

- وصول مقاله: ۹۸/۲/۲۹
- اصلاح نهایی: ۹۸/۳/۸
- پذیرش نهایی: ۹۸/۳/۱۸

مروری جامع بر مراقبت‌های بیمارمحور در بیمارستان

امیرحسین فرهادفر^۱ / امیراشکان نصیری پور^۲ / کامران حاجی‌نبی^۳

چکیده

مقدمه: مطالعات نشان می‌دهد که بیش از پنجاه درصد بیماران، اطلاعات روشنی درباره خدمات درمانی خودشان دریافت نمی‌کنند و در نتیجه، درمان آنها با مشارکت خودشان انجام نمی‌پذیرد. این مقاله به دلیل اهمیت روزافزون مراقبت‌های بیمارمحور در نظام سلامت با هدف بررسی و شناخت آن در بیمارستان‌ها نوشته شد.

روش پژوهش: پژوهش حاضر مطالعه‌ای مروری است که از طریق جستجو در منابع علمی معتبر از جمله Pubmed، Elsevier، Springer و سایر منابع اطلاعاتی فارسی نظیر Magiran و SID بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۸ انجام گرفته است. برای جستجو در منابع انگلیسی مذکور از کلید واژه‌هایی چون Patient-Centered Care و Patient-Centredness و برای جستجو در منابع فارسی از کلید واژه‌هایی هم‌چون مراقبت بیمارمحور و ارتباط پزشک و بیمار استفاده شد.

یافته‌ها: بیمارمحوری دارای تعاریف متفاوتی بوده تمرکز مراقبت‌های درمانی را از بیماری به سمت بیمار سوق می‌دهد. لذا ارائه خدمات سلامت از یک الگوی پزشک سالارانه سنتی که در آن پزشک بهتر از همه می‌داند به یک روش مراقبتی بیمارمحور در حال تغییر است. هدف اصلی بیمارمحوری، مشارکت بیماران و خانواده آنها در ارائه خدمات می‌باشد.

نتیجه‌گیری: در نظام سلامت بیمارمحور 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 برای افزایش مشارکت بیماران در روند درمانی اجرا کنند تا علاوه بر افزایش رضایت بیماران، نتایج درمانی بهتری حاصل شود.

کلید واژه‌ها: بیمارمحوری، مراقبت، بیمارستان.

- ۱- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۲- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: nasiripour@srbiau.ac.ir
- ۳- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

تغییر است. هدف اصلی بیمارمحوری مشارکت بیماران و خانواده آنها در ارائه خدمات می‌باشد [۸].

در دنیا تعریف یکسانی برای ارائه خدمات بیمارمحور وجود ندارد چون واژه کلی می‌باشد با نقطه نظرات گوناگون. جستجوی کل نگرانه‌ای که نیاز به دسترسی خدمات سلامت را با احترام و پاسخگویی، ارتباط در جهت مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌ها همراه کرده بر پایه درک ارزش‌های بیمار و احترام به ترجیحات وی بنا می‌شود [۸]. Robb و Seddon در تعریف بیمارمحوری مفاهیم آگاهی و مشارکت بیماران، احترام به ترجیحات بیمار، درگیری بیماران در فرآیند درمان، درمان بیماران با احترام، طراحی فرآیندهای درمان مطابق با نیازهای بیماران و نه ارائه کننده، دسترسی راحت به اطلاعات سلامت و تداوم مراقبت را در نظر گرفتند. Balint، پزشکی بیمارمحور را درک بیمار به عنوان وجودی منحصر به فرد توصیف می‌کند در حالی که Long و Byrne آن را به عنوان شیوه‌ای از مشاوره که پزشک در آن از دانش و تجربه بیمار به منظور انجام مداخله یا فرآیند درمان استفاده می‌کند تعریف می‌کنند. McWhinney، مراقبت بیمارمحور را به عنوان رویکردی در نظر می‌گیرد که در آن پزشک در تلاش است که وارد دنیای بیمار شود تا بتواند بیماری را از دریچه چشمان وی ببیند. از دیدگاه Laine و Davido، مراقبت بیمارمحور مراقبتی است که هم‌خوان و پاسخگو به خواسته‌ها، نیازها و ترجیحات بیمار باشد [۹].

بیمارمحوری امروزه به عنوان یک مسئله جهانی مطرح می‌شود و طبق اعلام موسسه پزشکی آمریکا، یکی از شش جزء اصلی کیفیت خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد [۳]. در سال ۲۰۰۱ انستیتو پزشکی آمریکا در گزارش کلیدی خودش با نام عبور از دره کیفیت، بیمارمحوری را یکی از ابعاد کلیدی کیفیت خدمات سلامت معرفی نمود [۱۰]. هدف اصلی این مطالعه، مروری جامع بر متون بیمارمحوری در خدمات درمانی بیمارستان بود.

به طور کلی مراقبت، عملی وسیع تر از انجام توجهات درمانی، توانبخشی یا پیشگیری قلمداد می‌شود [۱]. هر تعریفی که بخواهد مراقبت را توضیح دهد باید حاوی دو جزء کلیدی باشد: جزء اول به جنبه‌های جسمانی و تکنیکی مراقبت و جزء دوم به موضوعات روانی، اجتماعی و نیازهای عاطفی ارتباط دارد و توجه به جنبه‌های روانی، اجتماعی و نیازهای عاطفی بیماران بیش از توجه به جنبه‌های تکنیکی مراقبت موجب رضایت بیماران می‌شود [۲]. در حالی که مهم‌ترین بعد نادیده گرفته شده در ارائه مراقبت‌ها، محوریت بیمار می‌باشد [۳].

امروزه کیفیت را خواسته مشتری تعریف می‌کنند و انتظارات مشتری را اصلی‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت می‌دانند. ارائه‌دهندگان خدمات در تلاش هستند تا ابزارهای ارزیابی کیفیتی را که به طور معنادار بر مشتری محوریت تأکید می‌کنند، به کار ببرند [۴]. از آنجا که بیمارمحوری تمرکز مراقبت‌های درمانی را از بیماری به سمت بیمار سوق می‌دهد، این موضوع اهمیت روز افزونی یافته است [۳].

در حیطه ارائه خدمات درمانی صاحب نظران اخلاق پزشکی معتقدند بیمار دارای استقلال بوده و باید خود، بر اساس اطلاعاتی که دریافت می‌نماید از بین راه‌های درمانی مختلف بهترین آنها را انتخاب نماید به عنوان مثال امتناع از درمان جزء حقوق بیمار محسوب می‌شود در این راستا امروزه الگوی ارتباطی از الگوی قدیمی با مرکزیت پزشک و بیماری محور به الگوی جدید بیمارمحور و انسان محور تغییر کرده است [۵، ۶]. بر اساس این مفهوم، پزشک باید دید و شناخت کاملی از بیمار داشته باشد همانند شناختی که از بیماری او به دست می‌آورد [۳] به زبان دیگر در نظام سلامت بیمارمحور به جای تمرکز بر تصمیم و اولویت‌های پزشک، بر روی نیازها و نگرانی‌های شخص بیمار متمرکز می‌شوند [۷] لذا ارائه خدمات سلامت از یک الگوی پزشک سالارانه سنتی که در آن پزشک بهتر از همه می‌داند به یک روش مراقبتی بیمارمحور در حال

روش پژوهش

پژوهشگران با مرور بر مطالعات مرتبط تلاش کردند به وضعیت دانش فعلی درباره مراقبت بیمارمحور در بیمارستان‌ها بپردازند. این پژوهش با بررسی مقالات ارائه شده در خصوص بیمارمحوری طی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۸ انجام شد. به همین منظور کلمات کلیدی Patient-Centered Care و Patient Centredness در منابع انگلیسی مانند: Elsevier، Springer، Pubmed و کلمات کلیدی مراقبت بیمارمحور و ارتباط پزشک و بیمار در منابع فارسی نظیر: Magiran و SID مورد جستجو قرار گرفتند. در این راستا تعداد ۳۸ مقاله بررسی شد که ۱۶ مقاله به دلیل عدم دسترسی به کل مقاله، عدم ارتباط موضوع مقاله با پژوهش حاضر و همپوشانی در پایگاه داده خارج شد و ۲۲ مقاله مورد بررسی قرار گرفت سپس اطلاعات مرتبط به روش فیش‌برداری جمع‌آوری و طبقه‌بندی شد.

یافته‌ها

در حالی که بسیاری از صنایع، ارتباط با مشتری و افزایش مشارکت آن‌ها را محور خدمات خودشان قرار داده اند بخش خدمات سلامت هنوز راه زیادی برای مشتری‌محوری پیش رو دارد. مطالعات انستیتو پزشکی آمریکا نشان می‌دهد که بیش از پنجاه درصد بیماران اطلاعات روشنی درباره خدمات درمانی خودشان دریافت نمی‌کنند و در نتیجه درمان آن‌ها با مشارکت خودشان انجام نمی‌پذیرد [۱۰]. بررسی شکایات مربوط به پزشکان نشان می‌دهد بسیاری از آنها به مهارت‌های علمی پزشک مربوط نمی‌شود بلکه ناشی از نحوه برقراری ارتباط با بیمار است [۶]. هم‌چنین با مرور بر مطالعات اخیر در می‌یابیم که:

- پزشکان به طور متوسط ظرف بیست و سه ثانیه اول، حرف بیماران خود را قطع می‌کنند.
- پزشکان در بیشتر از پنجاه درصد ویزیت‌های سرپایی به سؤالات بیماران پاسخ نمی‌دهند.

- پزشکان کمتر از یک دقیقه زمان، صرف توضیح نسخه تجویزی خود برای بیمار می‌کنند.

- بیماران از ترس درگیر شدن با پزشکان از سؤال کردن واهمه دارند [۱۱].

مطالعه Stojan و همکارانش نشان داد که دانشجویان پزشکی به ندرت مهارت‌های ارتباطی را در دوران کلاس‌های تئوری یاد گرفته مگر زمانی که کاملاً درگیر فرآیندهای مراقبتی بیمار می‌شوند. یکی از روش‌های قدرتمند فراگیری فنون ارتباطی، مشاهده مستقیم مهارت‌های ارتباطی پزشکان است که ارتباط بیمارمحور پزشک و بیمار را برانگیخته کرده در یادگیری آن به دانشجویان کمک می‌کند. Johnson و همکارانش دریافتند که پزشکان چهل و سه درصد بیشتر از بیماران سیاه پوست با بیماران سفید پوست صحبت کرده و از واژگان مثبت برای آنها بیشتر استفاده می‌کردند [۱۲].

در مطالعه‌ای که توسط Constand انجام شد سه مولفه از مراقبت بیمارمحور شناسایی گردید: ارتقای سلامت، ارتباطات و مشارکت [۱۳]. Mead و

Bower یک چارچوب مفهومی برای بیمارمحوری در پنج بعد ارائه دادند: ارائه خدمات درمانی در یک بستر روانی، اجتماعی، زیستی؛ استخراج تجربیات بیماران از بیماری خود، تشویق به مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها توسط بیمار، اتحاد تیم درمانی و ایجاد حساسیت پیرامون نشانه‌های هیجانی بیمار [۱۴]. Goodrich و Cornwell یافتند که درک از مراقبت بیمارمحور قابل تغییر است و برای افراد مختلف، معانی متفاوتی دارد چرا که مدیران، متخصصین، سیاستگذاران و حتی بیماران از آن استفاده ابزاری می‌کنند [۱۵].

در مطالعه اسماعیلی و دیگران موانع دستیابی به مراقبت بیمارمحور در بخش‌های مراقبت ویژه از نگاه پرستاران عبارت بود از: ۱- کمبود تفاهم مشترک تیمی، ۲- موانع فردی و ۳- موانع سازمانی [۱۶]. در مطالعه لودک، میزان بیمارمحوری یک مراقبت یکپارچه در آلمان اندازه‌گیری گردید [۱۷]. اصول هشت‌گانه موسسه Picker برای خدمات بیمارمحور از هفت بعد

مراقبت بیمارمحور در کتاب «از نگاه بیماران» نشأت گرفته است. سپس در سال ۱۹۸۷، به این اصول هفت گانه، اصل هشتم اضافه گردید و آن اصل، اصل دسترسی به خدمات و مراقبت‌ها بود که این اصول در شکل شماره ۱ نشان داده شده است [۱۸]. (شکل ۱)

در استرالیا، مراقبت بیمارمحور برای بیشتر از یک دهه، عملیاتی شده است. یکپارچگی در رویکرد بیمارمحوری در بالین، تغییراتی را در ارائه خدمات بالینی منجر می‌شود مثل: برقراری ارتباط در تحویل و تحول بیماران به صورت بالینی و در نتیجه افزایش حضور اعضای خانواده در راندهای پزشکی. به صورت سنتی، تحویل و تحول بیماران دور از دید آنها انجام شده و آنها یکپارچگی لازم در ارائه خدمات به خودشان را متوجه نمی‌شوند. تحویل و تحول بیماران به صورت تخت به تخت و کاملاً بالینی، ارتباط با بیماران را ارتقا داده، فرصتی ایجاد می‌کند که آنها را در برنامه مراقبتی مشارکت داده، به سؤالات آنها پاسخ داده شود. کمیسیون ایمنی و کیفیت خدمات درمانی استرالیا و سازمان بهداشت جهانی، این ابتکار عمل را در ارتقای ایمنی بیمار بسیار کلیدی می‌دانند. در استرالیا افزایش مشارکت در تحویل و تحول‌ها و در گزارشات کارکنان، ارتقای ایمنی بیماران به میزان چهل و چهار درصد را نشان می‌دهد. رویکرد بیمارمحوری به خانواده‌ها اجازه می‌دهد نگرانی‌هایشان را برای تیم پرستاری و در صورت نیاز بقیه تیم درمانی بیان کنند. طبق مطالعات Gerdik و دیگران در سال ۲۰۱۰ اجرای این رویکرد در سازمان‌های ارائه خدمات درمانی استرالیا، کاهش محسوسی در میزان مرگ و میر بیماران ایجاد کرده است (از ۲۲٫۹ به ۸٫۱ مرگ در هزار پذیرش) و کاهش چشم‌گیر در تماس‌های اورژانس شهر (از ۲۵٫۲ به ۱۷٫۴ در ماه). در مجموع، افزایش اثربخشی بالینی و ایمنی بیماران، افزایش سطح رضایت‌مندی بیماران و عملکرد مراکز درمانی از فواید رویکرد بیمارمحور است [۸].

اجرای بیمارمحوری در مراقبت‌های اولیه بهداشتی، مدیریت بیماران با پرفشاری خون مزمن، اصلاح خودباوری بیمار، کاهش استرس و افزایش توانمندسازی

بیمار در مدیریت بیماران دیابتی مفید است. مراقبت بیمارمحور در توسعه بخش‌های بالینی مثل بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، فضای بالینی را طوری طراحی می‌کند که انعطاف پذیر و ایمن بوده، حریم خصوصی حفظ شده، فرآیند شیردهی به نوزاد و درمان کانگورویی را حمایت کرده، دید مستقیم به نوزاد را نیز حفظ کرده، ایمنی مراجعین و کارکنان و ایجاد یک حس مشترک را در آنها ارتقا می‌دهد [۸].

از سوی دیگر نتایج نشان داده است که پرستاران به اقداماتی مثل گزارش‌نویسی، پوشیدن لباس‌های تمیز و مرتب، کنترل علائم حیاتی، گزارش وضعیت بیمار به پرستار مافوق، بیشتر اهمیت داده در صورتی که رفتارهایی مثل کمک به بیماران در فعالیت‌های روزانه، نشستن در بالین بیمار و صحبت کردن و گوش دادن به حرف‌های بیمار از کمترین اهمیت برخوردار است. مراقبت بیمارمحور، توسعه اخیر الگوی‌های ارائه مراقبت پرستاری نیز می‌باشد چرا که روتین محوری به مرور باعث جایگزین شدن «بیماری محوری» به جای «بیمارمحوری» در پرستاری شده است. در این روش، پرستار مسؤول رهبری تیم درمان می‌باشد [۱۹،۲].

بحث و نتیجه‌گیری

شیوه سنتی تصمیم‌گیری متخصصین خدمات درمانی بر این عقیده استوار بود که فقط آنها می‌دانند چه چیزی برای بیمار بهتر است [۹] و این در حالی است که بیمار در بیمارستان محور اصلی است و در واقع بیمار است که باید مشخص نماید که چه جنبه‌هایی از خدمت سودمندترین است و نه آن که ارائه دهنده خدمات آن را مشخص سازد [۴].

Kreindler مراقبت‌های بیمارمحور را مراقبت‌هایی می‌داند که روی بیمار متمرکز می‌گردد. آنچه که در این میان مغفول می‌ماند چگونگی اجرای این چشم‌انداز است که در این زمینه مطالعات کمی صورت گرفته است [۱۵]. این روش به سرمایه‌گذاری زیادی در آموزش بیماران و سطح سواد سلامت جامعه نیاز دارد و فقط با پرورش مشارکت مردم حاصل می‌شود [۲۰].

بر اساس مطالعه Kane و همکاران، مراقبت بیمارمحور در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلب، کیفیت زندگی را ارتقا داده، نرخ بستری مجدد این بیماران را کاهش داده و مشارکت بیماران را در فرآیند درمان افزایش می‌دهد [۲۶]. در مطالعه Debra و همکاران نتایج به دست آمده نشان داد که مراقبت بیمارمحور در زمینه رضایت‌مندی بیماران و هم‌چنین پنداشت آنان از کیفیت خدمات موثر بوده است [۲۷]. در مطالعه Steel و Foley نسبت بالایی از تجربیات مثبت مانند مراقبت بیمارمحور در مشاوره‌های طبیعت درمانی، تغذیه و هومئوپاتی مشاهده شد [۲۸]. در پژوهش علوی زاده و همکاران نیز نشان داده شد که بین ابعاد مراقبت بیمارمحور، روابط پزشک و پرستار با بیمار از اهمیت بیشتری برخوردار است [۲۷]. طبق مطالعات Schwartz و همکارانش، بیماران از کارکنان انتظار دارند که به آنها فکر کنند یا حداقل به حرف‌های آنها گوش داده، پاسخ داده و به این شکل دلواپسی‌ها و نگرانی‌هایشان را برطرف نمایند. در صورتی که بی‌توجهی و کوچک‌انگاری کارکنان نسبت به بیماران، در ذهن بیماران پررنگ شود، فرصت ارائه خدمات بیمارمحور از دست خواهد رفت [۹].

با بررسی مطالعات فوق در می‌یابیم که مطالعات Constand، Mead و Bower و موسسه Picker در زمینه ابعاد مشارکت بیمار و خانواده وی، ارتباط صحیح با بیمار و یکپارچگی خدمات در مراقبت بیمارمحور هم‌خوانی دارند و از طرف دیگر پژوهشگران در افزایش رضایت‌مندی بیماران در مراقبت‌های بیمارمحور اشتراک نظر دارند اما با وجود توجهاتی که به موضوع بیمارمحوری صورت گرفته است هنوز به عنوان الزامات اساسی و دارای اولویت در نظر گرفته نمی‌شود. وجود برخی باورهای غلط در این زمینه موانع زیادی ایجاد کرده است از جمله این که:

- شواهد زیادی وجود ندارد که نشان دهد خدمات بیمارمحور موثر است.
- ارائه خدمات بیمارمحور بسیار هزینه بر است و گران تمام می‌شود.

موسسه Picker با طرح ارائه خدمات بیمارمحور جلودار پژوهشی شد که بر هشت اصل تاکید می‌کرد. با توجه به نیازهای انفرادی بیماران، این نگرش سطح کیفیت خدمات سلامت را ارتقا داد. در همین راستا پرستاران ظرفیت لازم جهت عملیاتی کردن رویکرد بیمارمحوری را دارا می‌باشند. رهبری تحول، فعالیت‌های خلاقانه مثل احترام به انتخاب بیمار، رویکرد تیمی در جهت برطرف کردن نیازهای بیماران و ایجاد رضایت آنها در پرستاری اتخاذ می‌شود. این موارد نقش حیاتی پرستاران را در انجام مراقبت‌های بیمارمحور بیش از پیش مشخص می‌کند [۸].

مطالعه بهرامی و همکاران تحت عنوان تاثیر برنامه ارتباطی، آموزشی بر رضایت‌مندی بیماران مبتلا به سرطان تحت عمل جراحی در بیمارستان سیدالشهدای اصفهان، تاثیر مثبت برنامه مراقبتی (بیمارمحوری) پرستاران بر رضایت‌مندی کلی از کنترل درد را نشان داد [۲۱]. بر اساس مطالعه آقایی هشجین و همکاران، حداکثر هفتاد و دو درصد از استراتژی‌های بیمارمحوری در بیمارستان‌های ایران اجرایی شده است و در این راستا ایجاد فرهنگ بیمارمحوری و همکاری با بیماران و خانواده‌های آنان نیاز به توجه بیشتری دارد [۲۲]. در مطالعه‌ای که توسط مسعودی اصل و همکاران انجام شد بین رعایت استانداردهای کمیسیون مشترک بین‌المللی در حیطه بیمارمحوری با جذب گردشگران سلامت در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران ارتباط وجود دارد [۲۳].

در مطالعه فرنی و همکاران در یزد، نتایج نشان داد که مراقبت خانواده محور می‌تواند رضایت‌مندی بیماران و خانواده‌های آنان از خدمات دریافتی را تحت تاثیر قرار داده همانند مراقبت بیمارمحور، سعی در ارتقای مشارکت بیمار و خانواده وی در تصمیم‌گیری برای انتخاب فرآیندهای درمانی دارد [۲۴]. هم‌چنین در مطالعه ای که توسط عباسی و دیگران انجام شد میزان آمادگی بیمارستان‌های منتخب اصفهان بر اساس الگوی عملکردی استاندارد اعتباربخشی کمیسیون مشترک بین‌الملل در استانداردهای بیمار محور حدود شصت و چهار درصد بود [۲۵].

و خانواده وی در ارائه خدمات را نشان داده و لزوم توجه به رویکرد بیمارمحوری را بیشتر از قبل مورد توجه قرار می‌دهد [۱۰].

برای ارتقای جایگاه تیم درمان و برای دست یافتن به رضایت عمومی بیماران ضروری است که زیرساخت‌های نظام سلامت کشور اصلاح شده و رویکرد بیمارمحور به طور گسترده در کشور آموزش و اجرا شود. در جهت عملیاتی کردن این مهم باید ضمن افزایش سطح سواد سلامت مردم و جلب مشارکت آنها، جایگاه ویژه پرستاران به عنوان وکیل مدافع بیماران مورد توجه ویژه قرار گیرد. با قرار دادن عنوان بیمارمحوری در طرح درس تحصیلات آکادمیک رشته‌های درمانی به ویژه پزشکان و پرستاران، طراحی یک محور جداگانه تحت عنوان بیمارمحوری در سنجش‌های اعتباربخشی بیمارستان‌ها، اجرای روش مراقبت پرستاری بیمارمحور در مراکز درمانی و طراحی مدل بومی‌سازی شده برای ارائه خدمات درمانی بیمارمحور در ایران می‌توان به اجرای مراقبت‌های بیمارمحور در کشورمان کمک نمود.

- ارائه خدمات بیمارمحور وقت زیادی از پرستاران می‌گیرد.
- ارائه خدمات بیمارمحور نیاز به ساختارها و برنامه‌های جامعی دارد.
- دسترسی بیماران به اطلاعات و پرونده‌های پزشکی، محرمانگی خدمات را مخدوش می‌کند.
- بیماران انتظارات غیرمعقولی دارند.
- اگر خانواده بیماران درگیر خدمات شوند باعث بروز تاخیر، خطاهای پزشکی و عفونت‌های بیمارستانی می‌شود.
- خدمات بیمارمحور باعث محدود شدن کادر درمان می‌شود.

با این وجود عوامل بسیاری باعث افزایش توجه به موضوع بیمارمحوری شده است از جمله افزایش انتظارات بیماران، اصلاحات نظام سلامت، وجود برنامه‌های نظارتی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها و افزایش رویکردهای مشتری محوری در حوزه خدمات سلامت، شواهدی که اثر مثبت و سازنده مشارکت بیمار



شکل ۱ - اصول موسسه Picker در مراقبت بیمارمحور [۱۸]

Reference:

- 1- Sadaghiani E .Hospital Organization and Management (Vol. 1). Tehran, Iran: Jahan Rayaneh; 2016: 351-55. [Persian]
- 2- Faghihipour J, Fooladvand F, Ramezanpour Nargesi G .Human Capital Management in Nursing (Vol. 2). Tehran, Iran: Darolfonoon; 2018: 707-66. [Persian]
- 3- Vosough Taghi Dizaj A, Baniasadi A, Ezabadi Z, Kermani B. The Effect of Quality System Management on Patient Centeredness in an Infertility Care Center. *Shefaye Khatam.*, 2015; 3 (S1): 53-62. [Persian]
- 4- Houshmand E, Ebrahimipour H, Doosti H, Vafaei NA, Mahmoudian P, Hosseini SE. Validity and reliability of the Persian version of quality assessment questionnaire (SERVUSE model). *Payesh*, 2016; 5: 515-22. [Persian]
- 5- Hojjati H .Principles and Theories of Management and its Application in Nursing .Tehran, Iran:Jameenegar; 2018: 1-6. [Persian]
- 6- Moin A, Anbari Akmal K. The Patient-Physician Communication. *Daneshvar Medicine*, 2010; 17 (85): 71-80. [Persian]
- 7- Nasr A. What is patient-centered healthcare? 2016; [1]. Available at: <https://meidaan.com/archive/20567>. July 5, 2018. [Persian]
- 8- Delaney LJ. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*, 2018 Feb 1; 25(1): 119-23.
- 9- 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 Aug 15; 15(3): 31-9. [Persian]
- 10- Dehnavi H. The participation of patients in their services is low. 2015; [2]. Available at: <http://healthcareimprovement.ir>. July 2, 2018. [Persian]
- 11- Guastello S. HALE M. Patient-centered communication strategies: Shifting from communicating to patients to communicating with them. *Northern Westchester Hospital. Article for Case in Point*, 2014 June; 1.
- 12- Stojan JN, Clay MA, Lypson ML. Assessing patient-centred care through direct observation of clinical encounters. *BMJ Quality & Safety Online First*, 2015 Sep; 1.
- 13- Constand MK, MacDermid JC, Dal Bello-Haas V, Law M. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC health services research*, 2014 Dec; 14(1): 271.
- 14- Wilkerson L, Fung CC, May W, Elliott D. Assessing patient-centered care: one approach to health disparities education. *Journal of general internal medicine*, 2010 May 1; 25(2): 86-90.
- 15- Kreindler SA. The politics of patient-centred care. *Health Expectations*, 2015 Oct; 18(5): 1139-50.
- 16- Esmaeili M, Cheraghi MA, Salsali M. Barriers to patient-centered care: A thematic analysis study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 2014 Feb 1; 25(1): 2-8.
- 17- Lüdecke D. Patient centredness in integrated care: results of a qualitative study based on a systems theoretical framework. *International journal of integrated care*, 2014 Nov 6; 14(4): 1.
- 18- Picker Institute. *Picker Principles*. 2013 [1]; Available at: <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/on>. July 12, 2018.
- 19- Dehghan nayeri N, Salehi T .Principles of Nursing Management.

- Tehran, Iran: Bashari; 2010: 103. [Persian]
- 20- WHO Regional office for Europe .Health 2019, .A European policy framework and strategy for the 1st century. Copenhagen, Denmark: Publications WHO Regional Office for Europe; 2013: 106.
- 21- Bahrami M, Dehghani S, Eghbali M, Darya Beigi R. The effect of a communicative - educative program on patients' satisfaction from pain management following cancer surgery. *Medical Ethics Journal*, 2015; 8(26): 47-67. [Persian]
- 22- Hashjin AA, Kringos DS, Manoochehri J, Ravaghi H, Klazinga NS. Implementation of patient safety and patient-centeredness strategies in Iranian hospitals. *PloS one*, 2014 Sep 30; 9(9): 1.
- 23- Masoudiasl I, Nasiri T, Dopeykar N, Shams L. Observance of the Patient-Oriented Standards of Joint Commission International and Its Relation to Attracting Of Health Tourists in Selected Hospitals in Tehran, Iran. *Journal of Payavard Salamat*, 2015 Jul 15; 9(2):192-202. [Persian]
- 24- Farnia F, Fooladi L, Nasiriani Kh, Lotfi MH. Effectiveness of Family-Centered Care on Family Satisfaction in Intensive Care Units. *Hakim Health Sys Res*, 2015; 17(4): 306- 12. [Persian]
- 25- Abbasi S, Tavakoli N, Moslehi M. Readiness of hospitals with quality management systems based on Joint Commission on accreditation standards. *Health Information Management*, 2012; 9(4): 512. [Persian]
- 26- Kane PM, Murtagh FE, Ryan K, Mahon NG, McAdam B, McQuillan R, et al. The gap between policy and practice: a systematic review of patient-centred care interventions in chronic heart failure. *Heart failure reviews*, 2015 Nov 1; 20(6): 673-87.
- 27- Alavizade M, Nasiripour AA, Jadidi R. The Relationship between Patient-Centered Care and Health Outcomes in a Hospital: Tehran. ndhj.lums.ac.ir 3, 2016; 7 (2): 17-25. [Persian]
- 28- Foley H, Steel A. Patient perceptions of patient-centred care, empathy and empowerment in complementary medicine clinical practice: A cross-sectional study. *Advances in integrative medicine*, 2017 Apr 1; 4(1): 22-30.

A Comprehensive Review of Patient-Centered Care in the Hospitals

Abstract

Farhadfar H¹, Nasiripour AA², Haji Nabi K³

Introduction: Research shows that more than 50% of patients do not receive clear information about their own healthcare services and consequently their treatment is not performed with their own participation. The present study was conducted aiming at investigating and recognizing patient-centered care in hospitals for its increasing significance in the health system.

Methods: The research is a review study conducted through a search of reputable scientific databases such as Springer, Elsevier, Pubmed as well as Persian databases such as Magiran and SID between 2010 and 2018. Key terms such as “Patient-Centered Care” and “Patient Centredness” were used to search the English databases, and to search in Persian databases, key terms such as "Patient-focused care" and "Relationship between doctor and patient" were employed.

Results: The patient-centeredness has different definitions, leading the focus of treatment from illness to patients. Therefore, providing health services is based on a traditional physician-centered model, in which the physician knows best, is changing to a patient-centered healthcare approach. The main goal of the patient-oriented approach is the participation of patients and their families in providing services.

Conclusion: In a patient-centered health system, instead of focusing on the physicians' decisions and priorities, the focus is on the patients' needs and concerns, and in this regard, the healthcare centers should implement programs to increase the patients' participation in the therapeutic process so that in addition to increasing patient satisfaction, better therapeutic results can be achieved.

Keywords: Patient-Centeredness, Care, Hospital.

1- Ph.D Student of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, (Corresponding Author), nasiripour@srbiau.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran