

تاثیر پیگیری تلفنی بر تبعیت دارویی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرن ترخیص شده از بخشهای روانپزشکی

مریم مدبر^۱، مهرنوش اینانلو^۲، الهه حسن زاده^۳، محمدرضا موقری^۴

^۱ کارشناسی ارشد پرستاری کودکان.

^۲ کارشناس ارشد روان پرستاری، مربی هیات علمی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۳ کارشناس ارشد روان پرستاری، بابل، مازندران، ایران

^۴ کارشناس ارشد روان پرستاری، مربی هیات علمی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نام نویسنده مسئول:

مریم مدبر

چکیده

زمینه و هدف: یکی از اهداف مهم درمانی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی افزایش پذیرش رژیم درمانی است. مصرف صحیح دارو عامل مهمی در درمان این بیماران است و باعث کاهش دفعات بستری شدن و در نتیجه کاهش هزینه های درمانی می شود.

مواد و روش ها: این پژوهش، یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود که در آن 80 بیمار (40 نفر در گروه مداخله و 40 نفر در گروه کنترل) مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی بستری در مراکز درمانی بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی مازندران و بابل شرکت کردند. ابزار گردآوری پرسشنامه MARS بود. گروه کنترل درمان روتین شامل دارو درمانی را دریافت کرده و گروه مداخله در برنامه آموزشی شرکت کردند. این برنامه شامل برقراری تماس تلفنی با بیماران بعد از ترخیص بود. سه ماه بعد پس آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. از آمار توصیفی و استنباطی آزمون کی دو و آزمون تی مستقل برای آنالیز داده ها استفاده شد.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد که میانگین نمره پذیرش دارو در پیش آزمون بین دو گروه معنی دار نبود ($P > 0.05$)، ولی در پس آزمون در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری افزایش یافته بود. ($P < 0.05$) همچنین مقایسه تفاوت میانگین قبل و بعد دو گروه تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه نشان داد، بطوریکه میانگین نمره گروه آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. ($P < 0.05$)

بحث و نتیجه گیری: پیگیری های تلفنی پس از ترخیص بر افزایش تبعیت از رژیم دارویی موثر بود.

واژگان کلیدی: اختلال اسکیزوفرنی، تبعیت از رژیم دارویی، پیگیری تلفنی

مقدمه

اختلال اسکیزوفرنی مهمترین، شایع ترین و ناتوان کننده ترین اختلال روانی است. امروزه اسکیزوفرنی را شامل گروه بزرگی از اختلالات ذکر می کنند که معمولا دارای بعد سایکوتیک بوده و عملکرد فرد را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد و با آشفتگی های تکلم، ارتباط، تفکر، ادراک، عاطفه و رفتار که بیش از 6 ماه طول می کشد، تظاهر می کند. تخمین زده شده که حدود 50 درصد بیماران مبتلا به اختلال روانی بستری در بیمارستان ها مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی می باشند (2).

اختلال عملکرد شغلی و اجتماعی ناشی از اختلال اسکیزوفرنی بسیار گسترده است. به دلیل بی ارادگی یا سایر تظاهرات بیماری حتی در مواردی که مهارت های شناختی برای انجام صحیح وظایف کافی هستند، پیشرفت تحصیلی و حفظ شغل بیمار با مشکل روبرو می شود. اغلب این بیماران در رده های شغلی پایین تری از والدین شان استخدام می شوند و اغلب آنها به خصوص مردان (ازدواج نمی کنند و خارج از خانواده شان روابط اجتماعی محدودی برقرار می کنند) (3).

پیچیدگی بیماری اسکیزوفرنی سبب می شود که هیچ رویکرد درمانی به تنهایی برای مقابله با این اختلال چند وجهی کفایت نکند. برای درمان اکثر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کاربرد ترکیبی از داروهای آنتی سایکوتیک و درمانهای روانی-اجتماعی به کار گرفته می شود. درست همان طور که عوامل دارویی برای اصلاح عدم توازن شیمیایی به کار می روند، راهبردهای غیر دارویی نیز برای درمان مسایل غیر زیستی به کار گرفته می شوند. اما داروهای آنتی سایکوتیک تکیه گاه اصلی درمان اسکیزوفرنی به شمار می رود. موثرترین روش درمان در فاز حاد بیماری اسکیزوفرن دارو درمانی است. داروها هم به تنهایی و هم در کنار روشهای دیگر روان درمانی برای درمان بیماری اسکیزوفرن استفاده میشوند (4).

استفاده از داروهای آنتی سایکوتیک باعث کاهش شدت علائم در بیماران اسکیزوفرن و جلوگیری از عود مجدد علائم آنها میشود. بسیاری از بیماران اسکیزوفرن با کمک دارودرمانی به حالت بهبودی نسبی روانی میرسند و سپس از بیمارستان مرخص میشوند. میزان بستری مجدد در میان بیماران اسکیزوفرنی که دارو دریافت میکنند دو تا سه برابر کمتر از بیمارانی است که دارو دریافت نمیکنند. عدم تبعیت از رژیم دارویی باعث افزایش تعداد حملات سایکوتیک و بستری شدن مجدد در بیمارستان میشود. پذیرش رژیم دارویی یک فاکتور بسیار مهم برای بهبودی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرن است. پذیرش دارویی را می توان به صورت میزان سازگاری رفتار یک فرد به توصیه های بهداشتی و سلامتی تعریف نمود. بیمارانی که از برنامه درمان و رژیم دارویی که توسط متخصص برای آنها تجویز شده است تبعیت نمی کنند به عنوان بیمار با پذیرش دارویی ضعیف توصیف می شوند. در میان بیماران مبتلا به اختلال سایکوتیک رابطه قابل توجهی میان پذیرش دارویی و سو مصرف مواد، بی سواد، بستری شدن به صورت اجباری و سابقه رفتارهای تعدی گرانه وجود دارد. میزان پذیرش دارویی در بیماران مبتلا به اختلال پارانوئید یا نشانه های منفی اختلال سایکوتیک کمتر می باشد. درحالی که بیمارانی که داروهای آنها از آنتی سایکوتیک تیپیک به داروهای آنتی سایکوتیک آتیپیک تغییر کرده است پذیرش دارویی بیشتری نسبت به بیمارانی که تنها از داروهای تیپیک استفاده می کنند بیشتر است. بیمارانی که پذیرش دارویی بالاتری دارند بهبودی علائم سایکوتیک در آنها بیشتر است. خود مدیریتی مصرف دارو در میان بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرن برای افزایش میزان پذیرش دارویی بسیار مهم است (5).

برخی از دلایل عدم تبعیت از رژیم دارویی عبارتند از: عدم بصیرت به بیماری، ناآگاهی، قضاوت ضعیف، رژیم های دارویی متعدد، ناتوانی در پرداخت هزینه های سنگین خرید دارو، فراموشی و یا ناتوانی در درک آموزشهای مصرف دارو به دلایل مشکلات بینایی، شنوایی، هوشی و روانی. یکی از دلایل مهم این مساله می باشد که بیماران گمان میکنند که دوز دارویی که توسط پزشک برای آنها تجویز شده است برای آنها خیلی زیاد است. عوارض جانبی ناخوشایند داروها و انکار بیماران از وجود بیماری شدید روانپزشکی یا به اصطلاح خودشان بیمار نبودن باعث عدم پذیرش درمان دارویی در این بیماران میشود (6).

تحقیقات نشان داده است که عدم مصرف مداوم داروها در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی باعث پرخاشگری، عدم بهبود بیماری، صدمه زدن به خود، خودکشی، از دست دادن شغل، ترک تحصیل، سو مصرف مواد و الکحل، افزایش استفاده از سرویس های اورژانس و بدتر شدن کیفیت زندگی می شود. با توجه به اهمیت دارودرمانی و تاثیر عالی آن در جلوگیری از بازگشت به فاز حاد سایکوتیک و همچنین جلوگیری از بستری مجدد این بیماران در بیمارستان، اگر بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی به این باور برسند که مصرف داروهای آنتی سایکوتیک حتی اگر عارضه جانبی ناخواسته داشته باشند باعث بهبودی بیماری شان می شود، این می تواند در بهبود پذیرش دارویی در این بیماران موثر باشد. مراقبت پیگیر بلافاصله پس از ترخیص یکی از مهم ترین راه ها برای کمک به بیماران اسکیزوفرن جهت پیشگیری از عود مجدد علائم بیماری در آنها می باشد. آموزش به بیمار اسکیزوفرنی موجب به وجود آوردن نگرش مثبت در بیمار نسبت به دارودرمانی و باعث افزایش تبعیت از رژیم دارویی در این بیماران میشود (7).

یکی از نقشهای روانپرستاران آموزش به بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرن و خانواده هایشان و دادن اطلاعات کافی در مورد بیماری مددجویانشان، روش های درمانی، عوارض داروها، رژیم غذایی، سطح مسمومیت داروها، دفعات کنترل سطح خونی داروها و ... است و باید در این موارد اطلاعاتی ساده، واضح و روشن ارائه دهند(2).

هرچند آموزش دادن و یا نوشتن دستورالعمل ها و موارد آموزشی در طول مدت بستری در بیمارستان و حین ترخیص به بیماران و همراهان آنها به عنوان اولین اقدام اساسی محسوب می شود، اما اینها کافی نیست و بیمار باید پیگیری شود. سلامت از راه دور به ارائه خدمات بهداشتی و سلامتی و نظارت بر این خدمات به کمک فن آوری های ارتباط از راه دور گفته می شود. امروزه برای پیگیری، ارزیابی و درمان مشکلات روان شناختی و رفتاری، از وب سایت ها، پست الکترونیکی، تلفن، ویدیو کنفرانس اینترنتی و ارسال تصاویر پزشکی استفاده می شود. سلامت از راه دور فواید زیادی دارد که برخی از آنها عبارت است از: افزایش دسترسی به خدمات، افزایش کارایی خدمت رسانی و امکان مشورت تخصصی فوری با متخصصان(8).

پیگیری تلفنی روشی است که کاربرد آن ساده و آسان است و برای بهبود پذیرش داروهای ضد افسردگی و سایر درمانهای دارویی در بیماریهای مزمن مورد استفاده قرار گرفته است و موثر بوده است. براساس مطالعات انجام شده استفاده از پیگیری تلفنی باعث بهبود پذیرش دارویی و کاهش بستری در اورژانسهای روانپزشکی و کاهش هزینه های بستری شدن میشود(9).

تلفن وسیله ای تقریباً همگانی است 95 درصد مردم دارای تلفن هستند و تلفن های عمومی نیز به فراوانی در دسترس مردم قرار دارد. امروزه تماس تلفنی با کسانی که در خانه یا سرکار هستند، به کمک تلفنهای همراه، سیستم های پاسخگو، پیامگیرها و غیره تسهیل شده اند. تلفن وسیله ای است که به کمک آن میتوان بدون رویارویی، عواطف و احساسات را به یکدیگر منتقل کرد. تلفن وسیله ارتباطی سریعی است و همچنین طرح مسائل و مشکلات خصوصی به خصوص در جوامعی مانند ایران که دارای فرهنگهای بسته و سنتی است آسان تر است. استفاده از تلفن باعث کاهش قرار ملاقات های فراموش شده میشود(10).

لذا با توجه به اهمیت تبعیت رژیم دارویی در بیماران اسکیزوفرن و باتوجه به اینکه تاثیر پیگیری تلفنی در بهبود پذیرش دارویی بیماران اسکیزوفرن تاکنون در ایران مورد مطالعه قرار نگرفته است و همچنین چون کشور ایران به لحاظ فرهنگی با جوامع دیگر متفاوت است، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی پیگیری تلفنی در افزایش تبعیت دارویی در بیماران اسکیزوفرن مرخص شده از بیمارستان بود که بر روی 80 نفر از بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرن ترخیص شده از بخش های اعصاب و روان بیمارستان های استان مازندران انجام گرفت.

روش مطالعه

تحقیق انجام شده یک مطالعه کارآزمایی بالینی غیرتصادفی شده می باشد که در آن تاثیر پیگیری تلفنی بر بهبود تبعیت دارویی بیماران اسکیزوفرن مورد بررسی قرار گرفت.

محیط پژوهش بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی در استان مازندران بود. این پژوهش از آبان ماه 1393 تا خرداد ماه 1394 در بخشهای روانپزشکی مراکز آموزشی درمانی دانشگاههای علوم پزشکی استان مازندران انجام شد. بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل دارای 14 تخت بخش اعصاب و روان مردان و 14 تخت بخش اعصاب و روان زنان می باشد. بیمارستان شهید زارع واقع در شهرستان ساری که دارای 200 تخت مصوب اعصاب و روان مردان و زنان است و مرکز روانپزشکی استان مازندران می باشد. دلیل انتخاب این مرکز دسترسی به نمونه های پژوهش و سهولت در جمع آوری اطلاعات بود.

جامعه این پژوهش بیماران مبتلا به اسکیزوفرن ترخیص شده از بیمارستان بودند که در سنین 18 تا 50 سالگی بودند و داروهای آنتی سایکوتیک را از حداقل یک ماه قبل شروع کرده بودند.

نمونه های این پژوهش را بیماران مبتلا به اسکیزوفرن مراجعه کننده به بخشهای روانپزشکی مراکز آموزشی درمانی دانشگاههای علوم پزشکی استان مازندران تشکیل می دادند که معیارهای ورود به مطالعه را داشته و با رضایت آگاهانه وارد مطالعه شده و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل

سن 18 تا 50 سالگی - شروع داروهای آنتی سایکوتیک از حداقل یک ماه قبل - نبودن در مرحله حاد اسکیزوفرن در هنگام ترخیص - عدم ترخیص با رضایت شخصی - (نداشتن بیماری همراه - عدم ابتلا به اختلال سو مصرف مواد - عدم مشکل در برقراری ارتباط) کاهش شنوایی و بود.

قابل ذکر است که در صورت بی سوادی پرسشنامه برای بیمار خوانده می شد و بر اساس پاسخ بیمار پر می شد و باسواد بودن معیار ورود به پژوهش نبود.

معیارهای خروج از مطالعه شامل

عدم تمایل نمونه پژوهش به ادامه شرکت در مطالعه و بستری شدن در طول مدت مطالعه به هر علت بود. بیماران واجد شرایط شرکت در پژوهش، پس از کسب رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. تخصیص نمونه ها به دو گروه مداخله و کنترل به روش تصادفی بود. به گونه ای که به روش تصادفی بیمارانی که در تاریخهای فرد مرخص شدند در گروه کنترل و بیمارانی که در تاریخ های زوج مرخص شدند در گروه مداخله قرار گرفتند. پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه تعیین میزان تبعیت دارویی MARS می باشد که در سال 2000 توسط تامپسون و همکاران تهیه شد. این پرسش نامه شامل 10 سؤال گزینه های بلی و خیر می باشد. در این پرسش نامه به گزینه شماره یک (بلی (نمره صفر و به گزینه شماره دو (خیر (نمره 1 داده شده است. در این پرسش نامه جواب صحیح اکثریت سؤالات گزینه خیر است که نشان دهنده تبعیت دارویی بهتر است و نمره یک گرفته است، اما در سؤالات شماره 7 و 8 جواب صحیح گزینه بلی است که نمره 1 گرفته است و نشان دهنده تبعیت دارویی بهتر است. نمره کسب شده از این ابزار بین صفر تا 10 است که تفسیر آن طبق نظر اساتید مشاور آمار و استاد راهنما به صورت زیر است:

0-4. بیمار دارای تبعیت دارویی ضعیف

5-7. بیمار دارای تبعیت دارویی نسبی

8-10 بیمار دارای تبعیت دارویی خوب

برای تعیین روایی پرسشنامه سؤالات مربوط به مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه تعیین میزان پذیرش دارویی جهت روایی محتوا توسط ده نفر اساتید هیات علمی و با تجربه دانشکده پرستاری و مامایی تهران مورد ارزیابی قرار گرفت و پس از جمع آوری نظرات آنان، نظرات اصلاحی و پیشنهادی اساتید با راهنمایی اساتید راهنما و مشاور اعمال گردید.

برای تعیین اعتماد علمی یا پایایی ابزار گردآوری داده ها پژوهشگر از روش، آزمون-آزمون مجدد استفاده شد و این ابزار را ابتدا بر روی 20 نفر از افراد واجد شرایط شرکت در پژوهش به صورت پایلوت اجرا کرد. برای تعیین پایایی ثبات نتایج از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید. طبق این فرمول مقدار ضریب پایایی کودر-ریچاردسون در این پژوهش 72% بوده است که نشان می دهد که این پرسش نامه از ضریب پایایی قابل قبول برخوردار است.

بیماران به صورت تصادفی در دو گروه کنترل یا آزمون قرار گرفتند. پس از کسب رضایت از بیماران و خانواده بیماران و معرفی و بیان اهداف طرح، یک هفته پس از ترخیص این بیماران، زمانی که به صورت روتین برای ویزیت مجدد به درمانگاه اعصاب و روان مراجعه می کردند، پرسشنامه تعیین میزان پذیرش دارویی بیماران اسکیزوفرن به همراه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک در اختیار دو گروه (مداخله و کنترل) (که بر اساس معیارهای انتخاب نمونه با دقت انتخاب شده اند قرار داده شد تا میزان تبعیت رژیم دارویی در آنان مورد ارزیابی قرار گیرد. به هر دو گروه مداخله و کنترل قبل از ترخیص یک کتابچه آموزشی مصرف داروها و روشهای کنترل عوارض جانبی داده شد و با اقتباس از مطالب موجود در کتابچه آموزش حضوری هم داده شد. سپس طی سه ماه بعد از ترخیص به اعضای گروه مداخله تلفن زده شد و پیگیری در مورد مصرف دارو و کنترل عوارض جانبی صورت گرفت. تعداد تماس های گرفته شده به این صورت بود که در 4 هفته اول هر هفته دو تماس و در هشت هفته باقیمانده هر هفته یک تماس برقرار شد. در حالی که گروه کنترل، هیچ گونه پیگیری دریافت نکردند. مدت زمان هر تماس تلفنی با بیماران 5-10 دقیقه در نظر گرفته شد که زمان برقراری اولین تماس 3 روز بعد پر کردن پرسشنامه بود. اگر در هریک از تماسها خود بیمار در دسترس نبود یا حاضر به صحبت کردن نبود با خانواده بیمار صحبت می شد و اگر بیماری به بیش از سه نوبت تماس پشت سر هم پاسخ نداد از مداخله حذف می شود. که در این مطالعه نمونه ای از مطالعه حذف نشد. برنامه زمان بندی تماس ها حین ترخیص به بیمار و همراهان آنها به صورت مکتوب داده میشود. محتوی مکالمات تلفنی شامل مواردی از قبیل پرسش در مورد عوارض ناشی از داروها و در صورت وجود عوارض آموزش چگونگی مقابله با این عوارض، راههای مقابله با اضطراب، پاسخگویی به سؤالات بیماران و همراهان آنها بر اساس نیازهای خاص آنها، تجزیه و تحلیل علائم عدم تبعیت رژیم دارویی در بیماران در صورت وجود و ارایه راه حل جهت کمک به حل مشکلات در بیمار و به خصوص مشکلاتی که منجر به عدم تبعیت رژیم دارویی در این بیماران می شود بود.

بیماران یا همراهان آنها میتوانند با شماره تلفنی که پژوهشگر جهت پیگیری بیماران در اختیار آنها قرار داده بود در صورت داشتن هرگونه مشکل یا سوالی در مورد مصرف داروها از ساعت 10 صبح تا ساعت 10 شب تماس برقرار کنند.

مجددا سه ماه بعد پرسشنامه مذکور در اختیار دو گروه قرار گرفت تا میزان تبعیت رژیم دارویی در آنان مورد ارزیابی قرار گیرد. سپس پرسشنامه ها جمع آوری و داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های آماری تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

در این پژوهش، تاثیر پیگیری تلفنی بر تبعیت دارویی بیماران اسکیزوفرن ترخیص شده از بخشهای روانپزشکی مورد بررسی قرار گرفت. سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی، تعداد اعضای خانواده، تحصیلات، وضعیت اشتغال و مدت زمان ابتلا به بیماری متغیرهای زمینه ای این پژوهش را تشکیل دادند.

یافته‌های این پژوهش شامل نتایج حاصل از بررسی 80 بیمار در دو گروه آزمون و کنترل می‌باشد که نتایج آن در این بخش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. یافته‌های پژوهش طی 11 جدول نشان داده شده است که در دو بخش دسته بندی شده است: نتایج حاصل از مشخصات فردی و سابقه بیماری واحدهای مورد پژوهش و نتایج حاصل بر اساس اهداف پژوهش.

در رابطه با مشخصات دموگرافیک و بیماری نمونه‌ها، نتایج آزمون‌های آماری تی مستقل، کای دو، تست فیشر نشان داد که واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و کنترل از نظر سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی، تعداد اعضای خانواده، تحصیلات، وضعیت اشتغال و مدت زمان ابتلا به بیماری با یکدیگر همگن بودند؛ با در نظر گرفتن این موضوع، با اطمینان بیشتری می توان نتایج به دست آمده را ناشی از تأثیر مداخله اجرا شده دانست.

در این مطالعه، واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک، تفاوت معنی داری نداشتند؛ با در نظر گرفتن این موضوع، با اطمینان بیشتری می توان نتایج به دست آمده را ناشی از تأثیر مداخله اجرا شده دانست.

بررسی به لحاظ جنس نشان میدهد بیشتر افراد شرکت کننده در این پژوهش مرد بودند و میانگین سنی افراد شرکت کننده در این پژوهش 33.2 سال بوده است. بیشترین افراد شرکت کننده در این پژوهش متأهل بودند و همچنین بیشترین افراد شرکت کننده کارگر بودند. در رابطه با هدف تعیین و مقایسه میزان تبعیت از رژیم دارویی در بیماران اسکیزوفرن در گروه کنترل و مداخله پس از انجام مداخله نتایج حکایت از آن دارد که دو گروه از نظر میزان تبعیت از رژیم دارویی قبل از مطالعه همگن بوده اند. ولی پس از مداخله میانگین میزان تبعیت از رژیم دارویی پس از مطالعه در دو گروه اختلاف معنی دار آماری داشتند و لذا می توان نتیجه گرفت پیگیری تلفنی پس از ترخیص توانسته گروه آزمون را که قبل از مطالعه از میزان تبعیت از رژیم دارویی ضعیف تری برخوردار بودند، ارتقا و آنها را به سطح تبعیت خوب برساند. این یافته‌ها با یافته‌های مطالعه Inkster و همکاران (2006) همخوانی دارد. آنان نشان دادند که افزایش ارتباط و اعتماد بین پرستار و بیمار، ارائه دانش کافی به زبان ساده به بیمار و بی طرف بودن باعث افزایش حضور بیمار جهت خوردن دارو، دریافت دارو از پرستار، خوردن دارو و درک فواید پذیرش دارو می‌شود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که ارتباط درمانی می‌تواند به افزایش پذیرش رژیم درمانی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کمک کند.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای جمعیت شناختی در افراد شرکت کننده در پژوهش

متغیر	تعداد	درصد	متغیر	تعداد	درصد
جنس	زن	33	تحصیلات	ابتدایی و بی سواد	5
	مرد	47		راهنمایی	5
				دبیرستان	26
				دانشگاهی	44
سن (بر حسب سال)	زیر 30	28	مدت زمان ابتلا به بیماری (بر حسب ماه)	زیر 20	21
	30-39	36		20-30	18
	40	16		30-40	25
				بالای 40	16
وضعیت تاهل	مجرد	18	وضعیت اقتصادی	ضعیف	27
	متاهل	55		متوسط	17
	جدا شده و بیوه	7		خوب	36
وضعیت اشتغال	کارمند	8	تعداد اعضای خانواده	1	20
	کارگر	37		2	20
	بازنشسته	10		3	34
	آزاد	19		4	4
	خانه دار	6		بیشتر	2

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی تبعیت دارویی بیماران قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

نتیجه آزمون	گروه				تبعیت دارویی
	آزمون		کنترل		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
Independent T test T=1/69 DF=78 P=0/09	17.5	7	51	6	ضعیف
	60	24	72.5	29	متوسط
	22.5	9	5/12	5	خوب
	100	40	100	40	جمع
	5.9		5.1		میانگین
	2.12		2.09		انحراف معیار

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان تبعیت از رژیم دارویی گروه کنترل قبل و پس از مداخله

نتیجه آزمون	گروه				تبعیت دارویی
	پس از مداخله		قبل از مداخله		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
Paired T Test T=4.20 DF=39 P<0.000	10	4	51	6	مطلوب
	67.5	27	72.5	29	نسبتا مطلوب
	22.5	9	5/12	5	نامطلوب
	100	40	100	40	جمع
	4.6		5.1		میانگین
	2.13		2.09		انحراف معیار

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان تبعیت از رژیم دارویی مداخله قبل و پس از مداخله

نتیجه آزمون	گروه				تبعیت دارویی
	پس از مداخله		قبل از مداخله		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
Paired T Test T=-9.38 DF=39 P<0.000	97.5	39	17.5	7	مطلوب
	2.5	1	60	24	نسبتا مطلوب
	0	0	22.5	9	نامطلوب
	100	40	100	40	جمع
		9.32		5.90	میانگین
		0.572		2.12	انحراف معیار

بحث

هدف کلی پژوهش “بررسی تاثیر پیگیری تلفنی بر تبعیت دارویی بیماران اسکیزوفرن ترخیص شده از بخشهای روانپزشکی” بود. با توجه به افزایش تبعیت از رژیم دارویی پس از انجام پیگیری های تلفنی پس از ترخیص در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل، فرضیه پیگیری تلفنی پس از ترخیص بر افزایش میانگین میزان تبعیت از رژیم دارویی در بیماران اسکیزوفرن موثر است، مورد تایید قرار می گیرد، بدین معنی که می توان بیان داشت پیگیری های تلفنی پس از ترخیص بر افزایش تبعیت از رژیم دارویی موثر بود.

بنابراین میتوان نتیجه گرفت انجام پیگیری های تلفنی پس از ترخیص بر افزایش تبعیت از رژیم دارویی میتواند موثر باشد و از این روش ساده و ارزان و بی عارضه می توان بعنوان مکمل برای روش های دارویی استفاده کرد و آن را در بیمارستان ها رواج داد تا میزان بستری مجدد ناشی از عود مجدد در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرن یابد.

نتیجه گیری نهایی

بطور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که پیگیری تلفنی می‌تواند به افزایش تبعیت دارویی و همکاری بیمار جهت خوردن دارو، درک فواید پذیرش دارو کمک کند. افزایش ارتباط و اعتماد بین پرستار و بیمار، ارائه دانش کافی به زبان ساده به افزایش تبعیت دارویی منجر می‌شود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که ارتباط درمانی می‌تواند به افزایش پذیرش رژیم درمانی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کمک کند. در واقع بر اساس مطالعات انجام گرفته رویکردها و روش‌های مختلف تله مدیسین می‌توانند منجر به افزایش تبعیت دارویی بیماران شوند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری می‌باشد. بدینوسیله از کلیه مسئولین آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی تهران و همچنین مسئولین محترم بیمارستان‌های شهید یحیی نژاد بابل و شهید زارع ساری و به ویژه بیماران محترمی که نهایت همکاری را با تیم پژوهش داشتند صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع و مراجع

- [1] Benjamin J. Sadock VAS. Clinical Psychiatry. ed t, editor. amazon: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- [2] Jannati Y HJ, Azimi H, Mahmoodi GH. Mental health nursing2. tehran: jaame negar publisher; 2015.
- [3] Association TAP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5. Ed t, editor. United States of America2016.
- [4] Benjamin J. Sadock VAS. Clinical Psychiatry. ed, editor: walters; 2015.
- [5] Pusey-Murray AE, Bourne PA, Warren S, LaGrenade J, Charles CA. Medication compliance among mentally ill patients in public clinics in Kingston and St. Andrew, Jamaica. Journal of Biomedical Science and Engineering. 2010;3(06):602.
- [6] Haugh KH. Medication adherence in older adults: The pillbox half full. Nursing Clinics. 2014;49(2):183-99.
- [7] Chaiyajan W, Sitthimongkol Y, Yuttatri P, Klainin P. Effects of a psychoeducational program on attitude toward medication and compliance with first appointment after discharge in schizophrenic patients. J Nurs Sci Vol. 2009;27(3):S2.
- [8] Timothy J Trull MJP. Clinical psychology. ed t, editor. tehran: roshd; 2016.
- [9] Cook PF, Emiliozzi S, Waters C, El DH. Effects of telephone counseling on antipsychotic adherence and emergency department utilization. The American journal of managed care. 2008;14(12):841-6.
- [10] Simon GE, Ludman EJ, Tutty S, Operskalski B, Von Korff M. Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized controlled trial. Jama. 2004;292(8):935-42.
- [11] Inkster ME, Donnan P, MacDonald T, Sullivan F, Fahey T. Adherence to antihypertensive medication and association with patient and practice factors. Journal of human hypertension. 2006;20(4):295.
- [12] Kim HS, Oh JA. Adherence to diabetes control recommendations: impact of nurse telephone calls. Journal of advanced nursing. 2003;44(3):256-61.
- [13] Priebe S, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Rössler W, Torres-Gonzales F, et al. The impact of routine outcome measurement on treatment processes in community mental health care: approach and methods of the MECCA study. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2002;11(3):198-205.
- [14] Arnow BA, Steidtmann D, Blasey C, Manber R, Constantino MJ, Klein DN, et al. The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2013;81(4):627.
- [15] Charpentier A, Goudemand M, Thomas P. Therapeutic alliance, a stake in schizophrenia. L'Encephale. 2009;35(1):80-9.
- [16] Kreps GL, Villagran MM ,Zhao X, McHorney CA, Ledford C, Weathers M, et al. Development and validation of motivational messages to improve prescription medication adherence for patients with chronic health problems. Patient education and counseling. 2011;83(3):375-81.