Volume 24, Issue 5 (September- October 2025)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

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

Elnaz Rezaei[1], Hamed Dehnavi[1*], Lida Shams[1]

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.61882/payesh.24.5.601]

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

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

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
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۸ آبان ۱۴۰۴]
نشریه پایش: ۶۱۵- ۶۰۱ :(۵)۲۴؛ ۱۴۰۴

چکیده

مقدمه: بیمارمحوری به‌عنوان یکی از ابعاد کیفیت خدمات سلامت به یک اولویت جهانی در نظام‌های سلامت تبدیل شده است. بااین‌حال 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 مجموعا ۶۵ تعریف از بیمارمحوری استخراج شد. همچنین ۴۵جزء برای بیمارمحوری شناسایی شد که در فرایند تحلیل موضوعی در هشت بعد گروه‌بندی شدند. این ابعاد عبارت‌بودند 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 به‌عنوان 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 نه‌تنها به بهبود کیفیت خدمات سلامت کمک می‌کنند، بلکه تجربه بیماران را از دریافت خدمات به طور قابل‌توجهی ارتقا می‌دهد. این رویکرد منجر به ایجاد یک نظام مراقبتی متعالی و پایدار خواهد شد که در آن بیماران نه‌تنها به‌عنوان دریافت‌کنندگان خدمات، بلکه به‌عنوان 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 سیاست گذاری سلامت
E-mail: hamedehnavi@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.61882/payesh.24.5.601]

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 گرفته اند [۱۳-۷]. 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.601]

موتورهـای جسـتجوی Google و Google Scholar انجـام شـد. کلیدواژه‌های مورداستفاده برای جستجو شامل اصـطلاحات Mesh و دیگر کلیدواژه رایـج مـرتبط بـا موضـوع شـامل patient-centered, care, service, model, definition, dimension به زبان انگلیسـی و کلیـدواژه‌هـای فارسـی بیمـارمحوری، مراقبـت، خـدمات بـود. از عملگرهای بولی (AND، OR و NOT) برای ترکیب این کلیدواژه‌هـا استفاده شد. تمامی مقالات فارسی که در سال‌های ۱۳۸۱ تـا ۱۴۰۲ و همچنین مقالات انگلیسی که پس از سـال ۲۰۰۰ تـا سـال ۲۰۲۳ منتشـر بـود جسـتجو شـدند. معیارهـای ورود بـه مطالعـه شـامل دسترسـی بـه مـتن کامـل مقالـه و پـرداختن بـه ابعـاد و مفهـوم بیمارمحوری بود. مقالات خـارجی غیرانگلیسـی، تکـراری، نامـه بـه سردبیر و مطالعاتی که فاقد غنای مفهومی لازم در رابطه بـا موضـوع مورد نظر بود از مطالعه خارج شدند. یـک نمونـه جسـتجوی انجـام 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 ابتـدا مقـالات از نظـر معیارهـای ورود و خـروج مورد بررسی قرار گرفتند تا مطالعات واجد شرایط شناسـایی شـوند. در مرحله دوم مقالات به‌دست‌آمده بر اساس عنـوان و چکیـده و در مرحله سوم سه محقق به طور مستقل به بررسی متن کامل مقـالات پرداختند در نهایت لیسـت‌هـا تطبیـق داده شـده و مقـالات نهـایی انتخاب شدند. برای استخراج داده از مقالات یـک فـرم در نـرم‌افـزار Word 2016 طراحی شد. این فرم شامل عنوان مقاله، نام نویسـنده، تاریخ چاپ، مجله، کشور محل انجام پژوهش، روش پژوهش، تعریف ارائه شده از بیمارمحوری و ابعاد بیمارمحوری بود. تحلیـل داده‌هـای پـژوهش بـا رویکـرد کیفـی و روش تحلیـل موضـوعی انجـام شـد. داده‌های به‌دست‌آمده با نرم‌افزار MAXQDA نسـخه ۲۰۲۰ تحلیـل شد تا تعریف و ابعاد نهایی بیمارمحوری به دست آید.

یافته ها

در جستجوی اولیه تعداد ۴۱۹۶ مطالعه بازیابی شـد. پـس از حـذف موارد تکراری و فاقد متن کامل، تعداد ۳۵۴۸ مقالـه جهـت بررسـی عنوان و چکیده باقی ماندند. در ایـن مرحلـه ۳۲۵۹ مـورد حـذف و ۲۸۹ مورد به مرحله بررسی متن کامل وارد شدند. از این تعـداد ۳۹ مقاله که در بر گیرنده پاسخ سـوال پـژوهش بـوده انتخـاب شـدند. تعداد ۴ مقاله واجد شرایط نیـز از بررسـی فهرسـت منـابع انتخـاب شدند(نمودار ۱). در مجموع تعداد ۴۳ مقاله بـه بررسـی نهـایی وارد شدند (جدول ۱).

بررسی مطالعات نشان می‌دهد که ۴۰ مقالـه (۹۳ درصـد) بـه زبـان انگلیسی و ۳ مقاله (۷درصد) به زبان فارسی منتشر شده است. ایـن مطالعات در ۱۶ کشور به انجام رسیده‌اند که آمریکا بـا ۱۱ مطالعـه، کانادا با ۸ مطالعه و استرالیا با ۶ مطالعه بیشـترین تعـداد را داشـته اند .پراکندگی زمانی مطالعات نشان می‌دهد که به طور کلی طی دو دهه اخیر مطالعات انجام شده در این زمینه افزایش یافتـه اسـت. از سال ۱۳۹۱ افزایش تعداد مقالات منتشر شده مشهود است. در سال ۱۴۰۲، تعداد ۶ مقاله منتشر شده که نسبت به سال‌های دیگر رشـد داشته است.

مفهوم بیمارمحوری: بررسی مقالات وارد شده به این مطالعه نشـان داد که سازمان‌ها و پژوهشـگران، تعـاریف متفـاوتی از بیمـارمحوری ارائه کرده‌اند. در بررسی صورت‌گرفته ۶۵ تعریف مختلـف اسـتخراج شد که در جدول ۲، تعدادی از آن‌هـا آمـده اسـت. تعریـف IOM از بیمارمحوری با ۱۵بار تکرار بیشترین سهم از تعاریف استخراج شـده را به خود اختصاص داد. مطابق با تعریف IOM، مراقبت بیمـارمحور مراقبتی است که بـه ترجیحـات، نیازهـا و ارزش‌هـای فـردی بیمـار احترام می‌گذارد و به آنها پاسخ می‌دهد و اطمینان حاصل مـی‌کنـد که همه تصمیمات درمـانی بـا توجـه بـه ارزش‌هـای بیمـار هـدایت می‌شوند [۵]. این تعریف پرتکرارترین تعریـف در مطالعـات بررسـی شده است و بیشتر مورد توجه پژوهشگران و سازمان‌ها قرار گرفته و به آن استناد شده است.

اتحادیه بین‌المللی سـازمان‌هـای بیمـاران نیـز در نگـاهی مشـابه بـا انستیتو پزشـکی، بیمـارمحوری را احتـرام بـه نیازهـا، خواسـته‌هـا، ترجیحات و ارزش‌های بیماران تعریف کرده است. انسـتیتو مراقبـت خـانواده و بیمـارمحور، در تعریـف خـود از بیمـارمحوری، بـر مشارکت‌های سودمند و متقابل، میان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و بیماران تاکید دارد [۱۶]. درحالی که سازمان تحقیقات و کیفیـت خـدمات سـلامت، بیمـارمحوری را وسـیله‌ای بـرای بهبـود کیفیـت تعـاملات بـین بیمـاران و ارائـه‌دهنـدگان مراقبـت‌هـای سـلامت و توانمندسازی بیماران می‌داند [۱۷].

اپشتین بیمارمحوری را «درک بیمار بـه عنـوان یـک فـرد نـه فقـط مجموعه‌ای از بیماری‌ها» می‌دانند [۱۸] درحـالی کـه از نظـر مـک

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.601]

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 (جدول۳).

۱- بیمار به عنوان یک شخص منحصر به فرد؛ در مطالعات بررسی شده، یکی از مهمترین جنبه های 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 تجربه های 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 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 [۱۹،۲۱]. 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 می گردد. مثلا 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 کاملا 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.601]

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 [۲۲-۲۰].

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 جنبه های 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 می توانند 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 [۲،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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.601]

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.601]

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.61882/payesh.24.5.601]

جدول ۲: تعاریف ارائه شده برای بیمارمحوری

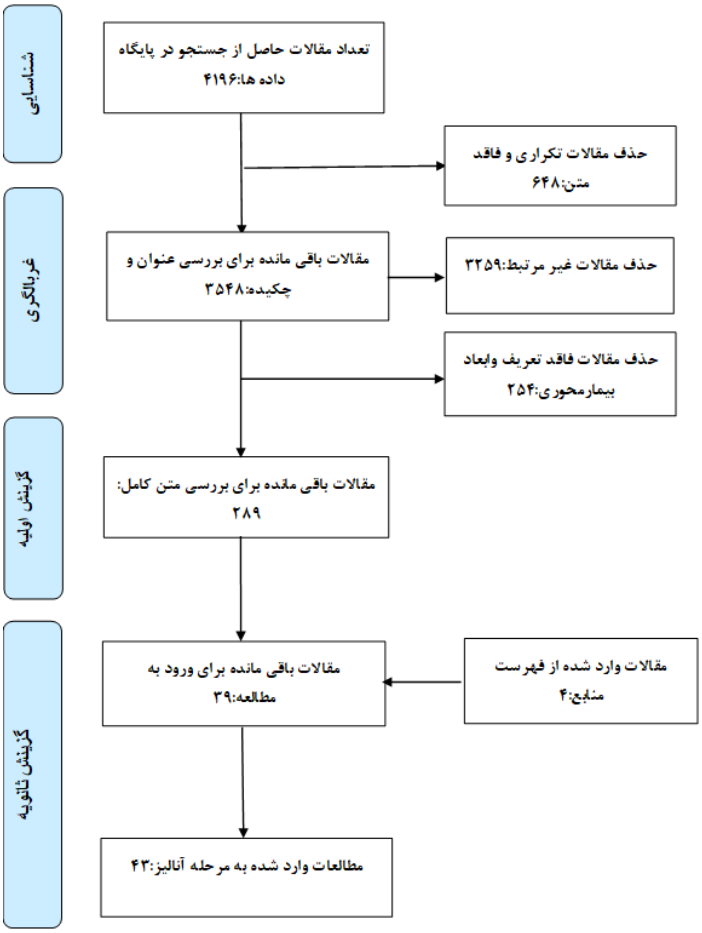
سازمان/محقق	تعریف بیمارمحوری
انستیتو پزشکی آمریکا	مراقبتی که به ترجیحات، نیازها و ارزش‌های فردی بیمار احترام می‌گذارد و به آنها پاسخ می‌دهد و اطمینان حاصل می‌کند که همه تصمیمات درمانی باتوجه‌به ارزش‌های بیمار هدایت می‌شوند.
انستیتو مراقبت بیمار و خانواده محور	مراقبت بیمارمحور رویکردی نوآورانه برای برنامه‌ریزی، 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.
اتحادیه بین‌المللی سازمان‌های بیماران	بیمارمحوری به معنای احترام به نیازها، خواسته‌ها، ترجیحات و ارزش‌های بیماران است.
سازمان تحقیقات و کیفیت خدمات سلامت	بیمارمحوری وسیله‌ای برای بهبود کیفیت تعاملات بین بیماران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت و توانمندسازی بیماران در این فرایند است.
مؤسسه پیکر	بیمارمحوری دارای هشت بعد است: ۱) احترام به ترجیحات، ارزش ها و نیازهای بیان شده بیمار ۲) اطلاعات، آموزش و ارتباطات ۳) هماهنگی و یکپارچه‌سازی مراقبت و خدمات ۴) حمایت عاطفی ۵) آسایش جسمانی۶) مشارکت خانواده و همراهان ۷) تداوم و انتقال مراقبت از بیمارستان به خانه ۸) دسترسی به مراقبت و خدمات.
اپشتین و همکاران	بیمارمحوری درک بیمار به‌عنوان یک فرد نه فقط مجموعه‌ای از بیماری‌ها است و بر تعاملات بین‌فردی در مراقبت‌های سلامت تمرکز دارد.
لاین و دیویدو	مراقبت بیمارمحور مراقبتی است که مطابق و پاسخگو به خواسته‌ها، نیازها و ترجیحات بیمار باشد.
استوارت 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.
مک وینی	مراقبت بیمارمحور رویکردی است که در آن پزشک در تلاش است که وارد دنیای بیمار شود تا بتواند بیماری را از نگاه او بنگرد.
کولتر	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.

جدول ۳: ابعاد و اجزای بیمارمحوری

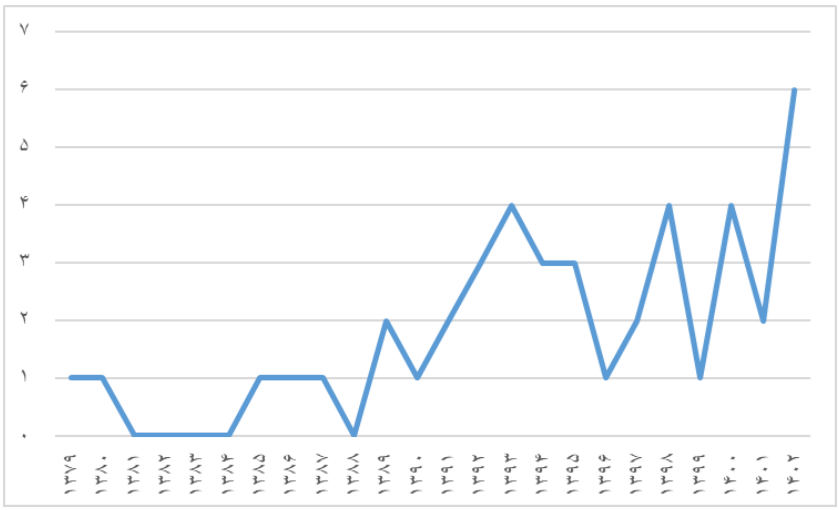
ابعاد بیمارمحوری	اجزای فرعی
۱. بیمار به عنوان یک شخص منحصر به فرد	منحصربه‌فرد بودن بیمار؛ توجه به زمینه‌های زیستی، روانی، اجتماعی؛ تجربه بیمار؛ مراقبت شخصی‌سازی شده
۲. مشارکت بیمار و احترام به ترجیحات او	احترام به ارزش‌ها، ترجیحات و نیازهای بیان شده بیمار؛ مشارکت بیمار در تصمیمات درمانی؛ درک تفاوت‌های 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 رابطهٔ 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.61882/payesh.24.5.601]



نمودار ۱:روند بررسی پایگاه های اطلاعاتی و انتخاب مقالات



نمودار ۲: فراوانی مقالات در زمینه بیمارمحوری در دو دهه اخیر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.601]

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 شکل گیری رویکرد بیمارمحوری، این مفهوم همچنان مورد توجه پژوهشگران حوزه سلامت قرار دارد.یافته های مطالعه نشان می‌دهد که مرز مشخصی میان تعریف و ابعاد این مفهوم وجود نداشته و بسیاری از تعاریف بیمارمحوری بر پایه ابعاد آن ایجاد شده اند. 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 به‌عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات سلامت در نظر گرفت.

شخص‌محوری نیز یکی دیگر از مفاهیمی است که اغلب معادل بیمارمحوری معرفی می‌شود. نتیجه مطالعه هاکان 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 توام با عملکرد مطلوب و هدف از شخص‌محوری ایجاد یک زندگی معنادار است. به‌عنوان‌مثال پیامد بیمارمحوری کاهش میزان رنج و درد بیمار و حرکت به‌سوی 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 تاکید بیشتری شده است. به گونه ای که بیمار خود تعیین می‌کند که خانوده 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.601]

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، زیست‌محیطی) 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 جنبه های 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. ارائه‌دهندگان خدمت، برای تشویق بیشتر بیماران به مشارکت، باید پتانسیل و فرصت‌های مشارکت بیماران را از طریق تسهیل دسترسی به منابع، شخصی‌سازی برنامه مراقبت یا ایجاد یک رابطه متقابل و قابل‌اعتماد میان بیمار و ارائه‌دهنده به حداکثر برساند. 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 می کند تا نقش فعالانه ای در مدیریت وضعیت سلامت خود ایفا کند. از نظر اسمیت، تصمیم گیری مشترک ماهیتی مشارکتی و دو طرفه دارد و برای ایجاد آن مولفه هایی 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 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، ارتقادهنده، توان‌بخشی و تسکینی دانست. این مراقبت‌ها، در سطوح مختلف، در داخل یا خارج از بخش سلامت و باتوجه‌به نیازهای افراد در طول زندگی هماهنگ می‌شود. همچنین از مفهوم «هماهنگی مراقبت» به‌عنوان یک رویکرد پیشگیرانه برای گردهم آوردن متخصصان و ارائه‌دهندگان خدمت در جهت رفع نیازهای مصرف‌کنندگان خدمات سلامت یادکرد [۳۶].

«تداوم مراقبت» نیز در مطالعهٔ 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 مقرون‌به‌صرفه با یکدیگر مشارکت می‌نمایند. برخی از مطالعات رابطه بین تداوم مراقبت و هزینه مراقبت را بررسی کرده و اعلام نموده‌اند که هزینه‌های بیمارستانی به‌تدریج با افزایش تداوم مراقبت کاهش می‌یابد. همچنین اعلام گردیده است که تداوم مراقبت نه‌تنها 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 مراقبت های با کیفیت بالا و عادلانه است [۳۸]. از این رو دسترسی به خدمات در کاهش نابرابری های 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 لازمه ی ارائه خدمات بیمارمحور و عادلانه شناخته می شود.

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:

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.601]

۱-مدیریت درد، ۲-کمک در انجام فعالیت های روزانه، ۳-محیط بیمارستان، ۴-حمایت عاطفی و ۵-اعتماد به کارکنان به عنوان کلیدی ترین عوامل ایجاد آسایش جسمانی و عاطفی ذکر شد و بر این نکته تاکید شد که با افزایش توجه به رفاه و آسایش جسمانی و عاطفی، بیمار میزان بیشتری از احترام به ارزش ها و خواسته های خود را درک می کند [۴۰]. همچنین در مدل بیمار محوری 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 می تواند تأثیر مثبتی بر رضایت بیمار، مدت اقامت و هزینه های 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 نهایت۵- حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات و در ۳۷ بند تدوین به تمامی مراکز تابعه ابلاغ گردید [۶]. می توان نتیجه گرفت که محورهای منشورحقوق بیمار با اکثریت ابعاد و زیرمجموعه های 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، ارائۀ 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 می دارد که به‌رغم نقش اعتباربخشی در بهبود کیفیت خدمات سلامت، به نظر می‌رسد که در استانداردهای اعتبار بخشی به بیمارمحوری کم‌تر توجه شده است و این مفهوم جایگاه واضح، مشخص و یکپارچه‌ای استانداردهای اعتبار بخشی 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 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.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.601]

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, Vafaee 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 Eshkevarei 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, Höglander 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.601]

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]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.61882/payesh.24.5.601]