J Crit Care Nurs. 2024 March;17(1):25-34

doi 10.30491/JCC.17.1.25

Research Article

Person-Centered Care Approach in the Intensive Care Unit: A Systematic Review

Mirakbar Mirebrahimi[1], Malihe sadat Moayed[2], Abbas Ebadi[2], Yaser Saeid*[2]

[1] Student Research Committee, Faculty of Nursing, Baqiyatullah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Nursing Care Research Center, Clinical Science Institute and Nursing Faculty of Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Yaser Saeid, Nursing Care Research Center, Clinical Science Institute and Nursing Faculty of Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: yasernurse84@yahoo.com

How to Cite: Mirebrahimi M, Moayed Ms, Ebadi A, Saeid Y. Person-Centered Care Approach in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. J Crit Care Nurs. 2024;17(1):25-34. doi: 10.30491/JCC.17.1.25

Received: 6 April 2024 **Accepted:** 3 August 2024 **Online Published:** 4 August 2024

Abstract

Background & aim: Person-centered care is of great importance in nursing due to its wide application and increasing importance. Therefore, it is considered as a quality indicator in the health system. This review study was conducted with the aim of investigating the person-centered care approach.
Methods: This article is a systematic review that targeted search without time limitation using the keywords person-centered care, nursing, intensive care unit and its English equivalent in the English language databases Web of Science, Scopus, PubMed and Persian SID, Iran Medex, Magiran and Google Scholar search engine. This search was conducted until March 2023.
Results: Out of 67 initial studies, 14 studies were included in the final analysis. In most of the studies, four factors of individuality, kindness, respect and comfort were reported as the main dimensions of person-centered care in Intensive Care Units (ICUs). Heavy workload and lack of cooperation between nurses were introduced as the main obstacles to the implementation of person-centered care and high work experience as an effective factor in improving the quality of person-centered care in the special care department. The provision of suitable clinical spaces for the family was also reported as one of the effective factors in improving the quality of person-centered care.
Conclusion: Person-centered care, as a new approach, has been investigated in various studies. Paying attention to the patient as a whole person, emphasizing the individual's personality, participation in decision-making processes, respecting the wishes of the patient and his family can be effective factors in providing person-centered care in the special care department. Limited studies have been conducted in the field of person-centered care in the ICU, which is suggested to be further investigated in future studies.

Keywords: Patient-Centered Care, Family-Centered Care, Person-Centered Care, Critical Care, Systematic Review.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.1.25]

Copyright © 2024 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
مقاله پژوهشی
دوره ۱۷، شماره ۱، بهار ۱۴۰۳
10.30491/JCC.17.1.25

رویکرد مراقبت فردمحور در بخش مراقبت ویژه: یک مرور نظام‌مند

میراکبر میرابراهیمی[۱]، ملیحه السادات مؤید[۲]، عباس عبادی[۲]، یاسر سعید[۲*]

[۱] کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران
[۲] مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده علوم بالینی و دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران

* **نویسنده مسئول:** یاسر سعید، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده علوم بالینی و دانشکده پرستاری، علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.
پست الکترونیک: yasernurse84@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۱/۱۷ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۳/۰۵/۱۳ **انتشار مقاله:** ۱۴۰۳/۰۵/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت فرد محور، به دلیل کاربرد گسترده و اهمیت روزافزون آن در پرستاری از اهمیت بالایی برخوردار است. لذا به عنوان یک شاخص با کیفیت در نظام سلامت به حساب می‌آید. این مطالعه مروری با هدف بررسی رویکرد مراقبت فرد محور انجام شد.

روش‌ها: این مقاله یک مرور نظام‌مند است که جست و جوی هدفمند بدون محدودیت زمانی با استفاده از کلمات کلیدی مراقبت فرد محور، پرستاری، بخش مراقبت ویژه و معادل انگلیسی آن در پایگاه‌های انگلیسی زبان Web of Science، Scopus، PubMed و فارسی SID Iran، Medex, Magiran و موتور جستجوی Google Scholar تا مارس ۲۰۲۳ انجام شد.

یافته‌ها: از ۶۷ مطالعه اولیه، در نهایت ۱۴ مطالعه وارد تحلیل نهایی شدند. در بیشتر مطالعات چهار عامل فردیت، مهرورزی، احترام و راحتی به عنوان ابعاد اصلی مراقبت فردمحور در بخش مراقبت‌های ویژه گزارش شد. بار کاری زیاد و عدم همکاری بین پرستاران به عنوان موانع اصلی اجرای مراقبت فردمحور و سابقه کاری بالا به عنوان عامل مؤثر بر ارتقاء کیفیت مراقبت فردمحور در بخش مراقبت‌های ویژه معرفی شد. ارائه فضاهای بالینی مناسب خانواده نیز از جمله عوامل مؤثر بر ارتقاء کیفیت مراقبت فرد محور گزارش شد.

نتیجه‌گیری: مراقبت فردمحور به عنوان یک رویکرد جدید در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. توجه به بیمار به عنوان یک فرد کامل، تأکید بر شخصیت فرد، مشارکت در فرآیندهای تصمیم‌گیری، احترام به خواسته‌های بیمار وخانواده وی می‌تواند عوامل مؤثری بر ارائه مراقبت فردمحور در بخش مراقبت‌های ویژه باشد. مطالعات محدودی در زمینه مراقبت‌های فردمحور در بخش مراقبت‌های ویژه انجام گرفته است که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، بیشتر مورد بررسی قرار بگیرد.

کلید واژه‌ها: مراقبت بیمارمحور، مراقبت خانواده محور، مراقبت فردمحور، مراقبت ویژه، مرور نظام‌مند.

مقدمه

بخش مراقبت ویژه با این فرض سازماندهی شد که بیماران بدحال نیاز به توجه مداوم و اغلب واکنش سریع دارند و به سیستم‌های پشتیبانی از زندگی با فناوری پیشرفته و پرسنل ماهر وابسته هستند [۱]. در این راستا، بخش مراقبت ویژه کانون توجه اقتصاد سلامت عمومی قرار گرفته است که بخش بزرگی از افزایش هزینه‌های بهداشتی، عملیات و نگهداری را شامل می‌شود [۲]. انواع بخش مراقبت‌های ویژه شامل عمومی، پزشکی، جراحی، جراحی مغز و اعصاب، قلب، قفسه سینه، اطفال، نوزادان، مراقبت‌های کرونری، سوختگی و تروما است [۳]. امروزه، واحدهای مراقبت‌های ویژه اکثر بیمارستان‌ها در کشورهای توسعه‌یافته به بخش‌های جداگانه‌ای تبدیل شده‌اند که توسط پزشکان مراقبت‌های ویژه حرفه‌ای یا متخصصان ویژه رشته‌های مختلف پزشکی کار می‌کنند [۴،۵].

همواره کیفیت مراقبت از بیماران توسط پرستاران، به خصوص در بخش مراقبت‌های ویژه چالش‌برانگیز بوده است. بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه به واسطه شرایط سخت و بیماری که باعث شده در آن بخش بستری شوند و همچنین وجود محیط ناشناخته، دوری از نزدیکان و قرار گرفتن تحت اعمال مراقبتی تهاجمی با چالش‌های بی‌شماری روبه رو هستند [۶،۷]. پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه با مواردی چون استرس‌های محیطی، حجم کاری بالا، کمبود پرسنل و شرایط سخت مراقبتی بیمار مواجهه هستند که در فرآیند مراقبت‌های پرستاری تأثیرگذار

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]
[DOI: 10.30491/JCC.17.1.25]

است که همه می‌توانند کیفیت مراقبت ارائه شده به بیماران را تحت تأثیر قرار دهند [۸]. پرستاران مراقبت‌های ویژه، دامنه کاری بسیار گسترده‌ای دارند که از ارتباط با بیماران و خانواده‌ها تا همکاران شاغل در بخش و بیمارستان است [۹]. در چنین شرایطی، پرستاران باید بر اساس تخصص خود تصمیم‌گیری به موقع انجام دهند و این امر مستلزم داشتن سطح بالایی از صلاحیت ارتباطی برای ارزیابی جامع نیازهای بیماران و خانواده آنها است. هدف از این اقدام، بهینه‌سازی مراقبت‌های ارائه شده به بیماران است [۱۰].

بخشی از این بهینه‌سازی، استفاده از راهبردهای مناسب برای برقراری ارتباط خوب با بیمار است که پرستار می‌تواند شرایط بیمار را به گونه‌ای درک کند که بتواند او را برای مشارکت فعال در فعالیت‌های پرستاری ترغیب کند [۱۱].

در سال‌های اخیر مراقبت بیمارمحور به طور گسترده به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر از ارائه مراقبت‌های بهداشتی شناخته شده است. به طور کلی، مراقبت بیمارمحور بر اساس نیازها، ارزش‌ها و ترجیحات بیماران و خانواده‌های آنها سازماندهی می‌شود. با این حال، تعداد زیادی از شواهد نشان می‌دهد مراقبت بیمارمحور برای عملی شدن، به ویژه در محیط مراقبت‌های ویژه، چالش‌برانگیز است.

علاوه بر این، بیماران بدحال اغلب قادر به برقراری ارتباط نیستند، که چالش‌هایی را برای تیم مراقبت‌های ویژه ایجاد می‌کنند تا ارزش‌ها، اهداف و ترجیحات بیماران را مشخص کرده و از آنها حمایت کنند. حتی زمانی که این امر میسر شود، موانع متعددی به کارگیری آنها را محدود می‌کند [۱۲-۱۴].

با تغییرات اجتماعی در پزشکی، تعریف عملیاتی مراقبت بیمار محور در حال تغییر است و اقدامات باید منعکس‌کننده این تغییرات باشد [۱۵]. در سال ۱۹۹۷، لامبرت و همکاران اشاره کردند که مراقبت‌های مطرح شده ممکن است کافی نباشد و یک رویکرد فردمحور مورد نیاز است [۱۶].

در سال‌های اخیر، مفهوم مراقبت فردمحور به عنوان توسعه مراقبت بیمارمحور مطرح شده است [۱۷]. مفهوم فرد از فلسفه سرچشمه می‌گیرد و نشان می‌دهد که چه چیزی در مورد انسان مهم است که آنها را از هر چیز دیگری متمایز می‌کند. متداول‌ترین تعریف این است که یک فرد با عقلانیت به معنای وسیع کلمه (مثلاً خودآگاهی، اراده آزاد، ظرفیت برقراری ارتباط) مشخص می‌شود و بنابراین سزاوار موقعیت اخلاقی خاصی است که می‌تواند برای خود ادعا کند [۱۸].

مراقبت فردمحور توجه را به خود جلب کرده است زیرا بر اهمیت تجربه فرد به عنوان بیمار تأکید دارد [۱۹،۲۰]. مراقبت فردمحور ارزش تک تک بیماران را می‌شناسد و به آنها احترام می‌گذارد و بیماران را در تصمیم‌گیری در مورد درمان و مراقبت خود با ایجاد یک رابطه اعتماد مشارکت می‌دهد [۲۱].

مراقبت فردمحور به عنوان یکی از اصلی‌ترین ارزش‌ها در ارائه مراقبت با کیفیت بالا در نظر گرفته می‌شود؛ بنابراین، در سال‌های اخیر، توجه روزافزونی به موضوع مراقبت فردمحور معطوف شده است [۲۲].

مراقبت فردمحور تمرکز بیشتری بر روی ویژگی‌های فردی به نسبت به شرایط پزشکی دارد. این نوع از مراقبت، به ویژه برای افرادی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند، بسیار مهم است. هر فردی به عنوان یک شخص منحصر به فرد با اهداف، نیازها و ترجیحات متمایز شناخته می‌شود [۲۳-۲۵].

در بخش ICU، بیماران نه تنها استرس فیزیولوژیکی را تجربه می‌کنند، بلکه موقعیت‌های منفی دیگری مانند انزوا از خانواده، عدم استقلال، یا درمان غیرشخصی را نیز تجربه می‌کنند [۲۶]. بر اساس مطالعات کیفی، بیماران ICU احساس تنهایی می‌کنند که به تنهایی در یک جزیره بیابانی تشبیه می‌شود و به دلیل ظرفیت محدود خود برای مراقبت از خود، ناامیدی را تجربه می‌کنند و ممکن است دچار توهم و کابوس شوند.

برخی از بیمارانی که محیط ICU را غیرشخصی می‌دانند، زندگی خود را وابسته به ماشین‌ها می‌دانستند. علاوه بر این، گرایش به آرام‌بخشی سبک، که باعث می‌شود هوشیاری در طی روش‌های بسیار پیچیده مانند تهویه مکانیکی و بای‌پس قلبی ریوی حفظ شود، به بیماران این امکان را می‌دهد تا تجربیات ICU خود را بیشتر به خاطر بسپارند. تجربیات منفی در ICU می‌تواند بر کیفیت زندگی و همچنین سلامت‌شناختی، ذهنی و جسمی بازماندگان پس از ترخیص تأثیر بگذارد [۲۷].

علی‌رغم اینکه اهمیت جهانی مراقبت فردمحور به طور کلی پذیرفته شده است، این رویکرد از عدم وضوح به ویژه در بخش مراقبت‌های ویژه رنج می‌برد. تحقیقات مختلف مانند کارآزمایی‌ها، متاآنالیزها و مرورهای سیستماتیک، اغلب فقط نشان می‌دهد که آیا مراقبت فردمحور مؤثرتر از مراقبت استاندارد هست یا خیر؛ اما، حاوی اطلاعاتی در مورد اینکه چرا مؤثرتر بوده و چگونه به نتایج آن منجر شده است، نیست. در نتیجه مشخص نیست که چگونه و برای چه کسی، مراقبت فردمحور منجر به نتایج مثبت می‌شود و تنوع در سن، جنسیت، وضعیت اقتصادی اجتماعی، سابقه مهاجرت، با تفاوت‌های زیادی در سلامت و کیفیت مراقبت همراه است [۲۸].

با توجه به اهمیت مفهوم مراقبت فردمحور، بررسی جنبه‌های مختلف این مفهوم از دیدگاه پرستاران و بیماران می‌تواند شاخص خوبی برای رسیدن به کیفیت در سیستم سلامت باشد [۲۹-۳۱]. در حال حاضر در مطالعات انجام شده این موضوع به خوبی تبیین نشده است و نیازمند یک مرور جامع و به تناسب اجماع برای کاربرد این مفهوم در بخش مراقبت ویژه است. لذا این مطالعه با هدف بررسی رویکرد مراقبت فردمحور در بخش مراقبت ویژه انجام شد.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.1.25]

روش‌ها

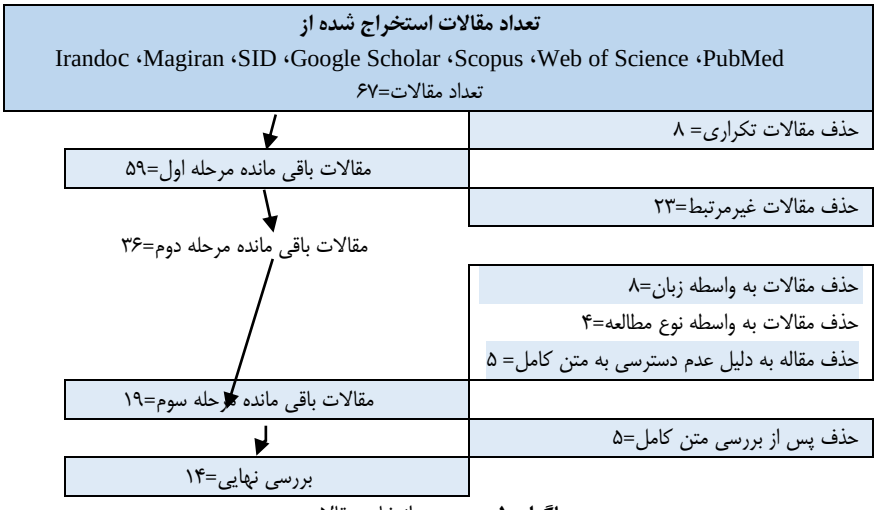
مطالعه حاضر یک مرور نظام‌مند که در سال ۱۴۰۲ انجام شد. بر این اساس جست و جوی هدفمند بدون محدودیت زمانی با استفاده از کلمات کلیدی بر مبنای (Mesh Heading of Subject Medical) مراقبت فردمحور، پرستاری، بخش مراقبت ویژه و معادل انگلیسی آن (Person Center Care, Nursing Intensive Care Unite) در پایگاه‌های انگلیسی زبان (PubMed، Web of Science، Scopus) و فارسی (Magiran، Iran Medex، SID) و موتور جستجوی (Google Scholar) تا مارس ۲۰۲۳ انجام شد.

هیچ نوع محدودیتی برای **ورود مطالعات** بر اساس طراحی مطالعات انجام شده، وجود نداشت. **معیارهای خروج** مطالعات شامل: عدم دسترسی به متن کامل مقاله، نامه به سردبیر یا مقالات چاپ شده در مجلات غیر معتبر در نظر گرفته شد. پس از حذف مقالاتی که معیارهای ورود به مطالعه را نداشتند، متن کامل مقالات مرتبط و در دسترس مورد بررسی قرار گرفت.

در صورت مواجهه با مطالعه‌ای مطابق با اهداف مطالعه در صورت عدم دسترسی به متن کامل مقالات، داده‌های منتشر نشده یا وجود داده‌های اشتباه و مبهم به نویسنده مسئول مقاله ایمیل زده شد و به فواصل ۱- ۱۰ روز سه ایمیل دیگر ارسال شد. مقالات منتشر شده به زبان فارسی و انگلیسی و بدون محدودیت زمانی مطابق با معیارهای جستجو شناسایی شد. برای ساماندهی مقالات و مدیریت مطالعات تکراری از نرم افزار اندنوت نسخه ۸ استفاده شد. در مرحله غربالگری عنوان و چکیده مقالات بررسی شد. در صورتی که پس از سه ایمیل از نویسنده مقاله پیامی دریافت نشد مقاله حذف شد. به منظور جلوگیری از سوگیری احتمالی، دو نفر از پژوهشگران به بازبینی مقاله‌ها از نظر عنوان، چکیده، مقدمه، روش کار، نتایج، بحث پرداختند. استخراج داده‌ها توسط دو محقق به صورت مجزا با استفاده از یک فرم استخراج اطلاعات محقق ساخته انجام شد. در ابتدا یک مقاله به صورت پایلوت با این فرم ارزیابی شد؛ سپس برای سایر مقالات انجام شد. داده‌های مربوط به نویسنده مقاله، مکان انجام مطالعه، سال انجام مطالعه، حجم نمونه، طراحی مطالعه، گروه هدف و نتایج مهم و تفسیر استخراج شد. با استفاده از کلید واژه این مطالعه مروری بر اساس گایدلاین‌های Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) و با تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله و کسب کد اخلاق انجام گرفت.

یافته‌ها

پس از انجام جستجو ۶۷ مقاله به دست آمد. سپس عنوان و چکیده مقالات توسط محققان بررسی شد و ۲۳ مقاله غیر مرتبط مطابق با اهداف مطالعه حذف شد. در صورت مشکوک بودن مطالعه‌ای در این مرحله متن کامل مقاله توسط محققین بررسی شد. زبان هشت مقاله کره‌ای بود و دسترسی به متن کامل پنج مقاله میسر نشد که از مطالعه حذف شدند. در مرحله بعد، پس از حذف چهار مقاله به واسطه گزارش کوتاه بودن، در نهایت متن کامل ۱۹ مقاله بررسی شد. پس از بررسی متن کامل مقالات پنج مطالعه به دلیل غیر مرتبط بودن خارج شدند و در نهایت ۱۴ مطالعه وارد بررسی نهایی شد. جهت اطمینان از بازیابی کلیه مقالات، فهرست منابع مقالات نهایی نیز بصورت دستی مورد جستجو قرار گرفت و مورد جدیدی مشاهده نشد. روند ورود مطالعات به پژوهش بر اساس معیارهای ورود و خروج در (دیاگرام یک) نشان داده شده است. خلاصه مقالات وارد شده در تحلیل نهایی، خصوصیات و نتایج آنها در (جدول یک) عنوان شده است.



دیاگرام ۱. جستجو و انتخاب مقالات

جدول ۱. نتایج مطالعات وارد شده در تحلیل نهایی

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.1.25]

ردیف	نویسنده	سال انتشار	کشور	نوع مطالعه	نمونه یا مشارکت‌کنندگان	یافته اصلی
۱	ارین کویلر [۳۲]	۲۰۲۳	آفریقای جنوبی	کیفی	۱۰ بیمار که سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه داشتند.	تأکید بر شخصیت فرد به عنوان مفهوم مراقبت فردمحور معرفی شد.
۲	جان سدروال [۳۳]	۲۰۲۳	سوئد	مقطعی	۴۰ مدیر پرستاری، ۳۶ پرستار بخش مراقبت‌های ویژه، ۱ پرستار	استفاده از مراقبت فردمحور در بخش مراقبت‌های ویژه، رایج نبود.
۳	هلن نیومن [۳۴]	۲۰۲۲	–	مروری کیفی	۱۳ مطالعه از سال‌های ۲۰۰۳ الی ۲۰۱۹	بیماران درخواست داشتند که به عنوان یک فرد کامل دیده و شنیده شوند.
۴	هیونا یون [۳۵]	۲۰۲۲	کره جنوبی	مقطعی	۱۸۸ پرستار با حداقل ۳ ماه سابقه فعالیت در بخش مراقبت‌های ویژه	سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه، هوش هیجانی و رضایت از مهرورزی پیش‌بینی‌کننده‌های مهم مراقبت فردمحور در بخش مراقبت‌های ویژه است.
۵	ماریا اندرسون [۳۶]	۲۰۲۲	سوئد	کیفی	۶ پرستار مراقبت‌های ویژه که در بخش مراقبت‌های ویژه کووید ۱۹ در مرحله اول همه‌گیری فعالیت داشتند.	دانش پرستاران از مراقبت فردمحور بالا بود. اما پیش نیازهای آنها برای ارائه مراقبت مطابق با مراقبت فردمحور محدود بود. نشناختن بیمار به عنوان یک شخص و ناآشنا بودن با سازمان، محیط و/یا تجهیزات، همگی موانعی برای کار مطابق با مراقبت‌های فردمحور در طول همه‌گیری کووید ۱۹ بود.
۶	آنا سلتمیر [۳۷]	۲۰۲۲	سوئد	کیفی	۹ بیمار با سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه	مشارکت بیمار در طول مراقبت بخش مراقبت ویژه بیشتر از مشارکت در فرآیندهای تصمیم‌گیری یا تصمیم‌گیری‌های مستقیم مراقبت از بیمار است. بستگان بیمار نقش مهمی در حمایت از مراقبت فردمحور در طول کل فرآیند مراقبت دارند.
۷	فردیکا سانبرگ [۳۸]	۲۰۲۰	سوئد	مقطعی	۹۹ نفر از مراجعه کنندگان به بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه	طراحی و اجرای محیطی مناسب برای بیماران و خانواده آنها، مراقبت فردمحور را افزایش می‌دهد.
۸	هیونگ لی [۳۹]	۲۰۲۱	کره	مقطعی	۳۰۰ پرستار در بخش مراقبت‌های ویژه که از یک بیمار لاعلاج مراقبت کرده بودند	برای اطمینان از شأن بیمار در پایان عمر و در نتیجه کمک به بیماران برای تجربه مرگ با کیفیت خوب، باید تلاش بیشتری برای بهبود شایستگی پرستاران در ارائه مراقبت‌های فردمحور انجام شود و در عین حال اطمینان حاصل شود که پرستاران می‌توانند با بیماران لاعلاج همدردی کنند و به آنها احترام بگذارند.
۹	وان ویلیجن [۴۰]	۲۰۲۰	انگلستان	کیفی	۵ بیمار سابق بخش مراقبت ویژه و پنج عضو خانواده بیماران بخش مراقبت ویژه	یافته‌های این مطالعه اهمیت رویکرد فردمحور به توانبخشی فیزیکی در بخش مراقبت ویژه را از دیدگاه بیماران و خانواده‌ها نشان داد.
۱۰	مارک ام سی لمان [۴۱]	۲۰۲۰	استرالیا	مقطعی	۱۰۴ خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه	با ترکیب فضاهای بالینی مناسب برای خانواده و اتاق‌های انتظار که امکان حفظ حریم خصوصی خانواده را به همراه امکاناتی که از راحتی و استراحت در ۱۱طول تجربه ICU پشتیبانی می‌کنند، ممکن است مراقبت فردمحور را افزایش دهد.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.1.25]

۱۱	های جین یو [۴۲]	۲۰۲۰	کره جنوبی	مداخله ای	۳۰ پرستار بخش مراقبت‌های ویژه	پرستاران ICU باید ذهنی باز داشته باشند، به خواسته‌های بیماران و خانواده‌ها احترام بگذارند و نگرش مثبتی نسبت به مراقبت فردمحور ایجاد کنند. علاوه بر این، مدیران بیمارستان باید برای بهبود محیط کاری و تأمین امنیت پرسنل بهداشتی مناسب برای ارائه مراقبت فردمحور کارآمد، حمایت کنند.
۱۲	آنیتا نیلسون [۴۳]	۲۰۱۹	سوئد	کیفی	۱۵ پرستار بخش مراقبت‌های ویژه	مطالعه حاضر تأکید می‌کند که به جای محدود کردن مراقبت‌های فردمحور به لحظات یا روابط خاص، به نظر می‌رسد یک رویکرد سازمانی سیستماتیک و چند سطحی لازم است تا پرستاران بتوانند مراقبت‌های فردمحور را به طور مداوم و مستمر به افراد مسن در شرایط حاد ارائه دهند.
۱۳	جان سدروال [۴۴]	۲۰۱۸	سوئد	کیفی	۱۹ پرستار با حداقل ۲ سال سابقه فعالیت در بخش مراقبت‌های ویژه	مراقبت شخص محور درک شده شرکت‌کنندگان بر نتایج کوتاه مدت و بلندمدت از ونتیلاتور گرفتن تأثیر مثبت داشت. با این حال، هنگامی که منابع پرستاری کافی و همکاری تیمی ضعیف وجود داشت، مراقبت فردمحور محدود بود.
۱۴	لوسیف ابراها [۴۵]	۲۰۱۷	–	مروری	۳۸ مطالعه از مداخلات غیردارویی برای درمان اختلالات رفتاری در بیماران مسن مبتلا به زوال عقل	مراقبت فردمحور برای بی‌قراری علامت‌دار و شدید مؤثر بود.

بحث

مطالعه حاضر به منظور بررسی رویکرد مراقبت فردمحور در بخش مراقبت ویژه به صورت مروری انجام شد. مطالعات به دست آمده در سه دسته‌بندی قرار گرفتند که مراقبت فردمحور را از دیدگاه بیمار، پرستار و خانواده بیمار مورد بررسی قرار دادند و ابعاد و پیش بینی‌کننده‌ها و موانع موجود برای اجرای مراقبت فردمحور را گزارش نمودند.

مطالعات مختلف، ابعاد متعددی برای مراقبت فردمحور در بخش مراقبت‌های ویژه در نظر می‌گرفتند [۳۲،۳۶،۴۶]. اگرچه در مطالعات گزارش شده است که در بخش مراقبت‌های ویژه، مراقبت بیمارمحور رایج‌تر است، اما مرکز مراقبت فردمحور، برخلاف مراقبت بیمارمحور، فرد را به عنوان یک بیماری عینیت نمی‌بخشد و به بیمار اجازه می‌دهد مسئولیت مراقبت و کنترل خود را برعهده بگیرد [۴۷]. تفاوت دیگر بین مراقبت بیمار محور و مراقبت شخص محور این است که هدف مراقبت بیمار محور یک زندگی عملکردی است، در حالی که هدف مراقبت شخص محور یک زندگی معنادار است [۴۸]. علاوه بر این، مراقبت بیمار محور از یک دیدگاه صرفاً زیست پزشکی منشأ می‌گیرد، در حالی که مراقبت فردمحور از دیدگاه انسان‌گرایانه و کل‌نگر بیان می‌شود [۴۹]. مراقبت فردمحور را می‌توان در دسته‌بندی‌های مختلف قرار داد؛ کویلر (Kuyler) و همکاران با بررسی مراقبت فردمحور در پژوهش‌های مختلف، این ابعاد را راحتی، دلبستگی، شمول، شغل و هویت گزارش نمودند [۳۲،۵۰–۵۲]. حفظ شخصیت بیمار جزء مهم مراقبت فردمحور است زیرا بر نتایج سلامتی بیماران تأثیر می‌گذارد [۵۰،۵۲،۵۳]. با این حال، به نظر می‌رسد که، علی‌رغم اینکه حفظ شخصیت بیمار در مرکز مراقبت‌های پرستار باشد، اما موانع متعددی مانع از رعایت این امر می‌شود. باکلی (Buckley) و همکاران در سال ۲۰۲۰، این موانع را هم ویژگی‌های مربوط به بیمار از جمله مشکلات ارتباطی، و هم مشکلات پرستاری بیان کردند [۵۴]. ارتباط نه تنها برای ایجاد شخصیت بیمار، بلکه برای تقویت رابطه با پرستاران نیز از اهمیت اساسی برخوردار است [۵۴]. پرستاران اغلب در برقراری رابطه با بیمارانی که مشکلات ارتباطی را تجربه می‌کنند، مشکل دارند. این مشکلات ممکن است باعث ناامیدی پرستاران شود و می‌تواند منجر به این شود که مراقبت پرستاری آنها بیشتر وظیفه محور باشد و مدت زمان تماس پرستار و بیمار کاهش یابد [۵۵،۵۶]. کاهش زمان تماس پرستار و بیمار بر تجربه بیماران از پرستاران و توانایی پرستار در ارائه آرامش به بیمار از طریق همدلی تأثیر می‌گذارد. این تجربیات کوتاه اغلب منفی بوده و توسط بیماران به یاد می‌آیند [۵۷]. حاجعلی‌زاده و همکاران اشاره کردند که بیماران، تجارب فیزیکی ناراحتی، سر و

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.1.25]

صدا، درد، و تجربیات روانشناختی خود از احساس انزوا، افسردگی و اضطراب را به یاد می‌آوردند [۵۸]. این تجارب اغلب تحت تأثیر توانایی پرستار در ارائه آرامش به بیمار است. اکثر بیماران در مطالعه کویلر (Kuyler) و همکاران، توانایی پرستاران در آرامش دادن به آنها را منفی می‌دانستند و این امر تأثیر زیادی بر شخصیت آنها داشت [۳۲]. در همین راستا، کانگ (Kang) و همکاران در سال ۲۰۱۸ پرسشنامه‌ای را برای ارزیابی مراقبت فردمحور در بخش مراقبت‌های ویژه طراحی نمودند که چهار عامل فردیت، مهرورزی، احترام و راحتی را در بیماران بررسی می‌نماید [۵۹].

موانع متعددی نیز برای اجرای مراقبت فردمحور در بخش مراقبت‌های ویژه بیان شده است. اندرسون و همکاران گزارش نمودند که اجرای مراقبت فردمحور در بخش مراقبت‌های ویژه به همکاری حرفه‌ای بین پرستاران احتیاج دارد و در مواردی که پرستاران در همکاران خود مهارت و شایستگی را مشاهده نمی‌کردند، احساس ناامنی در هنگام کار می‌کردند [۳۶].

سدروال (Cederwall) و همکاران گزارش کردند که همکاری ضعیف تیم پرستاری، این پتانسیل را دارد که تجربه بیماران را مختل کند [۶۰]. از دیگر موانعی که بر اجرای مراقبت فردمحور در بخش مراقبت‌های ویژه گزارش شده بود، درجه پایین مشارکت و عدم وجود مدیریت پرستاری گزارش شده بود [۳۶]. محیط مراقبت، پتانسیل حمایت یا محدود کردن امکانات پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه را برای ارائه موفقیت‌آمیز مراقبت پرستاری بر اساس مراقبت فردمحور را دارد و بر تجربه مراقبت و نتایج بیمار تأثیر می‌گذارد [۶۱،۶۲]. این عوامل از جمله افزایش بار کاری و موقعیت‌های استرس‌زا، می‌تواند خطاهای دارویی را افزایش دهد [۶۳] و بالطبع احتمال مرگ و میر بیماران را افزایش می‌دهد [۶۴]. در مطالعه اندرسون (Andersson)، این عوامل که از سویی مانع از اجرای مراقبت فردمحور در بخش مراقبت‌های ویژه می‌شد، حجم کاری، مدیریت دارو و مشکلات ارتباطی ذکر شد [۳۶]. علاوه بر این، لیو (Liu) و همکاران نشان دادند که افزایش بار کاری با مراقبت‌های پرستاری ناکافی، فرسودگی شغلی پرستار و کاهش ایمنی بیمار مرتبط است که می‌تواند مراقبت فردمحور را تحت تأثیر قرار دهد [۶۵].

عوامل مختلفی به عنوان عوامل مؤثر بر مراقبت فردمحور در بخش مراقبت‌های ویژه گزارش شده است. در مطالعه یونگ (Youn) و همکاران، سابقه کار، هوش هیجانی و رضایت از مهرورزی را از جمله عوامل مؤثر بر ارتقای مراقبت فردمحور در میان پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه گزارش نمودند [۳۵]. کانگ (Kang) و همکاران، عوامل تعداد تخت در ICU، نوع ICU سمت شغلی، مدرک تحصیلی و مذهب در پرستاران را بر مراقبت فردمحور در بخش مراقبت‌های ویژه مؤثر دانستند [۵۹]. در مطالعه کانگ (Kang) و همکاران، در میان پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه، افرادی که در بخش مراقبت‌های ویژه تخصصی بالاتر فعالیت می‌کردند، عملکرد پرستاری فردمحور بالایی داشتند [۵۹]. این نتایج را می‌توان به عنوان صلاحیت پرستاری، مانند تجربه و تخصص بالینی پرستاران، تأثیرگذار بر پرستاری فردمحور تفسیر کرد. در آینده لازم است تفاوت عملکرد پرستاری فردمحور با توجه به ویژگی‌های بخش‌های مختلف مراقبت‌های ویژه و ویژگی‌های کاری پرستاران بررسی شود و راهکارهایی برای ارتقای پرستاری فردمحور آماده شود. در مطالعه مک لنان (McLennan) و همکاران و یو (Yoo) و همکاران بیان شد فضاهای بالینی مناسب خانواده و اتاق‌های انتظار که با حفظ حریم خصوصی خانواده همراه باشد، می‌تواند مراقبت فردمحور را ارتقا ببخشد [۴۱،۴۲].

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم دسترسی به متن کامل برخی مقالات اشاره نمود که به علت محدودیت، امکان تهیه آنها فراهم نشد. محدودیت دیگر این پژوهش، مقالات غیر انگلیسی زبان بودند که به علت عدم وجود متخصص زبان کره‌ای، امکان ترجمه اصیل آنها به زبان فارسی وجود نداشت.

نتیجه‌گیری

مراقبت فردمحور، به عنوان یک رویکرد جدید، در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به جدید بودن، مفهوم فراوانی مطالعات در این خصوص بالا نبود. از طرفی رویکرد مراقبت فردمحور می‌تواند در بحث توجه بیشتر به بیمار و ترجیحات وی نگاه جدید را در بحث مراقبت بخصوص در بخش مراقبت ویژه در کنار سایر مفاهیم مثل مراقبت بیمارمحور و خانواده محور ایجاد نماید. به طوری که به نسبت از جامعیت بیشتری برخوردار است. با توجه به محدود بودن مطالعات در زمینه مراقبت‌های فردمحور در بخش مراقبت‌های ویژه، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، این موضوع بیشتر مورد بررسی قرار بگیرد. همچنین ترجمه و بومی‌سازی ابزارهای مرتبط با این مفهوم می‌تواند در انجام برنامه‌ریزی هدفمند و به تناسب طراحی مداخلات مؤثر در جهت افزایش و بهبود آن کمک‌کننده باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از یافته‌های پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه است که با کد IR.BMSU.REC.1401.092 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) به ثبت رسیده است. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری کرده‌اند، تقدیر و تشکر نمایند.

تعارض منافع: نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند هیچگونه تضاد و منافعی وجود ندارد.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.1.25]

منابع

1. Ouyang H, Argon NT, Ziya S. Allocation of intensive care unit beds in periods of high demand. Operations research. 2020;68(2):591-608. doi.10.1287/opre.2019.1876
2. Cinaroglu S. Intensive Care Unit Services Preparedness for the Pandemic: An Efficiency Analysis. Health Serv Insights. 2021;14:11786329211037527. doi.10.1177/11786329211037527
3. Sundberg F, Fridh I, Lindahl B, Kåreholt I. Associations between healthcare environment design and adverse events in intensive care unit. Nursing in critical care. 2021;26(2):86-93. doi.10.1111/nicc.12513
4. Tardini F, Pinciroli R, Berra L. The intensive care unit: how to make this unfriendly environment geriatric-friendly. European Journal of Surgical Oncology. 2020;46(3):379-82. doi.10.1016/j.ejso.2019.12.022
5. Möller G, de Oliveira JLC, Dal Pai D, Azzolin K, de Magalhães AMM. Nursing practice environment in intensive care unit and professional burnout. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2021;55. doi.10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-00409
6. Ageel M, Shbeer A. Assessment of the Critical Care Work Environment of Intensive Care Unit Nurses in Saudi Arabia. Risk Management and Healthcare Policy. 2022:2413-20. doi.10.2147/RMHP.S391698
7. Salehi T, Barzegar M, Saeed Yekaninejad M, Ranjbar H. Relationship between healthy work environment, job satisfaction and anticipated turnover among nurses in intensive care unit (ICUs]. Annals of Medical and Health Sciences Research. 2020;10(2).
8. Varon J. Approach to the Intensive Care Unit (ICU]. In: Varon J, editor. Handbook of Critical and Intensive Care Medicine. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 1-15. 10.1007/978-0-387-92851-7_1
9. Yoo HJ, Lim OB, Shim JL. Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. Plos one. 2020;15(7):e0235694. doi.10.1371/journal.pone.0235694
10. Park Y-S, Oh EG. Factors related to intensive care unit nurses' patient centered communication competency. Journal of Korean Critical Care Nursing. 2018;11(2):51-62. doi.10.34250/jkccn.2021.14.3.14
11. Asmirajanti M, Hamid AYS, Hariyati RTS. Nursing care activities based on documentation. BMC Nurs. 2019;18(Suppl 1):32. doi.10.1186/s12912-019-0352-0
12. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in A. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US)Copyright 2001 by the National Academy of Sciences. All rights reserved. 2001.
13. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. Crit Care Clin. 2017;33(2):225-43. doi.10.1016/j.ccc.2016.12.005
14. Secunda KE, Kruser JM. Patient-Centered and Family-Centered Care in the Intensive Care Unit. Clin Chest Med. 2022;43(3):539-50. doi.10.1016/j.ccm.2022.05.008
15. Epstein RM, Peters E. Beyond information: exploring patients' preferences. Jama. 2009;302(2):195-7. doi.10.1001/jama.2009.984
16. Lambert BL, Street RL, Cegala DJ, Smith DH, Kurtz S, Schofield T. Provider-patient communication, patient-centered care, and the mangle of practice. Health communication. 1997;9(1):27-43. doi.10.1207/s15327027hc0901_3
17. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. Health Expectations. 2018;21(2):429-40. doi.10.1111/hex.12640
18. Eklund JH, 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;102(1):3-11. doi.10.1016/j.pec.2018.08.029
19. Lusk JM, Fater K, editors. A concept analysis of patient-centered care. Nursing forum; 2013: Wiley Online Library. doi.10.1111/nuf.12019
20. Morgan S, Yoder LH. A concept analysis of person-centered care. Journal of holistic nursing. 2012;30(1):6-15. doi. 0.1177/0898010111 4 1 21 89
21. Kogan AC, Wilber K, Mosqueda L. Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: A systematic literature review. Journal of the American Geriatrics Society. 2016;64(1):e1-e7. doi.10.1111/jgs.13873
22. Ahmed A, van den Muijsenbergh M, Vrijhoef HJM. Person-centred care in primary care: What works for whom, how and in what circumstances? Health Soc Care Community. 2022;30(6):e3328-e41. doi.10.1111/hsc.13913
23. Edvardsson D, Watt E, Pearce F. Patient experiences of caring and person-centredness are associated with perceived nursing care quality. J Adv Nurs. 2017;73(1):217-27. doi.10.1111/jan.13105
24. Hakansson 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 Educ Couns. 2019;102(1):3-11. doi.10.1016/j.pec.2018.08.029

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.1.25]

25. Kumar R, Chattu VK. What is in the name? Understanding terminologies of patient-centered, person-centered, and patient-directed care! J Family Med Prim Care. 2018;7(3):487-8. doi.10.4103/jfmpc.jfmpc_61_18
26. Aro I, Pietilä AM, Vehviläinen-Julkunen K. Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey. Journal of clinical nursing. 2012;21(13-14):1847-58. doi.10.1111/j.1365-2702. 2012. 04092.x
27. Hong J, Kang J. Development and Validation of a Patient Version of Person-Centered Critical Care Nursing Questionnaire: A Methodological Study. SAGE Open. 2020;10(2):2158244020924423. doi.10.1177/ 2158244020924423
28. Ahmad N, Ellins J, Krelle H, Lawrie M. Person-centred care: from ideas to action. Health Foundation. 2014. doi.10.1097/NNA.0b013e31818ebf4f
29. Wolf D, Lehman L, Quinlin R, Rosenzweig M, Friede S, Zullo T, et al. Can nurses impact patient outcomes using a patient-centered care model? JONA: The Journal of Nursing Administration. 2008;38(12):532-40. doi.10.1097/NNA. 0b013e 31818ebf4f
30. Jayadevappa R, Chhatre S. Patient centered care-a conceptual model and review of the state of the art. The Open Health Services and Policy Journal. 2011;4(1). doi.10.2174/ 18749240011 04010015
31. Cheraghi M. Development and Psychometric Evaluation of Patient-Centered Care Questionnaire in Cardiac Intensive Care Units. Development. 2022;17(2). doi. 10.22034/IJNR.17.2.74
32. Kuyler A, Johnson E. Critically ill patients' experiences of nursing care and the effect on their personhood: A retrospective study. Nurs Open. 2023;10(10):6903-11. doi. 10.1002/nop2.1944
33. Cederwall CJ, Rose L, Naredi S, Olausson S, Ringdal M. Care practices for patients requiring mechanical ventilation more than seven days in Swedish intensive care units: A national survey. Intensive Crit Care Nurs. 2023;74. doi. 10.1016/j.iccn.2022.103309
34. Newman H, Clunie G, Wallace S, Smith C, Martin D, Pattison N. What matters most to adults with a tracheostomy in ICU and the implications for clinical practice: a qualitative systematic review and metasynthesis. J Crit Care. 2022;72. doi.10.1016/j.jcrc.2022.154145
35. Youn H, Lee M, Jang SJ. Person-centred care among intensive care unit nurses: A cross-sectional study. Intensive Crit Care Nurs. 2022;73. doi.10.1016/j.iccn.2022.103293
36. Andersson M, Nordin A, Engström Å. Critical care nurses' experiences of working during the first phase of the COVID-19 pandemic – Applying the Person-centred Practice Framework. Intensive Crit Care Nurs. 2022;69. doi.10.1016/j.iccn.2021.103179
37. Anna S, Catharina F, Ann-Charlotte F. The core of patient-participation in the Intensive Care Unit: The patient's views. Intensive Crit Care Nurs. 2022;68. doi.10.1016/j.iccn.2021.103119
38. Sundberg F, Fridh I, Lindahl B, Kåreholt I. Visitor's Experiences of an Evidence-Based Designed Healthcare Environment in an Intensive Care Unit. Health Environ Res Des J. 2021;14(2):178-91. doi. 10.1177/1937586720943471
39. Lee H, Choi SH. Factors associated with quality of dying and death in korean intensive care units: Perceptions of nurses. Healthcare (Basel]. 2021;9(1). doi.10.3390/healthcare9010040
40. van Willigen Z, Ostler C, Thackray D, Cusack R. Patient and family experience of physical rehabilitation on the intensive care unit: a qualitative exploration. Physiotherapy. 2020;109:102-10. doi.10.1016/j.physio. 2020. 01.003
41. McLennan M, Aggar C. Family satisfaction with care in the intensive care unit: A regional Australian perspective. Aust Crit Care. 2020;33(6):518-25. doi. 10.1016/j.physio.2020.01.003
42. Yoo HJ, Shim J. Effects of a person-centred care intervention in an intensive care unit: Using mixed methods to examine nurses' perspectives. J Nurs Manage. 2020;28(6):1295-304. doi. 10.1111/jonm.13081
43. Nilsson A, Edvardsson D, Rushton C. Nurses' descriptions of person-centred care for older people in an acute medical ward—On the individual, team and organisational levels'. J Clin Nurs. 2019;28(7-8):1251-9. doi. 10.1111/jocn.14738
44. Cederwall CJ, Olausson S, Rose L, Naredi S, Ringdal M. Person-centred care during prolonged weaning from mechanical ventilation, nurses' views: an interview study. Intensive Crit Care Nurs. 2018;46:32-7. doi. 10.1016/j.iccn.2017.11.004
45. Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, et al. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. the SENATOR-OnTop series. BMJ Open. 2017;7(3). doi.10.1136/bmjopen-2016-012759
46. Andersson M. Philosophical knowledge is warranted for the successful implementation of person-centred care. Nordic J Nurs Res. 2021;41(3):117-20. doi. 10.1177/ 2057158521991476
47. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care—ready for prime time. European journal of cardiovascular nursing. 2011;10(4):248-51. doi. 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.1.25]

48. Hakansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Höglander J, et al. Same same or different? A review of reviews of person-centred and patient-centred care. Patient education and counseling. 2019(1):3-11. doi.10.1016/j.pec.2018.08.029
49. Leplege A, Gzil F, Cammelli M, Lefeve C, Pachoud B, Ville I. Person-centredness: conceptual and historical perspectives. Disability and rehabilitation. 2007;29(20-21):1555-65. doi.10.1080/09638280701618661
50. Fazio S, Pace D, Flinner J, Kallmyer B. The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. The gerontologist. 2018;58(suppl_1):S10-S9. doi.10.1093/geront/gnx122
51. Kaufmann EG, Engel SA. Dementia and well-being: A conceptual framework based on Tom Kitwood's model of needs. Dementia. 2016;15(4):774-88. doi.10.1177/1471301214539690
52. Mitchell G, Agnelli J. Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. Nursing Standard (2014+]. 2015;30(7):46. doi.10.7748/ns.30.7.46.s47
53. Terkelsen AS, Petersen JV, Kristensen HK. Mapping empirical experiences of Tom Kitwood's framework of person-centred care for persons with dementia in institutional settings. A scoping review. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2020;34(1):6-22. doi.10.1111/scs.12709
54. Buckley L, Berta W, Cleverley K, Medeiros C, Widger K. What is known about paediatric nurse burnout: A scoping review. Human Resources for Health. 2020;18:1-23. doi.10.1186/s12960-020-0451-8
55. Bayog KMS, Bello DMC, Benabaye JMP, Benegas TME, Benito ALM, Berioso MA, et al. A conjoint analysis of the communication preferences of registered nurses towards mechanically ventilated patients. International journal of nursing practice. 2020;26(2):e12809. doi.10.1111/ijn.12809
56. Dithole K, Sibanda S, Moleki M, Thupayagale-Tshweneagae G. Nurses' communication with patients who are mechanically ventilated in intensive care: the Botswana experience. International nursing review. 2016;63(3):415-21.
57. Topçu S, Ecevit Alpar Ş, Gülseven B, Kebapçı A. Patient experiences in intensive care units: a systematic review. Patient Experience Journal. 2017;4(3):115-27. doi.10.35680/2372-0247.1137
58. Hajalizadeh A, Ahmadinejad M, Dehghan M, Arab M. Informational needs of the families of patients discharged from intensive care units: a case of Iran. International Quarterly of Community Health Education. 2021;41(4):379-86. doi.10.1177/0272684X20972641
59. Kang J, Cho YS, Jeong YJ, Kim SG, Yun S, Shim M. Development and validation of a measurement to assess person-centered critical care nursing. J Korean Acad Nurs. 2018;48(3):323-34. doi.10.4040/jkan.2018.48.3.323
60. Cederwall CJ, Plos K, Rose L, Dübeck A, Ringdal M. Critical care nurses management of prolonged weaning: an interview study. Nurs Crit Care. 2014;19(5):236-42. doi.10.1111/nicc.12092
61. McCormack B, McCance T. Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice: John Wiley & Sons; 2016.
62. Moore L, Britten N, Lydahl D, Naldemirci Ö, Elam M, Wolf A. Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. Scandinavian journal of caring sciences. 2017;31(4):662-73.
63. Westbrook JI, Woods A, Rob MI, Dunsmuir WT, Day RO. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. Archives of Internal medicine. 2010;170(8):683-90.
64. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. The lancet. 2014;383(9931):1824-30. doi.10.1016/S0140-6736(13)62631-8
65. Liu X, Zheng J, Liu K, Baggs JG, Liu J, Wu Y, et al. Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. International journal of nursing studies. 2018;86:82-9. doi.10.1016/j.ijnurstu.2018.05.005

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.17.1.25]