

بررسی تاثیر بکارگیری برنامه آموزشی بر خود مدیریتی دارویی بیماران مبتلا به صرع: یک مطالعه کار آزمایی بالینی

محمدعلی یادگاری^۱، ناهید دهقان نیری^۲، منصوره علی اصغرپور^۳، لادن ناصح^{۳*}

^۱ دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران؛ ^۲ دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ ^۳ دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۲۲ اصلاح نهایی: ۹۲/۳/۳۰ تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۱۶

چکیده:

زمینه و هدف: عدم تبعیت از رژیم دارویی در بیماران مبتلا به صرع منجر به افزایش مرگ و میر در این بیماران می شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر بکارگیری برنامه آموزشی بر خود مدیریتی دارویی بیماران مبتلا به صرع انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه کار آزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل بود که بر روی ۶۰ بیمار مبتلا به صرع مراجعه کننده به درمانگاه نورولوژی بیمارستان ولیعصر (عج) شهر زنجان انجام شد. نمونه گیری به روش آسان بوده و واحدهای مورد پژوهش به طور تصادفی در دو گروه کنترل (۳۰) و مداخله (۳۰) قرار گرفتند. برای گروه مداخله ۴ جلسه آموزشی در قالب دو مرحله آشناسازی و حساس سازی با محتوی بیماری صرع و خودمدیریتی دارویی برگزار گردید. کلیه بیماران پرسشنامه خودمدیریتی دارویی بیماران مبتلا به صرع را قبل و یک ماه بعد از مداخله تکمیل کردند.

یافته ها: درحالی که قبل از مداخله بین دو گروه از نظر مشخصات فردی و نمرات خودمدیریتی دارویی تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ($P > 0/05$)؛ یک ماه بعد از مداخله بین میانگین نمرات خودمدیریتی دارویی دو گروه اختلاف آماری معنی داری به وجود آمد که حاکی از افزایش خودمدیریتی دارویی در بیماران گروه مداخله بوده است ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: پرستاران می توانند با استفاده از آموزش گروهی که روشی ساده و بسیار کم هزینه است؛ خودمدیریتی بیماران مبتلا به صرع را در زمینه داروهای مصرفی افزایش داده و بدین ترتیب از بسیاری از مشکلات این افراد پیشگیری کرده و به ارتقاء سلامتی آن ها کمک نمایند.

واژه های کلیدی: آموزش، خودمدیریتی، تبعیت از رژیم دارویی، صرع.

مقدمه:

بالا بودن شرایطی که منجر به آسیب های مغزی می شود (بدون احتساب تشنج ناشی از تب) دو برابر است (۳،۲). ۱ تا ۲ درصد جمعیت آمریکا نیز به بیماری صرع مبتلا می باشند (۴).

صرع فقط یک بیماری جسمی نیست بلکه ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی زندگی فرد را تحت تاثیر قرار داده (۵) و اثرات زیانبار اجتماعی-اقتصادی فراوانی را بر جا می گذارد. حال آنکه با کنترل مناسب حملات صرع می توان از بسیاری از آثار زیانبار آن جلوگیری کرد. مهمترین و اساسی ترین

صرع، شایعترین بیماری مزمن عصبی پس از سردرد است که با حملات عود کننده تشنجی مشخص می شود. این بیماری یک اختلال شدید مغزی است که در تمام نژادها، طبقات اجتماعی و ملیت ها دیده می شود (۱). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت بیش از ۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان از صرع رنج می برند و سالانه ۲/۴ میلیون نفر به تعداد آنها افزوده می شود. در کشورهای توسعه یافته، میزان بروز صرع سالانه ۴۰ تا ۷۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر است. این میزان در کشورهای در حال توسعه به علت

* نویسنده مسئول: شهرکرد- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد- تلفن: ۰۳۸۱-۳۳۳۵۶۴۸، E-mail: ladan.naseh@gmail.com

به عقیده Dilorio و همکاران، درمان مناسب صرع شامل بسیاری از حقایق دیگر در کنار دارو درمانی می باشد. آن ها ضمن تبیین خودکارآمدی بیماران صرعی، عقیده خود را در قالب برنامه خود مدیریتی عنوان کرده اند (۱۳). به نظر Kobau و Dilorio تطابق روانی اجتماعی و رفتاری با بیماری، منجر به کنترل حملات و افزایش کیفیت زندگی بیماران می شود (۱۴). منظور از تطابق رفتاری، تبعیت از رژیم دارویی، داشتن خواب و تغذیه کافی و کاهش استرس بوده در حالیکه تطابق روانی اجتماعی به معنای سازگاری با از دست رفتن استقلال، برچسب اجتماعی بیماری صرع (انگ) و شرم می باشد که در مجموع کلیه این تطابق ها خودمدیریتی فرد را مشخص می کنند (۱۵).

بطور کلی خود مدیریتی در بیماران مزمن شامل تبعیت از رژیم دارویی و در پیش گرفتن یک سبک زندگی بهداشتی است که باعث می شود بیماران نقش موثری را در درمان بیماری شان داشته باشند (۱۴). صرع نیز یک بیماری مزمن عصبی است (۳) و همانند دیگر بیماری های مزمن با زندگی عادی و روزمره فرد تداخل کرده و نیاز به برنامه های خودمدیریتی دارد. به طوری که از سال ۲۰۰۳، خودمدیریتی به عنوان هسته اصلی درمان و مراقبت از صرع شناخته شده است (۱۶).

استراتژی های خودمدیریتی باعث درک بهتر بیماری، تبعیت از رژیم درمانی و افزایش آگاهی و مهارت بیماران می شود و با حفظ و ارتقای سلامتی و کاهش پیامدهای صرع در ارتباط است (۱۷) از طرفی یکی از مهمترین اجزای خودمدیریتی، خودمدیریتی دارویی است (۱۵). درمان دارویی صرع، اساس درمان برای اغلب بیماران مبتلا به صرع است که موفقیت این روش درمانی ارتباط مستقیمی با پذیرش بیماری و تبعیت از رژیم دارویی توسط بیمار دارد (۱۸). چنانکه نتایج یک بررسی در کشور آمریکا نشان داد که ۷۱ درصد بیماران مبتلا به صرع حداقل یکبار در ماه مصرف داروی خود را فراموش می کنند و احتمال

درمان صرع؛ دارو درمانی است و در سال های اخیر نیز تعداد داروهای ضد صرعی که توسط انجمن غذا و دارو تأیید شده به طور چشمگیری افزایش یافته است. با این وجود هنوز ۳۰ تا ۳۵ درصد از بیماران مبتلا به صرع، حملاتشان با دارو درمانی هم کنترل نمی شود (۴). بر اساس نتایج بررسی های انجام شده، شایع ترین علت تکرار حملات صرع و تشنج های مداوم و مکرر، عدم پذیرش رژیم دارویی توسط بیماران مبتلا و یا قطع خودسرانه این داروها است (۱).

در متون مختلف، تعاریف متعددی از تبعیت از رژیم دارویی ارائه گردیده است. در یک تعریف جامع، تبعیت از رژیم دارویی به صورت «مصرف داروهای تجویز شده در زمان و مقدار صحیح، به خاطر داشتن صحیح زمان و مقدار مصرف آنها و ادامه مصرف آن ها در طول مدت تجویز شده» آورده شده است (۶). شواهد حاکی از آن است که عدم تبعیت از رژیم دارویی، یک مشکل اساسی در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن می باشد (۷). عدم تبعیت از رژیم دارویی نه تنها اثرات درمان را کاهش می دهد بلکه بار مالی مربوط به بیماری های مزمن را می افزاید (۸،۹). صرع نیز یک بیماری مزمن است و عدم تبعیت از رژیم دارویی یکی از مشکلات درمان آن می باشد. همانطور که مشخص شده بین ۳۰ تا ۶۰ درصد از بیماران مبتلا به صرع تبعیت مناسبی از رژیم دارویی شان ندارند (۱۰). نتایج مطالعات نشان می دهد که ارتباط قابل توجهی بین تبعیت از رژیم دارویی و کنترل حملات صرع وجود دارد. در یک مطالعه که بیماران مبتلا به صرع بصورت خود اظهاری تبعیت از رژیم دارویی را بیان کرده بودند؛ ۸۰ درصد آن ها قادر به کنترل حملاتشان با حداقل عوارض جانبی بودند (۱۱). در مطالعه دیگری، مرگ و میر بیماران مبتلا به صرع که تبعیت مناسبی از رژیم دارویی نداشتند، در مقایسه با بیماران دارای تبعیت مناسب از رژیم دارویی، سه برابر بود (۱۲). از طرفی

فراموش کردن وعده ی دارویی با تعداد داروهای مصرفی ارتباطی مستقیم دارد. همچنین این نتایج نشان داد که ۴۵ درصد بیمارانی که مصرف داروی خود را فراموش کرده اند دچار حمله ی صرع می شوند و مشخص شده که عدم رعایت رژیم درمانی باعث افزایش ۱۱ درصدی بستری مجدد در بیمارستان، افزایش ۴۷ درصدی مراجعه به اورژانس و افزایش معنادار هزینه های بهداشتی می شود (۱۹).

بدیهی است تقویت خودمدیریتی دارویی بیماران نیاز به تدوین و اجرای برنامه های آموزشی دارد. به خصوص آن که برنامه های آموزشی در بیماران مبتلا به صرع، بیشتر بر روی دانش بیماری و مراقبت از خود تأکید کرده اند و کمتر بر روی آموزش دارویی آن ها متمرکز شده اند (۲۰). دانش ناکافی بیماران در مورد ماهیت بیماری منجر به بروز رفتارهای بهداشتی نامناسب، مراعات ناکافی، عود حملات صرعی و در نتیجه افزایش بستری مجدد آن ها می شود و این مشکلی اساسی در درمان بیماران مبتلا به صرع به حساب می آید. بر این اساس و با توجه به اینکه در بین اعضای مختلف تیم درمانی، پرستاران به علت تماس نزدیک و مداوم با بیماران، نقش کلیدی را در امر آموزش به آن ها دارند؛ این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه ی آموزشی بر خودمدیریتی دارویی بیماران مبتلا به صرع انجام گرفت.

روش بررسی:

این پژوهش یک مطالعه مداخله ای و از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده بود. جامعه پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به صرع مراجعه کننده به بیمارستان ولیعصر (عج) دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۹۰ تشکیل دادند که بین ۱۸ تا ۷۰ سال سن داشتند، مبتلا به صرع اولیه بودند، داروهای ضد صرع مصرف می کردند، حداقل یک حمله در طی یکسال اخیر داشته و دارای سواد خواندن و نوشتن بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل نیاز بیمار به مراقبت

ویژه، شرکت همزمان در سایر مطالعات و داشتن حتی یک جلسه غیبت در کلاس آموزشی بود. در مجموع ۶۰ بیمار مبتلا به صرع که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند؛ به روش نمونه گیری آسان وارد مطالعه شدند. این بیماران پس از تکمیل اطلاعات پایه، بصورت تصادفی در دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند. جهت تخصیص تصادفی نمونه ها بین دو گروه، نمونه اول با قرعه کشی در گروه مداخله قرار گرفت و پس از آن نمونه ها به صورت یک در میان در گروه ها قرار داده شدند. نمونه گیری این پژوهش حدوداً یک ماه طول کشید. لازم به ذکر است رعایت اخلاق پژوهش از طریق اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران، جلب موافقت مدیریت بیمارستان ولیعصر (عج) زنجان برای انجام پژوهش و کسب رضایت نامه آگاهانه کتبی از نمونه های واجد شرایط جهت شرکت در مطالعه پس از توضیح هدف مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات اخذ شده و دادن حق خروج از مطالعه به آن ها در هر زمانی که بخواهند؛ میسر شده بود.

بعد از قرار گرفتن بیماران در دو گروه مداخله و کنترل، گروه مداخله برنامه آموزش جامع را دریافت کردند. بدین منظور ابتدا برای آن ها مرحله آشناسازی در هفته اول طی یک جلسه آموزشی یک ساعته اجرا شد که اقدامات این مرحله شامل معرفی پژوهشگر به بیماران و شفاف سازی انتظارات وی در مراحل مختلف مطالعه، همچنین مشخص نمودن انتظارات و توقعات بیماران، تعیین و توافق در مورد اوقات ملاقات حضوری یا تلفنی (از تلفن صرفاً جهت یادآوری و صحبت های ضروری استفاده گردید) و ذکر اهداف و چگونگی امکان برقراری ارتباط بود. سپس مرحله حساس سازی با هدف شناخت ماهیت بیماری، عوارض (زودرس و دیررس)، محدودیت های بیماری، درگیرسازی بیمار با مشکل مزمن و مدیریت دارودرمانی با توجه به نیازهای وی اجرا گردید. در این مرحله بیماران در شش گروه

می باشد. دامنه نمرات ابزار از حداقل ۱۰ تا حداکثر ۵۰ بوده و میزان خودمدیریتی دارودرمانی بیمار با توجه به نمره کسب شده به سه طبقه پایین (۳۰-۱۰)، متوسط (۴۰-۳۱) و بالا (۵۰-۴۱) تقسیم می گردد.

روایی ابزار بر اساس اعتبار محتوی و صوری تعیین شد. بدین صورت که پژوهشگر با کمک اساتید راهنما و یک مترجم مسلط به زبان های انگلیسی و فارسی، با استفاده از روش ترجمه باز ترجمه، تطبیق فرهنگی و سنجش استفهام مبتلایان، نسخه فارسی پرسشنامه مذکور را تهیه و آن را در اختیار ۸ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی تهران و ۲ نفر از اساتید دانشگاه علوم بهزیستی تهران قرار داد و پس از استفاده از نظرات و اصلاحات پیشنهاد شده آنان، روایی محتوای ابزار مورد تأیید قرار گرفت. سپس جهت بررسی روایی صوری، ابزار در اختیار ۱۰ بیمار مبتلا به صرع قرار گرفت و از آنها در مورد روانی و قابل درک بودن گویه های ابزار سوال شد و تغییرات لازم داده شد. پایایی ابزار نیز با استفاده از روش آزمون مجدد تأیید گردید. برای انجام آزمون مجدد؛ پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از بیماران واجد شرایط مطالعه تکمیل گردید. سپس بعد از گذشت دو هفته مجدداً پرسشنامه جهت پاسخگویی در اختیار همان بیماران قرار گرفت. در پایان مقدار آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۳۸ و برای بخش خودمدیریتی دارویی ۰/۷۱۶ بدست آمد.

متغیرهای اصلی پژوهش شامل آموزش (متغیر مستقل) و خودمدیریتی دارویی (متغیر وابسته) بودند. از آمار توصیفی جهت تجزیه و تحلیل داده ها و از آمار استنباطی به منظور مقایسه دو گروه و بررسی تأثیر آموزش بر خود مدیریتی دارویی بیماران استفاده شد. بنابراین برای مقایسه دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک از آزمون کای دو و برای مقایسه میزان خود مدیریتی دارویی در هر یک از گروه ها (قبل و بعد از مداخله) از آزمون تی زوجی و برای مقایسه میزان خودمدیریتی دارویی دو گروه در یک زمان، از آزمون آماری تی مستقل استفاده شد. محاسبات

(گروه های ۶-۴ نفره) قرار گرفتند و به منظور ارتقای خودمدیریتی، مداخله آموزش گروهی را طی ۳ جلسه دو ساعته در هفته های دوم، سوم و چهارم دریافت کردند. ضمناً مداخله توسط خود پژوهشگر در کلاسی که در داخل بیمارستان قرارداداشت اجرا شد و مطالب آموزشی به وسیله اسلایدها، سخنرانی و کتابچه آموزشی طراحی شده ارائه گردید. در طول این مدت گروه کنترل هیچ برنامه آموزشی را از طرف پژوهشگر یا بیمارستان دریافت نکردند و فقط طبق روند جاری و رویکردهای مراقبتی روتین مورد پیگیری قرار گرفتند. لازم به ذکر است جهت رعایت اخلاق پژوهش، پس از اتمام مطالعه به گروه کنترل نیز کتابچه آموزشی داده شد.

در این مطالعه محتوای آموزشی، شامل دو بخش بود. بخش اول مطالبی در خصوص جنبه های پزشکی صرع، از جمله تعریف صرع، توصیف حملات صرعی، انواع حملات، مشاهده و طبقه بندی آن و علت و تشخیص که در جلسه اول ارائه گردید. همچنین در جلسه اول یک کتابچه آموزشی که شامل محتوای برنامه آموزشی بود در اختیار گروه مداخله قرار گرفت. بخش دوم محتوای آموزشی که در سه جلسه بعدی ارائه گردید شامل اطلاعاتی درباره ارتقای خودمدیریتی دارو درمانی بیماران بود. یک ماه پس از اتمام مداخله ارزشیابی نهایی (پس آزمون) به عمل آمد.

در این مطالعه جهت گردآوری داده ها از دو پرسشنامه استفاده شد: ۱- پرسشنامه مشخصات فردی و بیماری ۲- پرسشنامه خودمدیریتی دارویی بیماران مبتلا به صرع که بخشی از مقیاس ۳۸ گویه ای خودمدیریتی بیماران مبتلا به صرع بود و در سال ۲۰۱۰ توسط Dilorio و همکاران مورد استفاده قرار گرفته است (۱۳). در این پژوهش از بخش خودمدیریتی دارویی این پرسشنامه (شامل ۱۰ سوال) استفاده شد. سوالات با مقیاس لیکرت از ۱ «هرگز» تا ۵ «همیشه» امتیاز بندی می شود و امتیاز بالاتر نشان دهنده بکارگیری بیشتر مهارت های خود مدیریتی

آماري مورد نظر برای اطلاعات بدست آمده در این تحقیق در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام پذیرفت.

یافته ها:

در این مطالعه نیمی از بیماران گروه مداخله زن و اکثر بیماران گروه کنترل (۵۳/۳٪) مرد بودند. میانگین سنی بیماران در هر دو گروه ۲۵/۵ سال بود. اکثر بیماران گروه مداخله (۶۳/۳٪) و گروه کنترل (۶۰٪) مجرد بودند. ۴۳/۳٪ از بیماران گروه مداخله و ۴۰٪ از بیماران گروه کنترل شاغل بودند. سطح تحصیلات ۴۶/۷٪ از بیماران گروه مداخله و ۴۳/۳٪ از بیماران گروه کنترل دیپلم و بالاتر بودند. اکثر بیماران گروه مداخله (۶۶/۷٪) و گروه کنترل (۵۳/۳٪) وضعیت اقتصادی متوسط داشتند. از نظر مشخصات بیماری؛ سن شروع تشنج در اکثر بیماران گروه مداخله (۵۳/۳٪) و گروه کنترل (۵۶/۷٪) بین ۱۳-۲۲ سال بود. در ۹۶/۷٪ از بیماران هر دو گروه تشنج ها از نوع عمومی بود. ۴۳/۳٪ از بیماران گروه مداخله و ۴۶/۷٪ از بیماران گروه کنترل یک بار حمله تشنج در سال گزارش نمودند. در اکثر بیماران گروه مداخله (۵۳/۳٪) و نیمی از بیماران گروه

کنترل آخرین حمله تشنج، در عرض یک ماه اخیر بود. اکثریت بیماران گروه مداخله (۶۶/۷٪) و گروه کنترل (۷۳/۳٪) تحت درمان با رژیم یک دارویی بودند.

در مورد میزان خودمدیریتی دارویی بیماران مبتلا به صرع قبل از مداخله، آزمون ناپارامتری کولموگراف اسمیرنوف نشان داد که میانگین نمره خودمدیریتی دارویی بیماران در گروه مداخله و کنترل یکسان بوده و دو گروه از این نظر همگن بوده اند ($P=0/26$). بعد از مداخله، نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که بین دو گروه از نظر نمره خود مدیریتی دارویی، اختلاف معنادار آماری وجود دارد ($P<0/001$). همچنین استفاده از آزمون تی زوجی نشان داد که در گروه کنترل، قبل و بعد از برنامه آموزشی از نظر نمره کلی خود مدیریتی دارویی تفاوت آماری معناداری وجود نداشته است ($P=0/361$) و در گروه مداخله، قبل و بعد از مداخله، از نظر نمره کلی خودمدیریتی دارویی تفاوت آماری معناداری بدست آمد ($P<0/001$) (جدول شماره ۱). مقایسه قبل و بعد از آموزش در گروه کنترل $T=0/929$ ، $P=0/361$ و در گروه مداخله $P<0/001$ ، $T=3/18$ می باشد.

جدول شماره ۱: مقایسه میزان خود مدیریتی دارویی بیماران مبتلا به صرع در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

نتیجه آزمون	مداخله	کنترل	گروه ها
KS= ۱/۰۱ و P=۰/۲۶۰	۵/۸۹±۴۲/۲	۴۲/۵±۵/۸۳	قبل از آموزش
T=۳/۵۹ و P<۰/۰۰۱	۴۶/۴۶±۳/۵۴	۴۱/۶۳±۵/۶۷	بعد از آموزش

مقادیر خودمدیریتی به صورت میانگین±انحراف معیار بیان شده اند.

بحث:

این نظر اختلاف معناداری با یکدیگر نداشته اند. مشابه با این یافته ها، در مطالعه مقطعی که McAuley^۲ و همکاران (۲۰۰۸) تحت عنوان «بررسی رفتارهای خودمدیریتی و تبعیت از رژیم دارویی در بیماران مبتلا به صرع» نمرات خودمدیریتی دارویی بیماران با نتایج

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی بر خودمدیریتی دارویی بیماران مبتلا به صرع طراحی شده بود. نتایج نشان داد که قبل از مداخله میزان خودمدیریتی دارویی بیماران مبتلا به صرع در هر دو گروه مداخله و کنترل بالا بوده و همچنین دو گروه از

مطالعه حاضر در قبل از مداخله هم خوانی دارد (۱۵). در مطالعه حاضر در مورد بالا بودن خود مدیریتی بیماران در هر دو گروه، قبل از مداخله می توان گفت که خودمدیریتی در برگیرنده دانش، عقاید، رفتارهای خود تنظیمی و توانایی مدیریت شرایط مزمن و اجرای رفتارهای بهداشتی توسط افراد می باشد (۲۱) و با توجه به اینکه در این مطالعه درصد قابل توجهی از افراد هر دو گروه از نظر تحصیلات حداقل دارای مدرک دیپلم و بالاتر بوده اند؛ شاید آن ها قبلاً از طریق مطالعات فردی (مثلاً مطالعه جزوات آموزشی خاص بیماران صرعی، بروشورهای دارویی و غیره) دانش خود درباره بیماری صرع و رفتارهای بهداشتی مناسب برای کنترل بیماری را افزایش داده و از این طریق به خودمدیریتی بالایی در زمینه بیماری صرع و دارودرمانی آن رسیده اند.

همچنین یافته های مطالعه نشان داد که بین گروه مداخله و کنترل در نمره خود مدیریتی بعد از مداخله، اختلاف آماری معنی داری وجود دارد و با وجود اینکه در نمرات خودمدیریتی گروه مداخله، قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معناداری مشاهده شد ولی نمرات خودمدیریتی بیماران گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون، تفاوت آماری معناداری پیدا نکرد. از این یافته ها می توان نتیجه گرفت که برنامه آموزشی گروهی منجر به بهبود رفتارهای خودمدیریتی دارویی در بیماران مبتلا به صرع شده و گروه مداخله در خلال برنامه توانسته اند مهارت های خودمدیریتی دارویی شان را ارتقاء دهند. در این رابطه می توان به تحقیق Dilorio و همکاران در سال ۲۰۱۱ اشاره کرد. در این تحقیق که به بررسی نتایج برنامه آموزش اینترنتی بر خودمدیریتی بیماران مبتلا به صرع پرداخته شده بود، بعد از ۶ هفته مداخله

آموزشی میزان تبعیت از رژیم دارویی (خودمدیریتی دارویی) در بیماران گروه مداخله بطور معناداری افزایش یافت (۲۲). پژوهش LIU و همکاران هم نشان داد که میزان آگاهی دارویی و تبعیت از رژیم دارویی بیماران مبتلا به صرع پس از مطالعه جزوه دارویی بطور معنی داری افزایش می یابد (۲۳). در یک مطالعه مروری که به منظور بررسی تأثیر برنامه های آموزشی و حمایتی در بیماران مبتلا به صرع انجام شده بود؛ مداخله آموزش روانی- اجتماعی در ۳ مطالعه باعث افزایش خودمدیریتی دارو درمانی و در یک مطالعه سبب افزایش تبعیت از رژیم دارویی (خودمدیریتی دارو درمانی) شده بود (۲۴). در یک مطالعه بررسی تأثیر برنامه خودمدیریتی بر کنترل داروهای ضد انعقاد و کیفیت زندگی در بیماران تعویض دریچه آئورت نشان داد که تبعیت از رژیم دارویی در گروه مداخله بطور معنی داری افزایش می یابد (۲۵). همچنین در مطالعه ای که در آن مداخله آموزشی بصورت کتابچه بود، سبب افزایش اطلاعات دارویی بیماران صرعی گردید اگرچه این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نبود (۲۳). با این حال نتایج مطالعه ای که در آن میزان خودمدیریتی دارویی بیماران پس از انجام مداخله تلفنی در گروه مداخله، نسبت به گروه کنترل از نظر آماری معنادار نبوده است با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۲۶). به نظر می رسد حجم کم نمونه ($n=22$) و طرح مطالعه که برای سنجش اثر مداخله نبود و یا عدم همخوانی مداخله با ابزار اندازه گیری دلیل تفاوت نتایج این مطالعات باشد. همچنین متفاوت بودن روش آموزش در پژوهش فعلی با مطالعه مذکور می تواند دلیل مهمی برای مغایرت نتایج دو مطالعه باشد چرا که با در نظر گرفتن مزیت های آموزش حضوری و از طرفی مشکلات آموزشی و یادگیری در بیماران مبتلا به

کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

از آنجایی که نتایج مطالعه نشان داد که آموزش گروهی به عنوان روشی ساده و بسیار کم هزینه می تواند در افزایش خودمدیریتی دارویی بیماران صرعی موثر باشد؛ لذا پیشنهاد می شود مدیران پرستاری و سوپروایزرهای آموزشی با کمک پرستاران، نسبت به برگزاری کلاس های آموزشی گروهی و همچنین تهیه کتابچه های آموزشی برای بیماران صرعی توجه بیشتری مبذول نمایند تا در نهایت به هدف بزرگ بهبود کیفیت زندگی بیماران صرعی در آینده برسیم.

تشکر و قدردانی:

پژوهشگران بدین وسیله کمال تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهرکرد، مدیریت و همکاران پرستاری بیمارستان ولی عصر (عج) شهر زنجان و همچنین کلیه بیماران عزیز شرکت کننده در این پژوهش اعلام می دارند.

صرع، بدیهی است استفاده از آموزش چهره به چهره که در این مطالعه از آن بهره گرفته شده است، می تواند مزایای خیلی بیشتری نسبت به آموزش از طریق تلفن داشته باشد.

نتیجه گیری:

پرستاران به علت تماس نزدیک و مداوم با بیماران بستری، نقشی کلیدی را در امر آموزش به آنها دارند. آن ها می توانند با استفاده از آموزش گروهی که روشی ساده و بسیار کم هزینه است، خودمدیریتی بیماران را در زمینه مصرف داروها افزایش داده و بدین ترتیب از بسیاری از مشکلات آن ها پیشگیری کرده و به ارتقاء سلامتی شان کمک نمایند. با توجه به اینکه در این پژوهش اثر آموزش خودمدیریتی دارویی بیماران، یک ماه پس از اتمام مداخله سنجیده شد، لذا جهت نهادینه شدن تغییر رفتار در بیماران مبتلا به صرع، انجام پژوهشی مشابه با دوره های پیگیری شش ماهه و یک ساله پیشنهاد می گردد.

منابع:

1. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Medical Surgical Nursing. 11th ed: Philadelphia: Lippincott; Williams & Wilkins. 2008; 2196-2197.
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs999/en/>: Available at . World Health Organization. Retrieved November 22: 2010.
3. Buelow JM. Epilepsy management issues and techniques. Journal of Neuroscience Nursing. 2001 Oct; 33(5): 260-9.
4. Kwan P, Brodie MJ. Early identification of refractory epilepsy. New England Journal of Medicine. 2000 Feb 3; 342(5): 314-9.
5. Baker GA, Jacoby A, Gorry J, Doughty J, Ellina V, Group S. Quality of life of people with epilepsy in Iran, the Gulf, and Near East. Epilepsia. 2005 Jan; 46(1): 132-40.
6. Donovan JL, Blake DR. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? Social Science and Medicine. 1992 Mar; 34(5): 507-13.
7. O'Brien MK, Petrie K, Raeburn J. Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. Medical Care Review. 1992 Winter; 49(4): 435-54.
8. Dunbar-Jacob J, Mortimer-Stephens MK. Treatment adherence in chronic disease. Journal of Clinical Epidemiology. 2001 Dec; 54 Suppl 1: S57-60.
9. Breen R, Thornhill JT. Noncompliance with medication for psychiatric disorders: reason and remedies. Central Nervous System Drugs. 1998; 9(6): 457-471.
10. Davis KL, Candrilli SD, Edin HM. Prevalence and cost of nonadherence with antiepileptic drugs in an adult managed care population. Epilepsia. 2008 Mar; 49(3): 446-54.

11. Cereghino JJ, McNamara J, Gendelsohn ES, Porter R, Wannemaker BB. How to recognize and classify seizures. Landover, MD: Epilepsy foundation of America.1981.
12. Faught E, Duh MS, Weiner JR, Guerin A, Cunnington MC. Nonadherence to antiepileptic drugs and increased mortality: findings from the RANSOM Study. *Neurology*. 2008 Nov 11; 71(20): 1572-8.
13. DiIorio C, Faherty B, Manteuffel B. The development and testing of an instrument to measure self-efficacy in individuals with epilepsy. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1992 Feb; 24(1): 9-13.
14. Kobau R, DiIorio C. Epilepsy self-management: a comparison of self-efficacy and outcome expectancy for medication adherence and lifestyle behaviors among people with epilepsy. *Epilepsy Behavior*. 2003 Jun; 4(3): 217-25.
15. McAuley JW, McFadden LS, Elliott JO, Shneker BF. An evaluation of self-management behaviors and medication adherence in patients with epilepsy. *Epilepsy Behavior*. 2008 Nov; 13(4): 637-41.
16. Austin JK, Carr DA, Hermann BP. Living Well II: a review of progress since 2003. *Epilepsy Behavior*. 2006 Nov; 9(3): 386-93.
17. Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*. 2004 Oct 23-29; 364(9444): 1523-37.
18. Martiniuk AL, Speechley KN, Secco M, Campbell MK, Donner A. Evaluation of an epilepsy education program for Grade 5 students: a cluster randomized trial. *Epilepsy Behavior*. 2007 Jun; 10(4): 604-10.
19. Nakhutina L, Gonzalez JS, Margolis SA, Spada A, Grant A. Adherence to antiepileptic drugs and beliefs about medication among predominantly ethnic minority patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2011 Nov; 22(3): 584-6.
20. Seals TD, Keith MR. Influence of patient information leaflets on anticonvulsant drug compliance in prison. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 1997 Nov 15; 54(22): 2585-7.
21. Fraser RT, Johnson EK, Miller JW, Temkin N, Barber J, Caylor L, et al. Managing epilepsy well: self-management needs assessment. *Epilepsy & Behavior*. 2011 Feb; 20(2): 291-8.
22. DiIorio C, Bamps Y, Walker ER, Escoffery C. Results of a research study evaluating WebEase, an online epilepsy self-management program. *Epilepsy & Behavior*. 2011 Nov; 22(3): 469-74.
23. Liu L, Yiu CH, Yen DJ, Chou MH, Lin MF. Medication education for patients with epilepsy in Taiwan. *Seizure*. 2003 Oct; 12(7): 473-7.
24. Mittan RJ. Psychosocial treatment programs in epilepsy: a review. *Epilepsy & Behavior*. 2009 Nov; 16(3): 371-80.
25. Soliman Hamad MA, van Eekelen E, van Agt T, van Straten AH. Self-management program improves anticoagulation control and quality of life: a prospective randomized study. *European journal of cardio-thoracic surgery*. 2009 Feb; 35(2): 265-9.
26. DiIorio C, Reisinger EL, Yeager KA, McCarty F. A telephone-based self-management program for people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2009 Jan; 14(1): 232-6.

The effect of educational program on drugs self-management in patient with epilepsy- A randomized clinical trial

Yadegary MA¹, Dehghan-Naeyeri N², Ali-asgharpoor M², Naseh L^{3*}

¹Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran; ²Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ³Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

Received: 12/May/2013 Revised: 20/June/2013 Accepted: 7/Sep/2013

Background and aims: Having no adherence to medication regimen in patients suffering from Epilepsy is lead to an increased mortality rate in these patients. The present study evaluated the effect of educational program on drugs self-management in patient with epilepsy.

Methods: This study was a randomized clinical trial with control group. The samples (n=60) were selected from the neurology clinic of Valiasr hospital in Zanjan. The patients were randomly assigned into the intervention (n=30) and the control (n=30) groups. The intervention group received four educational sessions with the two stages of continuous care model that including epilepsy and self-management plan. All patients completed the epilepsy self-management scale pre intervention and one month post intervention.

Results: There was no statistically significant difference in demographic characteristics and drugs self-management scores between two groups. After intervention; there were a Significant statistical difference between the epilepsy drug self-management scores in intervention and control groups ($p < 0.001$) and the intervention group showed an increase in their drug self-management.

Conclusion: Nurses can increase the drug self-management of epileptic patients by using the simple and inexpensive technique of group education and thus avoid from many problems of these patients and help to improve their health.

Keywords: Education, Drug self-management, Medication adherence, Epilepsy.

Cite this article as: Yadegary MA, Dehghan-Naeyeri N, Aliasgharpoor M, Naseh L. The effect of educational program on drugs self-management in patient with epilepsy- A randomized clinical trial. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2013; 2(3): 86-94.

*Corresponding author:

Shahrekord Universtiy of Medical Sciences, Shahrekord Iran, Tel: 00983813335648,
E-mail: ladan.naseh@gmail.com