

بررسی کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

رضوان غفارزادگان^{۱*}، دریادخت مسرور رودسری^۱، سرور پرویزی^۱، محمد ابراهیم خمسه^۲، حمید حقانی^۳

۱. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
۲. انستیتو غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

فصلنامه پایش

سال دوازدهم شماره پنجم مهر - آبان ۱۳۹۲ صص ۴۸۹-۴۹۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۶/۲۶

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۸ شهریور ۹۲]

چکیده

بیماری دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های متابولیک با عوارض ناتوان‌کننده، با سیر مزمن و نامحسوس است. مزمن بودن دیابت و عوارض بالقوه آن اغلب باعث هزینه‌های مالی زیاد و کاهش کیفیت زندگی می‌شود. لذا این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی و ابعاد آن و توصیف متغیرهای فردی و اجتماعی مؤثر بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شده است. این مطالعه از نوع مقطعی بود، که در آن ۲۲۴ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی ایران شرکت کردند. داده‌ها از طریق پرسشنامه مشخصات فردی و اجتماعی و پرسشنامه کیفیت زندگی که دارای ۵ بعد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و بیماری و درمان بود، جمع‌آوری شده و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری مناسب، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل نشان داد که در بعد جسمی کیفیت زندگی ۵۳/۳ درصد افراد نمره بیشتر از میانگین را کسب کردند همچنین در بعد روانی ۶۳/۴ درصد افراد، در بعد اجتماعی ۶۵/۴ درصد، در بعد اقتصادی ۵۱/۸ درصد و در بعد بیماری و درمان نیز ۵۱/۴ درصد افراد نمره بیشتر از میانگین را کسب کردند و کیفیت زندگی کلی با متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و عوارض دیابت ارتباط معنی‌دار آماری داشت. ارزیابی کیفیت زندگی بیماران دیابتی با توجه به عوامل فردی و اجتماعی مؤثر بر کیفیت زندگی، اطلاعاتی را فراهم می‌کند که می‌توان از آن در جهت برنامه‌ریزی مداخلاتی برای مدیریت بهتر دیابت و دستیابی به افزایش کیفیت زندگی این بیماران، استفاده کرد.

کلیدواژه: دیابت نوع دو، کیفیت زندگی، متغیرهای فردی اجتماعی

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران

تلفن: ۰۸۶-۳۲۲۶۴۰۴۴

E-mail: ghafarzadeghan@gmail.com

مقدمه

بیماری دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های متابولیک با عوارض ناتوان‌کننده، با سیر مزمن و نامحسوس است و شیوعی رو به افزایش داشته [۱] و یک عامل خطر مهم برای افزایش عوارض قلبی عروقی و میزان مرگ و میر است [۲]. امروزه بیش از ۱۴۵ میلیون نفر به آن در سراسر جهان به این بیماری مبتلا هستند [۳]. سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که تعداد مبتلایان به دیابت تا سال ۲۰۲۵ به ۳۰۰ میلیون نفر شده [۴]. در ایران بیشتر از ۳/۵ میلیون نفر مبتلا به دیابت هستند که بیش از نیمی از آنها ناشناخته‌اند [۵] و نتایج آخرین پژوهش‌ها در کشور حاکی از آن است که از هر ۵ نفر افراد بالای ۳۰ سال یک نفر به آن مبتلا یا در معرض ابتلاست [۳]. با توجه به اینکه دیابت نوع دو به وسیله مقاومت به انسولین و کمبود نسبی آن مشخص شده و ۹۵-۹۰ درصد موارد دیابت را شامل می‌شود [۴] و نیز بیشتر این نوع دیابت در افراد بزرگسال به خصوص بالای ۳۰ سال اتفاق می‌افتد [۶]، نیاز به تحقیق و بررسی در این نوع دیابت بیشتر احساس می‌شود. مزمن بودن دیابت و عوارض بالقوه آن اغلب باعث هزینه‌های مالی زیاد و کاهش کیفیت زندگی و تغییرات سبک زندگی مهمی برای بیمار و خانواده می‌شود [۷]. بیماران دیابتی با مشکلات جسمی و روانی متعددی مانند افسردگی، اضطراب، ناتوانی، کم‌تحرکی و چاقی روبرو هستند که در نهایت منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌گردد. در نتیجه در مورد دیابت و درمان آن، کیفیت زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۸]. کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم چند بعدی که دربرگیرنده حیطه‌های سلامت و عملکرد فیزیکی، سلامت ذهنی، عملکرد اجتماعی، رضایت از درمان، نگرانی درباره آینده و حس خوب بودن، تعریف شده است [۹]. بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم فیزیکی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد [۱۰]. لذا ضرورت توجه به انجام ارزشیابی درمان‌های جدید، تعیین و کاهش هزینه‌ها، مشخص کردن جنبه‌های نارضایتی از درمان، خودکارآمدی، رفتارهای خودمراقبتی، کنترل قندخون و عوارض آن به دلیل تاثیر این عوامل بر روی کیفیت زندگی بسیار احساس می‌شود [۱۱]. و یک ارتباط روشن و واضح بین کیفیت زندگی و بیماری‌های مزمن مثل دیابت وجود دارد [۱۲] و کیفیت زندگی بیماران دیابتی یکی از اهداف مهم مدیریت دیابت است [۱۳]. شیوع

رو به افزایش دیابت در ایران و نیز افزایش ابتلای افراد دیابتی به عوارض دیابت، لزوم انجام پژوهش حاضر را در کشور نشان داد. با توجه به اینکه یکی از اهداف اصلی در درمان بیماران دیابتی، بهبود کیفیت زندگی است تا آنها بتوانند یک زندگی طبیعی را به دست آورند، برای رسیدن به این هدف لازم است تا مشخص شود اثر دیابت بر کیفیت زندگی چگونه است [۱۴]، و مشخص شود که این بیماری بر کدام یک از جنبه‌های زندگی بیمارانی که مبتلا به دیابت است و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و درمانی باید بر کدام یک از جنبه‌های زندگی فرد تمرکز بیشتری داشته باشند. همچنین با وجودی که در ایران مطالعاتی با هدف تعیین و شناسایی کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجام گردیده است، اما مطالعه‌ای که پنج بعد کیفیت زندگی را بررسی کند و نیز مطالعه‌ای که در مورد تعیین ابعاد کیفیت زندگی بیماران انسیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی ایران باشد، انجام نشده است و هنوز نادانسته‌های بسیاری درباره بیماران دیابتی و کیفیت زندگی آن‌ها وجود دارد که لازم است تشخیص داده شود. لذا این پژوهش با هدف کلی بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و با اهداف جزئی تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بعد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و بیماری و درمان، انجام شد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی است. جامعه پژوهش شامل کلیه مبتلایان به دیابت مراجعه‌کننده به مرکز انسیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی ایران بود که ویژگی‌های زیر را داشتند: سن آنها بالای ۱۸ سال بود، حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری دیابت آنها گذشته بود، طبق اظهارات خود، مبتلا به هیچ بیماری ذهنی و روانی و بیماری صعب‌العلاج نبوده و دارویی در این زمینه مصرف نمی‌کردند و باردار نیز نبودند. در این مطالعه برای تعیین حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد پس از مقدار گذاری در فرمول [۲۰]

$$n = \frac{(Z_1 - \frac{\alpha}{2} + Z_1 - \beta)^2}{\delta^2} + 2$$

حجم نمونه لازم برآورد گردید (n=۲۲۴) که به صورت نمونه‌گیری در دسترس در ماه‌های خرداد و تیر سال ۱۳۸۹، انتخاب شدند. این

انحراف معیار ۵۶/۸ و ۱۰/۳ بود. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه کننده به انستیتو غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی ایران در بعد جسمی در ۵۳/۳ درصد افراد، بیشتر از نمره میانگین بود و در بعد روانی ۶۳/۴ درصد افراد، نمره بیشتر از میانگین را کسب کردند. همچنین در بعد اجتماعی ۶۵/۴ درصد افراد، نمره بیشتر از میانگین را کسب کرده و در بعد اقتصادی ۵۱/۸ درصد افراد، نمره بیشتر از میانگین داشته و در بعد بیماری و درمان نیز ۵۱/۴ درصد افراد، نمره بیشتر از میانگین را کسب کردند. یافته‌ها نشان داد که بین سن و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار آماری وجود داشته ($P < 0/001$) و بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به گروه سنی بیشتر از ۷۰ سال بوده است (جدول ۱). میانگین نمره کیفیت زندگی مردان بیشتر از زنان بود. بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی نیز ارتباط معنی دار آماری وجود داشت ($P = 0/002$) و بیشترین میانگین نمره مربوط به تحصیلات لیسانس و بالاتر بود. کیفیت زندگی با وضعیت تأهل ($P = 0/013$) ارتباط معنی دار آماری نداشت اما با وضعیت اقتصادی ارتباط معنی دار آماری داشت ($P = 0/001$) (جدول ۲). اگرچه ارتباط بین کیفیت زندگی و تعداد فرزند نیز از نظر آماری معنی دار نبود ($P = 0/634$) اما بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به بیمارانی بود که کمتر از ۳ فرزند داشتند. همچنین بین مدت ابتلا به دیابت و کیفیت زندگی هم ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت ولی بیشترین میانگین نمره مربوط به گروهی بود که مدت ابتلای بیشتر از ۲۰ سال داشتند ($P = 0/080$). ارتباط بین نوع درمان و کیفیت زندگی نیز از نظر آماری معنی دار نبود ($P = 0/738$) ولی بیشترین میانگین نمره مربوط به گروهی بود که بیماری خود را از طریق مصرف داروهای خوراکی کنترل می کردند. همچنین بین وجود عوارض دیابت و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد ($P = 0/019$) و کیفیت زندگی افرادی که عوارض دیابت در آنها ظاهر نشده بود بالاتر از سایر افراد بود.

پژوهش در انستیتو غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد و داده‌ها از طریق پرسشنامه‌ای جمع آوری شدند که شامل مشخصات فردی اجتماعی و ابعاد کیفیت زندگی بود. در قسمت مشخصات فردی اجتماعی، نوع درمان شامل رعایت رژیم غذایی، مصرف داروهای خوراکی، مصرف انسولین و مصرف توأم داروهای خوراکی و انسولین بوده و نوع عارضه نیز شامل عوارض چشمی، کلیوی، قلبی عروقی و زخم پای دیابتی بود. پرسشنامه کیفیت زندگی توسط درویش پور کاخکی [۱۵] در ایران و منطبق با شرایط جامعه طراحی شده و پایایی آن از طریق آزمون مجدد ($0/92$) و آلفای کرونباخ ($0/95$) سنجیده شده است. اعتبار آن نیز از طریق اعتبار صوری و محتوا و اعتبار سازه و ملاکی بررسی شده است. ۹ سؤال اول این ابزار مربوط به بخش جسمی، ۱۱ سؤال بعد مربوط به بخش روحی روانی، ۷ سؤال بعدی مربوط به بخش اجتماعی، ۵ سؤال بعدی مربوط به بخش اقتصادی و ۱۳ سؤال آخر هم مربوط به بخش بیماری و درمان بوده و سؤال آخر هم عبارت کلی در مورد کیفیت زندگی است. پاسخ‌های این سؤالات با توجه به مقیاس پنج قسمتی لیکرت از خیلی زیاد (امتیاز ۱) تا به هیچ وجه (امتیاز ۵) درجه بندی شده است و نمره سؤال کلی آخر به صورت معکوس محاسبه شده است. امتیاز سؤالات از یک تا پنج بوده و کمترین امتیاز ۴۶ و بیشترین امتیاز ۲۳۰ بود. امتیاز بیشتر در این پرسش نامه نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر و امتیاز کمتر نشان دهنده کیفیت زندگی ضعیف تر بود. داده‌ها پس از جمع آوری و کدگذاری در نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد و از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس و آزمون نان پارامتریک کروسکالوالیس استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد نمونه‌ها ۲۲۴ نفر بود، که ۶۰ درصد آن‌ها زن و ۴۰ درصد آن‌ها مرد بودند. سن نمونه‌ها در محدوده ۲۸ تا ۸۳ سال با میانگین و

جدول ۳: توزیع فراوانی نمره کیفیت زندگی برحسب سن در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه سال ۱۳۸۹

نتیجه آزمون ANOVA	توزیع فراوانی نمره کیفیت زندگی برحسب سن در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه سال ۱۳۸۹				
	بیشتر از ۷۰	۶۰-۶۹	۵۰-۵۹	۴۰-۴۹	کمتر از ۴۰
جسمی	میانگین (انحراف معیار) ۵۲/۵۷(۲۸/۵۴) F=۰/۵۷۴ P=۰/۶۸۲	میانگین (انحراف معیار) ۵۶/۸۷(۲۶/۵۴) F=۳/۴۰۸ P=۰/۱۰	میانگین (انحراف معیار) ۶۰/۵۸(۲۵/۱۵) F=۳/۷۸۷ P=۰/۰۰۵	میانگین (انحراف معیار) ۵۹/۵۴(۲۵/۲۴) F=۲/۶۶۲ P=۰/۰۳۴	میانگین (انحراف معیار) ۵۶/۰۱(۲۹/۰۳) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱
روانی	میانگین (انحراف معیار) ۷۲/۷۲(۲۲/۹۵) F=۳/۷۸۷ P=۰/۰۰۵	میانگین (انحراف معیار) ۷۳/۵۴(۲۲/۷۹) F=۲/۶۶۲ P=۰/۰۳۴	میانگین (انحراف معیار) ۶۷/۲(۵۲۶/۸۵) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۵۷/۱۰(۲۷/۷۰) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۵۵/۶۸(۳۳/۰۷) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱
اجتماعی	میانگین (انحراف معیار) ۹۰/۸۷(۱۳/۰۴) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۸۹/۲۲(۱۴/۱۷) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۸۷/۱۴(۱۸/۱۳) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۸۲/۰۵(۱۷/۲۹) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۷۲/۰۲(۲۴/۴۵) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱
اقتصادی	میانگین (انحراف معیار) ۷۱/۶۶(۳۴/۶۶) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۷۱/۸۰(۳۲/۹۱) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۵۴/۷۶(۴۷/۰۱) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۵۲/۳۰(۳۵/۱۶) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۵۶/۲۵(۳۶/۷۵) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱
بیماری و درمان	میانگین (انحراف معیار) ۶۰/۰۹(۱۸/۴۵) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۵۶/۷۴(۱۸/۰۷) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۴۴/۴۷(۲۰/۴۷) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۳۸/۴۲(۲۰/۷۸) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۲۹/۳۰(۲۲/۴۶) F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱

آزمون شفه در مواردی که pvalue معنی دار بود انجام شد و نتایج این آزمون نشان داد که در بعد روانی تفاوت میانگین گروه‌های سنی مربوط به گروه ۴۰-۶۰ و ۶۰-۶۹ سال بوده است و در بعد اجتماعی مربوط به گروه کمتر از ۴۰-۶۰ و بیشتر از ۷۰ بوده و در بعد بیماری و درمان این تفاوت مربوط به گروه‌های کمتر از ۴۰-۶۰، ۴۰-۴۹، ۴۹-۵۰، ۵۰-۵۹ و بیشتر از ۷۰ می‌باشد.

جدول ۲: توزیع فراوانی نمره کیفیت زندگی بر حسب وضعیت اقتصادی در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹

نتیجه آزمون ANOVA و کروسکالوالیس	توزیع فراوانی نمره کیفیت زندگی بر حسب وضعیت اقتصادی در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹		
	خوب	متوسط	ضعیف
جسمی	میانگین (انحراف معیار) ۶۰/۹۸(۲۸/۲۶) F=۹/۱۹۶ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۶۲/۳۱(۲۳/۸۷) F=۱۰/۴۳۶ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۴۵/۰۸(۲۷/۴۱) F=۱۰/۴۳۶ P<۰/۰۰۱
روانی	میانگین (انحراف معیار) ۷۷/۷۸(۲۴/۲۰) F=۱۰/۴۳۶ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۷۰/۴۶(۲۴/۳۲) F=۱۰/۴۳۶ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۵۴/۰۶(۲۷/۱۳) F=۱۰/۴۳۶ P<۰/۰۰۱
اجتماعی	میانگین (انحراف معیار) ۹۲/۲۰(۷/۰۲) F=۱۰/۴۳۶ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۸۸/۲۳(۱۵/۹۹) F=۱۰/۴۳۶ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۷۸/۹۱(۲۱/۲۴) F=۱۰/۴۳۶ P<۰/۰۰۱
اقتصادی	میانگین (انحراف معیار) ۹۰/۴۵(۱۴/۷۹) F=۱۰/۴۳۶ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۶۳/۸۶(۴۰/۲۳) F=۱۰/۴۳۶ P<۰/۰۰۱	میانگین (انحراف معیار) ۴۰/۶۷(۳۷/۸۰) F=۱۰/۴۳۶ P<۰/۰۰۱
بیماری و درمان	میانگین (انحراف معیار) ۵۰/۱۴(۲۱/۵۲) F=۶/۱۲۴ P<۰/۰۰۳	میانگین (انحراف معیار) ۵۰/۵۹(۲۱/۴۶) F=۶/۱۲۴ P<۰/۰۰۳	میانگین (انحراف معیار) ۳۸/۸۹(۱۹/۴۴) F=۶/۱۲۴ P<۰/۰۰۳

*آزمون شفه در مواردی که pvalue معنی دار بود انجام شد و نتایج این آزمون نشان داد که در بعد جسمی و روانی و اجتماعی و اقتصادی، تفاوت میانگین‌ها مربوط به گروه‌های ضعیف، متوسط و خوب بوده و در بعد بیماری و درمان این تفاوت مربوط به گروه‌های ضعیف و متوسط بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

حاضر بوده است. در رابطه با تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بعد روانی، نتایج نشان داد میانگین نمره‌ها در این بعد ۴۰/۶۴ از ۵۵ با انحراف معیار ۱/۴۵ بود و ۳۶/۶ درصد افراد در بعد روانی کیفیت زندگی نمره کمتر از میانگین را کسب کردند و ۶۳/۴ درصد افراد نمره بیشتر از میانگین را کسب کردند. در مطالعه محمدپور اکثر بیماران (۸۰/۷ درصد) دارای کیفیت زندگی مطلوبی در بعد روانی بودند [۱۸] به نظر می‌رسد علت بالا بودن کیفیت زندگی بیماران این مطالعه در بعد روانی روحیه بالای این بیماران باشد. همچنین در مطالعه عیسا با ۶۲/۲ درصد بیماران نمره متوسط کیفیت زندگی را در بعد روانی داشتند [۱۷]، که این مساله هم می‌تواند به دلیل تشابهاتی شرایط روانی و روحیه و انگیزه این بیماران با بیماران مطالعه حاضر باشد که سبب افزایش میانگین

در رابطه با تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بعد جسمی، نتایج نشان داد، میانگین نمره‌ها در این بعد ۲۹/۹۴ از ۴۵ بوده و ۴۶/۷ درصد بیماران نمره کمتر از میانگین و ۵۳/۳ درصد نیز نمره بیشتر از میانگین را کسب کردند. در پژوهش حریریان حدود ۷۱/۳۳ درصد از بیماران دارای کیفیت زندگی نامطلوبی در بعد جسمی بودند. به نظر می‌رسد علت نامطلوب بودن این بعد از کیفیت زندگی مربوط به عوارض دیابت و مشکلات جسمی متعددی است که بیماران دیابتی با آن روبرو هستند باشد [۱۶]. در مطالعه عیسا با در نیجریه ۶۸/۱ درصد بیماران در بعد جسمی کیفیت زندگی متوسط داشتند [۱۷]، که این امر احتمالاً ناشی از نزدیک بودن شرایط جسمی بیماران این مطالعه با بیماران مطالعه

نشد. اما در مطالعه اکینسی و همکاران که در ترکیه انجام شد و شامل بررسی سه زیر مقیاس نگرانی، تأثیر و رضایتمندی بود، مشخص شد که میانگین نمره زیر مقیاس نگرانی در این بیماران ۳/۵۷۱ بوده که از میانگین رضایتمندی بالاتر بوده است. همچنین بیشترین نگرانی افراد مبتلا به دیابت نوع دو مربوط به عوارض دیابت و مرگ بود و نگرانی کمتر برای ازدواج، از دست دادن شغل، به دست آوردن شغل مطلوب و تحصیلات وجود داشت [۱۹] که در پژوهش حاضر نیز بعد بیماری و درمان شامل نگرانی بیماران درباره عوارض بیماری بود. به طور خلاصه می توان گفت که عوامل فردی و اجتماعی نقش مهمی را در کیفیت زندگی بیماران دیابتی ایفا می کنند و در بررسی این بیماران باید عواملی همچون وضعیت اقتصادی و میزان درآمد در نظر گرفته شوند. همچنین هدف مداخلات درمانی و اقدامات مراقبتی که در این بیماران به عمل می آید باید بر بهبود کیفیت زندگی آن ها متمرکز باشد و با بهره گیری از مراکز حمایتی خاص بیماران دیابتی و ارائه خدمات آموزشی و مشاوره ای جهت افزایش حمایت اجتماعی بیماران و کاهش بروز عوارض دیابت به افزایش کیفیت زندگی آن ها کمک کرد.

سهم نویسندگان

رضوان غفارزادگان: تهیه پروپوزال و جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها در یادخت مسرور: استاد راهنما، نظارت و راهنمایی جهت تهیه پروپوزال و جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها سرور پروبیزی: استاد مشاور، مشاوره و راهنمایی جهت تهیه پروپوزال و جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها حمید حقانی: استاد مشاور آمار، مشاوره و راهنمایی جهت تهیه پروپوزال و جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه دانشجویی می باشد. از کارکنان کتابخانه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران کمال تشکر را داریم. همچنین از بیماران دیابتی مراجعه کننده به انستیتو غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه ایران نیز تشکر می کنیم که بدون آن ها انجام این پژوهش امکان پذیر نبود.

نمره کیفیت زندگی در بعد روانی شده است. در رابطه با تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بعد اجتماعی، یافته های مطالعه نشان داد که میانگین نمره ها در این بعد ۳۱/۲۰ از ۳۵ با انحراف معیار ۴/۸۲ است و ۳۴/۶ درصد افراد نمره پایین تر از میانگین و ۶۵/۴ درصد افراد نیز نمره بالاتر از میانگین را کسب کردند که یافته های این مطالعه با نتایج مطالعه محمدپور مغایر بود. در مطالعه محمدپور نتایج نشان داد که حدود ۷۸ درصد بیماران دارای کیفیت زندگی نامطلوب در بعد اجتماعی بودند [۱۸]. به نظر می رسد علت بالا بودن کیفیت زندگی بیماران پژوهش حاضر، ارتباط مناسب آن ها با همسر، فرزندان و سایر اعضای خانواده باشد. در مطالعه عیسا با نیز ۷۵/۳ درصد بیماران، نمره متوسط کیفیت زندگی را برای روابط اجتماعی کسب کردند [۱۷]. بالا بودن میانگین نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی در بیماران مطالعه حاضر در مقایسه با دو مطالعه ذکر شده احتمالاً به دلیل روابط مناسب و حمایت آنها توسط افراد خانواده بوده است. در رابطه با تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بعد اقتصادی، یافته های مطالعه نشان داد که میانگین نمره ها در این بعد ۱۷/۲۱ از ۲۵ با انحراف معیار ۸/۰۴ است و ۴۸/۲ درصد افراد نمره کمتر از میانگین و ۵۱/۸ درصد افراد نمره بیشتر از میانگین را کسب کردند که در بررسی های دیگر این بعد از کیفیت زندگی مورد سنجش قرار نگرفته است. اما نتایج پژوهش حریریان نشان داد که عوامل اقتصادی مانند شغل و درآمد می تواند بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی تأثیرگذار باشد و باعث ایجاد تغییراتی در ابعاد مختلف کیفیت زندگی شود. همچنین در پژوهش حریریان مشخص شد که کاهش وابستگی مالی زنان می تواند در ارتقای کیفیت زندگی زنان مؤثر باشد [۱۶]. پژوهش عیسا با نیز نشان داد کیفیت زندگی ضعیف در ارتباط با درآمد ماهیانه پایین تر است [۱۷]. اما مطالعه ای که این بعد از کیفیت زندگی را مورد سنجش قرار دهد، یافت نشد. در رابطه با تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بعد بیماری و درمان، یافته های مطالعه نشان داد که میانگین نمره ها در این بعد ۴۲/۶۵ از ۶۵ با انحراف معیار ۱۳/۳۲ است و ۴۸/۶ درصد افراد نمره کمتر از میانگین و ۵۱/۴ درصد افراد نمره بیشتر از میانگین را کسب کردند. پژوهش قابل مقایسه ای در این زمینه یافت

منابع

1. Delavari A, Mahdavi Hezaveh A, Norouzinejad A, Yarahmady S. Doctor and diabetes (National Programme Diabetes Control and Prevention). Ministry of Health and Medical Education, Department of Health, Center for Disease Control, Department of Endocrinology and Metabolic Disorders. 2th Edition, Seda publication: Tehran, 2004
2. Lee H, Kim M, Daly B. Nutritional patterns of Korean diabetic patients: an exploratory study. *International Council of Nurses* 2008;55:442-46
3. Heidari G, Muslimi S, Montazeri Far F, Heydari M. Efficacy of education on knowledge, attitude & practice of Type II diabetic patients in relation to correct nutrition. *Tabibe shargh* 2002; 4:207-13
4. Larijani B, Zahed F, Aghakhani S. Epidemiology of Diabetes Mellitus in Iran. *Shiraz E-Medical Journal* 2003; 4:1-2
5. Abab zadeh Z. Comparison lifestyle patients with type II diabetes in siblings of patients with non-diabetic centers in Hamadan. master sciences Thesis Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2006
6. Borzou SR, Biyabangardi Z, The effect of dietary education upon the level of blood sugar of patient with NIDDM. *Journal of Qazvin Medical Sciences & Health Services University* 2000; 13:49-55
7. Nagelkerk J, Ericka K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self management. *Journal of Advanced Nursing* 2006;54:151-58
8. Ghavami H, Ahmadi F, Entezami H, Memarian R. Effect of Continuous Care Model on the quality of life in diabetic patients. *Uroomiye Medical Journal* 2005; 16:22-7
9. Achhab WE, Nejjari C, Chikri M, Lyoussi B. Disease-specific health-related quality of life instruments among adults diabetic: a systematic review. *Diabetes research and clinical practice* 2008; 80:171-84
10. Bott U, Muhlhauser I, Overmann H, al e. Validation of a Diabetes - Specific Quality - Of - Life Scale for Patients with Type 1 Diabetes. *Diabetes Care* 1998;21:757-69
11. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes/Metaolism Research & Reviews* 1999;15:205-18
12. Saito I, Fujiko I, Ikebe T, Moriwaki C, Tsubakimoto A, Yonemasu K. Impact of diabetes on health-related quality of life in a population study in Japan. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2006; 73:51-7
13. Tank ova T, Dakovsca G, Koev D. Education of diabetic patients-a one year experience. *Patient Education & Counseling* 2001; 43:139-45
14. Shahabjahanloo A, Ghofranipour F, Sobhani A, Kimiagar M, Vafaii M. Evaluating curvilinear hypothesis in quality of life and glycemic control in diabetic patients. *Journal of Arak University of Medical Science* 2008; 11:27-34
15. Darvish Pur Kakhky A. Design valid and reliable scale for measuring quality of life of patients with diabetes. master sciences Thesis. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2004
16. Haririan H, Moghadasian S, Aghajanloo A. Quality of life and its dimensions in diabetic patients referred to the Diabetes Center of Tabriz University of Medical Sciences in 1386. *Journal of Irans Diabetes & Lipid.* 2009; 9:152-160
17. BA I, Baiyewu. Quality of life of patienteswith diabetes mellitus in a Nigerian teaching hospital. *Hong kong Journal of psychiatric* 2006; 16:27-33
18. Mohammad Pour y, Haririan H, Moghadasian S, Ebrahimi H. Quality of life and its dimensions in diabetic patients referred to the Diabetes Center of Tabriz University of Medical Sciences in 1386. *Journal of School Nursing Orumiye* 2008; 6 :37-42
19. Akinci F, Yildirim A, Gozu H, Sargin H, Orbay E, Sargin M. Assessment of health-related quality of life (HRQoL) of patients with type 2 diabetes in Turkey. *Diabetes Research & Clinical Practice* 2008; 79:117-23
20. Chehrei Ali, Sampling and sample calculation. 2th Edition, Sara publication: Tehran, 2000

ABSTRACT

Quality of life in patients with type II diabetes

Rezvan Ghafarzadegan^{1*}, Daryadokht Masror¹, soror Parvizy¹, Mohammad Ebrahim Khamse², Hamid Haghani³

1. School of nursing and midwifery, Iran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran

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

3. School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 489-495

Accepted for publication: 16 September 2012

[EPub a head of print-9 September 2013]

Objective (s): Diabetes is one of the most common metabolic syndromes with debilitating complication, and chronic course. Chronic complications of diabetes and its potential costs are often causing of financial loss and decrease of quality of life. This study aimed to assess quality of life and its dimensions in patients with type II diabetes.

Methods: This was a cross-sectional study of 224 patients with Type II diabetes referred to the Endocrinology and Metabolism Institute of Iran University of Medical Sciences. Data were collected on demographic and quality of life including information on 5 dimensions (physical, psychological, social, economic and disease and treatment).

Results: The results showed that the physical quality of life in 53.3 percent of sample was more than average score. Also 63.4% of the patients scored higher than mean score on psychological dimension. This figure for social, economic and disease and treatment related dimensions were 65.4%, 51.8% and 51.4% respectively. Quality of life significantly was associated with age, gender, educational level, economic status and complications.

Conclusion: The findings confirmed that quality of life in diabetic patients was associated with demographic factors. Indeed in order to better manage patients subgroup of patients should be considered.

Key Words: TypeII diabetes, quality of life, sociodemographic factor

* Corresponding author: Iran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran

Tel:086-32264044

E-mail: rghafarzadegan@gmail.com