

بررسی باورهای مرتبط با دارودرمانی و میزان تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب شهر همدان در سال ۱۴۰۰

فرزانه اثنی‌عشری^۱، محدثه حسینی^۲، فرناز فریبا^۳

^۱مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران، ^۲آکمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران، ^۳گروه قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

تاریخ وصول: ۱۴۰۱/۱۰/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۰۳

چکیده

زمینه و هدف: تبعیت از درمان دارویی در بیماران مبتلا به عروق کرونری به دلیل نیاز به مصرف طولانی‌مدت داروها و عواقب عدم تبعیت دارویی اهمیت فراوانی دارد. عوامل متعددی ممکن است در عدم تبعیت درمان دارویی آنها نقش داشته باشند، لذا هدف از این مطالعه تعیین و بررسی باورهای مرتبط با دارو درمانی و میزان تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب شهر همدان بود.

روش بررسی: این یک مطالعه مقطعی می‌باشد که در سال ۱۴۰۰ در شهر همدان انجام شد، ۲۵۶ نفر از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری بستری و مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی قلب بیمارستان قلب شهر همدان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. میزان تبعیت دارویی با پرسش‌نامه تبعیت دارویی موریسکی و باور دارویی با پرسش‌نامه Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) بررسی شد. علاوه بر این اطلاعات دموگرافیک، عوامل خطر، و سابقه دارویی از پرونده بیماران استخراج شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های کای اسکور، کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میزان تبعیت درمان دارویی خوب، متوسط و ضعیف در بیماران به ترتیب ۲۸/۱، ۳۱/۶ و ۴۰/۳ درصد بود. در بیماران با دارای تبعیت درمان دارویی ضعیف، متوسط و خوب به ترتیب میانگین نمره باور نیاز به درمان دارویی $19/3 \pm 25/2$ ، $19/3 \pm 34/2$ و $18/3 \pm 10/7$ (باور نگرانی از درمان دارویی $17/3 \pm 84/2$ ، $16/3 \pm 58/2$ و $15/2 \pm 77/32$) (p=۰/۰۰۱)، باور روش تجویز دارویی $14/2 \pm 26/7$ ، $13/2 \pm 16/6$ و $11/2 \pm 83/6$ (p=۰/۰۰۱)، باور آسیب‌های درمان $13/3 \pm 10/5$ ، $10/67$ و $9/2 \pm 57/7$ (p=۰/۰۰۱) و نمره کلی باور درمان دارویی $59/9 \pm 67/18$ ، $64/8 \pm 47/9$ و $55/7 \pm 28/45$ (p=۰/۰۰۱) معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: بیش از نیمی از بیماران درمان دارویی مناسبی دارند، با این حال باور آسیب درمان دارویی و ترس از عوارض دارویی، داروهای بیماری عروق کرونر به با کاهش تبعیت درمان دارویی مرتبط می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: بیماری عروق کرونر قلب، تبعیت، باور، دارودرمانی

*نویسنده مسئول: فرزانه اثنی‌عشری، همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت،

Email: esna_f@yahoo.com

مقدمه

بیماری‌های قلبی - عروقی شایع‌ترین علت مرگ و میر و ناتوانی تقریباً در تمام کشورها و شایع‌ترین علت از کار افتادگی می‌باشد (۱). نیمی از مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی مستقیماً ناشی از درگیری آترواسکلروتیک عروق کرونری و ۲۰ درصد دیگر به دلیل سکته مغزی است (۲). بیماری عروق کرونری در اغلب موارد از انسداد عروق کرونر حاصل از فرآیند آترواسکلروز ناشی می‌شود. در میان بیماری‌های قلبی - عروقی مهم‌ترین علت مرگ و میر به دلیل بیمارهای عروق کرونری می‌باشد (۳). عوامل خطر زیادی برای بیماری‌های قلبی - عروقی به ویژه بیماری عروق کرونر معرفی شده‌اند که اکثر این عوامل خطر با فرهنگ، تغذیه، صنعتی شدن، شغل و به طور کلی تغییر سبک زندگی مرتبط می‌باشند (۲ و ۱). هیچ علامت و نشانه یکسانی در بیماران مبتلا به آترواسکلروز عروق کرونری وجود ندارد و وقایع ناشی از بیماری عروق کرونری می‌توانند در غیاب احساس گرفتگی قفسه سینه رخ دهند (۴). علاوه بر این اولین تظاهر بیماری عروق کرونری می‌تواند به صورت انفارکتوس حاد قلبی، مرگ ناگهانی قلبی، نارسایی احتقانی قلبی و آریتمی قلبی باشد (۵). با وجود پیشرفت‌های وسیع درمانی تشخیصی در دهه‌های اخیر انفارکتوس حاد قلبی هم‌چنان یک مشکل بزرگ بهداشت جهانی در تمام جوامع به ویژه کشورهای در حال توسعه می‌باشد (۶). در سال ۲۰۱۵ بیماری‌های عروق کرونری باعث ۸/۹

میلیون مرگ در سال و ۱۶۴ میلیون سال‌های زندگی با ناتوانی تعدیل (disability adjusted life years) DALYs شده است (۷). در ایران نیز ابتلا به بیماری قلبی - عروقی مهم‌ترین علت مرگ و میر در دهه اخیر بوده است (۸). به طوری که بر اساس اطلاعات منتشرشده به وسیله سازمان بهداشت جهانی تقریباً ۴۰ درصد کل مرگ‌های سال ۲۰۱۸ در ایران ناشی از بیماری عروق کرونر بوده و پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۵۰ درصد برسد (۹).

عدم تبعیت دارویی یک چالش مهم در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است و این بیماران در صورت عدم تبعیت از برنامه درمانی گرفتار عواقب وخیم آن از جمله عود بیماری، پیشرفت ناتوانی ناشی از بیماری و نیاز به بستری شدن در بیمارستان خواهد شد. تعریف تبعیت یا تمکین بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، میزان انجام رفتار فرد شامل مصرف دارو، رعایت رژیم غذایی و یا اجرای تغییر در شیوه زندگی مطابق با توصیه‌های ارائه شده به وسیله کارکنان مراقبت از سلامت، می‌باشد (۱۰). از طرفی دیگر داروهای مختلفی برای بیماران قلبی هنگام ترخیص از بیمارستان تجویز می‌شود و این بیماران باید بدانند داروهای خود را در چه زمانی و چه دوزی مصرف کنند، شناخت داروهای تجویز شده، تشخیص عوارض جانبی احتمالی آنها هم برای خود بیماران قلبی هم برای کسانی که از آنها مراقبت می‌کنند،

درصد افزایش خطر مرگ و میر همراه می‌باشد (۱۴) و (۱۳). لذا هدف از این مطالعه تعیین و بررسی باورهای مرتبط با دارو درمانی و میزان تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب شهر همدان بود.

روش بررسی

این یک مطالعه مقطعی می‌باشد که در سال ۱۴۰۰ در شهر همدان انجام شد. ۲۵۶ نفر از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری بستری و مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی قلب بیمارستان قلب شهر همدان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، لذا قبل از ورود به مطالعه از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری که سابقه گرفتگی عروق کرونر به صورت تأیید شده مانند سکته قلبی که با افزایش آنزیم‌های قلبی مشخص می‌شد یا انجام آنژیوگرافی و تنگی بالای ۷۰ درصد در حداقل یکی از عروق کرونر، تحت درمان با داروهای کنترل کننده بیماری عروق کرونر قلب؛ تحت درمان حداقل به مدت یک ماه. در حالی که افراد با نداشتن شرایط جسمی مناسب برای پاسخگویی به سؤالات، فهم و ارتباط سخت با مصاحبه کننده وجود مشکلات شناختی و بیماری روانی از مطالعه خارج شدند.

علاوه بر اطلاعات دموگرافیک، عوامل خطر، استفاده از داروهای طب سنتی، تعداد داروهای پایین

ضروری است. علاوه بر مسایل یاد شده، نداشتن انگیزه لازم برای تغییر رفتار و مصرف طولانی مدت داروهای تجویز شده از جمله عواملی است که باعث شکست رژیم درمانی در این بیماران می‌شود. اصل مهم تبعیت، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار است. اگر بیماران انگیزه نداشته باشند و به توانایی‌های خود در بهبود وضعیت سلامتی خود از طریق تغییر رفتار و مصرف دارو اعتقاد نداشته باشند، رسیدن به این مهم عملی نخواهد بود (۱۱). باور بیماران درباره داروها دو جنبه دارد، یک بخش مربوط به باورهای بیماران درباره داروهای خودشان است که به آن باور خاص گفته می‌شود و دیگری مربوط به باور بیماران در مورد داروها به صورت کلی می‌باشد که از آن به عنوان باور عمومی یاد می‌شود. بخش باور خاص دارای دو قسمت است بخش ضرورت خاص که نظر بیماران را در مورد اهمیت داروهای خود می‌سنجد و بخش نگرانی‌های خاص که اعتقادات بیماران را در مورد آسیب‌ها و عوارض دارویی بیان می‌کند (۱۱). با این حال شواهد کنونی نشان می‌دهد میزان تبعیت دارویی در بیماران مبتلا به عروق کرونری پس از درمان که یک روش پیشگیری نوع دوم می‌باشد، به ویژه پس از باز کردن عروق و بای پس سرخرگ کرونری (CABG) ضعیف است (۱۲). عدم تبعیت دارویی این بیماران بر اساس نتایج پژوهش‌های انجام شده از جمله خطیب و همکاران بین ۳۳ تا ۵۵ درصد برآورد شده است که این بیماران با خطراتی مانند بستری مجدد و ۵۰ تا ۸۰

آورنده چربی خون، وجود بیماری همزمان، تعداد داروهای کنترل‌کننده (استاتین، ضد ترومبوز، آنتی‌کواگولان، بتابلاکر، مهارکننده آنزیم تبدیل‌کننده آنژیوتانسین)، روش درمانی استفاده شده (آنژیوپلاستی، جراحی بای‌پس، دارویی)، نیز نوع بیماری هم زمان و تبعیت دارویی و باورهای دارویی در بیماران از پرونده بیماران و یا انجام مصاحبه جمع‌آوری شد.

پرسش‌نامه به وسیله مورپسکی و همکاران معرفی شده است (۱۵). دامنه نمرات کلی آن بین صفر تا ۸ می‌باشد که برای نمره بیشتر از دو تبعیت دارویی ضعیف، نمره یک و دو تبعیت متوسط و نمره صفر تبعیت بالا در نظر گرفته شد. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های قبلی تأیید شده است (۱۶).

پرسش‌نامه باورهای دارویی، این پرسش‌نامه از دو بخش تشکیل شده است. باورهای اختصاصی و عمومی درباره دارو: باورهای اختصاصی، اختصاص به بررسی داروها در بیماری مورد نظر (بیماری عروق کرونری) دارد که از ۱۰ سؤال تشکیل شده است و شامل دو زیر حوزه می‌باشد. زیر حوزه اول، (specific- necessity) باورهای شخصی مورد نیاز به درمان دارویی برای کنترل فشارخون با ۵ سؤال (۱ تا ۵) و زیر حوزه دوم (specific-concerns) نگرانی بیماران در مورد عوارض جانبی داروها را مورد بررسی قرار می‌دهد (۶ تا ۱۰). بخش دوم با ۸ سؤال باور عمومی را نسبت به داروها ارزیابی می‌کند. زیر حوزه اول

(General-Overuse) باور افراد در مورد روش پزشکان برای تجویز دارو با ۴ سؤال (۱۸ و ۱۷، ۱۲، ۱۱) و زیر حوزه دوم (General-Harm) باور بیماران را درباره آسیب دارو با ۴ سؤال (۱۶-۱۳) مورد بررسی قرار می‌دهد. نمرات کل در بخش باورهای اختصاصی برای بخش‌های ضرورت و نگرانی از ۵ تا ۲۵ متغیر است. بیمارانی که نمره ضرورت درمان آن‌ها بالاتر از ۱۳ باشد باور قوی دارند و بیمارانی که نمره نگرانی از درمان آن‌ها بالاتر از ۱۳ باشد دارای نگرانی زیادی نسبت به مصرف داروهای خود هستند و در نهایت تفاضل نمره (ضرورت - نگرانی) به عنوان معیاری برای باور اختصاصی بیماران درباره داروها در نظر گرفته می‌شود. هر چه این نمره بالاتر باشد، باور بیماران درباره داروهای قوی‌تر است. نمرات کل در بخش باور عمومی برای بخش‌های باور در مورد روش تجویز پزشکان و نگرانی کلی از آسیب داروها ۴ تا ۲۰ متغیر است. هر چه امتیاز باور در مورد روش تجویز پزشکان بالاتر باشد، به معنی باور منفی افراد و هر چه امتیاز نگرانی کلی در مورد آسیب دارویی بالاتر باشد، به معنی نگرانی کلی بالاتر بیماران است و در نهایت جمع نمرات به عنوان معیاری برای باور کلی در مورد داروها در نظر گرفته می‌شود که هر چه بالاتر باشد، باور بیماران ضعیف‌تر است. اعتبار و پایایی پرسش‌نامه در ایران مورد بررسی قرار گرفته است (۱۷).

با توجه به نتایج مطالعه انجام شده به وسیله دیاناتی و همکاران (۱۸) که فراوانی تبعیت از درمان

دارویی حدود ۴۰ درصد برآورد شده، با فاصله اطمینان ۹۰ درصد و میزان خطای ۵ درصد حجم نمونه با استفاده از نرم افزار G-Power برابر ۲۵۶ نفر برآورد شد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری کای اسکور، آنالیز واریانس یک‌طرفه و کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در بررسی از اطلاعات پایه بیماران، میانگین سنی آنها برابر $62/7 \pm 12/9$ سال بود. از ۲۵۶ بیمار بررسی‌شده ۱۳۰ نفر (۵۰/۸ درصد) زن، ۱۷۵ نفر (۶۸/۴ درصد) ساکن شهر، ۵۶ نفر (۲۱/۹ درصد) سیگاری، ۲۲۰ نفر (۸۵/۹ درصد) تحصیلات آن‌ها دیپلم یا کمتر از دیپلم بود. ۱۸۸ نفر (۷۳/۴ درصد) بیماری هم‌زمان (کوموربیدیتی) داشتند که شایع‌ترین بیماری زمینه‌ای فشارخون با فراوانی ۹۱ مورد (۴۹/۲ درصد) بود. ۶۵ نفر (۲۵/۴ درصد) مصرف داروی طبی سنتی را ذکر کردند. ۱۵۲ بیمار دارای عوارض بیماری عروق کرونری بودند که بیشترین آن نارسایی قلبی با فراوانی ۱۱۶ مورد (۷۶/۳ درصد) بود. شایع‌ترین روش درمانی در بیماران آنژیوپلاستی و دارو درمانی با فراوانی ۱۳۴ نفر (۵۲/۳ درصد)، دارودرمانی ۷۳ نفر (۲۸/۵ درصد) و جراحی بایپس و دارو درمانی ۲۸ نفر (۱۰/۹ درصد) بود.

میزان تبعیت دارویی ۱۰۳ بیمار (۴۰/۲ درصد) خوب، ۸۱ بیمار (۳۱/۶ درصد) متوسط و ۷۲ (۲۸/۱ درصد) ضعیف بود. همان‌طور که در جدول ۱ نمایش داده شده است بین تبعیت دارویی بیماران عروق کرونری با جنسیت، تحصیلات، محل سکونت استعمال سیگار، بیماری زمینه‌ای و عوارض بیماری ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده نشد ($p > 0/05$). در بیمارانی که از داروهای سنتی استفاده می‌کردند میزان تبعیت دارویی خوب در مقایسه با متوسط و ضعیف به طور معنی‌داری بیشتر بود ($p = 0/012$). در بیمارانی که از نظر کنترل بیماری بدون علامت بودند، فراوانی تبعیت دارویی خوب به طور معنی‌داری بیش از فراوانی تبعیت دارویی ضعیف و متوسط بود ($p = 0/001$).

میانگین سنی بیماران با تبعیت ضعیف، متوسط و خوب به ترتیب برابر با $60/1 \pm 33/3$ ، $64/1 \pm 59/1$ و $63/12 \pm 18/91$ سال و مدت ابتلا به ترتیب $55/5 \pm 81/1$ ، $58/5 \pm 80/7$ و $75/7 \pm 26/8$ ماه بود که آزمون کروسکال والیس نشان داد که دو متغیر بین سن و مدت ابتلا بین با تبعیت دارویی ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد.

در بررسی تعداد داروهای مصرفی بیماران با میزان تبعیت دارویی همبستگی منفی معنی‌داری مشاهده شد. بر اساس آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن هرچه تعداد داروهای بیماران بیشتر بود تبعیت دارویی در آنها کمتر بود ($p = 0/04$ ، $r = -0/21$).

میانگین نمره باور بیماران نسبت به دارو از ۹۰ نمره قابل اکتساب $9/24 \pm 59/47$ بود. با توجه به نتیجه آزمون کروسکال والیس بین تبعیت دارویی با نمره کلی باور دارویی و زیر مقیاس‌های نیاز به درمان دارویی و نگرانی از درمان دارویی، نگرانی از روش تجویز دارویی پزشکان و آسیب‌های درمان ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد ($p < 0/05$). میانگین امتیازات در زیر مقیاس نگرانی از درمان دارویی، نگرانی از روش تجویز دارویی پزشکان و آسیب‌های درمان در تبعیت دارویی ضعیف به طرز معنی‌داری بیش از تبعیت دارویی متوسط و خوب بود ($p < 0/05$) (جدول ۲).

نتیجه آزمون همبستگی اسپیرمن بین نمره تبعیت دارویی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب با نمره باور آنان نسبت به دارو به صورت کلی و همچنین در ۴ زیر مقیاس باور افراد در مورد روش پزشکان برای تجویز دارو، باور بیماران درباره آسیب دارو و نگرانی از درمان دارو و نیاز به درمان دارویی در سطح معنی‌داری $0/05$ همبستگی مثبت و معنی‌دار مشاهده شد. با بالارفتن باور منفی در مورد دارو، نمره تبعیت دارویی هم که به معنی تبعیت پایین‌تر است بالاتر می‌رود (جدول ۳).

جدول ۱: فراوانی تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر شهر همدان در سال ۱۴۰۰ بر متغیرهای دموگرافیک، مصرف داروی سنتی، بیماری هم‌زمان عوارض بیماری و میزان کنترل

متغیر	تبعیت ضعیف	تبعیت متوسط	تبعیت خوب	سطح معنی‌داری
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
جنسیت	مرد	۳۷ (۵۱/۴)	۳۴ (۴۲/۰)	۵۵ (۵۳/۴)
	زن	۳۵ (۴۸/۶)	۴۷ (۵۸/۰)	۴۸ (۴۶/۶)
تحصیلات	دیپلم و کمتر	۶۳ (۸۵/۵)	۷۳ (۹۰/۱)	۸۴ (۸۱/۵)
	دانشگاهی	۹ (۱۲/۵)	۸ (۹/۹)	۱۹ (۱۸/۵)
محل سکونت	شهری	۴۵ (۶۲/۵)	۵۴ (۶۶/۷)	۷۶ (۷۳/۸)
	روستا	۲۷ (۳۷/۵)	۲۷ (۳۳/۳)	۲۷ (۲۶/۲)
مصرف سیگار	بلی	۲۲ (۳۰/۶)	۱۲ (۱۴/۸)	۲۲ (۲۱/۴)
	خیر	۵۰ (۶۹/۴)	۶۹ (۸۵/۲)	۸۱ (۷۹/۴)
داروی سنتی	خیر	۵۶ (۷۷/۸)	۶۶ (۸۱/۵)	۶۵ (۶۳/۱)
	بلی	۱۶ (۲۲/۲)	۱۵ (۱۸/۵)	۳۸ (۳۶/۹)
عوارض بیماری	بلی	۴۴ (۶۲/۰)	۵۲ (۶۴/۲)	۵۶ (۵۴/۴)
	خیر	۲۷ (۳۸/۰)	۲۹ (۳۵/۸)	۴۷ (۴۵/۶)
بیماری همبودی	بلی	۵۵ (۷۶/۴)	۶۵ (۸۰/۲)	۶۸ (۶۶/۰)
	خیر	۱۷ (۲۳/۶)	۱۶ (۱۹/۸)	۳۵ (۳۴/۰)
میزان کنترل	بدون علامت	۳۱ (۴۳/۱)	۴۵ (۵۵/۶)	۷۴ (۷۱/۸)
	علامت‌دار	۴۱ (۵۶/۹)	۳۶ (۴۴/۴)	۲۹ (۲۸/۲)

جدول ۲: مقایسه میزان باور بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر شهر همدان در سال ۱۴۰۰ بر حسب تبعیت دارویی

سطح معنيدارى	تبعية دارويى				باور دارويى
	مجموع	خوب	متوسط	ضعيف	
۰/۰۰۵	۱۸/۸۵±۳/۱۱	۱۸/۱۰±۲/۷۵	۱۹/۲۵±۳/۲۵	۱۹/۳۴±۳/۲۲	نياز به درمان دارويى specific- necessity
۰/۰۰۱	۱۶/۶۵±۳/۰۲	۱۵/۷۷±۲/۳۲	۱۶/۵۸±۳/۲۵	۱۷/۸۴±۳/۱۶	نگرانى از درمان دارويى Specific- concerns
۰/۰۰۱	۱۲/۹۹±۲/۸۳	۱۱/۸۳±۲/۶۰	۱۳/۱۶±۲/۶۴	۱۴/۲۶±۲/۷۴	روش تجويز دارويى General-Overuse General-Harm
۰/۰۰۱	۱۰/۹۶±۳/۴۱	۹/۵۷±۲/۷۳	۱۰/۶۷±۳/۱۴	۱۳/۰۱±۳/۵۲	آسيبهاى درمان
۰/۰۷۳	۲/۱۹±۲/۷۲	۲/۳۲±۲/۲۵	۲/۶۷±۲/۶۶	۱/۵۰±۳/۱۸	باور نهايى اختصاصى (تفاضل ضرورت - نگرانى)
۰/۰۰۱	۵۹/۴۷±۹/۲۴	۵۵/۲۸±۷/۴۵	۵۹/۶۷±۹/۱۸	۶۴/۴۷±۸/۹۰	نمره كلى باور دارويى

جدول ۳: ضريب همبستگى بين نمره باور عمومى بيماران مبتلا به بيمارى عروق كرونرى نسبت به دارو با تبعية دارويى

متغير	همبستگى	تبعية	نياز به درمان دارويى	نگرانى از درمان دارويى	روش تجويز دارويى	آسيبهاى درمان	باور نهايى	باور كلى
تبعية	r sig	۱						
نياز به درمان دارويى	r sig	۰/۱۱۲	۱					
نگرانى از درمان دارويى	r Sig	۰/۲۷۹	۰/۵۰۶	۱				
روش تجويز دارويى	r Sig	۰/۳۴۴	۰/۰۹۰	۰/۳۹۰	۱			
آسيبهاى درمان	r Sig	۰/۳۶۹	۰/۳۰۵	۰/۴۲۹	۰/۴۷۹	۱		
باور نهايى	r Sig	۰/۰۰۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۲۴۵	۱	
باور كلى	r Sig	۰/۳۷۰	۰/۷۳۲	۰/۸۰۷	۰/۶۸۳	۰/۷۷۳	۰/۰۷۳۶	۱

r: ضريب همبستگى، sig: سطح معنيدارى

بحث

درمانى و ميزان تبعية از درمان در بيماران مبتلا به

بیماری عروق كرونر قلب شهر همدان بود.

به طور اختصار يافته‌هاى مطالعه حاضر

نشان داد كه ميزان تبعية درمان دارويى ضعيف،

متوسط و خوب به ترتيب ۲۸/۱، ۳۱/۶ و ۴۰/۳ درصد

بیماری‌های قلبی - عروقی مهم‌ترین دلیل

مرگ‌ومیر و ناتوانى و تقريباً در تمام كشورها و

شايع‌ترين علت ازكارافتادگى مى‌باشد(۱). لذا هدف از

اين مطالعه تعيين و بررسى باورهاى مرتبط با دارو

می‌باشد. بین تبعیت درمان دارویی با مصرف داروهای سنتی، میزان کنترل و تعداد داروهای کنترل‌کننده بیماری عروق کرونر و میانگین نمره کلی باور دارویی و زیر مقیاس‌های نیاز به درمان دارویی و آسیب‌های درمان و نگرانی از روش تجویز دارویی و نگرانی از درمان دارویی ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد.

در زمینه میزان پایداری بیماران به درمان دارویی، در مطالعه انجام شده به وسیله هابت و همکاران (۱۹) میزان پایداری ضعیف ۵۱، متوسط ۲۹/۶ و خوب ۱۹/۴ درصد بود. یافته‌های حاضر از نظر میزان پایداری ضعیف، متوسط و خوب درمان دارویی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر با یافته‌های هابت و همکاران مطابقت ندارد. تبعیت دارویی در مطالعه حاضر بالاتر بود که می‌توان یکی از علل آن را بالاتر بودن احتمالی سطح آگاهی بیماران مطالعه حاضر نسبت به عوارض بیماری عروق کرونر دانست. در مطالعه‌ای که در کاشان به وسیله دیانته و همکاران (۱۸) با هدف تعیین میزان تبعیت دارویی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به بیماری قلبی - عروقی در دوره پس از ترخیص از بیمارستان بهشتی کاشان انجام شد. نتایج نشان داد میزان تبعیت دارویی ۵۸ درصد از بیماران در حد متوسط، ۳۶/۴ درصد در حد ضعیف بوده و تنها ۵/۶ درصد از بیماران از تبعیت بالا در رژیم دارویی خود برخوردار بوده‌اند که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت نداشت. میزان تبعیت دارویی با تحصیلات ارتباط معنی‌داری

داشت (p=۰/۰۰۷) در حالی که در مطالعه حاضر تحصیلات ارتباط معنی‌داری نداشت. بر اساس نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر میزان تبعیت دارویی بیماران از رژیم دارویی با برخی از عوامل مرتبط بود (طب سنتی، تعداد داروهای مصرفی و باور کلی دارویی). مطالعه‌ای در اسکاتلند انگلستان به وسیله وی و همکاران (۲۰) با هدف بررسی میزان تبعیت بیماران به درمان استاتین تجویز شده به دنبال اولین انفارکتوس میوکارد (MI) و برآورد تأثیر تبعیت به استاتین‌ها بر عود انفارکتوس میوکارد و مرگومیر انجام شد. طراحی این مطالعه به صورت کوهورت با استفاده از پایگاه داده‌های پیوند ضبط (record linkage database) بود. در طی مطالعه فقط ۷/۷ درصد از بیماران پس از انفارکتوس میوکارد، استاتین مصرف می‌کنند. با توجه به نتایج به دست آمده با وجود استفاده نادر از استاتین‌ها در طول دوره مطالعه، تبعیت و پایداری به استفاده از استاتین باعث کاهش ریسک عود انفارکتوس میوکارد می‌شود در مطالعه حاضر که بر روی مصرف داروهای عروق کرونر انجام شد میزان کنترل با تبعیت دارویی همانند مطالعه وی و همکاران (۲۰) ارتباط معنی‌داری داشت و در بین افرادی که تبعیت خوب داشتند تعداد افراد بدون علامت بیشتر از علامت نسبی و بیشتر از علامت‌دار بود.

در مطالعه مشابه در مناطق روستایی هند، ونکات‌چالم و همکاران (۲۱) با هدف بررسی فاکتورهای مؤثر بر تبعیت درمان در بیماران مبتلا به افزایش

فشارخون با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی، ۴۷۳ بیمار را بررسی کردند. شیوع تبعیت ۲۴/۱ درصد بود. کسانی که فعالیت فیزیکی منظم داشتند و سیگاری و الکلی نبودند، نسبت به کسانی که این فاکتورها را نداشتند تبعیت بیشتری از درمان فشارخون داشتند در مطالعه حاضر به جای مبتلایان به فشارخون مبتلایان به بیماری عروق کرونر مورد بررسی قرار گرفتند و حجم نمونه کمتر از مطالعه ونکاتچالم بود. تبعیت خوب و متوسط به ترتیب ۳۵/۲ و ۳۱/۶ درصد بود و بر خلاف این مطالعه در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین مصرف سیگار و فعالیت فیزیکی با تبعیت از درمان مشاهده نشد.

در زمینه باورهای مرتبط با دارو درمانی و میزان تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب، در مطالعه حاضر بین تبعیت درمان داروی با باور بیماران در زیر مقیاس‌های نیاز به درمان دارویی، نگرانی از درمان دارویی و روش تجویز دارویی و آسیب‌های درمان ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده شد، همچنین بین تبعیت درمان دارویی بیماران با باور کلی نیاز به درمان دارویی ارتباط معنی‌دار مشاهده شد. در مطالعه مروری انجام شده به وسیله انصاری و همکاران (۲۲) در زمینه موانع پایبندی به داروهای دیابت در میان بیماران دیابتی در عربستان سعودی، ترس از عوارض جانبی از موانع تبعیت دارویی بیماران دیابتی بود. در مطالعه انجام شده به وسیله هابت و همکاران (۱۹) در اتیوپی، باور منفی نسبت به دارو به طور معنی‌داری با تبعیت

دارویی ضعیف ارتباط معنی‌دار داشت (۲۴). در مطالعه انجام شده به وسیله سوپله و همکاران (۲۳) در فلسطین، نگرانی در مورد پیامدهای منفی و عوارض داروهای دیابتی از متغیرهای پیش‌بینی‌کننده تبعیت دارویی بیماران دیابتی بود.

در مطالعه مان و همکارانش (۲۴) در خصوص عوامل پیشگویی‌کننده‌های پایبندی به داروهای دیابتی، نگرانی در مورد اثرات جانبی داروهای دیابت از متغیرهای پیشگویی‌کننده تبعیت درمان بود، که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارند و در مطالعه حاضر نگرانی از آسیب‌های درمان و روش تجویز با تبعیت ضعیف ارتباط معنی‌داری داشت.

در مطالعه حاضر بین تبعیت دارویی با جنسیت بیماران ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد، همچنین با سن بیماران ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. در مطالعه انجام شده به وسیله هابت و همکاران (۱۹) در اتیوپی بین تبعیت دارویی با سن بیماران ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد، اما تبعیت دارویی در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان بود. در مطالعه صنعتی و همکاران (۲۵) در یزد، سن و جنس بیماران با تبعیت درمان دارویی ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد. در مطالعه جوهر و همکاران (۲۶) در تانزانیا میزان تبعیت درمان دارویی بیماران دیابتی زن بیشتر از مردان و بیماران بالای ۶۵ سال تبعیت کمتری داشتند و در مطالعه مروری انجام شده به وسیله کاپوچیا و همکاران (۲۷)، سن بیماران از متغیرهایی بود که به طور معنی‌داری با تبعیت دارویی بیماران دیابتی

ارتباط داشت. یافته‌های حاضر از نظر ارتباط بین سن و تبعیت درمان دارویی با نتایج مطالعه کاپوچیا و همکاران و مطالعه جوهر هم‌خوانی ندارد، اما مشابه نتایج مطالعه هابت و همکاران (۱۹) و صنعتی و همکاران (۲۵) است.

جنسیت و تبعیت دارویی با نتایج جوهر و هابت و همکاران (۱۹) هم‌خوانی ندارد، اما مشابه مطالعه صنعتی و همکاران است.

در مطالعه حاضر، سطح تحصیلات بیماران ارتباط معنی‌داری با تبعیت دارویی نداشت در پژوهش‌های انجام شده به وسیله صنعتی و همکاران و هابت و همکاران بین تبعیت درمان دارویی بیماران با تحصیلات ارتباط معنی‌دار وجود نداشت که هم سو با یافته‌های مطالعه حاضر بود، ولی در مطالعه دیانتی و همکاران (۱۸) در کاشان ارتباط معنی‌داری با سطح تحصیلات وجود داشت که غیرهم‌سو با مطالعه حاضر بود.

در مطالعه حاضر بین مصرف داروهای سنتی با تبعیت ضعیف درمان دارویی ارتباط معنی‌دار مشاهده شد. ممکن است یکی از دلایل گرایش بیماران به داروهای سنتی، ترس و نگرانی آنان از داروهای شیمیایی و تجاری باشد که در بالا به آن اشاره شد. یکی دیگر از دلایل در کشورها می‌تواند به عدم هماهنگی و سامان‌دهی طب سنتی و تداخل وظایف طب سنتی و طب نوین و سردرگمی بیماران است. این که افراد جامعه در چه زمینه‌ای به طب سنتی و در چه بیماری‌هایی دستورات طب نوین را اجرا کنند،

نابسامانی‌هایی وجود دارد که البته سودجویی عده‌ای تحت عنوان طبیب سنتی و مداخلات غیرمسئولانه آنان را نیز نباید در این زمینه نادیده گرفت.

در مطالعه حاضر بین تعداد داروهای مصرفی بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب با تبعیت درمان دارویی ارتباط معنی‌دار مشاهده شد که غیرهم‌سو با مطالعه حاضر، در مطالعه انجام شده به وسیله صنعتی و همکاران در یزد بود، اما انصاری و همکاران در عربستان بر اساس مطالعه مروری خود گزارش نمودند که در بیماران دیابتیک، رژیم چند دارویی از موانع مهم تبعیت دارویی بیماران دیابتی است و مطالعه انصاری و همکاران هم‌سو با مطالعه حاضر بود (۲۲).

در مطالعه غلامعلی و همکاران (۲۸) در زمینه تبعیت دارویی در بیماران مبتلا به دیابت در شهر همدان انجام شد. میزان تبعیت درمان دارویی خوب، متوسط و ضعیف در بیماران دیابتی به ترتیب ۲۱، ۲۵/۸ و ۵۳/۲ درصد بود. در این مطالعه بیش از نیمی از بیماران مبتلا به دیابت، تبعیت درمان دارویی مناسبی نداشتند. بین تبعیت ضعیف درمان دارویی با وضعیت تأهل (همسر مرده و همسر جداشده)، سن بالاتر، مدت بیشتر ابتلا به دیابت، مصرف داروهای سنتی، عوارض دیابت، تحصیلات پایین‌تر و باور آسیب درمان دارویی دیابت ارتباط معنی‌دار مشاهده شد. بین تبعیت درمان دارویی با جنسیت، درآمد ماهیانه خانوار و استعمال سیگار، میزان فعالیت شدید و متوسط هفتگی قبل از ابتلا به دیابت، تعداد داروهای

کاهش‌دهنده قندخون مصرفی و نمره باور بیماران در کل و در زیر مقیاس‌های نیاز به درمان دارویی، نگرانی از درمان دارویی و روش تجویز دارویی ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده نشد. مطالعه حاضر روی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب انجام گرفت و از نظر تبعیت دارویی با مطالعه فشارخون هم‌خوانی نداشت و تبعیت دارویی بالا بود. در مطالعه حاضر بر خلاف مطالعه فشارخون با جنسیت، میزان ورزش، محل سکونت، عوارض بیماری و مدت ابتلا ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد، ولی از نظر تحصیلات و استعمال سیگار هم‌سو با مطالعه حاضر، ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد. مطالعه حاضر از نظر باور با زیر مقیاس آسیب درمان هم‌سو با مطالعه فشارخون و ناهم‌سو با آن با زیر مقیاس‌های نیاز به درمان دارویی و نگرانی از درمان دارویی و روش تجویز دارویی، ارتباط معنی‌داری داشت.

به هر حال مبحث تبعیت درمان دارویی و کنترل علائم بیماران عروق کرونر قلب، پدیده پیچیده‌ای بوده که علل و عوامل متعدد ممکن است در آن تأثیرگذار باشد. برخی بیماران اعتقاد دارند که نیاز به درمان بیماری عروق کرونر قلب، تنها در زمانی است که علامت‌دار می‌شوند و در صورتی که بدون علامت باشند، ادامه درمان ضرورت ندارد و یا این اعتقاد که مصرف بیشتر داروهای تجویزی اعتیادآور هستند (۲۸). در هر جامعه‌ای لازم است با شناخت علل و عوامل بازدارنده درمان دارویی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر نسبت به کاهش و تعدیل آنها اقدام نمود.

کاهش‌دهنده قندخون مصرفی و نمره باور بیماران در کل و در زیر مقیاس‌های نیاز به درمان دارویی، نگرانی از درمان دارویی و روش تجویز دارویی ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده نشد. مطالعه حاضر روی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب انجام گرفت و از نظر تبعیت دارویی با مطالعه دکتر شفیعیان هم‌خوانی نداشت و تبعیت دارویی بالا بود. از نظر مصرف داروهای طب سنتی هم‌سو با مطالعه دیابت، ارتباط معنی‌داری داشت، ولی بر خلاف مطالعه دیابت با سن و مدت ابتلا و تحصیلات و عوارض بیماری ارتباط معنی‌داری نداشت. برخلاف مطالعه دیابت در زیر مقیاس‌های نیاز به درمان دارویی و نگرانی از درمان دارویی و روش تجویز دارویی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد.

در مطالعه حیدری و همکاران که در زمینه میزان تبعیت بیماران مبتلا به فشارخون از ۵۷۰ بیمار مورد بررسی ۴۵/۷ درصد تبعیت دارویی کم، ۳۳/۲۲ تبعیت متوسط و ۲۱/۱ تبعیت دارویی زیاد داشتند. بین تبعیت دارویی کم با جنسیت زن، بیوه یا مطلقه بودن، سکونت در محل کم برخوردار، درآمد ماهیانه کم، فعالیت بدنی کم، عدم وجود عوارض فشارخون، کوموربیدیتی و مدت ابتلا طولانی‌تر به فشارخون ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد، اما بین تبعیت دارویی بیماران فشارخونی با تحصیلات و استعمال سیگار ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده نشد.

بین نمره تبعیت دارویی بیماران مبتلا به فشارخون با نمره باور آسیب درمان و باور

ارجمندی که در انجام این پژوهش همکاری کردند،
تشکر و قدردانی کنند.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به مشکلات دسترسی به بیماران به دلیل پاندمی بیماری کووید ۱۹ و احتمال عدم دقت نسبت کمی از بیماران در تکمیل پرسشنامه و عوامل مخدوش کننده دیگری مانند وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیماران اشاره کرد، لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با حجم نمونه بزرگتر و در نظر گرفتن عوامل مخدوش کننده دیگری مانند وضعیت اقتصادی و اجتماعی در بیماران انجام گردد.

نتیجه‌گیری

بیش از نیمی از بیماران مبتلایان بیماری عروق کرونر شهر همدان تبعیت دارویی خوبی دارند. با توجه به مغایرت نتیجه این مطالعه با تعداد زیادی از پژوهش‌های قبلی به نظر می‌رسد یکسری عوامل از عدم تبعیت دارویی بیماران جلوگیری به عمل می‌آورد مثل سطح آگاهی بیشتر همراهان بیماران، ترس از مرگ و تشدید علایم با توجه اپیدمی کرونا که زبان خود بیماران بیان می‌شد. با این حال هنوز عوامل زیادی باعث تبعیت ضعیف بیماران از داروها می‌شدند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه بر گرفته از پایان نامه مقطع دکترای عمومی با کد اخلاق IR. MSHA.REC.1400.125 از دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌باشد، نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از حمایت‌های مادی و معنوی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه و بیماران

REFERENCES

1. Ralapanawa U, Sivakanesan R. Epidemiology and the magnitude of coronary artery disease and acute coronary syndrome: a narrative review. *J Epidemiol Glob Health* 2021; 11(2): 169-77.
2. Bauersachs R, Zeymer U, Brière JB, Marre C, Bowrin K, Huelsebeck M. Burden of coronary artery disease and peripheral artery disease: a literature review. *Cardiovasc Ther* 2019; 2019: 8295054.
3. Aboyans V, Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 385(9963): 117-71.
4. Malakar AK, Choudhury D, Halder B, Paul P, Uddin A, Chakraborty S. A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. *J Cell Physiol* 2019; 234(10): 16812-23.
5. Srivaratharajah K, Abramson BL. Women and peripheral arterial disease: a review of sex differences in epidemiology, clinical manifestations, and outcomes. *Canadian Journal of Cardiology* 2018; 34(4): 356-61.
6. Mack M, Gopal A. Epidemiology, traditional and novel risk factors in coronary artery disease. *Heart Fail Clin* 2016; 12(1): 1-10.
7. Zhang G, Yu C, Zhou M, Wang L, Zhang Y, Luo L. Burden of Ischaemic heart disease and attributable risk factors in China from 1990 to 2015: findings from the global burden of disease 2015 study. *BMC Cardiovasc Disord* 2018; 18(1): 18.
8. Poorzand H, Tsarouhas K, Hozhabrossadati SA, Khorrampazhouh N, Bondarsahebi Y, Bacopoulou F, et al. Risk factors of premature coronary artery disease in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Clin Invest* 2019; 49(7): e13124.
9. Fahimfar N, Khalili D, Sepanlou SG, Malekzadeh R, Azizi F, Mansournia MA, Roohafza H, Emamian MH, Hadaegh F, Poustchi H, Mansourian M. Cardiovascular mortality in a Western Asian country: results from the Iran Cohort Consortium. *BMJ Open* 2018; 8(7): e020303.
10. Wellard S. Constructions of chronic illness. *International Journal of Nursing Studies* 1998; 35(1-2): 49-55.
11. Alhewiti A. Adherence to long-term therapies and beliefs about medications. *Int J Family Med* 2014; 2014: 479596.
12. Borden WB, Redberg RF, Mushlin AI, Dai D, Kaltenbach LA, Spertus JA. Patterns and intensity of medical therapy in patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Jama* 2011; 305(18): 1882-9.
13. Khatib R, Marshall K, Silcock J, Forrest C, Hall AS. Adherence to coronary artery disease secondary prevention medicines: exploring modifiable barriers. *Open Heart* 2019; 6(2): e000997.
14. Kolandaivelu K, Leiden BB, O'Gara PT, Bhatt DL. Non-adherence to cardiovascular medications. *Eur Heart J* 2014; 35(46): 3267-76.
15. 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; 10(5): 348-54.
16. Ghanei Gheshlagh R, Ebadi A, Veisi Raygani AK, Nourozi Tabrizi K, Dalvandi A, Mahmoodi H. Determining concurrent validity of the morisky medication adherence scale in patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing* 2015; 1(3): 24-32.
17. Mostafavi F, Najimi A, Sharifirad G, Golshiri P. Beliefs about medicines in patients with hypertension: The instrument validity and reliability in Iran. *Materia Socio-Medica* 2016; 28(4): 298.
18. Dianati M, Mahdavinnejad B, Taghadosi M. Medication adherence rate and related factors in patients with acute coronary syndrome after discharge from Shahid Beheshti Hospital in Kashan during 2017-2018. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences* 2019; 23(2): 201-8.

- 19.Habte B. Effect of medications-related beliefs on adherence to treatment of type II diabetes mellitus in a primary healthcare setting, Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research* 2016; 7: 144-52.
- 20.Wei L, Wang J, Thompson P, Wong S, Struthers AD, MacDonald TM. Adherence to statin treatment and readmission of patients after myocardial infarction: a six year follow up study. *Heart* 2002; 88(3): 229-33.
- 21.Venkatachalam J, Abrahm SB, Singh Z, Stalin P, Sathya GR. Determinants of Patient's adherence to hypertension medications in a rural population of kancheepuram district in tamil nadu, south India. *Indian J Community Med* 2015; 40(1): 33-7.
- 22.Ansari M. Barriers to Antidiabetic medication adherence among patients with diabetes mellitus in saudi arabia: a systematic review. *Journal of Pharmaceutical Research International* 2021; 33(3): 1-12.
- 23.Sweileh WM, Zyoud SH, Abu Nab'a RJ, Deleq MI, Enaia MI, Nassar SM, et al. Influence of patients' disease knowledge and beliefs about medicines on medication adherence: findings from a cross-sectional survey among patients with type 2 diabetes mellitus in Palestine. *BMC Public Health* 2014; 14: 94.
- 24.Mann DM, Ponienan D, Leventhal H, Halm EA. Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *J Behav Med* 2009; 32(3): 278-84.
- 25.Sanati T, Vaezi A, Jambarsang S. Medication Adherence status and its related factors among older adults in Yazd, Iran. *Elderly Health Journal* 2020; 6(2): 85-90.
- 26.Joho AA. Factors affecting treatment compliance among hypertension patients in three DISTRICT hospitals-dar es salaam(Doctoral dissertation, Muhimbili University of Health and Allied Sciences).
- 27.Capoccia K, Odegard PS, Letassy N. Medication Adherence With Diabetes Medication: A Systematic Review of the Literature. *Diabetes Educ* 2016; 42(1): 34-71.
- 28.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(4): 3-12.

Investigating the Beliefs Related to Drug Therapy and the Degree of Adherence to Treatment in Patients with Coronary Heart Disease in Hamedan City in 2021

Esna-Ashari F^{1*}, Hoseini M², Fariba F³

¹Research Center for Social Factors Affecting Health, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran, ²Student Research Committee, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran, ³Department of Cardiology, school of medicine, Hamadan University of Medical Science, Hamadan. Iran.

Received: 24 Jan 2023 Accepted: 24 May 2023

Abstract

Background & aim: Adherence to drug treatment in patients with coronary artery disease is very important because of the need for long-term use of drugs and the consequences of non-adherence. Several factors may play a role in drug adherence. In this study, the effect of drug therapy-related beliefs on adherence to drug therapy in patients with coronary artery disease was investigated.

Methods: The present cross-sectional study was conducted in 2021 in Hamedan, Iran. Two-hundred and fifty-six patients with coronary artery disease hospitalized and referred to the specialized heart clinic of Hamedan City Heart Hospital were selected by the available sampling method. The level of medication adherence was assessed with Morisky's medication adherence questionnaire and medication belief was assessed with the Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ). In addition, demographic information, risk factors, and drug history were extracted from patients' records. The collected data were analyzed using Chi-square, Kruskal-Wallis, and Spearman's correlation coefficient.

Results: The medication adherence rates of good, moderate, and poor were 35.2%, 31.6%, and 28.1%, respectively. In patients with poor, moderate, and good adherence to drug treatment, respectively, the mean score of belief in the need for drug treatment was 19.3 ± 2.34 , 19.3 ± 2.25 , and 18.3 ± 10.7 ($P=0.005$). Worry about drug treatment 17.3 ± 2.84 , 16.3 ± 2.58 and 15.2 ± 77.32 ($P=0.001$), belief in drug prescription 14.2 ± 26.7 , 2.16 ± 2.13 and 11.2 ± 83.6 ($P = 0.001$), belief in treatment harms 13.3 ± 10.5 , 10.67 and 9.2 ± 57.7 ($P = 0.001$) and score Overall belief in drug treatment was 64.8 ± 47.9 , 59.9 ± 18.67 and 55.7 ± 28.45 ($P=0.001$).

Conclusion: More than half of the patients had appropriate drug treatment, though, the belief of the harm of drug treatment and the fear of drug side effects, and coronary artery disease drugs were related to the reduction of drug treatment compliance.

Keywords: Coronary Artery Diseases, Medication-Related Beliefs, Treatment Adherence.

***Corresponding Author:** Esna-Ashari F, Associate ¹Research Center for Social Factors Affecting Health, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran

Email: Esna_f@yahoo.com

Please cite this article as follows: Esna-Ashari F, Hoseini M, Fariba F. Investigating the Beliefs Related to Drug Therapy and the Degree of Adherence to Treatment in Patients with Coronary Heart Disease in Hamedan City in 2021 Armaghane-danesh 2023; 28(4): 507-521.