




Effect of Medication Education on Drug Adherence with Mental Disorders: A Clinical Trial Study

Efat Sadeghian ¹, Mina Nezafatdoost ², Lily Tapak ³, Farshid Shamsaei ^{4,*} 

¹ Assistant Professor, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Msc Student of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health Sciences Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁴ Associate Professor, Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* **Corresponding author:** Farshid Shamsai, Associate Professor, Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. E-mail: shamsaei68@yahoo.com

Received: 29 Sep 2018

Accepted: 21 Dec 2018

Abstract

Introduction: One of the main goals of treatment in patients with mental disorders is compliance with drug therapy because non-compliance of the drug causes relapse of the disease and disrupts the treatment process. The purpose of this study was to investigate the effect of pharmacotherapy training on drug availability in patients with mental disorders.

Methods: In this clinical trial study, 80 patients with Mental Disorders diagnosed in Farshchian Hospital in Hamadan, Iran, from October to February 2017 participated. Participants in the study were randomly divided into two experimental (40) and control (40) groups. In the intervention group, medication education was administered in four sessions of an hour in group (each group of 10). The control group received routine nursing care. Patients' adherence with drug therapies was checked by using the checklist for observing drug compliance before and after the intervention. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics in SPSS software version 24.

Results: The two groups did not differ significantly in terms of personal characteristics ($P > 0.05$). Mean and standard deviation of drug compliance score before and after intervention in experimental group was 0.55 ± 4.03 and control group was 1.50 ± 4.34 , which did not show significant difference ($P = 0.306$). After the intervention, the difference in mean and standard deviation of drug adherence score was statistically significant in the experimental group (5.02 ± 3.27) and control (1.17 ± 3.53) ($P < 0.001$).

Conclusions: Medication education interventions have had a positive effect on drug dependence in patients with psychiatric disorders. Therefore, it is suggested that more attention be paid to educating patients about nursing care in nursing care programs.

Keywords: Education, Medication Therapy, Mental Patients, Medication Adherence



تأثیر آموزش دارو درمانی بر تبعیت دارویی بیماران با اختلالات روانی: یک مطالعه کار آزمایی بالینی

غفت صادقیان^۱، مینا نظافت دوست^۲، لیلی تاپاک^۳، فرشید شمسایی^{۴*} ID

^۱ استادیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات بیمارهای مزمن (مراقبت در منزل)، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران
^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران
^۳ استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران
^۴ دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران
 * نویسنده مسئول: فرشید شمسایی، دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران. ایمیل: shamsaei68@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۰۷

چکیده

مقدمه: یکی از اهداف مهم درمان در بیماران مبتلا به اختلالات روانی تبعیت درمان دارویی است زیرا عدم تبعیت دارو موجب عود بیماری می‌شود و فرایند درمان را مختل می‌نماید. این پژوهش با هدف تأثیر آموزش دارو درمانی بر تبعیت دارویی در بیماران مبتلا به اختلالات روانی بستری انجام شد.

روش کار: در این مطالعه کار آزمایی بالینی ۸۰ بیمار با تشخیص اختلال روانی بستری در بیمارستان روانپزشکی فرشچیان شهر همدان واقع در غرب کشور ایران از مهرماه تا بهمن ماه ۱۳۹۶ شرکت کردند. شرکت کنندگان در مطالعه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۴۰ نفر) و کنترل (۴۰ نفر) تقسیم شدند. مداخله آموزش دارو درمانی در چهار جلسه یک ساعته به صورت گروهی (هر گروه ۱۰ نفر) اجرا شد. گروه کنترل مراقبت‌های روتین پرستاری را دریافت کردند. میزان تبعیت بیماران با استفاده از چک لیست مشاهده تبعیت دارویی قبل و بعد از مداخله بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام گرفت.

یافته‌ها: دو گروه از نظر مشخصات فردی تفاوت معنی داری با هم نداشتند ($P > 0/05$). میانگین و انحراف معیار نمره تبعیت دارویی قبل از مداخله در گروه آزمایش $4/03 \pm 0/55$ و گروه کنترل $4/43 \pm 1/5$ بود که آزمون آماری تفاوت معنی داری نشان نداد ($0/306$). بعد از مداخله تفاوت میانگین و انحراف معیار نمره تبعیت دارویی در گروه آزمایش ($5/02 \pm 3/27$) و کنترل ($1/17 \pm 3/53$) از لحاظ آماری معنادار بود ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: مداخلات آموزش دارو درمانی روی تبعیت دارو درمانی در بیماران با اختلال روانی تأثیر مثبتی داشته است بنابراین پیشنهاد می‌شود در برنامه مراقبت پرستاری از بیماران آموزش درباره داروهای مصرفی بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: آموزش، دارو درمانی، بیماران روانی، تبعیت دارویی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

اغلب گام اول در درمان در مرحله حاد بیماری و همچنین به عنوان درمان نگهدارنده پس از ترخیص و ادامه درمان در منزل و جامعه است (۳)؛ طوری که موسسه ملی بهداشت و روان در سال ۲۰۱۴ داروهای روان را به عنوان یک درمان اولیه برای افراد مبتلا به بیماری‌های روانی توصیه می‌کند [۱، ۲].

در حال حاضر بیماری‌های روانی به دو صورت جسمی و روانی درمان می‌شوند. یکی از انواع درمان‌های جسمی دارو درمانی است. دارو درمانی روشی موثری است که به افراد کمک می‌کند به سطح قبلی عملکرد و بهبود کیفیت زندگی دست یابند. ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران به دنبال ترخیص از بیمارستان تحت دارو درمانی قرار می‌گیرند (۲، ۱). درمان بیماران مبتلا به اختلالات روانی با استفاده از داروهای روان پزشکی

دارو درمانی و تشویق بیماران به تبعیت از درمان دارند. با استفاده از شیوه‌های مختلف مانند آموزش چهره به چهره، یادآورهای تلفنی، استفاده از پمفلت مداخلات خودمراقبتی و ارائه پشتیبانی و مشاوره به تبعیت درمانی بیماران کمک می‌کنند [۱۴، ۱۵].

آموزش به بیمار به عنوان یکی از حوزه‌های مهم در دارودرمانی مطرح شده است. در منابع متعدد تأثیر مثبت آموزش بر تبعیت دارویی بیان شده است [۱۶-۲۲]. علاوه بر آموزش به بیمار بحث در مورد عقاید بیماران و دانش دارویی سبب بهبود تبعیت دارویی آن‌ها می‌شود [۱۵]. در آموزش گروهی یکی از مهم‌ترین شیوه‌های آموزشی است تبادل اطلاعات و بحث در گروه، استفاده از تجربیات یکدیگر رخ می‌دهد و افزایش مشارکت، اعتماد به نفس و حس مسئولیت را در پی دارد [۲۳]. آموزش گروهی بیماران توسط پرستاران یک راه مؤثر برای افزایش اطلاعات دارویی در بیماری‌های مزمن می‌باشد؛ به بیماران کمک می‌کند تا مهارت‌هایی که لازم دارند را به دست آورند و آنها را حفظ کنند، زندگی خود را در بهترین حالت ممکن مدیریت کنند، کیفیت زندگی خود را بهبود ببخشند، رفتارهای مناسب در حین بیماری و سلامتی و همکاری بهتر با مراقبین داشته باشند، تبعیت درمانی بهتری داشته باشند [۱۹، ۲۰]؛ همچنین حمایت احساسی اطلاعاتی از بیمار و خانواده وی و توانمندسازی بیماران روان را دنبال دارد [۲۲، ۲۳]. با توجه به عود مکرر و اهمیت تبعیت دارویی در بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی، از طرفی عدم ارائه آموزش نسبت به اقدامات دارو درمانی توسط پرستاران، عدم وجود مطالعه‌ای که آموزش گروهی دارودرمانی را بر تبعیت دارویی بیماران روانپزشکی با تشخیص‌های مختلف سنجیده باشد و با در نظر گرفتن ملاحظات خاص فرهنگی، بومی و اقتصادی این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش دارو درمانی بر تبعیت دارویی بیماران روان انجام شد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی است و محیط مطالعه بیمارستان روانپزشکی فرشچیان شهر همدان واقع در غرب کشور ایران می‌باشد

حجم نمونه براساس مطالعه مشابه (۲۶) با در نظر داشتن خطای نوع اول ۵٪، توان آزمون ۹۰٪، انحراف معیار ۴ و مقدار اختلاف نمره میانگین پاسخ دو گروه برابر ۲/۵، در هر گروه ۴۰ نفر برآورد گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: بیمار بزرگسال، عدم وجود عقب ماندگی ذهنی، تشخیص اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو، اختلال دوقطبی نوع یک و افسردگی اساسی طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش ۵ (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)، نبودن در شرایط حاد سایکوز، سواد خواندن و نوشتن، توانایی نشستن در صندلی حداکثر به مدت ۶۰ دقیقه، حداقل سابقه یک بار بستری شدن به خاطر عود بیماری، عدم سابقه سوء مصرف مواد بود. معیارهای خروج شامل: عدم تمایل به ادامه همکاری، عود بیماری، ترخیص در حین مطالعه و عدم شرکت منظم در برنامه آموزشی بود.

با توجه به اینکه تعداد بخش‌های روان پزشکی در بیمارستان فرشچیان ۴ بخش (۲ بخش زنان و ۲ بخش مردان) می‌باشد؛ جهت جلوگیری از تبادل اطلاعات بین گروه آزمایش و کنترل، با استفاده از روش تصادفی

یکی از بزرگترین مشکلات در درمان دارویی بیماران مبتلا به اختلالات روانی خودداری از خوردن دارو و تبعیت نکردن از دستورات درمانی است [۳]. تبعیت، ادامه درمان منطبق با توصیه‌های بهداشتی است و شامل توانایی بیمار برای پیگیری درمان تعیین شده، دریافت داروی تجویز شده، ایجاد تغییرات توصیه شده در روش زندگی و کامل کردن بررسی‌های توصیه شده است (۴). تبعیت دارویی، طول مدت بستری، هزینه‌های غیر مستقیم بیماری را کاهش داده و کیفیت زندگی را اصلاح می‌کند. عملکرد بیمار را در جامعه بهبود می‌بخشد و ثبات خانوادگی، رضایتمندی و عدم وابستگی را دنبال دارد [۴]. با این حال عدم تبعیت دارو به عنوان یک مانع جهت دستیابی به اهداف درمانی است و یک مشکل شایع بالینی است. ۳۰ تا ۴۰ درصد از بیماران با بیماری‌های مزمن رژیم دارویی خود را رعایت نمی‌کنند [۵].

طبق گزارشات سازمان بهداشت جهانی ۲۸ تا ۵۲ درصد اختلال افسردگی، ۲۰ تا ۵۰ درصد اختلال دوقطبی و ۲۰ تا ۷۲ درصد بیماران اسکیزوفرنی امتناع از خوردن دارو را نشان می‌دهند [۶]. حدود ۴۲٪ از بیماران داروهای ضدافسردگی خود را در ماه اول و ۷۲٪ در ماه سوم درمان قطع کردند [۷]. به طور کلی ۷۴٪ از بیماران در ۱۸ ماه اول درمان داروهای خوراکی اولیه خود را بدون دستور پزشک قطع کرده‌اند [۸، ۹]. طبق یک نظر سنجی توسط ماتسودا در سال ۲۰۱۵ علت بستری مجدد، قطع داروها مبتنی بر خود تشخیصی بوده است و بیش از ۷۰ درصد بیماران دنبال قطع داروها در سال اول بعد از ترخیص سابقه بستری مجدد داشته‌اند [۱۰].

توقف دارو درمانی خطر عود زودرس را دو برابر می‌کند و عامل اصلی در بستری شدن بیماران روان است. نتایج بالقوه ناشی از تبعیت ضعیف، تأخیر در بهبودی بیماری حاد، پیشرفت بیماری مزمن و نیاز به درمان‌های پیشرفته، افزایش میزان درگیری (پرخاشگری و فرار)، تشنج زایی، پرخاشگری کلامی (امتناع از غذا و نوشیدنی)، افزایش خطر عود، خودکشی، بستری در بیمارستان، افزایش مرگ و میر، حبس، بی خانمانی، فقر، نقص‌های عملکردی می‌باشد [۶، ۷، ۱۰]. عواملی مانند جنس، نژاد، سن، تحصیلات، محیط زندگی ناپایدار، زندگی به تنهایی، وضعیت تأهل، تشخیص بیماری، مشکلات سلامت جسمی، دانش کم در مورد داروها و بیماری، فقدان حمایت اجتماعی، تعداد داروهای تجویز شده، هزینه بالای داروها (به خصوص برای افراد با وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین‌تر)، پیگیری مراقبتی کمتر، عدم اعتماد و ارتباط نامناسب بین بیمار و ارائه دهنده مراقبت، پیچیدگی درمان، احساسات منفی نسبت به مصرف دارو، کم صحبت کردن پرستاران و پزشکان در مورد بیماری و درمان، اغلب تبعیت دارویی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۲، ۸، ۱۱، ۱۲].

بهترین دارو در مناسب‌ترین دوز هم در صورتی مؤثر است که بیمار اطلاعات دارویی داشته باشد و به آن پایبند باشد (۵). بسیاری از بیمارانی که به تازگی از بیمارستان مرخص شده‌اند دانش کمی در مورد داروهای خود دارند [۱۱]. آن‌ها نام و دوز دارویی خود را نمی‌دانند و فهم ناقصی از اطلاعات دارویی خود دارند. علاوه بر این در بسیاری از موارد بیماران مزمن در مورد برنامه دارویی خود، ماهیت بیماری و نیاز به ادامه مصرف دارو در دوران بهبودی و نیاز به مصرف آنها تا آخر عمر مطلع نیستند که می‌تواند عاملی برای امتناع از مصرف دارو باشد [۱۲]. [۱۳] پرستاران به عنوان اعضای تیم مراقبتی نقش مهمی در آموزش

صادقیان و همکاران

دارو خوردن ۲۰ بیمار را مشاهده کردند سپس ضریب پیوستگی پیرسون بین میانگین نمره دو مشاهده گر محاسبه و $r=0/85$ بدست آمد.

برنامه آموزشی برای هر گروه به شیوه سخنرانی (سمعی و بصری)، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، در گروه‌های ۱۰ نفر برای بیماران و در ۴ جلسه ۱ ساعته توسط تیم تحقیق شامل دو نفر دکترای تخصصی روانپرستاری و دانشجوی کارشناسی ارشد روانپرستاری در کلاس بخش‌های روانپزشکی انجام می‌گرفت. محتوای برنامه آموزشی برای در هر جلسه در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

قبل از اجرای مداخله آموزشی رفتار بیمار را در هنگام مصرف دارو براساس آیتم‌های چک لیست مشاهده تبعیت دارویی توسط یکی از محققین که با سایر پرستاران همکاری می‌کرد مشاهده و ثبت می‌گردید. پس از اتمام جلسات آموزشی، چک لیست تبعیت دارویی مجدداً توسط پژوهشگر برای هر دو گروه تکمیل شد.

پس از تکمیل چک لیست پس از آزمون برای دو گروه، جهت رعایت اخلاق یک جلسه آموزشی دارویی بصورت گروهی، برای بیماران گروه شاهد نیز برگزار شد.

ساده (پرتاب سکه) دو بخش (یکی از بخش زنان و یکی از بخش‌های مردان) برای انتخاب نمونه‌های گروه آزمایش و دو بخش دیگر (یک بخش زنان و یک بخش مردان) برای انتخاب نمونه‌های گروه کنترل در نظر گرفته شد و بدین ترتیب اثر تعامل دو گروه کاملاً کنترل شد. ابزار جمع آوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و چک لیست تبعیت دارویی بودند.

چک لیست مشاهده‌ای تبعیت دارویی توسط صادقیان و همکاران در سال (۱۳۸۴) ساخته شده است [۲۴]. این چک لیست از چهار بخش (حضور جهت خوردن دارو، دریافت دارو از پرستار، خوردن دارو و کنترل مصرف دارو) تشکیل شده است و بر اساس معیار لیکرت ۵ نقطه ایی نمره گذاری می‌شود. با کمک این چک لیست می‌توان دارو خوردن بیمار را از نظر حضور جهت خوردن دارو، دریافت دارو از پرستار، خوردن دارو و کنترل مصرف دارو مورد مشاهده قرار داد. حداکثر نمره حاصل از این چک لیست ۸+ و حداقل نمره ۸- می‌باشد.

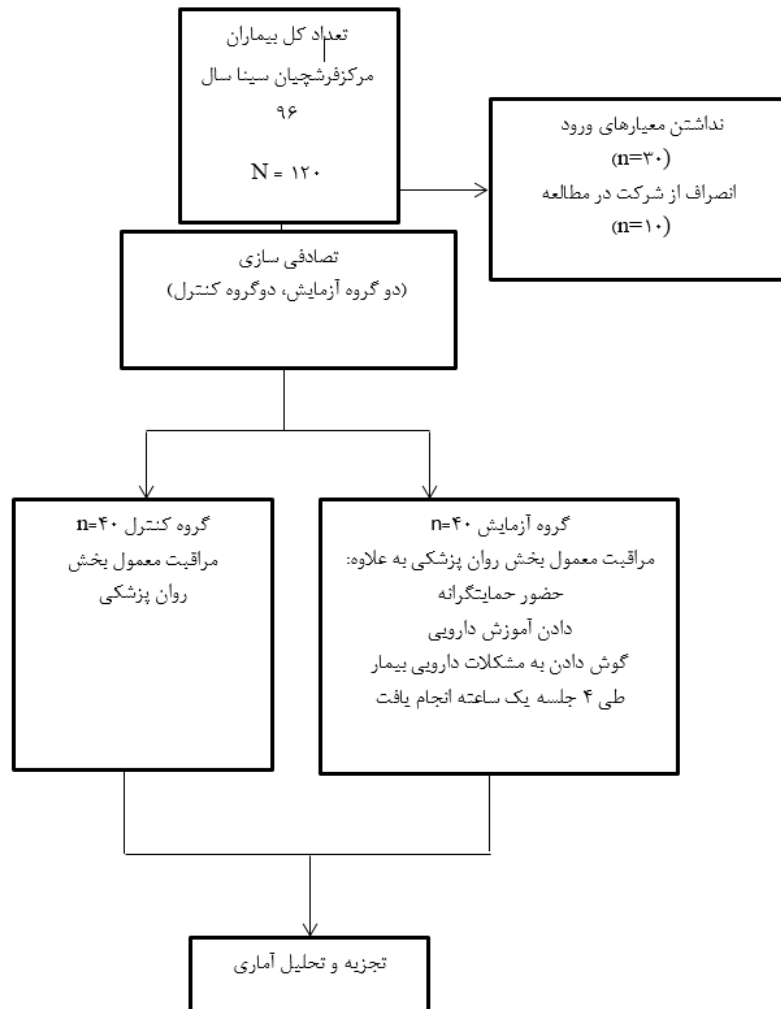
پایایی این پرسشنامه در مطالعه صادقیان و همکاران (۱) $(r = 0/93)$ محاسبه شده است. در مطالعه حاضر نیز پایایی پرسشنامه مجدداً بررسی شد. جهت بررسی پایایی این چک لیست از روش پایایی مشاهده گر استفاده شد؛ بدین صورت که دو پرستار، بطور هم زمان اما مستقل،

جدول ۱: فهرست محتوای جلسات آموزش دارو به بیماران روان

جلسه اول
معارفه و آشنایی و بیان اهداف آموزشی
اعتماد سازی
اخذ تاریخچه روان پزشکی
تشویق به بیان تجربیات مصرف دارو
پاسخ به سؤالات
جلسه دوم
آشنایی با بیماری‌های روان پزشکی
آشنایی با علائم بیماری‌های روانی
آشنایی با تأثیر این علائم در زندگی
اهمیت دارو درمانی و نقش آن در عود بیماری
دادن فرصت به بیمار در مورد توضیح تجربیات شخصی و پاسخ به سؤالات
جمع بندی و تنظیم وقت جلسه بعدی
جلسه سوم
پرسش و پاسخ درمورد محتوای جلسه قبلی
آشنایی با درمان‌های دارویی
عوارض مصرف داروها
فواید مصرف داروها
آشنایی با دوز مصرفی و مدت مصرف داروها
تشویق بیمار به بیان تجربیات شخصی در مورد مصرف داروها
پاسخ به سؤالات
جمع بندی و تنظیم وقت جلسه بعدی
جلسه چهارم
پرسش و پاسخ از محتوای جلسه قبلی
آشنایی با مراقبت‌های مربوط به داروها
اهمیت درمان‌های دارویی
نقش حفاظتی پایبندی به دارو در پیشگیری از عود
نقش دارو در پیشگیری از بیماری
نقد، بررسی و جمع بندی
پرسش و پاسخ
ارزیابی نهایی

به ثبت رسیده است و کلیه ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ مجوز از کمیته اخلاق (کد IR.UMSHA.REC.1396.313)، تکمیل فرم رضایت آگاهانه کتبی توسط شرکت کنندگان در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات ثبت شده، دادن حق شرکت یا کناره گیری از پژوهش به نمونه‌ها، مورد توجه قرار گرفته است.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. جهت توصیف داده‌های از آماره‌های فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و جهت تحلیل داده‌ها از آزمون کای دو، آزمون کولموگروف اسمیرنوف و ویلکاکسون و من ویتنی استفاده شد. سطح معنی داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است. این مطالعه در مرکز کارآزمایی بالینی ایران به شماره IRCT2017071033374N4



تصویر ۱: تصویر کانسورت: روند انتخاب بیماران در مطالعه حاضر

یافته‌ها

همگن بودند. میانگین و انحراف معیار تبعیت از رژیم دارویی بیماران قبل از مداخله در گروه آزمایش (0.3 ± 0.55) و در گروه کنترل (0.43 ± 0.15) بود. بنابراین قبل از انجام مداخله در دو گروه از نظر تبعیت از رژیم دارویی تفاوت آماری معنی داری نداشتند $(P = 0.306)$. بعد از انجام مداخله میانگین و انحراف معیار تبعیت بیماران در گروه آزمایش (0.27 ± 0.5) و در گروه کنترل (0.53 ± 0.11) بود که از لحاظ آماری تفاوت معنی دار بود $(P < 0.001)$ به عبارتی دیگر مداخلات آموزش دارو درمانی تبعیت درمانی را در گروه آزمایش بهتر کرده بود تفاوت آماری معنی داری داشتند (جدول ۲).

در طول مدت پژوهش ۱۲۰ نفر وارد مطالعه شدند که ۳۰ نفر شرایط شرکت در مطالعه را نداشتند. تا پایان مدت پژوهش ۱۰ نفر از پژوهش خارج شدند. ۴ نفر در گروه آزمایش که در مراحل از مداخله شرکت نکردند و ۶ نفر در گروه کنترل تمایلی برای شرکت در مطالعه نشان ندادند و از مطالعه خارج شدند. میانگین سنی بیماران در گروه آزمایش 36.57 ± 9.19 و در گروه کنترل 35.77 ± 9.34 بود. اکثر شرکت کنندگان در هر دو گروه را افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر از دیپلم، متأهل، دارای سابقه قطع دارو، خانه دار، با تشخیص اختلال دو قطبی تشکیل می‌دادند. سایر مشخصات جمعیت شناسی در جدول شماره ۱ آورده شده است. لازم به ذکر است که دو گروه از نظر این متغیرها

جدول ۲: مشخصات فردی بیماران با اختلالات روانی در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه کنترل تعداد (%)	گروه آزمایش تعداد (%)	X ²	df	P-value
جنسیت			۱/۰۰۰	۱	۰/۰۰۰
زن	(۵۰)۲۰	(۵۰)۲۰			
مرد	(۵۰)۲۰	(۵۰)۲۰			
وضعیت تأهل			۰/۴۹	۳	۰/۹۲۱
مجرد	(۲۵)۱۰	(۳۰)۱۲			
متأهل	(۴۷/۵)۱۸	(۴۰)۱۶			
مطلقه	(۲۲/۵)۹	(۲۵)۱۰			
فوت شده	(۵)۲	(۵)۲			
تحصیلات			۱/۷۴	۴	۰/۶۸۱
سیکل	(۵۷/۵)۲۳	(۵۰)۲۰			
دیپلم	(۲۷/۵)۱۱	(۳۷/۵)۱۵			
تحصیلات دانشگاهی	(۱۵)۶	(۱۲/۵)۵			
وضعیت اشتغال			۱/۷۴	۳	۰/۶۲۷
خانه دار	(۴۲/۵)۱۷	(۴۲/۵)۱۷			
کارمند	(۷/۵)۳	(۱۵)۶			
بازنشسته	(۱۵)۶	(۱۷/۵)۷			
آزاد	(۳۵)۱۴	(۲۵)۱۰			
تشخیص			۰/۰۰۰	۳	۱/۰۰۰
اسکیزوفرنی	(۲۵)۱۰	(۲۵)۱۰			
دوقطبی	(۳۰)۱۲	(۳۰)۱۲			
افسردگی	(۲۵)۱۰	(۲۵)۱۰			
اسکیزوافکتیو	(۲۰)۸	(۲۰)۸			
سابقه قطع دارو			۱/۹۲	۱	۰/۱۶۶
بله	(۹۰)۳۶	(۹۷/۵)۳۹			
خیر	(۱۰)۴	(۲/۵)۱			
پیگیری درمان			۱/۶۴	۲	۰/۶۵۰
والدین	(۵۰)۲۰	(۵۰)۲۰			
همسر	(۲۵)۱۰	(۳۲/۵)۱۳			
سایر موارد	(۲۲/۵)۹	(۱۷/۵)۷			
سن					
گروه	میانگین	انحراف معیار	T	df	P-value
آزمایش	۳۶/۵۷	۹/۱۹	۰/۳۸	۷۸	۰/۷۰۱
کنترل	۳۵/۷۷	۹/۳۴			

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره تبعیت دارویی در گروه آزمایش و کنترل قبل و بعد از مداخله

نتیجه آزمون (ناپارامتری من ویتنی)	قبل، انحراف معیار \pm میانگین	بعد، انحراف معیار \pm میانگین	نتیجه آزمون (ناپارامتری ویلکاکسون)
آزمون	$۰/۵۵ \pm ۴/۰۳$	$۵/۰۲ \pm ۳/۲۷$	$۴/۸۷- (P < ۰/۰۰۱)$
کنترل	$۱/۵ \pm ۴/۴۳$	$۱/۱۷ \pm ۳/۵۳$	$۲/۵۸- (P < ۰/۰۰۱)$
نتیجه آزمون (ناپارامتری من ویتنی)	$۱/۰۲- (P = ۰/۳۰۶)$	$۴/۷۰- (P < ۰/۰۰۱)$	

بحث

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش دارویی بر تبعیت دارویی بیماران مبتلا به اختلالات روانی انجام شده است. نتایج نشان داد میزان تبعیت دارویی اکثر بیماران روان در هر دو گروه قبل از مداخله پایین بوده است. هم راستا با مطالعه حاضر، مرور سیستماتیک فرناندز [۳] نشان داد پذیرش درمان در بیماران دو قطبی و اسکیزوفرنی بسیار پایین بوده است و علت آن عدم آگاهی بیماران از عوارض جانبی بیان شده است [۳]. مطالعه ابراهیمی و همکاران بر روی ۸۰ بیمار اسکیزوفرنی، نشان داد تفاوت نمره کل تبعیت دارویی بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از انجام مداخله معنی دار نبوده و در حد نسبی بوده است. در این مطالعه یکی از علل درمانی ناموفق در بیماران را عدم ارائه اطلاعات

کافی از جانب کادر درمان ذکر کرده است [۲۵]. در مطالعه رحمانی و همکاران با عنوان کارآزمایی تصادفی کنترل شده تحت عنوان اثر برنامه آموزش گروهی روانی در تبعیت دارویی در اختلالات دو قطبی در تبریز که بر روی ۷۶ بیمار انجام دادند؛ نتایج نشان داد تبعیت دارویی در همه بیماران قبل از مداخله پایین بوده است. در اغلب موارد بیماران برنامه درمان خود، ماهیت بیماری و نیاز به ادامه مصرف دارو تا آخر عمر مطلع نبوده اند [۲۶]. کوهنو (Kohno) و ماتسودا مطالعه‌ای با عنوان تأثیر برنامه آموزشی روان پرستاری در تبعیت دارویی و دانش بیماران اسکیزوفرنی انجام دادند. نتایج پژوهش مذکور نشان داد که، تبعیت درمان در بیماران اسکیزوفرنی قبل از مداخله بسیار پایین است و علت

آن عدم آگاهی بیماران از عوارض جانبی بیان شده است [۱۰]. همچنین در مطالعه لوین [۱۱] و همکاران پذیرش ضعیف دارو را در بیماران دو قطبی قبل از مداخله گزارش کردند که یکی از علل آن را عدم دانش بیماران ذکر کرده‌اند (۱۶). نتایج مطالعه سوخک و همکاران که میزان تبعیت دارویی بیماران همدیالیزی را مورد ارزیابی قرار داده بود نشان داد قبل از مداخله میزان تبعیت دارویی اکثر بیماران در حد نسبتاً مطلوب بوده است [۵]. که موید نتایج مطالعه حاضرمی باشد. برخلاف مطالعه حاضر نتایج مطالعه یدالهی و همکاران که پذیرش دارویی را در بیماران مصروع بررسی کردند نشان داد اکثریت نمونه‌ها پذیرش دارویی بالایی داشتند [۴]. تفاوت مطالعه مذکور با مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از تفاوت در جمعیت مورد مطالعه و ابزار مورد استفاده باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره تبعیت دارویی قبل از مداخله در گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی داری نداشته است و دو گروه از نظر این متغیر همگن بوده‌اند ($P = 0/306$). اما بعد از مداخله آموزش دارو درمانی در گروه مداخله به طور معنی داری نمره تبعیت دارویی افزایش یافته است ($P < 0/001$) که نشان دهنده تأثیر مثبت مداخله آموزشی بر تبعیت دارویی بیماران روان می‌باشد. هم راستا با مطالعه حاضر مطالعه جوادپور و همکاران با عنوان تأثیر برنامه آموزشی روانی فردی بر کیفیت زندگی، میزان عود و تبعیت دارویی در بیماران دوقطبی در شیراز نشان داد که بیماران گروه مداخله افزایش قابل توجهی آماری در تبعیت دارو داشتند [۲۷]. در مطالعه لوین [۱۱] و همکاران با عنوان بررسی مجدد تبعیت دارو غیر روانپزشکی در بیماران دوقطبی مبتلا به بیماری‌های همزمان نشان داد نمره میانگین تبعیت دارویی بعد از مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد بطور معنی داری افزایش یافته است [۱۱].

نتایج مطالعات رحمانی و همکاران با عنوان برنامه آموزش گروهی بر تبعیت دارویی بیماران دوقطبی، نشان داد که برنامه آموزش گروهی در کاهش میزان عود و بهبود تبعیت دارو مؤثر است [۲۶]. نتایج مطالعه سوخک و همکاران که تأثیر مداخله شناختی-رفتاری بر تبعیت از رژیم دارویی بیماران همدیالیزی مورد بررسی قرار داد، نشان داد مداخله شناختی-رفتاری تأثیر مثبتی بر رژیم دارویی بیماران همدیالیزی دارد [۵]. که همسو با نتایج مطالعه حاضر است. در مورد تشابه این نتایج می‌توان گفت آموزش به هر شکل به عنوان یک عنصر کلیدی در علوم پزشکی باعث افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی بیماران می‌شود. آموزش گروهی بر حمایت اجتماعی، درک بیماری، افزایش بینش، نگرش و تبعیت رژیم درمانی کمک می‌کند [۲۸]. در هنگام رد دارو توسط بیمار مداخله گر اول پرستاران هستند که با صحبت کردن، توصیه‌های معمول و استدلال منطقی فرد را متقاعد می‌کنند. اگر بیمار در اولین برخورد متقاعد شود می‌تواند تا آخر درمان همکاری لازم را نشان دهد [۲۹، ۶]. اگر پرستاران از تغییرات رفتاری مثبت در بیماران آگاه شوند ممکن است منجر به بهبود انگیزه کار در آنها شود. همچنین پرستاران باید مهارت ارتباطی و آموزشی بالایی داشته باشند و قادر به گوش کردن و گفتگو با بیماران باشند و توانایی پاسخ دادن به پیام‌های کلامی و غیرکلامی بیمار را داشته باشند. درک فعلی بیمار از دارو به پیشرفت بیمار در سطح بعدی کمک می‌کند [۶]. پرستاران باید ارزیابی ماهرانه‌ای از نیازهای بیماران داشته باشند همانطور که لتر [۳۰] و همکاران اشاره می‌کنند: رضایت مصرف کنندگان تا حدودی ناشی از

انتظارات آنها از کادر درمان است. بیماران باید به راحتی انتقادات و احساسات مثبت خود را در مورد رژیم دارویی بیان کنند. پرستاران مهمترین نقش را در پذیرش دارویی بیمار دارند [۳۰]. یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر آن بود که در گروه کنترل نمره تبعیت دارو بطور معنی داری کاهش یافته است. که بیانگر آنست که با گذشت زمان در صورتیکه هیچ گونه برنامه آموزشی برای بیماران روان ارائه نشود تبعیت دارویی کاهش پیدا می‌کند، که موید اهمیت آموزش به بیماران می‌باشد. جایی که پرستاران اطلاعات جامع به بیماران در مورد داروهای خود ارائه دهند و آموزش از طرف پرستاران به بیماران صورت گیرد سطح دانش بیماران بالا می‌رود و این رابطه درمانی مبتنی بین همکاری بیماران و پرستاران است. بلوستر [۳۱] و مانپاز [۳۲] می‌نویسند، تحقیقات قبلی نشان داد که پرستاران فرصتی برای مشارکت بیماران ایجاد نکرده‌اند [۳۱].

در طول بستری باید به بیماران اطلاعات کافی در مورد داروها، عوارض و فواید آنها ارائه داد. بیمارانی که سطح دانش بالایی از داروهای خود داشته باشند داروهای خود را بدون اطلاع پزشک متوقف نمی‌کنند. پاسخ دادن به سؤالات بیماران در مورد داروها می‌تواند از سوء تفاهم و عواقب ناگوار جلوگیری کند و این نتایج دلگرم کننده است و پیشرفت بهبودی بیمار را رقم می‌زند و باعث ایمنی بیشتر بیمار به دنبال عوارض جانبی و قطع دارو می‌شود. بهبود دانش بیماران ممکن است یک گام ابتدایی حیاتی برای بهبود مصرف ایمنی داروها در بیماران شود [۷]. تمام پرستاران باید مهارت، توانایی و دانش در آموزش مراقبت‌های بهداشتی روان شناختی برای تسهیل در راستای ارتقای کیفیت داشته باشند. به خصوص پرستاران روان لازم است مهارت ارتباطی، درمانی و آموزشی بالایی داشته باشند [۱۰].

نتیجه‌گیری

طبق یافته‌ها مطالعه حاضر، آموزش دارو درمانی تبعیت دارویی بیماران روان را بهبود می‌بخشد. لذا با توجه به اینکه این مداخله آسان، مستقل و ارزان می‌باشد، پیشنهاد می‌شود پرستاران بهداشت روان این مداخله آموزشی را برای بیماران اجرا نمایند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نداشتن جلسات پیگیری به علت ترخیص بیماران و محدود بودن مطالعه به بیماران بستری اشاره کرد. پس مطالعات مشابه با داشتن جلسات پیگیری، بر روی بیماران سرپایی و یا مقایسه شیوه‌های متعدد آموزشی پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب پایان نامه کارشناسی ارشد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان با شماره طرح ۹۶۰۷۲۵۴۷۱۴ و به شماره ثبت کارآزمایی بالینی IRCT2017071033374N4 می‌باشد. نویسندگان برخود لازم می‌دانند از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان، کارکنان محترم بخش‌های روانپزشکی بیمارستان فرشچیان و بیماران بستری این مرکز که در اجرای این مطالعه پژوهشگران را یاری کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

در این مقاله تضاد منافع وجود ندارد.

References

1. Ghorayshizadeh MA, Kouchaksaraei F, Pezeshki M. Evaluation of Risk Factors of Relapse in Bipolar I Disorders and Its Relation to Demographic Feature. *Med J Tabriz Univ Med Sci*. 2009;31(2):77-81.
2. Linsky A, Simon SR, Bokhour B. Patient perceptions of proactive medication discontinuation. *Patient Educ Couns*. 2015;98(2):220-5. doi: [10.1016/j.pec.2014.11.010](https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.010) pmid: 25435516
3. Garcia S, Martinez-Cengotitabengoa M, Lopez-Zurbano S, Zorrilla I, Lopez P, Vieta E, et al. Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients: A Systematic Review. *J Clin Psychopharmacol*. 2016;36(4):355-71. doi: [10.1097/JCP.0000000000000523](https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000523) pmid: 27307187
4. Yadollahi S, Ashktorab T, Zayeri F. Medication Adherence and Related Factors in Patients with Epilepsy. *J Hayat*. 2015;21(2):67-80.
5. Sookhak F, Zolfaghari M, Asadi Noghabi AA, Haghani H. Effect of a cognitive-behavioral intervention on medication adherence in patients' undergoing hemodialysis. *J Hayat*. 2014;20(3):85-94.
6. Richardson M, Brennan G, James K, Lavelle M, Renwick L, Stewart D, et al. Describing the precursors to and management of medication nonadherence on acute psychiatric wards. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37(6):606-12. doi: [10.1016/j.genhosppsych.2015.06.017](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.06.017) pmid: 26195348
7. Louis-Simonet M, Kossovsky MP, Sarasin FP, Chopard P, Gabriel V, Perneger TV, et al. Effects of a structured patient-centered discharge interview on patients' knowledge about their medications. *Am J Med*. 2004;117(8):563-8. doi: [10.1016/j.amjmed.2004.03.036](https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2004.03.036) pmid: 15465504
8. Coe AB, Moczygemba LR, Gatewood SB, Osborn RD, Matzke GR, Goode JV. Medication adherence challenges among patients experiencing homelessness in a behavioral health clinic. *Res Social Adm Pharm*. 2015;11(3):e110-20. doi: [10.1016/j.sapharm.2012.11.004](https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.11.004) pmid: 23218849
9. Dibonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta S, Kim E. A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):20. doi: [10.1186/1471-244X-12-20](https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-20) pmid: 22433036
10. Matsuda M, Kono A. Development and evaluation of a psychoeducation practitioner training program (PPTP). *Arch Psychiatr Nurs*. 2015;29(4):217-22. doi: [10.1016/j.apnu.2015.03.002](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.03.002) pmid: 26165976
11. Ebrahimi H, Namdar H. The effect of therapeutic relationship in schizophrenic patients. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2014;12(6):491-8.
12. Levin JB, Krivenko A, Bukach A, Tatsuoka C, Cassidy KA, Sajatovic M. A Reexamination of Nonpsychiatric Medication Adherence in Individuals With Bipolar Disorder and Medical Comorbidities. *J Nerv Ment Dis*. 2017;205(3):182-7. doi: [10.1097/NMD.0000000000000544](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000544) pmid: 27294318
13. Belzeaux R, Boyer L, Mazzola-Pomietto P, Michel P, Correard N, Aubin V, et al. Adherence to medication is associated with non-planning impulsivity in euthymic bipolar disorder patients. *J Affect Disord*. 2015;184(1):60-6. doi: [10.1016/j.jad.2015.05.041](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.041) pmid: 26070047
14. Shahin SH, Daly EB. Knowledge, attitudes and beliefs about psychotropic medication among Saudi hospitalized psychiatric patients. *Int J Nurs Stud*. 1999;36(1):51-5. doi: [10.2147/NDT.S56107](https://doi.org/10.2147/NDT.S56107) pmid: 10375066
15. El-Mallakh P, Findlay J. Strategies to improve medication adherence in patients with schizophrenia: the role of support services. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:1077-90. doi: [10.2147/NDT.S56107](https://doi.org/10.2147/NDT.S56107) pmid: 25931823
16. Costa E, Giardini A, Savin M, Menditto E, Lehane E, Laosa O, et al. Interventional tools to improve medication adherence: review of literature. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9(9):1303-14. doi: [10.2147/PPA.S87551](https://doi.org/10.2147/PPA.S87551) pmid: 26396502
17. Holman H. Chronic disease--the need for a new clinical education. *JAMA*. 2004;292(9):1057-9. doi: [10.1001/jama.292.9.1057](https://doi.org/10.1001/jama.292.9.1057) pmid: 15339897
18. Van Wijk BL, Klungel OH, Heerdink ER, de Boer A. Effectiveness of interventions by community pharmacists to improve patient adherence to chronic medication: a systematic review. *Ann Pharmacother*. 2005;39(2):319-28. doi: [10.1345/aph.1E027](https://doi.org/10.1345/aph.1E027) pmid: 15632223
19. Stevenson FA, Cox K, Britten N, Dundar Y. A systematic review of the research on communication between patients and health care

- professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health Expect.* 2004;7(3):235-45. doi: [10.1111/j.1369-7625.2004.00281.x](https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00281.x) pmid: [15327462](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15327462/)
20. Gleeson T, Iversen MD, Avorn J, Brookhart AM, Katz JN, Losina E, et al. Interventions to improve adherence and persistence with osteoporosis medications: a systematic literature review. *Osteoporos Int.* 2009;20(12):2127-34. doi: [10.1007/s00198-009-0976-0](https://doi.org/10.1007/s00198-009-0976-0) pmid: [19499273](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19499273/)
21. Schedlbauer A, Davies P, Fahey T. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(3):CD004371. doi: [10.1002/14651858.CD004371.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004371.pub3) pmid: [20238331](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20238331/)
22. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;64(2):CD004804. doi: [10.1002/14651858.CD004804](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004804) pmid: [15106262](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15106262/)
23. Vergouwen AC, Bakker A, Katon WJ, Verheij TJ, Koerselman F. Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(12):1415-20. pmid: [14728101](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14728101/)
24. Firooz M, Mazlom SR, Hoseini SJ, Hasanzadeh F, KIMIAEE SA. Comparison between the effect of group education and group counseling on emotional self-care in type II diabetics. *J Birjand Univ Med Sci.* 2016;22(4):293-303.
25. Sadeghian E, Afshar Mogadam F. Determination of factors affecting the medication compliance in patients admitted to psychiatric wards. *J Qazvin Univ Med Sci.* 2005;129(3):26-33.
26. Rahmani F, Ebrahimi H, Ranjbar F, Razavi SS, Asghari E. The Effect of Group Psychoeducation Program on Medication Adherence in Patients with Bipolar Mood Disorders: a Randomized Controlled Trial. *J Caring Sci.* 2016;5(4):287-97. doi: [10.15171/jcs.2016.030](https://doi.org/10.15171/jcs.2016.030) pmid: [28032073](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28032073/)
27. Javadpour A, Hedayati A, Dehbozorgi GR, Azizi A. The impact of a simple individual psycho-education program on quality of life, rate of relapse and medication adherence in bipolar disorder patients. *Asian J Psychiatr.* 2013;6(3):208-13. doi: [10.1016/j.ajp.2012.12.005](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.12.005) pmid: [23642977](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23642977/)
28. Kunst EL, Mitchell M, Johnston AN. Manikin simulation in mental health nursing education: An integrative review. *Clin Simulat Nurs.* 2016;12(11):484-95.
29. Dankert ME, Brensinger CM, Metzger KL, Li C, Koleva SG, Mesen A, et al. Attitudes of patients and family members towards implantable psychiatric medication. *Schizophr Res.* 2008;105(1-3):279-86. doi: [10.1016/j.schres.2008.05.008](https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.05.008) pmid: [18571376](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18571376/)
30. Latter S, Yerrell P, Rycroft-Malone J, Shaw D. Nursing, medication education and the new policy agenda: the evidence base. *Int J Nurs Stud.* 2000;37(6):469-79. pmid: [10871657](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10871657/)
31. Bolster D, Manias E. Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: qualitative observation and interview study. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(2):154-65. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2009.05.021](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.021) pmid: [19577752](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19577752/)