

بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت کاشان

زهره وارث^۱، میترا زندی^۲، پروین بقایی^۳، نگین مسعودی علوی^۴، ندا میرباقر آجریز^۵

چکیده

مقدمه: بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت شیرین شاخص مهمی در بررسی وضعیت درمانی و مراقبتی این بیماران محسوب می شود ولی تاکنون در این زمینه مطالعه‌ای در شهر کاشان صورت نگرفته است، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مراجعه کننده به مرکز دیابت کاشان صورت گرفت.

روش: طی مطالعه مقطعی، کیفیت زندگی در ابعاد اختصاصی، عمومی و کلی با استفاده از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی در ۳۱۰ بیمار تحت پوشش مرکز دیابت کاشان در سال ۱۳۸۵ مورد بررسی قرار گرفت. بیماران به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. علاوه بر کیفیت زندگی برخی متغیرهای فردی و پزشکی بیماران نیز با استفاده از پرسشنامه بررسی شد. رابطه کیفیت زندگی با سایر متغیرهای زمینه‌ای با آزمون تی با نمونه‌های مستقل^۲، χ^2 ، پیرسون، رگرسیون و توسط نرم افزار SPSS v.16 مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: کیفیت زندگی کلی در (۶۶/۱٪) بیماران ضعیف بود. کیفیت زندگی اختصاصی در ۷۳/۹٪ و عمومی در ۵۱/۶٪ بیماران ضعیف بود. تنها ۱۱/۳٪ کیفیت زندگی کلی مطلوب گزارش نمودند. کیفیت زندگی کلی در انسولین درمانی، وجود بیماری کلیوی و پرفشاری خون پایینتر بود ($p < 0.05$). نوع دیابت، نمایه توده بدنی، سن و وضعیت تأهل با کیفیت زندگی ارتباطی نشان نداد.

نتیجه گیری: اکثر بیماران در تمامی ابعاد، کیفیت زندگی نامطلوب داشتند. وجود عوارض و بیماری‌های همراه با کاهش کیفیت زندگی ارتباط داشت لذا پیشگیری از عوارض می تواند در بهبود کیفیت زندگی نقش داشته باشد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی عمومی، کیفیت زندگی اختصاصی، دیابت شیرین

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۸/۳

- ۱ - کارشناس ارشد پرستاری دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان
 - ۲ - کارشناس ارشد پرستاری دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان
 - ۳ - کارشناس ارشد پرستاری دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان
 - ۴ - دکترای پرستاری، دانشیار دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان (نویسنده مسؤول)
- پست الکترونیکی: masudialavi_N@kaums.ac.ir
- ۵ - کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

مقدمه

مانند سن، نوع دیابت، مدت بیماری و نحوه درمان ارتباطی با کیفیت زندگی نشان نداد (۸). باقری در مطالعه خود به دست آورد که بروز عوارض به نحو قابل توجهی منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران دیابتی می‌گردد (۱۰). در تحقیقی وجود برخی از علائم مانند درد در دست و پا، احساس خستگی با کاهش ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران دیابتی ارتباط نشان داد (۱۶). در تحقیقی که توسط Testa انجام شد، کیفیت زندگی با میزان بروز علائم و نشانه‌ها ارتباط نشان می‌داد (۱۷). همچنین اکثر تحقیقات نشان می‌دهد کیفیت زندگی در زنان مبتلا به دیابت در مقایسه با مردان پایین‌تر است (۱۳، ۱۴ و ۱۸). تحقیقات ذکر شده حاکی از پیچیدگی مفهوم کیفیت زندگی در بیماران دیابتی بوده و تنوع عوامل مرتبط با آن را نشان می‌دهد.

کیفیت زندگی فرد تا حدود زیادی متأثر از جامعه و ارزش‌های جامعه‌ای است که فرد در آن زندگی می‌کند و از آنجایی که در شهر کاشان مقوله کیفیت زندگی بیماران دیابتی مورد بررسی قرار نگرفته است، بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به دیابت صورت گرفت.

روش مطالعه

این پژوهش مطالعه توصیفی از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۸۵ در مرکز دیابت شهرستان کاشان انجام شد. در این مرکز ۱۴۰۰ بیمار مبتلا به دیابت به صورت فعال، تحت پوشش قرار دارند. با استفاده از فرمول Yamane (۱۹) $[n=N/1+N(e)]$ ، در سطح معنادر ۰/۰۵ تعداد نمونه ۳۱۰ نفر محاسبه شد. شروط ورود به تحقیق عبارت بودند از سن بالای ۱۸ سال، ملیت ایرانی و تمایل به همکاری جهت شرکت در تحقیق. ابتدا لیست کلیه افراد دیابتی به ترتیب شماره استخراج گردید و به صورت تصادفی ساده از روی این لیست ۳۱۰ بیمار که دارای مشخصات نمونه بودند، به صورت تصادفی انتخاب شده و با تماس تلفنی و توضیح اهداف پژوهش از آن‌ها جهت تکمیل پرسشنامه در مرکز دیابت دعوت به عمل آمد. در صورتی که بیماران دعوت شده به هر دلیل تمایلی به حضور نداشتند فرد جایگزین به صورت تصادفی انتخاب شد تا تعداد ۳۱۰ نفر تکمیل گردید. تحقیق در کمیته

دیابت شایع‌ترین بیماری غدد درون‌ریز است که شیوع آن در ایران بین ۴/۲ تا ۱۵/۹٪ گزارش شده است (۱). طبق برآوردی دیگری در ایران ۶٪ جمعیت یعنی ۴ میلیون نفر به این بیماری مبتلا هستند (۲). تعداد مبتلایان به بیماری دیابت در جهان در سال ۱۹۹۴، ۱۱۰ میلیون نفر بوده است و در سال ۲۰۱۰ این تعداد به ۲۲۱ میلیون خواهد رسید (۳). خصوصاً شیوع دیابت نوع ۲ رو به گسترش است به نحوی که شیوه آن در سال ۲۰۰۰، در جهان ۲/۸٪ بوده و پیش‌بینی می‌شود این میزان در سال ۲۰۳۰ به ۴/۴٪ افزایش خواهد یافت (۴). دیابت یک بیماری مزمن و با عوارض کشنده است و به عنوان علت اصلی قطع اندام، نابینایی، نارسایی مزمن کلیه و بیماری‌های قلبی شناخته می‌شود (۵). بیماری دیابت بر جسم، روان و عملکرد فردی و اجتماعی اثرات گسترده می‌گذارد و درمان‌های پزشکی هر چند علائم را کاهش می‌دهند ولی خود باعث اختلال در الگوی زندگی می‌شوند (۶). بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابلی وجود دارد. هدف اولیه از درمان بیماری‌های مزمن تقویت کیفیت زندگی از طریق کاهش اثرات بیماری است (۷). لذا بررسی وضعیت کیفیت زندگی در این بیماران از شاخص‌های مهم درمانی و مراقبتی در سراسر جهان محسوب می‌گردد (۸).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را پنداره‌ای فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر او تعریف می‌کند (۸). کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده است که در برگیرنده عوامل عینی و ذهنی است. کیفیت زندگی اغلب به عنوان درک از رضایت از زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی و سلامت روانی بیمار می‌باشد (۹).

در مطالعات متعددی بیماری دیابت اثرات معکوس و معناداری بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران داشته است (۱۴-۱۰). در مطالعه قبلی ۶۰٪ بیماران دیابتی دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند، در حالی که اکثریت افراد سالم (۵۸/۱٪) دارای کیفیت زندگی مطلوبی بودند (۱۵). در تحقیق انجام شده در انجمن دیابت تهران کیفیت زندگی بیماران در حد متوسط قرار داشت و متغیرهایی

اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان تأیید گردید و از کلیه بیماران رضایت‌نامه دریافت گردید.

پرسشنامه مورد استفاده، از پرسشنامه‌های معتبر جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی طراحی شده در دانشگاه تربیت مدرس است و طی تحقیق علوی اعتبار سنجی شده است و پایایی آن ۰/۹۵ گزارش شده است (۱۶،۸). پرسشنامه دارای ۳ بخش بود، در قسمت اول، متغیرهای زمینه‌ای شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، مدت ابتلا، نحوه درمان، نوع دیابت و نمایه توده بدنی آورده شد. همچنین وجود سایر بیماری‌ها شامل بیماری‌های قلبی، کلیوی، فشارخون و کاهش بینایی با استفاده از بررسی پرونده سابقه پزشکی بیمار بررسی شد و در این قسمت تکمیل گردید.

در قسمت دوم، ۱۳ سؤال جهت بررسی کیفیت زندگی عمومی مطرح شد. کیفیت زندگی عمومی مربوط به شاخص‌هایی است که برای تمامی افراد بیمار و غیر بیمار قابل بررسی است، سوالاتی 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. در قسمت سوم، ۲۸ سؤال مربوط به بررسی کیفیت زندگی اختصاصی مربوط به بیماری دیابت آورده شد. کیفیت زندگی اختصاصی به بررسی اثرات خاص یک بیماری بر کیفیت زندگی بیمار توجه دارد، شامل سوالاتی 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. در این قسمت یک سؤال مخصوص افراد مجرد و یک سؤال مخصوص افراد متأهل طراحی گردیده، لذا بیماران می‌توانستند از این قسمت ۲۷ تا ۱۰۸ امتیاز کسب نمایند.

مجموع سوالات مربوط به کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی یعنی ۴۱ سؤال به عنوان کیفیت زندگی کلی در نظر گرفته شد. کلیه سوالات دارای گزینه لیکرت چهارتایی بودند. لذا هر بیمار می‌توانست از کل این پرسشنامه نمره‌ای بین ۴۰ تا ۱۶۰ کسب نماید. افزایش نمرات نشانه افزایش کیفیت زندگی بود. بر اساس نقاط برش امتیاز بالای ۱۳۳ کیفیت زندگی کلی خوب و بین

۱۱۰ تا ۱۳۳ کیفیت زندگی کلی متوسط و زیر ۱۱۰ کیفیت زندگی کلی ضعیف در نظر گرفته شد.

با مراجعه به مرکز و پس از توضیح اهداف تحقیق و آموزش به بیمارانی که دعوت شده بودند، پرسشنامه در بدو ورود بیمار تکمیل شد. مشخصات بیمار ثبت شد تا مجدداً در مراجعات بعدی پرسشنامه تکمیل نگردد. در صورت نداشتن سواد، پرسش‌ها توسط پژوهشگر برای بیمار خوانده شده و پاسخ‌های بیماران ثبت گردید. پرسشنامه‌ها به صورت متوالی طی ۴ ماه تکمیل شد.

با استفاده از ویرایش شانزدهم نرم‌افزار SPSS، رابطه کیفیت زندگی با متغیرهایی مانند سن، جنس، نوع دیابت، شغل، تعداد فرزندان و BMI و بیماری‌های زمینه‌ای با آزمون تی با نمونه‌های مستقل و χ^2 ، آزمون پیرسون و رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۳۱۰ بیمار مورد بررسی ۲۲۹ بیمار زن (۷۴٪) و ۸۱ نفر مرد (۲۶٪) بودند. متوسط سن بیماران 51 ± 15 سال بود. بیماران به طور متوسط $10/9 \pm 7/2$ سال سابقه ابتلا به دیابت را ذکر می‌کردند. ۲۵۳ (۸۱/۶٪) بیمار دچار دیابت نوع دوم و ۵۷ بیمار (۱۸/۴٪) مبتلا به دیابت نوع اول بودند. ۱۱۱ نفر (۳۵/۸٪) تحت درمان با انسولین بوده و ۱۸۷ بیمار (۶۰/۳٪) قرص مصرف می‌کردند. دوازده بیمار تنها با رژیم غذایی درمان می‌شدند. ۲۶۷ بیمار (۸۶/۱٪) تحصیلات زیر دیپلم داشتند و یا بی‌سواد بودند. متوسط شاخصه توده بدنی در بیماران $27/8 \pm 12/6$ بود. ۷۴ بیمار (۲۳/۹٪) دارای نمایه توده بدنی بالاتر از ۳۰ بودند. ۴۷/۴٪ نوروپاتی، ۴۲/۶٪ فشار خون و ۳۳/۹٪ بیماری‌های قلبی را گزارش نمودند. ۵۴/۸٪ بیمار دچار مشکلات بینایی و ۱۳/۵٪ بیمار دچار مشکلات کلیوی بودند.

متوسط امتیاز کیفیت زندگی عمومی $35 \pm 6/4$ و متوسط امتیاز کیفیت زندگی اختصاصی $68/6 \pm 14/1$ بود. کیفیت زندگی کلی در بیماران به طور متوسط $105/8 \pm 44/1$ به دست آمد. درصد قابل توجهی از بیماران از نظر کیفیت زندگی کلی (۶۶/۱٪) و همچنین از نظر ابعاد کیفیت زندگی (اختصاصی ۷۳/۹٪ و عمومی ۵۱/۶٪) در سطح ضعیفی قرار داشتند و تنها ۱۱/۳٪ کیفیت زندگی

مدت ابتلا با کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی رابطه معکوس معنادار داشت (جدول شماره ۳). آنالیز رگرسیون چند متغیره نشان داد ۲۳٪ از تغییرات کیفیت زندگی عمومی توسط متغیرهای وجود بی‌حسی در اندام‌ها، وجود پرفشاری خون، سن، نوع دیابت و تحصیلات توضیح داده می‌شود. در مورد کیفیت زندگی اختصاصی نیز ۲۷٪ از تغییرات مربوط به متغیرهای بی‌حسی اندام‌ها، نوع درمان، سن، وجود پرفشاری خون، تحصیلات و وجود نارسایی کلیه بود. سه متغیر وجود بی‌حسی در اندام‌ها، فشارخون و سن در مجموع ۷٪ از کیفیت زندگی کلی را توضیح می‌دادند (جدول شماره ۴).

کلی مطلوب گزارش نمودند. در جدول شماره ۱ فراوانی وضعیت کیفیت زندگی در ابعاد مختلف قابل مشاهده است. ارتباط متغیرهای زمینه‌ای و مشکلات و بیماری‌های همراه با ابعاد مختلف کیفیت زندگی، در جدول شماره (۲) قابل مشاهده است. کیفیت زندگی کلی با انسولین درمانی ($p=0/01$)، وجود بیماری کلیوی ($p=0/01$) و فشارخون ارتباط معنادار نشان داد ($p=0/004$). کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی با نوع درمان، مدت ابتلا و وجود بیماری‌های زمینه‌ای ارتباط معنادار داشتند ($p=0/001$). نوع دیابت و وضعیت تأهل با هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معنادار نشان نداد. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد، شاخص توده بدنی و سن با هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی ارتباط ندارد.

جدول ۱ - فراوانی کیفیت زندگی در ابعاد مختلف در بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مرکز دیابت کاشان

جمع	ضعیف		متوسط		خوب		وضعیت ابعاد کیفیت زندگی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۳۱۰	۵۱/۶	۱۶۰	۳۴/۸	۱۰۸	۱۳/۵	۴۲	کیفیت زندگی عمومی
۳۱۰	۷۳/۹	۲۲۹	۱۵/۸	۴۹	۱۰/۳	۳۲	کیفیت زندگی اختصاصی
۳۱۰	۶۶/۱	۲۰۵	۲۲/۶	۷۰	۱۱/۳	۳۵	کیفیت زندگی کلی

جدول ۲ - ارتباط متغیرهای زمینه‌ای، مشکلات و بیماری‌های همراه با ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مرکز دیابت کاشان

کیفیت زندگی عمومی		کیفیت زندگی اختصاصی		کیفیت زندگی کلی		تعداد	جنس	نوع دیابت	درمان	بیماری قلبی	نارسایی کلیه	بی‌حسی اندام‌ها	فشار خون	کاهش بینایی
T & p	Mean±SD	T & p	Mean±SD	T & p	Mean±SD									
-۲/۲۵	۳۴/۳±۶/۳	-۲/۶۱	۶۷/۴±۱۳/۷	-۰/۷۶	۱۰۴/۷±۵۰	۲۲۹	زن							
۰/۰۰۱	۳۷±۶/۵	۰/۰۰۹	۷۲/۱±۱۴/۶	۰/۴۴۵	۱۰۹±۲۰	۸۱	مرد							
-۰/۹۲	۳۶/۶±۶/۲	۱/۳۵	۶۶/۲±۱۴/۵	-۰/۳۶	۱۰۲/۸±۱۹/۵	۲۶	مجرد							
۰/۳۵	۳۴/۸±۶/۴	۰/۱۷	۶۸/۹±۱۴	۰/۷۱	۱۰۶±۴۵/۷	۲۸۴	متاهل							
۱/۹۶	۳۶/۵±۶/۶	-۰/۵۱	۶۷/۷±۱۵/۴	-۰/۲۹	۱۰۴/۳±۲۱	۵۷	اول							
۰/۰۵۳	۳۴/۶±۶/۳	۰/۶	۶۸/۸±۱۳/۸	۰/۷۶	۱۰۶/۲±۴۷/۹	۲۵۳	دوم							
۲/۴۳	۳۵/۶±۶/۱	۴/۹	۷۱/۵±۱۳/۲	۲/۵۲	۱۱۰/۹±۵۴	۱۸۷	قرص							
۰/۰۱	۳۳/۸±۶/۴	۰/۰۰۱	۶۳/۶±۱۳/۸	۰/۰۱	۹۷/۵±۱۹	۱۱۱	انسولین							
۴/۲	۳۲/۹±۶	۳/۷۵	۶۴/۵±۱۳/۸	۰/۵۳	۱۰۴±۷۱/۲	۱۰۵	دارد							
۰/۰۰۱	۳۶±۶/۴	۰/۰۰۱	۷۰/۸±۱۳/۸	۰/۵۹	۱۰۶/۸±۱۹/۲	۲۰۵	ندارد							
-۴/۰۵	۳۱/۳±۵	-۵/۲۳	۵۸/۵±۱۳/۴	-۲/۵۵	۸۹/۸±۱۷/۴	۴۲	دارد							
۰/۰۰۱	۳۵/۵±۶/۴	۰/۰۰۱	۷۰/۲±۱۳/۵	۰/۰۱	۱۰۸/۴±۴۶/۵	۲۶۸	ندارد							
۵/۸	۳۲/۴±۵/۴	۷/۴	۶۱/۷±۱۱/۷	۳/۸	۹۴/۲±۱۶	۱۲۱	دارد							
۰/۰۰۱	۳۶/۶±۶/۵	۰/۰۰۱	۷۳/۱±۱۳/۷	۰/۰۰۱	۱۱۳/۳±۵۳/۸	۱۸۹	ندارد							
-۴/۲۸	۳۲/۹±۵/۵	-۵	۶۴/۷±۱۴/۱	-۲/۹۱	۹۷/۵±۱۸/۶	۱۳۲	دارد							
۰/۰۰۱	۳۶/۵±۶/۶	۰/۰۰۱	۷۱/۵±۱۳/۴	۰/۰۰۴	۱۱۲±۵۵/۳	۱۷۸	ندارد							
-۴/۶۴	۳۳/۳±۵/۵	-۵/۲۶	۶۵/۴±۱۳/۶	-۱/۳۶	۱۰۲/۷±۵۶/۸	۱۷۰	دارد							
۰/۰۰۱	۳۷±۶/۹	۰/۰۰۱	۷۲/۶±۱۳/۸	۰/۱۷	۱۰۹/۶±۱۹/۶	۱۴۰	ندارد							

جدول ۳ - همبستگی ابعاد کیفیت زندگی و متغیرهای مورد بررسی در بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مرکز دیابت کاشان

شاخص توده بدنی		مدت ابتلا		سن		
p	R	p	R	p	R	
۰/۴۷۶	۰/۰۰۳	۰/۰۰۲	-۰/۱۶۵	۰/۳۷۵	-۰/۰۱۸	کیفیت زندگی عمومی
۰/۳۱۸	-۰/۰۲۷	۰/۰۰۰	-۰/۱۸۶	۰/۱۸۶	۰/۰۵۱	کیفیت زندگی اختصاصی
۰/۴۰۴	-۰/۰۱۴	۰/۱۷۲	-۰/۰۵۴	۰/۴۲۳	۰/۰۱۱	کیفیت زندگی کلی

جدول ۴ - رگرسیون چند متغیره در ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مرکز دیابت کاشان

p-value	Final B	t	R ²	متغیر
۰/۰۰۱	-۰/۲۰۲	-۳/۴۸	۰/۰۴۵	متغیر وابسته: کیفیت زندگی کلی
۰/۰۰۹	-۰/۱۶۱	-۲/۶۳	۰/۰۵۷	- بی حسی اندام ها
۰/۰۴۰	۰/۱۲۶	۲	۰/۰۷۰	- فشارخون
				- سن
۰/۰۰۱	-۰/۲۲۲	-۳/۳	۰/۱۵۷	متغیر وابسته: کیفیت زندگی عمومی
۰/۰۰۰	-۰/۲۲۱	-۳/۷	۰/۱۷۳	- بی حسی اندام ها
۰/۰۰۰	۰/۳۲۹	۴/۷	۰/۲۰۴	- فشارخون
۰/۰۱۱	-۰/۱۵۳	-۲/۵۷	۰/۲۲۱	- سن
۰/۰۰۲	۰/۱۸۶	۳/۱۶	۰/۳۳۲	- نوع دیابت
				- تحصیلات
۰/۰۰۰	-۰/۳۲۴	-۵/۹	۰/۱۵۳	متغیر وابسته: کیفیت زندگی اختصاصی
۰/۰۰۹	-۰/۱۳۶	-۲/۶	۰/۱۹۸	- بی حسی اندام ها
۰/۰۰۰	۰/۲۸۴	۴/۵	۰/۲۳۲	- نوع درمان
۰/۰۰۲	۰/۱۸۰	-۳/۱	۰/۲۵۲	- سن
۰/۰۰۴	۰/۱۶۸	۲/۹	۰/۲۶۹	- فشارخون
۰/۰۳۸	-۰/۱۱۵	-۲/۱	۰/۲۷۲	- تحصیلات
				- نارسایی کلیه

بحث

بیماری نیز مانند تزریق انسولین و محدودیت‌های تغذیه‌ای، خود در زندگی روزمره فرد مشکل ایجاد می‌نمایند، لذا کاهش کیفیت زندگی در این بیماران قابل مشاهده است. به نحوی که بیان می‌شود در ایران، میزان افسردگی در بیماران دیابتی سه برابر سایر افراد است (۱۰). در آمریکا بیماران دیابتی در مقایسه با سایر افراد دو برابر دارای روزهایی بودند که از نظر جسمی و روانی احساس کسالت می‌نمودند (۲۲). علی‌رغم کاهش کیفیت زندگی در بیماران دیابتی، بیماران مورد بررسی در این تحقیق حتی در مقایسه با سایر تحقیقات مشابه، دارای کیفیت زندگی پایین‌تری بودند که امری نگران‌کننده است. شرایط عمومی شهر کاشان نمی‌تواند توضیح دهند کیفیت زندگی پایین در بیماران باشد، چون در بررسی بر روی سالمندان کاشانی کیفیت زندگی سالمندان شهر کاشان مطلوب گزارش شده است خصوصاً وضعیت ابعاد روانی در آن‌ها نسبت به سایر شهرها بهتر بوده است (۲۳). از علل دخیل می‌توان به وجود قابل توجه عوارض دیابت در بیماران

در این تحقیق کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت در شهر کاشان نامطلوب بود، به نحوی که متوسط نمره کیفیت زندگی کلی در بیماران ۱۰۵/۸ به دست آمد که در حد ضعیف تلقی می‌گردد و تنها ۱۱/۳٪ کیفیت زندگی مطلوب گزارش نمودند. در مطالعه باقیانی در یزد به طور کلی ۳۳/۶٪ از بیماران دیابتی نوع ۲ کیفیت زندگی پایین، ۳۱/۹٪ متوسط و ۳۴/۵٪ دارای کیفیت زندگی بالا بودند (۲۰). که در مقایسه با تحقیق حاضر کیفیت زندگی بهتر بوده است. در تحقیق انجام شده در بیماران مراجعه کننده به انجمن دیابت در تهران نیز که از ابزار بررسی مشابهی استفاده شده بود کیفیت زندگی متوسط بیماران ۱۱۶/۷ به دست آمد که در مقایسه با تحقیق حاضر بالاتر بود (۸). در تحقیقی در اردن نیز، بیماران دیابتی نوع اول کیفیت زندگی خود را نامطلوب ارزیابی نموده بودند (۲۱). بیماری دیابت بیماری است با عوارض خطرناک و ناراحت کننده و درمان‌های موجود در این

در تحقیقی در استرالیا بیماران تحت انسولین درمانی دارای کیفیت زندگی بهتری بودند (۲۸). در تحقیقی در انجمن دیابت ایران هیچ ارتباطی بین نوع درمان و هیچ‌یک از ابعاد کیفیت زندگی دیده نشد (۸). به نظر می‌رسد تلقی از انسولین درمانی بر روی احساس بیمار تأثیر دارد، به نحوی که بیماران در دو تحقیق ذکر شده که آموزش بهتری دریافت نموده بودند نگرش منفی به انسولین درمانی نداشتند در حالی که چنانچه بیمار آموزش کافی دریافت ننماید تزریق انسولین می‌تواند به شدت بر احساس او از کیفیت زندگی اثر نامطلوب برجای گذارد.

در پژوهش حاضر هر چه طول مدت ابتلا افزایش می‌یافت کیفیت زندگی بیماران کاهش پیدا می‌کرد ولی کیفیت زندگی با سن ارتباط نداشت. این یافته را شاید بتوان با بروز عوارض به دنبال طولانی شدن بیماری نسبت داد. در تحقیقی در هلند با گذشت زمان کیفیت زندگی بیماران دیابتی بدتر می‌شد (۲۴). هر چند در مطالعه قنبری تفاوتی بین طول مدت بیماری و کیفیت زندگی بیماران مشاهده نشد در حالی که سن با کیفیت زندگی ارتباط داشت (۱۵). در این تحقیق کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی در زنان مبتلا به دیابت پایین‌تر بود در حالی که وضعیت تأهل ارتباطی با کیفیت زندگی نداشت. در تحقیق Al-Akour جنسیت دختر با کاهش کیفیت زندگی ارتباط داشت (۲۱). تحقیقات دیگری نیز حاکی از بهتر بودن کیفیت زندگی در مردان است (۱۵، ۲۹ و ۳۰). در تحقیق قنبری وضعیت تأهل با کیفیت زندگی ارتباط داشت (۱۵). نمایه توده بدنی ارتباطی با کیفیت زندگی نشان نداد. تحقیقات دیگر حاکی است که کیفیت زندگی در بیماران چاق کمتر است (۱۰ و ۳۰). به نظر می‌رسد تأثیر عوامل زمینه‌ای بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی متفاوت است که حاکی از پیچیدگی مفهوم کیفیت زندگی است.

بیماران مراجعه‌کننده به مرکز دیابت شهر کاشان نمونه کاملی از کلیه بیماران مبتلا به دیابت در شهر کاشان نمی‌باشد که می‌تواند قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج را محدود نماید، لذا پیشنهاد می‌گردد تحقیق در سطح جامعه انجام گیرد و کیفیت زندگی عمومی بیماران دیابتی با سایر افراد مقایسه شود تا به نحو کامل‌تری بتوان در مورد چالش‌های کیفیت زندگی این بیماران و ارتباط آن با عوامل زمینه‌ای به بحث پرداخت همچنین پیشنهاد می‌شود تحقیقات

مورد بررسی اشاره نمود. به نحوی که در بررسی انجام شده در انجمن دیابت تهران تنها ۱۶٪ بیماران، دچار مشکلات قلبی بوده و ۳۲٪ پرفشاری خون داشتند (۸). در تحقیق حاضر وجود بیماری قلبی و پرفشاری خون به ترتیب ۳۳/۹ و ۴۲/۶٪ بود که حکایت از عوارض بیشتر در بیماران است. همچنین سطح تحصیلات در بیماران پایین‌تر بود که می‌تواند بر خود مراقبتی مؤثر باشد.

در این تحقیق وجود عوارض خصوصاً بیماری کلیوی و فشارخون بر کلیه ابعاد کیفیت زندگی تأثیر نامطلوب داشت. در تحقیقات مختلف عوارض بیماری دیابت از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی گزارش شده است (۱۵، ۲۰ و ۲۴). تحقیقی در شاهرود نشان داد وجود عوارض بیماری دیابت نه تنها بر روی کیفیت زندگی در ابعاد جسمی اثر دارد بلکه بر روی ابعاد روانی و اجتماعی و اقتصادی کیفیت زندگی نیز تأثیر دارد (۱۰). Redekop و همکاران با بررسی کیفیت زندگی و سطح رضایتمندی از درمان در بیماران دیابتی نتیجه گرفتند که کیفیت زندگی بیماران دیابتی که هیچ عارضه دیابتی ندارد، فقط مختصری پایین‌تر از کیفیت زندگی جمعیت عمومی می‌باشد و درمان با انسولین، چاقی و عوارض ناشی از بیماری، بدون در نظر گرفتن سن و جنس با کیفیت زندگی کمتر ارتباط معناداری دارد (۲۵). همچنین تحقیقات مختلف نشان می‌دهند که نوروپاتی دیابتی یکی از شایع‌ترین عوارض دیابت است که باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران دیابتی می‌گردد (۲۶). در تحقیق حاضر نیز وجود علائم نوروپاتی بر کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی بیماران اثر نامطلوب داشت. مطالعه‌ای که Sharma و همکاران در کانادا به منظور ارزیابی اثر رتینوپاتی و ادم ماکولای دیابتیک بر کیفیت زندگی بیماران انجام دادند نشان داد که رتینوپاتی و کاهش بینایی منجر به کاهش کمی و کیفی زندگی مرتبط با سلامتی در این افراد می‌شود (۲۷). که با نتایج تحقیق حاضر هم‌خوانی داشت. در تحقیق حاضر وجود فشارخون بر هر سه بعد کیفیت زندگی اثر قابل توجهی داشت در حالی که در تحقیق علوی چنین ارتباطی دیده نشد (۸).

در تحقیق حاضر بیمارانی که انسولین تزریق می‌نمودند دارای کیفیت زندگی پایین‌تر در تمامی ابعاد بودند. در تحقیق باقری نیز بیماران دیابتی تحت درمان با انسولین کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. (۱۰) در حالی که

هستند و این امر می‌تواند بر روی یافته‌ها اثر بگذارد. بیماران تحت درمان با انسولین در هر سه بعد دارای کیفیت زندگی پایین‌تری بودند که می‌تواند نشانه پایین بودن سطح آموزش بیماران در مورد انسولین درمانی باشد. پیشنهاد می‌گردد برگزاری دوره‌های آموزشی و سایر اقدامات حمایتی مانند فعال نمودن گروه‌ها و انجمن‌های دیابتی مورد اهتمام قرار گیرد و همچنین کیفیت زندگی به عنوان یکی از معیارهای موفقیت درمان و مراقبت به طور متناوب در بیماران بررسی شود.

مداخله‌ای با هدف افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت طراحی و اجرا گردد.

به توجه به شیوع بالای عوارض دیابت و صرف هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم برای درمان این عوارض و تأثیر واضح این عوارض بر روی کیفیت زندگی این بیماران، اهداف درمان و سیاست‌های درمانی بایستی به پیشگیری از عوارض حاد و مزمن و دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب توجه نماید و در گام اول بایستی قادر به بررسی و شناخت کیفیت زندگی باشیم.

تشکر و قدردانی

به این وسیله تقدیر و سپاس خود را از کارکنان محترم مرکز دیابت کاشان خصوصاً سرکار خانم زهرا صدقی ابراز می‌داریم. همچنین از کلیه بیمارانی که ما را امین خود دانسته و صادقانه به سؤالات جواب دادند تشکر می‌نماییم. همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان که هزینه‌های طرح را تأمین نموده است شایان سپاس است.

نتیجه‌گیری

تحقیق انجام شده نشان داد، کیفیت زندگی در تمامی ابعاد در بیماران به نحو قابل توجهی پایین بود و در مقایسه با سایر تحقیقات انجام شده در کشور نیز بیماران کیفیت زندگی کمتری را گزارش نمودند. این امر می‌تواند مربوط به وجود عوارض مختلف و بیماری‌های همراه در بیماران باشد. همچنین ۷۴٪ بیماران مورد بررسی را زنان تشکیل می‌دادند که عمدتاً دارای کیفیت زندگی پایین‌تری

منابع

- 1 - Darvish Poor Kakhaki A, Abed Saeidi J, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Instrument development to measure diabetic clients quality of life (DCQOL). Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism. 2005; 26(7): 155-149.
- 2 - Rajabi Shakib MR. Stop the killer. Payam E Diabet. 1382; 5(19): 32.
- 3 - Vrijhoef HJ, Diederiks JPM, Spreeuwenberg C. Effects of quality of care for patients with NIDDM or COPD when the specialist nurse has a central role. Patient Education and Counseling. 2000; 41(3): 243-50.
- 4 - Lee H, Jang HC, Park HK, Metzger BE, Cho NH. Prevalence of type 2 diabetes among women with a previous history of gestational diabetes mellitus. Diabetes Research and Clinical Practice. 2008; 81(1): 124-9.
- 5 - McDonald PE. Nurses perception: Issues that arise in caring for patients with diabetes. Journal of Advanced nursing. 1999; 30(2): 425-430.
- 6 - Fitzgerald MY. Coping with chronic illness. Philadelphia: Davis Company; 2000.
- 7 - M Heidari, F Alhani, A Kazemnejad, F Moezzi. The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents. Iranian Journal Of Pediatric. 2007 Suppl; 1(17): 87-94.
- 8 - Masoudi Alavi N, Ghofrani Pour F, Ahmadi F, Rajab A, Babaei Gh.R. Quality of life in diabetics referred to Iran Diabetes Association (IDA), Tehran, 2003. Behbood The Scientific Quarterly. 2004; 21(8): 56-47.
- 9 - Sharif F, Vedad F. The Relationship Between Mental Health and Quality of Life of Hemodialysis Patients Referred to Hospitals Affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. Iran Journal of Nursing. 2007; 51(20): 61-9.
- 10 - Bagheri H, Ebrahimi H, Taghavi NS, Hassani MR. Evaluation of quality of life in patients with diabetes mellitus based on its complications referred to Emam Hossein Hospital, Shahroud. Shahrekord University of Medical Sciences Journal. 2005; 2(7): 50-6.
- 11 - 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.

- 12 - 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. *Ophthalmology*. 2003; 110(6): 1076-81.
- 13 - 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): 161-6.
- 14 - 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.
- 15 - Ghanbari A, Kazem Nezhad E. A comparative study on the quality of life of not-Insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM) patients of the Razi Hospital of Rasht. *Modarres Journal of Medical Sciences*. 2004; 1(7): 69-80.
- 16 - Alavi NM, Ghofranipour F, Ahmadi F, Emami A. Developing a culturally valid and reliable quality of life questionnaire for diabetes mellitus. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2007; 13(1): 177-85.
- 17 - 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.
- 18 - 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. *American Journal of Epidemiology*. 2004; 159(4): 364-372.
- 19 - Yamane T. *Statistics, an Introductory Analysis*. 2nd Ed. New York: Harper and Row; 1967.
- 20 - Baghiani MH, Afkhami Ardakani M, Mazlomi SS, Saeidizadeh M. The quality of life in diabetes type 2 patients, Yazd. *Yazd University Of Medical Sciences Journal*. 1385; 14(4): 49-54.
- 21 - Al-Akour N, Khader YS, Shatnawi NJ. Quality of life and associated factors among Jordanian adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2009. under publish
- 22 - Brown DW, Balluz LS, Giles WH, Beckles GL, Moriarty DG, Ford ES, Mokdad AH. Diabetes mellitus and health-related quality of life among older adults Findings from the behavioral risk factor surveillance system (BRFSS). *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2004; 65 (2): 105-15.
- 23 - Nejati V., Ashayeri H. Health Related Quality of Life in the Elderly in Kashan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar)*. 2008; 1(14): 56-61.
- 24 - 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.
- 25 - Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolk Rp. et al. Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes. *Diabetes care*. 2002; 25(3): 458-463.
- 26 - Fargol P, Larijani B, Pajohee M, Lotfi J, Noraei MM, Bandarian F. Pripheal neuropathy in patients with diabetes and its related factors. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. 2006; 3(1): 41-6.
- 27 - Sharma S, Oliver-Fernandez A, Liu W, Buchholz P, Walt J. The impact of diabetic retinopathy on health-related quality of life. *Current Opinion on Ophthalmology*. 2005; 16(3): 155-159.
- 28 - Davis TM, Clifford RM, Davis WA. Effect of insulin therapy on quality of life in Type 2 diabetes mellitus: The Fremantle Diabetes Study. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2001; 52 (1): 63-71.
- 29 - Nicolucci A, Cucinotta D, Squatrito S, Lapolla A, Musacchio N, Leotta S, Letizia V, Bulotta A, Nicoziani P, Coronel G. Clinical and socio-economic correlates of quality of life and treatment satisfaction in patients with type 2 diabetes. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*. 2009; 19(1): 45-53.
- 30 - Akinci F, Yildirim A, Gozu H, Sargin H, Orbay E, Sargin M. Assessment of health-related quality of life (HRQOL) of patients with type 2 diabetes in Turkey. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2008; 79(1): 117-23.

Medical surgical nursing department, nursing faculty Kashan university of medical sciences

Vares¹ Z (MSc.) - Zandi² M (MSc.) - Baghaei³ P (MSc.) - Masoudi alavi⁴ N (Ph.D) - Mirbagher Ajorpaz⁵ N (MSc.).

Introduction: The quality of life (QOL) is an important indicator in management of the patients with diabetes Mellitus. The assessment of the QOL in patients with diabetes has been ignored in the kashan city. This investigation is performed in order to study the QOL and other associated factors in diabetes in Kashan diabetes center in 2006.

Methods: In a cross-sectional study the three dimensions of QOL (general, health related and total) were evaluated among the random selection of 310 patients with diabetes referring to Kashan Diabetes Ceneter in 2006. A standard questionnaire was employed for this study. The relationship between QOL and other variables were analysed by SPSS 16 using T student, pearson, chi 2 and regression statistical methods.

Results: The 66.1% of the patients had low Total QOL. The health related QOL was low in 73.9% patients while the general QOL was low in 51.6% of patients. Only 11.3% of patients had high Total QOL. Insulin therapy, the kidney disease and hypertension had adverse affect in Total QOL ($P>0.005$). The kind of diabetes, BMI, age and marital status had no significant relationship with QOL.

Conclusion: The QOL in all dimensions was low in majority of patients. To improve the QOL in the patients, the management of the patients should focus on decreasing the complications of diabetes.

Key words: General Quality of life, Health related QOL, Diabetes mellitus

1 - Lecturer of Kashan Nursing Faculty, Kashan Nursing Faculty, Kashan, Iran

2 - Lecturer of Kashan Nursing Faculty, Kashan Nursing Faculty, Kashan, Iran

3 - Lecturer of Kashan Nursing Faculty, Kashan Nursing Faculty, Kashan, Iran

4 - Corresponding author: Associate Professor, Kashan Nursing Faculty, Kashan Nursing Faculty, Kashan, Iran

e-mail: masudialavi_N@kaums.ac.ir

5 - Lecturer of Kashan Nursing Faculty, Kashan Nursing Faculty, Kashan, Iran