

مقدمه

تأکید قرار گرفته که هر ساله موضوع تحقیقات، مقاله‌ها و کتاب‌های بی شماری را به خود اختصاص داده است.

هم‌چنین، دیدگاه مشتری‌گرایی تحت تأثیر نظریه‌های دیگری گسترش پیدا کرد که از ۱۹۷۰ به سیاست‌های رفاه اجتماعی راه پیدا کردند و تحت عنوان نظریه‌های پست مدرن، رویکردهای مختلفی را برای تغییر زیر بنایی سازمان‌های عصر مدرنیسم مطرح کردند. یکی از مفاهیم مورد تأکید در این رویکردها، جایگزین کردن واژه مشتری با اصطلاحاتی چون مددجو و مراجع و هر مفهوم دیگری است. دخالت مشتریان رفاه اجتماعی، از جمله افراد با ناتوانی و رفع نگرش‌های تبعیضی مؤسسات نسبت به این افراد، فقط یکی از راهبردهای فراوان این رویکردهاست. (۱۵-۲۳)

اهمیت دیدگاه مشتری‌گرایی در خدمات توانبخشی به حدی است که در مورد نظر خود مراجعان راجع به رویکرد مشتری محور نیز پژوهش‌هایی انجام گرفته است، از جمله: دکتر کارنیگ و کوک از پژوهشگران کانادا در ۱۹۹۹ پژوهشی درباره دیدگاه مراجعه کنندگان راجع به اصطلاح مشتری محور انجام دادند و در مقدمه ذکر کردند که: گرچه محور قرار دادن مددجو مورد تأکید بسیار قرار گرفته و تحقیقات بی شماری در این زمینه انجام شده است، اما در مورد دیدگاه خود مددجویان راجع به این واژه تحقیقی صورت نگرفته است. سهل‌انگاری در این زمینه زمانی تعجب آور می‌شود که مشارکت مددجو و مداخله وی در تصمیم‌گیری‌ها و توانمندسازی وی، از عوامل اصلی رویکردی هستند که «مشتری را در رأس قرار می‌دهد» (۱۱).

در مرور مطالعاتی مشتری‌گرایی به نکات مهمی اشاره شده که در پژوهش‌های رضایت‌سنجی از اهمیت خاص برخوردارند و به طور خلاصه عبارت‌اند از:

۱- عده‌ای از محققان اعتقاد دارند که رضایت، ناشی از انتظارات مشتری است و فاکتورهایی مانند پایگاه شغلی، سن، سواد، وضعیت بهداشتی، حتی منطقه محل سکونت، از عواملی هستند که صرف‌نظر از چگونگی ارائه خدمات، بر میزان رضایت مؤثر واقع می‌شوند، اما نتایج تحقیقات نشان دادند که، گرچه این عوامل بر انتظارات تأثیر دارند، فقط ۱۰٪ از واریانس موجود در رضامندی را توجیه می‌کنند. (۲۱)

۲- آگاهی مشتری از حقی که برای دخالت در فرآیندها دارد، از عوامل مهم تعیین میزان رضایت است. (۵)

۳- انجام یک پژوهش به تنهایی نمی‌تواند تعیین‌کننده میزان رضایت باشد و پژوهش‌ها باید در دوره‌های مشخص تکرار شوند.

دیدگاه مشتری‌گرایی از دو دهه پیش وارد حوزه خدمات بهداشتی، اعم از توانبخشی، درمان و پیشگیری شده است، به طوری که امروزه نظر مشتری، پایه‌ای برای سنجش فرآیندها و شیوه‌ای برای توانمندسازی مجموعه افراد درگیر در ارائه و دریافت خدمات است و زمینه دخالت آنها را در شیوه‌های ارائه خدمت و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های مهم فراهم می‌کند. در خدمات توانبخشی، این مهم مورد تأکید مضاعف قرار می‌گیرد، زیرا در راستای آرمان‌هایی قرار گرفته که از دو دهه پیش در سازمان‌های جهانی برای افراد با ناتوانی مطرح شده است، یعنی مشارکت، توانمندسازی، برابری فرصت‌ها و یکپارچگی. فرایند رضایت‌سنجی بر این هدف استوار است که رابطه بین دریافت‌کننده و ارائه‌دهنده خدمت، از حالت خطی محدود و مبتنی بر اجبار، به وضعیت شبکه‌ای نامحدود و همراه با اختیار در آید، در واقع، زمینه دخالت مشتری را در فرایند ارائه خدمات هموار می‌کند.

زیربنای نظری دیدگاه مشتری‌گرایی، نظریه‌های جوران، دمیگ و کرازبی است. جان مایه این نظریه توجه به مشتری و کیفیت است. مشتریان دو دسته‌اند: مشتریان داخلی یا مجموعه تولیدکننده و ارائه‌دهنده کالا و خدمات؛ مشتریان خارجی یا دریافت‌کنندگان کالا/خدمات و افرادی که تحت تأثیر آن قرار می‌گیرند (۵).

از دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، این نظریه جای خود را در سازمان‌های دولتی باز کرد و در سیر تکاملی خود، به نظریه «مدیریت کیفیت جامع» رسید. نظریه‌ای که گونه رشد یافته‌تر نظریه‌های کیفیت است و روش‌های ویژه‌ای برای ارتقای مستمر کیفیت مطرح می‌کند. این نظریه، برپایی نظام تصمیم‌گیری مشارکتی را اصل قرار می‌دهد و بر یک رابطه متقابل و مشارکتی بین تمام عناصر درگیر در تولید یک کالا/خدمت تأکید دارد، بنابراین نگرش حاکم بر آن از نوع سیستمی است و تفاوت آن با سایر رویکردهای کیفیت در همین نکته نهفته است (۱-۳-۴-۶).

هر سازمان ارائه‌دهنده یک خدمت یا کالا موظف است به طور دائم، نظر مشتریان را به عنوان بازخورد داشته باشد تا کاستی‌ها مشخص شوند و برنامه‌ها بر پایه نظر آنان، مسیر رشد و بهینه شدن طی کند و مهم‌تر از آن، تأمین نظر مشتریان، به عنوان نتیجه نهایی خدمات محسوب می‌شود. این مفهوم را دیدگاه مشتری محور «Consumerism» نامیده‌اند.

امروزه در خدمات بهداشتی جهان، این موضوع چنان مورد

در مورد بهبود و تغییر فرآیندها ارائه می‌دهند؟» بر سوال باز پرسش‌نامه متمرکز است.

جامعه و نمونه مورد پژوهش

این پژوهش از نوع توصیفی، تحلیلی است و جامعه مورد مطالعه، خدمت‌گیرندگان مجتمع‌های توانبخشی روزانه شهر تهران هستند. با توجه به وسعت دامنه تعداد مراجعان و گوناگونی نوع معلولیت‌ها، واحدهای مورد مطالعه، ابتدا به چهار گروه تقسیم شدند. (نابینا، ناشنوا، جسمی، حرکتی، ذهنی تربیت‌پذیر) که در واقع هر کدام معرف یک طبقه خاص هستند. بر این اساس، از روش نمونه‌گیری تصادفی با طبقه‌بندی استفاده شد. قابل ذکر است که چون حجم جامعه در هر طبقه با سایر طبقات متفاوت بود، از طبقه‌بندی متناسب با حجم هر طبقه استفاده شد و به این ترتیب، بر اساس $\frac{Nh}{N} = \frac{nh}{n}$ ، $nh = n \times \frac{Nh}{N}$ حجم نمونه اولیه ۵۰ نفر و حجم نمونه نهایی ۱۳۳ نفر محاسبه شد. حجم نمونه نهایی برای هر طبقه برابر است با: «نابینایان» ۳۱ نفر؛ «ناشنوایان» ۳۵ نفر؛ «جسمی، حرکتی» ۲۷ نفر؛ «ذهنی تربیت‌پذیر» ۴۰ نفر.

ابزار پژوهش

از آنجا که هدف کلی ما سنجش رضایت از مجموعه فرآیندهای ارائه دهنده خدمت مورد نظر بود و این فرآیندها در مجتمع‌های مختلف دارای گوناگونی بسیار بودند، ابتدا حوزه‌های مورد سنجش، با توجه به وجوه مشترک آنها در کلیه مجتمع‌ها، انتخاب شدند و با استفاده از مقیاس نگرش پنج‌تایی لیکرت و سؤال‌های پنج‌گزینه‌ای، از کاملاً راضیم تا کاملاً ناراضیم، پرسش‌نامه‌ای در ۱۰ قسمت، طراحی شد.

مطالعه مقدماتی

این مطالعه به دو منظور انجام گرفت:

- ۱- تعیین حجم نمونه بر اساس میانگین و انحراف معیار نمره رضایت، به دلیل این که هیچ مطالعه قبلی از این نوع، در مجتمع‌های توانبخشی ایران صورت نگرفته بود.
- ۲- تعیین اعتبار و روایی پرسش‌نامه طراحی شده، ارزیابی آن و در صورت لزوم، ایجاد تغییراتی در ساختار پرسش‌نامه. به این ترتیب، پس از جمع‌آوری اطلاعات و ورود آنها به رایانه، برای تعیین اعتبار پرسش‌نامه، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که بر اساس سازگاری درونی پرسش‌نامه شکل می‌گیرد. با توجه به نتایج حاصل از پرسش‌نامه اولیه، مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۶۹٪

نتایج یک پژوهش اولیه، معیاری پایه برای مقایسه کاهش یا افزایش رضایت است. (۲۰)

۴- زمان سنجش رضایت می‌تواند بر میزان رضایت مؤثر واقع شود. مددجوی در حال دریافت خدمت، ممکن است از این مسئله واهمه داشته باشد که نظر انتقادی وی، بر نحوه ارائه خدمات یا رفتار کارکنان اثر بگذارد؛ مددجوی ترخیص شده نیز ممکن است مسایل را فراموش کرده باشد و یا فقط با دیدگاه غیر تخصصی درباره نتایج خدمات اظهار نظر کند. (۱۷) بدیهی است در تفسیر نتایج، این مسایل باید مورد توجه قرار گیرد.

۵- پژوهشگر باید قبل از انجام پژوهش، حوزه‌های مؤثر ارائه دهنده خدمت یا در واقع ابعاد مورد مطالعه را مشخص کند. در پژوهش‌هایی که مجموعه فرآیندها را مورد مطالعه قرار می‌دهند، تعیین ابعاد مورد مطالعه، بستگی به نوع مؤسسات ارائه دهنده خدمات دارد. (۲۰)

۶- در طرح پرسش‌نامه به عنوان یک روش متداول رضایت‌سنجی و یک شیوه تأیید شده، باید دقت کرد که مفاهیم انتخابی، از نظر جامعه شناختی، مبتنی بر فرهنگ جامعه باشند. استفاده از سوال باز، در کنار سؤال‌های کمی یا بسته پاسخ، اعتبار نتایج را افزایش می‌دهد. (۹)

هدف پژوهش

هدف کلی این پژوهش، سنجش میزان رضایت خدمت‌گیرندگان از فرآیندهای ارائه دهنده خدمات به منظور آگاهی از موارد نقص، تغییر و بهبود فرآیندها بر اساس این نظریات و در نهایت، فراهم کردن زمینه مشارکت خدمت‌گیرندگان در اصلاح و بهبود فرآیندهاست. هدف ویژه پژوهش، تهیه یک پرسش‌نامه استاندارد به منظور یکسان‌سازی ابزار رضایت‌سنجی در پژوهش‌های پیگیری کننده است.

سوال‌های پژوهش

سوال کلی پژوهش این است که آیا خدمت‌گیرندگان مجتمع‌های توانبخشی روزانه شهر تهران، از فرایند ارائه خدمات رضایت دارند؟ این سوال در قالب ده سوال جزئی‌تر، جنبه‌های ساختار و امکانات، هزینه‌ها، ایجاد رابطه، رفتار متخصصان، را مورد پرسش قرار می‌دهد. متغیرهای دیگر مؤثر بر رضایت از جمله، جنس، تحصیلات، زمان انتظار و هزینه‌ها نیز در چارچوب این ده سوال قرار می‌گیرند. در نهایت، جمله «آیا خدمت‌گیرندگان نظری

در مورد سؤال دوم، راجع به میزان رضایت از امکانات ساختاری و شرایط بهداشتی در کل مجتمع‌ها، با فراوانی ۹۱/۸٪ افراد راضی و کاملاً راضی، پاسخ مثبت است (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲ - فراوانی و فراوانی نسبی مراجعه کنندگان مجتمع‌های توانبخشی روزانه شهر تهران براساس رضایت از شرایط بهداشتی و امکانات ساختاری مجتمع‌ها

نسبیت رضایت از امکانات ساختاری مجتمع‌ها	فراوانی	فراوانی نسبی
بی نظری	۳	۲/۲
راضی	۹۲	۹۱/۸
کاملاً راضی	۳۰	۲۲/۶
بدون پاسخ	۸	۰

اما در مقایسه بین مجتمع‌ها، با توجه به P مقدار که کمتر از سطح معنی داری است ($\alpha = 0/05 < P\text{-Value} < 0/001$) با سطح اطمینان بیش از ۹۵٪ می‌توان گفت که بین میانگین رضایت پاسخ دهندگان از امکانات ساختاری و شرایط بهداشتی آن، تفاوت معنی دار وجود دارد. بیشترین امتیازها مربوط به مجتمع‌های مولوی و خزانه است و کمترین امتیازها به مجتمع‌های نیمه شعبان و سمانه مربوط می‌شود (جدول شماره ۵).

در مورد سوال سوم پرسش‌نامه جداول فراوانی و آزمون (جدول شماره ۳ و ۵) بیانگر میزان رضایت بالا از متخصصان هستند (۸۴/۹٪) و تفاوت معنی داری بین مجتمع‌ها در این زمینه دیده نمی‌شود. البته این تفاوت در سطح معنی داری $\alpha = 0/05$ با توجه به مقدار P-Value که مساوی با ۰/۰۴۹ است، بسیار به سطح معنی داری نزدیک می‌شود و در سطح ۹۰٪ کاملاً معنی دار است.

جدول شماره ۳ - فراوانی و فراوانی نسبی رضایت مراجعه کنندگان مجتمع‌های توانبخشی روزانه شهر تهران، از متخصصان مراکز

نسبیت رضایت از متخصصان	فراوانی	فراوانی نسبی
ناراضی	۱	۰/۸
بی نظری	۵	۳/۸
راضی	۵۶	۴۲/۱
کاملاً راضی	۵۷	۴۲/۸
بدون پاسخ	۱۴	۱۰/۵

محاسبه شد. پس از حذف سؤال‌هایی که دارای همبستگی پایین بودند، این مقدار به ۰/۸۳۹ افزایش یافت و در نتیجه، اعتبار پرسش‌نامه، با این مقدار آلفای کرونباخ تأیید شد. پرسش‌نامه نهایی شامل ۹ قسمت و مشتمل بر ۶۸ سؤال است.

میانگین نمره رضایت نیز ۳/۷۱ و انحراف معیار آن برابر با ۲۹۷ تعیین شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات، از نرم‌افزارهای Excell/win, SPSS 7.5/win استفاده شد و آزمون‌های آماری ناپارامتری، شامل آزمون U من ویتنی و آزمون کروسکال والیس انجام گرفت.

یافته‌ها

جداول اولیه نشان دادند که ۸۴ نفر از پاسخ دهندگان (۶۳/۸٪) مرد و ۴۹ نفر (۳۶/۸٪) زن بوده‌اند. متوسط سن پاسخ دهندگان ۲۵ تا ۳۵ سال بوده است. تعداد افراد مجرد ۱۰۴ نفر (۷۸/۰٪) متأهل ۲۶ نفر (۱۹/۵٪) مطلقه ۱ نفر (۰/۸٪) همسر فوت شده ۲ نفر (۱/۵٪) بوده است. خانواده‌های ۶،۵،۴ نفره، بیشترین فراوانی‌ها را به خود اختصاص داده‌اند. به همین ترتیب، تعداد ۲۷ نفر (۲۰/۳٪) دارای ملک شخصی بوده‌اند؛ ۸۱ نفر (۶۰/۹٪) استیجاری؛ ۳۶ نفر (۲۷/۱٪) دولتی ۵ نفر؛ سایر ۱۱ نفر. ساکنان منطقه جنوب تهران با ۵۳ نفر (۳۹/۷٪) بیشترین تعداد پاسخ دهنده را به خود اختصاص داده‌اند. بعد از آن به ترتیب، منطقه شرق (۲۱/۱٪)، منطقه غرب (۲۰/۳٪) و منطقه شمال (۱۲/۸٪) قرار دارند. در مورد سوال اول پرسش‌نامه راجع به رضایت از فرآیند پذیرش و ترخیص (جدول شماره ۱ و جدول آزمون در سطح معنی داری $\alpha = 0/05$) با سطح اطمینان ۹۵٪ نشان دهنده یکسانی میزان رضایت از مجتمع‌هاست. با این حال، مولوی با ۸۰/۴۵٪ بیشترین مقدار و ۱۷ شهریور با ۴۸/۳۳٪ کمترین میزان رضایت را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱ - فراوانی و فراوانی نسبی مراجعه کنندگان مجتمع‌های توانبخشی روزانه شهر تهران، بر اساس میزان رضایت از قسمت پذیرش و ترخیص

نسبیت رضایت از پذیرش و ترخیص	فراوانی	فراوانی نسبی
بی نظری	۵	۳/۸
راضی	۱۹	۱۴/۳
کاملاً راضی	۱۰۷	۸۰/۴
بدون پاسخ	۲	۱/۵

یا ناشی از تفاوت در تجربه‌ها، میزان انتظار و غیره، یا به دلیل الگوهای قالبی مبتنی بر جنسیت.

سؤال آخر

آیا خدمت گیرندگان، در مورد تغییر فرآیندهای ارائه خدمت، اظهار نظر می‌کنند؟ پاسخ به این سؤال مستلزم بررسی و تحلیل سؤال باز پرسش‌نامه است.

در مجموع پژوهش مقدماتی و پژوهش نهایی، ۱۸۳ نفر پاسخگوی پرسش‌نامه بودند که ۱۵۴ نفر آنها به سؤال باز پاسخ دادند. (۸۴/۱۵٪). از آنجا که نوع خدمات مجتمع‌ها، چهار طبقه از افراد باناتوانی را در برمی‌گرفت، پاسخ‌ها اغلب، مربوط به طبقات خاص افراد باناتوانی بود، اما چند پاسخ جنبه کلی داشت.

۵۵ نفر از پاسخ دهنده‌ها به مسئله اشتغال افراد باناتوانی اشاره کرده بودند. ۴۵ نفر، ضرورت بیمه درمانی کامل را مورد تأکید قرار داده بودند. بسیاری از پاسخ دهنده‌ها، به هر دو موضوع به عنوان یک مشکل اساسی اشاره کرده و حتی پیشنهادهایی نیز در این زمینه ارائه داده بودند. اما جالب‌ترین پیشنهاد مربوط به یکی از نمونه‌ها بود که جا دارد به آن اشاره شود. وی می‌گوید: «باید در جلساتی که توسط مسؤولان مرکز برای تصمیم‌گیری درباره نحوه ارائه خدمات یا نیازهای مجتمع‌ها تشکیل می‌شود، نماینده افراد باناتوانی نیز شرکت داشته باشد، زیرا افراد باناتوانی، نیازهای خود را بهتر می‌شناسند». مددجویان کدهای ۲۱، ۲۲، ۲۵ نیز پیشنهاد جالبی داشته‌اند، آنها اظهار می‌دارند که، مطالب آموزشی پس از مدتی فراموش می‌شود، به همین دلیل، مجتمع‌ها باید بروشورها و جزوه‌های اطلاعاتی تهیه کنند و در دسترس نابینایان قرار دهند.

مسائل دیگری که در سوال باز مطرح شدند، عبارت بودند از: عدم تحویل و تعمیر بموقع پرتز، دور از دسترس بودن مجتمع‌های نابینایان و عدم دسترسی به خدمات شنوایی‌سنجی به دلیل کمبود مجتمع در سطح تهران برای ناشنوایان.

۶۰٪ از پاسخ دهندگان کد ۲۵، به صورت مختلف، ضرورت دسترسی به تجهیزات و تکنیک‌های جدید مربوط به نابینایان را مورد اشاره قرار داده بودند. آنها آموزش رایانه را از نیازهای خود ذکر کرده و بر این امر تأکید نموده بودند.

نتیجه‌گیری

در مطالعات رضایت‌سنجی که حدود دو دهه است در خدمات بهداشتی جهان، به دنبال انقلاب کیفیت، بسیار فراگیر شده است.

سوال چهارم در مورد رضایت از شیوه‌های ارتباط و برخورد کارکنان است و جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که ۹۶/۲٪ افراد از نحوه برقراری رابطه در مجتمع‌ها راضی یا کاملاً راضی بوده‌اند. جدول آزمون نیز در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ = α تفاوت معنی‌داری نشان نمی‌دهد.

جدول شماره ۴ - فراوانی و فراوانی نسبی میزان رضایت مراجعه‌کنندگان مجتمع‌های توانبخشی روزانه شهر تهران، از ارتباط و شیوه‌های برخورد کارکنان مجتمع‌ها

رضایت از شیوه‌های برخورد	فراوانی	فراوانی نسبی
ناراضی	۲	۱/۵
بی‌نظر	۲	۱/۵
راضی	۳۸	۲۸/۵
کاملاً راضی	۹	۶/۷
مجموع	۱	

در بررسی سایر عوامل مشخص شد که ۵۳/۶٪ از خدمت گیرندگان، خدمات مورد نیاز را به طور دوره‌ای دریافت می‌کنند؛ ۳۲/۲ نیز خدمات مداوم نیاز دارند و فقط ۱۰٪ از آنها مراجعه کوتاه داشته‌اند. موضوع رضایت از مقدار هزینه‌ها نیز با فراوانی نسبی ۴۵/۴ درصد راضی و کاملاً راضی از هزینه‌ها و ۴۵/۲ درصد راضی و کاملاً راضی از تخفیف‌ها، تأیید شد. جداول میانگین و آزمون نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار بین مجتمع‌ها نبودند. از آنجا که در مطالعات رضایت‌سنجی مسأله تأثیر پایه تحصیلات و جنسیت بر میزان رضایت مورد بحث قرار گرفته است، این دو زمینه نیز با طرح دو سؤال، بررسی شد و نتایج نشان دادند که در پژوهش حاضر، جنسیت نمونه‌ها تأثیری بر میزان رضایت آنها نداشته است. (با سطح اطمینان ۹۵٪ - $\alpha = 0/05$) در حالی که ویلیامز و کالنان در ۱۹۹۴ (۱۰) در بررسی خود گزارش کردند که زنان نسبت به مردان، رضایت بیشتری نشان می‌دهند. آقای دکتر ستوده نیا و همکاران نیز در پژوهش خود روی بیماران بیمارستان کرمان، نتیجه گرفتند که جنسیت بر شکل‌گیری رضایت تأثیر دارد، بنابراین مسئله عدم انطباق نتایج این تحقیق با بررسی‌های قبلی باید در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرد تا مشخص شود که آیا این تفاوت ناشی از الگوهای متفاوت ارائه خدمت به زنان و مردان است

جدول شماره ۵: آزمون ناپارامتری من ویتنی (دو گروهی) و کروסקال والیس (بیشتر از دو گروهی)
 رتبه‌های رضایت خدمت گیرندگان مجتمع‌ها از ابعاد مختلف خدمات
 میانگین رتبه‌ها

خدمات	مراکز	اسما	سمانه	مولوی	خزانه	ابابصیر	رودکی	فنی، ارتوپدی	شهرپور	نیمه‌شعبان	وحدت	آیت	شریعی
پذیرش و ترخیص شرایط بهداشتی و امکانات ساختمانی	۶۸/۵۵	۵۸/۴۲	۸۰/۴۵	۶۹/۵	۴۹/۳۳	۶۹/۵	۵۲/۹۳	۴۸/۳۳	۶۹/۵	۷۲/۵۹	۶۸/۴۳	۵۵/۷۷	
	۵۸/۶۵	۳۵/۱۷	۹۱/۸۲	۸۷/۳۱	۷۴/۳۶	۷۳/۶۱	۳۷/۲۱	۴۷/۶۷	۳۶/۱۷	۵۸/۸۲	۴۶/۱۴	۵۶/۹۵	
ارتباط و شیوه‌های برخورد	۴۹/۶۵	۷۰/۹۲	۶۸/۰۷	۶۳/۳۱	۸۴/۵	۳۹/۲۸	۸۲/۲۱	۴۰/۰۸	۵۲/۰۸	۴۹/۳۵	۷۹/۷۹	۷۳/۸	
	۶۲/۴۸	۵۰	۶۹/۸۰	۵۷/۹۴	۸۰/۵۰	۵۳/۹۵	۶۰/۸۶	۵۲/۲۵	۸۰/۸۳	۸۱/۴۱	۵۵/۷۱	۶۵/۶۴	
نظرات کلی	۵۴/۷۲	۵۶/۵۰	۷۲	۶۲/۵۶	۴۸/۱۵	۶۴/۷۸	۵۳/۷۹	۷۰/۴۲	۴۰/۰۸	۷۸/۹۱	۷۵/۷۱	۷۹/۲۳	

«آزمون کروسکال والیس»

نظرات کلی	ارتباط شیوه‌های برخورد	متخصصان	شرایط بهداشتی و امکانات ساختمانی	پذیرش و ترخیص
۱۴/۷۷۶	۱۲/۰۲۷	۱۹/۷۰۹	۳۵/۷۲۶	۱۳/۶۷۷
۱۱	۱۱	۱۱	۱۱	۱۱
۰/۱۹۳	۰/۳۶۲	۰/۰۴۹	<۰/۰۰۱۰	۰/۲۵۶
پذیرش	پذیرش	رد	رد	پذیرش
(۵)	(۴)	(۳)	(۲)	(۱)

جای تمرکز بر جنبه‌های مورد رضایت، درصدد کشف این منابع باشند». (۲۰)

با توجه به همین نکات و در نگاهی بر پاسخ سوال‌های این پژوهش، می‌توان واقعیت فوق را به درستی مشاهده و آنها را با پژوهش‌های رضایت سنجی جهان مقایسه کرد. به عنوان مثال، در پاسخ به سوال دوم ما، یعنی رضایت از امکانات ساختاری و شرایط بهداشتی، با فراوانی ۹۱/۸ درصد، پاسخ سوال مثبت بوده است. سیرت و همکاران (۱۹۹۹) (۱۹) در یک مطالعه مشابه، میزان رضایت را ۹۴ درصد به دست آوردند. هم‌چنین در مورد رضایت از متخصصان، میزان رضایت در تحقیق ما، ۸۴/۹ درصد بود و در پژوهش مشابهی که در استرالیا انجام گرفت (۱۳)، این میزان نیز ۹۴ درصد به دست آمد.

میزان رضایت از شیوه‌های ارتباطی کارکنان، در پژوهش ما ۹۶/۲ درصد بود و در پژوهش استرالیا ۸۰ درصد اعلام شد. در پژوهش مشابه دیگری که سونیدل (۱۴) در ۱۹۹۹ انجام داد، این رقم را ۹۷/۳ درصد تعیین کرد. در خصوص تعیین متغیرهای مؤثر بر رضایت، تأثیر میزان تحصیلات و جنسیت بر میزان رضایت، در پژوهش ما، تأیید نشد. زستونی و همکاران نیز، برای سنجش متغیرهای مؤثر بر رضایت، مطالعه‌ای انجام دادند و در نهایت نتیجه گرفتند که فاکتورهایی مانند سن، سطح تحصیل، سطوح بهداشتی خانوار، نژاد و بعد خانوار، گرچه عامل مهمی در تعیین میزان رضایت شناخته شده‌اند، اما در کل، این ابعاد توانسته‌اند بیش از ۱۰ درصد واریانس موجود در رضایت را توجیه کنند (۱۹). در هر حال، بدیهی است که در مطالعات بعدی این عوامل باید مورد توجه بیشتری قرار بگیرند.

سوال باز پرسش‌نامه، هم حوزه‌های عدم رضایت را مشخص کرد و هم امکان اظهار نظر خدمت‌گیرندگان را برای بهبود و ارتقای کیفیت خدمات فراهم کرد. همان‌طور که مشاهده شد، نحوه ارائه اطلاعات و موضوع‌های آموزشی، یکی از موارد عدم رضایت بود و این مورد در بسیاری از تحقیقات رضایت سنجی دیگر، از جمله تحقیقات هانسون ۱۹۸۹ (۲۰)، مک دونالد ۱۹۸۸ (۲۰)، باکس و اسمیت ۱۹۹۸ (۲۰)، اندرسون ۱۹۹۳ (۸)، از موارد نقص و عدم رضایت بوده است، مسئله عدم دسترسی به خدمات و تجهیزات از نکاتی بود که به عنوان موارد نقص مطرح شده بود و البته، خدمت‌گیرندگان، راه‌حل‌هایی نیز برای رفع این مشکل ارائه داده بودند، از جمله، اولویت قابل شدن برای دانش‌آموزان، هنگام تحویل یا تعمیر سمعک، توسعه مجتمع‌ها در سطح تهران، در نظر

تهیه پرسش‌نامه استاندارد، به عنوان یک ابزار معتبر رضایت سنجی، مورد تأیید تعداد زیادی از پژوهشگران قرار گرفته است (۱۵) و همان‌طور که توماس گرین فیلد از پژوهشگران رضایت سنجی دانشگاه برکلی می‌گوید: این پرسش‌نامه‌ها می‌توانند نمونه‌های مناسب یا نامناسب خدمات را مشخص کنند و گرچه امکان دارد پاسخ‌های کلی به دست بدهند، اما استفاده از سؤال باز در کنار سؤال‌های بسته پاسخ، می‌تواند به حل این مشکل کمک کند و راه را برای پاسخ‌های بیشتر باز کند (۲۱). با توجه به این نکات بود که هدف ویژه این پژوهش، تهیه پرسش‌نامه‌ای در ۱۱ قسمت و ۹۰ سؤال، یک بررسی مقدماتی انجام گرفت و در نهایت، پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، با حذف سؤال‌های فاقد هم‌بستگی یا دارای هم‌بستگی پایین، اعتبار پژوهش حاضر، با هدف ویژه تهیه یک پرسشنامه استاندارد به اجرا درآمد و در نهایت، پرسش‌نامه‌ای در ۹ قسمت و شامل ۶۸ سؤال، تهیه و پایایی آن تأیید شد.

درخصوص هدف کلی پژوهش، یعنی سنجش میزان رضایت نیز، چون قبلاً مطالعه‌ای در این زمینه صورت نگرفته بود، لازم بود که میانگین و انحراف معیار نمره رضایت در یک مطالعه مقدماتی تعیین شود، این مهم نیز اجرا و میانگین نمره رضایت ۳/۷۱ با انحراف معیار ۲۹۷ تعیین شد.

درخصوص اهداف کاربردی رضایت باید به پاسخ‌های خدمات گیرندگان استناد کرد و قبل از مراجعه به پاسخ‌ها لازم است این نکته را مورد تأکید قرار داد که ذات مطالعات رضایت سنجی، نشان دادن سطح بالای رضایت از مجموعه‌های مختلف ارائه دهنده خدمات است (۹)، اما در عین حال، موارد نقص و ضرورت‌های نیازمند اصلاح و بهبود را نیز نشان می‌دهد. نشریه بهداشت روانی انگلیس در شماره اکتبر ۱۹۹۶ خود (۲۰) بخش گسترده‌ای را به بررسی مطالعات رضایت سنجی اختصاص داده و همین نکته را مورد تأکید قرار می‌دهد، به طوری که می‌نویسد: «معمولاً در مطالعات، میزان رضایت از مجموعه فرآیندهای ارائه دهنده خدمت، بسیار بالاست و غالباً سطوح ۹۰ درصد و بیشتر را نشان می‌دهد، اما، رضایت از جنبه‌های تخصصی‌تر، غالباً درصد کمتری را به خود اختصاص می‌دهد، گرچه، در این زمینه نیز، سطوح کمتر از ۸۰، زیاد متداول نیست. اما در همین سطوح می‌توان موارد نقص و جنبه‌های نیازمند تغییر را، براساس نظر خدمت‌گیرندگان تعیین کرد» (۲۰)

پری Parry نیز نکته مهمی را در این زمینه مورد اشاره قرار داده و می‌گوید: بالا بودن سطوح رضایت نشان می‌دهد که پژوهشگران باید فعالانه در جست و جوی کشف منابع عدم رضایت برآیند و به

۲- برای دقت بیشتر در پژوهش‌ها، طبقات مختلف افراد با ناتوانی به طور جداگانه مورد پژوهش قرار گیرند و حتی در صورت امکان، مجتمع‌های مورد پژوهش از نظر ارائه خدمات، یکسان باشند. همچنین، مجتمع‌های شبانه روزی و سایر مؤسساتی که به نحوی در خدمت برنامه‌های توانبخشی هستند، مشمول پژوهش‌های جداگانه‌ای قرار گیرند.

۳- نمونه‌های مورد پژوهش، مسایلی را ذکر کردند که نیاز به اصلاح و تغییر در برخی فرآیندها را مطرح می‌سازد، بدیهی است اگر حتی یکی از فرآیندها بر اساس نظر افراد با ناتوانی تغییر کند، زمینه مشارکت بیشتر آنها در پژوهش‌های بعدی فراهم می‌شود و بنابراین، مسؤولان مربوطه باید در زمینه این اصلاحات اقداماتی جدی انجام دهند.

۴- شرکت افراد با ناتوانی در تصمیم‌گیری‌های مربوط به خود، از مهم‌ترین گام‌هاست، بنابراین، سازمان بهزیستی کشور، پس از آموزش‌های لازم به مسؤولان، برنامه‌ریزان و معلولان، می‌تواند به تدریج در این راستا گام بردارد و به عنوان یک الگو، ابتدا در برنامه‌ریزی‌های سطوح بالای سازمان، از مشارکت افراد با ناتوانی استفاده کند و سپس این مهم، به سایر زیرمجموعه‌ها تسری داده شود.

گرفتن خدمات حمل و نقل برای مراجعان. کالنان در ۱۹۹۴ (۱۰) در پژوهش مشابهی، مسئله عدم دسترسی را به عنوان موارد نقص گزارش کرد. توجه به تمامی این راه‌حل‌ها و رفع نواقصی مانند دسترسی به خدمات، از ضرورت‌هایی است که باید مورد توجه مسئولان امر قرار گیرد.

در نهایت لازم به ذکر است که این مطالعه، همان‌طور که ذکر شد، یک مطالعه اولیه بود و بی‌تردید کاستی‌های بسیار داشته است، بالاخص که متفاوت بودن نوع خدمات مجتمع‌ها، می‌تواند تأثیر زیادی بر نتایج داشته باشد. بنابراین، بررسی نتایج این پژوهش و رفع نواقص نیاز به تکرار پژوهش را طلب می‌کند. امید است که به عنوان یک برنامه مدوّن، طی دوره‌های مختلف و مشخص، مطالعات دیگری اجرا شود تا ضمن رفع نواقص غیرقابل اجتناب این بررسی، بهبود و اصلاح هر چه بیشتر کیفیت خدمات را امکان‌پذیر سازد و زمینه دخالت مشتریان را در فرآیند ارائه خدمات، میسر گرداند.

پیشنهادها:

۱- طی یک برنامه منظم، این پژوهش در دوره‌های از پیش تعیین شده، تکرار شود؛ با توجه به نتایج مطالعات جهانی، فاصله زمانی بین دو پژوهش، بهتر است بیش از یکسال نباشد.



- ۱- رجب بیگی، مجتبی - کیمی، حسین: مدیریت کیفیت فراگیر، مرکز اطلاع رسانی وزارت جهاد دانشگاهی و مرکز نشر دانشگاه صنعتی امیرکبیر، چاپ اول، ۱۳۷۴
- ۲- ستوده‌نیا و همکاران: ارزیابی میزان رضایت بیماران بیمارستانهای کرمان - اداره بهداشت و درمان کرمان - ۱۳۷۸
- ۳- کاکویی، حسین و همکاران - آموزش مدیریت کیفیت جامع - انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی - ۱۳۷۹
- ۴- گاروین، دیوید: ترجمه و اقتباس شریفی - شهرام: نشریه تدبیر، شماره ۶۳، سال ۱۳۷۵
- ۵- طرح بررسی و سنجش میزان رضایت بیماران از خدمات بیمارستانهای دانشگاهی شهر اصفهان - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان اصفهان - مرکز پژوهشهای دانشجویان
- ۶- لامعی، ابوالفتح: مبانی مدیریت کیفیت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (کمیته ارتقای کیفیت) ۱۳۷۸
- ۷- هومن - حیدر علی - شناخت روش علمی در علوم رفتاری - نشر امام - ۱۳۷۶
- 8-Anderson, J; Dayson D; wills, w; c; margolius, o, o Driscoll, C. & Leff, J (1993) the TAPS ProJect, social outcome of Long - Stay psychiatric person after one year in the Community. British Journal of psychiatry.
- 9-Alan, M. Jette (2000)-conceptual Issue in the measurement of work Disability. Nat I Academy Press. Toronto, ontario, canada The university Health Net work.
- 10-Calnan' M; Williams S. Major determination of Consumer Satisfaction with primary care different Health systems. 1994
- 11-Corring, Cook (1999) Client Centered Care means That I am a Valued Human being. London/ Ontario - Canada
- 12-Corrigan, PW, 1990. Consumer Satisfaction with Institutional and Community Care. Community Health Journal, 25,151 - 162.
- 13-Department of Human services, Patient satisfaction survey victorian Public Hospitals Australia; 1997.
- 14-Harris LE, Swindle RW, Mungui SM, Weinberger M, Tienty WM. (1999) Measuring Cleint Satisfaction For Quality Improment Indiana University. USA
- 15-Mc Cuker, Bellavance, Cardin, Belzile (1999) validity of an activities of daily living among older people in the emergency department monteral Qvebec canada.
- 16-michael Oliver and Bob Sapey (1999). Social Work With Disabled People. Printed in Great Britain.
- 17-Stullard, & Lenton (1992) How satisfied are Parents of Pre - school children who have special needs with The services They have received ? A consumer Survey. 18, 197 -205.
- 18-Stallard. p. 1994 Monitoring and assuring Quality. The role of consumer satisfaction surveys. 1 - 233 -
- 19-Seibert, Brien, Mauske / Kochurka, Feldt, Fader, Race, (1999) Assessing Client Satisfaction across The Rehabilitation service. Rarkside Associates. IL, USA
- 20-The role and Use of Consumer Satisfaction Surveys. Magazinc: Journal of mental Health. October 1996.
- 21-Thomas Greenfield Ph.D. (2000) Client satisfaction Questionare, Berkeley U.S.A.
- 22-Ware' JE. What Information do Consumers want and How will They use it ? medcare 1995 supplement.
- 23-Yin, M and Miler, G; 2000 The Post - Modern Society; a Critixve of Wilfare Theory; Critical Social Policy 35:7-38.