

()

نگین مسعودی علوی*؛ دکتر فضل الله غفرانی پور**؛ دکتر فضل الله

احمدی**؛ دکتر اسدالله رجب***؛

دکتر غلامرضا بابایی***

چکیده :

سابقه و هدف: کیفیت زندگی شاخص مهمی در بررسی وضعیت بهداشتی و درمانی است؛ لذا این مطالعه به منظور تعیین کیفیت زندگی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران در سال ۱۳۸۲ انجام گردید. مواد و روش ها: این تحقیق از نوع توصیفی تحلیلی و مقطعی است. طی سه ماه تمامی بیماران داوطلب مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران در شهر تهران که بیش از ۱۸ سال سن داشتند و حداقل یک سال به دیابت مبتلا بودند، در این تحقیق شرکت نمودند. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه ای حاوی ۴۱ سؤال بود که کیفیت زندگی در سه بعد در آن بررسی می شد: عمومی (۵۲-۱۳ امتیاز)، اختصاصی (۱۰۸-۲۷ امتیاز) و کلی (۱۶۰-۴۰ امتیاز). همچنین نمونه خون بیماران برای بررسی هموگلوبین گلیکوزه جمع آوری شد. برای ارائه یافته ها از آمارهای توصیفی و آزمون های تی مستقل، همبستگی پیرسون و اسپیرمن و من ویتنی استفاده گردید.

یافته ها: از میان ۱۰۴ بیمار شرکت کننده در تحقیق، ۶۸ بیمار (۶۵٪) زن، ۱۴ بیمار (۱۳٪) مبتلا به دیابت نوع اول و ۳۴ بیمار (۳۲٪) تحت درمان با انسولین بودند. سن بیماران $50/5 \pm 12/8$ سال بود. پایایی پرسشنامه بیش از ۰/۹۵ تخمین زده شد. امتیاز کسب شده از پرسشنامه کیفیت زندگی در ابعاد عمومی، اختصاصی و کلی به ترتیب ۳۷، ۷/۷۹ و ۱۱۶/۷ بود. کیفیت زندگی در سه بعد مورد بررسی با وجود درد در دست و پا، احساس خستگی و تعداد علائم و نشانه های گزارش شده ارتباط داشت. کیفیت زندگی در هیچ یک از ابعاد با سن، نوع دیابت، مدت بیماری و نحوه درمان ارتباط معنادار نداشت. بحث: وجود علائم ناراحت کننده مانند درد و احساس خستگی می تواند بر احساس کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت اثر بگذارد. پرسشنامه طراحی شده، ضمن برخورداری از روایی بالا توانست این تأثیرات را نشان دهد. به نظر می رسد وجود علائم و نشانه ها می تواند شاخصی مناسب برای بررسی اعتبار ساختار در پرسشنامه های مربوط به بررسی کیفیت زندگی باشد.

کلیدواژه ها: دیابت قندی، کیفیت زندگی، پرسشنامه کیفیت زندگی، اعتبار سنجی، انجمن دیابت ایران.

« دریافت: ۱۳۸۲/۱۰/۱۴ پذیرش: تابستان ۱۳۸۳ »

*دانشجوی دکترای آموزش پرستاری در دانشگاه تربیت مدرس، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان.

دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه پرستاری. *انجمن

دیابت ایران، متخصص اطفال.

***دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه آمار زیستی.

*عهده دار مکاتبات: تهران، خیابان آپادانا، خیابان نیلوفر، کوچه چهارم،

شماره ۳۷، طبقه دوم، کدپستی ۱۵۳۳۸، تلفن: ۸۷۶۹۲۹۴

فاکس: ۸۸۳۹۹۲۶ .

E-Mail:

alavi@accir.com

مقدمه :

زندگی را پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کند و ارتباط این دریافته‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویتهای مورد نظر او تعریف می‌کند. علی‌رغم وجود تعاریف مختلف هنوز تعریفی که ابعاد مختلف این مفهوم را دربرگیرد، وجود ندارد، ولی صاحب‌نظران متفق القول هستند که کیفیت زندگی مفهومی است چند بعدی، ذهنی و پویا (۳).

کیفیت زندگی در علوم پزشکی به دو صورت به کار می‌رود: کیفیت زندگی عمومی^۱ که به بررسی عوامل عمومی می‌پردازد و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^۲ به تأثیر بیماری‌های مختلف در ابعاد روانی، جسمی و اجتماعی انسان می‌پردازد. پرسشنامه‌های متعددی در هر دو حیطه وجود دارد (۴).

مفهوم کیفیت زندگی روز به روز بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد. در سالهای ۱۹۸۶ تا ۱۹۹۴ این واژه بیش از ۱۰۰۰۰ بار در مجلات معتبر پزشکی تکرار شده است. خصوصاً این مفهوم در بیماران مزمن دارای اهمیت ویژه بوده و به‌عنوان شاخصی برای بررسی تأثیرات بیماری، درمان و مراقبت استفاده می‌شود (۱).

کیفیت زندگی مفهومی است پیچیده. بسیاری از اوقات کیفیت زندگی، سلامت و رضایت از زندگی به‌صورت مترادف مورد استفاده قرار می‌گیرند. از نظر Ferrans، یکی از صاحب‌نظران در این حیطه، کیفیت زندگی عبارت است از شادی، ارضای تمایلات، دستیابی به اهداف شخصی، مفید بودن به حال جامعه و توان فیزیکی و روحی (۲). سازمان بهداشت جهانی کیفیت

جهانی، فرهنگ و نظام ارزشی جوامع تعیین‌کننده معیارهای کیفیت زندگی است؛ لذا پس از طراحی پرسشنامه‌ای برای بررسی کیفیت زندگی در بیماران ایرانی مبتلا به دیابت و اعتبارسنجی اولیه این پرسشنامه، تحقیقی با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران و عوامل مؤثر بر آن در شهر تهران و اعتبارسنجی بیشتر این ابزار انجام گردید.

مواد و روش‌ها:

در این تحقیق کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن به صورت توصیفی- تحلیلی و مقطعی در مبتلایان به بیماری دیابت بررسی گردید. روش نمونه‌گیری

یکی از بیماری‌های شایع و مهم، بیماری دیابت قندی است که افراد را در سنین مختلف درگیر می‌کند. ابتلا به بیماری دیابت و نیازهای درمانی آن و همچنین عوارض مختلف و گسترده این بیماری تأثیرات زیادی در زندگی روزمره مبتلایان دارد (۵). بیماری دیابت بر جسم، روان و عملکرد فردی و اجتماعی بیمار اثر می‌گذارد؛ لذا بررسی کیفیت زندگی در این بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. حداقل ۹ پرسشنامه اختصاصی برای بررسی تأثیر بیماری دیابت در کیفیت زندگی بیماران وجود دارد (۱). کلیه این پرسشنامه‌ها در کشورهای دیگر خصوصاً ایالات متحده طراحی شده است. با توجه به تعریف کیفیت زندگی ارائه‌شده توسط سازمان بهداشت

1. General Quality of Life

سال تحت درمان جهت بیماری دیابت قندی بودند، می‌توانستند در تحقیق شرکت نمایند. شرط دیگر حضور در تحقیق، عدم بستری‌بودن در بیمارستان به دلیل بیماری

2. Health Related Quality of Life

سرشماری بود و کلیه بیماران مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران در شهر تهران طی ۳ ماه، از اسفند ماه ۱۳۸۱ تا اردیبهشت ماه ۱۳۸۲ که بیش از ۱۸ سال سن داشتند و حداقل یک

پایایی پرسشنامه با روش آزمون مجدد طی دو هفته در روی ۱۰ بیمار بررسی شد. ضریب همبستگی به دست آمده ۰/۹۵ بود. پس از اعتبارسنجی اولیه، پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت. جهت اعتبارسنجی بیشتر پرسشنامه، از روش دو نیمه کردن^۱ در ۱۰۴ نمونه مورد بررسی نیز استفاده شد. پایایی به دست آمده در این روش ۰/۹۸ بود که با پایایی به دست آمده از روش آزمون مجدد همخوانی داشت. حذف هیچیک از سؤالات منجر به تغییر ضریب آلفا کرونباخ^۲ به میزان بیش از ۰/۰۱ نمی شود که نشان می دهد پرسشنامه همگن است و تکتک سؤالات نیز از پایایی قابل قبولی برخوردارند.

پرسشنامه حاوی ۴۱ سؤال است. یک سؤال مخصوص افراد مجرد و یک سؤال مخصوص افراد متأهل طراحی گردیده است و کلیه سؤالات دارای گزینه لیکرت چهارتایی هستند؛ لذا هر بیمار می تواند از این پرسشنامه نمره ای بین ۴۰ تا ۱۶۰ کسب نماید. افزایش نمرات نشانه

دیابت و یا هر بیماری دیگر در طول دو هفته قبل از تکمیل پرسشنامه بود. در طول این مدت ۱۰۸ بیمار برای شرکت در تحقیق داوطلب شدند که پس از کسب رضایتنامه کتبی، پرسشنامه را تکمیل نمودند. چهار مورد به دلیل تکمیل ناقص پرسشنامه از تحقیق کنار گذاشته شدند و اطلاعات مربوط به ۱۰۴ بیمار در تجزیه و تحلیل آماری مورد استفاده قرار گرفت. این تعداد نمونه قادر است تفاوت در کیفیت زندگی را به میزان ۳ امتیاز در سطح معنادار ۰/۰۵ نشان دهد. همچنین نمونه خون بیماران جهت بررسی هموگلوبین گلیکوزه و تعیین ارتباط نحوه کنترل قند خون با کیفیت زندگی جمع آوری شد.

پرسشنامه مورد استفاده جهت بررسی کیفیت زندگی، طی تحقیقی کیفی و پس از مصاحبه با ۳۰ بیمار و صاحب نظر در امر دیابت طراحی شده است. اعتبار علمی پرسشنامه با روش اعتبار محتوا بررسی شد. ۱۵ صاحب نظر در امر کیفیت زندگی پرسشنامه طراحی شده را تأیید نمودند.

شامل سؤالاتی می‌شود مانند بیماری دیابت زندگی خانوادگی من را مختل کرده است، ترجیح می‌دهم بیماری خود را از دیگران پنهان نمایم، به دلیل بیماری دیابت دیگران برای من دلسوزی بی‌جا می‌کنند. بیماران می‌توانستند از این قسمت ۲۷ تا ۱۰۸ امتیاز کسب نمایند. در انتهای پرسشنامه ۱۶ علامت شایع در بیماری دیابت فهرست شده که

افزایش کیفیت زندگی است. ۱۳ سؤال برای بررسی کیفیت زندگی عمومی مطرح شده، سؤالاتی مانند احساس تنهایی و بی‌کسی می‌کنم، آدم عصبی هستم و زود عصبانی می‌شوم، مشکلات و فشارهای مالی من را عذاب می‌دهد، از این جمله هستند. بیماران می‌توانستند از این قسمت ۱۳ تا ۵۲ امتیاز کسب نمایند. ۲۸ سؤال مربوط به بررسی کیفیت زندگی اختصاصی مربوط به بیماری دیابت است و

1.Split Half

استفاده شد. این پرسشنامه حاوی ۵ سؤال ۶ گزینه‌ای است و بیماران می‌توانستند نمره‌ای بین صفر تا ۲۵ از آن کسب نمایند. در صورتی‌که بیماری در یک سؤال گزینه صفر یا یک را انتخاب کند و یا مجموع نمرات او کمتر از ۱۳ شود، این بیمار جهت وجود افسردگی باید مورد بررسی قرار گیرد. معمولاً برای گزارش نتایج، نمره خام را در عدد ۴ ضرب می‌کنند تا نمره‌ای بین صفر تا صد به دست بیاید (۶). نمونه خون بیماران به منظور بررسی هموگلوبین

2.Alpha Cronbach

بیماران وجود این علائم را طی دو هفته گذشته تعیین می‌نمودند. همچنین متغیرهای زمینه‌ای مانند سن، جنس، وزن، قد، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، مدت ابتلا، نحوه درمان، نوع دیابت و وجود سایر بیماری‌ها شامل بیماری‌های قلبی، کلیوی، فشارخون و نابینایی تعیین گردید.

علاوه بر پرسشنامه ذکر شده از پرسشنامه نمایه خوببودن^۱ طراحی شده توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۵ که نسخه فارسی آن نیز موجود است،

بودند. ۳۴ نفر (۳۲/۷٪) تحت درمان با انسولین بودند و ۶۶ بیمار (۶۳/۵٪) قرص مصرف می‌کردند. چهار بیمار تنها با رژیم غذایی درمان می‌شدند. میزان هموگلوبین گلیکوزه $1/9 \pm$ ۸ درصد بود. ۵۴ بیمار (۵۲٪) تحصیلات زیر دیپلم داشتند و یا بی‌سواد بودند. ۴۲ درصد نوروپاتی، ۳۲ درصد فشار خون و ۱۶ درصد بیماری‌های قلبی را گزارش نمودند. ۹ بیمار دچار مشکلات شدید بینایی و ۶ بیمار دچار مشکلات کلیوی بودند.

میزان امتیاز کیفیت زندگی عمومی $6/4 \pm 37$ و میزان امتیاز کیفیت زندگی اختصاصی $13/8 \pm 79/7$ به دست آمد. کیفیت زندگی کلی در بیماران $116/7 \pm 18/8$ محاسبه شد. میزان نمره بیماران از پرسشنامه نمایه خوب بودن $27 \pm 48/7$ از ۱۰۰ امتیاز ممکن بود. درصد پاسخ به‌برخی از سؤالات پرسشنامه در جدول ۱ قابل‌مشاهده است. برطبق معیار نمایه خوب بودن ۶۰ درصد بیماران جهت وجود افسردگی باید مورد بررسی بیشتر قرار گیرند.

گلیکوزه^۲ که نشانه نحوه کنترل قند خون طی ۲ تا ۳ ماه گذشته است (۷)، گرفته شد. به این ترتیب ارتباط بین نحوه کنترل قند خون و کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفت. تمامی آزمایش‌ها در آزمایشگاه مرکز تحقیقات غدد در بیمارستان شریعتی تهران و با روش اتوماتیک کروماتوگرافی انجام گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی مانند تی مستقل، آزمون همبستگی پیرسون در اعداد با توزیع نرمال و همچنین روش‌های غیرپارامتری همبستگی اسپیرمن و آزمون من ویتنی در اعداد با توزیع غیرنرمال استفاده شد.

یافته‌ها:

از ۱۰۴ نمونه مورد بررسی ۶۸ بیمار (۶۵٪) زن و ۳۶ نفر (۳۵٪) مرد بودند. متوسط سن $8/12 \pm 5/50$ سال بود. سابقه ابتلا به دیابت $7/9 \pm 9/6$ سال بود. ۹۰ بیمار (۸۶/۵٪) دچار دیابت نوع دوم و ۱۴ بیمار مبتلا به دیابت نوع اول

با افزایش تعداد علائم و زندگی در تمامی ابعاد عمومی،
نشانه‌های گزارش‌شده، کیفیت اختصاصی و

1. Well Being Index

2. HbA1c

- تعداد و درصد پاسخ به برخی از سؤالات پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی.

هیچ وقت		به ندرت		اکثر اوقات		همیشه		گزینه‌ها	سؤال
۷/۹	۸	۶/۱	۳۷	۷/۱	۳۳	۸/۱	۲۳	من آدم عصبی هستم و زود عصبانی می‌شوم	
۴۵	۴۵	۲۴	۲۴	۲۰	۲۰	۱۱	۱۱	من احساس تنهایی و بی‌کسی می‌کنم	
۵/۱	۲۵	۵/۱	۲۸	۵/۱	۲۴	۵/۱	۲۵	احساس خستگی و فرسودگی می‌کنم	
۶/۱	۳۵	۷/۱	۳۳	۸/۱	۲۴	۸/۹	۹	بیماری دیابت زندگی عادی من را مختل کرده است	
۳/۱	۳۸	۵/۱	۲۷	۷/۱	۱۷	۶/۱	۲۰	مشکلات و فشارهای مالی من را عذاب می‌دهد	
۸/۱	۱۹	۷/۱	۳۱	۷/۱	۳۰	۸/۱	۲۱	به دلیل احتمال ابتلا به عوارض دچار هراس و نگرانی هستم	
۶/۱	۳۶	۸/۱	۲۱	۸/۱	۲۴	۸/۱	۲۰	بیماری دیابت باعث شده از غذا خوردن لذت نبرم	
۸/۱	۶۳	۷/۱	۱۷	۸/۱	۱۱	۸/۱	۱۱	بیماری دیابت باعث شده از خودم بدم بیاید	

معناداری داشت؛ به نحوی که با وجود این علائم کیفیت زندگی و نمایه خوب بودن کاهش نشان داد ($P= /۰۰۱$). وجود درد در اندام و کاهش اشتها با کاهش کیفیت زندگی در هر سه بعد عمومی،

کلی و همچنین نمایه خوب بودن به نحو معناداری کاهش نشان داد ($P=۰/۰۰۰۱$). وجود علائم یبوست، احساس خستگی و خارش در بدن با تمامی ابعاد کیفیت زندگی و نمایه خوب بودن ارتباط

نوع دیابت، نحوه درمان با قرص و انسولین، وضعیت تأهل، سن، مدت ابتلا به بیماری، نحوه کنترل گلیسمیک، وجود بیماری قلبی و فشارخون با هیچیک از ابعاد کیفیت زندگی و نمایه خوب بودن ارتباط معنادار آماری نشان نداد (جدول ۲ و ۳).

اعتبار همزمان^۱ بین پرسشنامه طراحی شده و پرسشنامه نمایه خوب بودن بررسی شد. این روایی در ابعاد کیفیت زندگی کلی، کیفیت زندگی عمومی و کیفیت زندگی اختصاصی به ترتیب ۶۷۲/۰، ۶۷۲/۰ و ۶۲۱/۰ بود. پرسشنامه طراحی شده توانست ارتباط بین کیفیت زندگی و علایم مانند درد در دست و پا،

اختصاصی و کلی ارتباط داشت؛ درحالی که چنین ارتباطی در نمایه خوب بودن قابل مشاهده نبود. کیفیت زندگی اختصاصی ($P=0/02$)، کیفیت زندگی کلی ($P=0/04$) و نمایه خوب بودن ($P=0/006$) در زنان به طور معناداری از مردان کمتر بود. نمایه خوب بودن با نمایه توده بدنی ارتباط معکوس معنادار داشت ($P=0/046$). کیفیت زندگی در تمامی ابعاد در بیماران بی سواد و یا با تحصیلات کمتر از دیپلم در مقایسه با بیماران با تحصیلات بیشتر، کمتر بود (کیفیت زندگی عمومی $P=0/03$ ، کیفیت زندگی اختصاصی $P=0/005$ ، کیفیت زندگی کلی $P=0/005$). نمایه خوب بودن با تحصیلات ارتباطی نشان نداد ($P=0/064$).

1. Concurrent Validity

نحوه ارتباط متغیرهای زمینه‌ای و برخی از علایم شایع با ابعاد مختلف کیفیت زندگی.

کیفیت زندگی عمومی		کیفیت زندگی اختصاصی		کیفیت زندگی		نمایه خوب بودن		شاخص	
P	Mean±SD	P	Mean±SD	P	Mean±SD	P*	Mean±SD	متغیر	
0/14	36/2±6/5	0/02	77/3±13/5	0/04	113/9±18/3	0/006	42/4±24/5	زن	جنس
	38/5±6		83/4±13/9		121/9±18/8		58/5±28/7	مرد	

۰/۶۲	۳۶/۵±۷/۷	۰/۵۵	۷۷/۴±۱۶/۴	۰/۴۷	۱۱۳/۸±۲۳/۸	۰/۸۶	۴۸/۹±۲۳/۶	مجرد	تأهل
	۳۷/۴±۶/۳		۸۰/۴±۱۳/۵		۱۱۷/۸±۱۷/۹		۴۸/۹±۲۸/۳	متأهل	
۰/۷۳	۳۷±۷/۷	۰/۸	۷۷/۳±۱۸	۰/۶۲	۱۱۴/۴±۲۵/۲	۰/۱۶	۵۶±۲۴/۶	اول	نوع
	۳۷±۶/۳		۸۰±۱۳		۱۱۷/۱±۱۷/۷		۴۷±۲۷/۴	دوم	
۰/۵۸	۳۷/۴±۵/۷	۰/۲۱	۸۰/۳±۱۳/۹	۰/۳	۱۱۷/۸±۱۸	۰/۳	۴۷/۹±۲۷/۴	قرص	درمان
	۳۶/۲±۷/۷		۷۷/۵±۱۳/۳		۱۱۳/۷±۲۰		۴۸/۸±۲۷	انسولین	
۰/۴۲	۳۶/۲±۵/۴	۰/۴۶	۷۵/۲±۱۷/۳	۰/۲۱	۱۱۱/۴±۲۱/۴	۰/۳۸	۴۲/۶±۲۶/۳	بلی	بیماری
	۳۷/۲±۶/۶		۸۰/۵±۱۳		۱۱۷/۷±۱۸/۲		۴۹/۳±۲۷/۳	خبر	
۰/۵۹	۳۶/۸±۶/۶	۰/۸۶	۷۸/۷±۱۳/۷	۰/۶۸	۱۱۶±۱۸	۰/۳	۴۵±۲۷/۱	بلی	فشار
	۳۷/۱±۶/۴		۸۰/۱±۱۴		۱۱۷/۳±۱۹/۲		۴۹/۵±۲۷/۲	خبر	
۰/۰۳	۳۵/۶±۶/۵	۰/۰۴	۷۶/۳±۱۳/۹	۰/۰۱	۱۱۱/۵±۱۸/۴	۰/۱۵	۴۳/۹±۲۲/۹	بلی ۵۰%	درد در
	۳۸/۵±۶/۲		۸۲/۷±۱۳/۳		۱۲۱/۲±۱۸/۵		۵۲/۵±۳۰/۴	خبر ۵۰%	
۰/۰۴	۳۳/۸±۸	۰/۰۰	۶۸±۱۸/۸	۰/۰۲	۱۰۱/۸±۲۵	۰/۲۸	۴۲/۶±۳۰/۷	بلی ۱۴%	کاهش
	۳۷/۶±۶/۱		۸۱/۵±۱۲/۱		۱۱۹/۱±۱۶/۸		۴۹/۱±۲۶/۶	خبر ۸۶%	
۰/۰۰	۳۳/۱±۶/۵	۰/۰۱	۷۳/۹±۱۳	۰/۰۰	۱۰۷/۸±۱۷	۰/۰۱	۳۶/۵±۲۵/۱	بلی ۲۴%	یبوست
	۳۸/۳±۶		۸۱/۴±۱۳/۸		۱۱۹/۷±۱۸/۴		۵۱/۹±۲۶/۸	خبر ۷۶%	
۰/۰۰	۳۴/۱±۶	۰/۰۰	۷۲/۸±۱۳/۵	۰/۰۰	۱۰۷±۱۷/۳	۰/۰۰	۳۴/۲±۱۹/۱	بلی ۵۲%	احساس
	۴۰/۱±۵/۶		۸۶/۴±۱۰/۸		۱۲۶/۴±۱۵/۳		۶۳/۳±۲۶/۵	خبر ۴۸%	
۰/۰۰	۳۳/۴±۷	۰/۰۰	۷۳/۴±۱۵	۰/۰۰	۱۰۶/۹±۲۰/۵	۰/۰۰	۳۶±۲۴/۸	بلی ۳۰%	احساس
	۳۸/۶±۵/۸		۸۲/۲±۱۲/۶		۱۲۱±۱۶/۷		۵۳/۴±۲۶/۵	خبر ۷۰%	
۰/۲	۳۶/۱±۵/۸	۰/۰۰	۷۴/۱±۱۳/۶	۰/۰۱	۱۱۰/۳±۱۷/۷	۰/۰۳	۴۰/۶±۲۶/۱	بلی ۳۵%	اختلال
	۳۷/۵±۶/۸		۸۲/۴±۱۳/۳		۱۲۰±۱۹		۵۲/۳±۲۶/۹	خبر ۶۵%	

* P کمتر از ۰/۰۵ نشانه ارتباط معنادار آماری است.

(نماینه خوب بودن ۱۰۰-۰)، (کیفیت زندگی عمومی ۵۲-۱۳)، (کیفیت زندگی اختصاصی ۱۰۸-۲۷) و (کیفیت زندگی کلی ۱۶۰-۴۰).

- ارتباط برخی از متغیرهای زمینه‌ای و ابعاد مختلف کیفیت زندگی.

شاخص متغیر	میانگین و انحراف معیار	نماینه خوب بودن	کیفیت زندگی کلی	کیفیت زندگی اختصاصی	کیفیت زندگی عمومی
------------	------------------------	-----------------	-----------------	---------------------	-------------------

P	R	P	R	P	R	P**	R*		
۰/۰۰۰	-۰/۵۱۷	۰/۰۰۰	-۰/۵۵۳	۰/۰۰۰	-۰/۵۸۲	۰/۰۰۰	-۰/۴۸۷	۴±۳/۲	تعداد علائم و شانه‌ها
۰/۴۸۷	-۰/۰۶۹	۰/۴۶۶	-۰/۰۷۳	۰/۳۹۳	-۰/۰۸۶	۰/۳۵۷	-۰/۰۹۴	۹/۷±۶/۹	مدت بیماری
۰/۰۵۶	-۰/۱۹۱	۰/۰۷۲	-۰/۱۸۱	۰/۱۹۶	-۰/۱۳۱	۰/۰۴۶	-۰/۲۰۳	۲۶/۴±۴/۱	نمایه توده بدنی
۰/۱۳۷	-۰/۱۴۸	۰/۳۶۰	-۰/۰۹۲	۰/۲۵۵	-۰/۱۱۴	۰/۴۸۳	-۰/۰۷	۸±۱/۹	هموگلوبین‌گلیک وزنه
۰/۹۷۳	۰/۰۰۳	۰/۵۷۰	۰/۰۵۷	۰/۶۹۶	۰/۰۳۹	۰/۷۱۳	۰/۰۳۷	۵۰/۵±۱۲/۸	سن
۰/۰۰۰	۰/۶۷۲	۰/۰۰۰	۰/۶۲۱	۰/۰۰۰	۰/۶۷۲	۰/۰۰۰	۱	۴۸/۷±۲۷	نمایه خوب بودن
۰/۰۰۰	۸۴۱/۰	۰/۰۰۰	۰/۹۶۸	۰/۰۰۰	۱	۰/۰۰۰	۰/۶۷۲	± ۸/۸ ۱۱۶/۷	کیفیت زندگی کلی
۰/۰۰۰	۶۷۷/۰	۰/۰۰۰	۱	۰/۰۰۰	۹۶۸/۰	۰/۰۰۰	۰/۶۲۱	± ۱۳/۸ ۷۹/۷	کیفیت زندگی اختصاصی
۰/۰۰۰	۱	۰/۰۰۰	۰/۶۷۷	۰/۰۰۰	۸۴۱/۰	۰/۰۰۰	۰/۶۷۲	± ۶/۴ ۳۷	کیفیت زندگی عمومی

* R به معنی ضریب همبستگی است. ** P کمتر از ۰/۰۵ نشانه ارتباط معنادار آماری است.

احساس خستگی، یبوست و احساس خارش در بدن را نشان دهد. این یافته نشانه اعتبار ساختار^۱ در این پرسشنامه است.

در این تحقیق افزایش تعداد علائم و نشانه‌های گزارش شده و همچنین وجود برخی از علائم مانند درد در دست و پا، احساس خستگی، یبوست، احساس خارش در بدن و اختلال در خواب، با کاهش ابعاد مختلف کیفیت زندگی

بحث:

کیفیت زندگی در تحقیقات مختلف نشان داده شده است (۱۰ و ۱۱). به نظر می‌رسد وجود علائم و نشانه‌ها می‌تواند شاخص مناسبی برای بررسی اعتبار ساختار در پرسشنامه‌های مربوط به بررسی کیفیت زندگی باشد.

در تحقیق انجام شده کیفیت زندگی کلی، اختصاصی و نمایه خوب بودن در مردان به نحو معناداری از

ارتباط داشت. در تحقیقی که توسط Testa انجام شد، کیفیت زندگی با میزان بروز علائم و نشانه‌ها ارتباط نشان داد (۸). Coffey همچنین مشخص نمود که وجود علائم و نشانه‌هایی مانند درد در دست و پا با کاهش کیفیت زندگی ارتباط دارد (۹). ارتباط بین وجود علائم و نشانه‌های آزاردهنده و کاهش

1. Construct Validity

پرسشنامه مختلف مورد بررسی قرار گرفت. کیفیت زندگی در هیچ‌یک از انواع بررسی با میزان هم‌گلوبین گلیکوزه ارتباطی نشان نداد (۱۴). این در حالی است که یافته‌ها در این زمینه متفاوت است. تحقیقات دیگر حاکی از ارتباط مستقیم کنترل گلیسمیک و کیفیت زندگی در کودکان و نوجوانان است (۱۵ و ۱۶). وجود چنین ارتباطی در بزرگسالان مبتلا به دیابت کمتر قابل مشاهده است (۸).

در تحقیق انجام شده، نوع درمان با قرص و انسولین و همچنین نوع دیابت اول و دوم ارتباطی با هیچ‌یک از ابعاد

زنان بیشتر بود. Faro در تحقیق خود نشان داد که کیفیت زندگی در پسران دیابتی بیش از دختران است (۵). تحقیقات متعدد دیگر حاکی از کیفیت زندگی بالاتر در مردان دیابتی در مقایسه با زنان است (۱۱-۱۳). تحقیقی که در آن کیفیت زندگی در مردان دیابتی کمتر از زنان باشد، یافت نشد.

در تحقیق حاضر ارتباطی بین هیچ‌یک از ابعاد کیفیت زندگی و همچنین نمایه خوب بودن با میزان کنترل گلیسمیک دیده نشد. در تحقیقی که در نیویورک در سال ۱۹۹۹ در روی ۷۸ بیمار دیابتی با سن ۱۸ تا ۵۵ سال انجام شده، کیفیت زندگی با سه

تحقیق دیگری در روی نوجوانان با افزایش سن کیفیت زندگی بهتر می‌شد (۵).

در پژوهشی در روی دیابتی‌های نوع دوم در کشور امریکا، شیوع افسردگی در آن‌ها ۶/۱۷ درصد گزارش شد. در همین تحقیق شیوع افسردگی در افراد غیردیابتی ۹/۱۱ درصد بود (۱۷). در مطالعه حاضر احتمال افسردگی در نمونه‌ها ۶۰ درصد بود که میزان نگران‌کننده‌ای است و نیاز به بررسی بیشتری دارد.

کیفیت زندگی مفهومی است پیچیده که عوامل فرهنگی و اجتماعی بر آن اثر می‌گذارد. ابزار طراحی و استفاده شده در این تحقیق دارای ویژگی‌های متعددی است. این ابزار با توجه به خصوصیات بیماران ایرانی طراحی شده و همچنین می‌تواند کیفیت زندگی را در هر دو بعد عمومی و اختصاصی تعیین نماید. این پرسشنامه دارای پایایی قابل‌توجهی بوده و اعتبار آن نیز به روش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است، هرچند بررسی بیشتر آن

کیفیت زندگی نداشت. در تحقیق انجام شده توسط Coffey نیز ارتباطی

نخوه درمان و نوع دیابت با کیفیت زندگی دیده نشد (۹). تحقیق انجام شده توسط Huang نیز چنین ارتباطی را نشان نداد (۱۳). این درحالی‌است که

در تحقیقات دیگر بیماران تحت درمان با انسولین کیفیت زندگی کمتری گزارش نموده بودند (۸ و ۱۲). عدم وجود ارتباط بین نوع دیابت و کیفیت زندگی می‌تواند حاکی از این باشد که به‌راستی چنین ارتباطی وجود ندارد و یا دلیل آن تعداد

کم بیماران مبتلا به دیابت نوع اول در این تحقیق است.

در تحقیق حاضر ارتباطی بین سن، مدت ابتلا و نمایه توده بدنی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی دیده نشد. Coffey نیز در تحقیق خود در روی ۲۰۴۸ بیمار دیابتی نوع اول و دوم، ارتباطی بین سن و مدت دیابت و کیفیت زندگی نیافت، درحالی‌که با افزایش چاقی کیفیت زندگی اندکی کاهش می‌یافت (۹). در

مستلزم استفاده از آن در تحقیقات دیگر و با حجم نمونه بیشتر است. چنانچه قرار باشد از کیفیت زندگی به عنوان شاخص جهت بررسی اقدامات درمانی و مراقبتی استفاده شود، باید تحقیقات بیشتری در این خصوص انجام گیرد و ابعاد آن خصوصاً در بیماری‌های مزمن شایع مانند دیابت قندی بررسی شود. تحقیق حاضر تلاشی است برای روشن کردن این مفهوم پیچیده و می‌تواند پایه‌ای برای بررسی‌ها و مقایسه‌های بعدی باشد.

تقدیر و تشکر:

این تحقیق قسمتی از پایان‌نامه دکترای در دانشگاه تربیت مدرس است که با همکاری مرکز تحقیقات غدد در دانشگاه تهران و انجمن دیابت ایران انجام گرفته است، ضمن تشکر از این مراکز و سپاس ویژه از آقایان دکتر ولایتی و دکتر فخرزاده از کلیه بیماران شرکت‌کننده در این تحقیق سپاسگزاریم.

References:

1. Polonsky WH, Understanding and assessing diabetes specific quality of life. *Diabetes Spectrum* 2000; 13(1):36.
2. Ferrans CE. Quality of life: Conceptual issues. *Semin Oncol Nurs* 1990; 6(4): 248-255.
3. Leninger M. Quality of life from a trans-cultural nursing perspective. *Nurs Sci Quar* 1994; 7(1): 22-28.
4. Cynthia RK, Pamela SH. Quality of life from nursing and patient perspectives: Theory, research, practice. 1st ed. Canada: Jones & Bartlett; 1998, P. XI-30.
5. Faro B. The effect of diabetes on adolescents' quality of life. *Pediatr Nurs* 1999; 25(3):247-254.
6. Bech P, Gudex C, Johnson SK. The WHO well being index: Validation in diabetes. *Psychother Psychosom* 1996; 65(4): 183-190.
7. Hasllett C, Chilvers ER, Boon NA, Colledge NR. *Principals and practice of medicine*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2002, P. 649.
8. Testa MA, Simonson DC, Turner RR. Valuing quality of life and improvement in glycemic control in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1998; 21(supp 3): C44-52.

9. Coffey JT, Brandle M, Zhou H, Marriot D, Burke R, Tabaei BP, Engelgau M, Kaplan RM, Herman WH. Valuing health related quality of life in diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25(12): 2238-43.
10. Brown MM, Brown GC, Sharma S, Busbee B. Quality of life associated with visual loss: A time tradeoff utility analysis comparison with medical health states. *Opthalmology* 2003; 110(6):1076-81.
11. Senez B, Felicioli P, Moreau A, LeGoaziou MF. Quality of life assessment of type 2 diabetic patients in general medicine. *Presse Med* 2004; 33(3):161-66.
12. Cases MM, Gamisans R, Liach BX, Villar AF, Alcazar RA. Effect of type 2 diabetes mellitus on the quality of life of patients treated at primary care consultations in Spain. *Aten Primaria* 2003; 31(12):1076-80.
13. Huang GH, Palta M, Allen C, Lecaire T, DAlessio D. Self-rated health among young people with type 1 diabetes in relation to risk factors in longitudinal study. *Am J Epidemiol* 2004; 159(4):364-72.
14. 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): 1154-58.
15. Mortenson HB. Metabolic control and quality of life. *Horm Res* 2002; 57(supp 1): 117-20.
16. Varni JW, Burwinkle TM, Jacobs JR, Gottschalk M, Kaufman F, Jones KL. The PedsQL in type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26(3): 631-37.
17. Nicholas GA, Brown JB. Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26(3): 744-49.