

Effect of the Community Re-entry Program on Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder Type I

Parham Mohebi ¹, Masud Fallahi Khoshknab ^{2,*}, Abolfazl Rahgoi ³, Kian Norouzi Tabrizi ², Mohammad Reza Khodaie Ardakani ⁴

¹ MSc, Department of Psychiatric Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

³ Instructor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Masud Fallahi Khoshknab, Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: msflir@yahoo.com

Received: 25 Oct 2016

Accepted: 26 Apr 2016

Abstract

Introduction: Drug adherence is poor among patients with bipolar I disorder (BID) and lack of adherence to medication is one of the frequent causes of relapse and readmission in these patients. This study aimed to examine the effect of a community re-entry rehabilitation program on drug adherence in patients with BID.

Methods: This randomized clinical trial study was conducted on all patients with BID admitted to Iran Psychiatric Hospital in the first 6 months of 2016. Forty patients were selected by purposive sampling and randomly divided into two groups of intervention and control. The intervention group received the theoretical and practical training of the community re-entry program (CRP) over 16 sessions (three times a week). Patients in the control group only received current treatment at the center (drug therapy, occupational therapy, and psychotherapy). The patients completed medication adherence rating scale (MARS) before and three months after the intervention. Data were analyzed using chi-square test, independent t-test and ANOVA with the SPSS 19 software.

Results: The results showed no significant difference between the intervention and control groups regarding the distribution of demographic characteristics. The mean score of patients' medication adherence before the intervention was 4.05 ± 1.05 in the intervention group and 4.35 ± 1.59 in the control group, while after the intervention it was 8.31 ± 0.92 in the intervention group and 4.65 ± 1.56 in the control group, which showed a significant difference in the intervention group ($P \leq 0.001$).

Conclusions: Results showed that implementing CRP can enhance drug adherence in patients with BID.

Keywords: Bipolar I Disorder, Community Re-Entry Program, Psychosocial Rehabilitation, Nursing, Drug Adherence

بررسی تأثیر برنامه توانبخشی بازگشت به اجتماع بر تبعیت دارویی بیماران با اختلال دوقطبی نوع یک

پرهام محبی^۱، مسعود فلاحي خشکناپ^{۲*}، ابوالفضل ره گوی^۳، کیان نوروزی تبریزی^۲، محمدرضا خدایی^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۳ مربی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۴ دانشیار، گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: مسعود فلاحي خشکناپ، دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ایمیل:

msflir@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۲۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۸/۰۴

چکیده

مقدمه: تبعیت دارویی در بین بیماران با اختلال دوقطبی ضعیف می‌باشد و عدم تبعیت دارویی یکی از علت‌های مکرر بازگشت بیماری و بستری مجدد در آنها می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه توانبخشی بازگشت به اجتماع بر تبعیت دارویی بیماران با اختلال دوقطبی نوع یک انجام شده است.

روش کار: مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده می‌باشد که جامعه آماری آن کلیه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک بیمارستان روانپزشکی ایران در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۵ بود. از طریق روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و بر اساس معیارهای ورود ۴۰ بیمار انتخاب و به صورت تصادفی با استفاده از اعداد تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. گروه مداخله گروه مداخله در طی ۱۶ جلسه فشرده (سه بار در هفته) تحت آموزش نظری و عملی برنامه بازگشت به اجتماع قرار گرفتند. بیماران گروه کنترل در طول اجرای پژوهش، فقط درمان‌های رایج در مرکز (دارویی، کاردرمانی، رواندرمانی) را دریافت نمودند. بیماران قبل و سه ماه بعد از مداخله، مقیاس ارزیابی تبعیت دارویی (MARS) را تکمیل کردند. داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS19 و با استفاده از آزمون‌های آماری کای اسکور، تی مستقل، تی زوجی و تحلیل واریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه مداخله و شاهد از نظر توزیع متغیرهای زمینه‌ای تفاوتی وجود نداشت. میانگین نمرات میزان تبعیت دارویی بیماران قبل از مداخله در گروه مداخله $(1/05 \pm 4/05)$ و در گروه شاهد $(1/59 \pm 4/35)$ بود که بعد از مداخله در گروه مداخله به $(0/92 \pm 8/31)$ و در گروه شاهد به $(1/56 \pm 4/65)$ رسید. و این اختلاف در گروه مداخله معنی دار بود $(P \leq 0/001)$.

نتیجه گیری: یافته‌ها نشان داد که انجام برنامه توانبخشی بازگشت به اجتماع باعث افزایش تبعیت دارویی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال دوقطبی، برنامه بازگشت به اجتماع، توانبخشی روانی- اجتماعی، پرستاری، تبعیت دارویی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

اختلال دوقطبی با تغییر در عملکرد روانی و اجتماعی، تغییر پذیری و نامتناسب بودن شرایط خلقی، خلق بالا و افسرده و نوسانات بزرگ در سطح خلقی با علایم افسردگی، هیپومانیا و یا دوره‌های ترکیبی در

اختلال دوقطبی با تغییر در عملکرد روانی و اجتماعی، تغییر پذیری و نامتناسب بودن شرایط خلقی، خلق بالا و افسرده و نوسانات بزرگ در سطح خلقی با علایم افسردگی، هیپومانیا و یا دوره‌های ترکیبی در

دوز دارویی مناسب برای پزشکان امکان پذیر نمی‌باشد مورد توجه فراوان قرار گرفته است و همچنین در بیمارانی که تبعیت دارویی آنها کامل نمی‌باشد امکان تغییر و افزایش دوز دارویی وجود خواهد داشت (۵). استراتژی‌های مؤثر بر روی تبعیت دارویی بیمارانی دوقطبی می‌تواند شامل مداخلات روانی و اجتماعی از قبیل درمان‌های رفتار شناختی، درمان‌های روانی اجتماعی، درمان‌های فردی اجتماعی، آموزش‌های روانی فردی و گروهی و برنامه بازگشت به اجتماع می‌باشد (۵، ۱۱). برنامه بازگشت به اجتماع یکی از چند برنامه زندگی اجتماعی و مستقل است که Liberman و همکارانش در مرکز تحقیقاتی اسکیزوفرنیا و بازتوانی روانی دانشگاه یو سی آ (UCLA) طراحی کرده‌اند. این برنامه برای آموزش بیمارانی اسکیزوفرنیا و اختلالات روانی بزرگ است. مطالب آموزشی نوین درباره برنامه ترخیص را با بخش‌هایی از مدیریت دارو و مدیریت علائم توسط خود فرد و سازمان دهی اوقات فراغت ادغام می‌کند و اطلاعات و مهارت‌هایی را به بیمارانی آموزش می‌دهد که برای زندگی در جامعه مورد نیاز است (۱۲، ۱۳).

مداخلات دارودرمانی به تنهایی برای مدیریت اختلال دوقطبی اولیه به دلیل میزان بالای عدم تبعیت دارویی مؤثر نمی‌باشد و کمبود فعلی پژوهش‌های پرستاری در مورد بیماری دوقطبی ممکن است در نتیجه این دیدگاه نادرست باشد که درمان دارویی به خصوص تثبیت کننده‌های خلقی، به تنهایی درمان کامل و موفقی برای اختلال دوقطبی می‌باشند و پژوهش‌ها حاکی بر این می‌باشند که روانپرستاران بهترین ساختار را برای ارائه مداخلات روانی به دلیل تجربه و مهارتی که آنها در مراقبت از بیمارانی دوقطبی دارند را برخوردار می‌باشند و روانپرستاران می‌توانند به عنوان هسته ارائه این مداخلات در نظر گرفته شوند. از آن جایی که روانپرستاران به طور معمول با بیمارانی و خانواده آنها درگیر هستند می‌توانند در آموزش روانی خانواده بیمارانی مفید واقع شوند و آن‌ها می‌توانند نقش مهمی را در تکمیل مداخلات روانی در بالین بیمار ارائه کنند. با توجه به اینکه مداخلات آموزشی روانی مؤثر شناخته شده است و بر اساس راهنمای آموزش روانی گروهی، روانپرستاران به راحتی قادر به اجرای آن می‌باشند و ساختار گروهی این مداخلات فرصتی را برای طرح ریزی آموزش، حمایت و خود مدیریتی فراهم می‌کند، این خط مشی‌ها خود مدیریتی و تمرکز بر روی افزایش تبعیت دارویی را تشویق می‌کند و این یک ضرورت اخلاقی برای روانپرستاران می‌باشد که مراقبت‌هایی را درحالی که منابع فشرده و اندک در اختیار دارند درمدت زمان کوتاه ارائه دهند در حالی که مزایای طولانی مدت، در قالب طولانی کردن دوره‌های تثبیت خلق، بهبود عملکرد شغلی و اجتماعی و تسکین علائم جانبی بیماری را دربر می‌گیرد (۳). با توجه به اینکه میزان عود بیماری دوقطبی بالا می‌باشد (۲، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۰) و با توجه به اینکه برنامه توانبخشی بازگشت به اجتماع می‌تواند باعث بهبود تبعیت دارویی گردد و از عود بیماری دوقطبی بکاهد (۱۲، ۱۴)، (۱۵، ۱۶) از آنجایی که در ایران تأثیر این مداخله در پژوهش‌ها بررسی نشده است، لذا این پژوهش با هدف بررسی تأثیر برنامه بازگشت به اجتماع بر روی میزان تبعیت دارویی در بیمارانی دوقطبی طراحی گردیده است.

روش کار

طولانی مدت ضعیف و مشکل می‌باشد. تبعیت دارویی نقش ضروری در بدست آوردن پیامدهای مطلوب در درمان بیماری‌های وخیم روانی از قبیل اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی دارد و همانند بیمارانی اسکیزوفرنیا بیمارانی با اختلال دوقطبی ممکن است مشکلات شناختی و فقدان بینش را داشته باشند. اما در دو دهه گذشته شواهد حاکی از آن می‌باشد که درمان دارویی برای فراهم کردن پاسخ درمانی مورد انتظار به تنهایی شکست خورده است و فاکتورهای روانی اجتماعی از قبیل وقایع استرس آمیز زندگی، قطع شدن روابط اجتماعی و عدم تبعیت دارویی منجر به عود بیماری دوقطبی خواهد شد (۳). در پژوهشی، Pope و Scott گزارش داده‌اند که یکی از سه بیمار با اختلال دوقطبی، حداقل ۳۰ درصد از داروهای تجویزی را دریافت نمی‌کنند (۴) و Sajatovic و همکاران دریافتند که علت عدم تأثیر بخشی درمان با لیتیم در بیمارانی دوقطبی، تبعیت دارویی ضعیف می‌باشد (۲). نتایج مطالعه Velligan و McFarland و نیز پژوهش Johnson مشاهده گردید که مصرف کربنات لیتیم در بیمارانی دوقطبی پس از اولین دوره تجویز دارو، بدون مشاوه مجدد با پزشک متوقف شده است (۵، ۶). در پژوهشی دیگر که توسط Miklowitz و همکاران انجام شد، بیش از ۶۰ درصد بیمارانی با اختلال دوقطبی دوره بازگشت به بیماری را در طی دو سال پیگیری مداوم داشتند که فاکتورهای روانی واجتماعی از قبیل فقدان حمایت اجتماعی، مجرد بودن، سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین و فقدان دانش در مورد بیماری، تبعیت دارویی را در این بیمارانی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷). عدم تبعیت دارویی به طور قابل توجهی خطر تشدید بیماری و بستری مجدد در بیمارستان را افزایش می‌دهد و میزان عدم تبعیت دارویی در بیمارانی دوقطبی، ۶۶-۲۰ درصد می‌باشد که اهمیت بهبود بخشیدن تبعیت دارویی در این بیمارانی تاکید شده است (۸، ۹). عدم تبعیت دارویی در بیش از ۵۰ درصد افراد با اختلال روانی مزمن شایع می‌باشد و اگر بیماری مصرف داروهای ضد روانپریشی را متوقف کند خطر بازگشت بیماری سه تا پنج برابر خواهد بود (۱۰). عدم تبعیت دارویی در بیمارانی روانی حاد باعث افزایش هزینه‌های مستقیم درمانی (مداخلات اورژانسی و بستری بیمارانی) و هزینه‌های غیر مستقیم (فقدان قابلیت بهروری) می‌شود و برطبق تحقیقات انجام شده عدم تبعیت دارویی در بیمارانی دوقطبی با ویزیت در منزل اورژانسی و بستری مجدد آنها همبستگی بالایی دارد و بطور کلی مشکل پیروی دارویی، همبستگی بالایی با افزایش هزینه‌های سلامتی برای بیمارانی مزمن روانی دارد. بر طبق نتایج پژوهش‌های انجام شده عوامل تأثیرگذار بر روی پیروی درمان بیمارانی دوقطبی شامل نگرش منفی نسبت به درمان بیماری یا اعتقاد نداشتن به درمان، فقدان بینش و عدم آگاهی نسبت به بیماری، فقدان اثر بخشی دارو، پذیرش دارویی ضعیف، عدم حمایت اجتماعی و خانوادگی، ترس از عوارض دارویی یا وابستگی به دارو، عوارض غیرقابل کنترل یا تأثیرات جانبی داروها، اعتقاد به اینکه درمان دارویی در طولانی مدت نیاز نمی‌باشد، پیچیدگی رژیم دارویی، انگ همراه با بیماری روانی و درمان آن و بطور کلی فقدان حمایت اجتماعی برای کمک به درمان دارویی می‌باشد (۵، ۶). تبعیت از درمان دارویی به دلیل پیشگیری از بیماری و کاهش طول مدت بستری در بیمارستان، کاهش هزینه‌های درمانی و افزایش بهره وری افراد اهمیت فراوان دارد. مشکل عدم تبعیت دارویی به دلیل اینکه در صورت عدم تبعیت دارویی پاسخ درمانی مورد نظر و تعیین

رضایت نامه کتبی از آن‌ها وارد مطالعه شدند. نمونه‌های انتخاب شده پرسشنامه مقیاس تبعیت دارویی (MARS) توسط بیماران را قبل از مداخله تکمیل نمودند و در صورت بیسواد بودن آزمودنی، پژوهشگر یا یکی از اعضای دیگر خانواده محتوی موجود در پرسشنامه‌ها را برای بیمار می‌خواند و پرسشنامه تکمیل شد و سپس به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد (هر کدام ۲۰ نفر) قرار گرفتند. برنامه پژوهشی در اتاق مخصوص گروه درمانی بیماران، که مجهز به وسایل صوتی و تصویری و میز و صندلی مناسب جهت بیماران بود انجام گرفت. این برنامه در غالب ۱۶ جلسه یک ساعته می‌باشد که به صورت هفتگی برگزار گردید. جلسات ۱ تا ۸ ویژه بیمارانی است که برای ترخیص از بیمارستان یا مراکز نگهداری آماده می‌شوند و جلسات ۹ تا ۱۶ در بیمارستان، خارج از بیمارستان، مراکز سلامت روانی یا محل سکونت بیماران انجام گرفت. جلسات و عناوین در جدول (۱) ارائه شده است (۱۶).

جدول ۱: جلسات و عناوین آنها

جلسه	موضوع جلسه
اول	معرفی برنامه بازگشت به اجتماع
دوم	نشانه‌ها و علائم اختلالات روانی ناتوان کننده
سوم	معین کردن آمادگی برای ترخیص
چهارم	طرح ریزی برنامه بازگشت به اجتماع
پنجم	ارتباط برقرار کردن با اجتماع
ششم	مقابله با استرس‌های موجود در اجتماع
هفتم	طرح ریزی یک برنامه روزانه
هشتم	تمرین قرار ملاقات گذاشتن (ویزیت) و انجام آن
نهم	داروها چگونه از عود جلوگیری می‌کنند
دهم	ارزیابی تاثیرات داروها
یازدهم	حل مسائل و مشکلات دارویی
دوازدهم	حل کردن مشکلات و عوارض جانبی دارویی
سیزدهم	تعیین علائم هشدار
چهاردهم	پیگیری علائم هشدار
پانزدهم	پیشبرد طرح اورژانس
شانزدهم	ورود به اجتماع

مداخله شامل یک بسته که شامل برنامه بازگشت به اجتماع برای آموزش افراد مبتلا به اختلالات روانی ناتوان کننده بود که از نظر محتوایی شامل نشانه‌ها و رفتارهای قبل از ترخیص از بیمارستان یا برای رسیدن به یک زندگی مستقل، برنامه‌ریزی برای ترخیص یا انتقال به موقعیت‌های زندگی، ارتباط با ارائه دهنده‌گان خدمات اجتماعی، درک منافع مصرف داروها، مسائل و مشکلات دارویی و کاهش احتمال عود بود. هدف از برنامه بازگشت به اجتماع این است که شرکت کنندگان، با مهارت‌های اطلاعاتی آشنا شوند که بتوانند از آنها در حین انتقال از سیستم سلامت روان، بیمارستان‌ها یا مراکز اقامتی تحت کنترل را ترک کرده و سعی در ایجاد یک زندگی مستقل‌تر اجتماعی داشته باشند. به‌علاوه قادر شوند به طور طولانی‌تر از خدمات بازتوانی روانی اجتماعی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی قبل - بعد با گروه شاهد است. در این مطالعه جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران دوقطبی نوع یک بستری در بیمارستان روانپزشکی ایران که مرحله حاد بیماری خود را سپری کرده بودند و در شرایط پایداری قرار داشتند. محیط پژوهش در این مطالعه مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی ایران بود. حجم نمونه با توان ۸۰٪ و سطح اطمینان ۹۵٪ با استفاده از فرمول زیر، ۱۰ نفر در هر گروه

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{(d)^2} \times \sigma^2$$

برآورد گردید $n = 10$ البته با توجه به راهنمای برنامه بازگشت به اجتماع لیبرمن، حداکثر تعداد شرکت کنندگان در گروه، ۸ نفر می‌بایست در نظر گرفته شود که با توجه به احتمال در نظر گرفتن ریزش نمونه‌ها، تعداد ۲۰ نفر در هر کدام از گروه‌های شاهد و مداخله در نظر گرفته شد (۱۷). معیار ورود به مطالعه شامل دارای تشخیص قطعی بیماری دوقطبی نوع یک توسط روانپزشک و ثبت شده در پرونده، قرار داشتن در محدوده سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، قادر به حضور در جلسات، عدم قرار داشتن در علایم فاز حاد مانیا در زمان ورود به مصاحبه، عدم وجود مشکلات و معلولیت‌های جسمی و موافقت بیمار یا قیم قانونی برای شرکت در پژوهش با امضای رضایت نامه کتبی می‌باشد. همچنین معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل ابتلا به تشنج غیرقابل کنترل، داشتن سابقه سوء مصرف فعال مواد می‌باشند. در این پژوهش، نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد، که در آن بیماران دوقطبی بستری در بخش‌های مردان که با توجه به معیار ورود، واجد شرایط بودند وارد مطالعه شدند. سپس به صورت تصادفی و به کمک جدول اعداد تصادفی به دو گروه مداخله (شامل ۲۰ نفر) و گروه شاهد (شامل ۲۰ نفر)، تقسیم گردیدند. روش جمع آوری داده‌ها در این پژوهش شامل سنجش ویژگی‌های جمعیت شناختی و پرسشنامه ارزیابی تبعیت دارویی بود. مقیاس ارزیابی تبعیت دارویی (Medication Adherence Rating Scale: MARS) که این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال با پاسخ بلی و خیر است که به راحتی توسط خود بیمار یا درمانگر قابل پاسخ دادن است. این مقیاس توسط تامسون در سال ۲۰۰۰ تهیه شده و به سادگی تبعیت دارویی بیماران را ارزیابی می‌کند. پایایی این ابزار توسط کوک در سال ۲۰۰۲ در ترکیه در حد مطلوب گزارش شده است. نمره بین صفر تا ۷ نشانگر همکاری ضعیف و پایین و نمره بین ۸ تا ۱۰ نشانگر همکاری بالا می‌باشد. می‌توان گفت که مقیاس MARS مقیاس پایا و مطمئن بوده و از مقیاس‌های قبلی که در مورد بیماران روانپزشکی به کار برده شده پایدارتر است، در شیراز در پژوهشی توسط هدایتی، جوادپور و ده بزرگی در سال ۲۰۱۳، ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی ۰/۹۱ بدست آمده است (۱۷-۲۱).

روش اجرا پژوهش به این صورت است که پژوهشگر پس از دریافت تأیید از کمیته پژوهش و تحصیلات تکمیلی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران و اخذ معرفی نامه از دانشگاه و ارائه آن به مدیریت و دفتر پرستاری بیمارستان روانپزشکی ایران و کسب اجازه از آنها و پس از معرفی خود به بیماران، هدف از انجام پژوهش توضیح داده شد و با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، افرادی که معیار ورود به مطالعه و تمایل به شرکت کردن در پژوهش را داشته‌اند انتخاب و پس از ارائه توضیحات واضح و شفاف در خصوص اهداف مطالعه، روش اجرای آن و نیز حفظ محرمانه بودن اطلاعات و اخذ

از گردآوری توسط نسخه ۱۹ نرم افزار SPSS و با آزمون‌های تی زوجی، تی مستقل، آزمون کای اسکور و آزمون دقیق فیشر، تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی بستری در بیمارستان روانپزشکی ایران شرکت داشتند که تمام شرکت‌کننده‌ها تا پایان کار باقی ماندند و ریزش وجود نداشت. همسان بودن دو گروه مداخله و شاهد از نظر متغیرهای دموگرافیک با استفاده از تی مستقل، آزمون کای اسکور و آزمون دقیق فیشر انجام شد و نتایج نشان داد که آزمودنی‌های هر دو گروه از نظر وضعیت تأهل، سن، تحصیلات و وضعیت اشتغال تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند. نتایج نشان داد که میانگین نمرات میزان تبعیت دارویی گروه مداخله و شاهد در پیش آزمون تفاوت آماری معناداری نداشتند ($P = ۰/۴۸$). اما بعد از مداخله میانگین نمرات میزان تبعیت دارویی گروه مداخله و شاهد تفاوت آماری معناداری داشت ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین نتایج حاکی از آن بود که بین میانگین نمرات میزان تبعیت دارویی در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P = ۰/۲۶$) ولی بین میانگین نمرات میزان تبعیت دارویی در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری بود ($P < ۰/۰۰۱$) که می‌توان مداخله را مؤثر دانست (جدول ۲).

فراگیر بهره‌گیرند. اجزای برنامه بازگشت به اجتماع شامل کتاب‌های راهنمای مربیان، نوار ویدیویی و کتاب کار (ویژه شرکت‌کنندگان) می‌باشد. روش انجام مداخله به این صورت بود که مربی اهداف هر جلسه را تشریح داده و اصطلاحات را توضیح می‌دهد و شرکت‌کنندگان را به یادگیری تشویق می‌کند. در قسمت نمایش ویدیویی هنر پیشگان نقش بیماران را بازی می‌کنند و به آنها مهارت‌ها و مفاهیم لازم آموزشی را نشان می‌دهند و مربیان به تناسب فیلم را متوقف می‌کرد و سؤالات مددجو در کتاب راهنمای مربیان را می‌پرسند، تا هم توجه شرکت‌کنندگان جلب شود و هم ارزیابی درباره درک مطالب در هر جلسه صورت گیرد. در مرحله ایفای نقش، شرکت‌کنندگان مهارت‌هایی را که در نوار ویدیویی نشان داده شده است، بر اساس یک چهارچوب ساختار یافته تمرین می‌کردند و شرکت‌کنندگان مشکلاتی را که احتمال دارد درخصوص بیماری، داروها و زندگی در اجتماع با آن روبرو شوند پیش بینی و حل می‌کردند و با کمک مربی شرکت‌کنندگان مهارت‌هایی را که در فیلم و جلسات یاد می‌گرفتند، در داخل کلاس در مورد خودشان بکار می‌بردند. تمرینات خارج از کلاس را در جهت پر کردن برگه‌های کار داخل کتاب کار، توسط بیمار در فاصله بین دو جلسه تکمیل می‌شد. شرکت‌کنندگان بعد از اینکه «برنامه بازگشت به اجتماع» را تکمیل می‌کردند، از این چک لیست برای کنترل عوارض داروها، عوارض جانبی و علامت‌ها طرح برنامه و مقابله با موقعیت‌های اضطراری استفاده می‌کردند. پس از انجام مداخله مجدداً پرسشنامه مقیاس تبعیت دارویی (MARS) توسط بیماران بعد از مداخله تکمیل گردیدند. داده‌ها پس

جدول ۲: مقایسه میانگین میزان تبعیت دارویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه مداخله و شاهد

گروه	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	آزمون تی وابسته (زوجی)			
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره	مقدار احتمال
مداخله	۲۰	۴/۰۵	۱/۰۵	۸/۳	۰/۹۲	۲۰/۸۷	P < ۰/۰۰۱
شاهد	۲۰	۴/۳۵	۱/۵۹	۴/۶۵	۱/۵۶	۱/۱۴	۰/۲۶
آزمون تی مستقل							
آماره		۰/۷		۸/۹			
مقدار احتمال		۰/۴۸		P < ۰/۰۰۱			

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات تبعیت دارویی به تفکیک گروه مداخله و شاهد

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۲۹/۳۳	۱	۲۹/۳۳	۳۲/۴۷	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۶۰۱	۱
گروه	۱۴۵/۹۴	۱	۱۴۵/۹۴	۱۶۱/۵۸	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۴۶۷	۱
خطا	۳۳/۴۱	۳۷	۰/۹۰۳				

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که برنامه توانبخشی بازگشت به اجتماع بر تبعیت دارویی بیماران با اختلال دوقطبی نوع یک تأثیر دارد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین میزان تبعیت دارویی گروه مداخله، بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله به طور معناداری تغییر کرده است که افزایش میزان تبعیت دارویی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون را نشان می‌داد. نتایج برخی از مطالعات قبلی هم راستا با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. محمدزاده ننه کران و همکاران در یک مقاله‌ای

برای بررسی فرضیه "برنامه توانبخشی بازگشت به اجتماع بر تبعیت دارویی بیماران با اختلال دوقطبی نوع یک تأثیر دارد" از آزمون آماری «تحلیل کوواریانس» استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که پس از کنترل آماری تفاوت میانگین نمرات گروه‌ها در پیش آزمون، مداخله (برنامه توانبخشی بازگشت به اجتماع) بر میانگین نمرات پس‌آزمون اثر گذاشته است ($P < ۰/۰۰۱$). با توجه به اندازه اثر، می‌توان گفت که ۴۶ درصد تغییرات متغیر وابسته در پس‌آزمون، ناشی از مداخله است. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید گردید (جدول ۳).

تحت عنوان بررسی تأثیر برنامه بازورود به جامعه بر عملکرد بیماران اسکیزوفرنی، بعد از بررسی ۲۴ بیمار در دو گروه مداخله و شاهد و انجام مداخله یک ماهه فقط برای گروه مداخله، به این نتیجه رسیدند که عملکرد کلی و دانش و مهارت ورود به جامعه در بیماران گروه مداخله به صورت معنی داری بهتر شده است (۲۲). همچنین نتایج مطالعه Xiang و همکاران در چین که با هدف تأثیر برنامه توانبخشی بازگشت به اجتماع انجام شده بود نشان داد که انجام این مداخله باعث بهبود عملکرد اجتماعی، بینش و علایم روانی در گروه مداخله شده است (۱۴). سوخک و همکاران در یک مطالعه کارآزمایی بالینی با هدف تعیین تأثیر مداخله شناختی-رفتاری بر تبعیت از رژیم دارویی بیماران همودیالیزی، بعد از اجرای مداخله به این نتیجه رسیدند که میزان تبعیت از رژیم دارویی این بیماران در گروه مداخله به صورت معنی داری تغییر کرده و از نظر آماری این تغییر معنی دار بود (۲۳). بالجانی و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان تأثیر مداخلات خودمدیریتی بر تبعیت از رژیم دارویی و سبک زندگی در بیماران قلبی-عروقی، برای گروه آزمون مداخلات خودمدیریتی مربوط به سبک زندگی سالم و تبعیت از رژیم دارویی طولانی مدت را اجرا نمودند ولی گروه کنترل مداخلات روتین را دریافت کردند. در پس آزمون مشخص شد که میزان تبعیت از رژیم دارویی در بیماران گروه مداخله به صورت معنی داری نسبت به گروه مداخله افزایش یافته بود (۲۴). بر اساس مطالعات انجام شده و جمع بندی پژوهش‌هایی که در جوامع مختلف و بر روی بیماران گوناگون انجام شده است می‌توان دریافت که انجام مداخلات برنامه توانبخشی بازگشت به اجتماع و سایر مداخلات مرتبط می‌تواند بر میزان تبعیت از دارو مؤثر باشد و این میزان به صورت معنی داری بعد از مداخله بهتر شده بوده است.

نتایج همچنین بیانگر آن بود که با مقایسه میزان تبعیت دارویی آزمودنی‌های گروه‌های شاهد و مداخله، قبل و بعد از اجرای برنامه توانبخشی بازگشت به اجتماع، نتایج نشان داد که میانگین میزان تبعیت دارویی در پیش آزمون بین گروه مداخله و شاهد تفاوت آماری معناداری با یکدیگر نداشتند ولی بعد از انجام مداخله میزان تبعیت دارویی آزمودنی‌های گروه مداخله به طور معنی داری از گروه شاهد افزایش یافته بود. این نتایج هم راستا با نتایج مطالعات دیگری می‌باشند به طوری که نتایج مطالعه مروری Melo-Dias نشان داد که بعد از مداخله آزمودنی‌های گروه مداخله در مطالعات مورد استفاده، پذیرش دارویی بیشتری نسبت به گروه شاهد داشتند (۱۳). همچنین نتایج مطالعه Redlich و همکاران نشان داد که مدل جامع‌نگر در بیماران با اختلال روانی باعث افزایش تبعیت درمانی و پیوستگی درمانی در آنها می‌شود که در نهایت باعث نتایج بالینی مطلوب‌تری در آنها می‌شود (۱۵). نتایج پژوهش Cosden و همکاران حاکی از آن بود که برنامه جامعه نگر باعث کاهش تکرار و بهبود عملکرد روانی بیماران با اختلال روانی مجرم، بهبود عملکرد کلی و رضایت مندی از زندگی، کاهش دیسترس روانی و اجتماعی و نیز استفاده از الکل و دارو، افزایش مهارت‌های زندگی مستقل و نیز ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها شده بود (۲۶). Rossotto و همکاران مدل بازگشت به اجتماع را مؤثر بر میزان بالای تبعیت و پیوستگی درمانی در مرحله نقاهت و پیگیری بعدی اعلام کردند و آن‌ها همچنین اظهار داشتند که بیماران میزان بستری مجدد کمتری داشتند (۲۷) در پژوهشی که توسط Xiang و همکاران بر

روی تأثیر برنامه بازگشت به اجتماع در بیماران اسکیزوفرنیا انجام شده بود نتایج نشان داد که بهبودی معنی داری در چهارچوب عملکرد اجتماعی و اشتغال مجدد بیماران با اختلال اسکیزوفرنیا در مقایسه با آموزش روانی مشاهده شد و نیز عملکرد اجتماعی در طی ۶ و ۲۴ ماه پیگیری بعدی به طور معنی داری بهبود یافته بود (۱۴). نتایج پژوهش Deveci و همکاران بیانگر آن بود که آموزش مهارت‌های اجتماعی بر روی علایم مثبت و منفی بیماری و عملکرد بیماران اسکیزوفرنیا مؤثر می‌باشد و نیز باعث افزایش بینش و در نتیجه پذیرش دارویی در بیماران می‌شود و می‌تواند به عنوان یک درمان الحاقی همراه دارو درمانی به کار برده شود (۲۵). نتایج مطالعه مروری Armijo و همکاران که تأثیر درمان جامع‌نگر بر روی بیماران با اختلال روانپزشکی و اسکیزوفرنیا را مورد بررسی قرار می‌داد نشان داد که مداخله باعث کاهش علایم منفی و سایکوتیک و کمتر شدن تعداد روزهای بستری در بیمارستان و هم ابتدایی با اختلال سوء مصرف مواد و بهبود عملکرد کلی و تبعیت درمانی در آنها می‌شود (۲۶). نتایج پژوهش Sato و همکاران حاکی از بهبودی معنی داری در پذیرش درمانی بیماران و نیز قادر به تسریع ترخیص بیماران با اختلال روانپزشکی و حمایت از ترخیص آنها باشد (۲۷). تفاوت عمده مطالعه حاضر با مطالعات بررسی شده در جامعه پژوهش و متغیر وابسته آن می‌باشد. در مطالعه حاضر محقق بر آن شد تا یک گروه از بیماران روان که مبتلا به اختلال دو قطبی هستند را مورد بررسی قرار داده و تبعیت از رژیم دارویی که یکی از مباحث مهم در بیماری‌های مزمن است را ارتقا دهد. ابزار و جامعه پژوهش از دیگر تفاوت‌های عمده با مطالعات بررسی شده می‌باشد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به انجام مطالعه در مردها و نیز حجم کم نمونه اشاره نمود علاوه بر این می‌توان به عدم امکان پیگیری طولانی‌تر جهت نیل به یافته‌های روشنتر و قاطعتر را اشاره نمود. لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعه‌ای در دو جنس و با حجم نمونه بیشتری انجام شده و نتایج با یکدیگر مورد مقایسه قرار گیرند و نیز انجام مطالعه‌ای در سایر اختلالات روانی و نیز با داشتن دوره پیگیری طولانی‌تر مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر ضمن تأیید و حمایت از فرضیه تحقیق نشان داد که اجرای برنامه بازگشت به اجتماع موجب افزایش بهبودی همکاری دارویی بیماران دوقطبی و تبعیت بهتر آنان از رژیم دارویی تجویز شده می‌شود. این بدین معنی است که این طرح درمانی به عنوان یک مداخله پرستاری و یک روش غیردارویی می‌تواند به خوبی فاکتورهای روانشناختی مؤثر در پیروی ضعیف دارویی را مورد هدف قرار دهد و برای روند درمان و کاهش علایم روانی این بیماران مفید باشد. بینش ضعیف و آگاهی کم در مورد بیماری و نگرش بیمار نسبت به بیماری از فاکتورهای روانشناختی مؤثر در پیروی ضعیف دارویی می‌باشد، همچنین ترس از هر نوع عوارض جانبی دارو و نگرش منفی در مورد درمان با همکاری ضعیف دارویی همراه است.

سیاس گزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد می‌باشد. همچنین پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند، بدین وسیله از مشارکت بیماران و کارکنان بیمارستان بیمارستان روانپزشکی ایران تشکر نمایند.

References

1. Martínez-Arán A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J, et al. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatr*. 2014.
2. Sajatovic M, Bauer MS, Kilbourne AM, Vertrees JE, Williford W. Self-reported medication treatment adherence among veterans with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*. 2006;57(1):56-62. DOI: [10.1176/appi.ps.57.1.56](#) PMID: [16399963](#)
3. Crowe M, Whitehead L, Wilson L, Carlyle D, O'Brien A, Inder M, et al. Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder--a systematic review of the evidence for mental health nursing practice. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(7):896-908. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2010.02.012](#) PMID: [20233615](#)
4. Scott J, Pope M. Nonadherence with mood stabilizers: prevalence and predictors. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(5):384-90. PMID: [12019661](#)
5. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 4(Suppl 4):1-46; quiz 7-8. PMID: [19686636](#)
6. Johnson RE, McFarland BH. Lithium use and discontinuation in a health maintenance organization. *Am J Psychiatry*. 1996;153(8):993-1000. DOI: [10.1176/ajp.153.8.993](#) PMID: [8678195](#)
7. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2003;60(9):904-12.
8. Jonsdottir H, Opjordsmoen S, Birkenaes AB, Engh JA, Ringen PA, Vaskinn A, et al. Medication adherence in outpatients with severe mental disorders: relation between self-reports and serum level. *J Clin Psychopharmacol*. 2010;30(2):169-75. DOI: [10.1097/JCP.0b013e3181d2191e](#) PMID: [20520290](#)
9. Sharifi A, Shabani A, Ahmadzad-Asl M. The pattern of adherence in patients with bipolar I disorder; an eight weeks study. *Iranian J Psychiatr Behav Sci*. 2009;3(2):39-43.
10. Staring AB, Van der Gaag M, Koopmans GT, Selten JP, Van Beveren JM, Hengeveld MW, et al. Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2010;197(6):448-55. DOI: [10.1192/bjp.bp.110.077289](#) PMID: [21119150](#)
11. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord*. 2013;15(1):1-44. DOI: [10.1111/bdi.12025](#) PMID: [23237061](#)
12. Karbalaie Noori A, Hosseini SA. Effect of Community Re-entry Program (CRM) in Patients with Schizophrenia. *J Rehabil*. 2013;14(2):22-8.
13. Melo-Dias C. Psychosocial rehabilitation: The community re-entry program (CREP) in psychiatric inpatient settings, systematic review. *Am J Nurs*. 2015;4(2-1):51-9.
14. Xiang YT, Weng YZ, Li WY, Gao L, Chen GL, Xie L, et al. Efficacy of the Community Re-Entry Module for patients with schizophrenia in Beijing, China: outcome at 2-year follow-up. *Br J Psychiatry*. 2007;190(1):49-56. DOI: [10.1192/bjp.bp.106.023697](#) PMID: [17197656](#)
15. Redlich AD, Steadman HJ, Robbins PC, Swanson JW. Use of the criminal justice system to leverage mental health treatment: effects on treatment adherence and satisfaction. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2006;34(3):292-9. PMID: [17032951](#)
16. Chatterjee S, Pillai A, Jain S, Cohen A, Patel V. Outcomes of people with psychotic disorders in a community-based rehabilitation programme in rural India. *Br J Psychiatry*. 2009;195(5):433-9. DOI: [10.1192/bjp.bp.108.057596](#) PMID: [19880934](#)
17. Bahredar MJ, Asgharnejad Farid AA, Ghanizadeh A, Birashk B. The efficacy of psycho-educational group program on medication adherence and global functioning of patients with bipolar disorder type I. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2014;2(1):12-9. PMID: [25349841](#)
18. Eker F, Harkin S. Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *J Affect Disord*. 2012;138(3):409-16. DOI: [10.1016/j.jad.2012.01.004](#) PMID: [22316565](#)
19. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res*. 2000;42(3):241-7. PMID: [10785582](#)
20. Nejad Farid AA, Bahredar MJ. The effectiveness of mental training program on quality of life, prevention of disease, recurrence following treatment with bipolar I disorder and mental health, their carers 2013.
21. 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](#) PMID: [23642977](#)
22. Mohammadzadehnanekaran S, Karbalainouri A, hosseini S. The effect of community re-entry program on function patients with schizofernia. Tehran:

- University of social welfare and rehabilitation sciences; 2012.
23. 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.
 24. Baljani E. Impact of medication adherence and self-management interventions on lifestyle in cardiovascular patients. *J Hamadan Fac Nurs Midwifery*. 2012;20(3):58-67.
 25. Deveci A, Esen-Danaci A, Yurtsever F, Deniz F, Gurlek Yuksel E. [The effects of psychosocial skills training on symptomatology, insight, quality of life, and suicide probability in schizophrenia]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2008;19(3):266-73. [PMID: 18791879](#)
 26. Armijo J, Mendez E, Morales R, Schilling S, Castro A, Alvarado R, et al. Efficacy of community treatments for schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review. *Front Psychiatry*. 2013;4:116. [DOI: 10.3389/fpsyt.2013.00116](#) [PMID: 24130534](#)
 27. Sato S, Ikebuchi E, Anzai N, Inoue S. Effects of psychosocial program for preparing long-term hospitalized patients with schizophrenia for discharge from hospital: randomized controlled trial. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;66(6):474-81. [DOI: 10.1111/j.1440-1819.2012.02393.x](#) [PMID: 23066765](#)