

تبیین عوامل رفتاری تسهیل کننده درمان بیماران مبتلا به سل: یک تحلیل کیفی

مصطفی جیبا^۱، فرشته زمانی علویجه^۲، مرضیه عربان^۳، آرش سلحشوری^۴، طیبه مرعشی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مهم ترین منبع عفونت سل در جامعه، بیماران مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت هستند که اگر با موفقیت درمان نشوند و درمان خود را قطع نمایند، باعث شیوع سل مقاوم به درمان در جامعه می شوند. مداخلات درمانی بدون توجه به علل رفتارهای مرتبط با درمان، چندان موفق نخواهد بود. پژوهش حاضر به منظور تبیین عوامل رفتاری تسهیل کننده درمان بیماران مبتلا به سل انجام شد.

روش ها: این مطالعه از نوع کیفی بود که در آن از نمونه گیری مبتنی بر هدف با حداکثر تنوع (Maximum variation) استفاده گردید. داده ها از طریق مصاحبه عمیق سازمان نیافته با ۳۷ نفر (۲۱ مرد و ۱۶ زن)، مشاهده پرونده بیماران، اطلاعات ثبت شده در برنامه Tuberculosis register و دفتر ثبت نام بیماران مبتلا به سل در مراکز بهداشت شهرستان ها، جمع آوری شد. مصاحبه ها در یک بازه زمانی ۱۳ ماهه تا رسیدن به اشباع داده ها ادامه یافت. تمام مصاحبه ها پس از ضبط به صورت کامل تایپ شد و داده ها با مقایسه مداوم و هم زمان با جمع آوری آن ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: عوامل رفتاری تسهیل کننده درمان در ۶ طبقه شامل «ترک استعمال مواد مخدر و دخانیات در طول درمان، متادون درمانی در طول درمان، مسافرت نرفتن در طول درمان، خسته نشدن و مصمم بودن در مصرف صحیح دارو تا اتمام دوره درمان، امید به بهبودی و سلامت عاملی برای تداوم درمان و عادی شدن مصرف دارو برای بیمار» دسته بندی گردید.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج مطالعه حاضر که حاصل آن شناسایی عوامل رفتاری مؤثر بر درمان بیماران مبتلا به سل بود، باید مداخلات آموزشی مناسبی جهت تقویت عوامل تسهیل کننده، به منظور آموزش مؤثر بر درمان بیماران طراحی و اجرا گردد.

واژه های کلیدی: درمان سل، عوامل تسهیل کننده، مطالعه کیفی

ارجاع: جیبا مصطفی، زمانی علویجه فرشته، عربان مرضیه، سلحشوری آرش، مرعشی طیبه. تبیین عوامل رفتاری تسهیل کننده درمان بیماران مبتلا به سل: یک تحلیل کیفی. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۲ (۳): ۳۶۹-۳۷۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۷/۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۴/۱۲

مقدمه

میزان سل ریوی خلط مثبت در اهواز (مرکز استان خوزستان)، ۵۰ نفر در هر صد هزار نفر تخمین زده شده است. از اول شهریور سال ۱۳۷۹ تا پایان مرداد سال ۱۳۸۱، میزان شکست درمان یا عود مجدد در استان خوزستان حدود ۳/۱ درصد گزارش گردید (۹). از مهم ترین عوامل دخیل در مقاومت دارویی می توان به قطع درمان، شکست درمان و عود مجدد بیماری سل اشاره نمود. میزان عود مجدد بیماری سل در ایران حدود ۷ درصد برآورد شده است که یکی از علل اصلی عود مجدد بیماری سل، درمان ناقص می باشد (۱۰). درمان نامنظم و ناقص، بروز سل مقاوم به درمان را افزایش می دهد (۱۱، ۹). میزان بروز سل مقاوم به درمان در استان خوزستان در سال ۲۰۰۶، ۸/۷ درصد عنوان گردید (۸). بسیاری از عوامل مؤثر بر درمان سل با شرایط رفتاری بیمار ارتباط دارند که ممکن است شناخته شده نباشند و با شناسایی و مداخله صحیح در این عوامل، بتوان به طور سریع چنین رفتارهایی را تغییر داد (۱۲). برای تبیین این عوامل ناشناخته، نمی توان تنها از روش های مطالعه کمی استفاده نمود، بلکه کشف

سل یک بیماری عفونی مزمن، بسیار مسری، قابل پیشگیری و قابل درمان است. عامل ایجاد کننده این بیماری، مایکوباکتریوم توبرکلوزیس (*Mycobacterium tuberculosis*) و میزبان آن انسان می باشد (۳-۱). مهم ترین منبع عفونت سل در جامعه، بیماران ریوی اسمیر مثبت هستند که سرفه می کنند و به این وسیله، ذرات عفونی را در هوا پخش نموده، باعث آلوده شدن افراد دیگر می شوند (۵، ۴). سل ریوی اسمیر مثبت در ایران، ۵۳ درصد کل موارد سل را تشکیل می دهد و شایع ترین نوع سل می باشد (۶). اگر بیمار ریوی اسمیر مثبت درمان نشود، می تواند سالانه ۱۰ تا ۱۵ نفر را به سل فعال مبتلا نماید (۷). بروز سل در ایران بین سال های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۸ کاهش یافت، اما همچنان میزان بروز این بیماری در مناطق حاشیه ای مانند خوزستان بالا است و در سال ۲۰۰۸، ۲۵ نفر در هر صد هزار نفر گزارش گردید (۸، ۶).

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، مرکز تحقیقات بیماری های عفونی و گرمسیری و گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
- ۲- دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۳- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
- ۴- دانشجوی دکتری، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۵- استادیار، مرکز تحقیقات بیماری های عفونی و گرمسیری و گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

Email: marashi-t@ajums.ac.ir

نویسنده مسؤول: طیبه مرعشی

از تجزیه و تحلیل داده‌ها پیرامون رفتارهای مؤثر بر درمان بیماران سل، ۲ طبقه اصلی شامل «رفتارهای تسهیل کننده و رفتارهای مانع شونده» به دست آمد که در این مطالعه، طبقات فرعی عوامل رفتاری تسهیل کننده درمان سل به تفصیل بیان شد.

عوامل رفتاری تسهیل کننده

این عوامل شامل ۶ طبقه «ترک استعمال مواد مخدر و دخانیات در طول درمان، متادون درمانی در طول درمان، مسافرت نرفتن در طول درمان، خسته نشدن و مصمم بودن در مصرف صحیح داروها تا اتمام دوره درمان، امید به بهبودی و سلامت عاملی برای تداوم درمان و عادی شدن مصرف داروها» بود.

ترک استعمال و مواد مخدر و دخانیات در طول درمان

یکی از عوامل رفتاری بسیار مؤثر بر موفقیت درمان بیماران مبتلا به سل که به مواد مخدر وابستگی داشتند، ترک مواد مخدر و دخانیات هم زمان با شروع درمان و یا در طول درمان بود. «در شروع درمان، مواد مخدر مصرف می‌کردم. در طول یک ماه اول، هم مصرف مواد مخدر و هم مصرف سیگار را کنار گذاشتم و خدا را شکر برگشتم و جواب داد» (مرد، موفقیت درمان).

از نظر بیشتر ناظران بر درمان، ترک استعمال مواد مخدر و سیگار در شروع درمان بسیار مهم و مؤثر است و آن‌ها سعی می‌کنند تا این موضوع را در شروع درمان به بیمارانی که وابستگی به مواد مخدر دارند، گوشزد نمایند و ضرورت ترک و کنار گذاشتن آن را توضیح دهند. «مهم‌ترین مسأله به نظر من، مسأله اعتیاد بیماران است که به آن‌ها آموزش می‌دهیم هم‌زمان با شروع درمان سل، استعمال مواد مخدر را هم کنار بگذارند و یا آگه نمی‌توانند ترک کنند، درمان نگهدارنده مانند متادون درمانی انجام بدهند» (مرد، ناظر بر درمان).

متادون درمانی در طول درمان

هرچند تعدادی از مشارکت کنندگان که سابقه اعتیاد داشتند، ترک استعمال مواد مخدر در طول درمان را به عنوان عامل مؤثر بر روند درمان بیماری خود بیان کردند، اما برخی از آنان به دلیل مشکلات و عوارض ناشی از ترک، به سختی این موضوع را برای خود قابل باور و قابل اجرا می‌دانستند. بنابراین، با هدایت آن‌ها به سمت متادون درمانی توسط کارکنان بهداشتی، هم از عوارض ترک دور می‌مانند و هم تبعیت بهتری نسبت به درمان پیدا می‌کردند. «پدرم سابقه مصرف تریاک داشت و تریاک می‌خورد، بهش گفتن که روی درمانت تأثیر منفی داره و باید کنار بگذاری؛ چون چند سال سابقه مصرف داشت، نمی‌شد که یک دفعه کنار بگذاره، اذیت می‌شد... گفتن برای ترکش باید متادون بخوره، متادون براش آوردیم که دیگه بهتر شد و خیلی در بهبودیش تأثیر داشت و مواد مخدر را ترک کرد» (دختر بیمار، شکست درمان).

«معمولاً نشگی و خماری ناشی از مواد مخدر قدرت ادراک بیماران را می‌گیرد و اجازه نمی‌دهد که داروهاشون را خوب مصرف کنند. مسأله اعتیادشون آگه با متادون درمان بشه، هم می‌تونه اون لذت‌ه را بهشون بده، هم می‌تونه وابستگی شون به مواد را کمتر کنه و در موفقیت درمانشون مؤثر باشه» (مرد، ناظر بر درمان).

مسافرت نرفتن در طول درمان

یکی دیگر از عوامل رفتاری مؤثر در موفقیت درمان، مسافرت نرفتن در طول درمان می‌باشد. تجربیات بیماران موفق به درمان نشان داد که آن‌ها در زمان درمان تا جایی که امکان داشت از مسافرت رفتن خودداری می‌کردند و اگر هم

چستی این عوامل، با کاربرد روش‌های تحقیقات کیفی امکان‌پذیر است. روش‌های کیفی درک بیشتری از عوامل و رفتارها را فراهم می‌کنند و به شناخت شیوه‌های عملی کارآمدتر و مفیدتر در مراقبت‌های بهداشتی کمک می‌نمایند و کارشناسان بهداشتی را از همه قسمت‌های موضوع آگاه می‌کنند (۱۴، ۱۳). از آنجایی که در مرور تحقیقات قبلی، مطالعه‌ای با رویکرد کیفی به منظور شناسایی رفتارها و عوامل مرتبط با آن در افراد مبتلا به سل در استان خوزستان و حتی کشور مشاهده نشد؛ مطالعه حاضر با هدف شناسایی عوامل رفتاری تسهیل کننده درمان سل، با روش تحقیق کیفی طراحی و اجرا گردید.

روش‌ها

این پژوهش بخشی از یک مطالعه کیفی بود که طی سال‌های ۹۲-۱۳۹۱ در استان خوزستان انجام شد. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با حداکثر اختلاف (۱۵)، از بین بیماران روی اسامیر مثبت که توانسته بودند با موفقیت درمان خود را به اتمام برسانند و یا به هر علت در طول درمان خود دچار قطع درمان شده بودند، صورت گرفت. جهت دستیابی به داده‌های کامل‌تر و عمیق‌تر، از سایر اطلاع دهنده‌ها شامل خانواده بیماران و ناظران بر درمان استفاده گردید. مصاحبه‌های عمیق سازمان نیافته تا رسیدن به اشباع داده‌ها (۱۶) در مراکز بهداشتی-درمانی شهری و یا روستایی، پایگاه‌های بهداشتی، خانه‌های بهداشت و منزل بیماران انجام شد. هر مصاحبه ۵۰-۲۵ دقیقه به طول انجامید که به روند مصاحبه و شرایط آن بستگی داشت. در شروع هر مصاحبه، اهداف تحقیق برای مشارکت کنندگان بیان می‌شد و برای ضبط مصاحبه‌ها از آن‌ها اجازه گرفته شد. مصاحبه با سؤالاتی جهت آشنایی بیشتر و ایجاد محیط صمیمانه‌تر شروع شد و سپس با عبارت «لطفاً در مورد داستان زندگیتان صحبت کنید» ادامه یافت و با توجه به نوع تجربیات فرد، سؤال‌های از پیش تعیین نشده پرسیده شد. در طول انجام مصاحبه از جملاتی مانند «اینکه گفتید... را لطفاً توضیح دهید» استفاده گردید. مصاحبه‌ها در اولین فرصت کلمه به کلمه تایپ شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها همراه با مقایسه دایمی و هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفت. متن هر مصاحبه به دقت مطالعه شد و از شکستن هر متن، واحدهای معنی استخراج، کدبندی و طبقه‌بندی گردید. کدهای اولیه بر اساس تشابهات و تفاوت‌هایشان طبقه‌بندی شد و با نامگذاری هر طبقه و تکرار طبقه‌بندی و ادغام کدهای مشابه و اضافه کردن کدهای جدید تولید شده، واحدهای معنی دار اصلی تولید، کدبندی و شکل گرفتند. برای ارزیابی و افزایش استحکام علمی یافته‌ها، معیارهای پیشنهادی Lincoln و Guba شامل روش‌های درگیری دایمی و مقایسه مستمر، ارزیابی مشارکت کننده، حداکثر اختلاف نمونه‌ها و اشباع داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت (۱۵).

یافته‌ها

مشارکت کنندگان اصلی را ۳۷ نفر تشکیل دادند که از این تعداد، ۱۶ مرد (موفقیت درمان ۸ نفر، شکست درمان ۲ نفر، غیبت از درمان ۱ نفر، عود ۳ نفر و مقاوم به درمان ۲ نفر) و ۱۰ زن (موفقیت درمان ۶ نفر، شکست درمان ۱ نفر، عود مجدد ۲ نفر و مقاوم به درمان ۱ نفر) بودند. سایر مشارکت کنندگان ۱۱ نفر (ناظر بر درمان مرد ۴ نفر، ناظر بر درمان زن ۲ نفر، افراد خانواده بیماران ۵ نفر شامل ۱ پدر، ۲ مادر و ۲ خواهر) بودند.

بحث

یکی از موانع اصلی موفقیت درمان در بیماران مبتلا به سل، پایداری ضعیف به درمان است که می‌تواند باعث انتقال سل، گسترش سل مقاوم به درمان و عود مجدد بیماری شود (۱۷). یافته‌های حاصل از مطالعه نشان داد که رفتارها و عوامل منجر به ادامه درمان بیماران مبتلا به سل، شامل ۶ طبقه «ترک مواد مخدر و دخانیات، متادون درمانی در طول درمان، مسافرت نرفتن در حین درمان، خسته نشدن و مصمم بودن در مصرف صحیح داروها تا اتمام دوره درمان، امید به بهبودی و سلامت و عادی شدن مصرف داروها» بود. برای مقایسه این یافته‌ها با نتایج مطالعات قبلی، محقق جستجوی گسترده‌ای انجام داد و به مطالعه متون و مقالات مرتبط پرداخت، اما پژوهشی با ویژگی‌های مشابه نیافت. هرچند برخی از مفاهیم استخراج شده در سایر مطالعات با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی داشت، اما ترکیب یافته‌ها و مفاهیم استخراج شده در مطالعه حاضر، ترکیب جدیدی می‌باشد. با توجه به کیفی بودن تحقیق، استخراج نتایج به دست آمده، تحت تأثیر فرهنگ و ویژگی‌های خاص جامعه و محیط مطالعه (استان خوزستان) قرار دارد. بنابراین، در تحقیق حاضر به مقایسه مفاهیم و سازه‌های استخراج شده با یافته‌های سایر مطالعات که بخشی از آن‌ها مشابه بود، پرداخته شد.

یکی از عوامل رفتاری مهم و تسهیل کننده مؤثر بر روند درمان بیماران مبتلا به سل، ترک استعمال مواد مخدر و دخانیات در شروع درمان و یا در طول درمان می‌باشد و بیشتر مشارکت کنندگان که سابقه مصرف مواد مخدر و دخانیات داشتند، به تأثیر ترک این مواد به ویژه در شروع درمان و نقش آن در بهبودی، اذعان نمودند. ترک سیگار عامل اصلی پیشگیری و درمان بیماری‌های تنفسی است (۱۸). ترک کامل سیگار و مواد مخدر در صورت اجرای پوشش برنامه DOTS (Directly observed treatment short) می‌تواند با احتمال زیادی میزان بروز سالانه سل را تا سال ۲۰۳۳ به میزان ۵۲-۱۴ درصد کاهش دهد (۱۹). اظهارات تعدادی از شرکت کنندگان نشان داد که مصرف مواد مخدر و دخانیات در حین درمان، به عنوان یک مانع رفتاری مهم در تبعیت از درمان در میان بیماران می‌باشد. مطالعه Franke و همکاران به این نتیجه رسید که استفاده از مواد مخدر، یکی از عوامل غیبت از درمان در میان مردان است (۲۰). همچنین، مطالعه‌ای کیفی در مراکش، ارتباط بین مصرف مواد مخدر با غیبت از درمان در بیماران مبتلا به سل را نشان داد (۲۱). به نظر می‌رسد که در استان خوزستان، استعمال یا عدم استعمال مواد مخدر و دخانیات در طول درمان، عامل رفتاری مهمی محسوب می‌شود که در موفقیت یا قطع درمان بسیار مهم و مؤثر است. برخی از بیماران زمانی که درک می‌کنند مصرف مواد مخدر و دخانیات می‌تواند قدرت تصمیم‌گیری آن‌ها را برای مصرف داروها کم نماید، از مصرف مواد مخدر و دخانیات اجتناب می‌کنند. در جستجوی گسترده صورت گرفته، هیچ گونه پژوهشی پیرامون این موضوع مشاهده نشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که اهمیت این موضوع در شروع درمان به طور کامل برای بیماران مبتلا به سل که سوء مصرف مواد دارند، شرح داده شود و با طراحی پیام‌های آموزشی و ذکر مزایای ترک مواد مخدر و استعمال دخانیات در موفقیت درمان، انگیزه آن‌ها برای پیروی از درمان افزایش داده شود.

یکی دیگر از عوامل رفتاری مؤثر بر ادامه درمان، متادون درمانی در حین درمان می‌باشد. بیشتر بیمارانی که سابقه اعتیاد داشتند، اذعان کردند که به علت

به هر علتی مجبور به مسافرت رفتن می‌شدند، داروهای خود را به مقدار کافی برای مدت مسافرت و حتی بیشتر از مدت مسافرت همراه خود می‌بردند تا دچار کمبود دارو و قطع درمان نشوند. «من در طول درمانم مسافرت نرفتم، می‌ترسیدم که دارو تمام بشه، اصلاً مسافرت را برای خودم در طول این مدت تحریم کردم... واسه خودم به خاطر بهبودیم» (زن، موفقیت درمان).

خسته نشدن و مصمم بودن در مصرف صحیح داروها تا اتمام دوره درمان

خسته نشدن از ادامه درمان و ترک نکردن خوردن داروها بعد از احساس بهبودی و تکمیل کردن دوره درمان تا مدت زمان تعیین شده، یکی دیگر از عوامل رفتاری مؤثر در موفقیت درمان بود که توسط مشارکت کنندگان بیان گردید. «از خوردن داروها خسته نشدم. به موقع داروها را مصرف می‌کردم و دوره درمانم را کامل کردم و یک روز نبود که داروهایم را نخورم، همیشه داروهایم را می‌خوردم تا پایان شش ماه...» (زن، موفقیت درمان).

امید به بهبودی و سلامت، عاملی برای تداوم درمان

ادامه درمان برای به دست آوردن بهبودی، از جمله عواملی بود که در موفقیت درمان تأثیر داشت. این که بیماران به این باور برسند که می‌توانند دوباره به سلامتی و بهبودی برسند و به درمان‌پذیر بودن بیماری خود ایمان داشته باشند، می‌تواند عامل مؤثری برای ادامه درمان در بیماران و رسیدن به سلامتی باشد. با توجه به این مسأله، ایمان به بهبودی باعث می‌شود که بیماران به طور مرتب و به موقع داروهای خود را مصرف نمایند تا به سلامتی برسند. «من داروهایم را به خاطر این می‌خوردم و به خوردنشون ادامه می‌دادم که بیماریم خوب بشه و مشکلم برطرف بشه. می‌دونستم و ایمان داشتم که با ادامه درمان می‌تونم خوب بشم و مشکلم برطرف بشه» (مرد، موفقیت درمان).

«هدف من از خوردن داروها، بهبودی بود... می‌خواستم که خوب بشم و به همین خاطر داروهایم را مرتب و به موقع مصرف می‌کردم» (مرد، موفقیت درمان). مشارکت کننده‌ای در مورد امید نداشتن به بهبودی خود گفت: «در طول درمانم سه ماه اول داروهایم را خوب خوردم، ولی چون به بهبودیم امید نداشتم و تصور کردم که دیگه خوب نمی‌شم و به حال اولم برنمی‌گردم، داروهایم را مرتب نخوردم و بعد از مدتی بیماریم دوباره برگشت» (مرد، عود مجدد).

عادی شدن مصرف داروها

عادی شدن مصرف داروها، یکی دیگر از عوامل رفتاری مهم و مؤثر بر موفقیت درمان بیماری بود. با وجود این که داروهای ضد سل در شروع درمان، باعث اذیت بیماران می‌شود و از لحاظ جسمی به آن‌ها فشار وارد می‌نماید، اما بیماران باید مصرف داروها را ادامه دهند تا این که خوردن داروها برای آن‌ها عادی گردد. به گفته بیماران، بعد از پشت سر گذاشتن مراحل اولیه و روزهای آغازین درمان، بدنشان به داروها عادت می‌کند. «روزهای اول نمی‌تونستم داروها را بخورم، وقتی می‌خوردمشون تمام بدنم به هم می‌ریخت... وقتی یک ماه داروها را خوردم، خدا را شکر بدنم عادت کرد و مشکلی نداشتم و خوردن داروها برام عادی شد» (زن، موفقیت درمان).

«بار اول که بیمار شدم به علت این که داروها اذیت کردند، خوب داروها را نخوردم، ولی بار دوم که بیمار شدم و گفتن مقاوم شدی، قرص‌هام را مرتب خوردم... به خوردن قرص‌ها عادت کرده بودم و سر وقت می‌خوردمشون تا این که خوب شدم» (زن، مقاوم به درمان).

جهت بالا بردن میزان موفقیت بیماران در شروع درمان، آموزش های مناسب در خصوص طول مدت درمان به آن ها داده شود.

از نتایج استخراج شده مطالعه حاضر که در موفقیت درمان مؤثر بود، امید به بهبودی و سلامت می باشد. بیشتر بیمارانی که درمان خود را ادامه داده و بهبودی حاصل کرده بودند، انگیزه خود را برای ادامه درمان، امید به سلامتی و برگشتن به وضعیت جسمی مطلوب خود مانند وضعیت قبل از ابتلا به سل، بیان نمودند. این اعتماد به نفس و باور رسیدن به بهبودی، باعث مصرف صحیح داروها توسط بیماران گردید. یک مطالعه کیفی که در اتیوپی انجام شد، به بررسی موانع و تسهیل کننده های تبعیت از درمان در بیماران تحت درمان هم‌زمان سل و HIV (Human immunodeficiency virus) پرداخت و نتیجه گیری کرد که باور و اعتقاد به قابل درمان بودن سل، باعث افزایش تبعیت نسبت به درمان در بیماران می شود (۲۵). نتایج مطالعه ای در هند نشان داد که اعتماد به نفس بالا، با بهبود تبعیت از درمان مرتبط است (۲).

از جمله دیگر یافته های تحقیق حاضر، عادی شدن مصرف داروها می باشد. فرسایشی بودن درمان در هفته های اول، اهمیت ویژه ای دارد (۲۶). نمونه های مورد مطالعه بیان کردند که مصرف داروها در ابتدای درمان به علت عوارض جانبی برای بیماران، اغلب سخت و مشکل است و یکی از عوامل مهم قطع درمان، عوارض جانبی می باشد که در مطالعات متعددی به این موضوع اشاره شده است (۲۵). اما بعد از گذشت چند هفته از مصرف داروها و مقاومت در مقابل عوارض جانبی و قطع نکردن درمان، بدن بیماران به داروها عادت می کند و دیگر مشکلی برای مصرف کردن داروها وجود ندارد. در جستجوی گسترده به عمل آمده، هیچ گونه پژوهشی که پیرامون این موضوع باشد، مشاهده نشد.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر برخی رفتارهای مؤثر بر درمان بیماران مبتلا به سل را شناسایی نمود که بر اساس آن، می توان مداخلات مناسبی را جهت تقویت عوامل تسهیل کننده و آموزش مؤثر بیماران طراحی و اجرا نمود. بنابراین، از آن جایی که اعتیاد به مواد مخدر عامل مؤثری در قطع درمان می باشد، پیشنهاد می شود هم‌زمان با شروع درمان سل در بیمارانی که وابستگی شدیدی به مواد مخدر دارند، متادون درمانی انجام گیرد تا انگیزه بیماران برای شروع و ادامه درمان افزایش یابد

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان نامه آقای مصطفی جیبا، دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت می باشد که به عنوان طرح تحقیقاتی با شماره TB-04 تصویب گردید و با حمایت معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، در مرکز تحقیقات بیماری های عفونی و گرمسیری انجام گرفت. بدین وسیله نویسندگان از همکاری بیماران و اعضای خانواده آن ها، کارکنان شاغل در واحدهای بهداشتی - درمانی استان خوزستان و تمامی عزیزانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می آورند.

وابستگی شدیدی که به مواد مخدر دارند، با عوارض شدید ناشی از ترک، دست و پنجه نرم می کنند. این بیماران معتقد بودند که برای راحت تر کنار گذاشتن مواد مخدر و تأثیر بهتر داروهای درمان سل و تبعیت مناسب از درمان، ضروری است که با شروع درمان سل، متادون درمانی انجام دهند تا راحت تر بتوانند عوارض ترک ناشی از کنار گذاشتن مواد مخدر را تحمل نمایند. نتایج پژوهش Marco و همکاران که در اسپانیا بر روی بیماران مبتلا به سل انجام شد، نشان داد که استفاده از درمان نگهدارنده با متادون در بیماران که سوء مصرف مواد دارند، سبب تبعیت بهتر بیماران نسبت به درمان و غیبت کمتر از درمان می شود (۲۲) که با یافته های مطالعه حاضر همخوانی داشت. با توجه به یافته های تحقیق حاضر، بیمارانی که سوء مصرف مواد دارند، اگر تحت درمان با متادون قرار گیرند، پایداری مؤثرتری نسبت به درمان خواهند داشت و به همین علت کمتر دچار غیبت از درمان می شوند. بنابراین، پیشنهاد می گردد در مواردی که بیماران مبتلا به سل وابستگی به مواد مخدر دارند، هم‌زمان با شروع درمان با داروهای ضد سل، درمان نگهدارنده با متادون نیز آغاز شود تا میزان موفقیت درمان این بیماران افزایش یابد.

از دیگر نتایج مطالعه حاضر، مسافرت نرفتن در زمان درمان بود. بیماران بیان کردند، زمانی که تحت درمان با داروهای ضد سل قرار می گرفتند، سعی می کردند که مسافرت نروند تا بتوانند درمانشان را با موفقیت به اتمام برسانند و در مواقعی که مجبور به مسافرت بودند، داروهای خود را به اندازه مدت زمان مسافرتشان با خود همراه می بردند تا دچار کمبود دارو و قطع درمان نشوند. نتایج مطالعه انجام شده در مراکش نشان داد که جابه جایی بیماران برای کار، به طور معنی داری با غیبت از درمان آن ها ارتباط دارد (۲۱). تحقیق دیگری در مالزی نتیجه گیری کرد که هزینه بالای سفر و زمان طولانی سفر، به طور معنی داری با عدم تبعیت از درمان مرتبط است (۲۳). بنابراین، پیشنهاد می گردد که در شروع درمان، جهت بالا بردن موفقیت در خصوص اجتناب از سفرهای بی مورد، به بیماران آگاهی لازم داده شود.

یکی دیگر از عوامل رفتاری مؤثر بر موفقیت درمان که از مطالعه حاضر به دست آمد، مصرف صحیح داروها تا اتمام دوره درمان (تکمیل دوره درمان) بود. کامل کردن درمان، یک معیار مهم و اساسی در درمان بیماران مبتلا به سل است (۲۳). اغلب بیماران شرکت کننده در مطالعه که موفقیت درمان داشتند، بیان نمودند که داروها را به موقع، سر وقت و به صورت ناشتا و تا مدت زمان تعیین شده مصرف می کردند و هیچ وقت داروهای خود را کم یا زیاد نکردند. نتایج پژوهشی در هند حاکی از آن بود که درمان مؤثر سل، نیاز به گرفتن حداقل شش ماه درمان با چند دارو دارد و یکی از دلایل اصلی برای کامل نکردن دوره درمان، عدم آرایه آموزش مناسب به بیماران در شروع درمان می باشد (۲). همچنین، یافته های تحقیق Kaona و همکاران که در زامبیا انجام گرفت، نشان داد که یکی از عوامل اصلی عدم تبعیت از درمان، فقدان آگاهی درباره منفعت کامل کردن درمان در بیماران بود (۲۴). در مطالعه کیفی Kizub و همکاران نیز مشخص گردید که بین ضعف آگاهی در مورد نیاز به ادامه درمان بعد از برطرف شدن نشانه های بیماری با غیبت از درمان ارتباط معنی داری وجود دارد (۲۱) که با یافته های بررسی حاضر همسو بود. بنابراین، پیشنهاد می شود که

References

1. Datiko DG. Improving tuberculosis control in Ethiopia: performance of TB control programme, community DOTS and its

- cost-effectiveness [PhD Thesis]. Bergen, Norway: University of Bergen Library; 2011.
2. Venkatapraveen A, Rampure MV, Patil N, Shivanand Hinchageri SS, Lakshmi DP. Assessment of clinical pharmacist intervention to improve compliance and health care outcomes of tuberculosis patients. *Der Pharmacia Lettre* 2012; 4(3): 931-397.
 3. Bello SI, Itiola OA. Drug adherence amongst tuberculosis patients in the University of Ilorin Teaching Hospital, Ilorin, Nigeria. *Afr J Pharm Pharmacol* 2010; 4(3): 109-14.
 4. Mirhaqany L. Guidelines national TB. Tehran, Iran: Andishmand Publications; 2010. [In Persian].
 5. Sampathkumar P. Drug resistant tuberculosis: a global public health issue. *Int J Dermatol* 2008; 47(10): 985-8.
 6. Metanat M, Sharifi-Mood B, Alavi-Naini R, Aminianfar M. The epidemiology of tuberculosis in recent years: Reviewing the status in south-eastern Iran. *Zahedan J Res Med Sci* 2012; 13(9): 1-7. [In Persian].
 7. Haasnoot PJ, Boeting TE, Kuney MO, van RJ. Knowledge, attitudes, and practice of tuberculosis among Maasai in Simanjiro district, Tanzania. *Am J Trop Med Hyg* 2010; 83(4): 902-5.
 8. Alavi SM, Khosravi AD, Seyedian SS. Mycobacterium tuberculosis Infection: A Data Based Review on Tuberculosis in Khuzestan, Iran. *Res J Microbiol* 2011; 6(10): 724-34.
 9. Alavi SM, Yadyad MJ, Albaji A, Sefidgaran GH. Evaluation of tuberculosis management and its failures: a health system research in Khuzestan. *Jundishapur Sci Med J* 2011; 10(6): 629-36. [In Persian].
 10. Zohoor A, Esmaili Khansari M. Epidemiological assessment of re-treatment pulmonary tuberculosis patients (Tehran, 1999). *J Qazvin Univ Med Sci* 2004; 8(2): 56-61. [In Persian].
 11. World Health Organization. Consolidated action plan to prevent and combat multidrug- and extensively drug-resistant tuberculosis in the WHO European Region 2011-2015. Proceedings of the 61st Session Regional Committee for Europe; 2011 Sep 12-15; Baku, Azerbaijan.
 12. Lonnroth K, Castro KG, Chakaya JM, Chauhan LS, Floyd K, Glaziou P, et al. Tuberculosis control and elimination 2010-50: cure, care, and social development. *The Lancet* 2012; 375(9728): 1814-29.
 13. Dingwall R, Murphy E, Watson P, Greatbatch D, Parker S. Catching goldfish: quality in qualitative research. *J Health Serv Res Policy* 1998; 3(3): 167-72.
 14. Zamani AF. Design and evaluation of an educational model to prevent risky behaviors leading to injury in motorcycle riders [PhD Thesis]. Tehran, Iran: School of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University; 2009. p. 27-33. [In Persian].
 15. Polit DF, Beck CT. Nursing research: principles and methods. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
 16. Speziale HS, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
 17. Story A, Murad S, Roberts W, Verheyen M, Hayward AC. Tuberculosis in London: the importance of homelessness, problem drug use and prison. *Thorax* 2007; 62(10): 667-71.
 18. Rigotti NA. Smoking cessation in patients with respiratory disease: Existing treatments and future directions. *Lancet Respir Med* 2013; 1(3): 241-50.
 19. Lin HH, Murray M, Cohen T, Colijn C, Ezzati M. Effects of smoking and solid-fuel use on COPD, lung cancer, and tuberculosis in China: a time-based, multiple risk factor, modelling study. *Lancet* 2008; 372(9648): 1473-83.
 20. Franke MF, Appleton SC, Bayona J, Arteaga F, Palacios E, Llaro K, et al. Risk factors and mortality associated with default from multidrug-resistant tuberculosis treatment. *Clin Infect Dis* 2008; 46(12): 1844-51.
 21. Kizub D, Ghali I, Sabouni R, Bourkadi JE, Bennani K, El Aouad R, et al. Qualitative study of perceived causes of tuberculosis treatment default among health care workers in Morocco. *Int J Tuberc Lung Dis* 2012; 16(9): 1214-20.
 22. Marco A, Cayla JA, Serra M, Pedro R, Sanrama C, Guerrero R, et al. Predictors of adherence to tuberculosis treatment in a supervised therapy programme for prisoners before and after release. *Study Group of Adherence to Tuberculosis Treatment of Prisoners. Eur Respir J* 1998; 12(4): 967-71.
 23. Mishra P, Hansen EH, Sabroe S, Kafle KK. Socio-economic status and adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a district of Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9(10): 1134-9.
 24. Kaona FA, Tuba M, Siziya S, Sikaona L. An assessment of factors contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment. *BMC Public Health* 2004; 4: 68.
 25. Gebremariam MK, Bjune GA, Frich JC. Barriers and facilitators of adherence to TB treatment in patients on concomitant TB and HIV treatment: a qualitative study. *BMC Public Health* 2010; 10: 651.
 26. Liefoghe R, Michiels N, Habib S, Moran MB, De Muynck A. Perception and social consequences of tuberculosis: a focus group study of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. *Soc Sci Med* 1995; 41(12): 1685-92.

Exploring Behavioral Factors Facilitating Treatment of Tuberculosis: A Qualitative Study**Mustafa Jiba¹, Fereshteh Zamani-Alavijeh², Marzieh Araban³,
Arash Salahshouri⁴, Tayebeh Marashi⁵****Original Article****Abstract**

Background: Smear positive pulmonary tuberculosis (TB) patients are the main source of TB infection in the population and could be the cause of drug-resistant TB transmission. Therapeutic interventions without attention to causes of behaviors associated with treatment will not be successful. This study aimed to explore behavioral factors influencing the treatment of tuberculosis patients.

Methods: This study was a qualitative research. The subjects were selected using purposive sampling with maximum variance. Data were obtained through unstructured in-depth interviews with 37 individuals (21 men and 16 women), and using patients' medical records and information recorded in the Tuberculosis Register Program and TB patients registration office in provincial health centers. Interviews continued for a period of 13 months until data saturation was achieved. All interviews were recorded and transcribed verbatim. Data were analyzed, simultaneous to data collection, using constant comparison.

Findings: The behavioral factors facilitating treatment were classified into 6 categories of drug and tobacco use cessation during treatment, methadone therapy during treatment, lack of travelling during treatment, lack of exhaustion and being serious in the correct use of medicines until the end of the treatment period, hope of improvement and health as a factor for treatment adherence, and normalization of medications use for patients.

Conclusion: The results showed that behavioral factors affect the treatment of patients with TB. Therefore, appropriate educational interventions with the aim of influencing treatment should be planned and implemented to strengthen facilitating behavioral factors.

Keywords: Tuberculosis treatment, Facilitators, Qualitative study

Citation: Jiba M, Zamani-Alavijeh F, Araban M, Salahshouri A, Marashi T. **Exploring Behavioral Factors Facilitating Treatment of Tuberculosis: A Qualitative Study.** J Health Syst Res 2016; 12(3): 369-74.

1- MSc Student, Infectious and Tropical Diseases Research Center AND Department of Public Health, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2- Associate Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Social Determinants of Health Research Center AND Department of Health Education and Promotion, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

4- PhD Candidate, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- Assistant Professor, Infectious and Tropical Diseases Research Center AND Department of Public Health, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Corresponding Author: Tayebeh Marashi, Email: marashi-t@ajums.ac.ir