

April-May 2021, Volume 9, Issue 1

The effect of Family-based Model Education with Telephone Follow-up on Drug Adherence and Re-hospitalization of Patients with Mental Disorders

Zahra Eskandari ¹, Bahman DashtBozorgi ^{2*}, Ahmad Fakhri ³, Seyed Mahmoud Latifi⁴

1- Master of Psychiatric Nursing Student, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2- Nursing Care Research Center in Chronic Diseases, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

3- Associated Professor, Psychiatry department, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Statistics and Epidemiology, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Corresponding Author: Bahman DashtBozorgi, Nursing Care Research Center in Chronic Diseases, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Email: bahnurse@ajums.ac.ir

Received: 24 May 2020

Accepted: 20 Jan 2021

Abstract

Introduction: Drug adherence plays an important role in reducing readmission of patients with mental disorders. The aim of this study was to determine the effect of family-based empowerment education with telephone follow-up on drug adherence and readmission of patients with mental disorders.

Methods: This interventional study was performed on 66 patients with mental disorders and one of their family members. The study units were selected by available sampling method and randomly divided into intervention and control groups. Data collection tools were demographic information form and Madanloo drug adherence questionnaire. The intervention consisted of 8 training sessions based on the family-centered empowerment model with 3 months of telephone follow-up. Drug adherence and number of readmissions were measured before and after the intervention. Independent t-test, Chi-square, Wilcoxon and SPSS software version 22 were used for statistical analysis.

Results: The two study groups were matched in terms of variables affecting the results. 3 months after the intervention, the results showed that drug adherence increased in the intervention group and independent t-test showed a significant difference ($P < 0.0001$). In terms of the number of readmissions, the results showed that the number of readmissions decreased in the intervention group and Wilcoxon test showed a significant difference ($P < 0.0001$).

Conclusions: Empowerment through education enables the family to play a more effective role in managing the disease of its affected member. Using telephone follow-up after the educational intervention will help a lot in its effectiveness and continuity.

Key words: Mental disorder, family empowerment, family-centered education, telephone follow-up

تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی خانواده محور همراه با پیگیری تلفنی بر تبعیت دارویی و بستری مجدد بیماران مبتلا به اختلالات روانی

زهرا اسکندری^۱، بهمن دشت بزرگی^{۲*}، احمد فخری^۳، سید محمود لطیفی^۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
 ۲- مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری در بیماریهای مزمن، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
 ۳- دانشیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
 ۴- استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
 نویسنده مسئول: بهمن دشت بزرگی، مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری در بیماریهای مزمن، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
 ایمیل: bahnurse@ajums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۵/۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۳۰

چکیده

مقدمه: تبعیت دارویی نقش مهمی در کاهش بستری مجدد بیماران مبتلا به اختلالات روانی دارد. هدف این مطالعه تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر توانمندسازی خانواده محور همراه با پیگیری تلفنی بر تبعیت دارویی و بستری مجدد بیماران مبتلا به اختلالات روانی بود.

روش کار: این مطالعه مداخله ای بر روی ۶۶ بیمار مبتلا به اختلالات روانی و یکی از اعضای خانواده آنها انجام شد. واحدهای مورد پژوهش با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و بطور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده ها عبارت بود از فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه تبعیت دارویی مدانلو. مداخله شامل ۸ جلسه آموزشی بر اساس الگوی توانمندسازی خانواده محور همراه با ۳ ماه پیگیری تلفنی بود. تبعیت دارویی و تعداد بستری های مجدد قبل و بعد از مداخله سنجیده شد. جهت تجزیه و تحلیل آماری از آزمونهای تی مستقل، کای دو، ویلکاکسون، و نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته ها: دو گروه مطالعه از نظر متغیرهای تاثیرگذار بر نتایج همگن بودند. ۳ ماه بعد از انجام مداخله، نتایج نشان داد که در گروه مداخله تبعیت دارویی افزایش یافته و آزمون آماری تی مستقل این اختلاف را معنی دار نشان داد ($P < 0/0001$). از نظر دفعات بستری مجدد نیز نتایج نشان داد که در گروه مداخله، دفعات بستری مجدد کاهش یافت و آزمون آماری ویلکاکسون این اختلاف را معنی دار نشان داد ($P < 0/0001$).

نتیجه گیری: توانمندسازی از طریق آموزش، خانواده را قادر می سازد که در مدیریت بیماری عضو مبتلای خود نقش موثرتری را ایفاء کند. بکارگیری پیگیری تلفنی پس از مداخله آموزشی به اثربخشی و تداوم تاثیر آن کمک زیادی خواهد کرد. **کلیدواژه ها:** اختلال روانی، توانمند سازی خانواده، آموزش خانواده محور، پیگیری تلفنی.

مقدمه

اختلال روانی یک سندرم یا الگوی رفتاری و روانشناختی است که با احساس ناراحتی و ناتوانی مثل اختلال در یک یا چند زمینه ی کارکردی و عقلانی همراه باشد (۱). اختلالات روانی با تغییر در وضعیت بهداشتی فرد، تغییر در نحوه ی تفکر، خلق و رفتار بیمار مشخص می شود که

همچنین تخریب عملکرد و کارکرد نیز وجود دارد (۲). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، ۵۹۰ میلیون نفر از مردم دنیا از بیماری های مختلف روانی رنج می برند. مطالعات همه گیر شناسی در ایران که از سه دهه ی گذشته آغاز شده دامنه شیوع اختلالات روانی را بین ۳/۲ تا ۱۱/۷ درصد در حال نوسان پیش بینی می کنند (۳). در حال حاضر بیماری

و نشانه های این اختلالات تحت تاثیر متغیرهای متعددی قرار دارد که می توان از خانواده به عنوان یکی از متغیرهای مهم اشاره کرد (۱۷). تبعیت از توصیه های درمانی توسط بیمار با مشارکت خانواده می تواند از عوارض حاد و مزمن بیماری جلوگیری کرده یا بروز آنها را به تعویق اندازد (۱۸). خانواده خود را مسئول مراقبت از بیمار می داند ولی به دلیل عدم آگاهی و دانش کافی در ارائه مراقبت با مشکل مواجه می گردند (۱۹). نتایج مطالعه ی کیم نشان داد که خانواده های بیماران مبتلا به اختلالات روانی پس از دریافت اطلاعات در مورد بیماری و انواع روش های درمانی و کاربرد آن ها، اظهار داشتند که با بیمارشان ارتباط بهتری داشته و پیشرفت عمده ای در درمان آن ها حاصل شده است (۲۰). بنابراین با افزایش آگاهی مراقبان می توان انتظار داشت تشخیص بیماری و درمان در مراحل اولیه آن انجام شود، آگاهی از نشانه های بیماری افزایش یابد و انتخاب برنامه برای مدیریت درمان تسهیل شود (۲۱). پرستاران با توجه به تعامل و ارتباط بیشتر با بیماران نقش مهمی در ارائه ی برنامه های مداخله ای تبعیت از درمان دارند که این مداخلات آموزشی می تواند نتایج را تحت تاثیر قرار دهد (۲۲). با استفاده از روش های آموزشی که هم به بیمار بلکه و هم به خانواده توجه کند، می توان در این راه گام برداشت. یکی از الگوها و روش های آموزشی برای انتقال دانش به اعضای خانواده، الگوی توانمندسازی خانواده محور است (۲۳).

در حقیقت هدف مداخلات پرستاری در مراقبت خانواده محور ارتقاء تواناییهای اعضای خانواده درحیطه معینی می باشد تا بر موانع موجود در زمینه های مراقبتی و سلامتی فایق آیند، زیرا بدون ارتقاء توانمندی، آنها قادر به غلبه بر موانع نخواهند بود (۲۴). در الگوی توانمندسازی خانواده محور، حضور فعال خانواده در امر بررسی و تشخیص نیازها و آموزش ها وجود دارد، زیرا اعتقاد بر این است که وقوع یک بیماری در یک فرد منجر به ورود تک تک اعضای خانواده در چرخه ی سیر بیماری می شود (۲۵) و این الگو می تواند الگوی مناسبی برای ارتقاء بهداشت، تبعیت از درمان و بهبود کیفیت زندگی باشد (۲۶). علاوه بر توجه به خانواده، برای اثربخشی مداخلات درمانی و مراقبتی بایستی به کلیه عوامل موثر بر ارائه این خدمات توجه کرد و با بکار گیری روش های متعدد و پوشش دادن افراد هر چه بیشتر مراقبت های کارآمدتری را ارائه کرد. هر چند آموزش

های روانی به دو صورت جسمی و روانشناختی، درمان می شوند (۴). یکی از درمان های جسمی، دارو درمانی است (۵) دارو درمانی نقش مهمی در کنترل اختلالات روانی دارد و لذا تبعیت دارویی در این بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است. یکی از بزرگترین مشکلات در درمان دارویی بیماران مبتلا به اختلالات روانی خودداری از خوردن دارو و تبعیت نکردن از دستورات درمانی است (۶).

در برخی مطالعات اخیر عدم تبعیت از درمان در بیماران روان ۲۰ تا ۶۰ درصد گزارش شده است (۷). طبق گزارشات سازمان بهداشت جهانی ۲۸ تا ۵۲ درصد اختلال افسردگی، ۲۰ تا ۵۰ درصد اختلال دو قطبی و ۲۰ تا ۷۲ درصد بیماران اسکیزوفرن امتناع از خوردن دارو را نشان می دهند (۸). عواملی مانند جنس، نژاد، سن، تحصیلات، محیط زندگی، ناپایداری، 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 تاثیر قرار می دهند (۹-۱۲). 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 (۱۳). قطع درمان یکی از مشکلات اساسی در این بیماران است که باعث عود مکرر، بستری مجدد و افت عملکرد آنها می شود. عدم پذیرش دارو یک عامل اصلی در بستری شدن مجدد بیماران مبتلا به اختلالات روانی است (۱۴). عود علائم و بستری شدن های مکرر بواسطه عدم متابعت از رژیم درمانی، هم برای بیمار و هم برای خانواده او عوارض زیانباری را بدنبال دارد (۱۵). هزینه ی موارد بستری مجدد روانپزشکی در مقایسه با بستری نخست بیماران بیشتر است (۱۶). با توجه به مطالب بیان شده می توان گفت که برای کاستن بستری شدن های مکرر بیمار، باید راه کارهایی را در نظر گرفت که دستورات درمانی رعایت شوند.

رعایت منظم دستورات جهت کاستن از دفعات عود علائم

دادن و یا نوشتن دستورالعمل ها و موارد آموزشی در طول بستری در بیمارستان و حین ترخیص به بیمار و همراهان آن ها به عنوان اولین قدم اساسی محسوب می شود اما این ها کافی نیست و بیمار باید پیگیری شود (۲۷).

مراقبت پیگیر بلافاصله بعد از ترخیص یکی از مهم ترین راهکارها برای کمک به بیماران جهت پیشگیری از بدتر شدن بیماری شان می باشد (۲۸). در جهت اجرای پیگیری، پرستاری از راه دور می تواند مفید باشد. در پرستاری از راه دور از ابزارهای ارتباطی زیادی استفاده می شود که یکی از این ابزارهای ارتباطی تلفن می باشد (۲۹). پیگیری تلفنی توسط پرستار به عنوان ابزاری مناسب برای تبادل اطلاعات، ارائه دادن آموزش ها و آگاهی های سلامتی، اداره کردن علائم و نشانه های بیماری، تشخیص سریع عوارض و اطمینان بخشیدن به بیمار و خانواده اش بکار می رود و سبب افزایش ارتباط بین پرستار و مراقبین سلامت می شود (۲۷). مطالعات نشان می دهد که بکارگیری تلفن در ارائه ی مراقبت نه تنها در کاهش هزینه ها و تسهیل دسترسی به مراقبت موثر است بلکه باعث بهبود رابطه ی بین بیمار و ارائه دهندگان مراقبت و همچنین حذف موانع مربوط به مکان و زمان می شود (۳۰). چندین مطالعه، موثر بودن روش پیگیری تلفنی در کاهش اضطراب، تبعیت دارویی و بهبود کیفیت زندگی در بیماران قلبی (۳۱)، بیماران بای پس عروق کرونر (۳۲)، بیماران ایسکمیک قلبی (۳۳) و بیماران انفارکتوس میوکارد (۳۴) را ثابت نموده اند. در نهایت بایستی اشاره شود که مطالعات زیادی در زمینه ی تاثیرات مثبت بکارگیری الگوی توانمندسازی خانواده محور انجام شده است، اما تاکنون مطالعات اندکی در بیماران مبتلا به اختلالات روان و بویژه در خصوص تاثیر مراقبت های پیگیر در این بیماران صورت گرفته است. با توجه به اهمیت آموزش و پیگیری بیماران و خانواده ها و همچنین بواسطه متابعت دارویی ضعیف و بستری شدن مکرر بیماران که در بالا اشاره شده است، پژوهشگران برآن شدند تا مطالعه ی حاضر را با هدف «تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور همراه با پیگیری تلفنی بر تبعیت دارویی و بستری مجدد بیماران روانی» را انجام دهند.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه ی مداخله ای از نوع شبه تجربی بود که در آن تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی

خانواده محور همراه با پیگیری تلفنی بر تبعیت دارویی، و بستری مجدد بیماران مبتلا به اختلالات روانی مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه آماری این مطالعه را کلیه ی بیماران مبتلا به اختلالات روانی اسکیزوفرنی، افسردگی و دو قطبی نوع یک بستری شده در بخشهای روانپزشکی بیمارستان سلامت اهواز در شرف ترخیص و خانواده های آنها تشکیل می دادند. محیط پژوهش عبارت بود از بخش های روانپزشکی بیمارستان روانپزشکی سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز. برای محاسبه حجم نمونه از نتایج مطالعه رحمانی و همکاران (۳۵)، استفاده شد که در آن میانگین و انحراف معیار نمره ارزیابی پذیرش دارویی گروه مداخله $(10/7 \pm 3/3)$ و کنترل $(10/4 \pm 2/9)$ بدست آمده بود. با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ و $\beta=0/2$ و با استفاده از فرمول

$$N = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(X_1 - X_2)^2}$$

حجم نمونه ۲۴ بدست آمد. برای افزایش حجم نمونه میانگین گروه کنترل بالاتر در نظر گرفته شد و در نهایت حجم نمونه در هر گروه ۳۳ بدست آمد. ۳۳ بیمار و ۳۳ عضو خانواده در گروه مداخله، ۳۳ بیمار و ۳۳ عضو خانواده در گروه کنترل، نمونه مطالعه را تشکیل دادند یعنی ۳۳ واحد پژوهشی در هر گروه (۶۶ بیمار مبتلا به اختلال روانی و ۶۶ عضو خانواده آنها). از میان جامعه پژوهش، با توجه به معیارهای ورود به مطالعه و بصورت نمونه گیری در دسترس، نمونه ها انتخاب و بصورت تصادفی (زوج و فرد) به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. پس از تقسیم تصادفی دو گروه مداخله و کنترل از نظر سن، جنس، سطح سواد، وضعیت اشتغال و نوع اختلال بیمار و سن مراقبین و نسبت آنها با بیمار مقایسه و یکسان بودن آن تأیید شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از رضایت خانواده و بیماران آنها برای شرکت در مطالعه، تشخیص قطعی بیماری روانی براساس نظر پزشک متخصص اعصاب و روان با استفاده از معیارهای تشخیصی DSM-5، سن بیمار بین ۱۵ تا ۵۰ سال، سن مراقب اصلی بیمار بالای ۱۸ سال و عدم شرکت قبلی در برنامه های آموزشی مشابه و معیارهای خروج شامل عدم شرکت در جلسات آموزشی بیش از یک جلسه و عدم تکمیل یا ناقص پرکردن پرسشنامه های تحقیق بودند. در این مطالعه ابزارهای گردآوری داده ها عبارت بود از فرم

گروه مداخله در طی یکماه و در قالب ۸ جلسه آموزشی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور (بیماران و یک عضو از خانواده که مراقب اصلی بود) تحت آموزش قرار گرفتند و بمدت ۳ ماه تحت پیگیری تلفنی برای اطمینان از اجرای موارد آموزش داده شده و در صورت نیاز انجام پرسش از پژوهشگر قرار گرفتند. برای گروه کنترل مداخله ای انجام نشد و برای رعایت اصول اخلاقی در پایان کار یک جلسه خلاصه ۶۰ دقیقه ای برای آنها برگزار شد و محتوای آموزشی در اختیار آنها قرار داده شد. مداخله در طی سه مرحله انجام شد. در مرحله اول توضیحات کامل در خصوص انجام مداخله آموزشی و محتوا و زمان آن و نحوه پیگیری تلفنی و در دسترس بودن پژوهشگر داده شد. در مرحله دوم آموزش بر اساس الگوی خانواده محور و در طی ۸ جلسه گروهی و در عرض یکماه انجام و بمدت ۳ ماه پیگیری تلفنی انجام شد. الگوی توانمندسازی خانواده محور در ۴ گام اجرا می شود که گام اول تهدید درک شده است، برای ایجاد حساسیت و شناخت شدت بیماری، محتوای ارائه شده به گونه ای بود که بیمار و خانواده او با بیماری و عوارض و آثار آن بر آنها آشنا شدند. گام دوم الگو، ارتقاء خودکارآمدی است که در این مطالعه، برای ارتقاء سطح خودکارآمدی بیماران و خانواده ها از روش تمرین عملی و پرسش و پاسخ و حل مسأله استفاده شد. گام سوم الگو، مشارکت آموزشی است که در این مطالعه، جهت افزایش مشارکت آموزشی واحدهای مورد پژوهش، از خانواده و بیماران خواسته می شد، تکالیف داده شده را انجام دهند و میزان همکاری آنها در انجام تکالیف داده شده مشارکت آموزش واحدهای پژوهش را نشان می داد. گام چهارم الگو، ارزشیابی فرایند است که در این مطالعه، ارزشیابی حین فرایند کار، طی جلسات توانمندسازی انجام شد. در این مطالعه، آموزش در طی ۸ جلسه برگزار شد که محتوای جلسات بدین صورت بود، جلسه اول: آشنایی شرکت کنندگان با یکدیگر و بیان اهداف و نحوه برگزاری جلسات و بیان اهمیت بیماری و توجه به درمان بیماری و عواقب عدم درمان آن، جلسه دوم: علائم و عوامل موثر بر بیماری، عوامل تشدید کننده و موثر درعود بیماری و بستری مجدد بیماران، جلسه سوم: اهمیت مصرف داروها در کنترل بیماری، راه های کم کردن عوارض دارویی، راه های افزایش تمکین دارویی، جلسه چهارم: آموزش روش های صحیح برقراری ارتباط با بیماران، جلسه پنجم: آگاه کردن خانواده ها از سرویس های ارائه دهنده خدمات به

اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه تبعیت دارویی مدانلو. فرم اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، نسبت مراقبت اصلی با بیمار و تعداد دفعات بستری در طی سه ماه گذشته بود. پرسشنامه تبعیت از درمان مدانلو، در سال ۱۳۹۲ توسط مدانلو در زمینه بیماران مزمن طراحی و روانسنجی شد. این پرسشنامه شامل ۴۰ سوال در حیطه های اهتمام در درمان (۹ سوال)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ سوال)، توانایی تطابق (۷ سوال)، تلفیق درمان با زندگی (۵ سوال)، چسبیدن به درمان (۴ سوال)، تعهد به درمان (۵ سوال) و تدبیر در اجرای درمان (۳ سوال) میباشد. شیوه نمره گذاری و تفسیر: این پرسشنامه، با درجه بندی پنج گانه لیکرت بصورت کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، خنثی (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) طراحی شده است. برای محاسبه امتیاز هر زیرمقیاس، نمره تک تک گویه های مربوط به آن زیرمقیاس با هم جمع می شوند. برای محاسبه امتیاز پرسشنامه، نمره همه گویه های مربوط به آن با هم جمع می شوند که براساس دستورالعمل طراح پرسشنامه، امتیازهای اولیه تبدیل به امتیاز بین ۱۰۰-۰ می شود. براساس این پرسشنامه کسب امتیاز ۷۵-۱۰۰ به معنای تبعیت از درمان بسیار خوب، امتیاز ۷۵-۵۰ به معنای تبعیت از درمان خوب، امتیاز ۴۹-۲۶ به معنای تبعیت از درمان متوسط و کسب امتیاز ۲۵-۰ به معنای تبعیت از درمان ضعیف در نظر گرفته شده است. از نظر روایی، این پرسشنامه دارای متوسط شاخص روایی محتوایی پرسشنامه ۰/۹۱۴ بوده و از نظر پایایی: سنجش پایایی از طریق همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ، انجام شد ($\alpha = 0/921$) و پایایی ثبات پرسشنامه با اجرای آزمون مجدد با فاصله زمانی دو هفته محاسبه و ($r = 0/875$) بدست آمد (۳۶).

پژوهشگر پس از اخذ مجوز از شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، همراه با معرفی نامه به محیط پژوهش مراجعه کرده و پس از معرفی خود به مسئولین مربوطه، ضمن کسب موافقت مسئولین مربوطه، اقدام به نمونه گیری نمود. به کلیه شرکت کنندگان در پژوهش در زمینه چگونگی انجام طرح، اهداف و اهمیت مطالعه، توضیحات لازم توسط داده شد. پس از اخذ رضایت آگاهانه و کتبی و جلب اعتماد شرکت کنندگان (بیمار و یک عضو از خانواده) و دادن اطمینان در مورد پنهان ماندن هویت شرکت کنندگان، نمونه گیری انجام شد.

مستقل و بواسطه نرمال نبودن توزیع دفعات بستری مجدد در دو گروه مطالعه، برای مقایسه میانگین دفعات بستری از آزمون ویلکاکسون استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد و در همه آزمونها سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش با توضیح حفظ اصل رازداری و حفظ امانت در مورد اطلاعات شخصی واحدهای مورد پژوهش، اعتماد آنها جلب شد. این مطالعه از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز کد IR.AJUMS.REC.1398.649 را دریافت داشته و در آن کلیه ملاحظات اخلاقی رعایت شده است.

یافته ها

پژوهش حاضر بر روی ۶۶ بیمار مبتلا به اختلال روانی و خانواده های آنها انجام گرفت. اکثر بیماران شرکت کننده در مطالعه زن و سن ۳۰ تا ۴۰ سال داشتند. اکثر بیماران دارای سواد ابتدایی، بیکار و مبتلا به اختلال افسردگی بودند. از میان اعضای خانواده شرکت کننده در مطالعه، اکثر آنها سن بین ۴۱ تا ۵۵ سال داشته و اکثراً یکی از والدین بیماران بودند. نتایج آزمونهای آماری نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای ذکر شده اختلاف معنی داری وجود نداشته و از این نظر هر دو گروه همگن بودند. سایر اطلاعات مربوط به متغیرهای جمعیت شناسی در (جدول ۱) آورده شده است.

آنها در جامعه، جلسه ششم: آموزش روش های مراقبتی مؤثر از بیماران به خانواده ها، جلسه هفتم: اهمیت ارتقای خودکارآمدی بیمار در محیط خانواده، جلسه هشتم: بیان اهمیت و هدف از پیگیری تلفنی و اجازه دادن به خانواده ها برای بیان مشکلات مراقبتی و استفاده از تجربیات مراقبتی یکدیگر. هر جلسه با طرح سوالات ایجاد شده در ذهن بیماران و خانواده های آنها از مباحث جلسه قبل، شروع می شد و در صورت وجود سوال، پژوهشگر پاسخ لازم را می داد. برای اداره بهتر جلسات و یکسان بودن مطالب ارائه شده در جلسات، بیماران با تشخیص های یکسان در یک گروه آموزشی قرار گرفتند. پس از یکماه جلسات آموزشی، خانواده های گروه مداخله بمدت ۳ ماه تحت پیگیری تلفنی قرار گرفتند. در مرحله سوم، پس از سه ماه با هماهنگی قبلی و با حضور خانواده ها در محیط پژوهش مجدداً پرسشنامه های تحقیق در اختیار واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه قرار داده شده و تکمیل گردیدند. پس از تکمیل و جمع آوری پرسشنامه ها، پژوهشگر اقدام به استخراج نتایج نمود. جهت تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. نتایج آمار توصیفی بصورت جداول فراوانی و درصد ارائه شده است. جهت مقایسه متغیرهای کمی بین دو گروه، از آزمون تی و برای مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه از آزمون کای دو استفاده شد. جهت سنجش نرمالیت متغیرها از آزمون کولموگروف- اسمیرنف استفاده شد. مقایسه تبعیت دارویی در دو گروه با استفاده از آزمون تی زوجی و

جدول ۱: مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه مداخله و کنترل

P-value	کنترل		مداخله		متغیر دموگرافیک و ابعاد آن	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۰/۸۰۴	۴۵/۴۵	۱۵	۴۲/۴۳	۱۴	مرد	جنسیت بیمار
	۵۴/۵۵	۱۸	۵۷/۵۷	۱۹	زن	
	۱۰۰	۳۳	۱۰۰	۳۳	جمع کل	
۰/۹۶۷	۳۰/۴	۱۰	۳۶/۴	۱۲	۱۵-۲۹	سن بیمار
	۴۲/۴	۱۴	۳۶/۴	۱۲	۳۰-۴۰	
	۲۷/۲	۹	۲۷/۲	۹	۴۱-۵۰	
	۱۰۰	۳۳	۱۰۰	۳۳	جمع کل	
	۲۴/۲	۸	۳۶/۴	۱۲	۱۸-۳۰	
۰/۳۰۹	۳۰/۳	۱۰	۲۴/۲	۸	۳۱-۴۰	سن عضو خانواده شرکت کننده در آموزش
	۴۵/۵	۱۵	۳۹/۴	۱۳	۴۱-۵۵	
	۱۰۰	۳۳	۱۰۰	۳۳	جمع کل	

زهرا اسکندری و همکاران

نسبت عضو شرکت کننده خانواده با بیمار	همسر	۵	۱۵/۲	۴	۱۲/۱
	والدین	۸	۲۴/۲	۱۲	۳۶/۴
	برادر	۵	۱۵/۲	۷	۲۱/۲
	خواهر	۴	۱۲/۱	۴	۱۲/۱
	سایرین	۱۱	۳۳/۳	۶	۱۸/۲
	جمع کل	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
تحصیلات بیمار	بی سواد	۳	۹/۱	۴	۱۲/۱
	ابتدایی	۱۰	۳۰/۳	۹	۲۷/۳
	راهنمایی	۶	۱۸/۲	۹	۲۷/۳
	دیپلم	۹	۲۷/۳	۶	۱۸/۲
	دانشگاهی	۵	۱۵/۲	۵	۱۵/۲
	جمع کل	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
وضعیت اشتغال بیمار	شاغل	۹	۲۷/۳	۶	۱۸/۲
	بیکار	۱۵	۴۵/۵	۱۲	۳۶/۴
	خانه دار	۹	۲۷/۳	۱۵	۴۵/۵
	جمع کل	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
نوع اختلال بیمار	افسردگی	۱۶	۴۸/۵	۱۷	۵۱/۵
	اسکیزوفرنی	۷	۲۱/۲	۶	۱۸/۲
	دوقطبی	۱۰	۳۰/۳	۱۰	۳۰/۳
	جمع کل	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
نوع اختلال بیمار	افسردگی	۱۶	۴۸/۵	۱۷	۵۱/۵
	اسکیزوفرنی	۷	۲۱/۲	۶	۱۸/۲
	دوقطبی	۱۰	۳۰/۳	۱۰	۳۰/۳
	جمع کل	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
نوع اختلال بیمار	افسردگی	۱۶	۴۸/۵	۱۷	۵۱/۵
	اسکیزوفرنی	۷	۲۱/۲	۶	۱۸/۲
	دوقطبی	۱۰	۳۰/۳	۱۰	۳۰/۳
	جمع کل	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
نوع اختلال بیمار	افسردگی	۱۶	۴۸/۵	۱۷	۵۱/۵
	اسکیزوفرنی	۷	۲۱/۲	۶	۱۸/۲
	دوقطبی	۱۰	۳۰/۳	۱۰	۳۰/۳
	جمع کل	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
نوع اختلال بیمار	افسردگی	۱۶	۴۸/۵	۱۷	۵۱/۵
	اسکیزوفرنی	۷	۲۱/۲	۶	۱۸/۲
	دوقطبی	۱۰	۳۰/۳	۱۰	۳۰/۳
	جمع کل	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
نوع اختلال بیمار	افسردگی	۱۶	۴۸/۵	۱۷	۵۱/۵
	اسکیزوفرنی	۷	۲۱/۲	۶	۱۸/۲
	دوقطبی	۱۰	۳۰/۳	۱۰	۳۰/۳
	جمع کل	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
نوع اختلال بیمار	افسردگی	۱۶	۴۸/۵	۱۷	۵۱/۵
	اسکیزوفرنی	۷	۲۱/۲	۶	۱۸/۲
	دوقطبی	۱۰	۳۰/۳	۱۰	۳۰/۳
	جمع کل	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
نوع اختلال بیمار	افسردگی	۱۶	۴۸/۵	۱۷	۵۱/۵
	اسکیزوفرنی	۷	۲۱/۲	۶	۱۸/۲
	دوقطبی	۱۰	۳۰/۳	۱۰	۳۰/۳
	جمع کل	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
نوع اختلال بیمار	افسردگی	۱۶	۴۸/۵	۱۷	۵۱/۵
	اسکیزوفرنی	۷	۲۱/۲	۶	۱۸/۲
	دوقطبی	۱۰	۳۰/۳	۱۰	۳۰/۳
	جمع کل	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰

مربوط به وضعیت تبعیت دارویی بیماران مورد مطالعه در جداول (۲،۳) آمده است.

در ارتباط با بستری مجدد بیماران مورد پژوهش، مطابق (جدول ۴)، نتایج مطالعه نشان می دهد که ۳ ماه قبل از انجام مداخله آموزشی، تمام بیماران مورد مطالعه حداقل یکبار بستری مجدد را تجربه کرده اند. نتایج مطالعه بر اساس آزمون آماری ناپارامتری ویلکاکسون نشان می دهد که قبل از مداخله بین دو گروه مطالعه از نظر تعداد دفعات بستری مجدد، اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت و دو گروه از این نظر یکسان هستند ($P=0/122$). در طی ۳ ماه پس از انجام مداخله، ۶۰/۶ درصد بیماران شرکت کننده در مطالعه در گروه مداخله، هیچ مورد بستری مجدد را گزارش نکردند. نتایج مطالعه بر اساس آزمون آماری ناپارامتری ویلکاکسون نشان می دهد که از نظر دفعات بستری مجدد در طی ۳ ماه پس از انجام مداخله، بین دو گروه اختلاف معنی دار آماری وجود دارد ($P<0/001$). سایر اطلاعات مربوط به بستری مجدد بیماران شرکت کننده در مطالعه، در جداول شماره (۵و۴) آمده است.

از نظر میزان تبعیت دارویی، نتایج (جدول ۲) نشان می دهد که ۱۰۰ درصد بیماران شرکت کننده در پژوهش، چه در گروه مداخله و چه در گروه کنترل، تبعیت دارویی ضعیف داشته اند. نتایج نشان می دهد که ۳ ماه پس از انجام مداخله آموزشی، ۱۰۰ درصد واحدهای مورد پژوهش در گروه کنترل هنوز تبعیت دارویی در حد ضعیف داشتند و تغییری در آنها مشاهده نشد. در گروه مداخله ۳ ماه پس از انجام مداخله آموزشی هیچ مورد تبعیت دارویی ضعیف مشاهده نشد. در خصوص مقایسه تبعیت دارویی بین دو گروه مداخله و کنترل، با توجه به نتایج (جدول ۳) و نتایج آزمون آماری تی مستقل، دو گروه مطالعه از نظر میانگین نمره تبعیت دارویی، قبل از مداخله تفاوت معنی دار آماری نداشتند ($P=0/377$). این در حالیست که ۳ ماه پس از انجام مداخله آموزشی، میانگین نمره تبعیت دارویی گروه مداخله افزایش چشمگیری پیدا کرده است، نتیجه آزمون آماری تی مستقل نشان می دهد که دو گروه از نظر میانگین نمره تبعیت دارویی ۳ ماه پس از انجام مداخله آموزشی اختلاف معنی دار آماری دارند ($P<0/001$). سایر اطلاعات

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان تبعیت دارویی بیماران مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	مداخله				کنترل			
	قبل از مداخله	۳ ماه بعد از مداخله	قبل از مداخله	۳ ماه بعد از مداخله	قبل از مداخله	۳ ماه بعد از مداخله	قبل از مداخله	۳ ماه بعد از مداخله
میزان تبعیت دارویی	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
ضعیف	۳۳	۱۰۰	۰	۰/۰	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰
متوسط	۰	۰/۰	۱۵	۴۵/۵	۰	۰/۰	۰	۰/۰
خوب	۰	۰/۰	۱۸	۵۴/۵	۰	۰/۰	۰	۰/۰
بسیار خوب	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۰/۰
جمع	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره تبعیت دارویی بیماران مورد مطالعه، قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	مداخله	کنترل	نتیجه آزمون تی مستقل
تبعیت دارویی	SD $\pm$ میانگین	SD $\pm$ میانگین	T P-value
قبل از مداخله	۴/۹۸ $\pm$ ۶۶/۴۲	۳/۴۵ $\pm$ ۶۷/۳۶	۰/۸۹ ۰/۳۷۷
۳ ماه بعد از مداخله	۱۴/۳۴ $\pm$ ۱۲۲/۷۳	۴/۶۳ $\pm$ ۶۶/۹۴	۲۱/۲۶ <۰/۰۰۰۱
نتیجه آزمون تی زوجی	t=۲۲/۱۵ P <۰/۰۰۰۱	t=۰/۴۰۶ p=۰/۶۸۷	

جدول ۴: توزیع فراوانی مطلق و درصد تعداد دفعات بستری مجدد بیماران مورد مطالعه، قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	مداخله				کنترل			
	قبل از مداخله	۳ ماه بعد از مداخله	قبل از مداخله	۳ ماه بعد از مداخله	قبل از مداخله	۳ ماه بعد از مداخله	قبل از مداخله	۳ ماه بعد از مداخله
تعداد دفعات بستری	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
صفر بار	۰	۰/۰	۲۰	۶۰/۶	۰	۰/۰	۱۰	۳۰/۳
یک بار	۲۵	۷۵/۸	۱۱	۳۳/۳	۲۱	۶۳/۶	۱۵	۴۵/۵
دو بار	۸	۲۴/۲	۲	۶/۱	۱۲	۳۶/۴	۸	۲۴/۲
جمع	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰

جدول ۵: مقایسه میانگین و انحراف معیار دفعات بستری مجدد بیماران مورد مطالعه، قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	مداخله	کنترل	نتیجه آزمون من ویتنی
بستری مجدد	SD $\pm$ میانگین	SD $\pm$ میانگین	Z P-value
قبل از مداخله	۱/۳۹ $\pm$ ۰/۶۵۹	۱/۶۷ $\pm$ ۰/۷۷۷	۰/۹۵۲ ۰/۱۲۲
۳ ماه بعد از مداخله	۰/۷۵۴ $\pm$ ۰/۵۵	۱/۳۰ $\pm$ ۰/۹۱۸	۳/۵۲ <۰/۰۰۰۱
نتیجه آزمون ویلکاکسون	Z=۳/۷۲۲ P <۰/۰۰۰۱	Z=۱/۷۹ p=۰/۰۷۳	

بحث

این مطالعه مداخله ای با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور همراه با پیگیری تلفنی بر تبعیت دارویی و بستری مجدد بیماران مبتلا به اختلالات روانی طراحی و انجام شد. در خصوص یافته های دموگرافیک این مطالعه بایستی اشاره شود که تفاوت ها در

جامعه، نوع مطالعه، محیط مطالعه و سایر متغیرها می تواند اختلاف و تفاوت های مشاهده شده را توجیه کند، ولی از نظر آماری مقایسه نتایج می تواند مفید باشد هرچند روی تفاوت ها تأکید نمی شود. در رابطه با تبعیت دارویی، نتایج نشان داد که بیمارانی که در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند، قبل از انجام

می‌تواند به آنها در این امر کمک کند که در این میان پرستاری از راه دور می‌تواند مفید باشد. پرستاران با توجه به تعامل و ارتباط بیشتر با بیماران، نقش مهمی در ارائه ی برنامه های مداخله ای تبعیت از درمان دارند که این مداخلات آموزشی می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد (۲۲). با توجه به نتایج مطالعه می‌توان گفت که توانمند کردن و مسلح کردن خانواده ها به دانش لازم و همچنین با پیگیری های لازم از طریق تلفن، به خانواده ها این فرصت و توان را داده که بتوانند نقش حمایتی و مراقبتی خود را بهتر ایفاء کنند. این امر در افزایش تبعیت بیماران مورد مطالعه از رژیم دارویی، خود را نشان داده است. همچنین با توجه به ماهیت الگوهای آموزشی خانواده محور، خودکارآمدی بیماران افزایش پیدا کرده و در امر مراقبت از خود و بویژه در مصرف داروهای تجویز شده مشارکت و مسوولیت پذیری بیشتری اعمال کرده اند. همچنین با توجه به پیگیری های انجام شده در این مطالعه، خانواده و عضو بیمار در راه درمان و مراقبت از بیماری، خود را تنها احساس نکرده اند.

در رابطه با بستری مجدد بیماران مورد مطالعه، باید بیان داشت نتایج مطالعه مطابق با جداول (۵ و ۴) نشان داد که در طی ۳ ماه قبل از مداخله، همه بیماران مورد مطالعه در هر دو گروه مطالعه، حداقل یکبار در بخش روانپزشکی بستری شده بودند. از نظر آماری نیز یکسان بودن این میزان در دو گروه تایید شده است. این نتایج نشان می‌دهد که بیماران مورد مطالعه بستری مجدد و مکرر در بیمارستان های روانپزشکی را تجربه کرده اند. بستری مجدد یکی از معضلات نظام سلامت در حوزه روان می‌باشد که به دلایل متعددی این امر اتفاق می‌افتد و هزینه هایی را هم به خانواده و هم به نظام سلامت تحمیل می‌کند. بستری مجدد بیمار در بخش، در بسیاری از موارد نشاندهنده شکست در درمان و کنترل بیماری است. هزینه ی موارد بستری مجدد روانپزشکی در مقایسه با بستری نخست بیماران بیشتر است. بستری مجدد بیماران روانپزشکی برای خود بیماران و خانواده هایشان ناخوشایند است (۱۶). نتایج مطالعه نشان داد که در طی ۳ ماه بعد از اجرای مداخله توانمندسازی خانواده به همراه پیگیری تلفنی، در گروه مداخله اکثر بیماران بستری مجدد را تجربه نکرده اند. از نظر مقایسه میانگین تعداد دفعات بستری مجدد در گروه از نظر آماری نیز این تفاوت تایید شده است. این نتایج نشان می‌دهد که اجرای مداخله آموزشی به خانواده همراه با پیگیری تلفنی

مطالعه از رژیم درمانی تبعیت نمی‌کردند و داروهای خود را درست مصرف نمی‌کردند. در خصوص میزان تبعیت دارویی در واحدهای مورد پژوهش بعد از انجام مداخله، نتایج جداول (۲ و ۳) نشان داد که از نظر سطح تبعیت دارویی ۳ ماه بعد از انجام مداخله، در گروه کنترل تغییری مشاهده نشد ولی سطح تبعیت دارویی در گروه مداخله ارتقاء یافته و سطح تبعیت دارویی آنها به متوسط و خوب ارتقاء یافت که آزمون های آماری نیز تفاوت بین دو گروه را تایید کرده است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که مداخله انجام شده موثر بوده و توانسته میزان تبعیت دارویی بیماران مورد مطالعه را افزایش داده و وضعیت بهتری را برای آنها رقم بزند. در همین راستا نتایج مطالعه کامرانی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که آموزش همراه با پیگیری تلفنی بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری موثر است (۳۷). همچنین نتایج مطالعه زارع و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که پس از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور، تبعیت دارویی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بیشتر شد (۳۸). همچنین نتایج مطالعه ترنر و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که مراقبت از راه دور روی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو از طریق پیگیری تلفنی توسط پرستار باعث افزایش تبعیت بیماران از رژیم درمانی می‌شود (۳۹)، که نتایج کلیه مطالعات ذکر شده، با مطالعه حاضر همسو هستند. نتایج مطالعه بیور و همکاران (۲۰۰۹) با عنوان "مقایسه پیگیری بیمارستانی و تلفنی پس از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان" نشان داد که پیگیری تلفنی بر تبعیت از درمان در بیماران سرطان پیشرفته سینه تاثیر چندانی نداشت (۴۰)، که با نتایج این مطالعه همخوانی ندارد. دلیل این ناهمخوانی در نتایج می‌تواند به دلیل ماهیت بیماری سرطان و تاثیر آن بر توانایی بیمار برای پذیرش درمان موثر باشد. یکی از نکات مهم در آموزش بویژه در آموزش به بیماران و خانواده های آنها پیگیری هایی است که انجام می‌شود. بسیاری از آموزش ها در هنگام اجرا توانسته اند روی آگاهی و تغییر نگرش ها در همان لحظه دریافت آموزش ها موفق باشند، لیکن اهمیت اجرای آموزش ها، تداوم در انجام پاسخ های یادگرفته شده است که این امر با پیگیری های انجام شده محقق می‌شود. مشارکت خانواده در سرویس های بهداشت روانی، پیش آگهی بیماری را بهبود بخشیده و توانایی سازگاری و کیفیت زندگی اعضای خانواده را ارتقا می‌دهد (۴۱). آموزش خانواده ها همراه با پیگیری از راه دور

توانسته است میزان بستری مجدد را در بیماران کاهش بدهد و از این نظر تاثیر آن مثبت بوده است. نتایج مطالعه فالاحی خوشناب و همکاران که جهت تعیین اثربخشی مراقبت در منزل در جلوگیری از بستری مجدد بیماران حاد اسکیزوفرنی انجام شد، نشان داد که برنامه توانمندسازی باعث کاهش بستری مجدد بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شده است (۴۲). نتایج مطالعه ذوالفقاری و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که نه تنها مراقبت پیگیری تلفنی باعث کاهش بروز افسردگی کوتاه مدت پس از جراحی قلب میشود بلکه باعث کاهش بستری مجدد بیماران جراحی قلب میشود و پرستاران میتوانند از روش مراقبت پی گیری تلفنی در جهت کاهش بروز افسردگی کوتاه مدت و کاهش بستری مجدد بیماران جراحی قلب استفاده نمایند (۴۳). همچنین نتایج مطالعه اشمیت-کرپلین و همکاران (۲۰۰۹) با عنوان ”پیشگیری از بستری مجدد بیمارستانی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی“ که در آن از یکسری مداخلات ترکیبی از جمله ایجاد یک خط اضطراری برای بیماران و خانواده های آنها برای برقراری تماس، با کمک روانپزشکان، مددکاران اجتماعی و پرستاران استفاده شد، نشان داد که مداخلات ترکیبی همراه با برقراری ارتباط تلفنی توانست هزینه بستری مجدد خانواده ها را کاهش دهد (۴۴)، که نتایج کلیه مطالعات ذکر شده با مطالعه حاضر همسو است. مطالعه زارع و همکاران (۱۳۹۲) با استفاده از الگوی توانمندسازی خانواده محور بر روی خانواده های دارای عضو مبتلا به اسکیزوفرنی نشان داد که مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر روی کاهش میزان بستری شدن مجدد بیماران شرکت کننده در مطالعه تاثیری نداشته است که نتایج آن با مطالعه حاضر همسو نیست (۳۸)، دلیل این ناهمخوانی می تواند یکی به دلیل عدم پیگیری بعد از آموزش در مطالعه ذکر شده باشد و دلیل دیگر نیز می تواند بواسطه تفاوت در جامعه پژوهش باشد، چرا که در مطالعه فوق، فقط بر روی بیماران اسکیزوفرن مطالعه انجام شده بود. همچنین نتایج مطالعه وونگو همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که پیگیری تلفنی در کاهش پذیرش مجدد بیماران موثر نبوده است که نتایج آن با مطالعه حاضر همسو نیست. این محققین نتیجه گرفتند که نیاز است همزمان از روش های مختلف جهت آموزش علاوه بر پیگیری تلفنی پس از ترخیص استفاده شود (۴۵). هر چند نتایج این مطالعه از این نظر می تواند مهم باشد که بیان شده است اضافه کردن پیگیری تلفنی

به سایر روش ها می تواند تاثیر بیشتری داشته باشد، که این مطلب یافته مهم مطالعه حاضر نیز می باشد. پیگیری درست و منظم بیمار پس از ترخیص که اجرای آن نیاز به پیوند تنگاتنگ بیمارستان با بیمار در دوره ی پس از ترخیص دارد، می تواند کاهش چشمگیری در دفعات پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد کند و میزان بستری مجدد را کاهش دهد. محققان ارائه ی یک برنامه ی پیگیری مدون را بهترین روش برای بهبودی بیمار پس از ترخیص میدانند و تأکید می کنند که گاه بیمار اهمیت آموزش های پس از ترخیص را به درستی درک نمی کند. از این رو برای کاهش عوارض بیماری در دوره ی پس از ترخیص بهتر است که آموزش و تعلیم بیمار پس از ترخیص به طور جدی دنبال شود. طی این پیگیری ها مشکلات بالقوه و بالفعل بیمار توسط تیم درمان و مراقبت کشف شده و فرصتی فراهم می آورد تا روش درست مدیریت بیماری بکار گرفته شود. این برنامه های پیگیری که با ابزارهای فن آورانه گوناگونی از جمله تلفن صورت می گیرد، پس از ترخیص و گاه بصورت مراقبت مادام العمر اجرا می شوند (۴۶). توانمندسازی خانواده و پیگیری مراقبت تلفنی به مددجو و خانواده وی کمک کرده که با دانش و آگاهی بیشتر و اعتماد به نفس به صورت فعال در منزل مراقبت های لازم را انجام داده و از برنامه درمانی تجویزی تبعیت نمایند. تبعیت از رژیم درمانی خود سبب تاثیر مداخلات درمانی در بیمار شده و با رعایت رژیم دارویی و مصرف درست داروها کنترل بیماری بهتر صورت گرفته و نیاز به بستری شدن را کاهش داده است. کاهش بستری مجدد بیماران، خود گواهی است بر تبعیت مناسب و بهتر از رژیم درمانی تجویز شده برای بیمار. از نقاط قوت این مطالعه می توان به انجام همزمان آموزش خانواده و بیمار و همچنین پیگیری آموزش ها و تعداد مناسب نمونه ها نام برد و از محدودیت های این مطالعه نیز می توان به محدود بودن جامعه پژوهش و همچنین سنجش صداقت در پاسخگویی به پرسشنامه مطالعه اشاره نمود که از محدودیت های خوداظهاری است.

نتیجه گیری

با توجه به اثر بخش بودن مداخله انجام شده، می توان گفت توانمندسازی خانواده ها با پیگیری تلفنی در زمینه بیماران مبتلا به اختلالات روانی، می تواند روشی تاثیرگذار برای بهبود تبعیت دارویی و کاهش بستری مجدد باشد.

جندی شاپور اهواز به ثبت رسیده است. بدین وسیله محققین کمال تشکر و قدردانی خود را از کلیه افراد و سازمان هایی که در انجام این پژوهش کمک کردند، اعلام می دارند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام میدارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافع وجود ندارد.

لذا پیشنهاد می شود از برنامه های توانمندسازی خانواده ها همراه با پیگیری تلفنی برای تکمیل عملکرد مراقبین بهداشت در جهت اثربخشی بیشتر آموزش استفاده شود. در نهایت می توان گفت که بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانی برای رعایت پروتکول های درمانی به حمایت و کمک خانواده نیاز دارند.

سپاسگزاری

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی به شماره ثبت U-98204 و به تاریخ ثبت ۱۶/۹/۱۳۹۸ می باشد که در معاونت توسعه پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی

References

1. Babakian M, Yazdandoost Z, Khaleghdoost T, Behnam V H, Ghanbari A, Farmanbar R. Knowledge and attitude of the families with a mental patient about the electroconvulsive therapy at the Ebn-e- Sina psychiatric center of Mashad. Journal of Holistic Nursing and Midwifery. 2005; 15 (1): 15-26. [inPersian]
2. Hojati H. Detailed review series mental health nursing. Tehran: Jameenegar; 2010. P. 110-114. [inPersian]
3. Vaghee S, Rabbani H, Mehrpouya A, Child and Adolescent Psychiatric nursing. Tehran: Andishefah Publishing; 2013.
4. Sadeghi E, Afshar Moghadam F. Determination of Factors Affecting the Medication Compliance in Patients Admitted to Psychiatric Wards. J Qazvin Univ Med Sci. 2005; 9(3): 26-33. [in Persian]
5. Keck P, McElory S L, Strakowski S M, Stanton S P, Kizer D L, Balistreri T M. Factor Associated with Pharmacologic Noncompliance in Patients with mania. J Clin Psychiatry 1996; 57(7): 292-7.
6. 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. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000523>
7. Mert D G, Turgut N H, Kelleci M, Semiz M. Perspectives on Reasons of Medication Non Adherence in Psychiatric Patients. Patient Prefer Adherence. 2015; 9(1): 87-93.
8. 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. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.06.017>
9. Linsky A, Simon SR, Bokhour B. Patient perceptions of proactive medication discontinuation. Patient Educ Couns. 2015; 98 (2):220-5. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.010>
10. Ebrahimi H, Namdar H. The effect of therapeutic relationship in schizophrenic patients. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2014;12(6):491-8.
11. Levin JB, Krivenko A, Bukach A, Tatsuka 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. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000544>
12. 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. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.11.004>
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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.041>
14. Sotriopoluos P, Potter K, A Case Study of

- Psychiatric Medication Non Compliance. September 1999. (online).
15. Shamsaei F, Cheraghi F, Ghaleei A. Effect of Home Psychiatric Nursing Care in Treatment of Schizophrenia Patients. SJIMU. 2007; 15(2): 32-38. [in Persian]
16. Tavallai S A, Asari S, Karimi Zarchi AA. Study of psychal readmission in Baghiyatallah & Noorafshar hospitals. 2000-2001. Journal of Military Medicine. 2005;7(2):161-166. [in Persian]
17. Navidian A, Salar AR, Hashemi Nia A, A, K. Study of mental exhaustion experienced by family caregivers of patients with mental disorders, Zahedan Psychiatric Hasptal. Journal of Babol Universty of Medical Sciences. 2001; 3(12): 38-3. [in Persian]
18. Padala P R, Desouza C V, Almeida S, Shivaswamy V, Ariyaratna K, Rouse L, et al. The Impact of Apathy on Glycemic Control in Diabetes: Across-Sectional Study. Diabetes Res Clin Pract. 2008;79(1): 37-41. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2007.06.012>
19. Helles R, Eines J, Fagermoen MS. The significance of inform the perspective of heart failure patients. J Clin nurs. 2012; (3-4):495-503. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03927.x>
20. Crabb J, Stewart R C, Kokota D, Masson N, Chabunya S, Krishnadas R, et al. Attitudes towards mental illness in Malawi: a cross-sectional survey. BMC public health. 2012; 12: 541. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-541>
21. Barrett P, Hale B, Butler M, Family Care and Social Capital: Transitions in Informal Care: Springer Netherlands; 2014. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-6872-7>
22. Shojaei A, Nehrir B, Naderi N, Zareyan A. Comparison of Patient Education and Follow Up by Nurse on Anxiety in Heart Failure Patients. Medical-Surgical Nursing Journal. 2014; 3(1): 52-60. [in Persian]
23. Masoodi R, Alhani F, Moghaddasi J, Ghorbani M. The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude and knowledge of multiple sclerosis caregivers. J Birjand Univ Med Sci. 2010; 17(2): 87-97. [in Persian]
24. Masoodi R, Soleimani MA, Hasheminia AM, Qorbani M. The effect of family-centered empowerment model on the quality of life in elderly people. Jr of Ghazvin university of medical sciences. 2010;4(1):64-58. [in Persian]
25. Donovan F, Sands K, Judith N, Marianne M, Green C, Phipps medical surgical nursing health and illness perspective 8 th ed. St Louis: Lippincott Wilkins; 2007. p:882.
26. Musick K, Mare RD. Family structure, intergenerational mobility, and the reproduction of poverty: evidence for increasing polarization? Demography. 2004;41(4): 629-48. <https://doi.org/10.1353/dem.2004.0034>
27. Mistiaen P, Poot E, Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev 2006; (4): CD004410. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004510.pub3>
28. Meyer J, Smith B M, Chronic disease management: evidence of predictable savigs. Chronic Disease Management Health Management Associates 2008; 1-46.
29. Snooks HA, Williams AM, Griffiths LJ, Peconi J, Rance J, Snelgrove S, et al. Real Nursing? The development of telenursing. J Adv Nurse. 2008;61(6):631-40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04546.x>
30. Parizad N, Hemmati Maslakkpak M; Khakhali HR. The Effect of Tele-Education by Telephone and Short Message Service on Laboratory Parameters in Patients with Type 2 Diabetes. Jorنال of Ardabil University of Medical Sciences. 2014; 14:7-17. [in Persian]
31. Shojaei A, Nehrir B, Naderi N, Zareyan A. Comparison of Patient Education and Follow Up by Nurse on Anxiety in Heart Failure Patients. Medical-Surgical-Nursing Journal. 2014; 3(1): 52-60. [in Persian]
32. Poshtchaman Z, Jadid milani M, Atashzadeh Shoorideh F, Akbarzadeh Bagheban A. The Effect of two Ways of Using the Phone and Sms Follow up Care on Treatment Adherence in Coronary Artery Bypass Graft Patients. Cardiovascular Nursing Journal. 2014; 3(2): 6-14. [in Persian]
33. Gholizadeh B, Ebrahimi S, Zakeri Mogham A, Shahsavari H, Nubaureh A. Effect of Self-Management Program and Telephone Follow up on Medical Adherence in Patients with Ischemia Heart Disease. koomesh. 2017; 19(1): 213-219.

- [in Persian].
34. Faraji N, Pashareypoor S, Negarzadeh R. The Effect of Pre-Discharge Education and Telephone Follow-up on illness Perception and life Style in Patients with Myocardial Infarction. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2015; 23(3): 82-91. [in Persian].
 35. Rahmani F, Ranjbar F, Ebrahimi H, Dehghanian SH. The effectiveness of group psychological training on drug acceptance of patients with bipolar disorder: A clinical trial study. 1St Congress of Mood Disorders: 15-17 February 2017. Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
 36. Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. Pakistanian Journal of Psychology Research. 2008; 23(1-2): 19-28.
 37. Kamrani F, Nikkhah S, Borhani F, Jalali M, Shahsavari S, Nirumand ZK. The effect of patient education and nurse-led telephone follow-up (telenursing) on adherence to treatment in patients with acute coronary syndrome. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2015; 4(3): 16 - 24.
 38. Zarea K, Dashtbozorgi B, Rezaie A, Ghanizadeh A, Latifi SM. Effect of family-centered empowerment model on the attitude to medications and drug compliance in patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care. 2013; 2(2): 61-67.
 39. Turner J, Larsen M, Tarassenko L, Neil A, Farmer A. Implementation of telehealth support for patients with type 2 diabetes using insulin treatment: an exploratory study. Journal of Innovation in Health Informatics. 2009;17(1):47-53. <https://doi.org/10.14236/jhi.v17i1.714>
 40. Beaver K, Tysver-Robinson D, Campbell M, Twomey M, Williamson S, Hindley A, et al. Comparing hospital and telephone follow-up after treatment for breast cancer: randomised equivalence trial. Bmj. 2009;338: a3147. <https://doi.org/10.1136/bmj.a3147>
 41. Mohr WK. Psychiatric mental health nursing. Lippincott-Williams and Wilkins. 1th pub. 2005:116-213-656.
 42. Fallahikhooshnab M, Khankeh HR, Mohammadi F, Hosaini MA, Rahgoui A, Ghazanfari N. Home care effectiveness in preventing rehospitalization of acute schizophrenic patients. Iranian Jr of nursing research. 2009;4(14):59-66. [in Persian]
 43. Zolfaghari A, Dadgari F, Farsi Z. Effect of Telephone Follow-up Care on Rehospitalization and Depression in Patients Undergoing Open Heart Surgery in a Selected Military Hospital. Journal of Military Caring Sciences. 2017; 4 (2): 129-137. [in Persian] <https://doi.org/10.29252/mcs.4.2.129>
 44. Schmidt-Kraepelin C, Janssen B, Gaebel W. Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2009; 259 Suppl 2: S205-12. <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0056-7>
 45. Wong FK, Chow SK, Chan TM, Tam SK. Comparison of effects between home visits with telephone calls and telephone calls only for transitional discharge support: a randomised controlled trial. Age and ageing. 2013 Aug 26;43(1):91-7. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft123>
 46. Darcy AM, Murphy GA, DeSanto-Madeya S. Evaluation of discharge telephone calls following total joint replacement surgery. Orthopaedic Nursing. 2014;33(4):188-95. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000062>