

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

مصطفی جیبا<sup>۱</sup>, فرشته زمانی علویجه<sup>۲</sup>, مرضیه عربان<sup>۳</sup>, آرش سلحشوری<sup>۴</sup>, طبیه مرعشی<sup>۵</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** مهم‌ترین منبع عفونت سل در جامعه، بیماران مبتلا به سل ریوی اسپیر مثبت هستند که اگر با موقعیت درمان نشوند و درمان خود را قطع نمایند، باعث شیوع سل مقاوم به درمان در جامعه می‌شوند. 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.

**روش‌ها:** این مطالعه از نوع کیفی بود که در آن از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با حداقل تنوع (Maximum variation) استفاده گردید. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق زمان نیافته با ۳۷ نفر (۲۱ مرد و ۱۶ زن)، مشاهده پرونده بیماران، اطلاعات ثبت شده در برنامه Tuberculosis register و دفتر ثبات نام بیماران مبتلا به سل در مراکز بهداشت شهرستان‌ها، جمع‌آوری شد. مصاحبه‌ها در یک بازه زمانی ۱۳ ماهه تا رسیدن به اشاعی داده‌ها ادامه یافت. تمام مصاحبه‌ها پس از ضبط به صورت کامل تایپ شد و داده‌ها با مقایسه مداوم و هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** عوامل رفتاری تسهیل کننده درمان در ۶ طبقه شامل «ترک استعمال مواد مخدر و دخانیات 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 برای بیمار» دسته‌بندی گردید.

**نتیجه‌گیری:** 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.

**واژه‌های کلیدی:** درمان سل، عوامل تسهیل کننده، مطالعه کیفی

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

پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۷/۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۴/۱۲

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<sup>(۱)</sup>. از مهم‌ترین عوامل دخیل در مقاومت دارویی می‌توان 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 می‌باشد<sup>(۲)</sup>. درمان ناظم و ناقص، بروز سل مقاوم به درمان را افزایش می‌دهد<sup>(۳)</sup>. میزان بروز سل مقاوم به درمان در استان خوزستان در سال ۸/۷، ۲۰۰۶ درصد عنوان گردید<sup>(۴)</sup>. 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<sup>(۵)</sup>. برای تبیین این عوامل ناشناخته، نمی‌توان تنها از روش‌های مطالعه کمی استفاده نمود، بلکه کشف

#### مقدمه

سل یک بیماری عفونی مزمن، بسیار مسری، قابل پیشگیری و قابل درمان است. عامل ایجاد کننده این بیماری، مايكوباكتریوم توبرکلوزیس (Mycobacterium tuberculosis) و میزان آن انسان می‌باشد<sup>(۱-۳)</sup>. مهم‌ترین منبع عفونت سل در جامعه، بیماران ریوی اسپیر مثبت هستند که سرفه می‌کنند و به این وسیله، ذرات عفونی را در هوای پخش نموده، باعث آلوده شدن افراد دیگر می‌شوند<sup>(۴-۵)</sup>.

سل ریوی اسپیر مثبت در ایران، ۵۳ درصد کل موارد سل را تشکیل می‌دهد و شایع‌ترین نوع سل می‌باشد<sup>(۶)</sup>. اگر بیمار ریوی اسپیر مثبت درمان نشود، می‌تواند سالانه ۱۰ تا ۱۵ نفر را به سل فعال مبتلا نماید<sup>(۷)</sup>. بروز سل در ایران بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۸ کاهش یافت، اما همچنان میزان بروز این بیماری در مناطق حاشیه‌ای مانند خوزستان بالا است و در سال ۲۰۰۸، ۲۵ نفر در هر صد هزار نفر گزارش گردید<sup>(۸)</sup>.

- دانشجوی کارشناسی ارشد، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرم‌سیری و گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و امور اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
- دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
- دانشجوی دکتری، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- استادیار، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرم‌سیری و گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

نویسنده مسؤول: طبیه مرعشی

Email: marashi-t@ajums.ac.ir

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 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 سیگارم 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. «همه‌ترین 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 اگه 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 درمان تأثیر منفی دارد و باید کار بگذاری؛ چون چند سال سابقه صرف 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).

«عمولاً نشستگی و خماری ناشی از مواد مخدر قدرت ادراف بیماران را می‌گیرد و اجازه نمی‌دهد که داروهایشون را خوب مصرف کنند. مسأله اعتیادشون اگه 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

چیستی 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 (۱۳، ۱۴). از آن جایی 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 ۱۳۹۱-۹۲ در استان خوزستان انجام شد. نمونه گیری مبتنی بر هدف و با حداکثر اختلاف (۱۵)، از بین بیماران ریوی اسمیر 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 دهنده‌گان شامل خانواده بیماران و ناظران بر درمان استفاده گردید. مصاحبه‌های عمیق سازمان نیافرته تا رسیدن به اشباع داده‌ها (۱۶) در مراکز بهداشتی - درمانی شهری و یا روسایی، پایگاه‌های بهداشتی، خانه‌های بهداشت و منزل بیماران انجام شد. هر مصاحبه ۲۵-۵۰ دقیقه به طول درمان شده بودند، مصاحبه با 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 سوالاتی جهت آشنایی بیشتر و ایجاد محیط صمیمانه‌تر شروع شد و سپس با عبارت «اطفاً در مورد داستان زندگیتان صحبت کنید» ادامه یافت و با توجه به نوع تجربیات فرد، سوال‌های از پیش تعیین شده پرسیده شد. در طول انجام مصاحبه از جملاتی مانند «اینکه گفتید ... را طفاً توضیح دهید» استفاده گردید. مصاحبه‌ها در اولین فرصت کلمه به کلمه تایپ شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها همراه با مقایسه دائمی 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 طبقه بندی 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 دائمی 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، پاییندی 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، مسافت 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 گستردگی 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، اذاعان 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 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 تعییت از درمان در میان بیماران می‌باشد. مطالعه Franke و همکاران به این نتیجه رسید که استفاده از مواد مخدر، یکی از عوامل غیبیت از درمان مردان است (۲۰). همچنین، مطالعه‌ای کیفی در مراکش، ارتباط بین مصرف مواد مخدر با غیبیت 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 در کم می‌کنند مصرف مواد مخدر و دخانیات می‌توانند قدرت تصمیم‌گیری آن‌ها را برای مصرف داروها کم نمایند، از مصرف مواد مخدر و دخانیات اجتناب می‌کنند. در جستجوی گستردگی 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، اذاعان کردند که به علت

به هر علتی مجبور به مسافت رفتن می‌شدند، داروهای خود را به مقدار کافی برای مدت مسافت و حتی بیشتر از مدت مسافت همراه خود می‌بردند تا دچار کمبود دارو و قطع درمان نشوند. «من در طول درمان مسافت نرفتم، می‌ترسیدم که دارو تموم بشه، اصلاً مسافت را برای خودم در طول این مدت تحریم کرم... 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 می‌کرم و دوره درمان را کامل کرم و یک روز نبود که داروهام را نخورم، همیشه داروهام 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 برستند که می‌توانند دوباره به سلامتی و بهبودی برسند و به درمان پذیر بودن بیماری خود ایمان داشته باشند، می‌تواند عامل مؤثری برای ادامه درمان در بیماران و رسیدن به سلامتی باشد. با توجه به این مسئله، ایمان به بهبودی باعث می‌شود که بیماران به طور مرتبا و به موقع داروهای خود را مصرف نمایند تا به سلامتی برسند. «من داروهام را به خاطر این می‌خوردم و به خوردنشون ادامه می‌کنم که بیماریم خوب بشه و مشکلم بطرف بشه. می‌دونستم و ایمان داشتم که با ادامه درمان می‌توانم خوب بشم و مشکلم بطرف بشه» (مرد، موفقیت درمان).

«هدف من از خوردن داروها، بهبودی بود... می‌خواستم که خوب بشم و به همین خاطر داروهام را مرتبا و به موقع مصرف می‌کرم» (مرد، موفقیت درمان). مشارکت کننده‌ای در مورد امید نداشتن به بهبودی خود گفت: «در طول درمانم سه ماه اول داروهام را خوب خوردم، ولی چون به بهبودیم امیدی نداشتم و تصور کردم که دیگه خوب نمی‌شم و به حال اولم بزنی گردم، داروهام را مرتبا 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 اذیتیم کردند، خوب داروها را نخوردم، ولی بار دوم که بیمار شدم و گفتن مقاوم شدی، قرص‌های را مرتبا 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، آموزش‌های مناسب در خصوص طول مدت درمان به آن‌ها داده شود.

از نتایج استخراج شده مطالعه حاضر که در موفقیت درمان مؤثر بود، امید به بهبودی و سلامت می‌باشد. 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 مواعظ و تسهیل کننده‌های تعیت از درمان در بیماران تحت درمان هم‌زمان سل و HIV (Human immunodeficiency virus) پرداخت و نتیجه‌گیری کرد که باور و اعتقاد به قابل درمان بودن سل، باعث افزایش تعیت نسبت به درمان در بیماران می‌شود (۲۵). نتایج مطالعه‌ای در هند نشان داد که اعتماد به نفس بالا، با بهبود تعیت از درمان مرتبط است (۲).

از جمله دیگر یافته‌های تحقیق حاضر، عادی شدن مصرف داروها می‌باشد. فرسایشی بودن درمان در هفته‌های اول، اهمیت ویژه‌ای دارد (۲۶). نمونه‌های 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 می‌باشد 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 می‌کند و دیگر مشکلی برای مصرف کردن داروها وجود ندارد. در جستجوی گستره‌به عمل آمده، هیچ گونه پژوهشی که پیرامون این موضوع باشد، مشاهده نشد.

### نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر برخی رفتارهای مؤثر بر درمان بیماران مبتلا به سل را شناسایی نمود که بر اساس آن، می‌توان 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 می‌باشد، پیشنهاد می‌شود هم‌زمان با شروع درمان سل در بیمارانی که واپسگیری 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 پهلوانی می‌باشد که به عنوان طرح تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی تصویب گردید و با حمایت معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، در مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرم‌سیزی انجام گرفت. بدین وسیله نویسنده‌گان از همکاری بیماران و اعضای خانواده آن‌ها، کارکنان شاغل در واحدهای بهداشتی - درمانی استان خوزستان و تمامی عزیزانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

واپسگیری شدیدی که به مواد مخدر دارند، با عوارض شدید ناشی از ترک، دست و پنجه نرم می‌کنند. این بیماران معتقد بودند که برای راحت‌تر کنار گذاشتن مواد مخدر و تأثیر بهتر داروهای درمان سل و تعیت مناسب از درمان، ضروری است که با شروع درمان سل، متادون درمانی انجام دهند تا راحت‌تر بتوانند عوارض Marco ترک ناشی از کنار گذاشتن مواد مخدر را تحمل نمایند. نتایج پژوهش و همکاران که در اسپانیا بر روی بیماران مبتلا به سل انجام شد، نشان داد که استفاده از درمان نگهدارنده با متادون در بیمارانی که سوء مصرف مواد دارند، سبب تعیت بهتر بیماران نسبت به درمان و غیبت کمتر از درمان می‌شود (۲۲) که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت. با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر، بیمارانی که سوء مصرف مواد دارند، اگر تحت درمان با متادون قرار گیرند، پایین‌تری مؤثرتری نسبت به درمان خواهند داشت. با توجه به یافته‌های تحقیق دچار غیبت از درمان می‌شوند. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد در مواردی که بیماران مبتلا به سل واپسگیری به مواد مخدر دارند، هم‌زمان با شروع درمان با داروهای بیماران افزایش یابد.

از دیگر نتایج مطالعه حاضر، مسافت نرفتن در زمان درمان بود. بیماران بیان کردند، زمانی که تحت درمان با داروهای ضد سل قرار می‌گرفتند، سعی می‌کردند که مسافت نروند تا بتوانند درمانشان را با موفقیت به اتمام برسانند و در موقعی که مجبور به مسافت بودند، داروهای خود را به اندازه مدت زمان مسافرت‌نشان با خود همراه می‌بردند تا دچار کمبود دارو و قطع درمان نشوند. نتایج مطالعه انجام شده در مراکش نشان داد که جابه‌جای بیماران برای کار، به طور معنی‌داری با غیبت از درمان آن‌ها ارتباط دارد (۲۱). تحقیق دیگری در مالزی نتیجه‌گیری کرد که هزینه بالای سفر و زمان طولانی سفر، به طور معنی‌داری با عدم تعیت از درمان مرتبط است (۲۳). بنابراین، پیشنهاد می‌گردد که در شروع درمان، جهت بالا بردن موفقیت در خصوص اجتناب از سفرهای بی‌مورد، به بیماران آگاهی لازم داده شود.

یکی دیگر از عوامل رفتاری مؤثر بر موفقیت درمان که از مطالعه حاضر به دست آمد، مصرف صحیح داروهای ضد سل درمان می‌گرفتند، سعی در کمیل دوره درمان (تکمیل دوره درمان) بود. کامل کردن درمان، یک معیار مهم و اساسی در درمان بیماران مبتلا به سل است (۲۴). اغلب بیماران شرکت کننده در مطالعه که موفقیت درمان داشتند، بیان نمودند که داروها را به موقع، سروقت و به صورت ناشتا و تا مدت زمان تعیین شده مصرف می‌کردند 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 ارایه آموزش مناسب به بیماران در شروع درمان می‌باشد (۲). همچنین، یافته‌های تحقیق Kaona و همکاران که در زامبیا انجام گرفت، نشان داد که یکی از عوامل اصلی عدم تعیت 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 بطرف شدن نشانه‌های بیماری با غیبت از درمان ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۱) که با یافته‌های بررسی حاضر همسو بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که

### References

- 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. Venkatapradeen 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 61<sup>st</sup> 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* 1922; 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 Modares 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, Sanroma 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. Liefooghe 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 Jiba<sup>1</sup>, Fereshteh Zamani-Alavijeh<sup>2</sup>, Marzieh Araban<sup>3</sup>,  
Arash Salahshouri<sup>4</sup>, Tayebeh Marashi<sup>5</sup>

### 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