J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2024/05/02 *Accepted:2024/09/06*

Explaining the Experiences of the Reasons for Non-Adherence to Treatment of Leukemia Cancer Patients in the Least Privileged Province of the Country: A Qualitative Study

Mehdi Zanganeh Baygi (Ph.D.)[1], Mostafa peyvand (MS.c.)[2], Faezeh Mirani Bahabadii (M.Sc.)[3], Sayedeh Narges Noormohamadi (M.Sc.)[4]

1.Associate Professor, Department of Health Services Management, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

2.Corresponding Author :MS.c. Student of Epidemiology,Student Research committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. Email: Mp.peyvand@yahoo.com Tel: 09159412965

3.MS.c Student of Epidemiology ,Student Research committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

4.MS.c.Student of Health Services Management, Student research committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Abstract

Introduction: One of the most important challenges in cancer patients is the long treatment period, and as a result, non-compliance with the treatment, considering the cultural and indigenous context of Sistan and Baluchistan province, the importance of this position is felt more. Therefore, the present study was conducted with the aim of explaining the experiences of non-adherence to treatment in Leukemia cancer patients.

Methods: This cross-sectional study was conducted qualitatively with a content analysis approach via a purpose-based sampling method on 34 leukemia cancer patients with a mean age of 46±7 in 2022. The data collection tool was a semi-structured interview guide. All interviews were recorded and implemented daily on paper. Finally, the data was coded using conventional content analysis method.

Results: In this study, 17 women and 17 men were included in the study. 9 (26/5%) of them were more than 50 years old. After summarizing and coding the issues raised by the participants, 114 initial codes were obtained, five main themes (financial problems, lack of access to medical services, distrust of the health system and treatment, drug interactions and lack of motivation to continue treatment) and 10 sub-themes were extracted.

Conclusion: It can be concluded that adherence to drug regimen in cancer patients is a complex issue that depends on many factors. The financial and spiritual support of the government, increasing insurance coverage, and developing infrastructure for better access of patients to medicines and medical centers are among the implementation suggestions of this study.

Keywords: Hospital, Cancer, Leukemia patients, Contract content analysis

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16486]

This Paper Should be Cited as:
Author: Mehdi Zanganeh Baygi, Mostafa peyvand, Faezeh Mirani Bahabadii, Sayedeh Narges Noormohamadi. Explaining the Experiences of the Reasons for Non-Adherence to Treatment of ……Tolooebehdasht Journal. 2024;23(3)107-122 .[Persian]

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیست وسوم
شماره سوم
مرداد وشهریور
شماره مسلسل: ۱۰۵

تاریخ وصول:۱۴۰۳/۰۲/۱۳
تاریخ پذیرش:۱۴۰۳/۰۳/۲۰

تبیین تجارب دلایل عدم تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به سرطان خون در شهر زاهدان سال ۱۴۰۱: یک مطالعه کیفی

نویسندگان: مهدی زنگنه بایگی[۱]، مصطفی پیوند[۲]، فایزه میرانی بهابادی[۳]، سیده نرگس نورمحمدی[۴]

۱.دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۲. نویسنده مسئول :کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

تلفن تماس : ۰۹۱۵۹۴۱۲۹۶۵ Email: Mp.peyvand@yahoo.com

۳.دانشجوی کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۴.دانشجوی کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

چکیده

مقدمه: یکی از مهمترین چالش هایی که در بیماران سرطانی وجود دارد طولانی بودن دوره درمان و به تبع آن عدم تبعیت از درمان است. با توجه به بافت فرهنگی و بومی استان سیستان و بلوچستان اهمیت این موضع بیشتر احساس می شود. لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب دلایل عدم تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به سرطان خون انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی، به صورت کیفی با رویکرد تحلیل محتوا با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف بر روی ۳۴ نفر از بیماران مبتلا سرطان خون با میانگین سنی ۷±۴۶ سال در سال ۱۴۰۱ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، راهنمای مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. تمام مصاحبه ها ضبط و روزانه بر روی کاغذ پیاده سازی شد. در نهایت داده ها به روش تحلیل محتوا قراردادی، کد گذاری انجام شد.

یافته ها: در این مطالعه تعداد ۱۷ زن و ۱۷ مرد وارد مطالعه شدند. تعداد ۹ نفر(۲۶/۵ درصد)، بیش از ۵۰ سال سن داشتند. پس از خلاصه سازی و کد بندی موارد مطرح شده از سوی شرکت کنندگان تعداد ۱۱۴ کد اولیه بدست آمد، پنج تم اصلی (مشکلات مالی، عدم دسترسی به خدمات درمانی، بی اعتمادی به سیستم سلامت ودرمان، تداخلات دارویی و بی انگیزگی ادامه درمان) و ۱۰ تم فرعی استخراج گردید.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان می دهد که تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به سرطان مساله ای پیچیده است که به عوامل متعددی بستگی دارد. افزایش سواد سلامت، حمایت مالی و معنوی دولت، افزایش پوشش بیمه ای، توسعه زیر ساخت جهت دسترسی بهتر بیماران به دارو ها و مراکز درمانی از جمله پیشنهادات اجرایی این مطالعه می باشد.

واژه‌های کلیدی: بیمارستان، بیماران سرطانی، سرطان خون، تحلیل محتوایی قراردادی

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16486]

 CC BY-NC 4.0

مقدمه

تبعیت از درمان بخشی از رفتار فرد بیمار است که با دستورات و پیشنهادات مراقبتی هم جهت باشد(۱). تبعیت از درمان که به صورت میزان مطابقت رفتار افراد با توصیه های سلامتی یا درمانی، مصرف منظم دارو ها، رعایت اصول سبک زندگی و تعهد به توصیه های پزشکان تعریف می شود(۲). تعریف تبعیت یا تمکین بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت میزان انجام رفتار فرد شامل مصرف دارو، رعایت رژیم غذایی و یا اجرای تغییر در شیوه زندگی مطابق با توصیه های ارائه شده توسط مراقبین سلامت، می باشد(۳).عدم تبعیت از درمان تصمیمی ارادی و آگاهانه است تا بیمار از دستورات حرفه ای درمانگر پیروی نکند یا سرپیچی نماید(۴). انواع عدم تبعیت از درمان (دارویی، غذایی، شیوه زندگی) و میزان شیوع آن در بیماری ها و مطالعات مختلف مورد توجه قرار گرفته است(۵). Wagner و همکاران معتقدند که علی رغم تحقیقات فراوان در ۵ دهه گذشته درباره عدم تبعیت از درمان پیشرفت کمی در حل این مشکل سلامتی حاصل شده است(۶). Wang و همکاران اظهار می کنند که عدم تبعیت از درمان دارویی سبب عدم اثر بخشی درمان همراه با افزایش خطر عود بیماری درد و رنج نا خواسته و افزایش هزینه ها می شود(۷). بر اساس داده های حاصل از پژوهش Rawicz و همکاران نیز عواملی مانند بی تفاوتی نسبت به درمان، عدم آگاهی، خود درمانی و مشکلات روحی و روانی موجب عدم تبعیت از درمان می باشد(۸). بی تفاوتی نسبت به درمان ناشی از نگرش منفی بیماران نسبت به مصرف دارو و اعتقاد به عدم تاثیر مثبت درمانی آنها بوده است، نتیجه نگرفتن از ویزیت پزشک معالج اولیه و مراجعه مکرر به پزشکان متعدد با تجارب مختلف، احتمال تداخل دارویی، عدم آموزش به بیمار توسط تیم درمانی و آماده نکردن بیمار برای مراقبت از خود پس ازترخیص می باشد(۹). امروزه اثبات شده است که بهترین رژیم درمانی هم در صورت عدم رعایت از جانب بیمار بی ارزش و غیر موثر است(۱۰) و رعایت صحیح رژیم های درمانی نقش مهمی در پیشگیری از مقاومت دارویی و کنترل گسترش بیماری در جامعه دارد. در حال حاضر نظم درمان مهمترین وسیله پیشگیری از بروز عوارض بیماری است و شایع ترین علل جواب ندادن به درمان مصرف نامنظم داروها و عدم تبعیت از درمان است(۱۱). تبعیت از درمان در بیماری های مزمن در حیطه های رژیم غذایی، مراجعه منظم به مراکز درمانی و مصرف داروها از ارکان اساسی درمان در بیماران است. به طوری که عدم تبعیت از درمان با پیامد های وخیمی همراه است(۱).امروزه سرطان ها به دلیل جنبه های متعدد از جمله شیوع بالا، مرگ و میر قابل توجه و نیز وجود بعضی از سندرم های ارثی و فرم های قابل پیشگیری, توجه بسیاری را در سطح جهان به خود معطوف داشته است. بیماری سرطان تهدید جدی برای سلامت محسوب می شود که می تواند، این بیماری غیر قابل کنترل را برای همیشه با عوارض بدتری رو به رو کند(۱۲). شایعترین سرطان ها در ایران را بر اساس آخرین آمار بروز استاندارد شده سنی آنها در سال ۱۴۰۰ شامل: سرطان پستان، سرطان پروستات، سرطان پوست (غیرملانوم)، سرطان معده، و روده است(۱۳،۱۴). در برخی از انواع درمان سرطان نیاز است که از رژیم های چند دارویی استفاده شود(۱۵).یکی از مولفه های کلیدی در مدیریت بیماری سرطان خون است(۳). در بررسی پژوهش‌های داخلی مشخص گردید که محققین در مطالعات موجود داخلی غالباً به

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16486]

موضوع اپیدمیولوژی سرطان، روند بیماری، مدیریت بیمار و مداخلات درمانی متمرکز شده است. در کشور پرداخته‌اند که به‌نظر می‌رسد از ارزیابی مدیریت درمان بیماران و تسهیلات مورد نیاز برای درمان و خدمات بازتوانی برای این بیماران غافل شده‌اند. از طرف دیگر با توجه با موقعیت استراتژیک استان که در یک منطقه محروم با بافت قومی و فرهنگی خاص واقع شده است. همچنین با توجه به پیچیدگی و گستردگی علل عدم تبعیت از درمان، این احتمال وجود دارد که دلایل پنهان دیگری غیر از موارد شناخته شده در این بیماران وجود داشته باشد که در قالب مطالعات کمی نگنجد و مورد ارزیابی قرار نگرفته اند. در این زمینه در این پژوهش به بررسی عمق دقیق ماهیت این بیماران طی یک مطالعه کیفی پرداخته شد. مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب دلایل عدم تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به سرطان در شهر زاهدان انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع پژوهش های کیفی به روش تحلیل محتوای قراردادی می باشد که با هدف کاربردی در فاصله زمانی دی تا بهمن ماه سال۱۴۰۱ به روش نمونه گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل تمامی بیماران سرطان خون بستری شده در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بودند. معیار های ورود شامل سن بین ۱۵ تا ۷۰ سال، حداقل یک سال از زمان تشخیص بیماری گذشته باشد و تمایل به همکاری در نظر گرفته شد. معیار های خروج شامل ابتلا به سایر سرطان ها و مراجعه و مصرف منظم دارو ها در نظر گرفته شد. این مطالعه در بیمارستان های آموزشی دارای بخش سرطان و شیمی درمانی (علی بن ابی طالب (ع) و خاتم الانبیا (ص)) شهر زاهدان انجام شد. در این مطالعه بیماران مبتلا به سرطان خون وارد مطالعه شدند. نمونه گیری تا زمان اشباع داده ها ادامه یافت. روش جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، مصاحبه نیمه ساختاریافته، بر اساس راهنمای مصاحبه بود؛ بدین صورت که پژوهشگر با توجه مطالعات و مشاهدات قبلی خود، ابتدا لیستی کوتاه از سوالات مرتبط با موضوع را تهیه کردند. در مرحله بعد با توجه به نظرات اساتید و افراد با سابقه (گروه داخلی، هماتولوژی و بهداشت عمومی) و نیز پس از انجام ۵ مصاحبه به‌صورت پایلوت، این راهنما به مرور اصلاح شد.

پس از تصویب طرح در معاونت تحقیقات و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و کسب مجوزهای لازم، پژوهشگران با توجه به روش نمونه گیری به بیمارستان آموزشی علی بن ابی طالب (ع) و خاتم الانبیا (ص) شهر زاهدان مراجعه کردند. در ابتدای کار، افرادی (بیمارانی که در بخش های شیمی درمانی، هماتولوژی و داخلی بستری بودند) را که تمایل بیشتری برای شرکت در مطالعه را داشتند به صورت هدفمند انتخاب شدند. در آغاز مصاحبه پس از توصیف اهداف مطالعه به بیمار در مورد اهداف پژوهش و اجازه ضبط صدا اطلاعاتی داده می شد و تمایل بیمار جهت شرکت در مطالعه را به منزله رضایت آگاهانه در نظر گرفته شد. سپس در محیطی آرام در بیمارستان با رعایت پروتکل های بهداشتی و اصول اخلاقی مصاحبه ها به صورت فردی انجام شد. در مصاحبه سوالات متنوعی بر اساس راهنمای مصاحبه پرسیده می شد اما سوال " چه عواملی باعث می شود که شما از دستورات دارویی و درمانی پیروی نکنید " از تمام مراجعین پرسیده می شد. سوالات باز و نیمه ساختار یافته بود(جدول۱).

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16486]

جدول ۱:سوالات راهنمای مصاحبه

ردیف	سوالات
۱	از دیدگاه شما چه عواملی باعث عدم تمکیل و ادامه درمان شما شده است؟ توضیح دهید؟
۲	آیا عوامل اقتصادی و ناتوانی در تهیه دارو (کمیاب بودن یا گران بودن) باعث عدم تمکیل و ادامه درمان شما شده است؟ توضیح دهید؟
۳	به نظر شما عوامل ممانعت کننده مانند (عوامل عوارض مصرف، نتیجه نگرفتن از درمان فعلی اصرار خانواده، عوامل اجتماعی و دوستان) باعث عدم تمکیل و ادامه درمان شما شده است؟ توضیح دهید؟
۴	آیا عدم اعتماد به کادر درمان باعث عدم تمکیل و ادامه درمان شما شده است؟
۵	سایر عللی در روند عدم تمکین شما موثر بوده است، توضیح دهید؟

چنانچه در حین مصاحبه با افراد به عللی غیر از سوالات راهنمای مصاحبه اشاره می شد، آن علل نیز در مصاحبه های بعدی مورد کنکاش و بررسی قرار می گرفت.

در این پژوهش با پرسشگری بر روی ۳۲ شرکت کننده به اشباع داده ها رسید که برای اطمینان از دریافت کامل اطلاعات از ۲نفر دیگر هم مصاحبه گرفته شد. میانگین زمان مصاحبه ها در حدود ۲۰ تا ۲۵ دقیقه بود.در صورتی که بیماران به تمام سوالات راهنما مصاحبه پاسخ می دادند و مطلب جدیدی را ذکر نمی کردند مصاحبه پایان می یافت. پس از پایان مصاحبه به دقت اطلاعات ضبط شده گوش داده شد و سپس مصاحبه ها در نرم افزار word پیاده شدند. برای اعتبار داده های جمع اوری شده، مطالب تایپ شده توسط دو نفر دانشجوی کارشناس بهداشت عمومی و یک نفر هیات علمی به طور جداگانه بررسی شد. در نهایت یافته ها مقایسه و برای انتخاب موضوعات، طبقات و زیر مجموعه های آن ها جهت اتفاق نظر بحث شدند.

جهت دستیابی به صحت (Trustworthiness) و استحکام داده ها (Rigor) مقبولیت آنها با استفاده از مطالعه و بررسی مستمر داده ها، پیاده کردن مصاحبه ها و بررسی مرور آنها تا پیدایش درون مایه های اصلی، بازنگری تجزیه و تحلیل انجام شده توسط همکاران طرح (Peer check) و بازنگری نوشته ها توسط شرکت کنندگان مطالعه (Member check) انجام گرفت. جهت تحلیل داده های هر مرحله از روش تحلیل محتوا(Content analysis) استفاده گردید. تحلیل محتوای کیفی شیوه ای تخصصی در پردازش داده های علمی است که به منظور تعیین وجود کلمات و مفاهیم معین در متن مورد استفاده قرار می گیرد تا داده ها خلاصه توصیف و تفسیر شود(۱۶).

جهت تحلیل داده‌های کیفی از روش چهارچوب مفهومی و تحلیل محتوا قراردادی استفاده شد. طی فرآیند تحلیل داده‌های کیفی به این روش، مراحل آشنا شدن، شناسایی یک چارچوب موضوعی، کدگذاری، نمودارسازی و در نهایت طرح‌ریزی کردن و تفسیر انجام می‌پذیرد(۱۶). الف- آشنایی: پیش از آغاز فرایند انتقال و تنظیم داده‌ها، پژوهشگر می‌بایست با دامنه و تنوع داده‌ها آشنا شود و یک دید کلی از مواردی که از مصاحبه‌ها به دست آورده است، کسب نماید.

آشنایی به‌معنای واقعی خود یعنی غوطه‌ور شدن در داده‌ها که از طریق گوش دادن به نوارها و مطالعه دست نوشته‌ها و نکته‌های یادداشتی حاصل می‌شود.ب- شناسایی یک چارچوب موضوعی: این گام به‌معنای شناسایی مسائل، مفاهیم و موضوعات کلیدی است که داده‌ها می‌توانند بر اساس آن‌ها

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16486]

مرجع‌یابی شوند. داده‌ها می‌توانند بر پایه یک چارچوب موضوعی تنظیم شوند که برای ایجاد آن می‌توان از چارچوب‌های موجود رایج، از مسائل جدیدی که در مصاحبه‌ها یافت شده و یا از مسائل اولویت‌دار (منتج از اهداف اصلی پژوهش و راهنمای مصاحبه) بهره برد.

پ- ایندکس کردن: ایندکس کردن به فرایندی اطلاق می‌شود که از طریق آن، ایندکس یا چارچوب موضوعی به صورتی نظام‌مند برای داده‌های متنی، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

ت- ترسیم جدول : ترسیم جدول، تصویری کلی از داده ها را در اختیار تحلیل گر قرار می دهد. داده ها از متون اصلی بیرون کشیده شده و بر اساس یک منبع موضوعی مناسب چیدمان می شوند(۱۷).

یافته ها

در این مطالعه۳۴ بیمار مبتلا به سرطان خون مشارکت داشتند که مشخصات دموگرافیک آنها به تفکیک در جدول۲ آورده شده است.در این مطالعه تعداد ۱۱۴ کد اولیه بدست آمد. پس از خلاصه سازی و کد بندی موارد مطرح شده از سوی شرکت کنندگان، پنج چالش اصلی در رابطه با عدم تبعیت از درمان (مشکلات مالی، عدم دسترسی به خدمات درمانی، بی اعتمادی درمان) و ۱۰ تم فرعی (۱-افزایش هزینه های درمان، ۲-عدم حمایت مالی، ۳-دوری مسافت، ۴-عدم دسترسی به دارو ۵- ارتباط نامناسب کادر سلامت،۶- تجربیات منفی، ۷-عوارض دارویی، ۸-ابتلا به سایر بیماری ها، ۹-تقدیرگرایی (باورها و اعتقادات) و ۱۰- عوامل فردی) استخراج شدند.

جدول ۲: اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در مطالعه

متغیر	ابعاد	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۱۷	۵۰
	مرد	۱۷	۵۰
سن	زیر ۲۰ سال	۷	۲۰/۵
	۲۰-۳۰	۵	۱۵
	۳۰-۴۰	۶	۱۷/۵
	۴۰-۵۰	۷	۲۰/۵
	بیشتر از ۵۰ سال	۹	۲۶/۵
وضعیت شغلی	شاغل دولتی	۶	۱۷/۵
	شاغل آزاد	۱۰	۲۹/۵
	خانه دار	۹	۲۶/۵
	عدم توانایی کار به دلیل بیماری	۹	۲۶/۵
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۵	۴۴
	دیپلم	۹	۲۶/۵
	دانشگاهی	۱۰	۲۹/۵
مدت زمان ابتلا	کمتر از ۵ سال	۱۳	۳۸
پس از تشخیص	۵-۱۰ سال	۱۱	۳۲/۵
	بیش از ۱۰ سال	۱۰	۲۹/۵

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16486]

جدول۳: فرایند تحلیل داده ها

کد اصلی	کد فرعی	مضمون	واحد های معنایی فشرده شده
مشکلات مالی	افزایش هزینه های درمان	افزایش هزینه های درمان	هزینه های سلامت زیاد می باشد
		نوسانات قیمت دارو ها	هربار داروخانه می روی یک قیمت دارند
		فقر به دلیل بیماری	مشغول مراقبت از بیمار هستیم، درامد نداریم
	عدم حمایت مالی	عدم حمایت دولت	دولت هیچ کاری برای ما نمیکند
		عدم حمایت پوشش بیمه ای	بیمه بسیاری از هزینه ها را پوشش نمی دهد
عدم دسترسی به خدمات درمانی	دوری مسافت	زندگی در روستا	مسیر امدن از روستا به شهر دور است
		طولانی شدن پروسه دریافت دارو از روستا تا شهر	
	عدم دسترسی به دارو	شلوغی مطب و دارو خانه ها	بیمارستان ها شلوغ است
		نداشتن اطلاعات هویتی	من ایرانی هستم اما شناسنامه ندارم
		کم بودن سهیمه اختصاصی به بیماران	سهیمیه دارو فقط برای ۱۵ روز است
		نبود دارو به نام تجاری خاص	داروهایی که تجویز میشود، کمیاب است
بی اعتمادی به سیستم سلامت ودرمان	ارتباط نامناسب کادر سلامت	برخورد بد کادر درمان	پرسنل بیمارستان رفتار خوبی ندارند
		نظرات ضدونقیض پزشکان	هر پزشک یک تشخص دارد
		تاثیر شایعات در شبکه های اجتماعی	فضای مجازی پر شده از اطلاعات علیه بیمارستان
		تجربه منفی از بیمارستان	از ما هر کی رفت بیمارستان برنگشت
		ضعف سواد سلامت در جامعه	هیچ اگاهی در مورد روند درمان نداریم
		علاقه به طب سنتی	ما به گیاه درمانی بیشتر اعتقاد داریم
	تجربیات منفی	عدم ارائه خدمات با کیفیت	ما برای درمان به سایر استان ها میریم
		بی اعتماد شدن به یک برند خاص دارویی	بعضی داروها اصلا تاثیر ندارند
		بی اثر بودن داروها	هر بار یک شیوه درمانی میاد
تداخلات دارویی	عوارض دارویی	تعدد و تغیر دستورالعمل ها	دکتر گفت دارو ها رو قطع کنم من همه رو قطع کردم
		قطع درمان به دلیل دستور پزشک	من خودم دارو مصرف میکنم
		مصرف خودسرانه دارو	بیماری زیاد دارم و هر کدوم منو اذیت میکنه
	ابتلا به سایر بیماری ها	ابتلا به چندین بیماری	کووید گرفتم و دارو ها رو قطع کردم
		تاثیر سو بر سایر بیماری ها	
		ابتلا به کووید ۱۹	
بی انگیزگی ادامه درمان	تقدیرگرایی (باورها و اعتقادات)	غلبه باور های سنتی و خرافی	بیماری خواست خداست
		پذیرش سرنوشت و تسلیم شدن	خسته شدم و دیگه دارو مصرف نمیکنم
		طولانی بودن دوره درمان	خانواده گفت دیگه دارو نخور
	عوامل فردی	عدم اجازه خانواده جهت درمان	هر چه شد، ما که در انها می میریم
		عدم توجه به سلامتی	دارو ها رو میخورم احساس افسردگی دارم
		افسردگی و مشکلات روحی، روانی	حالم خوبه، دیگه نیاز به دارو ندارم
		احساس بهبودی نسبی	

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16486]

مشکلات مالی، تحریم ها، نبود حمایت مالی از طریق نهادهای دولتی و خصوصی از جمله مهمترین چالش های ارایه شده توسط مشارکت کنندگان بود. این کد شامل دو کد فرعی (افزایش هزینه های درمان و عدم تمکین مالی) می باشد.

افزایش هزینه های درمان ازعمده چالش هایی بود که توسط مشارکت کنندگان مطرح شد. از دیدگاه آنها افزایش قیمت ها و به تبع آن ثابت ماندن درآمد خانوار باعث عدم توانایی در خرید دارو ها می شود "هر بار که میری دارو خانه یک قیمت جدید بهت میگه، من یک فرد بیمار هستم، درآمدم ثابت است، یخورده دیگه قیمت دارو افزایش پیدا کنه دیگه من نمی تونم دارو رو بخرم" (مشارکت کننده شماره۷) افزایش هزینه های کلینیکی و پاراکلینیکی موضوع دیگری بود که توسط اکثر شرکت کنندگان مطرح شد. "دارو داره جدا گرون میشه، ویزیت پزشک و خدماتی مثل رادیوگرافی و .... به نظر شما من یک فرد بیمار هستم، از کجا می تونم هزینه شو بیارم"(م۱۳) .

فقر به دلیل بیماری، نبود حمایت دولتی و عدم حمایت پوشش بیمه ای از جمله سایر چالش های اشاره شده توسط مشارکت کنندگان بود. " الان چون بستری هستم نمی تونم برم سر کار و الان درآمدی ندارم و مجبورم برای خانوادم برگردم به سر کارم" (م۱) مشارکت کننده ی دیگری هم در مورد داشتن درآمد روزانه گفت " من به ازای هر روزی که میرم سرکار مزد میگیرم، الان چند روزه که بستری هستم و هیچ درآمدی ندارم" (م۳۰) نبود حمایت دولتی و عدم پوشش بیمه ای چالش دیگری بود که توسط برخی مشارکت کنندگان مطرح شد." ما هر دارویی رو که میخواییم بگیرم می گن باید آزاد بگیرید و مورد حمایت بیمه نیست" (م ۲۷).

نبود دسترسی به خدمات درمان اعم از دوری مسیر، زندگی در روستا و نبود دارو در داروخانه های شهر، طولانی شدن پروسه های دریافت دارو از جمله موضوعات بحث مرتبط به عدم دسترسی بود. این کد دارای دو کد فرعی (دوری مسافت و عدم دسترسی به دارو) می باشد.

زندگی در روستا و دوری مسیر در این مناطق باعث می شود بیماران روستایی جهت دریافت خدمات دارویی با چالش هایی مواجهه شوند"من توی روستا های سراوان زندگی میکنم و جاده اش خاکی است حداقل ۸ ساعت با زاهدان فاصله دارم، من برای هر بار آمدن حداقل ۵ بار ماشین عوض می کنم"(م۳۴) دوری فاصله این استان از مرکز کشور هم مورد بحث مشارکت کننده شماره ۱۸ بود. از دیدگاه او این فاصله باعث می شد برای دریافت خدمات دارویی هزینه و وقت زیادی را صرف مسافرت به مرکز کشور کنیم"استان سیستان و بلوچستان از مرکز کشور خیلی فاصله داره و ما مجبوریم برای برای دریافت خدمات درمانی چندین ساعت رو توی جاده باشیم و به تبع هزینه های زیادی رو هم پرداخت می کنیم"(م۱۸). طولانی شدن پروسه نامه نگاری، استعلام از مراکز مختلف جهت دریافت داروهای خاص نیز باعث می شد بیماران در این روند طولانی از دریافت دارو صرف نظر یا از طریق بازار آزاد تهیه کنند"وقتی یک داروی خاص رو بخواییم بگیریم باید بیمارستان، معاونت درمان، مرکز بیماری های خاص، هلال احمر و... همه تایید کنند، خب این روند طولانی باعث می شه ما یا به دارو نرسیم و یا کلا از دریافت دارو صرف نظر کنیم" (م۱۲).

نبود دارو در دارو خانه های استان باعث می شود بیماران یا دارو را مصرف نکنند یا برای دریافت دارو به استان های همجوار یا

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16486]

کشور های دیگر درخواست بدهند "من هفته پیش یه آمپول باید می زدم که نه تو بیمارستان بود نه داروخانه های اطراف اینجا و مجبور شدم از مشهد بگیرم"(م ۸).

مشارکت کننده دیگری هم گفت "هر بار دارو اینجا پیدا نمیشه مجبوریم سفارش بدیم و به قیمت بیشتری از پاکستان یا افغانستان برای ما بیارند"(م۱۰) مشارکت کننده دیگری هم اظهار کرد "قبلا دارو خانه میرفتی یکی دوتا دارو رو نداشتند الان هیچ دارویی ندارند"(م ۴).کم بودن سهیمه اختصاصی به بیماران باعث می شد بیماران در نیمه دوره مصرف دارو را تمام کنند و درمان را نیمه کاره رها کنند"من باید ۳۰ روز در ماه دارو بخورم اما اندازه ۱۵ روز بهم دارو میدن، من از کجا برای اون ۱۵ روز باقی مانده دارو بیارم؟" (م۱۵) فرد دیگری نیزدر مورد کم کردن دارو در داروخانه ها هم گفت"پزشک هر اندازه هم دارو بنویسه، داروخانه نصفشو میده و میگه ما اجازه نداریم تعداد زیاد دارو بدیم" (م۱۶).

نبود اعتماد مناسب میان برخی از خدمت گیرنده گان در برخی زمان ها و یا تجربه منفی از حضور در بیمارستان باعث ایجاد جو بی اعتمادی میان بیماران شده است. این کد دارای دو کد فرعی (ارتباط نامناسب کادر سلامت و تجربیات منفی) می باشد.

به خاطر شرایط زمانی در برخی زمان ها افراد خدمت خاصی را از سیستم بهداشت و درمان نگرفتد و یا تجربه مناسبی از سیستم نداشتند به همین دلیل نسبت به سیستم بی اعتماد شده اند."هر بار یکی از اعضای خانواده ما کارش به دکتر دارو و بیمارستان رسید، زنده بر نگشت"(م۳۱). فرد دیگری اظهار کرد "پزشکان فقط به خاطر اینکه ما هزینه ویزیت بدیم ما رو همش میگن بیایید مطب "(م۲۵). فرد دیگری هم در مورد بی اعتمادی به خدمات سلامت گفت "من به خدماتی که توسط پزشکان ارائه میشه اعتمادی ندارم" (م۱۹) با توجه به هم مرز بودن با کشور پاکستان بسیاری از بیماران برای دریافت خدمات به کشور پاکستان مراجعه میکردند: "من حتی برای کوچکترین بیماری ها میرم پاکستان درمان می شوم و بر میگردم" (م۳۲).

عدم اعتماد به دارو ها باعث می شد بیماران یا دارو را مصرف نکنند یا به سمت طب سنتی گرایش پیدا کنند"ما اصلا این دارو هایی رو که دکتر تجویز میکنه رو نمیخوریم، دیگه هم نمیاییم بیمارستان"دارو های شرکت دارویی.... اصلا حال آدم را خوب نمی کنه" (م۶)استفاده از درمان های سنتی و گیاه درمانی با توجه به فرهنگ بومی منطقه باعث می شد بسیاری از افراد نسبت به دارو های تجویز شده پزشک تمایلی نشان ندهند و طب سنتی را بر دارو ها فعلی مقدم بشمارند"وقتی آدم خوب نمی شه، مصرف کردن یا مصرف نکردن دارو چه تاثیری داره، ما که همون دارو های سنتی خودمون رو مصرف می کنیم" (م۱۵)

بروز تداخلات دارویی یکی از دلایل عمده عدم مصرف دارو ها توسط مشارکت کنندگان مطرح شد. این کد دارای دو کد فرعی (عوارض دارویی و ابتلا به سایر بیماری ها) می باشد.

قطع درمان به دلیل دستور پزشک موضوع بحث اکثر مشارکت کنندگان بود "دکتر دید حالم داره خیلی بد میشه، گفت فعلا دارو نخور" (م۱۱) مشارکت کننده دیگری هم در مورد قطع خودسرانه دارو گفت "وقتی من دارو رو میخوردم حالم خیلی بد می شد، حالت تهوع و... داشتم، چون به دکتر هم دسترسی نداشتم، مجبور شدن خودم دارو رو قطع کنم" (م۴). با توجه به هم مرز بودن با کشور های همسایه برخی افراد به صورت خودسرانه برای دارو و درمان به مهاجرت می کردند"یک دکتر

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16486]

خوب توی پاکستان بهم معرفی شد، اون گفت این دارو ها رواستفاده کن، منم دارم استفاده می کنم" (م۲۹)

ابتلا به چندین بیماری و تاثیر سوء بر سایر بیماری ها باعث قطع خودسرانه و عدم مصرف دارو ها از دیدگاه مشارکت کنندگان بود"من خودم علاوه بر سرطان، دیابت و فشار خون هم دارم، هر دارویی رو مصرف می کنم، یک بیماری منو خوب می کنه، به چند تای دیگه صدمه میزنه" (م۱۷) ترس از مصرف دارو و درمان نیز موضوع بحث مشارکت کننده دیگری بود" من تا الان چند بارشیمی درمانی شدم و هر بار وضعیتم بد تر شده الان اگه دکترم بگه باید باز شیمی درمانی بشی که شاید خوب بشی من اینکارو نمی‌کنم و میرم خونم" (م۱۹).

با توجه به طولانی شدن بیماری افراد به مرور زمان انگیزه خود را برای درمان از دست می دادند و تسلیم تقدیر و سرنوشت می شدند. این کد دارای دو طبقه فرعی (تقدیرگرایی (باورها و اعتقادات) و عوامل فردی) می باشد.

غلبه باور های سنتی و خرافی و پذیرش سرنوشت،تقدیر گرایی و تسلیم شدن جزو شایع‌ترین علل به ویژه در مناطقی است که مسائل مذهبی و قومیتی از اهمیت بالایی برخوردار است. اغلب مناطق مرزی کشور دارای چنین شرایطی بوده و در این مناطق اغلب مردم با رویکرد مذهبی و قومیتی و بر اساس نظر بزرگان و علمای دینی اقدام می کند. معمولاً در این مناطق باورهای سنتی و توجه به درمان های گیاهی بسیار شایع بوده و اغلب مردم از مراجعه به مراکز درمانی خودداری می کنند. در بیشتر مواقع رویکرد علمای مذهبی بر مبنای پیروی از طب سنتی می باشد به درمان‌های علمی و اقدامات پیشگیرانه علاقه زیادی نشان داده نمی شود."در نهایت که باید مرد، خوب چرا خودمون رو عذاب بدیم و این همه قرص و دوا بخوریم" (م ۲۶)

طولانی بودن دوره درمان، انتخاب و مراجعه به پزشکان و بخش های مختلف باعث بی انگیزه شدن افراد می‌شد" من نزدیک ده ساله دارم دارو می خورم نه خوب می شم و نه می میمیرم، دیگه خسته شدم" (م۳) مشارکت کننده دیگری نیز افزود"من فکر میکردم همین دارو ها رو بخورم خوب میشم و دیگه نیازی به ادامه درمان ندارم،...اما این طور نشد" (م۲۴). عدم اجازه و حمایت خانواده جهت درمان چالش دیگری در عدم تبعیت از درمان بیماران بود"همسرم نمی زاره قرص بخورم میگه واس شیردهی بچه مضره " (م ۸) فرد دیگری هم گفت "همسرم برام دارو نمی گیره، منم شرایط ش رو ندارم که برم و دارو ها رو تهیه کنم" (م ۳۱).

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تبیین تجارب دلایل عدم تمکین به درمان در بیماران مبتلا به سرطان خون شهر زاهدان انجام شده است. بر اساس یافته های مطالعه حاضر مشکلات مالی یکی از عوامل مهم در عدم تبعیت از درمان بود. از دیدگاه آنها افزایش قیمت داروها و نبود پوشش مناسب بیمه ای از مواردی بود که بیماران را خواسته یا ناخواسته به سمت عدم تبعیت از درمان بیماری سرطان سوق می دهد. در تایید یافته های مطالعه حاضرخمرنیا و همکاران در پژوهش خود با عنوان بررسی هزینه های کمر شکن در استان سیستان و بلوچستان به این نتیجه رسیدند که افزایش هزینه ها در کنار محرومیت استان سیستان و بلوچستان باعث، صرف نظر کردن بیماران از ادامه درمان می شود(۱۸). همچنین در مطالعه O'Reilly و همکاران (۲۰۲۲) با عنوان "تاثیر هزینه عمومی داروهای سرطان خون بر بیماران" به این نتیجه رسیدند

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16486]

که افزایش فزاینده قیمت دارو و مواد اولیه ساخت دارو باعث افزایش در هزینه های بیماران می شود که دولت ها باید جهت رفع این چالش اقدامات اساسی انجام دهند(۱۹).

در مطالعه Garaszczuk و همکاران (۲۰۲۲) در کانادا با عنوان "بار اقتصادی سرطان در کانادا از دیدگاه اجتماعی" نشان داد که تمامی مشارکت کنندگان به خصوص بیماران و خانواده آنها به وجود مشکلات شدید اقتصادی و نبود حمایت های اجتماعی کافی و در نتیجه ناتوانی در تهیه و خرید دارو، خرید ناقص دارو های نسخه شده اظهار کردند(۲۰). در تبیین این یافته می توان چنین گفت که افزایش هزینه های درمان و هزینه های زندگی در بیماران بسیار بالا است و بیماران توانایی پرداخت این هزینه ها را ندارند، لذا با توجه به محروم بودن استان سیستان و بلوچستان لازم است دولت نگاه ویژه ای به این استان داشته باشد. همچنین با جذب خیرین سلامت می توان در جهت حمایت از این بیماران گام های مهمی برداشت.

عدم دسترسی دارو در داروخانه ها و عدم دسترسی زیر ساختی در جاده ها و مسیرها چالش دیگری بود که توسط برخی مشارکت کنندگان مطرح شد. موسوی زاده و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود با عنوان "موانع تبعیت از درمان در بیماران " به این نتیجه رسیدند که تبعیت از درمان در مبتلایان به دیابت در ایران، به زمینه خانوادگی و اجتماعی افراد بر می گردد که به نوعی برای فرد چالش برانگیز شده و منجر به بی توجهی به رفتارهای بهداشتی می گردد. شناسایی این عوامل توسط مراقبین بهداشتی جهت کمک به دستیابی هر چه سریعتر بیمار به نگرش تبعیت از درمان و پایبندی به آن، برای پیشگیری از بروز عوارض جبران ناپذیر دیابت، از ضرورت های حیاتی می باشد(۲۱).

Berini و همکاران (۲۰۲۲) در ایالات متحده آمریکا در مطالعه ای با عنوان "تأثیر کارکنان بهداشت جامعه بر دسترسی به مراقبت برای جمعیت روستایی". جهت دسترسی بهتر به مراقبت ها در محیط های روستایی باید زیر ساخت های جاده ای و نیروی انسانی را بهبود بخشید و این امر می تواند یک سرمایه گذاری مقرون به صرفه برای سیستم مراقبت های بهداشتی باشد(۲۲). Clemente و همکاران در کشور برزیل در سال ۲۰۲۲ نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که موانع اصلی استفاده‌کنندگان از خدمات عبارت بودند محدودیت های مالی؛ مسائل رفتاری؛ نبود ارائه خدمات کمیاب؛ موانع سازمانی و حمل و نقل موانع اصلی ارائه شده توسط ارائه دهندگان خدمات عبارتند از: عدم آموزش به متخصصان؛ موانع فیزیکی؛ کمبود منابع/فناوری؛ و موانع زبانی بود(۲۳).

با توجه به کم برخوردار بودن، زیر ساخت نامناسب استان و عدم دسترسی به برخی دارو ها افراد پس از چندین بار تلاش برای تهیه دارو، به ناچار از ادامه مصرف دارو امتناع می کردند.

بر اساس یافته ها موضوع اعتماد جز مهمترین مسایل در ارتباط بین بیمار و کادر درمان بود. بر اساس اظهارات برخی مشارکت کننده گان بسیاری از افراد به کادر درمان و خدمات ارائه شده توسط آنها اعتماد نداشتند و علت آن را ارائه خدمات بی کیفیت و برخورد نامناسب کادر درمان می دانستند. در تایید این یافته خمرنیا و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که میانگین نمره اعتماد بیماران به خدمات بیمارستان های شهرستان زاهدان ضعیف ارزیابی گردید(۲۴). Wei و همکاران در کشور چین نیز در مطالعه خود با عنوان "تأثیر واسطه ای اعتماد بر رابطه بین ارتباط پزشک و بیمار و درک خطر بیماران در طول درمان"

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16486]

به این نتیجه رسیدند که بیماران سرطانی سطح نسبتاً پایینی ازاعتماد را به کادر درمانی خود داشتند (۲۵). سید فاطمی و همکاران(۱۳۹۸) بیان کردند که یکی از عوامل عدم تبعیت از درمان متاثر از عوامل اجتماعی است(۲۶). می توان چنین ذکرکرد که افزایش اعتماد بیماران به بیمارستان ها ارائه خدمات با کیفیت مناسب، رفتار محترمانه و مناسب و در شان بیماران و درک آنها پیشنهاد می گردد.

بر اساس صحبت های مشارکت کنندگان بروز عوارض بلند مدت و کوتاه مدت مرتبط با مصرف داروهای سرطان خون موجب عدم مصرف اختیاری و یا با توصیه پزشک شده بود. در مطالعه Mauro و همکاران (۲۰۲۲) با عنوان "عوارض قلبی درمان سرطان" نیز به این نتیجه رسیدند که با پیشرفت های دارویی و درمانی بهبودی بیمار رو به پیشرفت است اما ایجاد تداخلات دارویی باعث می شود بیمار از مصرف منظم دارو ها اجتناب ورزد که این امر در روند درمان وی تاثیر گذار خواهد بود(۲۷). Willems و همکاران (۲۰۲۲) در کشور هلند نیز در همین زمینه تاکید کردند که درمان های ضد سرطان مانند رادیوتراپی و... چندان هم برای بیمار بی خطر نیست. لذا نیاز است تمام تدابیر لازم جهت پیشگیری از عوارض دارویی پیش بینی شود(۲۸). عوارض ناخواسته دارویی از موارد مهم عدم تبعیت از درمان و تحمیل هزینه بر سیستم بهداشتی درمانی و تاثیرگذار بر سلامت عمومی در مقوله درمان دارویی می باشد. اجتناب از تزریقات غیرضروری، می‌تواند یکی از مهم‌ترین عوامل کاهش عوارض دارویی باشد(۲۹).

ردیابی، ارزیابی و ثبت عوارض جانبی داروها به وجود آمده، افزایش آگاهی گروه‌های پزشکی در رابطه با مخاطرات دارویی، آموزش گروه‌های پزشکی در خصوص اهمیت، نحوه گزارش‌دهی و نیز به‌کار گرفتن راهکارهایی جهت پیشگیری از وقوع عوارض دارویی داروهای پرخطر که احتمال بروز عوارض جانبی داروها در مصرف آن‌ها زیاد است می‌توانند نقش بسیار مهمی در ارتقاء سلامت جامعه، کاهش بروز عوارض جانبی داروها و در نهایت کاهش ناخوشی و مرگ و میر بیماران داشته باشند(۳۰).

طولانی شدن پروسه درمان، تقدیر گرایی و عدم حمایت خانواده باعث ایجاد بی انگیزگی در بسیاری از بیماران می شد. بی انگیزگی به طور کلی، نداشتن انرژی و محرک کافی برای انجام مراقبت ها است. نداشتن انگیزه به خودی خود، مسئله حادی نیست، اما اگر نادیده گرفته شود و برای درمان آن به گذشت زمان اکتفا شود، مسئله پیچیده‌تر خواهد شد و حتی ممکن است بیماران نوعی از افسردگی را تجربه کنند.

Magill و همکاران (۲۰۲۲) در انگلستان در پژوهشی اظهار کردند که افسردگی در رابطه با بیماری و مصرف دارو ها اجتناب ناپذیر است و همه بیماران در یک برهه از زمان این موارد را تجربه خواهند کرد. لذا باید در بیماران مبتلا به سرطان خون با پیش آگهی شش ماهه یا کمتر جستجو و درمان شود تا کیفیت زندگی باقیمانده بیماران به حداکثر برسد(۳۱). در پایان می توان گفت حمایت خانواده و دعوت از معتمدین و افراد تاثیر گذار در استان جهت آموزش و افزایش پذیرش درمان در این بیماران توصیه می شود.

پیشنهاد می شود که انجام پژوهش با حجم نمونه بزرگتر و محدوده جغرافیایی وسیع تر انجام گیرد تا ادبیات متراکم و منسجمی در خصوص نحوه به کار گیری متغیرهای ذکر شده

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16486]

فراهم آید.

نقطه قوت مطالعه: این پژوهش به عنوان اولین مطالعه کیفی جهت استفاده از تجارب بیماران مبتلا به سرطان خون در زمینه علل عدم تبعیت از درمان پس از طرح تحول سلامت و پاندمی کووید ۱۹ در زاهدان بود. یافته های حاصل از این مطالعه اطلاعات مفیدی رادر اختیار سیاستمداران، برنامه ریزان و مدیران کشوری و استانی برنامه ی سرطان و همچنین پژوهشگران بالینی، پزشکان، پرستاران و کادر سلامت قرار خواهد داد. این مطالعه ضرورت توجه بیشتر به برنامه ریزی و سطح استان را برای دستیابی به اهداف مصوب کمیته کشوری مبارزه با سرطان نشان می دهد.پژوهش حاضر نیز همچون سایر پژوهش ها تحت تاثیر محدودیت هایی قرار داشت.

محدود بودن مطالعات منسجم درباره علل عدم تبعیت از درمان بیماری سرطان خون و با توجه به اینکه این تحقیق تنها بر روی بیماران سرطان خون در بیمارستان های شهر زاهدان انجام شده است، جامعیت لازم را نخواهد داشت و البته همین ضعف را می توان یکی از ویژگی های تحقیق کیفی دانست که به غنا و عمق داده ها کمک کرده است.

در این مطالعه عواملی مانند، مشکلات مالی، عدم دسترسی به خدمات درمانی، بی اعتمادی به سیستم سلامت ودرمان، تداخلات دارویی، بی انگیزگی ادامه درمان از علل عمده عدم تمایل به ادامه درمان بود. به طور کلی می توان نتیجه گرفت که تبعیت از رژیم دارویی در بیماران مبتلا به سرطان مساله ای پیچیده است که به عوامل متعددی بستگی دارد.

تبعیت از درمان تحت تاثیر عوامل گوناگونی قرار دارد که به طور مستقیم با غیر مستقیم نقش خود را ایفا می کنند. باید در نظر داشت که تبیعت ضعیف از درمان بیماران سرطان خون می تواند عوارض جبران ناپذیری را در پی داشته باشد و در نهایت بار بیشتری بر سیستم های بهداشتی و درمانی تحمیل کند. حمایت مالی و معنوی دولت، افزایش پوشش بیمه ای، توسعه زیر ساخت جهت دسترسی بهتر بیماران به دارو ها و مراکز درمانی از جمله پیشنهادات اجرایی این مطالعه می باشد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاق IR.ZAUMS.REC.1401.218 در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان تصویب شد.

سهم نویسندگان

مهدی زنگنه بایگی در ارائه ائده، مصطفی پیوند در طراحی مطالعه، فائزه میرانی بهابادی و سیده نرگس نورمحمدی در جمع آوری داده ها و تحلیل دادها مشارکت داشتند همه نویسندگان در تدوین، ویرایش اولیه و نهایی مقاله و پاسخگویی به سوالات مرتبط با مقاله سهیم هستند.

حمایت مالی

کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان حمایت های مالی را بر عهده داشته است.

تضاد منافع

مؤلف اظهار می دارد که هیچ گونه تضاد منافع از تالیف و یا انتشار این مقاله ندارد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (کد۱۰۷۵۳) می باشد. نویسندگان این پژوهش، از معاونت تحقیقات فناوری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به دلیل حمایت های مالی و معنوی این

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16486]

طرح و از تمامی همکارانی که در پژوهش حاضر با پژوهشگران همکاری داشته اند کمال تشکر و قدردانی را به عمل می آورند.

References

1-Demir B, Kocamer Sahin S, Altındağ A & et al. Substance use profile, treatment compliance, treatment outcomes and related factors in probation: a retrospective file review. J Ethn Subst Abuse. 2021;20(3):490-505.

2-Di Pace B, Padley RH. Enhancing treatment compliance in breast cancer patients: A multi-faceted approach. J Surg Oncol. 2024;130(1):38-39.

3-Tewari S, Ferrando CA. Breast Cancer Screening Referral Patterns and Compliance in Transgender Male Patients. Transgend Health. 2024;9(2):136-142.

4-Zhang M, Zhang Y, Guo L & et al. Trends in colorectal cancer screening compliance and incidence among 60- to 74-year-olds in China. Cancer Med. 2024;13(8):e7133.

5-Bossi P, Pietrzyńska T, Margarit Ferri C & et al. Compliance with the breakthrough cancer pain European guidelines and impact on patients' quality of life: an observational prospective study. Front Pain Res (Lausanne). 2024;5:1388837.

6-Stasiewicz B, Wadolowska L, Biernacki M & et al. Compliance with the WCRF/AICR Recommendations in Qualitative Adaptation and the Occurrence of Breast Cancer: A Case-Control Study. Cancers (Basel). 2024;16(2):468.

7-Wang Q, Du N. Relationship between kinesiophobia and quality of life among patients with breast cancer-related lymphedema: Chain-mediating effect of self-care and functional exercise compliance. Asia Pac J Oncol Nurs. 2023;11(1):100346.

8-Zhang Y, Yao W, Zhou J & et al. Impact of surgical compliance on survival prognosis of patients with ovarian cancer and associated influencing factors: A propensity score matching analysis of the SEER database. Heliyon. 2024;10(13):e33639.

9-Rawicz-Pruszyński K, Tsilimigras DI, Endo Y & et al. Improved guideline compliance and textbook oncologic outcomes among patients undergoing multimodal treatment and minimally invasive surgery for locally advanced gastric cancer. J Gastrointest Surg. 2024;28(1):10-17.

10-Evangeliou AE, Spilioti MG, Vassilakou D & et al. Restricted Ketogenic Diet Therapy for Primary Lung Cancer With Metastasis to the Brain: A Case Report. *Cureus*. 2022;14(8):e27603.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16486]

 CC BY-NC 4.0

11-Trayes KP, Cokenakes SEH. Breast Cancer Treatment. Am Fam Physician. 2021;104(2):171-178.

12-Martínez-Reyes I, Chandel NS. Cancer metabolism: looking forward. Nat Rev Cancer. 2021;21(10):669-680.

13-Faramarzi S, Kiani B, Faramarzi S & et al. Cancer patterns in Iran: a gender-specific spatial modelling of cancer incidence during 2014-2017. BMC Cancer. 2024;24(1):191.

14-Cullin N, Azevedo Antunes C, Straussman R, & et al. Microbiome and cancer. Cancer Cell. 2021;39(10):1317-1341.

15-Sandhu S, Moore CM, Chiong E & et al. Prostate cancer. Lancet. 2021 18;398(10305):1075-1090.

16-Hoseinzadeh M, Sa'adAbadi Z, Maleki Kambakhsh S & et al. Dentists' lived experience of providing dental care during the COVID-19 pandemic: A qualitative study in Mashhad, Iran. Front Oral Health. 2023; 4:1095240.

17-Hayat AA, Keshavarzi MH, Zare S & et al. Challenges and opportunities from the COVID-19 pandemic in medical education: a qualitative study. BMC Med Educ. 2021;21(1):247.

18-Khammarnia M, Setoodehzadeh F, Ansari-Moghaddam A & et al. Household financial contribution to the health system after Iran's Health Transformation Plan. Rural Remote Health. 2020;20(1):5495.

19-O'Reilly D, McLaughlin R, Ronayne C & et al. Cost and public reimbursement of cancer medicines in the UK and the Republic of Ireland. Ir J Med Sci. 2023;192(2):541-548.

20-Garaszczuk R, Yong JHE, Sun Z & et al. The Economic Burden of Cancer in Canada from a Societal Perspective. Curr Oncol. 2022;29(4):2735-2748.

21-Mousavizadeh S N, Ashktorab T, Ahmadi F & et al. Evaluation of barriers to adherence to therapy in patients with diabetes. J Diabetes Nurs 2016; 4 (3) :94-108

22-Berini CR, Bonilha HS, Simpson AN. Impact of Community Health Workers on Access to Care for Rural Populations in the United States: A Systematic Review. J Community Health. 2022;47(3):539-553.

23-Clemente KAP, Silva SVD, Vieira GI & et al. Barriers to the access of people with disabilities to health services: a scoping review. Rev Saude Publica. 2022; 56:64.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16486]

 CC BY-NC 4.0

24-Khammarnia M, Hashemi Karghash Z, Peyvand M & et al. A Survey on Trust to Hospital Services after Health Transformation Plan. Payesh 2020; 19 (3) :243-254

25-Wei D, Xu A, Wu X. The mediating effect of trust on the relationship between doctor-patient communication and patients' risk perception during treatment. Psych J. 2020;9(3):383-391.

26-Seyed Fatemi N, Rafii F, Hajizadeh E & et al. Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study. Koomesh 2018; 20 (2) :179-191

27-Mauro AG, Hunter K, Salloum FN. Cardiac complications of cancer therapies. Adv Cancer Res. 2022; 155:167-214.

28-Willems RAL, Winckers K, Biesmans C & et al. Evolving data on cardiovascular complications in cancer. Thromb Res. 2022;213 Suppl 1: S87-S94.

29-Paly VF, Dasari A, Hubbard J & et al. Adverse event costs of systemic therapies for metastatic colorectal cancer previously treated with fluoropyrimidine-, oxaliplatin- and irinotecan-based chemotherapy and biologics in the US. J Comp Eff Res. 2024;13(8):e240084

30-Rendle KA, Saia CA, Vachani A & et al. Rates of Downstream Procedures and Complications Associated With Lung Cancer Screening in Routine Clinical Practice : A Retrospective Cohort Study. Ann Intern Med. 2024 Jan;177(1):18-28.

31-Magill N, Walker J, Symeonides S & et al. Depression and anxiety during the year before death from cancer. J Psychosom Res. 2022.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16486]

 CC BY-NC 4.0