

## The quality of family planning services in health care centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences: comparison of clients, providers and program managers viewpoints

Shahla Ghanbari<sup>1</sup>, Ali Ramezankhani<sup>\*2</sup>, Yadollah Mehrabi<sup>3</sup>

1- PhD candidate in Health Education, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Professor, Department of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Professor, Department of Epidemiology, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### ABSTRACT

**Background and aim:** Family planning services are frequently used and important services for women of reproductive age. These services are crucial in enabling women to meet their fertility goals. The aim of this study was to determine and compare of the quality of family planning services in urban health centers from the viewpoint of clients, employees, experts and staff managers at different levels.

**Materials and methods:** In a cross-sectional study, 500 women who seeking care from health care center under the supervision of the Shahid Beheshti University of Medical Sciences regarding family planning services, 147 health providers, and 18 family health managers at different levels of district, provincial and national were investigated using revised SERVQUAL questionnaire.

**Results:** The results revealed negative gap in all dimensions of service quality. There was an overall negative gap score of -0.37 between clients expectations and perceptions of service quality ( $p < 0.001$ ). For the health care providers, experts and staff managers, this gap was equal to -0.50 ( $p < 0.001$ ). On the other words the health care providers and program managers estimated the clients expectation more than actually were and ability of health system to address to these expectations less than clients perceptions of quality.

**Conclusion:** Negative gap between clients expected and perceived service quality should be considered seriously for planning and implementation of proper interventions for service quality improvement.

**Key words:** Service Quality, Family Planning, Health Care Center, SERVQUAL

### \*Corresponding Author:

Department of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Tel:** +982122439830

**Email:** aramezankhani@sbmu.ac.ir

**Received:** 30 Jan. 2013

**Accepted:** 21 Apr. 2013

## کیفیت خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی:

### مقایسه نظرات مراجعین، کارشناسان و مدیران برنامه

شهلا قنبری<sup>۱</sup>، علی رمضانخانی<sup>۲\*</sup>، یدالله محرابی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۲</sup> استاد گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۳</sup> استاد گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### چکیده

**مقدمه:** خدمات تنظیم خانواده از مهم ترین و متداول ترین خدمات مورد استفاده زنان در سنین باروری است که برای توانمند کردن زنان برای رسیدن به اهداف باروری شان حیاتی می باشد. هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه کیفیت خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی درمانی شهری از نظر مراجعین، کارکنان، کارشناسان و مدیران ستادی خدمات تنظیم خانواده در سطوح مختلف می باشد. **مواد و روش ها:** در مطالعه ای مقطعی ۵۰۰ نفر از مراجعین به واحدهای بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۴۷ نفر ارائه دهندگان خدمت در مراکز بهداشتی درمانی و ۱۸ نفر از کارشناسان و مدیران بهداشت خانواده در سطوح مرکز بهداشت شهرستان، معاونت بهداشت و ستاد کشوری با استفاده از پرسشنامه اصلاح شده SERVQUAL مورد بررسی قرار گرفتند.

**یافته ها:** نتایج این مطالعه بیانگر وجود اختلاف بین خدمات مورد انتظار و خدمت درک شده توسط مراجعین در همه ابعاد کیفیت بود. از نظر مراجعین خدمات ارائه شده در مجموع اختلافی معادل  $-0/37$  با خدمات مورد انتظار آنها داشت ( $p < 0/001$ ). از نظر پرسنل، کارشناسان و مدیران ستادی این اختلاف معادل  $-0/50$  بود ( $p < 0/001$ ). به عبارت دیگر پرسنل محیطی و مسئولین ستادی انتظارات مراجعین را در سطح بالاتری برآورد کرده و توانایی سیستم در پاسخگویی به این انتظارات را کمتر از کیفیت درک شده توسط مراجعین برآورد کردند.

**نتیجه گیری:** وجود اختلاف منفی بین خدمات مورد انتظار و خدمات ارائه شده به مراجعین نیاز به توجه جدی مدیران و کارشناسان برنامه برای طراحی و اجرای مداخلات مناسب برای بهبود کیفی خدمات دارد.

**کلید واژه ها:** کیفیت خدمت، تنظیم خانواده، مرکز بهداشتی درمانی، SERVQUAL

\*آدرس نویسنده مسئول:

تهران - بزرگراه چمران - ولنجک - خیابان تابناک - بلوار دانشجو - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی دانشکده بهداشت - تلفن ۰۲۱-۲۲۴۳۹۸۳۰ - فکس ۰۲۱-۲۲۴۳۹۸۵۵ - نامبر: ۰۲۱-۲۲۴۳۹۸۵۵

Email: aramezankhani@sbm.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۲/۱

**مقدمه:**

کیفیت خدمت مفهومی است که توجه و بحث‌های زیادی را در ادبیات تحقیق به خود اختصاص داده است، چرا که مشکلات زیادی در تعریف و اندازه‌گیری آن وجود دارد. تعاریف زیادی در مورد معنای کیفیت خدمت ارائه شده است. تعریفی که به طور معمول مورد استفاده قرار می‌گیرد، کیفیت خدمت را حد برآورده کردن انتظارات یا نیازهای مشتری تعریف می‌کند. براین اساس کیفیت خدمت را می‌توان اختلاف بین انتظارات مشتری از خدمت، و خدمت دریافت شده تعریف نمود. اگر انتظارات بیشتر از عملکرد باشد در این صورت کیفیت مشاهده شده کمتر از حد رضایت خواهد بود و نارضایتی مشتری حاصل خواهد شد [۱]. کیفیت، برآوردن نیازها و خواسته‌های مشتریان است و مشتریان هستند که آن را مشخص می‌سازند. مشکل کیفیت خدمات بیشتر در سازمان‌هایی به وجود می‌آید که بر شناختن و برآوردن نیازها و انتظارات مشتریان تمرکز نمی‌کنند. سازمان‌های خدماتی باید خود را جای مشتریان بگذارند و سیاست‌های خود را بر اساس دیدگاه آنها بنا کنند [۲].

افزایش تقاضا برای ارزیابی کیفیت را می‌توان به افزایش هزینه مراقبت‌ها، محدودیت منابع و شواهد مبتنی بر اختلاف در عملکردهای بالینی متناسب نمود. سازمان جهانی بهداشت (WHO) بر اهمیت کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی درمانی تاکید دارد و آن را بر اساس معیارهای اثر بخشی، هزینه و مقبولیت اجتماعی تعیین می‌کند [۳]. کیفیت خدمات یک عامل کلیدی و استراتژیک برای ارائه دهندگان خدمت و یک مزیت رقابتی است. مراقبت‌های بهداشتی درمانی به واسطه ماهیت مخاطره آمیز خدمت و عدم آگاهی مراجعین جایگاه خاصی در بین سایر خدمات دارند. کیفیت خدمت در مرکز بهداشتی درمانی یک سازه چند بُعدی است از این رو اغلب مطالعات درباره سنجش کیفیت به ارزیابی کیفیت از دو بُعد فنی و عملکردی می‌پردازد [۴]. بعد فنی اشاره به پیامد خدمت و بعد عملکردی دلالت بر فرآیند خدمت دارد. در این معنا کیفیت خدمت عبارت از آن است که مشتری خدمت "چه" به دست می‌آورد و "چگونه" آن را به دست می‌آورد [۵]. در بُعد فنی، کیفیت بر اساس استانداردهای علمی به وسیله متخصصین سلامت تعریف می‌شود؛ در دیدگاه دوم، مراجعین نقش کلیدی در ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی دارند [۴]. اهمیت ارزیابی خدمات بهداشتی توسط مراجعین جزئی از مفهوم اهمیت دادن به نظرات مراجعین در بهبود کیفیت خدمات بهداشتی، یعنی حاکمیت مشتری و مشتری سالاری

است. یک سیستم بهداشتی با کیفیت، سیستمی مشتری محور، جامع، پاسخگو و هزینه اثر بخش است. چنین سیستمی بر پایه ارزیابی منظم نیازها و خواسته‌های مردم بنا شده است و بر اساس فلسفه بهبود مداوم کیفیت بر خود نظارت می‌کند [۶]. خدمات تنظیم خانواده از مهم ترین و متداول ترین خدمات مورد استفاده زنان در سنین باروری است [۷]. این خدمات برای توانمند کردن زنان برای رسیدن به اهداف باروری آنها حیاتی می‌باشد [۸]. اندازه‌گیری کیفیت مراقبت در تنظیم خانواده به دلیل ماهیت چند عاملی و عمدتاً ذهنی آن مشکل است. از آنجا که برنامه‌های تنظیم خانواده اصولاً در پاسخ به رشد سریع جمعیت طراحی می‌شوند ارزشیابی آنها معمولاً بر اساس دستیابی به اهداف کمی همچون تعداد استفاده کنندگان جدید، پوشش خدمت یا میزان شیوع استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری استوار است. چنین سنجش‌هایی رضایت‌مندی یا عدم رضایت مشتریان را نشان نمی‌دهد [۹]. نتایج تحقیقات در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که ارائه خدمات با کیفیت بهتر به رضایت بیشتر متقاضیان، پذیرش روش‌های پیشگیری و استفاده طولانی‌تر از آنها منجر می‌شود [۱۰].

مشاهدات مشتری عامل کلیدی در قضاوت در مورد کیفیت خدمت می‌باشد. یک مشتری مشاهدات و درک خود از فرآیند خدمت اخیر را با انتظاراتی که از قبل در مورد این خدمت داشته، مقایسه می‌کند. مشتریان از اختلاف بین خدمت مورد انتظار و خدمت دریافت شده برای قضاوت در مورد کیفیت خدمت استفاده می‌کنند. مدل‌های شکاف (Gap models) ابزار متداول مورد استفاده برای توصیف کیفیت خدمت می‌باشند. مردم قضاوت خود در مورد کیفیت خدمت را بر پایه شکاف موجود بین درک خود از آنچه که در تعامل با خدمت روی می‌دهد و انتظاراتشان از خدمتی که باید ارائه گردد، استوار می‌سازند. وقتی این شکاف‌ها وجود دارند، کیفیت در خطر می‌باشد. بنابراین یک استراتژی کنترل کیفیت در خدمات کم کردن و در نهایت مسدود کردن این شکاف‌ها می‌باشد [۱۱].

مقالات موجود در مورد کیفیت خدمت در مراکز بهداشتی درمانی از توجه به مدل‌های متعدد نشأت گرفته‌اند. این مدل‌ها از چند بعدی بودن کیفیت خدمت حمایت کرده‌اند و مدل شکاف در کیفیت خدمت و پرسشنامه (SERVQUAL) (Service Quality) پیشنهاد شده توسط پاراسورمان و همکاران ابزار معرفی برای ارزشیابی کیفیت خدمت است. فرضیه اصلی در مدل شکاف در کیفیت خدمت آن است که کیفیت خدمت به وسیله اندازه‌گیری شکاف در هر دو گروه ارائه کننده و دریافت کننده خدمت

دریافت خدمات تنظیم خانواده و کلیه پرسنل ارائه دهنده خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی درمانی مورد مطالعه (۱۴۷ نفر)، کارشناسان برنامه تنظیم خانواده و مدیران بهداشت خانواده در سطح مراکز بهداشت شمیرانات، شمال و شرق، معاونت بهداشتی دانشگاه و اداره جمعیت و تنظیم خانواده وزارت بهداشت (۱۸ نفر) شرکت نمودند. روش نمونه گیری مراجعین به صورت تصادفی طبقه‌ای و بر اساس تعداد پرونده‌های تنظیم خانواده در هر مرکز بود. برای جمع آوری داده‌ها از دو پرسشنامه بر مبنای پرسشنامه SERVQUAL استفاده شد.

در این بررسی ابعاد پنج گانه پرسشنامه SERVQUAL (محسوسات، اطمینان، پاسخگویی، تضمین و همدلی) و یک بُعد اضافه شده با عنوان "قابلیت استفاده" (Usability) به عنوان متغیرهای مستقل به کار گرفته شدند، و سه متغیر وابسته کیفیت خدمت، رضایتمندی و قصد رفتاری مورد سنجش قرار گرفت (بخش آخر در این مقاله مطرح نشده است).

پرسشنامه مراجعین ۵ بخش داشت. بخش اول شامل ۷ سوال در مورد مشخصات دموگرافیک، بخش دوم دارای ۱۹ سوال در خصوص انتظارات پاسخگویی از سیستم، بخش سوم دارای ۶ سوال در زمینه وزن ابعاد مورد سنجش از نظر پاسخگویی، بخش چهارم حاوی ۱۹ سوال در مورد خدمات درک شده توسط پاسخگویی و بخش آخر شامل سه سوال بود که قضاوت پاسخگویی را در مورد کیفیت درک شده، رضایتمندی، و قصد رفتاری ارزیابی می‌کرد. آیت‌های مورد بررسی در بخش‌های دوم، چهارم و پنجم با استفاده از مقیاس لیکرت از (۱) "کاملاً مخالفم" تا (۷) "کاملاً موافقم" درجه بندی شده بود. در بخش سوم از پاسخگویی درخواست شد تا اهمیت ابعاد ۶ گانه را از ۱ (بدون اهمیت) تا ۷ (کاملاً مهم) وزن دهی نمایند. برای جلوگیری از سردرگمی پاسخگویی تمام موارد پرسشنامه به صورت مثبت بیان گردید.

پرسشنامه کارکنان و مدیران شامل چهار بخش مشخصات دموگرافیک، نظر کارکنان و مدیران در مورد انتظارات مراجعین از یک مرکز بهداشتی درمانی ایده آل، نظر کارکنان و مدیران در خصوص چگونگی وزن دهی مراجعین به عوامل کیفیت، و نظر کارکنان و مدیران در مورد ادراک مراجعین از خدمات دریافت شده بود.

در این بررسی ۶ گروه امتیاز محاسبه گردید. سه گروه امتیازات وزن داده نشده و سه گروه امتیازات وزن داده شده انتظارات، ادراکات و شکاف کیفیت. امتیازات وزن داده نشده از محاسبه معدل نمرات بخش‌های دوم (انتظارات) و چهارم (ادراکات)

تعیین می‌گردد. SERVQUAL ۵ بعد اصلی را در کیفیت خدمت مورد سنجش قرار می‌دهد: (۱) جوانب ملموس خدمت: تسهیلات فیزیکی، تجهیزات، ظاهر کارکنان و ... (۲) قابل اطمینان بودن ارائه دهنده خدمت: انجام عملکرد تعهد شده به نحو مطمئن و دقیق (۳) پاسخگویی ارائه دهنده خدمت: تمایل به کمک و پاسخگویی به نیازهای مشتری (۴) تضمین فراهم شده به وسیله ارائه دهنده خدمت: توانایی کارکنان در القای اعتماد و اطمینان و (۵) همدلی ارائه کننده خدمت با مشتریان: توجه فردی به مشتری. نکته قابل توجه آن است که همه این ابعاد با هم مرتبط می‌باشند و تاثیر مهمی بر تفاوت‌های موجود در خدمات درک شده در بین گروه‌های تحت تاثیر می‌گذارد [۱۲، ۱۳].

گرچه این ابزار به طور وسیعی مورد قبول واقع شده است ولی انتقاداتی نیز بر آن وارد می‌باشد که عبارتند از: الف) عملیاتی کردن کیفیت خدمت درک شده به عنوان یک امتیاز شکاف (Gap Score) مبهم بودن پرسشنامه انتظارات و ج) استفاده از یک ابزار کلی واحد برای سنجش کیفیت خدمت در انواع مختلف خدمت. علی رغم این انتقادات SERVQUAL همچنان یک ابزار موفق در سنجش کیفیت خدمت می‌باشد. فیسک و همکاران (۱۹۹۷)، در بررسی ۷ مطالعه بازاریابی که با استفاده از SERVQUAL انجام شده بود، نتیجه گیری کردند که این ابزار از قدرت پیش بینی کنندگی خوبی برای کیفیت کلی خدمت بر خوردار می‌باشد. طراحان ابزار در دفاع از این مدل ابراز داشته‌اند که این مدل ساختار اولیه برای حمایت از کیفیت خدمت را فراهم می‌کند. آنها همچنین پیشنهاد کرده‌اند که این ساختار از نظر نوشتن عبارات و استفاده در موقعیت‌های خاص قابل تعدیل می‌باشد [۱۴].

از آنجا که تاکنون دیدگاه مدیران، کارشناسان و ارائه کنندگان خدمات تنظیم خانواده در خصوص کیفیت خدمت مورد انتظار و کیفیت خدمت درک شده از سوی مراجعین مورد بررسی قرار نگرفته بود بر آن شدید تا با استفاده از مدل شکاف و پرسشنامه SERVQUAL که قبلاً روایی و پایایی آن در ایران توسط کبریایی و همکاران مطالعه شده بود، به بررسی و مقایسه نظرات مراجعین، کارشناسان و مدیران برنامه تنظیم خانواده در مورد شکاف کیفیت در خدمات تنظیم خانواده بپردازیم [۱۵].

### مواد و روش‌ها:

در این مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۸۶ در ۵۱ مرکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران انجام شد، تعداد ۵۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده جهت

پایایی پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد مورد ارزیابی قرار گرفت. با توجه به جدول (۱) برخی از ضرایب آلفا کمتر از حد قابل قبول ۰/۷۰ می‌باشند که مربوط به ضرایب انتظارات است. پایین بودن ضرایب آلفا اشاره به آن دارد که آیتم‌های مورد مطالعه باید در یک بعد ترکیب شوند یا در گروه‌های متعدد قرار داده شوند.

پرسشنامه و تفاضل نمره خام انتظارات و ادراکات به عنوان نمره شکاف کیفیت بدست آمد.

برای محاسبه امتیازات وزن داده شده از نمرات بخش سوم استفاده شد. در این مورد ابتدا امتیاز اهمیت هر بُعد در میانگین امتیاز آن بُعد ضرب و سپس بر عدد ۷ تقسیم شده است. میانگین بدست آمده برای مجموع ابعاد به عنوان امتیازات وزن داده شده برای انتظارات و ادراکات و شکاف کیفیت محاسبه شده است.

جدول ۱: نتایج تحلیل پایایی پرسشنامه مراجعین و کارکنان و مدیران با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ

بُعد	تعداد	مراجعین		مدیران و کارکنان	
		انتظارات	ادراکات	انتظارات	ادراکات
بعد ۱ (محسوسات)	۳	۰/۵۵	۰/۷۵	۰/۶۶	۰/۸۰
بعد ۲ (اطمینان)	۲	۰/۶۴	۰/۷۲	۰/۷۳	۰/۷۸
بعد ۳ (پاسخگویی)	۳	۰/۶۶	۰/۸۳	۰/۵۱	۰/۷۹
بعد ۴ (تضمین)	۴	۰/۷۷	۰/۸۶	۰/۶۹	۰/۹۰
بعد ۵ (همدلی)	۳	۰/۷۲	۰/۷۲	۰/۷۲	۰/۸۲
بعد ۶ (قابلیت استفاده)	۴	۰/۸۷	۰/۸۵	۰/۷۶	۰/۸۸
کل ابعاد		۰/۹۰	۰/۹۳	۰/۸۶	۰/۹۵

مطالعه بی سواد و ۱۷/۲ درصد دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم بوده‌اند. اکثریت پاسخگویان (۵۴/۴٪) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و در مجموع، ۸۷/۴ درصد خانه دار و ۱۲/۶ درصد شاغل بودند. ۶۵/۴ درصد پاسخگویان بیشتر از ۱۱ بار سابقه مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی را داشتند. مدت زمان انتظار برای دریافت خدمت در این مراجعه برای ۳۰/۴ درصد پاسخگویان کمتر از ۵ دقیقه و برای ۲۸/۸ درصد، بیشتر از ۱۵ دقیقه طول کشیده بود. این میزان انتظار از نظر ۵۰/۳ درصد پاسخگویان «کاملاً قابل قبول» بوده است. میانگین میزان رضایت از مدت انتظار در این مراجعه  $1/67 \pm 5/68$  از ۷ امتیاز بود.

در گروه کارکنان، کارشناسان و مدیران برنامه‌های تنظیم خانواده، ۹۸/۸ درصد افراد تحت مطالعه زن و ۱/۲ درصد مرد بودند. میانگین سنی این گروه  $37/53 \pm 8/22$  سال با دامنه سنی ۵۴ - ۲۱ سال بود. ۷۱/۵ درصد دارای مدرک کارشناسی و ۸۰/۶ درصد فارغ التحصیل رشته مامایی و ۳/۶ درصد پزشک بودند. میانگین سابقه خدمت این افراد در خدمات تنظیم خانواده ۱۰۹/۴ ماه (حدود ۹ سال و سه ماه) بود.

ضرایب آلفای پایین، نشان دهنده یک ساختار عاملی چند بعدی است. این اندازه‌های پایین ضرایب آلفا در نمرات انتظارات با نتایج بدست آمده در سایر مطالعات همخوانی دارد [۱۱، ۱۶]. الگوی تقریباً مشابهی در ضرایب آلفای محاسبه شده برای پرسشنامه کارکنان و مدیران دیده می‌شود. مانند پرسشنامه مراجعین، ضرایب آلفا در ابعاد ۱ و ۳ کمتر از ۰/۷۰ بوده که مربوط به بخش انتظارات می‌باشد.

تحلیل‌های آماری این مطالعه با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 16 انجام شد. از آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی نسبی و مطلق، میانگین و انحراف معیار برای توصیف داده‌ها و جهت مقایسه بین متغیرها از آزمون تی مستقل، تی زوج و آنالیز واریانس استفاده شد.

#### یافته‌ها:

کلیه پاسخگویان مراجعه کننده به واحدهای تنظیم خانواده مراکز بهداشتی درمانی، زن با میانگین سنی  $30/85 \pm 6/87$  سال (۵۳ - ۱۶ سال) بودند. ۱/۴ درصد از مراجعین تحت

۸۹/۱ درصد از این افراد در مراکز بهداشتی درمانی مشغول به خدمت بودند.

براساس نتایج این بررسی، تمامی امتیازات محاسبه شده برای تعیین اختلاف بین انتظارات و ادراکات مراجعین از خدمات تنظیم خانواده، به جز یک مورد منفی بود. بیشترین شکاف کیفیت نیز در عبارت ۱ با امتیاز ۱/۷۱- مشاهده گردید. در مورد عبارت

۱۷ (سادگی و راحتی استفاده از خدمات) کمترین اختلاف بین انتظارات و ادراکات مراجعین از کیفیت خدمات وجود داشت که یک عدد مثبت بود. به عبارت دیگر در مورد این عبارت خدمات ارائه شده فراتر از انتظار مراجعین بوده است. اختلاف معنی داری بین امتیاز خدمت مورد انتظار و خدمت درک شده در همه عبارات به جز عبارات ۱۶، ۱۷ و ۱۹ مشاهده گردید (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین نمرات انتظارات، ادراکات و شکاف کیفیت در هر یک از عبارات مربوط به کیفیت خدمات تنظیم خانواده از نظر مراجعین و کارکنان و مدیران تنظیم خانواده

ابعاد کیفیت	مراجعین				کارکنان و مدیران			
	انتظارات	ادراکات	اختلاف	p-value	انتظارات	ادراکات	اختلاف	p-value
<b>بعد محسوسات</b>								
تجهیزات مدرن و به روز	۶/۴۴	۴/۷۳	-۱/۷۱	<۰/۰۰۱	۶/۴۱	۴/۹۶	-۱/۴۲	<۰/۰۰۱
جالب توجه بودن ظاهر مرکز	۶/۰۴	۴/۸۹	-۱/۱۶	<۰/۰۰۱	۶/۴۶	۴/۹۶	-۱/۵۳	<۰/۰۰۱
ظاهر تمیز و مرتب کارکنان	۶/۶۴	۶/۲۶	-۰/۳۸	<۰/۰۰۱	۶/۷۳	۶/۱۵	-۰/۵۸	<۰/۰۰۱
<b>بعد اطمینان</b>								
تلاش صادقانه برای رفع مشکل مراجعین	۶/۷۲	۶/۲۰	-۰/۵۲	<۰/۰۰۱	۶/۸۴	۶/۳۰	-۰/۵۴	<۰/۰۰۱
ارائه خدمات در زمان مقرر	۶/۵۹	۶/۲۳	-۰/۳۵	<۰/۰۰۱	۶/۷۱	۶/۱۶	-۰/۵۵	<۰/۰۰۱
<b>بعد پاسخگویی</b>								
اعلام دقیق زمان انجام خدمات	۶/۴۹	۶/۲۴	-۰/۲۴	<۰/۰۰۱	۶/۴۵	۶/۱۳	-۰/۲۸	<۰/۰۰۱
ارائه خدمات در اسرع وقت	۶/۴۹	۶/۲۰	-۰/۲۹	<۰/۰۰۱	۶/۵۶	۶/۱۲	-۰/۵۲	<۰/۰۰۱
اشتیاق برای کمک به مراجعین	۶/۴۸	۶/۳۰	-۰/۱۸	<۰/۰۰۱	۶/۶۷	۶/۲۲	-۰/۴۴	<۰/۰۰۱
<b>بعد تضمین</b>								
ایجاد حس اعتماد در مراجعین	۶/۵۸	۶/۳۴	-۰/۲۴	<۰/۰۰۱	۶/۷۶	۶/۴۳	-۰/۳۳	<۰/۰۰۱
احساس ایمنی در دریافت خدمات	۶/۶۱	۶/۳۸	-۰/۲۲	<۰/۰۰۱	۶/۶۴	۶/۲۰	-۰/۴۴	<۰/۰۰۱
رعایت ادب و نزاکت با مراجعین	۶/۶۸	۶/۴۸	-۰/۱۹	<۰/۰۰۱	۶/۸۲	۶/۳۸	-۰/۳۶	<۰/۰۰۱
داشتن اطلاعات کافی برای پاسخگویی	۶/۵۶	۶/۴۱	-۰/۱۵	<۰/۰۰۲	۶/۷۴	۶/۳۶	-۰/۳۸	<۰/۰۰۱
<b>بعد همدلی</b>								
مناسب بودن ساعات کار	۶/۳۴	۵/۹۷	-۰/۳۸	<۰/۰۰۱	۶/۳۸	۶/۰۰	-۰/۳۸	<۰/۰۰۱
توجه اختصاصی به مراجعین	۶/۲۱	۵/۸۳	-۰/۳۸	<۰/۰۰۱	۶/۴۱	۵/۸۶	-۰/۶۶	<۰/۰۰۱
کسب رضایت قلبی مراجعین	۶/۳۷	۶/۲۲	-۰/۱۵	۰/۰۱۴	۶/۴۵	۶/۰۲	-۰/۴۲	<۰/۰۰۱
<b>بعد قابلیت استفاده</b>								
سادگی یادگیری استفاده از خدمات	۶/۴۱	۶/۳۲	-۰/۰۹	۰/۰۹	۶/۴۵	۶/۴۰	-۰/۰۱	۰/۶۰۴
سادگی و راحتی استفاده از خدمات	۶/۲۷	۶/۳۴	۰/۰۷	۰/۲۶۲	۶/۱۳	۶/۰۵	-۰/۰۷	۰/۴۸۳
سادگی دستیابی به خدمات	۶/۳۲	۶/۱۴	-۰/۱۷	۰/۰۴	۶/۲۷	۵/۹۱	-۰/۳۶	۰/۰۰۱
سادگی فهم و درک اطلاعات ارائه شده	۶/۴۳	۶/۳۸	-۰/۰۵	۰/۲۹۹	۶/۳۲	۶/۱۳	-۰/۱۸	۰/۰۵

امتیاز ۰/۱۲ بوده است. اختلاف آماری معنی داری بین امتیازات انتظارات و ادراکات در همه عبارات به جز عبارات ۱۶ و ۱۷ مشاهده گردید.

در بخش سوم از پرسشنامه اهمیت و وزن هر یک از ابعاد کیفیت از نظر مراجعین مورد پرسش قرار گرفت. هر یک از ابعاد از ۱ (بدون اهمیت) تا ۷ (کاملاً مهم) درجه بندی شده بود (جدول ۳).

از نظر کارکنان و مدیران، خدمات درک شده توسط مراجعین در تمام موارد کمتر از خدمات مورد انتظار آنها می‌باشد، لذا کلیه امتیازات محاسبه شده برای تعیین شکاف کیفیت خدمت منفی بود. از نظر کارکنان و مدیران بیشترین اختلاف بین انتظارات و ادراکات مراجعین از خدمات تنظیم خانواده در عبارت ۲ (جالب توجه بودن ظاهر مرکز) با امتیاز ۱/۵۳- و کمترین اختلاف در مورد عبارت ۱۶ (سادگی یادگیری استفاده از خدمات) با

جدول ۳: میانگین نمرات وزن داده شده انتظارات، ادراکات و شکاف کیفیت خدمات تنظیم خانواده از نظر مراجعین و کارکنان و مدیران تنظیم خانواده

کارکنان و مدیران				مراجعین				ابعاد		
وزن	انتظارات	ادراکات	اختلاف	p-value	وزن	انتظارات	ادراکات		اختلاف	p-value
۶/۲۹	۵/۸۸	۴/۸۰	-۱/۰۸	<۰/۰۰۱	۶/۲۴	۵/۷۱	۴/۷۵	-۰/۹۶	<۰/۰۰۱	محسوسات
۶/۵۹	۶/۳۹	۵/۸۶	-۰/۵۲	<۰/۰۰۱	۶/۴۷	۶/۲۰	۵/۷۹	-۰/۳۹	<۰/۰۰۱	اطمینان
۶/۳۸	۵/۹۸	۵/۶۱	-۰/۳۷	<۰/۰۰۱	۶/۴۱	۵/۹۹	۵/۷۶	-۰/۲۲	<۰/۰۰۱	پاسخگویی
۶/۷۳	۶/۴۶	۶/۰۸	-۰/۳۸	<۰/۰۰۱	۶/۵۶	۶/۲۴	۶/۰۳	-۰/۲۰	<۰/۰۰۱	تضمین
۶/۳۶	۵/۸۷	۵/۴۲	-۰/۴۴	<۰/۰۰۱	۶/۲۳	۵/۷۰	۵/۴۱	-۰/۳۰	<۰/۰۰۱	همدلی
۶/۴۱	۵/۷۷	۵/۶۱	-۰/۱۶	۰/۰۲۴	۶/۵۰	۵/۹۶	۵/۸۸	-۰/۰۸	۰/۰۳۵	قابلیت استفاده
۶/۰۶	۶/۰۶	۵/۵۶	-۰/۵۰	<۰/۰۰۱	کل	۵/۹۷	۵/۵۹	-۰/۳۷	<۰/۰۰۱	

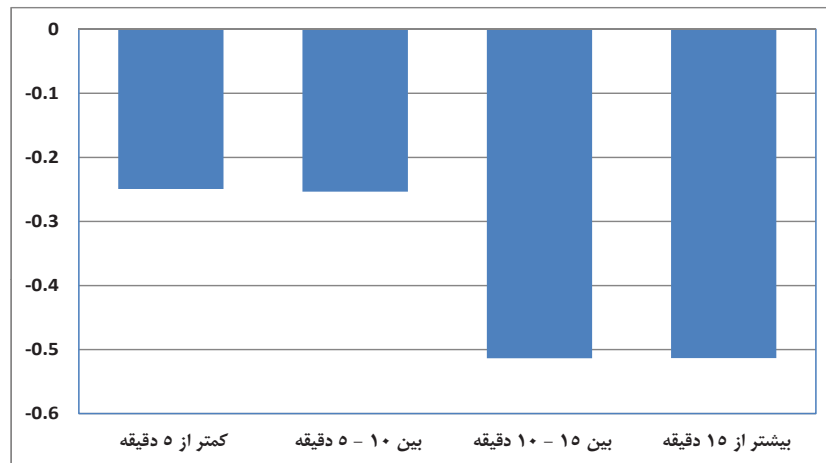
رابطه با پرسشنامه کارکنان و مدیران نیز پس از اعمال ضرایب وزنی، بیشترین شکاف در کیفیت خدمت در بُعد محسوسات مشاهده شد و مشابه نتایج بدست آمده در مورد مراجعین، ابعاد اطمینان و همدلی در رده‌های بعدی قرار گرفتند. کارکنان و مدیران برنامه‌های تنظیم خانواده به انتظارات مراجعین در بُعد تضمین بیشترین امتیاز، و در بُعد قابلیت استفاده کمترین امتیاز را اختصاص دادند. همچنین به نظر این گروه، کیفیت درک شده توسط مراجعین در بُعد تضمین، بیشترین امتیاز، و در بعد محسوسات کمترین امتیاز را داشته است. آزمون آماری T زوج اختلاف معنی داری را بین نمرات وزن داده شده در گروه مراجعین و نیز در گروه کارکنان و مدیران در همه ابعاد نشان داد. بین دو گروه مراجعین و کارکنان و مدیران برنامه‌های تنظیم خانواده اختلاف معنی داری از نظر امتیازات وزن داده شده انتظارات ( $p=۰/۰۱۷$ )، و شکاف کیفیت ( $p=۰/۰۱۳$ ) در بعد تضمین، مشاهده شد.

پس از اعمال ضرایب وزنی در نمرات کلی انتظارات و ادراکات، اختلافی معادل  $-۰/۳۷$  بین انتظارات و ادراکات مراجعین از کیفیت خدمات تنظیم خانواده به دست آمد که از نظر آماری معنی دار بود ( $CI=۰/۳۱-۰/۴۴$ ،  $p<۰/۰۰۱$ ).

مهمترین بعد کیفیت خدمت از نظر مراجعین مربوط به بُعد تضمین بود. کارکنان و مدیران نیز به این بُعد به عنوان مهمترین بُعد کیفیت از نظر مراجعین اشاره کردند، ولی میانگین امتیاز داده شده از سوی کارکنان به این بُعد از امتیاز بالاتری ( $۶/۷۳$  از  $۷$ ) برخوردار بوده است. به طور کلی کارکنان و مدیران برنامه معتقد بودند که مراجعین اهمیت بیشتری برای ابعاد کیفیت قائل هستند. موارد استثنای مربوط به دو بُعد پاسخگویی و قابلیت استفاده است که امتیاز داده شده از سوی کارکنان و مدیران کمتر از امتیاز داده شده توسط مراجعین بود. اختلاف مشاهده شده در بین وزن‌های داده شده تنها در مورد بعد تضمین به لحاظ آماری معنی دار بود ( $p=۰/۰۲۵$ ).

پس از اعمال ضرایب وزنی هر یک از ابعاد کیفیت، بیشترین شکاف در کیفیت خدمت در بُعد محسوسات مشاهده شد و پس از آن با اختلاف قابل توجهی ابعاد اطمینان و همدلی قرار گرفتند. انتظارات مراجعین در بُعد تضمین با میانگین  $۶/۲۴$  از  $۷$ ، بیشترین امتیاز و در بُعد همدلی و محسوسات با میانگین  $۵/۷۰$  و  $۵/۷۱$ ، کمترین امتیاز را کسب کرده بود، در حالی که بیشترین امتیاز ادراکات به بعد تضمین با میانگین  $۶/۰۳$  و کمترین به بُعد محسوسات با میانگین  $۴/۷۵$  داده شده بود. در

همچنین از نظر کارکنان و مدیران اختلافی معادل  $0/50$  - بین انتظارات و ادراکات مراجعین از کیفیت خدمات تنظیم خانواده وجود داشت که به لحاظ آماری معنی دار بود ( $p < 0/001$ ,  $CI = 0/39 - 0/61$ ). اختلاف بین امتیازات مراجعین، و کارکنان و مدیران برنامه‌های تنظیم خانواده در مورد متغیرهای انتظارات، ادراکات و شکاف کیفیت، قبل و بعد از اعمال ضرایب وزنی، به لحاظ آماری معنی دار نبود.



نمودار ۱: توزیع میانگین نمره کلی اختلاف بین انتظارات و ادراکات مراجعین از کیفیت خدمت براساس مدت انتظار در مراجعه اخیر

کم اهمیت‌ترین بُعد کیفیت خدمت بود [۱۱]. این نتیجه در مقایسه کیفیت خدمت از نظر مراجعین به کلینیک‌های فنلاند و انگلستان نیز تکرار شده بود [۱۷].

مهمترین بُعد کیفیت چه از نظر مراجعین و چه از نظر کارکنان و مدیران برنامه، بُعد تضمین بود. به عبارت دیگر از نظر پاسخگویان توانایی اعتماد به مراکز بهداشتی درمانی برای تامین خدمات تعهد شده، در تعیین کیفیت خدمت بسیار مهم بوده است. در مطالعه انجام شده در مرکز بهداشتی درمانی دانشگاهی در پنسیلوانیا بُعد اطمینان به عنوان مهم‌ترین بُعد کیفیت خدمت شناخته شده بود [۱۱]. در حالیکه در مطالعه هارت، پاسخگویان فنلاندی به بُعد تضمین و پاسخگویان انگلیسی به بُعد اطمینان به عنوان مهم‌ترین بُعد کیفیت اشاره کرده بودند به نظر می‌رسد که تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و نوع خدماتی که بررسی کیفیت در آن انجام می‌شود می‌تواند در قضاوت مراجعین در وزن دهی به ابعاد کیفیت خدمت و تعیین مهم‌ترین بُعد خدمت موثر باشد [۱۷].

بیشترین امتیاز انتظارات برای مراجعین و کارکنان و مدیران برنامه مربوط به بُعد تضمین بود که این یافته با نظر پاسخگویان

با افزایش سال‌های تحصیل، میانگین نمرات شکاف کیفیت نیز افزایش یافت و بین نمرات شکاف کیفیت و سال‌های تحصیل همبستگی منفی وجود داشت ( $r = -0/23$ ) که از نظر آماری معنی دار بود ( $p < 0/001$ ). آنالیز واریانس یک طرفه تفاوت معنی‌داری را در نمرات شکاف کیفیت در افراد با تحصیلات دانشگاهی با سایر گروه‌ها نشان داد ( $p < 0/04$ ). تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات شکاف کیفیت در گروه‌های مختلف سنی و شغلی مشاهده نگردید.

بالا بودن وزن‌های اختصاص داده شده به ابعاد کیفیت، بیانگر اهمیت داشتن همه ابعاد کیفیت چه از نظر مراجعین و چه از نظر کارکنان و مدیران برنامه می‌باشد. ابعاد همدلی و محسوسات (بعد ملموس خدمت) کمترین اهمیت را از نظر مراجعین داشتند. کارکنان و مدیران برنامه نیز کمترین امتیاز اهمیت را به این دو بُعد کیفیت خدمت اختصاص دادند البته با این تفاوت که امتیازات داده شده در کل بیشتر از امتیاز مراجعین و به لحاظ ترتیب ابتدا بُعد محسوسات و سپس، بُعد همدلی بوده است. در مطالعه کیفیت خدمات در مرکز بهداشتی درمانی دانشگاهی در پنسیلوانیا نیز بُعد ملموس خدمت



بر اساس نتایج این مطالعه بیشترین و کمترین شکاف در کیفیت خدمات تنظیم خانواده، به ترتیب در بُعد محسوسات و بُعد قابلیت استفاده قرار داشت. در بررسی شکاف کیفیت در خدمات مشاوره قبل ازدواج، بیشترین و کمترین شکاف کیفیت به ترتیب در ابعاد تضمین و همدلی وجود داشت [۲۰]. کارکنان و مدیران برنامه نیز معتقد بودند که بیشترین شکاف در کیفیت خدمات تنظیم خانواده در بُعد محسوسات و کمترین شکاف در بُعد قابلیت استفاده قرار دارد. همان طور که مشاهده می‌شود کارکنان و مدیران برنامه به طور کلی نظراتی مشابه مراجعین داشته‌اند با این تفاوت که نمرات داده شده از طرف کارکنان و مدیران به انتظارات و ادراکات بیشتر از امتیازات داده شده توسط مراجعین بوده است. در مطالعات سیلوسترو (۲۰۰۵)، و دی مان و همکاران (۲۰۰۲)، نیز کارکنان ادراکات مراجعین از خدمات دریافتی را در سطح پایین‌تری در مقایسه با مراجعین، امتیاز داده بودند [۲۱، ۱۹].

اختلاف معنی داری بین امتیازات انتظارات مراجعین از کیفیت خدمات و نظر کارکنان و مدیران برنامه در گروه‌های مختلف در مورد انتظارات مراجعین وجود نداشت. در حالیکه در مورد امتیازات ادراکات از خدمات دریافتی تنها بین مراجعین و کارکنان ارائه دهنده خدمت در مراکز بهداشتی درمانی اختلاف آماری وجود نداشت. به عبارت دیگر، در مقایسه با سایر کارشناسان و مدیران برنامه در سطوح مختلف ستادی، تنها کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شناخت بهتری از درک مراجعین از خدمات دریافتی داشته‌اند. سیلوسترو (۲۰۰۵)، نیز در مطالعه خود در مورد تحلیل شکاف در خدمات یک مرکز غربالگری و مراقبت از سرطان پستان به نتیجه مشابهی رسیده و می‌نویسد: پرستاران بهترین درک از اولویت‌های بیماران را داشتند و مدیران که کمترین تماس را با بیماران داشتند، از اولویت‌های آنها به طور کلی بی‌اطلاع بودند. در مقایسه با مدیران، ارزشیابی پرستاران از ادراکات بیماران در مورد هر عامل کیفیت به طور قابل توجهی به امتیازات داده شده توسط بیماران نزدیک‌تر بود. وی نزدیک بودن امتیازات پرستاران با امتیازات بیماران را به علت تماس بیشتر این گروه با بیماران و شناخت بهتر این گروه از کارکنان از بیماران ذکر کرده است. به نظر سیلوسترو نیازی نیست که مطالعه نظرات کارکنان در مورد انتظارات و ادراکات مراجعین از خدمات لزوماً مانند بررسی انتظارات و ادراکات مراجعین به صورت مکرر، انجام گیرد ولی انجام گاه و بیگاه آن می‌تواند پرچم نیاز به بهبود ارتباطات بین بخشی را بالا ببرد و در مواردی که برخی از کارکنان بهتر از سایرین بتوانند مشتریان را درک نمایند، نیاز به ادغام عملکردهای متقابل و یادگیری را نمایان می‌کند [۲۱].

در هر دو گروه در مورد مهمترین بعد خدمت همخوانی داشت. این همخوانی بین مهمترین بُعد و بالاترین امتیاز انتظارات در مطالعات استرادرمن و هارت نیز وجود داشت [۱۷، ۱۱]. آقاملایی و همکاران (۱۳۸۷) و لین و همکاران (۲۰۰۹)، نیز بیشترین کیفیت مورد انتظار پاسخگویان را در بُعد تضمین گزارش کردند در صورتی که کبریایی و همکاران (۱۳۸۳) اظهار داشتند که در بعد اطمینان پاسخگویان انتظار بیشتری نسبت به سایر ابعاد کیفیت خدمت داشتند [۱۸، ۱۵، ۲].

از نظر مراجعین کمترین امتیاز انتظارات به بُعد همدلی (کم اهمیت ترین بُعد) و پس از آن به بُعد محسوسات، و از نظر کارکنان و مدیران نیز، کمترین امتیاز انتظارات به بُعد محسوسات اختصاص یافته بود که این یافته نیز با اهمیت داده شده به ابعاد کیفیت همخوانی داشت. در مطالعات انجام شده در کاشان و بندرعباس نیز بعد همدلی کمتر میانگین امتیازات انتظارات را به خود اختصاص داده بود [۱۵، ۲].

در تحقیق حاضر، بیشترین امتیاز ادراکات مربوط به بُعد تضمین بود که نشان دهنده احساس اطمینان پاسخگویان در تعامل با نظام بهداشتی است. از نظر کارکنان و مدیران برنامه تنظیم خانواده نیز بیشترین امتیاز ادراکات مراجعین از خدمات دریافتی به این بُعد اختصاص داشت. این یافته مشابه یافته‌های مطالعات استرادرمن، هارت، آقاملایی و همکاران، و لین و همکاران بود در حالیکه کبریایی و همکاران بیشترین میانگین امتیاز ادراکات را در بعد اطمینان گزارش کردند [۱۸، ۱۷، ۱۵، ۱۱، ۲].

کمترین امتیاز ادراکات در پرسشنامه مراجعین و کارکنان و مدیران، مربوط به بُعد محسوسات بود. دی مان و همکاران (۲۰۰۲)، بیشترین و کمترین امتیاز ادراکات مراجعین از خدمات دریافتی در بخش پزشکی هسته‌ای را به ترتیب در ابعاد آسایش و پاسخگویی، و بیشترین و کمترین امتیاز ادراکات کارکنان از درک مراجعین از خدمات دریافتی را در ابعاد همدلی و پاسخگویی، طبقه بندی کردند [۱۹].

هر دو گروه مراجعین و کارکنان و مدیران، ظاهر فیزیکی مراکز و تجهیزات موجود در آنها را به عنوان زمینه‌ای برای ارتقا شناسایی نموده‌اند که برای ایجاد یک نگرش مراجع-محور در کیفیت خدمات ضروری خواهد بود. هر چند این بُعد کم اهمیت ترین بُعد از نظر این دو گروه بوده است، ولی باید توجه داشت که برای بهبود درک مراجعین از خدمات دریافت شده در بخش تنظیم خانواده، مدیران و کارکنان باید بر بُعد محسوسات خدمت دقت نمایند، مثل به روز کردن تجهیزات و وسایل، جالب توجه بودن ظاهر مراکز، و مرتب بودن ظاهر کارکنان.

بین اولویت‌های مراجعین و خدمات ارائه شده را تسهیل می‌نماید. بعلاوه این ابزار می‌تواند برای اندازه‌گیری اختلاف بین ادراکات مراجعین و درک مدیران از دیدگاه‌های مراجعین بکار گرفته شود و تحلیل‌های مقایسه‌ای بین دیدگاه‌های کارکنان بخش‌های مختلف با عملکردهای متفاوت، می‌تواند فرصت‌های ارزشمندی را برای یادگیری درون سازمانی فراهم آورد. از آنجا که براساس مدل شکاف، مدیران براساس شناخت انتظارات و نیازهای مشتریان به طراحی برنامه‌ها می‌پردازند، ضروری است که با اندازه‌گیری‌های دوره‌ای کیفیت خدمت و طراحی و انجام مداخلات مناسب در جهت بهبود مستمر کیفیت خدمات اقدام نمایند.

در بررسی حاضر کارکنان واحدهای بهداشت خانواده (کاردانان، کارشناسان مامایی و بهداشت خانواده) که در خط اول تماس با مراجعین بودند، بهترین شناخت را از ادراکات مراجعین از خدمات دریافتی داشتند و با حرکت از سطح محیطی به سطح ستاد و سیاستگذاری تفاوت بیشتری در ادراک کارشناسان و مدیران ستادی از خدمات درک شده توسط مراجعین مشاهده شد.

### نتیجه‌گیری:

این مطالعه نشان داد که افق قابل توجهی برای بکارگیری روش تحلیل شکاف در عرصه خدمات سلامت وجود دارد. قابلیت انطباق روش SERVQUAL، اندازه‌گیری ناهمخوانی

### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مدیران و مسئولین مراکز بهداشت شرق، شمال و شمیرانات و کارشناسان مامایی و بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی و کلیه مراجعین شرکت کننده در این بررسی اعلام می‌دارند.

### REFERENCES

1. Shahin A. SERVQUAL and model of service quality gaps: a framework for determining and prioritizing critical factors in delivering quality services, 2005 [cited 14 Feb 2006]. Available from: URL: <http://www.epi.univ-paris1.fr>.
2. Aghamolaei T, Zare Sh, Kebraie A, Poudat A. Quality primary health services from the view point of women referred to health centers in Bandar Abbas. *Payesh* 2008; 7(2):121-127. (In Persian)
3. Shaikh BT, Mobeen N, Azam SI, and Rabbani F. Using SERVQUAL for assessing and improving patient satisfaction at a rural health facility in Pakistan. *Eastern Mediterranean Health J* 2008; 14(2):447-456.
4. Mohammadi A, Mohammadi J. Evaluating quality of health services in health centres of Zanjan district of Iran. *Indian J Public Health [serial online]* 2012 [cited 2013 Mar 8]; 56:308-13. Available from: <http://www.ijph.in/text.asp?2012/56/4/308/106422>.
5. Bonsu LO-M and Mensah GA. An examination of customer evaluation of Banking service quality in Ghana Banking Industry. Master's Thesis in Business Administration. Lulea University Of Technology 2013; P:10
6. Shaikh BT and Rabbani F. Health management information system: a tool to gauge patient satisfaction and quality of care. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale* 2005; 11(1/2):192-198.
7. Mosher WD, Martinez GM, Chandra A, Abma JC, Willson SJ. Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982–2002. *Adv Data* 2004; 350: 1-36.
8. Sonfield A. Preventing unintended pregnancy: the need and the means. *Guttmacher Report on Public Policy* 2003; 6: 7-10.
9. Sai FT. The ICPD Programme of Action: pious hope or a workable guide? *Health Transition Review* 1997; 1-5.
10. Becker DE. Clients perceptions of the quality of family planning care: An exploration of differences by race, ethnicity, and language. PhD Thesis in Public health, Johns Hopkins University 2008; P:2-3.

11. Strawderman L. Human factors consideration in quality of service metrics for health care delivery, PhD Thesis in Industrial Engineering, The Graduate School College of Engineering, The Pennsylvania State University 2005; P:19-55.
12. Huang Y, Li S. Understanding quality perception gaps among executives, frontline employees, and patients: the outpatient services in Taiwan hospitals. *Quality Management Health Care* 2010; 19(2) 173–184.
13. Gibson C. Using SERVQUAL to assess the customer satisfaction level of the oregon High Intensity Drug Trafficking Area (HIDTA) ISC Analytic unit. Hatfield School of Government Executive Master of Public Administration. Cohort 2009 [cited 2013 Mar 26]. Available from: <http://www.pdx.edu/cps/capstone>.
14. Roses LK, Hoppen N, Henrique JL. Management of perceptions of information technology service quality. *Journal of Business Research* 2009;( 62):876–882.
15. Kebriaei A, Akbari F, Hosseini M, Eftekhari Ardabili H, Pourreza A. Survey on quality gap in primary health care in Kashan. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2004; 8(31): 82-8. (In Persian)
16. Saleh FA. The determinants of the quality of the service experience: an empirical study of a heritage park. *Journal of Pure & Applied Sciences* 2005; 2(2):75-102.
17. Davies HTO, Malek M, Neilson A, Tavakoli M (editorss). *Managing quality and controlling costs: strategic issues in health care management*. London, Ashgate Publishing 1999; P:68-88.
18. Lin D-J, Sheu I-C, Pai J-Y, Bair A, Hung C-Y, Yeh Y-H, et al. Measuring patients' expectation and the perception of quality in LASIK services. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009;(7):63-70.
19. De Man S, Gemmel P, Vlerick P, Van Rijk P, Dierckx R. Patients' and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging* 2002;29 (9): 1109-1117.
20. Ramezankhani A, Mohammadi G, Akrami F, Ghanbari Sh, Arab Alidousti F. Quality gap in premarital education & consultation program in the health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Pejouhandeh* 2011; 16(4):169-77. (In Persian)
21. Silvestro R. Applying gap analysis in the health service to inform the service improvement agenda. *International Journal of Quality & Reliability Management* 2005; 22(3)215-233.