

## راهبردهای سیاستی مرتبط با بازطراحی فرایند انتخاب نوع دیالیز با محوریت مشارکت بیمار

ربابه قمی<sup>۱</sup>، فاطمه بیابانی<sup>۲</sup>، محبوبه نم‌نباتی<sup>۳</sup>

### خلاصه سیاستی

### خلاصه اجرایی

نارسایی انتهایی کلیه، یکی از چالش‌برانگیزترین بیماری‌های مزمن است که بیماران را در مسیر تصمیم‌گیری‌های حیاتی درباره شیوهی درمان (همودیالیز، دیالیز صفاقی یا پیوند کلیه) قرار می‌دهد. با وجود تأکید قوانین ملی و جهانی بر حق بیمار برای مشارکت آگاهانه در فرایند درمان، یافته‌های مطالعه کیفی در ایران نشان می‌دهد که بیشتر بیماران دیالیزی، نقشی در انتخاب نوع دیالیز خود ندارند و با ایشان در این باره مشورت نمی‌شود. این شکاف به‌عنوان مانعی مهم در کیفیت زندگی بیماران و اخلاق محوری نظام سلامت نقش دارد. تحلیل تجربیات زیسته این بیماران، سه عامل کلیدی را به‌عنوان ریشه‌ی این مسأله شناسایی کرده است: ۱- خلأ اطلاعاتی (عدم آگاهی از گزینه‌های موجود و تبعات آن)، ۲- ترس و درماندگی در مواجهه با ناشناخته‌های بیماری و درمان، و ۳- فرهنگ پزشک‌محور حاکم بر نظام سلامت که فضای لازم برای گفت‌وگوی فعال را با محدودیت مواجه می‌کند.

این خلاصه سیاستی، با استناد به این شواهد، سه گزینه راهبردی را برای عبور از این چالش پیشنهاد می‌دهد: تدوین دستورالعمل ملی تصمیم‌گیری مشترک به‌عنوان پایه قانونی تغییر، توسعه پلتفرم ملی آموزشی چندرسانه‌ای برای توانمندسازی بیماران و پر کردن خلأ اطلاعاتی، و در گام نهایی، راه‌اندازی کلینیک‌های مشاوره تخصصی انتخاب روش دیالیز. اولویت اجرا با دو گزینه اول است که به صورت مکمل، هم‌زمان هم فرهنگ نظام سلامت و هم سطح آگاهی بیماران را هدف می‌گیرند. سرمایه‌گذاری در این مسیر همان‌طور که افزایش رضایت بیمار را به همراه دارد، با بهبود پایبندی به درمان و انتخاب روش هماهنگ با سبک زندگی، در بلندمدت به بهینه‌سازی منابع مالی و ارتقای کارایی نظام سلامت منجر می‌شود. بنابراین، اقدام پیگیر سیاستگذاران برای نهادینه کردن مدل مراقبت مشارکتی در حوزه‌ی نارسایی کلیه، ضرورتی قابل توصیه است.

**واژگان کلیدی:** تصمیم‌گیری؛ دیالیز؛ نارسایی کلیه؛ کیفیت زندگی؛ بیمار؛ نظام سلامت؛ خلاصه‌سیاستی

**ارجاع:** قمی ربابه، بیابانی فاطمه، نم‌نباتی محبوبه. راهبردهای سیاستی مرتبط با بازطراحی فرایند انتخاب نوع دیالیز با محوریت مشارکت بیمار. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۵؛ ۴۴ (۸۵۶): ۴۳۶-۴۴۰.

بزرگ در مشارکت درمانی را نمایان می‌سازد. یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که اکثر قریب به اتفاق بیماران، نقشی در فرایند انتخاب نوع دیالیز خود نداشته‌اند و تصمیم نهایی عمدتاً توسط پزشک معالجشان صورت گرفته است (۱). این وضعیت، یک چالش سیاستی جدی در نظام سلامت کشور است که توجه سیاستگذاران، برنامه‌ریزان و مدیران حوزه درمانی را نیاز دارد.

زمینه به‌وجود آورنده‌ی این مسأله را می‌توان در سه محور اصلی تحلیل کرد: اول، فقدان اطلاعات شفاف و قابل درک برای بیماران که منجر به ایجاد خلأ اطلاعاتی می‌شود. بسیاری از بیماران از وجود گزینه‌های جایگزین مانند دیالیز صفاقی بی‌اطلاع هستند یا درک روشنی از مزایا و معایب هر روش ندارند. دوم، وجود ترس و دلهره از ناشناخته‌ها در میان بیماران است. مواجهه با یک بیماری مزمن و

### توصیف مسأله

انتخاب روش درمانی مناسب، به‌ویژه در شرایط پیچیده‌ای مانند نارسایی انتهایی کلیه که گزینه‌های درمانی اصلی شامل همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه است، یکی از تصمیم‌گیری‌های حیاتی برای بیماران محسوب می‌شود. بر اساس موازین اخلاقی و قوانین حقوق بیمار در سراسر جهان، بیماران حق دارند به صورت آزادانه و آگاهانه در مورد سرنوشت درمانی خود تصمیم بگیرند. این مشارکت فعال نه تنها یک حق اساسی است، بلکه منجر به افزایش رضایتمندی، کاهش اضطراب، بهبود پایبندی به درمان و در نهایت، ارتقای کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۱-۳). با این حال، یافته‌های مطالعه پدیدارشناسی حاضر که به بررسی تجربیات زیسته ۲۰ بیمار تحت دیالیز در شهر بیرجند پرداخته، تصویر نگران‌کننده‌ای از یک شکاف

۱- دانشجوی دکتری پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشکده‌ی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۳- استاد، گروه پرستاری کودکان و نوزادان، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: ربابه قمی؛ دانشجوی دکتری پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی دانشکده‌ی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: Robabeh.ghomi@gmail.com

مراکز دیالیز شهر بیرجند در سال ۱۴۰۳ بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع از نظر سن، جنس و سطح تحصیلات انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری و همزمان به روش شش مرحله‌ای ون منن تحلیل شد. در این روش، با غوطه‌وری در داده‌ها و تأمل مکرر روی مصاحبه‌ها، کدهای اولیه و در نهایت مضامین اصلی استخراج شد. رعایت اصول اخلاقی از جمله کسب رضایت آگاهانه و محرمانه ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان از ملزومات این پژوهش بود. در این خصوص مطالعه با کد اخلاق IR.MUI.NUREMA.REC.1403.081 در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید شد.

### یافته‌ها

گزینه‌ها و راهبردهای سیاستی پیشنهادی، با هدف مشارکت بیمار در انتخاب نوع دیالیز عبارتند از: ۱) تدوین و ابلاغ دستورالعمل ملی «تصمیم‌گیری مشترک پزشک و بیمار» برای انتخاب روش دیالیز، ۲) راه‌اندازی «کلینیک‌های انتخاب روش دیالیز» پیش از شروع درمان، ۳) استفاده از فناوری (اپلیکیشن یا پلتفرم آموزشی) برای توانمندسازی بیماران.

پیچیده، همراه با واژگان تخصصی و مبهم، احساس درماندگی و وابستگی افراطی به پزشک را در آنان تقویت می‌کند، به‌گونه‌ای که ترجیح می‌دهند برای اجتناب از مسئولیت تصمیم‌گیری، تمام کنترل درمان را به پزشک واگذار کنند. سوم، ساختار و فرهنگ حاکم بر نظام درمانی است که هنوز بر مدل سنتی و پزشک‌محور استوار است. در این مدل، آموزش بیمار به عنوان روتین ضروری نهادینه نشده و فرآیند تصمیم‌گیری مشترک بین پزشک و بیمار، به اندازه کافی تشویق و تسهیل نمی‌شود (۱، ۴، ۵). این ترکیب از عوامل، منجر به نقض حق اساسی بیمار برای مشارکت در درمان و از دست رفتن فرصت ارتقای کیفیت زندگی وی می‌شود. بنابراین، برای عبور از این چالش و دستیابی به یک مدل مراقبت مشارکتی که در آن بیمار به عنوان شریک فعال در فرآیند درمان شناخته می‌شود، سیاستگذاری ضرورتی دارای اولویت است.

### روش اجرا

این سند بر مبنای مطالعه با رویکردی کیفی از نوع پدیدارشناسی تفسیری (۱) انجام شد مشارکت‌کنندگان در پژوهش شامل ۲۰ بیمار تحت درمان دیالیز (۱۵ بیمار همودیالیز و ۵ بیمار دیالیز صفاقی) از

جدول ۱. تحلیل گزینه‌های سیاستی مرتبط با مشارکت بیمار در انتخاب نوع دیالیز

معايب	مزایا	موانع اجرایی	الزامات اجرایی
	تدوین و ابلاغ دستورالعمل ملی «تصمیم‌گیری مشترک پزشک و بیمار» برای انتخاب روش دیالیز		
افزایش زمان ویزیت و کاهش تعداد بیماران ویزیت شده	افزایش رضایتمندی و توانمندسازی بیماران - بهبود پابندی به درمان	- مقاومت احتمالی برخی پزشکان در برابر تغییر روال سنتی (فرهنگ پزشک‌محور)	- تشکیل کمیته تخصصی مشکل از نفرولوژیست‌ها، پرستاران، مددکاران اجتماعی و نمایندگان بیماران
نیاز به تخصیص بودجه و منابع برای آموزش و تولید محتوا	- کاهش اضطراب و احساس درماندگی بیمار - ارتقای کیفیت زندگی بیماران - شفافیت بیشتر در فرایند درمان	- کمبود زمان کافی در مطب و کلینیک‌ها برای گفت‌وگو کافی	- برگزاری دوره‌های آموزشی اجباری برای کادر درمان
		- هزینه‌های اولیه تولید و توزیع محتوای آموزشی	- تهیه و توزیع محتوای آموزشی استاندارد (بروشور، فیلم) برای بیماران
راه‌اندازی «کلینیک‌های انتخاب روش دیالیز» پیش از شروع درمان			
- احتمال تاخیر در شروع درمان به دلیل زمان‌بر بودن فرآیند مشاوره	- ارائه اطلاعات بی‌طرفانه و کامل به بیمار - کاهش بار کاری پزشکان	- کمبود نیروی انسانی متخصص و آموزش دیده	- اختصاص فضای فیزیکی در مراکز درمانی - آموزش تیم‌های چندتخصصی (پرستار مجرب، مددکار اجتماعی)
- چالش در دسترسی بیماران مناطق محروم به این کلینیک‌ها	- کمک به بیمار برای انتخاب روش منطبق بر سبک زندگی خود - کاهش ترس از ناشناخته‌ها	- هزینه‌های راه‌اندازی و نگهداری کلینیک - نبود پوشش بیمه‌ای برای خدمات مشاوره‌ای	- طراحی چک‌لیست استاندارد برای ارائه اطلاعات کامل به بیمار
استفاده از فناوری (اپلیکیشن یا پلتفرم آموزشی) برای توانمندسازی بیماران			
- عدم استقبال بیمارانی که با فناوری راحت نیستند	- دسترسی ۲۴ ساعته بیمار به اطلاعات قابل فهم - کاهش خلأ اطلاعاتی	- شکاف دیجیتال و دسترسی نداشتن برخی بیماران مسن یا کم‌سواد به تلفن هوشمند	- توسعه نرم‌افزار کاربرپسند با محتوای چندرسانه‌ای (ویدیو، اینفوگرافیک)
- خطر دریافت اطلاعات نادرست از منابع غیررسمی	- آزادسازی زمان کادر درمان برای پاسخ به سؤالات تخصصی‌تر - مقیاس‌پذیری بالا و پوشش گسترده	- هزینه‌های توسعه و نگهداری نرم‌افزار - نیاز به بروزرسانی مستمر محتوا	- اطمینان از در دسترس بودن در مناطق کم‌برخوردار - آموزش بیماران و خانواده‌ها برای استفاده از نرم‌افزار

جدول ۲. تحلیل ذینفعان و الزامات اجرایی گزینه‌های سیاستی مرتبط با مشارکت بیمار در انتخاب نوع دیالیز

ذینفعان کلیدی	موضع احتمالی	چالش‌ها	چارچوب زمانی	تسهیل‌کننده‌ها
<b>تدوین و ابلاغ دستورالعمل ملی «تصمیم‌گیری مشترک پزشک و بیمار» برای انتخاب روش دیالیز</b>				
-وزارت بهداشت -انجمن نفرولوژی ایران -کادر درمان (پزشکان، پرستاران) -بیماران	موافق: وزارت بهداشت (ارتقای شاخص‌های کیفیت)، بیماران ممتنع یا مخالف: برخی پزشکان (افزایش بار کاری، تغییر فرهنگ)	-هماهنگی بین بخشی برای ابلاغ و نظارت -تغییر نگرش و رفتار پزشکان -ترس بیماران از تصمیم‌گیری	کوتاه‌مدت (یک ساله): تدوین دستورالعمل میان‌مدت (دو ساله): آموزش کشوری و پایش اولیه	-گنجاندن مباحث «ارتباط پزشک و بیمار» در دوره‌های بازآموزی اجباری -معرفی بیماران توانمند شده به عنوان سفیران سلامت
<b>راه‌اندازی «کلینیک‌های انتخاب روش دیالیز» پیش از شروع درمان</b>				
-دانشگاه‌های علوم پزشکی -مدیران بیمارستان‌ها -پرستاران و مددکاران اجتماعی -شرکت‌های بیمه	موافق: پرستاران و مددکاران (تعریف نقش جدید)، بیماران مخالف: مدیران بیمارستان‌ها (مسئله هزینه و فضا)، بیمه‌ها (عدم پوشش)	-تامین بودجه پایدار -تعریف شرح وظایف و جبران خدمت تیم جدید -اثر بخشی اقتصادی برای بیمه‌ها	میان‌مدت (۲-۳ ساله): راه‌اندازی پایلوت در چند مرکز بزرگ بلندمدت (۵ ساله): تعمیم به مراکز استان‌ها	-انجام مطالعه «تحلیل هزینه-فایده» برای متقاعدسازی بیمه‌ها و مدیران -استفاده از فضای‌های موجود با بازمهندسی فرایند
<b>استفاده از فناوری (اپلیکیشن یا پلتفرم آموزشی) برای توانمندسازی بیماران</b>				
-شرکت‌های فناوری سلامت -وزارت ارتباطات -کادر درمان -بیماران و خانواده‌ها	موافق: شرکت‌های فناوری سلامت (بازار جدید)، وزارت ارتباطات (عدالت دیجیتال) ممتنع: بیماران مسن یا کم‌سواد (احساس شکاف دیجیتال)	-تضمین صحت و به‌روزرسانی محتوا -دسترسی و آموزش به گروه‌های محروم -یکپارچه‌سازی با سامانه‌های پزشکی	کوتاه‌مدت (۶ ماهه): طراحی و تولید نمونه اولیه میان‌مدت (۱۸ ماهه): اجرای پایلوت و رفع اشکالات	-ایجاد «پایگاه‌های اینترنتی عمومی» در مراکز دیالیز برای دسترسی بیماران -تولید محتوای صوتی و تصویری ساده برای بیماران کم‌سواد

### بحث

اجرای هر یک از گزینه‌های سیاستی پیشنهادی، با وجود برخی مزایا، نیازمند عبور از موانع ساختاری، فرهنگی و مالی است. درک موانع برای طراحی یک نقشه راه واقع‌بینانه و اجرای موفقیت‌آمیز این سیاست‌ها لازم است.

از جمله چالش فراگیر، فرهنگ پزشک‌محور حاکم بر نظام سلامت است. تمرکز بر تصمیم‌گیری یک‌طرفه و غیر مشارکتی توسط پزشک در طول سال‌ها، تغییر نگرش را به فرآیندی زمان‌بر و نیازمند آموزش مستمر تبدیل می‌کند. بسیاری از پزشکان به دلیل حجم بالای بیمار و کمبود زمان، ممکن است اجرای فرآیند تصمیم‌گیری مشترک را عامل کاهنده بهره‌وری تلقی کنند. از سوی دیگر، سطح سواد سلامت پایین و رویکرد انفعالی برخی بیماران نیز مانع مهمی است. علاوه بر این، محدودیت‌های بودجه‌ای نظام سلامت، تامین منابع مالی برای آموزش گسترده کادر درمان، راه‌اندازی ساختارهای جدید مانند کلینیک‌های مشاوره، و تولید محتوای استاندارد را با چالش‌های دشوار مواجه می‌کند.

در این زمینه راهکار «تدوین دستورالعمل ملی» اگرچه از نظر قانونی ضروری است، مهم‌ترین مانع آن، اجرای صرف اداری و فاقد پشتوانه فرهنگی است. بدون همراهی واقعی جامعه پزشکی و ایجاد

انگیزه برای آنان، چنین دستورالعملی ممکن است به صورت بخشنامه‌ای اجرا نشدنی باقی بماند. الزامات اجرایی آن، نظیر برگزاری دوره‌های آموزشی ملی، بسیار پرهزینه و پیچیده است و نظارت بر اجرای آن در مرکز درمانی متعدد و پراکنده، نیازمند سازوکارهای پایشی قوی است.

«راه‌اندازی کلینیک‌های انتخاب روش دیالیز» راهکاری هدفمند و موثر است، منتهی موانع ساختاری و مالی به دنبال دارد. تامین فضای فیزیکی اختصاصی و به‌ویژه، تامین نیروی انسانی متخصص (پرستاران آموزش‌دیده و مددکاران اجتماعی) در شرایط فعلی کمبود نیرو در نظام سلامت، امری چالش‌برانگیز است. همچنین، تعریف کدهای بیمه‌ای جدید برای خدمات این کلینیک‌ها و متقاعدسازی شرکت‌های بیمه‌گر جهت پوشش هزینه‌های مشاوره، فرایندی طولانی و نیازمند اثبات «صرفه اقتصادی» در بلندمدت است. این گزینه در مراحل اولیه بهتر است به صورت پایلوت تنها در مراکز بزرگ دانشگاهی اجرا شود.

«استفاده از فناوری (اپلیکیشن یا پلتفرم)»، از نظر مقیاس‌پذیری و هزینه-اثر بخشی مورد توجه است؛ با این حال مانع اصلی آن، شکاف دیجیتال است. به این صورت که بخش قابل توجهی از بیماران دیالیزی را سالمندان، افراد کم‌سواد یا ساکنان مناطق محروم تشکیل می‌دهند که یا به تلفن هوشمند دسترسی ندارند یا مهارت استفاده از آن را

راه‌اندازی تدریجی کلینیک‌های انتخاب روش دیالیز اختصاص داشته باشد. این گزینه به عنوان بازوی قدرتمند مدل مراقبت مشارکتی، به دلیل هزینه و پیچیدگی اجرایی بیشتر، برای بلندمدت و شروع به صورت «پایلوت» در مراکز درمانی بزرگ توصیه می‌شود تا اثربخشی آن در بهبود شاخص‌های کیفیت زندگی بیماران و حتی صرفه‌جویی اقتصادی ناشی از پایداری بهتر به درمان، مشخص شود.

### نتیجه‌گیری

با توجه به تبیین‌ها و اولویت‌های مطرح شده، بهره‌گیری از رویکرد «همه‌جانبه‌نگر» برای مشارکت یافتن بیماران در تصمیم برای اتخاذ روش درمان‌شان، به سیاستگذاران سلامت توصیه می‌شود. تغییر از مدل پزشک‌محور به مدل مشارکتی، تنها با تدوین دستورالعمل میسر نیست، و نیازمند توانمندسازی همزمان بیمار و پزشک از طریق فناوری، آموزش و تغییر فرهنگ است. پیامد این سرمایه‌گذاری هم در «رضایت بیمار» و هم در «ارتقای شاخص‌های کیفیت درمان و استفاده بهینه از منابع» در بلندمدت قابل دستیابی است.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی با کد ۲۴۰۳۶۶ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی دانشکده‌ی پرستاری اصفهان به انجام رسیده است. بدین‌وسیله از زحمات مسئولین محترم دانشکده‌ی پرستاری و مامایی و اعضای محترم مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی اصفهان تقدیر و تشکر می‌شود.

ندارند. بنابراین، تکیه صرف بر این روش می‌تواند منجر به محرومیت این گروه‌ها و افزایش نابرابری در دسترسی به اطلاعات شود. علاوه بر این، تضمین کیفیت، صحت و به‌روزرسانی مستمر محتوای دیجیتال، نیازمند نظارت و هزینه مستمر است.

با در نظر گرفتن تبیین‌های مطرح شده، سیاستگذاران حوزه‌ی سلامت بایستی استراتژی تلفیقی و گام‌به‌گام را در پیش گیرند. زیرا که هیچ‌یک از گزینه‌ها به صورت موردی قادر به حل مسأله مورد نظر نیستند. در این زمینه اولویت‌بندی به صورت زیر پیشنهاد می‌شود:

راهبرد تدوین و ابلاغ دستورالعمل ملی «تصمیم‌گیری مشترک» همراه با بسته‌های آموزشی به عنوان اولویت اول (کوتاه‌مدت و زیربنایی) پیشنهاد می‌شود. برای غلبه بر موانع اجرایی نیز بایستی از ابتدا «جامعه‌ی پزشکی» در فرایند تدوین دستورالعمل مشارکت یابند و با ایجاد احساس مالکیت و هم‌افزایی موفقیت اجرا افزایش یابد. همچنین معرفی دستورالعمل در ابتدا به صورت «آیین‌نامه‌ی اخلاق حرفه‌ای» کمک کننده است.

توسعه و راه‌اندازی پلتفرم ملی آموزشی برای بیماران کلیوی در اولویت دوم و به صورت میان‌مدت و با هدف توانمندسازی معرفی می‌شود. این گزینه به دلیل مقیاس‌پذیری بالا و پوشش گسترده، امکان سریع کاهش خلأ اطلاعاتی را دارد. برای کاهش شکاف دیجیتال نیز پیشنهاد می‌شود پلتفرم به‌صورت «چندرسانه‌ای» (با محتوای صوتی، تصویری) طراحی شود و دسترسی به آن در خود مراکز دیالیز میسر باشد. این گزینه تکمیل‌کننده‌ی مناسبی در همراهی با اولویت اول است و بار آموزشی را برای پزشکان تعدیل می‌کند.

اولویت سوم به صورت بلندمدت و آرمانی‌تر می‌تواند به

### References

1. Ghomi R, Gkajian Galoogahi Z. Dialysis Patients' Experiences of Participating in Dialysis Type Selection: A Phenomenological Study [in Persian]. J Sabzevar Univ Med Sci 2024; 29(4): 392- 402.
2. Minei AP, Kaipu SO. Respect for patients' right to autonomy. J Health Sci 2020; 8: 100-12.
3. Biabani F, MahmudiRad GH, Hassankhani H, Rahmani A. Experiences of Iranian peritoneal dialysis patients regarding the decision to choose the type of kidney replacement therapy: a qualitative study [in Persian]. J Sabzevar Univ Med Sci 2023; 29(6): 769-84.
4. Bahrami MA, Jafari H, Jambarsang S, Entezarian Ardakani S. Patients' decision-making preferences and perceived participation in care: a case study in selected educational hospitals of Yazd [in Persian]. Manage Strat Health Syst 2021; 6(2): 117-32.
5. Vaskouei EK, Hajinabi K, Riahi L, Maleki M. Patient shared decision-making models: a comparative study [in Persian]. Iranian Journal of Nursing Research (IJNR) 2019; 13(6): 83-93.

## Policy Strategies Related to Redesigning the Dialysis Type Selection Process with a Patient-Centered Engagement

Robabeh Ghomi<sup>1</sup>, Fateme Biabani<sup>2</sup>, Mahboobeh Namnabati<sup>3</sup>

### Policy Brief

#### Executive Summary

End-stage renal disease is one of the most challenging chronic diseases that places patients on the path of making critical decisions about their treatment modality (hemodialysis, peritoneal dialysis, or kidney transplantation). Despite the emphasis of national and international laws on the patient's right to informed participation in the treatment process, the findings of a qualitative study in Iran show that most dialysis patients do not have a role in choosing their dialysis type and are not consulted about it. This gap serves as a significant barrier to patients' quality of life and the central ethics of the health system. Analysis of the lived experiences of these patients has identified three key factors as the root of this problem: 1) an information gap (lack of awareness of available options and their consequences), 2) fear and helplessness in the face of the unknowns of the disease and treatment, and 3) a physician-centered culture that limits the space for active dialogue.

Based on this evidence, this policy brief proposes three strategic options to overcome this challenge: developing a national shared decision-making guideline as the legal basis for change, developing a national multimedia educational platform to empower patients and fill the information gap, and, finally, setting up specialized dialysis method consultation clinics. The first two options are prioritized for implementation, which complement each other and simultaneously target both the culture of the health system and the level of patient awareness. Investment in this direction, as well as increasing patient satisfaction, will lead to optimization of financial resources and improving the efficiency of the health system in the long term by improving adherence to treatment and choosing a method that is compatible with lifestyle. Therefore, it is imperative that policymakers take consistent action to institutionalize the collaborative care model in the field of kidney failure.

**Keywords:** Decision Making, Dialysis, Kidney Failure, Quality of Life, Patients, Health System, Policy Brief

**Citation:** Ghomi R, Biabani F, Namnabati M. **Policy Strategies Related to Redesigning the Dialysis Type Selection Process with a Patient-Centered Engagement.** J Isfahan Med Sch 2026; 44(856): 436-40.

1- PhD Student in Nursing, Nursing and Midwifery Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

3- Professor of Nursing, Department of Pediatric and Neonatal Nursing, School of Nursing and Midwifery, Nursing and Midwifery Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Robabeh Ghomi, PhD Student in Nursing, Nursing and Midwifery Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: Robabeh.ghomi@gmail.co