

ارزیابی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران آرتریت روماتوئید بر اساس مدل ارزیابی کیفیت

جامع*

سعید کریمی^۱، کمال قلی‌پور^۲، پیمان متقی^۳، محمدحسین یارمحمدیان^۴، آزاد شکری^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: کیفیت مراقبت از دیدگاه بیماران به طور روز افزونی به عنوان یکی از بخش‌های مهم مدیریت جامع بیماری مزمن و وسیله‌ای برای ارزیابی کیفیت سنجیده می‌شود. این مطالعه با هدف ارزیابی کیفیت مراقبت ارائه شده به بیماران آرتریت روماتوئید از طریق مدل جامع اندازه‌گیری جامع کیفیت در مراقبت بهداشتی و درمانی انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-مقطعی بود که در بین ۱۷۰ فرد مبتلا به آرتریت روماتوئید که در سال ۹۲-۱۳۹۱ خورشیدی از کلینیک‌های تخصصی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراقبت دریافت کرده‌اند، انجام گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه استاندارد و محقق ساخته بود که روایی محتوایی پرسش‌نامه از طریق ۸ متخصص در زمینه طراحی پرسش‌نامه و روماتولوژیست دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و تبریز بررسی شد و پایایی آن با توجه به شاخص Cronbach alpha $\alpha = 0.721$ TQ; $\alpha = 0.766$ SQ; $\alpha = 0.766$ CQ بدست آمد. در نهایت هر یک از ابعاد کیفیت به درجه بندی از ۱۰۰ تبدیل شدند که ارزش بالاتر نشان‌دهنده کیفیت بهتر بود. و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS صورت گرفت. از آزمون t مستقل، تست ANOVA برای مقایسه CQ، SQ، TQ و نمره QI بین متغیرهای انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت کل ۷۲/۷۰ و میانگین نمرات SQ، TQ و CQ به ترتیب ۷۹/۰۹، ۶۵/۲۹ و ۷۰/۲۵ بدست آمد. برای CQ تنها ۱۹/۸ درصد از شرکت کنندگان امتیاز لازم برای مرحله چهارم یعنی توانایی استمرار مراقبت‌ها در شرایط سخت و تحت استرس را کسب کرده بودند. برای TQ شکاف قابل توجهی بین آنچه که بیماران (Rheumatoid Arthritis: RA) دریافت می‌کردند و آنچه که در دستورالعمل‌ها توصیه شده است، وجود داشت و ابعاد کیفیت خدمت در اکثریت موارد به ویژه «گروه‌های حمایتی» ضعیف بودند.

نتیجه‌گیری: براساس مطالعه حاضر نمره کیفیت مراقبت از دیدگاه بیماران پایین بود و نیاز به توجه به تمام ابعاد کیفیت است بنابراین باید توجه بیشتری به مشارکت بیماران و توانمندسازی آنها برای مدیریت وضعیت خود داشت و همچنین نیاز به ترویج رعایت استانداردهای مراقبتی از بیماران و تشکیل انجمن‌های بیماران روماتولوژی است.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی؛ کیفیت مراقبت‌های بهداشتی؛ بیماران؛ آرتریت روماتوئید.

پذیرش مقاله: ۹۳/۱۱/۱۳

اصلاح نهایی: ۹۳/۹/۲۹

دریافت مقاله: ۹۳/۶/۵

ارجاع: کریمی سعید، قلی‌پور کمال، متقی پیمان، یارمحمدیان محمدحسین، شکری آزاد. **ارزیابی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران آرتریت روماتوئید بر اساس مدل ارزیابی کیفیت جامع.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۲(۳): ۳۵۶-۳۶۶.

- ۱- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- دانشجوی دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، قطب علمی آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
- ۳- دانشیار، گروه روماتولوژی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۴- استاده، مدیریت برنامه‌ریزی آموزشی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۵- دانشجوی دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

Email:Azad_Shokri@yahoo.com

Dvnabdyn، یکی از پیشگامان ارتقای کیفیت در خدمات بهداشتی درمانی مدلی مرکب از (۱) کیفیت فنی، (۲) کیفیت ساختار و (۳) کیفیت فرایند را برای سنجش کیفیت خدمات ارائه داد (۱۳). فقدان روش اندازه‌گیری جامع در مراقبت بهداشتی درمانی یک نگرش غلط را در رابطه با نتایج ارزیابی کیفیت در را ایجاد نموده است (۲). همچنین مطالعات موجود برای اندازه‌گیری کیفیت بر جنبه‌های فنی و خدمت مراقبت تمرکز دارند و به نظر می‌رسد بعد بسیار مهم و حیاتی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی به غفلت سپرده شده است (۱۴). بر اساس این دیدگاه توجهی به نقش مصرف کننده در نظام بهداشتی و درمانی در مورد ارزیابی کیفیت مراقبت نشده است. در همین راستا تبریزی و همکارانش در سال ۲۰۰۷ میلادی مدلی را ارائه دادند که در آن خدمات بهداشتی درمانی از سه بعد ارزیابی می‌گردید: کیفیت خدمت، فنی و مشتری (۱۵). کیفیت خدمت به شرایط و چگونگی دریافت خدمت توسط مشتری (گیرنده خدمت) مربوط بوده و اغلب نشان‌دهنده روش ارائه خدمت و محیطی است که خدمت یاد شده در آن ارائه می‌شود. کیفیت فنی آن چیزی است که مشتری دریافت می‌کند در مقایسه با آن چیزی که بر اساس شواهد علمی به عنوان استاندارد خدمت معرفی شده است. این بعد از کیفیت غالباً انعکاسی است از دانش، مهارت و توانمندی‌های ارائه‌کننده خدمت (۱۶، ۱۷). کیفیت مشتری مجموعه ویژگی‌ها و توانمندی‌هایی است که گیرنده خدمت برای مشارکت موثر در فرایند خدمات بهداشتی درمانی، تصمیم‌گیری‌های کلیدی و مداخلات صحیح و به موقع به آنها نیازمند است (۱۸). شاخص کیفیت نیز انعکاس دهنده کیفیت کلی مراقبت ارائه شده در میان بیماران می‌باشد (۱۶، ۱۸). بنابراین هدف از انجام این مطالعه ارزیابی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران آرتریت روماتوئید بر اساس مدل ارزیابی کیفیت جامع بود.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-مقطعی و کاربردی، در بین ۱۷۰ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه کننده در سال

مقدمه

آرتریت روماتوئید یک سینوویت مزمن التهابی است که عمدتاً مفاصل را مبتلا کرده و منجر به تخریب غضروف، ایجاد ضایعات استخوانی و دردهای شدید می‌شود و نتیجه آن طولانی شدن دوره بیماری، ناتوانی و افزایش مرگ و میر است (۱-۳). این بیماری افراد در تمام سنین و جنس را درگیر می‌کند، به گونه ای که در حال حاضر حدود ۱ درصد از جمعیت دنیا به آن مبتلا می‌باشند (۳-۵). متأسفانه درمان‌های اخیر قادر به علاج این بیماری نبوده و هدف از ارائه این درمان‌ها، مدیریت بیماری و کاهش تاثیر بیماری روی زندگی بیماران از طریق بهبود کیفیت زندگی و کاهش ناتوانی است (۶، ۷).

امروزه از کیفیت مراقبت به عنوان معیاری برای ارزیابی خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی استفاده می‌کنند (۵) با این وجود هنوز به درستی نمی‌توان به این سؤال پاسخ داد که آیا بیماران مبتلا به RA خدمات مناسبی را دریافت می‌کنند؟ و برای پاسخ به این سؤال ابزارهای اندکی وجود دارد (۸). ارزیابی کیفیت مراقبت موضوع مهمی جهت شناخت نیازهای مراقبتی بیماران آرتریت روماتوئید و وابستگی طولانی مدت آنان به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌باشد (۹).

ارزیابی کیفیت مراقبت در ابتدا توسط متخصصین انجام می‌گرفت. در حالی که دیدگاه بیماران درباره کیفیت مراقبت‌ها با متخصصین و سیاست‌گذاران سلامت متفاوت بود (۵، ۹، ۱۰). امروزه کیفیت خدمات از دید بیماران به طور روز افزونی به عنوان یکی از بخش‌های مهم مدیریت جامع بیماری‌های مزمن و ابزاری برای ارزیابی کیفیت استفاده می‌شود در مطالعات قبلی کیفیت خدمات از دید بیمار اغلب به صورت رضایت بیماران درک و تصور می‌شد (۱۰، ۱۱) در حالی که این مطالعات بسیار ذهنی بودند و تحت تاثیر ارجحیت و انتظارات بیماران و سایر عوامل مخدوش کننده قرار می‌گرفت (۵، ۹، ۱۲). بنابراین یک وسیله قابل قبول و عینی‌تر برای ارزشیابی دیدگاه بیماران در رابطه با مراقبت‌های بهداشتی درمانی نیاز است.

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و تبریز بررسی شد. پایایی پرسش‌نامه از مطالعه مقدماتی با شرکت ۳۰ نفر و با روش همسان درونی با شاخص Cronbach alpha $0/721$ بدست آمد. $TQ; \alpha = 0/721$ ، $SQ; \alpha = 0/766$ ، $CQ; \alpha = 0/721$ نمره کیفیت فنی از ۰ تا ۱ بر اساس میزان تبعیت متخصصین روماتولوژی از «استانداردهای مراقبت بیماران آرتریت روماتوئید» بدست آمد. محاسبه کیفیت خدمت (Service Quality) و هر یک از ابعاد آن دو جنبه عملکرد و اهمیت از نگاه بیماران آرتریت روماتوئید با استفاده از فرمول زیر محاسبه شد.

$$\text{Service Quality} = 10 - (\text{Importance} \times \text{Performance})$$

برای محاسبه نمره کیفیت مشتری (Customer Quality)، نمرات خام بدست آمده به درجه بندی از ۱۰۰ تبدیل شد و نمره فعال کیفیت مشتری محاسبه گردید. نمره فعال کیفیت مشتری در طبقه بندی مراحل کیفیت مشتری تنظیم شده به وسیله تیریزی و همکارانش (۱۸) قرار گرفت. در نهایت نمرات هر سه بعد به ۱۰۰ تبدیل گردید و با استفاده از تحلیل آماری مولفه‌های اصلی (Principal Component Analysis - PCA) شاخص کیفیت (Quality Index) به عنوان کیفیت کل محاسبه شد (۱۶).

برای هر یک از ابعاد کیفیت به ازای هر یک از آیتم‌های پرسش‌نامه فراوانی و درصد و برای نمرات مربوط به زیر شاخص و شاخص‌های کلی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین ابعاد کیفیت (CQ, SQ, TQ and QI) و فاکتورهای دموگرافیک از آزمون همبستگی پیرسون، آزمون T، ANOVA و اسپیرمن استفاده گردید. سطح معنی‌داری آزمون‌ها $0/05$ در نظر گرفته شده و برای آنالیز داده‌ها از نرم افزار SPSS استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد قسمت اعظم بیماران زن (۸۲ درصد) و خانه‌دار (۶۳ درصد) بودند. اکثر شرکت‌کنندگان (۴۱/۴ درصد) بالای ۵۰ سال و میانگین طول دوره بیماری

۹۱-۱۳۹۲ خورشیدی به کلینیک‌های تخصصی روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراقبت انجام گرفت.

برای اندازه‌گیری کیفیت مراقبت ارائه شده از پرسش‌نامه مطابقت داده شده Comprehensive Quality Measurement in Health care (CQMH) بیماران آرتریت روماتوئید استفاده شد که در سه بخش کیفیت فنی، کیفیت خدمت و کیفیت مشتری، کیفیت خدمات ارائه شده را اندازه‌گیری نمود.

برای اندازه‌گیری کیفیت فنی (Quality Technical) مراقبت‌ها به دلیل فقدان دستورالعمل‌های ملی، از دستورالعمل‌های بین‌المللی استفاده گردید (۱۹-۲۴)، سپس استانداردها در ۵ دسته مراقبت و خدمات بالینی، خدمات پاراکلینیکی، آموزش سبک زندگی، آموزش در رابطه با دارو و ارزیابی و عوارض بیماری، دسته‌بندی شدند. برای اندازه‌گیری کیفیت خدمت از پرسش‌نامه Comprehensive Quality Measurement in Health care-Service Quality (CQMH_SQ) استفاده شد که بر این اساس کیفیت خدمت از ۱۲ بعد تشکیل شده بود (۲۵). برای هر بعد از کیفیت خدمت، از پاسخ دهنده در رابطه با اهمیت بعد و کیفیت مراقبتی که آنها در رابطه با آن بعد (عملکرد) دریافت کرده‌اند، سؤال پرسیده شد.

برای اندازه‌گیری کیفیت مشتری از پرسش‌نامه Comprehensive Quality Measurement in Health care-Customer Quality (CQMH_CQ) استفاده گردید (۱۸)، که بیماران را براساس توانمندی آنان در خودمدیریتی در ۴ مرحله دسته‌بندی نمود؛ (۱) اعتماد به اهمیت نقش بیمار در روند درمان، (۲) داشتن اعتماد به نفس و دانش کافی برای انجام اقدامات لازم، (۳) مشارکت و اقدام فعال، (۴) تداوم روند مراقبت در شرایط بحرانی و استرس. بخش‌هایی پرسش‌نامه CQMH جهت اندازه‌گیری اطلاعات دموگرافیکی شامل سن، سطح تحصیلات، ارائه‌کننده خدمات، بیمه سلامت و وضعیت کنترل آرتریت روماتوئید بود. جهت روایی ابزار، پرسش‌نامه از طریق ۸ متخصص در زمینه طراحی پرسش‌نامه و روماتولوژیست از

(اعتقاد و باور) را کسب کرده و هیچ فردی در مرحله اول کیفیت مشتری باقی نمانده بود. حدود ۹/۲ درصد از بیماران در مرحله دانش و مهارت قرار داشتند و نتوانستند وارد مرحله مشارکت و اقدام فعال شوند، تنها ۱۹/۸ درصد از شرکت‌کنندگان امتیاز لازم برای مرحله چهارم یعنی توانایی استمرار مراقبت‌ها در شرایط سخت و تحت استرس را کسب کرده بودند (جدول ۱). مراقبت‌های توصیه شده و دفعات آن برای بیماران آرتریت روماتوئید و مراقبت‌های دریافت شده براساس گزارش شرکت‌کنندگان در دوره بیماری در جدول ۲ نشان داده شده است. بر اساس یافته‌های این مطالعه خدمات پاراکلینیک با میانگین $(\pm 20/32)$ ۸۰ درصد بالاترین نمره و آموزش سبک زندگی $(\pm 27/51)$ ۴۱/۳۷ درصد کمترین نمره را بدست آورد.

تقریباً ۱۰ سال بود. ۱۴/۲ درصد بی‌سواد و فقط ۲۲/۶ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. اکثر افراد (۷۳/۵ درصد) پاسخ به درمان دارویی را مطلوب و کنترل بیماری را عالی بیان کرده بودند و در حال حاضر بیماری آنان غیر فعال بود (۶۱ درصد). با این وجود ۷۴ درصد از عوارض بیماری آرتریت روماتوئید رنج می‌برند که از این بین یک سوم (۳۲/۷ درصد) عوارض مفصلی و آرتروز (۴۳/۸ درصد) داشتند. نتایج نشان می‌دهد که ۴۱/۴ درصد دارای پوکی استخوان، ۱۴/۱ درصد سابقه بیماری قلبی و ۳۵/۸ درصد شرکت‌کنندگان دارای مشکلات بینایی بودند. این درحالی بود که ۷۳/۵ درصد در رابطه با خود ارزیابی کنترل بیماری، خوب و عالی بودند. در ضمن همه شرکت‌کنندگان تحت پوشش بیمه سلامت بودند. براساس گزارش شرکت‌کنندگان، تمامی شرکت‌کنندگان امتیاز لازم برای مرحله اول

جدول ۱. نمرات کیفیت مشتری براساس گزارش شرکت‌کنندگان

ردیف	مراحل خود مدبریتی	تعداد	درصد
۱	اعتقاد به اهمیت نقش بیمار در روند درمان	--	--
۲	داشتن اعتماد به نفس و دانش کافی برای انجام اقدامات لازم	۱۵	۹/۲
۳	مشارکت و اقدام فعال	۱۱۵	۷۱/۰۰
۴	تداوم روند مراقبت در شرایط بحرانی و استرس	۳۲	۱۹/۸

جدول ۲. مراقبت‌های توصیه شده و دفعات آن بر اساس پروتکل‌های مراقبت بین‌المللی

مراقبت‌های توصیه شده برای بیماران آرتریت روماتوئید		تبعیت به استانداردهای	
		میانگین	انحراف معیار
مراقبت و خدمات بالینی		۶۲/۶۵	۱۸/۲۷
خدمات پاراکلینیک		۸۰/۰۰	۲۰/۳۲
آموزش سبک زندگی		۴۱/۳۷	۲۱/۵۱
آموزش در رابطه با دارویی		۷۳/۲۴	۲۲/۳۶
ارزیابی و آموزش عوارض بیماری		۵۶/۱۸	۲۷/۶۰

مردان از زنان بالاتر است اما این اختلاف از نظر آماری معنی‌داری نبود.

نتایج نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان با سطح تحصیلات بالاتر از نمره کیفیت مشتری ($P=0/013$) و شاخص کیفیت ($P=0/001$) بالاتری برخوردار بودند. شرکت‌کنندگان با عارضه ناشی از بیماری نیز از نمره کیفیت فنی ($P<0/001$) و شاخص کیفیت ($P=0/005$) بالاتری برخوردار بودند و از نظر آماری نیز معنی‌دار بود. به طور مشابه رابطه مستقیمی بین نمره کیفیت فنی ($P=0/012$) با افزایش سن وجود داشت.

مطابق گزارشات، شرکت‌کنندگانی که در حال حاضر بیماری غیر فعال دارند از نمره کیفیت مشتری بالاتری برخوردار هستند ($P=0/030$) و همچنین بیمارانی که شاغل بودند به طور معنی‌داری از نمره شاخص کیفیت ($P=0/026$) و نمره کیفیت مشتری ($P=0/001$) بالاتری برخوردار بودند. بنابراین نتایج این مطالعه بین جنس، پاسخ به درمان دارویی هیچ رابطه معنی‌داری یافت نشد.

متوسط نمرات اهمیت، عملکرد و کیفیت خدمت مراقبت‌های بیماران آرتریت روماتوئید با توجه به جنبه‌های کیفیت خدمت در جدول ۳ نشان داده شده است. یافته‌ها نشان داد از بین ابعاد کیفیت خدمت اعتماد به ارائه‌کنندگان خدمات (۹/۷۷) بالاترین نمره و مؤلفه گروه‌های حمایتی که مربوط به مواردی از قبیل تشکیل کلاس‌های آموزشی و جلسات انتقال تجربیات دوران بیماری بود، کمترین نمره را به دست آورد (۳/۱۱). بعد از اعتماد، از دیدگاه بیماران آرتریت روماتوئید انتخاب ارائه‌کننده خدمت با ۹/۳۷ دومین مؤلفه کیفیت خدمت بود، در حالی که ایمنی با نمره ۷/۹۴، توجه فوری و به موقع با نمره ۷/۸۲، کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه با نمره ۷/۷۸ و پیشگیری با نمره ۷/۲۹ نیز از دیدگان بیماران از کیفیت نسبتاً پایینی برخوردار بود.

نتایج کلی در جدول ۴ نشان داده شده است. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که در هر سه بعد کیفیت: کیفیت خدمت، کیفیت فنی و کیفیت مشتری و همچنین در شاخص کیفیت، نمره کیفیت

جدول ۳. نمرات عملکرد، اهمیت و کیفیت خدمت برای افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید

کیفیت خدمت*	اهمیت †	عملکرد ‡	ابعاد کیفیت خدمت
میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
(۱/۶۳) ۹/۳۷	(۲/۳۷) ۶/۹۴	(۰/۲۵) ۰/۱۱	انتخاب ارائه‌کننده خدمت
(۱/۸۳) ۸/۲۸	(۱/۵۲) ۷/۹۲	(۰/۲۰) ۰/۲۱	ارتباط و تعامل
(۱/۷۵) ۸/۴۲	(۲/۱۰) ۶/۲۳	(۰/۲۹) ۰/۳۶	داشتن اختیار
(۳/۲۰) ۳/۱۱	(۳/۲۰) ۶/۸۹	(۰/۰۰) ۱/۰۰	گروه‌های حمایتی
(۱/۴۷) ۸/۶۳	(۱/۸۳) ۴/۳۳	(۰/۲۳) ۰/۲۸	استمرار خدمت
(۲/۱۷) ۷/۷۸	(۱/۷۳) ۸/۰۹	(۰/۲۵) ۰/۲۷	کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه
(۱/۵۰) ۸/۸۸	(۱/۷۰) ۷/۷۹	(۰/۲۱) ۰/۱۷	احترام
(۲/۱۰) ۷/۸۲	(۱/۸۷) ۶/۷۵	(۰/۲۱) ۰/۳۶	توجه فوری و به موقع
(۲/۳۱) ۷/۹۴	(۱/۹۸) ۷/۰۵	(۰/۳۰) ۰/۳۳	ایمنی
(۲/۶۰) ۷/۲۹	(۱/۹۰) ۷/۸۰	(۰/۳۴) ۰/۳۸	پیشگیری
(۱/۹۸) ۸/۸۶	(۲/۰۹) ۵/۹۵	(۰/۲۶) ۰/۱۶	دسترسی
(۰/۹۹) ۹/۷۷	(۲/۳۲) ۶/۸۶	(۰/۱۶) ۰/۰۵	اعتماد
(۰/۸۷) ۷/۹۱	(۰/۹۷) ۶/۹۹	(۰/۱۱) ۰/۳۲	کیفیت خدمت (SQ)

† دامنه بین ۰ (خوب) و ۱ (ضعیف)

‡ دامنه بین ۰ (بدترین) و ۱۰ (بهترین)

* ۱۰ بهترین و ۰ بدترین است

جدول ۴: نمره کیفیت و دموگرافی برای افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید

کیفیت مراقبت های ارائه شده به								
P	شاخص کیفیت	P	کیفیت مشتری	P	کیفیت خدمت	P	کیفیت فنی	
	میانگین (CI %۹۵)		میانگین (CI %۹۵)		میانگین (CI %۹۵)		میانگین (CI %۹۵)	
	۷۲/۷۰ (۷۳/۹۶-۷۱/۴۴)		۷۰/۲۵ (۷۲/۲۹-۶۸/۲۰)		۷۹/۰۹ (۸۰/۴۱-۷۷/۷۶)		۶۵/۲۹ (۷۰/۵۳-۶۶/۵۶)	درکل
۱۶۸/۰		۱۷۸/۰		۸۱۳/۰		۱۷۸/۰		جنس
	۷۴/۲۷ (۷۱/۰۰-۷۷/۵۴)		۷۲/۷۰ (۶۸/۰۶-۷۷/۳۴)		۷۷/۶۶ (۸۰/۹۸-۷۴/۳۵)		۷۰/۸۱ (۷۵/۶۹-۶۵/۹۲)	مرد
	۷۲/۳۷ (۷۰/۹۹-۷۳/۷۵)		۶۹/۷۳ (۶۷/۴۴-۷۲/۰۳)		۷۹/۴۰ (۸۰/۸۶-۷۷/۹۵)		۶۸/۰۴ (۶۵/۸۵-۷۰/۲۳)	زن
۳۶۸/۰		۱۶۷/۰		۶۵۳/۰		۸۱۰/۰		سن
	۷۰/۷۳ (۷۴/۵۵-۶۶/۹۰)		۷۱/۰۴ (۷۷/۷۶-۶۴/۳۲)		۷۷/۰۱ (۸۱/۱۹-۷۲/۸۴)		۵۹/۶۰ (۶۷/۴۱-۵۴/۴۲)	۳۰ >
	۷۰/۶۱ (۷۳/۵۲-۶۷/۶۹)		۶۸/۲۱ (۷۳/۷۷-۶۲/۶۵)		۷۸/۲۴ (۸۱-۲۴-۷۵/۲۴)		۶۸/۹۸ (۶/۸۸-۵۷/۳۱)	۴۰-۳۰
	۷۴/۲۸ (۷۷/۰۳-۷۱/۵۴)		۷۲/۶۷ (۷۶/۷۷-۶۸/۵۶)		۷۹/۷۹ (۸۱/۸۷-۷۷/۴۶)		۶۶/۴۳ (۷۰/۶۱-۶۲/۸۸)	۵۰-۴۰
	۷۳/۲۲ (۷۵/۰۴-۷۱/۴۰)		۶۹/۳۶ (۷۴/۵۴-۶۷/۴۶)		۷۹/۶۶ (۸۱/۸۷-۷۷/۴۶)		۶۷/۸۷ (۷۰/۳۵-۶۴/۱۵)	۵۰ ≤
۰/۹۶/۰		۵۱۳/۰		۰/۷۱/۰		۰/۱۱/۰		پاسخ به درمان
	۷۲/۶۲ (۷۵/۰۴-۷۰/۲۰)		۶۸/۵۴ (۷۲/۶۱-۶۴/۴۷)		۷۹/۵۰ (۸۲/۲۳-۶۶/۸۷)		۶۸/۷۳ (۷۲/۷۷-۶۴/۶۹)	ضعیف
	۷۲/۷۳ (۷۴/۲۳-۷۱/۲۲)		۷۰/۸۶ (۷۳/۲۶-۶۸/۴۷)		۷۸/۹۴ (۸۰/۴۷-۷۷/۴۱)		۶۸/۴۸ (۷۰/۷۸-۶۶/۱۷)	خوب
۱۳۸۱/۰		۰/۳۸/۰		۱۱۶/۰		۳۶۳/۰		بیماری فعال
	۷۳/۲۷ (۷۴/۹۵-۷۱/۵۸)		۷۱/۹۰ (۷۴/۴۷-۶۹/۳۲)		۷۸/۹۹ (۸۰/۶۸-۷۷/۳۰)		۶۸/۸۶ (۷۱/۴۸-۶۶/۲۴)	خیر
	۷۱/۶۴ (۷۳/۶۴-۶۹/۶۴)		۶۷/۱۸ (۷۰/۶۵-۶۳/۷۱)		۷۹/۱۵ (۸۱/۴۳-۷۶/۸۷)		۶۸/۱۱ (۷۱/۳۸-۶۴/۸۴)	بله

ادامه جدول ۴: نمره کیفیت و دموگرافی برای افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید

کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به							
کیفیت فنی میانگین (CI %۹۵)		کیفیت خدمت میانگین (CI %۹۵)		کیفیت مشتری میانگین (CI %۹۵)		شاخص کیفیت میانگین (CI %۹۵)	
P		P		P		P	
اشتغال							
۰/۰۲۶	۶۸/۱۷ (۷۱/۴۸-۶۴/۸۵)	۰/۰۷۳	۷۸/۷۹ (۸۰/۶۸-۷۷/۳۰)	۰/۰۸۷	۷۳/۳۸ (۷۶/۹۰-۶۹/۸۶)	۰/۰۰۱	۷۳/۷۸ (۷۶/۰۳-۷۱/۵۴)
	۶۸/۷۷ (۷۱/۲۸-۶۶/۲۵)		۷۹/۱۵ (۸۰/۹۰-۷۷/۶۲)		۶۸/۵۴ (۷۱/۰۴-۶۶/۰۴)		۷۲/۱۱ (۷۳/۶۵-۷۰/۵۷)
	۶۳/۴۷ (۶۹/۷۰-۵۷/۲۴)		۸۰/۳۲ (۸۴/۴۰-۷۶/۲۴)		۶۰/۹۱ (۶۵/۷۶-۵۶/۰۷)		۶۸/۲۳ (۷۲/۳۱-۶۴/۱۶)
تحصیلات							
۰/۰۱۰	۶۹/۴۴ (۷۱/۸۴-۶۷/۰۵)	۰/۰۱۱	۷۸/۴۶ (۸۰/۱۱-۷۶/۸۱)	۰/۰۳۸	۷۴/۸۴ (۷۴/۳۰-۶۹/۳۷)	۰/۰۱۰	۷۳/۱۵ (۷۴/۶۶-۷۱/۶۴)
	۶۹/۰۳ (۷۳/۴۲-۶۴/۶۴)		۸۰/۱۳ (۸۲/۹۲-۷۷/۳۴)		۷۱/۶۵ (۷۶/۳۶-۶۶/۹۵)		۷۴/۲۹ (۷۶/۸۹-۷۱/۶۹)
	۶۱/۴۹ (۶۵/۰۲-۵۷/۹۶)		۷۷/۳۰ (۷۹/۶۴-۷۴/۹۶)		۶۹/۵۴ (۷۳/۷۴-۶۵/۳۴)		۶۹/۵۲ (۷۱/۸۳-۶۷/۲۰)
عوارض بیماری							
۰/۰۰۰	۷۱/۰۸ (۷۳/۳۳-۶۸/۸۴)	۰/۰۱۱	۷۹/۷۳ (۸۱/۳۲-۷۸/۱۴)	۰/۰۱۰	۷۰/۴۷ (۷۲/۸۵-۶۸/۰۹)	۰/۰۰۰	۷۳/۷۱ (۷۵/۱۷-۷۲/۲۴)
	بله		خیر				

تعدیل در رژیم غذایی، توجه بیشتر به فعالیت‌های فیزیکی موثر، استفاده از وسایل کمکی و نیاز به ارجاع به جراح ارتوپد، برای بهبود مراقبت RA وجود دارد.

با توجه به ماهیت طولانی مدت و مزمن بیماری آرتریت روماتوئید و نتایج این مطالعه که بیان می‌کند افراد اندکی وجود دارد که توانایی تداوم روند مراقبت در شرایط بحرانی و استرس را دارا باشند، بیمار خود نقش محوری را در مراقبت و مدیریت بیماری دارد. براساس دستورالعمل کالج روماتولوژی آمریکا (American College of Rheumatology)، مجموعه دستورالعمل‌هایی را برای مدیریت آرتریت روماتوئید به منظور مدیریت آرتریت روماتوئید فراهم نموده و اشاره نموده که آموزش خود مدیریتی به بیمار عنصر اصلی در درمان بهینه بیماری آرتریت روماتوئید است. همچنین کمیته

بحث

در این مطالعه، نمره شاخص کیفیت برای بیماران آرتریت روماتوئید از دیدگاه بیماران شهر اصفهان نسبتاً پایین بود. به نظر می‌رسد یک شکاف معنی‌داری بین آنچه که آنها دریافت کرده بودند با موارد توصیه شده در دستورالعمل‌ها و به طور کلی با نمره کیفیت خدمت و کیفیت مشتری وجود داشت. در این مطالعه مراقبت ارائه شده به بیماران آرتریت روماتوئید بر اساس گزارش بیماران، با استانداردهای فنی تدوین شده مغایرت داشت. به طور مشابه مراقبت‌های ارائه شده به بیماران آرتریت روماتوئید در کانادا نیز از استانداردهای مطلوب فاصله داشت (۲۶). بزرگترین شکاف در مطالعه حاضر مربوط به آموزش سبک زندگی و مراقبت و خدمات بالینی بود، بنابراین با توجه یافته‌ها فرصت‌های قابل توجهی از طریق

کیفیت بالاتری برخوردار بودند. بر اساس یافته‌های این مطالعه، جنس با ابعاد کیفیت رابطه‌ای نداشت در حالی که در کل ابعاد نمره کیفیت مردها بالاتر بود. لازم به ذکر است که این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود از جمله سؤالات بسیار زیاد پرسش‌نامه که باید به صورت مصاحبه جمع‌آوری می‌شد، به همین دلیل وقت زیادی را به خود صرف می‌کرد این در حالی بود که بیماران به دلایل مربوط به بیماری توان انتظار زیاد را نداشتند که همین مسأله در مصاحبه تاثیر خود را نشان می‌داد. در برخی از مراکز جمع‌آوری مکان مناسب برای مصاحبه وجود نداشت بنابراین محقق به اجبار در سالن انتظار مصاحبه را انجام می‌داد که همین مسأله مصاحبه را با مشکل مواجه می‌کرد و همچنین علی‌رغم اهمیت موضوع مطالعات بسیار کمی به خصوص در داخل کشور وجود داشت که توجیه و مقایسه نتایج را دچار مشکل نمود.

تحقیقات قبلی در زمینه کیفیت خدمات از دیدگاه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تنها بر رضایت بیماران از کیفیت خدمات یا کیفیت عملکردی پزشکان متمرکز بود. همچنین آگاهی در رابطه با کیفیت خدمات از دیدگاه بیماران آرتریت روماتوئید در طیف وسیعی از خدمات پزشکی و غیر پزشکی که مورد نیاز بیماران آرتریت روماتوئید است بسیار اندک می‌باشد (۵)، اما این مدل با اندازه‌گیری هر سه بعد کیفیت دیدی جامع‌تری را نسبت به خدمات بهداشتی و درمانی برای بیماران آرتریت روماتوئید ارائه کرد. این در حالی بود که مطابق این مدل با وجود اینکه گزارشات خبر از بهبود وضعیت بیماران آرتریت روماتوئید نسبت به دهه قبل دارند (۳۷)،

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با بیان این جمله که «نمره کیفیت ارائه خدمات برای بیماران آرتریت روماتوئید از دیدگاه گیرندگان خدمت در شهر اصفهان نسبتاً پایین بود» هنوز در رابطه با کیفیت خدمات از دیدگاه گیرندگان خدمت نگران است، بنابراین بیان می‌کند که باید هدف نظام بهداشتی و درمانی، تضمین مراقبت‌های آرتریت روماتوئید با نگرش به این که «بهبود کردن مشارکت چشمگیر بیماران و همراهان آنان و

زیرمجموعه این کالج توصیه می‌کند که آموزش خود مدیریتی بیمار نقش کلیدی در برنامه‌های درمانی بیماران روماتیسمی دارد (۲۷).

کیفیت خدمت امروزه به طور روز افزونی در صنایع تجاری، به ویژه در صنایع با مشارکت بالای مشتریان مانند؛ صنایع بهداشتی و درمانی، به عنوان فاکتوری مهم در بازاریابی و بهره‌برداری از خدمات نقش ایفا می‌کند (۲۸) به گونه‌ای که حتی صاحب‌بنظران کیفیت خدمت را به عنوان توانایی سازماندهی جهت پاسخگویی یا فراتر رفتن از انتظارات مشتریان تعریف کرده‌اند (۲۹)، اما در مطالعه حاضر نمره کیفیت خدمت از دیدگاه گیرندگان خدمات برای گروه‌های حمایتی پایین‌ترین نمره را داشت و شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که هیچ دسترسی به گروه‌های حمایتی ندارند، در حالی که گروه‌های حمایتی اثر مستقیمی بر رفاه و سلامت افراد دارد (۳۰، ۳۱) همچنین Shearn (۳۲) در مطالعات خود نشان داد که شرکت در گروه‌های حمایتی نقش با ارزشی در توانمندسازی بیماران داشت (۳۳). بنابراین یافته‌های این مطالعه به تصمیم‌گیرندگان جهت تمرکز روی جنبه‌هایی از کیفیت مراقبت که برای مشتری بسیار مهم بوده، اما نمره پایینی را کسب نموده‌اند، مانند دسترسی به گروه‌های حمایتی، کمک می‌نماید.

در مطالعه حاضر افراد با سطح تحصیلات بالاتر از نمره کیفیت مشتری و توانایی خود مدیریتی و شاخص کیفیت بهتری برخوردار بودند. این نتایج مشابه مطالعات Takahashi (۳۴) و Kjekken (۳۵) بود که رابطه مثبتی بین سطح تحصیلات و میزان مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های بالینی بدست آورده بودند. شرکت‌کنندگان با بیماری غیر فعال از نمره کیفیت مشتری بهتری به نسبت بیماران با بیماری فعال برخوردار بودند. Brus اظهار داشت که افسردگی و اضطراب در بیماران با بیماری فعال افزایش می‌یابد (۳۶).

کیفیت فنی رابطه معنی‌داری با سن داشت. این مطالعه نشان داد که با افزایش سن، کیفیت فنی بهبود می‌یابد. به طور مشابه، بیماران با عوارض بداری نمره کیفیت فنی و شاخص

زمینه‌های مشارکت بیمار در فرایند درمان و برنامه‌های آموزشی شامل؛ برنامه‌های افزایش دانش، مهارت و اعتماد به نفس (خودکارآمدی)، جهت تقویت خود مدیریتی در بیماران می‌توان کیفیت مشتری ارتقا داد و همچنین مطابق این مطالعه با در دسترس قرار دادن اطلاعات قابل فهم برای افراد با تحصیلات پایین‌تر و همچنین توجه بیشتر به عوارض بیماری و رفع آن در بیماران می‌توان کیفیت کل را ارتقا داد.

تشکر و قدردانی

حمایت مالی این مطالعه را معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برعهده داشت. از تمامی متخصصین روماتولوژی و مدیریت بخاطر پیشنهادهای سازنده خود تشکر می‌کنیم. همچنین از بیماران آرتریت روماتوئید که در این مطالعه شرکت کردند تشکر ویژه داریم.

توانمندسازی آنها برای مدیریت وضعیت خود و همچنین تصمیم‌گیری در رابطه با هر جنبه از مراقبت و درمان خود» وسیله‌ای جهت تامین مراقبت و نتایج بهتر باشد.

پیشنهادها

در رابطه با کیفیت فنی نیاز به آموزش سبک زندگی، تمرکز روی خدمات و مراقبت‌های بالینی از طریق توجه بیشتر به استفاده از تجهیزات کمکی برای بیماران، تدوین برنامه فیزیوتراپی و رژیم غذایی و ارزیابی نیاز برای ارجاع به جراح ارتوپد است. برای کیفیت خدمت باید بر جنبه‌هایی از خدمات بهداشتی درمانی که از نگاه گیرندگان خدمات دارای اهمیت بالا اما از نظر عملکردی ضعیف بوده تمرکز کرد. بنابراین نیاز به تشکیل انجمن‌های بیماران آرتریت روماتوئید و توجه بیشتری به کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه، ایمنی در ارائه خدمات و مسائل پیشگیری می‌باشد. از طریق فراهم‌سازی

References

1. Salehi M, Mottaghi P, Karimifar M, Farajzadegan Z. Intravenous pamidronate for refractory rheumatoid arthritis. *Journal of Research in Medical Sciences* 2012;17(5):422-7.
2. Meesters J, de Boer I, van den Berg M, Fiocco M, Vliet Vlieland T. Unmet information needs about the delivery of rheumatology health care services: a survey among patients with rheumatoid arthritis. *Patient education and counseling* 2011;85(2):299-303.
3. Khanna R, Smith MJ. Utilization and costs of medical services and prescription medications for rheumatoid arthritis among recipients covered by a state Medicaid program: a retrospective, cross-sectional, descriptive, database analysis. *Clinical therapeutics*. 2007;29(11):2456-67.
4. Salehi M, Farajzadegan Z, Karimifar M, Mottaghi P, Sayed Bonakdar Z, Karimzadeh H. Disease activity index and its association with serum concentration of anti-cyclic citrullinated peptide 1 (anti-CCP1) in patients with rheumatoid arthritis. *Razi Journal of Medical Sciences* 2010;17(74):15-21.
5. Jacobi CE, Boshuizen HC, Rupp I, Dinant HJ, Van Den Bos GA. Quality of rheumatoid arthritis care: the patient's perspective. *International Journal for Quality in health care* 2004;16(1):73-81.
6. Britain G. Services for people with rheumatoid arthritis: tenth report of session 2009-10, report, together with formal minutes, oral and written evidence. London:House of commons; 2010.
7. Karimi S, Yarmohammadian MH, Shokri A, Mottaghi P, Qolipour K, Kordi A, et al. Predictors and Effective Factors on Quality of Life Among Iranian Patients with Rheumatoid Arthritis. *Materia Socio Medica* 2013;25(3):158-62.
8. Hewlett S, Ambler N, Almeida C, Cliss A, Hammond A, Kitchen K, et al. Self-management of fatigue in rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial of group cognitive-behavioural therapy. *Ann Rheum Dis* 2011;70:1060-1067.
9. Zuidgeest M, Sixma H, Rademakers J. Measuring patients' experiences with rheumatic care: the consumer quality index rheumatoid arthritis. *Rheumatology international* 2009;30(2):159-67.
10. Vahidi RG, Tabrizi JS, Iezadi S, Gholipour K, Mojahed F, Rasi V. Organizational facilitators and barriers to implementing effective clinical audit: systematic review. *J Pak Med Stud* 2013;3(1):38-45.
11. Shokri A, Yarmohammadian MH, Mottaghi P, Karimi S, Gholipour K, Sadegh Tabrizi J. Customer Quality and Rheumatoid Arthritis in the Iranian Patient's Perspective: A Cross-Sectional Study. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement* 2014;2(3):110-15.
12. Yang H, Thomas S. Patient's experience and satisfaction survey on general practice: international development and Australian experience. *Australian*; 2006.
13. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. In: *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. United States: Health Administration Press; 1980.

14. Tabrizi JS, Wilson AJ, Gholipour K. Comparing Technical Quality Assessment Methods for Measuring Quality of Healthcare: a Systematic Review. *J Clin Res Gov* 2012;1(1):103-11.
15. Tabrizi JS, Wilson AJ, O'Rourke PK. Customer Quality and Type 2 Diabetes from the Patients' Perspective: A Cross-Sectional Study. *J Res Health Sci* 2010;10(2):69-76.
16. Tabrizi Js. Quality of Delivered Care for People with Type 2 Diabetes: A New Patient-Centred Model. *J Res Health Sci* 2009;9(2):1-9.
17. Wilson A, Tabrizi JS, Gholipour K, Farahbakhsh M. Technical Quality of Maternity Care: the Pregnant Women's Perspective. *Health Promot Perspect* 2013;3(1):23-31.
18. Tabrizi JS, Gholipour K, Asghari-Jafarabadi M, Farahbakhsh M, Mohammadzede M. Customer quality and maternity care in Tabriz urban health centers and health posts. *Journal of Clinical Research & Governance*. 2012;1(1):11-15.
19. Kennedy T, McCabe C, Struthers G, Sinclair H, Chakravaty K, Bax D, et al. BSR guidelines on standards of care for persons with rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2005;44(4):553-6.
20. Luqmani R, Hennell S, Estrach C, Basher D, Birrell F, Bosworth A, et al. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of rheumatoid arthritis (after the first 2 years). *Rheumatology* 2009;48(4):436-9.
21. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis 2002 update American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. *Arthritis Rheum* 2002;46:328-46.
22. Rheumatoid arthritis: the management of rheumatoid arthritis in adults. NICE clinical guideline 79. London: NICE; 2009.
23. National Health Service quality Improvement, Scotland. Management of Early Rheumatoid arthritis: A national clinical guideline. Scotland: SIGN, Part of NHS Quality Improvement; 2011.
24. Khanna D, Arnold EL, Pencharz JN, Grossman JM, Traina SB, Lal A, et al. Measuring process of arthritis care: the Arthritis Foundation's quality indicator set for rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 2006 Feb;35(4):211-37.
25. Karimi S, Mottaghi P, Shokri A, Yarmohammadian MH, Tabrizi JS, Gholipour K, et al. Services Quality for people with rheumatoid arthritis: Iranian Patients' Perspective. *IJHSDM* 2013;4(1):55-9.
26. Widdifield J, Bernatsky S, Paterson JM, Thorne JC, Cividino A, Pope J, et al. Quality care in seniors with new-onset rheumatoid arthritis: A Canadian perspective. *Arthritis Care & Research* 2011;63(1):53-7.
27. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis: 2002 Update; American College of Rheumatology subcommittee on rheumatoid arthritis guidelines. *Arthritis and Rheumatism* 2002; 46 : 328-46.
28. Punnakitikashem P, Buavaraporn N, Maluesri P, Leelartapin K. Health Care Service Quality: Case Example of a Hospital with Lean Implementation. *Proceeding of the POMS 23 rd Annual Conference, 2012; Chicago, Illinois, USA.*
29. Farid IMF. Development of a Model for Healthcare Service Quality: An Application to the Private Healthcare Sector in Egypt. Egypt: Maastricht School of Management; 2008.
30. Tabrizi JS, Wilson AJ, Coyne ET, O'Rourke PK. Review of patient-reported type 2 diabetes service quality. *Australian Health Review* 2008;32(1):23-33.
31. Doeglas D, Suurmeijer TP, Van den Heuvel W, Krol B, Van Rijswijk M, Van Leeuwen M, et al. Functional ability, social support, and depression in rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research* 2004;13(6):1053-65.
32. Shearn MA, Fireman BH. Stress management and mutual support groups in rheumatoid arthritis. *The American journal of medicine* 1985;78(5):771-5.
33. Van Uden-Kraan CF, Drossaert CH, Taal E, Seydel ER, van de Laar MA. Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment. *Patient education and counseling* 2009;74(1):61-9.
34. Takahashi N, Sasaki K, Nishiyama T, Naniwa T. Satisfaction and attitudes toward therapy in patients with rheumatoid arthritis. *Modern Rheumatology* 2012;22(3):376-81.
35. Kjekken I, Dagfinrud H, Mowinckel P, Uhlig T, Kvien TK, Finset A. Rheumatology care: involvement in medical decisions, received information, satisfaction with care, and unmet health care needs in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Care & Research* 2006;55(3):394-401.
36. Brus HL, Taal E, van de Laar MA, Rasker JJ, Wiegman O. Patient education and disease activity: a study among rheumatoid arthritis patients. *Arthritis & Rheumatism* 1997;10(5):320-4.
37. Pincus T, Sokka T, Kautiainen H. Patients seen for standard rheumatoid arthritis care have significantly better articular, radiographic, laboratory, and functional status in 2000 than in 1985. *Arthritis & Rheumatism* 2005;52(4):1009-19.

Assessment of Quality of Delivered Care to Patients with Rheumatoid Arthritis Based On a Model of Comprehensive Quality Measurement*

Saeed Karimi¹, Kamal Gholipour², Peyman Mottaghi³,
 Mohammad Hossein Yarmohammadian⁴, Azad Shokri⁵

Original Article

Abstract

Introduction: Quality of care from the perspective of patients is increasingly considered an important component of comprehensive chronic disease management and as instrument that use for evaluation of quality. This study aimed to assess of quality of delivered care among patients with rheumatoid arthritis based on a model of Comprehensive Quality Measurement in Health care (CQMH).

Methods: A cross-sectional study was conducted with 170 people with rheumatoid arthritis who were received care from specialist clinics of Isfahan University of medical sciences in 2013. Validity of The study questionnaires were reviewed and confirmed by 8 specialist in rheumatology and research and there reliability was confirmed according to Cronbach's alpha index (Service Quality (SQ); $\alpha = 0.721$, Technical Quality (TQ); $\alpha = 0.766$, Costumer Quality (CQ); $\alpha = 0.803$). Final scores for each dimension were referred on a 0-100 scale with high values indicating better quality. Data analyzed using the SPSS-19 statistical package. Independent Samples Test, ANOVA Tests were conducted to compare CQ, SQ, TQ and QI score between categorical variables.

Results: The average Quality Index was 72.70 of a 0-100 scale and average SQ, TQ, CQ score were 79.09, 68.54, and 70.25 respectively. For CQ only 19.8% of participations staying the course of action even under stress and financial constraints, there was a significant gap between what Rheumatoid Arthritis (RA) care they received and what was recommended in the guideline for TQ and the concept of service quality was poorly developed in many cases, specifically "availability of support group" that was the lowest scores.

Conclusion: According to the present study quality of care the patient's perspective was low, thus its need to pay attention to patient partnership and empowering them to manage their condition. Also there are need to promote compliance and establish association of rheumatology patients.

Keywords: Evaluation; Quality of Health Care; Patients; Arthritis, Rheumatoid.

Received: 24 Nov, 2014

Accepted: 5 Jan, 2015

Citation: Karimi S, Gholipour K, Mottaghi P, Yarmohammadian MH, Shokri A. **Assessment of Quality of Delivered Care to Patients with Rheumatoid Arthritis Based On a Model of Comprehensive Quality Measurement.** Health Inf Manage 2015; 12(3):366.

*-this article was resulted from MSc thesis and Project No 391461 supported by Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

1- Associate Professor, Health Service Management, Health Management and Economic Research Center, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- PhD Student, Health Services Management, Iranian Health Services Management Center of Excellence, School of Management and Medical Informatics, Student Research Committee, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3-Associate Professor, Rheumatologist, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Professor, Educational Planning Management, Health Management and Economic Research Center, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- PhD student, Health Services Management, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran