

مقاله مروری

ابعاد نظری و کاربردی تبعیت از درمان در بیماران: یک مطالعه مروری

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۰/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۸/۰۴

خلاصه

مقدمه

تبعیت از درمان یکی از مهم‌ترین موضوع‌ها در زمینه بیماری‌های جسمی و روانی است که در ایران توجه کمی به آن شده است. بسیاری از بیماران پایبند درمان نیستند و دستورات پزشک را نادیده می‌گیرند که باعث مشکلات اقتصادی، جسمی و فرهنگی برای فرد، خانواده و جامعه می‌شود. هدف از انجام این پژوهش بررسی ابعاد نظری و کاربردی تبعیت از درمان در نظام مراقبت سلامت بود.

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی تحلیلی است. بدین نحو که مقالات مرتبط با ادبیات نظری و پژوهشی مرتبط با پایبندی به درمان در پایگاه‌های اطلاعاتی Nursing index, Scholar Google, Elsevier, Scopus, Proquest psychinfo و کتاب‌های موجود در این زمینه جستجو شد. جستجوی مقالات در بازه زمانی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ میلادی و با استفاده از کلید واژه‌های تبعیت از درمان و بیمار و نظریه و الگو به صورت ترکیبی انجام شد.

نتایج

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داد که عدم تبعیت از درمان در بسیاری از اختلالات می‌تواند صدمات جبران ناپذیری را وارد نماید. مدل رفتاری اندرسون و مدل عقل سلیم از مدل‌های موجود در حوزه تبعیت از درمان است که می‌توانند استفاده‌های درمانی و کاربردی داشته باشند. کودکان، سالمندان و بیماران با مشکلات روانشناختی از جمله گروه‌هایی هستند که میزان تبعیت از درمان در میان آنها پایین است.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج حاصل، پزشکان و متخصصان باید با بکارگیری و اجرای مدل‌های تبعیت از درمان به تقویت آن در بیماران کمک کنند، چرا که عدم توجه به این پدیده به خصوص در برخی از گروه‌ها با پیامدهای منفی فردی و اجتماعی بسیاری همراه خواهد بود.

کلمات کلیدی

بیمار، تبعیت، درمان.

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

نیلوفر میکاییلی^۱

محمدعلی قاسمی نژاد^۲

سوسن سالاری^۳

زهرا ساکنی^{۴*}

۱- دکتری روانشناسی، دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اردبیل، اردبیل، ایران

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اردبیل، اردبیل، ایران

۳- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۴- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، کاشان، ایران

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، کاشان، ایران

Email: z_sakeni@yahoo.com

مقدمه

مشکل تبعیت از درمان (adherence) به چالشی بزرگ برای متخصصان پزشکی و دانشمندان علوم اجتماعی تبدیل شده است. تلاش این متخصصان برای اینکه بیمارانشان پایبند به توضیحات و توصیه‌ها مصرف دارو و رعایت رژیم‌های درمانی باشند، اغلب غیرموثر بوده است (۱، ۲). اگر چه مداخلات در زمینه تبعیت از درمان موفقیت‌هایی داشته (۳، ۴) اما به نظر می‌رسد، نیمی از آنها با شکست روبه رو بوده است (۵). علی‌رغم پیشرفت‌های بسیاری که در دهه گذشته در زمینه مداخلات پیروی از درمان صورت گرفته است، اما به نظر می‌رسد میزان پایبندی بدون تغییر باقی مانده است (۶). با وجود مشکلات بسیاری که در زمینه پیروی از درمان وجود دارد، تعداد قابل توجهی از بیماران از مداخلات پزشکی حداکثر استفاده را نمی‌برند. این عامل منجر به نتایج ضعیف درمانی، کیفیت پایین زندگی، افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی می‌شود (۶). تاثیر عدم تبعیت از درمان بیشتر بر دوش خود بیماران است و باعث پیشرفت و مزمن‌تر شدن بیماری در سراسر جهان خواهد شد. به نحوی که بیماران مزمن نیاز بیشتری به پیروی از درمان دارند (۷). بیان شده است که عدم پیروی از مصرف دارو باعث ایجاد بیش از ۱۰۰ میلیارد دلار هزینه‌های بهداشتی در سال می‌گردد. شیوع عدم پیروی از مصرف دارو و درمان بین ۱۸ تا ۷۱ درصد است و این می‌تواند دلیلی برای ۱۰ درصد از بستری شدن در بیمارستان‌ها و ۲۳٪ بستری شدن در خانه سالمندان باشد (۸، ۹). به نظر می‌رسد عدم پیروی از مصرف دارو ۴۳٪ از جمعیت عمومی و ۵۵٪ از افراد مسن و ۵۴٪ از کودکان و نوجوانان را در برمی‌گیرد (۱۰). میزان تبعیت از مصرف داروها در میان متخصصان پزشکی بالاتر بود و این میزان در کوتاه مدت ۷۷٪ و در طولانی مدت ۸۷٪ بود (۱۱). گزارش شده کسانی که به مصرف داروهای خود پایبند هستند، ۲۰٪ نتیجه بهتری دریافت می‌کنند (۱۲).

تحقیقات گسترده‌ای در زمینه تبعیت از درمان در زمینه اختلالات روانشناختی و جسمانی انجام شده و هنوز ادامه دارد.

یافته این مطالعات در اختلالات و بیماری‌های گوناگونی مانند مصرف مواد و اختلال دو قطبی (۱۳)، سرطان (۱۴)، صرع (۱۵)، فیل کتونوریا (۱۶)، دیابت (۱۷) و بسیاری از اختلالات گویای اهمیت تبعیت از درمان در بین بیماران از هر گروهی است و عدم تبعیت از درمان با پیامدهای فردی و اجتماعی متعددی همراه است. همانطور که ذکر شد سالانه دولت‌ها و نظام‌های بهداشتی، هزینه‌های زیادی را صرف درمان بیماری‌های مختلف می‌نمایند که این عامل باعث تحمیل هزینه‌های سرسام آور بر دوش بیماران و خانواده‌های آنها شده است. بنابراین لازم است که به این پدیده توجه ویژه‌ای شود. سیستم‌های مراقبت بهداشتی در ایران سالانه یارانه‌های سرسام آوری به این گونه بیماری‌ها اختصاص می‌دهد، تا باری را از دوش بیماران بردارند (۲۳). تبعیت از درمان یعنی بیمار چقدر دستورالعمل‌های پزشک را در راستای بیماری خود دنبال می‌کند (۲۴). این تعریف تا حدودی توسط سازمان بهداشت جهانی گسترش یافت و رفتار، رعایت رژیم غذایی، ایجاد تغییرات در شیوه زندگی ناشی از توافق بین بیمار و ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی، در بر می‌گیرد (۲۵، ۷). مفهوم تبعیت از درمان به عنوان یک امر غیر قضاوت‌گونه در نظر گرفته شده است و این به عنوان مشاهده واقعیت است نه به عنوان یک عامل سرزنش بیمار. گاهی اوقات، عدم پایبندی در واقع معقول است و به منظور جلوگیری از صدمه و یا آسیب بکار می‌رود و در نهایت بیماران این اختیار را دارند که از درمان خود امتناع کنند (۲۶).

متأسفانه در زمینه تبعیت از درمان در میان بیماران جسمی و روانی تحقیق و پژوهش کافی انجام نشده است، تا بتوان چالش‌های موجود در این زمینه را شناسایی کرد. تعداد تحقیقات انجام شده در این زمینه خیلی اندک است. مطالعات انجام شده در ایران شامل مطالعه پدیدار شناختی تبعیت از درمان در بیماران دیابتی (۱۸)، بیماران ایدز (۱۹)، متغیرهای روانشناختی تبعیت از درمان در میان بیماران همودیالیز (۲۰) و اثربخشی آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری بر پیروی از درمان و کنترل قند خون (۲۱)، تبعیت از درمان در بیماران دیالیزی (۲۲)

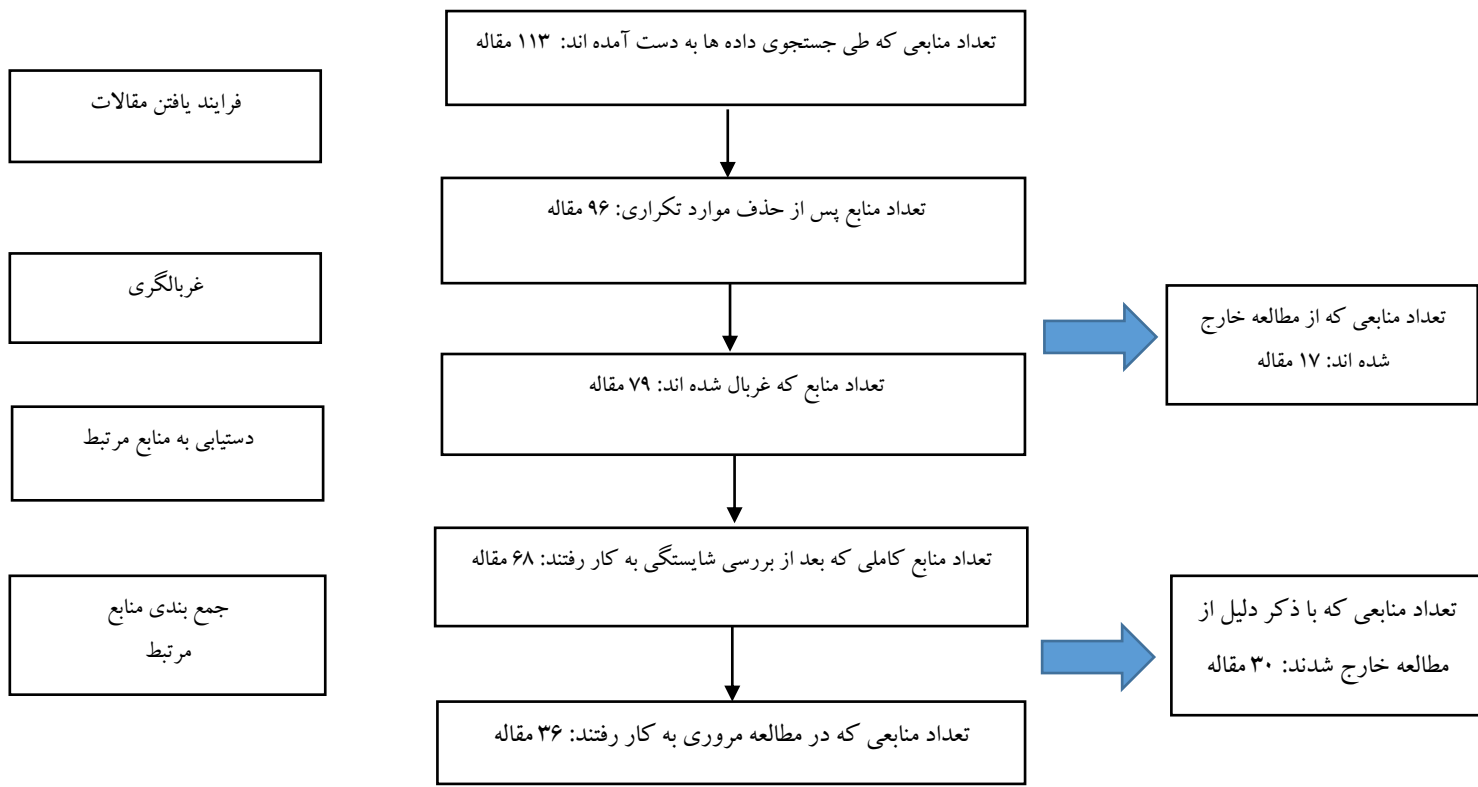
مدل‌های موجود برای افزایش تبعیت از درمان برای افزایش آگاهی نظام مراقبت سلامت و به خصوص پزشکان پرداخته شود.

روش کار

روش این مطالعه، از نوع مطالعات مروری نظام مند می‌باشد. به نحوی که محقق با بررسی موضوع پژوهش و مشخص نمودن مفاهیم عمده آن در کتب و مقالات منتشر شده سعی در ارائه این موضوع و اهمیت آن داشت. پژوهشگر در ابتدا با بررسی پایگاه‌های اطلاعاتی Nursing index، Scholar Google، Elsevier، Proquest psychinfo، Scopus و کتاب‌های چاپ شده در این زمینه، مطالب مرتبط را بررسی نمود و با مشخص شدن نظریه‌های مختلف در مورد افزایش تبعیت از درمان، مهم‌ترین نظریه‌های مطرح در این زمینه را معرفی نمود. جستجوی مقالات در بازه زمانی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ میلادی و با استفاده از کلید واژه‌های تبعیت از درمان و بیمار و نظریه و الگو به صورت ترکیبی انجام شد. در نهایت مقالات و کتاب‌هایی که تبعیت از درمان و مهم‌ترین نظریه‌ها و الگوهای مطرح در این زمینه انتخاب شدند. در نهایت از مجموع ۱۱۳ مقاله و کتاب به دست آمده، تعداد ۳۶ منبع که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل: مطالعه در حوزه تبعیت از درمان، قرار داشتن در محدودیت زمانی مورد نظر، تمرکز مطالعه بر الگوها و نظریات و مسائل مربوط به تبعیت از درمان و دسترسی به متن کامل مقاله و کتاب بودند. در نمودار زیر به مراحل و فرایند گزینش مقالات مورد مطالعه اشاره شده است.

است. قرائن موجود نشان می‌دهد که میزان تبعیت از درمان در ایران ضعیف است، به نحوی که استفاده خودسرانه از دارو بالا است و ایران رتبه ۲۰ مصرف دارو در جهان و در آسیا بعد از چین مقام دوم را دارا است (۲۳). از طرف دیگر عدم پیروی از دستورات پزشک باعث تفریط در این زمینه شده و طبق شواهد موجود درصد بالایی از ایرانیان، به دستورات پزشک و رعایت رژیم درمانی بهایی نمی‌دهند و زود درمان را رها می‌کنند که برای بسیاری از بیماران کلیوی، قلبی عروقی، سرطانی مشکلات غیر قابل جبرانی به همراه دارد (۲۵، ۲۶).

اما در این زمینه اطلاعات مدونی در دست نیست. بنابراین یکی از چالش‌های بزرگ نظام مراقبت سلامت عدم مطالعه نظام مند و نظری تبعیت از درمان است و بر اساس دانش ما، تاکنون هیچ پژوهشی در ایران به طور جامع به پدیده تبعیت از درمان و مسائل مربوط به آن و مطالعه‌ای به طور جامع به بیان نظریه‌ها و مدل‌های موجود در این زمینه و راهکارهای احتمالی برای کاهش دادن عدم تبعیت از درمان صورت نگرفته است. همچنین مطالعه‌ای در مورد مسائل جزئیتر در زمینه تبعیت از درمان، مانند اینکه کدام دسته از بیماران دارای بیشترین میزان عدم تبعیت از درمان هستند، یا اینکه سیستم نظام مراقبت بهداشتی و پزشکان تا چه میزان به پدیده تبعیت از درمان توجه دارند و از کدام رویکرد بیشتر استفاده می‌کنند، وجود ندارد. انجام چنین مطالعه‌ای می‌تواند در شناسایی نظریات و الگوهای موجود در زمینه تبعیت از درمان و راهکارهای موثر در جهت افزایش آن از سوی بیماران موثر عمل کند. بنابراین هدف از این پژوهش بررسی میزان تبعیت از درمان در زمینه اختلالات و بیماری‌های جسمی و روانپزشکی است. همچنین در این مطالعه به بررسی نظریه‌ها و



شکل ۱. فرایند بررسی و انتخاب مقالات و کتاب‌ها

نتایج

در این جا به مطالبی در مورد تبعیت از درمان در بیماران جسمی و روانی و همچنین نظریه‌های مطرح در این زمینه پرداخته خواهد شد. این یک امر غیر قابل انکار است که بسیاری از بیماران مشکلات زیادی را در انجام توصیه و دستورالعمل‌های درمانی دارند (۷). تحقیقاتی زیادی میزان تبعیت از درمان را در بررسی کرده‌اند که اولین کار کلاسیک در این زمینه را *Haynes et al* انجام دادند (۲۷). بسیاری از تحقیقات مروری بر انواع مختل عدم پیروی از درمان در حوزه‌های مختلفی داشته و آن را در بیماری‌های مختلفی بررسی کرده‌اند (۲۸). *Dimatteo* ۵۰ سال تحقیقات مختلف در زمینه پیروی از درمان از سال ۱۹۴۸ تا ۱۹۹۸ را بررسی کرد. او با استفاده از فرا تحلیل ۵۶۹ مقاله را بررسی کرد و ۲۴/۸٪ از مطالعات مربوط به عدم تبعیت از درمان بود. او دریافت که بیشترین تبعیت از درمان مربوط به بیماری‌های HIV، ورم مفصل، اختلال دستگاه گوارش و سرطان بود و

کمترین پیروی مربوط به بیماری‌های ریوی، دیابت و اختلال خواب بود (۲۹). در میان بیماران روانپزشکی و افسردگی میزان تبعیت از درمان به ترتیب ۵۸٪ و ۶۵٪ بود. میزان تبعیت از درمان در میان بیماری‌های جسمی ۷۶٪ بود (۳۱). سازمان بهداشت جهانی میزان تبعیت از درمان را در شرایط پزشکی گوناگونی مورد بررسی قرارداد و گزارش نمود، که میزان پایبندی به درمان در جمعیت عمومی در طولانی مدت ۵۰٪ است. اما این میزان در کشورهای در حال توسعه بسیار پایین‌تر از کشورهای غربی است (۷). میزان تبعیت از درمان در بیماران با اختلالات حاد بالاتر از اختلالات مزمن است و به طور چشمگیری بعد از ۶ ماه از آغاز درمان به طور کلی حذف یا رها می‌شود (۷). بیشترین موارد استفاده از دستگاه اندازه‌گیری الکترونیکی برای پیروی از مصرف دارو، مربوط به بیماران سرطانی با ۸۰٪ و همچنین درصد بالایی از دیگر بیماری‌ها (بیماری‌های قلبی، دیابت، بیماری‌های سیستم ایمنی) با ۷۵٪ بود و کمترین پایبندی مربوط به بیماری

۱. نیاز برای کاهش علائم فشار خون بالا تا احساس جسمی بهتری داشته باشند.
 ۲. حفظ تعادل و اینکه مصرف داروها مفید و سودمند هستند.
 ۳. ترس از بروز عوارض و تمایل برای کنترل فشار خون.
 ۴. تجربه مثبت و یا اعتماد به نفس در پزشک.
- در انگلستان ۴۵٪ از داروها برای افراد مسن تجویز می‌شود و این مسلم فرض شده است که حدود ۵۰٪ از افراد مسن به مصرف داروی خود پایبندی ندارند (۳۷). دلیل اینکه بررسی پایبندی به درمان در افراد پیر مهم است این است که افراد پیر به احتمال بیشتری از بیماری‌های مختلف رنج می‌برند. دوماً افراد پیر احتمالاً چند دارو را همزمان برای کنترل شرایط خود استفاده می‌کنند. سوماً افراد پیر به احتمال بیشتری در مدیریت داروهای خود مشکل دارند و این عامل باعث افزایش فشار خون بالا، قند خون و دیگر عوامل خطر بیماری‌ها می‌شود. حدود دو سوم افرادی که فشار خون بالا دارند به خاطر عدم مصرف داروهای خود است (۳۹-۳۷). بنابراین باید در این باره تمهیدات لازم تدارک دیده شود.

پایبندی به درمان در بیماران روانپزشکی

در بین بیماران روانپزشکی میزان پایبندی به درمان بین ۲۰ تا ۸۹٪ است (۴۰، ۴۱). این فرض شده است که بیماران روانپزشکی بیش کمی نسبت به بیماری خود دارند و این عامل تأثیر فراوانی در پایبندی آنها به درمان دارد (۴۲). عدم پایبندی به درمان در مصرف داروهای ضد سایکوز، تنها ممکن است که علائم ناراحت کننده و احتمال عود را افزایش دهد. بلکه باعث پیش آگهی طولانی مدت، کیفیت زندگی پایین در این بیماران شود. علاوه بر این عدم پایبندی به برنامه درمانی تجویز شده باعث طولانی‌تر شدن بستری‌ها و دوره‌های مکرر بستری شدن شود که در نتیجه منجر به افزایش هزینه‌های کلی مراقبت و درمان می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که اگر زمینه تغییر نگرش در این بیماران وجود داشته باشد، تغییر در نگرش این بیماران می‌تواند پایبندی آنها را به درمان را افزایش دهد (۴۳). میزان پایبندی به درمان در بیماران روانپزشکی به طور گسترده ای در بیماران افسرده (۴۲) مصرف مواد (۴۴، ۴۵)، اختلال دو قطبی

انسداد مزمن سینه (chronic obstructive pulmonary disease) (۵۱٪) و بیماری آسم (۵۵٪) بود (۳۰، ۳۱).

لزوم توجه به پایبندی به درمان در کودکان

توجه به تبعیت از درمان در کودکان از ضروریات اساسی است. زیرا اگر کودکان دوره‌های درمانی خود را به طور کامل طی کنند در آینده با مشکلات کمتری مواجه شده و هزینه‌های اقتصادی خانواده و اجتماع کاهش خواهد یافت (۳۲). گزارش شده است که در آمریکا بین ۹ تا ۱۳٪ از کودکان از آغاز تولد تا ۱۷ سالگی نیاز به مراقب دائم بهداشتی ویژه دارند (۳۲) و ۵۰ تا ۵۵٪ از این کودکان و خانواده‌های آنها طرح درمانی لازم را دنبال نمی‌کنند (۳۳). چنین عدم توجه به تبعیت از درمان باعث عوارض منفی و مشکلات گسترده‌ای از جمله: افزایش خطر عود، افزایش مرگ میر و ناتوانی، تغییرات غیرضروری در برنامه درمانی، ایجاد مقاومت به داروها، کاهش اثر بخشی مراقبت‌های بهداشتی و نتایج آزمایشات بالینی نادرست می‌شود (۳۵-۳۳). بنابراین، لزوم توجه به تبعیت از درمان در کودکان و اطفال به طور زیادی احساس می‌شود. محققان بیان کرده‌اند که با توجه به اهمیت این موضوع، روشی که مورد توافق همه باشد برای پایبندی اطفال و خانواده‌های آنها هنوز وجود ندارد و استفاده از روش‌های الکترونیکی را می‌توان یکی از روش‌های تبعیت از درمان در اطفال دانست (۳۶).

تبعیت از درمان در افراد مسن

Banning (۳۷) گزارش نمود که تبعیت از درمان در افراد مسن یکی از معضلات نظام مراقبت بهداشتی جوامع است. باورهای مختلفی در میان این قشر از جامعه در مورد مصرف دارو وجود دارد. افراد پیر دارو را به عنوان یک منبع مورد نیاز استفاده می‌کنند و نه دستور تجویز شده توسط پزشک. باورهای منفی زیادی در میان افراد مسن برای مصرف دارو وجود دارد که متناسب با سن و فرهنگ متفاوت است (۳۸). داده‌ها نشان داده است که پزشکان باید در مورد فرهنگ و باورهای مرتبط با آن اطلاعات دقیق داشته باشند تا بتوانند با کاهش دادن آن اثرات درمانی خود را بالا ببرند (۳۹). سایر باورهای دیگر در این زمینه عبارتند از:

استفاده می‌کنند، یک راه حل منطقی و عملی است و پژوهش‌ها آن را تایید کرده است. با این حال، راه‌حل‌های فنی در نوع خود جز قدیمی-ترین محسوب می‌شود، ولی توضیحات تئوریک برای تاثیر راه حل-های ساده سازی کم هستند (۳۰).

۲- نظریه یادگیری رفتاری: در نظریه‌های یادگیری رفتاری مانند نظریه یادگیری اجتماعی بندورا هم پیشایندها (که شامل عوامل درونی مانند افکار بیمار و هم عوامل برونی مانند نشانه-های زیست محیطی) و پس آیندها (مانند تنبیه و پاداش برای رفتار) در پیروی در مصرف دارو تاثیر دارد. در این مدل پابندی به درمان، رفتاری در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند یاد گرفته شود. این مدل بر تاثیرات کمتر هشیار بر رفتار که ارتباطی با پاداش فوری ندارد، مانند رفتارهای گذشته و عادت‌ها تمرکز نمی‌کند (۴۸،۴۹).

مطالعات نشان داده‌اند که، مداخلات مبتنی بر مشوق‌ها و یادآورها می‌توانند در بهبودی تبعیت بیمار از درمان موفق باشند. درحقیقت این بیانگر مفاهیم نظریه رفتاری است. رفتار بستگی به محرک یا نشانه‌های دارد که پاسخ خاصی را فرامی‌خواند که با تقویت کردن آن رفتار ادامه می‌یابد. این از موارد کلیدی نظریه رفتاری هستند؛ رفتار از طریق شکل دهی و الگو پذیری یاد گرفته می‌شود. بنا به باور بندورا، رفتار از طریق الگوبرداری و یادگیری نیابتی (مشاهده، گوش دادن یا خواندن) فراگرفته می‌شود. او همچنین مفاهیمی مانند خود کارآمدی را مطرح کرد. مطالعات نشان می‌دهد که استفاده از راهبردهای رفتاری میزان تبعیت از درمان را افزایش می‌دهد (۴۸). مداخلات پیروی درمانی رفتاری مستقیماً در رفتارهای عدم پابندی به درمان تمرکز می‌کند. یادآورهای عملی به عنوان سرنخ، محرکی که پاسخ خاصی را فرامی‌خواند و تقویت‌هایی که رفتار مطلوب را تقویت می‌کند، قلمداد می‌شوند (۴۹). مطالعات نشان می‌دهد این راهبرد، یکی از آسان‌ترین راهبردها برای بیماران که پابندی به درمان ضعیفی دارند، محسوب می‌شود. اما بعضی از بیماران کمتر تمایلی برای استفاده از یادآورها نشان می‌دهند (۲۵).

مطالعات نشان می‌دهد که آموزش بیماران در مورد پیروی از درمان تقریباً موفقیت آمیز بوده است. بر طبق این دیدگاه

(۱۳)، صرع (۱۵) و غیره بررسی شده است و نتایج عموماً از میزان تبعیت پایین درمانی در آنها خبر می‌دهد. تبعیت از درمان در بیماری‌های مزمن و مهلکی مانند دیابت (۴۶) و ایدز (۴۷) که با پیامدهای منفی روانشناختی همراه بوده‌اند نیز مورد بررسی قرار گرفته است. حتی از بسیاری از درمان‌های روانشناختی نیز برای میزان افزایش پابندی در اختلالات گوناگون استفاده شده است (۴۵). بنابراین توجه لازم در زمینه افزایش پابندی به درمان در بیماران روانپزشکی به طور گسترده احساس می‌شود.

تبعیت از درمان از دیدگاه نظریات مختلف

نظریه‌ها و مدل‌هایی در مورد عدم پیروی به مصرف دارو درمان وجود دارد که به ۵ بخش تقسیم شده است ۱-مدل زیست پزشکی ۲- یادگیری رفتاری ۳- ارتباطی ۴- شناختی ۵- خود تنظیمی (۸).

۱-مدل زیست-پزشکی: این مدل فرض می‌کند که بیمار دریافت کننده منفعل مراقبت‌های بهداشتی است و بنابراین بر ویژگی‌های بیمار از قبیل سن و جنس تمرکز می‌کند. در این مدل به دلیل اینکه بیماری به خاطر عوامل زیست پزشکی ایجاد شده درمان نیز بر بدن و جسم بیمار متمرکز است. مشکل این مدل این است که عواملی که پابندی مصرف داروها را تحت تاثیر قرار می‌دهد، مانند ادراک از بیماری، عوامل روانی، محیطی اجتماعی و عوامل اقتصادی را نادیده می‌گیرد (۸). در این مدل مداخله‌های فنی در مورد تبعیت از درمان انجام می‌شود و شرایطی برای تسهیل سازی رژیم درمانی فراهم می‌شود. به طور مثال دوز بندی و دسته بندی، این ساده سازی‌ها باعث افزایش پابندی به درمان می‌شود. در این مدل متخصصان به دنبال راه حل‌هایی برای مشکل بیماران هستند و بیماران نیاز دارند که از پزشک خود راهنمایی‌ها و کمک‌هایی در مورد بیماری خود دریافت کنند. در ابتدا مدل زیست پزشکی در زمینه عدم تبعیت از درمان به خصوصیات انحرافی بیماران (ویژگی‌های شخصیتی یا اختلالات شناختی) توجه نداشت و این موارد را کمتر منطقی می‌دانست، زیرا چنین مشکلاتی به سختی در بیماران یافت می‌شود. مطالعات زیست-پزشکی چندین عامل غیرشخصیتی در افراد با عدم پابندی به درمان کشف کرده‌اند؛ مانند ویژگی‌های بیماری، شدت بیماری، ویژگی‌های درمان یا عوارض جانبی داروها. این یافته‌ها راه حل‌های فنی را برای افزایش پیروی به درمان گسترش می‌دهد. راهبردهای ساده‌سازی که پزشکان

بهداشتی، تئوری حفاظت انگیزی، نظریه شناختی اجتماعی و نظریه رفتار برنامه ریزی شده (۸). این دیدگاه بر تحلیل سود زیان به عنوان یک عامل انگیزی به عمل (مطابق با مدل باورهای عقلانی، مدل باورهای سلامتی، تئوری عمل منطقی یا رفتار برنامه ریزی شده) تمرکز می‌کند (۵۱). این مدل فرض می‌کند که رفتارهای مرتبط با سلامتی به وسیله تهدیدات ادراک شده، سود و منافع رفتارهای سالم تعیین می‌شود. از ابعاد اساسی مدل باورهای سلامتی و بهداشتی شامل احتمال تهدید و شدت تهدید ادراک شده از یکسو، منافع درک شده از رفتاری بهداشتی و موانع آن از سوی دیگر است. وزن منافع و موانع و عواقب ناشی از رفتارهای مختلف انگیزه‌ای برای رفتار می‌شود. این وزن دادن و سبک و سنگین کردن براساس دلایل منطقی نیست و بر اساس سود و زیانی که فرد درک می‌کند، است. اما این انگیزه توسط عوامل و نرم اجتماعی و عواقب پذیرش رفتار نیز تعریف می‌شود (۲۷).

۵-نظریه خود تنظیمی: خودتنظیمی را به عنوان توانایی فرد درکسب کنترل کارکردهای بدنی، مدیریت رفتارها، افکار و هیجانها و حفظ توجه و تمرکز بر تکلیف مورد نظر تعریف می‌کنند (۵۲). نظریه خود تنظیمی مفهوم پایبندی به درمان را بر اساس فاکتورهای شناختی و برنامه‌ریزی‌های بیمار در نظر می‌گیرد. این نظریه پیشنهاد می‌کند که پایبندی به مصرف دارو تابعی از تجربه ذهنی بیمار از تهدید به سلامتی است که به نوبه خود استراتژی‌های مختلف مقابله‌ای مانند پایبندی به دارو هدایت خواهد کرد. در این تئوریرفرض شده است که افراد فعال هستند و خودشان مشکلاتشان را حل می‌کنند. پویایی‌ها بین بازنمودهای بیماری و راهبرهای مقابله از عوامل دیگر مانند شخصیت، عوامل روانی، زمینه‌های فرهنگی، ادراکات محیطی تاثیر می‌پذیرد. بیمار به عنوان حلال فعال مسائل خودشان تاکید می‌شود. بیمار سعی می‌کند خلاء میان وضعیت فعلی و هدف مورد نظر را پر کند. در این مدل رفتار به طور قابل ملاحظه‌ای از هیجان‌ات و تجارب ذهنی بیمار تاثیر می‌پذیرد. رفتار وابسته به: -ادراک بیمار از وضعیت فعلی و وضعیت هدف است.

مداخله‌های آموزشی شامل هر مداخله ایاست که توانایی بیمار را برای مدیریت بیماریش افزایش دهد، خواه شناختی باشد، خواه روانی حرکتی و خواه عاطفی باشد. به گفته Munro و همکاران (۴۷) اصل برای آموزش موثر به بیماران شامل ارتباط، شخصی سازی، بازخورد، تقویت و تسهیل سازی. در این روش سعی می‌شود دانش بیمار را در مورد بیماری و درمان آن افزایش دهد. مداخله‌های آموزشی بروی تغییرات عقاید و ادراک‌های غیر منطقی بیمار و فاکتورهای انگیزی تاکید می‌کند. همچنین این مدل بر خود مدیریت و خود تنظیمی تاکید می‌نماید. این مدل‌ها تاکید می‌کنند که بیمار خود یک فرد فعال در حل مسائل است (۴۸).

۳-نظریه ارتباطی: در این مدل اهمیت مهارت‌های ارتباطی پزشک و فرد مسول مراقبت بهداشتی بیماران مهم تلقی می‌شود. در این مدل رابطه برابر میان پزشک و بیمار می‌تواند در پایبندی بیمار به مصرف دارو و درمان موثر باشد. اما این مدل نیز پیری از درمان را در بیماران ضمانت نمی‌کند، زیرا نگرش‌ها و خصوصیات شخصیتی بیمار نادیده گرفته می‌شود. در این دیدگاه بر روی پیام و فرستنده پیام تمرکز می‌کند. بیمار باید به اندازه کافی مطلع باشد. نه تنها باید بیماران در مورد پیام و حفظ آن‌ها اطلاع داشته باشند، بلکه اثر بخش بودن پیام در تغییر نگرش بیمار و پایبندی آن به درمان نیز ضروری است. آنها باید اطلاعات و رژیم درمانی را بپذیرند و از رفتار پایبندی به درمان بهره مند شوند. سایر فاکتورهای بیرونی نیز در افزایش پذیرش پیام تبعیت از درمان موثر است. بخصوص رضایت بیمار از پزشک (همدلی، دوستی، نگرانی، علاقه) (۸).

۴-دیدگاه شناختی: نظریه‌های شناختی به طور گسترده‌ای در مطالعه پیروی به درمان و مصرف دارو بکار گرفته شده است. این نظریه فرض می‌کند که نگرش‌ها و اعتقادات و انتظارات بیمار از نتایج درمان مهم‌ترین عامل رفتارهای مرتبط با سلامتی و تبعیت از درمان است (۵۰). این نظریه فرض می‌کند که اگر بیمار از سود و زیان خود در مصرف دارو درک منطقی داشته باشد، بهتر با پایبندی به مصرف دارو کنار می‌آید. مدل‌های مهمی که درمدل شناختی وجود دارد شامل مدل باورهای

(درآمد و بیمه بهداشتی) و عوامل اجتماعی (حمایت اجتماعی) است. فاکتورهای ادراک نیاز از سوی بیمار به اختلال یا بیماری فرد برمی گردد، که نیاز است از مراقبت‌های بهداشتی استفاده کند (۵۳). این‌ها شامل نیاز ادراک شده (ادراک از بیماری) و ارزیابی نیاز (قضاوت حرفه‌ای درمورد وضعیت سلامت بیمار) از سوی بیمار است. این مدل اگر در ابتدا برای استفاده از سرویس بهداشتی طراحی شد، اما بیان شده است که می‌توان از این مدل برای استفاده از پیروی از درمان نیز استفاده کرد (۵۴).

Anderson (۵۳) تاکید کرد که این مدل به نوبه خود می‌تواند برای تبعیت از درمان نیز بکار رود و می‌توان با استفاده از زیر ساخت این مدل، مدلی مناسب برای مداخله در زمینه عدم تبعیت از درمان تهیه نمود. به عبارت دیگر می‌توان مداخلات مربوط به عدم تبعیت از درمان را مربوط به مواردی نمود که که بیمار در آن مشکل دارد. مثلاً اگر بیمار در زمینه باور در مورد عوارض و جدیت بیماری و یا استفاده از دارو مشکل دارد، می‌توان با مداخلات آموزشی به بیمار آموزش لازم را برای تغییر باورهای آن داد. اگر عدم تبعیت از درمان به خاطر دریافت زیاد داروها است، بهتر است با مداخلاتی مانند بسته بندی تخصصی دارو، احتمال پیروی را افزایش داد. اگر عدم تبعیت به دلیل عدم برقراری رابطه درمانی است، گروه هدف مداخلات باید پزشکان باشد تا در مراجعات بعدی، احتمال پیروی افزایش یابد. اگر عدم پیروی از درمان به خاطر فقدان توانایی مالی بیمار باشد، بنابراین سطح تغییر پذیری بیمار با استفاده از درمان‌های شناختی کم است و بهتر است از راه‌های دیگر استفاده کرد. طبق تحقیقات موجود، استفاده از این مدل در حوزه مراقبت‌های بهداشتی در بسیاری از اختلالات از جمله افسردگی (۵۵)، ایدز (۵۶)، دیابت (۵۷) و اختلالات خواب (۵۴) مرسوم بوده است (شکل ۲). در مجموع و بر طبق یافته چند مطالعه مروری در زمینه میزان اثربخشی مدل رفتاری Anderson در افزایش تبعیت از درمان، این مدل رفتاری با تاکید بر شناسایی عوامل دخیل در عدم تبعیت از درمان و رفع کاستی‌ها و نواقص موجود مربوط به بیمار، ارتباط درمانی و تیم درمانی دارای کارآمدی بالایی در این زمینه بوده است (۵۷-۵۳).

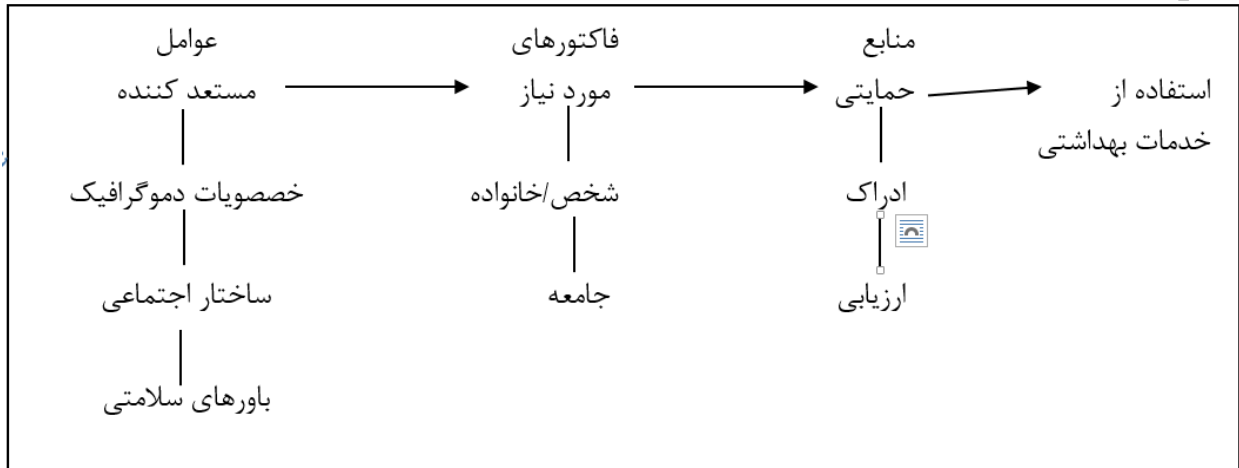
- طرح بیمار برای تغییر وضعیت موجود برای رسیدن به هدف (مقابله).

- ارزیابی بیمار در پیشرفت برای رسیدن به هدف.
اگر اهداف به دست نیایند بیمار ممکن است، ادراکش (پرچسب زدن) یا وضعیت مقابله‌اش را تغییر دهد (۵۱، ۵۰). راه‌های بیمار برای مقابله بستگی به ملاحظات شناختی دارد. برای مثال تهدیدات ادراک شده، پرچسب زدن به علائم و عوامل بالقوه. به موازات این فرایندهای شناختی واکنش‌های عاطفی ممکن است وجود داشته باشد و تداخل نماید. بیماران نیز به این گونه عوامل پرچسب می‌زنند و از مهارت‌های مقابله‌ای خود برای کاهش یا از بین بردن این هیجانات استرس زای خود استفاده می‌کنند. هم راه‌های مقابله شناختی و هم راه‌های مقابله هیجانی ممکن است به وسیله عوامل درونی (برای مثال نشانه‌ها) و عوامل بیرونی (برای مثال پیام‌های رسانه‌ای) راه اندازی شود (۵۲-۵۰). همانطور که ملاحظه می‌شود هیچ کدام یک از نظریه به تنهایی نمی‌تواند دلایل عدم تبعیت از درمان و مصرف دارو را توضیح دهد. بنابراین مدل‌هایی وجود دارد که با ترکیب عوامل مختلف که بعضاً در بالا به آنها اشاره شده، دلایل عدم تبعیت از درمان را بررسی می‌کنند.

مدل‌های پایبندی به درمان

۱- مدل رفتاری اندرسون

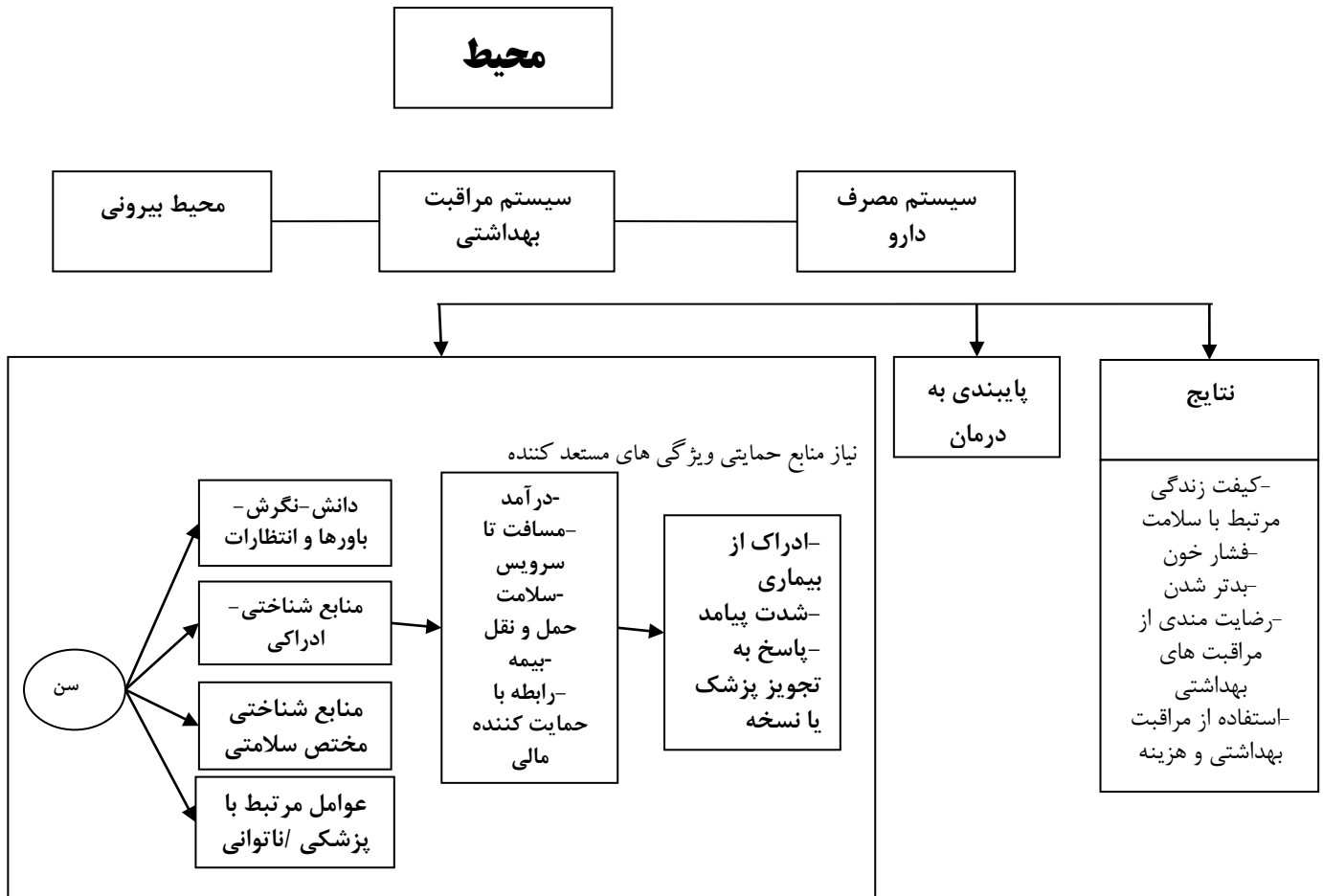
مدل رفتاری Anderson در اصل برای توضیح استفاده از خدمات بهداشتی با تمرکز بر سطح خانواده ایجاد شد. این مدل بعداً در سطح فردی نیز استفاده شد (۵۴، ۵۳). مدل رفتاری Anderson عوامل دخیل در استفاده افراد از خدمات بهداشتی را به سه دسته تقسیم می‌کند که شامل عوامل مستعد کننده، منابع حمایتی و ادراک نیاز از سوی بیمار هستند. عوامل مستعد کننده شامل فاکتورهایی است که نگرش نسبت به استفاده از مراقبت بهداشتی را شکل می‌دهد. این‌ها شامل عوامل دموگرافیک (سن و جنسیت)، عوامل اجتماعی (تحصیلات، شغل و قومیت) و باورهای سلامتی بیماران (نگرش، ارزش‌ها و دانش) است. عوامل حمایتی یعنی منابعی که استفاده از مراقبت بهداشتی را کاهش یا افزایش می‌دهد. این عوامل شامل عوامل فردی



شکل ۲. مدل رفتاری Anderson در مورد عوامل دخیل در استفاده از خدمات بهداشتی

استفاده از دارو) عوامل مربوط به بیمار (که شامل عوامل مستعد کننده، منابع حمایتی و ادراک نیاز از سوی بیمار مدل رفتاری Anderson هستند) و تبعیت از درمان با در نظر گرفتن عواقب بیماری پیش‌بینی عواقب بیماری است (شکل ۳).

از آنجا که این مدل مختص پیروی از درمان نبود و به طور کلی در تبعیت از درمان در بیماران استفاده می‌شد، Murray & Morrow (۵۰) با استفاده از این مدل، مدلی برای پیروی از درمان در سالمندان طراحی کردند که شامل فاکتورهای محیطی (ترکیب خانواده و جامعه بیمار، سیستم مراقبت بهداشتی، سیستم

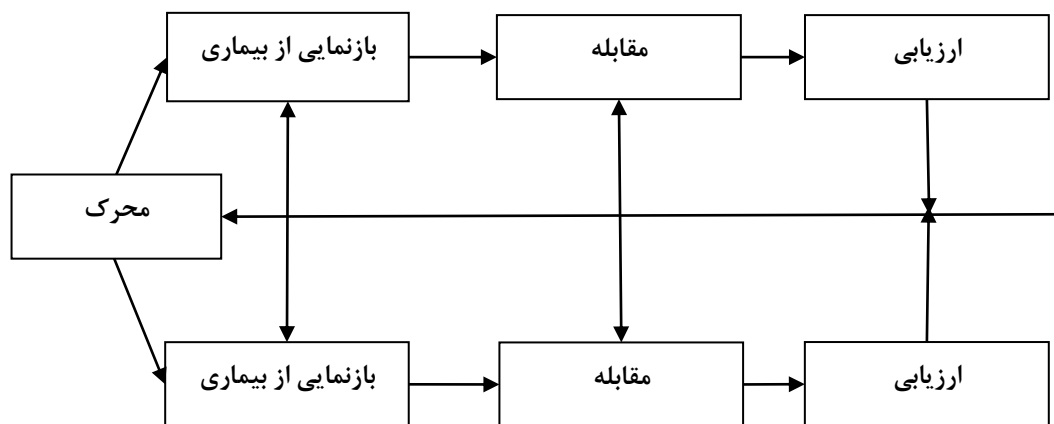


شکل ۳. مدل مفهومی پایبندی به درمان Murray & Morrow بر گرفته از مدل رفتاری Anderson

۲- مدل عقل سلیم

مدل عقل سلیم (Common Sense Model) که از سوی Leventhal مطرح شد، در مورد خود تنظیمی بیان می کند که چگونه افراد به طور شناختی و هیجانی علایم بیماری و درمان- هایشان را پردازش می کنند. بر طبق مدل عقل سلیم که است (۵۸) راهبردهای مقابله‌ای و ادراک مرتبط با بیماری، به شکل گیری سیستم‌های خود تنظیمی در بیماران برای مدیریت شرایط سخت و مزمن‌شان کمک می کند. مدل عقل سلیم هم فاکتورهای شناختی و هم عاطفی که در پردازش اطلاعات درگیر هستند و به وسیله بیمار با توجه به بیماریشان ساخته می- شود، را ادغام می کند (شکل ۴۳). بنابراین افراد بازنمایی‌های ذهنی از بیماری‌هایشان را بر اساس اطلاعات موجود از نظر، (۱) هویت، که به برچسب بیماری‌ها و ایده‌های افراد درباره بازنمایی‌های جسمی از این بیماری‌ها بر می گردد. (۲) زمانبندی، بازه زمانی مورد انتظار از بیماری، (۳) علیت، علت بیماری، (۴) قابلیت کنترل ادراک شده، کنترل شخصی بیمار بر روی بیماری. (۵) عواقب، پیش بینی پیامدهای بیماری، سازماندهی می کنند (۵۸). این اطلاعات می تواند از ارتباطات اجتماعی قبلی و دانش فرهنگی از بیماری، محیط اجتماعی خارجی مانند درک قابل توجه دیگران یا منابع حمایتی مانند پزشک، والدین یا تجارب قبلی خود از بیماری، بدست آید. بازنمایی‌ها و هیجانات از بیماری می تواند به انواع متفاوتی از راهبردهای مقابله‌ای منجر

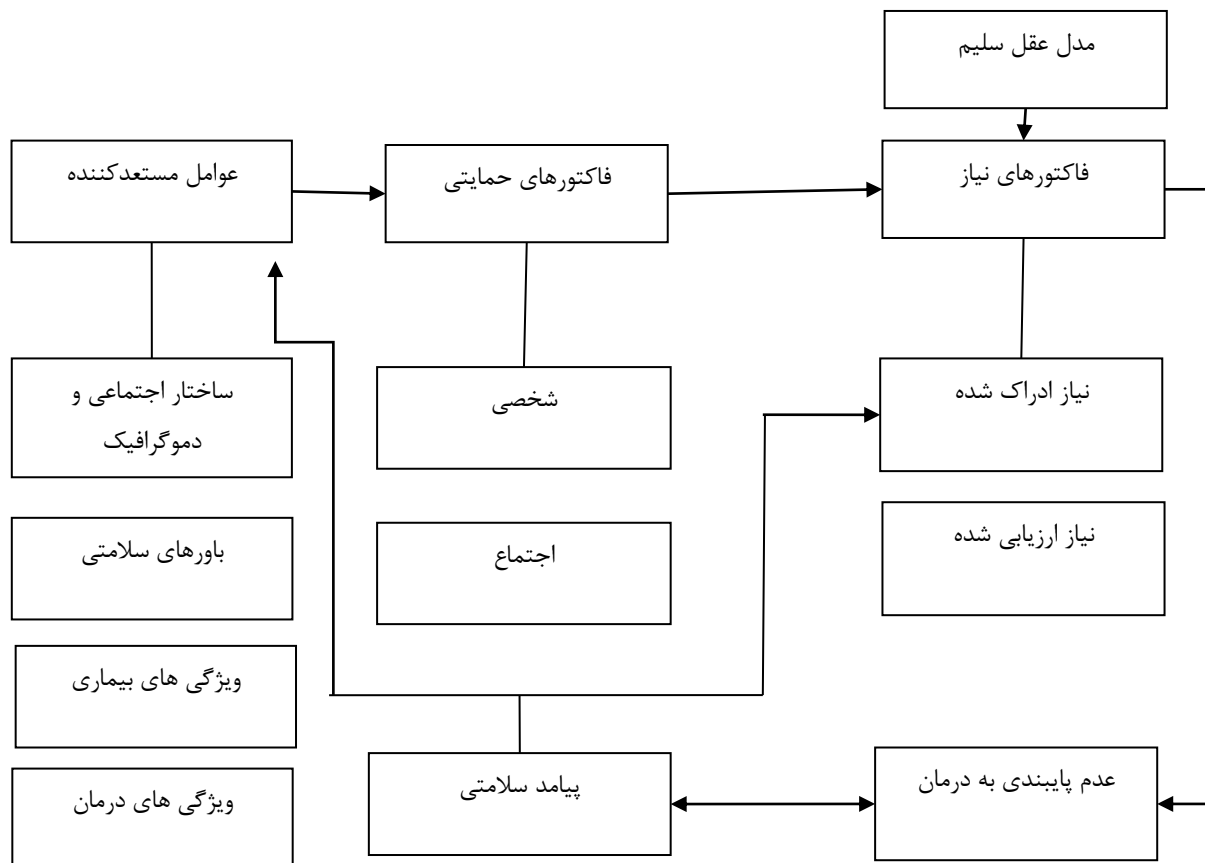
شود که شامل استفاده از دارو و دستوره‌های پزشکی یا اجتناب از آنها است. افراد بعد از اینکه از یک راهبرد مقابله‌ای استفاده کردند سپس پیشرفت این راهبرد را ارزیابی می کنند و آنها را با نتایج مورد انتظار و بازنمایی‌های ذهنی از بیماری مقایسه می- کنند. راهبردهای مقابله‌ای باید با فرد مطابقت داشته باشد، تا اینکه این راهبردها ادامه یابد (۴۰، ۸). مدل عقل سلیم در بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات، برای شناسایی ادراک از بیماری که شامل مشکلات قلبی، کلیوی، اسکیزوفرنی و غیره بکار رفته است (۸). مطابق با این مدل، Brewer & Chapman (۵۹) بیان کردند که در بیماران مبتلا به افزایش کلسترول خون سه فاکتور شناختی که شامل عواقب، علائم و طول دوره بیماری بود، پیش‌بینی کننده معناداری برای تبعیت از درمان بود. Leventhal و همکاران (۶۰) در مطالعه خود با تاکید بر خود تنظیمی بیمار و درک وی از شدت و عوارض بیماری، این عوامل را در تبعیت از درمان در بیماران به عنوان عوامل موثر و مهم معرفی کرده و بر این باورند که بیمارانی که همزمان هم درک درستی از جدیت و شدت بیماری و عوارض آن دارند و هم با بکارگیری راهکارهای خودتنظیمی، به کنترل عوامل دخیل در تشدید می‌پردازند، بهترین الگوی تبعیت از درمان را نشان می دهند.



شکل ۴. مدل عقل سلیم

سطح فردی توضیح می‌دهد و مدل عقل سلیم افراد را نسبت به بیماری مطرح می‌کند.

Unni (۸) با ترکیب دو مدل عقل سلیم و مدل رفتاری Anderson یک مدل مفهومی برای عدم پایبندی به درمان معرفی نمود. مدل رفتاری Anderson تبعیت از درمان را در



شکل ۵. مدل ترکیبی Unni در مورد تبعیت از درمان

فاکتورهای حمایتی شامل دو فاکتور است که عوامل شخصی و اجتماعی را دربرمی‌گیرد. متغیرهای مربوط به عوامل شخصی شامل، خود تنظیمی، خودکارآمدی، مکان کنترل درونی، حمایت اجتماعی ادراک شده، انگیزش بیمار نسبت به سلامتی، کنترل بر بیماری، بیمه درآمد که در مجموع به دو متغیرهای در دسترس (درآمد و بیمه سلامتی) متغیرهای مربوط به خود (خودکارآمدی، خودتنظیمی و مکان کنترل درونی) تقسیم می‌شود. خودکارآمدی باوری است که شخص به قابلیت‌های خود برای سازمان‌دهی و اجرای اقدامات لازم در موقعیت‌های پیش رو دارد. در واقع خودکارآمدی بالا نشان دهنده ایمان فرد به توانایی‌های خود برای موفقیت در زمینه کنترل بیماری است (۶۲). برای مثال در مطالعه ای نشان داده شد که افراد با باور قوی خودکارآمدی در زمینه کنترل بیماری خود نسبت به افراد با

Unni علاوه بر سه فاکتور عوامل دموگرافیک، اجتماعی و باورهای مرتبط به سلامتی، فاکتور دیگر را به عوامل مستعد کننده اضافه نمود که شامل ویژگی‌های بیماری (اختلالات روانشناختی مانند افسردگی و اضطراب) و ویژگی‌های درمان (پیچیده بودن رژیم، سهولت در دوزبندی، طول مدت درمان و عوارض جانبی) است (۸). تحقیقات نیز نشان داده است که خصوصیات روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی در عدم پایبندی به درمان دخیل هستند (۵۵). در واقع اختلالات اضطرابی به واسطه ایجاد نگرانی بیش از حد در فرد و افسردگی به واسطه ایجاد بی‌انگیزگی و ناامیدی، تبعیت از درمان را مختل می‌کنند (۶۱). این دو مورد که Unni (۸) به آن اشاره کرد در مدل Anderson وجود نداشت.

Farris & (۶۵) در مطالعه‌ای با بررسی عوامل شناختی از جمله باورهای بیماران سالمند نسبت به عوارض بیماریشان و مصرف دارو و همچنین خودکارآمدی و منبع کنترلشان بر بیماری، نشان دادند که در افراد مسن گرچه باورهای منفی نسبت به مصرف دارو می‌تواند در تبعیت از درمان تداخل ایجاد کند ولی باورهای مثبت نسبت به خودکارآمدی بالا و منبع کنترل درونی می‌تواند به کاهش باورهای منفی و در نتیجه تبعیت بهتر از درمان کمک کند. Unni & Farris (۶۶) در مطالعه دیگری که بر روی بیماران مبتلا به آسم انجام شد نشان دادند که افزایش آگاهی بیماران از عوامل شناختی شامل جدی گرفتن بیماری، دوره بیماری، علت بیماری و پیامد بیماری و همچنین دریافت حمایت اجتماعی مخصوصا از سوی نزدیکان به افزایش خودکنترلی و رعایت رژیم درمانی و تبعیت بهتر از درمان منجر می‌شود.

بحث

بررسی مطالعات و پژوهش‌های مختلف در این حیطه نشان می‌دهد که در بسیاری از کشورها پدیده تبعیت از درمان یکی از معضلات اساسی سیستم درمانی آنها است. یکی از چالش‌های موجود در این زمینه، میزان تبعیت از درمان در زمینه بیماری‌های کودکان (۳۳-۳۵) و افراد سالمند (۳۷) است که نسبت به گروه بزرگسالان پایبندی کمتری به درمان مشاهده می‌شود و باید توجه ویژه‌ای به این گروه از بیماران شوند و متناسب با سیستم شناختی و رفتاری و نگرشی این بیماران اقدامات لازم صورت گیرد. آنچه که مسلم به نظر می‌رسد، این است که باید در زمینه پایبندی به درمان تمهیداتی فراهم شود. همچنین پدیده تبعیت از درمان در میان بیماری‌ها و اختلالات جسمی و روانی همواره مورد بحث بوده است و از بین بیماری‌های جسمانی در بیماری‌های کلیدی، سرطان، ایدز و قلبی عروقی توجه ویژه‌ای به آن شده است و این گروه بیماران بیشترین میزان تبعیت از درمان را نشان داده‌اند و در میان بیماری‌های روانی، اختلالات افسردگی، اضطراب و اختلالات روانپریشی دارای کمترین میزان تبعیت از درمان بوده‌اند (۲۸، ۲۹، ۳۷). در مجموع یافته پژوهش‌ها مطرح می‌کنند که لازم است جوامع با طراحی برنامه‌های مدون و

باور ضعیف در خودکارآمدی از پیش آگهی بهتر در طی دوره درمان و طول مدت بستری کمتر خبر می‌دهند (۶۳). افرادی که دارای مکان کنترل درونی هستند، معتقدند که تقویت‌ها و پیشرفت‌های خود را حاصل کارکردها، رفتارها یا ویژگی‌های خود می‌دانند و بنابراین بیمار با مکان کنترل درونی معتقد است که خود توان کنترل و مدیریت وضعیت بیماریش را دارد عوامل مرتبط با اجتماع شامل روابط اجتماعی است که مطالعات نشان داده است که حمایت اجتماعی احتمال پایبندی به درمان را افزایش می‌دهد (۶۴). نگرش دیگران به بیماری جزء عوامل اجتماع است.

فاکتورهای نیاز شامل ارزیابی نیاز و ادراک نیاز است. ادراک نیاز یعنی اینکه مردم چگونه سلامت عمومی و عملکرد خودشان را می‌بینند، چگونه علائم بیماری و دردشان را تجربه می‌کنند، چقدر درباره سلامتی خود نگران هستند و چقدر مشکل آنها مهم است که به دنبال کمک‌های پزشکی بیفتند (۸). ادراک نیاز جز عوامل شناختی بیماری است که در مدل عقل سلیم نیز به آن اشاره شده است (۵۴). باورها و اعتقادات در مورد بیماری که جز عوامل شناختی است، شامل باور در مورد بیماری، دوره قابل انتظار بیماری، کنترل فردی بر بیماری، علت بیماری و پیامد بیماری است. بیمار تصمیم می‌گیرد که آیا درمان مطابق با ادراکش از بیماری است و سپس تصمیم می‌گیرد که آیا به درمان پایبند باشد یا نه. تصمیم تحت تاثیر ارزیابی از تسکین علائم نیز هست (۵۴، ۵۵).

پیامد سلامتی، یعنی رضایتمندی استفاده کننده از سرویس مراقبت بهداشتی. این همچنین شامل حلقه‌های بازخوردی که نشان می‌دهد که نتایج سلامتی به نوبه خود عوامل مستعد کننده، نیاز ادراک شده برای خدمات و استفاده از سرویس مراقبت بهداشتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. رضایتمندی از درمان می‌تواند نتیجه نهایی مراقبت بهداشتی برای پایبندی از درمان باشد که به نوبه خود می‌تواند عوامل مستعد کننده، نیاز ادراک شده و پایبندی به درمان را تحت تاثیر قرار دهد. بنابراین در این مدل مفهومی نتایج مراقبت بهداشتی که بیانگر رضایت مندی از درمان است، به عنوان یک فاکتور اضافه شده است (۸). Unni

است، برخورداری از منبع حمایت اجتماعی و عاطفی تا حد زیادی می‌تواند تسکین بخش و آرامش دهنده بوده و انگیزه و روحیه بیمار را برای تبعیت از برنامه درمانی افزایش دهد (۶۵،۶۶). همچنین افرادی که نیازمند کمک در زمینه درمان هستند باید بتوانند نیاز به درمان را ادراک کنند. ادراک نیاز و در واقع آگاه بودن به شرایط بیماری خود و عوارض آن و جدی گرفتن آن خود از جمله متغیرهایی است که در مدل Unni (۸) به طور ویژه‌ای بر نقش و اهمیت آن تاکید شده است، چرا که تا بیمار نسبت به وضعیت بیماری خود واقف نباشد بسیاری از محرک‌ها و پیام‌ها ممکن است نادیده انگاشته شده و عملاً به برنامه درمانی نیز اهمیت داده نشود. این که مردم چگونه علائم بیماری خود را تجربه می‌کنند و چه قدر به کمک‌های پزشکی و درمانی احساس نیاز می‌کنند نقش مهمی در پابندی آنها به درمان دارد. در این مدل به باورهای بیمار در مورد بیماری خود توجه شده است و بنابراین پزشکان می‌توانند نگرش‌های بیماران را در مورد بیماری، پیامدهای آن و اهمیت درگیری در برنامه درمانی شکل دهند و نظام درمانی را در جهت تبعیت بیشتر از درمان متحول کنند.

Schomerus و همکاران (۵۵) در مطالعه خود با بکارگیری مدل رفتاری Anderson در بیماران دچار افسردگی نشان دادند که استفاده از این مدل در بیماران افسرده می‌تواند آنها را برای جستجوی درمان و کمک برای بهبود بیماری خود یاری کند. Yamashita (۵۷) در مطالعه خود با استفاده از مدل رفتاری Anderson در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو توانستند به این بیماران در جهت افزایش ترغیب در تبعیت از برنامه‌های درمانی و خودمدیریتی و خود مراقبتی کمک کنند. Leventhal و همکاران (۶۰) در مطالعه خود با اتکا به مدل عقل سلیم و بکارگیری آن در بیماران نشان دادند که بیمارانی که همزمان هم درک درستی از جدیت و شدت بیماری و عوارض آن دارند و هم با بکارگیری راهکارهای خودتنظیمی، به کنترل عوامل دخیل در تشدید می‌پردازند، بهترین الگوی تبعیت از درمان را نشان می‌دهند. Farris&Unni (۶۵) در مطالعه‌ای با توجه به متغیرهای مورد تاکید در مدل Unni به

متمرکز بر الگوها و نظریات موجود در زمینه بهبود و تقویت تبعیت از درمان به ویژه در گروه‌های خاص مانند بیماران روانپزشکی یا سالمندان و کودکان از تبعات منفی و سنگینی که می‌تواند از عدم تبعیت از رژیم درمانی از سوی بیماران ناشی شود بپرهیزند؛ تبعاتی مانند هزینه‌های گزاف درمانی برای سیستم‌های مراقبت بهداشتی و همچنین خود بیمار و آسیب‌های متعدد دیگر از ابعاد و جنبه‌های مختلف از آسیب‌های جسمی، روانی، شغلی، خانوادگی گرفته تا آسیب‌های کلی اجتماعی و اقتصادی و غیره (۴۷،۴۰). پدیده تبعیت از درمان در مطالعات متعدد توسط نظریه پردازان مطرح در این حوزه از زوایای مختلف بررسی شده است و در همین باب نظریات گوناگون بر حسب اهمیت و تمرکز این نظریه پردازان شکل گرفته است. این نظریات شامل نظریه‌های زیست پزشکی، نظریه رفتاری، شناختی، ارتباطی، خودتنظیمی هستند. در همین راستا، بعضی از محققان در زمینه تبعیت از درمان به ارائه مدل پرداخته‌اند؛ مدل الگوهای شامل مدل عقل سلیم (۵۸)، مدل رفتاری Anderson (۵۳)، مدل ترکیبی مدل رفتاری و عقل سلیم از Unni (۸) از مدل‌های مطرح در این زمینه هستند.

از بین این مدل‌ها، مدل Unni (۸) مدلی جامع‌تر و کامل‌تر در زمینه تبعیت از درمان است. در این مدل به دلیل اینکه هم به نقش عوامل شخصی و اجتماعی به عنوان یک عوامل ضروری و اساسی توجه ویژه‌ای شده است و باعث می‌شود که در بیمارانی که تبعیت از درمان در آنها امری حیاتی است مانند بیماران کلیوی، دیابت و قلبی با تمرکز بر عوامل خود تنظیمی، خود کارآمدی و حمایت اجتماعی و تقویت آنها، انگیزش نسبت به سلامتی خود و در نتیجه کنترل بیماری افزایش یافته و از فواید تمامی این فاکتورها بهره مند شوند. از مهم‌ترین عاملی که می‌تواند تبعیت از درمان را افزایش دهد حمایت‌های اجتماعی در قالب حمایت اعضای خانواده و نزدیکان و سیستم‌های اجتماعی است که به طور ویژه‌ای در این مدل بر آن تاکید شده است. برای فردی که با مشکلات و محدودیت‌های ناشی از بیماری خود دست و پنجه نرم می‌کند و فشار بیماری تمام ابعاد زندگی فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی وی را متاثر ساخته

نتیجه گیری

نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که تبعیت از درمان از معضلات همه کشورهای جهان بوده است. تاریخچه مطالعه این مشکل در کشورهای دیگر به بیش از ۳۰ سال می‌رسد. اما متأسفانه در ایران به طور جدی به آن پرداخته نشده است. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که مشکل در تبعیت از درمان در همه گروه‌های سنی و بیماران مختلف وجود دارد و متناسب با هر فرهنگ نیز متفاوت است. با توجه به اینکه در ایران در حوزه سلامت، مسئله تبعیت از درمان مغفول مانده است و بر همین اساس آثار ناشی از این سهل‌انگاری بر روی دوش جامعه و افراد سنگینی می‌کند، لازم است متخصصان حوزه سلامت با استناد به مدل‌ها و الگوهای موجود در زمینه تبعیت از بیماری به بومی‌سازی این الگوها بر اساس ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی مردم ایران بپردازند و این الگوها را در انواع بیماران اعم از کودکان و سالمندان با بیماری‌های مختلف جسمی و روانی به کار گیرند و با اجرای همزمان تحقیقات گسترده، کارایی و اثربخشی آن را عینی سازند و از این طریق راهگشای مشکلات نظام بهداشت و سلامت در جامعه باشند. توجه به عوامل دخیل در بهبود تبعیت از درمان از جمله عوامل روانشناختی، حمایت‌های اجتماعی و شخصیت بیماران و لحاظ کردن آنها در مداخلات مربوط به افزایش تبعیت از درمان، می‌تواند افزایش انگیزه در تبعیت از درمان توسط بیماران را تسهیل نماید.

بررسی عوامل شناختی از جمله باورهای بیماران سالمند نسبت به عوارض بیماریشان و مصرف دارو و همچنین خودکارآمدی و منبع کنترلشان بر بیماری پرداختند و نشان دادند که در افراد مسن گرچه باورهای منفی نسبت به مصرف دارو می‌تواند در تبعیت از درمان تداخل ایجاد کند ولی باورهای مثبت نسبت به خودکارآمدی بالا و منبع کنترل درونی می‌تواند به کاهش باورهای منفی و در نتیجه تبعیت بهتر از درمان کمک کند. Unni & Farris (۶۶) در مطالعه دیگری که بر روی بیماران مبتلا به آسم انجام شد نشان دادند که افزایش آگاهی بیماران از عوامل شناختی شامل جدی گرفتن بیماری، دوره بیماری، علت بیماری و پیامد بیماری و همچنین دریافت حمایت اجتماعی مخصوصاً از سوی نزدیکان به افزایش خودکنترلی و رعایت رژیم درمانی و تبعیت بهتر از درمان منجر می‌شود. مدل‌های فوق مطرح می‌کنند که پایداری به درمان یک پدیده چند وجهی است. بنابراین برای افزایش تبعیت از درمان لازم است که تمام جنبه‌های شخصیتی، عوامل اقتصادی، تحصیلات، فرهنگی، حمایتی و روانشناختی در نظر گرفته شود و برای هر بیمار با توجه به کمبودهای لازم در هر زمینه اقدامات لازم اتخاذ شود تا میزان تبعیت از درمان افزایش یابد.

Reference

- Osicka T, Kothe E, Ricciardelli L. A systematic review of adherence to restricted diets in people with functional bowel disorders. *Appetite* 2015; 92:143-55.
- Knott RJ, Petrie DJ, Heeley EL, Chalmers JP, Clarke PM. The effects of reduced copayments on discontinuation and adherence failure to statin medication in Australia. *Health Policy* 2015; 119:620-7.
- Kavookjian J, Wittayanukorn S. Interventions for adherence with oral chemotherapy in hematological malignancies: a systematic review. *Res Soc Adm Pharm* 2015; 11:303-14.
- Cochrane MG, Bala MV, Downs KE, Mauskopf J, Ben-Joseph RH. Inhaled corticosteroids for asthma therapy: patient compliance, devices, and inhalation technique. *Chest* 2000; 117:542-50.
- Haynes R, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald H. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 2:CD000011.
- Burke L, Ockene I. *Compliance in healthcare and research*. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2001.
- Sabaté E. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003.
- Unni EJ. *Development of models to predict medication non-adherence based on a new typology*. Iowa: The University of Iowa; 2008.
- Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001; 26:331-42.
- Gladman J. Pharmacists paid to improve drug compliance, persistency. *Payment Strateg Pharm Care* 1997; 10:4.
- Corda RS, Burke HB, Horowitz HW. Adherence to prescription medications among medical professionals. *South Med J* 2000; 93:585-9.

12. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes a meta-analysis. *Med Care* 2002; 40:794-811.
13. Fagan CS, Carmody TJ, McClintock SM, Suris A, Nakamura A, Jeon-Slaughter H, et al. The effect of cognitive functioning on treatment attendance and adherence in comorbid bipolar disorder and cocaine dependence. *J Subst Abuse Treat* 2015; 49:15-20.
14. Jiang M, Hughes DR, Appleton CM, McGinty G, Duszak R. Recent trends in adherence to continuous screening for breast cancer among Medicare beneficiaries. *Prev Med* 2015; 73:47-52.
15. McAuley JW, Passen N, Prusa C, Dixon J, Cotterman-Hart S, Shneker BF. An evaluation of the impact of memory and mood on antiepileptic drug adherence. *Epilepsy Behav* 2015; 43:61-5.
16. Rohr F, Wessel A, Brown M, Charette K, Levy HL. Adherence to tetrahydrobiopterin therapy in patients with phenylketonuria. *Mol Genet Metab* 2015; 114:25-8.
17. Albuquerque C, Correia C, Ferreira M. Adherence to the therapeutic regime in person with type 2 diabetes. *Proc Soc Behav Sci* 2015; 171:350-8.
18. Doosti Irani M, Abazari P, Babaei S, Shahgholian N. Facilitators of adherence to self-management in type 2 diabetic patients: a phenomenological study. *Iran J Endocrinol Metab* 2009; 11:257-64.
19. Yalda A, Seyyed Alinaghi SA, Hajibdolbaghi M. Adherence to antiretroviral therapy and its determinants in AIDS patients: review article. *Tehran Univ Med J* 2008; 66:447-55.
20. Davoudi I, Mehrabizadeh Honarmand M, Shirvanian E, Bagherian Sararodi R. Investigating psychological variables as predictors of treatment adherence and quality of life in hemodialysis patients. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 21:294-305.
21. Shirazi N, Oraki M, Zare H. The effectiveness of cognitive-behavior anger management training program on general health of patients with type 2 diabetes. *J Urmia Univ Med Sci* 2014; 24:966-76.
22. Ghaseminjead MA, Mikaeili N. Psychological predicting adherence in patients undergoing dialysis. *J Qom Univ Med Sci* 2015; 3:63-77.
23. Gholamaliei B, Karimi-Shahanjarini A, Roshanaei G, Rezapour-Shahkolaei F. Medication Adherence and its related factors in patients with type II diabetes. *J Educ Community Health* 2016; 2:3-12.
24. Haynes RB, McDonald H, Oliver T, McKibbon KA, Brouwers MC, Kanani R. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 2:CD000011.
25. Sluijs E, van Dulmen S, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a meta review. Utrecht: NIVEL; 2006.
26. Haynes RB. Improving patient adherence: state of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders. *Compliance in healthcare and research*. Armonk, NY: Futura Publishing; 2001. P. 3-21.
27. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. *Compliance in health care*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1979.
28. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ* 2006; 333:15.
29. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004; 42:200-9.
30. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther* 2001; 23:1296-310.
31. Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr Serv* 1998; 49:196-201.
32. Bethell CD, Read D, Blumberg SJ, Newacheck PW. What is the prevalence of children with special health care needs? Toward an understanding of variations in findings and methods across three national surveys. *Matern Child Health J* 2008; 12:1-14.
33. Rapoff MA. *Adherence to pediatric medical regimens*. New York: Springer Science & Business Media; 2009.
34. Kennard BD, Stewart SM, Olvera R, Bawdon RE, Hailin AO, Lewis CP, et al. Nonadherence in adolescent oncology patients: preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcome. *J Clin Psychol Med Set* 2004; 11:31-9.
35. Dunbar-Jacob J, Mortimer-Stephens M. Treatment adherence in chronic disease. *J Clin Epidemiol* 2001; 54:S57-60.
36. Ingerski LM, Hente EA, Modi AC, Hommel KA. Electronic measurement of medication adherence in pediatric chronic illness: a review of measures. *J Pediatr* 2011; 159:528-34.
37. Banning M. Older people and adherence with medication: a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2008; 45:1550-61.
38. Midlöv P, Holmdahl L, Eriksson T, Bergkvist A, Ljungberg B, Widner H, et al. Medication report reduces number of medication errors when elderly patients are discharged from hospital. *Pharm World Sci* 2008; 30:92-8.
39. Tucker CM, Herman KC, Pedersen TR, Higley B, Montrichard M, Ivery P. Cultural sensitivity in physician-patient relationships: perspectives of an ethnically diverse sample of low-income primary care patients. *Med Care* 2003; 41:859-70.

40. Velligan DI, Lam YW, Glahn DC, Barrett JA, Maples NJ, Ereshefsky L, et al. Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: a review of the literature. *Schizophr Bull* 2006; 32:724-42.
41. Kamali M, Kelly B, Clarke M, Browne S, Gervin M, Kinsella A, et al. A prospective evaluation of adherence to medication in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2006; 21:29-33.
42. Reininghaus U, McCabe R, Burns T, Croudace T, Priebe S. Measuring patients' views: a bifactor model of distinct patient-reported outcomes in psychosis. *Psychol Med* 2011; 41:277-89.
43. Buus N. Adherence to anti-depressant medication: a medicine-taking career. *Soc Sci Med* 2014; 123:105-13.
44. Callegari LS, Zhao X, Nelson KM, Borrero S. Contraceptive adherence among women Veterans with mental illness and substance use disorder. *Contraception* 2015; 91:386-92.
45. Matteliano D, Chang YP. Describing prescription opioid adherence among individuals with chronic pain using urine drug testing. *Pain Manag Nurs* 2015; 16:51-9.
46. Jaser SS, Patel N, Linsky R, Whittemore R. Development of a positive psychology intervention to improve adherence in adolescents with type 1 diabetes. *J Pediatr Health Care* 2014; 28:478-85.
47. Munro S, Lewin S, Swart T, Volmink J. A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health* 2007; 7:104.
48. Leventhal H, Cameron L. Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Educ Couns* 1987; 10:117-38.
49. Narimani M, Maleki-Pirbazari M, Mikaeili N, Abolghasemi A. Appraisal of effectiveness and comparison of exposure and response prevention therapy and acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on improving of obsessive and compulsive disorder patients' components of life quality. *J Clin Psychol* 2016; 8:25-36.
50. Gebhardt WA, Maes S. Integrating social-psychological frameworks for health behavior research. *Am J Health Behav* 2001; 25:528-36.
51. Mikaili N, Pakpour F, Ganji M. Comparison of metacognitive beliefs in gifted and normal students. *J Sch Psychol* 2014; 8:72-84.
52. Narimani M, Mikaili N, Bashirpour S. Comparison of uncertainty and emotion regulation in individuals with obsessive-compulsive disorder. *J Psychol Stud* 2017; 4:92-109.
53. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
54. Murray MD, Morrow DG, Weiner M, Tu W, Deer MM, Brater DC, et al. A conceptual framework to study medication adherence in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2004; 2:36-43.
55. Schomerus G, Appel K, Meffert PJ, Luppia M, Andersen RM, Grabe HJ, et al. Personality-related factors as predictors of help-seeking for depression: a population-based study applying the behavioral model of health services use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48:1809-17.
56. Holtzman CW, Shea JA, Glanz K, Jacobs LM, Gross R, Hines J, et al. Mapping patient-identified barriers and facilitators to retention in HIV care and antiretroviral therapy adherence to Andersen's Behavioral Model. *AIDS Care* 2015; 27:817-28.
57. Yamashita T, Kart CS, Noe DA. Predictors of adherence with self-care guidelines among persons with type 2 diabetes: results from a logistic regression tree analysis. *J Behav Med* 2012; 35:603-15.
58. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognit Ther Res* 1992; 16:143-63.
59. Brewer NT, Chapman GB, Brownlee S, Leventhal EA. Cholesterol control, medication adherence and illness cognition. *Br J Health Psychol* 2002; 7:433-47.
60. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The common-sense model of self-regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med* 2016; 39:935-46.
61. Mowlaie M, Hajloo N, Sadeghi Hashjin G, Mikaeili N, Heidari S. Psychometric properties of adult separation anxiety disorder questionnaire in students. *J Res Psychol Health* 2018; 12:102-12.
62. Mikaeili N, Rajabi S, Abbasi M. A comparison of loneliness, mental health and self-efficacy of the elderly. *New Find Psychol* 2013; 7:73-81.
63. Ott J, Greening L, Palardy N, Holderby A, DeBell WK. Self-efficacy as a mediator variable for adolescents' adherence to treatment for insulin-dependent diabetes mellitus. *Children Health Care* 2000; 29:47-63.
64. Mikaeili N, Einy S, Taghavy R. Role of coping styles, locus of control, and emotional intelligence in predicting social adjustment of veterans with post-traumatic stress disorder. *Iran J War Public Health* 2018; 10:195-201.
65. Unni EJ, Farris KB. Unintentional non-adherence and belief in medicines in older adults. *Patient Educ Couns* 2011; 83:265-8.
66. Unni E, Farris KB. Determinants of different types of medication non-adherence in cholesterol lowering and asthma maintenance medications: a theoretical approach. *Patient Educ Couns* 2011; 83:382-90.

Review Article

Theoretical and Practical Dimensions of Adherence to Treatment in Patients: A Review Study

Received: 21/01/2019 - Accepted: 26/10/2019

Nilufar Mikaili¹
Mohammad Ali Ghasemi²
Sousan Salari³
zahra sakeni^{*‡}

*1 Associate professor of Psychology,
Department of Psychology and
Educational Sciences, University of
Mohagheh Ardebili, Ardabil, Iran*

*2 PhD student in psychology, University
of Mohagheh Ardebili, Ardabil, Iran*

*3 PhD student in clinical psychology,
University of Shahed, Tehran, Iran*

*4Kashan University of medical
sciences and Health services Kashan,
Iran*

** Kashan University of medical
sciences and Health services Kashan,
Iran*

Email: z_sakeni@yahoo.com

Abstract

Introduction: Adherence to treatment is one of the most important issues in the field of physical and mental illnesses that have received little attention in Iran. Many patients do not adhere to treatment and ignore the doctor's instructions, which this is associated with economic, physical, and cultural problems for the individual, family, and community. The purpose of this study was to investigate the theoretical and practical dimensions of adherence to treatment in the health care system.

Materials and Methods: This is a descriptive-analytical study. Articles related to theoretical and research literature on adherence to treatment were searched in the databases of Scholar Google, Nursing index, Elsevier, Scopus, and also the related books. Articles were searched from 1990 to 2019 using the keywords of adherence to treatment and the patient, and theories and models were combined.

Results: The results of various studies showed that non-adherence to treatment in many disorders can cause irreparable damage. Anderson's behavioral model and common sense model are models of treatment adherence that can have therapeutic and practical uses. Children, the elderly, and patients with psychological problems are among the groups with low adherence to treatment.

Conclusion: Based on the results, physicians and specialists should help patients to improve their adherence to treatment by applying and adhering models in this context, as neglecting this phenomenon will have many negative individual and social consequences especially in some groups.

Key words:

Patient, Adherence, Treatment.

Acknowledgement: There is no conflict of interest.