

Summer 2024, Volume 2, Issue 2

Barriers of Home Nursing Care Plane in Iran: A Systematic Review

Hajar Sadeghi¹, Narges Arsalani², Yazdan Shabani³, Masoud Fallahi-Khoshknab^{4*}

1- PhD Candidate, Nursing Department, School of Behavioral Sciences and Mental Health, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2- Associate Professor of Nursing, Iranian Research Center on Aging, Nursing Department, School of Behavioral Sciences and Mental Health, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3- General physician, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

4- Professor of Nursing, Nursing Department, School of Behavioral Sciences and Mental Health, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding author:** Masoud Fallahi-Khoshknab, Professor of Nursing, Nursing Department, School of Behavioral Sciences and Mental Health, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
Email: fallahi@uswr.ac.ir

Received: 2022/08/20

Accepted: 2023/04/1

Abstract

Introduction: One of the main components of community-based care services, which can help to involve families in patient care and self-care, is home care services. This study was conducted with the aim of reviewing the literature related to the barriers to home care in Iran.

Methods: In this systematic review, all articles related to the study objectives, published until March 2021, were examined. An extensive search using the keywords "home care", "Iran's health system" and their combination with the keywords "barriers", "implementation", "nursing" and "Iran", "Home care", "Palliative care", "Nursing home" "care", "Iranian health system" and combining with the keywords "barrier", "Iran", "practice", "nursing" in valid databases as SID, Iran Medex, Iran Doc, Magiran, Science Direct, Medline/PubMed, Web of Science, Scopus, ProQuest, Google Scholar, and Cochrane library was done. Inclusion criteria were articles in English or Farsi, quasi-experimental, questionnaire, qualitative and was relevant to the objectives of the study. Exclusion criteria were review articles, posters, speeches and letters to the editor.

Results: Infrastructural problems such as non-availability of social platform, uncertainty of service coverage by universal insurance, non-availability of virtual communication platforms, educational system problems, inter-professional and inter-departmental cooperation problems, accreditation, management factors and related to specialists and the lack of guidelines, lack of competence of some nurses in providing home care services, lack of information about the context and family culture of patients, lack of job security, unsafe home environment for nurses, unsuitable environment for performing some nursing services and Medicine was the main barriers of nursing care at home in Iran.

Conclusions: Nursing care plan at home is possible through policy making, reforms and providing infrastructure, defining it in Iran's health system, reassuring the people, benefiting from the capacity of mass media and medical staff, and introducing it on official websites.

Keywords: Home care, Nursing, Care systems, Iran, Barrier.

موانع اجرای مراقبت پرستاری در منزل در ایران: یک مرور سیستماتیک

هاجر صادقی^۱، نرگس ارسلانی^۲، یزدان شعبانی^۳، مسعود فلاحی خشکناپ^{۴*}

- ۱- دانشجوی دکترا، گروه پرستاری، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
 ۲- دانشیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، گروه پرستاری، دانشکده علوم رفتاری و بهداشت روان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
 ۳- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
 ۴- استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: مسعود فلاحی خشکناپ، استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

ایمیل: fallahi@uswr.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۵/۲۹

چکیده

مقدمه: یکی از اجزای اصلی خدمات مراقبت مبتنی بر جامعه، که می تواند به درگیر کردن خانواده ها در مراقبت از بیمار، و خودمراقبتی کمک کند، خدمات مراقبت در منزل (Home Care) است. این مطالعه با هدف بررسی متون مرتبط به موانع اجرای مراقبت در منزل در ایران انجام گردید.

روش کار: در مرور سیستماتیک حاضر کلیه مقاله های مرتبط با اهداف مطالعه، چاپ شده تا مارس ۲۰۲۱ بررسی شد. جست و جو در پایگاه، Science Direct، Magiran، Iran Doc، Iran Medex، SID، PubMed، Web of Science، Scopus، ProQuest، Google Scholar، Cochrane library، Home care، "Palliative care"، "Nursing home care"، "Iran"، "practice"، "nursing"، "Iran"، "barrier" انجام یافت. معیارهای ورود، مقاله های به زبان انگلیسی یا فارسی، شبه تجربی، پرسشنامه ای، کیفی و مرتبط با اهداف مطالعه بود. معیارهای خروج، مقاله هایی به صورت مروری، پوستر، سخنرانی و نامه به سردبیر بود.

یافته ها: مشکلات زیر ساختی از قبیل: فراهم نبودن بستر اجتماعی، نامشخص بودن پوشش خدمات توسط بیمه همگانی، فراهم نبودن بسترهای ارتباطات مجازی، مشکلات سیستم آموزشی، مشکلات همکاری بین حرفه ای و بین بخشی، اعتبار بخشی، عوامل مدیریتی و مرتبط با متخصصین و عدم وجود دستورالعمل ها، عدم صلاحیت برخی از پرستاران در امر ارائه خدمات مراقبت در منزل، عدم اطلاعات در مورد بافت و فرهنگ خانوادگی بیماران، عدم امنیت شغلی، امن نبودن محیط منزل برای پرستار، نامناسب بودن محیط برای انجام برخی از خدمات پرستاری و پزشکی، موانع اجرای مراقبت پرستاری در منزل (Nursing Home Care) بود.

نتیجه گیری: اجرای طرح مراقبت پرستاری در منزل، نیازمند سیاست گذاری، اصلاحات و فراهم نمودن زیرساخت، تعریف آن در نظام سلامت ایران، اطمینان بخشی به مردم، بهره مندی از ظرفیت رسانه های ارتباط جمعی و کادر درمانی، معرفی در سایت های رسمی امکان پذیر است.

کلیدواژه ها: مراقبت در منزل، پرستاری، سیستم های مراقبتی، ایران، موانع.

مقدمه

پرستاران به عنوان یکی از ارکان اساسی ارائه خدمات مراقبت در منزل، به شمار می روند (۱). واژه مراقبت پرستاری در منزل، ریشه در باز دیده های منزلی دارد که در اواخر سده ۱۷۰۰ میلادی، توسط افراد مذهبی از بیماران فقیر و بی بضاعت به عمل می آمد. در ۱۷۹۶ داروخانه های عمومی بوستون ارائه دهنده خدمات Home Care (HC) در ایالات متحده بودند (۲). در اواخر سده ۱۸۰۰ میلادی خدمات HC به وسیله افراد عادی در منزل برای بیماران انجام می گرفت و در سال ۱۸۸۷ پرستاران کارشناس برای خدمات HC استخدام شدند (۳). ارائه NHC عبارت است از خدمات اجتماعی و سلامتی در همه سطوح پیشگیری (۴) و شامل خدمات پرستاری، پزشکی، توانبخشی و اجتماعی است که در سطوح پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه برای مددجویان فراهم می شود (۵). مفهوم سلامتی در خدمات HC، همه ابعاد انسان را در بر می گیرد، و انسان به عنوان یک کل در نظر گرفته می شود (۶).

دستورالعمل های اجرایی ارائه خدمات پرستاری در منزل، در کشورهای دنیا تفاوت دارند (۷) و مددجو به عنوان عضوی فعال، در برنامه ریزی ارائه خدمات مراقبتی می باشد (۸) و باعث کاهش طول مدت بستری، بستری مجدد، عوارض بیمارستانی، مراجعات مکرر به بخش اورژانس، کوتاه شدن زمان انتظار در مراکز درمانی، خالی شدن تخت های ویژه و صرفه جویی در هزینه های سلامتی و کیفیت بالای زندگی برای افراد می شود (۹).

رسالت اصلی ارائه خدمات HC حفظ و برگرداندن استقلال بیمار (۱۰) و تقویت حس خودمراقبتی در مددجویان و خانواده ها است (۱۱). تغییرات در نگرش اجتماعی، عقاید، ارزش ها و رفتارهای خانواده ها پذیرای خدمات HC شده است (۱۲). این خدمات به دو صورت NHC مبتنی بر بیمارستان و مبتنی بر جامعه، برای مددجویان انجام می شود (۱۳). خدمات HC باعث تغییر شیوه زندگی افراد با بیماری های مزمن، افراد ترخیص شده از بیمارستان که نیازمند تداوم خدمت هستند، بیماران در حال احتضار، افراد دچار معلولیت های ذهنی، سالمندان، معلولین جسمی و ذهنی، که می توانند به صورت مستقل زندگی کنند و کودکان با نیازهای ویژه، می گردد (۱۴). HC برای بسیاری از افرادی که دوره حاد یک بیماری را پشت سر گذاشته اند

و سالمندان یک ضرورت است (۱۵).

پرستار HC حمایت های سلامتی و آموزشی از مددجویان و خانواده ها در منزل را به عمل می آورد (۱) و مددجویان یا مراقبین همراه با پرستار در امر مراقبت و طراحی برنامه مراقبتی درگیر هستند (۱۷، ۲۵). HC نیازمند پرستارانی با دانش و مهارت های ویژه است که خدماتی با کیفیت بالا و مقرون به صرفه به بیماران ارائه دهند و با طراحی برنامه مراقبتی مناسب با اهداف مراقبتی، همدلی، همکاری و هماهنگی با تیم ارائه دهنده مراقبت، داشته باشند (۱۶، ۱۷). سازمان بهداشت جهانی، برای تقویت نقش مددجویان در مراقبت از خود و مشارکت آنها در برنامه های سلامت محور اقدامات مهمی انجام داده است (۱۸). به علت مزیت های HC برای فرد، جامعه و نظام سلامت، امروزه این نوع مراقبت در دنیا مورد توجه قرار گرفته است. در بسیاری از کشورهای اروپایی، این خدمات، توسط موسسات، با مجوزهای مختص آن خدمت، ارائه می شود، ولی در اکثر موارد خدمات پرستاری به صورت جامع، توسط یک موسسه ارائه می شود و منجر به ارتقای سلامت، کاهش هزینه ها، و بهبود کیفیت خدمات، شده است (۱۹). ایران مانند سایر کشورهای جهان با افزایش شیوع بیماری های مزمن و پدیده سالمندی مواجهه است (۲۰) و خدمات سلامتی را از طریق شبکه های بهداشت و درمان ارائه می دهد (۲۱). در سال ۱۳۷۹ شمسی، دولت وقت تصمیم به اصلاحاتی در حوزه نظام سلامت با دیدگاه جامعه نگری گرفت، که با وجود پیگیری، این مهم هرگز به واقعیت تبدیل نشد. آیین نامه تاسیس مراکز ارائه خدمات NHC، در نظام سلامت ایران توسط دفتر پرستاری وقت پیشنهاد و آیین نامه مراکز ارائه خدمات پرستاری در منزل، به شماره ۲۴۵۹۸/ک مورخ ۱۳۷۸/۷/۱۷ به تصویب رسید (۲۲). بر اساس آمارهای غیر رسمی، در دنیا به ازاء هر ۲۷۰۰۰ نفر جمعیت، یک مرکز NHC وجود دارد، در حالی که، در ایران به ازاء هر ۴۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، یک مجوز ارائه خدمات NHC، اعطا شده است، که در ابتدا حدود ۷۰۰-۸۰۰ مجوز ارائه خدمات NHC صادر شد که بسیاری از این مراکز در طول زمان غیرفعال شده اند. در شرایط کنونی، آمار دقیقی از مراکز NHC، نحوه ارائه خدمات و مشکلات و چالش های پیش روی آنها وجود ندارد (۲۳). در ایران تعداد محدودی از پرستاران در حوزه های خارج از بیمارستان نقش مراقبتی خود را ایفا می کنند. با وجود

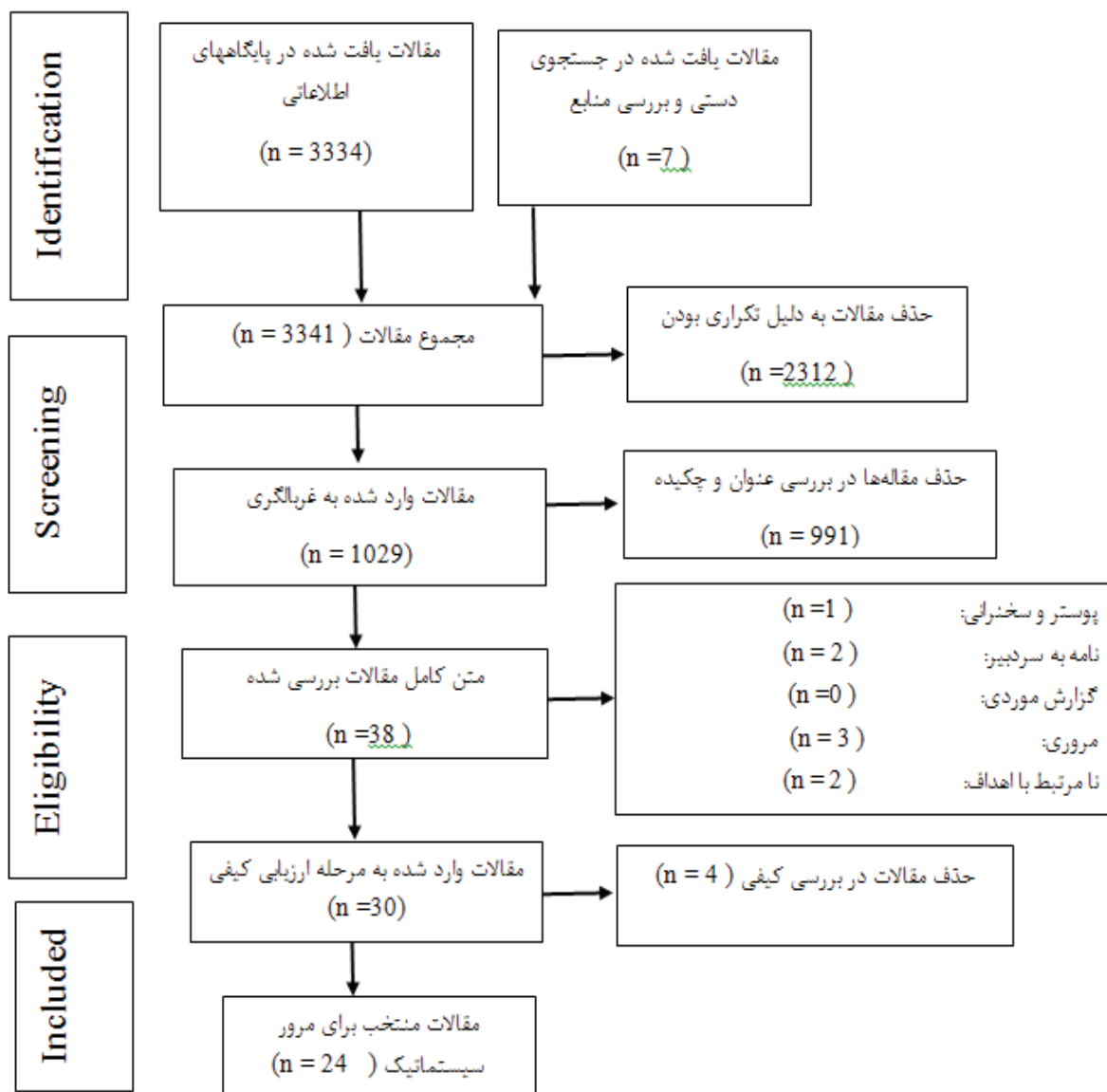
هاجر صادقی و همکاران

ورود و خروج بررسی و تعیین شدند. معیارهای ورود در برگیرنده مقاله های مرتبط با NHC بود که به صورت شبه تجربی، پرسشنامه ای و کیفی گزارش شده و مرتبط با شناسایی زمینه فعالیت، چالش ها و پیامدهای NHC بودند. بر اساس معیار های خروج مقاله هایی که به HC غیر پرستاری پرداخته بودند و یا به صورت پوستر، سخنرانی یا نامه به سردبیر و مروری بودند، کنار گذاشته شدند. گام چهارم جستجوی سیستماتیک در پایگاه داده های الکترونیکی ذکر شده در گام دوم بود که در بازه زمانی مارس ۱۹۹۸ تا مارس ۲۰۲۱ توسط دو پژوهشگر به صورت مجزا صورت گرفت. گام پنجم انتخاب مقالات واجد شرایط بود. پس از جستجو توسط دو پژوهشگر، از ۳۳۴۱ مقاله حاصل از جستجو، ۲۳۱۲ مقاله به علت تکراری بودن حذف شد. سپس عنوان و چکیده ۱۰۲۹ مقاله بررسی شد و مقاله هایی که زمینه فعالیت، چالش ها و پیامدهای NHC و یا واژه های مرتبط با آن در عنوان و چکیده آنها نبود، حذف شد. در مرحله بعد ۱۰۲۹ مقاله توسط دو پژوهشگر بر اساس معیارهای ورود و خروج بررسی شد و در نهایت ۳۸ مقاله که با عنوان پژوهش حاضر مرتبط بود، انتخاب و پس از بررسی کیفی ۴ مقاله حذف و نهایتاً ۲۴ مقاله وارد مرور سیستماتیک شد (نمودار ۱). گام ششم ارزیابی کیفیت مقالات بود. تمام مقاله های واجد شرایط به طور جداگانه توسط دو نفر ارزیابی شد. ارزیابی کیفی با معیارهای ارائه شده توسط Gifford و همکاران انجام یافت که هشت مورد برای بررسی مقاله های شبه تجربی، شش مورد برای مقاله های پرسشنامه ای و یازده مورد برای مقاله های کیفی ذکر شده بود. هر مورد امتیازی بین دو (Excellent)، یک (Some limitations) یا صفر (Several limitation) داشت. مقاله های شبه تجربی که امتیاز ۶-۰، پرسشنامه-ای که امتیاز ۴-۰ و کیفی که امتیاز ۸-۰ داشت، از مرور سیستماتیک حذف شدند (۲۶). برای پاسخ به سوالات، داده های استخراج شده از بررسی متون با هم ترکیب می شود. در این مطالعه برای ترکیب از مراحل شش گانه توصیه شده توسط Moher و همکاران استفاده شد (۲۵). برای جمع آوری داده های مورد نیاز جهت پاسخگویی به سوالات از فرم استخراج داده ها و نرم افزار Microsoft excell 2016 استفاده شد. ترکیب داده ها با استفاده از رویکرد قیاسی استفاده گردید.

اینکه دیدگاه اکثریت سیاستگذاران نظام سلامت در خصوص توسعه مشارکت جامعه در امر مراقبت و سلامت بیماران در منزل مثبت است (۲۲). در این زمینه بر اساس بیانات معاونت پرستاری وقت کشور، نیاز مردم به ارائه NHC و عدم ساماندهی امور، باعث ارائه خدمات توسط افراد فاقد صلاحیت عمومی و فنی به مردم شده است (۲۴). با وجود به اهمیت NHC، هنوز جایگاه و سیاست گذاری اجرایی آن به خوبی شناخته شده نیست و مستلزم بررسی علمی نتایج پژوهش های صاحب نظران است؛ چرا که در ایران، از الگوی واحدی جهت ارائه خدمات به بیماران پیروی نمی کنند، و بدون توجه کافی به علت بروز مشکلات، تلاش های انجام گرفته برای بهبود وضعیت با ناکامی مواجهه خواهد شد. خدمات NHC در ایران، نیازمند سازماندهی و برنامه ریزی مناسب است، و جهت شناسایی ابعاد مختلف، پدیده مورد نظر از زوایای مختلف مورد بررسی قرار گیرد، تا بتوان با شناخت موانع اجرایی NHC، برنامه ریزی مناسب و کاربردی جهت انجام HC انجام گیرد. بدین جهت پژوهش حاضر به صورت مرور نظام مند با هدف بررسی موانع اجرایی NHC طراحی شده است.

روش کار

این بررسی سیستماتیک در شش گام انجام یافته است (۲۵). گام اول طراحی سوالات پژوهش. ۱- مهارتها و زمینه فعالیت پرستاران HC چیست؟ ۲- موانع اجرایی NHC کدامند؟ و ۳- پیامدهای پرستاری HC کدامند؟ گام دوم انتخاب واژگان مربوط و صورت بندی عبارتهای جستجو با مشورت با متخصصان علوم سلامتی بود و برنامه ریزی جهت تعیین راهبردهای جستجو در پایگاههای داده، Iran Medex، SID، Iran Doc، Magiran، Science Direct، Medline /PubMed، Web of Science، Scopus، ProQuest، Google Scholar، Cochrane library انجام یافت. بر اساس پژوهش های پیشین و نظر متخصصان عبارات و کلید واژه ها انتخاب شدند، که عبارتند از «NHC»، «مراقبت در منزل»، «نظام سلامت ایران» و ترکیب آنها با واژه های «موانع»، «اجرا»، «پرستاری» و «ایران»، «Nursing home»، «Home care»، «Iranian care»، «Home maker»، «Domiciliary care»، «Iranian Barrier» و ترکیب با کلیدواژه های «Practice»، «Iran»، «nursing» بود. در گام سوم، معیارهای



نمودار ۱: فرآیند انتخاب مقالات

پس از بررسی ارائه خدمت به بیمار ممکن است به صورت ادامه مراقبت، تغییر برنامه مراقبتی یا ارجاع بیمار به مراکز دیگر انجام شود. با توجه به فاصله زمانی و مکانی پرستار باید بتواند بین بیمار، خانواده، افراد درگیر در تیم مراقبت و موسسه HC به خوبی ارتباط برقرار کند. مهارت ارتباطی خوب می تواند اطلاعات آموزشی را انتقال دهد و به تقویت حس اعتماد بین بیمار و تیم درمان منجر شود (۲۷). دانش مراقبت بین فرهنگی برای پرستاری که قصد ارائه خدمات به افراد از فرهنگهای مختلف را دارد، یک ضرورت است (۲۸). جهت انجام مراقبت در منزل، کسب مهارتهای قضاوت و تصمیم گیری ضرورت دارد (۲۹) و رسالت اصلی آن

یافته ها

نتایج این پژوهش بر اساس مرور مطالعات مرتبط استخراج گردید (جدول ۱). در مورد «سؤال اول: مهارتها و زمینه NHC چیست؟» نشان داد پرستاران برای انجام خدمات HC نیازمند مهارت بررسی و ارزیابی، ارتباطی، مستند سازی، انعطاف پذیری و تفکر انتقادی هستند. در زمینه مهارتهای بررسی و ارزیابی پیشرفته، پرستار باید بتواند مددجو، خانواده و محیط اطراف وی را، مورد ارزیابی جامع قرار دهد؛ که در تماس مستقیم یا از فاصله دور با ابزار ارتباطی برای بیمار انجام می شود. همچنین با بررسی منابع خدماتی جامعه در صورت نیاز از آنها به نفع بیمار استفاده میکند.

هاجر صادقی و همکاران

فعالیت در سه بخش پیشگیری، مراقبتهای حاد یا در سطح توانبخشی است. مراقبت های خانواده، به عنوان مکملی برای HC و در جهت تکمیل مراقبت های حرفه ایی تعریف می شوند (۳۰).

جدول ۱: مطالعات مرتبط با HC در ایران

نوع مطالعه	عنوان	نویسنده (سال)
توصیفی	مراقبت تسکینی در ایران: حرکت به سوی توسعه مراقبتهای تسکینی در سرطان (۳۱)	رسولی (۱۳۹۳)
توصیفی - مقایسه ای	فقدان آموزش سیستماتیک برای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، یک چالش برای ارائه HC مراقبت کننده اطفال: مطالعه مقایسه ای (۴۸)	اسحاقیان (۱۳۹۷)
کیفی	بررسی موانع خدمات HC در ایران: یک مطالعه کیفی (۳۲)	حیدری (۱۳۹۵)
کیفی	کشف درک پرستاران درباره حرفه ای بودن در پرستاری HC در ایران: یک مطالعه کیفی (۳۳)	لطفی فاطمی (۱۳۹۷)
کیفی	بررسی جایگاه پرستاری مبتنی بر جامعه در ایران (۳۴)	حیدری (۱۳۹۶)
نیمه تجربی	تأثیر HC در پیشگیری از بستری مجدد مددجویان اسکیزوفرنیک حاد (۳۵)	فلاحی خشکناز (۱۳۸۸)
کیفی	دیدگاه متخصصین و سیاست گذاران نظام سلامت ایران در خصوص مزایای توسعه مراقبت سلامت منزل در ایران (۳۶)	براتی (۱۳۸۹)
نیمه تجربی	بررسی تأثیر خدمات روانپرستاری HC بر وضعیت روانی بیماران اسکیزوفرنیک (۳۷)	فلاحی خشکناز (۱۳۸۶)
تجربی	بررسی تأثیر آموزش HC بر آگاهی و عملکرد بیماران کلیوی تحت همودیالیز (۳۸)	آلیلو (۱۳۹۰)
نیمه تجربی	بررسی تأثیر NHC بر درمان بیماران اسکیزوفرنیک بستری در بیمارستان همدان (۳۹)	شمسایی (۱۳۸۶)
تجربی	بررسی تأثیر آموزش مراقبت های ویژه روزمره ی زندگی به مراقبین، در منزل، و تطبیق منزل بر عملکرد حرکتی درشت در کودکان فلج مغزی ۱۵-۷۲ ماهه (۴۰)	قربانپور (۱۳۹۳)
کارآزمایی بالینی	بررسی تأثیر ارائه مراقبتهای پس از زایمان در منزل بر عملکرد مادران در مراقبت از نوزاد (۴۱)	میرمولایی (۱۳۹۱)
توصیفی - تحلیلی	هزینه اثربخشی HC و بیمارستان برای بیماران سکنه مغزی (۴۲)	قادری (۱۳۹۱)
توصیفی - تحلیلی	نگرش مراقبین مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی در مورد نحوه مراقبت از بیمار خود در منزل (۴۳)	نادم بوئینی (۱۳۹۱)
کارآزمایی بالینی	بررسی اثربخشی برنامه آموزشی مراقبت خانواده محور بر دانش HC مراقبین بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت همودیالیز (۴۴)	خرمی مارکانی (۱۳۹۴)
نیمه تجربی	تأثیر آموزش مدون بر میزان آگاهی مراقبین و سیر بهبود زخم فشاری در مبتلایان به ضایعه نخاعی در شهرستان شاهرود (۴۵)	سوزنی (۱۳۸۵)
توصیفی	توسعه خدمات HC (۴۶)	زارعی (۱۳۸۳)
توصیفی - تحلیلی	بررسی رعایت استانداردهای HC از معلولین ضایعه نخاعی توسط تیم سیار توانبخشی بهزیستی خرم آباد (۴۷)	ملکشاهی (۱۳۸۴)
توصیفی - مقطعی	بررسی دیدگاه پزشکان عمومی در خصوص مزایای توسعه HC در شهر تبریز در سال ۱۳۹۲ (۴۸)	فتحی (۱۳۹۲)
نیمه تجربی	بررسی تأثیر مراقبت پرستاری در منزل بر عوارض ناشی از بی حرکتی در سیستم عضلانی اسکلتی بیماران مبتلا به سکنه مغزی (۴۹)	حسینی (۱۳۸۳)
کیفی	تبیین عوامل تسهیل کننده پیروی والدین از برنامه آموزشی مراقبت ویژه کودکان فلج مغزی در منزل: تحلیل محتوایی تجارب آموزشی والدین (۵۰)	قشقایی (۱۳۹۳)
کیفی	عوامل تسهیل گر و بازدارنده مراقبت خانوادگی از سالمندان آسیب پذیر در منزل: تجربه زنان مراقب (۵۱)	محمدی (۱۳۸۶)
کارآزمایی بالینی	تأثیر ارائه مراقبت های پس از زایمان در منزل بر میزان بروز یبوست و هموروئید در شصتین روز پس از زایمان (۵۲)	شمشیری میلانی (۱۳۹۴)
شبه تجربی	تأثیر توانبخشی مبتنی بر منزل بر کیفیت زندگی بیماران سکنه مغزی و فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی آنان (۵۳)	عظیمی (۱۳۹۲)

سازماندهی و نیروی انسانی و فرایند ارائه خدمات HC (۳۶)، کشور ایران همچنان دارای چالش های فراوانی است و باید بهبود یابد. به خاطر تنوع خدمات و منابع مورد نیاز جهت ارائه خدمت و کمبود نیروی انسانی، کاری سخت و چالش

سؤال دوم: موانع اجرایی NHC کدامند؟ با توجه به وضعیت HC در سایر کشورها از قبیل: فرانسه، استرالیا، نروژ، انگلستان، ایسلند، سنگاپور، ژاپن، امارات متحده عربی، ایالات متحده، کانادا در ابعاد مختلف سیاستگذاری،

عنوان مهمترین عامل موفقیت برنامه ارائه خدمات NHC ذکر شده است (۴۷). بنابر اعلام معاونت پرستاری وقت در تاریخ ۱۳۹۸/۲/۲، طرح پوشش بیمه خدمات پرستاری در منزل در ابتدا و به صورت آزمایشی در سه استان تهران، کرمان و همدان با پنج بیماری نارسایی‌های قلبی، سکته‌های مغزی، سرطان‌ها، بستری در آی سی یو با علت بیماری‌های مزمن و یرقان نوزادان صورت گرفت و در ادامه برای دریافت نتیجه بهتر سه استان گیلان، یزد و اردبیل نیز به این مجموعه اضافه شدند و در دو بیماری نارسایی‌های قلبی و بیماران بستری در آی. سی. یو به مدت یک ماه دیگر براساس بسته های خدمتی اعلام شده و به صورت آزمایشی این طرح را دنبال خواهند کرد (۳۶).

فراهم بودن بسترهای ارتباط الکترونیک: سیستمهای ارتباطی از راه دور زیرساخت مهمی است، که ارائه کنندگان خدمات سلامتی (پرستار، مراقب،) می توانند با اعضاء دیگر تیم HC تماس حاصل و خدمات مورد نیاز بیمار را در برطرف کنند، وجود سیستم ارتباطی قوی در کشور به بارور شدن HC کمک می کند (۵۲).

دانش کافی در خصوص مراقبت در منزل: نحوه آموزش HC به صورت حرفه ای در سطح دانشگاه و شیوه آموزش به اعضاء خانواده در زمان نیاز به ارائه HC برای خانواده ها یکی از خلاهای جدی در این زمینه است. آموزش بیمار و خانواده سهم بسزایی در بهبود فرایند پرستاری HC دارد (۴۹). **ضرورت همکاری بین حرفه ای و بین بخشی:** HC کاری تیمی است و کارکنان مختلف حرف سلامتی به صورت مکمل در کنار هم، بر حسب نیاز، به بیمار ارائه خدمت کنند (۹۴). لازم است ارگانهای مختلف در امر سلامتی مردم دخیل باشند، سلامتی وظیفه نظام سلامت به تنهایی نیست و سایر ارگانهای مردمی، باید در این امر سهم بسزایی داشته باشند (۱۹).

اعتباربخشی مؤسسه مراقبت در منزل: پایبندی موسسات HC ایران به رعایت استانداردها و قوانینی که برای آنها تعریف شده و ارزشیابی دوره ای ضرورت دارد. در نظر گرفتن شاخص هایی برای تامین نیروی انسانی، مدیریت منابع مالی و فرایند مراقبت از بیمار مهم است (۳۶).

نیروی انسانی: موسسات HC در بکارگیری نیروی انسانی نهایت دقت را داشته باشند، تا ضمن خدمات مناسب، رضایت خاطر بیمار و خانواده را جلب کند. نقصان در جذب نیرو و استفاده از نیروهای موقت و کم تجربه، در روند ارائه

برانگیز است، تنوع نیازهای بیمار، صلاحیت مراقبین، بار کاری زیاد مراقبین، خواسته های متنوع سازمان، فاصله دور و مسافرتهای طولانی مراقبین تا محل زندگی مددجویان، ارائه خدمات پرستاری در منزل را با چالش مواجهه می کنند (۴۹). شرایط اجتماعی، محیطی، اقتصادی و سیاسی حاکم، وجود تسهیلات و موانع موجود، درک مسئولین و جامعه از پدیده مورد نظر، شیوه ارائه خدمات سلامتی را تحت تاثیر قرار می دهد (۴۷). پزشک سالاری به عنوان سدی در جهت توسعه NHC ذکر شده و اینکه پزشکان متخصص بر این باورند که، HC موجب کاهش درآمد آنان می شود و اکثریت مدیران و سیاست گذاران نظام سلامت از بین پزشکان انتخاب می شوند، طوریکه هر تصمیمی که در نظام سلامت اتخاذ می شود قبل از این که به نفع مردم و رفاه جامعه باشد، سود و فایده خود را در آن برنامه می بینند (۳۶). موفقیت هر برنامه ای در گرو نگاه مثبت سیاستگذاران و تعهد دولت با عزم جدی جهت راه اندازی و پشتیبانی ارائه خدمات HC داشته باشد (۳۳). برای شکل گیری NHC لازم است که در سیستم نظام سلامت جایگاهی برای آن تعریف شود و رسالت و فلسفه NHC، چارچوب کاری، افراد درگیر و نوع فعالیت آنها مشخص شده و تحت این شرایط با بودجه ای اختصاصی و حمایت کافی رشد کند (۴۲).

فراهم نبودن بستر اجتماعی: ارائه خدمات سلامتی تحت تاثیر زمینه و بافت اجتماعی محل ارائه خدمت قرار می گیرد، درک و برداشت جامعه از NHC، می تواند، شیوه استفاده از آن را تحت تاثیر قرار دهد (۸۵). وضعیت خانواده ها از نظر اقتصادی و برداشت افراد از هزینه- فایده، تعیین کننده میزان استفاده خانواده ها از خدمات است (۳۶). **درک جامعه از پرستار:** درک جامعه نسبت به هر یک از اعضاء تیم مراقبت در منزل، باعث تسهیل یا مانع از پیشبرد برنامه های ارائه خدمات NHC شده و میزان استفاده از NHC را تحت تاثیر خود قرار دهد، نیاز است که افراد جامعه دید مثبتی نسبت به پرستار داشته باشند (۳۶، ۴۷).

دیدگاه متخصصین نسبت به مراقبت در منزل: برداشت متخصصین از فواید مراقبت در منزل، میزان اعتماد و همکاری آنها در تشویق بیماران و خانواده ها در جهت دریافت خدمات پرستاری در منزل می تواند در بارور شدن برنامه های ارائه NHC تاثیر بسزایی داشته باشد (۴۵).

هاجر صادقی و همکاران

را بر اساس قانون کار و نیروهای فنی حقوق و مزایای خود را بر اساس عملکرد و حیطة تعیین شده از طرف مؤسسه، دریافت کنند (۵۱).

فرایند ارائه خدمات مراقبت پرستاری در منزل: در ارائه خدمات NHC لازم است که، فرایند پذیرش، ارائه خدمات مراقبتی و ارزشیابی از خدمات ارائه شده بر اساس برنامه های مشخص و از پیش تعیین شده باشد و در هنگام پذیرش بیمار شرح حال کاملی از بیمار به عمل آید، بیمار در بدو ورود، توسط پرستاری با صلاحیت، ارزیابی شود، پرونده تشکیل و برنامه مراقبتی، نوشته شود (۴۲).

وجود استانداردهای مراقبتی: ایجاد دستورالعمل های شفاف برای طبقه بندی بیماران، نوع بیماری و شدت آن، سطح علمی و تخصصی پرستار و برآورد هزینه های بیمار، در ارائه خدمات HC لازم است، که باعث شفاف شدن مسائل بین موسسات و پرستار و افزایش کیفیت خدمات و رضایت مندی بیماران می شود (۳۶).

برنامه های ارائه خدمات مراقبتی لازم است جوابگوی نیازهای جامعه باشند، با توجه به تغییرات اساسی در ساختار هرم جمعیت و تغییر الگوی بیماریها از بیماریهای واگیر به بیماریهای مزمن، ارائه خدمات NHC می تواند پاسخگوی مناسبی در جهت مدیریت این تغییرات باشد، که در این ارتباط مدت مداری و خانواده محوری، به عنوان ابعاد پاسخگو، در برنامه ارائه خدمات NHC ایران ذکر شده اند (۴۴) (جدول ۲).

خدمات NHC مشکل ایجاد می کند (۴۴).

تامین امنیت جسمی و روانی ارائه دهندگان خدمات سلامتی در منزل: در ارائه خدمات NHC که، امنیت روحی، روانی، جانی و مالی نیروهای ارائه کننده خدمات سلامتی مورد توجه قرار بگیرد، نیاز است که بافت خانوادگی، تعداد افراد خانواده و سایر اطلاعات مربوط به اعضاء خانواده و محل زندگی بیمار به روشنی مشخص شود، تا بتواند با شناخت و آمادگی بیشتری وارد حریم خانواده بیمار شوند (۳۶).

تعیین تعرفه ها: شفافیت تعرفه و تعیین و به روز کردن آنها، می تواند به بارور شدن NHC کمک کند و تعیین شده، بهتر است که در یک دامنه تعیین شوند تا مؤسسات قادر باشند، بسته به نوع خدماتی که بیمار نیاز دارد، تعرفه را برآورد کنند (۵۰).

منابع مالی: گردش مالی، به عنوان یکی از بخش های حیاتی هر سازمان است، به طوری که حسابرسی درست موجب پیشرفت سازمان، رضایتمندی کارکنان و مصرف کنندگان می شود و بی برنامهگی، سازمان را محکوم به نابودی می کند. دریافتی از مددجویان و حقوق و مزایای کارکنان در بحث مالی مؤسسات NHC مورد توجه قرار گرفته است (۳۶).

شفاف بودن هزینه و دستمزدها: مشخص نمودن نحوه پرداخت حقوق و دستمزدها به نیروی انسانی مشغول به کار در مؤسسات ارائه خدمات NHC لازم است و اینکه حقوق و مزایای کادر فنی و اداری با هم متفاوت باشد، به این صورت که افراد کادر اداری بهتر است، حقوق و مزایای خود

جدول ۲: عوامل موثر در پاسخگویی اجتماعی ارائه NHC کشور ایران بر اساس مرور مطالعات

عوامل موثر در پاسخگویی اجتماعی ارائه NHC کشور ایران	
مدت مداری	یکی از مهمترین گروه های هدف NHC مبتلا به بیماری مزمن، و سالمندان هستند. برای افراد مبتلا به اختلالات مزمن روانی مانند اسکیزوفرنیا، یکی از ابعاد HC استفاده از ظرفیت خانوادهها و اعضاء خانواده در مراقبت از بیمار است، HC زمانی موفقیت پیدا کند، که توانسته باشد حداقل استفاده را از ظرفیت خانواده ها کرده باشد (۳۶،۳۷،۵۱).
فردی سازی	لازم است فرهنگ، اعتقادات و ارزش های مددجویان مورد توجه ویژه، قرار بگیرد. ارائه کنندگان خدمات سلامتی پایبند به اصول اخلاقی باشند، و برای ارزش ها، اعتقادات، باورها و هنجارهای خانواده احترام و ارزش قائل شوند (۵۲).
خانواده مداری	یکی از ابعاد موفقیت HC استفاده از ظرفیت خانواده ها و اعضاء خانواده در مراقبت از بیمار است (۳۶،۵۱،۴۳،۴۰،۴۸،۳۸).
استمرار محوری	در برنامه های ارائه خدمات HC لازم است که وضعیت سلامتی بیماران به طور مداوم پیگیری شود و تمام ابعاد نیازهای بیماران در نظر گرفته شود و خدمات به صورت جامع توسط افراد با صلاحیت، به مددجویان ارائه شوند (۳۶).
جامعیت	ارائه خدمات جامع و توسط افراد ذی صلاح (مراقبت متخصصانه) ضرورت دارد (۳۶).

خانواده و سیستم سلامت می باشند. مراقبت سلامت در منزل باعث تقویت همبستگی در خانواده ها، جامعه و نظام سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی و رضایتمندی بیماران،

سوال سوم: پیامدهای اجرایی شدن مراقبت پرستاری منزل کدامند؟

مزایای HC شامل اقتصادی، اجتماعی، مزایا برای بیمار،

خانوادگی بیماران، عدم امنیت شغلی، امن نبودن محیط منزل، ناشناخته بودن محیط منزل برای پرستار، کمبود حقوق و دستمزد در مقایسه با بیمارستان، عدم شناخت برخی از تجهیزات که توسط شرکت های بیمه در اختیار خانواده ها گذاشته می شدند، نامناسب بودن محیط برای انجام برخی از خدمات پرستاری و پزشکی، کمبود تجهیزات و وسایل پزشکی، عدم صلاحیت برخی از پرستاران در امر ارائه خدمات HC به بیماران بودند (۳۵).

در نظام سلامت ایران خدمات بیمارستانی بر خدمات جامعه نگر تقدم دارند و بیماران برای گرفتن خدمات به مراکز درمانی مراجعه می کنند، که با نتایج سایر مطالعات همخوان است، چراکه تفکر و نگرش اکثر مسؤولین نظام بهداشتی درمانی ایران، مبتنی بر اشتغال پرستاران بر مراقبت های بالینی در بیمارستانها و بیمارستان اصلی ترین مکان، برای ارائه خدمات سلامتی به بیماران است (۴۴).

نتایج مطالعه براتی و همکاران نشان داد که دیدگاه اکثریت سیاست گذاران نظام سلامت در خصوص خدمات سلامتی مبتنی بر جامعه و توسعه مشارکت جامعه در امر مراقبت و سلامت مثبت است، اما، در عمل براساس آمارهای وزارت بهداشت ایران، تقریباً تمام پرستاران در بیمارستانها و مراکز درمانی خدمات ارائه می نمایند (۳۶) بنابراین تغییر سیاست از درمان محوری به جامعه محوری به کاهش چالش های ارائه HC کمک می کند. در بعد سیاستگذاری، جامعه نگر بودن نظام سلامت می تواند HC را تحت تاثیر خود قرار دهد، چرا که، مراقبت در منزل، باید در بطن جامعه و خارج از مراکز درمانی در محل زندگی مددجو به آنها ارائه شود، به علاوه تغییر چهره جمعیت در بسیاری از کشورهای دنیا، مسؤولین را مجاب به استفاده از مراقبت های مبتنی جامعه و استفاده از HC کرده است (۴۶). لازم است، که سیاست گذاران، نظام های سلامت را به سمت خدمات مبتنی بر جامعه سوق داده و از مدیریت چند بعدی در اداره نظام سلامت استفاده نمایند، با توجه به اینکه نظام سلامت ایران به نوعی پزشک سالاری حاکمیتی مبتلا است، و جهت رشد و غلبه بر مشکلات، نیاز به ایجاد تغییراتی اساسی در سیستم مدیریتی فعلی خود دارد (۵۲). اکثر کشورهای پیشرفته در سرفصلهای آموزشی خود دروسی مبتنی بر آموزش ارائه خدمات سلامتی مبتنی بر جامعه برای حرف مختلف سلامتی گنجانده اند (۳۶)، به طوریکه در کشور استرالیا هر ساله ۴۰ ساعت آموزش ضمن خدمت در ارتباط با ارائه NHC و در ژاپن واحدهای درسی HC در سرفصل های

سلامتی جامعه و کاهش هزینه ها می گردد. ارائه خدمات HC می تواند با بهره گیری از ظرفیت خانواده ها، جامعه و سازمانهای غیردولتی به ارائه خدمات سلامتی و توسعه مشارکت جامعه کمک کند (۳۶). سیاستگذاران، اساتید و متخصصین گروه پزشکی اجتماعی، بهداشت عمومی و مدیریت پرستاری، می توانند اطلاعات مناسبی را در مورد نحوه ارائه خدمات HC در اختیار محققان قرار دهند و در تدوین و اجرایی شدن موفق دستورالعمل ارائه NHC، کمک کنند (۴۰، ۵۳، ۳۶). افزایش هزینه های بستری در بیمارستان دوری از خانواده و عفونتهای بیمارستانی باعث استقبال از این خدمات شده است. مزایای کلی ارائه این خدمات بیشتر از هفتاد درصد می باشد. و در مورد بیمارستان نیز به مقدار ۷۰٪ سودمند است و دیدگاه مدیران مثبت است (۵۳).

بحث

در مطالعات ایران به دو بعد زمینه ای و ذاتی در ارائه NHC اشاره شده است. که بعد زمینه ای مربوط به سیاستگذاری و نحوه تصمیم گیری هایی است که در بافت های گوناگون نظام سلامت و در نقاط مختلف دنیا اتفاق می افتد و در قسمت های مختلف جهان تفاوت دارند. بعد ذاتی مربوط به ویژگیهای اختصاصی HC است، که به صورت فراگیر در تمام نقاط دنیا فلسفه و رسالتی واحد، که خدمت رسانی به مددجویان در خارج از مراکز درمانی است، را در پی دارد. در بعد سیاستگذاری، مواردی همچون در ساختار قرار گرفتن، استفاده از مدیریت چند بعدی در ساختار نظام سلامت، ضرورت جامعه نگری، ضرورت داشتن نگاه آکادمیک به پرستار، ضرورت اتخاذ تصمیمات مبتنی بر شواهد و دیدگاه سیاست گذاران نسبت به HC از عوامل اثرگذار هستند (۳۶، ۵۳).

از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، نظام سلامتی جهت پاسخگویی به نیازهای بهداشتی جامعه، باید به اهمیت نقش پرستار و رسانه واقف باشد (۴۳). به کار گرفتن نیروی انسانی متعهد و با صلاحیت یکی از مهمترین ابعاد ارائه NHC است، که در سایه ی آن، مددجویان می توانند خدمات ایمن و مناسبی را دریافت کنند (۵۲).

نتایج مربوط به سوال دوم مطالعه ماکارین و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی دارد. چالش های HC برای ارائه دهندگان خدمات مراقبت در منزل، عبارت بودند از، تکمیل فرمهای مختلف بعد از ارائه خدمت به بیمار، زیاد بودن حجم کار، مشکلات تردد تا محل کار، عدم اطلاعات در مورد بافت و فرهنگ

هاجر صادقی و همکاران

صورت غیررسمی و تقویت حس همبستگی بین بیمار و پرستار بود. آنها در مکان های متفاوتی به افراد مختلف با سنین متفاوت، خدمات ارائه میدادند و شاهد پیشرفت سلامتی بیمار بودند. که این امر باعث ایجاد حس خشنودی و رضایت از کار در آنها می شد (۳۵). در مطالعه قادری و همکاران (۱۳۹۱) میانگین میزان هزینه خدمات سلامت در HC 3/698/000 ریال بود در صورتی که میانگین میزان هزینه خدمات ارائه شده در بیمارستانها ۷/۲۴۶/۰۰۰ ریال می باشد که بیانگر بالا بودن آن نسبت به HC است. مطالعه ای که توسط هاریس و همکاران در نیوزلند با هدف بررسی اثربخشی، مقبولیت و هزینه HC و مراقبت در بیمارستان انجام شد، نشان داده شد که میزان مقبولیت و اثربخشی رضایت در منزل بطور معنی داری بیشتر است اما میزان هزینه های HC دو برابر مراقبت در بیمارستان است (۴۲).

نتیجه گیری

اجرای کردن طرح NHC، نیازمند سیاستگذاری است. تعریف آن در نظام سلامت ایران، شفاف و عملیاتی نمودن پوشش بیمه همگانی، اصلاحات برنامه درسی پرستاری و همچنین راه اندازی مقطع کارشناسی ارشد NHC لازم است. اطمینان بخشی به آحاد جامعه در زمینه مزایای اجرای NHC با بهره مندی از ظرفیت رسانه های ارتباط جمعی و پتانسیل کادر درمانی، معرفی در سایت های رسمی و معتبر امکان پذیر است. امکان دسترسی مردم به مشخصات همه موسسات مجاز ارائه خدمات پرستاری در منزل، شرایط ارائه خدمات، نوع خدمات، هزینه خدمات وجود داشته باشد. اهتمام وزارت بهداشت و درمان، در تعیین تعرفه های ارائه خدمات پرستاری در منزل و پرداخت آن به افراد ارائه دهنده خدمات مراقبتی بر اساس عملکرد و نظارت دقیق بر فرآیند ارائه خدمت به مردم ضرورت دارد.

سیاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می دانند مراتب تشکر خود را از پژوهشگرانی که جهت جستجوی منابع در انجام مطالعه حاضر همراهی نمودند، به عمل آورند.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ تضاد منافی را گزارش نمی کنند.

آموزشی مقطع کارشناسی وجود دارد. در سر فصل های کارشناسی پرستاری وزارت بهداشت ایران دروسی جهت آماده کردن افراد برای ارائه خدمات در خارج بیمارستان گنجانده شده است، ولی در عمل، فارغ التحصیلان، آمادگی بسیار کمی در این زمینه پیدا می کنند (۴۶).

یکی از مشکلات مراقبت منزل علاوه بر عوامل فرهنگی، خشونت و ناپایداری در بیماران و اعضاء خانواده و نقص در تامین امنیت مراقبین و خانواده است. ضمن مواجهه مراقبین با بیماریهای عفونی مختلف و جامعه نیز، کار و مهارت آنها را به عنوان کاری سبک و بی ارزش می یند (اکثر مراقبین به کار خود علاقه مند بوده و تعاملات مناسب و پسندیده ایی با اعضاء خانواده برقرار می کنند (۴۶،۳۶).

در مطالعات مختلف مشخص شده است که، همکاری بین حرفه ای در نظام سلامت ایران ضعیف است (۴۴-۵۸). از طرف دیگر همکاری و هماهنگی بین بیمارستان و تیم های HC ضرورتی غیر قابل انکار است (۵۲)، بنابراین با تقویت همکاری های بین حرفه ای و ظرفیت سایر ارگانها، بتواند به تقویت طرح ارائه خدمات پرستاری در منزل کمک نمود. تاکید NHC، بر روی مراقبت از بیماران مزمن در محل زندگی، و به حداقل رساندن بستریهای مجدد در آنها (۳۶) کاهش هزینه های تحمیلی به مددجو و نظام سلامت (۱۵) و ارزش قائل شدن نسبت به اولویت های مددجویان مبنی بر انتخاب محل مراقبت توسط خود آنهاست، زمانی که مراقبین با زبان، آداب، سنن، اعتقادات و ارزش های مددجویان آشنا هستند، رضایتمندی و همکاری بیشتری بین مراقبین و مددجویان اتفاق می افتد (۵۷) ولی، عدم تجانس فرهنگی باعث می شود، که کمتر به ابعاد روحی روانی بیمار توجه شود و کارکنان در ارائه خدمات HC باید با هم تعامل داشته باشند (۴۴). همکاری بین حرفه ایی در HC باعث بهبود کیفیت زندگی و فعالیتهای فیزیکی و اجتماعی مددجویان و عدم تهدید ایمنی برای آنان می شود (۳۶). اکثر کشورهای پیشرفته خدمات HC را تحت پوشش بیمه قرار داده اند. عدم وجود بیمه خدمات پرستاری در منزل باعث می شود که مردم بیشتر خدمات را از مؤسسات غیر مجاز دریافت کنند (۴۶).

نتایج مرتبط با سوال سوم با مطالعه ماکارین و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی دارد. این مطالعه نشان دهنده فواید و مشکلاتی در فرایند ارائه خدمات HC بودند. مهمترین مزیت HC برای ارائه دهندگان خدمات مراقبت در منزل، عبارت بودند از انعطاف پذیری و استقلال در کار، ارائه خدمات به

References

- Kang MJ, Kim SL, Lee JE, Jung CY, Kim S. Appropriateness of ICNP in Korean home care nursing. *International journal of medical informatics*. 2015 Sep 1;84(9):667-74. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.03.009>
- Kub J, Kulbok PA, Glick DF. Cornerstone documents, milestones, and policies: Shaping the direction of public health nursing 1890-1950. *OJIN: Online Journal of Issues in Nursing*. 2015;20(2). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No02Man03>
- Dieckmann JL. Home Health Care: A Historical. *Handbook of home health care administration*. 2015:9.
- Chambers MC, El-Othmani MM, Saleh KJ. Health care reform: impact on total joint replacement. *Orthopedic Clinics*. 2016 Oct 1;47(4):645-52. <https://doi.org/10.1016/j.ocl.2016.05.005>
- Eshaghian-dorcheh A, Zandi M, Rassouli M, Tahmasebi M. The Lack of Systematic Training for Health Care Providers, A Challenge for Providing Pediatric Palliative Home Care: A Comparative Study. *International Journal of Pediatrics*. 2019 May 1;7(5):9481-96.
- Limbu S, Kongsuwan W, Yodchai K. Lived experiences of intensive care nurses in caring for critically ill patients. *Nursing in critical care*. 2019 Jan;24(1):9-14. <https://doi.org/10.1111/nicc.12349>
- Genet N, Boerma WG, Kringos DS, Bouman A, Francke AL, Fagerstrom C., Melchiorre MG, et al. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*. 2011;11(1):207. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-207>
- Légaré F, Stacey D, Turcotte S, Cossi MJ, Kryworuchko J, Graham ID, Lyddiatt A, Politi MC, Thomson R, Elwyn G, Donner-Banzhoff N. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane database of systematic reviews*. 2014(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub3>
- Mullins L. «The day is long you know?» Older people's voices on their homecare experiences in Ireland. *Journal of Social Care*. 2019;2(1):2.
- Danzy J, Jackson SM. Family preservation and support services: A missed opportunity for kinship care. *InServing African American Children* 2018 Apr 27 (pp. 31-44). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351306768-3>
- Mansour S. Spatial Patterns of Female Labor Force Participation in Oman: A GIS-Based Modeling. *The Professional Geographer*. 2018 Oct 2;70(4):593-608. <https://doi.org/10.1080/00330124.2018.1443480>
- Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- Eshaghian-dorcheh A, Zandi M, Rassouli M, Tahmasebi M. The Lack of Systematic Training for Health Care Providers, A Challenge for Providing Pediatric Palliative Home Care: A Comparative Study. *International Journal of Pediatrics*. 2019 May 1;7(5):9481-96.
- Angel JL, Angel RJ, Caldera SM. Medicaid Long-Term Community Care in California and Texas: A Growing Fiscal Challenge in a New Era. In *Contextualizing Health and Aging in the Americas 2019* (pp. 137-158). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-00584-9_7
- Mattsson J. Learning Strategies is a Prerequisite for High Quality Nursing Care in the PICU. *Acta Scientific Paediatrics*. 2018;2(ASPE-18-ED-010):1-2.
- Traynor M. Post-modern Nursing and Beyond. *Nursing Standard*. 2000;14(19):26. <https://doi.org/10.7748/ns.14.52.26.s42> <https://doi.org/10.7748/ns.14.19.26.s43>
- Bastos JL, Harnois CE, Paradies YC. Health care barriers, racism, and intersectionality in Australia. *Social Science & Medicine*. 2018 Feb 1;199:209-18. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.010>
- Wang Y, Kung L, Byrd TA. Big data analytics: Understanding its capabilities and potential benefits for healthcare organizations. *Technological Forecasting and Social Change*. 2018 Jan 1;126:3-13. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2015.12.019>
- Aguado MT, Barratt J, Beard JR, Blomberg BB, Chen WH, Hickling J, Hyde TB, Jit M, Jones R, Poland GA, Friede M. Report on WHO meeting on immunization in older adults: Geneva, Switzerland, 22-23 March 2017. *Vaccine*. 2018 Feb 8;36(7):921-31 <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.12.029>
- Kazerooni K, Pazokian M, Nasiri M, Borhani F.

- Expectations and satisfaction of elderly people with health services provided at a public nursing home in Iran. *Revista Latinoamericana de Hipertension*. 2019;14(1):95-101.
21. Heydari H, Shahsavari H, Hazini A, Nasrabadi AN. Exploring the barriers of home care services in Iran: A qualitative study. *Scientifica*. 2016 Apr 5;2016. <https://doi.org/10.1155/2016/2056470>
 22. Sharifi Moghadam M. The possibility of authorized centers nursing home Tehran:2014.
 23. Nikbakht-Nasrabadi A, Shabany-Hamedan M. Providing healthcare services at home-a necessity in Iran: A narrative review article. *Iranian journal of public health*. 2016 Jul;45(7):867.
 24. MojenLK, RassouliM, EshghiP, SariAA, Karimooi MH. Palliative care for children with cancer in the Middle East: A comparative study. *Indian journal of palliative care*. 2017 Oct;23(4):379. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_69_17
 25. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*. 2009 Aug 18;151(4):264-9. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
 26. Gifford W, Davies B, Edwards N, Griffin P, Lybanon V. Managerial leadership for nurses' use of research evidence: an integrative review of the literature. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2007; 4(3): 126-45. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2007.00095.x>
 27. Tao u, Nguyen n. Fall prevention among elderly people in home care; a literature review in nursing perspective. 2019.
 28. Kok L, Berden C, Sadiraj K. Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. *The European Journal of Health Economics*. 2015;16(2):119-31. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0557-1>
 29. Rice R. Home care nursing practice: concepts and application: Elsevier Health Sciences; 2006.
 30. Österle A. Equity choices and long-term care policies in Europe: Allocating resources and burdens in Austria, Italy, the Netherlands and the United Kingdom. Routledge; 2017 Jul 5. <https://doi.org/10.4324/9781315212272>
 31. Rassouli M, Sajjadi M. Palliative care in Iran: Moving toward the development of palliative care for cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®. 2016 Apr;33(3):240-4. <https://doi.org/10.1177/1049909114561856>
 32. Heydari H, Shahsavari H, Hazini A, Nasrabadi AN. Exploring the barriers of home care services in Iran: A qualitative study. *Scientifica*. 2016;2016. <https://doi.org/10.1155/2016/2056470>
 33. FatemiNL, MoonaghiHK, HeydariA. Exploration of nurses' perception about professionalism in home care nursing in Iran: a qualitative study. *Electronic physician*. 2018 May;10(5):6803. <https://doi.org/10.19082/6803>
 34. Heydari H, Rahnavard Z, Ghaffari F. Exploring the position of community-based nursing in Iran: a Qualitative Study. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2017 Oct;5(4):386.
 35. Fallahi Khoshknab M, Khankeh H R, Hosaini M A, Mohammadi F, Rahgou A, Ghazanfari N. Home care effectiveness in preventing rehospitalization of acute schizophrenic patients. *IJNR*. 2009; 4 (14) :59-66
 36. Barati A, Janati A, Tourani S, Khalesi N, Gholizadeh M. (2010). Iranian professional's perception about advantages of developing home health care system in Iran. *Hakim*, 13(2): 71-79.
 37. Fallahi-Khoshknab M. Effectiveness of Psychiatric Nursing Home Care Services for Psychiatric Status in Schizophrenics. *jrehab*. 2007; 8 :77-81.
 38. Alilo L, Shakib A, Sharghe A. The effect of care education in home on knowledge and practice of patients on hemodialysis [in Persian]. *J Urmia Univ Med Sci*. 2011;22(5):410-5
 39. Shamsaii F, Cheraghi F, Ghalealiha A. Effects of home psychiatric nursing care in treatment of schizophrenic patients. *J Ilam Univ Med Sci*. 2007;15:32-8. [Persian].
 40. Ghorbanpoor Z, Hosseini A, Vameghi RO, Rassafiani M, Dalvand H, Rezasoltani P. The effect of "handling training" for caregivers at home and home adaptation on gross motor function of 15-72 months old cerebral palsy children. *Modern Rehabilitation*. 2014 Feb 1;8(1).
 41. Mirmolaei T, Amel Valizadeh M, Mahmoodi M, Tavakkol Z. The effect of postpartum care at home on maternal received and satisfaction. *J Evidenc Bas Care* 2011; 1(1):35-50. (Persian).
 42. Ghaderi H, Shafiee H, Amery H, Vafaei Nasab MR. The Cost-Effectiveness Analysis of

- Hospital Compared to at Homecare for CVA Patients. *Journal of Healthcare Management*. 2013;4:3-4.
43. Nadem Boieni M, Ramezani T, Khodadadi N, Moosavi Lotfi SM, Haghdoost AA, Yeganeh Rasteh Kenari M. Attitude of schizophrenic patients' care givers about their method of patient caring at home. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2013 Sep 10;23(1):54-62.
 44. Khorami markani A, Saheli S, Sakhaei S, khalkhali H. Assesment the effect of family centered care educational program on home care knowledge among caregivers of patients with chronic renal failure under hemodialysis [in Persian]. *Urmia Med J*. 2015;13(5):386-94.
 45. Soozani A, Hasani MR. The effect of structured educational model on knowledge of caregivers and the process of pressure ulcer healing in veterans with spinal cord injury in Shahroud, Iran. *The Horizon of Medical Sciences*. 2007 Jan 10;12(4):55-61.
 46. Zarei A. Development of home care services. *Jhosp*. 2006; 28-30(1)
 47. Malekshahi F. Studying the compliance of home care standards for spinal cord injury disabled by mobile rehabilitation team. *AFLAK/ Vol.1 / NO 42.43 / 2004(persian)*
 48. Fathi M. Examining the opinios of general practitioners on the benefits of developing home care in Tabriz. Thesis. Tabriz University of Medical Sciences. 2012; 80.
 49. Hossieni M, Khankeh HR, Alae S, Dibaei M. Determine the Effect of Home Care on Complication Resulting from Musculoskeletal System Immobility of Stroked Patients. *Iranian Rehabilitation Journal* 2004;5 (19):35-42
 50. Ghashghae M, Mohammadi F, Rassafiani M, Hosseini S, Sahaf R. Clarifying facilitator factors of parental adherence to a home-based educational special caring program for children with cerebral palsy: A content analysis of parent's educational experiences. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*. 2014 Mar 1;10(1):158-70.
 51. Mohamadi F, Dabaghi F, Nikravesh MY. [Facilitating and hindering factors in family care giving process on iranian frail elderly: Female caregivers experiences]. *Salmad*. 2008;2(4):445-53. Persian.
 52. Shamschiri Milani H, Amiri P, Heidarnia M, Abachizadeh K, Abadi A. The Effects of Postpartum Home Care on Constipation and Hemorrhoids at Sixty Days Postpartum. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2015 Dec 10;17(12):26-32.
 53. Azimi R, Mohammadi F, Hosseini M, Farzi M. The effect of home-based stroke rehabilitation on quality of life of stroke survivors and their family caregiver's strain. *Evidence Based Care*. 2013;3(1):77-85.