

تبیین مزایا و چالش‌های طرح مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان: یک مطالعه کیفی

زینب هاشم زاده^۱، فرهاد حبیبی^۲، حسین درگاهی^۳، محمد عرب^{۴*}

چکیده

زمینه و هدف: ارایه مراقبت در منزل به بیماران، روش جایگزین بستری در بیمارستان به خصوص برای بیماران مزمن است که می‌تواند به عنوان یک رویکرد نوآورانه برای بهبود ارایه مراقبت و کاهش هزینه‌های ناشی از بستری شدن مجدد در بیمارستان‌ها اجرا شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی مزایا و چالش‌های اجرای طرح مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان از دیدگاه دریافت‌کنندگان و ارایه‌دهندگان مراقبت سلامت در سطح دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۴۰۰ انجام شده است. **روش بررسی:** مطالعه‌ی حاضر یک پژوهش کاربردی است که به صورت کیفی با استفاده از مصاحبه‌های ساختاریافته و نیمه ساختاریافته انجام شد. جامعه‌ی پژوهش شامل مسئولان اجرای این طرح در سطح وزارت بهداشت و دانشگاه، مجریان این طرح در ۴ بیمارستان، ۵ موسسه ارایه‌کننده خدمات مراقبت در منزل، و همراهان بیماران بودند. تعداد ۲۸ نفر از جامعه پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی وارد مطالعه شدند. برای تحلیل داده‌های مصاحبه از روش تحلیل محتوایی استفاده شد. از نرم‌افزار MAXQDA2020 جهت دسته‌بندی داده‌ها بهره‌برداری گردید.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های این پژوهش و پس از انجام تحلیل محتوا، نتایج به دست آمده به دو دسته مزایا و چالش‌های طرح مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان طبقه‌بندی گردید. در مجموع ۶۱ کد باز استخراج شد؛ به طوری که ۲۷ کد به شناسایی ۵ تم (شامل بهبود ارایه خدمت، کاهش هزینه‌ها، تحقق اهداف سلامت، مزایای فرهنگی و اجتماعی، فراهم بودن زیرساخت‌های لازم) در قسمت مزایا و ۳۴ کد به شناسایی ۷ تم (شامل سیاست‌گذاری، قانونی و اخلاقی، اقتصادی، نیروی انسانی، فرهنگی-اجتماعی-ارتباطی، محدودیت در ارایه خدمت و محدودیت‌های زمانی و مکانی) در قسمت چالش‌ها انجامید.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که ارایه خدمات مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان در تکمیل فرایند ارایه خدمات درمانی نقش مهمی دارد. می‌توان گفت ارایه خدمات مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان باعث بهبود ارایه خدمت، کاهش هزینه‌ها و تحقق اهداف سلامت می‌شود و از طرف دیگر در حوزه‌های سیاسی، قانونی، اقتصادی و فرهنگی چالش‌هایی در مسیر اجرای بهینه‌ی این طرح وجود دارد. بنابراین برنامه‌ریزی برای ارزیابی و حل مشکلات پیش روی این خدمات امری ضروری است.

واژه‌های کلیدی: مراقبت در منزل، پرستاری در منزل، ترخیص، بیمارستان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۵/۱۹

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱

* نویسنده مسئول:

محمد عرب:

دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

Email:

arabmoha@tums.ac.ir

۱ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲ دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳ استاد گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴ استاد گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

بستری شدن مجدد در بیمارستان، رایج و پرهزینه است. در مواجهه با پیری جمعیت، افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و بودجه‌های محدود، بیشتر کشورهای توسعه‌یافته فعالانه در حال بررسی رویکردهای نوآورانه برای بهبود ارایه مراقبت و کاهش بستری مجدد هستند. علاوه بر هزینه، بستری شدن مجدد در بیمارستان ممکن است نشان‌دهنده‌ی کیفیت پایین مراقبت باشد (۱).

مراقبت سلامت در منزل یک بخش توسعه‌یافته در داخل سیستم سلامت است که با اندیشه‌ی جایگزینی مراقبت‌های گران و تخصصی بیمارستان با مراقبت‌های اولیه بهداشتی و مراقبت سلامت در منزل که از منظر هزینه جذاب می‌باشند، به وجود آمده است (۲). در دنیا نیز، بیمارستان در خانه، که در آن مراقبت و درمان در سطح بیمارستان در خانه خود بیمار ارایه می‌شوند، به‌عنوان جایگزینی امن و با ارزش برای پذیرش در بیمارستان به رسمیت شناخته شده است (۳). مطالعات متعدد گزارش کرده‌اند که بیماران، مشتاق بازگشت به خانه بودند که با بهبودی، استقلال و کنترل شخصی مرتبط بود (۴).

خدمات مراقبت در منزل به دو صورت خدمات پرستاری در منزل مبتنی بر بیمارستان و خدمات پرستاری در منزل مبتنی بر جامعه برای مددجویان انجام می‌شود. در خدمات پرستاری در منزل مبتنی بر بیمارستان، خدمات برای بیماران بستری از بیمارستان شروع شده و تا سطح جامعه ادامه می‌یابد. در خدمات پرستاری مبتنی بر جامعه، خدمات در سطح جامعه شروع و در منازل افراد تداوم پیدا می‌کند و مهمترین هدف آن ارایه خدمات سلامتی به بیماران مزمن است (۵).

در ایران عموماً مراقبت در منزل بیشتر به صورت انجام اعمال منفرد مختلف مثل تعویض پانسمان، سونداژ، سرم‌تراپی و ... انجام می‌شود و نیازهای مراقبتی بیمار و خانواده به‌طور کامل استخراج و بررسی نمی‌شود (۶). این درحالی است که پژوهشی در سنگاپور نشان داد که وجود هماهنگ‌کننده‌های مراقبت در بیمارستان‌ها این امکان را برای آن‌ها فراهم می‌کند تا بیماران قابل مراقبت در منزل را جذب و ارزیابی کنند و با پزشکان و بیماران همکاری نزدیک داشته باشند تا چشم‌انداز معقولی برای تاثیرگذاری بر مراقبت داشته باشند. همچنین برنامه‌ی مراقبت‌های انتقالی مبتنی بر بیمارستان به‌طور قابل توجهی استفاده از مراقبت‌های حاد را تا ۶ ماه پس از ترخیص کاهش داد (۱).

طبق آیین‌نامه ابلاغ شده از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۵، به‌منظور ساماندهی «مراقبت در منزل» و نظارت بر تداوم درمان پس از ترخیص، می‌باید واحد مراقبت در منزل در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تاسیس شده و به ارایه خدمت پردازند (۷). در طول فرایند مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان، بیمار بستری در بیمارستان پس از طی مرحله‌ی حاد بیماری و رسیدن به ثبات نسبی به تشخیص پزشک معالج و در نهایت با رضایت شخصی خود از بیمارستان ترخیص و به منزل منتقل می‌شود و ادامه‌ی خدمات مراقبتی و درمانی خود را در منزل دریافت می‌کند. در واقع واحد مراقبت در منزل بیمارستان، مراکز مراقبت در منزل طرف قرارداد با بیمارستان را بر حسب شرایط بیمار به ایشان معرفی می‌کند و مسئول پیگیری بیمار نیز همین واحد است. همچنین این واحد می‌باید ماهیانه گزارش عملکرد خود را به مدیریت پرستاری بیمارستان و دانشگاه ارایه نماید. در دانشگاه علوم پزشکی تهران از فروردین سال ۱۳۹۵ واحد مراقبت در منزل، توسط معاونت درمان دانشگاه در بیمارستان‌ها راه‌اندازی گردید. پس از مدتی به دلیل وجود چالش‌ها، این واحد در برخی بیمارستان‌ها غیرفعال شد و در تعدادی از آن‌ها باقی‌مانده و به فعالیت خود ادامه می‌دهد. با توجه به نبود شواهد و مطالعه در خصوص این آیین‌نامه و همچنین توقف اجرای آن در برخی مراکز، مطالعه‌ی حاضر با هدف شناسایی مزایا و چالش‌های اجرای طرح مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان در سطح دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش موردی است که به صورت کیفی در سال ۱۴۰۰ انجام گرفت. شرکت‌کنندگان به دو گروه تقسیم شدند: گروه اول شامل مسئولان این برنامه در سطح وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی تهران و مجریان این برنامه در بیمارستان‌ها و ارایه‌دهندگان خدمات مراقبت در منزل و گروه دوم شامل بیمار یا همراه ایشان. معیار ورود به گروه اول، سیاست‌گذاران و کسانی بودند که در تدوین و اجرای این برنامه در بیمارستان‌ها نقش داشتند و معیار ورود به گروه دوم دریافت خدمات مراقبت در منزل بود. از آنجایی که در نمونه‌گیری کیفی تأکیدی بر مقیاس و یا تخمین معناداری آماری وجود ندارد بلکه مهم ارزشمند بودن نمونه با توجه به هدف پژوهش است،

بیمارستان زیرپوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران (امام خمینی (ره)، شریعتی، روزبه، ضیائی‌ان)، مدیران و پرستاران موسسات ارایه‌دهنده خدمات مراقبت در منزل زیرپوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران، و همراهان بیمار انجام شد و تا به اشباع رسیدن اطلاعات، مصاحبه با هر گروه از افراد ادامه پیدا کرد. از شرکت‌کنندگان گروه اول سولاتی از قبیل «فرایند مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان را شرح دهید»، «آیا با اجرای برنامه مراقبت در منزل در بیمارستان‌ها موافق هستید؟ چرا؟»، «مزایا و چالش‌های اجرای این برنامه چیست؟»، «دلایل موفقیت یا شکست این طرح چیست؟»، «راهکارهای بهبود اجرای این برنامه کدامند؟»؛ و از شرکت‌کنندگان گروه دوم سولاتی از قبیل «آیا از اجرای برنامه مراقبت در منزل رضایت دارند یا خیر؟ چرا؟» پرسیده شد. به طور کلی تعداد ۲۸ مصاحبه انجام شد به طوری که تعداد ۱۸ مصاحبه با گروه ارایه‌دهندگان در محل خدمت ایشان و ۱۰ مصاحبه با گروه گیرندگان خدمات این طرح انجام شد. به دلیل عدم دسترسی به لیست کامل گیرندگان خدمات و نیز عدم پاسخ‌گویی برخی از ایشان، مصاحبه‌ها به صورت تلفنی تنها با همراهان بیمار که مایل به شرکت در مصاحبه بودند، انجام شد. کمترین زمان انجام مصاحبه ۱۰ دقیقه و بیشترین زمان ۶۰ دقیقه بود.

جدول زیر به بررسی نقش افرادی می‌پردازد که در مصاحبه‌های این پژوهش شرکت کردند.

جدول ۱: نقش افراد شرکت‌کننده در مصاحبه‌های پژوهش

تعداد افراد مصاحبه‌شونده	نام واحد/ نقش افراد
۶	واحد مراقبت در منزل بیمارستان‌های جامعه پژوهش
۵	مراکز خصوصی خدمات پرستاری در منزل زیر پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲	معاونت پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱	معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲	مدیر پرستاری بیمارستان
۱	مدیر بیمارستان
۱	مدیر درمان بیمارستان
۱۰	همراه بیمار

یافته‌ها

مصاحبه‌های انجام شده، پس از پیاده‌شدن و تجزیه و تحلیل محتوا، به دو دسته‌ی مزایا و چالش‌های این طرح طبقه‌بندی گردید که در ادامه به تفکیک در جدول ۲ و ۳ ارایه می‌گردد.

برای انتخاب شرکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری هدفمند همراه با روش نمونه‌گیری گلوله برفی استفاده شد. حجم نمونه در حین کار مشخص شد به طوری که ابتدا افرادی که معیارهای تعیین شده را داشتند شناسایی شدند و در مرحله‌ی بعد بر اساس نظر این افراد با شرکت‌کنندگان دیگر مصاحبه شد. انجام مصاحبه‌ها تا به اشباع رسیدن اطلاعات مصاحبه با هر گروه از افراد ادامه پیدا کرد. در مطالعه‌ی حاضر به منظور مقبولیت، همسانی، تاییدپذیری و انتقال‌پذیری سولات مصاحبه‌ی کیفی ابتدا نظر استادان و خبرگان در این خصوص پرسیده شد و پس از تعیین سولات از هر گروه از افراد جامعه، چهار نفر انتخاب شدند و پس از انجام مصاحبه، مجدداً سولات بازنگری شدند. همچنین جهت افزایش اعتبار داده‌ها، پژوهشگر مشارکت کافی و تعامل نزدیک با شرکت‌کنندگان داشت. به افراد جامعه‌ی پژوهش اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات ارایه شده محرمانه بوده و ایشان دارای حق انتخاب کناره‌گیری از پژوهش در زمان دلخواه می‌باشند. ابتدا مصاحبه‌ی جامعی با معاونت پرستاری وزارت بهداشت و نیز مدیریت امور پرستاری معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت گرفت. در ادامه مصاحبه‌های ساختاریافته (برای گروه گیرنده خدمت) و نیمه‌ساختاریافته (برای گروه ارایه‌دهنده خدمت) با توجه به اهداف پژوهش، با مدیر بیمارستان، مدیر درمان بیمارستان، مترون و مدیران پرستاری، مسئول واحد مراقبت در منزل ۴

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا استفاده شد. ابتدا کلیه مصاحبه‌های ضبط شده گوش داده و کلمه به کلمه پیاده‌سازی و تایپ شد و مجدداً بررسی گردید تا تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام شود. در نهایت از نرم‌افزار MAXQDA2020 جهت دسته‌بندی داده‌ها استفاده شد.



جدول ۲: مزایای طرح مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان از دیدگاه ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات

تم‌ها	کدها
۱. بهبود ارائه خدمت	<ul style="list-style-type: none"> - کاهش اشغال تخت بیمارستان - کاهش بار کاری بیمارستان - افزایش کیفیت خدمات بیمارستانی - کاهش مدت اقامت بیمار در بیمارستان - کاهش بستری مجدد بیمار - پیگیری درمان بیمار - کاهش احتمال عود بیماری - کاهش صف انتظار - کاهش ابتلا به عفونت‌های بیمارستان - کاهش عوارض جابه‌جایی و انتقال بیمار - افزایش رضایت بیمار و خانواده
۲. کاهش هزینه‌ها	<ul style="list-style-type: none"> - کاهش هزینه‌های دولت - کاهش هزینه‌های بیمارستان - کاهش هزینه‌های بیمار و خانواده - کاهش هزینه‌های بیمه
۳. تحقق اهداف سلامت	<ul style="list-style-type: none"> - افزایش پوشش خدمات - افزایش دسترسی به خدمات - بهبود عدالت و برابری در ارائه خدمات
۴. مزایای فرهنگی و اجتماعی	<ul style="list-style-type: none"> - کاهش رفت‌وآمد بیمار و خانواده - کاهش انتقال بیماری در جامعه - افزایش رفاه بیمار و خانواده - ارتقا فرهنگ حمایت از بیمار - افزایش سواد سلامت و مهارت‌های بیمار و خانواده - اشتغال‌زایی
۵. فراهم بودن زیرساخت‌های لازم	<ul style="list-style-type: none"> - وجود زیرساخت مطالعاتی - وجود زیرساخت تکنولوژیکی - وجود زیرساخت نیروی انسانی

در سیر درمان زیاد می‌شود. این جاست که وجود خدمات مراقبت در منزل نقش معنادارتری پیدا می‌کند. چراکه مراقبت‌ها در منزل انجام می‌شود و نیازی به ماندن در بیمارستان نیست» (ش. ۶). شرکت‌کننده دیگری اظهار داشت: «وقتی مریض در کنار خانوادش درمان میشه امکان بهبودی مریض بیشتره تا توی بیمارستان. چون ممکنه تو بیمارستان عفونت بیمارستانی بگیره، عوارض بگیره و هزاران مشکل براش ایجاد بشه. روحیه مریض در خانه بهتره. مریض‌هایی که معمولاً ساپورت خانوادگی خوبی داشتند از این طرح بسیار رضایت داشتند.» (ش. ۱۱). یکی از شرکت‌کنندگان در خصوص مزایای اقتصادی این طرح معتقد بود: «در خصوص مراقبت در منزل واقعاً توجه وجود داره که شما تخت بیمار رو در منزل تبدیل می‌کنی به تخت بیمارستانی که چند صد میلیون تومن هزینه ایجاد و راه‌اندازی اون هست و به راحتی می‌تونی بیمار رو مدیریت کنی و تحت درمان باشه. یکی از راهکارهای جدی و قطعی که ما برای کاهش بار کاری بیمارستان‌ها و مراکز درمانی

تجزیه و تحلیل مصاحبه با شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر نشان داد که مزایای طرح مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان شامل بهبود ارائه خدمت، کاهش هزینه‌ها، تحقق اهداف سلامت، مزایای فرهنگی و اجتماعی و فراهم بودن زیرساخت‌های لازم است. از نظر مصاحبه‌شوندگان در صورتی که خدمات مراقبت در منزل اجرا شود، مدت اقامت بیماران در بیمارستان کاهش می‌یابد، روند مراقبت آن‌ها پیگیری و از پذیرش‌های مجدد، مکرر و غیرضروری ایشان جلوگیری می‌شود. همچنین احتمال برگشت بیماریشان کاهش می‌یابد. یکی از شرکت‌کنندگان معتقد بود: «بعد از درمان اصلی بیماری، مراقبت پس از آن جزو مهم روند درمان است. مثل رسیدگی غذایی و دارویی، تعویض پانسمان، فیزیوتراپی و ... که ممکن است باعث مراجعه‌ی مجدد به بیمارستان شود. مانند عفونت‌ها، پای دیابتی و غیره که باید خدمات دیگری هم بگیرند که مستمر است و در نهایت بارکاری پرستاری

کنیم که در جامعه نگرده چرا نکنیم. یکی از راهکارهای محدود کردن شیوع کرونا چون دغدغه در حال حاضر دولت و وزارت بهداشت الان این موضوع هست، این هست که بتونیم افراد رو محدود کنیم که از خونه جابه‌جا نشوند. مخصوصاً بیماران سالمند که ضعف سیستم ایمنی و مشکلات متعددی دارند. این جابه‌جا نشدن هم به نفع خودشون و هم به نفع جامعه است. چون بیماری هم برای خودشون عوارض داره و هم چون ناقل اند افراد دیگری را هم مبتلا می‌کنند.» (ش. ۱۴).

داریم/ینه که تخت خانه بیمار رو تبدیل به تخت بیمارستانی کنیم. یکی از ساده‌ترین و شدنی‌ترین راه‌هاست. غیر از این هرکاری بکنیم مدام باید زمین بگیریم، بیمارستان بسازیم، تجهیز کنیم، کادر درمان تربیت کنیم و... در هر صورت من به نظرم با این اتفاق همیشه بیشتر به افراد جامعه کمک کرد.» (ش. ۱۴). همین شرکت‌کننده در خصوص مزایای فرهنگی و اجتماعی معتقد بود: «قطعاً اولین سودش رو جامعه میبیره. ترافیک کم میشه. بحث انتقال بیماری هست. وقتی ما می‌تونیم فضای خانه‌ی فرد رو ایزوله

جدول ۳: پالش‌های طرح مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان از دیدگاه ارایه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات

کدها	تم‌ها
<ul style="list-style-type: none"> - عدم تطبیق سیاست‌ها و برنامه‌ها با استانداردهای جهانی - فقدان پوشش بیمه - عدم نظارت دقیق بر طرح مراقبت در منزل - عدم تعریف درست نقش‌ها - جدی گرفته نشدن طرح - عدم حمایت طرح از سوی منابع قدرت - تغییر پست افراد تصمیم‌گیرنده - عدم حمایت از مراکز مراقبت در منزل - نبود نظارت در خصوص مراکز غیرمجاز مراقبت در منزل - تعارض منافع 	<p>۱. سیاست‌گذاری</p>
<ul style="list-style-type: none"> - مسئولیت سنگین در قبال بیمار - اعزام نیرو از بیمارستان بدون ضابطه قانونی - وجود مراکز مراقبت در منزل نامعتبر - مسایل اخلاقی 	<p>۲. قانونی و اخلاقی</p>
<ul style="list-style-type: none"> - کمبود بودجه - عدم تعریف دقیق تعرفه‌ها - کمبود منابع و تجهیزات - کمبود منابع خانواده بیمار - نبود انگیزه‌های اقتصادی 	<p>۳. اقتصادی</p>
<ul style="list-style-type: none"> - کمبود پرستار مراقبت در منزل - چالش آموزش ارایه‌دهندگان مراقبت در منزل - مراقبت در منزل به‌عنوان شغل دوم افراد ارایه‌دهنده‌ی خدمت - مقاومت پزشکان 	<p>۴. نیروی انسانی</p>
<ul style="list-style-type: none"> - مقاومت بیمار و خانواده - آگاهی ضعیف خانواده‌ی بیمار در تعامل با کادر درمان - توقعات خارج از چارچوب بیمار - چالش ارتباطی بیمارستان با مراکز مراقبت در منزل 	<p>۵. فرهنگی - اجتماعی و ارتباطی</p>
<ul style="list-style-type: none"> - عدم جامعیت بسته خدمتی در خانه - تفاوت در کیفیت ارایه خدمت - عدم دسترسی مراکز مراقبت در منزل به پرونده بیماران در بیمارستان 	<p>۶. محدودیت در ارایه خدمت</p>
<ul style="list-style-type: none"> - رفت و آمد به منزل بیمار - زمانبر بودن جا افتادن خدمات - عدم فراگیری جغرافیایی - ضعف در مدیریت زمان 	<p>۷. محدودیت‌های زمانی و مکانی</p>

از مهمترین چالش‌هایی که توسط شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌های پژوهش حاضر مطرح شد، چالش سیاست‌گذاری در خصوص خدمات مراقبت در منزل بود. به عقیده‌ی اکثر شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ی حاضر، بسیاری از مشکلات ارایه خدمات مراقبت در منزل باید در راس هرم برنامه‌ریزی این خدمات برطرف شوند. یکی از شرکت‌کنندگان در خصوص فقدان سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی همه‌جانبه در این طرح گفت: «کلیت طرح خیلی خوبه ولی وقتی وارد عمل می‌شویم چون همه‌جانبه بهش فکر نشده به مشکل برمی‌خوریم.» (ش. ۹). یکی از وظایف مهم سیاست‌گذاران، پوشش نیازهای بهداشتی و سلامتی آحاد جامعه توسط بیمه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان است. یکی از شرکت‌کنندگان معتقد بود: «در کل اگر قرار است خدمتی ارایه شود، منوط به این است که مشمول بیمه شود. یعنی اگر بخواهند کار موثر و درستی درباره مراقبت در منزل انجام بدهند و اتفاق مثبتی برای این قضیه بیفتد باید اول مشمول بیمه شود که هنوز موفق نشده‌اند.» (ش. ۷). شرکت‌کننده دیگری اظهار کرد: «نقش بیمارستان یک نقش واسطه است. اگر بیمارستان بخواهد نقش پررنگتری داشته باشد، الزاماً در انتخاب خود بیمارستان نیست. به نظر من در گرو این است که سیاست بالاتر چه جور تعریف میشه و بعد چه نقشی رو برای بیمارستان‌های مختلفش تعریف بکنه. نقشش پیگیریه؟ چه جوریه؟ سامانه باشه؟ یا به نفری رو بذاریم تلفن‌ها رو جواب بده، سایت رو چک بکنه؟ چکار بکنیم که بتونه کمک بکنه.» (ش. ۶). به علاوه جدی گرفته نشدن طرح هم چالشی بود که شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند: «باید بگم که به وقت‌هایی ما می‌آییم براساس تکست‌ها، براساس پایان‌نامه‌ها، براساس کارهایی که در سطح جهان شده به چیزی رو بر می‌داریم و در همون وسط راه ولش می‌کنیم، ره‌اش می‌کنیم ولی اگر قرار بر اجرا باشه باید روی این‌ها کار بشه، کاری که قبلی‌ها انجام دادند، مراقبت ارزیابی بشه و مرتباً کارهای تکمیلی انجام بشه.» (ش. ۸).

چالش دیگر از دیدگاه افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، چالش قانونی و اخلاقی بود. در این خصوص شرکت‌کننده‌ای اظهار کرد: «مهمترین چالش، چالش قانونیه. این طرح می‌گه مریض بره خونه، اگر برای مریض در خانه اتفاقی بیفتد فرداً از بیمارستان شکایت کنند چه مشکلی پیش می‌اد؟ پزشک همیشه داره به این فکر می‌کنه. بنابراین مریض‌هایی رو انتخاب می‌کردن که راحت‌تر می‌تونستند تو خونه باشند یعنی کار آن‌چنانی تو خونه نداشتند. ولی اگر بیمارستان یک مریض آی‌سی‌یوی طولانی مدت رو بخواد بفرسته خونه شاید عوارضی داشته باشه.

بنابراین، این یک چالش‌هایی داره که بزرگترین چالشش، چالش قانونیه.» (ش. ۱۱). چالش دیگر در این مطالعه چالش اقتصادی بود. یکی از شرکت‌کنندگان در خصوص نحوه‌ی تامین بودجه‌ی این طرح گفت: «در پروژه‌ای مقطعی یک پولی وزارتخانه گذاشت، گفت اگر مریضی رفت خونه، ما این هزینه‌ها رو پرداخت می‌کنیم. این برنامه بلندمدتی نبود و کنسل شد. یعنی اصلاً به‌عنوان یک برنامه‌ی کلی بهش نگاه نکنید. اون مقطعی بود. یک پولی گذاشتند کمتر از یک سال هم جمع شد. این پروژه هم پوشش بیمه نبود پولی بود که وزارت بهداشت خودش گذاشته بود برای این طرح.» (ش. ۲). یکی از شرکت‌کنندگان در خصوص واقعی دیده نشدن تعرفه‌ها در این طرح گفت: «بحث مهمی که وجود داره بحث تعرفه است. بالاخره پزشکی که میره و میاد و یک بیمار رو ویزیت می‌کنه با پزشکی که در بیمارستان یا مرکز درمانی چندین بیمار رو پشت سر هم ویزیت می‌کنه، انتظارش برای دریافت وجه متفاوت هست. بنابراین میزان تعرفه‌ای که این چنین خدمات داره سه چهار برابر تعرفه در مطب هست. به اتفاقی که در این پروژه افتاده بود این بود که تعرفه‌ها واقعی دیده نشده بود، متناسب با تعرفه‌های بیمارستانی بود. در صورتی که اصلاً سازوکار محاسبه‌ی تعرفه‌ی مراجعه به منزل متفاوت. یعنی حتماً شما در مراجعه به منزل از کسانی که اهل فن هستن کمک بگیرید که مثلاً هزینه‌های این روند شامل چه مواردی میشه که از لحظه‌ای که این فرایند وارد سامانه میشه هزینه بره، از اون تیمی که نشستند دارند مدیریت می‌کنند این فرایند رو هزینه داره تا انتخاب پزشک، مسافت رفتن، مدت زمان انتظارش، انجام پروسیجرها، مدت زمان برگشت. یعنی این‌ها در تعرفه باید محاسبه بشه.» (ش. ۱۴).

چالش دیگر از منظر شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، چالش مربوط به نیروی انسانی بود. در مصاحبه‌های انجام شده در پژوهش حاضر اشاره شد که بیشتر پرستاران با تجربه‌ی مراقبت در منزل، یک شیفت را در بیمارستان و بقیه روز را به ارایه خدمات مراقبت در منزل مشغولند. این موضوع روی توان و نیروی فرد ارایه‌دهنده‌ی خدمت و در نتیجه کیفیت ارایه این خدمت تاثیرگذار است. یکی از شرکت‌کنندگان در این خصوص گفت: «اکثر کادر ارایه‌دهنده‌ی خدمات مراقبت در منزل به واسطه‌ی یک کار فرابرنامه‌ای روتین‌شون این خدمات رو ارایه میدن، چون عموماً این‌ها جای دیگر هم شاغل‌اند و به‌عنوان کار دومشون میان این کار رو انجام می‌دهند.» (ش. ۱۴).

چالش دیگر در مطالعه‌ی حاضر، چالش فرهنگی و اجتماعی و ارتباطی بود.

در خصوص مقاومت بیمار و خانواده‌ی وی شرکت‌کننده‌ای گفت: «فرهنگ استفاده برای مردم هم خیلی مهمه. مثلاً توی بیمارستان من یادمه خیلی از افراد قبول نمی‌کردند و ما می‌گفتیم می‌تونید برید خونه و همون خدمتی که این‌جا می‌گیرید تو خونه بگیرید و آن‌ها می‌گفتند نه شما می‌خواهید مریض ما روزودتر ترخیص کنید.» (ش. ۱).

چالش بعدی محدودیت در ارایه خدمات بود. یکی از شرکت‌کنندگان در این خصوص گفت: «در بیمارستان یک پکیجی از خدمات در کنار هم وجود داره. یعنی از خدمات تصویربرداری تا آزمایشگاه و موارد متعدد پاراکلینیک در کنار هم مجتمع هستند و زمان کمتری برای پزشک و اون کسی که پلن درمانی می‌خواد بداره طول می‌کشه که این خدمات پاراکلینیک گرفته بشه و در اختیارش قرار داده بشه ... بعضی از خدمات که نیاز به پاراکلینیک بیشتر و توسعه یافته‌تری دارند، مثلاً مادام باید پتاسیم و سدیم بیمار چک بشه و براساس اون پلن درمانی رو ادامه داد یا خیر، خدمت در منزل شاید واقعاً خدمت مناسبی نباشه.» (ش. ۱۴).

چالش آخر محدودیت‌های زمانی و مکانی بود. یکی از شرکت‌کنندگان در خصوص عدم فراگیری جغرافیایی این خدمات گفت: «شرکت‌ها همه مناطق تهران رو کاور نمی‌کردند. خیلی از مناطق تهران دوردسته، به‌علاوه ما در تهران تعداد بسیار زیادی از بیمار نمونه از شهرستان‌ها مراجعه می‌کنند. راهی برای پوشش مریض‌های شهرستانی نداشتیم.» (ش. ۱۱).

بحث

یافته‌های حاصل از نتایج مصاحبه‌ها نشان می‌دهد که از نظر مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، مراقبت در منزل بخش مهم نظام سلامت است و اجرای آن دارای مزایا و فواید مختلفی است. در صورتی که خدمات مراقبت در منزل اجرا شود، مدت اقامت بیماران در بیمارستان کاهش می‌یابد و در نتیجه اجرای مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان باعث کاهش اشغال تخت و کاهش بار کاری بیمارستان‌ها می‌شود. با افزایش مداخلات پرستاری در محیط خانه و اجتماع و پیگیری مکرر بیماران، احتمال بازگشت بیماری و بستری مجدد در بیمارستان نیز کاهش می‌یابد. مطالعه‌ی انجام شده توسط Weerahandi و همکاران در سال ۲۰۲۰ نشان داد که افرادی که بعد از ترخیص از خدمات مراقبت در منزل استفاده کرده‌اند، نسبت به افرادی که تمام طول درمان خود را در بیمارستان گذرانده‌اند، نرخ بستری مجدد کمتری دارند (۸).

از سوی دیگر با کاهش پذیرش و مدت اقامت بیماران مزمن در بیمارستان‌ها و همچنین ترخیص زودتر و انتقال خدمات ایشان به منزل، صف انتظار برای کسانی که خواهان دریافت خدمات بیمارستانی هستند کاهش می‌یابد. به‌علاوه واضح است که هرچه بیماران کمتر در بیمارستان اقامت داشته باشند، احتمال ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی و عوارض جابه‌جایی و انتقال بیماران به بیمارستان کاهش می‌یابد. این موضوع خود به تنهایی بر افزایش کیفیت خدمات ارایه شده و در نتیجه افزایش رضایت بیمار و خانواده وی تاثیرگذار است. مطالعه‌ی Paskudzka و همکاران در سال ۲۰۲۰ در خصوص مشاوره‌ی تلفنی پس از ترخیص که در دوران همه‌گیری ویروس کرونا انجام شد، نشان داد که این خدمات برای اکثر بیماران رضایت‌بخش بود. بیماران احساس راحتی و امنیت می‌کردند و با وجود محدودیت‌های ناشی از همه‌گیری مداوم ویروس کرونا، می‌توانستند با خیال راحت با پزشک خود تماس بگیرند و در مورد وضعیت سلامتی خود مشورت کنند (۹). همچنین در بُعد کاهش هزینه‌ها نتایج مطالعه‌ی انجام شده در سال ۲۰۱۹ در کشور آمریکا نشان می‌دهد که بیمارانی که واجد شرایط استفاده از خدمات مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان بوده‌اند، هزینه‌های کمتری را نسبت به بیماران بستری برای بخش مدیکر نظام سلامت آمریکا ایجاد می‌کردند. البته در این مطالعه مشخص شد که کسانی که از سیستم مراقبت در منزل استفاده می‌کردند، میزان بستری مجدد بیشتری دارند (۱۰).

یکی از مهمترین چالش‌های مربوط به ارایه خدمات مراقبت در منزل، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی ارایه این خدمات است. یافته‌های شهسواری و همکاران نشان داد که روش‌های سیاست‌گذاری می‌تواند بر ارایه خدمات سلامت به مراجعان تاثیر بگذارد. خود این مضمون شامل سه مقوله‌ی «استفاده از مدیریت چندبُعدی در ساختار نظام سلامت»، «با در نظر گرفتن نقش پرستاران به عنوان محور تیم مراقبت در منزل» و «ضرورت جامعه‌گرایی در نظام سلامت» است (۱۱). طبق مطالعه‌ی Jarrin و همکاران، ایجاد پایگاه داده برای مراقبت در منزل، طراحی سیستم‌های مراقبتی بهتر، توسعه مدیران در تمام سطوح و مسایل مربوط به پرداخت‌ها و سیاست‌گذاری‌ها از جمله موضوعاتی هستند که به منظور ارایه هرچه بهتر خدمات مراقبت در منزل باید مورد توجه قرار گیرند (۱۲).

مطالعه‌ی Daliri و همکاران بیان کرده است که موثرترین مداخلات، مداخلاتی هستند که بر همکاری بین مراقبت‌های ثانویه و اولیه با ترکیب یک استراتژی خاص پس از ترخیص تمرکز دارند (۱).

مسئولیت ارایه خدمات مراقبت در منزل به بیمار بالاست. به علاوه ممکن است پرستارانی که به منازل بیماران رفت و آمد می‌کنند، دچار مسایل امنیتی از جمله خشونت شوند. یافته‌های مطالعه‌ی همتی و همکاران نشان داد که یکی از چالش‌های مهم پیش روی مراقبت در منزل، احساس ناامنی پرستاران هنگام حضور در محیطی ناآشناست. پرداختن به مسایل امنیتی مراقبت‌های پرستاری در منزل موضوعی حیاتی است که از برخی چالش‌ها برای پرستاران جلوگیری می‌کند. بنابراین توجه به تمهیدات حضور پرستاران برای انجام مداخلات مراقبتی در منزل از جمله امنیت، موضوعی است که باید مورد توجه مدیران پرستاری قرار گیرد (۱۳). 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 ضابطه‌ی قانونی بود. یافته‌های پژوهش علانی و همکاران نشان داد که به دلیل ضعف ارتباط بین سیستم‌های بهداشتی درمانی و مراکز مراقبت در منزل، ارجاع به این مراکز جهت دریافت خدمات پرستاری محدود می‌باشد (۱۴).

بودجه‌ی نظام سلامت، موضوعی بسیار مهم و چالش برانگیز در حوزه‌ی سلامت است. نحوه‌ی تخصیص بودجه به دستگاه‌ها، برنامه‌ها و اقدامات مختلف نشان‌دهنده‌ی دغدغه‌ها و جهت‌گیری‌های فکری دولت برای حل مسایل و مشکلات این حوزه است. در این خصوص مطالعه‌ی ولی‌زاده و همکاران هزینه بالای خدمات مراقبت در منزل برای بیماران، سیاست‌های مالی ناکارآمد برای حمایت از مددکاران اجتماعی و بیماران، عدم پوشش هزینه‌های خدمات مراقبتی توسط سازمان‌های بیمه‌گر، هزینه بالای تجهیزات پزشکی غیرقابل اجاره، نبود بودجه‌ی مناسب برای مراکز ارایه‌دهنده‌ی خدمات مراقبتی در منزل به منظور ارایه خدمات مبتنی بر فناوری را از جمله مشکلات اقتصادی ارایه خدمات مراقبت در منزل بیان می‌کند (۱۵). همچنین تعرفه‌گذاری خدمات سلامت، یکی از مهمترین ابزارهای اقتصادی موثر بر دسترسی، کارایی و کیفیت خدمات سلامت است. شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی حاضر معتقد بودند که تعرفه‌ی خدمات مراقبت در منزل به عنوان یکی از ابزارهای مهم اقتصادی به درستی تعیین نشده است و این موضوع می‌تواند بر انگیزه‌های اقتصادی ارایه‌دهندگان خدمات مراقبت در منزل بسیار تاثیرگذار باشد. چراکه عواملی از جمله رفت و آمد ارایه‌دهندگان به منزل بیمار و بازه زمانی متفاوت از خدمات بیمارستانی و انواع خدمت و سرویس لازم در خانه بیمار بر تعرفه این خدمات موثر است. نتایج مطالعه انجام شده در

سال ۲۰۲۰ در کشور آمریکا نشان می‌دهد که استفاده از خدمات مراقبت در منزل به طور فزاینده‌ای به ویژه در طول دوران شیوع ویروس کرونا در حال افزایش بوده است. همچنین یافته‌های این مطالعه حاکی از آن بود که اصلاح سیستم‌های پرداخت به بیمارستان‌ها جهت ترخیص بیماران برای استفاده از خدمات مراقبت در منزل فشار می‌آورد (۱۶).

به عقیده‌ی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر موضوع مهم فرهنگی، اجتماعی و ارتباطی در خصوص بیمار و خانواده این است که ممکن است خانواده‌ی بیمار آگاهی مناسبی در تعامل با کادر درمان نداشته باشند. این موضوع می‌تواند باعث چالش در روابط بین ارایه‌دهندگان و گیرندگان خدمات شود. نتیجه یک مطالعه انجام شده بر روی پرستاران مراکز مراقبت در منزل بیان می‌کند که پرستار مراقبت در منزل جهت ارایه خدمات مراقبت با کیفیت و ایمن به بیمار در منزل خودش لازم است دارای صلاحیت بررسی جامع مراقبتی باشد به این معنا که بتواند بیمار، خانواده و منزل بیمار را به طور کامل بررسی کند و مراقبت از بیمار را مدیریت نماید. پرستاران مراقبت در منزل ضروری است بتوانند فرهنگ بیمار و خانواده را شناسایی نمایند و بر اساس فرهنگ آن‌ها به طور صحیح و صمیمی ارتباط برقرار کنند تا بیمار احساس امنیت و اعتماد کند (۶). نتایج مطالعه‌ی Hestevik و همکاران در سال ۲۰۱۹ بر اهمیت ارزیابی و برنامه‌ریزی، اطلاعات و آموزش، آماده‌سازی محیط خانه، مشارکت سالمند و مراقبان و حمایت از خود مدیریتی در فرایندهای ترخیص و پیگیری مراقبت در منزل تاکید می‌کند. همچنین در این مطالعه اشاره می‌کند که ارتباط بهتر بین افراد مسن، ارایه‌دهندگان بیمارستان و ارایه‌دهندگان مراقبت در منزل برای بهبود هماهنگی مراقبت و تسهیل بهبودی در خانه مورد نیاز است (۴).

لازم به ذکر است که عدم دسترسی به منابع به روز به علت پرداختن و حل چالش‌های مراقبت در منزل در کشورهای دیگر در سال‌های گذشته دور و نیز پرداختن به این موضوع در ایران به اندازه کافی، هم‌زمانی انجام مصاحبات با دوره همه‌گیری ویروس کرونا و عدم دسترسی به لیست کامل دریافت‌کنندگان خدمات و اکتفا به مصاحبه تلفنی با ایشان از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که ارایه خدمات مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان باعث بهبود ارایه خدمت، کاهش هزینه‌ها و تحقق اهداف سلامت

تعریف شود و سپس بر اساس این عوامل، اقدامات مهم بعدی از سمت دولت از جمله تخصیص بودجه‌ی مناسب، تامین نیرو، تعیین روش پرداخت، هماهنگی با بیمه و نیز سایر سازمان‌ها به طور اصولی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، حاصل بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با عنوان «بررسی وضعیت اجرای طرح مراقبت در منزل از دیدگاه دریافت‌کنندگان و ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی در دانشگاه علوم پزشکی تهران: یک مطالعه کیفی» مصوب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق IR.TUMS.SPH.REC.1398.322 می‌باشد. از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

می‌شود و نیز در ابعاد مختلف فرهنگی و اجتماعی به سود بیمار، جامعه و دولت است. از سوی دیگر به دلیل وجود موانع و چالش‌های مختلف از جمله در زمینه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی ارایه خدمت، مسایل قانونی و اخلاقی، نحوه‌ی تخصیص بودجه، عدم پوشش هزینه‌ها توسط بیمه و نیز عدم تعیین درست تعرفه‌ها، ارایه این خدمات در حال حاضر محدود است. با توجه به نقش مهم خدمات مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان در تکمیل فرایند ارایه خدمات بهداشتی و درمانی به بیماران، به نظر می‌رسد که برنامه‌ریزی جهت ارزیابی و رفع چالش‌ها و موانع پیش روی این خدمات امری ضروری است. پیشنهاد می‌شود که ابتدا طبق یک برنامه‌ریزی دقیق و جامع، عوامل مهمی از جمله گروه‌های هدف این خدمات، بسته‌های خدمتی قابل ارایه در سطوح مختلف، فرایند ارایه خدمات، تعرفه‌ی استاندارد هر خدمت، و نیز ساختار سازمانی مناسب

References

1. Daliri S, Hugtenburg JG, Ter-Riet G, Van-Den-Bemt BJ, Buurman BM, Scholte-Op-Reimer WJ, et al. The effect of a pharmacy-led transitional care program on medication-related problems post-discharge: A before—after prospective study. *PloS One* 2019; 14(3): e0213593.
2. Kisa S. Turkish nurses' concerns about home health care in Turkey. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2008; 25(4): 97-106.
3. Lawrence J, Walpola R, Boyce SL, Bryant PA, Sharma A & Hiscock H. Home care for bronchiolitis: A systematic review. *Pediatrics* 2022; 150(4): e2022056603.
4. Hestevik CH, Molin M, Debesay J, Bergland A & Bye A. Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: A qualitative metasummary. *BMC Health Services Research* 2019; 19(1): 224.
5. Madigan EA. A description of adverse events in home healthcare. *Home Healthcare Nurse* 2007; 25(3): 191-7.
6. Jafarigol M, Navipour H & Sadooghi-Asl A. Care comprehensive assessment in home health care: Qualitative content analysis. *Iranian Journal of Nursing Research* 2022; 16(6): 24-32[Article in Persian].
7. Nursing Department of Ministry of Health and Medical Education of Iran. Guidelines for the establishment of home care units located in hospitals. Available at: <https://darman.sums.ac.ir/Dorsapax/userfiles/Sub132/Form/parastari/1-dastorolamal-tasis-vahed-moraghebat-dar-manzel-mostaghar-dar-bimarestan.pdf>. 2016.
8. Weerahandi H, Bao H, Herrin J, Dharmarajan K, Ross JS, Jones S, et al. Home health care after skilled nursing facility discharge following heart failure hospitalization. *Journal of the American Geriatrics Society* 2020; 68(1): 96-102.
9. Paskudzka D, Kolodzinska A, Cacko A, Stolarz P, Lyżwinski L, Opolski G, et al. Telephone follow-up of patients with cardiovascular implantable electronic devices during the coronavirus disease 2019 pandemic: Early results. *Kardiologia Polska* 2020; 78(7-8): 725-31.
10. Werner R, Coe N, Qi M & Konetzka R. Patient outcomes after hospital discharge to home with home health care vs to a skilled nursing facility. *JAMA Internal Medicine* 2019; 179(5): 617-23.
11. Shahsavari H, Nikbakht-Nasrabadi AR, Almasian M, Heydari H & Hazini AR. Exploration of the administrative aspects of the delivery of home health care services: A qualitative study. *Asia Pacific Family Medicine* 2018; 17(1): 1.

12. Jarrin OF, Ali-Pouladi F & Madigan EA. International priorities for home care education, research, practice, and management: Qualitative content analysis. *Nurse Education Today* 2019; 73(1): 83-7.
13. Hemati Z, Namnabati M & Taleghani F. Challenges for infants' home care: A qualitative study. *International Journal of Pediatrics* 2016; 4(6): 1885-94.
14. Alaei S, Alhani F & Navipour H. Role of counseling and nursing care services centers in reducing work loads of hospitals: A qualitative study. *Koomesh* 2017; 19(2): 475-83[Article in Persian].
15. Valizadeh L, Zamanzadeh V, Saber S & Kianian T. Challenges and barriers faced by home care centers: An integrative review. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2018; 7(3): e83486.
16. Li J, Qi M & Werner RM. Assessment of receipt of the first home health care visit after hospital discharge among older adults. *JAMA Network Open* 2020; 3(9): e2015470.

Explanation of the Benefits and Challenges of Home Care Plan after Hospital Discharge: A Qualitative Study

Zeinab Hashemzadeh¹ (M.S.), Farhad Habibi² (Ph.D.), Hossein Dargahi³ (Ph.D.),
Mohammad Arab^{4*} (Ph.D.)

1 Master of Science in Healthcare Services Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Ph.D. in Healthcare Services Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Professor, Department of Health Management & Economics, Health Information Management Research Center, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Professor, Department of Health Management & Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Received: 10 Aug. 2022

Accepted: 21 Jan. 2023

Background and Aim: Home care is an alternative method of hospitalization, especially for chronic patients and is an innovative approach to improve care and reduce the costs of hospital readmissions. The present study was conducted with the aim of investigating the benefits and challenges of implementing the home care plan after being discharged from the hospital considering the perspective of health service recipients and providers at Tehran University of Medical Sciences in 2021.

Material and Methods: The present study is an applied research that was conducted qualitatively using structured and semi-structured interviews. The research sample was those responsible for the implementation of this project at the ministry and university level, the implementers of this project in 4 hospitals, 5 institutions providing home care services, and family of patients. Twenty-eight people from the research community were included in the study using the purposeful and snowball sampling method. Content analysis method was used to analyze the interview data. MAXQDA2020 software was used for data classification.

Results: The results were classified into two categories: benefits and challenges of the home care plan after discharge. A total of 61 open codes were extracted from the analysis of research interviews, so that 27 codes led to the identification of 5 themes (Including improving service delivery, reducing costs, achieving health goals, cultural and social benefits, providing the necessary infrastructure) in the benefits and 34 codes led to the identification of 7 themes (including policy-making, legal and ethical, economic, manpower, cultural-social-communication, service provision limitations and time and place limitations) in the challenges.

Conclusion: The result of this research showed that home care services after being discharged from the hospital play an important role in completing the provision of healthcare services. Home care services after being discharged from the hospital improves service delivery, reduces costs, and helps in achieving health goals. It also benefits patients, society and the government in various cultural and social fields. On the other hand, it seems that there are challenges in the political, legal, economic and cultural fields in the way of the optimal implementation of this plan. Therefore, planning to evaluate and solve the problems facing these services is essential.

Keywords: Home Care, Nursing Home Care, Discharge, Hospital, Tehran University of Medical Sciences

* Corresponding Author:

Arab M

Email:

arabmoha@tums.ac.ir