

کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت کرمانشاه

مهوش تیماره^{۱*}؛ مهرعلی رحیمی^۲؛ پروین عباسی^۱؛ منصور رضایی^۳؛ سوسن حیدرپور^۴

چکیده

زمینه: کیفیت زندگی یک برآیند مهم سلامتی به شمار می رود و به عنوان یک موضوع اصلی در مراقبت بیماران دیابتی مورد توجه قرار گرفته است. مطالعه حاضر به منظور تعیین کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات متابولیسم و غدد درون ریز کرمانشاه (۱۳۸۵) انجام گردید.

روش ها: این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی است. ۳۵۰ نفر از بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت سال ۱۳۸۵، به روش نمونه گیری آسان، مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار پژوهش، پرسشنامه سه قسمتی شامل اطلاعات جمعیت شناختی، عوامل زمینه ای و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (SF36) بود. برای تحلیل یافته ها از آمار توصیفی، آزمون تی مستقل، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون با نرم افزار SPSS 16 استفاده گردید.

یافته ها: میانگین نمرات کیفیت زندگی در دو زیر گروه اصلی سلامت جسمانی (56.76 ± 22.73) و سلامت روانی (55.27 ± 21.74) بود. کیفیت زندگی با ویژگی های جمعیت شناختی مانند سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل، ارتباط معنادار داشت ($P < 0.05$) و با متغیرهای زمینه ای مانند قندخون ناشتا، قندخون ۲ ساعت بعد از ناشتا، هموگلوبین A1C، کلسترول، LDL و HDL، تنها در برخی حیطه ها دارای ارتباط معنادار بود ($P < 0.05$).

بحث: یافته های مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی بیماران دیابتی در برخی حیطه ها با متغیرهای آزمایشگاهی، خصوصاً هموگلوبین A1C که یکی از موارد مهم در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی به شمار می رود رابطه معناداری دارد. لذا مراقبین سلامتی بایستی جهت ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران به جستجوی عوامل مؤثر دیگر، همچون نگرش آنان در این زمینه و چگونگی تغییرات روش زندگی آنان پردازند.

کلیدواژه ها: کیفیت زندگی، دیابت، کرمانشاه، SF36

«دریافت: ۱۳۹۰/۱/۲۱ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۶/۱۵»

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲. گروه غدد داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۳. گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و عضو مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۴. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

* عهده دار مکاتبات: کرمانشاه، ابتدای بلوار دولت آباد، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۸۳۱-۷۲۲۹۰۶۸

Email: azina1290@yahoo.com

مقدمه

می کند و ارتباط این دریافت ها با اهداف، انتظارات و استانداردها و اولویت های مورد نظر او تعریف می کند (۱) و (۳). بسیاری اوقات، کیفیت زندگی با مفاهیمی چون سلامت و رضایت از زندگی به صورت مترادف مورد استفاده قرار می گیرد (۴). در علوم پزشکی، کیفیت زندگی به دو صورت به کار می رود: کیفیت زندگی

کیفیت زندگی، یک مفهوم جدید نیست و در بسیاری علوم مانند جامعه شناسی، روان شناسی و اقتصاد از آن استفاده شده است (۱ و ۲). سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود، با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی

بیماران دیابتی است و مستقیماً می‌تواند عواقبی مانند بیماری‌های عروقی و نتایج آزمایشگاهی ارزیابی شده را تعیین کند (۱۳)، نتوانسته چگونگی کیفیت زندگی بیماران را نشان دهد. در این زمینه مطالعات متناقض نشان داده که بهبودی هموگلوبین A_{1c} با ارتقاء کیفیت زندگی ارتباط داشته (۱ و ۶) و به‌ازای ۱ درصد کاهش هموگلوبین A_{1c}، ۵ درصد کیفیت زندگی بهبود یافته است (۱) در حالی که مطالعات دیگری در این زمینه نشان داده‌اند که ارتباطی بین میزان هموگلوبین A_{1c} و کیفیت زندگی وجود ندارد (۳ و ۱۲).

از آن‌جا که بهبود کیفیت زندگی یکی از اهداف مهم درمان بیماران دیابتی است (۱۳)، در این مطالعه با استفاده از ابزار استاندارد کیفیت زندگی (SF36=The Short Form Health Survey) به بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت کرمانشاه پرداختیم.

مواد و روش‌ها

این بررسی یک مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی ۳۵۰ بیمار مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت شهر کرمانشاه بود. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن بالای ۱۸ سال، داشتن یک سال یا بیشتر سابقه ابتلا به دیابت و نداشتن سابقه بستری در بیمارستان در دو هفته گذشته. ابزار به‌کار برده شده به‌منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی، نسخه فارسی پرسشنامه کوتاه ۳۶ سؤالی SF36 بود. این پرسشنامه در ۳۲۳ بیماری، از جمله دیابت، جهت بررسی کیفیت زندگی معتبر می‌باشد. روایی و پایایی آن در ایران هم مورد ارزیابی و قبول واقع شده است و آلفای کرونباخ برای هشت حیطه بین ۰/۷۷-۰/۹ بوده است (۱۴). این پرسشنامه شامل ۲ زیرگروه اصلی سلامت جسمانی (Physical Component Summary) و سلامت روانی (Mental Component Summary) و هر کدام از زیر گروه‌ها شامل ۴ حیطه می‌باشد که به‌طور کلی، ۸ حیطه

عمومی (General Quality of life) که عوامل عمومی را بررسی می‌کند و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (Health related Quality of life) که به تأثیر بیماری‌های مختلف در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می‌پردازد (۵). این سلامتی تحت تأثیر عقاید، تجارب، انتظارات و درک فرد قرار می‌گیرد (۶). امروزه این مفهوم در مورد بیماران مزمن، مورد توجه و اهمیت ویژه قرار گرفته و به‌عنوان شاخصی برای بررسی تأثیرات بیماری، درمان و مراقبت مورد استفاده قرار می‌گیرد (۷). همچنین در سال‌های اخیر، کیفیت زندگی به‌عنوان برآیند مهم سلامتی در درمان پزشکی و موضوع اصلی در مراقبت بیماران دیابتی شناخته شده است (۴).

دیابت یکی از مشکلات بزرگ سیستم مراقبت‌های بهداشتی درمانی در دنیاست، به‌طوری‌که بخش عظیمی از منابع بهداشتی درمانی را به خود اختصاص داده است (۸). بنا به گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۴ میلیون نفر در جهان مبتلا به دیابت هستند (۹). این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به ۳۰۰ میلیون نفر خواهد رسید که بیش از ۷۵ درصد کل این بیماران در کشورهای در حال توسعه خواهد بود (۸ و ۱۰).

دیابت، کیفیت زندگی بیماران را تقریباً در تمام حیطه‌های زندگی کاهش می‌دهد (۱۱). مطالعات در این زمینه نشان داده که این بیماری تأثیر منفی بر کیفیت زندگی دارد و می‌تواند عملکرد جسمی (عوارض بیماری)، وضعیت روانی (افسردگی) و عملکرد اجتماعی (ناسازگاری) بیمار را به خطر اندازد (۱۲)، از طرف دیگر عوارض عروقی ناشی از دیابت در طول زندگی، بیماران را با افزایش سکت‌های قلبی و مغزی، نارسایی کلیوی، نایبایی و قطع عضو روبرو می‌سازد، که بار سنگین هزینه‌های درمانی را بر آنان تحمیل می‌کند (۸ و ۹). این مسایل سبب نگرانی و عدم رضایت از زندگی و کاهش کیفیت زندگی می‌شود.

هموگلوبین (A_{1c}= Glycosylate hemoglobin)، که یک معیار استاندارد بسیار مهم برای ارزیابی کنترل قند در

دیابت نوع یک و ۳۳۶ نفر (۹۶٪) مبتلا به دیابت نوع ۲ بودند. میانگین سنی نمونه‌های مورد بررسی $52/91 \pm 11/7$ سال بود. ۵۸/۳ درصد آنان مؤنث و ۸۶/۹ درصد متأهل بودند. بیش از ۵۰ درصد نمونه‌ها دارای تحصیلات ابتدایی و یا بی‌سواد بودند و نیمی از نمونه‌ها خانه‌دار و از بین دیگر مشاغل، بیشترین درصد (۱۴/۹٪) مربوط به افراد بازنشسته بود.

۵۸ درصد افراد مورد مطالعه، سابقه ابتلا به دیابت در اقوام درجه یک را داشتند و ۱۷/۴ درصد از انسولین و قریب ۸۰ درصد آنان از قرص جهت درمان استفاده می‌کردند. ۳/۴ درصد نمونه‌ها از زخم پا رنج می‌بردند که در ۳/۱ درصد، زخم درجه ۱ بود و ۴ درصد دچار ریتینوپاتی بودند.

در بررسی تحلیلی ارتباط متغیرهای زمینه‌ای با نوع دیابت، یافته‌ها نشان داد که اختلاف میانگین‌های سن، هموگلوبین (A1C) و تری‌گلیسرید بر حسب نوع دیابت معنادار ($P < 0/05$) بود، اما این اختلاف در مورد متغیرهای دیگر مانند قندخون ناشتا، قند خون ۲ ساعت بعد از ناشتا، کلسترول، LDL، HDL و نمایه توده بدنی معنادار نبود.

بررسی کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه در کل نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی در دو زیرگروه اصلی سلامت جسمانی و سلامت روانی در حد متوسط بود و در ۸ حیطه مورد بررسی، بیشترین نمرات مربوط به فعالیت جسمی ($70 \pm 24/23$) و کم‌ترین نمرات مربوط به سلامت عمومی ($42/53 \pm 22/24$) در زیرگروه سلامت جسمانی بود.

در بررسی ارتباط متغیرهای جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل با کسب نمرات مربوط به سنجش کیفیت زندگی از آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس استفاده شد که نتایج حاصله نشان داد متغیر جنس با میانگین نمرات کیفیت زندگی در تمامی حیطه‌ها به جزء عملکرد اجتماعی ارتباط داشته ($P < 0/05$) و متوسط نمرات کسب‌شده در گروه مردان بیشتر از زنان بود (جدول ۱).

مورد بررسی قرار می‌گیرد. حیطه‌های سلامت جسمانی عبارتند از: عملکرد جسمانی (Physical Function) (۱۰ سؤال)، محدودیت جسمانی (Role Limitation) (۴ سؤال)، درد جسمانی (Bodily Pain) (۷ سؤال) و سلامت عمومی (General Health) (۴ سؤال) و حیطه‌های سلامت روانی عبارتند از: عملکرد اجتماعی (Social function) (۲ سؤال)، محدودیت هیجانی (Role emotional) (۳ سؤال)، انرژی و خستگی (Vitality) (۴ سؤال) و سلامت عاطفی (Mental Health) (۵ سؤال)، نمرات در هر حیطه از ۱۰۰-۰ تعیین می‌شود، سؤال ۳۶ نیز یک سؤال در مورد کیفیت سلامتی از دیدگاه خود بیمار است. پرسشنامه کیفیت زندگی و اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، تحصیلات، شغل و نوع بیمه) توسط پرسشگر طی مصاحبه با بیمار تکمیل گردید. اطلاعات مربوط به عوامل زمینه‌ای مانند نوع دیابت، نوع درمان، سابقه فامیلی، قندخون ناشتا، قند خون ۲ ساعت بعد از ناشتا، تری‌گلیسرید، LDL HDL، نمایه توده بدنی (Body mass index) و هموگلوبین A1C با استفاده از اطلاعات پرونده و گرفتن نمونه خون و کنترل قد و وزن بیمار ثبت گردید. قند خون ناشتا، قند خون ۲ ساعت بعد از ناشتا، تری‌گلیسرید و LDL HDL توسط روش اتوآنالیزر بیوشیمی سینوا D280 و هموگلوبین (A1C) با روش اتولیز (HPLC) به روش کروماتوگرافی DS5 مورد بررسی قرار گرفت. اندازه‌گیری وزن و قد با استفاده از ترازوی باسکولی مدل seca 900946 و مترهای نصب‌شده بر روی دیوار انجام شد. شاخص توده بدنی با استفاده از فرمول وزن (برحسب کیلوگرم) تقسیم بر توان دوم قد (برحسب متر) اندازه‌گیری شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ و آزمون‌های آماری تی مستقل، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۳۵۰ نفر بیمار مبتلا به دیابت مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد ۱۴ نفر (۴٪) مبتلا به

جدول ۱- مقایسه میانگین (±SD) نمرات سنجش حیطه‌های کیفیت زندگی در زنان و مردان مورد مطالعه

Pvalue	جنس		کیفیت زندگی
	مرد (n=۱۴۶)	زن (n=۲۰۴)	
۰/۰۰۱	۷۸/۴۹±۲۱/۵۶	۶۴/۴۳±۲۴/۳۶	عملکرد جسمی
۰/۰۰۱	۶۳/۶۱±۳۸/۵۰	۴۱/۴۴±۳۸/۷۹	محدودیت جسمی
۰/۰۰۱	۷۳/۵۸±۲۷/۱۴	۳۶/۴۱±۲۷/۴۹	درد جسمی
۰/۰۰۱	۴۸/۴۶±۲۳/۶۳	۳۸/۲۹±۲۰/۳۹	سلامت عمومی
۰/۰۲۱	۵۳/۵۶±۲۲/۶۴	۴۸/۱۸±۲۰/۴۲	خستگی و انرژی
۰/۱۷۰	۲۷/۰۴±۲۴/۶۲	۶۸/۳۵±۲۴/۷۲	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	۵۶/۷۳±۴۲/۷۳	۳۷/۲۵±۴۱/۲۶	محدودیت هیجانی
۰/۰۲۱	۵۸/۴۲±۲۰/۰۵	۵۳/۴۳±۱۹/۵۵	سلامت عاطفی
۰/۰۰۱	۶۶/۰۴±۲۱/۴۳	۵۰/۱۲±۲۱/۳۱	سلامت جسمانی
۰/۰۰۱	۶۰/۲۵±۲۱/۸۶	۵۱/۸۸±۲۱/۰۲	سلامت روانی

افزایش میزان تحصیلات نمونه‌ها، نمرات کسب شده افزایش یافته بود (جدول ۲).

بررسی ارتباط بین میانگین نمرات کیفیت زندگی با وضعیت تأهل نشان داد که متغیر تأهل با حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی به‌جز حیطه انرژی، خستگی و حیطه عاطفی ارتباط دارد ($P < ۰/۰۵$). به‌طوری‌که افراد متأهل، نمرات بهتری در بسیاری از حیطه‌ها کسب کرده بودند (جدول ۳). در ارتباط بین شغل و کیفیت زندگی نیز در تمام حیطه‌ها به‌جز حیطه عملکرد اجتماعی، ارتباط معنادار بود به‌طوری‌که افراد نظامی و کارگرها در بیشتر حیطه‌های کیفیت زندگی، نمره بالاتری در مقایسه با افراد بیکار و خانه‌دار کسب کرده بودند (جدول ۴).

ارتباط بین نوع دیابت، سابقه خانوادگی، وجود زخم در پا و نمایه توده بدنی با هیچ‌یک از حیطه‌های کیفیت زندگی، ارتباط معنادار نداشت و تنها نوع درمان با سلامت جسمانی، ارتباط معنادار داشت ($P < ۰/۰۵$).

در بررسی ارتباط بین میانگین متغیرهایی چون سن، قندخون ناشتا، قندخون ۲ ساعت بعد از ناشتا، هموگلوبین (A1C)، کلسترول، LDL و HDL با میانگین نمرات

در بررسی ارتباط بین میانگین نمرات کیفیت زندگی با سطح تحصیلات، نتایج نشان داد که متغیر تحصیلات با همه حیطه‌های کیفیت زندگی به‌جز حیطه عملکرد اجتماعی ارتباط معنادار داشته ($P < ۰/۰۵$). به‌طوری‌که با

جدول ۲- مقایسه میانگین (±SD) نمرات سنجش حیطه‌های کیفیت زندگی برحسب مقطع تحصیلی افراد مورد مطالعه

Pvalue	تحصیلات					کیفیت زندگی
	دانشگاهی (n=۳۵)	دبیرستانی (n=۷۹)	راهنمایی (n=۳۸)	ابتدایی (n=۱۰۹)	بی سواد (n=۸۹)	
۰/۰۰۲	۷۹/۷۱±۲۵/۳۴	۷۲/۵۸±۲۱/۶۵	۷۵/۷۹±۲۲/۵۲	۷۱/۲۸±۲۳/۹	۶۱/۷۴±۲۵/۶۶	فعالیت جسمی
۰/۰۰۱	۶۹/۵۷±۳۳/۵۲	۵۸/۲۲±۳۵/۷۴	۵۳/۴۲±۴۱/۵۱	۴۶/۹۷±۴۰/۳	۳۹/۹۷±۴۲/۲۱	محدودیت جسمی
۰/۰۰۱	۷۵/۷۱±۳۶/۴۲	۶۶/۳۹±۲۶/۸۰	۶۴/۲۵±۲۹/۹۸	۶۵/۱۹±۲۸/۲۲	۵۴/۰۴±۲۸/۲	درد جسمی
۰/۰۰۱	۵۱/۷۵±۲۳/۲۷	۵۱/۷۵±۲۳/۲۷	۴۱/۳۱±۲۱/۹۲	۴۴/۲۶±۲۲/۹۹	۳۵/۰۸±۱۹/۲	سلامت عمومی
۰/۰۴۰	۵۹/۸۰±۲۱/۴۸	۵۰/۹۸±۲۲/۴۶	۵۱/۹۷±۱۹/۲۹	۵۲/۰۱±۲۱/۳۷	۴۴/۸۳±۲۰/۹۷	انرژی و خستگی
۰/۱۳۹	۷۵/۳۵±۲۴/۱۴	۷۱/۵۱±۲۴/۵۹	۶۴/۴۷±۲۶/۲۴	۷۲/۰۴±۲۳/۷۶	۶۵/۹۸±۲۵/۱۰	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	۵۷/۱۴±۴۰/۸۸	۵۶/۱۱±۴۲/۸۸	۴۲/۹۸±۴۴/۴۵	۴۶/۷۸±۴۲/۵۸	۳۰/۵۲±۳۹/۸۲	محدودیت هیجانی
۰/۰۱۲	۶۳/۵۰±۲۰/۲۱	۵۵/۴۱±۲۰/۳۰	۵۷/۸۹±۱۷/۲۴	۵۰/۲۳±۲۰/۵۵	۵۰/۲۳±۱۸/۵۷	سلامت عاطفی
۰/۰۰۱	۶۷/۷۶±۲۲/۴۶	۶۱/۱۲±۲۰/۱۱	۵۸/۶۲±۲۲/۳۱	۴۷/۹۱±۲۲/۸۰	۴۷/۹۱±۲۲/۴۲	سلامت جسمانی
۰/۰۰۱	۶۳/۱۹± ۲۲/۰۷	۵۸/۴۷±۲۰/۶۵	۵۴/۶۵±۲۰/۰۱	۵۷/۰۱± ۲۲/۱۶	۴۷/۸۴±۲۱/۰۴	سلامت روانی

تری گلیسرید و کیفیت زندگی در هیچ یک از حیطه‌ها همبستگی معنادار وجود نداشت.

همچنین نتایج نشان داد که بین نفروپاتی و رتینوپاتی با برخی حیطه‌های کیفیت زندگی (فعالیت جسمانی، سلامت جسمانی و محدودیت هیجانی) ارتباط وجود دارد ($P < 0/05$)، به طوری که بیمارانی که دچار این عوارض شده بودند در برخی حیطه‌ها نمرات کم‌تری کسب کرده بودند.

کیفیت زندگی، یافته‌ها نشان داد که در برخی حیطه‌ها ارتباط معنادار وجود دارد. به طوری که با افزایش مقادیر آزمایشگاهی، نمرات کسب شده از کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین دو زیرگروه اصلی سنجش کیفیت زندگی و سلامت جسمانی با متغیرهای سن، قند خون ناشتا، قند خون ۲ ساعت بعد از ناشتا، LDL ($P < 0/05$)، HDL و کلسترول ($P < 0/01$) همبستگی معکوس و معنادار وجود دارد و بین

جدول ۳- مقایسه میانگین ($\pm SD$) نمرات سنجش حیطه‌های کیفیت زندگی بر حسب وضعیت تأهل افراد مورد مطالعه

Pvalue	وضعیت تأهل				کیفیت زندگی
	مطلقه (n=6)	بیوه (n=29)	متاهل (n=304)	مجرد (n=11)	
0/001	60/83±28/88	48/45±23/45	72/55±23/23	69/09±24/37	فعالیت جسمی
0/001	58/33±40/82	17/24±28/14	54/25±39/74	36/36±37/68	محدودیت جسمی
0/049	56/25±29/44	50/77±25/35	65/19±28/82	56/59±21/85	درد جسمی
0/017	42/50±11/29	30/86±17/22	43/90±22/83	35/45±15/07	سلامت عمومی
0/394	55/83±20/35	44/31±18/59	50/97±21/79	48/63±20/98	انرژی و خستگی
0/011	58/33±12/90	56/46±18/18	71/34±25/27	71/59±16/85	عملکرد اجتماعی
0/001	44/44±50/18	13/79±28/89	49/06±42/88	27/27±35/95	محدودیت هیجانی
0/545	64/66±26/34	53/62±18/08	55/68±19/97	50/90±19/27	سلامت عاطفی
0/001	54/47±24/26	37/45±17/62	58/84±21/32	51/30±22/99	سلامت جسمانی
0/015	55/81±22/34	43/63±17/74	56/69±21/84	49/60±20/45	سلامت روانی

جدول ۴- مقایسه میانگین ($\pm SD$) نمرات سنجش حیطه‌های کیفیت زندگی بر حسب شغل افراد مورد مطالعه

Pvalue	شغل					کیفیت زندگی		
	بازنشسته (n=52)	نظامی (n=10)	خانه‌دار (n=175)	آزاد (n=46)	کارگر (n=7)		کارمند (n=44)	بیکار (n=6)
0/001	75/29±22/23	85/50±21/14	62/86±24/28	81/96±18/21	86/43±12/81	76/02±22/45	68/13±29/14	فعالیت جسمی
0/001	60/86±36/96	74/50±34/99	38/54±38/79	60/32±43/32	76/78±38/47	68/29±30/89	48/12±41/30	محدودیت جسمی
0/001	72/45±26/74	58/50±16/90	55/19±27/05	71/41±30/15	68/57±34/48	47/54±26/01	57/90±28/06	درد جسمی
0/001	48/83±21/22	59/50±27/53	37/32±20/47	44/02±24/41	50/71±26/36	51/73±21/52	35/31±19/61	سلامت عمومی
0/022	53/42±20/59	64/50±16/90	47/68±20/60	53/76±22/36	47/85±40/39	55/89±18/66	49/37±24/95	انرژی و خستگی
0/385	70/43±21/29	76/75±25/46	67/68±24/48	72/33±27/91	75/00±26/02	75/52±24/47	63/28±27/18	عملکرد اجتماعی
0/001	57/04±41/92	83/33±32/39	35/99±40/65	45/65±47/32	73/80±38/31	60/60±40/00	31/24±37/45	محدودیت هیجانی
0/024	57/75±19/11	69/60±14/63	52/07±19/79	60/19±19/9	54/28±24/20	58/40±18/90	56/25±23/57	سلامت عاطفی
0/001	64/19±20/41	76/26±17/11	48/46±20/99	64/91±21/80	70/62±24/84	67/05±19/76	53/39±25/76	سلامت جسمانی
0/001	59/27±18/03	3/32±18/61	50/70±20/88	58/10±25/18	62/73±28/82	62/55±19/40	51/67±23/86	سلامت روانی

بحث

در این پژوهش نمرات کیفیت زندگی در حیطه سلامت جسمانی، ۵۶/۷۶ درصد و در حیطه سلامت روانی، ۵۵/۲۷ درصد بود که در مقایسه با میانگین امتیاز کیفیت زندگی بیماران دیابتی در امریکا (در حیطه سلامتی جسمی، ۳۹/۳۰ و در حیطه سلامت روان، ۴۷/۹۰) از سطح بالاتری برخوردار بود که احتمالاً به دلیل متفاوت بودن نگرش آنان نسبت به سلامتی و روش زندگی برمی گردد.

طبق یافته‌های پژوهش، میانگین نمرات کسب شده از کیفیت زندگی در مردان بیشتر بود که این نتایج در چندین مطالعه دیگر هم مورد تأیید قرار گرفته است (۳، ۱۱ و ۱۳). بهتر بودن کیفیت زندگی مردان دیابتی نسبت به زنان، احتمالاً به این دلیل است که مردان اکثراً شاغل هستند در حالی که تنها ۸ درصد زنان شاغل بودند که این مسأله می‌تواند در زمینه زندگی و نقش‌های اجتماعی آنها تفاوت‌هایی را ایجاد کند که تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آنها باشد.

بررسی کیفیت زندگی با توجه به سن، مؤید آن بود که با افزایش سن، میانگین نمرات کسب شده از کیفیت زندگی کاهش پیدا کرده، از آنجا که افزایش سن با تغییرات فیزیولوژیک، روانشناختی و کاهش توانایی‌ها همراه است؛ این عامل می‌تواند سبب ناتوانی بیشتر بیماران در کنترل و سازگاری با بیماری شده و کیفیت زندگی را کاهش دهد (۸، ۱۵ و ۱۶).

در این بررسی، افراد متأهل از کیفیت زندگی بهتری در حیطه‌های مختلف برخوردار بودند. مطالعات متفاوت، نتایج متناقضی را در این زمینه نشان دادند (۳ و ۱۲). به نظر می‌رسد که در جامعه ما تأهل به‌عنوان یک فاکتور مثبت در جنبه‌های مختلف زندگی بوده و خانواده به‌عنوان یک منبع حمایتی می‌تواند تأثیرات مثبتی در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی داشته باشد.

متغیرهای زمینه‌ای مانند نوع دیابت، سابقه خانوادگی و وجود زخم در پا، با هیچ‌یک از حیطه‌های کیفیت

زندگی ارتباط معنادار نداشت. هرچند که مطالعات دیگر نیز این نتایج را تأیید می‌کنند (۱۷ و ۱۸)، اما با توجه به این که تنها ۳ درصد بیماران دچار زخم پا بودند، این عدم ارتباط می‌تواند به دلیل کم بودن تعداد بیماران مبتلا به دیابت نوع اول و مبتلایان به زخم پا باشد.

برخلاف مطالعات مختلف که نشان داده‌اند افزایش وزن و چاقی، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی در ارتباط با سلامتی دارند (۸ و ۱۷) در این مطالعه بین کیفیت زندگی و نمایه توده بدنی ارتباط معناداری مشاهده نشد که این ممکن است به دلیل این دیدگاه فرهنگی باشد که از قدیم چاقی را معادل با سلامتی می‌دانستند و یا این که افراد چاق، نگرش مثبتی نسبت به خود داشته‌اند.

در بررسی ارتباط تست‌های آزمایشگاهی همچون قند خون ناشتا، قند خون ۲ ساعت بعد از ناشتا، کلسترول و LDL با کیفیت زندگی، همبستگی معنادار در دو حیطه کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی و روانی به‌دست آمد به جز HDL که تنها با سلامت جسمانی همبستگی معنادار و معکوس داشت. مطالعه‌ای در این زمینه نشان داد که افزایش کلسترول ناشی از دیابت همچون افزایش قندخون باعث تأثیر منفی بر کیفیت زندگی شده است (۱۹). از بین متغیرهای آزمایشگاهی هموگلوبین A1C که از مقیاس‌های استاندارد و مهم در پیشگویی عوارض ناشی از بیماری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی است، تنها با حیطه سلامت جسمانی، محدودیت جسمی و سلامت عمومی ارتباط معنادار معکوس داشت. مطالعات دیگر نیز نمایانگر ارتباط ضعیف کیفیت زندگی با متغیرهای آزمایشگاهی بود (۳، ۶، ۱۲ و ۱۳).

پزشکان باید آگاه باشند که کیفیت زندگی، ضرورتاً موافق با کنترل معیارهای آزمایشگاهی نیست و این معیارها نمی‌توانند بیانگر احساس‌های ملموس جسمی باشند، جز این که تنها نشان‌دهنده معیاری جهت کیفیت درمان بیماری دیابت هستند. حتی گاهی تلاش زیاد جهت بهبودی وضعیت هموگلوبین A1C و دیگر مقادیر آزمایشگاهی، منجر به تحمل بار شدید جسمی و روانی

معناداری نداشت، لذا جهت ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران باید به جستجوی عوامل مؤثر دیگر همچون نگرش بیماران در این زمینه و چگونگی تغییرات روش زندگی آنان پرداخت.

توسط بیمار در مراقبت ویژه از خود خواهد شد و این منجر به تغییراتی در کیفیت زندگی بیماران در حیطه‌های مختلف زندگی می‌گردد.

نتیجه‌گیری

تشکر و قدردانی
در پایان از همکاری پرستاران شاغل در مرکز تحقیقات دیابت که در جمع‌آوری اطلاعات ما را یاری کردند، بسیار سپاسگزاریم.

کیفیت زندگی بیماران دیابتی با متغیرهای جمعیت‌شناختی در بسیاری حیطه‌ها ارتباط معنادار داشت، اما متغیرهای آزمایشگاهی خصوصاً هموگلوبین A1c با بسیاری از حیطه‌های کیفیت زندگی ارتباط

References

- Côté I, Grégoire JP, Moisan J, Chabot I. Quality of life in hypertension: the SF-12 compared to the SF-36. *Can J Clin Pharmacol*. 2004;11(2):e232-8.
- Fewans CE. Quality of life: Conceptual issues. *Semin Oncol Nurse* 1990; 6(4): 248-55.
- Masoudialavi N, Ghofranipor F, Ahmadi F, Rajab A, Babai GH. [Quality of life in diabetic patient refers to diabetic association of Iran (Persian)]. *Behbood Journal* 2004 ; (2):47-56.
- Snok FJ. Quality of life: a closer at measuring patient's well being. *Diabetes Spectrum* 2000; 13: 24-31.
- Cynthia RA, Pamela SH. Quality of life from Nursing and patient perspectives: Theory, research, Practice. 1st ed. Canada; Jones & Bartlett. 1998; X1-30.
- Testa MA, Simonson DC, Turner RR. Valuing quality of life and improvements in glycemic control in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 1998;21 Suppl 3:C44-52.
- Polonsky WH. Understanding and assessing diabetes specific quality of life. *Diabetes spectrum*. 2000; 13(1):36.
- Miksch A, Hermann K, Rölz A, Joos S, Szecsenyi J, Ose D, et al. Additional impact of concomitant hypertension and osteoarthritis on quality of life among patients with type 2 diabetes in primary care in Germany - a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:19.
- Larijani GB. [The report of diabetes cost in Iran (Persian)]. *J Diabetes* 2005; 8(30):7-8.
- Anonymous. Epidemiology of diabetes mellitus. Available on-line at: URL: <http://www.who.int/media/center/fact sheet/sf36>
- Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolk RP, Rutten GE, Wolffenbuttel BH, Niessen LW. Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2002;25(3):458-63.
- Trief PM, Wade MJ, Britton KD, Weinstock RS. A prospective analysis of marital relationship factors and quality of life in diabetes. *Diabetes Care*. 2002;25(7):1154-8.
- Lau CY, Qureshi AK, Scott SG. Association between glycaemic control and quality of life in diabetes mellitus. *J Postgrad Med*. 2004;50(3):189-93; discussion 194.
- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005;14(3):875-82.
- Huang GH, Palta M, Allen C, LeCaire T, D'Alessio D. Self-rated health among young people with type 1 diabetes in relation to risk factors in a longitudinal study. *Am J Epidemiol*. 2004;159(4):364-72.
- Jacobson AM, de Groot M, Samson JA. The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes Care*. 1994;17(4):267-74.
- Coffey JT, Brandle M, Zhou H, Marriott D, Burke R, Tabaei BP, et al. Valuing health-related quality of life in diabetes. *Diabetes Care*. 2002;25(12):2238-43.
- Ribu L, Rustøen T, Birkeland K, Hanestad BR, Paul SM, Miaskowski C. The prevalence and occurrence of diabetic foot ulcer pain and its impact on health-related quality of life. *J Pain*. 2006;7(4):290-9.
- Klein BE, Klein R, Moss SE. Self-rated health and diabetes of long duration. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. *Diabetes Care*. 1998;21(2):236-40.