ORIGINAL ARTICLE

Investigating the Correlation Between Stigma and Perceived Social Support with Self-Care Behaviors Among Tuberculosis Patients in Golestan Province

Seyed Abolhassan Naghibi[1]
Maryam Khazaee-Pool[1]
Mahmood Moosazadeh[2]
Hossein Bazzi[3]

[1] Associate Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Associate Professor, Gastrointestinal Cancer Research Center, Non-communicable Diseases Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] MSc Student in Health Education and Health Promotion s, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received April 17, 2024 ; Accepted September 16, 2024)

Abstract

Background and purpose: In 2023, the incidence of tuberculosis (TB) in Golestan Province was reported to be 26.1 cases per 100,000 people, which is three times higher than the national average in Iran. The contagious nature of tuberculosis has economic repercussions and indirect effects on the quality of life of affected individuals. The stigma associated with tuberculosis often leads to social isolation, which can hinder TB control efforts. On the other hand, social support from family, friends, healthcare workers, and community leaders improves quality of life, promotes self-care behaviors, and enhances patient adherence to medication regimens. This study aimed to determine the correlation between stigma, social support, and self-care behaviors in patients with tuberculosis.

Materials and methods: This cross-sectional (descriptive-analytical) study was conducted in 2023, surveying 325 tuberculosis patients undergoing treatment in Golestan Province. Data were collected using a demographic information questionnaire, a 12-question stigma questionnaire (patients' perceptions of tuberculosis), the Sherborn and Stewart Perceived Social Support Questionnaire, and the self-care behaviors questionnaire for tuberculosis patients by Herandi et al. The data were analyzed using SPSS version 24 software. To investigate the relationship between perceived stigma and social support with the dimensions of self-care behaviors in tuberculosis patients, Spearman and chi-square tests were used. Logistic regression was employed to predict factors affecting self-care in the studied patients.

Results: The average age of the participants was 51.97±17.33 years, with an age range of 19 to 84 years. The overall scores for the stigma questionnaire, perceived social support questionnaire, and self-care behaviors questionnaire were 29.03 ± 5.30, 71.14 ± 14.53, and 84.78 ± 10.17, respectively. Based on the univariate logistic regression model, the variables of race, number of family members, addiction, and age were analyzed for their effects on self-care behaviors. Additionally, the effects of marital status and age on stigma were examined. Significant effects of family size, income, and marital status on social support were observed. Spearman correlation tests showed an inverse and significant correlation between stigma and social support ($r= -0.19$, $P= 0.001$), stigma and self-care ($r= -0.21$, $P<0.001$), and a direct and significant correlation between social support and self-care ($r= 0.55$, $P<0.001$).

Conclusion: As stigma increases, levels of social support and self-care behaviors decrease. Stigma has a significant impact on tuberculosis treatment, while higher levels of social support enhance self-care and accelerate the recovery process. To control tuberculosis effectively, comprehensive support from community leaders, the Ministry of Health, welfare organizations, relief committees, municipalities, and other organizations, as well as from patients' families and surrounding communities, is essential. Additionally, health and medical intervention programs aimed at increasing self-care behaviors, raising awareness among patients, and reducing stigma and misconceptions among families, friends, healthcare workers, and society at large are recommended.

Keywords: stigma, perceived social support, self-care behaviors, tuberculosis, emotional support

J Mazandaran Univ Med Sci 2024; 34 (237): 63-74 (Persian).

Corresponding Author: Hossein Bazzi - School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (E-mail: bazzihossein96@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و چهارم شماره ۲۳۷ مهر سال ۱۴۰۳ (۷۴-۶۳)

بررسی همبستگی انگ و حمایت اجتماعی درک شده با ابعاد رفتارهای خودمراقبتی بیماران مسلول استان گلستان

سیدابوالحسن نقیبی[۱]
مریم خزائی پول[۱]
محمود موسی زاده[۲]
حسین بزی[۳]

چکیده

سابقه و هدف: بروز بیماری سل در استان گلستان در سال ۱۴۰۲ به میزان ۲۶/۱ در صد هزار نفر و سه برابر میزان بروز سل در ایران می‌باشد. ماهیت واگیردار بیماری سل لطمات اقتصادی و اثرات غیر مستقیم بر کیفیت زندگی بیمار مبتلا به سل دارد. انگ سل در بین بیماران، منجر به انزوای اجتماعی می شود که بر کنترل سل تاثیر می‌گذارد، از طرفی حمایت اجتماعی ارائه شده توسط خانواده، دوستان، کارکنان بهداشتی و رهبران جامعه، باعث افزایش کیفیت زندگی، رفتارهای خودمراقبتی و تبعیت بیمار از رژیم دارویی می‌شود. لذا این مطالعه با هدف تعیین همبستگی انگ و حمایت اجتماعی درک شده با ابعاد رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سل انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی (توصیفی- تحلیلی) در سال ۱۴۰۲ به‌صورت سرشماری بر روی ۳۲۵ نفر از بیماران مبتلا به سل تحت درمان استان گلستان انجام شد. اطلاعات با استفاده از چک لیست ویژگی‌های دموگرافیک، پرسشنامه ۱۲ سوالی انگ (دیدگاه بیمار نسبت به بیماری سل) مرادی و همکاران و حمایت اجتماعی درک شده sherbourne و stewart و پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سل هرندی و همکاران صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفتند. جهت بررسی ارتباط بین انگ و حمایت اجتماعی درک شده با ابعاد رفتارهای خودمراقبتی بیماران مسلول و هم‌چنین پیش‌بینی‌کنندگی فاکتورهای اثرگذار بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به سل از ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون‌های کای- اسکوئر، تست دقیق فیشر و مدل رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۷/۳۳±۵۱/۹۷ سال بود و دامنه سنی آن‌ها بین ۱۹ تا ۸۴ سال قرار داشت. میانگین نمره انگ بیمار مبتلا به سل، پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده و پرسشنامه خودمراقبتی در بیماران مبتلا به سل مورد مطالعه به ترتیب ۵/۳۰±۲۹/۰۳ و ۱۴/۵۳±۷۱/۱۱ و ۱۰/۱۷±۸۴/۷۸ بود. براساس مدل رگرسیون لجستیک تک متغیره، اثر متغیرهای نژاد، تعداد اعضای خانواده، اعتیاد و سن در رفتارهای خودمراقبتی، متغیرهای تاهل و سن در انگ، تعداد اعضای خانواده، درآمد و وضعیت تاهل در حمایت اجتماعی، معنی دار بود. نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد بین انگ با حمایت اجتماعی (r=-۱۹/۰ و P=۰/۰۰۱) و هم‌چنین بین انگ با خودمراقبتی (r=-۰/۲۱ و P<۰/۰۰۱) همبستگی معکوس و معنی‌داری وجود دارد و بین حمایت اجتماعی و خودمراقبتی همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود دارد (r=۰/۵۵ و P<۰/۰۰۱).

استنتاج: براساس یافته‌های مطالعه حاضر، با بالارفتن انگ، سطوح حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی کم‌تر می‌شود و انگ تاثیر ویژه‌ای بر درمان بیماری سل خواهد گذاشت اما با بالا رفتن سطوح حمایت اجتماعی، خودمراقبتی بیش‌تر شده و درمان بیمار مبتلا به سل سرعت بیش‌تری خواهد داشت. جهت کنترل بیماری سل، تلفیقی از حمایت همه جانبه رهبران جامعه، وزارت بهداشت، سازمان‌های بهزیستی، کمیته امداد، شهرداری‌ها و سایر سازمان‌ها و نیز خانواده‌ها و اطرافیان بیماران نیاز است. هم‌چنین برنامه‌های مداخله‌ای بهداشتی و پزشکی جهت افزایش رفتارهای خودمراقبتی و افزایش آگاهی به بیماران و کاهش انگ و تصورات غلط از سوی خانواده بیماران، دوستان و کارکنان بهداشتی و جامعه توصیه می‌شود.

واژه های کلیدی: انگ، حمایت اجتماعی درک شده، رفتارهای خودمراقبتی، سل، حمایت عاطفی

مولف مسئول: حسین بزی- ساری: کیلومتر ۱۷ جاده فرح آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده بهداشت E-mail: bazzihossein96@gmail.com
۱. دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشیار، مرکز تحقیقات سرطان دستگاه گوارش، پژوهشکده بیماری های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱/۲۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۳/۱۹ تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۶/۲۶

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

مقدمه

سل همچنان یک چالش مهم سازمان بهداشت جهانی (WHO) و نیز یکی از ده علل مهم مرگ‌ومیر در جهان است و هر سال ۹ میلیون نفر را تحت تأثیر قرار می‌دهد، که اکثر آن‌ها درکشورهای کم درآمد و در آمد متوسط زندگی می‌کنند(۱). خسارت وارد شده از بیماری سل نه تنها بر اقتصاد که بر کیفیت زندگی بیماران یا افراد خانواده آن‌ها نیز تأثیر دارد(۲). سل یک بیماری با انگ بسیار است که می‌تواند تجربه و احساس در یک محیط اجتماعی متفاوت مانند خانه، محل کار و جامعه باشد. انگ درک شده تأثیر قابل توجهی بر سلامت دارد که باعث می‌شود بیماران از درمان و خدمات پزشکی از طریق رفتار دلسردکننده امتناع کرده و وضعیت سلامتی خود را پیگیری نکنند و این مهم، عفونت و قابلیت انتقال بیماری را افزایش می‌دهد(۳). در آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی میزان بروز سل در سال ۲۰۲۲ ۱۳۳ مورد در یکصدهزار نفر جمعیت تخمین زده شده است(۴). طبق گزارش‌ها اداره سل و جذام مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت کشور، میزان بروز سل در سال ۱۴۰۱ در ایران ۸/۴ مورد در یکصدهزار نفر گزارش شده است و میزان بروز گزارش شده سل ریوی با اسمیرخلط مثبت، ۴/۵ مورد در یکصد هزار نفر جمعیت بوده است. میزان بروز سل در استان گلستان در سال ۱۴۰۲ به میزان ۲۶/۱ مورد در یکصدهزار نفر گزارش شده است و میزان بروز سل ریوی اسمیر مثبت ۱۴/۴ در یکصدهزار نفر بیان شده است(۵). در میان استان‌ها، سیستان و بلوچستان و گلستان بیش‌ترین میزان‌های بروز و شیوع را در کشور دارا هستند(۲).

مطالعه Mbuthia و همکاران نشان داد بیماران مبتلا به سل انگ متوسط به بالایی دارند(۶). انگ توسط Goffman به عنوان «ویژگی عمیقاً بدنام‌کننده» تعریف شده است که افراد را «از یک فرد کامل و معمولی به یک فرد بدخلق آلوده» تحقیر می‌کند. مطالعات در زمینه‌های مختلف گزارش کرده‌اند که تقریباً ۴۲ تا ۸۲ درصد بیماران سل از انگ رنج می‌برند. انگ مربوط به سل عموماً محصول مفهوم اغراق‌آمیز مسری بودن و ترس از عفونت است(۷). بیماران مسلول اغلب مواردی مانند از دست دادن دوستان، عدم احترام در بین همکاران و انزوای اجتماعی در محل کار را گزارش می‌کنند(۸). حمایت اجتماعی ادراک شده به ارزیابی شناختی که فرد از محیط اطراف خود و روابطش با دیگران انجام می‌دهد، گفته می‌شود و نیز ادراک فرد در مورد این‌که دیگران او را دوست داشته و به او حرمت و ارزش قایل هستند، در صورت نیاز از او مراقبت خواهند کرد و او را بخشی از یک شبکه اجتماعی با مساعدت‌ها و تعهدات به شمار می‌آورند، را شامل می‌گردد(۹).

مطالعه Addo و همکاران نشان داد بیماران مبتلا به سل دارای حمایت اجتماعی مطلوب، رفتارهای خودمراقبتی بهتری دارند(۱۰). خودمراقبتی، به معنای مسئولیت‌پذیری افراد در مقابل سلامت خود و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های آگاهانه بالینی، جهت کنترل بیماری و همکاری با افرادی است که مراقبت از سلامت را بر عهده دارند(۱۱). مراقبت از خود دربرگیرنده فعالیت‌هایی شامل ارتقای سلامت، اصلاح شیوه زندگی، پیشگیری از بیماری، ارزیابی علائم، درمان بیماری و توانبخشی بیماری‌های مزمن است. وجود حمایت اجتماعی در بیماران تأثیرات سوء ناشی از بیماری‌های مزمن را کاهش می‌دهد و باعث می‌شود افراد با بیماری خود سازگارتر شوند(۱۲).

درمطالعه Ainiyah و همکاران ۸۳/۳ درصد بیماران مبتلا به سل مقاوم به درمان از حمایت خانوادگی بالایی برخوردار بودند و رابطه مستقیم و معنی‌داری بین حمایت خانواده و پایبندی به درمان سل مقاوم به درمان وجود دارد(۱۳). انگ و حمایت اجتماعی ضعیف منجر به اختلالاتی اساسی و تاثیر منفی بر کیفیت زندگی، هزینه مراقبت، کاهش خودمراقبتی و کاهش تبعیت از روند درمان خواهد شد(۱۴). این مطالعه با هدف بررسی ویژگی‌های زمینه‌ای، مولفه‌های انگ و حمایت اجتماعی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

درک شده و رفتارهای خودمراقبتی و نیز بررسی فاکتورهای تاثیرگذار بر رفتارهای خودمراقبتی در بین بیماران مبتلا به سل استان گلستان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی می‌باشد. جامعهٔ آماری شامل کلیه بیماران مسلول مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان‌های استان گلستان بود که در بازه زمانی یکم مرداد تا یکم مهر ۱۴۰۲ تحت درمان سل قرار داشتند و در مجموع ۳۲۵ نفر به روش سرشماری در مطالعه شرکت داده شدند. معیار ورود به این مطالعه شامل مردان و زنان مبتلا به سل تحت درمان، هوشیار بودن، داشتن پرونده سل در مرکز سل شهرستان و رضایت به شرکت در مطالعه بود. بدین منظور بیماران با آگاهی از اهداف مطالعه در پژوهش شرکت کردند و نیازی به درج مشخصات فردی ایشان نبود. خروج از مطالعه شامل سکونت بیمار مسلول در زندان، زمین‌گیر بودن، انتقال و جابه‌جایی محل زندگی بیمار به استان دیگر عدم هوشیاری، ناشنوایی و عقب‌مانده ذهنی بود. تعداد کل بیماران ۳۷۲ نفر بود که از این تعداد درمجموع ۳۲۵ نفر در مطالعه شرکت‌کردند و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

الف) چک‌لیست ویژگی‌های دموگرافیک

شامل اطلاعاتی در مورد سنجش متغیرهایی چون سن، جنس، قومیت، وضعیت تأهل، تحصیلات و نوع شغل و درآمد، محل سکونت، بیماری زمینه‌ای، وضعیت اعتیاد، نوع بیماری سل، تعداد اعضای خانواده، مورد پرسش قرار گرفت.

ب)ابزار مورد استفاده برای اندازه‌گیری انگ

با توجه به مرور متون صورت گرفته از پرسشنامه استاندارد بررسی انگ در بیماران مبتلا به سل که در سطح دنیا در کشورهای مختلف ترجمه شده بود، استفاده گردید(۱۹-۱۵) و در ایران نیز مرادی و همکاران در استان گلستان و شهر گرگان از این پرسشنامه استفاده کرده‌اند(۱۶). این پرسشنامه دارای دو بعد است که دیدگاه جامعه در مورد سل و دیدگاه بیمار در مورد سل را ارزیابی می‌کند. در این پژوهش از دیدگاه بیمار نسبت به بیماری سل که شامل ۱۲ آیتم مربوط به احساساتی مانند ترس، گناه و اندوه در مقابله با بیماری که فرد مسلول دارد، سنجیده شد. این پرسشنامه در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱ تا ۴) درجه‌بندی شده است، از کاملاً مخالفم(۱) تا مخالفم(۲)، موافقم(۳) و کاملاً موافقم(۴). در بعد "دیدگاه بیمار در مورد سل"، نمرات بین ۱۲ تا ۴۸ متغیر است. امتیاز بالاتر، نشان می دهد انگ مربوط به بیماری سل بیش‌تر است. در مطالعه مرادی و همکاران آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بود(۱۶). با توجه به مطالعه مرادی و همکاران(۱۶) در این پرسشنامه نمره ۱ تا ۱۶ نشان‌دهنده انگ پایین ، نمره ۱۷ تا ۳۲ نشان‌دهنده انگ متوسط و نمره ۳۳ تا ۴۸ نشان دهنده انگ بالا می‌باشد.

ج) ابزار مورد استفاده برای اندازه‌گیری حمایت اجتماعی درک شده

برای ارزیابی حمایت اجتماعی از مقیاس حمایت اجتماعی که در سال ۱۹۹۱ توسط sherbourne و stewart به منظور استفاده در مطالعه پیامدهای پزشکی ساخته شده بود، استفاده گردید. این آزمون که میزان حمایت اجتماعی دریافت شده توسط آزمودنی را می‌سنجد دارای ۱۹ عبارت و طیف لیکرت پنج گزینه‌ای هیچ وقت=۱ امتیاز، به ندرت=۲ امتیاز، گاهی اوقات=۳ امتیاز، اغلب=۴ امتیاز و همیشه=۵ امتیاز می‌باشد. پایین‌ترین امتیاز در این آزمون ۱۹ و بیش‌ترین امتیاز ۹۵ است. برای به دست آوردن نمره کلی همه امتیازات با هم جمع می‌شوند. نمره ۱۵ تا ۵۵ نشان‌دهنده میزان برخورداری فرد از حمایت اجتماعی پایین و نمره بالاتر از ۵۵ تا ۹۵ نشان‌دهنده میزان برخورداری فرد از حمایت اجتماعی بالا بود(۲۰)، روایی و پایایی پرسشنامه حمایت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

اجتماعی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است(۲۱). در مطالعه حاضر میزان آلفا کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد.

د) پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سل

جهت بررسی رفتارهای خودمراقبتی بیماران مسلول از مطالعه هرندی و همکاران که در سال ۱۳۹۶ در کرج بصورت مقطعی انجام شده بود، استفاده شد. پرسشنامه خود مراقبتی شامل ۲۱ سوال ساختاریافته در مورد مصرف دارو (۹ سوال)، ویزیت های پزشکی (۵ سوال) و شیوه زندگی (۷ سوال) بود. بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت شامل هرگز=۱ امتیاز، به ندرت=۲ امتیاز، گاهی اوقات=۳ امتیاز، اغلب=۴ امتیاز و همیشه=۵ امتیاز نمره‌گذاری گردید و برای سوالات ۱۵ و۱۶و ۱۸ امتیاز به صورت معکوس اندازه‌گیری شد.

ضریب آلفای کرونباخ برای خود مراقبتی توسط هرندی و همکاران ۰/۸۳ بود. حدقل نمره ۲۱ و حداکثر نمره ۱۰۵ می‌باشد. در این پرسشنامه نمره کم‌تر از ۳۵ نشان‌دهنده خودمراقبتی پایین، نمره ۳۶ تا ۷۱ نشان‌دهنده خودمراقبتی متوسط و نمره ۷۲ تا ۱۰۵ نشان‌دهنده خودمراقبتی بالا می‌باشد(۲۲). پژوهشگر پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی مازندران در ابتدا جلسه‌ای برای کارشناسان بیماری سل شهرستان‌ها برگزار نمود و برای ایشان اهداف توضیح داده شد و در طول جلسه یک پرسشنامه به‌صورت چهره‌به‌چهره در ۶ گروه ۲ نفره تکمیل گردید. نواقص با مشاوره استاد راهنما و اساتید مشاور برطرف گردید. به تعداد بیماران مسلول هر شهرستان پرسشنامه تحویل داده شد، تا پس از توضیح اهداف به بیماران در پایش‌هایی که از بیماران مبتلا به سل انجام می‌دهند در منزل یا مرکز جامع سلامت تکمیل گردد. در طی دوره دوماهه از ابتدای مرداد لغایت مهر ۱۴۰۲ دو بار به شهرستان‌ها مراجعه شد. کارشناسان سل شهرستان‌ها پس از بیان اهداف مطالعه، اخذ رضایت‌نامه شفاهی و کتبی از بیماران و در نظر گرفتن جنبه‌های اخلاقی، پرسشنامه را در اختیار آن‌ها قرار می‌دادند و درصورتی‌که بیمار بی‌سواد بود گزینه‌ها برای ایشان خوانده می‌شد و نظر ایشان در پرسشنامه ثبت می‌شد. افراد شرکت‌کننده، پرسشنامه را در مدت‌زمان حداکثر ۳۰ دقیقه در محل زندگی خود یا در مراکز جامع سلامت با دقت تکمیل کردند.

نتایج مربوط در دو بخش توصیفی و تحلیلی ارائه شد. در بخش توصیفی از روش‌های آمار توصیفی استفاده شده است. در بخش تحلیلی برای بررسی ارتباط متغیرهای کمی از ضریب همبستگی اسپیرمن (با توجه به نرمال نبودن داده‌ها)، برای بررسی ارتباط متغیرهای کیفی از آزمون کای- اسکوئر، تست دقیق فیشر و برای بررسی اثر متغیرهای مستقل روی هرکدام از متغیرهای وابسته (خودمراقبتی، انگ و حمایت اجتماعی) با توجه به این‌که نمره‌های کسب شده براساس نحوه تفسیر و نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها به متغیرهای کیفی (دو حالته) تبدیل شدند از رگرسیون لجستیک استفاده شد.

در مدل رگرسیون لجستیک ابتدا مدل تک متغیره استفاده شد و متغیرهایی که P آن‌ها کم‌تر از ۰/۲۰ بودند وارد مدل چند متغیره شدند که در مدل چند متغیره، اثر هر متغیر در حضور سایر متغیرها بررسی می‌شود. تجزیه و تحلیل آماری این مطالعه با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت و سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۲۵ بیمار مبتلا به سل با دامنه سنی ۱۹ تا ۸۴ سال بررسی شدند. بر اساس نتایج جدول شماره ۱، ۱۸۹ نفر از بیماران مرد بودند. شغل ۱۶۶ نفر (۵۱/۱ درصد) آن‌ها بیکار یا خانه دار و ۲۴۰ نفر (۷۳/۸ درصد) اعتیاد نداشتند، نوع سل ۲۶۲ نفر (۸۰/۶ درصد) ریوی بود.

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای انگ و حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سل استان گلستان را نشان می‌دهد. ۲۸۳ نفر (۸۷/۱ درصد) خودمراقبتی بالا و ۴۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

نفر (۱۲/۹ درصد) خودمراقبتی پایینی داشتند. میانگین نمره انگ افراد مورد بررسی ۲۹/۰۳ و ۶۹ نفر (۲۱/۲ درصد) در گروه انگ پایین و ۲۵۶ نفر (۷۸/۸ درصد) در گروه انگ بالا قرار گرفتند. میانگین نمره حمایت اجتماعی افراد مورد بررسی ۷۱/۱۱ با انحراف معیار ۱۴/۵۳ بود و ۲۷۱ نفر (۸۳/۴ درصد) دارای حمایت اجتماعی بالا قرار گرفتند.

جدول شماره ۱: توصیف متغیرهای دموگرافیک بیماران مسلول استان گلستان ۳۲۵ نفر

متغیر	رده‌ها	فراوانی	(درصد
جنسیت	مرد	۱۸۹	۵۸/۲۰
	زن	۱۳۶	۴۱/۸۰
نژاد	فارس	۱۱۱	۳۴/۲۰
	ترکمن	۷۲	۲۲/۲۰
	سیستانی	۹۷	۲۹/۸۰
	ترک	۱۱	۳/۴۰
	بلوچ	۲۰	۶/۲۰
	افغانستانی	۱۲	۳/۷۰
	سایر	۲	۰/۶۰
محل سکونت	شهر	۱۵۶	۴۸
	روستا	۱۶۹	۵۲
تعداد اعضای خانواده	ندارد	۲۱	۶/۵۰
	کم‌تر از ۳	۱۲۹	۳۹/۷۰
	۳ تا ۵	۱۲۱	۳۷/۲۰
	بیش‌تر از ۵	۵۴	۱۶/۶۰
درآمد	زیر ۱ میلیون	۸۷	۲۶/۸۰
	۱ تا ۳ میلیون	۶۵	۲۰
	۳ تا ۵ میلیون	۶۸	۲۰/۹۰
	بیش‌تر از ۵ میلیون	۱۰۵	۳۲/۳۰
بیماری زمینه‌ای	بله	۱۰۹	۳۳/۵۰
	خیر	۲۱۶	۶۶/۵۰
وضعیت تأهل	بدون همسر	۹۵	۲۹/۲۰
	همسردار	۲۳۰	۷۰/۸۰
شغل	بیکار و خانه‌دار	۱۶۶	۵۱/۱۰
	آزاد	۳۴	۱۰/۵۰
	کشاورز و کارگر	۸۴	۲۵/۸۰
	کارمند، بازنشسته، محصل	۴۱	۱۲/۶۰
تحصیلات	بی‌سواد	۸۸	۲۷/۱۰
	ابتدایی و راهنمایی	۱۵۴	۴۷/۴۰
	دبیرستان و دیپلم	۵۷	۱۷/۵۰
	بالاتر از دیپلم	۲۶	۸
اعتیاد	دارد	۸۵	۲۶/۲۰
	ندارد	۲۴۰	۷۳/۸۰
نوع سل	ریوی	۲۶۲	۸۰/۶۰
	خارج ریوی	۶۳	۱۹/۴۰
گروه سنی	کم‌تر از ۳۰	۳۹	۱۲
	۳۰ تا ۳۹	۵۳	۱۶/۳۰
	۴۰ تا ۴۹	۴۹	۱۵/۱۰
	۵۰ تا ۵۹	۵۶	۱۷/۲۰
	۶۰ تا ۶۹	۷۰	۲۱/۵۰
	۷۰ و بالاتر	۵۸	۱۷/۸۰

جدول شماره۲: میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای انگ و حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سل (۳۲۵نفر)

مولفه ها	دامنه امتیازات	انحراف‌معیار±میانگین
انگ	۱۲-۴۸	۲۹/۵ ± ۲۹/۰۳
حمایت اجتماعی درک شده	۱۹-۹۵	۱۴/۵۳ ± ۷۱/۱۱
رفتارهای خودمراقبتی	۲۱-۱۰۵	۱۰/۱۷ ± ۸۴/۸۷

براساس نتایج به‌دست آمده جدول شماره۳، بین انگ با حمایت اجتماعی (r=-۰/۱۹ و P=۰/۰۰۱) و هم‌چنین بین انگ با خودمراقبتی (r=-۰/۲۱ و P<۰/۰۰۱) همبستگی معکوس و معنی‌داری وجود دارد و با بالارفتن انگ، حمایت اجتماعی و خودمراقبتی کم‌تر می‌شود، هر چند مقدار همبستگی ضعیف است. بین حمایت اجتماعی و خودمراقبتی همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود دارد و با بالارفتن حمایت اجتماعی، خودمراقبتی هم بیش‌تر می‌شود. براساس جدول شماره ۴، نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک اثر متغیرهای نژاد، تعداد اعضای خانواده، اعتیاد و سن در خودمراقبتی معنی‌دار است. درکسانی که هیچ عضوی در خانواده ندارند، شانس خودمراقبتی نسبت به کسانی که ۵ عضو یا بیش‌تر دارند، کم‌تر است. در افرادی که اعتیاد دارند شانس خودمراقبتی، ۰/۴۱ برابر افرادی است که اعتیاد ندارند. در افرادی که سن کم‌تر از ۳۰ سال دارند، شانس خودمراقبتی نسبت به افرادی که سن ۷۰ سال و بالاتر دارند، بیش‌تر است. براساس جدول شماره ۵، اثر متغیرهای وضعیت تاهل و سن در انگ معنی‌دار است. در افراد بدون همسر شانس انگ نسبت به افراد همسردار ۲/۰۲ برابر بیش‌تر است. مدل لجستیک چندمتغیره نیز نشان داد که اثر متغیرهای وضعیت تأهل و سن در انگ معنی‌دار است. در حضور سایر متغیرها در مدل، در افراد بدون همسر، شانس انگ نسبت به افراد همسردار ۲/۲۳ برابر بیش‌تر است. در افراد گروه سنی زیر ۳۰ سال، گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال و گروه سنی ۴۰ تا ۴۹ سال، شانس انگ نسبت به افرادی که سن ۷۰ سال و بالاتر دارند، بیش‌تر و به ترتیب ۴/۰۱ برابر، ۶/۹ برابر و ۴/۱۵ برابر است. براساس جدول شماره ۶، در مدل لجستیک اثر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

متغیرهای تعداد اعضای خانواده، درآمد و وضعیت تاهل در حمایت اجتماعی معنی‌دار بود. در افرادی که هیچ عضو دیگری در خانواده ندارند شانس حمایت اجتماعی ۰/۱۱ برابر کسانی بود که بیش‌تر از ۵ عضو در خانواده دارند. در افرادی که زیر ۱ میلیون درآمد دارند شانس حمایت اجتماعی ۰/۴۶ برابر کسانی بود که بیش‌تر از ۵ میلیون درآمد داشتند. در افراد بدون همسر نیز شانس حمایت اجتماعی ۰/۳۷ برابر کسانی است که همسردار بودند. مدل لجستیک چندمتغیره نیز نشان داد که اثر متغیر تعداد اعضای خانواده در حمایت اجتماعی معنی‌دار است. در حضور سایر متغیرها در مدل، در کسانی که هیچ عضوی در خانواده ندارند، شانس حمایت اجتماعی ۰/۱۶ برابر کسانی است که ۵ عضو یا بیش‌تر دارند.

جدول شماره ۳: همبستگی بین انگ، حمایت اجتماعی و خودمراقبتی بیماران مسلول استان گلستان

متغیر	عنوان	انگ	حمایت اجتماعی
حمایت اجتماعی	ضریب همبستگی	- ۰/۱۹	
	سطح معنی داری	۰/۰۰۱	
خودمراقبتی	ضریب همبستگی	- ۰/۲۱	۰/۵۵
	سطح معنی داری	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱

جدول شماره ۴: بررسی اثر متغیرهای مستقل تاثیرگذار بر خودمراقبتی بیماران مسلول استان گلستان با استفاده از رگرسیون لجستیک

متغیرها	سطوح	مدل تک متغیره		مدل چند متغیره	
		فاصله اطمینان ۹۵ درصد OR	سطح معنی داری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد OR	سطح معنی داری
نژاد	فارس	۲/۴۳ (۱/۰۸-۵/۴۵)	۰/۰۳۱	۲/۷۱ (۱/۱۲-۶/۵۴)	۰/۰۲۷
	غیر فارس	مرجع	---	مرجع	---
تعداد اعضای خانواده	ندارد	۰/۱۷ (۰/۰۵-۰/۵۹)	۰/۰۰۶	۰/۱۷ (۰/۰۴-۰/۷)	۰/۰۱۴
	کم‌تر از ۳	۰/۷۸ (۰/۲۷-۲/۲۵)	۰/۶۴	۰/۵۸ (۰/۱۹-۱/۷۶)	۰/۳۳۴
	۳ تا ۵	۰/۷۸ (۰/۲۷-۲/۲۹)	۰/۶۵۱	۰/۵۷ (۰/۱۸-۱/۷۸)	۰/۳۳۶
	بیش‌تر از ۵	مرجع	---	مرجع	---
اعتیاد	دارد	۰/۴۱ (۰/۲۱ – ۰/۸۱)	۰/۰۴۱	۰/۴۴ (۰/۲۱-۰/۹۲)	۰/۰۳
	ندارد	مرجع	---	---	مرجع
گروه سنی	کم‌تر از ۳۰	۸/۸۹ (۱/۱-۷۲/۰۲)	۰/۰۴۱	۷/۷۱ (۰/۹-۶۵/۶۹)	۰/۰۶۲
	۳۰ تا ۳۹	۱/۸۳ (۰/۶۳-۵/۳۷)	۰/۲۶۹	۱/۲۵ (۰/۳۹-۴/۰۴)	۰/۷۰۸
	۴۰ تا ۴۹	۱/۰۴ (۰/۳۹-۲/۷۶)	۰/۹۳۷	۱/۰۵ (۰/۳۶-۳/۰۶)	۰/۹۳۱
	۵۰ تا ۵۹	۱/۹۵ (۰/۶۷-۵/۶۹)	۰/۲۲۲	۱/۶۱ (۰/۵۱-۵/۱۱)	۰/۴۱۶
	۶۰ تا ۶۹	۱/۵۹ (۰/۰۶۱-۴/۱۴)	۰/۳۴۶	۱/۴ (۱/۵-۳/۹۲)	۰/۵۲۸
	۷۰ و بالاتر	مرجع	---	مرجع	---

جدول شماره۵: بررسی اثر متغیرهای مستقل تاثیرگذار بر انگ بیماران مسلول استان گلستان با استفاده از رگرسیون لجستیک

متغیرها	سطوح	مدل تک متغیره		مدل چند متغیره	
		فاصله اطمینان ۹۵ درصد OR	سطح معنی داری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد OR	سطح معنی داری
وضعیت تاهل	بدون همسر	۲/۰۲ (۱/۱۹-۳/۴۲)	۰/۰۰۹	۲/۲۳ (۱/۲۱-۴/۱۲)	۰/۰۱
	همسردار	مرجع	---	مرجع	---
گروه سنی	کم‌تر از ۳۰	۲/۱۴ (۰/۸۴-۵/۴۴)	۰/۱۱۲	۴/۰۱ (۱/۱۹-۱۳/۴۹)	۰/۰۲۵
	۳۰ تا ۳۹	۳/۰۳ (۱/۲۹-۷/۱۲)	۰/۰۱۱	۶/۹ (۲/۲۲-۲۱/۴۱)	۰/۰۰۱
	۴۰ تا ۴۹	۱/۸۹ (۰/۷۷-۴/۶۱)	۰/۱۶۵	۴/۱۵ (۱/۳۴-۱۲/۷۸)	۰/۰۱۳
	۵۰ تا ۵۹	۱/۱۷ (۰/۴۷-۲/۹۱)	۰/۷۴۳	۱/۹۹ (۰/۷-۵/۷)	۰/۱۹۸
	۶۰ تا ۶۹	۰/۵۵ (۰/۴۸-۱/۴۸)	۰/۲۳۷	۰/۶۸ (۰/۲۴-۱/۹۳)	۰/۰۴۷۳
	۷۰ و بالاتر	مرجع	---	مرجع	---

جدول شماره۶: بررسی اثر متغیرهای مستقل تاثیرگذار بر حمایت اجتماعی درک شده بیماران مسلول استان گلستان با استفاده از رگرسیون لجستیک

متغیرها	سطوح	مدل تک متغیره		مدل چند متغیره	
		فاصله اطمینان ۹۵ درصد OR	سطح معنی داری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد OR	سطح معنی داری
تعداد اعضای خانواده	ندارد	۰/۱۱ (۰/۰۳-۰/۳۸)	>۰/۰۰۱	۰/۱۶ (۰/۰۴-۰/۶۳)	۰/۰۰۹
	کم‌تر از ۳	۰/۵۵ (۰/۲۱-۱/۴۲)	۰/۲۱۷	۰/۴۶ (۰/۱۶-۱/۲۷)	۰/۱۳۲
	۳ تا ۵	۱/۰۴ (۰/۳۷-۲/۹)	۰/۹۴۲	۰/۹۱ (۰/۳۱-۲/۷۴)	۰/۸۷۴
	بیش‌تر از ۵	مرجع	---	مرجع	---
درآمد	زیر ۱ میلیون	۰/۴۶ (۰/۲۲-۰/۹۶)	۰/۰۳۸	۰/۷۲ (۰/۲۶-۱/۹۹)	۰/۵۲۹
	۱ تا ۳ میلیون	۱/۳۸ (۰/۵۳-۳/۵۹)	۰/۵۰۸	۲/۱۶ (۰/۷۱-۶/۵۱)	۰/۱۷۳
	۳ تا ۵ میلیون	۱/۰۹ (۰/۴۵-۲/۶۶)	۰/۸۴۵	۱/۴۴ (۰/۵۳-۳/۹۶)	۰/۴۷۷
	بیش‌تر از ۵ میلیون	مرجع	---	مرجع	---
تاهل	بدون همسر	۰/۳۷ (۰/۲-۰/۶۷)	۰/۰۰۱	۰/۵۱ (۰/۲۳-۱/۱۲)	۰/۰۸۴
	همسردار	مرجع	---	مرجع	---

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

بحث

هدف این مطالعه تعیین همبستگی انگ و حمایت اجتماعی درک شده با ابعاد رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سل می‌باشد. مطالعه حاضر نشان داد بین انگ با حمایت اجتماعی (r= -۰/۱۹ و P=۰/۰۰۱) و هم‌چنین بین انگ با خودمراقبتی (r= -۰/۲۱ و P<۰/۰۰۱) همبستگی معکوس و معنی‌داری وجود دارد و بین حمایت اجتماعی و خودمراقبتی همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت (r=۰/۵ و P<۰/۰۰۱). Park و همکاران(۲۳) گزارش نمودند بین رفتارهای خودمراقبتی و حمایت اجتماعی همبستگی مثبت و معناداری و بین رفتارهای خودمراقبتی و انگ، همبستگی منفی معنی‌داری وجود داشت. متغیرهای مهم مؤثر بر رفتارهای خودمراقبتی در مطالعه Park حمایت خانواده ، سیگار کشیدن ، سن و تجربه قطع درمان بودند، در مطالعه حاضر متغیرهای نژاد، تعداد اعضای خانواده، اعتیاد و سن در خودمراقبتی معنی‌دار بودند. به نظر می‌رسد هر چه تعداد اعضای خانواده بیمار بیش‌تر باشند وی از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار شده و به درمان بهتر جواب می دهد.

Castro و همکاران(۲۰) در پرو دریافتند متغیرهای جنس، سن، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل با خودمراقبتی در بیماران سل هیچ ارتباط معنی‌داری نداشتند (P>۰/۰۵). در مطالعه حاضر متغیرهای نژاد، تعداد اعضای خانواده، اعتیاد و سن در خودمراقبتی معنی‌دار بودند، هرچند در بعضی از متغیرهای دموگرافیک به لحاظ معنی‌داری تفاوت‌هایی بین مطالعه حاضر و مطالعه Castro و همکاران(۲۰) مشاهده شد، که می‌تواند ناشی از ابزار استفاده شده جهت پژوهش، مکان‌های متفاوت انجام پژوهش و سایر تفاوت‌های فرهنگی و قومی و نژادی باشد. نتایج مطالعه حاضر در خصوص رابطه معنی‌دار بین حمایت اجتماعی و خودمراقبتی با مطالعه Castro همکاران(۲۰) همسو می‌باشد و با بالا رفتن سطح حمایت اجتماعی، خودمراقبتی بیش‌تر می‌شود.

در مطالعه Dilas و همکاران(۲۴) دریافتند که حمایت اجتماعی و کیفیت مراقبت به‌طور معنی‌داری بر آموزش بهداشت تأثیر می‌گذارد و همین‌طور آموزش بهداشت واسطه حمایت اجتماعی و کیفیت مراقبت برای پایبندی بهتر به درمان است. در واقع، حمایت از بیمار، حمایت اجتماعی از نظر فرهنگی، و طرح‌های درمانی و مداخله‌های آموزشی برای بیماران، تأثیر مستقیم و مثبتی بر بهبود بیماران مبتلا به سل دارد. حمایت اجتماعی به نفع پیروی از درمان سل، بهبود سلامت روانی، کاهش استرس و افزایش خودکارآمدی در مواجهه با بیماری است.

مطالعه حاضر با مطالعه Chakrabartty و همکاران(۲۵) گزارش نمودند انگ در بیماران مبتلا به سل بالا می‌باشد و انگ تاثیر زیادی در شکل‌گیری روابط اجتماعی بیمار با افراد جامعه داشته و در ازدواج، زندگی زناشویی، افزایش موارد غیبت از محل کار و افزایش تعداد روزهای مصرف نکردن داروهای سل و افزایش موارد افسردگی و استرس و سایر مشکلات روانی و حتی اعتیاد و افزایش موارد شکست از درمان تاثیر گذار می‌باشد. جهت کاهش انگ و تبعیض ناشی از بیماری سل، می‌بایستی بر روی افزایش آگاهی عمومی تمامی جامعه از طریق اجرای برنامه‌های آموزشی، جلب حمایت همه جانبه، تشکیل گروه‌های خودیاری و گروه‌های همتا برنامه‌ریزی گردد. Soedarsono و همکاران(۲۶) سال ۲۰۱۷ در اندونزی دریافتند محدودیت حمایت‌های اجتماعی، نارضایتی از خدمات بهداشتی، وضعیت اقتصادی ضعیف و نگرش منفی نسبت به درمان در عدم تبعیت از درمان سل توسط بیماران دخیل می‌باشد و می‌توان از همکاری برون بخشی با سازمان‌های کمیته امداد و بهزیستی و خیرین سلامت جهت ارتقای حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به سل استفاده کرد.

نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Zarova و همکاران(۲۷) و مطالعه deSouza و همکاران(۲۸) مشابه بود و بین سطوح حمایت اجتماعی با رفتارهای خودمراقبتی رابطه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

مستقیم و معنی‌داری وجود داشت و با بالا رفتن سطح حمایت اجتماعی، خودمراقبتی بیش‌تر می‌شد.

مطالعه Zarova و همکاران نشان داد بیماران مبتلا به بیماری سل بیش‌ترین میزان حمایت اجتماعی را از خانواده دریافت می‌کنند. بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی داشتند به‌طور قابل توجهی درد، اضطراب و افسردگی را گزارش می‌کردند و نیز حمایت اجتماعی کیفیت زندگی بیماران را بهبود می بخشد و پاسخ به درمان سریع‌تر اتفاق می‌افتد. این امر منطقی به نظر می‌رسد که درک بیماران مسلول از حمایت اجتماعی در هنگام بیماری شامل کمک گرفتن، مشاوره، راهنمایی در تصمیم‌گیری‌های پزشکی و داشتن شخصی که مراقبت‌های پرستاری در هنگام بیماری شامل تهیه داروهای مورد نیاز بیمار، غذا درست کردن و بردن به مطب پزشک را برای وی انجام داده و با محبت کردن، صحبت کردن و درد دل کردن زمینه بهبودی بیماری را فراهم سازد، می‌شود.

در مطالعه Shivapujimath و همکاران(۲۹) دریافتند که ۵۱/۲ درصد از پاسخ دهندگان نوعی انگ را تجربه کردند، اکثر بیماران فقط آموزش ابتدایی را دریافت کرده‌اند و ۷۱/۳ درصد از پاسخگویان مرد بوده و اکثر بیماران مورد جدید بیماری سل بودند و متغیرهای سن، تحصیلات و وضعیت اسمیر خلط بیماران با انگ ارتباط داشت. ولی در مطالعه حاضر تنها سن و تاهل در انگ معنی‌دار بود. تفاوت دو مطالعه را می‌توان در آن دانست که اکثریت بیماران مطالعه Shivapujimath مرد بودند و باتوجه به این که مردان نیروی کار هستند و در صورت ابتلای به بیماری سل کارفرماها کم‌تر به ایشان کار تحویل می‌نمایند مردان تمایلی به افشای بیماری خود در نزد همسایگان، همکاران و موقعیت‌های استرس زا ندارند و به دلیل ماهیت مسری بودن بیماری و دوری جستن از اطرافیان از ایشان انگ بالاتری را گزارش و در صورت ابتلای به بیماری زمینه‌ای و بیکار بودن و مشکلات خانوادگی دچار انگ بالاتری شده و باعث کاهش حمایت اجتماعی و کاهش رفتارهای خودمراقبتی توسط بیماران مسلول مرد می‌شود کما این که بسیاری از موارد ذکر شده در جنسیت زن نیز گزارش می‌شود. جهت پژوهش‌های آینده می‌توان بررسی اثرات مثبت و تأثیرگذار حمایت اجتماعی و اثرات منفی انگ بر پیروی از درمان ضد سل و انجام رفتارهای خودمراقبتی در دانشگاه‌های کشور و بررسی نقش و ارتباط سایر متغیرهای تأثیرگذار بر موفقیت درمان ضد سل و بهبودی و افزایش رفتارهای خودمراقبتی و انجام پژوهش‌های متفاوت باعنوان تفاوت رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سل با بیماران مبتلا به سایر بیماری‌ها مانند جذام، ایدز و ... را پیشنهاد داد، هم‌چنین مداخله آموزشی و فرهنگی لازم توسط سازمان‌های دولتی و غیردولتی به‌منظور ایجاد و تقویت نگرش مثبت نسبت به بیماران مسلول در میان خانواده‌ها و حمایت اجتماعی بیش‌تر از این بیماران پیشنهاد می‌گردد.

از محدویت های انجام پژوهش، سختی دسترسی به بیماران مبتلا به سل در سطح استان گلستان، تنوع شرایط فرهنگی، اجتماعی و زبان بیماران مبتلا به سل در سطح استان در هنگام پاسخگویی به سوالات پرسشنامه عنوان کرد.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

سپاسگزاری

این مطالعه در قالب پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد با شناسه اخلاق IRMAZUMS.REC.1402.430 در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد؛ ازاین‌رو از همکاری معاونت بهداشتی و کلیه پزشکان هماهنگ‌کننده سل شهرستان‌های استان گلستان تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

References

1. Ghanaiee R, Karimi A, Hoseini-Alfatemi SM, Seddon JA, Nasehi M, Tabarsi P, et al. Household contact investigation for the detection of active tuberculosis and latent tuberculosis: a comprehensive evaluation in two high-burden provinces in Iran. New Microbes and New Infect 2022; 45: 100958.
2. Fattahi Abdizadeh M, Pakize Moghaddam Z, Ghorbani A, Rabiee MH, Goklani H, Shahraini R. Epidemiology of tuberculosis in Sabzevar district during 2009-2013. J Sabzevar Univ Med Sci 2021; 28(1): 100-104 (Persian).
3. Duko B, Bedaso A, Ayano G, Yohannis Z. Perceived stigma and associated factors among patient with tuberculosis, Wolaita Sodo, Ethiopia: cross-sectional study. Tuberc Res Treat 2019; 2019: 5917537. PMID: 31186957.
4. World health organization Global Tuberculosis Report 2023: https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023.
5. Ministry of Health and Medical Education. General Report of Tuberculosis. Available from: http://tb.behdasht.gov.ir//TB_Situation_in_Iran.aspx. Accessed october 03, 2024.
6. Mbuthia GW, Nyamogoba HD, Chiang SS, McGarvey ST. Burden of stigma among tuberculosis patients in a pastoralist community in Kenya: A mixed methods study. PloS One 2020; 15(10): e0240457. PMID: 33057420.
7. Chen X, Du L, Wu R, Xu J, Ji H, Zhang Y, et al. Tuberculosis-related stigma and its determinants in Dalian, Northeast China: a cross-sectional study. BMC Public Health 2021; 21(1): 6. PMID: 33397334.
8. Aggarwal AN. Quality of life with tuberculosis. J Clin Tuberc Other Mycobact Dis 2019; 17: 100121. PMID: 31788563.
9. Pouresmaeel Niyazi M, Farshbaf Mani Sefat F, Khademi A, Meshgi S. The Mediating Role of Coping Strategies in Relationship Between Illness Perception and Perceived Social Support with Treatment Adherence in Cardiovascular Patients. IJPN 2022; 9(6): 98-108 (Persian).
10. Addo J, Pearce D, Metcalf M, Lundquist C, Thomas G, Barros-Aguirre D, et al. Living with tuberculosis: a qualitative study of patients' experiences with disease and treatment. BMC Public Health 2022; 22(1): 1717.
11. Zal E, Rezaei_Jamaloei H, Taheri M. Structural model of self care based on self transcendence mediated by social support on patients with diabetes. Daneshvar Medicine 2022; 30(4): 11-22 (Persian).
12. Arabshahi A, Qarlipour Z, Mohammad Beigi A, Izadizeh FS, Mohebbi S. Relationship between social supports received from spouse and adherence to self-care behaviors in patients with high blood pressure in Qom. J Prevent Med 2020; 7(1): 1-12 (Persian).
13. Ainiyah S, Umiastuti P. The Relationship between Family's Assessment Support and MDR TB Patient's Adherence on Treatment in RSUD Dr. Scientific Journal of Medical Students of Airlangga University 2019; 10(2): 74-77.
14. Hook K, Sereda Y, Makarenko O, Bendiks S, Rybak NR, Dutta A, et al. TB stigma and its correlates among HIV-positive people who inject drugs in Ukraine. Int J Tuberc Lung Dis 2021; 25(9): 747-753. PMID: 34802497.
15. Van Rie A, Sengupta S, Pungrassami P, Balthip Q, Choonuan S, Kasetjaroen Y, et al. Measuring stigma associated with tuberculosis and HIV/AIDS in southern Thailand:

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

exploratory and confirmatory factor analyses of two new scales. Trop Med Int Health 2008; 13(1): 21-30. PMID: 18290998

16. Moradi M, Rakhshanderou S, Mehrabi Y, Daneshvar S, Ghaffari M. Social stigma and health beliefs about tuberculosis: A research from rural regions of Iran. Int Arch Health Sci 2022; 9(2): 83-88 (Persian).
17. de Almeida Crispim J, da Silva LMC, Yamamura M, Popolin MP, Ramos ACV, Arroyo LH, et al. Validity and reliability of the tuberculosis-related stigma scale version for Brazilian Portuguese. BMC Infect Dis 2017; 17(1): 510. PMID: 28732485.
18. Mohammedhussein M, Hajure M, Shifa JE, Hassen TA. Perceived stigma among patient with pulmonary tuberculosis at public health facilities in southwest Ethiopia: A cross-sectional study. PLoS One 2020; 15(12): e0243433.
19. Abebe G, Deribew A, Apers L, Woldemichael K, Shiffa J, Tesfaye M, et al. Knowledge, health seeking behavior and perceived stigma towards tuberculosis among tuberculosis suspects in a rural community in southwest Ethiopia. PLoS One 2010; 5(10): e13339.
20. Cajachagua Castro M, Chávez Sosa J, Chilón Huamán A, Camposano Ninahuanca A. Social support and self-care in patients with pulmonary tuberculosis Lima Este Hospital, 2020, Peru. Revista Cuidarte 2022; 13(2).
21. Jalaei T, Astanegi S, Rahmati M, Salari N. The survey of perceived social support status and its relation to fear and anxiety of CABG candidate patient's in Imam Ali's hospital of Kermanshah. Nursing And Midwifery Journal 2018; 16(5): 354-363 (Persian).
22. Harandi TF, Mahmoodi Z, Ghavidel N, Sharifipour Z. Factors affecting self-management in Iranian tuberculosis patients: A path analysis model. Can J Respir Ther 2021; 57: 73-78. PMID: 34212074.
23. Park E, Choi SE. Support system, stigma and self-care behaviors in patients with pulmonary tuberculosis. J Korean Biol Nurs Sci 2020; 22(4): 288-296.
24. Dilas D, Flores R, Morales-García WC, Calizaya-Milla YE, Morales-García M, Sairitupa-Sanchez L, et al. Social support, quality of care, and patient adherence to tuberculosis treatment in Peru: The mediating role of nurse health education. Patient Prefer Adherence 2023; 17: 175-186.
25. Chakrabartty A, Basu P, Ali KM, Ghosh D. Tuberculosis related stigma attached to the adherence of directly observed treatment short course (DOTS) in West Bengal, India. Indian J Tuberc 2019; 66(2): 259-265. PMID: 31151494.
26. Soedarsono S, Mertaniasih NM, Kusmiati T, Permatasari A, Juliasih NN, Hadi C, et al. Determinant factors for loss to follow-up in drug-resistant tuberculosis patients: the importance of psycho-social and economic aspects. BMC Pulm Med 2021; 21(1): 360. PMID: 34758794.
27. Zarova C, Chiwaridzo M, Tadyanemhandu C, Machando D, Dambi JM. The impact of social support on the health-related quality of life of adult patients with tuberculosis in Harare, Zimbabwe: a cross-sectional survey. BMC Res Notes 2018; 11(1): 795. PMID: 30400994.
28. de Souza Neves LA, Castrighini C, Reis RK, Marin Da Silva Canini S, Gir E. Social support and quality of life of people with tuberculosis/HIV. Enfermería Global 2018; 17(2): 21-29.
29. Shivapujimath R, Rao A, Nilima A, Shilpa D. A cross-sectional study to assess the

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

stigma associated with tuberculosis among tuberculosis patients in Udupi district, Karnataka. Indian J Tuberc 2017; 64(4): 323-326. PMID: 28941857.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]