

* مقدمه :

عدم پذیرش داروآزمشکلات شایع بالینی است.^(۴) پذیرش، ادامه رفتار منطبق با توصیه‌های بهداشتی است و شامل توانایی بیمار برای پی‌گیری برنامه تعیین شده، دریافت داروی تجویز شده، ایجاد تغییرات توصیه شده در روش زندگی و کامل کردن بررسی‌های توصیه شده است.^(۹) به طور معمول یک سوم بیماران از درمان پیروی می‌کنند، یک سوم گاهی اوقات پیروی می‌کنند و یک سوم هرگز از درمان پیروی نمی‌کنند.^(۴) اصطلاح عدم پذیرش به عدم هماهنگی با طرح درمانی گفته می‌شود.^(۱۰) میزان عدم پذیرش دارودرمانی ۱۳ تا ۹۳ درصد و به طور متوسط ۴۰ درصد گزارش شده است.^(۹) توقف دارودرمانی، خطر عود زودرس را دو برابر می‌کند.^(۳) عدم پذیرش دارو یک عامل اصلی در بستری شدن بیمار روانی است.^(۱۱) نتایج بالقوه ناشی از پذیرش ضعیف، تأخیر در بهبود بیماری حاد، پیشرفت بیماری‌های مزمن و نیاز به درمان‌های پیشرفته است.^(۹) کاهش کیفیت زندگی، احساس بی‌قدرتی و کاهش اعتماد به نفس به دنبال عدم پذیرش رخ می‌دهد.^(۱۲) عواملی که سبب کاهش پذیرش دارو می‌شود عبارت‌اند از: نیاز به تغییر وسیع در شیوه زندگی، افزایش تعداد و پیچیدگی دستورها، عوارض جانبی داروها، ترس از وابستگی دارویی، فقدان حمایت خانواده و دوستان، درمان طولانی مدت، وجود پرخاشگری به عنوان یکی از ویژگی‌های بیماری، فقدان برگشت علائم در صورت توقف دارو، برابر گرفتن دریافت دارو با بیماری، هذیان مداوم، عدم ارزیابی دارودرمانی به وسیله کارکنان، آموزش ناکافی به بیمار و خانواده، سابقه عدم پذیرش، انزوای اجتماعی، قیمت بالای دارو، تسکین علائم هدف، افکار خودکشی، عود یا تشدید علائم بالینی، احساس سوگ یا بی‌ارزشی و انکار بیماری.^(۱۳و۱۴)

بیماری‌های روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و هیچ فردی در مقابل آن مصونیت ندارد و این خطری است که بشر را به طور مرتب تهدید می‌کند.^(۱) شواهد همه‌گیرشناسی نشان داده است که ۵/۷ درصد بالغین آمریکایی بالای ۱۸ ساله به اختلال‌های روانی جدی مبتلا هستند.^(۲) در مطالعه نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) ۲۱/۵ درصد افراد ۱۵ ساله و بالاتر مناطق شهری تهران دچار اختلال روانی بودند.^(۳)

اختلال روانی یک سندرم یا الگوی رفتاری یا روان‌شناختی مهم بالینی است که با ناراحتی یا ناتوانی همراه می‌شود. فرد پاسخ سازگار قابل پیش‌بینی برای وقایع خاص نشان نمی‌دهد و ارتباط شخص با جامعه محدود می‌شود.^(۴)

در حال حاضر بیماری‌های روانی به دو صورت جسمی و روانی درمان می‌شوند.^(۵) یکی از انواع درمان‌های جسمی، دارودرمانی است.^(۴) دارودرمانی درمان مؤثر و مطمئنی است که به افراد کمک می‌کند به سطح قبلی عملکرد و بهبود کیفیت زندگی دست یابند.^(۶) در اواسط قرن بیستم دارودرمانی اختلال‌های روانی، میدان اصلی پژوهش و کار بالینی شد.^(۴) داروها بر اساس اختلال‌های روانی به داروهای ضد سایکوز، ضد اضطراب، ضد افسردگی و ضد مانیا تقسیم می‌شوند. داروهایی که در هر گروه قرار می‌گیرند اثرات، عملکرد، عوارض جانبی و ملاحظات پرستاری مشابهی دارند.^(۷) ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران به دنبال ترخیص از بیمارستان تحت دارودرمانی قرار می‌گیرند.^(۸) متأسفانه هیچ بیماری درمان ایده‌آل دریافت نمی‌کند، بیمارانی که فقط به دارودرمانی متکی هستند ممکن است در دریافت دارو شکست بخورند که سبب طولانی شدن بیماری آنها می‌شود.^(۶)

بخشش بود: بخش اول اطلاعات دموگرافیک، بخش دوم سؤال‌های مربوط به بیماری و بخش سوم سؤال‌های مربوط به درمان. اطلاعات از طریق مصاحبه و بررسی داده‌های موجود در پرونده بیمار تکمیل شد. جهت تعیین اعتبار ابزار از روش اعتبار محتوا و به منظور تعیین اعتماد برگه اطلاعاتی از روش آزمون مجدد استفاده و $I=0/88$ محاسبه شد. جهت تعیین اعتماد فهرست‌وارسی از روش پایایی مشاهده‌گر استفاده و $I=0/93$ محاسبه شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری تی، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

* یافته‌ها :

۵۲ درصد افراد مورد مطالعه مرد و ۵۶ درصد مجرد بودند. ۵۰ درصد سن کمتر از ۳۰ سال و ۴۳ درصد تحصیلات راهنمایی و دبیرستان داشتند. ۳۱ درصد بی‌کار بودند و ۳۱ درصد درآمد ماهیانه تا ۵۰۰ هزار ریال داشتند. ۹۷ درصد افراد با خانواده زندگی می‌کردند و ۵۱ درصد یک عضو خانواده مبتلا به بیماری روانی داشتند. ۸۱ درصد تحت پوشش بیمه قرار داشتند. ۹۱ درصد در مورد دارودرمانی آموزشی دریافت نکرده بودند و ۴۷ درصد نام داروهای خود را نمی‌دانستند. ۴۲ درصد مبتلا به اختلال دوقطبی بودند. ۷۷ درصد سابقه بستری داشتند و ۶۸ درصد به مدت ۷ تا ۱۴ روز در بیمارستان بستری بودند. بیماری ۴۶ درصد افراد در سن ۱۰ تا ۱۹ سالگی شروع شده بود و ۷۰ درصد بیش از سه سال بود که به بیماری روانی مبتلا بودند. ۸۵ درصد به بیماری جسمی مبتلا نبودند و ۷۰ درصد داروی دیگری غیر از داروی روان‌گردان مصرف نمی‌کردند.

۶۰ درصد نمونه‌ها هذیان داشتند و بیش‌ترین فراوانی هذیان، ۳۰ درصد خودبزرگ‌بینی و ۳۰

پذیرش دارودرمانی، طول مدت بستری و هزینه غیرمستقیم بیماری را کاهش می‌دهد و کیفیت زندگی را اصلاح می‌کند.^(۱۵) مداخله‌های موفق در پذیرش دارودرمانی عملکرد بیمار را در جامعه بهبود می‌بخشد و ثبات خانوادگی، رضایت‌مندی و عدم وابستگی را به دنبال دارد.^(۱۱) جهت اصلاح پذیرش مددجو باید دلایل عدم پذیرش را برای ادامه طرح درمان شناخت و برای رفع آنها برنامه‌ریزی کرد.^(۱۰) لذا این مطالعه به منظور تعیین عوامل مؤثر بر پذیرش دارودرمانی بیماران بستری در بخش روان بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام شد.

* مواد و روش‌ها :

این مطالعه توصیفی همبستگی در سال ۱۳۸۰ بر روی ۱۰۰ بیمار روانی بالای ۱۸ سال که تشخیص بیماری روانی برای آنها داده شده بود و قادر به برقراری ارتباط با پژوهش‌گر بودند، انجام شد. بیماران از بیمارستان‌های امام حسین و طالقانی به صورت مبتنی بر هدف و در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از برگه اطلاعاتی و فهرست‌وارسی تهیه شده توسط پژوهش‌گر استفاده شد.

فهرست‌وارسی جهت تعیین میزان پذیرش دارودرمانی طراحی شد. در این تحقیق پژوهش‌گر دارو خوردن هر بیمار را سه بار مورد مشاهده قرار داد. میانگین نمره محاسبه شده از فهرست‌وارسی در سه بار مشاهده ملاک میزان پذیرش دارودرمانی بیمار بود. برای پذیرش دارودرمانی سه سطح در نظر گرفته شده بود: نمره ۶ تا ۸ پذیرش خوب، نمره ۳ تا ۵/۹۹ پذیرش نسبی و نمره صفر تا ۲/۹۹ پذیرش ضعیف.

برگه اطلاعاتی حاوی سؤال‌های مربوط به عوامل مؤثر بر پذیرش دارودرمانی و شامل سه

۷۰ درصد از ارتباط با پزشک و ۷۶ درصد از ارتباط با پرستار راضی بودند. ۸۵ درصد مورد حمایت خانواده قرار می‌گرفتند و ۶۲ درصد واحدهای مورد پژوهش نگرش مثبت نسبت به دارودرمانی داشتند. پذیرش دارودرمانی در ۷۷ درصد افراد خوب، ۲۰ درصد نسبی و ۳ درصد ضعیف بود و میانگین نمره پذیرش ۶/۷ محاسبه شد. از عوامل فردی شغل با $p=0/02$ ، از عوامل مربوط به بیماری، هذیان پوچی با $p=0/001$ و از عوامل مربوط به درمان، عارضه خواب آلودگی با $p=0/03$ با پذیرش دارودرمانی رابطه معنی‌داری داشتند (جدول‌های شماره ۱ تا ۳).

درصد گزند و آسیب بود. ۴۱ درصد عادت به مصرف سیگار و ۱۷ درصد سابقه سوء مصرف مواد داشتند. ۵۲ درصد افکار خودکشی داشتند که از بین آنها ۳۳ درصد اقدام به خودکشی کرده بودند. ۲۱ درصد بصیرت به بیماری و درمان نداشتند. ۸۹ درصد آنتی‌سایکوتیک مصرف می‌کردند. ۸۷ درصد سه مرتبه در روز دارو دریافت و ۶۱ درصد بیش از سه دارو مصرف می‌کردند. ۵۶ درصد سابقه قطع مصرف دارو داشتند و ۴۱ درصد درمان‌های غیردارویی دریافت کرده بودند. ۸۲ درصد عوارض دارویی به خصوص عارضه خشکی دهان (۵۷ درصد) را تجربه کرده بودند. دارو درمانی در زندگی ۴۹ درصد افراد تغییری ایجاد نکرده بود.

جدول ۱ - فراوانی نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان پذیرش دارودرمانی و شغل

کل نمونه	بازنشسته	بیکار	شغل آزاد	کارگر	خانه دار	کارمند	شغل / میزان پذیرش
۷۷	۴	۲۳	۱۵	۶	۲۱	۸	خوب
۲۰	۱	۵	۳	۳	۳	۵	نسبی
۳	۰	۳	۰	۰	۰	۰	ضعیف
۱۰۰	۵	۳۱	۱۸	۹	۲۴	۱۳	جمع
۶/۷۲±۱/۵۱	۶/۹۸±۱/۱۲	۶/۰۵±۲/۰۵	۷/۳۸±۰/۹۲	۶/۲۷±۱/۲۶	۷/۲±۰/۹	۶/۷±۱/۲۸	میانگین
df=۵ F=۲/۷۸ P=۰/۰۲							نتایج آزمون

نتایج آزمون $t = ۳/۳$ $p = ۰/۰۰۱$ $df = ۹۸$

جدول ۳- فراوانی نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان پذیرش دارودرمانی و عارضه خواب‌آلودگی

خواب‌آلودگی / میزان پذیرش	بلی	خیر
خوب	۲۲	۵۵
نسبی	۱۲	۸
ضعیف	۱	۲
جمع	۳۵	۶۵

جدول ۲- فراوانی نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان پذیرش دارودرمانی و هذیان پوچی

هذیان پوچی / میزان پذیرش	خیر	بلی
خوب	۷۶	۱
نسبی	۲۰	۰
ضعیف	۲	۱
جمع	۹۸	۲
میانگین	۶/۷۹±۱/۳۹	۳/۳±۳

آموزش ارتباط معنی‌داری با پذیرش نشان ندادند.

پذیرش دارو در جنس زن کمتر است، در حالی که برخی مطالعه‌ها نشان داده‌اند بین پذیرش دارودرمانی و جنس ارتباطی وجود ندارد.^(۱۷و۱۸و۱۹) پذیرش دارو در افراد پیر بیش‌تر است و سن پایین عاملی مؤثر بر عدم پذیرش دارو است.^(۱۸و۱۶) در مطالعه کلوم و همکاران بیمارانی که سن ۶۰ سال و بیش‌تر داشتند، پذیرش بهتری نسبت به بیماران جوان داشتند.^(۱۷) در حالی سایر مطالعه‌ها نیز نتیجه این پژوهش را تأیید می‌کنند.^(۱۸و۱۹) ایوان می‌نویسد: پذیرش دارو در افراد متأهل بیش‌تر است. اما در پژوهش‌های کیک و کلوم ارتباط معنی‌داری بین وضع تأهل و پذیرش دارو وجود نداشت. سطح تحصیلات پایین بر پذیرش دارو تأثیر می‌گذارد.^(۱۸و۱۷) پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده‌اند ارتباطی بین پذیرش دارو و سطح تحصیلات را نشان نداده‌اند.^(۲۰و۱۸) نتایج این پژوهش نشان داد که پذیرش دارو در افراد بی‌کار از بقیه کمتر است. کیک می‌نویسد: وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین بر پذیرش دارو تأثیر می‌گذارد و پذیرش دارو در وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین کمتر است.^(۱۹و۱۸و۱۶) کلوم و همکاران در مطالعه خود نتیجه گرفتند که عدم استخدام و نداشتن شغل سبب پذیرش ضعیف می‌شود.^(۱۷) پژوهش‌های دیگری نشان داد که وضعیت استخدام ارتباط مهمی با پذیرش درمان ندارد.^(۱۹و۱۸) ایوان می‌نویسد: بیمارانی که در منزل با خانواده زندگی می‌کنند، نسبت به آنها که تنها هستند، پذیرش بهتری به دارو دارند.^(۱۶) بیمارانی که اعضای خانواده به ویژه همسر آنها در درمان درگیر شده است، تمایل به پذیرش بیش‌تری دارند.^(۹) کلوم و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که عوامل محیطی مثل مراقبت توسط اعضای خانواده در پذیرش دارو تأثیر دارد ولی این ارتباط معنی‌دار نبود. در مطالعه کلوم ارتباطی بین این عامل و پذیرش دارو وجود نداشت.^(۱۷) آموزش بیمار با بهبود سطح دانش، سبب رعایت درمان

۶/۹۵±۱/۴۱	۶/۲۹±۱/۶۲	میانگین
df = ۹۸	t = ۲/۱	p = ۰/۰۳
نتایج آزمون		

* بحث و نتیجه‌گیری :

این مطالعه نشان داد که اکثر افراد مورد مطالعه (۷۷ درصد) پذیرش دارودرمانی خوب داشتند. مراقبت دقیق از بیماران سبب بهتر شدن پذیرش می‌شود. شواهد نشان می‌دهد پذیرش بیماران بستری بیش‌تر از بیماران سرپایی و ترخیصی است.^(۱۶) در این مطالعه پذیرش دارودرمانی نسبت به بقیه مطالعه‌ها به طور قابل توجهی بیش‌تر بود که می‌تواند به دلیل نظارت و کنترل دقیق در بیمارستان باشد که بیماران خود را مجبور به مصرف دارو می‌بینند. همچنین در این مطالعه ۷۹ درصد افراد به بیماری و درمان بینش نسبی تا کامل و ۶۲ درصد آنها به دارودرمانی نگرش مثبت داشتند که این عوامل در پذیرش دارودرمانی نقش مهمی دارند. محیط درمانی بیمار نیز عاملی مؤثر بر پذیرش دارودرمانی است و بیماران بستری نسبت به افرادی که در جامعه زندگی می‌کنند، پذیرش بهتری دارند.^(۱۷)

در این مطالعه ۲۰ درصد افراد دارای پذیرش نسبی بودند که در صورت عدم نظارت دقیق در دارو دادن به آنها، مستعد پذیرش ضعیف هستند. در مطالعه کلوم و همکاران در مورد پذیرش دارودرمانی بیماران روانی ۶۰/۵ درصد بیماران پذیرش خوب، ۲۷ درصد پذیرش نسبی و ۱۲/۵ درصد پذیرش بد داشتند.^(۱۷) مطالعه دیگری نشان داد که ۲۴ درصد بیماران پذیرش کامل، ۲۸ درصد پذیرش نسبی و ۶۴ درصد عدم پذیرش داشتند.^(۱۸) در این مطالعه از بین عوامل فردی فقط شغل با پذیرش دارودرمانی همبستگی معنی‌دار داشت و سایر عوامل دموگرافیک مانند جنس، سن، وضعیت تأهل، درآمد ماهیانه، تنها زندگی کردن، سابقه خانوادگی بیماری و دریافت

پذیرش دارو در ارتباط است. این در حالی است که در مطالعه‌های مختلف ارتباطی بین این دو متغیر و همچنین بین سن شروع بیماری، مدت ابتلاء به بیماری روانی، وجود بیماری جسمی همزمان با بیماری روانی، سوء مصرف مواد، افکار خودکشی، بینش به درمان و پذیرش دارودرمانی مشخص نشد.^(۱۸،۱۷)

کولوم می‌نویسد: عدم پذیرش دارو به طور مکرر با تاریخچه سوء مصرف مواد همراه می‌شود.^(۱۷) یک مصرف سیگار و سوء مصرف مواد را بر پذیرش دارو مؤثر می‌داند.^(۱۸) در مطالعه روزنهک و همکاران، افرادی که تاریخچه‌ای از مصرف الکل یا کوکائین داشتند به مدت کوتاه‌تری دارو را مصرف کردند.^(۲۰)

در مطالعه حاضر بیماران مبتلا به هذیان پوچی پذیرش کمتری نسبت به دارو داشتند. کارسون می‌نویسد: احساس سوگ، بی‌ارزشی، شرم، خجالت، گرفتاری، مزاحمت و عقیده به این که دیوانه هستند بر پذیرش دارو تأثیر می‌گذارد.^(۶) ماردی می‌نویسد: فقدان بینش، انکار بیماری و درک منفی از بیماری از عوامل مؤثر بر پذیرش دارو هستند.^(۱۵) در یک مطالعه مشخص شد که ۴۵ درصد از بیمارانی که بینش داشتند، دارو را مصرف می‌کردند در حالی که فقط ۱۷ درصد از بیمارانی فاقد بینش داروی خود را مصرف می‌کردند.^(۱۶)

در این مطالعه از عوامل مربوط به درمان فقط عارضه خواب آلودگی با پذیرش دارودرمانی ارتباط معنی‌دار داشت و بقیه عوامل از جمله نوع دارو، مدت مصرف دارو، دریافت درمان غیردارویی، سابقه قطع مصرف دارو، دفعات مصرف دارو در روز، تعداد داروهای مصرفی در روز، ایجاد تغییر در زندگی، ارتباط با پزشک، ارتباط با پرستار و نگرش به درمان دارویی با پذیرش دارو در ارتباط نبود. در پژوهشی که کولوم و کیک انجام دادند، نتایج مشابهی به دست آمد.^(۱۸،۱۷)

به عقیده هابر و میلر درمان طولانی مدت سبب کاهش پذیرش می‌شود.^(۱۳) با گذشت زمان از شروع درمان میزان پذیرش کاهش می‌یابد. مطالعه بر روی ۷۳

نگه‌دارنده می‌شود.^(۱۹) توضیح به بیمار در مورد چگونگی عمل دارودریدن پیوستگی به درمان را افزایش می‌دهد.^(۱۴) اگر بیمار نام دارو و اثر آن را در بدن بداند پذیرش او افزایش می‌یابد.^(۴) این در حالی است که ۷۲ درصد از بیماران روانی داروهای خود را نمی‌شناسند و فقط ۸ درصد از بیماران روانی بستری نام، مقدار، جدول زمان‌بندی و اثرات مطلوب داروهای دریافتی خود را می‌دانند.^(۱) در یک مطالعه از ۲۳۳ بیمار در مدت کوتاهی بعد از ترخیص آنها، گزارش شد که نیمی از بیماران نام و مقدار داروهای روان‌گردانی را که دریافت می‌کردند و همچنین علت دریافت را نمی‌دانستند، حتی آنها که به طور فردی و گروهی آموزش‌هایی را طی بستری دریافت کرده بودند.^(۱۴) ارتباط مثبتی بین فقدان دانش در مورد دارودرمانی و شکست در دریافت دارو وجود دارد. آموزش این مشکل را برطرف کرده و طول مدت بستری را به حداقل می‌رساند.^(۲۱) در مطالعه‌ای که مک فرسون و همکاران انجام دادند نتیجه گرفتند که آموزش به بیمار تغییری در پذیرش درمان ایجاد نمی‌کند.^(۲۲)

در این مطالعه از بین عوامل مربوط به بیماری فقط وجود هذیان پوچی با عدم پذیرش دارو در ارتباط بود و عوامل دیگر از جمله نوع بیماری، سابقه بستری، سن شروع بیماری روانی، مدت ابتلا به بیماری روانی، طول مدت بستری، ابتلا به بیماری جسمی، مصرف داروهای غیر روان‌گردان، مصرف سیگار و سوء مصرف مواد، افکار خودکشی و بصیرت به بیماری و درمان با پذیرش دارودرمانی در ارتباط نبودند.

ایوان معتقد است: بین نوع بیماری روانی و عدم پذیرش ارتباط وجود دارد. پذیرش به ویژه در بیماران شیذوفرنی به طور خاص پارانوئید از بقیه بیماری‌ها کمتر است. همچنین در بیماران مانیا که هذیان بزرگ‌منشی دارند، پذیرش کم است. بیمارانی که بیماری آنها شدیدتر است به رژیم درمانی پیوستگی کمتری دارند.^(۱۶) چند مطالعه در این زمینه ارتباطی بین تشخیص بیمار و پذیرش دارو نشان نداد.^(۱۸،۱۷) بستری شدن‌های مکرر با

ارتباط پزشک و بیمار یا هماهنگ شدن پزشک و بیمار، کیفیت ارتباط پرستار و بیمار نقش چشمگیری در پیوستگی دارو دارد.^(۱۸ و ۱۴ و ۲۴) مطالعه کران و همکاران نشان داد که پذیرش خوب دارو به ارتباط مناسب بیمار و مراقبت‌دهنده وابسته است.^(۲۱)

نگرش بیمار در مورد رژیم درمانی تأثیر زیادی در انگیزه بیمار برای قبول رژیم درمانی دارد.^(۱۶) در مطالعه بوچانان مشخص شد که نگرش مثبت به دارو سبب پذیرش بهتر دارو می‌شود.^(۱۹)

بنابراین نتایج این مطالعه نشان داد که عواملی از جمله بی‌کاری، هذیان پوچی و عارضه خواب آلودگی نسبت به بقیه عوامل بیش‌تر با عدم پذیرش دارو در ارتباط هستند. پس کارکنان تیم پزشکی باید بیماران بستری فاقد شغل، دارای هذیان پوچی یا عارضه خواب آلودگی را به دقت از نظر پذیرش دارو کنترل کنند.

* مراجع :

۱. میلانی فر بهروز. بهداشت روانی. چاپ چهارم، تهران، نشر قومس، ۱۳۷۴، ۵۶
2. Keltner N, Schweck L H, Bostrom C. Psychiatric nursing. 3rd ed, Philadelphia, Mosby Co, 1999, 652-4
۳. نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی عباس. بررسی شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی شهر تهران. مجله پژوهشی حکیم، سال ۷۸، دوره ۲، شماره ۴، ۲۳-۲۱۲
4. Kaplan H I, Sadock. Synopsis of psychiatry. Bihavoral Sciences / Clinical Psychiatry. 8th ed, NewYerk, Williams and Willkins, 1997, 2235-521
۵. اسدی نوقابی احمدعلی، کیقباری سیف‌الله. روانپرستاری- بهداشت روان(۲). چاپ اول، تهران، انتشارات بشری، ۱۳۷۹، ۱۹
6. Carson V B. Mental health nursing, the nurse-patient Journey. 2th ed, Philadelphia, W B Saunders, 2000, 407-50

بیمار که ۱۶ درصد بیماران دارو را در طی هفته اول، ۴۱ درصد در هفته دوم، ۵۹ درصد در هفته سوم و ۶۸ درصد در هفته چهارم متوقف کردند.^(۱۶) استوارت ساندین می‌نویسد: سابقه عدم پذیرش بر پذیرش دارو تأثیر دارد.^(۱۴) یکی از عوامل کاهش پذیرش دارو پیچیدگی دستورات است.^(۱۳) جدول متعدد دارویی در روز سبب کاهش پذیرش می‌شود. بیماران رژیم ساده را بهتر می‌پذیرند. چنددارویی پذیرش بیمار را کاهش می‌دهد.^(۱۶ و ۱۴) افزایش تعداد دارو یکی از عوامل مؤثر بر پذیرش دارو است. تجربه ابتلا به عوارض دارویی، سبب کاهش پذیرش می‌شود.^(۱۳ و ۱۴) در این پژوهش بیماران که عارضه خواب آلودگی را تجربه کرده بودند، از بقیه نمونه‌ها پذیرش کمتری داشتند. در مطالعه لین از ۱۳/۳ درصد بیماران که عارضه خواب آلودگی را تجربه کرده بودند، ۵۰ درصد دارو را قبل از ۳۱ روز قطع کرده بودند در حالی که ۲۶/۹ درصد که خواب آلودگی شدید نداشتند، دارو را قطع نکرده بودند. در پژوهش فوق خشکی دهان، یبوست، تاری دید و تغییر در اشتها با پذیرش دارو در ارتباط نبود.^(۲۳) کران و همکاران در مطالعه خود نتیجه گرفتند که پذیرش خوب دارو به حداقل عوارض جانبی داروها وابسته است.^(۲۱) در پژوهش روزنهک و همکاران ارتباط معنی‌داری بین عوارض جانبی و پذیرش دارو وجود نداشت.^(۲۰) میس می‌نویسد: ارتباط روشنی بین عوارض جانبی و وقوع عدم پذیرش پیدا نشده است در تعدادی از گزارش‌ها بیماران که عوارض جانبی آنتی‌سایکوتیک‌ها را نشان می‌دادند پذیرش بهتری نسبت به آنها که عوارض ندارند داشتند.^(۲۴)

نیاز به تغییر وسیع در شیوه زندگی سبب کاهش پذیرش دارو می‌شود.^(۱۳) میزان تداخل درمان با روش زندگی بر پذیرش تأثیر دارد.^(۹) کران و همکاران در پژوهش خود نتیجه گرفتند که پذیرش خوب دارو به متناسب بودن جدول دارویی با روش زندگی وابسته است.^(۲۱) یکی دیگر از عوامل مؤثر بر پذیرش دارو درمانی، کیفیت ارتباط درمان‌گر با بیمار است.^(۱۳) نحوه

2000, 123-40

8. Rawlin R P, Williams S, Beck C K. Mental health psychiatric nursing. 3rd ed, Philadelphia, Mosby, 1993, 234-7

9. Jabson A. Health care affiliate. [Home Page]. [online]. [Http://www.google.com](http://www.google.com). 1March 2000

10. Morrison M. Foundation of mental nursing. Philadelphia, Mosby, 1997, 456-67

11. Sotriopoluos P, Potter K. A case study of psychiatric medication noncompliance. September 1999. [Online].

<http://www.google.com>. [No/Dec 2000]

12. Kuipers Y, Bell C, Davidhizar R, Fawley R. Knowledge and attitudes of chronic mentally ill patients before and after medication education. *J Adv Nurs* 1994; 20: 450-6

13. Haber Y, Miller K B, Mc Moahon L, Hoskin P. Comprehensive psychiatric Nursing. 5th ed, Philadelphia, Mosby, 1997, 291-341

14. Stuart G, Sundeen S Y. Principles and practice of psychiatric nursing. Philadelphia, Mosby, 1995, 174-5

15. Marder S R. Facilitating compliance with antipsychotic medication. *J Clin Psychiatry* 1999; 59(Suppl 3): 21-5

16. Evan L, Spelman M. The problem of noncompliance with drug therapy. *Drug* 1983; 25: 63-76

17. Colom F, Vita E, Marlinez Bran A, Reinares M, Benabare A, Casto C. Clinical factors associated with treatment

7. Bauer B, Hill S. Mental health nursing: an introductory text. Philadelphia, Saunders, noncompliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 2000; 34(1): 549-54

18. Keck P, Mcelory S L, Strakowski S M, Stanton S P, Kizer D L, Balistreri T M et al. Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(7): 292-7

19. Buchanan A. A two- year prospective study of treatment compliance in patient with schizophrenia. *Psycho Med* 1992; 22: 787-97

20. Rosenheck R, Chang S, Crame J, Xu W, Henderson W T, Choney D. Medication continuation and compliance: a comparison of patients treatment with clozapine and haloperidol. *J Clin Psychiatry*, 2000; 61(5): 382-6

21. Crane K, Kriby B, Kooperman D. Patient compliance for psychotropic medication: a group model for an expanding psychiatric in patient unit. *J Psychosoc Nurs* 1996; 34(1): 8-14

22. Macpherson R, Jerrom B, Hughes A. A controlled study of education about drug treatment in schizophrenia. *B J Psychiatry* 1996; 168: 709-14

23. Line E B H. The role of the primary care physician in patients adherence to antidepressant therapy. *Med Care* 1995; 33(1): 67-74

24. Meise U, Fluschhaeker W W, Gunther V, Kurz M. Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89(Suppl 382): 111-5