

تاثیر عوارض دیابت نوع دوم در کیفیت زندگی بیماران دیابتی

دکتر سعید صادقیه اهری^۱، دکتر سولماز عرشی^۲، دکتر منوچهر ایران پرور^۳، فیروز امانی^۴، حسین سیاه پوش^۵

^۱ استادیار پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی

^۲ پزشک عمومی

^۳ نویسنده مسئول: دانشیار بیماریهای غدد، گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

E-mail: m.iranparvar@arums.ac.ir

^۴ مربی آمار حیاتی

^۵ مربی زبان انگلیسی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

چکیده

زمینه و هدف: میزان وقوع دیابت و همچنین شیوه های مختلف درمانی در طی دو دهه اخیر به نحو چشم گیری افزایش یافته است. تأثیر واقعی روش های درمانی ارائه شده در ارتقاء وضعیت سلامت این بیماران از مسائل و موضوعات مطرح می باشد و مطالعه کیفیت زندگی این بیماران از مسائل ضروری بویژه در طب جامعه نگر و پزشکی اجتماعی می باشد. این مطالعه به منظور تعیین کیفیت زندگی بیماران دیابتی تیپ ۲ طرح ریزی شد.

روش کار: این مطالعه به صورت مقطعی توصیفی تحلیلی بود که در سال ۱۳۸۳ در بیمارستان بوعلی شهر اردبیل در کلینیک دیابت بر روی ۱۱۰ بیمار دیابتی انجام شد. این بیماران به طور تصادفی انتخاب، سپس با مصاحبه حضوری در مورد هر بیمار پرسش نامه SF-36 (The Short Form 36 Health Survey) تکمیل شد. در نهایت اطلاعات به دست آمده به کمک برنامه آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین سنی بیماران $52/5 \pm 11/3$ سال بود. از کل بیماران ۷۳ مورد (۶۶/۴٪) زن و بقیه مرد بودند. متوسط دوره بیماری از زمان تشخیص در بیماران دیابتی $8 \pm 6/2$ سال و متوسط دوره درمان دیابت در بیماران دیابتی نوع ۲ برابر $7/7 \pm 6/1$ سال بود. ۵۱ نفر (۴۶/۳۶٪) از بیماران سابقه بستری در بیمارستان داشتند. شاخص سرزندگی و شادابی در ۳۹/۱٪ بیماران و شاخص کارکرد اجتماعی در ۵۰٪ بیماران سطح پایینی داشت در نهایت به طور کلی و با تجمیع نمرات شاخص های مختلف کیفیت زندگی براساس ضرایب استاندارد پرسشنامه ۷۷٪ از بیماران از کیفیت زندگی متوسط و پایین برخوردار بودند. **نتیجه گیری:** اکثریت بیماران دیابتی از کیفیت زندگی پایین برخوردارند و دیابت در ابعاد جسمی و روحی بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر گذار است.

کلمات کلیدی: دیابت نوع ۲، کیفیت زندگی، عوارض دیابت

دریافت: ۸۶/۱/۲۶ پذیرش: ۸۷/۱۱/۱۶

مقدمه

۱۳۵ میلیون نفر بوده است [۳]. تخمین زده میشود که این رقم در سال ۲۰۲۵ به ۳۰۰ میلیون نفر بالغ شود [۴]. در حال حاضر دیابت پنجمین علت مرگ و میر در دنیا است [۵]. در کشور ایران نیز شیوع دیابت بالای ۳۰ سال حدود ۱/۵ میلیون نفر (۳/۶٪) می باشد [۶] و در جامعه شهری تهران شیوع دیابت بزرگسالان بالای ۳۰ سال ۷/۲٪ است [۷]. همانند سایر بیماری های مزمن دیابت شیرین، افزون بر مرگ و میر بالا، گرفتاری های فردی، خانوادگی و مالی بسیاری به همراه دارد مواردی

دیابت شیرین که بعضی اوقات به اپیدمی خاموش تعبیر میشود یک بیماری متابولیک مزمن و یک مشکل بهداشتی عمده و جهانی محسوب میشود و به ویژه در کشورهای در حال توسعه به طور قابل توجهی در حال افزایش می باشد [۱]. بر اساس آخرین آمار موجود حدود ۱۷۱ میلیون نفر در دنیا از این بیماری رنج می برند [۲]. این در حالی است که برآورد تعداد بیماران دنیا در گزارش ۱۹۹۵ سازمان بهداشت جهانی

چون افزایش و کاهش شدید قند خون، محدودیت های غذایی و ورزش، تزریقات مکرر انسولین، عوارض اسکلتی عضلانی، ناتوانی های فیزیکی، اختلالات جنسی و مشکلات عروقی از جمله مشکلاتی است که زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار می دهد [۸].

از طرفی این بیماران بطور شایع دچار احساس شکست و ناامیدی به دلیل جدال با بیماری و برنامه ریزی درمان آن گردیده و احساس خوب بودن روحی و اجتماعی آنان تحت تأثیر قرار می گیرد و بسیاری از آنان احساسات ترس، خشم، گناه در ارتباط با بیماری را گزارش می نمایند و اغلب انگیزه کافی مراقبت از خود و کنترل دقیق بیماری را ندارند [۹].

طی دو دهه گذشته، نتایج مطالعات نشان داده اند که هدف اصلی درمان تنها بر طرف کردن علائم و نشانه های فیزیکی بیماری نیست بلکه باید بهبود کلی کیفیت زندگی بیماران مدنظر باشد. برای دستیابی به این مهم باید به پیامدهای روانشناختی و روانی اجتماعی ناشی از بیماری نیز توجه کرد [۱۰].

مقوله کیفیت زندگی بر این دلیل اهمیت دارد که در صورت نادیده گرفتن می تواند منجر به ناامیدی، نداشتن انگیزه برای هرگونه تلاش و کاهش فعالیت های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی شده و در ابعاد عمیق تر بر توسعه اجتماعی- اقتصادی یک کشور تأثیر بگذارد [۱۱].

تعریف کیفیت زندگی کار مشکلی است، زیرا که یک مفهوم وسیع و پیچیده می باشد که با داشتن احساس خوشحالی و رضایت شناسائی میشود [۱۲] و در رابطه با ادراک هر فرد از وضعیت زندگی خویش است [۱۳] و نگر فربرگ کیفیت زندگی را به عنوان آن دسته خصوصیتی تعریف می کند که برای بیمار ارزشمند است و عامل احساس راحتی یا ادراک خوب بودن است و در راستای توسعه و حفظ منطقی عملکرد جسمانی، هیجانی و عقلانی است به طوری که فرد بتواند توانایی هایش را در فعالیت های با ارزش زندگی حفظ کند [۱۴].

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق خود تعریف می کند. بنابراین کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خود اتکایی، ارتباطات جمعی و محیط زیست دارد [۱۵].

و بر طبق نظر خیلتاخ و همکاران، کیفیت زندگی برداشت هر شخص از وضعیت سلامتی خویش و میزان رضایت او از این وضع می باشد [۱۶].

شیوه سنجش کیفیت زندگی و ابزار بکار رفته در این مورد از اهمیت خاصی برخوردار است و توصیه می شود از پرسشنامه استاندارد که روائی و پایائی آن در مطالعات قبلی ثابت شده است استفاده شود به همین منظور پرسشنامه SF-36^۱ که یک پرسشنامه عمومی بوده و در بیش از ۵۰ کشور دنیا و از جمله ایران ترجمه و بکار رفته است انتخاب گردید [۱۷، ۱۸].

پرسشنامه SF-36 یک پرسشنامه عمومی چند منظوره و کوتاه جهت ارزیابی سلامت از دید بیمار است این پرسشنامه در مورد افراد بالای ۱۴ سال به کار می رود و پر کردن آن بصورت خود اجرا (Self administered) و یا با کمک پرسشگر به صورت حضوری یا تلفنی امکان پذیر است [۱۹].

از آنجا که مطالعات محدودی در مورد سنجش کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجام گرفته است این مطالعه به منظور بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی طراحی و اجرا گردید.

روش کار

این مطالعه توصیفی و تحلیلی مقطعی به منظور سنجش کیفیت زندگی بیماران دیابتی در سال ۱۳۸۳ انجام گرفت. نمونه گیری به روش تصادفی از بیماران مراجعه کننده به کلینیک دیابت انجام شد. با توجه به مطالعات مشابه در مورد سنجش کیفیت زندگی در بیماران خاص مانند بیماران همودیالیزی و بر اساس

^۱ The Short Form (36) Health Survey

فرمول محاسبه حجم نمونه مطالعات مقطعی با $Z=1/96$ و میزان $p=0/94$ (حداکثر سازگاری با درمان) و $p=0/05$ حجم نمونه حدود ۱۰۰ نفر برآورد گردید و کلاً در این مطالعه ۱۱۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. تکمیل پرسشنامه که شامل اطلاعات دموگرافیک، وجود بیماریهای قلبی عروقی، نارسائی قلبی، پرفشاری خون، ریتینوپاتی، کاتاراکت، گلوکوم، نوروپاتی، استئوآرتریت، نارسایی مزمن کلیه و هیپرلیپیدمی (کلسترول تام ≤ 240 و $LDL \leq 160$ میلی گرم در دسی لیتر) از طریق بررسی پرونده بیماران و مصاحبه حضوری توسط نمونه گیران آموزش دیده طرح انجام پذیرفت. برای نمره دهی پرسش نامه از نمره صفر برای بدترین شرایط تا نمره ۱۰۰ برای بهترین شرایط استفاده شد. در مورد نارسایی مزمن کلیه سطح GFR^1 زیر 60 ml/min به مدت ۳ ماه و در مورد هیپرتانسیون، فشار خون سیستولیک بالای ۱۴۰ و یا دیاستولیک بالای ۹۰ بعنوان معیار انتخاب شدند و تشخیص استئوآرتریت از طریق اخذ شرح حال از بیمار و معاینه فیزیکی انجام گرفت.

در مورد بیماران مورد مطالعه پرسشنامه های تکمیل شده کد گذاری شده و وارد کامپیوتر شده و ضرایب استاندارد تحلیل پرسشنامه SF-36 در مورد هر خرده سنجش اعمال گردیده و با نرم افزار آماری SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. نمرات هر خرده سنجش در سه سطح پائین - متوسط - بالا - مورد تحلیل قرار گرفت و این طبقه بندی در نمره های کیفیت زندگی بیماران نیز اعمال گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روشهای آمار توصیفی در قالب جدول و محاسبه فراوانی و درصد استفاده شد.

یافته ها

میانگین سنی بیماران $52/5 \pm 11/3$ سال بود. از کل بیماران ۷۳ مورد ($66/4\%$) زن و بقیه مرد بودند. میانگین وزن بیماران برابر $75/2 \pm 10/1$ کیلوگرم و میانگین قد بیماران مورد مطالعه $161/2 \pm 8/7$ سانتی

¹ Glomerular Filtration Rate

متر بود. ۵۴ نفر ($49/1\%$) بیماران دارای اضافه وزن (BMI^2 بین ۲۵-۳۰) و ۱ نفر چاقی مفرط (BMI بالای ۴۰ کیلو گرم بر متر مربع) داشتند. متوسط دوره بیماری از زمان تشخیص در بیماران دیابتی $6/2 \pm 8$ سال و متوسط دوره درمان دیابت در بیماران $6/1 \pm 7/7$ سال بود. بیشتر بیماران ۶۴ مورد ($58/2\%$) بی سواد و تنها ۵ نفر ($4/5\%$) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. از نظر شغلی بیشتر بیماران ۶۹ مورد ($62/7\%$) خانه دار و فقط ۷ نفر ($6/4\%$) کارمند بودند. ۲۸ نفر ($25/5\%$) سابقه مصرف انسولین داشتند. ۷۶ نفر ($69/1\%$) سابقه مصرف داروهای خوراکی دیابت را داشتند. تنها ۴ نفر ($3/6\%$) از رژیم غذایی جهت کنترل دیابت استفاده می کردند.

۳۲ نفر ($29/1\%$) نوروپاتی دیابتی، ۵۱ نفر ($46/4\%$) بیماران فشار خون همزمان داشتند. ۴۴ نفر (40%) بیماران از دارو جهت کنترل پرفشاری خون استفاده می کردند.

۵۱ نفر ($46/36\%$) از بیماران سابقه بستری در بیمارستان داشتند. ۵۸ نفر ($52/72\%$) از بیماران سابقه خانوادگی دیابت داشتند.

شاخص سرزندگی و شادابی در $39/1\%$ بیماران، شاخص کارکرد اجتماعی در 50% بیماران سطح پائینی داشت (جدول ۱).

در شاخص های کارکرد اجتماعی (SF)^۳ سلامت روانی (MH)^۴ و محدودیت در ایفای نقش به علل جسمانی (RP)^۵، درد جسمانی (BP)^۶ و سلامت عمومی (GH)^۷ بین بیماران مبتلا به هیپرلیپیدمی و غیر مبتلا به هیپرلیپیدمی تفاوت معنی دار آماری در سطح $0/05$ مشاهده نگردید ولی شاخص های سرزندگی (VT)^۸ با $P=0/013$ و محدودیت در ایفای نقش به علل روحی (RE)^۹ با $P=0/006$ و کارکرد جسمانی (PF) با

2 Body Mass Index
3 Social Functioning
4 Mental Health
5 Role Physical
6 Bodily Pain
7 General Health
8 Vitality
9 Emotional Role

(GH) و درد جسمانی (BP) و محدودیت نقش با علل جسمانی (RP) و کارائی جسمانی (PF) و محدودیت نقش با علل روحی (RE) و سرزندگی (VT) بطور معنی داری موجب افت کیفیت زندگی بیماران شده بود. و تنها در شاخص های کارکرد اجتماعی (SF) و سلامت روان (MH) بین این دو گروه تفاوت آماری معنی داری مشاهده نگردید. استفاده از انسولین در مقایسه با سایر درمان های ضد دیابتی تأثیر معنی داری در کاهش کیفیت زندگی بیماران نداشت. مصرف دارو بخاطر هیپرلیپیدمی بجز شاخص سلامت روان (MH) در بقیه شاخص های کیفیت زندگی با $p < 0.05$ بطور معنی داری موجب کاهش کیفیت زندگی بیماران گردیده بود

$P = 0.003$ بطور معنی داری در بیماران بدون هیپرلیپیدمی بهتر از بیماران با اختلال لیپید بود. در بیماران بدون فشار خون بالا شاخص کارکرد جسمانی (PF) با $P = 0.02$ بطور معنی داری بهتر از بیماران با پر فشاری خون بود (جدول ۲). داشتن بیماری قلبی کیفیت زندگی بیماران را در شاخصهای محدودیت در ایفای نقش به علل جسمی (RP) با $P = 0.043$ و کارکرد جسمانی با $P = 0.036$ بطور معنی داری کاهش داده است. ابتلا به رتینوپاتی دیابتی تأثیر آماری معنی داری روی شاخصهای مختلف کیفیت زندگی نداشت. ابتلا به استئوآرتریت در شاخص های سلامت عمومی

جدول ۱. توزیع فراوانی سطوح شاخص های ۸ گانه کیفیت زندگی در بیماران تحت مطالعه

سطح شاخصها	پایین	متوسط	بالا
سرزندگی و شادابی (VT)	٪۳۹/۱	٪۳۰	٪۳۰/۹
کارکرد اجتماعی (SF)	٪۵۰	٪۲۳/۶	٪۲۶/۴
کارایی جسمی (PF)	٪۲۸/۲	٪۲۷/۳	٪۴۴/۵
محدودیت در افکار و نقص به علل جسمی (RP)	٪۶۵/۵	٪۲۳	٪۱۱/۵
سلامت عمومی (GH)	٪۵۳/۷	٪۳۴/۵	٪۱۱/۸
محدودیت در ایفای نقش به علل روحی (RE)	٪۲۱/۸	٪۳۹/۱	٪۳۹/۱
سلامت روانی (MH)	٪۰/۹	٪۸۳/۶	٪۱۵/۵
درد جسمانی (BP)	٪۲۹/۱	٪۴۰	٪۳۰/۹

جدول ۲. مقایسه نمرات خرده سنجش های کیفیت زندگی بر حسب پرفشاری خون

P	بیماران بدون پرفشاری خون		بیماران با پرفشاری خون		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۲۲	۴/۹۴	۱۲/۸۱	۴/۶۹	۱۱/۶۸	سلامت عمومی
۰/۵۹	۲/۹۷	۷/۹۴	۳/۰۳	۷/۶۳	درد جسمانی
۰/۱۱۷	۲/۴۷	۶/۶۶	۲/۶۶	۵/۸۸	ایفای نقش بعلل جسمانی
۰/۳۱۹	۳/۰۰	۱۰/۵۹	۳/۳۶	۹/۹۸	ایفای نقش بعلل روحی
۰/۲۶۳	۲/۰۰	۱۷/۱۵	۲/۲۳	۱۷/۶	سلامت روانی
۰/۳۸۴	۴/۸۴	۱۳/۱۸	۴/۹	۱۲/۳۷	سرزندگی
۰/۳۸۴	۲/۹	۶/۰۱	۲/۹۲	۵/۵۲	کارکرد اجتماعی
۰/۰۲	۵/۶۸	۲۳/۱۳	۵/۹۳	۲۰/۵۶	کارکرد جسمانی

جدول ۳. مقایسه نمرات خرده سنجش ها بر حسب جنس

P	زن (n=۷۳)		مرد (n=۳۷)		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۳	۴/۵۹	۱۱/۳۳	۴/۸۱	۱۴/۱۶	سلامت عمومی (GH)
۰/۰۱۵	۲/۹۵	۷/۳۱	۲/۸۵	۸/۷۷	درد جسمانی (BP)
۰/۰۰۵	۲/۴۸	۵/۸	۲/۵۲	۷/۲۷	محدودیت نقش به علل جسمانی (RP)
۰/۰۲۲	۵/۶۸	۲۱/۰۲	۶/۰۱	۲۳/۷۵	عملکرد جسمانی (PF)
۰/۰۲۷	۲/۸۴	۹/۸۳	۹/۸۳	۱۱/۲۴	محدودیت نقش به علل روحی (RE)
۰/۴۷۵	۲/۱۲	۱۷/۲۶	۲/۱۲	۱۷/۵۶	سلامت روان (MH)
۰/۰۱۵	۶/۵	۱۲/۰۱	۵/۲۲	۱۴/۳	سرزندگی (VT)
۰/۰۰۷	۲/۸۲	۵/۲۶	۲/۸۳	۶/۸۳	کارکرد اجتماعی (SF)

ولی مصرف داروی کنترل فشار خون و داروهای قلبی تاثیر معنی داری در کیفیت زندگی بیماران نشان نمی داد. در بیماران مورد مطالعه بین زنان و مردان به جز شاخص سلامت روان (MH) و محدودیت نقش به علل جسمانی (RP) در تمام شاخص های دیگر کیفیت زندگی تفاوت معنی دار آماری مشاهده گردید که در این حیطة ها، مردان نمرات بالاتری داشتند (جدول ۳).

افزایش سن بطور معنی داری موجب کاهش کیفیت زندگی در شاخص های سلامت روانی (MH) و محدودیت نقش به علل روحی (RE) و افزایش BMI موجب کاهش کیفیت زندگی در شاخص سرزندگی ($P = 0.04$) و تحصیلات بالاتر بطور معنی داری موجب افزایش کیفیت زندگی در شاخص (RE) گردید.

در نهایت به طور کلی و با تجمیع نمرات شاخص های مختلف کیفیت زندگی بر اساس ضرایب استاندارد پرسشنامه SF36، ۷۷٪ بیماران از کیفیت متوسط و پایین برخوردار بودند (جدول ۴).

جدول ۴. توزیع فراوانی سطوح مختلف کیفیت زندگی بصورت کلی

کیفیت زندگی	میانگین	تعداد	درصد
پایین	۸-۱۳	۲۷	۲۴
متوسط	۱۳/۰۱-۱۸	۵۸	۵۳
خوب	۱۸/۰۱-۲۴	۲۵	۲۳
جمع		۱۱۰	۱۰۰٪

بحث

کیفیت زندگی به عنوان نشانه کیفیت مراقبت های بهداشتی و به عنوان بخشی از برنامه های کنترل بیمار محسوب می شود و با بررسی آن در بیماران دیابتی در مدت کوتاه می توان به نتایج موثری دست یافت و به وسیله آن کیفیت خدمات درمانی و مراقبتی و هرگونه اقدامات مداخله ای و پیشگیرانه را ارزیابی نمود [۲۰]. ارزیابی کیفیت زندگی بیماران با وجود سابقه ۴۰ ساله آن در دنیا و فراگیر شدن در بیشتر کشورهای توسعه یافته در ایران بسیار نوپا و جوان است [۱۶]. میانگین سنی بیماران مورد مطالعه $11/3 \pm 52/5$ سال بود که به میانگین سنی بیماران در مطالعه قنبری $(10/6 \pm 52/3)$ (سال) نزدیک است [۲۱]. در این مطالعه $66/4\%$ از

بیماران را زنان تشکیل می دادند که مطابق با توزیع جنسی مطالعه داوریان بوده است که در آن مطالعه $67/8\%$ بیماران را زنان تشکیل می دادند [۲۲]. در بیماران مورد مطالعه $58/2\%$ بی سواد و $4/5\%$ افراد تحصیلات دانشگاهی بودند در حالیکه در مطالعه قنبری درصد بیماران بی سواد 33% و $6/3\%$ افراد دارای تحصیلات دانشگاهی داشتند [۲۱] و این نشان دهنده درصد بالای بیسوادی در بیماران مورد مطالعه می باشد.

متوسط دوره بیماری از زمان تشخیص در بیماران این مطالعه $6/2 \pm 8$ سال بود در حالیکه در مطالعه آقاملائی^۱ در بندرعباس مدت بیماری $5/7 \pm 5/82$ سال بوده است که نشان دهنده طول مدت بیشتر در بیماران مطالعه حاضر می باشد [۲۳].

هاوکس^۲ در این رابطه می نویسد با بالا رفتن سن، میزان بروز عوارض مزمن دیابت بیشتر میشود [۲۴]. واندل^۳ در مطالعه خود نشان داد که متوسط مدت ابتلا به عوارض مزمن دیابت در بیماران $10/5$ سال بوده است [۲۵]. و در پژوهش رگونسی^۴ مدت ابتلا به عوارض دیابت $7/6 \pm 12/5$ سال می باشد [۲۶]. در مطالعه پیمانی و همکاران عوارض نورپاتی در $41/3\%$ از بیماران با مدت ابتلا بالای ۱۰ سال بوده است که دلیلی بر بروز عوامل مزمن مثل نورپاتی با فاصله زمانی طولانی تر است. در حالیکه در این مطالعه $29/1\%$ بیماران از نورپاتی دیابتی رنج می بردند که بالحاظ میانگین مدت بیماری $6/3 \pm 8$ سال می تواند دلیلی بر بروز عوارض نورپاتی در مدت کوتاهتری نسبت به سایر مراکز باشد که البته این یافته نیاز به مطالعه دقیق تر در این زمینه دارد [۲۷]. در بیماران مورد مطالعه $52/7\%$ سابقه خانوادگی مثبت داشتند و این میزان در مطالعه قنبری $60/7\%$ بیماران بوده است [۲۱].

در بیماران مورد مطالعه مردان در اکثر شاخص های کیفیت زندگی به جز سلامت روان (MH) و محدودیت

¹ Aghamollaei

² Hawks

³ Wondell

⁴ Regonesi

نقش به علل جسمانی (RP) نمرات بالاتر را نشان داده اند که مطابق با نتایج مطالعه جاکبسون^۱ و همکاران و رویین^۲ و همکاران بوده است [۲۹،۲۸].

مایو^۳ و همکاران نیز تفاوت آماری معنی داری را در سطح کیفیت زندگی مردان و زنان نشان داده اند بطوریکه مردان مشکلات اجتماعی و جنسی و زنان استرس و خستگی بیشتری را نشان داده بودند [۳۰].

در این مطالعه بین افزایش سن و سلامت روان و محدودیت نقش به علل جسمی (RE) همبستگی آماری معنی داری مشاهده گردید. در حالی که در مطالعه قنبری و جاکبسون همبستگی آماری معنی دار منفی بین افزایش سن و عملکرد جسمانی (PF) مشاهده گردید. در بیماران مورد مطالعه پرفشاری خون در ۴۶/۴٪ موارد، هیپرلیپیدمی در ۳۷/۳٪ بیماری های قلبی در ۱۷/۳٪ موارد و سایر بیماری ها مثل استئوآرتریت و آسم در ۹/۱٪ موارد مشاهده گردید بر اساس پژوهش لوید^۴ و همکاران بیشترین عوارض دیابت مربوط به بعد جسمی می باشد و ۲۷٪ عوارض دیابت متوسط و یا شدید می باشد، همچنین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عوارض میکرو واسکولر و یا ماکروواسکولر نسبت به سایر بیماران مخصوصاً در سلامت عمومی و عملکرد جسمانی و اجتماعی پایین گزارش شده است. بعد از شروع عوارض ناشی از دیابت مانند بیماری های قلبی، سکتة مغزی، آرتریت و غیره میزان بروز سالانه ناتوانی در عملکرد جسمی افراد دیابتی از ۹/۸٪ به ۴۲٪ برای انجام فعالیت های عمومی افزایش می یابد [۳۱]. ادلمن^۵ و همکاران با بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی دریافتند که بیماری های زمینه ای و عوارض ناشی از دیابت با کیفیت زندگی در بیماران دیابتی ارتباط معکوس دارد و بیماری زمینه ای و شدت عوارض ناشی از دیابت عامل اولیه تعیین کننده کیفیت زندگی بیماران دیابتی بخصوص در بعد فیزیکی می باشد [۳۲]. مشابه مطالعات فوق در

مطالعه حاضر نیز از بیماری های همراه، هیپرلیپیدمی بصورت معنی داری در شاخص های سر زندگی (Vitality) با $p=0/013$ و محدودیت نقش به علل روحی (RE) با $p=0/006$ و کارکرد جسمانی (PF) با $p=0/003$ موجب افت کیفیت زندگی شده است که مطابق مطالعه ادلمن و همکاران می باشد. همچنین در بیماران مورد مطالعه وجود بیماری های قلبی همراه موجب کاهش معنی دار شاخص های کیفیت زندگی محدودیت نقش به علل جسمی (RP) و کارکرد جسمانی (PF) شده است. ابتلا به استئوآرتریت بعنوان بیماری همراه بطور معنی داری موجب کاهش کیفیت زندگی در شاخص های سلامت عمومی (GH)، درد جسمانی (BP)، محدودیت نقش به علل جسمانی (RP) و کارکرد جسمانی (PF) و محدودیت نقش به علل روحی (RE) و سرزندگی (VT) گردیده است که همگی دلیلی بر تأثیر عوارض و بیماری های همراه بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی می باشد و بهترین راه مقابله با آن اقدامات پیشگیرانه و مداخلاتی است که از بروز این عوارض جلوگیری نماید.

وودکوک^۶ و همکاران در مطالعه خود نشان دادند کیفیت زندگی اکثریت بیماران مبتلا به رتینوپاتی دیابتی در سطح متوسط است [۳۳] و نتیجه پژوهش لیوید^۷ مبین آن است که عوارض نوروپاتی حسی و اتونوم و پای دیابتی روی ابعاد سلامت روحی روانی، عملکرد جسمانی و اجتماعی و ایفای نقش تاثیر بسزایی دارد [۳۱] و مطابق مطالعه باگاست^۸ آمپوتاسیون و زخم پا بیشترین تاثیر را روی کیفیت زندگی بیماران داشتند [۳۴] در حالیکه مطالعه حاضر مشابه مطالعه هاینن نشان داد نوروپاتی تاثیر بسزایی در کاهش کیفیت زندگی بیماران دیابتی ندارد [۳۵]. در توضیح این تناقض شاید مدت کوتاهتر شروع بیماری در این مطالعه و بدنال آن عارضه نوروپاتی خفیف تر را بتوان مطرح نمود. در ضمن با توجه به تأثیر مشکلاتی از قبیل هیپر لیپیدمی و مصرف داروهای مربوطه بر کیفیت زندگی بیماران

¹ Jacobson

² Rubin

³ Mayou

⁴ Loyd

⁵ Esdelman

⁶ Woodcock

⁷ Liyod

⁸ Bagust

باید ترتیبی اتخاذ کرد که تاثیر این موضوع در کاهش کیفیت زندگی به حداقل برسد و استفاده از مشاوره تغذیه برای این موضوع توصیه شده است. در مطالعه ای که با بررسی ۱۱۹ بیمار مبتلا به دیابت انجام شد دریافتند که بکارگیری برنامه های طراحی شده رژیم غذایی در مقایسه با رژیم عادی دیابتی باعث کاهش وزن به میزان 3 ± 5 کیلوگرم شده و بهبود فشار خون و سطوح چربیها، هموگلوبین گلیکوزیله و افزایش رضایت مندی بیماران می گردد [۳۶].

بررسی شاخص های کیفیت زندگی در بین بیماران در سه سطح پائین، متوسط، خوب مشاهده میشود، که ۵/۶۵٪ بیماران در شاخص محدودیت در ایفای نقش به علل جسمی (RP) و ۶/۵۳٪ در شاخص سلامت عمومی (GH) و کارکرد اجتماعی (SF) پائین ترین سطح کیفیت زندگی را داشته اند که نشان دهنده تاثیر بیماری دیابت بر هر دو سطح جسمی و اجتماعی است و توجه بر هر دو نوع موضوع را در درمان این بیماران طلب می کند.

در شاخص کارکرد جسمانی (PF) اکثریت بیماران این مطالعه سطح مطلوب را داشته اند در حالیکه در مطالعه پیمانی و همکاران [۱۷] کمترین درصد در این شاخص متعلق به سطح مطلوب بوده است. و بیشترین درصد متعلق به سطح نسبتاً مطلوب بوده است و در مطالعه دیگر بیشترین درصد در این شاخص متعلق به سطح

نامطلوب بوده است [۲۵]. در مطالعه رخشنده رو بیشترین درصد در این شاخص سطح متوسط بوده است [۵] که نشان دهنده افت عملکرد بیشتر بیماران می باشد در مورد شاخص عملکرد اجتماعی اکثر بیماران سطح پائینی را دارا می باشند ولی در مطالعه رخشنده رو ولیوید اکثر بیماران سطح متوسط عملکرد اجتماعی را داشته اند که نشان دهنده افت عملکرد اجتماعی این بیماران می باشد که شاید به علت عدم دریافت مشاوره های مناسب در این رابطه است که جای بررسی بیشتری را دارد. در مورد شاخص سلامت روانی (MH) ۸۳/۶٪ بیماران کیفیت متوسط را داشته که مطابق مطالعه پیمانی و همکاران می باشد.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج این تحقیق مشخص شد که دیابت در ابعاد جسمی و اجتماعی بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر گذار است و توجه هر چه بیشتر بر این موضوع را نشان می دهد.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیماران عزیز و خانواده های آنها که در این پژوهش با ما همکاری فعال داشتند تشکر و قدردانی میشود.

References

- Gambert SR. Are we up to the challenge?. Clin Geriatr. 2002; 10(6):14.
- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004; 27(5): 1047-1053.
- King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: Prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes Care. 1998; 21(9): 414-431.
- Hjelm K, Mufunda E, Nambozi G, Kemp J. Preparing nurses to face the pandemic of diabetes mellitus: a literature review. J Adv Nurs 2003; 41:424-34.
- ۵- رخشنده رو. سکینه حیدرنیا علیرضا. رجب اسدالله بررسی تاثیر آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نشریه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد سال سیزدهم، شماره ۶۳ تیر ۸۵، صفحات ۱۵ تا ۲۰.
- Azizi F, Gouya MM, Vazirian P, Dolatshahi P, Habibian S. Screening for type 2 diabetes in the Iranian national programme: A preliminary report. La Revue de Sant'de la Me'diterrane'e Orientale. 2003; 9(5/6): 1122-1127.
- Azizi F. Diabetes Mellitus in the Islamic Republic of Iran. IDF Bulletin. 1996; 41:38-39.

- 8- Gregg EW, Beckles GL, Williamson DF, Leveille SG, Langlois JA, Engelgau MM and et al. Diabetes and physical disability among older U.S. adults. *Diabetes Care*. 2000; 23:1272-7.
- 9- Polonsky WH. Emotional and quality-of-life aspects of diabetes management. *Curr Diab Rep* 2002;2: 153-9.
- 10- Lioyd CE, Orchard TJ. Physical and psychological well-being in adults with type 1 diabetes. *Diabetes Res Clin Pr*. 1999; 44: 9-19.
- 11- Brading C, Gamsa DS. Guidelines for encouraging psychological well-being: report of a working group of WHO regional office for Europe & IDF European Region st. Vincent Declaration action program for diabetes. *Diabetes Med*.1994; 11:510-516.
- ۱۲ - قنبری عاطفه. پارسا یکتا. تعیین الگوی عوامل موثر بر ابعاد کیفیت زندگی در بیماران دیابتی. *مجله علمی پژوهشی کیلان* ۱۳۸۰: سال دهم (شماره ۳۷ و ۳۸): ۸۲-۸۹
- 13- Hanested BR, Albrechtsen G. Quality of life: perceived difficulties in adherence to diabetes regimen & blood glucose control. *J Diabetes Med*. 1991; 8:759-764.
- 14- Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Aranqo, Saiz PA, Bousono M. Quality of life and disability in patients with obsessive compulsive disorder. 2001 Jun; 16 (4): 239-45.
- ۱۵- سیاری علی اکبر، گری دیوید، اسدی لاری محسن. ارزیابی کیفیت زندگی، تجربیات جهانی و ضرورت اقدام در ایران. *طب و تزکیه*. تابستان ۱۳۸۰، شماره ۴۱، صفحات ۳۰ تا ۳۳.
- ۱۶- خیلناتاش آرزیتا، منتظری علی، نبئی بهروز، عوامل موثر بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نئوپلازی لنفاوی. *مجله پایش*، بهار ۸۵، صفحات ۷۵-۸۲.
- 17- Brazier JE, Harper R. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *British Medical Journal*. 1992; 305:160-64.
- 18- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaian M. The Short-form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*. 2005; 14:875-82.
- 19- www.SF-36.com
- 20- Monica S, Clare MG, Lesley B. Diabetic foot care: assessing the impact of care on the whole patient. *Practical Diabetes int*. 2000; 17(5): 147-51
- 21- Ghanbari Atefeh, parsa yekta, zohreh Rushan , Zahra Akhtar, assessment of factors Affecting Quality of life in diabetic patients in Iran. *Public health nursing*. 2005; 22: 311-322
- ۲۲- دلوریان زاده مهری، باقری حسین، صادقیان فریده، بررسی تاثیر مشاوره رژیم غذایی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم مراجعه کننده به کلینیک تغذیه بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود، *مجله دیابت ولیپید ایران*، تابستان ۱۳۸۵، دوره ۵، شماره ۴، صفحات ۳۶۹ تا ۳۷۶.
- 23- Aghamollaei TO, Eftekhari H, shojaezadeh D, mohammad K, Nakhjavani M, Ghofranipour F. Behavior, Metabolic control and health related Quality of life in diabetic patients at Bandar abbas diabetic clinic. *Iranian J publ health*. 2003; 32 (3): 54-59.
- 24- Black M, Hawks J, Keene M. Medical-surgical nursing clinical management for positive outcomes. 6th ed. W.B Saunders Company. 2001.12-13
- 25- Wandell E, Tovi G. The quality of life of elderly diabetic patients. *J Diabetes Complicat*. 2000; 14: 25-30
- 26- Regonesi L, Taddei MT. The impact of diabetes mellitus on quality of life in elderly patients. *Diabetes care*. 1998; 11:417-422.
- ۲۷- پیمانی مریم، منجمد زهرا، اصغرپور منصوره، بررسی رابطه بین عوارض نوروپاتی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی. *مجله دیابت و لیپید ایران*، تابستان ۱۳۸۵، دوره ۵، شماره ۴، صفحات ۳۸۵ تا ۳۹۲.
- 28- 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 Apr; 17 (4): 267-74.
- 29- Rubin R, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*. 1999; 15(3): 205-218.
- 30- Mayou R, Bryant B, Turner R. Quality of life in non-insulin-dependent diabetes and a comparison with insulin – dependent diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*.1990; 34(1): 1-11.

- 31- Lioyd A, Sawyer W, Hopkinson P. Impact of long – term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insuline. Value Health. 2001; 4: 392.
- 32- Edelman D, Olsen MK, Dudley TK. Impact of diabetes screening on quality of life. Diabetes Care. 2002; 25(6): 1022-6
- 33- Wood cock A, Bradley C, Plowright R, Ffytche T, Kennedy T, Hirsch A. The influence of diabetic retinopathy on quality of life. Patient Educ Couns. 2004; 53:365-383
- 34- Bagust A, Wilson E, Perry SA. Utility and Quality of life in the CODE-2 study for type II diabetes. UK prospective diabetes Atudy group. Diabetes care. 2001; 50:1096
- 35- Hanninen J, Takala J, Keinanen S. Quality of life in NIDDM patients assessed with the SF-20 questionnaire. Diabetes Res Clin. Pr 1998; 42:17-27
- 36- Metz JA, Stern JS, Kris-Ethorton P, Reusser ME, Morris CD, Hatton DC and et al. A randomized trial of improved weightless with a prepared meal plan in overweight and obese patients: impact on cardiovascular risk reduction. Arch Intern Med. 2000; 160:2150-8.