مجلة جامعة طرطوس للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الطبية المجلد (10) العدد (4) 2026
Tartous University Journal for Research and Scientific Studies – Medical Sciences Series Vol. (10) No. (4) 2026

دراسة مقطعية لتقييم كفاءة التمريض حول الرعاية المرتكزة على المريض في مستشفى القدموس الوطني

د. رلى مصطفى عليو*

(تاريخ الإيداع 5/5/ 2026 – تاريخ النشر 28/6/ 2026)

□ ملخّص □

تعتبر الرعاية المرتكزة على المريض من النماذج المتقدمة التي تقوم على احترام قيم المريض وتمثل تحول ضروري من الرعاية التقليدية المستندة على تدبير المرض إلى اعتراف بالمريض على أنه شريك فعال في اتخاذ القرارات. ترتبط جودة هذه الرعاية بمستوى كفاءة الكادر التمريضي ويؤدي تطبيقها الفعال إلى العديد من المخرجات الإيجابية مثل تحسن النتائج السريرية للمريض، وتقليل معدل بقاء المريض في المستشفى وتكرار القبول. هدفت هذه الدراسة إلى تقييم كفاءة ممرضي مستشفى القدموس الوطني في محافظة طرطوس في تقديم رعاية مرتكزة على المريض باستخدام التصميم المقطعي على عينة ممثلة (n = 73). أظهرت النتائج أن مستوى كفاءة الكادر التمريضي كان جيداً بشكل عام (M=3.44) أما الأبعاد التفصيلية فبينت مستوى كفاءة مرتفع لبعد تأكيد راحة المريض (M= 4.52)، مستوى كفاءة جيد لبعد دعم وتأييد حقوق المريض (M= 3.97)، ومستوى متوسط لبعدي إشراك المريض في مختلف جوانب الرعاية (M= 2.64) واحترام وجهة نظر المريض وتفضيلاته (M= 2.63) أوصت الدراسة بتعزيز المعرفة والمواقف والكفاءات الخاصة بالكادر التمريضي من خلال البرامج التدريبية وتطوير ثقافة الرعاية المرتكزة على المريض داخل المستشفيات السورية.

الكلمات المفتاحية: الرعاية المرتكزة على المريض، الكادر التمريضي، كفاءة.

*مدرسة في قسم الإدارة في التمريض –كلية التمريض، جامعة اللاذقية
البريد الالكتروني
roula.alio@latakia-univ.edu.sy

مجلة جامعة طرطوس للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الطبية المجلد (10) العدد (4) 2026
Tartous University Journal for Research and Scientific Studies – Medical Sciences Series Vol. (10) No. (4) 2026

A Cross Sectional Study Assessing Nurses' Patient-Centered Care Competency at Alqadmous National Hospital

Dr. Roula Mustafa Alio*

(Received 5/5/2026.Accepted 28/6/2026)

□**ABSTRACT** □

Patient-centered care is considered one of the advanced care models which is based on respecting the patient's values, and represents a necessary shift from traditional disease-centered care to recognizing the patient as an active partner in decision-making. The quality of this type of care is related to the competency level of staff nurses and its effective implementation leads to many positive outcomes, such as improved patient clinical outcomes, reduced hospital length of stay and readmission rate. This study aimed to assess the competencies of staff nurses at Al-Qadmous National Hospital in Tartus Governorate in providing PCC, using a cross-sectional design on a representative sample (n = 73). The results showed that the overall competence level of the nursing staff was good (M=3.44). As for the detailed dimensions, the results indicated a high competence level in ensuring patient comfort (M=4.52), a good level in advocating for patients (M=3.97), and an average level in engaging the patient in aspects of care (M=2.64), and respecting patient's perspectives (M=2.63). The study recommended enhancing staff nurses' knowledge, attitudes, and competencies through training programs and the promotion of PCC culture inside Syrian hospitals.

Keywords: Patient-centered care, Staff nurses, Competency.

*Lecturer, Department of Nursing Management −Faculty of Nursing, Latakia University
Email: roula.alio@latakia-univ.edu.sy

1- مقدمة

تعتبر الرعاية المرتكزة على المريض (**Patient-Centered Care PCC**) من نماذج الرعاية المتقدمة التي تقوم على احترام المريض بصورة عامة واحترام خياراته وتفضيلاته وقيمه بصورة خاصة، إذ تضمن أن قيم المريض هي من يحدد كافة القرارات السريرية (**Institute Of Medicine, 2001**). يمثل نموذج **PCC** تحول ضروري من الرعاية التقليدية المستندة على تدبير المرض إلى نمط تعاوني شامل يعترف بالمريض على أنه شريك فعال في رحلة الرعاية، فالمنظمات الصحية التي نجحت في تطبيق **PCC** قد تجاوزت نماذج الجودة التقليدية وتبنت استراتيجيات تنظيمية أكثر تركيزاً على المريض (**Luxford et. al, 2011**). أما نماذج الرعاية السائدة فتنظر إلى المريض على أنه متلقي للخدمات الصحية ولا يشارك بالضرورة في اتخاذ القرارات المرتبطة به داخل المنظمة الصحية، مما قد يؤثر بشكل مباشر على جودة الرعاية المقدمة (**Kwame & Petrucka, 2021**). يقود التطبيق الفعال للرعاية المرتكزة على المريض إلى العديد من مخرجات الرعاية الإيجابية، مثل تحسن النتائج السريرية للمريض كالتزامه بالخطة العلاجية، وتدبير الأمراض المزمنة مثل الضغط والسكري، وتخفيض نسب الوفيات، وتقليل معدلات بقاء المريض في المستشفى وتكرار القبول (**Robinson et al., 2008, Roumie et al., 2011, Rathhert et al., 2013**)، وانخفاض معدل الأخطاء وتحسين الجودة وسلامة المريض (**Hwang et al., 2019**)، وتقليل التكلفة والاستخدام الأمثل للموارد (**Gluyas, 2015**)، وزيادة رضا المريض عن الرعاية (**Wolf et al., 2014**).

يحدد معهد الطب الأمريكي مفهوم **PCC** كأحد أهم الأهداف الأساسية للأنظمة الصحية المتطورة ومكون أساسي في الرعاية الصحية ذات الجودة العالية، ويعرف على أنه الرعاية القائمة على احترام المريض والاستجابة لتفضيلاته واحتياجاته وقيمه والتي تحدد بدورها كافة القرارات السريرية (**IOM, 2001**). وعلى الرغم من وجود العديد من النماذج المعنية بالرعاية إلا أن معظم الأدبيات الصحية تتفق على أهم أبعاد **PCC**. على سبيل المثال يلخص (**Mead & Bower, 2000**) أبعاد **PCC** من منظور الرعاية الصحية الأولية وهي: جانب الرعاية الحيوي الاجتماعي النفسي، والنظر للمريض كإنسان، ومشاركة المريض بالسلطة والمسؤولية، والعلاقة العلاجية، ومقدم الرعاية كإنسان، ولقد تم تبني هذا التعريف وتعديله في الأدبيات التمريضية بما يتلاءم مع طبيعة العلاقة الفريدة والمستمرة بين الممرض والمريض. كما يحدد معهد **Picker** المبادئ الثمانية لمفهوم **PCC** وتشمل احترام قيم المريض واحتياجاته وتفضيلاته، وتنسيق وتكامل الرعاية، والمعلومات والتثقيف، والراحة الجسدية، والدعم العاطفي، وإشراك العائلة والأصدقاء، والاستمرارية، والوصول للرعاية (**Picker Institute, 2015**)، والتي تم تبنيها وتعديلها من **Gerteis** وزملائها حول تعزيز ممارسة **PCC** من خلال تدبير الرعاية من منظور المريض (**Gerteis et. al., 1993**).

يستند مفهوم **PCC** في نشأته على نظريات تمريضية كلاسيكية وأساسية مثل نظرية الرعاية الإنسانية التي تركز على الجوانب الإنسانية في مهنة التمريض وعلاقة الرعاية الشخصية في أبعادها مع المريض (**Watson, 1979**)، بالإضافة إلى نموذج **Benner** الذي يعتبر أن الممرض الخبير يستند في قرارته السريرية إلى حالة المريض الفردية وليس بناء على تعميم حالات سابقة (**Benner, 1984**). أما من النماذج المفاهيمية الحديثة فإن نموذج (**McCormack & McCance, 2006**) يقدم فهماً أكثر تنظيماً إذ يحدد أربعة مبادئ مرتبطة بمفهوم **PCC** وهي: أساسيات تقديم **PCC** مثل معارف وقدرات وكفاءات الممرض،

وسمات بيئة الرعاية مثل توافر بيئة داعمة وأنظمة تشاركية في اتخاذ القرارات، والأنشطة التي تركز في إجراءاتها على الأفراد مثل تقديم رعاية شاملة والعمل مع قيم ومعتقدات المريض، وأخيراً النتائج المتوقعة مثل تحسين تجربة المريض والإحساس بالتعافي والمشاركة في الرعاية.

يلعب الكادر التمريضي الدور الأساسي في تقديم الرعاية للمريض وبالتالي بإمكانه ترجمتها إلى نموذج رعاية وفق مبادئ **PCC** من خلال تأسيس العلاقة العلاجية الصحيحة وفهم قيم وتفضيلات المرضى وذويهم بالإضافة لاحتياجات المرضى الخاصة والفردية. يرتبط مستوى جودة **PCC** عادةً بمستوى الكفاءة التي يمتلكها الكادر التمريضي **(Shyu, 2024)**، والتي تم اعتبارها من أهم الكفاءات المطلوبة من مقدم الرعاية الصحية بصورة عامة **(Yaqoob et al., 2021)**. كما تم تعريف الكفاءة من حيث المعارف والخبرات والاتجاهات وهي جل ما تتطلبه ممارسة الرعاية التمريضية الحقيقية **(Cowan et al., 2005)**. يؤكد المعهد الطبي الأمريكي ضرورة تدريب الكوادر الصحية عموماً والتمريضية خصوصاً على أبعاد الرعاية المرتكزة على المريض لتكون الجزء الأساسي من الخدمات الصحية القائمة على فهم تجربة المريض وعائلته **(Long, 2003)**. كما يرى **(Matlhaba, 2024)** في مؤلفه حول تطوير الكفاءات السريرية للتمريض أنه لا بد لخريجي التمريض الجدد من امتلاك الخبرات الضرورية التي تؤهلهم لتقديم **PCC** من خلال وضع المريض في مركز الممارسة التمريضية وتصميم الرعاية بما يوافق الحالة الفردية المميزة لكل مريض قبل أي اعتبار، وبما يبني استراتيجيات تعزيز الثقة ويوطد العلاقة مع المريض بالإضافة إلى تخطيط رعاية أخلاقية شمولية.

على الرغم من وجود العديد من الدراسات التي تناولت مفهوم **PCC** من جوانب متعددة وفي بيئات مختلفة إلا أنه لا توجد دراسات كافية حول كفاءات الرعاية المرتكزة على المريض لدى الكادر التمريضي. هدفت دراسة **(Hwang, 2015)** إلى تطوير واختبار الخصائص السيكومترية لمقياس كفاءة الرعاية المرتكزة **(PCC)** على المريض من خلال إجراء دراسة مقطعية على العناصر التمريضية **(n = 594)** في مستشفيين تعليمين في كوريا بنسبة استجابة **99.5%**. تكون المقياس من **17** بند ضمن أربعة أبعاد وهي: احترام وجهة نظر المريض، وإشراك المريض في عملية الرعاية، وتأكيد راحة المريض، ودعم وتأييد حقوق المريض. أظهرت النتائج تمتع المقياس بمصداقية وثبات عالي إذ بلغ معامل كرونباخ ألفا للمقياس ككل **0.92** وللأبعاد التفصيلية **0.85، 0.81، 0.84، 0.80** على التوالي بالإضافة إلى وجود مصداقية عالية للأبعاد فيما بينها.

في دراسة لاحقة قام **(Hwang et al., 2019)** بتحديد العلاقة بين مشاركة المرضى في أنشطة السلامة وكل من كفاءة الممرضين في تقديم رعاية مرتكزة على المريض، وفعالية فرق العمل, ومناخ السلامة. تم إجراء الدراسة على عينة من الممرضين في المستشفيات الكورية **(n = 335)** وكانت نسبة الاستجابة إلى الاستبيان **74.1%**. أظهرت النتائج أنه كلما زادت المشاركة الفعالة للمرضى في أنشطة السلامة كلما ارتفعت نتائج التقييم الذاتي لكفاءات التمريض في تقديم **PCC** وتعززت آراءهم حول فعالية العمل كفريق وإيجابية مناخ السلامة العام في المستشفى.

قامت **(Suhonen et al., 2021)** بدراسة تهدف إلى تقييم كفاءات الرعاية المرتكزة على المريض لدى الكادر التمريضي العامل في مستشفى تعليمي في فنلندا **(n = 443)** واختبار مصداقية وثبات مقياس الرعاية المرتكزة على المريض **(PCC)** الذي طوره **(Hwang, 2015)** بعد أن تمت ترجمته إلى اللغة الفنلندية. أظهرت النتائج أن مستوى كفاءات التمريض في تقديم الرعاية المرتكزة على المريض كان جيداً من وجهة نظرهم وبشكل خاص بعد تأكيد راحة المريض الذي حقق أعلى قيمة متوسط حسابي يليه باقي الأبعاد التي حققت مستوى كفاءة جيد أيضاً. كما أظهرت

مصداقية وثبات الأداة إذ بلغت قيمة معامل كرونباخ ألفا للمقياس ككل **0.92** ومن **0.74** وحتى **0.85** بالنسبة للأبعاد التفصيلية.

كما أجرت **(Pakkonen et al., 2023)** دراسة بهدف تقييم العلاقة بين كفاءات **PCC** ومناخ الرعاية وفق تصورات الممرضين العاملين في منظمات الرعاية طويلة الأمد لكبار السن في فنلندا باستخدام مقياس **PCC**. أظهرت النتائج أن مستوى كفاءات التمريض في تقديم الرعاية المرتكزة على المريض كان جيداً كما أظهرت وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية ما بين الكفاءة والمناخ الموجود في المنظمات الصحية **(r =.37, p <.001)** مما يشير إلى أنه كلما زادت سمات الرعاية **PCC** في مناخ العمل السائد في المنظمة الصحية كلما اعتبر الممرضون أنفسهم ذوي كفاءة عالية في تقديم هذا النوع من الرعاية.

في دراسة مسحية حديثة حول استقصاء كفاءات التمريض في تقديم أساسيات **PCC** قام **(Kocatepe et al., 2025)** بجمع البيانات باستخدام الاستبيان على عينة من الكادر التمريضي **(n = 23)** في مستشفى تركي. أظهرت الدراسة أن الممرضين لديهم كفاءات عالية في تقديم **PCC** وبصورة خاصة الأبعاد التي تركز على احترام المريض يليها إشراك المرضى ثم راحة المرضى وفي المرتبة الأخيرة دعم وتأييد حقوق المريض، كما وجدت الدراسة أن آراء المرضى حول تجربتهم في المستشفى كانت إيجابية.

1.1- أهمية البحث وأهدافه

يعتبر نموذج الرعاية المرتكزة على المريض **PCC** من نماذج الرعاية المتميزة التي تؤثر بصورة مباشرة على سلامة المريض والعديد من المخرجات السريرية. إن معرفة مستوى كفاءات وممارسات الكادر التمريضي يسمح باكتشاف مواطن الضعف والاحتياجات التدريبية وتمكين رؤساء الشعب من تصميم البرامج الملائمة لتعزيز هذا النموذج من الرعاية، خاصة في ظل غياب الدراسات السابقة حول **PCC** في سوريا. كما يمكن أن تشكل نتائج الدراسة الحالية وسيلة مرجعية أولية تقارن من خلالها نتائج الدراسات المستقبلية لمعرفة مدى تعزيز الأداء المتعلق بالرعاية، وبالتالي ترجمة الرعاية المرتكزة على المريض إلى واقع ملموس قابل للتحسن وتطوير جودة وتميز الرعاية الصحية عموماً والتمريضية خصوصاً.

تهدف الدراسة الحالية إلى تحديد مستوى كفاءات الرعاية المرتكزة على المريض لدى الكادر التمريضي في مستشفى القدموس الوطني وبصورة خاصة مستوى أبعاد احترام وجهة نظر المريض وتفضيلاته، وإشراك المريض في جوانب الرعاية، وتأكيد راحة المريض، ودعم وتأييد حقوق المريض.

2- مواد البحث وطرائقه

2.1- الحدود الزمانية والمكانية ومنهجية البحث

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي وأجريت ضمن مستشفى القدموس الوطني في منطقة القدموس بمحافظة طرطوس. تكون مجتمع الدراسة من كافة أفراد الكادر التمريضي في مستشفى القدموس الوطني والبالغ عددهم **205**، أما عينة الدراسة فتكونت من **35%** من المجتمع الكلي بصورة عينة ممثلة من الممرضين من مختلف الأقسام وقد بلغ عدد المشاركين في الدراسة **73** ممرض/ة.

جمعت البيانات في الفترة الممتدة بين شهري نيسان و أيلول 2024، باستخدام استبيان مؤلف من جزأين: الجزء الأول ويضم المعلومات الديموغرافية لعينة الدراسة مثل العمر، الجنس، المؤهل العلمي، مكان العمل، وعدد سنوات الخبرة. يضم الجزء الثاني مقياس كفاءة الرعاية المرتكزة على المريض **(PCC)** المطور

من قبل **(Hwang 2015)** ويتكون من أربعة أبعاد رئيسية وهي: احترام وجهة نظر المريض **(6** عبارات**)**، وإشراك المريض في عملية الرعاية **(5** عبارات**)**، وتأكيد راحة المريض **(3** عبارات**)**، ودعم وتأييد حقوق المريض **(3** عبارات**)**. تم قياس الاستجابة لهذه العبارات باستخدام مقياس ليكرت الخماسي الذي تراوح من **1-5** بحيث أن القيمة **1** تعكس كفاءة منخفضة، بينما القيمة **5** تعكس كفاءة مرتفعة. وتم تصنيف قيم المتوسطات إلى أربع فئات: مستوى كفاءة منخفض **(1-1.99)**، مستوى كفاءة متوسط **(2-2.99)**، مستوى كفاءة جيد **(3-3.99)** ومستوى كفاءة مرتفع **(4-4.99)**.

لقد تم استخدام هذه الأداة في دراسات متعددة لقياس كفاءات الكادر التمريضي في تقديم رعاية مرتكزة على المريض وأثبتت أنها أداة معتمدة وذات اتساق وصدق عالي إذ فاق معامل كرونباخ ألفا قيمة **0.85**. أما في الدراسة الحالية فقد تم ترجمة مقياس **PCC** وإجراء دراسة استرشادية على **5%** من العينة لاختبار صدق وثبات الأداة باستخدام معامل كرونباخ ألفا الذي بلغ **0.87** للمقياس ككل وتراوح من **0.75** وحتى **0.89** للأبعاد التفصيلية. تم الحصول على موافقة إدارة مستشفى القدموس الوطني على المشاركة في الدراسة وجمع البيانات من الكادر التمريضي العامل في المناوبات الصباحية والمسائية من مختلف أقسام المستشفى حيث تم شرح الهدف من الدراسة للمشاركين وأخذ موافقتهم قبل ملء الاستبيان. بعد الانتهاء من عملية جمع البيانات تم تحليلها باستخدام الحزمة الإحصائية **SPSS** للعلوم الاجتماعية، الإصدار **(25)** باستخدام الإحصائيات الوصفية.

3- نتائج البحث ومناقشتها

الجدول (1) البيانات الديموغرافية لعينة الدراسة

Percentage %	Frequency N = 73	المتغيرات الديموغرافية	
1.36	1	ذكر	الجنس
98.63	72	أنثى	
20.54	15	20-29 سنة	العمر
17.80	13	30-39 سنة	
46.57	34	40-49 سنة	
15.06	11	50-59 سنة	
27.39	20	مدرسة تمريض /إعدادية	المؤهل العلمي
69.86	51	مدرسة تمريض /ثانوية	
2.73	2	معهد صحي	
–	-	إجازة في التمريض/دراسات عليا	
16.43	12	داخلية وكلية صناعية	القسم
26.02	19	جراحة وعمليات	
9.58	7	عناية وإسعاف	
2.73	2	مكتب إداري	
21.91	16	توليد وأطفال	
23.28	17	عيادات	
28.76	21	1-9 سنة	عدد سنوات العمل في المستشفى
24.65	18	10-19 سنة	
35.61	26	20-29 سنة	

	30-39 سنة	8	10.95
المناوبة	صباحية	40	54.79
	مسائية	33	45.20

يبين الجدول **(1)** البيانات الديموغرافية لعينة الدراسة حيث يظهر أن غالبية الكادر التمريضي من الإناث **(98.63%)**، وأن أقل من نصف العينة تتراوح أعمارهم بين **(40-49)** سنة، في حين أن أكثر من خمس أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين **(20-29)** سنة. أما بالنسبة للمؤهل العلمي فيوضح الجدول أن الغالبية العظمى من خريجي مدرسة التمريض دون وجود أي ممرض من حملة الإجازة أو الدراسات العليا في التمريض. كما أن أكثر من خمس أفراد العينة من قسمي الجراحة والعمليات وقسمي التوليد والاطفال **(26.02%، 21.91%)** على التوالي، والخمس الآخر من قسم العيادات **(23.28%)**. كما يظهر الجدول أن عدد سنوات العمل في المستشفى بالنسبة لأكثر من ثلث أفراد العينة **(35.61%)** ما بين **(20-29)** سنة ويعمل أكثر من النصف في المناوبة الصباحية **(54.79%)**.

الجدول (2) تقييم كفاءات الرعاية المرتكزة على المريض وفق آراء الكادر التمريضي

أبعاد كفاءات الرعاية المرتكزة على المريض	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المجال	التقييم
احترام وجهة نظر المريض وتفضيلاته	2.63	0.93	1-5	متوسط
إشراك المريض في الرعاية	2.64	0.97	1-5	متوسط
تأكيد راحة المريض	4.52	0.93	1-5	مرتفع
دعم وتأييد حقوق المريض	3.97	1.06	1-5	جيد
التقييم الإجمالي لكفاءات الرعاية	3.44	0.97	1-5	جيد

يبين الجدول **(2)** تقييم كفاءات الرعاية المرتكزة على المريض وفق آراء الكادر التمريضي حيث يظهر أن الكادر التمريضي لديه مستوى كفاءة جيد بصورة عامة **(3.44)**، أما الأبعاد التفصيلية لهذا المقياس فتظهر مستوى كفاءة مرتفع فيما يخص بعد تأكيد راحة المريض **(4.52)**، ومستوى كفاءة جيد لبعد دعم وتأييد حقوق المريض **(3.97)**، في حين يظهر الجدول مستوى كفاءة متوسط فيما يتعلق ببعدي إشراك المريض في مختلف جوانب الرعاية **(2.64)** واحترام وجهة نظر المريض وتفضيلاته **(2.63)**.

الجدول (3) تقييم بعد احترام وجهة نظر المريض وتفضيلاته وفق آراء الكادر التمريضي

البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقييم
أقيم وأرى مواقف الرعاية المقدمة للمريض من وجهة نظره الخاصة	2.35	0.90	متوسط
أسأل عن قيم وتفضيلات المريض واحتياجاته قبل وأثناء وبعد تنفيذ خطة الرعاية	2.72	0.74	متوسط
أدمج فهمي لجوانب الرعاية المرتكزة على المريض بما يحقق رغبة المريض وذويه	2.07	1.02	متوسط
أشرك فريق الرعاية بكافة رغبات واحتياجات وتفضيلات المريض	2.19	0.99	متوسط
أقدم الرعاية بما يتوافق مع احترامي للتجربة الإنسانية الخاصة بكل مريض	3.58	0.76	جيد
أقدم رعاية مرتكزة على المريض حتى لو اختلفت قيمه عن قيمي	2.91	1.18	متوسط
التقييم الإجمالي	2.63	0.93	متوسط

يبين الجدول **(3)** تقييم بعد احترام وجهة نظر المريض وتفضيلاته وفق آراء الكادر التمريضي حيث يظهر أن الكادر التمريضي لديه مستوى كفاءة متوسط بصورة عامة **(2.63)**، وفي معظم البنود التفصيلية وبصورة خاصة تقديم رعاية مرتكزة على المريض بغض النظر عن الاختلاف مع قيمه **(2.91)**، يليه السؤال عن احتياجات المريض قبل وأثناء الرعاية وبعدها **(2.72)**، ثم تقييم مواقف الرعاية المقدمة من وجهة نظر المريض نفسه **(2.35)**، وفي المرتبة الأخيرة دمج جوانب الرعاية بما يضمن رغبات المريض وعائلته **(2.07)**. يستثنى من ذلك بند تقديم الرعاية وفق احترام الكادر التمريضي للتجربة الإنسانية الفريدة لكل مريض**(3.58)** الذي أظهر مستوى كفاءة جيد.

الجدول (4) تقييم بعد إشراك المريض في الرعاية وفق آراء الكادر التمريضي

البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقييم
أحاول فهم وتجنب العوائق التي تمنع المشاركة الفعالة للمريض في الرعاية	3.01	0.82	جيد
أقيم قدرة المريض على اتخاذ قرار المشاركة بالرعاية وأقدم الموارد اللازمة لذلك	1.90	0.88	منخفض
أوضح آلية تمكين المريض وذويه في كل جوانب الرعاية	2.05	0.95	متوسط
أشرك المريض وذويه بصورة فعالة لتحسين صحته وتعافيه وتدبير الرعاية الذاتية	3.50	1.17	جيد
أحترم تفضيل المريض لمستوى المشاركة التي يرغب بها في عملية الرعاية	2.76	1.06	متوسط
التقييم الإجمالي	2.64	0.97	متوسط

يبين الجدول **(4)** تقييم بعد إشراك المريض في الرعاية وفق آراء الكادر التمريضي حيث يظهر أن الكادر التمريضي لديه مستوى كفاءة متوسط بصورة عامة **(2.64)**، أما البنود التفصيلية لهذا البعد فتظهر مستوى كفاءة جيد فيما يخص إشراك المريض وعائلته في عملية الرعاية بما يضمن تعافيه **(3.50)** وفهم العقبات التي تمنع المريض من المشاركة في الرعاية **(3.01)**. كما يظهر الجدول مستوى كفاءة متوسط فيما يتعلق باحترام تفضيلات المريض حول مستوى المشاركة في الرعاية **(2.76)** يليه توضيح طرق تمكين المريض وعائلته في مختلف جوانب الرعاية **(2.05)**. في حين كان مستوى الكفاءة منخفضاً فيما يخص تقييم قدرة المريض على اتخاذ قرار المشاركة بالرعاية وتقديم الموارد الضرورية **(1.90)**.

الجدول (5) تقييم بعد تأكيد راحة المريض وفق آراء الكادر التمريضي

البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقييم
أقيم وجود وحدة الألم والمعاناة التي تعيق راحة المريض	4.75	1.02	مرتفع
أقيم مستويات الراحة الجسدية والعاطفية اللازمة لضمان راحة المريض	4.50	0.92	مرتفع
اسأل عن توقعات المريض وذويه حول تخفيف الألم والمعاناة	4.32	0.87	مرتفع
التقييم الإجمالي	4.52	0.93	مرتفع

يبين الجدول **(5)** تقييم بعد تأكيد راحة المريض وفق آراء الكادر التمريضي حيث يظهر أن الكادر التمريضي لديه مستوى كفاءة مرتفع بصورة عامة **(4.52)** وفي جميع البنود التفصيلية وبالدرجة الأولى تقييم حدة الألم التي يعاني منها المريض **(4.75)**، يليه تقييم مستويات الراحة الجسدية والعاطفية لدى المريض **(4.50)**، وفي ترتيب أقل سؤال المريض وذويه حول طرق تخفيف الألم **(4.32)**.

الجدول (6) تقييم بعد دعم وتأييد حقوق المريض وفق آراء الكادر التمريضي

البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقييم
أسهل الحصول على موافقة المريض قبل أي إجراء	4.72	1.04	مرتفع
أسهل عامل انتقال المريض ما بين جوانب الرعاية المختلفة	3.50	0.98	جيد
أشارك في حل أي نزاع أو اختلاف يتعلق بعملية الرعاية المقدمة للمريض	3.71	1.17	جيد
التقييم الإجمالي	3.97	1.06	جيد

يبين الجدول **(6)** تقييم بعد دعم وتأييد حقوق المريض وفق آراء الكادر التمريضي حيث يظهر أن الكادر التمريضي لديه مستوى كفاءة جيد بصورة عامة **(3.97)**، أما البنود التفصيلية لهذا البعد فتظهر مستوى كفاءة مرتفع فيما يخص أخذ موافقة المريض قبل أي إجراء **(4.72)**، ومستوى كفاءة جيد حول حل كافة النزاعات المتعلقة بالرعاية الخاصة بالمريض **(3.71)**، وكذلك مستوى جيد فيما يخص تسهيل انتقالات المريض بين جوانب الرعاية المختلفة **(3.50)**.

تعتبر الرعاية المرتكزة على المريض من نماذج الرعاية الحديثة التي تشجعها كافة الأنظمة الصحية المتطورة والتي تقوم على احترام المريض وخياراته وتفضيلاته والنظر له على أنه شريك أساسي في الرعاية وفاعلاً في اتخاذ القرارات السريرية، ويرتبط هذا النموذج من الرعاية بتحسن المريض وتخفيض نسب الوفيات والاستخدام الأمثل للموارد. قامت الدراسة الحالية بتقييم مستوى كفاءة الرعاية المرتكزة على المريض **(PCC)** من وجهة نظر الكادر التمريضي في مستشفى القدموس الوطني ولقد أظهرت النتائج أن مستوى الكفاءة بصورة عامة كان جيداً، مما يشير إلى إمكانية ممارسة بعض سلوكيات الرعاية وفق هذا النموذج وبصورة خاصة تأكيد راحة المريض الذي كان مستواه مرتفعاً. يوضح هذا الجانب من الرعاية وفق تصنيف معهد **Picker** قدرة الكادر الصحي على تدبير الألم ومساعدة المريض في أنشطة الرعاية اليومية ضمن بيئة صحية ونظيفة، وتعد هذه الأنشطة من أساسيات الممارسة التمريضية التي تركز عليها إدارة التمريض وإدارة الجودة في المستشفيات عموماً **(Picker Institute, 2015)**. كما أن هذا البعد يأخذ بعين الاعتبار تقييم كل أشكال عدم الراحة والطمأنينة لدى المريض والعمل على تخفيف المعاناة قدر الإمكان وفق توقعات المريض وعائلته **(Hwang, 2015)**، مما قد يشير إلى قدرة جيدة للكادر التمريضي في مستشفى القدموس في تقييم الألم وتدبيره بما يعزز راحة المريض.

كما بينت نتائج الدراسة الحالية مستوى كفاءة جيد من رعاية **PCC** فيما يخص بعد دعم وتأييد حقوق المريض. يعد هذا البعد كذلك من أساسيات الرعاية التمريضية التي تضمن الحصول على موافقة المريض وعائلته قبل أي إجراء بالإضافة لتنسيق جوانب الرعاية المختلفة وحل جميع المشكلات والاختلافات المتعلقة بالرعاية المقدمة للمريض **(Hwang, 2015)**. يعزز ذلك من تخفيف القلق لدى المريض والثقة بالكادر التمريضي خاصة إذا تم إعطاء كافة المعلومات الضرورية للمريض وعائلته قبل تقديم أي خدمة صحية أساسية أو داعمة وأثناء الانتقال من جانب رعاية إلى آخر **(Picker Institute, 2015)**. تبين الأدبيات التمريضية أن زيادة الاستقلالية المهنية لدى الكادر التمريضي تساهم في زيادة ممارسة سلوكيات دعم وتأييد حقوق المريض **(Kurt & Gurdogan 2022)**، وهذا يعني بالضرورة أنه لا بد من تأييد قدرة الكادر على المشاركة في اتخاذ القرارات التنظيمية وتطوير بيئة العمل من خلال نمط إداري داعم يضمن التشجيع والمشاركة الفاعلة في وضع السياسات والإجراءات قبل أن يتمكن من تطوير كفاءات **PCC**.

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع **(Suhonen et al., 2021)** والتي أظهرت مستوى جيد إلى مرتفع لكفاءات التمريض في تقديم **PCC (M = 4.04)** وبشكل خاص بعد تأكيد راحة المريض الذي حقق أعلى قيمة متوسط حسابي **(M = 4.31)**، وبعد دعم وتأييد حقوق المريض **(M = 4.04)** . كما تتفق مع دراسة **(Pakkonen et al.,2023)** التي وجدت أن مستوى كفاءات التمريض في تقديم **PCC** كان جيداً **(M= 3.80)**، كما حقق بعد تأكيد راحة المريض كذلك أعلى قيمة متوسط حسابي **(M = 4.04)**، وكان بعد دعم وتأييد حقوق المريض أيضاً بمستوى جيد **(M = 3.66)**. وعلى النقيض من ذلك لا تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة **(Kocatepe et al., 2025)** والتي على الرغم من إظهارها مستوى مرتفع من كفاءات **PCC**، إلا أنه على مستوى الأبعاد التفصيلية نجد بعض الاختلافات إذ حصل بعدي راحة المرضى ودعم وتأييد حقوق المريض على المرتبة الأخيرة، أما في الدراسة الحالية فكان البعدين بمستوى جيد وترتيب أعلى.

حقق كل من بعدي احترام وجهة نظر المريض وتفضيلاته، وإشراك المريض في الرعاية مستوى كفاءة متوسط وفق آراء الكادر التمريضي في مستشفى القدموس الوطني. يمثل البعد الأول قدرة الكادر التمريضي على رؤية مواقف الرعاية من منظور المريض وذويه بالدرجة الأولى، خاصة من حيث القيم والمعتقدات والتفضيلات والاحتياجات التي تنعكس على جوانب الرعاية الصحية المقدمة له، والتي تمثل احترام الممرض للمريض والنظر إليه كإنسان له تجربة خاصة وفريدة وجب احترامها بجميع جوانبها حتى ولو كانت القيم مختلفة عن تلك التي يمارسها أفراد الكادر التمريضي **(Hwang, 2015)**، الأمر الذي يؤثر على جودة حياة المريض وتجربته الشاملة في المنظمة الصحية **(Picker Institute, 2015)**. أما البعد الثاني فيعبر عن قدرة الكادر التمريضي على احترام رغبة المريض في المشاركة بالرعاية واتخاذ القرارات وتجنب العقبات التي قد تمنع ذلك، بالإضافة إلى فهم جميع آليات التمكين التي تحقق إشراك المريض وذويه بصورة فعالة في عملية الرعاية المقدمة له والرعاية الذاتية.

لدى مقارنة نتائج الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة نجد بعض الاختلافات إذ أن **(Suhonen et al., 2021)** أظهرت مستوى جيد إلى مرتفع في كل من بعدي احترام وجهة نظر المريض وتفضيلاته **(M= 4.12)** وإشراك المرضى على الرغم من كونه بالمرتبة الأخيرة **(M= 3.78)**. أما بالنسبة لدراسة**(Pakkonen et al., 2023)** نجد بعد احترام وجهة نظر المريض وتفضيلاته بمستوى جيد **(M= 3.91)** وكذلك بعد إشراك المرضى بالمرتبة الأخيرة **(M =3.60)**. لا تتفق النتائج مع دراسة **(Kocatepe et al., 2025)** وخاصة بالنسبة لبعدي احترام المريض وإشراك المرضى التي حققت مستوى جيد وترتيب أعلى مقارنة بالمستوى المتوسط والترتيب الأخير في الدراسة الحالية. يشير انسجام النتائج مع الدراسات السابقة إلى أهمية أبعاد تأكيد راحة المريض وأخذ موافقته قبل أي إجراء واعتبار ذلك من أساسيات الرعاية في أي مستشفى، في حين تعزى الاختلافات إلى الأهمية التي توليها بعض المستشفيات في الأنظمة الصحية المتطورة إلى إشراك المرضى والأسرة والأصدقاء في تجربة الرعاية واتخاذ القرارات بالإضافة إلى احترام وجهات نظرهم المختلفة وبالتالي زيادة كفاءة التمريض فيما يتعلق بهذه الأبعاد. أما في الدراسة الحالية يتبين ضعف الكادر التمريضي في تحويل هذه الأبعاد من الرعاية إلى ممارسات فعلية تحقق الإشراك الفعال للمريض وذويه في عملية الرعاية.

بينت الدراسة الحالية أنه فيما يسعى الكادر التمريضي إلى تأكيد راحة المريض من خلال التدبير الفعال للألم والبحث عن سبل الراحة إلا أنه ما زالت كفاءة احترام وجهة نظر المريض وتفضيلاته واحتياجاته بحاجة إلى تحسين، وبصورة خاصة فهم أبعاد وجوانب **PCC** ودمجها بطرق الرعاية الحالية. قد يكون تحقيق ذلك صعباً دون تدريب

الكادر التمريضي على فهم الرعاية من وجهة نظر المريض وذويه واحترام الاختلاف في القيم والمبادئ والتوجهات والثقافة الفكرية والاجتماعية بما يضمن تقديم رعاية تمريضية تحترم التجربة الإنسانية الفريدة لكل مريض. بالإضافة لذلك يحتاج الكادر التمريضي إلى تحسين الكفاءة المتعلقة بإشراك المريض في الرعاية وبصورة خاصة، تقييم قدرة المريض على اتخاذ القرارات المتعلقة بمشاركته في الرعاية ورفد ذلك بالموارد الضرورية والمتاحة مع توضيح آلية المشاركة التي تسمح بتمكين المريض وذويه بصورة فعالة. يمكن تنمية هذه الكفاءات من خلال تدريب الكادر على مهارات التواصل كالإنصات الفعال والتعاطف، والتعامل مع المريض بنزاهة واحترام وبأنه شريك فعال في عملية الرعاية واتخاذ القرارات.

إن الآلية الأساسية لتقديم **PCC** تكمن في التواصل من حيث الفهم الحقيقي لجميع وجهات النظر المختلفة التي يتبناها المريض من تفضيلات واحتياجات وقيم ومن ثم معرفة الأسلوب الصحيح في الاستجابة لها. وهذا لن يتم إلا من خلال النظرة الشاملة للمريض والتركيز على أهدافه الشخصية، ونسيجه الاجتماعي المترابط وفي مرحلة لاحقة الاتفاق المشترك على نوعية المشكلة الصحية وخطة الرعاية من خلال بناء الثقة والعلاقة العلاجية. يعتبر هذا التواصل الفعال من وجهة نظر المرضى أكثر أهمية في بعض الحالات من الرعاية الجسدية **(Joolaee et al., 2010)**، ومن خلاله يستطيع الممرض دمج قيم ورغبات المريض في الرعاية وتشجيعه وذويه على المشاركة الفعالة في اتخاذ القرارات.

يمكن تفسير نتائج الدراسة الحالية على ضوء ما أظهرته الأدبيات من العوائق التي قد تمنع ممارسة **PCC** مثل: عوائق تتعلق بالنظام الصحي والمنظمات الصحية وتضم نقص أعداد الكوادر الصحية، وقلة الوقت وزيادة أعباء العمل، والاحتراق الوظيفي **(Kwame & Petrucka, 2021)**. وفي نفس السياق بينت**(Luxford et al., 2011)** تحديات ممارسة **PCC** في ثماني منظمات صحية أمريكية مثل حجم وضغوطات العمل، نقص كوادر التمريض، وثقافة الرعاية التي تركز على إنجاز المهام وليس على قضاء وقت كافي مع المريض، وضعف الثقة والتدريب والكفاءة لدى الممرضين. كما أشارت إلى ضرورة توافر العديد من السمات التنظيمية لتسهيل ممارسة **PCC** مثل: توافر قيادة قوية وملتزمة بهذا النموذج، والتواصل الواضح في نقل وترجمة هذه الرؤيا الاستراتيجية، وإشراك المرضى وذويهم في جوانب الرعاية، والتركيز المستمر على رضا الكوادر العاملة، والقياس والتوثيق الفعال لتجربة المريض داخل المنظمة، ووجود الموارد والتجهيزات الكافية لتقديم الرعاية، وبناء قدرات مقدمي الرعاية، ووجود الحوافز وتطبيق نظام المساءلة، ووجود ثقافة داعمة للتغيير والتعلم **(Luxford et al., 2011)**.

أما في العديد من المستشفيات السورية فيتم التركيز على إجراءات الرعاية التمريضية التقليدية مثل إعطاء الأدوية واستقرار العلامات الحيوية وتقليل الألم أكثر من التركيز على فهم تفضيلات المريض أو ذويه وآليات تمكين مشاركتهم في الرعاية. قد تمنع جميع هذه العوامل الكوادر التمريضية من ممارسة بعض سلوكيات **PCC** علماً أنه يتم التركيز في هذا النموذج من الرعاية على نوع وجودة التفاعل بين الممرض والمريض أكثر من الوقت المستهلك مع المريض أو ذويه. إذاً لا بد لمنظماتنا الصحية من أن تدعم التحول من التركيز على مقدم الرعاية إلى التركيز على متلقي الرعاية بما يضمن زوال العديد من العوائق التنظيمية وعدم النظر لممارسة **PCC** على أنها مجموعة من السلوكيات التي يتبناها الكادر التمريضي فحسب بل كتوجه رئيسي راسخ ضمن قيم محددة لديهم ولدى نظام الرعاية الصحية. يرى **(Epstein & Street, 2011)** أنه لا بد من العمل على

تنسيق وتكامل الرعاية عبر كافة الأنظمة والخدمات داخل المستشفى بما يمنع إحساس المريض بتجزئة الرعاية المقدمة له. كما تستطيع منظمات الرعاية الصحية تشجيع ممارسات **PCC** من خلال البناء الاستراتيجي لقدرات الكوادر الصحية عن طريق برامج تدريب ومبادرات مختلفة لتطوير الكفاءات، مثل مبادرات تحسين التواصل بين المرضى ومقدمي الرعاية الصحية، ومبادرات التعاطف والرعاية الرحيمة، الأمر الذي ينعكس إيجاباً على مخرجات جودة الرعاية الصحية والتجربة الكلية للمريض **(Abid et al., 2024)**. وقد أظهرت بعض الدراسات أن تدريب الكادر التمريضي على العمل كفريق وتقديم البرامج التدريبية لتنمية القدرات والخبرات يعد من الاستراتيجيات الفعالة والخطوات الضرورية التي تعزز ممارسة **PCC**، بالإضافة إلى التزام إدارة التمريض بخلق بيئة داعمة توفر نمط وعدد عمالة كافي لهذه الفرق التمريضية **(Baek et al., 2023)**.

يعتبر نموذج الرعاية المرتكزة على المريض من نماذج الرعاية المتميزة التي تقوم على احترام قيم المريض وتفضيلاته المختلفة، كما ويرتبط هذا النموذج بالعديد من المخرجات الإيجابية سواء المتعلقة بالمريض أو بالمنظمة الصحية وفي جميع مجالات الرعاية وبصورة خاصة الرعاية الصحية الأولية والثانوية. يساهم الفهم الصحيح لنموذج **PCC** في إمكانية تطبيق أبعاد رعاية ملائمة لواقع المنظمات الصحية السورية بما يحقق تطوير جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة محلياً وتحقيقها لمؤشرات الجودة المعتمدة عالمياً، وبالتالي نقل الرعاية الصحية إلى حيز المنافسة. تظهر الدراسة الحالية وجود مستوى جيد لكفاءة الكادر التمريضي في بعض أبعاد الرعاية المرتكزة على المريض ومتوسط في بعضها الآخر وذلك من خلال الاعتماد على آراء الكادر التمريضي والتقييم الذاتي لكفاءتهم، الأمر الذي قد يحد من إمكانية تعميم النتائج.

4- الاستنتاجات والتوصيات

من أهم استنتاجات الدراسة الحالية وحسب آراء الكادر التمريضي:

- مستوى كفاءات الرعاية المرتكزة على المريض لدى الكادر التمريضي في مستشفى القدموس الوطني جيد.
- مستوى كفاءات احترام وجهة نظر المريض لدى الكادر التمريضي في مستشفى القدموس الوطني متوسط.
- مستوى كفاءات إشراك المريض في الرعاية لدى الكادر التمريضي في مستشفى القدموس الوطني متوسط.
- مستوى كفاءات تأكيد راحة المريض لدى الكادر التمريضي في مستشفى القدموس الوطني مرتفع.
- مستوى كفاءات دعم وتأييد حقوق المريض لدى الكادر التمريضي في مستشفى القدموس الوطني جيد.

توصي الدراسة الحالية بما يلي:

- تعزيز المعرفة والمواقف والاتجاهات والكفاءات الخاصة بالكادر التمريضي حول الرعاية المرتكزة على المريض من خلال البرامج التدريبية الفعالة والمستمرة، وبصورة خاصة حول طرق تمكين مشاركة المريض في الرعاية، واحترام وفهم وجهات النظر المتعددة والاختلافات في القيم.
- نشر ثقافة الرعاية المرتكزة على المريض داخل المستشفيات السورية من خلال برامج تعريفية تشجع ممارستها والانتقال إلى ثقافة داعمة لمشاركة المريض ومنحه الاستقلالية، وتوفير القيادة الداعمة وتطوير السياسات والاجراءات وبيئة العمل وتوفير الموارد اللازمة.
- تضمين مناهج كليات ومدارس التمريض مبادئ وطرق ممارسة الرعاية المرتكزة على المريض بما يعزز تحقيق الكفاءات المطلوبة وإمكانية دمجها مع الرعاية الحالية.

- إجراء مزيد من الأبحاث والدراسات حول الرعاية المرتكزة على المريض ولا سيما في مجال التأثير المستدام والاستراتيجيات الفعالة لتطبيق هذا النموذج في منظمات صحية متنوعة من خلال قياس كفاءة الكادر التمريضي من وجهات نظر متعددة ومقارنة النتائج.

5- المراجع

ABID, M,H.; Kumah, A; Newera, A; Hafez, P, 2024, *Patient-Centered Healthcare: From Patient Experience to Human Experience*, *Glob J Qual Saf Healthc*,Vol. 7, no 4:144-148,

BAEK, H; Han, K; Cho, H; et al, 2023, *Nursing teamwork is essential in promoting patient-centered care: a cross-sectional study*. *BMC Nurs* 22, 433.

BENNER, P. 1984, *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*, Addison-Wesley.

COWAN, D, T.; Norman, I; Coopamah, V,P. 2005, *Competence in nursing practice: A controversial concept- A focused review of literature*, *Nurse Education Today*, vol. 25, no. 5, pp. 355-362.

EPSTEIN, R,M.; Street, R,L. 2011, *The values and value of patients-centred care*, *Annals of Family Medicine*, vol. 9, no. 2, pp. 100-103.

GERTEIS, M.; Edgman-Levitan, S.; Daley, J.; and Delbanco, T.L. (1993) *Through The Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centred Care*, Jossey-Bass.

GLUYAS, H, 2015, *Patient-centred care: improving healthcare outcomes*, *Nursing Standard*, vol. 30, no. 4, p. 50-57.

HWANG, J, 2015, *Development and testing of a patient-centred care competency scale for hospital nurses, International Journal of Nursing Practice,* vol. 21, no. 1, pp. 43-51.

HWANG, J; Kim, S; Chin, H, 2019, *Patient Participation in Patient Safety and its Relationship with Nurses' Patient-Centred Competency, Teamwork, and Safety Climate*, *Asian Nursing Research*, vol. 13, pp. 130-136.

INSTITUTE OF MEDICINE US Committee on Quality of Health Care in America, 2001, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century,* National Academic Press.

JOOLAEE, S; Joolaei, A; Tschudin, V; Bahrani, N; Nikbakht, N,A. 2010, *Caring relationship: the core component of patients' rights practice as experienced by patients and their companions. J Med Ethics Hist Med*.3(4):1–7.

KOCATEPE, V; Çetin, R,C.; Buğday, B; Dikici, B, 2025, *Nurses' Patient-Centered Care Competencies and Care Perceptions of the Patients They Care for: A Cross-Sectional Study*, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 39, no. 4,

KURT, D, Gurdogan, E, 2022 *Professional autonomy and patient advocacy in nurses*, *Collegian*; 30, 327-334

KWAME, A; Petrucka, P,M. 2021, *A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. BMC Nurs* 20, 158.

LONG K,A. 2003, *The Institute of Medicine report on health professions education: A bridge to quality. Policy Polit Nurs Pract*. Nov;4(4):259–62.

LUXFORD, K; Safran, D,G.; Delbanco, T, 2011, *Promoting patient-centred care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with*

a reputation for improving the patient experience, International Journal for Quality in Health Care, vol. 23, no. 5, pp. 510-515.

MATLHABA, K, 2024, *Patient-Centered Care*. In: *Enhancing Clinical Competence of Graduate Nurses*. Springer, Cham.

MCCORMACK, B; McCance, T, 2006, *Development of a framework for person-centred nursing*, Journal of Advanced Nursing, vol. 56, no. 5, pp. 472-479.

MEAD, N; Bower, P, 2000, *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*, *Social Science & Medicine*, vol. 51, no. 7, pp. 1087-1110.

PAKKONEN, M, Stolt, M, Edvardsson, D, Pasanen, M, Suhonen, R, 2023, *Person-centred care competence and person-centred care climate described by nurses in older people's long-term care—A cross-sectional survey*, International Journal of Older People Nursing, vol. 18, no. 3, e12532.

PICKER INSTITUTE, 2015 *https://www.picker.org/about-us/picker-principles-of-person-centred-care/*. Accessed 15/03/2025.

RATHHERT, C; Wyrwich, M,D.; Boren, S,A. 2013, *Patient-centred care and outcomes: A systematic review of the literature*, *Medical Care Research and Review*, vol. 70, no. 4, pp. 351-379.

ROBINSON, J,H; Callister, L,C; Berry, J,A.; Dearing, K.A, 2008, *Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 20: 600-607.

ROUMIE, C,L.; Greevy, R; Wallston, K,A.; et al., 2011, *Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence*, *J Behav Med* 34, 244–253.

SHYU, Y, L, 2024, *Nursing competences and person-centered care*, *The Journal of Nursing Research*, 32(3), Article e326.

SUHONEN, R; Lahtinen, K; Stolt, M; Pasenen, M; Lemetti, T, 2021, *Validation of the patient-centred care competency scale instrument for Finnish nurses,* Journal of Personalized Medicine, vol. 11, pp. 583.

WATSON, J. 1979, *Nursing: The philosophy and science of caring*, Little Brown and Company.

WOLF, J,A.; Niederhauser, V; Marshburn, D; LaVela, SL , 2014, *Defining patient experience*, *Patient Experience Journal*, vol. 1, no. 1, pp. 7-19.

YAQOOB Mohammed Al Jabri, F; Kvist, T; Azimirad, M; Tutunen, H, 2021, *A systematic review of healthcare professionals' core competency instrument*, *Nurs Health Sci*, vol. 23, no. 1, pp. 87-102.