

عنوان طرح:

**بررسی میزان رضایت مراجعین از خدمات مراکز مشاوره حضوری
تحت نظارت سازمان بهزیستی هرمزگان و راهکارهای رفع**

مجری طرح:

داوود بهزاد

ناظر طرح:

دکتر اقبال زارعی

به سفارش:

سازمان بهزیستی استان هرمزگان معاونت پیشگیری

سال اجرا:

۱۳۹۵

به نام خداوند جان و خرد

فهرست مطالب

۷.....	چکیده.....
۸.....	۱) فصل اول: کلیات تحقیق.....
۹.....	۱-۱) مقدمه.....
۱۰.....	۱-۲) بیان مسأله.....
۱۱.....	۱-۳) .. ضرورت انجام پژوه.....
۱۲.....	۱-۴) کاربردهای تحقیق.....
۱۳.....	۱-۵) معرفی و تعریف متغیرهای تحقیق.....
۱۴.....	۱-۶) اهداف تحقیق.....
۱۵.....	۱-۷) سوالات پژوهشی.....
۱۶.....	۲) فصل دوم: ادبیات و پیشینه تحقیق.....
۱۷.....	۲-۱) ادبیات موضوع.....
۱۷.....	۲-۱-۱) مفهوم و تعریف مشاوره.....
۱۸.....	۲-۱-۲) تاریخچه مراکز مشاوره.....
۲۲.....	۲-۲) دیدگاه های نظری.....
۲۲.....	۲-۲-۱) رضایت مشتری (خدمات).....
۲۳.....	۲-۲-۲) مدل های رضایت مشتری.....
۲۹.....	۲-۳) پیشینه تحقیقات.....
۲۹.....	۲-۳-۱) تحقیقات خارج از کشور.....
۳۲.....	۲-۳-۲) پیشینه تحقیقات داخل کشور.....
۴۰.....	۳) فصل سوم روش شناسی.....
۴۱.....	۳-۱) نوع تحقیق.....
۴۱.....	۳-۲) جامعه آماری مورد مطالعه.....
۴۱.....	۳-۳) روش نمونه گیری و طریقه محاسبه حجم نمونه.....
۴۲.....	۳-۴) ابزار سنجش.....
۴۴.....	۳-۵) روش اجرای پژوهش.....
۴۵.....	۳-۶) روش تجزیه و تحلیل داده ها.....

فصل چهارم: ارائه یافته ها.....	۴۶
۱-۴) مشخصات دموگرافیک.....	۴۷
۲-۴) اطلاعات مربوط به چگونگی رضایت.....	۵۳
۳-۴) آزمونهای آمار مقایسه ای و همبستگی در متغیرهای مرتبط با رضایت.....	۶۹
فصل پنجم: نتیجه گیری و بحث.....	۷۳
۱-۵) نتیجه گیری و بحث.....	۷۴
۲-۵) محدودیتهای تحقیق.....	۸۲
۳-۵) پیشنهادات.....	۸۳
۴-۵) تشکر و قدردانی.....	۸۵
منابع.....	۸۶

فهرست جداول:

- جدول ۱ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان بر حسب جنسیت
- جدول ۲ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان بر حسب گروه سنی
- جدول ۳ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان بر حسب وضعیت تاهل
- جدول ۴ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان بر حسب وضعیت تحصیلی
- جدول ۵ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان بر حسب وضعیت اشتغال
- جدول ۶ توزیع فراوانی و درصد درآمد خانوار پاسخگویان
- جدول ۷ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان بر حسب تعداد جلسات مشاوره
- جدول ۸ توزیع فراوانی و درصد رضایت کلی پاسخگویان از مراکز مشاوره
- جدول ۹ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین از روشها و مهارت مشاور
- جدول ۱۰ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین از پیامد و نتیجه مشاوره
- جدول ۱۱ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین از قابلیت دسترسی به خدمات
- جدول ۱۲ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین از روال ارائه خدمات
- جدول ۱۳ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین از مدت زمان انتظار
- جدول ۱۴ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به تسهیلات رفاهی و ظاهر مرکز
- جدول ۱۵ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به اطلاع رسانی و تبلیغات مراکز
- جدول ۱۶ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به هزینه خدمات مشاوره
- جدول ۱۷ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به برگزاری کلاسهای آموزشی و مشاوره های
- جدول ۱۸ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به مشخصات مشاور
- جدول ۱۹ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به مدت زمان مشاوره
- جدول ۲۰ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به ساعات کار مراکز
- جدول ۲۱ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به بیمه ای نبودن خدمات مشاوره
- جدول ۲۲ توزیع فراوانی و درصد پیشنهادات مراجعین در رابطه با بهبود خدمات مراکز مشاوره
- جدول ۲۳ آزمون مقایسه میانگین رضایت در بین دو جنس
- جدول ۲۴ آزمون آنالیز واریانس میزان رضایت کلی از مراکز مشاوره بر حسب متغیرهای زمینه ای
- جدول ۲۵ آزمون همبستگی بین میزان رضایت از هزینه ها و بیمه ای نبودن خدمات و با سطح درآمد مراجعین
- جدول ۲۶ آزمون همبستگی بین میزان رضایت کلی با تعداد و سطح درآمد مراجعین
- جدول ۲۷ آزمون مقایسه میانگین رضایت سنجی مراجعین به صورت حضوری و تلفنی

فهرست نمودارها

- نمودار ۱ توزیع درصد پاسخگویان بر حسب جنسیت
- نمودار ۲ توزیع درصد پاسخگویان بر حسب گروه سنی
- نمودار ۳ توزیع درصد پاسخگویان بر حسب وضعیت تاهل
- نمودار ۴ توزیع درصد پاسخگویان بر حسب وضعیت تحصیلی
- نمودار ۵ توزیع درصد پاسخ گویان بر حسب وضعیت اشتغال
- نمودار ۶ توزیع درصد در آمد خانوار پاسخگویان
- نمودار ۷ توزیع درصد پاسخگویان بر حسب تعداد جلسات مشاوره
- نمودار ۸ توزیع درصد رضایت کلی پاسخگویان از مراکز مشاوره
- نمودار ۹ توزیع درصد وضعیت رضایت مراجعین از روشها و مهارت مشاور
- نمودار ۱۰ توزیع درصد وضعیت رضایت مراجعین از پیامد و نتیجه مشاوره
- نمودار ۱۱ توزیع درصد وضعیت رضایت مراجعین از قابلیت دسترسی به خدمات
- نمودار ۱۲ توزیع درصد وضعیت رضایت مراجعین از روال ارائه خدمات
- نمودار ۱۳ توزیع درصد وضعیت رضایت مراجعین از مدت زمان انتظار
- نمودار ۱۴ توزیع درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به تسهیلات رفاهی و ظاهر مرکز
- نمودار ۱۵ توزیع درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به اطلاع رسانی و تبلیغات مراکز
- نمودار ۱۶ توزیع درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به هزینه خدمات مشاوره
- نمودار ۱۷ توزیع درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به برگزاری کلاسهای آموزشی و مشاوره های
- نمودار ۱۸ توزیع درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به مشخصات مشاور
- نمودار ۱۹ توزیع درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به مدت زمان مشاوره
- نمودار ۲۰ توزیع درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به ساعات کار مراکز
- نمودار ۲۱ توزیع درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به بیمه ای نبودن خدمات مشاوره
- نمودار ۲۲ توزیع درصد پیشنهادات مراجعین در رابطه با بهبود خدمات مراکز مشاوره

چکیده:

در کنار تغییرات اجتماعی و پیچیدگی های زندگی شهری همواره شاهد گسترش آسیبها و اختلالات روانی اجتماعی و بالتبع مراکز و نهادهای یاری رسان به اقشار مختلف هستیم. سازمان بهزیستی که متولی فعالیتهای پیشگیرانه در حوزه های سلامت روان بوده است از دیرباز مسئولیت نظارت بر مراکز مشاوره خصوصی را برعهده داشته است. و از آنجایی که یکی از شاخصهای ارزیابی مراکز خدماتی، آگاهی از وضعیت رضایت مندی مراجعین آنهاست از اینرو تحقیق حاضر با این هدف و در جهت رسیدن به راهکارهای پیشنهادی جهت ارتقاء سطح رضایت از مراکز طراحی و به اجرا درآمد. روش اجرای این تحقیق از نوع مطالعات توصیفی و ارزشیابی بوده که با استفاده از فرمول کوکران و روش نمونه گیری طبقه ای حجم نمونه ای قریب به ۳۶۱ نفر را تعیین و در هفت شهرستان و جمعاً ۱۶ مرکز و دفتر مشاوره خصوصی در استان هرمزگان مورد بررسی قرار داد. ابزار سنجش، مقیاس رضایت از خدمات گرینفیلد و اتکینسون (۳۰- SSS) بود که در دو گروه مراجعین که در زمان تحقیق در حال دریافت خدمات بوده و آن دسته که جلسات خود را در طول یک سال گذشته پشت سر گذاشته بودند، به اجرا درآمد.

یافته ها نشان داد مراجعین زن مراکز مشاوره دو برابر مردان بوده با میانگین سنی ۲۹ سال، اکثریت مراجعین متأهل و دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم بوده اند، نیمی از مراجعین مراکز مشاوره شاغل بوده و اکثریت درآمدی در حد متوسط داشته اند. اکثریت بین ۱ تا ۳ جلسه مشاوره داشته اند و ۵۷٫۸ درصد از مراکز مشاوره اظهار رضایت کلی کرده اند. عمده نارضایتی مراجعین شامل مواردی از جمله وضعیت بیمه ای نبودن خدمات مشاوره، هزینه های پرداختی، اطلاع رسانی و تبلیغات، مدت زمان انتظار برای گرفتن نوبت و دسترسی به خدمات بوده است. در نتیجه گیری می توان گفت از آنجایی که عوامل فرایندی و موقعیتی در ارائه خدمات مراکز بیشتر مورد انتقاد مراجعین بوده است لذا برنامه ریزی جهت تخصیص اعتبارات به مراکز در جهت رفع موانع و مشکلات آنها و از سویی سازمان دهی مناسب امکانات و نیروهای انسانی جهت ارتقای کیفیت خدمات رسانی به اقشار مختلف امری اجتناب ناپذیر می نماید.

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱) مقدمه:

انسانها به عنوان موجوداتی اجتماعی همواره با شرایط سخت و چالشهایی در زندگی شان مواجه بوده‌اند که آنان را نیازمند یاری جستن از دیگران می ساخته است. آنان برای غلبه بر مشکلات شان از کسانی طلب کمک می نمودند که ذیصلاح بوده و مورد وثوق و اطمینان شان باشند. بدیهی است اولین ریشه های خیرخواهی و مددکاری را در نهادهای دینی می توان جستجو کرد اما به مرور زمان با گسترش و پیچیده شدن جوامع، افراد با معضلات و مشکلات متنوع تری در زمینه های مختلف عاطفی، روانی، ارتباطی، شغلی و غیره مواجه شدند که نیازمند مداخلات تخصصی تری بوده است. توسعه علوم انسانی و روانشناختی این زمینه را فراهم آورده تا در برخورد با موقعیتهای پرچالش زندگی و آلام و رنجهای انسانی، به شکل علمی تری اقدام و چاره جویی نمود. علوم مشاوره و روانشناختی علیرغم عمر کوتاه خود با رشد چشمگیری نسبت به سایر حیطه های علمی در حال پیشرفت بوده و به درجه ای از کمال رسیده که امروزه شاهد پیدایش و گسترش شاخه های تخصصی تری در این علوم هستیم. از سویی نیز نیازهای مردم جامعه به خدمات روانشناختی نهادهای رسمی و غیر رسمی را بر آن داشته تا نسبت به ایجاد و تاسیس مراکز مشاوره با تاریخچه ای قریب به نیم قرن وظیفه خدمات رسانی را برعهده گرفته و نقش آفرینی نمایند. بدیهی است که استمرار ارتباط و کارکرد بین بخشهای علمی، اجرایی و خدمات رسانی در حوزه های سلامت روانی در گرو هماهنگی هرچه بیشتر و برنامه ریزی های اصولی در این زمینه خواهد بود.

۱-۲) بیان مساله:

صاحب نظران عرصه مشاوره و روانشناسی، مشاوره را رابطه یاورانه منحصر به فردی تعریف می کنند که در آن به مراجع فرصت یاد گرفتن، احساس کردن، فکر کردن، تجربه کردن و تغییر کردن به طریقی داده می شود. مشاوره فرآیندی برای شناخت دقیق تر رفتار است. بر این اساس مراکز مشاوره درصدد؛ کمک به افراد برای شناخت توانایی های خود، تغییر نگرش و کمک به افراد برای شناخت مشکل و تصمیم گیری و رسیدن به راه حل مناسب و یا کاهش مشکلات فرد و همچنین ارجاع مراجعین به مراکز تخصصی مربوطه می باشند. سازمان بهزیستی کشور به عنوان یکی از نهادهای متولی رفاه اجتماعی ارائه خدمات مشاوره را یکی از راهبردهای اساسی پیشگیری از آسیبهای اجتماعی می شناسد. همچنین بر اساس بند ۶ ماده ۲۶ قانون و ماده ۲۲۴ قانون برنامه توسعه و تصویب نامه هیئت وزیران مجوز تاسیس و ساماندهی مراکز مشاوره بر عهده سازمان بهزیستی کشور گذاشته شده است. در این راستا و با دیدگاهی سلامت محور این سازمان اقدام به راه اندازی و توسعه فعالیتهای مشاوره و خدمات روانشناختی حضوری و تلفنی همت گمارده است. اهداف کلی تاسیس این مراکز اعم از؛ پیشگیری از آسیبهای روانشناختی و اجتماعی، کاهش شیوع و بروز اختلالات روانی و پیامدهای منفی ناشی از آن، افزایش دسترسی مردم به خدمات روانشناختی و مشاوره ای و نیز بهره وری از ظرفیتهای تخصصی و نیمه تخصصی موجود در جامعه اعلام شده است. این خدمات در دو شکل دفاتر مشاوره و مراکز مشاوره و در سه سطح تعریف شده، قابل ارائه اند.

در استان هرمزگان در حال حاضر قریب به ۱۵ مرکز و دفتر مشاوره حضوری فعالیت دارند که خدماتی شامل ارائه مشاوره فردی و گروهی، مشاوره تحصیلی، انجام آزمونهای روانشناختی، ارائه راهنمایی، زوج درمانی، خانواده درمانی، روان درمانی و همچنین ارائه آموزش های گروهی، سخنرانی، خدمات مددکاری به مراجعین ارائه می دهند.

امروزه با توجه تغییرات اجتماعی و زندگی شهرنشینی بالتبع شاهد گسترش آسیبها و اختلالات روانی اجتماعی هستیم و لزوم تامین امکانات و خدمات تخصصی روانشناختی و مشاوره ای ضرورتی اجتناب ناپذیر است. لذا توجه به فعالیت مراکز مشاوره خصوصی و ارزیابی وضعیت خدمات رسانی ایشان می تواند در بهبود و پیشبرد کیفی تر این موسسات و اهداف پیش روی ایشان دارای اهمیت باشد. از اینرو این تحقیق درصدد است تا یکی از شاخصهای ارزیابی که وضعیت رضایت مندی مراجعین مراکز مشاوره است را مورد بررسی قرار داده و راهکارهای پیشنهادی جهت ارتقاء سطح رضایت آنها را معرفی نماید.

۳-۱) ضرورت انجام پژوهش:

سازمان بهزیستی عهده دار ارائه خدمات مختلفی در حوزه های آسیبهای اجتماعی و سلامت روانی است. یکی از این خدمات صدور مجوز فعالیت برای مراکز خصوصی و موسسات محلی است. در عین حال وظیفه نظارتی سازمان ایجاب می کند که این موسسات و مراکز مورد ارزیابی قرار گیرند. از آنجایی که همواره یکی از شاخص های ارزیابی برنامه ها و خدمات، توجه به نقطه نظرات بهره مندان از این خدمات می باشد. از اینرو سنجش و تعیین چگونگی عملکرد مراکز مشاوره با تاکید بر رضایت مراجعین می تواند مسئولین و دست اندرکاران را در راستای سیاستگذاری صحیح و مناسب برای این مراکز و همچنین بهبود و ارتقاء عملکرد آنها یاری نماید. بر اساس مستندات بیش از یک دهه از آخرین ارزیابی ها راجع مراکز مشاوره تحت نظارت بهزیستی در سطح کشور می گذرد و تاکنون نیز در استان هرمزگان بطور رسمی تحقیق مستقلی راجع به این مراکز انجام نپذیرفته است. از اینرو ضرورت ایجاب می کند که در این راستا مطالعه ای صورت بگیرد.

۴-۱) کاربردهای تحقیق:

- بدست آمدن شاخصهایی برای ارزیابی مناسب از خدمات مراکز مشاوره
- تأمین نیازهای نظارتی و اطلاع از چگونگی عملکرد مراکز مشاوره
- کمک به برنامه ریزی های بهتر و تخصیص صحیح اعتبارات یارانه ای مراکز در جهت رفع موانع و مشکلات آنها

- قابل استفاده برای نهادهای سیاستگذار و دستگاه های اجرایی و نظارتی در زمینه سلامت روانی اجتماعی اعم از وزارت رفاه، وزارت بهداشت و درمان، مراکز علمی و دانشگاهی، نهادهای تخصصی نظیر سازمان نظام روانشناسی، همچنین سایر مراکز مشاوره اعم از دولتی و خصوصی در جهت بهبود فعالیتهای خود می توانند از نتایج این مطالعه بهره ببرند.

۵-۱) تعریف مفاهیم و واژه های کلیدی:

مشاوره:

از نظر استفلر و هاچ، (۱۹۵۸ و ۱۹۷۲)، مشاوره، رابطه یاری دهنده تخصصی بین مراجع و مشاور است که به شناخت بیشتر مراجع از خصوصیات خویشتن و تصمیم گیری معقول و مناسب در زندگی منجر می شود.

مراکز مشاوره:

تعریف مرکز مشاوره عمومی طبق آیین نامه سازمان بهزیستی کشور به مرکزی اطلاق می شود که توسط اشخاص حقیقی و حقوقی با کسب پروانه فعالیت از سازمان بهزیستی تاسیس می شود و تحت نظارت آن سازمان به ارائه

خدمات مشاوره‌ای، آموزش در حوزه سلامت روان، ارجاع به مراکز مشاوره تخصصی، تشکیل گروه‌های همسان و ایجاد ارتباط با سازمانها و نهادهای اجتماعی می‌پردازد (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۱).

مراجع:

پاترسون (۱۹۷۳) مراجع را معمولاً کسی می‌داند که با یک مشکل روانی و عاطفی رو به رو بوده و که برای آن وارد جریان یاری دهنده‌ای مشاوره می‌گردد.

رضایت:

مطابق تعریف (هیگز، ۱۳۸۱) رضایتمندی از تفاوت میان انتظارات مشتری و استنباط او از کیفیت محصول یا خدمت عرضه شده حاصل می‌شود.

به لحاظ عملی رضایت مراجع به میزانی که نیازها، خواستها و انتظارات وی از درمان برآورده می‌شود تعریف می‌شود (elbow 1983,p.212) یا رضایت مراجع به عنوان پاسخهای مراجع به زمینه، فرایند و نتایج تجربه خدمات دریافتی در نظر گرفته می‌شود. (Pascoe 1983)

ارزشیابی:

سیف ارزشیابی را فرایند نظام دار جمع آوری، تحلیل و تفسیر اطلاعات گفته می‌شود به این منظور که تعیین شود آیا هدفهای مورد نظر تحقق یافته است در حال تحقق اند و به چه میزانی.

۱-۶) اهداف تحقیق:

هدف کلی

- تعیین میزان و چگونگی رضایت مراجعین از خدمات مختلف مراکز مشاوره

اهداف اختصاصی

- تعیین میزان رضایت مراجعین از نحوه پاسخدهی در مراکز مشاوره
- تعیین میزان رضایت مراجعین از تنوع خدمات مشاوره و روانشناختی در مراکز مشاوره
- تعیین میزان رضایت مراجعین از کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز مشاوره
- تعیین میزان رضایت مراجعین از امکانات رفاهی موجود در مراکز مشاوره
- تعیین میزان رضایت مراجعین از امکان دسترسی به مراکز مشاوره
- تعیین میزان رضایت مراجعین از هزینه ها و تعرفه های مراکز مشاوره
- تعیین میزان رضایت مراجعین از وضعیت اطلاع رسانی مراکز مشاوره

اهداف کاربردی

- معرفی راهکارهای افزایش سطح رضایت از مراکز مشاوره

۷-۱) سوالات پژوهشی:

- ✓ میزان رضایت کلی مراجعین از خدمات مراکز مشاوره چقدر می باشد؟
- ✓ در هر یک از شاخصهای رضایت اعم از امکانات، آگاهی از انواع خدمات، میزان دسترسی، پاسخدهی، کیفیت خدمات و... میزان رضایت مراجعین چگونه است؟
- ✓ چه راهکارهایی برای افزایش سطح رضایت مراجعین از مراکز مشاوره پیشنهاد می گردد؟

فصل دوم

ادبیات و پیشینه تحقیق

۲-۱) ادبیات موضوع

۲-۱-۱) مفهوم و تعریف مشاوره:

مشاوره^۱، کلمه‌ای عربی است و به معنی مشورت کردن با دیگران است. و به کسی که به همراه مراجع و برای کمک به وی، به مشاوره می‌پردازد، مشاور^۲ گفته می‌شود. در معنای رایج آن مشاوره دریافت کمک و اطلاعاتی درباره یک موضوع است که بین مراجع (کمک‌گیرنده) و متخصص (مشاور) انجام می‌گیرد. مشاوره در موضوعات و زمینه‌های مختلف علمی و برای اهداف گوناگون انجام می‌شود مثل مشاوره حقوقی، مشاوره پزشکی و غیره که در میان مردم، بیشتر جنبه روان‌شناختی آن شناخته شده تر است که هدف از آن کمک مشورتی، فکری و اطلاعاتی با استفاده از دانش روان‌شناسی به فردی است که در شرایط انتخاب راه حل و تصمیم‌گیری قرار دارد یا در سازگاری با محیط اطراف خود دچار مشکل است. مشاوره روانی انواع مختلفی دارد که عبارتند از: مشاوره تحصیلی، مشاوره خانواده و ازدواج، مشاوره تربیتی، مشاوره شغلی، مشاوره توانبخشی و...

بنا به تنوع دیدگاه‌ها و مکاتب نظری مختلف تعاریف متعددی از مشاوره ارائه شده است و تاکنون صاحب‌نظران به تعریف واحد و یکسانی دست نیافته‌اند. پاترسون (۱۹۷۳)، مشاوره را جریان یاری دهنده‌ای می‌داند که به ارتباط خاص بین دو نفر نیاز دارد. یکی از این دو نفر یعنی مراجع، معمولاً با مشکل روانی و عاطفی رو به روست، و دیگری، یعنی مشاور، که در حل مشکلات روانی مهارت دارد. از طریق ایجاد رابطه خاص مشاوره‌ای، مشاور به مراجع کمک می‌کند تا راه حلی برای مشکل خود بیابد. آریاکل (۱۹۶۱ و ۱۹۷۷) مشاوره را جریانی اختصاصی و انحصاری بین دو نفر می‌داند که در آن مراجع با کمک مشاور، به بررسی و تجزیه و تحلیل مشکل خود اقدام می‌کند و از موارد ناشناخته آگاه می‌شود؛ عوامل ناخواسته و مزاحم را تغییر داده و زندگی بهتر و مطلوب‌تری را

¹ Consultation

² Consultant

برای خویش فراهم می‌کند. دینک مایر (۱۹۶۸ و ۱۹۷۲)، که از پیروان روان‌شناسی فردی است، مشاوره را ایجاد رابطه حسنه بین دو نفر تلقی می‌کند که از طریق این رابطه، مشاور به مراجع یاری می‌دهد تا نحوه ارتباط با دیگران را فراگیرد، نیازهایش را به طور معقول و مقبولی برآورده سازد، احساساتش را بشناسد، اطلاعاتی درباره نکات قوت و ضعف خویش به دست آورد و با تعیین و شناخت اهداف آینده، شیوه‌های وصول به آنها را بیاموزد. مشاوره به تغییر ادراکات، اعتقادات، نگرش‌ها، رفتارها و نهایتاً تغییر شیوه زندگی منجر می‌شود. به عقیده پینسکی (۱۹۵۴)، در مشاوره به بررسی و درمان مشکلات روانی نسبتاً سطحی مبادرت می‌شود. این مشکلات علل جسمانی ندارند و صرفاً بر اثر عوامل محیطی حاصل شده‌اند. رابینسون (۱۹۵۰)، مشاوره را کمک به افراد عادی برای کسب سازش بهتر با خود و دیگران، افزایش بلوغ عاطفی، استقلال و قبول مسئولیت می‌داند. اسمیت (۱۹۵۵)، مشاوره را جریان یاری دهنده‌ای تعریف می‌کند که به وسیله آن، به مراجع اصول و شیوه‌های مربوط به انتخاب، طرح ریزی و ادامه یک زندگی معقول و موفقیت آمیز، آموخته می‌شود. از طریق مشاوره، مراجع می‌آموزد که چگونه یک زندگی سالم و سازنده را طرح ریزی نموده و ادامه دهد و از مهارت‌های حل مسئله، برقراری ارتباط و تفکر مثبت در عمل بهره برد (به نقل از شفیع‌آبادی، ۱۳۸۱ صص ۳۱-۳۰).

۲-۱-۲) تاریخچه مراکز مشاوره:

اگرچه راهنمایی و مشاوره از دیرباز با زندگی اجتماعی انسانها همراه بوده است و هر گاه مشکلی وجود داشته یا کسی نیازمند کمکی بوده است از ارشاد و راهنمایی دیگران بهره می‌جسته است. اما اولین اقدامات در زمینه خدمات مشاوره‌ای در کشورهای غربی را می‌توان در ابتدای قرن بیستم جستجو کرد. تلاش برای معرفی خدمات راهنمایی و مشاوره به اقدامات فرانک پارسونز به عنوان پدر راهنمایی و مشاوره در کمک به معلولین جنگی بازمی‌گردد. اما سابقه ساماندهی خدمات مشاوره‌ای در قالب مراکز به سال ۱۹۷۰ مربوط می‌شود. به طوری که در این

کشورها از سال ۱۹۶۱ تلاش برای قانونی کردن خدمات مشاوره ای آغاز شده و موضوع صدور تأییدیه برای کسانی که به ارائه خدمات مشاوره ای می پردازند به تصویب دولت و مجلس رسید (گیسون، ۱۳۸۰). سرآغاز خدمات مشاوره ای در ایران را می توان مربوط به سال ۱۳۳۲ دانست. در این سال با کمک وزارت کار و ازمان صنایع کشور و هیئت عمران بین المللی طرحی برای انتخاب و انتصاب های صحیح پی ریزی شد. به دنبال آن در سال ۱۳۳۴ در اداره مطالعات و برنامه ریزی آموزش و پرورش دایره تحقیقات روانشناسی به وجود آمد که تهیه و استانداردسازی برخی تست های هوش و سنجش روانی مبادرت نمود. از اواخر دهه ۱۳۶۰ به دلیل تحول اجتماعی و نیاز جامعه به ویژه تأثیرات جنگ تحمیلی، افزایش تعداد دانش آموزان، بالا رفتن آمار جوانان، افزایش فشار روانی و توجه جدی به تربیت فرزند به تدریج مراکزی برای ارائه خدمات مشاوره ای بخصوص در شهرهای بزرگ تشکیل شد. خدمات مشاوره ای در ایران از سال ۱۳۷۴ ساماندهی شد. تلاش برای ایجاد شورای هماهنگی خدمات مشاوره ای و نظام خدمات مشاوره و روانشناسی از مهم ترین این اقدامات است (حسینی، ۱۳۶۴).

در حال حاضر بر اساس بند ج ماده ۱ تصویب نامه هیئت وزیران، همچنین طبق بند ۶ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و ماده ۲۲۴ قانون پنجم توسعه، صدور مجوز و پروانه فعالیت مراکز مشاوره بر عهده سازمان بهزیستی گذاشته شده و هدف از تاسیس آن پاسخ به نیازهای جامعه در خصوص خدمات روانشناختی و افزایش ضریب نفوذ این خدمات در حیطه های فردی، خانوادگی و... قلمداد شده است. همچنین بر ارتقاء توانایی ها و سلامت روان مراجعین و پیشگیری از اختلالات و مشکلات روانی اجتماعی با استفاده از شیوه های مشاوره ای، مداخله ای و آموزشی تاکید شده است.

در این قانون واگذاری مجوز خدمات مشاوره ای به دو شکل کلی دیده شده است:

الف- دفاتر مشاوره و خدمات روانشناختی:

دفتر مشاوره به مرکزی اطلاق می گردد که توسط اشخاص حقیقی و حقوقی با کسب پروانه فعالیت از سازمان بهزیستی تاسیس می شود و تحت نظارت آن سازمان به ارائه خدمات مشاوره ای، ارجاع به سایر مراکز و ایجاد ارتباط با سازمانها و نهادهای اجتماعی می پردازد و تنها یک نفر در دفتر به ارائه خدمت مشغول است.

ب- مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی که خود در سه سطح فعالیت می کنند:

- در سطح اول مراکز سلامت روان محلی قرار دارند که وظیفه مصاحبه اولیه و آموزش محله ای و ارجاع به مراکز سطح بالاتر را برعهده دارند.
- مراکز سطح دو یا مراکز مشاوره عمومی که خدمات مشاوره روانشناختی ارائه می دهند. این مراکز علاوه بر ارائه مشاوره فردی، گروهی به ارائه انواع خدمات مددکاری و مداخلات روانشناختی در بحرانهای فردی و خانوادگی، خدمات آموزشی در حوزه سلامت روان، تشکیل گروه های همسان و مشاوره تلفنی نیز می پردازند.
- و مراکز سطح سه یا مراکز تخصصی مشاوره که در حیطه های مختلفی اعم از کودک و نوجوان، کودکان استثنایی، سالمندان، خانواده، صنعتی و سازمانی، تحصیلی و تربیتی، روان سنجی، اختلالات و مسائل جنسی و روانی را ارائه می دهند.

تعریف مرکز مشاوره عمومی طبق آیین نامه سازمان بهزیستی کشور به مرکزی اطلاق می شود که توسط اشخاص حقیقی و حقوقی با کسب پروانه فعالیت از سازمان بهزیستی تاسیس می شود و تحت نظارت آن سازمان به ارائه خدمات مشاوره ای، آموزش در حوزه سلامت روان، ارجاع به مراکز مشاوره تخصصی، تشکیل گروه های همسان و ایجاد ارتباط با سازمانها و نهادهای اجتماعی می پردازد(سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۱).

۲-۲ دیدگاه های نظری

۲-۲-۱ رضایت مشتری (خدمات):

مفهوم رضایت مشتری (خدمت گیرنده) از دهه ی ۱۹۵۰ در مدیریت وارد شده و حوزه های مختلف تولید کالاها و ارائه خدمات را دربر گرفته است. در دیدگاه مشتری محوری نظر و دیدگاه خدمت گیرنده و مشتری مهمترین عامل ارتقای محصول و کار است از اینرو برای تعیین کیفیت کالاها و خدمات ناگزیر از سنجش رضایت ایشان هستیم. تعریف مفهوم رضایت به دلیل ذهنی بودن آن کار آسانی نیست و بسته به دیدگاه های مختلف از آن تعاریفی به عمل آمده است. مطابق تعریف (هیز، ۱۳۸۱) رضایتمندی مشتری از تفاوت میان انتظارات مشتری و استنباط او از کیفیت محصول یا خدمت عرضه شده حاصل می شود.

هر چند که اولین بار مفهوم رضایت مشتری توسط پیتز دراکر در سال ۱۹۵۴ به صورت مستقیم و غیر مستقیم وارد ادبیات مدیریت و بازاریابی شده است اما بررسی منابع مربوط به رضایت مشتری، نشان می دهد که تحقیقات و مطالعات جدی در این زمینه از اواسط دهه ۱۹۷۰ عمدتاً در آمریکا شروع شده و در دهه ۸۰ با گسترش قابل ملاحظه تحقیقات، مبانی این مقوله روشن شده است. تلاش اصلی در آن دهه یافتن الگویی فراگیر برای تبیین رضایت مشتری و اندازه گیری آن بوده است.

۲-۲-۲) مدل‌های های رضایت مشتری

○ مدل انتظارات - عدم تطابق:

این مدل که در سال ۱۹۸۰ توسط ریچارد الیور ارائه گردید از تأثیرگذارترین مطالعات در آن زمان بوده است. این پارادایم، دربردارنده این مفهوم است که مشتریان از محصول یا خدمت مورد معامله، انتظاراتی دارند و بعد از استفاده و کاربرد آن محصول یا خدمت، عملکرد آن را بر اساس آنچه که برداشت می‌کنند با انتظارات قبلی خود مقایسه می‌کنند. اگر انتظارات و عملکرد درک شده با هم فرق داشته باشند، نوعی عدم تأیید یا عدم تطابق صورت می‌گیرد. این عدم تطابق، می‌تواند به سه صورت مثبت (عملکرد فراتر از انتظارات)، منفی (انتظارات فراتر از عملکرد) و صفر (انتظارات برابر عملکرد) باشد. حالت اول به رضایت، حالت دوم به ناراضی‌ت و آخری به حالت خنثی منجر می‌شود (پاف، ۱۹۷۶).

○ تلقی نگرشی به رضایت مشتری:

برخی از محققین (سرجی، ۱۹۸۰) با توجه به نزدیکی مولفه‌های رضایت و نگرش، رضایت مشتری را از سه بعد نگرشی مورد توجه قرار داده‌اند: الف) نگرش شناختی که رضایت را نتیجه تفاوت بین برداشت عقلایی مصرف‌کننده از عملکرد مجموعه‌ای از مشخصه‌های محصول یا خدمت و وضعیت مورد انتظار از این محصول یا خدمت می‌داند. این نگرش، با مدل «انتظارات - عدم تطابق» مطابقت دارد. ب) نگرش عاطفی؛ که رضایت را بر مبنای نیازهای ذهنی و آرزوها و تجارب مشتری ارزیابی می‌کند. یعنی عقیده دارد که در برخی از شرایط، صرف‌نظر از عملکرد محصول ممکن است مشتری به دلیل عاطفی، راضی یا ناراضی باشد. ج) نگرش رفتاری و ارتباطی؛ این نگرش، از یک سو به پیامدهای رضایت (مثل رفتار شکایتی و وفاداری مشتری) می‌پردازد و از طرف دیگر مبتنی بر

این است که تغییرات رضایت مصرف کننده، می تواند نتیجه ارتباطات بین اشخاص و گروهها و رسانه های گروهی (از جمله تبلیغات و اطلاع رسانی) باشد و هر دو وجه شناختی و عاطفی را دربرگیرد.

○ مدل عواطف:

گفته شد که یکی از نگرشهای مفهومی به مقوله رضایت مشتری، وارد کردن مفهوم عواطف به فرآیند رضایت مشتری بوده است. این موضوع هم مورد بحثها و تحقیقات متعددی بوده است و در نتیجه به آن به صورت یک مدل نگریسته می شود. «وست بروک» در سال ۱۹۸۷ و «الیور» در سال ۱۹۹۳ نشان داده اند که مشتری نه تنها بر اساس محاسبات عقلایی بلکه با توجه به نیازهای ذهنی، آرزوها و تجارب و اثرات یادگیری، کالاها و خدمات را ارزیابی می کند. یعنی ممکن است صرف نظر از فاصله واقعی انتظارات با عملکرد به دلایل احساسی، مصرف کننده ممکن است راضی یا ناراضی باشد. به عبارت دیگر «احساس خوشی یا ناخوشی مشتری» و همچنین عواطفی مثل سورپرایز شدن (خوشحالی ناشی از پدیده خوشایندی که مشتری منتظر آن نبوده) روی رضایت و نارضایتی مشتری مؤثرند. دلایل مختلفی برای ضرورت توجه به عوامل عاطفی، علاوه بر عوامل شناختی و عقلایی جهت قضاوت در مورد رضایت مشتری مطرح شده است:

- ممکن است ارزیابی بعد از خرید، بر مبنای مشخصه هایی باشد که مورد انتظار نبوده اند.
- برداشت از انتظارات و عملکرد محصول، احساسی بوده است.
- ممکن است مشتری بفهمد که انتظارات او، خیلی پایین یا خیلی بالا بوده است یا به طور کلی انتظاراتش مبهم بوده اند. به عبارت دیگر تجدید نظر روی انتظارات می تواند بر عدم تطابق تأثیر بگذارد.

البته ابعاد شناختی و عاطفی رضایت مشتری، در مورد همه محصولات و در همه شرایط به یک اندازه مؤثر نیستند و باید برای هر محصول و شرایطی، نقش آنها مشخص گردد (سوان ۱۹۸۲)

○ سایر مدل های پیشنهادی:

در تحقیقاتی که محققین بعدی به انجام رساندند مشخص شد که «انتظارات مشتری» تنها استاندارد و منبع رضایت نبوده بلکه انواع مختلفی از سایر شقوق، می توانند این نقش را داشته باشند که در ذیل به طور مختصر به برخی از آنها اشاره می کنیم: در **مدل تساوی**، مشتری، رضایت خود را بر اساس منصفانه بودن یا تساوی هزینه های به عمل آمده توسط مشتری در یک معادله و پاداشهای پیش بینی شده شکل می دهد. در **مدل عملکرد درک شده** برای نفرض اساسی مبتنی است که رضایت مصرف کننده عمدتاً به وسیله عملکرد محصول (طبق درک مشتری) تعیین می گردد و مستقل از انتظارات اولیه است. در **مدل هنجاری**، محققین دریافتند که تجارب قبلی مربوط به محصول (خدمت) یا «علامت تجارتي» و هنجارهای مربوط به آن می توانند برای مقایسه مورد استفاده قرار گیرند. و بالاخره **مدل فرایندهای چندگانه** بیان می کند که مصرف کنندگان، استانداردها یا فرایندهای مقایسه چندگانه ای را به کار می برند. این مفهوم حاکی از پیچیدگی فرایند رضایت مشتری است. براین اساس حتی مدل سنتی انتظار- تطابق بعدها مفاهیم مدل های تساوی و عواطف را نیز به مدل سنتی خود اضافه کرد (ارولز و لویت، ۱۹۹۲).

ملاحظه شد که تحقیقات مختلف، نشان دهنده نقش استانداردهای مختلفی جهت مقایسه با عملکرد محصول و خدمات است. اما باید دید که هر یک از این استانداردها، در چه شرایطی نقش غالب را دارند. در این چارچوب به سه مدل شناخته شده «فورنل»، «کانو» و «سرو کوال» به طور مختصر اشاره خواهیم کرد:

مدل فورنل، یکی از جالب ترین مدل‌های رضایت مشتری است. این مدل برای رفع محدودیتهای ذاتی

مدل‌های «انتظارات - عدم تطابق» و «عملکرد محصول» تدوین شده است، بطوری که آن دو را یکپارچه کرده و اثرات مستقیم انتظارات و کیفیت درک شده را به همراه عدم تطابق، ملحوظ نموده است. وقتی انتظارات با کیفیت درک شده مقایسه می‌شوند این کار، به درک ارزش و آن هم به رضایت و یا نارضایتی منجر می‌شود.

مدل کانو؛ کانو، در سال ۱۹۸۴ برداشت جالبی از عوامل مؤثر بر رضایت (و نارضایتی) مشتری به عمل

آورده و چارچوبی برای شناخت این عوامل و اثر آنها بر رضایت مشتری را معرفی کرده است. در این مدل، به سه دسته عوامل اساسی (بایدها)، عملکردی و جذاب تقسیم می‌شوند. ویژگی‌های اساسی، حداقل‌های لازم هستند و نبود آنها، نارضایتی شدید ایجاد می‌کند ولی وجود آنها بدیهی است و باعث رضایت نمی‌شود. ویژگی‌های عملکردی، در صورت وجود، نسبت به سطح موجودیت آنها باعث رضایت یا نارضایتی می‌شوند. ویژگی‌های جذاب، اگر نباشند نارضایتی ایجاد نمی‌کنند اما وجود آنها باعث مسرور شدن مشتری می‌شود.

مدل سروکوال؛ یکی از معروف ترین و کاربردی ترین مدلها برای سنجش رضایت مشتریان در بخش

خدمات، مدل «سروکوال» است که در سال ۱۹۸۰ توسط دانشمندان آمریکایی «پاراسرامون»، «زایت آمل» و «بری» مطرح و بعداً در آن اصلاحاتی داده شده است. در این مدل رضایت مشتری بر اساس پنج بعد (کالای ملموس، اعتبار، پاسخگویی، ایجاد اطمینان و بعد همدلی) و متغیرهای مربوط به آن اندازه گیری می‌شود.

جدول زیر به این ابعاد و شاخصها پرداخته شده است:

بعد کالای ملموس	بعد اعتبار	بعد پاسخگویی	بعد ایجاد اطمینان	بعد همدلی
داشتن تجهیزات مدرن	انجام کار طبق قول داده شده در زمان معین	گفتن زمان دقیق انجام کار به مشتری	ایجاد اعتماد در مشتریان	توجه به تک تک مشتریان
ظاهر جذاب برای تسهیلات فیزیکی	علاقه صمیمانه برای حل مشکلات مشتریان	ارایه خدمات فوری به مشتریان	ایجاد امنیت خاطر برای مشتریان در معامله	ساعات کار مناسب برای مشتریان
ظاهر مرتب و نظیف برای کارکنان خدمات	انجام خدمات درست	تمایل همیشگی برای خدمت به مشتری	احترام به مشتریان	توجه شخصی به مشتریان
ظاهر جذاب مکتوبات	انجام خدمات در زمان قول داده شده	همیشه برای پاسخگویی به مشتری وقت داشتن	داشتن دانش برای پاسخگویی به سؤالات مشتریان	نشان دادن علاقه قلبی به مشتریان
-	ثبت سوابق بدون خطا	-	-	درک نیازهای ویژه مشتریان

در کنار رشد فزاینده تخصص های روانشناختی و توسعه خدمات و مراکز ارائه دهنده آن، بدیهی است که دست اندرکاران بایستی پاسخگویی کیفیت و چگونگی خدمات ارائه شده باشند. اگرچه مهمترین شاخص تعیین کننده در رضایت مراجعین و خدمت گیرندگان نتیجه ای است که آنان از مشاوره و درمان خود می گیرند اما در عین حال این مهم حاصل مجموعه ای از عوامل مختلف است که هر کدام به نوبه خود سهمی در نتیجه نهایی را بر عهده دارند. تعیین و مشخص کردن هر یک از آنها موضوعی است که مستلزم مطالعه و بررسی است تا مسئولین و مدیران بتوانند در جهت ارتقای کیفیت ارائه خدمات به شکلی هدفمند برنامه ریزی نمایند.

رضایت مراجع معیاری است که در جایی بین ارزشیابی فرایند و پیامد قرار می گیرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰). صاحب نظران (جورج و کریستیانی، ۱۳۷۴) معتقدند در بررسی متغیرهای موثر در فرایند مشاوره می توان سه طبقه از متغیرها را نام برد که با ارزشیابی جامع از مشاوره ارتباط دارند. آنها عبارتند از:

۱) متغیرهایی که در موقعیت مشاوره به کار می روند و خود شامل سه مجموعه ی فرعی متغیرهای مشاور، مراجع و موقعیتی می شود.

۲) متغیرهای فرایندی

۳) متغیرهای پیامدی

بلیس و همکارانش (۱۹۹۴) معتقدند رضایت مراجع تنها زمینه سنجش کیفیت رابطه مراجع و درمانگر می تواند باشد. از سویی هرچند رضایت مراجعین مهم تلقی می شود اما مجادلاتی در مورد ارزش داده های حاصل از آن وجود دارد؛ ایرادات از یکسو به ابزارها و نحوه سنجش و اعتبار آنها مربوط می شود و اینکه تا چه حد مشکلات سنجش قابل اصلاح هستند و از دیگر سو اینکه آیا مراجعین دیدگاه معتبری در مورد درمان و کیفیت خدمات دارند. برخی برای رفع محدودیت روشهای سنجش کمی میزان رضایت پیشنهاد می کنند که از شیوههای کیفی می توان برای درک بهتر نارضایتی بهره گرفت.

پاسکو (۱۹۸۳) با در نظر گرفتن رویکردهای مختلف سنجش رضایت از خدمات سلامت و محدودیت ارزیابی های تک بعدی آن با یک رویکرد چند بعدی، دو بعد خرد و کلان را برای سنجش رضایت پیشنهاد می دهد. بطوری که در سطح کلان، رضایت عمومی و در سطح خرد رضایت از جنبه های مجزای آن را مدنظر قرار می دهد.

۳-۲) پیشینه تحقیقات:

۳-۲-۱) تحقیقات خارج از کشور:

استیونز (۱۹۷۱) مطالعه ای با عنوان رضایت مراجعین به عنوان پیامد مشاوره بر روی ۱۲۳۰ دانشجوی در دو گروه که در طول در طول چهار سال خدمات مشاوره ای دریافت کرده بودند، انجام داد. نتایج وی نشان داد که رضایت ارتباط معناداری با تجربه مشاور، دلیل اتمام جلسات مشاوره و موضوع مشاوره و تعداد جلسات نداشته است. همچنین رضایت بلافاصله بعد از اتمام جلسات مشاوره بطور معناداری بالا بوده است تا کسانی که یکسال از جلسات شان گذشته بود. استیونز (۱۹۷۱) به مطالعات متعددی اشاره می کند که رضایت را مرتبط با سایر متغیرها از جمله نوع و ماهیت مشکل مراجع، روش و تکنیک مشاوره، تجربه و پختگی مشاور، تعداد جلسات مشاوره، انتظارات مراجع و مشاور، وضعیت تأهل دانسته اند.

دانکن و پرایزوانسکی (۱۹۹۳) معتقدند که بین میزان رضایت مراجعان و کیفیت مشاوره رابطه ای وجود ندارد و میزان رضایت مراجع عقیده ای شخصی است که می تواند صرفاً ناشی از عدم درک مراجع باشد و نه کیفیت عمل مشاور. اما کارتر و همکاران (۱۹۹۸) معتقدند که بین رضایت مراجع و کیفیت مشاوره رابطه وجود داشته و میزان رضایت می تواند سودمند بودن خدمات ارائه شده را مشخص نماید. وو و ویندل (۱۹۸۰) در بررسی خود دریافتند که ارتباطی قوی بین عوامل مربوط به مشاور و عوامل زمینه ای (مرکز درمانی) با میزان رضایت مندی وجود دارد.

لیو (۱۹۸۳) در مقایسه ای که روی ۳۴ مطالعه از سال ۱۹۶۴ تا ۱۹۸۲ در خصوص درمان بیماران روانی سرپایی انجام شده بود نشان داد که مراجعین ۷۸/۳ درصد ابراز رضایت نموده بودند. این در حالی بود که ۴۹ درصد از میزان رضایت بالایی برخوردار بودند. در مطالعه دیگری نیز (ردیک، ۱۹۹۸) ۷۸ درصد مراجعین بطور کلی اظهار رضایت نموده بودند. ایشان در خصوص مولفه های رضایت از درمانگر ۸۰ درصد رضایت بالایی داشتند. همچنین در مورد نتایج درمان ۷۷ درصد، رویه های اداری ۷۸ درصد، دسترسی به خدمات ۷۶ درصد، و در خصوص مدت انتظار ۷۷ درصد اظهار رضایت داشته اند.

به عقیده فیرتکوزنز (۱۹۹۳) به طور کلی نمره رضایتمندی مراجعان همیشه بالاست، حتی زمانی که می دانیم نتیجه به نحوی مورد انتظار نیست. البته برخی این را به عدم اعتبار شیوه های سنجش نسبت می دهند. راگری (۱۹۹۴) معتقد است بسیاری از مطالعات مراجعین خدمات انسانی و اجتماعی سطوح بالایی از رضایت را اعلام می کنند و این ناشی از غیر حساس بودن سنججه های تحقیق است. البته افراد با عزت نفس پایین و کسانی که پایگاه اجتماعی خود را با ارائه دهندگان خدمات بسیار پایین می بینند احساس می کنند که بایستی نهایت قدردانی و رضایت را داشته باشند. هاساوی (۱۹۴۸) به نقل از استیونز (۱۹۷۱) از نقادان ارزیابی شاخص رضایت در خصوص گرایش به ابراز رضایت بالا، تمایل مراجعین به اظهار جنبه های مثبت بعد از پایان جلسات درمان و مشاوره را تحت عنوان "اثر خداحافظی" نام برده است.

پاسکو (۱۹۸۳) مولفه های جنسیت و سن ارتباط محکمی با رضایت از خدمات دارند و لیو (۱۹۸۳) معتقد بود رضایت از خدمات با افزایش سن و در زنان بیشتر است. همچنین (پاسکو) سطح پایین رضایت را در متغیرهای دسترسی پذیری، مفید بودن، تسهیلات و هزینه خدمات مراکز مشخص کرده بودند. همچنین صلاحیت فنی، مهارت

بین فردی، ارتباط درمانی، استمرار درمان، تناسب درمانگر و درمانجو ارتباط مثبتی با رضایت مراجع نشان می دهند. در بررسی لاگانا (۱۹۹۵) افراد بزرگسال و مسن بیشتر از دیگران از خدمات مشاوره ای بهره می گیرند.

تالی و همکاران (۱۹۹۲) معتقدند ارتباطی بین رضایت مراجع و سن یا شاخص های اقتصادی اجتماعی مثل تحصیلات و درآمد وجود ندارد. اگرچه نژاد و قومیت در برخی مطالعات (لارسن و همکاران ۱۹۷۹؛ ریید و گاندلج، ۱۹۸۳) موثرند بطوری که غیر سفیدان ناراضی تر از سفید پوستان هستند. در حالی دیگر تحقیقات (استانترز و همکاران ۱۹۹۵) این را رد می کنند.

در رابطه با وضعیت تاهل مطالعات (ریید و گاندلج، ۱۹۸۳) نشان می دهد افراد متاهل و بیوه رضایت بیشتری نسبت به دیگر گروه ها ابراز داشته اند. در صورتی که تحقیق لارسن و همکاران ۱۹۷۹ این رابطه را نشان نمی دهد. همچنین تانر (۱۹۸۱) اشاره دارد بر اینکه افراد مونث بیشتر از مذکر ها رضایت دارند. وی همچنین رابطه ای را بین درآمد و رضایت پیدا نکرد. و بالاخره اینکه بر خلاف انتظار، تحقیقات (اسپنسی و همکاران ۱۹۸۰) نشان می دهد داوطلب و غیر داوطلب بودن افراد برای درمان ارتباطی با میزان رضایتمندی شان ندارد.

۲-۳-۲) پیشینه تحقیقات داخل کشور:

جامع ترین مطالعه در رابطه با بررسی رضایت مراجعان مراکز مشاوره حضوری بهزیستی تحقیقی است که توسط قازاریان در سال ۱۳۷۷ صورت گرفته است. در آن تحقیق به بررسی نظرات مراجعان درباره جنبه های مثبت و کاستی های این مراکز و ارائه پیشنهادات جهت ارتقای کیفی مراکز پرداخته شده است. گروه نمونه ۸۹۸ زن و مرد مراجعه کننده به این مراکز بوده اند که به روش تصادفی از ۷۲ مرکز انتخاب شدند. شاخص های مورد بررسی در چهار مقوله دسترسی به مراکز، آگاهی از خدمات مراکز، رضایت از خدمات غیر تخصصی و تخصصی انتخاب شدند. یافته های این تحقیق نشان داد مراجعین از دسترسی به مراکز رضایت داشته اما بیشتر مراجعان از ارائه خدمات مشاوره گروهی و برگزاری کلاسهای آموزشی آگاهی ندارند و در عین حال از خدمات غیر تخصصی و تخصصی اعلام رضایت داشته اند. بطور کلی یافته های این تحقیق نشان داده که مراکز مشاوره با وجود برخورداری از امکانات کم و محدود توانسته اند تاحدی نیازهای مراجعان را پاسخ دهند.

یافته های وی نشان می دهد ۶۸ درصد مراجعان مراکز مشاوره بهزیستی را زنان و ۳۲ درصد را مردان تشکیل می دادند. بیشترین درصد مراجعان (۶۱/۲) در گروه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال بوده و کمترین درصد (۱/۴) سنین ۵۱ سال و بیشتر بوده اند. ۴۸/۷ درصد مراجعان متأهل و ۴۲/۲ درصد مجرد بوده اند. نیمی از مراجعین را افراد با تحصیلات دبیرستان و دیپلم و ۲۳/۸ درصد تحصیلات دانشگاهی داشته اند. در بین زنان عمده مراجعین را خانه دارها تشکیل داده (۵۵/۸ درصد) و بعد دانشجو و محصل (۲۲/۳ درصد) و مردان ۲۹/۳ درصد محصل و ۱۷/۲ درصد کارمند، ۱۵ درصد مشاغل آزاد و ۱۵ درصد بیکار بوده اند. بیش از هفتاد درصد مراجعین از خدمات کلاسهای آموزشی و مشاوره گروهی مراکز اظهار بی اطلاعی کرده بودند. ۸۵ درصد مراجعین از ساعات کار مراکز، ۸۰ درصد از برخورد منشی، ۸۹/۲ درصد ملاقات مشاور در وقت تعیین شده، ۵۵/۷ درصد اتاق مشاوره را فضای نسبتاً مناسب،

بیش از ۷۰ درصد در مورد متغیرهای مربوط به مشاور اعم از حفظ اسرار، توجه به مشکل، درک آن و کمک به حل مشکل اظهار رضایت داشته اند. تنه ۲۴ درصد به سایر مراکز ارجاع شده بودند. اگرچه مراجعین از دسترسی به مراکز رضایت داشته ولی گرفتن وقت برایشان بطور نسبی رضایت در پی داشته است.

در همین رابطه مطالعه دیگری توسط دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (بیگلریان و همکاران، ۱۳۸۰) به انجام رسید سه هدف اصلی را دنبال می کرد: ۱- تعیین میزان رضایت مراجعان از مراکز مشاوره ۲- تعیین عوامل موثر بر رضایت مراجعان از مراکز مشاوره ۳- تعیین رضایت کلی مراجعان از انواع مراکز مشاوره (خصوصی، دولتی، بهزیستی و دانشگاهی). جامعه آماری این پژوهش شامل مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره شهر تهران بود که اطلاعات با استفاده از پرسشنامه جمع آوری گردید. نتایج پژوهش مزبور نشان داد که ۵۷/۱ درصد از مراجعان رضایت زیادی از مراکز مشاوره داشته اند. بیشترین رضایت از مراکز خصوصی و کمترین رضایت از مراکز دولتی ابراز شده است. حدود نیمی از آنان دارای تحصیلات دیپلم بوده اند. مذکر بودن مشاور، مونث بودن مراجع و تعداد جلسات و هفته های مشاوره بر رضایت مراجع از مراکز مشاوره تاثیر معناداری نشان داد. سن مراجع، سن مشاور، درآمد، تحصیلات و وضع تاهل مراجع، دسترسی او به مرکز و فاصله زمانی او تا مرکز مشاوره رابطه معناداری با میانگین رضایت مراجع نداشت.

هادیان و همکاران (۱۳۸۲) به بررسی رابطه بین متغیرهای مربوط به مراجع، موقعیت و فرایند با رضامندی مراجعین از خدمات مشاوره ای پرداختند. جامعه آماری کلیه مراجعین به مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی توحید در سال تحصیلی ۸۲-۸۱ بود که با بهره گیری از روش نمونه گیری در دسترس ۱۲۶ نفر از مراجعین به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. در مطالعه وی ۵۸ درصد مراجعین زن بوده و بقیه مذکر بوده اند. برای گردآوری داده ها، پرسش نامه ۲۳ سوالی محقق ساخته اجرا گردید. نتایج حاصله نشان داد متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل و

تحصیلات مراجعان با رضامندی آنان رابطه معنادار نداشت، ولی متغیرهای تعداد جلسات و طول جلسات درمانی، پذیرش به موقع مراجع، نحوه برخورد همکاران واحد پذیرش، پایبندی مراجع به انجام تکالیف، نگرش نسبت به مشاوره با رضامندی مراجعین رابطه معنادار نشان داد.

تحقیق هادیان و همکاران (۱۳۸۵) نیز بر این نکته تاکید دارد که بین احساس بهبودی مراجع و رضایت مندی از خدمات مشاوره رابطه وجود دارد.

در پژوهش اخوان تفتی (۱۳۸۷) به بررسی نظرها و رضایت مراجعان دانشجو از کارکردهای مراکز مشاوره دانشگاه ها در شهر تهران پرداخته شده است. نمونه پژوهش شامل مراجعان نوبت سوم و به بالای مراکز مشاوره دانشگاه های نمونه (سه دانشگاه جامع و دو دانشگاه صنعتی) که به روش طبقه ای انتخاب شده اند، بوده است. ابزار پژوهش پرسشنامه محقق ساخته شامل برخی اطلاعات جمعیت شناختی و بیست سوال اصلی و همچنین یک سوال بازپاسخ برای جمع آوری نظرها، پیشنهاد و انتقادات دانشجویان بوده است. نتایج پژوهش نشان داد که بیشتر پاسخ گویان در گستره سنی ۲۴-۱۸ سال، مجرد و با تصمیم شخصی به مرکز مراجعه نموده اند و مشکلات آنها به ترتیب از نوع ارتباطی- ازدواج، تحصیلی شغلی، سازگاری و عاطفی و مسایل رشدی بوده است. پاسخ گویان دانشگاه های مورد مطالعه از محورهای مورد سوال رضایت بالاتر از متوسط و زیاد داشته اند و در مجموع رضایت دانشجویان دانشگاه های صنعتی از دانشگاه های جامع بالاتر بوده است. دانشجویان همچنین درخواست هایی مربوط به برگزاری دوره های آموزشی در جهت دانش افزایی و بهبود مهارت های ارتباطی، تحصیلی، سازگاری و رشدی داشته اند.

پژوهشی که توسط محمدی (۱۳۸۵) به منظور بررسی اثربخشی و کارآیی خدمات روانشناسی و مشاوره ای مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر تهران انجام گرفت. نظریات گروه نمونه ای شامل ۲۱۹ نفر از مراجعه کنندگان به این مراکز در خصوص حل مشکلات شخصی- عاطفی، مشکلات تحصیلی- شغلی و مشکلات

خانوادگی و کارآیی مشاورین این مراکز مورد ارزیابی قرار گرفت. با استفاده از دو پرسشنامه محقق ساخته به منظور ارزیابی کارآیی مرکز مشاوره و پرسشنامه کارآیی مشاوره که توسط گیسون و دمبو در سال ۱۹۸۴ تدوین شده است. نتایج به دست آمد که طبق آن مراجعان در خصوص حل مشکلات شخصی - عاطفی، مشکلات تحصیلی - شغلی و مشکلات خانوادگی از این مراکز رضایت داشته اند، همچنین در خصوص کارآیی مشاوران این مراکز، مراجعان ابراز رضایت نموده بودند، این امر نشان می دهد، این مراکز توانسته اند نیازهای مراجعان را تا حد مطلوب بر طرف سازند. در پایان نیز پیشنهادهایی برای رفع نقایص این مراکز ارایه شده است.

در بررسی وی بیشتر مراجعان از فعالیتهای مراکز مشاوره آموزش و پرورش رضایت داشته اند. به عقیده وی این می توان ناشی از تاثیر اظهارات بر ادامه روند مشاوره و ترس از ارائه پاسخ واقعی باشد و برخورد محتاطانه مراجعین باشد. یا شاید این موضوع مربوط به سطح پایین انتظارات مراجعین از این مراکز در نتیجه عدم آگاهی کافی از وظایف آنها باشد که چنین اظهار رضایت می کنند.

در بررسی وی درصد مراجعین زن بیشتر از مردان و دانش آموزان دبیرستان و دیپلم (۵۶٪) بیشترین درصد مراجعین و افراد بیسواد کمترین (۲/۳٪) را تشکیل می دادند.

در طرح پژوهشی دیگری راجع به رضایت مراجعین از کیفیت خدمات مراکز مشاوره و راهنمایی در شهرستان تربت حیدریه ۷۰ نفر از مراجعینی که در طی یک سال به مراکز مختلف مشاوره مراجعه کرده بودند شرکت نموده و به پرسشنامه ۲۷ ماده ای که مواد آن پیرامون چگونگی موقعیت مکانی و شرایط ساختمان و اتاق مشاوره، چگونگی برخورد منشی و خصوصیات مشاور مثل برخورد حاکی از احترام مشاور، نوع مشاوره دادن، از نظر قابل درک بودن و قابل اجرا بودن پیام های مشاور، میزان حوصله و دقت مشاور در حین مشاوره و اینکه آیا مراجعین مشاور را دارای صلاحیت علمی و اخلاقی دیده اند، پاسخ دادند. پس از تجزیه و تحلیل داده ها معلوم شد

به طور میانگین ۶۵/۴ درصد از مراجعین به طور کامل از مراکز رضایت دارند، ۲۴ درصد رضایت نسبی و ۱۰/۶ درصد از خدمات آنها ابراز نارضایتی کرده اند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مراکز راهنمایی و مشاوره در شهرستان تربت حیدریه توانسته اند رضایتمندی بالا و قابل قبولی در بین مراجعین به دست آورند.

همچنین در بررسی (بخشی پور، ۱۳۸۳) علل عدم استقبال دانشجویان از خدمات مراکز مشاوره علل عدم استقبال دانشجویان از خدمات مراکز مشاوره ای با استفاده از یک گروه نمونه تصادفی به حجم ۴۷۰ نفر دانشجوی پسر و دختر در واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی منطقه نه مورد بررسی قرار گرفت. افراد مورد مطالعه پرسشنامه ای را که بدین منظور تهیه شده بود تکمیل نمودند. نتایج بدست آمده نشان داد که عواملی از قبیل عدم آگاهی از وجود مراکز مشاوره، عدم آشنایی با نوع خدمات مشاوره، مناسب نبودن محل و اتاق مشاوره، هزینه بالای مشاوره، عدم تجربه موثر از مشاوره و عدم اعتماد به متخصصین مشاوره، موجب عدم استقبال دانشجویان از مراکز مشاوره گردیده است.

در بررسی مراکز مشاوره خانواده در ایران و مقایسه آن با استانداردهای جهانی (نوابی نژاد، ۱۳۸۴) که هدف کلی آن بررسی علمی وضعیت فعلی مراکز و خدمات مشاوره‌ای، چالش‌ها و کمبودهای آنها در مقایسه با استانداردهای معتبر جهانی این حرفه تخصصی بوده است با روش مطالعه ی توصیفی، کتابخانه‌ای و تطبیقی و تحلیلی تعداد ۱۰۹ مرکز راهنمایی و مشاوره مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج این تحقیق نشان داد که وضعیت فیزیکی مراکز راهنمایی و مشاوره ایران و خدماتی که در آن به خانواده‌ها ارائه می‌شود، در مقایسه با استانداردهای جهانی از سطح بسیار پائینی برخوردار است.

در بررسی (علی پور) اینکه مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه‌های تهران در اجرای وظایف شش‌گانه (مشاوره یا روان درمانی فردی و گروهی، مداخله در بحران و خدمات اضطراری، مداخلات پیشگیرانه، مداخلات مشاوره‌ای،

پژوهش، سنجش و ارزشیابی) تا چه حد موفق هستند و مشکلات احتمالی آنها چیست و چه راه‌هایی را می‌توان برای افزایش اثربخشی آنها پیشنهاد کرد. با بحث و نتیجه‌گیری بر اساس تحلیل و پردازش ویژگی‌ها و عملکردهای مراکز مشاوره دانشجویی داخل و خارج ایران، در نهایت ۹ شاخص عمده عملکردی به همراه زیرمجموعه‌های آن استخراج شد که عبارتند از: تشخیص و ارزیابی و آزمون‌های روانی - پیشگیری - مشاوره - درمان و مداخله - پژوهش - پشتیبانی و حمایت - آموزش - اطلاع‌رسانی و نظرسنجی - فعالیت‌های فوق برنامه. با توجه به نتایج مذکور، پرسشنامه‌ای از شاخص‌های مذکور در قالب ۹ مجموعه سوال طراحی شد که می‌توان از آن جهت بررسی عملکرد هر مرکز مشاوره دانشجویی در بازه‌های زمانی مختلف استفاده نمود.

تحقیق احمدی (۱۳۸۶) در صدد بوده تا وضعیت نیاز خانواده‌ها را در زمینه خدمات مشاوره‌ای بررسی کند. در این پژوهش تعداد ۱۸۹۲ نفر خانواده‌های از سراسر کشور با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری اطلاعات لازم از پرسشنامه محقق ساخته بکار گرفته شد. نتایج حاصل از بررسی ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها نشان داد که از این تعداد حدود ۴۸ درصد شاغل، ۲۱ درصد خانه‌دار، ۲۵ درصد محصل و دانشجو بودند. همچنین دامنه سنی افراد بین حداقل ۱۵ و حداکثر ۵۲ و میانگین سنی ۲۸ سال بود. از نظر تأهل ۳۱ درصد مجرد، ۶۶ درصد متأهل بودند. از نظر تحصیلات ۳۰/۵٪ درصد زیردیپلم، ۳۳/۵٪ درصد دیپلم، ۳۲ درصد فوق دیپلم و لیسانس و ۴ درصد فوق لیسانس و بالاتر بودند. نتایج حاصل نشان داد که دومین منبع مشورتی در مسایل خانوادگی، متخصصان خدمات مشاوره‌ای هستند و عمده‌ترین مشکلات زندگی و خانواده‌ها برای دریافت خدمات مشاوره‌ای عبارت است از:

شکل روابط بین اعضای خانواده و تربیت فرزند و مسائل روانشناختی. همچنین بیشتر افراد خواستار وجود مراکزی برای مراجعه و دریافت خدمات مشاوره‌ای بودند و نیز عمده‌افراد مورد بررسی در دسترس بودن مراکز خدمات

مشاوره ای برای خانواده ها و به کارگیری متخصصان مجرب در این مراکز را خواستار بودند. در بررسی خصوصیات مشاور و روانشناس ملاحظه شد بهترین و مناسب ترین مشاور کسی است که در درجه اول تخصص و تجربه بالایی داشته باشد (۴۸/۲ درصد) و در درجه دوم امین و رازدار باشد (۱۸/۲ درصد) و دلسوزی، داشتن ایمان، تعهد و صبور بودن از دیگر ویژگی هایی است که، برای یک مشاور خوب نام برده اند. در بررسی ترجیح سنی مشاور از نظر کارکنان و خانواده های آنان نتایج نشان داد که در مجموع سن و جنس مشاور برای مراجعان چندان مهم نیست و اینکه مشاورشان مسن باشد یا جوان تفاوت چندانی برایشان ندارد اما ترجیح اکثریت ۶۲/۲٪ بر متاهل بودن مشاور است.

میرباقری ورجانی (۱۳۷۹) در مطالعه ای با هدف به دست آوردن نحوه نگرش دانش آموزان دختر و پسر تهرانی نسبت به ارائه خدمات مشاوره ای در سطح مدارس شهر تهران از بین مناطق آموزشی ۱۲۴ دانش آموز دختر و پسر جهت تحقیق به روش زمینه یابی انتخاب و با استفاده از پرسشنامه سنجش نگرش ۲۰ سوالی و محقق ساخته به اجرا درآورد. یافته های حاصله نشان داد دانش آموزان مورد تحقیق نسبت به ارائه خدمات مشاور تحصیلی و شغلی ارائه شده نظر مثبت داشته و مشاوران را در این دو زمینه موفق می دانند لیکن آن را در زمینه مشاوره های شخصی - عاطفی و خانوادگی موفق نمی دانند و نگرش مثبت به ایندو مورد ندارند.

یعقوبی و همکارانش (۱۳۸۸) نیز به بررسی نقش بهداشت روان و نگرش دانشجویان نسبت به مسائل و خدمات روان شناختی به عنوان عوامل مداخله گر در مراجعه یا عدم مراجعه به متخصصین بهداشت روانی پرداخته اند. در این پژوهش ۱۵۰ دانشجوی دختر و پسر دانشگاه های شاهد و امیرکبیر در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ با استفاده از پرسشنامه نگرش محقق ساخته مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان داد: ۱- گروه غیر مراجعه کننده از سلامت روان پایین تری برخوردار و آگاهی کم تر و نگرش منفی تری به مسائل بهداشت روانی داشتند. ۲- گروه

مراجعه کننده به مراکز مشاوره از نگرش مثبت تر و آگاهی بیش تری در مقایسه با دو گروه دیگر برخوردار بودند

۳- دانشجویان دختر نگرش مثبت تری به مسائل بهداشت روانی داشتند. دانشجویان غیر مراجعه کننده به طور معنادار نسبت به جمعیت عادی و گروه مراجعه کننده به مراکز مشاوره، باور کم تری به ضرورت کمک خواهی در حوزه مسائل و مشکلات روان شناختی، احساس امنیت کم تری در مورد مراکز و خدمات مشاوره و باور منفی تری در مورد بیماری روانی داشتند.

در بررسی میزان اعتماد شهروندان زنجان به مرکز مشاوره نیروی انتظامی و عوامل موثر بر آن (بابایی و همکاران، ۱۳۹۱) که بر روی ۳۸۴ نفر از ساکنین شهر زنجان راجع به اعتماد به مرکز مشاوره نیروی انتظامی انجام شد. از بین متغیرهای مورد بررسی تجربیات قبلی از مرکز مشاوره، آگاهی و شناخت مردم از این مراکز، عملکرد، اعتقاد مردم به تخصص مشاوران همبستگی بالایی با اعتماد مردم به این مرکز نشان داده است.

و ————— الاخره در بررسی عوامل موثر بر رضایت شغلی مراکز مشاوره و روان شناختی خصوصی شهر اصفهان (بهر و زنژاد، ۱۳۹۳) رابطه بین رضایت شغلی مشاوران با متغیرهای کسب موفقیت، امنیت، حقوق و دستمزد، رضایت از همکاران، و قدرشناسی مورد مطالعه قرار گرفت. به منظور گردآوری داده ها از پرسشنامه استفاده شد. نمونه پژوهش ۴۷۱ نفر از مشاوران مراکز مشاوره خصوصی شهر اصفهان بودند. نتایج آزمونهای همبستگی نشان داد که بین متغیر وابسته با هر یک از متغیرهای مستقل رابطه مستقیمی وجود دارد. یعنی با افزایش هر یک از متغیرهای مستقل متغیر وابسته افزایش می یابد.

فصل سوم

روش شناسی

۳-۱) نوع تحقیق

این تحقیق از لحاظ هدف جنبه کاربردی داشته و از نظر روش اجرا از نوع مطالعات توصیفی و ارزشیابی محسوب می‌گردد. تحقیق توصیفی شامل مجموعه روش‌هایی است که هدف آن‌ها توصیف کردن شرایط یا پدیده‌های مورد بررسی است. اجرای تحقیق توصیفی می‌تواند شناخت بیشتر شرایط موجود و یا یاری رساندن به فرآیند تصمیم‌گیری باشد. تحقیق توصیفی انواع مختلفی دارد که یکی از آنها تحقیق ارزشیابی است. این روش به ارزش‌گذاری درباره فواید اجتماعی، مطلوب بودن یا مؤثر بودن یک فرایند، محصول یا برنامه می‌پردازد و به کاربرد یافته‌های خود توجه دارد. این نوع تحقیق اغلب با توصیه‌هایی در جهت اقدامات سازنده همراه می‌باشد و در پی یافتن قوانین کلی و قابل‌گسترش به سایر موقعیتها نیست.

۳-۲) جامعه مورد مطالعه

جامعه آماری کلیه مراجعین دفاتر و مراکز مشاوره حضوری خصوصی تحت نظارت سازمان بهزیستی استان می‌باشد که طبق اطلاعات موجود در سال ۱۳۹۴ تعداد ۱۹ مرکز خصوصی در سطح استان هرمزگان در حال فعالیت بوده که به تعداد ۶۰۰۳ مراجعه‌کننده ارائه خدمت نموده‌اند.

۳-۳) روش نمونه‌گیری و طریقه محاسبه حجم نمونه

نمونه آماری با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه ۳۶۱ نفر در نظر گرفته شده و با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای به نسبت (درصد) بر حسب شهرستانهایی که دارای مرکز مزبور بوده‌اند حجم نمونه در هر شهرستان تخصیص داده شده است. در جدول زیر این توزیع نمونه‌ای آمده است. البته این نسبت از میان مراجعین به صورت تصادفی در دو شکل حضوری و تلفنی انتخاب و مورد پرسشگری قرار گرفتند. در انتها از بین پرسشنامه‌های جمع

آوری شده تعداد ۴۰ پرسشنامه که مخدوش شده بودند در تجزیه و تحلیل نهایی حذف گردید و جمعاً ۳۲۱ پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت.

آمار مراکز و دفاتر مشاوره حضوری غیر دولتی در سال ۱۳۹۴

شهرستان	تعداد مراکز	تعداد مراجعین	حجم نمونه تخصیص داده شده
بستک	۱	۲۷۳	۱۳
بندرعباس	۸	۵۴۶۳	۲۶۲
بندرلنگه	۱	۷۳۲	۳۵
پارسیان	۱	۱۸۴	۱۰
رودان	۱	۱۰۹	۵
قشم	۲	۴۰۳	۲۰
میناب	۱	۳۳۹	۱۶
جمع کل	۱۶	۷۵۰۳	۳۶۱

۳-۴) ابزار سنجش:

اصولاً رایج ترین روش ارزیابی رضایت مراجع را پرسشنامه های خوداظهاری می دانند که در ابتدا یا انتها یا در اثنای ارائه خدمات تکمیل می کنند و معمولاً از سه روش حضوری، پستی و بحث گروهی متمرکز برای انجام ارزیابی استفاده می شود. البته تاکید می شود که ارائه دهندگان خدمات به طور مستقیم نقشی در پرکردن پرسشنامه ها نداشته باشند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰ ص ۹).

در این مطالعه از پرسشنامه به عنوان ابزار تحقیق استفاده گردید که خود مشتمل بر دو بخش بوده است. ابتدا پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی مراجعین که اطلاعاتی کلی در مورد وضعیت فردی، تحصیلی، خانوادگی و اقتصادی پاسخگویان در اختیار پژوهشگر قرار می گیرد. این بخش شامل ۶ سؤال می باشد.

بخش اصلی سئوالات مربوط به مقیاس رضایت از خدمات SSS-30 (Service Satisfaction Scale) است. این یک مقیاس چندبعدی بوده که به منظور سنجش انواع خدمات در مراکز بهداشت روانی مورد استفاده قرار می گیرد. این مقیاس که محصول برنامه ی رضایت پژوهش دانشگاه کالیفرنیا ی سان فرانسیسکو (UCSF) است توسط گرینفیلد و اتکینسون در سال ۱۹۸۹ طراحی و به آزمون درآمده و در زمینه های مختلفی اعتباریابی شده است. و در حال حاضر به عنوان مقیاسی معتبر در سطح بین المللی مورد استفاده قرار می گیرد.

در ایران این ابزار اولین بار توسط رفیعی و همکاران (۱۳۸۱) به فارسی برگردانده و ویژگی های روان سنجانه ی آن در جمعیت ایرانی بررسی گردید. به طوری که ابتدا بر روی ۳۳ مراجعه کننده ۹ مرکز مشاوره شهر تهران آزموده و اصلاح شد. سپس پایایی آن، بر روی ۲۱ مراجعه کننده زن و مرد (با دامنه ی سنی ۶۵-۱۸ سال) مورد سنجش قرار گرفت. همچنین برای تعیین روایی آن، بر روی ۵۰ مراجعه کننده زن و مرد (با دامنه ی سنی ۷۵-۱۸ سال) اجرا شده است. میانگین بدست آمده از آزمون مزبور ۱۱۹٫۷ و انحراف معیار ۱۴٫۷ بوده است. همچنین میانگین همبستگی پاسخ به سوالهای سی گانه مقیاس (۳۵٪) و ضریب آلفای کرونباخ (۹۴٪) حاکی از همسانی درونی مقیاس بدست آمده است. روایی ملاکی از طریق محاسبه ی ضریب همبستگی بین نمرات مقیاس و عملکرد فرد روی سه سوال بازپاسخ انتهای مقیاس (۲ = ۰٫۵۳) تعیین شد و نمره ی ۹۵ روی مقیاس به عنوان نقطه ی برش مناسب شناخته شد. در تحقیق حاضر نیز ضریب پایایی بدست آمده معادل ۰٫۹۳ بدست آمد.

نحوه نمره گذاری: ابزار مزبور دارای ۳۰ گویه بوده و به شکل لیکرت و ۵ گزینه ای تهیه شده است. نمره گذاری برای پاسخ عالی بود امتیاز (۵) و برای فوق العاده بد بود امتیاز (۱) در نظر گرفته می شود. جمع نمرات کسب شده هر پاسخگو در دامنه بین (۳۰) به معنی عدم رضایت کامل تا (۱۵۰) رضایت کامل قرار می گیرد. نقطه برش برای مقیاس مزبور ۹۵ محاسبه گردیده است.

مقیاس SSS-30 یک مقیاس چندبعدی بوده که شامل ۵ خرده مقیاس اصلی به شرح جدول زیر است:

خرده مقیاس	تعداد گویه ها	شماره گویه ها
۱ روش ها و مهارت های مشاور	۹ گویه	۱-۲-۶-۹-۱۰-۱۶-۲۰-۲۴-۳۰
۲ پیامد و نتیجه مشاوره	۸ گویه	۳-۱۵-۱۷-۱۸-۱۹-۲۱-۲۵-۲۹
۳ قابلیت دسترسی به خدمات	۴ گویه	۷-۱۳-۲۲-۲۳
۴ روال ارائه خدمات	۵ گویه	۴-۵-۲۵-۲۶-۲۸
۵ مدت زمان انتظار	۲	۱۱-۱۲
ظاهر و تسهیلات مرکز	۱	گویه شماره ۸
هزینه دریافتی	۱	گویه شماره ۱۴
تبلیغات و اطلاع رسانی	۱	گویه شماره ۲۷

۳-۵) روش اجرای پژوهش:

به منظور جمع آوری اطلاعات مراجعین در دو گروه مورد بررسی قرار گرفتند: کسانی که در زمان تحقیق در حال دریافت خدمات بوده و آن دسته که جلسات خود را در طول یک سال گذشته پشت سر گذاشته بودند. این تقسیم بندی بدین دلیل صورت گرفت که نظرات مراجعین در حال دریافت خدمات در مراکز علیرغم تمام تمهیدات می تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار گرفته و نتایج دقیقی از رضایت سنجی حاصل نگردد لذا با وارد کردن نظرات گروهی از مراجعین که دوره مشاوره یا درمان خود را پشت سر گذاشته اند می تواند نتایج نسبتاً کم سوتری در اختیار محقق قرار دهد از این رو هر دو گروه نمونه ها مورد بررسی قرار گرفتند. بدین منظور لیستی از

مراجعه‌ی که در یکسال گذشته از مراکز خدمات دریافت نموده بودند تهیه و به طور تلفنی از ایشان اطلاعات مربوطه جمع آوری گردید.

۳-۶) روش تجزیه و تحلیل داده ها و بررسی آماری

داده ها به وسیله نرم افزار آمار 2-2 SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. هر یک از شاخصهای رضایت با استفاده از آمارهای توصیفی محاسبه و در قالب جداول توزیع فراوانی و درصد بیان گردیده اند همچنین با استفاده از آزمونهای استنباطی معناداری تفاوت بین متغیرها تعیین شده است.

فصل چهارم:

ارائه یافته ها

در این فصل به نتایج و یافته های حاصل از تحقیق می پردازیم. پس از پردازش و تجزیه و تحلیل داده ها اطلاعات بدست آمده تحت چند عنوان کلی به صورت جداول توزیع فراوانی و درصد آمده که شرح و توصیف هر جدول در ذیل آن آمده است:

۴-۱) مشخصات دموگرافیک:

در بخش اول اطلاعات بدست آمده مربوط به مشخصات پاسخگویان شامل متغیرهای جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اشتغال و درآمد در قالب جداول شماره ۱ تا ۶ به ترتیب ذیل ارائه شده است.

جدول ۱ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان بر حسب جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد
مرد	۱۱۴	۳۵/۶
زن	۲۰۶	۶۴/۴
جمع	۳۲۰	٪۱۰۰

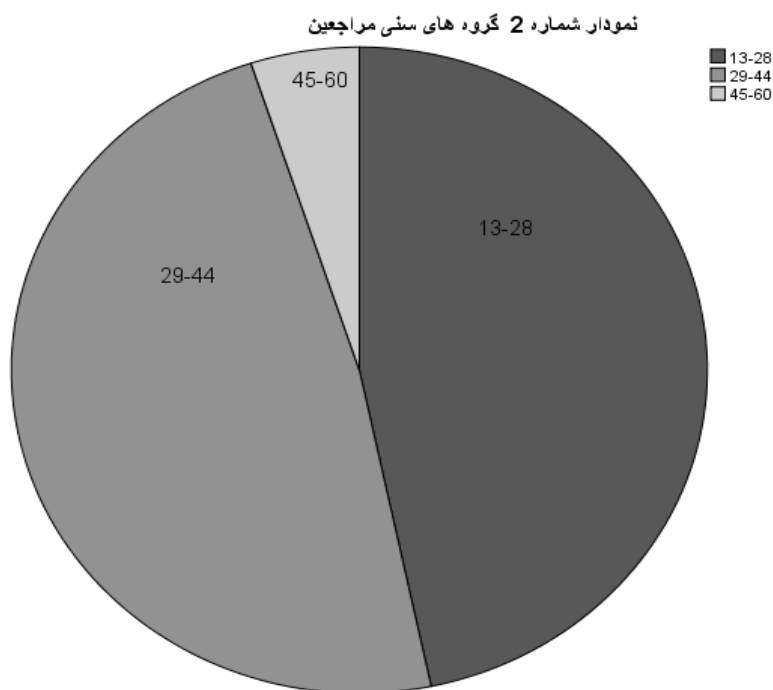
بر اساس نتایج جدول شماره یک ۳۵,۶ درصد پاسخگویان را مردان و ۶۴,۴ درصد را زنان تشکیل داده اند. این یعنی نسبت مراجعین زن به مراکز مشاوره تقریباً دو برابر مردان بوده است. نمودار شماره یک این نکته را بهتر نشان میدهد.



جدول ۲ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان بر حسب گروه سنی

گروه سنی	فراوانی	درصد معتبر
سال ۱۳-۲۸	۱۴۸	۴۶/۷
سال ۲۹-۴۴	۱۵۳	۴۸/۳
سال ۴۵-۶۰	۱۶	۵
جمع	۳۱۷	٪۱۰۰
بدون پاسخ	۳	
میانگین سنی ۲۹٫۸	انحراف معیار ۸٫۲	

بر اساس نتایج جدول شماره ۲ توزیع فراوانی گروه های سنی پاسخگویان نشان می دهد که دامنه سنی مراجعین به مراکز مشاوره بین ۱۳ تا ۶۰ سال بوده است. ضمن اینکه میانگین سنی ۲۹/۸ سال بوده، قریب به نیمی از مراجعین در گروه سنی ۲۹ تا ۴۴ سال یا میانسالی قرار دارند. و این درحالی است که ۴۶٫۷ درصد مراجعین را نوجوانان و جوانان تشکیل می دهند و تنها پنج درصد در سنین بزرگسالی قرار دارند. نمودار زیر این تقسیم بندی را نشان می دهد.

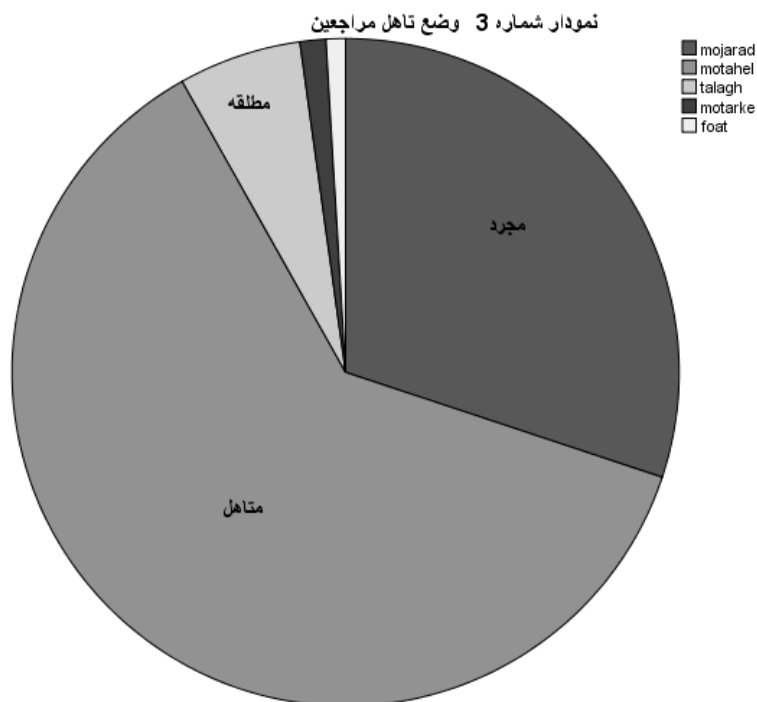


جدول ۳ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان بر حسب وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	فراوانی	درصد معتبر
مجرد	۹۶	۳۰/۱
متاهل	۱۹۸	۶۱/۷
طلاق	۱۹	۶/۰
متارکه	۴	۱/۳
بیوه	۳	۰/۹
جمع	۳۲۰	٪۱۰۰

بر اساس نتایج جدول شماره ۳ قریب به دو سوم مراجعین مراکز مشاوره متاهل بوده و سی درصد ایشان نیز مجرد و

بقیه ۸,۲ درصد در وضعیت طلاق، متارکه و بیوه قرار دارند. این توزیع در نمودار زیر نشان داده شده است.

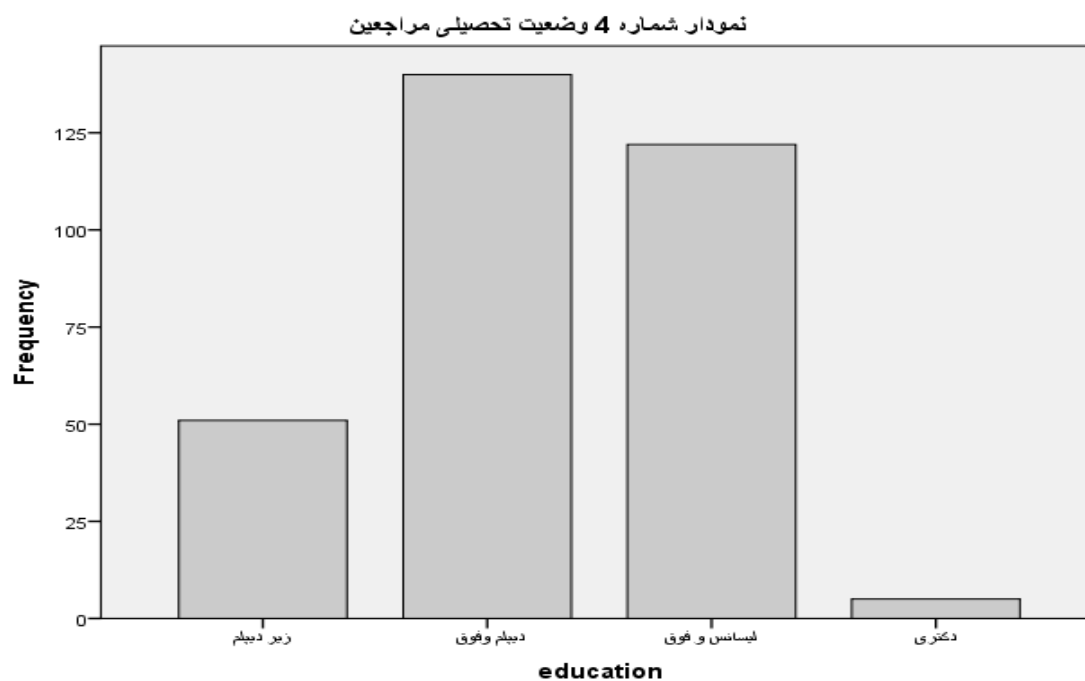


جدول ۴ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان بر حسب وضعیت تحصیلی

وضعیت تحصیلی	فراوانی	درصد
زیر دیپلم	۵۱	۱۶
دیپلم و فوق دیپلم	۱۳۹	۴۳/۷
لیسانس و فوق لیسانس	۱۲۳	۳۸/۷
دکترای	۵	۱/۶
جمع	۳۱۸	%۱۰۰
بی پاسخ	۲	

بر اساس نتایج جدول شماره ۴ توزیع فراوانی و درصد تحصیلات مراجعین نشان می دهد که بیشترین آنان یعنی

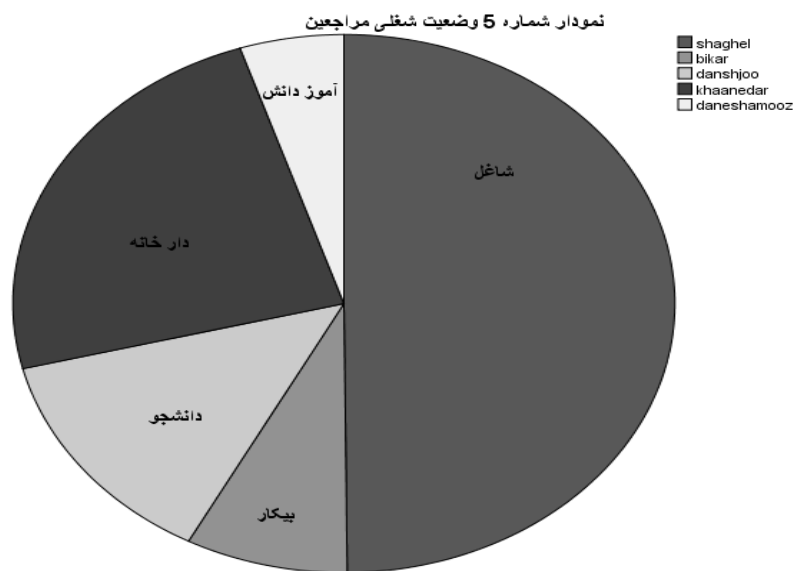
۴۳,۷ درصد دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم بوده و ۳۸,۷ لیسانس و فوق لیسانس داشته اند.



جدول ۵ توزیع فراوانی و درصد پاسخ گویان بر حسب وضعیت اشتغال

اشتغال	فراوانی	درصد	درصد کل
شاغل	زن	۷۰	۴۹/۸
	مرد	۸۷	۴۴,۶
بیکار	زن	۴	۷/۹
	مرد	۲۱	۱۶
دانشجو	زن	۳۰	۱۳/۳
	مرد	۱۲	۲۸,۶
خانه دار	زن	۷۵	۲۳/۸
	مرد	۰	۰
دانش آموز	زن	۱۰	۵/۱
	مرد	۶	۳۷,۵
جمع	۳۱۵	%۱۰۰	%۱۰۰
بی پاسخ	۵		

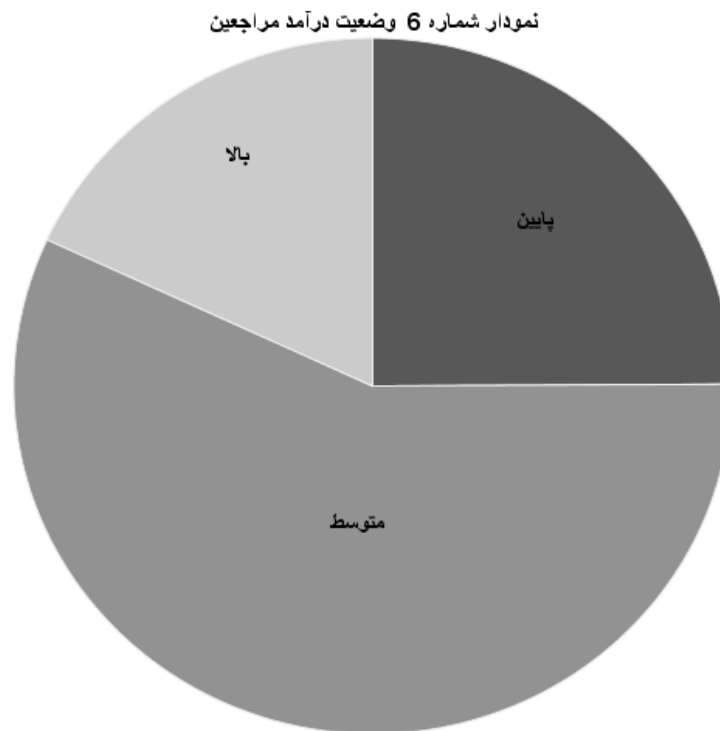
بر اساس نتایج جدول شماره پنج نزدیک به نیمی از مراجعین مراکز مشاوره شاغل بوده و بعد از آنها ۲۳,۸ درصد را زنان خانه دار تشکیل داده اند. همچنین ۱۸,۴ درصد محصل (دانش آموز و دانشجو) و تنها ۷,۱ درصد بیکار بوده اند. همچنین عمده مراجعین مرد شاغل بوده اند در حالی که زنان مراجعه کننده غیر شاغل عمدتاً خانه دار یا محصل بوده اند. توزیع مزبور در نمودار زیر آمده است.



جدول ۶ توزیع فراوانی و درصد در آمد خانوار پاسخگویان

وضعیت درآمد خانوار	فراوانی	درصد معتبر
پایین	۷۳	۲۴/۹
متوسط	۱۶۷	۵۷
بالا	۵۳	۱۸/۱
جمع	۲۹۳	۱۰۰/۰
بی پاسخ	۲۷	

جدول شماره ۶ بیانگر وضعیت درآمد خانوار می باشد که پاسخگویان وضعیت درآمدی خانوار خود را عمدتاً (۵۷ درصد) در حد متوسط اعلام کرده اند. یک چهارم نیز در آمد خود را در حد پایین و تنها ۱۸ درصد درآمد خود را بالا اعلام کرده اند.



۴-۲) اطلاعات مربوط به چگونگی رضایت:

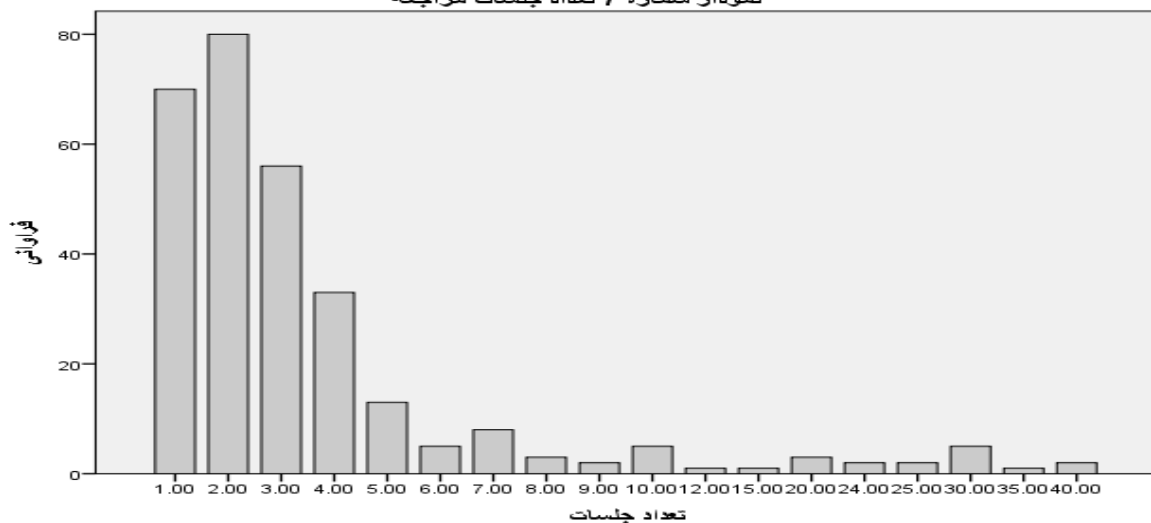
اطلاعات بدست آمده مربوط به چگونگی رضایت پاسخگویان از مراکز مشاوره در قالب رضایت کلی و رضایت در ابعاد مختلف آن در قالب جداول و نمودارهای زیر آمده است.

جدول ۷ توزیع فراوانی و درصد پاسخگویان بر حسب تعداد جلسات مشاوره

تعداد جلسات مشاوره	فراوانی	درصد معتبر
یک جلسه	۷۰	۲۴
دو جلسه	۸۰	۲۷/۴
سه جلسه	۵۶	۱۹/۲
۴ جلسه	۳۳	۱۱/۳
۵ جلسه	۱۳	۴/۵
۶ تا ۱۰ جلسه	۱۸	۷/۸
۱۱ تا ۲۰ جلسه	۵	۱/۶
بیش از ۲۰ جلسه	۱۲	۴/۱
جمع	۲۹۲	۱۰۰/۰
بی پاسخ	۲۸	۳۰,۳

طبق اطلاعات جدول شماره ۷ پاسخگویان بین یک تا ۴۰ جلسه برای دریافت خدمات مشاوره ای به مراکز مراجعه داشته اند که از این عده بطور عمدۀ (۷۰/۶٪) یک تا سه جلسه به مراکز مراجعه نموده و ۵,۷ درصد بیش از ۱۰ جلسه مراجعه داشته اند. در حالی که تعداد مراجعات بین ده تا بیست جلسه تنها ۱,۶ درصد بوده است.

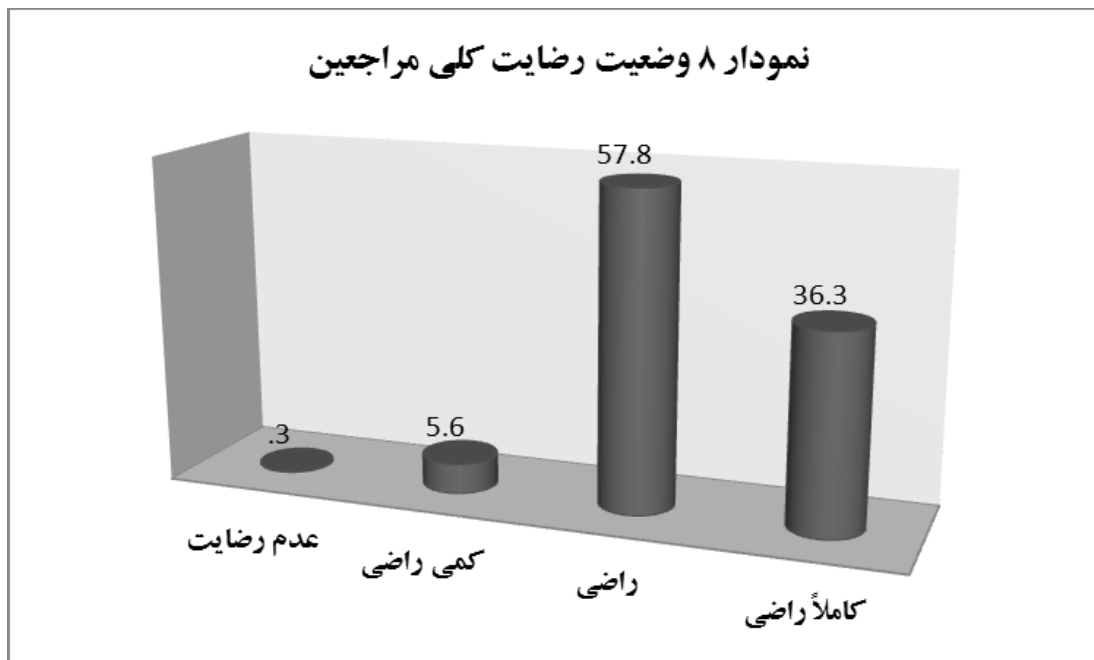
نمودار شماره ۷ تعداد جلسات مراجعه



جدول ۸ توزیع فراوانی و درصد رضایت کلی پاسخگویان از مراکز مشاوره

وضعیت رضایت کلی	فراوانی	درصد
عدم رضایت	۱	۰/۳
نه چندان راضی	۱۸	۵/۶
راضی	۱۸۵	۵۷/۸
رضایت کامل	۱۱۶	۳۶/۳
جمع	۳۲۰	%۱۰۰
میانگین ۱۲۴,۲	انحراف معیار ۱۲,۸	

طبق اطلاعات جدول شماره ۸ وضعیت رضایت کلی، از مجموع مراجعین (۵۷,۸٪) راضی بوده و (۳/۳۶٪) رضایت کامل داشته اند. نمودار زیر بهتر نمایانگر این توزیع می باشد.

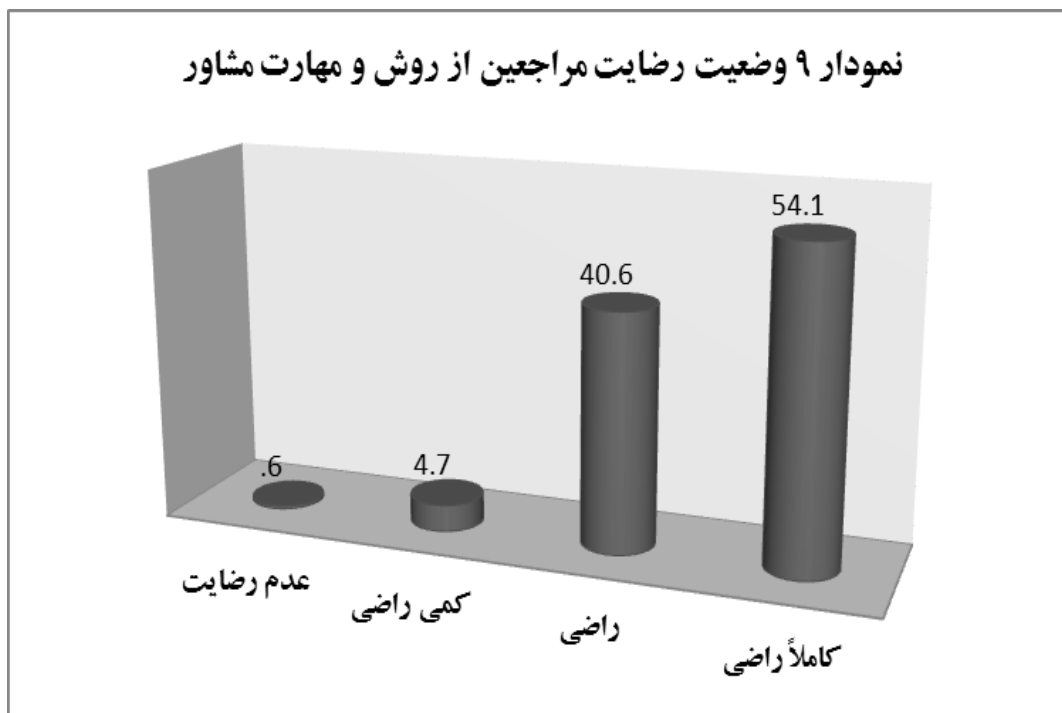


جدول ۹ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین از روشها و مهارت مشاور

وضعیت رضایت	فراوانی	درصد
عدم رضایت	۲	۰/۶
نه چندان راضی	۱۵	۴/۷
راضی	۱۳۰	۴۰/۶
رضایت کامل	۱۷۳	۵۴/۱
جمع	۳۲۰	٪۱۰۰

طبق جدول و نمودار شماره ۹ رضایت مراجعین در خرده مقیاس روشها و مهارتهای مشاور ۴۰,۶ درصد راضی بوده

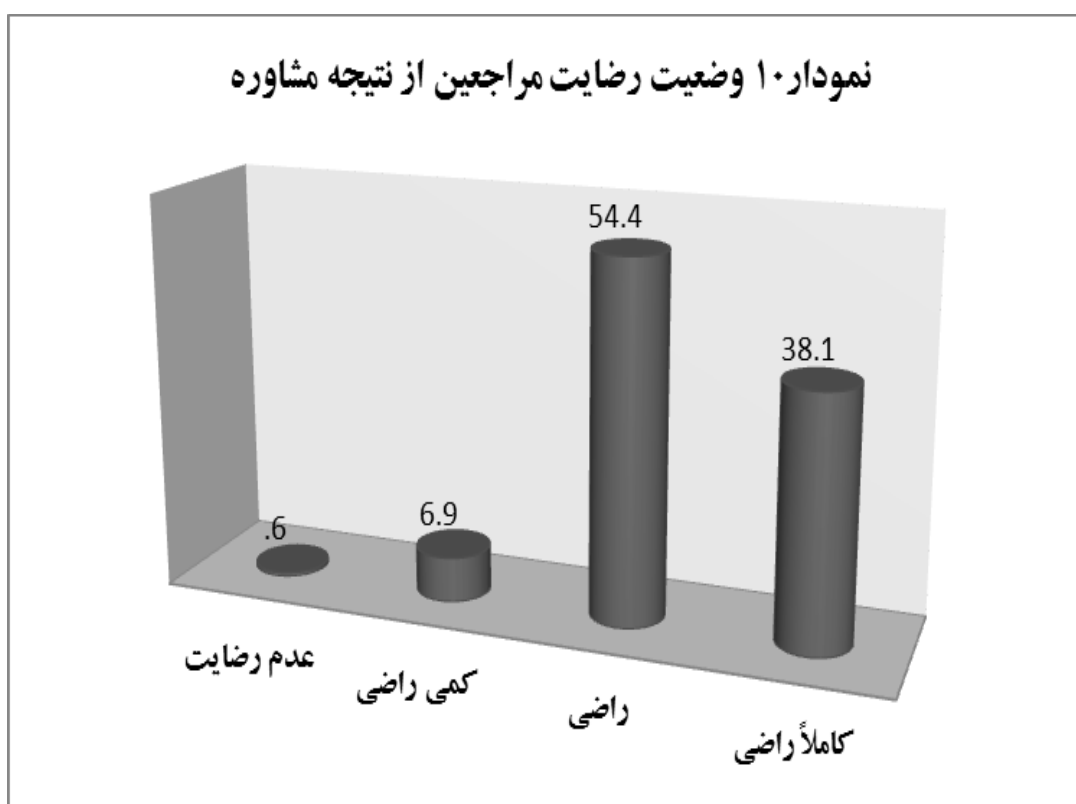
و ۵۴,۱ درصد کاملاً رضایت داشته اند.



جدول ۱۰ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین از پیامد و نتیجه مشاوره

وضعیت رضایت	فراوانی	درصد
عدم رضایت	۲	۰/۶
نه چندان راضی	۲۲	۶/۹
راضی	۱۷۴	۵۴/۴
رضایت کامل	۱۲۲	۳۸/۱
جمع	۳۲۰	%۱۰۰

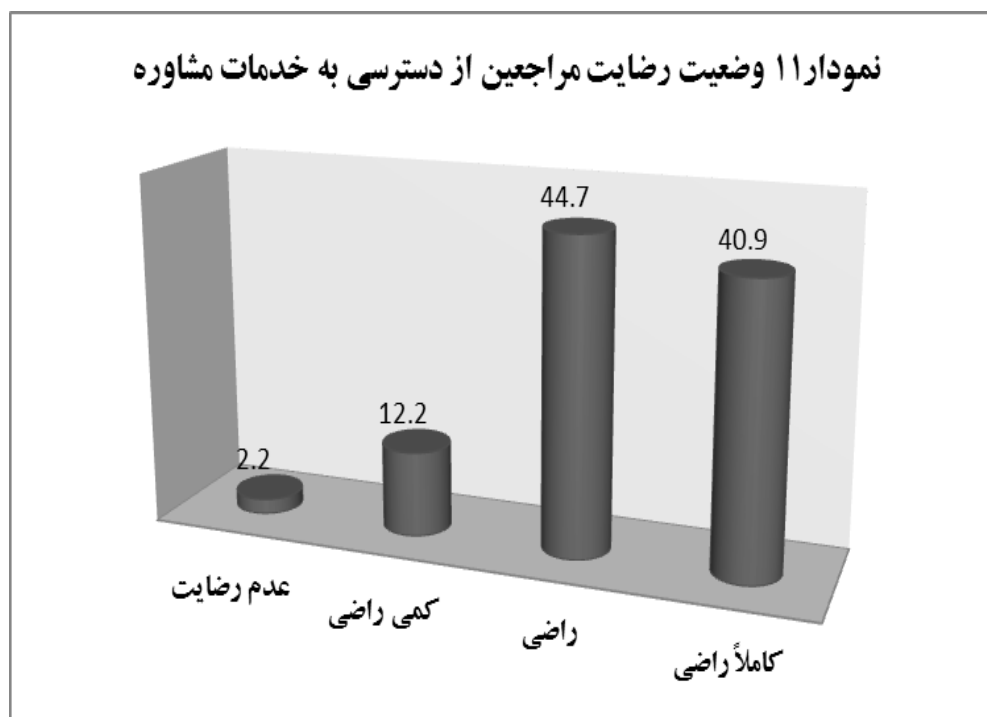
جدول شماره ۱۰ نشان می دهد که ۵۴,۴ درصد مراجعین از نتیجه مشاوره خود رضایت داشته اند و ۳۸,۱ درصد از رضایت کامل برخوردار بوده اند. این نکته در نمودار زیر نشان داده شده است.



جدول ۱۱ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین از قابلیت دسترسی به خدمات

وضعیت رضایت	فراوانی	درصد
عدم رضایت	۷	۲/۲
نه چندان راضی	۳۹	۱۲/۲
راضی	۱۴۳	۴۴/۷
رضایت کامل	۱۴۱	۴۰/۹
جمع	۳۲۰	٪۱۰۰

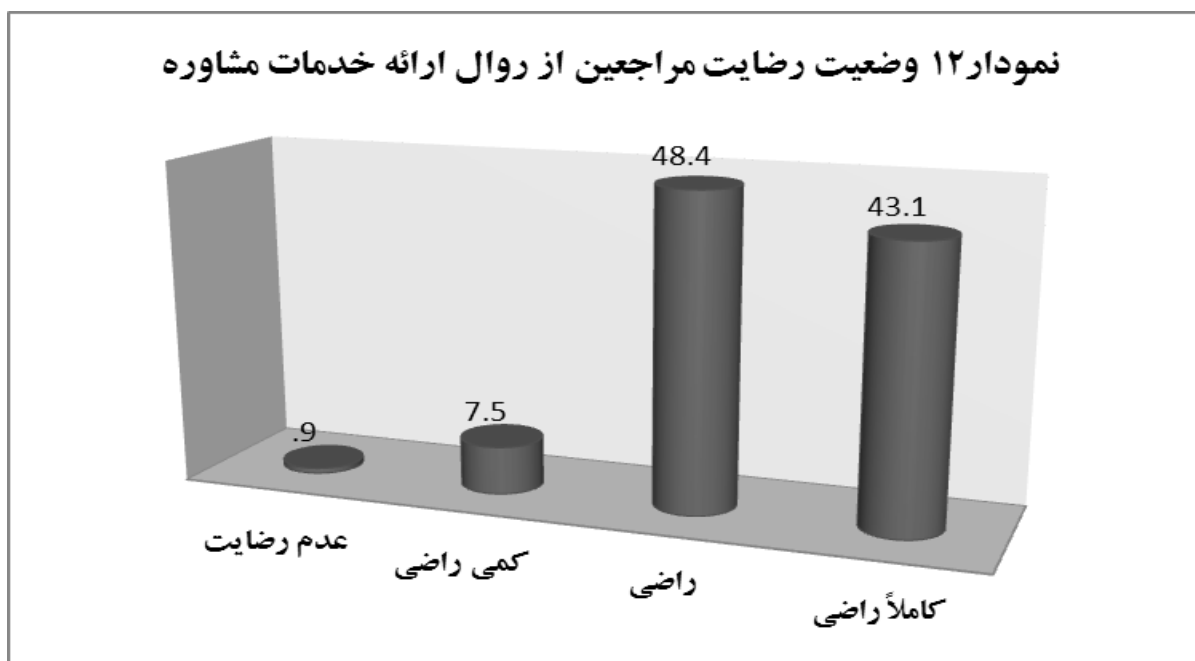
جدول شماره ۱۱ بیانگر آنست که از نظر امکان دسترسی مراجعین به خدمات مشاوره ای مراکز ۴۴,۷ درصد راضی بوده و ۱۴,۴ درصد ناراضی بوده اند.



جدول ۱۲ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین از روال ارائه خدمات

وضعیت رضایت	فراوانی	درصد
عدم رضایت	۳	۰/۹
نه چندان راضی	۲۴	۷/۵
راضی	۱۵۷	۴۸/۴
رضایت کامل	۱۳۸	۴۳/۱
جمع	۳۲۰	٪۱۰۰

اطلاعات حاصل از جدول شماره ۱۲ نیز بیانگر این است که از مجموع پاسخگویان ۴۸,۴ درصد نسبت به روال ارائه خدمات اظهار رضایت داشته اند و قریب به ۴۳,۱ درصد از رضایت کامل برخوردار بوده اند.



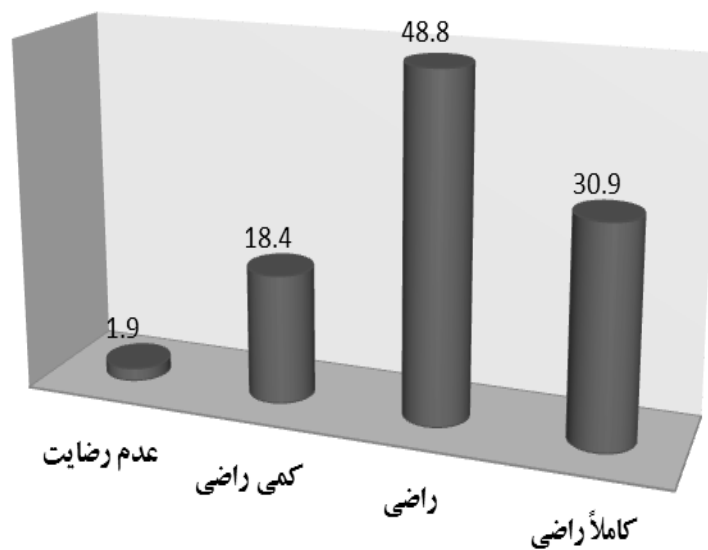
جدول ۱۳ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین از مدت زمان انتظار

وضعیت رضایت	فراوانی	درصد
عدم رضایت	۶	۱/۹
نه چندان راضی	۵۹	۱۸/۴
راضی	۱۵۶	۴۸/۸
رضایت کامل	۹۹	۳۰,۹
جمع	۳۲۰	%۱۰۰

طبق نتایج جدول فوق ۴۸,۴ درصد مراجعین از مدت زمان انتظار برای دریافت خدمات مشاوره ای راضی بوده و

۳۰,۹ درصد در حد کامل رضایت داشته اند. اگرچه ۲۰,۳ درصد از آن رضایتی نداشته اند.

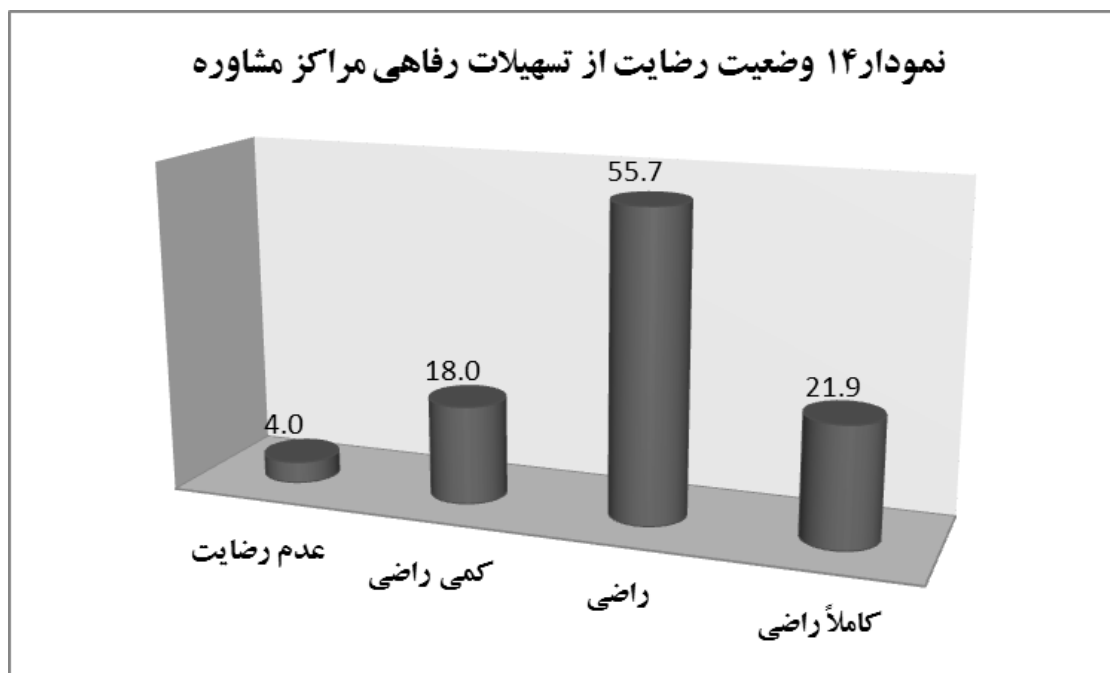
نمودار ۱۳ وضعیت رضایت از مدت زمان انتظار برای مشاوره



جدول ۱۴ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به تسهیلات رفاهی و ظاهر مرکز

وضعیت رضایت	فراوانی	درصد
عدم رضایت	۱۳	۴
نه چندان راضی	۵۹	۱۸/۴
راضی	۱۷۸	۵۵/۷
رضایت کامل	۷۰	۲۱/۹
جمع	۳۲۰	%۱۰۰

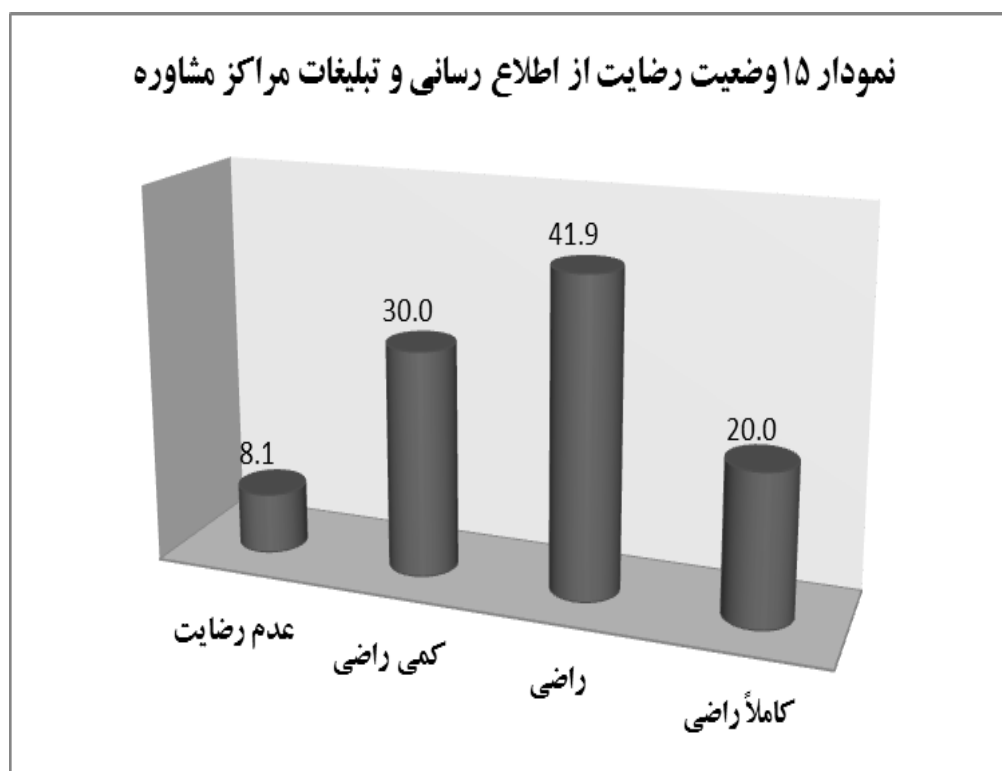
نتایج مربوط به جدول شماره ۱۴ بیان می کند که ۵۵,۷ درصد مراجعین از وضعیت ظاهر و تسهیلات رفاهی موجود در مراکز مشاوره رضایت داشته و ۲۲,۸ درصد نسبت بدان اعلام رضایت نکرده اند.



جدول ۱۵ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به اطلاع رسانی و تبلیغات مراکز

وضعیت رضایت	فراوانی	درصد
عدم رضایت	۲۶	۸/۱
نه چندان راضی	۹۶	۳۰
راضی	۱۳۴	۴۱/۹
رضایت کامل	۶۴	۲۰
جمع	۳۲۰	٪۱۰۰

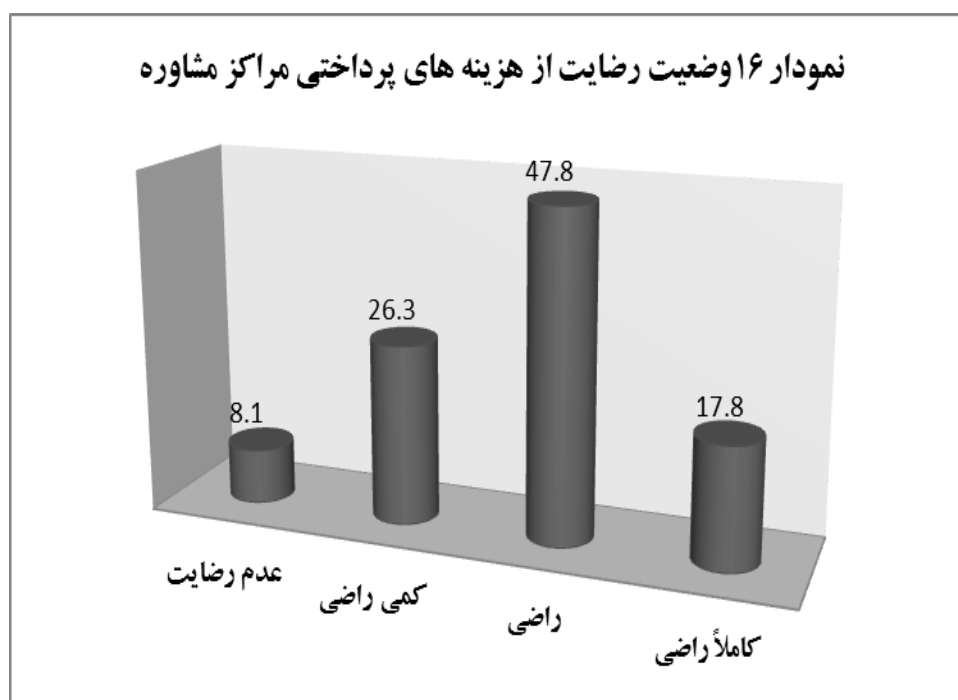
نتایج مربوط به جدول شماره ۱۵ نیز بیان می کند که ۴۱,۹ درصد مراجعین از اطلاع رسانی و تبلیغات مراکز مشاوره رضایت داشته و ۳۸,۱ درصد از آن اعلام رضایت نکرده اند.



جدول ۱۶ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به هزینه خدمات مشاوره

وضعیت رضایت	فراوانی	درصد
عدم رضایت	۲۶	۸/۱
نه چندان راضی	۸۴	۲۶/۳
راضی	۱۵۳	۴۷/۸
رضایت کامل	۵۷	۱۷/۸
جمع	۳۲۰	٪۱۰۰

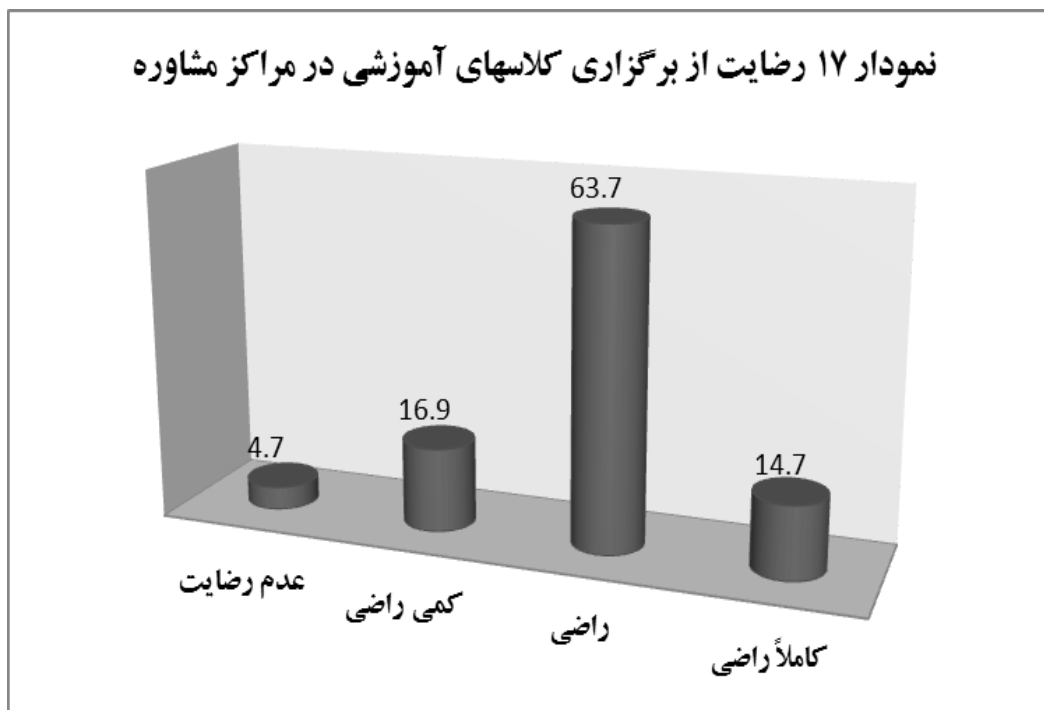
نتایج مربوط به جدول شماره ۱۶ بیان می کند که ۴۷٫۸ درصد مراجعین نسبت به هزینه های پرداختی بابت خدمات مشاوره رضایت داشته و ۱۷٫۸ درصد کاملاً از آن اعلام رضایت کرده اند و ۳۴٫۴ درصد رضایت چندانی از هزینه ها نداشته اند.



جدول ۱۷ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به برگزاری کلاسهای آموزشی و مشاوره های گروهی

وضعیت رضایت	فراوانی	درصد
عدم رضایت	۱۵	۴/۷
نه چندان راضی	۵۴	۱۶/۹
راضی	۲۰۴	۶۳/۷
رضایت کامل	۴۷	۱۴/۷
جمع	۳۲۰	٪۱۰۰

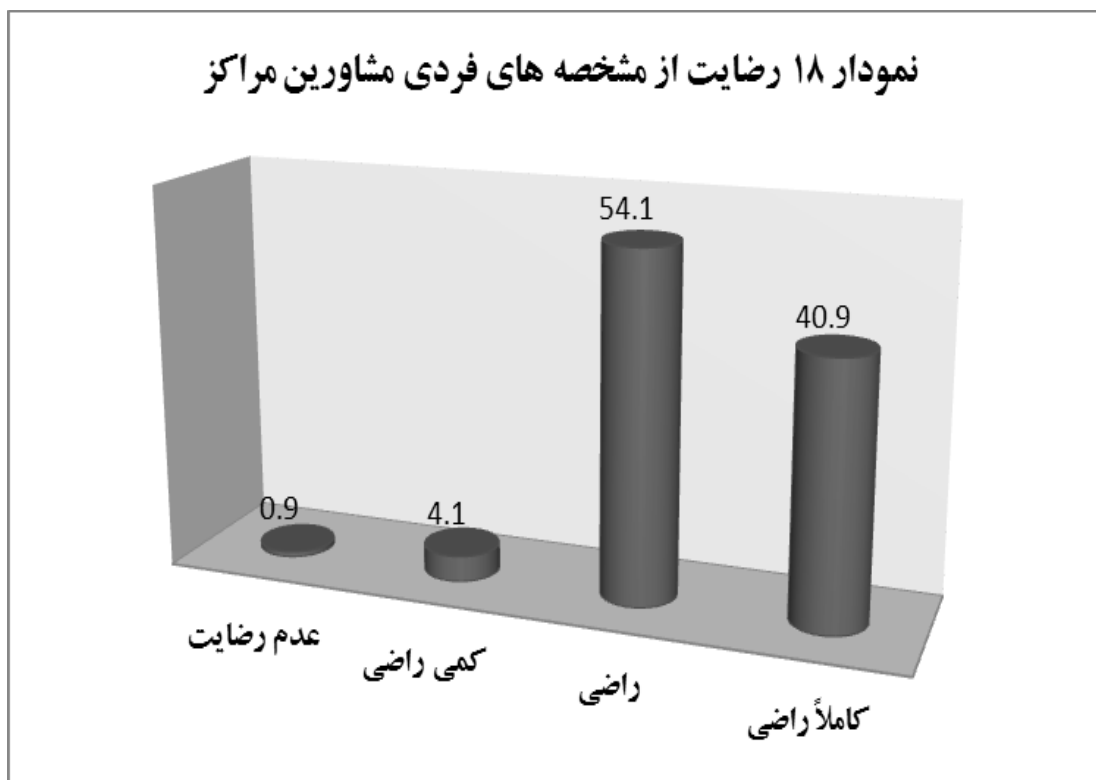
نتایج مربوط به جدول شماره ۱۷ بیان می کند که ۶۳,۷ درصد مراجعین از برگزاری کلاسهای آموزشی و مشاوره های گروهی در مراکز مشاوره رضایت داشته و ۴,۷ درصد بطور کامل از آن اعلام رضایت کرده اند. ولی ۲۱,۶ درصد رضایت چندانی از آن ندارند.



جدول ۱۸ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به مشخصات مشاور

وضعیت رضایت	فراوانی	درصد
عدم رضایت	۳	۰/۹
نه چندان راضی	۱۳	۴/۱
راضی	۱۷۳	۵۴/۱
رضایت کامل	۱۳۱	۴۰/۹
جمع	۳۲۰	٪۱۰۰

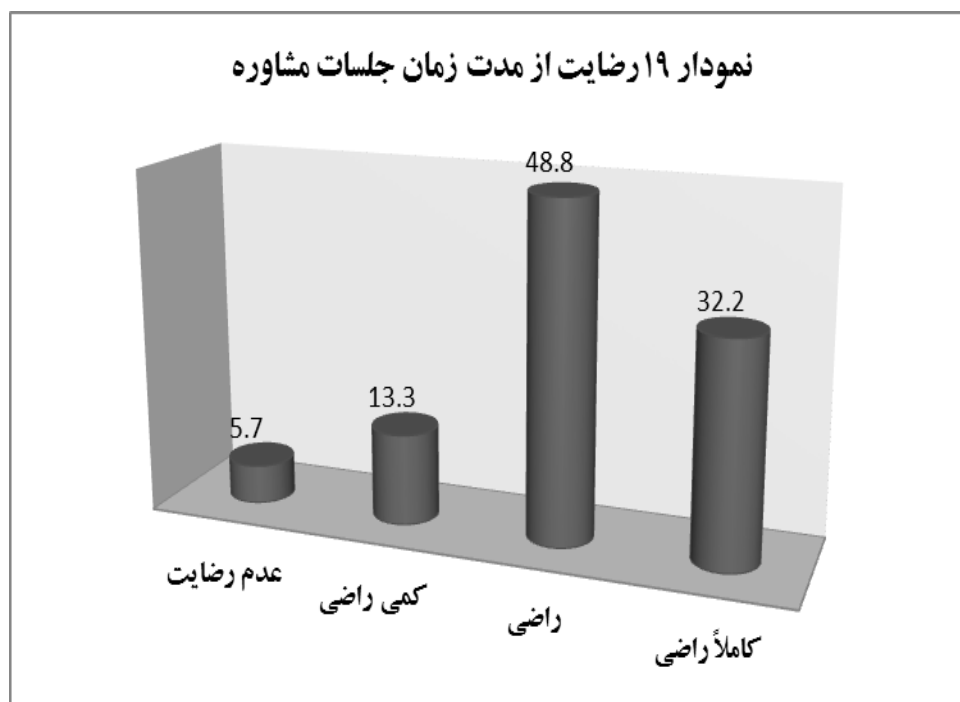
نتایج مربوط به جدول شماره ۱۸ نشان می دهد که ۵۴ درصد مراجعین از مشخصات مشاور خود از لحاظ سنی، جنسی، وضع تاهل و غیره رضایت داشته و تنها ۵ درصد نارضایتی داشته اند.



جدول ۱۹ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به مدت زمان مشاوره

وضعیت رضایت	فراوانی	درصد
عدم رضایت	۱۸	۵/۷
نه چندان راضی	۴۳	۱۳/۳
راضی	۱۵۶	۴۸/۸
رضایت کامل	۱۰۳	۳۲/۲
جمع	۳۲۰	%۱۰۰

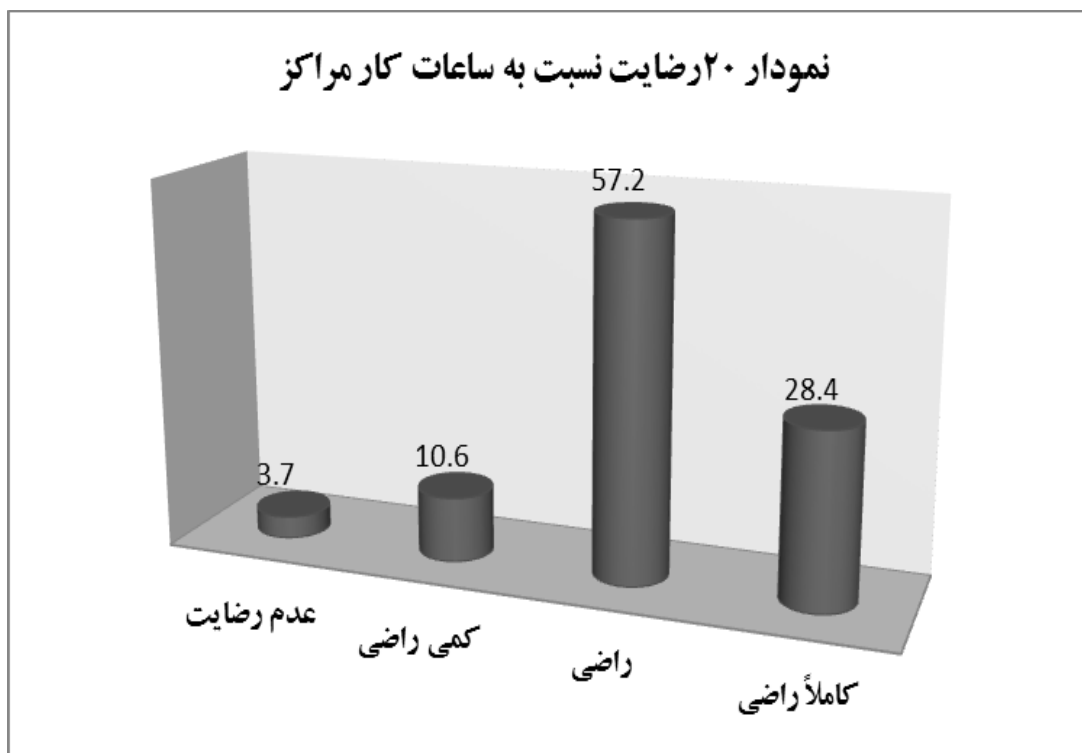
نتایج مربوط به جدول شماره ۱۹ نشان می دهد که ۴۸٫۸ درصد مراجعین از مدت زمان جلسات مشاوره رضایت داشته و ۱۹ درصد اعلام رضایت نداشته اند.



جدول ۲۰ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به ساعات کار مراکز

وضعیت رضایت	فراوانی	درصد
عدم رضایت	۱۲	۳/۷
نه چندان راضی	۳۴	۱۰/۶
راضی	۱۶۵	۵۷/۲
رضایت کامل	۱۰۹	۲۸/۴
جمع	۳۲۰	٪۱۰۰

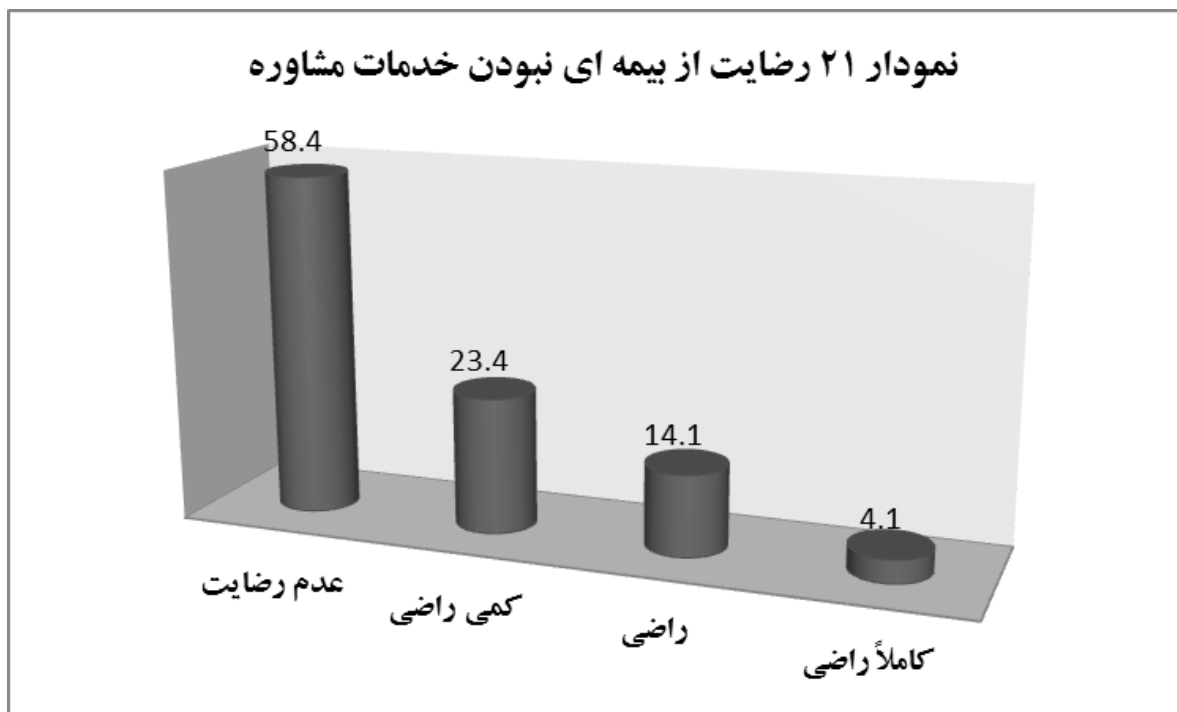
نتایج مربوط به جدول شماره ۲۰ نشان می دهد که ۵۷,۲ درصد مراجعین از ساعات کار مراکز رضایت داشته و تنها ۱۴,۳ درصد نارضایتی داشته اند.



جدول ۲۱ توزیع فراوانی و درصد وضعیت رضایت مراجعین نسبت به بیمه ای نبودن خدمات مشاوره

وضعیت رضایت	فراوانی	درصد
عدم رضایت	۱۸۷	۵۸/۴
نه چندان راضی	۷۵	۲۳/۴
راضی	۴۵	۱۴/۱
رضایت کامل	۱۳	۴/۱
جمع	۳۲۰	٪۱۰۰

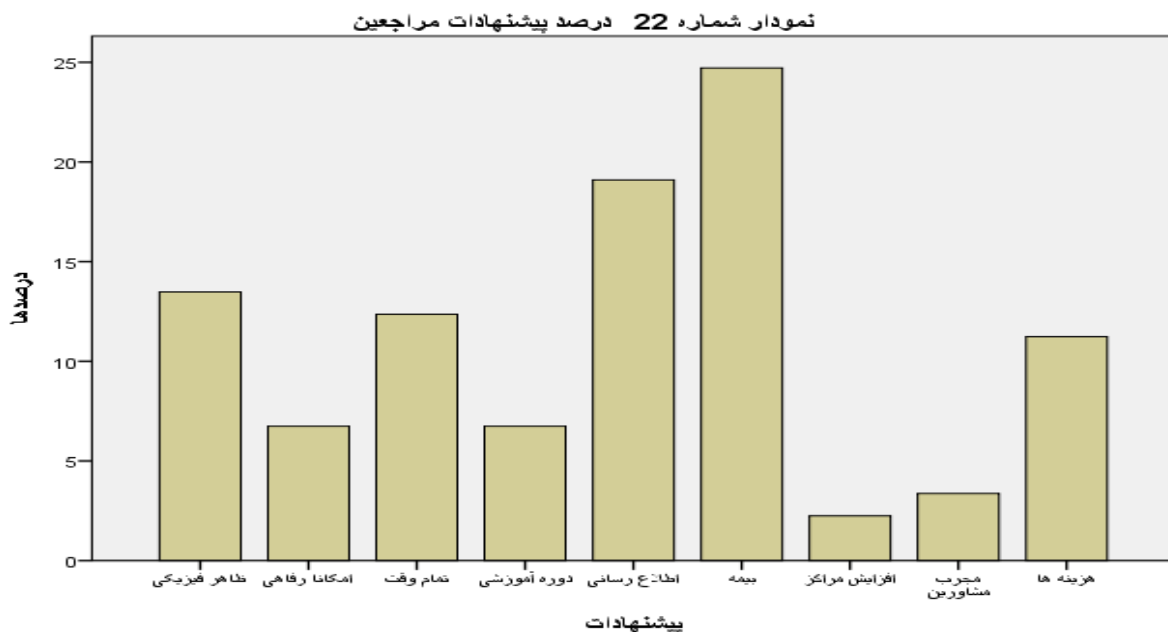
نتایج مربوط به جدول شماره ۲۱ نشان می دهد که ۵۸,۴ درصد مراجعین از وضعیت بیمه ای نبودن خدمات مشاوره اصلاً رضایتی نداشته و و تنها ۴,۱ درصد اعلام رضایت داشته اند.



جدول ۲۲ توزیع فراوانی و درصد پیشنهادات مراجعین در رابطه با بهبود خدمات مراکز مشاوره

پیشنهادات	فراوانی	درصد
پوشش بیمه ای خدمات	۲۲	۲۴/۷
اطلاع رسانی و تبلیغ	۱۷	۱۹/۱
ظاهر فیزیکی	۱۲	۱۳/۵
تمام وقت شدن	۱۱	۱۲/۴
کاهش تعرفه ها	۱۰	۱۱/۲
برگزاری دوره های آموزشی	۶	۶/۷
امکانات رفاهی	۶	۶/۷
استفاده از مشاورین مجرب	۳	۳/۴
افزایش تعداد مراکز	۲	۲/۲
جمع	۸۹	٪۱۰۰

نتایج مربوط به جدول شماره ۲۲ در رابطه با پیشنهادات مراجعین جهت بهبود خدمات مراکز مشاوره نشان می دهد که به ترتیب پوشش خدمات بیمه ای، اطلاع رسانی مناسب از خدمات، رسیدگی به ظاهر و امکانات فیزیکی و تمام وقت کار کردن مراکز و کاهش میزان تعرفه دریافتی بیشترین پیشنهادات یعنی بیش از ۸۰ درصد نقطه نظرات مراجعین را به خود اختصاص داده است.



۳-۴) آزمونهای آمار مقایسه ای و همبستگی در متغیرهای مرتبط با رضایت:

جدول ۲۳ آزمون مقایسه میانگین رضایت در بین دو جنس

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری
مذکر	۱۱۴	۱۲۳/۱۴	۱۲/۹۸۹	-۱/۱۱۳	۳۱۸	۰/۲۶۷
مونث	۲۰۶	۱۲۴/۸۱	۱۲/۸۳۹			

همانگونه که جدول شماره ۲۳ نشان می دهد و بر اساس آزمون T انجام شده تفاوت معناداری در میانگین رضایت مراجعین مذکر و مونث در مقیاس کلی دیده نمی شود و هر دو جنس به میزان مشابهی از رضایت برخوردارند.

جدول ۲۴ آزمون آنالیز واریانس میزان رضایت کلی از مراکز مشاوره بر حسب متغیرهای زمینه ای

متغیرها	درون گروه ها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معناداری
گروه های سنی	بین گروه ها	۶۷۰۴/۹۰۵	۳۹	۱۷۱/۹۲۱	۱/۰۳۰	۰/۴۲۷
	درون گروه ها	۴۶۲۲۲/۸۲۳	۲۷۷	۱۶۶/۸۶۹		
	جمع	۵۲۹۲۷/۷۲۹	۳۱۶			
وضعیت تاهل	بین گروه ها	۸۵۱/۲۰۵	۴	۲۱۲/۸۰۱	۱/۲۸۲	۰/۲۷۷
	درون گروه ها	۵۲۱۳۶/۶۵۷	۳۱۴	۱۶/۰۴۰		
	جمع	۵۲۹۸۷/۸۶۲	۳۱۸			
وضعیت تحصیلی	بین گروه ها	۴۵۹/۷۴۹	۴	۱۱۴/۹۳۷	۰/۶۹۱	۰/۵۹۹
	درون گروه ها	۵۲۰۹۹/۵۸۸	۳۱۳	۱۶۶/۴۵۲		
	جمع	۵۲۵۵۹/۳۳۷	۳۱۷			
وضعیت شغلی	بین گروه ها	۸۶۰/۸۲۷	۲	۴۳۰/۴۱۳	۲/۵۰۳	۰/۰۸۴
	درون گروه ها	۴۹۸۵۹/۵۰۰	۲۹۰	۱۷۱/۹۲۹		
	جمع	۵۰۷۲۰/۳۲۶	۲۹۲			
وضعیت درآمد	بین گروه ها	۸۵۱/۲۰۵	۴	۲۱۲/۸۰۱	۱/۲۸۲	۰/۲۷۷
	درون گروه ها	۵۲۱۳۶/۶۵۷	۳۱۴	۱۶/۰۴۰		
	جمع	۵۲۹۸۷/۸۶۲	۳۱۸			
تعداد جلسات	بین گروه ها	۳۲۹۶/۲۴۴	۱۷	۱۹۳/۸۹۷	۱/۱۴۹	۰/۳۰۸
	درون گروه ها	۴۶۲۵۵/۳۱۸	۲۷۴	۱۶۸/۸۱۵		
	جمع	۴۹۵۵۱/۵۶۲	۲۹۱			

همچنین طبق جدول شماره ۲۴ بر اساس محاسبات بعمل آمده (آزمون آنالیز واریانس) تفاوت معناداری در مقادیر مربوط به میزان رضایت کلی از مراکز مشاوره در بین گروه های سنی، تاهل، تحصیلی، شغلی، درآمدی وجود ندارد. همچنین میزان رضایت بر حسب میزان جلسات مشاوره نیز تفاوت معناداری را نشان نمی دهد. یعنی اینکه ظاهراً تعداد جلسات مشاوره نقشی در رضایت یا عدم رضایت مراجعین ندارد.

جدول ۲۵ آزمون همبستگی بین میزان رضایت از هزینه ها و بیمه ای نبودن خدمات و با سطح درآمد مراجعین

متغیرها	سطح درآمد	رضایت از هزینه ها	عدم رضایت از بیمه
سطح درآمد	ضریب همبستگی	۰,۰۳۲	-۰,۱۵۷**
	سطح معناداری	۰,۵۹۰	۰,۰۰۷
	تعداد	۲۹۳	۲۹۳
رضایت از هزینه ها	ضریب همبستگی	۱	۰,۲۷۰**
	سطح معناداری	.	۰,۰۰۰
	تعداد	۲۹۳	۳۲۰
عدم رضایت از بیمه	ضریب همبستگی	-۰,۱۵۷**	۱
	سطح معناداری	۰,۰۰۷	.
	تعداد	۲۹۳	۳۲۰

همچنین طبق جدول شماره ۲۵ بر اساس همبستگی محاسبه شده بین سطح درآمد و عدم رضایت از وضعیت بیمه خدمات مشاوره ارتباط منفی معناداری مشاهده می شود بدین معنی که هرچه سطح درآمد مراجعین پایین تر باشد اظهار نارضایتی شان از عدم پوشش خدمات بیمه بیشتر خواهد بود. همچنین بین میزان رضایت از هزینه ها و میزان

رضایت از بیمه ای نبودن خدمات رابطه مثبت معناداری وجود دارد. یعنی راضی بودن از هزینه با راضی بودن از وضعیت عدم پوشش بیمه همراه است. البته بین رضایت از هزینه ها و سطح درآمد رابطه معناداری مشاهده نگردید.

جدول ۲۶ آزمون همبستگی بین میزان رضایت کلی با تعداد و سطح درآمد مراجعین

متغیرها	سطح درآمد			رضایت کلی
	تعداد جلسات	تعداد	سطح درآمد	
سطح درآمد	ضریب همبستگی	۱	۰,۱۲۲	۰,۱۰۰
	سطح معناداری	.	۰,۰۴۴	۰,۰۸۸
	تعداد	۲۹۳	۲۷۲	۲۹۳
تعداد جلسات	ضریب همبستگی	۰,۱۲۲	۱	۰,۱۴۸
	سطح معناداری	۰,۰۴۴	.	۰,۰۱۲
	تعداد	۲۷۲	۲۹۲	۲۹۲
رضایت کلی	ضریب همبستگی	۰,۱۰۰	۰,۱۴۸	۱
	سطح معناداری	۰,۰۸۸	۰,۰۱۲	.
	تعداد	۲۹۳	۲۹۲	۳۲۰

همچنین طبق جدول شماره ۲۶ بر اساس همبستگی محاسبه شده بین عدم رضایت کلی و تعداد جلسات مشاوره ارتباط مثبت معناداری هر چند ضعیف مشاهده می شود بدین معنی که هرچه تعداد جلسات بیشتر باشد اظهار رضایت نیز بیشتر خواهد بود. همچنین بین تعداد جلسات و سطح درآمد رابطه مثبتی وجود دارد. یعنی با بالا رفتن سطح درآمد تعداد احتمال ادامه جلسات مشاوره نیز بیشتر بوده است.

جدول ۲۷ آزمون مقایسه میانگین رضایت سنجی مراجعین به صورت حضوری و تلفنی

جنسیت	میانگین	انحراف معیار	مقدار T جفت شده	درجه آزادی	سطح معناداری
حضوری	۱۲۷/۰۳	۱۱/۸۵۸۱۶	۳/۸۹۹	۱۱۹	۰/۰۰۰
تلفنی	۱۲۰/۲۷	۱۲/۵۲۶۲۵			

همانگونه که جدول شماره ۲۷ نشان می دهد و بر اساس آزمون T جفت شده و مقایسه بین دو گروه: (۱) مراجعینی که در طول یک سال اخیر از مرکز خدماتی دریافت نموده و به صورت تلفنی نظر سنجی شده بودند، (۲) با کسانی که در زمان تحقیق در حال دریافت خدمات مشاوره بودند و به صورت حضوری مورد نظر سنجی قرار گرفتند، تفاوت معناداری در میانگین رضایت کلی ایشان بدست آمد. به طوری که میانگین رضایت افراد حاضر در مراکز بالاتر از کسانی بوده که تلفنی ارزیابی شده بوده است. شاید این چنین معنا بدهد که نظرات مراجعین حاضر در مراکز مشاوره درباره رضایت شان تحت شرایطی و تاحدودی اغراق آمیز بوده است.

فصل پنجم:

نتیجه گیری و بحث

۵-۱) نتیجه گیری و بحث:

توجه به نقطه نظرات بهره مندان همواره به عنوان یکی از شاخص های ارزیابی برنامه ها و خدمات مطرح بوده است. اگرچه مهمترین شاخص تعیین کننده در رضایت مراجعین و خدمت گیرندگان نتیجه ای است که از مشاوره و درمان عاید می گردد اما این مهم حاصل مجموعه ای از عوامل مختلفی است که ابعاد چندگانه رضایت را تشکیل می دهد. در مدل پیشنهادی (جورج و کریستیان، ۱۳۷۴) سه دسته متغیرها شامل (۱) متغیرهای موقعیتی (۲) متغیرهای فرایندی (۳) متغیرهای پیامدی بدین منظور صورت بندی شده است. بر همین اساس تحقیق حاضر با هدف سنجش و تعیین چگونگی رضایت مراجعین به عملکرد مراکز مشاوره پرداخته است که نتایج آن به طور خلاصه در ذیل آمده است:

در ابتدا مشخصات دموگرافیک پاسخگویان نشان داد ۳۵,۶ درصد از مراجعین مراکز مشاوره حضوری استان هرمزگان را مردان و ۶۴,۴ درصد را زنان تشکیل می دهند. این یعنی نسبت مراجعین زن تقریباً دو برابر مردان بوده است. این نتایج با مطالعه ای (قازاریان، ۱۳۷۷) که روی مراکز مشاوره بهزیستی کشور صورت گرفت (۶۸ درصد زنان و ۳۲ درصد مردان)، کاملاً همسویی دارد. در تبیین گرایش بیشتر زنان به خدمات روانشناختی برخی (مولیکا ۱۹۸۹ به نقل از قازاریان ص ۸۱) علت را در این می دانند که زنان بنا به دلایل مختلف روانی اجتماعی بیشتر در معرض مشکلات بوده و بعضی از مشکلات روانی در بین ایشان شیوع بیشتری دارد. البته میزان بالای بهره گیری زنان از خدمات مشاوره ای را می توان به عوامل دیگری از جمله ناشی از ویژگی پذیرا بودن، انعطاف پذیری و ارتباط گرا بودن و استفاده زنان از مقابله های مساله مدار در هنگام مواجهه با مشکلات دانست که آنان را مشاوره پذیرتر می سازد. این در حالی است که عدم استقبال مردان از خدمات مشاوره و روانشناختی در بسیاری از مشکلات زناشویی و خانوادگی خود چالشی جدی برای درمانگران محسوب می شود.

در رابطه با متغیر سن نتایج نشان داد دامنه سنی مراجعین به مراکز مشاوره استان بین ۱۳ تا ۶۰ سال با میانگین سنی ۲۹/۸ سال بوده است. ضمن اینکه قریب به نیمی از مراجعین در گروه سنی ۲۹ تا ۴۴ سال یا میانسالی قرار دارند. و این در حالی است که ۴۶,۷ درصد مراجعین را نوجوانان و جوانان در سنین ۱۳ تا ۲۸ سال تشکیل می دهند و تنها پنج درصد در سنین بزرگسالی (۴۴ سال به بالا) قرار دارند. این نتایج همسو با مطالعه احمدی (۱۳۸۶) بوده که مراجعین در دامنه ۱۵ تا ۵۲ سال و میانگین ۲۸ سال قرار داشتند. در مطالعه قازاریان (۱۳۷۷) بیشترین درصد مراجعان (۶۱/۲) در گروه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال بوده و کمترین درصد (۱/۴) در سنین ۵۱ سال و بیشتر قرار داشته اند. در این راستا لاگانا (۱۹۹۵) معتقد است افراد بزرگسال و مسن بیشتر از دیگران از خدمات مشاوره ای بهره می گیرند. از اینرو به نظر می رسد در طول سالهای اخیر تغییری در هرم سنی مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره ایجاد شده است به طوری که ظاهراً گرایش گروه های میانسال به این مراکز بیشتر شده باشد.

علاوه بر این قریب به دو سوم مراجعین مراکز مشاوره متأهل بوده و تنها سی درصد ایشان مجرد و بقیه ۸,۲ درصد در وضعیت طلاق، متارکه و بیوه قرار دارند. این نتیجه با تحقیق احمدی (۱۳۸۶) که در آن ۳۱ درصد مراجعین مجرد، ۶۶ درصد متأهل بودند، همخوانی کامل دارد. این در حالی است که در تحقیق قازاریان (۱۳۷۷) ۴۸/۷ درصد مراجعان متأهل و ۴۲/۲ درصد مجرد بوده اند. این نتیجه وقتی همراه می شود با این یافته قبلی مبنی بر گرایش گروه های سنی میانی به مراکز مشاوره ذهن محقق را چنین رهنمون می سازد که نسبت به گذشته افراد متأهل و خانواده ها استقبال و گرایش بیشتری به مراکز مشاوره از خود نشان می دهند.

در رابطه با متغیر تحصیلات مراجعین، نتایج نشان می دهد که بیشترین آنان یعنی ۴۳,۷ درصد دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم بوده و ۳۸,۷ درصد لیسانس و فوق لیسانس داشته اند. این نتایج همسو با دیگر نتایج

(احمدی ۱۳۸۶؛ بیگلریان و همکاران ۱۳۸۰؛ قازاریان ۱۳۷۷) بوده است اما با این تفاوت که تحقیق حاضر نشان می دهد که گرایش افراد با تحصیلات دانشگاهی به مراکز مشاوره نسبت به قبل روند رو به رشدی داشته است. نزدیک به نیمی از مراجعین مراکز مشاوره شاغل بوده و ۲۳,۸ درصد را زنان خانه دار تشکیل داده اند. همچنین ۱۸,۴ درصد محصل (دانش آموز و دانشجو) و تنها ۷,۱ درصد بیکار بوده اند. نتایج مزبور در عین اینکه موید تحقیقات پیشین (احمدی ۱۳۸۶؛ قازاریان، ۱۳۷۷) بوده تفاوتی که نشان می دهد این است که میزان مراجعین زن خانه دار که در گذشته تا (۵۵/۸ درصد) زنان مراجعه کننده را تشکیل می داند امروز تقریباً به نصف کاهش پیدا کرده و در مقابل مراجعات زنان شاغل بیشتر شده است. البته همانگونه که پیشتر گفته شد حضور فعال زنان در عرصه های اجتماعی در دهه های اخیر آنان را با چالشهای متعددی مواجه ساخته که باعث استفاده بیشتر این قشر از خدمات مشاوره ای گردیده است.

پاسخگویان وضعیت درآمدی خانوار خود را عمدتاً (۵۷ درصد) در حد متوسط اعلام کرده اند. یک چهارم نیز در آمد خود را در حد پایین و تنها ۱۸ درصد درآمد خود را بالا اعلام کرده اند. در نتایج مشخص گردید بین سطح درآمد و عدم رضایت از وضعیت بیمه خدمات مشاوره ارتباط منفی معناداری مشاهده می شود. با توجه به اینکه عمده مراجعین مراکز مشاوره را طبقه متوسط اجتماعی تشکیل می دهند، بدیهی است که هزینه های غیربیمه ای مراکز به خصوص وقتی نیاز به جلسات متعدد درمان باشد خود به چالشی جدی پیش روی ایشان تبدیل می شود. اطلاعات بدست آمده مربوط به چگونگی رضایت پاسخگویان از مراکز مشاوره در قالب رضایت کلی و رضایت در ابعاد مختلف آن نشان داد که پاسخگویان بین یک تا ۴۰ جلسه برای دریافت خدمات مشاوره ای به مراکز مراجعه داشته اند که ۷۰ درصد ایشان یک تا سه جلسه به مراکز مراجعه نموده و ۵,۷ درصد بیش از ۱۰ جلسه

مراجعه داشته اند. در حالی که تعداد مراجعات بین ده تا بیست جلسه تنها ۱,۶ درصد بوده است. این نتایج بیانگر این نکته می تواند باشد که خدمات مراکز عمدتاً در قالب مشاوره ای صورت گرفته و جلسات روان درمانی که برحسب نوع رویکرد معمولاً به ۱۵ تا ۲۵ جلسه درمان احتیاج دارد کمتر در این مراکز اجرا می شود.

در خصوص میزان رضایت کلی اظهار شده ۵۷,۸ درصد از مراکز مشاوره اظهار رضایت کرده اند. در حالی که ۳۶,۳ درصد ایشان نیز رضایت کامل داشته اند. این نتیجه همسو با دیگر نتایج است. قریب به دو دهه مطالعات انجام شده توسط لیو (۱۹۸۳) نشان می دهد که ۷۸/۳ درصد مراجعین از خدمات روانشناختی ابراز رضایت داشته اند و ۴۹ درصد از میزان رضایت بالایی برخوردار بوده اند. در مطالعه (ردیک، ۱۹۹۸) نیز ۷۸ درصد مراجعین بطور کلی اظهار رضایت نموده بودند. در بررسی مراکز مشاوره استان تهران (۱۳۸۰) ۵۷/۱ درصد از مراجعان رضایت زیادی از مراکز مشاوره داشته اند. در بررسی (اخوان تفتی، ۱۳۸۷) رضایت مراجعان دانشجویان مراکز مشاوره دانشگاه ها در حد بالاتر از متوسط و زیاد بوده است. در بررسی مراکز مشاوره آموزش و پرورش (محمدی، ۱۳۸۵) نیز بیشتر مراجعان اظهار رضایت داشته اند. در طرح پژوهشی دیگری (توکلی، ۱۳۸۶) به طور میانگین ۶۵/۴ درصد از مراجعین به طور کامل از مراکز رضایت دارند، ۲۴ درصد رضایت نسبی و تنها ۱۰/۶ درصد از خدمات آنها ابراز نارضایتی کرده اند.

در تفسیر این یافته محققین (فیرتکوزنز، ۱۹۹۳) معتقدند به طور کلی نمره رضایت مندی مراجعان همیشه بالاست، حتی زمانی که می دانیم نتیجه به نحوی مورد انتظار نیست. البته برخی این را به عدم اعتبار شیوه های سنجش نسبت می دهند. راگری (۱۹۹۴) معتقد است بسیاری از مطالعات مراجعین خدمات انسانی و اجتماعی سطوح بالایی از رضایت را اعلام می کنند و این ناشی از غیر حساس بودن سنجش های تحقیق است. البته افراد با عزت نفس پایین و کسانی که پایگاه اجتماعی خود را با ارائه دهندگان خدمات بسیار پایین می بینند، احساس می کنند که

بایستی نهایت قدردانی و رضایت را داشته باشند. هاساوی (۱۹۴۸ به نقل از استیونز ۱۹۷۱) از نقادان ارزیابی شاخص رضایت در خصوص گرایش به ابراز رضایت بالا، تمایل مراجعین به اظهار جنبه های مثبت بعد از پایان جلسات درمان و مشاوره را تحت عنوان "اثر خداحافظی" نام گذاری کرده است. همچنین گفته می شود اظهار رضایت بالا می تواند ناشی از برخورد محتاطانه مراجعین و ترس از ارائه پاسخ واقعی بواسطه تاثیری که ممکن است بر ادامه روند مشاوره داشته باشد، مربوط گردد. یا شاید این موضوع مربوط به سطح پایین انتظارات مراجعین از این مراکز در نتیجه عدم آگاهی کافی از وظایف آنها باشد که چنین اظهار رضایت می کنند (محمدی، ۱۳۸۵).

در راستای استنباط های مزبور از میزان بالای رضایت، برای رسیدن به تحلیلی صحیح در این تحقیق مقایسه ای بین دو گروه صورت گرفت: گروه اول مراجعینی بودند که در طول یک سال اخیر از مراکز خدماتی دریافت نموده و به صورت تلفنی نظرسنجی شده بودند، و گروه دوم کسانی که در زمان تحقیق در حال دریافت خدمات مشاوره بودند و به صورت حضوری مورد ارزیابی قرار گرفتند، نتایج حاصله تفاوت معناداری در میانگین رضایت کلی ایشان نشان داد، به طوری که میانگین رضایت افراد حاضر در مراکز، بالاتر از کسانی بود که بصورت تلفنی ارزیابی شده بوده است. این یافته ضمن تایید ادعاهای مبنی بر احتیاط آمیز بودن تفسیر نتایج رضایت سنجی از مراکز، بیانگر این مفهوم است که با گذشت زمان، پیامد های هیجانی مثبت مشاوره نیز کاهش یافته و میزان رضایت بهره مندان نیز بالتبع تقلیل می یابد. زیرا محققین (استیونز، ۱۹۷۱) معتقدند رضایت افراد بلافاصله بعد از اتمام جلسات مشاوره بطور معناداری بالاتر است از کسانی که یکسال از جلسات شان گذشته است. از این رو باید گفت رضایت متغیری است که در طول زمان، بسته به پیامد تغییر می کند و البته این سنجش پایایی آن را پیچیده تر می سازد (پاتریک ۱۹۹۱ به نقل از رفیعی ۱۳۸۱ ص ۲۶).

از دیگر نتایج اینکه در رویه های تخصصی میزان رضایت مراجعین در بعد نتیجه و فایده مشاوره ۵۴,۴ درصد، و از روشها و مهارتهای مشاور ۴۰,۶ درصد رضایت بدست آمده است. در خصوص رویه های تخصصی مشاوره استیونز (۱۹۷۱) بین رضایت با تجربه مشاور ارتباط معناداری نمی بیند و دانکن و پرایزوانسکی (۱۹۹۳) معتقدند که بین میزان رضایت مراجعان و کیفیت مشاوره رابطه ای وجود ندارد و میزان رضایت مراجع عقیده ای شخصی است که می تواند صرفاً ناشی از عدم درک مراجع باشد و نه کیفیت عمل مشاور. اما در مقابل کارتر و همکاران (۱۹۹۸) معتقدند که بین رضایت مراجع و کیفیت مشاوره رابطه وجود داشته و میزان رضایت می تواند سودمند بودن خدمات ارائه شده را مشخص نماید.

تحقیقات (بخشی پور، ۱۳۸۳؛ بابایی و همکاران، ۱۳۹۱؛ محمدی، ۱۳۸۵؛ هادیان و همکاران، ۱۳۸۲) رابطه معناداری را بین رضامندی مراجعین و رویه های اجرایی اعم از پذیرش به موقع مراجع، نحوه برخورد همکاران و... نشان داده است. در مطالعه حاضر وضعیت رضایت مراجعین از روال ارائه خدمات ۴۸ درصد بدست آمده است.

محققین (وو و ویندل، ۱۹۸۰) معتقدند که ارتباطی قوی بین عوامل مربوط به مشاور و عوامل زمینه ای (مرکز درمانی) با میزان رضایت مندی وجود دارد. در تحقیق حاضر نتایج مربوط به این بخش نشان می دهد که ۶۳,۷ درصد مراجعین از برگزاری کلاسهای آموزشی و مشاوره های گروهی در مراکز، ۵۷,۲ درصد از ساعات کار مراکز، ۵۵,۷ درصد از وضعیت ظاهر و تسهیلات رفاهی موجود، و ۴۸,۸ درصد مراجعین از مدت زمان جلسات مشاوره رضایت داشته اند. در حالی که در بین موارد نارضایتی، بیشترین آن به ترتیب به وضعیت بیمه ای نبودن خدمات مشاوره (۵۸,۴ درصد)، هزینه های پرداختی (۳۴,۴ درصد) اطلاع رسانی و تبلیغات (۳۸,۱ درصد)، مدت زمان انتظار برای گرفتن نوبت (۲۰,۳ درصد) و برای دسترسی به خدمات (۱۴,۴ درصد) مربوط بوده است. این نتایج همسو با نتایج دیگر محققین (ردیک، ۱۹۹۸؛ محمدی، ۱۳۸۵؛ قازاریان، ۱۳۷۷) می باشد. بطوری که پاسکو (۱۹۸۳) سطح

پایین رضایت را بیشتر در متغیرهای دسترسی پذیری، مفید بودن، تسهیلات و هزینه خدمات مراکز می داند. در تحقیق قازاریان (۱۳۷۷) نیز اگرچه مراجعین از دسترسی به مراکز رضایت داشته اند ولی گرفتن وقت برایشان رضایت کمتری در پی داشته است.

بر این اساس برخی تحقیقات انجام شده (نوابی نژاد، ۱۳۸۴) نشان می دهد که وضعیت فیزیکی مراکز راهنمایی و مشاوره ایران و خدماتی که در آن به خانواده ها ارائه می شود، در مقایسه با استانداردهای جهانی از سطح بسیار پائینی برخوردار است.

همچنین در تحقیق حاضر ۵۴ درصد مراجعین از مشخصات مشاور خود از لحاظ سنی، جنسی، وضع تأهل اظهار رضایت کرده اند. در این راستا مطالعات (احمدی، ۱۳۸۶) بیانگر آن است که مراجعین بر داشتن تخصص و تجربه مشاور، امین بودن و رازداری، و بیش از همه بر متأهل بودن مشاور تأکید دارند. در مطالعه (بیگلریان و همکاران، ۱۳۸۰) اگرچه رابطه معناداری بین سن مشاور، با میانگین رضایت مراجع وجود نداشت. اما مذکر بودن مشاور بر رضایت مراجع از مراکز مشاوره، تاثیر معناداری نشان داده است.

در رابطه با پیشنهادات مراجعین جهت بهبود خدمات مراکز مشاوره نشان می دهد که به ترتیب پیشنهاد پوشش خدمات بیمه ای، اطلاع رسانی مناسب از خدمات، رسیدگی به ظاهر و امکانات فیزیکی و تمام وقت کار کردن مراکز و کاهش میزان تعرفه دریافتی بیشترین پیشنهادات و نقطه نظرات را در بر گرفته است.

همچنین در نتایج حاصله تفاوت معناداری در مقادیر مربوط به میزان رضایت کلی از مراکز مشاوره در بین مراجعین مذکر و مونث، و متغیرهای تأهل، گروه های سنی، تحصیلی، شغلی، درآمدی مشاهده نگردید. یافته های دیگر محققین نتایج ضد و نقیضی را در این خصوص بیان می کنند بطوریکه برای مثال تالی و همکاران (۱۹۹۲)

معتقدند ارتباطی بین رضایت مراجع و شاخص های اقتصادی اجتماعی مثل تحصیلات و درآمد وجود ندارد. در حالی که لیو (۱۹۸۳) معتقد بود رضایت از خدمات با افزایش سن و در زنان بیشتر است. در رابطه با وضعیت تأهل مطالعات (ریید و گاندلیچ، ۱۹۸۳) نشان می دهند افراد متأهل و بیوه رضایت بیشتری نسبت به دیگر گروه ها ابراز داشته اند. در صورتی که تحقیق لارسن و همکاران (۱۹۷۹) این رابطه را نشان نمی دهد. همچنین تانر (۱۹۸۱) رابطه ای را بین درآمد و رضایت پیدا نکرد و بیگلریان و همکاران (۱۳۸۰) نیز رابطه معناداری بین درآمد، تحصیلات و وضع تأهل مراجع با میانگین رضایت شان به دست نیاوردند. و بالاخره اینکه ارتباط معناداری هر چند ضعیفی بین میزان رضایت بر حسب تعداد جلسات مشاوره به دست آمد. یعنی اینکه ظاهراً تعداد جلسات مشاوره در رضایت یا عدم رضایت مراجعین نقش دارد. در گذشته نیز پاسکو (۱۹۸۳) به ارتباط مثبتی که بین استمرار درمان با رضایت مراجع وجود دارد توجه نشان داده بود. در تحقیق حاضر نیز علیرغم اینکه هفتاد درصد مراجعین بین ۱ تا سه جلسه مشاوره داشته اند به نظر می رسد با افزایش تعداد جلسات بر میزان رضایتمندی مراجعین افزوده می شود که البته ادامه این جلسات به سطح درآمد و امکانات مالی مراجعین نیز بستگی دارد و البته این مهم در گرو تأمین پوشش بیمه ای برای خدمات مشاوره ای است.

۵-۲) محدودیت‌های طرح :

در ذیل به محدودیتها و موانع مختلفی که این طرح در مراحل مختلف به لحاظ اجرایی با آن مواجه بوده خواهیم پرداخت:

- ۱) عدم همکاری مناسب برخی مراکز مشاوره در اجرای طرح علی‌رغم ارائه معرفی نامه و مجوز سازمان بهزیستی که این می تواند ناشی از بی اعتمادی یا نگرانی از پیامدهای بررسی مزبور باشد.
- ۲) جلب همکاری مراجعین جهت اختصاص وقت لازم برای پاسخ به سئوالات
- ۳) مشکل جلب اعتماد مراجعین در ارائه پاسخ واقعی به سئوالات علی‌رغم تلاش برای اطمینان بخشی به ایشان
- ۴) طولانی شدن پروسه جمع آوری اطلاعات به دلیل محدودیت زمان کاری مراکز مشاوره

۳-۵) پیشنهادات:

- ۱) اجرای ارزشیابی مراکز مشاوره به صورت مستمر و در مقاطع مختلف به شکلی منسجم و علمی
- ۲) به نظر میرسد با توجه به پیچیدگی سنجش و ارزیابی وضعیت رضایتمندی مراجعین دسترسی به نتایج واقعی نیازمند مطالعه دقیق تری در ابعاد شناختی، نگرشی و رفتاری رضایت از مراکز مشاوره است که به طور عمقی بر اساس شاخصهای موقعیتی، فرایندی و پیامدی طراحی و اجرا گردد. لذا به دیگر محققین در این زمینه توصیه می شود با در نظر گرفتن این موارد اقدام به مطالعات بعدی نمایند.
- ۳) نتایج نشان داد که دسترسی پذیری به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی از جمله جنبه های نارضایتی مراجعین بوده که در این خصوص با توجه به کمتر توسعه یافتگی این استان، لزوم توسعه مراکز مشاوره به لحاظ کمی بیشتر از پیش می باشد.
- ۴) فراهم آوردن امکان دسترسی افراد مختلف جامعه به خدمات مشاوره و روانشناختی از طریق تلاش برای جلب حمایت و پوشش دهی نظام بیمه برای خدمات روانشناختی به خصوص برای افراد نیازمند موضوعی اجتناب ناپذیر به نظر می رسد.
- ۵) تقویت مراکز مشاوره از طریق یارانه های دولتی می تواند در بهبود عملکرد و پابرجایی این مراکز موثر باشد.

۶) همچنین رسیدگی به امکانات ظاهری و تجهیزات رفاهی این مراکز نیز از مواردی است که مورد نظر مراجعین بوده است.

۷) توجه به اطلاع رسانی و تبلیغات بیشتر از طریق رسانه های مختلف جهت فرهنگ سازی مشاوره و معرفی مراکز مشاوره به متقاضیان

۸) تقویت مراکز مشاوره به لحاظ ارتقاء سطح توانمندی کارکنان اعم از مدیران، کارکنان، مسئولین فنی و روانشناسان در قالب برنامه های آموزشی، دوره های بازآموزی و سوپروایزری موضوعی است که نیازمند برنامه ریزی و توجه بیشتر مسئولین می باشد. در این راستا تدوین یک دستورالعمل خاص آموزشی بر اساس استانداردهای مربوطه می تواند کمک کننده باشد.

۵-۴) تشکر و قدردانی:

در پایان جا دارد از کلیه حامیان این طرح پژوهشی اعم از مسئولین محترم سازمان بهزیستی هرمزگان اعم از مدیرکل محترم، ریاست محترم حراست، معاونت محترم پیشگیری، روسای محترم شهرستانها که بدون مدیریت، حمایت، پشتیبانی و حسن نظر ایشان این امر محقق نمی شد، کمال تشکر را داشته باشم. همچنین جا دارد نهایت سپاس خود را به دست اندرکاران و همکاران خود شامل مدیران محترم مراکز مشاوره استان که در تمامی مراحل کار با همت و تلاش خود در اجرایی شدن آن موثر بوده اند، اعلام دارم.

منابع و ماخذ:

۱. احمدی، خدابخش (۱۳۸۶) بررسی نیازهای خانواده ها به خدمات مشاوره ای، فصلنامه مطالعات فرهنگی – دفاعی زنان، ۳(۱۰ و ۱۱) ۹۱-۶۷.
۲. اخوان تفتی، مهناز (۱۳۸۷) ارزیابی کارکردهای مراکز مشاوره انشگاهی شهر تهران: نظرپرسی و رضایت سنجی از مراجعان، مجله پژوهش های مشاوره (۲۸)، ۹۴-۶۷.
۳. بخشی پور، ابوالفضل (۱۳۸۳) بررسی علل عدم استقبال دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی منطقه ۹ از خدمات مراکز مشاوره، پژوهشنامه تربیتی (۱).
۴. بهروزنژاد، منصوره (۱۳۹۳) بررسی عوامل موثر بر رضایت شغلی مراکز مشاوره و روانشناختی خصوصی شهر اصفهان، محل انتشار: همایش بین المللی مدیریت. لینک ثابت ثبت مقاله در پایگاه سیویلیکا:
http://www.civilica.com/Paper-ICOM01-ICOM01_0654.html
۵. بیگلریان، اکبر؛ رفیعی، حسن؛ هلاکویی نایینی، کوروش و کاکویی حسین (۱۳۸۰) بررسی میزان رضایت خدمات گیرندگان مراکز مشاوره روانی شهر تهران در سال ۸۰، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۶. توکلی، مهدخت (۱۳۸۶) رضایت مراجعین از کیفیت خدمات مراکز مشاوره و راهنمایی در شهرستان تربت حیدریه. قابل دسترس در: <http://torbatkhabar.blogfa.com/post-177.aspx.htm>
۷. ثنائی، باقر (۱۳۷۹) مقیاس سنجش خانواده و ازدواج، انتشارات بعثت، چاپ اول.
۸. سازمان بهزیستی کشور (۱۳۹۱) دستورالعمل نحوه تاسیس و اداره و انحلال مراکز مشاوره اجتماعی، مرکز توسعه پیشگیری، معاونت مشاوره و خدمات روانشناختی.
۹. حسینی، سید مهدی (۱۳۶۴) مشاوره و راهنمایی در تعلیم و تربیت اسلامی، تهران، انتشارات امیر کبیر.

۱۰. جورج، ر.ل. و کریستیانی، ت.س (۱۳۷۴) روانشناسی مشاوره. ترجمه ر. فلاحی، چاپ اول، تهران انتشارات رشد.

۱۱. شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۸۱) فنون و روشهای مشاوره، تهران، نشر ترمه، چاپ پنجم.

۱۲. علی پور، احمد(-) شاخص های عملکرد مراکز مشاوره دانشجویی در ایران با هدف ارتقاء سلامت روان دانشجویان. نقل از دوماهنامه جشنواره فارابی. قابل دسترسی از: www.farabiaward.ir.famodulejournal: 83-209.htm

۱۳. قازاریان، ماریت (۱۳۷۹) بررسی رضایت مراجعان از مراکز مشاوره حضوری سازمان بهزیستی کشور، فصلنامه تازه ها و پژوهشهای مشاوره، ۲(۸و۷).

۱۴. رفیعی، حسن؛ سمیعی، مرسده؛ کاکویی، حسین؛ هلاکویی نایینی، کوروش (۱۳۸۱) ویژگی های روان سنجانه ((مقیاس رضایت از خدمت - ۳۰)) در جمعیت ایرانی. فصلنامه علمی- پژوهشی توانبخشی، شماره ۱۰ صص ۳۲-۲۵.

۱۵. گیسون رابرت و میشل ماریان (۱۳۸۰)، مبانی مشاوره و راهنمایی، ترجمه باقر ثنایی ذاکر، و همکاران، چاپ نهضت، تهران.

۱۶. محمدی، شهناز (۱۳۸۵) بررسی اثربخشی و کارایی خدمات روان شناسی و مشاوره ای مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی دانش آموزان وزارت آموزش و پرورش، پژوهش های مشاوره شماره ۱۹، ۷۳ تا ۹۴.

۱۷. میرباقری ورجانی، اشرف السادات (۱۳۷۹) بررسی نگرش دانش آموزان نسبت به ارائه خدمات مشاوره ای نظام جدید متوسطه آموزش و پرورش شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم اجتماعی و روانشناسی.

۱۸. نوایی نژاد، شکوه (۱۳۸۴) بررسی مراکز مشاوره خانواده در ایران و مقایسه آن با استانداردهای جهانی، خانواده و پژوهش، شماره (۳) ۲۴-۱.

۱۹. هادیان، مینا؛ جلیوند، مریم؛ سالاری فر، محمد حسن؛ صالحی، منصور (۱۳۸۲) بررسی عوامل مؤثر در رضامندی مراجعین از خدمات مشاوره‌ای، مطالعات روانشناختی دوره دوم، شماره ۱ و ۲ (۱۹ تا ۳۲).

۲۰. هیز، باب (۱۳۸۱) اندازه‌گیری رضایت خاطر مصرف‌کننده، ترجمه نسرين جزینی، سازمان مدیریت صنعتی، تهران، چاپ اول.

۲۱. یعقوبی، حمید؛ ملیانی، مهدیه؛ طاوولی، آزاده (۱۳۸۸) نقش نگرش و آگاهی دانشجویان از مسائل و خدمات روان‌شناختی در مراجعه به مراکز مشاوره دانشجویی، دو ماهنامه دانشور رفتار دانشگاه شاهد، ۱۶ (۳۴) ۵۱ تا ۶۰.

- Blythe, B., Tripodi, T., & Briar, S. (1994). Direct practice research in human service agencies. New York: Columbia University Press.
- Carter, R.T; Akinsulure, S.A.M; Smailes, E.M; Cllauss, C.S (1998) the status of racial/ethnic reseach in counseling psychology: committed or complacent? Journal of black psychology, 24(3)322-334.
- Duncan, C; & Pryzwansky, W.B. (1993) effects of race, racial identity development and orientation style on perceived consultant effectiveness. Journal of multicultural counseling and development, 2(2), 88-96.
- Erevelles Sunil and Leavitt Clark (1992), Comparison of Current Models of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction, Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior, VOL.5, pages: 104-114.
- Firth-Cozens, J. (1993) Audit in mental health services, UK Lawrence Elbaum Association Ltd.
- Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., & Nguyen, T.D. (1979). Assessment of client/patients satisfaction: Development of a general scale. Evaluation and Program Planning, 2, 197-207.

- Lagana, L.(1995) older adults expectations about mental health counseling. International Journal of again human development; (4): 297316.
- Lebour, J.L. Similarities and differences between mental health and health care evaluation studies assessing consumer satisfaction. Evaluation and Programme Planning, 1983, 6: 237-245.
- Lebow,J.(1983) research consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings. Evaluation and program planning,6,211-236.
- Lebow,j.(1982) consumer satisfaction with mental health treatment. Psychological bulltin.91.244-259.
- McMurtry , Steven L. &Hudson ,Walter W. (2000)The Client Satisfaction inventory: Results of an Initial Validation Study. Research on Social Work Practice, Vol. 10 No. 5, September 2000 644-663.
- Pascoe,G.(1983) patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Evaluation and program planning,6, 185-210.
- Pfaff, Martin (1976) The Index of Consumer Satisfaction :Measurement, Problems, and Opportunities, Conceptualization and Measurement, Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction, and Complaining Behavior, Pages: 36-71.
- Ruggeri, M. Patientsl .satisfaction with psychiatric services; the state of the art of its measurement. Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 1994, 29: 212-227.
- Reid,P.N.,&Gundlach,J.H.(1983).Ascaleforthemeasurementofclientsatisfactioninthesocial services. Journal of Social Service Research, 7, 37-54.
- Reddick, R.D.(1998) The relation between patient satisfaction and psychosocial adjustment in a forensic psychiatric outpatient population.desertion University of alberta.
- Sirgy M. Joseph (1980), Towards a Psychological Model of Consumer Satisfaction / Dissatisfaction, New Finding on Consumer Satisfaction and Complaining, pages: 40-47.
- Sheppard, M. Client satisfaction, extended intervention and interpersonal skills in community mental health. Journal of Advanced Nursing, 1993, 18: 246-25Wu,L.H;&
- Spensley, J., Edwards, D., & White, E. (1980). Patient satisfaction and involuntary treatment. American Journal of Orthopsychiatry, 50, 725-727.
- Stüntzer, Gibson, Koren,P.E.,& DeChillo, N.(1995).The Youth Satisfaction Questionnaire: What kids think of services. Families in Society, 76, 616-624.

- Swan E. John (1982), Consumer Satisfaction Research and Theory: Current Status and Future Directions, International Fare in Consumer Satisfaction and Complaining Behavior, pages: 124-129.
- Talley,J.E.,Butcher,A.T.,&Moorman,J.C.(1992).Clientsatisfactionwithverybriefpsychotherapy. In J. L. Talley (Ed.). The predictors of successful very brief psychotherapy (pp. 46-84). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Tanner, B. A. (1981). Factors influencing client satisfaction with mental health services: A review of quantitative research. Evaluation and Program Planning, 4, 279-286.
- Windle,C.(1980) ethnic specificity in the relative minority use and staffing of community mental health centers. Community mental health journal, 16(2), 156-168.
- World Health Organization(2000) Workbook 6:Client Satisfaction Evaluations
- Stevens Jr, Frederick, L. (1971) Client satisfaction as a counseling outcome variable. A Dissertation Submitted to the degree of doctor of philosophy, Iowa State University. available at: <http://lib.dr.iastate.edu/rtd>