

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران دیابتی نوع دو در ایران

مریم هادی پور^۱، فرید ابوالحسنی^۲، حسین مولوی وردنجان^{۳*}

۱. مرکز تحقیقات مدلسازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۲. پژوهشکده غدد و متابولیسم، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

فصلنامه پایش

سال دوازدهم شماره دوم فروردین - اردیبهشت ۱۳۹۲ صص ۱۴۱-۱۳۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۱۷

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۲۴ بهمن ۹۱]

چکیده

مطالعات، تأثیر معنی‌دار محیط بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را نشان داده‌اند. یکی از عوامل محیطی مهم محل سکونت است. مطالعه حاضر جهت برآورد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران دیابتی نوع دو در ایران و به تفکیک استان انجام گردید. در این مطالعه، داده‌های حاصل از مصاحبه چهره به چهره ۳۹۱۸ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ نمونه‌گیری شده به روش تصادفی - خوشه‌ای از سراسر کشور در سال ۱۳۸۵ تحلیل شدند. کیفیت زندگی بر اساس مقیاس EQ-5D به تفکیک استان برآورد گردیده، و از روش‌های توصیفی و خوشه‌بندی آماری برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. مقایسه مقادیر میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نشان داد بیماران دیابتی نوع دو در استان‌های قم، سمنان و گیلان به ترتیب بالاترین سطح کیفیت زندگی و در استان‌های کرمان، اردبیل و یزد پایین‌ترین سطح کیفیت زندگی را داشته‌اند. میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت استان‌های مختلف کشور اختلاف معنادار داشت. یافته‌های مطالعه مؤید تفاوت معنادار استان‌های کشور از نظر میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران دیابتی بود. بر اساس نتایج مطالعه تلاش در جهت شناسایی علل تفاوت کیفیت زندگی بیماران دیابتی کشور شایسته مطالعات بیشتر است.

کلیدواژه: دیابت نوع دو، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، ایران

* نویسنده پاسخگو: کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی

تلفن و دورنگار: ۰۳۴۱-۳۲۰۵۰۸۷

پست الکترونیک: E-mail: hosseinmolavi.vardanjani@gmail.com

مقدمه

هم‌اکنون همه‌گیری دیابت شیرین یکی از مهمترین علل میرایی و ناتوانی و یکی از نگرانی‌های در حال تشدید بهداشت عمومی در دنیاست [۹-۱۱]. علاوه بر شیوع و بروز بالای دیابت شیرین در تمام دنیا [۱۱-۸] عوارض جدی آن شامل رتینوپاتی، نفروپاتی، نوروپاتی، پای دیابتی، قطع عضو غیر تروماتیک، اترواسکلروز و اختلالات کلیوی از علل توجه ویژه دولت‌ها به این بیماری است [۱۸-۱۲، ۴]. نکته آن است که دیابت به عنوان یک عارضه قابل کنترل از طریق مراقبت مناسب شناخته می‌شود [۱۹]. بر اساس روند فعلی حدود ۷۵ درصد موارد دیابتی دنیا در سال ۲۰۲۵ در کشورهای در حال توسعه شناسایی خواهند شد [۲۰]. شیوع دیابت شیرین در ایران در سال ۲۰۰۵ حدود ۷/۷ درصد (معادل ۲ میلیون نفر) بوده است و پیش‌بینی می‌شود در صورت ادامه روند جاری در سال ۲۰۲۵ به حدود ۵/۲ میلیون مورد بیمار برسد [۲۱]. از سوی دیگر دیابت نوع ۲ به دلیل مزمن بودن بیماری [۲۲]، ایجاد ناتوانی و از کارافتادگی و همچنین نیاز به مراقبت مادام‌العمر بیمار [۲۳] کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد [۲۹-۲۴]. کیفیت زندگی یکی از پیامدهای مهم سلامتی است که برای مواردی چون اندازه‌گیری تاثیر خدمات سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد [۳۰]. در سال ۲۰۰۶ Maddigan و همکارانش ارتباط بین تعیین‌کننده‌های سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با آن را در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در کانادا بررسی کردند. برای این منظور آنها از شاخص مطلوبیت سلامت (health utility Index) استفاده کرده بودند. در این مطالعه مهمترین شاخص‌های اثرگذار بر کیفیت زندگی، بیماری‌های همراه و در مرحله بعد وضعیت اقتصادی اجتماعی بیماران بودند [۳۱]. تاکنون مطالعات بسیاری کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را در ایران بررسی کرده‌اند، ولی مطالعه‌ای برای سنجش این پیامد بهداشتی در سطح اکولوژیک انجام نشده است. به همین علت نظام سلامت دید یکنواختی از این موضوع برای تمامی استان‌های کشور ندارد. لذا در این بررسی با استفاده از شاخص کیفیت زندگی بیماران مرتبط با سلامت، کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ کشور به تفکیک تقسیمات استانی سال ۱۳۸۵ برآورد و استان‌ها بر اساس آن خوشه‌بندی شدند.

مواد و روش کار

این مطالعه یک بررسی اکولوژیک مبتنی بر داده‌های فردی ثانویه حاصل از مطالعه مقطعی ملی "برآورد هزینه دیابت نوع ۲" بود. مطالعه

مورد بحث توسط مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران و معاونت بهداشتی وزارت بهداشت در کل استان‌های کشور ایران (۲۸ استان) و در دو فاز انجام شده است. فاز اول آن با هدف بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر و در سال ۱۳۸۳-۱۳۸۴ با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای (خانوار به عنوان خوشه مطرح است) منجر به شناسایی تعداد ۳۹۱۸ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ شد. در فاز ۲ برای برآورد هزینه دیابت نوع ۲، بیماران دیابتی شناسایی‌شده در فاز یک مورد مطالعه قرار گرفتند. داده‌های این مرحله از طریق مصاحبه و براساس پرسشنامه استاندارد شده جمع‌آوری شدند. بررسی ما در داده‌های مطالعه مذکور بر اساس بخشی از پرسشنامه طرح اصلی بود که برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و بر اساس پرسشنامه EQ-5D بیماران دیابتی تنظیم و استاندارد گردیده بود. EQ-5D حاصل ترکیب پنج متغیر، حرکت در حول و حوش خود، مراقبت از خود، فعالیت‌های معمول، درد/ناراحتی، اضطراب/افسردگی است که بعد از ارزش‌گذاری به متغیر پیوسته تبدیل می‌شود [۳۲]. برای ارزش‌گذاری گزاره‌های پنج‌گانه EQ-5D در این مطالعه از مقیاس ارزش‌های مبتنی بر سیستم TTO (time trade-off) تنظیم شده برای انگلیس استفاده شد (بر اساس این مقیاس کمترین مقدار کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برابر با ۰/۵۹۴- و بیشترین مقدار آن برابر با ۱ خواهد بود) [۳۳]. در این مطالعه از تحلیل همبستگی پیرسون، آزمون تی برای نمونه‌های مستقل و تحلیل واریانس یکطرفه بهره بردیم. در نهایت استان‌ها را یک بار بر اساس مقدار میانگین رتبه‌بندی کرده و یک بار بر اساس روش‌های خوشه‌بندی مبتنی بر فاصله دسته‌بندی نمودیم. کلیه مراحل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه از ۳۹۱۸ نمونه اولیه برآورد شده، تعداد ۳۴۷۲ پرسشنامه واجد داده‌های لازم برای تأمین هدف این بررسی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. تعداد بیماران زن و مرد شرکت داده شده در این مطالعه به ترتیب ۲۱۲۸ و ۱۳۴۴ نفر بود. میانگین و انحراف معیار سن بیماران دیابتی بررسی حاضر برای زنان $59/66 \pm$ و برای مردان $59/87 \pm$ برآورد گردید. دامنه سنی بیماران شرکت داده شده ۱۰۰-۱۳ سال بود. در بررسی HRQoL در بین استان‌های مختلف کشور تفاوت آماری معنادار دارد ($P < 0/01$).

جدول ۱: توزیع استان‌های کشور به تفکیک جنسیت

رتبه	میانگین (انحراف معیار)	میان	صدک ۷۵	تعداد	% زنان	میانگین زنان	میانگین مردان
۱	۰/۸۷۲ (۰/۳۰۶)	۰/۷۹۶	۱	۱۵۸	۶۲	۰/۷۷	۰/۸۰۶
۲	۰/۷۷۶ (۰/۳۱۹)	۰/۸۴۸	۱	۱۲۳	۶۸/۳	۰/۷۷	۰/۷۷۶
۳	۰/۷۳۵ (۰/۳۵۵)	۰/۷۹۶	۱	۱۱۷	۶۶/۷	۰/۶۹	۰/۸۳۱
۴	۰/۷۱۱ (۰/۳۰۴)	۰/۷۶۰	۰/۸۴۸	۳۸	۵۷/۹	۰/۷۳	۰/۶۸۹
۵	۰/۷۰۱ (۰/۳۵۵)	۰/۷۹۶	۱	۱۱۰	۶۲/۷	۰/۶۷	۰/۷۴۹
۵	۰/۷۰۱ (۰/۳۶۷)	۰/۷۹۶	۱	۵۳	۵۸/۵	۰/۷۰	۰/۷۳۰
۶	۰/۶۹۴ (۰/۳۳۳)	۰/۷۲۷	۰/۹۴۲	۵۷	۵۹/۶	۰/۶۲	۰/۸۰۴
۷	۰/۶۸۸ (۰/۲۷۱)	۰/۷۲۵	۰/۷۹۶	۸۰	۵۸/۸	۰/۶۴	۰/۷۵۱
۸	۰/۶۸۷ (۰/۲۷۶)	۰/۷۲۵	۰/۷۹۶	۷۱	۶۰/۶	۰/۷۱	۰/۶۴۳
۹	۰/۶۷۰ (۰/۳۵۴)	۰/۷۵۳	۰/۸۸۳	۱۴۰	۶۳/۶	۰/۶۱	۰/۷۶۹
۱۰	۰/۶۴۷ (۰/۳۵۱)	۰/۷۲۵	۰/۸۴۸	۶۶	۶۶/۷	۰/۶۱	۰/۷۲۷
۱۱	۰/۶۴۲ (۰/۳۸۳)	۰/۷۲۵	۰/۸۴۸	۴۳۷	۶۱/۱	۰/۶۰	۰/۷۲۰
۱۲	۰/۶۴۰ (۰/۴۶۴)	۰/۷۹۶	۱	۱۲۵	۵۴/۴	۰/۶۶	۰/۶۱۱
۱۳	۰/۶۲۳ (۰/۳۶۲)	۰/۷۲۵	۱	۲۶	۵۳/۸	۰/۴۴	۰/۸۳۱
۱۴	۰/۶۱۷ (۰/۳۶۲)	۰/۷۲۵	۰/۷۹۶	۲۰۴	۵۸/۸	۰/۵۷	۰/۶۸۴
۱۵	۰/۶۰۷ (۰/۴۶۸)	۰/۷۲۵	۱	۷۱	۶۰/۶	۰/۶۵	۰/۵۴۰
۱۶	۰/۶۰۴ (۰/۳۶۱)	۰/۷۲۵	۰/۸۴۸	۱۲۸	۶۴/۱	۰/۵۳	۰/۷۲۸
۱۷	۰/۶۰۳ (۰/۴۳۵)	۰/۷۶۰	۱	۱۱۷	۵۷/۳	۰/۵۵	۰/۶۶۶
۱۸	۰/۵۹۲ (۰/۳۹۲)	۰/۷۲۵	۰/۸۹۸	۱۶۴	۶۶/۵	۰/۵۳	۰/۷۱۵
۱۹	۰/۵۷۶ (۰/۳۹۷)	۰/۷۲۵	۰/۷۹۶	۱۴۱	۵۹/۲	۰/۵۱	۰/۶۷۴
۲۰	۰/۵۷۵ (۰/۳۹۵)	۰/۷۲۵	۰/۷۹۶	۲۲۸	۶۳/۶	۰/۵۲	۰/۷۰۰
۲۱	۰/۵۶۸ (۰/۴۱۴)	۰/۷۲۵	۰/۸۰۹	۹۰	۷۰	۰/۶۰	۰/۴۹۱
۲۲	۰/۵۵۰ (۰/۴۱۸)	۰/۷۲۵	۰/۷۹۶	۹۰	۶۰	۰/۵۰	۰/۶۱۷
۲۳	۰/۵۴۱ (۰/۴۳۸)	۰/۶۵۶	۱	۵۰	۵۰	۰/۴۳	۰/۶۱۵
۲۴	۰/۵۳۶ (۰/۳۹۵)	۰/۶۸۹	۰/۷۹۶	۱۶۶	۶۲	۰/۴۵	۰/۶۶۹
۲۵	۰/۵۳۵ (۰/۴۳۰)	۰/۷۲۵	۰/۷۹۶	۲۳۷	۵۴/۹	۰/۴۷	۰/۶۱۵
۲۶	۰/۴۹۷ (۰/۴۲۷)	۰/۷۲۵	۰/۷۹۶	۸۲	۶۳/۴	۰/۳۸	۰/۷۰۱
۲۷	۰/۴۹۳ (۰/۴۴۴)	۰/۶۸۹	۰/۷۹۶	۱۰۳	۴۹	۰/۳۶	۰/۶۲۰
کشور	۰/۶۲۳ (۰/۳۸۷)	۰/۷۲۵	۰/۸۴۸	۳۴۷۲	۵۸/۸۳	۰/۵۸	۰/۶۹۳

استان‌های آذربایجان غربی و کرمانشاه رتبه مشترک داشته‌اند.

جدول ۲: تحلیل خوشه‌ای استان‌های کشور بر اساس HRQoL بیماران دیابتی نوع ۲

	میانگین	انحراف معیار
۱	۰/۷۰۵	۰/۰۶۶
۲	۰/۶۰۵	۰/۰۵۷
۳	۰/۵۴۷	۰/۰۲۶

مختلف و دسته‌بندی آنها از تحلیل خوشه‌ای استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۲ خلاصه شده‌اند. مقایسه مقدار HRQoL بین زنان و مردان در سطح فردی حاکی از آن است که میانگین شاخص در مردان از مقدار مربوط به زنان بیشتر بوده است ($P < 0.001$). این در حالی است که درصد آزمودنی‌های زن شرکت‌کننده در هر استان با میانگین HRQoL در آن استان همبستگی آماری معنادار نداشت (مقدار ضریب همبستگی ۰/۳۵۶ و مقدار P برابر ۰/۰۶۳ بود).

میانگین، انحراف معیار، میان، حداقل و حداکثر HRQoL برای استان‌ها به ترتیب ۰/۶۲۳، ۰/۳۸۷، ۰/۷۲۵ و ۰/۸۷۲ و ۰/۴۹۳ برآورد گردید. مقادیر تعداد، میانگین، انحراف معیار، میان، دامنه تغییرات و صدک ۷۵ HRQoL و رتبه‌بندی استان‌ها بر اساس میانگین این شاخص در جدول شماره ۱ ارائه شده است. تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین مهم‌ترین تفاوت‌ها بین استان‌های سمنان، قم و گیلان با سیستان و بلوچستان، کرمان و اردبیل وجود داشت. برای درک بهتر تفاوت‌های بین استان‌های

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با استفاده از EQ-5D TTO Scale (UK)، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را در استان های ۲۸ گانه کشور رتبه بندی و بر این اساس خوشه بندی کرد. لازم است به این نکته اشاره شود که تفاوت های استانی نباید در سطح فردی تفسیر شوند. مطالعه، نگاه اکولوژیک دارد. داده های هر استان از تجمیع داده های فردی همان استان تأمین شدند. لذا می توان مقادیر مربوط به هر استان را برای ساکنان آن استان تفسیر و منتسب کرد. EQ-5D تمام اطلاعات لازم برای برآورد یک نمره کلی برای سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران را فراهم می کند [۳۳]. این شاخص در بسیاری از کشورهای دنیا برای سنجش کیفیت زندگی مورد استفاده و استاندارد شده است [۳۲]. این شاخص را اندازه ای قابل فهم، با ثبات و روا برای ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دانسته اند [۳۳]. مقیاس مذکور همچنین می تواند برای پیش بینی بروز عوارض دیابت در بیماران مورد استفاده قرار گیرد [۳۴]. از سوی دیگر لازم است به این موضوع توجه شود که مقیاس EQ-5D بر اساس سیستم های ارزش گذاری مختلف نتایج متفاوتی را فراهم کرده، و ارزش گذاری های ملی مبتنی بر جمعیت بهترین نتایج را فراهم خواهند کرد [۳۵، ۳۲]. میانگین این شاخص برای کشور برابر با ۰/۶۲۳ برآورد شد. این مقدار در مطالعه Clarke و همکارانش [۳۴] برای نیوزیلند و استرالیا برابر ۰/۸۱ (۰/۲۲) برآورد شده است. سیستم ارزش گذاری در هر دو مطالعه همسان بوده است؛ لذا می توان نتیجه گرفت میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران دیابتی کشور پایین تر از نیوزیلند و استرالیا بوده است. مشخص شد که بهترین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را بیماران استان های قم، سمنان و گیلان تجربه کرده، و بدترین تجربه مربوط به بیماران استان های کرمان، اردبیل و یزد بود. برای نگاه عمیق تر بهتر است به تقسیم بندی انجام شده از طریق تحلیل خوشه ای توجه شود. این دسته بندی بر اساس روش های مبتنی بر فاصله انجام شده است، و لذا اندکی با رتبه بندی مبتنی بر مقدار میانگین متفاوت خواهد بود. از سوی دیگر در این مطالعه قادر به بررسی اثر بیماری های همراه و عوارض بیماری دیابت را نبودیم، در حالی که Maddigan و همکارانش [۳۱] و Solli و همکارانش [۳۶] نشان داده اند که کیفیت زندگی به شدت تحت تأثیر این موارد خواهد بود. با این وجود به هر استان بر اساس مقدار میانگین HRQoL آن رتبه ای داده شده است. مقایسه میانگین HRQoL نشان داد بین استان های

مختلف کشور مقدار این شاخص تفاوت آماری معنادار داشت. این یافته لزوماً به معنای بهتر بودن یا بدتر بودن نظام مراقبت بیماری دیابت در استان های با کیفیت زندگی بالاتر/ پایین تر نخواهد بود؛ چراکه مراقبت بهتر می تواند بیمار را به مراحل انتهایی بیماری برساند و از طرفی هم مراقبت ضعیف تر می تواند کیفیت زندگی بیمار را در مراحل اولیه بیماری کاهش دهد. در این رابطه لازم است مطالعات دقیق تری تنظیم شده و علل این تفاوت ها مورد بررسی قرار گیرد. از طرفی مؤلفین در پژوهش انتشار نیافته دیگری به موازات این مقاله مشاهده کردند که این تفاوت ها به علت وجود امکانات بهتر در سطح اکولوژیک در این استان ها نیست. از سوی دیگر اگرچه رتبه بندی و خوشه بندی انجام شده بر اساس مقدار HRQoL در تمام بیماران بدون تفکیک جنسیتی بود ولی با توجه به تفاوت معنادار کیفیت زندگی در بین زنان و مردان به نظر می رسد دسته بندی و رتبه بندی به تفکیک زنان و مردان مزایای منطقی و عملیاتی تری داشته باشد. کیفیت زندگی پایین تر در زنان در مطالعات دیگر [۳۸، ۳۷] نیز نشان داده شده است؛ لذا به نظر می رسد این تفاوت ها واقعی باشند. همانطور که ذکر شد HRQoL در مردان بطور معناداری بیشتر از زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. این یافته ممکن است ناشی از توجه بیشتر زنان به علایم بیماری و نقص های سلامتی خود باشد؛ لذا ممکن است مردان کمتر از مشکلات کوچک خود صحبتی کرده باشند. در هر حال ممکن است مطالعات بیشتری نیاز باشد. از محدودیت های مطالعه ما می توان به عدم امکان بررسی علل مخدوشگر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نام برد. در تحلیل های آماری توزیع متغیر HRQoL تا حدی از نرمال بودن فاصله داشت ولی با توجه به عدم دسترسی به مرجعی برای دسته بندی آن، به ناچار به نتایج آزمون های در دسترس بر اساس توزیع نزدیک شده به نرمال، اتکا شد. محدودیت دیگر مطالعه استفاده از سیستم ارزش گذاری مربوط به کشور انگلستان برای داده های کشور بود که ممکن است تفسیر نتایج را به سیستم ارزش گذاری مورد استفاده وابسته نماید. مطالعه نشان می داد کیفیت زندگی بیماران کشور به رغم تفاوت های منطقه بطور متوسط بیش از ۵۰ درصد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تأمین می کند. یافته های مطالعه مؤید تفاوت معنادار استان های کشور از نظر میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران دیابتی بود. مطالعه نشان داد تلاش در جهت شناسایی علل تفاوت کیفیت زندگی بیماران دیابتی کشور شایسته مطالعات بیشتر است.

سهم نویسندگان

مریم هادی پور: همکاری در انجام پژوهش

دکتر فرید ابوالحسنی: همکاری پژوهش

حسین مولوی وردنجانی: طراحی مطالعه و تهیه مقاله

تشکر و قدردانی

پژوهشگر مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان به جهت حمایت مالی این پژوهش اعلام می‌دارد.

منابع

1. Ian S M, James RG B, Beverly M S, Warwick R, Jill S, Dhigna R, Karen L. A cost effectiveness study of integrated care in health services delivery: a diabetes program in Australia, BMC Health Services Research 2008; 8:205
2. American diabetes association, Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2002. Diabetes Care, 2003; 26:917-932
3. Hennell T, Wyke S, Black D, Hutchinson A, Tocque K, Bellis M. A Healthscope No. 1: Forecasting the burden of diabetes on secondary care within Aintree Hospitals NHS Trust. North West Public Health Observatory, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2005. Available from: <http://www.nwph.net/nwpho/Publications/AintreeDiabetes.pdf>
4. Roith D, Taylor S, Olefsky J, Diabetes mellitus a fundamental and clinical text, 3st Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia: USA, 2004
5. Tim D, Sarah E M, Yiduo Z, Jaana M, Yaozhu C. Economic costs of diabetes in the U.S. in 2007. Diabetes Care 2008; 1:31-33
6. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. Nature 2001; 414:782-7
7. Dongsheng H, Liang S, Pengyu F, Jing X, Jie L, Jing Z, Dahai Y, Paul K W, Jiang H, Dongfeng G. Prevalence and risk factors for type 2 diabetes mellitus in the Chinese adult population: the InterASIA study. Diabetes Research and Clinical Practice 2009; 84 : 288 - 295
8. Dyck R , Osgood N, Lin Ting H , Gao A, Stang Mary R. Epidemiology of diabetes mellitus among first nations and non-First nations adults. Canadian Medical Association Journal 2010; 246-456
9. Bjork S, Kapur A, Sylvest C, Kumar D, Kelkar S, Nair J. The economic burden of diabetes in India: results from a national survey. Diabetes research and clinical practice 2000;50:190
10. Ryan JG. Cost and policy implications from the increasing prevalence of obesity and diabetes mellitus. Gender medicine 2009;6:86
11. Rabi DM, Edwards AL, Southern DA, Svenson LW, Sargious PM, Norton P, et al. Association of socio-economic status with diabetes prevalence and utilization of diabetes care services. BMC health services research 2006;6:124
12. Sidawy N A, Diabetes foot lower extremity arterial disease and limb salvage. 1st Editon, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia: USA, 2006
13. Abolhasani F, Mohajerani MR, Tabatabaie O, Larijani B, Burden of diabetes and its complications based on recent decade studies in Iran. Iranian Journal of Diabetes and Lipid 2005;5:35-48
14. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Lancet 1998; 12; 352:837-53
15. Redecop W K, Koopmanschap A M, Stolk P R, Rutten E G, Wolffenbuttel B, Niessen W L. Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes. Diabetes Care 2002; 25:458-463
16. Struijs N J, Baan A C, Schellevis G F, Westert P G, A G, BMC. Co morbidity in patients with diabetes mellitus: impact on medical health care utilization, Health Services Research 2006; 6:84
17. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. The diabetes control and complications trial research group. New England Journal of Medicine 1993; 329:977-86
18. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Lancet 1998 12;352:854-65
19. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Datawatch: impact of socio-economic status on hospital use in New York city. Health Affairs (Millwood) 2006; 12:162-173
20. Bjork S, Kapur A, Sylvest C, Kumar D, Kelkar S, Nair J. The economic burden of diabetes in India:

results from a national survey. *Diabetes research and clinical practice* 2000;50:190

21. Amini M, Parvaresh E. Prevalence of macro- and microvascular complications among patients with type 2 diabetes in Iran: a systematic review, *diabetes research and clinical practice* 2009; 83: 18 - 25

22. Holmes J, Gear E, Bottomley J, Gillam S, Murphy M, Williams R. Do people with type 2 diabetes and their carers lose income? Do people with type 2 diabetes and their carers lose income?. *Health Policy* 64, 2003; 291 - 296

23. Higuchi M. Costs, availability and affordability of diabetes care in the Philippines. Tokyo Foundation for Advanced Studies on International Development; 2009 [cited 2013 02/11]; Available from: http://uhmis2.doh.gov.ph/doh_ncpam/images/publication/diabetes.pdf.

24. Hwee-Lin Wee, Yin-Bun Cheung, Shu-Chuen Li, Kok-Yong Fong, Julian Thumboo, 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

25. Sadeghi S, Arshi S et.al. Complications effect of diabetes mellitus in diabetic quality of life patients. *Journal of Ardebil University of medical sciences*. 2009; 8:394-402

26. Baghiani Moghadam M, Afkhami M, Mazloumi S. Investigate of Diabetic Quality of life Yazdian's patients. *Journal of Shahid Sadoughi Yazd University of Medical Sciences* 2006; 14:49-54

27. Haririan H, Moghadasian S, Aghajanlou A. Quality of life and its dimensions in diabetic patients referring to diabetes center of Tabriz university of medical sciences in 2007. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid* 2009; 9:152-160

28. Peimani M, Monjamed Z, Aliasghar pour M, Heshmat R. Investigate of relation between Retinopathy complications and quality of life of diabetic patients. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid* 2008; 8:11-18

29. Nejati A, Larijani B, Shariati B, Amini H, Rezagholizadeh A. Depression, Quality of life and Control of blood sugar in diabetic patients. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid* 2007; 7:195-204

30. Nejat S. Quality of life and its measuring. *Iranian Journal of Epidemiology* 2008; 4:57-62

31. Maddigan, S.L, Feeny DH, Majumdar, S.R., Farris, K.B., Johnson, J.A. Understanding the determinants of health for people with type 2 diabetes, *American Journal of Public Health* 2006; 96: 1649 - 1655

32. Norman R, Cronin P, Viney R, King M, Street D, Ratcliffe J. International comparisons in valuing EQ-5D health states: a Review and Analysis, *value in health* 2009;12: 1194-1200

33. Knies S, Evers S, Severens J, Ament A. Utilities of the EQ-5D :Transferable or Not? *Pharmacoeconomics* 2009; 27: 767-779

34. Clarke PM, Hayes AJ, Glasziou PG, Scott R, Simes J, Keech AC. Using the EQ-5D index score as a predictor of outcomes in patients with type 2 diabetes. *Medical care*. 2009;47(1):61-8

35. Heijink R, van Baal P, Oppe M, Koolman X, Westert G. Decomposing cross-country differences in quality adjusted life expectancy: the impact of value sets. *Population Health Metrics* 2011; 9:17

36. Solli O, Stavem K, Kristiansen I. Health-related quality of life in diabetes: The associations of complications with EQ-5D scores, *Health and Quality of Life Outcomes* 2010; 8:18

37. Cherepanov D, Palta M, Fryback DG, Robert SA. Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socioeconomic variation between adult men and women in the US: evidence from four US nationally representative data sets. *Quality of Life Research* 2010; 19:1115-24

38. Cherepanov D, Palta M, Fryback DG, Robert SA, Hays RD, Kaplan RM. Gender differences in multiple underlying dimensions of health-related quality of life are associated with sociodemographic and socioeconomic status. *Medical Care* 2011; 49:1021-30

ABSTRACT

Health related quality of life in patients with of type II diabetes in Iran

Maryam Hadipour¹, Farid Abolhasani^{2*}, Hossein Molavi-e Vardanjani³

1. Research Center for Modeling in Health, Institute of Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2. Research Center of Endocrine and Metabolism, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Department of Biostatistics & Epidemiology, School of Health, Kerman University of Medical Sciences, Research Center for Modeling in Health, Kerman, Iran

Payesh 2013; 12: 135-141

Accepted for publication: 6 February 2012

[EPub a head of print-12 February 2013]

Objective (s): Studies have shown that environment has a meaningful effect on quality of life in patients with type 2 diabetes. One of the important environmental factors is place of living. This study conducted to estimates health related quality of life of diabetic patients based on their place of living.

Methods: This study was a secondary data analysis. We used data from a national cross sectional study conducted in 2006 using random cluster sampling. Data were collected by face to face interviews using a structured questionnaire. We analyzed s data on health related quality of life (HRQoL) by gender and patient's residency. Mean values of HRQoL were calculated for each province and then compared with other provinces by statistical tests including ANOVA and distance based classifying methods.

Results: Comparison of mean values showed that HRQoL were highest in the Qom, Semnan and Gilan, and were lowest in Kerman, Yazd and Ardabil, respectively. HRQoL was significantly differed between provinces at 0.05 levels.

Conclusion: The findings confirm the meaningful differences in HRQoL among diabetic patients living in different provinces. It remains to investigate about such observations. This might help to implement a better care for this population living in different places.

Key Words: Type II diabetes, Health related quality of life, Iran

* Corresponding author: Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

TEL: 0341-3205087

E-mail: hosseinmolavi.vardanjani@gmail.com