

## بررسی ارتباط بین مراقبت‌های بیمار محور و پیامدهای سلامتی در یک بیمارستان شهر تهران

مهناز علوی زاده، امیر اشکان نصیری پور، رحمت اله جدیدی

۱. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد الکترونیکی، تهران، ایران
۲. استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد الکترونیکی، تهران، ایران
۳. استادیار، دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

توسعه پرستاری در سلامت / دوره هفتم / شماره ۲ / پاییز و زمستان ۱۳۹۵

### چکیده

**زمینه و هدف:** مراقبت بیمار محور به عنوان یک رویکرد غالب برای مراقبت بیماران شناسایی شده است که این فرض وجود دارد که به طور معنی‌داری بر فرایندهای مراقبت و پیامد بیماران تأثیر می‌گذارد. لذا هدف از این مطالعه بررسی رابطه بین مراقبت‌های بیمار محور و پیامدهای سلامتی بود.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی در بیمارستان آیت الله کاشانی شهر تهران در سال ۹۵-۱۳۹۴ انجام شد. جامعه پژوهش کلیه بیماران بخش‌های بستری بودند که ۴۴۵ بیمار با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی بررسی شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه ارزیابی مراقبت بیمار محور و پرسشنامه خود ارزیابی پیامدهای سلامت استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میانگین کلی مراقبت‌های بیمار محور و پیامد سلامتی به ترتیب ۳/۹۳ از ۵ و ۲/۹۶ از ۵ بود. نتایج آزمون اسپیرمن نشان داد که میان ابعاد مراقبت بیمار محور و پیامدهای سلامتی ارتباط معناداری مشاهده شد ( $p < 0/05$ ). در این راستا قویترین همبستگی میان بعد ارتباط پرستار با بیمار و پیامدهای سلامتی به دست آمد ( $p < 0/001$  و  $r = 0/16$ ) و همبستگی مثبت میان مراقبت بیمار محور و پیامدهای سلامتی ( $p < 0/001$  و  $r = 0/15$ ) بود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه نشان داد که بین مراقبت بیمار محور و پیامدهای سلامت همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد. با توجه به ارتباط میان این دو متغیر، مدیران بیمارستان باید شرایط را برای اجرای برنامه‌های مراقبت بیمار محور جهت ارتقاء وضعیت سلامتی بیماران فراهم نمایند.

**واژه‌های کلیدی:** مراقبت بیمار محور، پیامدهای سلامتی، حقوق بیمار، خدمات سلامت

**مقدمه**

حقوق یک بیمار عبارت است از وظایفی که تیم پزشکی در قبال او دارند و به مجموع امتیازها، توانایی‌ها یا مجوزهای خاص گفته می‌شود که قانون به بیمار اعطا کرده است (۱). برنامه‌ریزی و ارائه مراقبت‌ها و خدمات درمانی بیمار محور مبتنی بر نظرات، نیازها و ترجیحات بیماران، مراقبان آنان و جامعه، نکته کلیدی سیستم‌های سلامت در کشورهای توسعه یافته و عنصر الزامی در بهبود و ارتقاء نظام درمانی و جلب اعتماد عمومی است. این خود موجب تناسب بیشتر و هزینه اثربخش بودن خدمات ارائه شده و در نهایت بهبود پیامدهای سلامت، کیفیت زندگی و رضایتمندی بیماران می‌شود (۲و۳). لذا پذیرفتن بیمار بعنوان شریک سیستم‌های درمانی و تعمیم فرهنگ استقبال و انعطاف نسبت به نظرات و انتقادهای بیماران در سطح بیمارستان‌ها اهم رشد بیمارستان‌های تعالی طلب بوده و در سطح ملی در تدوین و تنظیم خط مشی‌ها، طرح‌ها و خدمات و سیاست گذاری‌های کلان سلامت مؤثر است (۴). امروزه موضوع مراقبت بیمار محور در مرحله برنامه‌ریزی در سیستم کلان درمانی مورد توجه قرار گرفته است. اکنون مؤسسات بهداشتی، برنامه‌ریزان بخش بهداشت، و گروه‌های آموزشی مربوطه و روابط عمومی بیمارستان این عبارت (مراقبت بیمار محور) را در واژگان خود استفاده می‌کنند (۵و۶). از نظر فلسفی، مراقبت بیمار محور رویکردی برای مراقبت است و به عنوان عملی صحیح برای انجام دادن امور پزشکی شناخته می‌شود. با توجه به این دیدگاه، رفتارهای مرتبط با مراقبت بیمار محور، مانند احترام به اولویت‌های بیماران، تنها باید در زمینه‌های اخلاقی و مستقل از رابطه آنها به دستاوردها و نتایج سلامتی و بهداشتی توجیه شوند (۷و۸). بین رضایت بیمار با مراقبت بیمار محور در بیماران کم سواد، کمتر مسلط به زبان انگلیسی، دارای اختلال شناختی و شرایط نامساعد زندگی ارتباطی دیده نشده است (۹و۱۰). بنابراین ممکن است بیماران به آموزش نیاز داشته باشند تا بتوانند بیمار محوری پزشکان را ارزیابی کنند؛ اما خود این آموزش نیز باید شامل رفتارهای بیمار محور باشد. هدف از شناساندن حقوق بیمار به وی، ارتقای سلامت بیماران و ارتباط بهتر بین آنان با افراد درمانگر است.

این مهم بر عهده پرسنل بهداشت و درمان است که به بیماران خود اطلاعاتی از فرآیند و پروسه درمانی بدهند به نحوی که آنها بتوانند با ذهنی آگاه در مورد بیماری خود، درمان‌های در دسترس و خطرات ناشی از درمان‌ها تصمیم بگیرند (۱۱).

بنابراین دانستن اینکه کدام نتیجه ابتدایی مراقبت بیمار محور از قبیل درک احساسات، اعتماد و انگیزه بیشتر با پایبندی و مراقبت از خود در ارتباط باشد مسئله بسیار مهمی است همچنین به دلیل اینکه مراقبت بیمار محور در بخش بهداشت و درمان اهمیت زیادی دارد و بر اساس مطالعات قبلی ممکن اثرات زیادی بر پیامدهای سلامتی بیماران بگذارد و با توجه به اینکه در سیستم بهداشت و درمان کشور ایران به این موضوع کمتر توجه شده است در این مطالعه به بررسی رابطه بین مراقبت بیمار محور و پیامدهای سلامتی پرداخته شد.

**روش بررسی**

پژوهش حاضر توصیفی مقطعی از نوع همبستگی است. محیط پژوهش بیمارستان آیت الله کاشانی شهر تهران بود. جامعه پژوهش، بیماران بستری شده بین بهمن ماه سال ۱۳۹۴ تا خرداد ماه ۱۳۹۵ بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران (سطح اطمینان ۹۵ درصد و مقدار خطای ۰/۰۵) ۶۰۰ نفر به دست آمد. از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای سه قسمتی بود. بخش نخست پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی بیماران (سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل)، بخش دوم شامل سوالات اصلی پرسشنامه برای ارزیابی مراقبت بیمار محور (*assessment of patient-centered care*) (۱۲) بود که دارای ۱۷ سوال در ۸ بعد، ارتباط پزشک با بیمار (۳ سوال)، ارتباط پرستار با بیمار (۳ سوال)، کیفیت اطلاع رسانی دارویی (۲ سوال)، پاسخگویی کارکنان بیمارستان به نیاز بیماران (۳ سوال)، مدیریت درد (۲ سوال)، کیفیت دستورالعمل‌های ترخیص بیمار (۲ سوال)، ایجاد محیط ساکت در بیمارستان (۱ سوال) و پاکیزگی محیط بیمارستان (۱ سوال). سوالات با

متوسط، نمرات بین ۳/۵۱ و ۴/۲۵ بالا و نمرات ۴/۲۶ یا بالاتر نشان دهنده مراقبت بیمار محور و پیامد سلامت خیلی بالا هستند.

قبل از آزمون فرضیه جهت نرمالیتی داده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد نتایج این آزمون حاکی از غیر نرمال بودن داده‌ها بود ( $p > 0.05$ ) در نتیجه جهت بررسی ارتباط میان مراقبت بیمار محور و پیامدهای سلامتی بیمار از آزمون ناپارامتریک ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

### یافته‌ها

نرخ پاسخ‌گویی ۷۴ درصد بود. ۲۶ درصد پرسشنامه به دلایلی از قبیل عدم تمایل بیماران به ادامه تکمیل پرسشنامه و تعدادی از پرسشنامه‌ها نیز به طور کامل تکمیل نشده بودند در نتیجه از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۴۴۵ پرسشنامه کامل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین سن بیماران بستری در بیمارستان مورد مطالعه برابر با ۳۲/۲۶ سال با انحراف معیار ۱۱/۰۹ سال بود. همچنین کمترین و بیشترین سن در میان بیماران بستری به ترتیب ۱۷ و ۸۲ سال بود.

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی و درصد در میان نمونه‌های پژوهش بر اساس جنسیت مربوط به زنان بوده است. تنها ۴ درصد از نمونه‌های پژوهش (۱۸ نفر) مجرد بوده و ۹۶ درصد دیگر را افراد متأهل تشکیل می‌دادند.

مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت شامل (هرگز=۱، بندرت=۲، گاهی=۳، اغلب=۴ و همیشه=۵) ارزیابی شدند.

به منظور سنجش پیامدهای سلامت بیماران از پرسشنامه خود ارزیابی پیامدهای سلامتی (*short-form* ۱۲-item) استفاده شد (۱۳). پرسشنامه شامل ۸ بعد و ۱۲ گویه می‌باشد. ابعاد پرسشنامه شامل نقش محدودیت ناشی از مشکلات جسمی، فعالیت جسمانی، سلامت عمومی، درد بدنی، انرژی، فعالیت اجتماعی، نقش محدودیت ناشی از مشکلات عاطفی، سلامت روانی می‌باشد. گویه این ابزار نیز با لیکرت ۵ تایی (۱=هرگز، ۲=بندرت، ۳=گاهی، ۴=اغلب، ۵=همیشه) سنجیده شد.

روایی صوری پرسشنامه‌ها توسط ۶ نفر اساتید و صاحب نظران مدیریت سلامت و پرستاری تأیید شد. برای سنجش پایایی پرسشنامه‌ها یک مطالعه اولیه انجام گرفت. بدین صورت که ابتدا تعداد ۳۰ پرسشنامه در جامعه مورد نظر توزیع و جمع آوری گردید و از ضریب آلفای کرونباخ برای تأیید هر دو پرسشنامه استفاده شد. ضریب آلفا برای پرسشنامه ارزیابی مراقبت بیمار محور ۰/۸۱۴ برآورد گردید و ۷۴۱ درصد نیز برای پرسشنامه خود ارزیابی پیامدهای سلامتی به دست آمد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. از شاخص‌های آماری همچون فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار بهره‌گیری شده است. نمرات ۲ یا کمتر در مقیاس ۵ نشان دهنده مراقبت بیمار محور و پیامد سلامت خیلی کم است. نمرات بین ۲ و ۲/۷۵ کم، نمرات بین ۲/۷۶ و ۳/۵

جدول شماره ۱- فراوانی و درصد بیماران بستری بر اساس متغیرهای دموگرافیک

متغیر		فراوانی (درصد)
جنسیت	زن	۳۷۴ (۸۴)
	مرد	۷۱ (۱۶)
وضعیت تأهل	مجرد	۱۸ (۴)
	متأهل	۴۲۷ (۹۶)
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۷ (۶/۱)
	دیپلم	۵۳ (۱۱/۹)
	لیسانس	۱۰۷ (۲۴)
	فوق لیسانس	۲۱۱ (۴۷/۴)
	دکتری	۴۷ (۱۰/۶)

همانطور که از جدول نمایان است بیشترین میانگین مربوط به ابعاد ارتباط پرستار با بیمار و ارتباط پزشک با بیمار هر کدام با میانگین و انحراف معیار  $4/18 \pm 0/88$  بود و کمترین میانگین نیز مربوط به بعد کیفیت اطلاع رسانی دارویی با میانگین و انحراف معیار  $1/27 \pm 3/61$  بود.

بر اساس یافته‌های ارائه شده در جدول بالا ۵۸ درصد از بیماران دارای مدرک فوق لیسانس و دکتری بود. کمترین و بیشترین درصد نمونه‌های پژوهش بر اساس سطح تحصیلات به ترتیب مربوط به افراد دارای مدارک زیر دیپلم و فوق لیسانس با فراوانی ۲۷ و ۲۱۱ نفر بود. در جدول شماره ۲ وضعیت ابعاد مراقبت بیمار محور و پیامدهای سلامت بیماران ارائه شده است.

جدول شماره ۲- میانگین ابعاد مراقبت بیمار محور و پیامدهای سلامت بیماران مورد مطالعه

ابعاد مراقبت بیمار محور	انحراف معیار $\pm$ میانگین	پیامدهای سلامت	انحراف معیار $\pm$ میانگین
ارتباط پزشک با بیمار	$4/18 \pm 0/88$	فعالیت جسمانی	$2/02 \pm 0/54$
ارتباط پرستار با بیمار	$4/18 \pm 0/83$	نقش محدودیت ناشی از مشکلات جسمی	$2/78 \pm 0/85$
کیفیت اطلاع رسانی دارویی	$3/61 \pm 1/27$	درد بدنی	$3/18 \pm 0/91$
پاسخگویی کارکنان به نیاز بیماران	$3/84 \pm 0/97$	سلامت عمومی	$3/13 \pm 0/82$
کیفیت دستورالعمل‌های ترخیص	$3/74 \pm 1/21$	انرژی	$3/15 \pm 0/98$
مدیریت درد	$3/93 \pm 1/07$	فعالیت اجتماعی	$3/08 \pm 0/94$
ایجاد محیط ساکت در بیمارستان	$3/94 \pm 1/14$	نقش محدودیت ناشی از مشکلات عاطفی	$2/98 \pm 0/89$
پاکیزگی محیط در بیمارستان	$3/99 \pm 1/18$	سلامت روانی	$3/42 \pm 0/76$
مراقبت بیمار محور	$3/93 \pm 0/83$	پیامدهای سلامتی بیماران	$2/96 \pm 0/79$

از آزمون اسپیرمن برای بررسی همبستگی میان مراقبت بیمار محور و ابعاد آن با پیامدهای سلامتی استفاده شده و نتایج آن مطابق با جدول شماره ۳ بود. بین همه ابعاد مراقبت بیمار محور و پیامد سلامت بیماران همبستگی مثبت و معنی‌دار پیدا شد ( $p < 0/05$ ). که قوی‌ترین همبستگی مربوط به ابعاد ارتباط پزشک و پرستار با بیمار با پیامد سلامتی بود.

بعد سلامت روانی با میانگین  $3/42$  در رتبه اول قرار داشت و فعالیت جسمانی، انرژی و فعالیت اجتماعی در جایگاه‌های بعدی دوم قرار داشتند. کمترین میانگین در میان این ابعاد مربوط به محدودیت ناشی از مشکلات جسمی و محدودیت ناشی از مشکلات عاطفی بوده است. میانگین کلی پیامدهای سلامتی بیماران  $2/96$  از نمره ۵ بود که در وضعیت متوسط قرار داشته است.

جدول شماره ۳: بررسی همبستگی بین ابعاد مراقبت بیمار محور و پیامد سلامت بیماران مورد مطالعه

مراقبت بیمار محور	پاکیزگی محیط		ایجاد محیط ساکت		کیفیت دستورالعمل ترخیص		مدیریت درد		پاسخگویی به نیاز بیمار		کیفیت اطلاع رسانی دارویی		ارتباط پرستار با بیمار		ارتباط پزشک با بیمار		پیامد سلامتی	
	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r	P	r		
	0/001	0/15	0/024	0/10	0/014	0/11	0/018	0/11	0/032	0/10	0/030	0/10	0/036	0/09	0/001	0/16	0/001	0/15

## بحث و نتیجه گیری

یافته‌ها نشان داد که بین ابعاد مراقبت بیمار محور، بیشترین میانگین در زمینه روابط پزشک و بیمار و همچنین روابط پرستار با بیمار مشاهده شده است. در این راستا کمترین میانگین در ابعاد کیفیت اطلاع رسانی دارویی و کیفیت دستورالعمل ترخیص بدست آمده است. میانگین کلی متغیر مراقبت بیمار محور بر اساس اظهارات بیماران بستری در بیمارستان آیت الله کاشانی تهران برابر با ۳/۹۳ بوده است. با توجه به طیف نمره دهی به متغیر مذکور (۱ الی ۵) می‌توان وضعیت این متغیر را در سطح بالا رده بندی نمود.

نتایج مطالعه *Smith* و همکاران در ایالات متحده آمریکا نشان دهنده اولویت بالای ارتباط پزشک و پرستار با بیمار می‌باشد که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد. این در حالی است که کمترین میانگین در مطالعه مذکور مربوط به بعد پاسخگویی به نیاز بیماران بوده است که در این زمینه با یافته‌های پژوهش حاضر مطابقت ندارد (۱۴). پیمایشی بودن چنین مطالعاتی بر اساس دیدگاه بیماران، به میزان زیادی تحت تأثیر حالات ذهنی بوده و لذا ذهنی بودن این مقوله می‌تواند اختلاف نتایج مطالعات در محیط‌های مختلف را توجیه نماید. اهمیت ابعاد روابط پزشک و پرستار با بیماران بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است. در این مطالعه بین ارتباط پرستار و بیمار و رضایتمندی بیماران از خدمات بیمارستانی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱۵). همچنین اهمیت ارتباط پزشک با بیمار و ارتباط پرستار با بیمار در زمینه اثربخشی مداخلات درمانی، رضایتمندی بیماران و بهبود پیامدهای سلامتی در مطالعات صورت گرفته در کشور تأیید شده است (۱۶ و ۱۷).

بین ابعاد پیامد سلامت، ابعاد سلامت روانی و فعالیت جسمانی، انرژی و فعالیت اجتماعی وضعیت بهتری داشتند در حالی که کمترین میانگین در میان این ابعاد مربوط به محدودیت ناشی از مشکلات جسمی و محدودیت ناشی از مشکلات عاطفی بوده است. میانگین کلی پیامدهای سلامتی بیماران در وضعیت متوسط قرار داشت. در مطالعه طوبایی و همکاران (۱۳۹۱) در شیراز نتایج بدست آمده نشان داد که بیشترین میانگین در میان ابعاد پیامدهای سلامتی مربوط به

عملکرد جسمی بود. همچنین درد بدنی و انرژی نیز جزء ابعاد دارای میانگین بالا بودند. در مطالعه مذکور کمترین میانگین در زمینه ابعاد عملکرد اجتماعی و محدودیت ناشی از مشکلات عاطفی مشاهده شده است. علیرغم وجود مشابهت‌هایی در یافته‌های پژوهش طوبایی و همکاران با مطالعه حاضر، دلیل وجود تناقضات در زمینه اولویت ابعاد را می‌توان بر اساس محیط و جامعه پژوهش توضیح داد. مطالعه آنان بر روی بیماران دارای اختلال دو قطبی بوده که خود این فاکتور می‌تواند عملکرد افراد در زمینه‌های مختلف را تحت تأثیر قرار دهد. برای مثال کم بودن میانگین فعالیت اجتماعی در این مطالعه می‌تواند به دلیل شرایط ویژه بیماران دارای اختلال دو قطبی بوده باشد (۱۸). همچنین مطالعه منتظر قائم و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که ابعاد سلامت روانی و فعالیت اجتماعی دارای بیشترین میانگین بوده‌اند و کمترین میانگین مربوط به ابعاد فعالیت جسمی و محدودیت ناشی از مشکلات عاطفی بوده است (۱۹).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد همبستگی مثبت و معنی‌دار بین ابعاد مراقبت بیمار محور با پیامد سلامت بیماران وجود دارد. به این معنی که با افزایش هر کدام از ابعاد مراقبت بیمار محوری در بیمارستان وضعیت پیامدهای سلامت بیماران بهبود خواهد یافت. مطالعات نشان داد که ارتباط مناسب کادر پزشکی با بیمار می‌تواند زمینه ساز تقویت روحی آنان، ایجاد اعتماد در رابطه، پیروی از توصیه‌های بالینی و دستیابی به پیامدهای سلامتی شود (۲۰ و ۲۱). در مطالعه *Debra* و همکاران (۱۹۹۴) نتایج بدست آمده نشان داد که مراقبت بیمار محور در زمینه رضایتمندی بیماران و همچنین پنداشت آنان از کیفیت خدمات موثر بوده است (۲). از دیدگاه *Lyon* (۱۹۹۵) مراقبت بیمار محور به بیمار این حق را می‌دهد که خدمات را بر اساس ارزش‌های شخصی دریافت نموده و در این زمینه نظرات خود را اعمال نماید و لذا با مشارکتی بودن این فرآیند و از طریق ایجاد اعتماد، پیامدهای سلامتی بهبود می‌یابد (۲۲).

همچنین در مطالعه صورت گرفته توسط فرنی و همکاران در یزد نتایج نشان داد که مراقبت خانواده محور می‌تواند رضایتمندی بیماران و خانواده‌های آنان از خدمات دریافتی را

پزشک با بیمار با ابعاد سلامت عمومی، فعالیت اجتماعی، سلامت روانی و پیامدهای سلامتی بیماران همبستگی مثبت و معنی دار داشته است. ارتباط میان این متغیر با پیامدهای سلامتی، رضایت بیماران و پنداشت آنان از کیفیت خدمات ایجاب می نماید که شرایط برای پیگیری مؤلفه های مراقبت بیمار محور مهیا شده و از این طریق وضعیت عمومی سلامت بهبود یابد. بیمار محور نمودن ارائه خدمات علاوه بر تأثیر مثبت در مورد پیامدهای سلامت، در بلند مدت سبب توانمندی بیماران و افراد جامعه شده و از طریق ارتقای سطح سواد سلامت می تواند در زمینه کنترل هزینه های سرسام آور نظام سلامت و همچنین کاهش بار بیماری های غیر واگیر که تحت تأثیر شیوه زندگی و میزان آگاهی افراد قرار دارند، بسیار سودمند باشد. مهم ترین محدودیت این مطالعه مقطعی بودن آن می باشد که به قطعیت نمی توان ارتباط بین دو متغیر را اثبات نمود. دومین محدودیت ارزیابی وضعیت سلامتی بیماران با استفاده از پرسشنامه که بیشتر حالت کلی و ذهنی دارد.

#### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد الکترونیکی می باشد. بدینوسیله نویسندگان مقاله از تمام مسئولین بیمارستان آیت الله کاشانی نهایت تشکر را دارند.

تحت تأثیر قرار دهد. مراقبت خانواده محور نیز همانند مراقبت بیمار محور سعی در ارتقای مشارکت بیمار و خانواده وی در تصمیم گیری برای انتخاب فرآیندهای درمانی را دارد (۲۳). نتایج مطالعه صورت گرفته در کانادا نشان داد که مراقبت بیمار محور بر توانایی بیمار در مدیریت شرایط شخصی تأثیرگذار بوده و از این طریق رضایتمندی وی، پیامدهای سلامتی و کیفیت زندگی بیمار را بهبود می بخشد (۴). همچنین مراقبت بیمار محور در زمینه میزان ارجاعات به متخصصین، میزان بهره گیری از تست های تشخیصی، توان خود مراقبتی و پنداشت از وضعیت سلامت عمومی مؤثر بوده است (۲۵ و ۲۴ و ۳).

در نهایت به طور کلی بین مراقبت بیمار محور و پیامدهای سلامت بیماران همبستگی مثبت و معنی دار مشاهده شد که با نتایج مطالعات مشابه در زمینه ارتباط بین مراقبت بیمار محور و پیامدهای سلامت هم خوانی دارد (۲۵ و ۳) *Rathert* و همکاران در بررسی مروری، شواهد فراوانی در زمینه وجود همبستگی میان مراقبت بیمار محور و بهبود در پیامدهای سلامتی بیماران پیدا کردند (۵). همچنین مراقبت بیمار محور در زمینه میزان ارجاعات به متخصصین، میزان بهره گیری از تست های تشخیصی، توان خود مراقبتی و پنداشت از وضعیت سلامت عمومی مؤثر بوده است (۲۵ و ۲۴ و ۳).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که وضعیت کلی متغیرهای مراقبت بیمار محور در سطح بالا و پیامدهای سلامتی در سطح متوسط بوده است. همچنین نتایج نشان داد که بعد ارتباط

## References

1. Özdemir MH, Ergöner AT, Sönmez E, Can IÖ, Salacin S. The approach taken by the physicians working at educational hospitals in Izmir towards patient rights. *Patient Educ Couns.* 2006; 61(1): 87-91.
2. Wolf DM, Lehman L, Quinlin R, Zullo T, Hoffman L. Effect of Patient-Centered Care on Patient Satisfaction and Quality of Care. *J Nurs Care Qual.* 2008; 23(4): 316-21.
3. Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *Fam Pract.* 2000; 49: 796-804.
4. Poochikian-Sarkissian S, Sidani S, Ferguson-Pare M, Doran D. Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. *Can J Neurosci Nurs.* 2010; 32(4): 14-21.
5. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev.* 2012; 70(4): 351-79.
6. Cleary PD. Evolving Concepts of Patient-Centered Care and the Assessment of Patient Care Experiences: Optimism and Opposition. *J Health Polit Policy Law.* 2016; 41(4): 675-96.
7. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med.* 2012; 366(9): 780-1.
8. Fayanju OM, Mayo TL, Spinks TE, Lee S, Barcenas CH, Smith BD, et al. Value-Based Breast Cancer Care: A Multidisciplinary Approach for Defining Patient-Centered Outcomes. *Ann Surg Oncol.* 2016; 23(8): 1-6.
9. Peters E, Hibbard J, Slovic P, Dieckmann N. Numeracy skill and the communication, comprehension, and use of risk-benefit information. *Health Affairs.* 2007; 26(3): 741-8.
10. Fiscella K, Epstein RM. So much to do, so little time: care for the socially disadvantaged and the 15-minute visit. *Arch Intern Med.* 2008; 168(17): 1843-52.
11. Babamahmoodi F MM, Khademloo M, Hesamzadeh A. Observation of patient's right charter in Mazandaran teaching hospitals: patients view. *IJME.* 2011;4(4):37-44. [In Persian].
12. Nelson S, Gordon S. *The complexities of care: Nursing reconsidered.* New York: Cornell University Press; 2006. p.124.
13. Hoffman D, Dukes E. The health status burden of people with fibromyalgia: a review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. *Int J Clin Pract Suppl.* 2008; 62(1): 115-26.
14. Smith T, Fondaw M, Balls J, Forrest K, Ceballos I, Khaled Y, et al. Improving hospital consumer assessment of healthcare providers and systems (HCAHPS) scores in bone marrow transplant inpatient setting. *Biol Blood Marrow Transplan.* 2014; 20(2): S126.
15. Moghaddasian S, Abdollah-Zadeh F, Rahmani A, Salehain M, Firouzian AA. Nurse -patient communication and its relation to satisfaction with nursing services in view point of cancer patients hospitalized in shahid ghazi hospital, Tabriz. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2013; 5(2): 498-506. [In Persian].
16. Soltani Arabshahi S, Ajami A, Siabani S. Investigation of doctor-patient communication skills teaching: medical learners' perception (Stager-Intern) and staffs of Iran University of Medical Sciences & Kermanshah University of Medical Sciences. *RJMS.* 2004; 11(41): 423-31. [In Persian].
17. Anoosheh M, Zarkhah S, Faghihzadeh S, Vaismoradi M. Nurse-patient communication barriers in Iranian nursing. *Int Nurs Rev.* 2009; 56(2): 243-9.
18. Toubaei S, Hadi N, Hedayati A, Montazeri A. Comparison of health related quality of life between bipolar patients and healthy people. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2012; 14(1): 54-63. [In Persian]
19. Montazer Ghaem S, Asar O, Safaei N. Assessing patient's quality of life after open heart surgery in Bandar Abbass, Iran. *HMJ.* 2012; 15(4): 254-9. [In Persian]
20. Street RL. How clinician-patient communication contributes to health improvement: modeling pathways from talk to outcome. *Patient Educ Couns.* 2013; 92(3): 286-91.
21. Hou J, Shim M. The role of provider-patient communication and trust in online sources in Internet use for health-related activities. *J Health Commun.* 2010; 15(sup3): 186-99.
22. Lyon B. *Negotiated Care: Nursing Product Is Patient Outcomes Not the Nursing Process.* Elkhart: Health Potentials Unlimited, Indiana University; 1989. P.237.

23. 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- 312.
24. Sidani S. Effects of patient-centered care on patient outcomes: An evaluation. *Res Theory Nurs Pract.* 2008; 22(1): 24-37.
25. Hibbard JH, Greene J, Tusler M. Improving the outcomes of disease management by tailoring care to the patient's level of activation. *Am J Manag Care.* 2009; 15(6): 353-60.

## ***The Relationship between Patient-Centered Care and Health Outcomes in a Hospital: Tehran***

***Alavizade M<sup>1</sup>, Nasiripour AA<sup>2</sup>, Jadidi R<sup>3</sup>***

1. MSc in Health Care Management, Electronic Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Professor, Department of Health Services Management, Electronic Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3. Assistant Professor, PhD of Health Services Administration, Educational Development Center (EDC), Arak university of Medical Science, Arak, Iran

### ***Abstract***

***Background & Aim:*** Patient-centered care is frequently identified as a preferred approach to patients care and there is assumed that significantly influences the process of care and patient's outcomes. The aim of this study is evaluating the relationship between patient-centered care and health outcomes in hospital.

***Material & Methods:*** This descriptive-analytic study was performed in Ayatollah Kashani hospital in Tehran during 2016. The population was included all patients in hospitalization wards. 445 patients were selected using random sampling. Two validated questionnaire (assessment of patient-centered care and health outcomes) was used to collect data. All data were analyzed using the SPSS22. The relationship between patient-centered care and health outcomes was investigated by calculating Spearman's correlation.

***Results:*** Average patient-centered care and health outcomes were  $3.93 \pm 0.83$  and  $2.96 \pm 0.79$  respectively. Spearman test results showed the significant relationship between dimensions of patient-centered care and health outcomes ( $p < 0.05$ ). In this regard, the strongest correlation was found between the nurse-patient relationship and health outcomes ( $r = 0.16$ ,  $p = 0.001$ ) and patient-centered care and health outcomes ( $r = 0.15$ ,  $p = 0.001$ ) respectively.

***Conclusion:*** The results showed that there is a positive correlation between patient-centered care and health outcomes. With regard to the relationship between these two variables, hospital managers should provide conditions for implementation of patient-centered care programs to improve patients' health status.

***Keywords:*** Patient-Centered Care, Health Outcomes, Patient Rights, Health Care