J Crit Care Nurs. 2021 Dec;14(4)
Published online 2021 **Research Article**

Medication Adherence in Patients Undergoing Repeat Angioplasty: A Cross-sectional Study

Mehdi Abbaszadeh[1], Nahid Rejeh[1*], Seyed Davood Tadrisi[2], Farshad Jafari[3]
*1. Shahed University, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran, Iran
2. Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Shahid Rajaei Cardiovascular, Medical and Research Center, Tehran, Iran

**Corresponding author: Nahid Rejeh, Shahed University, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran, Iran. E-mail:* nrejeh@yahoo.com

Abstract

Background and Aim: Coronary artery disease is one of the most common forms of cardiovascular disease. Angioplasty is a common technique for its treatment. Adherence is an important factor in preventing the progression of coronary heart disease in patients undergoing angioplasty. Therefore, the present study was conducted in order to determine the medication adherence in patients undergoing repeat angioplasty in Shaheed Rajaei Cardiovascular Medical and Research Center in 2021.

Methods: This cross-sectional study, was performed on 92 patients referring to Shaheed Rajaei cardiovascular medical and research center undergoing coronary artery restenosis following repeat angioplasty. Patients were selected with convenience sampling. The instruments used in this study included the demographic information scale and the Medication Adherence Rating Scale (MARS).

Results: The mean of patients' age was (60.60±6.53) and the majority of the patients were males (55%), and mostly under diploma (34%). The mean score of professional self-concept was 3.04±1.21. The intentional medication noncompliance with the mean of (2.82±0.96) was higher than unintentional medication noncompliance with the mean of (0.23±0.47). There was inconsistency between adherence to Medication and demographic information, which indicates the fact that medication non-adherence, was not seen in the whole study population.

Conclusion: Considering that almost the majority of patients did not have medication adherence after angioplasty and were referred for repeat angioplasty, therefore, nurses should help with the prevention of repeat angioplasty through the use of appropriate measures influencing adherence to the therapeutic plan at discharge from the hospital.

Keywords: Coronary Angioplasty, Coronary Heart Disease, Medication Adherence

Copyright © 2018, Critical Care Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-08-02]

[DOI: 10.30491/JCC.14.4.50]

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
دوره ۱٤، شماره ٤، ۱٤۰۰
صفحات: ۵۰-٤۱

بررسی تبعیت از درمان دارویی در بیماران تحت آنژیوپلاستی مجدد: مطالعه مقطعی

مهدی عباس‌زاده[۱]، ناهید رژه[۱*]، سید داوود تدریسی[۲]، فرشاد جعفری[۳]

*۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲. دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله(عج)، تهران، ایران

۳. مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، تهران، ایران

نویسنده مسوول: ناهید رژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران، ایمیل: nrejeh@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: بیماری عروق کرونر یکی از شایع‌ترین اشکال بیماری قلبی و عروقی است. آنژیوپلاستی روش مورد استفاده رایج جهت درمان آن است. تبعیت از دستورات دارویی عامل مهمی در پیشگیری از پیشرفت بیماری در بیماران قلبی تحت آنژیوپلاستی است. این مطالعه با هدف تعیین میزان تبعیت از درمان دارویی بیماران تحت آنژیوپلاستی مجدد مراجعه کننده به بیمارستان قلب شهید رجایی در سال۱۴۰۰ انجام شد.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی بوده که بر روی ۹۲ بیمار با تنگی مجدد عروق کرونری تحت آنژیوپلاستی مجدد مراجعه کننده به بیمارستان قلب شهید رجایی شهر تهران انجام شد. بیماران به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، ابزار مورد استفاده در این پژوهش چک لیست اطلاعات جمعیت شناختی و مقیاس رتبه‌ای تبعیت از دستورات دارویی(MARS) بود.

یافته‌ها: میانگین سن بیماران ۶/۵۳ ± ۶۰/۶۰ سال بود. اکثریت نمونه‌ها را مردان (۵۵ درصد) و با تحصیلات زیر دیپلم (۳۴ درصد) تشکیل می‌دادند. میانگین نمره کلی میزان تبعیت از درمان دارویی (۱/۲۱ ±۳/۰۴) بود. میانگین عدم تبعیت درمان دارویی عمدی (۰/۹۶ ± ۲/۸۲) بیش از میانگین عدم تبعیت درمان دارویی غیر عمدی (۰/۴۷ ± ۰/۲۳) بود. بین تبعیت درمان دارویی و اطلاعات جمعیت شناختی ارتباط معناداری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که تقریباً اکثریت بیماران بعد از آنژیو پلاستی از درمان دارویی تبعیت نمی‌کردند و جهت تکرارآنژیوپلاستی مجدداً مراجعه می‌کردند لذا توصیه می‌شود. پرستاران در زمان ترخیص بیماران با توجه به عوامل مؤثر بر تبعیت از درمان، زمینه مناسب برای پیشگیری از آنژیوپلاستی مجدد آنها را فراهم کنند.

واژگان کلیدی: *تبعیت از درمان، آنژیوپلاستی، بیماری عروق کرونری*

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-08-02]

[DOI: 10.30491/JCC.14.4.50]

مقدمه

بیماری‌های عروق کرونر یکی از شایع‌ترین انواع بیماری‌های قلبی و عروقی و علت عمده مرگ و میر زودرس در سراسر جهان است زیرا جمعیت سالمندان به سرعت در حال افزایش است و باعث افزایش شیوع بیماری‌های مزمن شده است[۱]. بیمارهای عروق کرونر قلب علاوه بر مشکلات جسمانی و روانی، بار مالی قابل توجهی برای درمان به این بیماران تحمیل کرده است[۲].

آنژیوپلاستی یکی از استراتژی‌های درمانی ارزشمند است که به عنوان یک روش معمول و کم خطر برای بازگرداندن جریان خون به عروق کرونر مورد استفاده قرار می‌گیرد[۳]. در دهه‌های اخیر استفاده از آنژیوپلاستی افزایش یافته است[۴]. عامل اصلی در بهبود پیش آگهی بیماران و کاهش پیشرفت بیماری عروق کرونر پس از آنژیوپلاستی پیروی از دستورات دارویی است. بنابر گزارشات سازمان بهداشت جهانی، با پیروی بهتر از درمان، می‌توان حدود ۷۵ درصد از میزان مرگ و میر را کاهش داد[۵].

با وجود کارآیی آنژیوپلاستی، تنگی مجدد در عروق تحت درمان از جمله نگرانی‌هایی است که ممکن است نیاز به جراحی بای پس قلب و یا عواقبی مانند سکته قلبی یا مرگ داشته باشد[۷-۶]. برخی از بیماران بر این باورند که بیماری انسدادی عروق قلبی آنها پس از آنژیوپلاستی پایان یافته است، این در حالی است که این پروسیجر دارای شانس بروز خطر را صفر نمی‌کند[۸] و تأثیری بر درمان آترواسکلروز عروق کرونر ندارد[۹]. بیماران پس از آنژیوپلاستی باید چندین درمان دارویی را دریافت کنند تا از عود مجدد حوادث قلبی مانند تنگی مجدد عروق پیشگیری شود[۱۱-۱۰]. در طول بستری، رعایت مسائل مربوط به دارو، مراقبت و درمان به دلیل حضور پزشک و پرستاران و توصیه‌های آنها تقریباً رضایت بخش است[۱۲]. از آنجا که در صورت موفقیت آمیز بودن درمان، ممکن است بیمار در همان روز عمل ترخیص شود. بستری‌های کوتاه مدت به وضوح مقرون به صرفه هستند اما مسئولیت مراقبت سریعاً به بیماران منتقل می‌شود که ممکن است به اشتباه تصور کنند که آنها به طور کامل بهبود یافته‌اند که منجر به کاهش درک جدی از آنژیوپلاستی و ماهیت مزمن مادام العمر بیماری عروق کرونر شود[۴،۱۳].

پس از ترخیص، تبعیت از درمان دارویی بیماران ممکن است تحت تأثیر عواملی نوع بیماری، ویژگی‌های فردی و روانی، شیوه زندگی و برخی دیگر از عوامل جمعیت شناختی قرار گیرد[۱۴]. عدم مصرف دارو یا عدم رعایت منظم داروها یا پیروی از عدم تبعیت از درمان دارویی تجویز شده از نظر میزان و زمان دقیق تعریف می‌شود[۱۵]. تبعیت از درمان دارویی از عوامل مؤثر در جلوگیری از بروز عوارض و کاهش سرعت تنگی مجدد در عروق کرونر است. چندین مطالعه نقش مؤثر داروهای مختلف را در پیشگیری ثانویه از آن را نشان داده است[۱۷-۱۶]. علیرغم تأثیر مثبت این داروها در پیشگیری ثانویه از عروق کرونر، عدم رعایت دارو به عنوان یکی از چالش‌های سیستم مراقبت‌های بهداشتی در درمان بیماران پس از ترخیص باقی مانده است و بیماران بیش از شش ماه پایبند درمان دارویی نیستند[۱۰،۱۲].

با وجود شواهد موجود که پیروی از درمان را عامل مهم پیشگیری از پیشرفت بیماری عروق کرونر بعد از آنژیوپلاستی نشان می‌دهد، عدم تبعیت از درمان دارویی و سبک زندگی ناسالم بین ۳۰ تا۶۰ درصد از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر پس از آنژیوپلاستی گزارش شده است[۵،۱۸]. به طوری که ۳۸ تا۶۷ درصد بیماران بعد از آنژیوپلاستی معتقد بودند که دیگر به بیماری قلبی مبتلا نیستند[۶]. این اعتقاد و باور می‌تواند به کاهش درک عوامل خطرساز و وخیم شدن بیماری عروق کرونر منجر شود[۱۳].

برخی مطالعات ارتباط معنی‌داری بین عدم رعایت تبعیت از درمان دارویی و پیامدهای منفی مانند سکته قلبی مجدد، مرگ زود هنگام را گزارش کرده‌اند. به عبارت دقیق‌تر، عود بیماری و مرگ، عدم کنترل بیماری، همچنین بستری شدن مجدد و هزینه‌های اضافی تحمیل شده به بیمار و سیستم مراقبت‌های بهداشتی ناشی از عدم رعایت تبعیت از درمان دارویی است[۲۰-۱۹]. در واقع عدم تبعیت از درمان بیماران مبتلا بیمارهای عروق کرونر و انجام مداخله آنژیوپلاستی سبب ایجاد مشکلات اقتصادی و جسمانی برای افراد می‌شود. اگر بیماری باورهای غلط یا ناهنجار درباره بیماری خود داشته باشد، ممکن است راهبردهای سازگاری ناهنجاری را اتخاذ کند و چنین راهبردهایی می‌تواند اثرات مضری بر روی زندگی پس از مداخلات درمانی و تجربه بیماری افراد داشته باشد. این نکته می‌تواند ضرورت بررسی وضعیت درک و اثر آن بر میزان تبعیت درمانی را در جوامع و فرهنگ‌های گوناگون بخوبی توجیه نماید[۲۱].

از آنجا که مطالعات محدودی بر ارتباط بین باورهای بیماران تحت آنژیوپلاستی در رعایت دارو و پیروی از درمان دارویی انجام شده است؛ بررسی باورها و عقاید بیماران در مصرف داروها و استراتژی‌های آنها برای کنترل و مدیریت بیماری، داروها و

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-08-02]

[DOI: 10.30491/JCC.14.4.50]

عوارض جانبی آنها می‌تواند بینش وسیع‌تری جهت طراحی مداخلات مؤثر در بهبود سریع‌تر آنان فراهم نماید. همچنین؛ پیروی از دستورات درمانی و مراقبتی می‌تواند متأثر از فرهنگی باشد که فرد در آن زندگی می‌کند، لذا این مطالعه با هدف تعیین میزان تبعیت از درمان دارویی بیماران تحت آنژیوپلاستی مجدد مراجعه کننده به بیمارستان قلب شهید رجایی در سال۱۴۰۰ انجام شد.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی است که از فروردین تا تیر ماه ۱۴۰۰ انجام یافت. جامعه آماری در این پژوهش، بیماران تحت آنژیوپلاستی مجدد مراجعه کننده به بیمارستان قلب شهید رجایی بودند. بیماران در بخش آنژیوپلاستی در زمان انتظار برای انجام پروسیجر، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

حجم نمونه با توجه به مطالعه گذشته[۲۲] با دقت پنج درصد و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و قدرت ۸۰ درصد و با استفاده از فرمول همبستگی($C = 0.5 * \ln[(1+r)/(1-r)]$)[۲۳]،۹۲ نفر برآورد شد. معیارهای ورود شامل آنژیوپلاستی بیش از یک بار، آنژیوپلاستی انتخابی، سن ۱۸ سال و بالاتر، دریافت حداقل یک داروی ضد انعقاد، توانایی و استقلال کافی مصرف داروها در منزل و توان پاسخگویی به سؤالات بودند. بیماران مبتلا به بیماری شناخته شده روانی و ساکن در سراهای سالمندان یا مراکز مراقبتی وارد مطالعه نشدند. قبل از ارائه پرسشنامه‌ها، به افراد با بیان توضیحات روشن از اطلاعات مربوط به پژوهش، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و مشارکت داوطلبانه، رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه گرفته شد. پس از تأیید مناسب بودن حال بیماران توسط پرستار مسئول آنژیو پلاستی، سؤالات از افراد پرسیده می‌شد و در حضور آنان پرسشنامه تکمیل شد. در زمان نمونه‌گیری جهت رفع هر گونه سوگیری، کلیه پرسشنامه‌ها توسط محقق برای همه بیماران صرف نظر از سطح سواد تکمیل شد. جهت جلوگیری از القاء، تمامی سؤالات کلمه به کلمه بدون تأکید بر کلمات خوانده شد.

ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای دو قسمتی اطلاعات فردی شامل(سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وجود بیماری‌های زمینه‌ای و داروهای مصرفی)، در بخش دوم برای بررسی تبعیت از درمان دارویی(Medication Adherence Rating Scale(MARS بود که توسط Tomson درسال ۲۰۰۰ طراحی شده است. پرسشنامه شامل ۱۰ گویه با پاسخ بلی و خیر که توسط درمانگر تکمیل شد. در هر گویه پاسخ خیر (نمره صفر) و بله (نمره یک) است. دو عبارت اول و هشت عبارت بعدی، به ترتیب عدم تبعیت داروی غیر عمدی و عمدی را اندازه‌گیری کردند. در مجموع طیف نمرات بین صفر تا ۱۰ است. بیماران در صورت پاسخ خیر به سؤالات (۱-۶) و (۹-۱۰) و بله (۷-۸) تبعیت دارویی دارند. نمره بین صفر تا ۵ نشانگر تبعیت ضعیف و پایین و نمره بین ۶ تا ۱۰ نشانگر تبعیت بالا است. همچنین سؤالات در دو بعد تبعیت از درمان دارویی غیرعمدی (۲-۱) و عمدی(۱۰-۳) قرار می‌گیرند[۲۴]. الله بخشیان و همکاران(۲۰۲۰) ضریب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ و با روش بازآزمایی ۰/۸۹ بوده است[۲۵]. در مطالعه حاضر، روایی با نظر خبرگان برگرفته از نظرات۱۰ نفر از اساتید پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران مورد بررسی قرار گرفت. پایایی با استفاده از همبستگی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۷۱ حاصل شد. داده‌های این مطالعه توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار)، آمار استنباطی (آنوا،کروسکال والیس، یومن ویتنی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. وضعیت نرمال بودن داده‌ها با شیپرو-ویلک بررسی شد و سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر از ۹۲ بیمار تحت آنژیوپلاستی مجدد مراجعه کننده به بیمارستان شهید رجایی تهران فراوانی مردان ۵۹/۸ درصد بود. در این مطالعه ریزش نمونه‌ها وجود نداشت. میانگین سنی مشارکت کنندگان ۶/۵۳±۶۰/۶۸ سال بود. با توجه به نتایج پژوهش، وضعیت تحصیلات اکثریت زیر دیپلم (۳۶/۹ درصد) بوده و از منظر بیماری‌های زمینه‌ای فراوانی فشارخون همراه با دیابت و دیس لیپیدمی۷۱/۷ درصد بود (جدول۱).

محدوده نمره پرسشنامه تبعیت درمان دارویی۱۰-۰ بود. بیشترین انتخاب گویه انتخابی مثبت "افکار مثبت به مصرف داروها "با فراوانی نسبی۵۲ نفر و میانگین(۰/۴۹±۰/۵۷) است. کمترین گویه انتخابی مثبت "پیشگیری از بیمار شدن با مصرف داروها" با فراوانی نسبی ۲۶ نفر، فراوانی مطلق ۲۸/۳ درصد و

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-08-02]

[DOI: 10.30491/JCC.14.4.50]

میانگین(۰/۴۵±۰/۲۸) بود. بیشترین گویه انتخابی منفی"احساس عجیب در مصرف دارو"با فراوانی نسبی۸۷ نفـر، فراوانـی مطلـق نفر، فراوانی مطلق ۱/۱ درصـد و میـانگین (۰/۱۰±۰/۰۱) اسـت. (جدول دو).

جدول یک. ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با تبعیت از درمان دارویی بیماران تحت آنژیوپلاستی مجدد

متغیر	طبقات	تعداد	درصد	تبعیت از درمان دارویی		آماره و سطح معناداری
				میانگین	انحراف معیار	
جنسیت	زن	۳۷	۴۰/۲	۳/۱۴	۱/۲۹	U Mann-Whitney Z=-۰/۵۶ P =۰/۵۷،
	مرد	۵۵	۵۹/۸	۲/۹۸	۱/۱۶	
سن	۶۰≥	۴۲	۴۵/۷	۳/۱۰	۱/۲۸	U Mann-Whitney Z=-۰/۳۹ P=۰/۶۹،
	۶۱ ≤	۵۰	۵۴/۳	۳	۱/۱۶	
تحصیلات	بیسواد	۳۲	۳۴/۸	۲/۹۷	۱/۲۸	Kruskal–Wallis H(۲)=۰/۷۶ P=۰/۶۸،
	زیر دیپلم	۳۴	۳۷	۳/۱۵	۱/۲۳	
	دیپلم و بالاتر	۲۶	۲۸/۲	۳	۱/۱۳	
درآمد	کم	۵۱	۱۹/۶	۲/۹۸	۰/۹۹	ANOVA F (۲، ۸۹) =۱/۰۶ P=۰/۳۴
	متوسط	۱۸	۵۵/۴	۲/۸۳	۱/۲۹	
	زیاد	۲۳	۲۵	۳/۳۵	۱/۵۵	
وضعیت زندگی	تنها	۱	۱/۱	–	-	U Mann-Whitney Z=-۰/۰۸ P=۰/۹۳،
	همسر	۳۵	۳۸	۲/۹۴	۰/۹۶	
	خانواده	۵۶	۶۰/۹	۳/۰۹	۱/۳۵	
دخانیات	خیر	۶۷	۷۲/۸	۳/۰۱	۱/۲۱	U Mann-Whitney Z=-۰/۴۲ P=۰/۶۷،
	بلی	۲۵	۲۷/۲	۳/۱۲	/۲۳	
بیماری زمینه‌ای	فشارخون	۲۶	۲۸/۳	۲/۸۱	۱/۰۲	U Mann-Whitney Z=-۰/۹۲ P=۰/۳۵،
	فشارخون همراه با دیابت ودیس‌لیپیدمی	۶۶	۷۱/۷	۳/۱۴	۱/۲۷	
سابقه آنژیوگرافی درخانواده	خیر	۲۰	۲۱/۷	۳	۱/۴۱	U Mann-Whitney Z=-۰/۴۱ P=۰/۶۷،
	بله	۷۲	۷۸/۳	۳/۰۶	۱/۱۶	
نوع آنژیوگرافی	استنت	۷۶	۸۲/۶	۳/۰۵	۱/۱۱	U Mann-Whitney Z=-۰/۴۹ P=۰/۶۲،
	استنت و بالن	۱۶	۱۷/۴	۳	۱/۶۳	
تعداد محل آنژیوگرافی	۱ رگ	۷	۷/۶	۳/۵۷	۱/۲۷	Kruskal–Wallis H(۲)=۳/۲۳ P=۰/۱۹،
	۲ رگ	۷۵	۸۱/۵	۲/۹۳±۱/۱۸		
	۳ رگ	۱۰	۱۰/۹	۳/۵۰±۱/۲۶		

۹۴/۶ درصد و میانگین(۰/۲۲±۰/۹۵) بود. کمترین گویه انتخـابی منفی "مصرف داروها فقط در موقع بیماری"با فراوانی نسبی یک جدول سه بیانگر وضعیت تبعیـت از درمـان دارویـی افـراد مـورد مطالعه است که در تقسیم‌بندی ابعاد سه گانه، بـه ترتیـب کسـب رتبه برحسب میزان میانگین عبارت بودند از بعد نگرش به مصرف

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-08-02]

[DOI: 10.30491/JCC.14.4.50]

جدول دو. وضعیت تبعیت از درمان دارویی بیماران تحت آنژیوپلاستی مجدد

تبعیت از درمان دارویی (گویه‌های منفی)	بله=۰ تعداد (درصد)	خیر=۱ تعداد (درصد)	میانگین	انحراف معیار	میانه	رتبه
۱- فراموش کردن دارو	۹۰(۹۷/۸)	۲(۲/۲)	۰/۰۲	۰/۱۴	۰	۷
۲- بی توجه و بی دقتی به مصرف دارو	۷۳(۷۹/۳)	۱۹(۲۰/۷)	۰/۲۱	۰/۴۰	۰	۳
۳- قطع کردن دارو هنگام احساس بهبودی	۷۶(۸۲/۶)	۱۶(۱۸/۴)	۰/۱۷	۰/۳۸	۰	۴
۴- قطع کردن دارو هنگام احساس عدم بهبودی	۸۵(۹۲/۴)	۷(۷/۶)	۰/۰۸	۰/۲۶	۰	۶
۵- مصرف داروها فقط در موقع بیماری	۹۱(۹۸/۹)	۱(۱/۱)	۰/۰۱	۰/۱۰	۰	۸
۶- کنترل جسم و ذهن تحت تاثیرمصرف دارو	۳۷(۴۰/۲)	۵۵(۵۹/۸)	۰/۶۰	۰/۴۹	۱	۲
۹- احساس عجیب در مورد مصرف دارو	۵(۵/۴)	۸۷(۹۴/۶)	۰/۹۵	۰/۲۲	۱	۱
۱۰- احساس خستگی و تنبلی دراثر مصرف دارو	۷۷(۸۳/۷)	۱۵(۱۶/۳)	۰/۱۶	۰/۳۷	۰	۵
جمع گویه های منفی	۵۳۴(۷۲/۶)	۲۰۲(۲۷/۴)	۲/۲۰	۱/۳۴	۲	-
تبعیت از درمان دارویی(گویه‌های مثبت)	**خیر=۰ تعداد (درصد)**	**بله=۱ تعداد (درصد)**	**میانگین**	**(انحراف معیار**	**میانه**	**رتبه**
۷- افکار مثبت به مصرف داروها	۴۰(۴۳/۵)	۵۲(۵۶/۵)	۰/۵۷	۰/۵۰	۱	۱
۸- پیشگیری از بیمارشدن با مصرف داروها	۶۶(۷۱/۷)	۲۶(۲۸/۳)	۰/۲۸	۰/۴۵	۰	۲
جمع گویه‌های مثبت	۱۰۶(۵۷/۶)	۷۸(۴۲/۴)	۰/۸۵	۰/۷۱	۱	-
نمره کل تبعیت از درمان دارویی	۶۱۲(۶۶/۵)	۳۰۸(۳۳/۵)	۳/۰۴	۱/۲۱	۳	-

دارو (۰/۷۷±۰/۴۶)، بعد عوارض جانبی(۰/۴۳±۱/۱۱) و بعد رفتاری به مصرف دارو (۰/۸۷±۰/۴۸) را کسب نمودند. در تقسیم بندی ابعاد دوگانه عدم تبعیت عمدی و غیر عمدی از درمان دارویی به ترتیب کسب رتبه برحسب میزان میانگین عبارت بودند بعد عدم تبعیت عمدی(۰/۹۶±۲/۸۳) و بعد عدم تبعیت غیرعمدی با میانگین (۰/۴۷±۰/۲۳) بودند.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان تبعیت از درمان دارویی بیماران تحت آنژیوپلاستی مجدد مراجعه کننده به بیمارستان قلب شهید رجایی انجام شد.

یافته‌های مطالعه نشان داد که اکثر بیماران از سطح تبعیت از

جدول سه. وضعیت تبعیت از درمان دارویی بیماران تحت آنژیوپلاستی مجدد

	میزان تبعیت از درمان دارویی				
۱) ابعاد تبعیت از درمان دارویی	**حداکثر- حداقل**	**میانگین**	**انحراف معیار**	**رتبه میانگین**	**توصیف**
بعد رفتار به مصرف دارو (سؤالات۴-۱)	۴-۰	۰/۴۸	۰/۸۷	۳	ضعیف
بعد نگرش به مصرف دارو(سؤالات ۸-۵)	۳-۰	۰/۴۶	۰/۷۷	۱	متوسط
بعد نگرش به عوارض جانبی (سؤالات ۱۰-۹)	۲-۰	۱/۱۱	۰/۴۳	۲	متوسط
۲) ابعاد تبعیت از درمان دارویی	**حداکثر- حداقل**	**میانگین**	**انحراف معیار**	**رتبه**	**توصیف**
بعد غیر عمدی عدم تبعیت از درمان دارویی(سؤالات ۲-۱)	۲-۰	۰/۲۳	۰/۴۷	۲	ضعیف
بعد عمدی عدم تبعیت از درمان دارویی(سؤالات ۱۰-۳)	۵-۱	۲/۸۲	۰/۹۶	۱	متوسط
نمره کل تبعیت از درمان دارویی(سؤالات ۱۰-۱)	۷-۱	۳/۰۴	۱/۲۱	-	ضعیف

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-08-02]

[DOI: 10.30491/JCC.14.4.50]

درمـان دارویـی ضـعیف برخـوردار هسـتند. در مطالعـه روحـی و همکاران (۱۳۹۳) و نیز الله بخشیان و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان دادند که اکثریت بیمـاران تحـت آنژیوپلاسـتی پایبنـدی کـم بـه رعایت دستورات دارویی دارند[۲۶-۲۵]. اما در مطالعه Sørensen و همکاران (۲۰۲۰) درصد کمتری از بیماران عدم تبعیت دارویـی داشـتند[۲۷]. از سـوی دیگـر، Lemay و همکـاران (۲۰۱۸) بـه بررسی اثربخشـی برنامـه‌های توانبخشـی بـرای بیمـاران بعـد از آنژیوپلاستی پرداختند و دریافتند که میزان تبعیت بـا فعالیت‌هـای بدنی پس از یک سال پس از عمل قلب افزایش می‌یابـد[۲۸]. در نتیجه، یکی از مغایرت‌هـای مطالعـه حاضـر بـا دو مطالعـه فـوق می‌تواند تفاوت‌های فرهنگی بین مردم آسیایی و اروپایی باشد. به عبارت دیگر میزان بالای رعایت داروها می‌توانـد ناشـی از تـأثیر نگرش افراد نسبت به خود گزارشی باشد که آمـوزش از راه دور و رسانه‌های عمومی در این زمینه می‌توانـد مـؤثر واقـع شـود[۲۷]. اغلب بیماران به جای باور به اثربخشی داروها به دلیـل عـوارض جانبی و تـرس از وابسـتگی، نگـران مصـرف داروهـا بودنـد. لـذا کارکنان درمان، به ویژه پرستاران باید از این نگرانی‌ها آگاه باشند و برای رفع آن برنامه‌ریزی کنند. از سوی دیگر، آنها باید با جلـب اعتماد بیماران ضمن آن که عوارض جانبی داروهای تجویز شـده را آموزش داده اطلاعاتی در مورد شناسـایی و پیشـگیری از آنهـا ارائه دهند و نهایتاً بر ضرورت مصرف دارو در رونـد بهبـود تأکیـد کنند. بر این اساس، اعتماد بیماران را افزایش داده و نگرانی‌هـای آنها را کاهش دهد.

این مطالعه بر خلاف سایر مطالعات نشان داد سطح تحصیلات بر تبعیت از درمان دارویی تأثیر نداشت[۲۹]. این در حالی اسـت کـه مطالعه مشابه این امر را بر تأثیر عقاید و باورهای بیمار از تقدیر و سرنوشت در بهبودی از درمان نسبت می‌دهند[۳۰]. لذا ضـمن آن که اعتقادات بیمار به عنوان عامل پیش‌بینی کننده در نظر گرفتـه شود، در این مورد باید برنامه‌ریزی آموزشی را برای همـه سـطوح تحصیلاتی در نظر گرفت.

نتایج این مطالعه نشان داد کـه بـین باورهـای تبعیـت از درمـان دارویی از نظر آماری رابطه معنی‌داری وجود دارد. به طـوری کـه Johnson و همکاران (۲۰۱۵) اعتقادات و باورهـای بیمـاران بـه دارو را به عنوان یکی از پیش‌بینی کننده‌های همکـاری در زمینـه پذیرش و تبعیت دارویی گزارش کردند[۲۴].

از محدودیت‌های پژوهش با توجه به شیوه خودگزارشی و عدم مشاهده مستقیم بیماران ممکن است ارزشیابی میزان تبعیت از درمان دارویی تحت تأثیر قرار گرفته شده باشد. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس و در سطح یک مرکز درمانی و نیز در زمان همه‌گیری کووید-۱۹ اشاره داشت که قدرت تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌سازد. همچنین نمونه‌گیـری غیـر تصـادفی و حجم محدود نمونه‌ها و عدم توجه به فاصله با آنزیوگرافی قبلی در این مطالعه قابلیت تعمیم پذیری یافته‌ها را کاهش داده است. در نهایت با توجه به ماهیت ذاتی مطالعه مقطعی شواهد کافی در مورد رابطه علت و معلولی تبعیت از درمان دارویی ارائه نمی‌دهد. لذا پیشنهاد می‌شود جهت آشکارشدن ابعاد و جنبه‌های این پدیده پژوهش‌های بیشتری در مراکز دیگر کشور با روش نمونه‌گیری تصادفی صورت بگیرد تا بتوان بر توان مطالعه افزود. فقدان سیستم مراقبت بهداشتی پیگیر مسئول در جامعه کنونی ممکن است دلیلی برای عدم رعایت داروها در مطالعه حاضر باشد که ایجاد این بخش در وزارت بهداشت درمان می‌تواند مثمر ثمر باشد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج، اکثر بیماران به دلیل نگرانـی از عـوارض جـانبی داروها که منجر به تردید و نهایتاً تبعیت و پایبندی کمتر از درمان دارویی آنها شد.

همچنین برخی بیماران با عدم تبعیت عمدی از رژیم دارویـی، بـر این باورند که ادامه مصرف داروها غیرضروری است و بـر رونـد بهبودی بیماریشـان تأثیر چندانی ندارد.

از علل عـدم تبعیـت، فراموشـی در مصرف داروها است کـه ایـن امر ممکن اسـت غیرعمـدی نیـز اتفـاق بیفتـد. درک پـایین و مشـکلات مربـوط بـه تبعیـت در فراموشـی غیرعمـدی بیمـاران تأثیر می‌گـذارد. از سوی دیگر سواد سلامت کم در مورد مزایـای تبعیت و خطرات عدم تبعیت می‌تواند باعث فراموشی عمدی نیـز در بیماران شود. از آنجا که عدم تبعیـت عمـدی از درمـان، رفتـار برنامه‌ریزی شده‌ای است که به طـور قـوی بـا باورهـای فـرد در رابطه با آن رفتار مرتبط است.

بنابراین، پرستاران باید از این موضـوع آگـاه باشـند، بـا برقـراری ارتباط مؤثر درمـانی بـا بیمـار، شناسـایی دلایـل و موانـع عـدم تبعیـت عمدی و غیر عمدی و نهایتاً افـزایش انگیـزه بیمـار بـا بکارگیری مختلف یادآوری داروها بـا کـاهش نگرانـی آنهـا را در مورد عوارض جانبی، به فرد جهـت تغییر رفتار یابـد برنامـه‌ریزی شود نهایتاً تبعیت و پایبندی بیشـتری بـه دارو در بیمـاران ایجـاد

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-08-02]

[DOI: 10.30491/JCC.14.4.50]

کنند. پرستاران در زمان ترخیص بیماران با توجه به عوامل مـؤثر بر تبعیت از درمان، زمینه مناسب برای پیشگیری از آنژیوپلاسـتی مجدد آنها را فراهم کنند. با توجه کمتـر بـه ابعـاد عمـدی و غیـر عمدی عدم تبعیـت درمـان دارویـی در بیمـاران آنژیوپلاسـتی در مطالعات پیشین، لذا پیشنهاد می‌شـود جهـت روشـنگری علـل و عوامل مؤثر بر این دو بعد عدم تبعیـت درمـان دارویـی بـا انجـام مطالعات سیستماتیک بررسی شود.

از راهبردهای پیشنهادی این است که حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل مؤثر در باورهای بیماران در زمینه دارو در نظر گرفته شود و از سیستم‌های حمایتی مانند کارکنان درمانی، خانواده و دوستان برای مدیریت باورهای آنها استفاده شود. همچنین انجام در این زمینه می‌تواند به نتایج این مطالعه ممکن است برای برنامه‌ریزی و انجام مداخلات بیشتر به منظور کاهش نگرانی بیماران و کمک به آنها در جهت رعایت داروها و بهبود رعایت توصیه‌های مراقبتی و کاهش هزینه‌های ناشی از آنژیوگرافی مجدد مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل از قسمتی پایان‌نامه کارشناسی ارشد با کد IR.SHAHED.REC.1399.112 بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد تصویب و حمایت مالی شده است. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از بیمارانی شرکت‌کننده در این مطالعه به خاطر صبر، حوصله و همچنین اعتمادشان به محققین و نیز تمامی عزیزانی که ما را در اجرای هرچه بهتر این تحقیق مشارکت داشتند، ابراز می‌دارند.

تضاد منافع

بههیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع

1. World Health Organization. Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2018
2. Astin F, Carroll D, De Geest S, Fernandez-Oliver AL, Holt J, Hinterbuchner L, Jennings C, Jones I, Ketchell A, Kletsiou E, Ruppar T, Bustelo AS, Serafin A, Uchmanowicz I. A Core Curriculum for the Continuing Professional Development of Nurses Working in Cardiovascular Settings: Developed by the Education Committee of the Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP) on behalf of the European Society of Cardiology. Eur J Cardiovasc Nurs. 2015 Jun;14(2 Suppl):S1-17.
3. Topol EJ, Teirstein PS. Textbook of Interventional Cardiology E-Book. Elsevier Health Sciences; 2015.
4. Rubimbura V, Rostain L, Duval AM, Akakpo S, Boukantar, M, et al. Outcomes and safety of same day discharge after percutaneous coronary intervention: A 10-year single center study. Catheterization and Cardiovascular Interventions 2019; 94:105–111.
5. Vasankari V, Halonen J, Vasankari T, Anttila V, Airaksinen J, Sievänen H, Hartikainen J. Physical activity and sedentary behaviour in secondary prevention of coronary artery disease: A review. Am J Prev Cardiol. 2021 Jan 9; 5:100146.
6. Kähkönen O, Kankkunen P, Saaranen T, Miettinen H, Kyngäs H. Hypothetical model of perceived adherence to treatment among patients with coronary heart disease after a percutaneous coronary intervention. Nurs Open. 2019 Sep 27;7(1):246-255
7. Wiecek E, Tonin FS, Torres-Robles A, Benrimoj SI, Fernandez-Llimos F, et al. Temporal effectiveness of interventions to improve medication adherence: A network meta-analysis. PLoS One. 2019 Mar 12;14(3): e0213432.
8. Rubimbura V, Rostain L, Duval AM, Akakpo S, Boukantar M, et al. Outcomes and safety of same-day discharge after percutaneous coronary intervention: A 10-year single-center study. Catheter Cardiovasc Interv. 2019 Jul 1;94(1):105-111.
9. Pettersen TR, Fridlund B, Bendz B, Nordrehaug JE, Rotevatn S, Schjøtt J, Norekvål TM; CONCARD Investigators. Challenges adhering to a medication regimen following first-time percutaneous coronary intervention: A patient perspective. Int J Nurs Stud. 2018 Dec; 88:16-24.
10. Salari A, Rouhi Balasi L, Ashouri A, Moaddab F, Zaersabet F, Nourisaeed A. Medication Adherence and its Related Factors in Patients Undergoing Coronary Artery Angioplasty. J Caring Sci. 2018 Dec 1;7(4):213-218.

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-08-02]

[DOI: 10.30491/JCC.14.4.50]

11. Son YJ, Lee K, Morisky DE, Kim BH. Impacts of Type D Personality and Depression, Alone and in Combination, on Medication Non-Adherence Following Percutaneous Coronary Intervention. Int J Environ Res Public Health. 2018 Oct 11;15(10):2226.
12. Rahim B, Alireza M, Jaleh N, Ali R. The Role of Continuous Care Model on Hospital Readmission of Patients with Heart Failure: A randomized Controlled Clinical Trial. Health Sci J. 2018;12(6):611.
13. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 2018 Jan 7;39(2):119-177.
14. Treatment Adherence in Integrative Medicine: Comprehensive Literature Review and Industry Insights: Executive Summary. Integr Med (Encinitas). 2021 Jun;20(3):46-47.
15. Gerland HE, Prell T. Association Between the Health Locus of Control and Medication Adherence: An Observational, Cross-Sectional Study in Primary Care. Front Med (Lausanne). 2021 Aug 16; 8:705202.
16. Degli Esposti L, Perrone V, Veronesi C, Buda S, Rossini R; Local Health Unit group. All-cause mortality, cardiovascular events, and health care costs after 12 months of dual platelet aggregation inhibition after acute myocardial infarction in real-world patients: findings from the Platelet-aggregation Inhibition: Persistence with treatment and cardiovascular Events in Real world (PIPER) study. Vasc Health Risk Manag. 2018 Nov 20;14:383-392.
17. Soldati S, Di Martino M, Rosa AC, Fusco D, Davoli M, Mureddu GF. The impact of in-hospital cardiac rehabilitation program on medication adherence and clinical outcomes in patients with acute myocardial infarction in the Lazio region of Italy. BMC Cardiovasc Disord. 2021 Sep 27;21(1):466.
18. Pettersen TR, Fridlund B, Bendz B, Nordrehaug JE, Rotevatn S, et al. CONCARD Investigators. Challenges adhering to a medication regimen following first-time percutaneous coronary intervention: A patient perspective. International of Journal Nursing Studies 2018 Dec; 88:16-24.
19. Foley L, Larkin J, Lombard-Vance R, Murphy AW, Hynes L, Galvin E, Molloy GJ. Prevalence and predictors of medication non-adherence among people living with multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2021 Sep 2;11(9): e044987.
20. Mathew D, Sajeev C. Clinico-Angiographic Profile and Prevalence of Restenosis in Patients Undergoing Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty to Left Main Coronary Artery: An Observational Cohort Study. World Journal of Cardiovascular Diseases.2017; 7: 413-422.
21. Lin YP, Furze G, Spilsbury K, Lewin RJ. Misconceived and maladaptive beliefs about heart disease: a comparison between Taiwan and Britain. J Clin Nurs. 2009 Jan;18(1):46-55.
22. Lourenço LB, Rodrigues RC, São-João TM, Gallani MC, Cornélio ME. Quality of life of coronary artery disease patients after the implementation of planning strategies for medication adherence Revista Latino-Americana de Enfermagem 2015 Jan-Feb;23(1):11-19.
23. Hulley S, Cummings S, Browner W, Grady D, Newman T. Designing clinical research (vol. 4th). Philadelphia: LWW. 2013
24. Johnson AB, Sebastian A, Sudulaguntla A, Sabu AC, Meka S, Nanjwade BK. Medication adherence rating of patients with hypertension in a tertiary care hospital. World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences 2015; 5:694-710.
25. Farsani AA, Gharamaleki RN, Tabriziz FJ, ghafaribavil S, Sarbakhsh P, et al. Is Beliefs About Medication a Factor in Adherence to the Medicine in Patients Undergoing Coronary Angioplasty. Crescent Journal of Medical and Biological Sciences 2020;7(3): 414-420.
26. Rouhi Balasi L, Paryad E, Kazemnezhad Leili E, Booraki SH, SadeghiMeibodi AM, et al. Study status of care adherence and its related factors in patients undergoing Coronary Artery Bypass Surgery. Journal of Holist Nursing and. 2013;25(77):34-45. [Persian].
27. Sørensen CA, Lisby M, Olesen C, Enemark U, Sørensen SB, de Thurah A. Self-administration of medication: a pragmatic randomized controlled trial of the impact on dispensing errors, perceptions, and satisfaction. Ther Adv Drug Saf. 2020 May 4; 11:2042098620904616.
28. Lemay J, Waheedi M, Al-Sharqawi S, Bayoud T. Medication adherence in chronic illness: do beliefs about medications play a role? Patient Prefer Adherence. 2018 Sep 5; 12:1687-1698

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-08-02]

[DOI: 10.30491/JCC.14.4.50]

29. Jensen FF, Håkansson KEJ, Overgaard Nielsen B, Weinreich UM, Ulrik CS. Self-reported vs. objectively assessed adherence to inhaled corticosteroids in asthma. Asthma Res Pract. 2021 May 31;7(1):7.

30. Salama HM, Saudi RA. Effect of patients beliefs about medications on adherence to drugs in diabetic patients attending family medicine outpatient clinic in Ismailia, Egypt. J Diabetes Metab Disord. 2020 Jul 18;19(2):951-958.

[Downloaded from jccnursing.com on 2025-08-02]

[DOI: 10.30491/JCC.14.4.50]