

Quality of Life and Related Factors in Patients with Pulmonary Tuberculosis

Zohre Sadat Hashemi Bonjar¹,
Leila Mirshekari²,
Reza Imankhah³,
Shima Naderi⁴

¹ Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

² MSc in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

³ MSc in Clinical Psychology, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

⁴ PhD Student in Health Care Management, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Semnan Branch, Semnan, Iran

(Received August 12, 2015 Accepted October 12, 2015)

Abstract

Background and purpose: Tuberculosis (TB) is one of the most common diseases in this era that affect the quality of life (QOL). This study aimed to evaluate the QOL in patients with pulmonary tuberculosis attending Anti-TB Centre in Zabol, Iran.

Materials and methods: In a cross-sectional descriptive research, 168 TB patients were selected through simple random sampling in 2015. Data was collected by a questionnaire including 40 items. It was then analyzed in SPSS V.21 applying Chi-square, ANOVA and t-test. Probability values less than 0.05 were considered as significant.

Results: The majority of patients were female (55.35%). The mean age of the study group was 45.58 ± 15.93 . The mean score for QOL for all patients was 84.88 ± 8.84 . The t-test showed a significant difference between the QOL mean score and marital status ($P=0.000$), employment status ($P=0.000$) and history of smoking ($P=0.039$). Also, the ANOVA test showed a significant difference between the QOL mean score and educational level ($P=0.000$). But no significant difference was found between the mean score for QOL and sex, place of residence and family history of the disease. Moreover, the Chi-square test showed no significant relationship between the quality of life and age in patients with pulmonary tuberculosis.

Conclusion: Despite the treatment of tuberculosis, the disease leaves a negative impact on patients' QOL. Family members and health care team can help the patients in coping with the disease and improving their quality of life by recognizing the factors influencing the QOL.

Keywords: Quality of life, pulmonary tuberculosis

کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به سل ریوی

زهرة سادات هاشمی بنجار^۱

لیلا میرشکاری^۲

رضا ایمانخواه^۳

شیمای نادری^۴

چکیده

سابقه و هدف: بیماری سل از شایع ترین بیماری های عصر حاضر است که کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل ریوی مراجعه کننده به مرکز مبارزه با سل در شهرستان زابل انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: مطالعه توصیفی مقطعی حاضر بر روی ۱۶۸ بیمار مبتلا به سل ریوی در سال ۱۳۹۳ انجام پذیرفت. داده های مورد نیاز به وسیله پرسش نامه ای حاوی ۴۰ سوال گردآوری و پس از ورود به نرم افزار SPSS-v21 به کمک آزمون مجذور کای، آنالیز واریانس و t در سطح معنی دار $p < 0/05$ تحلیل شد.

یافته ها: اکثر بیماران مورد مطالعه را زنان تشکیل می دادند (۵۵/۳۵ درصد). میانگین سنی بیماران $45/58 \pm 15/93$ سال بود. میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران $84/88 \pm 8/84$ به دست آمد. آزمون t اختلاف معنی داری را بین کیفیت زندگی بیماران و وضعیت تاهل ($p = 0/000$)، وضعیت اشتغال ($p = 0/000$) و سابقه مصرف دخانیات ($p = 0/039$) نشان داد. هم چنین آزمون آنالیز واریانس اختلاف معنی داری را بین کیفیت زندگی بیماران و سطح تحصیلات نشان داد ($p = 0/000$). اما بین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل در متغیرهای جنسیت، محل سکونت بیماران و سابقه بیماری سل در خانواده اختلاف معنی داری مشاهده نشد. هم چنین آزمون کای دو رابطه معنی داری را بین کیفیت زندگی بیماران و سن آنان نشان نداد.

استنتاج: علی رغم توانایی درمان بیماری سل، این کسالت تاثیرات مهمی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران دارد. اعضای خانواده و تیم درمانی با شناخت عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی می توانند در راستای ارائه برنامه های مراقبتی و حمایتی از این اطلاعات استفاده کرده و بیماران را در سازگاری با بیماری و بهبود کیفیت زندگی یاری نمایند.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، سل ریوی

مقدمه

اهداف، استانداردها و علائق فردی تعریف کرده است (۱). در واقع می توان گفت کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی از احساس خوب بودن و رضایت مندی از تجربیات زندگی است که جنبه های مثبت و منفی زندگی فرد را

در سال های اخیر توجه ویژه ای به ارتقای سلامت بیماران و بهبود کیفیت زندگی آنها شده است (۱). کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است (۲) که سازمان بهداشت جهانی آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش ها،

E-mail: shima.naderi68@gmail.com

مؤلف مسئول: شیمای نادری - سمنان: دانشگاه علوم آزاد اسلامی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

۱. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

۲. کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

۴. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۵/۲۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۵/۲۶ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۷/۲۰

در بر می گیرد (۳) و شاخصی با ارزش برای اندازه گیری وضعیت سلامتی، ارزیابی هزینه های مالی و انسانی ناشی از بیماری، کارایی داروها و تجهیزات پیشرفته (۴) و ارزشیابی شیوه های مختلف درمانی در تحقیقات بهداشت عمومی و پزشکی می باشد (۵). باید در نظر داشت کیفیت زندگی تحت تاثیر بسیاری از عوامل شخصی، اجتماعی و محیطی قرار دارد (۶). از جمله مهم ترین عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، ابتلا افراد به انواع مختلف بیماری ها است. از جمله بیماری هایی که بر کیفیت زندگی اثر می گذارد، بیماری سل است (۱، ۱۲-۶). بیماری های مزمن از جمله سل، نه تنها بر روی وضعیت جسمانی بلکه بر روی وضعیت اجتماعی، اقتصادی و روانی بیماران اثر دارد (۱۱). امروزه علی رغم پیشرفت در زمینه بهداشت و سلامت عمومی و همچنین بهبود نسبی سطح زندگی مردم، بیماری سل هنوز به عنوان یک مشکل بهداشتی عمده باقی مانده (۱۳) و به عنوان یکی از معضلات پزشکی - اجتماعی بیش از یک سوم مردم دنیا را آلوده نموده است (۱۴). بیماری سل در حال حاضر در بین بیماری های میکروبی در تمام دنیا، شایع ترین عامل کشنده بالغین است (۱). علت افزایش این بیماری در سال های اخیر فقر، تغییرات جمعیتی، پوشش بهداشتی نامناسب، کنترل ناموفق بیماری و وقوع اپیدمی ایدز در برخی کشورها به خصوص کشورهای آسیایی و آفریقایی است که موجب شده است توجه جوامع جهانی مجدداً به سل معطوف شود (۱۴، ۱۵). ۹۵ درصد موارد بیماری سل در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد (۱۶). به علاوه باید توجه داشت از ۱/۸ میلیون مرگ و میر بیماری سل در سال ۲۰۰۰، ۹۸ درصد آن مربوط به کشورهای در حال توسعه بوده است (۱۷) و هنوز سل یکی از ده علل مرگ و میر در این کشورها به حساب می آید (۱۸). به علت موقعیت جغرافیایی کشور ایران و همجواری با کشورهای پاکستان و افغانستان که از جمله آلوده ترین مناطق دنیا به شمار می روند، خطر ابتلا به این بیماری در کشور ما بالاست (۱۹). بر اساس گزارش مرکز مدیریت

بیماری های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، میزان بروز این بیماری در مناطق مختلف کشور متفاوت است، میزان بروز و شیوع بیماری سل در مناطق حاشیه ای کشور از قبیل سیستان و بلوچستان، خراسان، مازندران، گلستان، گیلان، آذربایجان غربی و شرقی، اردبیل، کردستان، خوزستان و سواحل جنوبی بالا و بر عکس در قسمت های مرکزی کشور پایین است. در میان استان های فوق الذکر، سیستان و بلوچستان و گلستان بیش ترین میزان های بروز و شیوع را در کشور دارا هستند. بر اساس آمار منتشره وزارت بهداشت، میزان بروز بیماری سل در شهرستان زابل نسبت به سایر شهرهای استان سیستان و بلوچستان بسیار بیش تر بوده و این میزان به ترتیب در زابل و زاهدان ۱۰۹/۷، ۳۶/۶ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۱۳۸۸ گزارش شده است (۲۰، ۲۱). باید در نظر داشت ضعف و خستگی، درد سینه، سرفه، درد دست و پا، سرگیجه، بی حسی و گزگز دست و پا از مشکلات شایع بیماران مبتلا به سل است و با وجود این علائم و آثار بیماری به نظر می رسد بیماری سل اثرات مقطعی بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی بیماران داشته و آن را تحت تاثیر قرار می دهد (۸). سل همانند سایر بیماری های مزمن با رو به رو کردن بیمار با چالش های متعدد از قبیل فشارهای ناشی از کنترل و درمان بیماری، رعایت برنامه های درمانی - مراقبتی طولانی مدت، پیچیده و هزینه بردار، عوارض متعدد داروها، انگ های اجتماعی ناشی از ابتلا، نیاز به مراجعات مکرر به پزشک و انجام آزمایش های متعدد، نگرانی درباره پیامدهای بیماری (۱)، اختلال در روابط اجتماعی و خانوادگی (۹)، اختلال در کار (۸)، بروز اضطراب و افسردگی و احساس ترس و ناامیدی (۶، ۱)، ترس از مشکلات اقتصادی و کاهش درآمد و با بروز یکسری اثرات کوتاه مدت و بلندمدت منجر به کاهش کیفیت زندگی مبتلایان می گردد (۱). کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم بهداشتی با ویژگی های متعدد از جمله چند بعدی بودن، پویا بودن و ذهنی بودن تعریف می شود که دارای ابعاد مختلف بوده

و می‌تواند بر وضعیت سلامت فیزیکی، وضعیت روانی، استقلال، ارتباطات اجتماعی و عقاید شخصی فرد تاثیر گذارد (۴). در این میان کیفیت زندگی بیماران همواره با عوامل مختلفی از جمله وضعیت جسمی و روانی شخص، میزان استقلال فردی، ارتباطات اجتماعی وی و ارتباط آن‌ها با عوامل مهم محیطی مربوط بوده است و توجه به آن می‌تواند در زمینه‌های پزشکی، بهبود روابط پزشک و بیمار، تعیین کارایی درمان‌های مختلف، ارزیابی خدمات بهداشتی، تحقیقات و سیاست‌گذاری کارایی به سزایی داشته باشد (۲۲). از آنجایی که نخستین مرحله در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل، شناخت کیفیت زندگی این بیماران و عوامل مرتبط با آن است (۸).

در سال‌های اخیر توجه پژوهشگران به کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل جلب گردیده و ارتقا کیفیت زندگی این بیماران مورد تاکید قرار گرفته است (۷). اما مطالعات در این رابطه در شهرستان زابل به عنوان کانون سل ایران اندک بوده و پژوهش‌های انجام شده صرفاً جنبه توصیفی و آماری داشته‌اند و تاکنون مطالعه‌ای در راستای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل در این شهرستان انجام نشده است. به علاوه با توجه به این که برنامه‌ریزی برای ارتقای سطح سلامت این بیماران مستلزم داشتن اطلاعات کافی در مورد ابعاد مختلف کیفیت زندگی آن‌هاست و نتایج مطالعات انجام شده در سایر نقاط کشور به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی نمی‌تواند کاربرد چندانی داشته باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل در شهرستان زابل انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه توصیفی تحلیلی حاضر به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۳ انجام پذیرفت. جامعه پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سل ریوی مراجعه‌کننده به مرکز مبارزه با سل در شهرستان زابل بوده که ($N=300$) تعداد ۱۶۸ نفر

از آن‌ها به کمک فرمول محاسبه حجم نمونه کوکران و به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند. شرط ورود به مطالعه گذشت حداقل ۱۵ روز از شروع بیماری بود. به منظور گردآوری داده‌های مورد نیاز پژوهش، از پرسشنامه پژوهشگر ساخته که برگرفته از پرسشنامه‌های استاندارد کیفیت زندگی است، استفاده گردید. به منظور تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی استفاده شد و پایایی آن با آزمون مجدد و $r=0.9$ مورد تایید قرار گرفت. پرسشنامه حاضر دارای ۹ سوال دموگرافیک و ۳۱ سوال اختصاصی در ابعاد وضعیت جسمانی (۱۳ سوال)، وضعیت اقتصادی-اجتماعی (۳ سوال)، وضعیت خانوادگی (۴ سوال)، وضعیت تغذیه (۴ سوال) و وضعیت روحی روانی (۷ سوال) بود. سوالات پرسشنامه به صورت پنج گزینه‌ای در مقیاس لیکرت مطرح و گزینه‌های آن به صورت اصلاً، به ندرت، تا اندازه‌ای، زیاد و خیلی زیاد بوده که امتیاز آن به ترتیب ۱ تا ۵ در نظر گرفته شده بود. نمره کیفیت زندگی بیماران از امتیازات کسب شده از ۳۱ سوال اختصاصی محاسبه شده و دسته‌بندی نمرات کیفیت زندگی در قالب زیر صورت پذیرفته است. نمرات ۳۱-۶۲ کیفیت زندگی ضعیف، نمرات ۶۳-۹۳ کیفیت زندگی متوسط، نمرات ۹۴-۱۲۴ کیفیت زندگی خوب و نمرات ۱۲۵-۱۵۵ کیفیت زندگی بسیار خوب در نظر گرفته شده است. پرسشنامه مذکور پیش از این نیز مورد استفاده قرار گرفته است (۲۳). پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی زابل و کمیته اخلاق دانشگاه، جمع‌آوری داده‌ها آغاز شد. توضیحات لازم در مورد مطالعه و اهداف آن به بیماران ارائه و رضایت آگاهانه از آنان کسب گردید، سپس پرسشنامه‌ها در اختیار بیماران قرار گرفته و توضیحات لازم جهت تکمیل آن داده شد. در صورتی که بیماران قادر به خواندن و نوشتن نبودند، پرسشنامه توسط پژوهشگر برای آنان خوانده شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها بر اساس آزمون آماری کولموگراف اسمیرنوف مشخص شد توزیع

جدول شماره ۲: میانگین نمرات کیفیت زندگی در متغیرهای مورد بررسی

متغیر	انحراف معیار $\pm$ میانگین	سطح معنی داری
جنس	مذکر مؤنث	۰/۰۸۱ ۸۵/۱۸ $\pm$ ۸/۴۸ ۸۴/۸۳ $\pm$ ۸/۰۶
وضعیت تاهل	متاهل مجرد	۰/۰۰۰ ۸۵/۵۶ $\pm$ ۸/۸۸ ۸۲/۱۷ $\pm$ ۸/۴۸
تحصیلات	بی سواد ابتدایی تا متوسطه دیپلم و بالاتر	۰/۰۰۰ ۸۲/۳۵ $\pm$ ۸/۶۸ ۸۴/۲۷ $\pm$ ۹/۴۶ ۸۵/۸۶ $\pm$ ۸/۴۸
محل سکونت	شهر روستا	۰/۰۷۲ ۸۵/۲۹ $\pm$ ۸/۴۶ ۸۵/۶۹ $\pm$ ۸/۵۶
وضعیت اشتغال	شاغل بیکار بازنشسته خانه دار محصل	۰/۰۰۰ ۸۵/۵۶ $\pm$ ۸/۷۸ ۸۲/۱۷ $\pm$ ۸/۱۴ ۸۴/۴۲ $\pm$ ۸/۲۶ ۸۳/۸۱ $\pm$ ۸/۳۷ ۸۳/۴۹ $\pm$ ۸/۶۵
سابقه مصرف دخانیات	با سابقه بی سابقه	۰/۰۳۹ ۸۳/۶۵ $\pm$ ۸/۴۱ ۸۵/۴۹ $\pm$ ۹/۳۲
سابقه بیماری سل در خانواده	با سابقه بی سابقه	۰/۰۶۸ ۸۴/۸۶ $\pm$ ۸/۶۳ ۸۵/۱۵ $\pm$ ۸/۴۱

در مطالعه حاضر آزمون کای دو رابطه معنی داری را بین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل و سن آنان نشان نداد. هم چنین آزمون t اختلاف معنی داری را بین نمره کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سل در متغیرهای جنسیت، محل سکونت و سابقه بیماری سل در خانواده نشان نداد. اما بین کیفیت زندگی بیماران و وضعیت تاهل آن‌ها اختلاف معنی داری مشاهده شد ($p=0/000$), به طوری که کیفیت زندگی در بیماران متاهل بالاتر از بیماران مجرد بود. هم چنین این آزمون اختلاف معنی داری را بین کیفیت زندگی بیماران و سطح تحصیلات آنان نشان داد ($p=0/000$). کیفیت زندگی در افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر بهتر از سایر افراد است. این آزمون هم چنین اختلاف معنی داری را بین کیفیت زندگی بیماران با سابقه مصرف دخانیات نشان داد ($p=0/039$). کیفیت زندگی در افرادی که استعمال دخانیات ندارند، بالاتر از افراد سیگاری است. یافته های مطالعه اختلاف معنی داری را بین کیفیت زندگی و وضعیت اشتغال بیماران نشان داد ($p=0/000$). کیفیت زندگی در افراد بیکار پایین تر از سایر افراد است.

داده ها نرمال است. داده های جمع آوری شده از طریق نرم افزار SPSS-v21 و به کمک آزمون معذور کای، آنالیز واریانس و t تحلیل شد. در مطالعه حاضر سطح معنی داری کم تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده بود.

یافته ها

در مطالعه حاضر ۱۶۸ بیمار مبتلا به سل با میانگین سنی $45/58 \pm 15/93$ سال شرکت داشتند. حداقل سن بیماران ۱۸ و حداکثر ۶۵ سال بود. بیش از نیمی از بیماران مورد مطالعه را زنان تشکیل می دادند (۵۵/۳۵ درصد). بیش تر بیماران متاهل و دارای تحصیلات دیپلم و یا بالاتر از آن بودند. جدول شماره ۱ توزیع فراوانی این افراد را برحسب جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، محل سکونت، وضعیت اشتغال، سابقه مصرف دخانیات و سابقه وجود بیماری در خانواده نشان می دهد.

در مطالعه حاضر میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل $84/88 \pm 8/84$ به دست آمد که نشان می دهد کیفیت زندگی بیماران در حد متوسط است. میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سل در متغیرهای مورد بررسی در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	مذکر ۷۵ (۴۴/۶۴) مؤنث ۹۳ (۵۵/۳۵)
وضعیت تاهل	متاهل ۱۲۸ (۷۶/۱۹) مجرد ۴۰ (۲۳/۸۰)
تحصیلات	بی سواد ۱۹ (۱۱/۳۰) ابتدایی تا متوسطه ۴۵ (۲۶/۷۸) دیپلم و بالاتر ۱۰۴ (۶۱/۹۰)
محل سکونت	شهر ۸۱ (۴۸/۲۱) روستا ۸۷ (۵۱/۷۸)
وضعیت اشتغال	شاغل ۶۹ (۴۱/۰۷) بیکار ۱۷ (۱۰/۱۱) بازنشسته ۲۸ (۱۶/۶۶) خانه دار ۴۵ (۲۶/۷۸) محصل ۹ (۵/۳۵)
سابقه مصرف دخانیات	با سابقه ۶۵ (۳۸/۶۹) بی سابقه ۱۰۳ (۶۱/۳۰)
سابقه بیماری سل در خانواده	با سابقه ۵۱ (۳۰/۳۵) بی سابقه ۱۱۷ (۶۹/۶۴)

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد ۵ گانه کیفیت زندگی بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی

ابعاد کیفیت زندگی	متغیر	انحراف معیار میانگین	سطح معنی داری
جسمانی	جنسیت	مذکر ۳۲/۱۹±۵/۴۹ مونث ۳۱/۹۱±۵/۷۸	p>۰/۰۵
	وضعیت تاهل	متاهل ۳۲/۶۸±۵/۳۲ مجرد ۲۹/۴۱±۶/۲۱	۰/۰۰۰
	میزان تحصیلات	بی سواد ۳۰±۳/۱۶ ابتدای تا متوسطه ۳۱/۰۳±۵/۹۳	۰/۰۰۰
	محل سکونت	دیپلم و بالاتر ۳۳/۲۴±۵/۴۴ شهر ۲۸/۹۶±۴/۹۶	۰/۰۰۰
	وضعیت اشتغال	روستا ۳۵/۱±۴/۴۷ شاغل ۳۰/۸۷±۴/۹۰	۰/۰۰۰
	بازنشسته	یککار ۲۸/۵۴±۴/۸۵ بازنشسته ۲۹/۸۷±۴/۷۳	۰/۰۲۴
	خانه دار	خانه دار ۲۹/۶۳±۴/۴۱ محصل ۲۹/۶۳±۴/۲۳	۰/۰۲۴
	محصل		
	جنسیت	مذکر ۱۳/۵۷±۲/۱۳ مونث ۱۲/۸۹±۲/۰۱	۰/۰۲۱
	وضعیت تاهل	متاهل ۱۳/۸۵±۱/۲۱ مجرد ۱۳/۱۰±۲/۲۶	۰/۰۰۰
خاوادگی	میزان تحصیلات	بی سواد ۱۳/۵±۱/۲ ابتدای تا متوسطه ۱۳/۲۵±۲/۲۱	۰/۰۰۰
	محل سکونت	دیپلم و بالاتر ۱۳/۸۱±۲/۰۱ شهر ۱۳/۴۳±۱/۹۰	p>۰/۰۵
	وضعیت اشتغال	روستا ۱۳/۱۳±۲/۲۴ شاغل ۱۲/۶۷±۲/۲۵	۰/۰۳۴
	بازنشسته	یککار ۱۲/۱۳±۱/۱۴ بازنشسته ۱۲/۵۴±۲/۲۳	۰/۰۳۴
	خانه دار	خانه دار ۱۲/۲۴±۲/۴۴ محصل ۱۲/۳۰±۲/۳۱	۰/۰۳۴
	محصل		
	جنسیت	مذکر ۱۷/۵۳±۱/۹۶ مونث ۱۷/۶۴±۲/۴۶	p>۰/۰۵
	وضعیت تاهل	متاهل ۱۷/۴۵±۲/۳۲ مجرد ۱۶±۱/۹۰	۰/۰۰۰
	میزان تحصیلات	بی سواد ۱۶/۷۵±۰/۹۵ ابتدای تا متوسطه ۱۶/۸۵±۱/۸۳	۰/۰۰۰
	محل سکونت	دیپلم و بالاتر ۱۷/۵۱±۲/۷۸ شهر ۱۷±۲/۰۳	p>۰/۰۵
روحي روانی	وضعیت اشتغال	روستا ۱۷/۳۳±۲/۵۷ شاغل ۱۷/۶۵±۲/۷۸	p>۰/۰۵
	بازنشسته	یککار ۱۷/۰۹±۲/۲۳ بازنشسته ۱۷/۳۴±۲/۴۵	p>۰/۰۵
	خانه دار	خانه دار ۱۷/۳۱±۲/۳۴ محصل ۱۷/۴۶±۲/۴۷۵	p>۰/۰۵
	محصل		
	جنسیت	مذکر ۷/۸۵±۱/۷۷ مونث ۷/۲۳±۱/۸۱	p>۰/۰۵
	وضعیت تاهل	متاهل ۷/۹۸±۱/۸۴ مجرد ۷/۰۶±۱/۷۲	۰/۰۰۰
	میزان تحصیلات	بی سواد ۷/۵۸±۱/۵۹ ابتدای تا متوسطه ۷/۵۱±۲/۱۱	۰/۰۰۰
	محل سکونت	دیپلم و بالاتر ۸±۱/۱۵ شهر ۷/۰۶±۱/۴۸	۰/۰۰۰
	وضعیت اشتغال	روستا ۸/۱۰±۱/۹۷ شاغل ۷/۸۱±۳/۲۱	۰/۰۰۳
	بازنشسته	یککار ۷/۰۳±۲/۱۱ بازنشسته ۷/۴۸±۲/۴۵	۰/۰۰۳
تغذیه	محل سکونت	روستا ۷/۱۴±۲/۲۱ محصل ۷/۴۹±۲/۳۴	p>۰/۰۵
	جنسیت	مذکر ۱۴/۶۹±۴/۹ مونث ۱۵/۱۷±۵/۶۷	p>۰/۰۵
	وضعیت تاهل	متاهل ۱۵/۹۱±۵/۱ مجرد ۱۴/۷۲±۵/۴	p>۰/۰۵
	میزان تحصیلات	بی سواد ۱۵/۵۰±۵/۳۴ ابتدای تا متوسطه ۱۵/۷۷±۵/۴۰	p>۰/۰۵
	محل سکونت	دیپلم و بالاتر ۱۵/۷۵±۴/۹۹ شهر ۱۵/۶۶±۴/۵۳	p>۰/۰۵
	وضعیت اشتغال	روستا ۱۵/۲۶±۶/۰ شاغل ۱۵/۸۶±۴/۴۵	p>۰/۰۵
	بازنشسته	یککار ۱۴/۹۸±۴/۳۳ بازنشسته ۱۵/۳۱±۴/۴۵	p>۰/۰۵
	خانه دار	خانه دار ۱۵/۲۶±۴/۶۳ محصل ۱۵/۵۶±۴/۵۷	p>۰/۰۵
	محصل		
	جنسیت	مذکر ۱۴/۶۹±۴/۹ مونث ۱۵/۱۷±۵/۶۷	p>۰/۰۵

هم چنین در مطالعه حاضر میانگین بعد جسمانی در بیماران مورد مطالعه ۳۲/۰۳±۵/۶۱، میانگین بعد اقتصادی اجتماعی ۷/۵۸±۱/۸۰، میانگین بعد خانوادگی ۱۳/۱۳±۳/۰۸، میانگین بعد تغذیه ۱۴/۹۶±۵/۳۲ و میانگین بعد روحی و روانی ۱۷/۱۶±۳/۳ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد ۵ گانه کیفیت زندگی بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی در جدول شماره ۳ آورده شده است.

بحث

در مطالعه حاضر میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل ۸۴/۸۸±۸/۸۴ به دست آمد کنشان می دهد کیفیت زندگی بیماران در حد متوسط است و بیماری سل ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد. در مقایسه با نتایج به دست آمده در خصوص کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سایر وضعیت های مزمن از قبیل دیابت و یا دیالیز، اثرات سل بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آن بسیار قابل توجه است. بنابراین بیش از آن چه که انتظار می رود، سل با کاهش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در مبتلایان به آن در ارتباط است (۷). هم چنین بررسی های متعدد بر روی گروه های مختلف بیماران نشان داد افراد بیمار با مشکلات جسمی، روحی، روانی و اجتماعی متعددی مواجه هستند که مجموع این مشکلات می تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان شود (۱، ۲، ۵، ۶)، لذا نتایج مطالعه حاضر دور از انتظار نیست.

در مطالعه حاضر اختلاف معنی داری بین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل در گروه زنان و مردان مشاهده نشد که با نتایج سایر مطالعات بر روی بیماران مبتلا به سل (۲۴، ۷) و دیگر بیماری های مزمن از جمله آرتریت روماتوئید (۴)، پیوند کلیه (۵)، سرطان (۲۵) و بیماران مزمن کبدی (۲۷، ۲۶) مطابقت دارد. در تبیین احتمالی نتایج فوق می توان عنوان کرد شاید عدم وجود رابطه بین کیفیت زندگی بیماران و جنسیت آنان مرتبط با ماهیت،

شیوع و ویژگی‌های این بیماری‌ها باشد که تاثیر یکسانی بر کیفیت زندگی در مردان و زنان گذاشته است (۴). اما نتایج مطالعه نامدار و همکاران بر روی کیفیت زندگی بیماران دیالیزی نشان داد کیفیت زندگی در زنان به طور معنی داری پایین تر از مردان است (۲۸) که این نتیجه مشابه نتایج مطالعاتی بر روی بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریوی (۲۹)، دیابت (۳۱،۳۰)، آرتریت روماتوئید (۳۲) و همودیالیز (۳۳،۵) است. اما در مطالعات مشابه دیگری بر روی گروه‌های مختلف بیماران، کیفیت زندگی در مردان به طور معنی داری پایین تر از زنان بود (۳۶-۳۴). به نظر می‌رسد با توجه به سبک زندگی زنان و اهمیت ویژه آنان به حفظ توانایی و سلامتی برای اداره و مدیریت هرچه بهتر زندگی و در همین راستا دقت و اهتمام بیش‌تر آن‌ها در رعایت رژیم‌های درمانی توصیه شده سبب کیفیت زندگی بهتر در آنان شده است (۳۴). نتایج مطالعه حاضر اختلاف معنی داری را بین کیفیت زندگی بیماران و وضعیت تاهل نشان داد ($p = 0/000$)، به‌طوری‌که متاهل‌ها کیفیت زندگی بالاتری نسبت به مجردها داشتند. این نتیجه مطابق با یافته‌های مطالعاتی مشابه بر روی بیماران مبتلا به سل (۲۴) و سایر گروه‌های بیماران است (۲،۴،۲۷،۲۸،۳۱،۳۴). تاهل به نوبه خود همراه با حمایت‌های دریافت شده و ادراک شده از سوی همسر و خانواده و شبکه خویشاوندی دو جانبه است، این در حالی است که افراد مجرد چنین وضعیتی را تجربه نمی‌کنند و طبیعتاً حمایت کم‌تری را نسبت به افراد متاهل دریافت می‌کنند، لذا یافته مطالعه فوق دور از انتظار نیست. علاوه بر این محققان معتقدند وضعیت تاهل از عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی افراد است. حضور همسر به عنوان حامی در کاهش تنش، سازگاری با بیماری، پیروی از رژیم درمانی و کاهش مرگ و میر و ناتوانی موثر است (۲۸). اما در مطالعه سعادتجو و همکاران (۳۴) بر روی بیماران دیابتی، نتایجی مغایر با نتایج مطالعه حاضر مشاهده گردید؛ به‌طوری‌که کیفیت زندگی در بیماران مجرد بالاتر از بیماران متاهل بود. ممکن است دلیل کیفیت زندگی بهتر در افراد مجرد

نسبت به افراد متاهل مهار بهتر بیماری و عوارض ناشی از آن به دلیل مشغله و مسئولیت‌های کم‌تر و در نتیجه داشتن زمان بیش‌تر برای توجه و پیگیری‌های درمانی و مراقبتی باشد. در تعدادی دیگر از مطالعات بر روی گروه‌های مختلف بیماران رابطه معنی داری بین کیفیت زندگی و وضعیت تاهل مشاهده نشد (۳،۵،۲۵،۲۹،۳۸). باید توجه داشت فرد بیمار در هنگام مواجهه با بیماری حمایت‌های خوبی را از همسر و یا خانواده خود دریافت می‌نماید و در طول روند درمان، تمامی اعضای خانواده و اطرافیان بیمار سعی در بهبود شرایط داشته و از این نظر شاید تفاوتی میان افراد مجرد و متاهل نباشد.

در مطالعه حاضر اختلاف معنی داری بین کیفیت زندگی بیماران در گروه‌های مختلف تحصیلی مشاهده شد ($p = 0/000$). کیفیت زندگی در افراد با تحصیلات بالاتر بهتر از سایر افراد بود. این نتیجه مشابه با یافته‌های مطالعاتی بر روی بیماران مبتلا به سل (۲۴،۳۹،۴۱،۴۰)، بیماران همودیالیز (۵)، آرتریت روماتوئید (۴،۳۲)، بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریوی (۲۹،۴۲) و گروهی از بیماران خاص است (۲). باید توجه داشت افراد با تحصیلات بالاتر سعی دارند در زمینه بیماری و چگونگی مراقبت از خود آگاهی لازم را کسب کنند. از طرفی این بیماران آموزش پذیرتر بوده و دستورات پزشکی و پرسنل درمانی را با دقت بیش‌تری رعایت می‌کنند، بنابراین از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردارند (۲۸). علاوه بر آن تحصیلات بالاتر موجب اشتغال کار بهتر، درآمد بالاتر و موقعیت اجتماعی اقتصادی مناسب‌تر شده که سبب رفاه بیش‌تر و تسهیلات زندگی و مراقبتی بهتر می‌شود (۷). اما در مطالعاتی دیگر بر روی بیماران پیوند کلیه (۵)، بیماران مبتلا به سرطان (۲۵،۳۸) و بیماران دیالیزی (۲۸) تفاوت معنی داری بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی بیماران مشاهده نشد که با نتیجه مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد. باید در نظر داشت در مطالعات نام برده شده، کادر پزشکی و درمانی بیش‌ترین مسئولیت درمان بیماران را بر عهده دارند و نقش مهمی در بهبود وضعیت

بیماران برای مقابله با بیماری و ایجاد سازگاری در آنان ایفا می کنند و در بیماری هایی هم چون سرطان و یا بیماران دیالیزی شاید نقش خود فرد و سطح تحصیلات وی در روند درمان و پیگیری های مراقبتی و در نهایت تاثیر گذاری بر کیفیت زندگی کمرنگ باشد.

یافته های مطالعه حاضر رابطه معنی داری را بین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل و سن آنان نشان نداد که با نتایج مطالعاتی مشابه بر روی گروهی از بیماران خاص (۲)، بیماران همودیالیز و پیوند کلیه (۵)، سرطان (۲۵،۳۸)، انسداد مزمن ریوی (۲۹) و بیماران مبتلا به آلپرسی آره تا (۴۳) هم خوانی دارد. در تبیین احتمالی نتایج مطالعه حاضر می توان گفت که بیماری های مزمن با خصوصیتی که به همراه دارند، بر تمامی سنینی که افراد دچار آن هستند، اثر گذارند و می توانند در هر سنی کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهند. اما در مطالعه درویش پور و همکاران (۸) بر روی بیماران مبتلا به سل، ارتباط معنی داری بین سن و کیفیت زندگی بیماران مشاهده شد، به طوری که افزایش سن کاهش کیفیت زندگی را در پی داشت که این نتیجه مشابه با نتایج مطالعات دیگر بر روی بیماران مبتلا به سل (۲۴)، دیابت (۳۷،۳۴)، بیماران بیماران مزمن کبدی (۲۷)، بیماران دیالیزی (۲۸)، بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید (۳۲،۴) و بیماران انسداد مزمن ریوی است (۴۴،۴۲). در این مطالعات جوان ترها کیفیت زندگی بهتری داشتند. باید در نظر داشت با افزایش سن به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی، پیری و گذشت زمان و اضافه شدن بیماری هایی دیگر، کیفیت زندگی خصوصاً در بعد عملکرد جسمانی کاهش می یابد. در مطالعه حاضر بین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و محل سکونت بیماران تفاوت معنی داری یافت نشد که مطابق با یافته های مطالعات نامدار و همکاران (۲۷) بر روی بیماران دیالیزی و صفایی و همکاران (۳۸) بر روی بیماران مبتلا به سرطان است. اما در مطالعه درویش پور و همکاران بر روی بیماران مبتلا به سل، رابطه معنی داری بین کیفیت زندگی بیماران و محل سکونت آنان یافت

شد. افراد ساکن در روستا در تمام ابعاد کیفیت زندگی نمره پایین تری نسبت به افراد ساکن در شهر داشتند. به نظر می رسد پایین بودن کیفیت زندگی در بیماران ساکن روستا در مطالعه درویش پور و همکاران متأثر از عوامل متعددی از قبیل تفاوت های اجتماعی، محیطی، فرهنگی، اقتصادی، عدم دسترسی راحت و آسان به درمان و پیگیری بیماری خود باشد (۸). یافته های مطالعه حاضر تفاوت معنی داری را بین نمره کیفیت زندگی بیماران و سابقه مصرف دخانیات در آنان نشان داد ($p=0/039$)؛ به طوری که کیفیت زندگی در افرادی که استعمال دخانیات ندارند، بالاتر از افراد سیگاری است. نتایج مطابق با یافته های مطالعاتی مشابه بر روی بیماران مبتلا به سل است (۴۱،۸). هم چنین در مطالعه اسدی و همکاران (۲) بر روی بیماران خاص و مطالعه میرباقری و همکاران (۴۲) بر روی بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریوی نیز رابطه معنی داری بین کیفیت زندگی و استعمال دخانیات مشاهده شد. همان طور که در بسیاری از مطالعات بیان شده است، سیگار با دارا بودن مواد سمی و شیمیایی متعدد، اثرات زیانباری بر سلامتی فرد به ویژه وضعیت جسمانی در کوتاه مدت و طولانی مدت می گذارد و منجر به کاهش کیفیت زندگی فرد می شود. اما در مطالعاتی دیگر که بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد، ارتباط معنی داری بین مصرف سیگار و کیفیت زندگی بیماران مشاهده نشد (۳۸). شاید بتوان عنوان نمود بیماری هایی هم چون سرطان که درمانی بسیار سخت و در بسیاری از موارد غیرممکن دارند، به نوبه خود تاثیر بسیار زیادی بر تمامی ابعاد جسمی و روحی و روانی بیمار داشته و سبب کاهش کیفیت زندگی بیماران می شوند و در این گروه بیماران به دلیل شرایط خاص بیماری مصرف سیگار و یا عدم استعمال آن تفاوتی در کیفیت زندگی آنان ایجاد ننماید.

در مطالعه حاضر اختلاف معنی داری بین کیفیت زندگی بیماران و وضعیت اشتغال آنان مشاهده شد به طوری که افراد بیکار کیفیت زندگی پایین تری نسبت

به سایر افراد داشتند. این نتیجه با نتایج مطالعاتی مشابه بر روی بیماران مبتلا به سل هم‌خوانی دارد (۴۵،۲۴،۷). در مطالعه نمادی و همکاران (۵) بر روی بیماران همودیالیز نیز کیفیت زندگی در افراد بیکار به طور معنی داری پایین‌تر از افراد شاغل و بازنشسته بود. در مطالعه دیگری بر روی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید (۳۲،۴) نیز نتایج مشابه به دست آمد. به نظر می‌رسد شغل از طریق مشغول کردن بیمار به کار، حفظ ارتباط با افراد و جامعه سبب افزایش انگیزه و کسب حمایت‌های اجتماعی و افزایش توان مراقبت از خود می‌گردد و از این طریق باعث کاهش مشکلات بیماری و افزایش احساس رضایت از زندگی خواهد شد. هم‌چنین باید در نظر داشت کیفیت زندگی بهتر در افراد شاغل می‌تواند ناشی از مشغولیت ذهنی افراد و انحراف افکار آن‌ها از بیماری به طرف مسائل دیگر و از سویی نیز می‌تواند به دلیل وضعیت بهتر مالی در افراد شاغل نسبت به افراد غیر شاغل باشد. اما در تعدادی از مطالعات بر روی گروه‌های مختلف بیماران رابطه معنی داری بین وضعیت اشتغال و کیفیت زندگی بیماران مشاهده نشد (۲۸،۲) که مغایر با نتایج مطالعه حاضر است. در تبیین احتمالی نتایج مطالعات مذکور می‌توان گفت گرچه شغل متغیری تاثیرگذار در کیفیت زندگی افراد است، اما عواملی چون تخصص، مهارت، تجربه، رضایت شغلی و... می‌تواند اثرات خواه مثبت یا منفی ناشی از شغل بر کیفیت زندگی را تعدیل نماید، از طرفی حمایت‌های مالی خانواده، اطرافیان بیمار، موسسات دولتی و یا خیریه در هنگام مواجهه با بیماری می‌تواند شرایط اقتصادی بیمار را اندکی بهبود بخشیده و اثر وضعیت اقتصادی و اشتغال وی را بر کیفیت زندگی بهبود بخشد. در مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد ۵ گانه کیفیت زندگی بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی در مطالعه حاضر اختلاف آماری معنی داری بین میانگین نمرات کیفیت زندگی در حیطه وضعیت جسمانی، اقتصادی-اجتماعی، خانوادگی و روحی و روانی در بیماران مجرد

و متاهل مشاهده شد. در مطالعه پیشنمازی و همکاران، تنها بین بعد اجتماعی کیفیت زندگی و وضعیت تاهل رابطه معنی داری مشاهده شد (۳). در مطالعه حاضر در بعد وضعیت خانوادگی بین میانگین نمرات کیفیت زندگی در زنان و مردان اختلاف معنی داری مشاهده شد، به طوری که کیفیت زندگی در این بعد در مردان بهتر از زنان بود. در مطالعه هادی و همکاران، اختلاف آماری معنی داری بین بعد اجتماعی و جنسیت مشاهده شد، به طوری که نمره عملکرد اجتماعی زنان نسبت به مردان بالاتر بود (۲۷).

نتایج مطالعه حاضر اختلاف آماری معنی داری را بین میانگین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد جسمانی، اقتصادی-اجتماعی، خانوادگی و روحی و روانی و سطوح تحصیلی متفاوت بیماران نشان داد ($p=0/000$). در مطالعه هادی و همکاران نیز کیفیت زندگی در بعد جسمانی با تحصیلات رابطه معنی داری داشت (۲۷). در مطالعه پیشنمازی و همکاران کیفیت زندگی در حیطه جسمانی و اجتماعی با تحصیلات رابطه معنی داری داشت و گروه با تحصیلات دانشگاهی کیفیت زندگی بهتری داشتند (۳). در مطالعه کوشا و همکاران نیز ابعاد کیفیت زندگی با تحصیلات رابطه معنی داری داشت (۲۳). همان‌طور که پیش‌تر نیز اشاره شد، تحصیلات بالاتر موجب اشتغال بهتر، درآمد بالاتر، رفاه بیش‌تر و در نهایت کیفیت زندگی بهتر خواهد شد. در مطالعه حاضر در میانگین نمرات ابعاد جسمانی، اقتصادی اجتماعی و خانوادگی، کیفیت زندگی بین افراد با وضعیت شغلی متفاوت، اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد. در مطالعه پیشنمازی و همکاران نیز در ابعاد جسمانی، اجتماعی و روانی رابطه معنی داری با وضعیت اشتغال مشاهده شد، به طوری که نمره کیفیت زندگی در افراد بی‌کار پایین‌تر از سایر گروه‌ها بود (۳). در مطالعه حاضر آزمون t اختلاف معنی داری را بین میانگین نمرات در ابعاد وضعیت جسمانی و اقتصادی، اجتماعی در افراد ساکن شهر و روستا نشان داد ($p=0/000$)؛ به طوری که نمرات کیفیت

بیماری سل لازم است فعالیت‌هایی که به افزایش کشف به موقع و درمان موثر بیماران در کشور می‌انجامد، از قبیل تست غربالگری سل برای افراد در معرض تماس، روش‌های نوین تشخیص و درمان بیماری در استراتژی برنامه کنترل سل در کشور گنجانده شود. هم‌چنین به منظور افزایش کیفیت زندگی بیماران، تاسیس مراکز تحقیقاتی، درمانی و توانبخشی برای ارائه راهکارهای مناسب درمانی و ارتقای سطح مهارت‌های زندگی و اجتماعی و نیز افزایش آگاهی بیماران در مورد شیوه زندگی و حمایت از آنان در مشکلات روحی و روانی و ایجاد اعتقاد در مورد فواید درمان توصیه می‌گردد.

سپاسگزاری

نویسندگان بدین وسیله از زحمات معاونت محترم پژوهشی و کارکنان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل که ما را در انجام مطالعه یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌نمایند.

زندگی افراد ساکن در روستا در این دو بعد بالاتر از افراد ساکن در شهر بود. اما در مطالعه‌ای مشابه بر روی بیماران مبتلا به سل، کیفیت زندگی در بیماران ساکن روستا پایین‌تر از افراد ساکن شهر بود که می‌تواند متأثر از عوامل متعددی از قبیل تفاوت‌های اجتماعی، محیطی، فرهنگی، اقتصادی، عدم دسترسی راحت و آسان به درمان و پیگیری بیماری خود باشد (۸).

در آخر باید خاطر نشان کرد کیفیت زندگی به عنوان شاخص کیفیت مراقبت بهداشتی و بخشی از برنامه‌های کنترل بیماری محسوب می‌شود. دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی می‌تواند در ارتقای برنامه‌های درمانی، مراقبتی و توانبخشی موثر واقع شود. باید در نظر داشت بیماری سل از جمله بیماری‌های مزمن تاثیرگذار بر کیفیت زندگی است و با وجود همسایگی ایران با دو کشور افغانستان و پاکستان که در زمره ۲۳ کشور بسیار آلوده دنیا هستند، ضرورت توجه بیش از پیش به این بیماری هم‌چنان احساس می‌شود. علاوه بر آن برای دستیابی به اهداف سازمان بهداشت جهانی در کنترل و درمان

References

1. Robabi H, Navidian A, Pishkar Mofrad Z. Quality of Life of Patients with Pulmonary Tuberculosis during the Course of Treatment. J Mazandaran Univ Med Sc 2012; 22(93): 104-113 (Persian).
2. Asadi M, Shiralipur A, Ghanad F, Nazary A. Meta-analysis of Effective Factors in Life Quality of Special Patients. Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences 2012; 16(1): 25-33(Persian).
3. Pishnamazi Z, Kiani Asiabar A, Heravi Karimavi M, Zaeri F, Norooz Zadeh R. Quality of life in burn patients. Payesh 2012; 11(1):103-110 (Persian).
4. Monjamed Z, Varaei Sh, Kazemnejad A, Razavian F. Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Patients. Journal of Hayat 2007; 13(3): 57-66 (Persian).
5. Namadi M, Movahdpour A. quality of life in patients after renal transplantation in comparison with intermittent hemodialysis. J Ardabil Univ Med Sci 2009; 9(2): 171-179 (Persian).
6. Farazi AA, Sofian M, Jabbariasl M. Improving the quality of life in tuberculosis patients with N-acetylcysteine. AMUJ 2014; 17(84): 47-55 (Persian).
7. Darvishpour Kakhki A, Etaati Z, Mirsaedi M, Masjedi MR, Velayati AA. Quality of life of tb patients referred to masih daneshvary hospital in 2005. Iranian Journal of Infectious Diseases and Tropical Medicine 2006; 11(32): 49-56.

8. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J, Masjedi MR, Askari H. Comparison of life quality of diabetic patients with tb patients. Knowledge and Health Journal 2013; 8(2): 71-75.
9. Atif M, Sulaiman SA, Shafie AA, Asif M, Sarfraz MK, Low HC, et al. Impact of tuberculosis treatment on health-related quality of life of pulmonary tuberculosis patients: a follow-up study. Health Qual Life Outcomes 2014; 12: 19.
10. Louw J, Peltzer K, Naidoo P, Matseke G, Mchunu G, Tutshana B. Quality of life among tuberculosis (TB), TB retreatment and/or TB-HIV co-infected primary public health care patients in three districts in South Africa. Health Qual Life Outcomes 2012; 10: 77.
11. Aggarwal AN. Health-related quality of life: A neglected aspect of pulmonary tuberculosis. Lung India 2010; 27(1): 1-3.
12. Kruijshaar ME, Lipman M, Essink-Bot ML, Lozewicz S, Creer D, Dart S, et al. Health status of UK patients with active tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis 2010; 14(3): 296-302.
13. Tarverdizadeh Y, Imani Fooladi AA. Investigation of Predisposing and Environmental Factors in Tuberculosis (TB). Journal of Medical Council of IRI 2013; 30(4): 335-340 (Persian).
14. Jamshidi K, Peyman H, Pakzad I, Delpisheh A. Trends And Some Risk Factors for Incidence of Tuberculosis in Ilam Province (Western Iran). Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences 2011; 19(3): 32-40 (Persian).
15. Sharafkhani R, Ahmadi N, Salarilak Sh, Rahimirad MH, Rahimirad MH, Khashabi J. Prevalence of tuberculosis infection in health and office workers at Urmia University of Medical Sciences. J Urmia Univ Med Sci 2011; 22(2): 119-22 (Persian).
16. Shoraka H, Hosseini SH, Alizadeh H, Alavinia SM. Epidemiology of tuberculosis and other related factors in the province of north khorasan, Iran, 2005-2010. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences 2011; 3(3): 43-50 (Persian).
17. Hosseini SMJ, Morovati S, Ghadiani MH, Ranjbar R, Farnia M. Epidemiologic study of TB in Iranian prisons during April-September 2004. Scientific Journal of Forensic Medicine 2007; 13(1): 7-10 (Persian).
18. Jahani S, Elahi N, Shahinzade A, Hakim A, Latifi M. Related of knowledge and attitude with medication control of tuberculosis patients reffering to ahwaz anti T.B center. IJNR 2011; 5(19): 52-57 (Persian).
19. Alavi S, Sefidgaran GH, Karami F. Comparative study on knowledge about tuberculosis in two cities with different tuberculosis epidemiological index in Khuzestan, 2004. Jundishapur Scientific Medical Journal 2009; 8(1): 64-69 (Persian).
20. Jadgal KhM, Zareban I, Alizadeh-Siuki H, Izadirad H. The Impact of Educational Intervention Based on Health Belief Model on Promoting Self-Care Behaviors in Patients with Smear-Positive Pulmonary TB. Journal of Health Education and Health Promotion 2014; 2(2): 143-152 (Persian).
21. Metanat M, Sharifi-Mood B, Alavi-Naini R, Aminianfar M. The epidemiology of tuberculosis in recent years: Reviewing the status in south-eastern Iran. ZJRMS 2012; 13(9): 1-7 (Persian).
22. Afhami Sh, Hamidi Farahani R, Rasoolinejad M, Emadi Khochak H, kheiltash A, Madjidian S, et al. Evaluation of treatment

- effect of anti-tuberculosis drugs on the quality of life among tuberculosis patients admitted in Imam Khomeini hospital in Tehran. *Annals of Military and Health Sciences Research* 2012; 10(4): 306-314 (Persian).
23. Koosha S, Mirshekari L, Mohammadnezhad E. Comparing quality of life of patients with pulmonary tuberculosis and controls. *ZJRMS* 2012; 13(10): 57-57 (Persian).
 24. Faisal Al-Qahtani M, El.Mahalli AA, Al Dossary N, Al Muhaish A, Al Otaibi S, Al Baker F. Health-related quality of life of tuberculosis patients in the Eastern Province, Saudi Arabia. *Journal of Taibah University Medical Sciences* 2014; 9(4): 311-317.
 25. Karami O, Falahat-pisheh F, Jahani Hashemi H, Beyraghdar N. Quality of life in cancer patients in Qazvin (2007). *J Qazvin Univ Med Sci* 2010; 14(3): 80-86 (Persian).
 26. Giacomuzzi SM, Riemer Y, Ertl M, Kemmler G, Rossler H, Hinterhuber H. Gender differences in Health-related quality of life on admission to a maintenance treatment program. *Eur Addict Res* 2005; 11(2): 69-75.
 27. Hadi N, Montazer Ali, Behboodi E. Assessment of health related quality of life in chronic Liver disease patients. *Journal of Iranian Institute for Health Science Research (Payesh)* 2010; 9(2): 165-172 (Persian).
 28. Namdar A, Beigizadeh S, Najafipour S. Health-related quality of life in dialysis patients. *J Jahrom Univ Med Sci* 2013; 10(4): 19-27 (Persian).
 29. Masroor DD, Rafii F, Fadaeeaghdam N, Hoseini AF. Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *IJN* 2012; 25(76): 19-27 (Persian).
 30. Rasouli D, Nasiriziba F, Nabiamjad R, Haghani H. Comparison of life quality in men and women with diabetic foot ulcer in selected hospitals of Tehran Universities, 2007. *PARS Journal of Medical Sciences (Jahrom Medical Journal)* 2011; 9(1): 38-45 (Persian).
 31. Hadipour M, Abolhasani F, Molavi-e Vardanjani H. Health related quality of life in patients with of type II diabetes in Iran. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research (PAYESH)* 2013; 12: 135-141 (Persian).
 32. Taylor WJ, Myers J, Simpson RT, McPherson KM, Weatherall M. Quality of life of people with Rheumatoid Arthritis as measured by the World Health Organization Quality of Life Instrument, short form (WHOQOL-BREF): score distributions and psychometric properties. *Arthritis Care & Research* 2004; 51(3): 350-357.
 33. Tayyebi A, Salimi S, Mahmoudi H, Tadrissi SD. Comparison of quality of life in hemodialysis and renal transplantation patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2010; 3(1): 19-22.
 34. Saadatjoo SA, Rezvanee MR, Tabyee Sh, Oudi D. Life quality comparison in type 2 diabetic patients and none diabetic persons. *Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty* 2012; 9(1): 24-31 (Persian).
 35. Monjamed Z, Aliasgharpour M, Mehran A, Peimani T. the quality of life in diabetic patients with chronic complications. *Journal of Hayat* 2006; 12(1): 55-66.
 36. Babikako HM, Neuhauser D, Katamba A, Mupere E. Feasibility, reliability and validity of health-related quality of life questionnaire among adult pulmonary tuberculosis patients in urban Uganda: cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 93.

37. Sadegie Ahari S, Arshi S, Iranparvar M, Amani F, Siahpoush H. The effect of complications of type II diabetes on patients' quality of life. *J Ardabil Univ Med Sci* 2009; 8(4): 394-402 (Persian).
38. Safaee A, Zeighami B, Tabatabaee HR, Moghimi Dehkordi B. Quality of life and related factors in breast cancer patients under chemotherapy. *IRJE* 2008; 3(3-4): 61-66 (Persian).
39. Duyan V, Kurt B, Aktas Z, Duyan GC, Kulkul DO. Relationship between quality of life and characteristics of patients hospitalized with tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9(12): 1361-1366.
40. Unalan D, Soyuer F, Ceyhan O, Basturk M, Ozturk A. Is the quality of life different in patients with active and inactive tuberculosis? *Indian J Tuberc* 2008; 55(3): 127-137.
41. Dujaili JA, Sulaiman SA, Hassali MA, Awaisu A, Blebil AQ, Bredle JM. Health-related quality of life as a predictor of tuberculosis treatment outcomes in Iraq. *Int J Infect Dis* 2015; 31: 4-8.
42. Mir Bagheri N, Memarian R, Mohammadi A. Effects of regular walking programme on quality of life of elderly patients with moderate COPD. *Iranian Journal of Nursing Research* 2008; 2(6): 19-27.
43. Baghestani SH, Mazloomi S. Quality of life in Alopecia Areata patients. *Medical Journal of Hormozgan University* 2011; 14(4): 271-280 (Persian).
44. Martin A, Rodriguez-Gonzalez Moro JM, Izquierdo JL, Gobartt E, de Lucas P, VICE Study Group. Health-related quality of life in outpatients with COPD in daily practice: the VICE Spanish Study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2008; 3(4): 683-692.
45. Rueda S, Raboud J, Mustard C, Bayoumi A, Lavis JN, Rourke SB. Employment status is associated with both physical and mental health quality of life in people living with HIV. *AIDS Care* 2011; 23(4): 435-443.