

## Stewardship Challenges in Long-Term Care for the Elderly Adults: A Qualitative Study of the Iranian Health System

Shabnam Ghasemyani<sup>1</sup> (Ph.D.), Mehdi Jafari<sup>2</sup> (Ph.D.), Rahim Khodayari-Zarnaq<sup>3</sup> (Ph.D.),  
Seyed Ahmad Ahmadi Teymurlouy<sup>4</sup> (Ph.D.), Reza Fadayeveatan<sup>5</sup> (Ph.D.), Khorshid Mobasser<sup>6</sup> (Ph.D.),  
Masoud Aboulhallaj<sup>7\*</sup> (Ph.D.)

1 Ph.D. in Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
2 Professor, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
3 Associate Professor, Department of Health Policy and Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran  
4 Associate Professor, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
5 Professor, Department of Geriatric Medicine, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
6 Assistant Professor, Department of Geriatric Health, School of Health Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran  
7 Associate Professor, Ministry of Health and Medical Education, National Center for Strategic Research in Medical Education, Tehran, Iran

 [10.18502/payavard.v20i2.22820](https://doi.org/10.18502/payavard.v20i2.22820)

### Abstract

Received: 3 Jan. 2026

Accepted: 29 Apr. 2026

**Background and Aim:** With the emergence of demographic shifts and the growth of the elderly population in Iran in recent decades, there is a need to reform and revise health policies to improve service delivery and better address the needs of older adults. Establishing and developing a sustainable and equitable care system to meet long-term needs and achieve universal health coverage is a priority for many countries worldwide. The aim of this study was to identify the challenges associated with long-term care within the Iranian health system.

**Materials and Methods:** In this study, 17 health system managers and experts (14 males and 3 females), were interviewed. This qualitative study was conducted in 2021 to explore the perspectives of 17 experts and senior managers from the Ministry of Health, the Ministry of Cooperatives, Labor, and Social Welfare, as well as from Universities of Medical Sciences and health services. Participants were selected through purposive sampling. Data were collected via semi-structured interviews, which continued until data saturation was achieved. The Braun and Clarke content analysis method was employed to analyze the findings.

**Results:** In this study, 17 health system managers and experts were interviewed (14 men and 3 women). The challenges of long-term care stewardship in the Iranian health system were categorized into two main areas: policy-making and evidence generation, intra-sectoral governance, and inter-sectoral leadership. These were further divided into seven sub-themes: conflict of interest in policy-making; lack of comprehensiveness in aging-related policies; weaknesses in evidence-based policy-making; discontinuity in long-term care stewardship; inappropriate organizational structure; health system infrastructure problems; and weak inter-sectoral relationships. Key challenges included the prioritization of acute and hospital-based care, a treatment-oriented perspective in health policy formulation, inadequate intelligent and forward-looking planning to address demographic changes, lack of transparency in elderly and long-term care, unclear designation of long-term care custodianship within the Ministry of Health, limited national scientific evidence on long-term care and economic efficiency, intra-sectoral conflicts, and unstructured, weak relationships among various actors involved in long-term care.

**Conclusion:** For the effective development of long-term care systems, it is essential to prioritize policy-making and planning within the long-term care framework. To clearly define the roles and responsibilities of each level of government and to strengthen the accountability of public institutions at the national, regional, and local levels. This approach can help improve the quality of services, better address the needs of the elderly population and patients with chronic conditions, and prompt a review of long-term care management.

**Keywords:** Stewardship, Long-Term Care, Aging, Iran, Qualitative Study

\* Corresponding Author:  
Aboulhallaj M  
Email:  
[masoudaboulhallaj@nasrme.ac.ir](mailto:masoudaboulhallaj@nasrme.ac.ir)

## چالش‌های تولیت در مراقبت‌های بلندمدت سالمندی: مطالعه‌ای کیفی در نظام سلامت ایران

شبنم قاسمیانی<sup>۱</sup>، مهدی جعفری<sup>۲</sup>، رحیم خدایاری‌زرنق<sup>۳</sup>، سیداحمد احمدی‌تیمورلویی<sup>۴</sup>، رضا فدای‌وطن<sup>۵</sup>، خورشید مبصری<sup>۶</sup>

مسعود ابوالحلاج<sup>\*۷</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** با بروز تغییرات جمعیت‌شناختی و رشد جمعیت سالمند در ایران در دهه‌های اخیر، نیاز به اصلاح و بازنگری سیاست‌های سلامت در راستای بهبود ارایه خدمات و پاسخ‌گویی به تقاضاهای جمعیت سالمند وجود دارد. استقرار و توسعه‌ی نظام مراقبت پایدار و عادلانه برای پاسخ‌گویی به نیازهای بلندمدت و در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در دستور کار بسیاری از کشورهای جهان قرار دارد. هدف از این مطالعه، شناسایی چالش‌های تولیت مراقبت‌های بلندمدت در نظام سلامت ایران بود.

**روش بررسی:** این مطالعه‌ی کیفی به‌منظور بررسی دیدگاه‌های گروهی متشکل از ۱۷ نفر از صاحب‌نظران، مدیران ارشد و کارشناسان وزارت بهداشت، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند، در سال ۱۴۰۰ انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته صورت گرفت که تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه داشت. برای تحلیل یافته‌ها از روش تحلیل مضمون Braun و Clarke استفاده گردید.

**یافته‌ها:** در این مطالعه با ۱۷ نفر از مدیران و کارشناسان نظام سلامت مصاحبه شد (۱۴ مرد و ۳ زن). چالش‌های تولیت مراقبت‌های بلندمدت سالمندی در نظام سلامت ایران در دو دسته‌ی اصلی شامل: سیاست‌گذاری و تولید شواهد، حکمرانی درون‌بخشی و رهبری بین‌بخشی و هفت موضوع فرعی شامل: تضاد منافع در سیاست‌گذاری، ضعف در جامعیت سیاست‌های حوزه سالمندی، ضعف سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، گسست در تولیت مراقبت بلندمدت، ساختار نامناسب، مشکلات زیرساختی نظام سلامت و روابط بین‌بخشی ضعیف طبقه‌بندی گردید. به‌رسمیت شناختن مراقبت‌های حاد و بیمارستان محور، وجود دیدگاه درمان‌محور در تدوین سیاست‌های سلامت، ضعف برنامه‌ریزی هوشمند و آینده‌نگر در برابر تغییرات دموگرافیک، عدم شفافیت در تولیت مراقبت سالمندان و مراقبت‌های بلندمدت، مشخص نبودن متولی مراقبت بلندمدت در ساختار وزارت بهداشت، محدود بودن شواهد علمی ملی در زمینه‌ی مراقبت بلندمدت و صرفه‌ی اقتصادی، تضاد درون‌بخشی و روابط غیرساختارمند و ضعیف بین بازیگران مختلف مرتبط با مراقبت‌های بلندمدت از اصلی‌ترین چالش‌های مرتبط با تولیت مراقبت بلندمدت سالمندی بود.

**نتیجه‌گیری:** برای توسعه‌ی مؤثر نظام‌های مراقبت بلندمدت، ضروری است، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی نظام مراقبت‌های بلندمدت در اولویت قرار گیرد و نقش‌ها و وظایف در سطوح مختلف دولت به‌وضوح تعیین شود و مسئولیت‌های نهادهای عمومی در سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی تقویت گردد. این رویکرد می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات و پاسخ‌گویی به نیازهای جمعیت سالمند و بیماران مزمن کمک کند و به بازنگری در تولیت مراقبت‌های بلندمدت ختم شود.

**واژه‌های کلیدی:** تولیت، مراقبت بلندمدت، سالمندی، ایران، مطالعه‌ی کیفی

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۱۰/۱۳  
پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۲/۹

\* نویسنده مسئول:

مسعود ابوالحلاج؛

مرکز ملی تحقیقات راهبردی در آموزش پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Email:  
masoudaboulhallaj@nasrme.ac.ir

doi 10.18502/payavard.v20i2.22820

۱ دکتر مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲ استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳ دانشیار گروه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۴ دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۵ استاد گروه طب سالمندی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

۶ استادیار گروه سالمندشناسی سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۷ دانشیار مرکز ملی تحقیقات راهبردی در آموزش پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران



## مقدمه

سالمندی جمعیت به دلیل کاهش جهانی باروری و افزایش امید به زندگی پدیده‌ای جهانی است (۱ و ۲). این روند ابتدا در کشورهای توسعه‌یافته پدیدار شد، اما اکنون، تقریباً در همه کشورها دیده می‌شود (۳). گذار از جامعه‌ی جوان به سالمند ممکن است چالش‌هایی جدی برای کشورهای در حال توسعه، به‌ویژه در زمینه ارایه خدمات مراقبت بلندمدت، به‌همراه داشته باشد؛ زیرا سالمندی جمعیت از سیاست‌ها و خدمات سالمندی پیشی گرفته و بسیاری از این کشورها در مراحل اولیه توسعه‌ی نظام مراقبت بلندمدت سالمندان هستند (۴).

طی چند دهه‌ی گذشته، سالمندی جمعیت، نیاز بیشتری به پوشش همگانی مراقبت بلندمدت ایجاد کرده است. این افزایش، همراه با تغییرات بازار کار و مناسبات خانوادگی، مراقبت بلندمدت را در دستور کار اصلاحات سیاست‌های اجتماعی قرار داده است (۵ و ۶). مراقبت بلندمدت شامل خدمات سلامت و اجتماعی برای سالمندان با بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌های جسمی و روانی می‌باشد که به آن‌ها برای دستیابی و حفظ سلامت کمک می‌کند (۷).

در واقع چالش مراقبت‌های سلامت و بار سنگین مراقبت از بستگان سالمند دارای ناتوانی و عوارض جسمی، روانی توجه بیشتری را از سوی محققان، مردم و سیاست‌گذاران جلب کرده که اخیراً این روندها منجر به افزایش تقاضا برای ایجاد نظام مراقبت‌های بلندمدت رسمی شده است (۸-۱۰). سازمان بهداشت جهانی مراقبت بلندمدت را مؤلفه‌ای ضروری برای دستیابی به پوشش سلامت همگانی می‌داند (۱۱) و به‌عنوان بخشی از پاسخ به نیازهای سالمندان، در استراتژی جهانی و برنامه عملیاتی سالمندی و سلامت از کشورها می‌خواهد که نظام مراقبت بلندمدت پایدار و عادلانه ایجاد کنند (۱۲).

تا سال ۲۰۵۰، ۲۰٪ از جمعیت جهان بالای ۶۵ سال سن خواهند داشت و پیش‌بینی می‌شود که ۸۰٪ از سالمندان در کشورهای با درآمد کم تا متوسط زندگی کنند (۱۳). پدیده‌ی سالمندی جمعیت در ایران با نرخ بالاتر از میانگین جهانی در حال رخ دادن است؛ ایران دومین رشد سریع جهانی جمعیت سالمندان را پس از کره جنوبی در فاصله سال‌های ۲۰۵۰-۲۰۱۵ دارد (۱۴).

همانند بخش بهداشت و درمان، نظام مراقبت بلندمدت ویژگی‌هایی دارد که آن را به بازاری ناقص تبدیل می‌کند که به افزایش نقش اصلی دولت در طراحی و اجرا نیاز دارد (۱۵). مراقبت بلندمدت نه تنها از انتخاب معکوس و خطرات اخلاقی تأثیر می‌گیرد که چالش‌های دیگری، مانند نیاز به مراقبت برای زمان

طولانی که عدم قطعیت را افزایش می‌دهد، ازدحام بیمه‌ها و ناتوانی افراد در تعیین ریسک وابستگی و کمبود ارایه خدمات خصوصی را در این بازارها ایجاد می‌کند (۱۶). سازمان بهداشت جهانی توصیه کرده، دولت‌ها مسئولیت کلی ارایه و عملکرد نظام مراقبت بلندمدت را برعهده بگیرند (۱۷). در کشور ما نیز وزارت بهداشت به‌عنوان متولی اصلی سلامت، باید مسئولیت کلی طراحی و عملکرد چنین نظامی را برعهده بگیرد (۱۲).

نداشتن یک نظام مراقبت بلندمدت رسمی، وجود سازمان‌ها و نهادهای موازی و ناهماهنگی آن‌ها، عدم به‌کارگیری شواهد مناسب در سیاست‌گذاری، ضعف همکاری و مشارکت بین‌بخشی، ضعف مشارکت ذینفعان در سیاست‌گذاری، ضعف نظام ارجاع و پرونده الکترونیک سلامت از جمله چالش‌های مراقبت‌های سالمندی در ایران است که در مطالعات پیشین به آن اشاره شده است (۲۰-۱۸). بیشتر این چالش‌ها به مقوله‌ی تولید و رهبری اشاره دارد که براساس مدل کارکردهای نظام سلامت سازمان بهداشت جهانی، چنانچه کارکرد تولید با چالش مواجه باشد، بر سایر کارکردهای نظام موجود تأثیر زیادی گذاشته و آن‌ها را نیز مختل می‌کند. بیشتر مطالعات قبلی انجام‌شده در ایران چالش‌های مراقبت‌های سالمندی را در ابعاد مختلف از جمله تولید، تأمین مالی و ارایه خدمات بررسی کرده‌اند (۲۱)؛ همچنین در ارتباط با مراقبت بلندمدت در ایران چندین مطالعه انجام شده که در مطالعه‌ی مبصری و همکاران به توسعه و ارزیابی امکان‌سنجی یک مدل جامع مراقبت بلندمدت در منزل پرداخته‌اند (۲۲) و در مطالعه‌ای دیگر جعفری و همکاران چالش‌های کنونی زیرساخت‌های مراقبت بلندمدت و همچنین ابعاد و مؤلفه‌های پیشنهادی توسعه‌ی زیرساخت‌های مراقبت بلندمدت در نظام سلامت ایران را بررسی کرده‌اند (۲۳)، اما این مطالعه با هدف شناسایی چالش‌های تولید مراقبت بلندمدت سالمندی در نظام سلامت ایران انجام شده است.

## روش بررسی

مطالعه با هدف شناسایی چالش‌های تولید مراقبت بلندمدت سالمندان به روش کیفی و رویکرد تحلیل مضمون در سال ۱۴۰۰ انجام شده است. رویکرد کیفی برای به‌دست آوردن بینش دقیق در مورد تجربیات، دیدگاه‌ها و تخصص ذینفعان کلیدی درگیر در نظام مراقبت سالمندان انتخاب شد.

مشارکت‌کنندگان شامل مدیران ارشد کنونی و سابق، کارشناسان ستاد وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، سازمان تأمین اجتماعی و دانشگاه‌های مختلف علوم

پزشکی و همچنین اعضای هیئت علمی در رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، سیاست‌گذاری سلامت، اقتصاد سلامت و سالمندشناسی می‌باشد. تجربه در حوزه‌ی سالمندی و سیاست‌گذاری می‌تواند در درک چالش‌های موجود در این زمینه کمک‌کننده باشد. مشارکت‌کنندگانی که از سازمان‌های مورد نظر انتخاب شدند، به دلیل تجربه علمی و دانش تخصصی برای این تحقیق ارزشمند بودند؛ از این رو مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و معیارهای ورود به مطالعه به شرح زیر بود:

۱. تخصص، دانش و تجربه در مراقبت سلامت، مراقبت سالمندان و مراقبت بلندمدت

۲. حداقل پنج سال سابقه اجرایی یا دانشگاهی در نظام سلامت

۳. دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی ارشد در رشته‌های مرتبط با نظام سلامت از آنجایی که مطالعات کیفی، حجم نمونه‌ی از پیش تعیین‌شده‌ای ندارند، بر اساس تصمیم تیم پژوهش جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع ادامه داشت. در این مطالعه، اشباع داده‌ها پس از انجام ۱۷ مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته (۱۲ مصاحبه مجازی و ۵ مصاحبه حضوری) به دست آمد. در تعیین اشباع داده‌ها، تیم تحقیقاتی از چندین معیار استفاده کرد. اشباع داده‌ها به معنای توقف جمع‌آوری اطلاعات زمانی است که دیگر مضامین جدیدی شناسایی نمی‌شود و تحلیل‌های انجام‌شده به حد کافی غنی و جامع هستند. اولین معیار، تکرار مضامین بود؛ بدین معنی که مضامینی که در چندین متن مشترک بودند، نشانه‌ای از اشباع به حساب می‌آمدند. همچنین تیم به غنای اطلاعات توجه داشت و اگر اطلاعاتی که از مصاحبه‌ها به دست می‌آمد به حدی عمق و ارزش داشت که به سوالات تحقیق پاسخ می‌داد، این نیز نشانه‌ی نزدیکی به اشباع بود. عدم ظهور مضامین جدید پس از جمع‌آوری چندین داده‌ی جدید نیز به عنوان یکی دیگر از معیارهای تعیین اشباع مطرح بود. علاوه بر این، تیم پژوهشی به طور مرتب جلساتی برگزار می‌کردند تا تحلیل‌ها و مضامین شناسایی‌شده را بررسی کنند. در این بحث‌ها نظرات و مشاهدات اعضای تیم به اشتراک گذاشته می‌شد و این فرایند به ارزیابی معتبر میزان اشباع کمک می‌کرد. در نهایت، اشباع داده‌ها در مصاحبه‌ی پانزدهم تشخیص داده شد، اما دو مصاحبه‌ی دیگر نیز به منظور اطمینان از تنوع و غنای پاسخ‌ها انجام گردید.

داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته جمع‌آوری شد. در طول مصاحبه‌ها از یک راهنمای مصاحبه شامل این ۳ سوال باز استفاده گردید: «به نظر

شما چالش‌های تولیدیت نظام مراقبت بلندمدت سالمندان کدامند؟»، «چه عواملی در این چالش‌ها دخیلند؟»، «چگونه تضادها و مشکلات درون سازمانی و بین سازمانی می‌توانند بر کیفیت خدمات مراقبت بلندمدت سالمندان تأثیر بگذارند؟» بر اساس مطالعات قبلی و نظرات اعضای تیم پژوهش تهیه شد. تیم تحقیقات پس از انجام سه مصاحبه‌ی آزمایشی، دو جلسه بحث برای بررسی و اصلاح راهنمای مصاحبه انجام دادند. هدف اصلی این مصاحبه‌ها شناسایی چالش‌های مربوط به سیاست‌گذاری و حکمرانی مراقبت‌های بلندمدت در نظام سلامت ایران بود. دعوت‌نامه‌ی شرکت در مصاحبه از طریق ایمیل برای افراد منتخب ارسال شد. پس از توافق، زمان و مکان مصاحبه‌ها با توجه به ترجیحات و در دسترس بودن مصاحبه‌شوندگان تنظیم شد. ابتدا اطلاعات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان ثبت شد و رضایت شفاهی آگاهانه برای شرکت در مطالعه گرفته شد. قبل از مصاحبه، از مصاحبه‌شوندگان برای ضبط اجازه گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که می‌توانند در هر زمان از مطالعه انصراف دهند. علاوه بر این، از تمام مصاحبه‌ها یادداشت‌برداری شد. هر مصاحبه به طور متوسط بین ۴۰ تا ۹۰ دقیقه طول کشید. داده‌های جمع‌آوری‌شده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با استفاده از تحلیل مضمون با نرم‌افزار MAXQDA ۱۸ بلافاصله پس از هر مصاحبه تجزیه و تحلیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با مصاحبه انجام شد. مصاحبه‌های رونویسی شده و یادداشت‌های میدانی چندین بار بازبینی گردیدند تا درک کلی از محتوا ایجاد شود و سپس یک بررسی خطبه خط متن انجام شد (۲۴). مفاهیم از اظهارات و دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان استخراج شد و سپس در موضوعات اصلی و فرعی سازماندهی گردید. در ابتدا داده‌ها رونویسی و واحدهای محتوا شناسایی شدند. دو نفر از اعضای تیم تحقیقاتی فرایند کدگذاری را انجام دادند و نتایج آن‌ها مورد بررسی متقابل قرار گرفت. در موارد عدم توافق با محقق سوم مشورت شد. برای روشن شدن فرایند تحلیل، ذکر این نکته ضروری است که پس از تکمیل مصاحبه‌ها، داده‌های استخراج‌شده با استفاده از روش تحلیل مضمون شش مرحله‌ای با رویکرد Braun و Clarke تجزیه و تحلیل گردید (۲۵).

۱- آشنایی با داده‌ها: در این مرحله مطالعه‌ی دقیق و مکرر داده‌ها (متن مصاحبه‌ها) انجام می‌شود تا محقق بتواند با محتوا آشنا شود. این آشنایی اولیه به شناسایی نکات و ایده‌های کلیدی کمک می‌کند. مصاحبه‌های رونویسی شده و یادداشت‌های میدانی چندین بار بازبینی شدند تا درک کلی از محتوا ایجاد شود و سپس یک بررسی خطبه خط متن انجام شد. یادداشت‌های میدانی، که مشاهدات،

تعاملات و تجربیات محقق را در این زمینه مستند می‌کند، اطلاعات زمینه‌ای ارزشمندی را ارائه می‌کند که تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها را افزایش می‌دهد (۲۴).

۲- کدگذاری: در این مرحله، کدگذاری داده‌ها انجام می‌شود؛ یعنی محقق بخش‌هایی از متن را برجسته کرده و برچسب‌های مختصری برای مشخص کردن محتوای آن‌ها ایجاد می‌کند. این کدها می‌توانند نمایانگر ایده‌ها و احساسات مختلف باشند. در ابتدا داده‌ها رونویسی و واحدهای محتوا شناسایی شدند. دو نفر از اعضای تیم تحقیقات فرایند کدگذاری را انجام دادند و نتایج آن‌ها مورد بررسی متقابل قرار گرفت. در موارد عدم توافق با محقق سوم مشورت شد.

۳- تولید مضامین: در این مرحله، کدهای ایجادشده بررسی می‌شوند تا الگوهای معنایی مشترک شناسایی شده و مضامین کلی استخراج گردند. مضامین معمولاً گسترده‌تر از کدها هستند و چندین کد در یک مضمون ترکیب می‌شوند. در این مطالعه نیز مفاهیم از اظهارات و دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان استخراج شد و سپس در مضامین فرعی و اصلی سازماندهی گردید.

۴- بررسی مضامین: در این مرحله، مضامین شناسایی شده با داده‌های اصلی بررسی می‌شوند تا اطمینان حاصل شود که این مضامین بازتاب صحیح داده‌ها هستند یا خیر. ممکن است برخی مضامین نیاز به اصلاح، حذف یا ترکیب داشته باشند که این کار توسط اعضای تیم تحقیق انجام می‌شود. در این مطالعه نیز مضامین ایجادشده توسط اعضای تیم تحقیق بررسی شدند و در صورت مغایرت با داده‌ها بحث و تبادل نظر انجام شد تا توافق نهایی حاصل آید.

۵- تعریف و نام‌گذاری مضامین: در این مرحله، هر مضمون به‌طور دقیق تعریف و یک نام مناسب برای آن انتخاب می‌شود. این نام‌ها مختصر و نمایانگر محتوای اصلی مضامین هستند. در مطالعه‌ی حاضر نیز با مشورت تمام اعضای

تیم تحقیق نام‌گذاری مضامین براساس کدهای آن مضمون انجام شد.

۶- تولید گزارش: در این مرحله، نتایج تحلیل به‌صورت کتبی ارائه می‌شود. در این بخش به توضیح مضامین، مشاهدات و نکات کلیدی پرداخته شده و شواهدی از داده‌ها به‌عنوان پشتیبانی آورده شد. این نگارش شامل مقدمه، روش‌شناسی، نتایج و بحث در این مطالعه نیز انجام شد.

در مطالعات کیفی به‌جای استفاده از اصطلاحات روایی و پایایی داده‌ها از معیارهای مقبولیت، انتقال‌پذیری، شباه و تأییدپذیری استفاده می‌شود (۲۶). برای افزایش پذیرش مطالعه، مصاحبه با کارشناسان کلیدی انجام شد. علاوه بر این، داده‌های به‌دست آمده از تحلیل توسط متخصصان خارج از تیم تحقیقاتی بررسی گردید. نتایج این بررسی با یافته‌های محققان مقایسه و اصلاحات لازم در داده‌ها انجام شد. برای افزایش قابلیت انتقال، شرکت‌کنندگان با دقت انتخاب شدند و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به‌طور هم‌زمان انجام شد تا تحریف داده‌ها به حداقل برسد. برای اطمینان از ثبات در تحلیل داده‌ها، دو محقق خارج از دانشگاه علوم پزشکی ایران، داده‌ها را بررسی کردند. یافته‌های آن‌ها با یافته‌های تیم تحقیقاتی مطابقت داشت و به نتایج نسبتاً مشابهی منجر شد. این استادان در زمینه‌ی مطالعات کیفی و مراقبت صاحب‌نظر بودند که بعد از تأیید آن‌ها نام‌گذاری مضامین نهایی شدند.

## یافته‌ها

در این مطالعه با ۱۷ نفر از صاحب‌نظران و ذینفعان مختلف در زمینه‌ی تولیت مراقبت بلندمدت مصاحبه صورت پذیرفت. تم‌های به‌دست آمده، شامل دو مضمون اصلی و هفت موضوع فرعی می‌باشد. مشخصات افراد مطلع کلیدی که با آن‌ها مصاحبه انجام گرفته، در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: مشخصات افراد کلیدی مصاحبه‌شونده

| متغیر     | زیر متغیر          | تعداد (درصد) |
|-----------|--------------------|--------------|
| جنسیت     | مرد                | ۱۴ (۸۲/۴)    |
|           | زن                 | ۳ (۱۷/۶)     |
| سن        | ۳۰-۴۰              | ۳ (۱۷/۶)     |
|           | ۴۰-۵۰              | ۸ (۴۷/۱)     |
|           | بیشتر از ۵۰        | ۵ (۲۹/۴)     |
| تحصیلات   | پزشک - دکتری تخصصی | ۷ (۴۱/۲)     |
|           | دکتری تخصصی        | ۱۰ (۵۸/۸)    |
| سابقه کار | ۱-۱۰               | ۳ (۱۷/۶)     |
|           | ۱۰-۲۰              | ۵ (۲۹/۴)     |
|           | بیش از ۲۰          | ۹ (۵۳)       |

|                                                                                                                               |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت بهداشت، معاونت درمان، معاونت پرستاری، معاونت توسعه و دبیرخانه شورای عالی بیمه) | ۳۵/۴)۶ |
| دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی                                                                                 | ۲۹/۴)۵ |
| دبیرخانه شورای سالمندی                                                                                                        | ۱۱/۸)۲ |
| سازمان تأمین اجتماعی                                                                                                          | ۱۱/۸)۲ |

طبق جدول ۱، میانگین سن و سابقه کار مشارکت‌کنندگان به ترتیب برابر با ۴۷/۳ و ۱۸/۳ سال بود. همچنین در مجموع ۱۴ نفر از مصاحبه‌شوندگان مرد و مابقی زن بودند. بیشتر شرکت‌کنندگان از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بودند. یافته‌های مربوط به مصاحبه‌های انجام شده در دو مضمون اصلی سیاست‌گذاری و تولید شواهد، حکمرانی درون‌بخشی و رهبری بین‌بخشی طبقه‌بندی گردید (جدول ۲).

### جدول ۲: پالاش‌های تولیدیت مراقبت‌های بلندمدت سالمندی در نظام سلامت ایران

| مضمون اصلی                         | مضمون فرعی                           | کدهای نهایی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| سیاست‌گذاری و تولید شواهد          | تضاد منافع در سیاست‌گذاری            | پزشک‌محوری در نظام سلامت<br>به رسمیت شناختن مراقبت‌های حاد و بیمارستان‌محور و غالب بودن این رویکرد<br>تعارض منافع مالی برخی از سیاست‌گذاران نظام سلامت<br>وجود دیدگاه درمان‌محوری در تدوین سیاست‌های سلامت<br>ضعف تفکر راهبردی نسبت به سالمندان در برنامه‌های نظام سلامت و توسعه<br>ضعف برنامه‌ریزی هوشمند و آینده‌نگر در برابر تغییرات دموگرافیک<br>ناکافی بودن قوانین و مقررات در حوزه‌ی مراقبت بلندمدت<br>محدود بودن شواهد علمی ملی در زمینه مراقبت بلندمدت و صرفه‌ی اقتصادی<br>مبنا قرار نگرفتن علم اقتصاد سلامت در تصمیم‌گیری‌ها<br>آشنایی محدود سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام سلامت با مفهوم مراقبت بلندمدت<br>عدم درک مناسب از ضرورت مراقبت بلندمدت |
|                                    | ضعف در جامعیت سیاست‌های حوزه سالمندی | عدم شفافیت در تولیدیت مراقبت‌های سالمندان و مراقبت‌های بلندمدت<br>ضعف سازوکارهای نظارتی بر ارائه خدمات مراقبت بلندمدت فرابخشی و بین‌بخشی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                    | گسست در تولیدیت مراقبت بلندمدت       | تضاد درون‌بخشی در وزارت بهداشت<br>مشخص نبودن متولی مراقبت بلندمدت در ساختار وزارت بهداشت<br>ساختار متمرکز و سلسله‌مراتبی وزارت بهداشت<br>پیاده‌سازی نامناسب برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع<br>یکپارچه نبودن نظام سلامت<br>ضعف زیرساخت‌های آماری و فناوری اطلاعات<br>روابط غیرساختارمند و ضعیف بین بازیگران مختلف مرتبط با مراقبت‌های بلندمدت<br>ناهماهنگی بین سازمان‌های سیاست‌گذار در ارائه خدمات<br>ناهماهنگی با نهادهای خیریه و سازمان‌های مردم‌نهاد<br>نادیده گرفته شدن نقش بخش خصوصی<br>ضمانت اجرایی پایین سیاست‌های موجود                                                                                                                             |
| حکمرانی درون‌بخشی و رهبری بین‌بخشی | ساختار نامناسب                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                    | مشکلات زیرساختی نظام سلامت           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

همچنین یافته‌های حاصل در ۷ مضمون فرعی شامل تعارض منافع در سیاست‌گذاری، ضعف در جامعیت سیاست‌های حوزه‌ی سالمندی، ضعف در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، گسست در تولیدیت مراقبت‌های بلندمدت، ساختار نامناسب، مشکلات زیرساختی نظام سلامت و روابط بین‌بخشی ضعیف طبقه‌بندی گردید. برای هر مضمون فرعی نیز کدهایی پس از تحلیل مصاحبه‌ها استخراج گردید (جدول ۲).

• **سیاست‌گذاری و تولید شواهد**  
- تعارض منافع در سیاست‌گذاری  
براساس تحلیل مصاحبه‌های انجام شده، تعارض منافع در سیاست‌گذاری باعث بروز چالش در وضعیت فعلی سیاست‌گذاری مراقبت‌های بلندمدت شده است. تعارض منافع از بزرگ‌ترین مشکلات نظام سلامت کشور است. گروهی از مصاحبه‌شوندگان به موضوع «پزشک‌محوری نظام سلامت» اشاره داشتند و معتقد

بودند که اکثر مشکلات نظام سلامت از ساختار مدیریتی و تفکر پزشک‌سالاری حاکم بر وزارت بهداشت نشأت گرفته است. یکی از مدیران سازمان نظام پرستاری معتقد بود: «وزارت بهداشت باید قبول کند که در سیاست‌گذاری، غیر از پزشکان، دیگران هم می‌توانند نقش داشته باشند. در وزارت بهداشت اصلی حاکم هست که مسئول فنی هر نوع مؤسسه‌ای باید پزشک باشد؛ که مؤسسه‌ای گران ایجاد می‌کنند، در مراقبت بلندمدت هم مشکل همین است.» (م ۱۷).

تعدادی از مصاحبه‌شوندگان نیز به «به رسمیت شناختن مراقبت‌های بیمارستان‌محور و غالب بودن این رویکرد» اشاره داشتند و معتقد بودند که وجود دیدگاه بیمارستان‌محور باعث شده که در حوزه‌ی سیاست‌گذاری سلامت نتوان درک صحیحی از موضوع مراقبت‌های بلندمدت داشت. یکی از مدیران وزارت بهداشت این‌طور اظهار نظر نمود: «زمانی که بحث مراقبت بلندمدت می‌شود، منظور مراقبت بیمارستانی نیست. در شرایط کنونی چنانچه سالمندی مراقبت بخواهد، در بیمارستان بستری می‌شود. چرا *hospice* واقعی نداریم؟ چرا *Long term care facility* نداریم؟ چرا این *setting* ها در مدیریت وزارت بهداشت نیست؟ ساختار وزارت بهداشت *hospital base* هست و عقیده دارد که هر مراقبت غیربیمارستانی باید در قالب سازمان‌های غیردولتی و خیریه‌ها ارایه شود.» (م ۱۶).

از چالش‌های دیگر اشاره‌شده در مصاحبه‌ها «تعارض منافع مالی برخی از سیاست‌گذاران نظام سلامت» است، برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که بیمارستان‌ها و پزشکان از ترس کاهش درآمد ممکن است، مانع شکل‌گیری نظام مراقبت‌های بلندمدت شوند. در این خصوص از مدیران معاونت پرستاری چنین نقل قول کرد: «ایجاد مراکز مراقبت بلندمدت، تعارض منافع ایجاد خواهد کرد. نظام سلامت براساس بیمارستان می‌چرخد. بیمارستان باید درآمد داشته باشد، اگر بیمار در خانه یا مراکز مراقبت بلندمدت، مراقبت بگیرد، درآمد بیمارستان و بالطبع پزشکان، کاهش پیدا خواهد کرد.» (م ۵).

- ضعف در جامعیت سیاست‌های حوزه‌ی سالمندی

پیرامون چالش فوق، مصاحبه‌شوندگان به موضوع «وجود دیدگاه درمان‌محوری در تدوین سیاست‌های سلامت» اشاره داشتند. یکی از اعضای هیئت علمی دانشگاه معتقد بود که نظام سلامت با دید بالینی به مسایل نگاه می‌کند و این‌گونه اظهار نظر نمود: «نظام سلامت ما کاملاً درمان‌محور هست و در حقیقت اون دیدگاه بالینی بر همه ابعاد نظام سلامت و حتی نظام اجتماعی

اثرگذار هست. مراقبت بلندمدت لزوماً موضوع بخش سلامت نیست و موضوعی اجتماعی هست.» (م ۱۰).

از چالش‌های اشاره شده توسط مصاحبه‌شوندگان «ضعف تفکر راهبردی نسبت به سالمندان در برنامه‌های نظام سلامت و توسعه» است. در برنامه‌های توسعه در چند بند مختصر به سالمندی اشاره کرده‌اند، اما جامع و کافی نیست. در اسناد بالادستی و برنامه‌های توسعه، تکلیفی برای مراقبت‌های بلندمدت وجود ندارد. یکی از مدیران وزارت رفاه این‌طور اظهار نظر نمود: «در خصوص مدیریت سالمندان نمره‌ی پایینی به تولید در بحث سالمندی می‌دهم، مهم‌ترین علتش اینه که مگاترند سالمندی را جدی نگرفته‌ایم.» (م ۶).

برخی از مصاحبه‌شوندگان «ضعف برنامه‌ریزی هوشمند و آینده‌نگر در برابر تغییرات دموگرافیک آینده» را از چالش‌های ساختار نامناسب حوزه‌ی سالمندی دانسته‌اند. از آن‌جاکه سرعت رشد سالمندی در کشورهای در حال توسعه، سریع‌تر از کشورهای توسعه‌یافته است، کشورهای در حال توسعه زمان کمتری نسبت به کشورهای توسعه‌یافته برای سازگاری با پیامدهای سالمندی جمعیت خواهند داشت؛ بنابراین برنامه‌ریزی راهبردی در خصوص مراقبت‌های سالمندی ضروری است. در این رابطه از مدیران معاونت درمان اظهار نظر نمود: «ساختار سیاست‌گذاری آن‌قدر ساختار هوشمندی نیست که مبتنی بر آینده‌نگری به تدوین برنامه‌های آینده بپردازد؛ یعنی مبتنی بر آینده‌نگری برنامه‌ریزی کند و تغییرات مقتضی ایجاد کند.» (م ۱۶). از دیگر چالش‌های مرتبط با موضوع سیاست‌های سالمندی «ناکافی بودن قوانین و مقررات حوزه‌ی مراقبت بلندمدت» بود که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند، در این راستا یکی از مدیران وزارت بهداشت گفت: «قطعاً مراقبت‌های بلندمدت برای سالمندان و بیماران مزمن مورد نیاز کشور هست، هر چند قوانین بالادستی مانند برنامه‌های توسعه، به صورت مستقیم تأکیدی نکرده‌اند.» (م ۷).

- ضعف در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

پیرامون این چالش برخی از مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که نظام سلامت کشور به دلیل «محدود بودن شواهد علمی ملی در زمینه‌ی مراقبت بلندمدت و صرفه‌ی اقتصادی» و فقدان پژوهش‌های کافی نتوانسته در این زمینه اقدامات مدنظر انجام بدهد. در این مورد یکی از صاحب‌نظران پیرامون موضوع اظهار نظر نمود: «ما دیدگاه روشنی نسبت به مراقبت‌های بلندمدت نداریم و شواهدی در این مورد ایجاد نشده، باید چندین مطالعه‌ی معتبر داشته باشیم که هزینه اثربخشی

و هزینه منفعت این مراکز را ثابت کند.» (م ۱۷).

همچنین برخی از مصاحبه‌شوندگان به «منا قرار ندادن اقتصاد سلامت در تصمیم‌گیری‌ها» نیز اشاره داشته و آن را به عنوان عاملی مهم در عدم شکل‌گیری نظام مراقبت بلندمدت در کشور می‌دانستند. یکی از مدیران وزارت بهداشت این گونه اظهار نظر نمود: «در تمام دنیا، نظام‌های مراقبت بلندمدت زمانی که نظام‌های سلامت از لحاظ مالی به مشکل خوردند، شکل گرفتند. تا زمانی که در نظام سلامت، به اقتصاد سلامت اعتقاد نداشته باشیم، یعنی نسجیم که آیا مراقبت بلندمدت می‌تواند جایگزین مراقبت‌های بیمارستانی شود، نمی‌توانیم اصولی تصمیم بگیریم.» (م ۷).

برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که سیاست‌گذاران نظام سلامت با مفهوم مراقبت بلندمدت آشنایی ندارند، از چالش‌های مورد اشاره توسط برخی از مصاحبه‌شوندگان «آشنایی محدود سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام سلامت با مفهوم مراقبت بلندمدت» بود. سیاست‌گذاران نمی‌توانند بین مفهوم مراقبت بلندمدت و مراقبت‌های درآستانه مرگ تمایز ایجاد کنند. نظام سلامت در سال‌های اخیر به این موضوع پرداخته، با این حال، برخی لایه‌های مدیریتی هنوز با این رویکرد در ارائه خدمات سلامت آشنا نبوده یا موافقش نیستند. یکی از صاحب‌نظران این گونه اظهار نظر کرد: «دعویی در وزارت بهداشت هست که هاسپیس در دنیا تجربه موفق نبوده است، وقتی در مورد مراقبت بلندمدت صحبت می‌شود، بلافاصله بحث سمت مراقبت‌های درآستانه‌ی مرگ منحرف می‌شود. در حالی که مراقبت‌های درآستانه‌ی مرگ بخشی از مراقبت بلندمدت را تشکیل می‌دهد.» (م ۱۰).

برآیند آگاهی ضعیف از موضوع مراقبت بلندمدت سبب «عدم درک مناسب از ضرورت مراقبت بلندمدت» و در اولویت قرار نگرفتن این مراقبت‌ها می‌گردد. در این زمینه یکی از صاحب‌نظران اظهار نظر نمود: «عموماً چون مراقبت‌های بلندمدت دستور کار اولویتی وزارت بهداشت نیست، این مباحث فراموش شده، هرچند اگر اولویت هم باشد به نظر می‌رسد، دیدگاه بالینی غالب هست.» (م ۱۴).

– گسست در تولید مراقبت بلندمدت

برخی از مصاحبه‌شوندگان مهم‌ترین چالش‌های وضعیت فعلی نظام مراقبت بلندمدت را «عدم شفافیت در تولید مراقبت‌های سالمندان و مراقبت‌های بلندمدت» عنوان نمودند. به دلیل مشارکت چند سازمان در ارائه خدمات سالمندان متولی اصلی مشخص نمی‌باشد. یکی از کارشناسان وزارتخانه در این خصوص

این طور اظهار نظر نمود: «در سیاست‌گذاری کلان سلامت در کشورهای دیگر وزارتخانه‌ای به صورت واحد سیاست‌گذاری‌های مرتبط با مراقبت سالمندان را انجام می‌دهد، چون تولید متمرکز هست و سلامت ذیل رفاه تعریف می‌شود اما ما دو وزارتخانه مجزا داریم.» (م ۳). «ضعف سازوکارهای نظارتی بر ارائه خدمات مراقبت بلندمدت فرابخشی و بین‌بخشی» چالش دیگری بود، مصاحبه‌شوندگان به این نکته که وزارت بهداشت به صورت مستقیم در زمینه نظارت و رسیدگی به مراقبت‌های بلندمدت مداخله‌ای ندارد، اشاره کردند. در این مورد از مدیران سازمان‌های بیمه‌ای گفت: «در مراکز کنونی مراقبت بلندمدت اصلاً مشخص نیست چه خدماتی با چه کیفیتی ارائه می‌شود؟ نظارت بر این مراکز چگونه است؟ یا این که روی مراکز مراقبت پرستاری در خانه نظارتی هست که بتوان اعتماد کرد.» (م ۱۳).

#### • حاکمیت درون‌بخشی و رهبری بین‌بخشی

– ساختار نامناسب

چالش بعدی اشاره شده توسط مصاحبه‌شوندگان «تضاد درون‌بخشی در وزارت بهداشت»، «مشخص نبودن متولی مراقبت بلندمدت در ساختار وزارت بهداشت» و «ساختار متمرکز و سلسله‌مراتبی وزارت بهداشت» بود و مصاحبه‌شوندگان خط‌کشی بین بخش‌های مختلف و مشخص نبودن متولی اصلی مراقبت بلندمدت را از موانع سیاست‌گذاری در حوزه‌ی مراقبت بلندمدت می‌دانند. در این رابطه یکی از مدیران سابق معاونت پرستاری این گونه بیان کرد: «خط‌هایی که در نظام سلامت می‌کشیم و مرزبندی‌هایی که داریم، اجازه نمی‌دهد برنامه‌ها عملیاتی شود. سال‌هاست در ساختار معاونت بهداشت، اداره سلامت سالمندی وجود دارد، که تا جایی فعالیتش را خوب انجام می‌دهد، بعد بهش می‌گن حوزه عملش نیست.» (م ۵).

تعدادی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که متولی اصلی مراقبت بلندمدت در ساختار وزارت بهداشت باید به صورت دقیق مشخص گردد. از مدیران وزارت بهداشت در این خصوص این گونه اشاره نمود: «تولیت مراقبت بلندمدت سالمندان در ساختار وزارت بهداشت گسسته است، معاونت‌های درمان، پرستاری و بهداشت تا حد زیادی درگیرند، اما نهایتاً معلوم نیست متولی اصلی چه کسی هست؟» (م ۱).

– مشکلات زیرساختی نظام سلامت

به نظر می‌رسد که نظام سلامت هنوز درگیر تعدادی از چالش‌های حل نشده

است که همین چالش‌ها در استقرار نظام مراقبت بلندمدت می‌تواند نقش داشته باشند؛ از نگرانی‌هایی که بسیاری از مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند، «پیاده‌سازی نامناسب برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع» بود؛ یکی از مدیران وزارت بهداشت در این باره اظهار نظر نمود: «از مشکلات نظام سلامت این است که چون پزشک خانواده و نظام ارجاع نداریم، هر فردی هر مشکلی پیدا می‌کند، در درجه اول به پزشک متخصص یا اگر مشکل حاد باشد به اورژانس بیمارستان مراجعه می‌کند.» (م ۵).

چالش دیگری که در ارتباط با مشکلات زیرساختی نظام سلامت وجود دارد «گسستگی نظام سلامت» است. گسستگی خدمات برای بسیاری از نظام‌های مراقبت بلندمدت مسئله‌ای حل نشده است. این عدم هماهنگی بر کیفیت و کارایی خدمات تأثیرگذار است. در واقع به دلیل اجرا نشدن برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع، متولی اصلی سلامت مردم مشخص نیست. در همین راستا یکی از صاحب‌نظران چنین گفت: «به تعبیری مردم متولی سلامت ندارند، کسی مسئول سلامت آن‌ها نیست. این مسئولیت بین همه پخش شده و انتخاب برای این که فرد مسیر سلامت را طی کند با خودش هست، که اثبات شده، این مدل ناکارآمدترین و پرریسک‌ترین مدل ارایه مراقبت برای مردم و نظام سلامت هست.» (م ۵). «ضعف زیرساخت‌های آمار و فناوری‌های اطلاعات» از چالش‌هایی بود که مصاحبه‌شوندگان در رابطه با مشکلات زیرساختی نظام سلامت به آن اشاره کردند، در این ارتباط یکی از صاحب‌نظران اینگونه اظهار نظر نمود: «در کشور، حساب انفرادی برای افراد نداریم، باید نظام آماری دقیقی در نظام سلامت ایجاد کنیم.» (م ۸).

برخی از صاحب‌نظران نیز به چالش «ضمانت اجرایی پایین سیاست‌های موجود» اشاره کردند، یکی از اعضای هیئت علمی که از مدیران وزارتخانه است، معتقد بود: «سند سالمندی ۱۵ سال از این اداره به اون اداره دست به دست گشت و رسمیت پیدا نکرد. برای مراقبت بلندمدت یک سری شعارها مطرح شده اما این که سیاست‌گذاری شود و اراده‌ای برای اقدام عملی وجود داشته باشد، کاری انجام نشده است.» (م ۱۳).

#### - روابط بین‌بخشی ضعیف

اولین چالشی که صاحب‌نظران درخصوص ضعف هماهنگی بین‌بخشی به آن اشاره داشتند، «روابط غیرساختارمند و ضعیف بین بازیگران مختلف مرتبط با مراقبت‌های بلندمدت» بود. ارتباطی بین بخش‌های مختلف ارایه‌دهنده‌ی

مراقبت بلندمدت وجود ندارد. از اعضای هیئت علمی در این خصوص این گونه اظهار نظر نمود: «در کشور انواع نهادهای حمایتی، بیمه‌ای، امدادی و خیریه‌ای وجود دارد که موازی فعالیت می‌کنند، اما به هیچ وجه هماهنگ و سازمان‌یافته عمل نمی‌کنند.» (م ۱۵).

از چالش‌های مرتبط با ضعف هماهنگی بین‌بخشی «ناهماهنگی بین سازمان‌های سیاست‌گذار در ارایه خدمات»، «ناهماهنگی با نهادهای خیریه و مردم نهاد» و «نادیده گرفته شدن نقش بخش خصوصی» است. در همین راستا از استادان دانشگاه این طور اظهار نظر نمود: «در کشور نهادهای مختلفی در زمینه‌ی سالمندان سیاست‌گذاری می‌کنند و موازی‌کاری می‌کنند. جریان منسجمی برای مراقبت وجود ندارد.» (م ۱۷). «یکی از مشکلاتی که داریم این که ما همه چیز را دولتی می‌کنیم، یک دولت بزرگ کند داریم، درحالی که هر چقدر برون‌سپاری کنیم بهتر است، درخصوص مراقبت‌های بلندمدت نیز باید بخش خصوصی را تشویق کنیم.» (م ۱۴).

## بحث

در زمینه‌ی وضعیت فعلی سیاست‌گذاری و تولید شواهد یافته‌ها نشان داد که مضمون فرعی تضاد منافع در سیاست‌گذاری شامل پزشک‌محوری در نظام سلامت، به رسمیت شناختن مراقبت‌های حاد و بیمارستان‌محور و تعارض منافع مالی برخی از سیاست‌گذاران نظام سلامت می‌باشد. تضاد منافع افراد و بخش‌های تخصصی مختلف به طور جدی بر سیاست‌ها تأثیر می‌گذارد. یافته‌های مطالعه‌ی حیدری و همکاران نیز نشان داد که مدیریت نظام سلامت ایران پزشک‌محور است (۲۷). از نظر سازمان بهداشت جهانی، مدیریت پزشک‌محور یکی از تهدیدات نظام سلامت محسوب می‌شود (۲۸) و اصلاح نظام سلامت ضروری است (۲۹). نتایج مطالعه‌ی حیدری و همکاران نیز نشان داد که در نظام سلامت ایران، خدمات بیمارستانی نسبت به خدمات جامعه‌محور ارجحیت بیشتری دارند (۲۷). در مطالعه‌ی شتی و همکاران نیز بر تمرکز به ارایه خدمات درمانی سالمندان به عنوان یکی از چالش‌های مراقبت‌های سالمندی اشاره شده است (۲۲). یافته‌های مطالعه‌ی Jeon و Kwon نیز نشان داد که با وجود اجرای برنامه‌های متعددی در پاسخ به بار فزاینده‌ی بیماری‌های غیرواگیر و جمعیت سالمند، اتکای بیش از حد به مراقبت‌های بیمارستانی وجود دارد (۳۰). در واقع نظام سلامت کنونی به جای مدیریت بیماری مزمن در جهت

مدیریت بیماری‌های حاد است (۳۱). تمرکز بر مدل‌های مراقبت درمانی مبتنی بر بیمارستان و مبتنی بر بیماری، توانایی نظام‌های سلامت در ارائه مراقبت‌های فراگیر، عادلانه، باکیفیت و از نظر تأمین مالی پایدار تضعیف می‌کند (۳۲). در مطالعه‌ی مبصری و همکاران بر نیاز اصلاح و باز طراحی نظام مراقبت بلندمدت تأکید شده است (۲۲).

چالش‌های ضعف در جامعیت سیاست‌های حوزه سالمندی شامل دیدگاه درمان‌محوری در تدوین سیاست‌های سلامت، ضعف تفکر راهبردی نسبت به سالمندان در برنامه‌های نظام سلامت و توسعه، ضعف برنامه‌ریزی هوشمند و آینده‌نگر در برابر تغییرات دموگرافیک، ضمانت اجرایی پایین سیاست‌های موجود و ناکافی بودن قوانین و مقررات در حوزه‌ی مراقبت بلندمدت بودند. در مطالعه‌ی شتی و همکاران همچنین مطالعه‌ی مهری و همکاران نیز به فقدان جهت‌گیری استراتژیک در برنامه‌های سالمندی سلامت، اولویت درمان بر پیشگیری و عدم شفافیت در سیاست‌ها اشاره شده است (۳۳ و ۲۱). مراقبت بلندمدت در برنامه‌های سیاستی بیشتر کشورها نادیده گرفته شده است (۳۴) و مراقبت‌های سلامت سالمندان مسئولیتی ملی تلقی نمی‌شود (۳۵). در اکثر کشورها، مسایل اقتصادی، اجتماعی و سلامت مرتبط با سالمندان و افزایش هزینه‌های مراقبت‌های سلامت چالش‌هایی حیاتی است که نیازمند برنامه‌ریزی دقیق و سیاستی جامع هست. در ایران، وزارت بهداشت یا سایر مراجع برنامه‌ای اقتصادی کلان برای سالمندان ندارند یا برنامه‌های تدوین شده از انسجام و یکپارچگی خاصی برخوردار نیستند (۳۶) و در بسیاری موارد سیاست‌ها با مشارکت ذینفعان تدوین نشده و یا اجرایی نمی‌شوند (۳۷ و ۲۲). در مطالعه‌ی گوهری‌نژاد و همکاران بر ضرورت سیاست‌گذاری مراقبت سالمندان در سطح ملی تأکید شده است (۳۸). تدوین سیاست و برنامه‌های استراتژیک مراقبت‌های بلندمدت باید به گونه‌ای باشد که قوانین و سیاست‌های تدوین شده، نحوه‌ی توسعه‌ی نظام‌های مراقبت بلندمدت، تعیین معیارهای واجد شرایط بودن، برابری و دسترسی، ارائه‌دهندگان مراقبت، تأمین مالی، نیروی کار، حمایت از خانواده و سایر موارد را مشخص کنند (۱۱).

ضعف در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، شامل محدود بودن شواهد علمی در زمینه‌ی مراقبت‌های بلندمدت و صرفه‌ی اقتصادی این نوع مراقبت و مبنای قرار نگرفتن علم اقتصاد در تصمیم‌گیری‌ها، آشنایی محدود سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام سلامت با مفهوم مراقبت بلندمدت، عدم درک مناسب

از ضرورت مراقبت بلندمدت و ضعف در سیاست‌گذاری آگاه از شواهد، سیاست‌گذاری و تولید شواهد را با مشکل روبرو کرده است. نتایج مطالعه‌ی Xu و Chen نشان داد که تحقیقات دانشگاهی مربوط به اثرات استقرار نظام مراقبت‌های بلندمدت به اندازه‌ی کافی عمیق نیستند و مطالعات اندکی در مورد نظام بیمه مراقبت بلندمدت در کشورهای در حال توسعه انجام شده است (۳۹). در مطالعه‌ی گوهری‌نژاد و همکاران نیز به عدم سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد اشاره شده است (۱۹).

عدم شفافیت در تولید مراقبت سالمندان و مراقبت‌های بلندمدت، ضعف سازوکارهای نظارتی بر ارائه خدمات مراقبت بلندمدت فرباشی و بین‌بخشی از چالش‌های مرتبط با مضمون فرعی گسست در تولید مراقبت بلندمدت بودند. در مطالعه‌ی شتی و همکاران نیز به نبود تولید واحد در ارائه خدمات و سیاست‌گذاری سلامت سالمندان اشاره شده است (۲۱). مطالعات زیادی به تولید گسسته در سیاست‌گذاری سالمندان اشاره کرده‌اند (۴۰ و ۱۸). گسست تولیدی به گسست سیاستی منجر می‌شود (۴۱).

از جمله مشکلات وضعیت فعلی حکمرانی درون‌بخشی، ساختار نامناسب، شامل تضاد درون‌بخشی و مشخص نبودن متولی مراقبت بلندمدت در ساختار وزارت بهداشت بود. سیاست‌های مربوط به مراقبت‌های سلامت اغلب در تضادند (۴۲). در ارتباطات درون‌بخشی، بخش سلامت دو معاونت مجزا فعالیت می‌کند که بین آن‌ها انسجام منطقی و جهت‌گیری استراتژیک وجود ندارد (۴۳). در مطالعه‌ی صفدری و همکاران نیز به نبود ساختار خاص برای سلامت سالمندان اشاره شده است (۱۸). وجود ساختارهای سازمانی برای اجرای مؤثر و کارآمد استراتژی مراقبت بلندمدت ضرورت دارد (۱۱). مشکلات زیرساختی نظام سلامت از جمله اجرا نشدن برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع، یکپارچه نبودن نظام سلامت و ضعف زیرساخت‌های آمار و فناوری اطلاعات از دیگر مشکلات حوزه‌ی حکمرانی درون‌بخشی است. یافته‌های مطالعه‌ی Jeon و Kwon در کره جنوبی نشان داد که نظام ارجاع ضعیف، منجر به گسست و کیفیت پایین می‌شود (۳۰). سیستم‌های اطلاعاتی همراه با مکانیسم‌های نظارت و ارزیابی شفاف، نقش مهمی در حکمرانی مؤثر نظام‌های مراقبت بلندمدت دارند (۱۱).

ضعف هماهنگی بین‌بخشی از جمله روابط غیرساختارمند و ضعیف بین بازیگران مختلف مرتبط با مراقبت‌های بلندمدت، ناهماهنگی بین سازمان‌های



## نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که تولیت نظام مراقبت‌های بلندمدت با چالش‌های متعددی مواجه است که در نهایت بر کارایی و کیفیت خدمات ارایه‌شده به سالمندان تأثیرگذار است. مشکلات عمده، شامل تضاد منافع در سیاست‌گذاری، ضعف در جامعیت و شفافیت سیاست‌ها و ناکافی بودن زیرساخت‌ها برای اجرای مؤثر خدمات مراقبت بلندمدت می‌باشد. رویکردهای درمان‌محوری و بیمارستان‌محور که غالباً در سیاست‌های سلامت ایران مشاهده می‌شود، نادیده‌گیری نیازهای خاص و منحصربه‌فرد سالمندان را به همراه دارد. افزایش آگاهی و تفکر راهبردی در خصوص نیازهای این گروه سنی، ضرورت جدی دارد. همچنین، فقدان قوانین و مقررات کارآمد و معین حول محور مراقبت بلندمدت، به کمبود شواهد علمی و ابهام در زمینه‌ی سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر شواهد منجر شده است. علاوه بر این، مشکلات ساختاری و ضعف روابط بین‌بخشی در نظام سلامت به عنوان موانع جدی معرفی شده‌اند که مانع از یکپارچگی و هماهنگی لازم برای ارایه خدمات مؤثر می‌شود. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود که سیاست‌گذاران اقداماتی را برای بهبود شرایط موجود انجام دهند؛ از جمله برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری مراقبت‌های بلندمدت مبتنی بر مطالعات، مستندات و شواهد علمی، تقویت پژوهش‌های کاربردی و جمع‌آوری داده‌ها برای حمایت از سیاست مراقبت بلندمدت، مشارکت سالمندان در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های مربوط به سالمندان، تقویت زیرساخت‌ها، طراحی ساختار سازمانی مناسب، ایجاد سیستم‌های نظارتی مؤثر، و بهره‌مندی از تجربیات علمی و بین‌المللی در زمینه‌ی مراقبت‌های بلندمدت. در مجموع، این مطالعه بر نیاز به بازنگری جدی در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی نظام مراقبت‌های بلندمدت تأکید دارد تا به این ترتیب بتوان در راستای پاسخ‌گویی به نیازهای واقعی سالمندان و ارتقای کیفیت زندگی آنان گام برداشت.

## تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه دکتری تخصصی با عنوان «الگوی ارایه خدمات مراقبت‌های بلندمدت سالمندی در نظام سلامت ایران» است که با حمایت مالی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران و کد اخلاق IR.IUMS.REC.1398.736 انجام شده است.

سیاست‌گذار در ارایه خدمات و ناهماهنگی با نهادهای خیریه و سازمان‌های مردم‌نهاد از دیگر مشکلات رهبری بین‌بخشی است. همکاری بین‌بخشی ضعیف بین ذینفعان کلیدی در مطالعات دیگری نیز مورد تأکید قرار گرفته بود (۴۴ و ۳۸ و ۱۹).

ناهماهنگی بین ذینفعان همچنان مانع اصلی موفقیت طرح‌های جدید و برنامه‌های استراتژیک مانند مراقبت‌های بلندمدت است (۴۲). هماهنگی ضعیف بین ارایه‌دهندگان خدمات، ضمن افزایش هزینه‌ها، کیفیت خدمات را کاهش می‌دهد (۴۴ و ۳۶). نتایج مطالعه‌ی دیگری نشان داد که نظام سلامت ایران از ضعف‌هایی در همکاری بین‌بخشی و بین حرفه‌ای در ارایه خدمات سلامت مبتنی بر جامعه برخوردار است (۱۹ و ۲۰). تناقضات بین وزارت بهداشت و وزارت رفاه، فعالیت ضعیف شورای ملی سالمندان و وجود موازی کاری از جمله مواردی هستند که در مطالعات مختلف در ارتباط با همکاری ضعیف بین‌بخشی به آن‌ها اشاره شده است (۲۱ و ۴۱) و ناهماهنگی در داخل و بین مؤسسات سلامت در ارایه خدمات مراقبتی دیده می‌شود (۶ و ۴۵). در ترکیه نیز نمایندگان ارایه‌دهندگان مراقبت مبتنی بر جامعه وابسته به شهرداری‌ها، سازمان‌های غیردولتی و نمایندگان ارایه‌دهندگان خصوصی، چالش‌هایی را در همکاری و هماهنگی اقدامات گزارش کردند. شکاف‌های موجود در ارایه خدمات ناشی از تقسیم نامتناسب مسئولیت‌ها بین بازیگران مرتبط است (۴۲). به دلیل ماهیت چندبخشی مراقبت بلندمدت، تعریف روابط بین وزارتخانه‌ها اهمیت زیادی دارد (۱۱).

با توجه به این که در هر مطالعه کیفی عدم همکاری مشارکت‌کنندگان از مشکلات رایج است، این پژوهش نیز با عدم همکاری برخی متخصصان، کارشناسان، مدیران، سیاست‌گذاران و صاحب‌نظران مواجه گردید که برای رفع این مشکل سعی شد با بیان فواید اجرای این پژوهش و اهداف آن و همچنین ایجاد فضایی مناسب برای انجام مصاحبه‌ها تا حد امکان مشارکت مصاحبه‌شوندگان جلب گردد. همچنین محرمانه بودن برخی اطلاعات و عدم اجازه به پژوهشگر جهت آشکار نمودن آن‌ها تضمین گردید و زمان و مکان مصاحبه متناسب با خواست مشارکت‌کنندگان تعیین گردید. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه، مصاحبه با متخصصان ایرانی بود که می‌تواند تعمیم نتایج را کاهش دهد. به همین دلیل مدل طراحی شده به دلیل محدودیت در دسترسی به صاحب‌نظران و خبرگان سایر کشورها از قابلیت تعمیم‌پذیری کمتری برای سایر کشورها برخوردار می‌باشد.

## References

1. Khosla R & Chu MT. Embodying care in Matilda: An affective communication robot for emotional wellbeing of older people in Australian residential care facilities. *ACM Transactions on Management Information Systems* 2013; 4(4): 1-33.
2. World Health Organization. World report on ageing and health. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>. 2015.
3. Chen Y, Bouferguene A, Shen Y & Al-Hussein M. Difference analysis of regional population ageing from temporal and spatial perspectives: A case study in China. *Regional Studies* 2019; 53(6): 849-60.
4. Feng Z. Global convergence: Aging and long-term care policy challenges in the developing world. *Journal of Aging and Social Policy* 2019; 31(4): 291-7.
5. Arlotti M & Aguilar-Hendrickson M. The vicious layering of multilevel governance in Southern Europe: The case of elderly care in Italy and Spain. *Social Policy and Administration* 2018; 52(3): 646-61.
6. Kim H & Kwon S. A decade of public long-term care insurance in South Korea: Policy lessons for aging countries. *Health Policy* 2021; 125(1): 22-26.
7. Worrall P & Chausalet TJ. A structured review of long-term care demand modelling. *Health Care Management Science* 2015; 18(2): 173-94.
8. Feng Z, Glinskaya E, Chen H, Gong S, Qiu Y, Xu J, et al. Long-term care system for older adults in China: Policy landscape, challenges, and future prospects. *The Lancet* 2020; 396(10259): 1362-72.
9. Fang EF, Scheibye-Knudsen M, Jahn HJ, Li J, Ling L, Guo H, et al. A research agenda for aging in China in the 21st century. *Ageing Research Reviews* 2015; 24(Pt B): 197-205.
10. Indicators O & Hagvisar O. Health at a glance 2019: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2019: 11.
11. Walker WM. Leadership and governance of long-term care systems in Asia and the Pacific. *ADB Briefs* 2021; 198(1): 1-8.
12. World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>. 2017.
13. Dogra S, Dunstan DW, Sugiyama T, Stathi A, Gardiner PA & Owen N. Active aging and public health: Evidence, implications, and opportunities. *Annual Review of Public Health* 2022; 43(1): 439-59.
14. Pirooz B, Mohamadi-Bolbanabad A & Shokri A. The growth of aging population in Iran: An achievement or a challenge? *Journal of Gerontological Social Work* 2024; 67(6): 711-4.
15. Norton E. Health and long-term care. In: *Handbook of the economics of population aging*. Netherlands: Elsevier; 2016: 951-89.
16. Villalobos-Dintrans P. Long-term care systems as social security: The case of Chile. *Health Policy and Planning* 2018; 33(9): 1018-25.
17. World Health Organization. Towards long-term care systems in sub-Saharan Africa, WHO series on long-term care on healthy ageing. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513388>. 2017.
18. Safdari R, Sadeghi F & Mohammadiazar M. Aged care and services programs in Iran: Looking at the performance of relevant organizations. *Journal of Payavard Salamat* 2016; 10(2): 155-66 [Article in Persian].
19. Goharinezhad S, Maleki M, Baradaran HR & Ravaghi H. Futures of elderly care in Iran: A protocol with scenario approach. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2016; 30(416): 1-9.

20. Mostafavi-Darani F, Abedi HA & Riji HM. Conditions affecting the elderly primary health care in urban health care centers of Iran. *Research Journal of Medical Sciences* 2009; 3(6): 202-13.
21. Shati M, Mohamadi-Bolbanabad A, Zokaei M, Mohamadi-Bolbanabad S, Ghaderi E, Moradi G, et al. Challenges in the elderly care system in Iran: A qualitative study. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2023; 28(3): 101-14.
22. Mobasser K, Kousha A, Allahverdipour H & Matlabi H. Developing a comprehensive model of home-based formal care for elderly adults in Iran: A study protocol. *Plos One* 2023; 18(8): 1-16.
23. Jafari M, Raoofi S, Khodayari-Zarnaq R, Mobasser K & Ghasemyani S. Infrastructure analysis of long-term care for elderly adults in Iran: A qualitative study. *International Journal of Aging* 2024; 2(1): e22.
24. Tenny S, Brannan JM & Brannan GD. Qualitative study. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>. 2017.
25. Byrne D. A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Quality and Quantity* 2022; 56(2): 1391-412.
26. Social Science Approaches for Research and Engagement in Health Policy, Systems (SHaPeS) Thematic Working Group of Health Systems Global, Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET), and Emerging Voices for Global Health, Daniels K, Loewenson R, George A, Howard N, et al. Fair publication of qualitative research in health systems: A call by health policy and systems researchers. *International Journal for Equity in Health* 2016; 15(98): 1-9.
27. Heydari H, Shahsavari H, Hazini AR & Nikbakht-Nasrabadi AR. Exploring the barriers of home care services in Iran: A qualitative study. *Scientifica* 2016; 2016(2056470): 1-6.
28. Van-Campen C & Woittiez IB. Client demands and the allocation of home care in the Netherlands. A multinomial logit model of client types, care needs and referrals. *Health Policy* 2003; 64(2): 229-41.
29. Eskandari M, Abbaszadeh A & Borhani F. The outcomes of health care process in Iran's rural society. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2013; 18(5): 384-90.
30. Jeon B & Kwon S. Health and long-term care systems for older people in the Republic of Korea: Policy challenges and lessons. *Health Systems and Reform* 2017; 3(3): 214-23.
31. Rice DP & Estes CL. Health of the elderly: Policy issues and challenges. *Health Affairs* 1984; 3(4): 25-49.
32. World Health Organization. WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. Available at: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/47e5be8b-2ce5-45e8-af79-b9ccf848515d/content>. 2015.
33. Mehri N, Messkoub M & Kunkel S. Trends, determinants and the implications of population aging in Iran. *Ageing International* 2020; 45(4): 327-43.
34. Scheil-Adlung X. Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries. Available at: [https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed\\_protect/%40soc\\_sec/documents/publication/wcms\\_407620.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40soc_sec/documents/publication/wcms_407620.pdf). 2015.
35. Tajvar M, Arab M & Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health* 2008; 8(323): 1-8.
36. Asadzadeh M, Maher A, Jafari M, Mohammadzadeh KA & Hosseini SM. A review study of the providing elderly care services in different countries. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2022; 11(2): 458-65.
37. Amini R, Chee KH, Keya S & Ingman SR. Elder care in Iran: A case with a unique demographic profile. *Journal of Aging and Social Policy* 2021; 33(6): 611-25.

38. Goharinezhad S, Maleki M, Baradaran HR & Ravaghi H. A qualitative study of the current situation of elderly care in Iran: What can we do for the future? *Glob Health Action* 2016; 9(32156): 1-9.
39. Chen L & Xu X. Effect evaluation of the long-term care insurance (LTCI) system on the health care of the elderly: A review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2020; 13(1): 863-75.
40. Khodabandeh-Shahraki S, Nayeri ND, Abazari F & Pouraboli B. Challenges in caring for the elderly in Iran: A systematic review. *Ethiopian Medical Journal* 2018; 56(2): 189-96.
41. Zhou W & Dai W. Shifting from fragmentation to integration: A systematic analysis of long-term care insurance policies in China. *International Journal of Integrated Care* 2021; 21(3): 1-13.
42. World Health Organization. Country case study on the integrated delivery of long-term care: Turkey. Available at: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf4154d6-4ad9-4222-8e4a-aa8f50287d2f/content>. 2021.
43. Khan MS, Meghani A, Liverani M, Roychowdhury I & Parkhurst J. How do external donors influence national health policy processes? Experiences of domestic policy actors in Cambodia and Pakistan. *Health Policy and Planning* 2018; 33(2): 215-23.
44. Mobasser K, Allahverdipour H, Matlabi H & Kousha A. Experiences regarding home care for older adults from the viewpoint of family, paid caregivers, nurses, and experts: A qualitative study. *Health and Social Care in the Community* 2024; 2024(4591881): 1-14.
45. Mobasser K, Matlabi H, Allahverdipour H & Kousha A. Home-based supportive and health care services based on functional ability in older adults in Iran. *Journal of Education and Health Promotion* 2024; 13(1): 1-10.