

## بررسی تأثیر بعضی از عوامل فردی، اجتماعی و اقتصادی بر پیگیری درمان در بیماران مسلول مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر زاهدان؛ ۱۳۷۵

فاطمه کیانی\*، مهناز شهرکی پور\*، دکتر ملک کیانی\*\*، اسدالله کهنخایی\*\*\*

### خلاصه:

#### مقدمه:

طبق آمار کشورهای مختلف جهان متأسفانه هنوز میلیونها نفر از ساکنین کره زمین به بیماری سل مبتلا هستند و بعنوان یک مسئله مهم در عرصه بیماریهای عفونی مزمن خودنمایی می کنند. یکی از علل مهم شکست برنامه های ریشه کنی این بیماری، عدم پیگیری از جانب بیمار می باشد.

#### روشها:

بررسی بر روی ۲۰۰ بیمار مسلول که به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند صورت گرفت. داده ها به وسیله پرسشنامه و با استفاده از مصاحبه حضوری جمع آوری گردید و سپس بر اساس نحوه پیگیری درمان به دو گروه با پیگیری و عدم پیگیری تقسیم شدند.

#### نتایج:

یافته ها نشان داد که نحوه پیگیری درمان با متغیرهای وجود مشکل جهت مراجعه به درمانگاه ( $P < 0/04$ )، مدت تشخیص بیماری ( $P < 0/008$ ) و مدت درمان ( $P < 0/03$ ) ارتباط آماری معنی دار وجود دارد.

#### بحث:

در این مطالعه از عوامل مهم عدم پیگیری درمان، دور بودن مسافت خانه تا درمانگاه، تأخیر در تشخیص بیماری و هم چنین طولانی بودن مدت درمان می باشد.

واژه های کلیدی: سل، پیگیری درمان، مشخصات فردی، خانوادگی و اجتماعی.

### مقدمه:

مرگ در اثر مالاریا و دیگر بیماریهای عفونی می باشد

(۱). درمان قطعی بیماری به دو عامل تجویز برنامه صحیح دارویی و مصرف مرتب دارو بستگی دارد (۲). در صورت عدم مصرف صحیح دارو هیچ نشانه ای از درمان مشاهده نخواهد شد و علاوه بر آن مشکلاتی نظیر

بیماری سل یکی از مشکلات عمده بهداشتی درمانی به حساب می آید با وجود آنکه شیمیوتراپی شدت مرگ و میر را کاهش داده است. اما عوامل متعددی در بسیاری از کشورها باعث شده حدود ۲/۹ میلیون نفر سالیانه در اثر بیماری سل فوت نمایند که در مقایسه، این میزان بیشتر از

\* عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان.

\*\* مرکز بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان.

\*\*\* عضو هیأت علمی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان.

مقاومت دارویی بوجود خواهد آمد.

مقاومت دارویی به مایکوباکتریوم توبرکولوزیس برای چندین دهه است که وجود دارد و یکی از مهمترین مشکلات در حال حاضر جهت مقابله با بیماری می باشد (۳). عوامل زیادی در بروز مقاومت دارویی نقش دارند که یک از مهمترین آنها عدم پیگیری رژیم درمانی است این عامل باعث گسترش ارگانیسم های مقاوم دارویی شده و سل مقاوم به سایر افراد قابلیت انتقال می یابد (۴).

عدم پیگیری تحت تأثیر ویژگی های بیمار، محیط و دستورات درمانی قرار دارد همچنین طولانی بودن مدت درمان و گسترده بودن رژیم نیز از سایر عوامل می باشد (۵).

از دیگر عوامل که در پذیرش رژیم درمانی نقش دارد رفتار کادر درمانی با بیمار می باشد که بایستی یک رابطه دو طرفه بین او و کادر درمانی برقرار و تأمین شد (۶). مسئولی که قرار است تحت درمان قرار گیرد باید انگیزه اش تحریک و در طول مدت درمان تا بهبودی نهایی حفظ شود و این اعتقاد در او ایجاد شود که حتماً باید معالجه گردد.

در تحقیقی که در هندوستان انجام شد مشخص گردید که رضایت از مراقبین بهداشتی به طور مطلوب بر ادامه دریافت دارو تأثیر دارد (۷). بیمار ممکن است به علل مختلف (از جمله بعثت سلامت ظاهری) از ادامه مصرف داروها طفره رفته وقتی که تشخیص سل داده شد باید با فرصت کافی با بیماران صحبت کرد و ماهیت بیماری در اینکه بیماری قابل درمان است لزوم ادامه مصرف داروها در تمام مدت درمان و همچنین قوائد پرهیز از سرایت و ضرورت مراجعه در صورت وجود اشکالات و ابهامات و بروز عوارض دارویی در میان گذاشته شود.

از مجموع مطالب ذکر شده می توان این نتیجه را گرفت که بهترین برنامه درمانی آن است که بیمار آن را بپذیرد و بدون پیدایش انواع مقاوم باسیل سل ضایعات را التیام دهد و بدون ایجاد مسمومیت دارویی درمان به

پایان برده شود.

در این مطالعه با شناسایی عوامل بازدارنده از پی گیری درمان، امید است در برنامه ریزی های بعدی برای کمک به سازش بیماران قدم های مؤثری برداشته شود و از طرفی با توجه به اینکه تاکنون در این زمینه پژوهشی صورت نگرفته لزوم انجام آن مشخص تر می گردد. خصوصاً اینکه استان سیستان و بلوچستان از جمله نواحی آندمیک برای بیماری سل است (۸).

### مواد و روش کار:

در این مطالعه تحلیلی، نمونه گیری به روش تصادفی بوده و از کلیه مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی شهر زاهدان ۲۰۰ بیمار مسلول ریوی که دارای پرونده در مرکز مزبور بودند انتخاب شدند. ۱۰۰ بیمار که در گروه پی گیری درمان قرار داشتند بیمارانی بودند که جهت دریافت دارو به طور مرتب مراجعه کرده و ۱۰۰ بیمار با عدم پی گیری درمان مراجعه مرتب نداشته و با ویزیت خانگی به ادامه درمان دعوت می شدند.

در این تحقیق اطلاعات حاصل از پرسشنامه بر اساس پی گیری و یا عدم پی گیری درمان به دو گروه تقسیم شده اند و ویژگی های فردی، اجتماعی و اقتصادی هر کدام از دو گروه مشخص شد و جهت تعیین روابط بین ویژگی های بیماران در دو گروه با پی گیری و عدم پی گیری درمان از آزمون آماری کای دو استفاده شده است.

### نتایج:

با توجه به جدول شماره (۱) در گروه سنی ۶۰ سال به بالا ۵۵٪ بیماران درمان را پی گیری و ۵۴٪ بیماران عدم پی گیری داشته اند. هم چنین میانگین سنی بیماران با پی گیری درمان  $X=49$  و عدم پی گیری  $X=50$  بوده است. ۶۸٪ بیماران را زنان تشکیل می دادند و ۷۰٪ آنها متأهل و ۸۱٪ کل بیماران بیسواد بوده اند. از نظر شغلی ۵۲٪ بیماران را زنان خانه دار تشکیل می دادند. از نظر

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر زاهدان برحسب سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، تعداد افراد خانوار، محل سکونت با نحوه پی گیری

| نتیجه آزمون | نتیجه آزمون |       | جمع  |       | عدم پی گیری |       | نحوه پی گیری<br>متغیر |
|-------------|-------------|-------|------|-------|-------------|-------|-----------------------|
|             | درصد        | تعداد | درصد | تعداد | درصد        | تعداد |                       |
| (P< ۰/۱۴)   |             |       |      |       |             |       | سن                    |
|             | ۱۰۰         | ۴۰    | ۴۰   | ۱۶    | ۶۰          | ۲۴    | ۱۵-۲۹                 |
|             | ۱۰۰         | ۲۱    | ۵۷   | ۱۲    | ۴۳          | ۹     | ۳۰-۴۴                 |
|             | ۱۰۰         | ۶     | ۶۷   | ۴     | ۳۳          | ۲     | ۴۵-۴۹                 |
|             | ۱۰۰         | ۳۲    | ۶۹   | ۲۲    | ۳۱          | ۱۰    | ۵۰-۵۴                 |
|             | ۱۰۰         | ۱۱    | ۵۵   | ۶     | ۴۵          | ۵     | ۵۵-۵۹                 |
|             | ۱۰۰         | ۹۰    | ۴۵   | ۴۰    | ۵۵          | ۵۰    | +۶۰                   |
| (P< ۰/۱)    |             |       |      |       |             |       | جنس                   |
|             | ۱۰۰         | ۱۳۵   | ۴۶   | ۶۲    | ۵۴          | ۷۳    | زن                    |
|             | ۱۰۰         | ۶۵    | ۵۸   | ۳۸    | ۴۲          | ۲۷    | مرد                   |
| (P< ۰/۰۰۴)  |             |       |      |       |             |       | میزان تحصیلات         |
|             | ۱۰۰         | ۱۶۱   | ۵۵   | ۸۹    | ۴۵          | ۷۲    | بی سواد               |
|             | ۱۰۰         | ۳۹    | ۲۸   | ۱۱    | ۷۲          | ۲۸    | باسواد                |
| (P< ۰/۵)    |             |       |      |       |             |       | شغل                   |
|             | ۱۰۰         | ۴۲    | ۴۸   | ۲۰    | ۵۲          | ۲۲    | کارگر                 |
|             | ۱۰۰         | ۵۴    | ۲۰   | ۲۴    | ۶۰          | ۳۰    | بیکار                 |
|             | ۱۰۰         | ۱۰۴   | ۵۴   | ۵۶    | ۴۶          | ۴۸    | خانه دار              |
| (P< ۰/۱۹)   |             |       |      |       |             |       | تعداد افراد خانوار    |
|             | ۱۰۰         | ۶۵    | ۴۸   | ۳۱    | ۵۲          | ۳۴    | ۱-۵                   |
|             | ۱۰۰         | ۱۰۴   | ۵۶   | ۵۸    | ۴۴          | ۴۶    | ۶-۱۰                  |
|             | ۱۰۰         | ۲۰    | ۳۰   | ۶     | ۷۰          | ۱۴    | ۱۱-۱۵                 |
|             | ۱۰۰         | ۱۱    | ۴۶   | ۵     | ۵۴          | ۶     | +۱۶                   |
| (P< ۰/۷۷)   |             |       |      |       |             |       | محل سکونت             |
|             | ۱۰۰         | ۱۸۷   | ۵۰   | ۹۴    | ۵۰          | ۹۳    | شهر                   |
|             | ۱۰۰         | ۱۳    | ۴۶   | ۶     | ۴۷          | ۷     | روستا                 |

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر زاهدان برحسب ابتلاء اطرافیان به سل، به سل، مشکل مراجعه، علت مشکل، مدت تشخیص، مدت درمان و نحوه شروع درمان.

| نتیجه آزمون                     | نتیجه آزمون |       | جمع  |       | عدم پی گیری |       | نحوه پی گیری                  |
|---------------------------------|-------------|-------|------|-------|-------------|-------|-------------------------------|
|                                 | درصد        | تعداد | درصد | تعداد | درصد        | تعداد | متغیر                         |
| $(P < ۰/۹۵)$                    | ۱۰۰         | ۳۴    | ۴۴   | ۱۵    | ۵۶          | ۱۹    | ابتلاء اطرافیان به سل         |
|                                 | ۱۰۰         | ۱۶۶   | ۵۱   | ۸۵    | ۴۹          | ۸۱    | بلی<br>خیر                    |
| $X^2 < ۶/۲۶$<br>$P < ۰/۰۱$      | ۱۰۰         | ۴۷    | ۶۶   | ۳۱    | ۳۴          | ۱۶    | مشکل جهت مراجعه               |
|                                 | ۱۰۰         | ۱۵۳   | ۴۵   | ۶۹    | ۵۵          | ۸۴    | بلی<br>خیر                    |
| $X^2 \leq ۶/۲۷$<br>$P < ۰/۰۴$   | ۱۰۰         | ۱۷    | ۶۵   | ۱۱    | ۳۵          | ۶     | علت مشکل                      |
|                                 | ۱۰۰         | ۳۰    | ۶۷   | ۲۰    | ۳۳          | ۱۰    | ضعف جسمی                      |
|                                 | ۱۰۰         | ۱۵۳   | ۴۵   | ۶۹    | ۵۵          | ۸۴    | دور بودن فاصله<br>نداشتن مشکل |
| $X^2 \leq ۱۹/۰۱$<br>$P < ۰/۰۰۸$ | ۱۰۰         | ۶۹    | ۳۵   | ۲۴    | ۶۵          | ۴۵    | مدت تشخیص به ماه              |
|                                 | ۱۰۰         | ۸۴    | ۶۱   | ۵۱    | ۳۹          | ۳۳    | ۱-۶                           |
|                                 | ۱۰۰         | ۱۴    | ۲۱   | ۳     | ۷۹          | ۱۱    | ۷-۱۲                          |
|                                 | ۱۰۰         | ۱۲    | ۷۵   | ۹     | ۲۵          | ۳۲    | ۱۳-۱۸                         |
|                                 | ۱۰۰         | ۲۱    | ۶۲   | ۱۳    | ۳۸          | ۸     | ۱۹-۲۴                         |
|                                 |             |       |      |       |             |       | ۲۵+                           |
| $X^2 \leq ۸/۶۴$<br>$P < ۰/۰۳$   | ۱۰۰         | ۸۴    | ۴۳   | ۳۶    | ۵۷          | ۴۸    | مدت درمان به ماه              |
|                                 | ۱۰۰         | ۹۰    | ۶۱   | ۵۵    | ۳۹          | ۳۵    | ۲-۶                           |
|                                 | ۱۰۰         | ۱۱    | ۳۶   | ۴     | ۶۴          | ۷     | ۷-۱۲                          |
|                                 | ۱۰۰         | ۱۵    | ۳۳   | ۵     | ۶۷          | ۱۰    | ۱۳-۱۸                         |
| $P < ۰/۲$                       | ۱۰۰         | ۱۰۳   | ۵۴   | ۵۶    | ۴۶          | ۴۷    | نحوه شروع درمان               |
|                                 | ۱۰۰         | ۹۷    | ۴۵   | ۴۴    | ۵۵          | ۵۳    | سرپاتی<br>بستری               |

بیران بیشتر بچشم می‌خورد (۹).

در این مطالعه مشخص شد که ۱۳۵ نفر واحدها (۶۸٪) در هر دو گروه را زنان تشکیل می‌دادند این یافته از این نظر اهمیت دارد که بهرحال زن مادر خانواده و در تماس دائم با گروه کودکان است لذا سلامت کودکان نیز تهدید می‌شود.

از یافته‌های بسیار چشمگیر در این پژوهش میزان بالای بیسوادی بوده است. بطوریکه ۱۶۱ نفر (۸۱٪) از مجموع بیماران را بیسوادان تشکیل می‌دادند چنانکه در میزان تحصیلات افراد افزایشی حاصل شود به همان نسبت میزان ابتلاء به بیماریها خصوصاً بیماریهای عفونی کاهش خواهد یافت (۱۰). لذا جهت کنترل بیماری سل هم سواد شرط لازم و ضروری می‌باشد. از نظر شغلی ۵۲٪ کل بیماران را زنان خانه دار تشکیل می‌دادند و از این تعداد ۵۴٪ عدم پی‌گیری درمان را نشان دادند در تفسیر می‌توان چنین نتیجه گرفت که این عده به ناچار از نظر وضعیت اقتصادی و درآمد وابسته به عضو دیگری از خانواده می‌باشند و چنانچه جهت مخارج درمان لازم شود مبالغه هزینه گردد امکان دارد فرد مسلول از ادامه درمان صرفنظر کند از طرفی منابع نیز بیماری سل را در زنان خانه دار بیشتر اعلام می‌کنند (۱۱).

به این ترتیب زنان خانه دار بیشتر در معرض آلودگی بوده و بالطبع کودکان نیز که مجاورین نزدیک آنها می‌باشند شانس بیشتر ابتلاء را خواهند داشت. لذا لزوم توجه بیشتر به زنان مشخص می‌شود به کلیه دست اندرکاران برنامه مبارزه با سل پیشنهاد می‌شود که به زنان توجه بیشتری مبذول داشته و این گروه را جزء افراد پر خطر جهت ابتلاء به سل و عدم پیگیری درمان به حساب آورده و در برنامه‌های پی‌گیری این اولویت را در نظر داشته باشند.

اکثریت واحدها در خانواده‌های ۶-۱۰ نفره زندگی می‌کردند ثابت شده است که در طبقات فقیر جامعه که اغلب تعداد زیادی افراد با هم در یک خانه زندگی می‌کنند

تعداد اعضاء خانوار ۵۲٪ از کل مبتلایان در خانواده‌های ۶-۱۰ نفره بوده‌اند. محل سکونت اکثریت بیماران در هر دو گروه در شهر بوده است.

در مورد ابتلاء اطرافیان به سل، در گروه پی‌گیری درمان ۵۶٪ و در گروه عدم پیگیری ۴۴٪ بیماران در خانواده هایشان فرد مسلول وجود داشته هم چنین با توجه به جدول شماره ۲ مشخص می‌شود که در بین کسانی که اظهار کرده‌اند جهت مراجعه مشکل دارند ۶۶٪ عدم پی‌گیری درمان داشته‌اند. با استفاده از آزمون انجام شده بین مشکل جهت مراجعه و نحوه پی‌گیری ارتباط معنی داری وجود دارد ( $P < 0/01$ ).

همچنین یافته جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که دور بودن فاصله بعنوان مهمترین مشکل مطرح گردید و ۶۷٪ از بیمارانی که با این مشکل مواجه بوده‌اند عدم پی‌گیری داشتند و در این مورد رابطه معنی دار آماری مشاهده گردید ( $P < 0/04$ ). همچنین ۶۵٪ بیماران که مدت شناخت بیماریشان بین (۶-۱۲ ماه) طول کشیده بود پی‌گیری درمان داشته‌اند در حالیکه ۶۲٪ از بیماران که مدت تشخیص بیماریشان بیشتر از ۲۵ ماه طول کشیده عدم پیگیری درمان داشته‌اند.

نتایج حاصله از بررسی هم نشان داد که بین دو متغیر ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ( $P < 0/008$ ) همچنین نتایج آزمون‌های آماری نشان داد که بین دو متغیر مدت درمان و نحوه پی‌گیری هم ارتباط آماری معنی داری وجود دارد، اما نحوه شروع درمان چه به صورت سرپایی و چه به صورت بستری در پی‌گیری یا عدم پی‌گیری ارتباط آماری معنی دار نشان نداد.

#### بحث:

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد در گروه سنی ۶۰ سال به بالا بیماری بیشتر بچشم می‌خورد این یافته با نتایج مطالعه‌ای که طی ۶ سال در آسیا انجام شده مطابقت دارد در آن مطالعه محققین دریافتند که بیماری سل بین

به علت تراکم جمعیت بیماری راحتی تر منتقل شده و در نتیجه درصد ابتلاء بالا می‌رود (۱۲). لذا با توجه به یافته‌های پژوهش آموزش و دادن آگاهی و اطلاعات هر چه بیشتر به خانواده‌ها ضروری به نظر می‌رسد لازم است کادر درمان خانواده‌ها را با مسائل ناشی از افزایش جمعیت آشنا و استفاده از خدمات تنظیم خانواده و بکارگیری روشهای پیشگیری از حاملگی به آنان تفهیم شود چرا که رها کردن این مسئله به دست طبیعت و عدم کنترل تعداد فرزندان اثرات نامطلوب در زندگی ایجاد می‌کند که پایه گذار محرومیت فرزندان و همچنین نسلهای آینده می‌شوند.

از نظر ابتلا سایر اعضاء خانواده به سل یافته نشان داد که ۵۶٪ بیماران با پیگیری و ۴۴٪ بیماران با عدم پیگیری فرد مسلول دیگری در خانواده دارند.

در مطالعه‌ای که در هندوستان نیز انجام شده ۵۲٪ بیماران با سل ریه تاریخچه‌ای از تماس را ذکر می‌کنند (۱۳).

در این مورد پیشنهاد می‌شود که به بیماران در مورد اطرافیان آنها و موارد مشکوک آموزش داده شود از سوی کادر درمان به بیماران تفهیم شود که اگر فردی در خانواده مشکوک به سل باشد بدون فوت وقت و هر چه سریعتر او را به مراکز درمانی جهت آزمایشات و معاینات ضروری معرفی نمایند و فراموش نکنند که تماس با آن فرد دیگران را هم در خطر ابتلا قرار خواهد داد به این ترتیب بیمار مسلول خود می‌تواند آموزشگر، پیام آور مرکز در جامعه و خانواده باشد. با توجه به جدول شماره ۲ مشخص می‌شود که بین دو متغیر نحوه پیگیری و وجود مشکل جهت مراجعه به درمانگاه ارتباط معنی دار وجود دارد بطوریکه ۶۶٪ بیماران که با مشکل روبرو بوده‌اند عدم پیگیری درمان را داشته‌اند.

پژوهشگران دریافته‌اند که دور بودن فاصله خانه تا کلینیک یکی از مهمترین مشکلاتی است که بیماران مسلول جهت مراجعه به درمانگاه با آن روبرو

هستند (۱۴).

در بیشتر شهرها و روستاها فاصله تا مرکز درمانی مشکل اساسی عدم پیگیری درمان بوده است به این ترتیب مسلولی سالیان دراز عفونی باقی مانده و دیگران را هم آلوده می‌سازند (۱۵).

در مطالعه دیگر تحت عنوان بررسی شکایات بیماران مسلول تحت درمان در غنا انجام دادند ملاحظه کردند که فاصله دور خانه تا کلینیک در افزایش شکست درمان نقش اساسی دارد محققین از مجموع مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که دور بودن خانه تا درمانگاه بعنوان یک عامل مهم در عدم پذیرش درمانی محسوب می‌گردد (۱۶). در این مورد پیشنهاد می‌شود که سیاست گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی بنحو مطلوبتری پیاده شود و داروهای ضد سل در اختیار تمام مراکز، خانه‌های بهداشت روستائی و شهری قرار گیرد تا تمام بیماران بتوانند بسهولة نسبت به دریافت داروی خود اقدام نمایند یا اینکه از طرف مراکز خدماتی مبارزه با سل سرویسهای جهت رفت و آمد بیماران مذکور در نظر گرفته شود تا این بیماران که اکثراً هم از طبقه فقیر هستند با مشکلی جهت ایاب و ذهاب روبرو نشوند. در این مطالعه بعد از این مسئله مهمترین مشکل جهت عدم پیگیری بیماران ضعف جسمی مطرح شد هر چند فاکتورهای دیگری مثل مشکلات مالی، معطل شدن زیاد در درمانگاه و رفتار نامطلوب مسئولین ممکن است از دیگر متغیرهایی باشد که در عدم پیگیری مؤثر بوده و در این مطالعه به آنها پرداخته شده است. یافته‌ها نشان داد که بین متغیرهای مدت تشخیص و مدت درمان با نحوه پیگیری ارتباط معنی دار آماری وجود دارد ( $X^2 = 19/01$  و  $8/64$ ).

محققین نیز در تحقیقات خود دریافته‌اند که بیماران مدتی پس از تشخیص بیماری و شروع درمان نسبت به مصرف دارو بی علاقه می‌شوند لذا علاقمند نبودن بیمار به مصرف دارو برای مدت طولانی یکی از مهمترین علل شکست درمان و کنترل بیماری سل می‌تواند باشد (۱۵) و

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که اکثریت بیماران را زنان تشکیل داده و عدم پی‌گیری در زنان بیشتر دیده می‌شود پیشنهاد می‌شود که پژوهشی اختصاصی تحت عنوان علل عدم پیگیری رژیم درمانی در زنان انجام گیرد.

#### کتابنامه:

- 1 - World health organization: Tuberculosis control and research strategies for the 1990. memorandum from awho metting: Bulletin of the world health organization. 70 (1): 17-21, 1992.
- 2 - وینترال و همکاران. درسنامه پزشکی اکسفورد. ترجمه: صادقی، ر. جلد دوم، تهران: مرکز نشر دانشگاهی تهران ۱۳۶۸ ع. ۷۰۸.
- 3 - Davidson, S.B: Initial Drug Regimens for the treatment of tuberculosis: Chest. 113 (6):1446, 1995.
- 4 - Preter S, et al: Combined chemotherapy including rifabutin for rifampicin and isoniazid resistance pulmonary tuberculosis. Eur respiratory jornal, 5: 680-684, 1992.
- 5 - تونز، کیت، تیلفورد سیلوریاورد، پسون، پرن. آموزش بهداشت، کارایی و تاثیر آن. ترجمه: فوزیان پور، ف. تهران: نشر و تبلیغ بشری، ۱۳۷۱ صفحه ۱۷۳.
- 6 - آملی، کد. درمان سل ریوی، مجله علمی انستیتوپاستور ایران شماره ۴، ۱۳۶۸، صفحه ۸۱-۶۶.
- 7 - Barnhoorn, Florie and Adrianse Hans: In search of factors responsible for noncompliance among tuberculosis patients in wardha District india: Social science medical. 3: 291-306, 1992.
- 8 - سالک، سی. «اطلاعیه سازمان بهداشت جهانی در رابطه با برنامه کنترل سل» دارو درمان ۹۰ (۱۰۸) دی ۱۳۷۱ صفحه ۵۹-۶۰.
- 9 - Rodericke Pj and cannelly SB. The problem of

۷). در این مورد پیشنهاد می‌شود که امکاناتی فراهم شود تا در کلیه مراکز بیماران تحت درمان با رژیم دارویی کوتاه مدت قرار گیرد همچنین پیشنهاد می‌شود که در داخل کشور هم بخش تحقیقات دارویی فعالیت‌ها شود و تحقیقات برای داروهای جدید گسترش یابند تا با تولید داروهای مؤثر و قابل استفاده برای رژیم‌های کوتاه مدت خودکفا شده و از طرفی دیگر بتوان این داروهای مؤثر و قابل استفاده برای رژیم‌های کوتاه مدت خودکفا شده و از طرفی دیگر بتوان این داروها را به آسانی در دسترس بیماران قرار داد و از سویی دیگر گستردگی بیشتر سیستم شبکه‌ها این امکان را فراهم می‌کند که دسترسی بیمار به مراکز راحت‌تر و مسیر وی کوتاه‌تر شود.

با توجه به جدول شماره (۲) مشخص می‌گردد که شروع درمان چه به صورت سرپایی و چه به صورت بستری تأثیری در پذیرش رژیم درمانی ندارد این مورد لزوم توجه بیشتر به امر آموزش بیماران را که عملاً در آن سهل انگاری می‌شود را نشان می‌دهد. عدم آموزش کافی بدلیل کمبود پرسنل پائین بودن میزان سواد و عدم آگاهی بیماران مورد بحث از یکسو و خستگی، احساس بهبودی نسبی، عدم سازگاری دارو در نزد بیمار از سوی دیگر عواملی را بوجود می‌آورد که موجب غیبت بیماران، اهمال در مصرف مرتب دارو و در نتیجه ناتمام ماندن درمان و مقاومت دارویی می‌گردد. مطالعات نشان داده که یکی از راههای کنترل سل استفاده از کارکنان بالانگیزه و مجرب در برنامه‌های مبارزه با سل می‌باشد (۱۷). بنظر می‌رسد افزایش آگاهی بیماران از رژیم درمانی و توصیه به مصرف مرتب دارو موجب نتیجه‌گیری از درمان و نهایتاً بهبودی می‌گردد در صورتیکه اغلب اوقات شکست درمان و عدم بهبودی هنگامیست که بیمار دارو را بطور مرتب مصرف نکرده و جهت اخذ دارو و پیگیری درمان طبق برنامه تنظیم شده از طرف مرکز درمانی مراجعه ننموده بنابراین همزمان با درمان سل بایستی از ارائه آموزش فرو گذاری بعمل نیاید.

- monitoring tuberculosis in inner city health district: integrated information is required: Public health. vol. 106, 1992.
- ۱۰۱۵ - پرتوی، م. «بررسی وضعیت پی‌گیری مسلولین». پایان نامه کارشناسی ارشد بهداشت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۶۹ صفحه ۵۰
- 11 - Westway, M.S." Knowledge and attitudes bout tuberculosis of black hospital lised TB patinet. Tubercle journal 1990, VI. 71, P: 55-59.
- ۱۲ - غفرانی پور، ف. بهداشت عمومی برای پرستاران، تهران بشری ۱۳۶۹ صفحه ۲۱۱.
- 13 - Shah, PR: Pulmonary tuberculosis in Ahmadabad Epidemiological - Diagnosis & short course chemotherapy India pediator 59: 435-442, 1992.
- 14 - Murthy MS, Krishna, and et al: Incidence of tuberculosis infection in south indian village with a single sputum positive case. AnEpidem- iological case study. I nd.J-Tub, vol: 38 123-129, 1991.
- 15 - Kim SJ, Hong YP Drug resistance of mycobacterium tuberculosis in Korea. Tubercle and lung disease, 37(4): 219-221, 1992.
- 16 - Vanderwerf ts, et al: Patient compliance with tuberculosis treatment in Ghana: factors influencing adherence to therapy in a rural service program: tubercle, 1992. 71:247-252, 1992.
- 17 - Hanburg, margaret A: The challange of controlling tuberculosis in New York city: New York state journal of medicine. 98(7): 291-294, july 1992.