مقاله تحقیقی

دوفصلنامه آموزش پزشکی
مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره دوم، شمارهٔ ۲، بهار و تابستان ۱۳۹۳، صفحه ۴۸-۴۳

بررسی نیازهای آموزشی بیماران سلی به شیوه بحث گروهی متمرکز در منطقه سیستان

محمد سارانی(MSc) [۱]، سلیمان سراوانی(MSc) [۱*]، مریم قائمی امیری(MSc) [۲]

۱- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، ایران
۲- مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران

دریافت: ۹۳/۳/۵، اصلاح: ۹۳/۵/۱۹، پذیرش: ۹۳/۵/۲۲

خلاصه

سابقه و هدف: برای بهبود وضعیت بهداشتی یک جامعه، علاوه بر ارائه خدمات بهداشتی، مشارکت فعال دریافت کنندگان این خدمات ضروری است و آگاهی مناسب لازمه این مشارکت می باشد. منطقه سیستان از دیرباز بعنوان یکی از کانون های مهم بیماری سل در کشور مطرح بوده است. لذا شناخت نیازهای آموزشی بیماران سلی جهت کنترل دقیق و به موقع بیماری، مستلزم تعیین عوامل موثر بر افزایش آگاهی این بیماران می باشد.

مواد و روشها: این پژوهش کیفی به شیوه بحث گروهی متمرکز (FGD) و با مشارکت ۴۸ نفر، که شامل ۴ گروه آقایان و ۴ گروه خانمهای مسلول بوده در ۸ جلسه به انجام رسیده است. به منظور تعیین مشکلات تشخیص، درمان، بیماریابی، برخورد اطرافیان با بیماران سلی، احساس بیماران نسبت به بیماری سل و ارائه راهکارها و راه حلها در مورد کنترل بیماری از نظر بیماران و کارکنان بهداشتی (بهورزان، کاردانان، کارشناسان، مدیران) مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: نتایج بدست آمده نشان می دهد که برخورد با بیماران سلی در دو جنس متفاوت بوده، بطوریکه جنس مونث بیشتر در معرض افسردگی و بیماریهای روحی و روانی قرار دارند، همچنین خانواده و اقوام بیماران کمتر با مسلولین ارتباط برقرار می کنند. از طرفی بیماران به دلیل ترس از بدنامی سعی در مخفی نگه داشتن بیماری خود دارند. سوال بی پاسخ در ذهن اکثر بیماران این است که آیا بیماری سل قابل درمان است یا نه؟ همچنین عوامل زیست محیطی، بستر ژنتیکی، فاکتورهای اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و عدم آگاهی ساکنین منطقه مهمترین مشکلات درک شده توسط پرسنل بهداشتی بوده است.

نتیجه گیری: اکثر شرکت کنندگان در این مطالعه بر لزوم آموزش تأکید دارند. لذا بازنگری در محتوای آموزشی و یافتن راه حل های مناسب برای پاسخ دهی به نیازهای فطری بیماران سلی ضروری است.

واژه های کلیدی: سل، سخنرانی، بحث گروهی متمرکز، سیستان.

مقدمه

سل یک بیماری مزمن با سیر تدریجی بوده و سازمان جهانی بهداشت آن را یک فوریت جهانی اعلام نموده است، زیرا این بیماری در بسیاری از نقاط جهان بخوبی کنترل نمی شود. بیماری سل در حال حاضر یکی از نگرانیهای جدی و تهدید کننده سلامتی جامعه بشری بوده و مبارزه با آن باید مورد توجه رهبران سیاسی و بهداشتی ملت ها و جوامع جهانی قرار گیرد. امروزه سل بعنوان یک بیماری کشنده، به همراه بیماری ایدز برای سلامت انسانها تهدید جدی به شمار می رود و می تواند بیماری قابل علاج و قابل کنترل سل را برای نسل بعدی بصورتی کاملاً غیر قابل کنترل و درمان در آورد (۱). براساس آمار ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی سالانه ۸ تا ۱۰ میلیون نفر مورد جدید سل بروز می کند و ۲ تا ۳ میلیون نفر در سال در اثر ابتلا به این بیماری جان خود را از دست می دهند (۳و۲). کسب اطلاعات در مورد جامعه، این امکان را فراهم می سازد که مناسب ترین راه رسیدگی به مشکل (استراتژی) با در نظر داشتن خود مشکل و فرهنگی که باعث ایجاد آن گردیده است، انتخاب شود، به عبارتی بهترین راه برای حل مشکلات جامعه، استفاده از منابع درون جامعه است (۴). بدین ترتیب باید با فراهم آوردن حمایت سیاسی، امکانات علمی و تکنولوژی جدید و بسیج همگانی به مبارزه با این بیماری و عواقب وخیم آن پرداخت. به همین منظور؛ کاهش فقر، مبارزه با ایدز، بهبود وضعیت تغذیه و ارتقاء خدمت رسانی به قشر محروم جامعه در کنار بیماریابی و درمان سریع و مناسب بیماران مسلول می تواند انقلاب بهداشتی بزرگی را در مبارزه با سل پدید آورد. این تنها راه به سوی پیروزی بزرگ ما بر بیماری سل است. در گذشته نه چندان دور شیوع سل در ایران

* نویسنده مسئول مقاله: سلیمان سراوانی
آدرس: زابل، خیابان بهداشت، مجتمع آموزشی، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، تلفن: ۰۵۴۲-۲۲۴۴۸۰۰
e-mail:saravani_solyman@yahoo.com

[Downloaded from mededj.ir on 2026-11-29]

بالا بوده، ولی با اقدامات بهداشتی انجام شده طی سالهای اخیر شیوع بیماری رو به کاهش نهاده است، به طوری که از ۴۲/۹ مورد در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر در سال ۱۳۷۱ به ۱۲/۶۴ مورد در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر در سال ۱۳۸۵ کاهش یافته است (۵). بر اساس مطالعاتی که در ایران انجام شده است، میزان بروز سل در سنین بالاتر از ۵۰ سالگی بیشتر بوده است، همچنین در تمامی گروه های سنی، جنس مونث از میزان بروز بیشتری برخوردار بوده است، به طوری که در سنین قبل از بلوغ، به نسبت ۲/۵ به ۱ است، ولی در سنین بالاتر بتدریج از فاصله آن ها کاسته می‌شود (۶). سیاست سازمان جهانی بهداشت در کنترل سل، راهکار DOTS (درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم) می باشد که شامل یک ساختار موثر برای تشخیص (بررسی اسمیر خلط با میکروسکوپ نوری) و درمان (درمان دارویی کوتاه مدت) است.

هدف اصلی برنامه کنترل سل، کاهش هرچه سریعتر شیوع سل در جامعه می باشد بطوریکه از آن پس این بیماری بعنوان مشکل بهداشتی جامعه مطرح نشود و در نتیجه دستیابی به اهداف نهایی یعنی کاهش میزان بروز و مرگ و میر ناشی از بیماری نیز نهایتاً امکان پذیر گردد. اهداف اختصاصی برنامه های مبارزه با سل در کشور: بهبودی کامل حداقل ۸۵ درصد موارد جدید مبتلا به سل ریوی با اسمیر خلط مثبت و کشف حداقل ۷۰ درصد بیماران مبتلا به سل ریوی با اسمیر خلط مثبت است که نهایتاً کنترل سل؛ شامل کاهش میزان مرگ و میر و کاهش خطر انتقال بیماری (در صورت پیشگیری از مقاومت دارویی) می باشند، به گونه ای که سل بیش از این سلامت جامعه را تهدید نکند. به منظور دستیابی به این اهداف لازم است امکانات لازم جهت تشخیص و درمان همراه با آموزش بهداشت برای هر بیمار مبتلا به سل تضمین گردد (۶). برای بهبود وضعیت بهداشتی یک جامعه، علاوه بر ارائه خدمات بهداشتی، مشارکت فعال دریافت کنندگان این خدمات ضروری است و آگاهی مناسب لازمه این مشارکت می باشد (۷). آموزش یکی از ارکان مهم کنترل بیماری سل است. به علاوه برای طراحی یک برنامه آموزشی مناسب و موثر، ارزیابی آگاهی، نگرش و رفتار جمعیت هدف ضروری می باشد (۸). ناکافی بودن آموزش های اصولی و باورهای فرهنگی- اجتماعی غلط از عوامل مهم عدم دستیابی به اهداف فوق می باشند و باید افزایش کیفیت آموزش ها و انجام فعالیتها طبق برنامه زمان بندی شده مورد توجه قرار گیرد (۹). ارتباط مناسب با بیماران و کیفیت آموزش کارکنان بهداشتی نقش بسزایی در پیشگیری از بیماری دارد (۱۰). با توجه به خلاهای موجود آموزشی و کمبود مهارتهای مناسب رفتاری، ضروری است که از مطالعه کیفی برای بدست آوردن نظرات بیماران استفاده شود (۱۱). تنها راه کاهش احتمالی این بیماری در افراد جامعه، آموزش راه های پیشگیری و نخستین گام در مورد برنامه ریزی های آموزشی موثر، اطلاع از آگاهی اقشار گوناگون جامعه در رابطه با این بیماری است (۱۲). لذا هدف از انجام این پژوهش تعیین مشکلات تشخیص، درمان، بیماریابی، برخورد اطرافیان با بیماران سلی، احساس بیماران نسبت به بیماری سل و ارائه راهکارها و راه حل ها در مورد کنترل بیماری از نظر بیماران و کارکنان بهداشتی بوده است.

مواد و روشها

جامعه مورد مطالعه در این تحقیق ۴۸ نفر مشتمل بر ۲۴ بیمار مسلول و ۲۴ نفر از کارکنان مراکز بهداشتی درمانی بوده است. نحوه اشباع اطلاعات تا ۴۸ نفر کامل گردید، نوع تحقیق کیفی ،تائید علمی پرسشنامه از طریق ارائه به چند نفر از متخصصین آموزش بهداشت، از نظر پوشش محتوایی مورد تائید قرار گرفت و بیماران مسلول بصورت تصادفی ساده از مراجعه کنندگان به مرکز مبارزه با سل شهرستان زابل انتخاب و در ۴ گروه آقایان و ۴ گروه بانوان طبقه بندی گردید. سپس برای هر گروه یک جلسه ۴۰ دقیقه ای بحث گروهی متمرکز (FGD) تشکیل شد. جلسات گروهی بصورت چهره به چهره توسط یک نفر مصاحبه گر (طرح سوال و موضوعات مورد بحث)، یک نفر تسهیل گر (کمک و راهنمایی به فرد بیمار جهت پاسخ به سوالات طرح شده) و یک نفر منشی (هماهنگ کننده جلسات و برنامه های آموزشی) برگزار گردید. در این تحقیق تعداد ۱۲ نفر بهورز، ۶ نفر کاردان و کارشناس و ۶ نفر از مدیران شبکه ها و روسای مراکز بهداشتی نظراتشان را در مورد مشکلات و راه حل ها بیان نمودند (جدول ۱). اطلاعات بدست آمده از بارش افکار شرکت کنندگان در جلسات در حیطه های؛ شناسایی مشکلات، راه حل ها و پیشنهادات طبقه بندی شده، سپس نگرش بیماران اولویت بندی و همراه با نقطه نظرات کارشناسان و مدیران بهداشتی بصورت طرح مداخله ای تدوین و در سیستم شبکه به اجرا در آمد.

جدول شماره ۱. درصد شرکت کنندگان به تفکیک جنس و وضعیت

متغیرها	تعداد	درصد
جنس		
مرد	۲۳	۴۸
زن	۲۵	۵۲
وضعیت		
مسلول	۲۴	۵۰
کارکنان بهداشتی	۲۴	۵۰
بهورز	۱۲	۵۰
کاردان و کارشناس بهداشت	۶	۲۵
مدیر شبکه	۶	۲۵

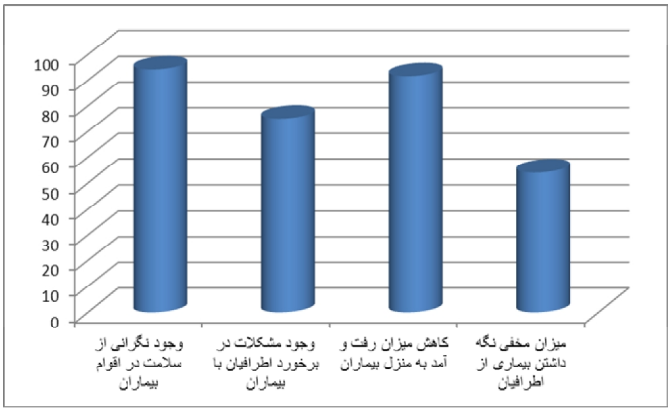
یافته ها

اطلاعات گردآوری شده منجر به طیف وسیعی از شناسایی مشکلات، راه حل ها و پیشنهادات گردید. مشکلات برخورد اطرافیان با مسلولین یکی از مهمترین فاکتورهایی بود که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت، ۷۵ درصد از خانواده و اقوام بیماران مسلول بیشتر نگران سلامتی خود بوده و همچنین بدلیل نگرش منفی (۹۱/۶ درصد) که نسبت به بیماری سل در جامعه وجود دارد، کاهش محسوسی را در رفت و آمد به منزل بیماران مسلول منجر شده است. بطوریکه این رفتارها موجب مخفی کردن بیماری از اطرافیان (۵۴ درصد) گردیده است.

این مطالعه نشان داد که برخورد با بیماران سلی در دو جنس مبتلا به سل بسیار متفاوت بوده است، بطوریکه برخورد اطرافیان با بیماران مرد در ۸۷/۵ درصد موارد در مقایسه با قبل از ابتلا تفاوت زیادی نداشته است، ولی برخورد اطرافیان با بیمار زن کاملاً متفاوت بوده و بیش از ۹۰ درصد از مسلولین زن از خانواده طرد می شدند. ۴۵/۸ درصد از بیماران امیدی به درمان و بهبودی نداشتند و مدت طولانی درمان، شکست درمان، عوارض دارویی، غیبت از درمان و عود بیماری

[Downloaded from mededj.ir on 2026-11-29]

این نگرش منفی را در آنها ایجاد کرده بود. بطوریکه ۱۶/۶ درصد از بیماران نسبت به تداوم بر اشتغال خود دچار شک و تردید بودند (نمودار ۱). مشکلات و معضلات درک شده توسط پرسنل بهداشتی در مورد سل در منطقه سیستان؛ وجود بادهای ۱۲۰ روزه سیستان، پائین بودن سطح آگاهی مردم، همسایگی با افغانستان، بعد خانوار بالا در خانواده های بیماران سلی، عادات تغذیه نامناسب، زایمانهای پی در پی، مسائل ژنتیکی، استرس مهاجرت بدلیل خشکسالی به دیگر مناطق، نداشتن مسکن مناسب، نگهداری حیوانات در محل زندگی و هوای خشک منطقه سیستان مطرح گردید.



نمودار شماره ۱. درصد میزان مهم ترین فاکتورهای بررسی شده در برخورد با بیماران مسلول

بحث و نتیجه گیری

بنظر می رسد نگرانی و ترس اطرافیان بیمار ناشی از این باشد، که آموزشهای ارائه شده به مردم منجر به رفتارهای پایدار نشده و در واقع تبلور شخصیت شکل نگرفته است. همچنین مخفی نگه داشتن بیماری بدلیل ترس بیماران سلی از بد نامی می باشد، در واقع ادامه برنامه های آموزش سلامت با نگاه به نیازهای جامعه و تداوم برنامه های آموزشی توسط افراد متخصص و اجرای آن با ظرفیت های موجود در سیستم شبکه از جمله تیم سلامت در سطح یک ارائه خدمت می تواند کمک بسیار به تغییر نگرش مردم بکند. البته در کنار آموزش، غربالگری اطرافیان بیماران مسلول نیز ضروری بنظر می رسد. در حال حاضر غربالگری افراد در تماس با بیماران مسلول بطور مستمر و جامع در اکثر کشورهای جهان صورت نمی گیرد، این در حالی است که یکی از راههای موثر مقابله با بیماری سل، جلوگیری از گسترش آن از طریق بیماریابی نزد اطرافیان در معرض تماس با بیماران مسلول می باشد (۱۳).

مشکلات حاضر نشان می دهد که شاخص های تعریف شده در برنامه های آموزش بهداشت در سیستم بهداشتی دقیق ارزیابی و پایش نمی شوند و فرآیندهای تعریف شده آموزشی در این پروسه بدلیل عدم مداخلات به موقع همچنان دور باطل را طی می کند و بیماران همچنان بدلیل نداشتن اطلاعات بهداشتی درست، نگران سلامتی خود هستند.

درمان قطعی بیماری سل به دو عامل تجویز برنامه صحیح دارویی و مصرف مرتب دارو بستگی دارد (۱۴). مشکلات درمانی بیماران سلی ناشی از این مطلب است که حجم داروها و طول مدت درمان زیاد بوده و از جهتی مشکلات اقتصادی خانواده ها و عدم دسترسی به مرکز مبارزه با سل شهرستان باعث می شود که بیماران به موقع برای تشخیص و یا ادامه درمان مراجعه ننمایند، مشکلات درمانی ذکر شده در دو جنس مرد و زن تفاوت چندانی را نشان نمی دهد. وجود این مشکلات می تواند باعث افزایش میزان بروز بیماری، تشخیص دیر هنگام، مقاومت دارویی و حتی شکست درمان بیماران را بدنبال داشته باشد. از طرفی متمرکز شدن خدمات تشخیص و درمان در شهرستان با توجه به بعد مسافت طولانی بعضی روستاها و مشکلات اقتصادی خانواده ها و ایاب و ذهاب جهت مراجعه به مرکز مبارزه با سل باعث شده که مقاومت دارویی و دیگر مشکلات همچنان در سطح منطقه وجود داشته باشد. طی مطالعه صورت گرفته در غنا، دور بودن خانه تا درمانگاه بعنوان یک عامل مهم در عدم پذیرش درمانی ارزیابی گردید (۱۵). با توجه به اینکه در سیستان پوشش شبکه بالای ۹۶ درصد است و ساختار مناسب و استقرار تیم سلامت در کلیه مراکز بهداشتی درمانی روستایی وجود دارد، بنظر می رسد اگر برنامه های آموزشی و درمانی سل مثل دیگر برنامه ها در سیستم شبکه ادغام شود بیماران سلی دسترسی بهتر و بهنگامی به خدمات مورد نیازشان داشته باشند. عدم پیگیری درمان تحت تأثیر خصوصیات بیمار، محیط و دستورات درمانی قرار دارد، همچنین طولانی بودن مدت درمان و رفتار کادر درمانی با بیمار از سایر عوامل موثر می باشد. مسلولی که قرار است تحت درمان قرار گیرد باید انگیزه اش تحریک و در طول مدت درمان تا بهبودی نهایی حفظ شود و این اعتقاد در وی ایجاد شود که حتماً باید معالجه گردد.

نتایج مطالعه نشان دهنده عدم اطمینان بیماران از درمان قطعی بیماری بوده و افرادی که تازه شروع به مصرف دارو کرده اند نسبت به نتیجه درمان تردید دارند. به نظر می رسد مشکلاتی که در طول درمان بیمار بوقوع می پیوندد به طور دقیق ارزیابی نمی شود تا بتوان به موقع گروه درمانی بیمار را تغییر داد. همچنین بی توجهی به سایر فاکتورهای دخیل در طول درمان بیماران نباید از ذهن دور باشد، از جمله افراد معتاد، بیماران ایدزی، بیماران دیابتی یا کلیوی که در صورت غافل شدن پزشک می تواند باعث مقاومت داروی یا شکست درمان شود.

کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه بر لزوم آموزش تأکید داشتند، از طرفی ضعف و ناکارآمدی مدیریت تیم سلامت در مراکز بهداشتی درمانی در امر برنامه ریزی، تشخیص، بیماریابی، درمان بیماران، پیگیری، ضعف در همکاری بین بخشی، نبود نظام مراقبتی سل، ضعف انگیزش بهورزان، ضعف نظام ارزشیابی برنامه سل، ناکافی بودن آموزشهای اصولی به مردم و باورهای فرهنگی اجتماعی غلط، تغذیه ناسالم، عدم آگاهی بعضی از پرسنل در مورد نحوه تشخیص بیماری، عدم اجرای درست DOTS، مشکلات روحی روانی بیماران و مشکل اعتیاد بیماران سلی به مواد مخدر به عنوان عوامل تعیین کننده سلامت بیماران سلی عنوان گردید. مشکلات و معضلات عنوان شده توسط کارشناسان بهداشتی منطقه را می توان به دو دسته تقسیم کرد: دسته اول مربوط به سیستم بهداشتی و اعضای تیم سلامت می شود که با برنامه ریزی دقیق بر اساس نیاز سنجی و تدوین برنامه های آموزشی از طریق سیستم بهداشتی قابل حل می باشد. دسته دوم مربوط به سایر ارگان ها و نهاد های دولتی و حمایت کننده از جمله کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان مسکن و شهرسازی، جهاد کشاورزی و غیره می باشد که با توسعه یافتگی همه جانبه در منطقه می توان از بروز بیماری سل در منطقه جلوگیری نمود. بازنگری در محتوای آموزشی و یافتن راه حل های مناسب برای پاسخ دهی به نیازهای فطری بیماران سلی ضروری به نظر می رسد در ضمن توجه به خلاهای موجود آموزشی و کمبود مهارتهای مناسب رفتاری در

[Downloaded from mededj.ir on 2026-11-29]

حیطه آموزش بیماران سلی، با استفاده از تبلیغات مناسب و به خصوص استفاده از رسانه های گروهی و افزایش دسترسی به رسانه های مکتوب و جذاب آموزشی توسط متخصصین مربوطه ضروری به نظر می رسد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه همکارانی که ما را در این امر یاری نمودند ، تقدیر و تشکر به عمل می آید.

[Downloaded from mededj.ir on 2026-11-29]

Assessment of TB Patients' Educational Needs by Focus Group Discussion (FGD) in Sistan, Iran

M. Sarani (MSc)[1], S. Saravani (MSc)[1*], M. Ghaemi Amiri (MSc)[2]

1. Deptartment of Community Medicine, School of Medicine, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran.
2. Educational Development Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Biannual Medical Education,Babol Univ Med Sci; 2(2); Spring, Suymmer 2014; pp: 43-48

Received: May 26th 2014, Revised: August 10th 2014, Accepted: August 13th 2014.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: To improve the health status of a community, in addition to health services, active participation of people receiving these services, is essential and for this participation, appropriate knowledge requires. Sistan region is one of the important centers as TB in the country. Therefore, identification of TB patients educational needs, requires determination of effective factors for increasing their knowledge.

METHODS: This qualitative study of focus group discussion (FGD) with the participation of 48 persons, including 4 groups of men and 4 groups of women from TB patients, have been carried out in 8 sessions. In order to determine the problems of diagnosis, treatment, screening, interaction of relatives, the sense of TB patients about their disease and to provide strategies for disease control, opinion of health care workers and patients were evaluated.

FINDINGS: The results show that dealing with TB patients in the two sexes are different, so that females are more susceptible to depression and mental illness, also the patients' family and relatives have less communication with TB patients. Patients try to hide their disease for fear of stigma. Unanswered question in many minds is whether TB is curable or not? Environmental factors, genetic tendency, social, cultural and economic factors and the lack of information in the residents of this region, are the most important problems which health care workers present.

CONCLUSION: Most participants in this study emphasize the need for training. The revision of educational contents and to find proper solutions for the innate response to the needs of TB patients are necessary.

KEY WORDS: *Tuberculosis, Focus Group Discussions, Sistan.*

[*]**Corresponding Author;**Soleiman Saravani

Address: Deptartment of Community Medicine, School of Medicine , Zabol University of Medical Sciences, Zabol, IRAN.

Tel: +985422244800

E-mail: Saravani_solyman@yahoo.com

[Downloaded from mededj.ir on 2026-11-29]

References

1.Mirhaghani L, Nasehi M. National Directory TB. Third edition. Tehran: SEDA Publishing. (2000); 13-24 [In Persian]

2.Corbett EL, Watt CJ, Walker N, Maher D, et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. Archive Intem medicin. 2003; 163(9): 1009-21.

3.Ukena D. Tuberculosis-current news about the white pertilence in the year 2004. Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2004; 98(1): 21-24.

4.Tavakoli R, Rafiee Far Sh. Model for healthy living (health education manual for trainers and health services areas and bases of Basij). First edition. Deputy Health, Ministry of Health Publishing. (2005);16-18 [In Persian].

5. Nashy-M. Myrhqany- L. Rahnmay National TB (second edition) published by the publisher of communicable disease management thinker, First Print (2010); Page 13-19.

6.Hatami- H . Rzvy- M. Eftekhare-H. Epidemiology and Control of Tuberculosis Nshrarjmnd first edition 2005, p 1121-1137.

7.Esfarjani F, Zoughi T, Rustai R, et al. Review status of secondary school students in Tehran, a qualitative study. Shaid Beheshti Journal of Nursing and Midwifery. Autumn 2008; (62): 12-21[In Persian].

8.Ghrai H. Needs of medical students about reproductive health education through group discussion in Tehran2000-2001. Tebvatazkiyeh J.Winter 2003 ;(47):22-28 [In Persian].

9.Akaberian Sh, Dianat M. Evaluation Factors on a non-exclusive breastfeeding in the first six months of life, infants in Bushehr Port using focus group discussions. Iranian South Medical Journal Winter 2004; 6(2):165-171 [In Persian].

10.Dianat M, Yazdan Panah S. Identifying workplace stressors and ways to reduce stress in the workplace nursing focus group discussion. Iranian South Medical Journal Winter 2004; 6(2):172-178 [In Persian].

11.Azizi F, Zafarmand MH, Bayat F. Explore the views of parents, teachers and students about reproductive health education to students in the form of focus group discussions. Iranian South Medical Journal Summer 2003; 6(1):69-78 [In Persian].

12.Rad M, Hashempur M, Alizadeh R. Knowledge and attitudes of a group of patients referred to a dental center in relation to AIDS. Shiraz University of Medical Sciences, Journal of Dentistry Summer 2009; 10(2):144-151[In Persian].

13.Khalilzadeh S, Masjedi H, Zoheirifard S, Bluorsaz MR, Velayati AA. Prevalence of TB among people in close contact with smear-positive TB patients. Journal of Iran Infectious Diseases 2004;9(4):50-55[In Persian].

14.Kiani F, Sharakipur M, Kiani M, Kahkhaie A. The effect of some demographic factors, social and economic follow-up of TB patients referred to health centers in Zahedan 1997, Journal of Zanjan University of Medical Sciensec. Autumn 2001;71-78 [In Persian].

15.Vanderwerf T, Csaba K, Vera Katalinić-J, Tiina Kummik et al. Patient compliance with tuberculosis treatment in Ghana: factors influencing adherence to therapy in a rural service program. Tubercle. 1992; 71: 247-252.

[Downloaded from mededj.ir on 2026-11-29]