



مقایسه تاثیر مشاوره تلفیقی (گروهی و فردی) با مشاوره صرفا گروهی زنان بر شکاف کیفیت در برنامه مشاوره هنگام ازدواج: یک کار آزمایی بالینی

دکتر طلعت خدیوزاده^۱، سیده عادله رحمانیان^{۲,۳,۴*}، دکتر حبیب‌الله اسماعیلی^۵

۱. استادیار گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

khadivzadeht@mums.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران rahmaniana1@thums.ac.ir

۰۹۳۶۹۷۴۵۹۸۳

۳. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

۴. مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

۵. دانشیار گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران esmailyh@mums.ac.ir

(تاریخ دریافت: ۹۸/۷/۱۵ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۸/۸/۳۰)

زمینه و هدف: شناخت شکاف کیفیت در خدمات بهداشتی که به معنی فاصله بین انتظارات و ادراکات خدمت‌گیرندگان - است، مبنایی فراهم می‌کند تا بتوان با شناخت وضعیت موجود، کیفیت خدمات را بهبود بخشید و باعث حفظ سلامت جامعه شد. هدف مطالعه حاضر مقایسه شکاف کیفیت در برنامه مشاوره هنگام ازدواج، ارائه‌شده به روش مشاوره گروهی و تلفیقی بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مداخله‌ای دوگروهه در سال ۹۵-۱۳۹۴ بر روی ۱۱۳ نفر از زنان مراجعه‌کننده به واحد مشاوره پیش از ازدواج مراکز بهداشت مشهد انجام شد. افراد به دو گروه دریافت‌کننده تلفیقی از مشاوره گروهی و فردی و مشاوره گروهی تخصیص یافتند. گروه مشاوره تلفیقی، دو جلسه مشاوره گروهی و یک جلسه مشاوره فردی و گروه دیگر، سه جلسه دو ساعته مشاوره گروهی با فواصل یک هفته با موضوعات روابط زوجین و سلامت جنسی و باروری دریافت نمودند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد سروکوال شامل دو بخش انتظارات (قبل از خدمت) و ادراک‌ها (بعد از خدمت) جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 و آزمون‌های تی‌مستقل و زوجی و آزمون‌های ناپارامتریک معادلشان تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین نمره شکاف کیفیت بین دو گروه اختلاف معناداری نداشت ($p=0/49$)، اما ادراکات دریافت‌کنندگان هر دو روش مشاوره گروهی ($p=0/03$) و تلفیقی ($p=0/04$) بطور معناداری بیشتر از نمره انتظارات آنان بود.

نتیجه‌گیری: اگرچه درک دریافت‌کنندگان هر دو روش از کیفیت مشاوره بالاتر از سطح انتظارات آنان بود، میانگین شکاف کیفیت از دیدگاه دریافت‌کنندگان هر دو روش، تفاوت معنی‌داری نداشت. با توجه به امکانات مراکز، می‌توان یکی از دو روش را انتخاب و اجرا نمود.

کلید واژه‌ها: زنان، شکاف، کیفیت، گروهی، مشاوره

مقدمه

مشاوره هنگام ازدواج از خدمات بهداشتی مهمی است که کمک می‌کند، روابط زناشویی زوجین بر مبنای اصول صحیح پایه گذاری شود (۱). امروزه ارائه خدمات با کیفیت یکی از کارکرد های اصلی نظام سلامت می باشد (۲). در این میان، خدمات بهداشتی‌درمانی که رسالت حفظ سلامت جامعه را بر عهده دارد، جایگاه ویژه‌ای دارد (۳). کیفیت مراقبت‌های بهداشتی عبارت است از درجاتی از خدمات ارائه شده به افراد که احتمال نتایج مطلوب را افزایش دهد (۴). بنابراین ارزیابی کیفیت خدمات مراکز بهداشتی‌درمانی به عنوان دروازه‌ی ورودی ارتقای کیفیت است، زیرا نارسایی‌ها را مشخص می‌کند (۵). کیفیت توسط مشتری تعیین می‌گردد (۶). یکی از شاخص‌ها برای اندازه‌گیری کیفیت، الگوی سروکوال^۱ است که توسط پروفیسور پاراسورمان و همکارانش ارائه شد و شامل پنج شکاف است، در واقع شکافی که الگوی سروکوال بیشترین تاثیر را از آن می‌گیرد، شکاف پنجم یا همان تفاوت بین آنچه مشتریان از کیفیت خدمت انتظار دارند و آنچه را که عملاً دریافت می‌کنند، می‌باشد (۷). در این مدل انتظارات و ادراکات افراد از کیفیت خدمات در پنج بعد ملموس، اطمینان، پاسخگویی، همدلی و تضمین بررسی می‌شود (۸). بالتر^۲ و همکارش (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای که به بررسی مدل سروکوال پرداختند، دریافتند که این مدل همچنان یکی از بهترین روش‌های اندازه‌گیری کیفیت خدمات می‌باشد (۹). بنابراین با استفاده از نتایج این مدل نه تنها اولویت‌گذاری و تخصیص منابع تسهیل می‌گردد، بلکه مبنایی فراهم می‌شود تا بتوان با شناخت وضعیت موجود، کیفیت خدمات را بهبود بخشید (۳). با توجه به این که کلاس‌های مشاوره هنگام ازدواج اولین تماس زوجین با سیستم بهداشتی درمانی است، رضایتمندی آن‌ها از این خدمات نقش بسیار موثری در تداوم استفاده از خدمات سیستم بهداشتی خواهد داشت (۶، ۱۰، ۱۱). کیفیت ضعیف خدمات ارائه شده باعث اعتماد کمتر به سیستم بهداشتی می‌شود (۴). در صورت عدم توجه به سنجش کیفیت، ممکن است سیستم بهداشتی هزینه‌گزافی صرف

خدماتی کند که برای مشتریان دارای اهمیت نیست (۱۰). مطالعات شریفی‌راد (۱۳۸۹) و رمضانخانی (۱۳۹۱) بیانگر وجود شکاف کیفیت منفی در مراکز بهداشتی درمانی بود (۴ و ۱۰). هزاوه‌ای (۱۳۹۲) در مطالعه خود نشان داد، تاثیرگذاری این کلاس‌ها بسیار پایین است (۱۲). این درحالی است که ارائه خدمات مورد نیاز مراجعین در بخش مشاوره هنگام ازدواج باعث نیل به اهداف بسیار مهم مشاوره همچون توانمندسازی افراد در زمینه‌های بهداشت جنسی، باروری و شناخت زن و مرد از شرایط روحی و جسمی یکدیگر می‌شود (۱۳). برخی عوامل که منجر به کیفیت پایین این خدمات می‌شوند، شامل: شرایط روحی خاص زوجین هنگام شرکت در این کلاس‌ها، کافی نبودن زمان، محتوی آموزشی و عدم امکان مطرح نمودن نیازها، مشکلات و سوالات از طرف زوجین می‌باشند (۱۰). رضانی (۱۳۹۱) و خالقی‌نژاد (۱۳۹۱) در مطالعه خود مهمترین اصل در ارتقای کیفیت این برنامه‌ها را انتخاب محتوی آموزشی فراگیر بر اساس نیازسنجی آموزشی و اختصاص زمان بیشتر به این کلاس‌ها معرفی کردند (۱). هم‌اکنون برنامه مشاوره هنگام ازدواج شهر مشهد که شامل مباحث روابط عاطفی و زناشویی، تنظیم خانواده و بارداری سالم است، طی مدت دو ساعت به زوجین در آستانه ازدواج ارائه می‌شود که این زمان محدود اجازه ارائه مطالب جامع در هر چهار مبحث را نمی‌دهد. بدین منظور ارتقاء و بهینه‌سازی محتوا و روش‌های ارائه آن و ایجاد تنوع در شرایط یادگیری لازم است. در حال حاضر روش مرسوم ارائه مشاوره هنگام ازدواج، روش مشاوره گروهی است که در آن مشاور و یک گروه همسال به بررسی مشکلات و نگرش‌ها می‌پردازند (۱۴). از طرفی سارکار^۳ (۲۰۱۰) در مطالعه خود عنوان کرد، مشاوره گروهی ممکن است، نتواند، تمام ابعاد درک افراد مورد مشاوره را تحت تاثیر قرار دهد (۱۵). تجربیات پژوهشگران نشان می‌دهد، مشاوره گروهی می‌تواند، محدودیت‌هایی شامل عدم امکان افشای برخی مشکلات مانند مشکلات شخصی و جنسی و غیره داشته باشد. ایچبوروا^۴ (۲۰۱۴) در مطالعه خود روی شناخت درمانی زنان تحت خشونت خانگی به مقایسه تاثیر مشاوره فردی و تلفیقی پرداخت و ضرورت

³ Sarkar⁴ Echeburúa¹ Servqual² Boulter

از ازدواج دو مرکز بهداشت دانش‌آموز و وحدت شهر مشهد که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند، انجام شد. این مطالعه با کد IRCT2015120825438N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ثبت شده است. علت انتخاب این دو مرکز، همکاری مسئولین و تعداد بالای مراجعین به این مراکز بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد ذیل بود: ایرانی و ساکن شهر مشهد و یا روستاهای اطراف آن باشد، رضایت کتبی جهت شرکت در پژوهش داشته باشد، سواد خواندن و نوشتن داشته باشد، و ازدواج فعلی، ازدواج مجدد ایشان نباشد. زنانی که تمایل به ادامه پژوهش نداشتند، در جلسات مشاوره به طور کامل شرکت نکرده بودند (غیبت بیش از ۹۰ دقیقه در کل جلسات) و یا به طور ناقص به پرسشنامه پاسخ داده بودند، از مطالعه حذف شدند. با توجه به اینکه طی جست‌وجو در سایت‌های معتبر علمی مقاله مشابهی یافت نشد، برای تعیین حجم نمونه از جدول کوهن استفاده گردید. برای آزمون دو دامنه در سطح ۰/۰۵، با اندازه اثر ۰/۶۰ و توان ۰/۸۰، حجم نمونه در هر گروه ۴۵ نفر و در مجموع 90 نفر برآورد گردید که با در نظر گرفتن ۲۰٪ ریزش نمونه یا تعداد ۲۷ نفر، حجم نمونه در هر گروه ۵۴ نفر و در مجموع ۱۰۸ نفر تعیین شد (۱۸). نمونه‌گیری به روش آسان انجام شد، سپس واحدهای پژوهش به روش تصادفی‌سازی ساده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی تولید شده توسط نرم‌افزار به دو گروه دریافت‌کننده مشاوره گروهی و "مشاوره تلفیقی" تخصیص یافتند. هر دو گروه مداخله، سه جلسه دو ساعته مشاوره، با فواصل یک هفته با موضوعات روابط زوجین، سلامت جنسی و فرزندآوری دریافت نمودند. در گروه دریافت‌کننده مشاوره تلفیقی، ارائه مشاوره در دو جلسه اول به صورت گروهی و در جلسه سوم به صورت مشاوره فردی بود و در گروه دریافت‌کننده مشاوره گروهی، هر سه جلسه به روش گروهی اجرا شد. طی مشاوره فردی در دریافت‌کنندگان مشاوره تلفیقی نیز بسته به نیاز و شرایط مراجع اطلاعات در مورد مباحث مذکور ارائه شد. پژوهشگر پس از مراجعه به مراکز بهداشت مورد نظر، ضمن معرفی خود به مراجعه‌کنندگان و توضیح هدف از انجام این پژوهش و مزایای آن، به مراجعه‌کنندگان اطمینان داد که این داده‌ها به صورت جمعی بررسی شده و کاملاً محرمانه خواهد ماند.

استفاده از تلفیقی از مشاوره فردی و گروهی را مورد تاکید قرار داد (۱۶). از طرفی زمانی که مشاوره به منظور ارائه اطلاعات و پیشگیری از بیماری و مشکلات انجام می‌شود، مشاوره گروهی از نظر زمان و هزینه از مشاوره فردی به تنهایی به صرفه‌تر است (۱۷). با توجه به مسائل فوق نیازسنجی توسط پژوهشگر انجام گردید تا میزان نیاز زنان به مشاوره چهره به چهره و سطح استقبال آنان از برگزاری مشاوره فردی سنجیده شود. از نظر آنان حتی پس از شرکت در این کلاس‌ها حجم بسیار زیادی از سوالاتشان باقی می‌ماند که شاید بتوانند فقط یک یا دو مورد آن را پس از اتمام جلسه با مدرس این کلاس‌ها مطرح نمایند. برخی از آنان اشاره کرده بودند، مسائل و مشکلاتی دارند که برای یافتن راه‌حل آن، دچار مشکل شده‌اند. بسیاری از این افراد از روی غفت‌ورزی از اظهار سوالات، مشکلات و جست‌وجوی راه‌چاره، شرم دارند که ماندن در این کم-آگاهی یا ناآگاهی ممکن است، مشکلات فراوانی برایشان بوجود آورد. بسیاری نیز ممکن است به منابع غیرموثق رجوع آورند. بی‌تردید تامین نیاز جوانان در خصوص اطلاعات مورد نیازشان به خصوص قبل از ازدواج از بسیاری از مشکلات آنان در آینده می‌کاهد. در این نیازسنجی مشخص شد، اکثر خانم‌ها خواهان حضور در جلسات فردی و چهره به چهره برای کسب آگاهی و یافتن راهی برای حل مشکلاتشان بودند. بر این اساس در طراحی این مطالعه از تلفیقی از مشاوره فردی و گروهی و مشاوره صرفاً گروهی استفاده شد. با توجه به این که در مرور متون علمی موجود، مطالعه‌ای که به مقایسه تاثیر ارائه مشاوره هنگام ازدواج به روش گروهی و تلفیقی بر شکاف کیفیت پرداخته باشد، وجود نداشت، این سوال که کدام نوع مشاوره می‌تواند، در مراکز بهداشتی موثرتر واقع شود، به قوه خود باقی است، بنابراین این مطالعه با هدف مقایسه تاثیر مشاوره گروهی و تلفیقی از مشاوره گروهی و فردی زنان بر شکاف کیفیت در برنامه مشاوره هنگام ازدواج از دیدگاه مراجعین به واحد مشاوره پیش از ازدواج مراکز بهداشت شهر مشهد در سال ۹۵-۱۳۹۴ طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مداخله‌ای دوگروهه در سال ۹۵-۱۳۹۴ بر روی ۱۱۳ نفر از زنان مراجعه‌کننده به واحد مشاوره پیش



صورتی که نمره ادراکات و انتظارات یکی باشد، شکافی وجود نداشته و خدمات در حد انتظارات ارائه شده است. با توجه به ویژگی برنامه هنگام ازدواج، تغییرات مختصری در پرسشنامه داده شد، به همین دلیل اعتبار و پایایی آن مجدداً مورد بررسی قرار گرفت. برای اطمینان از روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوایی و صوری استفاده شد؛ بدین صورت که پرسشنامه در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار گرفت و پس از انجام اصلاحات لازم، ابزار نهایی مورد استفاده قرار گرفت. پایایی درونی پرسشنامه نیز از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شد و $r=0/91$ به دست آمد که بر وجود سازگاری درونی دلالت دارد. البته روایی و پایایی این پرسشنامه قبلاً به وسیله مطالعات انجام شده در داخل و خارج کشور تأیید شده است. پایایی از طریق آزمون - آزمون مجدد نیز برابر $(r=0/88$ و $p=0/001)$ بود که نشان دهنده پایایی مناسب پرسشنامه می باشد.

محتوای مورد مشاوره بر اساس نیازسنجی انجام شده توسط پژوهشگر و با استفاده از منابع علمی معتبر به صورت مبتنی بر نیاز افراد تهیه و پس از تأیید به وسیله متخصصین مربوطه، توسط پژوهشگر ارائه شد. جلسات با در نظر گرفتن اصول و فنون مشاوره در موضوعات بهداشتی ارائه گردید. این اصول شامل برقراری رابطه حسنه و جلب اعتماد، آشنایی با مسیر مشاوره، گوش دادن فعال، تشخیص مشکل و توضیح مسئله مبتنی بر نیاز مراجع، کمک به مراجع برای تصمیم گیری آگاهانه یا تغییر نگرش وی، رهبری و اختتام جلسه هستند که متناسب با موضوع مشاوره و بنا به نیاز طی جلسات مشاوره استفاده شدند. پژوهشگر طی شرکت در چندین جلسه کلاس های مشاوره، آموزش های لازم را جهت برگزاری جلسات مشاوره گروهی دریافت نمود و ارائه مشاوره توسط وی بعد از اخذ تأیید متخصص مربوطه مبنی بر کسب مهارت لازم انجام شد. پژوهشگر همچنین آموزش های لازم را در کارگاه های بهداشت جنسی و گذراندن واحدهای درسی مربوطه دریافت نموده و صلاحیت وی برای برگزاری این دوره توسط اساتید مربوطه تأیید شد.

پس از آنان درخواست شد در صورت تمایل به همکاری، فرم رضایت آگاهانه شرکت در مطالعه را امضاء نمایند. تعداد اعضای شرکت کننده در هر یک از جلسات مشاوره گروهی در هر یک از دو گروه دریافت کننده مداخله، ۱۵-۵ نفر بود. بنابراین در هر دوره از برگزاری جلسات مشاوره، ۴۵ نفر از داوطلبین شرکت در مطالعه انتخاب و بطور تصادفی به سه گروه تخصیص می یافتند. روش تخصیص تصادفی بدین نحو بود که افراد از شماره ۱ تا ۴۵ شماره گذاری می شدند. با استفاده از نرم افزار مینی تب اعداد تصادفی در دامنه ۱-۴۵ تولید شده و به طور تصادفی به سه گروه تخصیص می یافت. تاریخ برگزاری جلسات از طریق شماره تماسی که واحدهای پژوهش در فرم رضایت آگاهانه نوشته بودند، به اطلاع افراد می رسید. نمونه گیری از آبان ماه سال ۱۳۹۴ تا مرداد ماه سال ۱۳۹۵ به طول انجامید. داده ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات فردی و پرسشنامه استاندارد سروکوال شامل دو بخش انتظارات و ادراکات گردآوری شد. پرسشنامه اطلاعات فردی و فرم انتظارات در ابتدای جلسه اول و فرم ادراکات انتهای جلسه آخر تکمیل شد. سوال های دو بخش این پرسشنامه از نظر محتوا شبیه هم بوده و توسط واحدهای پژوهش قبل و بعد از دریافت خدمت تکمیل می شود. در بخش انتظارات (قبل از دریافت خدمت) از شرکت کنندگان درخواست می شود که انتظار خود را از یک خدمت ایده آل بیان کنند و در بخش ادراکات (بعد از دریافت خدمت) نظر خود را در مورد خدمت دریافت شده اعلام کنند. در بخش انتظارات سوال های هر بعد بر اساس معیار پنج امتیازی (خیلی کم-اهمیت، کم اهمیت، نسبتاً مهم، مهم و بسیار مهم) و در بخش ادراکات به صورت معیار پنج امتیازی (کاملاً خوب، خوب، متوسط، بد، خیلی بد) با امتیاز ۱-۵ درجه بندی شده است. امتیاز هر بعد از میانگین امتیازات داده شده به سوال های آن بعد، و امتیاز کل بخش های انتظارات و ادراکات، از تقسیم حاصل جمع امتیازات داده شده به هر سؤال بر تعداد کل سؤال ها، به دست آمده است. شکاف کیفیت حاصل تفاضل نمره انتظارات از ادراکات می باشد. در صورتی که نمره ادراکات بیشتر از انتظارات باشد، شکاف کیفیت عددی مثبت و نشان دهنده کیفیت مطلوب می باشد، اما اگر عکس این موضوع باشد یعنی شکاف کیفیت عددی منفی و کیفیت نامطلوب بوده است. در



داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در ابتدا توسط آزمون کلموگروف اسمیرنوف^۵، نرمال بودن توزیع داده‌های کمی تعیین شد تا بر اساس نرمال بودن یا غیر نرمال بودن آن از آزمون‌های پارامتری یا غیر پارامتری مناسب برای دو گروه استفاده شود. برای توصیف خصوصیات واحدهای پژوهش از روش‌های آماری توصیفی و برای مقایسه گروه‌ها از آزمون تی مستقل و من‌ویتنی و برای مقایسه داده‌های قبل و بعد در هر گروه از آزمون تی زوجی و ویلکاکسون استفاده شد. برای تأیید هم‌سانی گروه‌ها در مورد متغیر کمی از آزمون تی مستقل، متغیر رتبه‌ای از من‌ویتنی و برای متغیر اسمی از کای دو استفاده گردید. مقدار p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید.

5. Kolmogorov-Smirnov Test.



یافته ها

مورد بررسی قرار گرفتند که یافته‌های این بخش در جداول (۱) به شرح ذیل ارائه گردیده است.

بین دو گروه مشاوره از نظر متغیرهای ذیل، جز درآمد، تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد و دو گروه از نظر این متغیرها همگن هستند

واحدهای مورد پژوهش شامل ۱۱۳ نفر از زنان در آستانه ازدواج مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت بودند که در هر گروه ۵۴ نفر قرار گرفتند. ۲۳ نفر از آنان به دلیل عدم شرکت منظم در کلاس‌ها و یا پاسخ‌دهی ناقص به پرسشنامه‌ها از مطالعه حذف شدند. دو گروه از نظر همگنی متغیرهای مخدوش‌کننده با استفاده از آزمون‌های مربوطه

جدول (۱) مشخصات فردی واحدهای پژوهش و نتیجه آزمون هر یک از متغیرها

| نتیجه آزمون | مشاوره تلفیقی n=۴۵ (به درصد) | مشاوره گروهی n=۴۵ (به درصد) | گروه مورد مداخله متغیر |
|-------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| *p=۰/۶۲ | ۲۵/۵±۰/۴ ۱۵ ۳۶ | ۲۴/۵±۰/۱/۳۶ ۱۵ ۳۸ | سن انحراف معیار± میانگین حداقل حداکثر |
| **p=۰/۹ | ۱۰۰/۰ ۰/۰ | ۹۷/۸ ۲/۲ | محل زندگی شهر روستا |
| ***p=۰/۱۵ | ۲/۲ ۶/۷ ۱۳/۳ ۷۷/۸ | ۰/۰ ۸/۹ ۲۸/۹ ۶۲/۲ | سطح تحصیلات ابتدایی راهنمایی دیپلم دانشگاهی |
| ***p=۰/۳۱ | ۲۴/۴ ۲۸/۹ ۳۵/۶ ۱۱/۱ | ۱۶/۳ ۲۳/۳ ۳۴/۹ ۲۵/۶ | شغل کارمند دانشجو خانه‌دار شغل متفرقه |
| ***p=۰/۰۳ | ۶۱/۳ ۲۲/۶ ۱۶/۱ | ۸۲/۴ ۱۷/۶ ۰/۰ | درآمد در حد کفایت کمتر از حد کفایت بیشتر از حد کفایت |

* تی مستقل، ** آزمون دقیق فیشر، *** آزمون من ویتنی، **** مجذور کای

نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد، میانگین نمره شکاف کیفیت بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت، یعنی هر دو روش مشاوره از نظر برآورده کردن انتظارات افراد

طبق نتایج آزمون من ویتنی بین ادراکات (پس‌آزمون) دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. همچنین



تقریباً مشابه هم عمل کرده اند و تفاوت معناداری بینشان وجود ندارد. میانگین شکاف کیفیت در هر دو گروه مثبت

می باشد، به این معنی که سطح ادراکات افراد از دریافت خدمت بیشتر از سطح انتظارات آنان از ارائه خدمات بوده

است. اختلاف بین میانگین نمره انتظارات و ادراکات در دریافت کنندگان مشاوره گروهی ($p=0/03$) و تلفیقی معنادار است ($p=0/004$). نتیجه آزمون کوواریانس نشان داد، با تعدیل اثر متغیر ناهمگن درآمد و متغیر انتظارات میانگین نمره ادراکات و شکاف کیفیت بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت.

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار نمره انتظارات، ادراکات و شکاف کیفیت مشاوره هنگام ازدواج از دیدگاه زنان دریافت کننده مشاوره گروهی و تلفیقی

| نتیجه آزمون | مشاوره تلفیقی | | مشاوره گروهی | | گروه متغیر |
|---|---------------|------------------|--------------|------------------|------------------------------|
| | تعداد | $\bar{X} \pm SD$ | تعداد | $\bar{X} \pm SD$ | |
| *: $t=-0/061$, $df=88$, $p=0/95$ | ۴۵ | $4/0 \pm 15/55$ | ۴۵ | $4/0 \pm 15/46$ | انتظارات (قبل) |
| ** $: Z=-0/5$, $p=0/61$ | ۴۵ | $4/0 \pm 11/59$ | ۴۵ | $4/0 \pm 33/48$ | ادراکات (بعد) |
| *: $t=-0/68$, $df=88$, $p=0/49$ | ۴۵ | $0/26 \pm 0/59$ | ۴۵ | $0/18 \pm 0/55$ | شکاف کیفیت (تفاوت قبل و بعد) |
| ****: $Z=-2/9$, $p=0/004$ ***: $t=-2/2$, $df=44$, $p=0/03$ | | | | | |

: ویلکاکسون **: تی مستقل *: من ویتنی ***: تی زوجی *: ویلکاکسون

میانگین نمره ادراکات به طور معناداری نسبت به نمره انتظارات شرکت کنندگان افزایش یافته است. در واقع مشاوره تلفیقی در این سه بعد فراتر از انتظارات افراد بوده است.

بر اساس نتایج آزمون من ویتنی بین دو گروه مداخله، از نظر شکاف کیفیت در ابعاد مختلف، تفاوتی وجود نداشت، اما بر اساس آزمون ویلکاکسون به صورت درون گروهی، در مشاوره گروهی، فقط در بعد ملموس نمره ادراکات نسبت به انتظارات به طور معناداری افزایش داشته است اما در مشاوره تلفیقی، در سه بعد همدلی، اطمینان و ملموس

جدول ۳) میانگین نمرات ادراکات، انتظارات و شکاف کیفیت در هر یک از ابعاد کیفیت خدمت مشاوره در آستانه ازدواج در دو گروه دریافت کننده مشاوره گروهی و تلفیقی

| ابعاد | میانگین و انحراف معیار در مشاوره گروهی | میانگین و انحراف معیار در مشاوره تلفیقی | نتیجه آزمون من-ویتنی برای مقایسه شکاف |
|-----------------|--|---|---------------------------------------|
| تضمین (شایستگی) | $4/25 \pm 0/51$ | $4/31 \pm 0/47$ | $P=0/87$ |



| | | | | |
|-------------------|-------------------|------------------|-----------------------|--|
| Z=-۱/۱ | ۴/۴۰±۰/۴۵ | ۴/۳۵±۰/۴۳ | ادراکات | و توانایی کارکنان برای القای حسن اعتماد و اطمینان به (مشتری) |
| | ۰/۰۹ | ۰/۱ | شکاف کیفیت | |
| | z=-۰/۲۹ و p=۰/۲ | z=-۰/۶۶ و p=۰/۳ | نتیجه آزمون ویلکاکسون | |
| P=۰/۳۶ Z=-۱/۰۸ | ۴/۲±۰/۲۹ | ۴/۱۸±۰/۱۴ | انتظارات | پاسخ گوئی (تمایل به همکاری و کمک به مشتری) |
| | ۴/۶۶±۰/۳۳ | ۴/۴۰±۰/۲۵ | ادراکات | |
| | ۰/۴۶ | ۰/۲۲ | شکاف کیفیت | |
| | z=-۱/۰۱ و p=۰/۱۹ | z=-۰/۲۹ و p=۰/۹۴ | نتیجه آزمون ویلکاکسون | |
| P=۰/۱۷ Z=-۰/۹۷ | ۴/۰۸±۰/۵۰ | ۴/۱۲±۰/۱۷ | انتظارات | همدلی (برخورد ویژه با هر یک از مشتریان با توجه به روحیات آنها به طوری که مشتریان قانع شوند که سازمان آنها را درک کرده است) |
| | ۴/۴۰±۰/۲۷ | ۴/۲۳±۰/۳۳ | ادراکات | |
| | ۰/۳۲ | ۰/۱۱ | شکاف کیفیت | |
| | z=-۳/۰۷ و p=۰/۰۲ | z=-۲/۰۳ و p=۰/۷۷ | نتیجه آزمون ویلکاکسون | |
| P=۰/۱۵ Z=-۰/۱۲ | ۴/۲۴±۰/۴۸ | ۴/۳۳±۰/۲۹ | انتظارات | اطمینان (توانایی انجام خدمت به شکل مطمئن و قابل اعتماد) |
| | ۴/۴۷±۰/۴۴ | ۴/۳۵±۰/۵۴ | ادراکات | |
| | ۰/۲۳ | ۰/۰۲ | شکاف کیفیت | |
| | z=-۲/۷۲ و p=۰/۰۴ | z=-۰/۲۹ و p=۰/۹ | نتیجه آزمون ویلکاکسون | |
| P=۰/۸ Z=-۱/۰۲ | ۳/۶۵±۰/۴۹ | ۳/۷۷±۰/۵۱ | انتظارات | ملموس (فضای فیزیکی محیط ارائه خدمت از جمله تسهیلات، تجهیزات، کارکنان و کانالهای ارتباطی) |
| | ۴/۱۴±۰/۶۷ | ۴/۳۲±۰/۵۵ | ادراکات | |
| | ۰/۴۹ | ۰/۵۵ | شکاف کیفیت | |
| | z=-۲/۹۵ و p=۰/۰۰۶ | z=-۲/۸ و p<۰/۰۰۱ | نتیجه آزمون ویلکاکسون | |

بحث و نتیجه گیری



پژوهش حاضر تاثیر مشاوره گروهی و تلفیقی از مشاوره گروهی و فردی زنان بر شکاف کیفیت در برنامه مشاوره هنگام ازدواج را مورد مقایسه و بررسی قرار می‌دهد. در مروری گسترده بر مطالعات انجام شده در زمینه شکاف کیفیت در برنامه مشاوره هنگام ازدواج مطالعه‌ای که به طور کامل مشابه تحقیق حاضر باشد، یافت نشد. بنابراین برای بحث در مورد نتایج پژوهش حاضر، از مطالعاتی که شکاف کیفیت خدمات مختلف را سنجیده‌اند و یا به بررسی تاثیر روش‌های مشاوره در روانشناسی و روان‌درمانی پرداخته‌اند، استفاده شد. در این مطالعه میانگین نمرات شکاف کیفیت در مشاوره گروهی ۰/۱۸ و در مشاوره تلفیقی ۰/۲۶ می‌باشد که عددی مثبت را نشان می‌دهد، این بدان معنا است که در هر دو گروه مداخله سطح ادراکات افراد از دریافت خدمت، بیشتر از سطح انتظارات آنان از ارائه خدمت بوده است.

رمضانخانی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه خود روی شکاف کیفیت برنامه آموزشی مشاوره پیش از ازدواج از دیدگاه زوجین مراجعه‌کننده به مراکز پیش از ازدواج تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۹ دریافتند، بین کیفیت خدمت مورد انتظار و خدمت دریافت‌شده شکاف منفی (۰/۱-) وجود داشت (۱۰). از آنجا که در مطالعه حاضر نسبت به برنامه معمول مشاوره هنگام ازدواج زمان بیشتر و محتوای غنی‌تری متناسب با نیاز مراجعین (بر اساس نیازسنجی انجام شده در این مطالعه) در نظر گرفته شده است، زمان کافی برای برآورده شدن انتظارات زنان دریافت‌کننده خدمات وجود داشته و این بهبود حاصل شده است.

اگرچه در هیچ یک از مطالعات مورد جست و جو، مشاوره گروهی با تلفیقی مقایسه نشده است، اما مطالعه حاضر از نظر عدم تفاوت بین اثر مشاوره گروهی و تلفیقی با مطالعه زیر هم‌سو است. دی فازیو^۶ و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای مقایسه‌ای با عنوان "درمان گروهی در مقایسه با درمان انفرادی در متخلفان جنسی کانادا" دریافتند، بین دو گروه درمانی مشاوره گروهی و فردی در مقایسه با مشاوره فردی

به تنهایی از نظر کاهش خطر بازگشت به تخلفات جنسی در افراد پر خطر، تفاوتی وجود نداشت (۱۹). مطالعاتی نیز وجود دارد که اختلاف معنی‌داری را بین تاثیر انواع روش‌های مشاوره گزارش نموده‌اند. تیلیتسکی^۷ و همکاران (۱۹۹۰) در مطالعه‌ای با عنوان "یک متاآنالیز از تخمین میزان اثر مشاوره گروهی، فردی و گروه کنترل بر کیفیت روان‌درمانی، مشاوره و روانشناسی" دریافتند، هر دو روش مشاوره نسبت به گروه کنترل موثرتر بوده و درمان گروهی موثرتر از روش فردی در درمان و مشاوره نوجوانان بود، اما در کودکان اثر کمتری داشت (۲۰). بودمن^۸ و همکاران (۱۹۸۸) در مطالعه‌ای با عنوان "بررسی نتیجه روان‌درمانی گروهی و فردی" دریافتند، هر دو روش به طور معناداری موثر بوده اما شرکت‌کنندگان به طور واضحی مشاوره فردی را ترجیح می‌دادند (۲۱). بنابراین نتیجه می‌گیریم، اثربخشی مشاوره فردی و گروهی در زمینه‌های مختلف ممکن است، متفاوت باشد که نشان می‌دهد، هر واحدی از ارائه‌دهندگان خدمات آموزش و مشاوره باید برای انتخاب روش مشاوره مناسب در حیطه خود بررسی لازم را انجام دهند.

تحلیل ابعاد کیفیت: در مطالعه حاضر در تمامی ابعاد شکاف کیفیت مثبت بود. بین دو گروه مداخله، از نظر شکاف در ابعاد مختلف کیفیت، نیز تفاوتی وجود نداشت، اما در مقایسه درون‌گروهی در مشاوره گروهی، در بعد ملموس و در مشاوره تلفیقی، علاوه بر بعد ملموس، در دو بعد همدلی و اطمینان نیز نمره ادراکات نسبت به انتظارات شرکت‌کنندگان به طور معناداری افزایش یافته است که دلیل این امر می‌تواند این باشد که وجود مشاوره فردی در کنار مشاوره گروهی باعث شده واحدهای پژوهش به خدمت ارائه شده اعتماد کنند و قانع شوند که برخورد ویژه با هر یک از آن‌ها با توجه به روحیاتشان نشانه آن است که سازمان آن‌ها را درک کرده است.

نتایج میانگین نمره انتظارات نشان داد که از دیدگاه دریافت‌کنندگان خدمت در هر دو گروه مداخله، بعد تضمین و اطمینان، از اهمیت بیشتری برخوردار است که

⁷ Tillitski

⁸ Budman

⁶ Di Fazio



نتیجه گیری: هر دو روش مشاوره تقریباً به یک اندازه توانستند، انتظارات افراد را بیش از آنچه انتظار داشتند، برآورده نمایند. بنابراین با توجه به امکانات مراکز بهداشتی درمانی اجرای هر یک از این دو روش مشاوره همراه با ایجاد تغییراتی در زمان و محتوای برنامه هنگام ازدواج توصیه می‌گردد.

پیشنهاداتی برای مطالعات آتی:

- ۱- مقایسه تاثیر مشاوره گروهی و تلفیقی بر شکاف کیفیت از دیدگاه مردان مراجعه کننده به واحد مشاوره هنگام ازدواج
- ۲- مقایسه سایر روش‌های مشاوره با روش‌های به کار گرفته شده در این مطالعه، بر شکاف کیفیت از دیدگاه زوجین مراجعه کننده به واحد مشاوره هنگام ازدواج
- ۳- مقایسه تاثیر مشاوره گروهی و تلفیقی بر نگرش به فرزندآوری از دیدگاه مردان در آستانه ازدواج
- ۴- مقایسه تاثیر مشاوره تلفیقی و گروهی بر عملکرد جنسی زوجین پس از ازدواج

محدودیت‌ها:

- ۱- عدم وجود مکان مناسب برای ارائه مشاوره فردی
- ۲- با توجه به اینکه از کلاس مشاوره هنگام ازدواج برای ارائه خدمات دیگری نیز استفاده می‌شد، بازه زمانی که این اتاق در طول روز برای برگزاری جلسات مشاوره در اختیار پژوهشگر قرار می‌گرفت، از نظر شرکت کنندگان مناسب نبود و این مسئله تا حدودی نمونه‌گیری را با مشکل مواجه کرده بود.
- ۳- استفاده از مکان‌های متفاوت برای ارائه مشاوره مثل کلاس‌های دانشکده پرستاری مامایی
- ۴- عدم امکان اجرای طرح برای آقایان نیز از محدودیت‌های دیگر این مطالعه بود.
- ۵- عدم وجود مطالعه‌ای که دو روش مشاوره را در برنامه هنگام ازدواج و یا در سایر خدمات بهداشتی مقایسه نموده باشد، بحث در مورد نتایج مطالعه حاضر را دشوار نمود و پژوهشگر برای بحث از مقالات حوزه روانشناسی و روان‌درمانی استفاده نمود.

این یافته با مطالعه رضانخانی و غلامی هم‌سو بود، اما در مطالعه شریفی‌راد بعد همدلی اهمیت بیشتری داشت. کمترین میانگین نمره انتظارات در هر دو گروه مداخله به بعد ملموس اختصاص یافته است که با مطالعه رضانخانی، غلامی و استرادمن^۹ همسو (۱۰، ۲۲ و ۲۳) و با مطالعه کبریایی و آقاملائی که بعد همدلی کمترین میانگین نمرات انتظارات را داشته، ناهمسو بود (۲۴ و ۲۵).

در مطالعه حاضر در هر دو گروه مداخله در رابطه با بخش ادراکات، بیشترین میانگین مربوط به بعد پاسخگویی و اطمینان بوده است. در حالی که در مطالعات رضانخانی، استرادمن و آقاملائی بعد همدلی و اطمینان بیشترین امتیاز را داشته‌اند (۱۰، ۲۳ و ۲۵). کمترین میانگین ادراکات نیز در گروه دریافت کننده مشاوره گروهی مربوط به بعد همدلی و در گروه دریافت کننده مشاوره تلفیقی، مربوط به بعد ملموس است که با مطالعه رضانخانی و وارتینیان^{۱۰} که بر روی مراجعین مراکز بهداشتی درمانی انگلیس و فنلاند صورت گرفته، مشابه بود (۱۰ و ۲۶).

می‌توان گفت اختلافاتی که در اولویت بندی انتظارات و ادراکات افراد در مناطق مختلف کشور و دنیا وجود دارد، تفاوت نگرش ایشان به کیفیت را می‌رساند. بنابراین کیفیت جزو مواردی است که قابل تعمیم به بخش‌ها، مناطق و سازمان‌های دیگر نبوده و هر مدیری باید مشتریان سازمان خویش را شناخته و با انتظارات و نیازهای آن‌ها آشنا باشد، زیرا یافته‌ها ممکن است، نشانگر جوانبی از خدمت باشند که در آن‌ها خدمت ارائه شده بسیار فراتر از انتظارات زوجین بوده ولی از نظر مشتریان این بعد از اهمیت زیادی برخوردار نباشد. این یافته‌ها فرصت‌هایی را برای تخصیص مجدد اعتبارات و اولویت بندی مجدد سرمایه گذاری در این مراکز فراهم می‌کند. در واقع با بکارگیری این نتایج نظام بهداشتی می‌تواند، الگویی منطبق با شرایط سازمان برای ارتقاء کیفیت برنامه مشاوره هنگام ازدواج اتخاذ کرده و نقاط ضعف برنامه را برطرف نموده و نقاط مثبت را تقویت نماید.

⁹ Strawdeman

¹⁰ Vartiainen



تشكر و قدردانى

پژوهش حاضر، حاصل پايان نامه كارشناسى ارشد نويسنده مسؤول مقاله است. برخود لازم مى دانيم از تمامى دست-اندركاران اين مطالعه، اعم از تمامى زنان شركت كننده، مسؤولين دانشكده پرستارى مامايى مشهد، كليۀ پرسنل مراكز بهداشت شماره يك و دو مشهد و تمامى افرادى كه

به نوعى در اين پژوهش ما را يارى دادند، تشكر و قدردانى نماييم؛ همچنين از معاونت پژوهشى دانشگاه علوم پزشكى مشهد براى تأمين مالى هزينه هاى پايان نامه، تقدير و تشكر مى گردد.

تعارض منافع: ندارد



References

1. Ramazani A, Faraji O, Fatemi M, Solooki M. The effects of pre-marriage education and consultation on knowledge and attitude of couples regarding to reproductive health. *Journal of School of Public Health* 2012;11(3):56-65.(persian)
2. Omidi M, Parish B, Ranjbar S, editors. Executive Strategies accreditation standards in cardiac intensive care units (CCU-ICU). The first student congress of clinical governance and continuous quality improvement; 2012; Tabriz university of medical sciences. (persian)
3. Aghamolaie T, Zare S, Pudat A, Kebriaie A. Perception and expectation of quality primary health services recipients from service quality in health care centers in Bandar Abbas. *Hormozgan Medical Journal*. 2008;11(3):173-9. (persian)
4. Sharifirad GR, Shamsi M, Pirezadeh A, Farzanegan PD. Quality gap in primary health care services in Isfahan: women's perspective. *Journal of Education and Health Promotion* 2012;1(1):45. (persian)
5. Aghlmand S, Akbari F. Methods to evaluate the quality of health services. *Sixth International Conference of Quality Managers: Meeting of International Conference*; 2005: Tehran. (persian)
6. Caruana A. Service loyalty: The effects of service quality and the mediating role of customer satisfaction. *European Journal of Marketing* 2002;36(7/8):811-28.
7. Kavousi Z, Kaffashi S, Sadeghifar J, Mousavid Esfahani H. The gap between expectations and perceptions of students of educational services in the School of Management and Medical Information, Shiraz University of Medical Sciences Based on SERVQUAL 2013;6(12):69-78. (persian)
8. Safi Mh, Fereydoonfar Aa, Arshi S. Examination of the quality primary health care services in health centers in north Tehran Health Center. *Social Health* 2016;1(1):54-61.
9. Boulter, Louise and Bendell, Anthony (2010) Service quality: mind the gap! In: 13th QMOD Conference on Quality and Service Science, 30 Aug - 01 Sep 2010, Cottbus, Germany.
10. Ramezankhani A, Mohammadi G, Akrami F, Ghanbari S, Alidousti FA. Quality gap in premarital education & consultation program in the health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Pajoohandeh Journal* 2011;16(4):169-77. (persian)
11. Jena Abadi H, Abili K, Nasti Zayi N, Yaghoubi NM. The gap between the perceptions and expectations of patients and the satisfaction of Zahedan using Servqual. *Payesh* 2011;10(4):449-57. (persian)
12. Hazavehei MM, Shirahmadi S, Roshanaei G. Educational Program Status of Premarital Counseling Centers in Hamadan Province Based on Theory of Reasoned Action (TRA). *Journal of Fasa University of Medical Sciences* 2013;3(3):241-7. (persian)
13. Khaleghinezhad K, Daghighbin E, Moslemi L. The elaboration on the educational needs in premarital classes. *Journal of Family Health. Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University of Sari* 2012; 1(1):36-40. (persian)
14. Navabinezhad S. group counseling and guidance 2nd ed, editor. Tehran: Jahad daneshgahi; 1995.
15. Sarkar R, Sowmyanarayanan Tv, Samuel P, Singh As, Bose A, Muliyl J, et al. Comparison of group counseling with individual counseling in the comprehension of informed consent: a randomized controlled trial. *BMC Medical Ethics* 2010;11(1):1.
16. Echeburúa E SB, Zubizarreta I. Therapy Regarding a Cognitive-Behavioral Treatment for Battered Women in a Community Setting. *Journal of Interpersonal Violence* 2014;29(10):1783-801.
17. Shafiabadi A. Educational and vocational guidance and counseling. Tehran: samt; 2004.
18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988:55 & available in http://www.piles of variance.com/Chapter13/Cohen_Power_Tables.pdf



19. Di Fazio R, Abracen J, Looman J, editors. Group versus individual treatment of sex offenders: A comparison. Forum on Corrections Research; 2001: CORRECTIONAL SERVICE OF CANADA.
20. Tillitski Cj. A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus individual versus control treatments. International Journal of Group Psychotherapy 1990;40(2):215-24.
21. Budman S, Demby A, Redondo JP, Hannan M, Feldstein M, Ring J, et al. Comparative outcome in time-limited individual and group psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy 1988;38(1):63-86.
22. GHolami A, Nori Aa, KHojastehpour M, Askari M. Quality gap in primary health care in Neyshabour health care centers. Scientific Research of Shahed University 2011;18(92):1-11(persian)
23. Strawderman L. Human Factors Considerations in Quality of Service Metrics for Healthcare Delivery: Ph.D Dissertation. The Pennsylvania State University 2005.
24. Kebriacai A, Akbari F, Hosseini M, Eftekhar 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. (persian)
25. Aghamolaei T, Zare S, Abedini S. The quality gap of educational services from the point of view of students in Hormozgan University of Medical Sciences. Strides in Development of Medical Education 2013;3(2):78-85
26. Vartiainen P, Hart M, editors. Outpatient Satisfaction in the UK and Finland-a comparative study using the SERVQUAL methodology. International Nursing and Midwifery Conference, Edinburgh, UK; 1996.



Comparison of the integrated counseling (group and individual) and only group counseling with women on the quality gap in marriage counseling program: a clinical trial

*Talat Khadivzadeh*¹, *Seyyede Adeleh Rahmanian*^{2,3,4*}, *Habibollah Esmaily*⁵

- 1- Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (Orcid ID: 0000-0001-9872-3933)
- 2- MSc in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (Orcid ID: 0000-0002-9384-8814)
- 3- Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran.
- 4- Health Sciences Research Center, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran
- 5- Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (Orcid ID: 0000-0003-4139-546X)

(Received: october 7, 2019 Accepted: november 21, 2019)

Background and Aims: Recognizing the quality gap in health services, which means the gap between expectations and perceptions of clients, provides the basis for improving the quality of services and preserving community health by recognizing the status. The aim of this study was to evaluate the effect of the group and integrated counseling women on the quality gap in marriage counseling.

Materials and Methods: In the years of 2015-16, 113 of the women attending premarital counseling unit of Mashhad health centers, were recruited and assigned into two groups receiving integrated and group counseling. Integrated group participated in two sessions with group counseling and one session individual counseling and in group counseling three sessions were group counseling, every sessions lasted two hours with one week intervals and received counseling on husband relations, sexual and reproductive health issues. The data collected using the SERVQUAL questionnaire consists of two parts Expectations (pre-service) and perception (after service) and were analyzed using spss 16, independent and paired t test and their Nonparametric tests equivalents.

Results: The mean score of quality gap in recipients no significant difference between two groups ($p=0/49$), But consumers' perceptions of group ($p=0/03$) and integrated counseling ($p=0/004$) was significantly higher than the score of their expectations.

Conclusion: Although both groups perceptions of the quality of counseling was higher than expected, difference of the mean score of quality gap from the perspective of recipients two methods, wasn't significant. With regard to the facilities at the centers can choose one of two methods and implementation plan.

Keywords: women, gap, quality, group, counseling