

فصلنامه بیماری‌های عفونی و گرمسیری وابسته به انجمن متخصصین بیماری‌های عفونی و گرمسیری
سال یازدهم، شماره ۳۲، صفحات ۴۹ تا ۵۶، بهار ۱۳۸۵

بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل ریوی مراجعه کننده به بیمارستان مسیح دانشوری در سال ۱۳۸۴

علی درویش پور کاخکی^{۱*}، زهره اطاعتی^۲، دکتر سید مهدی میر سعیدی^۳، دکتر محمد رضا مسجدی^۴، دکتر علی اکبر ولایتی^۵

۱. دانشجوی Ph.D پرستاری، مربی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲. کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳. متخصص بیماری‌های عفونی و گرمسیری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۴. فوق تخصص بیماریهای ریه، استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۵. فوق تخصص بیماریهای عفونی کودکان، استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

*آدرس برای مکاتبه: تهران - خیابان شهید باهنر - دارآباد - مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی سل و بیماری‌های ریوی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - دفتر پرستاری تلفن: ۰۲۱-۲۲۲۸۷۱۲۲، darvishpur@yahoo.com

دریافت مقاله: آذر هشتاد و چهار پذیرش برای چاپ: اسفند هشتاد و چهار

چکیده

سابقه و هدف: کسب سلامتی و بهبود کیفیت زندگی از مهمترین عوامل پذیرش درمان توسط بیماران مبتلا به سل است که می‌تواند نقش مهمی در بهبود پیامد های درمانی - مراقبتی و پیشگیری از بروز موارد مقاوم به درمان و شکست درمان بیماری سل باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل ریوی و عوامل مرتبط با آن صورت پذیرفته است.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که بر روی بیماران مبتلا به سل مراجعه کننده به درمانگاه سل و بخش های سل بیمارستان مسیح دانشوری شهر تهران صورت گرفته است. شرکت کنندگان به صورت در دسترس جهت شرکت در مطالعه انتخاب شدند. به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه اطلاعات شخصی و نسخه فارسی ابزار اندازه گیری کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ استفاده گردید. پس از استخراج اطلاعات از روش های آماری توصیفی و استنباطی به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده گردید.

یافته ها: از ۱۸۹ بیمار مبتلا به سل شرکت کننده در این پژوهش ۵۴/۵ درصد بیماران مذکر و ۴۵/۵ درصد بیماران مونث با میانگین سنی (۱۷/۶۴±۱۴/۷۹) سال بودند. دامنه نمرات کسب شده برای ابعاد مختلف کیفیت زندگی از (۳۲/۵۸±۱۶/۸۵) برای ایفای نقش جسمی تا (۵۵/۰۵±۲۲/۰۹) برای عملکرد اجتماعی متغیر بوده است. بین سن و میزان درآمد با ابعاد مختلف کیفیت زندگی رابطه معنادار آماری بدست آمد. از نظر میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، مصرف سیگار و محل سکونت نیز تفاوت های معنی دار آماری با ابعاد مختلف کیفیت زندگی بدست آمد. بین سایر متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش از قبیل جنس و وضعیت تاهل رابطه معنی دار آماری با ابعاد مختلف کیفیت زندگی بدست نیامد.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که بیماری سل بیشتر از آنچه انتظار می‌رود ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیمار مبتلا به سل را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بیشترین اثرات سل بر روی ابعاد ایفای نقش جسمی و انرژی و نشاط بیماران مبتلا به سل بیانگر توجه ویژه به

ابعاد مذکور جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل است. بنابراین توجه به اثرات این بیماری بر روی ابعاد مختلف کیفیت زندگی به منظور استفاده در برنامه‌های درمانی - مراقبتی ارتقا کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل ضروری است.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سل

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های فراوان صورت گرفته در زمینه پیشگیری و درمان بیماری سل هنوز این بیماری دارای بروز و شیوع بالایی در دنیا است (۱). در حال حاضر سل عمده‌ترین علت مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی در دنیا است که انتظار می‌رود بر اساس روند حاضر، میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری از ۱/۸۷ میلیون نفر در سال ۱۹۹۷ به ۳۰ میلیون نفر در سال ۲۰۹۰ افزایش یابد (۲،۳). درمان و مراقبت موثر از بیماران مبتلا به سل و پیشگیری از بروز بیماری، شکست درمان و مقاومت به درمان می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از گسترش بیماری سل و موارد سخت درمان پذیر بیماری سل داشته باشد (۴،۵). بنابراین پذیرش و ادامه برنامه درمانی - مراقبتی ضد سل تا بهبودی کامل از جانب بیمار مبتلا ضرورتی اجتناب ناپذیر است.

درمان طولانی مدت، عوارض متعدد و بالقوه سمی داروها، انگ‌های اجتماعی ناشی از ابتلا، عدم پذیرش بیمار و بیماری‌اش از جانب خانواده، نگرانی‌های مربوط به فرآیند، هزینه‌ها و پیامدهای بیماری سل با اثر بر کیفیت زندگی بیمار بر پذیرش درمان از جانب او اثر قابل توجهی می‌گذارد (۶-۱۱). کسب سلامتی و بهبود کیفیت زندگی از مهمترین عوامل مرتبط با پذیرش و ادامه درمان ضد سل و پیشگیری از بروز موارد شکست درمان و مقاوم به درمان سل شناخته شده است (۱۲،۱۳) و در سال‌های اخیر توجه پژوهشگران به برنامه‌های درمانی - مراقبتی ارتقاء دهنده کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل جلب گردیده و بهبود کیفیت زندگی این بیماران مورد تاکید قرار گرفته است (۱۳-۱۵). از آنجایی که نخستین مرحله برای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل شناخت کیفیت زندگی این بیماران و عوامل مرتبط با آن است، از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل و عوامل مرتبط با آن به منظور استفاده در برنامه‌های ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل صورت پذیرفته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که روی بیماران مبتلا به سل مراجعه کننده به درمانگاه و بخش‌های سل بیمارستان مسیح دانشوری شهر تهران صورت گرفته است. از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس بیماران مبتلا به سل جهت شرکت در مطالعه انتخاب شدند. این مطالعه بیماران مبتلا به سل را شامل گردید که در دامنه سنی ۱۸الی ۶۵ سال قرار داشتند و حداقل پانزده روز از شروع درمان بیماری آنها گذشته بود. بیماران مبتلا به سل که سایر اختلالات اصلی پزشکی از قبیل بیماری قلبی، کلیوی، ایدز داشتند به دلیل اثر مخدوش کننده‌ای که این بیماری‌ها می‌توانست بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشد در پژوهش حاضر شرکت داده نشدند.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های مشخصات فردی و بیماری و نسخه فارسی فرم کوتاه ۳۶ {SF-36} (۱۶) استفاده گردید. شرکت کنندگان با روش خود اجرا به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. پرسشنامه اطلاعات شخصی و بیماری دارای هشت عبارت مربوط به متغیرهای فردی سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل سکونت، میزان درآمد و مصرف سیگار بود. فرم کوتاه ۳۶ توسط واروشربون (۱۷) در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شده و اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است (۱۸). این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت در هشت بعد عملکرد جسمی

جدول ۱- مشخصات فردی بیماران مبتلابه سل. بیمارستان مسیح

دانشوری . ۱۳۸۴

متغیرها	فراوانی
جنس	
مذکر	۱۰۳
مونث	۸۶
وضعیت تاهل	
مجرد	۵۰
متاهل	۱۳۰
مطلقه	۳
بیوه	۶
میزان تحصیلات	
بی سواد	۱۳۴
ابتدایی	۱۸
راهنمایی	۳
دبیرستان	۲۱
دانشگاهی	۴
وضعیت اشتغال	
شاغل	۴۶
بیکار	۳۸
خانه دار	۶۱
بازنشسته	۱۲
از کار افتاده	۳۰
محل سکونت	
شهر	۱۵۰
روستا	۳۹
میزان درآمد ماهیانه (هزار تومان)	۱۵۳±۶۰

(۱۰ عبارت)، ایفای نقش جسمی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، سلامت عمومی (۵ عبارت)، انرژی و نشاط (۴ عبارت)، عملکرد اجتماعی (۲ عبارت) ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت) و سلامت روحی - روانی (۵ عبارت) است و کیفیت زندگی افراد را مورد ارزیابی قرار می دهد. در پژوهش حاضر از نسخه فارسی فرم کوتاه ۳۶ که توسط منتظری و همکاران (۱۶) به زبان فارسی ترجمه گردیده و اعتبار و پایایی آن مورد بررسی و تایید قرار گرفته، استفاده شده است. پس از جمع آوری اطلاعات از روش نمره بندی خاص این پرسشنامه (۰=بدترین نمره و ۱۰۰=بهترین نمره) به منظور استخراج اطلاعات استفاده گردیده است.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آماری توصیفی و استنباطی استفاده گردید. با توجه به این که بر اساس آزمون آماری کولموگراف اسمیرنوف مشخص شد که توزیع متغیر پاسخ نرمال نیست، بنابراین از ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون های آماری ناپارامتری من و تینی، کروسکال والیس و مقایسه های چند گانه برای تجزیه و تحلیل داده های مطالعه استفاده گردید.

یافته ها

در این پژوهش ۱۸۹ بیمار مبتلا به سل ریوی دارای میانگین سنی $41/8 \pm 17/6$ سال شرکت کردند. جدول شماره ۱ توزیع این افراد را بر حسب سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل سکونت، میزان درآمد و مصرف سیگار را نشان می دهد. میانگین نمرات کسب شده برای ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. دامنه نمرات کسب شده از $(32/58 \pm 16/85)$ برای ایفای نقش جسمی تا $(22/55 \pm 59/18)$ برای عملکرد اجتماعی متغیر بوده است. آزمون آماری اسپیرمن همبستگی معکوس و معناداری را بین متغیر سن با عملکرد جسمی ($r = -0/22$) و ایفای نقش جسمی ($r = -0/159$) نشان داد. همچنین بین متغیر میزان درآمد و دردهای بدنی همبستگی مثبت و معنا دار آماری ($r = 0/695$) بدست آمد.

آزمون آماری کروسکال والیس بین میزان تحصیلات و عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درهای بدنی، انرژی و نشاط و سلامتی روحی - روانی تفاوت معنادار آماری را نشان داد. به طوری که بیشترین تفاوت در عملکرد جسمی بین بیماران با تحصیلات دانشگاهی و تحصیلات راهنمایی بود ($Mean = 50$ Difference) و در رتبه های بعدی با بیماران بی سواد ($MD = 45/63$)، تحصیلات ابتدایی ($MD = 41/25$) و دبیرستانی (39)

معنی‌دار آماری را نشان داد. در آزمون مقایسه‌های چند گانه در مورد بعد عملکرد جسمی بیشترین تفاوت بین بیماران شاغل با بیماران از کار افتاده ($MD=30/10$) و در رتبه های بعد با بیماران بیکار ($MD=24/56$)، بیماران خانه دار ($MD=14/41$) و در نهایت با بیماران بازنشسته ($MD=13/47$) وجود داشت. در آزمون مقایسه‌های چند گانه در مورد بعد ایفای نقش جسمی بیشترین تفاوت بین بیماران شاغل با بیماران از کار افتاده ($MD=34/43$) و در رتبه های بعد با بیماران بی کار ($MD=27/21$)، بیماران بازنشسته ($MD=24/43$) و در نهایت با خانم‌های خانه‌دار ($MD=22/10$) وجود داشت. در آزمون مقایسه‌های چند گانه در مورد بعد انرژی و نشاط بیشترین تفاوت بین بیماران شاغل با بیماران بی‌کار ($MD=12/40$) و در رتبه های بعدی با بیماران از کار افتاده ($MD=11/56$)، بیماران خانه‌دار ($MD=7/56$) و بیماران بازنشسته وجود داشت.

آزمون آماری کروسکال والیس بین متغیر مصرف سیگار با عملکرد جسمی تفاوت معنی‌دار آماری را نشان داد. در آزمون مقایسه‌های چند گانه بیشترین تفاوت بین بیماران غیر سیگاری با بیماران سیگاری فعلی ($MD=14/13$) و در رتبه بعد با بیماران سیگاری قبلی ($MD=-0/22$) نشان داد.

آزمون آماری من ویتنی تفاوت معنی‌دار آماری را بین بیماران مبتلا به سل ریوی ساکن در شهر با بیماران مبتلا به سل ریوی ساکن در روستا در همه ابعاد کیفیت زندگی مورد مطالعه در این نمرات پایین‌تری از ابعاد عملکرد جسمی ($Mean Rank=75/03$)، ایفای نقش جسمی ($MR=74/72$)، دردهای بدنی ($MR=69/96$)، سلامت عمومی ($MR=74/62$)، انرژی و نشاط ($MR=66/87$)، عملکرد اجتماعی ($MR=78/34$) ایفای نقش عاطفی ($MR=69/77$) و سلامت روحی - روانی ($MR=71/85$) از بیماران مبتلا به سل ساکن در شهر کسب کردند. در مطالعه حاضر تفاوت معنی‌دار آماری بین متغیرهای جنس و وضعیت تاهل با ابعاد هشت گانه عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، سلامت

($MD=21/$) وجود داشت. در بعد ایفای نقش جسمی بیشترین تفاوت بین بیماران با تحصیلات دانشگاهی با بیماران بی‌سواد ($MD=18/$) و در رتبه‌های بعدی با بیماران با تحصیلات راهنمایی ($MD=81/25$)، دبستان ($MD=77/57$) و دبیرستان ($MD=52/08$) وجود داشت. در بعد دردهای بدنی بیشترین تفاوت بین بیماران با تحصیلات دانشگاهی با بیماران بی‌سواد ($MD=72/$) وجود داشت و در رتبه‌های بعدی با بیماران دارای تحصیلات ابتدایی ($MD=37/89$)، دبیرستان ($MD=32/76$) و راهنمایی ($MD=30/42$)، دبیرستان ($MD=31/75$) وجود داشت. در بعد سلامتی روحی - روانی بیشترین تفاوت بین بیماران با تحصیلات دانشگاهی با بیماران دارای تحصیلات راهنمایی ($MD=33/$) وجود داشت و در رتبه‌های بعدی با بیماران بی‌سواد ($MD=30/51$)، ابتدایی ($MD=27/67$) و دبیرستان ($MD=26/40$) وجود داشت.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات هشت فرده مقیاس فرم کوتاه ۳۶ بیماران مبتلا به سل، بیمارستان مسیح دانشوری، ۱۳۸۴

ابعاد	میانگین (انحراف معیار)
عملکرد جسمی	$27/97 \pm 43/63$
ایفای نقش جسمی	$32/58 \pm 16/85$
دردهای بدنی	$25/02 \pm 46/29$
سلامت عمومی	$22/20 \pm 51/91$
انرژی و نشاط	$19/76 \pm 23/23$
عملکرد اجتماعی	$22/55 \pm 59/18$
ایفای نقش عاطفی	$46/08 \pm 40/33$
سلامت روحی - روانی	$16/73 \pm 44/24$

آزمون آماری کروسکال والیس بین متغیر وضعیت اشتغال با ابعاد عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی و انرژی و نشاط تفاوت

مشکلات اصلی این بیماران در طی دوره درمان و بیماری باشد یافته حاضر می‌تواند اهمیت خاصی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران سالمند مبتلا به سل داشته باشد.

در پژوهش حاضر رابطه مستقیم و معنی‌داری بین میزان درآمد و دردهای بدنی بدست آمد. به عبارتی با افزایش میزان درآمد خانواده میزان ابراز دردهای بدنی بیماران مبتلا به سل افزایش می‌یافت. گرچه سل به عنوان بیماری فقرا نامیده می‌شود و بیشتر در جمعیت فقیر و کم درآمد جامعه دیده می‌شود اما این بیماری از طریق ایجاد اثرات اقتصادی مستقیم و غیرمستقیم خود فقر بیمار مبتلا به سل را تشدید می‌کند (۸). از آنجایی که تعداد بیماران پاسخ دهنده به سوال مذکور کم بوده است (۲۱ بیمار)، بنابراین تفسیر نتیجه مذکور باید با احتیاط بیشتری صورت گیرد. این احتمال وجود دارد که بیمارانی که از پاسخ دادن به سوال مذکور امتناع ورزیده‌اند، از ویژگی‌های متفاوتی از لحاظ وضعیت اجتماعی و اقتصادی نسبت به بیماران پاسخ دهنده برخوردار باشند که خود می‌تواند بر نتایج بدست آمده اثر بگذارد.

بین بیماران مبتلا به سل با سطوح مختلف تحصیلات از نظر عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، انرژی و نشاط و سلامتی روحی - روانی تفاوت‌های معنی‌دار آماری بدست آمد. به طوری که با افزایش میزان تحصیلات بیماران نمرات بهتری در ابعاد مذکور کسب کردند. در بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن از قبیل دیابت و بیماری کلیوی (۲۶،۲۱،۲۵) نیز بیماران با تحصیلات بالاتر نسبت به بیماران با تحصیلات پایین‌تر نمرات کیفیت زندگی بهتری کسب کردند. احتمالاً بیماران مبتلا به سلی که از تحصیلات بالاتری برخوردار هستند دارای شرایط بهتری برای یادگیری رفتارهای خودپایشی و اصول مراقبت از خود برخوردار می‌باشند و بیشتر از اصول درمانی - مراقبتی پیروی می‌کنند. افزایش دانش و آگاهی می‌تواند منجر به افزایش قابلیت انعطاف در زندگی و انگیزه بیشتر در مراقبت از خود شود و از این طریق باعث کاهش مشکلات جسمی، روحی - روانی و افزایش رضایت از زندگی

عمومی، انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی و سلامت روحی - روانی بدست نیامد.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در دوره درمان بیماری سل ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران به میزان قابل ملاحظه‌ای تحت تاثیر قرار می‌گیرد. در مقایسه با نتایج بدست آمده در خصوص کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سایر وضعیت‌های مزمن از قبیل دیابت (۱۹،۲۰) و دیالیز (۲۱) اثرات سل بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل قابل توجه است. بنابراین بیش از آنچه که انتظار می‌رود سل با کاهش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی مبتلایان به آن در ارتباط است.

بیشترین اثرات سل بر ابعاد ایفای نقش جسمی و انرژی و نشاط بوده است. نتایج مذکور بیانگر این است که بیماران مبتلا به سل در طی دوره بیماری شان شور و نشاط و انگیزه‌شان نسبت به انجام فعالیت‌های مختلف زندگی کاهش می‌یابد که با کاهش عملکرد جسمی این بیماران در ارتباط است. ضعف و خستگی، درد سینه، سرفه‌ها، درد دست و پا، سرگیجه و بی‌حسی و گزگز دست و پا از جمله مشکلات شایع جسمی است که بیماران مبتلا به سل تجربه می‌کنند (۲۲) که می‌تواند با کاهش توانایی جسمی و عملکرد جسمی بیمار مبتلا به سل همراه گردد. اثرات جسمی سل در مقایسه با سایر اثرات این بیماری قابل ملاحظه اعلام شده است (۲۳). بنابراین توجه خاص به مشکلات جسمی بیماران مبتلا به سل می‌تواند تاثیر به‌سزایی در بهبود شور و نشاط و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل در دوره درمان بیماری داشته باشد.

رابطه معکوس بدست آمده بین افزایش سن با کاهش عملکرد جسمی و ایفای نقش جسمی توجیه‌کننده افزایش مشکلات جسمی بیماران مبتلا به سل با افزایش سن باشد. در جمعیت عادی نیز با افزایش سن توانایی جسمی افراد کاهش پیدا می‌کند (۲۴). از آنجایی که به نظر می‌رسد مشکلات جسمانی از

عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی و سلامت روحی - روانی از بیماران ساکن در شهر کسب کردند. بیشترین تفاوت بدست آمده در زمینه عملکرد اجتماعی بیماران بوده است. از آنجایی که در مطالعات مرور شده، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل از این جنبه مورد بررسی قرار نگرفته بود، بنابراین زمینه حاضر نیاز به مطالعات بیشتری را می‌طلبد. به نظر می‌رسد پایین تر بودن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل در روستا متاثر از عوامل متعددی از قبیل تفاوت‌های اجتماعی، محیطی، فرهنگی، اقتصادی، عدم دسترسی راحت و آسان به درمان، پیگیری مناسب درمانی و... باشد.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از این است که با وجود درمان‌ها و مراقبت‌های موثر علیه بیماری سل که در حال حاضر مورد استفاده قرار می‌گیرد، بیماران از کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند. بنابراین استفاده از نتایج مطالعه حاضر با در نظر گرفتن عوامل مختلف مرتبط با کیفیت زندگی این بیماران می‌تواند نقش موثری در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل داشته باشد. با توجه به این که مطالعات محدودی در زمینه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل و به ویژه عوامل فرهنگی - اجتماعی و... صورت گرفته است، پیشنهاد می‌گردد مطالعات دیگری در رابطه با عوامل مذکور و بررسی اقدامات درمانی - مراقبتی مختلف جهت بهبود کیفیت زندگی این بیماران صورت گیرد.

تشکر و قدر دانی

بدین وسیله از زحمات و همکاری کلیه اساتید و کارکنان محترم مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی سل و بیماری‌های ریوی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به ویژه همکار گرامی سرکار خانم نصیری و بیماران مبتلا به سلی که در این پژوهش با پژوهشگران همکاری کردند، کمال تشکر را داریم. سلامتی و توفیق روزافزون آنها را از خداوند متعال خواستاریم.

گردد. همچنین تحصیلات بالاتر منجر به اشتغال به کار بهتر، موقعیت اجتماعی، اقتصادی و... بهتر شده و منجر به رفاه، تسهیلات زندگی و مراقبت‌های بهداشتی - درمانی بهتر می‌گردد و بیمار احساس سلامتی مثبت و احساس مشکلات کمتری خواهد کرد.

بیماران از کار افتاده و بیکار بطور معنی‌داری نمرات پایین‌تری در ابعاد عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی و انرژی و نشاط نسبت به بیماران خانه دار و شاغل کسب کردند. به عبارتی اشتغال فرد با کسب نمرات بهتری در ابعاد مذکور همراه بود. به نظر می‌رسد شغل از طریق مشغول کردن بیمار به کار، حفظ ارتباط با محیط کار و جامعه باعث حفظ و افزایش انگیزه، کسب حمایت اجتماعی و فراهم شدن مستقیم و غیر مستقیم تسهیلات بهداشتی منجر به کاهش توجه فرد به بیماری و افزایش توان مراقبت از خود گردد و از این طریق باعث کاهش مشکلات جسمی و افزایش احساس رضایت از زندگی می‌گردد.

بیماران مبتلا به سل که در حال حاضر سیگار مصرف می‌نمودند عملکرد جسمی پایین‌تری را نسبت به بیماران غیر سیگاری و به ویژه نسبت به بیماران سیگاری قبلی کسب کردند. به هر حال همان گونه که در مطالعات مربوط به سیگار مشخص گردیده است سیگار با دارا بودن مواد شیمیایی و سمی متعدد آثار زیانباری بر روی سلامتی فرد، به ویژه سلامت جسمانی فرد در کوتاه مدت و طولانی مدت در مقایسه با افراد غیر سیگاری می‌گذارد و منجر به کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود (۲۹-۲۷). نکته جالب توجه در این خصوص بیان عملکرد جسمی بهتر بیماران سلی ترک سیگار کرده نسبت به بیماران مبتلا به سل غیرسیگاری و سیگاری فعلی بود که به نظر می‌رسد ترک سیگار اثر مثبتی بر عملکرد جسمانی بیماران مبتلا دارد. این یافته تحقیق مطالعه بیشتری را می‌طلبد.

در مطالعه حاضر مشخص گردید که بیماران مبتلا به سل ساکن در روستا نمرات معنی‌دار آماری پایین‌تری در ابعاد هشت گانه

REFERENCES

- 1- Mandell GL, Douglas RC, Bennett JE. Principles and practice of infectious diseases. 2nd ed. USA: Jone Wiley & Sons Inc; 1985.
- 2- Braunwald E, Fauci AS, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. USA: Mc Grow – Hill Co; 2001.
- 3- Dye C, Scheele S, Dolin P, Pathania V, Raviglione MC. Global burden of tuberculosis: Estimated incidence, prevalence, and mortality by country. JAMA. 1999; 282:677-686.
- 4- Westaway MS, Wessie GM. Tuberculosis diagnosis and treatment of young South African children: experiences and perceptions of care-givers. Tubercle and Lung Disease. 1994; 75: 70-74.
- 5- Liefoghe R, Michiels N, Habib S, Moran MB, De Muynck A. Perception and social consequences of tuberculosis: a focus group study of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. Soc Sci Med. 1995; 41: 1685-1692.
- 6- Dick J, Schoeman JH. Tuberculosis in the community: the perceptions of members of a tuberculosis health team towards a voluntary health worker programme. Tubercle and Lung Disease. 1996; 77:380-383.
- 7- Johansson E, Diwan VK, Huong ND, Ahlberg BM. Staff and patient attitudes to tuberculosis and compliance with treatment: an exploratory study in a district in Vietnam. Tubercle and Lung Disease. 1996; 77: 178-183.
- 8- Hansel NN, Wu AW, Chang B, Diette GB. Quality of life in tuberculosis: patient and provider perspectives. Qual Life Res. 2004; 13: 639-652.
- 9- Marra CA, Marra F, Cox VC, Palepu A, Fitzgerald JM. Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. Health Qual Life Outcomes. 2004; 2(1): 58-68.
- 10- Chang B, Wu AW, Hansel NN, Diette GB. Quality of life in tuberculosis: a review of the English language literature. Qual Life Res. 2004; 13: 1633-1642.
- 11- Westaway M.S, Wolmorans L. Cognitive and affective reactions of black urban south africans towards tuberculosis. Tubercle and Lung Disease. 1994; 75: 447- 453.
- 12- Osman L, Silverman M. Measuring quality of life for young children with asthma and their families. Euro Res J. 1996; 9: 35s-42s.
- ۱۳- رثوف مهرپور زهره، بررسی عوامل مؤثر در پیگیری یا عدم پیگیری درمان در بیماران مبتلا به سل ریه مراجعه کننده به درمانگاه های شهر زاهدان در سال ۱۳۷۴-۱۳۷۳، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۵.
- 14- Dion MJ, Tousignant P, Bourbeau J, Menzies D, Schwartzman K. Feasibility and reliability of health-related quality of life measurements among tuberculosis patients. Qual Life Res. 2004; 13: 653-655.
- 15- Rajeswari R, Muniyandi M, Balasubramanian R, Narayanan PR. Perceptions of tuberculosis patients about their physical, mental and social wellbeing: a field report from south India. Soc Sci Med. 2005; 60: 1845- 1853.
- 16- Montazeri A, Vahdaninia M, Goshtasebi A, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res. 2005; 14: 875-882.
- 17- Ware Jr JE, Sherbourne CD. The mos 36 item short-form health survey (SF-36) I: conceptual framework and item selection. Med Care. 1992; 30: 473-483.

- 18- Mchorney CA, Ware Jr JE, Rachel Lu JF, Sherbourne CD. The mos 36 item short-form health survey (SF-36) III: tests of data quality, scaling assumptions, and reliability diverse patient groups. *Med Care*.1994; 32: 40-66.
- 19- Weinberger M, Kirkman MS, Samsa GP, Cowper PA, Shortliffe EA, Simel DL et al. The relationship between glycemic control and health – related quality of life in patients with noninsulin dependent diabetes mellitus. *Med Care*.1994; 32: 1173-1181.
- 20- Johnson JA, Nowatski TE, Coons SJWH. Health related quality of life of diabetic Pima Indians. *Med Care*. 1996; 34: 97-102.
- ۲۱- اسکافی سوسن، بررسی ارتباط کیفیت زندگی و روش های مقابله بکار گرفته توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۷.
- ۲۲- کیانی فاطمه. مشکلات جسمی ناشی از بیماری سل و درمان آن از دیدگاه مسلولین. طبیب شرق، سال اول، شماره سوم، صفحات.
- 23- Chalma D, The assessment of patients health related quality of life during tuberculosis treatment in Wuhan, China. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2004; 8: 1100-1106.
- ۲۴- گشتاسبی آریتا، منتظری علی، وحدانی نیا مریم سادات، رحیمی فروشانی عباس، محمد کاظم. ارزیابی مردم شهر تهران از وضعیت سلامت خود بر حسب جنسیت، تحصیلات و منطقه مسکونی: یک مطالعه جمعیتی. فصلنامه پایش، ۱۳۸۲؛ سال دوم، شماره سوم، صفحات ۱۸۳ تا ۱۸۹.
- ۲۵- جمشیدنیا فرح، بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مراکز دیابت وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد ، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی ، واحد علوم پزشکی تهران ، ۱۳۷۸.
- 26- Galsgow RE, Ruygiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian L. Quality of Life and associated characteristic in large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*. 1997; 20: 562-567.
- 27- Tillmann M, Silcock J. A comparison of smokers and ex-smokers health- related quality of life. *J Public Health Med*. 1997; 19: 268-273.
- 28- Wilson D, Parsons J, Wakefield M. The health- related quality of life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate, and heavy smokers. *Prev Med*. 1999; 29:139-144.
- 29- Mulder I, Tjihuis M, Smit HA, Kromhout D. Smoking cessation and quality of life: the effect of amount of smoking and time since quitting. *Prev Med*. 2001; 33: 653-660.