

ویژگی های روان سنجانه «مقیاس رضایت از خدمت - ۳۰»^(۱) در جمعیت ایرانی

با توجه به گسترش مراکز ارائه دهنده خدمات مشاوره در سال های اخیر، ارزشیابی آن ها ضرورت مبرم پیدا کرده و یکی از مهم ترین اجزای این ارزشیابی، سنجش رضایت خدمت گیرندگان مراکز یاد شده است. بر این اساس، پرسش نامه ی سی سؤالی «رضایت از خدمت» به فارسی برگردانده و ویژگی های روان سنجانه ی آن در جمعیت ایرانی بررسی شد.

این مقیاس که محصول برنامه ی رضایت پژوهشی دانشگاه کالیفرنیا ی سان فرانسیسکو (UCSF) است، پس از ترجمه به فارسی برای ارزیابی از نظر قابل فهم بودن در جمعیت ایرانی بر روی ۳۳ مراجعه کننده ۹ مرکز مشاوره شهر تهران آزموده و اصلاح شد. سپس برای سنجش پایایی آن، بر روی ۱۲۱ مراجعه کننده (۷۱٪ زن و ۲۹٪ مرد با دامنه ی سنی ۶۵-۱۸ سال) و برای تعیین روایی آن، بر روی ۵۰ مراجعه کننده (۷۸٪ زن و ۲۲٪ مرد با دامنه ی سنی ۷۵-۱۸ سال) اجرا شد.

میانگین هم بستگی پاسخ به سؤال های سی گانه مقیاس (۰/۳۵) و ضریب α کرونباخ (۰/۹۴) حاکی از همسانی درونی مقیاس است. روایی ملاکی از طریق محاسبه ی ضریب هم بستگی بین نمرات مقیاس و عملکرد فرد روی سه سؤال باز پاسخ انتهای مقیاس تعیین شد (۰/۵۳ = r) و نمره ی ۹۵ روی مقیاس به عنوان نقطه ی برش مناسب شناخته شد.

واژگان کلیدی: رضایت مراجعه کنندگان / روان سنجی / مشاوره

دکتر حسن رفیعی

استادیار گروه روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر مرصده سمیعی

استادیار گروه روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر حسین کاکویی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر کورش هلاکویی نایینی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

مفهوم رضایت خدمت گیرنده از دهه‌ی ۱۹۵۰ در مدیریت مطرح شده و امروزه در مراقبت‌های بهداشتی نیز اهمیت ویژه‌ای یافته است (۴). اگر در نگاهی مشتری محور^(۱) نظر خدمت گیرنده را مهم‌ترین عامل ارتقای خدمت بدانیم، برای تعیین کیفیت خدمات و اصلاح آن‌ها در مراکز، ناگزیر از سنجش رضایت خدمت‌گیرندگان هستیم. در الگوی CIPP^(۲) که ایزاک و میشل (۱۹۸۱) برای ارزشیابی ارایه داده‌اند (۱)، سنجش نگرش خدمت‌گیرندگان، ابزاری برای ارزشیابی محصول نهایی (Product) دانسته شده است. اسپیدلینگ^(۳) (۱۹۹۸) نیز ارزشیابی براساس رضایت خدمت‌گیرندگان را مهم‌تر از ارزشیابی براساس نظر مدیران، کارمندان، و درمانگران می‌داند، چون رضایت خدمت‌گیرنده نشانه‌ی صحت خدمات و بیش‌تر تحت تأثیر رفتار و عملکرد کارکنان است، نه صرفاً ناشی از فناوری بالا (۵). استالارد^(۴) (۱۹۹۶)، به سه دلیل مهم برای انجام رضایت سنجی اشاره کرده است: ۱- رضایت مراجعه‌کنندگان یک هدف کلیدی و نشانه‌ی پیشرفت و موفقیت است. ۲- رضایت آن‌ها شاخصی از پیامد و روش مفیدی برای ارزشیابی مرکز یا خدمت است. ۳- رضایت مراجعان ابزاری برای تضمین کیفیت و بهبود خدمت است (۶).

تعریف مفهوم رضایت به دلیل ذهنی بودن^(۵) آن کار آسانی نیست و هر کس بسته به دیدگاه خود آن را به گونه‌ای متفاوت از دیگران تعریف می‌کند، ولی سنجش همین متغیر ذهنی تنها روش ممکن برای به حساب آوردن مراجعان است.

طبق آن‌چه که استالارد (۱۹۹۶) بیان می‌کند، لباو (۱۹۸۳) رضایت را این‌گونه تعریف کرده است: میزان برآورده شدن خواسته‌ها، آرزوها، و تمایلات مراجعان. از دیدگاه کار - هیل^(۶) (۱۹۹۲) نیز «رضایت در هر حال یک مفهوم اشتقاقی است که در افراد مختلف و زمان‌های مختلف فرق می‌کند» (۶). متخصصان، مؤلفه‌های مختلفی را برای رضایت بر شمرده‌اند و بر همین اساس ابزارها و روش‌های متفاوتی را برای سنجش رضایت ابداع نموده و به کار گرفته‌اند.

طبق مروری که استالارد (۱۹۹۶) انجام داده، رافایل و پیرز (۱۹۷۲) یکی از اولین و بزرگ‌ترین نظر سنجی‌ها را در انگلیس با یک پرسش‌نامه‌ی ۲۴ سؤالی و در ۹ بیمارستان روی حدود

۲۰۰۰ بیمار روانی انجام دادند و از آن پس در طول دو دهه‌ی گذشته تعداد قابل توجهی رضایت‌سنجی در مراکز متفاوت و گروه‌های مختلف مراجعان انجام شده است (۶). راجری^(۷) (۱۹۹۶) خاطر نشان می‌کند که باید ابزارهای معتبری برای مطالعات، رضایت سنجی ساخت و استفاده از آن‌ها را ترویج داد (۷).

شایع‌ترین روش در رضایت سنجی استفاده از پرسش‌نامه است، اما روایی و پایایی آن‌ها حایز اهمیت می‌باشد. از آن جایی که معیار نهایی برای سنجش رضایت وجود ندارد، وضعیت مطلوب در روایی پرسش‌نامه آن است که دارای روایی محتوا^(۸) باشد، یعنی هر آن‌چه را برای مراجعان اهمیت دارد، بسنجد. البته روایی سازه^(۹) را نیز می‌توان با هم‌بستگی آن با سنجی دیگری که انتظار می‌رود با رضایت مرتبط باشد، به دست آورد. هم‌چنین پایایی پرسش‌نامه منوط به آن است که اجرای مکرر نتایج مشابهی به دست دهد. فیتزپاتریک (۱۹۹۱) نشان می‌دهد که رضایت در طول زمان بسته به پیامد تغییر می‌کند و این سنجش پایایی را پیچیده می‌سازد، چون تفاوتی که در اجراهای مکرر دیده می‌شود، ممکن است از تغییری واقعی ناشی شده باشد، نه از پایایی اندک پرسش‌نامه، با وجود این هر گاه پایایی چه از طریق دو نیمه‌سازی^(۱۰) و چه با انجام بازآزمایی^(۱۱) سنجیده شده، نتایج خوبی به دست آمده است (۶). ابزار رضایت سنجی باید ساده و در حد امکان قابل اجرا باشد تا موجب افزایش مقبولیت آن گردد. ساخت این ابزارها از دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ رو به گسترش که از مهم‌ترین ابزارهای به کار رفته می‌توان به این موارد اشاره کرد:

۱) پرسش‌نامه رضایت مراجعان^(۱۲) که در ۱۹۸۲ توسط اتکینسون و همکارانش ساخته شد، رضایت کلی را می‌سنجد و علاوه بر تک‌بعدی بودن، از حساسیت و اعتبار محتوایی بالایی هم برخوردار نیست (۸).

۲) مقیاس رضایت از خدمت یا SSS-30^(۱۳)، که توسط پروفیسور گرینفیلد و اتکینسون (۱۹۸۹) براساس تجربه‌ی کار با

1-Consumer-based	2-Context, Input, Process, Product
3-Speedling	4-Stallard
5-Subjectivity	6-Carr & Hill
7-Ruggeri	8-Contentvalidity
9-Construct validity	10-Split-half reliability
11-Test-retest	
12-Isfaction questionnaire	شف client S
13-Service satisfaction scale	

راهبرد اصلی برای تفسیر خرده مقیاس‌های SSS-30، عبارت است از ۱- تصحیح جهت پاسخ‌ها طوری که نمره‌های بالاتر نشانه‌ی رضایت بیشتر باشد و ۲- جمع کردن نمره‌های سؤال‌های مربوط به هر عامل برای محاسبه‌ی نمره‌ی آن خرده مقیاس. متوسط پاسخ‌ها را به صورت نمودار ستونی نشان می‌دهند تا نیم‌رخ رضایت قابل بررسی باشد.

SSS-30 و مشتقات آن در مراکز زیر به کار رفته است:

مرکز بهداشت و بهداشت روان (گرینفیلد و اتکینسون، ۱۹۸۹)، مراکز کمک‌رسانی به کارکنان (۱۹۹۱)، مراکز درمان کوتاه مدت اجباری رانندگان الکلی (گرینفیلد، ۱۹۸۹)، مراکز درمان اقامتی الکلیسم (بنکر، ۱۹۹۲) مراکز اقامتی محله مدار برای بیماران شدید روانی (گرینفیلد و اتکینسون، ۱۹۸۹) مرکز تیمارگری (گرینفیلد، ۱۹۹۳) و گروه‌های خودیاری و آموزش روانی ایدز (شافر، ۱۹۹۴).

در این آزمون تجربه افراد و کارکنان، مؤید اعتبار صوری خوب مقیاس است، اعتبار محتوایی نیز براساس تحلیل محتوایی پاسخ‌های باز به سؤال‌های پایانی (بهترین و بدترین جنبه‌ی خدمتی که دریافت گردید) نسبتاً خوب بوده است (هم‌بستگی ۰/۱۵ تا ۰/۳۰).

هم‌بستگی میان کل نمره‌ی SSS-30 و نمره‌ی C.S.Q. در مطالعه‌ی گرینفیلد برابر ۰/۷ (P < ۰/۰۰۰۰۱) و در عین حال چولگی آن بسیار کم تر از C.S.Q. بوده است. گرینفیلد و اتکینسون با استفاده از ضریب هم‌نوابی^(۱) هارمن شواهدی به نفع تکرارپذیری یعنی ثبات عاملی بین مراکز بهداشتی یا مراکز بهداشتی روانی به دست آورده‌اند (بالای ۰/۹۵) برای دو عامل اصلی M و O در مطالعات دیگر نیز ارقام ۰/۹۳-۰/۸۸ و ۰/۹۷-۰/۹۵ به دست آمده است (گرینفیلد، ۱۹۸۹). هم‌چنین پایایی درونی دو بعد M و O با استفاده از مزیت α کرونباخ برای کل SSS-30 برابر ۰/۹۳ تا ۰/۹۶ بوده است (۹). راجری و دال آینولا نیز با مصاحبه‌ی مجدد پس از یک تا دو هفته نتیجه گرفتند که «ثبات ارزشیابی» در هر دو بعد خوب است.

اجرا و جمع‌آوری داده‌ها و نمره‌گذاری SSS-30 آسان و کم

CSQ ساخته شد (۹).

۳) VSSS^(۱) که توسط راجری ساخته شد، هفت بعد را می‌سنجد: رضایت کلی مراجعان، مهارت‌ها و رفتار محققان، اطلاعات، قابلیت دسترسی، اثربخشی نوع مداخله، مداخله‌ی بستگان، این مقیاس هشتاد و دو سؤال پنج گزینه‌ای دارد که ۳۶ سؤال آن از SSS-30 و ۴۶ سؤال آن جدید است که البته همین طولانی بودن آن اشکالی در مقابل SSS-30 محسوب می‌شود (۷). به غیر از موارد یاد شده، پرسش‌نامه‌ی دیگری نیز با این هدف ساخته شده و به کار رفته است، از جمله: پرسش‌نامه‌ی رضایت بیمار^(۲) (۱۰) پرسش‌نامه‌ی ارزشیابی مرکز^(۳)؛ پرسش‌نامه‌ی رضایت عمومی^(۴)، پرسش‌نامه‌ی رضایت از مراقبت‌های بهداشت روان^(۵) (۶) و...، اما SSS-30 از بهترین و پرکاربردترین پرسش‌نامه‌ها است که توسط گرینفیلد و اتکینسون با دو گونه‌ی ۱۵ و ۳۰ سؤالی طراحی شده است و رضایت مراجعان را در ۵ بعد (مهارت، مشاور، پیامد مشاوره، قابلیت دسترسی به خدمت، روال ارابه‌ی خدمت و مدت انتظار) می‌سنجد.

در تجربه‌ی کار با C.S.Q. و با توجه به مشکلات روش شناختی و هم‌چنین به دلیل تک عاملی بودن آن (تنها رضایت کلی را می‌سنجید) سؤال‌ها به گونه‌ای اصلاح شد که بر جنبه‌ها یا مؤلفه‌های مختلفی از خدمت متمرکز باشد. در نهایت SSS-30 به دست آمد که برتری‌های بیش‌تری نسبت به C.S.Q. داشت، از جمله این که براساس مطالعات کیفیت زندگی، به جای ۴ گزینه از ۵ گزینه استفاده شد تا اثر سقف (Ceiling effect) و چولگی کم شود و حساسیت آزمون افزایش یابد. هم‌چنین در SSS-30، سؤال‌ها بیش‌تر اختصاصی و کم‌تر کلی هستند و لذا حساسیت و اعتبار آزمون بیش‌تر است. در SSS-30 تأکید بر «احساس کلی» مراجعه‌کنندگان از سال گذشته است و از آن‌ها خواسته می‌شود که هر یک از جنبه‌های خدمت را در نظر بگیرد. SSS-30 دو خرده مقیاس اصلی به نام‌های M (روش‌ها و مهارت‌های بالین‌گر) شامل ۹ سؤال و O (پیامدهای ادراک شده) شامل ۸ سؤال و نیز چند خرده مقیاس دیگر دارد که بیش‌تر به سازماندهی خدمت مربوط‌اند و شامل P (Office procedures) با ۵ سؤال، W (Waitig) با ۲ سؤال و A (Acces) با ۴ سؤال می‌شوند. خرده مقیاس‌ها به روش تحلیل عاملی درست شده‌اند (۹).

1-Verona service stisfaction scale
2-Patient satisfaction questionnaire
3-Service evaluation questionnaire
4-General satisfaction questionnaire
5-Satisfaction with mental health care
6-Congruence

شد. سپس ترجمه‌ی یادشده (در ۲ نوبت ترجمه‌ی وارون به انگلیسی) برای دریافت نظرات طراح اصلی در اختیار وی قرار گرفته و اصلاح شد. سپس آزمون به صورت مقدماتی^(۱) بر روی سی و سه نفر از مراجعان اجرا و از آن‌ها خواسته شد، قسمت‌های مبهم یا اشکالات احتمالی آن را مشخص نمایند. آن‌گاه بر پایه‌ی پیشنهادها و مشاهده‌ی پرسشگران برخی موارد تصحیح شدند و فرم نهایی آن ابتدا بر روی ۱۲۱ نفر از مراجعان اجرا گردید. این افراد به صورت تصادفی از میان مراجعان مراکز مشاوره شهر تهران در مردادماه ۱۳۸۰ انتخاب شدند. حدود ۷۱٪ از آن‌ها زن و ۲۹٪ مرد بودند.

بار دیگر مقیاس بر روی ۵۰ نفر از مراجعان اجرا و از آن‌ها خواسته شد که به سه پرسش باز پاسخ انتهایی مقیاس نیز به طور کامل پاسخ دهند. ۷۸٪ این افراد زن و ۲۲٪ مرد بودند و دامنه‌ی سنی آن‌ها بین ۷۵-۱۸ سال بود. ۲۸٪ از آن‌ها مجرد و ۷۲٪ متأهل بودند و سطح تحصیلات ۱۲٪ آن‌ها دیپلم و بالاتر از دیپلم بود.

از کلیه‌ی مراجعان مورد مطالعه خواسته شد که عبارت را به دقت بخوانند و در مورد هر یک از خدماتی که دریافت کرده‌اند، پاسخی را علامت‌گذاری کنند که احساسشان را به بهترین وجه نشان دهد و توضیح داده شد؛ آنچه مورد نظر است، احساس کلی است که آن‌ها از مجموعه‌ی مراجعه‌ها و تماس‌هایشان با آن مرکز در طول سال گذشته پیدا کرده‌اند.

یافته‌ها

در این تحقیق برای پاسخ «عالی بود» امتیاز (۵) و برای «فوق‌العاده بد بود» امتیاز (۱) در نظر گرفته شد و نمرات افراد می‌توانست در دامنه‌ی ۳۰ تا ۱۵۰ واقع شود.

پایایی^(۲)

همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود همه‌ی ۱۲۱ آزمودنی به تمام مواد مقیاس پاسخ داده‌اند و میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کل مقیاس به ترتیب ۱۱۹/۷۴ و ۱۴/۷۲ محاسبه گردید.

هزینه است و به نحوی طراحی شده است که کاربرد وسیعی دارد و برای روش‌های مختلف درمانی و حتی انواع مختلف درمان می‌توان آن را به کار گرفت. لذا در ارزشیابی برنامه‌های طبی و اجتماعی نیز به خوبی می‌توان از آن استفاده کرد.

هدف مطالعه‌ی حاضر تهیه‌ی گونه‌ی فارسی این پرسش‌نامه و بررسی مناسب بودن SSS-30 برای پژوهش‌های مختلف رضایت سنجی در ایران می‌باشد. به بیان دیگر پرسش اساسی این بوده است که آیا نوع فارسی پرسش‌نامه‌ی رضایت از خدمت ۳۰، از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است یا خیر.

روش

مقیاس رضایت از خدمت (SSS-30) شامل ۳۰ سؤال ۵ جوابی است که قالب کلی آن‌ها به صورت زیر می‌باشد:

- احساس کلی شما در مورد..... چگونه است؟

الف) عالی بود (ب) خوب بود (پ) بد نبود
ت) بد بود (ث) فوق‌العاده بد بود

برای گزینه الف تا ث به ترتیب، ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱ امتیاز در نظر گرفته شده است و به این ترتیب رضایت کلی مراجع در طیفی از ۳۰ (وقتی که به همه‌ی سؤال‌ها پاسخ «فوق‌العاده بد بود» داده است) تا ۱۵۰ (زمانی که به همه‌ی سؤال‌ها پاسخ «عالی بود» داده است) در نوسان است.

جامعه‌ی آماری پژوهش شامل یک گروه ۱۲۱ نفری و یک گروه ۵۰ نفری از مراجعان مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۸۰ بوده‌اند که از معیارهای زیر برخوردار بودند:

- ۱- سن حداقل ۱۸ سال
- ۲- حضور در مرکز به قصد مشاوره
- ۳- تمایل به شرکت در تحقیق
- ۴- قادر به شرکت در تحقیق (باسواد و فاقد ناتوانی‌های آشکار هوشی و بصری که مانع از شرکت آن‌ها در تحقیق شود)

برای اجرای پژوهش نخست ضمن تماس با طرح اصلی پرسش‌نامه پروفیسور تامس گرینفیلد مقیاس تهیه و به فارسی ترجمه

می‌خواست در مرکز صورت بدهد. فرض بر این بود که پاسخ‌های داده شده به آنها می‌تواند برآوردی مستقل از مقیاس درباره‌ی رضایت مراجعه‌کننده از آن مرکز به دست دهند.

پاسخ‌های افراد به این سؤال‌ها توسط سه نفر، مستقل از هم، تحلیل محتوایی شد و بر آن اساس به میزان رضایت هر یک از مراجعان نمره‌ای تعلق گرفت. سپس نمره‌های به دست آمده از این طریق با نمره‌ای که هر یک از مراجعان در پاسخ به سؤالات کسب نموده بودند، هم‌بسته شد ($r_{sp} = 0/53$). ضریب هم‌بستگی از لحاظ آماری معنادار و حاکی از ضریب روایی مورد قبولی برای مقیاس رضایت از خدمت می‌باشد ($\alpha = 0/05$ و $P_{\text{value}} = 0/002$).

تعیین نقطه‌ی برش

همان‌گونه که قبلاً نیز اشاره شد نمرات کسب شده بر روی این مقیاس می‌توانند در دامنه‌ی ۳۰ تا ۱۵۰ در نوسان باشند. نمره‌ی ۳۰ به معنی عدم رضایت کامل و نمره‌ی ۱۵۰ حاکی از رضایت کامل مراجع می‌باشد. با هدف تعیین نقطه‌ی برش مناسب برای جداساختن رضایت از عدم رضایت مراجعان حساسیت^(۴) و اختصاصی بودن یا ویژگی^(۵) هر یک از نمره‌های به دست آمده از آزمون محاسبه گردید. می‌دانیم که نقطه‌ی برش، نمره‌ای است که از ترکیب بهینه‌ی^(۶) حساسیت، ویژگی و کم‌ترین خطای طبقه‌بندی نسبت به نمره‌های دیگر برخوردار باشد^(۳).

جدول شماره ۱- مشخصات آماری مواد پرسش‌نامه‌ی رضایت از خدمت ۳۰

مقدار	شاخص آماری
۱۲۱	فراوانی
۱۱۹/۷۴	میانگین
۱۴/۷۲	انحراف معیار
۰/۳۵	میانگین هم‌بستگی بین سؤال‌ها
۰/۸	حداقل هم‌بستگی بین سؤال‌ها
۰/۷۱	حداکثر هم‌بستگی بین سؤال‌ها
۰/۱	پراکندگی هم‌بستگی بین سؤال‌ها

در مرحله‌ی بعد میزان هم‌بستگی بین سؤال‌ها محاسبه شده است و همان‌طور که جدول شماره‌ی ۱ نشان می‌دهد، هم‌بستگی بین سؤال‌ها در دامنه‌ی $r = 0/08$ تا $r = 0/71$ قرار دارد و میانگین هم‌بستگی بین سؤال‌ها $0/35$ می‌باشد. α کرونیخ $0/94$ برای مقیاس به دست آمده که نشانگر همگنی^(۱) بالا و قابل قبول مقیاس می‌باشد. براساس اطلاعاتی که در جدول ۲ آورده شده است هم‌بستگی سؤال‌ها با نمره‌ی کل مقیاس از $0/37$ (سؤال ۱۸) تا $0/69$ (سؤال ۱) در نوسان است. هم‌چنین بررسی تأثیر هر یک از سؤال‌ها در نمره‌ی کل نشان داده است که هم‌بستگی هر سؤال با نمره‌ی کل بالا می‌باشد و صرف نظر از تفاوت این هم‌بستگی سهم هر یک از مواد آزمون در نمره کل مقیاس برابر می‌باشد و در صورت حذف، هیچ‌یک آلفا درصد معنی‌داری افزایش نمی‌یابد. از این رو پرسش‌نامه از همسانی درونی بالایی برخوردار است و نیاز به تغییر یا حذف هیچ‌یک از مواد آن نیست.

روایی^(۲)

در تعیین روایی مقیاس از رویکرد عمده‌ی بررسی روایی ملاکی آزمون استفاده شد. روایی ملاکی^(۳)، از طریق مقایسه‌ی نمره‌هایی که افراد روی مقیاس کسب کرده‌اند با گونه‌ای از عملکرد در یک مقیاس خارجی تعیین می‌شود^(۳). در این مقیاس عملکرد افراد روی سه سؤال باز پاسخ انتهای پرسش‌نامه به عنوان یک ملاک خارجی برای تعیین روایی ملاکی مقیاس در نظر گرفته شد. این سؤال‌ها بهترین نکته‌ی خوشایند و بدترین نکته‌ی ناخوشایند در مورد مرکز از نظر مراجع و تغییر را در بر می‌گیرد که او در صورت توان،

1-Homogeneity
3-Criterion validity
5-Specificity

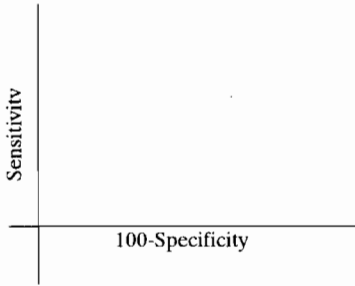
2-Validity
4-Sensitivity
6-Optimal

جدول شماره ۲ - همبستگی مواد پرسش‌نامه با نمره‌ی کل و تأثیر حذف هر یک از مواد بر α کرونباخ

سؤال	میانگین امتیاز با حذف این سؤال	پراکندگی امتیاز با حذف این سؤال	همبستگی تصحیح شده این سؤال با کل مقیاس	مجذور همبستگی چندگانه	ضریب α با حذف این سؤال
۱	۱۱۵/۵۴	۲۰۰/۷۰	۰/۶۹	۰/۰۰	۰/۹۴
۲	۱۱۵/۷۵	۲۰۷/۴۷	۰/۴۰	۰/۰۰	۰/۹۴
۳	۱۱۵/۷۹	۲۰۰/۳۸	۰/۵۹	۰/۰۰	۰/۹۴
۴	۱۱۵/۳۲		۰/۶۳	۰/۰۰	۰/۹۴
۵	۱۱۵/۶۹	۲۰۱/۵۳	۰/۶۰	۰/۰۰	۰/۹۴
۶	۱۱۵/۵۸	۲۰۴/۳۶	۰/۵۴	۰/۰۰	۰/۹۴
۷	۱۱۶/۱۲	۲۰۴/۵۴	۰/۴۵	۰/۰۰	۰/۹۴
۸	۱۱۵/۹۳	۲۰۵/۱۶	۰/۵۰	۰/۰۰	۰/۹۴
۹	۱۱۵/۳۹	۲۰۳/۷۱	۰/۶۰	۰/۰۰	۰/۹۴
۱۰	۱۱۵/۵۳	۲۰۲/۸۵	۰/۵۵	۰/۰۰	۰/۹۴
۱۱	۱۱۵/۸۱	۲۰۴/۲۱	۰/۵۰	۰/۰۰	۰/۹۴
۱۲	۱۱۵/۸۵	۲۰۱/۹۸	۰/۶۶	۰/۰۰	۰/۹۴
۱۳	۱۱۵/۷۶	۲۰۲/۶۸	۰/۶۷	۰/۰۰	۰/۹۴
۱۴	۱۱۵/۷۰	۲۰۳/۰۴	۰/۶۰	۰/۰۰	۰/۹۴
۱۵	۱۱۵/۵۲	۲۰۲/۶۷	۰/۵۶	۰/۰۰	۰/۹۴
۱۶	۱۱۵/۶۲	۲۰۳/۳۷	۰/۵۷	۰/۰۰	۰/۹۴
۱۷	۱۱۵/۸۳	۲۰۰/۷۸	۰/۶۸	۰/۰۰	۰/۹۴
۱۸	۱۱۵/۸۹	۲۰۶/۶۵	۰/۳۷	۰/۰۰	۰/۹۴
۱۹	۱۱۵/۸۵	۲۰۱/۷۹	۰/۵۸	۰/۰۰	۰/۹۴
۲۰	۱۱۵/۷۲	۲۰۰/۳۴	۰/۵۸	۰/۰۰	۰/۹۴
۲۱	۱۱۵/۹۱	۲۰۱/۲۳	۰/۶۲	۰/۰۰	۰/۹۴
۲۲	۱۱۶/۱۵	۲۰۳/۹۹	۰/۴۳	۰/۰۰	۰/۹۴
۲۳	۱۱۵/۵۹	۲۰۰/۴۴	۰/۵۹	۰/۰۰	۰/۹۴
۲۴	۱۱۵/۸۲	۲۰۲/۰۵	۰/۵۶	۰/۰۰	۰/۹۴
۲۵	۱۱۵/۷۷	۲۰۳/۵۶	۰/۵۷	۰/۰۰	۰/۹۴
۲۶	۱۱۵/۹۸	۲۰۳/۵۳	۰/۵۳	۰/۰۰	۰/۹۴
۲۷	۱۱۵/۷۳	۲۰۳/۲۲	۰/۶۰	۰/۰۰	۰/۹۴
۲۸	۱۱۵/۱۶	۱۹۸/۴۷	۰/۶۶	۰/۰۰	۰/۹۴
۲۹	۱۱۵/۶۴	۱۹۹/۶۵	۰/۶۸	۰/۰۰	۰/۹۴
۳۰	۱۱۵/۶۹	۲۰۴/۰۲	۰/۶۱	۰/۰۰	۰/۹۴

جدول شماره ۳

ویژگی	حساسیت	نمره به دست آمده از آزمون
۰/۰	۱۰۰/۰	>= ۴۸
۲۰/۰	۱۰۰/۰	> ۴۸
۴۰/۰	۱۰۰/۰	> ۴۷
۴۰/۰	۹۶/۲	> ۷۷
۴۰/۰	۹۲/۳	> ۸۰
۶۰/۰	۹۲/۳	> ۸۳
۶۰/۰	۸۸/۵	> ۸۷
۶۰/۰	۸۰/۸	> ۸۹
۶۰/۰	۷۶/۹	> ۹۴
۸۰/۰	۷۳/۱	> ۹۵
۸۰/۰	۶۱/۵	> ۹۸
۸۰/۰	۵۷/۷	> ۱۰۰
۸۰/۰	۴۶/۲	> ۱۰۳
۱۰۰/۰	۴۲/۳	> ۱۰۶
۱۰۰/۰	۳۴/۶	> ۱۰۷
۱۰۰/۰	۳۰/۸	> ۱۰۹
۱۰۰/۰	۲۶/۹	> ۱۱۴
۱۰۰/۰	۲۳/۱	> ۱۱۶
۱۰۰/۰	۱۹/۲	> ۱۱۸
۱۰۰/۰	۱۵/۴	> ۱۲۳
۱۰۰/۰	۱۱/۵	> ۱۲۵
۱۰۰/۰	۷/۷	> ۱۲۸
۱۰۰/۰	۳/۸	> ۱۲۹
۱۰۰/۰	۰/۰	> ۱۴۰



- سطح زیر منحنی ROC: ۰/۸۲۳ - خطای معیار: ۰/۰۸۶
 از آن جایی که شیوع بالای رضایت یا نارضایتی در افراد نمونه می تواند روی تعیین نقطه‌ی برش مناسب تأثیرگذار باشد لذا با فرض شیوع رضایت ۳۰٪، و ۷۰٪ در میان مراجعان نیز بار دیگر میزان حساسیت و ویژگی نمرات بررسی شد و یافته‌ها نشان داد در شرایط مختلف نیز نمره‌ی ۹۵ با حداکثر دقت می تواند نقطه‌ی برش مناسبی برای مقیاس باشد.

بحث

در پژوهش حاضر مقدار ضریب α کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد و همان طور که قبلاً گفته شد، اتکینسون و گرینفیلد نیز برای SSS-30، آلفا (α) کرونباخ ۰/۹۳ تا ۰/۹۶ به دست آورده‌اند. بنابراین مشاهده می شود که خواص روان سنجی پرسش نامه‌ی فارسی نیز مانند گونه‌ی اصلی آن مناسب است و می تواند در دامنه‌ی سنی ۱۸ سال به بالا استفاده شود.

پیشنهاد می شود که این پژوهش با حجم نمونه‌ی بیش تر و در جمعیت‌های مختلف تکرار گردد. هم چنین چون مقیاس یک سنجه‌ای، چند بعدی است اعتبار و پایایی خرده مقیاس‌های آن نیز مهم است و برای اینکه خرده مقیاس در محیط‌های مختلف، تفسیرپذیر (یعنی دارای معنی مشابه) باشد، لازم است عوامل مبنایی آن حوزه مقیاس درجه‌ی بالایی از تکرارپذیری را داشته باشند. بنابراین برای وسعت نتایج آزمون و بررسی دقیق تر موضوع مورد پژوهش بهتر است، اعتبار و پایایی خرده آزمون‌ها نیز بررسی شود. می توان هم بستگی آزمون را با مقیاس‌های دیگر رضایت نیز مورد بررسی قرار داد و تعیین کرد که آیا زمانی که کسی نمره‌ی بالایی در پرسش نامه‌ای کسب می کند، واقعاً در آن زمینه رضایت هم دارد و یا این که عوامل دیگری در گرفتن نمره‌ی بالا دخالت

همان طور که در جدول شماره‌ی ۳ مشاهده می شود نمره‌ی ۹۵ از بالاترین حساسیت و ویژگی برخوردار است و قادر است که بیش از ۸۲٪ از آزمودنی‌ها را به خوبی طبقه بندی کند. منحنی ROC برای این نمره بدین صورت می باشد.

داشته‌اند. چنین پژوهش‌هایی راه را برای بررسی دقیق‌تر رضایت از خدمت مراجعان در کشور باز خواهد کرد و افق‌های نوینی را در این زمینه برای پژوهشگران خواهد گشود. از این پژوهش نتیجه می‌شود که مقیاس رضایت از خدمت، از اعتبار و پایایی لازم برای به کارگیری در جامعه‌ی ایرانی برخوردار است و می‌توان آن را برای مقاصد پژوهشی بسیاری به کار بست.

- ۱- قازاریان، ماریت، بررسی رضایت مراجعان از مراکز مشاوره حضوری سازمان بهزیستی کشور، فصلنامه علمی - پژوهشی تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۱۳۸۰، جلد دوم، شماره ۸۷.
- ۲- دبیرخانه شورای هماهنگی مراکز خدمات مشاوره‌ای، فهرست مراکز خدمات مشاوره‌ای سراسر کشور (به تفکیک استان و دستگاه)، ۱۳۷۸، تهران، مرکز ملی جوانان.
- ۳- مارنات، جی، راهنمای سنجش روانی برای روان‌شناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان، انتشارات رشد، چاپ دوم، ۱۳۷۵، صفحه ۴۷-۵۵.
- 4-Williams B. (1994) Patient Satisfaction: A Valid Concept? Soc. Sci. Med. 38(4), 509-516.
- 5-Speedling JE, (1987). Hospital Employee-Patient Relations. Hosp. Health, Serv. Administr., Feb, 71-82.
- 6-The Role and Use of Consumer Satisfaction Surveys in Mental Health Services Stallard P, 1996 (Internet communication, 10 December 2000 at <http://www.Expatient.Org/> THE ROLE AND USE OF CONSUMER SATISFACTION SURVEYS.htm).
- 7-Ruggeri M, 1996, Satisfaction with Psychiatric Services In G Thornicroft and M. Tansella (Eds.) Mental Health Outcome Measures, pp 27-51. Berlin: Springer.
- 8-Attkisson CC and Zwick R, 1982, The Client Satisfaction Questionnaire, Psychometric Properties and Correlations with Service Utilization and Psychotherapy Outcome. Evaluation and Program Planning, 5: 233-237.
- 9-Attkisson, C. C., and Greenfield, T.K. (1994). The Client Satisfaction Questionnaire-s and the service Satisfaction Scale-30. In M. Maruish (Ed.) The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment, PP 402-420. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 10-Roberts RE, Pascoe GC, and Attkisson CC, 1983, Relationship pf Service Satisfaction to Life Satisfaction and Perceived Well-being Evaluation and Program Planning. 6: 373-383.
- 11-Attkisson CC and Greenfield TK, 1999, The UCSF Client Satisfaction Scales: I. The Client Satisfaction Questionnaire - 8 In M. E. Maruish (Ed) The Use of psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment. pp 1333-1346. Hilsdale, NJ. Lawrence Erlbaum Associates.
- 12-Attkisson, C.C, and Greenfield, T. K. (1995). The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) scales and the Service Satisfaction Scale-30 (SSS-30). In L. I. Sederer & B. Dickey (Eds.) Outcomes assessment in clinical practice. pp 120-127. Baltimore, MD, & Wilkins. (SSS-30 in Appendix pp. 279-283).