

تصویر سلامت

دوره ۳ شماره ۲ سال ۱۳۹۱ صفحه ۱۰ - ۱

کیفیت فنی خدمات ارائه شده به بیماران مبتلا به التهاب روده در مراکز مراقبتی شهر تبریز

جعفرصادق تبریزی^۱، محمد حسین صومی^۲، سعیده علیدوست^۳، سیما اصغری^۴، محمد اصغری جعفرآبادی^۵، فرید غریبی^{۶*}

چکیده

زمینه و اهداف: بیماری التهاب روده یکی از بیماری های مزمن بوده و مستلزم درمان پیچیده است که به دلیل وجود گزینه های مختلف درمان و تکامل تدریجی درک متخصصان از خطر و مزایای درمان های مختلف، ارائه مراقبت مربوط به آن بر اساس استانداردها و گایدلاین ها امری ضروری به نظر می رسد. لذا این مطالعه با هدف ارزیابی مراقبت های ارائه شده به بیماران مبتلا به التهاب روده بر اساس استانداردها از دیدگاه گیرندگان خدمات انجام شد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی - مقطعی می باشد که با مشارکت ۹۴ نفر از بیماران به روش مصاحبه و بصورت نمونه گیری تصادفی ساده در بخش های گوارش، آندوسکوپی و درمانگاه بیمارستان امام رضا(ع) و کلینیک گلگشت تبریز در سال ۹۱ به انجام رسید. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه ای محقق ساخته می باشد که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. برای بررسی رابطه آماری میان متغیرهای زمینه ای و تبعیت از استانداردها از آزمون Chi Square استفاده گردید و برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS 17 استفاده شد. **یافته ها:** یافته های مطالعه نشان می دهد "ویزیت توسط پزشک متخصص" و "توصیه ی رژیم غذایی توسط متخصص تغذیه" به ترتیب بیشترین و کمترین میزان مطابقت با استاندارد را داشته است و "مراقبت های مربوط به تشدید بیماری" و "مراقبت های ارائه شده توسط سایر متخصصان" در ۸۰٪ موارد با استانداردها انطباق نداشت. همچنین تحلیل های صورت گرفته نشان می دهد بین سن، شغل، تحصیلات و وضعیت سیگار کشیدن بیماران و مطابقت برخی از مراقبت ها با استانداردهای مربوطه، رابطه آماری معنی داری وجود دارد (P کمتر از ۰/۰۵). **بحث و نتیجه گیری:** نتایج بدست آمده از این مطالعه حاکی از وجود شکاف عمیق بین مراقبت های ارائه شده به بیماران مبتلا به التهاب روده و استانداردهای مربوطه می باشد که این امر نمایانگر نقاط نیازمند بهبود و نیازمند توجه جدی مسئولین خواهد بود.

کلیدواژه ها: بیماری التهاب روده، کیفیت فنی

۱. مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (NPMC)، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۲. عضو هیأت علمی گروه بیماری های داخلی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۴. دانشجوی کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۵. مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۶. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (Email: farid_hc.manager@yahoo.com)

مقدمه

بیماری التهاب روده (Inflammatory bowel disease) IBD به مجموعه ای از حالات مزمن روده‌ی التهابی با علل ناشناخته گفته می‌شود و دو بیماری عمده‌ی آن بیماری کرون (Crohn's disease) CD و کولیت اولسراتیو UC (ulcerative colitis) می‌باشد. درمان این بیماران با هدف کاهش علائم بیماری، پیشگیری از عود بیماری و بازگرداندن کیفیت زندگی صورت می‌گیرد (۱). بررسی‌ها نشان می‌دهد میزان بروز و شیوع بیماری التهاب روده در آسیا نسبت به غرب پایین‌تر است اما روند رو به رشد آن مشهود است (۲) و در کشورهای آسیایی از قبیل چین، کره جنوبی، هند و ایران که سبک زندگی غرب را پذیرفته‌اند، این افزایش چشمگیر می‌باشد (۳). براساس مطالعات انجام شده، بروز کولیت اولسراتیو نسبت به بیماری کرون در ایران بیشتر بوده و شروع بیماری التهاب روده در سنین جوانی و در بین مردان بیشتر است (۴).

هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم مربوط به بیماری التهاب روده قابل توجه بوده و هزینه‌های مستقیم آن شامل هزینه‌های بستری، ویزیت اورژانسی، ویزیت‌های پزشکان، داروها، هزینه‌ی آزمایشات، هزینه‌ی متخصصین از قبیل فیزیوتراپی و تغذیه، هزینه‌ی خدمات اجتماعی (مراقبت در منزل) و هزینه‌ی مراقبت‌های طولانی مدت (از قبیل خانه‌های پرستاری) بوده و هزینه‌های دارویی بخش عمده آن را تشکیل می‌دهند. هزینه‌های غیرمستقیم نیز که به مجموعه هزینه‌های پرداخت شده توسط مردم و جامعه اطلاق می‌شود، بخش قابل توجهی از کل هزینه‌های بیماری التهاب روده را تشکیل داده و شامل غیبت کوتاه مدت از کار، کاهش بهره‌وری و پرداخت از جیب بیماران (برای داروهای جایگزین و مکمل، هزینه‌ی رفت و آمد و ...) می‌باشد. این مجموعه هزینه‌ها به طور قابل توجهی تحت تأثیر شدت بیماری و میزان بهبودی بیماران هستند (۵).

با توجه به اینکه درمان بیماری التهاب روده پیچیده بوده و به دلیل وجود گزینه‌های مختلف درمان و تکامل تدریجی و مستمر درک متخصصان از خطر و مزایای درمان‌های مختلف، استانداردسازی خدمات ارائه شده در این بیماری مشکل بوده و بسیاری از ابعاد مراقبتی این بیماری بدون توجه به گایدلاین‌ها ارائه می‌شود. اختلاف در ارائه‌ی مراقبت نشان دهنده‌ی کیفیت پایین خدمات بوده و به صورت استفاده‌ی بیش از حد (overuse)، کمتر از حد (underuse) و استفاده‌ی نادرست (misuse) از منابع نمایان می‌شود و شواهدی مبنی بر وجود این مسائل در هر دو بیماری کرون و کولیت اولسراتیو وجود دارد (۶). از طرف دیگر، مهارت متخصصان مراقبت‌های سلامت در حال تغییر بوده و رویکرد خود به درمان و مدیریت بیماری را تغییر می‌دهند، بنابراین

اندازه‌گیری عملکرد آن‌ها امری ضروری بوده و زمینه را برای افزایش ایمنی بیمار، بهبود درمان و کاهش عوارض درمان‌های متنوع فراهم می‌کند (۷).

انجمن گاستروانترولوژی آمریکا، به طراحی و اجرای اندازه‌گیری‌های مبتنی بر شواهد کیفیت، استانداردسازی جمع‌آوری داده‌ها و انتشار استانداردها تاکید دارد (۸). به طوری که ممیزی مراقبت‌های ارائه شده به بیماران مبتلا به التهاب روده در انگلستان، نشان می‌دهد ارزیابی مراقبت‌ها براساس استانداردها و گایدلاین‌ها مطابقت با استانداردها را افزایش داده و باعث می‌شود این مقوله به عنوان بخشی از اقدامات متداول ارزیابی و بهبود کیفیت شود (۶).

از این رو، با توجه به ماهیت بیماری التهاب روده و تأثیرات قابل توجه آن در زندگی افراد و همچنین به دلیل هزینه‌هایی که به بیماران، خانواده‌ها، جامعه و سیستم سلامت تحمیل می‌کند؛ توجه به کیفیت مراقبت‌های ارائه شده و بهبود آن امری ضروری به نظر می‌رسد (۷). کیفیت مراقبت‌های سلامت بر اساس تعریف انستیتو پزشکی آمریکا، به درجاتی از خدمات بهداشتی ارائه شده به افراد و جوامع اطلاق می‌شود که احتمال پیامدهای بهداشتی مطلوب را افزایش داده و مطابق با دانش حرفه‌ای روز باشد (۹).

برای ارزیابی کیفیت مراقبت‌های سلامت از رویکردهای متفاوتی استفاده می‌شود. در مطالعه‌ی رجلر در سوئد (۲۰۱۲)، برای ارزیابی مراقبت‌های ارائه شده به بیماران مبتلا به التهاب روده از مدل‌دونا بدین استفاده شده است (۸). در مدل فوق ابعاد ساختار، فرآیند و پیامد مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بعد ساختار به ویژگی‌های ارائه‌کنندگان مراقبت، سیستم مراقبتی و ویژگی‌های بیماران اشاره داشته و بعد فرآیند شامل ارزیابی، درمان و پیروسی‌های انجام شده توسط ارائه‌کنندگان می‌باشد. بعد پیامد نیز به تغییرات ایجاد شده در وضعیت سلامتی بیماران اشاره دارد (۱۰). هر کدام از ابعاد، مزایا و معایب خود را دارند که در بیماری‌های مزمن از قبیل بیماری التهاب روده، ارزیابی فرآیند مراقبت مناسب به نظر می‌رسد (۶).

در مدل دیگری که توسط تبریزی و همکاران در سال ۲۰۰۷ با عنوان "مدل جامع اندازه‌گیری کیفیت مراقبت‌های بهداشتی" CQMH (Comprehensive Quality Measurement In Health Care) ارائه شده است، کیفیت مراقبت‌های سلامت در سه بعد کیفیت خدمت (Service Quality)، کیفیت فنی (Technical Quality) و کیفیت مشتری (Customer Quality) مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (۱۱). ارزیابی خدمات ارائه شده براساس استانداردها و شواهد موجود به بعد کیفیت فنی اشاره دارد. کیفیت فنی غالباً "انعکاسی از دانش، مهارت و توانمندی‌های ارائه‌کننده خدمت بوده و عبارت است از چیزی که مشتری دریافت

CVI، از ۳ معیار مرتبط بودن، شفافیت و سادگی و به صورت طیف لیکرت ۴ قسمتی استفاده شده است که CVI هر سؤال از طریق تقسیم تعداد افراد موافق (افراد با کسب رتبه ۳ و ۴) به تعداد کل متخصصان (به صورت مجزا برای هر ۳ معیار) محاسبه می شود که CVI کل حاصل میانگین CVI کلیه ی سؤالات می باشد. برای تعیین CVR، از متخصصان درخواست می شود هر سؤال را براساس طیف ۳ قسمتی ("ضروری است"، "مفید است و ضروری نیست" و "ضرورتی ندارد") بررسی نمایند. سپس پاسخ ها براساس فرمول زیر محاسبه می شوند:
$$CVR = \frac{nE - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$
 که nE تعداد افراد متخصص که به گزینه ی ضروری پاسخ داده اند و N تعداد کل متخصصان می باشد. مقدار CVR محاسبه شده با جدول CVR مورد مقایسه قرار می گیرد که در صورت بزرگ تر بودن CVR محاسبه شده، روایی محتوایی تأیید می شود (۱۳). همچنین پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۷۹ مورد تأیید قرار گرفت.

در ادامه، مشارکت کنندگان در مطالعه، میزان دریافت خدمات را به صورت خودگزارش دهی ابراز کرده و این میزان با استانداردهای مراقبتی مورد مقایسه قرار گرفت و میزان تطابق یا عدم تطابق با استانداردها به صورت فراوانی (درصد) گزارش گردید. برای بررسی رابطه آماری بین متغیرهای زمینه ای با تبعیت از استانداردهای مراقبتی و همچنین مشخصات مربوط به وضعیت بیماری (کنترل بیماری و تشدید بیماری)، از آزمون Chi Square استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها، نرم افزار SPSS 17 مورد استفاده قرار گرفت و در تمامی موارد، P کمتر از ۵ درصد، معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در مطالعه ی حاضر، میزان مشارکت زنان و مردان تقریباً برابر بوده و غالب پاسخ دهندگان بومی بودند. اکثریت مشارکت کنندگان دارای وزن طبیعی و شاغل بوده و تحت پوشش یکی از بیمه های سلامت قرار داشتند. در این مطالعه، مشارکت کنندگان سیگاری و با سابقه استعمال سیگار سهم اندکی را به خود اختصاص دادند. همچنین بیشتر مشارکت کنندگان، دارای تحصیلات دیپلم و پایین تر از آن بودند (جدول ۱).

وضعیت کنترل بیماری از دیدگاه بیشتر شرکت کنندگان (۵۶٪) مطلوب بوده و بیش از ۵۵٪ شرکت کنندگان در طول ۱۲ ماه گذشته تشدید بیماری داشته اند (جدول ۲).

می کند در مقایسه با آنچه که بر اساس شواهد علمی به عنوان استاندارد خدمت معرفی شده است (۱۱).

برای ارزیابی مراقبت ها براساس استانداردها و گایدلاین ها از منابع مختلفی از قبیل پرونده ی پزشکی کاغذی، سیستم های پرونده سلامت الکترونیک (electronic health record systems)، داده های مدیریتی (Administrative data)، دفاتر ثبت (registries) (۷)، شبیه سازی، مشاهده و گزارش مشتریان استفاده می شود (۱۲). در مدل CQMH برای بررسی بعد کیفیت فنی، مراقبت های ارائه شده براساس شواهد و استانداردها و دیدگاه مشتریان (دریافت کنندگان خدمات) مورد ارزیابی قرار می گیرند. مشتریان خدمات سلامت یکی از منابع مهم در ارزیابی کیفیت بوده و داده های باارزش و منحصر به فردی را ارائه می دهند (۱۲). لذا هدف از مطالعه ی حاضر، بررسی کیفیت فنی مراقبت های ارائه شده به بیماران مبتلا به التهاب روده از دیدگاه دریافت کنندگان خدمات براساس استانداردهای مراقبتی بیماری التهاب روده می باشد.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی - مقطعی بوده که در بخش های گوارش، آندوسکوپی و درمانگاه بیمارستان امام رضا (ع) و کلینیک گلگشت تبریز در سال ۱۳۹۱ به انجام رسیده است. در این مطالعه حجم نمونه شامل ۹۴ نفر بود که برای تعیین آن از فرمول "تعیین حجم نمونه برای برآورد میانگین در مطالعات توصیفی" ($Z = n^2 S^2 / d^2$) استفاده گردید. به این منظور مطالعه ی مقدماتی شامل ۳۰ نفر انجام و اطلاعات حاصل از آن برای محاسبه ی حجم نمونه مورد استفاده قرار گرفت (سطح اطمینان = ۹۵٪، $d^2 = ۰/۱$). روش نمونه گیری، از نوع تصادفی ساده بوده و معیار ورود افراد به مطالعه، دارا بودن پرونده پزشکی در عرصه مورد بررسی، مراجعه مستمر به پزشک به مدت یک سال و تمایل آنها به شرکت در مطالعه بود.

ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه ای متشکل از ۲ قسمت مشخصات فردی (شامل جنس، سن، محل اقامت، شغل، سطح تحصیلات، بیمه، BMI، سابقه ی استعمال سیگار و وضعیت فعلی استعمال سیگار) و سؤالات کیفیت فنی (شامل ۲۸ سؤال) می باشد که ۲ سؤال اول مربوط به وضعیت کلی کنترل بیماری از دیدگاه خود بیمار و تشدید بیماری بوده و ۲۶ سؤال مربوط به استانداردهای مراقبت می باشد. روایی محتوایی پرسشنامه با $CVI = ۰/۸۹$ و $CVR = ۰/۸$ مورد تأیید قرار گرفت. CVI و CVR برای بررسی روایی محتوایی پرسشنامه مورد استفاده قرار می گیرد که در این مطالعه توسط ۹ نفر از متخصصان مورد بررسی قرار گرفت. برای محاسبه ی

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک مشارکت کنندگان

مشخصات دموگرافیک		فراوانی	درصد
جنس	مرد	۴۸	۵۱/۱
	زن	۴۶	۴۸/۹
سن	≤۲۷	۳۲	۳۴
	۲۸-۴۰	۳۲	۳۴
وضعیت بومی بودن	≥۴۱	۳۰	۳۱/۹
	بومی	۵۵	۵۸/۵
شاخص BMI	غیر بومی	۳۹	۳۵/۵
	≤۱۸.۵	۴	۴/۳
وضعیت استعمال سیگار	۱۸/۵۱-۲۵ (وزن طبیعی)	۴۷	۵۰
	۲۵/۰۱-۳۰ (اضافه وزن)	۳۵	۳۷/۲
	>۳۰ (چاق)	۸	۸/۵
سابقه سیگار	سیگاری	۳	۳/۲
	غیر سیگاری	۹۱	۹۶/۸
شغل	دارد	۱۳	۱۳/۸
	ندارد	۸۱	۸۶/۲
	شاغل	۴۲	۴۴/۷
سطح تحصیلات	خانه دار	۲۵	۲۶/۶
	بیکار	۸	۸/۵
	در حال تحصیل	۱۴	۱۴/۹
وضعیت بیمه	بازنشسته	۵	۵/۳
	دیپلم و پایین تر	۵۹	۶۲/۷
وضعیت بیمه	تحصیلات دانشگاهی	۳۵	۳۷/۳
	دارد	۹۱	۹۶/۸
	ندارد	۳	۳/۲

جدول ۲. مشخصات مربوط به وضعیت بیماری مشارکت کنندگان

مؤلفه		فراوانی	درصد
وضعیت کنترل بیماری از دیدگاه خود بیمار	ضعیف	۱۱	۱۱/۸
	متوسط	۳۰	۳۲/۳
	مطلوب	۵۲	۵۵/۹
تشدید بیماری	بلی	۵۴	۵۷/۴
	خیر	۴۰	۴۲/۶

پزشک متخصص"، "سوال از بیمار در مورد وجود خون در مدفوع توسط پزشک متخصص"، "سوال از بیمار در مورد تحمل دارویی و زمان مصرف داروها توسط پزشک متخصص" و "سوال از بیمار در مورد اسهال، زمان و دفعات آن توسط پزشک متخصص" به طور متوسط در بیش از ۷۵٪ موارد با استانداردها مطابقت داشته و در سایر موارد میزان مطابقت با استاندارد در سطح بسیار پایینی می باشد. در مجموعه مراقبت های مربوط به تشدید بیماری و مراقبت های ارائه شده توسط سایر متخصصان نیز مطابقت با استاندارد در سطح بسیار پایینی بوده و متوسط مطابقت با استاندارد به ترتیب ۲۰٪ و ۱۰٪ می باشد.

جدول ۳ میزان مطابقت مراقبت های ارائه شده با استانداردها را در قالب ۳ مجموعه مراقبت شامل "آزمایشات و مراقبت های بالینی ارائه شده در هر بار ویزیت"، "مراقبت های ارائه شده در صورت تشدید بیماری" و "مراقبت های ارائه شده توسط سایر متخصصان" را نشان می دهد. یافته ها حاکی از آن است که "آموزش افراد سیگاری در مورد نقش سیگار و ارتباط آن با بیماری التهاب روده" تنها مراقبتی است که میزان مطابقت با استاندارد ۱۰۰٪ می باشد. میزان مطابقت با استاندارد در دسته ی اول (اقدامات متداول) نسبت به دسته ی دوم (مراقبت های مربوط به تشدید بیماری) و دسته ی سوم (مراقبت های ارائه شده توسط سایر متخصصان) بیشتر بوده است. در مجموعه مراقبت های دسته ی اول؛ "ویزیت توسط

جدول ۳. وضعیت مطابقت‌مراقبت‌های ارائه شده به بیماران مبتلا به التهاب روده با استانداردها

مقایسه با استاندارد		استانداردهای مراقبتی در ۱۲ ماه	نوع مراقبت
فراوانی (درصد) عدم تطابق با استانداردها	فراوانی (درصد) تطابق با استانداردها		
۸۱ (۸۷/۱)	۱۲ (۱۲/۹)	۳بار و بیشتر	ویزیت توسط پزشک متخصص
۲۸ (۲۹/۸)	۶۶ (۷۰/۲)	۳بار و بیشتر	سؤال از بیمار در مورد مصرف داروهای ضد درد (NSAIDs) توسط پزشک متخصص
۷۲ (۷۷/۴)	۲۱ (۲۲/۶)	۳بار و بیشتر	سؤال از بیمار در مورد اسهال، زمان و دفعات آن توسط پزشک متخصص
۳۹ (۴۲/۴)	۵۳ (۵۷/۶)	۳بار و بیشتر	سؤال از بیمار در مورد ارتباط شدت علائم بیماری با نوع غذا توسط پزشک متخصص
۲۹ (۳۱/۵)	۶۳ (۶۸/۵)	۳بار و بیشتر	سؤال از بیمار در مورد ارتباط اسهال با کیفیت بیداری و خواب توسط پزشک متخصص
۷۷ (۸۲/۸)	۱۶ (۱۷/۲)	۳بار و بیشتر	سؤال از بیمار در مورد وجود خون در مدفوع توسط پزشک متخصص
۳۱ (۳۳/۳)	۶۲ (۶۶/۷)	۳بار و بیشتر	سؤال از بیمار در مورد دفع داروها از طریق مدفوع توسط پزشک متخصص
۲۴ (۲۵/۵)	۷۰ (۷۴/۵)	۳بار و بیشتر	بررسی رژیم غذایی جاری توسط پزشک متخصص
۶۷ (۷۲)	۲۶ (۲۸)	۳بار و بیشتر	سؤال از بیمار در مورد تحمل دارویی و زمان مصرف داروها توسط پزشک متخصص
۱۵ (۱۶/۳)	۷۷ (۸۳/۷)	۳بار و بیشتر	سؤال از بیمار در مورد دسترسی فیزیکی/اقتصادی به داروهای تجویزی توسط پزشک متخصص
۳ (۱۰۰)	۰ (۰)	۳بار و بیشتر	آموزش افراد سیگاری در مورد نقش سیگار و ارتباط آن با بیماری التهاب روده
۴۵ (۴۸/۴)	۴۸ (۵۱/۶)	۱ بار	تعداد دفعات آزمایش مدفوع
۵۴ (۶۱/۷)	۳۶ (۳۸/۳)	۲ بار	تعداد دفعات آزمایش خون
۶ (۱۱/۱)	۴۸ (۸۸/۹)	۳بار و بیشتر	سؤال از بیمار در مورد وضعیت روحی روانی (در صورت تشدید بیماری)
۲۰ (۳۷)	۳۴ (۶۳)	۳بار و بیشتر	سؤال از بیمار در مورد تحمل دارویی و زمان مصرف داروها (در صورت تشدید بیماری)
۱۱ (۲۰/۴)	۴۳ (۷۹/۶)	۳بار و بیشتر	سؤال از بیمار در مورد دفع داروها از طریق مدفوع (در صورت تشدید بیماری)
۲ (۳/۷)	۵۲ (۹۶/۳)	۳بار و بیشتر	سؤال از بیمار در مورد دسترسی به داروها (در صورت تشدید بیماری)
۶ (۱۱/۱)	۴۸ (۸۸/۹)	۳بار و بیشتر	سؤال از بیمار در مورد مصرف داروهای ضد درد (NSAIDs) (در صورت تشدید بیماری)
۸ (۱۴/۸)	۴۶ (۸۵/۲)	۳بار و بیشتر	بررسی رژیم غذایی (در صورت تشدید بیماری)
۱ (۱/۹)	۵۳ (۹۸/۱)	۳بار و بیشتر	توصیه رژیم غذایی خاص (در صورت تشدید بیماری)
۶ (۶/۵)	۸۶ (۹۳/۵)	۱ بار	مراجعه به متخصص تغذیه
۴ (۴/۳)	۸۹ (۹۵/۷)	۱ بار	توصیه رژیم غذایی توسط متخصص تغذیه
۲۵ (۲۶/۶)	۶۹ (۷۳/۴)	۱ بار	معاینه توسط متخصص چشم پزشکی
۱۱ (۱۱/۷)	۸۳ (۸۸/۳)	۱ بار	معاینه مفاصل توسط متخصص
۱۳ (۱۳/۸)	۸۱ (۸۶/۲)	۱ بار	معاینه پوست توسط متخصص
۱۹ (۲۰/۲)	۷۵ (۷۹/۸)	۱ بار	بررسی پوکی استخوان (دانسیتومتری)

در هر بار ویزیت
آزمایشات و مراقبت‌های بالینی ارائه شدهمراقبت‌های ارائه شده در
صورت تشدید بیماریمراقبت‌های ارائه شده
توسط سایر متخصصان

و وضعیت "کنترل ضعیف بیماری" در بین مردان بیشتر بوده است. همچنین کنترل بیماری در افراد با وزن طبیعی و اضافه وزن نسبت به افراد لاغر و چاق وضعیت مطلوب‌تری داشته است (جدول ۴).

بررسی ارتباط آماری بین وضعیت کنترل بیماری از دیدگاه مشارکت کنندگان و مشخصات دموگرافیک آن‌ها نشان می‌دهد، بین وضعیت کنترل بیماری با جنس و BMI ارتباط معنی داری وجود دارد بطوریکه زنان نسبت به مردان، وضعیت کنترل بیماری خود را مطلوب یا در حد متوسط ارزیابی کرده

جدول ۴. ارتباط آماری بین وضعیت کنترل بیماری و مشخصات دموگرافیک

P-value	وضعیت کنترل بیماری			مشخصات دموگرافیک
	قوی	متوسط	ضعیف	
۰/۰۲۱	۲۸ (۵۳/۸)	۱۶ (۵۳/۳)	۱ (۹/۱)	زن
	۲۴ (۴۶/۳)	۱۴ (۴۶/۷)	۱۰ (۹۰/۹)	مرد
۰/۲۴۷	۱۶ (۳۰/۸)	۸ (۲۶/۷)	۷ (۶۳/۶)	≤۲۷
	۱۸ (۳۴/۶)	۱۲ (۴۰)	۲ (۱۸/۲)	۲۸-۴۰
	۱۸ (۳۴/۶)	۱۰ (۳۳/۳)	۲ (۱۸/۲)	≥۴۱
	۳۱ (۵۹/۶)	۱۷ (۵۶/۷)	۷ (۶۳/۶)	بومی
۰/۹۱۷	۲۱ (۴۰/۴)	۱۳ (۴۳/۳)	۴ (۳۶/۴)	غیر بومی
	۴ (۷/۷)	۰ (۰)	۰ (۰)	≤۱۸.۵
۰/۰۲۶	۲۹ (۵۵/۸)	۱۲ (۴۰)	۵ (۴۵/۵)	۱۸.۵۱-۲۵ (وزن طبیعی)
	۲۹ (۳۶/۵)	۱۲ (۴۰)	۴ (۳۶/۴)	۲۵.۰۱-۳۰ (اضافه وزن)
	۰ (۰)	۶ (۲۰)	۲ (۱۸/۲)	>۳۰ (چاق)
	۳ (۵/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	سیگاری
۰/۲۹۵	۴۹ (۹۴/۳)	۳۰ (۱۰۰)	۱۱ (۱۰۰)	غیر سیگاری
	۹ (۱۷/۳)	۳ (۱۰)	۰ (۰)	دارد
۰/۲۵۳	۴۳ (۸۲/۷)	۲۷ (۹۰)	۱۱ (۱۰۰)	ندارد
	۲۳ (۴۴/۲)	۱۷ (۵۶/۷)	۲ (۱۸/۲)	شاغل
۰/۳۳۷	۱۶ (۳۰/۸)	۵ (۱۶/۷)	۴ (۳۶/۴)	خانه دار
	۴ (۷/۷)	۲ (۶/۷)	۱ (۹/۱)	بیکار
	۶ (۱۱/۵)	۴ (۱۳/۳)	۴ (۳۶/۴)	در حال تحصیل
	۳ (۵/۸)	۲ (۶/۷)	۰ (۰)	بازنشسته
	۳۶ (۶۹/۲)	۱۵ (۵۰)	۷ (۶۳/۶)	دیپلم و پایین تر
۰/۲۲۲	۱۶ (۳۰/۸)	۱۵ (۵۰)	۴ (۳۶/۴)	تحصیلات دانشگاهی
	۵۱ (۹۸/۱)	۲۸ (۹۳/۳)	۱۱ (۱۰۰)	دارد
۰/۴۰۹	۱ (۱/۹)	۲ (۶/۷)	۰ (۰)	ندارد

ارتباط دارد به طوری که در افراد غیرسیگاری و با عدم سابقه‌ی استعمال سیگار بررسی وضعیت روحی روانی مطابقت بیشتری با استاندارد داشته است. "معاینه توسط متخصص چشم پزشکی" با تحصیلات و شغل و رعایت استاندارد "بررسی پوکی استخوان" با وضعیت بومی بودن افراد ارتباط معنی دار آماری دارد. به طوری که برای افراد با تحصیلات دانشگاهی و شاغل، میزان مراجعه به متخصص چشم پزشکی و "بررسی پوکی استخوان" در بین افراد بومی بیش از سایر افراد بوده است (جدول ۵).

یافته های جدول ۶ حاکی از آن است که بین "بررسی تحمل دارویی و زمان مصرف دارو توسط پزشک متخصص" با گروه سنی و شغل ارتباط معنی داری وجود دارد، به طوری که در افراد شاغل و گروه سنی بالاتر از ۴۱ سال، میزان مطابقت با استاندارد بیشتر بوده است. همچنین بین "بررسی دسترسی فیزیکی / اقتصادی به داروها توسط پزشک متخصص" و استعمال سیگار ارتباط معنی دار آماری وجود دارد. استعمال سیگار و سابقه‌ی استعمال سیگار با "بررسی وضعیت روحی روانی بیمار در صورت تشدید بیماری" نیز

جدول ۵. ارتباط آماری بین وضعیت مطابقت با استانداردهای مراقبتی و مشخصات دموگرافیک

P-value	وضعیت مطابقت مراقبت های ارائه شده با استانداردها	مشخصات دموگرافیک
بررسی تحمل دارویی و زمان مصرف دارو توسط پزشک متخصص		
	استاندارد و بالاتر	پایین تر از استاندارد
۰/۰۲۸	۲۰ (۲۹/۹)	۱۲ (۴۶/۲)
	۲۰ (۲۹/۹)	۱۱ (۴۲/۳)
	۲۷ (۴۰/۳)	۳ (۱۱/۵)
۰/۰۲۲	۳۲ (۴۷/۸)	۹ (۳۴/۶)
	۱۸ (۲۶/۹)	۷ (۲۶/۹)
	۲ (۳)	۶ (۲۳/۱)
	۱۰ (۱۴/۹)	۴ (۱۵/۴)
	۵ (۷/۵)	۰ (۰)
بررسی دسترسی فیزیکی / اقتصادی به داروها توسط پزشک متخصص		
۰/۰۱۶	۲ (۱۳/۳)	۱ (۱/۳)
	۱۳ (۸۶/۷)	۷۶ (۹۸/۷)
بررسی وضعیت روحی روانی در صورت تشدید بیماری		
۰/۰۳۶	۹ (۲۲/۵)	۴ (۷/۴)
	۳۱ (۷۷/۵)	۵۰ (۹۲/۶)
۰/۰۴۱	۳ (۷/۵)	۰ (۰)
	۳۷ (۹۲/۵)	۵۴ (۱۰۰)
معاینه توسط متخصص چشم پزشکی		
۰/۰۰۶	۱۰ (۴۰)	۴۹ (۷۱)
	۱۵ (۶۰)	۲۱ (۲۹)
۰/۰۳۷	۱۴ (۵۶)	۲۸ (۴۰/۶)
	۳ (۱۲)	۲۲ (۳۱/۹)
	۵ (۲۰)	۳ (۴/۳)
	۲ (۸)	۱۲ (۱۷/۴)
	۱ (۴)	۴ (۵/۸)
بررسی پوکی استخوان		
۰/۰۱۱	۱۶ (۸۴/۲)	۳۹ (۵۲)
	۳ (۱۵/۸)	۳۶ (۴۸)

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی کیفیت فنی مراقبت های ارائه شده به بیماران مبتلا به التهاب روده از دیدگاه گیرندگان خدمات انجام شده است. مراقبت های ارائه شده در قالب سه مجموعه مراقبت شامل "آزمایشات و مراقبت های بالینی ارائه شده در هر بار ویزیت"، "مراقبت های ارائه شده در صورت تشدید بیماری" و "مراقبت های ارائه شده توسط سایر متخصصان" قابل بررسی می باشند.

گزارش افراد شرکت کننده در مطالعه حاکی از آن است که بیشترین میزان مطابقت با استانداردها، مربوط به "ویزیت توسط پزشک متخصص" می باشد به طوری که بیش از ۸۷٪ بیماران تعداد دفعات مراجعه به پزشک متخصص را مطابق استاندارد (۳ بار و بیشتر در ۱۲ ماه) گزارش کردند. این در حالی است که ارائه های اغلب مراقبت ها از قبیل بررسی داروهای ضد درد، بررسی ارتباط اسهال با کیفیت خواب و

بیداری، بررسی دفع داروها از مدفوع، بررسی رژیم غذایی و بررسی دسترسی فیزیکی / اقتصادی بیمار به داروها که طبق استاندارد، در هر ویزیت باید ارائه شود، مطابق استاندارد نبوده است. این در حالی است که در مطالعه ی Sadlo و همکاران بیش از ۵۰٪ بیماران از دسترسی به داروهای تجویزی و توجه ارائه کنندگان به این مسئله ابراز رضایت کرده اند (۱۴).

در این مطالعه، در ویزیت های صورت گرفته تعداد محدودی از مراقبت ها شامل بررسی "اسهال، زمان و دفعات آن"، "بررسی وجود خون در مدفوع" و "بررسی تحمل دارویی و زمان مصرف داروها" توسط پزشک متخصص ارزیابی می شود این امر نشان دهنده این است که اگرچه تعداد ویزیت های انجام شده توسط پزشکان مطابقت بیشتری با استاندارد دارد، اما اغلب مراقبت های استاندارد به دفعات معین و مطابق استاندارد ارائه نمی شوند. شواهد مختلف نیز حاکی از آن است که ارزیابی بیماران مبتلا به التهاب روده

متخصصان رضایت داشته اند (۱۴). این در حالی است که در مطالعه ی حاضر، گزارش اغلب بیماران، نشان دهنده ی عدم مطابقت ارائه ی مراقبت های مربوط به سایر تخصص ها شامل معاینه چشم پزشکی، معاینه مفاصل، معاینه پوست، مراجعه به متخصص تغذیه، توصیه رژیم غذایی توسط متخصص تغذیه و بررسی پوکی استخوان با استاندارد می باشد.

یکی از موارد قابل توجه در مجموعه مراقبت های مربوط به سایر متخصصان، مراجعه به متخصص تغذیه و توصیه رژیم غذایی توسط وی می باشد و از آنجایی که وجود سوءتغذیه در این بیماری به دلیل اختلال در هضم، گوارش و جذب آب، امری محتمل به نظر می رسد، مشاوره ی تغذیه و برنامه ی درمانی جامع در بهبود کیفیت زندگی بیماران مهم می باشد. همچنین اگرچه رژیم های غذایی خاص در طولانی مدت در درمان IBD مؤثر نیست ولی استفاده از رژیم غذایی متناسب با بیماری، به بهبود علائم بیماری و عملکرد بهتر داروها کمک خواهد کرد (۱۸ و ۱۹). این در حالی است که در مطالعه ی فوق، بین مراقبت های مربوط به تغذیه شامل "بررسی رژیم غذایی توسط متخصص، مراجعه به متخصص تغذیه و توصیه رژیم غذایی خاص در شرایط عادی و تشدید بیماری" و استانداردهای مربوطه شکاف وسیعی وجود دارد.

نبود برنامه های آموزشی رسمی و معتبر برای بیماران، خطر دریافت اطلاعات غلط و نامعتبر از منابع کنترل نشده از قبیل اینترنت را برای بیماران افزایش داده و باعث نگرانی بیماران می شود. آموزش فردی بیماران باعث افزایش دانش آن ها در مورد بیماری و در نتیجه تبعیت از درمان های دارویی، افزایش رضایت بیماران و کاهش ویزیت های مکرر می شود (۲۰). در مطالعه ی حاضر بررسی سیگار و آموزش افراد سیگاری در ۱۰۰٪ موارد صورت گرفته است. در حالی که در مورد تأثیر سیگار در بیماری التهاب روده ابهاماتی وجود دارد؛ به طوری که در برخی از مطالعات به تأثیر محافظتی سیگار در بیماری التهاب روده اشاره شده است (۲).

یافته های مطالعه نشان می دهد شغل، یکی از موارد تأثیرگذار بر دریافت مراقبت های مطابق استاندارد بوده است؛ به طوری که "بررسی تحمل دارویی و زمان مصرف دارو توسط پزشک متخصص" و "معاینه توسط متخصص چشم پزشکی" در بین افراد شاغل نسبت به سایر گروه های شغلی مطابقت بیشتری با استاندارد داشته است. در این مطالعه، بین سن و "بررسی تحمل دارویی و زمان مصرف دارو توسط پزشک متخصص" ارتباط معنی دار آماری وجود دارد؛ به طوری که در افراد با گروه سنی بالاتر میزان مطابقت با استاندارد بیشتر بوده است که می تواند به دلیل ضرورت بیشتر ارائه ی این مراقبت در افراد با گروه سنی بالاتر یا انتظارات بالا به دلیل شناخت بیشتر (و در نتیجه درخواست مراقبت های

نامناسب بوده و بین استانداردها و مراقبت های ارائه شده به بیماران شکاف وسیعی وجود دارد (۱۵ و ۱۶).

با توجه به اینکه مدیریت بیماری التهاب روده یک فرایند پیچیده و پویایی است که در طی بهبودی و تشدید بیماری افراد صورت می گیرد؛ در صورت تشدید بیماری، درمان بیماران و عوارض بالقوه ی آن ها، مستلزم توجه ویژه و عمل بر اساس دستورالعمل های درمان می باشد (۷). نتایج مطالعه ی حاضر نشان می دهد، بیش از ۵۷٪ بیماران در طول یک سال تشدید بیماری داشته و به طور متوسط گزارش بیش از ۸۵٪ این بیماران، حاکی از عدم رعایت استانداردهای مربوطه می باشد.

میزان مطابقت "بررسی وضعیت روحی روانی بیماران در صورت تشدید بیماری" با استاندارد مربوطه، بسیار پایین بوده و تنها برای ۱۰٪ بیماران انجام شده است. این درحالی است که کاهش استرس و مدیریت آن ممکن است علائم بیماری و یا رویکرد بیماران نسبت به بیماری شان را بهبود بخشد. از این رو، مساعدت مددکار سلامت روان مفید بوده و توجه به بیماری های روانپزشکی همراه امری ضروری به نظر می رسد (۱۶). در مطالعه ی اورتز (Evertsz) و همکاران نیز که بیش از ۴۰٪ بیماران مبتلا به التهاب روده مبتلا به یکی از اختلالات روانی بوده اند، تنها ۱۸٪ بیماران خدمات روانپزشکی و روانشناسی را دریافت کرده اند و خدمات روانشناسی ارائه شده به بیماران با وضعیت روانی مطلوب نیز بسیار پایین بوده است که حاکی از عدم توجه کافی به پیشگیری از اختلالات روانی در بیماران فوق می باشد (۱۷). در حالی که مطالعه ی سادلو (Sadlo) و همکاران در سال ۲۰۱۴ نتایج متفاوتی را نشان می دهد؛ به طوری که در این مطالعه بررسی وضعیت روحی روانی بیماران مبتلا به التهاب روده از وضعیت مطلوبی برخوردار بوده و در درمان بیش از ۶۵٪ بیماران روانشناس یا روانپزشک مشارکت داشته است (۱۴).

با توجه به مزمن بودن بیماری التهاب روده و نیاز به پایش مستمر بیمار، مشارکت تیم چند تخصصی در مدیریت بیماری ساختار بسیار مؤثری را ایجاد می کند؛ به طوری که سازمان جهانی بهداشت نیز به تیم چند تخصصی به عنوان رویکرد بسیار مؤثر برای بهبود بیماری های مزمن تأکید دارد. بیماری التهاب روده نیز مستلزم مداخلاتی در تخصص های مختلف و در سطوح مختلف سیستم سلامت است (۱). از این رو، با توجه به ماهیت بیماری التهاب روده که چشم، پوست و سایر نقاط بدن از قبیل مفاصل انگشتان، دست، پا و ستون فقرات دچار التهاب دردناک می شوند، ارائه ی مراقبت ها و اقدامات مورد نیاز توسط متخصصان مربوطه، امری مهم به نظر می رسد (۱۸). به طوری که در مطالعه Sadlo و همکاران، بیش از ۷۶٪ بیماران مبتلا به التهاب روده از مشارکت سایر

در خصوص محدودیت های مطالعه حاضر لازم به ذکر با توجه به اینکه گایدلاین مصوبی برای مراقبت های ارائه شده به بیماران مبتلا به التهاب روده وجود نداشت، لذا از دیدگاه متخصصان مربوطه استفاده گردیده و استانداردهای مراقبتی بیماری التهاب روده تدوین گردید. همچنین، این مطالعه از دیدگاه بیماران مبتلا به التهاب روده (گزارش مشتریان) انجام شده است که احتمال وجود تورش یادآوری (Recall Bias) وجود دارد.

به طور کلی بررسی مراقبت های ارائه شده از دیدگاه بیماران مبتلا به التهاب روده نشان می دهد؛ بین استانداردهای مراقبتی بیماری التهاب روده و مجموعه مراقبت های ارائه شده به بیماران مبتلا به این بیماری شکاف وسیعی وجود دارد و این شکاف در مراقبت های مربوط به تشدید بیماری و مراقبت های ارائه شده توسط سایر متخصصان بیشتر مشهود است، که نشان دهنده عدم آگاهی یا بی توجهی ارائه کنندگان نسبت به استانداردها و جایگاه بسیار پایین رویکرد تیم چندتخصصی در مدیریت بیماری فوق می باشد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه کارکنان بخش های گوارش، آندوسکوپی و درمانگاه بیمارستان امام رضا تبریز و کلینیک گلگشت تبریز و بیماران شرکت کننده در مطالعه و همچنین از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به خاطر حمایت مالی پروژه، نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

استاندارد) در گروه سنی فوق باشد. همچنین بین سطح تحصیلات و "معاینه توسط متخصص چشم پزشکی" ارتباط معنی دار آماری وجود دارد به طوری که در افراد با سطح تحصیلات بالاتر مطابقت با استاندارد بیشتر بوده است که می تواند به دلیل دانش و آگاهی بیشتر افراد برای مراجعه مستقیم به چشم پزشک و یا درخواست از پزشک متخصص برای ارجاع به چشم پزشک باشد.

در مطالعه‌ی پالیس (Pallis) و همکاران در یونان در سال ۲۰۰۸ نیز بین سن، تحصیلات و مدت بیماری ارتباط معنی داری با رضایت بیماران مبتلا به التهاب روده از مراقبت های ارائه شده وجود داشته است (۲۱).

با توجه به اینکه مطالعه‌ی حاضر از دیدگاه گیرندگان خدمات انجام شده است، لذا پیشنهاد می شود مطالعه‌ی دیگری با هدف بررسی مراقبت های ارائه شده به بیماران از دیدگاه ارائه کنندگان خدمات و پرونده‌ی پزشکی انجام و نتایج با مطالعه‌ی حاضر مورد مقایسه قرار بگیرد، که این امر فرصت هایی را برای شناسایی علل عدم مطابقت با استانداردها فراهم می کند.

نظر به نقش قابل توجه دریافت کنندگان مراقبت در فرایند ارائه خدمات، افزایش دانش و آگاهی بیماران، زمینه را برای مشارکت هر چه بیشتر بیماران و همچنین افزایش مطالبه‌ی خدمات مطابق استاندارد از طرف بیماران فراهم می کند. لذا پیشنهاد می شود مداخله ای جهت افزایش آگاهی بیماران در مورد استانداردهای مراقبتی و همچنین مشارکت هر چه بیشتر بیماران طراحی و اجرا شود.

References

1. Chauhan U, Currie B, Fedorak R, Frost K, Halder S, Ismond K, et al. Best Practices in IBD Care: Taking Steps to Introduce an Integrated Multidisciplinary Patient-Centric Care Model. Canadian Digestive Health Foundation 2013.
2. Thia K, Loftus E, Sandborn W, Yang S. An Update on the Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease in Asia. American Journal of Gastroenterology. 2008;103:82-3167.
3. Balint A, Farkas K, Bor R, Molnar T. Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease in Iran: The Distance and Difference in the Incidence of the Diseases Are Decreasing Due to the Globalization. Ann Colorectal Res. 2013;1(3):5-114.
4. MasnadiShirazi K, Somi M, Bafandeh Y, Saremi F, Mylanchy N, Rezaeifar P, et al. Epidemiological and Clinical Characteristics of Inflammatory Bowel Disease in Patients from Northwestern Iran. Middle East Journal of Digestive Diseases. 2013;5(2):86-92.
5. Cutler, M, Glasgow, Kw. The Impact of Inflammatory Bowel Disease In Canada 2012 Final Report And Recommendations. Crohn's and Colitis Foundation of Canada. 2012.
6. Melmed G, Siegel C. Quality Improvement in Inflammatory Bowel Disease. Gastroenterology & Hepatology. 2013;9(5):92-286.
7. Allen J, Dassopoulos T. Adult Inflammatory Bowel Disease Physician Performance Measures Set. American Gastroenterological Association. 2011: 1-52.
8. Rejler M. Quality improvement in the care of patients with inflammatory bowel disease. Sweden: Linköping University, Faculty of Health Sciences; 2012.
9. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos i. Assuring The Quality of Health Care in the European Union. the European Observatory on Health Systems and Policies. 2008:2.

10. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
11. Tabrizi J. Quality of delivered care for people with type 2 diabetes: A new patient-centred model. Journal of research in health sciences. 2009;9(2):1-9.
12. Tabrizi J, Wilson A, Gholipour K. Comparing Technical Quality Assessment Methods for Measuring Quality of Healthcare: Systematic Review. Journal of Clinical Research & Governance. 2012;3-11.
۱۳. حاجی زاده ا، اصغری م. روش ها و تحلیل های آماری با نگاه به روش تحقیق در علوم زیستی و بهداشتی. تهران: سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی: ۱۳۹۰: ۵۷-۹۴
14. Sadlo A, Altevors J, Peplies J, Kaltz B, Claßen M, Bauer A, et al. Measuring satisfaction with health care in young persons with inflammatory bowel disease -an instrument development and validation study. BMC Health Services Research. 2014;14:97.
15. Kappelman M, Palmer L, Boyle B, Rubin D. Quality of care in inflammatory bowel disease: a review and discussion. Inflamm Bowel Dis. 2010;16(1):33-125.
16. Bernstein C, Fried M, Krabshuis J, Cohen H, Eliakim R, Fedail S, et al. Inflammatory bowel disease: a global perspective. World Gastroenterology Organisation. 2009;2-24.
17. Evertsz F, Thijssens N, Stokkers P, Grootenhuis M, Bockting C, Nieuwkerk P, et al. Do Inflammatory Bowel Disease patients with anxiety and depressive symptoms receive the care they need? Journal of Crohn's and Colitis. 2012;6(1):68-76.
18. Crohn's disease and colitis- inflammatory bowel disease, 2005, Available at: <http://www.betterhealthvicgocau/>
19. Stein J. Diet and Nutrition in Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, 2008, Available at: <http://www.falkfoundation.com/>
20. Elkjaer M, Moser G, Reinisch W, Durovicova D, Lukas M, Vucelic B, et al. IBD patients need in health quality of care ECCO consensus. Journal of Crohn's and Colitis. 2008;2:8-181.
21. Pallis A, Kostagiolas P, Mouzas I, Niakas D. Patients' perceptions as an indicator of quality of care, in Greek patients with inflammatory bowel disease. Scand J Caring Sci. 2008;23(1):9-93.