

## نقش ابتلا به بیماری دیابت در کیفیت زندگی: نتایج یک مطالعه کوهورت تاریخی

دکتر رضا وزیرینژاد\*<sup>۱</sup>، دکتر محمد علی سجادی<sup>۲</sup>، دکتر نجمه معقول<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشیار، گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان  
<sup>۲</sup> استادیار، گروه آموزشی داخلی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان  
<sup>۳</sup> پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

### چکیده

**سابقه و هدف:** مکانیسم اثر بیماری‌ها بر کیفیت زندگی انسان‌ها به واسطه میزان معلولیتی است که به طور موقت یا دائم ایجاد می‌گردد. با توجه به شیوع و روند افزایشی بیماری دیابت و اهمیت کیفیت زندگی بیماران و نیز عدم وجود مطالعه قبلی در جمعیت تحت بررسی، مطالعه حاضر انجام شد.

**روش بررسی:** در این مطالعه کوهورت تاریخی، یک هم‌گروه که از لحاظ سن، جنس، سطح تحصیلات، طبقه اجتماعی، شغل و وضعیت تاهل یکسان بودند و تنها از نظر ابتلا به بیماری در دو گروه بیمار (تعداد ۱۰۱ نفر) و سالم (تعداد ۱۲۳ نفر) قرار داشتند، بررسی شدند. سطح کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه استاندارد شده SF-36 مورد ارزیابی قرار گرفت. اطلاعات در محیطی آرام و توسط یک فرد آموزش دیده جمع‌آوری شد. از روش‌های آماری پارامتریک (t-test) و غیرپارامتریک (Mann-Whitney U) برای مقایسه دو گروه استفاده شد. یافته‌ها: فراوانی افراد با کیفیت زندگی نامطلوب در گروه دیابت بطور معنی داری بیش از گروه سالم بود. مهم‌ترین جنبه متاثر از این بیماری، وضعیت احساسی و عاطفی آنها بود. محاسبه خطر نسبی نشان داد که ابتلا به بیماری دیابت به طور معنی داری و به اندازه ۷/۱ برابر (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۳/۴-۳/۸) احتمال ایجاد کیفیت زندگی نامطلوب را در افراد تحت بررسی افزایش می‌دهد. نتیجه‌گیری: این مطالعه تایید نمود که ابتلای به بیماری دیابت، شانس کسب زندگی با کیفیت نامطلوب را به شدت افزایش می‌دهد. با توجه به افزایش امید به زندگی، بیماران سال‌های نسبتاً طولانی را با این بیماری طی می‌نمایند و ارتقاء کیفیت زندگی این افراد از اهمیت بالایی برخوردار است.

**واژگان کلیدی:** کیفیت زندگی، دیابت، کوهورت تاریخی، رفسنجان.

### مقدمه

میزان معلولیتی است که بصورت موقت یا دائم ایجاد می‌گردد. اهمیت این موضوع به آن اندازه است که "زندگی بدون معلولیت" (Disability-free life expectancy) امروزه بعنوان یک شاخص مهم در ارزیابی تاثیر آسیب‌ها و بیماری‌ها بر زندگی انسان مورد توجه ویژه‌ای قرار گرفته است (۱، ۲). امروزه برای تعیین امید به زندگی در اجتماعات انسانی، محققان تلاش در کمی کردن میزان معلولیت و لحاظ این محدودیت مهم بهداشتی در محاسبه امید به زندگی دارند (۳). مروری بر تمامی پرسش‌نامه‌هایی که به بررسی کیفیت زندگی می‌پردازند، نشان

در حال حاضر استفاده از روش ارزیابی کیفیت زندگی به عنوان یکی از بهترین روش‌های اندازه‌گیری میزان تاثیر بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های مزمن بر سلامتی انسان مورد توجه واقع شده است. مکانیسم اثر بیماری‌ها بر کیفیت زندگی انسان‌ها بواسطه

آدرس نویسنده مسئول: رفسنجان، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دکتر رضا وزیرینژاد  
(e-mail: rvazirinejad@yahoo.co.uk)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۴

در این زمینه وارد می‌باشد، این است که از روش صحیحی در ارزیابی و مقایسه کیفیت زندگی استفاده نشده است و غالباً نتایج معتبری را گزارش ننموده‌اند. در مطالعه حاضر، با استفاده و طراحی یک مطالعه کوهورت تاریخی میزان تاثیر حضور بیماری دیابت بر کیفیت زندگی بیماران از جنبه‌های گوناگون مورد ارزیابی قرار گرفت. هدف از انجام مطالعه حاضر، شناخت مهم‌ترین جنبه‌های متاثر از بیماری در زندگی مبتلایان به دیابت در شهر رفسنجان در سال ۱۳۸۶ بود.

### مواد و روشها

در این مطالعه هم‌گروهی تاریخی (Historical cohort)، یک هم‌گروه ۲۲۴ نفره که از لحاظ سن، جنس، سطح تحصیلات، طبقه اجتماعی، شغل و وضعیت تاهل یکسان بودند و تنها از نظر ابتلا به بیماری دیابت در دو گروه بیمار (تعداد ۱۰۱ نفر) و سالم (تعداد ۱۲۳ نفر) قرار داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین مدت ابتلا به بیماری (از زمان تشخیص قطعی) در گروه بیماران  $5/5 \pm 8$  سال بود. سطح کیفیت زندگی آنها با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد شده SF-36 در یک دوره سه ماهه از تاریخ اول شهریور ۱۳۸۶ تا پایان آبان ماه همان سال ارزیابی شد. این زمانی بوده است که از تاریخ شروع بیماری مبتلایان حداقل ۶ ماه گذشته بود. تمامی بیماران مطب پزشکان متخصص داخلی شهر رفسنجان که در دوره سه‌ماهه مطالعه از طریق درمانگاه بیماری‌های خاص دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در دسترس بودند، انتخاب و افراد سالم هم‌گروه آنها از بین دوستان، همکاران، خانواده و آشنایان افراد بیمار انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل دو بخش اصلی بود. بخش اول چک‌لیست مطالعه بود که در برگزیده تعدادی سوال دموگرافیک از قبیل سن، جنس، شغل، طبقه اجتماعی (بر اساس میزان درآمد سالانه)، سطح تحصیلات و مدت ابتلا به بیماری در مبتلایان بود. در بخش دیگر، کلیه سوالات موجود در پرسش‌نامه SF-36 نیز که قبلاً به فارسی ترجمه شده و اعتبار و روایی نسخه فارسی آن تایید شده بود (۱۲، ۱۳) اضافه گردیدند. پرسش‌نامه مذکور، اولین بار توسط Ware طراحی و یکی از مهم‌ترین پرسش‌نامه‌های مورد استفاده جهت ارزیابی کیفیت زندگی، هم در جمعیت سالم و هم در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌باشد که اعتبار و روایی آن مکرراً مورد تایید محققان واقع شده است (۱۴).

پرسش‌نامه SF-36 شامل ۳۶ سوال بصورت دو سوال کلی در مورد وضعیت سلامتی، ۱۰ سوال در مورد فعالیت فیزیکی روزانه، ۴ سوال در مورد تاثیر مشکلات فیزیکی بیماری بر شغل، ۳ سوال

می‌دهد که این ابزار به ارزیابی میزان تاثیر معلولیت ناشی از بیماری‌ها بر جنبه‌های گوناگون زندگی افراد می‌پردازد (۷-۴). هرچند با کمی تعمق در محتویات این ابزار می‌توان بخوبی نتیجه گرفت که تاثیر معلولیت ناشی از بیماری به صورت میزان اثر این معلولیت بر میزان مشارکت (Participation) افراد در زندگی فردی و اجتماعی آنها مورد ارزیابی قرار گرفته است. اندازه تاثیر معلولیت بر میزان مشارکت افراد در نهایت تعیین کننده سطح کیفیت زندگی آنها خواهد بود. اینکه تا چه اندازه این ابزار در ارزیابی میزان مشارکت موفق می‌باشند، باید در مجال دیگری مورد بحث قرار گیرد.

یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی جوامع پیشرفته و در حال توسعه در عصر حاضر بروز و شیوع بالای بیماری دیابت است. نه تنها خسارات اقتصادی ناشی از وجود بیماری در افراد مبتلا از اهمیت بالایی برخوردار است، بلکه خسارات روحی و روانی ناشی از آن که بر افراد بیمار و خانواده‌های آنها تحمیل می‌گردد، نیز غیرقابل اغماض می‌باشد. نتایج مطالعات گذشته نشان داده است که تقریباً تمامی جنبه‌های زندگی افراد بیمار می‌تواند تحت تاثیر بیماری دیابت قرار گرفته و موجب کاهش سطح رضایت‌مندی و نیز کیفیت زندگی افراد بیمار گردد (۸، ۹). به طوری که تعداد بسیار زیادی از ابزار طراحی شده برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران مبتلا و تعیین مهم‌ترین جنبه‌های زندگی متاثر از بیماری دیابت موجود می‌باشد (۱۰). شناسایی مهم‌ترین جنبه‌ها، اطلاعات لازم را در برنامه‌ریزی جهت ارتقا سطح کیفیت زندگی مبتلایان فراهم می‌سازد.

در برنامه‌های بهداشتی و درمانی که به منظور کاهش دادن بار و اثرات این مشکل مهم اجرا می‌گردد، می‌توان علاوه بر استفاده از روش‌های پیشگیری نوع اول به ارایه راهکارهای لازم به منظور کاهش سطح معلولیت و افزایش توان افراد در کسب حداکثر میزان ممکن در یافتن زندگی بدون وابستگی به دیگران پرداخت. این راهکارها در قالب مجموعه‌ای از روش‌های پیشگیری نوع دوم و سوم قرار خواهند گرفت.

در مطالعه حاضر، با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد شده SF-36 (Short-Form 36) سطح کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری دیابت با هم‌گروه‌های سنی و جنسی آنها که از نظر پاره‌ای دیگر از عوامل مهم تاثیرگذار نیز با بیماران یکسان گردیده بودند، مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفتند. بر اساس مقالات منشر شده، SF-36 یکی از ابزارهایی است که بیشترین استفاده را در ارزیابی کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت در سراسر دنیا و با زبان‌ها و فرهنگ‌های مختلف داشته است (۱۱). مهم‌ترین اشکالی که بر بسیاری از مطالعات مشابه

## یافته‌ها

میانگین سنی دو گروه بیمار و سالم به ترتیب  $50.8 \pm 11.2$  و  $49.4 \pm 13.9$  سال بود که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری نداشتند. حدود سه چهارم (۷۴ درصد) مبتلایان در گروه سنی بین ۳۰ و ۶۰ سال قرار داشتند. اطلاعات مربوط به وضعیت کوهورت مورد مطالعه در دو گروه بیمار و سالم از نظر متغیرهای دموگرافیک در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در دو گروه دیابتی و سالم

| ویژگی‌های دموگرافیک | بیمار   | سالم    | کل      |
|---------------------|---------|---------|---------|
| جنس                 |         |         |         |
| مرد                 | ۲۲(۲۲)* | ۳۱(۲۶)  | ۵۳(۲۴)  |
| زن                  | ۷۹(۷۸)  | ۹۰(۷۴)  | ۱۲۱(۷۶) |
| سن (سال)            |         |         |         |
| زیر ۳۰              | ۳(۳)    | ۳(۲)    | ۶(۳)    |
| ۳۰-۵۹               | ۷۵(۷۴)  | ۹۱(۷۴)  | ۱۶۶(۷۴) |
| بالای ۶۰            | ۲۳(۲۳)  | ۲۹(۲۴)  | ۵۲(۲۳)  |
| طبقه اجتماعی        |         |         |         |
| ضعیف                | ۷۳(۷۸)  | ۸۶(۸۳)  | ۱۵۹(۸۱) |
| متوسط               | ۱۸(۱۹)  | ۱۵(۱۵)  | ۳۳(۱۷)  |
| بالا                | ۳(۳)    | ۲(۲)    | ۵(۲)    |
| شغل                 |         |         |         |
| شاغل                | ۷۳(۷۵)  | ۷۹(۶۸)  | ۱۵۲(۷۱) |
| غیرشاغل             | ۲۴(۲۵)  | ۳۸(۳۲)  | ۶۲(۲۹)  |
| وضعیت تحصیلی        |         |         |         |
| بی‌سواد             | ۴۹(۴۸)  | ۵۸(۴۷)  | ۱۰۷(۴۸) |
| ابتدایی             | ۲۶(۲۶)  | ۳۰(۲۴)  | ۵۶(۲۵)  |
| راهنمایی            | ۷(۷)    | ۷(۶)    | ۱۴(۶)   |
| دیپلم               | ۱۲(۱۲)  | ۱۷(۱۴)  | ۲۹(۱۳)  |
| بالتر از دیپلم      | ۷(۷)    | ۱۱(۹)   | ۱۸(۸)   |
| محل زندگی           |         |         |         |
| شهر                 | ۷۶(۷۵)  | ۹۵(۷۸)  | ۱۷۱(۷۷) |
| روستا               | ۲۵(۲۵)  | ۲۶(۲۲)  | ۵۱(۲۳)  |
| وضعیت تاهل          |         |         |         |
| متاهل               | ۹۴(۹۳)  | ۱۱۴(۹۳) | ۲۰۸(۹۳) |
| مجرد                | ۷(۷)    | ۸(۷)    | ۱۵(۷)   |

\* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

همانگونه که مشاهده می‌شود توزیع افراد تحت بررسی در دو گروه بیمار و سالم بر اساس مهم‌ترین متغیرهای تاثیرگذار شامل سن، طبقه اجتماعی، شغل، وضعیت تحصیلی و وضعیت تاهل بر کیفیت زندگی از نظر آماری یکسان بود و آزمون آماری کای‌دو اختلاف معنی‌داری را در توزیع افراد بر اساس

در مورد تاثیر مشکلات روحی و روانی ناشی از بیماری بر شغل، یک سوال در مورد تاثیر مشکلات فیزیکی، روحی و روانی ناشی از بیماری بر فعالیت اجتماعی آنها، ۲ سوال در مورد وجود درد و تاثیر آن بر فعالیت‌های روزانه، ۴ سوال در مورد درک و تصور افراد از سلامتی خود، ۹ سوال در مورد احساس فرد در مورد محیط اطراف خود و یک سوال در مورد تاثیر مشکلات فیزیکی، روحی و روانی ناشی از بیماری بر روابط اجتماعی افراد می‌باشد.

اطلاعات کافی در مورد روش و اهداف مطالعه در اختیار افراد شرکت کننده قرار گرفت و در صورت تمایل افراد به شرکت در مطالعه از آنها رضایت‌نامه کتبی دریافت شد. پس از اخذ موافقت-نامه، توسط یک فرد آموزش دیده در محیطی آرام (درمانگاه و یا بیمارستان) ابتدا سوالات موجود در چک لیست مطرح و پس از پاسخ به آن از شرکت کنندگان درخواست گردید تا خود به مطالعه بخش دوم سوالات (پرسش‌نامه کتبی SF-36) پرداخته و به آنها پاسخ دهند.

اطلاعات جمع‌آوری شده در محیط SPSS مورد پردازش قرار گرفت و از روش‌های آماری پارامتریک (t-test) و غیرپارامتریک (Chi-square, Mann-Whitney) جهت مقایسه متغیرهای مستقل و از جمله نمرات کسب شده از سوالات پرسش‌نامه SF-36 در دو گروه بیمار و سالم استفاده شد. با توجه به وجود توزیع نرمال و سایر شرایط مربوطه در نمرات کسب شده از پرسش‌نامه SF-36، میانگین این نمرات محاسبه و از روش‌های آماری پارامتریک در مقایسه بین دو گروه استفاده شد. جهت محاسبه خطر نسبی و نیز میزان بروز مشکل (کیفیت زندگی نامطلوب) در دو گروه تحت بررسی (گروه مواجهه یافته با بیماری دیابت و گروه مواجهه نیافته با بیماری دیابت)، ابتدا تمامی نمرات کسب شده از سوالات پرسش‌نامه توسط فرد پاسخ دهنده با یکدیگر جمع و سپس بر تعداد سوالات (عدد ۳۶) تقسیم شد. به این ترتیب، میانگین کلی نمرات هر فرد محاسبه شد که در واقع میانگین نمره کیفیت زندگی فرد بر اساس پرسش‌نامه SF-36 می‌باشد. به منظور تقسیم افراد به دو دسته با کیفیت زندگی مطلوب و نامطلوب، تفاوت حداقل (کسی که پایین‌ترین کیفیت زندگی ممکن را دارد یعنی میانگین = ۱) و حداکثر (کسی که بالاترین کیفیت زندگی ممکن را دارد یعنی میانگین = ۴/۱۳) میانگین ممکن محاسبه شد ( $3/13 - 1 = 4/13$ ) و حد وسط آن ( $1/56$ ) به اندازه حداقل (۱ = میانگین) اضافه و حاصل آن ( $2/56 =$  میانگین) به عنوان مرز بین کیفیت زندگی مطلوب و نامطلوب در نظر گرفته شد.

**جدول ۲- اطلاعات مربوط به نمرات کسب شده بیماران و افراد سالم در ارتباط با قضاوت آنها در مورد ۹ بخش مختلف پرسش نامه SF-36**

| بخش‌های SF-36 (حداکثر نمره)                                   | بیمار     | سالم     | P-value |
|---|-----------|----------|---------|
| سلامتی کلی آنها و نیز در مقایسه با سال گذشته (۵)              | ۲/۱±۰/۸۴* | ۲/۹±۰/۸۲ | <۰/۰۰۰۱ |
| تاثیر سلامتی فیزیکی بر فعالیتهای روزانه (۳)                   | ۱/۷±۰/۵۸  | ۲/۱±۰/۸۵ | ۰/۰۰۱   |
| تاثیر سلامت فیزیکی بر فعالیت شغلی (۲)                         | ۱/۳±۰/۴۳  | ۱/۶±۰/۴۵ | <۰/۰۰۰۱ |
| تاثیر سلامتی روحی بر فعالیت شغلی (۲)                          | ۱/۳±۰/۴۳  | ۱/۶±۰/۴۵ | <۰/۰۰۰۱ |
| تاثیر سلامتی روحی و جسمی بر فعالیت اجتماعی (۵)                | ۳/۴±۱/۳   | ۳/۷±۱/۲  | ۰/۰۶۴   |
| وجود دردهای بدنی و تاثیر آن بر فعالیتهای داخل و خارج منزل (۶) | ۳/۳±۱/۲   | ۴/۲±۱/۱  | <۰/۰۰۰۱ |
| احساس افراد در رابطه با وضعیت سلامتی (۵)                      | ۲/۵±۱/۱   | ۳/۶±۱/۷  | <۰/۰۰۰۱ |
| احساس فرد در رابطه با محیط اطراف و انرژی آنها (۶)             | ۲/۹±۰/۸۴  | ۳/۳±۰/۷۲ | <۰/۰۰۰۱ |
| میزان تاثیر وضعیت سلامت روحی و جسمی بر روابط اجتماعی (۵)      | ۳/۳±۱/۱   | ۳/۸±۰/۹۶ | ۰/۰۰۲   |

\* میانگین ± انحراف معیار

کیفیت زندگی نامطلوب به طور صرف ناشی از وجود بیماری دیابت در مبتلایان می‌باشد.

جدول ۳- توزیع افراد دو گروه بیمار و سالم بر اساس وجود کیفیت زندگی مطلوب و نامطلوب\*

|                | کیفیت زندگی نامطلوب | کیفیت زندگی مطلوب |
|----------------|---------------------|-------------------|
| بیماران دیابتی | ۷۵ (۷۸/۹)†          | ۲۰ (۲۱/۱)         |
| افراد سالم     | ۳۷ (۳۴/۶)           | ۷۰ (۶۵/۴)         |
| جمع            | ۱۱۲ (۵۵/۴)          | ۹۰ (۴۴/۶)         |

\* میانگین نمرات حاصل از پرسش‌نامه SF-36 بیشتر و مساوی ۲/۵۶۵ به عنوان کیفیت زندگی مطلوب و میانگین نمرات کمتر از ۲/۵۶۵ به عنوان کیفیت زندگی نامطلوب تعریف شده است.  
† اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

### بحث

در این مطالعه، همگروه مورد مطالعه به نحو مطلوبی از نظر متغیرهای موثر بر کیفیت زندگی یعنی سن، جنس، طبقه اجتماعی، شغل، وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلی و محل زندگی یکسان شده بودند. به این ترتیب، در مطالعه حاضر تاثیر وجود بیماری دیابت بر کیفیت زندگی افراد طی یک رابطه اختصاصی مورد بررسی قرار گرفته است. هرچند بر اساس ضابطه اختصاصی بودن رابطه، کامل‌ترین رابطه اختصاصی یک رابطه یک به یک می‌باشد و رابطه مورد بررسی در مطالعه ما ممکن است تا رابطه یک به یک فاصله داشته باشد و احتمالاً متغیرهای دیگری علاوه بر متغیرهای همسان شده در این بررسی وجود دارند که ممکن است بر کیفیت زندگی افراد تاثیرگذار باشند. با این وجود به خوبی می‌توان پذیرفت که تاثیر تعداد قابل ملاحظه‌ای از این متغیرها که نقش و اهمیت بیشتری در رابطه با کیفیت زندگی دارند، در مطالعه حاضر، کنترل شده است. آنچه اهمیت نتایج

این متغیرها در دو گروه نشان نداد. تنها سه درصد افراد بیمار در طبقه اجتماعی بالا قرار داشتند و اکثریت آنها (۷۸ درصد) در طبقه ضعیف و کم‌درآمد بودند.

اطلاعات مربوط به نمرات کسب شده بیماران و افراد سالم در ارتباط با قضاوت آنها در مورد ۹ بخش مختلف پرسش‌نامه SF-36 در جدول ۲ آمده است. میانگین و انحراف معیار نمرات افراد تحت بررسی در رابطه با سلامتی کلی آنها و نیز در مقایسه با سال گذشته در دو گروه بیمار و سالم به ترتیب ۲/۱±۰/۸۴ و ۲/۹±۰/۸۲ (از حداکثر ۵) بود و آزمون t اختلاف معنی‌داری را بین این میانگین‌ها نشان داد (p<۰۰۱). همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تمامی میانگین نمرات کسب شده توسط افراد بیمار از بخش‌های مختلف پرسش‌نامه SF-36 در مقایسه با افراد سالم بطور معنی‌داری پایین‌تر است و تنها در ارتباط با تاثیر سلامتی روحی و جسمی افراد بر فعالیت و روابط اجتماعی آنها اختلاف معنی‌داری بدست نیامد.

توزیع افراد بر اساس وضعیت کیفیت زندگی آنها در دو گروه مواجهه یافته با بیماری (گروه بیماران) و گروه مواجهه نیافته با بیماری (گروه افراد سالم) در جدول ۳ آمده است. همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، بیش از سه چهارم (۷۸/۹ درصد) افرادی که به بیماری دیابت دچار شده‌اند از وضعیت نامطلوب کیفیت زندگی رنج می‌برند، در حالی که این نسبت در افرادی که به این بیماری مبتلا نمی‌باشند (گروه سالم) چیزی کمتر از ۳۵ درصد (۳۷ نفر) می‌باشد. محاسبه خطر نسبی نشان داد که ابتلا به بیماری دیابت به طور معنی‌داری و به اندازه ۷/۱ (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۳/۸-۱۳/۴) برابر احتمال ایجاد کیفیت زندگی نامطلوب را در افراد تحت بررسی افزایش می‌دهد. از سوی دیگر محاسبه خطر قابل انتساب (attributable risk) نشان داد که ۵۵/۷ درصد از خطر وجود

ارتباط با تاثیر سلامتی روحی و جسمی افراد بر فعالیت و روابط اجتماعی آنها بود و جالب اینکه دقیقا همین نتیجه از مطالعه صداقتی و همکاران نیز به دست آمده است. نتایج مشابه در این دو مطالعه نشانگر تاثیر سنت‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی جمعیت ایرانی در تعیین روابط اجتماعی افراد بر یکدیگر می‌باشد. سرزدن و صله ارحام به خصوص با افراد بیمار ستایش شده است و همین امر موجب شده است تا وجود بیماری در مبتلایان تاثیری بر روابط اجتماعی آنان نداشته باشد. در حالی که تاثیر بیماری بر سایر جنبه‌های تعیین کننده کیفیت زندگی کاملا مشهود است. از مهم‌ترین جنبه‌هایی که بیشترین تاثیر را از بیماری دیابت داشته است، "احساس افراد در رابطه با وضعیت سلامتی آنها" بود که نشان از تاثیر روحی و احساسی بیماری در مبتلایان دارد. کاملا واضح است که جامعه پزشکی و بهداشت به ارایه برنامه‌های مرتبط به منظور تقویت روحیه بیماران مبتلا به دیابت نیاز دارد. تاثیر بیماری بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت در سایر جوامع دنیا نیز به خوبی نشان داده شده است (۱۶).

مجموع نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مشابه در داخل و خارج کشور نشان می‌دهد که شروع بیماری دیابت در بیماران به منزله شروع روند کاهش سطح کیفیت زندگی در آنهاست و با توجه به مدت نسبتا طولانی دوره بیماری در شرایط امید به زندگی فزاینده، به نظر می‌رسد که اقدامات لازم جهت بهبود و ارتقا سطح کیفیت زندگی آنها ضروری باشد. اولین قدم در این مسیر، شناسایی مهم‌ترین جنبه‌های زندگی مبتلایان که متاثر از بیماری است، خواهد بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که به جز در حیطه روابط اجتماعی، برنامه‌ریزی لازم به منظور بهبود وضعیت سایر حیطه‌های مورد بررسی لازم می‌باشد. انجام مطالعات مشابه در سایر جمعیت‌های مناطق گوناگون کشور تصویری واضح از وضعیت کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت در کشور را نشان خواهد داد و نتایج آن می‌تواند به طور کاملا کاربردی در برنامه‌ریزی‌های مربوط به ارایه خدمات بهداشتی و درمانی به این گروه در حال افزایش کشور کمک نماید.

### قدردانی و تشکر

بدین وسیله نویسندگان، از تمامی همکاری‌هایی که در انجام مطالعه حاضر یاری‌گر آنها بودند، به ویژه بیماران و سایر شرکت کنندگان در مطالعه، نهایت تشکر را دارند. از دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان نیز به واسطه حمایت بی‌دریغ از طرح، کمال تشکر به عمل می‌آید.

مطالعه حاضر را نسبت به سایر مطالعات مشابه (۱۴) افزایش می‌دهد، همین ویژگی مطالعه حاضر می‌باشد. به عنوان مثال، اختلاف کیفیت زندگی بین گروه‌های مورد مقایسه در مطالعه صداقتی و همکاران بدلیل عدم یکسان بودن آماری دو گروه بر اساس متغیرهایی مثل سن، جنس، شغل، محل زندگی و سطح درآمد نمی‌تواند تنها به دلیل وجود و یا عدم وجود بیماری دیابت باشد.

یکی از نکات مهمی که در ارتباط با نتایج مطالعه حاضر که در استان کرمان و در جنوب کشور انجام شده است وجود دارد، این است که بیش از سه چهارم مبتلایان به دیابت در این مطالعه در طبقه اجتماعی پایین جمعیت مورد مطالعه قرار داشتند. در مطالعه صداقتی در مناطق شمالی کشور نیز بیش از ۸۷ درصد بیماران درآمد ماهانه زیر ۲۰۰ هزار تومان داشتند که با توجه به زمان انجام مطالعه، یعنی سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶، می‌توان آنها را در طبقه پایین اجتماع از نظر اقتصادی قرار داد (۱۴). اگرچه بیماران مورد بررسی در هر دو مطالعه (مطالعه حاضر و مطالعه صداقتی) بطور انتخابی و با روش آسان وارد مطالعه شدند، ولی به نظر نمی‌رسد که تفاوت فاحشی با جمعیت بیماران موجود در مناطق تحت بررسی (شمال و جنوب کشور) داشته باشند. از طرفی امکان دارد که پاسخ بیماران به سوال مربوطه به دلایلی مانند استفاده از تعرفه‌های موجود با سوگیری همراه بوده و منجر به ارایه پاسخ غیرواقعی شده باشد. با وجود توجیحات فوق به نظر می‌رسد که انجام مطالعات بیشتر در روشن نمودن این نکته ضروری به نظر می‌رسد. تغییر الگوی این بیماری مزمن که قبلا از جمله بیماری‌های ویژه طبقات بالای اجتماع به شمار می‌رفت، در صورت تایید می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های آتی و در اجرای روش‌های پیشگیری اول، دوم و سوم بیماری در منطقه و کشور از اهمیت بالایی برخوردار باشد. شاید به عنوان مثال، عدم موفقیت کامل برنامه کشوری مبارزه با دیابت متوجه عواملی از این قبیل باشد.

همانند مطالعات مشابهی که در سایر جمعیت‌ها صورت گرفته (۱۴-۱۵)، مطالعه حاضر نشان داد که ابتلای به بیماری دیابت در جمعیت منطقه بشدت کیفیت زندگی افراد مبتلا را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد. از آنجایی که افراد مبتلا به این بیماری بسته به خدمات بهداشتی و درمانی که دریافت می‌نمایند، سال‌های نسبتا طولانی را با این بیماری طی می‌نمایند، بهبود کیفیت زندگی این افراد از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است.

کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه بر اساس تمامی بخش‌های مختلف پرسش‌نامه SF-36 در مقایسه با افراد سالم به طور معنی‌داری پایین‌تر بود. تنها مورد عدم وجود اختلاف معنی‌دار در

## REFERENCES

1. Robin JM, Ritchie K. Healthy life expectancy: evaluation of global indicator of change in population health. *BMJ* 1991; 302: 457-60.
2. Badley EM, Thompson RP, Wood PHN. The prevalence and severity of major disabling conditions; a reappraisal of the government social survey on the handicapped and impaired in Great Britain. *Int J Epidemiol* 1978; 7: 145-51.
3. Murray CJL, Lopez AD. Regional Patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1347-52.
4. Barer D, Nouri F. Measurement of activities of daily living. *Clin Rehabil* 1989; 3: 179-87.
5. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19: 787-805.
6. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL index: a reliability study. *Int Disabil Stud* 1988; 10: 61-63.
7. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J Royal Coll Gen Practit* 1985; 35: 185-88.
8. Poorkakhki D, Abedsaeidi Z, Yaghmaei F, Alavimajd H, Montazeri A. A survey on quality of life and both individual and disease characteristics of diabetics patients referring to Tehran Hospitals in 2004. *Iranian Journal of Oncology and Metabolism* 2006; 8: 49-56. [In Persian]
9. Bagheri H, Ebrahimi H, Taghavi N, Hasani M. A survey on quality of life of diabetic patients based on the disease consequences among patients referring to Imam Hosein Hospital, Shahrood. *Journal of Shahre-kord University of Medical Sciences* 2005; 7: 50-56. [In Persian]
10. El Achhab Y, Nejari C, Chikri M, Lyoussi B. Disease-specific health-related quality of life instruments among adults diabetic: a systematic review. *Diabetes Res Clin Pract* 2008; 80: 171-84.
11. Speight J, Reaney MD, Barnard KD. Not all roads lead to Rome—a review of quality of life measurement in adults with diabetes. *Diabet Med* 2009; 26: 315-27.
12. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 14: 875-82.
13. Sedaghati M, Ehsani M, Ghanbari A. Comparing quality of life between diabetic type II patients and non-diabetic people. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2007; 9: 55-60. [In Persian]
14. Ware JE JR, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36).I. conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-83.
15. Monjamed M, Aliasgharpoor M, Mehran A, Peymani T. The quality of life of patients with diabetes chronic consequences. *Journal of Nursing and Midwifery School of Tehran University of Medical Sciences* 2006; 12: 55-66. [In Persian]
16. Senez B, Felicioli P, Moreau A, Le Goaziou MF. Quality of life assessment of type 2 diabetic patients in general medicine. *Presse Med* 2004; 33: 160-66.