بررسی تأثیر آموزش متابعت از درمان بر کیفیت زندگی و عملکرد کلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

زهرا جان‌نثاری[۱]، ویکتوریا عمرانی‌فرد[۲]، محمد رضا مرآثی[۳]، ساناز سلطانی[۴]

چکیده

زمینه و هدف: اسکیزوفرنیا یک بیماری مزمن روانی است که بر روی کیفیت زندگی بیماران و عملکرد آن‌ها اثر قابل توجهی می‌گذارد. هدف این مطالعه، ارزیابی تأثیر آموزش متابعت از درمان بر کیفیت زندگی و الگوی عملکرد کلی در طی یک دوره بیماری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرن بود.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی کنترل شده تصادفی ۷۶ بیمار اسکیزوفرنیا در زمان ترخیص از بیمارستان نور در سال ۸۸-۱۳۸۷ به روش متوالی انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه ۳۸ نفره مداخله و شاهد اختصاص داده شدند. گروه مداخله، تحت مداخلات آموزش متابعت درمانی در ۸ جلسه قرار گرفتند و گروه شاهد، درمان دارویی را طبق برنامه‌ای معمول دریافت می‌کردند. برونداد در این مطالعه کیفیت زندگی و عملکرد کلی بیماران بود که در شروع مطالعه، ۳ ماه و ۶ ماه بعد از مداخله مورد ارزیابی قرار گرفت. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی در ۶ ماه پس از مطالعه، در گروه مداخله ۱۷/۲ ± ۱۰۱/۲ و در گروه شاهد ۱۵/۶ ± ۴۴/۸ به دست آمد که بر اساس تحلیل آزمون واریانس با تکرار در بین دو گروه و در بین مراحل پی‌گیری دارای تفاوت معنی‌داری بود ($P < ۰/۰۰۱$). میانگین نمره عملکرد کلی در مقیاس درصد در ۶ ماه پس از مطالعه در گروه مداخله ۱۱/۴ ± ۷۲/۴ و در گروه شاهد ۱۳ ± ۴۴/۳ به دست آمد که بر اساس آزمون مذکور در بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: آموزش متابعت از درمان سبب بهبود کیفیت زندگی و عملکرد کلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی گردید. از این رو به نظر می‌رسد که انجام این قبیل مداخلات شامل آموزش‌های روانی- اجتماعی و پی‌گیری‌های طولانی‌تر ضروری است.

واژه‌های کلیدی: اسکیزوفرنیا، متابعت درمانی، کیفیت زندگی، عملکرد کلی، آموزش.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۸۸/۹/۱۷ پذیرش مقاله: ۸۹/۴/۱۷

۱- دستیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: maracy@med.mui.ac.ir

۴- کارشناس، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

www.mui.ac.ir

مقدمه

اسکیزوفرنیا یک بیماری مزمن روانی است که با اختلال تفکر، توهم و هذیان همراه می‌باشد. شیوع این بیماری در طول زندگی بین ۰/۲ تا ۰/۷ درصد متفاوت است و بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR، میزان بروز سالیانه اسکیزوفرنی از ۰/۵ تا ۵/۰ مورد از هر ۱۰,۰۰۰ نفر متغیر است (۳-۱). شاید بتوان گفت که اسکیزوفرنیا سخت‌ترین بیماری روان‌پزشکی است و داروها جزء اساسی درمان را تشکیل می‌دهند. داروهای نسل جدید، انقلابی را در درمان بیماری این به وجود آورده‌اند (۴). به جز کنترل علایم مثبت و منفی و رشد روز افزون داروها در این زمینه، توجه به کیفیت زندگی، بازتوانی شغلی و اجتماعی و عملکرد کلی افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا از جمله مواردی است که در دهه‌های اخیر بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است و در بسیاری از مطالعات بالینی به عنوان متغیری برای نشان دادن اثربخشی مداخلات دارویی و غیر دارویی به کار گرفته شده است (۵). گرچه در مورد عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی مطالعات زیادی صورت گرفته است، ضد و نقیض‌های زیادی در این زمینه وجود دارد و در این مطالعات ویژگی‌های مختلف بیماری یا نوع علایم منفی یا مثبت هر کدام به میزان متغیر مؤثر دانسته شده است (۶). اما بیشتر مطالعات بر این نکته متفق القول می‌باشند که هر نوع مداخله مؤثر برای این بیماران الزاماً ضمن کنترل علایم موجود بیمار، در جلوگیری از عود، بهبود عملکرد کلی بیمار و بالاخره بهبود سرانجام بیماری مؤثر نمی‌باشد (۷). بدون شک اساس درمان در بیماران مزبور درمان دارویی است. گزارش‌ها حاکی از آن است که حدود ۷۰ درصد از آنان با انواع مختلف داروهای ضد جنون وارد مرحله بهبودی شده‌اند، درمان نگهدارنده را ادامه می‌دهند و نسبت به بیمارانی که درمان را قطع می‌کنند، دچار عودهای کمتری می‌گردند. مطالعه Corrigan و همکاران (به نقل از Pedersen و Aarkrog) نشان داد که عدم تبعیت از رژیم درمانی یک عامل مهم پیش‌گویی کننده عود و بستری مجدد در این بیماران می‌باشد (۸). به طوری که خطر بستری مجدد در این بیماران ۵ برابر بیش از بیمارانی است که از رژیم دارویی تبعیت می‌کنند و در حالت مطلوب درمان دارویی و پذیرش آن توسط بیماران توأم با مداخلات روانی- اجتماعی کافی می‌تواند میزان عود را حتی به ۲۰ درصد کاهش دهد (۹). یکی از مداخلاتی که روی بیماران اسکیزوفرنیا و خانواده آن‌ها انجام می‌شود، ارتقای آگاهی و دانش آن‌ها جهت افزایش پذیرش دارویی است که از آن به عنوان متابعت درمانی (Compliance therapy) یاد می‌شود (۷). زیرا که استفاده از داروهای ضد جنون در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی باعث بروز عوارض زیادی از جمله افزایش وزن و عدم تحمل دارویی در آنان می‌گردد. اگرچه داروها ممکن است علایم بیماری در بیماران اسکیزوفرنی را بهبود بخشند، ولی این بیماران به دلیل عوارض، ممکن است دارو را قطع کرده و ادامه ندهند (۱۰).

سایر علل عدم پذیرش درمان عبارتند از:

۱- علل وابسته به بیمار شامل شدید بودن بیماری، عدم بینش، مصرف مواد، خود بزرگ‌بینی بیمار.

۲- علل وابسته به داروها نظیر عوارض جانبی داروها و دوزهای بسیار کم یا بسیار بالای دارو.

۳- فاکتورهای محیطی مانند حمایت ناکافی و موانع محیطی درمان.

۴- علل وابسته به پزشک مانند رابطه درمانی ضعیف پزشک و بیمار (۱۱).

این جا است که ارزش آموزش متابعت از درمان مشخص می‌شود. در مورد آثار این مداخله، مطالعات نتایج متفاوتی دارند که بسته به فرهنگ جامعه و مرحله بیماری و نوع درمان متفاوت است. Tay آموزش متابعت از درمان را برای بیماران اسکیزوفرنی مفید توصیف کرد. ایشان این روش درمانی را به وسیله روان‌پرستاران به بیماران انتقال داد و نتایج بهتری از روند بهبودی بیماران کسب کرد (۱۰). مطالعات در آسیا نیز نشان داده است که آموزش متابعت از درمان در اختلالات روان‌پزشکی بسیار مؤثر می‌باشد و باعث ارتقای عملکرد در آن‌ها می‌شود (۱۲).

از طرف دیگر یکی از پیامدهای مورد توجه که به تازگی در مطالعات پزشکی نیز وارد شده است، کیفیت زندگی و ارزیابی‌های ذهنی فرد از سلامت می‌باشد و به مدل‌های مختلف

www.mui.ac.ir

مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد (۱۴، ۱۳).

در بیماران اسکیزوفرنیا توجه به کیفیت زندگی و عملکرد کلی بسیار مهم می‌باشد و اجزای زیادی روی آن اثرگذار هستند. طراحی مداخلات برای ارتقای کیفیت زندگی این بیماران بسیار ارزشمند است. با وجود داروهای ضد جنون جدید، باز هم این بیماران از عملکرد اجتماعی و خانوادگی خوبی برخوردار نیستند و ناراحتی‌های جسمی زیادتری نیز دارند که باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۱۵). با توجه به این که عوامل مختلفی بر ارتقای کیفیت زندگی اثرگذار است، یکی از این عوامل مهم ادامه درمان دارویی است. از مهم‌ترین مداخلات طراحی آموزش‌هایی است که درمان دارویی ادامه یافته، در نتیجه کیفیت زندگی بیماران ارتقا پیدا کند. این مطالعه با هدف ارزیابی اثر مداخله‌ای به روش آموزش متابعت از درمان بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیا و عملکرد کلی آن‌ها طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

این کارآزمایی کنترل شده تصادفی در سال ۸۸-۱۳۸۷ بر روی زنان و مردان مبتلا به اسکیزوفرنی در زمان ترخیص، در دوره بهبودی که طبق نظر روان‌پزشک همکار طرح تعیین شد در بخش روان‌پزشکی بیمارستان نور اصفهان انجام گرفت و آن‌ها به مدت ۶ ماه پی‌گیری شدند (۱۶). شرایط ورود بیماران به مطالعه عبارت از تشخیص بیماری اسکیزوفرنی توسط روان‌پزشک از طریق مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیص DSM-IV، حداقل سن ۱۸ و حداکثر سن ۶۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، توانایی فهم مطالب، رضایت بیمار به شرکت در مطالعه بود. همچنین بیمارانی که بیماری جسمی ناتوان کننده و یا وابستگی به مواد مخدر داشتند، از مطالعه خارج گردیدند. حجم نمونه محاسبه شده بر اساس فرمول آماری ۷۶ نفر تعیین شد که به صورت متوالی بر اساس لیست بیمارستان انتخاب و بر اساس بلوک‌های تصادفی دو تایی به دو گروه ۳۸ نفره مداخله و شاهد تقسیم گردید.

متغیرهای پیامد مورد بررسی شامل نمرات کیفیت زندگی و عملکرد کلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بود که در زمان‌های ابتدای مطالعه، ماه سوم و ماه ششم توسط روان‌شناس طرح در هر دو گروه بدون اطلاع از این که کدام گروه تحت مداخله آموزش هستند، تکمیل شد. مداخله آموزشی به صورت ۸ جلسه آموزشی ۳۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای در ابتدا ۱۵ روز یک بار به تعداد ۴ جلسه و سپس ۴ جلسه باقی‌مانده هر ماه تا پایان ۶ ماه بعد از هماهنگی با بیماران یا عضو کلیدی خانواده در گروه‌های ۶-۳ نفره و توسط مجری در سالن اجتماعات بیمارستان نور اصفهان، علاوه بر درمان معمول، انجام شد و گروه شاهد در این طرح تحقیقاتی تنها درمان معمول دارویی یا روان‌شناختی لازم را دریافت کردند.

محتوای این جلسات، مطابق با آن چه در مطالعات مشابه به طور کلی بیان شده است، شامل ۸ جلسه با عناوین ارزیابی، حل مشکلات درمان طبی، مدت زمان درمانی، کشف تعارضات موجود در درمان، بحث در مورد نظرها و دقت به نحوه درمان، استفاده از درمان در آینده و نیز بر اساس تجربیاتی بود که در برخورد با این بیماران و خانواده‌های آنان به دست آمد (۱۷). ۲ دسته موضوع نیز جهت بیمار و خانواده‌های آنان به بحث گذاشته شد ۱- باورها و نگرش‌های اشتباه در مورد بیماری و رفتارهای ناشی از آن؛ ۲- تفکیک و تبیین نقش اعتقادات و خرافات در درمان بیماری، که خود بیمار نیز در این جلسات حضور داشت، که بر اساس نظر درمان‌گر و با تغییرات بومی و فرهنگی جهت بیماران ارایه می‌شد. جهت تمام بیماران برای شرکت در جلسات یا تکمیل پرسش‌نامه رضایت بیمار و عضو کلیدی خانواده اخذ شد.

ابزار سنجش

۱- برای ارزیابی میزان عملکرد کلی بیماران از مقیاس (Global assessment of function یا GAF) استفاده شد. این مقیاس، عملکرد بیمار را در زمینه علایم بیماری، کارایی روانی و اجتماعی می‌سنجد و از ۱۰۰-۰ درصد

www.mui.ac.ir

نمره‌گذاری می‌شود و از طریق مصاحبه با بیمار تکمیل می‌شود (۱۸).

۲- برای ارزیابی کیفیت زندگی از پرسش‌نامه (QOLS یا Quality of life in schizophrenia) استفاده شد. این پرسش‌نامه توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا جهت بیماران اسکیزوفرنی که در فاز بهبود قرار دارند، در سال ۱۹۹۰ طراحی شد. این پرسش‌نامه شامل ۲۱ سؤال در ۴ بعد، ارتباطات بین فردی ۸ سؤال، سودمندی نقش ۴ سؤال، پایه‌های شخصیت ۷ سؤال و فعالیت‌ها و اهداف مشترک ۲ سؤال می‌باشد. هر سؤال دارای ۶ گزینه می‌باشد و از ۰ تا ۶ امتیازدهی شده است. میانگین مجموع نمرات کسب شده، در هر بعد به عنوان نمره کیفیت زندگی بیماران در آن بعد می‌باشد. هرچه نمره کیفیت زندگی بالاتر باشد، نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر محسوب می‌شود. پرسش‌نامه دارای روایی صوری و در مطالعات داخلی اعتبار آن با ضریب Chronbach's alpha ۹۷ درصد می‌باشد (۲۱-۱۹).

داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار آماری $SPSS_{۱۵}$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری (ANCOVA repeated measure) جهت مقایسه میانگین نمره عملکرد کلی و میانگین نمره کیفیت زندگی در بین دو گروه درمانی و مراحل پی‌گیری آن‌ها انجام شد.

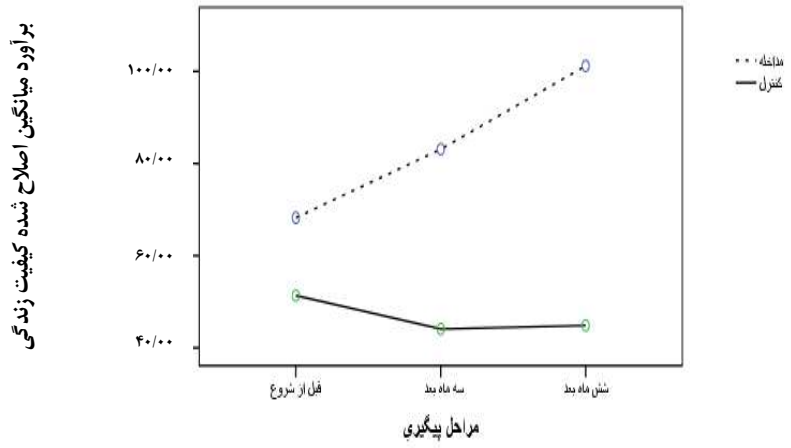
یافته‌ها

۷۶ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا وارد مطالعه شدند که شامل ۶۸/۴ درصد مرد و ۳۱/۵ درصد زن بودند. هر گروه صرف نظر از تعداد دفعات بستری یا وضعیت تأهل، در صورتی که از نظر درمان‌گر در فاز بهبود قرار داشتند، دارای میانگین سنی ۹/۲ ± ۲۹/۹ سال در گروه مداخله و ۱۰/۳ ± ۳۱ سال در گروه شاهد بودند. جدول ۱ نشان دهنده برخی خصوصیات دموگرافیک بیماران در ابتدای مطالعه می‌باشد. میانگین نمره عملکرد کلی و کیفیت زندگی در مراحل مطالعه (شروع، سه و شش ماه بعد از شروع مطالعه) و همچنین روند تغییرات میانگین نمره کیفیت زندگی و عملکرد کلی به تفکیک دو گروه در جدول ۱ و در نمودارهای ۱ و ۲ آورده شده است.

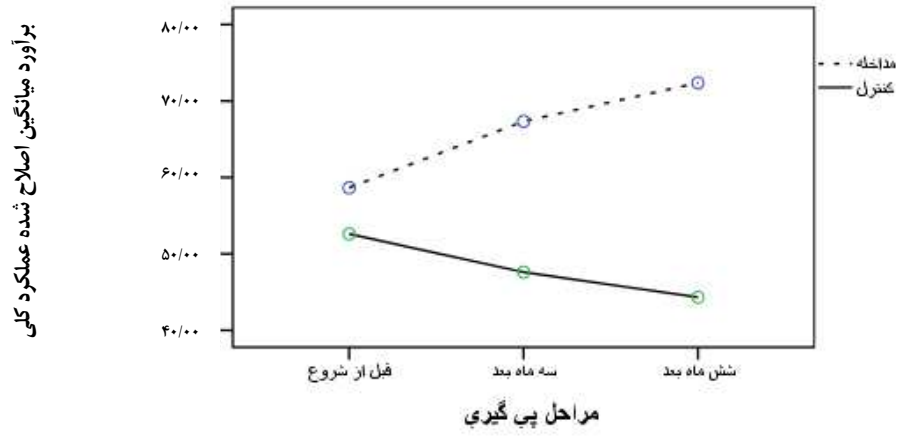
جدول ۱. توزیع فراوانی (درصد) برخی خصوصیات دموگرافیک و میانگین ± انحراف معیار نمره‌های کیفیت زندگی و عملکرد کلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به تفکیک گروه آموزشی

		مداخله	شاهد
جنس:	مرد	۲۶ (۶۸/۴ درصد)	۲۶ (۶۸/۴ درصد)
	زن	۱۲ (۳۱/۵ درصد)	۱۲ (۳۱/۵ درصد)
وضعیت تأهل:	مجرد	۳۱ (۸۱/۶ درصد)	۳۰ (۷۸/۹ درصد)
	متأهل	۷ (۱۸/۴ درصد)	۸ (۲۱/۱ درصد)
دفعات بستری:	یک بار	۱۱ (۲۸/۹ درصد)	۲۳ (۶۰/۵ درصد)
	دو بار	۱۶ (۴۲/۱ درصد)	۸ (۲۱/۱ درصد)
	بیش از ۲بار	۱۱ (۲۹ درصد)	۳ (۱۸/۴ درصد)
کیفیت زندگی:	زمان شروع مداخله	۱۶/۸ ± ۵۱/۳۴	۲۱/۸ ± ۶۸/۲۳
	۳ ماه بعد از مداخله	۱۲/۵ ± ۴۴/۰۷	۲۰ ± ۸۳/۱
	۶ ماه بعد از مداخله	۱۵/۶ ± ۴۴/۸	۱۷/۲ ± ۱۰۱/۲۱
عملکرد کلی:	زمان شروع مداخله	۱۱/۶ ± ۵۸/۶۵	۷/۷ ± ۵۲/۶
	۳ ماه بعد از مداخله	۱۰/۶ ± ۶۷/۳۴	۱۱/۷ ± ۴۷/۶۰
	۶ ماه بعد از مداخله	۱۱/۴ ± ۷۲/۳۶	۱۳ ± ۴۴/۳۱

www.mui.ac.ir



نمودار ۱. روند تغییرات کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در دو گروه مداخله آموزشی و گروه شاهد



نمودار ۲. روند تغییرات عملکرد کلی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در دو گروه مداخله آموزشی و گروه شاهد

بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری با استفاده از مدل Hotelling's Trace که در جدول ۲ مشاهده می‌شود. میانگین نمره عملکرد کلی در مراحل پی‌گیری شروع، ۳ ماه و ۶ ماه پس از مطالعه اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ($F_{(۲/۷۳)}$ = ۱/۸۲ ،P = ۰/۱۶۸)، ولی بین دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($F_{(۱/۷۴)}$ = ۷۵/۱ ،P < ۰/۰۰۱)، اما میانگین نمره کیفیت زندگی در مراحل پی‌گیری بیماران، اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت. بین گروه شاهد و مداخله نیز نشان دهنده بهبود آن در گروه مداخله بود که دارای اختلاف معنی‌دار است (P < ۰/۰۰۱) (جدول ۲). به علاوه، میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه‌های چهارگانه ارتباطات بین فردی، سودمندی، پایه‌های شخصیت و فعالیت‌ها و اهداف مشترک نشان دهنده افزایش میانگین نمره در گروه مداخله آموزشی و کاهش نمره در گروه شاهد بود (نتایج نشان داده نشده است). نظر به این که اثر خصوصیات دموگرافیک از قبیل سن، جنس، تحصیلات و تعداد دفعات بستری در مدل معنی‌دار نشد؛ از این رو متغیرهای مذکور در مدل نهایی حذف گردید.

www.mui.ac.ir

جدول ۲. نتایج تحلیل آزمون واریانس چندگانه با تکرار کیفیت زندگی و عملکرد کلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی طی مراحل شروع مطالعه، ۳ ماه و ۶ ماه بعد در دو گروه مداخله آموزشی و گروه شاهد

		Hoteling's Trace	F-test	d.f.	P
کیفیت زندگی:	مراحل پی‌گیری	۰/۴۴۵	۱۶/۲	(۷۳ و ۲)	< ۰/۰۰۱
	اثر مداخله	_	۱۴۱/۴	(۷۴ و ۱)	< ۰/۰۰۱
عملکرد کلی:	مراحل پی‌گیری	۰/۰۵	۱/۸	(۷۳ و ۲)	۰/۱۶۸
	اثر مداخله	_	۷۵/۱	(۷۴ و ۱)	< ۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

نمره عملکرد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در این مطالعه از طریق مقیاس سنجش عملکرد کلی GAF ارزیابی شد. نتایج نشان داد که میانگین نمره آن در گروه مداخله افزایش یافته است. گرچه در گروه شاهد میانگین نمره عملکرد کلی در ابتدای طرح نسبت به گروه مداخله پایین‌تر بود، اما در این گروه در طی ۶ ماه پی‌گیری همراه با افت بوده است. هر چند نمره میانگین عملکرد کلی در بین مراحل پی‌گیری تفاوت معنی‌داری نداشت؛ ولی در بین گروه مداخله و گروه شاهد این تفاوت معنی‌دار و به نفع گروه مداخله بود. این مسأله می‌تواند مطرح کننده این نکته باشد که این قبیل مداخله‌ها در پی‌گیری‌های طولانی‌تر تأثیرگذاری قابل توجه‌تری دارند و این مطلب با نتیجه‌ای که در کارآزمایی بالینی تصادفی شده Kemp و همکاران بر روی ۷۴ بیمار اسکیزوفرنی با روش مشابه مطالعه فعلی انجام شد و میزان عملکرد بیماران از طریق GAF به دست آمد، هماهنگی دارد (۱۶).

از طرفی اگرچه به نظر می‌رسد که زمان، عامل مهمی در اخذ نتایج می‌باشد، اما در مطالعه‌ای مشابه که پی‌گیری بیماران پس از انجام مداخله آموزش متابعت درمانی به مدت ۲ سال انجام شد، بهبود عملکرد کلی بیماران به دست نیامد (۲۲). از این رو می‌توان به این نکته رسید که ممکن است عوامل مؤثر دیگر بر میزان عملکرد این بیماران تأثیر داشته باشد که می‌توان به ماهیت بیماری، سطح عملکرد قبلی و دفعات عود آن اشاره کرد (۱۱).

نتایج مطالعه فعلی نشان داد که مداخلات آموزشی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در طی ۶ ماه منجر به بهبود کیفیت زندگی، که با پرسش‌نامه QOLS سنجیده شد، در بین مراحل و همین طور در کل بیماران شد. اگرچه انتظار می‌رود که کیفیت زندگی بیماران پس از یک دوره حاد بیماری و افت علایم و بازگشت به شبکه حمایتی خانواده بهبود یابد که شاید توجیه مناسبی برای بهبود آن در گروه شاهد است؛ اما همان طور که نتایج نشان می‌دهد، این میزان در گروه مداخله مشهودتر بود و بین دو گروه این اختلاف معنی‌دار است.

این نتایج با آن چه در متون به عنوان مداخلات غیر دارویی و تأثیر آن بر بهبود کیفیت زندگی اشاره دارد دارای هماهنگی است و این لزوم مداخلات غیر دارویی را در کنار دارو درمانی مشخص می‌کند (۲۳).

در مطالعه‌ای دیگر که روش ارایه آموزش متفاوت بوده است، توسط پرستاران آموزش دیده در هنگام بستری بیمار انجام شد و ویزیت‌های خانگی در مورد آن‌ها صورت گرفت، شناخت بیمار در مورد خود و بیماری و افکارش را افزایش داد تا با این کار مصرف داروهایش منظم گردد و کیفیت زندگی وی در حد مطلوبی حفظ شود (۱۰).

بدون شک اساس درمان در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، درمان دارویی می‌باشد که گزارش‌ها حاکی از آن است که به صورت تقریبی ۷۰ درصد از آنان با انواع مختلف داروهای ضد جنون وارد مرحله بهبودی شده اند، با حفظ درمان نگه‌دارنده نسبت به بیمارانی که درمان را قطع می‌کنند، دچار عودهای کمتری می‌گردند (۷). ولی نتایج مطالعه فعلی و سایر مطالعات مشابه بر اهمیت و تأثیر این قبیل مداخلات آموزشی به بهبود عملکرد کلی و کیفیت زندگی بیش از پیش تأکید می‌کنند. ضمن این که مداخلات مشابه در خلال آموزش متابعت درمانی و در اصطلاح افزایش پذیرش دارویی بیماران نشان دادند که کیفیت زندگی بیمار و عملکرد کلی وی بهبود یافت (۲۷-۲۴).

www.mui.ac.ir

اگرچه بعضی مطالعات تأثیر قطعی آموزش متابعت درمانی را بر کیفیت زندگی و عملکرد کلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را تأیید نمی‌کنند، اما باز هم به تأثیر احتمالی آن در صورت مداخله‌ای طولانی‌تر اشاره می‌کنند (۷)

از این‌رو با وجود نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد که انجام این قبیل مداخلات شامل آموزش‌های روانی- اجتماعی و پی‌گیری‌های طولانی‌تر در گروه‌های بزرگ‌تری از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی جهت حل این تناقضات و پاسخ به این قبیل سؤالات ضروری است. مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی از قبیل دسترسی به بیماران بعد از ترخیص و همین طور عدم توافق تعدادی از بیماران برای جلسات آموزشی در بیمارستان، نیز بود. بنابراین در همراهی با پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که در مداخلات روان‌شناختی مربوط به بیماران اسکیزوفرنی علاوه بر مداخله‌های در زمان بستری، پی‌گیری‌های بعد از ترخیص شامل درمان‌های روان‌شناختی جهت حفظ درمان‌های دارویی در فاز بهبودی باشد.

سپاسگزاری

لازم است از تمامی بیماران و خانواده محترم آن‌ها که در این مطالعه شرکت کردند تشکر و قدردانی شود. همچنین از پرسنل بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان خورشید که صمیمانه در طول این تحقیق ما را یاری دادند، کمال سپاسگزاری را داریم.

References

1. Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM, Kessler RC. Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1996; 53(11): 1022-31.
2. Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. Can J Psychiatry 2002; 47(9): 833-43.
3. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 467-96.
4. Kane JM, Correll CU. Past and present progress in the pharmacologic treatment of schizophrenia. J Clin Psychiatry 2010; 71(9): 1115-24.
5. Mehrabi T, Afshar H, Omranifard V. The investigation of different domains of life quality in schizophrenia. Journal of Research in Behavioural Sciences 2007; 5(1): 23-7. [In Persian].
6. Eack MS, Newhill EC. Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. Oxford Journals 2007; 33(5): 1225-37.
7. McIntosh AM, Conlon L, Lawrie SM, Stanfield AC. Compliance therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2006; 3: CD003442.
8. Pedersen J, Aarkrog T. A 10-year follow-up study of an adolescent psychiatric clientele and early predictors of readmission. Nord J Psychiatry 2001; 55(1): 11-16.
9. Csernansky JG, Schuchart EK. Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia: effects of second generation antipsychotics. CNS Drugs 2002; 16(7): 473-84.
10. Tay SC. Compliance therapy: an intervention to improve inpatients' attitudes toward treatment. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 2007; 45(6): 29-37.
11. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 1460-1.
12. Maneesakorn S, Gournay K, Gray R. An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. Journal of Clinical Nursing 2007; 16(7): 1302-12.
13. Ruggeri M, Bisoffi G, Fontecedro L, Warner R. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach: the South Verona outcome project 4. Br J Psychiatry 2001; 178: 268-75.
14. Ritsner M, Modai I, Endicott J, Rivkin O, Nechamkin Y, Barak P et al. Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. J Clin Psychiatry 2000; 61(11): 880-9.
15. Hwang SS, Lee JY, Cho SJ, Lee DW, Kim YS, Jung HY. The model of the relationships among the predictors of quality of life in chronic stage of schizophrenia. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2009; 33(7): 1113-8.

www.mui.ac.ir

16. Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. Br J Psychiatry 1998; 172: 413-419.
17. Gray R, Leese M, Bindman J, Becker T, Burti L, David A, et al. Adherence therapy for people with schizophrenia. European multicentre randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2006; 189: 508-514.
18. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. Psychiatry Research 1988; 23(1): 99-110.
19. Kalate Jari M, Bagheri H, Hasani M. The effect of aerobics on quality of life in schizophrenia. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2007; 9(3): 28-36.
20. Meltzer HY, Burnett S, Bastani B, Ramirez LF. Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. Hosp Community Psychiatry 1990; 41(8): 892-7.
21. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. Schizophr Bull 1984; 10(3): 388-98.
22. O'Donnell C, Donohoe G, Sharkey L, Owens N, Migone M, Harries R, et al. Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. BMJ 2003; 327(7419): 834.
23. Serretti A, Mandelli L, Bajo E, Cevenini N, Papili P, Mori E, et al. The socio-economical burden of schizophrenia: a simulation of cost-offset of early intervention program in Italy. Eur Psychiatry 2009; 24(1): 11-16.
24. Alonso J, Croudace T, Brown J, Gasquet I, Knapp MRJ, Suárez D, et al. Health-related quality of life (HRQL) and continuous antipsychotic treatment: 3-year results from the schizophrenia health outcomes (SOHO) study. Value in Health 2009; 12(4): 536-43.
25. Barbui C, Kikkert M, Mazzi MA, Becker T, Bindman J, Schene A,et al. Comparison of patient and clinician perspectives in the assessment of antipsychotic medication adherence. Psychopathology 2009; 42(5): 311-7.
26. Barretto EM, Kayo M, Avrichir BS, Sa AR, Camargo MG, Napolitano IC, et al. A preliminary controlled trial of cognitive behavioral therapy in clozapine-resistant schizophrenia. J Nerv Ment Dis 2009; 197(11): 865-8.
27. Byerly MJ, Fisher R, Carmody T, Rush AJ. A trial of compliance therapy in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry 2005; 66(8): 997-1001.

www.mui.ac.ir

The effect of compliance therapy on quality of life and global function of schizophrenic patients

Zahra Jannesari[1], Victoria Omranifard[2], Mohammad Reza Maracy[3], Sanaz Soltani[4]

Abstract

Aim and Background: Schizophrenia is a chronic psychiatric disease that has an important effect on patients' quality of life (QOL) and their function. The goal of this study was to evaluate the effect of compliance therapy on quality of life and global function of schizophrenic patient.

Methods and Materials: In this randomized controlled trial 76 remission patients with schizophrenia were recruited in Noor Hospital, Isfahan, Iran, between 2008-9. The patients were randomly allocated into the compliance therapy intervention group and the controls with the equal sample size of 38 participants. First group was on compliance therapy every 15 days (8 sessions), then monthly and 2nd group was on usual treatment. Quality of life and global function of studied patients were assessed using a questionnaire at the beginning of study, 3 mounts, and 6 mounts after the intervention. ANOVA repeated measure was conducted to analyses the data.

Findings: The means score of both global function and QOL were significantly higher in the intervention group in comparison with the controls. The mean score of quality of life was 101.2 ± 17.2 and 44.8 ± 15.6 in the intervention and control groups, respectively ($P < 0.001$). The Mean score of global function in the intervention group and control groups was 72.4 ± 11.4% and 44.3 ± 13%, respectively, 6th months after intervention ($P < 0.001$).

Conclusions: Compliance therapy had proper effect on the quality of life and global function of schizophrenic patients and it seems that such interventions including mental training and longer follow-up is necessary for these patients.

Keywords: Schizophrenia, Compliance therapy, Quality of life, Global function, Education.

Type of article: Original

Received: 08.12.2009 *Accepted: 08.07.2010*

1. Resident, Behavioral Research Center, Department of Psychiatry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2. Assistant Professor, Behavioral Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3. Associate Professor, Behavioral Research Center, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)
Email: maracy@med.mui.ac.ir
4. Department of Clinical Psychology, The University of Isfahan, Isfahan, Iran.