

تأثیر برنامه تبعیت از درمان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

مهرناز اسمخانی^۱، سهیلا آهنگرزاده رضایی*^۲، حمیدرضا خلخالی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۳/۲۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۶/۰۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اسکیزوفرنی اختلال روانی پیچیده‌ای است که شدیدترین و مخرب‌ترین تأثیر را بر کیفیت زندگی فرد به‌جا می‌گذارد. بدون شک استفاده از داروهای آنتی‌سایکوتیک هسته و اساس درمان در اسکیزوفرنی است. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر برنامه مداخله‌ای تبعیت از درمان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کارآزمایی بالینی (تجربی)، ۷۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در مرکز آموزشی درمانی رازی ارومیه به روش تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی اسکیزوفرنی بود. گروه مداخله تحت مداخله آموزشی به‌صورت ۶ جلسه آموزشی سخنرانی و بحث و تبادل نظر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو بار قرار گرفت. داده‌های به‌دست‌آمده در قبل و بعد از مداخله با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 و روش‌های آماری توصیفی و کای دو، آزمون آماری غیر پارامتریک، من ویتنی، فیشر و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل تفاوت معنی‌داری در میانگین کیفیت زندگی در دو گروه قبل از مطالعه نشان نداد ($P=0/280$). اما پس از مداخله، کیفیت زندگی در گروه مداخله به شکل معنی‌داری ارتقا یافت ($P<0/001$). میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در گروه مداخله در ابتدای مطالعه ($68/88 \pm 24/13$) و در انتهای مطالعه ($42/08 \pm 20/25$) بود. در حالی که میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در گروه کنترل در ابتدای مطالعه ($66/20 \pm 18/74$) و در انتهای مطالعه ($61/20 \pm 18/48$) بود ($P<0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: اجرای برنامه‌های مداخله‌ای تبعیت از درمان سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی گردید، لذا توجه بیشتر به این روش درمانی در این بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: تبعیت از درمان، آموزش، کیفیت زندگی، اسکیزوفرنی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۹۷، آبان ۱۳۹۶، ص ۶۰۴-۵۹۵

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نالو، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۱۶

Email: sorezayee@yahoo.com

مقدمه

حدودی علائم منفی بیماری مؤثر می‌باشند (۶). عدم تبعیت از درمان مشکل اساسی در بیماران روانی است. سازمان بهداشت جهانی^۱ میزان تبعیت از دارودرمانی را در بیماری‌های مزمن ۵۰ درصد گزارش کرده است. عدم تبعیت از درمان در مطالعات اخیر ۶۰-۲۰ درصد، در بیماران سایکوتیک گزارش شده است (۸،۷). بیشتر مطالعات بر این نکته توافق دارند که نوع مداخله مؤثر برای این بیماران الزاماً ضمن کنترل علائم موجود بیمار، در جلوگیری از

اسکیزوفرنی اختلال روانی پیچیده‌ای است که شدیدترین و مخرب‌ترین تأثیر را بر زندگی فرد به‌جا می‌گذارد (۲،۱) و تقریباً در یک درصد افراد جامعه دیده می‌شود. فرایند آن به‌گونه‌ای است که بیماران را دچار آسیب‌هایی در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی می‌سازد (۴،۳). با توجه به پیچیدگی و سختی بیماری بدون شک استفاده از داروهای آنتی‌سایکوتیک هسته و اساس درمان در اسکیزوفرنی است (۵). داروها در کنترل و درمان علائم مثبت و تا

۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۲ استادیار، دکتری تخصصی آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

۳ دانشیار، دکتری تخصصی آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

¹ world health organization (WHO)

² Compliance therapy

تعیین تأثیر برنامه مداخله‌ای تبعیت از درمان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی ارومیه اجرا گردید.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده است و با شماره IRCT2016050526347N3 در مرکز کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. تعداد ۷۰ بیمار زن و مرد مبتلا به اسکیزوفرنی مرکز آموزشی درمانی رازی ارومیه در شش ماه اول سال ۱۳۹۵ بستری شده بودند بر اساس مطالعه مرآئی و همکاران (۱۱) و فرمول زیر

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

و با در نظر گرفتن توان آزمون ۹۵ درصد و اطمینان ۹۵ درصد تعداد نمونه طبق فرمول ۲۹ نفر برای هر گروه به دست آمد. حداقل نمونه برای هر گروه با احتساب امکان ریزش در پیگیری افراد برای هر گروه ۳۵ نفر محاسبه شد و جمعاً ۷۰ نفر وارد مطالعه شدند. بعد از اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از سرپرست بیمار، با رعایت معیارهای ورودی نمونه‌ها، به روش در دسترس تا رسیدن به حجم موردنظر انتخاب و سپس با توزیع تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. بدین ترتیب که بر روی برگه‌های کوچکی شماره‌های یک و دو نوشته و داخل پاکت‌های سفید قرار داده شدند و بیماران واجد شرایط شرکت در مطالعه، از داخل جعبه پاکتی را به شکل تصادفی انتخاب کردند و بدین ترتیب گروه مداخله بیماران مشخص شد. با پاکت حاوی برگه شماره یک، بیمار در گروه مداخله و با پاکت حاوی برگه شماره دو در گروه کنترل قرار گرفت. در نهایت ۳۵ بیمار در گروه مداخله و ۳۵ بیمار در گروه کنترل شرکت نمودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تشخیص بیماری اسکیزوفرنی توسط روان‌پزشک بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM 5 و ثبت شده در پرونده بیمار، حداقل سن ۱۸ و حداکثر سن ۶۵ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن (توانایی فهم مطالب)، رضایت بیمار و سرپرست بیمار به شرکت در مطالعه و معیارهای خروج شامل: نداشتن بیماری جسمی ناتوان‌کننده، وابستگی به مواد مخدر و عدم شرکت در جلسات آموزشی دو جلسه متوالی بود.

در ابتدا و انتهای مطالعه، کیفیت زندگی بیماران به کمک پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی^۲ در دو گروه کنترل و مداخله بررسی شد. بیماران در دو گروه درمان‌های روتین بخش را دریافت می‌نمودند. در گروه مداخله علاوه بر درمان‌های روتین

عود، بهبود عملکرد کلی بیمار به‌غیر از بهبود و سرانجام بیماری مؤثر می‌باشد (۱۰،۹).

یکی از مداخلاتی که در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و خانواده آن‌ها انجام می‌شود، ارتقای آگاهی و دانش آن‌ها جهت افزایش پذیرش دارویی است که از آن به‌عنوان تبعیت از درمان یاد می‌شود (۱۲،۱۱). برنامه مداخله تبعیت از درمان مطابقت رفتار افراد با توصیه‌های درمانی است که در قالب سه محور رژیم دارویی، رژیم غذایی و برنامه فعالیت می‌باشد (۱۳). در برنامه تبعیت از درمان پزشکان و اعضای تیم مراقبت سلامت بیشتر بر پایه باید‌ها و نبایدها تمرکز نموده، و به بیماران توصیه می‌کنند که چه اقداماتی را انجام دهند تا از عوارض بیماری مزمی که به آن مبتلا هستند در امان بمانند (۱۴).

با رشد روزافزون داروها در زمینه اختلالات روانی، مواردی چون کیفیت زندگی، باز توانی شغلی، اجتماعی و عملکرد کلی مبتلایان در مطالعات بالینی به‌عنوان متغیری برای نشان دادن اثربخشی مداخلات دارویی و غیر دارویی موردتوجه قرار گرفته است (۱۵). یکی از پیامدهای موردتوجه در مطالعات، کیفیت زندگی و ارزیابی‌های ذهنی فرد از سلامت می‌باشد، که به‌وسیله آن می‌توان تأثیر بیماری‌های روانی و جسمی را بر روی توانایی انجام فعالیت‌های روزانه انسانی سنجید (۱۶،۱۷).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را مفهومی مشتمل بر ابعاد سلامت فیزیکی، وضعیت روانی، ارتباطات اجتماعی و شرایط محیطی می‌داند. به معنی دیگر درک زندگی فرد از وضعیت کنونی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های موردنظر فرد می‌باشد (۱۸،۱۹).

در بیماران روانی مزمی توجه به کیفیت زندگی بسیار مهم است عوامل زیادی از جمله علائم بیماری، ویژگی‌های فردی، اجتماعی و اقتصادی روی آن مؤثر هستند (۲۰). شیوع بیماری‌های روانی و پیامدهای منفی آن بالا بوده و دارودرمانی به‌عنوان یک روش درمانی اساسی، مطمئن و سریع برای چنین بیمارانی است. باین حال علیرغم اثرات مفید آن، عوارض جانبی داروها، درمان طولانی‌مدت و بار اقتصادی دارویی عمده‌ترین علت نگرانی و آشفتگی بیماران بوده و تأثیر اساسی بر روی پذیرش درمان دارویی دارد و پرستاران با توجه به تعامل و ارتباط بیشتر با بیماران نقش مهمی در ارائه برنامه‌های مداخله‌ای تبعیت از درمان دارند که این مداخلات آموزشی می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. بر اساس بررسی‌های به‌عمل‌آمده مطالعات اندکی در این مورد انجام گرفته است. لذا این مطالعه باهدف

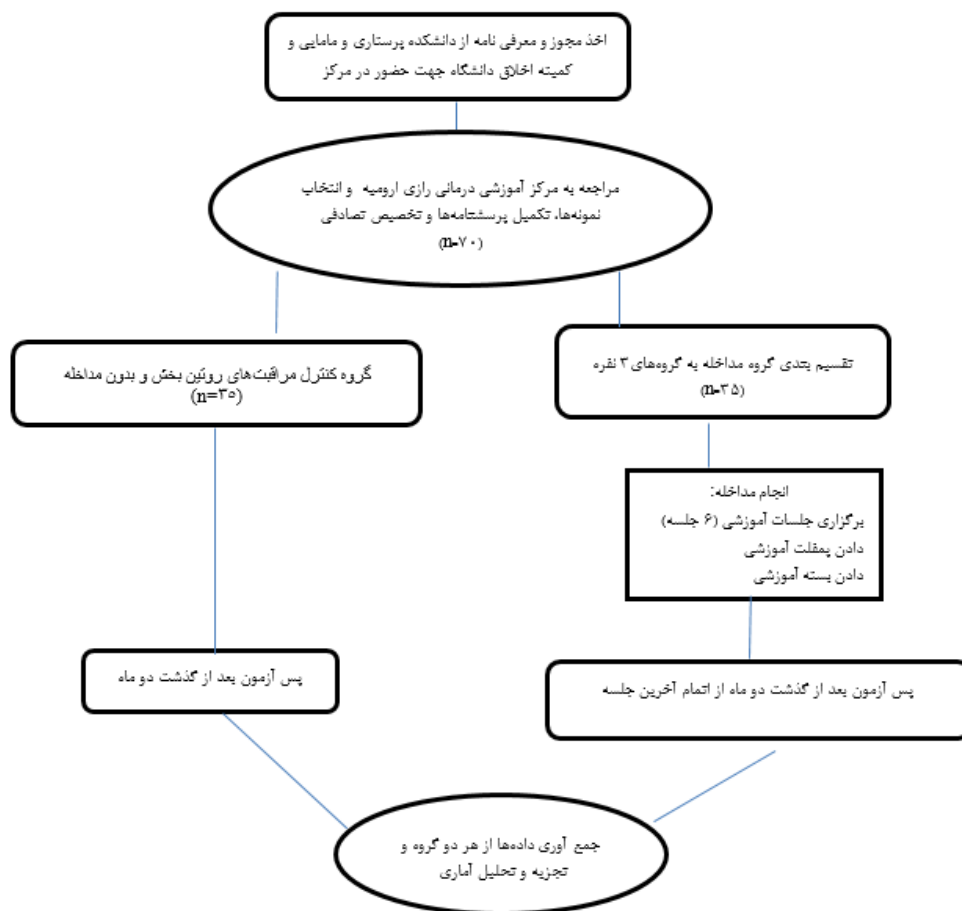
² Schizophrenic quality of life scale= SQLS

بیشتر کسب نماید از کیفیت زندگی پایین‌تر (بدتر) برخوردار است و بالعکس نمره کم‌تر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر (بهتر) است (۲۱). این پرسشنامه در مطالعات خارج از کشور (۲۳،۲۲) و نیز در داخل کشور در تحقیق فروزنده و همکاران در سال ۱۳۸۷ با بافت فرهنگی کشور ما نرم‌سازی شده و به‌منظور اعتباریابی از روش روایی محتوای استفاده شد (با استفاده از نظر خواهی ده نفر از صاحب‌نظران) و جهت اعتماد علمی آن از آزمون مجدد استفاده‌شده و پایایی آن ($r = 0/89$) موردقبول قرار گرفت (۲۴،۲۱). در تحقیق نیک‌فرجام در سال ۱۳۸۹ برای پایایی مقیاس از روش آزمون-بازآزمون استفاده شد و مقیاس کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک با فاصله دو هفته‌ای برای ۳۰ نفر اجرا شد و ضریب همبستگی دو مطالعه $0/88$ برآورد گردید (۲۵).

تمامی گروه‌های مداخله و کنترل پس از گذشت هشت هفته از مداخله پرسشنامه کیفیت زندگی را مجدداً تکمیل نمودند و کیفیت زندگی در هر دو گروه ارزیابی گردید. اطلاعات به‌دست‌آمده به کمک نرم‌افزار آماری SPSS16 و آزمون‌های آماری کای اسکوتر، تی مستقل و من ویتنی یو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری کمتر از $0/05$ در نظر گرفته شد.

بیماران به مدت ۶ جلسه ۶۰-۳۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو بار در برنامه آموزشی شرکت کردند. محتوای جلسات آموزشی شامل مختصری در مورد اسکیزوفرنی و علل به وجود آورنده آن، انواع درمان در اسکیزوفرنی، حل مشکلات درمان طی (مدت‌زمان درمان، دقت به نحوه درمان، استفاده از درمان در زمان آینده)، تأکید مجدد بر اهمیت پیگیری درمان و عوارض جانبی داروها، استرس و مقابله با آن و ایجاد محیطی با حداقل استرس و افزایش مهارت‌های سازشی، رژیم غذایی و برنامه فعالیت‌های بیماران، استفاده از خدمات و مقابله با بحران‌ها بود. که در تمامی موارد برنامه آموزشی به خود بیماران و توسط پژوهشگر در اتاق مصاحبه بخش‌های بستری انجام گردید و الگوی آموزش یکسان بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی اسکیزوفرنی دارای ۳۰ سؤال در سه حیطه روانی اجتماعی (۱۵ سؤال)، انگیزه و انرژی (۷ سؤال)، علائم و عوارض جانبی (۸ سؤال) می‌باشد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ رتبه‌ای بوده و (هرگز با امتیاز صفر)، (بندرت ۱)، (بعضی اوقات ۲)، (اغلب ۳) و (همیشه ۴) و با دامنه نمرات بین صفر تا ۱۲۰ تنظیم شده است. سؤالات (۲۰-۱۵-۱۳-۱۲) در این پرسشنامه نمره برعکس می‌گیرند. بنابراین کسی که نمره یا امتیاز



دیاگرام. روش انجام پژوهش

یافته‌ها

کنترل وجود ندارد و این نشان‌دهنده‌ی همسان بودن هر دو گروه از لحاظ این مشخصات، قبل از انجام مداخله می‌باشد ($P > 0/05$). نتیجه‌ی آزمون تی مستقل، نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری در متغیرهای کمی از جمله سن ($P = 0/287$)، و تعداد دفعات بستری ($P = 0/975$) واحدهای پژوهش بین دو گروه مداخله و کنترل وجود ندارد.

در این مطالعه ۷۰ بیمار در دو گروه ۳۵ نفره، مداخله و کنترل در مطالعه شرکت داشتند. برخی متغیرهای جمعیت شناختی در بیماران در جدول زیر اشاره شده است. نتیجه‌ی آزمون کای دو، نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری در مشخصات جمعیت شناختی کیفی واحدهای پژوهش از جمله جنس ($P_{fisher} = 0/797$)، وضعیت تأهل ($P = 0/983$) و تحصیلات ($P = 0/319$)، بین دو گروه مداخله و

جدول (۱): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کننده در دو گروه مورد مطالعه قبل از مداخله (کیفی)

| آزمون آماری | مداخله | | سطوح متغیر | متغیر |
|---------------------|-----------|--------------|----------------|------------|
| | کنترل | تعداد (درصد) | | |
| Fisher=0/797 | ۲۵ (۷۱/۴) | ۲۳ (۶۵/۷) | مرد | جنس |
| | ۱۰ (۲۸/۶) | ۱۲ (۳۴/۳) | زن | |
| $X^2=0/168$ df=3 | ۱۹ (۵۴/۳) | ۲۰ (۵۷/۱) | مجرد | وضعیت تأهل |
| | ۱۱ (۳۱/۴) | ۱۱ (۳۱/۴) | متأهل | |
| P=0/983 | ۵ (۱۴/۳) | ۴ (۱۱/۵) | سایر | تحصیلات |
| | ۱۶ (۴۵/۷) | ۱۷ (۴۸/۶) | خواندن و نوشتن | |
| df=3 P=0/319 | ۱۷ (۴۸/۶) | ۱۳ (۳۷/۱) | زیر دیپلم | دانشگاهی |
| | ۲ (۵/۷) | ۵ (۱۴/۳) | دانشگاهی | |

جدول (۲): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کننده در دو گروه مورد مطالعه قبل از مداخله (کمی)

| آزمون آماری تی مستقل | کنترل | | مداخله | متغیر |
|---------------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|-------|
| | میانگین و انحراف معیار | میانگین و انحراف معیار | | |
| t = - ۱/۰۷۴ df=68 P=0/287 | ۳۸/۸۳ ± ۱۰/۴۰ | ۳۶/۰۶ ± ۱۱/۱۹ | سن (سال) | |
| t = ۰/۰۳۱ df=68 P=0/975 | ۴/۹۷ ± ۳/۵۹ | ۵ ± ۴/۰۶ | دفعات بستری (سال) | |

جدول (۳): مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران قبل از مداخله در دو گروه

| گروه‌ها | مداخله | کنترل | آزمون آماری |
|---------------------|------------------------|------------------------|-------------|
| | | | من ویتنی یو |
| ابعاد کیفیت زندگی | میانگین و انحراف معیار | میانگین و انحراف معیار | |
| روانی اجتماعی | ۴۱/۰۰±۱۶/۰۳ | ۳۹/۲۸±۱۱/۹۶ | P=۰/۲۰۴ |
| انگیزش و انرژی | ۱۵/۵۷±۵/۱۳ | ۱۵/۳۷±۴/۴۷ | P=۰/۷۳۳ |
| علائم و عوارض جانبی | ۱۲/۳۱±۶/۲۱ | ۱۱/۵۴±۶/۹۵ | P=۰/۴۹۱ |
| کل کیفیت زندگی | ۶۸/۸۸±۲۴/۱۳ | ۶۶/۲۰±۱۸/۷۴ | P=۰/۲۸۰ |

میانگین نمرات کلی کیفیت زندگی به شکل معنی‌داری در گروه مداخله بهتر از گروه کنترل بود ($P < ۰/۰۰۱$).

بعلاوه در ابتدای مطالعه میانگین نمرات کلی کیفیت زندگی در دو گروه همسان بوده و آزمون آماری من ویتنی یو تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها نشان نداد ($P = ۰/۲۸۰$)، درحالی‌که پس از انجام مداخله

جدول (۴): مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران بعد از مداخله در دو گروه

| گروه‌ها | مداخله | کنترل | آزمون آماری |
|---------------------|------------------------|------------------------|-------------|
| | | | من ویتنی یو |
| ابعاد کیفیت زندگی | میانگین و انحراف معیار | میانگین و انحراف معیار | |
| روانی اجتماعی | ۲۴/۴۸±۱۲/۷۲ | ۳۷/۵۴±۱۲/۲۹ | P < ۰/۰۰۱ |
| انگیزش و انرژی | ۱۱/۸۳±۳/۹۲ | ۱۵/۱۱±۴/۵۸ | P=۰/۰۰۶ |
| علائم و عوارض جانبی | ۵/۷۷±۴/۵۴ | ۸/۵۴±۵/۸۳ | P=۰/۰۴۹ |
| کل کیفیت زندگی | ۴۲/۰۸±۲۰/۲۵ | ۶۱/۲۰±۱۸/۴۸ | P < ۰/۰۰۱ |

مشخصات جمعیت شناختی همگن بودند و تغییر در متغیر وابسته ناشی از اثرات متغیر مستقل بوده است. نتایج مطالعه حاضر تفاوت آماری بین میانگین نمرات کیفیت زندگی قبل از مداخله بین دو گروه نشان نداد، درحالی‌که میانگین نمرات بین دو گروه بعد از مداخله معنی‌دار بود.

نتایج به‌دست‌آمده نشان‌دهنده اثربخشی برنامه تبعیت از درمان و تأثیر مثبت آن بر میانگین نمرات کل کیفیت زندگی بیماران تحت بررسی بود، که با نتایج مطالعه مرآئی و همکاران هم‌خوانی دارد. نتایج مداخلات آموزشی مطالعه مرآئی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در طی شش ماه منجر به بهبود کیفیت زندگی، در بین مراحل و همین‌طور پایان مطالعه شده است (۱۱). در مطالعه عمرانی فرد و همکاران، اثربخشی تعدیل تبعیت از درمان بر بیماران مبتلا

بر اساس آزمون من ویتنی یو در انتهای مطالعه، نیز میانگین نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی در مداخله کاهش معنی‌داری نسبت به ابتدای مطالعه داشت ($P < ۰/۰۰۱$)، درحالی‌که در گروه کنترل این تفاوت معنی‌دار نبود و لذا بهبودی در کیفیت زندگی در گروه مداخله به دنبال برنامه مداخله‌ای تبعیت از درمان ایجاد شده بود. بعلاوه نتایج مطالعه نشان داد که برنامه مداخله‌ای تبعیت از درمان در بهبود تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله مؤثر بوده است و تفاوت معنی‌داری پس از انجام مداخله بین دو گروه مشاهده شد ($P < ۰/۰۰۵$) (جدول ۴ و ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه بین مشخصات جمعیت‌شناسی گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت، یعنی دو گروه از نظر

زندگی بیماران اسکیزوفرنی و اثربخشی پیاده‌روی گروهی بر برخی شاخص‌های سلامت جسمی و کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی در شهرکرد بود (۳۱،۳۰).

آموزش مهارت‌های اجتماعی و کمک به افراد روانی می‌تواند برای وارد شدن آن‌ها به محیط منزل و ادامه درمان پس از ترخیص مؤثر باشد، از طرفی دیگر کمبود انگیزش موجب اختلال شدید در عملکرد اجتماعی، زندگی مستقل و ارتباطات بین فردی آن‌ها می‌گردد (۲۶). در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پس از برقراری ارتباط با بیمار و دعوت آن‌ها به شرکت در جلسات آموزشی و با ارائه آموزش‌های لازم و اجتناب از عوامل و محرکات استرس‌زا می‌توان عزت‌نفس و خلق بیماران را ارتقا داد (۳۲).

در مطالعه‌ای دیگر که روش ارائه آموزش متفاوت بود و آموزش توسط پرستاران دوره دیده در هنگام بستری بیمار شروع می‌شد و پس از ترخیص نیز ادامه یافت، ویزیت‌های خانگی از بیماران به عمل آمد. نتایج مطالعه نشان داد که شناخت بیمار در مورد خود و بیماری و افکارش ارتقا یافت تا بدین‌وسیله مصرف داروهای منظم و کیفیت زندگی آنان در حد مطلوبی حفظ شد (۳۳). در مطالعه شمسایی و همکاران که روش ارائه آموزش پس از ترخیص در منزل ادامه یافته بود و ۳ و ۶ ماه بعد از ترخیص نیز پی گیری شده بود، نتایج نمایانگر آن بود که بیماران اسکیزوفرنی که تحت مراقبت‌های پرستاری در منزل قرار داشتند با دقت و نظم بیشتری دستورات دارویی خود را در مقایسه با گروه کنترل مصرف می‌کردند (۳۴).

بیماران روانی دارای نیازهای متعددی می‌باشند و آموزش به بیماران روانی و رفع نیازهای آنان، وظیفه همه اعضای تیم مراقبت می‌باشد. اما پرستاران در جایگاه ویژه قرار دارند و درواقع تکیه‌گاه اصلی آن‌ها در بیمارستان هستند. در زمینه کیفیت زندگی بیمارانی که به خاطر مشکلات جسمی و روان‌شناختی دچار کاهش اعتمادبه‌نفس می‌گردند، درمان‌های دارویی صرفاً نمی‌تواند به‌طور کامل در روند بهبودی مؤثر باشد با تأثیرگذاری روی ابعاد مختلف کیفیت زندگی می‌توان از ترک درمان‌های دارویی توسط بیماران جلوگیری کرد و آن‌ها را نسبت به اقدامات درمانی امیدوارتر نمود و از طرفی با به‌کارگیری این روش در بیمارستان‌ها علاوه بر تأثیر در مراقبت غیر دارویی، با مصرف هزینه‌ای اندک می‌توان نتایج بهتری به دست آورد.

محدودیت‌های مطالعه:

این مطالعه نیز همچون سایر مطالعات دیگر شامل محدودیت‌هایی بود از جمله: وضعیت روحی و روانی بیماران مبتلا به

به اسکیزوفرنی، بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری بین دو گروه مداخله و کنترل در میانگین نمره کیفیت زندگی گزارش شده بود. به‌طوری‌که میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله افزایش یافته بود. بر اساس ابزار استفاده‌شده در مطالعه مذکور افزایش نمره کیفیت زندگی به‌منزله بهبود کیفیت زندگی بود (۱۲). در مطالعه فروزنده و همکاران انجام کاردرمانی موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شده است (۲۱). در مطالعه النوس^۱ و همکاران فواید دارودرمانی در طی ۶ ماه اول بر کیفیت زندگی بیماران چشمگیر می‌باشد (۲۶). اگرچه به نظر می‌رسد که زمان عامل مهمی در بهبودی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پس از شروع دارودرمانی باشد، اما ممکن است عوامل دیگری نیز بر این بیماران تأثیر داشته باشند، پس لازم است مداخلات آموزشی را در کنار دارودرمانی توأم کرد (۱۱). مداخلات آموزشی نسبت به بیماری و پذیرش رژیم دارویی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی منجر به کاهش طول مدت بستری و هزینه غیرمستقیم بیماری می‌شود و کیفیت زندگی را اصلاح می‌کند، همچنین عملکرد بیمار را در جامعه بهبود می‌بخشد که رضایت‌مندی و ثبات خانوادگی و عدم وابستگی را به دنبال دارد. از این‌رو تعدیل عواملی که می‌توانند در بهبود تبعیت بیمار از درمان تأثیرگذار باشند می‌تواند در ارتقاء کیفیت زندگی افراد تأثیر بسزایی داشته باشد (۲۷). مطالعه رازعلی و مزام^۲ در مالزی نشان داد که عدم تبعیت دارویی یک فاکتور مشترک در پیشگویی میزان عود علائم در بیماران اسکیزوفرن می‌باشد. به‌طور متوسط در بیمارانی که عدم تبعیت از دارو دارند ۳/۷ بار عود علائم بیشتر از بیمارانی که تبعیت از درمان دارند گزارش شده است (۲۸). در مطالعه ماتوسا و کوهونو^۳ در ژاپن مداخله در پذیرش دارودرمانی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر بود ولی در ارتقا دانش نسبت به بیماری و عوارض دارودرمانی تغییری به وجود نیاورد (۲۹).

بعلاوه نتایج مطالعه حاضر نشان داد برنامه تبعیت از درمان در نمرات ابعاد روانی اجتماعی و انگیزش و انرژی ارتقا یافت که نشان‌دهنده تأثیر این روش در این دو بعد از کیفیت زندگی بیماران است. همچنین این مطالعه، در بعد علائم و عوارض جانبی کیفیت زندگی شامل مشکلات خواب، تاری دید، خشکی دهان و مشکلات حرکتی بهبودی معنی‌داری در بیماران مورد مطالعه در گروه مداخله مشاهده شد. که به دلیل تبعیت از دارودرمانی می‌باشد. این نتیجه با نتایج مطالعات مختلف همسو می‌باشد. نتایج مطالعات پروین و همکاران نشان‌دهنده تأثیر مثبت فعالیت‌های کشاورزی بر کیفیت

³ Matsuda & Kohno

¹ Alonso

² Razali & Mazam

پرستاران می‌توانند با بیماران ارتباط برقرار کنند تا آن‌ها احساسات و نیازهای خود را بیان کنند و یک مداخله آموزشی به آن‌ها ارائه دهند و با تبعیت از درمان، کیفیت زندگی بیماران را ارتقا بخشند لذا پیشنهاد می‌گردد مسئولان در تدوین برنامه‌های مراقبتی امکان استفاده از این روش درمانی را به‌عنوان بخشی از برنامه درمان غیر دارویی در این بیماران فراهم نمایند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد، حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد اخلاقی ir.umsu.rec.1394.427 می‌باشد. بدین‌وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و تمامی کسانی که به نحوی در انجام این مطالعه ما را یاری کردند، همچنین بیماران و خانواده‌های محترم آن‌ها و مدیران و همکاران مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی ارومیه اعلام می‌داریم.

اسکیزوفرنی و خستگی جسمانی آن‌ها می‌توانست در نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها تأثیر بگذارد که با توزیع پرسشنامه‌ها در زمان مناسب این مشکل تا حدودی برطرف شد. امکان عدم شرکت بیماران در کلاس‌های آموزشی وجود داشت که با تنظیم زمان تشکیل جلسات طی هماهنگی با آن‌ها در ساعتی که همه، توانایی شرکت در آن را داشته باشند این مشکل نیز تا حدودی برطرف شد. احتمال ریزش نمونه‌ها در طول طرح وجود داشت که با گرفتن تعداد بیشتر از اندازه نمونه برآوردی بر این مشکل غلبه شد. تفاوت‌های فردی بیماران که بر روی یادگیری آموزش‌های ارائه‌شده تأثیر داشت و این مورد خارج از کنترل پژوهشگر بود.

نتیجه‌گیری نهایی

کیفیت زندگی از نظر متخصصین بالینی ازجمله مهم‌ترین معیارهای بررسی پیامد درمان در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و نشان‌دهنده سلامت آن‌ها می‌باشد (۳۰) و نقش پرستار، به‌عنوان یک مراقب جامع‌نگر و محوری در تعامل با بیماران به‌خصوص در بخش‌های روانی کلیدی است (۳۵). با توجه به نتایج ذکرشده

References:

- Fortanish KH, Worret PH. Psychiatric Mental Health Nursing. 3rd ed. Mosby; 2008. P. 251-81.
- Jest DV, Liberman JA, Fassler D, Peele R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). 5th ed. American Psychiatric Association; 2013. P.313.
- Elder R, Evans K, Nizette D. Psychiatric and mental health nursing. Elsevier Australia; 2008; P.219-20.
- Sadock, Benjamin J, Sadock, Virginia A, Ruiz, Pedro. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. P.1435-593.
- Eri Tatsumi, Kayano Y, Toshimichi N, Takeshi H. Effects of occupational therapy on hospitalized chronic Schizophrenia patients with severe negative symptoms. Kobe J Res Med Sci 2011;4(57): 145-54.
- Bonsaksen T, Lerdal A. Relationships between physical activity, symptoms and quality of life among in patients with severe mental illness. BJOT 2012;75(2): 69-75.
- Mert DG, Turgut NH, Kelleci M, Semiz M. Perspectives on reasons of medication nonadherence in psychiatric patients. Patient Adherence 2015;9(1): 87-93.
- Ebrahimi H, Ranjbar F, Namdar H, Mosaaffa F. The effect of therapeutic relationship in schizophrenic patients. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2014;12(6): 491-8. (Persian)
- McIntosh AM CL, Lawrise SM, Stanfield Ac. Compliance therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rrv 2009;3: CD003442.
- A.B.P. Staring, C.L. Mulder, H.J. DuivenvoordenL, De Haan, M. Van der Gaag. Fewer symptoms vs. more side-effects in schizophrenia? opposing pathways between antipsychotic medication compliance and quality of life. J Schizo Res 2009;5(22): 27-33.
- Maracy M, Jannesari Z, Omranifard V, SoltaniS. The effect of compliance therapy on quality of life

- and global function of schizophrenic patients. Isfahan J Beh Sci Rea 2011;2(9): 114-21. (Persian)
12. Omranifard V, Karahmadi M, Jannesary Z, Maracy M. Efficacy of modified compliance therapy for schizophrenia patients. J Res Med Sci 2012;17(2): 258-63.
 13. Masror Roudsari D, Dabiri Golchin M, Parsa yekta Z, Haghani H. Relationship between Adherence to Therapeutic Regimen and Health Related Quality of Life in Hypertensive Patients. IJN 2013; 26 (85) :44-54. (Persian)
 14. Nassehi A, Borhani F, Abaszadeh A, Gafari M. Effect of ejuacation of compliance-based model on the quality of life in the astma patients. Hamedan J Res Med Sci. 2012;2 (20): 32-39. (Persian)
 15. Mehrabi T, Afshar H, Omranifard V. The investigation of different domains of life quality in schizophrenia. J Res Beh Sci 2007;5(1): 23-7. (Persian)
 16. Mojarad khah, ghanabari taba. The efficacy of group psycho educational interventions on family performance of patients with mood disorders. IJN 2012;10(2): 114-123. (Persian)
 17. Pourshaban M, Parsayekta Z, et al. The effect of food diet training on the quality of life among non-dialysis patients with chronic renal disease. IJN 2013;26(82): 11-22. (Persian)
 18. Andrews FM, Withey SB. Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality. Springer Science & Business Media; 2012.
 19. Organization WH. World Health Organizatin of Quality of Life group.WHOQOLBREF Introduction, Administration and Scoring. Field Trial version. Geneva: World Health Organization. Quality of life Research; 1996.
 20. Jones PB, Barnes TR, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP. Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second-vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). Arch Gen Psychiatr 2006 63(10): 1079-87.
 21. Forozandeh N, Forozandeh M, Delaram M, Safdari F, Derakhshandeh S, Deris F. The effect of occupational trapry for several dimensions of quality of life in choronic schizophrenic patients. ShahrCORD J Res Med Sci.2007;4(10): 51-5. (Persian)
 22. Greg Wilkinson, Bernadette Hesdon, Diane Wild, Ron Cookson, Carole Farina, Vimalsharma, Rayfitzpa trick and Crispin Jenkinson. Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. BJP 2000;177(1): 42-6.
 23. Taha NA, Ibrahim MI, Rahman AF, Shafie AA, Rahman AH. Validation of the schizophrenia quality of life scale revision 4 among chronic schizophrenia patients in Malaysia. Value in Health Regional Issues 2012;1(1):82-6.
 24. Foruzandeh N, Delaram M, Aiin F, Deris F. The relationship between positive and negative symptoms and quality of life in chronic schizophrenic patients of Sina hospital Juneqan. Isfahan J Beh Sci Rea 2011;4(9): 295-304. (Persian)
 25. Nicfarjam M. The efficacy of religious training (prayer) on the improvement of the schizophrenic patients of quality of life at Sina Psychiatric Hospital. AMUJ 2011;13(4): 133-8. (Persian)
 26. Alonso J, Croudace T, Brown J, Gasquet I, Knapp MRJ, Suárez D. Health-related quality of life (HRQL) and continuous antipsychotic treatment: 3-year results from the schizophrenia health outcomes (SOHO) study. Value in Health. 2009;12(4): 536-43.
 27. Ebrahimi H, Namdar H, Ranjbar F, Mosaaffa F. Relationship between insights into the disease with compliance in schizophrenic patients. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2014;12(5): 354-60. (Persian)
 28. Razali SM, MZAM Yusoff. Medication Adherence in Schizophrenia: A Comparison between

- Outpatients and Relapse Cases. *East Asian Arch Psychiatry* 2014;24: 68-74.
29. Matsuda M, Kohno A. Effects of the nursing psychoeducation on the acceptance of medication and condition-specific knowledge of patients with schizophrenia. *Psychiatric Nursing* Elsevier 2016;30: 581-6.
30. Parvin N, Rafiee Vardanjani L, Nikfarjam M, Mohammadi A, Mahmoudi A, Deris F. The effect of agriculture activity on quality of life in chronic schizophrenic patients. *I J Psy Nurs* 2014;7(3): 69-76. (Persian)
31. Nikfarjam M, Parvin N, Mohamdi-Ahmad Mahmodi A, Norizadeh F, Rafiee-Vardanjani L. The efficacy of group hiking on some physical health indexes and quality of life of chronic schizophrenic patients: A randomized clinical trial. *J Cli Nurs Midwifery* 2015;4(2): 43-51. (Persian)
32. Maaly. I. El Malky, Merfat. M. Attia, Faten. H. Alam. The effectiveness of social skill training on depressive symptoms, self-esteem and interpersonal difficulties among Schizophrenic patients. *IJ N* 2016;5(1): 43-50.
33. Cheragi F, Shamsaei F, Riyazei H. Health and family care needs of psychiatric patients after discharge from the psychiatric center of Hamedan Farshchian. *Hamedan J Nurs Midwifery Fac* 2011;18(2): 15-21. (Persian)
34. Shamsaei F, Cheraqi F, Qalahiha A. The effect of nursing home care in the treatment of patients schizophrenia hospitalized in Hamadan. *Elam Med Sci* 2007;15(2): 32-8. (Persian)
35. Nicholas D, Dinah G, Teresa A. The relationship between continuing professional education and commitment to nursing. *Nurse Educ Today* 2009;29(7): 740-5

THE EFFECT OF ADHERENCE TO TREATMENT INTERVENTION PROGRAM ON THE QUALITY OF LIFE OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS

Mehrnaz Esmkhani¹, Soheila Ahangarzadeh Rezaei*², Hamidreza Khalkhali³

Received: 15 Jun, 2017; Accepted: 26 Aug, 2017

Abstract

Background & Aims: Schizophrenia is a complex mental disorder that has the severest and the most destructive effect on the quality of life persons. Undoubtedly, the use of anti-psychotic medicine is the core and basis of schizophrenia treatment. The aim of this study is to determine the effect of adherence to treatment intervention program on the quality of life schizophrenic patients.

Materials & Methods: This is a clinical trial where 70 schizophrenia patients of hospitalized were randomly divided into two intervention and control groups in Razi Medical-Educational Center, Urmia. Data was collected using schizophrenic quality of life scale questionnaire (SQLS). The intervention group underwent educational intervention in the form of six lecture and discussion sessions conducted twice a week, each lasting for 30-60 minutes. The collected data of pre and post intervention was analyzed using SPSS16 as well as descriptive statistics, chi-square test, non-parametric test, Mann-Whitney test, Fisher test and dependent-t test.

Results: According to analyses, there was no significant difference in the mean score of quality of life between the two groups ($P=0/280$). However, after the intervention, the quality of life in the intervention group improved significantly ($P<0/001$). In the beginning of the study, the overall mean score of quality of life in the intervention group was $(68/88\pm24/13)$. However, at the end of the study it was $(42/08\pm20/25)$ while the overall mean score in the control group in the beginning and at the end of the study was $(66/20\pm18/74)$ and $(61/20\pm18/48)$, respectively ($P<0/001$).

Conclusion: The implementation of adherence to treatment intervention improved the quality of life in schizophrenia patients. Therefore, paying more attention to this method of treatment seems necessary.

Keywords: Compliance therapy, training, quality of life, schizophrenia

Address: Address Urmia University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Nazlou Campus, 11 km Seru Road, Urmia

Tel: (+98) 4432754962

Email: sorezayee@yahoo.com

¹ MSc Student of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery in Urmia

² Assistant Professor, PhD in Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Associate Professor, PhD in Biostatistics, Faculty Member at the Urmia University of Medical Sciences and Health Services