

## بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با میزان رضایت‌مندی مددجویان از خدمات توانبخشی<sup>۱</sup>

\* دکتر علیرضا محسنی تبریزی

\*\* بهراد رضوی آل‌هاشم

کد مقاله: ۱۷۹

### چکیده

هدف این تحقیق، بررسی میزان رضایت‌مندی مددجویان از خدمات توانبخشی در مراکز توانبخشی سازمان هلال احمر شهر تهران است. این تحقیق تلاش دارد سازمان را در دستیابی به نقاط قوت و ضعف خود یاری داده و به ارتقاء کیفیت و اثربخشی خدمات توانبخشی کمک نماید.

این مطالعه به روش توصیفی از نوع پیمایشی انجام شده است. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته صورت گرفته و پایایی آن ۰/۸۲ محاسبه گردیده است. حجم نمونه پژوهش، تعداد ۱۹۰ نفر از مددجویان مراکز توانبخشی جمعیت هلال احمر شهر تهران است که از طریق فرمول کوکران و به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تعیین و محاسبه شده است.

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که بین میزان مشارکت در فرآیند درمان و رضایت‌مندی مددجو ارتباط معناداری وجود دارد ( $P=0/007$ ) بین کارآیی وسیله توانبخشی و رضایت‌مندی ارتباط معنادار است ( $P=0/021$ ). بین کیفیت خدمات توانبخشی و رضایت‌مندی ارتباط معناداری وجود دارد ( $P=0/000$ ). بین رفتار و برخورد پرسنل و رضایت‌مندی مددجو ارتباط معنادار است ( $P=0/000$ ).

نتایج تحقیق مبین این نکته است که خدمات توانبخشی، تحت تاثیر عوامل مختلف منجر به کاهش رضایت‌مندی مددجویان شده است. رضایت‌مندی را می‌توان تابعی از میزان مشارکت مددجو در فرآیند درمان، میزان کارآیی و کیفیت خدمات و نوع رفتار و برخورد پرسنل (پزشکان، تکنسین‌ها و...) تلقی کرد. لذا با برگزاری دوره‌های آموزشی کوتاه مدت برای پرسنل، تجهیز مراکز به امکانات مناسب توانبخشی، آگاه‌سازی و فراهم کردن امکان مشارکت مددجو از فرآیند درمان می‌توان انتظارات مددجویان را برآورده ساخته و رضایت‌مندی آن‌ها را افزایش داد.

**واژگان کلیدی:** خدمات توانبخشی، رضایت‌مندی، مددجو، کیفیت و کارآیی خدمات، مشارکت.

۱- مقاله حاضر مستخرج از طرح تحقیقاتی با عنوان «سنجش میزان رضایت‌مندی مددجویان از نحوه ارائه خدمات توانبخشی در جمعیت هلال احمر شهر تهران» است که با حمایت مالی مؤسسه آموزش عالی علمی- کاربردی هلال احمر ایران در سال ۱۳۸۳ انجام شده است.  
\* دکتری جامعه‌شناسی، دانشیار و عضو هیأت علمی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.  
\*\* مدرس دانشگاه و کارشناس ارشد مؤسسه تحقیقات اجتماعی دانشگاه تهران.

### مقدمه

معلولیت و نقص در اعضا، همزاد با پیدایش انسان‌هاست. در هر دوره تاریخی، در هر فرهنگ، تمدن و طبقات افرادی وجود داشته‌اند که از نظر فعالیت فردی، اجتماعی، ذهنی و روانی پائین‌تر از حد طبیعی بوده‌اند، ولی تا قرن نوزدهم هیچ توجهی به این افراد نمی‌شده است و رفتار اغلب جوامع با گروه معلولان، به دور از عدالت اجتماعی و رفتار انسانی بوده است.

اما به طور کلی در تمدن‌های دارای مذهب، روش‌های انسانی‌تری در مورد معلولین به کار می‌رفته است. در آئین کنفوسیوس و دین پیامبر ایرانی (زرتشت) به وضوح از مردم خواسته شده که با معلولین و عقب‌ماندگان رفتاری انسانی داشته باشند. در دین یهود، جرم و جنایت از عقب‌ماندگان برداشته شده و در دین اسلام نیز طی اشاره‌های مکرر در کتاب آسمانی و سخنان ائمه و پیامبر اسلام به توصیه‌هایی در خصوص ملاحظت و همیاری با معلولان برخورد می‌کنیم.

خوشبختانه در عصر حاضر عقاید اجتماعی در مورد این قشر بر اثر گذشت زمان و پیشرفت‌های چشمگیر در عرصه دانش و تکنولوژی دچار تغییر و دگرگونی شده است. بر اثر تلاش‌های بی‌وقفه جوامع به معلولان خدمات ارزنده‌ای ارائه گردیده و پذیرش آنان در کنار دیگر افراد جامعه حق مسلم آنان دانسته شده است.

در جامعه ایران با توجه به احساس نوع دوستی و حاکمیت ارزش‌های ملی و اسلامی، معلولین همواره مورد ملاحظت و توجه قرار داشته‌اند. عموم مردم، نهادهای دولتی و غیردولتی در رسیدگی به مشکلات معلولان و تخفیف آلام آنان گام‌های مهمی برداشته‌اند. بعلاوه برخی سازمان‌های رسمی نیز به طور منظم، وظیفه خدمت به معلولان و مددجویان را برعهده دارند و این امر در جهت سرویس‌دهی بیشتر و بهتر به منظور تأمین استقلال فردی و اجتماعی آنان همواره در حال تحول و توسعه می‌باشد.

### طرح و بیان مسأله

در دهه‌های اخیر، توانبخشی<sup>۱</sup> دستخوش تحولات عمده‌ای شده است. امروزه این واژه از اهداف گذشته خود یعنی دست‌یابی به نهایت توانایی فرد معلول فراتر رفته و الحاق فرد به جامعه را مدنظر قرار داده است. توانمندسازی<sup>۲</sup> معلولین از طریق مشارکت<sup>۳</sup> در توسعه و

ارتقای کیفیت زندگی اجتماعی، رویکرد جدید توانبخشی است. این رویکرد، مشکل معلولیت را از یک تراژدی فردی به یک مسأله اجتماعی تغییر داده است. در این نگرش، محدودیت فرد برای مشارکت در فعالیتهای اجتماعی، حاصل موانع فرهنگی، نگرشی، ساختاری و اجتماعی است. رفع این موانع ضمن کمک به ارتقاء سلامت جسمی و روانی در جامعه، موجبات رضایت‌مندی<sup>۶</sup> مددجویان<sup>۱</sup> را فراهم می‌سازد (محسنی‌تبریزی و دیگری، ۱۳۸۳، صص ۱۱-۱۰).

امروزه علی‌رغم گسترش خدمات بهداشتی، بهبود تغذیه و درمان بیماری‌ها، حدود ۱۰ درصد از جمعیت کشورها به نوعی با معلولیت درگیر هستند. عواملی چون افزایش حوادث، آلودگی‌ها، عوامل ژنتیک و تغییر هرم سنی و... در بروز آن سهم‌اند. معلولیت به عنوان یک واقعیت وجود دارد و حداقل در کوتاه مدت امکان ریشه‌کنی آن نیست. بنابراین بایستی به دنبال راه‌حلهایی بود که کیفیت زندگی این قشر را ارتقاء داده و حیات نوینی را برای آنان و خانواده‌ها فراهم نماید (میرغاسی، ۱۳۷۸، صص ۲۲).

توصیه سازمان‌های جهانی در مورد ضرورت مشارکت، برابری فرصت‌ها، رشد آگاهی و تحقق شعار «جامعه برای همه»<sup>۷</sup> مستلزم تغییرات محیطی و دگرگونی جدی در شرایط معلولان است. این تحولات در صورتی رخ خواهد داد که خدمت به معلولین صرفاً یک عمل نیکوکارانه و نوع دوستانه تلقی نشود، بلکه حقوق انسانی و اجتماعی آنان نیز مدنظر قرار گیرد و محدودیت‌های اجتماعی از سر راه‌شان برداشته شود. در این صورت می‌توان با ایجاد حس استقلال، خودباوری و مشارکت اجتماعی در بین مددجویان، احساس رضایت آنان را به دست آورد (قاضی، ۱۳۸۰، صص ۱۵).

رضایت یک واکنش ذهنی و عاطفی نسبت به محیط می‌باشد که طی آن فرد نیازهایش را اعلام می‌کند، وقتی نیازهای شخص ارضاء شد، احساس شادی و سعادت و رضایت در او به وجود می‌آید. بنابراین رضامندی از آن جهت که احساس سعادت و خوشبختی فرد با احساس رضایت او در ارتباط با محیط حاصل می‌شود دارای اهمیت اساسی است (نومی، ۱۹۹۰، صص ۱۲۴).

هر چه میزان رضایت مددجویان از خدمات حمایتی و توانبخشی افزوده گردد، بهبودی جسمی و روانی آنان نیز بهتر و سریع‌تر صورت می‌گیرد. سلامتی جسمی و روانی افراد،

موجب سلامت روانی خانواده‌ها و جامعه خواهد شد و در نهایت توسعه پایدار جامعه را به دنبال خواهد داشت.

باید اذعان داشت که حفظ سلامت فردی و اجتماعی افراد جامعه، وظیفه هر نظام و نهادهای آن محسوب می‌شود. سازمان هلال احمر به عنوان یکی از نهادهای جامعه نقشی مضاعف در زمینه توانبخشی مددجویان بر عهده دارد. از یک سو مددجویان به عنوان مشتریان این سازمان تلقی می‌شوند و حفظ مشتری امری اجتناب‌ناپذیر برای سازمان‌های امروزی است. از سوی دیگر توجه به رضایت‌مندی مددجویان از خدمات توانبخشی و انجام پژوهش و تحقیق بر روی شاخص‌های رضایت‌سنجی، موجب ارتقاء نقش و جایگاه آن در جامعه، افزایش بهره‌وری و توسعه سازمانی خواهد شد.

#### اهداف تحقیق

اهداف این تحقیق عبارتند از:

- ۱- تعیین عوامل مرتبط با میزان رضایت‌مندی مددجویان از خدمات توانبخشی.
- ۲- سنجش میزان رضایت مددجویان برحسب مشارکت در فرآیند درمان و توانبخشی.
- ۳- سنجش میزان رضایت مددجویان برحسب کیفیت خدمات توانبخشی.
- ۴- سنجش میزان رضایت مددجویان برحسب کارایی وسیله کمکی توانبخشی.
- ۵- سنجش میزان رضایت مددجویان برحسب رفتار و برخورد پرسنل.
- ۶- سنجش میزان رضایت مددجویان بر حسب جنس، سن و پایگاه اقتصادی- اجتماعی.
- ۷- سنجش میزان رضایت مددجویان برحسب اولویت‌بندی نیازها و سطح انتظارات.

#### مبانی نظری تحقیق

در زمینه مطالعات رضایت‌مندی، نظریات مختلفی مطرح شده است. تئوری انگیزش یکی از نظریاتی است که امروزه در تحقیقات رضایت‌سنجی مورد توجه قرار گرفته است. انگیزش<sup>۱</sup>، چرایی یا علت بروز رفتار را تشریح می‌کند و علاوه بر نتایج رفتار، چگونگی و چرایی رفتار را نیز توصیف می‌کند (رضایتیان، ۱۳۸۱، ص ۱۰۵).

انگیزش به عنوان نیازها، تمایلات، سائقه‌ها و محرکات درونی فرد تعریف شده است. انگیزه‌های معطوف به هدف ممکن است آگاهانه یا ناخودآگاهانه باشند. انسان‌ها نه تنها از لحاظ توان انجام کار بلکه از لحاظ میل به اراده انجام کار یا انگیزش با هم تفاوت دارند. انگیزش افراد به نیروی انگیزاننده آن بستگی دارد (مرسی بلانچارد، ۱۹۹۳، ص ۲۰).

رفتار انسان تحت تاثیر نیازهای متعددی برانگیخته می‌شود. نیازی که شدیدتر است، موجب فعالیت بیشتر انسان می‌گردد. وقتی نیاز شدید قدری ارضاء شد، از شدت آن کاسته می‌شود. به طور کلی هرگاه یک نیاز انسان ارضاء شود یا در راه ارضای آن مانعی به وجود آید، از شدت آن نیاز کاسته می‌شود و در نتیجه نیاز شدید دیگری جانشین آن می‌گردد (محسنی تهریزی و دیگری، ۱۳۸۳، ص ۱۵).

نظریه‌های نیاز (محتوایی) به عنوان یکی از مهم‌ترین تئوری‌های انگیزش، به رفتار فرد نیرو بخشیده و به مدیران نسبت به نیازهای کارکنان بینش می‌دهند. این نظریه‌ها مستقیماً با رضایت ارتباط دارند. تامین نیازها، رضایت را افزایش می‌دهد و هر دسته از نیازها تنها وقتی فعال می‌شوند که طبقه پیشین نیاز، کم و بیش ارضاء شده باشد (محسنی تهریزی، ۱۳۷۶، ص ۳۹).

مازلو روانشناس آمریکایی و یکی از نظریه پردازان تئوری محتوی، با ارائه نظریه سلسله مراتب نیازها به طبقه‌بندی نیازهای آدمی و اصول حاکم بر آن پرداخت. به عقیده وی تنها نیازهایی رفتار آدمی را تحت تاثیر قرار می‌دهند که برآورده نشده یا ارضاء نشده باشند. نیازهای آدمی بر اساس درجه اهمیت آن‌ها طبقه‌بندی شده‌اند. وقتی نیازی برآورده شد، نیاز بعدی خودنمایی کرده و طلب تشفی می‌نماید (همان، ص ۴۰). بنابراین نیازهای انسان به سه دسته تقسیم شده است:

- ۱- نیاز حیاتی: که نیازهای دسته اول و دوم (نیاز جسمانی و نیاز به امنیت) را در بر می‌گیرد.
- ۲- نیاز ارتباطی: که نیازهای دسته سوم و چهارم (تعلق به گروه و نیاز به احترام و شخصیت) را در بردارد.
- ۳- نیاز رشد: که نیازهای پنجم و ششم (نیاز شکوفایی و شناخت) را شامل می‌شود (ازکمپ، ۱۳۶۹، ص ۷۸).

هرزبرگ با ارائه نظریه دو ساحتی انگیزاننده - بهداشت روانی، تاثیر قابل توجهی بر تئوری انگیزش و رضامندی داشته است. وی در بررسی عوامل مؤثر بر احساسات کارکنان نسبت به کار به این نتیجه رسید که دو دسته عوامل متفاوت باعث ایجاد دو نوع احساس درباره کار شده است. یکی که بیان می‌دارد عدم دریافت خدمت موجب عدم رضایت اوست به ضرورت نگفته که دریافت خدمت او را راضی می‌کند. بلکه عواملی چون کارایی، کیفیت، انطباق یا نیازها و انتظارات و مشارکت در فرایند کار بر رضایت و انگیزه فرد مؤثر بوده است (شرمرهورن و دیگران، ۱۹۹۴، ص ۱۲۷). بنابراین نظریه هرزبرگ دو ویژگی منحصر به فرد دارد:

- ۱- برخی عوامل به رضایت خاطر منجر می‌شوند و برخی نیز مانع رضایت می‌گردند و منبع رضایت نیستند.
  - ۲- رضایت و عدم رضایت بر روی یک پیوستار واحد قرار ندارند و عوامل مختلفی بر آن‌ها تاثیر می‌گذارند.
- مک کله‌لند با ارائه نظریه نیازهای اکتسابی یک نظریه انگیزشی ارائه کرده است که به اعتقاد وی ریشه در فرهنگ دارد. به نظر ایشان نیازهای انسان در سه دسته طبقه‌بندی شده‌اند:

- ۱- نیاز به کسب موفقیت، توفیق‌طلبی و میل به انجام چیزی بهتر با کارایی بیشتر برای حل مسائل.
  - ۲- نیاز به تعلق، میل به برقراری و حفظ روابط دوستانه و گرم با دیگران.
  - ۳- نیاز به قدرت، میل به کنترل دیگران و نفوذ در رفتار آنان (مک کله‌لند، ۱۹۷۱، ص ۱۰).
- آدامز با ارائه نظریه برابری، معتقد است که انسان‌ها می‌خواهند با آنان منصفانه رفتار شود. برابری باوری است که در آن فرد احساس می‌کند در مقایسه با دیگران با وی منصفانه برخورد شده است. بر اساس این نظریه، فرد به ارزیابی وضعیت خود در چارچوب وضعیت سایرین می‌پردازد. زمانی که انسان‌ها احساس بی‌عدالتی در سازمان و محیط کار کنند برای برطرف کردن آن برانگیخته می‌شوند. بنابراین نخست نحوه برخورد سازمان را با خودشان مورد ارزیابی قرار می‌دهند، آنگاه شخص نحوه برخورد سازمان را با خودش در مقایسه با دیگران مورد ارزیابی قرار می‌دهد (با فردی در همان گروه کاری یا بخش دیگر سازمان)، فرد پس از ارزیابی برخورد سازمان با خودش و با دیگران، به مقایسه وضعیت خود با دیگران می‌پردازد و پس از آن، احساس عدالت یا بی‌عدالتی نموده و برحسب شدت این ادراک واکنش نشان می‌دهد (رضائیان، ۱۳۸۱، ص ۱۳۳). مهم‌ترین کاربرد این

نظریه برای سازمان در سیستم پاداش و تنبیه است. این نظریه پیام‌های زیر را برای سازمان‌ها به همراه دارد:

۱- اگر قرار باشد براساس کیفیت عالی کار، پاداش داده شود همه افراد سازمان باید مبنای پاداش‌ها را بدانند.

۲- افراد برداشت‌های چند بعدی از پاداش‌ها دارند، رفتار افراد مبتنی بر ادراکات‌شان از واقعیت است.

۳- ایجاد تعادل روانی سالم و عادلانه مستلزم مدیریت پویایی برابری در محیط کار و سازمان است.

ویکتور و روم نیز با ارائه نظریه انتظار، میزان انگیزش آدمی را وابسته به این واقعیت می‌داند که چه قدر چیزی را می‌خواهد و چه قدر فکر می‌کند می‌تواند آن را به دست آورد. پرسش محوری این نظریه آن است که چه چیزی تمایل فرد را به تلاش برای کار بر روی چیزهایی که در عملکرد سازمان سهمیم باشد معین می‌کند؟ به عقیده وی برای پاسخ به این پرسش مدیران سازمان باید سه چیز را بدانند:

۱- میزان باور افراد به سخت کوشیدن و کسب سطوح گوناگون از عملکرد کاری.

۲- باور افراد به این که نتایج گوناگون کار یا پاداش از کسب موفقیت در سطوح عملکرد ناشی می‌شود.

۳- میزان ارزشی که افراد برای این نتایج قائلند (شررمررن و دیگران، ۱۹۹۴، ص ۱۲۷).

بنابراین در یک جمع‌بندی می‌توان گفت که رضایت‌مندی افراد تحت تاثیر عوامل مختلف قرار می‌گیرد. نیازهای انسان رفتار او را تحت تاثیر قرار می‌دهند و در صورت ارضای نیازها، رضامندی حاصل می‌گردد.

### پیشینه تحقیق

امروزه تحقیق و پژوهش پیرامون رضایت بیماران، طرفداران زیادی در سطح جهان پیدا کرده و هدف تیم درمانی از ارائه خدمات توانبخشی، تامین نیاز و رضایت بیماران است و ارائه‌کنندگان خدمات سعی در تطبیق خدمات ارائه شده با نیازهای بیماران دارند. بررسی رضایت بیماران شاخص مهمی در ارزشیابی سیستم خدمات بهداشتی و درمانی است. برای تعیین اثربخشی و کارآیی هر تغییر و تحول در سازمان‌های مراقبتی، درمانی و

توانبخشی لازم است مطالعات چندی در زمینه رضایت بیماران و معلولان انجام گیرد (پاکجویی، ۱۳۷۹، ص ۴).

رضایت‌مندی مشتری در مراقبت‌های درمان و توانبخشی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. دیدگاه مشتری‌گرایی تحت تاثیر نظریه‌های رفاه اجتماعی<sup>۴</sup> از دهه ۱۹۶۰ به بعد تحت عنوان نظریه‌های پست مدرن<sup>۵</sup> رویکردهای مختلفی را مطرح کرده است. در این رویکردها جایگزین کردن واژه مشتری با اصطلاحاتی چون مددجو و ... مورد تاکید قرار گرفته است. از دهه ۱۹۷۰ بر مبنای تئوری‌های کیفیت خدمت<sup>۶</sup>، سازمان ارائه دهنده خدمت باید به طور مداوم نظر مشتریان خود را جویا شود تا با برطرف شدن نقایص آن، برنامه‌های لازم برای اصلاحات تدوین شود (لامعی، ۱۳۷۸، ص ۴).

وست و هاردی (۱۹۹۴) رضایت بیمار را آن چیزی دانسته‌اند که او را خوشحال می‌کند. شپارد (۱۹۹۳)، معتقد است که رضایت یک احساس است که مددجویان در مورد اقدامات پرستاری یا توانبخشی دارند. «توانبخشی عبارت است از اقدامات هدف‌مند در جهت قادرسازی شخص معلول به منظور دستیابی به سطح نهایی توانایی جسمی، حسی، ذهنی، روانی و اجتماعی و حفظ این توانایی‌ها. به عبارت دیگر توانبخشی وسیله‌ای است در جهت تغییر زندگی معلولین برای رسیدن به استقلال» (میرخانی، ۱۳۷۸، ص ۵۸).

کرازبی (۱۹۹۰) رضایت‌مندی بیمار را معیار مهمی جهت سنجش کیفیت خدمت می‌داند. کیفیت میزان مطابقت با مشخصات تعریف شده است. تنها راه دستیابی به هدف ضایعات صفر (بی‌نقصی در خدمت)، بهبود تکنیک‌های پیشگیری است (کرازبی، ۱۹۹۰، ص ۸۹). گرین فیلد (۲۰۰۰) فاکتورهایی مانند پایگاه اقتصادی- اجتماعی، سن، جنس، سطح سواد و محل سکونت را بر میزان رضایت مؤثر دانسته است (گرین فیلد، ۲۰۰۰، ص ۳۲).

در پژوهش همتی (۱۳۷۸) تاثیر متغیرهای سن، جنس، امکانات ساختاری و شیوه‌های برخورد بر رضایت مورد بررسی قرار گرفت. میزان رضایت از متخصصان ۸۵٪ و در پژوهشی که در استرالیا انجام شد ۹۴٪ را نشان داد.

در پژوهش سویندل (۱۹۹۹) میزان رضایت بر اساس شیوه‌های رفتار و برخورد ۹۷٪ اعلام شده است.

در پژوهش کالنان و ستوده‌نیا (۱۳۷۸) تاثیر جنس و سن بر رضایت مورد توجه قرار گرفت و زنان نسبت به مردان رضایت بیشتری از خدمات ارائه شده ابراز کردند.



زدهمل و همکاران (۱۹۸۵) ابعاد اساسی کیفیت خدمت را در قابلیت اطمینان خدمت، مسئولیت‌پذیری، تضمین، همدلی و تسهیلات و تجهیزات فیزیکی دانسته‌اند.

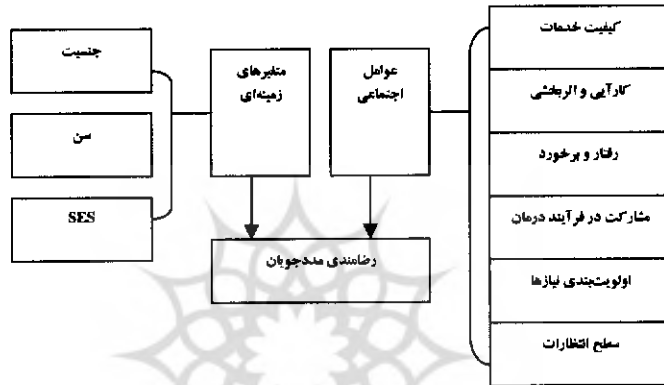
محمدی (۱۳۷۹) با تحقیق در بیمارستان‌های تهران معتقد است که خدمات در بخش‌های درمانی به شکل مطمئن و قابل اعتماد انجام نمی‌گیرد (محمدی، ۱۳۷۹، ص ۴۵). کارکنان فاقد صلاحیت لازم برای القای حس اعتماد در بیمار هستند. بنابراین شکاف بین ادراک و انتظار بیمار از پاسخگویی به نیازها معنی‌دار است.

معروفی (۱۳۷۹) در پژوهش خود بر روی رضایت‌مندی، عواملی چون قطعات به کار رفته در وسیله توانبخشی، کارآیی وسیله کمکی، رفتار پرسنل، زمان صرف شده برای دریافت و سابقه مراجعه را در رضایت مؤثر دانسته است.

صمیمی (۱۳۸۰) در تحقیق بر روی میزان رضامندی مراجعین به خدمات توانبخشی به بررسی متغیرهایی چون کمیت و کیفیت ارائه خدمات، سن، جنس، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، سطح تحصیلات، نوع و میزان معلولیت پرداخته و معتقد است که با تحصیلات بیشتر میزان رضایت کاهش می‌یابد. هرچه کیفیت خدمت بالاتر می‌رود میزان رضایت افزایش می‌یابد.

#### مدل تحلیلی تحقیق

در پرتو مبانی نظری، تئوری‌های انگیزش، نظریه نیازها، سلسله مراتب نیازهای مازلو، دو ساحتی هرزبرگ، نیازهای اکتسابی مک‌کله‌لند، نظریه برابری آدامز و انتظار و روم، هم‌چنین با مروری بر تحقیقات و مطالعات پیشین، متغیرهای مرتبط با رضایت‌مندی مددجویان از خدمات توانبخشی شامل متغیرهای زمینه‌ای: جنس، سن، پایگاه اقتصادی-اجتماعی (SES)، متغیرهای اجتماعی: کیفیت خدمات، کارآیی و اثربخشی<sup>۱۲</sup>، نحوه رفتار و برخورد پرسنل، میزان مشارکت در فرآیند درمان، اولویت‌بندی نیازها و سطح انتظارات است. این متغیرها تحت عنوان متغیرهای مستقل، بر رضامندی مددجویان به عنوان متغیر وابسته تاثیر می‌گذارند. نحوه روابط بین متغیرها به شرح زیر ترسیم شده است (شکل شماره ۱).



شکل ۱: عوامل مرتبط با رضایت‌مندی مددجویان

### فرضیه‌های تحقیق

- ۱- بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی مددجویان و میزان رضامندی از خدمات توانبخشی رابطه معنادار وجود دارد.
- ۲- بین میزان مشارکت مددجو در فرآیند درمان و میزان رضامندی از خدمات توانبخشی رابطه معنادار وجود دارد.
- ۳- بین کارایی وسیله توانبخشی و میزان رضامندی از خدمات توانبخشی رابطه معنادار وجود دارد.
- ۴- بین کیفیت خدمات توانبخشی و میزان رضامندی از خدمات توانبخشی رابطه معنادار وجود دارد.
- ۵- بین نوع رفتار و برخورد پرسنل و میزان رضامندی از خدمات توانبخشی رابطه معنادار وجود دارد.
- ۶- بین اولویت‌بندی نیازهای مددجویان و میزان رضامندی از خدمات توانبخشی رابطه معنادار وجود دارد.
- ۷- بین سطح انتظارات مددجویان و میزان رضامندی از خدمات توانبخشی رابطه معنادار وجود دارد.

### تعاریف مفهومی متغیرها

- رضایت مندی: واکنش ذهنی و عاطفی نسبت به محیط می‌باشد که طی آن نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی فرد ارضاء می‌شود. وقتی نیازهای شخص ارضاء شد، احساس شادی و رضایت در او به وجود می‌آید.
- پایگاه اقتصادی- اجتماعی: موقعیت و جایگاهی است که افراد به واسطه آن در جامعه منزلت اجتماعی و موقعیت اقتصادی پیدا می‌کنند.
- مشارکت: درگیری ذهنی و عاطفی اشخاص نسبت به موقعیت‌های گروهی است که آنان را یاری می‌دهد تا با مسئولیت پذیری در فرآیند کار شریک شوند.
- کارآیی: به کارگیری بهینه امکانات و استفاده مطلوب و مفید از خدمات می‌باشد.
- کیفیت خدمت: درجه انطباق خدمت ارائه شده با نیازها و خواسته‌ها به طوری که تضمین و اعتماد ایجاد کند.
- رفتار و برخورد: رویکرد رفتاری با دیگران که می‌تواند دوستانه، محبت‌آمیز و صمیمانه یا ناراحت کننده باشد.
- اولویت بندی نیاز: برنامه‌ریزی متناسب با نیازها و ارائه خدمات برحسب اولویت و نیازهای اساسی است.
- سطح انتظارات: میزان خواسته‌ها، سطح تقاضا و نیازهای افراد از سیستم خدمات توانبخشی است.

### تعاریف عملیاتی متغیرها و شاخص‌سازی

- رضایت مندی مددجو: منظور از آن میزان رضایت مددجویان از خدماتی است که در مراکز توانبخشی ارائه می‌شود. شاخص‌های آن عبارتند از: میزان رضایت از زمان تعیین شده برای دریافت خدمت، رضایت از هزینه پرداختی، رضایت از مرکز توانبخشی، رضایت از سرویس ایاب و ذهاب، رضایت از دوام وسیله کمکی و رضایت از پذیرش و ثبت نام.
- پایگاه اقتصادی- اجتماعی: منظور از آن سطح پایگاه اقتصادی- اجتماعی مددجویان مراکز توانبخشی است. شاخص‌های آن عبارتند از: میزان تحصیلات، میزان درآمد، نوع شغل و محل سکونت مددجویان.

- مشارکت در فرآیند درمان: شرکت دادن مددجویان و بهره‌گیری از نقطه نظرات آنان در مراحل درمان و توانبخشی است. شاخص‌های آن عبارتند از: میزان مشاوره مرکز با مددجو، آگاهی دادن درباره معلولیت فرد، نظرخواهی در ساخت وسیله و کمک به مددجو در نحوه استفاده از وسیله توانبخشی.
- کارآیی وسیله کمکی: بازتوانی مطلوب، کاهش میزان معلولیت و ارضاء نیازهای توانبخشی است. شاخص‌های آن عبارتند از: مفید فایده بودن وسیله، توان وسیله در کاهش نقص و معلولیت، بهبودی و امیدواری فرد به آینده.
- کیفیت خدمات: خدمات توانبخشی ارائه شده، نیازها و خواسته‌های مددجو را برطرف نموده و اعتماد او را جلب کند. شاخص‌های آن عبارتند از: میزان تخصص و مهارت پزشکان و تکنسین‌ها، نوع امکانات و تجهیزات، میزان رفع مشکل و تامین نیازهای مددجو، بازتوانی مداوم و کاهش میزان معلولیت.
- رفتار و برخورد پرسنل: منظور از آن نوع رفتار و برخوردی است که از سوی پرسنل مرکز توانبخشی نسبت به مددجویان انجام می‌شود. شاخص‌های آن عبارتند از: ملاقات منظم و مرتب پزشکان و تکنسین‌ها با مددجو، برخورد دوستانه و محترمانه کارکنان با مددجو، ارتباط نزدیک مدیریت مرکز با مددجو و روابط گرم و صمیمی با وی.
- اولویت‌بندی نیازها: میزان تلاش مرکز توانبخشی و برنامه‌ریزی متناسب جهت ارائه خدمات برحسب نیازهای اساسی است. شاخص‌های آن عبارتند از: اولویت‌بندی تجهیزات توانبخشی معلول، اولویت درک روحیات و احساسات توجه به مددجو از روی ترحم و ...
- سطح انتظارات: منظور از آن سطح تقاضا و نیازهای مددجو از خدمات توانبخشی است که با شاخص‌های نحوه ارائه خدمات متناسب، تجهیزات پیشرفته، مطلوبیت خدمات، کاهش نقص و معلولیت و بهبودی فرد تعیین شده است.

#### روش پژوهش

این تحقیق به روش توصیفی<sup>۱۳</sup> از نوع پیمایشی<sup>۱۴</sup> انجام شده است. جامعه آماری پژوهش، مددجویان مراکز توانبخشی (واحدهای ارتوپدی، گفتار درمانی، کاردرمانی و فیزیوتراپی) سازمان هلال احمر شهر تهران است. حجم نمونه از طریق نمونه‌گیری طبقه‌بندی و به روش سیستماتیک با فرمول کوکران محاسبه شده و به تعداد ۱۹۰ نفر

انتخاب شده است. براساس آمار ماهانه مراجعین به مراکز، ۱۲۵۰ نفر (۶۸۵ مرد، ۵۶۱ زن)، حجم نمونه محاسبه شده است:

$$\frac{Nt^2 Pq}{Nd^2 + t^2 pq} = \frac{1250 \cdot (1/46) \cdot (3/46)}{1250 \cdot (1/46) \cdot (3/46) + (1/46) \cdot (3/46)} = \frac{1008}{0.13} \quad n=190$$

روش انتخاب نمونه‌ها براساس فهرست آمار مرکز از طریق نمونه‌گیری سیستماتیک انجام شد. بر این اساس نمونه مردان ۱۱۴ و نمونه زنان ۷۶ نفر تعیین شد. واحد ارتوپدی با ۱۱۶ نفر (۶۵ مرد و ۵۱ زن)، واحد فیزیوتراپی با ۵۰ نفر (۳۲ مرد و ۱۸ زن)، واحد گفتاردرمانی ۸ نفر (۷ مرد و ۱ زن) و واحد کاردرمانی ۱۶ نفر (۱۰ مرد و ۶ زن) به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. با مراجعه مستقیم به مراکز توانبخشی هلال احمر<sup>۱</sup> مددجویان چهار واحد توانبخشی (ارتوپدی فنی، گفتاردرمانی، کاردرمانی و فیزیوتراپی) مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند.

جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته صورت گرفت. به منظور شناخت سیمای جامعه آماری سئوال‌هایی جهت شناسایی ویژگی‌های شخصی و خانوادگی مددجویان طراحی شد. گویه‌های مربوط به متغیرهای مستقل و وابسته در قالب طیف لیکرت از خیلی کم (۱)، کم (۲)، متوسط (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵)، یا کاملاً مخالف، مخالف، بی‌نظر، موافق و کاملاً موافق بیان گردید. بعد از جمع‌آوری اطلاعات به جهت امکان طبقه‌بندی و تجزیه و تحلیل، سطوح پنجگانه فوق با دستور Recode به سه سطح (پائین، متوسط و بالا) دسته‌بندی شد. به این ترتیب که در این طیف، گزینه خیلی کم و کم (سطح پائین)، گزینه متوسط (سطح متوسط) و گزینه زیاد و خیلی زیاد (سطح بالا) دسته‌بندی گردید. متغیر رضامندی از طریق ترکیب شش شاخص زمان ارائه خدمت، هزینه، مرکز توانبخشی، سرویس ایاب و ذهاب، دوام وسیله کمکی و رضایت از پذیرش و ثبت نام ساخته شد. در ساخت پرسشنامه از تجارب تحقیقات پیشین، نظرات اساتید و کارشناسان استفاده گردید. در این پرسشنامه اثر عوامل و متغیرهای اجتماعی مانند میزان مشارکت در فرآیند درمان، کارآیی و اثربخشی وسیله توانبخشی، کیفیت خدمت و نوع

رفتار و برخورد پرسنل بر میزان رضامندی مددجویان مورد سنجش قرار گرفت. اعتبار محتوایی پرسشنامه توسط صاحب‌نظران و اهل فن مورد تأیید قرار گرفت. برای سنجش پایایی پرسشنامه، آزمون مقدماتی<sup>۱۱</sup> با حجم نمونه ۴۰ نفر با خصوصیات مشابه انجام شد و مقدار آلفا به دست آمده (۰/۸۲) بیانگر پایایی گویه‌ها بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار *spss*، آماره‌های توصیفی و استنباطی، آزمون کای اسکوئر (خی‌دو)، آزمون *T* و *F* و رگرسیون چندگانه انجام شده است.

### یافته‌های پژوهشی

بر اساس یافته‌های تحقیق، از لحاظ جنسیت، (۶۱ درصد) پاسخگویان را مردان و (۳۹ درصد) را زنان تشکیل می‌دادند. بیشترین فراوانی سن پاسخگویان (۲۵ درصد)، در گروه سنی ۱۱ الی ۱۹ ساله و کم‌ترین آن (۱/۶ درصد) در گروه سنی ۱-۱۰ ساله قرار دارند. متغیر پایگاه اقتصادی- اجتماعی از ترکیب چهار شاخص وضعیت اشتغال، نوع واحد مسکونی، میزان درآمد و میزان تحصیلات به دست آمد که با تعیین دامنه تغییرات و جمع نمرات حاصله این متغیر ساخته شد. ۶۵ درصد پاسخگویان شاغل و ۳۵ درصد غیرشاغل و بیکار بوده‌اند. نوع واحد مسکونی ۵۱ درصد شخصی است، میزان درآمد ۴۷ درصد بین دوست تا سیصد هزار تومان بوده است. از لحاظ میزان تحصیلات، بی‌سواد با ۲ درصد، متوسطه و دیپلم با ۳۵ درصد به ترتیب کم‌ترین و بیشترین درصد را داشته‌اند. نوع معلولیت ۹۶ درصد پاسخگویان جسمی حرکتی و ۳/۸ درصد ذهنی روانی است. ۶۱ درصد مددجویان در واحد ارتوپدی، ۲۵ درصد فیزیوتراپی، ۹ درصد کاردرمانی و ۵ درصد گفتار درمانی مشغول دریافت خدمات بوده‌اند. نوع وسیله کمکی ۵۸ درصد ارتز (وسیله کمکی)، ۲۵ درصد پروتز (اعضای مصنوعی) و ۱۵ درصد خدمات توانبخشی بدون وسیله مانند ماساژ و... بوده است. جدول شماره (۱) توزیع فراوانی پاسخگویان را بر حسب هر یک از متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب متغیرهای مستقل و وابسته

درصد	فراوانی	سطح سنجش	متغیرها
۴۶/۲	۸۵	پائین	پایگاه اقتصادی - اجتماعی (متغیر مستقل)
۴۶/۲	۸۶	متوسط	
۷/۱	۱۳	بالا	
۱۶/۳	۳۰	پائین	میزان مشارکت در فرآیند درمان (متغیر مستقل)
۵۴/۹	۱۰۱	متوسط	
۲۸/۸	۵۳	بالا	
۲/۲	۵	پائین	کارایی وسیله توانبخشی (متغیر مستقل)
۳۲/۶	۶۰	متوسط	
۶۴/۲	۱۱۹	بالا	
۸/۲	۱۵	پائین	کیفیت خدمات توانبخشی (متغیر مستقل)
۶۳/۶	۱۱۷	متوسط	
۲۸/۳	۵۲	بالا	
۲۲/۳	۴۱	پائین	رفتار و برخورد پرسنل (متغیر مستقل)
۵۷/۱	۱۰۵	متوسط	
۲۰/۲	۳۸	بالا	
۵۹/۵	۱۰۹	پائین	اولویت بندی نیازها (متغیر مستقل)
۳۵/۳	۶۵	متوسط	
۴/۳	۸	بالا	
۲۰/۱	۳۷	پائین	سطح انتظارات (متغیر مستقل)
۷۱/۲	۱۳۲	متوسط	
۸/۲	۱۵	بالا	
۲۶/۱	۴۸	پائین	رضامندی (متغیر وابسته)
۶۷/۴	۱۲۴	متوسط	
۶/۵	۱۲	بالا	

با توجه به جدول شماره (۱) ۴۶ درصد مددجویان از لحاظ پایگاه اقتصادی - اجتماعی در سطح متوسط قرار دارند. ۵۵ درصد مددجویان، میزان مشارکت خود را در فرآیند درمان در سطح متوسط دانسته‌اند. ۶۵ درصد مددجویان، کارایی وسیله توانبخشی خود را در سطح بالا ارزیابی کرده‌اند. ۶۴ درصد مددجویان، کیفیت خدمات توانبخشی را در سطح متوسط دانسته‌اند. ۵۷ درصد مددجویان، نوع رفتار و برخورد پرسنل با مددجو را در سطح متوسط ارزیابی کرده‌اند. ۶۰ درصد مددجویان، اولویت بندی نیازهای مددجو را در مراکز توانبخشی در سطح پائین دانسته‌اند. ۷۲ درصد مددجویان، سطح انتظارات مددجو از خدمات مراکز توانبخشی را در حد متوسط ارزیابی کرده‌اند. ۶۷ درصد مددجویان، رضامندی از خدمات توانبخشی را در حد متوسط اعلام کرده‌اند.

جدول شماره ۲: آزمون رابطه معناداری بین متغیرهای مستقل و وابسته (آزمون فرضیه‌ها)

متغیر مورد بررسی	آزمون آماری	کای اسکور $\chi^2$	سطح معنی داری P value	شدت رابطه (Gamma)	سطح معنی داری P value
رابطه پایگاه اقتصادی- اجتماعی و رضامندی مددجویان		۲/۸۳	۰/۴۳۲	۰/۱۷۳	۰/۱۸۷
رابطه میزان مشارکت در فرآیند درمان و رضامندی مددجویان		۹/۵۶	۰/۰۴۹	۰/۳۴۵	۰/۰۰۷
رابطه کارآیی وسیله کمکی توانبخشی و رضامندی مددجویان		۱۱/۵۵	۰/۰۲۱	۰/۲۹۳	۰/۰۴۸
رابطه کیفیت خدمات توانبخشی و رضامندی مددجویان		۲۴/۹۹	۰/۰۰۰	۰/۳۳۶	۰/۰۰۰
رابطه نوع رفتار و برخورد پرسنل و رضامندی مددجویان		۲۴/۵۴	۰/۰۰۰	۰/۴۸۸	۰/۰۰۰
رابطه اولویت‌بندی نیازها و رضامندی مددجویان		۲/۸۴	۰/۲۴۱	۰/۱۳۹	۰/۳۱۴
رابطه سطح انتظارات و رضامندی مددجویان		۱/۸۴	۰/۳۱۴	۰/۱۵۲	۰/۳۱۸

با توجه به جدول شماره (۲) آزمون رابطه معناداری بین متغیر پایگاه اقتصادی- اجتماعی و رضامندی مددجویان، ارتباط معناداری نشان نداد ( $P=0/187$ ). به عبارت دیگر صرف پایگاه افراد در تعیین رضایت یا عدم رضایت از خدمات توانبخشی تاثیری نداشته است.

با آزمون رابطه معناداری بین متغیر میزان مشارکت در فرآیند درمان و رضامندی مددجویان، ارتباط معناداری مشاهده شد ( $P=0/007$ ). میزان مشارکت مددجو در فرآیند درمان، رضامندی از خدمات توانبخشی را افزایش می‌دهد.

با آزمون رابطه معناداری بین متغیر کارآیی وسیله کمکی توانبخشی و رضامندی مددجویان، ارتباط معناداری مشاهده شد ( $P=0/021$ ). کارآیی و اثربخشی وسیله کمکی، میزان رضامندی مددجویان را افزایش می‌دهد. بهبود کارآیی موجب افزایش رضایت است. با آزمون رابطه معناداری بین متغیر کیفیت خدمات توانبخشی و رضامندی مددجویان، ارتباط معنادار نشان داده شد ( $P=0/000$ ). ارتقاء کیفیت خدمات، میزان رضامندی را افزایش می‌دهد.

آزمون رابطه معناداری بین متغیر رفتار و برخورد پرسنل و رضامندی مددجویان، ارتباط معنادار نشان داد ( $P=0/000$ ). رفتار و برخورد دوستانه و صمیمی پزشکان و تکنسین‌ها و... با مددجویان، میزان رضایت آنان را افزایش می‌دهد.

آزمون رابطه معناداری بین متغیر اولویت‌بندی نیازهای مددجویان و رضامندی آنان، ارتباط معناداری نشان نداد ( $P=0/314$ ). نیازهای مددجویان، ارتباط متقابل و تنگاتنگی با



هم دارند و بایستی خدمات توانبخشی به طور هماهنگ ارائه شوند تا اثرگذاری مطلوب را داشته باشد.

آزمون رابطه معناداری بین متغیر سطح انتظارات و رضامندی مددجویان ارتباط معناداری نشان نداد ( $P=0/318$ ). تا زمانی که انتظارات و درخواست‌های مددجویان از خدمات توانبخشی برآورده نشود، آنان رضایت نخواهند داشت.

جدول شماره ۳: نیکویی برازش تحلیلی رگرسیون چندمتغیره

متغیر مورد بررسی	تا استاندارد شده	تا استاندارد شده	مقدار T	سطح معنی داری
کیفیت خدمات توانبخشی	0/711	7/67	16/70	0/000
کارایی وسیله توانبخشی	0/528	7/54	10/78	0/002
دقتار و برخورد پرسنل	0/341	7/46	7/12	0/004
میزان مشارکت در فرآیند درمان	0/463	7/39	7/34	0/001
اولویت بندی نیازها	0/55	7/8	1/61	0/118
سطح انتظارات	0/94	7/7	1/78	0/133

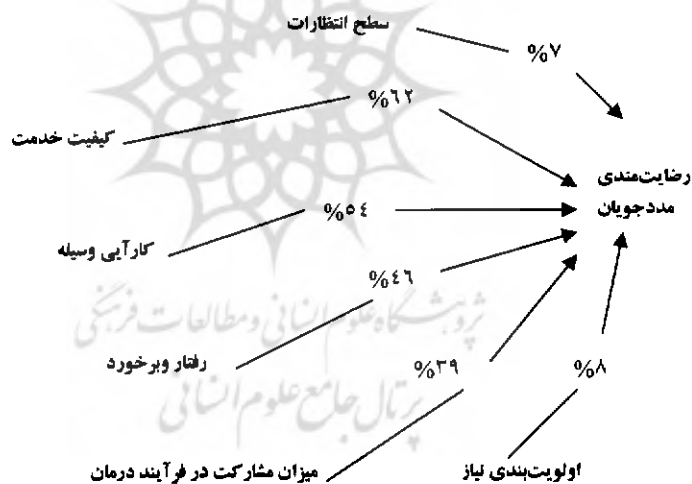
  

Sig	F	R2	R
0/000	133	0/58	0/76

با توجه به جدول شماره (۳) در جریان تحلیل رگرسیون چندمتغیره، شش متغیر با سطح اطمینان ۹۵٪ در معادله باقی مانده و معنادار شناخته شدند. نتایج حاصله نشان می‌دهد با توجه به ضریب بتا (که تاثیر افزایش متغیر مستقل بر روی متغیر وابسته را نشان می‌دهد)، به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل به همان میزان متغیر وابسته نیز افزایش پیدا می‌کند و برعکس. ضریب رگرسیون چندمتغیره R مقدار تاثیر تمام متغیرهای مستقل را بر روی متغیر وابسته نشان می‌دهد و مقدار آن  $R^2=0/66$  محاسبه شده است. ضریب تعیین  $R^2$  مقدار ضریب تعیین یا پیش‌بینی تمام متغیرهای مستقل را بر روی متغیر وابسته نشان می‌دهد و مقدار آن  $R^2=0/58$  محاسبه شده است. یعنی متغیرهای مستقل وارد شده به معادله رگرسیون  $\Delta=0/58$  از واریانس متغیر وابسته را پیش‌بینی کرده‌اند. F فیشر رابطه معناداری تمام متغیرهای مستقل را بر روی متغیر وابسته نشان می‌دهد که  $F=133$  تعیین شده است. سطح معناداری آن نیز با توجه به مقدار  $Sig=0/000$  کاملاً معنادار است.

### دیاگرام عوامل مؤثر بر متغیر وابسته (رضامندی مددجویان)

هم چنان که گفته شد از تعداد شش متغیر وارد شده به معادله رگرسیون، بیشترین پیش‌بینی را متغیر کیفیت خدمات توانبخشی با ۶۲٪، متغیر کارآیی و اثربخشی وسیله توانبخشی با ۵۴٪، متغیر رفتار و برخورد پرسنل با ۴۶٪، متغیر میزان مشارکت در فرآیند درمان با ۳۹٪، متغیر اولویت‌بندی نیازها با ۸٪ و متغیر سطح انتظارات با ۷٪ در پیش‌بینی متغیر وابسته دخیل بوده‌اند (شکل شماره ۲).



شکل شماره ۲: دیاگرام عوامل مؤثر بر متغیر وابسته (رضامندی مددجویان)

### خلاصه و نتیجه‌گیری

هم چنان که گفته شد تلاش در جهت توانمندسازی، استقلال و مشارکت معلولین و تغییر نگرش نسبت به آنها، رویکرد جدید توانبخشی است. این رویکرد مشکل معلولیت را از یک تراژدی فردی به یک مسأله اجتماعی تغییر داده است. در این نگرش محدودیت فرد برای مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، حاصل موانع فرهنگی، نگرشی، ساختاری و اجتماعی است. رفع این موانع، ضمن ارتقاء سلامت جسمی و روانی افراد جامعه، موجبات رضامندی مددجویان را فراهم می‌سازد. توانبخشی شامل کلیه خدماتی است که به منظور توانمندسازی معلولین و کمک به استقلال آنان در جامعه انجام می‌گیرد.

در این تحقیق میزان رضامندی مددجویان از خدمات توانبخشی تحت تاثیر عوامل و متغیرهای جنس، سن، پایگاه اقتصادی- اجتماعی، کیفیت خدمات توانبخشی، کارآیی و اثربخشی وسیله توانبخشی، رفتار و برخورد پرسنل، میزان مشارکت در فرآیند درمان، اولویت‌بندی نیازها و سطح انتظارات مددجو مورد بررسی و آزمون قرار گرفت.

در آزمون رابطه میان متغیرها، سه متغیر جنس، سن و پایگاه اقتصادی- اجتماعی معنادار نشان داده نشدند. جنسیت، تاثیری بر رضامندی افراد نداشته و تفاوت‌های مشاهده شده ناشی از تفاوت در نگرش‌های بین مردان و زنان به خدمات توانبخشی است. صرف عامل جنسیت تعیین‌کننده رضایت و عدم رضایت نیست. بلکه تفاوت‌های مشاهده شده ناشی از تفاوت در سطح انتظارات زنان و مردان است. در پژوهش کالنان و ستوده‌نیا (۱۳۷۸) نیز تاثیر جنس مورد توجه قرار گرفت و زنان رضایت بیشتری ابراز کردند. زنان رضایت و نارضایتی خود را متناسب با توانایی‌ها و شرایط دریافت خدمت ابراز می‌کنند و در نتیجه نسبت به مردان رضایت بیشتری دارند. در حالی که مردان به علت انتظارات خاص از توانایی‌های خود دارای رضایت کم‌تری هستند. با توجه به این که مردان بیشتر تحت تاثیر شرایط محیطی و ضربه‌ها هستند، آسیب‌پذیری بیشتری دارند و انتظارات بالایی نیز از خدمات ابراز می‌کنند.

متغیر سن در تعیین رضامندی تاثیری نداشته است. این امر به معنای عدم تفاوت بین گروه‌های سنی نیست بلکه با افزایش سن میزان رضایت نیز افزایش یافته است. جوانان نسبت به بزرگسالان رضایت کم‌تری داشته‌اند. پژوهش کالنان و ستوده‌نیا نیز این امر را تایید کرده است.

متغیر پایگاه اقتصادی- اجتماعی نیز در تعیین رضامندی تاثیری نداشته است. این امر به معنای نبود تفاوت بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی بالا یا پایین نیست، بلکه ناشی از سطح انتظارات متفاوت آن‌هاست. هرچه پایگاه افراد بالاتر رفته است، میزان انتظارات افزایش یافته و به دنبال عدم تأمین این انتظارات، از میزان رضامندی کاسته شده است. با توجه به این که پژوهش گرین‌فیلد، پایگاه اقتصادی- اجتماعی را بر میزان رضایت مؤثر دانسته است، بنابراین می‌توان این تفاوت را از یک سو ناشی از نوع نگرش جامعه به سطح پایگاه دانسته و از سوی دیگر تحت تاثیر مشخصه‌های تعیین‌کننده پایگاه دانست که می‌تواند از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت باشد.

آزمون رابطه معناداری بین متغیر میزان مشارکت در فرآیند درمان و رضامندی مددجویان، با مقدار کای اسکور  $\chi^2=9/56$  و سطح معناداری  $p=0/049$  بیانگر وجود ارتباط معنادار میان این متغیرهاست که از شدت لازم از طریق آماره گاما  $0/007$  برخوردار است. میزان مشارکت مددجو در فرآیند درمان، بر رضامندی وی اثر داشته است. هر چه آگاهی و اطلاع بیمار از خدمات دریافتی بالاتر رفته، مددجو خواهان مشارکت بیشتری بوده و در نتیجه رضایت افزایش یافته است. میزان مشارکت تابعی از سطح آگاهی و اطلاع از فرآیند درمان و توانبخشی است. این پژوهش با یافته‌های پژوهش سولیوان و بهاگات (۱۹۹۴)، آغو و همکاران (۱۹۹۳) و قاسمی (۱۳۷۵) که تاثیر مشارکت را بر رضامندی مورد بررسی قرار داده بود مطابقت دارد.

رابطه معناداری بین متغیر کارآیی وسیله کمکی توانبخشی و رضامندی مددجویان، با مقدار  $11/55$  و سطح معناداری  $p=0/021$  بیانگر وجود ارتباط معنادار میان این متغیرهاست که از شدت لازم از طریق آماره گاما  $0/048$  برخوردار است. هر چه کارآیی و اثربخشی خدمات توانبخشی افزایش یافته، رضایت مددجویان نیز افزایش پیدا کرده است. بهبود کارآیی موجب افزایش رضایت است. در پژوهش محمدی (۱۳۷۹) نیز تأثیر کارآیی خدمت بر رضامندی مورد بررسی قرار گرفته بود که معنادار نشان داده شد.

رابطه معناداری بین کیفیت خدمات توانبخشی و رضامندی مددجویان، با مقدار  $24/99$  و سطح معناداری  $p=0/000$  بیانگر وجود ارتباط معنادار میان این متغیرهاست که از شدت لازم از طریق آماره گاما  $0/000$  برخوردار است. هر چه کیفیت خدمات ارتقاء پیدا کرده، میزان رضامندی افزایش یافته است. مشتری خواهان کیفیت است و مهم‌ترین معیار کیفیت رضامندی است. در پژوهش محمدی (۱۳۷۹) نیز تاثیر کیفیت خدمت بر رضامندی مورد بررسی قرار گرفته بود که معنادار نشان داده شد.

رابطه معناداری بین متغیر رفتار و برخورد پرسنل و رضامندی مددجویان، با مقدار  $24/54$  و سطح معناداری  $p=0/000$  بیانگر وجود ارتباط معنادار میان این متغیرهاست که از شدت لازم از طریق آماره گاما  $0/000$  برخوردار است. هر چه نوع رفتار و برخورد پرسنل با مددجو دوستانه، صمیمی و بدون ترحم بوده، میزان رضایت افزایش یافته است. انسان خواهان روابط معنی‌دار با دیگران است. احساس منزلت و احترام از جانب دیگران، در فرد اعتماد به نفس، احساس قدرت و کنترل ایجاد می‌کند و موجب ارضای نیاز روحی

و ارتباط اجتماعی خواهد شد. در پژوهش سویندل (۱۹۹۹) نیز میزان رضایت بر اساس شیوه‌های رفتار و برخورد ۹۷٪ اعلام شده است.

توانبخشی مرحله‌ای زمان‌بر و طولانی است که در کوتاه مدت به تأمین انتظارات پاسخ نمی‌دهد. مددجویان سطح انتظارات خود را با ظرفیت خدمات سازمان ارزیابی و ابراز کرده‌اند. ارزیابی بالای مددجویان از ظرفیت سازمان در بهبود کیفیت خدمت، انتظاراتی ایجاد کرده است که عدم تأمین آن، رضامندی را کاهش داده است.

با توجه به این که مددجویان توانبخشی به عنوان مشتریان سازمان محسوب می‌شوند بایستی به شناخت نیازهای آنان توجه داشت. قصور مدیریت و سازمان در شناخت خواسته‌های مشتریان، باعث ایجاد شکاف کیفی و نارضایتی مشتریان خواهد شد و به اعتبار سازمان لطمه خواهد زد. مشتری مهم‌ترین دارایی هر سازمان است و موفقیت یک سازمان در این است که چه تعداد مشتری دارد.

#### پیشنهادات

براساس نتایج حاصل از مطالعات تجربی تحقیق، برای ارتقاء کیفیت خدمات توانبخشی و افزایش میزان رضامندی مددجویان مراکز توانبخشی سازمان جمعیت هلال احمر شهر تهران نکات زیر پیشنهاد می‌گردد:

- لازم است آموزش‌های کوتاه مدت به مددجویان ارائه شود. در این آموزش‌ها می‌توان مددجویان را از کیفیت، کارایی و اثربخشی خدمات، رفتارها و نوع مشارکت مورد انتظار در حین خدمت آموزش داد.

- لازم است از متخصصین جامعه‌شناس، روانشناس و... در برنامه‌ریزی‌های توانبخشی استفاده شود. تا با ایجاد شرایط مطلوب، زمینه برای انطباق مددجو با شرایط جدید جسمی، روانی- اجتماعی فراهم شود. به کیفیت خدمات رسانی به ویژه در مورد نوجوانان و جوانان توجه ویژه‌ای شود. از نظرات متخصصان خبره و آگاه و باتجربه در این زمینه استفاده شود.

- ارائه آموزش به پرسنل در خصوص تنظیم رفتار و برخورد با مددجو ضروری است. می‌توان برای اثربخشی این آموزش‌ها، با در نظر گرفتن مزایای اجتماعی- اقتصادی اقدام نموده و حساسیت نوع روابط بیمار را با راهکارهای تنبیهی و تشویقی پیگیری نمود.

- توجه سازمان به نوع و میزان مشارکت مددجویان در فرآیند درمان و توانبخشی و توجیه آنان از طریق ارائه اطلاعات و آگاهی‌های لازم ضروری است. این امر می‌تواند از طریق هماهنگی و همکاری خانواده‌های مددجویان با پزشکان و تکنسین‌های توانبخشی در سازمان محقق شود. هم چنین پرهیز از امیدوارسازی غیر واقعی و کوشش در جهت انطباق با شرایط جدید از طریق توانمندسازی و استقلال فردی و اجتماعی مددجویان.

### زیر نویس‌ها

2- Rehabilitation	3- Impowerment	4- Participation	5- Satisfaction
6- Client	7- Society of All	8- Motivation	9- Social Welfare
10-Post Modern	11- Service Quality	12- Efficiency	13- Descriptive
15- Red Crescent	16- Pretest		14- Survey

### منابع

- ۱- از کتب، استوارت، روانشناسی اجتماعی کاربردی، ترجمه: ابراهام ماهر، آستان قدس رضوی، ۱۳۶۱.
- ۲- باکجویی، شهاب. عوامل مؤثر بر رضایت والدین کودکان معلول در مراکز توانبخشی شرق تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۶۹.
- ۳- رضائیان، علی. مبانی مدیریت رفتار سازمانی، تهران: انتشارات سمت، ۱۳۸۱.
- ۴- صمیمی، علی. مطالعه میزان رضامندی سرویس‌گیرندگان از خدمات توانبخشی اجتماعی سازمان بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه مددکاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۶۹.
- ۵- لامعی، ابوالفتح. مبانی مدیریت کیفیت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۶۸.
- ۶- قاسمی، زهره. بررسی عوامل مؤثر بر رضامندی بیماران از نحوه درمان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، جامعه‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ۱۳۶۵.
- ۷- فضایی، صمد. مولفیت‌ها، تهران: انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۰.
- ۸- محسنی‌نیریزی، علیرضا. بررسی علل تأخیر، لامنی و احسان ناراضی‌ها در محیط‌های صنعتی کشور. معاونت امنیتی انتظامی، وزارت کشور، ۱۳۶۱.
- ۹- محسنی‌نیریزی، علیرضا. دیگری، سنجش میزان رضایت‌مندی مددجویان از نحوه ارائه خدمات توانبخشی، سازمان هلال احمر شهر تهران. معاونت پژوهش، ۱۳۸۳.
- ۱۰- محمدی، علی. طراحی نظام مدیریت کیفیت فرآیند در بخش خدمات درمانی ایران. پایان‌نامه دکتری مدیریت، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۰.
- ۱۱- میرخانی، مجید. مبانی توانبخشی، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۶۸.
- ۱۲- مهرولی، حسین. بررسی میزان رضایت‌مندی سرویس‌گیرندگان از کلیتیک ارتوپدی فلسی نصر ارومیه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۰.
- ۱۳- همتی، فریده. سنجش میزان رضایت‌مندی خدمت‌گیرندگان مجتمع‌های توانبخشی روزانه شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۶۹.
- 14- Agho, S, et al. Determinants of Employee Job Satisfaction: an Empirical test of a Causal model, Human Relation vol. 1993.
- 15- Calnan, M. Williams, S. Major Determination Of Consumer Satisfaction With Primary Care Different Health Systems, 1994.
- 16- Crosby, P. B. Quality is Free. New York. New American Library 1990.
- 17- Greenfield. T. Client Satisfaction Questionnaire Berkeley USA 2000.
- 18- Hersey, Paul, Blanchard. Management of Organizational Behavior: New Jersey, Prentice- Hall, Inc, 1993.
- 19- McClelland, David G. J. W. Atkinson, R. A. Clark. E. L. Lowell, Achievement Motive, New York: Appleton-Century-Crofts, 1971.
- 20- Schermerhorn, John R. et al. Managing Organizational Behavior, New York, Inc 1994.
- 21- Swindle. R. W. Weinberger. M. T. Measuring Client Satisfaction for Quality Improvement Indiana University USA 1999.
- 22- Sullivan, S. Behaghat E. Organizational Stress, Job Satisfaction vol, 1994.
- 23- Toomie. H. Prompt Service: A Factorial Patient Satisfaction Nurs Manage 1990.