

هزینه اثربخشی مراقبت در منزل و مراقبت در بیمارستان برای بیماران سکته مغزی

حسین قادری^۱ / حسین شفیعی^۲ / حسین عامری^۳ / محمدرضا وفايي نسب^۴

چکیده

مقدمه: شیوع بیماری سکته مغزی و افزایش سرسام‌آور هزینه خدمات درمانی آن، بازنگری و توجه به بهترین و کم هزینه‌ترین روش مراقبت از آنها را ضروری ساخته است. پژوهش حاضر به تحلیل هزینه اثربخشی مراقبت در منزل در مقایسه با مراقبت بیمارستان برای بیماران سکته مغزی در شهر تهران می‌پردازد.

روش پژوهش: این پژوهشی از نوع توصیفی - تحلیلی است که داده‌های هزینه‌ای ۵۲ بیمار سکته مغزی موسسه مراقبت در منزل دم و ۵۲ بیمار بیمارستان‌های امام خمینی و رسول اکرم از طریق مراجعه به پرونده بیماران بدست آمد و با استفاده از پرسشنامه SF36 میزان بهبودی بیماران که معیار اثربخشی می‌باشد، سنجیده شد. به منظور تحلیل داده‌ها و آزمون آماری تی از نرم‌افزار SPSS و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: در گروه مراقبت در منزل، کمترین هزینه مربوط به گروه سنی ۳۹ سال به پائین می‌باشد و بیشترین میزان اثربخشی مربوط به همین گروه با میانگین اثربخشی ۰/۵۸ است. در گروه بستری در بیمارستان، کمترین میزان هزینه مربوط به گروه سنی ۴۰-۵۹ سال می‌باشد و بیشترین میزان اثربخشی مربوط به گروه سنی ۳۹ سال به پائین می‌باشد.

نتیجه‌گیری: سیستم مراقبت در منزل برای بیماران سکته مغزی جانشین مناسبی برای بستری شدن این بیماران در بیمارستان‌ها است و این مسئله با توجه به مشکل ایران در کمبود تخت و بیمارستان‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار است و باید مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: هزینه اثربخشی، مراقبت در منزل، بیمارستان، سکته مغزی

۱- استادیار گروه اقتصاد بهداشت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ایران
۲- کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ایران
۳- مربی اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: Hamery7@yahoo.com
۴- استادیار طب فیزیکی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

مقدمه

سکته مغزی یکی از بیماری‌های مزمنی است که در اثر اختلالات عروق مغزی بوجود می‌آید و منجر به بروز علائم و نشانه‌هایی نظیر نقص در هوشیاری، ارتباط، حافظه، شناخت، حس، حرکت، فلج و تحلیل عضلات می‌شود. [۱] سکته مغزی سومین علت شایع مرگ و میر می‌باشد که شیوع کلی آنها ۷۹۴ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است و باعث فوت ۲۰۰-۱۶۰ هزار نفر در سال در ایالات متحده و کشورهای توسعه یافته می‌شود. [۲]

امروزه با توجه به پیشرفت فناوری‌های درمانی تعداد مرگ بیماران سکته مغزی کاهش یافته است، اما این بیماران دوچار ناتوانی‌هایی مانند نقص موقت یا دائمی حرکت و حافظه می‌شوند که نیاز به خدمات متعددی از جمله کار درمانی و فیزیوتراپی دارند تا از حداکثر توانایی خود استفاده کنند. چنانچه تقریباً ۲ میلیون نفر از بیمارانی که از سکته مغزی نجات پیدا کرده‌اند دچار درجاتی از معلولیت هستند و حداقل ۴۰٪ از این افراد برای انجام کارها و فعالیت‌های عادی روزانه خود به کمک دیگران احتیاج دارند. بنابراین ارائه خدمات برای این بیماران از الزامات اساسی می‌باشد بطوری که اکثراً این خدمات در محیط بیمارستان ارائه می‌شود اما ارائه این خدمات با توجه به افزایش تعداد بیماران و مدت بستری آنها منجر به مشکلاتی نظیر هزینه‌ها، کیفیت خدمات، عفونت‌های بیمارستانی، بازدهی تخت‌ها و غیره می‌شود. [۳]

لذا نظام‌های سلامت کشورها با توجه به مشکلات مذکور به دنبال فعال کردن هر چه بیشتر بخش خصوصی در تدارکات مالی و ارتقاء کیفیت خدمات هستند. بطوریکه کشورهای توسعه یافته جهت درمان بیماری‌های مزمن از جمله سکته مغزی که دوران نقاهت بلندی را دارند اغلب در مکان‌هایی خصوصی با تسهیلات غیر بیمارستانی مانند مراقبت در منزل استفاده می‌کنند. [۴]

مراقبت در منزل ویژگی‌های خاصی از جمله ارائه خدمات در منزل، بهبود دسترسی به خدمات و کاهش صف انتظار برای بیمارانی که دوچار مشکلات حرکتی و

ذهنی از جمله بیماران سکته مغزی هستند، را دارد. [۵] این ویژگی‌ها منجر شده است تا سیاست‌گذاران در این فکر فرو روند که آیا مراقبت در منزل برای بیماران سکته مغزی به عنوان یک جانشین ارزان قیمت و موثرتر برای بستری در بیمارستان هست یا خیر؟ یعنی طول مدت اقامت در بیمارستان و به دنبال آن مشکلات دیگر را کاهش می‌دهد یا آنکه یک خدمات جداگانه‌ای است که نیازمند منابع اضافی می‌باشد؟ لذا این مطالعه با استفاده از اطلاعات حاصل شده از بیماران مراقبت شده در منزل که توسط موسسه دم شهر تهران پوشش داده شده‌اند و بیماران بستری در بیمارستان‌های حضرت رسول و امام خمینی تهران به دنبال بررسی هزینه اثربخشی مراقبت در منزل و مراقبت در بیمارستان برای بیماران سکته مغزی است.

روش پژوهش

مطالعه توصیفی - تحلیلی حاضر به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی بیماران سکته مغزی انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل بیماران سکته مغزی تحت پوشش مؤسسه مراقبت در منزل دم و بیماران سکته مغزی بستری در بیمارستان‌های حضرت رسول و امام خمینی بود، که به دلیل محدود بودن تعداد بیماران نمونه‌گیری انجام نگرفت. حجم نمونه در ابتدا ۱۳۲ نفر در نظر گرفته شد یعنی ۵۲ نفر بیماران بستری در بیمارستان و ۸۰ نفر بیماران تحت مراقبت در منزل است. اما از آنجا که مطالعه بصورت مقایسه‌ای است و تا حد ممکن باید گروه‌های مقایسه شبیه به هم باشند در نهایت تعداد نمونه‌های بیماران تحت پوشش موسسه مراقبت در منزل دم با توجه به سن، جنس و مرحله بیماری آنها به ۵۲ نفر کاهش پیدا کرد و حجم نمونه نهایی برابر با ۱۰۴ نفر تعیین گردید.

ابزار مورد استفاده جهت جمع‌آوری داده‌های هزینه‌ای، پرونده بیماران می‌باشد. برای جمع‌آوری داده‌های بهبود کیفیت زندگی بیماران که معیار اثربخشی می‌باشد از پرسشنامه SF36 استفاده گردید.

$Cost_A$	$Cost_B$
$Outcome_A$	$Outcome_B$

$Outcome_A$: میزان بهبودی بیماران تحت مراقبت در منزل است.

$Outcome_B$: میزان بهبودی بیماران تحت مراقبت و بستری در بیمارستان است.

$Cost_A$: هزینه بیمارانی که از مراقبت در منزل استفاده کرده‌اند.

$Cost_B$: هزینه بیمارانی که از مراقبت در بیمارستان استفاده کرده‌اند. [۸]

مرحله چهارم، در نهایت تحلیل حساسیت انجام شد که بصورت یک سویه بود. در این مرحله قوت نسبت هزینه اثربخشی اولیه که بیانگر حساسیت هزینه اثربخشی فزاینده نسبت به عدم قطعیت در داده‌ها است مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. تحلیل حساسیت در سه مرحله انجام گردید:

۱- شناسایی پارامترهای غیرقطعی که شامل هزینه‌های درمان و بهبود کیفیت زندگی بیماران است.

۲- محدوده قابل قبول (محتمل) برای تغییر پارامترهای غیرقطعی با تغییر ۱۰٪ هزینه‌های درمان تعیین شد. (باتوجه به نظر کارشناسان بدست آمد)

۳- نسبت هزینه اثربخشی افزایشی مجدداً با استفاده از مقادیر جدید پارامترها محاسبه گردید. [۸]

به منظور تحلیل داده‌ها و انجام آزمون آماری تی از نرم افزار آماری SPSS و سطح معنی‌داری $p < 0/05$ استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ ویژگی جمعیت مطالعه بر اساس سن، جنسیت و تغییرات آنها را در دو گروه بیماران مراقبت شده در منزل و بیمارستان نشان می‌دهد. میانگین سنی افراد به میزان اندکی در دو گروه فرق دارد بطوری که در بیماران مراقبت شده در منزل برابر با ۷۴ سال و در بیماران مراقبت شده در بیمارستان ۷۵ سال می‌باشد.

در جدول ۲ هزینه‌های مراقبت در منزل و مراقبت در بیمارستان‌ها را نشان می‌دهد، چنانچه مشاهده می‌شود

تحلیل هزینه اثربخشی در چهار مرحله انجام شد. مرحله اول، برای هر دو گروه بیماران تحت مراقبت در منزل و بیمارستان اقدام به جمع‌آوری هزینه‌های پرداختی بیماران در مدت چهار ماه، انجام گردید.

برای بیماران سکتة مغزی که تحت مراقبت مرکز موسسه مراقبت در منزل دم خدمات بودند با توجه به نوع خدمات که شامل: پرستاری، پزشکی عمومی، متخصص، فیزیوتراپی، گفتار درمانی، تشخیصی، آزمایشی و ماساژ است، مجموع هزینه پرداختی هر بیمار در طول این چهار ماه حساب شد. که تعدادی از این دسته بیماران بدلیل وخیم شدن وضعیت‌شان ارجاع به بیمارستان پیدا کرده‌اند که هزینه رفت و برگشت و درمان این تعداد بیماران نیز محاسبه شده و چون در حین مراقبت در منزل نیاز به ارجاع موقت و اورژانسی به بیمارستان پیدا کرده و دوباره در منزل تحت مراقبت بوده‌اند هزینه‌های ارجاع را جزء هزینه‌های ناشی از مراقبت در منزل به حساب آورده شد. برای بیماران سکتة مغزی بستری در بیمارستان به ازای تعداد روزهای بستری در بیمارستان در طول این چهار ماه تمامی هزینه‌های هر بیمار پس از ترخیص حساب شد اما از آنجا که مطالعه مقایسه‌ای می‌باشد و در گروه بیماران تحت مراقبت موسسه دم هزینه بعضی از خدمات در نظر گرفته شده است لذا برای بیماران بستری در بیمارستان هزینه همان خدمات در نظر گرفته شد. در آخر میانگین کل هزینه‌های پرداختی برای هر دو گروه مراقبت در منزل و مراقبت در بیمارستان بدست آمد.

مرحله دوم، برای تعیین اثربخشی برای هر دو گروه بیماران، وضعیت بهبودی بیماران در نظر گرفته شد؛ که با توجه به پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی SF36 سنجیده شد. ابتدا سوال هر پرسشنامه به روش لیکرت نمره‌گذاری شد که در دامنه صفر تا یک نوسان داشت. صفر نشان دهنده پایین‌ترین سطح و یک نشان‌دهنده بالاترین سطح کیفیت زندگی بود. [۷] سپس پرسشنامه برای بیماران تکمیل گردید و در آخر میانگین هر پرسشنامه برای هر بیمار محاسبه شد. مرحله سوم، محاسبه هزینه اثربخشی است که از فرمول ذیل استفاده شد:

دیگر هزینه درمان این گروه سنی کمتر و اثربخشی آن بیشتر بوده است. مراقبت‌های ارائه شده در بیمارستان برای بیماران با گروه سنی ۳۹ سال به پائین اثربخش تر بوده است. رابطه آماری بین هزینه اثربخشی مراقبت در منزل و مراقبت در بیمارستان برای هر دو گروه سنی معنادار بوده است.

نسبت هزینه اثربخشی افزایشی: با توجه به داده‌های مربوط به هزینه‌ها و پیامدهای درمان نسبت هزینه اثربخشی افزایشی بصورت زیر محاسبه گردید.

$$\frac{6300000 - 4700000}{15454545.4512} \approx 0.47 - 0.36$$

در صورت کسر، تفاوت هزینه دو روش به ازای هر بیمار و در مخرج کسر نیز تفاوت در بهبود کیفیت زندگی است. لذا نسبت هزینه اثربخشی افزایشی حدود ۱۵۴۵۴۵۴۵ ریال به ازای هر بهبود کیفیت در زندگی بیمار با روش مراقبت در منزل است.

تحلیل حساسیت: با توجه به اینکه قیمت‌های درمانی در طول سال متغیر بوده است. لذا یک تحلیل حساسیت یک سویه با کاهش ۱۰ درصد هزینه‌های درمان انجام شد. با کاهش ۱۰ درصدی قیمت، نسبت هزینه اثربخشی افزایشی به ۱۴۵۶۷۳۵۴۷ ریال به ازای هر بیمار کاهش یافت. یعنی کاهش حدود ۹/۵ درصدی در مقدار نسبت هزینه اثربخش افزایشی. بنابراین می‌توان گفت که این نسبت به قیمت‌های درمان چندان حساس نبوده و نتایج حاصله از قوت خوبی برخوردار است. (درصد تغییر در نسبت هزینه اثربخشی افزایشی از درصد تغییر در هزینه‌های درمان کمتر است)

بحث و نتیجه‌گیری

میانگین میزان هزینه خدمات سلامت در مراقبت در منزل ۳/۶۹۸/۰۰۰ ریال بود در صورتی که میانگین میزان هزینه خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها ۷/۲۴۶/۰۰۰ ریال می‌باشد که بیانگر بالا بودن آن نسبت به مراقبت در منزل است. مقایسه هزینه در دو بخش چند نکته را مشخص نمود. در مطالعه‌ای که توسط هاریس و همکاران در نیوزلند با هدف بررسی

در بین بیماران تحت مراقبت موسسه دم بیشترین میزان میانگین هزینه‌ها مربوط به گروه سنی ۸۰ سال به بالا با میانگین هزینه ۴۹۲۰۰۰۰ ریال و کمترین میزان هزینه‌ها مربوط به گروه سنی ۳۹ سال به پائین با میانگین هزینه ۲۱۶۰۰۰۰ ریال می‌باشد. در بیماران بستری شده در بیمارستان بیشترین میزان هزینه مربوط به گروه سنی ۸۰ سال به بالا با میانگین هزینه ۸۵۰۰۰۰۰ ریال و کمترین میزان هزینه مربوط به گروه سنی ۵۹-۴۰ سال با میانگین هزینه ۴۹۰۰۰۰۰ ریال می‌باشد. اختلاف هزینه مراقبت در منزل و مراقبت در بیمارستان بجزء در گروه سنی ۳۹ سال به پائین در تمام گروه‌های سنی دیگر معنی‌دار می‌باشد. میانگین هزینه‌ها با گروه سنی بیماران ارتباط مستقیمی دارد و با افزایش گروه سنی بیماران هزینه آنها بیشتر شده است که علت آن عوارض بیماری سکتة مغزی و صدمات ناشی از بیماری است، که در سنین بالاتر شدیدتر بوده است. در مطالعه مک برید و همکاران به این نتیجه رسیدند که با بین شدت سکتة و عوارض آن با سن بیماران رابطه معنی‌داری وجود دارد. [۹]

جدول ۳ نتایج حاصل از اثربخشی با توجه به پرسشنامه SF36 نشان داده شده است که بیشترین میزان اثربخشی در بیماران مراقبت شده در منزل مربوط به گروه سنی ۳۹ سال به پائین با میانگین اثربخشی ۰/۵۸ و کمترین میزان اثربخشی مربوط به گروه سنی ۸۰ سال به بالا با میانگین ۰/۴ است. در بررسی میزان اثربخشی در بیماران سکتة مغزی که در بیمارستان تحت مراقبت قرار داشتند بیشترین میانگین اثربخشی مربوط به گروه سنی ۳۹ سال به پائین با میانگین اثربخشی ۰/۵۳ و کمترین میانگین میزان اثربخشی مربوط به گروه سنی ۸۰ سال به بالا می‌باشد. اختلاف اثربخشی مراقبت در منزل و مراقبت در بیمارستان در گروه سنی ۷۹ - ۶۰ سال فقط معنادار نبوده است و در دیگر گروه‌های سنی Pvalue از مقدار ۰/۰۵ کمتر بوده است و اختلاف معنادار می‌باشد.

جدول ۴ نتایج هزینه اثربخشی روش‌های درمانی را نشان می‌دهد بطوری که گروه سنی ۳۹ سال به پائین مراقبت در منزل هزینه اثربخش تر است. به عبارت

رابعاً، هزینه‌های مستقیم غیر درمانی برای این بیماران در بیمارستان بیش از اندازه می‌باشد. این هزینه‌ها در ارتباط مستقیم با خدمات متنوعی است که بیمار دریافت می‌کند، اما ماهیتاً به عنوان هزینه‌های غیر پزشکی در نظر گرفته می‌شود. شامل هزینه‌های مسافرت، اقامت در بیمارستان و هتلینگ می‌باشد. [۱۳] شیپرد و لیف در یک مطالعه نظام‌مند با هدف بررسی اثر مراقبت در منزل و مراقبت در بیمارستان به این نتیجه رسیدند که مدت اقامت بیمار در نوع مراقبت در منزل نسبت به مراقبت در بیمارستان افزایش یافته است. [۱۷]

نتایج بدست آمده از پرسشنامه SF36 نشان می‌دهد که میانگین اثربخشی مراقبت در منزل ۰/۴۹ است بیشتر از میانگین آن برای بستری در بیمارستان که ۰/۴۶ می‌باشد، است. یک علت را می‌توان به تخصیص وقت کارکنان به بیماران دانست که علاوه بر ارائه خدمات مناسب‌تر منجر به آرامش روحی و روانی بیماران می‌باشد. بطوری که در مطالعه مربوط به جمهوری دومینیکن، مشاهده شد که پزشکان فقط ۱۲٪ از کل اوقات موظف خود را که بابت آن دستمزد دریافت می‌کردند، در خدمت بیمارستان بودند و در مطالعه دیگری نشان داده شد که زمان صرف شده پرستاران در گروه مراقبت در منزل چهار برابر بیمارستان بود. [۴,۱۳] الف و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که نسبت رضایتمندی بیماران تحت مراقبت از منزل از لحاظ پزشکی (OR=3/84)، آسایش و راحتی مراقبت (OR=6/52) و روند پذیرش (OR=5/9) بیشتر از بیمارانی است که از بیمارستان خدمات دریافت می‌کردند و این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار بود. [۱۵] در مطالعه‌ای دیگری شیپرد و همکاران با بررسی خدمات دریافت شده از بیمارستان و منزل توسط بیماران تعویض لگنی، تعویض زانو، هیستریکتومی، سالمندان و بیماران انسداد مزمن ریوی به این نتیجه رسیدند که رضایت بیماران از خدمات ارائه شده توسط مراقبت در منزل بیشتر از بیمارستان است اما این اختلاف بجز در موارد بیماران تعویض لگن زیاد جزئی بود. [۱۶]

اثربخشی، مقبولیت و هزینه مراقبت در منزل و مراقبت در بیمارستان انجام شد، نشان داده شد که میزان مقبولیت و اثربخشی رضایت در منزل بطور معنی‌داری بیشتر است اما میزان هزینه‌های مراقبت در منزل دو برابر (NZ\$6524) مراقبت در بیمارستان (NZ\$3525) است. [۱۰]

اولاً، مدت زمانی که بیماران سکتته مغزی در بیمارستان بستری است زیاد می‌باشد و این منجر می‌گردد که علاوه بر خود شخص؛ همسر، فرزندان، دوستان بیمار را درگیر نماید و به میزان متفاوتی بر وضعیت اقتصادی و عملکرد روزانه خانواده اثر می‌گذارد. به علاوه، مدت اقامت طولانی ابتلا به عفونت‌ها را افزایش داده است بخصوص در کشور ما که به دلیل مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها اکثر عفونت‌ها مقاوم شده‌اند و منجر به بدتر شدن وضعیت بیمار شده و طولانی شدن مدت بستری به طور متوسط ۵ روز گردیده است و به دنبال آن بهداشت نامناسب، محدودیت استفاده از وسایل یکبار مصرف، استفاده از فرآورده‌های خونی آلوده، استفاده نامناسب از استریل کننده‌های بخار تحت فشار و آنتی‌بیوتیک‌ها در زیاد شدن هزینه‌های بیماران و بیمارستان‌ها دخیل هستند [۱۱,۱۲]

ثانیاً، مقایسه هزینه تلفنی چند دقیقه‌ای و آمدن پزشکی به منزل و یا دریافت خدمات الکترونیکی درمانی نسبت به هزینه رفت و آمد بیماری با محدودیت حرکتی همراه ۲ نفر از آشنایان که باید قید ساعت کاری خود را برای جابجایی بیمارشان تا مطب و باز گرداندنش به خانه بزنند به اضافه خستگی بیمار و امکان آسیب بیشتر در این سفر چند ساعته، نشان می‌دهد که تنها حسن ارائه خدمات پزشکی نوین، جلوگیری از ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی نیست و فوایدی چون کاهش تعداد واسطه‌ها و سرویس‌دهی مطلوب و بهنگام، جلوگیری از اتلاف وقت همراهان بیمار و آرامش بیشتر بیمار را نباید دست کم گرفت. ثالثاً، هزینه‌های مستقیم درمانی بیمارستان که در اثر ارائه خدمات پزشکی می‌باشد، زیاد است. این هزینه‌ها شامل آزمایشات، گفتاردرمانی، فیزیوتراپی، نورولوژی و هزینه متخصصان و دستیاران آنها است.

می‌نمایند. این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد اقتصاد بهداشت می‌باشد.

علت دیگر می‌توان مداخلات کار درمانی مراجع‌مدار دانست که منجر به ارتقاء سطح فعالیت‌های خود مراقبتی بیماران از جمله تحرک، غذا خوردن، حمام کردن و غیره اشاره کرد. در مطالعه دیگری نشان داده شد که تأثیر مداخلات کار درمانی مراجع‌مدار بر رضایتمندی (P=۰/۰۰۹)، عملکرد (P=۰/۰۲۸) و استقلال (P=۰/۰۱۹) در فعالیت‌های خود مراقبتی معنی‌دار بود. [۱۳] نهایتاً عواملی از جمله: طولانی شدن مدت زمان انتظار پذیرش، نبودن پزشک، در دسترس نبودن امکانات و یا تجهیزات، هزینه درمان، نحوه برخورد کادر پزشکی و نیروهای انسانی بیمارستان با بیمار، وضعیت نظافت بیمارستان، می‌توان در پائین بودن اثربخشی مراقبت در بیمارستان اشاره کرد.

نتایج داده‌ها نشان داده است که سیستم مراقبت در منزل برای بیماران سخته مغزی جانشین مناسبی برای بستری شدن این بیماران در بیمارستان‌ها است. نتایج یک بررسی نظامند با هدف مقایسه مراقبت در منزل و مراقبت در بیمارستان با نتیجه مطالعه مطابقت دارد بطوریکه در آن مطالعه، رضایت از مراقبت در منزل بیشتر از مراقبت در بیمارستان است. [۱۴] این مسئله رضایتمندی، با توجه به مشکل هم اکنون ایران در کمبود تخت‌های بیمارستانی از اهمیت بیشتری برخوردار است و علاوه بر بعد اقتصادی این سیستم، بایستی از ابعاد دیگر هم به آن نگرینست مانند کاهش عفونت‌های بیمارستانی و اهمیت این موضوع برای قشر سالمند جامعه به لحاظ ضعیف‌تر بودن سیستم ایمنی سالمندان و عدم مقاومت در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها و کاهش افسردگی بیماران در این سیستم که خود منجر به اثربخش‌تر بودن مراقبت در منزل می‌شود باید مورد توجه بیشتر سیاست‌گذاران در عرصه بهداشت و درمان و مدیران بیمارستان‌ها قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان، از کارمندان مرکز موسسه دم و مدیر بیمارستان امام خمینی و حضرت رسول قدر دانی

جدول ۱: فراوانی جمعیت مطالعه برحسب سن و جنسیت

مراقبت در بیمارستان		مراقبت در منزل		متغیر	
درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۵۲	۲۷	۵۵/۸	۲۹	مرد	
۴۸	۲۵	۴۴/۲	۲۳	زن	
۳/۹	۲	۱/۹	۱	≤ ۳۹	
۱۹/۲	۱۰	۲۵	۱۳	۴۰ - ۵۹	
۳۴/۶	۱۸	۳۲/۷	۱۷	۶۰ - ۷۹	
۴۲/۳	۲۲	۴۰/۴	۲۱	۸۰ = <	

جدول ۲: میانگین هزینه مراقبت در منزل و مراقبت در بیمارستان به تفکیک گروه سنی

Pvalue	مراقبت در بیمارستان		مراقبت در منزل		هزینه (ریال) گروه سنی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۱۱۳	۳۵۰۰۰۰۰	۵۱۰۰۰۰۰	۱۱۵۰۰۰	۲۱۶۰۰۰۰	≤ ۳۹
۰/۰۰۸	۲۲۸۰۰۰۰	۴۹۰۰۰۰۰	۱۵۳۳۰۰۰	۳۷۵۰۰۰۰	۴۰ - ۵۹
۰/۰۰۱	۴۸۷۴۰۰۰	۶۳۰۰۰۰۰	۱۷۳۴۰۰۰	۴۱۷۰۰۰۰	۶۰ - ۷۹
۰/۰۳۴	۶۵۳۵۰۰۰	۸۵۰۰۰۰۰	۳۷۰۷۰۰۰	۴۹۲۰۰۰۰	۸۰ = <

جدول ۳: میانگین اثربخشی مراقبت در منزل و مراقبت در بیمارستان به تفکیک گروه سنی

Pvalue	مراقبت در بیمارستان		مراقبت در منزل		اثربخشی گروه سنی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۱۱	۰/۱۸	۰/۵۳	۰/۱۱	۰/۵۸	≤ ۳۹
۰/۰۱۳	۰/۱۴	۰/۴۴	۰/۱۴	۰/۵۳	۴۰ - ۵۹
۰/۰۵۳	۰/۱۶	۰/۴۱	۰/۱۴	۰/۴۶	۶۰ - ۷۹
۰/۰۲۳	۰/۱۸	۰/۳۸	۰/۱۳	۰/۴۰	۸۰ = <

جدول ۴: میانگین هزینه اثربخشی مراقبت در منزل و مراقبت در بیمارستان به تفکیک گروه سنی

Pvalue	مراقبت در بیمارستان		مراقبت در منزل		هزینه اثربخشی گروه سنی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۳۱	۷۹۷۵۵۴۷	۹۶۲۲۶۴۱	۲۳۴۵۱۲۱	۳۷۲۴۱۳۷	≤ ۳۹
۰/۰۰۱	۹۱۲۲۸۹۵	۱۱۱۳۶۳۶۳	۵۹۶۸۷۳۴	۷۰۷۵۴۷۱	۴۰ - ۵۹
۰/۰۰۱	۱۲۷۶۸۱۴۳	۱۵۲۶۸۸۵۳	۶۳۴۶۷۶۵	۹۰۶۵۲۱۷	۶۰ - ۷۹
۰/۰۴۲	۱۸۹۸۶۷۵۹	۲۲۳۶۸۴۲۱	۹۶۵۷۳۲۴	۱۲۳۰۰۰۰۰	۸۰ = <

Reference:

- 1- Ghavami M, Kamrani Akbari A, Sarafraz Z. Effectiveness of occupational therapy interventions focused on client satisfaction and self-care activities for the elderly with stroke. *Elderly*; 2011: 6-9. [Persian]
- 2- Adams RD, Eecken H. Vascular diseases of the brain. *Annual review of medicine*; 1953; 4(1): 213-52.
- 3- Adler R, MacRitchie K, Engel GL. Psychological Processes and Ischemic Stroke (Occlusive Cerebrovascular Disease) I. Observations on 32 Men with 35 Strokes. *Psychosomatic medicine*; 1971; 33(1): 1-30.
- 4- Bentur N. Hospital at home: what is its place in the health system? *Health Policy*; 2001; 55(1): 71-9.
- 5- Nikpour B, Aeinparast A, Faraji F. Home care. *Teb VA Tazkieh*; 2002: 8-9. [Persian]
- 6- Zarei A. Development of home care services, *Hospital*; 2003: 3-4. [Persian]
- 7- Pakpour AH, Yekaninejad M, Molsted S, Harrison AP, Hashemi F, Saffari M. Translation, cultural adaptation assessment, and both validity and reliability testing of the Kidney Disease Quality.
- 8- Of Life–Short Form version 1.3 for use with Iranian patients. *Nephrology*; 2011;16(1):106-12.
- 9- Ebadifard A F, Rezapour A. Health care economics2, editor. Tehran, Ebadifar; 2010: 213-214. [Persian]
- 10- McBride KL, White CL, Sourial R, Mayo N. Post discharge nursing interventions for stroke survivors and their families, *J Adv Nurs*; 2004: 47(2): 192-200.
- 11- Harris, R., et al., The effectiveness, acceptability and costs of a hospital-at-home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial, *Journal of health services research & policy*; 2005: 10(3): p. 158-166.
- 12- Urden LD, Stacy KM, Lough ME, Critical care nursing diagnosis and management Mosby Incorporated; 2013.
- 13- Westra BL, Cullen L, Brody D, Jump P, Geanon L, Milad E. Development of the home care client satisfaction instrument, *Public Health Nursing*; 1995: 12(6): 393-9.
- 14- Asefzade S. Health economics ad editor Qazvin Hadiseemrouz Publications; 2009: 200-201. [Persian]
- 15- Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care (Review); 2008: 1-2.
- 16- Leff, B, et al. Satisfaction with hospital at home care. *Journal of the American Geriatrics Society*; 2006: 54(9): p. 1355-1363.
- 17- Shepperd, S, et al. Randomized controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: three month follow up of health outcomes. *BMJ: British Medical Journal*; 1998: 316(7147): p. 1786.