

تحلیل شکاف بین کیفیت درک شده و مورد انتظار از خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده شهری

ابراهیم جعفری پویان^۱، عباس رحیمی فروشانی^۲، فاطمه غربی^{۳*}

• پذیرش مقاله: ۹۸/۹/۱۹

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۸/۹/۱۶

• دریافت مقاله: ۹۸/۵/۸



چکیده

مقدمه: مأموریت اصلی اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در نظام سلامت، برقراری عدالت، ایجاد نظام ارجاع، افزایش پاسخگویی برای بیماران و برآوردن نیازها و انتظارات آنها است. این مطالعه با هدف بررسی کیفیت درک شده و مورد انتظار از خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده شهری از دیدگاه بیماران در مطب‌های خصوصی شهر شیراز انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی - تحلیلی به روش مقطعی در سال ۱۳۹۷ انجام شد. تعداد ۳۰۰ بیمار مراجعه کننده به مطب‌های خصوصی پزشک خانواده شهری در شهر شیراز با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌بندی شده وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته جمع‌آوری شدند. از آزمون‌های آماری من ویتنی، ویلکاکسون و کروسکال والیس برای تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها: در تمامی ابعاد به غیر از «تداوم مراقبت» و «دسترسی» اختلاف میان کیفیت درک شده و مورد انتظار از خدمات، معنادار بود. بیشترین شکاف بین ادراکات و انتظارات خدمات مربوط به مؤلفه «زمان‌بندی» و کمترین شکاف مربوط به مؤلفه‌های «تداوم مراقبت»، «دسترسی» و «اثربخشی ادراک شده» بود.

بحث و نتیجه‌گیری: وجود شکاف بین ادراک و انتظار بیماران از کیفیت خدمات، نیازمند توجه بیشتر مدیران نسبت به برنامه‌های بهبود کیفیت است تا رضایت‌مندی بیشتر بیماران را فراهم آورد. این فاصله می‌تواند با مدیریت صحیح، نظارت و آموزش مناسب بیماران و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت برطرف شود.

واژگان کلیدی: کیفیت خدمات، پزشک خانواده شهری، مطب خصوصی، بیماران، ادراک و انتظار

ارجاع: جعفری پویان ابراهیم، رحیمی فروشانی عباس، غربی فاطمه. تحلیل شکاف بین کیفیت درک شده و مورد انتظار از خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده شهری. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۸؛ ۵(۳): ۳۱-۳۱۹.

۱. دانشیار، گروه مدیریت اقتصاد و بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. MPH گرایش بیمه سلامت، کارشناسی ارشد آمار ریاضی، اداره کل بیمه سلامت استان فارس، فارس، ایران

* نویسنده مسئول: فاطمه غربی

آدرس: شیراز، خیابان وصال شمالی، اداره کل بیمه سلامت استان فارس

Email: Gharbi.f@gmail.com

تلفن: ۰۷۱-۳۲۱۱۱۱۴۲

مقدمه

کشورهای پیشرو در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع توانسته‌اند با رویکرد سلامت‌نگر، کل‌نگر و توجه به همه ابعاد سلامتی و ریشه‌یابی علل بیماری در روش و محیط زندگی و نیز تشخیص و درمان به موقع همراه با کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم، ضمن ارتقای سلامتی فرد، خانواده و اجتماع، با هزینه‌کرد کارا و اثربخش منابع منجر به عدالت در سلامت و در نهایت ارتقاء رضایت مردم و ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی شوند (۱).

در کشور ایران در حیطه بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی اولیه پیشرفت‌ها و دستاوردهای شگرفی حاصل شده است که در سطوح بین‌المللی انعکاس یافته‌اند. در دهه‌های اخیر با توجه به دلایلی همچون گذارهای جمعیتی و اپیدمیولوژیکی، افزایش هزینه‌ها و آگاه‌تر شدن مشتریان، با نیازهای تغییر شکل یافته‌تری مواجه هستیم که پاسخگویی به آن وابسته به ایجاد تغییرات و اصلاحاتی در نظام سلامت می‌باشد (۲). در همین راستا فرآیند اصلاح نظام سلامت در ایران با ایجاد سلسله‌ای از تغییرات هدفمند و مستمر برای بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی و اصلاح نظام پرداخت برای پاسخگویی به این تغییرات شکل گرفته است که برنامه پزشکی خانواده را می‌توان یکی از اساسی‌ترین ارکان برنامه اصلاحات مذکور به شمار آورد (۳).

برنامه پزشکی خانواده که دومین تغییر اساسی بعد از راه‌اندازی شبکه‌های بهداشتی در کشور ایران می‌باشد، از سال ۱۳۸۴ در روستاها و مناطق شهری زیر ۲۰ هزار نفر در پاسخ به مشکلات مرتبط با کیفیت، عدالت، اثربخشی و ارتقای سلامت و رفع

چالش‌های موجود در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر اجرا گردید (۴). در راستای سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در ارتباط با سلامت و به منظور اجرای بندهای «ج» و «د» ماده ۳۲ و «الف» ماده ۳۵، تصویب و ابلاغ دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری از سال ۱۳۹۱ صورت پذیرفت و این برنامه در برخی استان‌ها از جمله فارس به شکل پایلوت اجرا می‌شود (۵). رضایت بیمار از خدمات پزشکی خانواده یکی از مهم‌ترین شاخص‌های اثربخشی و کیفیت ارائه خدمات بخش‌های مختلف مراکز بهداشتی و درمانی می‌باشد. رضایتمندی، به عنوان نشانه‌ای از کیفیت بالای خدمات، می‌تواند منجر به رفتارهایی مانند معرفی بیمارستان به دیگران و میل به مراجعه مجدد به مراکز بهداشتی و درمانی از سوی بیماران گردد (۶).

واژه کیفیت به عنوان «توانایی ارائه خدمت به نحوی که منطبق با استانداردها بوده و نیازهای مشتریان را برآورده و آن‌ها را راضی کند (۷) و همچنین توانایی خدمت در برآورده ساختن رضایت مشتریان (۸) تعریف شده است». سازمان جهانی بهداشت کیفیت را سازمان‌دهی منابع سازمان به اثربخش‌ترین روش ممکن، برای برآوردن نیازهای سلامتی اولویت‌دار به منظور پیشگیری و مراقبت، به صورت ایمن، بدون اتلاف و مطابق با نیازهای قانونی و مشروع افراد تعریف می‌کند (۹). ابعاد کیفیت خدمت از نظر مؤسسه پزشکی آمریکا شامل قابلیت اطمینان، اثربخشی، بیمارمحوری، زمان‌بندی، مناسب بودن (با دانش روز)، دسترسی، به موقع بودن، با احترام و توجه بودن، ایمن بودن، مطابقت داشتن با استطاعت مالی و منصفانه بودن (فارغ از جنس، نژاد،

قوم) می‌باشد (۱۰). همچنین تفاوت میان انتظار مشتری قبل از دریافت خدمات بهداشتی و درمانی و درک کیفیت پس از دریافت آن خدمات را به عنوان کیفیت تعریف می‌کنند (۱۱). کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی دارای دو بعد فنی یا کیفیت پیامدی و کارکردی یا کیفیت فرآیندی است که در بعد فنی بیشتر بر دقت رویه‌ها و تشخیص‌ها تمرکز می‌شود درحالی که بعد کارکردی محیط و روش ارائه خدمت را مدنظر قرار می‌دهد. به دلیل عدم اطلاع بیماران از بعد فنی خدمات بهداشتی و درمانی معمولاً قضاوت آنان بیشتر بر مبنای بعد کارکردی صورت می‌گیرد (۱۲). در تقسیم‌بندی دیگری، کیفیت مشتری نیز که معطوف به مشارکت‌های بیمار در فرآیند درمان است مطرح می‌شود (۱۳).

مقالات و مطالعات مختلفی در این زمینه وجود دارند که به بررسی میزان رضایتمندی مردم از برنامه پزشک خانواده روستایی و شهری پرداخته‌اند (۴، ۱۶-۱۴). نتایج حاکی از آن است که با وجود نواقص و کاستی‌ها، رضایت نسبی از برنامه وجود دارد. به‌عنوان مثال در رابطه با برنامه پزشک خانواده شهری، نتیجه مطالعه نصرالله پور شیروانی و همکاران که به بررسی کیفیت عملکرد کلی نظام ارجاع در دانشگاه‌های مورد مطالعه پرداخته بود، نشان داد که ۶۱ درصد ارجاعات به سطح دوم و سوم با اصرار بیماران انجام پذیرفته است (۱۷). در مطالعه دیگری که جعفری پویان و ریوندی در شهر تهران در زمینه کیفیت خدمات پزشکان عمومی انجام شد؛ نشان داد که شکاف نسبی معنادار بین ادراک و انتظار مردم از کیفیت خدمات مطب‌های پزشکان عمومی در شهر تهران وجود دارد (۱۸). بررسی عوامل تبیین‌کننده رضایتمندی بیماران از برنامه پزشک خانواده شهری

در استان مازندران در سال ۱۳۹۵ نشان داد که مهم‌ترین عامل، دسترسی به خدمات و کم اهمیت‌ترین عامل، دسترسی به مراقب سلامت ابراز شده است (۱۹).

در استان فارس تعداد ۱۱۷۶ نفر پزشک خانواده شهری مشغول به فعالیت هستند. این برنامه می‌تواند هزینه‌های سلامت را به دلایل حذف فرانشیز داروهای تجویز شده توسط پزشک خانواده شهری، پرداخت پاداش ارجاع شهری به پزشکان متخصص و فوق تخصص و سرانه پرداخت شده به پزشکان خانواده شهری، افزایش دهد. با توجه به این که در سال ۱۳۹۷، مبلغ ۸۳۷,۲۴۲,۹۶۴,۷۲۷ ریال در استان فارس بابت هزینه سرانه‌ای پزشک خانواده شهری و مبلغ ۱,۷۳۹,۶۷۷,۸۲۴,۴۲۵ ریال بابت کل هزینه‌های پزشک خانواده شهری در استان فارس در سازمان بیمه سلامت هزینه شده است، سنجش کیفیت خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده در ابعاد مهمی همچون بیمارمحوری، زمان‌بندی، تداوم، دسترسی و تعیین شکاف میان انتظارات و ادراکات جهت دستیابی به نقاط قوت و ضعف در شهر شیراز و کمک به تعمیم دقیق‌تر و سازمان‌دهی شده‌تر نسبت به این برنامه ضروری می‌باشد. در این مطالعه سعی شد تا با انعکاس این موارد گامی در جهت اصلاح عیوب برنامه و اجرای هرچه بهتر آن در کشور برداشته شود.

لذا با توجه به محدود بودن تعداد مطالعات مرتبط با کیفیت خدمات پزشک خانواده شهری، این مطالعه به سنجش کیفیت ادراک شده و مورد انتظار خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده شهر شیراز از دیدگاه دریافت‌کنندگان خدمات پرداخت.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی بود که به شیوه مقطعی در بازه زمانی فروردین ماه تا اسفندماه سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه پژوهش کلیه بیماران مراجعه کننده به مطب های خصوصی پزشکان خانواده شهری در شهر شیراز بود. با توجه به فرمول حجم نمونه، تعداد ۳۰۰ بیمار از پنج منطقه شهری شیراز وارد مطالعه شدند تا بیانگر مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر باشند.

روش نمونه گیری، خوشه ای طبقه بندی شده دومرحله ای بود. با توجه به این که در شهر شیراز، ۲۴۸ مطب خصوصی وجود داشت که به صورت تقریباً یکسان در سطح شهر توزیع شده بودند و در هر منطقه حدود ۵۰ مطب وجود داشت لذا از هر منطقه ۱۰ مطب به صورت تصادفی انتخاب شد و از هر مطب ۶ نفر بیمار به سؤالات پرسشنامه پاسخ دادند.

ابزار جمع آوری داده های این مطالعه، پرسشنامه محقق ساخته ای بود که در مطالعه جعفری پویان و ریوندی طراحی و استفاده شده بود (۱۸). پرسشنامه مذکور بر اساس پنج بعد تسهیلات، همدلی، قابلیت اطمینان، تضمین و پاسخگویی مدل سروکوال (۲۰) و همچنین ابعاد تعریف شده مؤسسه پزشکی آمریکا (۱۰) و سایر ابزارهای موجود (۲۱، ۲۲) طراحی شده بود. در ابتدای این پرسشنامه سؤالات اطلاعات دموگرافیک نظیر سن، جنسیت، سطح تحصیلات مطرح گردید. سپس سؤالاتی در خصوص دلایل مراجعه بیماران به مطب همچون علت ثبت نام نزد پزشک، تنوع خدمات انجام شده در مطب، وجود مراقب سلامت در مطب طرح شد. پرسشنامه مورد استفاده شامل ۲۵ سؤال برای سنجش انتظارات

بیماران بود. امتیازدهی به سؤالات انتظارات بر اساس مقیاس پنج تایی لیکرت بود؛ گزینه بی اهمیت (۱) امتیاز)، گزینه کم اهمیت (۲ امتیاز)، گزینه اهمیت متوسط (۳ امتیاز)، گزینه مهم (۴ امتیاز) و گزینه خیلی مهم (۵ امتیاز). همچنین ۲۵ سؤال مشابه (با نوشتار متناسب سازی شده) جهت سنجش ادراکات به صورت پنج گزینه ای از کاملاً مخالفم با ۱ امتیاز تا گزینه کاملاً موافقم با ۵ لحاظ شدند. سؤالات این پرسشنامه، انتظارات و ادراکات بیماران از کیفیت خدمات را در هفت بعد بیمارمحوری (۸ سؤال)، زمان بندی خدمات (۲ سؤال)، رفاهی (۳ سؤال)، کیفیت فنی ادراک شده (۵ سؤال)، تداوم خدمات (۳ سؤال)، دسترسی (۲ سؤال) و اثربخشی ادراک شده (۲ سؤال) می سنجند. از آن جایی که در رابطه با ادراکات بیماران، کیفیت فنی و اثربخشی خدمات به طور کامل توسط مراجعه کننده قابل ارزیابی نیست، سؤالات مرتبط با این ابعاد طوری تنظیم شدند که جنبه های مهم از نظر استفاده کننده از خدمات مطرح و بررسی شوند. از این رو به واژه ادراک شده در کنار آن تأکید گردیده است.

جهت تفسیر میانگین امتیاز کل و ابعاد مربوط به ادراکات بیماران، فاصله امتیازی حداقل و حداکثر نمره کل هر بعد (با توجه به تعداد سؤالات تعیین می گردد) به پنج قسمت (پنجک) مساوی تقسیم شد و به ترتیب از ضعیف (امتیاز از ۱ تا ۱/۷)، نسبتاً ضعیف (امتیاز از ۱/۸ تا ۲/۶)، متوسط (امتیاز از ۲/۷ تا ۳/۴)، نسبتاً مطلوب (امتیاز از ۳/۵ تا ۴/۲) و مطلوب (امتیاز از ۴/۳ تا ۵) و برای انتظارات از کیفیت خدمات نیز به ترتیب خیلی پایین (امتیاز از ۱ تا ۱/۷)، پایین (امتیاز از ۱/۸ تا ۲/۶)، متوسط (امتیاز از ۲/۷ تا ۳/۴)، بالا (امتیاز از ۳/۵ تا ۴/۲) و خیلی بالا

(امتیاز از ۴/۳ تا ۵) تعریف گردید. کلیه اطلاعات جمع‌آوری شده با مجوز سازمان بیمه سلامت بوده و به صورت محرمانه و بدون نام، گزارش گردید و رضایت آگاهانه بیماران مورد بررسی اخذ شد. روایی پرسشنامه در مطالعه جعفری پویان و ریوندی با استفاده از نظرات صاحب‌نظران مدیریت سلامت و کارشناسان نظارت بر درمان و برخی پزشکان تأیید گردیده است. جهت تأیید پایایی، پرسشنامه به صورت پایلوت توسط ۳۰ بیمار تکمیل گردیده و آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد (۱۸). آماره‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار محاسبه شدند. از آزمون‌های آماری من ویتنی، ویلکاکسون و کروسکال والیس در تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ وارد شدند. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها

میانگین سن بیماران مورد بررسی $45 \pm 13/7$ سال بود. کمترین سن ۲۲ سال و بیشترین آن ۸۴ سال بود. ۶۷/۷ درصد از پاسخگویان زن، ۷۶/۷ درصد پاسخگویان متأهل و بیشترین فراوانی در زمینه وضعیت تحصیلی به گروه دیپلم تا لیسانس با ۵۶/۷ درصد تعلق گرفت. به لحاظ میزان درآمد خانوار، بیشترین فراوانی مربوط به درآمد بالاتر از ۲/۵ میلیون تومان با ۵۴/۳ درصد بوده است. ۶۰ درصد پاسخگویان دارای بیمه تأمین اجتماعی و ۳۶/۳ درصد دارای بیمه سلامت و ۳/۷ درصد سایر بیمه‌ها همانند نیروهای مسلح و بانک‌ها بودند (جدول ۱). بین انتظارات مراجعین به مطب‌ها با وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، داشتن بیمه تکمیلی، گروه درآمدی

آنان اختلاف آماری معنی‌دار وجود داشت به این معنا که افراد متأهل، دارای سطح تحصیلات پایین‌تر، فاقد بیمه تکمیلی و دارای درآمد پایین‌تر، انتظارات بالاتری از کیفیت خدمات داشتند. بین ادراکات مراجعین به مطب‌ها با سطح تحصیلات، میزان درآمد و داشتن بیمه تکمیلی رابطه آماری معنی‌داری دیده شد به این معنا که افراد با تحصیلات بالاتر، درآمد بالاتر و دارا بودن بیمه تکمیلی، ادراکات پایین‌تری از کیفیت خدمات داشتند (جدول ۱).

به طور کلی میانگین نمره ادراکات بیماران از کیفیت خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده شهری ۴/۱۴ از ۵ به دست آمد که نشان دهنده کیفیت مطلوب خدمات پزشکان بود. میانگین نمره کل انتظارات بیماران نیز ۴/۴۶ از ۵ به دست آمد که نشان دهنده شکاف ۰/۳۲- بود. بیشترین امتیاز میانگین نمرات ادراکات بیماران مربوط به بعد اثربخشی ادراک شده (۴/۶) و کمترین امتیاز داده شده مربوط به ابعاد فنی ادراک شده (۳/۷) و زمان‌بندی حدود (۳/۷) بود. همچنین از منظر انتظارات بیماران، اثربخشی (۴/۶) مهم‌ترین بعد و رفاهی (۴/۱) کم اهمیت‌ترین بعد بودند (جدول ۲).

بیشترین شکاف در بعد زمان‌بندی ($-0/73$) و کمترین شکاف مربوط به ابعاد تداوم، اثربخشی ادراک شده و دسترسی ($-0/01$) بود. این شکاف در ابعاد بیمار محوری، رفاهی، زمان‌بندی و فنی ادراک شده معنادار بود. شکاف کوچکی بین انتظارات و ادراکات مراجعین به مطب‌های پزشک خانواده شهری در ابعاد اثربخشی ادراک شده، دسترسی و تداوم وجود داشت که معنادار نبود (جدول ۲).

جدول ۱: ارتباط بین ویژگی‌های دموگرافیک و انتظارات و ادراکات مراجعین از کیفیت خدمات

ویژگی‌های دموگرافیک	تعداد (درصد)	انتظارات	ادراکات
جنسیت	مرد ۱۶۰ (۵۳/۳) زن ۱۴۰ (۴۶/۷)	P=۰/۳۳۰	P=۰/۱۶
تأهل	مجرد ۷۰ (۲۳/۳) متأهل ۲۳۰ (۷۶/۷)	P=۰/۰۰۱	P=۰/۱۰۶
داشتن بیمه تکمیلی	بله ۲۰۲ (۶۷/۳) خیر ۹۸ (۳۲/۷)	P=۰/۲۹	P<۰/۰۰۱
تحصیلات	سیکل و کمتر ۶۲ (۲۰/۷) دیپلم تالیسانس ۱۷۰ (۵۶/۷) فوق لیسانس و بالاتر ۶۸ (۲۲/۶)	P=۰/۴۳	P<۰/۰۰۱
سطح درآمد	کمتر از ۱/۵ میلیون ۴۹ (۱۶/۳) بین ۱/۵ تا ۲/۵ ۸۸ (۲۹/۳) بالاتر از ۲/۵ ۱۶۳ (۵۴/۴)	P=۰/۰۰۸	P<۰/۰۰۱

جدول ۲: میانگین امتیاز انتظارات و ادراکات ابعاد و شکاف از دید بیماران

ابعاد	انتظارات	ادراکات	شکاف
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	وضعیت میانگین $\pm$ انحراف معیار	وضعیت
بیمار محوری	۴/۵ $\pm$ ۰/۵	خیلی بالا	نسبتاً مطلوب ۳/۹ $\pm$ ۰/۹
رفاهی	۴/۱ $\pm$ ۱/۲	بالا	نسبتاً مطلوب ۳/۹ $\pm$ ۰/۹
زمان بندی	۴/۵ $\pm$ ۰/۷	خیلی بالا	نسبتاً مطلوب ۳/۷ $\pm$ ۱/۱
فنی (ادراک شده)	۴/۴ $\pm$ ۰/۷	خیلی بالا	نسبتاً مطلوب ۳/۷ $\pm$ ۱/۱
تداوم	۴/۶ $\pm$ ۰/۷	خیلی بالا	مطلوب ۴/۵ $\pm$ ۰/۷
دسترسی	۴/۶ $\pm$ ۰/۷	خیلی بالا	مطلوب ۴/۵ $\pm$ ۰/۷
اثربخشی (ادراک شده)	۴/۶ $\pm$ ۰/۵	خیلی بالا	مطلوب ۴/۶ $\pm$ ۰/۵
کل	۴/۴۶ $\pm$ ۰/۵	خیلی بالا	نسبتاً مطلوب ۴/۱۴ $\pm$ ۰/۶

در جدول ۳ فراوانی و درصد پاسخگویی به سؤالات اجتماعی قابل مشاهده است.

جدول ۳: توزیع فراوانی دلایل مراجعه بیماران به مطب از دید آنان

سؤالات اجتماعی	گزین‌ها	تعداد (درصد)	سؤالات اجتماعی	گزین‌ها	تعداد (درصد)
	فشار خون	۲۴۸ (۸۳)	وجود مراقب سلامت	بله	۲۸۲ (۹۴)
	قند خون	۲۳۹ (۸۰)		خیر	۱۸ (۶)
	چاقی	۷۹ (۲۶)	نزدیکی به محل زندگی		۲۳۷ (۷۸/۹)
	مراقبت از مادران باردار و	۶۲ (۲۰)	توصیه دوستان و آشنایان		۲۳ (۷/۷)
	کودکان زیر ۵ سال				
تنوع خدمات انجام	اختلالات تغذیه‌ای	۵۴ (۱۸)	علت ثبت نام نزد این	شهرت و اعتبار پزشک	۲۳ (۷/۷)
شده در مطب	تکمیل اطلاعات غربالگری	۵۰ (۱۷)	پزشک	پزشک دیگری ظرفیت	۱۴ (۴/۷)
	بیماری‌ها			خالی نداشت	
	پوکی استخوان	۲۶ (۹)		کیفیت بالای خدمات	۳ (۱)
				پزشک	
	هیچ کدام	۴۷ (۱۶)	عدم مراجعه قبل از برنامه		۱۲۰ (۴۰)
	هرگز	۵۶ (۱۸/۷)	به همان صورت قبل		۸۰ (۲۶/۷)
توصیه این مطب به			کیفیت خدمات	باقی مانده	
دوستان و آشنایان	شاید	۱۶۱ (۵۳/۶)	پزشک نسبت به قبل	بهبتر شده است	۵۱ (۱۷)
	بله	۸۳ (۲۷/۷)	بدتر شده		۴۹ (۱۶/۳)

بحث و نتیجه‌گیری

کیفیت خدمات ارائه شده در حوزه سلامت، به ویژه درمان، همیشه از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. بنابراین، این پژوهش با هدف تحلیل شکاف بین برداشتها و انتظارات مراجعین (به عنوان نشانگر کیفیت) نسبت به خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده شهری در شیراز انجام گرفت. از منظر وضعیت ادراکات مراجعین از کیفیت خدمات پزشکان عمومی شهر شیراز، به‌طور کلی و در همه ابعاد وضعیت مطلوب و نسبتاً مطلوب بود. بالاترین میانگین امتیاز ادراکات از دیدگاه بیماران مربوط به بعد «اثربخشی ادراک شده» بود. نتایج مطالعات مشابه یافته‌های این مطالعه را تأیید می‌کند. برای نمونه، نتایج مطالعه جعفری پویان و ریوندی در خصوص مطب‌های شهر تهران (۱۸)، مطالعه سخنور و

مصدق‌راد در خصوص سنجش کیفیت خدمات بیمارستان (۲۱) و مطالعه نورالسنا و همکاران در مورد پزشکان خانواده شهرستان فسا (۲۳) نیز بعد اثربخشی بیشترین میزان امتیاز را به خود اختصاص داده است. در مطالعه Purcărea و همکاران در کشور رومانی (۲۴) و در مطالعه Rasyida و همکاران در کشور اندونزی (۲۵) این نتیجه گرفته شده که ادراکات بیماران در ابعاد «تضمین» و «قابلیت اعتماد» بیشترین امتیاز را کسب کرده است. با توجه به این که سؤالات بعد «اثربخشی ادراک شده» در این مطالعه با ابعاد تضمین و قابلیت اطمینان مشابهت داشت، می‌توان به این نتیجه رسید که نتایج با مطالعات مذکور به نوعی همسو هستند. ضعیف‌ترین ابعاد ادراکات بیماران مربوط به ابعاد «کیفیت فنی ادراک شده» و «زمان‌بندی» بود. در مطالعه جعفری پویان و

ریوندی بعد «زمان‌بندی» کمترین امتیاز ادراکات بیماران را داشت (۱۸) اما در مطالعه Rasyida و همکاران (۲۵) بعد «همدلی» کمترین امتیاز را در زمینه ادراکات بیماران به خود اختصاص داده بود که با نتایج این مطالعه همخوانی نداشت. بعد کیفیت فنی شامل سؤالاتی در مورد تشکیل دادن پرونده سلامت، اخذ شرح حال کامل از بیمار و ارائه توضیحات کامل و دقیق توسط پزشک و مراقبین سلامت به بیمار می‌باشد و امتیاز ضعیف در این زمینه می‌تواند به این دلیل باشد که بسترسازی مناسبی برای تشکیل پرونده سلامت در مطب‌ها انجام نشده است. همچنین در برخی مطب‌ها به دلیل حجم زیاد مراجعین به پزشک ممکن است زمان کافی برای بیماران گذاشته نشود. بعد زمان‌بندی شامل طولانی نبودن زمان انتظار جهت ملاقات پزشک و حضور به موقع و کافی پزشک در مطب است که باز هم امتیاز ضعیف‌تر نسبت به سایر ابعاد در این زمینه به حجم زیاد مراجعین در برخی مطب‌ها و تک شیف بودن برخی پزشکان مرتبط است. از منظر وضعیت انتظارات مراجعین از کیفیت خدمات پزشکان عمومی شهر شیراز، به‌طورکلی و در همه ابعاد در وضعیت خیلی بالا قرار داشت بدین معنا که تمام ابعاد برای بیماران خیلی مهم بوده‌اند. بیشترین میانگین امتیاز از میان ابعاد انتظارات بیماران از کیفیت خدمات مربوط به «اثر بخشی ادراک شده» بود که به طور طبیعی مهم‌ترین جایگاه را در کیفیت خدمت دارد. در مطالعه سخنور و مصدق راد (۲۱) و جعفری پویان و ریوندی (۱۸) نیز همین بعد بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده بود. در حالی که در مطالعه Manulik و همکاران (۲۶) در کشور لهستان بیشترین نمره انتظارات بیماران مربوط به ابعاد همدلی و پاسخگویی می‌باشد و مطالعه Chakravarty (۱۲)

بیشترین نمره اهمیت مربوط به بعد ملزومات مصرفی بود. به نظر می‌رسد در مطالعات داخلی، برای بیماران بهتر شدن بیماری‌شان پس از مراجعه به پزشک و وارد نشدن آسیب به آن‌ها مهم‌تر از سایر ابعاد بوده است. کمترین میانگین امتیاز انتظارات به بعد رفاهی اختصاص داشت. از آن جا که بعد رفاهی در این مطالعه به محیط فیزیکی و ملزومات مصرفی ارتباط دارد، این نتیجه با یافته‌های مطالعه کیم و همکاران (۲۷) همچنین در مطالعه Manulik و همکاران (۲۶) در لهستان که کیفیت محیط فیزیکی و ملزومات مصرفی بر ارزش مورد انتظار مشتری تأثیر داشت، همسو بود. علیرغم اهمیت جنبه‌های رفاهی، از دید مراجعین مطب‌های پزشکان خانواده شیراز جایگاه بالایی نداشت.

وجود شکاف منفی معنی‌دار بین انتظارات و ادراکات نشان داد که هنوز با وضعیت مطلوب و ایده‌آل مورد انتظار مردم مقداری فاصله وجود داشت. یافته‌های این پژوهش از نظر بررسی شکاف کیفیت خدمات نشان داد که در هر هفت بعد کیفیت خدمات، شکاف منفی وجود داشت. نمره ادراکات بیماران از کیفیت خدمات در همه ابعاد پایین‌تر از نمره انتظارات بود که نشان داد از دید مراجعه‌کنندگان به مطب‌های پزشکان خانواده شهری در شهر شیراز، ارائه خدمات در حد انتظارات آن‌ها نیست و فاصله‌ای برای جلب رضایت بیماران و مراجعین و رسیدن به وضعیت مطلوب وجود دارد. به‌طورکلی بیشترین شکاف بین انتظارات و ادراکات مربوط به بعد «زمان‌بندی» می‌باشد. در مطالعه سخنور و مصدق راد (۲۱)، Manulik و همکاران (۲۶)، Ahmed و همکاران (۲۸) و همچنین مطالعات محبی‌فر و همکاران (۲۹) و بهادری و همکاران (۳۰) شکاف

منفی میان انتظارات و ادراکات در تمامی ابعاد دارای اختلاف آماری معنادار بود که با نتایج این مطالعه کاملاً در یک راستا می‌باشد. نتایج مطالعه باوفا و همکاران در رابطه با تحلیل شکاف کیفیت خدمات پزشکان خانواده شهرستان شاهرود نشان داد که در همه ابعاد، وضعیت موجود فراتر از انتظارات مراجعه‌کنندگان بود و رضایت مراجعه‌کنندگان از مراقبت ارائه شده توسط پزشکان خانواده، در مراکز بهداشتی شاهرود حاصل شده است (۴). در مطالعه حاضر شکاف کلی بین انتظارات و ادراکات منفی و حاکی از این بود که انتظارات مراجعه‌کنندگان مقداری از ادراکات آن‌ها بیشتر بود که این امر می‌تواند نشان از سطح بالای انتظارات مراجعه‌کنندگان در شهر شیراز نسبت به شاهرود باشد.

در مطالعه جعفری پویان و ریوندی در همه ابعاد به غیر از «بیمارمحوری» و «دسترسی» شکاف منفی وجود داشت (۱۸). نکته قابل توجه در مقایسه این دو مطالعه این است که در شهر تهران انتظارات مراجعه‌کنندگان در حد خیلی بالایی ارزیابی نشده بود و بیان شده بود که «افراد از مطب‌های پزشکان عمومی انتظار پائینی دارند و افراد برای بیماری‌های جزئی و پیش پا افتاده از نظر خود به پزشک عمومی مراجعه کرده و علاقه به مراجعه به متخصصین شایع گردیده است». یکی از دلایل سطح بالای انتظارات مراجعه‌کنندگان در شهر شیراز و اختلاف این امر با شهر تهران را می‌توان استقرار برنامه پزشک خانواده شهری در شهر شیراز عنوان کرد چرا که اجرای این برنامه باعث شده است که نخستین مواجهه مردم به جای پزشک متخصص و فوق تخصص، پزشک خانواده شهری باشد و همین امر منجر به افزایش انتظارات مردم از این مطب‌ها شده است.

یافته‌ها نشان داد که بین انتظارات مراجعین به مطب‌ها با سطح تحصیلات، گروه درآمدی، نوع بیمه و وضعیت تأهل رابطه معنی‌دار وجود داشت. در مطالعه سخنور و مصدق‌راد (۲۱) و جعفری پویان و ریوندی (۱۸) بین میانگین انتظار بیماران و متغیرهای دموگرافیک سن، تحصیلات و محل سکونت رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت که با نتایج این مطالعه هم راستا بود اما در مطالعه Manulik و همکاران (۲۶)، جنابادی و همکاران (۳۱) و وفایی نجار و همکاران (۳۲) بین انتظارات و بیشتر متغیرهای دموگرافیک رابطه معنی‌دار وجود نداشت که همسو با نتایج این مطالعه نمی‌باشد. جهت تحلیل دلیل این امر می‌توان گفت با توجه به اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در این شهر به نظر می‌رسد این برنامه باعث شده است که مردم بابت تأمین سلامت و انجام خدمات مراقبتی و پیشگیرانه به پزشک خانواده خود قبل از پزشک متخصص مراجعه کنند و به تبع آن انتظارات مردم خصوصاً با توجه به شرایط خاص به عنوان مثال درآمد پایین‌تر، نداشتن بیمه تکمیلی و تحصیلات پایین‌تر متفاوت و بعضاً بالاتر باشد. علاوه بر آن تفاوت در میزان آگاهی و نیازهای افراد با شرایط مختلف می‌تواند منجر به اختلاف در انتظارات مردم گردد.

یافته‌ها نشان داد که بین ادراکات مراجعین به مطب‌ها با سطح تحصیلات، گروه درآمدی و نوع بیمه رابطه معنی‌دار وجود داشت. در مقاله Ahmed و همکاران (۲۸)، ادهمی مقدم و همکاران (۳۳)، جنابادی و همکاران (۳۱) و وفایی نجار و همکاران (۳۲) رابطه آماری معنی‌داری بین میزان ادراکات بیماران از خدمات پزشکان و بیمارستان‌ها با مشخصات دموگرافیک وجود نداشت. در مطالعه

سخنور و مصدق‌راد بین میانگین ادراک از دیدگاه بیماران و متغیرهای دموگرافیک سن، تحصیلات و محل سکونت رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت اما بر اساس متغیرهای جنسیت و وضعیت تأهل این رابطه معنی‌دار نیست (۲۱). همچنین در یافته‌های مطالعه Manulik و همکاران (۲۶) نتیجه‌گیری شده است بین ادراک بیمار از کیفیت خدمات بهداشتی پزشکان متخصص و جنسیت بیماران و سطح تحصیلات رابطه معنی‌دار وجود داشت.

در رابطه با کیفیت درک شده بیماران از خدمات پزشک خانواده شهری شهر شیراز می‌توان گفت افراد با شرایطی همچون درآمد کمتر و بدون بیمه تکمیلی، با توجه به این که نسبت به قبل از اجرای برنامه پزشک خانواده شهری امکان استفاده از خدمات مراقبت سلامت را با هزینه کمتر و دسترسی بیشتر به دست آورده‌اند، دارای ادراکات بالاتری نسبت به کیفیت خدمات پزشک خانواده خود هستند و می‌توان گفت سخت‌گیری کمتری در این مورد نسبت به سایرین دارند. به نظر می‌رسد این امر می‌تواند منجر به عدم هم‌سویی نتایج این مطالعه با مطالعاتی که ادراکات بیماران بستری از کیفیت خدمات را بررسی کرده‌اند، شود.

پیشنهادها

از آنجایی که در برنامه پزشک خانواده، ارتباط جمعیت تحت پوشش و پزشکان خانواده یک رابطه مستمر و طولانی‌مدت است، بسیار اهمیت دارد که برداشتها و انتظارات خدمت گیرندگان مورد توجه قرار گیرد. هرچه افراد به کیفیت خدمات ارائه شده توسط پزشک خانواده اعتماد بیشتری داشته باشند، تمایل بیشتری به مراجعه مداوم و به‌هنگام و دریافت

خدمات غربالگری و پزشکی خواهند داشت و به تبع، انگیزه آن‌ها برای مراجعه به سطح ۲ و ۳ ارائه خدمت به جزء در موارد ضروری می‌تواند کاهش یابد. این امر هم به ارتقای سطح سلامت مردم کمک می‌کند و هم امکان مدیریت هزینه‌ها را برای مردم، سازمان‌های بیمه‌گر و نظام سلامت فراهم خواهد نمود. نتایج این مطالعه نشان از کیفیت نسبتاً بالای خدمات ارائه شده از دیدگاه خدمت گیرندگان داشت. هر چند سطح موجود، همچنان با وضعیت مطلوب و ایده‌آل مورد انتظار مردم مقداری فاصله دارد که باید با سیاست‌گذاری صحیح در راستای برطرف نمودن نواقص و تقویت نقاط مثبت در جهت برآورده کردن نیازها و انتظارات مردم تلاش شود. نکته مهم این است که این سیاست‌گذاری و مدیریت باید دربرگیرنده مداخلاتی برای افزایش سطح سواد سلامت مردم باشد تا در کنار برداشتهای درست انتظارات معقولی از ساختار سلامت نیز داشته باشند و همچنین ارائه‌دهندگان خدمت نیز توجه بیشتری به سنجش و تحقق انتظارات خدمت گیرندگان نشان دهند. بنابراین، سنجش انتظارات و ادراکات مراجعین توسط خود ارائه‌دهندگان و همچنین سازمان‌های بیمه‌ای می‌تواند اولین قدم در این مسیر پر چالش باشد. سپس بررسی دیدگاه‌های ذی‌نفعان دیگر همچون پزشکان و مدیران و متعاقب آن انجام تغییرات در فرآیندها بر اساس ترجیحات این گروه‌ها می‌تواند تسهیل کننده باشد.

سپاسگزاری

این مطالعه با حمایت مالی سازمان بیمه سلامت ایران انجام شد. محققین از همکاری مرکز تحقیقات بیمه سلامت سازمان بیمه سلامت ایران و پزشکان محترم

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود نداشت.

خانواده شهری شیراز کمال تشکر را دارند. کد اخلاق این طرح در دانشگاه علوم پزشکی تهران IR.TUMS.SPH.REC.1397080 بود.

References

1. Mirghafori SH, Zareh H. Analysis of the service quality of medical centers using the SERVQUAL model (case study: Yazd Rahnamoon hospital). Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services 2007;15(2):84-92. [In Persian]
2. Jabbari BH, Gasemzade H, Bakhshian F, Mohammadpourasl A, Asadzadeh R. Evaluation of family physician program based on family health indices. Knowledge and Health 2012; 7(3): 124-8. [In Persian]
3. Ebrahimipour H, Vejdani M, Vafae-Najar A, Nejatzadegan Z, Amini A, Vejdani M, et al. Patients satisfaction from family physicians in health centers affiliated with Sabzevar University of Medical Sciences with EUROPEP-2012. Toloee Behdasht 2012;13(6):25-34. [In Persian]
4. Bavafa M, Robat-Sarpooshi D, Mirzaei N, Staji P. Analysis of service quality gap of Family physicians of Shahrood city based on SERVQUAL model in 2015. Rahavard Salamat Journal 2015;2(2):50-60. [In Persian]
5. Ministry of Health and Medical Education, Ministry of Cooperatives, Labour, and Social Welfare, Deputy of Health, Deputy of Social Welfare, Deputy of Treatment. Guidelines for the Family Physician Program and Referral System in Urban Areas; 2011 [cited 2019 Jan 2] Available from: <http://zums.ac.ir/files/emdadi/pages/archive/pk02.pdf>
6. Bagheri R, Mohammadikia SA, Kazemian M, Kazemi B, Rezapour M. Satisfaction rate from the communication skills of family physicians in rural health centers at Mazandaran University of Medical Sciences. Biannual Journal of Medical Education Education Development Center 2014;2(2):30-6. [In Persian]
7. Allen DR, Allen DR, Rao TR. Analysis of Customer Satisfaction Data: A Comprehensive Guide to Multivariate Statistical Analysis in Customer Satisfaction, Loyalty, and Service Quality Research. Milwaukee, Wis: Asq Press; 2000.
8. Vatankhah S, Hosseini AF. Services quality analysis using importance-performance analysis (IPA) tool in selected general hospitals in Tehran: 2011. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2013;11(1):59-70. [In Persian]
9. World Health Organization (WHO). Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach; 2008 [cited 2018 Sep 3]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf?ua=1
10. Corrigan JM. Building a Better Delivery System: A New Engineering/Health Care Partnership. Washington (DC): National Academies Press (US); 2005.
11. Sheppard C, Franks N, Nolte F, Fantz C. Improving quality of patient care in an emergency department: a laboratory perspective. Am J Clin Pathol 2008;130(4):573-7. doi:10.1309/DGXYTH0VNTTQRQHD.
12. Chakravarty A. Evaluation of service quality of hospital outpatient department services. Med J Armed Forces India 2011;67(3):221-4. doi:10.1016/S0377-1237(11)60045-2
13. Tabrizi JS, Wilson AJ, O'Rourke PK. Search Results Web results Customer quality in health care. Patient Educ Couns 2009;74(1):130-1.
14. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir MJ. Evaluation of the urban family physician and referral system program in Fars and Mazandran provinces: history, achievements, challenges and solutions. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2016;14(2):17-38. [In Persian]
15. Imanieh MH, Mirahmadizadeh A, Imani B. Factors affecting public dissatisfaction with urban family physician plan: A general population based study in Fars Province. Electron Physician 2017;9(11):5676-81. doi:10.19082/5676
16. Ghasemi M, Hadian M, Sotoudeh Gagasari H, Malaki Moghadam H. Evaluating satisfaction among recipients of family physician services in Birjand and Khusf, Iran. Mod Care J 2018; 15(1):e67215. doi: 10.5812/modernc.67215.
17. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh M, Kabir M, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the function of

referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2010;11(6):46-52. [In Persian]

18. Jaafaripooyan E, Rivandi AS. Quality of GP' services contracted with health insurance organization in Tehran. *Journal of Healthcare Management* 2018;8(4):39-49. [In Persian]

19. Tahmasbi B, Abedi G, Abedini E, Nadi A, Moosazadeh M, Rostami F. Analysis of patients' satisfaction from urban family physician program in Mazandaran province. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2017;26(144):65-75. [In Persian]

20. Calnan MW. The patient's perspective. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1998;14(1):24-34. doi.org/10.1017/S0266462300010497

21. Mosadeghrad AM, Sokhanvar M. Measuring quality of services in Tehran teaching hospitals using HEALTHQUAL instrument. *Razi Journal of Medical Sciences* 2018;25(68): 10-20. [In Persian]

22. Dargahi H, Darrudi A. Performance Assessment of Health care centers in South Tehran Health Network. *Manage Strat Health Syst* 2019; 3(4):264-75. [In Persian] doi: 10.18502/mshsj.v3i4.510

23. Noorossana R, Rezaeian S, Moradi S, Rezaeian Z. Assessment of patients' satisfaction from General physicians' services: a cross-sectional study from Iran. *Medical Ethics Journal* 2013;7(22):161-84. [In Persian]

24. Purcărea VL, Gheorghe IR, Petrescu CM. The assessment of perceived service quality of public health care services in Romania using the SERVQUAL scale. *Procedia Economics and Finance* 2013;6:573-85. doi.org/10.1016/S2212-5671(13)00175-5

25. Rasyida DR, Ulkhaq MM, Setiowati PR, Setyorini NA. Assessing service quality: A combination of SERVPERF and importance-performance analysis. *MATEC Web of Conferences*; MATEC Web of Conferences 2016; 68:06003. doi: 10.1051/mateconf/20166806003

26. Manulik S, Rosińczuk J, Karniej P. Evaluation of Health Care Service Quality in Poland With the Use of SERVQUAL Method at the Specialist

Ambulatory Health Care Center. *Patient Prefer Adherence* 2016;10:1435-42. doi: 10.2147/PPA.S108252.

27. Kim YK, Cho CH, Ahn SK, Goh IH, Kim HJ. A study on medical services quality and its influence upon value of care and patient satisfaction- Focusing upon outpatients in a large-sized hospital. *Total Quality Management* 2008;19(11):1155-71.

doi.org/10.1080/14783360802323594

28. Ahmed S, Tarique KM, Arif I. Service quality, patient satisfaction and loyalty in the Bangladesh healthcare sector. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2017;30(5):477-88. doi: 10.1108/IJHCQA-01-2017-0004

29. Mohebifar R, Hasani H, Barikani A, Rafiei S. Evaluating service quality from patients' perceptions: application of importance-performance analysis method. *Osong Public Health Res Perspect* 2016;7(4):233-8. doi:10.1016/j.phrp.2016.05.002.

30. Bahadori M, Abdi M, Teimourzadeh E, Ayoubian A, Yaghoubi M. Assessment of quality transportation services at a military medical center based on SERVQUAL model. *Journal of Military Medicine* 2013; 15(3):177-83. [In Persian]

31. Jenaabadi H, Abili K, Nastiezaie N, Yaghubi NM. The gap between perception and expectations of patients of quality of treatment centers in Zahedan by using the Servqual model. *Payesh* 2011;10(4):449-57. [In Persian]

32. Vafaei Najar A, Hooshmand E, Hosseini E, Mahmoudian P, Shabanikiya H. Assessment of inpatients' expectations and perceptions of service quality of surgical wards of private hospitals in 2016. *Journal of Health Administration* 2017;20(68): 75-84. [In Persian]

33. Adhami Moghadam F, Sahebalzamani M, Rouhafza M. Gap analysis of service quality from bedridden patient's point of view at hospitals of Tehran Medical Sciences Islamic Azad University. *Journal of Healthcare Management* 2017;8(2):19-29. [In Persian]

Gap Analysis of the Perceived and Expected Quality of Services Provided by Urban Family Physicians

Jaafaripooyan Ebrahim¹, Rahimi Forooshani Abbas², Gharbi Fatemeh^{3*}

• Received: 2019. 07. 30

• Revised: 06. 12. 2019

• Accepted: 10. 12. 2019



Abstract

Background & Objectives: The principal purpose behind the initiation of the urban family physician plan in the health care system is to provide equity, create a referral system and increase the responsiveness towards patients in line with their demands and expectations. The present study aimed to evaluate the expected and perceived quality of services provided by urban family physicians in the city of Shiraz from the viewpoints of patients.

Methods: This cross-sectional descriptive-analytical study was conducted in 2019. A number of 300 patients referred to urban family physician private clinics in Shiraz city were selected using classified two-step clustering method. Data were collected using a researcher-developed questionnaire. Mann-Whitney, Wilcoxon and Kruskal-Wallis tests were used for data analysis through SPSS24 software package.

Results: In all dimensions except for "continuity" and "access", there was a significant difference between perceived and expected quality of service. The largest gap was related to "timing" and the least gaps were related to "continuity", "access" and "perceived effectiveness".

Conclusion: The gap between patients' perceived and expected quality of services requires managers' more attention to the quality improvement programs to provide more patient satisfaction. This gap can be modified by proper management, monitoring, and training patients and health care providers.

Keywords: Service quality, Urban family physician, Private clinic, Patients, Expectations and Perceptions

Citation: Jaafaripooyan E, Rahimi Forooshani A, Gharbi F. Gap Analysis of the Perceived and Expected Quality of Services Provided by Urban Family Physicians. Journal of Health Based Research 2019; 5(3): 319-31. [In Persian]

1. Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. MPH Health Insurance, MSc in Mathematical Statistics, Iran Health Insurance Organization, Shiraz, Iran

* **Corresponding Author:** Fatemeh Gharbi

Address: General Health Insurance Office, North Vesal St., Shiraz, Iran

Tel: 00987132111142

Email: Gharbi.f@gmail.com