ویژگی‌های جمعیتی و عوامل اجتماعی مؤثر بر قطع درمان سل: یک مطالعه مروری

سیمین کاظمی[1]

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره یازدهم/ شماره ۱/ بهار و تابستان ۱۳۹۹

چکیده

مقدمه: یکی از چالش های اساسی در کنترل بیماری سل، قطع درمان سل است که تحت تأثیر عوامل مختلف، از جمله عوامل اجتماعی رخ می دهد. هدف این مطالعه، تعیین ویژگی های جمعیتی و عوامل اجتماعی مؤثر بر قطع درمان سل بر اساس مطالعات انجام شده در ده سال اخیر است.

روش ها: این مطالعه مروری با بررسی مطالعاتی که در پایگاههای اینترنتی *sid, PubMed, Scopus, Google scholar* و *Magiran* در فاصله سالهای ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۹ منتشر شده بودند، انجام شد. کلید واژۀ اصلی انگلیسی*"Interruption of Tuberculosis Treatment"* و کلید واژه ی اصلی فارسی «قطع درمان سل» بود. از مجموع ۵۷۵ مطالعه به دست آمده، نهایتاً ۵۶ مورد بر اساس ملاک های ورود و خروج، مناسب بودند و داده ها از آنها به دست آمد و از هر مطالعه ویژگی های جمعیتی و عوامل اجتماعی استخراج شدند.

نتایج: در مقالات مرور شده شایعترین ویژگی های جمعیت شناختی قطع درمان سل شامل جنس مذکر و بی سوادی، تحصیلات کم، درآمد پایین و بیکاری و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن شامل مشکلات مرتبط با سیستم بهداشتی درمانی، اعتیاد، انگ و بدنامی، فقر و فقدان حمایت اجتماعی بود.

بحث و نتیجه گیری: علاوه بر مشکلات سیستم بهداشتی درمانی آنچه مقابله با سل را دشوار می کند، زمینۀ اجتماعی به وجود آورنده آن است که وقتی بدون تغییر بر جای خود باقی بماند، تأثیر منفی اش را که تداوم بیماری و دشواری درمان بیماری است، اعمال می کند.

واژه های کلیدی: سل، قطع درمان، ویژگی های جمعیتی، عوامل اجتماعی

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
Email: drsiminkazemi@gmail.com

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

مقدمه

سل یکی از ده علت عمده مرگ در جهان و همچنان یک بیماری با بار بالا است. پیشرفت در مبارزه با سل اگر چه چشمگیر به نظر می رسد، اما برای بستن شکاف های ماندگار در این عرصه به اندازه کافی سریع نبوده است. در سال ۲۰۱۷ حدود ۱۰ میلیون نفر به سل مبتلا بوده اند که شامل ۵.۸ میلیون مرد، ۳.۲ میلیون زن و یک میلیون کودک می شود. در همان سال حدود ۱.۳ میلیون مرگ و میر در بین افراد مبتلا به سل *HIV* منفی و سیصد هزار مورد مرگ در بین افراد مبتلا به سل *HIV* مثبت اتفاق افتاده است (۱). در ایران، در سال ۱۳۸۵، تعداد افراد مسلول ۹۳۶۷ نفر با بروز ۱۳.۳ درصد بوده که در سال ۱۳۹۶ به ۸۸۱۹ نفر و میزان بروز ۱۰.۸۸ درصد رسیده است (۲).

از بیش از نیم قرن پیش تا به امروز تلاش برای کنترل و درمان این بیماری مهلک ادامه دارد و یکی از رسالت های پزشکی و نظام مراقبت سلامت در سطح جهانی و در سطح ملی مقابله با سل است. مهمترین دستاورد پزشکی برای کنترل سل، برنامه درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم *DOTS* است. مطالعات انجام شده در مناطق مختلف دنیا حاکی از آن است که با اجرای این برنامه میزان دستیابی به موفقیت درمانی معادل ۹۰ تا ۹۵ درصد و حتی بیشتر خواهد بود (۳) با این حال، این هدف محقق نشده و در بسیاری از نقاط جهان سل هنوز یک مشکل بهداشتی مهم محسوب می شود.

فهمِ چرایی ناموفق بودن کنترل سل علیرغم اجرای چنین برنامه ای، نیازمند گذر از رویکرد پزشکی زیستی به مسأله سلامت و بیماری و روی آوردن به رویکردی اجتماعی است که بتواند ابعاد اجتماعی شکست مقابله با سل را تبیین کند. در این رویکرد اجتماعی سل فقط یک بیماری نیست که به علت مایکوباکتریوم توبرکلوزیس ایجاد شده و با شش ماه مصرف مداوم دارو درمان می شود، بلکه بیماری است که عموماً در شرایط اقتصادی و اجتماعی خاص بروز می کند و این شرایط ممکن است بر پذیرش درمان از طرف بیماران و میزان موفقیت درمان تعیین کننده باشد (۴).

عوامل اجتماعی سلامت شرایطی هستند که مردم در آن متولد می شوند، رشد می کنند، زندگی و کار می کنند و پیر می شوند. این شرایط به وسیله توزیع پول، قدرت و منابع در سطح جهانی، ملی و منطقه ای شکل می گیرند. تعیین کننده های اجتماعی عمدتاً مسئول نابرابری های سلامت و تفاوت غیرعادلانه و قابل اجتناب در وضعیت سلامت در بین و داخل کشورها هستند (۵). شرایط بد به سلامت بدتر می انجامد. یک محیط مادی ناسالم و رفتار ناسالم اثرات زیان آورمستقیم دارد، اما نگرانی ها و نا امنی های زندگی روزمره و فقدان محیط های حمایتی نیز بر سلامت تأثیرگذار است. عوامل اجتماعی سلامت، ده عامل شرایط اقتصادی اجتماعی، استرس، زندگی دوره کودکی، طرد اجتماعی، شغل، بیکاری، حمایت اجتماعی، اعتیاد، غذا و حمل نقل را شامل می شود که به آنها باید جنسیت و فرهنگ را نیز افزود (۶).

مروری بر تاریخچه بیماری سل، نشان می دهد که تأثیر عوامل اجتماعی در وقوع آن در قرن حاضر متفاوت از قرون گذشته بوده است. سل تا پیش از کشف درمان آنتی بیوتیکی مؤثر، افرادی از تمام طبقات اجتماعی را گرفتار می کرد و حتی چهره های مشهور سیاسی و فرهنگی و ادبی بسیاری بر اثر ابتلا به آن در گذشته اند، اما در جهانِ معاصر بیماری سل، عمدتاً گریبانگیر طبقات فرودست و مردم کشورهای کمتر توسعه یافته شده، به طوری که بیش از ۹۰ درصد موارد بیماری و مرگ ناشی از سل در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد (۳).

علیرغم آن که درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم در بسیاری از کشورها از جمله ایران به صورت رایگان و با مداخله فعال سیستم مراقبت سلامت انجام می شود، یکی از مشکلاتی که در روند درمان رخ می دهد، مشکل قطع درمان و پایبند نبودن بیماران به برنامه درمانی است. در واقع پایبند نبودن به درمان یک مشکل عمده در کنترل بیماری سل است(۷). اهمیت این مشکل آنجا روشن می شود که بدانیم درمان ناکامل و ناقص ممکن است پیامدهای بدتری نسبت به درمان نکردن بیماران داشته باشد و سلامت آنها را به مخاطره بیندازد. درمان ناکافی و ناکامل می تواند به شکست درمان،

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

عود بیماری، انتقال بیماری و افزایش مقاومت دارویی بیانجامد. مطالعات به ویژه بر این مورد اخیر تأکید دارند و نشان می دهند که قطع درمان و عدم تعهد به درمان سل موجب افزایش موارد مقاومت چنددارویی می شود (۸). علل قطع درمان از دو جنبه قابل بررسی به نظر می رسند. یک جنبه ی آن که متکی به پزشکی زیستی است متوجه فرد و مشکلات ناشی از بیماری و نوع درمان است که فرد به عللی مثل عوارض جانبی داروها، درمان را کنار می گذارد و جنبه ی دیگر علل اجتماعی قطع درمان هستند که ممکن است بیمار به علت شرایط اجتماعی و ساختاری از برنامه درمان باز بماند. در واقع پایبندی به درمان بیماری یک پدیده چند بعدی است که به علت برهمکنش چند دسته از عوامل ممکن است رخ دهد. این پنج دسته از عوامل که توسط سازمان بهداشت جهانی «ابعاد» نامیده شده اند، عبارتند از عوامل مرتبط با بیماری، عوامل مرتبط با درمان، عوامل مرتبط با بیمار، عوامل مرتبط با سیستم مراقبت سلامت و عوامل اجتماعی اقتصادی (۹). بر اساس مدل مفهومی آندرسن که برای توضیح استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی ارائه شده، افراد احتمالاً بر اساس ویژگیهای جمعیت شناختی، موقعیت در ساختار اجتماعی و باورهای مربوط به مزایای خدمات درمانی از خدمات سلامت استفاده می کنند (۱۰).

با توجه به چند بعدی بودن مسأله پایبندی به درمان، عوامل اجتماعی و ویژگی های جمیت شناختی نیز همچون عوامل زیستی می توانند برای موفقیت برنامه کنترل سل، تعیین کننده و واجد اهمیت باشند. درباره عوامل مختلف قطع درمان سل، مطالعات متعددی در کشورهای مختلف انجام شده است که بازخوانی و مرور آنها می تواند به روشن کردن وجه اجتماعی بیماری سل و درمان آن و رسیدن به شناختی جامع که مبتنی بر تجربیات مشترک بشر در جای جای جهان است، کمک کننده باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ویژگی های جمعیتی و عوامل اجتماعی قطع درمان بیماری سل بر اساس پژوهش های انجام شده در ده سال گذشته از ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۹ طراحی و اجرا شده است.

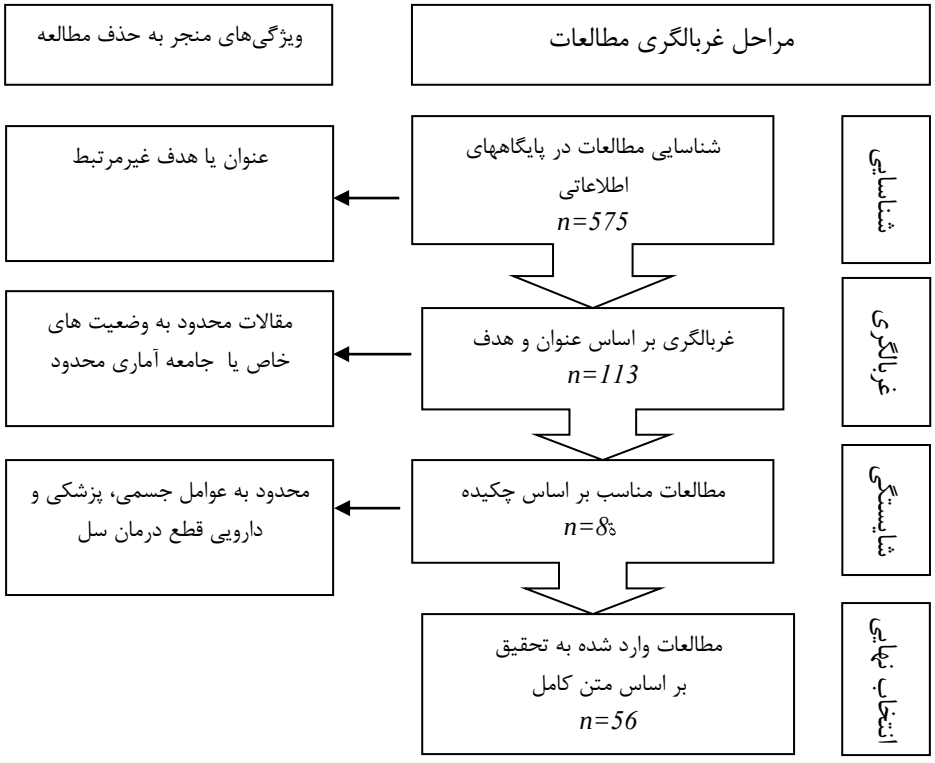
مواد و روش‌ها

این مطالعه مروری برای پاسخ به این سؤال که چه عوامل اجتماعی و ویژگی های جمعیتی بر قطع درمان سل مؤثر هستند، طراحی و اجرا شد. معیارهای ورود مطالعات به فرآیند بررسی شامل این موارد بود: مطالعه در بازه زمانی ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۹ انجام شده باشد، دسترسی به متن کامل آن وجود داشته باشد، متن کامل مقالات خارجی به زبان انگلیسی موجود باشد، مطالعه به ویژگی های جمعیتی و عوامل اجتماعی قطع درمان سل پرداخته باشد. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از نداشتن دسترسی به متن کامل مقاله، زبان غیر انگلیسی مطالعات بین المللی، محدود بودن مقاله به عوامل فردی، پزشکی یا دارویی مؤثر بر قطع درمان سل، محدود بودن جامعه آماری مقاله به اجتماعات و گروه های خاص مانند بیماران مبتلا به *HIV/AIDS* یا گروه های مبتلا به سل مقاوم به درمان.

به منظور یافتن مطالعات بین المللی مرتبط با هدف پژوهش، به پایگاههای اطلاعاتی *google scholar, PubMed ,Scopus* و برای یافتن مطالعات کشور ایران به دو پایگاه اطلاعاتی *SID* و *Magiran* رجوع شد. جستجو در تیرماه ۱۳۹۸ انجام شد. در این جستجو برای یافتن تمام مقالات احتمالی از کلیدواژه های مختلف انگلیسی و فارسی و در ترکیب های مختلف استفاده شد تا این جستجو شمولیت لازم را داشته باشد. از جمله در پایگاه *PubMed* از آنجا که کلیدواژه های *MeSH* برای یافتن مطالعات کافی نبود، برای جبران این نقص از کلیدواژه های دیگر نیز استفاده گردید. در جستجوی فارسی از درمان سل، قطع درمان سل، شکست درمان سل و عدم پایبندی به درمان سل استفاده شد. کلیدواژه های انگلیسی نیز *interruption* و *non-adherence*، *Default from*، *non compliance* در ترکیب با عبارت *Tuberculosis Treatment* بود. در جستجوی مطالعات بین المللی در پایگاههای مورد اشاره، بدون احتساب مقالات غیر انگلیسی ۴۸۴ مقاله به دست آمد (۹ مقاله به زبان غیر انگلیسی بودند). از این تعداد، ۳۷۶ مطالعه با بررسی عنوان و هدف از چرخه بررسی حذف شدند.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

در مرحله بعد از ۱۰۸ مقاله باقیمانده، با مطالعه چکیده ۳۱ مقاله به علت محدود بودن به وضعیت های خاص مانند بیماران *HIV/AIDS* و سل مقاوم به درمان حذف شدند. از باقیمانده مقالات که مشخصاً به ویژگی های جمعیتی و عوامل مؤثر بر قطع درمان سل پرداخته بودند، با مطالعه متن کامل مشخص شد، ۲۴ مقاله به عواملی مانند مشکلات جسمانی بیمار یا علل دارویی قطع درمان سل پرداخته اند که این مقالات نیز حذف شدند و نهایتاً ۵۳ مطالعه مناسب تشخیص داده شدند. در جستجوی مقالات فارسی نیز ۹۱ مقاله به دست آمد که از این تعداد در بررسی اولیه و بر مبنای عنوان پنج مطالعه مرتبط تشخیص داده شدند. بعد از مطالعه متن مقالات دو مقاله بی ارتباط بودند و سه مطالعه به فرآیند تحقیق وارد شدند. به این ترتیب با احتساب مطالعات فارسی و انگلیسی، در مجموع ۵۷۵ مطالعه شناسایی شد که در مرحله اول ۴۶۲ مطالعه از روند بررسی خارج شدند. از ۱۱۳ مقاله باقیمانده، بر اساس مطالعه چکیده مطالعات، ۳۱ مقاله حذف شدند. بعد از خواندن متن کامل ۸۲ مطالعه، مشخص شد که ۲۶ مطالعه به هیچ یک از عوامل اجتماعی و جمعیتی به عنوان عوامل قطع درمان سل نپرداخته اند و سایر عوامل را مورد بررسی قرار داده اند که کنار گذاشته شدند. در نهایت ۵۶ مطالعه مناسب تشخیص داده شد و وارد پژوهش شدند (نمودار شماره ۱). برای تحلیل داده ها ابتدا دو نفر مقالات را خوانده و ویژگی های جمعیت شناختی و عوامل اجتماعی مؤثر بر قطع درمان سل را به طور جداگانه استخراج کردند. پس از آن داده های استخراج شده، مورد مقایسه قرار گرفتند و با هم مطابقت داده شدند. در فرآیند بررسی مطالعات، سه نفر از متخصصان حوزه های پزشکی اجتماعی و جامعه شناسی نظارت داشتند و بعد از استخراج و تحلیل داده ها نیز صحت و استحکام آن توسط این سه نفر تأیید شد.



نمودار شماره ۱- فرآیند غربالگری و ورود مقالات به مطالعه

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

یافته‌ها

جدول شماره ۱ مطالعات بررسی شده را نشان می دهد. شایعترین ویژگی های جمعیت شناختی مرتبط با قطع درمان سل عبارت بودند از جنس مذکر، بی سوادی و تحصیلات کم، بیکاری، درآمد پایین، محل سکونت در روستا، مشکلات خانوادگی و سن.

عوامل اجتماعی مرتبط با قطع درمان سل نیز عبارت بودند از:

۱- مشکلات سیستم بهداشتی درمانی: شایعترین عامل مرتبط با قطع درمان سل، مشکلات نظام مراقبت سلامت و نوع مواجهه آن با بیماران مبتلا سل بود که در ۳۷ مطالعه به آن اشاره شده است. این مشکلات به سه بخش ساختار، کنشگران و دسترسی به مراکز قابل تقسیم است. در بخش ساختاری، تشخیص و درمان در بخش خصوصی، هزینه های آن، هزینه های اضافی پزشکی، شلوغی درمانگاهها، زمان انتظار طولانی قابل ذکر هستند. در بخش کنشگران مراقبت سلامت، رابطه ضعیف بین مراقب سلامت و بیمار، عدم ارائه اطلاعات کافی و لازم به بیماران و پیگیری نکردن مشکلات بیماران و همچنین نگرش و تبعیض علیه بیماران از مهمترین موارد هستند. دسترسی مشکل به مراکز درمان سل شامل دور بودن مرکز درمانی از خانه بیمار، مشکلات رفت و آمد و ناتوان بودن بیمار از پرداخت هزینه های رفت و آمد بود.

۲- اعتیاد: اعتیاد به سیگار، مواد مخدر و الکل در ۲۳ مطالعه به عنوان عامل مرتبط با قطع درمان سل ذکر شده اند. الکل در ۱۵ مطالعه، به عنوان عامل مرتبط با قطع درمان شناخته شده است.

۳- استیگما یا بدنامی: در ۱۵ مطالعه تشخیص داده شده که تشخیص سل یک وضعیت داغ خوردگی برای بیماران ایجاد می کند و موجب اختلال در روابط بین فردی، طرد از طرف خانواده، دوستان و تبعیض از طرف کارکنان بهداشتی می شود.

۴- فقر، مصادیق و تجلیّات آن: در ۱۵مطالعه، فقر و پایگاه اقتصادی- اجتماعی پایین، وضعیت نامناسب مسکن، محل سکونت، سوءتغذیه و ناامنی غذایی و بی خانمانی از عوامل مرتبط با قطع درمان سل بودند.

۵- حمایت اجتماعی: فقدان حمایت اجتماعی در ۸ مطالعه یکی از تعیین کننده های قطع درمان سل بود. بیمارانی که این حمایت را نداشته باشند، ممکن است درمان را کنار بگذارند و نتوانند آن را ادامه دهند.

۶- سابقه زندان: در ۵ مطالعه از مطالعات بررسی شده، سابقه زندان عامل تعیین کننده در قطع درمان سل بود.

جدول شماره ۱- مشخصات مطالعات بررسی شده

ردیف	سال	کشور	نویسنده اول (منبع)	ویژگی های جمعیتی و عوامل اجتماعی قطع درمان سل
۱	۲۰۰۹	چین	*Xu et al(11)*	مهاجر بودن، استیگما، نداشتن بیمه سلامت، بار مالی و هزینه های پزشکی اضافی، بی سوادی، طلاق گرفته یا بیوه
۲	۲۰۰۹	تایوان	*Chiang et al(12)*	مراجعه به سایر مراکز درمانی
۳	۲۰۰۹	اوگاندا	*Amuha et al(13)*	مصرف الکل، سیگاری بودن
۴	۲۰۱۰	غنا	*Boateng et al(14)*	وضعیت مالی، حمایت خانوادگی کم،استیگما، دور بودن فاصله از مرکز بهداشتی درمانی، نگرش مراقبین سلامت، مرد بودن
۵	۲۰۱۰	استونی	*Kliiman et al(15)*	مصرف الکل، بیکاری، سکونت در شهر، سابقه زندان
۶	۲۰۱۰	روسیه	*Belilovsky et al(16)*	مصرف الکل، سابقه زندان، بیکاری، محافظت کننده: سکونت در شهر، مرد بودن، سن ۲۵-۵۰ سال

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

۷	۲۰۱۰	ازبکستان	*Hasker et al(17)*	نیاز به مراقبت خانواده، رابطه ضعیف مراقبان سلامت و بیماران؛ فقدان اطلاعات بیماران درباره سل و درمان آن، این اعتقاد که سل درمان پذیر نیست، وضعیت بد بیمارستان های سل، هزینه های بستری
۸	۲۰۱۱	هند	*Gupta et al(18)*	درمان در بخش خصوصی، هزینه بالای درمان
۹	۲۰۱۱	کنیا	*Muture et al(19)*	درآمد پایین، مصرف الکل، فقدان دانش کافی درباره سل، مصرف داروهای گیاهی، مرد بودن
۱۰	۲۰۱۱	اوگاندا	*Lbireer et al(20)*	فاصله زیاد خانه تا کلینیک، انتظار طولانی در کلینیک، دسترسی به دارو، رفتار کارکنان، فقدان آموزش
۱۱	۲۰۱۲	ایران	شاهین زاده و همکاران (۲۱)	درآمد ماهیانه و اعتیاد، جنس مذکر
۱۲	۲۰۱۲	آفریقای جنوبی	*Finlay et al(22)*	تغییر محل سکونت در طی درمان، شرم داشتن از ابتلا به سل، مصرف الکل، نگرش ضعیف کارکنان بهداشتی، دریافت نکردن مشاوره کافی درباره بیماری، مراجعه به شفابخش های سنتی، احساس اینکه پرهیز غذایی در پایان دادن به درمان کمک کننده است.فقدان آموزش رسمی
۱۳	۲۰۱۳	آفریقای جنوبی	*Naidoo et al(23)*	فقر، مصرف بالای الکل و مصرف سیگار
۱۴	۲۰۱۳	هند	*Kulkarni et al(24)*	کارگر جنسی زن، فقدان دانش درباره اهمیت درمان منظم، مرد، سن ۱۵-۴۹ سال
۱۵	۲۰۱۳	مراکش	*Slama et al(25)*	سیگار کشیدن، مصرف الکل، فاصله بیشتر از ۳۰ دقیقه از درمانگاه، فقدان دریافت اطلاعات کافی درباره بیماری، مرد بودن
۱۶	۲۰۱۴	ارمنستان	*Sanchez-Padilla et al(26)*	عوامل شغلی مصرف الکل و مواد،
۱۷	۲۰۱۴	مالاوی	*Tabatabai et al(27)*	مسافرت، هزینه های رفت و آمد، سایر عوامل سوق دهنده شامل: حاملگی و زایمان، اعتقاد مذهبی، استیگمای درک شده یا وضع شده، دلایل مرتبط با مراقبین سلامت که شامل تبعیض های اعمال شده توسط آنها می شود
۱۸	۲۰۱۴	نیجریه	*Ibrahim et al(28)*	مصرف سیگار، نداشتن کرایه رفت و آمد، فاصله بیشتر از ۵ کیلومتر از کلینیک، فقدان آگاهی از دوره درمان، نگرش غیر دوستانه مراقبین سلامت، مرد، سن ۱۳-۳۷
۱۹	۲۰۱۴	ایران	آدینه و همکاران (۲۹)	سوء تغذیه، اعتیاد به مواد مخدر و سیگار، افزایش سن
۲۰	۲۰۱۵	آرژانتین	*Herrero et al(30)*	فقر، پایگاه اقتصادی اجتماعی پایین، محل سکونت بدون آب لوله کشی توالت بهداشتی، نیاز به بیشتر از یک وسیله نقلیه برای رسیدن به کلینیک،مرد
۲۱	۲۰۱۵	چین	*Tang et al(31)*	شاغل، فقدان دانش درباره درمان سل و میزان زمان بیشتر برای رسیدن به مرکز درمانی، سطح تحصیلات پایین تر
۲۲	۲۰۱۵	اتیوپی	*Amante et al(32)*	فقدان تماس با فرد در مواقع قطع درمان
۲۳	۲۰۱۵	اندونزی	*Putera et al(33)*	فقدان دانش و درک نادرست از درمان سل

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

۲۴	۲۰۱۵	ایران	*Jiba et al(34)*	ضعف حمایت اجتماعی و طرد از خانواده، انگ و بدنامی، مسائل مربوط به کار (مشغله زیاد یا بیکاری)، فقیر بودن، زندانی شدن، استعمال مواد مخدر
۲۵	۲۰۱۵	پاکستان	*Chida et al(35)*	عوامل سهیم در قطع درمان: تاثیر تشخیص سل و درمان بر روابط بین فردی. فقدان حمایت خانواده، استیگمای اجتماع محور، مشکل ازدواج، احساس گناه در قبال خانواده، بار مالی درمان و باورها درباره درمان سل، عوامل مالی و مرتبط با سیستم مراقبت سلامت (تعامل منفی مراقبین سلامت، زمان کلینیک، نارضایتی از سیستم مراقبت سلامت)، مرد بودن، سن ۳۵ تا ۵۹ سال یا ۶۰ سال و بالاتر،
۲۶	۲۰۱۵	پرو	*Lackey et al(36)*	مصرف مواد، مصرف الکل هفتگی، سابقه زندان، مرد بودن، کامل نبودن تحصیلات دبیرستان،
۲۷	۲۰۱۵	هند	*Gorityala et al(37)*	نداشتن پول، کارگر روز مزد، بارکاری، الکل، مرد، بی سوادی، سن ۳۵-۶۰
۲۸	۲۰۱۵	هند	*Roy et al(38)*	الکل، سیگار ، فاصله زیاد با مرکز، دانش ناکافی درباره سل، تعامل ناکافی بین بیمار و مرافب سلامت
۲۹	۲۰۱۶	هند	*Shameer et al(39)*	مصرف الکل
۳۰	۲۰۱۶	کنیا	*Masini et al(40)*	مرد بودن
۳۱	۲۰۱۶	کره	*Park et al(41)*	درآمد پایین، استیگما، درک یا اطلاعات نادرست درباره سل
۳۲	۲۰۱۶	کره	*Choi et al(42)*	مصرف سیگار و الکل، بیماران با وضعیت بد مسکن، کارگران صنعت خدمات و کارگران صنایع تولیدی و ساختمان، مرد و سن ۳۵-۴۹ سال، سطح تحصیلات پایین
۳۳	۲۰۱۶	نیجریه	*Adejumo et al(43)*	سیگاریها، بیمارانی که تحت نظارت حمایتگران درمان بودند و نه کارکنان مراقبت سلامت، بیمارانی که قبل از شروع درمان تحت مشاوره قرار نگرفته بودند، تحت درمان در کلینیک خصوصی
۳۴	۲۰۱۶	فیلیپین	*Thelma et al(44)*	الکل، دریافت هر نوع کمک از برنامه سل، دانش سل، سطوح بالای اعتماد و گرفتن حمایت از پزشک و پرستار
۳۵	۲۰۱۶	سودان	*Ahmed et al(45)*	سکونت در مناطق روستایی، تغییر آدرس یا نقل مکان، فقدان حمایت خانواده و شغل (کارگران یقه آبی)، فاصله تا کلینیک بیش از ۵ کیلومتر، سطح تحصیلات
۳۶	۲۰۱۷	برزیل	*Cardoso et al(46)*	سطح تحصیلات پایین، مرد بودن و سن پایین تر
۳۷	۲۰۱۷	اتیوپی	*Woimo et al(47)*	وضعیت شغلی (خانه دار و کشاورز)، هزینه حمل و نقل، نگرش مراقبین سلامت، داشتن یک ناظر بیمار، داشتن اطلاعات سلامت در هر ویزیت، اطلاعات ضعیف درباره سل و درمان آن، هزینه داروهای غیر از سل، فاصله و زمان درمانگاه تا خانه، تحصیلات

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

۳۷	۲۰۱۷	اتیوپی	*GugssaBoru et al(48)*	فقدان دسترسی به غذا، ، استیگما و تبعیض، ارتباط ضعیف بین مراقبین سلامت و بیماران، اعتقاد به سیستم شفابخش سنتی، در دسترس نبودن خدمات و تسهیلات سلامت نزدیک
۳۸	۲۰۱۷	کوزوو	*Krasniqi et al(49)*	محل سکونت روستا، اطلاعات ضعیف درباره پیش آگهی (به علت ارتباط ضعیف با مراقبین سلامت) سن ۱۶-۲۵ سال، تحصیلات کم
۳۹	۲۰۱۷	گینه نو	*Diefenbach-Elstob et al (50)*	حمایت اجتماعی، استیگما و تبعیض
۴۰	۲۰۱۷	پرو	*Culqui et al(51)*	مصرف مواد، فقر، آگاهی در مورد بیماری، دسترسی به خدمات مراقبت سلامت، مرد
۴۱	۲۰۱۷	آفریقای جنوبی	*Kigozi et al(52)*	مرد بودن، سن کمتر از ۲۴ سال،
۴۲	۲۰۱۷	سودان	*El-Muttalut et al(53)*	سکونت در مناطق روستایی و درآمد پایین تر، فقدان دانش و آگاهی درباره سل و درمان آن، ۴۰ سال و بالاتر، سطح تحصیلات پایین
۴۳	۲۰۱۷	تاجیکستان	*Wohlleben et al(54)*	مهاجرت به یک کشوردیگر، نقل مکان در داخل کشور، استیگما و مشکلات خانوادگی
۴۴	۲۰۱۷	اوگاندا	*Hassard et al(55)*	مردم بیماران سل را پس می زنند. عدم نیاز به ناظر (حمایتگر) درمان، مرد بودن،
۴۵	۲۰۱۸	برزیل	*Maciel et al(56)*	تراکم جمعیت، امید به زندگی پایین در بدو تولد، فقر و فقر مفرط، ضریب جینی درآمد، وضعیت محل سکونت (برق، جمع آوری زباله)، کیفیت نظارت بر درمان سل، بی سوادی
۴۶	۲۰۱۸	اریتره	*Gebreweld et al(57)*	از دست دادن شغل بعد از تشخیص، به خاطر بیمار بودن یا پیدا نکردن کار روزانه به علت برنامه درمانی و از دست دادن درآمد، فقدان غذای کافی، استرس و ناامیدی، فقدان حمایت اجتماعی، استیگما، فقدان دانش درباره سل، راه انتقال و درمان آن، فاصله خانه تا کلینیک، ، ارتباط کارکنان مراقبت سلامت و نگرش آنها به بیماران شان.
۴۷	۲۰۱۸	اتیوپی	*Habtamu et al(58)*	مصرف الکل، مشغول بودن به کاری دیگر، نبودن در خانه یا شهر، اطلاعات ضعیف درباره سل و درمان آن، رابطه ضعیف مراقب سلامت و بیمار
۴۸	۲۰۱۸	هاییتی	*Schnaubelt et al(59)*	ناامنی غذایی، استیگما، عدم ثبات سیاسی و آب و هوای نامساعد ناامن کننده رفت و آمد، مشکلات خانوادگی، مراکز انتفاعی خصوصی، هزینه رفت و آمد، زمان انتظار طولانی در درمانگاه، نفهمیدن پیامدهای قطع دارو، باور به عامل ماوراءالطبیعه بیماری و توسل به دعا و شفابخش های سنتی، فقدان مرکز بهداشت نزدیک خانه، ارتباط ضعیف بین مراکز بهداشت در مناطق جغرافیایی مختلف، مرد بودن، سن ۲۵-۳۴
۴۹	۲۰۱۸	هند	*Thomas et al(60)*	ارزیابی در یک مرکز با حجم بالای بیمار، فقدان اطلاعات تماس خوانا از بیمار، سن بیشتر از ۵۰

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

۵۰	۲۰۱۸	هند	*Bhattacharya et al(61)*	اعتیاد، نداشتن دستمزد روزانه، استیگما، فقر، مشکلات خانوادگی، ارجاع داده نشدن از کلینیک خصوصی، پزشکی دولتی را ضعیف و بد دانستن، فقدان آگاهی
۵۱	۲۰۱۸	اندونزی	*Ruru et al(62)*	دسترسی مشکل به مراقبت سلامت (فاصله یا هزینه رفت و آمد)، فقدان اطلاعات درباره سل راه انتقال و درمان آن و ندانستن پیامدهای قطع درمان، تجربه درمان (فقدان آموزش درباره سل توسط پرستار)، سن زیر ۳۵
۵۲	۲۰۱۸	سودان	*Ahmed et al(63)*	سکونت در روستا، شرایط و پایگاه اجتماعی، استیگمای مرتبط با سل، فقدان حمایت خانواده، نقل مکان یا آدرس اشتباه، هزینه رفت و آمد، فقدان دانش درباره سل، فاصله زیاد از کلینیک، به دنبال شفابخش های سنتی رفتن، نگرش مراقبان سلامت، تأخیر طولانی در به دست آوردن دارو، ضعف و چالش های تیم های پیگیری کننده بیمار،
۵۳	۲۰۱۸	پرتغال	*Costa-Veiga et al(64)*	سوء مصرف کننده موادبه روش تزریق، سن بیشتر از ۶۴ سال
۵۴	۲۰۱۹	چین	*Fang et al(65)*	درآمد سالانه، اطلاعات ضعیف درباره راههای انتقال و پیشگیری علائم مشکوک کننده سل، فقدان نظارت بر درمان، ویزیت های کارکنان، طلاق گرفته و بیوه،
۵۵	۲۰۱۹	هند	*Paunikar et al(66)*	سیگار و الکل، مرد
۵۶	۲۰۱۹	هلند	*Pradipta et al(67)*	بی خانمانی، وضعیت زندانی، سن ۱۸-۲۴

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته های مطالعه حاضر ویژگی های جمعیت شناختی مرتبط با قطع درمان سل شامل جنس مذکر، بی سوادی و تحصیلات کم، بیکاری و درآمد پایین، محل سکونت و مشکلات خانوادگی بودند. سن هم یکی از ویژگی های جمعیتی شناختی مرتبط با قطع درمان سل بود ولی یافته های مطالعات در مورد این متغیر مشابه نبودند. عوامل اجتماعی عمده مرتبط با قطع درمان سل نیز عبارت بودند از: مشکلات سیستم بهداشتی و درمانی، اعتیاد، استیگما یا انگ مرتب بر بیماری سل، فقر و پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین، فقدان حمایت اجتماعی و سابقه زندان.

برخی از یافته های مطالعه حاضر با یافته های *Munro* و همکاران (۲۰۰۷) که دریافتند عوامل ساختاری همچون فقر، زمینه اجتماعی و خدمات سلامت بر پایبندی به درمان سل مؤثرند(۶۸)، همسو است. علاوه بر این یافته های مطالعه حاضر با مطالعه *Tola* و همکاران که در سال ۲۰۱۴ منتشر شده است، نیز مطابقت دارد. در مطالعه یاد شده سه عامل اجتماعی مرتبط با قطع درمان سل فقدان هزینه های حمل و نقل، فقدان حمایت اجتماعی و رابطه ضعیف بیمار-کارکنان مراقبت سلامت بوده است (۶۹). یکی از یافته های مطالعه یعنی تأثیر مشکلات سیستم بهداشتی درمانی بر قطع درمان سل با یافته مطالعه مروری *Brasil* و *Braga* همخوانی داشت (۷۰).

بر اساس یافته های مطالعه حاضر، مردان عموماً بیشتر از زنان درمان را قطع کرده و به درمان تعهد کمتری دارند. به نظر می رسد این یافته بیش از اینکه تبیین فردی داشته باشد با وضعیت مشارکت اقتصادی و اجتماعی دو جنس قابل توضیح است. می توان این احتمال را مطرح کرد که چون مردان بیشتر از زنان در کار دستمزدی بیرون از خانه اشتغال دارند و از آنجا که عموماً ساعات کار مراکز مراقبت سلامت با ساعات

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

کار افراد شاغل همزمان است، ممکن است افراد شاغل که بیشتر مردان هستند، کمتر از زنان فرصت مراجعه و پیگیری درمان داشته باشند. از طرف دیگر زنان عموماً بیشتر از مردان از خدمات مراقبت سلامت استفاده می کنند و به مراکز درمانی رفت و آمد دارند (۷۱) که این نیز می تواند متأثر از جامعه پذیری جنسیتی و نقش های جنسیتی باشد که رفتارهای متفاوت را برای زن و مرد رقم می زند. علت دیگری که قابل طرح است، میزان بیشتر مردان مبتلا به بیماری سل نسبت به زنان است (۷۲) که ممکن است قطع درمان بیشتر در میان مردان، تابعی از همین اکثریت داشتن مردان بیمار مبتلا به سل باشد.

تحصیلات کمتر هم از ویژگی های جمعیت شناختی مرتبط با قطع درمان سل بود، که در توضیح آن می توان گفت، تحصیلات کمتر ممکن است باعث شود که افراد اطلاعات کمتری داشته باشند. علاوه بر تحصیلات، سطح درآمد پایین و بیکاری نیز از جمله عوامل مرتبط با قطع درمان سل در مطالعات مرور شده بودند. همان طور که آندرسن توضیح داده سطح تحصیلات و شغل و درآمد مؤلفه هایی هستنند که پایگاه اجتماعی فرد را می سازند و پایگاه اجتماعی از عواملی است که در استفاده از خدمات سلامت تعیین کننده است. بنابراین وضعیت نامطلوب بیماران در این سه مؤلفه می تواند از عوامل قطع درمان سل باشد (۱۰).

محل سکونت، و اینکه بیمار از لحاظ جغرافیایی، ساکن شهر باشد یا روستا از تعیین کننده های تداوم یا قطع درمان سل بود و سکونت در روستا با قطع درمان رابطه داشت. این یافته با مطالعه سیدآقا و همکاران که ارتباط ساختار همبستگی مکانی (فضایی) و زمان بهبودی بیماران مبتلا به سل ریوی در ایران را بررسی کرده اند (۷۳)، مطابقت دارد. به نظر می رسد زندگی در مناطق روستایی که دسترسی به درمان کمتر است موجب می شود تداوم درمان سل که طولانی مدت است دشوار شود. همچنین مسایل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که کیفیت زندگی در روستا را تحت تأثیر قرار می دهند در سوق دادن بیماران به قطع درمان دخیل است. علاوه بر این تغییر محل سکونت یا مسافرت نیز موجب شده بود که بیمار درمان خود را قطع کند. وقتی بیمار مجبور به تغییر محل زندگی اش می شود، ممکن است دسترسی او به مراکز درمان سل کمتر شود و نتواند داروهایش را تهیه و مصرف کند. مشکلات خانوادگی و سابقه زندان از دیگر عواملی هستند که با قطع درمان سل همراهی دارند. مشکلات خانوادگی بیماران که ممکن است ناشی از طرد و نپذیرفتن بیمار در خانواده باشند و سابقه زندان هم می تواند دلالتی بر وضعیت اجتماعی نامطلوب بیمار داشته باشد.

بر اساس یافته های مطالعه، مهمترین عامل مرتبط با قطع درمان سل، مشکلات نظام مراقبت سلامت است که شامل دو بخش ساختاری و عاملیت فردی می باشد. در بخش ساختاری، یک مشکل عمده دشواری در دسترسی به مراکز بهداشتی درمانی است. وقتی فاصله مرکز ارائه دهنده خدمات تشخیصی و درمانی سل دور از خانه بیمار باشد، بیمارانی که از امکانات و منابع کمتری برخوردار باشند، ممکن است به علت هزینه های حمل و نقل نتوانند به طور مرتب مراجعه کنند. به عنوان مثال در ایران بیماران تحت پوشش بعضی مراکز خدمات جامع سلامت زیرمجموعه مرکز بهداشت شرق تهران که عمدتاً در مناطق فقیرنشین جنوب شرق شهر تهران ساکن هستند، در صورت ضرورت برای مراجعه به پزشکان معالج شان یا انجام برخی آزمایش ها که تنها در بیمارستان مسیح دانشوری واقع در منطقه دارآباد امکان پذیر است با مشکل جدی مواجه اند. علاوه بر این، مراکز سلامت جامعه امکانات انجام آزمایش اسمیر خلط ندارند و بیمار باید مکرراً به درمانگاههای دیگر ارجاع شود. مشکلات دیگری مثل شلوغ بودن درمانگاه و زمان انتظار طولانی نیز بر تصمیم بیمار برای قطع درمان تأثیر می گذارد. در سطح عاملیت فردی رابطه کارکنان مراقبت سلامت اعم از پزشک یا کارشناس مبارزه با بیماریها با بیمار، اگر رابطه ای ضعیف و غیر دوستانه و مبتنی بر تبعیض باشد، ممکن بیمار را از ادامه درمان بیماری منصرف نماید (۶۹). در یک رابطه ضعیف و بد، بیمار تحت مناسبات نابرابر قدرت مورد بی توجهی قرار می گیرد، یا احساس تبعیض را در او ایجاد می کند. از طرفی در چنین رابطه ای پزشک یاکارکنان بهداشتی از ارائه اطلاعات صحیح و قابل فهم در مورد بیماری سل و

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

ضرورت قطع درمان و پیامدهای آن به بیمار غفلت می ورزند. همه این موارد ممکن است تصمیم به قطع درمان سل در بیمار را تقویت نمایند.

در این مطالعه مروری، اعتیاد از عوامل مرتبط با قطع درمان سل بود که این یافته از دو منظر رفتاری و جامعه شناختی قابل بحث است. از منظر رفتاری می توان به تأثیر اعتیاد بر عملکرد افراد اشاره کرد که ممکن است بر انگیزه آنها در تعقیب امور ضروری مانند درمان بیماری مهمی مثل سل تأثیر بگذارد. اما از منظری جامعه شناختی گرایش شدید به مواد مخدر در کشورهای نابرابرتر رایج تر است و بیشتر افرادی از طبقات اجتماعی پایین درگیر آن هستند. در توضیح آن هم گفته می شود که موقعیت دون در سلسله مراتب اجتماعی برای بیشتر افراد دردناک است، لذا کشف این نکته که مصرف مواد مخدر غیرقانونی نظیر کوکایین، ماری جوانا و هرویین در جوامع نابرابر رایج تر است تعجبی ندارد (۷۴). حال از آنجا که بیماری سل نیز مانند اعتیاد متأثر از شرایط اقتصادی و اجتماعی است، می توان انتظار داشت که وقوع قطع درمان در بیمارانی که همزمان مشکل اعتیاد دارند، بیشتر باشد.

از یافته های مهم این مطالعه، تأثیر استیگما یا انگ و بدنامی ضمیمه شده بر بیماری سل در قطع درمان توسط بیماران است. بیماری سل از جمله بیماریهایی است که به علت مسری بودنش و ارتباط آن با پایگاه اقتصادی- اجتماعی پایین، در یک وضعیت داغ خورده اجتماعی تثبیت شده است. استیگمای بیماری وقتی که افشاء می شود، فرد بیمار را در نظر دیگران بی اعتبار می کند و او را در معرض طرد و تبعیض قرار می دهد. از این رو ممکن است بیمار مبتلا به سل برای احتراز از داغ خوردگی تشخیص بیماری را نپذیرد و یا از ورود به روند درمان و تداوم آن خودداری ورزد و در واقع استیگما به عنوان یک مانع تشخیص و درمان سل عمل کند (۷۵)

فقر و پایگاه اقتصادی اجتماعی پایین عواملی هستند که در مطالعات مرور شده به طور جداگانه به ارتباط آنها با قطع درمان سل پرداخته شده است. در مطالعه جهانگرد و سرآبادانی تفرشی که عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر بیماری سل در استان های ایران بررسی شده اند، فقر مالی نقش تعیین کننده ای در کنترل و شیوع سل داشته است (۷۶). این سه عامل که در واقع محصول نابرابری های اجتماعی هستند، از مهمترین تعیین کننده های اجتماعی سلامت هستند که جایگاه فرد را در دسترسی به سلامت شکل می دهند. نابرابری اجتماعی و نابرابری سلامت به یکدیگر مرتبط بوده و هر دو محصولی از سازمان اجتماعی جامعه هستند. اگر نابرابری اجتماعی کاهش داده شود و سپس بر اساس خط مشی های کاهش نابرابری، سلامت بهبود بخشیده شود آن گاه کل جامعه سود خواهد برد (۷۱). بیماری سل در زمینه نابرابری های اقتصادی و اجتماعی و فقر رخ می دهد و لاجرم درمانش هم متأثر از چنین شرایطی است. از این منظر تا وقتی جامعه به گونه ای سازمان نیابد که نابرابری در آن به حداقل برسد، بیماری سل در کنار سایر بیماری ها و مسائل و آسیبهای اجتماعی لاینحل باقی خواهد ماند.

مطابق یافته های این مطالعه، فقدان حمایت اجتماعی از جمله عواملی است که ممکن است فرد را به قطع درمان بیماری سل سوق دهد. حمایت اجتماعی یکی از تعیین کننده های سلامت است که وقتی نباشد بار بیماری را بر دوش فرد، سنگین تر و پیامدها را برای او تشدید می کند. حمایت اجتماعی که از شبکه اجتماعی و روابطی که فرد در آن قرار دارد، قابل انتظار است، در چهار بعد عاطفی، مادی اطلاعاتی و ارزیابی به او کمک می کند که بهتر بتواند با شرایط بیماری و ناتوانی مقابله کند. بیماری سل از جمله بیماری هایی است که حمایت اجتماعی نقش مهمی در درمان آن دارد و در مطالعات هم به اهمیت این متغیر پرداخته شده است. چنانکه مطالعه ذکری دارایی و همکاران نشان داد که حمایت اجتماعی، بر تاب آوری بیماران مبتلا به سل تأثیر مستقیم دارد (۷۷). بیماران سل ممکن است به علت استیگمای بیماری و احتمال طرد، حمایت خانواده و اطرافیان را از دست بدهند و از آنجا که این بیماران عمدتاً متعلق به طبقات فرودست هستند، شاید نتوانند به تنهایی راه درمان بیماری شان را بپیمایند. از این رو حمایت اجتماعی به عنوان یک ضرورت، باید در برنامه درمان سل منظور شود و نهادهای اجتماعی برای تأمین آن وارد عمل شوند. چنین مداخلات و حمایت هایی می توانند بیمار را به

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

درمان پایبند کنند. مطالعه ***Skiles*** و همکاران در اوکراین نشان داد که احتمال قطع درمان سل در دوره نگهدارنده در بیماران سل دریافت کننده حمایت اجتماعی فراهم شده توسط جمعیت صلیب سرخ اوکراین، در مقایسه با بیمارانی که این حمایت ها را دریافت نکرده بودند، کاهش یافت. این حمایت ها شامل بسته های مواد غذایی مشوق، مشاوره روانشناختی و شغلی و / یا کوپن برای حمل و نقل و سایر ضروریات بود که به صورت دوره ای و بر اساس نیازهای بیمار ارائه می شد (۷۸).

بیماری سل در شرایطی که محصول و آفریده ی ساختار نابرابر و طبقاتی جوامع مختلف است، به وجود می آید. در این شرایط که در آن فقر، بیکاری، ناآگاهی، آسیب های اجتماعی درهم تنیده شده اند، بیماری سل نیز بخشی از آن است که جدا کردنش از زمینه اجتماعی به راحتی ممکن نیست و تا وقتی زمینه اجتماعی دگرگون نشده باشد، تلاش ها برای کنترل آن چندان ثمربخش نخواهد بود. اکثر مطالعات بررسی شده نقش ساختار بهداشتی و درمانی به عنوان عامل قطع درمان سل را برجسته کرده اند، اما ضعف ساختار بهداشتی درمانی به طور مجرد و جدا از زمینه اجتماعی نمی تواند به عنوان مسئول اصلی قطع درمان و شکست درمان سل شناخته شود. آنچه نظام مراقبت سل را در مقابله با سل ناکارآمد می کند، این است که همزمان با تلاش هایی که صورت می دهد، متن اجتماعی به وجود آورنده سل بدون تغییر بر جای خود باقی است و تأثیر منفی اش را که تداوم بیماری و صعوبت درمان آن است، اعمال می کند. وقتی فعالیت های نظام مراقبت سلامت با تغییرات اجتماعی مانند کاهش نابرابری، فقر و محرومیت همراه نباشد و اجباراً به رویکردی صرفاً زیست-پزشکی متمایل شود و بر اساس آن سعی در درمان بیماری سل به عنوان یک بیماری عفونی و نه یک بیماری عمیقاً اجتماعی داشته باشد، قطع درمان و شکست درمان سل دور از انتظار نیست.

از محدودیت هایی که در این مطالعه مشخص شد، کم بودن تعداد مطالعات داخل کشور درباره عوامل اجتماعی دخیل در قطع درمان سل بود که چنین کمبودی ضرورت پرداختن بیشتر به این بعد از درمان بیماری سل را روشن می کند.

مطالعه نشان داد که مردان و افراد بی سواد و کم سواد، با درآمد پایین، بیکار، روستانشین، با سابقه زندان و مشکلات خانوادکی بیش از دیگران درمان سل را قطع کرده اند. عوامل اجتماعی مرتبط با قطع درمان سل نیز مشکلات سیستم بهداشتی درمانی، اعتیاد، استیگما، فقر، بیکاری و فقدان حمایت اجتماعی بود. آنچه مقابله با سل را دشوار می کند، این است که همزمان با تلاش های نظام مراقبت سلامت در کنترل این بیماری، متن اجتماعی به وجود آورنده سل بدون تغییر بر جای خود باقی است و تأثیر منفی اش را که تداوم بیماری و صعوبت درمان آن است، اعمال می کند. کاربرد پژوهش حاضر، روشن شدن اهمیت عوامل اجتماعی در قطع درمان سل و ضرورت توجه به این عوامل در برنامه های کنترل بیماری سل است. پیشنهاد می شود به پرونده بیماران مبتلا به سل که در مراکز خدمات جامع سلامت تشکیل می شود، شرح حال اجتماعی بیمار نیز اضافه شود و وضعیت اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی بیمار توسط مددکاران آموزش دیده بررسی و مداخلات متناسب برای کاستن از مشکلات بیمار صورت گیرد. در این راه هماهنگی با سایر دستگاهها همچون بهزیستی، وزارت کار، وزارت بهداشت و ... برای رسیدگی به وضعیت هایی چون فقر، بیکاری و اعتیاد در بیماران مبتلا به سل می تواند راهگشا باشد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

References

1. *World Health Organization. Global Tuberculosis Report. Geneva: World Health Organization; 2018.*
2. *Tuberculosis and Leprosy Control Department, Ministry of Health and Medical Education of Iran. Number and incidence of tuberculosis in Iran from 2006 to 2017. Available from: http://tb-lep.behdasht.gov.ir/TB_Situation_in_Iran.aspx. Accessed Jun 16, 2019*
3. *Nasehi M, Mirhaghani L. Iran's national TB guideline. Tehran: Andishmand publication; 2010 [in Persian]*
4. *Haslinda N, Juni M. Systematic Review of Factors Associated with Medication Adherence among Pulmonary Tuberculosis Patients. International Journal of Public Health and Clinical Sciences. 2017; 4(6): 31-47*
5. *World Health Organization. About social Determinants of Health. Available from: https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/. Accessed Jun 16, 2019).*
6. *Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: the solid facts. World Health Organization Europe. 2003.*
7. *Centers for disease control and prevention. Core curriculum on treatment of tuberculosis. What the clinician should know. 2013.*
8. *Zhao P, Li XJ, Zhang SF, Wang XS, Liu CY. Social Behavior Risk Factors for Drug Resistant Tuberculosis in Mainland China: A Meta-analysis. Journal of International Medical Research. 2012; 40(2):436-45.*
9. *Kalogianni A. Factors affect in patient adherence to medication regimen. Health Science Journal. 2011; 5 (3):157-158.*
10. *Medical sociology in Africa Amzat, J. Razum O. Medical Sociology in Africa. London: Springer, 2014.*
11. *Xu W, Lu W, Zhou Y, Zhu L, Shen H, Wang J. Adherence to anti-tuberculosis treatment among pulmonary tuberculosis patients: a qualitative and quantitative study. BMC Health Serv Res. 2009; 18(9):169.*
12. *Chiang CY, Lee JJ, Yu MC, Enarson DA, Lin TP, Luh KT. Tuberculosis outcomes in Taipei: factors associated with treatment interruption for 2 months and death. Int J Tuberc Lung Dis. 2009; 13(1):105-11.*
13. *Amuha M, Kutyabami P, Kitutu F, Odoi-Adome R, Kalyango J, Non-adherence to anti-TB drugs among TB/HIV co-infected patients in Mbarara Hospital Uganda: Prevalence and associated factors. Afr Health Sci. 2009; 9(l 1): 8–15.*
14. *Boateng SA, Kodama T, Hyoi N. Factors contributing to tuberculosis (TB) defaulter rate in New Juaben municipality in the eastern region of Ghana. J NatlInst Public Health.2010; 59(3): 291-297.*
15. *Kliiman K, Altraja A. Predictors and mortality associated with treatment default in pulmonary tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis. 2010; 14(4):454-63.*
16. *Belilovsky EM, Borisov SE, Cook EF, Shaykevich S, Jakubowiak WM, Kourbatova EV. Treatment interruptions among patients with tuberculosis in Russian TB hospitals.Int J Infect Dis. 2010; 14(8):698-703.*
17. *Hasker E, Khodjikhanov M, Sayfiddinova S, Rasulova G, Yuldashova U, Uzakova G, Butabekov I, Veen J, van der Werf MJ, Lefèvre P. Why do tuberculosis patients default in Tashkent City, Uzbekistan? A qualitative study.nt J Tuberc Lung Dis. 2010;14(9):1132-9.*
18. *Gupta S, Gupta S, Behera D. Reasons for interruption of anti-tubercular treatment as reported by patients with tuberculosis admitted in a tertiary care institute. Indian J Tuberc. 2011; 58(1):7-11.*
19. *Muture BN1, Keraka MN, Kimuu PK, Kabiru EW, Ombeka VO, Oguya F. Factors associated with default from treatment among tuberculosis patients in Nairobi province. BMC Public Health. 2011; 11:696.*
20. *lbireer S, Guwatudde D, Mudiope P, Nabbuye-Sekandi J, Manabe YC. Tuberculosis treatment default among HIV-TB co-infected patients in urban Uganda. Trop MedInt Health. 2011; 16(8):981-7.*
21. *Shahinzadh A, Elahi N, Jahani S, Hakim A. Relationship of Personal- Social and Therapeutic Factors with Medication Compliance in TB Patients in Ahwaz. Journal of ShahidSadoughi University of Medical Sciences.2012; 19(6): 726-735. [in Persian].*
22. *Finlay A, Lancaster J, Holtz TH, Weyer K, Miranda A, van der Walt M. Patient- and provider-level risk factors associated with default from tuberculosis treatment South Africa 2002: a case-control study. BMC Public Health. 2012;12: 56.*
23. *Naidoo P, Peltzer K, Louw J, Matseke G, McHunu G, Tutshana B. Predictors of tuberculosis (TB) and antiretroviral (ARV) medication non-adherence in public primary care patients in South Africa: a cross sectional study. BMC Public Health. 2013; 13:396.*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

24. *Kulkarni P, Akarte S, Mankeshwar R, Bhawalkar J, Banerjee A, Kulkarni A. Non-adherence of new pulmonary tuberculosis patients to anti TB treatment.Ann Med Health Sci Res. 2013; 3(1):67-74.*
25. *Slama K, Tachfouti N, Obtel M. Nejjari, C. Factors associated with treatment default by tuberculosis patients in Fez, Morocco. Eastern Mediterranean Health Journal. 2013; 19 (8): 687 – 693.*
26. *Sanchez-Padilla E, Marquer C, Kalon S, Qayyum S, Hayrapetyan A, Varaine F, Bastard M, Bonnet M. Reasons for defaulting from drug-resistant tuberculosis treatment in Armenia: a quantitative and qualitative study. Int J Tuberc Lung Dis. 2014; 18(2):160-7.*
27. *Tabatabai J, Namakhoma I, Tweya H, Phiri S, Schnitzler P, Neuhann F, Understanding reasons for treatment interruptionamongst patients on antiretroviral therapy A qualitativestudy at the Lighthouse Clinic Lilongwe Malawi. Glob Health Action. 2014; 7: 10.*
28. *Ibrahim LM, Hadejia IS, Nguku P, Dankoli R, Waziri NE, Akhimien MO, Ogiri S, Oyemakinde A, Dalhatu I, Nwanyanwu O, Nsubuga P. Factors associated with interruption of treatment among Pulmonary Tuberculosis patients in Plateau State, Nigeria. Pan Afr Med J. 2014; 17:78.*
29. *Adineh HA, Motametdi B, Veisi M, Bagheri S. Risk factors of tuberculosis treatment failure in South-East of Iran. J GorganUniv Med Sci. 2014; 16 (2) :50-56 [in Persian]*
30. *Herrero MB, Arrossi S, Ramos S, Braga JU. Social determinants of nonadherence to tuberculosis treatment in Buenos Aires. Argentina.CadSaudePublica. 2015 ;31(9):1983-94.*
31. *Tang Y, Zhao M, Wang Y, Gong Y, Yin X, Zhao A, Zheng J, Liu Z, Jian X, Wang W, Wu C, Lu Z. Non-adherence to anti-tuberculosis treatment among internal migrants with pulmonary tuberculosis in Shenzhen China: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2015; 15:474.*
32. *Amante TD, Ahemed TA, Risk factors for unsuccessful tuberculosis treatment outcome (failure, default and death) in public health institutions, Eastern Ethiopia. Pan Afr Med J. 2015; 20: 247.*
33. *Putera I, PakasiTA, KaryadiE. Knowledge and perception of tuberculosis and the risk to become treatment default among newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients treated in primary health care, East Nusa Tenggara: a retrospective study. BMC Res Notes.2015; 8: 238.*
34. *Jiba M, Zamani-Alavije F, Araban M, Salahshoori A, Jiba M, Haroni J. Social factors influencing treatment interruption in Tuberculosis Patients: A qualitative study. Journal of Health in the Field, 2015; 2(9).25-34 [in Persian]*.
35. *Chida N, Ansari Z, Hussain H, Jaswal M, Symes S, Khan AJ, Mohammed S. Determinants of Default from Tuberculosis Treatment among Patients with Drug Susceptible Tuberculosis in Karachi, Pakistan: A Mixed Methods Study. PLOS ONE, 2015.*
36. *Lackey B, Seas C, Van der Stuyft P, Otero L. Patient Characteristics Associated with Tuberculosis Treatment Default: A Cohort Study in a High-Incidence Area of Lima, Peru. PLoS One. 2015 5;10(6).*
37. *Gorityala SB, Mateti UV, Konuru V, Martha S. Assessment of treatment interruption among pulmonary tuberculosis patients: A cross-sectional study. J Pharm Bioallied Sci. 2015; 7(3): 226–229.*
38. *Roy N, Basu M, Das S, Mandal A, Dutt D, Dasgupta S. Risk factors associated with default among tuberculosis patients in Darjeeling district of West Bengal, India. J Family Med Prim Care. 2015 ;4(3):388-94.*
39. *Shameer KM, Manjunath K, Marconi SD, Krishnaveni V, Rakesh PS, Jasmin H. Prasad. A community based case control study on risk factors for treatment interruptions in people with tuberculosis in Kollam district, Kerala, southern India. IJCMPH.2016; 3(4).962-967.*
40. *Masini E O, Mansour O, Speer CE, Addona V, Hanson CL, Sitienei JK, Kipruto HK, Githiomi MM, Mungai BN. Using Survival Analysis to Identify Risk Factors for Treatment Interruption among New and Retreatment Tuberculosis Patients in Kenya. Plos One. 2016; 11(10).*
41. *Park CK, Shin HJ, Kim YI, Lim SC, Yoon JS, Kim YS, Kim JC, Kwon YS. Predictors of Default from Treatment for Tuberculosis: a Single Center Case-Control Study in Korea. J Korean Med Sci. 2016; 31(2): 254–260.*
42. *Choi H, Chung H, Muntaner C, Lee M, Kim Y, Barry CE, Cho SN. The impact of social conditions on patient adherence to pulmonary tuberculosis treatment. Int J Tuberc Lung Dis. 2016; 20(7):948-54.*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

43. *Adejumo OA, Daniel OJ, OtesanyaAF, Ashipa T, Adejumo EN, Abdur-Razzaq HA. Factors Affecting Treatment Interruption among TB Patients in Lagos Nigeria: Is There Any Need for Treatment Supporters? IJCM.2016; 7 (6).389-398.*
44. *Thelma E. Tupasi TE, Garfin AC, Kurbatova EV, Mangan JM, Orillaza-Chi R, Naval LC. Factors Associated with Loss to Follow-up during Treatment for Multidrug-Resistant Tuberculosis, the Philippines, 2012–2014. Emerging infectious diseases 2016 ; 22(3), 491-502.*
45. *Ahmed AAO, Prins MH. Patient non adherence to tuberculosis treatment in Sudan: socio demographic factors influencing non adherence to tuberculosis therapy in Khartoum State. Pan Afr Med J. 2016; 25: 80.*
46. *Cardoso MA, do Brasil PEAA, Schmaltz CAS, Sant'Anna FM, Rolla VC. Tuberculosis Treatment Outcomes and Factors Associated with Each of Them in a Cohort Followed Up between 2010 and 2014. Biomed Res Int. 2017.*
47. *Woimo TT, Yimer WK, Bati T, Gesesew HA. The prevalence and factors associated for anti-tuberculosis treatment non-adherence among pulmonary tuberculosis patients in public health care facilities in South Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2017;17(1):269.*
48. *GugssaBoru C, Shimels T, Bilal AI. Factors contributing to non-adherence with treatment among TB patients in SodoWoreda, Gurage Zone, Southern Ethiopia: A qualitative study. J Infect Public Health. 2017; 10(5):527-533.*
49. *Krasniqi S, Jakupi A, Daci A, Tigani B, Jupolli-Krasniqi N, Pira M, Zhjeqi V, ,Neziri B. Tuberculosis Treatment Adherence of Patients in Kosovo.Tuberculosis Research and Treatment, 2017.*
50. *Diefenbach-Elstob T, Plummer D, Dowi R, Wamagi S, Gula B, Siwaeya K, Pelowa D, Siba P, Warner J. The social determinants of tuberculosis treatment adherence in a remote region of Papua New Guinea.BMC Public Health. 2017; 17(1):70.*
51. *Culqui DR, Munayco E CV, Grijalva CG, Cayla JA, Horna-Campos O, Alva Ch K, Suarez O LA. Factors Associated With the Non-completion of Conventional Anti-Tuberculosis Treatment in Peru. Arch Bronconeumol. 2012 ; 48(5):150-5.*
52. *Kigozi G, Heunis C, Chikobvu P, Botha S, van Rensburg D. Factors influencing treatment default among tuberculosis patients in a high burden province of South Africa. Int J Infect Dis. 2017; 54:95-102.*
53. *El-Muttalut M, KhidirElnimeiri M. Factors contributing to non-compliance with treatment among tuberculosis patients-Kassala State- Sudan-2016. Int. J. Public Health Epidemiol. 2017; 6(3), 332-338.*
54. *Wohlleben J, Makhmudova M, Saidova F, Azamova S, Mergenthaler C, VerverS.Risk factors associated with loss to follow up from tuberculosis treatment in Tajikistan: a case-control study. BMC Infect Dis. 2017; 17: 543.*
55. *Hassard S, Ronald A, Angella K. Patient attitudes towards community-based tuberculosis DOT and adherence to treatment in an urban setting; Kampala, Uganda.PanAfr Med J. 2017;27:1.*
56. *Maciel EMGS, Amancio JS, Castro DB, Braga JU. Social determinants of pulmonary tuberculosis treatment non-adherence in Rio de Janeiro, Brazil.PLoS One. 2018 Jan 5;13(1).*
57. *Gebreweld FH, Kifle MM, Gebremicheal FE, Simel LL, Gezae MM, Ghebreyesus SS, Mengsteab YT, Wahd NG. Factors influencing adherence to tuberculosis treatment in Asmara, Eritrea: a qualitative study. J Health PopulNutr. 2018; 37(1).*
58. *HabtamuSewunetMekonnenHS,Azagew AW. Non-adherence to anti-tuberculosis treatment, reasons and associated factors among TB patients attending at Gondar town health centers, Northwest Ethiopia. BMC Res Notes.2018; 11: 691.*
59. *Schnaubelt ER, Charles M, Richard M, Fitter DL, Morose W, Cegielski JP. Loss to follow-up among patients receiving anti tuberculosis treatment, Haiti, 2011–2015.Public Health Action. 2018 ; 8(4): 154–161.*
60. *Thomas BE, Subbaraman R, Sellappan S, Suresh C, Lavanya J, Lincy S, Raja AL, Javeed B, Kokila S, Arumugam S, Swaminathan S, Mayer KH.Pretreatment loss to follow-up of tuberculosis patients in Chennai, India: a cohort study with implications for health systems strengthening. BMC Infect Dis. 2018 ;18(1):142.*
61. *Bhattacharya T, Ray S, Biswas P, Das KD, Barriers to treatment adherence of tuberculosis patients: A qualitative study in West Bengal, India. International Journal of Medical Science and Public Health. 2018; 7(5), 396-402.*
62. *Ruru Y, Matasik M, Oktavian A, Senyorita R, Mirino Y, Tarigan LH, van der Werf MJ, Tiemersma E, Alisjahbana B. Factors associated with non-adherence during tuberculosis treatment among patients treated with DOTS strategy in Jayapura, Papua Province, Indonesia. Glob Health Action. 2018;11(1).*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

63. *Ahmed OAA, Martin HP. Barriers leading to treatment default amongtuberculosispatients in Khartoum State, Sudan: a qualitative stud. Clin Med Invest, 2018, 3(1). 1-8.*
64. *Costa-Veiga A, Briz T, Nunes C. Unsuccessful treatment in pulmonary tuberculosis: factors and a consequent predictive model. Eur J Public Health. 2018; 28(2):352-358.*
65. *Fang XH, Shen HH, Hu WQ, Xu QQ, Jun L, Zhang ZP, Kan XH, Ma DC, Wu GC. Prevalence of and Factors Influencing AntiTuberculosis Treatment Non-Adherence Among Patients with Pulmonary Tuberculosis: A CrossSectional Study in Anhui Province, Eastern China. Med SciMonit. 2019;25:1928-1935.*
66. *Paunikar AP, Khadilkar HA, Doibale MK, Lamb AR. Survival Analysis of Treatment Defaulters among Tuberculosis Patients in Government Medical College and Hospital, Aurangabad. Indian J Community Med. 2019; 44(1): 44–47.*
67. *Pradipta IS, Van'tBoveneind-Vrubleuskaya N, Akkerman OW, Alffenaar JWC, Hak E. Predictors for treatment outcomes among patients with drug-susceptible tuberculosis in the Netherlands: a retrospective cohort study. ClinMicrobiol Infect. 2019 ;25(6):761-767.*
68. *Salla A Munro SA , Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: A Systematic Review of Qualitative Research, Pelos Medicinne, 2007; 4(7):1230-1245.*
69. *Tola HH, Tol A, Shojaeizadeh D, Garmaroudi G. Tuberculosis Treatment Non-Adherence and Lost to Follow Up among TB Patients with or without HIV in Developing Countries: A Systematic Review. Iran J Public Health. 2015; 44(1):1-11.*
70. *BRASIL, Pedro Emmanuel Alvarenga Americano do and BRAGA, José Ueleres. Meta-analysis of factors related to health services that predict treatment default by tuberculosis patients. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(4):485-502.*
71. *White, K. An Introduction to the Sociology of Health and Illness. London: Sage, 2009.*
72. *Hertz D, Schneider B. Sex differences in tuberculosis, Seminars in Immunopathology, 2019; 41(2):225-237.*
73. *Seyedagha S, Kavousi A, Baghestani A, Nasehi M. Evaluation of Effect of Geographical Pattern on Improvement of Patients with Pulmonary Tuberculosis Based on A Parametric Accelerated Failure Time Model. irje. 2017; 13 (3) :199-209*
74. *Wilkinson R, Pickett K. The Spirit Level, Why More Equal Societies Almost Always Do Better, London: Allen Lane, 2009.*
75. *Courtwright A, Turner AN, Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions, Public Health Report. 2010; 125(4): 34–42.*
76. *Jahangard E, sarabadanitafreshi S. Income Distribution Modeling in Iran: Comparison of Dagum Model and Other Models Selected, 2014; 8(26). 21-36[in Persian].*
77. *ZekriDarabi L, Namvar H, Tabarsi P. The Role of Social Support in Resiliency of Tuberculosis Patients, 4th International Conference on Recent Innovations in Psychology, Tehran, Kharzamin University, 2017. Available from: https://www.civilica.com/Paper-PSYCHO04-PSYCHO04_345.html. Accessed Jun27, 2019.*
78. *PriedemanSkiles M, Curtis SL , Angeles G, Mullen S, Senik T. Evaluating the impact of social support services on tuberculosis treatment default in Ukraine.PLoS One. 2018;13(8).*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

The demographic characteristics and social factors affecting the interruption of tuberculosis treatment: a review study

***simin kazemi*[1]**

1. Social Determinants of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Background: *One of the main challenges in controlling tuberculosis is the interruption of tuberculosis treatment, which occurs under the influence of various factors including social ones. The aim of this study was to determine the demographic characteristics and social factors affecting the interruption of tuberculosis treatment based on studies conducted in the last ten years.*

Methods: *This study was carried out by reviewing studies published in Pub Med, Scopus, Google scholar, SID and Magiran from 2009 to 2019. The main English keywords were Interruption of Tuberculosis Treatment and their equivalent Persian translation was also used for searching Persian studies. From among 575 surveyed studies, a total of 56 were considered appropriate from which data were obtained. Demographic characteristics and social factors were extracted from each study.*

Results: *The most common demographic characteristics related to the interruption of tuberculosis treatment were being male, low educational level, unemployment and low income .The most common social factors affecting the interruption of tuberculosis treatment included problems associated with the health care system, addiction, stigma, poverty, and lack of social support.*

Conclusion: *Apart from the problems related to the health care system, what makes it difficult to control tuberculosis is the social context, which remains unchanged and has a negative effect on the persistence of the disease and the difficulty of treating it.*

Keywords: *Tuberculosis, Interruption of Treatment, Social Characteristics, Social Factors*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]