

## بررسی پذیرش دارو و برخی عوامل مرتبط با آن در بیماران مصروع

صفورا یداللهی\* طاهره اشک تراب\*\* فرید زایری\*\*\*

### چکیده

زمینه و هدف: پذیرش دارو یکی از عوامل مهم در برآیندهای درمانی بیماران مصروع می‌باشد. عدم پذیرش داروهای ضد تشنج در این بیماران ممکن است منجر به افزایش تعداد حملات تشنج، افزایش هزینه‌های بیمارستانی و حتی بالا رفتن میزان مرگ و میر بیماران گردد. لذا این مطالعه با هدف بررسی میزان پذیرش دارو و برخی عوامل مرتبط با آن در بیماران مصروع صورت گرفته است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی در مورد ۱۲۰ بیمار عضو انجمن صرع ایران که براساس معیارهای ورود و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، با استفاده از پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی و پذیرش داروی تعدیل شده Morisky صورت گرفته است. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های اسپیرمن و من‌ویتنی در نرم‌افزار SPSS v.16 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: ۸۷/۵٪ از نمونه‌ها پذیرش دارویی بالا، ۱۰/۸٪ پذیرش متوسط و ۱/۷٪ پذیرش پایین داشتند. بیش‌ترین علت پایین بودن پذیرش دارویی در نمونه‌های پژوهش، نداشتن حملات تشنج بود (۸/۳٪). بین میانگین نمره پذیرش دارو با تعداد داروی مصرفی و تعداد حملات تشنج رابطه آماری معناداری وجود داشت ( $p < 0/05$ ).

نتیجه‌گیری: میزان پذیرش دارو در نمونه‌های این پژوهش در سطح بالا ارزیابی شد. افرادی که پذیرش بیش‌تری داشتند حملات تشنج کم‌تری در ۳ ماه گذشته تجربه کرده بودند. بیش‌ترین عامل قطع داروها و کاهش پذیرش دارویی، نبودن حملات تشنج در بیماران بود، لذا با ارایه برنامه‌های آموزشی در مورد رژیم دارویی که بر لزوم استفاده صحیح و مداوم داروها، حتی در صورت قطع حملات تشنج در بیماران مصروع تأکید دارد، می‌توان موجبات افزایش پذیرش این بیماران را فراهم آورد.

نویسنده مسؤل:  
طاهره اشک تراب؛  
دانشکده پرستاری و  
مامایی دانشگاه علوم  
پزشکی شهید بهشتی  
e-mail:  
t\_ashktorab@sbmu  
.ac.ir

واژه‌های کلیدی: صرع، تشنج، داروهای ضد تشنج، پذیرش دارو

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۴ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۳۹۴

### مقدمه

صرع یکی از مهم‌ترین و جدی‌ترین اختلالات شایع مغزی در جهان محسوب می‌شود (۱). میزان مبتلایان به این بیماری در ایالات متحده آمریکا ۲/۵ میلیون نفر و شیوع آن ۷ در هر ۱۰۰۰ نفر می‌باشد (۲). با توجه به

مطالعات محدودی که در مورد شیوع صرع در ایران صورت گرفته، آمار دقیقی از شیوع آن در دست نیست. محمدی و همکاران در سال ۱۳۸۴، شیوع صرع را ۱/۸٪ گزارش نمودند (۳). در سال ۱۳۸۳ نیز کیهانی‌دوست این میزان را در ایران، ۳-۱٪ کل جمعیت برآورد نمود (۴). این بیماری وضعیت ناتوان‌کننده‌ای است که بر کیفیت زندگی فرد مبتلا و خانواده او اثرات نامطلوبی گذاشته و تشنجات کنترل نشده

\* دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران  
\*\* دانشیار گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
\*\*\* استادیار گروه آموزشی آمار زیستی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

آن می‌تواند منجر به تغییرات تخریبی برگشت‌ناپذیری در مغز گردد. پیامدهای منفی که ممکن است با کاهش کنترل حملات تشنج در بیماران همراه باشد، شامل: صدمات، افزایش مراجعه به پزشک و مراکز مراقبت‌های اورژانس، بستری در بیمارستان و کاهش بهره‌وری است که همه این موارد به صورت مستقیم و غیرمستقیم هزینه‌های درمانی را برای افراد صرعی افزایش می‌دهد (۶و۵). خطر مرگ و میر در بیماران مبتلا به صرع تقریباً دو تا سه برابر بیش‌تر از حد مورد انتظار در جمعیت متناظر فاقد صرع می‌باشد (۷).

بیش از ۷۵٪ بیماران مصروع مشکلی به جز حملات صرعی ندارند و از نظر بیماری‌های دیگر سالم می‌باشند. اگر این حملات کنترل شود، انتظار می‌رود که این بیماران نیز بتوانند مانند سایر افراد جامعه فعال بوده و زندگی خوبی داشته باشند (۸). عمده‌ترین روشی که افراد مصروع جهت کنترل بیماری خود انجام می‌دهند، استفاده از داروهای ضد تشنج است. اگرچه بسیاری از بیماران در درمان با این داروها ناموفق هستند (۱) ولی داروهای ضد تشنج درمان اصلی در بیماران مصروع بوده (۹) و بهترین سد دفاعی در مقابل حملات تشنج است (۱۰). این داروها می‌توانند حملات صرع را تا میزان ۶۷٪ کنترل نمایند (۵).

درمان دارویی در بیماران مزمن مانند صرع، نیاز به رعایت رژیم‌های دارویی پیچیده و طولانی مدت دارد که گاهی تا آخر عمر فرد ادامه می‌یابد (۵). پذیرش دارو به معنی مصرف داروهای تجویز شده در زمان‌های مشخص با مقدار صحیح، به خاطر داشتن میزان مصرفی

دارو و ادامه مصرف آن برای مدت تجویز شده می‌باشد (۹). پذیرش دارو، طول مدت بستری و هزینه‌های غیرمستقیم بیماری را کاهش داده و کیفیت زندگی را اصلاح می‌کند. مداخله‌های موفق در پذیرش دارو عملکرد بیمار را در جامعه بهبود می‌بخشد و ثبات خانوادگی، رضایتمندی و عدم وابستگی را به دنبال دارد (۱۱).

عدم پذیرش دارو تصمیمی است که توسط مددجو گرفته می‌شود تا داروهای تجویز شده را مصرف نکند (۱۲). عدم پذیرش رژیم دارویی یک مشکل عمومی در حیطه بالین است که مانع درمان کامل بیماری می‌شود. در واقع عدم پذیرش دارویی یک مشکل جهانی است (۵). امروزه عدم پذیرش دارو یکی از مهم‌ترین موانع درمان بیماران مصروع محسوب می‌شود (۶). بخشی از بیماران صرعی نیز همانند سایر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، پذیرش دارویی اندکی دارند. در مطالعات انجام یافته، به طور کلی عدم پذیرش داروهای ضد تشنج را در افراد مصروع ۳۰-۵۰٪ تخمین زده‌اند که با افزایش مراجعه به مراکز اورژانس و بستری شدن در بیمارستان‌ها و در نهایت افزایش هزینه‌های درمانی همراه بوده است (۱۳). بنابراین عدم پذیرش داروهای ضد تشنج یک مشکل حیاتی است که باید به طور جدی مورد توجه قرار گیرد (۱).

برخی از عواملی که باعث عدم پذیرش دارو در بیماران می‌شوند، شامل فراموشی مصرف دارو، شرم ناشی از مصرف دارو به علت بیماری، تعداد دفعات مصرف دارو در روز، تعداد داروهای مصرفی روزانه (به

اندازه نمونه مورد نیاز، ۱۱۳ بیمار زن و مرد مصروع برآورد گردید که با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها به ۱۲۰ بیمار افزایش یافت.

$$n = \frac{(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2}{\left[ \frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r} \right]^2} + 3 = \frac{(10.5)^2}{\left[ \frac{1}{2} \ln \frac{1.3}{0.7} \right]^2} + 3 = 113$$

نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس، براساس معیارهای ورود که شامل تشخیص قطعی بیماری توسط متخصص مغز و اعصاب، سن ۵۰-۱۸ سال، عدم ناتوانی و معلولیت ذهنی، عدم مشکلات روحی-روانی ثبت شده در پرونده، داشتن سواد خواندن و نوشتن و مصرف حداقل یک داروی ضد تشنج به مدت حداقل ۶ ماه بود، جهت شرکت در مطالعه انتخاب گردیدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل ۲ پرسشنامه بود:

۱- پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی که توسط نمونه‌ها تکمیل گردید. این پرسشنامه پس از مطالعه متون و مقالات مرتبط با پذیرش دارو در بیماران مختلف تنظیم گردید و سپس جهت تعیین اعتبار محتوا در اختیار کارشناسان قرار گرفت. در این پرسشنامه علاوه بر مشخصات جمعیت‌شناسی از جمله سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل و ... عوامل احتمالی مرتبط با پذیرش دارو و تعداد حملات تشنج در ۳ ماه گذشته نیز مورد بررسی قرار گرفت. عوامل پذیرش دارو براساس مطالعات کمی و کیفی صورت گرفته بر پذیرش دارویی افراد مبتلا به بیماری‌های مختلف (۱۱ و ۲،۵) مشخص و سپس در قالب سؤال به پرسشنامه اضافه گردید.

خصوص افرادی که به علت سایر بیماری‌ها نیز دارو مصرف می‌کنند) و عوارض جانبی داروها می‌باشد. وخامت بیماری، اختلالات شناختی مرتبط، عدم درک اهمیت نقش داروها در بهبودی، هزینه آن و رابطه پزشک-بیمار نیز بر میزان پذیرش دارویی بیماران مؤثر است (۱۴ و ۱۱،۵،۲،۱).

نتایج حاصل از مطالعات مختلف نشان می‌دهد که ارزیابی پذیرش دارویی بیماران باید به عنوان یک مسأله مهم در حیطه پرستاری جهت مدیریت و کنترل بیماری صرع مدنظر باشد. با توجه به این که در ایران اطلاعاتی در زمینه پذیرش دارویی بیماران مصروع و عوامل مرتبط با آن وجود ندارد، هدف این مطالعه تعیین میزان پذیرش دارویی افراد مبتلا به صرع و برخی عوامل مرتبط با آن است. با شناخت بهتر وضعیت موجود و عوامل مؤثر، می‌توان راه کارهای مناسب جهت برطرف نمودن مشکلات این حیطه ارائه نموده و به تدوین برنامه‌های آموزشی و مدیریتی جهت بهبود یا افزایش میزان پذیرش دارویی در بیماران مصروع پرداخت.

## روش بررسی

جامعه پژوهش در این مطالعه توصیفی-تحلیلی که در سال ۱۳۹۰ صورت گرفته است، شامل کلیه بیماران مصروع تحت پوشش انجمن صرع ایران در تهران بود و نمونه پژوهش، بیماران مصروع عضو انجمن صرع و واجد معیارهای پژوهش بودند. با اخذ نظر متخصص آمار و با توجه به مطالعه McAuley و همکاران (۱۰)،  $T=0/3$  و براساس فرمول زیر

۲- پرسشنامه «پذیرش داروی تعدیل شده موریسکی» ( Modified Moriskey drug adherence) که توسط Moriskey و همکارانش در سال ۱۹۸۶، جهت بررسی میزان پذیرش دارو در بیماران با فشارخون بالا طراحی گردید و پس از ایجاد تغییرات لازم توسط طراحان ابزار و سایر متخصصان، جهت سنجش میزان پذیرش دارو در بیماری‌های مختلف به کار رفت.

این ابزار شامل ۴ پرسش ۵ نقطه‌ای براساس مقیاس لیکرت می‌باشد که نمره ۰ به گزینه هرگز، ۱ به ندرت، ۲ گاهی اوقات، ۳ بیش‌تر اوقات و نمره ۴ به گزینه همیشه تعلق می‌گیرد. ۴ عبارت این پرسشنامه شامل (۱) فراموشی در مصرف دارو (۲) بی‌دقتی در موقع مصرف دارو (۳) قطع مصرف دارو در صورت نداشتن حملات تشنج و (۴) قطع مصرف دارو به علت عوارض جانبی آن است. در این پرسشنامه، نمره قابل اکتساب از هر سؤال ۰ تا ۴ می‌باشد. دامنه نمرات این پرسشنامه ۱۶-۰ است که نمره بیش‌تر، پذیرش پایین‌تر و نمره کم‌تر پذیرش بالاتر را نشان می‌دهد (۱۶ و ۱۵).

جهت تعیین اعتبار ابزارهای گردآوری اطلاعات از روش اعتبار محتوا و اعتبار صوری استفاده شد. بدین ترتیب که پس از مطالعه کتب و مقالات متعدد، پرسشنامه رفتارهای خود مدیریتی صرع و فرم مشخصات جمعیت‌شناسی، در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، ۵ پزشک متخصص داخلی مغز و اعصاب و ۵ بیمار مبتلا به صرع قرار داده شد و از نظر اعتبار محتوا و اعتبار صوری مورد

بررسی و قضاوت قرار گرفت و با توجه به نظرات و پیشنهادهای اصلاحی آنان تغییرات لازم در آن لحاظ گردید. پایایی پرسشنامه پذیرش داروی تعدیل شده Moriskey نیز از طریق تعیین ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۱ محاسبه گردید. همچنین پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی به فاصله ۳ هفته، ۰/۸۶ به دست آمد. در مطالعه Yang و همکاران که جهت ارزیابی اعتبار این ابزار در مورد بیماران مصروع چینی صورت گرفت، اعتبار داخلی (آلفا کرونباخ)، ۰/۵۵ و اعتبار آن در بازآزمون ۰/۷۲ گزارش گردید (۱۷).

پرسشنامه‌های پژوهش در محل انجمن، ضمن ارایه توضیحات لازم جهت تکمیل، در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت. مدت نمونه‌گیری تقریباً ۳ ماه به طول انجامید.

در ضمن کلیه ملاحظات اخلاقی مرتبط با پژوهش رعایت گردید و با کد ۲۵/۱۲/۱۰۳۷۵ پ به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی رسید. اجازه انجام پژوهش از مسؤولان انجمن صرع ایران نیز کسب شد. کلیه اهداف و مراحل پژوهش به شرکت‌کنندگان اعلام گردید. شرکت در پژوهش داوطلبانه بود. محرمانه ماندن کلیه اطلاعات شرکت‌کنندگان کتباً اعلام و رضایت شفاهی و آگاهانه از شرکت‌کنندگان دریافت گردید.

برای گزارش مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌ها از آمار توصیفی استفاده گردید و با توجه به نرمال نبودن داده‌ها، آزمون من‌ویتنی جهت ارزیابی تفاوت پذیرش دارو بین جنس، سن، شغل، وضعیت آموزش، نوع حملات تشنج و تناوب آن در نمونه‌ها به کار رفت. همچنین

آزمون همبستگی اسپیرمن جهت بررسی رابطه بین سن، سن شروع درمان، مدت زمان مصرف دارو، تعداد داروهای مصرفی و تعداد حملات تشنج با پذیرش دارو در بیماران مورد استفاده قرار گرفت. در این مطالعه از نرم‌افزار آماری SPSS v.16 استفاده شد. سطح معناداری  $p < 0/05$  در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

از مجموع ۱۲۰ پرسشنامه‌ای که به طور کامل تکمیل گردیده بود، ۵۳/۳٪ از نمونه‌ها مذکر، و میانگین سنی  $10/32 \pm 34/09$  سال بود. ۴۶/۷٪ متأهل، اکثراً دارای تحصیلات مقطع دبیرستان (۳۲/۵٪) و ۳۵٪ نمونه‌ها نیز شاغل بودند. ۹۳/۳٪ از افراد با خانواده و ۶/۷٪ تنها زندگی می‌کردند. ۶۰/۸٪ از نمونه‌ها درباره داروهای ضد تشنج آموزش دیده بودند، در حالی که ۳۹/۲٪ هیچ‌گونه آموزشی در این زمینه دریافت نکرده بودند. بیش‌تر حملات تشنجی در نمونه‌های پژوهش از نوع بزرگ (۳۵/۸٪) بود. ضمن این که ۳۲/۵٪ از نمونه‌ها نوع حملات تشنجی خود را نمی‌دانستند. بیش‌ترین فراوانی حملات تشنج (مد)، صفر بود. ۲۰٪ از نمونه‌ها اصلاً تشنج نداشتند. ۲۵/۸٪ بین ۱-۲ مورد حمله و ۱۵/۴٪ نیز، ۳۰ حمله تشنج و بیش‌تر در ۳ ماه گذشته تجربه کرده بودند. ۲۶/۷٪ از نمونه‌ها، دارای سابقه فامیلی صرع و ۷۳/۳٪ هیچ‌گونه سابقه فامیلی نداشتند. میانگین سن شروع درمان  $13/64 \pm 9/59$  سال و میانگین مدت درمان  $20/27 \pm 10/83$  سال بود. حداقل

سن شروع درمان در بیماران بدو تولد و حداکثر، ۴۹ سال بود. میانه مجموع داروهای مصرفی در نمونه‌ها، ۶ عدد، حداقل ۱ و حداکثر ۲۱ بود و میانه داروهای ضد تشنج به صورت جداگانه ۴ عدد، حداقل ۱ و حداکثر ۱۲ مورد دارو برآورد گردید.

در جدول شماره ۱ فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت‌شناختی ذکر شده است. در جدول شماره ۲ علل عدم پذیرش دارو بیان شده است. حداقل نمره کل پذیرش که توسط نمونه‌های پژوهش کسب گردید، صفر و حداکثر ۱۵ بود. بیش‌ترین علت مرتبط با پایین بودن پذیرش دارویی در نمونه‌های پژوهش، نداشتن حملات تشنج بود (۸/۳٪).

جدول شماره ۳ مقایسه میانگین نمره پذیرش دارو در بیماران مصروع برحسب جنس، تأهل، میزان تحصیلات، شکل خانوار و دریافت آموزش در مورد داروهای ضد تشنج می‌باشد که با استفاده از آزمون‌های من‌ویتنی و کروسکال والیس انجام یافته است. بین گروه‌هایی که در مورد داروهای ضد تشنج آموزش دیده بودند با گروه آموزش ندیده تفاوت معناداری وجود داشت.

با استفاده از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن مشخص گردید بین میانگین نمره پذیرش دارو با سن، سن شروع درمان و مدت درمان رابطه آماری معناداری وجود ندارد، در حالی که بین تعداد داروهای مصرفی و تعداد حملات تشنج با پذیرش دارو رابطه معنادار دیده شد ( $p > 0/05$ ) (جدول شماره ۴).

**جدول ۱- مقایسه فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت‌شناختی در بیماران مصروع تحت پوشش انجمن صرع ایران، تهران ۱۳۹۰**

متغیر	طبقه	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۶۴	۵۳/۳
	زن	۵۶	۴۶/۷
سن	۱۸-۲۹ سال	۴۸	۴۰
	۳۰-۳۹ سال	۳۳	۲۷/۵
	۴۰-۵۰ سال	۳۹	۳۲/۵
تأهل	مجرد	۵۸	۴۸/۳
	متأهل	۵۶	۴۶/۷
	مطلقه	۶	۵
تحصیلات	ابتدایی	۲۵	۲۰/۸
	راهنمایی	۲۴	۲۰
	دبیرستان	۳۹	۳۲/۵
	دانشگاهی	۳۲	۲۶/۷
خانوار	همسر	۱۲	۱۰
	همسر و فرزندان	۴۳	۳۵/۸
	والدین	۵۷	۴۷/۵
	تنها	۸	۶/۷
اشتغال	کارمند	۲۱	۱۷/۵
	از کار افتاده	۲۳	۱۹/۲
	شغل آزاد	۲۱	۱۷/۵
	خانه‌دار	۴۰	۳۳/۳
	سایر	۱۵	۱۲/۵
نوع تشنج	بزرگ	۴۳	۳۵/۸
	کوچک	۳۸	۳۱/۷
	نمی‌دانم	۳۹	۳۲/۵
دریافت آموزش پیرامون دارو	دارد	۷۳	۶۰/۸
	ندارد	۴۷	۳۹/۲

**جدول ۲- فراوانی علل عدم پذیرش دارو در بیماران مصروع تحت پوشش انجمن صرع ایران، تهران ۱۳۹۰**

متغیر	هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	بیشتر اوقات	همیشه
۱- آیا تاکنون مصرف داروهایتان را فراموش نموده‌اید؟ (فراموشی)	۷۴	۳۰	۱۱	۴	۱
۲- آیا تا به حال در زمان یا مقدار داروهای مصرفی خود بی‌دقتی کرده‌اید؟ (بی‌دقتی)	۶۱/۷	۲۵	۹/۲	۳/۳	۰/۸
۳- آیا زمانی که احساس بهتر بودن می‌کنید، مصرف داروهایتان را قطع می‌نمایید؟ (نداشتن تشنج)	۸۷	۱۶	۷	۴	۶
۴- اگر شما با مصرف دارو احساس بدی داشته باشید، آیا آن را قطع می‌کنید؟ (عوارض جانبی)	۷۳/۳	۱۷	۷	۴	۴

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره پذیرش دارو در بیماران عضو انجمن صرع ایران، تهران ۱۳۹۰

متغیر	طبقه	تعداد	درصد	p
جنس	مرد	۶۴	۵۳/۳	**۰/۹۹
	زن	۵۶	۴۶/۷	
تأهل	مجرد	۵۸	۴۸/۳	**۰/۹۵
	متأهل	۵۶	۴۶/۷	
	مطلقه	۶	۵	
تحصیلات	ابتدایی	۲۵	۲۰/۸	**۰/۴۵
	راهنمایی	۲۴	۲۰	
	دبیرستانی	۳۹	۳۲/۵	
	دانشگاهی	۳۲	۲۶/۷	
خانوار	همسر	۱۲	۱۰	**۰/۹۱
	همسر و فرزندان	۴۳	۳۵/۸	
	والدین	۵۷	۴۷/۵	
	تنها	۸	۶/۷	
دریافت آموزش پیرامون دارو	بله	۷۳	۶۰/۸	**۰/۰۳
	خیر	۴۷	۳۹/۲	

\*\* برحسب آزمون من ویتنی

\* برحسب آزمون کروسکال والیس

جدول ۴- همبستگی نمرات پذیرش دارو و متغیرهای کمی در بیماران مصروع ایران، تهران ۱۳۹۰

متغیرهای کمی	ضریب همبستگی	p*
سن	-۰/۱۷	۰/۰۶
سن شروع درمان	-۰/۰۴	۰/۶
مدت درمان	-۰/۰۸	۰/۳
تعداد داروهای مصرفی	۰/۵۰	۰/۰۴
تعداد حملات تشنج	۰/۴۹	۰/۰۰۱

\* برحسب آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن

## بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصل، ۸۷/۵٪ از نمونه‌ها پذیرش دارویی بالا، ۱۰/۸٪ پذیرش متوسط و ۱/۷٪ پذیرش پایین داشتند. در اکثر نمونه‌های این پژوهش پذیرش دارویی در سطح بالایی قرار داشت. یک دلیل احتمالی بالا بودن پذیرش دارو می‌تواند کمک‌های نقدی انجمن صرع ایران در تهیه داروهای ضد تشنج برای بیماران عضو انجمن و ارایه آموزش‌های لازم

پیرامون اهمیت مصرف این داروها باشد. در مطالعه Tang و همکاران که با استفاده از پرسشنامه Moriskey در مورد ۱۳۱ بیمار صرعی انجام یافت، ۴/۶٪ نمونه‌ها پذیرش بالا، ۷۰/۲٪ پذیرش متوسط و ۲۵/۲٪ پذیرش پایین داشتند (۱). متوسط بودن میزان پذیرش دارو در نمونه‌های مطالعه یاد شده می‌تواند ناشی از معیار ورود، یعنی سابقه حداقل یک بار عدم مصرف دارو در ۶ ماه گذشته باشد. این در

باشد، چرا که در این روش افراد معمولاً تمایل دارند میزان پذیرش خود را بیش از حد واقعی گزارش کنند.

عوامل مرتبط با پذیرش دارو براساس پرسشنامه Moriskey شامل: فراموشی مصرف دارو، بی‌دقتی در زمان یا میزان دارو، عدم مصرف دارو به علت قطع حملات تشنج و همچنین عوارض جانبی دارو می‌باشد.

عامل مؤثر بر پذیرش دارو در این مطالعه، نداشتن حملات تشنج و احساس خوب بودن بیمار است (۸/۳٪). به طوری که بیماران خود را ملزم به استفاده از دارو نمی‌بینند و بدون مشورت پزشک به طور خودسرانه دارو را قطع می‌نمایند. در واقع برخی از بیماران صرعی در صورت نداشتن تشنج حتی برای مدت زمان محدود، با این تفکر که برای همیشه بهبود یافته‌اند از تهیه و مصرف دارو خودداری می‌نمایند. البته در برخی از آن‌ها مشکلات مالی یا عدم دسترسی به داروها یا آزار ناشی از عوارض جانبی نیز می‌تواند این پیامد را به دنبال داشته باشد. به هر حال مصرف طولانی داروهایی که گاه تعداد آن‌ها به ۱۲ مورد در روز می‌رسد، منجر به ترک دارو از سوی بیمار می‌شود به خصوص که برای مدتی حمله تشنج هم وجود نداشته باشد.

عامل دیگر که بعد از نداشتن تشنج، در بیش‌تر اوقات و یا همیشه باعث قطع دارو در بیماران می‌شود، عوارض جانبی داروهاست (۸٪). اکثر بیماران به علت برخی عوارض جانبی مانند خشکی دهان، گیجی، خواب‌آلودگی، سرگیجه و ... از مصرف داروهای ضد تشنج خودداری می‌نمایند (۱۹ و ۵).

حالی است که در مطالعه حاضر همه بیماران صرف‌نظر از نحوه مصرف داروها در مطالعه شرکت داده شدند. در مطالعه Getachew و همکاران، میزان پذیرش داروهای ضد تشنج در ۲۶۵ بیمار صرعی به روش مصاحبه مورد بررسی قرار گرفت و این میزان ۶۳/۲٪ گزارش گردید. ۲۹/۴٪ از نمونه‌ها گاهی اوقات دوز روزانه دارو را فراموش می‌نمودند، ۴/۵٪ زمان مصرف دارو را از یاد برده و ۷/۵٪ هم زمان و هم دوز دارو را فراموش می‌کردند (۱۸). میزان پذیرش دارو در مطالعه Ferrari و همکاران، با ۲۸۰ نمونه و با استفاده از پرسشنامه Moriskey، ۶۶/۲٪ اعلام شد (۵). این میزان در مطالعه Yang و همکاران، ۷۹/۲٪ گزارش شد و رابطه معکوس با تعداد حملات تشنج و عوارض جانبی آن داشت ( $p < 0.001$ ,  $r = -0.7$ ) (۱۷). در مطالعه McAuley و همکاران، از ۵۰ نمونه، ۲۱ نفر در گروه پذیرش بالا و ۲۷ نفر در گروه پذیرش متوسط و پایین قرار داشتند (۱۰). در مطالعه صادقیان و افشارمقدم نیز که به روش خودگزارشی، پذیرش دارویی بیماران روانی را مورد بررسی قرار دادند، اکثر افراد مورد مطالعه (۷۷٪) پذیرش دارویی بالایی داشتند (۱۱). در مطالعه Prado و همکاران که با استفاده از پرسشنامه Moriskey به بررسی پذیرش دارویی بیماران مبتلا به فشارخون پرداختند، ۳۷/۹٪ پذیرش و ۶۲/۱٪ عدم پذیرش دارو را گزارش نمودند (۱۲). همان‌طور که دیده می‌شود در اکثر مطالعات، پذیرش دارو در سطح بالا یا متوسط گزارش گردیده است. بالا بودن میزان پذیرش دارو در این مطالعات ممکن است از اثرات احتمالی روش خودگزارشی



مداوم دارو) یا افرادی که دچار کهولت سن هستند، ممکن است زمان یا دوز مصرف دارو فراموش گردد که در این موارد می‌توان از روش‌های یادآوری دارو (نمایش‌دهنده‌های دارو، جعبه‌های دارویی، یادآورهای دارویی و ...) استفاده کرد (۱) یا از نزدیکان بیمار درخواست شود که بر مصرف داروها نظارت داشته باشند.

Ettinger و همکاران به بررسی رابطه افسردگی، میزان پذیرش دارو و کیفیت زندگی در بیماران مصروع پرداختند و افسردگی را عامل مهمی در کاهش میزان پذیرش دارویی افراد معرفی نمودند، به طوری که در افراد افسرده، پذیرش دارو کمتر، حملات تشنج بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تر بود (۱۴) در این بیماران افسردگی نیز می‌تواند منجر به فراموشی یا بی‌دقتی در مصرف دارو گردد. نتایج مطالعه Nakhutina و همکاران در ارزیابی پذیرش دارویی بیماران مصروع با استفاده از پرسشنامه Moriskey نشان داد، ۶۳٪ از بیماران فراموشی را به عنوان عامل عدم پذیرش دارو ذکر نمودند. همچنین رابطه معناداری بین حملات تشنج با پذیرش دارو وجود داشت ( $r=0/49$ ،  $p<0/001$ ) (۲۱). در مطالعه یاد شده پرسشنامه Moriskey مورد استفاده به صورت بلی و خیر بوده که ممکن است باعث تفاوت یافته‌های وی با مطالعه حاضر باشد. کمتر بودن عامل فراموشی در نمونه‌های این پژوهش می‌تواند ناشی از نظارت خانواده‌ها و انجمن صرع بر مصرف داروهای بیماران باشد. گذشته از آن که همه نمونه‌ها عضو انجمن صرع بودند، تقریباً ۹۳٪ از آنها با خانواده خود زندگی می‌کردند در صورتی که در سایر مطالعات مرتبط این میزان حدود ۶۰٪

عامل بعدی بی‌دقتی در مصرف داروهاست (۵٪). برخی از بیماران در زمان مصرف دارو یا میزان آن، بی‌دقتی نموده و با وجود مصرف دارو، به علت خطا در مصرف، به درستی درمان نمی‌شوند. این عامل که می‌تواند تحت تأثیر فراموشی نیز ایجاد شود منجر به کاهش پذیرش دارو در بیماران می‌شود (۲۰).

در نهایت عامل فراموشی در ۴/۱٪ نمونه‌ها منجر به کاهش پذیرش دارو می‌گردد. در مطالعه Tang و همکاران عامل فراموشی ۵۴/۲٪، نداشتن تشنج ۴۸/۹٪ و عوارض دارویی ۲۷/۵٪ گزارش گردیده است (۱). در این مطالعه بیماران ملزم به انتخاب تنها یک عامل نبودند، بنابراین مجموع درصدها برابر صد نیست. در بیماران چینی فراموش کردن مصرف دارو، مهم‌ترین عامل عدم پذیرش دارو می‌باشد. در مطالعه Hovinga و همکاران که در مورد ۴۰۸ بیمار مصروع و ۱۷۵ پزشک متخصص مغز و اعصاب انجام یافت، عامل مؤثر در پذیرش دارو در بیماران، براساس نظر بیماران و پزشکان، فراموشی اعلام گردید (۶). در مطالعه Paschal و همکاران نیز که در مورد ۱۸۰ بیمار صرعی صورت گرفت، فراموشی بیش‌ترین عامل مرتبط با پذیرش دارو بود (۲). در مطالعه Getachew و همکاران عامل فراموشی ۳۱/۸٪ بود که به علت مشغله‌های روزمره بیماران عنوان گردید. بنا به گفته بیماران، خواب آلودگی و گیجی نیز از عوارض داروهای ضد تشنج می‌باشد که باعث قطع خودسرانه دارو از جانب افراد می‌گردد (۱۸). عامل فراموشی می‌تواند با سن و وضعیت اشتغال افراد در ارتباط مستقیم باشد. در واقع در بیمارانی که به تازگی تشخیص صرع داده شده (به علت عادت نداشتن به مصرف

برآورد گردیده است. در مطالعه Chapman و همکاران، ۸۴/۹٪ از نمونه‌ها ضرورت استفاده از داروهای ضد تشنج را پذیرفته بودند ولی بیش از نیمی از آنان در مورد عبارت «من داروهای ضد صرع را مصرف می‌کنم تا دچار حمله تشنج نشوم» تردید داشتند، ۵۵٪ مخالف بودند یا به اندازه کافی به این مسأله اطمینان نداشتند. بیش از یک سوم (۳۶/۴٪) اظهار نگرانی زیاد در مورد عوارض جانبی داروها داشتند. عدم پذیرش دارو با اعتقادات آن‌ها در مورد داروها و رویکرد تلویحی آن‌ها نسبت به داروهای ضد صرع مرتبط بود (۲۲).

تفاوت معناداری بین جنس، سن، سن شروع درمان و خانوار از نظر پذیرش دارو وجود نداشت. برخی مطالعات صورت گرفته در این زمینه نیز نتایج حاصل را تأیید می‌نمایند (۲۳ و ۲۴).

همچنین بین افرادی که در مورد داروهای ضد تشنج آموزش دیده بودند و افراد بی‌اطلاع از داروها، تفاوت معناداری وجود داشت (جدول شماره ۳). آموزش در مورد داروها از دیگر عوامل مؤثر در پذیرش دارو می‌باشد که نتایج حاصل از مطالعات مرتبط نیز مؤید این مسأله است (۲۱). به طور کلی می‌توان گفت زمانی که بیماران در مورد اهمیت داروها، اثر درمانی، عوارض احتمالی و سایر موارد مرتبط با داروها اطلاعات کسب می‌کنند، پذیرش بیشتری دارند (۲۵ و ۲۶).

نتایج این مطالعه نشان داد پذیرش دارو با سن شروع بیماری و طول دوره بیماری رابطه معناداری ندارد. نتایج مطالعه پارسایکتا و همکاران (۲۵) نیز مؤید این مسأله است، در حالی که Kyngas نتایج متفاوتی به دست آورد (۲۶).

تعداد داروهای مصرفی با پذیرش دارو رابطه آماری معناداری داشت. مطالعات مختلف نشان می‌دهند افزایش تعداد داروهای مصرفی باعث کاهش پذیرش دارو می‌شود. همچنین اشکال دارو (قرص، کپسول و ...) و تمایل بیمار به استفاده از شکل خاصی از دارو، می‌تواند بر میزان پذیرش افراد مؤثر باشد (۲۳ و ۲۷). افرادی که به علت داشتن بیماری‌های زمینه‌ای، داروهای دیگری همراه با داروهای ضد تشنج مصرف می‌کنند، بعد از مدتی ممکن است دچار بی‌دقتی و یا خستگی در مصرف داروها شده و مصرف را متوقف نمایند که این مسأله منجر به کاهش پذیرش دارویی آن‌ها می‌شود. بنابراین پزشکان در هنگام تجویز دارو با در نظر گرفتن این مسایل، می‌توانند تا حد زیادی باعث افزایش پذیرش بیماران گردند.

در مطالعه Carter و همکاران، با بررسی مشکلات درمان صرع در بیماران، ۴ عامل در این مورد مشخص شد که یکی از آن‌ها عدم دسترسی به داروهای ضد تشنج بود (۲۸). با توجه به این که در انجمن صرع داروها به راحتی و به صورت رایگان در اختیار بیماران قرار می‌گیرد، بررسی این عامل امکان‌پذیر نبود. نکته مهم که در پایان باید به آن پرداخت، اهمیت پذیرش دارو در کنترل حملات تشنج بیماران است. براساس نتایج حاصل از این پژوهش بین میزان پذیرش دارو و تعداد حملات تشنج رابطه مستقیم و معکوس وجود دارد، به طوری که هرچه میزان پذیرش دارویی افراد بالاتر باشد، تعداد حملات آن‌ها کمتر می‌شود. نتیجه حاصل توسط مطالعات مختلف نیز مورد تأیید است (۲، ۵، ۶، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۹ و ۲۹). از سوی

دیگر در نتایج مطالعه Paschal و همکاران که عوامل مرتبط با پذیرش دارو در بیماران مصروع مورد بررسی قرار گرفت، افرادی که دارای حملات تشنج بیش‌تر بودند، در رعایت رژیم دارویی و مصرف به موقع داروها دچار مشکل شده و در نتیجه پذیرش دارویی کم‌تری داشته‌اند. بنابراین رابطه بالا به صورت دو طرفه بوده و لزوم توجه بیش‌تر به این مسأله را محرز می‌نماید (۲). در مطالعه Nakhutina و همکاران نیز بیماران با پذیرش دارویی کم‌تر نگرانی بیش‌تری در مورد مضر بودن داروها و اثربخشی کم‌تر آن‌ها در درمان بیماری، نسبت به افراد با پذیرش بالاتر داشتند که آموزش کافی پیرامون داروهای ضد صرع به مصروعان را بسیار الزامی می‌نماید (۲۱).

از سایر عوامل مرتبط با پذیرش دارو که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی مورد بررسی قرار گیرد، میزان دسترسی و هزینه دارو، اعتقادات بیماران نسبت به مفید بودن و لازم بودن مصرف دارو، شکل دارو و پیچیدگی رژیم‌های دارویی می‌باشد. در پژوهشی که توسط Chaturvedi و همکاران، جهت بررسی میزان پذیرش دارو در بیماران مبتلا به فشارخون بالا انجام گرفت، مشخص گردید، پذیرش دارو ارتباط معناداری با تعداد داروهای مصرفی و تعداد نوبت‌های مصرف دارو دارد، به طوری که نزدیک به نیمی از بیماران خواستار کاهش تعداد دفعات مصرف دارو بودند (۳۰).

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت، نقش پرستاران به عنوان اعضای اصلی تیم مراقبتی در زمینه آموزش بیماران مزمن جهت مصرف داروهای تجویز شده بسیار با اهمیت می‌باشد

(۳۱ و ۳۲). این آموزش‌ها در بیماران مصروع شامل لزوم مصرف همیشگی و دقیق داروها به میزان تجویز شده، خودداری از قطع دارو بدون مشورت پزشک (حتی در صورت نداشتن تشنج)، کنترل عوارض دارویی، آموزش روش‌های مختلف جهت یادآوری مصرف دارو و ... می‌باشد. از طرفی کاهش قیمت داروهای ضد تشنج، سهولت دسترسی بیماران به دارو و تجویز رژیم‌های دارویی ساده از جانب پزشکان، می‌تواند منجر به افزایش پذیرش دارو در بیماران گردد. با افزایش میزان پذیرش دارو، تعداد حملات تشنج نیز کاهش یافته و در نهایت کیفیت زندگی بیماران مصروع افزایش خواهد یافت. با توجه به محدودیت این پژوهش در استفاده از روش خودگزارشی در بررسی میزان پذیرش دارویی نمونه‌ها، پیشنهاد می‌گردد با استفاده از سایر روش‌های سنجش میزان پذیرش دارو مانند بررسی سطح سرمی دارو، محفظه‌های دارویی هوشمند، شمارش قرص (۳۳) و ... پژوهش‌های دیگری در این زمینه صورت گیرد.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران لازم می‌دانند از کلیه افراد مورد پژوهش، مسؤولان محترم آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و همچنین مسؤولان محترم انجمن صرع ایران، تشکر نمایند. در ضمن این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد که در مورخ ۱۳۹۰/۴/۲۲ به شماره ۲۵/۱۲/۱۰۳۷۵ پ به عنوان طرح پژوهشی توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (تهران) مورد تصویب قرار گرفته است.

## منابع

- 1 - Tang F, Zhu G, Jiao Z, Ma C, Wang B. Self-reported adherence in patients with epilepsy who missed their medications and reasons for nonadherence in China. *Epilepsy Behav.* 2013 Apr; 27(1): 85-9.
- 2 - Paschal AM, Rush SE, Sadler T. Factors associated with medication adherence in patients with epilepsy and recommendations for improvement. *Epilepsy Behav.* 2014 Feb; 31: 346-50.
- 3 - Ebrahimi H, Shafa M, Hakimzadeh Asl S. Prevalence of active epilepsy in Kerman, Iran: a house based survey. *Acta Neurol Taiwan.* 2012 Sep; 21(3): 115-24.
- 4 - Taghavi Larijani T, Sharifi N, Mehran A, Nazari Sh. [Level of coping with stressors in parents of epileptic children]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2006; 12(2): 63-71. (Persian)
- 5 - Ferrari CM, de Sousa RM, Castro LH. Factors associated with treatment non-adherence in patients with epilepsy in Brazil. *Seizure.* 2013 Jun; 22(5): 384-9.
- 6 - Hovinga CA, Asato MR, Manjunath R, Wheless JW, Phelps SJ, Sheth RD, et al. Association of non-adherence to antiepileptic drugs and seizures, quality of life, and productivity: survey of patients with epilepsy and physicians. *Epilepsy Behav.* 2008 Aug; 13(2): 316-22.
- 7 - Riyasi HR, Hassan Zadeh Taheri MM, Sharif Zadeh GhR, Hosein Zadeh Chahkandook F. [An epidemiological study of epilepsy and some clinical aspects of hospitalized epileptic patients in Birjand Valli-e-Asr hospital (2004-2006)]. *Journal of Birjand University of Medical Science.* 2009; 15(4): 62-69. (Persian)
- 8 - Ebrahimi H. [Current Drug Treatments of Epilepsy]. *Iranian Journal of Neurology.* 2009; 8(25): 377-390. (Persian)
- 9 - Buelow JM, Smith MC. Medication management by the person with epilepsy: perception versus reality. *Epilepsy Behav.* 2004 Jun; 5(3): 401-6.
- 10 - McAuley JW, McFadden LS, Elliott JO, Shneker BF. An evaluation of self-management behaviors and medication adherence in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2008 Nov; 13(4): 637-41.
- 11 - Sadeghian E, Afshar Mogadam F. [Determination of factors affecting the medication compliance in patients admitted to psychiatric wards]. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences.* 2005; 9(3): 26-33. (Persian)
- 12 - Prado JC Jr, Kupek E, Mion D Jr. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. *J Hum Hypertens.* 2007 Jul; 21(7): 579-84.
- 13 - Manjunath R, Davis KL, Candrilli SD, Ettinger AB. Association of antiepileptic drug nonadherence with risk of seizures in adults with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2009 Feb; 14(2): 372-8.
- 14 - Ettinger AB, Good MB, Manjunath R, Edward Faught R, Bancroft T. The relationship of depression to antiepileptic drug adherence and quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2014 Jul; 36: 138-43.
- 15 - Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986 Jan; 24(1): 67-74.
- 16 - Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2008 May; 10(5): 348-54.
- 17 - Yang A, Wang B, Zhu G, Jiao Z, Fang Y, Tang F, et al. Validation of Chinese version of the Morisky medication adherence scale in patients with epilepsy. *Seizure.* 2014 Apr; 23(4): 295-9.

- 18 - Getachew H, Dekema NH, Awol SS, Abdi AA, Mohammed MA. Medication adherence in epilepsy and potential risk factors associated with non adherence in tertiary care teaching hospital in southwest Ethiopia. *Gaziantep Med J*. 2014; 20(1): 59-65.
- 19 - de Kinderen RJ, Evers SM, Rinkens R, Postulart D, Vader CI, Majoie MH, et al. Side-effects of antiepileptic drugs: the economic burden. *Seizure*. 2014 Mar; 23(3): 184-90.
- 20 - Phillips AL, Kozma CM, Locklear JC. Using a panel survey to identify predictors of disease-modifying drug adherence in patients with multiple sclerosis. *ISPOR 17th Annual European Congress*: 2014 November 8-12: Amsterdam, Netherlands.
- 21 - Nakhutina L, Gonzalez JS, Margolis SA, Spada A, Grant A. Adherence to antiepileptic drugs and beliefs about medication among predominantly ethnic minority patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2011 Nov; 22(3): 584-6.
- 22 - Chapman SC, Horne R, Chater A, Hukins D, Smithson WH. Patients' perspectives on antiepileptic medication: relationships between beliefs about medicines and adherence among patients with epilepsy in UK primary care. *Epilepsy Behav*. 2014 Feb; 31: 312-20.
- 23 - Johnbull OS, Farounbi B, Adeleye AO, Ogunrin O, Uche AP. Evaluation of factors influencing medication adherence in patients with epilepsy in rural communities of Kaduna State, Nigeria. *Neuroscience & Medicine*. 2011; 2(4): 299-305.
- 24 - Liu J, Liu Z, Ding H, Yang X. Adherence to treatment and influencing factors in a sample of Chinese epilepsy patients. *Epileptic Disord*. 2013 Sep; 15(3): 289-94.
- 25 - Parsa Yekta Z, Zakeri Moghaddam M, Mehran A, Palizdar M. [Study of medication compliance of patients with coronary heart diseases and associated factors]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2003; 9(19): 34-43. (Persian)
- 26 - Kyngas H. Predictors of good compliance in adolescents with epilepsy. *Seizure*. 2001 Dec; 10(8): 549-53.
- 27 - Gabr WM, Shams ME. Adherence to medication among outpatient adolescents with epilepsy. *Saudi Pharm J*. 2015 Jan; 23(1): 33-40.
- 28 - Carter JA, Molyneux CS, Mbuba CK, Jenkins J, Newton CR, Hartley SD. The reasons for the epilepsy treatment gap in Kilifi, Kenya: using formative research to identify interventions to improve adherence to antiepileptic drugs. *Epilepsy Behav*. 2012 Dec; 25(4): 614-21.
- 29 - Jones RM, Butler JA, Thomas VA, Peveler RC, Prevett M. Adherence to treatment in patients with epilepsy: associations with seizure control and illness beliefs. *Seizure*. 2006 Oct; 15(7): 504-8.
- 30 - Chaturvedi A, Singh Y, Kalra J, Bhandari V, Dhashmana D, Ahmad S, et al. Do all Non-responders to Anti-hypertensive Medication Need a Change in Medication Regimen?. *Journal, Indian Academy of Clinical Medicine*. 2009 Jan-Jun; 10(1,2): 32-35.
- 31 - Sookhak F, Zolfaghari M, Asadi Noghabi AA, Haghani H. [Effect of a cognitive-behavioral intervention on medication adherence in patients' undergoing hemodialysis]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2014; 20(3): 85-94. (Persian)
- 32 - Hasanvand Sh, Ghasemi SF, Ebrahimzade F. [Educational needs assessment of patients with epilepsy among patients, nurses and physician: a comparative study]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2011; 17(2): 64-70. (Persian)
- 33 - Faught E. Adherence to antiepilepsy drug therapy. *Epilepsy Behav*. 2012 Nov; 25(3): 297-302.

# Medication Adherence and Related Factors in Patients with Epilepsy

Safoura Yadollahi\* (MSc.) - Tahereh Ashktorab\*\* (Ph.D) - Farid Zayeri\*\*\* (Ph.D).

## Abstract

Article type:  
Original Article

Received: Apr. 2015

Accepted: Jul. 2015

**Background & Aim:** Medication adherence affects the outcome of treatment in patients with epilepsy. Non adherence to the antiepileptic drugs in patients may result in exacerbation of seizure frequencies, higher health-care system costs and higher risk of morbidity and mortality. This study aimed to assess the medication adherence and its related factors in patients with epilepsy.

**Methods & Materials:** In this cross-sectional study, we recruited 120 patients with epilepsy from the Iran Epilepsy Association using purposive sampling method. Data were gathered using a demographic checklist and the Morisky's modified medication adherence questionnaire. Data were analyzed in the SPSS-16.

**Results:** A total of 87.5%, 10.8% and 1.7% of the patients showed high, medium and low adherences, respectively. Being seizure-free for a period of time was the most cited reason of non-adherence (8.3%). There was a statistically significant relationship between the number of drugs and seizures with the medication adherence ( $P<0.05$ ). The older people had more adherences to their medications. The patients, who had higher adherences, had experienced fewer seizures in the previous three months.

**Conclusion:** The results showed high rates of medication adherences among the patients. Planning and implementing educational programs on medication regimens, emphasizing on necessity of continues use of antiepileptic drugs despite absence of seizures, can be useful in increasing the medication adherence.

Corresponding author:  
Tahereh Ashktorab  
e-mail:  
t\_ashktorab@sbumu.ac.ir

**Key words:** epilepsy, seizure, antiepileptic drugs, medication adherence

### Please cite this article as:

- Yadollahi S, Ashktorab T, Zayeri F. [Medication Adherence and Related Factors in Patients with Epilepsy]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2015; 21(2): 67-80. (Persian)

\* Ph.D Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

\*\* Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*\*\* Dept. of Biostatistics, School of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran