

## تحقیقی

# رابطه اختلالات اضطرابی با کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع دو

فیروزه درخشان پور<sup>۱</sup>، مریم فارسی نیا<sup>۲</sup>، نجمه شاهینی<sup>۳\*</sup>

۱- فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استایار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.  
۲- دستیار تخصص اطفال. ۳- دستیار تخصصی روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، بیمارستان ابن سینا، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** دیابت با عوارض مزمن بیشماری همراه است، اما آنچه در این میان کمتر مورد بررسی قرار گرفته ابتلا به بیماری های اضطرابی می باشد. در این مطالعه رابطه اختلالات اضطرابی با کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع دو مورد مطالعه قرار گرفته است.  
**روش بررسی:** این مطالعه توصیفی- تحلیلی و مقطعی روی ۳۳۰ فرد دیابتی واجد شرایط مراجعه کننده به کلینیک تخصصی دیابت مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر انجام شد. نمونه ها در مدت شش ماه و با روش نمونه گیری منظم با فاصله نمونه گیری ۳ انتخاب شدند. داده ها با پرسشنامه دموگرافیک، سنجش اضطراب با پرسشنامه استاندارد بک و کیفیت زندگی با پرسشنامه کوتاه ۲۶ سوالی سازمان بهداشت جهانی جمع آوری شد. داده ها با آزمون آماری مربع کای و ضریب همبستگی پیرسون آنالیز شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** در این تحقیق ۳۵/۴۵ درصد جمعیت مورد مطالعه مرد و ۶۴/۵۴ درصد زن بودند. در خصوص کیفیت زندگی کلی ۳۷/۳ درصد کیفیت زندگی نامطلوب، ۵۵/۵ درصد مطلوب و ۵/۵ درصد بسیار مطلوب گزارش کردند که بین اختلالات اضطرابی با کیفیت زندگی رابطه معنادار معکوس برقرار بود ( $P > ۰/۰۰۱$ ). از میان متغیرهای مورد بررسی تنها بین متغیر «سابقه ابتلا به بیماری های دیگر» و کیفیت زندگی رابطه آماری معناداری برقرار بود ( $P \geq ۰/۰۰۵$ ) ولی میان سایر متغیرها رابطه آماری معناداری وجود نداشت.

**نتیجه گیری:** بروز اختلالات اضطرابی در بیماران دیابتی می تواند به عنوان فاکتور اثرگذار منفی بر حیطه های کیفیت زندگی اعمال اثر کند؛ لذا شناسایی درمان و پیشگیری این اختلالات موجب بهبود کیفیت زندگی می شود.

**کلیدواژه ها:** دیابت نوع دو، اختلالات اضطرابی، کیفیت زندگی، پرسشنامه کیفیت زندگی

\* نویسنده مسئول: نجمه شاهینی، پست الکترونیکی: shahinin921@mums.ac.ir

نشانی: دانشگاه علوم پزشکی مشهد. تلفن: ۳۷۱۳۷۵۳۴ (۰۵۱)

وصول مقاله: ۹۳/۵/۴، اصلاح نهایی: ۹۳/۹/۲۴، پذیرش مقاله: ۹۴/۲/۵

## مقدمه

دیابت شایع ترین بیماری متابولیک با شیوعی رو به افزایش است که امید به زندگی را به یک سوم کاهش می دهد (۲۰). دیابت می تواند بر عملکرد فیزیکی، جسمی، توسعه عوارض بیماری، وضعیت روحی- روانی، ارتباطات فردی، خانوادگی، روابط اجتماعی، عملکرد جنسی و درک از سلامتی تاثیرگذار باشد (۳-۶). کیفیت زندگی مفهومی است پیچیده که عبارتست از شادی، ارضای تمایلات، دستیابی به اهداف شخصی، مفید بودن به حال جامعه و توان فیزیکی روحی (۷). عوارض مزمن بیشماری را در خصوص دیابت برشمرده اند، اما آنچه که در این میان کمتر از سایرین مورد بررسی قرار گرفته است ابتلا به بیماری های خلقی از جمله اختلالات اضطرابی است، به طوری که طبق مطالعات انجام شده، یک نفر از هر پنج بیمار مبتلا به دیابت از اضطراب و افسردگی رنج می برد (۹و۸). به طور کلی شایع ترین اختلالات روحی- روانی که در دیابتی ها مشاهده گردیده است (بالاخص در بیماران با دیابت نوع دو)، افسردگی و اضطراب می باشد که شیوع اختلالات اضطرابی در این بیماران حدود ۴۰ درصد گزارش شده است (۱۰و۱۱).

اگرچه ارتباط اختلالات اضطرابی با دیابت به اندازه اختلالات افسردگی مورد بررسی قرار نگرفته است، ولی برخی مطالعات نشان داده است که اضطراب در بیماران بالغ مبتلا به دیابت نوع دو نسبت به جمعیت عمومی بیشتر به چشم می خورد که باز هم احتمالاً در ارتباط با کنترل ضعیف وضعیت متابولیک است. تقریباً مشابه با نتایج منتشر شده در خصوص افسردگی و اختلالات اضطرابی هم در زنان و سطوح اجتماعی- اقتصادی پایین بیشتر به چشم می خورد (۱۰). دیابت با عوارض مزمن بیشماری همراه است که باعث اختلال در کیفیت زندگی می شود، اما آنچه در این میان کمتر مورد بررسی قرار گرفته، رابطه ابتلا به اختلالات اضطرابی و کیفیت زندگی در این بیماران می باشد (۱۲). مطالعات نشان دادند که کیفیت زندگی در بیماران دیابتی بسیار پایین می باشد و وجود اختلالات اضطرابی باعث پایین تر آمدن کیفیت زندگی در آن ها می شود، به طوری که یک رابطه معکوس در این بیماران برقرار است (۲۹). با توجه به مسائل ذکر شده ما

در این مطالعه سعی داریم رابطه اختلالات اضطرابی با کیفیت زندگی را در بیماران دیابتی نوع دو مورد مطالعه قرار دهیم.

## روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه توصیفی- تحلیلی cross sectional است. ۳۳۰ نمونه ی مورد نظر از طریق نمونه گیری منظم با فاصله نمونه گیری ۳ و از میان تمام جمعیت بیماران مبتلا به دیابت نوع دو با دامنه ی سنی ۷۵ - ۲۵ سال مراجعه کننده به کلینیک تخصصی دیابت مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر در نیمه اول سال ۱۳۹۱ که همه آن ها نیز در کلینیک دیابت پرونده داشته و مراجعات منظم و مکرر ثبت شده با نظر پزشک داشتند انتخاب گردیدند. پس از توضیح کامل علت انجام مطالعه و همچنین پر کردن پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات پرونده و آزمایشات پاراکلینیک (آزمایشات تیروئید، کم خونی، قلبی و چربی) و کسب رضایت کتبی از آن ها جهت شرکت در مطالعه به هر بیمار یک پرسشنامه ی سنجش اضطراب بک (BEAK) که روایی و پایایی آن ها در ایران مورد بررسی و تایید قرار گرفته است و یک پرسشنامه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) که روایی و پایایی آن نیز در ایران مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (۱۳و۱۴).

پرسشنامه ی سنجش اضطراب بک (BEAK)، شامل ۲۱ پرسش است و هر پرسش چهار پاسخ دارد (۳-۰) که حالتی از افزایش شدت است: اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) می باشد، بدین ترتیب دامنه نمره ها نیز از ۰ تا ۶۳ می باشد. سپس بر اساس نمره کل، سطح اضطراب بیماران این گونه برآورد خواهد شد: نرمال (۰-۹)، اضطراب خفیف (۱۰-۱۵)، اضطراب متوسط (۱۶-۳۰) و اضطراب شدید (۳۱-۶۳) (۳۶). این پرسشنامه بیشتر بر جنبه های فیزیولوژیکی اضطراب تاکید دارد. سه ماده آن مربوط به خلق مضطرب، سه ماده ی دیگر مربوط به هراس های مشخص و سایر پرسش های آن نشانه های خودکار بیش فعالی و تنش حرکتی اضطراب را می سنجند. Back & Clark، همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. پایایی این ابزار در ایران با روش آلفای کرونباخ (n=۳۴) برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است. همچنین در بررسی روایی این ابزار با کاربرد روش تجربی روایی-

استفاده شد. نرم افزار مورد استفاده SPSS-16 و سطح معنی داری آزمون ها ۰/۰۵ بود. لازم به ذکر است که مشخصات و اطلاعات بیماران نزد مجریان طرح محفوظ می باشد. از همه افراد جهت ورود به مطالعه رضایت نامه با ذکر اطلاعات کامل در مورد طرح اخذ می شد و در بررسی پرونده های بیماران و بازنگری پرسشنامه ها نیز جانب امانت حفظ گردید.

### یافته ها

در این تحقیق ۳۵/۴۶ درصد (۱۱۷ نفر) جمعیت مورد مطالعه را مردان و ۶۴/۵۴ درصد (۲۱۳ نفر) را زنان تشکیل می دادند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۵۱ سال (دامنه سنی ۲۵-۷۵ سال) بود و میانگین سال های ابتلا به دیابت در این جمعیت ۹ سال بود. فراوانی نسبی اختلالات اضطرابی، در این مطالعه ۲۳/۹ درصد (۷۹ نفر) جمعیت سالم (با امتیاز ۰ تا ۹)، ۲۱/۵ درصد (۷۱ نفر) مبتلا به اضطراب خفیف، ۴۱/۲ درصد (۱۳۶ نفر) مبتلا به اضطراب متوسط و ۱۳/۳ درصد (۴۴ نفر) مبتلا به اضطراب شدید گزارش گردیدند که بالا ترین میزان فراوانی به اضطراب متوسط تعلق داشت.

در خصوص کیفیت زندگی کلی نیز ۳۷/۳ درصد نامطلوب، ۵۵/۵ درصد مطلوب و ۵/۵ درصد بسیار مطلوب گزارش گردید که به طور کلی کیفیت زندگی مطلوب بیشترین فراوانی و کیفیت زندگی نامطلوب کمترین میزان فراوانی را در جمعیت مورد مطالعه به خود اختصاص می داد. فراوانی نسبی کیفیت زندگی بر حسب مطلوبیت به تفکیک حیطه ها، در حیطه سلامت جسمانی، سلامت جسمانی مطلوب بیشترین فراوانی را به خود اختصاص می داد (۳۹/۴ درصد). در حیطه سلامت روان، سلامت روانی نامطلوب (۶۶/۱ درصد)، در حیطه سلامت محیطی سلامت محیطی نامطلوب (۵۳/۳ درصد) و در حیطه سلامت اجتماع، سلامت اجتماعی بسیار مطلوب بیشترین فراوانی را به خود اختصاص می دادند (۸۵/۸ درصد). با توجه به جدول ۱ بین اختلالات اضطرابی و کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود داشت ( $P > 0/001$ ).

افتراقی بین دو گروه اضطرابی و بهنجار، T در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معادل ۱۲/۳ گزارش شده است (۱۳). سپس پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL - BREF) در مردم ایران نیز بکار رفت که شامل ۲۶ سؤال بود. با توجه به مقیاس لیکرت و امتیاز هر سؤال ۱ تا ۵، امتیازات پرسشنامه ها با تبدیلات مناسبی به ۰ تا ۱۰۰ تغییر داده شده و در حالت کلی و در زیر گروه های کیفیت زندگی (Domain)، نمرات ۰ تا ۵۰ نامطلوب، بین ۵۰ تا ۷۵ مطلوب و بیش از ۷۵ بسیار مطلوب گزارش گردید. اطلاعات دموگرافیک بیماران از پرونده بیماران استخراج و در چک لیست مربوطه ثبت گردید. در نهایت نیز با توجه به امتیاز بندی حاصل از پرسشنامه های اختلالات اضطرابی بک و مشخص شدن درصد نسبی بروز اختلالات اضطرابی در بیماران مورد بررسی، با بیمارانی که مبتلا به اختلالات اضطرابی بودند تماس تلفنی حاصل گردید و از آن‌ها درخواست شد که جهت تایید بالینی قطعی اختلالات فوق الذکر به درمانگاه اعصاب و روان مراجعه نمایند تا علاوه بر تایید قطعی اختلال، درمان مناسب دارویی نیز برای آن‌ها آغاز گردد. معیارهای ورود به مطالعه شامل دامنه سنی ۲۵-۷۵ سال تحت درمان با داروهای خوراکی تحت درمان با انسولین و بیماران تحت درمان با داروهای خوراکی و انسولین بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و اختلالات اعصاب و روان و تحت درمان حداقل طی دو ماه گذشته و سایر بیماری های جسمی شدید بود که بر کیفیت زندگی اثر گذار بودند. روش تجزیه و تحلیل داده ها به صورت توصیف اطلاعات از طریق جداول و شاخص های مرکزی و پراکنندگی انجام گرفت و برای مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه (دارای اختلالات اضطرابی و فاقد اختلالات اضطرابی) بر حسب مطلوبیت از کای دو استفاده گردید. از سوی دیگر برای سنجش رابطه کیفیت زندگی با نمرات پرسشنامه های بک از ضریب همبستگی پیرسون

جدول ۱: توزیع فراوانی درصد کیفیت زندگی و اختلال اضطرابی در بیماران دیابت نوع دو

آزمون PValue	اختلال اضطراب			
	شدید تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	خفیف تعداد (درصد)	نرمال تعداد (درصد)
۰/۰۰۱	۳۱ (۲۵/۲)	۶۵ (۵۲/۸)	۱۹ (۱۵/۴)	۸ (۶/۵)
	۱۲ (۶/۶)	۷۰ (۴۸/۳)	۴۷ (۲۵/۷)	۵۴ (۲۹/۵)
	۱ (۵/۶)	۱ (۵/۶)	۳ (۱۶/۷)	۱۳ (۷۲/۲)
				کیفیت زندگی
				نا مطلوب
				مطلوب
				بسیار مطلوب

جدول ۲: رابطه بین متغیرهای مستقل با اختلالات اضطرابی

متغیرها	اختلالات اضطرابی				PValue	آزمون
	نرمال	خفیف	متوسط	شدید		
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)		
عوارض مزمن دیابت	دارد	۶۱(۲۲)	۵۷(۲۰/۶)	۱۱۸(۴۲/۶)	۴۱(۱۴/۸)	۰/۰۷۴
	ندارد	۱۸(۳۴)	۱۴(۲۶/۴)	۱۸(۳۴)	۳(۵/۷)	
بیماری های دیگر	فقدان بیماری	۰(۰)	۰(۰)	۱(۵۰)	۱(۵۰)	۰/۱۸۶
	بیماری قلبی عروقی	۱۱(۱۴/۹)	۱۵(۲۰/۳)	۳۱(۴۱/۹)	۱۷(۲۳)	
	افزایش چربی های خون	۱۶(۲۵/۸)	۱۱(۱۷/۷)	۲۴(۳۸/۷)	۱۱(۱۷/۷)	
	کم خونی	۱۳(۲۴/۵)	۱۵(۲۸/۳)	۲۰(۳۷/۷)	۶(۹/۴)	
	اختلالات تیروئید	۱۱(۳۲/۴)	۷(۲۰/۶)	۱۴(۴۱/۲)	۲(۵/۹)	
	بیش از یک مورد	۲۸(۲۶/۷)	۲۳(۲۱/۹)	۴۶(۴۳/۸)	۸(۷/۶)	
مدت ابتلا به بیماری	میانگین	۹/۳۲	۱۱/۲۱	۱۰/۵۶	۹/۷۸	۰/۵۴۳
	انحراف معیار	۶/۳	۷/۲	۵/۸	۶/۷	

جدول ۳: رابطه بین اختلالات اضطرابی و کیفیت زندگی با متغیرهای مورد مطالعه

نتیجه آزمون	اختلالات اضطرابی				متغیرها	
	نرمال	خفیف	متوسط	شدید		
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
جنس	مرد	۲۳(۱۹/۷)	۲۱(۱۷/۹)	۵۴(۴۶/۲)	۱۹(۱۶/۲)	۰/۱۹۷
	زن	۵۶(۳۶/۳)	۵۰(۲۳/۵)	۸۲(۳۸/۵)	۲۵(۱۱/۷)	
وضعیت تاهل	مجرد	۱۳(۲۶)	۱۷(۳۴)	۱۵(۳۰)	۵(۱۰)	۰/۰۸۷
	متاهل	۶۶(۲۳/۷)	۵۴(۱۹/۴)	۱۲۰(۴۳)	۳۹(۱۴)	
فشارخون	دارد	۲۷(۲۳/۱)	۲۵(۲۱/۴)	۴۵(۳۸/۵)	۲۰(۱۷/۱)	۰/۵۲۴
	ندارد	۵۲(۲۴/۵)	۴۶(۲۱/۷)	۹۰(۴۲/۵)	۲۴(۱۱/۳)	
عوارض مزمن دیابت	دارد	۶۱(۲۲)	۵۷(۲۰/۶)	۱۱۸(۴۲/۶)	۴۱(۱۴/۸)	۰/۰۷۴
	ندارد	۱۸(۳۴)	۱۴(۲۶/۴)	۱۸(۳۴)	۳(۵/۷)	
سطح تحصیلات	بی سواد	۲۹(۲۰/۳)	۳۱(۲۱/۷)	۵۷(۳۹/۹)	۲۶(۱۸/۲)	۰/۱۱۳
	تحصیل کرده	۵۰(۲۶/۷)	۴۰(۲۱/۴)	۷۹(۴۲/۲)	۱۸(۹/۶)	
وضعیت اشتغال	بیکار	۵۲(۲۶/۱)	۴۰(۲۰/۱)	۸۰(۴۰/۲)	۲۷(۱۳/۶)	۰/۶۵۶
	شاغل	۲۷(۲۰/۶)	۳۱(۲۳/۷)	۵۶(۴۲/۷)	۱۷(۱۳)	
سابقه فامیلی دیابت	دارد	۵۰(۲۶/۷)	۴۰(۲۱/۴)	۷۹(۴۲/۲)	۱۸(۹/۶)	۰/۶۸۹
	ندارد	۲۹(۲۰/۳)	۳۱(۲۱/۷)	۵۷(۳۹/۹)	۲۶(۱۸/۲)	
قومیت	فارس	۵۳(۲۵)	۴۴(۲۰/۸)	۸۲(۳۸/۷)	۳۳(۱۵/۶)	۰/۴۱۶
	ترکمن	۱۵(۲۲/۴)	۱۴(۲۰/۹)	۲۹(۴۳/۳)	۹(۱۳/۴)	
	سیستانی	۱۱(۲۱/۶)	۱۳(۲۵/۵)	۲۵(۴۹)	۲(۳/۹)	
ورزش	دارد	۴۵(۲۹/۶)	۳۷(۲۴/۳)	۵۶(۳۶/۸)	۱۴(۹/۲)	۰/۳۲۶
	ندارد	۳۴(۱۹/۲)	۳۴(۱۹/۲)	۷۹(۴۴/۶)	۳۰(۱۶/۹)	
رژیم غذایی	دارد	۶۶(۲۴/۶)	۵۴(۲۰/۱)	۱۰۹(۴۰/۷)	۳۹(۱۴/۶)	۰/۱۴۵
	ندارد	۱۳(۲۱)	۱۷(۲۷/۴)	۲۷(۴۳/۵)	۵(۸/۱)	
سابقه ابتلا به بیماری های دیگر	فقدان بیماری	۰(۰)	۰(۰)	۱(۵۰)	۱(۵۰)	۰/۱۸۶
	بیماری قلبی عروقی	۱۱(۱۴/۹)	۱۵(۲۰/۳)	۳۱(۴۱/۹)	۱۷(۲۳)	
	افزایش چربی های خون	۱۶(۲۵/۸)	۱۱(۱۷/۷)	۲۴(۳۸/۷)	۱۱(۱۷/۷)	
	کم خونی	۱۳(۲۴/۵)	۱۵(۲۸/۳)	۲۰(۳۷/۷)	۶(۹/۴)	
	اختلالات تیروئید	۱۱(۳۲/۴)	۷(۲۰/۶)	۱۴(۴۱/۲)	۲(۵/۹)	
	بیش از یک مورد	۲۸(۲۶/۷)	۲۳(۲۱/۹)	۴۶(۴۳/۸)	۸(۷/۶)	
سن	میانگین	۵۰/۹۷	۴۸/۳۹	۵۰/۹۴	۵۲/۲۵	۰/۱۰۵
	انحراف معیار	۹/۴۱	۸/۸۳	۸/۶۰	۹/۰۵	

در افراد تحصیل کرده، بیکاران، افراد سابقه خانوادگی برای دیابت، افرادی که ورزش نمی کردند، در افرادی که رژیم غذایی را رعایت می کردند و در نژاد فارس بیشتر بود.

همچنین مبتلایان به بیماری های قلبی - عروقی و افزایش چربی های خون، بیشترین میزان نامطلوب کیفیت زندگی ۲۳ درصد (۱۷ نفر) و مبتلایان به اختلالات تیروئیدی، کمترین میزان نامطلوب ۵/۹ درصد (۲ نفر) را دارا بودند. از این میان تنها بین متغیر « سابقه ابتلا به بیماری های دیگر» و کیفیت زندگی رابطه آماری معنی داری برقرار بود ( $P < 0/005$ )، ولی میان سایر متغیرها با کیفیت زندگی رابطه آماری معنی داری وجود نداشت.

آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که اختلالات اضطرابی نیز با کیفیت زندگی کلی و حیطه های آن رابطه معنی دار معکوس دارد. سطح معنی داری ۰/۰۰۱ و ضریب همبستگی ۰/۴۸۱- در نظر گرفته شد.

در این مطالعه اختلالات اضطرابی در زنان بیشتر از مردان، در متاهلین بیشتر از مجردها، در افراد مبتلا به فشارخون و عوارض مزمن دیابت، در افراد بیسواد، در افراد شاغل، در افرادی که ورزش نمی کردند و در افرادی که رژیم غذایی را رعایت می کردند بیشتر به چشم می خورد، همچنین نژاد این افراد فارس، ترکمن و سیستانی بود. در حیطه اختلال اضطرابی شدید، افرادی که مبتلا به اختلالات قلبی - عروقی بودند بیشترین میزان ابتلا و افرادی که مبتلا به اختلالات تیروئیدی بودند کمترین میزان ابتلا را داشتند، ولی با این وجود میان هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی (جنس، وضعیت تاهل، فشارخون، شغل، سطح تحصیلات، سابقه ی فامیلی دیابت، قومیت، ورزش، رژیم غذایی، سن، مدت ابتلا به بیماری، عوارض مزمن دیابت و سابقه ی ابتلا به بیماری های دیگر) با اختلالات اضطرابی رابطه معنی دار آماری وجود نداشت. کیفیت زندگی نامطلوب در زن ها، متاهلین، افراد مبتلا به فشارخون، افراد مبتلا به عوارض مزمن دیابت،

جدول ۴: رابطه بین متغیرهای مستقل با کیفیت زندگی

P value *	کیفیت زندگی			متغیرها
	بسیار مطلوب تعداد (درصد)	مطلوب تعداد (درصد)	نامطلوب تعداد (درصد)	
۰/۰۰۵	۰(۰)	۰(۰)	۲(۱۰۰)	سابقه ابتلا به بیماری های همراه دیگر
	۱(۱/۴)	۳۹(۵۳/۴)	۳۳(۴۵/۲)	فقدان بیماری
	۴(۶/۵)	۲۵(۴۰/۳)	۳۳(۵۳/۲)	بیماری قلبی عروقی
	۱(۲)	۳۱(۶۰/۸)	۱۹(۳۷/۳)	افزایش چربی های خون
	۴(۱۲/۵)	۲۱(۶۵/۶)	۷(۲۱/۹)	کم خونی
	۸(۷/۷)	۶۷(۶۴/۴)	۲۹(۲۷/۹)	اختلالات تیروئید
۰/۴۳۹	۵۱/۰۶	۵۰/۱۱	۵۱/۴۳	بیش از یک مورد
	۶/۸۹	۸/۶۱	۹/۵۸	میانگین انحراف معیار

\* آزمون مجذور کای

## بحث

از میان متغیرهای مستقل مورد بررسی تنها بین متغیر سابقه ابتلا به بیماریهای دیگر و کیفیت زندگی رابطه آماری معناداری برقرار بود (سطح معناداری ۰/۰۰۵)، ولی میان سایر متغیرهای با کیفیت زندگی رابطه آماری معناداری وجود نداشت.

در مطالعات مختلف تقریباً در این مورد اتفاق نظر وجود دارد که شیوع اختلالات اضطرابی در بیماران دیابتی بسیار بالاتر از جمعیت عمومی است که این با مطالعه حاضر هم خوانی داشت (۱۵-۱۸).

در مطالعه حاضر بیش از نیمی از بیماران (۵۴/۷ درصد) مبتلا به اضطراب متوسط و شدید بودند. درخصوص فراوانی کیفیت زندگی بر حسب مطلوبیت به تفکیک حیطه ها، سلامت جسمانی مطلوب، سلامت روانی و سلامت محیطی نامطلوب و سلامت اجتماعی بسیارمطلوب، بیشترین فراوانی را داشتند و کیفیت زندگی کلی مطلوب بیشترین فراوانی و کیفیت زندگی نامطلوب کمترین میزان فراوانی را در جمعیت مورد مطالعه به خود اختصاص می داد.

در حالیکه در مطالعه Shobhana و همکاران (۲۰۰۳) و مطالعه Ozdemir (۲۰۱۱) نیز بین جنس و اختلالات اضطرابی از نظر آماری تفاوت وجود داشته است (۲۳ و ۲۴). در مطالعه Bener و همکاران (۲۰۱۱) نیز بین جنس و اختلالات اضطرابی رابطه معنادار وجود داشت ولی بین عوارض مزمن دیابت و اختلالات اضطرابی رابطه معناداری برقرار نبود (۲۵).

در این مطالعه تنها بین متغیر سابقه ابتلا به بیماری های همراه دیگر" و کیفیت زندگی رابطه آماری معناداری برقرار بود (سطح معناداری ۰/۰۰۵) ولی میان سایر متغیرهای با کیفیت زندگی رابطه آماری معناداری وجود نداشت که این با باقری و همکاران (۱۳۸۴) و مطالعه عبدالرحمن (۱۳۸۹) مشابه بود (۲۱ و ۲۶). در این مطالعه بین اختلالات اضطرابی با کیفیت زندگی کلی و حیطه های آن رابطه معنادار معکوس وجود داشت.

در مطالعه Sulaiman و همکاران (۲۰۱۰) نیز بین اختلالات اضطرابی و کیفیت زندگی (حیطه های سلامت جسمانی و سلامت روان) رابطه معنادار معکوس برقرار بود (۲۷). در مطالعه Issa و همکاران (۲۰۰۷) نیز بین اختلالات اضطرابی و کیفیت زندگی کلی و همه ی حیطه های آن رابطه خطی معکوس برقرار بود (۲۸) که این مطالعه مدلی برای تبیین نقش عوامل مختلف روانی- اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت ارائه داده اند بر اساس این مدل دو نتیجه نهایی در درمان دیابت میتوان در نظر گرفت: کنترل متابولیک و کیفیت زندگی که این دو نسخه مستقل از هم و تحت تاثیر عوامل مختلف هستند (۲۸).

در این مطالعه بین کیفیت زندگی و اختلال اضطرابی رابطه معنی دار معکوسی وجود داشت. بنابراین شاید بتوان چنین فرض کرد که مداخلاتی که در جهت بهبود وضعیت سلامت روان بیماران انجام می شود بیشتر بر بهبود کیفیت زندگی آنها موثر است.

### نتیجه گیری

با توجه به یافته های منتج از این مطالعه، بروز اختلالات اضطرابی در بیماران دیابتی با کاهش کیفیت زندگی خواه کلی خواه در همه ی حیطه های آن ( جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی) رابطه دارد که نه تنها به عنوان یک فاکتور اثرگذار

در مورد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت در ایران مطالعه ای که با پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت انجام شده باشد یافت نشد، اما با همین ابزار بررسی هایی روی جمعیت بهنجار و بیماران مبتلا به سایر بیماریها انجام شده است. مقایسه نتایج حاصل از این مطالعه با مطالعه ای که با همین پرسشنامه بر روی جمعیت بهنجار در شهر تهران توسط نجات و همکاران (۱۳۸۶) نشان می دهد که به طور کلی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت پایین تر از جمعیت بهنجار است و میزان هموگلوبین گلیکوزیله با عوارض دیابت رابطه معنی داری داشت اما بین کنترل متابولیک و اختلالات اضطرابی و افسردگی با سایر خرده مقیاسهای کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود نداشت (۱۹).

در این مطالعه درخصوص فراوانی کیفیت زندگی بر حسب مطلوبیت به تفکیک حیطه ها، سلامت جسمانی مطلوب، سلامت روانی و سلامت محیطی نامطلوب و سلامت اجتماعی بسیارمطلوب، بیشترین فراوانی را داشتند و کیفیت زندگی کلی مطلوب بیشترین فراوانی و کیفیت زندگی نامطلوب کمترین میزان فراوانی را در جمعیت مورد مطالعه به خود اختصاص می داد. در مطالعه منجمد و همکاران (۱۳۸۵) که بر روی بیماران دیابتی انجام شد، یافته ها حاکی از این بود که ۷۱ درصد حیطه ها از کیفیت زندگی نسبتا مطلوب برخوردار بودند و کیفیت زندگی کلی نیز در سطح متوسط قرار داشت (۲۰). در مطالعه باقری و همکاران (۱۳۸۴) حیطه های سلامت جسمانی و اجتماعی مطلوب و حیطه سلامت روان نامطلوب گزارش گردیده بود (۲۱). در مطالعه حریریان (۱۳۸۶) حیطه های سلامت روانی و اجتماعی بسیار مطلوب و حیطه سلامت جسمانی مطلوب گزارش گردیده بود (۲۲). در این مطالعه بین هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی (جنس، وضعیت تاهل، فشارخون، شغل، سطح تحصیلات، سابقه فامیلی دیابت، قومیت، ورزش، رژیم غذایی، سن، مدت ابتلا به بیماری، عوارض مزمن دیابت و سابقه ابتلا به بیماریهای دیگر) با اختلالات اضطرابی رابطه آماری معناداری وجود نداشت. در حالی که در مطالعه Tee و Kaur (۲۰۱۳) سابقه خانوادگی اختلالات روانپزشکی مهمترین پیش گویی کننده برای اختلال اضطرابی بیان شده بود (۱۵).

منفی بر حیطه های کیفیت زندگی اعمال اثر کند لذا شناسایی درمان و پیشگیری این اختلالات موجب بهبود کیفیت زندگی میشود.

### تشکر و قدردانی

بودجه این تحقیق در قالب پایان نامه به شماره ۵۳۵ در دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شده است. بدینوسیله از تمامی افرادی که ما را در این زمینه یاری کردند کمال تشکر را داریم.

### References

- Ahmann AJ. Guidelines and performance measures for diabetes. Am J Manag Care. 2007 April;13(Suppl 2):S41-S6.
- Azizi F ,Hatami H, Janghorbani M. Epidemiology and Control of Common Disease In Iran. Eshtiagh Press. 2007 January; 32-55.
- Graham JE, Stoebner-May DG, Ostir GV, Al Snih S, Peek MK, Markides K . Health related quality of life in older Mexican Americans with diabetes: A cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes. 2007 July;5:39.
- Fowler MJ. Microvascular and macrovascular complications of diabetes. Clinical Diabetes. 2008 ;26(2):77-82.
- Inzucchi S. E, Bergenstal R. M., Buse J. B, Diamant M. Management of hyperglycemia in G Ctype 2 diabetes: a patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). 2012, 55, (6): 1577-96.
- Papadopoulos A, Kontodimopoulos N, Frydas A, Ikonomakis E, Niakas D. Predictors of health-related quality of life in type II diabetic patients in Greece. BMC Public Health. 2007 ;7(1):186.
- Veenhoven R. The Four Qualities of Life Ordering Concepts and Measures of the Good Life. Happiness Studies Book Series 2013, pp 195-226.
- Ali S, Stone M, Peters J, Davies M, Khunti K. The prevalence of comorbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta- analysis. Diabetic Medicine. 2006 ;23(11):1165-73.
- Barnard K, Skinner T, Peveler R. The prevalence of co- morbid depression in adults with Type 1 diabetes: systematic literature review. Diabetic Medicine. 2006 June;23(4):445-8.
- Barry J, Dirk M. Tip 2 Diyabet. Akman M, Akdeniz Z, Sucaklı B, Aksan A (Çeviri Ed) İstanbul: AND Yayıncılık. 2003 December;71-2.
- Goebel-Fabbri A, Musen G, Sparks RC. Endocrin Disorders: In Levenson LJ (editor). Textbook of Psychosomatic Medicine. First Ed. Washington: American Psychiatric Publishing Inc. 2005; 496-500.
- Connell CM, Fisher EB, Houston CA. Relationships among social support, diabetes outcomes, and morale for older men and women.

منفی بر حیطه ی روان بلکه بر تمامی حیطه های کیفیت زندگی آنان اعمال اثر کند؛ لذا شناسایی و درمان بهنگام این اختلالات می تواند علاوه بر بهبود کیفیت زندگی با کاهش خطر رخداد پیامدهایی چون امتناع از ادامه درمان دیابت به علت کاهش انرژی ناشی از افسردگی و بعضا خودکشی در موارد شدید همراه باشد.

بنا بر مطالعه انجام شده می توان گفت که اختلالات اضطرابی در بیماران دیابتی می تواند به عنوان فاکتور اثرگذار

Journal of Aging and Health. 1992 February;4(1):77-100.

- Kazemi H. Comparison of cognitive distortion in depressed and anxious patients. Master Thesis, University of Shiraz. In 1382. [Persian]
- Nejat S, Montazeri A, Holakoe Naeini K, Mohammad K, Majdzadeh SR. Standardization of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): translation and psychometric properties of the Iranian species . Journal of Public Health and Institute of Health Research. Winter 1385: Volume 4: Issue 4: 12-1. [Persian]
- Kaur1 G, Tee G. Depression, anxiety and stress symptoms among diabetics in Malaysia: a cross sectional study in an urban primary care setting. BMC Family Practice 2013, 14:69.
- Khuwaja AK, Lalani S, Dhanani R, Azam SI, Rafique G, White F: Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: a multi-centre study of prevalence and associated factors. Diabetol & Metab Syndr 2010, 2(72):2-7.
- Tovilla-Zárate C, Juárez-Rojop I, Peralta Jimenez Y, Jiménez MA, Vázquez S, Bermúdez-Ocaña D, Ramón-Frías T, Genis Mendoza AD, García SP, Narváez LL: Prevalence of anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes in the Mexican population. PLoS One 2012, 7(5):e36887.
- Tann SS, Yabiku ST, Okamoto SK, Yanow J: TriADD: the risk for alcohol abuse, depression, and diabetes multimorbidity in the American Indian and Alaskan native population. Am Indian Alsk Native Ment Health Res 2007, 14(1):1-23.
- Aliakbar Nejadi S, Larijani B, Shariati B, Amini H. DEPRESSION, QUALITY OF LIFE AND GLYCEMIC CONTROL IN PATIENTS WITH DIABETES . Journal of Diabetes and Metabolic Disorders (Formerly: Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders) 2007;7:8. [Persian]
- Monjamed Z, Ali Asgharpour M, Mehran A, Peymani T. Quality of life in patients suffering from diabetes complications. . Journal of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (life), Spring 1385, Volume 12, Number 1: 66-55.[Persian]
- bagheri H, abrahimi H, Taghavi N, hasani M. Evaluation of quality of life in patients with diabetes mellitus, based on its complications, referred to Emam

Hosseini Hospital, Shahroud. J Shahrekord Univ Med Sci. 2005; 7 (2) :50-56.[Persian]

22. Haririan H, Moghaddasian S, Ebrahimi H. Surveying the quality of life and its dimensions among the type 2 diabetes patients referred to the Diabetes center of Tabriz university of medical sciences-1386. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty. 2008 Autumn;6(1):26-37. [Persian]

23. Shobhana R, Rao PR, Lavanya A, Padma C, Vijay V, Ramachandran A. Quality of life and diabetes integration among subjects with type 2 diabetes. JOURNAL-ASSOCIATION OF PHYSICIANS OF INDIA. 2003 ;51:363-6.

24. ozdemir I, hocaglu c, kocak M, Ersoz o. quality of life and psychiatric symptoms in the patients with type 2. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2011; 24:128-38.

25. Bener A, Abdulla, Al-Hamaq o, Dafeeah E . High Prevalence of Depression, Anxiety and Stress

Symptoms Among Diabetes Mellitus Patients. The Open Psychiatry Journal. 2011 ; 5: 5-12.

26. Abdul Rahman NA. Quality of life of type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) patients in the endocrine clinic of Hospital Putrajaya: Universiti Teknologi MARA (UiTM); 2010.

27. Sulaiman N, Hamdan A, Tamim H, Mahmood DA, Young D. The prevalence and correlates of depression and anxiety in a sample of diabetic patients in Sharjah, United Arab Emirates . BMC Family Practice. 2010 ; 1471 – 2296.

28. Awoye Issa B, Yussuf AD, Baiyewu O. The association between psychiatric disorders and quality of life of patient with diabetes mellitus. Iranian Journal of Psychiatry. 2007 ;2(1):30-4.

29. Özdemir I, Hocaoglu C. Quality of Life and Psychiatric Symptoms in the Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2011;24:128-38.



## Original Paper

# Relationship between Anxiety Disorders and life Quality in Type Two Diabetic Patients

Firozeh Derakhshanpoor (PhD)<sup>1</sup>, Maryam Farsinia (MD)<sup>2</sup>, Najmeh Shahini (MD)\*<sup>3</sup>

1- Assistant Professor of Psychiatry, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. 2- Resident of children.  
3-Resident of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Ibn-e-Sina Hospital, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

---

### Abstract

**Background and Objective:** Diabetes may lead to several chronic complications but less was studied about anxiety disorders. Thus, we aimed to evaluate the association between anxiety disorders and the quality of life (QOL) in diabetic type two (DMT2) patients.

**Material and Methods:** This descriptive- analytic study was conducted on 330 DMT2 patients referring to panje Azar hospital in Gorgan, Iran. The Data was collected via systematic sampling in six months using demographic checklist, Beck Anxiety Inventory & WHO QOL-BREF questionnaire, and analyzed by Chi square test and Pearson correlation coefficient ( $P \leq 0.05$ ).

**Results:** The participants were both males (35.45%) and females (64.54%). The overall quality of life was reported unsatisfactory in 37.3%, satisfactory in 55.5% and highly favorable in 5.5% of the participants. There was an inverse correlation between QOL and anxiety disorders ( $P \leq 0.001$ ), and the only variable having significant correlation with QOL was previous coexisting disorders ( $P \leq 0.005$ ).

**Conclusion:** Anxiety disorders in DMT2 patients can have negative effect on quality of life. Hence, early diagnosis, treatment and prevention may result in improving quality of life.

**Keywords:** Diabetes Mellitus Type 2, Anxiety Disorders, Quality of Life, Quality of Life Questionnaire

---

\* **Corresponding Author:** Najmeh Shahini (MD), **Email:** shahinin921@mums.ac.ir

Received 26 Jul 2014

Revised 15 Dec 2014

Accepted 4 Apr 2015

This paper should be cited as: Derakhshanpoor F, Farsinia M, Shahini N. [Relationship between Anxiety Disorders and life Quality in Type Two Diabetic Patients]. J Res Dev Nurs Midwifery. Spring & Summer 2015; [Article in Persian]