Volume 25, Issue 4 (July- August 2026)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Designing a strategic marketing model for home health care services in Iran: A framework for development and implementation

Hasan Baslanpour [1], Farideh Hagshenas kashani [2*], Abolfazl Danaei [3], Afsoon Aeenparast [4]

1. Department of Business Management, Se.C. Islamic Azad University, Semnan, Iran
2. Department of Business Management, CT.C. Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Department of Media Management, Se.C. Islamic Azad University, Semnan, Iran
4. Department of Health Services Management, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, Tehran, Iran

Received: 15 February 2026
Accepted for publication: 13 May 2026
[EPub a head of print- 14 June 2026]
Payesh: 2026; 25(4): 479- 496

Abstract

Objective(s): Aging and the prevalence of chronic diseases have increased the need for home healthcare services. The aim of this study was to design a comprehensive marketing model for home healthcare services in Iran, aligning with national health policies and adapting to socio-demographic, technological, and lifestyle changes.

Methods: The research employed a qualitative research method: The data collection method was semi-structured in-depth interviews. The study population comprised experts in home healthcare working in the country's health system, including service providers, health policymakers, and insurance specialists with the necessary scientific and practical experience in this field. Before conducting the interviews, a review study was performed to identify the framework and dimensions of home healthcare service marketing, which designed the interview question framework. A purposive non-random sampling method was used, continued by Judgmental sampling. Sampling continued until data saturation. In total, 14 semi-structured in-depth interviews were conducted. The data were analyzed using thematic analysis and MAXQDA software.

Results: The final model identifies 39 key components categorized into six core dimensions: 1. Causal Factors: Rise of aging population, rise of chronic diseases, limited patient mobility, cost/time efficiency, post-COVID lifestyle change 2. Core Phenomenon factors: Transitioning home healthcare from a "luxury service" to a "strategic necessity" and a fundamental pillar of the health system. 3. Contextual Factors: Cultural/religious beliefs, low public awareness, household income levels. 4. Intervening & Facilitating Factors: Health-related technologies, role of insurers, government support, lack of experts, unlicensed service providers. 5. Strategies: Marketing & Branding (Public awareness campaigns, education, trust-building). Operational Strategies: Developing integrated service platforms, creating standards and protocols, contracting with insurers, Policy Advocacy: Lobbying for appropriate service pricing and insurance coverage. 6. Outcomes (Positive: Achieving national health goals, improving patient quality of life, reducing hospital burden) Negative (if mismanaged): Security/ethical risks, caregiver stress, and inequitable access to services.

Conclusion: To successfully develop home healthcare services in Iran, we need to simultaneously implement marketing, operational, and policy strategies. This service should move from the periphery to the core of the health system and, by utilizing technology, insurance support, and cultural development, become a normal, accessible, and cost-effective service. This model can serve as a roadmap for service providers, policymakers, and researchers in this field.

Keyword: Home Healthcare, Health Services Marketing, Aging, Chronic Diseases

[*] Corresponding Author: Department of Business Management, CT.C. Islamic Azad University, Tehran,Iran
E-mail: f_haghshenas@iauctb.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

طراحی مدل بازاریابی راهبردی خدمات درمان در منزل در ایران: چارچوبی برای توسعه و پیاده‌سازی

حسن بسلان پور[۱]، فریده حق شناس کاشانی[۲*]، ابوالفضل دانایی[۳] ، افسون آیین پرست[۴]

۱. گروه مدیریت بازرگانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
۲. گروه مدیریت بازرگانی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۳. گروه مدیریت رسانه، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
۴. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۲۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۲/۲۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۴ خرداد ۱۴۰۵]
نشریه پایش: ۴۹۶- ۴۷۹ :(۴)۲۵؛ ۱۴۰۵

چکیده

مقدمه: سالمندی و شیوع بیماریهای مزمن نیاز به ارائه خدمات درمان در منزل را افزایش داده است. هدف این مطالعه طراحی یک مدل بومی و کاربردی برای بازاریابی خدمات درمان در منزل در ایران، سازگار با تغییرات جمعیتی، فناوری، سبک زندگی و سیاست‌های ملی سلامت است.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه کیفی و روش جمع آوری داده ها مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته بود. جمعیت مورد مطالعه صاحب‌نظران حوزه درمان در منزل در نظام سلامت کشور شامل ارائه‌دهندگان خدمات، سیاست‌گذاران سلامت و متخصصان بیمه بودند که تجربه علمی و عملی لازم در این زمینه را داشتند. پیش از انجام مصاحبه ها برای طراحی چارچوب سوالات مصاحبه، یک مطالعه مروری انجام گرفت تا چارچوب و ابعاد بازاریابی خدمات درمان در منزل شناسایی شود. روش نمونه گیری هدفمند غیر تصادفی بود که به روش قضاوتی ادامه پیدا کرد. نمونه گیری تا مرحله اشباع داده ادامه پیدا کرد. در مجموع ۱۴ مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته انجام شد. داده‌ها با استفاده از روش نظریه داده بنیاد پارادایمی اشتراوس و کوربین و با استفاده از نرم افزار MAXQDA تحلیل شدند.

یافته‌ها: مدل نهایی شامل ۳۹ مولفه در ۶ بعد اصلی است. مولفه‌های کلیدی عبارت بودند از عوامل علّی (افزایش جمعیت سالمند و بیماران مزمن، محدودیت‌های حرکتی بیماران، صرفه‌جویی در هزینه و زمان، تغییر سبک زندگی پس از کرونا)، عوامل پدیده اصلی (تبدیل درمان در منزل از یک خدمت لوکس به یک ضرورت استراتژیک)، عوامل زمینه ای (فرهنگ و باورهای مذهبی، آگاهی عمومی پایین، سطح درآمد خانواده‌ها)، عوامل مداخله‌گر و تسهیل‌کننده (فناوری‌های سلامت، نقش بیمه‌گرها، حمایت دولت، کمبود نیروی متخصص، فعالیت مراکز غیرمجاز)، راهبردها (بازاریابی و برندسازی: آگاهی‌بخشی، آموزش، اعتمادسازی- راهبردهای عملیاتی: طراحی پلتفرم یکپارچه، تدوین استانداردها و پروتکل‌ها، عقد قرارداد با بیمه- سیاستگذاری: لابی برای تعرفه‌گذاری مناسب) و پیامدها (مثبت: کمک به اهداف ملی سلامت، بهبود کیفیت زندگی بیمار، کاهش بار بیمارستان‌ها- منفی و در صورت مدیریت نادرست: ریسک‌های اخلاقی و امنیتی، استرس کادر درمان، ناعدالتی در دسترسی).

نتیجه‌گیری: برای استقرار و توسعه موفق خدمات درمان در منزل در ایران، اجرای همزمان راهبردهای بازاریابی، عملیاتی و سیاستی ضروری به نظر می‌رسد. این خدمت باید از حاشیه به متن نظام سلامت حرکت کند و با استفاده از فناوری، حمایت بیمه‌ای و فرهنگ‌سازی به خدمتی عادی، در دسترس و مقرون‌به‌صرفه تبدیل شود. این مدل می‌تواند به عنوان نقشه‌راه برای مراکز ارائه‌دهنده خدمات، سیاست‌گذاران و پژوهشگران این حوزه مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه ها: خدمات درمان در منزل، مدل بازاریابی راهبردی، زنجیره ارزش، سالمندی، نظام سلامت ایران

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، گروه مدیریت بازرگانی
Email: f_haghshenas@iauctb.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]

مقدمه

سلامت به عنوان یکی از ارکان اساسی توسعه اجتماعی و اقتصادی، نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت زندگی افراد و جامعه ایفا می‌کند. [۱،۲]. ارتقای سلامت با توسعه زیرساخت‌ها، امکانات و خدمات مورد نیاز، با کیفیت، قابل دسترس و مقرون‌به‌صرفه امکان پذیر است[۳]. طراحی و توسعه خدمات سلامت متناسب با ساختار جمعیتی و الگوی بیماری‌ها گام اساسی در ارتقا خدمات سلامت دارد.

در سال‌های اخیر ساختار جمعیتی کشوربه دلیل افزایش امید به زندگی، کاهش نرخ مرگ‌ومیر و کاهش موالید در حال تغییربه سمت سالمندی است [۴]. بر اساس پیش‌بینی‌های مرکز آمار ایران در سال ۱۴۰۲، سهم جمعیت سالمند ایران از ۱۲ درصد فعلی تا پنجاه سال آینده به بیش از ۴۰ درصد خواهد رسید [۵]. این پدیده در کنار افزایش شیوع و بروز بیماری‌های مزمن غیرواگیر مانند دیابت، فشار خون و بیماری‌های قلبی-عروقی، نیاز به مراقبت‌های بلندمدت را افزایش داده است[۶].

تغییرات جمعیتی، تغییر الگوی بیماری ها و بروز همه‌گیری اخیر ضرورت توسعه خدمات غیرحضوری و خارج از مراکز درمانی را نشان داد. این خدمات می توانند مزایایی چون سهولت دسترسی، کاهش هزینه‌های جانبی و کاهش خطر عفونت های بیمارستانی به همراه داشته باشند [۷] این خدمات برای گروه های خاصی از افراد جامعه از جمله سالمندان و افراد دارای محدودیت حرکتی بسیار ضروری است. مراقبت های سلامت در منزل برای این گروه‌ها می‌تواند به عنوان یک راه‌کار مؤثر، ایمن و مقرون‌به‌صرفه مطرح باشد [۸].

توسعه خدمات مراقبت در منزل اگرچه مثبت است ولی باید بر اساس چارچوب ها و اصول دقیقی صورت گیرد. در این خصوص درنظر گرفتن ویژگی‌های جمعیتی گروه هدف، نیازهای سلامت، ساز و کارهای سیستم ارائه خدمات سلامت و دسترسی های اقتصادی به خدمات سلامت ضروری است. طراحی سازوکار مناسب توسعه خدمات، بازاریابی مناسب خدمات و تامین زیر ساخت‌های قانونی و اطلاعاتی نقش مهمی در این زمینه دارد.

مدل های نوین مراقبت در منزل بر اساس رویکرد "مراقبت یکپارچه و بیمار محور" طراحی می‌شوند و بر هماهنگی میان ارائه دهندگان مختلف خدمات سلامت، مشارکت فعال بیمار و بهره گیری از فناوری سلامت دیجیتال تاکید دارند [۹،۱۰].

در حوزه توسعه و بازاریابی مراقبت‌های سلامت در منزل مطالعاتی انجام شده است. بخش عمده ای از مطالعات انجام شده در این زمینه بر توسعه مدل‌های کسب و کار، مراقبت یکپارچه، سلامت دیجیتال، جذب و نگهداشت بیماران و توسعه بازار خدمات مراقبت در منزل متمرکز هستند. در مطالعه لیم و همکاران چارچوبی تحت عنوان 10P برای بازاریابی خدمات مراقبت یکپارچه ارائه می شود. نویسندگان استدلال می‌کنند که موفقیت توسعه خدمات سلامت در منزل و مراقبت های یکپارچه تنها به کیفیت خدمات وابسته نیست، بلکه به مدیریت مولفه هایی مانند ارزش پیشنهادی، مشارکت ذینفعان، ارتباطات، کارکنان، فرایندها و شواهد فیزیکی نیز بستگی دارد. این مدل می‌تواند مبنای طراحی استراتژی بازاریابی برای مراکز مراقبت در منزل باشد [۱۱].

لی و هوانگ در مطالعه‌ای نقش فناوری‌های نوظهور شامل تله مدیسن، اینترنت اشیاء، هوش مصنوعی وسامانه های سلامت همراه را در توسعه خدمات مراقبت در منزل بررسی می کند. یافته‌ها نشان می دهد که استقاده از فناوری‌های دیجیتال موجب افزایش دسترسی بیماران، بهبود تجربه کاربر و ایجاد مزیت رقابتی برای ارائه دهندگان خدمات مراقبت در منزل می شود که از منظر بازاریابی خدمات سلامت اهمیت زیادی دارد [۱۲].

در مطالعه دیگری به بررسی نقش پزشک در مدل‌های مراقبت یکپارچه سیار پرداخته شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که هماهنگی مراقبت، ارتباط موثر با بیمار و تداوم ارائه خدمات از عوامل کلیدی رضایت بیماران و توسعه موفق خدمات مراقبت در منزل هستند. این عوامل از مهمترین مولفه های بازاریابی رابطه‌مند در خدمات سلامت محسوب می شوند [۱۳].

در کشور نیز مطالعاتی در این زمینه انجام شده است. حیدری و همکاران به بررسی عوامل سازمانی، اقتصادی، قانونی و فرهنگی موثر بر توسعه خدمات مراقبت در منزل پرداخته و نشان دادند که پوشش بیمه، آگاهی عمومی و توسعه زیر ساخت دیجیتال از مهمترین عوامل موثر بر توسعه این خدمات هستند.

در مطالعه‌ای دیگر به مزایا و چالش‌های طرح مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان پرداخته شد. نتایج مطالعه نشان داد که ارائه خدمات مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان در تکمیل فرآیند ارائه خدمات درمانی نقش مهمی دارد. این خدمات منجر به بهبود ارائه خدمات، کاهش هزینه‌ها و تحقق اهداف سلامت می‌شود. با این حال برخی چالش‌های قانونی، اقتصادی و فرهنگی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]

در این زمینه وجود دارد که نیازمند برنامه‌ریزی و بازبینی فرآیندها است[۱۴].

کلهر و همکاران مطالعه‌ای با عنوان تحلیل شرایط موجود بر اساس تحلیل SWOT برای برنامه مراقبت در منزل ویژه کودکان در بحران کرونا انجام داده‌اند و چهار دسته اصلی (الف) نیاز به یک پروتکل قانونی، (ب) ترس متقابل از کووید-۱۹، (ج) مسئولیت شخصی در کرونا و (د) رویکرد کار تیمی در توسعه برنامه را شناسایی و مشخص کردند[۲۳]. در مطالعه کیانیان و همکاران عوامل فرهنگی و تغییرات اجتماعی اثرگذار بر درمان در منزل در ایران، بررسی شده است[۲۴]. همین گروه در مطالعه‌ای دیگر نیز موانع عدم توسعه خدمات درمان در منزل را بررسی و مشخص کردند (چالش‌های مدیریت کیفیت، زیرساخت‌ها و سیاست‌های ناکافی و مسائل سیاسی) موانع رشد این خدمت است[۲۵].

بازاریابی به عنوان «فرایندی است که از طریق آن شرکت‌ها برای مشتریان ارزش ایجاد می‌کنند و روابط قوی با مشتری ایجاد می‌کنند تا در ازای آن از مشتریان ارزش (value) بگیرند» [۱۶،۱۷]. یکی از شاخه های مدیریت بازاریابی، بازاریابی خدمات است که به بدین شکل تعریف می‌شود. خدمات فعالیت‌هایی اقتصادی هستند که توسط یک طرف به طرف دیگر ارائه می‌شود و به معنای مبادله ارزش بین فروشنده و خریدار در بازار است. اغلب مبتنی بر زمان، این عملکردها نتایج دلخواه را برای گیرندگان، اهداف و یا سایر دارایی‌ها به ارمغان می‌آورد در واقع خریداران خدمات را خریداری می‌کنند زیرا به دنبال نتایج مطلوب هستند. شرکت‌ها به صراحت خدمات خود را به عنوان "راه حل" برای نیازهای مشتریان بالقوه به بازار عرضه می‌کنند. مشتریان انتظار دارند در ازای پول، زمان و تلاش خود ارزشی از خرید خدمات خود به دست آورند، این ارزش از کسب انواع عناصر ارزش آفرین به جای انتقال مالکیت ناشی می‌شود[۱۸]. با وجود پژوهش‌های پیشین، خلا پژوهشی قابل توجهی در ایران وجود دارد. بررسی منابع نشان می‌دهد که تاکنون مطالعه‌ای جامع به طراحی مدلی برای توسعه و بازاریابی خدمات درمان در منزل با در نظر گرفتن همزمان عوامل جمعیت‌شناختی، فرهنگی، فناورانه، بیمه‌ای و سیاستی نپرداخته است. به ویژه آنکه در بافت ایران، مفهوم «بازاریابی خدمات سلامت» را نمی‌توان به فعالیت‌های تبلیغاتی و برندسازی تقلیل داد. بازاریابی در صنعت مراقبت‌های بهداشتی فرآیندی است که سازمان‌ها را قادر می‌سازد از طریق ایجاد و تبادل ارزش به نیازهای پیچیده ذی‌نفعان سلامت پاسخ دهند[۱۷]. بنابراین در این پژوهش، بازاریابی در معنای راهبردی آن یعنی «طراحی و اجرای کل فرآیند خلق و ارائه ارزش به بیمار» به کار رفته است[۱۸]. هدف این مطالعه طراحی یک مدل بومی و جامع برای توسعه و بازاریابی خدمات درمان در منزل در ایران است؛ مدلی که هم‌زمان به عوامل علّی (سالمندی، بیماری‌های مزمن، محدودیت دسترسی)، پدیده اصلی (گذار از خدمت لوکس به ضرورت استراتژیک)، عوامل زمینه‌ای (فرهنگ، آگاهی و درآمد)، عوامل مداخله‌گر و تسهیل‌کننده (فناوری، بیمه و دولت)، راهبردها (بازاریابی، عملیاتی و سیاستی) و پیامدها بپردازد. این مدل مولفه‌های اصلی و پشتیبان خدمات درمان در منزل را در ایجاد ارزش برای ذینفعان مشخص می‌کند.

مواد و روش کار

این مطالعه یک پژوهش کیفی با رویکرد گراندد تئوری (نظریه داده‌بنیاد) و با استفاده از رهیافت اشتراوس و کوربین[۲۶] انجام شد. انتخاب این رویکرد به دلیل توانایی آن در کشف الگوها و ساخت مدل از بطن داده‌های تجربی و بومی بود. هدف اصلی این پژوهش نیز، طراحی مدلی جامع و زمینه‌محور برای بازایابی و توسعه خدمات درمان در منزل در ایران بود.

جامعه پژوهش شامل تمام صاحب‌نظران حوزه درمان در منزل در نظام سلامت ایران بود. مشارکت‌کنندگان از سه گروه اصلی انتخاب شدند: (۱) ارائه‌دهندگان خدمات (مدیران و موسسان مراکز درمان در منزل، پزشکان و پرستاران فعال در این حوزه)، (۲) سیاستگذاران سلامت (کارشناسان و مدیران وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی) و (۳) متخصصان صنعت بیمه (مدیران خسارت و مسئولان خدمات درمانی در شرکت‌های بیمه). معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: (الف) داشتن حداقل سه سال تجربه عملی یا مدیریتی در حوزه درمان در منزل، (ب) داشتن دانش و آگاهی کافی از ابعاد بازاریابی و توسعه خدمات سلامت و (ج) تمایل به مشارکت آگاهانه در پژوهش.

نمونه‌گیری با تهیه لیست اولیه و به روش (قضاوتی) انجام شد (Judgmental sampling). به این ترتیب که پس از انجام هر مصاحبه، از مشارکت‌کننده خواسته شد سایر صاحبنظران در این حوزه را معرفی کند. نمونه‌گیری تا مرحله اشباع نظری (theoretical saturation)ادامه پیدا کرد؛ یعنی تا جایی که دو مصاحبه پایانی هیچ کد یا مفهوم جدیدی به مجموعه کدهای قبلی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]

اضافه نکردند. در مجموع ۱۴ مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته با ۱۴ نفر از صاحبنظران انجام شد. مشخصات مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است. با توجه به اینکه تمرکز این پژوهش بر دیدگاه عرضه کننده بود، به همین دلیل با بیماران و خانواده‌های دریافت‌کننده خدمت مصاحبه نشد.

پیش از شروع مصاحبه‌ها، بر اساس مطالعه مروری نظامند پژوهش‌های پیشین در حوزه درمان در منزل ۳۶ مقاله معتبر مورد بررسی قرار گرفت و یک راهنمای نیمه‌ساختاریافته برای مصاحبه طراحی شد. این راهنما شامل سوالات باز در شش محور اصلی بود؛ (۱) عوامل مؤثر بر تقاضای درمان در منزل، (۲) موانع و چالش‌های توسعه این خدمت، (۳) نقش بازیگران کلیدی (دولت، بیمه‌گران و فناوری‌ها)، (۴) راهبردهای بازاریابی و برندسازی، (۵) راهبردهای عملیاتی و اجرایی و (۶) پیامدهای مثبت و منفی. راهنمای مصاحبه در طول فرآیند پژوهش بر اساس یافته‌های اولیه، انعطاف‌پذیر بود و سوالات جدیدی به آن اضافه می‌شد (رویکرد متداول داده بنیاد).

پس از هماهنگی اولیه با مشارکت‌کنندگان، اهداف مطالعه برای آنان تشریح شد و زمان و مکان مصاحبه با توجه به اولویت کاری آنان تعیین گردید. مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی (که دارای تجربه کافی در مطالعات کیفی بود) در بازه زمانی آذر ۱۴۰۳ تا تیر ۱۴۰۴ انجام شد. مدت زمان هر مصاحبه بین ۶۰ تا ۱۲۰ دقیقه (میانگین ۸۵ دقیقه) بود. تمام مصاحبه‌ها با کسب رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، به صورت صوتی ضبط شدند. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی مانده و داده‌ها تنها به صورت تجمیعی و بدون ذکر نام در گزارش نهایی استفاده خواهد شد.

تمام مصاحبه‌ها بلافاصله پس از انجام، کلمه به کلمه (transcribe) پیاده‌سازی و متن پیاده‌سازی شده برای تأیید دقت به مشارکت‌کنندگان ارائه گردید (روش اعتبارسنجی توسط مشارکت‌کنندگان). تحلیل داده‌ها با استفاده از روش نظریه داده‌بنیاد (رهیافت اشتراوس و کوربین) و با کمک نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ انجام شد. فرآیند تحلیل در سه مرحله کدگذاری باز (open coding)، کدگذاری محوری (axial coding) و کدگذاری گزینشی (selective coding) انجام گرفت:

مرحله اول؛ کدگذاری باز: در این مرحله، پژوهشگران خط به خط متن مصاحبه‌ها را مطالعه کرده و به هر مفهوم یا معنایی که در داده‌ها ظاهر می‌شد، یک کد اولیه (برچسب) اختصاص دادند. در مجموع، از تحلیل ۱۴ مصاحبه، ۴۹۶ کد اولیه استخراج شد.

مرحله دوم؛ کدگذاری محوری: در این مرحله، کدهای باز بر اساس شباهت‌های مفهومی در مقوله‌های (دسته‌های) انتزاعی‌تر سازماندهی شدند. روابط علّی و زمینه‌ای بین مقوله‌ها شناسایی گردید. بر اساس مدل پارادایمی اشتراوس و کوربین، مقوله‌ها در شش گروه دسته‌بندی شدند: علل، پدیده اصلی، عوامل زمینه‌ای، عوامل مداخله‌گر/تسهیل‌کننده، راهبردها و پیامدها (جدول ۲ را ببینید)

مرحله سوم؛ کدگذاری گزینشی: در این مرحله، یک مقوله مرکزی انتخاب شد که بتواند همه مقوله‌های دیگر را حول خود سازماندهی کند. بر اساس تحلیل داده‌ها و با تکرار بازگشت به متن مصاحبه‌ها، «گذار از درمان در منزل به عنوان خدمت لوکس به ضرورت استراتژیک» به عنوان پدیده اصلی (مقوله مرکزی) مدل انتخاب شد. سپس سایر مقوله‌ها (علل، زمینه‌ها، مداخله‌گرها، راهبردها، پیامدها) حول این پدیده مرکزی بازتعریف و سازماندهی شدند.

برای سنجش پایایی کدگذاری، یکی از مصاحبه‌ها به صورت تصادفی انتخاب و توسط یک پژوهشگر دوم (خارج از تیم اصلی) به طور مستقل کدگذاری شد. درصد توافق بین دو کدگذاری با استفاده از فرمول درصد توافق مشاهده‌ها (Percentage Agreement Observation) محاسبه گردید:

$$PAO = \frac{2M}{(n_1 + n_2)}$$

PAO: درصد توافق مشاهدات

M: تعداد توافقات مشترک

n: تعداد واحدهای کد گذاشته شده

درصد توافق محاسبه شده در این مطالعه ۶۴ درصد بود که قابل قبول می باشد [۲۱].

پس از استخراج مدل اولیه حاوی ۴۲ مؤلفه، یک پرسشنامه اعتبارسنجی حاوی تمام مؤلفه‌ها تهیه و برای ۸ خبره دیگر که در فرآیند مصاحبه شرکت نداشتند (اما واجد معیارهای ورود بودند) ارسال شد. انتخاب این ۸ خبره به صورت هدفمند و با هدف حصول اطمینان از نمایندگی حداکثر تنوع (maximum variation sampling) از نظر جنسیت (۱ زن، ۷ مرد)، سطح تحصیلات (۴ نفر دکتری تخصصی حوزه درمان، ۲ نفر پزشک عمومی و ۲ نفر کارشناسی ارشد) و سابقه کار (بین ۵ تا ۱۸ سال) انجام شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]

از خبرگان خواسته شد تا درباره هر مولفه در قالب «مناسب است» یا «مناسب نیست» و با ذکر دلیل نظر دهند. ملاک تأیید یک مؤلفه، (با استفاده از فرمول نسبت لاوشه CVR) و مناسب شناختن تمام خبرگان برای تعداد ۸ نفر بود. در نهایت از ۴۲ مؤلفه اولیه، ۳۹ مؤلفه تأیید و ۳ مؤلفه (قوانین و مقررات محدودکننده، ارائه بسته سلامت، همتاگزینی در انتخاب کادر درمان) تأیید نشدند و از مدل نهایی حذف گردید (نمودار ۱ را ببینید). خبرگان عدم تأیید مؤلفه «قوانین و مقررات محدودکننده» را به این دلیل اعلام کردند که قوانین فعلی نه به عنوان یک متغیر مستقل، بلکه به عنوان بخشی از «زمینه ساختاری» عمل می‌کنند و باید در همان دسته لحاظ شوند. مؤلفه «ارائه بسته سلامت» از نگاه خبرگان جزئی از راهبرد «تمرکز بر نیاز» بود و نیازی به مجزا بودن نداشت. مؤلفه «همتاگزینی» نیز به عنوان زیرمجموعه «فرآیند جذب و نگهداشت درمانگر» شناخته شد.

در اجرای مطالعه اصول اخلاقی اجرای مطالعات کیفی در همه مراحل رعایت گردید. این اصول شامل هماهنگی با مصاحبه شوندگان و ارائه اهداف مطالعه به آنان پیش از شروع مصاحبه، رعایت چارچوب زمانی مصاحبه، ضبط جلسه با هماهنگی و اجازه مصاحبه شوندگان، عدم انتشار اطلاعات هویتی مصاحبه شوندگان و تایید نهایی متن مصاحبه توسط مصاحبه شوندگان بود.

یافته ها

تحلیل یافته‌های مطالعه نشان داد که افزایش سالمندی و بروز بیماری‌های مزمن در توسعه خدمات مراقبت در منزل بسیار اهمیت دارد. یکی از مدیران مراکز بیان کرد:

" گروه سالمندی که از سال‌های قبل یواش یواش امید زندگیشون زیاد شده بود، مدت بقاشون زیاد شده بود، درصدشون رو به فزونی شد، امروز که در خدمت شما هستیم از ۱۲ درصد جمعیت ایران گذشته و با توجه به نرخ باروری و سناریوها، پیش‌بینی می‌شه حداقل به ۴۰ درصد در ۵۰ سال آینده برسه، باعث میشه که بیماری‌های مزمن زیاد بشه و در نتیجه افرادی که در حقیقت زندگی با شاخص امید زندگی سالم ندارند یعنی از کار افتاده میشن این بیماری‌های مزمن بیماری چندگانه که در دوران سالمندی زیاد میشه."

یافته‌ها نشان داد که محدودیت‌های حرکتی بیماران نقش مهمی در کاهش دسترسی آنان به خدمات سلامت دارد و توسعه مراقبت‌های سلامت در منزل می‌تواند به عنوان یک عامل مهم در افزایش دسترسی بیماران به خدمات سلامت باشد. یکی از درمانگران در این زمینه بیان کرد:

" کسانی هستند که نیاز به خدمات درمان در منزل واقعی دارند. یعنی چی یه نوع دیزیبیلیتی (ناتوانی) دارند اختلال حرکتی دارند. یا هر نوع بیماری که براشون حمل و نقل بیمار به مراکز درمانی و بیرون، کار سختیه یا نیاز به خدمات توان بخشی در منزل دارند"

همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد صرفه‌جویی در هزینه‌ها و زمان نیز می‌تواند منجر به توسعه خدمات درمان در منزل شود. یکی از مدیران مراکز بیان کرد:

" قاعدتاً تاثیرگذار بحث همون اقتصادی هستش، بحث طول مدت درمانش، خوب قاعدتاً زمان درمان کوتاه تر میتونه باشه با مراقبت‌های درست، بحث اقتصادی است، از نظر هزینه‌هایی که برای فرد محتمل میشه چون ما هزینه های پنهان در درمان داریم که شاید از نظر خانواده نادیده گرفته بشه، چون صرفا بحث ویزیت و مثلا دارو نیست، بحث رفت و آمد هستش، بحث مدت زمان درمان هستش "

در تحلیل یافته‌ها مشخص شد تغییر سبک زندگی و گرایش به دریافت خدمات سلامت در منزل پس از کرونا بروز و نمود ویژه‌ای داشته است به نحوی که یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد:

"الان با تغییر سبک زندگی خصوصا بعد از همه گیری کرونا جوونا هم ترجیح میدن با توجه به یه سری هم محدودیت‌ها و مشکلات هزینه‌های اضافه که هست به جای اینکه مراجعه کنند در واقع از فرایند معکوس استفاده کنند"

یافته‌ها نشان می‌دهند روش درمان در منزل، می‌تواند به رفع نیاز بیماران به دریافت خدمات استاندارد را مرتفع نماید. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد:

"قاعدتاً برای بیمار تاثیر داره اون کیری (مراقبتی) که خانواده می‌تونن داشته باشن قاعدتاً تو بیمارستان یه نفر میگه همراه داشته باشه اینا هی باید شیفت عوض کنن این شیفت بمونه اون شیفت بمونه ولی خب تو خونه خیلی بحث تعویض وجود نداره"

در تحلیل یافته‌های مطالعه، تبدیل درمان درمنزل از خدمت لوکس به ضرورت استراتژیک به عنوان پدیده اصلی نمایان شد. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد:

" درمان در منزل شاید تو ذهنیت اول یه کار لوکسی در نظر بیاد ولی فردی که واقعا مستاصله اگه این خدمتو نتونه بگیره دیگه خدمت ضروری است"

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]

از جمله مواردی که در تحلیل یافته‌ها مشخص شد و بر ضرورت ارائه خدمات درمان در منزل تاکید داشت، این است که خدمات درمان در منزل را می‌تواند یکی از ارکان نظام سلامت باشد. یکی از مدیران مراکز درمانی که درمانگر هم بود بیان کرد:

"امیدوارم واقعا به یه جایی برسیم که درمانگاه، درمان در منزل و بیمارستان به عنوان سه تا مجرای اصلی درمان دیده بشه سه تا مجرای اصلی سلامت دیده بشه" همچنین گفتند *"درمان در منزل من فکر می‌کنم که یه مسیر متفاوت و یه نگاه متفاوت نسبت به درمان‌های روتینیه که ما میشناسیم من فکر می‌کنم پلی بین درمانگاه و بیمارستان برای بیمارانی که توانایی استفاده از خدمات درمانگاهی را ندارند ولی خوب اونقدر به نظرم کریتیکال و بحرانی نیستش که بخواد توی بیمارستان اتفاق بیفته (درمان بگیرد)"*

یافته‌های نشان می‌دهند این خدمت یک خدمت لوکس نیست و علی رغم قیمت بالای خدمات در مجموع استفاده از این روش به کاهش هزینه درمانی منجر می‌شود. مسئول خسارت بیمه یکی از شرکت‌ها بیان کرد:

"همه تعرفه‌های درمان در منزل بیشتر از تعرفه‌های درمانی است ولی به عنوان مثال هزینه نهایی هر شب یه تخت آی سی یو توی بیمارستان شاید ۲۵ تا ۳۰ میلیونه حالا اگه ما با یه مرکزی قرارداد ببندیم که بیمار رو بیاره تو خونه نگهداری کنه، میشه شبی ۸ تا ۱۰ تومن طبیعتاً هزینه ش میاد پایین"

یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد درمان در منزل رویکرد جامع‌نگر به مقوله درمان دارد و به دلیل حضور در محل زندگی بیمار و رویت متغیرهای بیشتر تشخیصی، فرصتی برای پیشگیری را فراهم می‌کند. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد:

" بحث از پزشک خانواده شروع شده ... یعنی پزشکی که برای کل خانواده است. وقتی می‌رفتن بهتر به نتیجه میرسیدند. اگر که فرزند خانواده به بیماری دچار میشد، میگفت تو این مشکلات رو داری، پدر تو هم اینطوره، مادر تو هم اینطوره و این مشکل خانوادگی موروثی در خانواده شما است ... با داشتن این اطلاعات به جای درمان صرف به پیشگیری میرسه و کنترل برای سایر افراد خانواده ... وقتی برای اینها میای یک برنامه‌ای از لحاظ پرونده کامل بیمار داری، می‌تونی قبل اینکه به درمانش برسی پیشگیری و کنترل کنید و اینا همه ویژگی‌های خاصیه که خدمات در منزل داره"

یافته‌های مطالعه نشان داد لازم است در ارائه خدمات درمان در منزل به فرهنگ و باورهای مذهبی توجه ویژه داشت این عامل بر پذیرش و همراهی بیمار و خانواده ایشان تاثیر گذار است. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد:

" یک سری تفاوت‌های فرهنگی، نژادی و مذهبی مطرح است که شما همه اون ابعاد رو بهتره که در نظر بگیرید. بحث فرهنگ خودش خیلی مسئله است. یه مثال براتون می‌زنم که مسئله کاملا شفاف بشه ... یعنی سالمندانی که ... مسائل جدی پزشکی براشون پیش میاد مثلاً میرن بیمارستان جراحیشون انجام میشه زیاد تو بیمارستان نمونن، کوتاه مدت ۲۴ ساعت نگهشون می‌دارن، از اون بحران که در اومدن، پیشنهاد بدن که در منزل درمانشون ادامه پیدا کنه، خانواده نمیپذیرند و نگران هستند"

یافته‌های حاصل از مطالعه نشان می‌دهد هر اندازه شناخت و آگاهی جامعه از درمان در منزل بیشتر شود، درخواست برای دریافت خدمات افزایش خواهد یافت. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد:

"ما یک جامعه هدف خیلی زیادی در افرادی که تقاضای درمان در منزل دارند و از این قضیه ناآگاهند داریم، مثلاً اینکه می‌دونه درمان در منزل انجام میشه ولی میگه «آ یا این پروسیجر هم انجام میشه یعنی شما میای تو خونه مثلاً فلان کارو انجام میده درمانگر شما» یا اصلا بعضی وقتا میگه «متخصص میاد من فکر می‌کردم فقط پرستار میاد چون مراکز پرستاری در منزل زیادن»"

یافته‌ها نشان می‌دهند سطح درآمد و توان مالی خانواده در انتخاب روش درمان در منزل موثر است. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد:

"انتظارخانواده‌ها از درمان در منزل، خیلیاشون بحث بُعد هزینه را مطرح می‌کردن، می‌گفتن این خدمات خیلی خوبه ولی کاش هزینه‌هاش کمتر می‌شد یا هزینه‌هاش مثلاً از طرف جای پشتیبانی می‌شد. خب خیلی از خانواده‌ها می‌خواستن خدمات بگیرن ولی شاید به خاطر بُعد هزینه‌اش اون توان مالی رو نداشته باشن و بیمار مجبور به مراجعه به درمانگاه است و ممکنه خدمات خوب هم دریافت نکنه"

یکی دیگر از عواملی که از یافته‌های مطالعه نمایان شد قوانین و مقررات موضوعه بود که در برخی از موارد محدودیت‌های ایجاد می‌کند. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد:

"من همه جا نمیتونم ارائه خدمت کنم به عنوان مثال همین مرکز خودمون فقط در تهران هست. یعنی در اسلامشهر و واوان و کرج و قرچک و ورامین یعنی همه استان تهران نیست. ولی من برای اون محدوده منطقه ۲۲ گانه تهران مجاز به ارائه خدمت هستم از طرفی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]

قانونگذار وقتی اومده قانون محدودیت من رو گذاشته از اونور برای اون شرایط ایجاد نکرده مثلا بیمار جایی است که در محدوده درمان در منزل ما نیست پس باید چیکار کنم یعنی بیمار از این امکان بهره‌مند نیست"

یافته‌های نشان دادند پیشرفت‌های فناوری‌های سلامت باعث رشد ارائه خدمت و تسهیل در فرایندهای ارائه خدمت می‌شوند. چنانکه یکی از پژوهشگران بیان کرد:

"از علل در حقیقت توسعه خدمات در منزل بخوام بگم ... یکی فناوری‌های نوین، فناوری هوشمند، یعنی این ارتباطات تصویری، این خدمات آنلاین، این پلتفرم‌های مبتنی بر هوش مصنوعی، این اپلیکیشن‌های کاربردی است. که این‌ها هم قطعاً سهم بسیار زیادی دارند. به عبارتی همانطور که ما تله مدسین داریم، تله سرجری داریم، تله هومکیر هم در حقیقت جز خدمات نوینی هستش که مبتنی بر این پلتفرم‌ها و ابزارهای نوین داره گسترش پیدا میکنه. تسهیل می‌کنه ارتباط بین یک بیمار رو با یک پزشک، این کی دوچندان میشه اون موقع که ما به یک کیر طولانی مدت، یک لانگ ترم کیر احتیاج داشته باشیم"

از نتایج یافته‌ها مشخص شد بیمه‌گران در رشد و توسعه خدمات درمان در منزل نقش مهمی دارند که باید مورد توجه قرارگیرد همانطور که یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد:

"یه مفهوم جدیدی رو تو صنعت بیمه سال‌هاست که در کشور توسعه یافته به وجود آمده به نام بیمه مستمر، قبلاً می‌گفتند بیمه مراقبت طولانی مدت ... میانگین سه درصد از حقوق تو کم بشه که اگر در دوران بازنشستگی و سالمندی تو جز اون گروه ... از بازنشستگان و سالمندانی شدی که از کار افتاده شدی و به خدمات مراقبت احتیاج داری، بیمه مراقبت مستمر داشته باشه، هزینه‌های مراقبت کمکی و مراقبت تخصصی تو رو حالا چه در منزل چه در مراکز مراقبتی پرداخت بکنه"

یافته‌ها مطالعه نشان می‌دهد حمایت دولت و وزارت بهداشت نیز در رشد و توسعه خدمات درمان در منزل اهمیت دارد. یکی از پژوهشگران سلامت بیان کرد:

"دولت‌ها یکی از مهمترین کارهایی که تو بحث عدالت اجتماعی باید انجام بدن به جای اینکه پول نقد بدن، باید بیان جامعه رو تحت پوشش بیمه بکنند، همه بیمه گردند، یعنی حتی دهک های پایین یعنی حیاتی ترین نیازی اینها مخصوصاً گروه جوانشون که می‌تونن الان کار بکنن این نیستش که به اینا یارانه نقدی بدیم، اگه این رو تحت پوشش بیمه و دولت بیاد به جای پول دادن دست اینا، بیمه اینا رو در حقیقت تامین بکنه، وقتی به سن بازنشستگی و سالمندی و از کار افتاده رسید می‌تونه بیمه درمانی داشته باشه"

همچنین یافته‌های مطالعه مشخص می‌کند عدم شکل‌گیری همکاری‌های بین سازمانی مانع رشد و ارائه خدمات درمان درمنزل به صورت B2B2C شده است. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد:

"چند تا اتفاق زمان ما افتاد که در حقیقت شاید بشه گفت شروع کارهای توسعه‌ای مرکز بود، یکی قرارداد با سازمان (الف) چند بار افراد مختلفی که اینجا مدیر بودن سعی کرده بودند برن سراغ موارد قراردادی، ولی به مشکل می‌خوردند، مشکل اینکه توی اون سازمان ها تعارض منافع شکل گرفته بود که یا خداشون منفعت داشتند و یا رقبایی که وجود داشتن اجازه اصلاً ورود شریک جدید رو نمی‌دادند"

همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند مراکز درمان در منزل برای جذب و نگهداشت درمانگر به عنوان پیشران ارائه خدمت با محدودیت‌هایی روبرو هستند. هم به لحاظ افزایش و تنوع کادر درمان (جذب) و هم به لحاظ استمرار در همکاری افراد با مراکز درمان در منزل (نگهداشت). یکی از پژوهشگران سلامت بیان کرد

"از چالش‌های ساختاری پذیرش پزشکان برای درمان در منزل است. پزشکان چند نوع هستند، یه سریشون که خوب دوران جوانی و هنوز معروف نشدن، اینا با درمان منفعت خوبی هم بهشون میرسه، اگر ناسالم بودن که خب بالاخره اون ۳۰٪ (سهم مرکز) هم خودشون میگرفتن، اونهایی هم که سالم بودن با ما کار می‌کردند. یکسری شون هم پزشکان حاذق‌تر هستند، سرشون شلوغه، اینا نمیرن درمان در منزل چون دیگه نیازی ندارن برن درمان در منزل، مطب‌هاشون پره و رجوع بهشون می‌شه"

یافته‌های مطالعه نشان می‌دهند عدم نظارت سازمان‌های ناظر و مسئول بر فعالیت مراکز غیر مجاز می‌تواند مشکلاتی برای بیماران ایجاد نماید. یکی از مدیران مراکز درمانی که درمانگر هم بود بیان کرد:

"متاسفانه نظارت‌های خیلی جدی بر مراکز درمانی نامعتبر و غیر اصولی، خیلی جدی اتفاق نمی‌افته. یعنی شما برای درمان گرفتن یه درمانگاه رو به عنوان اصول می‌شناسین پزشکش پروانه داره مراجعه می‌کنید، ولی چون درمان در منزل داره به صورت ارتباط

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]

تلفنی و درخواست تلفنی اتفاق میفته، مردم آگاهی دقیقی من باب استعلام گرفتن‌های درست ندارند"

یافته‌های مطالعه، راهبردهایی را مشخص کردند که می‌توان آنها را در سه دسته طبقه‌بندی کرد. (الف) راهبردهای بازاریابی و برند سازی (ب) راهبردهای عملیاتی و (ج) راهبردهای سیاستگذاری. از راهبردهای دسته اول یک راهبرد، ارائه بسته سلامت است. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد: *"به نظر من این حوزه خدماتی مثل بقیه حوزه خدماتی است. باید تو بازار تعداد خدماتتون رو متنوع، بسته‌های خدماتتونو متنوع کنید. مشتری اجازه انتخاب داشته باشه و بتونه یه بسته رو انتخاب کنه"* راهبرد دیگر شناسایی شده موضوع آموزش بیمار، خانواده بیمار و درمانگر است. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد: *"برای خانواده‌هایی که سواد سلامت پایینی دارند، بعضی از اقدامات یک مقداری ممکنه پیچیده هم باشه و باید آموزش لازم داده بشه"* همچنین *"درمانگر باید انقدر انگیزه داشته باشه که بار مسئولیت درمان در منزل رو بپذیره چون خیلی مسئولیت بالایی داره ... یکی دانشه یعنی اینقدر داخل دانشگاه ها در واقع بحث درمان در منزل رو آموزش بدن که افرادی که میان تجربه و اطلاعات عمومی یا دانشش رو داشته باشند"* همینطور بیان کرد*"دیگه نمی‌تونی بگی یه فردی که هیچ تجربه از درمان در منزل نداره بیاد داخل منزلو بگی حالا به مرور یاد میگیره"* یکی دیگر از راهبردها بازخورگیری از بیماران است. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد: *"اگه ما می‌خوایم درمان در منزل انجام بدیم باید یه زیرساخت خیلی غنی، خیلی قوی داشته باشیم، چون کار درمان در منزل اگر شبانه روزی نباشه فایده نداره، اگه بازخورگیری نکنیم فایده نداره، باید کنترل کیفیت خدمات از طریق امتیاز دهی خانواده انجام بشه"* از راهبردهای دیگری که از مطالعات مشخص شد تمرکز بر نیاز مشتری است. یکی از مدیران مراکز درمانی که درمانگر هم هست بیان کرد: *"طراحی خدمات درمان در منزل اصولاً از نیاز مخاطبین یا افرادی که دارن خدمات میگیرن شکل میگیره، تقاضاهایی که وجود داره پروتکل درمانگاهیش دیده میشه که با چه استانداردی داره اجرا میشه"* راهبرد دیگر تدوین و نشر داستان موفقیت از اقدامات انجام شده و نتایج حاصل در گذشته است. یکی از پژوهشگر سلامت که سیاستگذار سلامت هم هست بیان کرد: *"اگه ما بتونیم موفقیت‌های بدست اومده با این روش رو (درمان در منزل) به صورت مستند در بیاریم و ارائه کنیم این به شناخت این خدمت ارزشمند خیلی می تونه کمک کنه"* اعتماد در درمان در منزل بسیار اهمیت دارد و به وضوح در یافته‌ها نمایان بود اعتماد به این معنی که بیمار به درمانگر اعتماد داشته باشد، خانواده بیمار به مرکز ارائه دهنده خدمت و درمانگر نیز به مرکز ارائه دهنده خدمت اعتماد داشته باشند. یکی از درمانگران بیان کرد: *"لازم است بیمار به تخصص درمانگر اطمینان داشته باشه و دستورات را انجام بده در این صورت درمان مؤثر می شه. از طرفی دیگه خانواده بیمار هم باید مطمئن باشن که کادر درمان اعزام شده صلاحیت‌های فنی و اخلاقی لازم را داشته باشه همچنین خود درمانگر باید بدونه که در صورت بروز مشکل، مرکز از او حمایت خواهد کرد، حق و حقوقش به موقع پرداخت می‌شه"*

یافته‌ها نشان داد لازم است راهبردهایی در ارائه فرایند خدمات درمان در منزل مورد توجه قرارگیرد که در دسته راهبردهای عملیاتی طبقه بندی می‌شوند، یکی از این راهبردها، ارائه خدمات درمان در منزل در قالب قرارداد سازمانی است. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد: *"قراردادهای سازمانی یه حجم بیماری بدون تبلیغات به شما میدن (در پذیرش آزاد) شما یه حجم زیادی وابستگی به تبلیغات داری، بنابراین واقعیتش اینه که برای ارائه خدمات آزاد مجبوری خودتو وارد رقابت با سایر مجموعه ها بکنی، خیلی باید فعال و روز آمدتر عمل بکنی"* راهبرد دیگر همتا گزینی در انتخاب کادر درمان است این موضوع برای زمانی که مراقبت طولانی مدت می‌باشد، اهمیت دوچندان دارد. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد: *"توی بحث مراقبت به خاطر اینکه موردی نیست و یک زمان طولانی مدته، همتا گزینی خیلی مسئله مهم‌تریه، یعنی شما نمی‌تونی یه مراقبی که وسواس داره رو بفرستی برای یک خانواده‌ای که از نظر پاکی نجسی بی‌قیده یا یک مراقبی که اهل تمیزی و نظافت نیست، (اهل) بهداشت ... در حقیقت مراقبت انجام بده، این مسائل فرهنگی- اجتماعی هستش که نقش داره"* راهبرد بعدی مشخص شده از یافته‌ها، ایجاد پلتفرم یکپارچه برای اجرای خدمت است. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد: *"ما به یک پلتفرم یکپارچه که کلیه فرایندهای درمانی را بتوانه تسهیل کنه نیاز داریم، مثلا بتونه ارتباط بین پزشک، پرستار، بیمار و خانواده برقرار کنه، همینطور بتونه سوابق رو نگهداری کنه، مدارک پزشکی رو به اشتراک بزاره، نسخه نویسی رو داشته باشه، بحث QC کنترل کیفیت، بحث CRM رضایت مشتری، صدای مشتری تمام این‌ها در پلتفرم باشه"* راهبرد دیگر کمک به طراحی نوآوری‌های بیمه به منظور توسعه خدمات قابل ارائه درمان در منزل با حمایت بیمه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]

است. یکی از متخصصین بیمه بیان کرد: *"اگر واقعاً بشه که برای انجام خدمات در منزلی که در قراردادهای بیمه‌های تکمیلی گنجانده میشه، بابتش تسهیلی یا سوبسیدی از طرف دولت برای بیمه‌گرهای تجاری در نظر گرفته بشه شاید بیمه های تجاری سریعتر به این سمت حرکت بکنند"* راهبرد مهم دیگر کمک به شرکت‌ها در توسعه فناوری‌های حوزه مربوط است. با شناسایی نیازهای و همکاری با شرکت‌های فعال در زمینه فناوری‌های سلامت این راهبرد قابل اجراست. یکی از متخصصین بیمه بیان کرد: *"درمان در منزل چالش‌هایی هم داره دیگه، بحث تامین تجهیزات شاید همیشه در واقع مقدور نباشه، نتونی تهیه کنی، ونتیلاتور می‌خوای شاید همه جا نداشته باشه، طرف دیالیزی باشه در واقع دستگاه دیالیز، مثلاً مرکز چقدر مگه می‌تونه دستگاه دیالیز بگیره با توجه به حجمش توی بحث تامین تجهیزات، بزرگترین چالشه، دستگاه های پرتابل منزلی باید توسعه پیدا کنه"* آخرین راهبردی که از یافته‌های بدست آمد خلاء برخی استانداردها و پروتکل‌های مورد نیاز است. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد: *"یکی از کارهای مهمی که شروع کردیم قبل از اون واقعاً هیچگونه پروتکل و استانداردی نداشتیم، ما اومدیم برای هر واحد یک مسئول واحد انتخاب کردیم، مسئول واحد پزشکی، مسئول واحد پرستاری، و شروع کردیم پروتکل نویسی مثلاً همه بچه‌های رو خواستیم گفتیم بزرگترین مشکلاتی رو یا شایع‌ترین مشکلاتی که شما تو خونه یا موقع فیزیوتراپی مواجه میشید چیه، اینا رو نوشتم، ما اینا رو همه رو احصا کردیم دادیم به همکارای کادر آنکال این خیلی کمک کننده بود که باید برای تمام خدمات این کار انجام بشه"*

یافته‌ها نشان داد راهبرد لابی برای تعیین تعرفه خدمات درمان در منزل ضروری است. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد: *"در واقع لازمه از طرف دولت یه تعرفه ای وجود داشته باشه ما الان یه تعرفه می‌ذاشتیم خود معاون سازمان میگفت نه این تعرفه بالاییه امکان اجرای این تعرفه رو نداریم، یعنی توافق یه چیز مصوب برای همه مراکز وجود نداره"*

یافته‌ها نشان داد اجرای خدمات درمان در منزل دارای پیامدهای مثبت و منفی می‌باشد که مدیریت صحیح آن را ضروری می‌کند. از پیامدهای مثبتی که از اجرای این خدمت بدست می‌آید کمک به تحقق اهداف ملی سلامت است. یکی از مدیران پژوهشگران سلامت بیان کرد: *"بین درمان در منزل و نظام سلامت در کلان ارتباط وجود داره، اجرای درمان در منزل باعث میشه نظام سلامت بهبود پیدا بکنه به جای اینکه تخت‌های بیمارستانی را اشغال کنند ... بیمارستان در واقع تعداد محدود تخت آی سی یو داره، وقتی درمان در منزل کنارش وجود داشته باشه، یه سری از بیمارانی که وضعیت استیبلی دارند ولی هنوز نیاز به کیر آی سی یو دارند و تو مرحله حادش نیست، خب اون بیمارو می‌فرسته داخل منزل اون تخت آی سی رو خالی میکنه برای پذیرش بیمار دیگه"* پیامدهای مثبت دیگر که از اجرای صحیح این خدمت حاصل می‌شوند شامل: بهبود سلامت بیمار، افزایش کیفیت زندگی بیمار، افزایش رضایت بیمار و خانواده ایشان است. یکی از مدیران مراکز درمانی بیان کرد: *"کیفیت اصلا تو درمان در منزل کیفیت درمان چی تعریف می‌کنه گسترده میشه هم روی نتیجه درمان، میشه رضایتمندی بیمار شاید شما نتیجه مطلوب نداشته باشی ولی بیمار اون رضایتی که باید داشته باشه، ... بیمار از اون چیزی که دریافت کرده راضیه، خب این میشه کیفیت، وقتی تو محیط منزل قرار میگیره در واقع یه بار اضافه برای بقیه اعضای خانواده نیست. اینو ببرن درمانگاه بیارن تا خدماتشونو بگیره زمانشون گرفته بشه ... از بعد روانیش همه روی کیفیت زندگی تاثیر میذاره. تو وقتی بیماری سالمندی داخل بیمارستان داشته باشی بالاخره هر روز مجبوری به اون سالمندت سر بزنی از کارت بزنی یه زمانی باید اختصاص بدی مراجعه کنی تو محیط آلوده بیمارستان، ولی داخل منزل دیگه خیالت راحته تو کانون خانواده است"* دیگر پیامد مثبت کاهش هزینه‌ها و بار بیمارستان است. یکی از پژوهشگران سلامت بیان کرد: *"جمعیت سالمند روبه افزایش که دچار بیماری مزمن هست، باید هزینه‌ها بیاد پایین چه جوری باید هزینه‌ها بیاد پایین، یکیش اینه که تا حد امکان مراجعه بیمارستان کم بشه، اینکه مراکز پیش بیمارستانی یا خدمات پیش بیمارستانی وجود داشته باشه، یه پزشک عمومی منو معاینه بکنه تو خونه، من عفونت بیمارستانی نگیرم، من سالمند، من دچار در حقیقت عوارض جسمانی که نیازمند خدمات درمان در منزل هستم، من تا حد امکان اینجا کار اولیه ام انجام میشه، اون پزشک چه کار میکنه یک سری از آزمایشات رو توی آزمایشگاه استاندارد می‌گیره و می‌ذاره توی پرونده الکترونیک. در حقیقت حالا اگه بیماری من کنترل نشد یا بیماری من به گونه‌ای تشخیص داده شد که حتماً باید مراجعه بکنم بیمارستان، تازه من مراجعه می‌کنم بیمارستان، منی که دیگه تو منزل نشده برام کار انجام بشه یا طبق آنچه که توی منزل از آزمایشات استخراج شده من معیارهای بستری در بیمارستان رو دارم، حالا که رفتم تو بیمارستان کارهای*

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]

تشخیصی هم یه سری انجام شده مدت اقامتم در بیمارستان کم میشه و اگر پس از درمان اصلی که تو بیمارستان انجام میشه ... بعضی وقتا به خاطر تزریق یک ماهه که مثلاً روزی یه نوبت یا دو روز یه نوبت حتی می‌خواد انجام بشه، این بیمار یک ماه تو بیمارستان در حقیقت میمونه، بازم همون خطر بیمارستانی، غذای نامناسب، عدم حمایت عاطفی، هزینه های بالای هتلینگ و نرسی در حقیقت برای بیمار انجام میشه"

یافته‌ها نشان داد عدم مدیریت صحیح در اجرای خدمات درمان درمنزل می‌تواند موجب بروز تعدادی پیامد منفی شود. و باید مورد توجه مدیران و سیاستگذاران این حوزه قرار گیرد یکی از پیامدهای منفی که در صورت عدم مدیریت صحیح نمایان می‌شود ریسک‌های ایمنی، امنیتی و اخلاقی است. یکی از درمانگران بیان کرد: *"درمانگری که میخواد بره داخل منزل باید یه امنیتی داشته باشه، داری وارد محیط منزلی میشی که نمیشناسی، اون افراد چه کسایی هستند، خدای نکرده مخاطراتی برای شما وجود نداشته باشه خصوصاً برای خانم ها و از طرفی هم اون سالمند یا اون فردی که داخل منزله باید احساس امنیت کند"*. پیامد منفی دیگر که درصورت عدم مدیریت صحیح ممکن است ایجاد شود دسترسی ناعادلانه عموم مردم به خدمات درمان در منزل است. یکی از مدیران مراکز بیان کرد: *"اگر بیمار جایی است که در محدوده درمان در منزل ما نباشه پس باید چیکار کنیم، یعنی بیمار از این امکان بهره‌مند نیست، خب این تو بحث عدالت اجتماعی هم مطرح میشه، یعنی یه امکان درمان در منزلی هست، اما برای تو نیست، چرا چون مجوز مال محدوده زندگی شما نیست و اگر من می‌خواستم خدمت بدم از لحاظ قانونی تخطی کردم"*. دیگر پیامد منفی که در صورت عدم مدیریت ممکن است حاصل شود استرس ایجاد شده در فرایند به کادر درمان است. یکی از درمانگران بیان کرد: *"وقتی که کیس نامناسب رو درمانش رو انتخاب می‌کنید بیمار مثلاً روز سوم درمان، نتیجه درمانی تازه می‌خواد شروع بشه، از ابتدا خانواده فکر می‌کنه قراره معجزه اتفاق بیفته، در حالی که تو بیمارستان، بیمار رو بستری میکنن دیگه خبر ازش ندارن، بیماری که میره ای سی یو دیگه ازش خبر ندارن، اما توی درمان در منزل هر لحظه خانواده حضور فیزیکی دارند. دائماً مجموعه ستادی واحد آپراتوری دائماً پیغام الان بیماری اینطوری شد، حالا باید چه کار بکنیم، چه اتفاقی خواهد افتاد، استرس‌ها و اضطرابات فراوانی در پروسه درمانی به کادر درمان و کادر در واقع کادر آنکال و کادر واحد اپراتوری و حتی معاونت و مدیریت مجموعه درمان در منزل منتقل می‌شه تا بالاخره به اون نتیجه کافی و وافی برسیم"*

پس از تحلیل مصاحبه‌ها به روش داده بنیاد و استفاده از مدل پارادیم کدگذاری استروس و کوربین [۲۸] نتایج به شرح جدول ۲ تهیه شد.

در ادامه پس از شناسایی مولفه‌ها حاصل از مصاحبه با خبرگان، پرسشنامه تایید مدل تهیه و برای ۸ نفر از متخصصینی که در لیست اولیه شناسایی شده بودند ولی با آنها مصاحبه نشده بود، ارسال گردید. این نمونه شامل ۱ نفر خانم و ۷ نفر آقا بودند با تحصیلات ۴ نفر دکتری تخصصی حوزه درمان، ۲ نفر دکتری عمومی و پزشک و ۲ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. در نهایت از بین ۴۲ مولفه شناسایی شده در مصاحبه ها ۳۹ مولفه توسط این ۸ خبره تایید و ۳ مولفه عدم تایید شدند (نمودار۱).

مولفه های تایید شده شامل: افزایش جمعیت سالمند و بیماران مزمن، محدودیت های حرکتی و دسترسی بیمار، صرفه جویی در هزینه ها و زمان، تغییر سبک زندگی و گرایش به دریافت خدمات سلامت در منزل پس از کرونا، نیاز بیماران به دریافت خدمات استاندارد در منزل، تبدیل درمان درمنزل از خدمت لوکس به ضرورت استراتژیک، یکی از ارکان نظام سلامت، دوگانه قیمت بالای خدمات و کاهش هزینه درمان، درمان در منزل دارای رویکرد جامع نگر، درمان در منزل فرصتی برای پیشگیری، فرهنگ و باورهای مذهبی جامعه، شناخت و آگاهی جامعه از درمان در منزل، سطح درآمد و توان مالی خانواده در استفاده از خدمت، پیشرفت های فناوری های سلامت، نقش فعال بیمه گرها، حمایت دولت و وزارت بهداشت، عدم شکل گیری همکاری های بین سازمانی، محدودیت جذب و نگهداشت درمانگر، فعالیت مراکز غیر مجاز و عدم نظارت، آگاهی بخشی جامعه، آموزش کادر درمان، خانواده بیمار و بیمار، بازخورگیری از اقدامات، تمرکز بر نیاز بیماران، تعریف داستان موفقیت، اعتمادسازی، ایجاد پلتفرم یکپارچه، تدوین استانداردها و پروتکل‌ها، ارائه خدمات سازمانی، توسعه خدمات با حمایت بیمه گران، جذب و نگهداشت نیروی متخصص، همکاری در توسعه فناوری، لابی برای تعیین تعرفه، کمک به تحقق اهداف ملی سلامت، بهبود سلامت و کیفیت زندگی بیمار، افزایش رضایت بیمار و خانواده‌ها، کاهش هزینه‌ها و بار بیمارستان، عدم مدیریت باعث ایجاد ریسک‌های امنیتی و اخلاقی، عدم مدیریت موجب استرس کادر درمان، عدم مدیریت موجب دسترسی ناعادلانه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]

مولفه‌های تایید نشده شامل: قوانین و مقررات محدود کننده، ارائه بسته سلامت و همتاگزینی در انتخاب کادر درمان

پس از مشخص شدن مولفه‌ها و به منظور درک بهتر روابط آنها از زنجیره ارزش برای تفسیر دقیقتر استفاده شد. جدول شماره سه بیانگر ارتباط مولفه‌ها در زنجیره ارزش است. "زنجیره ارزش، مجموعه فعالیت‌هایی است که یک سازمان برای طراحی، تولید، بازاریابی، توزیع و پشتیبانی از محصول یا خدمت خود انجام می‌دهد تا برای مشتری ارزش خلق کند"[۲۹].

فعالیت‌های اولیه (Primary Activities) در خدمات درمان در منزل شامل چهار گام اصلی است:

۱- نیازسنجی و آگاهی‌بخشی: شناسایی بیماران واجد شرایط و آگاه‌سازی آنان از مزایای درمان در منزل (مطابق با راهبردهای بازاریابی مدل)

۲- طراحی بسته خدمت: شخصی‌سازی بسته خدمات بر اساس نیاز بیمار، سطح درآمد خانواده و محدودیت‌های حرکتی (مطابق با راهبرد تمرکز بر نیاز)

۳- ارائه خدمت در منزل: اجرای درمان توسط تیم متخصص با رعایت استانداردها و پروتکل‌ها

۴- پیگیری و ارزش‌سنجی: بازخوردگیری، سنجش رضایت و بهبود مستمر فرآیندها

فعالیت‌های پشتیبانی (Support Activities) در خدمات درمان در منزل شامل پنج مؤلفه است:

۱- زیرساخت و استانداردها: تدوین پروتکل‌های ملی، نظارت بر مراکز مجاز و صدور مجوزها

۲- مدیریت منابع انسانی: جذب، آموزش و نگهداشت درمانگران متخصص (پاسخ به چالش محدودیت نیروی انسانی)

۳- توسعه فناوری: ایجاد پلتفرم یکپارچه، تجهیزات پرتابل و هوش مصنوعی در تشخیص و پیگیری

۴- تأمین مالی و حمایت بیمه: عقد قرارداد با بیمه‌گران، تعرفه‌گذاری مناسب و حمایت دولتی

۵- فرهنگ‌سازی و اعتمادسازی: روایت داستان‌های موفقیت، ایجاد مثلث اعتماد (بیمار-خانواده-درمانگر)

پیامدهای زنجیره ارزش (Outcomes) در خدمات درمان در منزل در چهار سطح قابل مشاهده است:

۱- بیمار: بهبود کیفیت زندگی، کاهش هزینه‌های درمان و افزایش رضایت

۲- خانواده: کاهش استرس، سهولت مراقبت و آرامش خاطر

۳- نظام سلامت: کاهش بار بیمارستان‌ها، کاهش عفونت‌های بیمارستانی و تحقق عدالت در دسترسی

۴- ارائه‌دهنده خدمت: پایداری اقتصادی، رشد بازار و اعتماد اجتماعی

تحلیل مدل در قالب زنجیره ارزش سه مزیت زیر را نمایان کرد:

۱. شفافیت عملیاتی: نشان می‌دهد که هر مؤلفه دقیقاً در کدام مرحله از فرآیند خلق ارزش قرار می‌گیرد.

۲. هم راستایی مدل با خلق ارزش: ثابت می‌کند که بازاریابی فقط یک «بخش» از مدل نیست، بلکه کل زنجیره ارزش در خدمت خلق ارزش برای بیمار، خانواده بیمار، مرکز ارائه دهنده خدمت و نظام سلامت است.

۳. قابلیت پیاده‌سازی: به مدیران مراکز درمان در منزل نشان می‌دهد که از کجا شروع کنند و اولویت با کدام فعالیت‌هاست.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]

جدول ۱: مشخصات صاحبنظران و مصاحبه شوندگان

ردیف	سوابق علمی	سوابق عملی	جنسیت	گروه ذی نفعان
۱	دکترای حرفه ای عمومی	عضو هیات موسس مرکز درمان در منزل، عضو هیات مدیره مرکز درمان در منزل، پزشک درمان در منزل	زن	درمانگر
۲	دکترای حرفه ای عمومی	مدیر مرکز درمان در منزل	مرد	مدیر مرکز/ درمانگر
۳	دکترای حرفه ای عمومی	مدیر مرکز درمان در منزل	مرد	مدیر مرکز
۴	دکترای تخصصی طب سالمندی	پژوهشگر سالمندی و مدیر مرکز درمان در منزل	مرد	سیاستگذار سلامت
۵	دکترای تخصصی سلول شناسی	پژوهشگر سلامت	مرد	سیاست گذار سلامت
۶	دکترای تخصصی ارتوپدی	مدیر و موسس مرکز درمان در منزل	مرد	مدیر مرکز/ درمانگر
۷	کارشناس ارشد مدیریت اجرایی	مدیر مرکز درمان در منزل	مرد	مدیر مرکز
۸	دکترای کارآفرینی	مدیر مرکز درمان در منزل	مرد	مدیر مرکز
۹	کارشناس ارشد پرستاری	مدیر داخلی کلینیک درمان در منزل	زن	مدیر مرکز
۱۰	دکترای حرفه ای عمومی	مدیر خسارت بیمه های درمان شرکت بیمه ۱	مرد	بیمه گر
۱۱	کارشناس ارشد مدیریت بهداشت و درمان	مسئول خسارت بیمه های درمان شرکت بیمه ۲	مرد	بیمه گر
۱۲	کارشناس ارشد پرستاری	مسئول خدمات درمان در منزل سازمان یک	زن	بیمه گر
۱۳	دکترای حرفه ای عمومی	پزشک درمان در منزل	زن	درمانگر
۱۴	کارشناس ارشد مدیریت	مسئول خسارت بیمه های درمان شرکت بیمه ۳	مرد	بیمه گر

(شماره ردیف لزوما نشاندهنده ترتیب مصاحبه های انجام شده نیست)

جدول ۲: کد ها و مولفه های استخراج شده از تحلیل داده ها

گروه	تعداد کدهای	کدهای محوری	مولفه ها
علّی	**۴۳ کد**	هزینه بالای هتلینگ، حذف هزینه های جانبی، پدیده سالمندی، تغییرات جمعیتی، گروه های نیازمند به ارائه خدمت، درخواست خدمات غیر حضوری بعد از همه گیری کرونا، ضعف خدمت دهی در مراکز دارای مراجعات زیاد، شناسایی فرصت های مورد نیاز درمانی، افزایش بیماری های مزمن با افزایش سن	**افزایش جمعیت سالمند و بیماران مزمن** **محدودیت های حرکتی و دسترسی بیمار** **صرفه جویی در هزینه ها و زمان** **تغییر سبک زندگی و گرایش به دریافت خدمات سلامت در منزل پس از کرونا** **نیاز بیماران به دریافت خدمات استاندارد در منزل**
پدیده اصلی	**۷۵ کد**	خدمت مسبوق به سابقه، نقش پر رنگ خانواده در مراقبت، معیارهای مالی ارجاع توسط بیمه گر، اخلاق حرفه کادر درمان، ویژگی خدمات درمان در منزل، خدمات لوکس و ضروری، بررسی جامع داده ها، پیشگیرانه بودن درمان در منزل، درمان شخصی سازی شده، قیمت بالای خدمت، درمان با نگاه شناسایی بیماری در خانواده، درمان در منزل فرصت یادگیری نیست، جایگاه درمان در منزل در فرایند درمان، قیمت گذاری مشخص	**تبدیل درمان درمنزل از خدمت لوکس به ضرورت استراتژیک** **یکی از ارکان نظام سلامت** **دوگانه قیمت بالای خدمات و کاهش هزینه درمان** **درمان در منزل دارای رویکرد جامع نگر** **درمان در منزل فرصتی برای پیشگیری**
زمینه	**۲۹ کد**	مسایل فرهنگی، فرهنگ نوع دوستی، عدم آگاهی عمومی، حدود خدمات قابل ارائه، تدوین قوانین مورد نیاز، مسایل اقتصادی و مالی، عادت و شناخت به درمان بیمارستانی، باورهای مذهبی، عدم اعتماد به این شیوه درمانی	**فرهنگ و باورهای مذهبی جامعه** **شناخت و آگاهی جامعه از درمان در منزل** **قوانین و مقررات محدود کننده** **سطح درآمد و توان مالی خانواده**
مداخله گر و تسهیل کننده	**۱۶۵ کد**	رشد و چالش های فناوری های ارتباطی، نرم افزارهای ثبت و تحلیل داده های سلامت، نیاز به نوآوری در صنعت بیمه، گسترش بیمه دولتی، نقش های غیر بیمه ای بیمه گران، تدوین پروتکل ها توسط وزارت بهداشت، توسعه همکاری سازمانی، افزایش متقاضیان خدمات، نبود ساختار نظارتی مورد نیاز، تعارض منافع با سایر بازیگران، تعرفه گذاری خدمات، فعالیت مراکز غیر مجاز، مجوزهای مورد نیاز، اهمیت تابع سود در صنعت بیمه، دسترسی به تجهیزات ، شغل بلند مدت نیست، نبود انجمن علمی درمان در منزل، اهمیت تابع سود در صنعت بیمه ، نگرانی از افزایش ضریب خسارت، سیاست گذاری وزارت بهداشت، فناوری های تسهیلگر درمان ، امکان ایجاد درآمد برای پزشکان فاقد مطب، فرصت درآمد بیشتر پزشکان در سایر مدل های ارائه خدمت، تخلف مالی کادر درمان ، فرایند اجرایی بیمه گران، لجستیک تجهیزات، نبود تحلیل حرفه ای در سازمان های بیمه ای	**پیشرفت های فناوری های سلامت** **نقش فعال بیمه گرها** **حمایت دولت و وزارت بهداشت** **عدم شکل گیری همکاری های بین سازمانی** **محدودیت جذب و نگهداشت درمانگر** **فعالیت مراکز غیر مجاز و عدم نظارت**
راهبردها	**۱۲۵ کد**	بخش بندی بازار خدمات درمان در منزل، تدوین پروتکل های اجرایی، جذب نیروی متخصص، آموزش کادر درمان، آموزش سواد سلامت، بازاریابی و عقد قراردادهای سازمان ها، طراحی پلت فرم های تسهیل گر اجرای فرآیند درمان، انتخاب مناسب درمانگر، قابلیت اعتبار بخشی در پلتفرم، قابلیت ثبت و پیگیری داده های سلامت بیمار در پلتفرم، ارایه کلیه خدمات مورد نیاز و قابل ارائه، تعریف استانداردهای تجهیزات و محیط، تدوین اسناد پشتیبان ، طراحی فرایند نظارت، قابلیت تحلیل داده های سلامت	**بازاریابی و برند سازی** (ارائه بسته سلامت، آگاهی بخشی، آموزش، بارخور گیری، تمرکز بر نیاز، داستان موفقیت، مثلث اعتماد) **راهبردهای عملیاتی** (ارائه خدمات سازمانی، همتا گزینی در انتخاب کادر درمان، ایجاد پلتفرم یکپارچه، تدوین استانداردها و پروتکل ها، توسعه خدمات با حمایت بیمه، جذب و نگهداشت نیروی متخصص، همکاری در توسعه فناوری ها)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]

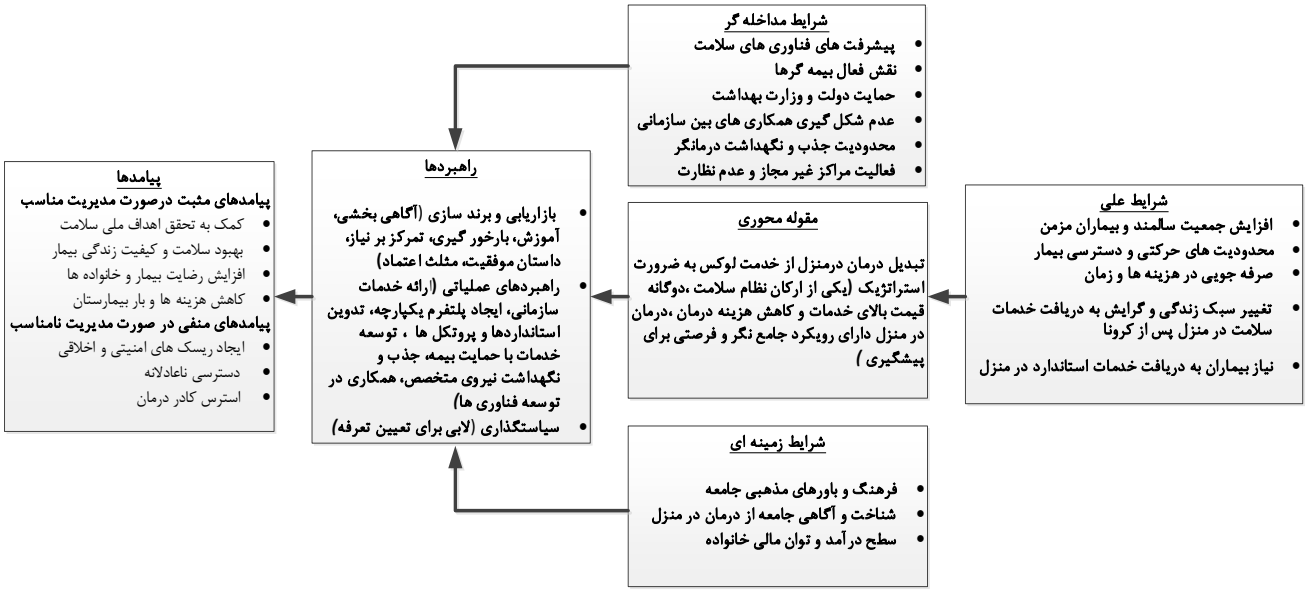
		توسط پلتفرم، آگاهی بخشی منجر به رشد تقاضا، پوشش بیمه ای، نیاز به آگاهی بخشی در حجم زیاد، تاکید بر تفاوت این روش درمانی، سنجش رضایت بیمار و خانواده، شبکه سازی درمانگران، اعتماد منجر به عملکرد بهتر خانواده ، قابلیت برقراری ارتباط با اعضای شبکه در پلتفرم، عقد قراردادهای با بیمارستان ها، آگاهی بخشی از طریق نمایش نمونه های موفق، عقد قرارداد با بیمه گران تجاری، هدف گذاری بازار درمان در منزل، نفوذ به لایه ها فرهنگی خانواده، تعیین مرجع تدوین پروتکل ها، استفاده از الگوهای موفق غیر ایرانی، استفاده از تجهیزات خانگی، اعتماد خانواده به مرکز، عقد قراردادهای با سازمان ها، فناوری های پوششی بیمار، آگاهی بخشی توسط ناظر قرارداد، تدوین پروتکل های حقوق بیمار، تدوین پروتکل های حقوقی، اعتماد بیمار به درمانگر، اعتماد درمانگر به مرکز، عدالت در قیمت گذاری، اخلاق حرفه ای درمانگران، رفتار حرفه ای درمانگران، تدوین پروتکل های اخلاقی،	**سیاستگذاری** (لابی برای تعیین تعرفه)
پیامدها	**۶۳ کد**	بهبود سلامت روان بیمار، درمان جامع عامل رضایتمندی، ریسک های امنیتی، کاهش هزینه های درمان، ایجاد عدالت در سلامت، کاهش بار بیمارستان ها، تعریف اهداف ملی سلامت، ریسک های اخلاقی، حذف عوارض درمان بیمارستانی، کیفیت زندگی بیمار، رضایت خانواده به دلیل سهولت درمان، توزیع خدمات در کشور، تمرکز جغرافیایی در درمان، استرس کادر درمان، عدم حضور کادر درمان در مناطق محروم	**مدیریت مناسب** (کمک به تحقق اهداف ملی سلامت بهبود سلامت و کیفیت زندگی بیمار افزایش رضایت بیمار و خانواده ها کاهش هزینه ها و بار بیمارستان) **عدم مدیریت مناسب** (ایجاد ریسک های امنیتی و اخلاقی، دسترسی ناعادلانه، استرس کادر درمان)

جدول ۳: جایگاه مولفه‌ها در زنجیره ارزش

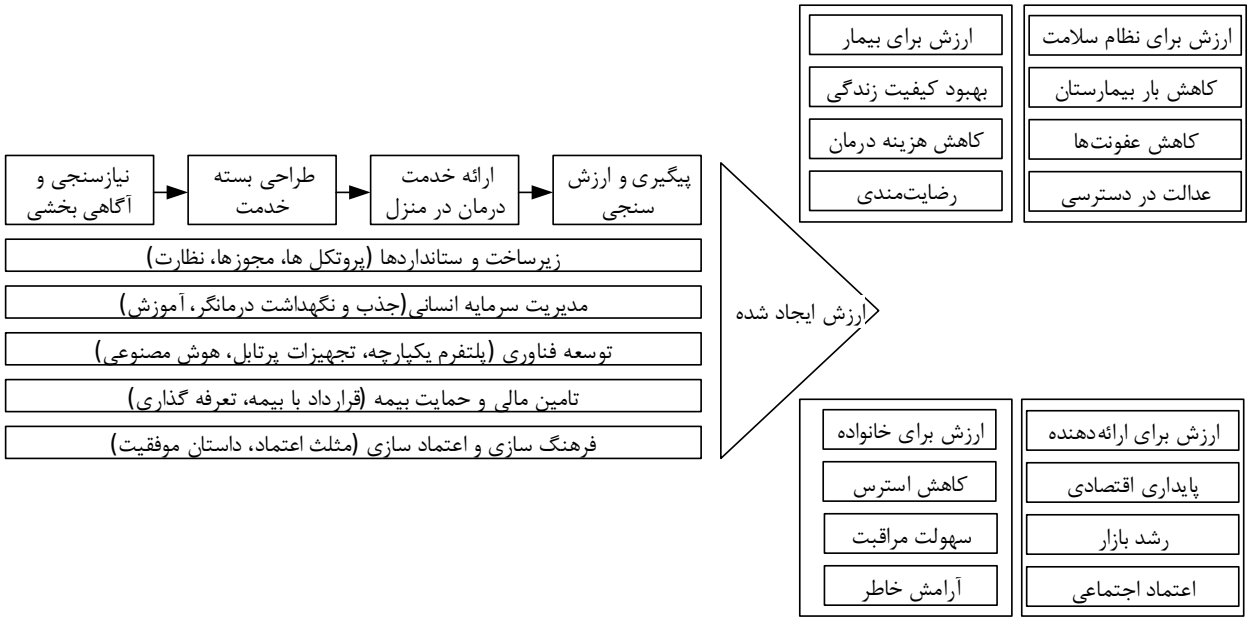
بعد مدل	مولفه‌ها	جایگاه در زنجیره ارزش	توضیحات
عوامل علی	افزایش جمعیت سالمند و بیماران مزمن محدودیت های حرکتی و دسترسی بیمار صرفه جویی در هزینه ها و زمان تغییر سبک زندگی و گرایش به دریافت خدمات سلامت در منزل پس از کرونا نیاز بیماران به دریافت خدمات استاندارد در منزل	ورودی و عامل محرک (Input)	محرک‌های بیرونی که نیاز به زنجیره ارزش را ایجاد می‌کنند
پدیده اصلی	تبدیل درمان درمنزل از خدمت لوکس به ضرورت استراتژیک	ماموریت و چشم انداز زنجیره ارزش (Vision & Mission)	چرایی وجود زنجیره ارزش و جهت‌گیری استراتژیک آن
عوامل زمینه‌ای	فرهنگ و باورهای مذهبی جامعه شناخت و آگاهی جامعه از درمان در منزل سطح درآمد و توان مالی خانواده پیشرفت های فناوری های سلامت نقش فعال بیمه گرها	محیط عملیاتی (Context)	شرایطی که زنجیره ارزش در آن اجرا می‌شود (فرصت و محدودیت)
عوامل مداخله‌گر	حمایت دولت و وزارت بهداشت عدم شکل گیری همکاری های بین سازمانی محدودیت جذب و نگهداشت درمانگر فعالیت مراکز غیر مجاز و عدم نظارت	تسهیل‌گرها و موانع (Enablers & Barriers)	عواملی که اجرای زنجیره ارزش را تسریع یا تضعیف می‌کنند
راهبردهای بازاریابی و عملیاتی	**بازاریابی و برند سازی** (ارائه بسته سلامت، آگاهی بخشی، آموزش، بارخور گیری، تمرکز بر نیاز، داستان موفقیت، مثلث اعتماد) **راهبردهای عملیاتی** (ارائه خدمات سازمانی، ایجاد پلتفرم یکپارچه، تدوین استانداردها و پروتکل ها، توسعه خدمات با حمایت بیمه، جذب و نگهداشت نیروی متخصص، همکاری در توسعه فناوری‌ها) **سیاستگذاری** (لابی برای تعیین تعرفه) **مدیریت مناسب** (کمک به تحقق اهداف ملی سلامت	فعالیت‌های اصلی و پشتیبان	هسته اصلی زنجیره ارزش (خلق و تحویل ارزش)
پیامدها	بهبود سلامت و کیفیت زندگی بیمار افزایش رضایت بیمار و خانواده ها کاهش هزینه ها و بار بیمارستان) **عدم مدیریت مناسب** (ایجاد ریسک های ایمنی، امنیتی و اخلاقی، دسترسی ناعادلانه، استرس کادر درمان)	خروجی (Output)	ارزش ایجاد شده برای ذی‌نفعان (یا خسارت در صورت عدم مدیریت)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]



نمودار ۱: مدل بازاریابی راهبردی خدمات درمان در منزل در ایران



نمودار ۲: زنجیره ارزش خدمات درمان در منزل در ایران

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش نشان داد کـه توسـعه درمـان در منـزل در ایـران یـک مسئله صرفاً بالینی یا اقتصادی نیست، بلکه یک گذار راهبردی است که نیازمند بازتعریف جایگاه ایـن خـدمت در نظـام سـلامت کشـور است. برخلاف تصور اولیه کـه درمـان در منـزل را خـدمتی لـوکس می‌پندارد، یافته‌های ما نشان می‌دهد که این خدمت در بافت کنونی ایران به یک ضرورت استراتژیک تبدیل شده است. با این حال، ایـن گذار به خودی خود رخ نمی‌دهد و مستلزم مداخله همزمان در سـه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]

سطح است: سطح خرد (بازاریابی و اعتمادسازی)، سطح میانی (راهبردهای عملیاتی و استانداردسازی) و سطح کلان (سیاستگذاری و حمایت بیمه).

مقایسه با مدل‌های بین‌المللی نشان می‌دهد که مدل استخراج شده در این پژوهش دارای ویژگی‌های بومی منحصربه‌فردی است. در مطالعه پاگیوگا و همکاران در تایلند[۲۲]، ترکیب نیروی انسانی چندرشته‌ای محور اصلی توسعه بوده، در حالی که در مدل ایران «حمایت بیمه‌ای» و «لابی تعرفه‌ای» نقش پررنگ‌تری دارد. در مدل چین [۲۱] فناوری اطلاعات به عنوان راهبرد اصلی دیده شده، اما در مدل ایران «فرهنگ و باورهای مذهبی» و «اعتماد مثلثی» (بیمار—خانواده—درمانگر) به عنوان متغیرهای زمینه‌ای قدرتمند ظاهر می‌شوند. این تفاوت‌ها نشان می‌دهد که الگوبرداری ساده از مدل‌های بین‌المللی بدون توجه به بافت فرهنگی و ساختاری ایران، با چالش‌های جدی در اجرا و اثربخشی مواجه خواهد شد.

سه اقدام عملی و فوری بر اساس یافته‌های این پژوهش به سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت پیشنهاد می‌شود:

- ایجاد بسته پایه بیمه‌ای برای درمان در منزل با اولویت بیماران مزمن، سالمندان و افراد دارای محدودیت حرکتی. این بسته باید با همکاری سازمان‌های بیمه‌گر طراحی شود و شامل خدمات پرستاری، فیزیوتراپی و مراقبت‌های تسکینی در منزل باشد.
- تدوین پروتکل‌های ملی و راه‌اندازی پلتفرم یکپارچه با مشارکت وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی و بخش خصوصی. این پلتفرم باید قابلیت ثبت درخواست، ارجاع هوشمند، نوبت‌دهی، مستندسازی الکترونیک و بازخوردگیری را داشته باشد.
- اجرای کمپین‌های آگاهی‌بخشی مبتنی بر داستان‌های موفقیت واقعی از طریق صدا و سیما، شبکه‌های اجتماعی و رسانه‌های محلی. این کمپین‌ها باید بر کاهش باورهای غلط (لوکس بودن خدمت)، معرفی خدمات استاندارد و ایجاد مثلث اعتماد متمرکز باشند.

پیشنهادات برای پژوهش‌های آتی: طراحی و اعتبارسنجی پرسشنامه‌ای برای سنجش آمادگی سازمانی مراکز درمان در منزل، انجام مطالعه اهمیت-عملکرد هر یک از مولفه‌ها برای اولویت بندی اقدامات مراکز درمان در منزل، انجام مطالعات ترکیبی (کمی و کیفی) با مشارکت بیماران و خانواده‌ها برای بررسی ادراکات تقاضا، تحلیل هزینه-اثربخشی درمان در منزل در مقایسه با بستری بیمارستانی در ایران، طراحی و ارزیابی یک پلتفرم نمونه (پایلوت) مبتنی بر مدل ارائه شده در این پژوهش و بررسی نقش هوش مصنوعی و اینترنت اشیاء در بهبود کیفیت و کاهش هزینه‌های درمان در منزل.

در مجموع، این پژوهش نشان می‌دهد که درمان در منزل در ایران در آستانه یک تحول راهبردی قرار دارد. مدل ارائه شده در این مقاله می‌تواند به عنوان نقشه‌راه برای مراکز ارائه‌دهنده خدمات، سیاستگذاران و پژوهشگران این حوزه مورد استفاده قرار گیرد. با شناسایی و بخش بندی ذینفعان شامل سالمندان زمین گیر، بیماران مزمن نیازمند مراقبت های طولانی، بیماران پس از جراحی و خانواده های دارای سواد پایین، اولویت‌های ارائه خدمت تعیین شود. سالمندان زمین‌گیر برخوردار از پوشش بیمه‌ای یا بیماران پس از جراحی که شرایط مناسبی برای دریافت خدمات در منزل دارند، می‌توانند در اولویت قرار گیرند. در نهایت، خدمات درمان در منزل باید جایگاه خود را در نظام سلامت تعریف کند؛ به‌گونه‌ای که درمان در منزل؛ نه به عنوان یک خدمت لوکس، بلکه به عنوان یک ضرورت شناخته شود. آنچه مسلم است این است که عدم مدیریت صحیح این گذار می‌تواند به پیامدهای منفی مانند ریسک‌های امنیتی و اخلاقی، استرس کادر درمان و ناعدالتی در دسترسی منجر شود؛ در حالی که مدیریت هوشمندانه آن، علاوه بر کاهش بار بیمارستان‌ها و هزینه‌های درمان، به بهبود کیفیت زندگی بیماران و تحقق اهداف ملی سلامت کمک خواهد کرد.

کشور عزیزمان ایران از اقوام مختلف با خرده فرهنگ‌های متفاوت برخوردار است و ما به دلیل محدودیت منابع امکان بررسی آن در این پژوهش را به صورت جامع نداشتیم. از طرفی این مقاله حاصل نتایج بخش کیفی تحقیق می‌باشد و در بخش کمی با بهره‌مندی از ابزار الکترونیکی پرسشنامه جهت تکمیل برای مدیران، ارائه دهندگان خدمات، بیمه‌گران و سیاستگذاران حوزه بهداشت در پهنه کشور ارسال گردید. همان‌طور که قبلا اشاره شد، این پژوهش بر دیدگاه عرضه متمرکز بود و به همین دلیل با دریافت‌کنندگان نهایی خدمات (بیماران و خانواده‌های آنان) مصاحبه انجام نشده است. لازم است برای پژوهش‌های آینده به طور خاص بر ادراکات بیماران و خانواده‌ها از خدمات درمان در منزل متمرکز شود.

سهم نویسندگان

حسن بسلان پور: اجرای مطالعه و تدوین مقاله
فریده حق شناس کاشانی: طراحی مطالعه و بازبینی مقاله
ابوالفضل دانایی: همکاری در تحلیل داده ها و بازبینی مقاله

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]

افسون آیین پرست: همکاری در طراحی ابزار و تدوین مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله بر اساس بخشی از یافته‌های رساله دکتری " عنوان طراحی مدل بازاریابی خدمات درمان در منزل در ایران" دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان انجام شده است. شایسته است مراتب قدردانی و تشکر نویسندگان، از تمام همکاران و صاحب‌نظرانی که در فرایند این مطالعه کمک کردند را اعلام نماییم.

منابع

1. World Health Organization (WHO). Decade of Healthy Ageing: Baseline Report. Geneva: WHO; 2020
2. Akbari SK. Social work in the health system: a key role in improving patients' quality of life.3 Octobre 2025. https://civilica.com/note/15977/. [in Persian]
3. Mosadeghrad A M, Heydari M, Esfahani P. Primary Health Care Strengthening Strategies in Iran: A Realistic Review. School of Public Health and Institue of Health Reserch 2022; 19 :237-258
4. Piroozi 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: 711-714
5. Statistical Center of Iran. Population and Housing Census 2022: Aging Indicators. SCI Publications: Tehran, 2023 [in Persian]
6. Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet 2020;396:1223-1249
7. Bashshur R, Doarn CR, Frenk JM, Kvedar JC, Woolliscroft JO. Telemedicine and the COVID-19 pandemic: lessons for the future. Telemedicine and e-Health 2021;27:571-573
8. Cayir Y. Home health care. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2020;14:147-152
9. Cascini F, Gentili A, Melnyk A, Beccia F, Causio FA, Solimene V, et al. A new digital model for the Italian Integrated Home Care: strengths, barriers, and future implications. Front Public Health 2023;11:1292442
10. Rohwer A, Toews I, Uwimana-Nicol J, Nyirenda JLZ, Niyibizi JB, Akiteng AR, et al. Models of integrated care for multi-morbidity assessed in systematic reviews: a scoping review. BMC Health Services Research 2023;23:894
11. Lim WM. A marketing mix typology for integrated care: the 10 Ps. Journal Strateg Mark 2021;29:453-469
12. J, Huang W. Emerging technologies for supporting person-centred integrated home health care. Health Informatics Journal. 2022;28:14604582221112598
13. Hovlin L, Hallgren J, Dahl Aslan AK, Gillsjö C. The role of the home health care physician in mobile integrated care: a qualitative phenomenographic study. BMC Geriatr. 2022;22:554
14. Hashemzadeh Z, Habibi F, Dargahi H, Arab M. Explanation of the Benefits and Challenges of Home Care Plan after Hospital Discharge: A Qualitative Study. Payavard 2023; 17 :34-44
15. Jandaghi GR, Irani HR, Afkhami A. Review and description of selected marketing management researches in Iran. Journal of Organizational Culture Management 2013;11:125-148 [in Persian]
16. Kotler P, Armstrong G. Principles of Marketing. 15th Edition, Pearson Publishing; New York, 2014
17. Kotler P, Keller KL. Marketing Management. 15th Edition, Pearson Publishing: New York, 2021
18. Wirtz J, Lovelock C. Services Marketing: People, Technology, Strategy. 9th Editon. World Scientific Publishing: London, 2022
19. Krupskyi OP, Stasiuk Y. Peculiarities of application of marketing technologies in the medical sphere. Economic Analysis 2023;33:202-212
20. Martina SK, Cahyadi A, Kurianto E. The implementation of palliative home care in Southeast Asian countries: An integrative review. Home Health Care Management & Practice 2022;35:48-56
21. Zhou R, Cheng J, Wang S, Yao N. A qualitative study of home health care experiences among Chinese homebound adults. BMC Geriatrics 2021;21:309
22. Pagaiya N, Noree T, Hongthong P, Gongkulawat K, Padungson P, Setheetham D. From village health volunteers to paid care givers: the optimal mix for a multidisciplinary home health care workforce in rural Thailand. Human Resources for Health 2021;19:1-10
23. Kalhor F, Mehraban MA, Namnabati M. Strengths, weaknesses, threats, and opportunities a

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]

pediatric home care program in Covid-19 virus pandemic: A qualitative study. Home Health Care Management & Practice 2022;34:302-308

24. Kianian T, Pakpour V, Zamanzadeh V, Lotfi M, Rezayan A, Hazrati M, et al. Cultural factors and social changes affecting home healthcare in Iran: A qualitative study. Home Health Care Management & Practice 2022;34:175-183

25. Kianian T, Lotfi M, Zamanzadeh V, Rezayan A, Hazrati M, Pakpour V. Exploring barriers to the development of home health care in Iran: A qualitative study. Home Health Care Management & Practice 2021;43:1-9

26. Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 2th Edition. Sage Publications: London, 1998

27. Miles MB, Huberman AM. Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook. 2th Edition. Thousand Oaks, CA, Sage Publications: UK. 1994

28. Flick U. Doing Grounded Theory. Ehsani E, translator. 1st Edition, ACECR Press: Tehran, 2023 [in Persian]

29. Porter M E. Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superiop Performance. 1th Edition, Free Press: New York, 1985

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.479]