

تبیین مدل مراقبت شخص-محور در نظام سلامت:

مطالعه فراترکیب

محمد آزادی احمدآبادی^۱

رضا بنی اسد^۲

محمدیوسف حسینی بالام^۳

چکیده

وجود مسائل متعدد در نظام ارائه خدمات سلامت ایران از جمله بی‌عدالتی در بهره‌مندی از خدمات، افزایش بار بیماری‌های مزمن و اولویت درمان بر بهداشت، مستلزم طراحی و توسعه مدل‌های نوین ارائه خدمت متناسب با نیازهای اصلی کشور است. در سیاست‌های کلی حوزه سلامت موارد متعددی از قبیل رویکرد همه‌جانبه نسبت به سلامت، ساماندهی تقاضا و تأمین بهداشت عمومی وجود دارد که بر ضرورت بهبود مدل‌های ارائه خدمات سلامت دلالت دارد. اگرچه جهت‌دهی مجدد مدل‌های ارائه خدمت به‌مثابه یک روند جهانی منجر به رویکردهای مختلفی اعم از مراقبت رابطه‌مدار، خانواده‌محور و بیمارمحور در نظام‌های سلامت شده اما همچنان مطالعات منسجمی بر روی مراقبت شخص‌محور خصوصاً ارزش‌ها، فرایندها و نتایج تجربی آن صورت نگرفته‌است. **هدف:** تبیین ابعاد مدل مراقبت شخص‌محور در نظام سلامت به‌وسیله‌ی داده‌های ثانویه است. **روش:** برای مطالعه داده‌های ثانویه از نوع کیفی و مرور نظام‌مند بوده که بر اساس روش پژوهشی «فراترکیب» و تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری‌شده با روش «تحلیل مضمون» دنبال شده‌است. **یافته‌ها:** ۷۵۹۱ مدرک منحصربه‌فرد به دست آمد که پس از بررسی سه مرحله‌ای، ۱۱۸ مدرک منتخب شناسایی شد؛ سپس با تحلیل مضمون مطالعات منتخب بر اساس سؤالات پژوهش، ۲۸۵ کد در قالب ۶۷ مضمون پایه، ۱۴ مضمون سازمان‌دهنده و پنج مضمون فراگیر استخراج شد. **نتایج:** مراقبت شخص‌محور نوعی فلسفه مراقبت بوده که طبق ارزش‌های شخصی‌سازی، رفیق‌محوری، درگیرسازی و خودمختاری شکل می‌گیرد و مشتمل بر فرآیندهایی در سطوح خرد، میانی و کلان است. همچنین اجرای مراقبت شخص‌محور می‌تواند منجر به بهبود هزینه اثربخشی و محیط کاری، ارتقای سلامت و بهزیستی و همچنین توسعه روابط متقابل بیمار و ارائه‌کنندگان شود.

واژگان کلیدی: مدل مراقبت، مدل ارائه خدمت سلامت، مراقبت شخص‌محور، مراقبت بیمارمحور.

^۱ دانشجوی دکتری تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری عمومی. پژوهشگر هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه

السلام (نویسنده مسئول) mdl.azadi@isu.ac.ir

^۲ دانشیار گروه کسب‌وکار دانشکده معارف اسلامی و مدیریت دانشگاه امام صادق علیه السلام baniasad@isu.ac.ir

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه کسب‌وکار دانشکده معارف اسلامی و مدیریت دانشگاه امام صادق علیه السلام

mj.hosseini@isu.ac.ir

۱- بیان مسئله

امروزه نظام‌های سلامت با چالش دائمی تغییر و بهبود روش‌های سنتی ارائه خدمات سلامت روبرو هستند (NHS Improvement, 2017). تغییر انتظارات بیماران و کارکنان حوزه سلامت (Edwards, Courtney, & Spencer, 2003)، افزایش بار بیماری‌های مزمن (Truglio et al, 2012) و تأکید بیشتر بر روی کیفیت الگوهای درمانی (Blendon et al, 2002) ازجمله عوامل مؤثر در این روند بوده است. اگرچه در صنعت مراقبت سلامت فشار مالی به‌منظور بهبود تجربه مشتری در مقایسه با دیگر صنایع خدماتی، کمتر است اما افزایش تأمین مالی مبتنی بر ارزش در بسیاری از نظام‌های سلامت، منجر به جستجوی مدل‌های جدیدی از ارائه خدمت با هدف بهبود تجربه بیمار و افزایش سطح سلامتی شده (Bhattacharyya et al, 2019) به‌گونه‌ای که مدل‌های جدید مراقبت با ارائه شواهدی مبتنی بر مقرون-به‌صرفه^۴ بودن با سرعت زیادی در حال ظهور هستند (Pordes, Gordon, Sanders, & Cohen, 2018).

«مدل مراقبت»^۵ یک طرح غالب برای ارائه نوع خاصی از خدمات سلامت است که بر اساس یک مبنای نظری و استانداردهای تعریف‌شده شکل می‌گیرد. این مدل شامل عناصر محوری و اصول مشخصی بوده و چارچوبی برای پیاده‌سازی و ارزیابی‌های پسینی مراقبت فراهم می‌کند (Davidson et al, 2006). به‌بیان‌دیگر، مدل مراقبت به معنای شیوه‌های ارائه خدمات سلامت (ACI, 2013) یا همان مدل ارائه خدمت^۶ است. به‌طورکلی هر مدل ارائه خدمت شامل چهار مؤلفه کلیدی زمینه^۷ (اعم از زمینه نظری یا تئوری‌های مبنایی و شرایط فیزیکی ارائه خدمت)، نقش-های^۸ ذینفعان، پردازش^۹ و فرآیندهای اصلی و پیامدهای^{۱۰} مورد انتظار است (Pfannstiel & Rasche, 2019).

در مدل‌های فعلی ارائه مراقبت‌های سلامت نقایص و مشکلات بسیاری وجود دارد ازجمله آنکه مدل‌های موجود، بسیار بیماری-محور و با غلبه پزشک طراحی شده، مشارکت بیمار و خانواده او در مراقبت سلامت اندک است و مراقبت‌ها، بدون یکپارچگی و استمرار ارائه می‌شود (WHO, 2007). موارد متعددی در سیاست‌های کلی سلامت و برنامه‌های توسعه‌ای پنج‌ساله کشور در حوزه سلامت وجود دارد که بر بهبود مدل‌های ارائه خدمت موجود و طراحی مدل‌های جدید دلالت دارد. تحقق رویکرد همه‌جانبه نسبت به سلامت، ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی، تأمین

4 Cost-effective

5 Model of Care

6 Service Delivery Model

7 Context

8 Roles

9 Process

10 Outcomes

بهداشت عمومی، تقویت شبکه بهداشت، گسترش پوشش خدمات و ارائه خدمات بهداشتی درمانی به صورت یکپارچه از این جمله‌اند.

مشکلات مشابه در سطح جهانی منجر به حرکت از مدل‌های سنتی پزشک-محور یا مبتنی بر بیماری^{۱۱}، به مدل‌های مراقبت شخص-محور^{۱۲} شده است (Morgan & Yoder, 2012) که سازگاری و تناسب بیشتری در رفع نیازهای بیماران دارد (Kuipers, Cramm, & Nieboer, 2019). در یک مرور نظام‌مند مشخص شد سازمان‌هایی که بیشتر از رویکرد مراقبت‌های شخص-محور بهره برده‌اند، خروجی‌های بهتری داشته‌اند، از جمله افزایش رضایت مشتریان از خدمات، افزایش رضایت شغلی کارکنان، ارتقای کیفیت خدمات و نهایتاً به‌زیستی^{۱۳} بالاتر بیماران (Rathert, Wyrwich, & Boren, 2013). اگرچه چند دهه از مطرح‌شدن این رویکرد در ارائه خدمات سلامت می‌گذرد، اما همچنان گزارش‌ها نشان می‌دهد که به‌طور شایسته‌ای در عمل اجرا نشده است. به‌علاوه چگونگی اجرای این تحول در سیستم‌های پیچیده مراقبت سلامت همچنان مبهم است (Pfannstiel & Rasche, 2019).

با توجه به ضرورت طراحی و بهبود مدل‌های ارائه خدمات سلامت و همچنین ابهام در خصوص ابعاد مراقبت شخص-محور و شیوه‌ی پیاده‌سازی آن، این پژوهش به‌طور خاص به دنبال تبیین ابعاد مراقبت شخص‌محور در لایه‌های ارزش‌ها، فرآیندها و نتایج است.

۲- پیشینه پژوهش

در ادبیات داخلی تاکنون پژوهش‌های متعددی در زمینه طراحی مدل مراقبت یا مدل ارائه خدمات سلامت در نظام سلامت ایران انجام شده است (پورهادی، ۱۳۹۵؛ خانعلی معین، ۱۳۹۶؛ ملازم، ۱۳۸۹). عمده این پژوهش‌ها مبتنی بر ارزش‌های فعلی نظام سلامت و با رویکردهای پزشکی و با اولویت نیازهای درمانی و فیزیولوژیک بیماران صورت گرفته (جدول ۱) و به‌طور مشخص مبتنی بر پارادایم مراقبت شخص-محور نبوده است. هرچند در ادبیات خارجی مراقبت بیمار-محور از اوایل دهه ۱۹۶۰ در مطالعات مطرح شده (Hobbs, 2009) و در سال‌های اخیر نیز بر مفهوم مراقبت شخص-محور به عنوان رویکرد توسعه‌یافته مراقبت بیمار-محور تأکید شده است (Eklund et al, 2018).

جدول ۱. بررسی پژوهش‌های مشابه از حیث هدف و نتایج در حوزه طراحی مدل ارائه خدمت (محقق ساخته)

پژوهشگران	کشور	هدف پژوهش	نتایج پژوهش
-----------	------	-----------	-------------

11 Clinician-centered or Disease-focused Medical Model

12 Person-centeredness Care

13 Well-being

پژوهشگران	کشور	هدف پژوهش	نتایج پژوهش
Bayyavara et al. (2019)	استرالیا	شناسایی و مرور مدل‌های مراقبت-های اولیه در رابطه با افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن ^{۱۴} و تبیین مؤلفه‌های مشخص در مدل-های اثربخش این سطح از خدمات	دو مدل جامع مراقبت‌های اولیه شامل مدل خانه‌های سلامتی ^{۱۵} و مدل مشارکتی مراقبت‌های مزمن ^{۱۶} شناسایی شد. همچنین چهار مؤلفه در مداخلات اثربخش شناسایی شد: پشتیبانی از خودمدیریتی بیماران، طراحی سیستم‌های ارائه، پشتیبانی از تصمیم‌گیری و سیستم‌های اطلاعاتی بالینی.
Roberts et al. (2019)	انگلیس	ارائه چارچوبی برای بازطراحی مراقبت‌های عمومی ^{۱۷} و اولیه برای افراد دارای بیماری‌های بلندمدت ^{۱۸} به‌طور خاص دیابت	یک مدل پنج مرحله‌ای شامل آماده‌سازی، گفتگو، ثبت و ضبط، اقدام و بازبینی پیشنهاد شده است. استفاده از این چارچوب در برخی از مراکز ارائه-دهنده منجر به بهبود تجارب بیماران، رضایت شغلی پزشکان، رفتارهای ارتقادهنده سلامت ^{۱۹} و پیامدهای سلامتی شده است.
Nilsson et al. (2013)	سوئد	استفاده از مقیاس سنجش «شخص-محور» بودن خدمات و مراقبت‌های حاد ^{۲۰} بیمارستانی برای افراد مسن مبتلا به اختلال شناختی	نتایج نشان می‌دهد که نسخه سوئدی ابزار POPAC ^{۲۱} به‌طور آزمایشی، دارای روایی و پایایی در اندازه‌گیری گستره شخص-محور بودن خدمات حاد بیمارستانی برای بیماران مسن با اختلالات شناختی است.

14 Chronic Conditions

15 Health Care Home Model

16 Collaborative Chronic Care Model

17 General Practice

18 Long Term Conditions

19 Health Promotive Behaviors

20 Acute Care

21 Person-centered Care of Older People with Cognitive Impairment in Acute Care (POPAC)

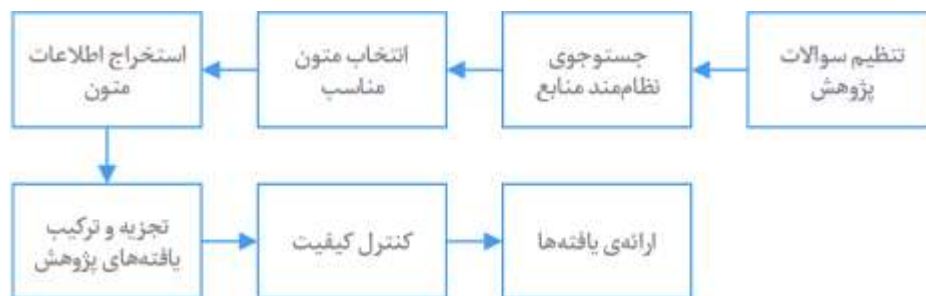
پژوهشگران	کشور	هدف پژوهش	نتایج پژوهش
Santana et al (2018).	-	ارائه چارچوب مفهومی از رویکرد مراقبت شخص - محور مبتنی بر مدل ارزیابی کیفیت خدمات دونابدین ^{۲۲}	مؤلفه‌های شناسایی شده در زمینه ساختار: ایجاد فرهنگ مراقبت شخص -محور در تداوم مراقبت‌ها، طراحی هم‌زمان برنامه‌های آموزشی و همچنین برنامه‌های ارتقادهنده سلامت، ایجاد یک محیط حامی و سازگار و توسعه ساختارهایی برای پشتیبانی از فناوری اطلاعات سلامت و سنجش و رصد مراقبت شخص -محور. مؤلفه‌های فرآیندی عبارت‌اند از ترویج ارتباطات و مراقبت‌های دلسوزانه و توأم با احترام و درگیر سازی بیماران در مراقبت از خود. مؤلفه‌های پیامدی شامل دسترسی به مراقبت و پیامدهای گزارش شده توسط بیمار می - شود.
فرهادفر و همکاران (۱۳۹۸)	ایران	مطالعه مروری در زمینه مؤلفه‌های بیمار -محوری در بیمارستان‌ها	بیمار -محوری دارای تعاریف متفاوتی بوده و تمرکز مراقبت‌های درمانی را از بیماری به سمت بیمار سوق می‌دهد. هدف اصلی بیمار -محوری، مشارکت بیماران و خانواده آن‌ها در ارائه خدمات است. در نظام سلامت بیمار -محور به جای تمرکز بر تصمیم و اولویت‌های پزشک، بر روی نیازها و نگرانی‌های شخص بیمار متمرکز می‌شوند و در این راستا مراکز بیمارستانی باید برنامه‌هایی جهت افزایش مشارکت بیماران در روند درمانی اجرا کنند.
هاشمی (۱۳۹۹)	ایران	تبیین فرآیند مراقبت خانواده -محور در بیمارستان‌های آموزشی	مراقبت خانواده محور در بیمارستان‌های آموزشی، یک فرآیند مراقبت مشارکتی در بستر خانواده است که دارای ابعاد و ویژگی‌های متعددی شامل احترام و منزلت انسانی، ارتباط شالوده مراقبت، رهیافت مشارکت و توانمندسازی، تلاش برای همکاری فعالانه و مشاوره و راهنمایی است و به میزان زیادی تحت تأثیر ارتباط بین کارکنان بهداشتی -درمانی با بیماران و اعضای خانواده آن‌ها قرار دارد.

پژوهشگران	کشور	هدف پژوهش	نتایج پژوهش
فیض‌اله‌زاده و همکاران (۱۳۹۸)	ایران	تیین فرآیند و طراحی مدل تداوم مراقبت بیماران قابل ترخیص در بلایا	مؤلفه‌های تداوم مراقبت بیماران شامل مؤلفه‌های قبل از بلایا از جمله پیش‌بینی نیازهای مراقبتی و دارویی، ارتقای آگاهی بیماران، پشتیبان‌گیری از سوابق پزشکی، پیش‌بینی اقامتگاه‌های موقت پزشکی و امکانات حمل‌ونقل و ارتباطات و مؤلفه‌های بعد از بلایا شامل تماس با بیماران، مدیریت داوطلبین و کمک‌های مردمی و استفاده از مراکز مراقبت خارج بیمارستانی طبقه‌بندی شدند. عناصر مدل مراقبت پیگیر ^{۳۳} بیماران قابل ترخیص در بلایا، شامل نیازسنجی مراقبتی بیماران، طراحی برنامه‌های ترخیص زودهنگام و تداوم مراقبت، اجرا و ارزشیابی و پشتیبانی و همکاری فرا سازمانی هستند

از جمله تمایزات این پژوهش نسبت به بسیاری از پژوهش‌های حوزه مدل‌های ارائه خدمت، تمرکز آن بر روی رویکرد شخص-محوری به عنوان یکی از رویکردهای نوین در طراحی مدل مراقبت است. دومین مورد نیز جامعیت در بررسی ابعاد مختلف یک مدل مراقبت در این پژوهش است.

۳- روش پژوهش

این پژوهش از نظر فلسفه تفسیری، از نظر کارویژه یا هدف کلان بنیادی، از نظر صبغه کیفی، از نظر منطق، استقرایی، از نظر هدف، اکتشافی، از نظر مقطع زمانی پژوهش، تک مقطعی و از نظر مکان پژوهش کتابخانه‌ای است. در پژوهش حاضر به منظور شناسایی زمینه، فرآیندها و پیامدهای مورد انتظار مدل شخص‌محور، از استراتژی پژوهشی «فرا ترکیب» استفاده شده است. در ادامه جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و استخراج مضامین متناسب با سؤالات پژوهش، روش «تحلیل مضمون» با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ اجرا شده است. روش دیگر را باروسو و ساندلوسکی در قالب هفت مرحله پیشنهاد کرده‌اند که در شکل ۱ ارائه شده است (Sandelowski & Barroso, 2007).



شکل ۱. مراحل روش فراترکیب (Sandelowski & Barroso, 2007)

گام اول: تعریف سؤال‌های پژوهش

پژوهش حاضر درصدد پاسخ به سؤالاتی ناظر به زمینه و ارزش‌ها، فرآیندها و پیامدهای مدل مراقبت شخص-محور بر اساس شاخص‌های ذیل است که در جدول ۲ تنظیم شده است:

جدول ۲. تعیین چارچوب پژوهش (محقق ساخته)

شاخص	تبیین
چیستی کار (what)	طراحی مدل از طریق شناسایی ارزش‌ها، مولفه‌ها و نتایج و پیامدهای مطرح در ادبیات مربوط به مدل مراقبت شخص-محور
جامعه مورد مطالعه (who)	آثار مختلف اعم از مقاله، کتاب و پایان‌نامه به زبان انگلیسی ^{۲۴}
محدودیت زمانی (when)	آثار موجود بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱
چگونگی روش (How)	بررسی موضوعی آثار، شناسایی و یادداشت‌برداری نکات کلیدی، تحلیل مفاهیم، دسته‌بندی مفاهیم و مقوله‌های شناسایی شده (تحلیل مضمون با استفاده از نرم افزار Maxqda)

گام دوم: جستجوی نظام‌مند منابع و مستندات

پس از شناسایی مقاله‌ها، کتاب‌ها و پایان‌نامه‌ها در حوزه مدل مراقبت شخص-محور در این گام پایگاه‌های داده، نشریه‌ها و موتورهای جستجوی مختلفی بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ شناسایی و واژگان موردنظر در آن‌ها جست‌وجو شد. پایگاه‌های منتخب عبارت است از پابمد^{۲۵}، ساینس دایرکت^{۲۶}، اسکوپوس^{۲۷}، نشریات سیج^{۲۸} و جی‌استور^{۲۹}. همچنین به‌منظور تکمیل نتایج مطالعه،

^{۲۴} لازم به ذکر است که در بین منابع و پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی نیز خصوصاً در مرحله گردآوری مبانی نظری پژوهش جستجوهای صورت گرفت لکن با توجه به محدود بودن تعداد مطالعات فارسی مرتبط -بر اساس معیارهای مذکور- عملاً این مطالعات از فراترکیب حذف شد. مضاف بر آن منابع فارسی محدودی که در این قلمرو موضوعی وجود دارد اغلب ترجمه و تلخیص مستندات انگلیسی است.

^{۲۵} PubMed.ncbi.nlm.nih.gov

^{۲۶} www.sciencedirect.com

^{۲۷} www.scopus.com

^{۲۸} journals.sagepub.com

^{۲۹} www.jstor.org

گزارش‌ها و سایر مستندات سازمان‌های پیشرو که در حوزه مراقبت شخص-محور منتشر شده، در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته است.

معیارهای انتخاب پژوهش‌ها

معیارهای پذیرش و انتخاب این پژوهش شامل: ۱- مقاله‌هایی که در مجلات معتبر بین‌المللی داوری و چاپ شده‌اند؛ ۲- مطالعاتی که حوزه تمرکز آن‌ها بر مدل مراقبت شخص-محور (یا سایر حوزه‌های مرتبط مانند مراقبت بیمار-محور) است؛ ۳- مطالعاتی که مشخصاً پاسخگوی سؤال‌های پژوهش باشند؛ ۴- مطالعاتی که مستخرج از پایان‌نامه‌ها و رساله‌های دکتری بوده و در نشریات معتبر چاپ شده‌اند؛ ۵- کتاب‌های معتبر و مرتبط که در زمینه مراقبت شخص-محور به چاپ رسیده‌اند و ۶- گزارش‌ها و سایر مستندات سازمان‌های پیشرو در حوزه مراقبت شخص-محور که منتشر شده باشد، است. همچنین معیارهای استثنا این پژوهش نیز شامل: ۱- مستندات که با زبانی غیر از انگلیسی منتشر شده‌اند؛ ۲- مستندات که خارج از زمینه تخصصی موضوع پژوهش قرار دارند؛ ۳- مقالات داوری‌نشده، برخی از کتاب‌ها، رساله‌های کارشناسی ارشد و دکتری، آموزش‌های ویدئویی، ارائه‌ها، پنل‌های تخصصی، نظرات شخصی منتشر شده در حوزه موضوعی پژوهش، کرسی‌های نظریه‌پردازی و پروژه‌های تحقیقاتی در این پژوهش بررسی نمی‌شوند؛ ۴- مقالاتی که در برخی از کنفرانس‌ها و همایش‌ها به چاپ رسیده اما علمی-پژوهشی نیستند؛ ۵- مطالعاتی که ناظر به تبیین یا کاربست مدل مراقبت شخص-محور در یک بیماری یا شرایط پزشکی خاص انجام شده باشد، است.

نتایج جست‌وجو در پایگاه‌های اطلاعاتی

در نتیجه جست‌وجو و بررسی در پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف مجموعاً ۹۷۰۱ مدرک درباره مدل مراقبت شخص-محور یافت شد که با حذف مستندات تکراری و مشابه به ۷۵۹۱ مدرک رسید. جدول ۳ نتایج جست‌وجو در پایگاه‌های اطلاعاتی را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج جست‌وجو در پایگاه‌های اطلاعاتی (محقق ساخته)

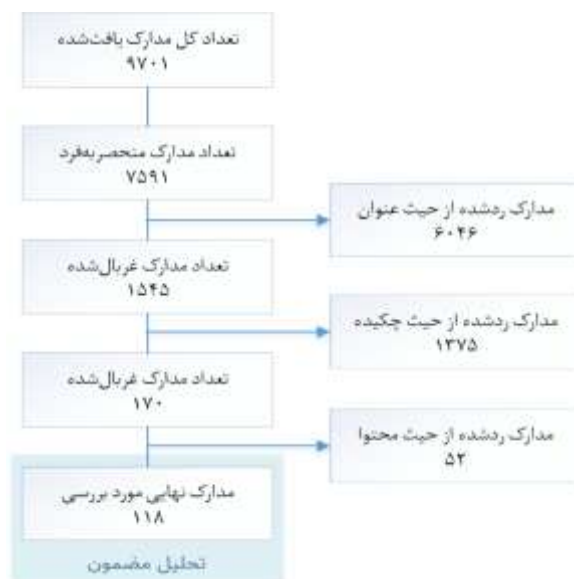
پایگاه اطلاعاتی	حوزه	عبارت مورد جست‌وجو و عملگرها	محل جست‌وجو	تعداد نتایج
PubMed	Person centered care	((person[Title/Abstract] OR people[Title/Abstract]) AND (centered[Title/Abstract] OR centric[Title/Abstract] OR centeredness[Title/Abstract])) AND (model[Title/Abstract] OR framework[Title/Abstract])	عنوان - چکیده - واژگان کلیدی	۱۸۸۸
PubMed	Person centered care	((person[Title] OR people[Title]) AND (centered[Title] OR centric[Title] OR	عنوان	۸۱۱

		centeredness[Title])) NOT (framework[Title/Abstract] OR model[Title/Abstract])		
۲۸۴	عنوان	((patient[Title]) AND (centered[Title] OR centric[Title] OR centeredness[Title])) AND (model[Title] OR framework[Title])	Patient centered care	PubMed
۲۰۱۹	عنوان - چکیده - واژگان کلیدی	(people OR person) AND (centered OR centric OR centeredness) AND (framework OR model) AND (health OR hospital OR care)	Person centered care	Science direct
۵۷۴	عنوان - چکیده - واژگان کلیدی	patient AND (centered OR centric OR centeredness) AND (framework OR model) AND (health OR care OR hospital): Review articles	Patient centered care	Science direct
۲۶۹۱	عنوان - چکیده - واژگان کلیدی ^{۳۰}	(people OR person) AND (centered OR centric OR centeredness) AND (framework OR model) AND (care OR health)	Person centered care	Scopus
۱۰۹۶	عنوان - چکیده - واژگان کلیدی	person AND (centered OR centric OR centeredness) AND (framework OR model) AND (care OR health)	Person centered care	Sage
۳۳۸	عنوان - چکیده - واژگان کلیدی	person AND (centered OR centric OR centeredness)	Person centered care	Jstor
۹۷۰۱				مجموع

گام سوم: انتخاب مطالعات مرتبط

پس از بررسی عناوین مدارک، تعداد ۱۵۴۵ عنوان مرتبط با موضوع پژوهش انتخاب شد. در مرحله بعدی غربالگری، چکیده مدارک مورد بررسی قرار گرفت و ۱۷۰ مدرک انتخاب شد. پس از مطالعه‌ی کامل محتوای مقالات، گزارش‌ها، پایان‌نامه‌ها و کتب، ۱۱۸ مدرک به‌مثابه مدارک مرتبط با پژوهش حاضر برای استخراج اطلاعات انتخاب شدند (شکل ۲).

^{۳۰} چون اصطلاح peson-centered model در برخی از رشته‌های مهندسی خصوصاً در طراحی کاربری مورد استعمال است، شاخه جستجو care OR health نیز جهت افزایش دقت جستجو به عملگر اضافه شد.



شکل ۲. فرایند تأیید مدارک با روش فراترکیب (محقق ساخته)

گام چهارم و پنجم: استخراج کدهای حاصل از مستندات و تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی

کدهای حاصل با مرور اسناد و بر اساس روش تحلیل مضمون استخراج و طبقه‌بندی گردید که نتایج آن در بخش بعدی ذکر گردیده است. روش تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش، «تحلیل مضمون»^{۳۱} بوده و برای اجرای این روش از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ استفاده شده است.

گام ششم: کنترل کیفیت

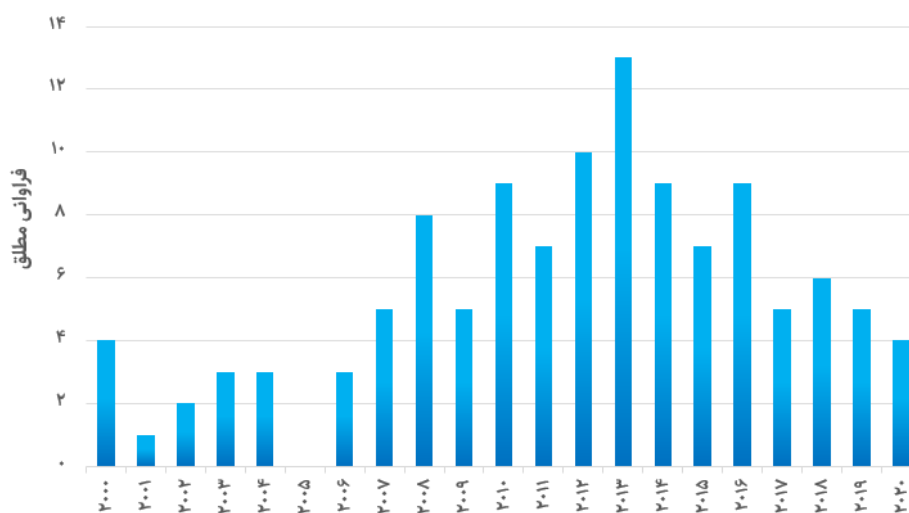
- در پژوهش حاضر از روش‌های زیر برای کنترل کیفیت نتایج استفاده شده است:
- در کل فرایند پژوهش، پژوهشگران می‌کوشند با فراهم کردن توضیحات روشن و دقیق برای گزینه‌های موجود در پژوهش، گام‌های اتخاذشده را بردارد؛
 - پژوهشگران هر دو روش جست‌وجوی الکترونیک و دستی را به کار می‌گیرند تا پژوهش‌های مرتبط را شناسایی کنند؛
 - پژوهشگران روش‌های کنترل کیفیت استفاده‌شده در مطالعات اصلی را به کار می‌گیرند.

۴- یافته‌های پژوهش

در این فصل و در بخش مقدمه ابتدا مطالعات مرتبط و منتخب -حاصل گام سوم فراترکیب- معرفی می‌شوند. در ادامه جداول تحلیل مضمون شامل جداول کدگذاری اولیه مستخرج از هر یک از مطالعات، مضامین پایه، مضامین سازمان‌دهنده و مضامین فراگیر ارائه می‌شود. سپس در بخش

بعدی یعنی تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی، مضامین سازمان‌دهنده به کمک مضامین پایه و منابع تحلیل مضمون و سایر منابع در دسترس، توضیح داده می‌شود.

تعداد مطالعات منتخب جهت تجزیه و تحلیل براساس روش تحلیل مضمون



شکل ۳. تعداد مطالعات منتخب برحسب سال در مرحله چهارم فراترکیب (یافته‌های پژوهش)

استخراج کدهای حاصل از مستندات

در ادامه مطالعات مرتبط، با نرم‌افزار MAXQDA کدگذاری اولیه شده و در قالب مضامین پایه طبقه‌بندی شده‌اند.

تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که مراقبت شخص-محور به عنوان یکی از رویکردهای نوین در ارائه خدمات در طیف گسترده‌ای از بیماری‌ها و تخصص‌های پزشکی در حال توسعه است. فراترکیب مطالعات مرتبط کاربرت این رویکرد را به‌طور خاص در سه حوزه نشان می‌دهد:

- کاربرت رویکرد شخص-محور در تخصص‌های مختلف پزشکی
- کاربرت رویکرد شخص-محور در سطوح مختلف خدمات بهداشتی درمانی
- کاربرت رویکرد شخص-محور در بیماری‌ها و شرایط پزشکی مختلف



شکل ۴. مضامین فراگیر و سازمان‌دهنده بر اساس سؤالات پژوهش^{۳۲} (یافته‌های پژوهش)

مضامین اصلی مستخرج از فراترکیب مطالعات شامل سه حوزه کلی بر اساس سؤالات پژوهش اعم از فلسفه مراقبت شخص-محور، مؤلفه‌های مراقبت شخص-محور و نهایتاً نتایج و پیامدهای تجربی آن است. مضامین این سه حوزه مجموعاً شامل پنج مضمون فراگیر، ۱۴ مضمون سازمان‌دهنده و ۶۷ مضمون پایه است.

فلسفه مراقبت شخص-محور

مضامین مرتبط با ارزش‌های مراقبت شخص-محور در جدول ۴ قابل مشاهده است. در ادامه ضمن گونه‌شناسی کلی رویکرد توسعه مراقبت‌ها و تبیین جایگاه مراقبت شخص-محور، هر یک از ارزش‌های محوری آن نیز تشریح خواهد شد.

جدول ۴. مضامین مرتبط با ارزش‌های مراقبت شخص-محور (یافته‌های پژوهش)

مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه
ارزش‌های مراقبت شخص-محور	شخصی‌سازی درگیرسازی رفق‌محوری خودمختاری
مجموع	۱ مضمون سازمان‌دهنده، ۴ مضمون پایه

ارزش‌های مراقبت شخص-محور

ارزش‌های محوری^{۳۳} به معنای ارزش‌هایی است که در محیط متغیر امروزه بدون تغییر باقی می‌مانند. رویکردهای مختلفی در خصوص چستی ارزش در نظام سلامت وجود دارد. رویکرد

^{۳۲} مضامین پایه و کدهای مرتبط با هریک در ادامه تشریح خواهد شد.

فلسفی درباره ارزش پزشکی توسط فیلسوفان پزشکی (Pellegrino, 1981)، رویکرد مبتنی بر دینفعان چندگانه^{۳۴} در مورد ارزش مراقبت‌های سلامت (Young, Olsen, & McGinnis, 2010) و رویکرد مبتنی بر عملکرد و پاسخگویی ارائه‌شده توسط مایکل پورتر و الیزابت تیسبرگ که ارزش را به مثابه نتیجه نسبت به هزینه‌ها تعریف می‌کند (Porter & Teisberg, 2004) از این جمله‌اند.

در ادبیات جهانی، مطالعات متعددی تأکید می‌کنند که ارزش در نظام سلامت و در مراقبت شخص-محور باید از منظر افرادی که از سیستم سلامت استفاده می‌کنند، تعریف شود (Sturmberg, 2018). در این نگاه و متناسب با این مبانی اخلاقی، سازمان‌های مختلف از مفهوم عمومی و گسترده «رفع نیازهای بیمار» به عنوان ارزش اصلی سیستم سلامت خود استفاده کرده‌اند، مثلاً آن چیزی که برای بیمار اهمیت دارد و او مسئله می‌داند (Barry & Edgman-Levitan, 2012) یا احترام به ارزش‌ها، ترجیحات و نیازهای اظهارشده بیماران، مراقبت هماهنگ و یکپارچه، راحتی جسمانی با تأکید بر مدیریت درد^{۳۵}، حمایت عاطفی و کاهش ترس و اضطراب، پیوستگی مراقبت و دسترسی به مراقبت (Sturmberg, 2018).

مراقبت شخص-محور مبتنی بر ارزش‌هایی نظیر احترام، خودمختاری^{۳۶}، عزت^{۳۷}، انتخاب، حریم خصوصی و استقلال است. علایق، ترجیحات، استعدادها و تجربیات زندگی منحصربه‌فرد هر یک از اعضای جامعه -بیماران، اعضای خانواده، کارکنان و داوطلبان- را ارج می‌نهد و به رسمیت می‌شناسد. این درک در همه رفتارها نفوذ می‌کند و به تعادل مجدد محیط، از محیطی وظیفه‌گرا^{۳۸} به محیطی شخص-محور منجر می‌شود. وظیفه‌گرایی در مقابل شخص-محوری، بر این فرض استوار است که یک نسخه و رویکرد یکسان برای همه بیماران و اشخاص مناسب است (Abushousheh & Brush, 2019). یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که در مطالعات، موارد متعددی به عنوان ارزش‌های محوری مراقبت شخص-محور برشمرده شده است که به این شرح است (McCormack, 2020):

- «احترام به فردیت»^{۳۹} به معنای توجه به ارزش‌های شخصی به عنوان محور تصمیم‌گیری‌ها در مراقبت شخص-محور؛
- «مورد اعتماد بودن» به معنای واقعی و اصیل بودن در بازنمایی از خود در روابط؛
- «اشتراک قدرت و خودمختاری»^{۴۰} که بر ایجاد روابط قابل‌اعتماد و به‌هم‌پیوسته بین افراد برای تصمیم‌گیری مشترک و آگاهانه^{۴۱} تأکید دارد؛

33 Core Values

34 Multi-stakeholder

35 Pain Management

36 Autonomy

37 Dignity

38 Task-oriented

39 Personhood

40 Sharing Autonomy

- «تکریم و کاربست فعال توانایی‌ها، ترجیحات، سبک زندگی و اهداف» به معنای متعادل‌سازی شایستگی و تخصص همه افراد بر اساس درک‌های شخصی از به‌زیستی و آینده‌های احتمالی؛
- «نشان دادن احترام و درک متقابل» به معنای ایجاد روابط تعاملی مثبت که وابستگی متقابل و هم‌افزایی ایجاد می‌کند؛
- «مراقبت درمانی» به معنای مراقبت به عنوان مداخله درمانی با تمرکز بر اقداماتی که به نیازهای فردی پاسخ می‌دهد و منجر به نتایج مؤثر می‌شود؛
- «تعهد به سلامتی»^{۴۲} به عنوان فرایند و نتیجه» به معنای زندگی هدفمند و لزوم توجه به تمامی ابعاد وجودی انسان.

همچنین خودمختاری در مقابل تبعیت^{۴۳}، شخصی‌سازی در مقابل رویکرد نسخه واحد برای همه^{۴۴}، قوت محوری (زندگی هدفمند) در مقابل مراقبت متمرکز بر علائم بیماری (کاهش بیماری) (Doherty, Bond, Jessell, Tennille, & Stanhope, 2020)، مراقبت دلسوزانه و همدلانه، مراقبت منحصربه‌فرد بر اساس نیازهای اشخاص، دخیل کردن بیمار یا شخص به مثابه بخشی از مدل مراقبت (Calisi, Boyko, Vendette, & Zagar, 2016; Morton & Sellars, 2019) ازجمله ارزش‌های مطرح‌شده در مطالعات هستند. برخی نیز «اخلاق مراقبت»^{۴۵} در مقابل اخلاق پزشکی یا زیستی^{۴۶} را زیربنای مراقبت شخص-محور دانسته‌اند و سه اصل اساسی شخصی‌سازی^{۴۷}، مشارکت^{۴۸} و پاسخگویی^{۴۹} را برای آن برشمرده‌اند (Strachan, 2016).

برای اینکه یک مدل مراقبت سلامت واقعاً به عنوان یک مدل یکپارچه عمل کند، اعضا و عناصر آن باید ارزش‌های محوری نظام سلامت خود را درونی‌سازی^{۵۰} کرده و در هر نقطه از مسیر مراقبت اعمال کنند. با این حال، با توجه به اینکه نظام سلامت در جوامع پلورالیستی شامل سازمان‌های مختلف با برنامه‌های خاص خود است، ارزش‌های سیستم‌های بهداشتی و درمانی به روش‌های مختلفی تعریف شده که بعضاً با مفاهیم شخص-محور مطابقت ندارد. ارزش‌های محوری مراقبت شخص-محور در مطالعات انجام‌شده را می‌توان در چهار ارزش شخصی‌سازی، رفیق‌محوری^{۵۱}، خودمختاری و درگیرسازی طبقه‌بندی کرد که عمده ارزش‌ها و مصادیق آن‌ها در مطالعات پیشین را

41 Informed Decision Making

42 Healthfulness

43 Compliance

44 One Size Fits All

45 Ethics Of Care

46 Bioethics

47 Personalisation

48 Participation

49 Responsiveness

50 Internalize

۵۱ این ارزش، از ریشه «رفیق» به معنای لغوی «سازگاری» بوده و معانی متعددی در خصوص آن و ترکیباتش مانند رفیق و مرفق در کتب لغت ذکر شده است و معادل دقیق انگلیسی ندارد. به طور اجمالی می‌توان را اعم از Compassionate Care در نظام ارائه خدمت دانست.

در بر می گیرد. به عنوان مثال در خصوص ارزش رفق محوری، صفات مشتق از «رفق» پررنگ ترین نقش را در رابطه ی پزشک-بیمار ایفا می کنند و می توان آن را اعم از مراقبت دلسوزانه و مراقبت حمایتی دانست. رفق محوری مشتمل بر معانی سازگاری، همراهی، میانه روی، تدریج در مراقبت، تکیه گاه بودن و اتقان در مراقبت است (آزادی احمدآبادی و صفاری، ۱۳۹۹).

مؤلفه های مراقبت شخص-محور

۱. سطح خرد (رابطه شخص-ارائه کننده)

مضامین سازمان دهنده و پایه مراقبت شخص-محور در سطح خرد (رابطه بیمار و ارائه کننده) در جدول ۵ قابل مشاهده است.

جدول ۵. مضامین مرتبط با مؤلفه های مراقبت شخص-محور در سطح خرد (یافته های پژوهش)

مضامین سازمان دهنده	مضامین پایه
مشارکت	خلق مشترک دانش تصمیم گیری مشترک کنترل مراقبت مشارکت در آموزش و کارآموزی نماینده گی در نهادهای رسمی مشارکت در توسعه خدمات مشارکت در خط مشی گذاری سلامت
توانمندسازی	خلق مشترک دانش قدرت تغییر درونی و برونی خودمدیریتی ارتقای شایستگی ها و سواد سلامت توانمندسازی افراد و خانواده ها توانمندسازی جوامع
رویکرد کل نگر	ارزیابی جامع نیازهای سلامت توجه به ارزش ها و بسترهای فرهنگی استفاده از شیوه های درمانی مکمل
ارتباطات مبتنی بر همدلی	شنیدن صدای بیماران اشتراک گذاری اطلاعات گفتگو در مورد برنامه های مراقبتی پاسخگویی به نیازها و ارزش ها ارائه مراقبت های حمایتی
مجموع	۴ مضمون سازمان دهنده، ۲۱ مضمون پایه

لازم به ذکر است که مضامین سازمان دهنده اگرچه از لحاظ نظری از یکدیگر تفکیک شده‌اند اما در عمل، در بسیاری از موارد با یکدیگر همپوشانی داشته و به صورت موازی و یا درهم‌تنیده اجرا می‌شوند (شکل ۵).



شکل ۵. جایگاه مؤلفه‌های سطح خرد مراقبت شخص-محور و همپوشانی آن‌ها با یکدیگر (یافته‌های پژوهش)

۲. سطح میانی (سطح سازمانی)

مراقبت شخص-محور پیش‌نیازهای متعددی دارد از جمله: چشم‌انداز و تعهد سازمان، ویژگی‌ها و رفتارهای سازمانی و حکمرانی اشتراکی^{۵۲} (Morgan & Yoder, 2012). زمینه‌ی محیط مراقبت دارای بیش‌ترین تأثیر بر عملیاتی‌سازی مراقبت شخص-محور است. درواقع از طریق این زمینه، فرهنگ سازمانی و چشم‌اندازهای مورد تعهد دنبال خواهد شد. در جدول ۶ مضامین سازمان دهنده و پایه مؤلفه‌های مراقبت شخص-محور در سطح میانی مطرح شده است.

جدول ۶. مضامین مرتبط با مؤلفه‌های مراقبت شخص-محور در سطح میانی (یافته‌های پژوهش)

مضامین سازمان دهنده	مضامین پایه
مدیریت منابع انسانی	طراحی مشترک برنامه‌های آموزشی مدیریت موردی مراقبت توانمندی در مهارت‌های ارتباطی درک چالش‌های سواد سلامت نگرش مبتنی بر خودآگاهی فرهنگی
فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطاتی	تبادل اطلاعات سلامت میان ارائه‌کنندگان و بیماران سنجش و پایش عملکرد مراقبت شخص-محور جمع‌آوری تجارب بیماران و ارائه‌کنندگان گزارش دهی و پاسخگویی

تأمین مالی و جبران خدمات	اصلاح نظام تأمین مالی طراحی مشوق‌های مالی نظام پرداخت ترکیبی و سرانه
مجموع	۳ مضمون سازمان‌دهنده، ۱۲ مضمون پایه

۳. سطح کلان (سطح سیستمی و بین بخشی)

مضامین مرتبط با مؤلفه‌های سطح کلان مراقبت شخص-محور در جدول ۷ قابل مشاهده است. این عوامل شامل دو نوع کلی خط‌مشی‌گذاری و حکمرانی، و هماهنگی، پیوستگی و یکپارچگی مراقبت می‌شود.

جدول ۷. مضامین مرتبط با مؤلفه‌های مراقبت شخص-محور در سطح کلان (یافته‌های پژوهش)

مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه
خط‌مشی‌گذاری و حکمرانی	تقویت حکمرانی مشارکتی خط‌مشی‌های سلامت بین بخشی افزایش پاسخگویی متقابل اولویت‌سنجی بر اساس نیازهای دوره‌های مختلف زندگی ارزش‌گذاری مجدد بهداشت عمومی و ارتقای سلامت حرکت به سمت مراقبت‌های سرپایی و سیار خدمات سلامت برای گروه‌های آسیب‌پذیر
هماهنگی، پیوستگی و یکپارچگی	پیوستگی مراقبت در سطوح مختلف ارائه خدمت پیوستگی زمانی مراقبت پیوستگی اطلاعاتی مراقبت پیوستگی مدیریتی (هماهنگی و همکاری بین ارائه‌کنندگان) ارائه مراقبت‌های شخصی در هر یک از مراکز ارائه‌کننده اشتراک مسئولیت‌ها و سازمان‌دهی مراقبت هماهنگی و پیوستگی با محوریت نیازهای بیماران شبکه‌های سلامت یکپارچه بین‌بخشی
مجموع	۲ مضمون سازمان‌دهنده، ۱۵ مضمون پایه

نتایج تجربی مراقبت شخص-محور

تاکنون شواهد زیادی در مورد فرصت‌های مدل مراقبت شخص-محور و به‌صورت کلان‌تر، مراقبت جمعیت-محور وجود داشته است (Borgermans et al., 2017; Montenegro et al., 2012; van Niekerk et al., 2017; WHO, 2018a) که در ادامه مثال‌هایی از آن

تشریح می‌شود. کارزار فلج اطفال^{۵۳} در نیجریه که استراتژی‌ای متمرکز بر درک باورهای مردم و درگیر کردن رهبران سنتی، مذهبی و سیاسی بود، در تمام سطوح منجر به افزایش نسبی ۳۱۰ درصدی در مصرف واکسن فلج اطفال شد (Larson, Jarrett, Eckersberger, Smith, & Paterson, 2014; Nasiru et al, 2012). در مثالی دیگر، «استراتژی سلامت خانواده‌های برزیلی»^{۵۴} -مدلی که بر اساس اصول مراقبت شخص-محور طراحی شده- منجر به رتبه بالاتر در پیوستگی مراقبت به همراه الگوی مصرف^{۵۵} مناسب‌تر خدمات نسبت به مدل سنتی مراقبت شد (Ferrer et al, 2014). همچنین رویکرد مراقبت شخص-محور برای بهبود سلامت مادران و نوزادان در السالوادور، نتایج متعددی در پی داشت از جمله اینکه روابط جامعه با خدمات سلامت را بهبود بخشید، پیوندهای بین بخشی و سازوکارهای هماهنگی را تقویت کرد و از سال ۲۰۰۶ منجر به کاهش مرگ مادران به صفر در ۹۰ درصد از مناطق هدف شد (WHO, 2010).

به همین ترتیب مطالعات نشان می‌دهد که مداخلات شخص-محور با بهبود پیامدهای مرتبط با سلامت همراه بوده؛ از جمله خودمراقبتی بیمار، دستیابی به اهداف سلامت و سبک زندگی (Glass, Moss, & Ogle, 2012) و کاهش ابهام و عدم اطمینان در بیماری (Dudas et al, 2013). همچنین مداخلات شخص-محور منجر به افزایش ارتباطات، رضایت و بهبود روابط بین ارائه‌کنندگان و بیماران (Coleman, Medvene, & van Haitsma, 2013) شده است. بااین‌حال، تاکنون برخی از اقدامات مراقبت‌های سلامت شخص-محور یا مبتنی بر جمعیت، موفقیت‌آمیز نبوده‌اند (Srivastava, Singh, Montagu, & Bhattacharyya, 2018). در این بخش مضامین در چهار دسته کلی ارتقای سلامتی و به‌زیستی، توسعه روابط متقابل بیماران و ارائه‌کنندگان، بهبود هزینه اثربخشی و بهبود محیط شغلی طبقه‌بندی شده‌اند که در جدول ذیل قابل مشاهده است.

جدول ۸. مضامین مرتبط با نتایج و پیامدهای مراقبت شخص-محور (یافته‌های پژوهش)

مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه
ارتقای سلامت و به‌زیستی	خودکارایی و عملکرد کارکردی ^{۵۶} افزایش رضایت بیماران افزایش اعتماد به نفس ^{۵۷} بهبود کیفیت زندگی افزایش دسترسی به مراقبت
توسعه روابط متقابل بیمار و	افزایش کنترل و خودمراقبتی

53 Polio Campaign

54 Brazilian Family Health Strategy

55 Utilization Pattern

56 Functional Performance

57 Self-confidence

ارائه‌کنندگان	ارتقای کیفیت فرایندی مراقبت
بهبود هزینه اثربخشی	کاهش مخارج نظام سلامت کاهش مدت اقامت در بیمارستان اثربخشی زمان
بهبود محیط کاری	کاهش استرس و فرسودگی شغلی ارتقای رضایت شغلی افزایش ظرفیت پاسخگویی به نیازهای بیماران بهبود روند ترخیص شرایط روان‌شناختی حمایتی مناسب‌تر
مجموع	۴ مضمون سازمان‌دهنده، ۱۵ مضمون پایه

۵- نتایج

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، مراقبت شخص-محور یک مفهوم چندبعدی است که به صورت ذیل تعریف می‌شود: مراقبت شخص-محور نوعی «فلسفه مراقبت» بوده که مبتنی بر ارزش‌های شخصی‌سازی، رفق‌محوری، درگیرسازی و خودمختاری شکل می‌گیرد. این فلسفه مراقبت می‌تواند در لایه‌های مختلف مدل ارائه خدمت (مدل مراقبت) اعم از ارزش‌ها، اهداف، فرآیندها و مؤلفه‌ها، وظایف و نقش‌ها، و نتایج و پیامدهای مدل ظهور یابد و چارچوبی برای شاخص‌های ارزشیابی پسینی مدل‌های ارائه خدمت، مراکز ارائه‌کننده خدمات، نظام‌های سلامت و روابط بین‌بخشی نظام سلامت و سایر بخش‌ها فراهم کند. مولفه‌های سطوح مختلف مراقبت شخص-محور اعم از سطوح خرد، میانی و کلان و همچنین نتایج تجربی و اصول ارزشی آن، در شکل زیر (شکل ۶) قابل مشاهده است.



شکل ۶. مدل مراقبت شخص-محور (نتیجه‌گیری پژوهش)

پیشنهادهای

پژوهش حاضر با توجه به ضرورت بهبود/طراحی مدل‌های مراقبت در نظام سلامت ایران و همچنین از سویی دیگر، فقدان انباشت دانشی و تجارب عملیاتی در این زمینه، موارد زیر را پیشنهاد می‌کند: توسعه مراقبت شخص-محور بر اساس نیازهای جمعیت هدف و سطوح ارائه خدمات؛ شناسایی و رفع موانع اجرایی مراقبت شخص-محور؛ بررسی ابعاد تفکر انسان-محور و مراقبت شخص-محور از منظر دینی و اسلامی؛ طراحی ابزارهای سنجش مراقبت شخص-محور؛ تحلیل استراتژی‌های مراقبت شخص-محور در پاندمی کرونا و دوره پساکرونا؛ و ترویج مدل‌های موفق ارائه خدمت در کشور.

منابع

- آزادی احمدآبادی، محمد. صفاری، محمدسعید (۱۳۹۹). الگوی ارائه خدمت در حوزه سلامت با مرکزیت «رفق» به عنوان محور رابطه‌ی پزشک و بیمار: جغرافیای مشترک، سلامت و علوم انسانی. تهران. انتشارات دانشگاه امام صادق علیه‌السلام.
- پورهادی، سمانه (۱۳۹۵). طراحی مدل مراقبت از سالمندان ایرانی ساکن جامعه. دکترای تخصصی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دانشکده علوم توانبخشی.
- خانعلی مجن، لیلا (۱۳۹۶). طراحی مدل مراقبت تسکینی در کودکان مبتلا به سرطان. دکترای تخصصی پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی.
- فرهادفر، امیرحسین. نصیری‌پور، امیراشکان. حاجی‌نبی، کامران (۱۳۹۸). مروری جامع بر مراقبت‌های بیمارمحور در بیمارستان. مدیریت بهداشت و درمان. ۳۷(۹). ۹۱-۹۸.
- فیض‌اله‌زاده، سیما. خراسانی زواره، داود. واعظی، علی اکبر. میرزایی، مسعود (۱۳۹۸). طراحی مدل تداوم مراقبت بیماران قابل ترخیص مراکز درمانی در بلایا. نهمین کنگره بین‌المللی سلامت در حوادث و بلایا. تهران.
- ملازم، زهرا (۱۳۸۹). طراحی مدل مراقبت پرستاری از بیماران جراحی عمومی. رساله دوره دکتری تخصصی در رشته آموزش پرستاری. دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس. تهران.
- هاشمی، سیما (۱۳۹۹). تبیین فرآیند مراقبت خانواده محور در بیمارستان: گراند تئوری. دکترای تخصصی پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران.
- Abushousheh, A., & Brush, J. A. (2019). *Person-centered care: A policies and workforce toolkit for long-term care settings*. Hoboken NJ: Wiley-Blackwell.
- ACI (2013). *Understanding the Process to Develop a Model of Care: an ACI Framework*.
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making—the pinnacle patient-centered care.
- Bayyavarapu, S., Gibson, K., Costa, B., & Silva, A. (2019). Primary Care Models of Care-A scoping meta-review: Models of primary care for clients with chronic complex conditions.
- Bhattacharyya, O., Blumenthal, D., Stoddard, R., Mansell, L., Mossman, K., & Schneider, E. C. (2019). Redesigning care: adapting new improvement methods to achieve person-centred care. *BMJ quality & safety*, 28(3), 242–248.
- Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider, E., Steffenson, A. E. (2002). Views of practicing physicians and

- the public on medical errors. *New England Journal of Medicine*, 347(24), 1933–1940.
- Borgermans, L., Marchal, Y., Busetto, L., Kalseth, J., Kasteng, F., Suija, K., . . . Devroey, D. (2017). How to improve integrated care for people with chronic conditions: Key findings from EU FP-7 Project INTEGRATE and beyond. *International Journal of Integrated Care*, 17(4).
- Calisi, R., Boyko, S., Vendette, A., & Zagar, A. (2016). What is Person-Centred Care? A Qualitative Inquiry into Oncology Staff and Patient and Family Experience of Person-Centred Care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 47(4), 309–314. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2016.08.007>
- Coleman, C. K., Medvene, L. J., & van Haitsma, K. (2013). A Person-Centered Care Intervention for Geriatric Certified Nursing Assistants. *The Gerontologist*, 53(4), 687–698. <https://doi.org/10.1093/geront/gns135>
- Davidson, P., Halcomb, E., Hickman, L., Phillips, J., & Graham, B. (2006). Beyond the rhetoric: what do we mean by a model of care? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23.
- Doherty, M., Bond, L., Jessell, L., Tennille, J., & Stanhope, V. (2020). Correction to: Transitioning to Person-Centered Care: a Qualitative Study of Provider Perspectives. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 47(4), 618. <https://doi.org/10.1007/s11414-020-09692-7>
- Dudas, K., Olsson, L.-E., Wolf, A., Swedberg, K., Taft, C., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2013). Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centred care than in usual care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(6), 521–528. <https://doi.org/10.1177/1474515112472270>
- Edwards, H., Courtney, M., & Spencer, L. (2003). Consumer expectations of residential aged care: reflections on the literature. *International journal of nursing practice*, 9(2), 70–77.
- Eklund, J. H., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Meranius, M. S. (2018). “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 102(1), 3–11.
- Ferrer, A. P. S., Brentani, A. V. M., Sucupira, A. C. S. L., Navega, A. C. B., Cerqueira, E. S., & Grisi, S. J. F. E. (2014). The effects of a people-centred model on longitudinality of care and utilization pattern of healthcare services—Brazilian evidence. *Health Policy and Planning*, 29(suppl 2), ii107–ii113. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu077>
- Glass, N., Moss, C., & Ogle, K. R. (2012). A person-centred lifestyle change intervention model: Working with older people experiencing chronic illness. *International Journal of Nursing Practice*, 18(4), 379–387. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02054.x>

- Hobbs, J. L. (2009). A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing research*, 58(1), 52–62.
- Kuipers, S. J., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2019). The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Services Research*, 19(1), 13.
- Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M. D., & Paterson, P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine*, 32(19), 2150–2159.
- McCormack, B. (Ed.) (2020). *Fundamentals of person-centred care: Principles & practice for healthcare students* (First edition). Hoboken NJ: Wiley-Blackwell.
- Montenegro, H., Ramagem, C., Kwar, R., Matheson, D., Bengoa, R., Lacoa, R. F., Etienne, C. (2012). Making progress in people-centred care: country experiences and lessons learnt. *International journal of person centered medicine*, 2(1), 64–72.
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6–15. <https://doi.org/10.1177/0898010111412189>
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6–15. <https://doi.org/10.1177/0898010111412189>
- Morton, R. L., & Sellars, M. (2019). From patient-centered to person-centered care for kidney diseases. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 14(4), 623–625.
- Nasiru, S.-G., Aliyu, G. G., Gasasira, A., Aliyu, M. H., Zubair, M., Mandawari, S. U., El-Kamary, S. S. (2012). Breaking community barriers to polio vaccination in Northern Nigeria: the impact of a grass roots mobilization campaign (Majigi). *Pathogens and global health*, 106(3), 166–171.
- NHS Improvement (2017). *Oversight of new care models—key issues: your questions answered*: London: NHS Improvement, August.
- Nilsson, A., Lindkvist, M., Rasmussen, B. H., & Edvardsson, D. (2013). Measuring levels of person-centeredness in acute care of older people with cognitive impairment: evaluation of the POPAC scale. *BMC Health Services Research*, 13(1), 327.
- Pellegrino, E. D. (1981). A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions.
- Pfannstiel, M., & Rasche, C. (2019). *Service design and service thinking in healthcare and hospital management: Theory, concepts, practice*. New York NY: Springer Berlin Heidelberg.

- Pordes, E., Gordon, J., Sanders, L., & Cohen, E. (2018). Models of care delivery for children with medical complexity. *Pediatrics*, 141(Supplement 3), S212-S223.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2004). Redefining competition in health care. *Harvard Business Review*, 64–77.
- Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351–379.
- Roberts, S., Eaton, S., Finch, T., Lewis-Barned, N., Lhussier, M., Oliver, L., Temple-Scott, D. (2019). The Year of Care approach: developing a model and delivery programme for care and support planning in long term conditions. *BMC Family Practice*, 20.
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2007). *Handbook for synthesizing qualitative research*. New York, London: Springer.
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations: an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 21(2), 429–440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>
- Srivastava, A., Singh, D., Montagu, D., & Bhattacharyya, S. (2018). Putting women at the center: a review of Indian policy to address person-centered care in maternal and newborn health, family planning and abortion. *BMC Public Health*, 18(1), 1–10.
- Strachan, H. (2016). *Person-centred caring: its conceptualisation and measurement through three instruments (personalisation, participation and responsiveness)*. Glasgow Caledonian University.
- Sturmberg, J. P. (2018). *Health system redesign: How to make health care person-centered, equitable, and sustainable / Joachim P. Sturmberg*. Cham, Switzerland: Springer.
- Truglio, J., Graziano, M., Vedanthan, R., Hahn, S., Rios, C., Hendel-Paterson, B., & Ripp, J. (2012). Global health and primary care: increasing burden of chronic diseases and need for integrated training. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 79(4), 464–474.
- Van Niekerk, L., Chater, R., Naydenova, E., Lim, J., Chamas, L., Manderson, L., . . . Bonnici, F. (2017). Social innovation in health: case studies and lessons learned from low-and middle-income countries.
- WHO (2007). *People-centred health care: a policy framework*.
- WHO (2018a). Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services.
- WHO (Ed.) (2010). *People-centred care in low-and middle-income countries*.

Young, P. L., Olsen, L., & McGinnis, J. M. (2010). Value in Health Care:
Accounting for Cost. *Quality, Safety, Outcomes, and Innovation*.