

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

سیمین جهانی^۱، نسرین الهی^۲، اشکان شاهین‌زاده^۳، اشرف السادات حکیم^۴، سید محمود لطیفی^۵

چکیده

مقدمه: علی‌رغم اجرای استراتژی Dots، هنوز سل یکی از ده علل مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه است. عدم درمان پذیرش درمان سل، رژیم‌های درمانی نامناسب، ضعف اجرایی و مدیریتی برنامه‌های کنترل سل باعث افزایش بروز آن شده است. پذیرش درمان و اجرای صحیح آن تحت تأثیر عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، سطح آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به سل قرار می‌گیرد. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط بین کیفیت پیروی از دستورات دارویی و سطح آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به سل در شهر اهواز انجام شد.

روش: این پژوهش یک مطالعه توصیفی بود. ۱۶۷ نفر از بیماران تحت درمان به طریقه مبتنی بر هدف انتخاب گردیدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه، مشاهده، آزمایش خلط و آزمایش ادراری پوتس کوزارت استفاده گردید. روایی پرسشنامه به وسیله روش اعتبار محتوا و برای پایایی آن از روش انسجام درونی ابزار، با ضریب آلفا کرونباخ $\alpha=0/81$ استفاده گردید. جهت بررسی ارتباط بین متغیرها آزمون کای‌اسکوئر مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاکی از این می‌باشد که ۵۲/۷٪ بیماران پیروی کامل، ۳۵/۳٪ پیروی نسبی، و ۱۲٪ پیروی ضعیف از رژیم دارویی داشتند. ارتباط بین کیفیت پیروی از دستورات دارویی با سطح آگاهی ($p=0/017$)، و نگرش ($p=0/0001$) معنادار گردید.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که تنها نیمی از بیماران پیروی کامل از دستورات دارویی داشته‌اند. درمان ناقص به مراتب بدتر از درمان نکردن بیماری سل است، زیرا عدم نظارت و دقت در مصرف داروهای ضدسل منجر به پیدایش سل مقاوم به درمان می‌شود. همچنین نتایج بیانگر آن بود که عواملی مانند شناخت، نگرش، در کیفیت پیروی مؤثر بوده‌اند. به نظر می‌رسد که گنجاندن یک برنامه آموزشی مدون و مداوم در پروتکل درمانی بیماران ضروری است، تا به وسیله آن نیازهای آموزشی بیمار و خانواده وی برطرف شده، دانش آنان درباره بیماری و درمان آن افزایش یافته و در نحوه نگرش آنان به درمان نیز ارتقا حاصل شود.

کلید واژه‌ها: سل، پیروی از دستورات دارویی، آگاهی، نگرش

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۹/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۴/۵

۱ - عضو هیأت علمی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: jahanisimin@yahoo.com

۲ - عضو هیأت علمی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

۳ - کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

۴ - عضو هیأت علمی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

۵ - عضو هیأت علمی گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

مقدمه

بیماری سل که توسط میکوباکتریوم توبرکولوزیس ایجاد می‌شود، یکی از علل مهم مرگ و میر در جهان است. حدود ۹/۲ میلیون مورد جدید در سراسر جهان گزارش شده است و ۱/۷ میلیون مرگ در سال ۲۰۰۶ اتفاق افتاده است (۱). سل یکی از ده علل منجر به مرگ در کشورهای صنعتی است (۲). ایران با شیوع ۱۷/۵٪ و میزان بروز ۲۷٪ هزار دارای رتبه هفدهم از نظر ابتلا به سل در جهان است (۳ و ۴). در منطقه خوزستان میزان مرگ و میر ناشی از سل بین سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۶، ۳/۱۵٪ بوده است و این نشان می‌دهد که مدیریت سل در خوزستان همانند سایر کشورهای در حال توسعه، فاصله زیادی با کشورهای توسعه یافته دارد (۵). Dots = Directly Observed Treatment (درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم)، استراتژی توصیه شده سازمان بهداشت جهانی در کنترل سل است (۶). اگر چه اجرای این استراتژی باعث کاهش مرگ و میر ناشی از سل شده است، ولی دیده شده که سل هنوز علت مرگ‌هایی است که قابل پیشگیری هستند (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٪ بیماران مبتلا به سل، رژیم دارویی توصیه شده را ادامه نمی‌دهند که 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 تأثیر عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، میزان آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به سل قرار می‌گیرد. آرایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی با درک بهتر نگرش و سطح آگاهی بیماران، می‌توانند استراتژی‌های آموزشی دقیق‌تری را توسعه بخشند. نتایج نشان می‌دهد که وقتی سطح آگاهی بالا می‌رود، باعث ایجاد نگرش مثبت شده و در نهایت پذیرش درمان را افزایش می‌دهد (۸).

در مطالعه‌ای که توسط Clark و همکاران در ترکیه انجام گردید، مشخص شد بیماران مسلولی که

آگاهی بهتری داشته‌اند و یا از آموزش کافی بهره‌مند شده بودند، پیروی بهتری داشته‌اند (۱۱). نتایج پژوهش Mweemba و همکاران در زامبیا نشان داد که بین نگرش و پذیرش درمان در بیماران مسلول رابطه‌ای مثبت وجود دارد، ولی بین سطح آگاهی و پذیرش درمان ارتباط معناداری مشاهده نگردید (۸). در مطالعه Okanurak و همکاران در تایلند، نتایج نشان داد که بیماران با آگاهی بیشتر پذیرش درمان بهتری داشته‌اند (۱۲).

علی‌رغم به کارگیری استراتژی Dots از سال ۱۹۹۷ در خوزستان، هنوز میزان مرگ و میر ناشی از سل در این منطقه قابل قبول نیست (۱۳).

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

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که به بررسی ارتباط کیفیت پیروی از دستورات دارویی با سطح آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به سل پرداخته است. مطالعه بین ماه‌های مهر تا بهمن ۱۳۸۷ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سل بودند که دارای پرونده در مراکز بهداشت شهر اهواز بوده، حداقل دو ماه تحت درمان با داروی ضد سل قرار داشته، بالاتر از ۱۲ سال سن و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند. در صورت انتقال پرونده درمانی به مراکز بهداشت شهرستان‌های دیگر، و بستری در بیمارستان به علت عوارض ناشی از سل و یا بیماری‌های دیگر، نمونه از مطالعه خارج می‌گردید. اجازه‌نامه کتبی از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور گرفته شده و همچنین پس از توضیح اهداف پژوهشی برای نمونه‌ها، از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. نحوه نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف بوده و ۱۶۷ نمونه انتخاب گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل چک لیست، پرسشنامه، انجام تست ادراری Potts-Cozart و آزمایش رنگ‌آمیزی Acid-Fast Bacili بود که با استفاده از دو روش مشاهده و مصاحبه تکمیل گردیدند. چک لیست و

پرسشنامه تنظیم شده از سه بخش تشکیل می‌شد. بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک، و بخش دوم شامل سؤالات بررسی 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. ابزار مورد استفاده دیگر تست ادراری پوتس - کوزارت بود. این تست یک آزمایش ساده است که جهت جستجوی متابولیت‌های حاصل از ایزونیازید در ادرار انجام می‌شود. روش انجام آزمایش بدین صورت است که ۴ قطره از ادرار بیمار داخل یک لوله آزمایش حاوی ۳۰ میلی گرم پودر اسید باربیتوریک ریخته و با آن آمیخته می‌گردد. سپس دو قطره از محلول سیانیدپتاسیم (با غلظت ۵g/dl) به آن اضافه می‌نماییم و به دنبال آن دو قطره از محلول کلرآمین تی (با غلظت ۱۴g/dl) به آن افزوده می‌شود و لوله حدود ۱۰ ثانیه مختصراً تکان داده می‌شود. تغییر رنگ ادرار به سمت آبی تیره یا آبی فیروزه‌ای ملاک مثبت بودن آزمایش و وجود متابولیت‌ها در ادرار است. عدم تغییر رنگ یا زرد کدر ماندن ادرار ملاک منفی بودن تلقی می‌گردد (۱۵). ابزار مورد استفاده دیگر بررسی اسمیر خلط بیماران از نظر وجود باسیل سل بود که پس از اخذ نمونه خلط از بیماران، جهت بررسی به آزمایشگاه‌های رفرانس مرکز بهداشت اهواز ارسال می‌گردید. مشاهده رنگ ادرار بیماران نیز روش دیگری بود که در این پژوهش جهت بررسی مصرف داروی ریفامپین مورد استفاده قرار گرفت.

بیماران بر اساس امتیاز دریافتی، به سه گروه پیروی کامل، پیروی نسبی و پیروی ضعیف تقسیم‌بندی گردیدند. موارد بررسی جهت تعیین کیفیت پیروی بر اساس منابع موجود و نظر اساتید فارماکولوژی و متخصصین بیماری‌های عفونی، عبارت بودند از: 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 می‌گرفت. در صورتی که بیمار مبتلا به سل ریوی ۸ امتیاز کسب کرده باشد، پیروی کامل، و در صورتی که امتیاز بین ۴ تا ۷ کسب کرده باشد پیروی نسبی، و اگر امتیاز کمتر از ۴ کسب کرده باشد پیروی ضعیف تلقی می‌گردد. در مورد مبتلایان به سل خارج ریوی و سل ریوی خلط منفی، از آنجا که مورد ۴ مورد بررسی قرار نگرفت، کسب امتیاز ۶ نشانه پیروی کامل، امتیاز ۴ تا ۵ پیروی نسبی و امتیاز کمتر از ۴ پیروی ضعیف محسوب گردید (۱۵ و 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 چهار گزینه‌ای 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.

پس از گردآوری داده‌ها، اطلاعات حاصله به کمک نرم‌افزار SPSS v.15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون کای اسکوئر استفاده شد.

یکی از محدودیت‌های پژوهش، نتایج کاذب آزمایشگاهی بود، که احتمال داشت در نتایج پژوهش تأثیر بگذارد. بنابراین بیشترین دقت در انجام آزمایشات صورت گرفت.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که ۴۷/۹٪ واحدهای مورد مطالعه در محدوده سنی ۲۱ تا ۴۰ سال قرار داشتند. ۵۸٪ از نمونه‌ها مرد، و ۶۲٪ متعلق به قوم عرب بودند. ۳۱٪ واحدهای مورد مطالعه خانه‌دار، و ۵۴٪ دارای تحصیلات

زیردیلم بودند. $54/5\%$ نمونه‌ها متأهل، و 70% مبتلا به سل ریوی، و مابقی مبتلا به سل غیر ریوی بودند. حدود نیمی از بیماران ($52/7\%$) پیروی کامل از دستورات دارویی داشتند. همچنین، $35/3\%$ از بیماران پیروی نسبی و 12% نیز پیروی ضعیف داشتند. بیشترین تعداد بیماران مورد مطالعه ($74/8\%$) دارای نگرش مثبت به درمان بودند. یافته‌ها نشان دهنده ارتباط بین کیفیت پیروی از دستورات دارویی و نگرش بیماران می‌باشد. از نظر آماری ارتباط بین کیفیت پیروی و نگرش به درمان با $p=0/0001$ به شدت معنادار شد (جدول شماره ۱).

بیشترین تعداد بیماران مورد مطالعه، مربوط به بیماران با سطح آگاهی خوب ($71/25\%$) بوده است. یافته‌ها نشان‌دهنده ارتباط بین کیفیت پیروی از دستورات دارویی و سطح آگاهی بیماران می‌باشد. از آن جایی که در تعیین ارتباط کیفیت پیروی در سه سطح کامل، نسبی، ضعیف، با سطح آگاهی، ضوابط استفاده از تست کای‌دو وجود نداشت، لذا سطوح پیروی به دو بخش کامل و غیر کامل دسته‌بندی گردید، تا آزمون آماری کای‌دو معتبر شود. ارتباط بین دو متغیر سطح آگاهی و کیفیت پیروی از نظر آماری با $p=0/017$ معنادار گردید (جدول شماره ۲).

جدول ۱- تعیین ارتباط بین کیفیت پیروی از دستورات دارویی و نگرش بیماران

p-value	جمع	ضعیف		نسبی		کامل		پیروی نگرش
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
0/0001	125	1/6	2	36	45	62/4	78	مثبت
	42	42/9	18	33/3	14	23/8	10	منفی

جدول ۲- تعیین ارتباط بین کیفیت پیروی از دستورات دارویی و سطح آگاهی بیماران

p-value	جمع	غیر کامل		کامل		پیروی سطح آگاهی
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	
0/017	119	40/3	48	59/7	71	خوب
	38	65/8	25	34/2	13	متوسط
	10	60	6	40	4	ضعیف

بحث

یافته‌ها نشان می‌دهد که تنها نیمی از بیماران پیروی کامل از دستورات دارویی داشته‌اند. در مطالعه‌ای که خلیلی و همکاران در تهران در مورد پیروی از رژیم دارویی ضد سل انجام دادند، نیز بیان شده است که بر اساس دسته‌بندی میزان پیروی، 45% از بیماران پیروی عالی، 25% پیروی خوب و 30% پیروی ضعیف داشتند (۱۴). ولی در مطالعه اعرابی و چنگیز در اصفهان، $25/5\%$ پیروی ناقص، $61/8\%$ پیروی نسبی، و فقط $12/7\%$ پیروی کامل داشتند (۱۰). این در حالی است که در مطالعه Mweemba و همکاران در زامبیا، $80/8\%$ نمونه‌ها دارای پیروی کامل از رژیم درمانی بودند (۸). به نظر می‌رسد تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و روش ارزشیابی پیروی از دستورات دارویی، باعث ایجاد نتایج متفاوتی در مطالعات مختلف شده است.

یافته‌ها بیانگر آن است که بیشترین تعداد بیماران مورد مطالعه ($74/8\%$) دارای نگرش مثبت به درمان بوده‌اند. در مطالعه پیشکارمفرد و همکاران نیز 77% از بیماران مسلول

تحت مطالعه نمره نگرش مثبت را کسب کردند (۱۶). همچنین از نظر آماری ارتباط بین کیفیت پیروی و نگرش به درمان به شدت معنادار گردید ($p=0/0001$). این بدین معنی است که بیماران با نگرش مثبت به درمان، تمایل بیشتری به پیروی از درمان داشته‌اند. در مطالعه Mc.Donnel و همکاران بیان شده است که باور به مفید بودن درمان شدیداً با میزان پیروی از رژیم دارویی ارتباط داشته است ($p<0/001$) (۱۷). در پژوهش Mweemba و همکاران نیز $89/4\%$ نگرش مثبت را گزارش کرده‌اند و بین نگرش و پذیرش درمان ارتباط معناداری وجود داشت (۸).

نتایج نشان می‌دهد بیشترین تعداد بیماران مورد مطالعه مربوط به بیماران با سطح آگاهی خوب ($71/25\%$) بوده است. در حالی که در مطالعه پیشکارمفرد و همکاران، 47% از بیماران مسلول تحت مطالعه دارای سطح آگاهی خوبی بودند (۱۶). همچنین بین کیفیت پیروی از دستورات دارویی و سطح آگاهی از درمان ارتباط آماری معنادار مشاهده گردید ($p=0/017$)، که مؤید این مطلب است که آگاهی بیشتر، منتج به پیروی بهتر شده است. کلارک و همکاران نیز در رابطه با بررسی تأثیر

آموزش بر پیروی از درمان ضدسل مطالعه‌ای را در ترکیه انجام دادند که نتایج مطالعه نشان داد که بیمارانی که آگاهی بهتری داشته‌اند و یا از آموزش کافی در مورد بیماری و درمان بهره‌مند شده بودند، میزان پیروی بهتری داشته‌اند ($p < 0.05$) (۱۱). ولی در مطالعه Mweemba و همکاران، بیشتر نمونه‌ها (۴۹٪) آگاهی متوسطی داشتند و بین سطح آگاهی و پذیرش درمان ارتباط معناداری وجود نداشت (۸).

که آن هم به نوبه خود سبب کاهش اثرات مخرب جسمی - روانی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی سل خواهد گردید. با توجه به ارتباط آگاهی و نگرش با کیفیت پیروی از دستورات دارویی در بیماران مسلول، پرستاران می‌توانند با برنامه‌ریزی آموزشی بر اساس نیازهای بیماران، بهبود نگرش آنان، نظارت و پیگیری صحیح و مداوم، از درمان ناقص جلوگیری نمایند.

نتیجه‌گیری

از آنجا که سل یک بیماری اجتماعی است، توجه به عوامل کاهنده کیفیت پیروی و سعی در حذف این عوامل، سبب کمک به درمان بهتر سل در سطح جامعه خواهد شد

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمام کسانی که در تدوین و نگارش این مطالعه، ما را همراهی نموده‌اند، اعلام می‌دارد.

منابع

- 1 - World Health Organisation. WHO Report 2008: Global Tuberculosis control, surveillance, planning, financing. WHO/HTM/TB/. 2008; 393: 109-112.
- 2 - World Health Organization. Top Ten Leading Causes of Death, by Income Group 2005 Projections [Online]. 2007. Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310.pdf>
- 3 - World Health Organization: Global Tuberculosis Control [Online]. Report 2000. Available from: URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_TB_2000.275.pdf
- 4 - Iranian Center of Control and Prevention of Diseases. Epidemiological situation of tuberculosis in Iran. Ministry of health, 2002.
- 5 - Alavi M, Salami N. The Causes and Risk Factors of Tuberculosis Deaths in Khuzestan. Acta Medical Iranica. 2007; 47(2): 89-92.
- 6 - WHO (2002) An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control. WHO/CDS/TB/2002.297. Geneva: World Health Organization. 23 p. Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_CDS_TB_2002.297.pdf. Accessed: 12 October 2006.
- 7 - World Health Organization. TB/HIV: A Clinical Manual [Online]. 2004. Available from: URL: <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): 121-128.
- 9 - Miller B, Snider DE Jr. Physician Noncompliance with Tuberculosis Preventive Measures. Am Rev Respir Dis. 1987; 135: 1-2.
- 10 - Erabi A, Changiz T, Darani A, Javadi A, Soleimani B. Baresie Chegoonegie Peirovie az Dastoorate Darooie dar Bimarane Mobtala be cell va Ertebate an ba Barghi Avamel. Majale Parastari va Mamaie Isfahan. 1377; 10(3): 4-9.
- 11 - Clark PM, Karagoz T, Apikoglu S, Izzettin F. Effect of Pharmacist Led Patient Education on Adherence to Tuberculosis Treatment. American Journal of Health System Pharmacy. 2007; 64(5): 497-505.
- 12 - Okanurak K, Kitayaporn D, Akarasevi P. Factors contributing to treatment success among tuberculosis patients: a prospective cohort study in Bangkok. The International Journal of Transmission And Lung Disease. 2008; 12(8): 1160-1165.
- 13 - Mirhaghani L, Nasehi M. National Tuberculosis Program in Iran, Ministry of Health. Nashre Seda. 2002; 15-20.
- 14 - Khalili H, Dashti-Khavidaki S, Sajadi S, Hajiabolbaghi M. Assessment of Adherence to tuberculosis Drug Regimen. Daru. 2008; 16(1): 47-50.
- 15 - Schraufnagel D. Testing for Isoniazid Compliance. Chest. 1990; 52: 189-195.
- 16 - 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; 3(8): 153-160.
- 17 - McDonnell M, Turner J, Weaver MT. Antecedents of Adherence to Antituberculosis Therapy. Public Health Nursing. 2002; 18(6): 392-400.

Related of knowledge and attitude with medication control of tuberculosis patients referring to ahwaz anti T.B center

Jahani¹ S (MSc.) - Elahi² N (MSc.) - Shahinzade³ A (MSc.) - Hakim⁴ A (MSc.) - Latifi⁵ M (MSc.).

Introduction: Although directly observed treatment (DOT) strategy had decreased TB mortality, but, in developing countries, TB is yet the leading cause of preventable deaths. The most important reason for inefficiency of treatment is noncompliance on the part of the patient, That it caused not only increasing of probability of recurrence and multi drug resistance, but also formation of prejudicial personal, social, psychological and economical effects.

Methods: This was a descriptive- analytical study that carried out to assess quality of adherence to tuberculosis drug regimen and its relation to knowledge and attitude factors in patient's referred to health centers of Ahwaz. The sample size included 167 patients in course of TB treatment that selected randomly and based on aim. A questionnaire, observation, sputum smear, potts - cozart test (for detect of isoniazide metabolites in urine) was used to data collection. Reability of questionnaire was determined by alpha-cronbach correlation method ($\alpha=0.81$).

Results: Showed that 52.7 percent of patient had good adherence to drug regimen, 35.3% had midscore adherence and 12% had poor. In the case of relation between adherence and knowledge and attitude factors showed that statistical meaningful relation found between adherence and knowledge ($P=0.017$), attitude ($P=0.0001$).

Conclusion: Results showed that some factors such as cognition, attitude were effective on quality of adherence. It seems that it is required to containing a compiled and continious education for patients in treatment protocols. This is resulted in increasing of knowledge of patients and their family and promote of their attitude about disease and treatment.

Key words: Tuberculosis, Drug regimen Adherence, knowledge, Attitude

1 - Corresponding author: Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Medical and Surgical Department, Jondishapur University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

e-mail: jahanisimin@yahoo.com

2 - Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Medical and Surgical Department, Jondishapur University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

3 - Master Degree in Nursing, Jondishapur University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

4 - Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Pediatric Department, Jondishapur University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

5 - Instructor, Faculty of Health, Biostatistics Department, Jondishapur University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran