

کیفیت زندگی و ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر شایع در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله استان کردستان

نرگس شمس‌علیزاده^۱، علیرضا دلآوری^۲، عباس شیردل^۳، بهزاد محسن‌پور^۴، ابراهیم قادری^۲

^۱ استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

^۲ استادیار، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

^۳ متخصص عفونی، بیمارستان توحید، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

^۴ دستیار اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

نویسنده رابط: نرگس شمس‌علیزاده، نشانی: سنندج، بلوار پاسداران، بیمارستان قدس. همراه: ۰۹۱۲۱۵۹۹۱۱۲، پست الکترونیک: nshamsalizadeh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۴/۱۷؛ پذیرش: ۱۳۸۸/۳/۲

مقدمه و اهداف: کیفیت زندگی یکی از عوامل مهم در ارزیابی مسایل بهداشتی و درمانی است. بیماری‌های مزمن، یکی از عوامل کاهش کیفیت زندگی در افراد هستند و بررسی کیفیت زندگی جزء مهمی در ارزیابی نتایج درمان این بیماران است. لذا این مطالعه به بررسی کیفیت زندگی و ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر (مزمن) شایع در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله استان کردستان می‌پردازد.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی و مقطعی بود. اطلاعات توسط پرسشنامه EUROHIS-QOL 8-item (کیفیت زندگی ۸ سئواله EUROHIS) و توسط مصاحبه جمع‌آوری گردید و با استفاده از نرم افزار SPSSwin ۱۲ و آزمون T تست، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: پس از حذف اثر سایر متغیرهای مخدوش‌کننده، کیفیت زندگی در افراد سیگاری ۱/۴۱ امتیاز پایین‌تر از افراد غیر سیگاری، در خانم‌ها ۱/۵۲ امتیاز پایین‌تر از مردان و در افراد مبتلا به فشار خون ۱/۴۱ امتیاز پایین‌تر از افراد غیر مبتلا بود. همچنین کیفیت زندگی به ازای هر سال افزایش سن، ۰/۰۵ امتیاز کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: با توجه به پایین‌تر بودن کیفیت زندگی در زنان، افراد مسن‌تر و بیماران مبتلا به فشار خون، لازم است که توجه بیشتر به شناسایی زود هنگام این افراد و درمان‌های مبتنی بر افزایش کیفیت زندگی صورت پذیرد. استفاده از این پرسشنامه در منطقه ما نیز عملی است و می‌تواند در مطالعات در سطح وسیع مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، بیماری‌های مزمن، EUROHIS-QOL 8-item

مقدمه

پزشکی شناخته شده است (۴). مطالعات مختلفی ارتباط بیماری‌ها را با کیفیت زندگی مورد بررسی قرار داده‌اند. این مطالعات نشان داده‌اند که وجود بیماری‌های مزمن می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی در افراد مبتلا شود ولی مطالعات کمی در جمعیت عمومی انجام شده است (۵،۶،۷). سنجش کیفیت زندگی برای بررسی بار بیماری‌ها و درمان‌های پزشکی نیز کاربرد دارد و می‌تواند خصوصیات بیماری‌ها و درمان آن‌ها را بازگو نماید (۸).

امروزه استفاده از پرسشنامه‌های کوتاه بررسی کیفیت زندگی به صورت یک ابزار اقتصادی درآمده است (۹) و این ابزار نه فقط برای

کیفیت زندگی عبارتست از برداشت افراد از موقعیت خود در زندگی، که با اهداف و انتظارات و استانداردهای فرد در ارتباط است (۱). تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت به صورت «رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه فقط فقدان بیماری و معلولیت» بیان شده است که باعث گسترش توجه از بیماری به عملکرد و سایر جنبه‌های مثبت سلامتی شد (۲).

اکنون کیفیت زندگی به عنوان یک شاخص کلیدی معمول در مطالعات بهداشتی در نظر گرفته می‌شود (۳) و بعنوان ابزاری برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشت عمومی و

تعطیل انجام شد و قبل از انجام مصاحبه از افراد اجازه گرفته می‌شد.

در طرح بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، پرسشنامه‌ای توسط فرد مصاحبه کننده تکمیل شد که شامل مشخصات دموگرافیک و سابقه ابتلا به برخی بیماری‌های مزمن بود. همچنین مشخصات فیزیکی و فشار خون بیمار نیز مورد سنجش قرار گرفت و ثبت گردید.

پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه-EUROHIS-QOL 8-item با تلخیص پرسشنامه WHOQOL-BREF بود (۸).

جهت جمع‌آوری اطلاعات، ابتدا پرسش‌گران در جلسه توجیهی توسط مجری با پرسشنامه و نحوه تکمیل آن آشنا شدند. سپس پرسشنامه کیفیت زندگی همزمان با سایر پرسشنامه‌های طرح بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در اختیار جمعیت هدف قرار گرفت. پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه پرسش‌گر با افراد مورد مطالعه و با رضایت کامل فرد و رازداری کامل تکمیل شدند و شفاف‌سازی لازم در سوالات انجام می‌شد تا اینکه در مورد ساختار پرسشنامه یا سایر جنبه‌های سئوالات هیچ نقطه ابهامی برای شرکت کننده‌ها وجود نداشته باشد.

پرسشنامه از ۸ سوال تشکیل شده بود و پاسخ‌ها ۵ گزینه‌ای از خیلی ناراضی تا خیلی راضی یا اصلاً تا کاملاً را در بر می‌گرفت و نمره دهی به صورت خیلی راضی (کاملاً) نمره ۵ و تا خیلی ناراضی (اصلاً) نمره ۰ بود که نمره بالاتر نشانه کیفیت زندگی بالاتر است. این ابزار در مطالعاتی در انگلیس، فرانسه و آلمان پایایی داخلی ۰/۸ داشت (۳) و در مطالعه‌ای که نمونه‌هایی از ۱۰ کشور مختلف در آن شرکت داشتند پایایی ۰/۷۴ تا ۰/۸۵ داشت (۸). در مطالعه ما نیز به منظور تعیین پایایی پرسشنامه، پرسشنامه مذکور در اختیار ۳۰ نفر قرار گرفت و با یک بار تکمیل پرسشنامه، آلفای کرونباخ به عنوان شاخصی از پایایی برابر ۰/۷۵ بدست آمد و روایی محتوایی آن نیز به تایید ۴ نفر روانپزشک رسید.

بعد از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات به رایانه وارد شد و توسط نرم افزار SPSS ۱۲ و تست‌های آماری لازم تجزیه و تحلیل گردید. جهت مقایسه نمره کیفیت زندگی بر حسب متغیرهای مستقل اسمی از آزمون‌های آماری تی تست مستقل، برای بررسی همبستگی بین دو صفت کمی از ضریب همبستگی پیرسون و برای کنترل اثر مخدوش‌کنندگی از رگرسیون چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۷۰۰ نفر شرکت داشتند که ۲ نفر به علت عدم

پایش‌های بهداشتی بلکه برای غربال‌گری در مطالعات بالینی نیز می‌تواند کاربرد داشته باشد. یکی از این پرسشنامه‌ها، پرسشنامه EUROHIS-QOL 8-item است که با تلخیص پرسشنامه WHOQOL-BREF^۱ تهیه شده است. این پرسشنامه در چند کشور اروپایی استفاده شده و روایی و پایایی مناسبی داشته است (۸). این مطالعه به بررسی کیفیت زندگی و ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر (مزمن) شایع در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله استان کردستان با استفاده از این پرسشنامه می‌پردازد.

روش کار

این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی و مقطعی انجام شد که در آن ۷۰۰ نفر از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله استان کردستان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی (طبقات شامل شهرها و روستاها) و در داخل طبقات بصورت خوشه‌ای بود. از اولین رقم کد پستی که مربوط به تقسیم‌بندی شهری است استفاده شد و نمونه‌گیری در داخل آن با روش تصادفی انجام گرفت. با استفاده از فهرست خانواری شهری و روستایی بصورت تصادفی سرخوشه‌ها تعیین شدند. نقشه هر خوشه با توجه به مشخصات جغرافیایی همراه با آدرس و محدوده آن مشخص شده و محل دقیق سرخوشه نیز بر روی نقشه، همراه با آدرس معین گردید. نشانی پستی سرخوشه‌ها از بانک اطلاعات کدهای پستی شرکت پست جمهوری اسلامی ایران استخراج شد که کلیه این فعالیت‌ها توسط مرکز مدیریت بیماری‌های کشور و جهت اجرای نظام مراقبت عوامل خطر غیر واگیر انجام شد. بررسی از سرخوشه‌ها آغاز شد و گروه بررسی از سمت راست حرکت نموده و از اعضای واجد شرایط خانوارها در پنج گروه سنی ۱۵ تا ۲۴، ۲۵ تا ۳۴، ۳۵ تا ۴۴، ۴۵ تا ۵۴ و ۵۵ تا ۶۴ سال پرسش‌گری انجام داد تا در هر گروه سنی ۱۴۰ نفر (۷۰ نفر زن و ۷۰ نفر مرد) مورد پرسش و معاینه قرار گیرند. از هر خانواده بیش از یک نفر برای هر گروه سنی - جنسی انتخاب نمی‌شد و اگر در خانواری بیش از یک فرد برای یک خانه جدول وجود داشت، بین آن‌ها فردی انتخاب می‌گردید که روز و ماه تولدش به روز آمارگیری نزدیک‌تر بود. در صورت عدم حضور فرد واجد شرایط در محل، مجدداً به آنجا مراجعه می‌شد و در صورتی که پس از یک بار مراجعه، امکان مصاحبه وجود نداشت فرد یا افراد دیگری از یک خانوار جدید جایگزین می‌شدند. کار بررسی فقط در بعد از ظهرها و روزهای

^۱Brief version of the world health organization quality of life

۰/۷۸، رومانی ۰/۸۱، اسلواکی ۰/۷۷، جمهوری چک ۰/۸۴ و اسرائیل ۰/۸۲ بود. با توجه به این مطالعات پایایی این پرسشنامه در مطالعه ما نیز مناسب بود. یکی از اشکالات مطالعه این است که امکان مقایسه نتایج پرسشنامه کامل کیفیت زندگی با این فرم کوتاه شده در این مطالعه وجود نداشت.

در این مطالعه، کیفیت زندگی در مردان بالاتر از زنان بود ($P=0/001$) و کیفیت زندگی خانم‌ها نیز پس از حذف اثر سایر متغیرهای مخدوش‌کننده ۱/۵۲ امتیاز پایین‌تر از مردان بود. در مرکزیک بین دو جنس تفاوت معنی داری وجود نداشت (۱۰) و در مطالعه فرناندز در اسپانیا (۱۱) و همچنین مطالعه بهمنی در تهران (۱۲) بین دو جنس تفاوتی مشاهده نشد؛ ولی در مطالعه وحدانی نیا و پورکاخی در تهران، آلبوکردی در شاهین شهر و نجاتی درکاشان نیز کیفیت زندگی بین دو جنسیت متفاوت بود و کیفیت زندگی در مردان بالاتر بود (۱۴، ۱۳). در چند مطالعه دیگر در کشورهای دیگر نیز بین زن و مرد تفاوت‌هایی از نظر کیفیت زندگی وجود داشته است و زن‌ها دارای کیفیت زندگی پایین‌تری بوده‌اند (۱۹-۱۵). بنظر می‌رسد عوامل اجتماعی و فرهنگی مرتبط با جنسیت در جوامع مختلف، روی کیفیت زندگی دو جنس تأثیرهای متفاوتی دارند.

در مطالعه ما کیفیت زندگی پس از حذف اثر سایر متغیرهای مخدوش‌کننده، به ازای هر سال افزایش سن، ۰/۰۵ امتیاز کاهش یافت و در مطالعات دیگر نیز افزایش سن با کاهش کیفیت زندگی همراه بوده است (۱۳، ۱۴، ۱۵) و بنظر می‌رسد افزایش سن تأثیرات روانی و جسمی وسیعی بر روی فرد داشته باشد. از آنجا که با افزایش سن، احتمال ابتلا به بیماری‌ها و ناتوانی‌ها افزایش می‌یابد، توجه به عوامل حمایتی و توانمندسازی افراد مسن در جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان اهمیت ویژه‌ای دارد.

افراد مبتلا به فشار خون، میانگین نمره کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد بدون فشار خون داشتند ($P<0/001$) و کیفیت زندگی این افراد پس از حذف اثر سایر متغیرهای مخدوش‌کننده، ۱/۴۲ امتیاز پایین‌تر از افراد غیر فشار خونی بود. در مطالعه Wee (۲۰) نیز کیفیت زندگی افراد دارای فشار خون کمتر از افراد سالم بود. در مطالعه‌ای افراد دارای فشار خون کیفیت زندگی پایین‌تری از گروه شاهد داشتند و افراد دارای فشار خون، که فشار حین درمان آن‌ها بالای ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه بود نسبت به افراد مبتلا به فشار خون کنترل شده، کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند (۵). در مطالعات دیگری نیز افراد دارای فشار خون کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند (۲۲، ۲۱). دلایل کاهش کیفیت زندگی در این

پاسخگویی کامل به سوالات از مطالعه حذف شدند. شرکت‌کنندگان شامل ۳۵۲ نفر (۵۰/۴٪) مرد و ۳۴۶ نفر (۴۹/۶٪) زن بودند. در این مطالعه ۶۷ نفر (۹/۶٪) دارای سابقه فشار خون و ۳۰ نفر (۴/۳٪) دارای دیابت بودند. تعداد ۱۱۱ نفر (۱۵/۹٪) سابقه مصرف سیگار داشتند، ۲۳ نفر (۳/۴٪) مبتلا به آسم بودند و ۲۳ نفر (۳/۴٪) سابقه ابتلا به تب مالت داشتند.

میانگین نمره کیفیت زندگی در مردان ۲۸/۷۸ ($\pm 4/3$) و در زنان ۲۷/۵۷ ($\pm 4/8$) بود ($P=0/001$). افراد مبتلا به فشار خون دارای میانگین نمره کیفیت زندگی ۲۶/۰۱ ($\pm 5/02$) بودند که از افراد بدون ابتلا به فشار خون پایین‌تر بود ($P<0/001$) (جدول شماره ۱).

متغیرهای کیفیت زندگی با فشار خون، سن، جنس، دیابت، آسم و مصرف سیگار در آنالیز رگرسیون وارد شدند که با حذف دیابت ($P=0/3$) و آسم ($P=0/3$)، متغیرهای فشار خون، جنسیت، مصرف سیگار و سن در مدل باقی ماندند ($P<0/05$). کیفیت زندگی افراد سیگاری پس از حذف اثر سایر متغیرهای مخدوش‌کننده ۱/۴۱ امتیاز پایین‌تر از افراد غیر سیگاری بود. کیفیت زندگی خانم‌ها نیز پس از حذف اثر سایر متغیرهای مخدوش‌کننده ۱/۵۲ امتیاز پایین‌تر از مردان بود. افراد مبتلا به فشار خون پس از حذف اثر سایر متغیرهای مخدوش‌کننده امتیازی ۱/۴۲ پایین‌تر از افراد غیر فشار خونی کسب کردند. همچنین کیفیت زندگی پس از حذف اثر سایر متغیرهای مخدوش‌کننده، به ازای هر سال افزایش سن، ۰/۰۵ امتیاز کاهش یافت (جدول شماره ۲).

بحث

طی دو دهه گذشته، کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین موضوعات تحقیقات بالینی بوده است. همچنین در حال حاضر بحث کیفیت زندگی یکی از نگرانی‌های عمده سیاستمداران و متخصصین بهداشت عمومی است و به عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشت عمومی و پزشکی شناخته شده و بکار می‌رود (۴).

در این مطالعه از پرسشنامه EUROHIS-QOL 8-item که تلخیصی از پرسشنامه WHOQOL-BREF است استفاده شد که پایایی مناسبی (۰/۷۵) داشت. این پرسشنامه در مطالعاتی در انگلیس، فرانسه و آلمان پایایی داخلی ۰/۸ داشت (۳) و در مطالعه‌ای که نمونه‌هایی از ۱۰ کشور مختلف در آن شرکت داشتند (۸)، پایایی داخلی آن در فرانسه ۰/۷۴، در آلمان ۰/۸، در انگلیس ۰/۸، در لیتوانی ۰/۸۵، در Latvia ۰/۷۴، در کرواسی

جدول شماره ۱- مقایسه نمره کیفیت زندگی بر حسب وضعیت‌های مختلف در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله استان کردستان

مشخصات	(n%)	میانگین کل نمره کیفیت زندگی	انحراف معیار	t	df	P
جنسیت						
مرد	۳۵۲(۵۰/۴)	۲۸/۷۸	۴/۳	۳/۴۶۵	۶۹۶	۰/۰۰۱
زن	۳۴۶(۴۹/۶)	۲۷/۵۷	۴/۸			
سکونت						
شهری	۳۵۲(۵۰/۴)	۲۷/۸۲	۴/۴	۲/۳۷	۶۹۶	۰/۰۱
روستایی	۳۴۶(۴۹/۶)	۲۸/۶۶	۴/۸			
ابتلا به فشار خون						
بلی	۶۷(۹/۶) ۶۷	۲۶/۰۱	۵/۰۲	۴/۰۶۲	۶۹۶	<۰/۰۰۱
خیر	۶۳۱(۹۰/۴)	۲۸/۴۱	۴/۵			
ابتلا به دیابت						
بلی	۳۰(۴/۳)	۲۶/۳۷	۵/۳	۲/۱۹۴	۶۹۶	۰/۰۲
خیر	۶۶۸(۹۵/۷)	۲۸/۲۶	۴/۵			
سابقه مصرف سیگار						
بلی	۱۱۱(۱۵/۹)	۲۷/۳۳	۴/۴	۲/۰۹۸	۶۹۶	۰/۰۳
خیر	۵۸۷(۸۴/۱)	۲۸/۳۴	۴/۶			
سابقه آسم						
بلی	۲۳(۳/۴)	۲۳/۸۳	۶/۴	۳/۳۵۷	۶۶۵	۰/۰۰۳
خیر	۶۴۴(۹۶/۶)	۲۸/۴	۴/۴			
سابقه تب مالت						
بلی	۲۳(۳/۴)	۲۶/۸۳	۴/۸	۱/۵۶۴	۶۶۵	۰/۱
خیر	۶۴۴(۹۶/۶)	۲۸/۳۳	۴/۵			

جدول شماره ۲- نتیجه مدل‌سازی آنالیز رگرسیون برای کیفیت زندگی، سن، جنسیت، ابتلا به فشار خون و مصرف سیگار

متغیر	ضریب رگرسیونی استاندارد نشده	Beta	ضریب رگرسیونی استاندارد شده	t	P
(Constant)	خطای معیار	Beta	Beta	۴۲/۹۳	<۰/۰۰۱
سن	۰/۰۱	-۰/۱۵	-۰/۱۵	-۴	<۰/۰۰۱
جنس	۰/۳۶	-۰/۱۶	-۰/۱۶	-۴/۲۴	<۰/۰۰۱
مصرف سیگار	۰/۵	-۰/۱۱	-۰/۱۱	-۲/۸۵	۰/۰۰۵
ابتلا به فشار خون	۰/۶۱	-۰/۱	-۰/۱	-۲/۳۳	۰/۰۲

مطالعه Wee نیز افراد دیابتی دارای افت سطح کیفیت زندگی نسبت به افراد عادی بودند (۲۰). در مکزیبک نیز افراد دیابتی دارای کاهش کیفیت زندگی نسبت به افراد عادی بودند (۱۰). از علت‌های این مسئله احتمالاً بتوان به عوارض دیابت مانند ناتوانی‌ها و عوارض قلبی عروقی نام برد که این مشکلات می‌توانند تأثیر منفی بر کیفیت زندگی داشته باشند (۲۵-۲۳) البته در مطالعه گراهام حتی با هماهنگ کردن سن، جنسیت، سابقه حمله‌های قلبی و عروقی، فشار خون و مصرف سیگار، بازهم افراد دیابتی

افراد می‌تواند با مراجعات مکرر افراد مبتلا به مراکز درمانی، استرس و علائم غیر اختصاصی فشار خون مرتبط باشد.

همچنین در مطالعه ما میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد دارای دیابت پایین‌تر از افراد سالم بود ($P=۰/۰۲$) ولی با کنترل اثر مخدوش‌کننده‌ها در رگرسیون، دیابت روی کیفیت زندگی مؤثر نبود. در مطالعه‌ای که توسط پورکاخی و همکارانش بر روی بیماران دیابتی انجام شد، رابطه معنی‌داری بین کیفیت زندگی و جنسیت، نوع دیابت و نوع درمان مشاهده شد (۱۹) و در

دیگری ارتباط دارد که این عوامل باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شوند.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه، توجه بیشتر در شناسایی زود هنگام و درمان‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن لازم است و توصیه می‌شود که تحقیقات دیگری در زمینه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن در استان انجام گیرد و خدمات بهداشتی و درمانی در جهت ارتقای کیفیت زندگی این بیماران ارایه گردد. کیفیت زندگی در زنان پایین‌تر از مردان بود و لازم است عوامل مؤثر بر کاهش کیفیت زندگی در زنان مورد بررسی بیشتری قرار گیرند و در جهت رفع این فاکتورهای منفی برنامه‌ریزی‌های لازم انجام شود. همچنین بنظر می‌رسد این پرسشنامه قابلیت اجرایی و پایایی مناسبی را در کشور ما داشته باشد.

تشکر و قدردانی

لازم به ذکر است که پژوهش حاضر با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام شده است. همچنین از کلیه همکاران گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های شهرستان‌های استان کردستان، سرکار خانم سیران نیلی، سرکار خانم دکتر رستمی گوران و کارشناسان محترم پژوهش دانشگاه که بدون همکاری این عزیزان انجام این مطالعه میسر نمی‌شد تشکر می‌گردد.

دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد طبیعی بودند (۱۰) و در چند مطالعه دیگر نیز نتایج مشابهی مشاهده شد (۲۶-۲۹). در مطالعات دیگری نیز ذکر شده است که دیابت از طریق رژیم‌های غذایی و محدودیت‌های غذایی، وضعیت جسمی و فیزیکی و توسعه عوارض بیماری بر کیفیت زندگی تأثیر منفی دارد (۳۰-۳۳).

در مطالعه ما میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد مبتلا به آسم کمتر از افراد غیر مبتلا بود ($P=0/003$)؛ ولی اثر عامل آسم در رگرسیون حذف شد و احتمالاً یک عامل مخدوش‌کننده باعث ایجاد این رابطه شده بود. در مطالعه Lam در چین نیز افراد دارای آسم و بیماری‌های انسدادی ریه دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به جمعیت عمومی بودند (۳۴) و در مطالعات دیگر نیز کاهش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به آسم مشاهده شده است (۳۵،۳۶). پس آسم نیز می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی تأثیر منفی داشته باشد.

در این مطالعه افراد سیگاری دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد غیر سیگاری بودند و پس از کنترل عوامل مخدوش‌کننده نیز این اثر وجود داشت. در مطالعه Vidrine نیز مصرف سیگار باعث کاهش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به HIV شده بود (۳۷). در مطالعه‌ای در دانمارک مشخص شد که مصرف سیگار تأثیر منفی روی کیفیت زندگی داشته است (۳۸). ولی در مطالعه گراهام بین مصرف سیگار و کیفیت زندگی رابطه‌ای وجود نداشت (۱۰). بنظر می‌رسد که مصرف سیگار به صورت مستقیم باعث کاهش کیفیت زندگی نمی‌شود، بلکه مصرف سیگار با عوامل

منابع

1. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DKL. Measuring health related quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 118: 622-29.
2. Kaplan H J, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral science clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 10ed, 2007; 12.
3. Power M. Developing common Instruct for quality of life. IN: Noskov A, Gudex C (Eds). EUROHIS: Developing common Instruct for Health surveys. Portland: IOS Press. 2003: 145-64.
4. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements *JAMA* 1994; 272: 619-26.
5. Erickson SR, Williams BC, Gruppen LD. Perceived symptoms and health-related quality of life reported by uncomplicated hypertensive patients compared to normal controls *Journal of Human Hypertension* 2001; 15: 539-48.
6. Otiniano ME, Du XL, Ottenbacher K, Markides KS. The effect of diabetes combined with stroke on disability, self-rated health, and mortality in older Mexican Americans: results from the Hispanic EPESE *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84: 725-30.
7. Oldridge NB, Stump TE, Nothwehr FK, Clark DO. Prevalence and outcomes of comorbid metabolic and cardiovascular conditions in middle- and older-age adults. *J Clin Epidemiol* 2001; 54: 928-34.
8. Smith GT, McCarthy DM, Anderson KG. On the sins of short-form development. *Psychol Assess* 2000; 12: 102-11.
9. Graham JE, Stobner-May DG, Osir GV, Al Shih S, Peek MK, Markides K and et al. Health related quality of life in older Mexican Americans with diabetes: A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5: 39.
10. Martin-Fernandez J, Gomez-Gascon T, Beamud-Lagos M, Cortes-Rubio JA, Alberquilla-Menendez-Aserjo A. Professional quality of life and organizational changes a five-year observational study in Primary Care. *BMC Health Services Research* 2007; 7:101.
11. Bahmani B, Tamadori M, Asgari M. Quality of life and its relation to religion attitude in students of south unite of Azad University in Tehran. *Teb Va Tazkieh* 2004;53: 32-44.
12. Vahdani Nia M, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoun F. Health-related quality of life and elderly population in Iran: A POPULATION-BASED STUDY. *PAYESH* 2005; 4: 113-20.

13. Albou Kordi M, Ramezani MA, Arizi F. A study on the quality of life among elderly Shahinshahr area of Isfahan province in year 2004. *Scientific Medical Journal* 2007; 5: 701-07.
14. Kranciukaite D, Rastenyte D, Jureniene K. Evaluation of the quality of life in the population of Kaunas city using the SF-12 questionnaire. *Medicina (Kaunas)* 2007; 43: 501-7.
15. Tsai SY, Chi LY, Lee CH, Chou P. Health-related quality of life as a predictor of mortality among community-dwelling older persons. *Eur J Epidemiol* 2007;22: 19-26.
16. Knurowski T, Lazić D, van Dijk JP, Geckova AM, Tobiasz-Adamczyk B, van den Heuvel WJ. Survey of health status and quality of life of the elderly in Poland and Croatia. *Croat Med J* 2004; 45: 750-6.
17. Yun YH, Kim SH, Lee KM, Park SM, Kim YM. Age, sex, and comorbidities were considered in comparing reference data for health-related quality of life in the general and cancer populations. *J Clin Epidemiol* 2007; 60: 1164-75.
18. Darvishpour Kakhki A, Baati Z, Mirsaedi M, Masjedi MR, Velayati AA. Quality of life of TB patients referred to MASH DANESHVARY hospital in 2005. *Iranian Journal of Infectious Diseases and Tropical Medicine* 2006; 11: 49-56.
19. Wee HL, Cheung YB, Li SC, Fong KY, Thunboo J. The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related Quality of Life: Is the whole greater than the sum of its parts? *Health and Quality of Life Outcomes* 2005; 3: 2.
20. Battersby C, Hartley K, Fletcher AF, Markowe HJ, Styles W, Sapper H, et al. Quality of life in treated hypertension: a case-control community based study. *J Hum Hypertens* 1995;9: 981-6.
21. Lawrence WF, Fryback DG, Martin PA, Klein R, Klein BE. Health status and hypertension: a population-based study. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 1239-45.
22. Ahroni JH, Boyko EJ. Responsiveness of the SF-36 among veterans with diabetes mellitus. *J Diabetes Complications* 2000;14: 31-9.
23. Hill-Briggs F, Gary TL, Hill MN, Bone LR, Brancati FL. Health-related quality of life in urban African Americans with type 2 diabetes. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 412-19.
24. Klein BE, Klein R, Moss SE. Self-rated health and diabetes of long duration. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. *Diabetes Care* 1998; 21: 236-240.
25. Meek S, Murrell SA. Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative effect. *Journal of ageing and health* 2001; 13: 92-119.
26. De Rekeneire N, Resnick HE, Schwartz AV, Shorr RI, Kuller LH, Smonsick EM, et al. Diabetes is associated with subclinical functional limitation in nondisabled older individuals: the Health, Aging, and Body Composition study. *Diabetes Care* 2003; 26: 3257-63.
27. Von Korff M, Katon W, Lin EHB, Simon G, Ludman E, Oliver M, et al. Potentially modifiable factors associated with disability among people with diabetes. *Psychosom Med* 2005; 67: 233-40.
28. Manuel DG, Schultz SE. Health-related quality of life and health-adjusted life expectancy of people with diabetes in Ontario, Canada, 1996-1997. *Diabetes Care* 2004; 27: 407-14.
29. Bagheri H, Ebrahimi H, taghavi N, Hassani M. Quality of life of diabetic patient related to diabetic complication in patients referred to IMAM HOSSEIN hospital in Shahrood. *Scientific journal of Sharekurd university of Medical sciences* 2005 2: 50-56
30. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycaemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000; 23: 934-42.
31. Edelman D, Olsen MK, Dudley TK, Harris AC, Oddone EZ. Impact of diabetes screening on quality of life. *Diabetes Care* 2002; 25: 1022-6.
32. Parekh FI, Blumenthal JA, Babyak MA, Merrill K, Carney RM, Davis RD and et al. Psychiatric disorder and quality of life in patients awaiting lung transplantation. *Chest* 2003; 124: 1682-8.
33. Lam CL, Lauder IJ. The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. *Fam Pract* 2000; 17: 159-66.
34. Juniper EF. Effect of asthma on quality of life. *Can Respir J* 1998;5 Suppl A: 77A-84A.
35. Varni JW, Limbers CA, Burwinkle TM. Impaired health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions: a comparative analysis of 10 disease clusters and 33 disease categories/severities utilizing the PedsQL 4.0 Generic Core Scales. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5: 43.
36. Vidrine DJ, Arduino RC, Gritz ER. The effects of smoking abstinence on symptom burden and quality of life among persons living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDS* 2007; 21: 659-66.
37. Brønnum-Hansen H, Juel K, Davidsen M, Sørensen J. Impact of selected risk factors on quality-adjusted life expectancy in Denmark. *Scand J Public Health* 2007; 35: 510-5.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.