

Original Article

Policy Analysis of Home Care Program in Iran

Mahdieh Sarhadi^{1*} 

¹ Assistant Professor, Medical Surgical Nursing Department, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Article history:

Received: July 08, 2025

Revised: February 04, 2026

Accepted: April 26, 2026

ePublished: July 16, 2026



***Corresponding author:** Mahdieh Sarhadi, Medical Surgical Nursing Department, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

E-mail: sarhadi.nurssing@gmail.com

Abstract

Background and Aim: Home care is considered one of the community-based care methods and a key form of health care that plays an important role in resource management. Therefore, the present study aimed to determine the implementation of home care policy in Iran.

Materials and Methods: This policy analysis study was conducted retrospectively based on the Walt and Gilson policy analysis triangle framework. Various methods were used to analyze the home care program in Iran, including literature review and document review. In the next stage of the study, and to validate the previous findings, a qualitative study was conducted using a guided content analysis method.

Results: A study of the implementation of home care policy in Iran showed that most of the actors who played a role in establishing and implementing the program did not perform well in promoting home care in Iran. Cases, such as inappropriate policy-making and planning, legal and ethical issues, high costs of home care services for patients, non-coverage of care services by insurance organizations, and inefficient financial policies to support patients, require rapid interventions.

Conclusion: Proper implementation of the home care plan requires its definition in the Iranian health system, making public insurance coverage transparent and operational, planning to assess and address challenges and obstacles, nursing curriculum reforms, and also assuring the community of the benefits of implementing this plan. Therefore, adapting the training required in the undergraduate nursing course and paying attention to the interests of all stakeholders can be effective in fully establishing this program at the hospital level.

Keywords: Home Care, Iran, Policy Analysis, Politics, Walt & Gilson policy analysis model

Please cite this article as follows: Sarhadi M. Policy Analysis of Home Care Program in Iran. SJKUMS. 31(2):229-242. DOI:10.22034/31.2.229

تحلیل سیاست گذاری برنامه مراقبت در منزل در ایران

مهدیه سرحدی^{*۱} 

۱. استادیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی زاهدان، عضو مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

چکیده

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۱۷

ویرایش: ۱۴۰۴/۱۱/۱۵

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۰۶

انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۲۵

زمینه و هدف: مراقبت در منزل به عنوان یکی از روش های مراقبت مبتنی بر جامعه و از اشکال کلیدی مراقبت سلامت مطرح است که در مدیریت منابع نقش مهمی ایفا می کند. لذا، مطالعه حاضر با هدف نحوه اجرای سیاست مراقبت در منزل در ایران انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر از دسته مطالعات تحلیل سیاست است که براساس چهارچوب مثلث تحلیل سیاست والت و گیلسون انجام گرفت. به منظور تحلیل برنامه مراقبت در منزل در ایران از روش های مختلفی، از جمله مرور متون و بررسی اسناد و مدارک، استفاده شد. در مرحله بعدی مطالعه و برای معبوسازی یافته های قبلی، مطالعه کیفی به شیوه تحلیل محتوای هدایت شده انجام شد.

یافته ها: بررسی نحوه اجرای سیاست مراقبت در منزل در ایران نشان داد عملکرد اغلب نقش آفرینانی که در استقرار و اجرای برنامه نقش داشته اند، در جهت ارتقای مراقبت در منزل در ایران مناسب نبوده است. مواردی از قبیل وجود سیاست گذاری و برنامه ریزی های نامناسب، مسائل قانونی و اخلاقی، هزینه های زیاد خدمات مراقبت در منزل برای بیماران، پوشش ندادن هزینه های خدمات مراقبتی توسط سازمان های بیمه گر، سیاست های مالی ناکارآمد برای حمایت از بیماران و غیره نیازمند مداخلات سریع هستند.

نتیجه گیری: اجرایی کردن مناسب طرح مراقبت در منزل نیازمند تعریف آن در نظام سلامت ایران، شفاف و عملیاتی کردن پوشش بیمه همگانی، برنامه ریزی برای ارزیابی و رفع چالش ها و موانع پیشرو، اصلاحات برنامه درسی پرستاری و همچنین اطمینان بخشی به آحاد جامعه در زمینه مزایای اجرای این طرح است. بنابراین، مناسب سازی آموزش های مورد نیاز در دوره کارشناسی پرستاری و توجه به منافع همه ذی نفعان می تواند در استقرار کامل این برنامه در سطح بیمارستان ها مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: تحلیل سیاست، مراقبت در منزل، ایران، سیاست، مدل تحلیل سیاست والت و گیلسون

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: مهدیه سرحدی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی زاهدان، عضو مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
ایمیل: sarhadi.nurssing@gmail.com

استناد: سرحدی، مهدیه. تحلیل سیاست گذاری برنامه مراقبت در منزل در ایران. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، خرداد و تیر ۱۴۰۵؛ ۳۱(۲): ۲۲۹-۲۴۲

مقدمه

تأکید این نوع مراقبت بر مراقبت از بیماران مزمن در محل زندگی و به حداقل رساندن بستری های مجدد در آن ها، کاهش هزینه های تحمیلی به مددجو و نظام سلامت و ارزش قائل شدن به اولویت های مددجویان مبنی بر انتخاب محل مراقبت توسط خود آن ها است [۵] که باعث کاهش مدت اقامت بیماران در بیمارستان، هزینه ها، خطرها و عوارض مربوط به محیط بیمارستان می شود. علاوه بر این، به عنوان محیط مطلوب برای مراقبت نوآورانه و منحصربه فرد برای ارائه مراقبت های متمرکز بر نیازها و خواسته های بیماران شناخته شده است [۶]. قادری و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود نشان دادند که میانگین میزان

مراقبت های بهداشتی به دلیل موضوعاتی مانند تغییر ساختار بیماری ها و افزایش سریع جمعیت سالمندان به همراه کاهش میزان زاد و ولد بسیار تغییر کرده است [۱]. بر همین اساس، مراقبت در منزل به عنوان یکی از اشکال کلیدی مراقبت سلامت مطرح است [۲].

منزل محیطی واقعی و عادی برای ارتباط متقابل بین بیمار، اعضای خانواده و پرستار است [۳]. ارائه خدمات پرستاری در منزل نیز به عنوان بخش مهمی از مراقبت مطرح است که می تواند به دو صورت مبتنی بر بیمارستان و مبتنی بر جامعه برای مددجویان انجام شود [۴].

اجتماعی و فرهنگی در سیاست‌گذاری و پیامدهای آن تأثیر می‌گذارد، مستلزم شناخت کافی از سیاست‌گذاری در حوزه سلامت و مجموعه عوامل تأثیرگذار در آن است [۱۳].

یکی از مدل‌های تحلیل سیاست‌گذاری، مدل تحلیل سیاستی والت و گیلسون است [۱۴]. این مدل به‌ویژه برای تحلیل سیاست‌گذاری در بخش سلامت نام برده شده است و همگان را به تحلیل جامع سیاست‌های سلامت، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، فرامی‌خواند؛ جایی که به نظر می‌رسد باوجود عملکرد ضعیف بخش سلامت و شکست بسیاری از اصلاحات سیاستی، از تحلیل سیاست‌ها غفلت شده است [۱۴]. ازجمله مطالعاتی که با استفاده از این چهارچوب انجام گرفته، مطالعه موصلی و همکاران است. آن‌ها در مطالعه‌ای با عنوان «تحلیل محتوای سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری کنترل دخانیات و ارائه راهکارهای سیاستی» به این نتیجه رسیدند که تقویت ظرفیت‌های کنترل دخانیات در دولت و تدوین استراتژی ملی برای کنترل دخانیات شامل همکاری‌های بین‌بخشی مؤثر و مشخص کردن جهت‌گیری کلی کشور در زمینه کنترل دخانیات و پیشرفت در آینده است [۱۵]. اشرفی‌زاده و همکاران نیز، که تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول آموزش در نظام سلامت ایران را بررسی کردند، در مطالعه خود به سه مقوله اصلی الزامات تحقیق، قانون‌گذاری، سیاست‌گذاری و مدیریت زیرساخت‌ها دست یافتند [۱۴]. احمدی و همکاران نیز در مطالعه‌ای که با عنوان «پیش‌رانی پایداری سلامت در تحقق عدالت اجتماعی با تأکید بر کارکرد سیاست‌گذاری» انجام دادند، بیان کردند دولت‌ها برای برقراری عدالت اجتماعی موظف‌اند به‌گونه‌ای به طراحی، تدوین و اجرای سیاست‌های حوزه سلامت بپردازند که موجب پایداری در نظام سلامت کشور شوند [۱۶].

سیاست‌گذاری سلامت یکی از وظایف حاکمیتی نظام سلامت است [۱۲] و در بعد سیاست‌گذاری نیز جامعه‌نگر بودن نظام سلامت می‌تواند مراقبت در منزل را تحت تأثیر خود قرار دهد؛ چراکه این نوع مراقبت باید در بطن جامعه و خارج از مراکز درمانی در محل زندگی مددجو به آن‌ها ارائه شود. به‌علاوه، تغییر چهره جمعیت در بسیاری از کشورهای دنیا، مسئولان را به استفاده از مراقبت‌های مبتنی بر جامعه و استفاده از مراقبت در منزل مجاب کرده است [۵]. در واقع، این رویکرد تحلیلی حلقه مفقوده‌ای است که می‌تواند پژوهشگران این حوزه مطالعاتی را در درک پیچیدگی‌های سیاست‌گذاری و ماهیت سیاسی آن یاری دهد و با فراهم کردن امکان مداخله اثربخش بازیگران در طول فرایند، زمینه تدوین سیاست‌های اثربخش‌تر و اجرای موفق‌تر را ایجاد کند [۱۳]. علاوه بر این، تحلیل اسناد بالادستی موجود و اجرای مداخلات لازم باعث ارتقای شاخص‌های ارزیابی می‌شود [۱۴].

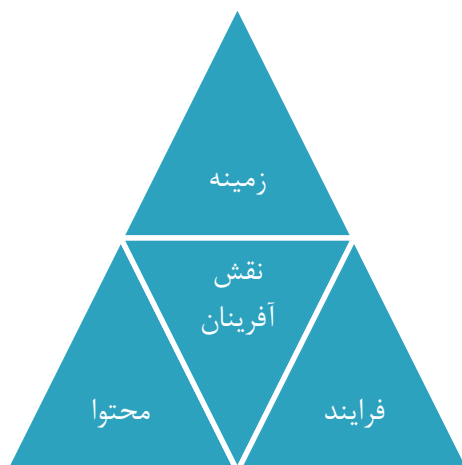
از آنجاکه تاکنون مطالعات متعددی درباره چالش‌ها، قوت‌ها، ضعف‌ها و دیگر مسائل مربوط به مراقبت در منزل در ایران به چاپ رسیده، اما تاکنون مطالعه‌ای یافت نشده است که از دید علم، سیاست‌گذاری این موضوع را تحلیل کند و با استفاده از

هزینه خدمات سلامت در مراقبت در منزل ۳۶۹۸۰۰۰ ریال بود، در صورتی که میانگین میزان هزینه خدمات ارائه‌شده در بیمارستان‌ها ۷۲۴۶۰۰۰ ریال است که زیاده‌بودن آن در مقایسه با مراقبت در منزل را نشان می‌دهد [۷].

رسالت اصلی ارائه این خدمات حفظ و برگرداندن استقلال بیمار و تقویت حس خودمراقبتی در مددجویان و خانواده‌هاست [۸، ۹]. پرستاران مراقبت در منزل معمولاً برای دستیابی به بالاترین سطح سلامت جسمی، عملکردی، روحی و روانی، از رویکردی جامع با هدف توانمندسازی بیماران، خانواده‌ها و مراقبین استفاده می‌کنند [۲، ۶]. اما دستورالعمل‌های اجرایی ارائه خدمات پرستاری در منزل در کشورهای دنیا تفاوت دارد [۵]. براساس آمارهای غیررسمی، در دنیا به ازای هر ۲۷۰۰ نفر، یک مرکز مراقبت پرستاری در منزل وجود دارد، در حالی که در ایران به ازای هر ۴۰۰۰۰۰ نفر، یک مجوز ارائه خدمات پرستاری مراقبت در منزل اعطا شده است. در شرایط کنونی، آمار دقیقی از این مراکز، نحوه ارائه خدمات و مشکلات و چالش‌های پیش روی آن‌ها وجود ندارد [۱۰]. اما سامان‌دهی ندادن امور باعث ارائه خدمات توسط افراد فاقد صلاحیت عمومی و فنی به مردم شده است [۱۱]. به همین دلیل، خدمات مراقبت پرستاری در منزل در ایران نیازمند سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی مناسب است تا ابعاد مختلف پدیده مدنظر از زوایای مختلف شناسایی شود و با شناخت موانع اجرایی، برنامه‌ریزی مناسب و کاربردی برای انجام مراقبت در منزل صورت گیرد [۵].

از آنجاکه عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متعددی در فرایند تدوین و اجرای سیاست اثر می‌گذارند، فرایند سیاست‌گذاری با چالش‌های متعددی مواجه می‌شود و اهداف تعیین‌شده حاصل نمی‌شوند. با تحلیل سیاست می‌توان میزان موفقیت یا شکست یک سیاست و دلایل آن را شناسایی کرد [۱۲]. مطالعات تحلیل سیاست‌گذاری امروزه در نظام سلامت کاربرد فراوانی دارند. این نوع مطالعات به تحلیل‌های جامع و سیستماتیک در حوزه سیاست‌گذاری و ارتباط آن با نظام‌های سیاسی، دیوان‌سالاری و اقتصادی و همچنین، گروه‌های درگیر در سیاست‌ها و بازیگران نگاهی کلان دارند و از این طریق، سیاست را از مراحل ابتدایی تا تصمیم‌گیری، اجرا و ارزیابی تحلیل می‌کنند [۹].

نتایج بررسی‌های انجام‌شده نشان داد که در میان مکاتب نظری موجود، رویکردی که کمتر توجه محققان و سیاست‌پژوهان کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران، را جلب کرده، رویکردی است که به صورت گذشته‌نگر، چرایی و چگونگی شکل‌گیری تغییرات سیاست را فارغ از نقد یا تحلیل محتوا، پیامدها یا نتایج آن‌ها بررسی می‌کند؛ اینکه تغییرات چگونه و از چه مسیری به وقوع می‌پیوندد، ایده تغییرات از کجا می‌آید، چرا و چگونه سیاست‌گذاران اهداف سیاست مدنظر را تعیین می‌کنند، چگونه روی اولویت‌های سلامتی تصمیم‌گیری می‌شود، چه اقداماتی، چگونه و توسط چه کسانی صورت می‌گیرد و اینکه چگونه درک حاصل از رویدادهای به‌وقوع‌پیوسته از سوی بازیگران و شرایط کلان سیاسی، اقتصادی،



شکل ۱. اجزای مثلث تحلیل سیاست

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها برای تحلیل سیاست مراقبت در منزل در کشور، از فرم جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد که براساس چهارچوب مفهومی پژوهش تدوین شده بود. شناسایی اولیه‌ی اسناد سیاستی (سندها، قوانین، مقررات، آیین‌نامه‌ها، بخش‌نامه‌ها، مصوبات، صورت‌جلسات، طرح‌ها و موارد دیگر) از طریق مرور مطالعات و گزارش‌های منتشرشده‌ی داخلی و سایت مراکز و همچنین مصاحبه با افراد مطلع، طی مراحل ذیل انجام شد [۱۵]:

۱. مرور متون با هدف یافتن تمام اسناد و مدارک و مطالعات انجام‌شده درخصوص برنامه‌ی مراقبت در منزل با انجام مرور متون مرتبط در پایگاه‌های داخلی و خارجی ازجمله Iran Medex, SID, Magiran, MEDLINE, CINAHL, Elsevier و ISI و PubMed با استفاده از کلیدواژه‌های سیاست، مراقبت در منزل، برنامه، سلامت و ایران، نظام سلامت ایران و ترکیب آن‌ها با واژه‌های موانع، اجرا، پرستاری و ایران، home, Nursing home care, barrier, health system, care Iranian و ترکیب با کلیدواژه‌های practice Iran, nursing در فاصله‌ی زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۵ انجام شد. پس از انجام جست‌وجوهای زیاد، در ابتدا، ۲۲۰ مقاله یافت شد که پس از مرور عنوان و چکیده آن‌ها و حذف موارد غیرمرتبط و سپس مرور متن کامل مقالات باقی‌مانده، در نهایت با توجه به اهداف مطالعه، ۶۵ مقاله برای تحلیل و استفاده در مطالعه انتخاب شدند. برای اطمینان از پوشش کامل اطلاعات مرتبط، جست‌وجوی دستی تعدادی از مجلات مرتبط فارسی، مدارک و مستندات مرتبط با مراقبت در منزل نیز بررسی شد. سپس مقالات یافت‌شده مطالعه شدند و مطالب آن‌ها استخراج و یافته‌های آن‌ها تحلیل شد. شایان ذکر است که در مرحله‌ی اسکن کردن مطالعات یافت‌شده و استخراج داده‌ها از آن‌ها، از روش هدفمند استفاده شد، به‌طوری که تنها داده‌هایی استخراج و ثبت شدند که قابلیت گنجاندن در چهارچوب مثلث سیاست‌گذاری را داشتند.

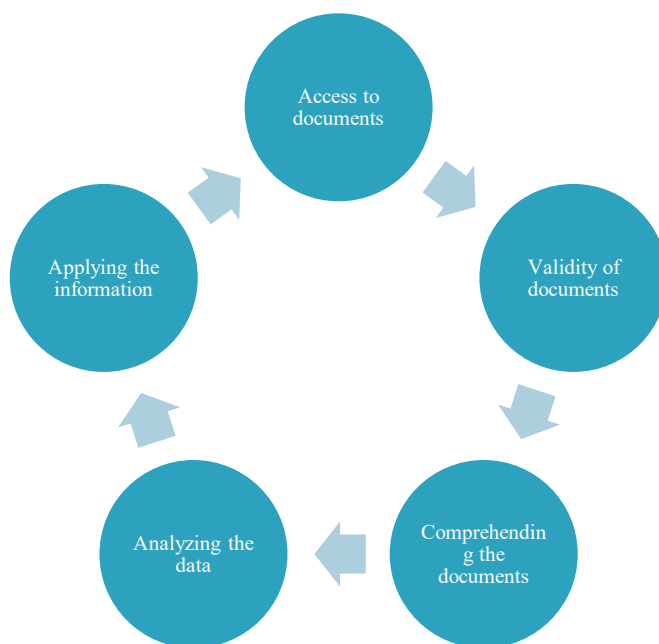
مدل‌های تحلیل سیاست‌گذاری سلامت، همه‌ی این ابعاد را در قالب یک چهارچوب بررسی کند، این مطالعه با هدف افزایش آگاهی درباره‌ی عوامل مؤثر در شکل‌گیری، تدوین و اجرای برنامه‌ی مراقبت در منزل، شناسایی عوامل مؤثر در سیاست‌گذاری در این برنامه و ارزیابی شواهد موجود مبنی بر اینکه تا چه حد این سیاست در روند تدوین و اجرا با چالش مواجه شده و تاکنون تا چه اندازه به اهداف اولیه‌ی خود رسیده است، انجام گرفت. بدیهی است با مشخص شدن هرچه بیشتر ماهیت موضوع و تحلیل رویکرد کشور به طرح و نقد برنامه‌های گذشته، می‌توان در سیاست‌گذاری و تدوین برنامه‌ها و اقدامات مناسب آینده برای تسریع در حل مشکلات حوزه‌ی مراقبت در منزل در کشور، گام‌هایی اساسی برداشت. علاوه بر این، یافته‌های این مطالعه می‌تواند در رسیدن به درک جامعی از موانع موجود بر سر راه این سیاست در گذشته و همچنین شناخت عوامل مؤثر در مسیر اجرا توسط سیاست‌گذاران کمک‌کننده باشد.

روش کار

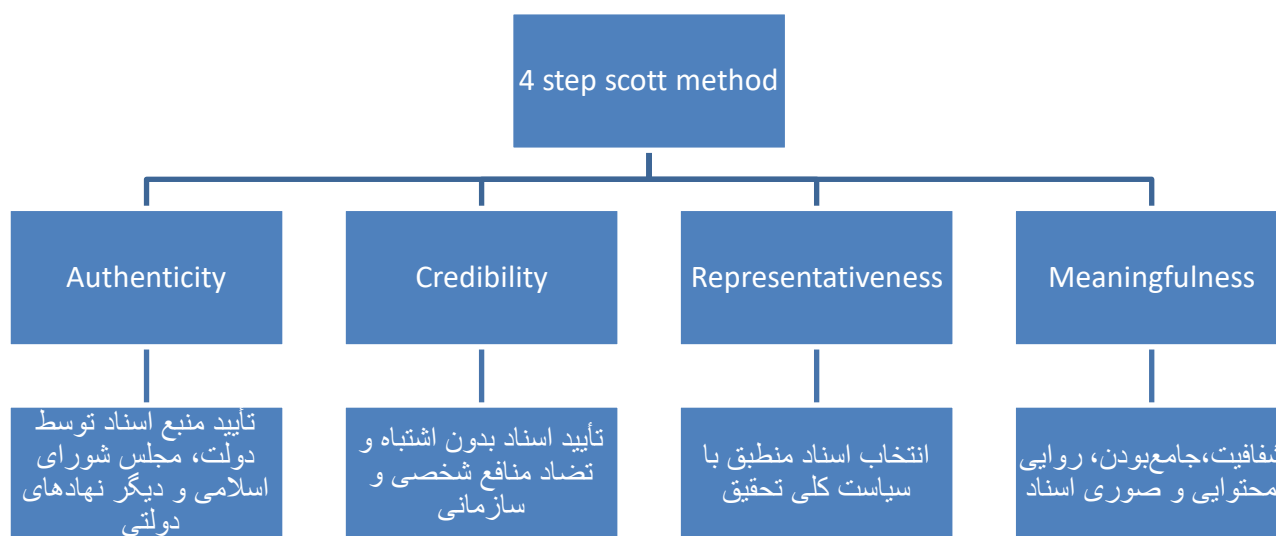
پژوهش حاضر از دسته‌ی مطالعات تحلیل سیاست است که به روش گذشته‌نگر انجام شد. برای انجام تحلیل سیاست از مدل‌ها و چهارچوب‌های مختلفی می‌توان استفاده کرد. در این مطالعه به‌منظور تحلیل برنامه‌ی مراقبت در منزل از مثلث تحلیل سیاست (والث - گیلسون) استفاده شد. این چهارچوب نوعی چهارچوب پراکارد در حوزه‌ی تحلیل سیاست است [۱۷]. در بیان یافته‌های این مطالعه نیز از همین چهارچوب استفاده شده است. مثلث تحلیل سیاست سه بعد فرایند، محتوا و زمینه دارد و نقش‌آفرینان (بازیگران) در مرکز این چهارچوب قرار دارند. این چهارچوب نشان می‌دهد که چگونه چهار بعد یادشده در شکل‌دهی و اجرای یک سیاست با یکدیگر در تعامل‌اند. «نقش‌آفرینان» مجموعه‌ای از افراد، گروه‌ها و سازمانها هستند که در فرایند اجرا دخیل‌اند یا از آن تأثیر می‌پذیرند. «محتوا» به مجموعه‌ای از اهداف و اقدامات برنامه‌ریزی‌شده اشاره دارد که سیاست را به نتیجه می‌رساند. «زمینه» به مجموعه‌ای از عوامل نظام‌مند سیاسی، اقتصادی و اجتماعی ملی و بین‌المللی اشاره دارد که ممکن است سیاست‌گذاری سلامت را تحت‌تأثیر قرار دهد. «فرایند» نیز به تمامی اقدامات و فعالیت‌های انجام‌شده در اجرای سیاست اشاره می‌کند [۱۸]. این چهارچوب، که عمدتاً برای استفاده در کشورهای درحال‌توسعه توصیه شده است، برای تحلیل مشکل و یافتن راه‌هایی برای مقابله با آن به کار می‌رود و می‌تواند در تحلیل اینکه چگونه مجموعه‌ای از عوامل مختلف در یک مشکل یا مسئله دخیل بوده‌اند یا باعث تداوم آن شوند، استفاده شود [۱۴] (شکل ۱).

جمع‌آوری و پس از ارزیابی اعتبار استفاده شدند. فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌های این بخش براساس معیارهای کریپندورف انجام شد [۱۷] (شکل ۲). براساس این فرایند، در مرحله اول اسناد مدنظر به‌طور دقیق مطالعه شدند. در مرحله دوم، اعتبارسنجی اسناد جمع‌آوری شده با استفاده از معیارهای چهارگانه اسکات انجام شد [۱۹] (شکل ۳). در همین زمینه، اسنادی که سه نفر از افراد مطلع از این موضوع به دست آورده بودند و دو نفر از کسانی که در تدوین و اجرای سیاست نقش داشتند، بیشتر ارزیابی شد و در مجموع، ۸۹ سند بررسی شد (جدول ۱).

۲. تحلیل اسناد و مدارک مرتبط، ازجمله برنامه‌های مرتبط با مراقبت در منزل، دستورالعمل‌های وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، دستورالعمل‌ها، صورت‌جلسات، مصوبات، برنامه‌ها، گزارش‌ها و ابلاغیه‌های داخلی دانشگاه، شیوه‌نامه‌های مرتبط با این موضوع و گزارش‌های بازدیدهای مدیریتی در سطح دانشگاه و بیمارستان‌ها نیز بررسی شدند. انتخاب این منابع و اسناد با مشورت با افراد آگاه در این زمینه، ازجمله مدیران محترم پرستاری بیمارستان‌ها و مسئول واحد مراقبت در منزل بیمارستان، انجام شد. این اسناد با مراجعه به مراکز، نهادها و سازمان‌های مربوطه



شکل ۳. معیارهای چهارگانه اعتبارسنجی اسناد اسکات



شکل ۲. معیار تحلیل اسناد کریپندورف

جدول ۱. مشخصات اسناد مورد مطالعه

ردیف	نوع سند	مرجع تصمیم سند	تعداد
۱	دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱۰
۲	دستورالعمل‌ها و ابلاغیه‌های داخلی دانشگاه	دانشگاه‌های علوم پزشکی	۹
۳	شیوه‌نامه‌های مرتبط	بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی	۱۰
۴	بازدیدهای مدیریتی	بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی	۳
۵	مستندات مبنی بر وجود استراتژی مراقبت در منزل (در برنامه‌ی استراتژیک بیمارستان)	بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی	۴
۶	برنامه‌ی عملیاتی مراقبت در منزل در بیمارستان	بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی	۸
۷	ابلاغ حکم انتصاب کارشناس مسئول مراقبت در منزل	بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی	۱
۸	شرح وظایف کارشناس مسئول مراقبت در منزل	دانشگاه‌های علوم پزشکی	۱
۹	شرح وظایف و مأموریت‌های مسئول مراقبت در منزل بیمارستان‌ها	دانشگاه‌های علوم پزشکی	۱
۱۰	پروانه‌ی کار مراقبت‌کننده در منزل	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱
۱۱	فهرست تجهیزات ضروری	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۴
۱۲	تأیید صلاحیت کارکنان و مدارک تحصیلی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲
۱۳	بررسی و بازبینی پرونده‌های پزشکی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۶
۱۴	دست‌رسی به داروهای حیاتی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱
۱۵	سایر اسناد	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۳

مطلع کلیدی برای مصاحبه شناسایی شدند. بدین منظور، ابتدا مروری جامع با مطالعه‌ی همه‌جانبه‌ی متون موجود در بانک‌های اطلاعاتی ذکر شده انجام شد. سپس ماتریسی از داده‌های موجود طراحی شدند. یافته‌های فراهم‌شده در قالب چهارچوب مثلث با انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با یازده نفر از افراد مطلع کلیدی در این موضوع، از جمله استادان، پرستاران، سرپرستاران، مدیران بیمارستانی، بیماران و اعضای خانواده‌ی آن‌ها، بیشتر ارزیابی شد (جدول ۲).

۳. تمام مطالب حاصل از مراحل فوق مرور و مطالعه شدند و داده‌های مدنظر با توجه به چهارچوب «مثلث تحلیل سیاست» استخراج و تحلیل شدند. در گام بعدی، از طریق فنون کدگذاری و خلاصه‌سازی، داده‌ها سازمان‌بندی شده و براساس چهارچوب تحلیلی تحقیق حاضر، که چهارچوب مثلث تحلیل سیاست‌گذاری است، تحلیل شدند. روش تحلیل داده در مرحله‌ی اول تحلیل چهارچوبی بود. با مرور مطالعات و گزارش‌های مرتبط در مرحله‌ی اول، سازمان‌ها و افراد

جدول ۲. مشخصات شرکت‌کنندگان در مطالعه

ردیف	نوع سند	محل انتخاب نمونه	تعداد
۱	مدیران بیمارستان	دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران	۱
۲	سرپرستاران و پرستاران	دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران	۵
۳	بیماران و همراهان بیمار	بیمارستان‌ها و مراکز مراقبت در منزل	۶

دخیل بودند؛ سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بررسی آخرین دستورالعمل‌های اجرای سیاست مراقبت در منزل در سطح کشور؛ تیم‌های اعتباربخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور؛ واحد اعتباربخشی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان؛ مدیران، سرپرستاران و پرستاران که به‌صورت مستقیم مجری سیاست‌های مراقبت در منزل بودند و حداقل شش ماه سابقه‌ی کار در سطح بیمارستان و بخش‌های مختلف مراقبت در منزل را داشتند و به‌صورت مستقیم و مداوم با این مباحث آشنا بودند؛ بیماران و همراهانی که به‌صورت مستقیم از اجرای این سیاست منتفع یا متضرر می‌شدند. در صورت برقرانشدن هریک از

جامعه‌ی پژوهش در مرحله‌ی دوم شامل تمام سیاست‌گذاران، ذی‌نفعان و بازیگران حوزه‌ی مراقبت در منزل بود. معیارهای ورود به مطالعه در فاز مروری و کیفی مطالعه عبارت بودند از: ارتباط مستقیم اسناد و مقالات مورد بررسی با مباحث مراقبت در منزل؛ استفاده از افراد مطلع کلیدی در سطح وزارتخانه‌ی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ انجمن‌های تخصصی پرستاری در سطح کشور؛ افراد مطلع کلیدی در سطح دانشگاه علوم پزشکی زاهدان که به‌صورت مستقیم در اجرای سیاست مراقبت در منزل دخیل بودند؛ افراد مطلع کلیدی در سطح بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان که به‌صورت مستقیم در اجرای مراقبت در منزل

موارد فوق و همکاری نکردن یا انصراف از مطالعه، مشارکت کنندگان از مطالعه خارج می شدند. در مصاحبه های نیمه ساختاریافته، که نمونه گیری در آن ها به صورت کاملاً هدفمند بود، درباره همه ابعاد مثلث سیاست گذاری از جمله محتوی، زمینه، بازیگران و فرایند اجرا نظر افراد مصاحبه شونده پرسیده شد و یافته های قبلی نقد یا تکمیل شد.

مصاحبه ها بیشتر به منظور تأیید و تکمیل یافته های مراحل قبل صورت گرفت و از مشارکت کنندگان خواسته شد، در صورتی که مطلبی از قلم افتاده و نیاز به اضافه شدن به یافته های مطالعه دارد، مطرح کنند. برای تحلیل مصاحبه ها از روش تحلیل محتوای هدایت شده براساس تعریف Hieh & Shanon 2005 استفاده شد [۲۰]. در این نوع تحلیل به طور معمول دانش موجود درباره پدیده مدنظر ناقص و نیازمند توصیف بیشتری است. هدف از تحلیل محتوای هدایت شده، اعتباریابی یا توسعه چهارچوب نظری یا تئوریک است. در این روش، مقولات و طبقات در آخر پژوهش به دست نمی آیند، بلکه پژوهشگر با مفروض گرفتن برخی تعاریف و تعمیم ها به منزله طبقات مدنظر را به صورت کیفی تحلیل می کند و در پی مصادیقی از تعاریف و تعمیم ها در کل متن می گردد (تحلیل محتوای کیفی هدایت شده ۲). در پژوهش حاضر نیز ابعاد چهارچوب مثلث تحلیل سیاست گذاری به منزله طبقات از قبل شکل گرفته تعیین شدند و متن مصاحبه ها در قالب مقوله های این چهارچوب کدگذاری شدند [۲۰].

به منظور صحت و اعتبار داده های پژوهشی از چهار شاخص اعتبار گویا و لینکلن (۱۹۹۴) استفاده شد. این معیارها عبارت بودند از: اعتبار (مقبولیت)، قابلیت وابستگی (قابلیت اعتماد)، قابلیت تأیید و انتقال که در ذیل نحوه رعایت و حصول به آن ها توضیح داده می شود [۲۱]. محققان برای تضمین قابلیت اعتبار داده ها از روش های خاص تحقیقات کیفی، مانند درگیری مداوم با موضوع و داده ها و همچنین بازبینی توسط مشارکت کنندگان (Member check)، استفاده کردند. بدین صورت که محقق با مشارکت کنندگان ارتباط طولانی مدت برقرار کرد که به جلب اعتماد آن ها کمک می کرد. علاوه بر این، بعد از تشکیل کدهای اولیه، برای

صحت کدها و تفاسیر از نظرات مشارکت کنندگان استفاده شد و در صورتی که کدها با نظرات مشارکت کنندگان مغایرت داشت، اصلاح صورت می گرفت. محققان همچنین از تلفیق پژوهشگران، مقایسه مداوم داده ها، بازنگری کدها و نمونه گیری با حداکثر تنوع در مشارکت کنندگان نیز استفاده کردند.

به منظور افزایش استحکام و مقبولیت (credibility) یافته ها، فرایند تحلیل داده ها صرفاً به محقق اصلی محدود نشد. بدین منظور، پس از استخراج کدهای اولیه و شکل گیری درون مایه های اصلی، تمامی مراحل کدگذاری، طبقه بندی و شبکه مضامین استخراج شده در اختیار دو نفر از استادان مجرب و آشنا با روش شناسی کیفی، که در فرایند جمع آوری داده ها نقشی نداشتند، قرار داده شد و نظرات اصلاحی و تفسیرهای جایگزینی که مطرح کردند، در پژوهش اعمال شد.

به منظور تأمین سازگاری (dependability) داده ها، تمامی فعالیت های صورت گرفته در طول پژوهش به صورت منظم ثبت و گزارش جامع از سیر فرایند تحقیق تهیه شد. همچنین، برای ارتقای قابلیت انتقال (transferability) یافته ها، خلاصه ای از نتایج به دست آمده با دو نفر از بیماران و دو نفر از همسران بیماران، که خارج از جامعه مورد مطالعه بودند، در میان گذاشته شد و ایشان داده ها را تأیید کردند.

علاوه بر این، محرمانه ماندن تمام مصاحبه ها و آزادی افراد برای خروج از پژوهش در صورت تمایل، رعایت شد. شایان ذکر است برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار MAXQDA2020 استفاده شد. همچنین، به منظور سهولت برای اسناد مرتبط از حرف «س» و برای مصاحبه های انجام گرفته از حرف «م» استفاده شد.

نتایج

یافته های این مطالعه، متناسب با مثلث تحلیل سیاست در چهار بعد اصلی این چهارچوب ارائه شد. ابتدا جدول یافته های مربوط به نقش آفرینان ارائه می شود (جدول ۳). در ادامه، یافته ها در سه طبقه اصلی عوامل مربوط به محتوا، عوامل زمینه ای و عوامل مرتبط با فرایند طبقه بندی و ارائه می شوند.

جدول ۳. نقش آفرینان در استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های ایران

نقش آفرینان	نقش هریک	چالش های مرتبط با هر نقش آفرین
سازمان جهانی بهداشت	مراقبت تسکینی مبتنی بر مراقبت در منزل را به عنوان یکی از عناصر اصلی تشکیل دهنده نظام های سلامت در دنیا و راهکاری برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های صعب العلاج و خانواده آن ها معرفی کرده است [۴۰]	گزارش های سازمان جهانی بهداشت حاکی از آن است که بسیاری از کشورهای دنیا برنامه های مراقبت تسکینی را در ساختار نظام سلامت خود ندارد [۲۲].
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	متولی اجرا	مراقبت تسکینی مبتنی بر منزل در کشور فاقد هرگونه جایگاهی در نظام سلامت است [۲۲]. ضعف در رهبری به دلیل عدم مهیاسازی زیرساخت های لازم، حمایت نکردن دولت از خدمات مراقبت در منزل، آماده نبودن نیروهای حرفه ای

برای ارائه‌ی خدمات تسکینی، محدودیت دسترسی به داروهای ضد درد مخدر، محدودیت منابع، آشنایی‌ی سیاست‌گذاران، نگرش منفی جامعه و مسائل اجتماعی و فرهنگی.

کمبود نیروی انسانی، آمار فزاینده‌ی بیماران مزمن و کمبود تخت‌های مراقبت ویژه، فقدان رهبری و نبود زیرساخت‌های کافی در تمامی سطوح [۲۲].

متولی اجرا

دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

نگاه سنتی نیروهای کادر درمان در مدیریت درمان بیماران مزمن، شفاف نبودن قانون در حمایت از کادر درمان، نقص در فرایند پرداخت و حمایت بیمه از بیماران، رشد فزاینده‌ی پدیده‌ی سالمندی، محدودیت تخت‌های ویژه، منابع انسانی، مالی و تجهیزاتی در مراکز درمانی و با عنایت به فواید بی‌شمار استفاده از مراقبت در منزل، ایجادنشدن تحول در سازمان‌های اجرایی [۲۲].

متولی اجرا

مدیران ارشد بیمارستان و پزشکان

ترس از مجازات و نبود حمایت بیمه‌ای، شفاف نبودن قانون در حمایت از کادر سلامت برای قطع درمان‌های غیرضروری یا ممانعت از اجرای انتظارات غیرواقعی بیمار یا خانواده‌های آن‌ها و تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی [۲۲].

به دلیل نزدیکی به بیماران، برای بهبود مراقبت در منزل، در موقعیت منحصربه‌فردی قرار دارند.

پرستاران

باوجوداینکه بسیاری از بیماران ترجیح می‌دهند روزهای آخر عمر را در خانواده و در تماس نزدیک با بستگان خود سپری کنند، دلایلی چون نداشتن آگاهی کافی، محروم بودن اکثر بیماران از این شیوه‌ی مراقبتی، نبود جایگاه مراقبت در منزل در نظام سلامت کشور و هزینه‌های زیاد این خدمات، مانع دسترسی همه‌ی بیماران به این خدمات می‌شود [۲۲].

گیرندگان خدمت

بیماران و خانواده‌های آنان

مشارکت نکردن در پرداخت حق بیمه و تحت پوشش قرارندادن خدمات مراقبت در منزل

تسهیلگر

سازمان‌های بیمه

نقش‌آفرینان

براساس یافته‌های این مطالعه، مهم‌ترین کسانی که در استقرار پرستاری مراقبت در منزل در نظام سلامت نقش داشته‌اند، شامل سازمان جهانی بهداشت، دپارتمان بهداشت بریتانیا، انجمن پزشکی ایالت متحده آمریکا، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، مدیران ارشد بیمارستان‌ها، بیماران و خانواده‌های آنان، کادر درمانی اعم از پرستاران، پزشکان، پیراپزشکان و سازمان‌های بیمه‌ای بودند.

جدول ۳ به تفصیل به نقش‌آفرینان تأثیرگذار در استقرار مراقبت در منزل اشاره کرده و نقش هریک و چالش‌هایی را که در فرایند این سیاست به هریک از آن‌ها مربوط می‌شود، ارائه کرده است. چنانچه در جدول دیده می‌شود، اغلب نقش‌آفرینانی که در استقرار و اجرای این سیاست نقش داشته‌اند، عملکردشان در جهت بهبود عملکرد نبوده است. در ادامه، با بررسی سایر ابعاد، دلایل ضعف

عملکرد نقش‌آفرینان مختلف روشن خواهد شد. علاوه بر موارد ذکرشده در جدول ۳، می‌توان نقش‌آفرینان بالقوه دیگری مانند سازمان نظام پرستاری، سازمان نظام پزشکی، پزشکی قانونی، هیئت‌برد پرستاری و اعضای هیئت علمی را نیز نام برد که مشارکت آن‌ها در طراحی و اجرای طرح نادیده گرفته شده است.

محتوا

اگرچه مطالعات نشان داده‌اند که مراقبت در منزل تأثیرات بسیار مفیدی در ابعاد جسمی، روحی و روانی، اجتماعی و اقتصادی بیماران دارد و باعث کاهش هزینه‌های نظام سلامت، کوتاه شدن طول مدت بستری، کاهش عوارض بستری و پیشگیری از بستری مجدد بیماران می‌شود [۲۲]، بررسی وضعیت مراقبت در منزل در کشورهای دیگر در ابعاد مختلف سیاست‌گذاری، سازمان‌دهی و نیروی انسانی و فرایند ارائه خدمات نشان داد که موفقیت هر

برنامه‌ای در گرو نگاه مثبت سیاست‌گذاران و تعهد دولت برای پشتیبانی از خدمات مراقبت در منزل است [۲۳، ۵].

از محتوای این سیاست در ایران به دلایل ذیل انتقاد شد:

تفاوت‌های فرهنگی - اجتماعی و ارتباطی: هرچند

تغییرات در نگرش اجتماعی، عقاید، ارزش‌ها و رفتارهای خانواده‌های ایرانی باعث پذیرش بیشتر خدمات شده است، هنوز جایگاه و سیاست‌گذاری اجرایی آن به‌خوبی شناخته‌شده نیست و مستلزم بررسی علمی نتایج پژوهش‌های صاحب‌نظران است؛ چراکه در ایران، از الگوی واحدی برای ارائه خدمات به بیماران پیروی نمی‌کنند [۵]. یکی از نکات مهمی که باعث پذیرش مراقبت توسط بیمار و خانواده و همکاری آنان در ارائه مراقبت و جلب رضایت آنان می‌شود، توجه به فرهنگ و ارزش‌های بیمار و خانواده است. در مقابل، نداشتن تجانس فرهنگی باعث می‌شود که کمتر به ابعاد روحی روانی بیمار توجه شود [۵]. به همین دلیل، تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی یکی از موانع ارتقای مراقبت تسکینی در جامعه ایرانی هستند [۲۲]. بنابراین، پرستاران مراقبت در منزل باید بتوانند فرهنگ بیمار و خانواده را شناسایی کنند، به ارزش‌ها و سنت‌های بیمار توجه کنند و احترام بگذارند، به بیمار و خانواده او حق تصمیم‌گیری دهند، به انتظارات آن‌ها توجه کنند و در جهت برآورده کردن آن‌ها تلاش کنند و براساس فرهنگ آن‌ها به‌طور صحیح و صمیمی ارتباط برقرار کنند تا بیمار احساس امنیت و اعتماد کند [۲۴، ۲].

فراهم‌نبودن بستر اقتصادی جامعه: ارائه خدمات سلامتی

تحت‌تأثیر زمینه و بافت فرهنگی - اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها قرار می‌گیرد. درک و برداشت جامعه، وضعیت خانواده‌ها از نظر اقتصادی و برداشت افراد از هزینه - فایده، می‌تواند شیوه استفاده از آن را تحت‌تأثیر قرار دهد [۵]. به همین دلیل، لازم است پرستاران وضعیت اقتصادی بیمار را از نظر فراهم کردن دارو، تجهیزات و هزینه‌های مراقبت در منزل و همچنین، از لحاظ اینکه آیا بیماری مشکلاتی برای موقعیت شغلی او ایجاد می‌کند یا نه، بررسی کنند [۲]. بررسی‌های صورت‌گرفته و مصاحبه‌های انجام‌شده با پرستاران در این زمینه نشان داد که باوجود تورم، کاهش ارزش پول ملی، هزینه زیاد واردات تجهیزات پزشکی و افزایش هزینه‌های مراقبت در منزل، تمایل افراد برای استفاده از این خدمات به‌شدت کاهش یافته است.

در این باره، یکی از پرستاران شاغل در واحدهای مراقبت از منزل اظهار کرد: «... ما بیماران مزمنی داریم که سال‌هاست در خانه تحت مراقبت‌اند. اما متأسفانه، باوجود این شرایط و اوضاع بد اقتصادی، خانواده‌ها واقعاً تحت فشار هستند و هر وسیله‌ای که از بیرون گرفته می‌شود، مجبورند با دو تا سه برابر قیمت قبل و باکیفیت کمتر بخرند تا درمان بیمارشان عقب نیفتد. این در مورد بیمارانی است که حداقل وضعیت مالی خوبی دارند؛ در مورد بیمارانی که شرایط اقتصادی بدی دارند، این شرایط خیلی بدتر است و بعضی به‌دلیل

هزینه‌ها درمان را به تعویق می‌اندازند...» (م ۱).

مشارکت‌کننده دیگری در این زمینه بیان کرد: «... خانم‌جان، این پسر من الان ده‌ساله افتاده همین‌جوری که می‌بینی، افتاده به پشت، نه دستی می‌تونه تکان بده، نه پای. قبلاً داشتم، تشک مواج براش گرفته بودم، الان خراب شده، پول ندارم دوباره بخرم. الان زخم‌بستر گرفته. هزینه‌های هر بار پانسمانش کلی می‌شه. مجبورم از سه بار پانسمان، یک‌بارش رو حذف کنم...» (م ۲).

فقدان حمایت‌های مالی و پوشش ناکافی بیمه: تحت

پوشش قرارگرفتن خدمات مراقبت در منزل از مهم‌ترین عوامل موفقیت در برنامه است. به همین دلیل، اکثر کشورهای پیشرفته خدمات مراقبت در منزل را تحت پوشش بیمه قرار داده‌اند [۵]. در همین زمینه، معاونت پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۸ در طرحی آزمایشی پنج بیماری نارسیایی قلبی، سکته مغزی، انواع سرطان‌ها، بستری در بخش‌های مراقبت ویژه به‌علت بیماری‌های مزمن و یرقان نوزادان را تحت پوشش خدمات پرستاری در منزل قرار داده است [۲۵، ۵].

اکثر مشارکت‌کنندگان در این مطالعه نیز نیاز به پوشش بیمه‌ای خدمات مراقبت پرستاری در منزل را برای بیماران ضروری می‌دانستند و بیان کردند به‌دلیل هزینه‌های زیاد مراقبت در منزل و پرداخت تمامی هزینه‌ها توسط بیمار، لازم است تا بیمه‌های درمانی سهمی از این خدمات را در فهرست بیمه‌ای خود قرار دهند. در این زمینه، یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «به‌عنوان کسی که سال‌هاست دارم کار می‌کنم، تمام دستورالعمل‌ها و بخش‌نامه‌ها را هم چک کردم، اما دستورالعملی که خیلی واضح و شفاف تعرفه‌گذاری و پوشش بیمه‌ای خدمات را نشان داده باشد پیدا نکردم. در این زمینه دستورالعمل‌ها خیلی ناقص هستند.»

یکی دیگر از بیماران در این زمینه بیان کرد: «من سال‌هاست درگیر بیماری سرطان هستم. هزینه درمان خیلی بالاست. گاهی وقت‌ها آن‌قدر حالم بعد از شیمی‌درمانی بد می‌شه، مجبورم تماس بگیرم با یک مرکز مراقبت در منزل تا برام سرم وصل کنند، ولی الان هزینه همین وصل سرم هم ده برابر شده، ولی بیمه هیچ هزینه‌ای رو قبول نمی‌کنه.»

مشارکت‌کننده دیگری در این زمینه بیان کرد: «خیلی از بیمارانی که من به آن‌ها مراجعه می‌کنم، واقعاً تحت فشار مالی قرار دارند و این اوضاع اقتصادی نیز شرایط را بدتر کرده و متأسفانه، دولت و بیمه‌ها هیچ‌کدام از این خدمات را تحت پوشش قرار نمی‌دهند. فقط تعداد محدودی از خدمات را تحت پوشش قرار می‌دهد که به نظرم اصلاً کافی نیست.»

نبود دستورالعمل‌ها و استانداردهای مراقبتی: اگرچه

سیاست‌های مراقبت در منزل به‌طور روزافزونی در حال گسترش است [۲۶]. دستورالعملی کشوری در این زمینه وجود ندارد [۲۷] و نیازمند سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی مناسب است [۵]. با توجه به تغییرات اساسی در ساختارهای جمعیتی و تغییر الگوی بیماری‌ها،

لازم است برنامه‌های ارائه خدمات مراقبتی جواب‌گوی نیازهای جامعه باشند. بیان دستورالعمل‌های شفاف برای طبقه‌بندی بیماران براساس نوع بیماری و شدت آن، سطح علمی و تخصصی فرد مراقبت‌کننده و برآورد دقیق هزینه‌ها، می‌تواند پاسخ‌گوی مناسبی در جهت مدیریت این تغییرات باشد [۲۸، ۷، ۵].

تخصیص‌ندادن بودجه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی: بودجه نظام سلامت موضوعی بسیار مهم و

چالش‌برانگیز در حوزه سلامت است. نحوه تخصیص بودجه به دستگاه‌ها، برنامه‌ها و اقدامات مختلف نشان‌دهنده دغدغه‌ها و جهت‌گیری‌های فکری دولت برای حل مسائل و مشکلات این حوزه است [۲۴].

فقدان جایگاه و نگرش‌های منفی مسئولان: در نظام

سلامت ایران خدمات بیمارستانی بر خدمات جامعه‌نگر تقدم دارند و بیماران برای گرفتن خدمات به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند؛ چراکه تفکر و نگرش اکثر مسئولان نظام بهداشتی درمانی ایران مبتنی بر اشتغال پرستاران بر مراقبت‌های بالینی در بیمارستان‌ها و بیمارستان اصلی‌ترین مکان برای ارائه خدمات سلامتی به بیماران است [۲۸].

نظام‌دنبودن مؤسسات مراقبت در منزل در ایران: شواهد

حاکمی از این است که مراقبت در منزل در ایران به‌صورت جزیره‌ای و در مراکز محدودی ارائه می‌شود و فاقد هرگونه جایگاهی در نظام سلامت است [۲۲]. از طرفی، فرایند پذیرش، ارائه خدمات مراقبتی، شاخص‌های تأمین نیروی انسانی، مدیریت منابع مالی و ارزشیابی دوره‌ای از خدمات ارائه‌شده براساس برنامه‌های مشخص و ازپیش‌تعیین‌شده نیست [۲۹]. در واقع، این مؤسسات در ایران، از الگوی واحدی برای ارائه خدمات به بیماران پیروی نمی‌کنند و بدون توجه کافی به علت بروز مشکلات، تلاش‌های انجام‌گرفته برای بهبود وضعیت با ناکامی مواجه خواهد شد [۵].

نگاه سنتی نیروهای کادر سلامت به مراقبت در منزل و

نگرش‌های منفی جامعه: درک و توجه جامعه به هریک از اعضای تیم مراقبت در منزل باعث تسهیل یا مانع از پیشبرد برنامه‌ها می‌شود. نتایج مطالعات مختلف در این زمینه نشان می‌دهد که ممکن است خانواده بیمار آگاهی مناسبی در تعامل با کادر درمان نداشته باشند و این موضوع می‌تواند چالش‌هایی را در روابط بین ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات ایجاد کند [۲۴، ۵]. از طرفی، برداشت متخصصان از فواید مراقبت در منزل و میزان اعتماد و همکاری آن‌ها در تشویق بیماران و خانواده‌ها می‌تواند در بارورشدن برنامه‌های مراقبتی تأثیر بسزایی داشته باشد [۵، ۲۲].

کمبود آموزش و دانش ناکافی مراقبان: مراقبت در منزل

نیازمند پرستارانی با دانش و مهارت‌های ویژه است که خدماتی با کیفیت عالی و مقرون‌به‌صرفه به بیماران ارائه دهند و با طراحی برنامه مراقبتی مناسب با اهداف مراقبتی، با تیم ارائه‌دهنده مراقبت،

همدلی، همکاری و هماهنگی داشته باشند [۳۰]. اما در عمل، آموزش ناکافی به یکی از مهم‌ترین چالش‌ها و مشکلات در مراقبت در منزل تبدیل شده است [۳۱]. به‌طوری‌که نحوه آموزش مراقبت در منزل به‌صورت حرفه‌ای در سطح دانشگاه و شیوه آموزش به اعضای خانواده‌ها یکی از خلأهای جدی در این زمینه و یکی از علل ارائه خدمات توسط افراد فاقد صلاحیت عمومی و فنی به مردم شده است [۳۲، ۵].

ضرورت همکاری بین حرفه‌ای و بین‌بخشی: سلامتی

وظیفه نظام سلامت به‌تنهایی نیست و مراقبت در منزل نیز کاری تیمی است و نیازمند همکاری کارکنان مختلف حرف سلامتی به‌صورت مکمل در کنار هم و برحسب نیاز بیمار است [۲۸، ۵]. اما همکاری بین حرفه‌ای در نظام سلامت ایران ضعیف است و باید ارگانهای مختلف در موضوع سلامتی مردم دخیل باشند [۲۸].

کمبود منابع و تجهیزات موردنیاز: مشکل دیگری که

بیماران تحت مراقبت در منزل با آن مواجه هستند، مشکلات و چالش‌های مربوط به تأمین تجهیزات و کالاهای بهداشتی است که به برنامه جامع و کاملی برای جبران این مشکلات نیاز است [۳۱]. ضروری است پرستاران مراقبت در منزل وسایل و تجهیزات مورد نیاز مراقبت در منزل را بررسی کنند و تجهیزاتی را که نیاز است، تعیین کنند و به خانواده بیمار اطلاع دهند و نیز آن‌ها را در تهیه وسایل راهنمایی کنند [۲]. یکی از وظایف مدیران در مراکز مراقبت در منزل مدیریت مناسب بحران‌ها و اتخاذ تصمیم‌های مناسب درباره کنترل تجهیزات و نیروی انسانی است [۳۳].

وجود مراکز غیرمجاز مراقبت در منزل و حرفه‌ای‌نبودن

کارکنان: یکی دیگر از چالش‌های بزرگ اجرای طرح مراقبت در منزل، وجود و فعالیت مراکز مراقبت در منزل بدون مجوز و نیز اعزام نیرو از بیمارستان و نه از مراکز مراقبت در منزل و بدون ضابطه قانونی است [۲۴]. از طرفی، بسیاری از افرادی که در این زمینه فعالیت می‌کنند، در دوره تحصیلات دانشگاهی خود درباره مراقبت در منزل آموزش‌های لازم را ندیده‌اند و حتی در بسیاری از مراکز کمک‌بهباران به جای پرستاران به بالین بیمار می‌روند و کارهای تخصصی را انجام می‌دهند [۲۷]. این مؤسسات باید در به‌کارگیری نیروی انسانی نهایت دقت را کنند تا ضمن ارائه خدمات مناسب، رضایت خاطر بیمار و خانواده را جلب کنند. نقصان در جذب نیرو و استفاده از نیروهای موقت و کم‌تجربه، در روند ارائه خدمات مراقبت در منزل مشکل ایجاد می‌کند [۲۸، ۲۴].

در همین زمینه، یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «در طول دوران تحصیل به‌هیچ‌وجه درباره مراقبت در منزل مزایا و معایبش اطلاعاتی به ما ندادند. بیشتر مباحثی هم که استادان در این درس تدریس می‌کردند، همان مطالب تکراری قبلی بود و هیچ نوآوری در این زمینه نداشتند. من بیشتر تجربی یاد گرفتم و در مورد مباحث زخم هم خودم دوره‌های مختلفی را گذراندم. فکر می‌کنم دانشگاه‌ها در این زمینه خیلی ضعیف عمل می‌کنند.» (م ۱۱).

شفاف‌نبودن قانون در حمایت از کادر سلامت: مسئولیت

ارائه خدمات مراقبت در منزل به بیمار زیاد است. به علاوه، ممکن است پرستارانی که به منازل بیماران رفت‌وآمد می‌کنند، دچار مسائل امنیتی از جمله خشونت شوند [۲۴]. به همین دلیل، لازم است که در ارائه خدمات مراقبت در منزل به امنیت روحی، روانی، جانی و مالی نیروهای ارائه‌کننده خدمات سلامتی توجه شود. بنابراین، امنیت، موضوعی است که باید مدیران پرستاری به آن توجه کنند [۵، ۲۴]. به همین دلیل، نیاز است که بافت خانوادگی، تعداد افراد خانواده و دیگر اطلاعات مربوط به اعضای خانواده و محل زندگی بیمار به‌روشنی مشخص شود، تا بتواند با شناخت و آمادگی بیشتری وارد حریم خانواده بیمار شوند [۵].

پرداختن به مسائل امنیتی موضوعی حیاتی است که از برخی چالش‌های مهم پیشروی مراقبت در منزل، که بارها در مصاحبه‌ها تکرار شد، جلوگیری می‌کند [۵]. یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه بیان کرد: «قبل از ورود به منزل بیمار همیشه سعی می‌کنم مسائل امنیتی را در نظر بگیرم؛ مخصوصاً وقتی برای اولین بار به جایی می‌روم و هیچ شناختی ندارم؛ حتی گاهی یک شوکر همراه خودم می‌برم و داخل کیفم می‌گذارم.» (م ۹).

مشارکت‌کننده دیگری در این زمینه بیان کرد: «توجه به مسائل امنیتی خیلی مهم هست؛ مخصوصاً برای خانم‌ها؛ چون هیچ‌وقت نمی‌دانیم قرار است چه اتفاقی بیفتد. به همین دلیل، وقتی برای اولین بار به جایی می‌روم، حتماً سعی می‌کنم با یکی از همکاران آقا بروم، اما در مورد بیمارانی که شناخت دارم و بارها به منزل آن‌ها مراجعه کردم، این اضطراب و ترس را دیگر ندارم.» (م ۵).

نبود تعریف دقیق تعرفه‌ها: تعرفه‌گذاری خدمات سلامت یکی از مهم‌ترین ابزارهای اقتصادی مؤثر در دسترسی، کارایی و کیفیت خدمات سلامت است [۲۴]. به همین دلیل، شفافیت، تعیین تعرفه‌ها در یک دامنه، به‌روز کردن آن‌ها و مشخص کردن نحوه پرداخت حقوق و دستمزدها می‌تواند به بارور شدن خدمات پرستاری مراقبت در منزل کمک کند [۵].

مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر نیز معتقد بودند که تعرفه خدماتی مراقبت در منزل به‌درستی تعیین نشده است. در همین زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «هزینه تهیه وسایل و تجهیزات خیلی بالا رفته. از طرفی، هزینه رفت‌وآمد هم وجود دارد. کلی وقت و هزینه می‌کنی، باز هم وقتی مبلغ رو بهشون می‌گیم، که هزینه این‌قدر می‌شود، می‌گن خیلیه، همین رو می‌رفتیم بیمارستان کمتر می‌شد و همیشه سر هزینه‌ها بحث می‌کنند. ما هم درک می‌کنیم که شرایط اقتصادی خوب نیست، اگر خوب بود که من مجبور نبودم بعد از شیفت بیمارستان پیام اینجا کار کنم.»

زمینه

عوامل زمینه‌ای مؤثر در این برنامه، که براساس شواهد موجود تعیین شدند، در چهار دسته عوامل موقعیتی، ساختاری، فرهنگی،

ملی و فراملی به این شرح طبقه‌بندی و ارائه شدند.

عوامل موقعیتی: قانون جامع مراقبت‌های بهداشتی در ایالت متحده آمریکا در سال ۲۰۱۰ تصویب شد که تغییرات چشمگیری در برنامه‌های بهداشتی ایجاد کرد. قابل توجه است که در میان این تغییرات وسیع، حرفه پرستاری با چالش‌های بزرگی روبه‌رو بود که روی پاسخ آن‌ها به این دگرسازی تأثیر می‌گذاشت [۲۴]. در ایران نیز شرایط اجتماعی، محیطی، اقتصادی و سیاسی حاکم، وجود تسهیلات و موانع موجود، درک مسئولان و جامعه از پدیده مدنظر، تنوع نیازهای بیمار، صلاحیت مراقبان، بار کاری زیاد مراقبان، خواسته‌های متنوع سازمان، فاصله دور و مسافت‌های طولانی مراقبان تا محل زندگی مددجویان، ارائه خدمات سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۵]. این موضوع باعث افزایش هزینه‌های نظام سلامت و خانواده بیماران، نارضایتی و فرسودگی شغلی کارکنان حرف سلامت می‌شود [۲۲]. از طرفی، آموزش ناکافی، خصوصاً به مراقبان سلامت در منزل، یکی از مهم‌ترین چالش‌ها و مشکلات در مراقبت در منزل است [۳۱].

عوامل ساختاری: نظام سلامت ایران به‌نوعی پزشک‌سالاری حاکمیتی مبتلاست، به‌طوری که در ساختار نظام سلامت ایران، تسلط پزشکان در مراکز سیاست‌گذاری و اجرا دیده می‌شود و حضور این افراد در ساختار تصمیم‌گیری مانند وزارت بهداشت، کمیسیون بهداشت مجلس، سازمان‌های بیمه و حضور هم‌زمان آن‌ها در بخش خصوصی، می‌تواند باعث تعارض منافع در تصمیم‌گیری‌ها شود [۵]. اما اگر مدیران سیاست‌مدار باشند، باید سیاست‌هایی را که در سازمان تأثیر می‌گذارد درک و سازمان خود را هدایت کنند و به چالش‌ها و فرصت‌های ناشی از محیط سیاست‌گذاری پاسخ دهند. این شبیه به مفهوم مشروعیت سیاستی است که Gough و همکاران استدلال کرده‌اند [۵]. این موارد نشان می‌دهند که سیاست‌گذاران، استادان و متخصصان گروه پزشکی اجتماعی، بهداشت عمومی و مدیریت پرستاری می‌توانند اطلاعات مناسبی را درباره نحوه ارائه خدمات مراقبت در منزل در اختیار محققان قرار دهند و در تدوین و اجرایی‌شدن موفق دستورالعمل ارائه این خدمات کمک کنند [۳۵]. لذا، لازم است که سیاست‌گذاران نظام‌های سلامت را به‌سمت خدمات مبتنی‌بر جامعه سوق داد. برای رشد و غلبه بر مشکلات، به ایجاد تغییراتی اساسی در سیستم مدیریتی فعلی نیاز است. علاوه‌بر این، باید از مدیریت چندبعدی در اداره نظام سلامت استفاده کنند [۳۵].

فرهنگی: اولین قدم در اجرای یک طرح، فرهنگ‌سازی مناسب در بین دو طرف ارائه‌دهنده و گیرنده خدمت است [۷]. بنابراین، پرستاران مراقبت در منزل باید مطابق با اعتقادات بهداشتی، فرهنگ و مذهب بیماران و خانواده‌های آنان عمل کنند و نیز برای مراقبت بیماران باسابقه فرهنگی، دانش و مهارت کافی متفاوت داشته باشند. در مجموع، در برخورد با بیمار و خانواده ویژگی‌های اخلاقی مناسب داشته باشند و بتوانند رضایت بیمار و خانواده را جلب کنند [۳۲].

ملی و فراملی: سیاست‌گذاری فقط شامل اسناد استراتژی ملی نیست، بلکه شامل چگونگی اجرای آن توسط مدیران است و اینکه در نهایت، چگونه متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و بیماران و به‌صورت گسترده‌تر، جامعه، که هدف تغییر سیاست است، آن را به کار می‌گیرند. به همین دلیل، سلامت به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین نیازهای انسان، حقی همگانی است که دولت‌ها درباره آن مسئولیت دارند. نظام سلامت ایران همواره با چالش اجرانشدن مناسب سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی تصویب‌شده روبه‌رو بوده است. از مهم‌ترین دلایل آن می‌توان پیچیدگی، وجود تعارض در عناصر نظام سلامت، مداخلات سیاسی و همچنین زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی و برهم‌کنش میان آن‌ها را ذکر کرد که فرایند سیاست‌گذاری و اجرای سیاست‌ها را پیچیده‌تر می‌کند. بنابراین، تا اراده و خواست سیاسی دولت‌ها و نظام سلامت در قبال برقراری درست مراقبت در منزل بیمار شکل نگیرد، نمی‌توان شاهد پیشرفتی در این زمینه بود.

در حال حاضر نیز با توجه به اینکه دیدگاه اکثریت سیاست‌گذاران نظام سلامت درباره خدمات سلامتی مبتنی بر جامعه و توسعه مشارکت جامعه در مراقبت و سلامت مثبت است، در عمل براساس آمارهای وزارت بهداشت ایران تقریباً تمام پرستاران در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خدمات ارائه می‌کنند. بنابراین، تغییر سیاست از درمان‌محوری به جامعه‌محوری به کاهش چالش‌های ارائه مراقبت در منزل کمک می‌کند. در بعد سیاست‌گذاری، جامعه‌نگر بودن نظام سلامت می‌تواند مراقبت را تحت‌تأثیر خود قرار دهد؛ چراکه مراقبت در منزل باید در بطن جامعه و خارج از مراکز درمانی در محل زندگی مددجو به آن‌ها ارائه شود. به‌علاوه، تغییر چهره جمعیت در بسیاری از کشورهای دنیا مسئولان را به استفاده از مراقبت‌های مبتنی بر جامعه و استفاده از مراقبت در منزل مجاب کرده است [۵].

فرایند

منظور از فرایند در چهارچوب مثلث تحلیل سیاست، مجموعه اقدامات و فعالیت‌های انجام‌شده برای اجرای سیاست است و مراحل سیاست‌گذاری از دستور کارگذاری، تدوین، اجرا و ارزیابی را شامل می‌شود. هرچند اغلب این مراحل طی روند مشخص و به‌دنبال هم اتفاق نمی‌افتند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای اجرای بهتر سیاست مراقبت در منزل در هر سال تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی را به مراکز دارای مجوز رسمی از وزارت بهداشت اعلام می‌کند که تعیین‌کننده دریافت هزینه‌ها از بیماران برای اجرای خدمات درمانی پرستاری در منزل است.

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که عوامل مختلفی در فرایند اجرای

این سیاست دخیل بوده و هستند. براساس مجموعه شواهد و مدارکی که در این مطالعه به دست آمد، ارائه خدمات مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان باعث بهبود ارائه خدمت، کاهش هزینه‌ها و تحقق اهداف سلامت می‌شود و می‌تواند به‌عنوان بخش پشتیبان در خدمات سلامت عمل کند و بار زیادی را از دوش نظام سلامت بکاهد.

این نوع مراقبت همچنین می‌تواند باعث تقویت هم‌بستگی در خانواده‌ها، جامعه و نظام سلامت و ارتقای کیفیت زندگی و رضایتمندی بیماران، سلامتی جامعه، کاهش هزینه‌ها، کوتاه‌شدن طول مدت بستری، کاهش عوارض بستری و پیشگیری از بستری مجدد بیماران و تداوم مراقبت‌های بعد از ترخیص می‌شود.

Werner و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که بیمارانی که واجد شرایط استفاده از خدمات مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان بوده‌اند، در مقایسه با دیگر بیماران برای بخش مدیر نظام سلامت آمریکا، هزینه‌های کمتری را ایجاد کرده بودند [۳۶]. اما در عمل، موانع و چالش‌های مختلفی، از جمله سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های نامناسب وجود داشتند. در همین زمینه، مطالعه شهسواری و همکاران نیز نشان داد که روش‌های سیاست‌گذاری می‌تواند در ارائه خدمات سلامت به مراجعان تأثیر بگذارد [۳۷]. در این زمینه، مطالعه والی‌زاده و همکاران نیز نشان داد که مسائل قانونی و اخلاقی، هزینه‌های زیاد خدمات مراقبت در منزل برای بیماران، پوشش ندادن هزینه‌های خدمات مراقبتی توسط سازمان‌های بیمه‌گر، سیاست‌های مالی ناکارآمد برای حمایت از بیماران، هزینه زیاد تجهیزات پزشکی غیرقابل‌اجاره و نبود بودجه مناسب برای مراکز ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی در منزل، از جمله مشکلات اقتصادی ارائه خدمات مراقبت در منزل بیان است [۳۸]. تعیین‌نشدن درست تعرفه‌ها نیز از دیگر مشکلات بیان شده بود؛ چراکه عواملی از جمله رفت‌وآمد ارائه‌دهندگان مراقبت در منزل به بیمار در بازه زمانی متفاوت از خدمات بیمارستانی و انواع خدمات در تعرفه این خدمات تأثیر می‌گذارد [۲۴].

به سبب وجود مراکز غیرمجاز و نداشتن صلاحیت مراقبت در بعضی پرستاران و غیره، ارائه این خدمات در حال حاضر محدود است. علای و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که به دلیل ارتباط ضعیف بین سیستم‌های بهداشتی درمانی و مراکز مراقبت در منزل، ارجاع به این مراکز برای دریافت خدمات پرستاری محدود است [۳۹]. در همین زمینه، جعفری گل و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که پرستار مراقبت در منزل برای ارائه خدمات مراقبت باکیفیت و ایمن به بیمار لازم است صلاحیت جامع مراقبتی داشته باشد. به این معنا که بتواند بیمار، خانواده و منزل بیمار را به‌طور کامل بررسی و مراقبت از بیمار را مدیریت کند [۲]. Hestvik و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که ارزیابی و برنامه‌ریزی، اطلاعات و آموزش، آماده‌سازی محیط خانه، مشارکت سالمند و مراقبان و حمایت از خودمدیریتی در فرایندهای ترخیص و پیگیری

میان مدت و بلندمدت و تعریف بسته‌های خدمتی استاندارد و قابل ارائه در سطوح مختلف، کیفیت و قابلیت دسترسی به خدمات را تضمین خواهد کرد.

برای تکمیل این چرخه، مطالعات آتی باید به طراحی سازوکارهای پایدار تأمین مالی (کارکرد تأمین مالی) و استقرار سیستم یکپارچه اطلاعاتی (کارکرد سیستم اطلاعاتی) برای پایش و ارزشیابی مستمر خدمات مراقبت در منزل بپردازند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد؛ ازجمله انجام تحلیل اولیه توسط محقق و محدود بودن تعداد مصاحبه‌های کیفی انجام شده در این مطالعه. لذا، پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با افراد بیشتری در موقعیت‌های مختلف برای رسیدن به حداکثر شواهد مصاحبه کنند. از طرفی، انجام مطالعه کمی برای اندازه‌گیری دقیق شاخص‌هایی مانند صرفه‌جویی هزینه‌ای مراقبت در منزل در مقایسه با بستری، گام ضروری بعدی است.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در مصاحبه‌ها شرکت کردند و به‌نوعی در تهیه این مقاله همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با کد طرح ۱۱۴۱۱ است. کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان این مطالعه را با کد اخلاقی IR.ZAUMS.REC.1403.423 تأیید کرده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافع‌ای بیان نکرده‌اند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نقش مهم خدمات مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان، به نظر می‌رسد که اجرایی کردن مناسب طرح مراقبت در منزل نیازمند اهتمام وزارت بهداشت و درمان در تعریف آن در نظام سلامت ایران، نحوه اجرای فرایند ارائه خدمات، تعیین تعرفه استاندارد هر خدمت، تعریف ساختار سازمانی مناسب، شفاف و عملیاتی کردن پوشش بیمه همگانی، برنامه‌ریزی برای ارزیابی و رفع چالش‌ها و موانع پیش‌رو، اصلاحات برنامه درسی پرستاری و اطمینان بخشی به آحاد جامعه در زمینه مزایای اجرای این طرح، تخصیص بودجه مناسب، تأمین نیرو، تعیین روش پرداخت، هماهنگی با بیمه و نیز دیگر سازمان‌ها امکان‌پذیر است.

لذا، با توجه به یافته‌های این مطالعه که از چالش‌های چندبعدی در سیاست‌گذاری مراقبت در منزل نشان دارد، راهکارهای پیشنهادی در قالب یک برنامه نظام‌مند و مبتنی بر چهارچوب کارکردهای شش‌گانه نظام سلامت سازمان جهانی بهداشت ارائه می‌شود تا نقش هر راهکار در تقویت سیستم به‌وضوح مشخص شود: در سطح رهبری و حکمرانی: اقدامات بنیادینی چون جلب حمایت مدیران عالی و تغییر در اسناد بالادستی و سیاست‌های کلان، پیش‌نیاز اجتناب‌ناپذیر تمام تحولات آتی است.

در سطح تأمین منابع انسانی: تحول در سیستم آموزشی از طریق بازنگری در سرفصل‌های دوره کارشناسی پرستاری و ایجاد دوره‌های تخصصی کارشناسی ارشد مراقبت در منزل، به‌همراه طراحی نظام انگیزشی جامع برای کارکنان، لازمه تأمین نیروی انسانی متخصص و بالنگیزه برای این عرصه است.

در سطح ارائه خدمات: تدوین برنامه‌های عملیاتی کوتاه‌مدت،

REFERENCES

1. M F. Nursing competency: definition, structure and development. Yonago Acta Med. 2018;61(1):1. [DOI: 10.33160/yam.2018.03.001]
2. Jafary Gol M, NH, Sadooghiasl A. Care comprehensive assessment in home health care: qualitative content analysis. Iran J Nurs Res. 2022;16(6):23-33. [DOI: 10.1007/s10943-025-02439-8]
3. Amini R, NH, Samari B, Khodaveisi M, Tapak L. Effect of home care program on therapeutic adherence of patients with type 2 diabetes. J Educ Community Health. 2020;7(3):187-93. [DOI: 10.5812/jecdc-162377]
4. Eshaghian-dorcheh A, ZM, Rassouli M, Tahmasebi M. The lack of systematic training for health care providers, a challenge for providing pediatric palliative home care: a comparative study. Int J Pediatr. 2019;7(5):9481-96. [Link]
5. Sadeghi H, AN, Shabani Y, Fallahi-Khoshknab. Barriers of home nursing care plane in Iran: a systematic review. Iran J Syst Rev Med Sci. 2023;3(1):13-24. [Link]
6. Jafary Gol M, NH, Sadooghiasl A, Banaderakhshan H. Explaining the ethical competency in home health care nursing: content analysis. Iran J Nurs Res. 2023;18(2):41-9. [Link]
7. Ghaderi H, SH, Amery H, Vafaei Nasab MR. The cost-effectiveness analysis of hospital compared to at homecare for CVA patients. J Healthc Manag. 2013;4:3-4.
8. S M. Spatial patterns of female labor force participation in Oman: a GIS-based modeling. Prof Geogr. 2018 Oct 2;70(4):593-608. [DOI: 10.1080/00330124.2018.1443480]
9. Danzy J, JS. Family preservation and support services: a missed opportunity for kinship care. In: Serving African American Children. 2018 Apr 27:31-44. [DOI: 10.4324/9781351306768-3]
10. Nikbakht-Nasrabadi A, S-HM. Providing healthcare services at home-a necessity in Iran: a narrative review article. Iran J Public Health. 2016;45(7):867. [Link]
11. Mojen LK, RM, Eshghi P, Sari AA, Karimooi MH. Palliative care for children with cancer in the Middle East: a comparative study. Indian J Palliat Care. 2017;23(4):379. [Link]
12. AM M. A practical model for health policy making and analysis. J Iran Inst Health Sci Res. 2022;21(1):7-24. [DOI: 10.52547/payesh.21.1.7]
13. Gholipour R, MMS, Rahnavard F, Ardacan Aboei M. Analysis of the policy-making process, a neglected approach in health policy analysis studies developing countries: a survey of causes and guidelines for health researchers. Payesh. 2019;18(4):415-7. [DOI: 10.22034/jipas.2019.91495]
14. Ashrafizadeh H, RD, Beiranvand S. Policy analysis of education transformation plan in Iran's health system

- using Walt Gilson model. *J Med Educ Dev*. 2022;15(46):8-20. [\[Link\]](#)
15. Museli A, K-ZR, Arabloo J, Ghasemyani S, Mastaneh Z, Alizadeh G. The analysis of the content of tobacco control policymaking and legislation in Iran and providing policy solutions. *Depiction Health*. 2023;14(2):193-208. [\[Link\]](#)
 16. Ahmadi M, JR, Raiszadeh M. Promoting the sustainability of health in the realization of social justice in the second step of the revolution with an emphasis on the function of policy making. *Q J Nurs Manag (IJNV)*. 2022;11(2):128-32. [\[Link\]](#)
 17. Wagstaff A, CD, Eozenou PH-V, Buisman LR. Measuring progress towards universal health coverage: with an application to 24 developing countries. *Oxf Rev Econ Policy*. 2016;32(1):147-89. [\[DOI: 10.1093/oxrep/grv019\]](#)
 18. Buse BK, MN, Walt G. *Making health policy*. 2nd ed. UK: McGraw-Hill Education; 2012. [\[DOI: 10.1017/cbo9780511489037.005\]](#)
 19. K KA. Community capacity development in universities: empowering communities through education management programmes in Strathmore University (a pilot study). *Contemp Issues Educ Res (CIER)*. 2014;7(2):75-94. [\[DOI: 10.19030/cier.v7i2.8477\]](#)
 20. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-88. [\[DOI: 10.1177/1049732305276687\]](#)
 21. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: *Handbook of qualitative research*. 1994. [\[Link\]](#)
 22. H H. Home-based palliative care: a missing link to patients' care in Iran. *Hayat*. 2018;24(2):97-101. [\[Link\]](#)
 23. Fatemi NL, MH, Heydari A. Exploration of nurses' perception about professionalism in home care nursing in Iran: a qualitative study. *Electron Physician*. 2018;10(5):6803. [\[Link\]](#)
 24. Hashemzadeh Z, aHF, Dargahi H, Arab M. Explanation of the benefits and challenges of home care plan after hospital discharge: a qualitative study. *J Payavard Salamat*. 2023;17(1):34-44. [\[Link\]](#)
 25. Jafary Gol M, NH, Sadooghiasl A, Banaderakhshan H. Family care capacity management in home health care: a qualitative content analysis. *Q J Nurs Manag (IJNV)*. 2021;10(3):58-68. [\[Link\]](#)
 26. Fateh Sohrabi G, Marzeyeh Moghadam, Narges Shams-Alizadeh, Sara Modaresi. Effectiveness of home-care approach on treatment outcomes in newly discharged bipolar-I patients: a randomized control trial study. *SJKU*. 2023;28(2):76-89. [\[Link\]](#)
 27. Hassankhani H, DJ, Rahmani A, Ghafourifard M, Valizadeh F. Improvement of a home palliative care program in cancer patients: an action research study. *Hayat*. 2023;28(4):388-404. [\[Link\]](#)
 28. Khorami Markani A, SS, Sakhaei S, Khalkhali H. Assessment the effect of family centered care educational program on home care knowledge among caregivers of patients with chronic renal failure under hemodialysis. *Urmia Med J*. 2015;13(5):386-94. [\[Link\]](#)
 29. Ghaderi H, SH, Amery H, Vafaei Nasab MR. The cost-effectiveness analysis of hospital compared to at homecare for CVA patients. *J Healthc Manag*. 2013;4(3-4). [\[DOI: 10.21203/rs.3.rs-1452573/v1\]](#)
 30. Bastos JL, HC, Paradies YC. Health care barriers, racism, and intersectionality in Australia. *Soc Sci Med*. 2018;199:209-18. [\[DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.05.010\]](#)
 31. S KS. Letter to editor: challenges of home care during the COVID-19 outbreak. *Iran J Nurs*. 2020;33(127):1-6. [\[Link\]](#)
 32. Mojen LK, RM, Eshghi P, Sari AA, Karimooi MH. Palliative care for children with cancer in the Middle East: a comparative study. *Indian J Palliat Care*. 2017;23(4):379. [\[Link\]](#)
 33. Wang Y, KL, Byrd TA. Big data analytics: understanding its capabilities and potential benefits for healthcare organizations. *Technol Forecast Soc Change*. 2018;126:3-13. [\[Link\]](#)
 34. Yazdani SH, NM, AS, Zagharitafreshi M. Policy analysis of Iranian health care system regarding the nursing profession. *J Qual Res Health Sci*. 2016;5(2):211-20. [\[Link\]](#)
 35. Shamshiri Milani H, AP, Heidarnia M, Abachizadeh K, Abadi A. The effects of postpartum home care on constipation and hemorrhoids at sixty days postpartum. *J Babol Univ Med Sci*. 2015;17(12):26-32. [\[DOI: 10.4103/jrms.jrms_319_17\]](#)
 36. Werner R, CN, Qi M, Konetzka R. Patient outcomes after hospital discharge to home with home health care vs to a skilled nursing facility. *JAMA Intern Med*. 2019;179(5):617-23. [\[DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.7998\]](#)
 37. Shamsavari H, N-NA, Almasian M, Heydari H, Hazini AR. Exploration of the administrative aspects of the delivery of home health care services: a qualitative study. *Asia Pac Fam Med*. 2018;17(1):1-20. [\[DOI: 10.1186/s12930-018-0038-x\]](#)
 38. Valizadeh L, ZV, Saber S, Kianian T. Challenges and barriers faced by home care centers: an integrative review. *Med Surg Nurs J*. 2018;7(3):e83486. [\[DOI: 10.5812/msnj.83486\]](#)
 39. Alaei S, AFNH. Role of counseling and nursing care services centers in reducing workloads of hospitals: a qualitative study. *Koomesh*. 2017;19(2):475-83. [\[DOI: 10.1186/s12913-018-2934-z\]](#)
 40. Hestevik CH, MM, Debesay J, Bergland A, Bye A. Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):224. [\[DOI: 10.1186/s12913-019-4035-z\]](#)