

Quality of Life in Diabetic Patients of Rural Health Centers in Northwest of Tabriz City

Maryam Sepehri*¹, Sanaz Shoaee²

Article Info:

Article History:

Received: 08.31.2019

Accepted: 11.16.2019

Published: 06.21.2020

Keywords:

SF36

Diabetes

Quality of Life

Rural Health Centers

Abstract

Background and Objectives: Diabetes is a major health problem worldwide, with a high prevalence, especially in developing countries. Diabetic patients face several challenges and one of the most important issues in the care of these patients is their quality of life. The aim of this study was to assess the quality of life of diabetic patients in rural health centers in the Northwest of Tabriz city.

Material and Methods: In this cross-sectional study, 200 diabetic patients in rural health care centers in the Northwest of Tabriz were selected through convenience sampling. The short form health survey questionnaire (SF36) was used to measure The Quality of life. The Data were analyzed by descriptive and analytic statistics (T test, correlation coefficient, and Kruskal -Wallis Non parametric test).

Results: Total mean score of quality of life was 54.42 (± 11.23) and located in acceptable range. The highest score 77.51 (± 23.61) was related to Bodily Pain Scale and the lowest 32.78 (± 18.39) was role limitations due to emotional problems. The results showed that independent variables such as age, age of disease onset, marital status, educational level, type of treatment and family size had a significant relationship ($P < 0.05$) with the quality of life.

Conclusion: Changes in quality of life dimensions are affected by individual, cultural, social and economic factors, and measurement of QoL in chronic diseases can provide useful information for the planning and care of these patients.

Citation: Sepehri M, Shoaee S Quality of Life in Diabetic Patients of Rural Health Centers in Northwest of Tabriz City. Depiction of Health 2020; 11(2): 109-116.

1. Social Determinants of Health Research Center, Health Management and Safety Promotion Research Institute, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Email: maryam_sepehri@hotmail.com)

2. Community and Family Medicine Department, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran

بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی روستایی شمال غرب شهر تبریز

مریم سپهری^{۱*}، ساناز شعاعی^۲

چکیده

زمینه و اهداف: دیابت یک مشکل بهداشتی عمده در سراسر جهان است و شیوع آن خصوصاً در کشورهای در حال توسعه افزایش چشمگیری داشته است. بیماران دیابتی با مشکلات متعددی مواجه هستند و یکی از موارد بسیار مهم در امر مراقبت این بیماران، بررسی کیفیت زندگی آنهاست. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی روستایی شمال غرب شهر تبریز بوده است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش مقطعی ۲۰۰ نفر از افراد دیابتی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی روستایی شمال غرب شهر تبریز به صورت نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد SF36 جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران و پرسشنامه مشخصات دموگرافیک بوده است. داده‌ها با روشهای آمار توصیفی و تحلیلی (تی تست، ضریب همبستگی و آزمون ناپارامتری کروسکال والیس) مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان (11 ± 23) و $54/42$ و در محدوده تا حدودی مطلوب قرار داشته است. بالاترین نمره مربوط به بعد درد بدنی $(23/61 \pm)$ و $77/51$ و کمترین، محدودیت ایفای نقش به دلایل روانی (18 ± 39) بوده است. عواملی مانند سن، وضعیت تاهل، سن ابتلا، سطح سواد، نوع درمان و تعداد اعضای خانواده با کیفیت زندگی رابطه معنادار داشتند.

نتیجه‌گیری: تغییرات در ابعاد کیفیت زندگی متأثر از عوامل فردی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی است و سنجش این موارد می‌تواند اطلاعات مفیدی در مورد بیماریهای مزمن فراهم آورد که برای برنامه‌ریزیهای مراقبتی و اصلاح کیفیت زندگی این افراد سودمند خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: دیابت، کیفیت زندگی، SF36، مراکز بهداشتی - درمانی روستایی

نحوه استناد به این مقاله: سپهری م، شعاعی س. بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی روستایی شمال غرب شهر تبریز. تصویر سلامت، ۱۳۹۹؛ ۱۱(۲): ۱۱۶-۱۰۹.

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده مدیریت سلامت و ارتقای ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: maryam_sepehri@hotmail.com)
 ۲. گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

می‌کند. بنابراین کیفیت زندگی ارتباط نزدیکی با وضعیت جسمی، روحی، عقاید شخصی، میزان خوداتکایی، ارتباطات جمعی و جامعه دارد (۱۳). مطالعات تجربی نشان داده‌اند کیفیت زندگی می‌تواند به عنوان شاخص کیفیت مراقبت سلامت و بخشی از برنامه درمان محسوب شود و سنجش آن در بیماری‌های مزمن اطلاعات مفیدی را در مورد وضعیت سلامتی و بیماری در اختیار سیاست‌گذاران قرار می‌دهد. در مطالعه مروری کیادلیری و همکاران که بر روی ۴۶ مقاله انجام شده بود نشان داد؛ کیفیت زندگی بیماران دیابتی نسبت به افراد غیردیابتی پایین‌تر بوده که احتمالاً ناشی از عوارض بیماری است (۱۴). در مورد کیفیت زندگی افراد دیابتی در مطالعه وارث و همکاران نتایج حاکی از این بود که کیفیت زندگی در ۶۰ درصد بیماران دیابتی نامطلوب اما در بیشتر افراد سالم مطلوب گزارش شده است (۱۵). در مطالعه مینت (Minet) نتایج نشان داد افراد دیابتی در مقایسه با افراد فاقد بیماری مزمن، پایین‌ترین کیفیت زندگی را دارند (۱۶). کیفیت زندگی نامطلوب بیماران دیابتی علاوه بر مطالعات فوق‌الذکر در مطالعات دیگری در داخل و خارج از کشور نیز گزارش شده است که نشان دهنده ضرورت توجه به این موضوع است (۱۷-۱۹).

از آنجایی که بیشتر این مطالعات در شهرها انجام شده هدف مطالعه حاضر، بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی در مناطق روستایی شمال غرب تبریز بوده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی با حجم نمونه ۲۰۰ نفر از مراجعین به مراکز بهداشتی-درمانی روستایی شمال غرب تبریز در سال ۱۳۹۸ و به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شده است. حجم نمونه در این مطالعه با فرمول کوکران و با توجه به شیوع دیابت محاسبه شده است. ابزار مورد استفاده شامل یک چک‌لیست ویژگی‌های دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد SF۳۶ بوده که توسط وارو شربون (Sherbourne) در آمریکا در سال ۱۹۹۲ طراحی شده (۲۰) و سپس در کشورهای مختلف ترجمه و مورد استفاده گرفته؛ در ایران نیز روایی و پایایی آن توسط منتظری و همکاران بررسی و تایید شده است (۲۱). این ابزار شامل ۳۶ عبارت در ۸ بعد عملکرد فیزیکی (۱۰ عبارت)، سلامت روان (۵ عبارت)، وضعیت اجتماعی (۲ عبارت)، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی (۳ عبارت)، انرژی و نشاط (۴ عبارت) و سلامت عمومی (۵ عبارت) می‌باشد؛ امتیاز هر مقیاس از ۰ تا ۱۰۰ است که ۰ بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند (۲۱). نمره مقیاس‌ها در سه

امروزه روند بیماری‌ها و مرگ‌ومیر در بسیاری از کشورهای جهان تغییر کرده به طوری که بیماری‌های غیرواگیر و مزمن جایگزین بیماری‌های عفونی و واگیردار شده‌اند. بیماری‌های مزمن در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه به عوامل اصلی مرگ‌ومیر تبدیل شده‌اند (۱). بیماری دیابت یکی از بیماری‌های مزمن و از علل مهم مرگ و ناتوانی در سراسر دنیا است. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۴، شیوع جهانی دیابت در افراد بالای ۱۸ سال از ۴/۷ درصد در سال ۱۹۸۰ به ۸/۵ درصد در سال ۲۰۱۴ رسیده است (۲). دیابت تا سال ۲۰۳۰ هفتمین علت مرگ در دنیا خواهد بود و بیش از ۸۰ درصد مرگ‌ومیر ناشی از آن در کشورهای با درآمد پایین و متوسط رخ می‌دهد. ابتلا به دیابت در همه نقاط جهان به ویژه کشورهای در حال توسعه افزایش زیادی داشته است (۳). در بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۲۰۰۸ در ایران، شیوع دیابت حدود ۷/۷ درصد گزارش شده است (۴). طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی تعداد بیماران دیابتی در کشور، تا سال ۲۰۳۰ میلادی بیش از ۶ میلیون نفر خواهد بود (۵). همچنین مطالعه قند و لیپید تهران (Tehran Lipid and Glucose Study)، شیوع دیابت را ۱۳/۲ درصد برآورد کرده است (۶). در متآنالیزی که توسط حق دوست و همکاران انجام شده، شیوع دیابت در بزرگسالان بالای ۴۰ سال، ۲۴ درصد گزارش شده است (۷). با توجه به افزایش شیوع این بیماری، عوارض کوتاه مدت و دراز مدت نیز افزایش خواهد یافت. همچنان که می‌دانیم دیابت عامل اصلی اختلالاتی مانند رتینوپاتی، نوروپاتی و نفروپاتی است (۹۸) از سوی دیگر خطر ابتلا به سکته قلبی، مغزی و مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در این بیماران ۲ تا ۴ برابر بیشتر از سایرین است (۱۰). با توجه به اینکه بهبودی کامل افراد دیابتی تقریباً غیرممکن است بنابراین هدف مراقبت درمانی، ارتقاء کیفیت زندگی بیماران است. بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در راهنمای بالینی کنترل دیابت مورد تاکید فراوان بوده و یکی از اهداف اولیه کنترل دیابت است (۱۱). زیرا به دلیل مزمن بودن بیماری و ایجاد ناتوانی، کیفیت زندگی بیماران شدیداً متاثر می‌شود (۱۲). منظور از کیفیت زندگی، آن گروه از ویژگی‌های تعریف شده‌ای است که برای بیمار مهم است و عامل احساس راحتی یا ادراک خوب بودن شمرده می‌شود و در راستای ارتقا و حفظ عملکرد جسمانی-هیجانی و عقلانی قرار دارد؛ به شکلی که شخص بتواند توانایی‌های خود را در فعالیت‌های ارزشمند زندگی حفظ کند (۱۳). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق شخص تعریف

داده‌ها توسط نرم افزار SPSS با روش‌های آنالیز توصیفی، تی تست، تست ناپارامتری کروسکال والیس و ضریب همبستگی تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان (۳۳±۱۵) ۴۶/۷۱ بود. سایر مشخصات جمعیت شناختی در جدول شماره یک و دو نشان داده شده است.

سطح مطلوب (۶۷-۱۰۰)، نسبتاً مطلوب (۳۳-۶۶) و نامطلوب (۰-۳۲) طبقه بندی می‌گردد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ افراد با تشخیص قطعی دیابت توسط پزشک متخصص، سپری شدن حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری و رضایت جهت شرکت در مطالعه بوده است. در ابتدا هدف مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و افرادی که تمایل به مشارکت داشتند وارد مطالعه شدند. پرسشنامه‌ها بی‌نام و اطلاعات افراد به صورت محرمانه بوده است. تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت خود ایفا و در مواردی که افراد بیسواد بودند توسط فرد آموزش دیده انجام شد.

جدول ۱. توزیع فراوانی ویژگیهای جمعیت شناختی

متغیر	فراوانی	درصد	
جنسیت	مرد	۹۷	۵۱/۵
	زن	۱۰۳	۴۸/۵
تحصیلات	بیسواد	۴۸	۲۴/۰۰
	ابتدایی	۷۹	۳۹/۵
	راهنمایی و دبیرستان	۷۳	۳۶/۵
نوع درمان	انسولین	۲۳	۱۱/۵
	قرص	۱۶۹	۸۴/۵
	قرص و انسولین	۸	۴
	مجرد	۵	۲/۵
وضعیت تاهل	متاهل	۱۹۰	۹۵/۰۰
	بیوه	۵	۲/۵

جدول ۲. میانگین ویژگی‌های دموگرافیک بیماران شرکت‌کننده

متغیر	میانگین (انحراف معیار)
سن	۴۶/۷۱ (±۱۵/۳۳)
سن ابتلا	۳۱/۵۰ (±۱۷/۲۸)
مدت زمان ابتلا (ماه)	۱۸۰/۰۶ (±۵۹/۴)
تعداد افراد خانواده	۳/۵۲ (±۱/۱۲)

کمترین مربوط به محدودیت ایفای نقش به دلایل روانی (۱۸/۳۹) ۳۲/۷۸ بوده است.

ابعاد کیفیت زندگی در جدول شماره ۳ مشخص شده است. بیشترین میانگین مربوط به بعد درد بدنی (۲۳/۶۱) ۷۷/۵۱ و

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی بیماران دیابتی

میانگین و انحراف معیار	ابعاد کیفیت زندگی
۳۶/۶۰ (۱۷/۰۹)	محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی
۷۵/۷۵ (۲۹/۴۱)	عملکرد جسمانی
۵۰/۹ (۱۹/۳۳)	نشاط
۷۷/۵۱ (۲۳/۶۱)	درد بدنی
۳۲/۷۸ (۱۸/۳۹)	محدودیت ایفای نقش به دلایل روانی
۴۶/۶۰ (۱۱/۳۹)	سلامت عمومی
۵۷/۶۷ (۱۴/۲۸)	سلامت روانی
۶۴/۷۳ (۱۹/۵۳)	عملکرد اجتماعی
۵۴/۴۲ (۱۱/۲۳)	کل

در مورد وضعیت تاهل آزمون نشان داد که حداقل یک جفت از گروه‌ها تفاوت معنی‌دار با سایرین دارد ($P=0/000$). در آزمون تعقیبی شواهد قوی وجود دارد که تفاوت در دو جفت مجرد-متاهل و مجرد-بیوه وجود داشته است و همانطور که مشاهده می‌شود کیفیت زندگی در افراد متاهل به طور معنی‌داری بهتر از مجرد و بیوه است. در مورد نوع درمان آزمون کروسکال والیس نشان داد که حداقل یک جفت از گروه‌ها تفاوت معنی‌دار با سایرین دارد ($P=0/000$). در آزمون تعقیبی من‌ویتنی (با تصحیح بونفرونی) شواهد قوی وجود دارد که تفاوت در دو جفت قرص-انسولین و قرص-هر دو درمان وجود داشته است و همانطور که در جدول نیز مشاهده می‌شود کیفیت زندگی در گروه مصرف کننده هر دو درمان پایین‌تر است. ولی در نتایج تی تست بین جنسیت و کیفیت زندگی ارتباط معنادار حاصل نشده است ($P=0/291$). (جدول شماره ۴)

برای انجام آزمون‌های تحلیلی، ابتدا نرمالیت داده‌ها توسط آزمون کولموگروف اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت و برای متغیرهای کمی غیرنرمال از آزمون ناپارامتری کروسکال والیس و در صورت معنی‌داری از تست تعقیبی من‌ویتنی با تصحیح نرخ خطا به روش بونفرونی استفاده شد. نتایج آزمون ناپارامتری کروسکال والیس نشان داد که بین وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و نوع درمان اختلاف معنی‌دار ($P<0/05$) وجود دارد. (جدول شماره ۴) در مورد سطح سواد آزمون نشان داد که حداقل یک جفت از گروه‌ها تفاوت معنی‌دار با سایرین دارد ($P=0/000$). در آزمون تعقیبی من‌ویتنی (با تصحیح بونفرونی) شواهد قوی وجود دارد که تفاوت در هر سه جفت بیسواد-ابتدایی، بیسواد-دبیرستان، ابتدایی-دبیرستان وجود داشته است و همانطور که مشاهده می‌شود میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه راهنمایی و دبیرستان ($6/74$) ($60/13$)، ابتدایی ($10/11$) ($54/24$) و در گروه بیسواد ($13/14$) ($46/04$) بوده است. در واقع هرچه سطح تحصیلات پایین‌تر باشد کیفیت زندگی پایین‌تر است.

جدول ۴. ارتباط کیفیت زندگی با متغیرهای جمعیت شناختی

P Value	میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی	متغیر
$P=0/291$	$53/60 (\pm 11/20)$	زن
	$55/29 (\pm 11/26)$	مرد
$P=0/000$	$54/25 (\pm 1/8)$	مجرد
	$73/12 (10/94)$	متاهل
	$42/20 (\pm 1/5)$	بیوه و مطلقه
$P=0/000$	$46/04 (\pm 13/14)$	بیسواد
	$54/24 (\pm 10/11)$	ابتدایی
$P=0/000$	$60/13 (\pm 6/74)$	راهنمایی و دبیرستان
	$62/19 (\pm 5/35)$	قرص
	$59/75 (\pm 15/69)$	انسولین
	$52/91 (\pm 10/91)$	هر دو

ادامه جدول ۴. ارتباط کیفیت زندگی با متغیرهای جمعیت شناختی

با کیفیت زندگی رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد ($P=0/000$). (جدول شماره ۵)

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سن و کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار و معکوس، و بین تعداد اعضای خانواده

جدول ۵. ضریب همبستگی بین نمره کیفیت زندگی با متغیرهای جمعیت شناختی

ضریب همبستگی	P Value	ضریب همبستگی	P Value	ضریب همبستگی	P Value	ضریب همبستگی	P Value
سن	$-0/743$	سن ابتلا	$0/000$	تعداد افراد خانواده	$0/430$	مدت ابتلا	$-0/123$
کیفیت زندگی	$0/000$	سن ابتلا	$0/000$	تعداد افراد خانواده	$0/430$	مدت ابتلا	$0/082$

بحث

در ۲۰ سال اخیر توجه به بررسی و ارتقا کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش قابل توجهی یافته و بهبود عملکرد و کیفیت زندگی این افراد به یک هدف تبدیل شده است (۲۲). در این مطالعه که با حجم نمونه ۲۰۰ نفر از افراد دیابتی در مراکز بهداشتی روستایی شمال غرب تبریز انجام شده است میانگین نمره کیفیت زندگی (۱۱/۲۳) ۵۴/۴۲ بوده که در محدوده نسبتاً مطلوب قرار دارد. سه بعد عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی و درد بدنی در محدوده مطلوب کیفیت زندگی (۶۷-۱۰۰) و بقیه ابعاد در محدوده تا حدودی مطلوب (۳۳-۶۶) قرار داشتند و بعد محدودیت ایفای نقش به دلایل روانی (۱۸/۳۹) ۳۲/۷۸ کمترین میانگین را شامل شده است. در مطالعه نجاتی و همکاران در شهر کاشان، سطح کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه در حد متوسط بود (۲۳). در مطالعه رباط سرپوشی و همکاران نمره اکثر حیطه‌ها در محدوده تا حدودی مطلوب بوده که با این مطالعه همخوانی دارد (۲۴). علاوه بر این در مطالعه منجمد و همکاران کیفیت زندگی اکثر شرکت‌کنندگان در حد متوسط برآورد شده است (۲۵).

در مطالعه حاضر بین میانگین کلی نمره کیفیت زندگی و جنسیت ارتباط معناداری یافت نشده است. در مطالعه کریمی مقدم و همکاران در سبزوار فقط در نمره عملکرد فیزیکی افراد، با جنسیت اختلاف معنادار وجود داشت و این تفاوت در سایر حیطه‌ها مشاهده نشده است (۲۴). در مطالعه دیگری که در سبزوار توسط سلیمانی و همکاران و با ابزاری متفاوت انجام شده نیز تفاوت معنادار در کیفیت زندگی با جنسیت مشاهده نشده که با مطالعه حاضر در این مورد همخوانی دارد (۲۶). در خصوص سطح تحصیلات، نتایج نشان می‌دهد بیشتر شرکت‌کنندگان در این مطالعه، دارای سطح تحصیلات ابتدایی بودند که احتمالاً به دلیل مراجعه بیشتر این افراد به مراکز دولتی و در مقابل افراد با تحصیلات بالاتر به مراکز خصوصی است. به‌علاوه، این مطالعه در مناطق روستایی انجام شده که دلیل دیگری برای این موضوع می‌تواند باشد. علیرغم این مساله همچنان افراد با تحصیلات بالاتر در این مطالعه، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند که مطالعات مختلف نیز این موضوع را تایید می‌کند (۲۷، ۲۴، ۲۵، ۱۹).

در مطالعه ما افراد متاهل نسبت به مجردها دارای کیفیت زندگی بهتری بودند. در مطالعات رباط سرپوشی و همکاران، سلیمانی و همکاران، منجمد و همکاران و چند مطالعه دیگر تفاوت آماری معنادار وجود نداشته (۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷) و مطالعه غضنفری و همکاران کیفیت زندگی افراد مجرد بهتر بوده است (۱۹). علت نتایج متفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فرهنگی در مناطق مختلف و همچنین روستایی بودن جمعیت مورد مطالعه این تحقیق باشد.

در مورد رابطه کیفیت زندگی و نوع درمان، میانگین نمره در مصرف‌کنندگان قرص بالاترین و افرادی که هر دو درمان را دریافت می‌نمودند کمترین بوده است. به طور معمول انتظار می‌رود کسانی که انسولین و یا هر دو درمان را به طور همزمان دریافت می‌کنند کیفیت زندگی پایین‌تری داشته باشند. دلایل متعددی را در این مورد می‌توان برشمرد؛ هزینه بالاتر درمان، تزییقات متعدد، و احتمالاً کیفیت خودمراقبتی این افراد نسبت به دسته دیگر پایین‌تر بوده و متحمل عوارض بیشتری خواهند بود. از سویی در بعضی مطالعات از جمله تحقیقی که در سالمندان کرمانی انجام شده بود تفاوتی در نوع درمان با کیفیت زندگی مشاهده نشد (۲۷). همچنین آنالیز همبستگی پیرسون نشان داد که بین دو فاکتور سن و سن ابتلا به بیماری با نمره کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار و معکوس (یعنی با بالا رفتن سن کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. علاوه بر این هرچه سن ابتلا به بیماری بالاتر باشد کیفیت زندگی بیماران کمتر خواهد بود) و با تعداد افراد خانواده رابطه معنی‌دار و مستقیم وجود دارد. در مطالعه‌ای که در سالمندان کرمانی انجام شده نیز بین سن و کیفیت زندگی رابطه مشابهی گزارش شده است. دلیل این کاهش کیفیت زندگی می‌تواند ناشی از افزایش محدودیت‌های جسمی، روانی و عاطفی و یا افزایش عوارض قلبی-عروقی، نوروپاتی و دیگر عوارض ناشی از دیابت به دنبال افزایش سن باشد (۲۷). در مورد رابطه مستقیم تعداد افراد خانواده با کیفیت زندگی، احتمالاً به دلیل پیوندها و حمایت‌های عاطفی قوی‌تر و شبکه‌های اجتماعی بیشتر با افزایش تعداد افراد نزدیک به فرد، موجب تأثیرات مثبت خواهد شد. از آنجایی که این مطالعه در منطقه محدودی انجام شده و روش نمونه‌گیری نیز به صورت در دسترس بوده است تعمیم‌دهی نتایج با محدودیت مواجه خواهد بود.

نتیجه‌گیری

در واقع کیفیت زندگی افراد تحت تأثیر عوامل فردی، اجتماعی و اقتصادی است؛ بنابراین سنجش عوامل موثر بر کیفیت زندگی، به ویژه در بیماری‌های مزمن اطلاعات مفیدی را برای سیاست‌گذاران و ارایه دهندگان خدمت در زمینه برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و درمانی و ارتقا کیفیت زندگی بیماران فراهم خواهد کرد.

پیامدهای عملی پژوهش

با توجه به گذار دموگرافیک و اپیدمیولوژیک و به دنبال آن افزایش شیوع بیماری‌های مزمن که بر همه جوانب زندگی افراد تأثیر می‌گذارند، به نظر می‌رسد بررسی کیفیت زندگی افراد و شناسایی عوامل موثر بر آن، خصوصاً با توجه به افزایش امید

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگر ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مراتب قدردانی خود را از همه شرکت‌کنندگان و پرسنل مراکزی که در این پژوهش همکاری کردند اعلام می‌دارند.

به زندگی، نقش مهمی در بهبود و ارتقا سطح زندگی افراد و جامعه و برنامه‌ریزی‌های مناسب در سطح کلان خواهد داشت.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه MPH پزشکی خانواده است که پروپوزال آن با شماره جلسه ۳۲۶ در گروه پزشکی اجتماعی و خانواده دانشگاه علوم پزشکی تبریز بررسی و تصویب گردید. رضایت آگاهانه‌ی شفاهی کلیه‌ی شرکت‌کنندگان شرط ورود به مطالعه بوده است. کلیه‌ی پرسش‌نامه‌ها بی‌نام بوده و داده‌ها با رعایت محرمانگی جمع‌آوری و تحلیل شدند.

References

- Vongpatanasin W. Cardiovascular morbidity and mortality in high-risk populations: epidemiology and opportunities for risk reduction. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2007; 9(11 Suppl 4):11-5. doi:10.1111/j.1524-6175.2007.07722.x
- 2 .WHO. Diabetes: key facts. Available at: <<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>> [Accessed 5 September 2018].
- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 2006; 3(11):e442. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442
- Esteghamati A, Gouya MM, Abbasi M, Delavari A, Alikhani S, Alaedini F. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in the adult population of Iran: National Survey of Risk Factors for Non-Communicable Diseases of Iran. *Diabetes Care*. 2008; 31(1):96-8. doi: 10.2337/dc07-0959.
- World Health Organization. Prevalence of Diabetes in the Who Eastern Mediterranean Region: Diabetes Programmer 2012 [updated 2015; cited 2012]. Available from: http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index2.html.
- Hadaegh F, Bozorgmanesh MR, Ghasemi A, Harati H, Saadat N, Azizi F. High prevalence of undiagnosed diabetes and abnormal glucose tolerance in the Iranian urban population: Tehran Lipid and Glucose Study. *BMC Public Health*. 2008; 8:176. doi: 10.1186/1471-2458-8-176
- Haghdoust AA, Rezazadeh-Kermani M, Sadghirad B, Baradaran HR. Prevalence of type 2 diabetes in the Islamic Republic of Iran: systematic review and meta-analysis. *East Mediterr Health J*. 2009; 15(3):591-99.
- Bell RA, Arcury TA, Snively BM, Smith SL, Stafford JM, Dohanish R, et al. Diabetes foot self-care practices in a rural triethnic population. *Diabetes Educ*. 2005; 31(1):75-83. doi: 10.1177/0145721704272859.
- Majra JP, Acharya D. Awareness regarding self care among diabetics in rural India. *Middle East J Fam Med*. 2009; 7(6):11-14.
- Mody R, Kalsekar I, Kavookjian J, Iyer S, Rajagopalan R, Pawar V. Economic impact of cardiovascular co-morbidity in patients with type 2 diabetes. *J Diabetes Complications*. 2007; 21(2):75-83. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2006.02.005
- Ghanbari A, Parsa Yekta, Atrkar Roushan. Effective factors on quality of life in diabetic patients *Journal of Gillan University of Medical Sciences*. 2001; 10(37-38):82-89. (Persian)
- Wee HL, Cheung YB, Li SC, Fong KY, Thumboo 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 Qual Life Outcomes*. 2005; 3(1):2. doi: 10.1186/1477-7525-3-2
- Sadeghi Ahari S, Arshi S, Iran Parvar M, Amani F, Seiah Posh H. The effect of complications of type II diabetes on patients' quality of life. *Journal of Ardabil University of Medical Science*. 2008; 8(4):394-402. (Persian)
- Kiadaliri AA, Najafi B, Mirmalek-Sani M. Quality of life in people with diabetes: a systematic review of studies in Iran. *J Diabetes Metab Disord*. 2013;12(1):54. doi: 10.1186/2251-6581-12-54.
- Vares Z, Zandi M, Baghaei P, Masoudi Alavi N, Mirbagher Ajorpaz N. Quality of life and associated factors in diabetec patients of Kashan Diabet Center. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2010; 5(17):14-22. (Persian)
- Minet L, Mohler S, Vach W, Wagner L, Henriksen J. Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: A meta-analysis of 47 randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*. 2010; 80(1):29-41. doi:10.1016/j.pec.2009.09.033
- Vazirinejad R, Sajadi MA, Maghool N. A historical cohort study assessing the effect of diabetes on the

- quality of life of patients. Pajouhesh Dar Pezeshki. 2010;34(1):35-40. (Persian)
18. Sedaghati Kasbakh M, Ehsani M, Ghanbari A. Comparison of quality of life of patients with type 2 diabetes with non-diabetic patients. Journal of Babol University of Medical Sciences 2007; 9(5):55-60. (Persian)
 19. Daneshvar S, Khodamoradi A, Ghazanfari Z, Montazeri A. Quality of life in diabetic patients: a comparative study. Payesh. 2018; 17 (5):541-550. (Persian)
 20. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992 .30(6):473-83.
 21. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of Iranian version. Qual Life Res. 2005; 14(3):875-82. doi:10.1007/s11136-004-1014-5
 22. White C. Cognitive-behavioral therapy for chronic medical diseases. Translation by Moloodi R. Fattahy K. Tehran: Arjmand, 2011. (Persian)
 23. Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in the elderly in Kashan. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008; 14(1):56-61. (Persian)
 24. Karimi moghadam S, Lael- Monfared E, Barghbani R, Ghezekgharshi M R, Rajabzadeh R, Robot sarpooshi D. A survey on the relationship between quality of life of patients with type 2 diabetes and some of the demographic parameters in patients referred to the diabetes clinic of Sabzevar Summary. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2017; 16(6):323-330. (Persian)
 25. Monjamed Z, Ali Asgharpoor M, Mehran A, Peimani T. The quality of life in diabetic patients with chronic complications. Hayat. 2006; 12 (1):55-66. (Persian)
 26. Solimani Z, Ershadi Moqadam H, Mozafari Join A, Ershadi Moqadam. H, Mohammadi M. The quality of life of patients with diabetes from the city of Sabzevar during year 2016. Military Caring Sciences Journal. 2017; 3 (4):264-271. doi: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.264. (Persian)
 27. Borhaninezhad VR, Kazazi L, Haghi M, Chehrehnegar N. Quality of life and its related factors among elderly with diabetes. Iranian Journal of Ageing. 2016; 11(4):162-173. doi:10.21859/sija-1101162. (Persian)