

تحقیقی

ارتباط کیفیت پیروی از دستورات دارویی با سطح آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به سل در شهر اهواز

سیمین جهانی*^۱، نسرین الهی^۱، اشکان شاهین زاده^۲، اشرف السادات حکیم^۱، سید محمود لطیفی^۳
۱- عضو هیأت علمی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور. ۲- کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز. ۳- عضو هیأت علمی گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز.

چکیده

زمینه و هدف: علی‌رغم اجرای استراتژی درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم (DOTs) هنوز سل یکی از ده علل مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه است. عدم پذیرش درمان سل، رژیم‌های درمانی نامناسب، ضعف اجرایی و مدیریتی برنامه‌های کنترل سل باعث افزایش بروز آن شده است. این مطالعه به منظور تعیین ارتباط کیفیت پیروی از دستورات دارویی با سطح آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به سل در شهر اهواز انجام گردید.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی تحلیلی روی ۱۶۷ بیمار بالای ۱۲ سال مبتلا به سل تحت درمان در مراکز بهداشت شهر اهواز؛ طی مهر ماه لغایت بهمن ماه سال ۱۳۸۷ انجام شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه، مشاهده، آزمایش خلط و آزمایش ادراری پوتس کوزارت استفاده شد. روایی پرسشنامه به وسیله روش اعتبار محتوا و پایایی آن با روش انسجام درونی ابزار و ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۱ صورت گرفت. برای بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون کای اسکوئر استفاده شد.

یافته‌ها: ۵۲/۷ درصد بیماران پیروی کامل، ۳۵/۳ درصد پیروی نسبی و ۱۲ درصد پیروی ضعیف از رژیم دارویی داشتند. ارتباط بین کیفیت پیروی از دستورات دارویی با سطح آگاهی و نگرش بیماران ارتباط آماری معنی‌داری داشت ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که تنها نیمی از بیماران پیروی کامل از دستورات دارویی داشتند. آگاهی و نگرش بیماران در کیفیت پیروی از دستورات دارویی مؤثر بود. گنجانیدن برنامه آموزشی مدون و مداوم در پروتکل درمانی بیماران ضروری می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: سل، DOTs، آگاهی، نگرش

* نویسنده مسؤول: سیمین جهانی، پست الکترونیکی: jahanisimin@yahoo.com

که بیماران مسلولی که آگاهی بهتری داشتند و یا از آموزش کافی بهره‌مند شده بودند؛ پیروی بهتری از دستورات دارویی داشتند (۱۱). همچنین نتایج مطالعه Mwemba و همکاران در زامبیا نشان داد که بین نگرش و پذیرش درمان در بیماران مسلول رابطه مثبتی وجود دارد؛ ولی بین سطح آگاهی و پذیرش درمان ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید (۸). علاوه بر این، مطالعه Okanurak و همکاران در تایلند نشان داد که بیماران با آگاهی بیشتر، پذیرش درمان بهتری دارند (۱۲).

علی‌رغم به‌کارگیری استراتژی DOTs از سال ۱۳۷۶ در خوزستان، هنوز میزان مرگ و میر ناشی از سل در این منطقه قابل پذیرش نیست (۱۳).

عدم پذیرش درمان از سوی بیماران یک مشکل مهم در کنترل بیماری سل و پیشگیری از مقاومت دارویی است (۱۴). این مطالعه به منظور تعیین ارتباط کیفیت پیروی از دستورات دارویی با سطح آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به سل در شهر اهواز انجام گردید.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی تحلیلی روی بیماران بالای ۱۲ سال مبتلا به سل دارای پرونده در مراکز بهداشت شهر اهواز که حداقل دو ماه با داروی ضدسل تحت درمان قرار گرفته بودند؛ طی ماه‌های مهر لغایت بهمن سال ۱۳۸۷ انجام شد.

در صورت انتقال پرونده درمانی بیماران به مراکز بهداشت شهرستان‌های دیگر و بستری در بیمارستان به علت عوارض ناشی از سل و یا بیماری‌های دیگر؛ از مطالعه خارج شدند. مطالعه با اجازه‌نامه کتبی از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز انجام شد. پس از توضیح اهداف پژوهش برای بیماران، از آنان رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. نحوه نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف بود و ۱۶۷ بیمار وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل چک‌لیست، پرسشنامه، انجام تست ادراری پوتس - کوزارت (Potts-Cozart) و آزمایش رنگ‌آمیزی اسید - فاست خلط بود که با استفاده از دو روش مشاهده و مصاحبه تکمیل گردید. چک‌لیست و پرسشنامه تنظیم شده از سه بخش تشکیل شده بود. بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک و بخش دوم شامل سؤالات بررسی

مقدمه

بیماری سل توسط مایکوباکتریوم توبرکولوزیس ایجاد شده و یکی از علل مهم مرگ و میر در جهان است. حدود ۹/۲ میلیون مورد جدید در سراسر جهان و ۱/۷ میلیون مرگ ناشی از بیماری سل در سال ۲۰۰۶ گزارش شده است (۱). سل یکی از ده علل منجر به مرگ در حال توسعه است (۲). ایران با شیوع ۱۷/۵ درصد هزار و میزان بروز ۲۷ درصد هزار دارای رتبه هفدهم از نظر ابتلا به سل در جهان است (۳و۴). میزان مرگ و میر ناشی از سل بین سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵ در منطقه خوزستان ۳/۱۵ درصد بود که نشان می‌دهد کنترل بیماری سل در خوزستان همانند سایر کشورهای در حال توسعه، فاصله زیادی با کشورهای توسعه یافته دارد (۵).

درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم (DOTs) (Directly Observed Treatments) استراتژی توصیه شده سازمان بهداشت جهانی در کنترل سل است (۶). اگرچه اجرای این استراتژی باعث کاهش مرگ و میر ناشی از سل شده است؛ اما هنوز سل علت مرگ‌هایی است که قابل پیشگیری می‌باشند (۷).

عدم پذیرش درمان سل، رژیم‌های درمانی نامناسب و ضعف اجرایی و مدیریتی برنامه‌های کنترل سل باعث افزایش میزان بروز و شیوع آن شده است (۸). حدود ۵۰ درصد بیماران مبتلا به سل، رژیم دارویی توصیه شده را ادامه نمی‌دهند. تعدد داروها، عوارض جانبی نامطلوب و درمان طولانی مدت از علل مهم آن است (۹). عدم پیروی از دستورات دارویی توسط بیماران یکی از معضلات حرفه پرستاری است و بررسی چگونگی آن در برخی از بیماری‌ها به خصوص سل، به علت قابلیت سرایت به اجتماع از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۰). پذیرش درمان سل و اجرای صحیح و کامل آن تحت تاثیر عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، میزان آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به سل قرار می‌گیرد. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی با درک بهتر نگرش و سطح آگاهی بیماران؛ استراتژی‌های آموزشی دقیق‌تری را می‌توانند توسعه بخشند. سطح آگاهی بالا سبب ایجاد نگرش مثبت شده و در نهایت پذیرش درمان را افزایش می‌دهد (۸).

مطالعه Clark و همکاران در سال ۲۰۰۷ در ترکیه نشان داد

آگاهی و نگرش بیمار، مشخصات مربوط به درمان شامل نوع سل و رژیم دارویی مصرفی روزانه بود. بخش سوم شامل بررسی نظم بیمار در مراجعه به مرکز بهداشت و ثبت نتایج حاصل از انجام آزمایشات بود. روایی این پرسشنامه به وسیله روش اعتبار محتوا و توسط ده تن از اساتید هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی اهواز و پایایی آن نیز با استفاده از روش انسجام درونی ابزار با ضریب آلفا کرونباخ $\alpha=0/81$ مورد تأیید قرار گرفت. تست ادراری پوتس - کوزارت یک آزمایش ساده است که برای جستجوی متابولیت‌های حاصل از ایزونیازید در ادرار انجام می‌شود. برای انجام این آزمایش ۴ قطره از ادرار بیمار داخل یک لوله آزمایش حاوی ۳۰ میلی گرم پودر اسید باربیتوریک ریخته و با آن آمیخته گشت. سپس دو قطره از محلول سیانیدپتاسیم با غلظت ۵ گرم بر دسی لیتر به آن افزوده شد و به دنبال آن دو قطره از محلول کلرآمین تی با غلظت ۱۴ گرم بر دسی لیتر به آن افزوده شد و لوله آزمایش حدود ۱۰ ثانیه مختصراً تکان داده شد. تغییر رنگ ادرار به سمت آبی تیره یا آبی فیروزه‌ای ملاک مثبت بودن آزمایش و وجود متابولیت‌ها در ادرار بود. عدم تغییر رنگ یا زرد کدر ماندن ادرار ملاک منفی بودن تلقی شد (۱۴). برای انجام اسمیر خلط بیماران از نظر وجود باسیل سل؛ نمونه‌ها برای بررسی به آزمایشگاه‌های رفرانس مرکز بهداشت اهواز ارسال گردید. مشاهده رنگ ادرار بیماران نیز روش دیگری بود که در این پژوهش برای بررسی مصرف داروی ریفامپین مورد استفاده قرار گرفت.

برای تعیین کیفیت پیروی براساس منابع موجود و نظر اساتید فارماکولوژی و متخصصین بیماری‌های عفونی امتیازدهی به صورت زیر انجام گرفت:

۱- جستجوی متابولیت‌های حاصل از مصرف ایزونیازید در ادرار با استفاده از تست پوتس - کوزارت.

۲- مشاهده تغییر رنگ ادرار به سمت نارنجی از نظر مصرف ریفامپین.

۳- بررسی نظم بیمار در ماه گذشته برای دریافت دارو.

۴- بررسی اسمیر خلط بیماران در بیماران مبتلا به سل ریه.

۵- نداشتن حتی یک مورد عدم مصرف دارو طی ماه گذشته و همچنین مصرف دارو به همان تعداد و نحوه تجویز

شده.

به مورد ۱ دو امتیاز، به مورد ۲ و ۳ یک امتیاز و به مورد ۴ و ۵ دو امتیاز تعلق گرفت. بیماران براساس امتیاز دریافتی به سه گروه پیروی کامل، پیروی نسبی و پیروی ضعیف تقسیم‌بندی شدند. پیروی کامل به کسب امتیاز ۸، پیروی نسبی به کسب امتیاز ۷-۴ و پیروی ضعیف به کسب امتیاز کمتر از ۴ تعلق گرفت. در مورد مبتلایان به سل خارج ریوی و سل ریوی خلط منفی، از آنجا که مورد ۴ بررسی نشد؛ کسب امتیاز ۶ نشانه پیروی کامل، امتیاز ۴ تا ۵ پیروی نسبی و امتیاز کمتر از ۴ پیروی ضعیف محسوب گردید (۱۰).

در بررسی سطح آگاهی امتیاز دریافتی ۱۳ و یا بیشتر به عنوان آگاهی خوب، امتیاز ۸ تا ۱۲ به عنوان آگاهی متوسط و امتیاز کمتر از ۸ به عنوان آگاهی ضعیف در نظر گرفته شد. در بیمارانی که استرپتومایسین در رژیم درمانی آنها نبود؛ امتیاز دریافتی ۱۰ و یا بیشتر به عنوان آگاهی خوب، امتیاز ۶ تا ۹ به عنوان آگاهی متوسط و امتیاز کمتر از ۶ به عنوان آگاهی ضعیف در نظر گرفته شد. در بررسی نگرش از سؤالات چهارگزینه‌ای استفاده شد. هر سؤال حداکثر ۴ نمره و حداقل ۱ نمره داشت. پس از اتمام نمونه‌گیری میانگینی از نمرات کسب شده توسط بیماران به دست آمد و نمرات کمتر از میانگین به عنوان نگرش منفی و نمرات بالاتر از میانگین به عنوان نگرش مثبت محسوب گردید.

از آن جایی که در تعیین ارتباط کیفیت پیروی در سه سطح کامل، نسبی و ضعیف با سطح آگاهی، ضوابط استفاده از آزمون کای اسکور وجود نداشت؛ لذا سطوح پیروی به دو بخش کامل و غیر کامل دسته‌بندی گردید. داده‌ها به کمک نرم‌افزار آماری SPSS-15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون کای اسکور استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۵ تعیین شد.

یافته‌ها

۴۷/۹ درصد بیماران در محدوده سنی ۲۱ تا ۴۰ سال قرار داشتند. ۵۸ درصد از بیماران مرد و ۶۲ درصد آنان از قومیت عرب بودند. ۷۴/۲ درصد زنان مورد مطالعه خانه دار و ۵۴ درصد بیماران تحصیلات زیردیپلم داشتند. ۵۴/۵ درصد بیماران متأهل و ۷۰ درصد مبتلا به سل ریوی و بقیه بیماران مبتلا به سل

تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و روش ارزشیابی پیروی از دستورات دارویی باعث ایجاد نتایج متفاوتی در مطالعات مختلف شده است.

در مطالعه حاضر بیشترین تعداد بیماران مورد مطالعه (۷۴/۸ درصد) دارای نگرش مثبت به درمان بودند. در مطالعه پیشکارمفرد و همکاران نیز ۷۷ درصد از بیماران مسلول تحت مطالعه نمره نگرش مثبت را کسب کردند (۱۵). همچنین در مطالعه ما بین کیفیت پیروی و نگرش به درمان ارتباط آماری معنی‌داری یافت شد. به طوری که بیماران با نگرش مثبت به درمان، تمایل بیشتری به پیروی از درمان داشتند. در مطالعه Mc Connel و همکاران باور به مفید بودن درمان شدیداً با میزان پیروی از رژیم دارویی ارتباط داشت (۱۶). در مطالعه Mweemba و همکاران نیز ۸۹/۴ درصد نگرش مثبت را گزارش کردند و بین نگرش و پذیرش درمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (۸).

در مطالعه ما بیشترین تعداد بیماران مورد مطالعه مربوط به بیماران با سطح آگاهی خوب (۷۱/۲۵ درصد) بود. در حالی که در مطالعه پیشکارمفرد و همکاران ۴۷ درصد از بیماران مسلول تحت مطالعه دارای سطح آگاهی خوبی بودند (۱۵). همچنین در مطالعه حاضر بین کیفیت پیروی از دستورات دارویی و سطح آگاهی از درمان ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده گردید (P=۰/۰۱۷) که مؤید آن است که آگاهی بیشتر، منتج به پیروی بهتر شده است. در مطالعه Clark و همکاران در ترکیه بیمارانی که آگاهی بهتری داشتند و یا از آموزش کافی در مورد بیماری و درمان بهره‌مند شده بودند؛ میزان پیروی بهتری داشتند (۱۱). همچنین در مطالعه Mweemba و همکاران ۴۹ درصد بیماران آگاهی متوسطی داشتند و بین سطح آگاهی و پذیرش درمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت (۸).

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که تنها نیمی از بیماران پیروی کامل از دستورات دارویی داشتند. آگاهی و نگرش بیماران در کیفیت پیروی از دستورات دارویی مؤثر بود. گنجاندن برنامه آموزشی مدون و مداوم در پروتکل درمانی بیماران ضروری است تا به وسیله آن نیازهای آموزشی بیمار و خانواده وی برطرف گردد

خارج ریوی بودند.

۵۲/۷ درصد بیماران پیروی کامل از دستورات دارویی داشتند. همچنین ۳۵/۳ درصد از بیماران پیروی نسبی و ۱۲ درصد نیز پیروی ضعیف داشتند. ۷۴/۸ درصد بیماران دارای نگرش مثبت به درمان بودند. بین کیفیت پیروی از دستورات دارویی و نگرش بیماران ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (P=۰/۰۰۰۱) (جدول یک).

جدول ۱: ارتباط بین کیفیت پیروی از دستورات دارویی با نگرش بیماران

نگرش	پیروی کامل (تعداد درصد)	پیروی نسبی (تعداد درصد)	پیروی ضعیف (تعداد درصد)	ارزش P
مثبت	۷۸ (۶۲/۴)	۴۵ (۳۶)	۲ (۱/۶)	۰/۰۰۰۱
منفی	۱۰ (۲۳/۸)	۱۴ (۳۳/۳)	۱۸ (۴۲/۹)	

۷۱/۳ درصد از بیماران سطح آگاهی خوبی از درمان بیماری سل داشتند. ارتباط آماری معنی‌داری بین سطح آگاهی و کیفیت پیروی از دستورات دارویی مشاهده گردید (P=۰/۰۱۷) (جدول ۲).

جدول ۲: ارتباط بین کیفیت پیروی از دستورات دارویی با سطح آگاهی بیماران

سطح آگاهی	پیروی کامل (تعداد درصد)	پیروی ناکامل (تعداد درصد)	ارزش P
خوب	۷۱ (۵۹/۷)	۴۸ (۴۰/۳)	۰/۰۱۷
متوسط	۱۳ (۳۴/۲)	۲۵ (۶۵/۸)	
ضعیف	۴ (۴۰)	۶ (۶۰)	

بحث

یافته‌ها نشان داد که تنها نیمی از بیماران پیروی کامل از دستورات دارویی داشتند. در مطالعه خلیلی و همکاران در مورد پیروی از رژیم دارویی ضد سل بیماران براساس دسته‌بندی میزان پیروی، ۴۵ درصد از بیماران پیروی عالی، ۲۵ درصد پیروی خوب و ۳۰ درصد پیروی ضعیف داشتند (۱۴)؛ اما در مطالعه اعرابی و همکاران در اصفهان ۲۵/۵ درصد پیروی ناقص، ۶۱/۸ درصد پیروی نسبی و فقط ۱۲/۷ درصد پیروی کامل داشتند (۱۰). این در حالی است که در مطالعه Mweemba و همکاران در زامبیا، ۸۰/۸ درصد نمونه‌ها دارای پیروی کامل از رژیم درمانی بودند (۸). به نظر می‌رسد که

کارشناسی ارشد بود. بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمام افرادی که در اجرای این مطالعه ما را همراهی نمودند؛ اعلام می‌داریم.

و دانش و نگرش آنان در باره بیماری و درمان آن افزایش یابد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه برای اخذ مدرک

References

1. Global tuberculosis control - surveillance, planning, financing. WHO Report 2008. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/summary/en/index.html
2. World Health Organization. Ten leading causes of death by broad income group. 2005. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310.pdf>
3. World Health Organization: Global Tuberculosis Control[Online]. Report 2000. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_TB_2000.275.pdf
4. Alavi SM, Mohammadi Farahmand F. Pulmonary tuberculosis in household contact of patients with active tuberculosis in Ahwaz, Iran (2003-2005). *Pak J Med Sci.* 2008; 24(6):780-5.
5. Alavi SM, Salami N. The causes and risk factors of Tuberculosis deaths in Khuzestan. *Acta Medica Iranica.* 2009; 47(2): 89-92.
6. WHO. An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control.2002. WHO/CDS/TB/2002.297. Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_CDS_TB_2002.297.pdf
7. WHO. TB/HIV: A clinical manual.2004. Available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546344.pdf>
8. Mweemba P, Haruzivishe C, Siziya S, Chipimo PJ, Cristenson K, Johansson E. Knowledge, attitude and compliance with tuberculosis treatment, Lusaka, Zambia. *Medical Journal of Zambia.* 2008;35(4):121-8.
9. Miller B, Snider DE Jr. Physician noncompliance with tuberculosis preventive measures. *Am Rev Respir Dis.* 1987 Jan; 135(1):1-2.
10. Erabi A, Changiz T, Darani A, Javadi A, Soleimani B. [Quality of Patient Adherence in Tuberculosis and its relationship with some factors]. *Isfahan Journal of Nursing and Midwifery.* 1998; 10(3): 4-9. [Article in Persian]
11. Clark PM, Karagoz T, Apikoglu-Rabus S, Izzettin FV. Effect of pharmacist-led patient education on adherence to tuberculosis treatment. *Am J Health Syst Pharm.* 2007 Mar 1;64(5):497-505.
12. Okanurak K, Kitayaporn D, Akarasewi P. Factors contributing to treatment success among tuberculosis patients: a prospective cohort study in Bangkok. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008 Oct;12(10):1160-5.
13. Mirhaghani L, Nasehi M. [National Tuberculosis Program in Iran, Ministry of health]. Tehran:Nashre Seda. 2002;pp:15-20. [Persian]
14. Khalili H, Dashti-khavidaki S, Sajadi S, Hajiabolfbaghi M. Assessment of adherence to tuberculosis drug regimen. *DARU.* 2008; 16(1): 47-50.
15. Pishkar Mofrad Z, Sabzavari S, Mohammad Alizadeh S. [A survey of knowledge and attitude in medication controls of Tuberculosis patients referring to Zahedan anti TB centers in 1999]. *Journal of Kerman University of Medical Sciences.* 2001; 8(3): 153-60. [Article in Persian]
16. McDonnell M, Turner J, Weaver MT. Antecedents of adherence to antituberculosis therapy. *Public Health Nurs.* 2001 Nov-Dec;18(6):392-400.