

ادراکات و انتظارات مردم شهر و روستا از کیفیت خدمات سلامت در استان قزوین*

مهران علیجانزاده^۱، سعید آصفزاده^۲، حمیده خوش ترکیب^۳، فاطمه قمری^۴، مهناز علیجانزاده^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: کیفیت خدمات بهداشتی درمانی مقوله‌ای است که امروزه توجه زیادی را به خود جلب کرده است و در رضایتمندی مراجعہ کنندگان به سیستم سلامت بسیار موثر می‌باشد. هدف از این مطالعه شناسایی ادراکات و انتظارات مردم شهر و روستا از کیفیت واحدها و ارائه کنندگان خدمات سرپایی و بستری سلامت در استان قزوین در سال ۱۳۹۳ خورشیدی بود.

روش بررسی: مطالعه حاضر به صورت تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۳ خورشیدی در استان قزوین انجام شد. جامعه آماری کلیه افراد ساکن استان قزوین بودند که با توجه به فرمول حجم نمونه ۱۰۰۲ نفر به نسبت جمعیت ساکن در ۶ شهر استان قزوین و روستاهای آن مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه استاندارد SERVQUAL بود که دارای ۵ بعد ملموس، قابلیت اطمینان، پاسخگویی، تضمین و همدلی بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت بود. مقدار آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و میزان ضریب آزمون-بازآزمون در مطالعه ۰/۸۳ بود. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی با آزمون‌های Paired Test و Correlation Pearson تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه $32 \pm 9/9$ و متوسط زمان انتظار جهت دریافت خدمات 47 ± 73 دقیقه بود. بیشترین فراوانی تحصیل گیرندگان خدمت، مربوط به سطح تحصیلات سیکل با مقدار ۳۴/۳ درصد (۳۴۴ نفر) و پس از آن تحصیلات دیپلم با مقدار ۲۹/۶ درصد (۲۹۷ نفر) بود. میانگین ادراکات به ترتیب در ابعاد ملموس (فیزیکی)، قابل اطمینان، پاسخگویی، تضمین و همدلی برابر با ۳/۵۳، ۳/۵۴، ۳/۵۳، ۳/۷۰ و ۳/۳۹ بود همچنین میانگین انتظارات به ترتیب در این ابعاد برابر ۴/۵۸، ۴/۶۲، ۴/۵۸، ۴/۵۹ و ۴/۵۵ بود. بیشترین شکاف با مقدار ۱/۱۵۵ - مربوط به بعد همدلی و کمترین شکاف با مقدار ۰/۸۸۸ - مربوط به بعد تضمین بود که به لحاظ آماری معنی دار بود ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به مقدار پایین حیطه همدلی، می‌بایست برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌های لازم توسط مدیران برای ارتقای این حیطه از کیفیت خدمات سلامت مورد توجه قرار بگیرد.

واژه‌های کلیدی: ادراکات؛ کیفیت خدمات سلامت؛ مدل سروکوال

پذیرش مقاله: ۹۴/۰۳/۰۶

اصلاح نهایی: ۹۴/۰۲/۰۴

دریافت مقاله: ۹۳/۱۰/۰۳

ارجاع: علیجانزاده مهران، آصفزاده سعید، خوش ترکیب حمیده، قمری فاطمه، علیجانزاده مهناز. ادراکات و انتظارات مردم شهر و روستا از کیفیت خدمات سلامت در استان قزوین. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۲(۵): ۶۳۶-۶۴۶

*این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۸۳۴۶ با حمایت مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی قزوین بوده است.

۱- کارشناسی ارشد، مدیریت بهداشت و درمان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: mehnan_alijanzade@yahoo.com

۲- استاد، مدیریت بهداشت و درمان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۳- کارشناسی ارشد، مدیریت بهداشت و درمان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی، فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

مقدمه

در قرن حاضر تحولات جدید موجب شده تا بخش خدمات با سرعت زیادی گسترش یابد (۱). تا جایی که خدمات بخش کوچکی از اقتصاد به شمار نمی‌رود، بلکه به عنوان قلب ارزش آفرینی در اقتصاد مطرح است (۲). امروزه کیفیت خدمات بویژه در مؤسساتی که با حجم بالایی از ارباب رجوع مواجه هستند، نظیر خدمات مالی و مراقبتی اهمیت فزاینده‌ای پیدا کرده است و می‌توان آن را به عنوان یک استراتژی ضروری در نظر گرفت که به مؤسسه کمک می‌کند تا به نتایج مطلوب در بازار رقابتی دست یابد و در طولانی مدت سودآوری لازم را در پی داشته باشد. بهبود کیفیت خدمات برای مؤسسات خدماتی جهت برآورده شدن انتظارات گیرندگان خدمت و رضایتمندی آنها به یک چالش عمده تبدیل شده است (۳). مشکل کیفیت خدمات بیشتر در سازمان‌هایی بوجود می‌آید که بر شناخت و برآوردن نیازها و خواسته‌های مشتریان تمرکز نمی‌کنند. باید سازمان خدماتی خود را به جای مشتری بگذارد و سیاست‌های خودش را براساس دیدگاه آنان بنا نهد. عدم ارتباط مستقیم با مشتری، در نهایت سبب می‌شود عملکرد خدمت نتواند پاسخگوی انتظارات مشتریان باشد و در نتیجه میان مشتریان در زمینه ارائه کیفیت خدمات اختلاف نظر ایجاد می‌شود (۴). ارزیابی کیفیت خدمات سلامت، یک مقیاس مهم برای اندازه‌گیری میزان تحقق اهداف سلامت محور است، باید توجه داشت رضایت مشتریان هنگامی بدست می‌آید که سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت همچون: بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و درمانگاه‌ها علاوه بر توجه به نیازهای مشتریان به انتظارات آنها نیز توجه نمایند و برای برآورده ساختن انتظارات مشتریان تلاش نمایند (۵). در بازار رقابتی امروز تبلیغات دهان به دهان توسط بیماران یا خانواده‌های آنها، اهمیت زیادی را به خود اختصاص می‌دهد. تجربیات مثبت بیمار و خانواده وی از بیمارستان و ادراک بیماران از خدمات دریافت شده ارزشمند است (۶). کیفیت خدمات سلامت به طور گسترده به عنوان خشنودی مراجعه کننده به مراکز

سلامت محور شناخته می‌شود و این مسأله به طور مستقیم در رضایت مشتریان سهیم است به همین دلیل اکثر سازمان‌های بهداشتی در پی ارتقا کیفیت خدمات به جهت جلب رضایت مشتری بوده‌اند (۷). بیماران نه صرفاً گیرندگان منفعل خدمات، بلکه مصرف کنندگان فعال خدمات بهداشتی و درمانی هستند، در نتیجه ارائه مراقبت‌های مطابق با ترجیحات، انتظارات و نیازهای بیمار می‌تواند باعث بهبود در کیفیت خدمات بیمارستانی شود (۹،۸).

انتظارات یکی از مهمترین تعیین‌کننده‌های ارزیابی مشتری از کیفیت خدمات است و شناخت دقیق انتظارات مشتری، مهمترین قدم در تعریف و ارائه خدمات با کیفیت بالاست. در حقیقت یکی از چالش‌های فعلی نظام‌های سلامت، این است که چگونه به امتظارات بیماران پاسخ دهند. علی‌رغم اهمیت این موضوع، شناخت نیازها و خواسته‌های بیماران در ارائه مراقبت مورد غفلت واقع شده است (۱۰). مشاهدات مشتری عامل کلیدی در قضاوت در مورد کیفیت خدمات می‌باشد. یک مشتری مشاهدات و درک خود را از فرآیند خدمت اخیر، با مشاهداتی که از قبل در مورد این خدمت داشته، مقایسه می‌کند. مشتریان از اختلاف بین خدمت مورد انتظار و خدمت دریافت شده برای قضاوت در مورد کیفیت ابزار مدل‌های شکاف خدمت (Service Gap) استفاده می‌کنند. مردم قضاوت خود در مورد کیفیت خدمت را بر پایه شکاف موجود بین درک خود از آنچه که در تعامل با خدمت روی می‌دهد و انتظاراتشان از خدمتی که باید ارائه گردد، استوار می‌سازند. وقتی این شکاف‌ها وجود دارند، کیفیت در خطر می‌باشد. بنابراین یک استراتژی کنترل کیفیت در خدمات، کاهش دادن و در نهایت مسدود کردن این شکاف‌ها می‌باشد (۱۱). الگوی Servqual یکی از شاخص‌ترین ابزارها برای اندازه‌گیری انتظارات و ادراکات مشتریان بوده و یک روش تشخیصی برای معرفی نقاط قوت و ضعف کیفیت خدمات سازمان می‌باشد. این ابزار به طور معمول برای اندازه‌گیری و مقایسه ادراکات و انتظارات مشتریان خارج سازمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۲). ۵. Servqual بُعد اصلی را در کیفیت خدمات

به افراد جامعه در جهت افزایش هر چه بیشتر کیفیت خدمات امری حیاتی به نظر می‌رسید. Lin در مطالعه خود ابزار Servqual را برای سنجش کیفیت بسیار مناسب می‌دانست و معتقد بود برای پی بردن شکاف بین ادراکات و انتظارات باید از این ابزار استفاده شود (۲۳).

از آنجایی که خدمات بخش بهداشت و درمان بسیار حیاتی است و کیفیت و تضمین آن برای نظام بهداشت و درمان و مردم بسیار حائز اهمیت است، سنجش کیفیت این خدمات بوسیله ادراکات و انتظارات مردم ابزاری مناسب می‌باشد. هدف این مطالعه، شناسایی انتظارات و ادراکات مردم شهر و روستا از کیفیت خدمات سلامت در استان قزوین (با استفاده از مدل Servqual) بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر کاربردی از دسته مطالعات تحلیلی در سال ۱۳۹۳ خورشیدی بر روی ۱۰۰۲ نفر با مراجعه به درب منازل مردم شهر و روستا و پرسش از کیفیت واحدها و ارائه‌کنندگان خدمات سرپایی و بستری سلامت استان قزوین انجام شد. تعداد نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه و در نظر گرفتن حداکثر مقدار احتمال بیشتر بودن انتظارات افراد از ادراکات $p = 0.5$ و ضریب خطای ۵ درصد، نمونه معادل ۴۰۰ نفر تعیین گردید که با 2 cluster effect معادل ۸۰۰ نفر شد اما برای دقت بیشتر ۱۰۰۲ نفر مورد بررسی قرار گرفت. که با توجه به جمعیت روستایی به شهری استان قزوین تعداد ۲۵۳ نمونه روستایی و ۷۴۹ نمونه شهری جمع‌آوری گردید. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و نحوه انتخاب نمونه‌ها به صورت تصادفی بود.

در بین جمعیت شهری استان قزوین ۶ شهرستان قزوین، تاکستان، آبیک، بویین زهرا، آوج و البرز بررسی شدند و به نسبت جمعیت ساکن، از شهر قزوین ۴۰۳ نمونه، آبیک ۵۱، آوج ۳۸، البرز ۱۲۱، بویین زهرا ۴۴، تاکستان ۹۲ نمونه بررسی قرار گرفت و این اختلاف تعداد نمونه به علت اختلاف در جمعیت این شهرها بود. همچنین در بین جمعیت روستایی از روستاهای آبیک، آوج، البرز، بویین زهرا، تاکستان، قزوین به

مورد سنجش قرار می‌دهد: ۱) جوانب ملموس خدمت (Tangibles): تسهیلات فیزیکی، تجهیزات، ظاهر کارکنان ۲) قابل اطمینان بودن ارائه دهنده خدمت (Reliability): انجام عملکرد تعهد شده به نحو مطمئن و دقیق ۳) پاسخگویی به ارائه دهنده خدمت (Responsiveness): تمایل به کمک و پاسخگویی به نیازهای مشتری ۴) تضمین فراهم شده بوسیله ارائه‌دهنده خدمت (Assurance): توانایی کارکنان در القای اعتماد و اطمینان ۵) همدلی ارائه کننده خدمت با مشتریان (Empathy): توجه فردی به مشتری. نکته مهم آن است که همه این ابعاد باهم مرتبط می‌باشند و تاثیر مهمی بر تفاوت‌های موجود در خدمات درک شده در بین گروه‌های تحت تاثیر می‌گذارد (۱۴، ۱۳). در پژوهش‌های متعددی از این مدل استفاده شده است. طبیبی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که تفاوت معنی‌دار بین انتظار و ادراک بیماران پیرامون ابعاد پنجگانه کیفیت خدمات در بیمارستان‌های مورد مطالعه وجود دارد و بیماران بعد تضمین را به عنوان مهمترین و پاسخگویی کارکنان را به عنوان کم اهمیت‌ترین بعد رتبه‌بندی کردند (۱۵). همچنین در مطالعه Norazah در بیمارستان‌های خصوصی مالزی یافته‌ها نشان داد که ادراکات و انتظارات مراجعین از خدمات ارائه شده اختلاف معنی‌داری را نشان می‌دهد که نیاز به مداخله اساسی در زمینه‌های با شکاف احساس می‌شود (۱۶). در مطالعه Padma و همکارانش که در بیمارستان‌های هندوستان انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که بیماران و همراهانشان یکی از مهمترین جنبه‌های فردی مراقبت بودند که آرایه دهندگان خدمات سلامت به منظور داشتن دید جامع از خدماتشان مجبور به درک نیازهای بیماران و همراهانشان بودند (۱۷).

مطالعات مختلفی در سراسر جهان در رابطه با کیفیت خدمات بهداشتی درمانی صورت گرفته است، در مطالعات Purcarea (۱۸)، John (۱۹)، Chakravarty (۲۰) زارعی (۲۱)، نکویی‌مقدم (۲۲) مشخص شد که بین ادراکات مراجعه کنندگان و انتظارات آنها از کیفیت خدمات ارائه شده شکاف منفی موجود بود و نیاز به ارتقا کیفیت خدمات و توجه بیشتر

جهت تعیین مقدار همبستگی ابعاد ادراکات با انتظارات از آزمون همبستگی Pearson استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه $9/9 \pm 32$ و متوسط زمان انتظار جهت دریافت خدمات 47 ± 73 دقیقه بود. بیشترین توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه، تحصیلات سیکل و معادل ۳۴ درصد جامعه مورد مطالعه بود. کمترین فراوانی سطح تحصیلات در جمعیت مورد مطالعه، مربوط به تحصیلات فوق لیسانس و دکتری بود که تنها $1/6$ درصد جمعیت مورد مطالعه را شامل می‌شد، به ترتیب درصد فراوانی افراد بی‌سواد، دیپلم، فوق دیپلم و لیسانس برابر با $6/3$ ، $29/6$ ، $10/4$ و $17/8$ بود. در زمینه زیرحیطه‌های ادراکات، ظاهر آراسته و تمیز کارکنان و پزشکان و همچنین حفظ محرمانگی اطلاعات مراجعه کنندگان توسط پزشکان و کارکنان به ترتیب با مقدار $3/894$ و $3/879$ دارای بیشترین مقدار و وجود امکانات رفاهی مناسب برای بیمار و همراه و همچنین دسترسی به خدمات در تمامی ساعت به ترتیب با مقدار $3/182$ و $3/214$ کمترین مقدار ادراکات را دارا بودند (جدول ۱). در زمینه زیرحیطه‌های انتظارات، وجود تجهیزات و وسایل پزشکی مناسب و ضروری و همچنین صلاحیت و تجربه پزشکان و کارکنان به ترتیب با مقدار $4/656$ و $4/692$ دارای بیشترین مقدار و دریافت بازخورد از نتایج درمان توسط پزشکان و همچنین احترام پزشکان و کارکنان به ارزش‌های فرهنگی به ترتیب با مقدار $4/483$ و $4/534$ کمترین مقدار انتظارات را دارا بودند (جدول ۲). در زمینه ادراکات افراد شرکت‌کننده در مطالعه کمترین میانگین مربوط به بعد پاسخگویی با مقدار $3/53$ و بیشترین میانگین مربوط به بعد تضمین با مقدار $3/70$ بود. بین انتظارات و ادراکات افراد از کیفیت خدمات در تمامی ابعاد شکاف وجود داشت که به لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p < 0/05$). بیشترین شکاف در بعد همدلی با مقدار $1/155$ و کمترین آن در بعد ملموس با مقدار $1/04$ بود (جدول ۳). همبستگی معنی‌دار بین کلیه ابعاد انتظارات با کلیه ابعاد ادراکات در ابعاد کیفیت مشابه وجود داشت که حیطه ملموس

ترتیب ۲۴، ۲۱، ۱۶، ۵۶، ۵۴ و ۸۲ نمونه بررسی شد که در مجموع نمونه‌های روستایی برابر با ۲۵۳ نفر بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه استاندارد Servqual (انتظارات، ادراکات) استفاده شد که در مطالعات بسیاری رویی آن در کشور ایران مورد تایید قرار گرفته است (۲۱، ۲۲). همچنین alpha Cronbach's برابر با $0/91$ بود که پایایی درونی بسیار مناسبی را نشان داد. ضریب آزمون بازآزمون برابر با $0/83$ بود. پرسش‌نامه شامل ۲ قسمت دموگرافیک (جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، سن و زمان انتظار) و سؤالات اصلی در زمینه ابعاد پنجگانه (ابعاد ملموس یا فیزیکی، قابلیت اطمینان، پاسخگویی، تضمین و همدلی) کیفیت خدمات در ۲ بخش ادراکات و انتظارات بود. پرسش‌نامه حاوی ۲۲ سؤال بود که ابعاد ملموس یا فیزیکی، قابلیت اطمینان و پاسخگویی هر کدام ۴ سؤال و دو بعد تضمین و همدلی هر کدام ۵ سؤال را به خود اختصاص داد در قسمت سؤالات اصلی کیفیت خدمات سؤالات پرسش‌نامه بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت از خیلی موافقم تا خیلی مخالفم تشکیل می‌شد. برای تعیین شکاف کیفیت، نمره مراجعین به وضعیت موجود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی (ادراک آن‌ها از کیفیت خدمات) ارا نه شده با نمره آن‌ها به وضعیت مطلوب کیفیت خدمات بهداشتی درمانی (انتظار آن‌ها از کیفیت خدمات) مورد مقایسه قرار گرفت. نمره حاصل در صورت مثبت بودن بیانگر این است که خدمات ارا نه شده بیشتر از حد انتظارات مردم است و در صورت منفی بودن حاکی از آن است که خدمات بهداشتی درمانی ارا نه شده، انتظارات مردم را برآورده نمی‌کند و شکاف کیفیت وجود دارد. در صورتی که نمره حاصل برابر با صفر باشد، به معنی عدم وجود شکاف کیفیت در نظر گرفته می‌شود و نشان دهنده در حد انتظار بودن خدمات بهداشتی درمانی ارا نه شده به مردم است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار آماری SPSS انجام شد. برای داده‌های میانگین و انحراف معیار از آمار توصیفی و برای سنجش معناداری شکاف بین ادراکات و انتظارات از آزمون تحلیلی تی زوجی استفاده شد، همچنین در

بودن در انتظارات و ادراکات با مقدار همبستگی $0/264$ کمترین مقدار همبستگی را دارا بود که به لحاظ آماری بیشترین مقدار همبستگی و حیطة همدلی با مقدار $0/170$ معنی‌دار بود ($p < 0/05$).

جدول ۱: میانگین ادراکات مردم شهر و روستا از واحدها و ارائه‌کنندگان خدمات سرپایی و بستری سلامت ($n=1002$)

میانگین	انحراف معیار	سؤالات ادراکات
۳/۵۵۶	۰/۸۶۱	۱- آیا محیط ارائه خدمت تمیز و مناسب بود
۳/۸۹۴	۰/۷۶۹	۲- آیا پزشکان و کارکنان ظاهر تمیز و مناسب داشتند
۳/۵۱۴	۰/۹۲۴	۳- آیا تجهیزات و وسایل پزشکی مناسب موجود بود
۳/۱۸۲	۱/۰۴۹	۴- آیا امکانات رفاهی مناسب برای بیمار و همراه وی مهیا بود
۳/۳۶۳	۱/۱۲۷	۵- آیا خدمت در زمان مقرر ارائه گردید
۳/۴۳۸	۱/۰۹۷	۶- آیا به درخواست های مراجعه کنندگان به موقع پاسخ داده شد
۳/۷۵۹	۰/۹۵۶	۷- آیا پزشکان و کارکنان صلاحیت و تجربه لازم را دارا بودند
۳/۶۰۹	۱/۰۱۷	۸- آیا کارکنان اطلاعات دقیق درباره روند درمان و زمان دریافت خدمت ارائه دادند
۳/۷۶۰	۰/۹۹۸	۹- آیا رفتار و برخورد پزشکان و کارکنان منجر به ایجاد اطمینان و اعتماد می‌گردد
۳/۵۶۳	۱/۰۴۹	۱۰- آیا کارکنان تمایل به کمک و رفع مشکل مراجعین داشتند
۳/۳۱۸	۱/۱۴۹	۱۱- آیا زمان انتظار برای دریافت خدمات، مناسب بود
۳/۵۰۰	۱/۰۹۲	۱۲- آیا در محل ارائه خدمت پذیرش سریع و آسان صورت گرفت
۳/۷۶۹	۰/۹۸۶	۱۳- آیا رفتار و برخورد پزشکان و کارکنان دوستانه و متواضعانه بود
۳/۵۴۴	۱/۱۱۱	۱۴- آیا پزشک مرتبط با مشکل مراجعه کننده، در دسترس بود
۳/۷۳۶	۰/۹۱۷	۱۵- آیا پزشکان و کارکنان به اعتقادات و ارزشهای فرهنگی احترام قائل بودند
۳/۸۷۹	۰/۸۴۹	۱۶- آیا پزشکان و کارکنان به حفظ محرمانگی اطلاعات مراجعین معتقد بودند
۳/۶۰۹	۱/۰۲۷	۱۷- آیا کارکنان به سوالات مراجعین پاسخ کامل می‌دهند
۳/۳۷۱	۱/۰۹۱	۱۸- آیا کارکنان به شکایات مراجعین رسیدگی و توجه می‌کردند
۳/۳۲۴	۱/۱۳۶	۱۹- آیا کارکنان از مراجعه کنندگان در مورد مسائل و نتایج درمان بازخورد می‌گیرند
۳/۲۱۴	۱/۱۸۵	۲۰- آیا خدمات ارائه شده در تمامی ساعات در دسترس بود
۳/۵۵۳	۰/۹۸۶	۲۱- آیا پزشکان و کارکنان برای درمان مراجعین و ارائه خدمات علاقه نشان می‌دهند
۳/۵۱۵	۱/۰۳۸	۲۲- آیا کارکنان به نیازها و خواسته های مراجعین توجه می‌کنند

جدول ۲: میانگین انتظارات مردم شهر و روستا از واحدها و ارائه کنندگان خدمات سرپایی و بستری سلامت (n=۱۰۰۲)

انحراف معیار	میانگین	سوالات انتظارات
۰/۶۷۶	۴/۵۹۸	۱-وجود محیط ارائه خدمت تمیز و مناسب چقدر اهمیت دارد
۰/۷۴۰	۴/۵۴۰	۲-وجود پزشکان و کارکنان با ظاهر تمیز و مناسب چقدر اهمیت دارد
۰/۶۳۲	۴/۶۵۶	۳-وجود تجهیزات و وسایل پزشکی مناسب چقدر اهمیت دارد
۰/۷۳۱	۴/۵۳۹	۴-وجود امکانات رفاهی مناسب برای بیمار و همراه چقدر اهمیت دارد
۰/۶۶۵	۴/۶۱۶	۵-ارائه خدمت در زمان مقرر چقدر اهمیت دارد
۰/۶۴۷	۴/۶۰۶	۶-پاسخ به موقع به درخواست های مراجعه کنندگان چقدر اهمیت دارد
۰/۵۸۹	۴/۶۹۲	۷-صلاحیت و تجربه پزشکان و کارکنان چقدر اهمیت دارد
۰/۶۳۷	۴/۵۹۶	۸-دادن اطلاعات دقیق درباره روند درمان و زمان دریافت خدمت چقدر اهمیت دارد
۰/۶۲۱	۴/۶۲۵	۹-رفتار و برخورد پزشکان و کارکنان به طوری که منجر به ایجاد اطمینان و اعتماد گردد چقدر اهمیت دارد
۰/۶۷۶	۴/۵۷۰	۱۰-تمایل به کمک و رفع مشکل مراجعین چقدر اهمیت دارد
۰/۶۶۹	۴/۵۷۲	۱۱-زمان مناسب انتظار برای دریافت خدمات چقدر اهمیت دارد
۰/۶۷۹	۴/۵۶۷	۱۲-پذیرش سریع و آسان در محل ارائه خدمت چقدر اهمیت دارد
۰/۶۷۶	۴/۵۸۳	۱۳-رفتار و برخورد دوستانه و متواضعانه پزشکان و کارکنان چقدر اهمیت دارد
۰/۶۴۲	۴/۶۴۶	۱۴-در دسترس بودن پزشک مرتبط با مشکل مراجعه کننده چقدر اهمیت دارد
۰/۷۰۹	۴/۵۳۴	۱۵-احترام پزشکان و کارکنان به اعتقادات و ارزشهای فرهنگی مراجعه کننده چقدر اهمیت دارد
۰/۶۵۰	۴/۶۲۳	۱۶-حفظ محرمانگی اطلاعات مراجعین توسط پزشکان و کارکنان چقدر اهمیت دارد
۰/۶۴۶	۴/۵۸۸	۱۷-پاسخ کامل به سوالات مراجعین چقدر اهمیت دارد
۰/۶۶۸	۴/۵۵۶	۱۸-رسیدگی و توجه به شکایات مراجعین چقدر اهمیت دارد
۰/۷۴۹	۴/۴۸۳	۱۹-دریافت بازخورد در مورد نتایج درمان از مراجعه کنندگان چقدر اهمیت دارد
۰/۷۰۳	۴/۵۵۸	۲۰-دسترسی به خدمات در تمامی ساعات چقدر اهمیت دارد
۰/۶۸۲	۴/۵۵۱	۲۱-ابراز علاقه برای درمان مراجعین و ارائه خدمات چقدر اهمیت دارد
۰/۶۳۹	۴/۶۰۵	۲۲-توجه به نیازها و خواسته های مراجعین چقدر اهمیت دارد

جدول ۳: میانگین و شکاف ادراکات و انتظارات مردم شهر و روستا در ابعاد مختلف (n=۱۰۰۲)

ابعد کیفیت خدمات	میانگین نمره	میانگین نمره ادراکات	مقدار شکاف کیفیت	P value
بعد ملموس	۴/۵۸۴	۳/۵۳۶	-۱/۰۴۷	<۰/۰۰۱
بعد قابلیت اطمینان	۴/۶۲۸	۳/۵۴۲	-۱/۰۸۵	<۰/۰۰۱
بعد پاسخگویی	۴/۵۸۴	۳/۵۳۵	-۱/۰۴۸	<۰/۰۰۱
بعد تضمین	۴/۵۹۵	۳/۷۰۸	-۰/۸۸۸	<۰/۰۰۱
بعد همدلی	۴/۵۵۱	۳/۳۹۵	-۱/۱۵۵	<۰/۰۰۱

بحث

در مطالعه حاضر کمترین میانگین ادراکات در حیطه همدلی با مقدار ۳/۳۹ و بیشترین مقدار میانگین ادراکات در حیطه تضمین با میانگین ۳/۷۰ بود. بیشترین شکاف نیز با مقدار -۱/۱۵۵ در حیطه همدلی بود و در تمام ابعاد شکاف وجود داشت که این شکاف معنی‌دار بود ($p < ۰/۰۵$). در مطالعه جنآبادی و همکارانش در تمامی ابعاد کیفیت بین میانگین نمرات ادراک و انتظارات تفاوت معنی‌دار وجود داشت و شکاف کیفیت به ترتیب در ابعاد ملموسات -۰/۶۹۰، اطمینان ۰/۶۸۵، پاسخگویی ۰/۷۹۵، تضمین ۰/۷۵۵، همدلی ۰/۸۴۰ و در مجموع میانگین کل این ابعاد -۰/۷۷۵ بود (۲۴). در این مطالعه بیشترین میانگین ادراکات در بعد ملموسات و کمترین میانگین ادراکات در بعد همدلی بود. مطالعه جنآبادی و همکارانش (۲۴) نیز بدلیل وجود شکاف در تمامی حیطه‌ها و کمترین مقدار میانگین در حیطه همدلی با مطالعه حاضر مطابقت داشت و همسو با نتایج مطالعه حاضر بود.

در مطالعه رزلانسری و تیموری (۲۵) در کرمانشاه کمترین شکاف کیفیت خدمات مربوط به بعد همدلی و بیشترین شکاف مربوط به بعد اطمینان بود، کمترین میانگین ادراکات در بعد اطمینان با مقدار ۳/۴۴ و بیشترین میانگین ادراکات در بعد همدلی با مقدار ۳/۸۹ بود، در این مطالعه میانگین کل ادراکات ۳/۶۷ بود که نشانگر شکاف ۰/۹- از میانگین کل انتظارات بود و این مسأله را نشان می‌دهد که انتظارات مردم از کیفیت خدمات از ادراکات آنها بیشتر بوده و می‌بایست برای از بین بردن این شکاف اقدامات اساسی صورت گیرد. در

مطالعه رزلانسری و تیموری (۲۵) نیز در تمامی ابعاد شکاف کیفیت وجود داشت که منطبق بر مطالعه حاضر بود اما حیطه همدلی بر خلاف مطالعه حاضر دارای بیشترین میانگین بود که دلیل این امر را می‌توان جامعه آماری متفاوت دانست، زیرا در مطالعه رزلانسری و تیموری جامعه آماری تنها مراجعه‌کنندگان به بیمارستان بوده‌اند. در مطالعه حکمت‌پو و همکارانش (۲۶) در تمامی ابعاد کیفیت بین انتظارات افراد با ادراکات آنها شکاف معنی‌دار وجود داشت. شکاف کیفیت در ابعاد مختلف بدین گونه بود، در بعد فیزیکی -۱/۳۰، اطمینان -۱/۲۰، پاسخگویی -۱/۲۴، تضمین -۱/۱۶، همدلی -۱/۲۵ و در مجموع -۱/۲۷ بود، بیشترین میانگین ادراکات با مقدار ۳/۸۰ در بعد تضمین و کمترین میانگین کیفیت ادراک شده در بعد همدلی بود که نشان‌دهنده این مسأله است که مردم از خدمات به طور کامل رضایت نداشته و باید راهکارهای اساسی برای کاهش شکاف و یا از بین بردن این شکاف‌ها صورت گیرد. در مطالعه حاضر نیز شکاف کیفیت در تمامی ابعاد موجود بود اما میانگین کل مقدار شکاف کیفیت در مطالعه حکمت‌پو و همکارانش (۲۶) بیشتر از مطالعه حاضر بود که دلیل این امر را می‌توان جامعه آماری متفاوت، در دو مطالعه دانست.

در مطالعه Butt در مالزی (۲۷)، مطالعه Rohini و همکارانش در هندوستان (۲۸)، مطالعه Barkar و همکارانش در ترکیه (۲۹)، Arasli و همکارانش در قبرس (۳۰) نیز در تمامی ابعاد کیفیت خدمات، شکاف منفی بین ادراکات و انتظارات مشتریان وجود داشت هر چند مقدار این شکاف در مطالعات مختلف مقادیر متفاوتی داشت، اما حاکی از آن بود

نیازهای مشتریان بود و بیان شد، پرسنل ارائه دهنده خدمات به این مسأله توجه خاص نمایند که همچون مطالعه حاضر توجه بیشتر به بعد همدلی را به جهت ضعف در این حیطه کیفیت، مد نظر قرار داده است. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، پراکندگی شهرستان‌های استان قزوین بود که سعی شد تا حد امکان با بهره‌گیری از نیروی بومی کارشناس، مشکل جمع‌آوری داده‌ها برطرف گردد. از جمله کاستی‌های مطالعه نیز عدم بررسی خدمات بخش خصوصی و دولتی به صورت مجزا بود که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده این مسأله مدنظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

طبق مطالعه حاضر و سایر مطالعات انجام شده می‌توان اظهار کرد که مسأله بررسی کیفیت خدمات سلامت برای ارتقای نظام سلامت بسیار حیاتی است. یافتن نقاط ضعف سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت و تلاش در جهت بهبود کیفیت خدمات می‌تواند سازمان‌ها را با پیروزی و موفقیت دوچندان مواجه نماید و در پی آن به نظام سلامت کشور در جهت تحقق اهداف کلان خود همچون ارتقا سلامت جامعه، عدالت محوری و پاسخگویی به نیازهای افراد جامعه یاری رساند.

پیشنهادها

در نهایت پیشنهاد می‌گردد با توجه به میانگین مقداری کم بعد همدلی در مطالعه حاضر و وجود بیشترین شکاف کیفیت خدمات در این حیطه، برنامه‌ریزی و سیاستگذاری مناسب و تامین مالی مناسب و کافی درجهت برطرف سازی موانع برای ارتقای این حیطه در نظر گرفته شود. از جمله مواردی که توسط مسئولین باید در نظر گرفته شود توجه به شکایات مراجعین و رسیدگی به آنها، دسترس بودن خدمات ضروری در تمامی ساعت، ارتقا انگیزه کارکنان و پزشکان برای توجه بیشتر به مراجعین و ابراز توجه به آنها و در نهایت توجه کارکنان و پزشکان به نیازها و خواسته‌های منطقی مراجعین کنندگان از مواردی است که با ارتقا آنها حیطه همدلی تقویت خواهد شد و شکاف کیفیت در این حیطه به حداقل اندازه

که مشکلات در زمینه ارائه کیفیت خدمات در تمامی نقاط دنیا وجود داشته و سیاستگذاران و مدیران می‌بایست برنامه‌های لازم در جهت کاهش این شکاف را به اجرایی نمایند. در مطالعه گرجی و همکارانش (۳۱) بیشترین شکاف مربوط به بعد دسترسی و کمترین شکاف مربوط به بعد تضمین بود، در این مطالعه میانگین ادراکات در بعد ملموس با مقدار ۰/۲۴۰ کمترین بود و در بعد تضمین با مقدار ۰/۳۴۵ بیشترین مقدار را در بر می‌گرفت، میانگین کل ادراکات افراد از کیفیت خدمات نیز در مطالعه برابر با ۰/۴۰۰ بود، مطالعه گرجی و همکارانش (۳۱) نیز به لحاظ وجود شکاف همسو با مطالعه حاضر بود اما به لحاظ میانگین ادراکات بالاتر از مطالعه حاضر بود، که دلیل این امر را می‌توان مکان محدود پژوهش در نظر گرفت که برخلاف مطالعه حاضر که افراد در کلیه نقاط استان قزوین و با مراجعه حضوری به درب منازل مورد مطالعه قرار گرفتند اما در مطالعه گرجی، تنها یک بیمارستان به لحاظ کیفیت خدمات مورد بررسی قرار گرفته است (۳۱). در مطالعه محمدنیا و دلگشایی (۳۲) نیز بین ادراکات و انتظارات در تمامی ابعاد کیفیت خدمات شکاف معنی‌دار وجود داشت، به طوری که بعد پاسخگویی با مقدار ۳/۱۱ کمترین و بعد دسترسی با مقدار ۳/۷۱ بیشترین مقدار را در حیطه ادراکات شامل می‌شدند، همچنین میانگین کل ادراکات افراد در این مطالعه ۳/۵۲ بود که در تمامی حیطه‌ها همسو با مطالعه حاضر بود. مطالعات Taner و Antony (۳۳)، Schroder و همکارانش (۳۴)، Suki و Lian (۱۶) نیز ادراکات افراد را همواره کمتر از انتظارات آنها در حیطه کیفیت خدمات برآورد نموده‌اند که این مسأله به معنای وجود شکاف کیفیت و عدم تامین انتظارات افراد مراجعه کننده برای دریافت خدمات سلامت بوده است. در مطالعه Handayani و همکارانش (۳۵) مهمترین استراتژی‌ها برای بهبود کیفیت خدمات سلامت توجه به زیر ساخت‌های ارائه خدمات سلامت و نیروی انسانی بوده است که حاکی از توجه به ابعاد ملموس بودن خدمات و پاسخگویی است. مطالعه Gutierrez و همکارانش (۷) نشان دهنده توجه عدیده به مسأله خواسته‌ها و

دکتری میکروبی شناسی) و معاونت بهداشتی قزوین جناب آقای دکتر سعید اسکویی (پزشک عمومی)، همچنین کلیه کارشناسان مراکز بهداشتی روستایی و شهری، خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های شهری و کلیه افرادی که پژوهشگران را در اجرای این طرح (به شماره ۸۳۴۶) یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

محدود خواهد گشت که منجر به افزایش رضایت و خشنودی مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی خواهد گردید.

تشکر و قدردانی

از ریاست محترم مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت جناب آقای دکتر منوچهر مهram (متخصص اطفال)، معاونت محترم پژوهشی جناب آقای دکتر تقی ناصرپور

References

1. Mirghafoori H, Ahmadabadi Z. Analysis of the service quality of medical centers using ServQual model (case: Shahid Rahnemon Hospital). Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services 2007; 15(2): 84-92. [In Persian]
2. Sohrabi R, Bakhtiyari H. Quality assessment tool for the performance evaluation and analysis of evaluation models of service quality (SERVQUAL). Scientific Convention Center, Third National Conference on Management Practice 2007; 3(6): 1-18. [In Persian]
3. Prattana P, Nattapan B, Patchaya M. Health Care Service Quality: Case Example of a Hospital with Lean Implementation. Proceeding of the POMS 23 rd Annual Conference; 20-23 Apr 2012, USA, Chicago, Illinois.
4. Gholami A, Noori A, Khojastepoor M, Asgari M, Sajadi H. Gaps in the quality of primary health care services provided by health centers - Care Nishapur city. Scientific Journal of shahed university 2011; 18(92): 1-11. [In Persian]
5. Zhao Z, Cheng J, Xu S. A quality assessment index framework for public health services: a Delphi study. Public Health 2015; 129(1):43-51.
6. Bush VD, Bush AJ, Clark P, Bush RP. Girl power and word-of-Mouth Behavior in the flourishing sports market. Journal of Consumer Marketing 2005; 22(5): 257-64.
7. Gutierrez J, Navarro J, Carrion A. Linking unlearning with quality of health service through knowledge. Journal of business research 2015; 68(4): 815-22.
8. Speight J. Assessing patient satisfaction: concepts, applications, and measurement. Value Health 2005; 8 Suppl 1:S6-8.
9. Pakdil F, Harwood TN. Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: An analysis using SERVQUAL dimensions. Total Quality Management & Business Excellence 2005; 16(1): 15-30.
10. Dormohammadi T, Asghari F, Rashidian A. What Do Patients Expect from Their Physicians? Iranian Journal of Public Health 2010; 39(1): 70-9. [In Persian]
11. Strawderman L. Human factors consideration in quality of service metrics for health care delivery, [Thesis]. Pennsylvania: USA, the Pennsylvania State University; 2005.
12. Finn D, Lamb C. An evaluation of the SERVQUAL scales in a retailing setting. Advances in consumer research 1991; 18(1): 483-90.
13. Huang Y, Li S. Understanding quality perception gaps among executives, frontline employees, and patients: the outpatient services in Taiwan hospitals. Quality Management Health Care 2010; 19(2): 173-84.
14. Gibson C. Using SERVQUAL to assess the customer satisfaction level of the Oregon High Intensity Drug Trafficking Area (HIDTA) ISC Analytic unit. Hatfield School of Government Executive Master of Public Administration. Cohort. [On Line], 2009. Available from: URL: <https://www.pdx.edu/cps/sites/www.pdx.edu.cps/files/Using%20SERVQUAL%20to%20assess%20the%20customer%20satisfaction%20level%20of%20the%20Oregon%20HIDTA%20ISC%20alan%20-%20-%20Chris%20Gibson-1.pdf>
15. Tabibi S, kakhani M, Gohari M, shahri S. The Relationship between Services Quality and patient's loyalty in Tehran Public and Private Hospitals: 2009. Jhosp 2010; 8 (3 and 4):35-42 [In Persian]
16. Suki NM, Lian JC, Suki NM. Do patients' perceptions exceed their expectations in private healthcare settings? International Journal of Health Care Quality Assurance 2011; 24(1): 42 - 56.
17. Padma P, Rajendran C, Lokachari PS. Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals: Perspectives of patients and their attendants. Benchmarking: An International Journal 2010; 17(6): 807-41.

18. 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.
19. John J, Yatim F, Mani S. Measuring service quality of public dental health care facilities in Kelantan, Malaysia. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 2010; 23(5): 742-53.
20. Chakravarty A. Evaluation of service quality of hospital outpatient department services. *Medical Journal Armed Forces India* 2011; 67(3): 221-4.
21. Zarei A, Arab M, Froushani AR, Rashidian A, Tabatabaei S. Service quality of private hospitals: The Iranian Patients' perspective. *BMC Health Services Research* 2012; 12(1): 31-39. [In Persian]
22. Nekoei-Moghadam M, Amiresmaili M. Hospital services quality assessment: Hospitals of Kerman University of Medical Sciences, as a tangible example of a developing country. *International Journal of health care quality assurance* 2011; 24(1): 57-66. [In Persian]
23. Lin D, Sheu I, Pai J, Bair A, Hung C, Yeh Y. Measuring patient's expectation and the perception of quality in LASIK services. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7(5): 63-8.
24. Jenaabadi H, Abili Kh, Nastizayi N, Yaghubi N. Between patients' perceptions and expectations of service quality in Zahedan's centers with SERVQUAL model. *Payesh Journal* 2011; 10(4): 449-57. [In Persian]
25. Razlansari M, Teimouri B. Patients' views on perceived services quality using SERVQUAL Model at educational and medical centers of Kermanshah University of Medical Sciences. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences* 2012; 3(1): 74-83. [In Persian]
26. Hekmatpo D, Sorani M, Farazi A. A survey on the quality of medical services in teaching hospitals of Arak University of Medical Sciences with SERVQUAL model in Arak, 2010. *Arak Medical University Journal* 2012; 15(66): 1-9. [In Persian]
27. Butt M, deRun E. Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *International journal of health care quality assurance* 2010; 23(7): 658-73.
28. Rohini R, Mahadevappa B. Service Quality in Bangalore Hospitals-An Empirical Study. *Journal of Services Research* 2006; 6(1): 16-23.
29. Bakar C, Akgün HS, Assaf A. The role of expectations in patient assessments of hospital care: an example from a university hospital network, Turkey. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2008; 21(4): 343-55.
30. Arasli H, Ekiz EH, Katircioglu ST. Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: empirical evidence from Cyprus. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2008; 21(1): 8-23.
31. Gorji A, Akbari A, Sarkhosh S. Using the Service Quality Gap's Model (SERVQUAL) in Imam Khomeini Teaching Hospital. *Health management* 2013; 51(16): 11-18.
32. Mohammadnia M, Delgoshai N. Survey on Nursing Service Quality by SERVQUAL at Tehran Social Security Organization Hospitals. *Hospital journal* 2012; 12(1): 63-72. [In Persian]
33. Taner T, Antony J. Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadership in Health Services* 2006; 19(2): 1-10.
34. Schröder A, Ahlström G, Larsson BW. Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenon graphic study. *Journal of clinical nursing* 2006; 15(1): 93-102.
35. Handayani P, Hidayanto A, Sandyaduhita P. Strategic hospital services quality analysis in Indonesia. *Expert systems with application* 2015; 42: 3067-78.

The Perceptions and Expectations Survey of the People about Quality Health Services in Qazvin Province*

Mehran Alijanzadeh¹, Saeed Asefzadeh², Hamideh khoshtarkib³,
Fatemeh Ghamari³, Mahnaz Alijanzadeh⁴

Original Article

Abstract

Introduction: The Quality health care issue that has attracted a lot of attention, Because Customers satisfaction is very effective in the health system. The Aims of this study was perceptions and expectations of the quality of health care in urban and rural Units health care providers.

Methods: A descriptive and analytical study was conducted in 2014 in Qazvin province. The Statistical Society was all people in the province of Qazvin. Due to sample size estimation of the proportion of the population in 1002 were examined in the 6city of Qazvin and its villages. Data collection tool was a questionnaire SERVQUAL including 5 Scope: tangible, reliability, responsiveness, assurance and empathy based on the Likert scale. Cronbach's alpha value was 91 percent and test-retest coefficient of the study was 83 percent. Data entered to SPSS software and analyzed by paired Test and Pearson correlation.

Results: The mean age of the population was, $32 \pm 9/9$ and 73 ± 47 minutes average waiting time for receive services. The most frequent recipients of services based of education, the education Less than high school diploma 3.43 percent (344 cases), followed by education diploma with the 29.6 percent (297 cases). Average perception in aspects of tangible (physical), reliability, responsiveness, assurance and empathy was 3.53, 3.54, 3.53, 3.70, and 3.39 respectively. Also expected was to be equal in size 4.58, 4.62, 4.58, 4.59 and 4.55 respectively. The maximum amount gap with the -1.155 was related to empathy scope and the reliability gap with the least amount of -0.888 related to ensuring scope and was statistically significant.

Conclusion: According to the results of the study will be offered, Planning and policy for the promotion of empathy scope considered.

Keywords: Perception and Expected; Quality of Health Care; SERVQUAL model.

Received: 24 Dec, 2014

Accepted: 27 May, 2015

Citation: Alijanzadeh M, Asefzadeh S, khoshtarkib H, Ghamari F, Alijanzadeh M. **The Perceptions and Expectations Survey of the People about Quality Health Services in Qazvin Province.** Health Inf Manage 2015; 12(5):646.

*- This article is resulted from of the research No 8346 supported by the Social Determinants of Health Research Center in Qazvin University of Medical Sciences.

1- MSc, Health Care Management, Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran (Corresponding Author) Email: mehran_alijanzade@yahoo.com

2- Professor, Health Care Management, Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

3- MSc, Health Care Management, Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

4- BSc Student, Health Information Technology, Faculty of Paramedical, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran