

Social factors influencing treatment interruption in Tuberculosis Patients: A qualitative study

Mustafa Jiba^{1*}, Fereshteh Zamani-Alavijeh², Marzieh Araban³, Arash Salahshoori⁴, Mobarak Jiba⁵,
Javad Haroni⁶

1. Ms.c of Health Education, Department of Public Health, and Infectious and Tropical Diseases Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Public Health, Esfahan University of Medical Sciences, Esfahan, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Public Health, and Infectious and Tropical Diseases Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

4. PhD Student, Department of Public Health, and Infectious and Tropical Diseases Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

5. Expert of Occupational Health, Lenjan Health Center, Esfahan University of Medical Sciences, Esfahan, Iran.

6. PhD Student, Department of Public Health, School of public Health, Shahid Beheshti University of medical sciences, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aims: Positive smear pulmonary Tuberculosis (TB) patients sometimes interrupt their treatment. They may consequently result in the prevalence of antibiotic resistant strains (MDR-TB) in the community. This study was aimed to explore social factors influencing the treatment interruption in these patients.

Materials and Methods: Purposeful sampling method with maximum variance was employed in this qualitative research. Data gathering process were included unstructured in-depth interviews with totally 37 persons (26 patients, 5 their family members and 6 concerning therapy supervisors), patients' medical records, as well as recorded information in both Tuberculosis register program and Tuberculosis registration office kept in health care centers. Concurrently with data gathering, they were analyzed through ongoing comparisons. Also the participants in the study informed consent was obtained.

Results: Based on the findings of this study, social factors influencing treatment interruption in Tuberculosis patients were included six sub-categories: lack of social support, TB-related stigma, work issues, poverty, as well as imprisonment and drug abuse during the course of treatment.

Conclusion: Results from this study demonstrated that family members and therapy supervisors need appropriate interventions in order to decrease social factors influencing treatment interruption in Tuberculosis patients.

Key words: Social Factors, Tuberculosis Treatment Interruption, Qualitative Study

*Corresponding Author:

Department of Public Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Email: mostafa_jiba@yahoo.com

Received: 3 February 2015

Accepted: 6 October 2015

تبیین عوامل اجتماعی موثر بر قطع درمان بیماران مبتلا به سل: یک تحلیل کیفی مصطفی جیبا^{۱*}، فرشته زمانی علویچه^۲، مرضیه عربان^۳، آرش سلحشوری^۴، مبارک جیبا^۵، جواد هارونی^۶

^۱ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی و مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
^۲ استادیار، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۳ استادیار، گروه بهداشت عمومی و مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
^۴ دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، کارشناس ستاد گسترش شبکه، مرکز بهداشت ایذه، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
^۵ کارشناس بهداشت حرفه ای، مرکز بهداشت لنجان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۶ دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بیماران ریوی اسمیر مثبت گاهی به علل مختلف درمان خود را قطع می‌کنند و باعث شیوع سل مقاوم به درمان در جامعه می‌شوند. این پژوهش به منظور تبیین عوامل اجتماعی موثر بر قطع درمان بیماران مبتلا به سل انجام شد.
مواد و روش‌ها: این مطالعه بخشی از یک تحقیق کیفی است که در آن از نمونه گیری مبتنی بر هدف با حداکثر تنوع استفاده شده است. تولید داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق با ۲۶ بیمار، ۵ نفر اعضای خانواده آنها و ۶ ناظر بر درمان و همچنین مشاهده پرونده بیماران، اطلاعات ثبت شده در برنامه Tuberculosis register و دفتر ثبت نام بیماران مبتلا به سل در مراکز بهداشت شهرستانها، حاصل گردید. مصاحبه به صورت سازمان نیافته تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. تحلیل داده‌ها با مقایسه مداوم و همزمان با جمع آوری آنها صورت گرفت. همچنین از شرکت کنندگان جهت شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه کسب گردید.
یافته‌ها: در نتیجه تحلیل داده‌ها، عوامل اجتماعی موثر بر قطع درمان بیماران مبتلا به سل در ۶ طبقه فرعی شامل ضعف حمایت اجتماعی، انگ و بدنامی ناشی از ابتلا به سل، مسائل مربوط به کار، فقیر بودن، زندانی شدن و استعمال مواد مخدر در طول درمان بودند. **نتیجه گیری:** براساس نتایج مطالعه، بایستی جهت کاهش موانع اجتماعی موثر بر قطع درمان و آموزش مؤثر بیماران، افراد خانواده آنها و ناظرین بر درمان، مداخلات مناسبی طراحی و اجرا نمود.

کلید واژه‌ها: عوامل اجتماعی، قطع درمان سل، مطالعه کیفی

*آدرس نویسنده مسئول:

کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی و مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

Email: mostafajiba2@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱۱/۱۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۷/۱۴

مقدمه

ضمناً، خیلی از عوامل خطر بیماری سل با شرایط اجتماعی و رفتاری ارتباط دارند که ممکن است شناخته نشده باشند و ممکن است شناسایی و مداخله صحیح در این عوامل بتواند به طور سریع اینگونه رفتارها را تغییر دهند [۱۴]. بنابراین نمی‌توان از روشهای کمی استفاده نمود چرا که هنوز علت این عوامل کشف نشده است، لذا تحقیقات کیفی روشهایی را برای درک چنین عوامل و رفتارهایی فراهم می‌کنند و به شناخت شیوه‌های عملی کارآمدتر و مفیدتر در مراقبت‌های بهداشتی کمک می‌نمایند و کارشناسان بهداشتی را از کلیه قسمتهای موضوع آگاه می‌نمایند [۱۵]. از طرفی تحقیقات کیفی برای مواردی به کار می‌روند که اطلاعات ناچیزی در مورد آنها وجود دارد و حتی در بعضی مواقع ناشناخته مانده‌اند و تحقیقات کیفی برای جواب دادن به عوامل و رفتارهای ناشناخته به کار می‌روند [۱۶]. از آنجا که در بررسی منابع، به مطالعه مشابهی مرتبط با مطالعه حاضر در بیماران مبتلا به سل در جامعه مورد مطالعه و حتی کشور دست نیافتیم، لذا مطالعه حاضر با هدف شناسایی عوامل اجتماعی تسهیل‌کننده و مانع‌شونده موثر بر رفتارهای مرتبط با درمان سل، با روش تحقیق کیفی طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار

این مقاله بخشی از یک پژوهش کیفی است که در استان خوزستان در سالهای ۹۱-۹۲ انجام شده است. نمونه‌ها بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (Purposeful Sampling) و با حداکثر واریانس (Maximum variation sampling) [۱۷] از بین اطلاع‌دهندگان اصلی (Key informant) شامل بیماران ریوی اسمیر مثبت جدید، عود مجدد، غیبت از درمان، شکست درمان و مقاوم به درمان که در سالهای ۹۱-۹۲ با موفقیت درمان و یا به هر علت درمان خود را قطع نموده بودند، از بین گروه‌های مختلف قومی، سنی، جنسی، وضعیت تاهل، میزان سواد و وضعیت اقتصادی-اجتماعی متفاوت از دفتر ثبت نام بیماران، برنامه TB register و پرونده بیماران موجود در شهرستانهای استان انتخاب گردیدند و جهت دستیابی به داده‌های کامل‌تر و عمیق‌تر، اطلاع‌دهندگان غیراصولی (General Informants) از میان افراد خانواده بیماران و ناظرین بر درمان که کارمند بهداشتی و از هر دو جنس بودند، انتخاب شدند. واحدهای پژوهش به عنوان همکاران یا مشارکت‌کنندگان تحقیق محسوب می‌شوند و از اصطلاح Informant به معنی افراد مطلع یا مخبر و یا اطلاع‌دهنده نیز برای اشاره به آنها استفاده می‌شود [۱۸].

سل یک بیماری عفونی است، که ابتلا و مرگ و میر بالایی دارد [۱]. مهمترین منبع عفونت سل در جامعه بیماران ریوی اسمیر مثبت‌اند که سرفه دارند و به وسیله سرفه کردن ذرات عفونی را در هوا پخش می‌نمایند و باعث آلوده شدن افراد دیگر می‌گردند [۲]. یک بیمار ریوی اسمیر مثبت اگر درمان نشود می‌تواند سالانه ۱۰ تا ۱۵ نفر را به سل فعال مبتلا نماید [۳]. با این وجود بعضی از بیماران که تحت درمان سل قرار می‌گیرند به علل مختلفی از جمله احساس کاذب بهبودی، مصرف دخانیات و عدم حمایت خانواده درمان خود را رها می‌نمایند که به آن قطع درمان (Treatment interrupted) گفته می‌شود [۴] که معمولاً این بیماران به درمان مجدد (Retreatment) نیاز دارند [۲]. بیماری که غیبت از درمان دارند (Default treatment) یک ریسک فاکتور عود مجدد (Relapse) و مرگ و میر مرتبط با سل و همچنین یک تهدید برای بهداشت عمومی‌اند [۵]. بیماران درمان مجدد، درمان پرهزینه‌ای دارند و برای گسترش سل مقاوم به درمان (Multi drug resistant tuberculosis) بسیار خطرناک هستند [۴].

یکی از علل اصلی عود مجدد بیماری سل، درمان ناقص است که درمان ناقص بروز سل مقاوم به درمان را افزایش می‌دهد [۶]. مطالعه‌ای کیفی که در سال ۲۰۰۸ در اتیوپی صورت گرفت نشان داد، محدودیتهای اقتصادی، کمبود مواد غذایی، بدنامی ناشی از ابتلا به سل و عدم ارتباط کافی با کارکنان بهداشتی از موانع مهم درمان سل می‌باشند [۷] مطالعه‌ای کیفی در مالزی، کمبود تجهیزات، فاصله تا محل درمان و استفاده از مواد مخدر را از فاکتورهای مهم غیبت از درمان بیماران مبتلا به سل گزارش نمود [۸]. همچنین مطالعه‌ای در اتیوپی، عدم دسترسی جغرافیایی به امکانات بهداشتی، بار مالی، کیفیت خدمات بهداشتی ارائه شده و ضعف حمایت اجتماعی، فاکتورهای اصلی کامل نکردن درمان توسط مبتلایان به سل گزارش نمود [۹].

سل مقاوم به درمان یک پدیده ساخته دست انسان است که در نتیجه درمان نامناسب بیماران مبتلا به سل ناشی شده است [۱۰]. گرچه موفقیت درمان تحت نظارت داتس به طور چشمگیری افزایش یافته است [۱۱] ولی هنوز مایکوباکتریوم توبرکلوزیس بعد از HIV بیشترین دلیل مرگ بالغین در سراسر جهان است [۱۲].

عمل کردن به برنامه‌های اجتماعی همانند حمایت اجتماعی می‌تواند به طور موثری در برنامه کنترل سل موثر باشند [۱۳]

مشارکت کنندگان در زمینه عوامل منجر به موفقیت درمان و قطع درمان تجربیات ارزشمندی داشتند و همچنین علاقمند به همکاری و شرکت در تحقیق و بیان تجربیات خود بودند. تولید داده‌ها از طریق مشاهده پرونده بیماران، برنامه TB register و دفتر ثبت نام بیماران در مراکز شهرستانها و ۳۷ مصاحبه عمیق سازمان نیافته با بیماران، برخی افراد خانواده آنها و ناظرین بر درمان حاصل گردید. قبل از شروع مصاحبه از شرکت کنندگان جهت شرکت در مطالعه و ضبط صدای آنها رضایت آگاهانه کسب گردید، همچنین به آنها در خصوص رعایت اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات و عدم استفاده از نام آنها در کلیه مراحل پژوهش اطمینان داده شد. مصاحبه به صورت سازمان نیافته و تا رسیدن به اشباع داده‌ها (Data saturation) [۱۹] ادامه یافت، مصاحبه، با مشارکت کنندگان در اتاقهای هماهنگ کنندگان سل شهرستانها، اتاقهای ناظرین بر درمان در مراکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی / پایگاه‌های بهداشتی، خانه‌های بهداشت و منزل بیماران صورت گرفت و مدت هر مصاحبه ۵۰-۲۵ دقیقه ادامه یافت که به روند مصاحبه و شرایط آن بستگی داشت. در شروع هر مصاحبه اهداف تحقیق برای مشارکت کنندگان گفته می‌شد و برای اینکه مصاحبه‌ها ضبط گردند از آنها کسب اجازه می‌شد، بعضی از افراد حاضر به شرکت در مطالعه نشدند و البته ۲ نفر از مشارکت کنندگان زن اجازه ندادند که صدایشان ضبط شود، بنابراین مصاحبه آنها به صورت کامل نوشته شد. مصاحبه با سؤالیهای فرعی مثل پرسیدن سن، وضعیت تاهل، تعداد افراد خانواده، شغل، میزان سطح سواد، سابقه مصرف دخانیات، مواد مخدر، مشروبات الکلی و سابقه زندان آغاز شد، تا بعد از آشنایی بیشتر و ایجاد محیط صمیمانه‌تر، زمینه برای پرسیدن سوال اصلی فراهم شود، سپس سوال اصلی با عبارت "لطفا در مورد زندگیتان قبل از ابتلاء به سل برام صحبت کنید" شروع و مصاحبه ادامه پیدا می‌کرد و با توجه به نوع تجربیات فرد، سؤالیهای فرعی و از پیش تعیین نشده و از گفته‌های خود مشارکت کننده نیز پرسیده می‌شد که توالی آنها برای هر شرکت کننده متفاوت بود. در خلال مصاحبه جهت کسب اطلاعات بیشتر و روشن شدن مطلب، همچنین تشویق شرکت کننده به ادامه مصاحبه و رسیدن به مطالب عمیق‌تر از سؤالیهای فرعی نظیر "اینکه گفتید... را لطفاً توضیح دهید و یا بیشتر در موردش برام صحبت کنید؟"، "این موضوع که فرمودید... تجربه مهمی است، می‌توانم خواهش کنم که بیشتر توضیح دهید؟" استفاده می‌گردید. برای جلوگیری از فراموشی احتمالی دلایل و عوامل موثر بر درمان، مجدداً اواسط یا آخر مصاحبه از فرد

خواستار می‌شد که عوامل را دوباره تکرار نماید. مصاحبه بوسیله رکورد ضبط و در اولین فرصت کلمه به کلمه دست نویس و تایپ می‌شد. بعد از تایپ شدن مطالب، مجدداً مصاحبه گوش داده شده و با متن تایپ شده چک می‌گردید تا مطالب از نظر ناقص یا نامفهوم بودن اصلاح شود. تجزیه و تحلیل داده‌ها همراه با مقایسه دائمی و همزمان با جمع آوری داده‌ها، به صورت هدفمند و با روش دستی صورت گرفت، محقق بلافاصله بعد از مصاحبه و قبل از مصاحبه با مشارکت کننده بعدی متن مصاحبه را در محیط Word به طور کامل تایپ نمود و در منوی Review و با استفاده از دستور Comment کدها را در حاشیه سمت چپ متن ثبت و سپس متن هر مصاحبه به دقت مطالعه شد و از شکستن هر متن، واحدهای معنی استخراج، کدبندی و طبقه بندی شدند. کدهای اولیه بر اساس تشابهات و تفاوت‌هایشان طبقه بندی شدند 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 طبقه بندی شدند تا مضمون‌ها یا درون مایه‌های اصلی (Themes) استخراج گردند. برای ارزیابی و افزایش روایی و پایایی که معادل با استحکام علمی یافته‌ها (Trustworthiness) در تحقیق کیفی است، از روش‌های پیشنهادی Lincoln & Guba استفاده شد. به این ترتیب که برای تأمین اعتبار و مقبولیت داده‌ها (Credibility) از روش درگیری دائمی و مستمر (Prolong Engagement) استفاده شد [۱۷] به نحوی که این مطالعه در بازه زمانی ۱۳ ماهه در ارتباط با اطلاع دهندگان اصلی و اطلاع دهندگان غیراصلی انجام گردید تا شناخت بهتری از عوامل اجتماعی موثر بر درمان بیماران مبتلا به سل به دست آید، همچنین برای ارزیابی و مقایسه بین برداشتهای محقق با برداشتهای اطلاع دهندگان اصلی و غیراصلی از روش ارزیابی عضو (Member Check) و کمک گرفتن از نظرهای اصلاحی آنها استفاده گردید که این روش بازگشت محقق به طرف مشارکت کنندگان، باعث بالا رفتن اعتبار بیشتر داده‌ها شد. همچنین برای تأمین قابل قبول بودن و روایی داده‌ها از نظر دو نفر از اشخاص متخصص در زمینه پژوهشهای کیفی استفاده شد که این متخصصان زوایای مختلف پژوهش را بررسی و مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند. روش دیگری که برای بالا بردن استحکام یافته‌ها به کار رفت روش اشباع داده‌ها بود. نمونه‌ها برای تأمین قابلیت انتقال (Transferability) داده‌ها از بین گروه‌های مختلف قومی، سنی، جنسی با وضعیت تاهل، میزان سواد و وضعیت اقتصادی- اجتماعی متفاوت و با رعایت حداکثر واریانس انتخاب گردیدند.

یافته‌ها

۱ نفر) بود. سایر مشارکت کنندگان ۱۱ نفر (ناظر بر درمان مرد ۴ نفر، ناظر بر درمان زن ۲ نفر، و افراد خانواده بیماران ۵ نفر شامل ۱ پدر، ۲ مادر و ۲ خواهر) بودند. میانگین و میانه سنی اطلاع دهندگان اصلی و غیر اصلی به ترتیب ۴۲/۱۹، ۴۰ سال و ۴۱/۷۲، ۴۴ سال بود. ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد مصاحبه شونده نیز در جدول ۱ آمده است.

مشارکت کنندگان اصلی در مطالعه جمعاً ۳۷ نفر بود. از این تعداد ۲۶ نفر مشارکت کنندگان اصلی شامل 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

جدول ۱- ویژگی جمعیت شناختی مصاحبه شونده‌گان

جمع مصاحبه شونده‌گان		سایر مشارکت کنندگان		بیماران		متغیر	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۵۶/۷۵	۲۱	۱۳/۵۲	۵	۴۳/۲۳	۱۶	مرد	جنس
۴۳/۲۵	۱۶	۱۶/۲۲	۶	۲۷/۰۳	۱۰	زن	
۵/۴۰	۲	۰	۰	۵/۴۰	۲	زیر ۲۰ سال	گروه سنی
۵۴/۰۵	۲۰	۲۱/۶۲	۸	۳۲/۴۳	۱۲	۲۰-۴۰	
۳۲/۴۴	۱۲	۸/۲۰	۳	۲۴/۳۲	۹	۴۱-۶۰	
۸/۲۰	۳	۰	۰	۸/۲۰	۳	بالتر از ۶۰ سال	
۷۲/۹۷	۲۷	۲۱/۶۲	۸	۵۱/۳۰	۱۹	متاهل	وضعیت تاهل
۲۷/۰۳	۱۰	۸/۲۰	۳	۱۸/۸۸	۷	مجرد	
۴۳/۲۰	۱۶	۱۰/۸۱	۴	۳۲/۴۳	۱۲	بیسواد	میزان سطح سواد
۲۴/۲۷	۹	۵/۴۰	۲	۱۸/۸۸	۷	ابتدایی	
۱۳/۵۲	۵	۵/۴۰	۲	۸/۲۰	۳	راهنمایی	
۸/۲۰	۳	۰	۰	۸/۲۰	۳	دبیرستان	
۱۰/۸۱	۴	۸/۲۰	۳	۲/۷۰	۱	دانشگاهی	

یافته‌های مطالعه نشان دهنده یک سری عواملی بودند که مانع از پیشرفت درمان می‌شدند، که در زیر به شرح آنها پرداخته شده است:

جدول شماره ۲- عوامل اجتماعی موثر بر قطع درمان بیماران مبتلا به سل

ضعف حمایت اجتماعی	عوامل اجتماعی مانع شونده درمان بیماران مبتلا به سل
انگ و بدنامی ناشی از ابتلا به سل	
مسائل مربوط به کار	
فقر بودن	
زندانی شدن	
استعمال مواد مخدر در طول درمان	

در مجموع حدود ۵۶/۷۵ درصد مشارکت کنندگان مرد و ۴۳/۲۵ درصد زن بودند. بیشتر آنها در گروه سنی ۲۰-۴۰ سال (۵۴/۰۵٪) بودند، ۷۲/۹۷ درصد متاهل و حدود ۴۳/۲۰ درصد بیسواد بودند. در نتیجه آنالیز داده‌ها با روش مقایسه مستمر، کدهای سطح اول، دوم و سوم استخراج شدند، تعداد کدهای اولیه استخراج شده جمعاً ۱۰۰۶ کد بودند که تعداد کدهای اولیه موثر بر ادامه درمان ۴۳۵ کد و تعداد کدهای اولیه موثر بر قطع درمان ۵۷۱ کد بودند. در جریان طبقه بندی کدهای سطح اول، ۲۲ کد سطح دوم ایجاد گردید، از این تعداد کدهای سطح دوم موثر بر ادامه درمان ۱۰ مورد و ۱۲ مورد به کدهای موثر بر قطع درمان مربوط می‌شدند که در ادامه به توضیح در مورد برخی از آنها خواهیم پرداخت.

- ضعف حمایت اجتماعی

برخی از بیماران معتاد از سوی خانواده طرد شده و حمایت آنان را از دست داده‌اند و به علت تنهایی تبعیت ضعیفی نسبت به درمان داشتند. یکی از ناظرین بر درمان اظهار نمود: «بیشتر بیماران به خاطر مسئله اعتیاد شون درگیری خانوادگی دارند، که توی درمانشون تاثیر منفی داره، درگیر میشه با خانواده‌اش، با خانمش و چون خانواده طردش میکنه، می‌گه من دارو نمی‌خورم» [مرد، ناظر بر درمان، ۲۹ ساله].

عامل دیگری که بیانگر ضعف حمایت افراده خانواده می‌شد، ترس آنها از ابتلا به بیماری سل بود که باعث دوری از بیمار و به وجود آمدن مشکلاتی در ادامه درمان بیماران می‌گردید. یکی از افراد خانواده بیمار بیان داشت: «اوایل وقتی فهمیدیم مادرمون سل داره فرار کردیم، نمی‌اومدیم طرفش، نزدیکش نمی‌شدیم، خانواده داداشم طبقه بالا زندگی می‌کرد، نمی‌اومدن پایین، فرار می‌کردند، یک ماه اول مادرم تنهای تنها بود، طردش کرده بودیم به خاطر بیماریش و چند روز به همین خاطر دارو نخورد» [ناظر خانوادگی، دختر بیمار، ۲۷ ساله].

- انگ و بدنامی ناشی از ابتلا به سل

بدنامی ناشی از ابتلا به سل در بیشتر بیماران باعث می‌شد که آنها تا جایی که امکان داشت، بیماری خود را از دیگران مخفی نمایند، حتی بعضی مواقع به خاطر مخفی ماندن بیماری، از خوردن داروها اجتناب می‌کردند: گفته‌های یکی از بیماران به این ترتیب بود «بعضی وقتها خجالت می‌کشیدم داروها را بخورم، چون می‌گفتن که این خانم برای چی این داروها را می‌خوره مثل اینکه مریضی بدی داره» [زن، مقاوم به درمان، ۴۰ ساله].

بدنامی ناشی از ابتلا به سل و ضرورت مخفی ماندن بیماری از همسایه‌ها باعث می‌شد که بیماران اجازه ندهند که ناظرین بر درمان برای اجرای داتس به درب منزل آنها مراجعه نمایند. یکی از بیماران گفت: «تنها مشکل در طول درمانم، مراجعه کارمندان بهداشت به درب منزلمان بود، اگه همسایه‌ها متوجه می‌شدند، خیلی برام بد می‌شد. به همین خاطر بهشون گفتم درب خانمون نیابند و اگه بیابند باهاشون درگیر میشم» [مرد، مقاوم به درمان، ۳۷ ساله].

- مسائل مربوط به کار

تجربیات بیان شده مشارکت کنندگان نشانگر این بود که مسائل مربوط به کار یکی از عوامل اجتماعی اصلی مانع شونده در روند درمان بیماران می‌باشد که خود شامل دو زیر طبقه فرعی مشغله کاری زیاد و یا بیکاری است. در مواردی که بیماران مشغول کار بودند، خستگی ناشی از کار را دلیل اصلی نخوردن

داروهای خود معرفی کردند. گفته‌های یکی از بیماران به شرح زیر بود «من مصرف قرصها را پشت گوش مینداختم، به خاطر اینکه درگیر کار بودم و خسته می‌شدم، یک روز می‌خوردم سه روز نمی‌خوردم» [مرد، بیمار عودی، ۳۳ ساله].

بیکاری نیز، از عواملی بود که باعث تبعیت ضعیف بیماران از درمان می‌شد، یکی از بیماران اظهار داشت «داروها را به علت اینکه بیکار شده بودم و دیر از خواب بلند می‌شدم، نمی‌خوردم، چون کاری نداشتم که بخوام صبح زود بلند بشم و داروهایم را بخورم» [مرد، بیمار عودی، ۲۸ ساله].

- فقیر بودن

بعضی از مشارکت کنندگان، فقر را یک عامل اجتماعی مانع شونده موثر بر روند درمان می‌دانستند. چون به علت فقر، غذای مناسبی تهیه نمی‌کردند و حتی به علت عدم توانایی در پرداخت هزینه تزریق، آمپولها را تزریق نمی‌کردند. مشارکت کننده‌ای اینچنین بیان کرد: «توی این منطقه‌ای که ما هستیم ... خیلی هاشون فقیر هستند و خودشون می‌گن که درآمدمون همین یارانه است، کجا خرجش کنیم، اکثر بیمارانی که اینجا هستند، مشکل تامین هزینه دارند، این چیزی است که توی روند درمان تاثیر منفی داره» [مرد، ناظر بر درمان، ۲۹ ساله].

مشارکت کننده‌ای دیگر بیان داشت: «واقعاً مشکل مالی داشتم، وسیله‌ای چیزی هم نداشتم، اون موقع باید می‌رفتم ...، پنجاه روز این کارو کردم، من هزار تومان کرایه می‌دادم و هزار و پانصد تومان هم آمپولها را می‌زدم، ده تا از آمپولها را به خاطر مشکلات مالی نزد. چون روزی دو هزار و پانصد باید می‌دادم. واقعاً بیکار بودم، نداشتم» [مرد، بیمار عودی، ۴۰ ساله].

- زندانی شدن

تجربیات بیان شده توسط مردانی که سابقه درمان در زندان داشتند، نشان داد که زندانی شدن یک مانع موثر در روند درمان است. یکی از این بیماران بیان نمود: «توی زندان می‌دونی داروها را چطور می‌دادند، همش ۵ دارو برای دو روزت بهت می‌دادند، داروها را ناقص بهت می‌دادند، نمی‌گفتن کی بخور، چه جور بخور، فقط می‌گذاشتند توی اتاق قرنطینه پشت پنجره و میرفتن. بعد می‌گفتن داروها را بردار، دیگه نمی‌گفت چطور بخور» [مرد، مقاوم به درمان، ۳۷ ساله].

برخی از بیماران، مشکلات روحی و روانی در زندان را عاملی برای مصرف نکردن داروهای خود بیان کردند، یکی از بیماران گفت: «داخل زندان آدم شب و روزش یکی است، حالت خفه داره، آدم دلش می‌گیره، مشکلات روحی روانی پیدا می‌کنه، دل و دماغ دارو خوردن نداره» [مرد، مقاوم به درمان، ۲۹ ساله].

از درمان ذکر گردیده است، به نظر می‌رسد در استان خوزستان، عدم وجود حمایت خانواده به عنوان عامل اجتماعی مهمی در شکست درمان، بسیار مؤثر است. در صورتی که به هر دلیلی، فرد بیمار با اعضای خانواده خود دچار مشکل شود، ممکن است حمایت آنها را در روند درمان بیماری سل از دست بدهد. مطالعه‌ای که توسط محمود کاشیف (۲۰۱۲) در پاکستان صورت گرفت، نشان داد که در بیماران ریوی اسمیر مثبت، مشکلات خانوادگی ۴۴٪ از عوامل مرتبط با قطع درمان را تشکیل می‌دهند [۲۱]. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، بیمارانی که سابقه اعتیاد داشتند، از ضعف حمایت خانواده و بویژه همسر شکایت داشتند، آنها در طول درمان، حمایت خانواده را از دست داده‌اند و به عنوان افرادی تنها و طرد شده، پابندی ضعیفی به درمان داشته و به همین دلیل با شکست درمان روبرو شده‌اند. این موضوع با یافته‌های مطالعه‌ای که توسط فرانک انجام شد و استفاده از مواد مخدر را یکی از عوامل غیبت از درمان در میان مردان نشان داد [۵]، همخوانی دارد. نتایج مطالعه نشان داد که گاهی ترس اطرافیان از ابتلا به بیماری سل، باعث دوری از بیمار و به وجود آمدن مشکلاتی در ادامه درمان بیماران گردیده است. مطالعات نشان می‌دهند که ترس از گرفتن سل در میان اعضای خانواده، یک عامل منفی است. برای مراقبت از بیماران در خانواده‌ها و اگر در خانه‌هایی که به بیمار خدمات داده می‌شود بیمار طرد شود، ممکن است احساس تنهایی شدید کند و از ادامه درمان خودداری نماید [۲۲].

در بعضی مواقع ترس از انگ و بدنامی ناشی از ابتلا به سل به عنوان مانعی برای تبعیت از درمان، موجب می‌شود که افراد مبتلا برای پرهیز از بدنامی ناشی از ابتلا به سل تا حد امکان بیماری خود را مخفی نمایند و حتی از خوردن داروها یا مراجعه برای دریافت دستورات دارویی شرم داشته باشند و از شروع یا ادامه درمان اجتناب ورزند. در مطالعه‌ای که توسط آلیسا فینلای در آفریقای جنوبی انجام گرفت، این عامل، یعنی احساس شرم از بیماری سل به عنوان یک مانع در درمان مسلولین گزارش گردید [۲۳]. مطالعات قبلی مانند مطالعه اشاره شده فوق، عمدتاً موضوع ترس از رسوایی و انگ و بدنامی را مانعی برای مراجعه و تبعیت از دستورات دارویی و در نتیجه عاملی مؤثر در شکست درمان گزارش نموده‌اند.

از جمله عوامل استخراج شده در این پژوهش، مسائل شغلی هم از نظر مشغولیت زیاد و هم از نظر بیکاری بود که به نوعی مانع از موفقیت درمان می‌شد. در مطالعه‌ای که در پاکستان بر

- استعمال مواد مخدر در طول درمان مشارکت کنندگانی که اکثراً مرد بودند و سابقه اعتیاد در طول درمان داشتند، وابستگی به مواد مخدر را یک مانع مهم و مؤثر بر روند درمان می‌دانستند. یکی از مشارکت کنندگان گفت: «من ۶ ماه اول که تحت درمان بودم، خیلی عاجز بودم از دارو خوردن، تریاک استفاده می‌کردم و به خاطر همین من داروهایم رو ترک کردم. چون با هم جور در نمی‌اومدن و به خاطر اعتیاد که داشتم دارو خوردن را ول کردم، حقیقتاً» [مرد، بیمار عودی، ۴۰ ساله].

یکی از افراد خانواده در مورد تاثیر اعتیاد بر شکست درمان پدر چنین گفت: «پدرم در بیمارستان که تحت درمان سل بود، مواد مخدر مصرف نمی‌کرد. تا اینکه دامادمون ۲-۳ بار مواد بهش داد، چون چند سال مواد می‌کشید نمی‌شد یک دفعه کنار بذاره، در طول درمان، تریاک می‌خورد، نمی‌کشید و به خاطر همین شکست درمان شد» [ناظر خانوادگی، دختر بیمار، ۲۵ ساله].

بحث

پابندی ضعیف به درمان، یکی از موانع اصلی موفقیت درمان بیماران مبتلا به سل است که می‌تواند باعث انتقال موارد سل، گسترش سل مقاوم به درمان و عود مجدد موارد شود [۲۰]. یافته‌های حاصل از مطالعه نشان داد که عوامل اجتماعی مؤثر بر قطع درمان شامل ۶ طبقه فرعی بود. برای مقایسه این یافته‌ها با نتایج مطالعات قبلی، نویسندگان مقاله جستجوی گسترده‌ای داشتند و به مطالعه متون و مقالات مرتبط پرداختند، اما مطالعه‌ای با ویژگی‌های مشابه در جامعه بیماران مبتلا به سل و سایر افراد مرتبط با آنها نیافتند. هرچند برخی از مفاهیم استخراج شده در سایر مطالعات مرتبط با روند درمان بیماری سل مورد بررسی قرار گرفته‌اند ولی ترکیب یافته‌ها و مفاهیم استخراج شده در مطالعه حاضر، ترکیبی جدید است. با توجه به کیفی بودن تحقیق، استخراج نتایج فوق تحت تأثیر فرهنگ و ویژگی‌های خاص جامعه و محیط مطالعه یعنی استان خوزستان است. بنابراین در اینجا به مقایسه مفاهیم و سازه‌های استخراج شده با یافته‌های سایر مطالعاتی که بخشی از آنها مشابه بود، پرداخته شده‌است.

یکی از عوامل اجتماعی مؤثر بر قطع درمان بیماران مبتلا به سل که اکثر همکاران شرکت کننده در مطالعه به آن اشاره نمودند، ضعف حمایت اجتماعی بود. از آنجائی که ضعف حمایت اجتماعی توسط مشارکت کنندگان به عنوان مانعی برای تبعیت

مطالعه‌ای در روسیه نشان داد که خسته شدن پزشکان زندان، فقدان تجهیزات آزمایشگاهی و تشخیصی مناسب در زندان و نبود سیستمهای جدا سازی مناسب، به طور بالقوه هم کارکنان بهداشتی زندان و هم زندانیان را در معرض سل و سل مقاوم به درمان قرار می‌دهد [۲۶]. زندانیان یک گروه با ریسک خطر بالا برای انتقال سل هستند [۲۷]. که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش عوامل اجتماعی موثر بر قطع درمان بیماران مبتلا به سل را ارائه نمود که می‌توان براساس آن جهت کاهش موانع و آموزش مؤثر بیماران، افراد خانواده آنها و ناظرین بر درمان، مداخلات مناسبی را طراحی و اجرا نمود. در ضمن از آنجائی که یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که تعدادی از مشارکت کنندگان در مطالعه یا خود سابقه زندان داشته‌اند و یا در تماس با بیماران مبتلا به سل بوده‌اند که سابقه زندان داشته‌اند، بنابراین به نظر می‌رسد، که یکی از عوامل انتشار بیماری سل در استان خوزستان افراد زندانی و یا کسانی که سابقه زندان دارند، می‌باشند. لذا پیشنهاد می‌شود که برای جلوگیری از انتشار بیماری سل و همچنین سل مقاوم به درمان در زندانها، جداسازی افراد مشکوک به سل با استفاده از سیستمهای جداسازی مناسب تا مشخص شدن وضعیت نهایی آنها کاملاً صورت گیرد و تجهیزات تشخیصی مناسب در زندانها برای تشخیص سریع فراهم گردد و از تهویه‌های مناسب برای زندانها استفاده شود، همچنین باید پذیرش بیماران در زندانها با توجه به ظرفیت زندانها صورت گیرد تا از ازدحام جمعیت در زندانها جلوگیری شود.

محدودیتها: خودداری از همکاری برخی ناظرین بر درمان بیماران مبتلا به سل در مراکز بهداشتی درمانی با پژوهشگران و عدم تمایل برخی از بیماران برای شرکت در مطالعه از محدودیتهای مطالعه حاضر بود.

روی عوامل و علل شکست درمان بعد از شروع درمان سل در میان بیماران ریوی اسمیر مثبت صورت گرفت، نشان داد که مشکلات مربوط به کار (۱۴٪) از عوامل مربوط به قطع درمان می‌باشند [۲۱].

همچنین در مطالعه حاضر بیمارانی بودند که از مشکلات مالی و نداشتن درآمد به خاطر مبتلا شدن به سل و از دست دادن کار به عنوان عاملی برای قطع درمان و نخوردن داروها، یاد کردند که با مطالعه‌ای که در نپال انجام شده بود و بیکاری را به عنوان یکی از عوامل قطع درمان اعلام نموده بود [۲۴]، همخوانی داشت. اما در مطالعات اشاره شده، مسائل شغلی بیشتر از نظر مالی و اقتصادی مورد توجه قرار گرفته است اما همانگونه که گفته شد، مشغله زیاد نیز می‌تواند در افراد شاغل که احتمالاً مشکل اقتصادی ندارند مانعی برای تبعیت بیماران و در نتیجه شکست درمان شود و لازم است در آینده مورد بررسی و تحقیق قرار گیرد تا راهکاری مناسب جهت افزایش تبعیت این گروه بکار گرفته شود.

یافته‌های مطالعه نشان داد، بیمارانی که فقیر هستند توانایی پرداخت هزینه تزیق دارو، هزینه ایاب و ذهاب به مراکز درمانی برای گرفتن داروها و حتی توانایی تهیه مواد غذایی مغذی به علت مشکلات اقتصادی را ندارند. همین مسئله بر تبعیت از درمان آنها تأثیر منفی دارد که در مطالعه‌ای توسط ساللا مونرو که در سال ۲۰۰۷ درباره تبعیت بیماران از درمان سل انجام شد، فقر به عنوان یکی از موانع و فاکتورهای ساختاری در تبعیت از درمان بیماران مبتلا به سل، گزارش شد [۲۵]. از موانع استخراج شده در روند درمان بیماری سل، زندانی شدن بیماران بود که به علت مشکلات روحی ناشی از حبس و نبود ناظر بر درمان در روزهای تعطیل و بی‌توجهی به آنان، بیماران تبعیت ضعیفی نسبت به درمان داشتند که این یافته‌ها با تحقیقات استوری و همکاران که در لندن انجام گرفت و یکی از فاکتورهای موثر در تبعیت ضعیف از درمان در بیماران مبتلا به سل را زندانی شدن آنان گزارش نمود همخوانی داشت [۲۰].

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه آقای مصطفی جیبا دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت است که به عنوان طرح تحقیقاتی مصوب و با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و در مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری انجام شده است (شماره طرح TB-04). نویسندگان لازم می‌دانند که از همکاری بیماران، اعضای خانواده آنها، ناظرین بر درمان، پرسنل واحد سل مرکز بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی، پایگاه‌های بهداشتی، و خانه‌های بهداشت استان خوزستان و تمامی عزیزانی که به اجرای این پژوهش کمک نموده‌اند و همچنین از حمایت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اهواز تشکر و قدردانی نمایند.

REFERENCES

1. Venkatapraveen A, Rampure M, Patil N, Shivanand S. Assessment of clinical pharmacist intervention to improve compliance and health care outcomes of tuberculosis patients. *Der Pharmacia Lettre* 2012;4(3):931-7.
2. Mahshid N, Myrghany L. Guidelines national TB . Tehran: Andishmand; 2010;p: 9.(in persian).
3. Haasnoot PJ, Boeting TE, Kunej MO, Roosmalen JV. Knowledge, Attitudes, and Practice of Tuberculosis among Maasai in Simanjiro District, Tanzania. *Am J Trop Med Hyg* 2010;83(4):902-5
4. Mphothulo N, Pengpid S, Peltzer K. Factors Associated with Tuberculosis Reinfection and Treatment Failure in Taung Sub-District, South Africa. *kamla-raj* 2012;6(1):23-30.
5. Franke MF, Appleton SC, Bayona J, Arteaga F, Palacios E, Liaro K, et al. Risk Factors and Mortality Associated with Default from Multidrug-Resistant Tuberculosis Treatment. *Clin Infect Dis* 2008;46(12):1844-51.
6. Royce s, Khann S, Yadav R, Mao E, Cattamanchi A, Sam S, et al. Identification of multidrug resistance in previously treated tuberculosis patients: a mixed methods study in Cambodia. *int J Tuberc Lung Dis* 2014 ;18(11):1299-306.
7. Gebremariam M, Bjune G, Frich J. Barriers and facilitators of adherence to TB treatment in patients on concomitant TB and HIV treatment: a qualitative study. *BMC public health* 2010;10(1):651.
8. Kizub D, Ghali I, Sabouni R, Bourkadi J, Bennani K, El Aouad R, et al. Qualitative study of perceived causes of tuberculosis treatment default among health care workers in Morocco. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2012;16(9):1214-20.
9. Tadesse T, Demissie M, Berhane Y, Kebede Y, Abebe M. Long distance travelling and financial burdens discourage tuberculosis DOTs treatment initiation and compliance in Ethiopia: a qualitative study. *BMC public health*. 2013;13(1):424.
10. Organization WH. consolidated action plan to prevent and combat multidrug and extensively drug-resistant tuberculosis in the WHO European Region 2011-2015. Regional Committee for Europe, Baku, Azerbaijan. 2011 September; p:2-3.
11. Abbasi A, Arabi M. The efficacy of DOTS strategy in treatment or failure of treatment in respiratory Tuberculosis *J Gorgan Uni Med Sci* 2004;6(1):78-82.
12. Alavi S, Salami N. The causes and Risk factors of tuberculosis Deaths in Khusestan. *Acta Medica Iranica* 2009;47(2):89-92.(in persian)
13. Hargreaves J, Boccia D, Evans C, Adato M, Petticrew M, Porter J. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Journal of Public Health* 2011;101(4):654-62.
14. Lonroth K, Castro K, Chakaya J, Chauhan L, Floyd K, Glaziou P, et al. Tuberculosis control and elimination 2010–50: cure, care, and social development. *The Lancet* 2010;375:1814-29.
15. Dinwall 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.
16. Zamani A, Niknami S, Mohammadi I, Montazeri A. Design and evaluation of an educational model to prevent risky behaviors leading to injury in motorcycle riders. PhD Thesis, School of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University. 2009; p: 27-45.

17. Polit D, Beck C. *Nursing Research: Principle and Methods*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. PA USA 2003;7:305-8.
18. poorasl M, Rostami F, Ivanbagha R, Torabi S. Prevalence of unwanted pregnancy and multivariate analysis of its correlates in Tabriz city 2004. *Med Sci J Islam Azad Uni Tehran Med Branch* 2005;15(4):201-6.
19. Streubert Speziale H, Carpenter Dona R. *Qualitative Research in nursing:advancing the humanistic imperative*, 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins 2006; p:133-51.
20. Story A, Murad S, Roberts W, Verheyen M, Hayward A. Tuberculosis in London: the importance of homelessness,problem drug use and prison. *Thorax* 2007;62(8):667-71.
21. Munir M, Iqbal R, Shabbir I, Chaudhry K. Factors Responsible for Failure to Initiate Tuberculosis Treatment among Smear Positive Tuberculosis Patients. *Pakistan Journal of Medical Research* 2012;51(2):34-7.
22. Kaona F, 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):2-8.
23. Finlay A, Lancaster J, Holtz T, Weyer K, Miranda A, van der Walt M. Patient- and provider-level risk factors associated with default from tuberculosis treatment, SouthAfrica, 2002: a case-control study. *BMC Public Health* 2012; p: 1-12.
24. Mishra P, Hansen E, Sabroe S, Kafle K. Socio-economic status and adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a district of Nepal. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2005;9(10):1134-9.
25. Munro S, Lewin S, Smith H, Engel M, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *PLoS medicine* 2007;4(7):238.
26. Fry R, Khoshnood K, Vdovichenko E, Granskaya J, Sazhin V, Shpakovskaya L, et al. Barriers to completion of tuberculosis treatment among prisoners and former prisoners in St Petersburg, Russia. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2005;9(9):1027-33.
27. Sengupta S, Pungrassami P, Balthip Q, Strauss R, Kasetjaroen Y, Chongsuvivatwong V, et al. Social impact of tuberculosis in southern Thailand: views from patients, care providers and the community. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2006;10(9):1008-12.