

## Research Paper

## Challenges and Solutions of Home Care Service Provision in Iran From the Point of View of Service Providers and Recipients

Bahman Ahmadi<sup>1</sup> , \*Azadeh Ahmadi Dashtian<sup>2</sup> , Ghahraman Mahmudi<sup>2</sup> 

**Citation** Ahmadi B, Ahmadi Dashtian A, Mahmudi Gh. [Challenges and Solutions of Home Care Service Provision in Iran From the Point of View of Service Providers and Recipients (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2024; 37(149):258-273. <https://doi.org/10.32598/ijn.37.149.3435.1>

**doi** <https://doi.org/10.32598/ijn.37.149.3435.1>

Received: 04 Apr 2024

Accepted: 01 Jul 2024

Available Online: 01 Sep 2024

### ABSTRACT

**Background & Aims** With the growing number of chronic diseases and the aged population, the need for more home care centers has increased. Home care as a new approach can have many pros for the patients, families, and society. This study aims to investigate the challenges of home care service provision in Iran from the point of view of service providers and recipients and propose solutions to improve these services.

**Materials & Methods** This is a qualitative study. Participants were 28 people, including 15 service providers (policymakers, home care center managers, professors from medical universities, and experts) and 13 service recipients, who were selected using a purposive sampling method until reaching data saturation. Data was collected using semi-structured face-to-face interviews. To analyze the data, Graneheim and Lundman's content analysis method was used in MAXQDA 2020 software.

**Results** Four themes (challenges) were extracted with 12 sub-themes: Challenges of families with the service center (manpower, difficulty in providing care services, and costs), challenges of the service center with the families (Therapeutic/communication process, security), challenges of the service center with hospitals (Referral method and previous hospital treatments, hospital violation), and existing challenges in the field of policymaking (culturalization, statute, insurance, violation of the law, and license provision). The solutions were proposed in three categories: the services center, treatment system/law, and culturalization.

**Conclusion** The home care service provision in Iran is facing several challenges, including the challenges of families with the centers, challenges of the centers with families and hospitals, and challenges related to policymaking. These challenges can be solved by using the proposed solutions, which can improve home care service quality and planning.

**Keywords:**

Challenges,  
Home care, Nursing

1. Department of Health Services Management, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran.

2. Department of Health Services Management, Hospital Management Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

**\* Corresponding Author:**

**Azadeh Ahmadi Dashtian, Assistant Professor.**

**Address:** Department of Health Services Management, Hospital Management Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

**Tel:** +98 (911) 1242043

**E-Mail:** [dashtian.a.a@gmail.com](mailto:dashtian.a.a@gmail.com)



Copyright © 2024 The Author(s).  
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

## Extended Abstract

### Introduction

**F**ollowing the increase in the number of chronic diseases and the demand for treatment and rehabilitation services, the health care system and families have faced challenges such as increased hospitalization costs, the risk of hospital infections, decreased hospital bed productivity, and increased workload of caregivers and nurses. Recently, the home care plan has been implemented as an alternative or complementary method to solve the challenges in this field [1]. Home care is one of the community-based care methods. In this care method, a wide range of professional, specialized, supportive, and rehabilitation care are provided according to the needs of the patient at home by a doctor, nurse, or caregiver with the cooperation of family members [5].

Most of the previous studies in the field of home care in Iran are quantitative, and the contextual factors and diverse experiences of people (care providers and service recipients) have been neglected. In the existing qualitative studies, the home care plan has often been examined from the hospitalized patients' point of view, and the perceptions of older adults and those unable to go to the hospital have been neglected. Therefore, this study aims to investigate the challenges of home care plans in Iran based on the viewpoints of service providers and recipients and provide solutions to improve their implementation.

### Methods

This is a qualitative study. Participants were 28 people, including 15 service providers and 13 service recipients, who were selected using a purposive sampling method until reaching data saturation. The inclusion criteria for service providers were at least five years of clinical work experience and two years of work experience in the field of home care (for home care center managers), responsibility in developing the national home care plans, responsibility in inspecting home care centers (for policymakers), and scientific activity and interest in the field of home care (professors and experts).

The inclusion criteria for service recipients were a history of receiving home care services for at least 6 months. The exclusion criterion was the unwillingness to continue participation. By reviewing the literature, the questions for semi-structured interview were selected for the research. Interviews were then conducted face-to-face. Each interview lasted 20-50 minutes. The recorded interviews were

transcribed verbatim and read several times. Data analysis was done by the content analysis method in MAXQDA 2020 software. It should be noted that the codes were extracted by inductive coding (open coding), and there was no codebook. After extracting the codes and themes, they were sent to the experts and were confirmed based on their opinions.

### Results

Four themes (challenges) were extracted with 12 sub-themes: Challenges of families with the service center (manpower, difficulty in providing care services, and costs), challenges of the service center with the families (Therapeutic/communication process, security), challenges of the service center with hospitals (Referral method and previous hospital treatments, hospital violation), and existing challenges in the field of policymaking (culturalization, statute, insurance, violation of the law, and license provision). The solutions were proposed in three categories: the services center, treatment system/law, and culturalization.

### Conclusion

The results of this research showed that the home care plan in Iran is facing several challenges. These challenges were examined from two perspectives of service providers and service recipients. In overall, these challenges included the challenges of families with the center, challenges of the center with the families and hospitals, and the challenges related to policymaking. Considering the important and key role of home care services for people discharged from the hospital or in need of care (older people or disabled patients), it is necessary to address these challenges and take steps according to the presented solutions. The home care plans in Iran should be revised, the service centers should be supported, and license provisions should be facilitated. Also, a culture of home care should be created in the society.

### Ethical Considerations

#### Compliance with ethical guidelines

Before the study, general explanations were given to the participants about the study objectives, and the researcher answered their questions. Then, informed consent was obtained from them. They were assured that their information could be kept confidential. The study was approved by [Islamic Azad University, Sari Branch](#) (Code: IR.IAU.SARI.REC.1402.069).

### Funding

This article was extracted from the master's thesis of Bahman Ahmadi in Healthcare Management at the Faculty of Medicine, [Islamic Azad University, Sari Branch](#). This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

### Authors' contributions

Conceptualization and data analysis: Bahman Ahmadi; data analysis, supervision, and review: Azadeh Ahmadi Dashtian and Ghahraman Mahmoodi

### Conflict of interest

The authors declare no conflicts of interest.

### Acknowledgments

The authors would like to thank all participants for their cooperation in this study.



مقاله پژوهشی

فعالیت مراکز مراقبت در منزل از نظر ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت: چالش‌ها و ارائه راهکارها

بهمن احمدی<sup>۱</sup>، آزاده احمدی دشتیان<sup>۲</sup>، قهرمان محمودی<sup>۲</sup>

Use your device to scan and read the article online



**Citation** Ahmadi B, Ahmadi Dashtian A, Mahmudi Gh. [Challenges and Solutions of Home Care Service Provision in Iran From the Point of View of Service Providers and Recipients (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2024; 37(149):258-273. <https://doi.org/10.32598/ijn.37.149.3435.1>

**doi** <https://doi.org/10.32598/ijn.37.149.3435.1>

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۴ اردیبهشت ۱۴۰۳  
تاریخ پذیرش: ۱۱ تیر ۱۴۰۳  
تاریخ انتشار: ۱۱ شهریور ۱۴۰۳

**زمینه و هدف:** با افزایش روزافزون بیماری‌های مزمن و روند حرکت جمعیت به سمت سالمندی، نیاز به مراکز خدمات درمانی در منزل افزایش یافته است. مراقبت در منزل به‌عنوان یک رویکرد جدید می‌تواند برای فرد، خانواده و جامعه مزایای زیادی داشته باشد. پژوهش فعلی باهدف بررسی وضعیت موجود مراکز ارائه‌دهنده مراقبت در منزل، از دیدگاه ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات، بررسی چالش‌های موجود و ارائه راهکارهایی جهت ارتقای این خدمات، انجام شده است.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی است که داده‌های آن از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته به‌صورت حضوری به دست آمده است. جامعه آماری پژوهش شامل خبرگان، سیاست‌گذاران و مدیران پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران، مسئولین مراکز مراقبت در منزل، اساتید مطلع و بیماران و خانواده‌های دریافت‌کننده خدمت بود. ۲۸ نفر (۱۵ نفر ارائه‌دهنده خدمت و ۱۳ نفر دریافت‌کننده خدمت) با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به روش ناهمگن در پژوهش شرکت کردند. به‌منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای قراردادی به روش گرانهایم با کمک نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ استفاده شد.

**یافته‌ها:** در مجموع چالش‌ها در چهار گروه شامل چالش خانواده با مرکز (نیروی انسانی، درمان و هزینه)، چالش مرکز با خانواده (روند درمانی، ارتباط و امنیت)، چالش مرکز با بیمارستان (نحوه ارجاع و درمان‌های قبلی و تخلف) و چالش‌های موجود در زمینه سیاستگذاری (فرهنگ‌سازی، اساس‌نامه، بیمه، نقض قانون و ارائه مجوز) و راهکارهای پیشنهادی در قالب راهکارهای مربوط به سیستم درمان، قانون و فرهنگ‌سازی و اجتماع طبقه‌بندی شدند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این تحقیق نشان داد طرح مراقبت در منزل در ایران با چالش‌هایی در زمینه‌های مختلفی از جمله چالش خانواده با مرکز، چالش مرکز با خانواده، چالش مرکز با بیمارستان و چالش‌های عمومی در زمینه سیاست‌گذاری، قانون و فرهنگ‌سازی روبه‌رو است که برای رفع این چالش‌ها توجه به راهکارهای پیشنهادی پژوهش می‌تواند در بهبود کیفیت خدمات در مراکز ارائه‌دهنده خدمت و برنامه‌ریزی‌های مربوط به سازمان‌ها و نهادهای مرتبط با این طرح، مؤثر واقع شود.

کلیدواژه‌ها:

پرستار، چالش، مراقبت، مراقبت در منزل

- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران.
- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

\* نویسنده مسئول:

دکتر آزاده احمدی دشتیان

نشانی: ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی.

تلفن: ۱۲۴۲۰۴۳ (۹۱۱) ۹۸+

رایانامه: [dashtian.a.a@gmail.com](mailto:dashtian.a.a@gmail.com)



Copyright © 2024 The Author(s).

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

## مقدمه

به بیماران، درمورد چگونگی انتشار بیماری و نحوه مدیریت آن و نکات بهداشتی جهت جلوگیری از گسترش عفونت را به اعضای خانواده آموزش می‌دادند. طبق آیین‌نامه ابلاغ‌شده از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۵، به‌منظور ساماندهی مراقبت در منزل و نظارت بر تداوم درمان پس از ترخیص، باید در بیمارستان‌ها واحدهای تحت عنوان واحد مراقبت در منزل تأسیس و به ارائه خدمت بپردازد [۷].

مراقبت در منزل امکان بهبود دسترسی به خدمات و کاهش صف انتظار برای بیمارانی که دچار بیماری‌های مزمن هستند یا درگیر بیماری‌هایی با دوره نقاهت بلندتر هستند فراهم می‌سازد [۸]. مراقبت در منزل مزایای متعددی برای فرد، خانواده، سیستم درمان و اجتماع دارد. البته بدیهی است برای شناسایی دقیق مزایای این طرح، انجام مطالعات دقیق و مبتنی بر شواهد و بر مبنای تجربیات گروه هدف، ضرورت دارد. بخش بزرگی از خدمات سلامت ارائه‌شده در منزل شامل مراقبت‌های طولانی‌مدت است [۹].

منزل یک محیط واقعی و عادی برای ارتباط متقابل بین سالمند/بیمار با اعضای خانواده و پرستار یا مراقب است. براساس تحقیقات صورت‌گرفته، درصد بالایی از بیماران نیازمند مراقبت، ترجیح می‌دهند دوران درمان یا توانبخشی خود را در کنار خانواده و در تماس با نزدیکان خود سپری کنند.

نتایج یک بررسی نظام‌مند حاکی از آن بود که میزان رضایت از طرح مراقبت در منزل بیشتر از مراقبت در بیمارستان است [۱۰]. شواهد حاکی از آن است که مراقبت در منزل در ایران به‌صورت جزیره‌ای و در مراکز محدود ارائه می‌شود. از این‌رو بیشتر بیماران از این شیوه مراقبتی محروم هستند [۱۱]. همچنین بررسی‌های صورت‌گرفته نشان می‌دهد که اغلب سالمندانی که به مراقبت نیاز دارند، در خانه‌های سالمندان نگهداری می‌شوند و براساس داده‌های موجود، سطوح اضطراب، افسردگی و استرس در میان سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان در قیاس با سالمندان ساکن در منزل بیشتر است [۱۲-۱۴].

درواقع سالمندانی که در محیط خانه زندگی می‌کنند، به‌دلیل مرادده‌های اجتماعی صمیمانه‌تر، نسبت به سالمندان ساکن در سراهای سالمندان، از احساس ارزشمندی و حس کارآمدی بیشتری برخوردارند؛ بنابراین حضور سالمندان در فضای خانه و دریافت مراقبت در همان مکان، با کند شدن روند پیری و افزایش سلامت عمومی آنان همراه است [۱۵]. علاوه بر مزایای مراقبت در منزل برای سالمندان، بیماران درگیر بیماری‌های خاص نیز ترجیح می‌دهند دوره درمانی یا توانبخشی خود را در میان خانواده و نزدیکان خود و در تماس با آن‌ها سپری کنند [۱۱].

به دنبال افزایش بیماری‌های مزمن و افزایش متقاضیان دریافت خدمات درمانی و توانبخشی، چالش‌هایی نظیر افزایش هزینه‌های بستری در بیمارستان، دوری از خانواده، خطر ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی، کاهش بازدهی تخت‌ها، افزایش بارکاری مراقبان و پرستاران، طرح مراقبت در منزل، به‌عنوان یک روش جایگزین یا مکمل اجرا می‌شود [۱]. امروزه در سراسر جهان، نظام‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی در راستای بهبود عملکرد و کنترل هزینه‌ها، تحت فشار فزاینده‌ای هستند [۲]. بر همین اساس بیمارستان‌ها به‌عنوان مهم‌ترین بخش سیستم درمانی، با افزایش تعداد بیماران، با مشکلات متعددی در زمینه ارائه خدمات جامع بهداشتی و درمانی و نیز پرستاران به‌عنوان خط اول درمان با فشار کاری مضاعفی روبه‌رو هستند.

طبق بررسی‌های به‌عمل‌آمده تا سال ۲۰۳۰ میلادی، جمعیت سالمندان در دنیا از ۹ درصد به ۱۶ درصد افزایش می‌یابد. در ایران نیز پیش‌بینی می‌شود تا سال‌های ۱۴۲۰ و ۱۴۳۰ به‌ترتیب ۱۹/۴ و ۲۶/۱ درصد جمعیت را سالمندان به خود اختصاص دهند. همچنین با توجه به افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها و بیماری‌های دستگاه تنفسی، جامعه هدفی که نیازمند خدمات درمانی یا توانبخشی هستند، روزبه‌روز در حال افزایش است [۳]. بر همین اساس باهدف کاهش چالش‌های موجود در این زمینه و کاهش فشار کاری پرستاران، نظام‌های سلامت کشورها به‌ویژه در بخش خصوصی، سعی در ارائه این خدمات در قالب مراقبت در منزل دارند [۴].

مراقبت در منزل یکی از انواع کلیدی مراقبت و یکی از روش‌های مراقبتی مبتنی بر جامعه است که در مدیریت منابع نقش مهمی ایفا می‌کند. در این سبک مراقبتی، طیف وسیعی از مراقبت‌های حرفه‌ای، تخصصی، حمایتی و توانبخشی متناسب با نیاز بیمار یا سالمند، در منزل توسط پزشک، پرستار یا مراقب و با همکاری اعضای خانواده ارائه می‌شود [۵]. در سال ۱۸۱۳ انجمن خیریه بانوان در چارلستون، کارولینای جنوبی، اولین فعالیت‌ها را در زمینه مراقبت در منزل شروع کردند. اعضای این انجمن، از بیماران فقیر در خانه‌هایشان بازدید می‌کردند و به آن‌ها کمک می‌کردند تا دارو، غذا و لوازمی مانند صابون، پتو و غیره را تهیه کنند. آن‌ها همچنین در تأمین نیروی پرستاری برای این افراد به آن‌ها کمک می‌کردند، اگرچه این پرستاران آموزش خاصی هم ندیده بودند [۶].

در سال ۱۸۷۵، انجمن ملی پرستاری برای ارائه خدمات پرستاری برای بیماران فقیر در انگلستان تأسیس شد. این انجمن برای پرستارانی که به منازل فقرا اعزام می‌شدند، شیوه‌نامه‌های استاندارد تدوین کرد. این پرستاران علاوه بر رسیدگی‌های جسمی

مراقبت در منزل دامنه‌های از فعالیت‌ها نظیر پرستاری، توانبخشی و مراقبت را شامل می‌شود. مراقب باید به شخص بیمار در انجام امور شخصی، تهیه غذا و کارهای خانه کمک کند. توانبخش و پرستار نیز به انجام فعالیت‌های پرستاری نظیر دادن دارو، تزریق، پانسمان کردن و غیره می‌پردازند [۱۶، ۱۷].

نتیجه پژوهش‌ها حاکی از آن است که مراقبت‌های تسکینی مبتنی بر منزل در درمان و بهبود بیماری‌هایی نظیر مولتیپل اسکلروزیس، پارکینسون، آرتریت روماتوئید، بیماری‌های نورولوژیک، بیماری‌های مادرزادی و سل‌های مقاوم به درمان، از نظر بالینی مؤثرتر بوده و با رضایت بالای خانواده و بیمار همراه است. بر همین اساس سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، مراقبت تسکینی مبتنی بر منزل را به‌عنوان یکی از عناصر اصلی تشکیل‌دهنده نظام سلامت در دنیا در سال ۲۰۱۴ معرفی کرده است [۱۸].

باتوجه به اینکه جمعیت ایران از نظر سنی در حال حرکت به سمت سالمندی می‌باشد و این اتفاق با افزایش نیاز سالمندان و بیماران به مراقبت در منزل همراه است، بررسی چالش‌های موجود در این مسیر و ارائه راهکارهایی جهت ارتقای این خدمات ضروری به نظر می‌رسد. بررسی تحقیقات صورت‌گرفته نشان داد که اغلب پژوهش‌های موجود در زمینه مراقبت در منزل، کمی بوده و عوامل زمینه‌ای و تجارب متنوع افراد (ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت) نادیده گرفته شده است. همچنین در پژوهش کیفی موجود نیز اغلب به بررسی این طرح، از دیدگاه بیماران پرداخته شده است و سالمندان و افرادی که به هر دلیلی امکان مراجعه به بیمارستان را ندارند، به‌عنوان یکی از اقشار مهم دریافت‌کننده این خدمت، نادیده گرفته شده‌اند.

باتوجه به توضیحات ارائه‌شده، پژوهش حاضر باهدف بررسی چالش‌های موجود در زمینه مراقبت در منزل و ارائه راهکارهایی جهت ارتقای این طرح براساس دیدگاه‌های ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت انجام شد. نتایج این تحقیق می‌تواند سبب ارتقای دانش موجود در زمینه مراقبت در منزل و ارتقای خدمات در نهادها و سازمان‌های مرتبط شود.

## روش بررسی

باتوجه به هدف پژوهش و به‌منظور دسترسی به اطلاعات جدید و اصیل، از رویکرد کیفی و به شیوه تحلیل محتوای قراردادی به روش گرانهایم استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل خبرگان مطلع و افراد کلیدی در طرح مراقبت در منزل نظیر سیاست‌گذاران و مدیران کل پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران، مسئولین مراکز مراقبت در منزل، اساتید مطلع و بیماران و خانواده‌های دریافت‌کننده خدمت بود. به‌منظور انجام پژوهش، دو گروه از افراد درگیر این طرح (ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات) برای ورود به پژوهش، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند.

1. World Health Organization (WHO)

حجم نمونه تا زمان به اشباع رسیدن داده‌ها ادامه پیدا می‌کرد. درنهایت داده‌های ۱۵ نفر از ارائه‌دهندگان خدمت و ۱۳ نفر از دریافت‌کنندگان خدمت مورد بررسی قرار گرفت. در گروه گیرندگان خدمت تنوع سنی و جنسیتی رعایت شد و تنوع شغلی جزء ملاک‌های اصلی پژوهش نبود. در گروه ارائه‌دهندگان خدمت نیز تنوع سنی رعایت شد، از نظر شغلی اغلب افراد مراقب، پرستار یا دارای پست اداری در این زمینه بودند اما امکان رعایت تنوع جنسیتی نبود (اغلب ارائه‌دهندگان خدمت آقا هستند).

ملاک ورود به پژوهش در گروه‌ها بدین ترتیب بود:

- در گروه ارائه‌دهندگان خدمت در گروه مسئولین مراکز مراقبت در منزل

۱. حداقل ۵ سال سابقه کار بالینی، ۲. داشتن ۲ سال سابقه فعالیت در زمینه مراقبت در منزل.

- در گروه سیاست‌گذاران

۱. مسئولیت در تدوین برنامه مراقبت در منزل کشوری، ۲. مسئولیت در بازرسی از مراکز مراقبت در منزل.

- در گروه اساتید و صاحب‌نظران

۱. فعالیت علمی، ۲. علاقه به زمینه مراقبت در منزل و خانواده‌های باسابقه حداقل ۶ ماه دریافت خدمت مراقبت در منزل.

ملاک خروج از پژوهش عبارت‌اند از: عدم تمایل افراد به ادامه پژوهش.

به‌منظور مقبولیت، همسانی، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری سؤالات مصاحبه کیفی، ابتدا سؤالات نیمه‌ساختار یافته با بررسی متون و پیشینه پژوهش برای پژوهش انتخاب شدند و پس از یک نمونه آزمایشی مجدداً سؤالات مورد بررسی قرار گرفت و سپس پژوهش به‌طور رسمی آغاز شد.

جهت افزایش اعتبار داده‌ها، پژوهشگر مشارکت کافی و تعامل نزدیک با شرکت‌کنندگان در پژوهش را داشت. قبل از شروع پژوهش، در مورد هدف کار، توضیحات کلی به شرکت‌کنندگان ارائه شد و پژوهشگر به سؤالات شرکت‌کنندگان پاسخ داد. سپس از افراد رضایت‌نامه آگاهانه جهت حضور در پژوهش دریافت شد. مصاحبه‌ها به‌صورت حضوری انجام شد و هر مصاحبه ۲۰ تا ۵۰ دقیقه طول کشید. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که نتایج کار به‌صورت کلی و بدون اشاره به اطلاعات هویتی افراد بررسی می‌شود و اصل محرمانه ماندن اطلاعات رعایت خواهد شد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل محتوا انجام شد. ابتدا مصاحبه‌های ضبط‌شده کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی و تایپ شد و مجدداً بررسی شد. درنهایت جهت دسته‌بندی داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ استفاده شد. کدها به سبک استقرایی

خانواده، بابت این تفاوت فرهنگی که بین نیرو و خانواده ما بود. این خب چالش‌های خیلی زیادی رو برای ما ایجاد کرد ولی مهم‌ترینش این بود که درسته که نسبت به خدماتی که حالا قرار بود اگر این خدمات توی بیمارستان به مادر بزرگ ارائه بشه مبلغ خیلی بیشتر بود، اما باز هم همیشه ازین قضیه چشم‌پوشی کرد که این مبلغی که بابت گرفتن نیرو، به پرستار تخصصی در منزل پرداخت می‌شه، مبلغ واقعاً قابل توجهیه که نه بیمه پایه، نه بیمه تکمیلی اصلاً وارد این قضیه نمیشن و پوشش نمیدن این قضیه رو؛ واقعاً خب پرداخت این هزینه سنگینه. خیلی از خانواده‌ها توان پرداختش و ندارن و اونایی هم که توان پرداختشو دارن، خب این منابع مالی یه روزی به انتها میرسه و مجبورن به‌ناچار یه زمانی خدمات رو قطع کنند و بی‌خیالش بشن» (شماره ۷).

یک خانم دریافت‌کننده خدمت دیگر نیز معتقد بود:

«از چالش‌های خدمات درمانی در منزل خب بیشتر یکی مربوط به ایاب و ذهابه و دیگر اینکه چون انواع ترافیک کاری مختلف در منازل دارن، تایم خاصی رو نمی‌تونن بگن که کی می‌رسن؛ مثلاً میگن بین ۳ و نیم تا ۴ و نیم. بعد فردی که مثل من فعال هست، خب باید بازه زمانی زیادی رو خالی بزارم، کلاس تدریس نداشته باشم که بتونم این خدمات رو داشته باشم؛ یعنی سر یه مقدار از لحاظ زمانی، البته کار درمان کنونی من این مورد رو کمتر داره، خیلی کم. ولی قبلی می‌گفت، ما می‌گیم کی می‌اییم» (شماره ۲۴).

نظر یکی از آقایان شرکت‌کننده در پژوهش که ۲ سال از خدمات درمان در منزل استفاده کرده بود در مورد چالش‌های این طرح این‌گونه بود:

«یکی از چالش‌ها، بحث تأمین تجهیزات و لوازمه که خب، بعضی مراکز حالا بعضی تیم‌ها خودشون واقعاً به‌خوبی این مسئله رو پوشش می‌دن که چه تجهیزاتی لازم باشه و باز بحث مالی

استخراج شدند و کد از پیش تعیین‌شده‌ای وجود نداشت. پس از استخراج کدها و تم‌ها، این اطلاعات در اختیار صاحب‌نظران و اساتید قرار گرفت تا در صورت نیاز از نظر دسته‌بندی مجدداً مورد بررسی قرار گیرند. در نهایت اطلاعات بعد از بررسی‌های اساتید و صاحب‌نظران مورد تأیید قرار گرفت.

## یافته‌ها

از مجموع ۲۸ نفر شرکت‌کننده در این پژوهش، تعداد ۱۳ نفر به‌عنوان دریافت‌کننده خدمت و ۱۵ نفر به‌عنوان ارائه‌دهنده خدمت در مصاحبه شرکت کردند. در جدول شماره ۱ تعداد و نقش افرادی که با آن‌ها مصاحبه صورت گرفته، ارائه شده است. مصاحبه‌های انجام‌شده، پس از پیاده شدن و تجزیه و تحلیل محتوا، به دودسته چالش‌ها و راهکارها طبقه‌بندی شدند (جدول شماره ۲، ۳).

تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های شرکت‌کنندگان در این پژوهش نشان داد که ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات مراقبت در منزل، با چالش‌های متفاوتی روبه‌رو هستند که این چالش‌ها در ۴ طبقه اصلی و ۱۲ زیرطبقه دسته‌بندی شدند. علاوه بر چالش‌های موجود در زمینه ارائه یا دریافت خدمت، چالش‌هایی مربوط به بخش سیاست‌گذاری سلامت می‌باشد که توسط هر دو گروه ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمت بیان شد.

یکی از زنان دریافت‌کننده خدمت در مورد چالش‌های خانواده با مرکز این‌گونه صحبت کرد:

«تعدادی از مراکز تعرفه‌هایی که بهشون ابلاغ‌شده بود رو اصلاً رعایت نمی‌کردن و قیمت‌هاشون خیلی گرون بود؛ حالا با توجه به این قیمت‌های گرون، نیرویی که اعزام می‌کردن در منزل، اصلاً تعهد کاری نداشتن، آن‌تایم نبودن، یا بعضاً میومدن تو کار متخصص دخالت می‌کردن، یا تعهد اخلاقی نداشتن، تفاوت فرهنگی داشتن، میومدن به چالش می‌خوردیم، با مادر بزرگ، با

جدول ۱. نقش افراد شرکت‌کننده در پژوهش

تعداد افراد مصاحبه‌شونده	نام واحد/نقش افراد
۱ نفر	معاون درمان دانشگاه
۳ نفر	کارشناس
۲ نفر	رئیس مرکز
۲ نفر	مسئول فنی مرکز
۳ نفر	پرستار
۴ نفر	معاونت بهداشت و درمان بیمه‌های ارائه‌دهنده خدمت
۱۳ نفر	بیمار و افراد خانواده بیمار (دریافت‌کننده خدمت)

جدول ۲. چالش‌های طرح مراقبت در منزل از نگاه ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت

طبقات اصلی	زیر طبقات	طبقات فرعی
چالش‌های خانواده با مرکز خدمات مراقبت در منزل	نیروی انسانی	کمبود نیروی انسانی (به‌ویژه نیروی خانم) عدم تعهد کاری نیرو و اهمال کاری در ارائه خدمت مشکل در ضوابط نیروها و نداشتن استاندارد خدمت عدم درک درست مرکز از خانواده عدم تعریف درست خدمت برای نیرو و نداشتن شرح وظیفه آموزش ناقص کارکنان در زمینه مراقبت در منزل دخالت نیروی خدماتی در امور پزشکی به‌روز نبودن اطلاعات نیروی انسانی ضعف در ارائه خدمت (به‌ویژه خدمات اورژانسی) و برگشت به چرخه بیمارستانی ضعف در ارائه خدمات اورژانسی استفاده از نیروی غیرمتخصص کاهش کیفیت مراقبت بر اثر مراقبت طولانی‌مدت ناتوانی نیرو در استفاده از تجهیزات ضعف جسمی نیرو در جابه‌جایی مریض یا سالمند عدم نظارت مرکز بر نیرو عدم تفکیک نقش برای نیرو عدم پایش روان‌شناختی نیرو و ناتوانی در رویارویی با بیماری‌های خاص قهقر کردن نیرو تفاوت‌های فرهنگی نیرو و مریض (پوشش، آداب‌ورسوم) راحت نبودن خانواده با ورود فرد غریبه ضعف نیرو در برقراری ارتباط با مریض عوض شدن نیرو در اواسط درمان ثابت نبودن تایم حضور توان‌بخش یا درمانگر در منزل بیمار افزایش خطای نیرو در اثر مراقبت طولانی‌مدت احساس مسئولیت نداشتن نیرو مشکل اخلاقی نیرو (زدی، آزار و اذیت بیمار یا اعضای خانواده و...)
		مشکل در ارائه خدمات درمانی
چالش‌های مرکز با خانواده	امنیت	هزینه هزینه بالای خدمت برای خانواده عدم پوشش‌دهی بیمه‌ها ویزیت خارج از نیاز توانبخشی بیش‌از‌حد نیاز ناهمخوانی تعرفه با خدمت ارائه‌شده هزینه تغذیه نیرو برای خانواده خدمات القایی (خدمت فراتر از نیاز)
		روند درمانی و ارتباطی
چالش‌های مرکز با بیمارستان	تخلف بیمارستان	دزدی خانواده از نیرو اذیت و آزار نیروی خانم وقوع حادثه در رفت‌وآمد
		نحوه ارجاع و درمان‌های قبلی بیمارستانی



طبقه اصلی	زیر طبقات	طبقات فرعی
	فرهنگ‌سازی	جانفقدان خدمت (فرد-خانواده-بیمارستان-بیمه-جامعه) تبلیغات محدود در زمینه مراقبت در منزل توجیه نبودن نهادهای بالادستی و دولت در زمینه بیمه
	اساسنامه	نداشتن تعهدنامه رسمی نیروها پایش ضعیف مراکز توسط بیمه‌ها فقدان درجه‌بندی خدمت (مراقب، پرستار، پزشک و...) نداشتن معیار ثابت برای ارزیابی و گزینش نامناسب نیرو استفاده مراکز از قراردادهای نامتوازن با فرمت نامشخص
چالش‌های موجود در زمینه سیاست‌گذاری	بیمه	توجیه نبودن نیروها عدم ورود بیمه‌های پایه نداشتن بیمه حوادث ضمن کار برای نیروها نداشتن بیمه بازنشستگی فشار بیمه به مرکز برای قطع یا خلاصه کردن درمان بالا رفتن تعداد سالمندان تحت پوشش و فشار مالی برای بیمه‌ها
	نقض قانون	تخلف مرکز در ارائه گزارش کار به بیمه تبانی بین مرکز و خانواده (سندسازی) فعالیت مراکز بدون مجوز فعالیت مراکزی که وجود خارجی ندارند
	ارائه مجوز	روند اداری طولانی در ارائه مجوز ارائه مجوز با تأییدیه‌های خاص (آسانسور، مکان، آتش‌نشانی)

نشریه پرستاری ایران

احتمال دارد که بحث تنبیهی اون نیرو خیلی سخت بشه. بحث انضباط شه، بحث مسئولیت‌پذیر بودنشه که تو بیمارستان خیلی راحت‌تر قوانین و ضابطه‌هایی که هست می‌تونه باهش برخورد کنیم. ولی تو مراقبت‌های در منزل، این بحث‌ها به مقدار سخت پیش میره. کنترل کردن این نیرو و مسئولیت‌پذیر بودن نیرو و بحث اینکه خیلی از تجهیزات و امکانات در منزل امکان نداره، ولی تو بیمارستان باشه، ام‌آر‌آی، انواع و اقسام مشاوره‌ها هست، دکتری که بخواد، جراح هست، ما تو منزل همچنین امکاناتی رو نداریم» (شماره ۱۷).

- ارائه‌دهنده خدمت دیگری با پست مسئول فنی بر این باور بود که:

«بحث آموزش این مراقبت‌دهنده‌ها هم درواقع یه چالش هستش که آموزششون، آموزش چگونگی برخورد با خانواده طرف، چگونگی برخورد با بیمار و درواقع هندل کردن وظایفشون هست که به خوبی انجام نمی‌شه. خب اکثر پزشکان اینجور مراقبت‌ها رو قبول ندارن. جز پزشکانی که خارج از حوزه بیمارستان‌ها کار می‌کنن و از این طرف هم یه چالش ارتباطی بین بیمارستان‌ها و این مراکز مراقبت در منزل وجود داره. البته خب مراقبت در منزل افزایش پوشش خدمات و افزایش دسترسی به خدمات رو ایجاد می‌کنه که خب این هم از محاسنش هستش؛ اما این پوشش همگانی نمی‌شه. چنانچه اگر خانواده‌ای از این طرف باعث این قضیه میشه ولی از یه طرف اگر بیمه‌ها از این قضیه حمایت نکنن، برای اقشار کم برخوردار و کم‌درآمد سخت خواهد بود» (شماره ۲۶).

تجهیزاته که می‌تونه یکی‌دیگه از موارد چالش‌برانگیز باشه. یکی دیگه از چالش‌ها به نظرم بحث دسترس‌پذیری درواقع توی شرایط بحرانی، خب اینو به نظرم تیم درمانی می‌تونه تا یه جایی پوشش بده که اگر یک اتفاق بحرانی توی شرایط خاص افتاده، بحث رسیدگی به‌گونه‌ای باشه که درواقع اتفاق بدی نیفته توی منزل. خب به‌هرحال هرچقدر باشه، دسترس‌پذیری توی منزل خیلی متفاوت از مرکز درمانیه، اینکه در آن واحد، به پزشک دسترسی داشته» (شماره ۲۸).

- یکی از آقایان ارائه‌دهنده خدمت با پست مسئول فنی مرکز، در مورد چالش‌های موجود معتقد بود:

«موقعی که تو مراقبت‌های پرستاری در منزل بحث می‌کنیم، بحث بیمه کلاً حذف میشه. دارو می‌خواد تهیه کنه، آزاد باید تهیه کنه. پزشک می‌خواد ببینه، تعرفه دیگه وجود نداره، آزاد باید لحاظ کنه. تجهیزاتی که می‌خواد، تعرفه‌های بیمارستانی و تعرفه‌های دولتی و بیمه برداشته میشه. یکی هم بحث اقتصادی و بیمه هست که اگه دولت‌ها بحث درمان برایش مهم باشه، تو اون زمینه باید واقعاً خیلی خوب وارد بشن و از نظر قانونی قانون‌های خاصی رو برایش تعریف کنند که این بحث بیمه و مراقبت‌های پرستاری به‌خصوص موقعی که کرونا بود تو زمان کرونا نشون داد مراقبت‌های پرستاری در منزل چقدر می‌تونه کمک‌کننده باشه، با وجود کمبود نیرو، کسایی که تو خونه مراقبت‌هایی در منزل انجام می‌دن، خیلی کمک‌کننده بودند. اگه بیمه بتونه تو این زمینه وارد بشه، خیلی کمک می‌کنه که این چالش رفع بشه. چالش دیگه‌ای که داره، بحث نیروهایی که ما تو منزل می‌خواهیم بفرستیم.

جدول ۳. راهکارها جهت ارتقای طرح مراقبت در منزل از نگاه ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت: راهکارهای مربوط به مرکز، سیستم درمان و قانون، فرهنگسازی و اجتماع

طبقات	زیر طبقات
راهکارهای مربوط به مرکز	<p>تعامل بیشتر ارائه‌دهنده خدمت با مریض افزایش اختیارات مرکز در نظارت بر نیرو تقویت خدمات و تجهیزات قابل حمل ایجاد امکان نظارت با اپلیکیشن خدمت تیمی برای هر مریض کاهش خدمات القایی پایش روانشناختی نیروها برگزاری کلاس آنلاین یا تهیه جزوه برای خانواده‌ها سازمان‌دهی مرکز و نیروها آزمون ضمن خدمت برای نیروها تدوین سیستم گزارش لحظه‌ای استفاده از روانشناس در مرکز برای بهبود خدمات همکاری با پزشکان شاغل در بیمارستان جهت ارتقای سطح اعتماد ایجاد اساس‌نامه مشخص و شرح وظایف هر نیرو تفکیک نقش نیروها دریافت گزارش مستمر از روند کار نیرو تحت وب بودن مرکز جلسات هم‌اندیشی بین نیروها برای ارتقای خدمت ارتقای مهارت‌های اجتماعی نیروها نظرسنجی از مددجویان جهت بررسی عملکرد مرکز ارتقای تجهیزات مرکز تلوین برنامه مشخص برای هر مریض آموزش به خانواده در مورد وظایف نیرو تخصصی شدن نیروها و عدم استفاده از نیروی دانشجو یا غیرمتخصص حذف نیروهای ناکارآمد به‌روز کردن دانش نیروها و برگزاری دوره بازآموزی تخصصی کردن مراکز افزایش نیرو به‌ویژه نیروی خانم رضایت‌سنجی از خانواده گرفتن سوء‌پیشینه از نیرو خانواده‌محور کردن آموزش دانش بیان کردن مراکز آموزش تخصصی ویژه مراقبت در منزل با ارائه مدرک ایجاد شبکه ارتباطی بیمارستان-مرکز-داروخانه</p>
سیستم درمان و قانون	<p>افزایش پوشش بیمه‌ای ورود نهادهای بالادستی مانند مجلس به بحث مراقبت در منزل هماهنگی مرکز-وزارتخانه-ارگان انتظامی تخصیص بودجه برای تقویت خدمات تسهیل دریافت دارو با تأیید پزشک معتمد تمرکز بر پیشگیری به‌جای درمان کاهش تخلفات بیمارستانی پایش بیماری‌ها در سطح جامعه برخورد با بیمارستان‌ها و مراکز متخلف قانون‌گذاری در مجلس تعیین شاخص‌های قانونی برای ارزیابی اضافه شدن خدمات در منزل به سیستم بیمارستانی تدوین مرامنامه اخلاقی بازدید سرزده از مراکز کاهش مالیات مراکز حذف مراکز بدون مجوز یکسان‌سازی تعرفه خدمات کاهش سخت‌گیری در ارائه مجوز فیلتر اخلاقی نیروها بیمه حوادث ضمن کار و بازنشستگی برای نیروها ارائه سرفصل برای دیپلم مراقبت در منزل به‌صورت دانشگاهی و رسمی پذیرش در شورای عالی بیمه</p>

طبقات	زیر طبقات
فرهنگ‌سازی / اجتماع	فرهنگ‌سازی (فرد-خانواده-بیمه‌گذار-جامعه) ایجاد احساس نیاز به خدمات آموزش به بیمار و خانواده نوشتن کتاب شفاف‌سازی خدمت برای بیمه اضافه شدن به واحدهای دانشگاهی توجه بیمه و بیمارستان معرفی مراکز معتبر از طرف رسانه و وزارت بهداشت تبلیغات در سطح خانواده-دولت از طریق صدلوسیمه، فضای مجازی، بیلبورد

نشریه پرستاری ایران

هم به‌عنوان به مکان استراحت بهش نگاه می‌کنن. بعد هزینه‌های جانبی هم داره؛ این نیرویی که میاد تو این خونه معمولاً غذا می‌خواد، جای خواب می‌خواد، امکانات می‌خواد. بعضی از نیروها، مثلاً غیر تخصصی‌ها مثل مراقبین، معمولاً دیده میشه که اینها مشکل اخلاقی دارن یا اینکه دزدی می‌کنن. البته مراکز هم خیلی خوب پشتیبانی نمی‌کنن. تسلط کافی هم روی این نیروهاشون ندارن. خب طبیعتاً امکانات نسبت به بیمارستان تو محیط خانواده خیلی کمتره» (شماره ۳).

به‌طور کلی، به‌منظور تفکیک قسمت‌های مختلف و بررسی دقیق‌تر چالش‌های موجود، چالش‌های طرح مراقبت در منزل از منظر ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمت را می‌توان در چهار بخش چالش‌های خانواده با مرکز، چالش‌های مرکز با خانواده، چالش‌های مرکز با بیمارستان و چالش‌های موجود در زمینه سیاست‌گذاری، خلاصه کرد.

علاوه‌بر چالش‌های موجود، شرکت‌کنندگان در این پژوهش راهکارهایی را جهت ارتقای خدمات مراقبت در منزل مطرح کردند که در قالب سه تم در جدول شماره ۳ خلاصه و ارائه شد. راهکارهای مطرح‌شده توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش، در سه بخش خلاصه و ارائه شد؛ قسمتی از این راهکارها، ویژه مراکز ارائه‌دهنده خدمت در منزل بود.

نظر یکی از خانم‌های شرکت‌کنندگان در پژوهش که به‌واسطه بیماری مادرش ۴ سال از خدمات درمان در منزل استفاده می‌کرد، در مورد راهکارها این بود:

«مهم‌ترینش ورود بیمه هست. به نظرم آگه بیمه این خدمات رو تحت پوشش قرار بده، اکثر خانواده‌ها ترجیح می‌دن که بیمارشون تو خونه نگهداری و درمان بشه. بعد، تعرفه‌ها جوری باشه که نه سیخ بسوزه نه کباب. هرکسی نخواد با قیمت خودش کار کنه. مورد بعدی تخصصی کار کردن، تخصصی کردن نیروهاست برای این کار در منزل؛ یعنی نیروهایی که برای کار در منزل آموزش بگیرن و مدرک بگیرن. همچنین نظارت بیشتر بر مراکز می‌تونه کمک‌کننده باشه. تقویت تجهیزات پرتابل که بشه، کارای تشخیصی بیشتری رو میشه تو خونه انجام داد. آسان کردن

-یکی از پرستاران آقا که ۸ سال سابقه ارائه خدمات درمان در منزل داشت، در مورد چالش‌های موجود اینگونه پاسخ داد:

«یکی از مهم‌ترین چالشی رو که معمولاً به قول معروف کادر درمان بیشتر درگیر این قضیه می‌شه اینه که درصد بسیار بالایی از خانواده‌ها در زمینه پزشکی و پرستاری، اطلاعات کافی ندارند و توقع بالایی دارن. درواقع باید گفت که این‌جوری باید بگم که خانواده‌ها توقع معجزه دارن از کادر درمان و این باعث میشه که فشار بالایی رو از لحاظ روانی به پرستار وارد کنن. بابت اینکه باید کِر (مراقبت) بیشتری رو به بیمار بدن و همچنین در بعضی مواقع انتظارات بیجا و انتظاراتی خارج از وظیفه‌ای که برای اون کادر درمان تعریف‌شده رو خانواده انتظار دارن. از طرفی دیگه، خود بیمه‌ها هم درگیر این قضایا هستند که چون بیمه‌ها توانایی ادامه درمان طولانی‌مدت بیمار در زمینه پرستاری و کِر به قول معروف نرسینگ بیمار رو ندارند، ترجیح می‌دن که زودتر بیمار تعیین تکلیف بشه و سعی کنن که بیمار رو از اون حالت پرستاری خارج کنن و به حالت مراقبتیش برسوند (شماره ۱۵).

-شرکت‌کننده دیگری نیز معتقد است:

«درسته که این خدمات نسبت به بیمارستان‌های خصوصی هزینه‌های کمتری رو بر دوش خانواده می‌ذاره، اما باین حال گرون هست. یه سری از خانواده‌ها واقعاً توان اینو ندارن که اصلاً پرستار برای بیمارشون بگیرن. اونایی هم که می‌گیرن، یه مدت محدودی می‌گیرن و مجبورن بعد یه مدت این خدمات رو قطع کنن. چون واقعاً هزینه‌هاش خیلی بالائه. بیمه‌های پایه اونو پوشش نمی‌دن، بیمه‌های تکمیلی هم حتی اونو پوشش نمی‌دن و کاملاً برای خانواده آزاد هست این خدمات. معمولاً طولانی‌مدت هست و اون خانواده باید خودش پوشش بده این کارا رو. علاوه‌براین، در مورد نیرو تو بیشتر موارد نیروها تخصص کمتری نسبت به نیروهای بیمارستانی دارن. معمولاً دیده میشه که نیروها فاقد تعهد کاری هستند و اینکه چون کار در منزل انجام می‌شه نیروهای خانم خیلی کمتر هست. نیروها به‌عنوان کار دوم به این شغل نگاه می‌کنن. توی تحویل شیفت و ساعتش، این‌ها معمولاً به مشکل برمیخورن. چون از یه کار دیگه میان سر این کار. بعضی از نیروها

« قبل از استخدام هر فردی حتماً سوء پیشینه‌اش رو چک کنن. مثلاً مراوده‌ای و دوستانه کسی رو نیارن. مثلاً مورد داشتیم گفتن خانم مثلاً به مینا خانمی هست که بی سرپرسته، همسر نداره، من آوردم کمکش کنیم. خب آوردی کمکش کنی، باید عواقبش رو هم قبول کنی دیگه؛ یعنی باید همه چیز رو بسنجن، بدترین شرایط رو در نظر بگیرن، اگه این مشکل پیش اومد، آیا می‌تونن پاسخگو باشن؟ به نظر من یکی از مشکلات بزرگ ما این هست. من قبول دارم، مشکلات دیگه‌ای هم وجود داره. مثلاً همین مشکل به قول معروف آتش‌نشانی که الان هست، آسانسور الان هست، به سری موردها هست که خب دست من نیست. وزارتخونه این‌ها رو تصمیم می‌گیره و برای ما می‌فرسته. این مشکلات جانبی هم من قبول دارم؛ اما من به نظرم میاد که بزرگ‌ترین مشکل ما این هستش که یعنی از نظر من، خب حالا من نمی‌دونم، شایدم اشتباه می‌کنم، این هستش که مراکز هوم کر ما بهترین کاری که می‌تونن بکنن اینه که حتماً خودشونو درگیر کارها بکنن؛ یعنی خیلی درگیر مسائل مالی، چون بیشتر مسائل مالی شو در نظر می‌گیرن. رضایت‌مندی مریض، اخلاق حرفه‌ای، این‌ها برای ما خیلی مهمه. این‌ها رو بیشتر در نظر بگیرن. این کارها رو در نظر بگیرن، من فکر می‌کنم، بقیه مشکلات شون بهتر حل میشه. نمی‌گم حالا صددرصدها؛ اما خیلی کمک‌کننده» (شماره ۱۸).

### بحث

نتایج این پژوهش نشان داد طرح مراقبت در منزل در ایران، با چالش‌هایی روبه‌رو است. به‌منظور بررسی این چالش‌ها با جزئیات، چالش‌های موجود در زمینه چالش خانواده با مرکز، چالش مرکز با خانواده، چالش مرکز با بیمارستان و چالش‌های موجود در زمینه سیاست‌گذاری، مورد بررسی قرار گرفتند.

### چالش خانواده با مرکز

به‌طور کلی چالش‌های خانواده با مرکز در زمینه نیروی انسانی (تخصص، مسائل رفتاری، مهارت و غیره)، مسائل مرتبط با درمان و دسترسی به پزشک و هزینه (ویزیت‌های خارج از نیاز، هزینه نیرو برای خانواده، عدم پوشش‌دهی بیمه، گران بودن خدمات و غیره) بود که نتایج به‌دست‌آمده در این تحقیق هم‌سوا با تحقیقات رضایی و همکاران [۴]، حیدری [۱۹]، ولی زاده و همکاران [۲۰]، جعفری و همکاران [۲۱]، نورلیک و همکاران [۲۲]، آسا و همکاران [۲۳] و جارین و همکاران [۲۴] موجود است. تخصص کافی نداشتن نیرو یا عدم تفکیک نقش‌های (مراقبت، پرستاری و توانبخشی)، گاهی اوقات سبب اشتباهاتی در ارائه خدمت می‌شود و ممکن است سبب اخلال در درمان یا آسیب رساندن به بیمار شود و از طرف دیگر ممکن است سبب سلب اعتماد خانواده به مراکز شود [۴]. با افزایش شمار بیماری‌های مزمن و افزایش نیاز به دریافت خدمات تخصصی درمانی در منزل، در صورتی که این

فرایند تهیه دارو برای بیماران خونگی، برخورد قاطع با مراکز بدون مجوز و به مورد خیلی مهم تعامل، تعامل بین مرکز و خانواده، تعامل بین خانواده و نیرو، مرکز و نیرو، مرکز و بیمه و در نهایت بیمه و خانواده. نکته بسیار مهم فرهنگ‌سازی هستش. باید در کنار تسهیل دریافت خدمات، به سری تبلیغات هم انجام بشه که خانواده‌ها از این خدمات مطلع بشن و بتونن ازش استفاده کنن» (شماره ۳).

شرکت‌کننده دیگری که سوپروایزر یکی از مراکز خدمات درمان در منزل بود، در خصوص راهکارها عنوان کرد که:

«به سری نیروهایی هستن که آموزش داده بشن برای خدمات درمان در منزل. بهشون اصلاً مدرکی در این زمینه داده بشه. چه حالا در زمینه نیروی تخصصی نرس، یا بهیار یا کمک بهیار، یا حتی مراقب. فرهنگ‌سازی بشه. خیلی از مردم اصلاً از این خدمات آگاه نیستن. تبلیغات یا هر چیزی که حالا در دسترس مسئولین ذی‌ربط هستش و خدمات و حالا تعرفه مناسبی بذارن که با این تعرفه، هم مرکزها بتونن کار کنن، هم خانواده توان پرداخت داشته باشه. به مراکز به اختیاراتی داده بشه که بتونن کنترل بیشتری روی نیروهاشون داشته باشن. با به همکاری بین بخشی، حالا بین وزارتخونه، مراکز، ارگان‌های نظامی و انتظامی، این می‌تونه کمک‌کننده باشه. تهیه دارو رو برای خدمات درمان در منزل که مراکز و پزشکان معتمد تعیین می‌کنن تسهیل کنن. برخورد قاطع‌تری با مراکز بدون مجوز بشه و از کنار این قضیه راحت نگذرن. بیمه‌های پایه رو بیارن داخل این قضیه. بیمه‌های تکمیلی رو مجاب کنن که این قضیه رو تحت پوشش قرار بدن. مسائل اخلاقی نیروها رو بیشتر کنترل کنن و آموزش ببینن و اگه نیرویی اشتباهی کرد بتونن این اشتباه رو طوری برطرف کنن که اون نیرو مجاب بشه که در قبال اشتباهی که کرده پاسخگو باشه» (شماره ۸).

یکی دیگر از مسئولین فنی مراکز درمان در منزل اعتقاد داشت:

«نیروهایی که می‌خوایم بفرستیم به منزل، باید آموزش ببینند، با فرهنگ‌های خاص هر کشوری، ما تو ایران هستیم. بحث مراقبت پرستاری باید بحث فرهنگی پشتش باشه؛ به بحث دیگه که می‌تونیم انجام بدیم برای راهکارهایی که هست، تو زمان کرونا خودشون نشون داد که ما واقعاً کمبود نیرو داریم. نه که ما، خیلی از کشورهای دیگه، اگه ما بتونیم از طریق دانشگاه‌ها، نیروهایی رو آموزش بدیم، علاوه‌بر اینکه تو بیمارستان و مطب کار کنن، هم‌زمان تو شاخه‌های خانواده‌محور بودن، آموزش بدن به خانواده‌ها که بار تحمیل بیمارستان کم کنند و تو بحث اقتصادی خیلی می‌تونه کمک‌کننده باشه» (شماره ۱۷).

یکی از کارشناسان مدیریت پرستاری معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران اینگونه اظهار نظر کرد:

## چالش‌های موجود در زمینه سیاست‌گذاری

و در نهایت در زمینه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی جهت ارائه خدمات درمانی در منزل نیز چالش‌هایی وجود دارد. عدم اطلاع یا آگاهی ناقص مدیران امر در زمینه این سبک از خدمات، نداشتن اساس‌نامه ثابت و مرام‌نامه اخلاقی، نداشتن برنامه‌های جامعه‌محور و مشکلات در زمینه ارائه مجوز یا فعالیت مراکز بدون مجوز و عدم نظارت بر این مراکز، مسائل بیمه‌ای (بیمه حوادث نیرو، بیمه خدمات برای دریافت‌کننده خدمت)، تخلف برخی بیمارستان‌ها در ارجاع بیماران به مراکز درمان منزل خاص، مشکلاتی هستند که در حیطه نظام سلامت مطرح شدند که همسو با نتایج پژوهش آسی و همکاران بود [۲۲]. از این‌رو لازم است اساس‌نامه‌های موجود در این حیطه تجمیع و با توجه به نتیجه پژوهش‌های اخیر نسبت به رفع نواقص و تنظیم یک اساس‌نامه جدید اقدام کرد. همچنین با افراد یا بیمارستان‌های متخلف برخورد شود و در بیمارستان‌ها واحدهایی جهت معرفی خدمات درمانی در منزل به بیماران و معرفی مراکز معتبر، در نظر گرفته شود.

## راهکارهای مرتبط با مرکز

در پژوهش فعلی علاوه بر چالش‌ها، راهکارهای مناسب جهت ارتقای خدمات نیز بررسی شد. تعدادی از اقدامات جهت ارتقای خدمات به مراکز ارائه‌دهنده خدمت مربوط می‌شود. شرکت‌کنندگان در پژوهش، ضعف در مهارت و تخصص نیروها را به‌عنوان یک چالش اساسی عنوان کردند. از این‌رو مهم‌ترین راهکار در این زمینه، انتخاب صحیح نیرو، تخصصی کردن نیروها، آموزش مداوم و به‌روز کردن نیروها، ارائه آموزش‌های ویژه در زمینه مراقبت در منزل به نیروها، ارتقای تجهیزات و افزایش خدمات تحت پوشش، آموزش‌های روان‌شناختی به نیروها جهت ارتباط‌گیری درست با مراجع و کاهش تعارضات ارتباطی، رضایت‌سنجی از مراجع در بدو ورود نیرو، حین ارائه خدمت و بعد از اتمام درمان می‌باشد که با تحقیقات جارین و همکاران [۲۴] و هاشم‌زاده و همکاران [۲۵] در مورد راهکارهای ارتقای خدمات مراقبت در منزل همسو است. در صورتی که مراکز از نظر نیرو و تجهیزات به‌روز شوند، گرایش به استفاده از این خدمات افزایش خواهد یافت.

## راهکارهای مرتبط با فرهنگ‌سازی در اجتماع

راهکار بعدی در زمینه فرهنگ‌سازی صحیح در جامعه است. یک خدمت زمانی بیشترین اثربخشی را خواهد داشت که در درجه اول به‌طور کامل و دقیق برای دریافت‌کننده آن شرح داده شود. نتیجه پژوهش فعلی همسو با پژوهش هاشم‌زاده و همکاران می‌باشد [۲۴]. از این‌رو بهتر است پس از اصلاح ساختارهای موجود و ایجاد احساس نیاز در سطح نهادهای

مراکز تجهیزات و آموزش‌های خود را متناسب با انواع نیازهای بیماران به‌روز نکنند و در زمینه ارائه خدمات درمانی، تجهیز مرکز، افزایش دسترسی‌پذیری به پزشک متخصص تغییراتی اعمال نکنند، گرایش بیماران به استفاده از خدمات روزبه‌روز کمتر خواهد شد و صرفاً جنبه مراقبتی آن مورد استقبال قرار خواهد گرفت [۱۵].

چالش دیگر که توسط ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت عنوان شد بحث هزینه‌ها بود؛ در صورتی که بیمار و اعضای خانواده توان مالی کافی برای دریافت خدمات درمانی در منزل نداشته باشند و سازمان‌های بیمه‌گر نیز آن‌ها را حمایت نکنند، بیمار به چرخه درمانی بیمارستانی بر خواهد گشت و از طرفی دیگر بیمارستان‌ها با حجم زیادی از بیمار روبه‌رو خواهند شد که بر کیفیت خدمات درمانی ارائه‌شده توسط آن‌ها نیز اثرگذار خواهد بود. هزینه‌های تجهیزات غیرقابل‌اجاره برای مراکز و اختصاص ندادن بودجه مشخص برای مراکز ارائه‌دهنده خدمت نیز مواردی هستند که نیازمند پیگیری و چاره‌اندیشی هستند [۱۹].

## چالش‌های مرکز با خانواده

گروهی از چالش‌های عنوان‌شده توسط ارائه‌دهندگان خدمت در ارتباط با خانواده‌ها بود. این چالش‌ها عبارت‌اند از: چالش با خانواده در مورد مسائل درمانی و ارتباط با نیرو نظیر اعتماد پایین به مهارت و تخصص نیرو، پرخاشگری با نیرو، توقع بالا از نیرو، عدم همکاری با نیرو و غیره. چالش با خانواده در مورد مسائل مرتبط با امنیت نیرو نظیر دزدی از نیرو، آزار نیروی خانم و وقوع حادثه در رفت‌وآمد به منزل دریافت‌کننده خدمت.

نتایج تحقیق فعلی همسو با تحقیقات بنجامین [۵]، جاردین و همکاران [۶]، نیکبخت و همکاران [۱۱] و هاشم‌زاده و همکاران [۲۵] در این زمینه می‌باشد. چالش‌های مرتبط با مسائل درمانی و ارتباط با نیرو گاهی به علت تجارب منفی قبلی خانواده از مراقبت در منزل توسط یک مرکز دیگر است. در این حالت ممکن است زمان زیادی برای جلب اعتماد و همکاری بیمار و خانواده با نیرو اختصاص داده شود. از طرف دیگر مسائلی نظیر پرخاشگری با نیرو، نداشتن احساس امنیت نیرو در منزل بیمار یا در برخورد با بیمار و اعضای خانواده نیز ممکن است بر شکل نگرفتن ارتباط درمانی و در نتیجه ایجاد مشکل در ارائه خدمت تأثیر داشته باشد. در تعدادی از مصاحبه‌ها به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و جنسیتی اشاره شد که سبب به وجود آمدن تعارض بین نیروی ارائه‌دهنده خدمت و فرد گیرنده خدمت شده بود. از این‌رو بهتر است مراکز ارائه‌دهنده خدمات مسائل فرهنگی را در ارسال نیروهای مراقبتی و درمانی به منزل، در نظر داشته باشند و ضمن رعایت تناسب‌های جنسیتی، فرهنگی و غیره در صورتی مراقب یا دریافت‌کننده خدمت با مسئله‌ای روبه‌رو شد، در اسرع وقت پیگیری کنند.

فرهنگ‌سازی در اجتماع نظیر تبلیغات مؤثر در رسانه‌ها، تألیف کتاب، چاپ کتابچه راهنما و مقاله در مورد طرح مراقبت در منزل در نظر گرفته شود.

### نتیجه‌گیری

می‌توان گفت این طرح با چالش‌های مختلفی روبه‌رو است که جهت رفع این چالش‌ها می‌توان از راهکارهای پیشنهادی در این پژوهش استفاده کرد.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

قبل از مطالعه، توضیحات کلی در مورد اهداف مطالعه به شرکت‌کنندگان داده شد و رضایت آگاهانه از آن‌ها اخذ شد. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد بود. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1402.069 تأیید شده است.

#### حامی مالی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد بهمن احمدی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می‌باشد و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

#### مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و نگارش اولیه متن: بهمن احمدی؛ تحلیل داده‌ها و ویرایش متن و نظارت: آزاده احمدی دشتیان و قهرمان محمودی.

#### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

#### تشکر و قدردانی

از کلیه شرکت‌کنندگانی که در انجام این پژوهش با ما همکاری کردند، صمیمانه تشکر می‌شود.

قانون‌گذار و تصمیم‌گیرنده و همچنین در سطح جامعه، اقداماتی نظیر تبلیغات در رسانه‌های جمعی، بیلبوردها، تابلوی اعلانات بیمارستان‌ها، تدوین کتاب، بروشور و مقاله انجام شود و پس از بازه‌های زمانی تعیین‌شده، مجدداً وضعیت موجود بررسی و اقدامات مؤثرتر، متناسب با ساختار جامعه، پیشنهاد و اجرا شود. همچنین از نظر افراد متخصص در زمینه تبلیغات، جهت تبلیغات مؤثرتر استفاده شود.

#### راهکارهای مرتبط با سیستم بهداشت و درمان و قانون

راهکار دیگری که پیشنهاد شد، به سیستم بهداشت و درمان و نهادهای قانون‌گذار مربوط می‌شود. در صورتی که سیستم بهداشت و درمان یک جامعه در خصوص تحت پوشش قرار گرفتن این خدمات با سازمان‌های بیمه‌گذار تعامل داشته باشد و برنامه‌هایی جهت تحت پوشش قرار گرفتن این خدمات تدوین شود و در زمینه ارائه مجوزها، تسهیل‌گیری‌هایی صورت گیرد و هم‌زمان شناسایی مراکز بدون مجوز و غیرقانونی و برخورد جدی با متخلفین، در اولویت قرار گیرد، می‌توان انتظار داشت که کیفیت خدمات این مراکز ارتقا یابد. همچنین تدوین مرام‌نامه اخلاقی برای نیروها و اساس‌نامه برای مراکز نیز باید در اولویت قرار گیرد [۲۷-۲۵].

باتوجه به افزایش بیماری‌های غیرواگیر و افزایش تعداد سالمندان در جامعه و ازسوی دیگر افزایش هزینه‌های سلامت در این حوزه در ارائه خدمات سلامت و ارتقاء آن، توجه به نقش مهم خدمات مراقبت در منزل ضروری به نظر می‌رسد [۳]. بدین ترتیب با وجود چالش‌هایی از دو دیدگاه (دیدگاه ارائه‌دهنده خدمت و دیدگاه دریافت‌کننده خدمت) شامل چالش خانواده با مرکز (نیروی انسانی، درمان و هزینه)، چالش مرکز با خانواده (روند درمانی، ارتباط و امنیت)، چالش مرکز با بیمارستان (نحوه ارجاع و درمان‌های قبلی) و چالش در زمینه سیاست‌گذاری (فرهنگ‌سازی، اساس‌نامه، بیمه، نقض قانون و ارائه مجوز)، راهکارهای پیشنهادشده در این پژوهش شامل راهکارهای مربوط به سیستم درمان، قانون و فرهنگ‌سازی و اجتماع، برای حل چالش‌ها می‌تواند کارساز باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود براساس راهکارهای پیشنهادی (راهکارهای پیشنهادی مرتبط با مرکز، راهکارهای مرتبط با اجتماع و فرهنگ‌سازی و راهکارهای مرتبط با سیستم بهداشت و درمان و قانون)، طرح مراقبت در منزل مورد بازبینی قرار گرفته و راهکارهای پیشنهادشده برای مراکز نظیر ارتقای دانش و تخصص ارائه‌دهندگان خدمت، افزایش خدمات و تخصصی شدن مراکز، ارائه آموزش‌های روانشناختی به نیروها جهت بهبود ارتباط با دریافت‌کنندگان خدمت، رضایت‌سنجی از دریافت‌کنندگان خدمت، راهکارهای مرتبط با سیستم بهداشت و درمان و قانون نظیر تسهیل در ارائه مجوز، برخورد با مراکز غیرقانونی، بیمه‌ای شدن خدمات و بیمه نیروهای ارائه‌دهندگان خدمت، در اولویت قرار گیرند. همچنین برنامه‌هایی جهت

## References

- [1] Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 1. [DOI:10.1002/14651858.CD000313.pub4]
- [2] Naghavi M, Shahraz S, Sepanlou SG, Dicker D, Naghavi P, Pourmalek F, et al. Health transition in Iran toward chronic diseases based on results of Global Burden of Disease 2010. *Arch Iran Med.* 2014; 17(5):321-35. [PMID]
- [3] Cooper WW, Seiford L.M, Zhu J. Handbook on data envelopment analysis. London: Springer Nature; 2011 [DOI:10.1007/978-1-4419-6151-8]
- [4] Rezaei S, Hajizadeh M, Zandian H, Fathi A, Nouri B. Service quality in Iranian hospitals: A systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran.* 2018; 32(1):344-51. [DOI:10.14196%2Fmjiri.32.59]
- [5] Benjamin AE. An historical perspective on home care policy. *Milbank Q.* 1993; 71(1):129-66. [DOI:10.2307/3350277] [PMID]
- [6] Jardim JJ, Alves LS, Maltz M. The history and global market of oral home-care products. *Braz Oral Res.* 2009; 23(Suppl 1):17-22. [DOI:10.1590/S1806-83242009000500004] [PMID]
- [7] Hashemzadeh Z, Habibi F, Dargahi H, Arab M. [Explanation of the benefits and challenges of home care plan after hospital discharge: A qualitative study (Persian)]. *Payavard.* 2023; 17(1):34-44. [Link]
- [8] Ardalan A, Kandi M, Talebian MT, Khankeh H, Masoumi G, Mohammadi R, et al. Hospitals safety from disasters in I.R.iran: The results from assessment of 224 hospitals. *PLoS Curr.* 2014; 6:ecurrents.dis.8297b528bd45975bc6291804747ee5db. [DOI:10.1371%2Fcurrents.dis.8297b528bd45975bc6291804747ee5db]
- [9] Coe NB, Konetzka RT, Berkowitz M, Blecker E, Van Houtven CH. The effects of home care provider mix on the care recipient: An international, systematic review of articles from 2000 to 2020. *Annu Rev Public Health.* 2021; 42:483-503. [DOI:10.1146/annurev-publhealth-090419-102354] [PMID] [PMCID]
- [10] Bahadori M, Izadi AR, Ghardashi F, Ravangard R, Hosseini SM. The evaluation of hospital performance in Iran: A systematic review article. *Iran J Public Health.* 2016; 45(7):855-66. [PMID]
- [11] Nikbakht Nasrabadi A, Shahsavari H, Almasian M, Heydari H, Hazini A. Designing a process model of home care service delivery in Iran: A mixed methods study. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2019; 7(4):288-99. [DOI:10.30476/IJCB-NM.2019.73934.0] [PMID]
- [12] Itoh S, Sakano T, Sagawa M, Yanagiya R, Kanno Y, Hirooka K, et al. Home care services in the last year of life by type of care management. *Stud Health Technol Inform.* 2024; 315:685-6. [PMID]
- [13] Babazadeh T, Sarkhoshi R, Bahadori F, Moradi F, Shariat F, Sherizadeh Y. Prevalence of depression, anxiety and stress disorders in elderly people residing in Khoy, Iran (2014-2015). *J Anal Res Clin Med* 2016; 4(2):122-8 [DOI:10.15171/jarcm.2016.020]
- [14] Mobasheri M, Moezy M. [The prevalence of depression among the elderly population of Shaystegan and Jahandidegan nursing homes in Shahrekord (Persian)]. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2010; 12(2):59-94. [Link]
- [15] Sohrabi MB, Zolfaghari P, Mehdizade F, Aghayan SM, GhasemianAghmashhadi M, Shariati Z, et al. [Evaluation and comparison of cognitive state and depression in elderly admitted in sanitarium with elderly sited in personal home (Persian)]. *J Knowl Health.* 2008; 3(2):27-31. [Link]
- [16] Rafii F, Hajinezhad ME, Haghani H. Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Aust J Adv Nurs.* 2008; 26(2):84-75. [DOI:10.37464/2009.262.1781]
- [17] Oakman J, Kinsman N, Stuckey R, Graham M, Weale V. A rapid review of mental and physical health effects of working at home: How do we optimise health? *BMC Public Health.* 2020; 20(1):1825. [DOI:10.1186/s12889-020-09875-z] [PMID] [PMCID]
- [18] Scott P, Thomson P, Shepherd A. Families of patients in ICU: A Scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nurs Open.* 2019; 6(3):698-712. [DOI:10.1002/nop2.287] [PMID] [PMCID]
- [19] Heydari H. [Home-based palliative care: A missing link to patients' care in Iran (Persian)]. *Hayat.* 2018; 24(2):97-101. [Link]
- [20] Valizadeh L, Zamanzadeh V, 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]
- [21] Jafari Gol M, Navipour H & Sadooghiasl A. [Care comprehensive assessment in home health care: Qualitative content analysis (Persian)]. *Iran J Nurs Res.* 2022; 16(6):24-32. [Link]
- [22] Norlyk A, Burau V, Ledderer LK, Martinsen B. Who cares? The unrecognised contribution of homecare nurses to care trajectories. *Scand J Caring Sci.* 2023; 37(1):282-90. [DOI:10.1111/scs.13120] [PMID]
- [23] Aase I, Ree E, Johannessen T, Strømme T, Ullebust B, Holen-Rabbersvik E, et al. Talking about quality: how 'quality' is conceptualized in nursing homes and homecare. *BMC Health Serv Res.* 2021; 21(1):104. [DOI:10.1186/s12913-021-06104-0] [PMID] [PMCID]
- [24] Jarrín OF, Pouladi FA, Madigan EA. International priorities for home care education, research, practice, and management: Qualitative content analysis. *Nurse Educ Today.* 2019; 73:83-87. [DOI:10.1016/j.nedt.2018.11.020] [PMID] [PMCID]
- [25] Hashemzadeh Z, Habibi F, Dargahi H, Arab M. [Explanation of the Benefits and Challenges of Home Care Plan after Hospital Discharge: A Qualitative Study (Persian)]. *J Payavard Salamat.* 2023; 17(1):34-44. [Link]
- [26] Shahsavari H, Nasrabadi AN, Almasian M, Heydari H, Hazini A. Exploration of the administrative aspects of the delivery of home health care services: A qualitative study. *Asia Pac Fam Med.* 2018; 17:1. [DOI:10.1186/s12930-018-0038-x] [PMID] [PMCID]
- [27] de Siqueira Silva Í, de Araújo AJ, Lopes RH, Silva CRDV, Xavier PB, de Figueirêdo RC, et al. Digital home care interventions and quality of primary care for older adults: A scoping review. *BMC Geriatr.* 2024; 24(1):507. [PMID]

This Page Intentionally Left Blank

---