



## مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت با بیماران مبتلا به سل

علی درویش پور کاخکی<sup>۱\*</sup>، ژایلا عابد سعیدی<sup>۲</sup>، محمدرضا مسجیدی<sup>۳</sup>، حسن عسکری<sup>۴</sup>

۱- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- دانشکده پرستاری و مامایی- دکتری تخصصی پرستاری- استادیار. ۲- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- دانشکده پرستاری و مامایی- دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی- استادیار. ۳- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی سل و بیماری‌های ریوی- فوق تخصص ریه- استاد. ۴- دانشگاه علوم پزشکی زاهدان- دانشکده پرستاری و مامایی- عضو هیئت علمی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۱۵، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۶/۱۲

### چکیده

**مقدمه:** دیابت و سل از شایع‌ترین بیماری‌های عصر حاضر است که با اثر بر ابعاد مختلف زندگی، کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آرزوایی که کیفیت زندگی برآیند اصلی اقدامات درمانی و مراقبتی است، مطالعه حاضر به منظور مقایسه و مشخص‌تر نمودن اثرات متفاوت بیماری دیابت و بیماری سل بر روی کیفیت زندگی صورت گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که بر روی ۳۲۰ بیمار مبتلا به دیابت و سل مراجعه‌کننده به چهار درمانگاه دیابت و درمانگاه مرکز ارجاع سل در شهر تهران انجام شده است. به منظور جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه مشخصات فردی و نسخه فارسی فرم کوتاه ۳۶ استفاده گردید.

**نتایج:** در این پژوهش ۱۳۱ بیمار مبتلا به دیابت و ۱۸۹ بیمار مبتلا به سل شرکت کردند. میانگین سنی بیماران مبتلا به دیابت  $47.30 \pm 12.7$  سال و بیماران مبتلا به سل  $41.80 \pm 17.6$  سال بوده است. دامنه نمرات کسب‌شده برای ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت از  $46/2 \pm 12/9$  برای سلامت عمومی تا  $64/13 \pm 26/61$  برای عملکرد جسمی متغیر بوده است. دامنه نمرات کسب‌شده برای ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل از  $16/85 \pm 32/58$  برای ایفای نقش جسمی تا  $59/18 \pm 22/55$  برای عملکرد اجتماعی متغیر بوده است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که بیماران مبتلا به سل به‌طور معناداری نمرات پایین‌تری در ابعاد عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، انرژی و نشاط، دردهای بدنی و ایفای نقش عاطفی از بیماران مبتلا به دیابت کسب کردند. بیماران مبتلا به دیابت به‌طور معناداری نمره پایین‌تری در بعد سلامت عمومی از بیماران مبتلا به سل کسب کردند.

**نتیجه‌گیری:** بیماری‌های دیابت و سل اثرات متفاوتی بر روی کیفیت زندگی دارند. توجه به این تفاوت‌ها و عوامل اثرگذار به‌منظور استفاده در برنامه‌های درمانی-مراقبتی ارتقای کیفیت زندگی این بیماران ضروری است.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، دیابت، سل.

Original Article

Knowledge & Health 2013;8(2):71-75

### Comparison of Life Quality of Diabetic Patients with TB Patients

Ali Darvishpoor Kakhki<sup>1\*</sup>, Jila Abed Saedi<sup>2</sup>, Mohammad Reza Masjedi<sup>3</sup>, Hassan Askari<sup>4</sup>

1- Assistant Professor of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. 2- Assistant Professor of Health Services Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. 3- Professor of Pulmonology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. 4- Faculty of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

#### Abstract:

**Introduction:** Today, diabetes and TB as high prevalent diseases have negative effects on quality of life of patients. However, quality of life is the outcome of treatment and care in chronic diseases. Hence, this study was conducted to compare effects of diabetes and TB on quality of life of these patients.

**Methods:** In this descriptive-analytical study, 320 subjects were selected by convenience sampling from four diabetic clinics and referral center of TB patients in Tehran. Demographic characteristics questionnaire and Iranian version of short form health survey (SF-36) were used to data collection.

**Results:** 131 diabetic patients and 189 TB patients were participated in this study. Mean age was  $47.30 (\pm 12.74)$  and  $41.80 (\pm 17.64)$  years for diabetic patients and TB patients respectively. Range of quality of life scores for diabetic patients varied from  $46.20 (\pm 12.94)$  for general health perceptions to  $64.13 (\pm 26.61)$  for physical function. Range of quality of life scores for TB patients varied from  $16.85 (\pm 32.58)$  for role limitations due to physical problems to  $59.18 (\pm 22.55)$  for social function. TB patients had significantly lower scores than diabetic patients in dimensions of physical functioning, role limitations due to physical problems, bodily pain and vitality. Diabetic patients had significantly lower scores than TB patients in dimensions of general health perceptions.

**Conclusion:** This study revealed different effects of diabetes and TB on quality of life. It is important to considering these effects so that quality of life of these patients can be improved.

**Keywords:** Quality of life, Diabetes, Tuberculosis.

Conflict of Interest: No

Received: 5 July 2012

Accepted: 2 September 2012

\*Corresponding author: A Darvishpoor Kakhki, Email: darvishpoor@sbmu.ac.ir

\*نویسنده مسئول: تهران، خیابان ولیعصر، تقاطع نیایش، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه داخلی- جراحی، تلفن:

E-mail: darvishpoor@sbmu.ac.ir ، ۰۹۱۲۶۲۰۳۹۷۶

## مقدمه

دیابت و سل از قدیمی‌ترین بیماری‌های شناخته‌شده انسان است که علی‌رغم پیشرفت‌های فراوان صورت‌گرفته در زمینه پیشگیری و درمان، هنوز بروز و شیوع بالایی در دنیا دارند (۱ و ۲). براساس مطالعه کینگ و همکاران (۳)، متوسط میزان شیوع دیابت در دنیا از ۴٪ در سال ۱۹۹۵ به ۵/۴٪ در سال ۲۰۲۵ افزایش خواهد یافت. همچنین براساس مطالعات صورت گرفته در شهرهای ایران، شیوع دیابت تا ۱۵/۹٪ گزارش شده است (۴ و ۵).

در قرن گذشته انتظار کاهش و ریشه‌کن شدن بیماری سل می‌رفت، اما پیدایش اختلالات ایمنی، زمینه را برای بروز بالای این بیماری فراهم آورده است. از این رو بیماری سل علی‌رغم همه پیشرفت‌های درمانی و مراقبتی، علت عمده مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های عفونی در دنیا محسوب می‌شود. براساس روند حاضر انتظار می‌رود میزان مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری از ۱/۸۷ میلیون نفر در سال ۱۹۹۷ به ۳۰ میلیون نفر در سال ۲۰۹۰ افزایش یابد (۶ و ۷)، بنابراین بیماری سل نیز همانند بیماری دیابت به‌عنوان یک بحران جهانی مطرح گردیده است.

بیماری‌های دیابت و سل ماهیت متفاوتی دارند، اما هر دو بیماری روند درمان و مراقبت طولانی‌مدتی دارند. اثرات دیابت و سل محدود به عوارض زودرس و دیررس آن نمی‌گردد، بلکه مشابه با سایر بیماری‌های مزمن، با روبه‌روکردن بیمار با چالش‌های متعدد از قبیل فشارهای ناشی از کنترل و درمان بیماری، رعایت برنامه‌های درمانی - مراقبتی طولانی‌مدت پیچیده و هزینه‌بردار، عوارض متعدد و بالقوه سمی داروها، انگ‌های اجتماعی ناشی از ابتلا، نیاز به مراجعات مکرر به پزشک و انجام آزمایش‌های مختلف و متعدد، نگرانی درباره آینده بیماری و احتمال ابتلای فرزندان، اختلال در روابط اجتماعی و خانوادگی، مشکلات جنسی، اختلال در کار و ... منجر به کاهش کیفیت زندگی مبتلایان می‌گردد (۸-۱۵). از آنجایی که بررسی برآیندهای درمانی - مراقبتی از قبیل میزان مرگ‌ومیر و میزان ناتوانی‌ها نمی‌تواند تصویری جامع از اثرات این بیماری‌ها فراهم آورد، بررسی کیفیت زندگی به‌منظور تعیین کارایی و اثربخشی برنامه‌های درمانی - مراقبتی، مورد توجه ویژه قرار می‌گیرد. از طرفی کیفیت زندگی نقش مهمی در پذیرش درمان‌ها و مراقبت‌ها، پذیرش بیماری و مقابله مؤثر با مشکلات ناشی از این بیماری‌ها دارد (۱۶، ۱۷ و ۱۸). از آنجایی که بیماری سل و دیابت به دلایل مختلف جغرافیایی، اجتماعی و فرهنگی در ایران بروز و شیوع قابل توجهی دارند، مطالعه حاضر با هدف شناسایی و مقایسه اثرات این دو بیماری مزمن، که دارای ماهیتی متفاوت می‌باشند، بر کیفیت زندگی صورت پذیرفته است.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که بر روی ۳۲۰ بیمار مبتلا به دیابت و سل مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دیابت و سل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی صورت گرفته است. بیماران مبتلا به دیابت از مراجعان به چهار بیمارستان شریعتی، امام خمینی، فیروزگر و طالقانی که دارای درمانگاه اختصاصی دیابت بودند و بیماران مبتلا به سل از مراجعان به بیمارستان مسیح دانشوری که دارای درمانگاه اختصاصی سل است، انتخاب گردیدند. شرکت‌کنندگان براساس روش نمونه‌گیری در دسترس از مراکز پژوهش حاضر انتخاب شدند. بیمارانی در پژوهش‌های حاضر شرکت کرده‌اند که در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال بودند. بیماران مبتلا به دیابت حاملگی و بیمارانی که علاوه بر بیماری دیابت یا سل مبتلا به اختلالات اصلی پزشکی از قبیل بیماری قلبی، کلیوی، ایدز بوده‌اند در این پژوهش شرکت داده نشده‌اند. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه اطلاعات شخصی و نسخه فارسی فرم کوتاه ۳۶ پس از تعیین اعتبار و پایایی آن استفاده گردید که شرکت‌کنندگان به‌صورت خود اجرا پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. پرسشنامه مشخصات فردی دارای پنج متغیر سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال بوده است.

در این پژوهش از نسخه فارسی فرم کوتاه ۳۶ (۱۹) به‌منظور تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت و سل استفاده شده است. فرم کوتاه ۳۶ را وار و شربون (۲۰) در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی کرده‌اند. این ابزار از پرکاربردترین ابزارهای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی است که اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران بررسی شده است (۸، ۲۱ و ۲۲). فرم کوتاه ۳۶ دارای ۳۶ عبارت در هشت بعد عملکرد جسمی (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 روانی (۵ عبارت) است که کیفیت زندگی افراد را ارزیابی می‌کند. در این پژوهش از نسخه فارسی فرم کوتاه ۳۶ که توسط منتظری و همکاران (۱۹) به زبان فارسی ترجمه کرده‌اند و مورد تطبیق فرهنگی قرار گرفته، جهت جمع‌آوری اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت و بیماران مبتلا به سل استفاده شده است. پس از جمع‌آوری اطلاعات از روش نمره‌بندی خاص این پرسشنامه (=۰ بدترین نمره و =۱۰۰ بهترین نمره) به‌منظور استخراج اطلاعات استفاده گردیده است.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه حاضر از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شده است. با توجه به اینکه براساس آزمون آماری کولموگراف اسمیرنوف مشخص شد که توزیع متغیر پاسخ نرمال

در بیماران مبتلا به دیابت بین عملکرد جسمی با میزان تحصیلات تفاوت معنادار آماری به دست آمد ( $P=0/041$ )، به طوری که بیشترین تفاوت در عملکرد جسمی بین بیماران مبتلا به دیابت با تحصیلات دانشگاهی و تحصیلات ابتدایی بود ( $P=0/044$  و  $MD=23/27$ ) و در رتبه‌های بعد بیشترین تفاوت بین بیماران مبتلا به دیابت با تحصیلات دانشگاهی و تحصیلات راهنمایی ( $P=0/229$ ) و  $MD=17/92$ ) و سپس بین بیماران مبتلا به دیابت با تحصیلات دانشگاهی و دبیرستانی ( $P=0/299$  و  $MD=68/15$ ) وجود داشت. به عبارتی با افزایش میزان تحصیلات، بیماران مبتلا به دیابت عملکرد جسمی بهتری را گزارش کردند.

جدول ۱- مشخصات فردی بیماران مبتلا به دیابت و سل شرکت‌کننده در پژوهش

متغیر	فراوانی بیماران سل (%)	فراوانی بیماران دیابت (%)
جنس		
مذکر	۱۰۳ (۵۴/۵)	۵۲ (۳۹/۷)
مؤنث	۸۶ (۴۵/۵)	۷۹ (۶۰/۳)
وضعیت تأهل		
مجرد	۵۰ (۲۶/۵)	۱۶ (۱۲/۲)
متاهل	۱۳۰ (۶۸/۸)	۱۰۵ (۸۰/۲)
مطلقه	۳ (۱/۶)	۳ (۲/۳)
بیوه	۶ (۳/۲)	۷ (۵/۳)
وضعیت اشتغال		
شاغل	۴۶ (۲۴/۳)	۳۳ (۲۵/۲)
بیکار و یا خانه‌دار	۹۹ (۵۲/۴)	۷۲ (۵۵)
بازنشسته	۱۲ (۶/۳)	۲۴ (۱۸/۳)
ازکارافتاده	۳۰ (۱۵/۹)	۲ (۱/۵)
میزان تحصیلات		
ابتدایی	۱۵۲ (۸۰/۴)	۴۷ (۳۵/۹)
راهنمایی	۳ (۱/۶)	۲۷ (۲۰/۶)
دبیرستانی	۲۱ (۱۱/۱)	۴۲ (۳۲)
دانشگاهی	۴ (۲/۱)	۱۵ (۱۱/۵)

نیست، بنابراین از ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون‌های آماری ناپارامتری من و تینی، کروسکال والیس و مقایسه‌های چندگانه برای تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه استفاده گردید.

## نتایج

در پژوهش حاضر ۱۳۱ بیمار مبتلا به دیابت با میانگین سنی  $12/74 \pm 47/30$  و ۱۸۹ بیمار مبتلا به سل با میانگین سنی  $41/8 \pm 17/64$  سال شرکت کردند. جدول ۱ توزیع شرکت‌کنندگان در این پژوهش را برحسب جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال نشان می‌دهد. در جدول ۲ میانگین نمرات کسب‌شده از هشت خرده‌مقیاس فرم کوتاه ۳۶ نشان داده شده است. همانگونه که در جدول ۲ مشخص است میانگین نمرات کسب‌شده از  $46/20 \pm 12/94$  تا  $61/13 \pm 26/61$  برای بیماران مبتلا به دیابت و از  $16/85 \pm 32/58$  تا  $22/55 \pm 59/18$  برای بیماران مبتلا به سل متغیر بوده است. همان‌گونه که در جدول ۲ مشخص است تفاوت معنادار آماری بین ابعاد عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، انرژی و نشاط، و ایفای نقش عاطفی بین بیماران مبتلا به دیابت با بیماران مبتلا به سل وجود داشته است. بیماران مبتلا به سل نمرات معنادار پایین‌تری از عملکردی جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، انرژی و نشاط، و ایفای نقش عاطفی نسبت به عملکرد جسمی، ایفای نقش عاطفی، دردهای بدنی، انرژی و نشاط، و ایفای نقش عاطفی بیماران مبتلا به دیابت نمره معنادار پایین‌تری در سلامت عمومی نسبت به بیماران مبتلا به سل کسب کردند.

در بیماران مبتلا به دیابت، بین متغیر سن با عملکرد جسمی ( $r=0/28$  و  $P=0/002$ ) همبستگی معکوس و معنادار آماری و با ایفای نقش عاطفی ( $r=0/24$  و  $P=0/007$ ) همبستگی مثبت و معنادار آماری به دست آمد. در بیماران مبتلا به سل نیز بین متغیر سن با عملکرد جسمی ( $r=0/33$  و  $P=0/003$ ) و ایفای نقش جسمی ( $r=0/22$  و  $P=0/003$ ) و ایفای نقش عاطفی ( $r=0/159$  و  $P=0/003$ ) همبستگی معکوس و معنادار آماری به دست آمد.

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و تفاوت آماری بین نمرات ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت و سل

ابعاد کیفیت زندگی	بیماران سل	بیماران دیابت	P.V
عملکرد جسمی	$43/63 (\pm 27/97)$	$64/13 (\pm 26/61)$	$<0/001$
ایفای نقش جسمی	$16/85 (\pm 32/58)$	$50/58 (\pm 36/11)$	$<0/001$
دردهای بدنی	$46/29 (\pm 25/02)$	$52/47 (\pm 26/72)$	$0/018$
سلامت عمومی	$51/91 (\pm 22/20)$	$46/20 (\pm 12/94)$	$0/004$
انرژی و نشاط	$23/33 (\pm 19/76)$	$47/05 (\pm 15/16)$	$<0/001$
عملکرد اجتماعی	$59/18 (\pm 22/55)$	$59/45 (\pm 25/20)$	$0/438$
ایفای نقش عاطفی	$40/33 (\pm 46/18)$	$49/61 (\pm 38/67)$	$0/047$
سلامت روحی- روانی	$44/24 (\pm 16/73)$	$46/45 (\pm 15/05)$	$0/243$

انرژی و نشاط و ایفای نقش عاطفی بین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت با بیماران مبتلا به سل مورد تأیید قرار گرفت. در بعد سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت به طور معناداری نمره پایین تری از بیماران مبتلا به سل کسب کردند. به نظر می رسد ماهیت مزمن و صعب العلاج بیماری دیابت در طولانی مدت باعث کاهش کیفیت زندگی بویژه احساس سلامتی بیماران مبتلا به دیابت که یک احساس کاملاً ذهنی است (۱۶ و ۱۷) می گردد. هرچند در بقیه ابعاد، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت بهتر از بیماران مبتلا به سل است اما بایستی به این نکته توجه داشت که هسته مرکزی مفهوم کیفیت زندگی احساس سلامتی است و در واقع سایر ابعاد کیفیت زندگی شکل دهنده احساس سلامتی می باشند که در بیماران مبتلا به دیابت پایین تر از بیماران مبتلا به سل است (۲۳). تحت تأثیر قرار گرفتن جنبه های روحی - عاطفی تا ایفای نقش عاطفی و انرژی و نشاط بیماران مبتلا به دیابت نیز تأییدکننده این یافته می باشد. سایر مطالعات صورت گرفته نیز کاهش شور و نشاط، خستگی، افسردگی، زود عصبانی شدن و مشکلات تش و فکر و خیال (۲۴) بیماران مبتلا به دیابت را مورد تأیید قرار داده است. بنابراین بیماری دیابت در طولانی مدت اثر منفی بر کیفیت زندگی و احساس سلامتی بیماران می گذارد. کاهش احساس سلامت و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت در سایر مطالعات نیز تأیید شده است (۲۵، ۲۶ و ۲۷).

ضعف و خستگی، درد سینه، سرفه ها، درد دست و پا، سرگیجه، بی حسی و گزگز دست و پا از جمله مشکلات شایع بیماران مبتلا به سل است (۲۸). به نظر می رسد بیماری سل اثرات مقطعی بر تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران دارد و باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سل می گردد. از آنجایی که مدت زمان ابتلا به این بیماری و دریافت پاسخ به درمان و بهبودی این بیماران کوتاه تر از بیماری دیابت است، این بیماری ابعاد مقطعی کیفیت زندگی از قبیل انرژی و نشاط، ایفای نقش جسمی و عملکرد جسمی را تحت تأثیر قرار می دهد و کمتر بعد سلامت عمومی که تحت تأثیر سایر ابعاد کیفیت زندگی است و بیانگر اثرات طولانی مدت یک بیماری است را تحت تأثیر قرار می دهد. تفاوت معنادار ابعاد انرژی و نشاط، ایفای نقش جسمی و عملکرد جسمی بین بیماران مبتلا به سل با بیماران مبتلا به دیابت که در مطالعه حاضر به دست آمد، تأییدکننده یافته حاضر می باشد. از این رو به نظر می رسد اقدامات درمانی و مراقبتی در راستای بهبود فعالیت های جسمی و انرژی و نشاط برای بیماران مبتلا به سل و در نظر گرفتن اقدامات روحی - روانی برای بهبود وضعیت روانی و خلق بیماران مبتلا به دیابت ضروری است.

مشابه با سایر مطالعات صورت گرفته (۲۶، ۲۷ و ۲۸) افزایش میزان تحصیلات بیماران مبتلا به دیابت و سل در ارتباط با کیفیت زندگی

در بیماران مبتلا به سل نیز تفاوت معنادار آماری بین میزان تحصیلات با عملکرد جسمی ( $P=0/001$ )، ایفای نقش جسمی ( $P<0/001$ )، دردهای بدنی ( $P=0/013$ )، انرژی و نشاط ( $P<0/001$ ) و سلامتی روحی-روانی ( $P=0/008$ ) به دست آمد. به طوری که بیشترین تفاوت در عملکرد جسمی بین بیماران مبتلا به سل با تحصیلات دانشگاهی و تحصیلات راهنمایی بود ( $P=0/024$  و  $MD=50$ ) و در رتبه های بعدی با بیماران مبتلا به سل بی سواد ( $P=0/004$  و  $MD=45/63$ )، تحصیلات ابتدایی ( $P=0/015$  و  $MD=41/25$ ) و دبیرستانی ( $P=0/202$  و  $MD=21/39$ ) وجود داشت. در بعد ایفای نقش جسمی بیشترین تفاوت بین بیماران مبتلا به سل با تحصیلات دانشگاهی با بیماران مبتلا به سل بی سواد ( $P<0/001$  و  $MD=82/18$ ) و در رتبه های بعدی با بیماران مبتلا به سل با تحصیلات راهنمایی ( $P=0/002$  و  $MD=81/25$ )، دبستان ( $P<0/001$  و  $MD=77/57$ ) و دبیرستان ( $P=0/002$  و  $MD=52/08$ ) وجود داشت. در بعد دردهای بدنی بیشترین تفاوت بین بیماران مبتلا به سل با تحصیلات دانشگاهی با بیماران مبتلا به سل بی سواد ( $P=0/001$  و  $MD=40/72$ ) وجود داشت و در رتبه های بعدی با بیماران مبتلا به سل دارای تحصیلات ابتدایی ( $P=0/006$  و  $MD=37/89$ )، دبیرستان ( $P=0/015$ ) و راهنمایی ( $P=0/196$  و  $MD=24/33$ ) وجود داشت. در بعد انرژی و نشاط بیشترین تفاوت بین بیماران مبتلا به سل با تحصیلات دانشگاهی با بیماران مبتلا به سل بی سواد ( $P<0/001$ ) و دبیرستان ( $P=0/000$  و  $MD=44/92$ )، راهنمایی ( $P=0/016$ ) و دبیرستان ( $P=0/001$  و  $MD=31/75$ ) وجود داشت. در بعد سلامتی روحی - روانی بیشترین تفاوت بین بیماران مبتلا به سل با تحصیلات دانشگاهی با بیماران مبتلا به سل دارای تحصیلات راهنمایی ( $P=0/009$  و  $MD=33$ ) وجود داشت و در رتبه های بعدی با بیماران مبتلا به سل بی سواد ( $P<0/001$  و  $MD=30/51$ )، ابتدایی ( $P=0/003$  و  $MD=27/67$ ) و دبیرستان ( $P=0/004$  و  $MD=26/40$ ) وجود داشت.

بین سایر متغیرهای مورد بررسی جنس، وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل تفاوت قابل مقایسه و معنادار آماری بین بیماران مبتلا به دیابت و سل به دست نیامد.

## بحث

پژوهش حاضر نشان داد که دو بیماری دیابت و سل اثرات متفاوتی بر کیفیت زندگی دارند. همانگونه که در جدول ۲ مشخص است، در تمام ابعاد کیفیت زندگی بجز سلامت عمومی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت بهتر از بیماران مبتلا به سل است. از لحاظ آماری تفاوت معنادار ابعاد عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی،

7. Dye C, Scheele S, Dolin P, Pathania V, Raviglione MC. Global burden of tuberculosis: Estimated incidence, prevalence, and mortality by country. *J Am Med Assoc* 1999;282:677-86.
8. Bowling A. Measuring disease: a review of disease specific quality of life measurement scales. London: Open University Press; 2001.
9. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. *J Am Med Assoc*, 1995;4:59-65.
10. 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;13:653-5.
11. 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;60:1845-53.
12. Johnson JA, Nowatski TE, Coons SJWH. Health related quality of life of diabetic Pima Indians. *Med Care*. 1996;34:97-102.
13. Galsgow RE, Rugyierol, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian L. Quality of life and associated characteristic in large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care* 1997;20:562-7.
14. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saedi J, Yaghmaie F. Quality of life in diabetic patients: A qualitative research. *Ofoh-e-Danesh Journal* 2003;9:97-103. [Persian].
15. Grue M, Wentzel - Larsen T, Hanestad BR, Batsvik B, Sovik D. Measuring Self-reported, health-related quality of life in adolescents with type 1 diabetes using both generic and disease specific instruments. *Acta Paediatr*. 2003;92:1190-6.
16. King IM. Quality of life goal attainment. *Nurs Sci Quart*. 1994;7:29-32.
17. King CR, Hinds PS. Quality of life: From nursing and patient perspectives: Theory, research, practice. Philadelphia: Jones and Bartlett Publishers; 1998.
18. Raof Mehrpour Z. Factors related to treatment acceptance in TB patients refers to TB clinics in Zahedan [Thesis]. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 1996. [Persian]
19. 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;14:875-82.
20. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The mos 36 item short-form health survey (SF-36) I: conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.
21. 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.
22. Darvishpoor Kakhki A, Abed saeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. Instruments for measurement of health status and quality of life of elderly people. *Pjohesh Pezeshki*. 2009;3:162-71. [Persian].
23. Park JE, Park K. Parks textbook of preventive and social medicine. 17th Edition. India: Banarsidas Bhanot; 2002.
24. Mayou R, Bryant B, Turner R. Quality of life in non-insulin - dependent diabetes and a comparison with insulin dependent diabetes. *J Psychosom Res* 1990;34:1-11.
25. The DCCT Research Group. Reliability and validity of a diabetes quality of life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT). *Diabetes Care* 1988;11:725-32.
26. Jamshidnia F. Quality of life of diabetic patients refers to affiliated hospitals to Medical Sciences Universities [Thesis]. Tehran: Tehran Islamic Azad Univ; 1999. [Persian].
27. Hart HE, Redekop WK, Bilo HJ, Berg M, Jong BM. Change in perceived health and functioning over time in patients with type 1 diabetes mellitus. *Qual Life Res* 2005;10:1-10.
28. Kiani F. Physical problems in TB patients. *Tabibeh Sharg* 1998;1:20-8. [Persian].

بهتر آنها بوده است. افزایش میزان تحصیلات با فراهم آوردن شرایط بهتری برای یادگیری رفتارهای خودپایشی و اصول مراقبت از خود، شرایطی ایجاد می‌نماید تا بیماران بیشتر از اصول درمانی - مراقبتی پیروی کنند. افزایش دانش و آگاهی می‌تواند باعث افزایش قابلیت انعطاف در زندگی و ایجاد انگیزه بیشتر در مراقبت از خود شود و از این طریق سبب کاهش مشکلات و افزایش میزان پذیرش بیماری از جانب بیماران گردد. همچنین تحصیلات بالاتر منجر به اشتغال به کار بهتر شده و رفاه، تسهیلات زندگی و مراقبت‌های بهداشتی - درمانی بهتری برای بیمار فراهم می‌کند و بیمار احساس مشکلات کمتری کرده که در نهایت کیفیت زندگی بهتری را برای آنها به همراه خواهد داشت. از این رو برنامه‌ریزی‌های جامع آموزش در سطوح مختلف ارائه خدمات به بیماران مبتلا به دیابت و سل برای افزایش میزان آگاهی و بهبود عملکرد این بیماران برای ارتقای کیفیت زندگی که آرمان ارائه خدمات بهداشتی - درمانی است، پیشنهاد می‌گردد.

نتایج مطالعه حاضر بیانگر این است که با وجود درمان‌ها و مراقبت‌های مؤثر در درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت و سل، این بیماران کیفیت زندگی پایینی دارند. در نظر گرفتن تفاوت‌های به دست آمده در این مطالعه با توجه به عوامل اثرگذار مشترکی از قبیل میزان تحصیلات در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های درمانی و مراقبتی این بیماران به منظور حفظ و ارتقای کیفیت زندگی و احساس سلامتی بیماران مبتلا به دیابت و سل باید مورد توجه ویژه قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر حاصل طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است. بدین وسیله از زحمات و همکاری کلیه اساتید و کارکنان محترم مراکز مورد پژوهش دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران کمال تشکر را داریم. سلامتی و توفیق روزافزون آنها را از خداوند متعال خواستاریم.

### References

1. Bloom A, Ireland JA. A colour atlas of diabetes. 2nd ed. London: Wolfe Publishing Ltd; 1992.
2. Mandell GL, Douglas RC, Bennett JE. Principles and practice of infectious diseases. 2nd ed. Philadelphia: Jone Wiley & Sons Inc; 1985.
3. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projection. *Diabetes Care* 1998;9:1414-31.
4. Larijani B, Zahedi F. Epidemiology of diabetes in Iran. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders* 1391;1:1-8. [Persian].
5. Darvishpoor Kakhki A, Abed saeedi J. Prevalence of diabetes in Iran of 1990 to 2011. 9th International Congress of Endocrine Disorders; 2011 Nov 122 Tehran, Iran; 2011.
6. Braunwald E, Fauci AS, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. Philadelphia: Mc Grow - Hill Co; 2009.