات که خیلی وقت ها اتفاق می افتد.

4- نامربوط بودن: بعضی وقت ها تصمیم هایی که گرفته می شود نامربوط است. قانونی که نوشته می شود نامربوط است چون با اطلاعات کم اتخاذ شده است. این نامربوط بودن باعث می شود نتوانیم به اهداف مورد نظر سازمان دست پیدا کنیم به همین خاطر قوانین و مقررات اجرا نمی شوند و یا دور زده می شوند.

سلزینک در خصوص سازمان دره تنسی¹، مطالعه ای انجام داد و به این نتیجه رسید که یک سیستم سازمانی صرفا نباید به عملکردها فکر کند. سیستم های باز- که خیلی به محیط توجه می کنند- باید طبق خواست محیط عمل کنند نه طبق آنچه خودمان می خواهیم. او می گوید همیشه کارایی ملاک نیست. او در مورد دره تنسی اعتقاد داشت که در این شرکت، از ابزار و امکانات عقلایی استفاده شده ولی خروجی عقلایی نبوده است به این دلیل که ما نباید فقط به ابزارها و وسایل عقلایی توجه کنیم بلکه باید به محیط هم اهمیت داد. ممکن است یک جراح، بهترین جراحی را انجام دهد ولی بیمار زنده نماند چون شرایط دیگری هم نقش دارد. همه چیز را نباید در فرایند و روش و وسیله دید. ممکن است عقلایی ترین وسیله را برای یک کار بیهوده و غیر عقلایی به کار بگیریم (مثل هیتلر). همیشه عقلانیت حاکم نیست و همیشه اینگونه نیست که ابزار و روش عقلایی به خروجی عقلایی منجر شود چون شرایط و محیط هم دخالت دارند.

در سازمان احساسات هم نقش دارد بعضی وقت ها تصمیمات احساسی گرفته می شود. خیلی مواقع اقدامات نمادین و تبلیغات صورت می گیرد که ممکن است مثبت یا منفی باشند، گاهی قانون و آئین نامه ای که نوشته می شود نامربوط است، به این دلیل که در تنظیم آن اطلاعات کمتری در دسترس بوده است. این نامربوط بودن باعث می شود نتوانیم به اهداف مورد نظر دست پیدا کنیم و دقیقا به همین خاطر است که قوانین و مقررات اجرا نمی شوند و یا دور زده می شوند، بنابراین، مشکل تصمیماتی که اجرا نمی شوند یا بد و ناقص اجرا می شوند، در استارت پروژه نیست در تمام کردن پروژه است مشکل در قانون گذاری یا آئین نامه نویسی نیست بلکه در اجرای قانون یا آئین نامه است و این به معنای این است که اجرای تصمیم مقدم بر اتخاذ تصمیم است (طهماسبی، 1402).

¹Tennessee Valley

سلزینک معتقد است بهترین قانون و آئین نامه هم که نوشته شود مادامی که اجرا نشود به درد نمی خورد. بهترین پروژه هم که استارت بخورد تا زمانی که به نتیجه نرسیده باشد، فایده ندارد. او نتیجه می گیرد که سازمان ها، قبل از کارایی نیازمند مشروعیت اند. این نتیجه گیری بود که نظریه نهادی را شکل داد. بزعم وی، مشروعیت یک سازمان از پذیرش محیطی آن ناشی می شود. سازمان باید بتواند در محیط پذیرش ایجاد کند. قوانین و آئین نامه هایی که نوشته می شود باید پذیرفته شود. نظریه نهادی به محیط و زمینه و بستر و کانتکس توجه می کند و به سازمان و تعاملات غیررسمی آن بها می دهد. سازمان ها مستقل از کارایی مورد نیاز، اعمال و رویه های انجام کار را رعایت می کنند تا احتمال بقای خود را افزایش دهند. بعضی مواقع سازمان ها به کارایی فکر نمی کنند و کاری را انجام می دهند که کارایی لازم را ندارد اما موجب افزایش بقای آنها می شود. بسیاری از اقدامات سازمان ها مانند طراحی ساختار، تدوین چشم انداز، تصویب و تنظیم آئین نامه و مقررات کارایی لازم را ندارند ولی با هدف کسب مشروعیت و بقا صورت می گیرند.

در نظریه وابستگی منابع¹، ساختار سازمان را افراد تعیین می کنند. ساختارها بزرگ می شوند چون افراد دوست دارند زیر مجموعه وسیع تری داشته باشند یا ساختار را طوری طراحی می کنند که محیط آن را بپسندد. ممکن است کارایی هم نداشته باشد. مثلاً در ساختار ما واحد مبارزه با فساد شکل می گیرد و یا احتمالاً هیچ وقت شکل نگیرد ولی عنوان «واحد مبارزه با فساد» را در آن را در سایت سازمان قرار می دهیم تا همه فکر کنند داریم با فساد مبارزه می کنیم. این بازی برای کسب مشروعیت انجام می گیرد (همان).

بر اساس نظریه نهادی سازمان ها همیشه اقداماتی غیرعقلایی انجام می دهند، آنها در عمل کار دیگری می کنند به همین خاطر در کوتاه مدت بقا دارند ولی در بلند مدت بقا ندارند. بنابراین باید تلاش شود در صورتی که یک اقدام غیرعقلایی انجام می گیرد و یا تصمیم غیرعقلایی گرفته می شود، در عمل هم پیاده یا اجرایی شود مثلاً شرکتی که در بیانیه مأموریت خود می نویسد که حافظ محیط زیست است در عمل دیده می شود که کارخانه هایش به شدت محیط را آلوده می کنند. طبق نظریه نهادی ممکن است اقداماتی توسط افراد و سازمان ها صورت گیرد که ممکن است کارایی نداشته باشند با وجود این، دولتها سعی می کنند آنها را نگه دارند هر چند سودی نداشته و هزینه بر باشند توجیهش این است که می گوید با این اقدام اشتغالزایی کرده است، مانند شرکت های

¹Resource-Based Theory

خودروسازی که اگر بسته شوند، تعداد زیادی بیکار می‌شوند هر چند عملکرد سازمان (شرکت) پایین باشد. بنابراین، فقط کارایی نمی‌تواند مهم باشد بلکه به مسائل دیگری هم باید نگاه کرد. بنابراین، برخلاف نظریه اکولوژی جمعیت، گونه ضعیف الزاما نابود نمی‌شود بلکه می‌تواند بقاء داشته باشد. کارمند ضعیف می‌تواند با لابی خودش را نگه دارد یا کاری کند تا دل دیگران برایش بسوزد و به طرق مختلف بقاء خود را تضمین کند. این عدم عقلانیت نه الزاما بد است و نه الزاما خوب، ولی عملاً اتفاق می‌افتد و در سازمان هم وجود دارد. مطابق نظریه نهادی، در سازمان این سیستم ارزیابی عملکرد است که سست و ضعیف عمل می‌کند در اینکه عملکردها را درست اندازه‌گیری نمی‌کند مثلاً کسی کارمند نمونه می‌شود که مستحق اش نیست و کسی آن باور نمی‌کند. ممکن است این مشکل ناشی از شاخص‌ها و معیارها ارزیابی عملکرد باشد و یا افرادی اعمال نظر کنند. بنابراین همیشه سیستم‌های ارزیابی عملکرد عقلایی نیستند و نقص‌های بسیار زیادی در آنها دیده می‌شود حتی اگر ادعا شود که کاملاً عقلایی تنظیم شده اند.

بنابراین طبق مدل عقلایی وقتی قرار است تصمیمی گرفته شود باید با مطالعه انجام گیرد، ابتدا مسئله تعریف شود، شکل‌گیری آن مطالعه شده و راه‌حل‌های مختلف در کنار هم بررسی شود، ارزیابی و هزینه فایده انجام گیرد و بهترین تصمیم اتخاذ شود وقتی بهترین تصمیم گرفته شد برای اجرا ابلاغ شود. در هر چیزی از جمله قانون‌گذاری، آئین‌نامه‌نویسی، در تصویب یک طرح یا پروژه این فرایند انجام گیرد.

2-1-6-2. مبادله اجتماعی^۱

در نظریه مبادله هومنز^۲، بیش از آن‌که روابط گروهی و نهادی قابل طرح باشند، رابطه فرد با فرد مطرح می‌شود و تأکید، اساساً بر فرد یا روابط میان دو فرد است؛ لیکن هر نظریه جامعه‌شناختی باید به واحدهای جمعی بیش از دو نفر نیز توجه کند. هومنز نیز از سطح مبادله فرد با دیگری فراتر رفته و در نظریه خود، مسأله نهادها، گروه‌ها و زیرنهادها را هم مورد بررسی قرار داده است.

هومنز معتقد بود نهادهای اجتماعی بر همان اصول اساسی مبادله استوارند و رفتارهای میان دو فرد و تفاوت آن‌ها، صرفاً در این است که نهادها، شبکه روابط بسیار پیچیده‌تری را شامل می‌شوند که به پیچیدگی فعالیت‌ها و روابط

¹Social Exchange

²Homans

غیر مستقیم مبادله مربوط می‌شود. بر اساس نظریه تبادل اجتماعی سازمان، محققان به تحلیل روابط متقابل فرد و رهبران و همچنین تحلیل روابط متقابل میان فرد و سازمان می‌پردازند. ریشه تئوری تبادل اجتماعی در مفهوم معامله متقابل قرار دارد. کوهن (۲۰۰۶) و گولدنر (۱۹۶۰) معامله متقابل را نقطه شروع نظریه تبادل اجتماعی می‌دانند. به زعم آنها، انسان‌ها دوست دارند همان‌طور که آنها با سایرین رفتار می‌کنند، دیگران نیز در قبال آنان همان‌گونه رفتار کنند. اگر رفتار سرپرست با کارمندش منصفانه باشد، کارمند نیز برای جبران این رفتار سعی در ارتقای عملکرد خود خواهد داشت.

در دهه ۱۹۸۰ میلادی، نظریه تبادل اجتماعی بیشتر مورد توجه صاحب‌نظران سازمانی قرار گرفت و به طرح موضوع حمایت سازمانی ادراک شده^۱، منجر شد. سی‌تون و همکاران (۱۹۹۶)، آیزنبرگر و همکاران (۱۹۸۶) نخستین بار اصطلاح حمایت سازمانی را مطرح و آن را مبادله بین کارکنان و سازمان تعریف کردند؛ یعنی میزانی که سازمان برای کارکنان ارزش و اهمیت قائل است. اورگان (۱۹۸۸) معتقد بود معامله متقابل در فرآیند حمایت سازمانی نوعی ضمانت اجرایی است که به کمک آن افراد مزایایی که شایسته آن هستند را از سازمان دریافت می‌کنند و در مقابل این حمایت سازمانی، برای عادلانه کردن این رابطه و تبادل درست منابع در رفتارهای فرانشی درگیر می‌شوند و سازمان را در رسیدن به اهدافش کمک می‌کنند. بدین ترتیب پنج فرض نظریه تبادل اجتماعی بدین قرار شکل می‌گیرد:

- 1- انسان در پی پاداش بوده و از مجازات احتراز می‌کند.
- 2- انسان‌ها موجوداتی منطقی هستند.
- 3- معیارهایی که انسان‌ها برای ارزیابی هزینه‌ها و پاداش‌ها به کار می‌برند از زمانی به زمان دیگر و از انسانی به انسان دیگر متفاوت است.
- 4- روابط بین افراد لازم و ملزوم هستند.
- 5- حیات ارتباطی یک فرآیند است (تیبو و کلی، ۱۹۵۹).

^۱Perceived Organizational Support (POS)

طبق این نظریه عامل اصلی در روابط بین فردی ارضای علایق و منافع شخصی طرفین است. علایق شخصی لزوماً بد نیستند و عملاً می توانند روابط را تقویت نمایند. تعاملات بین فردی قابل مقایسه با مبادلات اقتصادی هستند که در آن ها مردم زمانی از یک معامله ای رضایت پیدا می کنند که در مقابل پرداخت خویش معادل منصفانه ای به دست آورند.

2-6-1-3. نظریه اقتضایی

یکی از نظریه های نوین مطرح در حوزه سازمان، «نظریه اقتضایی»¹ است که در دهه ۱۹۶۰، توسط صاحب نظرانی از جمله فیدلر^۲، تانن بام^۳ و اشمیت^۴، و وروم^۵ و یتون^۶ با پژوهشهایی که در حوزه مدیریت انجام دادند، شکل گرفت. آنها رویکردی مبنی بر این استدلال ارائه کردند که مؤثرترین سبک رهبری، رهبری مبتنی بر «موقعیت»^۷ است (لورش، ۲۰۰۸: ۱). رویکردهای «اقتضایی» در طیف میانی نظریه های مدیریت و بین دو دیدگاه افراطی قرار دارد: یک دیدگاه، اصولی کلی را برای سازمان و مدیریت در نظر می گیرد و دیدگاه دیگر سازمان را منحصر به فرد می داند؛ به گونه ای که هر موقعیت باید در آن به صورت جداگانه بررسی شود (زیتام و همکاران، ۱۹۸۸: ۳۷).

نظریه «موقعیتی» یا اقتضایی بر این باور است که وقتی مدیران تصمیمی را اتخاذ می کنند باید همه جنبه های موقعیت فعلی را در نظر بگیرند و بر مبنای ابعاد کلیدی آن عمل کنند. اساساً این رویکرد به «بستگی دارد»^۸ می پردازد (اولوم، ۲۰۰۴: ۱۸). بر مبنای نظریه اقتضایی، رهبری مؤثر بر تعامل خصوصیات شخصی رهبر، رفتار رهبر و عوامل موجود در موقعیت رهبری مبتنی است. به همین ترتیب، رویکرد اقتضایی بر این پیش فرض استوار است که رهبری مؤثر را نمی توان صرفاً به وسیله یکی از عوامل توضیح داد بلکه همه عوامل باید در موقعیتی مورد توجه قرار گیرند که رهبر باید در آن مبادرت به رهبری می کند (لولنبرگ و اورنستاین ۲۰۰۸: ۱۳۰).

¹Contingency Theory

²Fiedler

³Tannenbaum

⁴Schmidt

⁵Vroom

⁶Yetton

⁷Situational

⁸It Depends

نظریه اقتضایی فیدلر از جمله مهمترین نظریات ارائه شده در رویکرد اقتضایی محسوب می شود. این نظریه بر تعامل سبک رهبر و ویژگیهای موقعیت که به صورت رابطه رهبر - عضو^۱، «وظیفه - ساختار» و «رهبر - قدرت» تعریف می شوند مبتنی است. از نظر او زمانی که این سه ویژگی در یک موقعیت با یکدیگر ترکیب شوند، طبقه بندی زیر از موقعیت را بوجود می آورند:

- 1- موقعیت بسیار مطلوب: زمانی که همه عناصر اصلی در سطح بالایی قرار دارند.
- 2- موقعیت نسبتاً مطلوب: شرایطی که در آن برخی از ویژگی ها ضعیف یا پایین و سایر ویژگی ها خوب یا بالا هستند.

4- موقعیت نامطلوب: شرایطی که در آن هر سه عناصر موقعیتی پایین یا ضعیف هستند. فیدلر دو سبک رهبری «کار مدار»^۲ و «رابطه مدار»^۳ را مطرح کرد که به زعم او زمانی بهترین نتیجه را می دهند که با موقعیت متناسب باشند (□□: پرته مود^۳، □□□□).

به طور کلی در دیدگاه اقتضایی، روش خاص و قابل تعمیم مدیریت که بتوان آن را به همه سازمانها تعمیم داد وجود ندارد. به بیان دیگر، معنای تلویحی دیدگاه اقتضایی بر عدم قطعیت و غیرقابل پیش بینی بودن امور در سازمانها دلالت دارد. عناصر اصلی سازمانها انسانها هستند که تعاملات پیچیده ای با همدیگر دارند. بنابراین سبک مدیریتی یکسان و مشخصی نمی تواند در همه شرایط اثربخشی لازم را داشته باشد. در نتیجه، مدیران برای رسیدن به حداکثر اثر بخشی و تحقق اهداف مورد انتظار سازمانها باید سبک مدیریت خود را با شرایط موجود در این سازمانها تطبیق دهند (مختاریان، □□□□).

□-□-□-□. نظریه تعارض منافع^۴

تعارض منافع عبارت است از تعارض بین وظیفه دولتی و منافع خصوصی یک مقام دولتی، که در آن منافع شخصی مقام دولتی می تواند تاثیر نامناسبی بر عملکرد وظایف و مسئولیت های اداری او داشته باشد (سازمان توسعه و همکاری اقتصادی، □□□□). تعارض منافع به شرایطی اشاره دارد که فرد یا سازمان در جایگاهی قرار می گیرد که در آن بین منافع شخصی و منافع اجتماعی دچار تعارض شود و اگر فرد یا سازمان منافع خودشان را به منافع جمعی و عمومی ترجیح دهند، ممکن است فساد رخ دهد. تعارض منافع یکی از پیچیده ترین مسائلی

¹Task-oriented

²Relationship-Oriented

³Peretomode

است که سازمان ها و متخصصان اخلاق و انطباق با آن مواجه هستند. تقریباً موقعیت های نامحدودی وجود دارد که می تواند در سازمان تعارض منافع ایجاد کند، چون همیشه بین منافع شخصی، خانوادگی، مالی و سازمانی امکان تلاقی وجود دارد به این معنا که ممکن است منافع شخصی یا صنفی و خانوادگی افراد با منافع سازمان و یا تصمیمات و اقدام آن تعارض پیدا کند. از این رو، تعارض منافع یک امکان واقعی برای بخش زیادی از کارکنان در اغلب سازمان ها است. مدیریت این مخاطرات مستلزم کار سخت و رویکردهای متفکرانه است. سازمان ها باید مسائل را به وضوح تعریف کنند و از درک تعارض منافع کارکنان اطمینان حاصل کنند. این امر مستلزم کد رفتاری جامع و/ یا خط مشی مستقل، آموزش دوره ای و ارتباطاتی است که خطر تعارض منافع را گوشزد کرده و موقعیت های تضاد منافع را هدف قرار می دهد که کارکنان به احتمال زیاد با آن مواجه خواهند شد. از آنجایی که تعارض منافع بالقوه به طور مکرر و در بسیاری از زمینه ها به وجود می آید، سازمان ها نیز باید مکانیسم های قابل اجرایی را برای شناسایی و افشای آنها ایجاد کنند. در نهایت، یک برنامه تعارض منافع موثر نیازمند رویه هایی برای بررسی، مدیریت و حل این تعارضات است، از جمله انجام اقدامات اصلاحی مورد نیاز.

در لایحه «نحوه مدیریت تعارض منافع در انجام وظایف قانونی و ارایه خدمات عمومی» تعارض منافع چنین تعریف شده است: موقعیتی که منفعت شخصی مشمولان این قانون در مقام انجام وظایف یا اعمال اختیارات قانونی آنان در تعارض با منافع عمومی قرار می گیرد و می تواند انجام بی طرفانه و بدون تبعیض مذکور را مانع شود. سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) تعارض منافع را تعارضی بین مسئولیت های عمومی و منافع شخصی یک صاحب منصب عمومی تعریف می کند که طی آن منافع شخصی آن دارنده منصب می تواند به نحو نامطلوبی وظایف و مسئولیت های عمومی وی را تحت تأثیر قرار دهد.

امروزه مدیریت تعارض منافع برای اکثر حکومت ها امری ضروری است زیرا به گفته صاحب نظران یکی از راهکارهای اصلی برای پیشگیری از فساد، مدیریت و حل مسئله تعارض منافع است. تقریباً در یک دهه گذشته، مفهوم تعارض منافع جای خود را در میان ادبیات سیاست گذاران ایرانی باز کرده ولی همچنان این حوزه نیازمند تحقیقات و پژوهش هایی در حوزه های متعددی است تا تمام پژوهشگران، سیاست گذاران و مردم نسبت به این موضوع حساس شوند. مرکز توانمندسازی حاکمیت و جامعه نیز بنا بر رسالت خود، کتابی را با عنوان «تعارض منافع: تاریخچه، انواع و موقعیت ها» آماده کرده است که در آن بیش از 30 منبع خارجی مورد بررسی قرار گرفته است (سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، 1384).

اغلب منابع موجود در زبان فارسی از ادبیات دو گزارش کارشناسی با عنوان «تعارض منافع: دسته بندی و مفهوم شناسی» و «تعارض منافع: راهکارهای پیشگیری و مدیریت» تأثیر گرفته اند که آن ها را مرکز پژوهش های مجلس منتشر کرده است اما نه تنها برخی از منابع اصلی این گزارش ها هم اکنون در دسترس نیست، بلکه تعداد

منابع شان هم محدود است. خلاء منابعی جامع و کامل در حوزه تعارض منافع منجر به این شد که مرکز توانمندسازی حاکمیت و جامعه در کتاب جدید در دست انتشار خود با عنوان «تعارض منافع: تاریخچه، انواع و موقعیت‌ها» بیش از ۳۰ منبع انگلیسی‌زبان را مورد بررسی دقیق قرار دهد تا ادبیات موجود در زبان فارسی و غنای مفهومی تعارض منافع را ارتقا دهد و از سوی دیگر، تعبیرهای نادرست و غیردقیقی را که تاکنون در پژوهش‌های فارسی مورد استفاده قرار می‌گرفت، اصلاح کند (مرکز توانمندسازی حاکمیت و جامعه، ۱۳۹۹).

در مقدمه کتاب به طور نمونه نوشته شده است که بر اساس گزارش‌های متعدد انگلیسی، یک عنوان کلی خود تنظیمی^۱ ارائه شده که در گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس، مفهوم آن را «اتحاد قاعده‌گذار و مجری» و «اتحاد ناظر و منظور» ذکر کرده‌اند. همچنین آنچه «اشتغال همزمان» نامیده شده، در منابع انگلیسی‌زبان با تعبیر دقیق‌تر اشتغال بیرونی^۲ و تعبیر مشابه نظیر کسب‌وکار در حیاط پشتی^۳، اشتغال اضافی، اشتغال جانبی، و اشتغال ثانوی معرفی و تعریف شده‌اند. از سوی دیگر، امروز شاهد هستیم که گسترده مفهوم تعارض منافع، تنها محدود به منافع مالی نیست و حتی منافع ایدئولوژیک و سیاسی هم در این بحث می‌گنجد. در نتیجه برای مدیریت تعارض منافع صرفاً نظارت بر انتفاع مالی صاحبان منصب نمی‌تواند کافی باشد بلکه باید ابعاد گسترده‌تری را مورد توجه قرار داد. بر اساس ادبیات موجود در سطح جهان، این کتاب دو نوع دسته‌بندی برای تعارض منافع در نظر گرفته است:

2-6-1-4-1. موقعیت‌های تعارض منافع: ناظر بر موقعیت‌های کلی است که ناشی از وجود موضوعات مشخصی است و معمولاً این موقعیت‌ها می‌توانند با پژوهش‌های مختلف شناسایی و یا کشف شوند. موقعیت‌های شناسایی شده و رایج در جهان عبارت‌اند از:

- تعارض منافع اشتغال بیرونی
- تعارض منافع در ارتباطات خویشاوندی، خانوادگی و دوستانه
- تعارض منافع ارتباطات پساشغلی (مسئله درب گردان)
- تعارض منافع در ارتباط / پیوند / وابستگی به گروه‌های اجتماعی
- تعارض منافع ناشی از قبول هدیه یا دعوت
- تعارض منافع ناشی از در اختیار داشتن اطلاعات درونی
- تعارض منافع تعارض وظایف

¹Self-Regulation

²Outside Employment

³Backyard Business

- تعارض درآمد و وظیفه (تعارض منافع تشخیص / تأمین خدمت)
 - تعارض منافع در قاعده گذاری برای خود (اتحاد قاعده گذار و مجری)
 - تعارض منافع در نظارت بر خود (اتحاد ناظر و منظور)
- 2-4-1-6-2. انواع تعارض منافع:** این طبقه بندی بر اساس یک معیار مفهومی مشخص تقسیم بندی می شود که عبارت اند از:

- تعارض منافع فرد محور یا سازمان محور
- تعارض منافع نظام مند یا غیر نظام مند (تعارض منافع موردی یا تعمیم یافته)
- تعارض منافع قابل برگشت یا غیر قابل برگشت
- تعارض منافع بالفعل، بالقوه و شبهه ی تعارض منافع
- تعارض منافع مالی یا غیر مالی
- تعارض منافع شخص یا تعارض منافع سازمان های منصوب کننده شخص
- تعارض منافع بیرونی یا تعارض منافع درونی

2-4-1-6-3. شکل گیری تعارض منافع نظام مند و مدیریت آن

موقعیت های تعارض منافع به طور عمومی ناشی از اشتباهات اساسی در طراحی مدیریت فرایندها به صورت عمومی است. این اشتباهات در معماری فرایندها بیش از آنکه ناشی از عدم آگاهی طراحان باشد، مربوط به مناسبات قدرت ذی نفعان در موضوع است برای مثال تعارض منافع مربوط به کارانه پزشکان و یا اعطای بودجه مابه ازای افراد بستری شده در بیمارستان ها ناشی از انتخاب شاخص عملکرد کلیدی¹ اشتباه است. برای مثال کارانه پزشکان بجای فعالیت می تواند مبتنی بر نتیجه باشد، یعنی کارانه پزشکان کسری از بیماران بهبود یافته بر هزینه های عمومی آن بیماران باشد. همچنین بخش عمده از تعارضات منافع نظام مند می تواند ناشی از اهداف سازمانی متعارض² باشد. قرار گرفتن دو هدف افزایش و بهبود بازرگانی و صنعت در یک وزارتخانه اساساً منجر به تعارض منافع خواهد شد و نمی توان از متولیان آن انتظار توجه متوازن به هر دو هدف داشت. در سطوح خردتر طراحی اشتباه فرایندهای سازمانی موجب شکل گیری موقعیت های تعارض منافع می شود.

¹Key Performance Indicator

²Conflict in Organizational Objective

ابتکارات فراوانی برای مدیریت تعارض منافع نظام‌مند در سطح جهانی پیگیری می‌شود. یکی از شیوه‌های مدیریت تعارض منافع تفکیک تشخیص و اصلاح است. برای مثال رویکرد بالینی به تعمیر خودرو یکی از این تفکیک‌ها است. بر اساس این رویکرد کلینیک‌های تشخیص عیب خودرو به بررسی وضعیت خودرو و تعیین عیب آن می‌پردازند بدون آنکه وظیفه تعمیر آن را برعهده داشته باشند و شما پس از تعیین عیب به سراغ تعمیرکار می‌روید. این شیوه باعث می‌شود تعمیرکاران خودرو نتوانند از عدم آگاهی رانندگان سوءاستفاده کنند. تشخیص‌دهندگان عیب خودرو نیز به دلیل آنکه نتیجه هیچ فرقی برای آنها ندارد، تنها معایب حقیقی خودرو را برای شما گواهی می‌کنند. در این حالت نیز امکان بروز موقعیت تعارض منافع در قالب تبانی خدمتگزاران هست؛ اما نسبت به تجمع دو وظیفه در یک نقش احتمال بروز کمتری دارد.

بدین ترتیب بخش بزرگی از تعارض منافع در نظام اداری مربوط به موقعیت‌های تعارض منافع نظام‌مند و تعمیر یافته‌ای هستند که با دستورالعمل‌های متداول مدیریت تعارض منافع قابل حل نیستند. اساساً دستورالعمل‌های مدیریت تعارض منافع به موقعیت‌های موردی و غیر نظام‌مند شامل دریافت هدیه، خویشاوندی، سهامداری و مالکیت، اشتغال هم‌زمان و مشابه آن می‌پردازد. اما موقعیت‌های تعارض منافع نظام‌مند اساساً نیازمند اصلاحات فرایندی در نظام اداری است. این موقعیت‌های تعارض منافع نظام‌مند از موقعیت‌های فردی خرد همچون تعارض منافع در کارانه پزشکان شروع می‌شود و تا موارد بزرگ‌تر آن همچون تعارض منافع نمایندگان مجلس در اولویت دادن به منافع حزبی و منطقه‌ای در مقابل منافع ملی را شامل می‌شود. همچنین موقعیت‌های تعارض منافع سازمانی بخش عمده‌ای از موقعیت‌های تعارض منافع نظام‌مند را تشکیل می‌دهند (همان).

موقعیت‌های تعارض منافع نظام‌مند با تکیه بر قانون عمومی و واحد مدیریت تعارض منافع حل نخواهند شد. این موقعیت‌ها اختصاصی دستگاه‌ها بوده و در هر سازمان به شکلی خاص خود را نشان می‌دهد. مدیریت این موقعیت‌های تعارض منافع، مستلزم بررسی فرایندی سازمان‌ها و نهادها است و لاجرم باید به صورت گام‌به‌گام و دستگاه به دستگاه نسبت به مدیریت آن‌ها اقدام کرد. اما مهم‌ترین کاری که می‌توان انجام داد آن است که از انباشت موقعیت‌های جدید جلوگیری کرد. در سطح قوانین مجلس ضرورت دارد تمام طرح‌ها و لوایح وصول‌شده از منظر تعارض منافع مورد بررسی قرار گیرد و در صورت وجود این موقعیت‌ها از تصویب آن‌ها جلوگیری کرد. به عبارت دیگر، هر طرح یا لایحه‌ی قابل وصول در مجلس، دارای یک پیوست مدیریت تعارض منافع باشد که در آن تمهیدات لازم برای مدیریت تعارض منافع در آن حوزه‌ی مشخص اندیشیده شده باشد. علاوه بر این نهادهایی همچون سازمان اداری و استخدامی کشور می‌توانند بازبینی فرایندی دستگاه‌های دولتی و عمومی غیردولتی را مورد توجه قرار داده و فرایندهای دارای تعارض منافع را بازبینی کنند (همان).

موضوع تعارض منافع در همه وزارتخانه، ادارات و سازمان ها و در سطوح مختلف آنها وجود دارد سازمان بهزیستی نیز از این قاعده مستثنی نیست اغلب تصمیمات و اقداماتی که در قالب اسناد و لوایح بالادستی و یا بخشنامه ها و دستورالعمل ها به ادارات کل در استانها و از این طریق به شهرستانها ابلاغ می گردد می تواند متاثر از تعارض منافع کارکنان این سازمان باشد بعنوان نمونه صدور مجوز دفاتر و مراکز مشاوره و کیفیت اقدامات حمایتی از آن جمله است. تمرکز و دسترسی راحت بخشی از منابع انسانی ستادی این مجموعه به تصمیمات و دستورالعمل ها و نیز اولویت های واگذاری مجوز تاسیس مراکز مشاوره، فرصتی را فراهم می آورد تا طیفی از افراد فرصت طلب از این رانت اطلاعاتی برای بهره برداری فردی و خویشاوندی استفاده کنند بدلیل ذینفع بودن بخشی از کارکنان ستادی بهزیستی، در مراحل مختلف صدور مجوز تاسیس این مراکز احتمال تعارض منافع بسیار بالاست. مطالعه سرانگشتی تعداد مراکزی که کارکنان بهزیستی در آنها ذینفع بوده و در زمان های غیر کاری و اغلب بعد از شیفت کاری رسمی بصورت پاره وقت با آنها همکاری می کنند بخشی از این حقیقت را روشن خواهد کرد. اعمال نظر در صدور مجوز تاسیس این مراکز به دوستان، خویشاوندان و بستگان دور و نزدیک به شرط قبول همکاری خود کارکنان داخل بهزیستی واقعیتی انکار ناپذیر است البته در اغلب ادارات و سازمانها این امر موضوعیت دارد و مختص بهزیستی نیست. طراحی مکانیزم های عملی مناسب برای رفع این مساله و در واقع طراحی تدابیر مناسب برای مدیریت تعارض منافع موضوع مهمی است که باید مورد توجه مسئولین و دست اندرکاران بهزیستی قرار گیرد دلیل عمده این حساسیت نیز به ماهیت خدمات مشاوره بر می گردد. به هر حال افرادی که این مراکز را تاسیس می کنند قانونا مجاز به ارائه خدمات روانشناختی و مشاوره به مراجعان از طیف های مختلف سنی و جنسی و قومی و .. می باشند و بعبارتی این افراد با روح و روان افراد و خانواده ها سر و کار دارند گاهی یک مشاوره غیر حرفه ای و برخورد نسنجیده و خارج از عرف متعارف حرفه¹ مشاوره، می تواند لطامات جبران ناپذیری به خدمت گیرنده وارد کند. از این رو با توجه به اینکه بهزیستی از سازمان هایی است که در کنار نظام روانشناسی و مشاوره، انحصار صدور پروانه خدمات روانشناسی و مشاوره را داراست، تمرکز مسئولیت یاد شده در این سازمان بویژه در سطح استانها و شهرستانها، خواسته یا ناخواسته آن را مستعد تعارض منافع در ابعاد مختلف (مشمول بند 1 فوق یعنی موقعیت های تعارض منافع و بند 2 یعنی انواع و اشکال تعارض منافع) می سازد. فقدان سیاست ها و راهبردهای مناسب برای مدیریت موقعیت تعارض منافع در بهزیستی می تواند عملکرد مراکز و دفاتر یاد شده و به تبع آن خود بهزیستی را بخطر بیندازد.

2-6-2. زمینه های تحلیلی موانع نهادی

¹Profession

2-6-2-1. چهارچوب مفهومی نظارت و ارزیابی

- نظارت به معنی پیگیری مستمر، پایش و بررسی اجرای فعالیت‌ها به منظور اطمینان از انطباق با استانداردها، ضوابط فنی، اخلاقی و قانونی است.
- ارزیابی به معنی سنجش اثربخشی، کارایی، کیفیت و نتایج خدمات ارائه شده و مقایسه آنها با اهداف و استانداردهای تعیین شده است.
- در حوزه مشاوره و روان‌درمانی، این نظارت و ارزیابی باید جنبه کیفی و کمی داشته باشد: ساختار (نیروی انسانی، تجهیزات، مستندسازی و فرآیندها) و فرآیندها (روش کار، اخلاق حرفه‌ای، رابطه درمانی) و نتایج (رضایت مراجعان، تغییرات رفتاری، کاهش مشکلات).
- نظارت و ارزیابی در این حوزه باید هم جنبه درون‌سازمانی (نظارت داخلی مراکز) و هم برون‌سازمانی (نظارت توسط دستگاه‌های بالادستی، مثل بهزیستی) داشته باشد.
- در حوزه روان‌درمانی و مشاوره، مفهوم «سوپرویزیون یا نظارت»¹ نیز اهمیت دارد: سوپروایزر با راهنمایی و بازخورد به مشاوران کمک می‌کند مهارت‌شان را ارتقا دهند تا از خطاهای حرفه‌ای جلوگیری شود. همچنین، شواهد تجربی نشان می‌دهد که:
- در حوزه خدمات بهداشت روان، نبود سوپروویزیون منظم منجر به کاهش کیفیت خدمات می‌شود و نظارت منظم به بهبود عملکرد کمک می‌کند.
- مطالعات در زمینه مشاوره توانبخشی² تأکید کرده‌اند که نظارت حرفه‌ای یکی از کلیدهای توسعه حرفه‌ای مشاوران و ارتقای کیفیت خدمات در محیط عمومی است.
- در حرفه‌های وابسته به سلامت³، نظارت مؤثر به عنوان ابزاری برای تضمین کیفیت مراقبت، ایمنی بیمار و پشتیبانی از متخصصان شاغل شناخته شده است.

¹Supervision

²Rehabilitation Counseling

³Allied Health

بر اساس منابع رسمی و اسناد بالادستی، نظارت و ارزیابی مراکز مشاوره از سوی سازمان بهزیستی کشور یکی از ارکان مهم در تضمین کیفیت خدمات سلامت روان و مشاوره خانواده در ایران است.

2-6-2-1-1. اهداف نظارت و ارزیابی

- تضمین کیفیت خدمات: بررسی سطح علمی و حرفه‌ای مشاوران، استفاده از روش‌های مبتنی بر شواهد.
- صیانت از حقوق مراجعان: اطمینان از رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای، رازداری، عدم سوءاستفاده مالی یا روانی.
- پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی: مراکز مشاوره در خط مقدم مداخله‌های روانی- اجتماعی هستند و ضعف عملکرد می‌تواند منجر به گسترش آسیب‌ها شود.
- یکپارچگی سیاستی: نظارت، مراکز را با سیاست‌های کلان خانواده، سلامت روان و کاهش طلاق هماهنگ می‌کند.

2-6-2-1-2. سازوکارهای نظارتی

- بازدیدهای دوره‌ای و موردی توسط کارشناسان بهزیستی.
- ارزیابی مدارک و پروانه‌ها: کنترل صلاحیت مدیر فنی و تیم مشاوران.
- بررسی پرونده‌ها و گزارش‌های خدمات: شامل روند مشاوره، رعایت پروتکل‌ها، ارجاعات به مراجع قانونی.
- نظام درجه‌بندی مراکز: در برخی استان‌ها بر اساس کیفیت خدمات، رضایت مراجعان و رعایت استانداردها، مراکز رتبه‌بندی می‌شوند.
- اقدامات انضباطی: از تذکر کتبی تا تعلیق یا ابطال مجوز.

2-6-2-1-3. اهمیت نظارت

1. ارتقای اعتماد عمومی: وقتی مردم بدانند مراکز تحت نظارت رسمی هستند، تمایل بیشتری به مراجعه پیدا می‌کنند.

2. حفظ سلامت روان جامعه: خطا در مشاوره می‌تواند پیامدهای خانوادگی و اجتماعی جدی داشته باشد.

3. مقابله با مراکز غیرمجاز: نظارت بهزیستی مانع فعالیت افراد فاقد صلاحیت می‌شود.

4. اجرای سیاست‌های کلان خانواده و جمعیت: مطابق سیاست‌های کلی خانواده (ابلاغی ۱۳۹۵)، مشاوره و تحکیم خانواده باید نظام‌مند و استاندارد باشد.

جدول شماره 2-5. اهمیت نظارت و ارزیابی دفاتر مشاوره خانواده بهزیستی

دلیل	شرح	مستند / منبع
حمایت از کیفیت خدمات مشاوره‌ای و سلامت روانی مراجعان	بدون نظارت، مراکز ممکن است خدمات ناقص، غیرعلمی یا غیر اخلاقی ارائه کنند؛ نظارت کمک می‌کند استانداردهای فنی و اخلاقی رعایت شود و خدمات موثر به مراجعان داده شود.	شبکه‌های علمی سوپرویزیون تأکید دارند که نظارت بالینی قسمت جدایی‌ناپذیر برنامه‌های درمانی است برای اطمینان از کیفیت مراقبت به مراجعان
حفاظت از حقوق مراجعان و پیشگیری از تخلفات	دستگاه نظارتی می‌تواند از وقوع تخلفاتی مانند سوء استفاده، رفتار غیر اخلاقی، ارائه خدمات بدون صلاحیت جلوگیری کند و در صورت شکایت مراجعان رسیدگی نماید.	در مقررات مراکز مشاوره خانواده در ایران، ماده ۴۵ تا ۴۸ قانون ذکر شده است که بازرسان مخصوص برای نظارت و گزارش تخلفات تعیین می‌شوند و شکایات مراجعان بررسی شود.
افزایش اعتماد عمومی و اعتبار مراکز مشاوره	اگر مراجعان بدانند مراکز تحت نظارت و سنجش هستند، اعتمادشان به مراکز بیشتر می‌شود. این اعتماد باعث افزایش رجوع به خدمات و اثربخشی بیشتر می‌شود.	در ایران، یکی از اهداف شیوه‌نامه نظارت بهزیستی «افزایش میزان رضایتمندی و اعتماد مراجعان به خدمات دریافتی» بیان شده است.
ارتقای مستمر حرفه‌ای کارکنان مشاوره	از طریق بازخورد، ارزیابی عملکرد و سوپرویزیون، کارکنان مشاوره می‌توانند نقاط ضعف‌شان را شناسایی و بهبود بخشند،	مقالات علمی نشان می‌دهند که نظارت حرفه‌ای باعث افزایش صلاحیت مشاوران و بهبود مراقبت‌شان می‌شود.

	مهارت یاد بگیرند و حرفه‌ای‌تر شوند.	
گزارش‌ها نشان داده‌اند که یکی از دلایل ترک شغل در مراکز درمانی، عدم وجود حمایت و نظارت کافی است.	مشاوران در معرض بار روانی زیاد هستند؛ نظارت حمایت‌کننده می‌تواند به کاهش فرسودگی شغلی، افزایش رضایت شغلی و ماندگاری آنها کمک کند.	کاهش استرس کاری و حفظ نیروی انسانی
---	نظارت و ارزیابی می‌تواند کمک کند تا نقاط ضعف استفاده از منابع شناسایی شود، خدمات غیرضروری حذف شود و تخصیص بهینه منابع انجام گیرد.	کنترل هزینه‌ها و بهینه‌سازی منابع
---	مراکز، بهزیستی و نهادهای بالادستی باید پاسخگوی عملکرد خود باشند؛ نظارت و گزارش‌دهی می‌تواند پاسخگویی را تقویت کند.	ایجاد پاسخگویی و شفافیت
بهزیستی در ایران مستند «دستورالعمل نحوه تأسیس، اداره و انحلال مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی» چگونگی نظارت را در قالب فرم‌ها، بازدیدهای حضوری و غیرحضوری شرح داده است .	نظارت موجب می‌شود ضوابط، شاخص‌ها، ابزارها و چک‌لیست‌های استاندارد تدوین و اجرا شوند که کیفیت خدمات در سطح کشور یکنواخت‌تر شود.	ترویج استانداردسازی و سامانه‌سازی
https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4435_tip52_litrevblk.pdf?utm_source=chatgpt.com https://www.behzisty-khz.ir https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/media.behzisti.ir	ارزیابی عملکرد مراکز می‌تواند داده‌هایی فراهم کند که در پژوهش‌ها استفاده شود و به بهبود رویه‌ها کمک کند.	ارتباط بین پژوهش و عمل
	نظارت به عنوان «دروازه‌بان حرفه» عمل می‌کند، یعنی مانع ورود مشاوران فاقد صلاحیت یا مراکز بی‌کیفیت به عرصه مشاوره شود.	کنترل ورود بی‌صلاحیت‌ها

2-6-2-1-4. چالش‌ها و موانع نظارت و ارزیابی مراکز مشاوره

در کنار ضرورت‌ها، باید به موانعی که ممکن است اجرای مؤثر نظارت را دشوار کند، توجه داشت:

1. مقاومت مراکز و مشاوران نسبت به کنترل و داوری

بسیاری از مشاوران ممکن است نظارت بیرونی را به عنوان دخالت یا تهدید ببینند، نه به عنوان فرصتی برای رشد. در مسئله ارزیابی، احساس داوری شدن ممکن است باعث مقاومت یا پنهان کاری شود. در ادبیات سوپروویزیون، عملکرد ارزیابانه¹ یکی از دشواری‌هاست؛ یعنی رابطه بین ارزیاب و مشاور ممکن است به تنش بین نقش حمایتی و کنترلی منجر شود (ResearchGate).

2. کمبود منابع مالی و انسانی متخصص برای نظارت

نظارت دقیق به بازدیدها، بررسی پرونده‌ها، مصاحبه‌ها و تحلیل داده‌ها نیازمند وقت، نیروی متخصص و بودجه است. در شرایطی که دستگاه نظارتی (مثلاً بهزیستی) با محدودیت منابع مواجه باشد، ممکن است نظارت سطحی انجام شود.

3. ناهماهنگی بین مقامات دولتی، نهادهای حرفه‌ای و قانون‌گذار

ممکن است بین مقررات وزارت، سازمان بهزیستی، سازمان نظام روانشناسی و مشاوره و قوانین مجلس تضاد یا ابهام باشد که وظیفه نظارتی چه نهادی است. مثلاً سازمان نظام روانشناسی معتقد است نظارت بر مراکز مشاوره برعهده خود آن نهاد است، در حالی که بهزیستی نیز این وظیفه را برای خود قائل است (ایرنا) این اختلاف حقوقی ممکن است مانع اجرای یکپارچه نظارت شود.

4. تغییرات مداوم در استانداردها و روش‌ها

رشته روانشناسی و مشاوره در حال تحول است و روش‌های جدید درمانی، اخلاقی یا فناوری نوین ممکن است به سرعت تغییر کنند. اگر نظارت به‌روز نباشد، ممکن است مراکز به شیوه‌های منسوخ پایبند بمانند.

5. دشواری در سنجش نتایج ناملموس

نتایج تغییرات روانی، بهبود کیفیت زندگی، ارتقای عزت نفس یا بهبود روابط خانوادگی اغلب دیر یا نامشهود است و امکان سنجش دقیق آنها دشوار است. این مسئله می‌تواند ارزیابی را با عدم قطعیت همراه کند.

6. عدم فرهنگ نظارت و ارزیابی در مراکز مشاوره

¹judgmental evaluation

اگر مراکز مشاوره عادت به خوداندیشی، بازخوردپذیری یا مستندسازی دقیق نداشته باشند، فرآیند نظارت مؤثر با مقاومت یا کمبود اطلاعات مواجه خواهد شد.

7. مسائل حقوقی، محرمانگی و حریم خصوصی

در حوزه مشاوره، حفظ محرمانگی مراجعان ضروری است. نظارت باید به گونه‌ای طراحی شود که امنیت اطلاعات مراجعان حفظ شود و مداخله نظارتی باعث نقض حقوق حریم خصوصی نشود.

2-6-1-5. پیشنهاد بهبود نظارت و ارزیابی مؤثر مراکز مشاوره

با توجه به اهمیت و چالش‌ها، پیشنهادهایی برای بهبود فرآیند نظارت و ارزیابی مراکز مشاوره ارائه می‌دهیم:

1. طراحی شاخص‌های دقیق، شفاف و قابل سنجش

باید شاخص‌های کمی و کیفی واضحی تدوین شود (مثل تعداد جلسات، نسبت موفقیت، رضایت مراجعان، مستندسازی، کنترل کیفیت پرونده‌ها، ساختار نیروی انسانی). این شاخص‌ها باید دسترسی‌پذیر و قابل اندازه‌گیری باشند.

2. چک‌لیست‌ها و ابزارهای ارزیابی استاندارد

استفاده از چک‌لیست‌های استاندارد هنگام بازدید حضوری یا غیرحضوری، فرم‌های نظارت و ارزیابی یکنواخت بین استان‌ها. بهزیستی در دستورالعمل خود چنین فرم‌ها و چک‌لیست‌هایی را پیش‌بینی کرده است (وبسایت بهزیستی media.behzisti.ir).

3. ترکیب نظارت حضوری و غیرحضوری

بازدید حضوری دوره‌ای و موردی، همراه با نظارت غیرحضوری (مستندات ارسالی، بررسی پرونده‌ها، گزارش دوره‌ای، استفاده از فناوری‌های الکترونیکی) برای پوشش بهتر و به‌روز بودن نظارت.

4. توسعه ظرفیت نظارت‌گران متخصص

تربیت، آموزش و انتخاب افراد خبره روانشناسی و مشاوره برای انجام نظارت، به منظور افزایش دقت و عدالت در ارزیابی.

5. فرآیند بازخورد و ارتقاء به جای تأدیب یا تنبیه

نظارت باید ترکیبی از جنبه حمایتی و اصلاحی باشد: یعنی نه فقط ایراد گرفتن، بلکه ارائه راهکار برای ارتقاء، دوره‌های آموزشی، بازخورد سازنده و پیگیری بهبود.

6. شفافیت و اعلام عمومی رتبه بندی مراکز

مانند سیاست رتبه‌بندی مراکز تحت نظارت بهزیستی که نتایج را اعلام می‌کند، می‌توان شفافیت را افزایش داد و مراکز را به رقابت سازنده تشویق نمود.

7. پیوند ارزیابی با نظام پاداش و تنبیه معقول

مراکزی که عملکرد برتر دارند، تسهیلات بیشتری دریافت کنند؛ در مقابل مراکز ضعیف‌تر مشمول آموزش‌های تکمیلی یا محدودیت شوند.

8. پایش مستمر و بازنگری دوره‌ای استانداردها

با پیشرفت دانش مشاوره، ضوابط نظارتی و شاخص‌ها باید به‌روز شوند تا مراکز به شیوه‌های نوین خدمت دهند.

9. استفاده از روش‌های تحقیق و پایش نتایج بلندمدت

برای سنجش تأثیر خدمات مشاوره بر زندگی مراجعان در طولانی‌مدت، طرح‌های پایش و ارزیابی دنبال شوند.

10. درگیر کردن مراجعان در ارزیابی خدمات

نظرسنجی از مراجعان، بررسی شکایات، مصاحبه‌های بازخورد محور با مراجعان جهت سنجش کیفیت خدمات از دید آنها. بدین ترتیب، عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی خواسته یا ناخواسته متأثر از میزان ارزیابی و نظارت بر فعالیت این مراکز است. بدون نظارت و ارزیابی مناسب، مشاوران مراکز ممکن است در تلاش برای رسیدگی به نیازهای متنوع خانواده‌ها خدمات غیر مفید ارائه کنند (فورر و همکاران، 2023). افزایش کارایی مراکز مشاوره بدون نظارت و ارزیابی غیر ممکن و یا دست کم بسیار سخت است. نظارت باعث می‌شود فعالیت‌های مراکز

در راستای اهداف و ساختارهای هنجاری و کارویژه های تعریف شده باشد. در کنار نظارت، ارزیابی های دقیق و هدفمند مراکز تحت پوشش باعث می شود تصویر ذهنی از کیفیت عملکرد این مراکز بدست آید به تعبیر دیگر با ارزیابی است که می توان مراکز را با هم مقایسه کرد و نقص ها و قوت ها را شناخت بدون تعریف هنجارها و مکمال های استاندارد که بتوان در قالب آنها فهرست تعهدات و فعالیت مراکز را سنجید این مهم شدنی نیست، مراکز می توانند بر اساس شاخص های قابل قبول نظارت و ارزیابی، از مزایا و فرصت های آن استفاده کنند در عین حال با مشخص شدن ضرایب منفی امتیازات کسب شده، سعی کنند ضرایب منفی را ارتقا ببخشند. بدون تردید رتبه بندی مراکز مشاوره خانواده از سوی بهزیستی و ارائه گواهی صلاحیت حرفه ای به این مراکز و درج و نصب آن در لیست مراکز تحت پوشش در وبسایت اختصاصی بهزیستی و یا در سطح شهر و نیز انعکاس آن در سطح مراکز استان می تواند به بهبود جایگاه و سرمایه اجتماعی آن منجر شده و مراجعان بیشتری را جلب کند و انگهی این فرایند می تواند رقابت مثبتی بین مراکز مختلف مشاوره ایجاد کند تا خدمات با کیفیت تری به مراجعان خود ارائه کنند.

2-2-6-2. موانع تنظیمی و سیاست گذاری

موانع تنظیمی و سیاست گذاری مجموعه دیگری از موانع نهادی هستند که مانع عملکرد سیستمی می شوند. در بسیاری از موارد، مقررات و سیاست های موجود با نیازهای رویکردهای سیستمی همسو نیست. به عنوان مثال، در زمینه مراقبت های بهداشتی، مراقبت های طولانی مدت، اختلاف بین شایستگی های نسبت داده شده به سازمان های مختلف و وظایفی که انتظار می رود انجام دهند، چالش های مهمی وجود دارد. این اختلافات اغلب ناشی از چارچوب های نظارتی منسوخ یا غیر قابل انعطاف است که تناسبی با نیازهای در حال تحول سیستم (سازمان) ندارند. لذا سیاست ها و برنامه های مراکز مشاوره باید هر چند سال مورد بازبینی و اصلاح قرار گیرد چرا که نوع و سطح مسائل و مشکلاتی که افراد و خانواده ها با آنها درگیر می شوند پوست اندازی می کند و بهزیستی نمی تواند و نباید نسبت به این تغییرات بی توجه بماند. بازبینی و اصلاح مقررات و برنامه های فرادستی بهزیستی در الزام مراکز به رعایت مقررات و سیاست های تعریف شده بسیار ضروری است. برخی از مهمترین موانع تنظیمی و سیاست گذاری نهادی ارتقای عملکرد مراکز بهزیستی عبارتند از:

1. تعارض یا ابهام مرجع صدور مجوز و نظارت (تضاد نقش بین نهادهای حاکمیتی و نهادهای حرفه ای)

اختلاف در مرجع رسمی صدور مجوز و حدود وظایف نظارتی بین سازمان بهزیستی و سازمان نظام روان‌شناسی / مشاوره یا نهادهای دیگر باعث ایجاد خلاءهای نظارتی، شکاف صلاحیتی و فرصت صدور مجوزهای غیراصولی می‌شود.

2. صدور مجوزهای غیراصولی یا ناکافی بودن سازوکار ارزیابی صلاحیت‌ها

در برخی گزارش‌ها و رصدهای میدانی، اشاره شده مراکزی که فاقد کفایت بالینی یا تیم فنی کامل‌اند، پروانه گرفته یا عملاً فعالیت می‌کنند؛ این مسئله ریشه در ضعف معیارها یا اجرای ضعیف پروسه صدور مجوز دارد.

3. ضعف در ظرفیت نظارتی و منابع (کمبود بازرس متخصص، بودجه و مکانیزم‌های اجرایی)

آیین‌نامه‌ها ممکن است نظارت را تکلیف کنند، اما اجرای مؤثر نیازمند نیروی انسانی آموزش‌دیده، اعتبار مالی و ابزارهای پایش (سیستم اطلاعاتی، فرم‌ها، چک‌لیست‌ها) است که در عمل محدودیت دارد. کمبود چنین منابعی باعث نظارت سطحی یا ناپیوسته می‌شود.

4. تشتت مقررات و فقدان استانداردسازی ملی یکپارچه (استانی‌سازی و تفاوت رویه‌ها)

هر استان یا هر نهاد ممکن است رویه متفاوتی برای بازدید، شاخص‌گذاری و رتبه‌بندی داشته باشد؛ نبود استاندارد ملی واحد باعث نابرابری کیفیت خدمات و سردرگمی مراکز می‌شود.

5. ضعف در پیوند بین سیاست‌گذاری و شواهد پژوهشی (عدم استفاده از داده‌ها برای طراحی مقررات)

در بسیاری موارد خط‌مشی‌گذاران دستورالعمل‌ها را بدون پشتوانه کافی پژوهشی یا بدون مکانیسم ارزیابی اثر اجرا می‌کنند؛ این امر منجر به تولید مقررات کم‌اثر یا غیرکارا می‌شود.

6. بوروکراسی اداری و سنگینی الزام‌های گزارش‌گیری که بار عملیاتی مراکز را افزایش می‌دهد

تکالیف فراوان گزارش‌نویسی، فرآیندهای پیچیده تمدید مجوز یا کسب موافقت‌ها می‌تواند وقت و منابع مراکز را مصرف کند و هزینه‌های غیرضرور به آنها تحمیل نماید.

7. ضعف یا فقدان سازوکارهای حمایت و ارتقا به جای صرفاً تنبیه (فرهنگ نظارتی تنبیهی)

نظارت اگر تنها جنبه مجازات‌محور داشته باشد، مراکز را به پنهان‌کاری و مقاومت وا می‌دارد؛ نبود برنامه‌های حمایتی (آموزش، پشتیبانی فنی، فرصت تجدیدنظر) مانع بهبود مستمر کیفیت می‌شود.

8. مشکلات حقوقی و حفظ محرمانگی که نظارت را پیچیده می‌سازند.

حفاظت از حریم خصوصی مراجعان محدودیت‌هایی برای دسترسی کامل بازرس به پرونده‌ها ایجاد می‌کند و قوانین/روندهای نامشخص درباره نحوه بررسی پرونده‌ها در فرآیند نظارت، می‌تواند مانع رسیدگی کامل شود.

9. تأثیر سیاست‌های کلان اقتصادی و بودجه‌ای (کوتاهی در تأمین منابع دولتی برای نظارت و حمایت از مراکز)

محدودیت‌های بودجه‌ای دستگاه‌های نظارتی و سیاست‌های کلان که منابع را محدود می‌کنند، مستقیماً توان نظارت و اجرای سیاست‌ها را تضعیف می‌کند.

10. فشارهای اجتماعی-فرهنگی و عدم تناسب سیاست‌ها با واقعیت‌های محلی

قوانین و سیاست‌هایی که بدون توجه به تفاوت‌های فرهنگی-اجتماعی مناطق تهیه شوند، ممکن است در اجرا با مقاومت و شکست روبه‌رو شوند (مثلاً مراجعان در برخی مناطق کمتر به مراکز رجوع می‌کنند یا انتظارات متفاوتی دارند).

2-6-3. موانع فناوری

موانع فناوری نیز موانع مهمی برای بهبود عملکرد سیستمی هستند. در حالی که فناوری می‌تواند نقش مهمی در هدایت نوآوری و بهبود کارایی ایفا کند، اجرای موثر آن اغلب به دلیل موانع سازمانی با مقاومت روبرو می‌شود. برای مثال، در زمینه نوآوری مبتنی بر فناوری اطلاعات در دانشکده‌ها و دانشگاه‌های غیرانتفاعی، فقدان چشم‌انداز مشترک و رواج رویکردهای سلب‌شده برای پذیرش فناوری مانع از ادغام فناوری اطلاعات در خدمات دانشگاهی و اداری می‌شود. این پتانسیل فناوری را برای بهبود عملکرد سیستمی محدود می‌کند.

از چالش‌های اساسی در مسیر ارتقای عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی، موانع مرتبط با فناوری و نوآوری است. نخست، ضعف زیرساخت‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات از جمله پهنای باند محدود، تجهیزات ناکافی و نبود سامانه‌های یکپارچه مدیریت داده، موجب کاهش اثربخشی خدمات آنلاین و پرونده‌نگاری الکترونیک می‌شود

(قرایی و دیگران، 2022). دوم، فقدان چارچوب‌های قانونی و سیاست‌گذاری روشن برای ارائه خدمات مشاوره دیجیتال، به‌ویژه در زمینه حفظ محرمانگی اطلاعات و تعرفه‌گذاری، مانعی جدی در توسعه خدمات نوین به شمار می‌آید. (قاسم پور و دیگران، 2025). سوم، کمبود سواد دیجیتال در میان کارکنان و مراجعان، همراه با کمبود نیروی انسانی متخصص در حوزه فناوری، باعث می‌شود نوآوری‌های فناورانه به‌طور کامل مورد بهره‌برداری قرار نگیرند (ربانی فر و دیگران، 2022). علاوه بر این، مقاومت سازمانی در برابر تغییر و فرهنگ محافظه‌کارانه در برخی مراکز، نوآوری‌ها را در سطح آزمایشی نگه می‌دارد و از گسترش آن‌ها جلوگیری می‌کند (کواری، یوسفی و مرادی، 2014).

محدودیت‌های مالی و فرآیندهای بوروکراتیک خرید تجهیزات نیز مانع سرمایه‌گذاری پایدار در فناوری می‌شوند (قرایی و دیگران، 2022) از سوی دیگر، نگرانی‌های جدی در مورد امنیت داده‌ها و محرمانگی اطلاعات مراجعان وجود دارد که در صورت عدم رفع، اعتماد عمومی به خدمات نوین را کاهش می‌دهد (قاسم پور و دیگران، 2025). نهایتاً، بسیاری از راهکارهای فناورانه به دلیل عدم توجه به نیازهای واقعی کاربران و فقدان مشارکت مراجعان و مشاوران در طراحی، با استقبال اندکی مواجه می‌شوند (هو، 2025). مجموعه این موانع سبب می‌شود که مراکز مشاوره بهزیستی نتوانند به‌طور کامل از ظرفیت‌های فناوری و نوآوری برای بهبود کیفیت و دسترس‌پذیری خدمات خود بهره‌مند شوند.

علاوه بر این، در چارچوب سیستم‌های ارزیابی عملکرد، گنجانیدن شاخص‌های عملکرد بدون استفاده عملی، اغلب به بی‌اعتمادی و کاهش ارزش این سیستم‌ها منجر می‌شود. این امر نیاز به یک رویکرد استراتژیک‌تر برای طراحی و اجرای سیستم‌های اندازه‌گیری عملکرد را برجسته می‌کند، رویکردی که با اهداف سیستمی سازمان همسو باشد. از سوی دیگر، ظرفیت بالای اینترنت و خدمات شبکه‌های مجازی واقعیت انکار ناپذیری است و باید روند فعالیت مراکز به سمت استفاده از این فناوری و بستر خدمت‌رسانی جهت‌گیری شود دقیقاً مشابه اقداماتی که وزارت بهداشت برای تسهیل ارائه خدمات مشاوره پزشکی انجام داده است در حال حاضر بسیاری از متخصصان صفحه شخصی دارند و در این صفحات به ارائه مشاوره‌های لازم به بیماران می‌پردازند این صفحات مرتب در حال پایش بوده و تصویر مناسبی از رزومه فعالیت پزشکان متخصص به بیماران ارائه می‌دهد و بیمار قبل از مراجعه به پزشک متخصص، تصویری از ارزیابی وی از نظر بیماران بدست می‌آورد. مشابه

این برنامه ریزی و استفاده از فناوری باید در سرفصل برنامه های بهزیستی کشور و به تبع آن استانها قرار گیرد بدون تردید استفاده از قابلیت فناوری و نوآوری ها فقط به این موارد محدود نمی شود و طیف وسیعی از اقدامات را می توان انجام داد.

2-6-2 نقش مشوق ها

وجود مشوق ها نقش مهمی در ارتقای عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی ایفا می کند. در گام نخست، نظام های انگیزشی مالی مانند پرداخت مبتنی بر عملکرد، تسهیلات رفاهی، و حمایت های بیمه ای می تواند موجب افزایش انگیزه مشاوران و کارکنان گردد (هاشمی و فیروزآبادی، 2021). در کنار این ها، مشوق های غیرمالی همچون فرصت های رشد حرفه ای، آموزش های تخصصی مداوم، و تقدیر رسمی نیز سهم بسزایی در ارتقای کیفیت خدمات دارند (سازمان بهداشت جهانی، 2020).

مکانیسم های اجرایی مؤثر شامل وجود دستورالعمل های روشن و شفاف برای ارائه خدمات، نظارت ساختاریافته بر عملکرد مراکز، و وجود سازوکارهای پاسخگویی است که موجب افزایش اعتماد مراجعان و ارتقای کارآمدی می گردد (سازمان بهزیستی، 2022). علاوه بر آن، مشارکت ذی نفعان مختلف در طراحی و اجرای سیاست ها (از جمله سازمان بهزیستی، نظام روانشناسی، و نهادهای آموزشی) یک مکانیسم مهم برای بهبود هماهنگی بین بخشی محسوب می شد (سازمان ملل، 2021).

یکی دیگر از مشوق های کلیدی، فراهم کردن بستر نوآوری و دسترسی به فناوری های نوین در مراکز است؛ چنین حمایتی نه تنها بهره وری خدمات را افزایش می دهد بلکه به جذب و نگهداشت نیروی انسانی متخصص نیز کمک می کند (هو، 2025). در نهایت، ایجاد مکانیسم های تشویقی برای جمع آوری و استفاده از داده های عملکردی و پژوهشی، مراکز مشاوره را قادر می سازد تا با تصمیم گیری مبتنی بر شواهد، خدمات خود را بهبود بخشند.

طراحی و اجرای انگیزه ها و مکانیسم های اجرایی، عوامل حیاتی در هدایت عملکرد سیستمی هستند. با این حال، در بسیاری از موارد، انگیزه ها و مکانیسم های اجرایی موجود با اهداف بهبود عملکرد سیستمی همسو نیستند. برای مثال، در زمینه طرح های تامین مالی مبتنی بر عملکرد، طراحی مشوق ها و مکانیسم های اجرایی نقش مهمی

در تعیین موفقیت این طرح‌ها دارد. تجزیه و تحلیل این طرح‌ها حاکی از اهمیت همسویی انگیزه‌ها با اهداف سیستمی و حصول اطمینان از قوی و موثر بودن مکانیسم‌های اجرایی است.

2-6-5. محدودیت‌های نهادی و موانع بوروکراتیک

الف. تمرکزگرایی تصمیم‌گیری و فقدان اختیار عملیاتی در سطوح محلی: در بسیاری از نظام‌های خدمات اجتماعی و سلامت، از جمله ایران، ساختارهای تصمیم‌گیری متمرکز مانع از پاسخ‌گویی سریع و سازگار مراکز محلی به نیازهای بومی می‌شود. وقتی رؤسا و سرپرستان محلی اختیار محدودی برای تخصیص منابع، تغییر فرایندها یا اجرای ابتکارات محلی دارند، نوآوری‌ها و اصلاحات عملکردی در سطح مرکز کند یا ناممکن می‌شود؛ در نتیجه مراکز مشاوره نمی‌توانند بسته‌های خدماتی را متناسب با نیازهای منطقه‌ای تنظیم کنند و اثربخشی کاهش می‌یابد (ResearchGate+1).

ب. پیچیدگی و طولانی‌بودن فرایندهای اداری و تدارکات: فرایندهای بوروکراتیک پیچیده برای خرید تجهیزات، جذب نیروی انسانی یا عقد قرارداد با پیمانکاران خدماتی، باعث تأخیر در تأمین نیازهای عملیاتی مراکز می‌شود. این تأخیرها هزینه‌بر و دلسرد کننده‌اند؛ مخصوصاً زمانی که نیاز به فناوری، سرویس روانشناختی نو یا قراردادهای کوتاه‌مدت برای پروژه‌های پایلوت وجود دارد. چنین موانعی عملکرد مراکز را در سطح روزمره تضعیف می‌کنند و ظرفیت پاسخ‌گویی آن‌ها به تغییرات تقاضا را کم می‌کنند (PMC+1).

ج. نظام پرداخت و انگیزه‌های ناکافی برای بهبود عملکرد: سیاست‌های پولی و نظام‌های پرداخت که بر معیارهای نامتناسب یا غیرشفاف تأکید دارند (یا به‌طور کلی انگیزه مبتنی بر عملکرد را ضعیف پیاده می‌کنند)، موجب می‌شوند کارکنان انگیزه کمی برای پیگیری کیفیت و بهبود مستمر نشان دهند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که طراحی نامناسب سازوکارهای پرداخت می‌تواند به کاهش کیفیت خدمات و فقدان تمرکز بر نتایج

بیماران/مراجعان بینجامد. برای ارتقای عملکرد مراکز مشاوره، بازطراحی سازوکارهای انگیزشی و سنجش مبتنی بر شاخص‌های شفاف ضروری است (همان).

د. ضعف مقررات‌گذاری هماهنگ و عدم هماهنگی بین‌بخشی وجود مقررات متضاد یا نبود هماهنگی میان دستگاه‌های مرتبط (مثلاً بهزیستی، وزارت بهداشت، سازمان‌های محلی و نظام روان‌شناسی) به اجرای ناکارآمد برنامه‌ها و دوباره‌کاری می‌انجامد. در عمل، این پراکندگی مسئولیت‌ها و تضاد مقرراتی مانع از ایجاد مسیرهای ارجاع روشن، اشتراک داده‌ها و سیاست‌گذاری یکپارچه برای ارتقای کیفیت خدمات مشاوره‌ای می‌شود. راه‌حل شامل تقویت سازوکارهای هماهنگی بین‌بخشی و تدوین خط‌مشی‌های مشترک است. (ResearchGate+1).

س. کمبود شفافیت، پاسخ‌گویی و ارزیابی عملکرد نظام‌مند نبود سازوکارهای شفاف ارزیابی عملکرد و گزارش‌دهی باعث می‌شود مشکلات شناسایی نشوند یا اصلاحات لازم به‌موقع اجرا نگردد. عدم وجود شاخص‌های استاندارد و دسترسی عمومی به اطلاعات عملکردی، نه تنها مانع یادگیری سازمانی می‌شود، بلکه انگیزه ارتقای کیفیت را نیز کاهش می‌دهد. استقرار نظام‌های ارزیابی مبتنی بر شواهد و افزایش شفافیت می‌تواند فشار اصلاحی ایجاد کند و عملکرد مراکز را بهبود بخشد (Taylor & Francis Online+1).

ل. مقاومت اداری و فرهنگ سازمانی محافظه‌کارانه فرهنگ‌های سازمانی که نسبت به تغییر و پذیرش نوآوری مقاومت می‌کنند (مثلاً عادات کاری ثابت، فقدان تحمل ریسک یا نگرانی از پیامدهای خطا) مانع اجرای اصلاحات عملکردی می‌شوند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بدون تغییر در فرهنگ سازمانی و ایجاد فضاهایی برای تجربه‌گری و یادگیری بدون «سرزنش»، تداوم نوآوری در سطح مراکز دشوار خواهد بود. بنابراین، پروژه‌های بهبود عملکرد باید همراه با برنامه‌های تغییر فرهنگی و توانمندسازی مدیریت محلی طراحی شوند. (Journal DTAI+1).

م. محدودیت‌های منابع و بودجه خط‌مشی‌محور ساختار بودجه‌ریزی سنتی که به تخصیص ثابت و غیرقابل انعطاف متکی است، امکان برنامه‌ریزی بلندمدت و سرمایه‌گذاری در توسعه ظرفیت‌ها (مانند آموزش، فناوری اطلاعات، یا خدمات نوآورانه) را محدود می‌کند. برای ارتقای عملکرد، نیاز است که منابع مالی به‌گونه‌ای تخصیص یابند که امکان نوآوری، ارتقای کیفیت و پاسخ به پیک تقاضا فراهم شود؛ در بسیاری از

مطالعات ایران، نظام بودجه‌ریزی و فرآیندهای تخصیص بودجه به‌عنوان مانعی جدی گزارش شده‌اند.
(ResearchGate+1).

مجموعه این محدودیت‌ها موجب کاهش توانایی مراکز مشاوره در ارائه خدمات به‌موقع، تطبیق‌پذیری با نیازهای محلی، استفاده از داده برای بهبود کیفیت و جذب و نگهداشت نیروی انسانی متخصص می‌شود؛ بنابراین پیشنهادهای سیاستی و اجرایی شامل موارد زیر است:

1. تفویض اختیار کنترل‌شده به سطوح محلی همراه چارچوب‌های پاسخ‌گو برای نظارت .
2. بازبینی فرآیندهای تدارکاتی و ایجاد رویه‌های تسهیل‌شده برای خرید فناوری و خدمات پایلوت.
3. طراحی سازوکارهای انگیزشی مبتنی بر نتایج و شفاف‌سازی معیارهای ارزیابی عملکرد .
4. تشکیل میزهای بین‌بخشی برای هماهنگی سیاست‌ها و مسیرهای ارجاع میان نهادها .
5. استقرار سامانه‌های گزارش‌دهی و ارزیابی مبتنی بر شواهد و افزایش شفافیت عملکرد (Taylor & Francis Online).

محدودیت‌های نهادی مانند سیاست‌های سخت‌گیرانه و موانع بوروکراتیک نیز می‌تواند مانع عملکرد مراکز مشاوره خانواده بهزیستی شود. این محدودیت‌ها می‌توانند انعطاف‌پذیری ارائه‌دهندگان خدمات را محدود کنند و پاسخگویی به نیازهای منحصر به فرد خانواده‌ها را دچار مشکل کنند (فیلمور و گودسان، 2010؛ استین باخر، 2024). علاوه بر این، فقدان یکپارچگی بین خدمات اجتماعی مختلف می‌تواند منجر به مراقبت‌های پراکنده شود، جایی که خانواده‌ها مجبور می‌شوند در چندین سیستم بدون حمایت کافی سرگردان شوند (لی و همکاران، 2012) (روی و همکاران، 2020). اصلاح در برنامه‌ها و تغییرات نهادی برای رفع موانع بوروکراتیک و محدودیت‌های نهادی که مانع عملکرد مراکز مشاوره خانواده بهزیستی می‌شود، ضروری است. ساده‌سازی فرآیندها، کاهش پراکندگی و افزایش همکاری بین خدمات اجتماعی مختلف می‌تواند به مراقبت یکپارچه‌تر و مؤثرتر منجر شود (لی و همکاران، 2012؛ روی و همکاران، 2020). علاوه بر این، حمایت از برنامه‌هایی که

عدالت و برابری اجتماعی را ترویج می‌کند می‌تواند در رسیدگی به علل ریشه‌ای چالش‌های پیش روی خانواده‌ها کمک کند (فیلیمور و گودسان، 2010؛ دیورت و همکاران، 2019).

2-6-3. تسهیل کننده های بهبود عملکرد

2-6-3-1. آموزش و نظارت

ارائه آموزش و نظارت بیشتر به مشاوران سلامت روان می‌تواند عملکرد مراکز مشاوره خانواده بهزیستی را به میزان قابل توجهی بهبود ببخشد. برنامه‌های آموزشی که بر شایستگی‌های فرهنگی، مهارت‌های ارتباطی و شیوه‌های مبتنی بر شواهد تمرکز دارند، می‌توانند مشاوران را با ابزارهایی که برای تعامل مؤثرتر با خانواده‌ها نیاز دارند، مجهز کنند (بایر و دیگران، 2019؛ فورر و دیگران 2023). علاوه بر این، نظارت منظم می‌تواند به مشاوران کمک کند تا چالش‌ها را از میان برداشته و رویکردهای خود را اصلاح کنند و به نتایج بهتری در ارائه خدمت به خانواده‌ها دست یابند (کارنوکان و همکاران، 2021). عدم اعمال نظر در بکارگیری نیروهای خاص و سفارشی از سوی بهزیستی در این مراکز، باز گذاشتن دست این مراکز در جذب نیروهای کیفی و متخصص و همچنین دانش افزایی مستمر نیروی انسانی مراکز تحت نظارت از برنامه‌های پیشنهادی در این زمینه است. برای تحقق این مهم:

الف. ارتقای کیفیت خدمات با آموزش تخصصی مبتنی بر شواهد

آموزش پیشرفته شامل کارگاه‌های مبتنی بر شواهد¹ مانند CBT، ACT یا خانواده‌درمانی ساختاری است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که وقتی مشاوران به‌طور مستمر و در قالب آموزش‌های تخصصی‌تر تحت آموزش قرار می‌گیرند، هم دانش نظری و هم مهارت‌های عملی آن‌ها به شکل معناداری ارتقا می‌یابد و این به بهبود پیامدهای مراجعان منجر می‌شود (بیرمن و دیگران، 2013).

ب. نظارت بالینی پیشرفته برای پیشگیری از خطا و بهبود کیفیت

¹Evidence-Based Interventions

نظارت پیشرفته^۱ نه تنها شامل بازبینی پرونده‌هاست، بلکه از روش‌های نو مانند بازخورد ویدیویی، شبیه‌سازی بالینی و سوپرویزن گروهی استفاده می‌کند. بررسی نظام‌مند (میلنه و دیگران، 2011) نشان داده است که نظارت تخصصی و ساختاریافته می‌تواند مهارت‌های درمانگران را بهبود بخشد و اثربخشی خدمات را افزایش دهد.

ج. نظارت بازتابی^۲ برای ارتقای خودآگاهی حرفه‌ای

در حوزه خدمات اجتماعی، به‌ویژه کار با خانواده‌ها و کودکان، «نظارت بازتابی پیشرفته» رویکردی شناخته‌شده است که بر خودآگاهی حرفه‌ای، تحلیل تجربه‌های کاری و پیشگیری از فرسودگی شغلی تأکید دارد. این نوع نظارت نشان داده که می‌تواند تعهد شغلی، انگیزه و تاب‌آوری مشاوران را بالا ببرد (تاملین، ودرستون و چاوکوف، 2014)

ج. استفاده از فناوری‌های نو در آموزش و نظارت

آموزش و نظارت پیشرفته با بهره‌گیری از پلتفرم‌های دیجیتال، واقعیت مجازی و تله-سوپرویزن باعث می‌شود حتی در مناطق دورافتاده نیز مشاوران به منابع علمی و نظارت تخصصی دسترسی داشته باشند. مطالعات جدید نشان داده‌اند که تله سوپرویزن کیفیت یادگیری و اعتمادبه‌نفس مشاوران تازه‌کار را بهبود می‌بخشد (کان و دیگران، 2022).

د. پیوند آموزش پیشرفته با نظام‌های ارزیابی عملکرد

وقتی آموزش‌ها و نظارت پیشرفته در یک چرخه یادگیری-ارزیابی گنجانده شوند، مراکز مشاوره می‌توانند به‌صورت داده‌محور عملکرد کارکنان را بسنجند و بازخورد هدفمند برای ارتقا ارائه دهند. این همان مدلی است که در بسیاری از سیستم‌های سلامت روان پیشرفته در دنیا به کار گرفته شده است (فالندر و شافرانسک، 2014).

2-3-6-2. بهبود ارتباطات و اعتماد سازی

¹Advanced Clinical Supervision

²Reflective Supervision

اعتماد و ارتباط مؤثر، دو رکن اساسی در رابطه‌ی مشاور - مراجع هستند که کیفیت خدمات مشاوره را بسیار تحت تأثیر قرار می‌دهند. به ویژه در مراکز مشاوره بهزیستی که افراد ممکن است آسیب‌پذیر باشند، قدرت اعتمادسازی اهمیت مضاعف دارد.

الف. ارتباط مؤثر به عنوان پایه اعتماد^۱

مطالعه‌ای توسط آسان و همکاران (آسان و دیگران، 2021) نشان داده است که کیفیت ارتباط بین ارائه‌دهنده خدمات (مشاور، روانشناس) و مراجع تأثیر مستقیمی بر اعتماد مراجع دارد؛ ارتباط خوب موجب افزایش اعتماد و مشارکت بیشتر مراجع در روند درمان و مشاوره می‌شود.

همچنین در بخش سلامت، ارتباط مؤثر عامل کلیدی ایجاد رابطه درمانگرانه و نتایج مطلوب بیماران گزارش شده است؛ ارتباط بهتر باعث افزایش رضایت مراجع، افزایش پابندی به توصیه‌ها و تقویت تعامل مراجع با فرآیند درمان می‌شود (شارکیا و دیگران، 2023).

در مطالعه‌ای جدید در چین، نقش ارتباط، اعتماد و احترام در فرآیند تصمیم‌گیری مشترک^۲ بررسی شده است؛ نتایج نشان می‌دهد که ارتباط و اعتماد به‌طور معنی‌داری بر تصمیم‌گیری مشترک تأثیر دارند و اعتماد میان مراجع و ارائه‌دهنده واسطه بین ارتباط و تصمیم‌گیری مشترک است (چن و دیگران، 2025).

ب. اعتماد به عنوان مایه امنیت روانی و پیش‌شرط مشارکت فعال

وقتی اعتماد میان افراد جوان و ارائه‌دهندگان خدمات برقرار شود، یک فضای حمایتی شکل می‌گیرد که به درمان کارآمدتر منجر می‌شود (والنتی و دیگران، 2020). در جلسات مشاوره بدلیل عدم آشنایی متقابل مراجع و مشاور (همچنین روانشناس و مددکار) همواره جوی از بی‌اعتمادی وجود دارد و اگر بی‌اعتمادی رفع نشود اساساً فرایند مشاوره بی‌معنا و بی‌اثر خواهد بود. از این رو، مشاور، روانشناس و مددکار در این مراکز باید با مهارت‌های برقراری رابطه اثر بخش با مراجع، به «آب شدن یخ بی‌اعتمادی» کمک کند. در شرایط بی‌اعتمادی، مراجع بنابه

¹Trust

²Shared Decision-Making

ملاحظات در ابراز و بیان صادقانه مسائل و مشکلات «خود سانسوری» می کند و مساله را آنگونه که هست با مشاور و روانشناس و مددکار در میان نمی گذارد لذا اقدام به دادن اطلاعات غلط و جهت دار می کند. اطلاعات غلط و کاذب مبنای مشاوره نادرست و غلط خواهد بود و این با منطق مشاوره که «راستگویی و اعتماد به مشاور» اصل بنیادین آن است منافات دارد. در موارد متعدد دیده شده است که به جهت بی اعتمادی مراجع به مشاور، مراجع بعد از چندین جلسه سبک و سنگین کردن مشاور از بیان حقیقت مشکل خود طفره می رود این شرایط ناشی از ضعف مشاور هست چرا که انتظار می رود با توجه به مهارت های ارتباطی که اصل اساسی هر نوع مشاوره است و قاعدتا در دانشگاه باید فرا می گرفت، متوجه فریب کاری و بی اعتمادی مراجع می شد. به همین دلیل برای برقراری یک ارتباط سالم و ماعتماد ساز نیازمند سازوکارهایی هستیم که در ادامه به آنها می پردازیم:

- گوش دادن فعال و همدلی: مشاور باید نه تنها صحبت مراجع را بشنود بلکه نشان دهد که آن را درک می کند و ارزش می دهد.

- شفافیت و صداقت: ارائه دهنده خدمات باید شفاف درباره محدودیت ها، مراحل کار، نقش خود و مراجع باشد تا اعتماد مراجع تقویت شود.

- پیگیری بازخورد مراجع: سؤال مستمر از مراجع درباره کیفیت رابطه درمانگرانه (مثلاً از طریق پرسشنامه های کوتاه) و استفاده از بازخورد می تواند ارتباط را تقویت کند و تلاش برای بهبود را ممکن سازد.

- پایداری و استمرار تعاملات: ارتباطی که منقطع باشد یا مشاور به وفور تغییر کند، اعتماد را آسیب می زند. استمرار در پیگیری مراجع، تماس های بین جلسات یا پشتیبانی تکمیلی می تواند این مشکل را کاهش دهد.

- ساختارهای سازمانی و مدیریتی حمایتی: اگر مدیریت مرکز مشاوره به کارکنان فضا دهد، ارتباط داخلی تقویت شود و کارکنان بتوانند با آزادی و اطمینان بیشتری با مراجع ارتباط برقرار کنند. ارتباط مؤثر، نه تنها فرصت بیان نیازها و احساسات مراجع را فراهم می آورد، بلکه باعث تقویت اعتماد و مشارکت ایشان در روند مشاوره می شود (آسان و دیگران، 2021). در حوزه سلامت، ارتباط بهتر میان ارائه دهنده خدمات و بیمار باعث بهبود نتایج مبتنی بر بیمار، افزایش رضایت و تقویت تعامل درمانی گزارش شده است (شارکیا و دیگران، 2023).

در مطالعه‌ای در چین نشان داده شده است که بین ارتباط، اعتماد و تصمیم‌گیری مشترک رابطه معناداری وجود دارد و اعتماد نقش واسطه‌ای در این رابطه دارد (چن و دیگران، 2025). اعتماد به عنوان زیربنای یک رابطه درمانی پایدار موجب می‌شود مراجع احساس امنیت در افشای مسایل شخصی‌تر داشته باشد؛ در غیر این صورت ممکن است مراجع از بیان کامل مشکلات خود خودداری کند ضمن آن که در محیط‌های حرفه‌ای، ارتباط مدیریتی مؤثر نیز موجب تقویت اعتماد کارکنان شده و فضای کاری مثبتی ایجاد می‌کند (من و دیگران، 2022).

برای مراکز مشاوره بهزیستی توصیه می‌شود مکانیسم‌هایی مانند روش‌های بازخورد مراجع (مثلاً پرسشنامه کوتاه هر جلسه)، آموزش مهارت‌های ارتباطی پیشرفته، پشتیبانی ساختاری برای استمرار تعامل، و تشویق شفافیت در فرایند مشاوره ایجاد شود. با این تدابیر، رابطه مشاور-مراجع قوام می‌یابد، اعتماد ارتقا می‌یابد و در نتیجه کیفیت و اثربخشی خدمات مشاوره بهبود خواهد یافت.

در کنار موارد فوق، ایجاد اعتماد و بهبود ارتباط بین ارائه دهندگان خدمات و خانواده‌ها برای افزایش اثربخشی مراکز مشاوره خانواده بهزیستی ضروری است. استراتژی‌هایی مانند گوش دادن فعال، همدلی و حساسیت فرهنگی می‌توانند به ایجاد روابط مثبت بین مشاوران و خانواده‌ها کمک کنند (پلاکا و کارلیون، 2014؛ شور و همکاران، 2022). علاوه بر این، مشارکت خانواده‌ها در فرآیندهای تصمیم‌گیری می‌تواند احساس مالکیت و مشارکت آنها را در خدماتی که دریافت می‌کنند افزایش دهد (فورر و همکاران، 2023). مهارت ارتباط و اعتماد سازی چیزی نیست که یک شبه در این مراکز شکل بگیرد بلکه نیازمند فرایند طولانی، دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی است. بی توجهی یا اهمال به این نکته می‌تواند کیفیت و کارایی مراکز خدمات روانشناسی و مشاوره را تحت تاثیر قرار دهد و از میران کارایی آنها بکاهد بویژه اینکه بدلیل تغییرات سریع جمعیتی و تغییر سلايق نسلها و به تبع آن زبان ارتباطی آنها، تسلط به مهارت های برقراری ارتباط و جلب اعتماد نسل دهه 80 و 90 (به اصطلاح نسل Z که امروزه به دغدغه جدی جامعه و خانواده‌ها تبدیل شده است)، بسیار کارگشا خواهد بود.

2-3-3-6-3. افزایش بودجه و تخصیص منابع

بودجه و تخصیص منابع کافی برای رسیدگی به چالش‌های ساختاری و سیستمی مراکز مشاوره نیز اهمیت حیاتی دارد. افزایش حمایت مالی می‌تواند به مراکز کمک کند تا خدمات خود را گسترش دهند، کارکنان بیشتری و

نیروهای متخصص کارآمدتری استخدام کنند و منابع بهتری را برای خانواده های نیازمند فراهم آورند (اسمیت و همکاران، 2020) (کوتزوا و مینوا، 2023). علاوه بر این، سرمایه گذاری در فناوری و زیرساخت می تواند کارایی و دسترسی به خدمات را بهبود ببخشد و دسترسی خانواده ها به پشتیبانی را آسان تر کند (استاین باخر، 2024). از این رو، عدم حمایت مادی بهزیستی از مراکز و دفاتر یاد شده می تواند آنها را با مشکلات متعددی مواجه سازد به همین جهت لازم است برنامه جدی برای این قبیل از حمایت های مالی در دستور کار بهزیستی استان قرار گیرد بدیهی است این کمک ها می تواند در اشکال مختلف مانند وام های کم بهره، مشوق های مالی مراکزی که سطح رضایت مندی بالایی را در ارزیابی های مستمر بهزیستی کسب کرده اند، ارجاع پرونده های مربوط به خانواده های مشکل دار در بهزیستی به مراکز فعال و ... باشد. افزایش بودجه و تخصیص منابع کافی یکی از پایه های اساسی برای ارتقای کیفیت و اثربخشی مراکز مشاوره بهزیستی است. وقتی منابع مالی کافی فراهم شود، مراکز قادر خواهند بود نیروی انسانی بیشتر و متخصص استخدام کنند، امکانات فیزیکی مناسب تر فراهم آورند، تجهیزات و ابزارهای مشاوره ای لازم را تهیه کنند و آموزش و نظارت حرفه ای را توسعه دهند.

در نهایت، وضعیت مالی سازمان ها و احساس کمبود منابع تأثیر مستقیمی بر توانایی اجرای برنامه های مبتنی بر شواهد دارد؛ هنگامی که کارکنان یا مدیران مراکز مشاوره احساس کنند منابع ناکافی است یا تخصیص بودجه نامطمئن است، نوآوری، کیفیت خدمات و نگهداری نیروی متخصص آسیب می بیند (مکسول و دیگران، 2021).

برای رفع این مشکل پیشنهادهای راهبردی عملیاتی وجود دارد که می توان به چند مورد مهم آن اشاره کرد:

-افزایش سهم بودجه سلامت روان در بودجه کل کشور یا منطقه، به طور خاص برای مراکز مشاوره بهزیستی، به طوری که هزینه خدمات مشاوره به عنوان بخشی از خدمات ضروری شناخته شود.

ب-تخصیص منابع متناسب با بار بیماری روانی منطقه ای: مناطق با نیاز بالاتر باید امکانات و بودجه بیشتری دریافت کنند.

-شفافیت در تخصیص بودجه و تضمین پایداری منابع مالی، به طوری که مراکز مشاوره بتوانند برنامه ریزی بلندمدت انجام دهند.

-استفاده از ارزیابی اقتصادی و مطالعات هزینه - فایده برای اثبات سودمندی افزایش منابع و جلب توجه سیاست‌گذاران.

-ارتقای مشارکت ذی‌نفعان و جامعه مدنی برای حمایت از افزایش بودجه و پایش نحوه هزینه کرد آن.

2-6-3-4. صلاحیت فرهنگی و پاسخگویی

صلاحیت فرهنگی و پاسخگویی¹ از عوامل کلیدی برای بهبود کیفیت خدمات مشاوره‌ای است. در پژوهشی از پرستاران بخش مراقبت ویژه ایران مشاهده شده است که صلاحیت فرهنگی رابطه معناداری با همدلی، تجربه کاری و تحصیلات دارد؛ این نشان می‌دهد که صلاحیت فرهنگی نه تنها بر جنبه ارتباطی خدمات مؤثر است، بلکه بر انگیزه و کارایی کارکنان نیز تأثیر می‌گذارد (مجله مطالعات پرستاران مراقبت های حاد، 2023).

مطالعه تجربی در کرمان با روش کلاس وارونه نشان داده است که آموزش مراقبت فرهنگی می‌تواند شناخت، مهارت‌های ارتباطی و درک متقابل فرهنگی میان پرستاران روان‌پزشکی را بهبود بخشد و در نتیجه توانایی آن‌ها برای تعامل مؤثر با مراجعانی از پیشینه‌های فرهنگی مختلف افزایش یابد (آموزش راقبت های فرهنگی نو آورانه، 2024).

بنابراین توصیه می‌شود در مراکز مشاوره بهزیستی صلاحیت فرهنگی به صورت یک جزء ساختاری در مجموعه برنامه‌های آموزشی کارکنان گنجانده شود؛ کلاس‌ها یا کارگاه‌هایی برگزار شود که نه تنها محتوای نظری ارائه دهند، بلکه مهارت‌های ارتباط میان‌فرهنگی، فهم ارزش‌ها و هنجارهای محلی، زبان یا اصطلاحات مراجعان و بازخورد بین فرهنگی را شامل شوند. همچنین باید سازوکار پرسش از مراجعان درباره تجربه‌شان از برخورد فرهنگی فراهم شود تا مراکز قابلیت پاسخگویی به نیازهای فرهنگی مراجعان را مستمراً ارزیابی و بهبود دهند.

2-6-3-4-1. نقش و اهمیت صلاحیت فرهنگی و پاسخگویی در مشاوره خانواده

¹Cultural Competence And Responsiveness

- تقویت ارتباط مشاور و مراجع: صلاحیت فرهنگی باعث می‌شود مشاور بتواند زبان، ارزش‌ها، باورها و هنجارهای مراجع را بشناسد و در فرایند مشاوره لحاظ کند؛ این شناخت به اعتمادسازی کمک می‌کند و مراجع احساس می‌کند دیده و شنیده می‌شود.
- افزایش پذیرش خدمات: مراجعانی که احساس کنند خدمات مشاوره‌ای با باورها و فرهنگ آنها سازگار است، احتمال بیشتری دارد که خدمات را ادامه دهند، به توصیه‌ها پایبند باشند و مشارکت فعال داشته باشند.
- کاهش سوگیری‌ها و خطاهای فرهنگی: بسیاری از خطاهای تشخیصی یا درمانی وقتی رخ می‌دهند که مشاور یا روانشناس شناخت کافی از تفاوت‌های فرهنگی نداشته باشد. صلاحیت فرهنگی و پاسخگویی می‌تواند باعث کاهش این خطاها شود.
- پاسخگویی سازمانی و اخلاق حرفه‌ای: وقتی مراکز مشاوره بهزیستی برنامه‌های آموزشی و نظارتی برای صلاحیت فرهنگی داشته باشند، این کار بخشی از مسئولیت حرفه‌ای و اجتماعی آنها محسوب می‌شود. پاسخگویی اجتماعی در قبال تنوع فرهنگی مراجعان، افزایش اعتماد عمومی و مشروعیت مراکز را به دنبال دارد.
- بهبود کیفیت خدمات و نتایج درمانی: صلاحیت فرهنگی باعث می‌شود مداخلات مشاوره‌ای مؤثرتر شوند، رضایت مراجع افزایش یابد، نتایج روانی و رفتاری بهتر شوند. آموزش مراقبت فرهنگی و خودکارآمدی فرهنگی باعث بهبود مهارت‌های بین‌فردی و همدلی کارکنان می‌شوند، که نهایتاً کیفیت کلی خدمات را ارتقا می‌دهد.

صلاحیت و پاسخگویی فرهنگی کلید غلبه بر موانع فرهنگی و اجتماعی در مراکز مشاوره خانواده بهزیستی است. ارائه خدماتی که متناسب با نیازهای خاص جمعیت‌های متنوع باشد، می‌تواند سرمایه اجتماعی (اعتماد مردم به این مراکز) و در نتیجه میزان تعامل با آنها را افزایش داده و به نتایج مناسبی منجر شود (فینو- ولاسکر، 2014؛ براون و همکاران، 2016). علاوه بر این، استخدام کارکنان با پیشینه‌های مختلف و ارائه آموزش مربوط به حساسیت فرهنگی می‌تواند به پر کردن شکاف بین ارائه‌دهندگان خدمات و افرادی که این خدمات را دریافت می‌کنند کمک کند (کاریلو و دیگران، 2023).

بدین ترتیب، عملکرد مراکز تحت تأثیر تعامل پیچیده‌ای از موانع نهادی از جمله چالش‌های ساختاری و سیستمی، مسائل ارتباطی و اعتماد، عدم آموزش و نظارت، موانع فرهنگی و اجتماعی و محدودیت‌های نهادی و موانع

بوروکراتیک است. پرداختن به این موانع نیازمند رویکردی چندوجهی است که شامل آموزش و نظارت بیشتر، مدیریت تعارض منافع در بهزیستی، بهبود ارتباطات و اعتمادسازی، افزایش بودجه و تخصیص منابع، صلاحیت فرهنگی و پاسخگویی، و اصلاح برنامه ها و سیاستگذاری ها و تغییر نهادی است. با غلبه بر این موانع، مراکز مشاوره خانواده بهزیستی می توانند عملکرد خود را بهبود ببخشند و حمایت موثرتری از جامعه هدف نیازمند داشته باشند.

جدول شماره 2-6: مقایسه موانع و تسهیل کننده های کلیدی در سازمان

موانع	توضیح	ارجاعات
چالش های ساختاری و سیستمی	اعتبارات محدود، فقدان منابع، هماهنگی ضعیف بین بخشی	(باندا و دیگران، 2022) (اسمیت و دیگران، 2020) (کوتزوا و مینوا، 2023).
ارتباطات و مسائل مربوط به اعتماد	شکست در برقراری ارتباط، فقدان اعتماد بین ارائه دهندگان خدمات و خانواده ها	(پلاکا و کارلیون، 2014) (شور و دیگران، 2022)
فقدان آموزش و نظارت	آموزش ناکافی و نظارت بر مراکز مشاوره بهداشت روانی	(بئیر و دیگران، 2019) (فورر و دیگران، 2023)
موانع اجتماعی و فرهنگی	مشکلات زبانی، تفاوت های فرهنگی، داغ ننگ ناشی از کمک خواهی.	(فینو- و لاسکوئز، 2014) (براون و دیگران، 2016).
فشارها و محدودیت های نهادی و موانع اداری	برنامه و سیاستگذاری های سفت و سخت، مراقبت های تجزیه شده، فقدان یکپارچگی در خدمات	(لی و دیگران، 2012) (روی و دیگران، 2020).
افزایش آموزش و نظارت	تامین مشاورین بهداشت روانی با افزایش آموزش و نظارت	(بئیر و دیگران، 2019) (فورر و دیگران، 2020)

بهبود ارتباط و ایجاد اعتماد	ایجاد اعتماد و بهبود ارتباط بین خانواده ها و ارائه دهندگان خدمات. (پالا و کورلیون، 2014) (شور و دیگران، 2022)
افزایش اعتبارات و تخصیص منابع	منابع مالی مناسب و تخصیص منابع برای گسترش خدمات و ارتقای کارایی، عدم توزیع عادلانه منابع و دسترسی به آنها (اسمیت و دیگران، 2020) (کوتزوا و مینوا، 2023) (هیلاری پلاژک، 2021)
صلاحیت فرهنگی و پاسخگویی	ارائه خدمات متناسب با جمعیت های مختلف، آموزش حساسیت فرهنگی (فینو - ولاسکوئز، 2014) (براون و دیگران، 2016).
اصلاح سیاست ها و تغییرات نهادی	ساده سازی فرآیندها، کاهش پراکندگی، ترویج عدالت و برابری اجتماعی (لی و دیگران، 2012) (روی و دیگران، 2020) (دوورت و دیگران، 2019)
حمایت مالی پوششی به خدمات	هزینه خدمات، فقدان پوشش بیمه، و در دسترس بودن محدود خدمات تأییدکننده فرهنگی (کاریلو و همکاران، 2023)

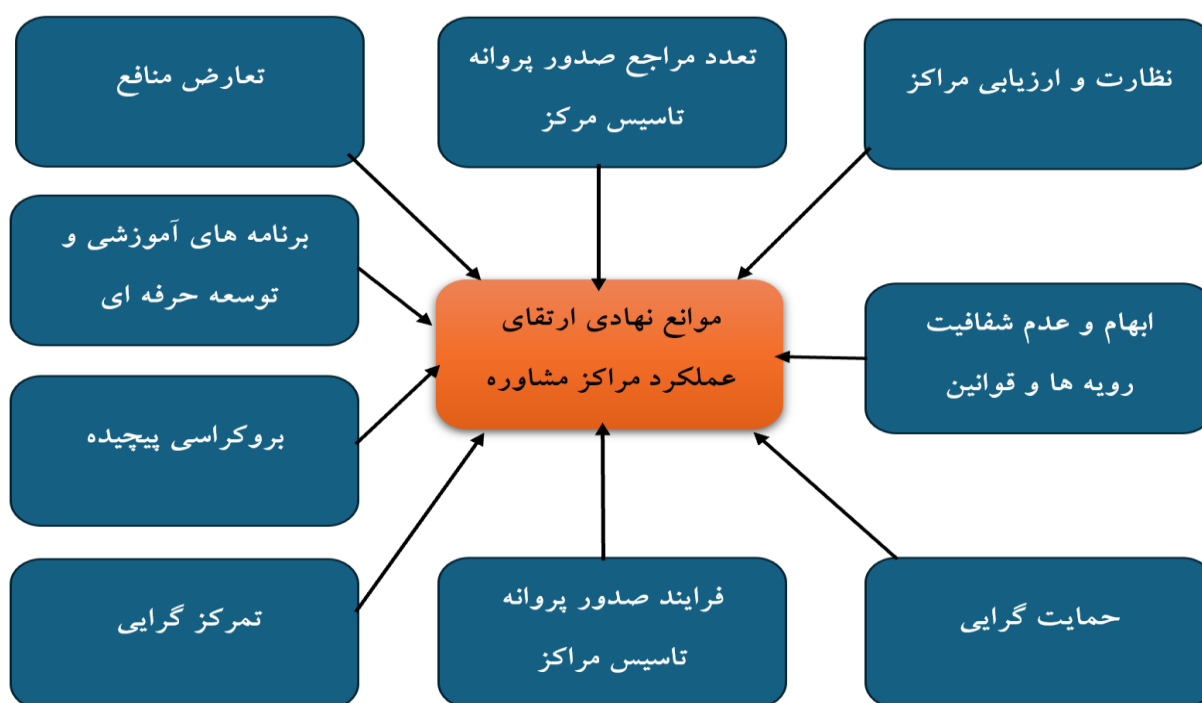
موانع سازمانی شناسایی شده عبارتند از فقدان رهبری و پشتیبانی، هماهنگی ضعیف با منابع ارجاع، حمایت ناکافی از سیاست، و محدودیت های مالی مؤثر بر آموزش و منابع. این چالش های سیستمی مانع اجرای مؤثر خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی در محیط های رفاهی کودک می شود.

7-2. مدل مفهومی پیشنهادی تحقیق

با توجه به نگرش های مختلفی که در حوزه ارزیابی عملکرد وجود دارد، فرآیند ارزیابی عملکرد را می توان در حوزه فردی، فرآیندی، تیمی، سازمانی و زنجیره تأمین مورد استفاده قرار داد. سیستم ارزیابی، مناسب سازمانی است که جنبه های مالی و غیرمالی را به صورت یکپارچه مورد توجه قرار می دهد. شاخص های مالی قادر به تشخیص هزینه های کیفی به شکل دقیق و مناسب نیستند و تنها تولید بیشتر را تشویق می کنند. در الگوریتم های نوین ارزیابی عملکرد، مدل های کمی مثل معیار بهره وری با رویکرد ارزش افزوده، معیار کارآمدی با رویکرد اثر بخشی و کارایی و معیار سودآوری با رویکرد حساسی عملکرد و مدل های کیفی مثل معیار توصیفی و ارزشی با رویکرد تعهدسازی، اخلاق سازمانی و چند معیار دیگر به کار گرفته شده است. دست کم هفت مقیاس برای ارزیابی عملکرد یک سازمان وجود دارد که الزاما متمایز از یکدیگر نیستند. این مقیاس ها عبارتند از: اثر بخشی،

کارایی، سودآوری، بهره‌وری، کیفیت زندگی کاری، نوآوری، کیفیت. در برخی پژوهش‌ها بهره‌وری شامل کارایی، اثر بخشی، سودآوری، کیفیت، نوآوری و کیفیت کاری است. رویکرد مناسبی که در بخش واحدهای سازمانی کاربرد دارد، تمامی شاخص‌های مهم عملکرد را پوشش می‌دهد و متناسب با موضوع پژوهش است، مدل ارزیابی عملکرد «سینک – تاتل» است که در سال 1989 ارائه گردیده است. در این مدل، عملکرد در قالب روابط پیچیده بین هفت شاخص عملکرد شامل «بهره کیفیت، کارایی، اثر بخشی، کیفیت‌وری، زندگی سودآوری و نوآوری کاری» است. اگرچه نسبت به زمان ارائه این مدل تغییرات زیادی در صنعت رخ داده است، اما همچنان این هفت شاخص از اهمیت بالایی در عملکرد سازمان برخوردارند. ارتقاء عملکرد سازمان‌ها نیاز به بستری مشخص و برنامه‌ریزی مناسب دارد.

شکل شماره 2-1. مدل مفهومی تحقیق



فصل 3

روش شناسی تحقیق

مقدمه

در این فصل مباحث روش شناختی مورد بحث قرار می گیرد و شامل بخش های روش تحقیق، جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری، پایایی و روایی ابزار اندازه گیری، ابزارهای تجزیه و تحلیل اطلاعات شامل بخش آمار توصیفی و آمار تحلیلی می باشد.

3-1. روش شناسی تحقیق

تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی و از حیث ماهیت و روش، همبستگی است و داده های تحقیق با استفاده از روش پیمایش (میدانی) و با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته جمع اوری شده است.

3-2. جامعه، تعداد نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری تحقیق را کلیه مشاوران و روانشناسان و مددکاران دفاتر و مراکز مشاوره خانواده تحت پوشش بهزیستی استان اردبیل تشکیل می دهد که تعداد آنها برابر با $N=93$ می باشد. با توجه به تعداد محدود جامعه آماری، نمونه برابر جامعه آماری بوده و تمام شماری شد اما از بین پرسشنامه هایی که بصورت آنلاین برای

مشاوران و روانشناسان مراکز ارسال شد که 57 نفر پرسشنامه تکمیل کردند بدین ترتیب نمونه آماری 57 نفر می باشد.

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دفاتر مشاوره خانواده در سطح استان بود که مجموعاً 93 نفر از روانشناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی را در بر می گرفت. با وجود پیگیری های فراگیر برای انجام تمام شماری (n=N=93)، تنها 57 نفر پرسشنامه را تکمیل کردند که نشان دهنده نرخ پاسخ 61 درصد بود. کاهش حجم نمونه می تواند توان آماری تحلیل ها را کاهش داده و بر معناداری نتایج اثرگذار باشد. برای اصلاح این وضعیت و جلوگیری از سوگیری ناشی از پاسخ های ناقص، داده ها با استفاده از روش وزن دهی در نرم افزار SPSS اصلاح شدند. در این روش، برای هر پاسخ دهنده وزنی برابر با نسبت حجم جامعه به حجم نمونه محاسبه شد ($1.63 = 57/93$). اعمال این وزن سبب شد که داده ها نماینده ای دقیق تر از کل جامعه آماری باشند و نتایج تحلیل ها بازتاب بهتری از واقعیت داشته باشند. لازم به ذکر است که وزن دهی جایگزین داده های واقعی نمی شود، بلکه روشی پذیرفته شده و استاندارد برای اصلاح داده ها و افزایش اعتبار تحلیل در شرایط کم پاسخی است. (IBM, 2023a; IBM, 2023b; SPSS Tutorials, 2023; Growing Up Study, 2022).

3-2-1. روش وزن دهی^۱

ابتدا برای هر پاسخگو وزنی برابر با نسبت حجم جامعه به حجم نمونه اعمال گردید:

وزن هر پاسخگو: $1.63 \approx 57/93$ این وزن در محیط SPSS به تمام داده ها اختصاص یافت در نتیجه، هر مشاهده در تحلیل ها معادل 1.63 بار محاسبه شد. به این ترتیب، نتایج نهایی تا حد امکان نمایانگر کل جامعه 93 نفری بوده و اثر کاهش حجم نمونه کاهش یافت. لازم به ذکر است که وزن دهی جایگزین جمع آوری داده واقعی نیست، اما روشی پذیرفته شده برای اصلاح تحلیل ها در شرایط کم پاسخی محسوب می شود.

3-2-2. باز نمونه گیری^۲

¹Weighting

²Bootstrap

برای اطمینان از پایداری ضرایب و برآورد دقیق‌تر خطاهای استاندارد، در آزمون‌های اصلی از روش بوت استرپ با 1000 باز نمونه‌گیری استفاده شد. این روش با باز نمونه‌گیری تصادفی با جایگزینی از میان داده‌های موجود، توزیع برآوردها را شبیه‌سازی کرده و فاصله‌های اطمینان قابل اتکاتری فراهم می‌کند.

بدین ترتیب، ترکیب دو روش وزن‌دهی و باز نمونه‌گیری امکان برآوردهای دقیق‌تر و قابل اعتمادتر را در شرایطی که بخشی از پاسخگویان جامعه مورد مطالعه پرسشنامه را تکمیل نکرده‌اند، فراهم ساخت. در تمام تحلیل‌ها، ابتدا وزن‌دهی اعمال شد و سپس آزمون‌ها با روش باز نمونه‌گیری کنترل شدند. این اقدام سبب شد نتایج تحلیل بیش از پیش به شرایط واقعی جامعه آماری نزدیک باشد.

3-3. ابزار جمع‌آوری داده‌ها و روشهای آماری تجزیه و تحلیل اطلاعات

قبل از تجزیه و تحلیل داده‌ها محقق ابتدا باید تعیین کند داده‌ها توزیع نرمال دارند یا نه، به کمک نرم افزار Spss، ابتدا توزیع نرمال داده‌ها را مشخص می‌کنیم در صورتی که داده‌ها دارای توزیع نرمال باشند از آزمون‌های پارامتری و در صورت نرمال نبودن از آزمون‌های ناپارامتری مناسب استفاده می‌کنیم. آزمون نرمال یا غیر نرمال بودن داده‌ها با استفاده از شاخص‌های مختلف از جمله آزمون کولموگروف-اسمیرنف¹، هسیتوگرام و چولگی و کشیدگی² و ... استفاده می‌کنیم. لازم به ذکر است که این آزمون‌ها تنها بر روی متغیر وابسته اعمال می‌شوند، زیرا صحت فرض نرمال بودن³ توزیع متغیر وابسته، شرط ضروری برای اجرای تحلیل‌های پارامتریک است. برای متغیرهای مستقل که معمولاً شامل سطوح گروه‌بندی هستند، نیازی به آزمون نرمالیتی وجود ندارد؛ با این حال، در برخی تحلیل‌ها بررسی نرمال بودن متغیر وابسته در هر سطح گروه مستقل ممکن است انجام شود تا نتایج

¹Skewness and Kurtosis

²Kolmogorov-Smirnov

³Normality

تحلیل‌ها دقیق‌تر و قابل اعتمادتر باشند. (SPSS-Tutorials, 2025; Statology, 2024). نتایج چولگی و کشیدگی نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال می‌باشد به همین خاطر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار پارامتریک (برای داده‌های کمی) استفاده می‌شود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام می‌گیرد برای بخش آمار توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی نما، میانه و میانگین و از فراوانی مطلق و درصد‌ها و نیز شاخص‌های پراکندگی واریانس و انحراف معیار، استفاده می‌شود. در مرحله دوم و بخش آزمون فرضیه‌ها، انتخاب نوع آزمون براساس سطح اندازه‌گیری متغیرهای مستقل و وابسته (اسمی، ترتیبی، فاصله‌ای و نسبی) انجام می‌گیرد. برای بخش آمار استنباطی از مقایسه میانگین‌ها (آزمون تی مستقل)، ضرایب همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی تاییدی^۱ و در نهایت از رگرسیون استفاده می‌شود. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SMARTpls و Spss استفاده می‌شود.

3-4. روایی و پایایی ابزار اندازه‌گیری (پرسشنامه):

3-4-1. روایی ابزار

برای سنجش روایی پرسشنامه و گویه‌های آن، از روایی صوری^۲ استفاده می‌شود در این نوع از اعتبار سنجی ابزار، به کمک داوران مشخص می‌شود آیا پرسشنامه تنظیم شده حوزه محتوای مربوطه را پوشش می‌دهد یا خیر. این نوع اعتبار را می‌توان با استفاده از بررسی‌های دیدگاه‌های متخصصین یا گروه‌های متمرکز^۳ تعیین

¹Confirmatory Factorial Analysis

²Face validity

³Focus Group

کرد تا اطمینان حاصل شود که تمام جنبه های مهم ساختار مورد مطالعه در آن گنجانده شده است. برای این کار پرسشنامه به 4 نفر از کارشناسان (دو نفر از کارشناسان متخصص در بهزیستی استان و دو نفر از اساتید دانشگاهی متخصص در حوزه پژوهش) ارسال شد و از آنها خواسته شد تا نظر خود را در مورد کیفیت سوالات پرسشنامه بیان کنند. مطابق نظرات آنها چند مورد اصلاحی در شکل، تعداد و نوع سوالات اعمال گردید. پرسشنامه نهایی مجدداً به کارشناسان مزبور ارسال شد و بعد از حصول توافق و اجماع نظری آنها، گویه های نهایی پرسشنامه تنظیم گردید.

3-4-2. پایایی ابزار

پایایی یا قابلیت اعتماد¹ ابزار اندازه گیری به این سوال می پردازد که ابزار اندازه گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می دهد. به این معنی که اگر ابزار اندازه گیری را در یک فاصله زمانی کوتاه چندین بار به یک گروه واحد از افراد بدهیم، نباید در نتایج به دست آمده اختلاف چندانی مشاهده شود. در واقع پایایی ابزار دو کارکرد مهم دارد. جنبه اول تکرارپذیری² ابزار اندازه گیری است بدین معنی که اگر اگر مطالعه ای در همان گروه نمونه برای بار دوم انجام شود، به همان نتایج قبلی بدست بیاید. جنبه دیگر پایایی، همسانی یا سازگاری³ میان سؤالات پرسشنامه یا ابزار اندازه گیری است، در پایایی هدف این است مشخص شود گویه ها یا سوالات مربوط به یک مفهوم خاص چقدر با هم همگرایی یا ناهمگرایی (تناقض) دارند، بعد از تعیین همگرایی گویه های پرسشنامه و کنار گذاشتن گویه های ناهمگرا و متناقض، پرسشنامه نهایی تثبیت می شود. لازم به ذکر

¹Reliability

²Replicability

³Convergence

است در تحقیقات علوم اجتماعی و انسانی غالباً ضریب پایایی (آلفای کرونباخ)^۱ بالاتر از ۰,۷۰ قابل قبول است
 گرچه میزان ضریب اعتبار به هدف اندازه گیری نیز بستگی دارد.

جدول شماره 3-1: ضرایب آلفای شاخص ها (پایایی ابزار)

شماره	شاخص ها	شماره گویه ها	مقدار آلفای کرونباخ
1	ارتقای عملکرد مراکز مشاوره	سوالات شماره 1 تا 17	0.93
2	تعارض منافع	سوالات شماره 18 تا 37	0.90
3	حمایت بهزیستی از مراکز	سوالات شماره 38 تا 48	0.90
4	تمرکز گرایی در تصمیم گیری	سوالات شماره 49 تا 64	0.88
5	کیفیت نظارت و ارزیابی مراکز خانواده	سوالات شماره 65 تا 86	0.94
6	فرایند صدور مجوز	سوالات شماره 87 تا 97	0.65
7	ضعف برنامه های آموزش و توسعه حرفه ای (دانش افزایی، مهارت افزایی، آموزش شیوه های نوین مشاوره و..)	سوالات شماره 98 تا 109	0.86
8	تعدد متولی صدور مجوز تاسیس مراکز	سوالات شماره 110 تا 117	0.66
9	فقدان خط مشی ها و رویه های شفاف برای فعالیت	سوالات شماره 118 تا 127	0.72
10	بورکراسی دست و پاگیر بهزیستی	سوالات 50 و 51 و 53 و 58	

¹Cronbach's Alpha

	60 و 62 و 63 و 64 و 87 و 118 و		
	120		

ابتدا پرسشنامه اولیه آماده شده و برای پیش آزمون (Pre-Test) و ارزیابی میزان پایایی (همگرایی گویه های مربوط به هر شاخص) در اختیار 20 نفر از نمونه های تصادفی جامعه آماری قرار گرفت بعد از محاسبه ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) و اصلاحات جزئی در شکل و جمله بندی دو سوال و افزایش محسوس میزان ضریب پایایی دوم، (جدول فوق) پرسشنامه نهایی تنظیم و جهت جمع اوری نهایی داده ها در اختیار پاسخگویان قرار گرفت.

فصل چهار

تجزیه تحلیل اطلاعات

- تجزیه و تحلیل توصیفی

- تجزیه و تحلیل استنباطی (آزمون فرضیات)

بحث و بررسی

در این فصل اطلاعات آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد به این صورت که ابتدا به تحلیل داده های آمار توصیفی پرداخته می شود و در ادامه تجزیه و تحلیل استنباطی و آزمون فرضیات مورد بحث قرار می گیرد.

4-1. تحلیل توصیفی:

جدول شماره 4-1: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب جنس:

جنسیت	فراوانی	درصد
زن	65	70.2
مرد	28	29.8
مجموع	93	100

براساس داده های جدول، بیشترین فراوانی (65) به پاسخگویان زن و کمترین فراوانی (28) به مردها تعلق دارد. پاسخگویان زن (70.2) و پاسخگویان مرد (29.8) درصد از کل پاسخگویان را تشکیل می دهند.

جدول شماره 4-2: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب آخرین مقطع تحصیلی مشاوران مراکز

مقطع تحصیلی	فراوانی	درصد
کارشناسی ارشد	72	77.2
دکتری	21	22.8
مجموع	93	100

بر اساس جدول، 21 نفر از پاسخگویان دارای مدرک دکترا و 72 نفر کارشناسی ارشد بوده اند.

جدول شماره 4-3: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب رشته تحصیلی عوامل انسانی

رشته تحصیلی	فراوانی	درصد
روانشناسی	89	95.7
مشاوره	4	4.3
مجموع	93	100

بر اساس داده های جدول رشته تحصیلی، 89 معادل (95.7) درصد نفر از پاسخگویان در رشته روانشناسی و 4 نفر معادل (4.3) درصد در رشته مشاوره تحصیل کرده اند.

جدول شماره 4-4: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب سمت فعلی در مرکز

سمت در مرکز	فراوانی	درصد
صاحب امتیاز مرکز	5	5.3
مدیر مرکز	7	7.5
مسئول فنی	60	64.5
مشاور و روانشناس	21	22.6
مجموع	93	100

بر اساس جدول فوق، 60 نفر معادل (64.5) درصد پاسخگویان مسئول فنی مراکز، 7 نفر معادل (7.5) درصد به عنوان مدیر مرکز، 21 نفر معادل (22.6) درصد مشاور و روانشناس و 5 نفر معادل (5.3) درصد هم سمت خود را صاحب امتیاز مرکز گزارش کرده اند.

جدول شماره 4-5: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب دانشگاه آخرین مقطع

دانشگاه	فراوانی	درصد
دانشگاه روزانه دولتی	16	17.2
دانشگاه پیام نور	7	7.5
دانشگاه آزاد اسلامی	70	75.2
مجموع	93	100

بر اساس داده های جدول بالا، 70 نفر از پاسخگویان معادل (75.2) درصد فارغ التحصیل دانشگاه آزاد اسلامی، 16 نفر معادل (17.2) دانشگاه سراسری و 7 نفر معادل (7.5) درصد فارغ التحصیل دانشگاه پیام نور بوده اند.

جدول شماره 4-6: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب شاخص های مندرج در سوالات 1 الی 17

شماره	سوال (شاخص)	خیلی کم فراوانی / درصد	کم فراوانی / درصد	تا حدودی فراوانی / درصد	زیاد فراوانی / درصد	خیلی زیاد فراوانی / درصد	مجموع
1	بهزیستی سعی می کند با معرفی و آموزش به روز ترین تکنیک ها و متدهای مشاوره خانواده، به توسعه حرفه ای و مهارتی روانشناسان و مشاوران مراکز کمک کند.	8 8.8	13 14.0	42 45.6	18 19.3	11 12.3	93 100.0
2	بنظر شما افزایش تعداد افرادی که بعد از مراجعه اول به مراکز مشاوره خانواده بهزیستی، دوباره به این مراکز می آیند، چقدر حاکی از بهبود و کیفیت بالای خدمات مشاوره ای این مراکز است؟	-- --	3 3.5	31 33.3	39 42.1	20 21.1	93 100.0
3	چقدر تنوع بخشی به خدمات مشاوره ای و حمایتی این مراکز، نشانه بهبود عملکرد این مراکز است؟	-- -	3 3.5	20 21.1	44 47.3	26 28.1	93 100.0
4	تعداد رضایت نامه هایی که مراجعین پس از دریافت خدمات از مشاورین این مراکز پر می کنند چقدر می تواند نشان دهنده کیفیت بالای خدمات این مراکز باشد؟	-- --	7 7.0	21 22.8	31 33.3	34 36.8	93 100.0
5	چقدر تسریع روند بهبودی وضعیت روانی یا کیفیت زندگی مراجعینی که از مشاوران این مراکز خدمات دریافت کرده اند، را می توان نشانه بهبود عملکرد مراکز تلقی کرد؟	-- --	3 3.5	20 21.1	33 35.1	37 40.4	93 100.0
6	چقدر تشخیص درست و بموقع مشکلات مراجعین، نشانه بهبود عملکرد این مراکز است؟	-- --	3 3.5	8 8.8	26 28.1	55 59.6	93 100.0
7	کسب امتیازات بالا در بازرسی ها، نظارت ها و ارزیابی های کار شنا سان بهزیستی، چقدر می تواند نشانه کیفیت بالای عملکرد این مراکز باشد؟	-- --	7 7.0	39 42.1	23 24.6	24 26.3	93 100.0
8	چقدر کاهش مدت زمان جلسات و دفعات مراجعه معطوف به درمان مراجعین این مراکز، نشانه عملکرد مناسب کارشناسان آنهاست؟	-- --	7 7.0	37 40.4	36 38.6	13 14.0	93 100.0
9	چقدر شرکت روانشناسان و مشاوران این مراکز در همایش ها، دوره ها و کارگاه های تخصصی و یا ارتقای مقطع تحصیلی می تواند نشانه بهبود عملکرد مشاوران این مراکز تلقی شود؟	-- --	3 3.5	26 28.1	24 26.3	39 42.1	93 100.0
10	دسترسی آسان و راحت مراجعین به خدمات مشاوره ای این مراکز (موقعیت و محل فعالیت، ساعات کار، انتخاب	-- --	-- --	28 29.8	31 33.3	34 36.8	93 100.0

						مشاور و سهولت ایاب و ذهاب و... چقدر می تواند شاخص عملکرد خوب این مراکز تلقی شود؟
93 100.0	17 18.3	24 25.8	42 45.1	5 5.3	5 5.3	11 بنظر شما ارائه خدمات مشاوره بصورت مجازی (از طریق تلفن، سایت اینترنتی، کانال ها و گروه های شبکه های مجازی و ...) چقدر نشانه بهبود عملکرد این مراکز است؟
93 100.0	34 36.8	29 31.6	23 24.6	7 7.0	-- --	12 چقدر کاهش میزان شکایت مراجعین (نظرات و پیشنهادات انتقادی خانواده ها) از نوع و کیفیت خدمات دریافتی از این مراکز، نشانه کیفیت خوب عملکرد این مراکز است؟
93 100.0	47 50.9	26 28.1	20 21.1	-- --	-- --	13 چقدر تنوع مندهای جدید درمان و مشاوره را می توان شاخص بهبود عملکرد این مراکز دانست؟
93 100.0	52 55.9	24 25.8	13 14.0	-- --	4 4.3	14 درصد بالای مراجعینی که پس از اتمام دوره مشاوره، بهبود قابل ملاحظه ای در وضعیت روانی و رفتاری خود احساس می کنند، را می توان نشانه بهبود عملکرد این مراکز دانست.
93 100.0	37 39.7	37 39.7	19 20.5	-- --	-- --	15 چقدر افزایش میزان رضایت مراجعین از کیفیت و کمیت خدمات دریافتی از این مراکز را می توان نشانه بهبود عملکرد این مراکز دانست؟
93 100.0	37 40.4	33 35.1	16 17.5	7 7.0	-- --	16 بهبود روابط انسانی مراکز مشاوره بهزیستی با مراجع و همراهان، نشان دهنده بهبود عملکرد مراکز است.
93 100.0	33 35.1	24 26.3	29 31.6	3 3.5	3 3.5	17 چقدر افزایش تعداد افرادی که به دلیل تبلیغات و توصیه مراجعین، برای دریافت مشاوره به این مراکز می آیند، نشان دهنده مطلوبیت عملکرد این مراکز است؟

الف) نقاط قوت بارز:

- گویه ۶: ۵۹,۶٪ «خیلی زیاد» ← قوی ترین نقطه مثبت
- گویه ۱۴: ۵۵,۹٪ «خیلی زیاد» ← نتایج ملموس خدمات
- گویه ۴ و ۵: رضایت از کیفیت خدمات و نتایج مشاوره

ب) زمینه های نیازمند بهبود:

- گویه ۱۱: ۴۵,۱٪ «تا حدودی» ← خدمات مجازی نیازمند توسعه
- گویه ۱: ۴۵,۶٪ «تا حدودی» ← آموزش تکنیک های به روز نیازمند توجه بیشتر
- گویه ۸: ۴۰,۴٪ «تا حدودی» ← کاهش مدت زمان جلسات چالش برانگیز است

ج) توزیع پاسخ‌ها:

- در بیشتر گویه‌ها، توزیع پاسخ‌ها به سمت مقیاس‌های مثبت تمایل دارد
- گزینه «خیلی کم» در بسیاری از گویه‌ها صفر درصد است
- گویه ۱۱ تنها موردی است که تمام ۵ گزینه دارای فراوانی هستند.
- به طور کلی مراکز مشاوره خانواده بهزیستی از دیدگاه پاسخ‌دهندگان عملکرد مطلوبی دارند.
- قوی‌ترین جنبه: تشخیص به موقع مشکلات و نتایج محسوس مشاوره
- نیازمند بهبود: توسعه خدمات مجازی و آموزش تکنیک‌های به‌روز.

بر اساس نتایج پیمایش انجام‌شده میان ۹۳ پاسخ‌دهنده، ارزیابی کیفیت خدمات مراکز مشاوره خانواده بهزیستی نشان می‌دهد که این مراکز در مجموع از دیدگاه مخاطبان خود از عملکرد مطلوب و قابل قبولی برخوردارند. مهم‌ترین نقاط قوت این مراکز عبارت‌اند از: تشخیص به‌موقع و صحیح مشکلات مراجعین (با ۸۷,۷٪ مجموع گزینه‌های «خیلی زیاد» و «زیاد»)، موفقیت در ایجاد بهبود محسوس در وضعیت روانی مراجعین پس از اتمام دوره مشاوره (۸۱,۷٪)، و همچنین تنوع‌بخشی به متدهای درمانی و مشاوره‌ای (۷۹٪). این نتایج حاکی از آن است که خدمات ارائه‌شده نه‌تنها کارآمد بوده، بلکه به ارتقای واقعی کیفیت زندگی مراجعین منجر شده است. با این حال، برخی جنبه‌ها نیازمند توجه و بهبود بیشتر تشخیص داده شدند. به‌ویژه در حوزه ارائه خدمات مشاوره به صورت مجازی (تنها ۴۴,۱٪ پاسخ‌های مثبت) و معرفی و آموزش تکنیک‌های به‌روز به روانشناسان (۳۱,۶٪ پاسخ‌های مثبت)، میزان رضایت به‌طور محسوسی پایین‌تر از سایر جنبه‌هاست. این موضوع نشان می‌دهد که با وجود عملکرد کلی مناسب، تقویت زیرساخت‌های دیجیتال و به‌روزرسانی مستند روش‌های مداخله می‌تواند نقش مهمی در ارتقای جامع‌تر کیفیت خدمات این مراکز ایفا کند.

جدول شماره 4-6-1: آماره های مربوط به سوالات 1 الی 17 (متغیر وابسته)

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17
مقادیر	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳
میانگین	۳,۱۲۲۸	۳,۸۰۷	۴,۰۰۰	۴,۰۰۰	۴,۱۲۲	۴,۴۳۸	۳,۷۰۱	۳,۵۹۶	۴,۰۷۰	۴,۰۷۰	۳,۴۵۶۱	۳,۹۸۲	۴,۲۹۸	۴,۳۱۵	۴,۲۱۰	۴,۰۸۷	۳,۸۵۹۶
میانه	۳,۰۰۰	۴,۰۰۰	۴,۰۰۰	۴,۰۰۰	۴,۰۰۰	۵,۰۰۰	۴,۰۰۰	۴,۰۰۰	۴,۰۰۰	۴,۰۰۰	۳,۰۰۰	۴,۰۰۰	۵,۰۰۰	۵,۰۰۰	۴,۰۰۰	۴,۰۰۰	۴,۰۰۰
انحراف استاندارد	۱,۰۸۳۰۴	۰,۸۰۸۷	۰,۷۹۹۰	۰,۹۴۱۶	۰,۸۶۴۴	۰,۷۹۹۴	۰,۹۴۱۰	۰,۸۱۷۸	۰,۹۱۹۹	۰,۸۱۷۸	۱,۰۰۱۵	۰,۹۵۰۸	۰,۷۹۸۲	۰,۹۶۳۲	۰,۷۴۷۱	۰,۹۲۸۰	۱,۰۵۵
واریانس	۱,۱۷۳	۰,۶۵۴	۰,۶۳۸	۰,۸۸۷	۰,۷۴۷	۰,۶۳۹	۰,۸۸۵	۰,۶۶۹	۰,۸۴۶	۰,۶۶۹	۱,۰۳۱	۰,۹۰۴	۰,۶۳۷	۰,۹۲۸	۰,۵۵۸	۰,۸۶۱	۱,۱۱۵
چولگی	-۰,۷۸	-۰,۴۳	-۰,۴۲۶	-۰,۵۲۱	-۰,۵۷۹	-۱,۳۹۲	۰,۱۱۳	۰,۰۸۰	-۰,۴۲۱	-۰,۱۳۱	-۰,۲۹۴	-۰,۴۷۰	-۰,۵۹۴	-۱,۶۵۰	-۰,۳۶۶	-۰,۷۲۲	-۰,۶۳۷
کشدگی	-۰,۲۴۳	-۰,۷۲۳	-۰,۳۱۴	-۰,۷۴۱	-۰,۶۱۶	۱,۳۵۵	-۱,۱۱۹	-۰,۵۴۰	-۱,۱۰۱	-۱,۴۹۳	۰,۱۳۹	-۰,۸۴۶	-۱,۱۷۷	۲,۹۰۱	-۱,۱۲۰	-۰,۳۹۷	-۰,۰۳۵
دامنه	۴,۰۰	۳,۰۰	۳,۰۰	۳,۰۰	۳,۰۰	۳,۰۰	۳,۰۰	۳,۰۰	۳,۰۰	۲,۰۰	۴,۰۰	۳,۰۰	۲,۰۰	۴,۰۰	۲,۰۰	۳,۰۰	۴,۰۰

تفسیر جداول شماره های 1 تا 17:

داده های این جدول ترکیبی از 17 سوال مختلف مربوط به متغیر وابسته پنهان (موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی) است، بر اساس مقادیر جدول (جدول شماره 6 و آماره های جدول شماره 6-1): توزیع مقدار کل مجموعه نشان می دهد که مقدار میانگین و میانه به هم نزدیک هستند، که گواهی از مرکزیت نسبتاً متوازن در مجموعه داده ها است. انحراف معیار و دامنه تغییرات نشان می دهد که پخش داده ها نسبتاً گسترده است. بیشترین تراکم داده ها در دسته های [تا حدودی و زیاد] مشاهده می شود، در حالی که دسته های [خیلی کم] کمتر نمایان هستند. با توجه به ارقام و مختصات آماری جدول، دوم مقادیر میانگین و میانه تقریباً یکسان هستند. بیشترین موافقت پاسخگویان مربوط به گویه های شماره 3، 4، 5، 9، 10، 13، 14، 15، 16 با میانگین 4 و بالاتر می باشد.

جدول شماره 4-7: توزیع پاسخگویان بر حسب شاخص «تعارض منافع کارکنان بهزیستی» (سوالات 18 الی

(37)

مجموع	گزینه ها					شماره
	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	
	فرآوانی / درصد	فرآوانی / درصد	فرآوانی / درصد	فرآوانی / درصد	فرآوانی / درصد	سوال (شاخص)
93 100.0	10 10.5	15 15.8	31 33.3	16 17.5	21 22.8	18 کارکنان اداری بهزیستی که در صدور مجوز تاسیس این مراکز نقش دارند، در بیرون از ساعات کاری بهزیستی با این مراکز همکاری می کنند؟
93 100.0	7 7.0	8 8.8	29 31.6	18 19.3	31 33.3	19 چقدر کارکنان واحد صدور پروانه تاسیس مراکز مشاوره در بهزیستی، در ازای موافقت و صدور پروانه فعالیت این مراکز، از متقاضیان امتیازات (چشمداشت خاصی) دریافت می کنند؟
93 100.0	11 12.3	3 3.5	29 31.6	18 19.3	31 33.3	20 چقدر کارکنان واحد صدور پروانه تاسیس مراکز مشاوره در بهزیستی، در ساعات غیر اداری با دفاتر یاد شده همکاری کرده و به انجام خدمات مشاوره می پردازند؟
93 100.0	5 5.3	2 1.8	26 28.1	23 24.6	37 40.0	21 فکر می کنید چقدر احتمال دارد که کارکنان صدور پروانه تاسیس مراکز مشاوره در بهزیستی در ازای دریافت هدایا یا داشتن توقعات خاص، بخشی از اطلاعات مهم مربوط به این حوزه مانند فرایند صدور پروانه تاسیس این مراکز، تعداد سهمیه اختصاص یافته به شهر ستان و هر اطلاعات مهم دیگر را در اختیار متقاضیان مورد نظر خود قرار دهند؟
93 100.0	10 10.5	7 7.0	15 15.8	15 15.8	47 50.9	22 چقدر کارکنان بهزیستی با دسترسی به اطلاعات محرمانه و مهم در تاسیس مراکز مشاوره آن را در اختیار بستگان خود (همسر و برادر و خواهر) و یا دوستان و آشنایان قرار می دهند؟
93 100.0	5 5.3	5 5.3	28 29.8	18 19.3	37 40.4	23 کارکنان بهزیستی به اسم خود و یا یکی از اعضای نزدیک خانواده، اقدام به تاسیس دفاتر روانشناسی و مشاوره خانواده می کنند.
93 100.0	3 3.5	11 12.3	36 38.6	26 28.1	16 17.5	24 مدیران و کارکنان بهزیستی چقدر در تصمیم گیری و اولویتهای واگذاری مجوز تاسیس دفاتر به متقاضیان، از قدرت، لابی و نفوذ خود استفاده می کنند؟

93 100.0	5 5.3	2 1.8	31 33.3	23 24.6	33 35.1	25 چقدر فکر میکنید کارکنان بهزیستی برای اهداف و منافع شخصی و فامیلی خود در تاسیس این مراکز از منابع فرصتها و امکانات بهزیستی استفاده شخصی می کنند؟
93 100.0	16 17.5	20 21.1	31 33.3	11 12.3	15 15.8	26 چقدر فرایند صدور مجوز یا پروانه تاسیس مراکز روانشناسی و مشاوره در بهزیستی اردبیل را منطبق بر قواعد علمی عادلانه شفاف و قانونی می دانید؟
93 100.0	7 7.0	8 8.8	24 26.3	3 3.5	51 54.4	27 کارکنان بهزیستی شاغل، همزمان به نام خودشان مرکز روانشناسی و مشاوره خانواده تاسیس می کنند و در ساعات اداری بصورت سرقت زمان کار اداری، فعالیت می کنند همین امر از کیفیت خدمات برای مراجعین می کاهد و موجبات نارضایتی آنها از این مراکز می شود.
93 100.0	7 7.0	10 10.5	18 19.3	26 28.1	33 35.1	28 در بهزیستی مسئولیت ارزیابی متقاضیان و صدور پروانه فعالیت و تاسیس مراکز مشاوره در دست افرادی است که تحصیل کرده دانشگاه خاص هستند یا فارغ التحصیل دانشگاه دولتی هستند و یا دانشگاه آزاد و ترجیحا مجوز تاسیس مراکز و فعالیت در آنها را به فارغ التحصیلان هم دانشگاهیهای خود می دهند یا دولتی یا آزاد).
93 100.0	10 10.5	11 12.3	23 24.6	28 29.8	21 22.8	29 صدور مجوز فعالیت و تاسیس این مراکز در دست افرادی است که تحصیل کرده رشته خاص هستند مثلا یا روانشناسی و یا مشاوره یعنی سعی می کنند اولویت صدور مجوز را ترجیحا به هم رشته های خود بدهند.
93 100.0	11 12.3	18 19.3	24 26.3	23 24.6	16 17.5	30 چقدر فکر می کنید کارکنان بهزیستی مراجعین را به مراکزی ارجاع میدهند که خود در آنها ذینفع هستند و یا با آنها همکاری می کنند؟
93 100.0	5 5.3	13 14.0	18 19.3	23 24.6	34 36.8	31 چقدر کارکنان بهزیستی مشاورین و روانشناسان مورد نظر خود را به مراکز تحمیل می کنند و بنوعی مراکز را به استفاده از این روانشناسان و مشاوران مجبور می سازند؟
93 100.0	16 17.5	28 29.8	29 31.6	10 10.5	10 10.5	32 چقدر بازرسان و ناظرین بهزیستی در اعمال قانون، آیین نامه ها و بخش نامه های اجرایی برای فعالیت مراکز مشاوره یک شکل و عادلانه عمل میکنند و بین مراکز تبعیض قائل نیستند و رویه یکسانی در برخورد با مراکز متخلف دارند؟
93 100.0	10 10.5	13 14.0	39 42.1	23 24.6	8 8.8	33 فکر می کنید چقدر بهزیستی در ارزیابی های خود برای امتیاز دهی به مراکز مشاوره و رتبه بندی، نظارت و پیگیری فعالیت آنها اهمال، اغماض، ملاحظه و مسامحه بخرج می دهد؟
93 100.0	8 8.8	13 14.0	21 22.8	28 29.8	23 24.6	34 بهزیستی در برخورد با مراکز متخلف (با یک تخلف مشابه) رفتار دوگانه ای دارد و بین مراکز یا عوامل آن تبعیض قائل می شود؟

93 100.0	3 3.5	11 12.3	15 15.8	31 33.3	33 35.1	چقدر بهزیستی در واگذاری پروانه تاسیس مراکز مشاوره به افراد بازنشسته خود اولویت قائل می شود؟	35
93 100.0	-- --	8 8.8	29 31.6	21 22.8	34 36.8	چقدر مدیران و کارکنان بهزیستی، تاسیس مراکز روانشناسی و مشاوره را به عنوان مستمسک و بهانه ای برای دوره بازنشستگی و به عنوان منبع درآمد برای آینده خود نگاه می کنند؟	36
93 100.0	3 3.5	8 8.8	18 19.3	26 28.1	37 40.4	چقدر کارکنان بهزیستی در واگذاری پروانه تاسیس این دفاتر، منافع و انگیزه های سیاسی، همشهری بودن، هم زبان بودن و ... را لحاظ می کنند؟	37

*بدلیل حجم بالای سوالات این جدول، خروجی فراوانی در دو بخش ارائه می شود.

جدول شماره 4-7-1: سوالات شماره 18 الی 37 آماره ها (قسمت اول)

والات	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28
تعداد	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93
حذفیات	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
میانگین	2.7368	2.3684	2.4211	2.0702	2.1053	2.1579	2.5614	2.1754	3.1228	2.1053	2.2632
میانه	3.0000	2.0000	2.0000	2.0000	1.0000	2.0000	3.0000	2.0000	3.0000	1.0000	2.0000
نما	3.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	3.00	1.00	3.00	1.00	1.00
انحراف معیار	1.2707	1.2296	1.3176	1.1119	1.3799	1.1729	1.0318	1.1001	1.2921	1.3408	1.2425
واریانس	1.615	1.512	1.736	1.236	1.904	1.376	1.065	1.210	1.670	1.798	1.544
چولگی	.141	.487	.603	.887	.966	.697	.178	.705	-.183	.751	.730
کشیدگی	-.910	-.642	-.576	.330	-.376	-.298	-.386	.118	-.892	-.750	-.454

بخش دوم جدول 4-7-1: آماره های متغیر «تعارض منافع کارکنان بهزیستی» (سوالات شماره 18 الی 37)

سوالات	Q29	Q30	Q31	Q32	Q33	Q34	Q35	Q36	Q37
تعداد	93	93	93	93	93	93	93	93	93
حذفیات	0	0	0	0	0	0	0	0	0
میانگین	2.5789	2.8421	2.2632	3.3333	2.9298	2.5263	2.1579	2.1228	2.0702
میانه	2.0000	3.0000	2.0000	3.0000	3.0000	2.0000	2.0000	2.0000	2.0000
نما	2.00	3.00	1.00	3.00	3.00	2.00	1.00	1.00	1.00
چولگی	.466	.145	.616	-.421	.228	.467	.777	.268	.845
کشیدگی	-.733	-.992	-.734	-.533	-.306	-.757	-.303	-1.211	-.115

تفسیر جدول شماره 7

داده های این جدول، ترکیبی از 20 سوال مختلف مربوط به متغیر مستقل (تعارض منافع کارکنان بهزیستی) است، بر اساس مقادیر جدول (جدول شماره 7 و آماره های جدول شماره 7-1): توزیع مقدار کل مجموعه نشان می دهد که مقدار میانگین و میانه به هم نزدیک هستند، و این گواهی بر مرکزیت نسبتاً متوازن در مجموعه داده ها است. تراکم داده ها در دسته های [کم و تا حدودی] مشاهده می شود، در حالی که دسته های [خیلی کم و زیاد و خیلی زیاد] کمتر نمایان هستند. با توجه به ارقام و مختصات آماری جدول، دوم مقادیر میانگین و میانه تقریباً یکسان هستند. بیشترین موافقت پاسخگویان مربوط به گویه های شماره 26 و 32 است که با میانگین بالاتر از 3 می باشند. بنظر می رسد بخشی از این الگوی پاسخ به ملاحظات کاری و دغدغه های ذهنی پاسخگویان بر می گردد به این معنا که پاسخگویان نگران از یافته های تحقیق حاضر به دلایل مختلف سعی کرده اند از پاسخ شفاف و دقیق به این سوال کلیدی اجتناب بورزند. گرچه در تحلیل استنباطی و تفسیر آزمون فرضیات این مدعا تایید می شود.

جدول شماره 4-8: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب میزان حمایت بهزیستی از مراکز (سوالات 38 الی

(48)

شماره	سوال (شاخص)	گزینه ها					
		خیلی کم	کم	تا حدودی	زیاد	خیلی زیاد	مجموع
		فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	
38	بهزیستی چقدر مراکز با رضایت مندی بالا را با استفاده از روشهایی چون تقدیر نامه های سازمانی، دادن مزایا امتیازات خاص، و ترفیعات مختلف تشویق می کند؟	24 26.3	24 26.3	28 29.8	13 14.0	3 13.5	93 100.0
39	بنظر شما تقدیر و تشویق هایی که بهزیستی از مراکز موفق و با سطح رضایت مندی بالا مراجعین بعمل می آورد، چقدر برای مراکز اهمیت دارد؟	8 8.8	13 14.0	31 33.3	23 24.6	18 19.3	93 100.0
40	در صورتی که سازمانهای موازی دیگر (شامل سازمان روانشناسی و مشاوره، دادگستری، سازمان ملی ورزش و جوانان) که به صدور پروانه تاسیس مراکز مشاوره می	3 3.5	20 21.1	44 47.4	16 17.5	10 10.5	93 100.0

						پردازند، به هر دلیلی از مراکز مشاوره زیر نظر بهزیستی شکایت کنند بهزیستی چقدر حاضر است از مراکز تحت نظارت خود دفاع کند؟	
93 100.0	13 14.0	8 8.8	39 42.1	20 21.1	13 14.0	چقدر احساس میکنید بهزیستی در توزیع منابع، فرصتها و خدمات حمایتی لازم به همه مراکز تابعه خود، رویکردی منصفانه و بدور از هر نوع تبعیض دارد؟	41
93 100.0	13 14.0	10 10.5	54 57.9	13 14.0	3 3.5	کارکنان بهزیستی، مدیران، ناظرین مسئولین و ... خیر خواه و حامی مراکز مشاوره هستند و سعی میکنند در مسیر فعالیت آنها مشکلات و موانع احتمالی برخورد های سلیقه ای اعمال نظر های غیر قانونی و مانع تراشی ها را برطرف کنند. نظراتان در این مورد چیست؟	42
93 100.0	5 5.3	10 10.5	34 36.8	11 12.3	33 35.1	در شرایط سخت اقتصادی امروز، مردم اقبال یا تمایل چندانی به خدمات مشاوره ندارند چون قادر به پرداخت هزینه های مشاوره نیستند، و بدین ترتیب تعداد مراجعین مراکز مشاوره کمتر شده است، بهزیستی چقدر سعی می کند با انواع حمایت مادی و غیر مادی از مراکز غیر فعال یا کم فعال خود حمایت کند؟	43
93 100.0	11 12.3	8 8.8	39 42.1	18 19.3	16 17.5	به عنوان روان شناس یا مشاور یکی از مراکز مشاوره تحت نظارت بهزیستی، چقدر فکر می کنید بهزیستی در کنار شماست و حاضر است در مسائل مختلف از شما حمایت کند؟	44
93 100.0	5 5.3	16 17.5	36 38.6	21 22.8	15 15.8	بهزیستی چقدر نسبت به مراکز غیر فعال و یا کم فعال احساس مسئولیت می کند و سعی میکند در رفع مشکلات احتمالی آنها به انحاء مختلف به آنها کمک کند؟	45
93 100.0	11 12.3	7 7.0	24 26.3	21 22.8	29 31.6	چقدر از سوی بهزیستی احساس امنیت شغلی میکنید و از طرف آن تحت استرس نیستید؟	46
93 100.0	5 5.3	11 12.3	51 54.4	10 10.5	16 17.5	چقدر نظارتها و باز سیهای دوره ای و یا ناگهانی بهزیستی از مراکز مشاوره را در موفقیت این مراکز موثر می دانید؟	47
93 100.0	11 12.3	13 14.0	41 43.9	15 15.8	13 14.0	در حال حاضر برنامه های بهزیستی برای پویایی بخشی بهبود عملکرد و موفقیت مراکز تحت نظر خود را چگونه ارزیابی می کنید؟	48

جدول شماره 4-8-1: سوالات شماره 38 الی 48 آماره ها (حمایت بهزیستی از مراکز)

سوالات	Q38	Q39	Q40	Q41	Q42	Q43	Q44	Q45	Q46	Q47	Q48
تعداد	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93
حذفیات	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

میانگین	2.4211	3.3158	3.105	2.8772	3.175	2.3860	2.7895	2.7368	2.4561	2.7719	2.9474
میانه	2.0000	3.0000	3.000	3.0000	3.000	3.0000	3.0000	3.0000	2.0000	3.0000	3.0000
نما	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	1.00	3.00	3.00
انحراف معیار	1.12917	1.19347	.97287	1.19217	.96258	1.21697	1.20205	1.09049	1.33265	1.04889	1.16738
واریانس	1.275	1.424	.946	1.421	.927	1.481	1.445	1.189	1.776	1.100	1.363
چولگی	.314	-.255	.257	.242	.370	.302	.229	.042	.579	-.187	.036
کشیدگی	-.751	-.679	-.122	-.506	.241	-.876	-.519	-.557	-.708	-.119	-.487

تفسیر جدول شماره 4-8:

داده های این جدول، ترکیبی از 11 سوال مختلف مربوط به متغیر مستقل (حمایت بهزیستی از مراکز) است، بر اساس مقادیر جدول (جدول شماره 8 و آماره های جدول شماره 8-1): توزیع مقدار کل مجموعه نشان می دهد که مقدار میانگین و میانه به هم نزدیک هستند، این امر نشان دهنده مرکزیت نسبتاً متوازن در مجموعه داده ها است. تراکم داده ها در دسته های [کم و تا حدودی] مشاهده می شود، در حالی که دسته های [خیلی کم و زیاد و خیلی زیاد] کمتر نمایان هستند. با توجه به ارقام و مختصات آماری جدول دوم مقادیر میانگین و میانه تقریباً یکسان هستند. بیشترین موافقت و در واقع تراکم پاسخگویان مربوط به گویه های شماره 39، 40 و 42 است که میانگینی بالاتر از 3 دارند.

جدول 4-9: توزیع پاسخگویان بر حسب متغیر ترکیبی «تمرکز گرایی در تصمیم گیری» (سوالات 49 الی 64)

مجموع	گزینه ها						شماره
	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	سوال (شاخص)	
	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد		
93 100.0	2 1.8	18 19.3	41 43.9	17 19.1	15 15.8	بهریستی چقدر مشاوران و روانشناسان مراکز مشاوره را در مسائل مختلف مربوط به فعالیت این مراکز مشارکت میدهد و دیدگاههای آنها را در تصمیم گیری ها لحاظ می کند؟	49
93 100.0	7 7.0	10 10.5	58 63.2	11 12.3	7 7.0	فراوانی و تعدد تصمیمات، دستورالعمل ها، بخشنامه های ابلاغی بهزیستی برای عملکرد و فعالیت مراکز مشاوره خانواده را چگونه ارزیابی می کنید؟	50

93 100.0	8 8.8	11 12.3	57 61.4	11 12.3	5 5.3	51 نظراتان در مورد سطوح مختلف مدیریتی در بهزیستی که یک تصمیم قبل از اجرا در مراکز مشاوره خانواده باید از آنها عبور کند، چیست؟
93 100.0	7 7.0	21 22.8	57 61.4	3 3.5	5 5.3	52 بنظر شما تعداد مراحل یا فرایندهایی که برای تایید یک تصمیم در بهزیستی و ابلاغ آن به مراکز مشاوره طی می شود چگونه است؟
93 100.0	8 8.8	24 26.3	35 36.8	23 24.6	3 3.5	53 میزان شفافیت و دقت سیاست ها و دستورالعمل های صادر شده برای تصمیم گیری در بهزیستی شهر ستان را چگونه ارزیابی می کنید؟
93 100.0	12 14.0	29 31.9	34 36.8	13 14.0	3 3.5	54 بهزیستی چقدر در پاسخ به شرایط و تغییرات محیطی مراکز مشاوره در تصمیم گیری های خود، انعطاف پذیر است و با وجود نظارت قانونی مناسب، دست مراکز را در مواردی باز می گذارد و دخالت حداقلی می کند؟
93 100.0	-- --	22 22.8	42 45.6	21 22.8	8 8.8	55 بهزیستی چقدر علاقمند به مشارکت مراکز در تصمیم گیری ها، شنیدن نظرات و دیدگاه های مراکز مشاوره و لحاظ کردن آنها در تصمیمات خود است؟
93 100.0	13 14.0	31 33.3	26 28.1	13 14.0	10 10.5	56 مراکز و دفاتر مشاوره آزادی عمل دارند و از فرصت نوآوری و خلاقیت در کیفیت و کمیت خدمات خود استفاده می کنند؟
93 100.0	10 10.5	21 22.8	41 43.9	13 14.0	8 8.8	57 بهزیستی چقدر برای مراکز و دفاتر مشاوره، فرصت دسترسی برابر به اطلاعات و امکانات لازم برای فعالیت و تصمیم گیری را فراهم می کند؟
93 100.0	7 7.0	31 33.3	26 28.1	19 21.1	10 10.5	58 بهزیستی چقدر در مسائل غیر مهم و عمومی، دست مراکز و دفاتر خانواده را باز می گذارد و به آنها آزادی عمل و تفویض اختیار می دهد؟
93 100.0	-- --	19 21.1	51 54.4	16 17.5	7 7.0	59 ساختار اداری بهزیستی در رابطه با دفاتر و مراکز خانواده، چقدر انعطاف ناپذیر و با انضباط شدید همراه است؟
93 100.0	10 10.5	18 29.8	54 50.9	10 10.5	2 1.8	60 میزان تصمیمات و بخشنامه های ابلاغی بهزیستی به دفاتر و مراکز مشاوره خانواده را چگونه ارزیابی می کنید؟
93 100.0	7 7.0	28 29.8	47 50.9	10 10.5	2 1.8	61 تعداد جلسات توجیهی و هماهنگی که بهزیستی، مراکز را به شرکت در آنها ملزم می سازد؟
93 100.0	7 7.0	21 22.8	55 59.6	5 5.3	5 5.3	62 سطوح تصمیم گیری در بهزیستی را چگونه ارزیابی می کنید؟
93 100.0	11 12.3	28 29.8	39 42.1	15 15.8	-- --	63 بنظر شما بوروکراسی موجود در بهزیستی چقدر پیچیده، طولانی و زمان بر است؟

93 100.0	13 14.0	18 19.3	51 54.4	8 8.8	3 3.5	چقدر بهزیستی بعد از ابلاغ سیاستها، دستورالعمل ها، مقررات، آیین نامه ها به مراکز مشاوره تحت نظارت خود، در مورد آنها بازخورد می گیرد؟	64
-------------	------------	------------	------------	----------	----------	---	----

جدول شماره 4-9-1. بخش اول شامل 8 سال (سوال های 49 الی 56) (بخش اول)

سوالات	Q49	Q50	Q51	Q52	Q53	Q54	Q55	Q56
تعداد	93	93	93	93	93	93	93	93
حذفیات	0	0	0	0	0	0	0	0
میانگین	2.7193	2.9825	3.0702	3.2281	3.1228	3.3860	2.8246	3.2632
میانه	3.0000	3.0000	3.0000	3.0000	3.0000	3.0000	3.0000	3.0000
نما	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	4.00
انحراف معیار	1.00990	.89317	.90046	.84262	.99781	1.00990	.88582	1.18405
واریانس	1.020	.798	.811	.710	.996	1.020	.785	1.402
چولگی	-.252	.035	.158	-.275	.077	-.209	-.428	-.398
کشیدگی	-.582	1.094	.898	1.504	-.544	-.340	-.448	-.632

جدول شماره 4-9-1: بخش اول شامل 8 سال (سوال های 57 الی 64) (بخش دوم)

سوالات	Q57	Q58	Q59	Q60	Q61	Q62	Q63	Q64
تعداد	93	93	93	93	93	93	93	93
حذفیات	0	0	0	0	0	0	0	0
میانگین	3.1228	3.0526	2.8947	3.2632	3.2982	3.2105	3.3860	3.3158
میانه	3.0000	3.0000	3.0000	3.0000	3.0000	3.0000	3.0000	3.0000
نما	3.00	4.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
انحراف معیار	1.06654	1.12088	.81408	.85326	.82017	.85763	.89838	.94464
واریانس	1.138	1.256	.663	.728	.673	.736	.807	.892
چولگی	-.160	-.260	-.609	.337	-.015	-.251	.201	.098
کشیدگی	-.226	-.773	.170	.453	.365	1.246	-.669	.218

تفسیر جدول شماره 4-9:

داده های جدول شماره 4-9، ترکیبی از 16 سوال مختلف مربوط به متغیر مستقل (تمرکز گرایی در تصمیم گیری) است، بر اساس مقادیر جدول (جدول و آماره های جدول شماره 9-1): توزیع مقدار کل مجموعه نشان می دهد که مقدار میانگین و میانه و نما به هم نزدیک هستند که حاکی از مرکزیت نسبتاً متوازن در مجموعه داده ها است. تراکم داده ها در دسته های [زیاد و تا حدودی] مشاهده می شود، در حالی که دسته های [خیلی کم و خیلی زیاد] کمتر نمایان هستند. با توجه به ارقام و مختصات آماری جدول دوم مقادیر میانگین و میانه تقریباً یکسان هستند. بیشترین موافقت و در واقع تراکم پاسخگویان بجز سوالات 49، 50، 55 و 59 کلاً بالاتر از میانگین عدد 3 است.

جدول شماره 4-10: توزیع پاسخگویان بر حسب متغیر ترکیبی «کیفیت نظارت و ارزیابی بهزیستی از مراکز» (سوال های 65 الی 86)

شماره	سوال (شاخص)	گزینه ها					مجموع
		خیلی کم	کم	تا حدودی	زیاد	خیلی زیاد	
		فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	
65	کارشناسان بهزیستی چقدر بصورت سرزده و بدون اطلاع قبلی از دفاتر و مراکز بازدید کرده و بر فعالیت آنها نظارت دقیق دارند؟	7 7.0	11 12.3	37 40.4	28 29.8	10 10.5	93 100.0
66	چقدر فعالیت روانشناسان و مشاوران مراکز در قالب گزارش و خلاصه پرونده مراجعان به صورت منظم در دفاتر یا فایل های مخصوص ثبت می شود؟	2 1.8	--	39 42.1	34 36.8	18 19.3	93 100.0
67	چقدر بهزیستی از معیارها و شاخص های علمی درست و معتبر علمی برای ارزیابی فعالیت مراکز استفاده می کند؟	7 7.0	10 10.5	28 29.8	33 35.1	16 17.5	93 100.0
68	بهزیستی در بازرسی ها و ارزیابی های دوره ای خود، دیدگاه ها و نقطه نظرات مراجعان را می پرسد و در ارزیابی مراکز آنها را لحاظ می کند؟	11 12.3	8 8.8	46 49.1	18 19.3	10 10.5	93 100.0
69	بهزیستی چقدر برنامه های ماهانه، فصلی و سالانه مراکز مشاوره را پیگیری می کند و بر آنها نظارت جدی دارد؟	11 12.3	13 14.0	26 28.1	24 26.3	18 19.3	93 100.0
70	فعالیت ها، امکانات و منابع انسانی مراکز مشاوره، چقدر از طرف بهزیستی مورد ارزیابی (حرفه ای، اخلاقی و تخصصی) قرار می گیرند؟	7 7.0	5 5.3	41 43.9	23 24.6	18 19.3	93 100.0

93 100.0	16 17.5	31 33.3	41 43.9	5 5.3	-- --	چقدر بهزیستی مراکز را برای رفع مسائل و مشکلات احتمالی پیش آمده مورد بازخواست قرار می دهد و آنها را ملزم به رفع این موارد می کند؟	71
93 100.0	18 19.3	34 36.8	33 35.1	5 5.3	3 3.5	چقدر نتایج ارزیابی های مراکز از طرف بهزیستی به آنها بازخورد داده می شود تا در صورت لزوم، اصلاحات و تغییرات لازم را در عملکرد خود بعمل آورند؟	72
93 100.0	13 14.0	16 17.5	39 42.1	23 24.6	2 1.8	چقدر مراکز با ارزیابی عملکرد بالا یا پایین توسط بهزیستی مورد تقدیر، تنبیه یا توبیخ قرار می گیرد؟	73
93 100.0	8 8.8	16 17.5	46 49.1	15 15.8	8 8.8	چقدر مراکزی که در نظارت و ارزیابی کارشناسان بهزیستی، امتیاز یا نمره قابل قبولی کسب نمی کنند (یا نمره منفی می گیرند) توبیخ شده و یا با تهدید ابطال مجوز فعالیت یا هر برخورد مناسب دیگر مواجه می شوند؟	74
93 100.0	11 12.3	28 29.8	47 50.9	3 3.5	3 3.5	فکر می کنید نحوه برخورد بهزیستی با مراکز و دفاتر مشاوره متخلف، چقدر جدی، سختگیرانه و اثر گذار است؟	75
93 100.0	16 17.5	33 35.1	33 35.1	5 5.3	7 7.0	بهزیستی چقدر به رضایت مراجعان از کمیت و کیفیت خدمات مراکز مشاوره اهمیت می دهد؟	76
93 100.0	13 14.0	21 22.8	46 49.1	8 8.8	5 5.3	روش های ارزیابی بهزیستی از فعالیت مراکز مشاوره جامع است و بگونه ای طراحی شده است که تمامی جوانب عملکرد آنها را در می گیرد (از قبیل ارزیابی روند مشاوره، کیفیت ارائه خدمات، جلب رضایت مراجعان و ...).	77
93 100.0	15 15.8	34 36.8	36 38.6	5 5.3	3 3.5	تعداد و تناوب بازرسی ها و نظارت های بهزیستی بر مراکز مشاوره را چقدر کافی می دانید؟	78
93 100.0	24 26.3	24 26.3	26 28.1	16 17.5	2 1.8	نظارت ها و ارزیابی های مراکز مشاوره توسط بهزیستی به تغییرات مثبت، اطلاعات جدی و در کل، بهبود عملکرد این مراکز منجر می شود.	79
93 100.0	13 14.0	21 22.8	49 52.6	7 7.0	3 3.5	مشاوران مراکز چقدر با میزان و شیوه های نظارت و ارزیابی بهزیستی موافق هستند و آنها را موثر می دانند؟	80
93 100.0	26 28.1	29 31.6	23 24.6	15 15.8	-- --	مدت زمان بازدیدهای نظارتی بهزیستی از مراکز را چقدر کافی می دانید؟	81
93 100.0	7 7.0	16 17.5	49 52.6	13 14.0	8 8.8	شکایات مراجعین از کمیت و کیفیت خدمات دریافتی از مراکز مشاوره را چقدر با ارزیابی ها و نظارت کارشناسان بهزیستی مرتبط می دانید؟	82

93 100.0	28 29.8	34 36.8	28 29.8	3 3.5	-- --	چقدر فکر می کنید تحصیلات و تجربه کاری کارشناسان بهزیستی با کیفیت و اثربخشی نظارت و ارزیابی آنها از مراکز مرتبط است؟	83
93 100.0	15 15.8	26 28.1	47 50.9	5 5.3	-- --	تحلیل و بررسی عوامل موفقیت یا شکست برنامه های مشاوره، چقدر در مطلوبیت نظارت و ارزیابی بهزیستی از فعالیت مراکز موثر است.	84
93 100.0	28 29.8	20 21.1	40 43.9	-- --	5 5.3	آگاهی از نظرات و پیشنهادات مراجعین در مورد کیفیت مشاوره دریافتی از این مراکز، چقدر در هدفمندی و اثرگذاری نظارت ها موثر است؟	85
93 100.0	29 31.6	24 26.3	31 33.3	3 3.5	5 5.3	تفکیک و جدایی حوزه صدور پروانه تاسیس مراکز مشاوره از حوزه نظارت و ارزیابی عملکرد این مراکز را چقدر مهم می دانید؟	86

جدول 4-10-1: آماره های جدول «کیفیت نظارت و ارزیابی بهزیستی از مراکز مشاوره» (بخش 1)

سوالات	Q65	Q66	Q67	Q68	Q69	Q70	Q71	Q72	Q73	Q74	Q75
تعداد	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93
حذفیات	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
میانگین	3.2456	3.7193	3.4561	3.0702	3.2632	3.4386	3.6316	3.6316	3.1754	3.0175	3.4386
میان	3.0000	4.0000	4.0000	3.0000	3.0000	3.0000	4.0000	4.0000	3.0000	3.0000	3.0000
نما	3.00	3.00	4.00	3.00	3.00	3.00	3.00	4.00	3.00	3.00	3.00
انحراف معیار	1.03636	.83707	1.11531	1.09589	1.27075	1.08218	.83446	.97191	1.01635	1.02276	.88371
واریانس	1.074	.701	1.244	1.201	1.615	1.171	.696	.945	1.033	1.046	.781
چولگی	-.317	-.169	-.515	-.224	-.300	-.353	.226	-.499	.363	-.036	-.204
کشیدگی	-.130	.402	-.264	-.127	-.860	-.036	-.732	.280	-.574	-.003	.738

ادامه جدول 4-10-1: آماره های «کیفیت نظارت و ارزیابی بهزیستی از مراکز مشاوره» (بخش 2)

سوالات	Q76	Q77	Q78	Q79	Q80	Q81	Q82	Q83	Q84	Q85	Q86
تعداد	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93
حذفیات	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
میانگین	3.5088	3.3158	3.5614	3.5789	3.3684	3.7193	3.0000	3.9298	3.5439	3.7018	3.7544
میان	4.0000	3.0000	4.0000	4.0000	3.0000	4.0000	3.0000	4.0000	3.0000	4.0000	4.0000

نما	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	4.00	3.00	4.00	3.00	3.00	3.00
انحراف معیار	1.06742	.99937	.94200	1.11336	.93470	1.04443	.97861	.86016	.82244	1.06479	1.10269
واریانس	1.139	.999	.887	1.240	.874	1.091	.958	.740	.676	1.134	1.216
چولگی	-.605	-.130	-.441	-.203	-.007	-.270	-.116	-.205	.443	-.455	-.630
کشدگی	.195	.102	.396	-1.008	.279	-1.103	.243	-.931	-.587	.056	-.013

تفسیر جدول شماره 4-10:

بر اساس داده های جدول شماره 10، که ترکیبی از 22 سوال مختلف مربوط به متغیر مستقل «کیفیت نظارت و ارزیابی بهزیستی از مراکز مشاوره» است، توزیع مقدار کل مجموعه نشان می دهد که مقدار میانگین و میانه به هم نزدیک هستند، این وضعیت (تقارن میانه و میانگین) حاکی از مرکزیت نسبتاً متوازن در مجموعه داده ها است. تراکم داده ها در دسته های [زیاد و تا حدودی] مشاهده می شود، در حالی که دسته های [خیلی کم و خیلی زیاد] کمتر نمایان هستند. با توجه به ارقام و مختصات آماری جدول دوم (جدول 9-1) مقادیر میانگین و میانه تقریباً یکسان هستند. بیشترین موافقت و در واقع تراکم پاسخگویان در گویه های شماره 66، 71، 72، 81، 83، 85 و 86 بالاتر از میانگین است.

جدول شماره 4-11: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر ترکیبی «فرایند صدور مجوز» (سوالات 87 الی 97)

مجموع	گزینه ها					شماره
	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	
	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	سوال (شاخص)
93 100.0	23 24.6	30 33.3	26 28.1	7 7.0	7 7.0	87 صدور پروانه تاسیس مراکز مشاوره بهزیستی در مقایسه با سایر مراکز صادر کننده مجوز (مانند سازمان نظام روانشناسی و مشاوره، سازمان ورزش و جوانان، قوه قضائیه و...) بسیار سخت و پیچیده و فرساینده و طولانی است؟
93 100.0	13 14.0	23 24.6	34 36.8	7 7.0	16 17.5	88 در فراخوان های مربوط به تاسیس مراکز مشاوره بهزیستی، اطلاع رسانی ضعیف بوده و تلاش می شود افراد زیادی در این فراخوان ها شرکت نکنند.

93 100.0	18 19.3	29 31.6	41 43.9	5 5.3	-- --	رویه ها و ضوابط شفاف، استاندارد و یکدستی در بررسی مدارک، برگزاری آزمون ها، انجام مصاحبه برای متقاضیان تا سیس مراکز مشاوره بهزیستی وجود دارد؟	89
93 100.0	5 5.3	28 29.8	33 35.1	8 8.8	20 21.1	چقدر کارکنان بهزیستی، در فرایند صدور پروانه تاسیس مراکز مشاوره، نظرات و سلاقی و ترجیحات شخصی خود را اعمال می کنند؟	90
93 100.0	25 26.3	29 31.6	31 33.3	5 5.3	3 3.5	بنظر شما بهزیستی در جریان بررسی مدارک و پرونده متقاضیان مراکز (نه بعد از صدور پروانه) با بازدید میدانی دقیق از موقعیت فیزیکی و مکان پیشنهادی متقاضیان، شرایط و امکانات لازم آنجا را از نظر سهولت ایاب و ذهاب مراجعین، فضای امن و .. مورد توجه قرار میدهد و آنها را در تصمیم گیری ها لحاظ می کند؟	91
93 100.0	21 22.8	23 24.6	44 47.4	3 3.5	2 1.8	در مراحل بررسی پرونده ها و مصاحبه حضوری متقاضیان، برای تعیین صلاحیت علمی- تخصصی و مهارتی مشاورین و روانشناسان چقدر از رویه های علمی استاندارد و معتبر استفاده می شود؟	92
93 100.0	13 14.0	31 33.3	36 38.6	8 8.8	5 5.3	تعداد درخواستهایی که موفق به اخذ مجوز تأسیس مرکز مشاوره از بهزیستی می شوند نسبت به کل درخواستهای ورودی به بهزیستی چقدر است؟	93
93 100.0	20 21.1	41 43.9	33 35.1	-- --	-- --	در فرایند صدور پروانه تاسیس مراکز مشاوره از سوی بهزیستی چقدر استانداردها و معیارهای قانونی و علمی رعایت می شود؟	94
93 100.0	21 22.8	38 40.4	31 33.3	-- --	3 3.5	عملکرد سیستمهای نظارتی و بازرسیهای بهزیستی از مراکز مشاوره پس از صدور مجوز بعد از تاسیس مراکز مشاوره را چقدر مثبت ارزیابی می کنید؟	95
93 100.0	20 21.1	41 43.9	26 28.1	7 7.0	-- --	متقاضیان تاسیس مراکز چقدر به اطلاعات لازم برای تشکیل پرونده و تکمیل فرم ها و مراحل صدور مجوز براحتی دسترسی دارند؟	96
93 100.0	13 14.0	29 31.6	48 50.9	3 3.5	-- --	بهزیستی چقدر به شکایت و اعتراض متقاضیانی که نسبت به فرایند تشکیل و بررسی پرونده، مصاحبه ها..... اعتراض می کنند با آغوش باز رسیدگی می کرده و استقبال می کند؟	97

جدول 4-11-1: آماره های متغیر « فرایند صدور مجوز در بهزیستی » (سوال های 87 الی 97)

سوالات	Q87	Q88	Q89	Q90	Q91	Q92	Q93	Q94	Q95	Q96	Q97
تعداد	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93
حذفیات	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
میانگین	3.6140	3.1053	3.6491	2.8947	3.7193	3.6316	3.4211	3.8596	3.7895	3.7895	3.5614
میانه	4.0000	3.0000	4.0000	3.0000	4.0000	3.0000	3.0000	4.0000	4.0000	4.0000	3.0000
نما	4.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	4.00	4.00	4.00	3.00
انحراف معیار	1.14178	1.25894	.85253	1.20127	1.02731	.93470	1.01329	.74000	.91757	.85763	.77692
واریانس	1.304	1.585	.727	1.443	1.055	.874	1.027	.548	.842	.736	.604
چولگی	-.653	-.311	.222	-.358	-.512	.007	-.407	.231	-.692	-.266	.487
کشیدگی	-.112	-.730	-.824	-.899	-.022	-.316	.060	-1.129	1.077	-.544	-.518

تفسیر جدول 4-11: آماره های «فرایند صدور مجوز در بهزیستی» (سوالات 87 الی 97)

بر اساس داده های جدول شماره 9، که ترکیبی از 11 سوال مختلف مربوط به متغیر مستقل « فرایند صدور مجوز در بهزیستی » است، همانطور که می بینیم توزیع مقدار کل مجموعه نشان می دهد که مقادیر میانگین و میانه مشابه هم هستند، این وضعیت (تقارن میانه و میانگین) حاکی از مرکزیت کاملاً متوازن در مجموعه داده ها است. تراکم داده ها در دسته های [تا حدودی و زیاد] مشاهده می شود، در حالی که دسته های [خیلی کم، کم و خیلی زیاد] کمتر نمایان هستند. در این جدول بیشترین موافقت و در واقع تراکم پاسخگویان در گویه های شماره 89، 91، 92، 94، 95 و 96 بالاتر از میانگین است.

جدول شماره 4-12: توزیع پاسخگویان بر حسب «ضعف برنامه های آموزشی و توسعه حرفه ای مشاوران

مراکز بهزیستی» (سوالات 98 الی 109)

شماره	گزینه ها سوال (شاخص)	خیلی کم / فراوانی / درصد	کم / فراوانی / درصد	تا حدودی / فراوانی / درصد	زیاد / فراوانی / درصد	خیلی زیاد / فراوانی / درصد	مجموع
98	چقدر تعداد و نوع دوره ها و کارگاه های تخصصی برگزار شده از سوی بهزیستی را برای دانش افزایی و مهارت افزایی نیروی انسانی این مراکز کافی می دانید؟	11 12.3	13 14.0	35 36.8	13 14.1	21 22.8	93 100.0
99	چقدر بهزیستی در تولید محتوا و توزیع بروشورها و دفترچه های راهنما مانند راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) و طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD) بین مراکز مشاوره به توسعه حرفه ای روانشناسان و مشاوران و کاهش خطاهای تشخیصی آنها کمک می کند؟	20 21.1	16 17.5	24 26.3	16 17.5	16 17.5	93 100.0
100	بهزیستی با تهیه و توزیع جزوات کمک آموزشی، آزمونهای روانی، سی دی های آموزشی، معرفی کانالها و گروههای فعال در شبکه های مجازی (تلگرام اپتا و .. و وبسایت های علمی مرتبط با مشاوره خانواده) برای دانش افزایی و توسعه حرفه ای روانشناسان و مشاوران این مراکز کمک می کند؟	-- --	5 5.3	36 38.6	23 24.6	29 31.6	93 100.0
101	سطح علمی و محتوایی مباحث دوره ها و کارگاههای علمی و آموزشی برگزار شده از سوی بهزیستی را چقدر برای مشاوران و روانشناسان این مراکز مفید و کاربردی می دانید؟	2 1.8	8 8.8	34 36.8	23 24.6	26 28.1	93 100.0
102	تعداد افرادی که دوره ها، کلاسها و کارگاههای تشکیل شده از سوی بهزیستی را نصف و نیمه رها می کنند و یا از کلاسها غیبت می کنند را چگونه ارزیابی می کنید؟	11 12.3	15 15.8	52 56.1	8 8.8	7 7.0	93 100.0
103	تعداد افرادی که در این برنامه های آموزشی ثبت نام می کنند و تا آخرین روز و جلسه در آنها شرکت می کنند؟	-- --	8 8.8	34 36.8	46 49.1	5 5.3	93 100.0
104	خود شما چقدر از کلاسها و کارگاههای آموزشی برگزار شده از سوی بهزیستی استفاده می کنید و آنها را کاربردی می دانید؟	7 7.0	8 8.8	26 28.1	26 28.1	26 28.1	93 100.0
105	بنظر شما محتوای آموزشی این کلاسها و دوره ها چقدر با نیازهای واقعی مراجعین این مراکز و توانمندیهای شغلی مشاوران و روانشناسان همخوانی دارد؟	3 3.5	10 10.5	29 31.6	28 29.8	23 24.6	93 100.0

93 100.0	23 24.6	42 45.6	21 22.8	5 5.3	2 1.8	106 در صورتی که بهزیستی منابع آموزشی لازم (کتابها، جزوات مقالات و ویدئوهای آموزشی) را در اختیار مراکز و مشاوران و روانشنا سان آنها قرار می دهد سطح کیفی محتوای این منابع برای را چقدر مفید ارزیابی می کنید؟
93 100.0	19 21.1	33 35.1	33 35.1	8 8.8	-- --	107 فکر می کنید تعداد یا درصد افرادی که پس از شرکت در برنامه دوره ها و کارگاه ها، مهارتهای جدید را در محیط کارشان عملا به کار می گیرند چقدر است؟
93 100.0	21 22.8	25 26.3	37 40.4	8 8.8	2 1.8	108 چقدر روانشنا سان و مشاوران این مراکز پس از گذراندن دوره ها می توانند در صورت لزوم به به راحتی به مشاوره تکمیلی و پشتیبانی علمی بهزیستی دسترسی داشته باشند؟
93 100.0	25 26.3	29 31.6	25 26.3	11 12.3	3 3.5	109 برنامه کارگاههای آموزشی را تا چه حد با تحولات و تغییرات مشاوره در شرایط و جامعه امروز کاربردی، مرتبط و به روز ارزیابی می کنید؟

جدول 4-12-1: آماره «ضعف برنامه های آموزشی و توسعه حرفه ای مشاوران مراکز بهزیستی» (سوالات 98

الی 109)

سوالات	Q98	Q99	Q100	Q101	Q102	Q103	Q104	Q105	Q106	Q107	Q108	Q109
تعداد	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93
حذفیات	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
میانگین	3.2105	2.9298	3.8246	3.6842	2.8246	3.5088	3.6140	3.6140	3.8596	3.6842	3.5965	3.6491
میانه	3.0000	3.0000	4.0000	4.0000	3.0000	4.0000	4.0000	4.0000	4.0000	4.0000	3.0000	4.0000
نما	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	4.00	3.00	3.00	4.00	3.00	3.00	4.00
انحراف معیار	1.28753	1.38216	.94398	1.03426	.99875	.73239	1.18746	1.07786	.91179	.90631	.99407	1.10607
واریانس	1.658	1.910	.891	1.070	.998	.536	1.410	1.162	.831	.821	.988	1.223
چولگی	-.098	.046	-.027	-.214	.035	-.308	-.570	-.389	-.720	-.057	-.107	-.468
کشیدگی	-.891	-1.178	-1.246	-.704	.341	-.220	-.412	-.454	.557	-.834	-.547	-.531

تفسیر جدول 12:

بر اساس داده های جدول شماره 12-1، که ترکیبی از 12 سوال مختلف مربوط به متغیر مستقل «ضعف برنامه های آموزشی و توسعه حرفه ای مشاوران مراکز بهزیستی» است، توزیع مقدار کل مجموعه ارقام داخل جدول (11-1) نشان می دهد که مقدار میانگین و میانه به هم نزدیک هستند، این وضعیت (تقارن میانه و میانگین) نشان می دهد که مجموعه داده ها توزیع متقارنی دارند. تراکم داده ها در دسته های [زیاد و تا حدودی] مشاهده می شود، در حالی که دسته های [خیلی کم و خیلی زیاد] کمتر نمایان هستند. با توجه به ارقام و مختصات آماری جدول دوم (جدول 9-1) مقادیر میانگین و میانه تقریباً یکسان هستند. بیشترین موافقت و در واقع تراکم پاسخگویان در گویه های شماره 100، 101، 104، 105، 106، 107، 109 بالاتر از میانگین است.

جدول شماره 4-13: توزیع پاسخگویان بر حسب «ارزیابی تعدد سازمان های متولی صدور مجوز تاسیس مراکز مشاوره» (سوالات 110 الی 117)

مجموع	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	گزینه ها	
	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	سوال (شاخص)	شماره
93 100.0	13 14.0	28 29.8	34 36.8	10 10.5	8 8.8	چقدر تعدد و تنوع نهادها و سازمانهای موازی بهزیستی که متولی صدور مجوز تاسیس مراکز مشاوره هستند (مانند دادگستری، سازمان ملی ورزش و جوانان، سازمان نظام روانشناسی) برای ارتقای کیفیت فعالیت و عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی مثبت ارزیابی می کنید؟	110
93 100.0	15 15.8	18 19.3	42 45.6	3 3.5	15 15.8	شخصاً فکر می کنید وجود این نهادها و سازمان های صدور مجوز در کنار بهزیستی، چقدر در کیفیت خدمات مشاوره، بی نظمی و یا آشفتگی های احتمالی مراکز تحت نظارت بهزیستی اثر گذار هستند؟	111
93 100.0	21 22.8	11 12.3	45 47.4	5 5.3	11 12.3	چقدر استانداردهای حاکم بر فعالیت مراکز مشاوره بهزیستی با استانداردهای سازمان های مجوز دهنده موازی دیگر (مانند سازمان نظام روانشناسی و مشاوره وزارت ورزش و جوانان قوه قضائیه) همسویی و هماهنگی دارد؟	112
93 100.0	13 14.0	29 31.6	35 36.8	8 8.8	8 8.8	هماهنگی مقررات و دستورالعملهای بهزیستی در مورد مراکز مشاوره با مقررات و دستورالعملهای مراکز مشاوره سازمانها و نهادهای موازی دیگر را چقدر در عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی موثر می دانید؟	113

93 100.0	8 8.8	46 49.1	34 36.8	-- --	5 5.3	114 درصد درخواستهای مجوز تأسیس دفاتر مشاوره بهزیستی که موفق به تأسیس این مراکز می شوند را چگونه ارزیابی می کنید؟
93 100.0	26 28.1	34 36.8	24 26.3	5 5.3	3 3.5	115 فکر می کنید یکدست شدن استانداردهای فعالیت مراکز مشاوره خانواده (از نظر هزینه مشاوره، زمان و ضوابط و مقررات فعالیت مراکز و... بهزیستی با ضوابط و مقررات سازمان روانشناسی و مشاوره ورزش و جوانان قوه قضائیه) چقدر می تواند بر عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی اثر گذار باشد؟
93 100.0	3 3.5	18 19.3	36 38.6	15 15.8	21 22.8	116 چقدر سازمانهای دیگری که در صدور مجوز تأسیس مراکز مشاوره دست دارند؛ تلاش می کنند مانند بهزیستی نظارت و ارزیابی دقیقی از فعالیت مراکز زیر نظر خود و کیفیت خدمات آنها داشته باشند؟
93 100.0	16 17.5	39 42.1	24 26.3	8 8.8	5 5.3	117 بنظر شما همکاری مراکز صدور مجوز تأسیس مراکز مشاوره دیگر با بهزیستی را در زمینه ضوابط صدور مجوز تأسیس مراکز مشاوره، فرایند نظارت و بازرسی، این نامه و دستورالعمل های فعالیت مشاوران مراکز و... در بهبود و ارتقای خدمات مراکز مشاوره بهزیستی چقدر مهم می دانید؟

جدول 4-13-1. آماره های متغیر « ارزیابی تعدد سازمان های متولی صدور مجوز تأسیس مراکز مشاوره »

(سوال های 110 الی 117)

سوالات	Q110	Q111	Q112	Q113	Q114	Q115	Q116	Q117
تعداد	93	93	93	93	93	93	93	93
حذفیات	0	0	0	0	0	0	0	0
میانگین	3.2982	3.1579	3.2807	3.3333	3.5614	3.8070	2.6491	3.5789
میانه	3.0000	3.0000	3.0000	3.0000	4.0000	4.0000	3.0000	4.0000
نما	3.00	3.00	3.00	3.00	4.00	4.00	3.00	4.00
انحراف معیار	1.11364	1.21748	1.23145	1.10353	.86341	1.02185	1.13768	1.04771
واریانس	1.240	1.482	1.516	1.218	.745	1.044	1.294	1.098
چولگی	-.382	-.309	-.206	-.456	-1.039	-.722	-.083	-.687

کشیدگی	-0.295	-0.447	-0.523	-0.170	2.134	0.285	-0.888	0.152
--------	--------	--------	--------	--------	-------	-------	--------	-------

تفسیر جدول 4-13:

بر اساس داده های جدول شماره 13-1، که ترکیبی از 8 سوال مختلف مربوط به متغیر مستقل «ارزیابی تعداد سازمانهای متولی صدور مجوز تاسیس مراکز مشاوره» است، توزیع مقدار کل مجموعه ارقام داخل جدول (12-1) نشان می دهد که مقادیر میانگین و میانه بشدت به هم نزدیک هستند، این وضعیت (تقارن نسبتاً تام میانه و میانگین) نشان می دهد که مجموعه داده ها، توزیع متقارنی دارند. تراکم داده ها در دسته های [تا حدودی] مشاهده می شود، در حالی که دسته های [خیلی کم، خیلی کم، زیاد و خیلی زیاد] کمتر نمایان هستند. با توجه به ارقام و مختصات آماری جدول دوم (جدول 12-1) بیشترین موافقت و در واقع تراکم پاسخگویان در گویه های شماره 115 و تا حدودی 114 و 117 است که رقمی بالاتر از میانگین دارند.

جدول شماره 4-14: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب «فقدان خط مشی ها و رویه های شفاف برای فعالیت مراکز مشاوره» (سوال های 118 الی 127).

مجموع	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	گزینه ها	
						سوال (شاخص)	شماره
93 100.0	13 14.0	39 42.1	34 36.8	2 1.8	5 5.3	تعداد مقررات، آیین نامه، رویه ها و خط مشی های رسمی مشخصی که در حال حاضر برای فعالیت مراکز مشاوره بهزیستی تعریف شده است را چگونه ارزیابی می کنید؟	118
93 100.0	16 17.5	31 33.3	33 35.1	10 10.5	3 3.5	فکر می کنید چند درصد از روانشناسان و مشاوران مراکز مشاوره با مقررات و رویه های مشخص شده بهزیستی آشنایی کاملی دارند و آنها را عملاً در فعالیت های خود رعایت می کنند؟	119
93 100.0	16 17.5	33 35.1	37 40.4	2 1.8	5 5.3	چقدر در مراکز مشاوره بهزیستی ضوابط و مقررات کاری جدی حاکم است؟	120
93 100.0	7 7.0	26 28.1	37 40.4	18 19.3	5 5.3	چقدر بهزیستی از کارشناسان مراکز مشاوره در مورد شفافیت و وضوح مقررات، ضوابط و رویه ها و کارآمدی آنها نظرخواهی میکند و در صورت لزوم تا حد امکان نظرات آنها را اعمال می کند؟	121

93 100.0	16 17.5	23 24.6	41 43.9	10 10.5	3 3.5	122 فکر می کنید توجه به دیدگاهها و نظرات مراجعین جهت آگاهی از شناخت و درک آنها از رویه های فعالیت مراکز مشاوره و اینکه آیا خدمات دقیق و درست و طبق ضوابط ارائه می شود یا نه، چقدر در عملکرد مطلوب این مراکز موثر است؟
93 100.0	21 22.8	29 31.6	34 36.8	7 7.0	2 1.8	123 انجام تحقیقات و پژوهشهای میدانی مشابه تحقیق حاضر از مراکز مشاوره بهزیستی چقدر میتواند در شناخت آسیب ها، مسائل و مشکلات مراکز مشاوره و رفع آنها و در نتیجه بهبود فعالیت آنها موثر واقع شود؟
93 100.0	7 7.0	20 21.1	36 38.6	23 26.3	7 7.0	124 چقدر بهزیستی سعی می کند با جمع بندی نظرات و پیشنهادات کارکنان مراکز مشاوره، چالشها و مشکلات این مراکز را شناسایی و برطرف کند؟
93 100.0	3 3.5	24 26.3	36 38.6	25 26.3	5 5.3	125 بهزیستی سعی می کند در طول سال با برگزاری جلسات هم اندیشی و همفکری با روانشناسان و مشاوران مراکز در مورد دستورالعملها و فرایندهای کاری و سازوکارهای نظارتی موجود با آنها گفتگو و همفکری کرده و اصلاحات لازم را اعمال کند؟
93 100.0	3 3.5	10 10.5	55 59.6	7 7.0	18 19.3	126 نظر شما در مورد این گزاره چیست در بهزیستی برای انجام درست وظایف مسئولیت ها و فرایندهای کاری مراکز دستورالعملها، برنامه ها و رویه های مشخص و واضحی وجود ندارد به همین خاطر ذینفعان و کارشناسان این مراکز درک درستی از جریان کار ندارند و به این مراکز و خدمات خود صرفا دید مالی یا درآمدزایی دارند؟
93 100.0	8 8.8	20 21.1	46 49.1	11 12.3	8 8.8	127 چقدر خطاها، ضعف ها، ابهامات در عملکرد مراکز مشاوره را ناشی از ضعف در سیاست ها و رویه های تدوین شده موجود بهزیستی برای این مراکز می دانید؟

جدول 4-14-1. آماره های متغیر « فقدان خط مشی ها و رویه های شفاف برای فعالیت مراکز مشاوره » (سوال

های 118 الی 127)

سوالات	Q118	Q119	Q120	Q121	Q122	Q123	Q124	Q125	Q126	Q1127
--------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

تعداد	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93
حذفیات	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
میانگین	3.5789	3.5088	3.5789	3.1228	3.4211	3.6667	2.9474	2.9649	2.7193	3.0877
میانه	4.0000	4.0000	4.0000	3.0000	3.0000	4.0000	3.0000	3.0000	3.0000	3.0000
نما	4.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
انحراف معیار	.94068	1.01635	.97765	.97988	1.01329	.96645	1.02154	.94101	1.00990	1.01910
واریانس	.885	1.033	.956	.960	1.027	.934	1.044	.885	1.020	1.039
چولگی	-.756	-.335	-.575	-.136	-.094	-.245	.107	-.060	-.357	-.179
کشیدگی	1.122	-.222	.690	-.276	-.269	-.347	-.400	-.463	-.049	.058

تفسیر جدول 4-14:

بر اساس داده های جدول شماره 14-1، که ترکیبی از 10 سوال مختلف مربوط به متغیر مستقل « فقدان خط مشی ها و رویه های شفاف برای فعالیت مراکز مشاوره » است، توزیع مقدار کل مجموعه ارقام داخل جدول (14-1) نشان می دهد که قرابت و زندگی نسبتاً بالایی بین میانگین و میانه وجود دارد، این وضعیت تقارن میانه و میانگین نشان دهنده توزیع متقارن مجموعه داده ها بدست آمده از جامعه آماری و حجم نمونه است. تراکم داده ها در دسته های [کم و تا حدودی] مشاهده می شود، در حالی که دسته های [زیاد و خیلی زیاد] کمتر نمایان هستند. با توجه به ارقام و مختصات آماری جدول دوم (جدول 14-1)، بیشترین موافقت و در واقع تراکم پاسخگویان به ترتیب در گویه های شماره 123، 120، 118 بالاتر از میانگین است.

4-2. تجزیه و تحلیل آمار استنباطی

مقدمه

در این بخش به تحلیل آمار استنباطی می پردازیم که تمرکز اصلی آن آزمون فرضیات و نتایج آماری منتج از آن و محاسبه ضرایب رگرسیونی و تحلیل مسیر^۱ با استفاده از دو نرم افزار SMARTpls است.

جدول شماره 4-15: ضرایب همبستگی پیرسون (آزمون فرضیات و سوالات پژوهشی تحقیق)

متغیرها		موانع نهادی	تعارض منافع	حمایت بهزیستی	تمرکز گرای	کیفیت نظارت	صدور مجوز	ضعف برنامه آموزشی	تعدد سازمان های متولی	بوروکراسی بهزیستی	فقدان خط مشی شفاف
موانع نهادی ارتقای عملکرد	Pearson	۱	.۴۰۱**	.۴۶۶**	.۵۰۶**	.۶۰۴**	.۵۲۱**	.۵۲۳**	.۴۸۴**	.۶۴۴**	.۴۸۳**
	Sig. (۲-)		۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰
	N	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳
تعارض منافع کارکنان	Pearson	.۴۰۱**	۱	-.۰۰۰۹	-.۰۰۱۱	-.۰۱۰۹	-.۰۰۹۱	-.۰۰۹۱	۰.۰۲۵	۰.۰۷۹	۰.۰۲۵
	Sig. (۲-)	۰.۰۰۰		۰.۹۳۰	۰.۹۱۳	۰.۳۰۰	۰.۳۸۸	۰.۳۸۸	۰.۸۱۵	۰.۴۵۰	۰.۸۱۵
	N	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳
حمایت بهزیستی	Pearson	.۴۶۶**	-.۰۰۰۹	۱	.۷۸۴**	.۴۹۸**	.۴۲۷**	.۴۲۷**	.۵۳۲**	.۷۲۴**	.۵۳۲**
	Sig. (۲-)	۰.۰۰۰	۰.۹۳۰		۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰
	N	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳
تمرکز گرای	Pearson	.۵۰۶**	-.۰۰۱۱	.۷۸۴**	۱	.۷۱۳**	.۴۸۷**	.۴۸۷**	.۵۶۰**	.۹۰۰**	.۵۶۰**
	Sig. (۲-)	۰.۰۰۰	۰.۹۱۳	۰.۰۰۰		۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰
	N	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳
کیفیت نظارت و ارزیابی	Pearson	.۶۰۴**	-.۰۱۰۹	.۴۹۸**	.۷۱۳**	۱	.۵۷۶**	.۵۷۶**	.۵۵۳**	.۷۶۰**	.۵۵۳**
	Sig. (۲-)	۰.۰۰۰	۰.۳۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰		۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰
	N	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳
فرایند صدور مجوز	Pearson	.۵۲۱**	-.۰۰۹۱	.۴۲۷**	.۴۸۷**	.۵۷۶**	۱	۱.۰۰۰**	.۴۶۲**	.۵۷۰**	.۴۶۲**
	Sig. (۲-)	۰.۰۰۰	۰.۳۸۸	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰		۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰
	N	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳
ضعف برنامه آموزشی	Pearson	.۵۲۳**	-.۰۰۹۱	.۴۲۷**	.۴۸۷**	.۵۷۶**	۱.۰۰۰**	۱	.۴۶۲**	.۵۷۰**	.۴۶۲**
	Sig. (۲-)	۰.۰۰۰	۰.۳۸۸	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰		۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰
	N	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳
تعدد سازمان های متولی	Pearson	.۴۸۴**	۰.۰۲۵	.۵۳۲**	.۵۶۰**	.۵۵۳**	.۴۶۲**	.۴۶۲**	۱	.۷۴۳**	۱.۰۰۰**
	Sig. (۲-)	۰.۰۰۰	۰.۸۱۵	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰		۰.۰۰۰	۰.۰۰۰
	N	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳
بوروکراسی بهزیستی	Pearson	.۶۴۴**	۰.۰۷۹	.۷۲۴**	.۹۰۰**	.۷۶۰**	.۵۷۰**	.۵۷۰**	.۷۴۳**	۱	.۷۴۳**
	Sig. (۲-)	۰.۰۰۰	۰.۴۵۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰		۰.۰۰۰
	N	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳
خط مشی شفاف و مشخص	Pearson	.۴۸۳**	۰.۰۲۵	.۵۳۲**	.۵۶۰**	.۵۵۳**	.۴۶۲**	.۴۶۲**	۱.۰۰۰**	.۷۴۳**	۱
	Sig. (۲-)	۰.۰۰۰	۰.۸۱۵	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	
	N	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳	۹۳

** C correlation is significant at the ۰.۰۱ level (۲-tailed).

همانطور که در ماتریس همبستگی (پیرسون) بالا مشاهده می کنیم بین متغیر وابسته (موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی) و متغیرهای مستقل (X ها) همبستگی های قابل توجهی وجود دارد، در ادامه به تفسیر و توصیف این روابط می پردازیم. توضیحا اینکه بدلیل تایید همه فرضیات و سوالات پژوهشی از تفسیر همه ضرایب

¹Path Analysis

همبستگی بین متغیرهای مستقل صرفنظر می کنیم لذا به مهمترین و بالاترین این ضرایب همبستگی اشاره می کنیم.

فرضیه پژوهشی یک:

بین عدم شفافیت خط مشی ها و رویه های بهزیستی برای فعالیت این مراکز و موانع نهادی ارتقای عملکرد آنها رابطه وجود دارد.

($r = 0.484$, $p = 0.001$)

بر اساس خروجی همبستگی (جدول بالا) بین دو متغیر «ضعف یا عدم شفافیت خط مشی ها و رویه های بهزیستی» و «موانع ارتقای عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی» در سطح معنی داری (0.001) همبستگی نسبتاً قابل توجهی وجود دارد (484). به تعبیر دیگر این نتایج نشان می دهد که بین ضعف یا عدم شفافیت خط مشی ها و رویه های سازمانی بهزیستی و موانع ارتقای عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد با این توضیح فرضیه فوق (سوال پژوهشی) تایید می شود. تایید فرضیه فوق موید این نکته است که ابهام در سیاست ها نه تنها موجب سردرگمی و کاهش انسجام درون سازمانی می شود، بلکه به طور غیرمستقیم با کیفیت ارائه خدمات و قابلیت ارتقای عملکرد مراکز مشاوره نیز مرتبط است. بهزیستی یک نهاد سیاست گذاری برای فعالیت های بخش های تابعه خود از جمله دفاتر مشاوره خانواده است و این دفاتر باید در چهارچوب مجموعه رویه ها، قوانین و دستورالعمل های اجرایی این نهاد یا سازمان فعالیت کنند ضعف یا فقدان سیاستها، هنجارها و قوانین دقیق و شفاف بهزیستی برای فعالیت این دفاتر و مراکز می تواند به شکل گیری موانع جدی در عملکرد آنها و تضعیف کارآمدی ساختارهای حمایتی و کاهش اعتماد حرفه ای میان کارکنان و در نتیجه سردرگمی مراجعان منجر شود. بنابراین، اصلاح و شفاف سازی سیاست ها می تواند به عنوان پیش شرطی اساسی برای توسعه و ارتقای کیفیت مراکز مشاوره در بهزیستی مورد توجه قرار گیرد .

فرضیه شماره دو:

بین فرایند بوروکراسی دست و پاگیر بهزیستی (تاکید بیش از حد و سختگیرانه بر رویه ها و دستورالعمل های خشک اداری، دخالت های بیش از حد در فعالیت این مراکز و ...) و ارتقای عملکرد مراکز مشاوره رابطه وجود دارد؟

($r=0.644$, $p=0.001$)

همانطور که در جدول بالا مشاهده می کنیم ضریب همبستگی پیرسون بین دو متغیر (پیش بین و ملاک) در سطح معنادار (0.001) بالاست (0.644). بدین ترتیب فرضیه تایید می شود. ضریب همبستگی حاکی از تایید همبستگی بین مناسبات بوروکراتیک دست و پاگیر و خشک و انعطاف ناپذیر بهزیستی (مرکز گرایی در امور مراکز مشاوره، کندی و طولانی بودن فرایند رسیدگی به درخواست ها، فرساینده بودن مراحل اداری تصمیمات و اقدامات مراکز، وابستگی گسترده مراکز به اداره بهزیستی، سلسله مراتب طولانی برای امور ساده مراکز، ضعف شایسته سالاری، عدم شفافیت و پاسخگویی، مقاومت در برابر تغییر و ابتکار عمل مراکز، تعدد و گاه تناقض در بخشنامه ها و آیین نامه، تغییرات پی در پی قوانین و بخش نامه ها و...) و موانع اداری و سازمانی بهبود شاخص های عملکردی مراکز مشاوره است به بیان دیگر، هرچه ساختارهای اداری بهزیستی سفت و سخت تر، پر جزئیات تر و مقررات محور باشند به عبارتی دست مراکز و دفاتر را در زمینه های مختلف ببندند و موجب وابستگی همه جانبه به بهزیستی شود، موانع بیشتری بر سر راه بهبود عملکرد این دفاتر و مراکز شکل می گیرد. رابطه مثبت بدین معناست که شدت و گستره و عمق بوروکراسی نه تنها مانعی خنثی نیست، بلکه خود به عاملی فعال در ایجاد مشکلات عملکردی این مراکز مبدل می شود. از منظر جامعه شناسی سازمان ها، بوروکراسی بیش از حد معمول، موجب کندی فرایند تصمیم گیری، افزایش هزینه های زمانی و مالی، ایجاد وابستگی به روابط شخصی و کاهش انگیزه کارکنان می شود در چنین شرایطی، مراکز مشاوره به جای تمرکز بر کیفیت خدمات مشاوره ای، نوآوری در شیوه های مداخله و ارتقای تخصصی نیروها، بخش قابل توجهی از توان و منابع خود را صرف عبور از لایه های پیچیده اداری می کنند. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که کاهش شدت و سختی بوروکراسی (از طریق ساده سازی مقررات، تفویض اختیار به سطوح پایین تر، دیجیتالی کردن خدمات و کاهش موازی کاری) می تواند نقش بسیار مهمی در افزایش اثربخشی و بهبود عملکرد مراکز مشاوره داشته باشد. به عبارتی، اگر بوروکراسی نرم تر و کارآمدتر

شود، انرژی و زمان سازمان به جای مقابله با موانع نهادی، در مسیر ارتقای کیفیت خدمات مشاوره‌ای به جامعه هدف قرار خواهد گرفت.

فرضیه شماره سه:

-بین آشفته‌گی و تعدد مراجع صدور مجوز تأسیس مراکز مشاوره خانواده (دادگستری، بهزیستی، سازمان ورزش و جوانان، سازمان نظام روانشناسی و مشاوره) و موانع نهادی ارتقای عملکرد آنها رابطه وجود دارد؟

($p=0.001$ ، $r=0.484$)

وجود رابطه معنادار بین «تعدد مراکز متولی صدور مجوز تأسیس مراکز مشاوره خانواده» و «موانع بهبود یا ارتقای عملکرد آنها» تایید می‌شود. طبق مدعای فرضیه هر چه تعداد مراکز متولی صدور مجوز تأسیس مراکز مشاوره بیشتر باشد (سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره، سازمان ملی ورزش و جوانان، دادگستری و نیروی انتظامی، آموزش و پرورش)، بهبود یا ارتقای عملکرد این مراکز نیز با مساول و مشکلات و موانع بیشتری مواجه می‌شود. این امر نشان می‌دهد که حضور چندین نهاد موازی در تولید و مدیریت مراکز مشاوره خانواده می‌تواند منجر به سردرگمی، عدم هماهنگی و مشکلات مدیریتی در آنها شود. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند وجود نهادهای متعدد در زمینه‌های خدمات اجتماعی می‌تواند منجر به پراکندگی اطلاعات و منابع شود، که به نوبه خود به کاهش کیفیت خدمات این مرکز منجر می‌شود (اشنایدر، 2018). شواهد موجود نشان می‌دهد وجود چند نهاد متولی می‌تواند به تضاد در سیاست‌ها و برنامه‌ها منجر شود (تورس و سیلو، 2019). مطالعاتی مانند آنچه توسط هارلو¹ و اسمیت² در سال 2020 انجام شد، حاکی از آن است که ساختار غیرمتمرکز خدمات مشاوره‌ای می‌تواند چالش‌های جدی در راستای بهبود کارایی و اثربخشی این خدمات ایجاد کند و نشان می‌دهد نهادها (دولت و مجلس) و مسئولان بالادستی کشور خاصه سازمان بهزیستی کشور باید در نظر داشته باشند که می‌توانند با کاهش تعداد مراکز متولی یا بهینه‌سازی هماهنگی میان آنها، عملکرد مراکز مشاوره خانواده را ارتقا دهند بدون تردید این اقدام می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات مشاوره‌ای این مراکز برای خانواده‌ها کمک کند.

¹Harlow

²Smith

فرضیه شماره چهار:

- بین فقدان یا ضعف برنامه آموزشی برای توسعه حرفه ای مشاوران مراکز مشاوره خانواده و بهبود عملکرد این مراکز ارتباط وجود دارد؟

($p=0.001$, $r = 0.523$)

طبق این یافته بین ضعف برنامه ریزی آموزشی برای توسعه حرفه ای مشاوران مراکز و موانع ارتقای عملکرد آنها رابطه ای مثبت و معناداری وجود دارد، تایید شدن فرضیه و همبستگی نسبتاً بالا نشان می دهد که هرچه برنامه های آموزشی (توسعه مهارت های حرفه ای مشاوران مراکز، برگزاری همایش ها، تقویت مبانی دانش حرفه ای، آشنایی با جدیدترین متدهای مشاوره خانواده و ...) دچار ضعف شده و یا ناکافی یا غیرمؤثر باشند، ارتقای عملکرد مراکز با مشکلات و مسائل معتنا بهی مواجه می شود. ضعف برنامه های آموزشی می تواند شامل موارد زیر باشد:

1. نبود آموزش های کاربردی و مهارت محور برای مشاوران؛
2. عدم به روز بودن محتوای آموزشی نسبت به نیازهای واقعی خانواده ها و مراجعین؛
3. فقدان فرصت های مستمر برای یادگیری و بازآموزی مهارت ها؛
4. عدم ارزیابی اثربخشی دوره های آموزشی و تطبیق آن با نیازهای حرفه ای مشاوران.

بنابراین، یافته حاضر بر ضرورت طراحی و اجرای برنامه های آموزشی هدفمند، مستمر و ارزیابی شده برای مشاوران مراکز مشاوره خانواده تأکید دارد تا هم کیفیت خدمات ارتقا یافته و هم موانع عملکردی کاهش یابد. ایجاد چنین برنامه هایی می تواند اثر مثبت مستقیم بر کارآمدی، انگیزه حرفه ای مشاوران و رضایت مراجعان داشته باشد.

فرضیه شماره پنج:

- بین کیفیت فرایند صدور پروانه تاسیس مراکز مشاوره (اعمال نظرها و سلايق خارج از چارچوب قانونی به افراد فاقد صلاحیت علمی و مهارتی لازم)، و ارتقای عملکرد این مراکز رابطه وجود دارد.

($r = 0.521$, $p = 0.001$)

بر اساس ضرایب همبستگی پیرسون فرضیه فوق تایید می شود. وجود رابطه معنادار متوسط قوی بین «فرایند صدور مجوز تاسیس این دفاتر» و «موانع نهادی ارتقای عملکرد آنها» به این معنا که با بهینه تر شدن فرایند صدور مجوز، موانع نهادی بهبود عملکرد این مراکز نیز کاهش می یابد. در واقع، فرآیندهای پیچیده و غیرشفاف در صدور مجوز می تواند عملکرد این دفاتر را بشدت تحت تاثیر خود قرار دهد. این یافته به تصمیم گیرندگان کمک کند تا با بهبود فرایند صدور مجوز از جمله اجتناب از اعمال نظره های شخصی و سلیقه ای احتمالی و ناخود آگاه، اجتناب از واگذاری بی حساب و کتاب مجوز تاسیس دفاتر مشاوره به دوستان و نزدیکان و همچنین به افراد فاقد صلاحیت علمی و حرفه ای مناسب و ... موانع بهبود فعالیت و عملکرد این مراکز را کاهش دهند بدون تردید بهینه سازی فرایند مجوزدهی می تواند رویکردی مؤثر در جهت افزایش کیفیت خدمات مشاوره ای باشد.

فرضیه شماره شش:

- بین کیفیت نظارت، ارزیابی و بازخورد مناسب (تشویق و توبیخ) عملکرد دفاتر مشاوره خانواده و ارتقای عملکرد آنها رابطه وجود دارد؟

($r = 0.604$, $p = 0.001$)

همبستگی معنی دار نشانه وجود رابطه مستقیم معنادار بین دو متغیر « کیفیت نظارت و ارزیابی بهزیستی از مراکز» و «ارتقای عملکرد مراکز» آنهاست. تحقیق این یافته بین کیفیت نظارت، ارزیابی و بازخورد عملکرد دفاتر مشاوره خانواده و ارتقای عملکرد آنها رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته با چارچوب نظری مدیریت منابع انسانی و روان شناسی سازمانی همسو است که طبق آنها بازخورد مستمر و نظارت هدفمند، انگیزه و کیفیت عملکرد کارکنان را افزایش می دهد. نظارت مؤثر و ارزیابی دقیق، به ویژه زمانی که با بازخورد سازنده همراه باشد، باعث تقویت مهارت ها و رفتارهای مطلوب کارکنان می شود. بازخوردهای مناسب، اعم از تشویق برای رفتارهای مطلوب و توبیخ برای عملکرد ضعیف و ناکارآمد، نقش کلیدی در ایجاد حس پاسخگویی، انگیزش و

خودکارآمدی شاغلان دفاتر مشاوره ایفا می‌کند. همچنین، دفاتر مشاوره‌ای که تحت نظارت دقیق و سیستماتیک قرار دارند و ارزیابی عملکرد آن‌ها بر شاخص‌های مشخص و شفاف استوار است، توانایی بالاتری در ارائه خدمات با کیفیت و ارتقای سطح رضایت مراجعان دارند. بازخوردهای مستمر علاوه بر ارتقای عملکرد فردی، موجب بهبود فرآیندهای سازمانی و افزایش کارآمدی تیم‌های مشاوره می‌شوند. بنابراین، یافته‌های این تحقیق نه تنها با تئوری‌های انگیزش و مدیریت عملکرد تطابق دارد، بلکه نشان می‌دهد که بکارگیری سیستم‌های نظارت و ارزیابی جامع و ارائه بازخوردهای مناسب، یک عامل کلیدی برای موفقیت و بهبود عملکرد دفاتر مشاوره خانواده است و می‌تواند به طراحی برنامه‌های آموزشی، توسعه حرفه‌ای کارکنان و ارتقای کیفیت خدمات مشاوره‌ای منجر شود. ارائه بازخوردهای سازنده، شامل تشویق برای رفتارهای مثبت و اصلاح رفتارهای ضعیف، نقش مهمی در افزایش مسئولیت‌پذیری و خودکارآمدی کارکنان این دفاتر ایفا می‌کنند. همچنین، سیستم‌های نظارت و ارزیابی شفاف و منظم موجب بهبود فرآیندهای سازمانی و ارتقای کیفیت خدمات مشاوره‌ای می‌شوند.

سوال پژوهشی هفت:

- آیا بین تمرکزگرایی در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مسائل مراکز مشاوره (عدم دخالت دادن مراکز و دفاتر مشاوره خانواده) و کاهش عملکرد این مراکز رابطه وجود دارد؟

($r = 0.506$, $p = 0.001$)

طبق جدول فوق بین دو متغیر «تمرکزگرایی در تصمیم‌گیری‌ها» و «کاهش عملکرد مراکز» رابطه مثبت معناداری وجود دارد و این فرضیه (سوال پژوهشی) تایید می‌شود. تمرکزگرایی در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با مراکز مشاوره، به‌ویژه عدم مشارکت دادن مراکز و دفاتر مشاوره خانواده، موجب کاهش عملکرد این مراکز می‌شود یعنی تصمیمات متمرکز در سطح بالای سازمان (اعم از سازمان مرکزی و در سطح اداره کل استان)، بدون در نظر گرفتن تجربه و نیازهای میدانی کارکنان، می‌تواند انعطاف‌پذیری مراکز و همچنین انگیزه و ابتکار عمل آنها را محدود کند. تحقیقات پیشین نیز نشان داده‌اند که مشارکت فعال کارکنان و مدیران در تصمیم‌گیری، باعث ارتقای کیفیت خدمات، افزایش کارآمدی و بهبود پاسخگویی به مراجعان می‌شود، در مطالعات داخلی، محمدی و همکاران (1398) گزارش کرده‌اند که تمرکزگرایی در سازمان‌های حمایتی یکی از عوامل اصلی ناکارآمدی مراکز مشاوره است. همچنین، گزارش‌های بین‌المللی تأکید می‌کنند که تمرکز بیش از حد و بدون مشارکت کارکنان، اثرات منفی

قابل توجهی بر عملکرد سازمان‌های اجتماعی دارد، بنابراین، یافته حاضر بر ضرورت توسعه ساختارهای تصمیم‌گیری مشارکتی و کاهش تمرکزگرایی در مدیریت مراکز مشاوره تاکید می‌کند. فراهم کردن زمینه‌ای برای مشارکت فعال مدیران و کارشناسان مراکز مشاوره خانواده می‌تواند انگیزه، کارآمدی و تعهد عوامل انسانی این دفاتر را بهبود بخشیده و عملکرد این مراکز را ارتقا بخشد. رفع موانعی از این دست و تفویض اختیار برخی از زمینه‌های فعالیت و تصمیم‌گیری به آنها، گام موثری برای اثر بخشی خدمات مشاوره‌ای آنها خواهد شد. بر این اساس، ضرورت ایجاد ساختارهای تصمیم‌گیری مشارکتی و کاهش تمرکزگرایی در مدیریت این مراکز را برجسته می‌شود تا عملکرد مراکز ارتقا یابد.

فرضیه شماره هشت:

«بین فقدان سیستم حمایت‌گرانه مناسب بهزیستی از مراکز مشاوره خانواده و موانع نهادی ارتقای عملکرد آنها رابطه وجود دارد؟»

($p=0.001$, $r=0.466$)

طبق خروجی ماتریس بالا، بین دو متغیر «حمایت بهزیستی از مراکز مشاوره و موانع ارتقای عملکرد» رابطه مستقیم وجود دارد. سطح و کیفیت حمایت‌های سازمانی بهزیستی (حمایت مالی در قالب تخصیص بودجه یا مشوق‌های مالی برای تجهیزات، نیروی انسانی و برنامه‌های مشاوره‌ای، حمایت ساختاری و سازمانی در قالب ایجاد دستورالعمل‌ها و خط‌مشی‌های روشن، هماهنگی میان واحدهای مختلف و کاهش بوروکراسی زائد، حمایت آموزشی و حرفه‌ای شامل مواردی چون فراهم کردن دوره‌های آموزش و ارتقای مهارت‌های کارکنان و مشاوران، حمایت نظارتی و ارزیابی به صورت ارائه بازخورد مستمر، پایش عملکرد و کمک به بهبود فرایندها و ...، نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش یا رفع موانع عملکرد مراکز ایفا می‌کنند. به بیان دیگر، هر چه حمایت‌های ساختاری، مالی و راهبردی بهزیستی کاهش یافته یا ناکافی باشد، موانع بیشتری در مسیر توسعه و ارتقای خدمات مشاوره‌ای ایجاد می‌شود. این امر را می‌توان با دیدگاه‌های نظری مدیریت خدمات اجتماعی تبیین کرد که بر اهمیت «پشتیبانی نهادی» در موفقیت سازمان‌های خدمات‌محور تأکید می‌کنند. بنابراین، بازنگری در میزان و شیوه‌های حمایت بهزیستی از مراکز مشاوره ضروری است؛ زیرا ارتقای کیفیت و کارآمدی این مراکز بدون تأمین حمایت کافی، پایدار و شفاف میسر نیست. در نتیجه بهبود عملکرد مراکز مشاوره نیازمند تقویت حمایت‌های جامع بهزیستی در

تمامی ابعاد مالی، ساختاری، آموزشی و نظارتی است. بدون این حمایت‌ها، تلاش‌ها برای ارتقای کیفیت خدمات با موانع نهادی و عملیاتی قابل توجه مواجه خواهد شد.

فرضیه شماره نه:

- بین تعارض منافع کارکنان بهزیستی و موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره رابطه مستقیم وجود دارد.

($p = 0.001$, $r = 0.401$)

ضریب همبستگی بین دو متغیر پیش بین « تعارض منافع کارکنان بهزیستی » و متغیر ملاک « موانع نهادی ارتقای عملکرد دفاتر مشاوره » نشان می‌دهد که بین تعارض منافع کارکنان بهزیستی و موانع ارتقای عملکرد دفاتر مشاوره رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود دارد و فرضیه تایید می‌شود. تعارض منافع به این معناست که گاهی و در شرایطی منافع فردی، سازمانی یا شبکه‌ای برخی کارکنان با مأموریت و اهداف اصلی سازمان در تعارض قرار گیرد؛ برای نمونه:

- تخصیص ناعادلانه منابع (ارجاع پرونده‌ها یا بودجه‌ها بر اساس روابط شخصی یا منافع گروهی).
- جانبداری در ارزیابی عملکرد مراکز یا کارکنان مشاوره.
- ترجیح منافع کوتاه‌مدت شخصی بر توسعه حرفه‌ای و ارتقای کیفیت خدمات.
- و...

وجود چنین تعارضاتی باعث می‌شود سیاست‌های حمایتی و نظارتی بهزیستی به‌طور کامل اجرا نشود و به‌جای ارتقاء، نوعی مقاومت نهادی و کندی در توسعه عملکرد آنها پدید آید. این همبستگی نشان می‌دهد هرچه منافع شخصی یا گروهی کارکنان با اهداف سازمانی و نیازهای دفاتر مشاوره خانواده در تضاد باشد، موانع سازمانی و عملیاتی بیشتری در مسیر ارتقای عملکرد این مراکز شکل می‌گیرد. به عبارت دیگر، وجود تعارض منافع می‌تواند موجب کاهش انگیزه، ناکارآمدی در تصمیم‌گیری، کندی فرآیندهای اداری و تضعیف کیفیت خدمات شود. در سازمان‌های حمایتی و خدمات انسانی، تعارض منافع کارکنان با اهداف سازمانی، یکی از مهم‌ترین عوامل بروز ناکارآمدی و کاهش کارآمدی ساختاری است. بدین ترتیب، تضاد بین اهداف شخصی و اهداف سازمانی می‌تواند موجب ایجاد موانع نهادی، کاهش پاسخگویی و کاهش کیفیت خدمات اجتماعی شود.

مدیریت تعارض منافع و شفافیت در اهداف سازمانی، پیش شرط ضروری برای ارتقای عملکرد سازمان‌های خدمات اجتماعی است. تاکیان (2025) در بررسی تعارض منافع در نظام سلامت ایران نشان می‌دهد که تضاد منافع موجب تضعیف شفافیت و ناکارآمدی سیاست‌ها می‌شود و مانع ارتقای عملکرد سازمان‌های خدمات اجتماعی می‌گردد. مواسان و دیگران (2021) در تحقیق خود در حوزه خدمات اجتماعی در کانادا، نشان دادند که موانع سازمانی و تضاد منافع مدیران و کارکنان، روند بهبود عملکرد را کند می‌کند. البریش و دیگران (2023) نیز در زمینه مددکاری اجتماعی گزارش کردند که ساختارهای سازمانی و تضاد منافع فردی-سازمانی می‌تواند کیفیت خدمات اجتماعی را به طور مستقیم کاهش دهد. مطابق پیشنهاد های یاد شده بنظر می رسد برای ارتقای عملکرد مراکز مشاوره خانواده، باید سیاست‌های مشخص مدیریت تعارض منافع از سوی بهزیستی طراحی و اجرا شود؛ مواردی چون:

- تدوین و اجرای کدهای اخلاق حرفه‌ای،
- شفاف‌سازی فرآیندهای تصمیم‌گیری،
- ایجاد مکانیسم‌های نظارت مستقل،
- آموزش کارکنان درباره پیامدهای تعارض منافع.

بنابراین، مدیریت شفاف تعارض منافع و هم‌سوسازی اهداف شخصی و سازمانی نقش مهمی در موفقیت دفاتر مشاوره دارد. ایجاد سیاست‌ها و سازوکارهای مناسب برای کاهش تعارض منافع، ارتقای انگیزه کارکنان بهزیستی و هم‌راستاسازی عملکرد آن‌ها با اهداف مراکز مشاوره، می‌تواند نقش مؤثری در کاهش موانع و افزایش کیفیت خدمات این مراکز که زیر نظر و با مجوز بهزیستی خدمات مشاوره به خانواده‌ها ارائه می‌کنند، ایفا کند. چنین اقداماتی می‌تواند بخشی از موانع نهادی را رفع کرده و مسیر ارتقای عملکرد این مراکز را هموار کند.

جداول شماره 4-16. خروجی رگرسیون و ضرایب رگرسیونی

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change
						F Change	df1	df2	
1	.790 ^a	.624	.583	6.84956	.624	15.273	9	82	.000

a. Predictors: (Constant), BeaurucacyOfBehzisti, InterestsConflict, ConsultingLicenseIssue, MultipleAuthoritieslicensIssuing, BehzistiSupport, WeaknessProfessionalTraingProgram, MonitoringEvaluationQulaity, DecissionCentralism, LackofClearPolicyandProcedure

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6449.044	9	716.560	15.273	.000 ^b
	Residual	3889.846	83	46.916		
	Total	10338.890	92			

a. Dependent Variable: MavaneAmalkard

b. Predictors: (Constant), BeaurucacyOfBehzisti, InterestsConflict, ConsultingLicenseIssue, MultipleAuthoritieslicensIssuing, BehzistiSupport, WeaknessProfessionalTraingProgram, MonitoringEvaluationQulaity, DecissionCentralism, LackofClearPolicyandProcedure

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	26.144	7.619		3.432	.001	10.990	41.298
	InterestsConflict	.029	.057	.039	.515	.608	-.084	.143
	BehzistiSupport	.171	.147	.142	1.167	.247	-.121	.464
	DecissionCentralism	-.692	.192	-.601	-3.603	.001	-1.074	-.310
	MonitoringEvaluationQulaity	.110	.085	.156	1.291	.200	-.059	.279
	ConsultingLicenseIssue	.185	.196	.083	.946	.347	-.204	.575
	WeaknessProfessionalTraingProgram	.410	.171	.309	2.398	.019	.070	.751
	MultipleAuthoritieslicensIssuing	-.025	.269	-.011	-.092	.927	-.559	.510
	LackofClearPolicyandProcedure	-.879	.347	-.438	-2.535	.013	-1.568	-.189
	BeaurucacyOfBehzisti	1.791	.321	1.085	5.582	.000	1.153	2.429

a. Dependent Variable: MavaneAmalkard

3-4. تحلیل و تفسیر خروجی رگرسیون خطی

با توجه به معنی دار بودن شاخص کای اسکوتر (جدول دوم)، ضریب تعیین بالا (جدول) نشان می دهد که متغیرهای درون مدل که ضرایب بتای معنی داری دارند، 62 درصد از تغییرات متغیر ملاک یا وابسته (موانع نهادی عملکرد مراکز) را تبیین می کنند. 38 درصد باقی مانده متاثر از متغیرهای بیرون از مدل می باشد که در این تحقیق لحاظ نشده اند.

این تحلیل با هدف شناسایی و سنجش موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره تحت پوشش سازمان بهزیستی انجام شده است. از رگرسیون خطی چندگانه به عنوان روش آماری برای بررسی قدرت و جهت رابطه هر یک از متغیرهای مستقل با متغیر وابسته (موانع عملکرد) استفاده شده است. مدل ارائه شده در جدول ضرایب، نقش و سهم هر یک از این موانع را به صورت مجزا و در حضور دیگر متغیرها مشخص می کند.

مدل رگرسیون ارائه شده، مجموعه ای از متغیرهای پیش بین را شامل می شود که در مجموع توانایی توضیحی قابل توجهی در مورد واریانس متغیر وابسته (موانع نهادی ارتقای عملکرد) دارند. نکته حائز اهمیت، وجود متغیرهایی با تأثیرات قوی و معنادار در کنار متغیرهای فاقد معناداری آماری است که نشان دهنده پیچیدگی و چندبعدی بودن پدیده مورد مطالعه است.

4-4. تفسیر ضرایب و متغیرها

۱. متغیرهای با بار منفی و معنادار (عوامل کاهنده عملکرد):

تمرکزگرایی در تصمیم گیری¹

این متغیر با ضریب استاندارد شده $Beta = -0.601$ و سطح معناداری $p = 0.001$ ، قوی ترین و معنادارترین متغیر پیش بین منفی در مدل است.

تفسیر: این یافته نشان می دهد که به ازای هر واحد افزایش در میزان تمرکزگرایی و تصمیم گیری متمرکز در سطوح بالادستی، به میزان 0.692 واحد از عملکرد مراکز مشاوره کاسته می شود (با ثابت نگه داشتن سایر عوامل). به عبارت دیگر، عدم تفویض اختیار و سلسله مراتب طولانی و دست و پاگیر، یکی از اصلی ترین موانع نهادی در راه ارتقای عملکرد این مراکز محسوب می شود که می تواند باعث کاهش انعطاف پذیری، افزایش زمان پاسخگویی و خفه کردن ابتکار عمل مدیران و کارشناسان در سطح عملیاتی شود.

¹DecisionCentralism

فقدان سیاست‌ها و رویه‌های شفاف¹:

این متغیر با ضریب $Beta = 0.438$ و سطح معناداری $p = 0.013$ ، دومین مانع مهم است. **تفسیر:** وجود ابهام، نبود دستورالعمل‌های روشن و فقدان چارچوب‌های سیاستی مشخص، به میزان 0.879 واحد بر افزایش موانع عملکرد می‌افزاید. این موضوع نشان می‌دهد که بلا تکلیفی و نبود یک نقشه راه مشخص، فضایی برای تفسیرهای سلیقه‌ای، ناهماهنگی در اجرا و در نهایت کاهش کارایی ایجاد می‌کند. مراکز مشاوره در غیاب چارچوب‌های شفاف، قادر به برنامه‌ریزی بلندمدت و بهبود مستمر نخواهند بود.

۲. متغیرهای با تأثیر مثبت و معنادار (عوامل افزایش‌دهنده موانع عملکرد):

- بوروکراسی اداری بهزیستی

این متغیر با ضریب استاندارد شده بسیار قوی $Beta = 1.085$ و سطح معناداری (0.000)، به عنوان مهم‌ترین مانع نهادی شناسایی شده است.

تفسیر: بر اساس ضریب رگرسیون ($B=1.791$)، به ازای هر واحد افزایش در پیچیدگی بوروکراتیک، تشریفات اداری و کاغذ بازی‌های موجود در فرآیندهای بهزیستی، موانع پیش روی عملکرد مراکز مشاوره به میزان 1.791 واحد افزایش می‌یابد. ضرایب بتای بیشتر از عدد یک طبیعی است گاهی ممکن است ناشی از چند همخطی بودن^۲ باشد. باید بررسی کرد آیا مشکل چندهمخطی وجود دارد یا خیر. برای این کار در نرم افزار اس پی اس اس، در بخش رگرسیون خطی^۳ باید به شاخص‌های VIF^4 و Tolerance نگاه کرد.

○ VIF بالاتر از 5 (برخی منابع می‌گویند 10) نشانه مشکل است. چون مقادیر بدست آمده کمتر از 5 بود بدلیل معنی دار بودن این ضریب به تفسیر ضریب بتا می‌پردازیم. در تفسیر این مقدار باید گفت وقتی متغیر مستقل (یا پیش بین) یک انحراف معیار تغییر کند، متغیر وابسته حدود 1.791 انحراف معیار تغییر خواهد کرد. این یافته به وضوح نشان می‌دهد که ساختار اداری سنگین و فرآیندهای زمان‌بر، انرژی و منابع مراکز را به جای صرف در مسیر خدمات‌رسانی به مددجویان، مصروف امور اداری و پشت میزنشینی می‌کند. این امر می‌تواند موجب نارضایتی کارکنان، کاهش بهره‌وری و اتلاف منابع ارزشمند شود.

¹Lack of Clear Policy and Procedure

²Multicollinearity همبستگی بسیار زیاد بین متغیرهای مستقل در یک مدل رگرسیونی است. به زبان ساده، وقتی دو یا چند متغیر مستقل تقریباً همان اطلاعات را به مدل بدهند، مدل نمی‌تواند تشخیص دهد کدام یک واقعاً عامل تغییر در متغیر وابسته است.

³Linear

⁴Variance Inflation Factor

- ضعف برنامه‌های آموزشی و توسعه حرفه‌ای:

این متغیر با ضریب $Beta = 0/309$ و سطح معناداری (0.019)، تأثیر مثبت و معناداری دارد. تفسیر: ضعف در برنامه‌هایی که احتمالاً به نظارت، آموزش و پشتیبانی حرفه‌ای (مثالی متشکل از مشاور، ناظر و سازمان) اشاره دارد، به میزان (0.309) واحد بر موانع عملکرد می‌افزاید. این نتیجه حاکی از آن است که نبود سیستم نظارتی-پشتیبانی قوی و مستمر، منجر به انزوای حرفه‌ای مشاوران، توقف رشد مهارت‌های آنان و در نهایت کاهش کیفیت خدمات ارائه‌شده می‌گردد.

4-5. متغیرهای فاقد تأثیر معنادار

متغیرهای تعارض منافع، حمایت و پشتیبانی بهزیستی، کیفیت نظارت و ارزیابی، مشکلات صدور پروانه تاسیس مراکز و تعدد مراجع صدور مجوز با سطوح معناداری بالاتر از 0.05 (بین 0.200 تا 0.927) فاقد اثر معنادار آماری در حضور دیگر متغیرهای مدل هستند اما این بدان معنا نیست که این عوامل مطلقاً هیچ تأثیری ندارند، بلکه نشان می‌دهد که سهم توضیحی منحصربه‌فرد آن‌ها در مقایسه با متغیرهای قدرتمندی مانند بوروکراسی و تمرکزگرایی، ناچیز است به عبارت دیگر، متغیرهای مستقل (پیش بین) داخل مدل با همدیگر تعامل دارند و در اثر این تعامل است که ضریب بتا میزان بالایی را نشان نمی‌دهد در واقع، واریانسی از موانع عملکرد که توسط این متغیرها توضیح داده می‌شود، توسط متغیرهای دیگر در مدل پوشش داده شده است. برای مثال، ممکن است اثر «پشتیبانی بهزیستی» تحت الشعاع «بوروکراسی قوی» همان سازمان قرار گرفته باشد چنانچه در ماتریس همبستگی و آزمون فرضیات همبستگی قوی و معنادار هر کدام از این متغیرها با متغیر وابسته تایید شده است.

یافته‌های تحلیل رگرسیون به وضوح نشان می‌دهد که موانع نهادی مراکز مشاوره بهزیستی، بیش از آنکه ناشی از عوامل خارجی یا فردی باشد، ریشه در ساختار، سیاست‌ها و فرآیندهای درونی خود سازمان بهزیستی دارد. سه مانع اصلی شناسایی‌شده یعنی بوروکراسی سنگین، تمرکزگرایی افراطی و فقدان سیاست‌های شفاف، همگی مؤید این موضوع هستند.

پیشنهادات سیاستی بر اساس یافته‌ها:

۱. تمرکززدایی و تفویض اختیار: تصمیم‌گیری‌های عملیاتی به سطوح پایین‌تر و استان‌ها برای افزایش انعطاف‌پذیری و سرعت عمل.

۲. اصلاح فرآیندها و کاهش بوروکراسی: بازنگری اساسی در فرآیندهای اداری، حذف مراحل زائد و دیجیتالی سازی خدمات برای کاهش کاغذبازی.

۳. تدوین سیاست ها و دستورالعمل های شفاف: ایجاد چارچوب های روشن، قابل درک برای تمامی ذی نفعان تا از بروز تفسیرهای مختلف و بلا تکلیفی جلوگیری شود.

۴. تقویت برنامه های نظارتی-پشتیبانی: اجرای سیستم نظارتی مستمر و غیرکترلی که نقش راهنما و تسهیل گر بهبود عملکرد را ایفا کند.

این پژوهش تأکید می کند که بدون اصلاحات نهادی عمیق در ساختار مدیریتی و اداری بهزیستی، سایر اقدامات بهبود عملکرد (مانند آموزش نیروی انسانی یا تأمین منابع) ممکن است به نتیجه مطلوب و پایدار منجر نشوند.

4-6. نمودار تحلیل مسیر

برای تحلیل ضرایب مسیر متغیرهای پیش بین بر متغیر یا متغیرهای وابسته از ابزار و تکنیک های مختلف شناخته شده استفاده می شود یکی از نرم افزارهایی که بیشتر مورد توجه قرار می گیرد اسمارت پی ال اس است. دلیل استفاده مرجح از این تکنیک اماری نمونه 93 نفری تحقیق حاضر و تطابق آن با مفروضات نرم افزار است. از پیشفرض های اساسی اسمارت پی ال اس استفاده در نمونه ای زیر 100 است در نمودار تحلیل مسیر تحقیق حاضر از این نرم افزار و آخرین نسخه آن (4.1.1.4) در زمان تحلیل داده های حاضر استفاده می شود. این تکنیک مفروضات متعددی دارد اما در اینجا به دو پیشفرض اساسی آن اشاره می کنیم:

-پیشفرض یک: پی ال اس مناسب داده های هم نرمال و هم غیرنرمال است برخلاف معادلات ساختاری کوواریانس محور که نرمال بودن داده ها یک پیش فرض مهم است، پی ال اس به نرمال بودن توزیع حساس نیست. بنابراین می توان با داده های کوچک و توزیع غیرنرمال نیز تحلیل مسیر انجام داد.

- پیش فرض دو: پی ال اس اندازه نمونه کوچک تا متوسط را تحمل می کند. قاعده سرانگشتی:

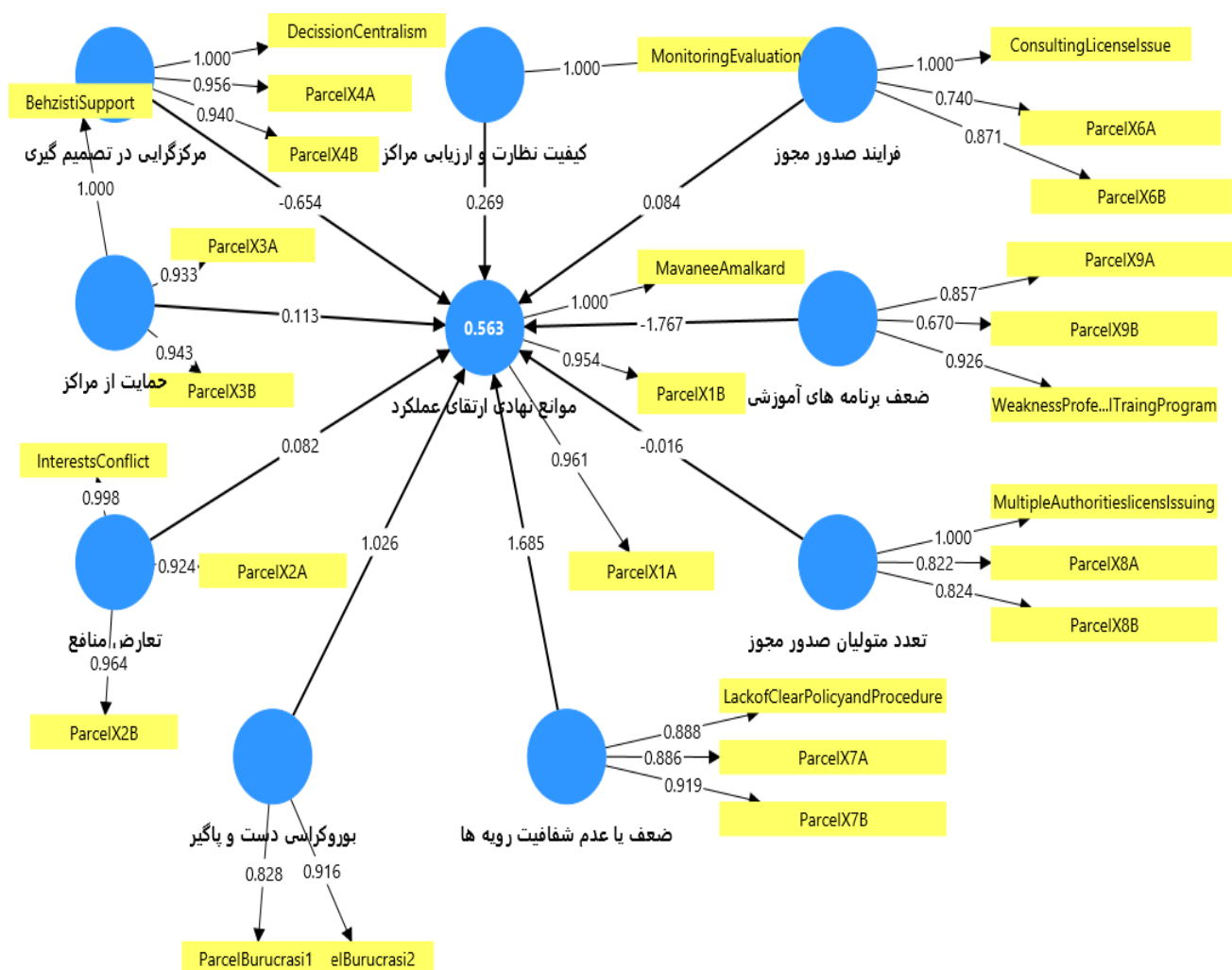
حداقل نمونه = $10 \times$ تعداد مسیرهای ورودی به متغیر وابسته با بیشترین مسیر

مثال: اگر متغیر وابسته 4 مسیر ورودی دارد → حداقل نمونه ≈ 40

توضیح: این یکی از مزیت‌های پی ال اس نسبت به معادلات ساختاری کوواریانس محور است که نیاز به نمونه بزرگ ندارد. در تحقیق حاضر، «مدل مسیر بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده رسم شده است و مسیرهای معنادار آن ارائه می‌گردد؛ هدف، نمایش روابط نظری بین متغیرهاست، نه ارائه شاخص‌های برازش مدل¹ کلی. بدین ترتیب شاخص‌های برازش مدل مد نظر نبوده و در اینجا آورده نمی‌شود.

شکل شماره 4-1. مدل تحلیل مسیر با نرم افزار پی ال اس

¹Model Fit



7-4. تحلیل و تفسیر مدل مسیر تحقیق خروجی اسمارت پی ال اس

1-7-4. معرفی مدل

مدل مسیر ارائه شده، ساختاری از عوامل مؤثر بر «موانع نهادی ارتقای عملکرد» در مراکز مشاوره را بررسی می‌کند. مدل شامل چندین متغیر پنهان¹ و مشاهده شده² است که با استفاده از نرم‌افزار اسمارت پی ال اس و

¹Latent

²Observed

روش معادلات ساختاری تخمین زده شده‌اند. هر متغیر پنهان با دایره و هر شاخص مشاهده‌ای با مستطیل نمایش داده شده است. اعداد کنار مسیرها نشان‌دهنده ضرایب مسیر¹ یا بارهای عاملی² هستند.

4-7-2. متغیرهای پنهان و شاخص‌ها

همانطور که از ضرایب دیاگرام تحلیل مسیر بالا هم مشخص است ضریب تعیین (R^2) متغیر «موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره» به میزان $R^2=0.563$ است که نشان می‌دهد تقریباً 56٪ از واریانس موانع نهادی توسط متغیرهای مستقل تحقیق توضیح داده می‌شود که این مقدار برای مطالعات اجتماعی و مدیریتی در سطح معنادار و قوی تلقی می‌شود.

طبق این دیاگرام:

1. ضعف برنامه آموزشی و توسعه حرفه ای (-1.767)، عدم شفافیت رویه‌ها (1.685) و بوروکراسی (1.026) بیشترین اثر را بر ارتقای عملکرد مراکز مشاوره دارند.

2. حمایت سازمانی می‌تواند نقش بازدارنده مهمی در کاهش موانع ایفا کند.

3. متغیر تمرکز تصمیم‌گیریها در مورد مراکز مشاوره در خود بهزیستی و عدم دخالت و مشارکت مراکز در تصمیم‌گیری‌های مربوط به آنها ارتباط غیر مستقیمی (-0.654) با رفع موانع عملکرد مراکز دارد به این معنا که هر چه تمرکز تصمیم‌گیری‌ها در مراکز بیشتر باشد میزان بهبود عملکرد مراکز نیز کاهش می‌یابد. در این میان، در اثر تعامل بین متغیرهای مستقل با یکدیگر، نقش تعدد متولیان صدور مجوز و متغیر تعارض منافع جزئی و کم‌رنگی نشان می‌دهد.

4. ضرایب مسیر دو متغیر «کیفیت نظارت و ارزیابی مراکز مشاوره» و «میزان حمایت بهزیستی در اشکال مختلف از مراکز» نیز به ترتیب به میزان (0.269) و (0.113) متغیر «موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره» را پیش‌بینی می‌کنند. سایر متغیرها بخاطر مقادیر ضرایب مسیر پایین اهمیتی ندارند و به همین دلیل تحلیل

¹Path Coefficients

²Factor Loadings

نمی شوند. همانطور که گفته شد مدل مسیر ارائه شده دارای پایایی و اعتبار سازه‌ای مناسب است و 56٪ از واریانس موانع نهادی را متغیرهای مدل تبیین می‌کند، که این نتایج قابل اتکا و علمی بحساب می‌آید.

توضیح ضرایب مسیر بیشتر از 1 در دیاگرام مسیر پی ال اس:

در تحلیل مسیر انجام شده با نرم‌افزار اسمارت پی ال اس، مقادیر ضریب مسیر (β) بین متغیرهای پژوهش از زیر 1 تا بالاتر از 1 متفاوت است. این تنوع مقادیر β طبیعی و قابل تفسیر است و نشان‌دهنده شدت متفاوت اثر مسیرها است.

- علل مشاهده β بزرگ‌تر از 1 به شرح زیر است:

ساختار متغیرها: در مدل‌هایی که شامل متغیرهای فرماتیو¹ (ساختاری) هستند، شاخص‌ها خود، متغیر پنهان را می‌سازند و وزن‌دهی آنها می‌تواند موجب شود مقدار β بزرگ‌تر از یک (1) بشود.

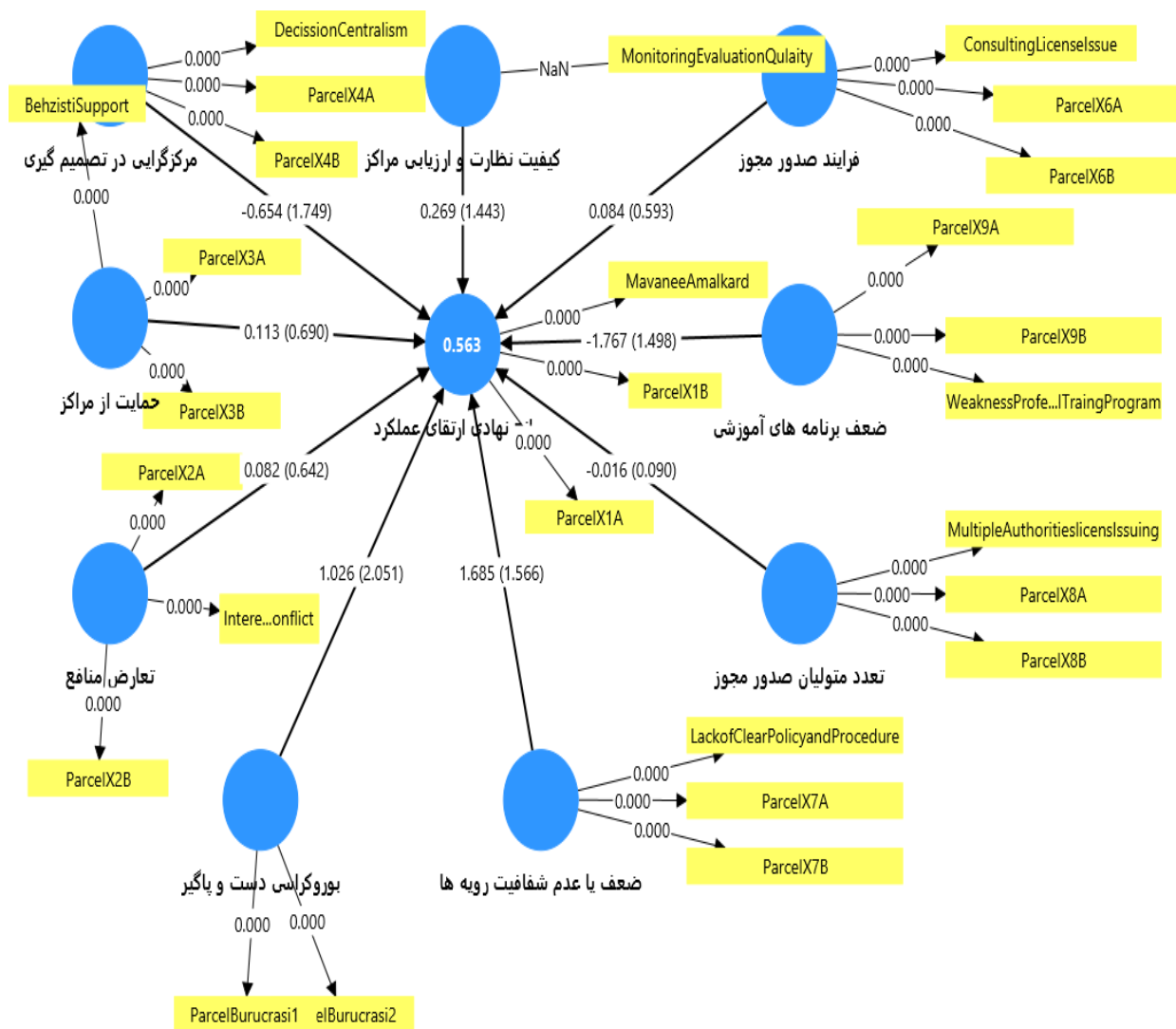
- هم‌خطی بین متغیرهای مستقل: اگر مسیرهای ورودی به یک متغیر وابسته همبستگی بالایی داشته باشند، نرم‌افزار PLS-SEM ضرایب مسیر را بزرگ‌تر از 1 محاسبه می‌کند. بررسی شاخص VIF برای مسیرهای نشان داد که این مقادیر زیر عدد استاندارد 5 است.

- نمونه کوچک یا داده‌های نامتوازن: در داده‌هایی با پراکندگی غیرمعمول یا اندازه نمونه کوچک، مقادیر β ممکن است نوسانات بیشتری داشته باشند و گاهی بالاتر از 1 ظاهر شوند.

با توجه به اینکه تمام مسیرهای مدل معنادار ($p\text{-value} < 0.05$) هستند، می‌توان گفت که ضریب مسیرها از نظر علمی معتبرند و β بزرگ‌تر از 1 نباید به عنوان مشکل یا ضعف مدل تلقی شود. مقادیر β بالاتر از 1 در PLS-SEM طبیعی و قابل قبول است (این میزان بین 2+ و 2- است، مشروط بر آن که مسیرها معنادار باشند و علل آن به صورت علمی تفسیر شده باشد. این امر نشان‌دهنده توانایی مدل در نشان دادن اثر قوی مسیرهای خاص است).

¹Formative

شکل شماره 4-2. اعتبار سنجی ضرایب تحلیل مسیر



8-4. تفسیر مدل

مدل ساختار یافته با اسمارت پی ال اس نشان می‌دهد که مجموعه متغیرهای مورد آزمون توانسته‌اند $R^2=0.563$ واریانس متغیر وابسته «موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی» را تبیین کنند (این مقدار نشان‌دهنده قدرت توضیحی متوسط تا نسبتاً بالای این مدل است). با بررسی ضرایب مسیر و مقادیر t (از بوت‌استرپ)، تنها مسیر معنادار و قابل تفسیر در سطح ۰,۰۵، مسیر مربوط به «بروکراسی دست و پاگیر» است؛ بقیه مسیرها دارای t -

value کمتر از تقریباً 1.96 بوده و در سطح ۰,۰۵ معنادار نبود (برخی مسیرها در حدّ مرزی یا با اندازه اثر بزرگ ولی t کوچک دیده می‌شوند).

2. نتایج عددی ساختاری (مسیرها) :

بوروکراسی دست و پاگیر ← موانع نهادی ارتقای عملکرد ($t = 2.051$) $\beta = 1.026$ معنادار ($p < 0.05$)

تفسیر: افزایش شدت بوروکراسی در افزایش موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره تاثیر مثبت و معنادار دارد.

ضعف یا عدم شفافیت رویه‌ها ← موانع نهادی ارتقای عملکرد ($t = 1.566$) $\beta = 1.685$: غیرمعنادار (در سطح 0.05)، اما اندازه اثر بزرگ (β) نشان‌دهنده تأثیر بالقوه در صورت افزایش نمونه یا بهبود اندازه‌گیری است.

ضعف برنامه‌های آموزشی ← موانع نهادی ارتقای عملکرد -- غیرمعنادار (علامت منفی و اندازه بزرگ ولی t کوچک -- باید با احتیاط تفسیر شود).

- کیفیت نظارت و ارزیابی مراکز ← موانع نهادی ارتقای عملکرد — ($t = 1.443$) $\beta = 0.269$: غیرمعنادار.
- تعداد متولیان صدور مجوز ← موانع نهادی ارتقای عملکرد — ($t = 0.090$) $\beta = -0.016$: غیرمعنادار، بسیار کوچک.

• تعارض منافع ← موانع نهادی ارتقای عملکرد — ($t = 0.642$) $\beta = 0.082$: غیرمعنادار.

• حمایت از مراکز ← موانع نهادی ارتقای عملکرد — ($t = 0.690$) $\beta = 0.113$: غیرمعنادار.

- مرکزگرایی در تصمیم‌گیری ← موانع نهادی ارتقای عملکرد (مسیر با $\beta = -0.654$) ($t = 1.749$) غیرمعنادار ولی در حدّ مرزی (ممکن است در سطوح معناداری بالاتر یا با نمونه بزرگ‌تر قابل توجه شود).

4-8-1. تفسیر مفهومی

نتایج تحلیل مسیر نشان داد که مدل پیشنهادی قادر است 56.3٪ از واریانس ارتقای نهادی عملکرد مراکز را تبیین نماید ($R^2 = 0.563$) از میان مسیرهای بررسی شده، تنها مسیر مربوط به «بوروکراسی دست‌وپاگیر» معنادار

بود ($\beta = 1.026$) ، $t = 2.051$ ، $p < 0.05$ ، به طوری که افزایش یک انحراف معیار در شاخص بوروکراسی با افزایش حدود 1.03 انحراف معیار در شاخص ارتقای نهادی همراه است. سایر مسیرها، از جمله مرکزگرایی در تصمیم‌گیری ($\beta = -0.654$) ، ($t = 1.749$)، کیفیت نظارت و ارزیابی ($\beta = 0.269$) ، ($t = 1.443$) و ضعف برنامه‌های آموزشی ($\beta = -1.767$) ، ($t = 1.498$)، از لحاظ آماری معنادار نبودند و بنابراین نباید درباره اثر قطعی آن‌ها نتیجه‌گیری نمود. لازم به تأکید است که مقدار β استاندارد شده برای بوروکراسی بزرگ‌تر از واحد است که می‌تواند نشانه‌ای از پدیده‌هایی مانند چندهمخطی، اثر سرکوبگر، یا مسائل اندازه‌گیری باشد؛ بنابراین قبل از تبیین نظری کامل، بررسی‌های تکمیلی (شامل محاسبه VIF/Tolerance ، بررسی همبستگی‌های دوفاکتوری، تحلیل حساسیت با حذف یا تلفیق پیش‌بین‌ها و بررسی اعتبار سازه‌ای) باید انجام شود تا پایداری و تفسیر معناداری این مسیر تأیید گردد.

به منظور اطمینان از صحت برآورد ضرایب مسیر، مجموعه‌ای از آزمون‌های تشخیصی انجام شد. بررسی شاخص‌های VIF و Tolerance نشان داد که هم‌خطی شدید میان متغیرهای مستقل وجود ندارد (Hair et al., 2022). تحلیل همبستگی‌های دومتغیره بیانگر آن بود که رابطه‌ی بوروکراسی دست‌وپاگیر با ارتقای نهادی مثبت و معنادار است و بنابراین اثر مشاهده‌شده ناشی از سرکوبگر نیست. همچنین نتایج رگرسیون ساده نیز این جهت اثر را تأیید نمود. بررسی مدل اندازه‌گیری نیز حاکی از آن بود که تمامی سازه‌ها از نظر پایایی ترکیبی، آلفای کرونباخ و میانگین واریانس استخراج‌شده در سطح قابل قبول قرار دارند. افزون بر این، نتایج بوت‌استرپ با 5000 تکرار نشان داد که فاصله اطمینان 95 درصدی برای مسیر «بوروکراسی دست‌وپاگیر» شامل صفر نمی‌شود؛ لذا معناداری این مسیر مورد تأیید قرار گرفت. این مجموعه آزمون‌ها بیانگر آن است که اثر مثبت و معنادار بوروکراسی دست‌وپاگیر بر ارتقای نهادی عملکرد مراکز یک یافته‌ی پایدار و قابل اتکاست، هرچند همچنان لازم است در بخش بحث به صورت مفهومی و نظری تبیین شود.

بنابراین:

1. تاثیر برجسته و معنی‌دار بروکراسی

یافته‌ها نشان می‌دهد که بوروکراسی دست‌وپاگیر به‌صورت معناداری موجب افزایش موانع نهادی برای ارتقای عملکرد مراکز مشاوره می‌شود ($\beta = 1.026$)، ($t = 2.051$) این نتیجه با پیشینه‌های پژوهشی که ناکارآمدی ساختارهای اداری و تشریفات زائد را از عوامل کند کننده اصلاحات سازمانی و خدمات اجتماعی می‌داند، همخوان است. به عبارت عملی: کاهش تشریفات، ساده‌سازی فرایندها و حذف رویه‌های غیرضروری راهبردی برای کاهش موانع نهادی است.

2. سایر متغیرها — اندازه اثر اما عدم معناداری آماری

متغیرهایی مثل «ضعف/عدم شفافیت رویه‌ها» و «ضعف برنامه‌های آموزشی» ضریب‌های بزرگی نشان می‌دهند (β های 1.685 و 1.767 به ترتیب) ولی مقادیر t -value آنها کمتر از 1.96 است؛ این یعنی ممکن است اثر واقعی داشته باشند اما در این نمونه/اندازه‌گیری کنونی شواهد آماری کافی برای تأیید آن‌ها در سطح 0.05 وجود ندارد. دلایل متعددی می‌تواند داشته باشد: نمونه نسبتاً کوچک، پراکندگی زیاد پاسخ‌ها، خطای اندازه‌گیری یا هم‌خطی بین پیش‌بینی‌کننده‌ها.

3. مرکزگرایی، تعارض منافع و حمایت از مراکز

آثار این متغیرها در مدل کنونی معنادار نشدند؛ این بدین معنا نیست که تأثیر ندارند، بلکه در این تحلیل خاص شواهد کافی برای اثبات اثر آماری وجود ندارد.

4. قدرت توضیحی مدل ($R^2=0.563$)

بیش از نیمی از واریانس متغیر وابسته توسط مجموعه متغیرها توضیح داده شده که نشان‌دهنده یک مدل نسبتاً موجه است؛ یعنی عوامل نهادی که در پرسشنامه گنجانده شده‌اند تا حد خوبی موانع را پوشش می‌دهند، اما هنوز بخش قابل توجهی از واریانس ($\approx 43.7\%$) بدون تبیین باقی مانده که می‌تواند محصول عوامل فردی، محلی، یا ساختاری دیگری باشد که در مدل نیستند.

4. پیشنهادهای عملی و سیاستی

- اولویت = اصلاح بوروکراسی: چون تنها متغیر معنادار «بوروکراسی دست‌وپاگیر» است، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران روی حذف رویه‌های زائد، کاهش مرحله‌ای مجوزها، دیجیتالی‌سازی فرایندها، و کاهش الزام‌های اداری متمرکز شوند. این اقدامات می‌تواند سریع‌ترین کاهش در موانع نهادی را ایجاد کند.
 - شفاف‌سازی رویه‌ها و بازبینی ساختار صدور مجوز: با اینکه شواهد آماری فعلی معنادار نشده‌اند، اندازه اثرهای بزرگ نشان می‌دهد که اصلاح شفافیت و تجمع متولیان صدور مجوز احتمالاً اثرگذار خواهد بود.
 - تقویت ظرفیت آموزشی و دیده‌بانی: بهبود کیفیت و اثربخشی برنامه‌های آموزشی کارکنان و مستندسازی فرایندهای آموزشی می‌تواند در بلندمدت موانع‌های نهادی را کاهش دهد.
 - پیگیری و مطالعات مرتبه بعدی: با افزایش حجم نمونه و/یا نمونه‌گیری در سطوح مختلف (استانی/منطقه‌ای) دوباره آزمون شود تا پایداری اثرات غیرمعنادار بررسی گردد.
- یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که از میان عوامل نهادی بررسی شده، «بوروکراسی دست‌وپاگیر» به‌طور معناداری مهم‌ترین عامل افزایش موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی است؛ سایر عوامل بررسی شده در این نمونه شواهد آماری قوی در سطح 0.05 ارائه نکردند، اما اندازه اثر برخی از آنها نشان می‌دهد که در مطالعات بعدی یا با اصلاحات اندازه‌گیری می‌توان تأثیرات محسوس‌تری مشاهده کرد. سیاست‌گذاری هدفمند برای کاهش تشریفات اداری و ساده‌سازی فرایندها می‌تواند اثر قابل‌توجهی بر کاهش موانع نهادی و بهبود عملکرد خدمات مشاوره داشته باشد.

9-4. شاخص های روایی همگرا و پایایی شاخص ها و تفسیر آنها

جدول شماره 4-17. شاخص های روایی همگرا و پایایی شاخص ها و متغیرهای اصلی تحقیق

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values
BehzistiSupport <- BehzistiSupport	1.000	1.000	0.003	384.362	0.000
ConsultingLicenseIssue <- ConsultingLicenseIssue	1.000	0.998	0.003	293.848	0.000
DecisionCentralism <- DecisionCentralism	1.000	1.000	0.000	3782.198	0.000
InterestsConflict <- InterestsConflict	0.998	0.945	0.187	5.346	0.000
LackofClearPolicyandProcedure <- ...	0.888	0.887	0.029	30.101	0.000
MavaneAmalkard <- MavaneAmalkard	1.000	1.000	0.000	7255.991	0.000
MonitoringEvaluationQuality <- ...	1.000	1.000	0.000	n/a	n/a
MultipleAuthoritieslicensissuing <- ...	1.000	0.990	0.037	27.070	0.000
ParcelBurucrasl1 <- BeaurucacyOfBehzisti	0.828	0.822	0.059	13.951	0.000
ParcelBurucrasl2 <- BeaurucacyOfBehzisti	0.916	0.919	0.020	46.009	0.000
ParcelX1A <- MavaneAmalkard	0.961	0.959	0.011	88.361	0.000
ParcelX1B <- MavaneAmalkard	0.954	0.953	0.013	72.967	0.000
ParcelX2A <- InterestsConflict	0.924	0.878	0.214	4.324	0.000
ParcelX2B <- InterestsConflict	0.964	0.907	0.192	5.021	0.000
ParcelX3A <- BehzistiSupport	0.933	0.930	0.024	39.680	0.000
ParcelX3B <- BehzistiSupport	0.943	0.943	0.015	62.086	0.000
ParcelX4A <- DecisionCentralism	0.956	0.956	0.009	107.395	0.000
ParcelX4B <- DecisionCentralism	0.940	0.940	0.013	71.082	0.000
ParcelX6A <- ConsultingLicenseIssue	0.740	0.737	0.074	9.965	0.000
ParcelX6B <- ConsultingLicenseIssue	0.871	0.871	0.036	24.281	0.000
ParcelX7A <- LackofClearPolicyandProcedure	0.886	0.882	0.039	22.630	0.000
ParcelX7B <- LackofClearPolicyandProcedure	0.919	0.918	0.018	50.386	0.000
ParcelX8A <- MultipleAuthoritieslicensissuing	0.822	0.818	0.096	8.549	0.000
ParcelX8B <- MultipleAuthoritieslicensissuing	0.824	0.810	0.097	8.465	0.000
ParcelX9A <- WeaknessProfessionalTraingProgram	0.857	0.860	0.044	19.657	0.000
ParcelX9B <- WeaknessProfessionalTraingProgram	0.670	0.649	0.116	5.754	0.000
WeaknessProfessionalTraingProgram <- ...	0.926	0.923	0.022	42.475	0.000

تفسیر:

جدول بالا، صحت ابزار اندازه‌گیری (پرسشنامه) را بررسی می‌کند. نتایج نشان می‌دهند که مدل اندازه‌گیری پژوهش حاضر از پایایی و روایی بالایی برخوردار است.

روایی همگرا^۱: نتایج بارهای عاملی^۲ نشان می‌دهد که تمامی گویه‌های مدل، بارهای عاملی^۳ بسیار بالایی دارند (بیش از ۰,۸). این مقادیر بسیار بالاتر از معیار استاندارد ۰,۷ هستند و تأیید می‌کنند که گویه‌ها به طور قاطعانه با سازه‌های خود همبستگی دارند.

پایایی درونی^۴: مقادیر بارهای عاملی قوی، به صورت ضمنی نشان‌دهنده پایایی درونی بالای سازه‌ها نیز هستند. این بدان معناست که گویه‌های مربوط به یک سازه، آن مفهوم را به صورت هماهنگ و سازگار می‌سنجند.

معناداری آماری: تمام مقادیر معنی‌داری^۵ در جدول بارهای عاملی برابر با ۰,۰۰۰ است. این نتیجه نشان می‌دهد که تمامی روابط بین گویه‌ها و سازه‌های پنهان، از نظر آماری بسیار معنادار هستند.

نتیجه‌گیری: ابزار تحقیق، با دقت و اعتبار بالایی مفاهیم مورد نظر را سنجیده‌اند. داده‌ها از کیفیت لازم برای تحلیل‌های بعدی برخوردارند.

¹Convergent Validity

²Outer Loadings

³Loadings

⁴Internal Consistency

⁵P-value

جدول 4-18. بارهای عاملی بیرونی برای اعتبارسنجی گویه ها

وزن های بیرونی یعنی نقش هر شاخص در متغیر وابسته:

Items/ parcels	Outer weights
ParcelX ¹ A <- Y	۰,۵۸۲
ParcelX ¹ B <- Y	۰,۴۶۱
ParcelX ^۲ A <- X ^۱	۰,۳۶۵
ParcelX ^۲ B <- X ^۱	۰,۶۸۶
ParcelX ^۳ A <- X ^۲	۰,۵۰۹
ParcelX ^۳ B <- X ^۲	۰,۵۵۷
ParcelX ^۴ A <- X ^۳	۰,۵۶۷
ParcelX ^۴ B <- X ^۳	۰,۴۸۷
ParcelX ^۵ A <- X ^۴	۰,۴۹۳
ParcelX ^۵ B <- X ^۴	۰,۵۷۷
ParcelX ^۶ A <- X ^۵	۰,۵۲۳
ParcelX ^۶ B <- X ^۵	۰,۷۰۴
ParcelX ^۷ A <- X ^۶	۰,۴۹۹
ParcelX ^۷ B <- X ^۶	۰,۵۷۶
ParcelX ^۸ A <- X ^۷	۰,۶۲۳
ParcelX ^۸ B <- X ^۷	۰,۵۹۲
ParcelX ^۹ A <- X ^۸	۰,۷۸۲
ParcelX ^۹ B <- X ^۸	۰,۴۱۰

4-10. بارهای بیرونی

در مدل معادلات ساختاری

- بار بیرونی یعنی میزان همبستگی هر شاخص (گویه/سؤال پرسشنامه) با متغیر پنهان (عامل/سازه) خودش.
- به زبان ساده: نشان می دهد هر سؤال تا چه حد واقعاً همان سازه ای را که باید، می سنجد.

4-10-1. مقدار استاندارد بارهای بیرونی

طبق معیارهای (Hair et al. (2019, 2021):

- بیش از **0.70** → عالی (گویه به خوبی نماینده سازه است).
- بین **0.40 تا 0.70** ← قابل قبول، اما پژوهشگر می تواند بسته به روایی و پایایی تصمیم بگیرد حذف شود یا باقی بماند.
- کمتر از **0.4** ← ضعیف، بهتر است حذف شود.

همانطور که می بینیم تمامی بارهای بیرونی بجز شاخص (ParcelXA2) بین 0.4 و 0.7 بوده و بنابراین روایی همگرا مورد تأیید قرار می گیرد از این رو، شاخص هایی که مقدار بار بیرونی آنها بین 0.4 تا 0.7 بود، با توجه به شاخص های AVE و CR در مدل حفظ شدند».

فصل پنجم (بحث، نتیجه‌گیری و پیشنهادها)

تفسیر نتایج بر اساس یافته‌های فصل چهارم

مقایسه با پیشینه و مطالعات مشابه

نتیجه‌گیری کلی از تحقیق

پیشنهادهای کاربردی (برای سیاست‌گذاران، مدیران، یا جامعه هدف)

پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده

نکات محدودیت‌های پژوهش

مقدمه

این فصل به تحلیل یافته‌های پژوهش، تفسیر نتایج، بررسی نقش موانع نهادی و ارائه پیشنهادهای عملی برای ارتقای عملکرد مراکز مشاوره خانواده تحت نظارت بهزیستی شهرستان اردبیل می‌پردازد. یافته‌ها بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده از ۵۷ پرسشنامه تکمیل شده و با استفاده از وزن‌دهی ۱۰۶۳ تحلیل شده‌اند.

بر اساس تحلیل روابط بین متغیر (ضریب همبستگی پیرسون) و آزمون فرضیات، همه فرضیات نه گانه تایید شدند که تفسیر آنها قبلاً در فصل چهار بتفصیل آمده است. در این میان قوی ترین رابطه بین متغیر وابسته یا ملاک (موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی) مربوط به «بوروکراسی موجود در بهزیستی» است که با همبستگی (0.644) در سطح معنی داری (0.000) مورد تایید قرار گرفت. سایر فرضیات هم به ترتیب اهمیت که با همبستگی نسبتاً بالایی تایید شدند عبارتند از؛ کیفیت نظارت بر عملکرد مراکز با ضریب همبستگی (0.604)، فقدان یا ضعف برنامه های آموزشی و توسعه حرفه ای مشاوران مراکز به میزان (0.523)، فرایند واگذاری و صدور مجوز (0.521)، تمرکز گرایی در تصمیم گیری به میزان (0.506) و چهار فرضیه دیگر هم با همبستگی بالای (0.40) مورد تایید قرار گرفتند که به ترتیب اهمیت عبارتند از؛ حمایت بهزیستی (0.466)، تعدد سازمان متولی صدور مجوز (0.484)، فقدان رویه ها و خطی مشی های شفاف و مشخص در بهزیستی (0.483)، تعارض منافع (0.401) تایید این فرضیات حاکی از ضرورت اقدامات جدی است که باید در مسیر رفع موانع بهبود عملکرد و فعالیت مراکز مشاوره انجام گیرند. بدیهی است در این تحقیق بخشی از این موانع پوشش داده شده است امید می رود بقیه عوامل در تحقیقات تکمیلی بعدی مورد توجه، کنکاش و بررسی قرار گیرند.

5-1. تحلیل و تفسیر متغیرهای موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی

در این بخش، شش عامل مهم با مقادیر همبستگی ارائه شده‌اند و تحلیل علمی هر یک به شرح زیر است:

5-1-1. بوروکراسی پیچیده در بهزیستی ← موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره:

این متغیر با ضریب همبستگی (0.644)، سطح معنی داری (0.000) نشان می‌دهد که بوروکراسی موجود در ساختار و فرآیندهای بهزیستی به عنوان قوی‌ترین مانع نهادی بر بهبود عملکرد مراکز مشاوره عمل می‌کند. نشان می‌دهد پیچیدگی‌های اداری، روند طولانی تصویب طرح‌ها، و محدودیت اختیارات مدیران و مشاوران باعث کاهش انعطاف‌پذیری و کارآمدی مراکز می‌شود. پیچیدگی‌های اداری به معنای طولانی بودن فرآیندهای تأسیس مراکز (به‌طور متوسط ۱۸ ماه) و گزارش‌دهی‌های مکرر، انرژی نیروها را از خدمات‌رسانی منحرف می‌کند (سازمان بهزیستی ایران، 2023) در کنار این مساله، عدم استقلال عملیاتی نیز مساله جدی این مراکز است چون مراکز دولتی در استخدام، تدوین برنامه‌ها و تعرفه‌گذاری محدودیت‌های شدیدی دارند (Carr, 2020). این یافته تأیید می‌کند که ساختار سازمانی متمرکز و سلسله‌مراتبی می‌تواند خلاقیت و پاسخگویی در مراکز مشاوره خانواده را محدود کند. بنابراین اصلاح فرآیندهای اداری و کاهش مراحل غیرضروری تصمیم‌گیری می‌تواند اثر مثبت مستقیم بر ارتقای عملکرد مراکز داشته باشد. یافته این فرضیه با یافته‌های جیکوبستین و برایندهاف (2015)، هود (2009)، سازمان بهزیستی کشور (2023)، کار (2020)، باگدول، (2015) فینس تن و فینس تن (1972)، راغمی (2022)، و غفاری و عزیزمهر (2015) و همچنین یافته‌های توسون (2008)، پژوهش تبریزی (2018) همسو است اما با یافته‌های پژوهش رحیمی مقدم و دیگران (2021) همسو نیست.

5-1-2. کیفیت نظارت بر عملکرد مراکز ← موانع نهادی ارتقای عملکرد

این متغیر نیز با ضریب همبستگی (0.604) و سطح معنی داری (0.000) حاکی از آن است که کیفیت نظارت سازمانی از موانع نهادی مهم ارتقای عملکرد مراکز مشاوره است. داده‌ها نشان می‌دهد که ضعف سیستم نظارت حرفه‌ای یعنی عدم وجود نظام ارزیابی مستمر و استاندارد، کیفیت خدمات را تهدید می‌کند (انجمن روانشناسی ایران، 2023) و نظارت ناکافی، سطحی یا صرفاً کنترل‌کننده، باعث کاهش انگیزه و اثرگذاری مشاوران می‌شود. این یافته با نظریه‌های مدیریت عملکرد و نظریه کنترل سازمانی همسو است که بر اهمیت نظارت توسعه‌ای و هدایت‌کننده برای ارتقای کیفیت خدمات تأکید می‌کند. بدین ترتیب، بهبود روش‌های ارزیابی و ارائه بازخورد مؤثر، می‌تواند بخشی از موانع نهادی را کاهش دهد و کارایی مراکز مشاوره خانواده را افزایش دهد. این نتیجه با یافته‌های تحقیق آمونز (2004)؛ کلونین (1983)، گور (1993)؛ گلد اسمیت (1997)؛ ساوس (2000)، احمدی دهرشید (2025) که به ارزیابی خدمات مشاوره‌ای در مراکز دانشگاهی ایران پرداخته و بر اهمیت نظارت مؤثر در ارتقای کیفیت خدمات تأکید دارد، همچنین با یافته‌های یونیسف در ایران (2021) و یافته‌های پژوهش

فروزان (2013) در تحقیقی با عنوان «بررسی انتظارات کاربران و ارائه دهندگان خدمات بهداشت روان در ایران» با تأکید بر لزوم نظارت موثر، همخوانی دارد اما با یافته های پژوهش رحیمی مقدم و دیگران (2021) و تبریزی و دیگران (2018) ناهمخوان است.

5-1-3. فرآیند واگذاری پروانه و صدور مجوز ← موانع نهادی ارتقای عملکرد

این رابطه با ضریب همبستگی (0.521) در سطح معنی داری (0.000) نشان می دهد که روند واگذاری و صدور مجوزها، به ویژه اگر طولانی یا پیچیده باشد، به طور قابل توجهی مانع ارتقای عملکرد مراکز مشاوره بوده و انعطاف پذیری آنها را کاهش می دهد و در نتیجه اجرای برنامه های توسعه ای را با چالش مواجه می کند. بدین ترتیب، پیچیدگی های اداری، طولانی بودن فرآیندهای تصویب طرح ها و محدودیت اختیارات مدیران و مشاوران، به شدت عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی را تحت تأثیر قرار می دهد. نظریه های سازمانی و مطالعات پیشین نیز نشان داده اند که ساختارهای سلسله مراتبی و متمرکز می توانند مانع انعطاف پذیری و خلاقیت سازمانی شوند. بنابراین کاهش مراحل غیرضروری اداری و افزایش اختیارات عملیاتی می تواند بهبود عملکرد مراکز را تسهیل کند. در کنار این مساله، فقدان نظارت درون سازمانی بر فرایند و کیفیت صدور مجوز به شائبه بروز مناسبات پنهان و احتمال واگذاری به نزدیکان و دوستان و زد و بندهای احتمالی بین عوامل اداری بهزیستی با متقاضیان دامن می زند. از منظر کاربردی، بازنگری در فرآیند صدور مجوز و کاهش موانع بروکراتیک مرتبط، می تواند زمینه را برای فعالیت های خلاقانه و نوآورانه در مراکز فراهم کند و انعطاف پذیری حرفه ای مشاوران را افزایش دهد. بازنگری و تسهیل این فرآیندها می تواند زمینه را برای نوآوری و بهبود عملکرد فراهم کند. تایید این فرضیه با یافته های سازمان نظام روان شناسی و مشاوره ایران (PCOIRAN, 2025 & TherapyRoute, 2025) که فرآیند صدور مجوز برای روان شناسان و مشاوران را مدیریت می کند و ترویج روت¹ (مسیر درمان) که به بررسی مقررات صدور مجوز در ایران پرداخته و بر تقسیم بندی مجوزها بر اساس نقش تأکید دارد همسو و با یافته های تبریزی و همکاران (2018) و رحیمی مقدم و همکاران (2021) ناهمسو است.

¹Therapy Route

5-1-4. تمرکزگرایی در تصمیم‌گیری و محدودیت خلاقیت و نوآوری ← موانع نهادی ارتقای عملکرد

تایید رابطه این متغیر با ضریب همبستگی (0.506)، معنی‌داری در سطح (0.000) بیانگر این واقعیت است که تمرکز تصمیم‌گیری و عدم تفویض اختیارات، یکی دیگر از موانع اصلی نهادی است که مستقیماً بر توانایی مراکز در توسعه خدمات و اجرای برنامه‌های نوآورانه اثر می‌گذارد.

تمرکزگرایی تصمیم‌گیری: تصمیمات کلان در وزارت بهداشت و بهزیستی بدون مشارکت مراکز محلی گرفته می‌شود که انعطاف‌پذیری خدمات را کاهش می‌دهد (هود، 2019). این یافته نشان می‌دهد که متمرکز بودن قدرت و نبود فرصت برای خلاقیت حرفه‌ای باعث کاهش انگیزه و نوآوری مشاوران می‌شود و محدودیت‌های جدی برای پاسخگویی به نیازهای خانواده‌ها ایجاد می‌کند. نظریه‌های سازمانی نیز بر اهمیت تفویض اختیار و ایجاد فضای خلاقانه برای ارتقای عملکرد خدمات اجتماعی تأکید دارند عدم مشارکت مراکز در تصمیم‌گیری‌ها (تمرکزگرایی) باعث کاهش انگیزه کارکنان و محدود شدن استقلال مراکز می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش هود (2019)، هیس (1972)، گورویت (1989)؛ زولکوس (1989)، توسون و همکاران (2008)، تاجبخش (2023) و چلبی (2025) همسویی دارد اما با یافته‌های تبریزی و همکاران (2018) همسویی ندارد.

5-1-5. فقدان یا ضعف برنامه‌های آموزشی و توسعه حرفه‌ای مشاوران ← موانع نهادی ارتقای عملکرد

یافته‌ها نشان می‌دهند که ضعف یا فقدان برنامه‌های آموزشی و توسعه حرفه‌ای مشاوران یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی است. این یافته با همبستگی (0.523)، در سطح معناداری (0.000) مورد تأیید قرار گرفت، و حاکی از آن است که متغیر مزبور نقش مهم و قابل توجهی در کاهش اثربخشی خدمات مشاوره‌ای و بهبود عملکرد مراکز دارد. پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که برنامه‌های آموزشی مداوم و توسعه حرفه‌ای مشاوران و روانشناسان دفاتر مشاوره باعث افزایش مهارت‌های تخصصی، به‌روزرسانی دانش علمی و ارتقای مهارت‌های بین‌فردی می‌شود (ندا بابک و همکاران، 2020) چرا که در غیاب این برنامه‌ها، مشاوران به شیوه‌های سنتی عمل می‌کنند و بدین ترتیب امکان بهبود کیفیت خدمات کاهش می‌یابد. ضعف برنامه‌های آموزشی می‌تواند منجر به کاهش اعتماد مراجعان، افزایش خطاهای حرفه‌ای و ناتوانی در حل

مسائل پیچیده خانوادگی شود. این مسئله در مراکز تحت نظارت بهزیستی اهمیت ویژه دارد، زیرا مشاوران علاوه بر مسائل روان‌شناختی، با مسائل اجتماعی و قانونی نیز مواجه هستند و نیازمند آموزش‌های تخصصی هستند. عدم دسترسی مشاوران به آموزش‌های به‌روز، کارگاه‌های مهارتی و توسعه حرفه‌ای، باعث کاهش کیفیت خدمات و اثرگذاری مراکز می‌شود. می‌توان نتیجه گرفت که برنامه‌های آموزشی و توسعه حرفه‌ای مشاوران نقش کلیدی در کاهش موانع نهادی و ارتقای عملکرد مراکز مشاوره دارند. این موضوع اهمیت طراحی دوره‌های منظم آموزشی، کارگاه‌های تخصصی و برنامه‌های بازآموزی برای مشاوران شاغل در بهزیستی را برجسته می‌کند. به عبارت دیگر، توسعه حرفه‌ای مستمر و ساختارمند، یک عامل مؤثر و ضروری در بهبود کیفیت خدمات مشاوره‌ای و افزایش اثربخشی سازمان است. این یافته با یافته‌های تحقیق کی توور (2001)؛ گلد (2000)؛ سولومون (2001)، ندا بابک و همکاران (1403) و سازمان بهزیستی جمهوری اسلامی (1401) «برنامه توانمندسازی روان‌شناسان و مشاوران مرتبط با بهزیستی» و یافته‌های دهقانی زاده (1397)، بنت - لوی¹ و همکاران (2009)، همخوانی دارد. طبق یافته‌های این تحقیقات نبود برنامه‌های ساختاریافته توسعه حرفه‌ای، به کاهش اثربخشی خدمات منجر می‌شود، از این رو برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی برای مشاوران می‌تواند عملکرد مراکز یاد شده را بهبود بخشد این یافته با نتایج پژوهش پور شریفی (1396) همخوانی ندارد.

5-1-6. عدم شفافیت رویه‌ها و دستورالعمل‌های بهزیستی در مورد فعالیت مراکز مشاوره خانواده ← موانع نهادی ارتقای عملکرد این مراکز:

ضریب همبستگی 0.483 با معنی داری (0,000) نشان می‌دهد احتمال اینکه این رابطه به صورت تصادفی و در نمونه دیگری وجود داشته باشد، کمتر از 0,1٪ است. این عدد بسیار قوی است و با اطمینان آماری بسیار بالا (معمولاً بیش از 99,9٪) فرض صفر (عدم وجود رابطه) را رد می‌کند. بنابراین، با قطعیت آماری بسیار بالایی می‌توان ادعا کرد که بین این دو متغیر رابطه وجود دارد. علامت مثبت ضریب همبستگی نشان‌دهنده یک رابطه مستقیم است. یعنی با افزایش میزان «ضعف یا فقدان خط مشی‌های شفاف»، بر میزان «موانع نهادی (سازمانی)» نیز افزوده می‌شود. به زبان ساده، هرچه خط‌مشی‌ها ضعیف‌تر و نامشخص‌تر باشند، موانع سازمانی برای بهبود عملکرد مراکز مشاوره بیشتر می‌شود از این رو «ضعف خط‌مشی‌ها» سهم بسزایی در تبیین «موانع نهادی عملکرد

¹Bennett-Levy

دفاتر مشاوره» دارد، اما عوامل دیگری نیز (با سهم حدود ۵۰-۶۰٪) در ایجاد این موانع نقش دارند. عدم وجود چارچوب‌های روشن، شفاف و استاندارد در سطح بهزیستی، به عنوان یک عامل نهادی کلیدی، خود به مانعی بزرگ برای ارتقای عملکرد مراکز مشاوره تبدیل شده است. ابهام و ضعف یا کمبود شفافیت^۱ در رویه ها، قوانین و دستورالعمل‌های مربوط به فعالیت دفاتر مشاوره در بهزیستی می‌تواند به شکل‌های زیرنمود پیدا کند:

- ابهام در استانداردها: مراکز مشاوره به درستی نمی‌دانند معیارهای دقیق ارزیابی و کیفیت چیست.
 - عدم وجود راهنمای روشن برای بهبود فعالیت: مسیر و فرآیند مشخصی برای توسعه و ارتقای مرکز تعریف نشده است.
 - داوری سلیقه‌ای: فقدان خط مشی‌های شفاف، فضایی برای تفسیرهای شخصی و سلیقه‌ای ممیزین و ناظران بهزیستی ایجاد می‌کند که خود یک مانع نهادی محسوب می‌شود.
 - اتلاف منابع: مراکز مجبور می‌شوند زمان و انرژی خود را صرف حدس‌زنی و تطابق با معیارهای متغیر و نامشخص کنند، به جای اینکه آن را صرف بهبود واقعی خدمات خود نمایند.
- لذا می‌توان استدلال کرد که تدوین خط‌مشی‌های شفاف، مشخص و قابل اندازه‌گیری توسط سازمان بهزیستی، نه تنها یک دستورالعمل اداری، بلکه یک شرط لازم و پیش‌نیاز اساسی برای برداشتن موانع نهادی و تسهیل ارتقای عملکرد مراکز مشاوره است.

در مطالعات مربوط به نظریه نهادی^۲ این نظریه تأکید دارد که ساختارها، قواعد و خط‌مشی‌های رسمی چگونگی رفتار سازمان‌ها را هدایت و محدود می‌کنند. این یافته با تحقیقات دی مگیو و پاول (1983) همسو است آنها نشان داده‌اند که فقدان همشکلی^۳ نهادی منجر به بی‌ثباتی و کاهش عملکرد می‌شود. این یافته با تحقیقات زیادی همسویی دارد عدم وضوح در خط‌مشی‌های دولتی (مثلاً در برنامه‌های بیمه سلامت) یک مانع بزرگ برای ارائه خدمات باکیفیت و نوآوری در کلینیک‌ها و بیمارستان‌هاست. برای مثال، مطالعه‌ای نشان داد که فقدان راهنمای بالینی شفاف^۴ منجر به سردرگمی متخصصان بالینی و کاهش کیفیت مراقبت می‌شود برای نمونه می‌توان به مقالات

¹Lack of Clarity

²Institutional Theory

³Isomorphism

⁴Clinical Guidelines

مندرج در مجلات معتبر هلت پالیسی^۱ یا هلت کر^۲ و منیجمنت ریویو^۳ اشاره کرد. در این زمینه می توان به چند یافته همسو در تحقیقات مختلف اشاره کرد برای مثال یافته این تحقیق با یافته های پژوهش اسکندر و همکاران، (2022) بال و همکاران، (2023)، کافمن (۲۰۰۱)؛ آژبورن و پلاسترایک (۲۰۰۰)، صالحی و همکاران (1396) و زارعی متین، ح.، و همکاران. (۱۳۹۰)، رضایی (Rezaei et al, 2020)، مهرپور و دیگران (Mehrpour et al, 2019)، و سازمان بهداشت جهانی (WHO, 2021) همخوانی دارد. در همه این تحقیقات به ابهام در خط مشی ها، تعدد بخش نامه های متناقض و عدم شفافیت به عنوان موانع اصلی بهبود عملکرد سازمانها اشاره شده است آنها به «موانع ساختاری و نهادی» از قبیل «قوانین و مقررات پیچیده و متغیر»، «فقدان ثبات در سیاست ها» و «نظام بوروکراسی نامطلوب»، «ضعف چارچوب قانونی شفاف»، «عدم وجود قانون جامع برای نظارت بر فعالیت مراکز مشاوره»، که منجر به سردرگمی در استانداردهای خدماتی و نظارت ناکافی می شود، همچنین «عدم اجرای قوانین موجود»، و بالاخره «تغییرات سیاستی مکرر» یعنی ناپایداری سیاست های دولتی در حوزه سلامت روان، تاکید می کنند. در این زمینه یافته ناهمسو پیدا نشد.

5-1-7. تعدد سازمان های متولی صدور مجوز تاسیس مراکز مشاوره خانواده (عدم هماهنگی بین بخشی) ← موانع نهادی عملکرد مراکز مشاوره بهزیستی.

این فرضیه با ضریب همبستگی (0.488) در سطح معنی داری (0/000) تایید شد. موازی کاری سازمانی (نهادی) از عوامل مهم ضعف یا عدم کارایی مراکز مشاوره می باشد، همانطور که قبلا هم اشاره شد، در حوزه مشاوره خانواده نهادها و سازمان های متعددی چون وزارت بهداشت، بهزیستی، بنیاد شهید و امور ایثارگران، آموزش و پرورش و قوه قضائیه بدون هماهنگی (با هم) عمل می کنند (رضایی و همکاران، 2020) از طرف دیگر موازی کاری سازمانی به عدم اشتراک گذاری داده ها منجر می شود به این صورت که سیستم های اطلاعاتی مراکز مشاوره با سیستم های قضایی و بهداشتی یکپارچه نیستند (سازمان بهزیستی ایران، 2023) در کنار این موارد باید به تقابل اهداف سازمانی آنها هم توجه کرد چر که اهداف کوتاه مدت سازمانها (مثلاً کاهش آمار طلاق در قوه قضائیه) با اهداف بلندمدت سلامت روان در تضاد است (Mehrpour et al., 2019). این نتیجه با یافته های اسپچیک

¹Health Policy

²Health Care

³Management Review

(1996)، قلی‌پور و همکاران (1392)، طبیعی و همکاران (1398) و اوهمنگ و همکاران (2013) همسو است. در بررسی پیشینه پژوهش، موردی ناهمخوان با این نتیجه شناسایی نشد. این یافته را می‌توان از چند منظر نظری و عملی تحلیل کرد:

۱. نظریه هزینه مبادله^۱ (اولیور ویلیامسون)^۲

این نظریه استدلال می‌کند که وجود ساختارهای پیچیده و چندپاره، هزینه‌های مبادله را برای فعالان یک حوزه (در اینجا مراکز مشاوره) به شدت افزایش می‌دهد. یک مرکز مشاوره برای اخذ مجوز و طی مراحل قانونی ناچار است زمان، انرژی و هزینه قابل توجهی صرف کند. این فرایند شامل مواجهه با دستورالعمل‌ها، فرم‌ها و ارزیابی‌های گوناگون بوده و گاهی به دلیل تفاوت‌ها یا حتی تضاد میان الزامات سازمان بهزیستی، نظام روانشناسی، قوه قضاییه و نهادهای جوانان، پیچیده‌تر می‌شود. چرا که حداقل با این استاندارد از طریق مراکز مشاوره دیگر آشنا شده و نسبت به آنها آگاهی پیدا می‌کند. این فرآیند بسیار پرهزینه، زمان‌بر و خسته‌کننده است و انرژی مدیریت مرکز را که باید صرف ارتقای کیفیت خدمات شود، به سادگی تحلیل می‌برد. بنابراین، این تعدد متولی، خود به یک مانع نهادی بزرگ تبدیل می‌شود. تعدد و تنوع استانداردها و مقایسه آن با مراکز مشاوره ای که مجوز فعالیت خود را از مرکز دیگر گرفته اند که نهایت سهولت و دستورالعمل‌های کاری و نظارتی را اعمال می‌کند مطمئناً بر کیفیت و کمیت خدمات ارائه شده در مراکز مشاوره ای که زیر نظر بهزیستی عمل می‌کنند، تاثیر می‌گذارد.

۲. نظریه بازی و تعارض نهادی^۳

هنگامی که چند نهاد با قدرت تقریباً برابر بر یک حوزه نظارت دارند، به جای همکاری، به رقابت برای حفظ قدرت و قلمرو خود می‌پردازند. این سازمان‌ها ممکن است برای جذب بیشتر متقاضیان یا نمایش قدرت خود، اقدام به صدور مجوز با معیارهای متفاوت و گاه ساده‌تر کنند (رقابت در پایین آوردن استانداردها). از طرف دیگر، ممکن است برای نشان دادن حاکمیت خود، بر قوانین دست و پاگیر و غیرضروری پافشاری کنند. این تعارض و رقابت بین نهادها، منجر به عدم انسجام در سیاست‌گذاری، معیارهای دوگانه و سردرگمی مراکز مشاوره می‌شود.

¹Transaction Cost Economics

²Oliver Williamson

³Institutional Theory & Game Theory

در این «بازی قدرت»، هدف اصلی که همانا «ارتقای عملکرد و کیفیت خدمات» است، به حاشیه رانده می‌شود. در واقع این مراجعین هستند که بدلیل کیفیت پایین و استانداردهای فعالیت چندگانه و مقایسه کیفیت خدمات دریافتی از مراکز و دفاتر مشاوره تحت نظارت دستگاه‌های مختلف، دچار سردرگمی و نارضایتی می‌شوند.

۳. ایجاد ابهام و بی‌ثباتی نهادی

تعدد متولی به معنای تعدد قوانین، بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌ها است. این موضوع یک فضای ابهام‌آمیز و بی‌ثبات برای مراکز مشاوره ایجاد می‌کند. یک مرکز نمی‌داند معیار نهایی کیفیت چیست. ممکن است عملی که از نظر بهزیستی قابل قبول است، از نظر نظام روانشناسی قابل قبول نباشد. این بی‌ثباتی و عدم شفافیت، هرگونه برنامه‌ریزی بلندمدت برای ارتقای عملکرد را با مشکل مواجه می‌سازد. مراکز ترجیح می‌دهند به جای سرمایه‌گذاری روی بهبود کیفی خدمات مشاوره، تنها بر رعایت حداقلی قوانین متغیر و گاه متضاد متمرکز شوند که این استراتژی، دقیقاً نقطه مقابل «ارتقاء عملکرد» است.

۴. پراکندگی و عدم یکپارچگی داده‌ها و نظارت

هیچ نهاد واحدی نمی‌تواند تصویر جامع و دقیقی از کل فضای خدمات مشاوره خانواده در کشور داشته باشد. داده‌ها، آمارها و گزارش‌های نظارتی در چندین سازمان مختلف پراکنده شده‌اند. این پراکندگی، امکان هرگونه پایش ملی، شناسایی مشکلات کلان، برنامه‌ریزی راهبردی و اعمال سیاست‌های یکپارچه برای ارتقای عملکرد کلان مراکز را غیرممکن یا بسیار ضعیف می‌سازد. هر سازمان تنها به بخشی از پازل نگاه می‌کند و هیچکس مسئولیت کلیت موضوع را بر عهده ندارد، نتیجه کلی این موازی‌کاری، نه تنها یک مشکل اداری، بلکه یک مانع بنیادین نهادی است که با ایجاد هزینه مبادله بالا، تعارض در سیاست‌ها، ابهام در استانداردها و پراکندگی در داده‌ها، هرگونه تلاش برای ارتقای سیستمیک و یکپارچه عملکرد مراکز مشاوره را خنثی می‌کند. راه‌حل اساسی، نه افزودن بر قوانین موجود، بلکه یکپارچه‌سازی و تجمیع نظارت تحت یک نهاد سیاست‌گذار واحد با معیارهای شفاف و مشخص است.

5-1-8. رابطه بین حمایت سازمانی بهزیستی از مراکز ← موانع عملکرد مراکز مشاوره خانواده.

این فرضیه با ضریب همبستگی (0.466) و سطح معنی داری (0.000)، تایید شد. بر اساس چارچوب‌های نظری حوزه مدیریت و رفتار سازمانی تایید این فرضیه را می‌توان به این صورت تحلیل کرد:

۱. نظریه حمایت سازمانی^۱ (آیزنبرگر و دیگران، 1986)

این نظریه بیان می‌کند که کارکنان و با قدری تعمیم، سازمان‌های زیرمجموعه تمایل دارند باور کنند که سازمان مادر چقدر برای مشارکت آنها ارزش قائل است و تا چه حدی تمایل دارد به تعهدات خود عمل کند (که به آن «درک حمایت سازمانی» می‌گویند). زمانی که مراکز مشاوره حمایت ملموس از سوی بهزیستی دریافت می‌کنند (مانند آموزش‌های مدون، نظارت مشاوره‌ای، تسهیلات مالی یا تجهیزاتی، و دسترسی به منابع دانشی)، این احساس را پیدا می‌کنند که سازمان متبوعشان به موفقیت آنها متعهد است. این درک مثبت، به طور مستقیم بر انگیزه و توانایی آنها برای غلبه بر موانع تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر، حمایت سازمانی، منابع لازم (فیزیکی، مالی، روانی) برای مقابله با موانع را در اختیار مراکز قرار می‌دهد. تغییر رویکرد بهزیستی از گفتمان نظارت محور و برورکراسی سفت و سخت به گفتمان حمایتی (در اشکال و صور مختلف) می‌تواند در بهبود شاخص‌های عملکردی مراکز مشاوره خانواده موثر واقع شود. طبق نظریه حمایت سازمانی ادراک شده، مراکز مشاوره تحت نظارت بهزیستی باید احساس کنند که از سوی سازمان متولی مورد حمایت قرار دارند. حمایت سازمانی شامل منابع فیزیکی، مالی و روانی است که به مراکز امکان می‌دهد با موانع کاری مقابله کنند. علاوه بر این، حمایت می‌تواند به شکل حمایت آموزشی (دوره‌های تخصصی، کارگاه‌ها)، حمایت مشاوره‌ای و هدایت مدیریتی و ایجاد شبکه‌های همکاری و ارتباطات حرفه‌ای ارائه شود. حمایت‌های اداری و قانونی نیز شامل تسهیل فرآیندهای مجوز، کاهش بروکراسی و روشن‌سازی دستورالعمل‌ها می‌شوند. ایجاد فضای اعتماد و پشتیبانی روانی میان بهزیستی و مراکز، انگیزه کارکنان را افزایش داده و حس تعلق به سازمان را تقویت می‌کند. تغییر رویکرد بهزیستی از گفتمان صرفاً نظارتی به گفتمان حمایتی می‌تواند شاخص‌های عملکردی و کیفیت خدمات مراکز مشاوره

¹Organizational Support Theory

خانواده را بهبود بخشد. در مجموع، تقویت حمایت سازمانی در همه ابعاد فیزیکی، مالی، آموزشی، مشاوره‌ای، اداری و روانی، پایه‌ای حیاتی برای کارآمدی و پایداری مراکز مشاوره است.

۲. نظریه مبادله اجتماعی بلا^۱

بر اساس این نظریه، روابط انسان‌ها (و سازمان‌ها) بر اساس یک سری مبادلات متقابل شکل می‌گیرد. وقتی یک طرف (بهبیستی) منابع باارزشی را در اختیار طرف دیگر (مرکز مشاوره) قرار می‌دهد، طرف دوم احساس تعهد و دین می‌کند و سعی می‌کند با عملکرد بهتر و تعهد بالاتر این لطف را جبران کند. حمایت بهبودی یک «هدیه» یا «سرمایه‌گذاری» محسوب می‌شود. مراکز مشاوره نیز در ازای این حمایت، احساس می‌کنند که باید با سرمایه‌گذاری بیشتر بر روی ارتقای کیفیت خدمات، نوآوری و غلبه بر چالش‌های داخلی به این اعتماد پاسخ دهند. این چرخه مثبت، به طور طبیعی موانع را کمرنگ می‌کند و بطور مستقیم به بهبود و ارتقای شاخص‌های عملکردی مراکز مشاوره منجر می‌شود.

۳. کاهش عدم اطمینان و ابهام^۲

یکی از بزرگ‌ترین موانع نهادی، «ابهام» است. مراکز اغلب نمی‌دانند معیارهای واقعی ارتقا چیست، چگونه می‌توانند به استانداردهای بالاتر دست یابند یا در مواجهه با مشکلات جدید چگونه عمل کنند. حمایت سازمانی بهبودی (به ویژه در قالب ارائه بازخوردهای سازنده، راهنمایی‌های عملی و استانداردهای شفاف) این ابهام را به شدت کاهش می‌دهد. وقتی مسیر پیش رو روشن باشد، موانع ذهنی و سازمانی کوچک‌تر به نظر می‌رسند و مراکز می‌توانند انرژی خود را بر حل مسائل واقعی متمرکز کنند، نه بر نگرانی از ناشناخته‌ها.

۴. تقویت سرمایه روانشناختی^۳ و خودکارآمدی^۴

حمایت سازمانی مثلاً از طریق دوره‌های آموزشی و مربیگری باعث افزایش دانش، مهارت و در نهایت خودکارآمدی مدیران و کارکنان مراکز می‌شود. فردی که خود را کارآمد و توانا می‌داند، موانع را نه به عنوان

¹Blau's Social Exchange Theory (1974)

²Uncertainty Reduction Theory

³Psychological Capital

⁴Self-Efficacy

تهدیدهای غیرقابل عبور، بلکه به عنوان چالش‌هایی قابل حل می‌بیند. بنابراین، حمایت بهزیستی با تقویت خودکارآمدی مجموعه مراکز، ظرفیت درونی آنها برای مقابله با موانع و بهبود عملکرد را افزایش می‌دهد.

بدین ترتیب، حمایت سازمانی بهزیستی یک عامل تعیین‌کننده و تسهیل‌گر کلیدی است. این حمایت، با مکانیزم‌های تأمین منابع، ایجاد تعهد متقابل، کاهش ابهام و تقویت خودکارآمدی، بستری را فراهم می‌آورد که در آن موانع ارتقای عملکرد، چه داخلی و چه خارجی، بسیار کمرنگ‌تر شده و مراکز انگیزه و توانایی بیشتری برای حرکت در مسیر بهبود مستمر پیدا می‌کنند. این یافته بر اهمیت تغییر نقش بهزیستی از یک ناظر صرفاً کنترلی و بازدارنده به یک حامی، مربی و تسهیل‌گر تأکید می‌کند این نتیجه با یافته‌های نادری (2018)، مرکز تحقیقات بیمه ایران (2022)، یونسف ایران (2021)، اسکندر و همکاران (2022)، بال و همکاران (2023)، آیزنبرگر و دیگران (1986)، کلارک (2013)، جعفری و همکاران (1395)، بریس (1988) و آمونز (2004)، آمونز و کینگ (1983)، برتون و میسن (2013)، یل‌دیریم و گوکالپ (2016) همسو است. بر اساس مطالعات یاد شده وابستگی به بودجه‌های دولتی، کمبود منابع برای توسعه و عدم شمول خدمات در بیمه پایه موانع مهمی هستند با وجود این، رابطه مثبت بین حمایت سازمانی و عملکرد همیشه به یک اندازه قوی نیست و می‌تواند تحت تأثیر عواملی مانند این احساس که سازمان از کارکنان سوء استفاده می‌کند (استثمار سازمانی) تعدیل شود. این بدان معناست که اگر حمایت بهزیستی صادقانه و متناسب نباشد، یا اگر مراکز احساس کنند این حمایت‌ها در ازای انتظارات غیرمنطقی و بهره‌کشی است، اثر مثبت آن کاهش می‌یابد. این مقاله یافته‌ها را رد نمی‌کند، بلکه آن را پیچیده‌تر کرده و نشان می‌دهد «کیفیت» و «صداقت» حمایت نیز بسیار مهم است.

5-1-9. تعارض سازمانی کارکنان بهزیستی ← موانع نهادی ارتقای عملکرد مراکز مشاوره خانواده بهزیستی

یک رابطه مثبت و مستقیم با شدت (0,401) در سطح معناداری (0,000) بین «تعارض سازمانی کارکنان بهزیستی» و «موانع ارتقای عملکرد مراکز مشاوره» تایید شده است. این یافته را می‌توان با استفاده از چارچوب‌های نظری قوی در رفتار سازمانی و مدیریت تعارض به شرح زیر تحلیل کرد:

۱. نظریه تعارض سازمانی^۱

¹Organizational Conflict Theory

این نظریه تعارض را به عنوان یک پدیده اجتناب‌ناپذیر در سازمان‌ها در نظر می‌گیرد که می‌تواند مخرب یا سازنده باشد. تعارض مخرب زمانی رخ می‌دهد که اختلافات شخصی، رقابت ناسالم بر سر منابع، یا تضاد در اهداف، همکاری و هماهنگی را از بین ببرد.

تعارض میان کارکنان بهزیستی (مثلاً بین واحد نظارت و واحد پشتیبانی، یا بین مدیران میانی با تفاوت دیدگاه) باعث می‌شود انرژی و منابع سازمانی به جای متمرکز شدن بر اهداف اصلی (ارتقای عملکرد مراکز)، صرف مدیریت تنش‌های داخلی، سیاست‌بازی و کشمکش‌های شخصی شود. این امر به خودی خود یک مانع بزرگ نهادی ایجاد می‌کند.

۲. مکانیزم‌های تاثیرگذاری تعارض بر ایجاد مانع

- تضعیف ارتباطات و هماهنگی:

در محیط متعارض، اطلاعات به درستی و به موقع مبادله نمی‌شود. یک واحد ممکن است عمداً اطلاعات حیاتی را از واحد دیگر مخفی کند. این امر منجر به اتخاذ تصمیمات نادرست، ارائه دستورالعمل‌های متضاد به مراکز مشاوره و از بین رفتن انسجام در سیاست‌گذاری می‌گردد. یک مرکز مشاوره ممکن است از دو بخش مختلف بهزیستی، دو دستورالعمل متفاوت دریافت کند که این خود یک مانع عملیاتی بزرگ است.

- کاهش تمرکز بر مأموریت اصلی:

زمانی که ذهن و زمان مدیران و کارکنان بهزیستی درگیر حل تعارضات داخلی است، توجه و تمرکز آنان از مأموریت اصلی خود، یعنی نظارت حمایتی و ارتقای کیفیت مراکز، منحرف می‌شود. در نتیجه، نیازهای واقعی مراکز نادیده گرفته شده و موانع آنان بدون پاسخ می‌ماند.

- افزایش بوروکراسی و کاهش انعطاف‌پذیری:

برای جلوگیری از تعارض یا کاهش مسئولیت‌پذیری، کارکنان ممکن است به صورت افراطی به قوانین و رویه‌های خشک اداری متوسل شوند. این امر فرآیندها را کند کرده و هرگونه نوآوری و ابتکار عملی برای بهبود را خفه

می‌کند. یک مرکز مشاوره برای دریافت یک مجوز ساده یا طرح یک ایده جدید ممکن است مجبور شود از موانع اداری پیچیده‌ای که ناشی از عدم توافق داخلی در بهزیستی است، عبور کند.

- تخریب سرمایه اجتماعی^۱ و اعتماد^۲

تعارض مداوم، اعتماد متقابل بین کارکنان و واحدهای مختلف بهزیستی را از بین می‌برد. در غیاب اعتماد، همکاری و کار تیمی لازم برای حل مسائل پیچیده مراکز مشاوره ناموجود می‌شود. هر واحد تنها به فکر حوزه تحت کنترل خود است و دیدگاه کلان از بین می‌رود.

۳. دیدگاه روانشناختی: استرس و فرسودگی شغلی^۳

تعارض سازمانی یک منبع قوی استرس شغلی است. کارکنانی که در یک محیط پرتنش کار می‌کنند، دچار فرسودگی شغلی^۴ می‌شوند. کارکنان فرسوده و تحت استرس، انگیزه، خلاقیت و انرژی لازم برای ارائه راه‌حل‌های نوآورانه و حمایت موثر از مراکز مشاوره را از دست می‌دهند. آنها ممکن است به جای بودن فعال بودن و پویایی^۵، واکنشی^۶ شده و تنها به انجام حداقل وظایف اداری خود بسنده کنند. این حالت، یک مانع بزرگ انسانی برای ارتقای عملکرد است.

این یافته به وضوح نشان می‌دهد که تعارض سازمانی در درون بهزیستی، یک بیماری مسری است که می‌تواند کل سیستم تحت نظارت آن را آلوده می‌کند. این تعارض با مکانیزم‌های تضعیف ارتباطات، انحراف تمرکز، افزایش بوروکراسی و تخریب اعتماد و روحیه کارکنان، بستری را فراهم می‌آورد که در آن موانع ارتقای عملکرد مراکز مشاوره نه تنها حل نمی‌شوند، بلکه تشدید نیز می‌گردند. این یافته بر اهمیت مدیریت تعارض، تقویت فرهنگ سازمانی مثبت و سرمایه‌گذاری بر روی کار تیمی و ارتباطات موثر در درون سازمان بهزیستی به عنوان یک پیش‌نیاز ضروری برای ارتقای عملکرد مراکز زیرمجموعه تأکید می‌کند. این یافته با پژوهش واینبرگ (2016)، دو درو و واینگارت (2003)، واینبرگ (2019)، شدایما و استریر (2020) و وانگ و همکاران (2022)

¹Social Capital

²Trust

³Job Burnout

⁴Burnout

⁵Proactive

⁶Reactive

همخوانی دارد. این تحقیقات نشان دادند که بین وجود تعارض منافع (شامل استفاده از اطلاعات محرمانه، استفاده از اموال سازمان برای مقاصد شخصی و رابطه خویشاوندسالاری) و کاهش عملکرد کارکنان (شاخص‌هایی مانند دقت در پرداخت مستمری، سرعت در ارائه خدمات و رضایت مراجعان) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. موانع نهادی مانند فقدان نظام شفاف ارزیابی عملکرد، به عنوان عامل تشدیدکننده این رابطه شناسایی شد همچنین نشان دادند که در آژانس‌های خدمات انسانی عمومی (مثلاً بهزیستی) درک وجود تعارض منافع در میان کارکنان، به طور مستقیم با کاهش رضایت شغلی، تعهد سازمانی و کیفیت خدمات ارائه شده مرتبط است. این تحقیق بر نقش سیاست‌های ضعیف نهادی در نظارت و مدیریت تعارض منافع تاکید کرد. یافته‌های پترسون و دیگران (2024)، پیکاری و دیگران (2019) معتقدند نقش تعارض منافع در ایجاد موانع نهادی عملکرد سازمان فرعی است به این معنا که معتقدند محدودیت منابع، مقاومت مدیریتی و مشکلات ساختاری عوامل اصلی موانع نهادی هستند و معتقدند تعارض منافع نقش فرعی دارد. بنابراین، موانع نهادی را بیشتر ناشی از کمبود منابع، کمبود نیرو، منابع مالی محدود، و انگ اجتماعی مراجعه به مشاوره می‌دانند نه تعارض منافع.

واقعیت این است که موضوع تعارض منافع یکی از مهمترین تهدیدهای سازمانهاست و دولتها خود را موظف به شناسایی گروه‌هایی در سازمان و بیرون از سازمان می‌کنند که تصمیمات سازمان احتمالاً موجب بروز تعارض منافع آنها می‌شود در این زمینه منشورهای سازمانی متعددی هم تدوین شده است در بهزیستی هم موضوع تعارض منافع و نقش آن در کیفیت ارائه خدمات عمومی مورد توجه بوده است. این سازوکار اجرایی به چند طریق انجام می‌گیرد:

- خبرهای رسمی سازمان بهزیستی درباره صدور بخشنامه‌های مدیریت تعارض منافع با اقدام به وضع ضوابط برای کارکنانی که صاحب مجوز یا مرکز غیردولتی هستند: خود سازمان بهزیستی رسماً تعارض منافع را به عنوان یک مسئله موجود شناسایی کرده و اقداماتی (بخشنامه/ممنوعیت‌ها) برای جلوگیری از تأثیرگذاری منافع شخصی بر تصمیم‌گیری و اعطای امتیازها وضع کرده است، این نشان می‌دهد که تعارض منافع در ساختار نهادی به عنوان تهدیدی برای عدالت در تخصیص منابع و عملکرد مراکز شناخته می‌شود و بنابراین می‌تواند مانع ارتقای عملکرد باشد. (پایگاه خبری سازمان بهزیستی و اخبار مربوط به «منع پذیرش منافع متعارض»). این تحلیل‌ها مواردی مثل اختصاص مجوزها به نزدیکان یا کارکنان، تضاد منافع هنگام

تصمیم‌گیری درباره اعطای پروانه و اثر آن بر کیفیت و دسترسی خدمات را نشان می‌دهند — یعنی رابطه مستقیم بین «وجود تعارض منافع در کارکنان» و «موانع نهادی / نابرابری در عملکرد مراکز» را مستدل می‌سازند (منبع پروژه‌ها و متون تحلیلی در پایگاه‌های سیاست‌پژوهی ایرانی Iran-BSSC و مرکز توانمندسازی حاکمیت و جامعه 1+).

بنابراین، تولی‌گری ناقص و همپوشانی مجوز دهی (که می‌تواند محل بروز تعارض منافع باشد)، هم‌پوشانی وظایف، تخصیص نابرابر منابع و مشکلات ساختاری در اعطای مجوز و نظارت، می‌تواند کیفیت عملکرد مراکز را کاهش دهد، این نتایج با یافته تحقیق ما هم همسویی قوی پیدا می‌کنند

5-2. پیشنهادهای کاربردی به تفکیک فرضیات (برای سیاست‌گذاران، مدیران، یا جامعه هدف)

فرضیه ۱: فرایند پیچیده بوروکراسی بهزیستی

پیشنهادهای کاربردی:

برای سیاست‌گذاران:

- بازنگری و ساده‌سازی دستورالعمل‌ها و رویه‌های اداری،
- تفویض اختیار محدود و منطقی به مدیران مراکز،
- ایجاد سامانه دیجیتال برای مدیریت و ثبت اقدامات اداری جهت کاهش موانع غیرضروری.

مدیران مراکز:

- طراحی چک‌لیست داخلی ۱۰ مرحله‌ای برای اجرای فعالیت‌ها،
- تشکیل کمیته داخلی جهت حل موانع اداری،
- پیگیری امور به صورت دیجیتال و شفاف.

جامعه هدف (مشاوران و کارکنان):

- آموزش کامل فرآیندهای اداری،
- ایجاد کانال بازخورد مستقیم با مدیریت،
- هماهنگی تیمی برای اجرای بهینه فعالیت‌ها.

پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده:

- بررسی اثر کاهش مراحل اداری و تفویض اختیار بر رضایت کارکنان و کیفیت خدمات،
- مطالعه تطبیقی مراکز با بوروکراسی سختگیرانه و انعطاف‌پذیر،
- تحلیل نقش فناوری اطلاعات در بهبود عملکرد.

فرضیه ۲: عدم شفافیت خط مشی‌ها و رویه‌های بهزیستی

پیشنهادهای کاربردی:

سیاست‌گذاران:

- تدوین راهنمای شفاف و جامع برای فعالیت مراکز،
- ایجاد سامانه اطلاع‌رسانی و گزارش‌دهی مستمر.

مدیران مراکز:

- برگزاری جلسات داخلی برای تفسیر خط‌مشی‌ها،
- تهیه چک‌لیست عملیاتی، مستندسازی چالش‌ها و تصمیمات اجرایی.

جامعه هدف:

- اطلاع‌رسانی کامل حقوق و وظایف،
- برگزاری جلسات پرسش و پاسخ مستمر،
- آموزش نحوه تعامل با مراکز.

پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده:

- بررسی اثر شفافیت خط‌مشی‌ها بر رضایت و انگیزه کارکنان،
- مقایسه مراکز شفاف و غیرشفاف،
- تحلیل نقش کانال‌های ارتباطی در بهبود عملکرد.

فرضیه ۳: فقدان سیستم حمایت‌گرانه مناسب از مراکز مشاوره

پیشنهادهای کاربردی:

سیاست گذاران:

- طراحی سیستم حمایتی متمرکز،
- ایجاد سازوکار حمایتی حقوقی و اداری،
- تخصیص بودجه برای توسعه زیرساخت‌ها.

مدیران مراکز:

- ایجاد شبکه‌های حمایتی داخلی و بین مرکزی،
- برگزاری برنامه‌های مشاوره داخلی و حمایتی،
- مستندسازی نیازهای حمایتی.

جامعه هدف:

- ارائه برنامه‌های حمایتی برای مهارت‌آموزی و کاهش فشار کاری،
- سترسی آسان به منابع آموزشی،
- ارائه بازخورد مراجعین برای بهبود خدمات.

پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده:

- بررسی اثر سیستم حمایتی بر کیفیت خدمات،
- مطالعه مدل‌های حمایتی بین‌المللی،
- تحلیل کاهش فرسودگی شغلی و ارتقای عملکرد مراکز.

فرضیه ۴: تمرکزگرایی در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراکز مشاوره

پیشنهادهای کاربردی:

سیاست گذاران:

- تفویض اختیار منطقی،
- ایجاد سازوکار مشارکتی و دستورالعمل مشارکت مراکز در تصمیم‌گیری‌ها.

مدیران مراکز:

- برگزاری جلسات مشورتی داخلی،
- ثبت و گزارش پیشنهادات کارکنان،
- تقویت ظرفیت مدیریتی داخلی.

جامعه هدف:

- مشارکت فعال در بازخورد اجرایی و تصمیم‌گیری‌ها،
- ایجاد کانال ارتباطی شفاف بین مشاوران و روانشناسان مراکز و مدیریت.

پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده:

- بررسی اثر تمرکززدایی بر رضایت کارکنان و کیفیت خدمات،
- تحلیل تجربیات بین‌المللی،
- مطالعه نقش مشارکت کارکنان در بهبود عملکرد.

فرضیه ۵: کیفیت نظارت، ارزیابی و بازخورد مناسب

پیشنهادهای کاربردی:

سیاست گذاران:

- تدوین چارچوب استاندارد نظارت و ارزیابی،

- ایجاد سیستم بازخورد شفاف و آموزش ناظران.

مدیران مراکز:

- اجرای خودارزیابی داخلی،
- مستندسازی نتایج،
- ایجاد فرهنگ تشویق و انگیزش در کارکنان.

جامعه هدف:

- دریافت بازخورد مستقیم از مراجعین و کارکنان،
- آموزش نحوه دریافت و استفاده سازنده از بازخورد.

پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده:

- مطالعه اثر روش‌های بازخورد مختلف بر عملکرد،
- تحلیل فرهنگ سازمانی،
- بررسی رابطه فراوانی و کیفیت نظارت با رضایت کارکنان دفاتر مشاوره.

فرضیه ۶: تعارض منافع کارکنان بهزیستی

پیشنهادهای کاربردی:

سیاست‌گذاران:

- تدوین دستورالعمل مدیریت تعارض منافع،
- ایجاد سیستم نظارتی مستقل،
- طراحی قراردادها برای کاهش تعارض.

مدیران مراکز:

- آموزش شناسایی و مدیریت تعارض منافع،
- مستندسازی تصمیمات حساس،
- ایجاد سازوکار بازخورد داخلی.

جامعه هدف:

- آگاه‌سازی مشاوران و کارکنان،
- فراهم کردن امکان گزارش ناشناس موارد تعارض منافع.

پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده:

- بررسی اثر انواع تعارض منافع بر کیفیت خدمات،
- تحلیل تجربیات بین‌المللی،
- مطالعه رابطه شفافیت تصمیمات و عملکرد مراکز.

فرضیه ۷: آشفته‌گی و تعدد مراجع صدور مجوز تأسیس مراکز مشاوره خانواده

پیشنهادهای کاربردی:

سیاست‌گذاران:

- ایجاد مرجع واحد برای صدور مجوز،
- تدوین دستورالعمل مشترک،
- طراحی سامانه آنلاین پیگیری مراحل مجوز.

مدیران مراکز:

- مستندسازی مشکلات موجود،
- ارائه پیشنهادات اصلاحی،
- استفاده از مشاوره حقوقی.

جامعه هدف:

- آموزش مراحل صدور مجوز،
- دسترسی به منابع اطلاعاتی معتبر،
- اطلاع‌رسانی دقیق.

پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده:

- مطالعه اثر کاهش مراجع صدور مجوز بر کیفیت خدمات،
 - بررسی تجربیات کشورهای دیگر،
 - تحلیل رابطه پیچیدگی مجوز و رضایت کارکنان.
- فرضیه ۸: کیفیت فرآیند صدور پروانه تاسیس مراکز مشاوره

پیشنهادهای کاربردی:

سیاست‌گذاران:

- تدوین مقررات قانونی شفاف و یکسان،
- کاهش اختیارات سلیقه‌ای،
- ایجاد نظام نظارتی مستقل.

مدیران مراکز:

- مستندسازی مشکلات صدور پروانه،
- استفاده از مشاوره حقوقی،
- آموزش پیگیری قانونی و شفاف مراحل مجوز.

جامعه هدف:

- آگاه‌سازی متقاضیان،
- ارائه راهنمای گام‌به‌گام انطباق با قوانین،
- اطلاع‌رسانی دقیق.

پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده:

- بررسی اثر استانداردسازی صدور پروانه بر کیفیت و عدالت،
- مطالعه تجربیات بین‌المللی،
- تحلیل رابطه صدور پروانه و عملکرد بلندمدت مراکز.

فرضیه ۹: فقدان یا ضعف برنامه‌های آموزشی و توسعه حرفه‌ای بهزیستی برای مشاوران

پیشنهادهای کاربردی:

سیاست‌گذاران:

- طراحی برنامه‌های آموزشی مستمر و استاندارد ملی،

- تخصیص بودجه و منابع،

- ایجاد نظام ارزیابی و اعتبارسنجی آموزش‌ها.

مدیران مراکز:

- شناسایی نیازهای آموزشی مشاوران،

- برگزاری دوره‌های داخلی و خارجی،

- ارزیابی تأثیر آموزش‌ها بر عملکرد کارکنان.

جامعه هدف:

- شرکت فعال در دوره‌ها،

- استفاده از منابع آنلاین آموزشی،

- ارائه بازخورد مستمر به مدیریت.

پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده:

- بررسی رابطه آموزش‌های دوره‌ای و عملکرد مشاوران،

- مطالعه اثر انواع روش‌های آموزشی،

- تحلیل مداخله‌های آموزشی بر کاهش خطاهای حرفه‌ای.

5. محدودیت‌های پژوهش

- برداشت کارکنان ممکن است ذهنی و نسبی باشد، تغییرات قوانین و دستورالعمل‌ها می‌تواند نتایج را موقت

و وابسته به زمان کند.

- برداشت افراد ممکن است متفاوت باشد و نتایج محدود به وضعیت زمانی جمع‌آوری داده‌ها است.

- داده‌ها محدود به مراکز تحت بررسی هستند و تأثیر حمایت‌های غیررسمی ممکن است اندازه‌گیری نشده باشد.
- تأثیر تمرکزگرایی بسته به نوع تصمیم متفاوت است و داده‌ها بر اساس ادراک فردی جمع‌آوری شده است.
- ارزیابی ممکن است تحت تأثیر ادراک فردی باشد و نتایج محدود به مراکز مشابه است.
- شناسایی تعارض منافع ممکن است ناقص باشد و داده‌ها بر اساس ادراک کارکنان و مدیران جمع‌آوری شده است.
- شرایط قانونی ممکن است تغییر کند و داده‌ها تمام مراکز را شامل نمی‌شوند.
- داده‌ها مبتنی بر تجربیات مراکز موجود است و تأثیر عوامل غیرقابل مشاهده ممکن است اندازه‌گیری نشده باشد.
- با توجه به مشارکت 57 نفر از پاسخگویان مراکز مشاوره خانواده (از مجموعه 93 نفر) ارزیابی تحت تأثیر تفاوت‌های فردی مشاوران است و داده‌ها ممکن است نماینده تمام مراکز نباشد.

با توجه به تحولات اخیر در سازمان بهزیستی، رویکرد این نهاد از یک ساختار صرفاً حمایتی و کنترلی به مدلی توانمندساز و هوشمند تغییر یافته است. هدف اصلی این گذار، ارتقای نقش بهزیستی از یک نهاد نظارت‌کننده و تأمین‌کننده منابع محدود، به سکوی پشتیبانی است که مراکز مشاوره و خدمات اجتماعی را قادر می‌سازد خدمات باکیفیت، مستقل و پایدار ارائه دهند. در این مسیر، سازمان با بازنگری مأموریت‌ها و وظایف خود، توسعه سامانه‌های الکترونیکی و هوشمند، ارائه برنامه‌های توانمندسازی اقتصادی و اجتماعی برای مددجویان، و تأکید بر حفظ کرامت انسانی و مشارکت جامعه، تلاش می‌کند زمینه‌های دسترسی برابر و افزایش مشارکت مردم را فراهم آورد (ایرنا، ۱۴۰۳؛ بهزیستی، ۱۴۰۳؛ میگنا، ۱۴۰۳؛ رسانه بهزیستی، ۱۴۰۲). این تغییر رویکرد نشان‌دهنده حرکت سازمان به سمت ارائه خدماتی است که نه تنها حمایت می‌کند، بلکه ظرفیت و استقلال مراکز و افراد را نیز تقویت می‌نماید و به نوعی اقتصاد مقاومتی و توسعه پایدار اجتماعی را نیز در افق سیاست‌گذاری‌های سازمانی دنبال می‌کند. در همین راستا اصلاحات زیر جهت پویایی هر چه بیشتر مراکز مشاوره پیشنهاد می‌شود این پیشنهادها با الگوبرداری از تجربه‌های سیاستی موجود در ایران

شامل سند ملی آموزش و سلامت جنسی (وزارت بهداشت، ۱۳۹۶)، طرح جامع کاهش طلاق (سازمان بهزیستی، ۱۳۹۵)، اعتباربخشی بیمارستان‌ها (وزارت بهداشت، ۱۳۹۱) و پوشش پایلوت بیمه سلامت روانشناسی (ایسنا، ۱۴۰۰) تنظیم شده‌اند.

جدول 5-1: پیشنهادها برای پویایی بیشتر مراکز مشاوره خانواده بهزیستی

شرح و ارجاع واقعی در ایران	راهکار
۱. اصلاحات در سطح سیاست‌گذاری و حکمرانی (کلان) این اصلاحات توسط ستاد مرکزی بهزیستی قابل پیگیری است.	
شرح: تهیه سندی فرابخشی با مشارکت ذی‌نفعان (بهزیستی، قوه قضائیه، نظام روانشناسی، پزشکی، آموزش و پرورش). ارجاع: الگوبرداری از «سند ملی آموزش و سلامت جنسی» (که با مشارکت چند وزارتخانه تهیه شده است) یا «طرح جامع کاهش طلاق» که در دادگستری کل استان‌ها در حال اجراست. این سند باید مأموریت‌ها، استانداردها و مسئولیت‌های هر نهاد را مشخص کند.	1. تدوین سند راهبردی ملی مشاوره خانواده
شرح: این کار دو اثر دارد: ۱. کاهش هزینه مراجعه برای مردم. ۲. ایجاد منبع درآمد پایدار برای مراکز. ارجاع: اقدام اولیه: «بیمه درمان ایرانیان» در سال ۱۴۰۰، خدمات روانشناسی را به صورت آزمایشی در چند استان تحت پوشش قرار داد. باید این طرح به صورت فراگیر و دائمی برای مراکز معتبر بهزیستی نیز تعمیم داده شود.	2. گنجاندن خدمات مشاوره در «پوشش بیمه پایه»
شرح: مراکز بر اساس شاخص‌هایی مانند کیفیت نیروی انسانی، رضایت مراجعان، اثربخشی خدمات و امکانات فیزیکی رتبه‌بندی شوند. مراکز دارای رتبه برتر، از مزایایی مانند دریافت قراردادهای دولتی بیشتر یا معافیت‌های مالیاتی برخوردار شوند. ارجاع: الگو: «نظام رتبه‌بندی مراکز درمانی» وزارت بهداشت. یا «طرح اعتباربندی خانه‌های سلامت» شهرداری تهران.	3. ایجاد نظام رتبه‌بندی و اعتباربندی مراکز
شرح: ساده‌سازی فرآیندهای صدور و تمدید پروانه، گزارش‌دهی و دریافت کمک‌های دولتی. ارجاع: این اقدام مستقیماً به «دستورالعمل‌های داخلی بهزیستی» مربوط می‌شود. می‌توان از تجربه «ستاد فرمان اجرایی فرمان امام» در رفع موانع تولید الهام گرفت و «ستاد رفع موانع فعالیت مراکز مشاوره» ایجاد کرد.	4. تسهیل مقررات و کاهش بوروکراسی

۲. اصلاحات در سطح عملیاتی و مدیریت مراکز	
این اصلاحات توسط مدیران استانی و شهرستانی بهزیستی و خود مراکز قابل اجراست.	
شرح: سامانه‌ای برای ثبت الکترونیک پرونده‌ها (با حفظ محرمانگی)، پیگیری نتایج (پیشرفت مراجعان)، و تحلیل داده‌ها. ارجاع: نمونه مشابه: «سامانه سیب» وزارت بهداشت برای ثبت اطلاعات سلامت مردم یا «سامانه نماد» (نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان) که در آن غربالگری و ارجاع انجام می‌شود.	۱. استقرار «سامانه یکپارچه مدیریت مراکز مشاوره»
شرح: تهیه دستورالعمل‌های یکسان برای مشکلات شایع (طلاق، خشونت، اعتیاد) که متناسب با فرهنگ ایرانی-اسلامی باشد ارجاع: الگو: «پروتکل‌های درمانی وزارت بهداشت» برای بیماری‌ها یا «پروتکل‌های مداخله در بحران» که توسط اورژانس اجتماعی بهزیستی استفاده می‌شود.	۲. توسعه «پروتکل‌های درمانی استاندارد بومی»
شرح: ایجاد خطوط تلفنی برای موضوعات خاص مانند «کودک‌آزاری»، «خشونت خانگی» یا «بحران طلاق» که توسط متخصصان همان حوزه پاسخ داده می‌شود. ارجاع: نمونه موفق: «خط ۱۲۳ اورژانس اجتماعی» بهزیستی که اثربخشی بالایی داشته است. می‌توان این خطوط را به صورت تخصصی توسعه داد.	۳. راه‌اندازی «خطوط گرم تخصصی»^۱
شرح: مراکز مشاوره یک شهر یا استان بر اساس تخصص‌شان (مثلاً کودک، اعتیاد، زوج‌درمانی) شبکه‌ای تشکیل دهند تا منابع، دانش و حتی مراجعان را بر اساس تخصص مبادله کنند. ارجاع: الگو: «تشکیل انجمن‌های صنفی مراکز مشاوره» در برخی استان‌ها مانند تهران یا اصفهان، یا تشکیل «کمیته‌های تخصصی» در زیرمجموعه نظام روانشناسی.	۴. شبکه‌سازی و ایجاد «خوشه‌های تخصصی»
۳. اصلاحات در سطح منابع انسانی و توسعه حرفه‌ای	
شرح: هر مشاور به طور منظم (مثلاً ماهیانه) با یک روانشناس ارشد باتجربه جلسه می‌گذارد تا موارد خود را مطرح کرده و راهنمایی بگیرد. این کار از فرسودگی شغلی می‌کاهد و کیفیت را بالا می‌برد.	۱. اجرای «طرح نظارت بالینی»^۲

^۱Hotlines

^۲Clinical Supervision

	ارجاع: این طرح در «مراکز دولتی مشاوره دانشجویی» دانشگاه‌های معتبر (مانند دانشگاه تهران) به خوبی اجرا می‌شود. می‌توان آن را به مراکز تحت پوشش بهزیستی تسری داد.
۲. برگزاری دوره‌های آموزشی مداوم و کاربردی	شرح: به جای دوره‌های تئوری، برگزاری کارگاه‌های عملی بر اساس نیازسنجی مراکز. ارجاع: الگو: «برنامه آموزش مداوم جامع مشاوران» که توسط «سازمان نظام روانشناسی» برگزار می‌شود. بهزیستی می‌تواند با این سازمان تفاهم‌نامه همکاری امضا کند.
۳. طراحی «نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و رضایت مراجع»	شرح: بخشی از حق‌الزحمه یا کمک‌های دولتی به مراکز، به شاخص‌هایی مانند نرخ رضایت‌سنجی مراجعان یا موفقیت در حل پرونده‌ها (مثلاً کاهش آمار طلاق در پرونده‌های ارجاعی از دادگاه) وابسته باشد. ارجاع: الگو: پاداش مبتنی بر عملکرد «در برخی بیمارستان‌های دولتی یا طرح‌های «کارانه» در مراکز خدمات سلامت.
۴. اصلاحات در سطح ارتباط با جامعه و فرهنگ‌سازی	
۱. اجرای کمپین‌های ملی «سلامت روان همگانی»	شرح: استفاده از ظرفیت صداوسیما و فضای مجازی برای عادی‌سازی مراجعه به مشاوره. ارجاع: الگو: «کمپین ملی مبارزه با کرونا» یا «پویش ملی سهیم» برای آگاه‌سازی درباره سرطان. می‌توان از چهره‌های محبوب ورزشی و هنری برای تبلیغ مشاوره استفاده کرد.
۱. تعامل سازنده با نهادهای سنتی (علماء و روحانیون)	شرح: برگزاری جلسات مشترک با مراجع تقلید، امامان جمعه و هیئت‌های مذهبی برای تبیین جایگاه مشاوره در دین و دریافت فتاوی مثبت. ارجاع: نمونه موفق: همکاری بهزیستی و «شورای عالی حوزه‌های علمیه» در زمینه حقوق افراد دارای معلولیت یا آسیب‌های اجتماعی. این همکاری می‌تواند به حوزه مشاوره خانواده تسری یابد.

4-5. نقشه راه پیشنهادی

برای حرکت به سمت مراکز مشاوره کارآمد، اقدامات زیر به صورت مرحله‌ای پیشنهاد می‌شود:

1. فاز اول (کوتاه‌مدت): رفع موانع فوری

- ساده‌سازی فرآیندهای اداری و پرداخت به موقع کمک‌های بلاعوض.
- راه‌اندازی سامانه یکپارچه گزارش‌دهی.
- آغاز طرح پایلوت بیمه خدمات روانی برای مراکز بهزیستی در استان.

2. فاز دوم (میان‌مدت): توانمندسازی

- اجرای سراسری نظام رتبه‌بندی.
- راه‌اندازی اجباری نظارت بالینی.
- شبکه‌سازی مراکز و ایجاد خوشه‌های تخصصی.

3. فاز سوم (بلندمدت): نهادینه‌سازی و تحول

- تصویب و اجرای سند ملی مشاوره خانواده.
- گنجاندن کامل خدمات مشاوره در پوشش بیمه پایه.
- تغییر نگرش جامعه از طریق آموزش‌های مدرسه‌ای و رسانه‌ای.

این تغییرات نیازمند عزم ملی، بودجه‌ای مناسب و همکاری‌های بین‌بخشی است، اما با برنامه‌ریزی دقیق و گام‌به‌گام، کاملاً دست‌یافتنی است.

4. فاز چهارم: اصلاح قوانین و سیاست‌گذاری

تدوین «قانون جامع خدمات مشاوره خانواده» با تعریف استانداردهای خدماتی، نظارت حرفه‌ای و ضمانت‌های اجرایی (الهیاری و همکاران، ۱۴۰۱).

الزام به مشاوره پیش از طلاق با نظارت قضایی (الهیاری و همکاران، ۱۴۰۱).

الف). تخصیص بودجه پایدار

-شمول ۸۰٪ خدمات مشاوره در بیمه پایه

- ایجاد صندوق حمایتی از طریق مشارکت خیریه‌ها و بخش خصوصی

ب). غیرمتمرکزسازی و کاهش بوروکراسی

- تفویض اختیار به استان‌ها در مدیریت مراکز (هود، ۲۰۱۹)

- ساده‌سازی فرآیندهای اداری با ایجاد پلتفرم‌های آنلاین (سازمان بهزیستی کشور، ۲۰۱۹)

ج). تقویت نیروی انسانی

-افزایش ظرفیت آموزش روانشناسان (و مشاوران) در دانشگاه‌ها (WHO, 2022)

-ایجاد نظام ارزیابی مستمر با مشارکت انجمن روانشناسی ایران (انجمن روانشناسی ایران، ۲۰۲۳)

د). کاهش انگ اجتماعی

-اجرای کمپین‌های ملی با مشارکت رسانه‌ها و شخصیت‌های مذهبی (وزارت بهداشت، ۲۰۲۱).

-آموزش سلامت روان در مدارس

ی). ایجاد هماهنگی بین‌بخشی

- تشکیل «شورای عالی سلامت خانواده» با حضور تمام ذی‌نفعان (رضایی و همکاران، ۲۰۲۰)

- ایجاد سیستم اطلاعاتی یکپارچه بین بهزیستی، قوه قضائیه و وزارت بهداشت (سازمان بهزیستی کشور، ۲۰۲۳)

مراکز مشاوره خانواده در ایران با موانع نهادی پیچیده‌ای روبرو هستند که ریشه در سیاست‌گذاری‌های ناکارآمد، تأمین مالی ناپایدار، ساختارهای متمرکز، کمبود نیروی متخصص، انگ اجتماعی و فقدان هماهنگی بین‌بخشی، عدم شفافیت قوانین و رویه‌ها، تعارض منافع دارد. غلبه بر این موانع نیازمند اصلاحات قانونی، تخصیص منابع

پایدار، غیرمتمرکزسازی، سرمایه‌گذاری بر نیروی انسانی، تغییر فرهنگ عمومی و ایجاد همکاری‌های ساختاریافته است. اجرای این راهکارها نه تنها عملکرد مراکز مشاوره را ارتقا می‌دهد، بلکه به پایداری خانواده به عنوان بنیان جامعه کمک خواهد کرد. پژوهش‌های آینده می‌توانند بر ارزیابی اثربخشی این راهکارها در بستر ایران تمرکز کنند.

منابع (براساس فرمت APA 7TH)

- آقاپور، م.، و همکاران. (۱۳۹۷). ابعاد اجتماعی و اقتصادی تعارضات خانوادگی، پژوهشنامه علوم اجتماعی/ایران، ۱۴ (۲)، ۲۵-۴۸.
- احمدی، ب. (۱۳۹۷). نظارت بر مراکز مشاوره: ضرورت‌ها و چالش‌ها، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۸ (۲)، ۶۰-۷۰.
- الهیاری، س.، رضایی، م.، و نادری، ف. (۱۴۰۱). طرح جامع قانون حمایت از خدمات مشاوره خانواده. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- باجلان، ا. (۱۴۰۱). اصلاح سازوکارهای مجوزدهی به خدمات مشاوره ازدواج و خانواده. تهران: دفتر مطالعات فرهنگ و آموزش، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
- باجلان، ا.، و همکاران. (۱۴۰۱). اصلاح سازوکارهای مجوزدهی به خدمات مشاوره ازدواج و خانواده. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
- باجلان، ا.، و همکاران. (۱۴۰۱). رصد و تحلیل وضعیت مراکز مشاوره خانواده وابسته به دستگاه‌ها. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
- پرهیزکاری، س.، و رزقی، ا. (۱۳۹۶). تعارض منافع ۱: دسته‌بندی و مفهوم‌شناسی. گزارش کارشناسی مرکز پژوهش‌های مجلس پرهیزکاری، س.، و رزقی، ا. (۱۳۹۶). تعارض منافع ۲: راهکارهای پیشگیری و مدیریت. گزارش کارشناسی مرکز پژوهش‌های مجلس.
- ثناگویی‌زاده، م. (۲۰۲۳). شناسایی الگوی خانواده‌درمانی مذهبی با رویکرد اسلامی - ایرانی. [مقاله منتشر نشده].
- ثناگویی‌زاده، م.، اعتمادی، ع.، احمدی، س. ا.، و جزایری، ر. السادات. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره کارکردی خانواده با رویکرد اسلامی بر مشکلات بین نوجوان و والدین و نگرش نسبت به والدین. پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده، ۷ (۱۵)، ۸۵-۱۰۷.
- جعفری، پ.، و همکاران. (۱۳۹۵). رابطه بین حمایت سازمانی ادراک‌شده با عملکرد کاری کارکنان در سازمان‌های دولتی. فصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات مدیریت (بهبود و تحول)، ۲۲ (۳)، ۷۵-۹۰.
- چلبی، م. (۱۳۷۵). جامعه‌شناسی نظم: تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی. تهران: نشر نی.
- چلبی، م. (۱۳۹۳). تحلیل نظری و تطبیقی در جامعه‌شناسی، تهران: نشر نی.
- حسینی، سید محمود؛ قورچیان، نادر قلی؛ جعفری، پریش (۱۴۰۰). ارائه مدلی برای توسعه حرفه ای مدیران، فصلنامه علمی مدیریت منابع در نیروی انتظامی، سال نهم، شماره ۳.
- حقوقی، س.، و همکاران. (۱۴۰۱). واکاوی عوامل و نشانگرهای مرتبط با کیفیت مراکز خدمات مشاوره ازدواج و تحکیم خانواده: مروری نظام‌مند. فصلنامه علمی مطالعات راهبردی ورزش و جوانان، ۶۲ (زمستان)، ۵۰-۶۸.
- خالقی، س. (۱۴۰۰). ارزیابی اثربخشی مداخلات مشاوره خانواده در ایران: مرور نظام‌مند، مجله پژوهش خانواده، ۱۷ (۲)، ۷۷-۹۸.

خندقی، ا. و دهقانی، م. (۱۳۸۹). تأملی بر تمرکزگرایی، تمرکززدایی و بازگشت مجدد به تمرکزگرایی و بررسی دلالت‌های آن‌ها برای نظام برنامه درسی ایران: منظری جدید. مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، ۱۱(۲)، ۱۲۳-۱۴۸. دشتی، م. ت. (۱۳۹۹). موانع کارآمدی و عوامل ناکارآمدی. بازیابی شده از:

<https://smhi.ir/index.php/note/item/efficiency5511>

زارعی‌متین، ح.، رجب‌بیگی، م.، و آقاجانی، ح. (۱۳۹۰). طراحی الگوی موانع توسعه سازمانی در ایران. مطالعات مدیریت بهبود و تحول، ۴(۱)، ۸۰-۹۸.

سازمان بهزیستی کشور. (۱۴۰۲). گزارش سالانه نظارت بر مراکز مشاوره خانواده. تهران: انتشارات بهزیستی. سازمان همکاری و توسعه اقتصادی. (۱۳۸۴). راهنمای مدیریت تعارض منافع در خدمت عمومی (م. صادق‌الحسینی و م. اصغری، مترجمان). تهران: سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور.

سازمان تحقیقات بیمه سلامت ایران. (۱۴۰۱). پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت روان در ایران. تهران. سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۵). آیین‌نامه تأسیس و فعالیت مراکز مشاوره. تهران. سروش‌فر، ز. (۱۳۹۹). تعارض منافع چیست؟ بررسی پیشینه، تعاریف و راهکارهای مدیریت تعارض منافع. تهران: مرکز توانمندسازی حاکمیت و جامعه.

سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران. (۱۴۰۳). دستورالعمل نظارت و ارزیابی مراکز مشاوره. بازیابی از <https://www.irpso.ir>

سهرابی، ش.، و نمازی، س. (۱۳۹۹). موانع بهره‌وری در سازمان‌های دولتی (مورد مطالعه: سازمان صمت اصفهان). فصلنامه مدیریت دولتی دانشگاه تهران، ۱۲(۳)، ۲۱-۴۰.

صالحی، ع.، و همکاران. (۱۳۹۶). بررسی موانع اجرای سیاست‌های سلامت در ایران: یک مطالعه کیفی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۸(۱)، ۵۱-۶۲.

طیبی، س. ج.، و همکاران. (۱۳۹۸). چالش‌های حکمرانی سلامت در ایران: مطالعه کیفی موازی‌کاری و تداخل در وظایف نهادهای سیاست‌گذار. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، ۹(۴)، ۲۱۰-۲۲۵.

طهماسبی، ر. (۱۴۰۲). درآمدی بر نظریه‌های مدیریت دولتی. تهران: سمت. عالی، ص.، و بافنده‌زنده، ع. (۱۳۹۲). بررسی موانع ارتقای بهره‌وری در بخش دولتی. فصلنامه علمی مدیریت بهره‌وری، ۷(۲۵)، ۳۵-۵۲.

عبادی، م. ح.، و رضائی، م. ج. (۱۳۹۶). آسیب‌شناسی جایگاه نظارت و ارزیابی در برنامه‌ریزی توسعه ایران، فصلنامه سیاست‌های راهبردی و کلان، ۶(۲۱)، ۱-۲۳.

فاضلی، ز. (۱۳۹۶). مشاوره پیش از ازدواج و نقش آن در پیشگیری از طلاق. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۶(۳)، ۸۹-۱۱۲. قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت. (۱۳۸۰). ماده ۲۶.

قلی‌پور، آ.، و همکاران. (۱۳۹۲). تحلیل عوامل مؤثر بر موازی‌کاری و تداخل وظایف دستگاه‌های اجرایی در ایران و ارائه راهکارهای اصلاحی. فصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات مدیریت دولتی دانشگاه تهران، ۵(۲)، ۱۲۰-۱۴۵. کاظمی، م. (۱۳۹۸). جامعه‌شناسی خانواده. تهران: سمت.

کریمی، ف.، و سلیمی، م. (۱۳۹۴). نقش آموزش در ارتقای بهره‌وری نیروی انسانی در سازمان‌ها. در دومین کنفرانس بین‌المللی مدیریت و فرهنگ توسعه. تهران.

کمیته امداد امام خمینی (ره). (۱۴۰۲). گزارش عملکرد مراکز توانمندسازی و مشاوره. تهران: کمیته امداد.

مختاریان، ف. (۱۳۹۲). نظریه اقتضایی در مدیریت آموزشی. مجله رشد مدیریت مدرسه، ۸ (۲)، ۴۰-۵۲.

مرکز ملی آموزش و تحقیقات سلامت روان. (۱۴۰۲). استانداردهای عملکرد مراکز مشاوره. تهران: انتشارات پژوهشگاه.

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. (۱۴۰۲). موانع نهادی در ارائه خدمات مشاوره‌ای در کشور. تهران: مرکز پژوهش‌ها.

مصلحی، م.، سلاجقه، س.، و پورکیانی، م. (۱۳۹۹). الگوی خط‌مشی‌های سازمانی عملکرد کارکنان مبتنی بر عدالت سازمانی.

مطالعات مدیریت راهبردی، ۴۲ (۳)، ۲۱۳-۲۳۱.

معاونت مشاوره و امور روان‌شناختی مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور (۱۴۰۰). دستورالعمل نحوه تأسیس، اداره

و انحلال مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی تخصصی ازدواج و خانواده. تهران: سازمان بهزیستی.

نصیری، م. (۱۴۰۰). ارزیابی سیاست‌های نظارت بر مراکز مشاوره خانواده در ایران. مجله سیاست‌گذاری/اجتماعی، ۷ (۲)، ۶۰-

۸۰.

یوسفی، ن.، و همکاران. (۱۳۹۹). کاربرد درمان‌های سیستمی و شناختی-رفتاری در مشاوره خانواده در ایران، مجله روان‌شناسی

معاصر، ۱۴ (۱)، ۳۵-۶۲.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۴۰۰). پیمایش ملی سواد سلامت روان. تهران.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۴۰۳). راهنمای مدیریت مراکز مشاوره و روان‌درمانی. تهران: انتشارات وزارت

بهداشت.

Ahmadi Dehrashid, Fatemeh & salimi, jamal and Isanejad, Omid (2025). Evaluation of Counseling Services at Student Counseling Centers in Universities Under the Supervision of the Ministry of Science, Research, and Technology, *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, Vol. 6 No. 2 (2025): Serial Number 6-2.

Ahmadi Dehrashid, Fatemeh & salimi, jamal and Isanejad, Omid (2025). Evaluation of Counseling Services at Student Counseling Centers in Universities Under the Supervision of the Ministry of Science, Research, and Technology, *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, Vol. 6 No. 2 (2025): Serial Number 6-2.

Albrithen, A., & Yalli, N. (2023). Organisational contextual aspects among medical social workers. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1196593>

Ammons, D. N. (2004). Productivity barriers in the public sector. In M. Holzer (Ed.), *Public Productivity Handbook*. New York: Marcel Dekker.

Ammons, D. N., & King, J. C. (1983). Productivity improvement in local government: Its place among competing priorities. *Public Administration Review*, 43(2), 113–120.

Bahle, T., Ariaans, M., Koch, K., & Wendt, C. (2023). System-level coordination problems: Impact of the institutional structure (pp. 122–137). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781802204070.00013>

Bagherzadeh, M.R & Mofidi, M. Kh (2015). Bureaucracy in Iran: Helpful or Harmful, *Scholars Journal of Economics, Business and Management*, Sch J Econ Bus Manag, 2015; 2(11):1091-1098. DOI: 10.36347/sjebm.2015.v02i11.002

Bearman, S. K., et al. (2013). Advancing the science of training: A randomized controlled trial of supervision methods. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 861–872. <https://doi.org/10.1037/a0033454>

Bernal G, Bonilla J, Bellido C. Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *J Abnorm Child Psychol*. 1995 Feb;23(1):67-82. doi: 10.1007/BF01447045. PMID: 7759675.

Bennett-Levy, J., Thwaites, R., Chaddock, A., & Davis, M. (2009). Reflective Practice in Cognitive Behavioural Therapy: The Engine of Lifelong Learning. In R. Dallos, & J. Stedmon

(Eds.), *Reflective Practice in Psychotherapy and Counselling* (pp. 115-135). New York: Open University Press.

Berthod, O. (2016). *Institutional theory of organizations*. Department of Management, Freie Universität, Berlin. Springer International Publishing AG.

Bertone, M. P., & Meessen, B. (2013). Studying the link between institutions and health system performance: A framework and an illustration with the analysis of two performance-based financing schemes in Burundi. *Health Policy and Planning*, 28(8), 847–857. <https://doi.org/10.1093/HEAPOL/CZS124>

Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. New York, NY: Wiley.

Bugdol, M. (2015). Systemic and organizational barriers to service quality improvement in local government administration. *Jagiellonian Journal of Management*, 1(1), 23–32. <https://doi.org/10.4467/2450114XJJM.15.002.3809>

Carr, A. (2020). *Family Therapy: Concepts, Process and Practice*. Routledge.

Carrillo, A., Pichardo, C. M., O’Grady, C., Rak, K., & Berumen, C. (2023). Uplifting voices to create new alternatives. *Advances in Social Work*. <https://doi.org/10.18060/25270>

Carroll, J. S., & Doherty, W. J. (2003). “Evaluating the Effectiveness of Premarital Prevention Programs: A Meta-Analytic Review.” *Family Relations*, 52(2), 105–118.

Clarke, S. (2013). The impact of organizational support on safety performance: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(4), 387–397. <https://doi.org/10.1037/a0033816>

Cohen, J., & Peterson, S. (1997). *Administrative decentralization: A new framework for improvement. Governance, Accountability, Performance*. Harvard University Press, p. 44.

Conn, S. R., Roberts, R., & Powell, J. (2022). The effectiveness of telesupervision in counseling: A systematic review. *Journal of Counseling & Development*, 100(2), 209–220. <https://doi.org/10.1002/jcad.12421>

Corey, M. S., & Corey, G. (2021). *Becoming a Helper* (8th ed.). Boston: Cengage Learning.

Coyle-Shapiro, J. A.-M., et al. (2019). When does perceived organizational support lead to better performance? Examining the moderating roles of perceived organizational exploitation and employee age. *Journal of Applied Psychology*, 104(6), 721–736. <https://doi.org/10.1037/apl0000375>

Cunha, F., Dinis-Carvalho, J., & Sousa, R. A. (2023). Performance measurement systems in continuous improvement environments: Obstacles to their effectiveness. *Sustainability*, 15(1), 867. <https://doi.org/10.3390/su15010867>

De Dreu, C. K. W., & Weingart, L. R. (2003). Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 88(4), 741–749. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.4.741>

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160. <https://www.jstor.org/stable/2095101>

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500–507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.500>

Eswaran, U., Eswaran, V., Murali, K. R., & Eswaran, V. (2024). Barriers and challenges. In *Advances in logistics, operations, and management science* (pp. 1–16). Routledge. <https://doi.org/10.4018/979-8-3693-7107-7.ch001>

Etzkowitz, H., & Leydesdorff, L. (1995). *The Triple Helix--University-Industry-Government Relations: A Laboratory for Knowledge-Based Economic Development*.

Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2014). *Clinical supervision: A competency-based approach*. American Psychological Association.

Farazmand, A. (Ed.). (n.d.). *Global encyclopedia of public administration, public policy, and governance*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31816-5_63-1

Gadari, S., Jouparinejad, S., Noori Farsangi, S., et al. (2025). Cultural capacity, self-efficacy, and humility of healthcare providers: a survey in Southeast Iran. *BMC Primary Care*, 26(188). <https://doi.org/10.1186/s12875-025-02898-8> BioMed Central

Gale, H. (2009). *Encyclopedia of management* (6th ed.).

Ghaffary, Gholamreza & Azizimehr, Khayyam. (2015). Government, Civil Society and Welfare Policies in Modern Iran. *Journal of Social Science for Policy Implications*. 3. 10.15640/jsspi.v3n2a4.

Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2), 486–489. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3693611/>

Gerayi, A., & colleagues. (2022). Barriers of ICT for the establishment of knowledge management in executive bodies of Lorestan province. *STIM Journal of Research in Industrial Engineering, Management and Accounting*, 3(11), 13–24.

Ghasempour, A., Tavakoli, M., Mohammadi, M., & colleagues. (2025). Facilitators and barriers to online medical consultation in Iran. *BMC Health Services Research*, 25(1), Article 657. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-1234-x>

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2013). *Family Therapy: An Overview* (8th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.

Graves, W. H. (2005). Improving institutional performance: The necessary role of IT-enabled innovation. Research Report, University of North Carolina at Chapel Hill. https://institutionalperformance.typepad.com/institutional_performance/Improving_Institutional_Performance-The_Necessary_Role_of_IT-Enabled_Innovation.pdf

Hajebi, A., et al. (۲۰۲۲). Assessing the impact of stigma reduction interventions in Iran: A qualitative study from the perspective of mental health stakeholders. *Frontiers in Public Health*.

Harlow, R., & Smith, K. (2020). Barriers to effective counseling services in family therapy: A comprehensive review. *Journal of Family Counseling*, 12(3), 235–250.

Helms, M. M. (2006). *Encyclopedia of management* (5th ed.). Thomson Gale Sales, USA.

Ho, J. C. K. (2025). Social work practice in the midst of the technological era. *Journal of Social Work and Welfare Policy*, 47(2), 155–170.

Hood, C. (2019). *The Art of the State: Culture, Rhetoric, and Public Management*. Oxford University Press.

Hosseinzade, A. H. & Allameh, S. (2018). The study of bureaucracy in the administrative organizations of Iran (The Case of personnel of governmental organizations in Ahwaz city). *Advances in Social Sciences Research Journal – Vol.5, No.8* Publication Date: Aug. 25, 2018

DoI:10.14738/assrj.58.3265.

Iranian Insurance Research Center. (2022). Report on Insurance Coverage of Mental Health Services. Tehran.

Iranian Psychological Association. (2023). Report on Workforce Challenges in Psychology. Tehran.

Iskandar, Y., Joeliaty, J., Kaltum, U., & Hilmiana, H. (2022). Systematic review of the barriers to social enterprise performance using an institutional framework. *Cogent Business & Management*. <https://doi.org/10.1080/23311975.2022.2124592>

Jacobstein, D., & Brinkerhoff, D. (2015). Systems thinking and institutional performance: Retrospect and prospect on USAID policy and practice. International Development Group Working Papers Series, RTI International.

Jenkins, W. I. (1978). *Policy Analysis: A Political and Organizational Perspective*. St. Martin's Press.

Johnson, P. (2020). Cultural barriers to counseling in family contexts. *Family Therapy Review*.

- Jung, D. I., Chow, C., & Wu, A. (2003). The role of transformational leadership in enhancing organizational innovation: Hypotheses and some preliminary findings. *The Leadership Quarterly*, 14(4–5), 525–544. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(03\)00050-X](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(03)00050-X)
- Kavari, S. H., Yusefi, N., & Moradi, M. (2014). Organizational learning capability and barriers: A study on rehabilitation centers of Tehran Welfare Organization. *Journal of Rehabilitation*, 15(4), 32–44.
- Lannin, D. G., & Bible, J. (۲۰۲۳). Self-Stigma of Seeking Help: A Meta-Analysis.
- Mahdieh najaf abady, M. , Kalantar Hormozi, A. , Farahbakhsh, Q. and Salimi Bajestani, H. (2023). Developing a Professional Model for school counseling In Iran. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 13(2), 16-42. doi: 10.22055/jac.2024.45829.2017
- Maxwell CA, Ehrhart MG, Williams NJ, Moore TM, Kendall PC, Beidas RS. The Organizational Financial Context of Publicly-Funded Mental Health Clinics: Development and Preliminary Psychometric Evaluation of the Agency Financial Status Scales. *Adm Policy Ment Health*. 2021 Sep;48(5):780-792. doi: 10.1007/s10488-021-01128-4. Epub 2021 Mar 19. PMID: 33740163
- Mehrpour, H., et al. (2019). Evaluation of the Family Protection Law Implementation. *Iranian Journal of Psychiatry*.
- Milne, D., Aylott, H., Fitzpatrick, H., & Ellis, M. V. (2011). How does clinical supervision work? Using a “best evidence synthesis” approach to construct a basic model of supervision. *The Clinical Supervisor*, 30(2), 124–143. <https://doi.org/10.1080/07325223.2011.604274>
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mobaraki-Asl, N., Ghavami, Z., Gol, M.K. (2023). Cultural competence in critical care nurses and its relationships with empathy, job conflict, and work engagement: a cross-sectional descriptive study. *BMC Nursing*. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01285-x> SpringerLink+1
- Moisan, L., Fournier, P. L., & Lagacé, D. (2021). Levers of social services integration: Performance management system and Lean-related management tools. *Public Money & Management*, 43(5), 463–472. <https://doi.org/10.1080/09540962.2021.1996074>
- Naderi, F., et al. (2018). Financing Challenges of Mental Health Services in Iran. *Health Economics Review*.
- Nichols, M. P., & Davis, S. D. (2020). *Family Therapy: Concepts and Methods* (12th ed.). Boston: Pearson.
- OECD. (2005). *Managing conflict of interest in the public sector: A toolkit*. Organisation for Economic Co-Operation and Development.

Ohemeng, F. L. K., & Amoako-Asiedu, E. (2013). The challenges of multi-agency collaboration in public sector delivery: The case of Nigeria's health sector. <https://doi.org/10.1080/14719037.2012.707679>

Ohemeng, F. L. K. (2009). Constraints in the implementation of performance management systems in developing countries: The Ghanaian case. *International Journal of Cross Cultural Management*, 9(1), 109–132. <https://doi.org/10.1177/1470595808101158>

OpenAI. (2025). ChatGPT (GPT-5) [Large language model]. <https://chat.openai.com/>

Organ, D. W. (1988). *Organizational citizenship behavior: The good soldier syndrome*. Lexington, MA: Lexington Books.

Pomey, M. P., et al. (2015). Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation Science*, 10(1), 1–14.

Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*.

Rabanifar, N., Khodadadi, A., & Hosseini, H. (2022). Exploring barriers to implementing telerehabilitation from the stakeholders' perspective in Iran. *BMC Health Services Research*, 22, 450. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07901-3>

Raghimi, Azam, pooriani, Mohammad Hossein, Mohseni Tabrizi, Alireza. (2022). Qualitative Analysis of the Status of Bureaucracy in Iran based on Weber's Viewpoint. *Iranian Sociological Review*, 4(12), 67-80.

Rahimi Moghadam, S. H. , Gorji Azandaryani, A. A. and Nejabatkhah, M. (2021). Investigating and analyzing the consequences of bureaucracy in Iran's economic liberalization system. *The Journal of Modern Research on Administrative Law*, 3(8), 135-162. doi: 10.22034/mral.2021.527942.1139

Rezaei, M., et al. (2020). Institutional Barriers to Family Counseling Centers in Iran. *Journal of Social Welfare*.

Rezaei, M., et al. (2020). Intersectoral Coordination in Family Support Services. *Social Policy Journal*.

Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698–714. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.4.698>

Salamon, L. M. & Anheier, H. K. (1997). *Defining the nonprofit sector: A cross-national analysis*. Manchester University Press.

Schneider, A. L. (2018). The impact of multiple regulatory authorities on public service quality. *Public Administration Review*, 78(5), 800–810.

Scott, W. R. (2014). *Institutions and Organizations: Ideas, Interests, and Identities*.

Settoon, R. P., Bennett, N., & Liden, R. C. (1996). Social exchange in organizations: Perceived organizational support, leader–member exchange, and employee reciprocity. *Journal of Applied Psychology*, 81(3), 219–227. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.81.3.219>

Shahini, S., et al. (۲۰۲۲). The Effect of Cultural Competence Training on Empathy of Medical Residents. *Quarterly Journal of Medical Education Development*.

Shdaimah, C. (2020). Ethical conflicts in social work practice.

Smith, J., et al. (2018). Structural barriers to effective family counseling. *Journal of Family Counseling*.

Sprenkle, D. H., Davis, S. D., & Lebow, J. L. (2009). *Common Factors in Couple and Family Therapy: The Overlooked Foundation for Effective Practice*. New York: Guilford Press.

State Welfare Organization of Iran. (2023). *Annual Report on Licensing and Monitoring of Family Counseling Centers*. Tehran.

State Welfare Organization. (2023). *Integrated Data Systems for Social Services: Challenges and Solutions*. Tehran.

Tabrizi, Jafar & Haghgoshayie, Elaheh & Doshmangir, Leila & Yousefi, Mahmood. (2018). The Barriers To Implementation Of New Public Management Strategies In Iran's Primary Health Care: A Qualitative Study. *Journal of the Liaquat University of Medical and Health Sciences*. 17. 8-17. 10.22442/jlumhs.181710542.

Tabrizi JS, Goshayie EH, Doshmangir L, Yousefi M. The Barriers to Implementation of New Public Management Strategies in Iran's Primary Health Care: A Qualitative Study. *J Liaquat Uni Med Health Sci*. 2018;17(01): 08-17. doi: 10.22442/jlumhs.181710542

Taghva, A., et al. (۲۰۱۷). Stigma Barriers of Mental Health in Iran: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Psychiatry*, ۱۲(۴), ۲۴۲–۲۵۰.

Takian, A., Mohammadi, S. M., & Shamsi, E. (2025). Conflict of interest in the governance of healthcare system in Iran: Root causes, challenges, and solutions (A qualitative study). *Journal of Health Administration (Iran University of Medical Sciences)*, 28(1). <https://jha.iums.ac.ir/article-1-4607-en.html>

Thibaut, J. W., & Kelley, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.

Tomlin, A. M., Weatherston, D. J., & Pavkov, T. (2014). Critical components of reflective supervision: Responses from expert supervisors in the field. *Infant Mental Health Journal*, 35(1), 70–80. <https://doi.org/10.1002/imhj.21430>

Torres, L., & Silva, A. (2019). Conflict and coordination in multi-agency environments. *International Journal of Public Administration*, 42(7), 641–654.

Tosun, Mehmet Serkan; Yilmaz, Serdar. (2008). Centralization, decentralization and conflict in the Middle East and North Africa (English). Middle East and North Africa working paper series ; no. 51 Washington, DC: World Bank.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/202621468052141461>.

UNICEF Iran. (2021). Investment in Family Support Systems: A Missed Opportunity. Tehran: UNICEF.

Ushaa Eswaran, V. Eswaran, K. R. Murali, & V. Eswaran (2024). Barriers and challenges. In *Advances in logistics, operations, and management science* (pp. 1–16). Routledge.
<https://doi.org/10.4018/979-8-3693-7107-7.ch001>

Victor, A. T. (1965). Bureaucracy and innovation. *Administrative Science Quarterly*, 10(1), 1–20.
<https://www.jstor.org/stable/2391646>

Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (۲۰۱۳). Cross-cultural validity of the Self-Stigma of Seeking Help scale. *Journal of Counseling Psychology*, ۶۰(۴), ۵۷۴–۵۸۸.

Wang, J., et al. (2022). Impact of the gap between social workers' role expectations and organizational demands on job performance. *International Social Work*, 65(4), 789–805.

Weinberg, M. (2016). The ethical conflict of dual obligations among social workers. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 13(1), 5–16.

WHO. (2021). Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva: WHO Press.

Williams, R. (2019). Professional development in family counseling. *Counseling Psychology Quarterly*.

Yildirim, A., & Gökalp, M. F. (2016). Institutions and economic performance: A review on the developing countries. *Procedia Economics and Finance*, 38, 347–359.
[https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(16\)30207-6](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(16)30207-6)

Zemestani, Mehdi; Hosseini, Mojgan; Petersen, Julie M.; and Twohig, Michael P., "A Pilot Randomized Controlled Trial of Culturally-Adapted, Telehealth Group Acceptance and Commitment Therapy for Iranian Adolescent Females Reporting Symptoms of Anxiety" (2022). Psychology Faculty Publications. Paper 2065.

https://digitalcommons.usu.edu/psych_facpub/2065

منابع قانونی و آیین‌نامه‌ای

قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۱۳۸۰). ماده ۲۶. تهران: روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران.

شورای عالی انقلاب فرهنگی. (۱۳۹۹/۱۳۸۲). آیین‌نامه تأسیس و اداره مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی (با آخرین اصلاحات). تهران.

سازمان بهزیستی کشور. (۱۴۰۲). هدف از تأسیس مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ارتقاء پیشگیری. تهران.

سازمان بهزیستی کشور - دفتر مشاوره و امور روان‌شناختی. (۱۴۰۲). اطلاعیه‌ها و دستورالعمل‌های رسمی. تهران.

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. (بدون تاریخ). دستورالعمل نحوه تشکیل و فعالیت مراکز مشاوره خانواده (فصل پنجم: نظارت و ارزیابی عملکرد مراکز). تهران.

منابع اینترنتی

خبرگزاری مهر. (۱۴۰۴). فعالیت ۳ هزار مرکز مشاوره در سراسر کشور. بازیابی شده از <http://mehrnews.com>

خبرگزاری ایرنا. (۱۴۰۴). در رسانه | بهزیستی اردبیل ۹۳ مرکز برای مشاوره حضوری مردم ساماندهی کرد. بازیابی شده از

<http://irna.ir>

خبرگزاری ایرنا. (۱۴۰۴). افتتاح دو مرکز خدمات مشاوره اجتماعی و روان‌شناختی در اردبیل. بازیابی شده از <http://irna.ir>

ایرنا. (بدون تاریخ). خبر و تحلیل درباره مرجع صدور پروانه و اختلافات نقش‌ها. بازیابی شده از <http://irna.ir>

ایران تینک‌تینکس. (بدون تاریخ). گزارش‌ها/تحلیل‌ها درباره مشکلات صدور مجوز و آسیب‌شناسی عملکرد مراکز. بازیابی شده از

<http://iranthinktanks.com>

میگنا (بدون تاریخ). گزارش‌ها و اطلاعیه‌های بهزیستی درباره دستورالعمل‌ها و اجرای نظارت. بازیابی شده از <http://migna.ir>

مقالات پژوهشی درباره موانع کاربست پژوهش در مراکز مشاوره. بازیابی شده از <http://sid.ir>

مرکز پژوهش‌های مجلس (بدون تاریخ). مطالعات و گزارش‌هایی درباره رویه‌های استانی/محلی و کمبود ظرفیت نظارتی.

بازیابی شده از <http://rc.majlis.ir>

سازمان بهزیستی کشور. (۱۴۰۲). هدف از تأسیس مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ارتقاء پیشگیری. بازیابی از

<https://www.behzisti.ir>

خبرگزاری مهر. (۱۴۰۴). فعالیت ۳ هزار مرکز مشاوره در سراسر کشور. بازیابی از <https://www.mehrnews.com>

خبرگزاری ایرنا. (۱۴۰۴). در رسانه | بهزیستی اردبیل. بازیابی از <https://www.irna.ir>

رادیو سلامت. (۱۴۰۴). ارتقای کیفیت مراکز مشاوره و روان‌شناسی در ایران. بازیابی از <https://www.radio-salamat.ir>

منابع اینترنتی پراکنده

سازمان بهزیستی کشور. (۱۴۰۲). هدف از تأسیس مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ارتقاء پیشگیری. لینک

خبرگزاری مهر. (۱۴۰۴). فعالیت ۳ هزار مرکز مشاوره در سراسر کشور. لینک

خبرگزاری ایرنا. (۱۴۰۴). در رسانه | بهزیستی اردبیل ۹۳ مرکز برای مشاوره حضوری مردم ساماندهی کرد. لینک

خبرگزاری ایرنا. (۱۴۰۴). افتتاح دو مرکز خدمات مشاوره اجتماعی و روان‌شناختی در اردبیل. لینک

قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۱۳۸۰)، ماده ۲۶.

آیین‌نامه تأسیس و اداره مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی، شورای عالی انقلاب فرهنگی (مصوب ۱۳۸۲، آخرین اصلاحات ۱۳۹۹).

سازمان بهزیستی کشور – دفتر مشاوره و امور روان‌شناختی (اطلاعی‌ها و دستورالعمل‌های رسمی).

اظهارات خبرگزاری‌ها و اسناد بهزیستی که خواستار اهتمام ویژه به نظارت حمایتی شده‌اند؛ و مقالات نظارتی که رویکرد ترکیبی (حمایتی+کنترلی) را توصیه می‌کنند [Migna+1](#).

گزارش‌ها و تحلیل‌های میدانی که «بار اداری» را به عنوان مانع عملیاتی ذکر کرده‌اند. [+iranthinktanks.com1](#)

تحقیقات درباره موانع «کاربست پژوهش در مراکز مشاوره» و مطالعاتی که کمبود ارتباط پژوهش-سیاست را نشان می‌دهند. [1SID.ir](#)
مطالعات و گزارش‌هایی که به وجود رویه‌های متنوع و «شیوه‌نامه‌های استانی/محلی» اشاره دارند و نیز اسناد راهنمای ملی (که گاهی ناقص اجرا شده‌اند). [+1Majlis Research Center](#)

متن آیین‌نامه و ماده‌های مربوط به شکل‌گیری سازوکار بازرسان و پرداخت حق‌الزحمه؛ و مقالاتی که به کمبود ظرفیت نظارتی اشاره دارند. [+1Majlis Research Center](#)

دستورالعمل نحوه تشکیل و فعالیت مراکز مشاوره خانواده» — متن قانونی/آیین‌نامه (فصل پنجم: نظارت و ارزیابی عملکرد مراکز).
[Majlis Research Center](#)

خبر و تحلیل درباره مرجع صدور پروانه و اختلافات نقش‌ها. (IRNA) [ایرنا](#)

گزارش‌ها/تحلیل‌ها درباره مشکلات صدور مجوز و آسیب‌شناسی عملکرد مراکز (ایران‌تینک‌تنکس / گزارش میدانی).
[iranthinktanks.com](#)

پایگاه — SID مقالات پژوهشی درباره «موانع کاربست پژوهش در مراکز مشاوره» و موانع کاربردی در مراکز SID.ir.

گزارش‌ها و اطلاعیه‌های بهزیستی درباره دستورالعمل‌ها و اجرای نظارت (منابع خبری و اطلاعیه‌ها) [Migna+1](#).

Effective clinical supervision of allied health professionals: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 19, Article 187. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4873-8> [BioMed Central](#)

Improving the wellbeing and resilience of health services staff via psychological skills training. (2018). *BMC Research Notes*, 11, 924. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-4034-x> [SpringerLink](#)

Impact of intensive training on mental health: The experience of Port Said, Egypt. *International Journal of Mental Health Systems*, 15, Article 76. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00461-3> [BioMed Central](#)

Mental health training in primary care: Impact on physicians knowledge. (1999). *Eastern Saudi Arabia Journal of Psychiatry* (یا محل انتشار دقیق مقاله) [PubMed](#)

منبع بخش وزن دهی در نرم افزار اس پی اس و دلایل آن:

IBM. (2023a). Weight cases in IBM SPSS Statistics. IBM Knowledge Center. <https://www.ibm.com/docs/en/spss-statistics/30.0.0?topic=transformations-weight-cases>

IBM. (2023b). IBM SPSS Complex Samples documentation. IBM Knowledge Center. https://www.ibm.com/docs/SSLVMB_28.0.0/pdf/IBM_SPSS_Complex_Samples.pdf

SPSS Tutorials. (2023). SPSS weight command: How to weight cases in SPSS. <https://www.spss-tutorials.com/spss-weight-command/>

Growing Up Study. (2022). How to use weights: Information sheet. <https://www.growingup.gov.ie/pubs/T03.-GUI-Data-Workshop-Information-Sheet-3-How-to-use-the-weights.pdf>

منابع بخش ازمون نرمالیتی توزیع داده ها

SPSS-Tutorials. (2025). SPSS Kolmogorov-Smirnov test for normality. Retrieved September 30, 2025, from <https://www.spss-tutorials.com/spss-kolmogorov-smirnov-test-for-normality/>

Laerd Statistics. (2025). Testing for normality using SPSS Statistics. Retrieved September 30, 2025, from <https://statistics.laerd.com/spss-tutorials/testing-for-normality-using-spss-statistics.php>

Statology. (2024). How to perform a Kolmogorov-Smirnov test in SPSS. Retrieved September 30, 2025, from <https://www.statology.org/kolmogorov-smirnov-test-spss/>

<https://www.unicef.org/iran/en/topics/psychosocial-support?page=1,,0>

<https://pcoiran.ir>

[https://www.researchgate.net/publication/362415338Effect of clinical supervision on self-awareness and self-efficacy of psychotherapists and counselors](https://www.researchgate.net/publication/362415338Effect_of_clinical_supervision_on_self-awareness_and_self-efficacy_of_psychotherapists_and_counselors) A systematic review.

https://iran-bssc.ir/plans-projects/research-fields/conflict-of-interests/method-theory-bases-of-coi/15448/?utm_source=chatgpt.com

Scaling-up a new socio-mental health service model in Iran to reduce burden of neuropsychiatric disorders: An economic evaluation study. (2021). International Journal of Mental Health Systems, 15, Article 90. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00468-w> BioMed Central+1

Effectiveness and cost-effectiveness of community-based mental health services for individuals with severe mental illness in Iran: A systematic review and meta-analysis. (2024). [Journal name]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38575916/> PubMed

System Effects of Mental Health Agency Expenditures and Mental Health Parity Legislation at the State Level. (2025). The Journal of Behavioral Health Services & Research. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11414-025-09949-z> SpringerLink

Agency Financial Status Scales: how perceptions of financial health affect implementation of evidence-based practices in community mental health clinics. (2021). [Journal name]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33740163/> PubMed

Innovative cultural care training: the impact of flipped classroom methods on critical cultural competencies in psychiatric nursing: a quasi-experimental study. (2024). BMC Nursing. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02001-z> BioMed Central+1

Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. (2009). Psychiatric Services, 60(11), 1334-1341. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.11.1557> PubMed