

The concept of patient-centeredness in health system: a scoping review

Elnaz Rezaei¹, Hamed Dehnavi^{1*}, Lida Shams¹

1. Department of Healthcare Services Management, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 30 July 2024

Accepted for publication: 23 July 2025

[EPub a head of print- 1 November 2025]

Payesh: 2025; 24(5): 601- 615

Abstract

Objective(s): Patient-centeredness, a key dimension of healthcare quality, has become a global priority. However, a universally agreed-upon and comprehensive definition for patient-centeredness remains elusive. This research aimed to provide a clear concept of patient-centeredness and determine its dimensions.

Methods: An scoping review was conducted. We searched six databases using relevant keywords to identify articles published between 2000 and 2023 that addressed the concept and aspects of patient-centeredness. A total of 43 articles were selected and data analysis was performed by thematic analysis method using MAXQDA software.

Results: The reviewed sources provided 65 definitions of patient-centeredness, with the Institute of Medicine's definition being the most widely used. Similarly, 45 elements were identified. Thematic analysis grouped these dimensions into eight core areas: 1. The patient as a unique person 2. Patient engagement and respect for preferences 3. Integrated and continuous care 4. Education and effective communication 5. Access to care 6. Well-being and physical comfort 7. Emotional support 8. Participation of family and friends

Conclusion: Recognizing the multifaceted nature of patient-centeredness and its various dimensions is crucial for realizing patient-centered care. The Ministry of Health can significantly enhance the quality of care and patient experience by developing and disseminating a comprehensive patient-centered executive framework with specific requirements for healthcare institutions and service providers.

Keywords: patient-centeredness, health services, quality, patient satisfaction

* Corresponding author: School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: hamedehnavi@gmail.com

مفهوم بیمارمحوری در نظام سلامت: یک مرور حیطه‌ای

الناز رضایی^۱، حامد دهنوی^{۱*}، لیدا شمس^۱

۱. گروه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۵/۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۵/۱

انشر الکترونیک پیش از انتشار - ۸ آبان ۱۴۰۴

نشریه پیش: ۶۱۵-۶۰۱: ۲۴(۵): ۱۴۰۴

چکیده

مقدمه: بیمارمحوری به عنوان یکی از ابعاد کیفیت خدمات سلامت به یک اولویت جهانی در نظام‌های سلامت تبدیل شده است. با این حال تعریف مورد توافق و جامعی از مفهوم بیمارمحوری وجود ندارد. هدف این پژوهش ارائه مفهوم روشن از بیمارمحوری و تعیین ابعاد آن بود.

مواد و روش کار: این مطالعه به روش مرور حیطه‌ای انجام شد. تمامی مقالاتی که طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۴۰۲ منتشر شدند و به مفهوم و ابعاد بیمارمحوری پرداختند با کلیدواژه‌های مناسب در ۶ پایگاه داده‌ای جستجو و مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت ۴۳ مقاله انتخاب و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA10 به روش موضوعی تحلیل شد.

یافته‌ها: بر اساس منابع بررسی شده مجموعاً ۶۵ تعریف از بیمارمحوری استخراج شد. همچنین ۴۵ جزء برای بیمارمحوری شناسایی شد که در فرایند تحلیل موضوعی در هشت بعد گروه‌بندی شدند. این ابعاد عبارت بودند از: ۱- بیمار به عنوان یک شخص منحصر به فرد ۲- مشارکت بیمار و احترام به ترجیحات او ۳- مراقبت یکپارچه و مداوم ۴- آموزش و ارتباط موثر ۵- دسترسی به خدمات ۶- رفاه و آسایش جسمانی ۷- حمایت عاطفی و ۸- مشارکت خانواده و همراهان. **نتیجه‌گیری:** درک کامل از بیمارمحوری و اجرای آن در تمامی جنبه‌های مراقبت از بیمار به عنوان یک استاندارد حرفه‌ای در تمامی مراکز درمانی تبدیل شده است. وزارت بهداشت با تدوین و ابلاغ چارچوب و الزامات اجرایی مشخص، می‌تواند نقش کلیدی در ترویج و تقویت این مفهوم داشته باشد. این اقدامات نه تنها به بهبود کیفیت خدمات سلامت کمک می‌کنند، بلکه تجربه بیماران را از دریافت خدمات به طور قابل توجهی ارتقا می‌دهد. این رویکرد منجر به ایجاد یک نظام مراقبتی متعالی و پایدار خواهد شد که در آن بیماران نه تنها به عنوان دریافت‌کنندگان خدمات، بلکه به عنوان شرکای فعال در فرایند درمان خود شناخته می‌شوند.

کلیدواژه‌ها: بیمارمحوری، خدمات سلامت، کیفیت، رضایت بیمار

کد اخلاق: IR.SBMU.SME.REC.1402.036

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده بهداشت و ایمنی، گروه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت

E-mail: hamedehnavi@gmail.com

مقدمه

کیفیت خدمات سلامت، لازمه دستیابی نظام‌های سلامت به هدف پوشش همگانی سلامت (UHC) است. مطابق با تعریف سازمان سلامت جهان، کیفیت درجه‌ای از خدمات سلامت در نظر گرفته می‌شود که با دانش حرفه‌ای مبتنی بر شواهد سازگار است و احتمال دستیابی به نتایج مطلوب سلامت را در افراد و جوامع افزایش می‌دهد [۱]. انستیتو پزشکی آمریکا (IOM) در سال ۲۰۰۱ با انتشار گزارش «عبور از شکاف کیفیت» به بررسی کیفیت خدمات سلامت پرداخت و برای آن شش بعد ارائه کرد. طبق تعریف این انجمن، خدمات سلامت با کیفیت باید ایمن، اثربخش، کارا، عادلانه، به‌موقع و بیمارمحور باشند [۲]. بیمارمحوری مفهومی است که سال‌های اخیر به یک اولویت جهانی در نظام‌های سلامت تبدیل شده است [۳]. مطالعات انجام شده در زمینه بیمارمحوری به مزایایی مانند ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات سلامت، کاهش هزینه‌ها و افزایش رضایتمندی بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات اشاره دارد. علاوه بر این، کاهش مرگ و میر، کاهش مراجعه مجدد به بخش اورژانس، کاهش خطاهای دارویی، کاهش میزان عفونت، بهبود مراقبت‌های بالینی، بهبود در دریافت مطالبات بیمارستان و همچنین افزایش کارایی بیمارستان از طریق کاهش آزمایش‌های تشخیصی، کاهش ارجاعات غیرضروری و کاهش مدت زمان بستری، از دیگر فواید توجه به بیمارمحوری است [۴].

تعاریف متعددی برای بیمارمحوری ارائه شده است. سازمان‌های مرتبط با سلامت و همچنین پژوهشگران و صاحب‌نظران مختلف به روش‌های متفاوتی آن را تعریف کرده‌اند. انستیتو پزشکی آمریکا (IOM) مراقبت بیمارمحور را «مراقبتی که به ترجیحات، نیازها و ارزش‌های فردی بیمار احترام می‌گذارد و به آنها پاسخ می‌دهد و اطمینان حاصل می‌کند که همه تصمیمات درمانی با توجه به ارزش‌های بیمار هدایت می‌شوند» تعریف می‌کند [۲]. سازمان سلامت جهان از مفهوم پاسخ‌گویی به‌جای بیمارمحوری استفاده می‌کند [۴]. موسسه پیکر بیمارمحوری را در هفت بعد احترام به ارزش‌ها و ترجیحات بیمار، هماهنگی خدمات، ارائه اطلاعات، ارتباطات و آموزش، آسایش فیزیکی، حمایت عاطفی، مشارکت دادن بیماران و خانواده آنها در مراقبت، آمادگی برای ترخیص و انتقال بیمار تعریف می‌کند [۵]. لین و دیویدو مراقبت بیمارمحور را مراقبتی که با خواسته‌ها، نیازها و ترجیحات بیمار مطابقت داشته باشد و به آنها پاسخگو باشد تعریف کرده‌اند در حالی که راب و

سدان، در تعریف بیمارمحوری به آگاهی و مشارکت بیماران تاکید کرده‌اند [۳].

در ایران از سال ۱۳۸۱ منشور حقوق بیمار تدوین و ابلاغ شده است. این منشور در پنج محور کلی حق دریافت خدمات مطلوب، حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی، حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت، حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری و در نهایت حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات در ۳۷ بند تدوین شده و به تمامی مراکز درمانی ابلاغ شده است [۶].

آن طور که ادبیات حوزه کیفیت خدمات سلامت نشان می‌دهد، تعریف مورد توافق و فراگیری برای بیمارمحوری وجود ندارد. همچنین، عدم وجود مرز مشخصی میان مفهوم بیمارمحوری با سایر مفاهیم هم خانواده و مشابه مشاهده می‌شود. برخی از مطالعات به جای استفاده از این مفهوم، از اصطلاحاتی مانند تجربه، مشارکت، ترجیحات، رضایت و حقوق بیمار استفاده نموده و یا مفاهیمی مانند مراقبت شخص محور یا خانواده محور را با بیمارمحوری یکسان در نظر گرفته‌اند [۷-۱۳]. نبود تعریف واحد از بیمارمحوری، توجه همه‌جانبه و اثربخش به این حیطه را با محدودیت موجه نموده است [۱۴]. هدف این پژوهش، تعیین مفهوم بیمارمحوری و شناسایی ابعاد آن است تا بر اساس آن بتوان به پیاده‌سازی این بعد بسیار مهم کیفیت خدمات سلامت به صورت کاربردی و اثربخش پرداخته شود.

مواد و روش کار

این مطالعه به روش مرور حیطه‌ای در سال ۱۴۰۳ و بر پایه سوال پژوهشی «مفهوم بیمارمحوری چیست و چه ابعادی دارد؟» انجام شد. مرور حیطه‌ای روشی است که به دنبال یافتن پاسخ «چرا» و «چه چیزی» در پژوهش است. با استفاده از این روش می‌توان با صرف زمان و هزینه کمتر به خلاصه‌سازی، جمع‌بندی و انتشار یافته‌های پژوهش پرداخت. در این پژوهش از چارچوب شش مرحله‌ای آرسکی و اومالی استفاده شد. این چارچوب شامل ۶ مرحله است که عبارتند از: ۱- تعیین سوالات پژوهش، ۲- شناسایی مطالعات مرتبط، ۳- غربالگری مطالعات، ۴- استخراج داده‌ها به صورت نمودار و جدول، ۵- جمع‌آوری، خلاصه‌سازی و گزارش یافته‌ها، ۶- مشاوره با صاحب‌نظران در رابطه با داده‌ها [۱۵].

جستجوی مقالات در پایگاه‌های انگلیسی‌زبان PubMed، Scopus، Web of Science و پایگاه‌های فارسی‌زبان مگیران، SID و

مقاله که در بر گیرنده پاسخ سوال پژوهش بوده انتخاب شدند. تعداد ۴ مقاله واجد شرایط نیز از بررسی فهرست منابع انتخاب شدند (نمودار ۱). در مجموع تعداد ۴۳ مقاله به بررسی نهایی وارد شدند (جدول ۱).

بررسی مطالعات نشان می‌دهد که ۴۰ مقاله (۹۳ درصد) به زبان انگلیسی و ۳ مقاله (۷ درصد) به زبان فارسی منتشر شده است. این مطالعات در ۱۶ کشور به انجام رسیده‌اند که آمریکا با ۱۱ مطالعه، کانادا با ۸ مطالعه و استرالیا با ۶ مطالعه بیشترین تعداد را داشته‌اند. پراکندگی زمانی مطالعات نشان می‌دهد که به طور کلی طی دو دهه اخیر مطالعات انجام شده در این زمینه افزایش یافته است. از سال ۱۳۹۱ افزایش تعداد مقالات منتشر شده مشهود است. در سال ۱۴۰۲، تعداد ۶ مقاله منتشر شده که نسبت به سال‌های دیگر رشد داشته است.

مفهوم بیمارمحوری: بررسی مقالات وارد شده به این مطالعه نشان داد که سازمان‌ها و پژوهشگران، تعاریف متفاوتی از بیمارمحوری ارائه کرده‌اند. در بررسی صورت گرفته ۶۵ تعریف مختلف استخراج شد که در جدول ۲، تعدادی از آن‌ها آمده است. تعریف IOM از بیمارمحوری با ۱۵ بار تکرار بیشترین سهم از تعاریف استخراج شده را به خود اختصاص داد. مطابق با تعریف IOM، مراقبت بیمارمحور مراقبتی است که به ترجیحات، نیازها و ارزش‌های فردی بیمار احترام می‌گذارد و به آنها پاسخ می‌دهد و اطمینان حاصل می‌کند که همه تصمیمات درمانی با توجه به ارزش‌های بیمار هدایت می‌شوند [۵]. این تعریف پرتکرارترین تعریف در مطالعات بررسی شده است و بیشتر مورد توجه پژوهشگران و سازمان‌ها قرار گرفته و به آن استناد شده است.

اتحادیه بین‌المللی سازمان‌های بیماران نیز در نگاهی مشابه با انستیتو پزشکی، بیمارمحوری را احترام به نیازها، خواسته‌ها، ترجیحات و ارزش‌های بیماران تعریف کرده است. انستیتو مراقبت خانواده و بیمارمحور، در تعریف خود از بیمارمحوری، بر مشارکت‌های سودمند و متقابل، میان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و بیماران تاکید دارد [۱۶]. درحالی که سازمان تحقیقات و کیفیت خدمات سلامت، بیمارمحوری را وسیله‌ای برای بهبود کیفیت تعاملات بین بیماران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت و توانمندسازی بیماران می‌داند [۱۷].

اِپِشتین بیمارمحوری را «درک بیمار به عنوان یک فرد نه فقط مجموعه‌ای از بیماری‌ها» می‌دانند [۱۸] درحالی که از نظر مک

موتورهای جستجوی Google Scholar و Google انجام شد. کلیدواژه‌های مورد استفاده برای جستجو شامل اصطلاحات Mesh و دیگر کلیدواژه رایج مرتبط با موضوع شامل patient-centered, care, service, model, definition, dimension به زبان انگلیسی و کلیدواژه‌های فارسی بیمارمحوری، مراقبت، خدمات بود. از عملگرهای بولی (AND، OR و NOT) برای ترکیب این کلیدواژه‌ها استفاده شد. تمامی مقالات فارسی که در سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۴۰۲ و همچنین مقالات انگلیسی که پس از سال ۲۰۰۰ تا سال ۲۰۲۳ منتشر بود جستجو شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دسترسی به متن کامل مقاله و پرداختن به ابعاد و مفهوم بیمارمحوری بود. مقالات خارجی غیرانگلیسی، تکراری، نامه به سردبیر و مطالعاتی که فاقد غنای مفهومی لازم در رابطه با موضوع مورد نظر بود از مطالعه خارج شدند. یک نمونه جستجوی انجام شده در ادامه آورده شده است.

```
((("patient-centered"[Title/Abstract] OR "patient
centred"[Title/Abstract] OR "patient-
centric"[Title/Abstract]) AND ("Model"[Title/Abstract] OR
"Definition"[Title/Abstract] OR
"Dimension"[Title/Abstract]) AND ("care"[Title/Abstract]
OR "service"[Title/Abstract])) AND "Patient-Centered
Care"[MeSH Terms]
```

در فرایند غربالگری ابتدا مقالات از نظر معیارهای ورود و خروج مورد بررسی قرار گرفتند تا مطالعات واجد شرایط شناسایی شوند. در مرحله دوم مقالات به دست آمده بر اساس عنوان و چکیده و در مرحله سوم سه محقق به طور مستقل به بررسی متن کامل مقالات پرداختند در نهایت لیست‌ها تطبیق داده شده و مقالات نهایی انتخاب شدند. برای استخراج داده از مقالات یک فرم در نرم افزار Word 2016 طراحی شد. این فرم شامل عنوان مقاله، نام نویسنده، تاریخ چاپ، مجله، کشور محل انجام پژوهش، روش پژوهش، تعریف ارائه شده از بیمارمحوری و ابعاد بیمارمحوری بود. تحلیل داده‌های پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل موضوعی انجام شد. داده‌های به دست آمده با نرم افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ تحلیل شد تا تعریف و ابعاد نهایی بیمارمحوری به دست آید.

یافته‌ها

در جستجوی اولیه تعداد ۴۱۹۶ مطالعه بازیابی شد. پس از حذف موارد تکراری و فاقد متن کامل، تعداد ۳۵۴۸ مقاله جهت بررسی عنوان و چکیده باقی ماندند. در این مرحله ۳۲۵۹ مورد حذف و ۲۸۹ مورد به مرحله بررسی متن کامل وارد شدند. از این تعداد ۳۹

از تفاوت‌های مراقبت بیمارمحور با مدل‌های سنتی ارائه خدمات سلامت را به وجود می‌آورد [۱۴]. همچنین حفظ کرامت، استقلال و اختیار بیمار می‌تواند زمینه‌ساز قدرتمند شدن بیمار برای مشارکت در تصمیمات درمانی باشد [۵]. علاوه بر این، احترام به ارزش‌ها، ترجیحات و نیازهای بیان شده بیمار، یکی از مهم‌ترین اهداف بیمارمحوری است که در مطالعات به آن اشاره شده است [۲۴، ۱۹]. رسیدن به این هدف مستلزم درک تفاوت‌های زبانی، فرهنگی و عقیده‌ای در بیماران است [۵]. علاوه بر موارد ذکر شده، حفظ محرمانگی اطلاعات و حریم خصوصی بیمار از دیگر جنبه‌های احترام به بیمار در نظر گرفته شده است [۱۹].

۳- مراقبت یکپارچه و مداوم؛ ادغام و یکپارچه‌سازی مراقبت‌های بالینی با خدمات جانبی و پشتیبانی جهت ارائه مراقبت‌های بیمارمحور ضروری است [۵]. چندین مطالعه مراقبت‌های مبتنی بر تیم را حاصل یکپارچه‌سازی مراقبت‌ها اعلام نموده است [۲۱، ۱۹]. در تعدادی از مطالعات عنوان شده است که در مراقبت بیمارمحور، خدمات مورد نیاز بیمار با ترتیبی معین، برنامه‌ریزی شده و به صورت منظم و پیوسته ارائه می‌گردد. مثلاً زمانی که بیمار در حال انتقال از بخش بستری به اتاق عمل یا در حال ترخیص و انتقال از بیمارستان به خانه باشد، مراقبت‌ها تداوم داشته و دچار وقفه نشود [۲۰، ۲۱]. ادامه مراقبت و پشتیبانی از بیمار پس از ترخیص نیز از دیگر جنبه‌های مراقبت مداوم معرفی شده است [۲۵، ۲۶]. همچنین ایجاد ارتباط میان بیمار و نهادهای حمایتی جامعه جهت حفظ تداوم مراقبت‌ها می‌تواند کمک کننده باشد [۲۷].

۴- آموزش و ارتباط موثر؛ آموزش موثر و توانمندساز، بیمار را برای مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی آماده کرده و توانایی خودمدیریتی را در آنان افزایش می‌دهد [۲۷]. بیماران تمایل دارند از تشخیص و پیش‌آگهی بیماری خود، وضعیت فعلی بیماری، زمان ترخیص و نحوه مدیریت بیماری مطلع شوند. به همین منظور پزشکان و کارکنان سلامت باید اطلاعات را به شکلی دقیق، به موقع، قابل فهم، به زبان ساده و کاملاً بی‌طرفانه با بیماران و خانواده آنان در میان بگذارند. همچنین آموزش‌های ارائه شده به بیماران باید بر اساس نیازها و ترجیحات بیماران ارائه شوند. ارائه منابع آموزشی مناسب (مانند کتابچه‌ها و بروشورها) نیز می‌تواند تکمیل کننده آموزش باشد [۲۰]. ارتباط موثر مستلزم ایجاد یک رابطه دو طرفه موثر بین پزشک (کارکنان سلامت) و بیمار است [۲۷]. هدف از این ارتباط توافق پزشک و بیمار برای دستیابی به اهداف درمان

وینی، بیمارمحوری رویکردی است که در آن پزشک در تلاش است که وارد دنیای بیمار شود تا بتواند بیماری را از دریچه چشمان او بنگرد [۴]. بررسی تجربه بیمار از بیماری و ایجاد اتفاق نظر بین پزشک و بیمار در روند درمانی نیز در تعریف استوارت و همکارانش مورد توجه قرار گرفته است [۱۹]. از طرفی در تعریف لاین و دیویدو همانند تعریف کولتر به طور مشترک بر این موضوع تاکید شده است که مراقبت بیمارمحور باید پاسخگوی خواسته‌ها، نیازها و ترجیحات بیماران باشد [۴، ۱۹].

ابعاد بیمارمحوری: در این مطالعه ۴۵ جزء برای بیمارمحوری شناسایی شد. با تحلیل موضوعی انجام شده این ۴۵ جزء در هشت بعد گروه‌بندی شدند. این ابعاد عبارتند از بیمار به عنوان یک شخص منحصر به فرد؛ مشارکت بیمار و احترام به ترجیحات او؛ مراقبت یکپارچه و مداوم؛ آموزش و ارتباط موثر؛ دسترسی به خدمات؛ رفاه و آسایش جسمانی؛ حمایت عاطفی و مشارکت خانواده و همراهان (جدول ۳).

۱- بیمار به عنوان یک شخص منحصر به فرد؛ در مطالعات بررسی شده، یکی از مهمترین جنبه‌های بیمارمحوری در ارائه خدمات سلامت، داشتن دید کلی و همه جانبه نسبت به فرد بیمار بیان شده است. تعدادی مطالعه به این امر اشاره دارند که بیمار باید به عنوان یک انسان منحصر به فرد و دارای نیازها و ویژگی‌های شخصیتی خاص خود، در نظر گرفته شود [۱۴، ۲۰، ۲۱]. همچنین تجربه هر فرد از یک بیماری می‌تواند با تجربه فرد دیگر از همان بیماری متفاوت باشد [۲۲]. مطالعات علت تجربه‌های متفاوت را این‌گونه بیان کرده اند که هر بیمار، بیماری را در زمینه زیستی، روانی و اجتماعی منحصر به فرد خود تجربه می‌کند و این امر می‌تواند اثرات متفاوتی بر زندگی روزمره، خانواده، شغل، وضعیت اجتماعی و سایر جنبه‌های زندگی او بگذارد [۱۴]. یک مطالعه نیز ارائه برنامه مراقبتی و حمایتی شخصی‌سازی شده برای هر بیمار، یکی از اجزای مراقبت بیمارمحور عنوان شده است [۲۳].

۲- مشارکت بیمار و احترام به ترجیحات او؛ در خدمات بیمارمحور، بیمار حق دارد که از روند معالجه خود مطلع بوده و در تصمیمات درمانی مشارکت نماید. در واقع بیمار به عنوان عضوی از تیم درمان با سایر اعضا در تصمیم‌گیری‌ها همکاری می‌کند. از این رو خروج بیمار از حالت انفعال و مشارکت او در برنامه درمان اهمیت بسیاری دارد. به دنبال مشارکت بیمار در روند درمان، مسئولیت و قدرت تصمیم‌گیری بین تیم درمان و بیمار تقسیم می‌شود و این امر یکی

است [۱۴]. همچنین برخی از مطالعات پیشنهاد داده‌اند که جهت برقراری ارتباط درمانی موثر، از طیف وسیعی از رفتارهای کلامی و غیرکلامی (گوش دادن فعال، استفاده از سؤالات باز، خلاصه کردن اطلاعات مهم، درخواست از بیمار برای تکرار، برقراری تماس چشمی، تکان دادن سر و...) استفاده شود [۲۰-۲۲].

۵- دسترسی به خدمات؛ یکی از مهم‌ترین ابعاد بیمارمحوری که در مطالعات به آن پرداخته شده، دسترسی است. برای ارائه مراقبت‌های بیمارمحور، دسترسی جغرافیایی به مراکز ارائه دهنده خدمات از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۲۸]. علاوه بر توزیع متناسب خدمات سلامت، پوشش مناسب ناوگان حمل و نقل و امکان مسیریابی مناسب نیز می‌تواند دسترسی جغرافیایی را بهبود بخشد [۲۶]. کاهش زمان انتظار نیز به عنوان یکی از ملاک‌های دسترسی مناسب به خدمات مورد توجه قرار گرفته است. زمان انتظار می‌تواند در مرحله دریافت نوبت ویزیت، مرحله پذیرش تا بستری در بیمارستان و یا از زمان پذیرش تا دریافت خدمات در مراکز سرپایی تعریف شود [۵]. همچنین سهولت در نوبت‌دهی، سیستم پرداخت هماهنگ و نظام ارجاع کارآمد نیز از دیگر جنبه‌های دسترسی به خدمات در مطالعات عنوان شده‌اند [۲۰، ۲۷]. عدم وجود موانع جغرافیایی، زبانی و فرهنگی میان بیمار و ارائه‌دهندگان خدمت به عنوان یکی از مصادیق دسترسی مناسب به خدمات عنوان شده است [۲۶].

۶- رفاه و آسایش جسمانی؛ در مطالعات، به مدیریت به موقع و مناسب درد و علائم بیماری به عنوان یکی از اصلی‌ترین عوامل ایجاد آسایش و راحتی جسمانی در بیمار اشاره شده است [۵، ۲۵]. همچنین کمک به بیمار در انجام فعالیت‌های روزمره و رفع نیازهای بهداشتی اولیه از دیگر اقدامات مهم در ایجاد آسایش جسمانی ذکر شده است [۲۰]. دسترسی به غذای سالم و مغذی [۲۰]، آب تمیز و کافی [۴] و اطمینان از دریافت مراقبت‌های پزشکی به شیوه‌ای

ایمن [۲۰] از مواردی است که می‌تواند در ایجاد رفاه برای بیمار تاثیرگذار باشد. رعایت بهداشت محیط [۵]، تهویه مناسب [۴]، وجود فضای خصوصی برای بیمار [۲۴]، تجهیزات و امکانات [۴، ۱۹] و فضاسازی مناسب در بیمارستان [۵]، از دیگر عوامل موثر بر رفاه و آسایش جسمانی بیماران به شمار می‌آیند.

۷- حمایت عاطفی؛ در کنار درد و علائم آزاردهنده بیماری، اکثر بیماران تحت تاثیر اضطراب ناشی از بیماری و عواقب آن قرار دارند. این اضطراب می‌تواند به دلیل تغییر در وضعیت جسمانی، فرآیند درمان، تنهایی و همچنین تاثیر بیماری بر شخص و خانواده و بار مالی ناشی از بیماری به وجود آید. از این رو، مراقبت بیمارمحور به حمایت عاطفی از بیماران توجه ویژه‌ای داشته و به رفع اضطراب و نگرانی و نیازهای عاطفی بیماران کمک می‌کند [۲]. برخی مطالعات، توجه به ابعاد معنوی و جنبه‌های غیر پزشکی مشکلات بیمار را نوعی از حمایت عاطفی عنوان کرده و برخی دیگر تشکیل گروه‌های حمایتی را توصیه کرده‌اند [۲۰، ۲۶].

۸- مشارکت خانواده و همراهان؛ خانواده و همراهان در روند درمان بیمار نقش به سزایی ایفا می‌کنند و می‌توانند در روند درمان بیمار و تصمیم‌گیری‌های درمانی مشارکت نمایند [۲]. با توجه به نقش مشارکتی خانواده در روند درمان بیمار، اطلاع‌رسانی کافی، دقیق و به موقع درباره وضعیت بیمار به ایشان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۲۹]. علاوه بر این، برخی مطالعات بر این باورند که خانواده و همراهان بیمار می‌توانند نقش مراقب را در زمان درمان بر عهده داشته باشند و از این طریق بیمار را حمایت نمایند [۲۰، ۲۶]. لذا برای تشویق خانواده به حمایت از بیمار، باید به تصمیماتشان احترام گذاشته و از مشارکت آنان قدردانی شود [۱۹]. در چندین مطالعه به اهمیت توجه به نیازهای همراهان و در نظر گرفتن محیط مناسب برای استقرار آنان در کنار بیمار اشاره شده است [۲۰، ۲، ۵].

جدول ۱: مشخصات مقالات وارد شده به مطالعه

ردیف	عنوان	نویسندگان	مجله	سال انجام	روش انجام
۱	Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature [۱۴]	N. Mead and P. Bower	Social science & medicine	۲۰۰۰	مرور ادبیات تجربی
۲	Institute of Medicine report: crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century [۲]	A. Wolfe	Policy, Politics, & Nursing Practice	۲۰۰۱	مرور ادبیات، تحلیل سیاست‌ها
۳	Patient Centered Care for Underserved Populations: Definition and Best practices. Economic and Social Research institute; Washington, DC [۲۴]	S. Silow-Carroll, et al.	Economic and Social Research Institute	۲۰۰۶	مرور ادبیات

مرور ادبیات، تحلیل مفهومی	۲۰۰۷	Commonwealth Fund New York	D. Shaller	Patient-centered care: what does it take? [۵]	۴
مرور ادبیات	۲۰۰۸	Journal of the American Academy of Nurse Practitioners	J. H. Robinson, et al.	Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes	۵
مرور ادبیات، تحلیل سیاست‌ها	۲۰۱۰	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care	ACSQHC	Patient-centered care: improving quality and safety by focusing care on patients and consumers [۱۶]	۶
مرور ادبیات	۲۰۱۰	British journal of nursing	R. Pelzang	Time to learn: understanding patient-centred care [19]	۷
مرور نظام‌مند	۲۰۱۱	Annals of Family Medicine	C. Hudon, et al.	Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine	۸
مرور ادبیات، تحلیل مفهومی	۲۰۱۲	The Permanente Journal	S. M. Greene, et al.	A framework for making patient-centered care front and center [۲۷]	۹
مطالعه موردی	۲۰۱۲	Journal of advanced nursing	A. Marshall, et al.	Patients' views of patient-centred care: a phenomenological case study in one surgical unit [۲۳]	۱۰
پدیدارشناختی	۲۰۱۲	Journal of advanced nursing	A. Marshall, et al.	Patients' views of patient-centred care: a phenomenological case study in one surgical unit [۲۳]	۱۰
توصیفی - کیفی	۲۰۱۳	Nurse Education in Practice	L. M. Ferguson, et al.	Putting the 'patient' back into patient-centred care: An education perspective	۱۱
تحلیل مفهومی	۲۰۱۳	Nurs Forum	J. M. Lusk and K. Fater	A concept analysis of patient-centered care [17]	۱۲
مرور نظام‌مند	۲۰۱۳	Medical Care Research and Review	C. Rathert, et al.	Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature	۱۳
مدل‌سازی	۲۰۱۴	Research journal of science & IT management	M. Bhoomadevi, et al.	Designing a conceptual model for patient-centered care—a patient perspective [۲۵]	۱۴
مرور حیطه‌ای	۲۰۱۴	BMC Health Services Research	M. K. Constand, et al.	Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare	۱۵
کمی - کیفی	۲۰۱۴	Patient Prefer Adherence	I. Scholl, et al.	How do health services researchers understand the concept of patient-centeredness? Results from an expert survey	۱۶
مرور نظام‌مند و تحلیل مفهومی	2014	PLoS One	I. Scholl, et al.	An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis [20]	۱۷
تحلیل محتوای کیفی	۲۰۱۵	BMC Health Services Research	M. Berghout, et al.	Healthcare professionals' views on patient-centered care in hospitals [26]	۱۸
توصیفی تحلیلی - مقطعی	۲۰۱۵	Health Expect	C. Rathert, et al.	Patient perceptions of patient-centred care: empirical test of a theoretical model	۱۹
نظر سنجی دلفی مبتنی بر وب	۲۰۱۵	PLoS One	J. M. Zill, et al.	Which Dimensions of Patient-Centeredness Matter? - Results of a Web-Based Expert Delphi Survey [21]	۲۰
توصیفی تحلیلی - مقطعی	۲۰۱۶	Hospital	.D. M. Arab, et al	Comparison of Patient-Centered Situation in Selected Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences from the Viewpoint of Nurses and Patients [4]	۲۱
مرور نظام‌مند	۲۰۱۶	Physical Therapy Reviews	.L. Cheng, et al	Patient-centered care in physical therapy: definition, operationalization, and outcome measures	۲۲
مرور نظام‌مند	۲۰۱۶	British Dental Journal	S. Scambler, et al.	Defining patient-centred care in dentistry? A systematic review of the dental literature	۲۳
مرور ادبیات	2016	Patient Education and Counseling	E. M Castro, et al.	Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review	۲۴

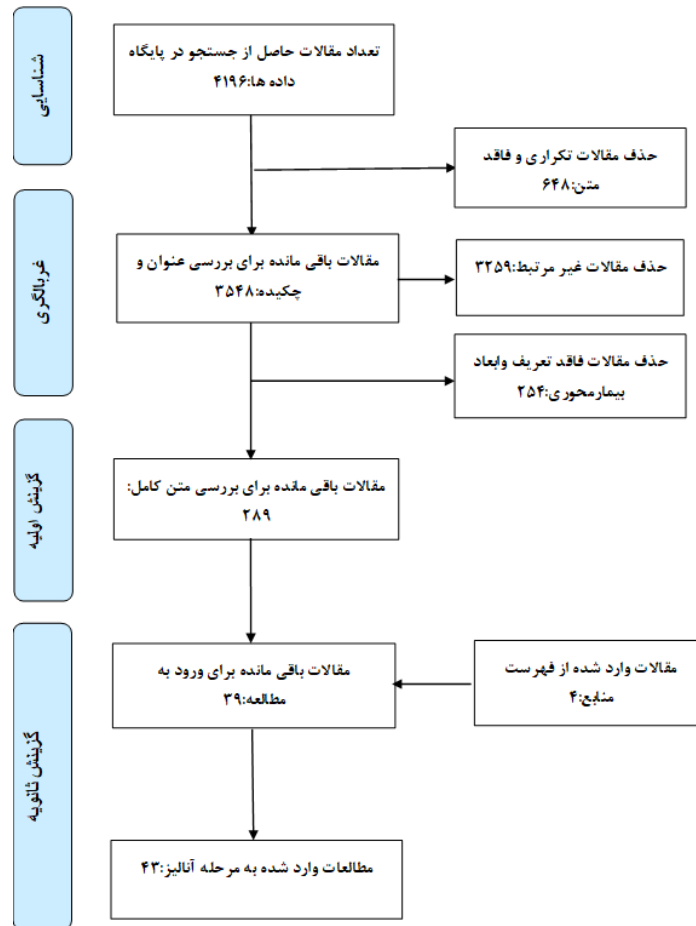
تحلیل تماتیک - گراند تئوری	۲۰۱۸	Health Expect	G. M. Fix, et al.	Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care	۲۵
مرور حیطه‌ای	۲۰۱۸	BMC health services research	M. E. Poitras et al.	What are the effective elements in patient-centered and multimorbidity care? A scoping review	۲۶
مرور جامع	۲۰۱۹	Journal of Health Management	A. Farhadfar, et al.	A Comprehensive Review of Patient-Centered Care in the Hospitals [۳]	۲۷
مرور حیطه‌ای	۲۰۱۹	BMC Womens Health	A. R. Gagliardi, et al.	How is patient-centred care conceptualized in women's health: a scoping review	۲۸
مرور نظام‌مند	۲۰۱۹	International Journal for Quality in Health Care	.D. Jaensch, et al	Contemporaneous patient and health professional views of patient-centred care: a systematic review	۲۹
مرور نظام‌مند	۲۰۱۹	Patient education and counseling	.E. M. Langberg et al	Development of the concept of patient-centredness-A systematic review	۳۰
مطالعه کیفی	۲۰۲۰	BMJ open	A. Youssef, et al.	"Caring About Me": a pilot framework to understand patient-centered care experience in integrated care-a qualitative study	۳۱
مرور حیطه‌ای	۲۰۲۱	Patient	M. Abdelwadoud, et al.	Patient Centeredness in Hepatitis C Direct-Acting Antiviral Treatment Delivery to People Who Inject Drugs: A Scoping Review [28]	۳۲
مطالعه کمی - کیفی	۲۰۲۱	BMC Primary Care	SJ Kuipers, et al.	Making care more patient centered;experiences of healthcare professionals and patients with multimorbidity in the primary care setting	۳۳
مطالعه کیفی	۲۰۲۱	Journal of Neyshabur University of Medical Sciences	.G. Mahmoudi, et al	Patient-centered care with the Patient Rights Charter approach: A qualitative study	۳۴
مطالعه کیفی	۲۰۲۱	International Journal of Healthcare Management	R Akseer, et al.	Clinician-patient relationships after two decades of a paradigm of patient-centered care	۳۵
مرور چتری	۲۰۲۲	Patient Education and Counseling	S Grover, et al.	Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review	۳۶
مرور نظام‌مند	۲۰۲۳	BMC Health Services Research	Reeham Ahmed .Alkhaibari, et al	Patient-centered care in the Middle East and North African region: a systematic literature review	۳۷
مطالعه کیفی	۲۰۲۳	Health Expectations	Julie Babione,et al.	Alignment of patient-centredness definitions with real-life patient and clinician experiences: A qualitative study [۲۲]	۳۸
مرور نظام‌مند	۲۰۲۳	Scandinavian Journal of Caring Sciences	.Tiina Havana, et al	Patients' experiences of patient-centred care in hospital setting: A systematic review of qualitative studies	۳۹
مرور فرا روایتی	۲۰۲۳	International Journal of Nursing Studies	Carrie Janerka	Development of patient-centred care in acute hospital settings:A meta-narrative review	۴۰
مطالعه کمی	۲۰۲۳	Dove Medical Press	Yeo Ju Kim	Validation of the Korean Version of Patient-Centered Care Tool: For Outpatients [۲۹]	۴۱
مرور حیطه‌ای	۲۰۲۳	Health Expectations	.Anne Klimesch, et al	Conceptualization of patient-centered care in Latin America: A scoping review	۴۲
مرور حیطه‌ای	۲۰۲۱	springer	Maisam Najafizada, et al.	Analyzing models of patient-centered care in Canada through a scoping review and environmental scan	۴۳

جدول ۲: تعاریف ارائه شده برای بیمارمحوری

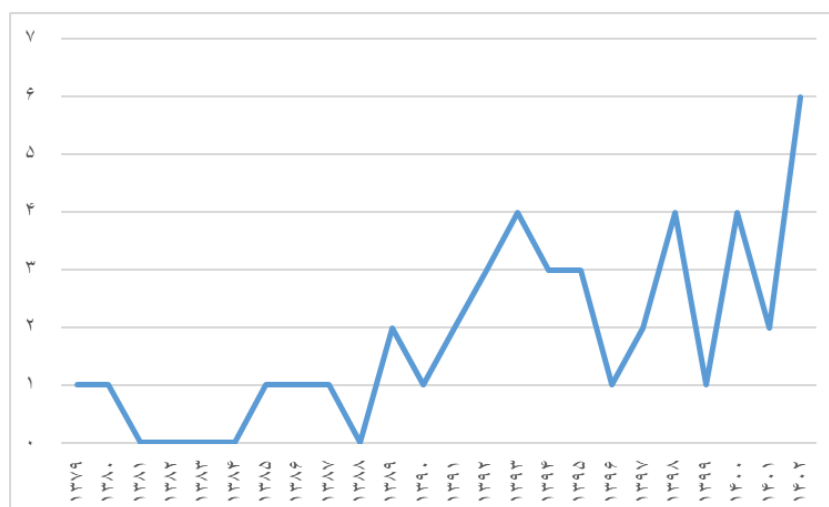
تعریف بیمارمحوری	سازمان/محقق
مراقبتی که به ترجیحات، نیازها و ارزش‌های فردی بیمار احترام می‌گذارد و به آنها پاسخ می‌دهد و اطمینان حاصل می‌کند که همه تصمیمات درمانی باتوجه‌به ارزش‌های بیمار هدایت می‌شوند.	انستیتو پزشکی آمریکا
مراقبت بیمارمحور رویکردی نوآورانه برای برنامه‌ریزی، ارائه و ارزیابی مراقبت‌های سلامت است. این رویکرد مبتنی بر مشارکت‌های سودمند متقابل میان ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت، بیماران و خانواده‌ها است. مراقبت بیمار و خانواده محور برای بیماران در هر سنی به کار می‌رود و ممکن است در هر محیط مراقبت بهداشتی انجام شود.	انستیتو مراقبت بیمار و خانواده محور
بیمارمحوری به معنای احترام به نیازها، خواسته‌ها، ترجیحات و ارزش‌های بیماران است.	اتحادیه بین‌المللی سازمان‌های بیماران
بیمارمحوری وسیله‌ای برای بهبود کیفیت تعاملات بین بیماران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت و توانمندسازی بیماران در این فرایند است.	سازمان تحقیقات و کیفیت خدمات سلامت
بیمارمحوری دارای هشت بعد است: (۱) احترام به ترجیحات، ارزش‌ها و نیازهای بیان شده بیمار (۲) اطلاعات، آموزش و ارتباطات (۳) هماهنگی و یکپارچه‌سازی مراقبت و خدمات (۴) حمایت عاطفی (۵) آسایش جسمانی (۶) مشارکت خانواده و همراهان (۷) تداوم و انتقال مراقبت از بیمارستان به خانه (۸) دسترسی به مراقبت و خدمات. بیمارمحوری درک بیمار به‌عنوان یک فرد نه فقط مجموعه‌ای از بیماری‌ها است و بر تعاملات بین‌فردی در مراقبت‌های سلامت تمرکز دارد.	مؤسسه پیکر
مراقبت بیمارمحور مراقبتی است که مطابق و پاسخگو به خواسته‌ها، نیازها و ترجیحات بیمار باشد.	اپشتین و همکاران
بیمارمحوری دارای شش بعد است: (۱) کاوش در بیماری و تجربه بیمار از آن (۲) درک کلی از فرد بیمار (۳) ایجاد اتفاق نظر بین پزشک و بیمار بر سر درمان (۴) ترکیب پیشگیری و ارتقای سلامت (۵) تقویت رابطه بین بیمار و پزشک (۶) واقع بین بودن.	لاین و دیویدو
مراقبت بیمارمحور رویکردی است که در آن پزشک در تلاش است که وارد دنیای بیمار شود تا بتواند بیماری را از نگاه او بنگرد.	استوارت و همکاران
مراقبت‌های سلامتی که خواسته‌ها، نیازها و ترجیحات بیماران را برآورده می‌کند و به آنها پاسخ می‌دهد و بیماران در آن مستقل بوده و می‌توانند خودشان تصمیم بگیرند.	مک وینی کولتر

جدول ۳: ابعاد و اجزای بیمارمحوری

ابعاد بیمارمحوری	اجزای فرعی
۱. بیمار به عنوان یک شخص منحصر به فرد	منحصربه‌فرد بودن بیمار؛ توجه به زمینه‌های زیستی، روانی، اجتماعی؛ تجربه بیمار؛ مراقبت شخصی‌سازی شده
۲. مشارکت بیمار و احترام به ترجیحات او	احترام به ارزش‌ها، ترجیحات و نیازهای بیان شده بیمار؛ مشارکت بیمار در تصمیمات درمانی؛ درک تفاوت‌های زبانی، فرهنگی و عقیده‌ای؛ حفظ محرمانگی اطلاعات و حریم خصوصی بیمار؛ حفظ کرامت، استقلال و اختیار
۳. مراقبت یکپارچه و مداوم	نظم، هماهنگی و تداوم در مراقبت؛ ادغام مراقبت‌های بالینی با خدمات جانبی و پشتیبانی؛ انتقال پیوسته مراقبت از یک محیط به محیط دیگر؛ ادامه مراقبت و پشتیبانی از بیمار پس از ترخیص؛ مراقبت مبتنی بر تیم‌های میان‌رشته‌ای؛ ارتباط‌دادن بیمار با نهادهای حمایتی جامعه
۴. آموزش و ارتباط موثر	توجه به مهارت‌های ارتباطی در رابطه بین پزشک و بیمار؛ به‌اشتراک‌گذاری اطلاعات به شیوه‌ای قابل‌فهم و به‌موقع؛ توانمندسازی بیمار برای مشارکت در تصمیمات درمانی و آموزش خودمدیریتی؛ در اختیار قراردادن منابع آموزشی مناسب
۵. دسترسی به خدمات	کاهش زمان انتظار؛ سهولت در نوبت‌دهی؛ سیستم پرداخت کارآمد و هماهنگ؛ رفع موانع جغرافیایی، زبانی، فرهنگی؛ نظام ارجاع کارآمد (ارجاع به متخصص یا مرکز تخصصی)؛ سیستم حمل‌ونقل و مسیریابی مناسب
۶. رفاه و آسایش جسمانی	مدیریت درد و علائم بیماری؛ توجه به نیازهای بهداشتی و فعالیت روزمره؛ تغذیه مناسب؛ مراقبت ایمن؛ فضای خصوصی؛ وجود امکانات و تجهیزات؛ جو و فضای مناسب بیمارستان؛ بهداشت محیط؛ تهویه مناسب؛ آب تمیز و کافی
۷. حمایت عاطفی	آگاهی بیمار از وضعیت فعلی بیماری، پیش‌آگهی و پیامدهای آن؛ توجه به ترس و اضطراب ناشی از بیماری و عواقب آن؛ توجه به ابعاد معنوی و جنبه‌های غیرپزشکی مشکلات بیمار؛ تشکیل گروه‌های حمایتی و خودیاری
۸. مشارکت خانواده و همراهان	مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی مطابق با خواست بیمار؛ حمایت از بیمار در نقش مراقب؛ دریافت اطلاعات کافی و به‌موقع از وضعیت بیمار؛ احترام و قدردانی از مشارکت خانواده؛ ایجاد محیط مناسب جهت استقرار و توجه به نیازهای خانواده و همراهان



نمودار ۱: روند بررسی پایگاه های اطلاعاتی و انتخاب مقالات



نمودار ۲: فراوانی مقالات در زمینه بیمار محوری در دو دهه اخیر

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه باهدف تبیین مفهوم و شناسایی ابعاد بیمارمحوری به روش مرور حیطه‌ای انجام شد. تعداد ۴۳ مقاله در این مطالعه وارد و به روش تحلیل محتوا بررسی شدند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد با گذشت حدود دو دهه از شکل‌گیری رویکرد بیمارمحوری، این مفهوم همچنان مورد توجه پژوهشگران حوزه سلامت قرار دارد. یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که مرز مشخصی میان تعریف و ابعاد این مفهوم وجود نداشته و بسیاری از تعاریف بیمارمحوری بر پایه ابعاد آن ایجاد شده‌اند. در این مطالعه برای بیمارمحوری هشت بعد ۱- بیمار به عنوان یک شخص منحصر به فرد، ۲- مشارکت بیمار و احترام به ترجیحات او، ۳- مراقبت یکپارچه و مداوم، ۴- آموزش و ارتباط موثر، ۵- دسترسی به خدمات، ۶- رفاه و آسایش جسمانی، ۷- حمایت عاطفی و ۸- مشارکت خانواده و همراهان تعریف شده است. سازمان سلامت جهان در گزارش سال ۲۰۰۰ خود از «پاسخگویی» به جای بیمارمحوری استفاده کرد [۴، ۳۰]. پاسخگویی به این موضوع اشاره دارد که نظام‌های سلامت به چه میزان انتظارات مشروع مردم را در مورد جنبه‌های غیرپزشکی سلامت برآورده می‌کنند. پاسخگویی از هفت عنصر کرامت، محرمانگی، استقلال، توجه سریع، حمایت اجتماعی، امکانات اولیه و انتخاب ارائه دهنده مراقبت تشکیل شده است [۳۱]. این مفهوم از جهات زیادی به تعاریف استخراج شده از بیمارمحوری شباهت داشته و با ابعاد بیمار به عنوان یک شخص منحصر به فرد، مشارکت بیمار و احترام به ترجیحات او، مراقبت یکپارچه و مداوم و بعد رفاه و آسایش جسمانی که در این مطالعه استخراج شده هم‌پوشانی دارد. علاوه بر این سازمان سلامت جهان برای خدمات سلامت باکیفیت سه ویژگی ایمنی، اثربخشی و مردم‌محور بودن را در نظر گرفت [۱]. مردم‌محوری رویکردی است که سال‌ها بعد از ایجاد بیمارمحوری با هدف توجه گسترده‌تر به ابعاد و چالش‌های خدمات سلامت شکل گرفت. به گفته سازمان جهانی بهداشت، مردم باید قبل از بیمار شدن، در جهت ارتقا و حفاظت از سلامت خود، آگاه و توانمند شوند. از این رو دسترسی خانواده‌ها، مردم و جوامع باید فراتر از محیط‌های بالینی مانند بیمارستان‌ها باشد تا فرایند توانمندسازی انجام شود. همچنین مردم‌محوری به این معنا است که کارکنان، سازمان‌ها و نظام‌های سلامت نیز از مردم و افراد جامعه تشکیل شده، از این رو توجه به نیازهای آنان برای حرکت به سمت بهتر شدن الزامی است [۳۲].

بنابراین، می‌توان گفت رویکرد مردم‌محوری سازمان سلامت جهان بر توجه متوازن به حقوق و نیازهای همه ذی‌نفعان نظام سلامت تأکید داشته و تمام افراد جامعه را در بر می‌گیرد؛ اما مطابق با یافته‌های این مطالعه، بیمارمحوری به چگونگی رفع نیاز بیماران و همراهان در حین دریافت خدمت در مراکز بالینی تأکید دارد و تمام مردم را در بر نمی‌گیرد. به نظر می‌رسد اتخاذ رویکرد مردم‌محوری بیشتر جنبه سیاست‌گذاری داشته و برای سازمان‌های سیاست‌گذار، سازمان‌های مرتبط با کارکنان سلامت و مراکز ارائه‌دهنده خدمات پیشگیرانه و ارتقا‌دهنده کاربردی‌تر است اما رویکرد بیمارمحوری بیشتر جنبه اجرایی داشته و می‌توان آن را به عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات سلامت در نظر گرفت.

شخص‌محوری نیز یکی دیگر از مفاهیمی است که اغلب معادل بیمارمحوری معرفی می‌شود. نتیجه مطالعه هاگان سون اکلاند که در سال ۲۰۱۹ باهدف بررسی شباهت و تفاوت‌های بیمارمحوری و شخص‌محوری انجام گردید نشان داد که این دو مفهوم در موضوعاتی مانند همدلی، احترام، مشارکت، ارتباطات، تصمیم‌گیری مشترک و هماهنگی مراقبت با یکدیگر اشتراکاتی دارند. از طرفی این مطالعه بیان می‌کند که هدف از بیمارمحوری ایجاد یک زندگی توأم با عملکرد مطلوب و هدف از شخص‌محوری ایجاد یک زندگی معنادار است. به عنوان مثال پیامد بیمارمحوری کاهش میزان رنج و درد بیمار و حرکت به سوی رفع نیازهای بیمار است؛ اما در شخص‌محوری به داشتن یک تصویر واضح از آنچه که برای بیمار در زندگی ارزش محسوب می‌شود تأکید می‌گردد [۱۳].

کوکورلیاز و همکاران در مطالعه مرور حیطه‌ای در سال ۲۰۱۹ مؤلفه‌های ۱- همکاری بین اعضای خانواده و ارائه‌دهندگان، ۲- ویژگی‌ها و زمینه خانوادگی، ۳- آموزش حرفه‌ای به بیمار، ۴- خانواده و کارکنان سلامت و ۵- سیاست‌ها و روش‌ها را برای مراقبت خانواده محور مطرح کرد [۳۳]. از این رو می‌توان گفت تفاوت خانواده‌محوری با بیمارمحوری در میزان تمرکز بر خانواده در ارائه خدمات است. در بیمارمحوری اگر چه خانواده و همراهان نقش پررنگی ایفا می‌کنند اما به اختیار و خودمختاری بیمار در تصمیم‌گیری تأکید بیشتری شده است. به گونه‌ای که بیمار خود تعیین می‌کند که خانواده چه میزان در امور مربوط به سلامت وی مشارکت نماید.

استوارت در سال ۲۰۰۱ عنوان کرد که بیمارمحوری به دنبال درکی یکپارچه از دنیای بیمار است که شامل فردیت بیمار، نیازهای

ترجیحات او» و «آموزش و ارتباط موثر» از هشت بعد استخراج شده از بیمارمحوری در این مطالعه مشابهت دارد. سازمان سلامت جهان «مراقبت سلامت یکپارچه» را زنجیره‌ای از مراقبت‌های پیشگیرانه، تشخیصی، درمانی، ارتقا دهنده، توان بخشی و تسکینی دانست. این مراقبت‌ها، در سطوح مختلف، در داخل یا خارج از بخش سلامت و با توجه به نیازهای افراد در طول زندگی هماهنگ می‌شود. همچنین از مفهوم «هماهنگی مراقبت» به عنوان یک رویکرد پیشگیرانه برای گردهم آوردن متخصصان و ارائه دهندگان خدمت در جهت رفع نیازهای مصرف کنندگان خدمات سلامت یاد کرد [۳۶].

«تداوم مراقبت» نیز در مطالعه سو یونگ فرایندی تعریف شده است که طی آن بیمار و تیم مراقبت، به‌سوی مدیریت مداوم خدمات سلامت هدایت شده و جهت دستیابی به مراقبت باکیفیت و مقرون به صرفه با یکدیگر مشارکت می‌نمایند. برخی از مطالعات رابطه بین تداوم مراقبت و هزینه مراقبت را بررسی کرده و اعلام نموده‌اند که هزینه‌های بیمارستانی به تدریج با افزایش تداوم مراقبت کاهش می‌یابد. همچنین اعلام گردیده است که تداوم مراقبت نه تنها می‌تواند روابط پزشک - بیمار و نتایج پزشکی را از طریق بهبود کیفیت مراقبت بهبود بخشد، بلکه می‌تواند باعث کاهش هزینه‌های مراقبت‌های سلامت و ایجاد مزایای اقتصادی شود [۳۷]. در بیمارمحوری نیز بعد «مراقبت یکپارچه و مداوم» به خوبی به اهمیت این موضوع اشاره دارد.

از نظر سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (OECD)، «دسترسی» به این معناست که افراد در زمان نیاز به خدمات سلامت باید به صورتی به موقع و مقرون به صرفه آن را دریافت نمایند. دسترسی شامل تامین مداوم داروها، وجود مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت در فاصله قابل قبول و دریافت مراقبت‌های با کیفیت بالا و عادلانه است [۳۸]. از این رو دسترسی به خدمات در کاهش نابرابری‌های سلامت و ترویج رفاه عمومی، همانطور که در اهداف توسعه پایدار سازمان ملل متحد بر آن تأکید شده ضروری است [۳۹]. بعد «دسترسی به خدمات سلامت» به عنوان یکی از مهمترین ابعاد رویکرد بیمارمحوری برشمرده می‌شود و به عنوان لازمه‌ی ارائه خدمات بیمارمحور و عادلانه شناخته می‌شود.

دو بعد «رفاه و آسایش جسمانی» و «حمایت عاطفی» نقش پررنگی در مطالعات مربوط به بیماری محوری دارند. به عنوان مثال در مطالعه‌ی بومداوی که در سال ۲۰۲۱ در هند انجام شد، پنج بعد:

عاطفی و مشکلات زندگی او می‌شود [۱۴]. اسکال نیز در مطالعه مروری خود در سال ۲۰۱۴ رویکرد زیست روانی-اجتماعی را شامل درک بیمار و بیماری در چارچوبی گسترده تر دانست و آن را تلاشی برای درک فرد (تاریخچه زندگی، مسائل شخصی و رشد فردی)، زمینه نزدیک (خانواده، شغل، حمایت اجتماعی، وضعیت مالی) زمینه دور (زمینه فرهنگی، جامعه، زیست محیطی) و تمرکز بر کیفیت زندگی بیمار تعریف کرد. اسکال بر این باور بود که تبعیت از این رویکرد در ارائه خدمات مستلزم آن است که پزشکان در قبال جنبه‌های غیرپزشکی مشکلات بیمار نیز احساس مسئولیت کنند [۲۰]. توجه به جنبه‌های غیر پزشکی نیازهای بیماران با مفهوم پاسخگویی که سازمان جهانی بهداشت ارائه داده است شباهت دارد. هیکمن در مرور نظام‌مند خود در سال ۲۰۲۲ که باهدف تمایز مفاهیم مختلف مربوط به بیماران در ادبیات مراقبت سلامت انجام داد، «مشارکت بیمار» را مستلزم توانمندسازی بیماران دانست. چرا که بیماران برای مشارکت در مراقبت به انگیزه و توانایی نیاز دارند. ارائه دهندگان خدمت، برای تشویق بیشتر بیماران به مشارکت، باید پتانسیل و فرصت‌های مشارکت بیماران را از طریق تسهیل دسترسی به منابع، شخصی سازی برنامه مراقبت یا ایجاد یک رابطه متقابل و قابل اعتماد میان بیمار و ارائه دهنده به حداکثر برسانند. از طرفی این مطالعه به این نکته اشاره دارد که در مشارکت بیمار، جنبه‌های اصلی از دیدگاه بیمار به تصویر کشیده می‌شود، جملات توصیفی عموماً در الگوی «بیمار مایل است...» یا «بیمار تصمیم می‌گیرد...» شکل می‌گیرد؛ اما در بیمارمحوری، حتی اگر ابعادی مانند رابطه بیمار و پزشک، ارتباط بیمار با پزشک یا مشارکت بیمار در مراقبت وجود داشته باشد، به نظر می‌رسد تمام جنبه‌های مراقبت بیمارمحور، توسط پزشک آغاز شده و از الگوی «پزشک تلاش می‌کند...» یا «پزشک باید...» استفاده می‌شود [۳۴].

اسمیت در مطالعه خود در سال ۲۰۱۶، تصمیم گیری مشترک (SDM) را یکی از عوامل توانمند ساز بیمار دانست و اذعان داشت که این امر بیمار را تشویق می‌کند تا نقش فعالانه‌ای در مدیریت وضعیت سلامت خود ایفا کند. از نظر اسمیت، تصمیم گیری مشترک ماهیتی مشارکتی و دو طرفه دارد و برای ایجاد آن مولفه‌هایی مانند شرکت فعال در طرح درمان، به اشتراک گذاری اطلاعات، بیان ترجیحات و توافق متقابل برای طرح درمان باید به صورت همزمان در پزشک و بیمار وجود داشته باشد [۳۵]. مفهوم تصمیم گیری مشترک با ابعاد «مشارکت بیمار و احترام به

می‌گیرد. این در حالی است که بیمارمحوری در اعتباربخشی، یک مفهوم راهبردی است که باید فراتر از کاهش خطاها و شکایات و ارزیابی‌های دوره‌ای جهت کسب درجه باشد [۴۳].

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه مروری حاضر نشان داد که بیمارمحوری در هشت بعد ۱-بیمار به عنوان یک شخص منحصر به فرد، ۲-مشارکت بیمار و احترام به ترجیحات او، ۳-مراقبت یکپارچه و مداوم، ۴-آموزش و ارتباط موثر، ۵-دسترسی به خدمات، ۶-رفاه و آسایش جسمانی، ۷-حمایت عاطفی و ۸-مشارکت خانواده و همراهان تعریف می‌شود. پژوهشگران در مطالعات آتی می‌توانند هر کدام از این ابعاد را بیشتر مورد بررسی قرار دهند. با تولید ابزارهای کاربردی بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان سطح بیمارمحوری خدمات سلامت را ایران مورد سنجش قرار داد و با طراحی و استفاده از این ابزارها می‌توان تصویر شفافی از بیمارمحوری خدمات سلامت کشور ارائه نمود. زمانی که تعریف و ابعاد بیمارمحوری واضح و مشخص باشد، می‌توان بر اساس آن چارچوب و الزاماتی برای اجرایی شدن تدوین نمود. تدوین چارچوب و الزامات اجرایی بیمارمحوری توسط وزارت بهداشت و ابلاغ آن به موسسات و مراکز ارائه دهنده خدمات می‌تواند گام موثری در عملی‌سازی این مفهوم و بهبود کیفیت خدمات و تجربه بیمار از دریافت مراقبت‌ها باشد.

سهم نویسندگان

حامد دهنوی: طراحی پژوهش، تحلیل کیفی داده‌ها و نگارش مقاله
لیدا شمس: تحلیل کیفی داده‌ها و نگارش مقاله
الناز رضایی: جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی، جمع‌آوری و خلاصه‌سازی یافته‌ها، تحلیل کیفی داده‌ها و نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل قسمتی از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد با عنوان «طراحی چارچوب و الزامات بیمارمحوری خدمات درمانی در ایران» است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی اجرا شد. نویسندگان از داوران محترمی که با نظرات سازنده خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

۱-مدیریت درد، ۲-کمک در انجام فعالیت‌های روزانه، ۳-محیط بیمارستان، ۴-حمایت عاطفی و ۵-اعتماد به کارکنان به عنوان کلیدی‌ترین عوامل ایجاد آسایش جسمانی و عاطفی ذکر شد و بر این نکته تأکید شد که با افزایش توجه به رفاه و آسایش جسمانی و عاطفی، بیمار میزان بیشتری از احترام به ارزش‌ها و خواسته‌های خود را درک می‌کند [۴۰]. همچنین در مدل بیمارمحوری موسسه پلنتری، معماری و طراحی داخلی بیمارستان، تغذیه، لمس انسانی و نیازهای معنوی بیماران مورد توجه قرار گرفته و به گفته استون، در صورت اجرایی شدن می‌تواند تأثیر مثبتی بر رضایت بیمار، مدت اقامت و هزینه‌های مراقبت داشته باشد [۴۱].

تدوین و ابلاغ منشور حقوق بیمار در کنار استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دو گام مهم و مؤثر در مسیر ارتقای بیمارمحوری خدمات سلامت در ایران به شمار می‌آیند. منشور حقوق بیمار در سال ۱۳۸۱ با پنج محور کلی ۱-حق دریافت خدمات مطلوب، ۲-حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی، ۳-حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت، ۴-حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری و در نهایت ۵-حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات و در ۳۷ بند تدوین به تمامی مراکز تابعه ابلاغ گردید [۶]. می‌توان نتیجه گرفت که محورهای منشورحقوق بیمار با اکثریت ابعاد و زیرمجموعه‌های بیمارمحوری در این مطالعه مشابهت دارند.

موسوی و همکاران در مطالعه خود تدوین و ابلاغ منشور حقوق بیمار را اقدامی مهم در جهت ایفای حقوق بیماران دانسته؛ اما رعایت مفاد آن را مستلزم فرهنگ‌سازی مناسب، ارائه راهکارهایی جهت اجرایی شدن مفاد منشور و توجه به حقوق تمامی ذی‌نفعان می‌دانند. همچنین معتقدند که رعایت مفاد منشور حقوق بیمار برای اجرایی شدن باید به یکی از شاخص‌های اصلی ارزشیابی مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت تبدیل شود [۴۲]. قانع نیز در مطالعه خود اعلام می‌دارد که به‌رغم نقش اعتباربخشی در بهبود کیفیت خدمات سلامت، به نظر می‌رسد که در استانداردهای اعتباربخشی به بیمارمحوری کم‌تر توجه شده است و این مفهوم جایگاه واضح، مشخص و یکپارچه‌ای استانداردهای اعتباربخشی ندارد. به عبارتی در فرایند اعتباربخشی، به جای تمرکز بر نیازهای اصلی بیماران و همراهان، اقدامات در جهت ایجاد تمایز و برتری نسبت به رقبا انجام

منابع

1. World Health Organization. Quality of care : A process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/43470> [Accessed 10 November 2024]
2. Wolfe A. Institute of Medicine report: crossing the quality chasm: A new health care system for the 21st century. Policy, Politics, & Nursing Practice 2001;2:233-5. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/152715440100200312> [Accessed 10 November 2024]
3. Farhadfar AH, Nasiripour AA, HAJI NK. A comprehensive review of patient-centered care in the hospitals 2019 [persian]
4. Arab M, Hamouzadeh P, Yousefvand M, Namani F, Abdi M. Comparison of patient-centered situation in selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences from the viewpoint of nurses and patients. Journal of Hospital 2016;15:31-9 [persian]
5. Shaller D. Patient-centered care: what does it take? 1st Edition, Commonwealth Fund: New York, 2007
6. parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Review of revolution of patient's right charter. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010;3:39-47 [persian]
7. Najib Jalali M, Vafae Najar A, Jamali J, Hooshmand E. Developing a model for evaluating patient experience in educational hospitals of Mashhad University of Medical Sciences. Management Strategies in Health System 2021;6:28-39 [persian]
8. Vaskouei Eshkevareh K, Hajinab K, Riahi L, Maleki M. Patient sheared decision-making models: A comparative study. Iranian Journal of Nursing Research 2019;13:83-93 [persian]
9. Bahrami MA, Jafari H, Jambarsang S, Entezarian Ardakani S. Patients' decision making preferences and perceived participation in care: A case study in selected educational hospitals of Yazd. Management Strategies in Health System 2021;6:117-32 [persian]
10. Soodabeh J, Alireza N-N, Zohreh P-Y. Iranian nurses, physicians and patient's lived experiences regarding patient's rights practice. Iran Journal of Nursing 2009;22:28
11. Kalrouzi F, Dadgari F, Zareian A. Patient's satisfaction from health care group in patient's bill of right observance. Journal of Military Medicine [Internet] 2010;12:143-148. Available from: <https://sid.ir/paper/61978/en> [persian]
12. Bozorgzad P, Ehsani M, Zarei M. Virtual visiting in intensive care unit during covid-19 pandemic: A window to the patient/family centered care. Cardiovascular Nursing Journal 2022;11:40-9 [persian]
13. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, et al. "Same same or different"? A review of reviews of person-centered and patient-centered care. Patient Education and Counseling 2019
14. Mead N, Bower P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science & Medicine 2000;51:1087-110
15. Arksey H, O'malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology 2005;8:19-32
16. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Improving quality and safety by focusing care on patients and consumers. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2010. Available at: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/PCCC-DiscussPaper.pdf> [Accessed 13 August 2024]
17. Lusk JM, Fater K. A concept analysis of patient-centered care. Nursing Forum 2013 Apr;48:89-98
18. Epstein RM. The science of patient-centered care. Journal of Family Practice. 2000;49:805-7
19. Pelzang R. Time to learn: understanding patient-centred care. British Journal of nursing 2010;19:912-7
20. Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. An integrative model of patient-centeredness—a systematic review and concept analysis. PloS One 2014;9:e107828
21. Zill JM, Scholl I, Härter M, Dirmaier J. Which dimensions of patient-centeredness matter?-Results of a web-based expert delphi survey .PloS One 2015;10:e0141978
22. Babione J, Panjwani D, Murphy S, Kelly J, Van Dyke J, Santana M, et al. Alignment of patient-centredness definitions with real-life patient and clinician experiences: A qualitative study. Health Expectations 2023;26:419-28
23. Marshall A, Kitson A, Zeitz K. Patients' views of patient-centred care: A phenomenological case study in one surgical unit. Journal of Advanced Nursing 2012;68:2664-73

24. Silow-Carroll S, Alteras T, Stepnick L. Patient-centered Care for Underserved Populations: Ddefinition and best practices. 1st Edition, Economic and Social Research Institute: Washington, DC, 2006
25. Bhoomadevi M, Ganesh M, Panchanatham N. Designing a conceptual model for patient-centered care—a patient perspective. *Research Journal of Science & IT Management* 2014;3:20-4
26. Berghout M, Van Exel J, Leensvaart L, Cramm JM. Healthcare professionals' views on patient-centered care in hospitals. *BMC Health Services Research* 2015;15:1-13
27. Greene SM, Tuzzio L, Cherkin D. A framework for making patient-centered care front and center. *The Permanente Journal* 2012;16:49
28. Abdelwadoud M, Mattingly TJ, Seguí HA, Gorman EF, Perfetto EM. Patient centeredness in hepatitis C direct-acting antiviral treatment delivery to people who inject drugs: A scoping review. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research* 2021;14:471-84
29. Kim YJ, Lee G, Choi S. Validation of the Korean version of patient-centered care tool: For outpatients. *Patient Preference and Adherence* 2023;1525-40
30. World Health Organization. The World Health Report 2000: Health systems: Improving performance. World Health Organization; 2000. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/42281> [Accessed 13 August 2024]
31. Darby C, Valentine N, De Silva A, Murray CJ, World Health Organization. World Health Organization (WHO): Strategy on measuring responsiveness. World Health Organization; 2003. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/68703> [Accessed 13 August 2024]
32. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. People-centred health care: a policy framework. WHO Regional Office for the Western Pacific; 2007. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/206971> [Accessed 13 August 2024]
33. Kokorelias KM, Gignac MA, Naglie G, Cameron JI. Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research* 2019;19:1-11
34. Hickmann E, Richter P, Schlieter H. All together now—patient engagement, patient empowerment, and associated terms in personal healthcare. *BMC Health Services Research* 2022;22:1116
35. Smith MA. The role of shared decision making in patient-centered care and orthopaedics. *Orthopaedic Nursing* 2016;35:144-9
36. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. World Health Organization; 2018. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/274628> [Accessed 13 August 2024]
37. Kim SY. Continuity of care. *Korean Journal of Family Medicine* 2017;38:241
38. Organisation for Economic Co-operation and Development, World Health Organization. Access to health care, in *Health at a Glance: Asia/Pacific 2022: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage*. Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing, Paris. Available at: <https://doi.org/10.1787/9b992315-en> [Accessed 13 August 2024]
39. Mustafa A, Yasmeen A. Access to medicine. *International Journal of Pharmacy & Integrated Health Sciences* 2022;3:118-21
40. Bhoomadevi A, Ganesh M, Panchanatham N. Significance of physical comfort and emotional support on confidence and trust in healthcare professionals. *International Journal of Public Sector Performance Management* 2021;8:422-31
41. Stone S. A Retrospective Evaluation of the impact of the planetree patient-centered model of care on inpatient quality outcomes. *Health Environments Research & Design Journal* 2008;1:55-69
42. parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Review of revolution of patient's right charter. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2010;3:39-47 [persian]
43. Moosavi S, Solooki M, Shamsi Gooshki E, Parsapoor A. Patient rights in the Iranian hospitals accreditation system: Explanation of challenges. *Journal of Hayat* 2022;28:243-58 [persian]
44. Ghane G, Esmaeili M. Status of patient-centered care in health system of Iran. *Scientific Journal of Nursing ,Midwifery and Paramedical Faculty* 2019;4:1-5 [persian]