



Research Article

Assessment of Family Physicians Service Quality Gap in Rural Regions of Khorasan Razavi Province, before and after the Health Reform Plan

Ali Vafae-najar ¹, Elaheh Hooshmand ², Hossein Ebrahimipour ¹, Habibollah Esmaili ³, Hadi Zomorodi Niat ^{4,*}

¹ Professor of Health Services Management, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Assistant Professor of Health Services Management, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Professor of Biostatistics, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ PhD Student in Health Services Management, Student Research Committee, Mashhad university of Medical Sciences, Mashhad, Iran

* **Corresponding author:** Hadi Zomorodi Niat, PhD Student in Health Services Management, Student Research Committee, Mashhad university of Medical Sciences, Mashhad, Iran. E-mail: Zomorodinh1@mums.ac.ir

DOI: 10.29252/nkjmd-110203

How to Cite this Article:

Vafae-Najar A, Houshmand E, Ebrahimpour H, Esmaili H, Zomorodi Niat H. Assessment of Family Physicians Service Quality Gap in Rural Regions of Khorasan Razavi Province, before and after the Health Reform Plan. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2019; 11(2):17-23. DOI: 10.29252/nkjmd-110203

Received: 05 Nov 2018

Accepted: 30 Jan 2018

Keywords:

Expectations and Perceptions
Health Reform Plan
Family Physician
Service Quality

Abstract

Introduction: The first step in improving the quality of health care is to evaluate the quality of services, and the goal of implementing the healthcare reform plan is to increase the quality of services. The purpose of this study was to assess the quality of family physician services in rural of Khorasan Razavi province before and after the health reform plan.

Methods: This descriptive-analytic study was conducted on people referred to health centers in rural areas of Khorasan Razavi province before and after health reform plan. In the year 2012, 435 and in the year 2016, 354 SERVQUAL standard questionnaires, that validity and reliability confirmed, by clustering and simple randomized method were completed. The collected data were analyzed using descriptive and Mann-Whitney statistics by SPSS 19 at a significance level of 0.05.

Results: The difference between the mean scores of expectation before (4.45 ± 0.56) and after (4.36 ± 0.53) the plan was not much ($P \leq 0.047$), but the mean of perceptions after (4.01 ± 0.67) the plan was higher than before (3.52 ± 0.82) the plan ($P \leq 0.001$). There was a significant statistical difference between the gap of expectations and perceptions in all aspects of the model before (-0.93 ± 0.90) and after (-0.35 ± 0.79) the health reform plan ($P \leq 0.001$).

Conclusions: Reducing the quality gap between expectations and perceptions in all aspects of family physician quality of services suggests that the health reform plan has been accompanied by an increase in the quality of services. However, there is need to improve the quality of services with priority the dimensions of empathy and assurance.



تحلیل شکاف کیفیت خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی استان خراسان رضوی، قبل و بعد از طرح تحول نظام سلامت

علی وفایی نجار^۱، الهه هوشمند^۲، حسین ابراهیمی پور^۱، حبیب‌الله اسماعیلی^۳، هادی زمردی‌نیت^۴،*^{id}

^۱ استاد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲ استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۳ استاد آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
^۴ دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
* نویسنده مسئول: هادی زمردی‌نیت، دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: Zomorrodinh1@mums.ac.ir

DOI: 10.29252/nkjsms-110203

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۲۸
مقدمه: اولین گام در ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، ارزیابی کیفیت خدمات می‌باشد و هدف از اجرای طرح تحول نظام سلامت نیز افزایش کیفیت خدمات است. هدف این مطالعه تحلیل شکاف کیفیت خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی استان خراسان رضوی، قبل و بعد از طرح تحول نظام سلامت می‌باشد.	تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۱۰
روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی افراد مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت روستایی استان خراسان رضوی، قبل و بعد از طرح تحول سلامت انجام شد. در سال ۹۲ تعداد ۴۳۵ و در سال ۱۳۹۵ تعداد ۳۵۴ پرسشنامه استاندارد سرکوال که روایی و پایایی آن تأیید شده، به روش تصادفی خوشه‌ای تکمیل شد. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و من ویتنی در نرم افزار SPSS 19 در سطح معنی داری ۰/۰۵ تحلیل شد.	واژگان کلیدی: طرح تحول سلامت انتظارات و ادراکات پزشک خانواده کیفیت خدمات
یافته‌ها: بین میانگین انتظارات در قبل از طرح (۴/۴۵±۰/۵۶) و بعد از آن (۴/۳۶±۰/۵۳) اختلاف زیادی وجود نداشت ($P>0/047$) اما میانگین ادراکات بعد از طرح (۴/۰۱±۰/۶۷) نسبت به قبل از طرح (۳/۵۲±۰/۸۲) افزایش پیدا کرده بود ($P>0/001$). بین شکاف انتظارات و ادراکات در تمامی ابعاد کیفیت خدمات، قبل (۰/۹۳±۰/۹۰) و بعد از طرح تحول (۰/۳۵±۰/۷۹) تفاوت معنی دار آماری وجود داشت ($P>0/001$).	
نتیجه‌گیری: کاهش فاصله کیفیت بین انتظارات و ادراکات مراجعین در همه ابعاد کیفیت خدمات ارائه شده توسط تیم پزشک خانواده نشان دهنده این است که طرح تحول با افزایش کیفیت خدمات همراه بوده است. اما نیاز به بهبود کیفیت خدمات با اولویت توجه به ابعاد همدلی و اطمینان وجود دارد.	

مقدمه

هدف کلی این طرح حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و ارائه خدمات سلامتی در حدود بسته‌های خدمات تعریف شده، به فرد، خانواده و جامعه تحت پوشش است که توسط پزشک عمومی و تیم وی ارائه می‌شود [۵].

در واقع پزشکان خانواده به عنوان یک پل ارتباطی بین افراد و سیستم‌های مراقبت بهداشتی نقش مهمی در ارائه خدمات سلامت مؤثر ایفا می‌کنند و انتظار می‌رود که همراه با افزایش میزان خدمات، کیفیت نیز بهبود یابد [۶، ۷]. اما این طرح علاوه بر مزایای زیاد، مشکلات و چالش‌های از جمله عدم رضایت گیرندگان خدمت را نیز به همراه داشته است [۵]. لذا در طرح پزشک خانواده، باید کیفیت خدمات را به عنوان یکی از عوامل مهم برای ارزیابی موفقیت در ارائه خدمات، اندازه گیری و بهبود داد [۸].

سازمان جهانی بهداشت، راه توسعه پایدار را در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت برای همه افراد عنوان کرده است [۱]. در ایران نیز استراتژی دستیابی بهداشت برای همه، مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌باشد که ارائه این خدمات بهداشتی و درمانی با محوریت پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح بندی خدمات به همراه راه اندازی سامانه جامع پرونده الکترونیک سلامت، در سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری، همچنین برنامه‌های توسعه سیاسی، اقتصادی، اجتماعی چهارم، پنجم و ششم مورد تأکید قرار گرفته است [۲-۴]. طرح پزشک خانواده با هدف بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی، محافظت مردم در برابر مخاطرات مالی ناشی از بیماری‌ها، تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداخت‌ها، در سال ۱۳۸۴ در روستاها و شهرهای ۲۰ هزار نفر جمعیت شروع شد.

کیفیت خدمات پزشک خانواده قبل و بعد از طرح تحول انجام نشده است، هدف این مطالعه، ارزیابی کیفیت خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی استان خراسان رضوی، قبل و بعد از طرح تحول نظام سلامت می‌باشد.

روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی در مراکز خدمات جامع سلامت روستایی استان خراسان رضوی در سال‌های ۱۳۹۲ (قبل از طرح و ۱۳۹۵ (بعد از طرح) انجام شد. جامعه پژوهش، جمعیت روستایی تحت پوشش ۴ ستاد مرکز بهداشت مشهد بود. از هر ستاد مرکز بهداشت بصورت نمونه گیری خوشه‌ای طبقه‌ای، ۴ مرکز خدمات جامع سلامت روستایی انتخاب شد که در ۱۶ منطقه روستایی قرار داشتند. سپس در ۱۶ مرکز خدمات جامع سلامت روستایی ۳۰ پرسشنامه به روش نمونه گیری تصادفی از مراجعین تکمیل گردید [۸]. در نهایت طی ۴ ماه در سال ۹۲ تعداد ۴۳۵ پرسشنامه و در سال ۹۵ تعداد ۳۵۴ پرسشنامه تکمیل شد. جمع آوری داده‌ها براساس پرسشنامه استاندارد سرکوال بود که بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنسیت، تأهل، تحصیلات، تعداد ویزیت) و بخش دوم شامل ۲۲ سؤال بود که پنج بعد کیفیت خدمات از جمله بعد فیزیکی و ملموس خدمت (۴ سؤال)، قابلیت اطمینان خدمت (۴ سؤال)، پاسخگویی (۴ سؤال)، تضمین (۵ سؤال) و همدلی (۵ سؤال) را مورد ارزشیابی قرار داد. سؤالات پرسشنامه براساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت، یک (خیلی مخالفم) تا پنج (خیلی موافقم) بود. روایی و پایایی پرسشنامه در مطالعات گذشته تأیید شده بود [۸] و ضریب آلفای کرونباخ بعد فیزیکی و ملموس بودن، قابلیت اطمینان، پاسخگویی، تضمین و همدلی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۸۴ و ۰/۸۴ بود [۷]. افراد مراجعه کننده در بخش انتظارات در مورد وضعیت ایده آل و مطلوب و در بخش ادراکات در مورد وضعیت موجود به پرسشنامه پاسخ دادند. برای تعیین شکاف کیفیت، نمره افراد به وضعیت موجود (ادراک آنها از کیفیت خدمات ارائه شده)، با نمره آنها به وضعیت مطلوب (انتظار آنها از کیفیت خدمات) در قبل و بعد از طرح تحول محاسبه و در نهایت مورد مقایسه قرار گرفت (انتظارات - ادراکات = شکاف کیفیت). نمره منفی نشان دهنده آن است که ادراکات کمتر از انتظارات بوده و در نتیجه انتظارات برآورده نشده است. معیار ورود به مطالعه تمامی افراد مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت روستایی بودند و معیار خروج عدم تمایل به همکاری افراد بود. جهت همسان سازی گروه‌های پاسخگو در سال ۹۲ و ۹۵، بعد از طرح تحول (سال ۹۵) پرسشنامه به کسانی داده شد که دریافت کننده خدماتی بودند که همان خدمات بهداشتی و درمانی قبل از طرح تحول (سال ۹۲) نیز ارائه شده بود. لازم به ذکر است که یکی از محققان در محل حاضر شده و با بیان هدف مطالعه و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، رضایت پاسخ دهندگان را اخذ کرد. چنانچه شرکت کننده‌ای سواد کافی برای تکمیل پرسشنامه نداشت، پژوهشگر با خواندن سؤالات کمک کرد تا پرسشنامه را تکمیل کنند. در صورت مخدوش یا ناقص بودن اطلاعات مورد نیاز در پرسشنامه، آن پرسشنامه از مطالعه کنار گذاشته شد. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار) و من ویتنی در نرم افزار SPSS 19 تحلیل شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

کیفیت خدمات هم از نظر گیرنده خدمت و هم ارائه دهنده خدمت مهم می‌باشد [۹] و به عنوان فاصله بین نیازهای مشتری و آنچه که آن‌ها واقعاً درک می‌کنند تعریف می‌شود [۱۰]. بنابراین از شاخص کیفیت برای ارزشیابی پیشرفت خدمات بهداشتی درمانی با سنجش نظرات دریافت کنندگان خدمات، استفاده می‌گردد [۱۱، ۱۲]. بطوریکه بالابودن کیفیت خدمات می‌تواند باعث افزایش رضایتمندی، حفظ مشتریان فعلی، جذب مشتریان جدید، کاهش هزینه‌ها و افزایش منافع گردد [۹، ۱۳]. رایج‌ترین ابزاری که برای ارزشیابی کیفیت خدمات (در مراکز بهداشتی) استفاده شده، پرسشنامه سرکوال است که بوسیله پاراسورامان و همکاران، بر پایه نظریه فاصله کیفیت خدمات معرفی گردیده است [۷، ۱۴، ۱۵]. در این ابزار، کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی از طریق مقایسه بین انتظارات و ادراکات مشتریان از جنبه‌های مختلف (بعد فیزیکی و ملموس خدمت، قابلیت اطمینان خدمت، پاسخگویی، تضمین و همدلی) محاسبه می‌گردد [۷، ۱۶-۱۸].

در یافته‌های مطالعات متعدد که به بررسی کیفیت خدمات با استفاده از پرسشنامه سرکوال پرداخته‌اند، به وجود فاصله بین ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز خدمات جامع سلامت و بیمارستان‌ها اشاره شده است [۱۶، ۱۹-۲۲]. بیشترین شکاف کیفیت در پژوهش نیکویی در بعد فیزیکی و ملموس بودن [۱۶] و در مطالعه رئیسی نیز در بعد فیزیکی و ملموس بودن و همچنین بعد پاسخگویی [۱۹] بوده، اما Karassavidou در بعد قابلیت اطمینان [۲۰] و Papanikolaou در بعد همدلی [۲۱] بیشترین شکاف را گزارش کرده‌اند.

نتایج این مطالعات نشان دهنده عدم پاسخگویی مناسب نظام سلامت به اولویت‌های سلامتی مردم و افزایش هزینه‌های تشخیصی و درمانی می‌باشد، لذا در ایران نیز همانند سایر کشورهای جهان، سیاست‌گذاران به دنبال تغییر در برنامه‌های موجود بودند [۲۳-۲۵]. از جمله این تغییرات طرح تحول نظام سلامت بود که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انجام مداخلاتی را به منظور ارتقای وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با عنایت به اسناد بالادستی از اردیبهشت سال ۱۳۹۳ در سراسر کشور با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و ارتقای کیفیت خدمات شروع کرد [۲۶، ۲۷]. معاونت بهداشت وزارت نیز طرح تحول در حوزه بهداشت را با ۱۵ برنامه و ۱۰ پروژه تدوین و با اهداف: ارتقاء شاخص‌های سلامت، افزایش رضایتمندی گیرندگان و ارائه دهنندگان خدمت، عدالت در سلامت از نظر دسترسی به خدمات، بهره‌مندی از خدمات ارائه شده و حفاظت مالی از آنان در بستر پوشش بیمه همگانی، بهبود کیفیت و کنترل قیمت خدمات سلامت، اصلاح رفتار گیرندگان و ارائه دهنندگان خدمت و اصلاح نظام پرداخت و شیوه خرید خدمت آغاز کرد [۲۶]. اولین برنامه از ۱۵ برنامه، ارائه خدمات نوین سلامت به روستاییان، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر بود که شامل احداث، تجهیز و تعمیر واحدهای بهداشتی و درمانی روستایی، جذب پزشک و ماما، تأمین دارو، اجرای برنامه خود مراقبتی، راه اندازی پرونده الکترونیک سلامت و ثبت اطلاعات جمعیت و... می‌باشد [۲۶]. از آنجا که طرح تحول نظام سلامت با هدف بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی انجام شد لذا بررسی کیفیت خدمات بعد از اجرای طرح تحول مهم می‌باشد [۲۸-۳۰]. با توجه به اینکه مطالعه‌ای در خصوص مقایسه

یافته‌ها

کیفیت خدمات قبل از طرح و بین ادراکات بعد از طرح اختلاف زیادی دیده می‌شود.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک افراد مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت روستایی قبل و بعد از طرح تحول سلامت

مشخصات		تعداد (درصد)	
		قبل از طرح	بعد از طرح
جنسیت			
زن		۳۸۷ (۸۹)	۱۹۸ (۵۶)
مرد		۴۸ (۱۱)	۱۵۶ (۴۴)
تعداد ویزیت			
۰-۱۰		۳۶۱ (۸۳)	۲۳۳ (۹۴/۱)
۱۱-۲۰		۶۴ (۱۴/۷)	۱۸ (۵/۱)
۲۱-۳۰		۱۰ (۲/۳)	۳ (۰/۸)
سن			
>۳۰		۲۶۷ (۶۱/۴)	۱۷۴ (۴۹/۲)
۳۱-۵۰		۱۴۸ (۳۴)	۱۵۶ (۴۴/۱)
<۵۰		۲۰ (۴/۶)	۲۴ (۶/۷)
تحصیلات			
بی سواد و ابتدایی		۱۵۶ (۳۵/۹)	۶۹ (۱۹/۵)
راهنمایی و دیپلم		۲۶۳ (۶۰/۴)	۲۲۵ (۶۳/۶)
بالتر از دیپلم		۱۶ (۳/۷)	۶۰ (۱۶/۹)
وضعیت تأهل			
متأهل		۴۰۲ (۹۲/۴)	۲۸۲ (۷۹/۷)
مجرد		۳۳ (۷/۶)	۷۲ (۲۰/۳)

در این مطالعه مقدار شکاف کلی بین انتظارات و ادراکات قبل از طرح تحول سلامت بالا بود که این یافته با نتایج مطالعاتی که به ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی درمانی مراکز بهداشتی شهر گرگان [۳۱] و شهر تهران [۱۱] قبل از طرح تحول پرداختند مطابقت دارد. اما مقدار شکاف کلی بین انتظارات و ادراکات بعد از طرح تحول کاهش پیدا کرد که نشان می‌دهد بین انتظارات و ادراکات کیفیت خدمات ارائه شده در طرح پزشک خانواده قبل و بعد از طرح تحول سلامت یک تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. این کاهش فاصله منفی بین انتظارات و ادراکات بعد از طرح تحول، نشان دهنده افزایش درک مردم از خدمات ارائه شده و برآورده شدن انتظارات ایشان بعد از اجرای برنامه‌های تحول سلامت می‌باشد. این یافته با نتایج مطالعه مهرعلیزاده و همکاران [۳۲] که بیان داشتند طرح تحول به اهداف اولیه خود دست یافته است ولی به اصلاحات و ارزیابی مستمر جهت بهبود کیفیت نیاز دارد مطابقت دارد. همچنین با مطالعه هاشمی و همکاران [۳۰] و نتایج مطالعه دهقان و همکاران [۲۹] که نشان دادند طرح تحول باعث افزایش کیفیت و رضایتمندی بیماران شده است مطابقت دارد. ولی با مطالعه گرچی و همکاران [۲۸] که بیان داشتند بعد از اجرای طرح تحول، کاهش نسبی در کیفیت خدمات بوجود آمده و مطالعه زبیری و همکاران که وجود فاصله زیاد بین انتظارات و ادراکات و عدم رضایت بیماران را گزارش کردند [۳۳] و همچنین مطالعه کانسرا و کومار در بیمارستانی در هند که نشان دادند سطح انتظارات از ادراکات بالاتر بود مطابقت ندارد [۳۴]. در میان پنج بعد مدل، بیشترین شکاف بین انتظارات و ادراکات، هم قبل از طرح و هم بعد از طرح مربوط به بعد ملموس می‌باشد علیرغم اینکه بعد از طرح تحول بیشترین کاهش شکاف بین انتظارات و ادراکات در این بعد اتفاق افتاده که آن هم می‌تواند ناشی از بروز رسانی تجهیزات

جمعیت مورد مطالعه در سال ۱۳۹۲ (ضریب پاسخگویی ۹۰ درصد)، ۴۳۵ نفر (۸۹ درصد زن) و در سال ۱۳۹۵ (ضریب پاسخگویی ۸۰ درصد)، ۳۵۴ نفر (۵۶ درصد زن) بودند که به ترتیب از نظر میانگین سنی 30.3 ± 10.37 و 31.1 ± 10.89 ، وضعیت تأهل ۹۲/۱۸ درصد و ۷۹/۷ درصد و بر حسب سطح تحصیلات ۶۰/۵ درصد راهنمایی و دیپلم و ۶۳/۶ درصد راهنمایی و دیپلم بودند. میانگین تعداد ویزیت 7.58 ± 6.25 و 4.72 ± 4.62 بود. جدول ۱ اطلاعات دموگرافیک مراجعه کنندگان قبل و بعد از طرح تحول سلامت را نشان می‌دهد. در مبحث انتظارات همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین انتظارات چه در قبل و چه بعد از طرح تحول بالا بود و با مقدار خیلی کم اختلاف آماری معناداری بین انتظارات، قبل (4.45 ± 0.56) و بعد (4.36 ± 0.53) از طرح تحول وجود داشت $(P=0.047)$. مقایسه پنج بعد کیفیت در بحث انتظارات نشان می‌دهد که بالاترین انتظارات در قبل (4.52 ± 0.61) و بعد از طرح (4.53 ± 0.57) مربوط به بعد ملموس و کمترین انتظارات در قبل (4.24 ± 0.75) و بعد از طرح (4.15 ± 0.71) مربوط به بعد همدلی بوده است که این اختلاف‌ها از نظر آماری معنی دار نشد $(P=0.089)$ و $(P=0.766)$. در سایر ابعاد نیز، اختلاف آماری در قبل و بعد از طرح، در بعد پاسخگویی معنی دار نشد $(P=0.077)$ ولی در دو بعد قابلیت اطمینان $(P=0.0147)$ و تضمین $(P=0.019)$ معنی دار شد.

در مبحث ادراکات، میانگین ادراکات در قبل از طرح پایین $(P=3.52)$ و بعد از طرح بالا $(P=3.52)$ بود که این تفاوت از نظر آماری نیز معنادار شد $(P=0.001)$. در میان پنج بعد کیفیت، بالاترین ادراکات قبل از طرح مربوط به بعد قابلیت اطمینان (3.625 ± 0.87) و بعد از طرح مربوط به بعد تضمین (4.13 ± 0.98) و کمترین ادراکات قبل از طرح مربوط به بعد ملموس (3.30 ± 0.91) و بعد از طرح مربوط به بعد همدلی (3.88 ± 0.83) بود. همچنین در همه ابعاد ادراکات، بین قبل و بعد از طرح تحول، تفاوت آماری معنی داری مشاهده شد $(P=0.001)$. بررسی فاصله کیفیت خدمات بین انتظارات و ادراکات، در قبل و بعد از طرح تحول، در میان ابعاد مدل نشان می‌دهد که بالاترین فاصله بین انتظارات و ادراکات چه قبل (-1.22) و چه بعد از طرح (-0.47) مربوط به بعد ملموس است. کمترین فاصله کیفیت بین انتظارات و ادراکات قبل از طرح (-0.77) در بعد همدلی و بعد از طرح (-0.25) در بعد تضمین بود. مهم‌ترین یافته پژوهش نشان داد که بین فاصله کیفیت (تفاوت بین سطح انتظارات و ادراکات مراجعه کنندگان از خدمات)، در قبل و بعد از طرح تحول، در تمامی ابعاد مدل، تفاوت آماری معنی داری وجود داشت $(P=0.001)$.

بحث

این مطالعه مقطعی با هدف ارزیابی کیفیت خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی شمال شرق ایران، قبل و بعد از طرح تحول سلامت انجام شد. این مطالعه نشان داد که شکاف بین انتظارات و ادراکات در تمامی ابعاد مدل سرکوال، بعد از طرح تحول سلامت کاهش پیدا کرده است. همچنین بین انتظارات از کیفیت خدمات، قبل از طرح و بین انتظارات بعد از طرح اختلاف زیادی وجود ندارد اما بین ادراکات از

و وسایل باشد، با این وجود هنوز بین انتظارات و ادراکات مراجعین در بعد ملموس، بالاترین شکاف وجود دارد که از دلایل آن می‌تواند قدیمی بودن ساختمان اکثر مراکز روستایی، محدودیت فضا، عدم بهسازی و رنگ آمیزی کامل و در نتیجه نبودن مراکز بهداشتی مناسب و تمیز باشد. از دیگر دلایل، می‌تواند عدم وجود لباس فرم یکسان و اتیکت همه پرسنل در تمامی مراکز خدمات جامع سلامت باشد. با توجه به اهمیت این بعد، توجه بیشتر به امکانات رفاهی در سطح مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه باید مدنظر قرار گیرد. این یافته با نتایج مطالعه Ardey و همکار [۳۵] که کمترین رضایت مراجعه کنندگان از محیط فیزیکی مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه بود مطابقت دارد. کمترین شکاف بین انتظارات و ادراکات قبل از طرح در بعد همدلی بود. علت کمترین شکاف بین انتظارات و ادراکات در بعد همدلی قبل از طرح می‌تواند وجود ارتباطات عاطفی بین پرسنل با دریافت کنندگان خدمات باشد که بعد از طرح تحول می‌تواند به دلایل زیر

این شکاف افزایش یافته باشد: زیاد بودن تعداد مراجعین جهت فعال سازی پرونده، عدم وجود وقت کافی پزشکان و کارکنان برای برقراری ارتباط با بیماران، وجود برنامه‌ها و بسته‌های خدمتی جدید که فشار و حجم کاری فوق العاده ای ایجاد کرده است، عدم وجود زیر ساخت‌های مناسب و استفاده از کامپیوتر جهت ثبت و ورود اطلاعات در سامانه پرونده الکترونیک سلامت (یکی از معضلات استفاده از سامانه، عدم امکان برقراری ارتباط چهره به چهره با بیمار بدلیل کمبود وقت می‌باشد). Hodun و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که از منظر بیمار، مشارکت آنها با پزشک خانواده مهمترین جنبه توانمندسازی است [۳۶]. این یافته با نتایج مطالعه Van der Voort [۳۷] و مطالعه محمدیان و همکاران [۵] که به بررسی چالش‌های طرح پزشک خانواده پرداختند و مطالعه شهرکی و همکاران که تأثیر طرح تحول از دیدگاه کارکنان را انجام دادند هم خوانی دارد [۳۸].

جدول ۲: مقایسه میانگین وضع موجود و وضع مطلوب بر حسب ابعاد کیفیت خدمات پزشک خانواده قبل و بعد از طرح تحول سلامت

ابعاد	وضع مطلوب (M±SD)	وضع موجود (M±SD)	شکاف کیفیت (M±SD)
ملموس و فیزیکی			
قبل از طرح	۴/۵۲±۰/۶۱	۳/۳۰±۰/۹۱	-۱/۲۲±۱/۰۷
بعد از طرح	۴/۵۳±۰/۵۷	۴/۰۶±۰/۷۶	-۰/۴۷±۰/۹۴
P-Value	۰/۷۶۶	>۰/۰۰۱	>۰/۰۰۱
قابلیت اطمینان			
قبل از طرح	۴/۴۶±۰/۶۰	۳/۶۲±۰/۸۷	-۰/۸۴±۰/۹۸
بعد از طرح	۴/۳۳±۰/۶۲	۳/۹۸±۰/۷۱	-۰/۳۵±۰/۸۶
P-Value	۰/۰۱۴	>۰/۰۰۱	>۰/۰۰۱
پاسخگویی			
قبل از طرح	۴/۴۷±۰/۶۱	۳/۵۶±۰/۸۷	-۰/۹۱±۰/۹۶
بعد از طرح	۴/۳۹±۰/۶۰	۴/۰۵±۰/۷۷	-۰/۳۴±۰/۹۵
P-Value	۰/۰۷۷	>۰/۰۰۱	>۰/۰۰۱
تضمین			
قبل از طرح	۴/۵۱±۰/۸۹	۳/۶۲±۰/۹۰	-۰/۸۹±۱/۱۴
بعد از طرح	۴/۳۸±۰/۶۰	۴/۱۳±۰/۷۲	-۰/۲۵±۰/۹۱
P-Value	۰/۰۱۹	>۰/۰۰۱	>۰/۰۰۱
همدلی			
قبل از طرح	۴/۲۴±۰/۷۵	۳/۴۷±۰/۹۸	-۰/۷۷±۱/۱۰
بعد از طرح	۴/۱۵±۰/۷۱	۳/۸۸±۰/۸۳	-۰/۲۷±۰/۹۲
P-Value	۰/۰۸۹	>۰/۰۰۱	>۰/۰۰۱
کل			
قبل از طرح	۴/۴۵±۰/۵۶	۳/۵۲±۰/۸۲	-۰/۹۳±۰/۹۰
بعد از طرح	۴/۳۶±۰/۵۳	۴/۰۱±۰/۶۷	-۰/۳۵±۰/۷۹
P-Value	۰/۰۴۷	>۰/۰۰۱	>۰/۰۰۱

بالا بودن شکاف کیفیت در بعد همدلی با یافته معتقد و همکاران [۱۱] و روحی و همکاران [۳۱] و Papanikolaou و همکار [۱۹] هم خوانی دارد. لذا به نظر می‌رسد جهت کاهش این شکاف، برگزاری دوره‌های مختلف آموزشی مهارت‌های ارتباط مؤثر برای کارکنان، مورد نیاز می باشد. کمترین شکاف بین انتظارات و ادراکات بعد از طرح در بعد تضمین بود که با مطالعه حکمت پو و همکاران مطابقت دارد [۳۹]. علت اینکه کمترین فاصله بین انتظارات و ادراکات بعد از اجرای طرح تحول، در بعد تضمین وجود دارد می‌تواند به دلیل رفتارهای خوب

پرسنل با مراجعین، رعایت شئون و رعایت حریم ایشان و افزایش دانش و تخصص پزشکان باشد [۱۱، ۲۹، ۳۰]. بعد از اجرای طرح تحول سلامت، کمترین موفقیت در کاهش فاصله کیفیت بین انتظارات و ادراکات مراجعین، در بعد "قابلیت اطمینان" بوده است، که این می‌تواند نشان دهنده این موضوع باشد که هنوز مردم به خدمات ارائه شده در بخش دولتی اطمینان کامل ندارند که این یافته با نتایج مطالعه ترابی و همکار که به بررسی درک و انتظارات مردم از طرح پزشک خانواده، بیان کردند مردم به طرح پزشک خانواده اعتماد ندارند هم خوانی دارد [۴۰]. علیرغم اینکه برنامه‌ها و خدمات جدید

در سطح اول و کاهش ارجاع به خدمات سطح دوم، در نهایت پوشش همگانی سلامت را به همراه داشته باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش وجود تیم بهداشتی درمانی در مراکز خدمات جامع سلامت روستایی در کنار تیم سلامت بود که برای مراجعه کنندگان تفاوت قائل شدن بین آنها در هنگام ارزشیابی مشکل بود که برای رفع این مشکل پرسشگر در مرکز حاضر شده و گروه هدف (تیم سلامت) را برای پاسخ دهندگان مشخص کرد. محدودیت دیگر، شاید افزایش حقوق و مزایای تیم سلامت بعد از طرح تحول باشد که می‌تواند بر ارائه خدمات توسط ایشان تأثیر داشته باشد. با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به بررسی دلایل کاهش ادراکات مراجعه کنندگان از کیفیت خدمات ارائه شده بخصوص در ابعاد قابلیت اطمینان و همدلی و همچنین عدم استقبال از دریافت خدمات ارائه شده بپردازند.

سپاسگزاری

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی مسئولین دانشگاه و همچنین مراکز بهداشت شماره یک، دو، سه، پنج مشهد و کارکنان ایشان اعلام می‌نمایند.

References

- WHO. Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2015.
- Khayyati F, Motlagh M, Kabir M, Kazemeini H, Gharibi F, Jafari N. The role of family physician in case finding, referral, and insurance coverage in the rural areas. Iran J Public Health. 2011;40.
- Rasoly A, Ashja-ardalan A. Physician family. J Manage Strategies Health Syst. 2018;2:17-20.
- Nejatzadegan Z, Ebrahimipour H, Hooshmand E, Tabatabaee SS, Esmaili H, Vafae-Najar A. Challenges in the rural family doctor system in Iran in 2013-14: a qualitative approach. Fam Pract. 2016;33(4):421-5. doi: 10.1093/fampra/cmz033 pmid: 27242367
- Mohammadian M, Vafae Najar A, Nejatzadehgan Eidgahi Z, Jajarmi H, Hooshmand E. Reviewing the Challenges of Family Physician Program from the Perspective of Managers and Doctors in North Khorasan province 2017. J Paramed Sci Rehabil. 2018;7(1):14-24.
- Hatam N, Joulai H, Kazemifar Y, Askarian M. Cost efficiency of the family physician plan in fars province, southern iran. Iran J Med Sci. 2012;37:253-9.
- Mohammadi A, Mohammadi J. Evaluating quality of health services in health centres of Zanjan district of Iran. Indian J Public Health. 2012;56(4):308-13. doi: 10.4103/0019-557X.106422 pmid: 23354145
- Vafae-Najar A, Nejatzadegan Z, Pourtaleb A, Kaffashi S, Vejdani M, Molavi-Taleghani Y, et al. The quality assessment of family physician service in rural regions, Northeast of Iran in 2012. Int J Health Policy Manag. 2014;2(3):137-42. doi: 10.15171/ijhpm.2014.35 pmid: 24757691
- Kharmeh S. Evaluating the Quality of Health Care Services in the Hashemite Kingdom of Jordan. Int J Busin Manage. 2012;7(4). doi: 10.5539/ijbm.v7n4p195
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. J Retail. 1988;64(1):12.
- Motaghd Z, Davoudi Monfared E, Mohazab Turabi S, Nemati I, Mousavi A, Eshraghi R, et al. Assessment of Quality of Services in Health Centers from the perspective of Clients by SERVQUAL Method. Health Res J. 2017;2(1):49-55. doi: 10.18869/acadpub.hrjbaq.2.1.49
- Kazemeini S, Mohammadi F, Owlia F. Evaluation of Satisfaction Rate of Patients Admitted to Yazd Shaheed Sadoughi Burn Hospital in First Nine Months of the year 2011. J Sch Public Health Yazd. 2011;11(4):91-102.
- Alrubaiee L, Alkaa'ida F. The Mediating Effect of Patient Satisfaction in the Patients' Perceptions of Healthcare Quality – Patient Trust Relationship. Int J Market Stud. 2011;3(1). doi: 10.5539/ijms.v3n1p103
- Lin HC, Xirasagar S, Laditka JN. Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics. Int J Qual Health Care. 2004;16(6):437-45. doi: 10.1093/intqhc/mzh072 pmid: 15557353
- Caruana A, Ewing MT, Ramaseshan B. Assessment of the Three-Column Format SERVQUAL. J Busin Res. 2000;49(1):57-65. doi: 10.1016/s0148-2963(98)00119-2
- Nekoei-Moghadam M, Amiresmaili M. Hospital services quality assessment: hospitals of Kerman University of Medical Sciences, as a tangible example of a developing country. Int J Health Care Qual Assur. 2011;24(1):57-66. doi: 10.1108/09526861111098247 pmid: 21456498
- Zarei A, Arab M, Froushani AR, Rashidian A, Ghazi Tabatabaei SM. Service quality of private hospitals: the Iranian patients' perspective. BMC Health Serv Res. 2012;12:31. doi: 10.1186/1472-6963-12-31 pmid: 22299830
- Oltra Rodríguez E, Fernández García B, Cabiedes Miragaya L, Riestra Rodríguez R, González Aller C, Osorio Álvarez S. Calidad percibida por usuarios de cirugía menor según nivel asistencial y profesionales que la realizan. Rev Española Salud Pública. 2018;92.
- Raeissi P, Hashemi S. The Effect of Implementing the Family Physician Program on Prenatal Care Given to Rural Women at Fouman Health Network, North of Iran. Am J Sci Res. 2011:134-43.
- Karassavidou E, Mi Dahlgaard-Park S, Glaveli N, Papadopoulos CT. Quality in NHS hospitals: no one knows better than patients. Meas Busin Excel. 2009;13(1):34-46. doi: 10.1108/13683040910943036
- Papanikolaou V, Zygiaris S. Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. Health Expect. 2014;17(2):197-207. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00747.x pmid: 22296402

22. Jenaabadi H, Abel Khodayari N. Distance between patients' perceptions and expectations of service quality monitoring centers in zahedan using servqual model. *Payesh Health Monit*. 2010;10(4):449-57.
23. Seyedmajidi M, Motallebnejad M, Bijani A, Sabbagzadeh M. Defining Effective Factors on Patients' Satisfaction Referring to Dental Faculty in Babol University of Medical Sciences: A Principle Step to Socially Accountable Medical Education. *Med Educ*. 2013;1(2):58-66.
24. Hooshmand E, Nejatizadegan Z, Ebrahimipour H, Bakhshi M, Esmaili H, Vafaenajar A. Rural family physician system in Iran: Key challenges from the perspective of managers and physicians, 2016. *Int J Healthcare Manage*. 2017;12(2):123-30. doi: 10.1080/20479700.2017.1402422
25. Rajabi F, Esmailzadeh H, Rostamigoooran N, Majdzadeh R. What must be the Pillars of Iran's Health System in 2025? Values and Principles of Health System Reform Plan. *Iran J Public Health*. 2013;42(2):197-205. PMID: 23515322
26. Ministry of Health and Medical Education. Summary of the Program for the Development and Functioning of the Health Area. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2017.
27. Zabuli R, Sajjad H, editors. Weakness and threats to health reform plan from the Viewpoint of managers. Isfahan, Iran 2015; International Conference on sustainable development in the health system.
28. Ebrahimnejad Gorji A, Jadidi R, Delavari S. Comparison of costs and quality of inpatient services before and after the Health reform plan. *Nurs Dev Health J*. 2016;7(1):1-14.
29. Dehghan A, Mirjalily M, Zare Mehrjardi M, Raghebian M, Samiyezargar A, Kazemeini S. Patients' Satisfaction Referred to University Hospitals of Quality of Medical Services After the Implementation of Healthcare Reform in Yazd. *Hakim Health Sys Res*. 2017;20(3):142-8.
30. Hashemi N, Farhani Nezhad S, Faghih A, Imani E, Fatemeh N, Kashani S. Evaluation of Inpatient Satisfaction from the Implementation of the Health System Evolution Program (HSEP) in Shahid Mohammadi Educational Hospital, Bandar Abbas 2016. *J Prev Med*. 2017;4(2):60-7.
31. Roohi G, Asayesh H, Abdollahi A. Evaluation of the client's expectations and perceptions gap about the quality of primary health services in Gorgan health center. *Pars Jahrom Univ Med Sci*. 2011;9(3):41-7. doi: 10.29252/jmj.9.3.7
32. Mehralizadeh Y, Gilavand A, Alizadeh MS, Hajizadeh K. Evaluation Of The Health System Reform Plan In Iranian Universities Of Medical Sciences In Terms Of Community Empowerment: A Review. *Indo Am J Pharmac Sci*. 2017;4(12):4566-79.
33. Ziari A, Ansari M, Valinejadi A. The gap between the service quality and patients' expectations in amir-al-momenin hospital of Semnan university of medical sciences in 2016, Semnan, Iran. *Koomesh*. 2018:221-7.
34. Kansra P, Jha AK. Measuring service quality in Indian hospitals: an analysis of SERVQUAL model. *Int J Serv Operat Manage*. 2016;24(1):1. doi: 10.1504/ijssom.2016.075761
35. Ardey R, Ardey R. Patient Perceptions and Expectations From Primary Health-care Providers in India. *J Family Med Prim Care*. 2015;4(1):53-63. doi: 10.4103/2249-4863.152254 PMID: 25810990
36. Hudon C, St-Cyr Tribble D, Bravo G, Hogg W, Lambert M, Poitras ME. Family physician enabling attitudes: a qualitative study of patient perceptions. *BMC Fam Pract*. 2013;14:8. doi: 10.1186/1471-2296-14-8 PMID: 23305144
37. van der Voort CT, van Kasteren G, Chege P, Dinant GJ. What challenges hamper Kenyan family physicians in pursuing their family medicine mandate? A qualitative study among family physicians and their colleagues. *BMC Fam Pract*. 2012;13:32. doi: 10.1186/1471-2296-13-32 PMID: 22536801
38. Shahraki K, Talebi A, Monzavi S, Fahimi Nia J. Effects of Iran's Healthcare System Reform Plan in Viewpoint of Staff Working in Government Hospitals in Mashhad. *J Mashhad Med Council*. 2016;19(2):107-58.
39. Hekmatpo D, Sorani A, Lashgarara B. Survey on the quality of medical services in teaching hospital of arak University of Medical Sciences with SERVQUAL model in arak. *Arak Univ Med Sci J*. 2012;15(66):1-9.
40. Torabi Ardakani A, Hosseini S, Oroomiei N, Mirzaee S. Study perception, knowledge and expectations from population and physicians points of view about implementation of family physician program: a case study in Shiraz. *J Med Council Islamic Republic Iran*. 2015;33(2):147-55.