

تأثیر آموزش مبتنی بر برنامه تشویق استقلال و خود غنی سازی (EASE) بر تبعیت دارویی بیماران مبتلا به سکته مغزی

رضا جلفائی^۱، رحیم بقایی^{۲*}، عبدالله خرمی مارکانی^۳، وحید علی نژاد^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۶/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۱۰/۱۲

چکیده

پیش زمینه و هدف: سکته مغزی دومین دلیل ناتوانی و معلولیت و سومین دلیل مرگومیر بعد از بیماری‌های قلبی و سرطان‌ها هست که منجر به تغییرات عمده‌ای در شیوه زندگی بیماران می‌شود. عوارض این بیماری باعث کاهش رفتارهای خود مراقبتی شده است. بر اساس شواهد استفاده از برنامه‌ها و مداخلاتی همچون آموزش خودمدیریتی می‌تواند کمک‌کننده باشد. لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر برنامه تشویق استقلال و خود غنی‌سازی بر تبعیت دارویی بیماران بازمانده از سکته مغزی در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک تحقیق نیمه تجربی است که در آن از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و مداخله استفاده شد. تعداد ۵۵ نفر از بیماران بازمانده از سکته مغزی با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به روش تصادفی به دو گروه کنترل (۲۸ نفر) و مداخله (۲۷ نفر) تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی بیماران و مقیاس تبعیت دارویی مورسکی بود. مداخله، شامل اجرای برنامه آموزش به روش برنامه تشویق استقلال و خود غنی‌سازی به مدت ۱۲ هفته در منزل بیماران به صورت چهره به چهره در حضور مراقب اصلی بیمار بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که میزان تبعیت دارویی در بیماران گروه کنترل و مداخله در قبل از آموزش، تفاوت معناداری از نظر آماری نداشت ($p > 0/05$)، اما بعد از مداخله، اختلاف معنی‌داری از نظر آماری مشاهده شد ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، مشخص گردید که آموزش برنامه تشویق استقلال و خود غنی‌سازی در این بیماران مؤثر است. لذا مسئولین سیستم بهداشت و درمان باید راهکارهای مناسبی برای برنامه تشویق استقلال و خود غنی‌سازی این بیماران و آموزش خانواده‌های آنان و مشارکت فعال آن‌ها در زمینه مراقبت از این بیماران اتخاذ نمایند تا بتوان سطح کیفیت زندگی این بیماران را ارتقاء داد و از بستری شدن‌های مجدد و مرگومیر آن‌ها تا حد امکان، پیشگیری کرد.

کلیدواژه‌ها: تشویق استقلال، تبعیت دارویی، بیمار، خود غنی‌سازی، سکته مغزی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره هفتم، پی‌درپی ۱۵۶، مهر ۱۴۰۱، ص ۵۸۸-۵۸۰

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: Baghaei.r@umsu.ac.ir

مقدمه

تغییرات عمده‌ای در شیوه زندگی بیماران می‌شود (۱). شیوه سکته مغزی در کشورهای کم‌درآمد و متوسط همچنان رو به افزایش است و اگرچه اکنون در کشورهای با درآمد بالا رو به کاهش است، اما

سکته مغزی دومین دلیل ناتوانی و معلولیت و سومین دلیل مرگومیر بعد از بیماری‌های قلبی و سرطان‌ها است که منجر به

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استاد پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، پژوهشکده تحقیقات علوم بالینی، گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار پرستاری، دانشکده علوم پزشکی خوی، خوی، ایران

^۴ استادیار آمار زیستی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

برنامه تشویق استقلال و خود غنی‌سازی (EASE)^۳ باهدف افزایش استقلال بیمار و تشویق به تغییرات رفتاری و خودمدیریتی توسعه یافته است. هدف از این برنامه حمایت از استقلال بیمار، افزایش دانش به‌منظور بهبود عملکرد رفتارهای خودمدیریتی و حفظ خودمدیریتی بیمار است. برنامه EASE افزایش خود غنی‌سازی را در حین ارائه دانش به وجود می‌آورد که به‌نوبه خود باعث افزایش عملکرد رفتار خودمدیریتی، استقلال و پیشرفت‌های متوالی در نتایج فیزیولوژیکی می‌شود (۱۶). در مطالعه جوبوشی و همکاران^۴ (۲۰۱۲) برنامه آموزشی EASE بر روی بیماران نارسایی مزمن کلیوی تحت دیالیز انجام شده است و اجرای برنامه مذکور، باعث بهبود رفتارهای خودمدیریتی در بیماران دیالیزی گردیده است (۱۷).

با توجه به افزایش جمعیت سالمند در کشور و افزایش بیماری‌های مزمن بخصوص سکته مغزی در بین آنان و اهمیت بهبود کیفیت زندگی و توانمند کردن این بیماران در امر مراقبت از خود لذا این پژوهش باهدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر برنامه تشویق استقلال و خود غنی‌سازی (EASE) بر تبعیت دارویی بیماران دچار سکته مغزی در شهرستان مهاباد انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی است که جامعه آماری آن را تمام بیماران مبتلا به سکته مغزی مراجعه‌کننده به بخش مغز و اعصاب بیمارستان امام خمینی شهرستان مهاباد در نیمه دوم سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌دادند. حجم نمونه با استفاده از اطلاعات مطالعه خطیاب و همکاران (۱۸) در هر گروه ۲۵ نفر محاسبه گردید که با احتساب ۲۰ درصد ریزش، ۳۰ نفر در هر گروه تعیین شد. روش نمونه‌گیری به روش در دسترس بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، سن بین ۱۸ تا ۷۵ سال، یک تشخیص بالینی از سکته مغزی ایسکمیک یا خونریزی دهنده اول یا عودکننده (شامل خونریزی داخل مغزی و خونریزی زیر عنکبوتیه) توسط متخصص نورولوژی، گذشت حداقل یک هفته از ترخیص بیمار، نداشتن آفازی گلوبال و ورنیکه، توانایی شرکت در جلسات خودمدیریتی مبتنی بر برنامه EASE (بیماران مبتلا به سکته مغزی خفیف و متوسط بر اساس نمره معیار NIHSS کمتر از ۱۵ وارد شدند)، نداشتن اختلالات شناختی و رفتاری با تأیید از سوی پزشک معالج، عدم تشخیص حمله ایسکمیک گذرا، عدم تشخیص هماتوم ساب دورال و یا اپیدورال و خونریزی مغزی، عدم سابقه اختلالات روانی همچون اسکیزوفرنی و یا دمانس و عدم

تغییرات جمعیتی و بقای بهبود یافته بدن معنی است که تعداد کلی افراد مبتلا به سکته مغزی زیاد است و احتمالاً افزایش می‌یابد (۲). بر اساس آمار هر ۴۰ ثانیه یک نفر دچار سکته مغزی می‌شود و هر ۳/۵ دقیقه یک نفر بر اثر سکته‌ی مغزی فوت می‌کند (۳). فرایند بیماری مزمن، عوارضی از جمله افزایش تنش‌های عاطفی، اضطراب، افسردگی و کاهش سازگاری را به همراه دارد که این عوارض باعث کاهش رفتارهای خود مراقبتی شده است (۴). ابتلا به بیماری‌های مزمن با تعدد داروهای مصرفی همراه بوده که مهم‌ترین نکته در این زمینه عدم پایبندی به رژیم دارویی تجویز شده و استفاده نادرست یا عدم استفاده از آن است که بحث تبعیت دارویی^۱ را مطرح می‌نماید (۵). یکی از بیماری‌هایی که با افزایش سن فرد درگیر آن می‌شود و داروهای متنوع و متفاوتی دارد سکته مغزی است (۶). تبعیت دارویی یعنی اینکه بیماران داروهای خود را طبق تجویز مصرف می‌کنند و همچنین مصرف داروی تجویز شده را بر اساس اتحاد درمانی که بین بیمار و پزشک برقرار شده است، ادامه می‌دهند (۷). طبق تحقیقات انجام شده، میزان تبعیت دارویی در بین بیماران بعد از ابتلا به سکته مغزی ۶۴ درصد گزارش شده است (۸). دلایل زیادی برای عدم تبعیت دارویی وجود دارد که از آن جمله می‌توان به فراموشی، کمبود انگیزه، قیمت بالای دارو، سواد سلامت ناکافی، رژیم دارویی ناکافی، رژیم دارویی پیچیده (۹) بی‌اعتمادی به پزشک و تشخیص وی، بی‌اهمیتی به مصرف دارو، اثرات جانبی دارو، ملاحظات مذهبی و فهم نادرست از دستورات پزشک اشاره نمود (۱۰). این موضوع اهمیت بررسی علت عدم تبعیت و انجام اقداماتی جهت بهبود تبعیت در بیماران را نشان می‌دهد (۱۱).

از روش‌های مختلفی برای تبعیت بهتر از درمان استفاده می‌شود که جین^۲ و همکاران (۲۰۱۶) آموزش را به‌عنوان یکی از عوامل پیش‌بینی کننده میزان تبعیت دارویی در سالمندان مطرح می‌نمایند. مداخلات و استراتژی‌های متفاوتی جهت ارتقای پایبندی به رژیم‌درمانی در بیماران مزمن انجام شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به مشاوره، خودمدیریتی و مداخلات ترکیبی اشاره کرد (۱۲). ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی نقش مهمی در کمک به بیماران در فهم ماهیت بیماری و ترغیب بیماران به سمت توسعه مهارت تبعیت از درمان دارند (۱۳). یکی از گروه‌های پیشگامان سلامت و از اعضای اصلی تیم درمان در مراقبت از بیمار در تمام سطوح مراقبتی پرستاران می‌باشند (۱۴). آموزش عنصر کلیدی فعال کردن بیمار و جلب اعتماد وی است و از طرفی ارائه چنین برنامه‌ای یکی از وظایف مهم پرستاران است (۱۵).

3- EASE

4- Joboshi et al

1- Medication Adherence

2- Jin

بیمارانی که شرایط شرکت در مطالعه را داشتند، ۶۰ بیمار نجات یافته از سکتة مغزی که مرخص شده بودند را انتخاب کرد. سپس نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه کنترل (عدم دریافت مداخله) و گروه مداخله (دریافت کننده برنامه تشویق استقلال و خود غنی سازی تقسیم شدند. روز ترخیص بیماران، محقق بعد از معرفی خود به نمونه‌ها و بیان اهداف و روش کار به شرکت کنندگان، از ایشان جهت همکاری در پژوهش رضایت کتبی اخذ نمود و سپس پیش‌آزمون برای هر دو گروه مداخله و کنترل انجام شد. جهت ادامه جلسات و حضور در منزل بیماران شماره تماس و آدرس بیماران اخذ شد و پس از گذشت یک هفته از ترخیص بیماران پژوهشگر جهت اجرای جلسات آموزشی به منزل بیماران مراجعه نمود. محتویات آموزشی در جدول شماره ۱ به طور کامل توضیح داده شده است. مدت برگزاری جلسات ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بود. بعد از اتمام مداخله (۱۲ هفته بعد از شروع مداخله) پرسشنامه تبعیت دارویی برای هر دو گروه مداخله و کنترل مجدداً تکمیل گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، ضمن تأیید از طرف کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد اخلاق IR.UMS.REC.1400 و کسب مجوز اجرا، محقق خود و اهداف پژوهش را برای شرکت کنندگان در پژوهش معرفی کرده و یادآور شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری بوده و اطلاعات شرکت کنندگان محرمانه خواهد ماند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم افزار SPSS نگرش ۲۲ و آزمون‌های تی مستقل^۲، تی زوجی^۳، دقیق فیشر^۴ و کای اسکور^۵ استفاده شد. سطح معنی داری با P کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

شرکت در مطالعه مشابه طی ۱۲ ماه گذشته بود (۱۹). معیارهای خروج هم فوت بیمار در طول مطالعه و انصراف از ادامه همکاری بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه مشخصات فردی اجتماعی و مقیاس تبعیت دارویی مورسکی^۱ استفاده شد. پرسشنامه مشخصات فردی اجتماعی شامل: سن، جنس، نژاد، مذهب، وضعیت تأهل، شغل، محل سکونت، میزان تحصیلات، سابقه ابتلا به بیماری، سابقه بیماری‌هایی همچون هیپرتانسیون، دیابت، تعداد دفعات بستری به علت بیماری مغزی، سابقه جراحی‌های قبلی، سابقه مصرف سیگار و مواد مخدر و تاریخچه مصرف دارویی را سنجید. مقیاس تبعیت دارویی مورسکی شامل ۸ سؤال می‌باشد که در سؤالات اول تا هفتم بیمار به پرسش‌های سنجش تبعیت، به صورت بلی یا خیر پاسخ می‌دهد که پاسخ بلی نمره صفر و پاسخ خیر نمره یک می‌گیرد. در سؤال هشتم بر اساس معیار لیکرت (هرگز = نمره ۱، تقریباً هرگز = نمره ۰/۷۵، بعضی وقت‌ها = نمره ۰/۵، بارها = نمره ۰/۲۵ و همیشه = نمره صفر) پاسخ می‌دهد. چنانچه نمره بیمار از مجموع ۸ گزینه کمتر از ۳ باشد، تبعیت بیمار ضعیف، در محدوده ۳-۶ تبعیت بیمار متوسط و بیش از ۶ تبعیت مناسب محسوب می‌گردد (۲۰). روایی مقیاس مورسکی قبلاً در مطالعه قانعی قشلاق و همکاران بررسی و تأیید و پایایی با آلفا کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شده است (۲۱). در مطالعه حاضر به روایی تأیید شده توسط مطالعات دیگر استناد شد اما پایایی آن در بین ۲۰ بیمار از بیماران جامعه‌ی پژوهش سنجیده شد. بدین ترتیب پایایی ابزار ۰/۸۷ محاسبه شد که قابل قبول می‌باشد. پژوهشگر پس از ورود به محیط پژوهش از

جدول (۱): محتوای آموزشی مداخله به روش برنامه EASE

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه
اول	اجرای مراحل ۱ تا ۴ برنامه تشویق استقلال و خودغنی‌سازی برای هر بیمار	- تکمیل فرم پرسشنامه دموگرافیک، تعیین مشکلات بیمار در ارتباط با ابعاد مدیریت بیماری، تعیین اهداف، تعیین فن‌های رسیدن به اهداف
دوم	ارائه محتوای آموزشی در ارتباط با آشنایی با بیماری سکتة مغزی و ماهیت آن	- توضیحاتی در ارتباط با بیماری سکتة مغزی، علل سکتة مغزی - انواع سکتة مغزی، روش‌های کنترل بیماری سکتة مغزی
سوم	ارائه محتوای آموزشی در ارتباط با داروهای تجویز شده	-مرور مختصر مطالب ارائه شده در جلسه قبل، ارائه توضیحاتی در ارتباط با درمان سکتة مغزی، توضیحات در مورد داروهای ضدلخته، توضیحات در ارتباط با داروهای ضد فشارخون
چهارم	ارائه محتوای آموزشی در ارتباط با توان بخشی بعد از سکتة مغزی	-مرور مختصر مطالب ارائه شده در جلسه قبل، ارائه توضیحاتی در ارتباط با توان بخشی، توضیح در مورد نحوه فیزیوتراپی اندام‌های مبتلا، توضیح در مورد ورزش‌های ایزومتریک و ایزوتونیک

4-Fisher exact test

5- Chi-Square Test

1- Morisky Medication Adherence Scale

2- t-test

3-Paired t test

پنجم	ارائه محتوای آموزشی در ارتباط با تغذیه و رژیم غذایی پس از سکنه مغزی	ارائه مطالب ارائه شده در جلسه قبل، ارائه توضیحات در مورد تغذیه و رژیم غذایی پس از سکنه مغزی، ارائه توضیحات در ارتباط با فواید رعایت رژیم کم نمک و کم چرب، ارائه توضیحات در ارتباط با فواید رعایت رژیم پرفیبر و مکمل های غذایی و مینرال
ششم	ارزیابی میزان دستیابی به اهداف	ارزیابی میزان دستیابی به اهداف جلسه اول، ارزیابی میزان دستیابی به اهداف جلسه دوم، ارزیابی میزان دستیابی به اهداف جلسه سوم، ارزیابی میزان دستیابی به اهداف جلسه چهارم، ارزیابی میزان دستیابی به اهداف جلسه پنجم

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۰ بیمار شرکت داشتند. ۳ بیمار در گروه مداخله و ۲ بیمار در گروه کنترل از ادامه پژوهش انصراف دادند. مشارکت کنندگان دو گروه کنترل و مداخله از نظر ویژگی‌های فردی و اجتماعی با همدیگر تفاوت معناداری نداشتند و همگن بودند (جدول ۲).

جدول (۲): مقایسه دو گروه کنترل و مداخله از نظر همگن بودن ویژگی‌های فردی آن‌ها

متغیرها	گروه کنترل (۲۸ نفر)		آزمون آماری
	تعداد (درصد)	گروه مداخله (۲۷ نفر) (درصد)	
جنسیت xxx	مرد	۱۸ (۶۴/۳)	$X^2=0.147$
	زن	۱۰ (۳۵/۷)	$p=0.72$
وضعیت تأهل xxx	متأهل	۲۳ (۸۲/۱)	$X^2=1.05$
	بیوه	۵ (۱۷/۹)	$p=0.31$
سطح سواد xx	بیسواد	۱۵ (۵۳/۶)	$X^2=0.507$
	زیر دیپلم	۱۰ (۳۵/۷)	$p=0.76$
	دیپلم	۳ (۱۰/۷)	
وضعیت شغلی xx	بیکار	۱۴ (۵۰/۰)	$X^2=1.31$
	بازنشسته	۵ (۱۷/۹)	$p=0.519$
	خانه‌دار	۹ (۳۲/۱)	
سابقه بستری xxx	بلی	۱۹ (۶۷/۹)	$X^2=1.19$
	خیر	۹ (۳۲/۱)	$p=0.56$
سابقه جراحی xxx	بلی	۱۷ (۶۰/۷)	$X^2=0.875$
	خیر	۱۱ (۳۹/۳)	$p=0.34$
وضعیت همزیستی xx	با همسر	۵ (۱۷/۹)	$X^2=2.77$
	با همسر و فرزندان	۱۹ (۶۷/۹)	$p=0.25$
	با فرزندان	۴ (۱۴/۳)	
سابقه بیماری xx	فشارخون بالا	۱۲ (۴۲/۹)	$F=1.993$ $p=0.843$
	دیابت	۴ (۱۴/۳)	
	بیماری قلبی	۲ (۷/۱)	
	دیابت و فشارخون	۹ (۳۲/۱)	
	دیابت و فشارخون و بیماری قلبی	۱ (۳/۶)	
مصرف دارو xxx	بلی	۲۵ (۸۹/۳)	$X^2=0.208$
		۲۳ (۸۵/۲)	

p=0.64	۴ (۱۴/۸)	۳ (۱۰/۷)	خیر	
F=0.01	۲۶ (۹۶/۳)	۲۶ (۹۲/۹)	سالم	وضعیت شنوایی***
p=0.999	۱ (۳/۷)	۲ (۷/۱)	اصلاح شده	
X ² =1.29	۱۱ (۴۰/۷)	۱۶ (۵۷/۱)	سالم	وضعیت بینایی***
p=0.41	۱۶ (۵۹/۳)	۱۲ (۴۲/۹)	اصلاح شده	
X ² =1.62	۱۰ (۳۷/۰)	۶ (۲۱/۴)	بلی	مصرف دخانیات***
p=0.20	۱۷ (۶۳/۰)	۲۲ (۷۸/۶)	خیر	
F=0.01	۱ (۳/۷)	۲ (۷/۱)	بلی	مصرف مشروبات الکلی***
p=0.999	۲۶ (۹۶/۳)	۲۶ (۹۲/۹)	خیر	
X ² =0.180	۲۲ (۸۱/۵)	۲۴ (۸۵/۷)	ایسکمیک	نوع سکنه مغزی***
p=0.67	۵ (۱۸/۵)	۴ (۱۴/۳)	همورازیک	
X ² =0.563	۵ (۱۸/۵)	۷ (۲۵/۰)	همی پلژی	علائم سکنه مغزی**
p=0.90	۱۲ (۴۴/۴)	۱۰ (۳۵/۷)	همی پارزی	
	۱۰ (۳۷/۰)	۱۱ (۳۹/۳)	هیچکدام	
t=1.60	۱۵۸/۵۲±۱۰/۲۶	۱۵۴/۲۹±۹/۳۰		فشار خون ×
p=0.11				
t=1.10	۶۳/۸۸±۴/۱۲	۶۲/۶۷±۴/۰۲		سن (سال) ×
p=0.27				

*: t-test

** : Chi-Square Test

*** Fisher exact test

تبعیت دارویی بیماران گروه کنترل و مداخله قبل از آموزش نسبت به یکدیگر، تفاوت معناداری از نظر آماری نداشت ($p > 0.05$). اما در بیماران گروه کنترل و مداخله بعد از آموزش نسبت به یکدیگر، تفاوت معناداری داشت ($p < 0.05$) (جدول ۳).

میزان تبعیت دارویی بیماران گروه کنترل بعد از آموزش در مقایسه با قبل از آموزش، تفاوت معناداری از نظر آماری نداشت ($p > 0.05$). اما در بیماران گروه مداخله بعد از آموزش در مقایسه با قبل از آن، تفاوت معناداری از نظر آماری داشت ($p < 0.05$). میزان

جدول (۳): میانگین تبعیت دارویی در بیماران قبل و بعد از آموزش در گروه کنترل و مداخله

تبعیت دارویی	قبل از آموزش	بعد از آموزش	آزمون تی زوجی
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
گروه مداخله	۵/۰۳ ± ۱/۴۲	۵/۷۸ ± ۱/۷۹	P= ۰/۰۰۱ t =, - ۳/۸۱
گروه کنترل	۵/۱۴ ± ۱/۲۳	۴/۸۵ ± ۱/۰۹	P= ۰/۱۸۷ t =, ۱/۳۵
آزمون تی مستقل	P= ۰/۲۵۱ t =, ۱/۱۵	P= ۰/۰۰۱ t =, ۶/۳۴	

بحث و نتیجه گیری

مغزی شهرستان مهاباد در سال ۱۴۰۰ انجام شد. نتایج نشان داد که برنامه تشویق استقلال و خود غنی سازی بر تبعیت دارویی بیماران مبتلا به سکنه مغزی مؤثر است. در این راستا مطالعه اوبیگل^۱ و

این پژوهش باهدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر برنامه تشویق استقلال و خود غنی سازی بر تبعیت دارویی بیماران مبتلا به سکنه

¹-Ovbiagele

داده است که عوامل متعددی از جمله ویژگی‌های فردی اجتماعی افراد می‌تواند بر اعتقادات بهداشتی و میزان تبعیت دارویی آن‌ها تأثیر داشته باشد. در این رابطه نتایج مطالعه جین^۵ و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که تبعیت دارویی در بیماران مسن با سطح تحصیلات، مشکلات مربوط به سلامتی، دفعات دوز مصرف، رضایت بیمار از مشاوره و توضیح دارو همراه است، اما هیچ ارتباطی با سطح سواد سلامتی بیمار مشاهده نشد (۱۲). از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر هم‌زمان شدن پژوهش با پاندمی کووید-۱۹ بود که شرایط نمونه‌گیری را با چالش مواجه نمود. همچنین مطالعه‌ی حاضر فقط بر روی بیماران بازمانده از سکتة قلبی شهر مهاباد انجام شد که می‌تواند قدرت تعمیم به سایر بیماران را محدود سازد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش مبتنی بر برنامه تشویق استقلال و خود غنی‌سازی، میزان تبعیت دارویی بیماران مبتلا به سکتة مغزی را افزایش می‌دهد. لذا مسئولین سیستم بهداشت و درمان باید راهکارهای مناسبی برای برنامه توانمندسازی این بیماران و آموزش خانواده‌های آنان و مشارکت فعال آن‌ها در زمینه مراقبت از این بیماران اتخاذ نمایند تا با بهبود تبعیت از درمان در این بیماران، بتوان سطح کیفیت زندگی این بیماران را ارتقاء داد و از بستری شدن‌های مجدد و مرگ‌ومیر آن‌ها تا حد امکان، پیشگیری کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از نتایج پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری گرایش ویژه از دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۴۰۱ است. لذا از تحصیلات تکمیلی دانشگاه، کمیته اخلاق، مسئولین دانشکده پرستاری و همکاری صمیمانه ریاست و مدیریت محترم بیمارستان، مدیریت محترم پرستاری و بیماران و همراهان گرانقدری که بدون همکاری آن‌ها این تحقیق ممکن نبود، نهایت سپاسگزاری به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در نگارش این مقاله برای نویسندگان هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داد که اجرای برنامه خود مدیریتی رژیم پزشکی در بیماران مبتلا به سکتة مغزی از طریق موبایل می‌تواند بر پایبندی به دارو و کنترل فشارخون در این بیماران مؤثر باشد (۲۲). همچنین نتایج مطالعه مروری کرایتون^۱ و همکاران (۲۰۱۴) هم نشان داد که پنج برنامه مداخله‌ای شامل آموزش، ترغیب، تعلیم، توانمندسازی و بازسازی محیطی و پنج دسته سیاست ارتباطات، دستورالعمل‌ها، مقررات، برنامه‌ریزی محیطی اجتماعی و ارائه خدمات به‌عنوان گزینه‌های مداخله بالقوه شناسایی شدند که می‌تواند به‌عنوان عوامل تعیین کننده اصلی تبعیت از دارو در بازماندگان سکتة مغزی باشد (۲۳) اما به‌صورت نا همسو با مطالعه حاضر مطالعه مروری چاپمن^۲ و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که مداخلات خود مدیریتی برای بیماران سکتة مغزی در بهبود پایبندی به داروهای سکتة مغزی در کوتاه مدت مؤثر بود اما با این حال، در طولانی مدت، این مزایا حفظ نشد. آن‌ها نتیجه‌گیری کردند که به‌کارگیری مداخلات خود مدیریتی برای بهبود پایبندی به دارو در بیماران سکتة مغزی در محیط‌های بالینی، امیدوارکننده است (۲۴). نتایج مطالعه ترزا داموش^۳ و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داد که در بیماران مبتلا به سکتة مغزی دو گروه آزمون و کنترل بعد از انجام مداخله، بهبودهایی در بیماران گروه آزمون در پایبندی به دارو در میان افرادی که برنامه خود مدیریتی فاکتور خطر پس از سکتة را مشاهده شد اما تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند (۲۵) که احتمالاً می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فردی مشارکت‌کنندگان دو مطالعه باشد. برخی از مطالعات هم به اثربخشی برنامه آموزش توانمندسازی در زمینه پایبندی به دارو در بیماران مزمن اشاره کرده‌اند. در این راستا نتایج مطالعه سوخک و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که مداخله شناختی رفتاری، در بهبود تبعیت دارویی در بیماران همودیالیزی مؤثر است (۱۱). همچنین صادقیان و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که مداخلات آموزش دارو درمانی روی تبعیت دارو درمانی در بیماران با اختلال روانی تأثیر مثبتی داشته است (۱۴). نتایج مطالعه مروری برایانت^۴ و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان داد که یکی از راه‌های بهبود تبعیت دارویی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن انسدادی ریه، مداخلات چند مؤلفه‌ای همچون آموزش برنامه‌های خودمدیریتی بیماری می‌باشد (۶). شواهد نشان

References

- Owolabi MO, Thrift AG, Mahal A, Ishida M, Martins S, Johnson WD, et al. Primary stroke prevention

worldwide: translating evidence into action. *Lancet Pub Health* 2022;7(1):e74 e85.

4- Brayant

5 -Jin

1-Crayton

2-Chapman

3-Teresa Damush

2. McKenna S, Jones F, Glenfield P, Lennon S. Bridges self-management program for people with stroke in the community: A feasibility randomized controlled trial. *Int J Stroke* 2015;10(5):697-704.
3. Adamantiadis A. Case Study of Physiotherapy Treatment of a Patient with Hemorrhagic Stroke. 2022.
4. Sabetfar N, Meschi F, Hosseinzade Taghvaei M. The Effectiveness of Mindfulness-based Group Therapy on Perceived Stress, Emotional Cognitive Regulation, and Self-care Behaviors in Patients With Hypertension. *Horizon Med Sci* 2021;27(2):246-63.
5. Shariatinia S. Antihypertensive drugs adherence in heart disease patients referring to the Imam Reza Clinic in Shiraz. *Sadra Med J* 2018;6(2):151-60.
6. Bryant J, McDonald VM, Boyes A, Sanson-Fisher R, Paul C, Melville J. Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Respir Res* 2013;14(1):1-8.
7. Baghcheghi N. Beliefs about medicines and its relationship with medication adherence in patients with chronic diseases. *Qom Univ Med Sci J* 2021;15(6):444-53.
8. Zhang J, Gong Y, Zhao Y, Jiang N, Wang J, Yin X. Post-stroke medication adherence and persistence rates: a meta-analysis of observational studies. *J neurol* 2021;268(6):2090-8.
9. Sedghi Goyaghaj N, Pishgooie AH, Aliyari S, Zareiyani A. The effect of a self-care training program on adherence to a therapeutic regimen in veterans with spinal cord injury: randomized controlled clinical trial. *J Mil Med* 2018;20(4):421-30.
10. Gomes D, Placido AI, Mó R, Simões JL, Amaral O, Fernandes I, et al. Daily medication management and adherence in the polymedicated elderly: A cross-sectional study in Portugal. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(1):200.
11. Sookhak F, Zolfaghari M, Asadi Noghabi AA, Haghani H. Effect of a cognitive-behavioral intervention on medication adherence in patients' undergoing hemodialysis. *Hayat*. 2014;20(3):85-94.
12. Jin H, Kim Y, Rhie SJ. Factors affecting medication adherence in elderly people. *Patient Prefer Adherence* 2016;10:2117.
13. Lin Y-Y, Yen W-J, Hou W-L, Liao W-C, Lin M-L, editors. *Mental Health Nurses' Tacit Knowledge of Strategies for Improving Medication Adherence for Schizophrenia: A Qualitative Study*. Healthcare; 2022: MDPI.
14. Sadeghian E, Nezafatdoost M, Tapak L, Shamsaei F. Effect of medication education on drug adherence with mental disorders: a clinical trial study. *Iran Nurs Sci Ass* 2019;6(6):49-56.
15. Yates T, Davies M, Gorely T, Bull F, Khunti K. Effectiveness of a pragmatic education program designed to promote walking activity in individuals with impaired glucose tolerance: a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2009;32(8):1404-10.
16. Joboshi H, Oka M. Effectiveness of an educational intervention (the Encourage Autonomous Self-Enrichment Program) in patients with chronic kidney disease: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2017;67:51-8.
17. Joboshi H, Oka M, Takahashi S, Onbe H, Hara Y, Murase C. Effects of the EASE program in chronic kidney disease education: A randomized controlled trial to evaluate self-management. *J Jpn Acad Nurs Sci* 2012;32(1):21-9.
18. Khatiban M, Kheirollahi A, Oshvandi K, Alhani F, Feradmal J. The effect of family-based education on knowledge and self-esteem of caregivers of patients with stroke: a randomized controlled trial. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014;23(110):244-50.
19. Lo SHS, Chang AM, Chau JPC. Study protocol: a randomised controlled trial of a nurse-led community-based self-management programme for improving recovery among community-residing stroke survivors. *BMC Health Serv Res* 2016;16(1):1-10.

20. Hosseinpanah F, Abbasiazari M, Moradi O. Evaluation of the Pattern of Adherence to Levothyroxine Use and Effect of Education via Pamphlet in Hypothyroidism Patients. *J Med Council Iran* 2018;36(3):168-72.
21. Ghanei Gheshlagh R, Ebadi A, Veisi Raygani A, Nourozi Tabrizi K, Dalvandi A, Mahmoodi HJJJoRR. Determining concurrent validity of the Morisky medication adherence scale in patients with type 2 diabetes. *Iran J Rehab Res* 2015;1(3):24-32.
22. Ovbiagele B, Jenkins C, Patel S, Brunner Jackson B, Anderson A, Saulson R, et al. Mobile health medication adherence and blood pressure control in recent stroke patients. *J Neurol Sci* 2015;358(1):535-7.
23. Crayton E, Wright AJ, Ashworth M. Improving medication adherence in stroke survivors: the intervention development process. *BMC Health Serv Res* 2018;18(1):1-13.
24. Chapman B, Bogle V. Adherence to medication and self-management in stroke patients. *Br J Nurs* 2014;23(3):158-66.
25. Damush TM, Ofner S, Yu Z, Plue L, Nicholas G, Williams LS. Implementation of a stroke self-management program: a randomized controlled pilot study of veterans with stroke. *Transl Behav Med* 2011;1(4):561-72.

THE EFFECT OF EDUCATION BASED ON ENCOURAGE AUTONOMOUS SELF-ENRICHMENT (EASE) PROGRAM ON MEDICATION ADHERENCE OF THE PATIENTS WITH STROKE

Reza Jolfaei¹, Rahim Baghaei^{2*}, Abdoloh Khorami Markani³, Vahid Alinejad⁴

Received: 09 September, 2022; Accepted: 02 January, 2023

Abstract

Background & Aim: Stroke is the second cause of disability and the third cause of death after heart diseases and cancers, which leads to major changes in lifestyle of the patients. The complications of this disease reduce self-care behaviors. Based on the evidence, implementing programs and interventions such as self-management training can be helpful. Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the effects of education based on Encourage Autonomous Self-Enrichment (EASE) programs on medication compliance of stroke survivors in 2021.

Materials & Methods: This study was an interventional study (quasi-experimental) with two groups (experimental and control) as pre-test and post-test that was performed on 55 stroke survivors in Mahabad city. Samples were selected by convenience Sampling method and randomly assigned into control (28) and experimental (27) groups. Data collection tools included patients' demographic information form and Moriski's medication compliance scale. The intervention included implementing education program by the EASE method for 12 days at the patients' homes and face-to-face in the presence of the patient's caregiver. Data analysis was done using SPSS version 22 statistical software and descriptive and inferential statistics. The statistical significance level was considered as less than 0.05.

Results: This study showed no statistically significant difference in medication adherence in patients of the control and experimental group before intervention ($p>0.05$); however, a statistically significant difference was observed after the intervention ($p<0.05$).

Conclusion: Based on the findings of the present study, it was found that training by the EASE program is effective in these patients. Therefore, the authorities of the health and treatment system should adopt appropriate solutions for the EASE program of these patients and the training of their families and their active participation in the field of caring for these patients in order to improve the quality of life of these patients and avoid their re-hospitalizations and deaths as much as possible.

Keywords: Encourage Autonomous, Medication adherence, Patient, Self-enrichment, Stroke

Address: Clinical Research Institute, Nursing & Midwifery School, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +984432754961

Email: Baghaei.r@umsu.ac.ir

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ MSc of Intensive Care Nursing, Nursing & Midwifery School, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Professor, Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, Nursing & Midwifery School, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Associate professor in nursing, Khoy University of medical sciences

⁴ Associate Professor in Biostatistics, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran