

Original Article

بررسی ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دوم مراجعه کننده به مرکز دیابت سنندج ۱۳۸۸

شهناز خالدي^{۱*}، گلرخ مریدی^۲، فردین غریبی^۳

۱- مری، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۲- مری، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۳- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

چکیده

زمینه: دیابت یک بیماری مزمن بوده و یکی از موارد بسیار مهم در امر مراقبت از بیماران مزمن بررسی کیفیت زندگی بیماران است که می تواند به برنامه ریزی در جهت اتخاذ تدابیر پرستاری به منظور ارتقاء سطح کیفیت زندگی آنان کمک نماید.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی-توصیفی بود که در سال ۱۳۸۸ در مرکز دیابت بیمارستان توحید شهر سنندج بر روی ۱۹۸ بیمار دیابتی نوع دوم انجام شد. این بیماران به صورت تصادفی در دسترس انتخاب، سپس با مصاحبه حضوری در مورد هر بیمار پرسشنامه SF-36 تکمیل گردید. در نهایت اطلاعات به دست آمده به کمک برنامه آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: در حیطه های هشت گانه نتایج حاصله نشان داد که کیفیت زندگی در بعد جسمی در اکثریت موارد (۵۵/۶ درصد) در حد مطلوب، در بعد ایفاء نقش جسمی (۶۷/۷ درصد) در حد نامطلوب، در بعد دردهای بدنی (۴۵/۳ درصد) نامطلوب در بعد سلامت عمومی (۴۵/۶ درصد) نسبتاً مطلوب، در بعد انرژی و نشاط (۳۵/۴ درصد) نامطلوب، در بعد عملکرد اجتماعی (۳۸/۵ درصد) نسبتاً مطلوب، در بعد ایفاء نقش عاطفی (۷۵/۸ درصد) نامطلوب و نهایتاً بعد سلامت روحی و روانی (۴۹/۵ درصد) در حد نسبتاً مطلوب بود. برای ارزیابی کیفیت زندگی بر حسب برخی مشخصات دموگرافیک، "آزمون آماری ANOVA" انجام گردید که نشان دهنده ارتباط معنی دار آماری سن با عملکرد جسمی ($p < 0/04$) و درد بدنی ($p < 0/03$)، وضعیت تحصیلات با دو حیطه ایفاء نقش جسمی ($p < 0/009$) و ایفاء نقش عاطفی ($p < 0/001$) و شغل با ایفاء نقش جسمی ($p < 0/02$)، نوع بیمه با ایفاء نقش جسمی ($p < 0/001$) و سلامت روحی و روانی ($p < 0/03$) و در نهایت نمایه توده بدنی (BMI) با ایفاء نقش عاطفی ($p < 0/03$) و سلامت روحی - روانی بود ($p < 0/01$)، هم چنین آزمون آماری (t test) نشان دهنده ارتباط معنی دار بین جنس و عملکرد جسمی ($p < 0/001$) و ایفاء نقش عاطفی بود ($p < 0/03$).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی اکثر واحدهای مورد مطالعه در سطح متوسط می باشد. در راستای بهبود کیفیت زندگی بیماران مذکور پیشنهاد می گردد برنامه ریزان و مدیران به امر حمایت جسمی، روانی و اجتماعی آنان توجه کافی مبذول دارند.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، دیابت نوع دو، نوروپاتی دیابتی، رتینوپاتی دیابتی، پای دیابتی، کتواسیدوز دیابتی، دیابت غیر وابسته به انسولین

مقدمه

حال توسعه به طور قابل توجهی در حال افزایش می باشد (۲). آمار بیماران مبتلا به دیابت در جهان بیش از ۲۵۰ میلیون نفر می باشد و پیش بینی می شود که طی ۱۷ سال آینده این میزان به ۳۵۰ میلیون نفر افزایش یابد (۳). انجمن دیابت ایران آمار بیماران دیابتی در سال ۱۳۸۸ بالغ بر ۲ میلیون و ۷۰۰ هزار

دیابت یکی از بیماری های شایع و مهم است که افراد را در سنین مختلف گرفتار می کند (۱).

دیابت شیرین که بعضی اوقات به اپیدمی خاموش تعبیر می شود یک بیماری متابولیک مزمن و یک مشکل بهداشتی عمده و جسمانی محسوب می شود و به ویژه در کشورهای در

حفظ کند (۱۰). هم چنین سانچز (۲۰۰۵) نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران دیابتی وابسته به انسولین از سطح پایینی برخوردار است (۱۱). تحقیق توماسن و همکاران (۲۰۰۵) در جوامع روستایی کانادا نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران دیابتی پایین تر از بیماران غیردیابتی بود و هم چنین کیفیت زندگی بیماران دیابتی بومی پایین تر از کیفیت زندگی غیر بومی ها بود (۱۲). مسعود علوی (۱۳۸۳) از نامطلوب بودن کیفیت زندگی در بیماران دیابتی خبر می دهد و آموزش و حمایت از بیماران دیابتی را گامی موثر در بهبود و کیفیت زندگی آنها می داند (۱).

در سال های اخیر پژوهشگران علوم بهداشتی به نقش مهمی که کیفیت زندگی در درمان و مراقبت موثر از بیماران مبتلا به دیابت ایفا می کند، توجه کرده اند. مروری بر مطالعات مختلف در سراسر دنیا بیانگر نتایج متفاوت در زمینه کیفیت زندگی این بیماران است، بنابراین بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عوارض دیابت و مراقبت موثر از آنها، با توجه به فرهنگ هر جامعه متفاوت می باشد. بنابراین لازم است اطلاعات بیشتری درباره کیفیت زندگی بیماران دیابتی، ویژگی های آن ها، وضعیت بیماری، تأثیر عوارض حاد و مزمن بیماری دیابت، سیستم مراقبت های بهداشتی و ویژگی های محیطی - اجتماعی که منجر به کاهش کیفیت زندگی این بیماران می شوند، در دست داشته باشیم. مطالعه حاضر با هدف تعیین ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی جهت ایجاد آمادگی برای برنامه ریزی های متمرکز مراقبتی و آموزشی به منظور بهبود کیفیت زندگی این بیماران صورت گرفته است. چرا که اگر آموزش بر اساس معیارهای مشخص و نیاز سنجیده شده بیماران از طریق انجام چنین مطالعاتی صورت نگیرد، ارزشی نداشته و تغییرات لازم را ایجاد نمی کند (۱۳).

مواد و روش ها

بررسی حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی مقطعی است که به منظور سنجش کیفیت زندگی بیماران دیابتی در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت جامعه پژوهش بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز دیابت بیمارستان توحید سنندج بود. نمونه گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد که تعداد ۱۹۸ بیمار از طریق نمونه گیری در دسترس طبق برآورد فرمول حجم نمونه با

نفر برآورد کرده است که در گروه سنی ۱۵ تا ۶۵ سال هستند و سه میلیون نفر به اختلال تحمل گلوکز مبتلا هستند که متأسفانه از بیماری خود اطلاع ندارند و این در حالی است که هر پانزده سال یک بار این آمار سه برابر می شود. براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت چنانچه اقدامات مؤثری در زمینه پیشگیری از دیابت صورت نگیرد، آمار مبتلایان به این بیماری در سال ۲۰۳۰ در ایران به هفت میلیون نفر افزایش خواهد یافت. ایران با شیوع بیش از هشت درصد جزء مناطقی است که بیشترین درصد دیابت را در جهان به خود اختصاص داده است (۴). دیابت نهمین علت مرگ و میر مردان ایرانی است (۵). دیابت ششمین علت مرگ در ایالات متحده و حدود ۱۸ درصد مرگ افراد بالای ۲۵ سال را تشکیل می دهد. این بیماری شایع ترین علت بیماری انتهایی کلیه ESRD، موارد جدید کوری و آمپوتاسیون های غیرتروماتیک اندام های تحتانی است بیماری قلبی-عروقی علت عمده مرگ ناشی از دیابت را تشکیل داده و در این بیماران ۲ تا ۵ برابر شایع تر از دیگر افراد جامعه هستند. امید به زندگی در بیماران میانسال ۱۰-۵ درصد کاهش می یابد (۶).

مطالعات نشان داده با توجه به شیوع بالای دیابت در جهان، ایران و بروز عوارض کوتاه مدت و دراز مدت و صرف هزینه زیاد برای درمان عوارض ناشی از آن، یکی از مفاهیم بسیار مهم در بیماری های مزمن مانند دیابت، مفهوم کیفیت زندگی است (۷-۸). طی دو دهه گذشته نتایج مطالعات نشان داده اند که هدف اصلی درمان تنها برطرف کردن علائم و نشانه های فیزیکی بیماری نیست بلکه بهبود دهی کیفیت زندگی بیماران مدنظر است (۱). مقوله کیفیت زندگی به این دلیل اهمیت دارد که در صورت نادیده گرفتن می تواند منجر به ناامیدی، نداشتن انگیزه برای هرگونه تلاش و کاهش فعالیت های اجتماعی تعریف کیفیت زندگی کار مشکل است زیرا که یک مفهوم وسیع و پیچیده می باشد که با داشتن احساس رضایت و خوشحالی شناسایی می شود و در رابطه با ادراک هر فرد از زندگی خویش است (۹). ونگرفربرگ کیفیت زندگی را به عنوان آن دسته از خصوصیات تعریف می کند که برای بیمار ارزشمند است و عامل احساس راحتی یا ادراک خوب بودن است و در راستای توسعه و حفظ منطقی عملکرد جسمانی، هیجانی و عقلانی است به طوری که فرد بتواند توانایی هایش را در فعالیت های با ارزش زندگی

داده شده است. در راستای هدف دوم، تعیین کیفیت زندگی در حیطه های هشت گانه نتایج حاصله نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مراجعه کننده به مرکز دیابت بیمارستان توحید در بعد جسمی در اکثریت موارد (۵۵/۶ درصد) مطلوب، در بعد ایفای نقش جسمی (۶۷/۷ درصد) نامطلوب، در بعد دردهای بدنی (۴۵/۳ درصد) نامطلوب در بعد سلامت عمومی (۴۵/۶ درصد) نسبتاً مطلوب، در بعد انرژی و نشاط (۳۵/۴ درصد) نامطلوب، در بعد عملکرد اجتماعی (۳۸/۵ درصد) نسبتاً مطلوب، در بعد ایفای نقش عاطفی (۷۵/۸ درصد) نامطلوب و نهایتاً بعد سلامت روحی و روانی (۴۹/۵ درصد) در حد نسبتاً مطلوب بود و در کل مجموع میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی، در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه های هشت گانه بیماران مبتلا به دیابت در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است.

در ارتباط با فرضیه اول پژوهش "تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی بر حسب برخی مشخصات دموگرافیک" آزمون آماری آنالیز واریانس نشان داد که سن با عملکرد جسمی ($p < 0.04$) و درد بدنی ($p < 0.03$)، وضعیت تأهل فقط با عملکرد جسمی ($p < 0.05$)، وضعیت تحصیلات با حیطه های ایفای نقش جسمی ($p < 0.0009$) و ایفای نقش عاطفی ($p < 0.0000$)، شغل فقط با ایفای نقش جسمی ($p < 0.02$)، نوع بیمه با ایفای نقش جسمی ($p < 0.0000$) و سلامت روحی و روانی ($p < 0.03$) ارتباط معنی داری داشت. همچنین نشان داد که نمایه توده بدنی (BMI) با ایفای نقش عاطفی ($p < 0.03$) و سلامت روحی - روانی ($p < 0.01$) ارتباط آماری معنی داری داشت. همچنین آزمون آماری تی تست (t test) نشان دهنده ارتباط معنی دار بین جنس و عملکرد جسمی ($p < 0.0000$) و ایفای نقش عاطفی ($p < 0.03$) بود.

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف حیطه های هشت گانه بر حسب برخی از مشخصات دموگرافیک ذکر شده است.

همچنین بین میانگین کیفیت زندگی در کل با عوارض مزمن دیابت ($p < 0.002$) ارتباط آماری معنی داری وجود داشت.

اطمینان ۹۵ درصد پس از اخذ رضایت از آنان برای شرکت در مطالعه انتخاب گردیدند. بیماران مورد مطالعه دارای خصوصیات زیر بودند: ۱) تشخیص قطعی دیابت نوع دوم توسط پزشک متخصص، ۲) سن بالاتر از ۱۸ سال، ۳) عدم ابتلا به بیماری های مزمن و پرخطر دیگر نظیر سرطان، مولتیپل اسکروزیس، بیماری های تنفسی از جمله: بیماری مزمن انسدادی ریه، نارسایی احتقانی قلب. به منظور گردآوری داده ها از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و نسخه فارسی ابزار کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ استفاده شد. پرسشنامه SF-36 (۱) توسط وارو شریون در سال (۱۹۹۲) در کشور آمریکا طراحی شده (۱۴) که یک پرسشنامه عمومی چند منظوره و کوتاه جهت ارزیابی سلامت از دیدگاه بیمار بوده و در بیش از ۵۰ کشور دنیا از جمله ایران توسط منتظری به زبان فارسی ترجمه شده و مورد تطبیق فرهنگی قرار گرفته است (۱۶-۱۵). این پرسشنامه در افراد بالای ۱۴ سال به کار می رود و دارای ۳۶ عبارت در ۸ بعد عملکرد جسمی (۱۰ عبارت)، ایفای نقش جسمی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، سلامت عمومی (۵ عبارت)، انرژی و نشاط (۴ عبارت)، عملکرد اجتماعی (۲ عبارت)، ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت) و سلامت روحی و روانی (۵ عبارت) است. تکمیل پرسشنامه که شامل اطلاعات دموگرافیک و وجود برخی عوامل زمینه ای مانند نوع درمان، عوارض دیابت (رتینوپاتی، کاتاراکت، گلکوم، نوروپاتی)، فشار خون بالا از طریق بررسی پرونده بیماران و مصاحبه حضوری توسط نمونه گیر آموزش دیده طرح انجام پذیرفت برای نمره دهی پرسشنامه از نمره صفر برای بدترین شرایط و نمره ۱۰۰ برای بهترین شرایط استفاده شد. هر خورده سنجش در سه سطح مطلوب (۶۷-۱۰۰)، نسبتاً مطلوب (۳۳-۶۶) و نامطلوب (۰-۳۲) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و این طبقه بندی در نمره های کیفیت زندگی بیماران نیز اعمال گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی در قالب جدول و نمودار جهت مقایسه داده ها از آزمون آماری کای دو و تی تست و آنالیز واریانس استفاده شد.

نتایج

نتایج حاصل از این پژوهش در راستای هدف اول "تعیین مشخصات دموگرافیک بیماران دیابتی" در جدول شماره ۱ نشان

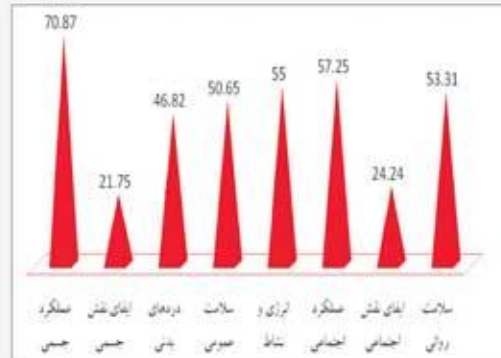
بحث

دیابت یکی از شایع ترین و مهم ترین بیماری های متابولیک در جهان است و یکی از علل مهم مرگ و میر در اکثر جوامع می باشد. در مطالعه حاضر بیماران مبتلا به دیابت نوع دو با متوسط سنی ۵۹-۵۰ سال بوده در مطالعه (۲۱-۱۹) گروه سنی بیماران ۶۰-۵۰ سال بوده از مجموع تحقیقات فوق برمی آید که شیوع سنی بیشترین درصد بیماران دیابتی در محدوده ۶۵-۵۵ سال می باشد که باعث شده دیابت یکی از شایع ترین اختلال متابولیکی در افراد میانسال باشد (۱۳) تحقیقات یانگ و همکاران (۲۰۰۶) نشان می دهد که کیفیت زندگی بیماران سالمند نسبت به بیماران جوان از سطح پایین تری برخوردار است (۱۶).

نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین درصد بیماران زن می باشند که با مطالعه (۲۴-۲۲) مطابقت دارد و از نظر تحصیلات و شغل اکثراً بی سواد و خانه دار بودند که با مطالعه (۱۹) هم خوانی دارد.

از نظر شاخص توده بدنی واحدهای مورد بررسی نتایج نشان داد که بیشترین درصد بیماران در محدوده شاخص توده بدنی اضافه وزن چاق بودند در خصوص شاخص توده بدنی (۲۵، ۱۹) می نویسند تقریباً ۹۰ درصد بیمارانی که مبتلا به دیابت می شوند دچار اضافه وزن می باشند. بین کیفیت زندگی و شاخص توده بدنی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. بدین معنی که با افزایش شاخص توده بدنی سطوح کیفیت زندگی کاهش پیدا می کند که در مطالعه Liyod نیز ارتباط آماری معنی داری بین شاخص توده بدنی و کیفیت زندگی وجود داشت (۲۹). در این رابطه Timby می نویسد کاهش وزن حتی کمتر از ۱۰ درصد کل وزن بدن می تواند به طور معنی داری سطح قندخون را بهبود بخشد (۲۱). در رابطه با مجموع ابعاد کیفیت زندگی نتایج نشان داد که کیفیت زندگی اکثر واحدهای مورد مطالعه در سطح نسبتاً مطلوب بود که مطالعات (۲۷-۲۶، ۱۹۰) در مجموع نتایج تحقیق حاضر را حمایت می کند.

در رابطه با بعد جسمی نتایج نشان داد بیشترین درصد در سطح مطلوب بود در صورتی که در مطالعه (۲۴، ۱۸) کیفیت زندگی در بعد جسمی نسبتاً مطلوب و در مطالعه (۱۹) کیفیت زندگی در بعد جسمی در حد نامطلوب بوده است. پژوهشگران تصور می کنند به دلیل حضور مرتب بیماران در مرکز دیابت و



نمودار ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه های هشت گانه بیماران مبتلا به دیابت شرکت کننده در پژوهش

مشخصات دموگرافیک	درصد		
	تعداد	درصد	
سن	زیر ۳۹ سال	۲۴	۱۲/۱
	۴۰-۴۹	۲۸	۱۴/۳
	۵۰-۵۹	۷۶	۳۷/۳
	۶۰ و بالاتر	۵۲	۲۶/۳
جنس	جمع	۱۹۸	۱۰۰
	مرد	۱۶۶	۸۳/۸
	زن	۳۲	۱۶/۲
وضعیت تأهل	جمع	۱۹۸	۱۰۰
	مجرد	۱۰	۵/۱
	متاهل	۱۶۰	۸۰/۸
	بیوه	۲۸	۱۴/۱۱
تحصیلات	مطلقه	۰	۰
	جمع	۱۹۸	۱۰۰
	بی سواد	۱۳۴	۶۷/۷
	ابتدایی	۳۰	۱۵/۲
	راهبردی	۱۴	۷/۱
شغل	دیپلومات	۱۲	۶/۱
	دانشگاهی	۸	۴
	جمع	۱۹۸	۱۰۰
	بیکار	۱۲	۶/۱
	کارمند	۱۲	۶/۱
نوع بیمه	کارگر	۲	۱
	آزاد	۱۶	۸/۱
	خانه دار	۱۶۶	۸۳/۷
	سایر موارد	۱۲	۶/۱
	جمع	۱۹۸	۱۰۰
نوع درمان	خدمات درمانی	۷۶	۳۷/۳
	ناهنر درمانی	۷۶	۳۸/۳
	سایر موارد	۴۸	۲۴/۲
	جمع	۱۹۸	۱۰۰
عوارض مزمن دیابت در کل	سوابق نوزادی	۳۰	۱۵/۲
	خوفاکی	۲۰	۱۰/۱
	رژیم غذایی	۱۴۳	۷۲/۷
	جمع	۱۹۸	۱۰۰
نمایه توده بدنی	دارد	۱۳۲	۶۶/۷
	ندارد	۶۶	۳۳/۳
	جمع	۱۹۸	۱۰۰
	شبهی	۵۸	۲۹/۲
نمایه توده بدنی	اضافه وزن	۶۰	۳۰/۳
	چاق	۵۰	۲۵/۲
	حیله چاق	۳۰	۱۵/۱
	جمع	۱۹۸	۱۰۰

جدول ۱: فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مشخصات دموگرافیک

جدول ۳: میانگین و انحراف جیفه های دستگانه بر حسب برخی از مشخصات دموگرافیک

مشخصات دموگرافیک	میانگین جیفه های دستگانه	صفاکرد جیس	اندام نش جیس	درجه های پیش	سلامت عمومی	انرژی و نشاط	صفاکرد اجتماعی	ایفان نقش خانگی	سلامت روحی روانی
زیر ۳۹ سال	۷۴/۶ ± ۲۰/۲	۷۵ ± ۳۸/۵	۲۵ ± ۳۸/۵	۶۸/۸ ± ۳۴/۶	۴۹/۶ ± ۲۷/۴	۶۱/۸ ± ۳۱	۶۷/۷ ± ۳۴/۷	۷۵ ± ۳۰/۵	۵۵/۳ ± ۲۵/۳
۴۰-۴۹	۷۶/۵ ± ۱۷/۳	۳۴/۵ ± ۳۷/۵	۵۰/۳ ± ۳۰/۸	۵۶/۲ ± ۳۹	۴۷ ± ۳۳/۹	۵۶/۲ ± ۳۹	۵۱/۷ ± ۲۵/۲	۳۰/۵ ± ۳۳/۹	۵۲/۷ ± ۲۸/۵
۵۰-۵۹	۷۲/۵ ± ۱۹/۶	۱۸/۹ ± ۳۹/۷	۲۸ ± ۳۱/۵	۴۲/۵ ± ۳۱/۷	۵۱ ± ۲۷/۷	۵۳/۶ ± ۳۳	۵۶/۴ ± ۳۱/۸	۲۷/۹ ± ۴۲/۷	۴۹/۷ ± ۲۸
۶۰-سال به بالا	۶۱/۸ ± ۲۰/۷	۱۲/۵ ± ۳۹/۴	۲۸ ± ۳۱/۵	۲۸ ± ۳۱/۵	۵۲/۹ ± ۲۲/۸	۵۱/۲ ± ۳۳/۴	۵۸/۶ ± ۲۶/۱	۱۲/۸ ± ۲۶/۸	۵۸ ± ۱۹/۵
جنس	۶۸/۴ ± ۲۰/۴	۱۸/۴ ± ۳۶/۸	۳۹/۰۶ ± ۳۹/۱	۴۵/۷ ± ۳۰/۷	۵۰/۴ ± ۲۲/۵	۵۲/۱ ± ۲۷/۴	۲۹/۹ ± ۲۳/۳	۳۶/۱ ± ۳۴	۲۳/۶ ± ۲۷/۷
مناکر	۸۳/۴ ± ۱۱/۶	۳۹/۰۶ ± ۳۹/۱	۳۹/۰۶ ± ۳۹/۱	۵۲/۶ ± ۳۶/۵	۵۲/۱ ± ۲۷/۴	۵۶/۲ ± ۳۹/۹	۳۱/۸ ± ۳۸	۴۷/۹ ± ۱۱/۸	۳۱/۵ ± ۲۷/۹
بیگار	۷۶/۲ ± ۲۶/۳	۶/۲ ± ۱۷/۵	۶/۲ ± ۱۷/۵	۲۲/۵ ± ۲۵/۹	۴۷/۵ ± ۲۷	۲۸/۷ ± ۹/۵	۳۷/۵ ± ۳۰	۴۱/۶ ± ۵۰	۲۹ ± ۲۶/۲
کارمند	۶۹/۱ ± ۱۷/۳	۵۳/۲ ± ۵۱	۵۳/۲ ± ۵۱	۵۷/۹ ± ۳۳/۲	۵۲/۵ ± ۲۰/۹	۶۹/۱ ± ۲۲/۹	۶۴/۵ ± ۳۸/۲	۵۰ ± ۲۵/۹	۵۰/۶ ± ۳۰/۲
شغل آزاد	۸۰ ± ۳۱	۵/۳۷ ± ۷/۵۱	۵/۳۷ ± ۷/۵۱	۵۳/۱ ± ۳۳/۸	۱/۵۱ ± ۹/۳۳	۵۰ ± ۳۰/۷	۵/۳۷ ± ۱/۳۱	۸/۴۵ ± ۵۰/۲	۵۰/۵ ± ۳۵/۱
خانه دار	۶۸/۴ ± ۲۰/۴	۱۴/۸ ± ۸/۳۳	۱۴/۸ ± ۸/۳۳	۴۲/۳ ± ۳۹/۷	۵۶/۳ ± ۲۵/۴	۵۳/۱ ± ۳۰/۷	۵۸/۶ ± ۳۰/۷	۱۷/۸ ± ۳۳/۷	۵۳/۳ ± ۲۵
کارگر	۸۰ ± ۱۷/۳	۴/۲۶ ± ۹/۵۰	۴/۲۶ ± ۹/۵۰	۶۲/۸ ± ۳۳	۶۲/۸ ± ۱۷/۲	۶۲/۶ ± ۱۷/۲	۷/۲ ± ۲۴/۳	۲۸ ± ۳۸/۸	۶۲/۳ ± ۱۳/۶
وزنیت نیمه	۷۲/۳ ± ۱۹/۱	۲۶/۰۷ ± ۳۷/۵	۲۶/۰۷ ± ۳۷/۵	۴۷/۲ ± ۳۷/۳	۵۰/۹ ± ۲۳/۸	۵۸/۱ ± ۲۸/۲	۵۵/۸ ± ۳۰/۷	۳۳/۱ ± ۲۸/۳	۵۲/۱ ± ۲۷/۵
نژاد	۶۷/۰۰۳ ± ۳۲/۰۳	۱۰/۱ ± ۲۷/۹	۱۰/۱ ± ۲۷/۹	۴۵/۵ ± ۳۳/۵	۵۰ ± ۲۲/۱	۴۶/۷ ± ۳۰/۳	۶۱/۱ ± ۲۹/۹	۳۳/۷ ± ۴۱/۹	۵۳/۸ ± ۳۰/۸
طبیعی	۷۲/۳ ± ۲۰/۷	۲۰/۳ ± ۳۵/۳	۲۰/۳ ± ۳۵/۳	۴۵/۵ ± ۳۳/۳	۵۲/۹ ± ۲۱/۹	۵۶/۹ ± ۲۶/۹	۶۱/۱ ± ۲۸/۳	۲۲/۶ ± ۳۷/۴	۵۵/۳ ± ۱۸/۴
BMI	۶۹/۷ ± ۱۹/۷	۱۹/۱ ± ۲۷/۴	۱۹/۱ ± ۲۷/۴	۴۷/۳ ± ۳۱/۹	۴۹/۲ ± ۲۳/۲	۵۲/۴ ± ۳۰	۵۵/۳ ± ۳۱/۳	۲۵/۹ ± ۳۰/۶	۵۲/۳ ± ۲۸/۱
بیسواد	۶۷/۲ ± ۱۹/۹	۱۳/۹ ± ۲۳/۳	۱۳/۹ ± ۲۳/۳	۴۰/۷ ± ۳۰/۵	۴۸/۹ ± ۲۳/۲	۴۹/۹ ± ۲۹/۶	۶۸/۳ ± ۳۱/۶	۱۲/۹ ± ۳۰/۷	۵۰/۳ ± ۲۵/۹
ابتدایی	۷۵/۳ ± ۲۰/۹	۳۶/۶ ± ۳۸	۳۶/۶ ± ۳۸	۶۱/۳ ± ۳۰/۱	۶۴/۶ ± ۲۷/۹	۶۹/۶ ± ۲۷	۶۸/۳ ± ۳۱/۶	۲۲/۲ ± ۴۶/۲	۶۲/۵ ± ۲۲/۴
راهنمایی	۷۷/۱ ± ۱۸	۲۵/۷ ± ۴۵/۳	۲۵/۷ ± ۴۵/۳	۵۶ ± ۳۶/۳	۴۲/۸ ± ۳۳/۱	۵۵ ± ۱۸/۲	۵۸/۹ ± ۳۳	۷۶/۲ ± ۳۷	۵۵/۴ ± ۲۲/۱
تحصیلات	۸۶/۶ ± ۱۲/۵	۲۰/۸ ± ۳۰	۲۰/۸ ± ۳۰	۵۶/۷ ± ۳۳/۷	۴۵ ± ۲۷/۹	۶۵ ± ۳۷/۵	۶۴/۵ ± ۳۳/۹	۳۳/۳ ± ۳۳/۱	۴۹/۲ ± ۲۷/۳
دانشگاهی	۸۱/۲ ± ۱۴/۴	۷۵ ± ۵۰	۷۵ ± ۵۰	۶۲/۱ ± ۲۵/۱	۵۲/۵ ± ۱۸/۵	۷۰ ± ۲۶	۸۲/۴ ± ۲۳	۴۱/۷ ± ۵۰	۶۸ ± ۲۱/۱

بررسی مشکلات جسمی و آموزش نحوه مراقبت از خود به بیماران، توسط کادر مرکز دیابت، سبب بالا رفتن کیفیت زندگی آنان در این حیطه شده است.

نتایج حاصله نشان داد در رابطه با بعد سلامت عمومی و بعد سلامت روحی - روانی کیفیت زندگی بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در سطح نسبتاً مطلوب بوده است که با مطالعه (۱۹) همخوانی دارد اما سلامت روحی - روانی مطالعه های (۲۰-۲۳) بیشتر تحت تأثیر قرار گرفته بود و در سطح نامطلوب بوده است.

در مطالعه حاضر در ابعاد ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، انرژی و نشاط و ایفای نقش عاطفی اکثریت واحدهای مورد پژوهش در حد نامطلوب بودند که با نتیجه مطالعات (۲۴، ۲۴، ۱۵) هم خوانی دارد. در حالی که در مطالعات دیگر (۲۸-۲۹، ۲۴، ۱۹) کیفیت زندگی در این ابعاد در سطح نسبتاً مطلوب و مطلوب بوده است. پژوهشگران تصور می کنند شاید یکی از دلایل اختلاف نتیجه این تحقیق به علت کم سوادی و پایین بودن وضعیت اجتماعی و اقتصادی نمونه های پژوهش باشد که تأثیر بسزایی بر نحوه مراقبت از خود و کیفیت زندگی آنان در این ابعاد دارد.

بین سن و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت در ابعاد عملکرد جسمی و درد بدنی ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد که با مطالعه (۲۹، ۲۲، ۲۸، ۲۰، ۱۹) هم خوانی دارد. بنابراین در نتایج تحقیق حاضر مشابه نتیجه تحقیقات دیگران می باشد و نشان می دهد که بین سن و کیفیت زندگی ارتباط معکوس وجود دارد. به نظر پژوهشگران چون اکثر بیماران دیابتی سالمند می باشند و مشکلات مربوط به دوران سالمندی را علاوه بر عوارض دیابت به همراه دارند که سبب پایین آوردن کیفیت زندگی آنان در ابعاد جسمی و درد بدنی می گردد.

بین جنس و کیفیت زندگی در مطالعه حاضر در کلیه ابعاد هشت گانه زنان نمره پایین تری در مقایسه با مردان کسب کرده اند اما در رابطه با عملکرد جسمی، ایفای نقش عاطفی ارتباط معنی داری وجود داشت.

زنان عملکرد جسمی و ایفای نقش عاطفی کمتری را نسبت به مردان در مطالعه حاضر گزارش کردند که در سایر مطالعه های (۲۸، ۱۸، ۳۸) نیز می توانند بیان کننده یافته حاضر باشد که زنان مشکلات بیشتر و کیفیت زندگی پایین تری را در مقایسه با مردان بیان کرده اند، که علت آن به احتمال قوی مربوط به

تفاوت های بیولوژیکی و روحی- روانی بین دو جنس و این که در این بررسی اکثریت واحدهای مورد مطالعه را زنان تشکیل می داد باشد که پیشنهاد می گردد جهت بررسی این یافته پژوهشی تحت همین عنوان با تعداد مساوی از زنان و مردان انجام شود. در حالی که در مطالعه Lloyd، پیمانی و منجمد زنان نسبت به مردان نمره بالاتری در کیفیت زندگی برخوردار بودند، مطابقت دارد (۲۶، ۲۸، ۳۱).

بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمی ارتباط معنی دار وجود داشت که با نتیجه بررسی پیمانی و حیدر زاده (۲۹-۲۸) که در راستای این پژوهش است مطابقت دارد به این صورت که اکثریت بیماران متأهل از کیفیت زندگی مطلوب تری نسبت به بیماران همسر فوت شده و مطلقه برخوردار بودند.

بین وضعیت تحصیلات و کیفیت زندگی بیماران دیابتی در ابعاد ایفای نقش جسمی و ایفای نقش عاطفی ارتباط معنی دار وجود داشت. که نتایج تحقیقات پیمانی، منجمد و درویش پور نیز موید ارتباط معنی دار بین دو متغیر مذکور بود (۳۲-۳۱، ۲۹) که به نظر می رسد با افزایش سطح تحصیلات، کیفیت زندگی بهبود می یابد که می تواند به علت افزایش سطح آگاهی افراد در مورد اهمیت رعایت رژیم غذایی و ورزش و همچنین کنترل متابولیسم مناسب، مصرف صحیح داروها و کنترل سایر عوامل خطر موثر بر بروز عوارض مزمن دیابت باشد.

نتایج حاصله نشان داد بین کیفیت زندگی و وجود عوارض مزمن دیابت ارتباط آماری معنی داری وجود داشت، یعنی هر چه عوارض مزمن دیابت بیشتر باشد سبب پایین آمدن کیفیت زندگی می شود. که با مطالعه درویش پور (۳۲) که نشان داد تأثیر دیابت روی کیفیت زندگی به نوع عارضه و تعداد آن بستگی دارد هم خوانی دارد. ارزیابی کیفیت زندگی بیماران با وجود سابقه ۴ ساله آن در دنیا و فراگیر شدن در بیشتر کشورهای توسعه یافته در ایران بسیار نوبا و جوان است (۱۷). چون در این پژوهش فقط بیماران دیابتی نوع دو مورد بررسی قرار گرفتند و چون نتایج پژوهش نشان داد که زنان مشکلات بیشتر و کیفیت زندگی کمتری در مقایسه با مردان داشتند پیشنهاد می گردد پژوهش هایی جهت مقایسه کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع اول و دوم و بررسی جهت علل پایین بودن کیفیت زندگی زنان در مقایسه با مردان انجام شود.

نتیجه گیری

نهایت می توان از این اطلاعات در راستای برنامه ریزی مراقبتی بیماران مزمن و اصلاح کیفیت زندگی آنها بهره جست.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمامی پرسنل محترم شاغل در مرکز دیابت بیمارستان توحید سنندج و بیماران دیابتی شرکت کننده در این بررسی تشکر و قدردانی می شود.

براساس نتایج این تحقیق مشخص گردید که عوامل فردی، اجتماعی و زمینه ای مانند سن، جنس، شغل، شاخص توده بدنی می توانند با کیفیت زندگی بیماران دیابتی ارتباط داشته باشد. در واقع تغییرات در ابعاد کیفیت زندگی متأثر از عوامل فردی، اجتماعی و زمینه ای است و می توان نتیجه گرفت که اندازه گیری کیفیت زندگی همراه با مشخصات دموگرافیک اطلاعات کاملی را برای بیماران مزمن فراهم می کند که در

Reference

1. Alavi M, Ghofranipour F, Ahmadi F, Rajab A, Babaei G. Quality of life in patients with diabetes mellitus referred to the diabetes association of Iran. *Behbood J*. 1383(2004);8(2):47-56. [Article in Persian]
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projection for 2030. *Diabetes Care* 2004;27(5):1047-1053.
3. Report of the Medical Council in the development of diabetes in country. Doctors without Borders website. Available from: <http://www.iran.com/en/news/view/line.9/8508224482153722.htm>. [Article in Persian]
4. Report of the Medical Council in the development of diabetes in country. Available from: [<http://www.pezeshk.us/?p=5114>]. [Article in Persian]
5. Harrison's principles of internal medicine endocrinology and metabolism. Monajemi A, Khazali M, Asadzadeh H, Nabavi H, translate. 16th ed. 2005. Tehran: Shahrab 1385.
6. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's textbook of Medical Surgical Nursing. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2008. P.1375-1436.
7. Moghadacian S, Ebrahimi H, Zareh M. Three dimensions of quality of life in diabetic patients referred to the diabetes center *Journal of nursing and midwifery Tabriz*. 1387(2008);10 :38-44. [Article in Persian]
8. Sadeghieh Ahary S, Arshi S, Iranpour M, Amani F, Siyahposh H. Type II diabetes on quality of life in diabetic patients. *Journal of Ardabile University of Medical Science*. 2008; 8(4):394-402. [Article in Persian]
9. Snoek FJ. Quality of life: A closer look at measuring patients well being. *Diabetes Spectrum*. 2000;13(4):24-31.
10. Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousone M. Quality of life and disability in patients With obsessive-compulsive disorder. 2001;16(4):239-45.
11. Sanchez J. Quality of life in insulin treated diabetic out patients. *Diabetes Care*. 2005;27:1066-1070.
12. Thomasen HV, Berkowitz J, Thommasen AT, Michalos AC. Understanding relationships between diabetes mellitus and health related quality of life in rural community. 2005;5(3):441. Available from: <http://rrh-deakin-edu-au>.
13. Hart AE, Redekop WK. Quality of life patients with types I diabetes mellitus. *Quality of Life Research*. 2003;12(8):1089-97.
14. Ware JE, Sherbourne CD. The most 36 item short form health survey (SF-36) I: conceptual framework and item selection. *Medical Care Journal*. 1992;30:473-483.
15. Montazeri A, Vahdani M, Goshtasbi A, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Res*. 2005;14:875-882.
16. Tang WL, Wang YM, Du WM, Cheng NN, Chen BY. Assessment of quality of life and relevant factors in elderly diabetic's patients in the Shanghai community. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2006;15(2):123-130.
17. Hanninen J, Takala J, Keinanen S. Quality of life in NIDDM patients assessed with the SF-20 questionnaire. *Diabetes Research and Clinical Practice Journal*. 1998;42(1):17-27.
18. Wandell E, Tovi J. The quality of life of elderly diabetic patients. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2000;14(1):25-30.
19. Bagust A, Wilson E, Perry SA. Utility and quality of life in the CODE-2 study for type2 diabetes. UK



- prospective diabetes study group. *Diabetes Care*. 2001;50:1096.
20. Senez B, Felicioli P, Moreau A. Quality of life assessment of type 2 diabetic patients in general medicine. *Presse Med*. 2004;33(3):161-166.
21. Timby K, Scherer C, Smith E. *Introductory Medical – Surgical Nursing*. 7th ed. Philadelphia: New York: w.b. Lippincott;1999.
22. Hassanpour- Dehkordi A, Shaban M. Relationship between cancer characteristics and quality of life in cancer patients receiving chemotherapy, Nursing Master's Thesis. Tehran University of Medical Sciences 1382. [Article in Persian]
23. Nematolahei A. Rated quality of life in women with breast cancer referred to Tehran University of Medical Sciences. Master of Nursing thesis. Tehran University of Medical Sciences 1382. [Article in Persian]
24. Paiman S, Riazi H. *Endocrine and Metabolic Diseases*. Tehran Hayan Press. 2nd ed; 1386(2007). P. 28-36. [Article in Persian]
25. Mohammadpour J. Quality of life and its dimensions in diabetic patients referred to the Diabetes Center, Tabriz University of Medical Sciences in 1386. Research Council approved plan of Tabriz Nursing & Midwifery. [Article in Persian]
26. Lloyd A, Sawyer W, Hopkinson P. Impact of long-term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insulin. *Value Health*. 2001;4(5):392-400.
27. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *The New England Journal of Medicine*. 1996;334:840 – 855.
28. Paimani T. Quality of life in patients with chronic complications of diabetes Master degree thesis. Tehran University Nursing. 1384.
29. Heydarzade M, Zamanzadeh V, Lakdizaji S. Quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences*. 1385(2006);1(4):52-9. [Article in Persian]
30. Graue M, Wentzel – Larsen T, Hanested BR, Batsvik B, Sovik O. Measuring self-reported, health-related quality of life in adolescents with type 1 diabetes using both generic and disease specific instruments. *Acta paediatr*. 2003;92(10):1190-1196.
31. Monjamed Z, Aliasgharpoor M, Mehran A, Peimani T. The quality of life in diabetic patients with chronic complications. *Journal of Tehran Faculty of Nursing and Midwifery.HAYAT*. 1385(2006);12(1):55-66. [Article in Persian]
32. Darvishpour-Kakhaki A, Abed-Saeedi J, Yaghmaie F, Alavimajd H, Montazeri A. Review the quality of life associated with the disease profile and individual diabetic patients. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 1385(2006);8(1):49-56. [Article in Persian]

Original Article

Survey of Eight Dimensions Quality of Life for Patients with Diabetes Type II, Referred to Sanandaj Diabetes Center in 2009

Khaledi Shahnaz^{1*}, Moridi Golrokh², Gharibi Fardin³.

1- Dept. of Nursing and midwifery, Kordestan University of Medical Sciences.

2- Dept. of Nursing and midwifery, Kordestan University of Medical Sciences.

3- Dep. of Health care Management, Kordestan University of Medical Sciences.

Abstract

Background & Objectives: Diabetes is a chronic disease; the patients suffer from diabetes needs a special care. One of the programs to help these kinds of patients is to analyze their quality of life, which was carried out through a nursing disciplinary program by a cross sectional study during 2009.

Materials & Methods: 198 type II diabetic patients who were referred to diabetic center of an educational hospital, affiliated to Sanandaj medical university were selected randomly, they were interviewed and obtained a written permission to join this study, then asked to fill up SF-36 questionnaires, and finally, the data from the questionnaires were analyzed by the SPSS software program.

Results: The results showed the quality of life of diabetes patients (55.6%) with respect to their physical fitness were acceptable. Whereas, in case of play in the physical role 67.7% were not acceptable but in case of the physical pain 45.3% had physical pain and effects on public health 45.6% were moderately effected, in case of energy and vitality 35.4% were not acceptable, in case of social functioning 38.5% were favorable, in case of emotional role 75.8% were undesirable and finally considering psycho mental health 49.5% were in the desirable limit. Statistical analysis for evaluation of relationship between quality of life and demographic data, were carried out by using "ANOVA" test.

Conclusion: This study showed that the quality of life in all the group of study were at moderate level. In order to improve the quality of life in diabetes patients it is suggested that planners and managers should pay enough attention to support the physical, mental and social well being of the diabetes patients.

Keywords: quality of life, diabetes mellitus type 2, foot diabetic, insulin independent diabetes, ketoacidosis.

Corresponding author: Khaledi Shahnaz, Dept. of Nursing and midwifery, Kordestan University of Medical Sciences.

Mobile: 09188726281

E-mail: shahnaz_khaledi@yahoo.com