

رضایت از کیفیت برنامه آموزشی و مشاوره‌های قبل از ازدواج بین زوجین در شهرستان ارومیه

جمیله امیرزاده ایرانق^۱، جواد رسولی^۲، آيسان قلی‌پور^۳، بهرام نبی‌لو^{۴*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۲/۱۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۴/۲۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: برنامه آموزشی و مشاوره‌های قبل از ازدواج به‌عنوان یک عامل مهم در ارتقا کیفیت زندگی زناشویی محسوب می‌شود. لذا این مطالعه برای تعیین رضایت زوجین در شرف ازدواج از کیفیت برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای فراهم‌شده در مراکز بهداشتی شهر ارومیه انجام گرفت.

مواد و روش کار: این مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بر روی ۵۰ زوج که در طول سه ماه به مراکز بهداشتی مراجعه کرده بودند انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه دوقسمتی بود. قسمت اول شامل سوالات دموگرافیک و قسمت دوم ۲۲ سؤال مربوط به ابعاد رضایت از کیفیت شامل بعد فیزیکی، اطمینان، پاسخگویی، تضمین و همدلی می‌باشد. اطلاعات به روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار Mplus-5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سن ازدواج برای مردان $4/55 \pm 26/48$ و زنان $5/29 \pm 21/91$ بود. یافته‌ها نشان داد که سطح تحصیلی ($\beta_2 = -0/292$)، محل سکونت ($\beta_2 = 0/075$) و جنسیت ($\beta_2 = -0/106$) اثر منفی غیرمستقیم در رضایت زوجین دارد. همچنین یافته‌ها مشخص کرد که به ترتیب بعد پاسخ‌گویی ($\beta_2 = 0/404$)، تضمین ($\beta_2 = 0/316$)، اطمینان ($\beta_2 = 0/312$) و بعد فیزیکی ($\beta_2 = 0/0207$) اثر مثبت مستقیم بر رضایت زوجین در شرف ازدواج از کیفیت برنامه آموزشی و مشاوره‌ای دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پیشنهاد می‌شود دیدگاه‌های زوجین در طراحی برنامه قبل از ازدواج مدنظر قرار گیرند و همچنین همه ابعاد کیفیت برنامه آموزشی و مشاوره‌ای قبل از ازدواج بخصوص بعد همدلی شناسایی و ارتقاء یابند.

کلیدواژه‌ها: مشاوره قبل از ازدواج، مراکز بهداشتی، زوجین، سرو کوال، کیفیت

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره پنجم، پی‌درپی ۹۴، مرداد ۱۳۹۶، ص ۳۸۶-۳۹۴

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: nabahram@yahoo.com

مقدمه

بگذارد (۸، ۹). از این‌رو امروزه یکی از مهم‌ترین خدمات در مراکز بهداشت ایران، اجرای برنامه‌های آموزش و مشاوره قبل از ازدواج است (۱۰).

برنامه آموزش و مشاوره قبل از ازدواج، اولین تماس زوجین در آستانه ازدواج با سیستم بهداشتی - درمانی می‌باشد (۱۱) که هدف نهایی آن، کاهش میزان طلاق و کمک به استحکام و ثبات ازدواج و ارتقای کیفیت زندگی زناشویی است (۶). از این‌رو مطلوب بودن سطح کیفیت این برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای در هر سیستم مراقبت بهداشتی بسیار پراهمیت بوده، به‌طوری‌که حتی سازمان جهانی بهداشت بر اهمیت کیفیت این خدمات تأکید دارد البته کیفیت

امروزه دولت‌مردان و رهبران مذهبی برای تحکیم ازدواج و کاهش طلاق در جامعه، برنامه‌ریزی می‌کنند (۱-۴) و خوشبختانه در سال‌های اخیر، حرکت برای تقویت زندگی زناشویی به مشاوره و آموزش‌های قبل از ازدواج کشیده شده است (۵). چراکه پیش از ازدواج، قدرت و اختیار در تصمیم‌گیری بسیار است و می‌توان از تشکیل ساختارهای مشکل‌زاد دوری کرد (۶). مشاوره و آموزش‌های قبل از ازدواج پایه و اساس تداوم روابط زوجین (۷) و فرصت مناسبی است که سبب افزایش آگاهی و اطلاع زوج‌ها از نقش خود در ایجاد یک رابطه صحیح و ثمربخش گشته و بر نگرش و رفتار آنان تأثیر

^۱ استادیار سلامت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استادیار اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ کارشناس بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

مطلوب خدمات را هنگامی می‌توان تضمین نمود که انتظارات مشتری از خدمات موردنظر برآورده شود و یا چیزی فراتر از انتظار به آن‌ها عرضه شود (۱۱).

تأثیر حمایتی برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای قبل از ازدواج در مطالعات متعدد به کرات مطرح شده است (۱۲-۱۴). در این راستا مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد که شرکت‌کنندگان در آموزش‌های پیش از ازدواج به‌طور معنی‌داری سطوح بالاتری از رضایت و تعهد در ازدواج، و سطوح پایین‌تری از تعارض و نیز کاهش نرخ طلاق را نسبت به گروه شاهد داشتند که نمایانگر تأثیر مثبت برنامه‌های آموزشی پیش از ازدواج در دامنه وسیعی از افراد با تنوع نژادی و رده‌های تحصیلاتی متفاوت بود (۱۵).

در ایران نیز با یک نگاه به آمارهای گرفته‌شده در استان همدان در مطالعه هزاهو ای و همکاران (۲۰۱۳) می‌توان اظهار نمود که کیفیت برنامه‌های مشاوره قبل از ازدواج در این استان در حد مطلوب نبوده و نیاز به ارزشیابی از برنامه احساس می‌شود (۵). همچنین در پژوهش رضائیان و همکاران نتیجه‌ی به‌دست‌آمده نشان داد که در بخش ارائه خدمت پیش از ازدواج، مهم‌ترین رده سازمانی که می‌تواند بر کیفیت خدمت و رضایت زوجین تأثیر داشته باشد، مدرسین این برنامه هستند و مفهوم کیفیت خدمت از نظر زوجین، عمدتاً در ارتباط با ارزیابی رفتار و فعالیت‌های آن‌ها است (۱۱). در مطالعه خالقی نژاد و همکاران (۲۰۰۹) به پایین بودن کیفیت برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای پیش از ازدواج اشاره شده است و از علل پایین بودن کیفیت این برنامه می‌توان به نحوه نامناسب ارائه مطالب آموزشی و عدم رعایت اصول آموزش مانند تأکید بر روش آموزشی سخنرانی، ندادن فرصت کافی جهت پرسش و پاسخ و بحث و مشارکت به زوجین، عدم استفاده از وسایل کمک‌آموزشی و رسانه آموزشی مناسب، مهارت کم مشاوران، نبود منابع مالی مشخص و ضعف ارزشیابی نام برد (۷). بنابراین به نظر می‌رسد که برای رسیدن به تغییر رفتار نسبتاً پایدار در زوجین جوان و ارتقای سطح سلامت آنان، باید در کنار برگزاری جلسات آموزشی پیش از ازدواج به کیفیت این برنامه نیز توجه بیشتری شود تا بتوان به یکی از مهم‌ترین تأثیرات و اهداف برنامه مشاوره و آموزش قبل از ازدواج در مراکز بهداشتی که همان رضایت از زندگی زناشویی و کاهش میزان طلاق زوجین (۱۶) دست یافت چراکه طلاق پیامدهای ناگوار و آسیب‌های اجتماعی همچون افسردگی، سرخوردگی، روی آوردن به انحرافات جنسی و فساد اخلاقی و در فرزندان طلاق باعث بسیاری از اختلالات رفتاری، روحی و روانی می‌شود (۱۷). در همین راستا، به‌منظور توسعه یک رفتار نسبتاً ثابت در زوجین جوان، توصیه شده است که کیفیت برنامه آموزش و مشاوره قبل از ازدواج باید مورد تأکید بیشتری قرار گیرد (۱۰، ۱۸). زیرا شایع‌ترین مشکلی که

توسط زوجین ناراضی مطرح می‌شود، عدم موفقیت در برقراری رابطه است (۱۹) که از طریق آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌توان کارایی خانواده در مقوله‌های حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده را ارتقاء داد که مراکز مشاوره قبل از ازدواج می‌تواند نقش کلیدی در کاهش این معضل ایفا کند (۲۰-۲۲) لذا امروزه در بیشتر کشورها، بررسی رضایتمندی مراجعین به‌عنوان یک شاخص مهم کیفیت ارائه خدمات محسوب شده و ضرورت تدارک برنامه‌هایی جهت ایجاد، حفظ و ارتقای این احساس رضایت بیش‌ازپیش به چشم می‌خورد (۲۳).

بنابراین در پژوهش حاضر تلاش شد پس از بررسی ابعاد مختلف کیفیت برنامه، ابعادی که نیاز به اقدامات تأثیرگذار در جهت ارتقای کیفیت و اثربخشی این برنامه دارد، تعیین و گامی مؤثر در جهت رفع مشکلات آموزشی و مشاوره‌ای زوجین برداشته شود تا بدین‌وسیله نرخ طلاق را در شهرستان ارومیه کاهش و در نتیجه رتبه استان را از نظر میزان طلاق در کشور، ارتقاء داده و تا حدودی از پیامدهای ناگوار این آسیب اجتماعی کاسته شود.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه مقطعی (توصیفی - تحلیلی) است که طی آن ۵۰ زوج در شرف ازدواج به‌صورت مساوی از دو مرکز مشاوره و آموزش قبل از ازدواج مرکز جامع سلامت ولایت و اقبال به‌صورت تصادفی وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شرط اولین ازدواج زوجین و اخذ رضایت جهت شرکت در مطالعه بود. برای هر مرکز ۱ نفر پرسشگر انتخاب و قبل از جمع‌آوری اطلاعات، آموزش‌هایی در مورد نحوه پاسخ به پرسشنامه توسط محقق به پرسشگران داده شد و پس از مراجعه حضوری محقق و هماهنگی با مدیریت مراکز جوامع سلامت در قسمت مشاوره قبل از ازدواج حضور یافته و با دادن کد به هر زوج و انتخاب تصادفی زوجین، در آخر جلسه ضمن توجیه و جلب رضایت و موافقت زوجین و ارائه نحوه پاسخ به پرسشنامه به آن‌ها، پرسشنامه‌ها توسط پرسشگران در اختیار زوجین قرار داده شد تا تکمیل شوند و این روند تا سه ماه ادامه یافت تا جمع‌آوری اطلاعات کامل شد.

برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه مشخصات جمعیتی شناختی زوجین و پرسشنامه استاندارد SERVQUAL استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۵ بعد بررسی کیفیت از جمله بعد فیزیکی، بعد اطمینان، بعد پاسخگویی، بعد تضمین و بعد همدلی و هر بعد دارای ۴-۵ سؤال که در مجموع شامل ۲۲ سؤال است. در این پرسشنامه سؤالات به‌صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای (خیلی کم-کم-متوسط-زیاد-خیلی زیاد) بود که برای هر سؤال، طیف درجه‌بندی

یافته‌ها

به‌طور کلی نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که مدل نهایی، داده‌ها را (CFI=0.98, SRMR=0.015, TLI=0.91, RMSE=0.01) به‌خوبی برازش می‌کند و جدول ۴، ماتریس همبستگی متغیرها را نشان می‌دهد و بر اساس جدول شماره ۲ میانگین سنی زوجین $23/97 \pm 5/45$ بود.

جدول شماره ۳ نشان داد که از بین متغیرهای دموگرافیک و ابعاد پنج‌گانه رضایت‌مندی زوجین از کلاس‌های آموزشی و مشاوره‌ای قبل از ازدواج، متغیرهای سن ($\beta_1 = 0/015$)، بعد فیزیکی ($\beta_1 = 0/0207$)، بعد اطمینان ($\beta_1 = 0/312$)، بعد پاسخگویی ($\beta_1 = 0/404$) و بعد تضمین ($\beta_1 = 0/316$) اثر مستقیم بر رضایت‌مندی زوجین دارند.

مقایسه اثرات مستقیم و غیرمستقیم این متغیرها نشان داد که به ترتیب اثر مستقیم بعد پاسخگویی، بعد تضمین، بعد اطمینان و بعد فیزیکی بر رضایت‌مندی زوجین بیشتر از سایر متغیرهاست. همچنین ابعاد پنج‌گانه و متغیر سن از طریق غیرمستقیم هیچ تأثیری بر روی رضایت‌مندی زوجین ندارد ولی فقط بعد همدلی ($\beta_2 = 0/808$) به‌صورت غیرمستقیم بر روی رضایت‌مندی زوجین تأثیر دارد.

متغیرهای سطح تحصیلات ($\beta_2 = -0/292$)، محل سکونت ($\beta_2 = -0/075$) و جنس ($\beta_2 = -0/106$) از طریق غیرمستقیم اثر منفی بر روی رضایت‌مندی زوجین از کلاس‌های آموزشی و مشاوره‌ای قبل از ازدواج دارد.

به‌طور کلی متغیرهای جنسیت ($\beta_t = -0/105$) سطح تحصیلات ($\beta_t = -0/294$) محل سکونت تأثیر منفی ($\beta_t = -0/076$) ولی متغیر سن هیچ تأثیری بر روی رضایت‌مندی زوجین نداشته است. از میان ابعاد پنج‌گانه فقط بعد فیزیکی ($\beta_t = 0/207$) و بعد تضمین ($\beta_t = 0/828$) تأثیر مثبت بر رضایت‌مندی زوجین از کلاس‌های آموزشی و مشاوره‌ای داشته است.

پنج گزینه‌ای در نظر گرفته و از یک (خیلی کم) تا پنج (خیلی زیاد) نمره‌گذاری شد. روایی و پایایی پرسشنامه توسط محققان داخلی و خارجی تأیید شده است (۲۴-۲۶). داده‌ها از طریق نرم‌افزار Spss نسخه ۱۹ و نرم‌افزار Mplus5 با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی تحلیل گردید و P-Value کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد. در این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار Mplus5 برای تعیین رابطه‌ی بین متغیرهای جنس، سن، سطح تحصیلات محل سکونت و بعد فیزیکی، بعد اطمینان، بعد پاسخگویی، بعد تضمین و بعد همدلی نسبت به رضایت‌مندی از روش تحلیل مسیر استفاده گردید. برای بررسی مدل، مسیرهای یک‌طرفه از چهار متغیر متغیرهای جنس، سن، سطح تحصیلات، محل سکونت به سمت رضایت‌مندی در نظر گرفته شد. همچنین مسیرهای یک‌طرفه از بعد فیزیکی، بعد اطمینان، بعد پاسخگویی، بعد تضمین و اطمینان و بعد همدلی نسبت به رضایت‌مندی قرار داده شد. همچنین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و ابعاد پنج‌گانه نیز در نظر گرفته شد. مدل ارائه‌شده در شکل ۱ نشان داده شده است.

چند شاخص برای برازش مدل مورد بررسی قرار گرفتند: شاخص برازش تطبیقی^۱ (CFI)، شاخص تاکر-لویز^۲ (TLI)، ریشه میانگین خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)^۳، ریشه میانگین مجذور باقیمانده^۴ (SRMR) و ارزش کم‌تر از ۰/۰۵ نشان‌دهنده‌ی برازش خوب در نظر گرفته شد. در ابتدا مدل اصلی شامل تمام مسیرهای مورد نظر آزمون شد. مرحله‌ی دوم، تمام مسیرهای پیش‌بینی‌کننده که در برازش کلی مدل نقشی نداشتند ثابت، در نظر گرفته شدند. لازم به ذکر است که اثرات غیرمستقیم متغیرهای دموگرافیک بر رضایت‌مندی زوجین از طریق متغیرهای ابعاد پنج‌گانه نیز بررسی گردید. همچنین خاطر نشان می‌شود که شدت اثرات مستقیم و غیرمستقیم نیز مقایسه و برای تعیین رابطه‌ی بین متغیرها از همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول (۱): توزیع فراوانی ویژگی‌های کیفی زوجین شرکت‌کننده در کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج

| متغیر | زن | | مرد | |
|-----------|---------|--------------|---------|--------------|
| | فراوانی | درصد فراوانی | فراوانی | درصد فراوانی |
| بی‌سواد | ۲ | ۴ | ۲ | ۴/۲۵ |
| زیر دیپلم | ۱۶ | ۳۲ | ۷ | ۱۴/۹۰ |
| سطح سواد | ۱۲ | ۲۴ | ۱۳ | ۲۷/۶۵ |
| دانشگاهی | ۲۰ | ۴۰ | ۲۵ | ۵۳/۲۰ |
| بیکار | ۴۱ | ۸۲ | ۴ | ۸/۵۲ |

³ Root mean square error of approximation⁴ Standardized root mean residual¹ Confirmatory Fit Index² Tucker and Lewis index

| متغیر | مرد | زن | |
|-----------|---------|---------|--------------|
| | | فراوانی | درصد فراوانی |
| شغل | کارمند | ۴ | ۸ |
| | آزاد | ۵ | ۱۰ |
| | روستایی | ۱۵ | ۳۰ |
| محل زندگی | شهری | ۳۵ | ۷۰ |
| | سن | M=۲۱/۹۱ | SD=۵/۲۹ |
| | M=۲۶/۴۸ | | SD=۴/۵۵ |

جدول (۲): آمار توصیفی متغیرهای سنجش شده برای زوجین شرکت کننده در کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج

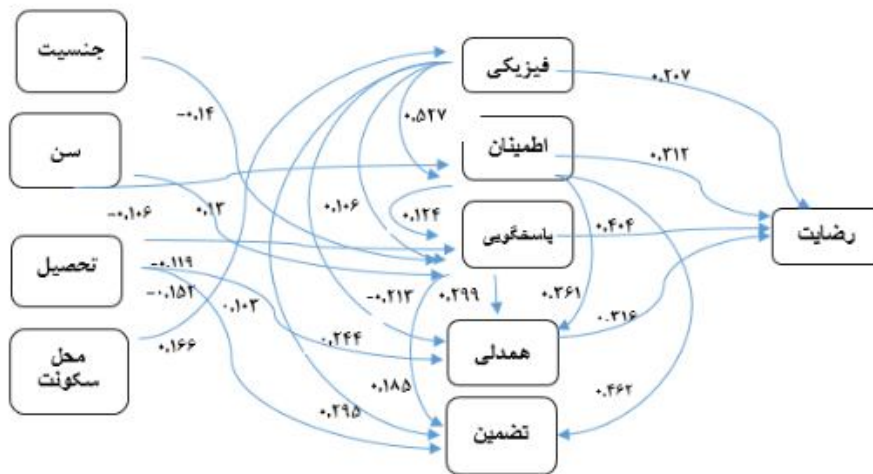
| انحراف معیار | میانگین | حداکثر | حداقل | |
|--------------|---------|--------|-------|--------------|
| ۳/۴۵۷۲۴ | ۱۶/۳۲۹۹ | ۲۴ | ۸ | بعد فیزیکی |
| ۳/۱۴۸۲۶ | ۱۸/۵۸۷۶ | ۲۵ | ۹ | بعد اطمینان |
| ۵/۳۳۷۵۷ | ۱۳/۷۷۳۲ | ۵۶ | ۴ | بعد پاسخگویی |
| ۳/۰۶۹۸۸ | ۱۳/۶۹۰۷ | ۲۰ | ۶ | بعد تضمین |
| ۳/۰۸۶۴۵ | ۱۴/۸۷۶۳ | ۲۰ | ۴ | بعد همدلی |
| ۱۴/۲۳۸۵ | ۷۷/۲۵۷۷ | ۱۳۲ | ۳۵ | رضایت مندی |

جدول (۳): اثرات مستقیم، غیرمستقیم متغیرهای تحلیلی بر روی میزان رضایت زوجین از کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج

| کل | تأثیر | غیرمستقیم | مسیر | مستقیم | مسیر | |
|---------|-----------|-----------|-----------|---------|-----------|--------------|
| P-value | β_t | P-value | β_2 | P-value | β_1 | |
| ۰/۰۰۱ | -۰/۱۰۵ | ۰/۰۰۱ | -۰/۱۰۶ | ۰/۹۱۱ | ۰/۰۰۱ | جنس |
| ۰/۹۷۷ | ۰/۰۸۸ | ۰/۹۹۷ | ۰/۰۶۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۱۵ | سن |
| ۰/۰۰۱ | -۰/۲۹۴ | ۰/۰۰۱ | -۰/۲۹۲ | ۰/۴۵۹ | -۰/۰۰۲ | سطح تحصیلات |
| ۰/۰۰۱ | -۰/۰۷۶ | ۰/۰۰۱ | -۰/۰۷۵ | ۰/۹۸۸ | -۰/۰۰۲ | محل سکونت |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۲۰۷ | - | - | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۰۷ | بعد فیزیکی |
| ۰/۴۴۱ | ۰/۴۲۱ | ۰/۸۳۴ | ۰/۱۰۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۱۲ | بعد اطمینان |
| ۰/۶۲۳ | ۰/۴۷۹ | ۰/۹۴ | ۰/۰۷۵ | ۰/۰۲۶ | ۰/۴۰۴ | بعد پاسخگویی |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۶۲۸ | ۰/۳۷۱ | ۰/۳۱۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۱۶ | بعد تضمین |
| ۰/۸۰۸ | ۰/۶۷۸ | ۰/۸۰۸ | ۰/۶۷۸ | - | - | بعد همدلی |

جدول (۴): ضرایب ماتریس همبستگی بین ابعاد رضایت زوجین از کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج

| ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------|
| | | | | | ۱ | ۱- بعد فیزیکی |
| | | | | ۱ | .645** | ۲- بعد اطمینان |
| | | | ۱ | .446** | .372** | ۳- بعد پاسخگویی |
| | | ۱ | .432** | .697** | .570** | ۴- بعد تضمین |
| | ۱ | .715** | .461** | .687** | .414** | ۵- بعد همدلی |
| ۱ | .796** | .825** | .757** | .844** | .738** | ۶- رضایت مندی |



شکل (۱): رابطه بین متغیرهای مدل ساختاری رضایت‌مندی زوجین در شرف ازدواج

اعداد بیانگر ضرایب مسیر تأثیرات مستقیم بوده و جهت سادگی تنها مقادیر بالای ۰٫۱ ذکر شدند.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش، سطح تحصیلات ($\beta = -0.294$) و محل سکونت ($\beta = -0.076$) تأثیر منفی بر رضایت‌مندی زوجین از برنامه آموزشی و مشاوره‌های قبل از ازدواج داشته است زیرا $43/3$ درصد زوجین تحصیلات دانشگاهی داشته و ساکن شهر بودند و به نظر می‌رسد انتظارات آنان از این کلاس‌ها برآورد نشده است، جولایی و همکاران (۲۰۰۸) این تفاوت را این‌گونه توجیه کرده‌اند که افرادی با تحصیلات بالاتر و ساکن در شهرها دارای ارتباطات اجتماعی بیشتری بوده و دسترسی‌شان به منابع اطلاعاتی نیز بیشتر است، بنابراین کمبودها و نواقص سیستم را با وضوح بیشتری دیده و معمولاً رضایت‌مندی کمتری دارند (۲۷) که این نتایج در راستا با بسیاری از مطالعات انجام یافته است (۲۸-۳۰) ولی مطالعه آقاملایی نتایج متفاوتی داشت و نشان داد که متغیرهای سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی‌داری با کیفیت ارائه خدمات بهداشتی ندارد (۳۱). در این مطالعه متغیر جنسیت ($\beta = -0.105$) تأثیر منفی در رضایت‌مندی زوجین از برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای داشت. برخلاف این یافته بیکر و همکاران (۲۰۰۸) جنس را به‌عنوان عامل مؤثر در شکل‌گیری سطح انتظارات مراجعین از کیفیت خدمات معرفی کردند (۳۲).

در پژوهش حاضر بعد همدلی هیچ تأثیر مستقیم و غیرمستقیم ($P = 0.108$) بر روی کیفیت رضایت زوجین نداشته است، به این معنی که زوجین این بعد را کم‌اهمیت ارزیابی کرده‌اند. در صورتی که در مطالعه روحی (۳۳) در مراکز بهداشتی شهر گرگان، آقاملایی

(۳۱) در مراکز بهداشتی شهر بندرعباس و در مطالعه زارعی در تهران (۳۴) بعد همدلی مهم‌ترین بعد تلقی شده است. به نظر می‌رسد شاغلین در بخش مشاوره با زوجین تبادل نظر و به ایده‌ها و نظریات آنان توجه ننموده‌اند لذا آنان هیچ اظهارنظری در این زمینه نکرده‌اند بنابراین شاغلین باید بعد از اتمام برنامه از زوجین بازخورد بیشتری داشته باشند تا بتوانند برنامه با کیفیت و مطابق خواسته زوجین ارائه نموده و رضایت آنان را جلب نمایند. مشاورین بیش‌ازپیش به زوجین علاقه نشان دهند و با روی گشاده با آن‌ها رفتار نمایند و مسائل و مشکلات آن‌ها را بیشتر درک نمایند. نکته دیگر این‌که وجود نقص و شکاف در یک بعد، اثر تشدیدکنندگی بر ابعاد دیگر دارد، بدین معنی که موجب افت کیفیت در سایر ابعاد از دیدگاه دریافت‌کننده خدمت می‌شوند (۳۵).

منظور از بعد فیزیکی معمولاً استفاده از تجهیزات آموزشی، مناسب بودن فضای فیزیکی، نظافت، خدمات فضای فیزیکی برای راحتی مراجعین را در بر می‌گیرد لذا اصلاح بعد فیزیکی می‌تواند در رضایت‌مندی مراجعین تأثیر بسزایی داشته باشد. در این مطالعه بعد فیزیکی اثر مستقیم ($\beta_1 = 0.207$) در رضایت‌مندی زوجین از حضور در برنامه‌های مشاوره‌ای و آموزشی داشته و در حد انتظار زوجین بوده که غلامی نیز در نیشابور (۳۳) به نتیجه مشابه دست یافته است. ولی در مطالعه رمضان خانی و همکاران یافته‌ها نشان داد که خدمات ارائه‌شده در بعد فیزیکی در حد انتظار پاسخگویان نبوده و در این مراکز باید برای بهبود کیفیت بعد فیزیکی اقدام نمود (۳۶). زیرا افزایش کارایی، کیفیت و قابلیت دسترسی به خدمات

حیاتی مهم است. لذا متخصصین مراقبت‌های بهداشتی باید از شیوه‌های ارتباطی آگاه باشند و به‌صورت دوره‌ای مورد ارزیابی قرار گیرند. و در صورت لزوم کلاس‌های بازآموزی برای ارتقاء مهارت‌های ارتباطی آنان تشکیل شود (۴۵).

بعد اطمینان که نشان‌دهنده احساس اطمینان زوجین در تعامل با نظام بهداشتی است با اثر مستقیم ($\beta_1=0/312$) سومین بعد مؤثر در رضایت‌مندی زوجین از برنامه آموزشی و مشاوره‌ای در پژوهش حاضر بود که این یافته با نتایج مطالعات استرادرمن (۴۶) و آقاملابی و همکاران هم‌خوانی داشت (۳۱) همچنین طراحی و همکاران نیز گزارش نمودند بعد اطمینان مناسب‌ترین بعد کیفیت خدمات در مطالعه آنان بود (۴۷) و تأکید کردند که در برنامه‌های ارتقای کیفیت باید این بعد را در اولویت قرار داد و در جهت فراتر رفتن ادراکات مشتریان از انتظاراتشان تلاش کرد.

درمجموع یافته‌های به‌دست آمده، ممکن است نشانگر جوانی از خدمت باشند که در آن‌ها خدمت ارائه‌شده بسیار فراتر از انتظارات زوجین بوده ولی از نظر مراجعین این بعد از اهمیت زیادی برخوردار نباشند که این یافته‌ها، فرصت‌هایی را برای بازبینی تمام سطوح آموزشی اعم از مهارت‌های مشاوره‌ای، ارتباطی کارکنان، فضای آموزشی و تجهیزات در این مراکز فراهم می‌آورد. با به‌کارگیری نتایج این پژوهش، نظام بهداشتی قادر خواهد بود الگویی کاربردی و منطبق با شرایط فرهنگی و اجتماعی زوجین برای ارتقاء کیفیت برنامه آموزشی پیش از ازدواج، اتخاذ و بدین‌وسیله، نقاط ضعف مربوط به کیفیت ارائه خدمات را مرتفع و نقاط قوت را ارتقاء دهد.

مشاوره‌ای بدون در نظر گرفتن توانایی مشاورین، مکان، زمان مناسب و تأمین مالی برنامه نمی‌تواند به دست آید. همچنین استفاده از تجهیزات آموزشی شرایط یادگیری را تسهیل نموده و با افزایش تمرکز یادگیرندگان باعث تثبیت آموخته‌ها و تغییر نگرش آنان می‌شود (۳۸).

بعد پاسخگویی، تمایل کارکنان مراکز به همکاری و کمک به مراجعین و پاسخگویی به سؤالات و تأمین سریع خدمات است که در مطالعه حاضر بیشترین تأثیر ($\beta_1=0/404$) را در رضایت‌مندی زوجین بر جای گذاشته است که دلیل این امر می‌تواند به علت افزایش آگاهی زوجین از حقوق اجتماعی‌شان باشد. کبریایی (۳۹)، Lim and Tang (۴۰) و Karydis (۴۱) نیز نتایج مشابهی را گزارش کردند. در این زمینه مطالعه Andaleeb نشان داد عدم پاسخگویی و بی‌میلی از سوی کارکنان بهداشتی می‌تواند موجب اتلاف وقت، پول و انرژی دریافت‌کنندگان خدمت شود و به دنبال آن ناراحتی جسمی و روانی و ناکامی به دنبال داشته باشد (۴۲).

بعد تضمین که مربوط به ایجاد احساس امنیت و آرامش در مراجعین است دومین بعد مؤثر در این مطالعه بود که اثر مستقیم ($\beta_1=0/316$) در رضایت‌مندی زوجین داشت. در این راستا نتایج مطالعه مقبل نشان داد که مؤلفه تضمین خدمات از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است و در صورتی که کارکنان فاقد مهارت‌های ارتباطی لازم در این زمینه باشند بر روند ارائه خدمت، تأثیر نامطلوبی خواهند گذاشت (۴۳). بنائیان نیز به این نکته اشاره دارد که اگر نحوه ارتباط دو نفر مشابه نباشد احتمال بروز ناراضی‌تری بیشتر می‌گردد (۴۴). کسب مهارت‌های ارتباطی مشابه سایر نیازهای

References:

1. Buikema K. The preparation of pastors in premarital counseling. Iowa: Iowa State University; 2001
2. Stelzer K. Marriage education with Hispanic couples: Evaluation of a communication workshop. Fam Sci Rev 2010; 15(2): 1-14.
3. Panahi A. The importance of consulting advice and characteristics of a religious viewpoint. Marifat 2007; 6(117): 49-62.
4. Markman HJ, Whitton SW, Kline GH, Stanley SM, Thompson H, St Peters M, et al. Use of an empirically based marriage education program by religious organizations: Results of a dissemination trial. Fam Relations 2004; 53(5): 504-12.
5. Hazavehei M, Shirahmadi S, Roshanaei G, kazemzade M, Majzubi M, et al. Educational Program Status of Premarital Counseling Centers in Hamadan Province Based on Theory of Reasoned Action (TRA). J Fasa Univ Med Sci 2013; 3(3): 241-7.
6. Mansouri N, Etemadi O, Fatehizade M, Hassanpour M. The survey of pre-marriage instruction effects on couple's satisfaction level in Isfahan. J Soc Psychol New Findings In Psychology 2011; 6(19): 65-78.
7. Khaleghinejad K, Abbaspour Z, Afshari P, Attari Y, Rasekh A, et al. Educational needs in premarital counseling: viewpoints of couples referring to health care centers in mashhad. Iran J Med Educ 2009; 8(2): 247-53.
8. Noohi S, Azar M, Shafiee- Kandjani A, Tajik A. Knowledge and Beliefs of Couples attending Marriage Counseling Centers toward correct sexual relationships. Hayat 2007; 13(3): 77-83.

9. Mahmoodi G. The effect of marriage counseling on the knowledge of the married couples. *Int J Med Res Health Sci* 2016; 5(7): 354-59.
10. Salarvand S, Bahri N, Heidary S, Khadive M. Assessing Quality of the Pre-marriage Family Planning Consulting Classes: Viewpoints of Participant Couples. *J Isfahan Med School* 2011; 29(128).
11. Ramezankhani, A, Mohammadi G, Akrami F, Ghanbari S, Alidousti F. Quality gap in premarital education & consultation program in the health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Pajoohandeh J* 2011; 16(4): 169-77.
12. Ashdown B, Hackathorn J, Clark E. In and out of the bedroom: Sexual satisfaction in the marital relationship. *J Integrated Soc Sci* 2011; 2(1): 40-57.
13. Yeh H, Lorenz, Frederick W, KAS C, Rand D, Elder G. Relationships among sexual satisfaction, marital quality, and marital instability at midlife. *J Fam Psychol* 2006; 20(2): 339-43.
14. Yazdanpanah M, Eslami M, Nakhaee N. Effectiveness of the premarital education programme in Iran. *ISRN Public Health* 2014; 2014: 1-5.
15. Stanley S, Amato P, Johnson R, Christine A, Markman H. Premarital education, marital quality, and marital stability: findings from a large, random household survey. *J Fam Psychol* 2006; 20(1): 117-26.
16. Owen JJ, Rhoades GK, Stanley SM, Markman HJ. The role of leaders' working alliance in premarital education. *J Fam Psychol* 2011; 25(1): 49-57.
17. Sadrolashrafi M, Taresi M, Afrashteh A. Pathology of Divorce (factors and causes) and Solutions to Prevent. *Cultural Engineering J* 2013; VII(73-74): 26-53.
18. Bostani Khalesi Z, Simbar M. Challenges of Premarital Education Program in Iran. *J Holistic Nurs Midwifery* 2017; 27(1): 9-18.
19. Aslani K. The Role of Communication Skills on Family Performance of Married Students. *Soc Welfare* 2004; 4(14): 103-24.
20. Atkins D, Doss B, Thum Y, Sevier M, Christensen A. Improving relationship: Mechanisms of change in couple therapy. *J Consult Clin. Psychol* 2005; 73: 624-33.
21. Hansson K, Bland A. Couple therapy effectiveness of treatment and long term follow up. *J Fam Ther* 2006; 28: 136-52.
22. Ronnan G, Dreer L. Violent couples coping and communication skills. *J Fam Violence* 2004; 19: 131-42.
23. Bredart A, Coens C, Aaronson N, Chie C, Efficace F, Conroy T, et al. Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire. *Euro J Cancer* 2007; 43(2): 323-30.
24. Asubonteng P, McCleary KJ, Swan JE. SERVQUAL revisited: a critical review of service quality. *Journal of Services marketing* 1996; 10(6): 62-81.
25. Jiang J, Klein G, Crampton M. A note on SERVQUAL reliability and validity in information system service quality measurement. *Decision Sci* 2000; 31(3): 725-44.
26. Heidarnia M-A, Riazi-Isfahani S, Abadi A, Mohseni M. Cross cultural adaptation and assessing validity and reliability of SERVQUAL questionnaire in hospital service quality. *Res Med* 2014; 38(2): 98-105.
27. Joolae S, Givari A, Taavoni S, Bahrani N, Pour R. Patients' satisfaction With Provided Nursing Care. *Iran J Nurs Res* 2008; 2(6-7): 37-44.
28. Quintana J, González B, Amaia Aizpuru, Felipe E, Antonio E, Cristóbal M, et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res* 2006; 6(1): 102-8.
29. Hajian K. Satisfaction of hospitalized patients of health care services in Shahid Beheshti and Yahyanezhad hospitals of Babol. *J Babol Univ Med Sci* 2007; 9(2): 51-60.
30. Lee D, Tu J, Chong A, Alter D. Patient satisfaction and its relationship with quality and outcomes of care after acute myocardial infarction. *Circulation* 2008; 118(19): 1938-45.
31. Aghamolaei T, Zare S, Kebriaei A, Pudat A. Quality of primary health services from View of female clients of Bandarabbas health care services centers. *Payesh* 2008; 7(2): 121-7.
32. Bakar C, Akgün HS, Al Assaf AF. The role of expectations in patients' hospital assessments: a

- Turkish university hospital example. *Int J Health Care Qual Assur* 2008;21(5):503-16.
33. Rohi G, Nasiri H, Hesam M, Mirkarimi F, Asaiesh H. Quality of primary health services in Gorgan health care services centers. *J Gorgan Bouyeh Fac Nurs Midwifery* 2009; 6(2): 9-17.
34. Zarei A, Arab M, Froushani- Rahimi A, Rashidian A, Tabatabaei S, Ghazi M. Service quality of private hospitals: The Iranian Patients' perspective. *BMC Health Serv Res* 2012; 12(1): 31-38.
35. Campbell J, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Quality in health care* 2001; 10(2): 90-5.
36. Gholami A, Nori A, Khojastehpour M, Askari M. Quality gap in primary health care in Neyshabour health care centers. *Daneshvar Medicine* 2011; 18(92): 5-14.
37. Ramezankhani A, Mohammadi G, Akrami F, Ghanbari S, Alidousti-, Arab F. Quality gap in premarital education & consultation program in the health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Pajoohandeh* 2011; 16 (4): 169-77
38. Moodi M, Miri M, Sharifirad G. The effect of instruction on knowledge and attitude of couples attending pre-marriage counseling classes. *J Educ Health Promot* 2013; 2(52): 1-9.
39. Kebriaei A, Akbari F, Hosseini M, Eftekhari-Ardabili H, Pourreza A. Survey on quality gap in primary health care in Kashan health centers. *J Qazvin Univ Med Sci* 2004; 31: 82-8.
40. Cheng P, Tang N. Tang, A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *Int J Health Care Qual Assurance* 2000; 13(7): 290-9.
41. Karydis A, Karydis A, Komboli-Kodovazeniti M, Hatzigeorgiou D, Panis V. Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(5): 409-16.
42. Andaleeb S. Public and private hospitals in Bangladesh: service quality and predictors of hospital choice. *Health Policy Plann* 2000;15(1): 95-102.
43. Moghbel A, Mohammadi A. Quality of services at medical centers in Fars province. *J Soc Sci Human* 2004; 19(2): 54-62.
44. Baneian S, Parvin N, Kazemian A. Marital satisfaction of women referring to health care centers in Brojen. *J Holist Nurs Midwifery* 2006; 16(1): 1-5.
45. Rajashree K. Training programs in communication skills for health care professionals and volunteers. *Indian J Palliat Care* 2011; 17: S12-S13.
46. Strawderman L. *Human Factors Considerations in Quality of Service Metrics for Healthcare Delivery*. Pennsylvania: The State University: 2005.
47. Tarrahi M, Hamouzadeh P, Bijanvand M, Lashgarara B. The quality of health care services provided in health care centers of Khorramabad using SERVQUAL model in 2010. *Sci Mag Yafte* 2012; 14(1): 13-21.

SATISFACTION WITH QUALITY OF EDUCATIONAL AND COUNSELLING PROGRAM AMONG COUPLES IN URMIA

Jamileh Amirzadeh Iranagh¹, Javad Rasoli², Isan Gholipor³, Bahram Nabilou⁴

Received: 25 May, 2017; Accepted: 28 July, 2017

Abstract

Background & Aims: Premarital education and counselling programs are considered as an important factor to promote the quality of married life. This study was performed to determine satisfaction of premarital couples about the quality of the premarital education and counselling program provided by Urmia health centers.

Materials & Methods: This descriptive analytical cross sectional study was performed on 50 couples referring to health centers in Urmia during 3 months. The data gathering tool was a questionnaire containing 2 parts. The first part included demographic questions and the second part included 22 questions related to dimensions of satisfaction of quality containing tangibility, reliability, responsiveness, assurance, and empathy. The data were analysed by the path analysis method by Mplus-5 software.

Result: Mean age of marriage for men was 26.48+4.55 and 21.91+5.29 for women. The results indicated that education level ($\beta_2 = -0.292$), location ($\beta_2 = -0.075$), and sex ($\beta_2 = -0.106$) had indirectly a negative effect on the satisfaction of couples. It also showed that responsiveness ($\beta_1 = 0.404$), assurance ($\beta_1 = 0.316$), reliability ($\beta_1 = 0.312$), and tangibility ($\beta_1 = 0.0207$) had a direct and positive effect on the satisfaction of pre-marriage couples about the quality of premarital education and counselling program respectively.

Conclusion: According to the results, couple's viewpoints should be considered in designing the premarital program. It is also recommended that all dimensions of quality of the premarital counseling and training program particularly empathy dimension should be identified and improved.

Keywords: Premarital counselling, Health centers, couples, SERVQUAL, Quality

Address: Urmia, Urmia University of Medical Sciences, Urmia Faculty of Nursing and Midwifery

Tel: (+98)4432754961

Email: nabahram@yahoo.com

¹ Assistant Professor of Aging Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Assistant Professor of Epidemiology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Public Health Expert, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Associate Professor of Health Services Management, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
(Corresponding Author)