دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست- پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال نوزدهم، شماره ۶، صفحه ۱۰۰۴– ۹۸۹ (بهمن و اسفند ۱۳۹۵)

Iran South Med J 2017; 19(6): 989-1004

چالش پیروی از رژیم‌های مراقبتی – درمانی در بیماران مزمن: یک مطالعه کیفی

حکیمه واحدپرست[۱و۲]، عیسی محمدی [۲*]، فضل‌الله احمدی [۲]

[۱] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۲] گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

(دریافت مقاله: ۹۴/۹/۱۴ - پذیرش مقاله: ۹۴/۱۱/۲۸)

چکیده

زمینه: پیروی از رژیم‌های درمانی مراقبتی، جهت دستیابی به ارتقاء سلامت، بهبود کیفیت زندگی و مراقبت‌های بهداشتی مقرون به صرفه بسیار حیاتی است. با این حال بار بیماری‌های مزمن به‌علت عدم پیروی در سطح جهان همچنان رو به رشد است. شناخت چالش‌های درک شده، می‌تواند موجب تسهیل برنامه‌ریزی برای افزایش پیروی گردد. این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های درک‌شده بیماران مزمن در عدم پیروی از رژیم‌های تجویزی انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر، با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوا گرانهیم و لاندمن (**Graneheim & Lundman**) در سال ۱۳۹۴ انجام شد. ۳۴ مشارکت‌کننده مبتلا به بیماری‌های مزمن شایع، به‌صورت هدفمند انتخاب و وارد مطالعه شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار عمیق جمع‌آوری و همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل آنها به‌صورت مقایسه‌ای با استفاده از روش تحلیل محتوا کیفی قراردادی انجام گرفت.

یافته‌ها: داده‌ها منجر به استخراج چهار درون‌مایه اصلی، شامل نقص در امکان‌پذیری رعایت توصیه‌ها به دنبال از خودگذشتگی برای خانواده، ناکامی در مواجهه با تعارض کار و توصیه‌ها، شکست در تداوم و ناتوانی در انطباق خود با توصیه‌ها، بار منفی و سنگین هزینه‌های رژیم‌های تجویزی و حصار القایی و محدودکننده باورها گردید. این درونمایه‌ها بیانگر ماهیت چالش‌ها در ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی (فرهنگی و اقتصادی) بیماران مزمن در پیروی از رژیم‌های مراقبتی درمانی بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که چالش‌های درک شده از تنوع و پیچیدگی خاصی برخوردار است، اگرچه بعضاً درونی و فردی هستند، اما برخی از آنها بیرونی و خارج از اراده و کنترل شخص است. لذا لازم است سیاستگذاران و برنامه‌ریزان نظام سلامت با توجه به ماهیت، تنوع و پیچیدگی این موانع درک و شناخته شده برای تسهیل در روند پیروی بیماران از رژیم‌های مراقبتی درمانی برنامه‌ریزی و مداخله نمایند.

واژگان کلیدی: پیروی، بیماری‌های مزمن، موانع درک‌شده، رژیم مراقبتی درمانی، مطالعه کیفی

* تهران، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

E-mail:mohamade@modares.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.6.989]

مقدمه

بیماری‌های مزمن مهم‌ترین مشکل سلامت عمومی است (۱) و شیوع آن در جهان در حال افزایش می‌باشد (۲).

انتظار می‌رود که تا سال ۲۰۲۰، در کشورهای در حال توسعه، بار بیماری مربوط به بیماری‌های مزمن باشد (۱) و بالغ بر ۸۰ درصد مرگ و میرهای کشورهای با درآمد کم و متوسط را سبب گردد (۳). در دنیای مدرن امروزی، بیماری‌های مزمن با سبک زندگی در ارتباط است. رژیم غذایی ناسالم و عدم فعالیت بدنی مهم‌ترین عوامل خطر بیماری‌های مزمن مثل دیابت، پرفشاری خون و بیماری‌های عروق کرونر هستند که شدت و پیش آگهی این بیماری‌ها نیز به آنها وابسته است (۴). شواهد نیز به نقش مهم سبک زندگی سالم در پیشگیری و درمان بیماری‌های طولانی مدت مثل بیماری‌های قلبی عروقی اشاره دارند (۵).

بیشتر خطراتی که با بیماری‌های قلبی عروقی در ارتباط است از طریق رفتارهای مؤثر خود مراقبتی قابل پیشگیری است، که شامل پیروی از درمان و انطباق با سبک زندگی سالم است (۶). گرچه از بیماران انتظار می‌رود که نسبت به توصیه‌های درمانی و پیشگیری از جمله تصحیح رفتارهای بهداشتی پایبند بوده و بیماری خود را پایش نمایند، متأسفانه، بسیاری از آنها این توصیه‌ها را اعمال نمی‌کنند. از این رو مدیریت بیماری مزمن پیچیده و نیازمند درگیری بیماران و پرسنل بهداشتی درمانی است (۷). امروزه یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های پرسنل درمانی، اثبات و قبولاندن نیاز به تداوم درمان به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مثل دیابت و بیماری‌های قلبی عروقی است (۸). علی‌رغم اینکه خیلی از افراد در تلاشند که رفتارهای مناسبی را اتخاذ و دنبال نمایند، ولی میزان تغییرات موفق در رفتارها بسیار پایین است. به عنوان مثال ۷۵ درصد افرادی که مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی بوده و سیگار را ترک نموده بودند؛ در طی یکسال مجدداً به رفتار خود بازگشته‌اند (۵).

علاوه بر تأثیر سبک زندگی سالم در پیشگیری و بهبود بیماری‌های طولانی مدت، مثل بیماری‌های قلبی عروقی (۵)، پیروی از رژیم دارویی نیز دارای اهمیت ویژه‌ای است. در ایران مطالعات محدودی در مورد میزان پیروی بیماران مزمن از رژیم‌های دارویی انجام شده است. یک مطالعه میزان پیروی از داروهای خوراکی دیابت و داروهای قلبی عروقی را به ترتیب ۸۶/۳-۶۲/۸ درصد و ۶۰-۳۸/۸ درصد گزارش نموده است. پژوهش در مورد علل عدم پیروی از رژیم‌های دارویی نیز اندک می‌باشد. فراموشی، کمبود دانش در مورد بیماری و داروهای تجویزی، همچنین نگرانی بیماران نسبت به کارآمدی داروها و عوارض جانبی آنها به عنوان موانع عدم پیروی اشاره شده است (۹). محققین سه عامل عمده را برای عدم پیروی از رژیم‌های توصیه شده مطرح کرده‌اند که شامل: عوامل مرتبط با بیمار، عوامل مرتبط با سبک زندگی، عوامل مرتبط با سیستم‌های درمانی و عوامل بیماری می‌باشد (۱۰).

مطالعات نشان می‌دهند که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن با بسیاری از موانع مؤثر پیروی از رژیم مراقبتی- درمانی، روبرو هستند که موجب زیان اقتصادی قابل توجهی در بسیاری از کشورها شده است (۱۱).

تفاوت در سیستم‌های ارائه مراقبت در کشورهای مختلف، می‌تواند در پیروی از درمان نقش داشته باشد (۱۱). بستر اجتماعی، فرهنگی و مذهبی نیز بر این موضوع تأثیرگذار است. مثلاً سبک زندگی بیماران

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.6.989]

ایرانی در چارچوب فرهنگ ایرانی اسلامی است که می‌تواند دیگر عادات فرهنگی پیروی از رژیم‌های مراقبتی درمانی را تحت تأثیر قرار دهد، بنابراین ماهیت این موانع و چالش‌ها در بسترها و جوامع مختلف می‌تواند متفاوت باشد. از مهم‌ترین دلایل عدم موفقیت مداخلات در پیروی بیماران از رژیم‌های توصیه شده، نداشتن درکی از تجارب بیماران در زمان طراحی مداخلات است. انجام مطالعات کیفی می‌تواند به شناخت، کشف، درک و تجارب بیماران در مورد علل عدم پیروی از رژیم‌های درمانی- مراقبتی و اینکه چرا علی‌رغم مداخلات آموزشی میزان پیروی با رژیم‌های درمانی مراقبتی پایین است، کمک کند (۱۲).

درک موانع پذیرش رفتارهای خود مراقبتی، پرستاران را قادر می‌سازد که برای مؤثر بودن توصیه‌ها، موانع درک شده را اساس کار قرار دهند.

در ایران اغلب مطالعات صورت گرفته در این مورد با رویکرد کمی بوده و بیشتر، بیماران دیابتی را مورد ارزیابی قرار داده‌اند. بنابراین لزوم انجام پژوهشی با رویکرد کیفی برای بررسی این موضوع ضروری است. لذا پژوهش حاضر با هدف تبیین چالش‌ها درک شده فردی در خصوص عدم پیروی از رژیم‌های تجویزی در بیماران مزمن انجام گردیده است.

مواد و روش‌ها

برای دستیابی به هدف تبیین چالش‌های درک شده عدم پیروی از رژیم‌های درمانی مراقبتی در بیماران مزمن از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده شد. این متدولوژی به‌خصوص برای درک تجربیات گروه‌ها و افراد، ضمن اینکه به زمینه، اقتصاد، اجتماع و فاکتورهای فرهنگی تأثیرگذار بر رفتارهای سلامتی حساس مرتبط است، می‌تواند موجب شناسایی و آگاهی از استراتژی‌های بهبود سبک زندگی سالم شده که به‌طور پیشرونده جهت توسعه سلامت عموم بر اساس شواهد به کار می‌رود (۱۳).

مطالعه با نمونه‌گیری هدفمند از بیماران مزمن مبتلا به بیماری‌های قلبی– عروقی، پرفشاری خون و دیابت نوع دو شروع و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. بدین گونه که از مصاحبه ۲۹ به بعد هیچ داده جدیدی به‌دست نیامد و اطلاعات قبلی تکرار گردید اما برای اطمینان بیشتر با ۵ نفر دیگر هم مصاحبه انجام گردید؛ در مجموع با ۳۴ مشارکت کننده مصاحبه انجام گرفت. ملاک انتخاب مشارکت‌کنندگان، تمایل به شرکت در مطالعه، ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت و پرفشاری خون حداقل به مدت ۶ ماه و دریافت توصیه‌های مراقبتی درمانی مرتبط با بیماری تجویز شده از سوی پزشک معالج یا دیگران، بود.

در چارچوب فعلی سیستم مراقبت‌های بهداشتی ایران، پرستاری حرفه‌ای تحت تأثیر فرهنگ پزشک محور بوده (۱۴) و به استناد گزارش‌ها و تحقیقات انجام شده مبنی بر موانع و چالش فراروی پرستاران در ایفای نقش آموزش به بیمار (۱۵) و نبود سیستم پرستاری پیگیر در نظام سلامت ایران، مشارکت‌کنندگان از مراجعین به بخش‌های بیمارستانی، مطب و درمانگاه‌های دو استان تهران و بوشهر انتخاب شدند. برای رعایت حداکثر تنوع‌پذیری، تلاش گردید که مشارکت کنندگان، بیماران با ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و دموگرافیک مختلف را شامل شوند (جدول ۱).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.6.989]

جدول ۱) مشخصات جمعیت‌شناسی مشارکت کنندگان

مشخصات		
جنس	زن	۱۶(۴۷/۱)
	مرد	۱۸(۵۲/۹)
وضعیت تحصیلات تعداد (٪)	بیسواد	۳(۸/۸۵)
	خواندن و نوشتن	۴(۱۱/۷۶)
	زیر دیپلم	۱۰(۲۹/۴۱)
	دیپلم	۵(۱۴/۷)
	لیسانس	۱۰(۲۹/۴)
	فوق لیسانس	۱(۲/۹۴)
	دکتری	۱(۲/۹۴)
شغل تعداد (٪)	خانه‌دار	۱۰(۲۹/۴۱)
	بازنشسته	۱۱(۳۲/۳۵)
	شاغل	۱۳(۳۸/۲۳)
وضعیت تأهل تعداد (٪)	متأهل	۲۳(۶۷/۶۵)
	بیوه	۱۰(۲۹/۴۱)
	مطلقه	۱(۲/۹۴)
تشخیص پزشکی	دیابت وابسته به انسولین	۸(۲۳/۵۳)
	دیابت غیروابسته به انسولین	۵(۱۴/۷)
	پرفشاری خون	۵(۱۴/۷)
	انفارکتوس میوکارد	۵(۱۴/۷)
	جراحی قلب باز	۴(۱۱/۷۶)
	نارسایی قلبی	۴(۱۱/۷۶)
	آنژین صدری	۳(۸/۸۵)

جمع‌آوری داده‌ها، طی ۱۵ ماه (خرداد ۱۳۹۳ تا آبان ۱۳۹۴) انجام شد. از مصاحبه‌های نیمه ساختار عمیق و انفرادی در محلی مناسب که مورد توافق مشارکت‌کنندگان بود و در آنجا احساس راحتی می‌کردند، استفاده گردید. مصاحبه ابتدا با سؤال کلی شروع شد که به‌عنوان راهنمای مصاحبه طراحی‌گردید و پاسخ باز و تشریحی داشت. پاسخ افراد روند مصاحبه را در جهت دستیابی به هدف اصلی تحقیق هدایت می‌کرد. سؤال اصلی اولیه در این مصاحبه‌ها عبارت بود از: "پس از تشخیص بیماری، چه کارها و تلاش‌هایی را در رابطه با توصیه‌هایی که پزشک معالج در زندگی روزمره‌تان ارایه داده، انجام می‌دهید؟"، سپس سؤالات هدایت کننده و اکتشافی برای درک عمیق‌تر چالش‌ها و موانع فراروی بیماران در پیروی مثل" می‌توانید در مورد این مساله یا مانع بیشتر توضیح دهید؟ این مطلب یعنی چه؟" پرسیده شد.

جدول ۲) نحوه شکل‌گیری یک درونمایه

واحد معنایی	کد زمینه‌ای	زیر طبقه	طبقه	درون مایه
من نسبت به مواد غذایی که اون موقع می خوردم و الان نمی‌تونم بخورم، حریص‌تر شدم	حریص شدن نسبت به مواد غذایی منع شده	قدرتمندی تمایلات شخصی	چشم پوشی از رژیم غذایی	شکست در تداوم و ناتوانی در انطباق با رژیم‌های مراقبتی
غذاهای آبپز بی‌مزه و بی‌طعمن، سخته خوردنشون	عدم تمایل به خوردن غذای طبخ شده باآب	دشوار بودن رعایت رژیم غذایی		
واسه صبحونه غیر از نون سوخاری و پنیر اونم ممکنه شور یا چرب باشه هیچی رژیمی نیست هر روزم که نمی‌شه اینا رو بخوری	عدم رعایت رژیم غذایی صبحانه بعلت محدودیت تنوع	محدودیت غذاهای رژیمی		
بچه‌ها که اعصابمو می‌ریزن بهم، دیگه هیچی حالیم نمیشه هرچی دم دستم بیاد می‌خورم هی می‌خورم	عدم رعایت رژیم غذایی بدنبال عصبانیت	تأثیر منفی تنش‌های عاطفی		
			اما و اگر در پیروی دارویی	
			تزلزل در انجام فعالیت بدنی	
			تداوم استعمال دخانیات	
			سهل انگاری در پیگیری	

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.6.989]

زمان انجام هر مصاحبه با هماهنگی قبلی با مشارکت‌کنندگان تعیین شد و طول مدت تقریبی مصاحبه‌ها بین ۲۳ تا ۸۸ دقیقه بود. کلیه مصاحبه‌ها با موافقت مشارکت‌کنندگان، با دستگاه MP3 ضبط و طی ۲۴ ساعت پس از چندین نوبت گوش دادن، به‌صورت کلمه به کلمه پیاده‌سازی و در نرم افزار ورد تایپ و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل همزمان با جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت مقایسه‌ای و مداوم صورت گرفت.

فرایند تحلیل داده‌ها طبق مراحل گرانهیم و لاندمن (Graneheim & Lundman) انجام‌شد (۱۶). بدین منظور بلافاصله پس از انجام مصاحبه بعد از چندین بار گوش دادن، مصاحبه پیاده‌سازی شد. برای درک کلی از محتوای مصاحبه، کل متن مصاحبه خوانده شد و سپس واحدهای معنایی تعیین و کدهای اولیه استخراج گردید. کدهای اولیه مشابه در طبقات کلی‌تر طبقه‌بندی گردید و در نهایت درون مایه اصلی طبقات تعیین شد. این روند در مورد یک تم از داده‌های متنی تا استخراج درونمایه در جدول (۲) نمایش داده شده است.

در این مطالعه از روش‌هایی که توسط لینکلن و گوبا (Lincoln & Guba) برای بررسی اعتبار داده‌ها و یافته‌ها در مطالعات کیفی ارائه‌گردید (۱۷)، استفاده شد. به منظور افزایش اعتبار داده‌ها، در طول مطالعه به مدت بیش از یکسال درگیری با داده‌ها وجود داشت و هیچ چارچوب و پیشداشتی از قبل برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌های مرتبط با موضوع تحقیق فرض نشد. همچنین یافته‌های حاصل از تحلیل از جهت دقیق بودن، کامل‌بودن و انطباق تفسیرها با تجربیات مشارکت‌کنندگان مجدداً به آنها برگردانده شد تا از صحت کدها و تفاسیر اطمینان حاصل شود و کدهایی که از نظر مشارکت‌کنندگان بیانگر نظر آنها نبوده است، اصلاح شوند. مصاحبه‌های انجام شده پس از پیاده‌شدن به همراه کدهای مربوطه، مفاهیم و طبقات پدیدار توسط افراد ماهر در تحقیق کیفی، کنترل گردید. برای تأمین انتقال‌پذیری یا تناسب یافته‌ها، علاوه بر مقایسه یافته‌های این مطالعه با یافته‌های مطالعات دیگر و نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، یافته‌های به‌دست آمده با ۷ نفر از بیماران مزمن که در مطالعه شرکت نداشتند مطرح گردید که تناسب یافته‌ها را تأیید نمودند.

ملاحظات اخلاقی

در ابتدای مصاحبه‌ها به مشارکت‌کنندگان در مورد اهداف پژوهش، روش‌های مورد استفاده و مراقبت از داده‌های حساس و آزادی آنها برای ورود و یا خروج از مطالعه توضیح کامل داده شد. رضایت نامه شفاهی و کتبی شرکت آگاهانه و ضبط گفتگو از آنها کسب شد. زمان و مکان مصاحبه نیز با مشارکت‌کنندگان هماهنگ‌گردید به‌صورتی که با تمایل خود فرصت کافی برای صحبت و شرکت در مصاحبه را داشته باشند.

یافته‌ها

در مجموع ۳۴ بیمار با میانگین سن ۵۴/۰۲ سال و با سابقه بیماری حداقل ۶ ماه و حداکثر ۳۰ سال در مطالعه شرکت داشتند. از تحلیل داده‌ها ۱۸ طبقه و ۵ درونمایه با عناوین نقص در امکان پذیری رعایت توصیه‌ها به دنبال از خودگذشتگی برای خانواده، ناکامی در مواجهه با تعارض کار و توصیه‌ها، شکست در تداوم و ناتوانی در انطباق با توصیه‌ها، بار منفی و سنگین هزینه رژیم‌های تجویزی و حصار القایی و محدود کننده باورها بیانگر چالش‌های پیروی با رژیم‌های تجویزی در بیماری مزمن می‌باشد.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.6.989]

۱- نقص در امکان پذیری رعایت توصیه‌ها بدنبال از خودگذشتگی برای خانواده

این طبقه تأثیر خانواده را بر پیروی از رژیم مراقبتی درمانی در بیماران مزمن توصیف نموده که نقش مهمی را در پیروی بیماران ایفا می‌نمود. بیماران پس از بیماری ناگزیر بودند که تحولات و تغییرات اساسی در سبک زندگی خود ایجاد نمایند، تا بتوانند از رژیم توصیه شده پیروی داشته باشند. ولی توجه به خانواده و ترجیح اولویت‌های زندگی خانوادگی کوله‌باری از مسئولیت را برای بیماران به همراه داشت که منجر به ترک رفتارهای سلامتی همچون فعالیت بدنی، رژیم‌های غذایی و دارویی می‌شد و همچنین موجب به تعویق انداختن پیگیری‌های ضروری جهت بیماری می‌گردید، تا جایی که بتدریج در ذهن آنها، پیروی از رژیم مراقبتی درمانی، خود را کم‌رنگ‌تر نمایان می‌ساخت و گاهاً منجر به فراموشی می‌گردید. پیامد نقص در امکان‌پذیری رعایت توصیه‌ها نیز تعلق‌خاطر به خانواده را بدنبال داشت.

پس از طی دوران نقاهت و عبور از مرحله حاد بیماری، بیماران به تدریج با تمایلات غذایی خانواده همراه شده و از رفتارهای سالم غذایی تجویز شده فاصله می‌گرفتند، به‌نحوی که آنها خواسته‌های اعضاء خانواده را در رابطه با روش پخت و نوع رژیم غذایی بر خواسته خود مقدم دانسته و از رژیم غذایی توصیه شده چشم پوشی می‌نمودند.

بیمار۴ (مرد، متأهل، ۵۵ ساله، آنفارکتوس میوکارد) بیان کرد:"بچه‌ها حق دارن. غذاهای آبپز خوش طعم نیست. خوردنم یه نعمته ... منم باهاشون می‌خورم که یه موقع ناراحت نشن و به دلشون بچسبه"

فداکاری برای خانواده، حفظ آرامش و انسجام در خانواده و ترجیح آرامش خانواده بر خود موجب می‌گردید که بیماران از همراهی با سایر توصیه‌ها نیز مثل فعالیت بدنی و پیگیری بیماری خودداری نمایند.

بیمار ۱۵ (زن، ۵۵ ساله، بیوه، دیابت وابسته به انسولین و پرفشاری خون) بیان نمود: "پیاده‌روی که می‌رم فکرم تو خونه ست کسی نیاد پشت در بمونه این چیزا هست که منو تو خونه نگه می‌داره. بخاطر همین ورزش نمی‌کنم چون به خودم اهمیت نمی‌دم اینقدر که به خونه و زندیگم اهمیت می‌دم به ورزش نمی‌رم با اینکه می‌دونم ولی اهمیت نمی‌دم"

بیمار ۱۷ (زن، متأهل، ۵۵ ساله، دیابتی، آنژین صدری) بیان نمود: "وقتی فکرم درگیر بچه‌هام باشه به هیچی دیگه برام اهمیتی نداره. چندین بار شده که مشکلات خونه و درگیری‌های بچه‌ها باعث شده که کلاً نوبت دکترم یا آزمایشام رو کنسل کنم."

۲- ناکامی در مواجهه با تعارض کار و توصیه‌ها

یکی دیگر از موقعیت‌های چالش زا و موانع پیروی، کار و محدودیت‌های محل کار است. تراکم فشارهای کاری ناشی از روابط بین افراد در محیط‌های کاری، ماهیت شغل، جوسازمانی و یا روش‌های مدیریتی موجب کشمکش بین رژیم‌های مراقبتی – درمانی و مسئولیت‌ها و گرفتاری‌های شغلی می‌گردد، که ناکامی در مواجهه با تعارض کار و توصیه‌ها را برای بیماران در پی داشت.

درگیری‌های شغلی و حرفه‌ای باعث ایجاد دغدغه‌های فکری، خستگی و به هم خوردن برنامه‌های روزمره بیماران می‌شد و تأثیرات منفی خود را بر مصرف داروها به‌صورت فراموش نمودن دارو یا بی‌نظمی در مصرف داروها اعمال می‌نمود.

بیمار ۱۳ (مرد، متأهل، ۵۸ ساله، جراحی قلب باز) بیان کرد: "خستگی کار باعث می‌شه فراموشی بهم دست بده

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.6.989]

من ساعت ۴ صبح برای نماز بیدار می‌شم دیگه نمی‌خوابم تا ساعت ۱۰-۱۱ شب. پس خیلی وقت‌ها از خستگی فراموش می‌کنم داروهامو بخورم."

ویژگی دیگر، تأثیر بازدارنده بودن شرایط نامساعد کاری بر رژیم غذایی است. محل کار بیماران یک محیط کنترل شده می‌باشد و با اینکه بیماران به آن سطح درک رسیده بودند که باید از رژیم غذایی تجویز شده پیروی نمایند، ولی این امکان برای آنها وجود نداشت. علاوه بر محیط کار، عدم درک شرایط بیمار توسط مسئولین و کارفرمایان نیز مزید علت شده و سبب می‌گردید که بیماران رژیم غذایی خود را رعایت نکنند.

بیمار ۱۰ (مرد، متأهل، ۴۶، دیابت وابسته به انسولین) بیان نمود: " دکتر گفته باید ۶ وعده غذا بخوری سرکار که نمی‌تونم صبحانه دوبار ناهار دو بار بخورم چون وقتش رو ندارم من یه کارگرم هیچ کارفرمایی همچین اجازه‌ای رو نمی‌ده."

بیماران با هر شغلی به تناسب خود، با مشکلات خاصی در زمینه انجام ورزش یا فعالیت بدنی برخورد داشتند، اکثریت آن‌ها بر این موضوع توافق داشتند که شغل و حرفه آن‌ها یک مانع برای فعالیت بدنی است و محدودیت‌های کاری موجب می‌شود که نتوانند آن طور که به آنها توصیه شده فعالیت بدنی داشته باشند. در این بین یکی از شایع‌ترین مشکلات بیان شده توسط بیماران شاغل، محدودیت زمان برای انجام فعالیت بدنی بود.

بیمار ۷ (مرد، متأهل، ۵۵ ساله، نارسایی قلبی) بیان نمود: "من شب‌ها تا دیر وقت کار می‌کنم و یا به واسطه نوع پروژه‌ای که پیش می‌آد شب هم می‌مونم دیگه فرصتی برای ورزش ندارم."

۳- شکست در تداوم و ناتوانی در انطباق با توصیه‌ها

غالب بیماران به مشکلات و ناتوانی‌های خود در انطباق و سازگاری با رژیم توصیه شده متناسب با بیماری‌شان اشاره می‌کردند. این مشکلات هم به تغییر عادات اشتباه پیشین آنها برمی‌گشت و هم به اتخاذ رژیم‌های جدید توصیه شده مربوط می‌شد.

بیمارانی که سابقه استعمال دخانیات داشتند بدنبال بیماری تصمیم به ترک آن گرفته، ولی پس از گذراندن مرحله بهبودی مجدداً این رفتار را ادامه می‌دادند. آنها از علل تداوم دخانیات به عدم آگاهی از استراتژی‌های ترک آن و انکار و توجیه منفی برای رفتار غیربهداشتی خود اشاره داشتند.

بیمار ۷ (مرد، مطلقه، ۵۵، نارسایی قلبی) بیان نمود: "من دو تا همکار داشتم روزی یک پاکت سیگار می‌کشیدند، مشکلی هم برای آنها پیش نیومد. میدونی چند سال از اون موقع که دیدمشون گذشته ۹-۸ ساله. اتفاقی یکیشونو دیدم سرحال و قبراق بود"

اغلب بیماران از انجام فعالیت بدنی اجتناب می‌نمودند و علت آن را نداشتن و کمبود زمان، دلچسب نبودن ورزش انفرادی، شرایط محل زندگی (آب و هوا، محدودیت‌های زندگی شهری، مرسوم نبودن ورزش انفرادی در خارج از منزل در روستا)، تنبلی، و بی‌حوصلگی خود بیان می‌نمودند.

بیمار ۳ (مرد، متأهل، ۳۹ ساله، انفارکتوس قلبی و نارسایی قلبی) بیان نمود: "حسی برای پیاده‌روی تنها ندارم اصلاً به دل آدم نمی‌شینه و خیلی سخته مگر اینکه گروهی باشه دو سه نفری باشه... "

بیماران به‌علت دشوار بودن رعایت رژیم غذایی، محدودیت غذاهای رژیمی، قدرتمندی تمایلات شخصی، تأثیر منفی تنش‌های عاطفی و احساس بهبودی از رژیم غذایی خود پیروی نمی‌کردند. کوتاهی و تنبلی نیز سبب می‌شد که به طرح و برنامه مراقبتی درمانی گذشته اکتفا نموده و از انجام آزمایشات، چک آپ دوره‌ای و مراقبت‌های توصیه شده صرفنظر نمایند.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.6.989]

بیمار ۱۶ (زن، متأهل، ۴۳ ساله، دیابتی) بیان نمود: "واقعا سخته، وقتی می‌بینی که نسبت به غذایی که اون موقع می‌خوردی و الان نباید اونا رو بخوری منع می‌شوی. که نتیجش این می‌شه که تو اون غذاهای ممنوعه رو بیشتر می‌خوری."

در تأیید این قضیه بیمار ۵ (زن، بیوه، ۷۶ ساله، دیابت، آنژین صدری، پرفشاری خون) گفت: "بعضی چیزای خوردنی هم اگه مفید باشن ولی طمعشون رو دوست نداشته باشم نمی‌خورم. مثلاً غذاهای آبپز رو نمی‌خورم..."

بیمار ۱۵ (مرد، متأهل، ۴۹ ساله، انفارکتوس میوکارد) بیان کرد: " یکی دوبار رفتم دکتر؛ دیگه نرفتم. خدا را شکر مشکلی هم نداشتم، گفتم خوب حالا من همین جوری دارم پیش می‌رم"

۴- بار منفی و سنگین هزینه رژیم‌های تجویزی

عدم تناسب رژیم‌های تجویزی با توان مالی، نداشتن توان مالی جهت خرید و تهیه داروهای ضروری، هزینه بالای رژیم‌های غذایی تجویزی و پیگیری بیماری، پوشش ناکافی بیمه‌ها در زمان فقدان علائم و عوارض بیماری به‌عنوان مانعی برای رژیم‌های توصیه شده عمل می‌نمود. در واقع تحمیل هزینه‌ها، تداوم همراهی با رژیم‌های توصیه شده را با مشکل مواجهه می‌کرد.

بیماران از عدم تناسب رژیم‌های غذایی، دارویی و پیگیری بیماری با توان مالی خود شکایت داشته و آن را به‌عنوان یک مانع برای پیروی از رژیم‌های توصیه شده بیان می‌کردند.

بیمار ۲۶ (مرد، تأهل، ۶۱ ساله، آنفارکتوس میوکارد) بیان نمود: " وقتی که میرم دکتر با هزینه آزمایش و رفت و آمد حداقل ۱۴۰-۱۳۰ هزار تومن می‌شه بعضی وقتا ناچاراً نمی‌رم. "

پوشش ناکافی سازمان‌های بیمه‌ای در رابطه با هزینه داروها، آزمایشات و ویزیت پزشک سبب اشکال در همراهی بیماران از رژیم توصیه شده به آنها می‌گردید.

بیمار ۱۴ (زن، متأهل، ۶۹ ساله، آنفارکتوس میوکارد) بیان کرد: "دکتر داروهامو تو دفترچه می‌نویسه ولی وقتی میرم داروخونه اونا ازاد حساب می‌کنن می‌گن پلاویکس رو بیمه حساب نمیشه. تازه بیمه تکمیلی هم پولشو نمیده."

۵- حصار القایی و محدود کننده باورها

بیماران با توسل به باورهای کلیشه‌ای با رژیم‌های تجویزی رفتار می‌نمودند. رفتار در چارچوب باورهای کلیشه‌ای موجب پیروی نامناسب از رژیم‌های توصیه شده می‌گردید. در این بین آنچه واضح بود، تأثیر باورهایی همچون باور به وجود قند در کلیه مواد غذایی، باور به عدم نیاز به رژیم و باور به غیر قابل کنترل بودن بیماری بود.

بیمار ۱۴ (زن، متأهل، ۵۲ ساله، دیابت وابسته به انسولین) بیان کرد: "هر کی بگه من رژیم غذایی رعایت می‌کنم اشتباه می‌کنه چون نمی‌شه کامل رعایت کرد به‌دلیل اینکه من فکر می‌کنم هر چیزی رو بخوای بخوری قند داره پس ناچاری خیلی از چیزا رو نخوری چیزایی هم که می‌خوری رو به حداقل برسونی یا داروتو ببری بالا که این شدنی نیست."

بیمار۲۰ (زن، بیوه، پرفشاری خون) بیان نمود: "پیاده‌روی رو فشار خونم تأثیری نداره رژیم غذایی هم نداره. بخاطر همین این چیزا رو قبول ندارم. اگه قرص‌هامو نخورم فشارم بالا می‌ره"

باور تعارض و یا جایگزین کردن دعا بجای درمان و جستجوی سلامت و درمان موجب می‌شد که بیماران با درک نادرست و خاص خود به آموزه‌های دینی و انبیاء

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.6.989]

و دعا و نیایش، متوسل شده و طلب سلامتی نموده، تا خود را بهبود بخشند و در عوض توجهی به رژیم‌های مراقبتی درمانی توصیه شده نداشتند.

بیمار ۲ (مرد، متأهل، ۵۹ ساله، نارسایی قلبی) بیان کرد: "همه چی دست خداست، خدا بخواد من می‌میرم خدا نخواد من نمی‌میرم هر کسی تقدیرش از قبل مشخصه"

بیمار ۱۷ (زن، بیوه، ۷۱ ساله، آنفارکتوس میوکارد) بیان نمود: "عمر دست خداست با این کارا چیزی عوض نمی‌شه نمی‌خوام فقط بیشتر اذیت می‌شم. دفعه پیشم بستری شدم اتفاقی نیفتاد اون موقع هم گفتند باید آنژیوگرافی کنی ولی مشکلی برام پیش نیومد. هر چی خدا بخواد همون می‌شه وقتی اجلت برسه آنژیو کاری برات نمی‌کنه "

بحث

در راستای هدف مطالعه، تبیین چالش‌های درک شده عدم پیروی از رژیم‌های مراقبتی درمانی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، یافته‌های این مطالعه نشان داد که چالش‌های درک شده توسط افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن شامل: نقص در امکان‌پذیری رعایت توصیه‌ها بدنبال از خودگذشتگی برای خانواده، ناکامی در مواجهه و حل تعارض کار و توصیه‌ها، شکست در تداوم و ناتوانی در انطباق خود با توصیه‌ها، بار منفی و سنگین هزینه رژیم‌های تجویزی بر تداوم درمان و حصار القایی و محدود کننده باورها بود. این یافته‌ها بیانگر ویژگی‌های متنوع از چالش‌های متعدد است که در پیروی با رژیم‌های توصیه شده نقش اساسی داشته و چالش عدم پیروی با رژیم‌های مراقبتی درمانی را توصیف می‌نمایند. بیماران پس از مواجهه با وضعیت حاد و تهدید کننده بیماری ناگزیر به ایجاد تغییرات اساسی در رفتارهای خود در خانواده و محل کار بودند، تا بتوانند با رژیم توصیه شده همراهی داشته باشند. ولی در دراز مدت جهت حفظ روابط در خانواده، ناچار بودند از الگوهای رفتاری جدید، که مغایر با روند فعلی در خانواده است، چشم‌پوشی نمایند. درماندگی و کشمکش شرایط کاری و رژیم توصیه شده موجب احساس ناتوانی در تقابل با تعارضات شغلی می‌گردید که خود را به صورت ناکامی در مواجهه و حل تعارض کار و توصیه‌ها نشان می‌داد. علاوه بر خانواده و کار، ناتوانی در انطباق خود با رژیم‌های توصیه شده، به تدریج و با گذشت زمان، آگاهانه یا ناآگاهانه، به سمتی تمایل می‌یافت که سبب تغییر در رفتارهای آنها شده و موجب تزلزل در انجام فعالیت بدنی، چشم‌پوشی از رژیم غذایی و تداوم استعمال دخانیات می‌گردید. در این بین دو عامل باورها و تحمیل هزینه‌ها به‌عنوان یک کاتالیزور در تشدید اختلال در همراهی با رژیم مراقبتی درمانی عمل کرده، که استمرار رعایت رژیم را با مشکل مواجه می‌نمود.

نتایج مطالعات صورت گرفته در مورد بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت و بیماری پرفشاری خون نشان می‌دهد که مهم‌ترین موانع مربوط به بیمار (۵، ۱۰، ۱۱، ۲۱–۱۸) شامل: عوامل اقتصادی – اجتماعی (۳ و ۱۰)، عوامل مربوط به سبک زندگی (۱۰) و عوامل مربوط به درمان (۳، ۱۱، ۱۹، ۲۲) و بیماری (۱۰ و ۲۳) می‌باشند. مضامین استخراج شده در این مطالعه از لحاظ دسته‌بندی با سایر مطالعات متفاوت است، زیرا تمرکز و هدف این مطالعه بر موانع درک شده فردی است و تبیین و برجسته نشدن سایر عوامل به این علت بوده است، لذا کاملاً واضح است که یافته‌ها هم راستا با هدف مطالعه تبیین گردند. با این حال یافته‌ها دربرگیرنده کلیه این موانع بوده و به نوعی در طبقات مستتر می‌باشند. همچنین یافته‌ها نشان دهنده

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.6.989]

ادراکات و تجربیات مشابه و مشترک بیماران این مطالعه با سایر مطالعات بوده و دربرگیرنده موانع مشترک پیروی با سایر مطالعات می‌باشند.

شاید یکی از مهم‌ترین دلایل اشتراک بین موانع استخراج شده در این مطالعه با مطالعات دیگر، به علت ماهیت بیماری‌های مزمن مورد بررسی باشد، زیرا علی‌رغم وجود تفاوت‌های بالینی در شرایط این بیماری‌ها، بیماران و خانواده‌های آنها با نیازهای مشترکی برای تغییر رفتارها مواجه هستند (۱).

مشارکت کنندگان به خانواده به‌عنوان یکی از موانع عدم پیروی اشاره داشتند. آنها به دو علت از رژیم خود صرف نظر می‌نمودند اولاً احساس می‌کردند که خانواده از همراهی با رژیم‌های توصیه شده آنها خسته شده‌اند که با یافته مطالعه دیگر در ایران هم راستا است (۲۰). ولی نکته جالب در یافته‌های این مطالعه این است که خود مشارکت کنندگان داوطلبانه برای فداکاری و پیشگیری از بدردسر انداختن خانواده از رعایت توصیه‌ها صرفنظر می‌نمودند. بیشتر مطالعات بسته به رویکرد مورد بررسی خود، به خانواده به عنوان یک منبع حمایتی در پیروی از رژیم‌های مراقبتی درمانی اشاره می‌نمایند (۳ و ۲۴). اینگونه استدلال مغایر با سایر یافته‌های مطالعات داخلی و خارجی می‌باشد (۲۵ و ۲۶). شاید دلیل این اختلاف به نوعی به ویژگی مشارکت کنندگان که همه متأهل بودند مرتبط باشد و به رفتار و عملکرد بیماران ایرانی در خانواده مربوط می‌شود، زیرا یکی از اصول اساسی در فرهنگ ایرانی اسلامی توجه به خانواده است و توجه به نیازهای خانواده زمینه‌ساز ثبات و استحکام بنیان خانواده می‌باشد. بنابراین کاملاً واضح است که آنها پس از ابتلا به بیماری نیز همچنان به نیازهای خانواده توجه داشته و از رژیم توصیه شده غافل شوند. در عین حال موارد منفی نسبت به این مفهوم و رویداد غالب نیز وجود داشت که بیماران به خانواده به عنوان عامل تسهیل کننده برای پیروی از رژیم‌های مراقبتی – درمانی اشاره می‌نمودند.

دومین مضمون استخراج شده، ناکامی در مواجهه با تعارض کار و توصیه‌ها است که مشارکت کنندگان اذعان داشتند که کار و شغل آنها مانعی برای پیروی از رژیم‌های مراقبتی درمانی است. همچنین بیان می‌نمودند که خوردن چند وعده در روز و یا تزریق انسولین با شرایط کاری آنها همخوان نمی‌باشد. نتایج مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهند که اولویت‌های کاری و محدودیت‌های زمانی پیروی از رژیم‌های توصیه شده را با مشکل مواجه می‌نماید (۲۷ و ۲۸). یک مطالعه چند ملیتی شامل ۱۵۳۰ نفر از ۸ کشور نیز این یافته‌ها را تأیید نمود، که پیروی روزانه از وعده‌های غذایی و مصرف انسولین بر اساس آنچه تجویز گردیده دشوار است (۲۹). این یافته‌ها نشان می‌دهند که پیروی از رژیم‌های تجویزی یک مشکل جهانی برای تمام مردم است.

ناتوانی در انطباق خود با توصیه‌ها سومین مضمون استخراج شده است. این طبقه دربرگیرنده ویژگی‌هایی شامل: چشم‌پوشی از رژیم غذایی، تزلزل در فعالیت بدنی، تداوم استعمال دخانیات و اما و اگر در پیروی دارویی است. مشارکت کنندگان بتدریج و به مرور زمان نسبت به توصیه‌ها و پیگیری بیماری خود بی‌توجه شده و با هر بهانه و سهل انگاری از توصیه‌ها پیروی نکرده و پیگیری بیماری را به تأخیر می‌انداختند. مطالعات داخلی و خارجی نشان می‌دهند که دانش ناکافی عاملی برای چشم‌پوشی از توصیه‌ها است (۹، ۲۱، ۲۷، ۳۰ و ۳۱).

برخلاف سایر مطالعات، مشارکت کنندگان از دانش کافی در زمینه بیماری و مراقبت از خود برخوردار بودند؛ ولی اذعان می‌نمودند که توصیه‌های ارائه شده بدون در نظر گرفتن تمایلات آنها است، بنابراین در کاربرد با مشکل مواجهه می‌گردند. موانع سایکولوژیکی،

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.6.989]

جسمی و فرهنگی می‌توانند تغییر رفتارها به خصوص رفتارهای تغذیه‌ای را با مشکل مواجه نمایند (۳۲) و ارتباط از بالا به پایین ارائه دهندگان به بیمار به‌عنوان یک مانع است (۳).

بنابراین به‌طور صریح می‌توان بیان نمود که بین دانش و آنچه بیماران به طور واقعی انجام می‌دهند، فاصله وجود دارد (۲۸) و دانشی باید به بیماران ارائه شود که مبتنی بر فرهنگ آنها باشد تا بتواند حساسیت لازم را در زمینه بیماری و سلامت آنها ایجاد نماید (۳۳).

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که یک مانع برای عدم پیروی از رژیم‌های مراقبتی- درمانی عدم وجود علایم مربوط به بیماری است و بیماران بعلت نداشتن علایم بالینی از پیروی رژیم‌های توصیه شده صرفنظر می‌نمودند. همسو با مطالعه حاضر، مارشال (Marshall) و همکاران در مطالعه مروری سیستماتیک خود، مبنی بر ۵۳ پژوهش کیفی از ۱۶ کشور جهان، نشان دادند که بیماران در صورت نداشتن علایم بالینی از پیروی از رژیم‌های توصیه شده اجتناب می‌نمایند (۱۲). هم راستا بودن این یافته با سایر یافته‌ها نشان می‌دهد که عدم وجود علایم و نشانه‌های بیماری یک مانع برای پذیرش رژیم توصیه شده محسوب شده و روند پیروی بیماران را با مشکل مواجه می‌نماید.

بیماران به استعمال دخانیات به‌عنوان یک عامل خطر برای بیماری خود اشاره می‌نمودند، ولی اغلب آنها بیان می‌کردند که برای ترک آن، به‌علت عدم آگاهی از روش‌های ترک، ناتوان هستند. مشارکت کنندگان مطالعه اولی (Oli) و همکاران بیان داشتند که پس از سال‌ها تلاش توانسته‌اند دخانیات را ترک نمایند (۳۴). مورفی (Murray) و همکاران در مطالعه مروری خود بیان نمودند ۷۵ درصد افرادی که سیگار را ترک نموده در طی یکسال مجدداً به رفتار خود بازگشته‌اند (۵). بر اساس خط مشی‌های انجمن و کالج قلب امریکا، در هر ملاقات باید از بیماران در مورد استعمال دخانیات پرسیده و به ترک آن توصیه شود و استراتژی‌ها و گزینه‌های مرتبط با ترک دخانیات به آنها ارائه گردد (۳۵). شاید چشم پوشی از ترک دخانیات در مشارکت کنندگان این مطالعه، به‌علت آگاهی پایین پرسنل درمانی مراقبتی از روش‌های ترک دخانیات باشد. همچنین تفاوت‌هایی که در سیستم ارائه خدمات سلامت و ارائه مراقبت در ایران با سایر کشورها است، و بیماران پس از ترخیص به حال خود رها شده و مراقبت در منزل جهت پیگیری و درمان وجود ندارد.

برخی از تغییر رفتارها که نیازمند تغییرات پیچیده در سبک زندگی است، مثل ورزش برای بیماران بسیار دشوار است (۳۶). اغلب مشارکت کنندگان با بهانه تراشی و کوتاهی در انجام فعالیت بدنی و عدم پیروی از رژیم غذایی از انجام این توصیه‌ها اجتناب می‌نمودند. نتایج مطالعات دیگر هم نشان دهنده میزان بالای عدم پیروی از رژیم‌های غذایی و فعالیت بدنی است (۱۲، ۳۱ و ۳۷). دلیل عدم پیروی مشارکت کنندگان از رژیم‌های غذایی، دشوار بودن رعایت رژیم غذایی، محدودیت غذاهای رژیمی، قدرتمندی تمایلات شخصی و تأثیر منفی تنش‌های عاطفی بود، که با سایر مطالعات هم راستا می‌باشد (۲۵ و ۳۸).

از مهم‌ترین موانع فعالیت بدنی، مشارکت کنندگان به نداشتن همراه، کمبود وقت و زمان، بدی هوا و ترس از رخداد مجدد بیماری به‌خصوص در بیماران با حوادث قلبی عروقی اشاره داشتند. زیرا علاوه بر نگرانی آنها از بروز حادثه مشابه، پرسنل درمانی به خصوص پزشکان نیز با اطمینان آن‌ها را تشویق به فعالیت بدنی نمی‌کردند. نتایج مطالعه گانیو (Ganiyu) و پورقان (Pourghane) نیز نشان داد که

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.6.989]

بیماران به علت ترس از بدتر شدن بیماری فعالیت بدنی ندارند (۲۰ و ۳۱).

یافته سایر مطالعات نیز تأیید کننده موانع درک شده همچون بدی هوا (۱۰ و ۳۱)، کمبود زمان (۱۰ و ۳۹) و عدم تمایل به ورزش انفرادی (۳۱) می‌باشد.

داروها نقش اساسی را در مراقبت پزشکی ایفا می‌کنند و عدم پیروی دارویی در بیماران دیابتی و قلبی عروقی یک مشکل جدی است (۹) که بیماران این مطالعه نیز به آن اشاره می‌کردند. آنها به علل مختلف همچون بی‌ثباتی، عوارض جانبی، تعداد زیاد داروها و نداشن علایم بالینی تمایلی به پیروی دارویی نداشتند. مطالعات دیگر نیز به این عوامل در عدم پیروی اشاره داشته‌اند (۴۲-۱۸).

باورهای فرهنگی و مذهبی می‌تواند بر رفتارها تأثیرگذار باشد، به‌عنوان مثال مطالعات مختلف اشاره نمودند که مشارکت کنندگان آن‌ها باور دارند بیماری خواست خداست و قدرت‌های ماورایی قادر به کنترل آن هستند (۱۰، ۳۶ و ۴۳).

یافته‌ها این مطالعه نیز نشان داد که رفتار بیماران متأثر از باورها و اعتقادات مرتبط با علل ایجاد کننده بیماری است و بر اساس آن رفتار می‌نمایند. باورها و اعتقادات سلامتی بیماران، بر سواد سلامتی آنها تأثیرگذار بوده و باورها می‌توانند در پیروی و یا عدم پیروی نقش ایفا نمایند. نگرش، باورها و هنجار گروه‌ها بر پیروی تأثیرگذار بوده و گاهی موجب چالش می‌گردد. مدل‌های شناختی رفتاری متفاوتی مثل رفتار برنامه‌ریزی شده و مدل فرانظری ثابت می‌نمایند که اگر بیماران قصد انجام یک رفتار (پیگیری درمان دارویی) را داشته باشند باید مراحل قصد، آمادگی و مرحله تغییر را طی نمایند که در این صورت اگر توصیه‌های دریافتی مغایر با باورها، تفکرات و نگرش او باشد، بسیار بعید است که به توصیه حتی فکر و قصد انجام آن را نماید (۳۶).

پنجمین مضمون مربوط به هزینه‌ها است. هزینه یک موضوع بسیار با اهمیت در پیروی بیماران، به خصوص بیماران مزمن که نیازمند درمان طولانی مدت هستند، می‌باشد. هزینه و درآمد دو عامل وابسته به هم است که هزینه‌های مراقبت از سلامتی مثل هزینه‌های درمان و هزینه‌های مرتبط با رژیم غذایی سالم می‌تواند بار مالی را به بیماران به‌خصوص آنهایی که درآمد پایین دارند و از حمایت بیمه‌ای نیز محروم هستند، تحمیل نموده و موجب افزایش عدم پیروی می‌گردد (۱۲، ۲۸ و ۳۱).

با این حال برخی از مطالعات به هزینه‌ها به عنوان یک مانع در پیروی اشاره نداشته‌اند (۲۴). شاید دلیل این تفاوت در درک بیماران مرتبط یا اختلاف در سیستم‌های ارائه مراقبت در کشورهای مختلف باشد. بنابراین با در نظر گرفتن هزینه‌های مرتبط با بیماری‌های مزمن، ارائه حمایت از طریق سازمان‌های بیمه‌ای برای پیروی بیماران مزمن بسیار حیاتی است.

یافته‌های فوق نشان می‌دهد، موانع درک شده فردی می‌تواند تأثیر بسزایی بر عدم پیروی از رژیم‌های مراقبتی درمانی داشته باشند و با توجه به اینکه بیماران مشارکت کننده دانش لازم را داشته و در نظر داشتن اینکه باورها و نگرش بیماران از الزامات طراحی برنامه مراقبتی مؤثر است، بنابراین می‌توان با شناخت و آگاهی از باورها، ارزش‌ها و فرهنگ بیماران برنامه مراقبتی مؤثری را طراحی و اجرا نمود. ضروری است با کمک شناخت و آگاهی نسبت به موانع درک شده فردی از عدم پیروی، ایجاد رفتار پایدار در بیماران مزمن مورد توجه قرار گیرد و برای بهره‌گیری درست، گام‌های مبتنی بر شواهد برداشته شود. علاوه بر این نتایج حاصل از این مطالعه باید مورد توجه برنامه‌ریزان حوزه سلامت قرار گیرد تا در جهت تدوین راهبردهای مداخله‌ای مرتبط با پیروی از رژیم‌های توصیه شده در بیماران مزمن مفید واقع گردد.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.6.989]

نتیجه‌گیری

از نتایج این مطالعه این‌گونه استنباط می‌گردد که موانع درک شده از تنوع و پیچیدگی خاصی برخوردار است. اگرچه بعضاً درونی و فردی (مثل: باورها، قدرتمندی تمایلات شخصی، دلچسب نبودن ورزش انفرادی و غیره.) است، اما مواردی نیز بیرونی (مثل: هزینه‌ها، پوشش ناکافی بیمه‌ها، محدودیت‌های محل کار و غیره.) و خارج از اراده و کنترل شخص است. شایسته است که تیم مراقبتی درمانی از جمله پزشکان، پرستاران و متخصصین تغذیه در ارائه توصیه‌های خود توجه ویژه‌ای به موانع درونی و بیرونی تأثیرگذار بر پیروی بیماران داشته باشند و آگاه باشند که نادیده گرفتن موانع درک شده توسط بیماران تأثیرات ناخواسته‌ای را بر میزان پیروی اعمال می‌نماید. بنابراین لازم است سیاستگذاران و برنامه‌ریزان نظام سلامت با توجه به ماهیت و تنوع این موانع درک و شناخته شده برای تسهیل در روند پیروی بیماران از رژیم‌های مراقبتی درمانی برنامه‌ریزی و مداخله نمایند.

لازم است با استفاده از یافته‌های جهانی و بومی برای حل چالش عدم پیروی بیماران مزمن از رژیم های مراقبتی- درمانی گام‌های مؤثری برداشته شود. با در نظر گرفتن بار مالی ناشی از بیماری‌های مزمن، توجه به ایجاد پوشش‌های مناسب بیمه‌ای و مؤسسات حمایتی غیر دولتی برای رفع نیازهای مالی مرتبط با رژیم‌های توصیه شده ضروری می‌باشد. پیشنهاد می‌شود پرسنل مراقبت سلامتی در هنگام برنامه‌ریزی برای ارائه توصیه‌ها و مداخلات جهت پیروی از رژیم‌های مراقبتی درمانی بیماران، آگاهی و اطلاعات کامل و کافی از موانع پیروی داشته تا بیمار بتواند همراهی بهتر و مؤثرتری با رژیم توصیه شده خود داشته باشد.

با توجه به اینکه باور نگرش و رفتار و تغییرات آن در سنین کودکی و نوجوانی متفاوت از بزرگسالی است، و این گروه از بیماران مزمن مورد مطالعه قرار نگرفته‌اند، ممکن است نکات یا طبقات دیگری مرتبط با سن علاوه بر موارد مطرح شده بیان شود. بنابراین پژوهشی برای شناسایی موانع پیروی از رژیم‌های مراقبتی درمانی در گروه های سنی کودکان و نوجوانان پیشنهاد می‌گردد.

سپاس و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه دکترای پرستاری در دانشگاه تربیت مدرس می‌باشد که با کسب مجوز از کمیته پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس و مجوز کمیته اخلاق پژوهش پزشکی با شماره ۵۲/۱۸۳ این دانشگاه اخذ شده‌است. بنابراین پژوهشگران بر خود واجب می‌دانند از تمامی مسئولین این دانشگاه که حمایت مالی نمودند، کلیه بیماران مزمن، مسئولین بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها که اجازه انجام این پژوهش را دادند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References:

1.Venugopal R, Narasimha Murthy NS, Gopinath D. Factors influencing compliance to treatment among people with chronic illness in an urban area of South India. Int J Biol Med Res 2012; 3(2): 1495-7.

2.van Houtum L, Rijken M, Heijmans M, et al. Patient-perceived self-management tasks and support needs of people with chronic illness: generic or disease specific. Ann Behav Med 2015; 49(2): 221-9.

3.Fort MP, Alvarado-Molina N, Peña L, et al. Barriers and facilitating factors for disease self-

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.6.989]

management: a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2 diabetes and/or hypertension in San José, Costa Rica and Tuxtla Gutiérrez, Mexico. BMC Fam Pract 2013; 14: 131.
4.Sharaf F, Midhet F, Al-Mohaimeed A. Comparative study of compliance between hospital and primary care diabetic patients. Public Health Res 2012; 2(6): 197-203.
5.Murray J, Fenton G, Honey S, et al. A qualitative synthesis of factors influencing maintenance of lifestyle behaviour change in individuals with high cardiovascular risk. BMC Cardiovasc Disord 2013; 13: 48.
6.D'Addario M, Cappelletti E, Sarini M, et al. Communication and disease management: a qualitative study on coronary disease. Health Psychol Behav Med 2015; 3(1): 94-108.
7.Campbell DJ, Ronksley PE, Manns BJ, et al. The association of income with health behavior change and disease monitoring among patients with chronic disease. PLoS One 2014; 9(4): e94007.
8.Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Role of self-care in management of diabetes mellitus. J Diabetes Metab Disord 2013; 12(1): 14.
9.Sarayani A, Jahangard-Rafsanjani Z, Hadjibabaie M, et al. A comprehensive review of adherence to diabetes and cardiovascular medications in Iran; implications for practice and research. J Diabetes Metab Disord 2013; 12(1): 57.
10.Al Hamid A, Ghaleb M, Aljadhey H, et al. A systematic review of qualitative research on the contributory factors leading to medicine-related problems from the perspectives of adult patients with cardiovascular diseases and diabetes mellitus. BMJ Open 2014; 4(9): e005992.
11.Li Y, Owen T, Thimbleby H, et al. A design to empower patients in long term wellbeing monitoring and chronic disease management in mHealth. Stud Health Technol Inform 2013; 194: 82-7.
12.Marshall IJ, Wolfe CD, McKevitt C. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. BMJ 2012; 345: e3953.
13.Lucas A, Murray E, Kinra S. Heath beliefs of UK South Asians related to lifestyle diseases: a review of qualitative literature. J Obes 2013; 201: 827674.
14.Manoochehri H, Lolaty HA, Hassani P, et al. Non-Traditional Roles of Iranian Senior Nurse Managers in Developing the Profession:A Qualitative Study. IJCBNM 2013; 1(4): 191-9.
15.Latifi Rastian M, Borzabady Farahani Z, Rasouli M, et al. The effect of nursing process implementation on nursing care quality in surgical wards. J Shahid Beheshti School Nurs Midwifery 2015; 24(87): 29-36. (Persian)
16.Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004; 24(2): 105-12.
17.Anney VN. Ensuring the quality of the findings of qualitative research: looking at Trustworthiness Criteria. J Edu Res Policy Studi 2014; 5(2): 274-81.
18.Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, et al. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. Ann Fam Med 2003; 1(1): 15-21.
19.Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. Am J Geriatr Pharmacother 2011; 9(1): 11-23.
20.Pourghane P, Hosseini M, Mohammadi F, et al. Living Within Limits: Unpleasant Experiences From the Perspective of Patients After Cardiac Surgery, a Content Analysis Study. Jundishapur J Chronic Disease Care 2014; 3(3): e21704.
21.Siabani S, Leeder SR, Davidson PM. Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: a meta-synthesis of qualitative studies. Springerplus 2013; 2: 320.
22.Murphy K, Chuma T, Mathews C, et al. A qualitative study of the experiences of care and motivation for effective self-management among diabetic and hypertensive patients attending public sector primary health care services in South Africa. BMC Health Serv Res 2015; 15: 303.
23.Anastasios Tzenalis RN. Diabetic patients' compliance to the recommended treatment: A qualitative study in Greece. IJCS

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.6.989]

2011; 4(3): 126-32.
24.Chlebowy DO, Hood S, LaJoie AS. Facilitators and barriers to self-management of type 2 diabetes among urban African American adults focus group findings. Diabetes Educ 2010; 36(6): 897-905.
25.Keshani P, Farvid MS. Perceived benefits and barriers regarding high fiber food intake in type 2 diabetes patients- A qualitative study. Iranian J Nutrition Sci Food Technol 2012; 7(1): 11-22.
26.Frohlich DO. The social support model for people with chronic health conditions: A proposal for future research. Social Theory Health 2014; 12(2): 218-34.
27.Tong WT, Vethakkan SR, Ng CJ. Why do some people with type 2 diabetes who are using insulin have poor glycaemic control? A qualitative study. BMJ Open 2015; 5(1): e006407.
28.Jin J, Sklar GE, Min Sen Oh V, et al. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. Ther Clin Risk Manag 2008; 4(1): 269-86.
29.Peyrot M, Barnett AH, Meneghini LF, et al. Insulin adherence behaviours and barriers in the multinational Global Attitudes of Patients and Physicians in Insulin Therapy study. Diabet Med 2012; 29(5): 682-9.
30.Jeragh-Alhaddad FB, Waheedi M, Barber ND, et al. Barriers to medication taking among Kuwaiti patients with type 2 diabetes :a qualitative study. Patient Prefer Adherence 2015; 9: 1491-503.
31.Ganiyu AB, Mabuza LH, Malete NH, et al. Non-adherence to diet and exercise recommendations amongst patients with type 2 diabetes mellitus attending Extension II Clinic in Botswana. Afr J Prm Health Care Fam Med 2013; 5(1): 1-6.
32.Endevelt R, Gesser-Edelsburg A. A qualitative study of adherence to nutritional treatment: perspectives of patients and dietitians. Patient Prefer Adherence 2014; 8: 147-54.
33.Tripp-Reimer T, Choi E, Kelley LS, et al. Cultural barriers to care: inverting the problem. Diabetes Spectrum 2001; 14(1): 13-22.
34.Oli N, Vaidya A, Subedi M, et al. Experiences and perceptions about cause and prevention of cardiovascular disease among people with cardiometabolic conditions: findings of in-depth interviews from a peri-urban Nepalese community. Glob Health Action 2014; 7: 1-11.
35.Kelley JA, Sherrod RA, Smyth P. Coronary artery disease and smoking cessation intervention by primary care providers in a rural clinic. Online J Rural Nursing Health Care 2012; 9(2): 82-94.
36.Martin LR, Williams SL, Haskard KB, et al. The challenge of patient adherence. Ther Clin Risk Manag 2005; 1(3): 189-199.
37.Heydari A, Ziaee ES, Gazrani A. Relationship between Awareness of Disease and Adherence to Therapeutic Regimen among Cardiac Patients. Int J Community Based Nurs Midwifery 2015; 3(1): 23-30.
38.Meyer SB, Coveney J, Ward PR. A qualitative study of CVD management and dietary changes: problems of 'too much' and contradictory information. BMC Fam Pract 2014; 15: 25.
39.Lawton J, Ahmad N, Hanna L, et al. 'I can't do any serious exercise': barriers to physical activity amongst people of Pakistani and Indian origin with type 2 diabetes. Health Educ Res 2006; 21(1): 43-54.
40.Fürthauer J, Flamm M, Sönnichsen A. Patient and physician related factors of adherence to evidence based guidelines in diabetes mellitus type ,cardiovascular disease and prevention: a cross sectional study. BMC Fam Pract 2013; 14: 47.
41.Bauler S, Jacquin-Courtois S, Haesebaert J, et al. Barriers and facilitators for medication adherence in stroke patients: a qualitative study conducted in French neurological rehabilitation units. Eur Neurol 2014; 72(5-6): 262-70.
42.Jeragh-Alhaddad FB, Waheedi M, Barber ND, et al. Barriers to medication taking among Kuwaiti patients with type 2 diabetes: a qualitative study. Patient Prefer Adherence 2015; 9: 1491-503.
43.Barnes L, Moss-Morris R, Kaufusi M. Illness beliefs and adherence in diabetes mellitus: a comparison between Tongan and European patients. N Z Med J 2004; 117(1188): U743.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]
[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.6.989]

Original Article

The Challenge of Adherence From Treatment-Care Regimens Among Patients With Chronic Diseases: A Qualitative Study

H. Vahedparast [1, 2], E. Mohammadi [2], F. Ahmadi [2]*

[1] *Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran*

[2] *Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University Tehran, Iran*

(Received 5 Dec, 2015 Accepted 17 Feb, 2016)

Abstract

Background: Adherence from treatment-care regimens is very essential to achieve health promotion and improve quality of life as well as affordable healthcare. Nevertheless, broaden of chronic diseases is still growing in the world because of lack of adherence. Understanding the perceived challenges can facilitate planning to increase adherence. This study aimed to explain the perceived challenges in non-adherence from the prescribed regimen among patients with chronic diseases.

Materials and methods: This qualitative study was done in 2015 by using the conventional content analysis approach. Thirty four participants with the most common chronic diseases were recruited purposively and they were entered in the study. Data was collected through semi-structured interviews and simultaneously with data collection; a comparative analysis was conducted by using the conventional qualitative content analysis method.

Results: Four main themes extracted from the data included: flaw in the possibility of observing the recommended regimens after devotion for family; frustration in facing the conflict between work and recommended regimens; inability in self-adaption with the recommended regimens; broaden cost of prescribed regimens; and limiting and inductive enclosure of beliefs. These themes indicate the nature of challenges in personal, family, and social dimensions of patients with chronic diseases in terms of adherence with treatment regimen.

Conclusion: The findings show that the perceived challenges has special complexity and diversity. Although they are sometimes internal and personal, some others are external and beyound the will and control of individuals. Therefore, it is necessary that health system policy-makers and planners intervene and plan according to the nature, diversity, and complexity of these perceived barriers in order to facilitate in the adherence of patients process from the treatment care regimens.

Key words: Adherence, Chronic diseases, Perceived Barriers, Treatment regimens, Qualitative Study

©Iran South Med J. All rights reserved.

Cite this article as: Vahedparast H, Mohammadi E, Ahmadi F. The Challenge of Adherence From Treatment-Care Regimens Among Patients With Chronic Diseases: A Qualitative Study. Iran South Med J 2017; 19(6): 989-1004

Copyright © 2017 Vahedparast et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[*] *Address for correspondence*: Department of Nursing, School of medical sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
Email: mohamade@modares.ac.ir

Website: http://bpums.ac.ir
Journal Address: http://ismj.bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.6.989]