

دانشور پزشکی

بررسی رابطه میان موانع درک شده و عدم تبعیت از رژیم دارویی در بیماران دیابتی نوع ۲ شهر اراک در سال ۱۳۹۳

نویسندگان: فهیمه فراهانی دستجانی^۱، محسن شمسی*^۲، محبوبه خورسندی^۳،
محمد رضا رضائفرد^۴ و مهدی رنجبران^۵

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک، ایران
۲. استادیار آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک، ایران
۳. دانشیار آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک، ایران
۴. متخصص غدد، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک، ایران
۵. مربی، کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک، ایران

* نویسنده مسئول: محسن شمسی E-mail: mohsenshamisi1360@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: تبعیت از رژیم دارویی در بیماران دیابتی، یکی از ارکان مدیریت فردی دیابت است لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه میان موانع درک شده و عدم تبعیت از رژیم دارویی در بیماران دیابتی نوع ۲ شهر اراک در سال ۱۳۹۳ صورت پذیرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، پژوهشی مقطعی - تحلیلی است. جامعه پژوهش، ۳۶۶ نفر از بیماران دیابتی شهر اراک در سال ۱۳۹۳ بودند. ابزار جمع آوری اطلاعات، شامل پرسش‌نامه دموگرافیک و پرسش‌نامه تبعیت از رژیم دارویی بود؛ پژوهشگر، پرسش‌نامه را به روش مصاحبه حضوری تکمیل کرد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی (کای دو، آزمون دقیق فیشر، t مستقل) در نرم افزار SPSS₁₆ استفاده شد.

نتایج: در این مطالعه، بیشترین موانع درک شده از دید بیماران، «عدم آگاهی، عدم انگیزه مصرف منظم دارو و گرانی تهیه دارو» بیان شدند که موانع درک شده با تحصیلات و جنس بیماران، ارتباطی معنی دار داشتند ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: با شناخت نگرش و موانع درک شده از دیدگاه بیماران دیابتی در خصوص تبعیت از رژیم دارویی آنان، این امکان به وجود می آید که با اجرای مداخلات توانمندسازی مبتنی بر رفتارهای خودمدیریتی در سطوح فردی و اجتماعی در بیماری‌های مزمن، برای ارتقای سلامت فردی و اجتماعی، گام‌هایی مثبت در راستای اعتلای سلامت جامعه برداشته شوند.

واژگان کلیدی: دیابت نوع ۲، موانع درک شده، تبعیت دارویی.

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و دوم - شماره ۱۱۷
تیر ۱۳۹۴

دریافت: ۱۳۹۴/۰۱/۲۹

آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۴/۰۳/۰۵

پذیرش: ۱۳۹۴/۰۳/۱۰

مقدمه

پیرشدن جمعیت و کاهش شیوع بیماری‌های عفونی و بهبود مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از یک سو و شیوع نامناسب زندگی از سوی دیگر، سبب افزایش شیوع بیماری‌های مزمن در دنیا شده‌اند (۱). بیماری‌های مزمن، عامل ۷۰ درصد مرگ‌ومیر در ایالات متحده یا ۱/۷ میلیون مرگ در هر سال هستند (۱)؛ از این میان، یکی از شناخته‌شده‌ترین بیماری‌های مزمن در سراسر دنیا، دیابت است (۲)؛ براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، تعداد افراد مبتلا به دیابت شیرین در دنیا در دهه گذشته، ۳۰ میلیون نفر بود و در دهه حاضر ۱۷۰ میلیون نفر و در سال ۲۰۳۰ در حدود ۳۶۶ میلیون نفر برآورد شده‌است (۳). در ایران، شیوع دیابت در جمعیت بالای سن ۳۰ سال، حدود ۱۰.۶ درصد تخمین زده شده‌است (۵، ۴) که این میزان در سال ۱۴۰۴ شمسی به ۵/۱ میلیون نفر (۶/۸ درصد) خواهد رسید (۶). براساس گزارش مؤسسه ملی بهداشت آمریکا، بیش از ۱۸ میلیون نفر (۶/۳ درصد) از جمعیت آمریکا به دیابت، مبتلا هستند و دیابت، عامل اصلی رتینوپاتی، نوروپاتی، نفروپاتی و عامل ۶۰ درصد موارد آمپوتاسیون پا محسوب می‌شود (۸، ۷). از نظر اقتصادی، بار مالی وارد به جامعه به دلیل افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی و سالخورده‌بودن جمعیت مبتلا به دیابت رو به افزایش است به طوری که نیمی از مبتلایان دیابت بالاتر از ۶۵ سال، هر ساله در بیمارستان بستری می‌شوند (۹). دیابت، درمان‌پذیر نیست اما می‌توان آن را کنترل کرد (۱۰). رژیم درمانی دیابت، بسیار پیچیده است (۱۱)؛ بررسی‌ها نشان داده‌اند که بیماران از رژیم پیچیده نسبت به ساده کمتر تبعیت می‌کنند (۱۲) در حالی که دارو، اغلب اولین انتخاب برای مداخله پزشکی بیماری‌های مزمن است، مطالعات موجود نشان می‌دهند که در حال حاضر، مردم به طور معمول در تبعیت از رژیم‌های دارویی خویش مشکل دارند (۱). تبعیت دارویی به عنوان درجه‌ای از رفتارهای داوطلبانه شخص تعریف می‌شود که با توصیه‌های بالینی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مطابقت دارد (۱۳) در سال ۲۰۰۳، WHO عدم

تبعیت دارویی را به‌عنوان علت عمده مرگ‌ومیر قابل‌پیشگیری، مرگ‌ومیر و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی شناخته‌است (۱۴). منابع عدم تبعیت دارویی از قبیل هزینه و مسائل مربوط به دسترسی، فراموشی بیمار یا سوءتعبیر، نشان‌دهنده موانع بیمار برای دستیابی به تبعیت دارویی مناسب هستند (۱). وقتی، یک بیمار از رژیم دارویی خود تبعیت نکند، سلامتی‌اش بیشتر کاهش می‌یابد و به استفاده از خدماتی گران‌تر نیاز خواهد داشت (۱). تبعیت دارویی ضعیف به افزایش استفاده از نظام‌های مراقبت بهداشتی منجر می‌شود که هزینه‌های زیادی دارد؛ هزینه‌هایی از قبیل بستری شدن در بیمارستان که گران‌تر و زمان‌برتر از خدمات مربوط به موقعیت اصلی در نقطه اولیه در زنجیره مراقبت است. بیش از یک سوم بستری‌شدن‌ها در بیمارستان به دلیل عدم تبعیت از رژیم دارویی است؛ علاوه بر این، تبعیت از رژیم دارویی با ۴۰ درصد پذیرش پرستار در منزل، مرتبط است. مطالعاتی بسیار، روی تأثیر تبعیت ضعیف دارویی بر الگوهای مورد استفاده مراقبت‌های بهداشتی از جمعیت‌های بیمار (که مزمن بودند)، متمرکز شده‌بودند؛ برای نمونه در مطالعه بریتانیا^۱ و همکاران که روی بیماران دیابتی با تبعیت دارویی ضعیف صورت گرفت، این نتیجه حاصل شد که ۳۰ درصد از رژیم دارویی خویش تبعیت نمی‌کردند و در مقابل، ۱۳ درصد به کسانی تعلق داشت که از رژیم دارویی‌اشان تبعیت می‌کردند (۱). مطالعاتی فراوان در زمینه عدم تبعیت از رژیم درمانی ضد دیابت در سایر کشورها انجام شده‌اند اما در کشور ما و به خصوص در منطقه ما در این زمینه، تحقیق‌هایی بسیار محدود صورت گرفته‌اند. با توجه به بار ناشی از بیماری دیابت بر سلامت جامعه و اهمیت بهداشت این بیماری در جهان، لزوم انجام مطالعه در این زمینه، محسوس است لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه میان موانع درک‌شده و عدم تبعیت از رژیم دارویی در بیماران دیابتی نوع ۲ شهر اراک

^۱ - Braithwaite

صورت پذیرفته است.

مواد و روش کار

این پژوهش، مطالعه‌ای مقطعی- تحلیلی است که روی ۳۶۶ بیمار دیابتی مراجعه‌کننده به درمانگاه مرسل، کلینیک امام رضا (ع) و بیمارستان امیرالمومنین (ع) اراک (تنها مراکز دولتی که بیماران دیابتی به آنجا مراجعه می‌کنند) در بهار و تابستان ۱۳۹۳ به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سکونت در شهر اراک، مصرف قرص‌های خوراکی یا انسولین یا هر دو؛ معیارهای خروج از مطالعه نیز، عدم تمایل بیمار برای ادامه شرکت در طرح و همچنین مهاجرت از شهر اراک در نظر گرفته شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه محقق‌ساخته بوده است که اجزای این پرسش‌نامه را نه پرسش درباره موانع درک‌شده و پانزده پرسش در خصوص عملکرد تبعیت از رژیم دارویی تشکیل می‌دادند. روایی (validity) پرسش‌نامه با نظر یکی از متخصصان غدد و چهار نفر از متخصصان آموزش بهداشت و سه نفر از پزشکان عمومی و یک متخصص تغذیه و یک نفر اپیدمیولوژیست به تأیید رسید. پایایی (Reliability) پرسش‌های موانع درک‌شده و عملکرد نیز با استفاده از همسویی درونی آلفای کرونباخ تأیید شدند. پس از انجام مطالعه‌ای پیش‌آزمون روی ۳۰ نفر، تعدادی از پرسش‌های پرسش‌نامه اولیه، اصلاح یا حذف شدند. با بررسی مطالعات مشابه و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۵ و متوسط شیوع ۶۱ درصد با استفاده از نرم‌افزار power ssc، حجم نمونه ۳۶۶ نفر محاسبه شد (۱۵) و این حجم نمونه به روش «نمونه‌گیری در دسترس» و از طریق مصاحبه جمع‌آوری شد. اطلاعات پس از جمع‌آوری به بانک اطلاعاتی در نرم‌افزار آماری SPSS₁₆ وارد شدند و تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های t مستقل، ANOVA و ضریب همبستگی اسپیرمن و پیرسون انجام پذیرفت و $a=0.05$ به عنوان سطح معنی‌دار آماری در نظر گرفته شد.

نتایج

نمونه‌های مطالعه، شامل ۱۱۴ مرد و ۲۵۳ زن با میانگین سنی کلی ۵۳/۳۸ سال بودند. میانگین سنی در مردان، ۵۵/۷۲ و در زنان، ۵۲/۳۳ سال بود. از نظر وضعیت تأهل، بالاترین و کمترین درصد فراوانی شامل ۸۳/۱ درصد همسر دار و ۱/۹ درصد همسر جدا شده، بودند. از نظر تحصیلات، ۶/۸ درصد زیر دیپلم و ۳۱/۶ درصد بی‌سواد بودند. از نظر اشتغال، ۶۲/۱ درصد خانه‌دار؛ ۱۸/۵ درصد، بازنشسته؛ ۶/۸ درصد، آزاد؛ ۴/۱ درصد، بیکار و بقیه، سایر مشاغل (کارمند، کشاورز و ...) را در برمی‌گرفتند. از نظر سطح درآمد، ۵۱/۵ درصد مناسب و ۱/۱ درصد، بسیار خوب بودند. از نظر محل سکونت، ۸۹/۹ درصد در شهر و ۹/۵ درصد در روستا ساکن بودند. خصوصیات افراد مورد پژوهش بر حسب جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، اشتغال، سطح درآمد و محل سکونت در جدول ۱ ارائه شده‌اند. در جدول ۲، میانگین سن و فراوانی سایر متغیرهای مربوط به بیماری، درمان و داروها آورده شده‌اند. میانگین سن ۵۳/۳۸ است. در میان بیماران، ۶۴ درصد از رژیم غذایی پیروی می‌کردند و ۴۱/۷ درصد ورزش می‌کردند و ۲۸/۱ درصد، داروی گیاهی استفاده می‌کردند. ۶۵/۴ درصد از قرص‌های خوراکی؛ ۱۷/۲ درصد از انسولین و ۱۷/۴ درصد از قرص و انسولین استفاده می‌کردند. در میان بیمارانی که قرص مصرف می‌کردند، بیشتر (۴۰/۶ درصد)، داروهای متفورمین و گلی‌بن‌گلامید استفاده می‌شدند. در میان کسانی که انسولین استفاده می‌کردند، بیشترین نوع انسولین مصرفی (۲۲/۱ درصد)، انسولین مخلوط بود. تنها ۱۰/۴ درصد از بیماران سیگار استعمال می‌کردند. در ۶۷/۶ درصد از بیماران سابقه دیابت در اقوامشان وجود داشت که در میان آنها، ۲۸/۶ درصد از اقوام آنها به دلیل دیابت فوت کرده بودند که بیشترین علت فوت (۱۱/۷)، قند بالا

و تبعیت از رژیم دارویی ارائه شده است؛ میان موانع درک شده و رفتار تبعیت از رژیم دارویی، همبستگی بالا و معکوسی وجود دارد ($r = -0/462$) ($p = 0/000$) و نشان دهنده این است که هرچه بیمار، موانعی بیشتر را درک کند، کمتر از رژیم دارویی اش تبعیت خواهد کرد.

بیان شده بود. در جدول ۳، موانع موجود درخصوص تبعیت از رژیم دارویی در غالب پرسش نامه ارائه شده اند؛ از جمله موانع بررسی شده در مطالعه حاضر، «عدم آگاهی از مصرف صحیح داروها، تعداد زیاد داروها، فراموشی، بی انگیزگی، نداشتن بیمه درمان و هزینه بالای داروها، عوارض جانبی داروها، مسافرت، نداشتن وقت کافی» ارزیابی شدند و در جدول ۴، ارتباط میان موانع درک شده

جدول ۱. فراوانی متغیرهای دموگرافیک

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
تأهل	همسر دار	۸۳/۱
	همسر جدا شده	۱/۹
	همسر فوت شده	۱۲/۳
	هرگز ازدواج نکرده	۲/۵
تحصیلات	بی سواد	۳۱/۶
	ابتدایی	۲۶/۲
	راهنمایی	۸/۷
	زیر دیپلم	۶/۸
	دیپلم	۱۵
سطح درآمد	کم	۱۱/۴
	مناسب	۳۷/۹
	خوب	۵۱/۵
	بسیار خوب	۹/۵
محل سکونت	شهر	۱/۱
	روستا	۸۹/۹
	۳۵	۹/۵

جدول ۲. فراوانی متغیرهای مربوط به بیماری

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
سن در زمان تشخیص	کمتر از ۳۰ سال	۹/۸
	۳۰-۴۰	۲۸/۹
	۴۰-۵۰	۳۲/۷
رژیم غذایی	بیشتر از ۵۰	۲۸/۳
	رعایت می کند	۶۴
ورزش	رعایت نمی کند	۳۶
	دارد	۴۱/۷
داروی گیاهی	ندارد	۵۸/۳
	مصرف می کند	۲۸/۱
رژیم دارویی	مصرف نمی کند	۷۱/۹
	قرص انسولین	۶۵/۴
	قرص و انسولین	۱۷/۲
	۶۴	۱۷/۴

جدول ۳. پرسش‌های به‌کاررفته برای سنجش موانع تبعیت از رژیم دارویی

% پاسخ‌ها				پرسش‌ها	
کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	موانع درک‌شده (پاسخ)
۱۱/۲	۳۶	۱۱/۲	۱۰/۱ ۳۱/۳		چون درباره داروها آگاهی ندارم، آنها را صحیح مصرف نمی‌کنم.
۱۱/۷	۴۳/۶	۸/۴	۸/۲ ۲۷/۸		به دلیل تعداد زیاد داروها نمی‌توانم آنها را درست مصرف کنم.
۱۴/۷	۴۷/۱	۶	۶/۵ ۲۵/۳		من فراموش می‌کنم داروهایم را مصرف کنم.
۲۰/۷	۵۹/۹	۵/۲	۵/۷ ۸/۲		من برای درست مصرف کردن داروهایم انگیزه‌ای ندارم.
۱۸/۳	۵۱	۴/۶	۵/۷ ۲۰/۲		مصرف به‌موقع، داروهایم سخت است.
۱۳/۹	۳۲/۴	۲۴/۸	۱۰/۴ ۱۸/۳		من چون بیمه درمان ندارم نمی‌توانم داروهایم را تهیه و مصرف کنم.
۱۰/۴	۳۴/۴	۱۱/۴	۱۴/۲ ۲۵/۳		چون دارو گران است، نمی‌توانم آن را تهیه و مصرف کنم.
۱۵/۸	۴۷/۷	۱۱/۴	۶ ۱۸/۸		من به دلیل مشکلاتی که داروهای مصرفی برایم پیش‌آورده‌اند، نمی‌توانم داروهایم را که برایم تجویز شده، مصرف کنم.
۱۴/۲	۵۰/۴	۴/۴	۶/۸ ۲۴		وقتی به مسافرت می‌روم، نمی‌توانم داروهایم را درست مصرف کنم.

جدول ۴. مقایسه میانگین و انحراف معیار تبعیت از رژیم دارویی دیابت بر حسب برخی از ویژگی‌های بیماران دیابتی مورد مطالعه

آزمون آماری	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
		ویژگی بیماران دیابتی	
p: +/۰۰۰	۸۷/۲۲ \pm ۱۲/۶	رعایت می‌کند	رژیم غذایی
	۸۱/۲۰ \pm ۱۶/۸	رعایت نمی‌کند	
p: +/۰۰۲	۸۷/۷۹ \pm ۱۳/۳۹	انجام می‌دهد	ورزش
	۸۳/۰۳ \pm ۱۵/۰۵	انجام نمی‌دهد	
p: +/۰۰۷	۸۲/۵۴ \pm ۱۷/۶۵	بلی	مصرف داروی گیاهی
	۸۶/۰۲ \pm ۱۳/۰۶	خیر	
p: +/۰۰۹	۸۵/۰۹ \pm ۱۴/۲	مصرف می‌کند	مصرف قرص
	۸۴/۸۴ \pm ۱۶/۲۲	مصرف نمی‌کند	
p: +/۰۳۴	۸۴/۰۶ \pm ۱۶/۰۶	مصرف می‌کند	انسولین
	۸۵/۵۷ \pm ۱۳/۶۸	مصرف نمی‌کند	
p: +/۰۱۹	۸۰/۷۸ \pm ۲۰/۱۸	بلی	قصد بارداری
	۸۵/۲۸ \pm ۱۴/۱۹	خیر	

جدول ۵. همبستگی بین متغیرهای دموگرافیک و موانع درک شده در زمینه عدم تبعیت رژیم دارویی در جمعیت

مورد مطالعه

متغیرها	موانع درک شده	عملکرد
سن	$r = +/۱۱۴$ $p = +/۱۷۷$	$r = +/۰۶۵$ $p = +/۲۱۹$
تحصیلات	$r = -/۲۵۱$ $p = +/۰۰۳$	$r = +/۰۶۷$ $p = +/۲۰۲$
مدت ابتلا به دیابت	$r = -/۰۱۲$ $p = +/۸۹$	$r = -/۰۱۱$ $p = +/۸۴۲$
درآمد	$r = -/۳۸۶$ $p = +/۰۰۰$	$r = +/۰۸۰$ $p = +/۱۲۹$
موانع درک شده	$r = ۱$ $P = +/۰۰$	$r = -/۴۶۲$ $P = +/۰۰$

بحث

داروهای خوراکی قند خون با پایداری بهتر، همراه بوده است (۱۷).

در مطالعه حاضر، میان تبعیت از رژیم دارویی، سن، جنس و اشتغال، اختلافی معنی دار دیده نشد که با مطالعه *اینامدار*^۲ و همکاران (۱۸) مخالف است؛ در مطالعه *اینامدار* و همکاران، عوامل دموگرافیکی نظیر سن، جنس، وضعیت اجتماعی- اقتصادی و اشتغال را به عنوان عوامل خطری برای عدم پایداری بیان کردند؛ همچنین در این مطالعه، رفتارهایی خاص که با کنترل ضعیف تر دیابت، همراه بودند در خصوص بیمارانی که مصرف داروهایشان را فراموش می کردند، بررسی شدند؛ در مطالعه حاضر نیز، میان تبعیت از رژیم دارویی و فراموشی، اختلافی معنی دار و رابطه ای معکوس وجود داشت.

در مطالعه حاضر بین تبعیت از رژیم دارویی و تعداد زیاد داروها اختلاف معنی دار و رابطه ای معکوس وجود داشت به این معنا که هرچه تعداد داروها زیاده تر شود، تبعیت از رژیم دارویی کمتر می شود که این نتایج با مطالعه *اینامدار* و همکاران (۱۸)، مغایر است. مطالعه *اینامدار* و همکاران، با این فرض که تبعیت دارویی با

رژیم درمانی دیابت، بسیار پیچیده است؛ بخشی از این رژیم درمانی به تبعیت از رژیم دارویی بازمی گردد. در مطالعه حاضر که روی ۳۶۶ نفر از بیماران دیابتی با میانگین سنی ۵۳/۳۸ صورت گرفت، میانگین ۸۵/۰۵ در خصوص رژیم دارویی و میانگین ۵۳/۷۳ به عنوان نمره موانع تبعیت از رژیم دارویی محاسبه شدند. در برخی از مطالعات (طیبه پورغزنین و همکاران)، میزان تبعیت از رژیم دارویی بیماران دیابتی، ۴۶ درصد برآورد شده است (۱۶).

در مطالعه حاضر، ارتباطی معنی دار از نظر مصرف تنهای داروهای خوراکی با تبعیت از رژیم دارویی وجود ندارد و همچنین، میان مدت ابتلا به دیابت با تبعیت از رژیم دارویی، همبستگی کم و معکوسی وجود دارد که این نتایج با مطالعه *اسکاتنالر*^۱ و همکاران (۱۷)، همسویند؛ در مطالعه *اسکاتنالر* و همکاران دیده شده که رضایت از مهارت های آموزشی پزشک بیمار، عقاید بیماران در خصوص نیاز به داروهایشان و دانش پایین تر مربوط به دیابت با پایداری بهتر و بیشتر به داروهای خوراکی کاهنده قند خون، همراه است. مدت زمان کوتاه تر ابتلا به دیابت و مصرف تنهای

² - Inamdar

¹ - Schoenthaler

از مطالعات نشان دادند که سن، عاملی است که روی پابندی تأثیر می‌گذارد؛ درحالی‌که یافته‌های مربوط به نژاد و جنس درخصوص سطح تبعیت دارویی بیمار تناقض دارند؛ همچنین در مطالعه احمد و همکاران بیان شده که برمبنای کار پیشین (۳)، ویژگی‌های بیمار که با عدم تبعیت دارویی، مرتبط بودند، متنوع بودند؛ به‌طور عمده، یافته‌های مربوط به نژاد و جنس درخصوص سطح تبعیت دارویی بیمار تناقض دارند؛ ازسوی دیگر، سطح آموزش هم روی تبعیت دارویی، مؤثر است. در مطالعه احمد و همکاران، همچنین، ویژگی‌هایی از قبیل «نژاد، جنسیت، طول دیابت نوع ۲، شاخص توده بدنی، تعداد داروهای گرفته‌شده و سطح آموزش میزان تبعیت دارویی» را تعیین نمی‌کردند؛ همچنین، یافته‌های دیگر بر این تأکید داشتند که تعداد داروهای گرفته‌شده توسط دارویی تأثیر ندارند؛ تعداد داروهای گرفته‌شده توسط بیمار، به شدت دیابت نوع ۲ و ناخوشی بیمار برمی‌گردند؛ ۵۰ درصد از دیابتی‌ها بیشتر از هفت نوع دارو برایشان تجویز می‌شود که این داروها هم شامل داروهای ضد دیابت هستند و هم داروهایی که برای درمان ناخوشی‌ها به‌کار می‌روند؛ پس رژیم دارویی بیماران دیابتی، پیچیده و پیروی از آن برای این بیماران، چالش برانگیز است باوجود این، هیچ تفاوتی در سطح تبعیت دارویی در بیماران با تعداد بیشتر داروها در گروه مورد مطالعه دیده‌نشده؛ اما در مطالعه حاضر، میان تبعیت از رژیم دارویی و پیچیدگی رژیم و تعداد داروها، ارتباط معکوس و اختلافی معنی‌دار وجود داشت؛ همچنین در مطالعه حاضر، میان عدم آگاهی درخصوص نحوه صحیح مصرف داروها با تبعیت از رژیم دارویی، ارتباطی معکوس وجود داشت؛ در نتیجه، هرچه آگاهی درباره مصرف داروها بیشتر باشد، تبعیت از رژیم دارویی، بهتر خواهد بود که با مطالعه احمد و همکاران همسویی دارد؛ در مطالعه احمد و همکاران، ارتباطی مستقیم، میان دانش دارویی و پابندی وجود داشت (۱۹).

افزایش تعداد داروها کاهش می‌یابد، انجام شد ولی آنها به این نتیجه رسیدند که میزان تبعیت دارویی خیلی بالایی، صرف‌نظر از تعداد داروها در جمعیت مورد مطالعه‌شان وجود داشت. در مطالعه حاضر، ارتباط معکوس و اختلافی معنی‌دار از نظر عدم آگاهی درخصوص مصرف صحیح داروها و پیچیدگی رژیم دارویی و عوارض جانبی با عملکرد در زمینه تبعیت از رژیم دارویی وجود داشت که این نتایج با مطالعه اینامدر و همکاران (۱۸)، همسویی دارند. مطالعه اینامدر و همکاران بیان کرد که مشکلات مربوط به عدم تبعیت دارویی به مشخصات دموگرافیک بیمار، پیچیدگی رژیم دارویی، عوارض جانبی و ترکیبی از عوامل بالا بازمی‌گردد و همین‌طور، بیمارانی که بیشتر آموزش دیده‌اند، تبعیت دارویی بهتری نسبت به کسانی که کمتر آموزش دیده‌اند، داشتند و دیگر اینکه عدم تبعیت دارویی، مانعی مهم برای درمان مؤثر به حساب می‌آید.

چوتایی^۱ و همکاران، روی عدم تبعیت دارویی بیماران با بیماری‌های مزمن مانند دیابت، فشار خون، آسم مطالعه کردند. میزانی بالا از عدم پابندی در میان بیماران آسمی (۵۳/۴۸ درصد)، دیابتی (۵۷/۸ درصد) و فشار خونی (۵۴/۰۹ درصد) دیده‌شد؛ دلیل اصلی عدم تبعیت دارویی در این مطالعات، سهل‌انگاری عمدی (۳۲/۸ درصد)، فرکانس (۲۶/۷ درصد) و عوارض جانبی (۱۱/۶ درصد) بودند (۱۸).

در مطالعه حاضر، میان تبعیت از رژیم دارویی با فقدان اطلاعات، پیچیدگی رژیم دارویی، عوارض جانبی و هزینه دارو، ارتباط معکوس و اختلافی معنی‌دار وجود دارد ولی از نظر سن، ارتباط مستقیم است و اختلافی معنی‌دار نیز وجود ندارد که در مقایسه با مطالعه احمد^۲ و همکاران (۱۹) بیان شد، تبعیت دارویی، تحت تأثیر چندین عامل قرار می‌گیرد از قبیل «فقدان اطلاعات، پیچیدگی رژیم، بیماری همراه، فواید درک‌شده، عوارض جانبی، هزینه دارو و احساس خوب بودن». تعداد کمی

^۱ - Chotai

^۲ - Ahmad

در مطالعه حاضر، عوارض جانبی داروها مانعی برای تبعیت از رژیم دارویی در نظر گرفته شده که با نتایج مطالعه من^۶ و لونتال^۷ (۲۴) مطابقت دارد. من و لونتال بیان کردند که نگرانی درباره آثار جانبی داروها، یکی از پیشگویی‌کننده‌های پایبندی ضعیف به داروست (۲۴).

نتیجه‌گیری

با شناخت نگرش و موانع درک‌شده از دیدگاه بیماران دیابتی در خصوص تبعیت از رژیم دارویی آنان، می‌توان با اجرای مداخلات توانمندسازی مبتنی بر رفتارهای خودمدیریتی در سطوح فردی و اجتماعی در بیماری‌های مزمن، برای ارتقای سلامت فردی و اجتماعی، گام‌هایی مثبت در راستای اعتلای سلامت جامعه برداشت.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، گردآوری اطلاعات از طریق خودگزارش‌دهی است که باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد.

سپاس و قدردانی

مقاله حاضر، برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک است و بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک که هزینه‌های طرح یادشده را برعهده‌داشتند و همچنین، تمامی بیماران شرکت‌کننده در این طرح، تقدیر و تشکر می‌شود.

در مطالعه حاضر، ارتباطی معکوس، میان فراموشی و فقدان انگیزه با تبعیت از رژیم دارویی وجود دارد که با نتایج مطالعه چاو^۱ و همکاران (۲۰) همسویی دارد. مطالعه چاو و همکاران، فراموشی، تداخل اثر داروهای گرفته‌شده با زندگی عادی، فقدان انگیزه و مشکلات خانوادگی را مانعی برای تبعیت دارویی بیان کرد (۲۰)؛ در مطالعه حاضر، ارتباطی معکوس و اختلافی معنی‌دار میان هزینه بالای دارو و تبعیت از رژیم دارویی دیده شد که با مطالعه تامسون^۲ و همکاران (۲۱) همخوانی دارد. در مطالعه تامسون و همکاران بیان شده که دلیل سازگار نبودن بیماران با داروهای تجویز شده توسط پزشک، هزینه داروهاست و کاهش هزینه‌ها به تبعیت دارویی بیشتر منجر می‌شود (۲۱).

در مطالعه حاضر، ارتباطی معکوس و اختلافی معنی‌دار، میان عدم انگیزه با تبعیت از رژیم دارویی دیده شده است که با مطالعه وی^۳ و همکاران (۲۲) همسویی دارد؛ مطالعه وی و همکاران، همراهی درک بیمار، انگیزه‌شان و انتظاراتشان در خصوص احتمال موفقیت مداخلات دارویی را عوامل بحرانی برای پایبندی دارویی اعلام کردند (۲۲).

در مطالعه میچل^۴ و همکاران (۲۳) بیان شده که لائون^۵ و همکاران کسانی بودند که در مطالعه خود، دریافتند، عدم تبعیت دارویی بیشتر به فراموشی برمی‌گردد تا به نگرانی ویژه در خصوص دارو یا عملکرد مقابل پزشک؛ همچنین، سایر عوامل تبعیت دارویی ضعیف را به‌تنهایی دریافت کردن دارو، نیاز به دانش و اطلاعات و مقبولیت ضعیف توصیه‌های دارویی اعلام کردند که با نتایج مطالعه حاضر همسویی دارد (۲۳).

¹ - Chao

² - Thompson

³ - Wei

⁴ - Michel

⁵ - Lawton

⁶ - Mann

⁷ - Leventhal

منابع

1. Shamsi M, Tajik R, Mohammad Beigi A. Effect of education based on Health Belief Model on self-medication in mothers referring to health centers of Arak. *Arak Medical University Journal* (Rahavard Danesh) 2009;12(3): 44-53
2. Samini M, Shafarood H, Sehat V, Allahdini S. Self therapy and culture of drug use. *Razi Drug Journal* 2005; 9(1): 37-47.
3. Shamsi M, Bayati A. A survey of the Prevalence of Self-medication and the Factors Affecting it in Pregnant Mothers Referring to Health Centers in Arak city, 2009. *Journal of Jahrom Medical School* 2010;7(3): 34-41.
4. Shamsi M , Bayati A , Mohamadbeygi A, Tajik R. The Effect of Educational Program Based on Health Belief Model (HBM) on Preventive Behavior of Self-Medication in Woman with Pregnancy in Arak, Iran.. *Pajoohandeh Journal* 2010; 14 (6) :324-331
5. Porgholami A. Self-medication with drugs. *Razi Drug Journal* 2004; 8: 27-34.
6. Sedighi G, Ziayee A. Drug medicine knowledge and performance in Tehran city. *Journal of Drug Medicine* 2006; 4 (12): 60-67.
7. World Health Organization. The world drug situation, Geneva: World Health Organization 1988; 110-120.
8. Shabani A. Review in system drug in Iran. *Razi Drug Journal* 2003; 5: 60-62.
9. Ziayee T. The survey of self medication in woman with pregnancy in Tehran. *Scientific journal of university nurse and midwife shahid beheshty* 2008; 8(2): 35-42.
10. Sepehri GH, HajAkbari N, Musavi A. Study indexes of general practitioners prescriptions in Kerman province 2003. *Journal of Babol University of Medical Science* 2005; 7(4): 76-82.
11. Sawalha AF. A descriptive study of self-medication practices among Palestinian medical and nonmedical university students. *Research in Social Adminastrative Pharm* 2008; 4(2): 164-172.
12. Shojaiizadeh D. Health behavior models. Edi 1, Tehran, Publisher Chehr 2009; 20-29.
13. Amani F, Mohammadi S, Shaker A, Shahbazzadegan S. Study of Arbitrary Drug Use among Students in Universities of Ardabil City in 2010. *Journal Ardabil University Medical Sciences* 2011; 11(3): 201-207.
14. Eslami A, MoazemiGoudarzi A, Najimi A, Sharifirad Gh. Knowledge, Attitude and Practice of Students in Universities of Isfahan toward Self Medication. *Journal of Health System Research* 2011; 5(7): 2-5.
15. James H, Handu SS, Al Khaja KA, Otoom S, Sequeira RP. Evaluation of the knowledge, attitude and practice of self-medication among first-year medical students. *Medical Principal in Practice* 2006; 15(4): 270-275.
16. Figueiras A, Caamano F, Gestal-Otero JJ. Socio demographic factors related to self-medication in Spain. *European Journal Epidemiol* 2000; 16(1): 19-26.
17. Mogbel A. Major causes of irregular drug intake Ramhormoz city. *Journal of Medication and Treatment* 1993;119: 13-21.
18. Zafar S, Syed R, Waqar S, Zubairi A, Vaqar A, Shaikh M. Self-medication amongst University students of karachi: Prevalence, knowledge and Attitudes. *Journal of Pakistan Medical Association* 2008;58(4): 214 - 217.
19. Grigoryan L, Haaijer-Ruskamp FM, Burgerhof JG, Mechtler R, Deschepper R, Tambic-Andrasevic A, et al. Selfmedication with antimicrobial drugs in Europe. *Emerg Infection Disease* 2006; 12(3): 452-9.
20. Sharifi A, Mokhtari M, HosseinEsmacili HR, SrafiNajad A, Rahmatian M. Prevalence of drug abuse anesthetic drops among Welding Kerman in 2007. *Journal of Kerman University of Medical Sciences* 2008; 16(2): 174-81.
21. Matano RA, Wanat SF, Westrup D, Koopman C, Whitsell SD. Prevalence of alcohol and drug use in a highly educated workforce. *Journal of Behavior Health Services Research* 2002; 29(1): 30-44.
22. Bi P, Tong S, Parton KA. Family self-medication and antibiotics abuse for children and juveniles in a Chinese city. *Social Medicine Journal* 2000; 50(10): 1445-50.

23. Heydarnia E. The principal in health education. Edi 1, Tehran, Publisher Zamani 2002: 88-112.
24. TabieiSh, Z. Farajzadeh B, Eizadpanah A.M. Self-medication with drug amongst university students of Birjand Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty 2012; 9 (4): 371-377.
25. Kargar M, Kashi A, Salak Z. Doping prevalence of drug use and knowledge of the effects and side effects in athletes whom A. Lorestan province. Journal of Scientific Fundamentals of Mental Health 2009; 11(2): 123-34.
26. Baghianimoghadam MH, Ehrampoush MH. Evaluation of attitude and practice of students of Yazd University of Medical Sciences to self-medication. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences 2006; 8(2): 111-120.
27. Purreza A, khalafi A, Ghiasi A, FarrokhMojahed F, Nurmohammadi M. To Identify Self-medication Practice among Medical Students of Tehran University of Medical Science. Iranian Journal of Epidemiology 2013; 8(4): 40-46.

Daneshvar
Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
22nd Year, No.117
June- July, 2015*

Received: 18/04/2015

Last revised: 25/05/2015

Accepted: 31/05/2015

The relationship between perceived barriers and non-medication adherence in type 2 diabetic patients in Arak in 2014

Fahimeh Farahani Dastjani¹, Mohsen Shamsi^{1*}, Mahboobeh Khorsandi¹,
Mohammadreza Rezanfar², Mehdi Ranjbaran¹

1. Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.
2. Faculty of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

* E-mail: mohsen_shamsi1360@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Medication adherence in diabetes is one of the pillars in diabetes self-management. Therefore, the aim of this study was to investigate the relationship between perceived barriers and non-medication adherence in type 2 diabetic patients in the Arak city in 2014.

Materials and Methods: This research was a cross-sectional study. The study population had type 2 diabetes in Arak city in 2014. Data collection included demographic adherence to medication regimens. Interviews were completed questionnaire by the researcher. To analyze the data, descriptive and inferential statistics (Chi-square, Fisher exact and t-tests) in SPSS was used.

Results: In this study, most of barriers was less knowledge and motivation for adherence and expensive cost for provided drugs. Between barrier and level of education and sex of patient, a significant difference was found out ($p < 0.05$).

Conclusion: Considering need for assesment and empowerment of patients afflicted with diabetes and more generally non-communicable diseases, which are quite prevalent and on the rise, self-management at the individual and community level will be a vital step towards promotion of health in the population

Keywords: Type-2 diabetes, Perceived barriers, Medication adherence