

Research Paper

Medication Adherence, Attitude Towards Medication, and Quality of Life in Outpatients With Neurotic Disorders in Tehran, Iran: A Six-Month Follow-up Study



Somayeh Arabi Khalilabad¹, Noushin Khademozreza², AmirSina Homayoni², Shiva Soraya³, Sajjad Effatnejat⁴, Ali Kabir⁵, Fatemeh Hadi⁴, *Mohammadreza Shalbafan¹

1. Mental Health Research Center, Psychosocial Health Research Institute (PHRI), Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Research Center for Addiction & Risky Behaviors (ReCARB), Psychosocial Health Research Institute (PHRI), Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Psychiatry, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Minimally Invasive Surgery Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Arabi Khalilabad S, et al. [Medication Adherence, Attitude Towards Medication, and Quality of Life in Outpatients With Neurotic Disorders in Tehran, Iran: A Six-Month Follow-up Study (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2022; 28(3):322-335. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.3.2619.2>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.3.2619.2>



Received: 18 Aug 2022

Accepted: 23 Sep 2022

Available Online: 01 Oct 2022

ABSTRACT

Objectives This study aims to investigate the attitude towards medication, medication adherence, and quality of life (QoL) in outpatients with neurotic disorders referred for the first time to the psychiatric clinic of Tehran Psychiatric Institute in Iran.

Methods In this study, participants were adult outpatients with neurotic disorders referred to the psychiatric clinic of Tehran Psychiatric Institute for the first time, who had met the inclusion criteria (age 18-60 years, having a neurotic disorder diagnosed by the psychiatrist, and consent to participate in the study). At baseline and in one and six months after the first visit, they completed a demographic form, the World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) and the drug attitude inventory (DAI-10). Their medication adherence was assessed using the medication possession ratio.

Results Of 100 participants, 76 were females and had a mean age of 35.9 years. Favorable medication adherence significantly increased in the sixth month compared to the first month, and the number of patients with favorable medication adherence increased from 38 to 63. In comparing the overall score of QoL, a significant improvement was observed in the 1st and 6th months compared to baseline and in the sixth month compared to the first month ($P < 0.001$). Regarding the domains of the QoL, mental health and general health in the first and sixth months were significantly increased compared to the baseline ($P < 0.001$). Physical health domain was significantly increased in the sixth month compared to the first month ($P < 0.001$). Social relationships domain was significantly increased in the first month compared to the baseline ($P = 0.001$). Environmental health domain was significantly increased in the first month compared to the baseline ($P = 0.019$). Comparison of the QoL score between patients with favorable and unfavorable medication adherence showed no significant difference ($P = 0.6$). Attitude towards medication was significantly improved from baseline to the sixth month ($P < 0.001$).

Conclusion The QoL and its some domains as well as medication adherence and attitude towards medication in outpatients with neurotic disorders seem to be improved after six months of follow-up. There is no significant difference in QoL between outpatients with favorable and unfavorable medication adherence.

Key words:

Treatment outcome,
Mental disorders,
Treatment compliance

* Corresponding Author:

Mohammadreza Shalbafan, PhD.

Address: Mental Health Research Center, Psychosocial Health Research Institute (PHRI), Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 66551665

E-mail: shalbafan.mr@iums.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Neurotic disorders have no psychotic symptoms and cover a wide range of psychiatric conditions. Due to lack of a suitable study to assess the attitudes towards medication, adherence to medication therapy, and quality of life (QoL) in patients with neurotic disorders in Iran, this study aims to evaluate these factors in adults with neurotic disorders referred to the psychiatric clinic of Tehran Psychiatric Institute.

Methods

In this study, participants were adult outpatients who referred to the psychiatric clinic of Tehran Psychiatric Institute for the first time who were selected based on the inclusion criteria (age 18-60 years, having a neurotic disorder diagnosed by the psychiatrist, and consent to participate in the study). They were assessed at the beginning of the study, and 1 and 6 months after their first visit to the clinic by using a demographic form, the World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) and the Drug Attitude Inventory (DAI-10). Their medication adherence was also assessed using the medication possession ratio.

Results

Of 100 participants, 76 were female and had a mean age of 35.9 years. In comparing the overall score of WHOQOL, a significant improvement was observed in the first and sixth months after the first visit compared to baseline ($P < 0.001$) (Figure 1). Regarding the domains of WHOQOL, mental health and general health status in the first and sixth months were significantly better compared to baseline ($P < 0.001$). Physical health trend during the study

was ascending. It was significantly better in the sixth month than in the first month. The trend of social relationships during the study was ascending. It was significantly better in the first month compared to the baseline. Environmental health trend during the study was also ascending. It was significantly better in the first month compared to the baseline.

The number of patients with favorable medication adherence increased from 37 in the first month to 63 in the sixth month. The paired t-test results for the raw DAI score at baseline and in the sixth month showed a significant increase (from 3.56 ± 0.5 to 5.29 ± 0.49) ($P < 0.001$). Comparison of WHOQOL score among patients with favorable and unfavorable medication adherence in three time points showed no significant difference ($P = 0.6$) (Figure 2).

Discussion

The results of the present study, which evaluated the QoL, attitudes, and medication adherence of adult outpatients with neurotic disorders in Tehran, Iran, showed that in the sixth month after the first visit to the psychiatric clinic, QoL and its some domains as well as medication adherence and attitude towards medication were significantly improved in the outpatients. The physical and mental health domains were improved by medication therapy, but their social relationships and environmental health were less affected. There was no significant difference in QoL score between patients with favorable and unfavorable medication adherence. Based on the results of this study, it seems that medication therapy alone cannot improve all aspects of QoL in outpatients with neurotic disorders and their attitude towards medication; the use of psychosocial interventions along with medication therapy is recommended.

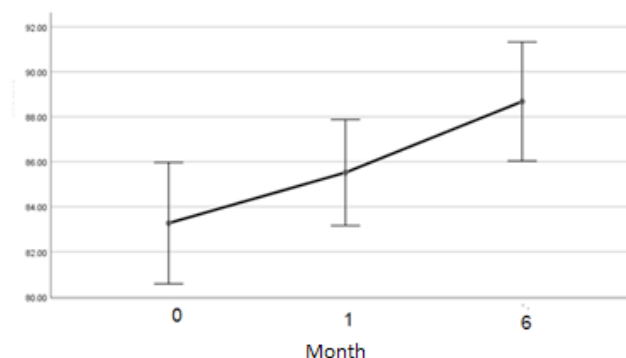


Figure 1. Trend of changes in the total quality of life score

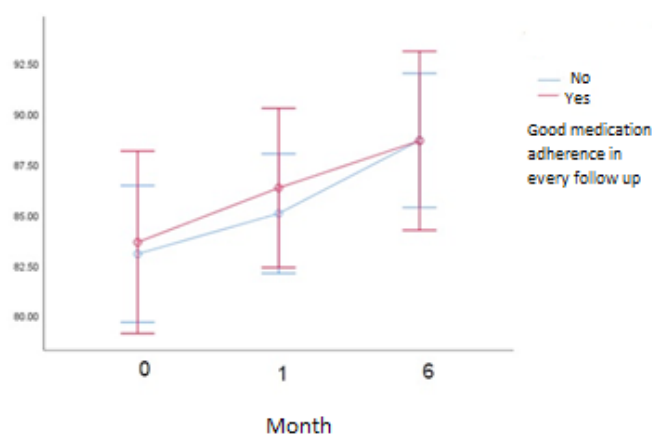


Figure 2. Correlation between medication adherence and total quality of life score

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The current study was performed according to Helsinki Declaration and its revisions. All data gathered and analyzed anonymously after obtaining ethical approval from the Institutional Review Board of the [Iran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.IUMS.FMD.REC.1398.121). The gathered data have been used only for research purposes and participants had been allowed to leave the study any time

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors contributions

Conception and planning: Somia Arabi Khalilabad, Shiva Soraya, Ali Kabir, Fatemeh Hadi and Mohammad Reza Shalbafan. Data collection: Samia Arabi Khalilabad, Sajjad Eftnejad and Mohammad Reza Shalbafan. Analysis and report of the results: Amirsina Homayoni, Ali Kabir and Mohammad Reza Shalbafan; The article was written by: Noushin Khadim al-Reza, Sajjad Efatnejad and Mohammad Reza Shalbafan. Review and final version: All authors.

Conflicts of interest

The authors have no conflicts of interest to report.

مقاله پژوهشی

نگرش و پذیرش دارویی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلالات نوروتیک روان‌پزشکی: یک مطالعه با پیگیری ۶ ماهه

سمیه عربی خلیل‌آباد^۱، نوشین خادم‌الرضا^۲، امیرسینا همایونی^۳، شیوا ثریا^۴، سجاد عفت نژاد^۵، علی کبیر^۶، فاطمه هادی^۷، *محمد رضا شالبافان^۱

۱. مرکز تحقیقات سلامت روان، پژوهشکده سلامت روان اجتماعی، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

مرکز تحقیقات بهداشت روان، پژوهشکده پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. مرکز تحقیقات اعتیاد و رفتارهای پرخطر، پژوهشکده سلامت روان اجتماعی، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۴. گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۵. مرکز تحقیقات جراحی‌های کم‌تهاجمی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation Arabi Khalilabad S, et al. [Medication Adherence, Attitude Towards Medication, and Quality of Life in Outpatients With Neurotic Disorders in Tehran, Iran: A Six-Month Follow-up Study (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2022; 28(3):322-335. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.3.2619.2>doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.3.2619.2>

تاریخ دریافت: ۲۷ مرداد ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۰۱ مهر ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۴۰۱

اهداف این مطالعه وضعیت نگرش و پذیرش دارویی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلالات نوروتیک روان‌پزشکی مراجعه‌کننده بار اول به درمانگاه روان‌پزشکی بزرگسالان انستیتو روان‌پزشکی تهران را ارزیابی می‌کند.**مواد و روش‌ها** این مطالعه به صورت مقطعی و با پیگیری ۶ ماهه بر روی بیماران مبتلا به اختلالات نوروتیک روان‌پزشکی که برای بار اول به درمانگاه روان‌پزشکی انستیتو روان‌پزشکی تهران مراجعه کرده‌اند انجام شد. در این مطالعه بیماران که برای بار اول مراجعه کردند و شرایط ورود به مطالعه را داشتند وارد مطالعه شدند و در ابتدای مطالعه، ماه‌های ۱ و ۶ تحت سنجش با پرسش‌نامه‌های جمعیت‌شناختی، کیفیت زندگی ۲۶ سوآلی و پرسش‌نامه ۱۰ سوآلی نگرش به دارو جهت سنجش نگرش دارویی قرار گرفتند. همچنین پذیرش دارویی ایشان با استفاده از فرمول میزان تبعیت از درمان دارویی در ماه‌های ۱ و ۶ ارزیابی شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج برای متغیرهای کمی به صورت میانگین و انحراف استاندارد و برای متغیرهای کیفی طبقه‌ای به صورت فراوانی و درصد فراوانی بیان شدند. در بررسی متغیرهای کیفی از آزمون کای‌دو و مک‌نمار استفاده شد. همچنین جهت مقایسه متغیرهای کمی در صورت نرمال بودن توزیع از آزمون تی مستقل و جهت مقایسه نمرات در ابتدا و پیگیری مطالعه جهت متغیرهای زوجی از آزمون تی زوجی استفاده شد و در مورد متغیرهایی که در ۳ مرحله ارزیابی شده‌اند از آنالیز واریانس با مقادیر تکراری استفاده شد. در صورت نرمال نبودن توزیع از آزمون غیرپارامتریک من‌یو ویتنی استفاده شد. همچنین به منظور محاسبه همبستگی از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون در شرایط پارامتریک و ضریب همبستگی اسپیرمن در شرایط غیرپارامتریک استفاده شد.**یافته‌ها** ۱۰۰ بیمار مطالعه شدند. پذیرش دارویی در ماه ششم نسبت به ماه اول به‌طور معنی‌داری افزایش یافت. در مقایسه بین نمره کلی کیفیت زندگی در ماه‌های ۱ و ۶ نسبت به نمرات ابتدای مطالعه و همچنین ماه ۶ به ماه ۱، بهبودی معنی‌دار مشاهده شد ($P < 0.001$). در بررسی زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه کیفیت زندگی، سلامت روان و سلامت عمومی در هر برهه نسبت به ارزیابی پیشین به‌صورت معنی‌داری بهتر شده بود ($P < 0.001$). میانگین زیرمقیاس سلامت جسمانی به‌صورت معنی‌داری افزایش یافت ($P < 0.001$)، اما در مقایسه دویبدو، تنها اختلاف ماه اول و ششم معنی‌دار بود ($P < 0.001$). میانگین زیرمقیاس روابط اجتماعی نیز روند صعودی معنی‌داری داشت ($P < 0.005$) اما در بررسی دویبدو تنها اختلاف ماه‌های صفر و ۱ معنی‌دار بود ($P = 0.001$). تغییرات میانگین شاخص سلامت محیطی نمایانگر اختلافی معنی‌دار بود ($P = 0.019$) اما این شاخص تنها در ماه اول نسبت به ماه صفر افزایش داشت و پس از آن ثابت باقی ماند. همچنین در مقایسه میانگین نمره پرسش‌نامه نگرش دارویی در ماه نخست با ماه ششم، نشان داده شد که نگرش بیماران به درمان به‌صورت معنی‌داری بهبودی پیدا کرد ($P < 0.001$).**نتیجه‌گیری** نتایج پژوهش نشان داد در یک دوره ۶ ماهه پس از مراجعه بار اول به درمانگاه روان‌پزشکی، کیفیت زندگی و برخی ابعاد آن و پذیرش درمان دارویی و نگرش بیماران به درمان دارویی در بیماران افزایش یافت. البته تفاوت معنی‌داری بین نمره کیفیت زندگی بیماران براساس پذیرش دارویی ایشان در این مطالعه یافت نشد.

کلیدواژه‌ها:

نتیجه درمان، بیماری روانی، پذیرش درمانی

* نویسنده مسئول:

دکتر محمد رضا شالبافان

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، پژوهشکده پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، مرکز تحقیقات بهداشت روان.

تلفن: ۹۸ (۲۱) ۶۶۵۵۱۶۶۵+

پست الکترونیکی: shalbfan.mr@iums.ac.ir

مقدمه

انجام‌شده کمبود سواد سلامت و عدم فهم درست از مزایای درمان، هزینه‌های درمانی، عدم مطرح شدن عوارض جانبی با بیمار و رضایت کم او از درمان و ارتباط ضعیف و عدم اعتماد بیمار به درمانگر باشد. تلاش‌هایی جهت بهبود پذیرش با فراهم کردن یادآوری‌های مؤثر، آگاهی دادن به بیمار و همراه و به حداقل رساندن تعداد داروهای تجویزی انجام شده است [۳، ۶-۱۰].

کیفیت زندگی^۱، تندرستی عمومی اشخاص و جوامع است که ترسیم‌کننده ویژگی‌های مثبت و منفی زندگی است. کیفیت زندگی رضایتمندی از زندگی را ارزیابی می‌کند که شامل سلامت جسمی، تحصیلات خانوادگی، اشتغال، دارایی، باورهای مذهبی، سرمایه‌ها و محیط است [۱۱]. از نظر درمانگران و سیاست‌گذاران سیستم سلامت، اندازه‌گیری کیفیت زندگی وابسته به سلامت^۲ جهت شناسایی و مدیریت بیماران و تصمیم‌گیری‌های حوزه سلامت بسیار مهم است. پرسش‌نامه‌هایی که توسط درمانگر یا خود شخص مصاحبه‌شونده پر می‌شوند، می‌توانند برای ارزیابی تفاوت‌های کیفیت زندگی میان بیماران در مطالعات مختلف استفاده شوند. ۲ رویکرد پایه‌ای مختلف برای ارزیابی کیفیت زندگی وجود دارد: ابزارهای ژنریک که خلاصه‌ای از مقیاس اندازه‌گیری کیفیت زندگی وابسته به سلامت را فراهم می‌کنند و ابزارهای اختصاصی که روی یک بیماری یا شرایط خاص و یا محورهای عملکردی تمرکز می‌کنند [۱۲].

موضوع دارای اهمیت دیگر در این بین، نگرش بیماران به درمان و به‌ویژه مصرف داروست که می‌تواند پیش‌بینی‌کننده پذیرش درمانی آتی در بیماران باشد و بر نتیجه درمان و احتمال قطع درمان در انواع بیماری‌ها از جمله اختلالات روان‌پزشکی تأثیرگذار باشد [۱۳]. نگرش به درمان توسط عوامل مختلفی از جمله بینش به بیماری و رابطه درمانی با درمانگر مشخص می‌شوند. هرچند مطالعات پیشین در این مورد عمدتاً در جمعیت بیماران سایکوتیک روان‌پزشکی انجام شده است [۳].

ارزیابی میزان پذیرش و نگرش دارویی و کیفیت زندگی و همچنین ارتباط آن‌ها از عوامل بسیار مهم در بیماری‌ها، از جمله اختلالات روان‌پزشکی است. به نظر می‌رسد فهم درست از این عوامل در اختلالات مختلف روان‌پزشکی و از جمله اختلالات نوروتیک می‌تواند کمک بسزایی در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های کلان و جزئی در حوزه سلامت کند.

پذیرش و نگرش دارویی پیش از این در تعدادی مطالعه بر بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی در ایران ارزیابی شده‌اند، اما عمدتاً مطالعات بر بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی انجام نشده است، چون اختلال دوقطبی نوع ۱ و اختلالات سایکوتیک ناشی از مصرف شیشه، در بازه زمانی پس از ترخیص از بیمارستان

اختلالات نوروتیک روان‌پزشکی به مجموعه‌ای از اختلالات اطلاق می‌شود که مشخصه آن‌ها نبودن علائم روان‌پریشی است. براین اساس عمدتاً اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی، وسواس و فوبیا به‌عنوان اختلالات نوروتیک تقسیم‌بندی می‌شوند [۱]. براساس آخرین مطالعات ملی در جمعیت عمومی ایران اکثریت قابل توجه افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی در این دسته قرار می‌گیرند. در مطالعه شریفی و همکاران در سال ۱۳۹۱ که در میان جمعیت عمومی کشور انجام شده است، ۲۳/۶ درصد از شرکت‌کنندگان در طول یک سال منتهی به مطالعه مبتلا به حداقل یک اختلال روان‌پزشکی بوده‌اند و حدود ۲۲ درصد از شرکت‌کنندگان مبتلا به اختلالاتی بوده‌اند که در دسته اختلالات نوروتیک تقسیم‌بندی می‌شوند [۲].

در پزشکی، پذیرش (کمپلیانس) به معنای میزان تبعیت درست بیمار از پزشک معالج است. معمولاً این واژه در مورد دارو (پذیرش دارویی) مورد استفاده قرار می‌گیرد. هرچند که می‌تواند در سایر شرایط، از جمله جلسات درمانی نیز استفاده شود. هم بیمار و هم درمانگر روی پذیرش دارویی تأثیر می‌گذارند و رابطه مثبت بین آن‌ها، مهم‌ترین عامل در پذیرش است [۲]. در سراسر دنیا، عدم پذیرش دارویی یک مانع بزرگ جهت رسیدن به درمان مؤثر در سیستم سلامت است. به‌گونه‌ای که سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۳ اعلام کرد که فقط حدود ۵۰ درصد بیماران با بیماری‌های مزمن در کشورهای توسعه‌یافته از پیشنهادات درمانی تبعیت می‌کنند و این موضوع روی سلامت بیماران و در بیماری‌های مزمن روی جامعه‌ای وسیع‌تر تأثیر می‌گذارد و برای مثال باعث تداوم علائم بیماری‌های روان‌پزشکی می‌شود که عمدتاً سیری مزمن دارند [۴].

فاکتورهای جمعیت‌شناختی کمی در عدم پذیرش دخالت دارند و همچنین نوع بیماری نیز اثر کمی در میزان پذیرش دارد. عوامل روانی مانند میزان اضطراب بیمار، انگیزه برای بهبودی، نحوه برخورد ایشان با بیماری، دارو و پزشک و همچنین برخورد و باورهای اطرافیان راجع به این مسئله در پذیرش، اثرات قابل‌ملاحظه‌ای دارند و به نظر می‌رسد بسیاری از فاکتورهای مرتبط با عدم پذیرش را مسئولان سیستم سلامت می‌توانند کنترل کنند [۵].

مطالعات متعددی روی انواع بیماری‌های روان‌پزشکی، از جمله بیماری‌هایی مثل اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و اختلال سایکوتیک ناشی از متامفتامین و همچنین اختلالات نوروتیک مانند افسردگی، اختلال وسواسی جبری و انواع اختلالات اضطرابی از نظر میزان پذیرش دارویی آن‌ها و ارتباط با عوامل مختلف و مقایسه آن‌ها با یکدیگر و با بیماری‌های جسمی انجام گرفته است. به نظر می‌آید موانع اصلی در پذیرش، براساس مطالعات

1. Quality of life (QoL)

2. Health Related Quality of Life (HRQoL)

شده اند از آنالیز واریانس با مقادیر تکراری^۳ استفاده شد. در صورت نرمال نبودن توزیع از آزمون غیر پارامتریک من یو ویتنی استفاده شد. همچنین به منظور محاسبه همبستگی از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون در شرایط پارامتریک و ضریب همبستگی اسپیرمن در شرایط غیر پارامتریک استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ابزارهای جمع‌آوری نمونه

شرکت‌کنندگان در مطالعه، در طول حداکثر یک هفته پس از مراجعه اولیه و همچنین ۱ ماه بعد و ۶ ماه بعد مورد تماس تلفنی قرار گرفتند و برای آن‌ها پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی و نگرش دارویی تکمیل شد و همچنین در اولین تماس چک‌لیست جمعیت‌شناختی شامل جنس، سن، شغل، تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه خانوادگی بیماری روان‌پزشکی، نوع دارو، شیوه مصرف دارو یا مراجعه جهت درمان غیر دارویی، سابقه مصرف مواد، تعداد و سابقه بستری، سابقه اقدام به خودکشی قبلی، وضعیت فعلی زندگی (تنها یا با خانواده)، وضعیت مالی (درآمد ماهانه)، فاصله مکانی از مرکز درمان (براساس زمان با استفاده از وسیله نقلیه عمومی) و نگرش خانواده به درمان پر شد.

بیماران راجع به تعداد داروهای مصرفی مورد سؤال قرار گرفتند و نهایتاً براساس تعداد روزهایی که فرد داروی تجویزی را در ماه گذشته به صورت منظم استفاده کرده است، تقسیم بر روزهای ماه میزان تبعیت از درمان دارویی^۴ محاسبه و براساس آن میزان پذیرش بیماران توسط پژوهشگر ارزیابی شد و بیماران در یکی از ۳ گروه پذیرش دارویی خوب (بیشتر از ۸۰)، پذیرش دارویی متوسط (بین ۵۰ تا ۸۰) و پذیرش دارویی ضعیف (کمتر از ۵۰) قرار گرفتند [۳].

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۵، یک پرسش‌نامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این پرسش‌نامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس‌ها عبارت‌اند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که در نهایت به نمره‌ای استاندارد بین صفر تا ۱۰۰ تبدیل می‌شود [۱۴]. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. اعتبار درونی آزمون نسخه فارسی پرسش‌نامه براساس پژوهشی که بر ۵۸۹۲ نفر از مردم مناطق مختلف شهری و روستایی انجام گرفت برای پرسش‌نامه ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌های مختلف در محدوده بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ به دست آمد [۱۵].

بوده است [۳، ۱۰]. براساس جست‌وجوی ما در پایگاه‌های معتبر اطلاعاتی، مطالعه‌ای در ایران انجام نشده است که این موضوعات در اختلالات نوروتیک روان‌پزشکی را بررسی کند. موضوعاتی که عمدتاً به بستری بیمار در بیمارستان و بخش روان‌پزشکی منجر نمی‌شوند. بنابراین باتوجه به شیوع بالای اختلالات نوروتیک روان‌پزشکی و بار بالای این بیماری‌ها برای جامعه و خود فرد و نبود مطالعه مناسب جهت ارزیابی وضعیت نگرش و پذیرش دارویی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در کشور، بر آن شدیم این فاکتورها را در بیماران مبتلا به اختلالات نورونیک روان‌پزشکی مراجعه‌کننده بار اول به درمانگاه روان‌پزشکی بزرگسالان انستیتو روان‌پزشکی تهران ارزیابی کنیم.

روش

نحوه جمع‌آوری نمونه

این مطالعه به صورت مقطعی و با پیگیری ۶ ماهه در میان بیماران مبتلا به اختلالات نوروتیک روان‌پزشکی که برای بار اول به درمانگاه روان‌پزشکی انستیتو روان‌پزشکی تهران مراجعه کرده‌اند انجام شد. در این مطالعه از میان مراجعین سرپایی که بار اول به درمانگاه روان‌پزشکی بزرگسال انستیتو روان‌پزشکی تهران در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند، افرادی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند (سن ۱۸ تا ۶۰ سال، ابتلا به یک اختلال نوروتیک روان‌پزشکی براساس تشخیص روان‌پزشک معالج و رضایت برای ورود به مطالعه) وارد مطالعه شدند. اختلالات نوروتیک در این مطالعه شامل اختلالات اضطرابی، افسردگی و وسواس بودند. معیارهای خروج از مطالعه: ابتلا به یکی از اختلالات اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو و اختلال دوقطبی نوع ۱ و سابقه ابتلا به حداقل یک دوره روان‌پریشی براساس سابقه قبلی روان‌پزشکی، نداشتن تمایل به پاسخ‌دهی در طول مطالعه و نداشتن مراجعه مداوم روان‌پزشکی براساس ابزار بیمار و درمان دارویی یا غیر دارویی در ۳ ماه پیش از مراجعه به انستیتو روان‌پزشکی تهران.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از جمع‌آوری اطلاعات، تمامی داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج حاصله برای متغیرهای کمی به صورت میانگین و انحراف استاندارد و برای متغیرهای کیفی طبقه‌ای به صورت فراوانی و درصد فراوانی بیان شدند. در بررسی متغیرهای کیفی از آزمون کای دو و مک‌نمار استفاده شد. همچنین جهت مقایسه متغیرهای کمی در صورت نرمال بودن توزیع از آزمون تی مستقل و جهت مقایسه نمرات در ابتدا و پیگیری مطالعه جهت متغیرهای زوجی از آزمون تی زوجی استفاده شد و در مورد متغیرهایی که در ۳ مرحله ارزیابی

3. Repeated measures ANOVA

4. Medication Possession Rate (MPR)

5. The World Health Organization Quality of Life Brief Version (WHOQOL-BREF)

در ادامه ارتباط پذیرش بیماران با نمره کلی کیفیت زندگی به‌عنوان فاکتور بین‌فردی با استفاده از آزمون آنالیز واریانس با آزمون مقادیر تکراری بررسی شد. پذیرش مطلوب به شکل پذیرش خوب در هر ۳ برهه و غیر از آن به‌عنوان پذیرش نامطلوب در نظر گرفته شد. میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه پذیرش مطلوب در ۳ برهه یادشده به ترتیب ۸۳/۶۳، ۸۶/۳۳ و ۸۸/۶۶ و در گروه نامطلوب ۸۳/۰۶، ۸۵/۰۶ و ۸۸/۰۶ بود. با این حال تست لامبدا و یلکز بیانگر اثر معنی‌داری راجع به فاکتور ترکیبی زمان و پذیرش نبود ($P=0/06$) (تصویر شماره ۲).

میزان پذیرش بیماران به‌صورت کیفی اندازه‌گیری شد. ما به مقایسه پذیرش در شروع، ۱ و ۶ ماه بعد با استفاده از تست ویلکاکسون پرداختیم. در شروع درمان، ۳۸ نفر، در ماه اول ۳۷ نفر و در ماه ششم ۶۳ نفر پذیرش دارویی مطلوب داشتند. اگرچه پذیرش در ماه اول نسبت به حالت ابتدایی اختلاف معنی‌داری نداشت، پذیرش در ماه ۶، نسبت به شروع و ماه اول به‌صورت معنی‌داری بالاتر بود ($P<0/001$) (جدول شماره ۲).

آزمون تی زوجی روی امتیاز خام پرسش‌نامه نگرش دارویی در حالت اولیه و ماه ششم، نمایانگر افزایش معنی‌داری (از ۳/۵۶ با انحراف معیار ۰/۵ به ۵/۲۹ با انحراف معیار ۰/۴۹) بود. ($P<0/001$) (جدول شماره ۳).

با انجام آزمون آنالیز واریانس با مقادیر تکراری روی مقدار کمی زیرشاخه‌های مختلف پرسش‌نامه کیفیت زندگی در ماه‌های صفر، ۱ و ۶ نتایج زیر به دست آمد:

میانگین شاخص سلامت روانی به ترتیب ۵۰/۷۹، ۵۴/۷ و ۵۸/۸۳ (مطلقاً صعودی) بود. هم‌روند تغییرات و هم‌مقایسه دویه دو، نمایانگر اختلاف معنی‌دار بود ($P<0/001$).

میانگین شاخص سلامت جسمانی به ترتیب ۵۵/۸، ۵۷/۳ و ۶۲/۷۵ (مطلقاً صعودی) بود. اگرچه روند تغییرات معنی‌دار بود ($P<0/001$)، در مقایسه دویه‌دو، تنها اختلاف ماه اول و ششم معنی‌دار بود ($P<0/001$).

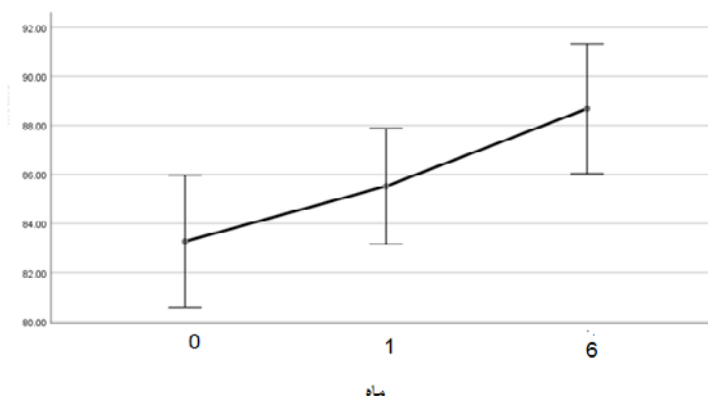
پرسش‌نامه نگرش دارویی؟ یک پرسش‌نامه است که هوگان و همکاران در سال ۱۹۸۳ معرفی و تدوین کرده‌اند. این پرسش‌نامه را بیمار پر می‌کند و شامل تعدادی سؤال می‌شود که هرکدام به‌صورت درست / نادرست، با ارزیابی جنبه‌های مختلف درک و تجربیات بیمار از درمان است. نسخه کوتاه فارسی این پرسش‌نامه که در این مطالعه استفاده شده است ۱۰ سؤال دارد و براساس پاسخ بیمار به پرسش‌ها، نمره‌ای بین منفی ۱۰ تا مثبت ۱۰ به دست می‌آید. این نسخه در مطالعه شریعتی و همکاران دارای پایایی بازآزمایی مناسب ۰/۸۰ و اعتبار درونی مناسب با آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است [۱۳].

یافته‌ها

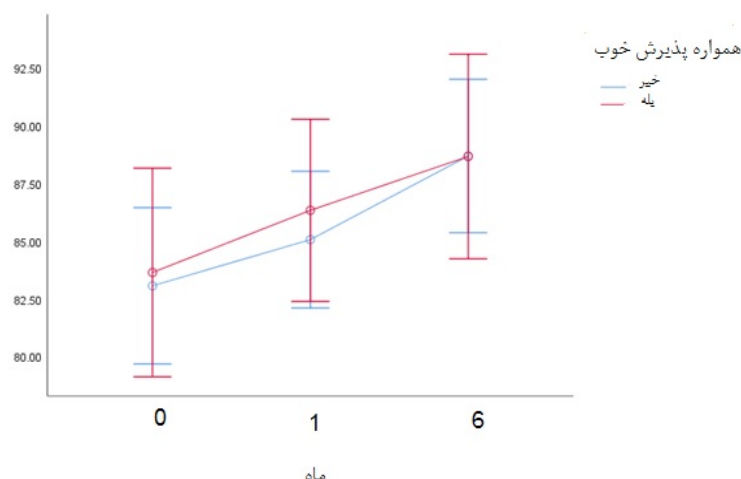
با حدود ۱۶۰ بیمار تماس گرفته شد که پس از توضیح شرایط ورود به پژوهش ۱۱۰ بیمار وارد مطالعه شدند و ۱۰ نفر در طول ماه اول مطالعه را ترک کردند و درنهایت در کل ۱۰۰ بیمار در طول زمان‌های پیگیری مورد مطالعه قرار گرفتند (۲۴ مرد و ۷۶ زن) (جدول شماره ۱). در طول پیگیری هیچ‌کدام از این بیماران ابراز نکردند که درمان را به‌طور کامل قطع کرده‌اند یا به مرکز دیگری مراجعه کرده‌اند. میانگین سن بیماران ۳۵/۹ سال (انحراف معیار ۱/۸) بود. میانگین امتیاز کیفیت زندگی در مردان و زنان به ترتیب ۸۲/۲ و ۸۳/۶ بود که تفاوت معنی‌داری نداشت ($P=0/58$).

کیفیت زندگی به‌صورت کمی در ابتدا، ۱ و ۶ ماه پس از اولین مراجعه به کلینیک اندازه‌گیری شد. میانگین نمره این شاخص در حالت پایه ۸۳/۲۷، ۱ ماه پس از شروع درمان ۸۵/۵۲ و ۶ ماه پس از شروع درمان ۸۸/۶۸ بود. مقایسه بین حالت اولیه، ۱ و ۶ ماه بعد از نظر کیفیت زندگی با آزمون آنالیز واریانس با آزمون مقادیر تکراری انجام شد. آزمون چندمتغیره لامبدا و یلکز با مقدار ۰/۶۸۲ نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار بین این مقادیر بود ($P<0/001$) (تصویر شماره ۱).

6. Drug Attitude Inventory (DAI)



تصویر ۱. تغییر میانگین نمره پرسش‌نامه کیفیت زندگی در طول زمان



تصویر ۲. ارتباط پذیرش دارویی بیماران با نمره کلی کیفیت زندگی

مجله روان پزشکی و روان شناسی بالین ایران

در آندونزی با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر پذیرش درمان و کیفیت زندگی بیماران و ارتباط بین این ۲ متغیر در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در کشور آندونزی انجام شد. نتایج نشان داد عوارض دارویی می‌تواند سبب کم شدن پذیرش درمان شود. همچنین محل زندگی بر کیفیت زندگی مؤثر بود و افراد ساکن در مناطق شهری کیفیت زندگی بالاتری داشتند. بین پذیرش درمان و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت. به شکلی که بیمارانی که پذیرش درمان بهتری داشتند از کیفیت زندگی بالاتری نیز برخوردار بودند [۱۶]. همچنین در سال ۲۰۱۹ یک مطالعه طولی در کشور سنگاپور بر روی بیماران مبتلا به تشنج انجام شد. پذیرش و پیروی از درمان با سطوح بالاتر سرمی داروهای ضدصرع مرتبط بود. نمره کیفیت زندگی مبتلایان به صرع براساس نمره تبعیت از درمان ایشان قابل‌پیش‌بینی بود [۱۷]. در سال ۲۰۱۹ یک مطالعه در جمهوری چک انجام شد. ۱۵۳ بیمار مبتلا به اختلالات نوروتیک به پژوهش وارد شدند و نهایتاً نتایج نشان داد تبعیت از درمان با بهبود کیفیت زندگی بیماران نوروتیک همراه بود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد ابعاد مختلف کیفیت زندگی شامل سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت عمومی در همان ماه اول بهبود قابل توجه پیدا کرده بودند. سلامت جسمانی در ماه اول بهبود معنی‌داری نداشت، اما طی ۶ ماه افزایش قابل توجهی داشت. نمرات روابط اجتماعی و سلامت محیطی طی دوره ۶ ماهه تغییرات معنی‌داری نداشتند. نتایج یک پژوهش در سال ۲۰۱۹ در کشور آفریقای جنوبی نشان داد شروع درمان دارویی سبب بهبود کیفیت زندگی شده بود. همچنین کیفیت زندگی جسمی و روانی بیماران بیشتر از سایر ابعاد بهبود یافته بود. باقی ماندن علائم روان‌شناختی مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده کم شدن کیفیت زندگی بود [۱۸]. به نظر می‌رسد ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات نوروتیک بیشتر تحت

میانگین شاخص روابط اجتماعی به ترتیب ۵۲/۹، ۵۴/۴ و ۵۵/۲ بود. اگرچه این روند صعودی معنی‌دار بود ($P < 0.05$) در بررسی دوبه‌دو تنها اختلاف ماه‌های صفر و ۱ معنی‌دار بود ($P < 0.01$).

میانگین شاخص سلامت محیطی به ترتیب ۵۹/۹، ۶۱/۰۹ و ۶۱/۰۹ نمایانگر اختلافی معنی‌دار بود ($P = 0.019$) اما این شاخص تنها در ماه اول نسبت به ماه صفر افزایش داشت و پس از آن ثابت باقی ماند.

میانگین شاخص سلامت عمومی به ترتیب ۴۹، ۵۳ و ۶۰/۱۲ بود. روند صعودی کلی و مقایسه دوبه‌دو در تمامی مراحل معنی‌دار ($P < 0.01$) بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نگرش و پذیرش دارویی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلالات نوروتیک روان پزشکی با یک دوره پیگیری ۶ ماهه انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد پس از یک ماه از شروع دارودرمانی و در طول دوره ۶ ماهه پیگیری کیفیت زندگی بیماران به شکل معنی‌داری بهبود یافته بود. پذیرش بیماران در دوره ۱ ماهه بعد از شروع درمان افزایش یافته بود، اما این افزایش از نظر آماری معنی‌دار نبود. در دوره ۶ ماهه این پذیرش به شکل معنی‌داری افزایش یافته بود. نگرش بیماران نسبت به درمان بهبود پیدا کرده بود، اما از نظر آماری معنی‌دار نبود.

بهبود کیفیت زندگی بیماران از همان هفته‌های اول شروع شده بود. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های پیشین که نشان داده بودند شروع دارودرمانی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران روان پزشکی می‌شود همخوانی داشت. موضوع مورد مطالعه در این مقاله در میان بیماران مبتلا به سایر اختلالات روان پزشکی و اعصاب پیش از این بررسی شده است. به‌طور مثال، مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۹

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان (تعداد=۱۰۰ نفر)

تعداد	متغیر	
۲۴	مرد	جنس
۷۶	زن	
۵	زیردیپلم	تحصیلات
۱۳	دیپلم	
۶۵	تحصیلات دانشگاهی تا کارشناسی ارشد	
۱۷	دکترا	
۴۵	مجرد	وضعیت تأهل
۴۷	متأهل	
۸	جداشده	
۷۹	زیر ۱ ساعت	فاصله محل زندگی تا درمانگاه با استفاده از حمل‌ونقل عمومی
۱۸	۱ تا ۲ ساعت	
۳	بیش از ۲ ساعت	
۴	تنها	در حال حاضر با چه کسی زندگی می‌کنید؟
۴۷	با والدین	
۴۵	با خانواده	
۴	با فرزند(ان)	
۱۴	زیر ۳۰ میلیون ریال	میانگین درآمد ماهانه خانواده
۲۹	۳۰ تا ۵۰ میلیون ریال	
۵۷	بیش از ۵۰ میلیون ریال	
۹۷	خیر	سابقه قبلی بستری روان‌پزشکی
۳	بله	
۹۳	خیر	سابقه قبلی اقدام به خودکشی یا خودزنی
۷	بله	

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

کمتر تحت تأثیر دارودرمانی قرار می‌گیرند و نیاز به مداخله‌های جامع‌تر دارند [۲۳].

بهبود پذیرش نسبت به درمان یکی از یافته‌های اصلی پژوهش حاضر بود. با بهبود کیفیت زندگی احتمال اینکه پذیرش نسبت به درمان بهبود یابد هست [۳]. نتایج یک پژوهش نشان داد بین پذیرش درمان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال روان‌پزشکی ارتباط مستقیم وجود دارد و با بالا رفتن کیفیت زندگی تمایل بیماران به استفاده از داروها بیشتر می‌شود [۲۴]. در یک مطالعه دیگر در اندونزی نیز نتایج مشابهی به دست آمد.

تأثیر درمان دارویی هستند. ابعاد سلامت اجتماعی و محیطی با سرعت‌کنندتری تحت تأثیر قرار می‌گیرند که احتمالاً ناشی از انگ اجتماعی و عوارض طولانی‌مدت بیماری هستند. مطالعات نشان داده‌اند که استیگما نقش مهمی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات نوروتیک دارد [۱۹، ۲۰]. ابعاد اجتماعی و محیطی بیشتر تحت تأثیر انگ اجتماعی و فاکتورهای محیطی هستند. برای بهبود این ابعاد می‌بایست مداخله چندوجهی با درگیر کردن خانواده در نظر گرفته شود [۲۱، ۲۲]. برخی از ابعاد کیفیت زندگی مانند حس مورد تبعیض قرار گرفتن و انگ

جدول ۲. نتایج تست ویلکاکسون درمورد پذیرش دارویی در شرکت‌کنندگان در زمان‌های مختلف ارزیابی

کمپلیانس ماه ۱ - کمپلیانس پایه	کمپلیانس ماه ۶ - کمپلیانس پایه	کمپلیانس ماه ۶ - کمپلیانس ماه ۱	Z
-۰/۱	-۵/۲۴	-۵/۲۳	
۰/۳۱۷	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	P

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره نگرش دارویی در حالت پایه و پس از ۶ ماه

میانگین امتیاز پرسش‌نامه نگرش دارویی پایه	میانگین امتیاز پرسش‌نامه نگرش دارویی بعد از ۶ ماه	اختلاف میانگین	P
۳/۵۶	۵/۲	۱/۷۳	<۰/۰۰۱

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

این نتیجه را مطالعات پیشین در این زمینه تأیید می‌کنند [۲۸]. هر قدر نگرش بیماران نسبت به درمان‌ها بهتر باشد تبعیت ایشان از درمان‌ها بیشتر می‌شود. همچنین بین تبعیت از درمان و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار مشاهده شد که نشان‌دهنده بهبود کیفیت زندگی در دوره موردبررسی و نشان از تبعیت از درمان است [۲۵، ۲۶]. در نهایت بهبود کیفیت زندگی می‌تواند به بهتر شدن نگرش بیماران منجر شود که خود به تبعیت بیشتر از درمان و نتیجه‌گیری بهتر می‌انجامد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر که با هدف بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با نگرش و پذیرش درمان انجام شد نشان داد در یک دوره ۶ ماهه پس از مراجعه بار اول به درمانگاه روان‌پزشکی، کیفیت زندگی و برخی ابعاد آن و پذیرش درمان دارویی و نگرش بیماران به درمان دارویی در بیماران افزایش یافت. البته تفاوت معنی‌داری بین نمره کیفیت زندگی بیماران براساس پذیرش دارویی ایشان در این مطالعه یافت نشد. کیفیت زندگی جسمی و روانی بهبود یافت، اما ابعاد اجتماعی و محیطی کمتر تحت تأثیر قرار گرفته بودند. به نظر می‌رسد درمان دارویی به‌تنهایی نمی‌تواند تمام ابعاد کیفیت زندگی و نگرش بیماران را بهبود بخشد. استفاده از روش‌های همراه مثل گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی و روش‌های درمانی دیگر که سبب کم شدن احساس آنگ و تبعیض در بیماران شود توصیه می‌شود.

پژوهش حاضر دریچه خوبی بر اثرات دارودرمانی بر کیفیت زندگی و پذیرش درمان بیماران نوروتیک را باز کرده است. باوجود این محدودیت‌هایی نیز در پژوهش وجود دارد. مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر، نبود امکان پیگیری دقیق سایر عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، پذیرش و نگرش بیماران نوروتیک است. عوامل متعددی بر کیفیت زندگی، پذیرش و نگرش مؤثرند که توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرار گیرند.

نتایج نشان دادند عوارض منفی داروها که کیفیت زندگی را کاهش می‌دهند می‌تواند تبعیت از درمان را کم کند [۱۶]. نتایج یک پژوهش نشان داد بیمارانی که اثرات مثبت‌تری از درمان خودگرفته‌اند و کیفیت زندگی بالاتری داشتند تمایل بیشتری به استفاده از دارو داشتند. آن‌ها بیماران را به ۲ دسته فارماکوفیلیک و فارماکوفوبیک تقسیم کرده بودند. آن‌ها نتیجه گرفتند بیماران فارماکوفیلیک تمایل بیشتری به دارو و کیفیت زندگی بالاتر داشتند [۲۵]. پذیرش درمان در کوتاه‌مدت بهبود پیدا نکرده بود، اما در دوره ۶ ماهه بهبود معنی‌دار نشان داد. این نتیجه نشان می‌دهد این متغیر نیازمند زمان و مشاهده اثربخشی درمان توسط بیمار است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد در طول دوره ۶ ماهه نگرش بیماران نسبت به درمان دارویی بهبود پیدا نکرده بود. این نتیجه را بیشتر مطالعات پیشین تأیید نمی‌کنند. براساس نتایج مطالعات پیشین نگرش بیماران نسبت به دارودرمانی در طول زمان بهبود پیدا می‌کرد [۲۶-۲۸]. در مطالعه حاضر نگرش بهبود قابل توجهی نداشت. این اثر شاید به دلیل تأثیر منفی بیماری باشد که مطالعات قبلی آن را نشان داده‌اند. یک مطالعه بر روی ۲۷۹ بیمار در هندوستان نشان داد که تأثیر منفی بیماری اثر منفی بر نگرش نسبت به درمان و تبعیت از دارودرمانی داشت. آن‌ها چنین نتیجه گرفتند که بهبود نگرش بیماران می‌تواند تا حدودی اثرات دارودرمانی را خنثی کند [۲۹]. همچنین نتایج یک مطالعه مرور نظام‌مند و متاآنالیز نشان داد نگرش نسبت به دارودرمانی با بهبود کیفیت زندگی و پذیرش درمان مرتبط است [۳۰]. البته با توجه به تأثیر عوامل مختلف فرهنگی و اجتماعی بر مؤلفه‌های مورد مطالعه در این پژوهش، مقایسه داده‌های این مطالعه با مطالعات نسبتاً مشابه در سایر کشورها و فرهنگ‌ها باید با احتیاط انجام شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند بین نگرش بیماران نسبت به درمان دارویی و پذیرش درمان توسط ایشان ارتباط وجود داشت.

به شرکت‌کنندگان محفوظ و پوشیده ماند و تنها برای اهداف پژوهشی استفاده شد. بیماران در هر زمان از مطالعه می‌توانستند مطالعه را ترک کنند.

حامی مالی

پژوهش از هیچ نهادی حمایت مالی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

ایده‌پردازی و طرح‌ریزی: سمیه عربی خلیل‌آباد، شیوا ثریا، علی کبیر، فاطمه هادی و محمدرضا شالبافان؛ جمع‌آوری داده‌ها: سمیه عربی خلیل‌آباد، سجاد عفت‌نژاد و محمدرضا شالبافان؛ تحلیل و گزارش نتایج: امیرسینا همایونی، علی کبیر و محمدرضا شالبافان؛ نگارش مقاله: نوشین خادم‌الرضا، سجاد عفت‌نژاد و محمدرضا شالبافان؛ بررسی و تأیید نسخه نهایی: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

محدودیت دوم پژوهش، اتکای آن بر ابزارهای خوداظهاری در بررسی متغیرهای پژوهش بود. توصیه می‌شود از روش‌های بیولوژیک مثل اندازه‌گیری سطح سرمی داروها درمورد پذیرش دارویی یا دسترسی به ثبت مراجعه بیماران درمورد بررسی مراجعه منظم ایشان در مطالعات آتی استفاده شود.

انجام مطالعه در یک مرکز، از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود که توصیه می‌شود انجام مطالعات چندمرکزی در شهرهای مختلف در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بررسی نشدن عوارض داروایی است که بیماران مصرف می‌کردند. از آنجاکه عوارض دارویی می‌تواند سبب عدم تبعیت از درمان شود پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی تأثیر این متغیر در پذیرش دارویی و کیفیت زندگی بیماران مد نظر قرار گیرد. از جمله دیگر محدودیت‌ها، ریزش اولیه بیماران و نداشتن دسترسی به ایشان برای بررسی پذیرش دارویی در ایشان بود که می‌تواند سبب جهت‌گیری در مطالعه ما شود. محتمل است که تعدادی از بیماران که در ابتدا وارد مطالعه نشدند یا در فاصله شروع مطالعه تا پیگیری اول، پاسخ‌گوی پژوهشگر نبودند، اقدام به قطع درمان یا مراجعه به مرکز دیگری کرده باشند که در مطالعه ما امکان ارزیابی آن فراهم نبود.

براساس نتایج پژوهش حاضر و تأثیر کمتر دارودرمانی بر ابعاد اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی توصیه می‌کنیم مداخلات جامع‌تر در کنار درمان دارویی مورد توجه قرار گیرند. درمان و بازتوانی اختلال‌های روانی نیازمند توجه همه‌جانبه به ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی است. همچنین توصیه می‌شود در برنامه‌های درمانی تأثیر مشارکت دادن اعضای خانواده بر پیامدهای درمانی و بازتوانی مورد توجه قرار گیرد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد در کنار تجویز داروهای روان‌پزشکی می‌بایست آموزش‌های لازم درمورد نحوه کارکرد، اثرات آن‌ها و پیامدهای آن‌ها به بیمار داده شود تا به بهبود نگرش بیماران کمک کند. برنامه‌های آموزشی و همچنین درمان‌های گروهی و خانوادگی در بهبود پذیرش، نگرش و ابعاد اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی مؤثر هستند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق در پژوهش

این مطالعه براساس بیانیه هلسینکی و ویرایش‌های آن طراحی شد. از همه شرکت‌کنندگان پس از اطلاع کامل از نحوه انجام مطالعه رضایت آگاهانه اخذ شد. پس از اخذ موافقت از کمیته اخلاق و دریافت کد از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره IR.IUMS.FMD.REC.1398.121، تمامی اطلاعات جمع‌آوری شده به‌صورت محرمانه و بدون اسم مشخص نگهداری و تجزیه و تحلیل شد. در تمام مراحل طرح، اطلاعات مربوط

References

- [1] France J. Neurotic disorders. In: Gravel R, France J, editors. *Speech and communication problems in psychiatry. Therapy in practice series*. Boston: Springer; 1991. [DOI:10.1007/978-1-4899-2955-6_4]
- [2] Sharifi V, Amin-Esmaili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian Medicine*. 2015; 18(2):76-84. [PMID]
- [3] Asadi M, Rashedi V, Khademoreza N, Seddigh R, Keshavarz-Akhlaghi AA, Ahmadkhaniha H, et al. Medication adherence and drug attitude amongst male patients with the methamphetamine-induced psychotic disorder after discharge: A three months follow up study. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2022; 54(1):18-24. [DOI:10.1080/02791072.2021.1883778] [PMID]
- [4] World Health Organization. *Adherence to long term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003. [Link]
- [5] Bebbington PE. The content and context of compliance. *International Clinical Psychopharmacology*. 1995; 9(Suppl 5):41-50. [DOI:10.1097/00004850-199501005-00008] [PMID]
- [6] Ngoh LN. Health literacy: A barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2009; 49(5):e132-46; quiz e147-9. [DOI:10.1331/JAPhA.2009.07075] [PMID]
- [7] Elliott RA, Marriott JL. Standardised assessment of patients' capacity to manage medications: A systematic review of published instruments. *BMC Geriatrics*. 2009; 9:27. [DOI:10.1186/1471-2318-9-27] [PMID] [PMCID]
- [8] Berhe DF, Taxis K, Haaijer-Ruskamp FM, Mulugeta A, Mengistu YT, Burgerhof JGM, et al. Impact of adverse drug events and treatment satisfaction on patient adherence with antihypertensive medication-a study in ambulatory patients. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2017; 83(9):2107-17. [DOI:10.1111/bcp.13312] [PMID] [PMCID]
- [9] Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014; 2014(11):CD000011. [DOI:10.1002/14651858.CD000011.pub4] [PMID] [PMCID]
- [10] Azadforouz S, Shabani A, Nohesara S, Ahmadzad-Asl M. Non-compliance and related factors in patients with bipolar I disorder: A six month follow-up study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2016; 10(2):e2448. [DOI:10.17795/ijpbs-2448] [PMID] [PMCID]
- [11] Barcaccia B. Quality of life: Everyone wants it, but what is it? [Internet]. 2013 [Updated 2013 September 4]. [Link]
- [12] Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*. 1993; 118(8):622-9. [DOI:10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009] [PMID]
- [13] Shariati B, Shabani A, Ariana-Kia E, Ahmadzad-Asl M, Alavi K, Mousavi Behbahani Z, et al. Drug attitude inventory in patients with bipolar disorder: Psychometric properties. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2018; 12(3):e9831. [DOI:10.5812/ijpbs.9831]
- [14] Development of the World Health Organization WHO-QOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine*. 1998; 28(3):551-8. [DOI:10.1017/S0033291798006667] [PMID]
- [15] Yousefy AR, Ghassemi GR, Sarrafzadegan N, Mallik S, Baghaei AM, Rabiei K. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample. *Community Mental Health Journal*. 2010; 46(2):139-47. [DOI:10.1007/s10597-009-9282-8] [PMID]
- [16] Endriyani L, Chien CH, Huang XY, Chieh-Yu L. The influence of adherence to antipsychotics medication on the quality of life among patients with schizophrenia in Indonesia. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2019; 55(2):147-52. [DOI:10.1111/ppc.12276] [PMID]
- [17] Lin CY, Chen H, Pakpour AH. Correlation between adherence to antiepileptic drugs and quality of life in patients with epilepsy: A longitudinal study. *Epilepsy & Behavior*. 2016; 63:103-8. [DOI:10.1016/j.yebeh.2016.07.042] [PMID]
- [18] Mapatwana D, Tomita A, Burns JK, Robertson LJ. Predictors of quality of life among community psychiatric patients in a peri-urban district of Gauteng Province, South Africa. *The International Journal of Social Psychiatry*. 2019; 65(4):322-32. [PMID]
- [19] Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Vanek J, Slepecky M, Zatkova M, et al. Three diagnostic psychiatric subgroups in comparison to self-stigma, quality of life, disorder severity and coping management cross-sectional outpatient study. *Neuro Endocrinology Letters*. 2018; 39(4):331-41. [PMID]
- [20] Rezvanifar F, Shariat SV, Amini H, Rasoulia M, Shalbafan M. [A scoping review of Questionnaires on Stigma of Mental Illness in Persian (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2020; 26(2):240-56. [DOI:10.32598/ijpcp.26.2.2619.1]
- [21] Świtaj P, Grygiel P, Chrostek A, Nowak I, Wciórka J, Anczewska M. The relationship between internalized stigma and quality of life among people with mental illness: Are self-esteem and sense of coherence sequential mediators? *Quality of Life Research*. 2017; 26(9):2471-8. [PMID] [PMCID]
- [22] Zhang Y, Subramaniam M, Lee SP, Abdin E, Sagayadevan V, Jeyagurunathan A, et al. Affiliate stigma and its association with quality of life among caregivers of relatives with mental illness in Singapore. *Psychiatry Research*. 2018; 265:55-61. [DOI:10.1016/j.psychres.2018.04.044] [PMID]
- [23] Chan KKS, Fung WTW. The impact of experienced discrimination and self-stigma on sleep and health-related quality of life among individuals with mental disorders in Hong Kong. *Quality of Life Research*. 2019; 28(8):2171-82. [DOI:10.1007/s11136-019-02181-1] [PMID]
- [24] Ogunnubi OP, Olagunju AT, Aina OF, Okubadejo NU. Medication adherence among Nigerians with schizophrenia: Correlation between clinico-demographic factors and quality of life. *Mental Illness*. 2017; 9(1):6889. [PMID] [PMCID]
- [25] Ganesan S, Selvaraj N, Dass VK, Jayabalan N, Rajamohammad MA, Anandan I. Assessment of drug attitude, medication adherence and quality of life among psychiatric patients in South Indian population: A cross sectional study. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*. 2019; 8(1):61-7. [DOI:10.18203/2319-2003.ijbcp20185159]
- [26] Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty JP. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Prefer Adherence*. 2017; 11:449-68. [PMID] [PMCID]

- [27] Mousa MAEGA, Abd El-Dayem SM, Lachine OA. The effect of " drug compliance therapy" on compliance, attitude toward medication, and insight among hospitalized patients with psychotic disorders. *Novelty Journals*.2019; 6(2):408-22. [[Link](#)]
- [28] Kondrátová L, König D, Mladá K, Winkler P. Correlates of negative attitudes towards medication in people with schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*. 2019; 90(1):159-69. [[DOI:10.1007/s11126-018-9618-z](#)] [[PMID](#)]
- [29] Dushad R, Mintu M, Samaksha PB, Basavana GH. A study of drug attitude and medication adherence and its relationship with the impact of illness among the mentally ill. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2019; 46(4):85-8. [[DOI:10.1590/0101-6083000000201](#)]
- [30] Edgcomb JB, Zima B. Medication adherence among children and adolescents with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2018; 28(8):508-20. [[DOI:10.1089/cap.2018.0040](#)] [[PMID](#)]

This Page Intentionally Left Blank