

Research Article

Investigating the Effectiveness of Decision-support intervention on Treatment Adherence of Patients with Bipolar type II

Authors

Authors:

Farnoush Mirbagher Ajorpaz¹, Akram Dehghani^{2*}

1. M.Sc. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2. Assistant Professor in psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: Decision-support intervention has tools called decision-aids which are designed to facilitate shared decision making (between doctor-patient-family). Decision-aids come in a variety of formats (e.g., booklets, websites, videos). "Making Treatment Decisions That are Right for You" is a booklet which can help patients with bipolar II make evidence-based, medical and psychological choices that are consistent with their values and preferences. This research was conducted with the aim of determining the effectiveness of aforementioned booklet on treatment adherence of patients with bipolar II.

Method: This study was conducted with a quantitative approach and a semi-experimental method using a pre-test-post-test design with a control group. Statistical population of this study consisted of men and women with bipolar II disorder living in Isfahan who referred to Masir Roshd Psychological Clinic or Shahid Modares Psychiatric Hospital on an outpatient basis in 2023. 30 people with bipolar disorder type II were selected and randomly divided into experimental and control groups (n=15 each). Convenience sampling was chosen for this research. Both experimental and control groups answered the Treatment Adherence Questionnaire as pretest. The experimental group underwent decision-support intervention based on the booklet called "Making Treatment Decisions That Are Right for You" and the concept of the booklet was explained to patients in four 45-minute sessions so that they could make their treatment decisions in consultation with their doctor, psychologist and family; while the members of control group started and continued the treatment process with treatment decisions made by their doctor/psychologist (paternalistic models of treatment decision-making). After 2 months, post-test was given to the experimental and control groups. Finally, data were interpreted through multivariate covariance analysis.

Result: Findings showed that decision-support intervention was effective on improving components of treatment adherence, including "diligence in treatment, participation, adherence and commitment in treatment" with squared values of 0.35, 0.24, 0.30 and 0.64, respectively.

Discussion and conclusion: It can be concluded that decision-support intervention based on the booklet called "Making Treatment Decisions That are Right for You" is a suitable option for improving and increasing treatment adherence in bipolar II patients.

Keywords

Decision-support intervention, decision-aid, Bipolar II, booklet, treatment adherence

Corresponding Author's E-mail

Ddehghani55@yahoo.com

بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر تصمیم بر تبعیت از درمان بیماران دوقطبی نوع II

نویسندگان

فرنوش میرباقر آجرپز^۱، اکرم دهقانی^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
۲. استادیار گروه روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: مداخلات مبتنی بر تصمیم ابزارهایی به نام تصمیم‌یادارانند که رسیدن به تصمیم درمانی مشترک (بین پزشک، بیمار و خانواده) را تسهیل می‌کنند. تصمیم‌یارها در قالب‌های مختلف (مانند کتابچه، وب‌سایت و ...) ارائه می‌شوند. کتابچه «چگونه تصمیمات درمانی مناسب بگیریم؟» ابزاری است که می‌تواند به بیماران دوقطبی نوع II کمک کند تا بین گزینه‌های درمان دارویی و روان‌شناختی دست به انتخاب بزنند و با توجه به اهداف و ارزش‌های خود به تصمیم درمانی برسند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی کتابچه مذکور بر تبعیت از درمان بیماران دوقطبی نوع II انجام شد.

روش: بررسی پیش رو از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی (طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه) بوده و جامعه آماری متشکل از تمامی زنان و مردان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II در شهر اصفهان در سالهای ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) تقسیم شدند. شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه تبعیت از درمان در بیماری‌های مزمن مدانلو پاسخ دادند. پروتکل مداخله مبتنی بر تصمیم بر اساس کتابچه مذکور طی چهار جلسه (۴۵ دقیقه) برای بیماران گروه آزمایش اجرا شد؛ لذا پزشک و روانشناس با توجه به ترجیحات بیمار و مشارکت فعالانه وی، درمان دارویی و روان‌شناختی را شروع کردند؛ درحالی‌که اعضای گروه گواه با تصمیمات درمانی گرفته‌شده توسط پزشک یا روان‌شناس خود، روند درمان را آغاز کرده و ادامه دادند. پس از دو ماه از گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون گرفته شد. در نهایت داده‌ها از طریق تحلیل کواریانس چندمتغیره مورد تفسیر قرار گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که با تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در زیر مقیاس‌های «اهتمام»، مشارکت، چسبیدن به درمان و تعهد به درمان تفاوت معناداری وجود دارد؛ لذا مداخله مبتنی بر تصمیم به ترتیب با مجذور اتای ۰/۳۵، ۰/۲۴، ۰/۳۰ و ۰/۶۴ بر بهبود مؤلفه‌های تبعیت از درمان شامل «اهتمام»، مشارکت، چسبیدن به درمان و تعهد به درمان مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه، می‌توان نتیجه گرفت که مداخله مبتنی بر تصمیم بر اساس کتابچه «چگونه تصمیمات درمانی مناسب بگیریم؟» گزینه مناسبی برای بهبود و افزایش تبعیت از درمان در بیماران دوقطبی نوع II است.

تاریخ دریافت:
۰۰۰/۰۰/۰۰

تاریخ پذیرش:
۰۰۰/۰۰/۰۰



کلیدواژه‌ها

واژگان کلیدی: مداخلات مبتنی بر تصمیم، تصمیم‌یار، کتابچه، تبعیت از درمان، دوقطبی

پست الکترونیکی نویسنده
مسئول

Ddehghani55@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه نویسنده اول است

اپیزودهای مانیا دارای بالاترین ریسک عدم تبعیت از درمان هستند [۸]. عواملی که بر تبعیت از درمان بیماران دوقطبی تأثیر می‌گذارند، می‌تواند از فردی به فرد دیگر متغیر باشد. سن، جنسیت، فرهنگ، شدت علائم، جهان‌بینی بیمار، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، ذهنیت فرد در مورد اختلال روانی و تصور فرد از خودش، بر تصمیمات وی درباره پایبندی به رژیم دارویی تجویز شده تأثیر می‌گذارد [۹]. تبعیت از درمان در بیماران دوقطبی جزء اولویت‌های درمانی است؛ بدین دلیل که در این اختلال احتمال تخریب بالقوه عصبی می‌رود و داروهای تثبیت‌کننده خلق و برخی داروهای ضد روان‌پریشی آنتی‌پیک اثر محافظت‌کننده عصبی دارند [۳]. اگر تبعیت از درمان ناکافی باشد، احتمال کمک‌جویی فعالانه بیمار برای اخذ درمان به‌ویژه در مرحله آغازین هر اپیزود (از جمله اپیزودهای مکرر افسردگی در اختلال دوقطبی نوع II) کاهش می‌یابد [۱۰]. تبعیت از درمان برای ارائه موفقیت‌آمیز مداخلات و مدیریت اختلال دوقطبی، حیاتی است [۱۱].

تصمیم‌گیری در مورد درمان دارای سه مدل مفهومی است: «مدل نظام آمرانه، مدل انتخاب آگاهانه و مدل تصمیم‌گیری مشترک» [۱۲]. از گذشته تا کنون، راهنمایی‌های درمانی مطابق با مدل نظام آمرانه که روشی وادارکننده و اجباری در تبعیت از درمان است، ارائه می‌گردید؛ راهبردهای ارتباطی به کار گرفته شده در این مسیر، فقط تلاشی برای اداره بیماری فرد مورد نظر است. در رویکرد نظام آمرانه، متخصص حافظ ارزش‌ها و علایق بیمار تلقی می‌شود زیرا فرض بر اینست که ترجیحات بیمار در مورد درمان همیشه و به‌طور کامل با ترجیحات پزشک همسان و هماهنگ است. بر اساس این رویکرد، "بهترین" گزینه درمانی از منظر متخصص هر چه باشد، "بهترین" گزینه درمانی از منظر بیمار نیز همان خواهد بود؛ بنابراین نیازی به گفتگو درباره‌ی ترجیحات بیمار نیست [۱۳]. از طرفی، افراد زمانی در اخذ تصمیم درمانی توانمند می‌شوند که اطلاعات لازم در مورد بیماری خود را کسب کنند و بر شرایط اجرایی تصمیم درمانی کنترل آگاهانه داشته باشند. توانمندسازی بیماران در تصمیم‌گیری از اوایل سال ۱۹۷۰ همزمان با طرح منشور حقوق بیمار آغاز شد [۱۳].

عدم پایبندی به درمان مشکل چالش برانگیزی در مدیریت بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی است. [۱، ۲] تقریباً ۲۱ تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به دوقطبی پایبندی کمی به درمان دارند و این عامل بر بار بیماری می‌افزاید و پیش‌آگهی را بدتر می‌کند. اگرچه عدم پایبندی به درمان عامل نگرانی در هرگونه اختلال روان‌پزشکی است، تمرکز این پژوهش بر اختلال دوقطبی به دلیل شیوع بالای این اختلال، ماهیت مادام‌العمر آن و اختلال در عملکرد بیماران دوقطبی است [۳]. افراد را می‌توان در سنین مختلف با این اختلال تشخیص‌گذاری کرد. اکثر افراد، اولین دوره خلقی را در اوایل دهه بیست زندگی خود تجربه می‌کنند، اما ممکن است خیلی دیرتر تشخیص‌گذاری شوند. شواهد نشان می‌دهد که در هر هزار نفر، بین چهار تا پنجاه نفر در مرحله ای از زندگی خود، تشخیص اختلال دوقطبی نوع II می‌گیرند [۴]. بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM-5) [۵]، تشخیص اختلال دوقطبی نوع II نیاز به حضور (سابقه) یک دوره افسردگی اساسی، همراه با حداقل یک دوره هیپومانیا (نیمه‌شیدایی) [۲] است. با توجه به این نرخ و تأثیر اختلال دوقطبی نوع II بر جوانب مختلف زندگی فردی، اجتماعی و شغلی، بیماران دوقطبی نیازمند اخذ تصمیمات درمانی پیچیده در مورد داروها و درمان‌های روان‌شناختی هستند [۴، ۶]. اختلال دوقطبی به‌عنوان یک بیماری روان‌پزشکی مزمن به‌شدت بر آموزش بیمار و خودمراقبتی متکی است. بنابراین توسعه یافتن مداخلات هدفمند و بیمار محور برای برطرف کردن نیازهای درمانی بزرگسالانی که به‌تازگی به اختلال دوقطبی نوع II مبتلا شده‌اند، ضروری است [۷].

با توجه به اینکه مداخلات پزشکی به‌سمت بیمارمحور شدن حرکت کرده‌اند، اصطلاحات پزشکی نوینی برای توصیف رفتارهای درمانی به کار برده می‌شوند [۳]. انطباق درمانی، اصطلاحی پزشک‌محور است که پیروی از دستورالعمل‌ها را برای کسب اهداف درمانی الزامی می‌کند. تبعیت از درمان فرم تکامل‌یافته انطباق درمانی است و به معنای میزان پایبندی بیمار به آن بخش از برنامه درمانی است که وی با پزشک توافق کرده است. حاصل این توافق، تصمیم‌گیری مشترک بین بیمار و پزشک است؛ تصمیم مشترکی که در آن از هر لحاظ، شرایط و ترجیحات بیمار در نظر گرفته شود. تبعیت از درمان در اختلال دوقطبی ممکن است با مواردی همچون الگوی مزمن عود به چالش کشیده شود.

¹ Diagnostic and statistical manual of mental disorders

² Hypomania

³ Paternalistic model, informed choice model and shared decision-making

بررسی کاکرین^۲ [۲۰] نشان داد که استفاده از تصمیم‌یارها سبب افزایش آگاهی بیمار نسبت به گزینه‌های درمانی، درک دقیق‌تر ریسک‌های احتمالی و توانایی تطابق گزینه‌های درمانی با ترجیحات آگاهانه بیمار شده‌است. به نظر می‌رسد که تصمیم‌یارها باعث تقویت ارتباط میان پزشک و بیمار شده‌اند به طوری که پزشکان خواستار مشارکت بیماران خود برای رسیدن به توافق دوجانبه هستند که رضایت هر دو طرف را در بر دارد و به اخذ تصمیم درمانی آگاهانه می‌انجامد [۲۰].

اکثر پژوهش‌های موجود، اثربخشی درمان‌های مرتبط با اختلال دوقطبی نوع I را مورد مطالعه قرار داده‌اند. فیشر [۲۱] با مرور پژوهش‌های مرتبط با اثربخشی درمان‌های اختلال دوقطبی نشان داد که برای بررسی منافع و مضرات احتمالی گزینه‌های درمانی اختلال دوقطبی نوع II شواهد کمی در دسترس است؛ لذا پیش از تألیف کتابچه «چگونه تصمیمات درمانی مناسب بگیریم؟» هیچ منبعی برای حمایت از بیماران دوقطبی نوع II وجود نداشت که هم ترجیحات بیمار و هم ترجیحات پزشک را در بر بگیرد. [۴]. این کتابچه حاصل تلاش یک گروه متخصص استرالیایی است که به صورت آزمایشی بر روی بیماران دوقطبی نوع II اجرا شده و توسط پژوهشگر همین مقاله به فارسی ترجمه و منابع اطلاعاتی آن تا حد توان بومی‌سازی شده است. کتابچه «چگونه تصمیمات درمانی مناسب بگیریم؟» دربردارنده مداخلات و اطلاعاتی است که روند اخذ تصمیم درمانی را برای بیماران دوقطبی نوع II تسهیل می‌کند. محتوا و صورت‌بندی این کتابچه کمک درمانی، با توجه به استانداردهای بین‌المللی تصمیم‌یار طرح‌ریزی شده است [۲۲]. اطلاعات موجود در این کتابچه به بیماران دوقطبی نوع II کمک می‌کند تا بین گزینه‌های درمانی دارویی حق انتخاب داشته باشند؛ گزینه‌های درمانی روان‌شناختی را بررسی کنند و با توجه به اهداف و ارزش‌های خود تصمیم درمانی مشترک (بین بیمار، پزشک و خانواده) بگیرند. برای ارائه بهترین شواهد بالینی در مورد گزینه‌های درمانی اختلال دوقطبی نوع II نویسندگان این کتابچه به مرور فراتحلیلی جدیدترین گزینه‌های درمانی دارویی و روان‌شناختی پرداختند [۲۳]؛ گزینه‌های دارویی

براین اساس، مدل‌های درمانی مبتنی بر تصمیم‌یار می‌تواند بر روی یک پیوستار قرار داد که از مدل درمانی هدایت‌شده توسط پزشک (مدل نظام آمرانه) شروع و به مدل درمانی هدایت‌شده توسط بیمار (مدل انتخاب آگاهانه یا مدل بیمار خبره [۱۳]) ختم می‌شود. لذا مدل تصمیم‌گیری مشترک بین این دو مدل و در وسط پیوستار قرار دارد. در مدل‌های درمانی مبتنی بر تصمیم‌یار، فرآیند اخذ تصمیم درمانی شامل سه مرحله مجزا است: الف: انتقال یا تبادل اطلاعات (به اطلاعاتی اشاره دارد که پزشک و بیمار به اشتراک می‌گذارند)؛ ب: مشورت (سبک-سنگین کردن فواید و مضرات احتمالی گزینه‌های درمانی) و ج: تصمیم‌گیری در مورد اجرا و اعمال درمان [۱۴].

مداخله مبتنی بر تصمیم‌یار اساس "مدل تصمیم‌گیری مشترک" شکل گرفته است. در مدل تصمیم‌گیری مشترک پزشک و بیمار در فرآیند اخذ تصمیم درمانی با یکدیگر همکاری می‌کنند. فرآیند اخذ تصمیم درمانی ممکن است افراد مهم زندگی بیمار مانند خانواده وی را نیز شامل شود؛ بنابراین انتخاب نهایی درمان حاصل توافق دوجانبه و در نظرگیری ترجیحات درمانی پزشک و بیمار است. مداخله مبتنی بر تصمیم‌یار، زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که در جاتی از عدم قطعیت پزشکی وجود داشته باشد، بدین معنا که دو یا چند گزینه درمانی قابل قبول وجود داشته باشد [۱۵]. اینکه کدام نوع درمان برای اختلال دوقطبی، بهترین و کاراترین گزینه است، تاکنون ثابت نشده است [۱۶]، لذا استفاده از هر یک از گزینه‌های درمانی می‌تواند راهی برای بهبود بیمار باشد. مداخلات مبتنی بر تصمیم‌یار دارای ابزارهایی به نام «تصمیم‌یار» هستند که رسیدن به تصمیم درمانی مشترک (بین پزشک و بیمار) را تسهیل می‌کنند. تصمیم درمانی حاصل از این مداخله، آگاهانه و مبتنی بر ارزش‌های شخصی بیمار است [۱۷]. تصمیم‌یارها اطلاعات درمانی را به صورت بی‌رهنمود در اختیار بیماران قرار می‌دهند و بیماران را نسبت به گزینه‌های درمانی موجود و نتایج مربوط به هر گزینه درمانی آگاه می‌کنند (مزایا، عوارض جانبی، خطرات احتمالی و عدم قطعیت هر یک از گزینه‌های درمانی را بررسی می‌کنند) [۱۸]. تصمیم‌یارها اطلاعات مرتبط با اختلال و گزینه‌های درمانی را از طریق متن و قالب‌های گرافیکی و با استفاده از زبان عامیانه ارائه می‌کنند [۱۹].

¹ Decision aids

² Cockrin

ب) نمونه پژوهش: در این پژوهش به منظور انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. گروه حجم نمونه حاضر به استناد پژوهش‌های پیشین [۴] ۱۵ نفر برای هر گروه بود (مجموعاً ۳۰ نفر). بدین منظور از بین بیماران مبتلا به دوقطبی نوع II که به صورت سرپایی به بیمارستان روان‌پزشکی مدرس و کلینیک روانشناسی مسیر رشد در استان اصفهان مراجعه کرده بودند و سایر معیارهای ورود به پژوهش را نیز داشتند، ابتدا سی نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه پانزده نفری (آزمایش و گواه) قرار گرفتند. معیارهای ورود در این پژوهش گرفتن تشخیص اختلال دوقطبی نوع II در حال حاضر یا اخیراً (در دوازده ماه گذشته)، بودن در بازه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، باسواد بودن (داشتن حداقل دیپلم)، نداشتن علائم حاد و فعال دوقطبی نوع II و ملاک‌های خروج نیز داشتن اختلال روان‌پزشکی توأم (مانند اسکیزوفرنی)، غیبت بیش از یک جلسه و عدم تمایل شرکت‌کننده‌ها به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تبعیت از درمان

در این پژوهش، به منظور بررسی تبعیت از درمان از پرسشنامه تبعیت از درمان در بیماری‌های مزمن که توسط مدانلو و همکاران [۳۰] در سال ۱۳۹۲ طراحی و روان‌سنجی شده بود استفاده شد. این پرسشنامه شامل چهار سؤال و هفت حیطه است. حیطه «اهتمام در درمان» نه سؤال، «تمایل به مشارکت در درمان» هفت سؤال، «توانایی تطابق درمان با زندگی» هفت سؤال، «تلفیق درمان با زندگی» پنج سؤال، «اصرار به درمان» چهار سؤال، «تعهد به درمان» پنج سؤال و «تردید در اجرای درمان» سه سؤال داشت. در پژوهش مدانلو و همکاران [۳۰] به منظور تأمین روایی محتوایی کمی، نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی محاسبه شده است. متوسط شاخص روایی محتوایی پرسشنامه ۰/۹۱۴ بود. همچنین همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ^۱، ($\alpha = 0/921$) و پایایی ثبات پرسشنامه با اجرای آزمون مجدد با فاصله زمانی دو هفته ($ICC = 0/92$) تأمین شد.

ذکر شده در کتابچه (لیتیوم ۱، لاموتریژین ۲ و کوئتیاپین ۳) همگی در خط اول دارودرمانی قرار دارند [۲۴]. همچنین گزینه‌های درمانی روان‌شناختی موجود در این کتابچه (درمان شناختی-رفتاری و آموزش روانی-گروهی) تنها مداخلاتی هستند که با شواهد سطح یک برای اختلال دوقطبی پشتیبانی می‌شوند [۲۷، ۲۶، ۲۵]. اطلاعات مربوط به عوارض جانبی و مضرات احتمالی گزینه‌های دارویی عمدتاً از کارآزمایی‌های تصادفی دو سرکور با متغیر کنترل دارونما (در صورت وجود) اخذ شده است. اطلاعات مرتبط با عوارض جانبی طولانی‌مدت (به عنوان مثال، ۲۰-۵ سال) یا خطرات دارویی بسیار نادر (به عنوان مثال، سندرم استیونز-جانسون) از مطالعات طبیعت‌گرایانه در مقیاس بزرگ (مبتنی بر جمعیت) یا مطالعات بالینی گرفته شده است. اطلاعات مربوط به اثرات نامطلوب درمانی با دستورالعمل‌های مبتنی بر اجماع بین‌المللی برای ایمنی نظارت بر درمان اختلالات دوقطبی، مطابقت داشت [۲۸]. بنابراین توجه به نیازهای کمتر برآورده شده بیماران دوقطبی نوع II بر میزان تبعیت آنان از درمان اثر می‌گذارد. همخوانی (سازگاری) میان مشارکت ترجیحی و مشارکت تجربه شده با نیازهای کمتر برآورده شده بیماران ارتباط مستقیم دارد [۲۹]؛ لذا در این پژوهش به این مسئله پاسخ داده شد که آیا مداخله مبتنی بر تصمیم بر اساس کتابچه «چگونه تصمیمات درمانی مناسب بگیریم؟» بر تبعیت از درمان بیماران مبتلا به دوقطبی نوع II تأثیر دارد؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است. طرح نیمه آزمایشی مورد استفاده در پژوهش، طرح دو گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه است.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان و مردان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II ساکن اصفهان که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ به صورت سرپایی به کلینیک روانشناسی مسیر رشد یا بیمارستان روان‌پزشکی شهید مدرس مراجعه کرده‌اند، تشکیل می‌دهد.

¹ Cronbach's alpha

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی در ردیف اول قرار داشت؛ به‌منظور رعایت اخلاق پژوهشی و حقوق آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر اقدامات زیر صورت گرفت: ۱- در ابتدای پژوهش اهداف به‌طور صادقانه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و از آن‌ها رضایت‌نامه آگاهانه برای شرکت در پژوهش کسب گردید، ۲- اصل رازداری و محرمانه ماندن داده‌ها از سوی محقق رعایت شد، ۳- در اثنا مصاحبه، تکمیل پرسشنامه‌ها و جلسات آموزشی، زمان استراحت برای شرکت‌کنندگان در نظر گرفته می‌شد، ۴- شرکت‌کنندگان برای ادامه حضور در جلسات تحت فشار نبوده و امکان ترک جلسه یا انصراف از همکاری در پژوهش را داشتند. گفتنی است پژوهش حاضر با کد (IR.IAU.KHSH.REC.1402.029) در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد تصویب شده است.

مقیاس اندازه‌گیری در این پرسشنامه لیکرت شش قسمتی است که از کاملاً با امتیاز پنج تا اصلاً با امتیاز صفر طراحی شده است. نمره‌گذاری تعدادی از عبارات معکوس است. پرسشنامه تبعیت از درمان، پرسشنامه‌ای روا و پایا و مطابق با شرایط فرهنگی جامعه ایرانی برای بررسی تبعیت از درمان بیماران مزمن ارائه می‌دهد. [۳۰]

شیوه انجام پژوهش

در این پژوهش با مراجعه به بیمارستان روان‌پزشکی مدرس و کلینیک روان‌شناسی مسیر رشد، از بین بیماران دوقطبی نوع II که ملاک‌های ورود به پژوهش را برآورده می‌کردند و علاقه‌مند به شرکت در پژوهش بودند، سی نفر انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در هر گروه پانزده نفر آزمودنی شرکت داشتند که در اولین جلسه به پرسشنامه تبعیت از درمان به‌صورت انفرادی پاسخ دادند. جلسات آموزشی برای گروه آزمایش بر اساس پروتکل مداخله مبتنی بر تصمیم، در کتابچه «چگونه تصمیمات درمانی مناسب بگیریم؟» [۳۱]، طراحی شده است. سپس از افراد گروه آزمایش خواسته شد تا «کاربرگ‌های مربوط به بیمار» درون کتابچه را پر کرده و با مشورت پزشک، روانشناس و خانواده تصمیم درمانی خود را اتخاذ کنند. افراد گروه گواه با تصمیمات درمانی گرفته‌شده توسط پزشک یا روان‌شناس (مدل نظام آمرانه)، روند درمان را آغاز کرده و ادامه دادند. بنابراین در گروه گواه متخصص نقش غالب داشت، دانش و تخصص پزشک در هنگام اخذ تصمیم درمانی حرف اول را می‌زد و پزشک با مشارکت حداقلی بیمار در رابطه با درمان تصمیم‌گیری کرد. در گروه گواه، متخصص (روانپزشک و روانشناس) موظف بود که فقط مرتبط‌ترین اطلاعات پزشکی و روانشناختی را به بیمار ارائه دهد و وی را تشویق کند تا به شروع و ادامه‌ی درمان انتخاب شده تن در دهد. پس از دو ماه، از گروه آزمایش و گواه، پس‌آزمون گرفته شد و نتایج گروه آزمایش و گواه در حوزه تبعیت از درمان مقایسه شد. جلسات مداخله مبتنی بر تصمیم طی چهار جلسه (۴۵ دقیقه) در دو هفته برگزار شد. همه آزمودنی‌ها در کلیه جلسات درمانی شرکت کردند و بنابراین ریزش نمونه وجود نداشت. در جدول ۱، محتوی جلسات درمان ارائه شده است. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱. نمونه جدول

جلسه	شرح جلسه
اول	برقراری ارتباط اولیه؛ مروری بر ساختار جلسات تشریح مداخله مبتنی بر تصمیم و آشنایی کلی با آن؛ ارائه کتابچه «چگونه تصمیمات درمانی مناسب بگیریم؟» به افراد گروه؛ تکمیل پیش‌آزمون؛ توضیح پیشینه اختلال دوقطبی II (علائم، سیر، ماهیت مزمن بیماری، نیاز فرد به رویکرد درمانی پیشگیرانه)؛ ارائه اطلاعات کلی در مورد گزینه‌های درمانی برای پیشگیری در بیمارانی که اخیراً تشخیص اختلال دوقطبی نوع II گرفته‌اند.
دوم	شرح گزینه‌های دارویی و دلیل مصرف دارو (شامل کلاسورهای دارویی مختلف تثبیت‌کننده خلق، داروهای ضد روان‌پریشی، ضد تشنج‌ها، داروهای ضدافسردگی کمکی)؛ مزایای بالقوه و همچنین خطرات بالقوه یا جوانب ایمنی و عوارض جانبی (کوتاه و طولانی‌مدت)؛ توضیح نمودارهای صد نقطه‌ای درون کتابچه که نتایج اثربخشی هر یک از گزینه‌های درمانی را نشان می‌دهند؛ توضیح خلاصه منافع و مضرات گزینه‌های دارویی (افزایش وزن، خستگی، دمانشای شناختی، اختلال در عملکرد جنسی)؛ دادن فهرست سؤالات از پیش آماده‌شده به بیمار (سؤالاتی که بیمار باید از پزشک پرسد و جای خالی برای نوشتن نظرات یا یادداشت‌ها و سؤالات اضافی)؛ تکلیف خانگی (پر کردن کاربرگ‌های شخصی‌سازی‌شده کتابچه (تمرین‌های شفاف‌سازی مفهوم ارزش) برای کمک به بیماران یا خانواده جهت سنجش «منافع» و «مضرات» گزینه‌های درمانی دارویی)؛ درخواست از بیماران برای به اشتراک گذاری سؤالات و ترجیحات درمان دارویی با روان‌پزشک خود.
سوم	مرور تکالیف و کاربرگ‌های مرتبط با درمان‌های دارویی، شرح مداخلات روان‌شناختی و دلیل استفاده از درمان شناختی-رفتاری، آموزش روانی-گروهی، راهبردهای سلامت روان، مزایای و مضرات بالقوه (کوتاه‌مدت و بلندمدت)؛ توضیح نمودارهای صد نقطه‌ای که نتایج اثربخشی هر یک از گزینه‌های درمانی را نشان می‌دهد؛ توضیح خلاصه منافع و مضرات گزینه‌های روان‌شناختی؛ شرح گزینه‌های درمانی طب مکمل (جایگزین) و دلیل استفاده از آن‌ها (مزایا و مضرات بالقوه کوتاه‌مدت و بلندمدت)؛ دادن اطلاعات به فرد مبتلا به اختلال دوقطبی درباره نحوه اخذ حمایت از خانواده برای تصمیم‌گیری در مورد درمان؛ تکلیف خانگی (پر کردن کاربرگ‌های شخصی‌سازی‌شده یا تمرین‌های شفاف‌سازی مفهوم ارزش کتابچه) برای کمک به بیماران یا خانواده برای سنجش «منافع» و «مضرات» گزینه‌های درمان روان‌شناختی (شناختی-رفتاری، آموزش روانی-گروهی)؛ درخواست از بیماران برای به اشتراک گذاری سؤالات و ترجیحات درمان روان‌شناختی با روانشناس خود.
چهارم	مرور تکالیف و کاربرگ‌های مرتبط با درمان‌های روان‌شناختی؛ تشویق فعالانه بیماران به تفکر و درک نکات مثبت و منفی گزینه‌ها در متن شرایط زندگی و ارزش‌های فردی؛ معرفی فهرست «منابع اطلاعاتی بیشتر» شامل جزئیات مرتبط با وب‌سایت‌های قابل اعتماد برای کسب اطلاعات بیشتر و خدمات روانی اجتماعی محلی برای بیماران فارسی‌زبان و انگلیسی‌زبان در کتابچه؛ جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری تصمیمات درمانی در زندگی روزمره.

شیوه تحلیل داده ها

هدف پژوهش بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر تصمیم بر متغیر تبعیت از درمان، در بیماران دوقطبی نوع II گروه آزمایش در مقابل گروه کنترل است. در این راستا برای کنترل تأثیر متغیر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس و در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای ارائه وضعیت متغیر مستقل و وابسته پژوهش استفاده شد. در سطح استنباطی نیز از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده گردید. تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه ۲۶ انجام شد.

نتایج

نتایج جدول ۲ بیانگر اطلاعات جمعیت‌شناسی مربوط به گروه آزمایش و کنترل است. با توجه به جدول ۲، در گروه آزمایش از مجموع پانزده آزمودنی، پنج نفر (۳۳/۳ درصد) بیکار و ده نفر (۶۶/۶ درصد) شاغل بودند. همچنین از مجموع پانزده آزمودنی گروه گواه، چهار نفر (۲۶/۶ درصد) بیکار و یازده نفر (۷۳/۳ درصد) شاغل بودند. از مجموع پانزده آزمودنی گروه آزمایش، نه نفر (۶۰ درصد) مجرد، پنج نفر (۳۳/۳ درصد) متأهل و یک نفر (۶/۶ درصد) طلاق گرفته بودند. از مجموع پانزده نفر آزمودنی گروه کنترل، نه نفر (۶۰ درصد) مجرد، دو نفر (۱۳ درصد) متأهل و چهار نفر (۲۶/۶ درصد) طلاق گرفته بودند. از مجموع پانزده نفر آزمودنی گروه آزمایش، شش نفر (۴۰ درصد) مذکر و نه نفر (۶۰ درصد) مؤنث بودند. در گروه گواه نیز از مجموع پانزده آزمودنی پنج نفر (۳۳/۳ درصد) مذکر و ده نفر (۶۶/۶ درصد) مؤنث بودند. میانگین سنی گروه آزمایش برابر ۳۰/۷۳ و میانگین سنی گروه گواه ۳۲ بوده است.

جدول ۲: اطلاعات جمعیت‌شناسی مربوط به گروه آزمایش و کنترل

گروه گواه	گروه آزمایش	متغیر	
نفر ۴ (٪ ۲۶/۶)	نفر ۵ (٪ ۳۳/۳)	بیکار	شغل
نفر ۱۱ (٪ ۷۳/۳)	نفر ۱۰ (٪ ۶۶/۶)	شاغل	
نفر ۹ (٪ ۶۰)	نفر ۹ (٪ ۶۰)	مجرد	تاهل
نفر ۲ (٪ ۱۳/۳)	نفر ۵ (٪ ۳۳/۳)	متاهل	
نفر ۴ (٪ ۲۶/۶)	نفر ۱ (٪ ۶/۶)	طلاق گرفته	
نفر ۵ (٪ ۳۳/۳)	نفر ۶ (٪ ۴۰)	مذکر	جنسیت
نفر ۱۰ (٪ ۶۶/۶)	نفر ۹ (٪ ۶۰)	مؤنث	
۷/۹۱ ± ۳۲	۹/۴۶ ± ۳۰/۷۳	میانگین ± انحراف معیار	

جدول ۳ به مشخصات توصیفی متغیر تبعیت از درمان و ابعاد آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون مربوط می‌شود و نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار نمره‌های کل تبعیت از درمان آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۱۰۳/۴ و ۲۸ و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب ۱۵۰/۶۰ و ۱۵/۹۶ است. این شاخص‌های آماری برای گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۱۲۲/۶ و ۱۹/۹ و در پس‌آزمون برابر ۱۲۴/۷۳ و ۲۱/۰۸ است.

جدول ۳؛ مشخصات توصيفی تبعیت از درمان و ابعاد آن

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پيش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معيار	میانگین	انحراف معيار
نمره کل تبعیت از درمان	گروه آزمایش	۱۰۳/۴	۲۸	۱۵۰/۰۶	۱۵/۹۶
	گروه گواه	۱۲۲/۶	۱۹/۹	۱۲۴/۷۳	۲۱/۸۰
اهتمام در درمان	گروه آزمایش	۲۴/۸	۷/۵	۳۵/۳۳	۵/۰۳
	گروه گواه	۲۷/۱	۷/۱	۲۷/۷	۸/۳
تمایل به مشارکت در درمان	گروه آزمایش	۱۹/۶	۶/۳۰	۲۸/۸۰	۴/۷۹
	گروه گواه	۸/۲۴	۵/۱	۸/۲۶	۶/۲
توانایی تطابق	گروه آزمایش	۱۷/۲	۵/۳۳	۲۵/۲۰	۴/۶۶
	گروه گواه	۲۱/۴	۶/۸۹	۲۳/۸۰	۶/۸
تلفیق درمان با زندگی	گروه آزمایش	۱۸/۴	۳/۰۴	۲۰/۷۳	۲/۵۲
	گروه گواه	۱۷/۲۰	۳/۹۱	۱۶/۱۳	۴/۸۰
چسبیدن به درمان	گروه آزمایش	۸	۳/۹۶	۱۵/۵۳	۲/۲۶
	گروه گواه	۱۲/۲۶	۶/۳	۱۲/۳	۴/۹
تعهد به درمان	گروه آزمایش	۱۰/۹	۴/۱۱	۱۷/۴۰	۲/۹۲
	گروه گواه	۱۳/۴۶	۳/۶۴	۱۰/۲۶	۲/۷۶
تردید در اجرای درمان	گروه آزمایش	۴/۷۳	۲/۹۱	۹/۷۳	۲/۷۶
	گروه گواه	۶/۳۳	۳/۲۸	۶/۶۶	۳/۷۵

نتایج ارائه شده در جدول ۳ حاکی از آن است که درمان مبتنی بر تصمیم بر اساس کشایچه توانسته است منجر به افزایش میانگین نمرات تبعیت از درمان در افراد مبتلا به دوقطبی II در مرحله پس آزمون شود؛ اما معناداری این تغییرات و همچنین تفاوت میزان تأثیر این مداخله، باید توسط آزمون‌های استنباطی مورد بررسی قرار گیرد. به همین منظور برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس را برآورد کنند به بررسی آن‌ها پرداخته شد.

فرض برای نرمال بودن توزیع نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و گواه در متغیر تبعیت از درمان با توجه به نتایج آزمون شاپیرو ویلک تأیید می‌گردد ($P > 0.05$).

فرض تساوی کوواریانس‌های دو گروه آزمایش و گواه در متغیر وابسته (تبعیت از درمان) با توجه به اینکه سطح معناداری در آزمون ام باکس بیشتر از ۰/۰۵ است تأیید می‌گردد.

جدول ۴: نتایج حاصل از آزمون لوین جهت همگنی واریانس‌های خطای دو گروه

متغیر	شاخص	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
تبعیت از درمان		۴/۰۰۵	۱	۲۸	۰/۹۴

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که نتایج آزمون لوین در متغیر تبعیت از درمان معنادار نیست ($P > 0/05$). بر اساس این نتیجه، واریانس گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر تبعیت از درمان به‌طور معناداری متفاوت نبود و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۵: نتایج آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون در متغیر پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	F	سطح معناداری
تبعیت از درمان	تعامل گروه * پیش‌آزمون	۶۷/۱	۰/۹۰

در جدول ۵ مشاهده می‌شود که مقدار F تعامل کوواریانس‌ها (پیش‌آزمون‌ها) در سطوح عامل در متغیر تبعیت از درمان معنادار نیست ($P > 0/05$); بنابراین، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار است و این تحلیل در این پژوهش قابل اجراست.

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) در جدول ۶ نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از زیر مقیاس‌های تبعیت از درمان (اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان، تردید در اجرای درمان) تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). مجذور اتا نشان می‌دهد که ۷۶ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. در نتیجه فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۶: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی میانگین پس‌آزمون متغیر پژوهش با کنترل پیش‌آزمون

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌دار	ضریب اتا	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۷۶	۷/۰۵	۷	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۷۶	۰/۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۲۳	۷/۰۵	۷	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۷۶	۰/۹۹
اثر هتلینگ	۳/۲۹	۷/۰۵	۷	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۷۶	۰/۹۹
بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۲۹	۷/۰۵	۷	۱۵	۰/۰۰۰	۰/۷۶	۰/۹۹

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۷ نشان می‌دهد، با تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در زیر مقیاس‌های «اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، چسبیدن به درمان و تعهد به درمان» تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی با توجه به مجذور اتا، ۳۵ درصد از نمرات اهتمام در درمان، ۲۴ درصد از نمرات تمایل به مشارکت در درمان، ۳۰ درصد از نمرات چسبیدن به درمان و ۶۴ درصد از نمرات تعهد در درمان در مرحله پس‌آزمون، ناشی از تأثیر درمان مبتنی بر تصمیم بر اساس کتابچه «چگونه تصمیمات درمانی مناسب بگیریم؟» بر ابعاد ذکر شده بود. توان آماری به دست آمده برای اهتمام در درمان و چسبیدن به درمان و تعهد در اجرای درمان حکایت از کفایت حجم نمونه دارد. مشخص می‌شود این درمان بر متغیرهای ذکر شده تأثیر داشته است. در نتیجه فرضیه پژوهش به این صورت تأیید می‌گردد که درمان مبتنی بر تصمیم بر تبعیت از درمان در زیرمقیاس‌های «اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، چسبیدن به درمان و تعهد در درمان» تأثیر داشته است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری ابعاد تبعیت از درمان

متغیر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری	مجدور انا	توان آماری
اهتمام در درمان	۳۲۹/۹۶	۱	۳۲۹/۹۶	۱۱/۷۴	۰/۰۰	۰/۳۵	۰/۹۰
تمایل به مشارکت در درمان	۹۷/۲۰	۱	۹۷/۲۰	۸/۴۹	۰/۰۴	۰/۲۴	۰/۷۴
توانایی تطابق	۳۳/۳۱	۱	۳۳/۳۱	۱/۲۹	۰/۲۶	۰/۰۵	۰/۱۹
تلفیق درمان با زندگی	۹۸۵/۵۷	۱	۹۸۵/۵۷	۰/۵۷	۰/۴۵	۰/۰۲	۰/۱۱
چسبیدن به درمان	۱۱۳/۲۱	۱	۱۱۳/۲۱	۹/۲۵	۰/۰۰	۰/۳۰	۰/۸۲
تعهد در درمان	۲۳۵/۴۳	۱	۲۳۵/۴۳	۳۷/۹۰	۰/۰۰	۰/۶۴	۱/۰۰
تردید در اجرای درمان	۲۷/۰۴	۱	۲۷/۰۴	۳/۲۲	۰/۰۸	۰/۱۳	۰/۴۰

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تصمیم بر روی بیماران دوقطبی نوع II انجام شد. یافته‌ها نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون تبعیت از درمان در زیر مقیاس‌های اهتمام، تمایل به مشارکت، چسبیدن به درمان و تعهد در درمان تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین پس از اجرای مداخله مبتنی بر تصمیم، تبعیت از درمان گروه آزمایش به‌طور معناداری در پس‌آزمون بهتر از گروه کنترل بوده و نمرات آن افزایش یافته است. نتایج به دست آمده از پژوهش به‌گونه‌ای با نتایج سایر پژوهش‌ها از جمله پژوهش کارادا^۱ و همکاران [۳۲]، چاکرابارتی^۲ [۳۳]، استفنسون^۳ و همکاران [۳۴]، اینسر^۴ و همکاران [۳۵] و کارا^۵ و همکاران [۳۶] همسو است. برای مثال کارادا و همکاران [۳۲] در مطالعه خود نشان دادند آگاهی بیمار در مورد ویژگی‌های اختلال دوقطبی نوع II ممکن است باعث پایبندی بهتر به درمان و عملکرد بهتر وی شود. چاکرابارتی [۳۳] نیز نشان داد رویکرد مبتنی بر تصمیم به احتمال زیاد منجر به درک بهتر عدم پایبندی و کسب راه‌حل‌های مؤثر می‌شود. در پژوهش دیگری استفنسون و همکاران [۳۴] نشان دادند که افراد دارای اختلال دوقطبی در مقایسه با افراد مبتلا به سایر بیماری‌های روانی شدید، با استفاده از تصمیم درمانی مشترک موفقیت درمانی بیشتری کسب می‌کنند. نتایج مطالعه اینسر و همکاران [۳۵] نیز از تحقیقات رو به رشدی

حمایت می‌کردند که نشان می‌داد اگر از آموزش مهارت مبتنی بر یک مداخله روان‌شناختی (به‌صورت درمان مکمل در کنار دارودرمانی) استفاده شود در بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثر خواهد بود. کارا و همکاران [۳۶] نیز در مطالعه‌ی خود نشان دادند که بین سطوح آگاهی و سبک‌های تصمیم‌گیری رابطه معناداری وجود دارد؛ در نتیجه با مداخله‌ی مبتنی بر تصمیم‌گیری و افزایش دانش و اطلاعات بیمار نسبت به اختلال خود، می‌توان قدرت تصمیم‌گیری بیمار را در جهت درمان خویش افزایش داد. بنابراین تشویق فعالانه بیمار به تفکر و درک نکات مثبت و منفی گزینه‌های درمانی در متن شرایط زندگی، منجر به افزایش اهتمام بیماران در درمان شده است. اطلاعات درمانی از طریق کتابچه و قالب‌های گرافیکی و با استفاده از زبان عامیانه در جلسات درمانی مداخله مبتنی بر تصمیم ارائه شد. در طی جلسات درمانی مداخله مبتنی بر تصمیم، بیماران دوقطبی نوع II در اخذ تصمیم درمانی مشارکت فعالانه داشتند، آن‌ها مسئولیت خود را در تداوم درمان به‌خوبی دریافتند و در مسیر درمانی به‌صورت گام‌به‌گام راهنمایی شدند.

¹ Karadağ

², Chakrabarti

³ Stephenson

⁴ Einser

⁵ Kara

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

از محدودیت‌های پژوهش حاضر انتخاب نمونه به شیوه در دسترس بود که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه خواهد کرد.

این کتابچه برای ایجاد بحث و گفتگوهایی طراحی شده است که بیمار با روان‌پزشک، پزشک عمومی، روانشناس یا خانواده خود در مورد گزینه‌های درمانی خواهد داشت. لذا به همکاران متخصص اعصاب و روان پیشنهاد می‌شود که بیماران را به مطالعه این کتابچه، انجام کاربرگ‌های آن و مشارکت فعالانه در اتخاذ تصمیم درمانی تشویق کنند تا از نتایج مطلوب مداخله‌های روان‌شناختی در پژوهش حاضر بهره‌مند شوند.

به همکاران روانشناس شاغل در مراکز اعصاب و روان نیز پیشنهاد می‌شود که جهت بهبود تبعیت از درمان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II و به تبع آن، کنترل بهتر علائم و بهبود رابطه درمانی این بیماران با تیم درمان، از روش‌های درمانی پژوهش حاضر بهره‌مند گردند و به مدیران محترم این مراکز نیز پیشنهاد می‌شود که امکانات لازم برای برگزاری مداخلات روان‌شناختی را در بخش‌ها فراهم نمایند.

با توجه به تأثیر عمیق اختلال دوقطبی بر زندگی بیماران به نظر می‌رسد که برای این افراد حمایت‌های بیشتری در قالب برنامه‌های آموزشی، مهارت‌های ارتباطی، روان‌درمانی‌های مختلف تأییدشده برای این اختلال، حمایت‌های اجتماعی در کنار درمان‌های روان‌شناختی نیاز است تا موجب ارتقای کیفیت زندگی آنان شود.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و همچنین روانشناسان، روان‌پزشکان و کارکنان بیمارستان

مداخله مبتنی بر تصمیم بر همکاری متخصص (پزشک و روانشناس) و بیمار تأکید می‌کند. این پژوهش نشان داد که این همکاری باعث ایجاد رابطه درمانی قوی می‌شود و میزان تبعیت از درمان و تمایل مشارکت را افزایش می‌دهد. زمانی که بیمار برای تصمیم‌گیری در مورد انتخاب گزینه درمانی مشارکت کند، مسئولیت خویش را در مسیر درمانی پیدا می‌کند و تمایل وی به مشارکت در درمان افزایش می‌یابد. در جلسات مداخله مبتنی بر تصمیم، برای تسهیل پروسه تصمیم‌گیری، پس از معرفی همه گزینه‌های درمانی، به بیماران کاربرگ‌هایی برای سنجش «منافع» و «مضرات» گزینه‌های درمانی داده شد و از آنان خواسته شد تا اهمیت مزایا و مضرات بالقوه هر گزینه را از منظر خویش رتبه‌بندی کنند. سپس از آنان خواسته شد تا نتایج انتخاب گزینه درمانی خویش را با پزشک و روانشناس خود در میان بگذارند و با کمک این دو متخصص به تصمیمی مشترک برای شروع درمان دست یابند. لذا با توجه به این نکته که تصمیم درمانی اخذشده با در نظرگیری ارزش‌های فردی بیمار اتخاذ شده بود، بیماران توانستند بیش‌ازپیش درمان را در متن زندگی خود اجرایی کنند. در مداخله مبتنی بر تصمیم بر اساس کتابچه، رفتارهای مرتبط با سلامتی نظیر مصرف منظم و مادام‌العمر داروهای تجویزشده توسط پزشک، اخذ درمان روان‌شناختی، شناخت درمان‌های طب جایگزین مبتنی بر شواهد و استفاده از آن‌ها و لزوم اطلاع‌رسانی به خانواده به همراه نحوه کمک‌جویی از اعضای خانواده در پروسه درمان، همگی می‌توانند در افزایش تعهد به درمان بیماران دوقطبی مؤثر باشند.

در جلسات درمانی مداخله مبتنی بر تصمیم، برخی بیماران بیان کردند که تا پیش‌ازین، اطلاعات کمی در رابطه با اختلال دوقطبی نوع II و گزینه‌های درمانی آن داشتند. این جلسات به آنان کمک کرد تا ویژگی‌های اختلال دوقطبی مانند ماهیت «مادام‌العمر» بودن آن را درک کرده و با واقع‌نگری در رابطه با درمان تصمیم‌گیری کنند.

Hum Psychopharmacol. 2010;25(1):1-16.

10-Latalova K, Prasko K, Diveky T, Kamaradova D. Prodromes, precipitants, and risk factors for relapse in bipolar disorder. *Neuroendocrinology Letters*. 2012; (6)33:93-179.

11-Sajatovic M, Fredric C, Rosalinda V, Ignacio HC, Kales. New-Onset Bipolar Disorder in Later Life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005;13(4):282-9.

12-Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992;267(16):2221-6.

13-Karamghadiri N, Hasanabadi H, Mojtabayi R, Hatami M, Nikousokhan A, Meisami A. Expert patient: a new approach in self-management of diabetes type II Based on diabetes knowledge education and somatogenous knowledge. *Clinical Psychology & Personality*. 2020;17(2):47-61.

14-Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*. 1999;49(5):651-6.

15-Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Annals of Internal Medicine*. 2004;140(1):54-9.

16-Rashedi E, Sohrabi F, Shams J. The effectiveness of cognitive behavioral therapy in preventing relapse of bipolar disorder. *Scientific-Research Journal Of Shahed University*. 2012;9(2):49-64..

17-Elwyn G, Frosch D, Volandes AE, Edwards A, Montori VM, Chakrabarti S. What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World J Psychiatry*. 2014;4(2):30-6.

18-Elwyn G, Frosch D, Volandes AE, Edwards A, Montori V, Chakrabarti S. What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World J Psychiatry*. 2010;4(2):36-0.

19-DaT B. An introduction to patient decision aids. *British Medical Journal of affective disorders*.

روان‌پزشکی شهید مدرس و کلینیک روانشناسی مسیر رشد که در این پژوهش همکاری داشتند، تشکر می‌شود.

منابع

1-Sajatovic M, Ignacio RV, West JA, Cassidy KA, Safavi R, Kilbourne AM, Blow FC. Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Compr Psychiatry*. 2009;50(2):100-7.

2-World Health Organization. In: action AtI-ttef, editor. 2003. p. 7-11.

3-Foster A, Sheehan A, Johns L. Promoting treatment adherence in patients with bipolar disorder. *Current Psychiatry*. 2011;10(7):45-53.

4-Fisher AC. Enhancing treatment decision-making in bipolar II disorder: Development and evaluation of a treatment decision-aid for patients and their families. In: Sydney TUo, editor. 2018.

5-American Psychological Association. *Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders*. 5th ed 2013.

6-Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;1.

7. Merikangas KR, Jin R, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68:241-51.

8-Velligan D, Sajatovic M, Valenstein M, et al. Methodological challenges in psychiatric treatment adherence research. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2010;4(1):74-91.

9-Berk L, Hallam KT, Colom F, et al. Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder.

- 30- Modanloo M. Development and Psychometric tools adherence of Treatment in patients with chronic diseases. Tehran : Iran University of Medical Sciences 2013. (Persian)
- 31-Fisher AC. How to make Decisions that are right for you. Tehran, Iran: Zarnevesht; 2018.
- 32-Karadağ H, Kokurcan A, Güriz SO, Atmar M, Örsel S. Assessing the treatment adherence and clinical correlates of low adherence among bipolar disorder outpatients: a cross-sectional study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2019;29(4):558-56.
- 33-Chakrabarti S. What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World J Psychiatry*. 2014;4(2):30-6.
- 34-Stephenson LA, Gergel T, Gieselmann A, Scholten M, Keene AR, Rifkin L, Owen G. Advance Decision Making in Bipolar: A Systematic Review. *Social Psychiatry and Psychiatric Rehabilitation*. 2020;11.
- 35-Einser L, Eddie D, Harley R, Jacobo M, Nierenberg AA, Deckersbach. Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorder. *PubMed Central*. 2018;48(4):557-66.
- 36- Kara NS, Dönmez A, Çetin MC. Relationship Between Decision-making styles and Cognitive Flexibility Levels of Sports Science Students. *International Journal of Life Science and Pharma Research*. ISSN 2250-0480; "Health and Sports Sciences. 2021;14:217-221.
- 2013;374:27-9.
- 20-Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry M, Bennett C, Eden K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;10(1).
- 21- Fisher A. A qualitative exploration of patient and family views and experiences of treatment decision-making in bipolar II disorder. *Journal of Mental Health*. 2020;27(1):66-79.
- 22-Elwyn G, O'Connor AM, Bennett C, Newcombe RG, Politi M, Durand M-A, et al. Assessing the quality of decision support technologies using the International Patient Decision Aid Standards instrument (IPDASi). *PloS one*. 2009;4(3).
- 23-Miura T, Noma H, Furukawa TA, Mitsuyasu H, Tanaka S, Stockton S, et al. Comparative efficacy and tolerability of pharmacological treatments in the maintenance treatment of bipolar disorder: a systematic review and network metaanalysis. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(5):351-9.
- 24-Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder. 2013;15(1):1-44.
- 25-Malhi GS, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Fitzgerald PB, Fritz K, et al. Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2015; 49: 1087-1206.
- 26- Patterson E, Simbra M. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Bipolar Disorder. *Choosing Therapy*. 2022.
- 27- Rabelo JL. Psychoeducation in bipolar disorder: A systematic review. *World Journal of W J P Psychiatry*. 2021;11(12):1407-24.
- 28- Mammen OK, Wilting I, Sachs GS, Ferrier IN, Cassidy F, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) consensus guidelines for the safety monitoring of bipolar disorder treatments. *Bipolar disorders*. 2009;11(6):559-95.
- 29- De las Cuevas C, Penate W, de Rivera L. To what extent is treatment adherence of psychiatric patients influenced by their participation in shared decision making Patient Preference and Adherence. 2014;8:1547-53.