

بررسی ارتباط کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو با برخی از پارامترهای دموگرافیک در بیماران مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان سبزوار

سمیه کریمی مقدم^۱، الهه لعل منفرد^۲، روح اله برقبانی^۳، محمدرضا قزلقارشی^۴، رضوان رجب زاده^۵، داود رباط سرپوشی^{۶*}

چکیده

مقدمه: با عنایت به ماهیت مزمن بیماری دیابت و تأثیر قابل ملاحظه‌ای آن بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا، مطالعه‌ای با هدف بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران دیابتی نوع دوم مراجعه کننده به کلینیک دیابت سبزوار و عوامل مرتبط با آن به منظور برنامه‌ریزی مداخلات در حوزه ارتقای سلامت طراحی و مورد بررسی قرار گرفت.

روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- مقطعی، ۱۹۷ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت به روش نمونه‌گیری در دسترس شرکت نمودند. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌ی دو قسمتی شامل مشخصات فردی و پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی SF36 با ۸ مقیاس عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS16 و آماره‌های توصیفی (فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های کای دو، آنالیز واریانس یک طرفه، تی تست و همبستگی در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج بیانگر آن است بالاترین نمره مربوط به عملکرد جسمی $74/61 \pm 22/38$ و کمترین میانگین نمره را مقیاس محدودیت‌های ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی $42/89 \pm 30/41$ به خود اختصاص داده بود اما در کل، نمره‌ی میانگین سایر مقیاس‌ها در وضعیت "نا محدودی مطلوب" قرار داشتند. بین نمره‌ی عملکرد فیزیکی، احساس خوب بودن و درد برحسب تحصیلات افراد تفاوت آماری معنی‌دار وجود داشت ($P \leq 0/005$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این بررسی ما را در زمینه‌ی تأثیر بیماری دیابت بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به این بیماری آگاه ساخته که می‌توان از این اطلاعات در راستای برنامه‌ریزی درمانی مراقبتی بیماران مزمن و اصلاح کیفیت زندگی آنان بهره جست.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، دیابت نوع دو، سلامت

۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

۲- گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- شبکه بهداشت و درمان شهرستان جویین، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

۴- گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

۵- گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۶- گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* **نشانی:** خراسان رضوی، سبزوار، خیابان امام رضا، شبکه بهداشت و درمان جویین، معاونت بهداشتی شهرستان جویین، تلفن: ۵۱۴۵۲۲۰۷۴۷

پست الکترونیکی: sarpooshirobot@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۰۹

تاریخ درخواست اصلاح: ۱۳۹۶/۶/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۴/۰۲

مقدمه

دیابت یک اختلال پیچیده متابولیک است که با هایپرگلیسمی مشخص می‌شود. هایپرگلیسمی در نتیجه‌ی اختلال در ترشح یا عملکرد انسولین یا هر دوی این موارد به وجود می‌آید. دیابت مشکلی ناتوان‌کننده‌ی مزمن است [۱]. پاندمی دیابت با تغییرات فرهنگی سریع، سالمند شدن جمعیت، افزایش شهرنشینی، تغییرات در عادات تغذیه‌ای، کاهش فعالیت بدنی، سبک زندگی نادرست و الگوهای رفتاری ناسالم همراه است [۲]. سازمان بهداشت جهانی مطرح می‌کند که یک اپیدمی آشکار دیابت و به‌طور قوی مرتبط با تغییر سبک و شیوه‌ی زندگی و وضعیت اقتصادی افراد، در جریان است [۳]. شیوع دیابت در طی دو دهه‌ی گذشته به نحو چشم‌گیری افزایش یافته و در سال ۲۰۱۰ به میزان ۲۸۵ میلیون مورد در جهان رسیده است. تخمین زده می‌شود که این مقدار تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش یابد [۴] در حال حاضر، بیش از سه میلیون نفر در ایران مبتلا به دیابت هستند که طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، چنانچه اقدامات مؤثری در این زمینه صورت نپذیرد، این تعداد تا سال ۲۰۳۰ به نزدیک ۷ میلیون نفر افزایش خواهد یافت. میزان شیوع دیابت در بزرگسالان بین ۲ تا ۱۰ درصد برآورد شده است [۵]. 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 [۶]. بیماران دیابتی با مشکلات جسمی و روانی متعددی مانند افسردگی، اضطراب، ناتوانی، کم تحرکی 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 [۷]. کیفیت زندگی به‌عنوان درک واحساس افراد و گروه‌ها از این که نیازهایشان برآورده شده و فرصتی جهت دسترسی آن‌ها به آرزوها و خواسته‌هایشان از دست نرفته است تعریف شده است که یک عامل ذاتی چند بعدی است با ترکیبی از عوامل شناختی (رضایت) و احساس شادی [۸]، سازمان جهانی بهداشت آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علایق فردی تعریف کرده است [۹]. در مجموع تعریف کیفیت زندگی کار مشکلی است، چرا که مفهومی

وسیع و پیچیده دارد که با داشتن احساس خوشحالی و رضایت شناسایی می‌شود. شخصیت سالم، آمیزه‌ای از تجربیات فردی در طول زندگی و عوامل وراثتی می‌باشد که هر دو با هم تصور ذهنی فرد از خوب یا ضعیف بودن کیفیت زندگی را می‌سازند. احساس امنیت، تعارضات هیجانی، عقاید شخصی، اهداف و میزان تحمل ناکامی‌ها، همگی در تعیین نوع درک فرد از خود، احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی تأثیر دارند. زمانی که فردی در زندگی احساس رضایت و خوشحالی می‌کند و از بیمار بودن خود احساس ناراضی‌تری ندارد انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد و زمانی که فرد خودمراقبتی خوبی داشته باشد روز به روز احساس بهتری خواهد داشت و سالم‌تر باقی خواهد ماند، لذا کیفیت زندگی بهتری نیز خواهد داشت و این چرخه‌ی مثبت خود تقویت کننده، همچنان ادامه می‌یابد [۱۰]. در سال‌های اخیر مطالعات متعددی در زمینه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت انجام شده است. Kleefstra و همکاران (۲۰۰۸) و Baghiani Moghadam و همکاران (۱۳۸۵) در تحقیقات خود به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پرداخته‌اند که نتایج این تحقیقات نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو متوسط رو به پایین بوده است [۱۱، ۱۲]. و همچنین Goldney و همکاران (۲۰۰۴) و Sedaghati Kasbakhi و همکاران (۱۳۸۶) در تحقیقات خود به بررسی مقایسه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو با افراد غیردیابتی پرداخته‌اند که در این تحقیقات نشان داده شد که افراد مبتلا به دیابت نسبت به افراد غیر دیابتی، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند [۱۳، ۱۴]. و دیابت به‌علت بروز عوارض جسمانی مانند رتینوپاتی، نفروپاتی، نوروپاتی، بیماری‌های قلبی عروقی و عوارض روانی به‌طور گسترده‌ای بر کیفیت زندگی بیماران اثر می‌گذارد [۱۵]. لذا با توجه به اهمیت بیماری دیابت و کیفیت زندگی بیماران این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران دیابتی نوع دوم مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان سبزوار انجام شد و نتایج این تحقیق می‌تواند به کادر بهداشتی درمانی جامعه کمک کند تا فعالیت‌های خود را در جهت پیشگیری و کنترل عوارض، ارتقای سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی این گونه بیماران،

هشت مقیاس عملکرد جسمی (۱۰ گویه)، محدودیت جسمی (۴ گویه)، درد جسمی (۲ گویه)، سلامت عمومی (۵ گویه)، نشاط (۴ گویه)، عملکرد اجتماعی (۲ گویه)، مشکلات روحی (۳ گویه)، سلامت روان (۵ گویه) برای نمره‌دهی پرسشنامه امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر بود که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر نشان می‌داد. سپس هر مقیاس در سه سطح مطلوب (۶۷-۱۰۰)، تا حدودی مطلوب (۳۳-۶۶) و نامطلوب (۰-۳۲) طبقه‌بندی شد.

پس از جمع‌آوری اطلاعات و وارد کردن داده‌ها در نرم‌افزار SPSS16 به فراخور نوع و مقیاس متغیرهای تحقیق، از آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و استنباطی (آزمون کا دو، تی تست و آزمون همبستگی و آنالیز واریانس یک طرفه) استفاده شد. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف بررسی شد.

یافته‌ها

نتایج نشان می‌دهد که ۷۷/۲ درصد افراد زن، ۸۵/۸ درصد متأهل، ۷۴/۶ درصد خانه‌دار بودند. همچنین ۳۶ درصد تحصیلات ابتدایی داشته و تعداد اعضای خانوار ۱۷/۸ درصد ۶ نفر بوده، ۸۳/۲ درصد ساکن شهر و ۸۹/۸ درصد نمونه‌ها دارای ملک شخصی بودند. میانگین سنی آنها 56.71 ± 1.02 و نمایه‌ی توده‌ی بدنی شان 27.89 ± 4.29 می‌باشد و ۵۸/۹ درصد نمونه‌ها از روش درمان خوراکی استفاده کرده و ۶۷ درصد اندازه‌گیری ماهیانه قند خون را انجام می‌دهند. (جدول ۱ و ۲).

سازمان‌دهی کنند، به‌خصوص پرستاران که ارتباط نزدیکتری با این بیماران دارند می‌توانند با شناسایی این موارد و با دادن آگاهی‌های لازم به نهادهای ذی‌ربط اجتماعی و خانواده بیماران، همکاری‌های لازم را جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران جلب نمایند تا گام‌های مؤثرتری در جهت تعدیل مشکلات بر دارند.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی است. جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه مبتلایان به دیابت مراجعه کننده‌ی کلینیک دیابت دانشگاه علوم پزشکی سبزوار در سال ۱۳۹۴ بود. برای تعیین حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد پس از مقدارگذاری در فرمول
$$n = \frac{NZ_1^2 - \alpha pq}{Nd^2 + Z_1^2 - \alpha pq}$$
 که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند از ۲۰۰ پرسشنامه‌ی توزیع شده ۱۹۷ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (۳ پرسشنامه به‌علت ناقص پرشدن کنار گذاشته شدند). در صورتی که شرکت کننده‌ای تمایل به همکاری نداشت، نمونه‌ی بعدی به طریق تصادفی ساده جایگزین می‌شد. در ابتدا کلیه‌ی بیماران که واجد شرایط معیارهای ورود مطالعه از جمله ۱- رضایت آگاهانه ۲- حداقل شش ماه از دوره‌ی درمان گذشته باشند ۳- عدم ابتلا به بیماری مزمن ۴- تشخیص قطعی دیابت توسط پزشک متخصص بودند، در یک فهرست جداگانه مشخص شدند سپس کارشناسان آموزش دیده پس از اخذ مجوز از معاونت بهداشتی و کلینیک دیابت شهرستان به کلینیک مذکور مراجعه و با تماس تلفنی و دادن آگاهی‌های لازم از بیماران جهت مصاحبه و تکمیل پرسشنامه در دو بخش سؤالات دموگرافیک و سؤالات اختصاصی مرتبط با کیفیت زندگی دعوت به‌عمل آمد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF-36 استفاده شد که در ۵۰ کشور دنیا ترجمه گردیده در ایران توسط نجات و همکاران ترجمه و پایایی و روایی آن سنجیده شده است [۱۶]. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه در

جدول ۱- توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیک بیماران دیابتی مراجعه کننده به کلینیک دیابت

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
تحصیلات	بی سواد	۷۱
	ابتدائی	۷۱
	راهنمایی	۲۳
	دیپلم	۱۷
	دانشگاهی	۱۵
وضعیت اشتغال	کارمند	۲
	آزاد	۲۴
	خانه دار	۱۴۷
	بازنشسته	۲۲
	بیکار	۲
نوع درمان	انسولین	۴۱
	قرص و انسولین	۴۰
	قرص	۱۱۶
محل سکونت	شهر	۱۶۴
	روستا	۳۳
جنس	مرد	۴۵
	زن	۱۵۲
وضعیت تأهل	مجرد	۱
	متاهل	۱۶۹
	مطلقه و بیوه	۲۷

محدودیت‌های ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی به خود اختصاص داده بود اما در کل، نمره میانگین سایر مقیاس‌ها در وضعیت "تا حدودی مطلوب" قرار داشتند.

میانگین نمرات هر یک از مقیاس‌ها در جدول ۳ نشان داده شده است که بالاترین نمره در مقیاس‌های کیفیت زندگی مربوط به عملکرد جسمانی و کمترین میانگین نمره را مقیاس

جدول ۲- میانگین اطلاعات دموگرافیک بیماران دیابتی مراجعه کننده به کلینیک دیابت

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار
سن	۵۶/۷۱ \pm ۱/۰۲
تعداد افراد خانواده	۵/۹۵ \pm ۲/۲۰
نمایه‌ی توده‌ی بدنی	۲۷/۸۹ \pm ۴/۲۹
سن ابتلا	۴۶/۰۶ \pm ۱۰/۵۹
مدت ابتلا (ماه)	۱۲۲/۰ \pm ۸۳/۴۴
قند خون ناشتا	۲۰۴/۰۷ \pm ۷۵/۶۶

جدول ۳- جدول میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی در بیماران دیابتی
مراجعه کننده به کلینیک دیابت

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار
عملکرد جسمی	۷۴/۶۱ \pm ۲۲/۳۸
محدودیت جسمانی	۴۲/۸۹ \pm ۳۰/۴۱
مشکلات روحی	۵۲/۹۶ \pm ۴۶/۵۱
نشاط	۵۰/۶۳ \pm ۹/۸۱
سلامت روان	۵۶/۰۶ \pm ۹/۹۳
عملکرد اجتماعی	۴۸/۷۹ \pm ۱۰/۳۸
درد جسمی	۵۲/۰۳ \pm ۲/۶۲
سلامت عمومی	۴۶/۷۰ \pm ۱۱/۸۲

جدول ۴- ضرایب همبستگی بین حیطه‌های کیفیت زندگی با فعالیت نمونه‌ها

ضریب همبستگی	P-value	ضریب همبستگی	P-value	ضریب همبستگی	P-value	ضریب همبستگی	P-value
فعالیت		عملکرد فیزیکی		محدود شدن نقش در نتیجه‌ی سلامت جسمی		محدود شدن نقش در نتیجه‌ی سلامت روانی	
-۰/۲۶۲	۰/۰۰۰	-۰/۲۹۰	۰/۰۰۰	-۰/۲۴۱	۰/۰۰۱	-۰/۱۷۸	۰/۰۱۲

و بررسی متغیرهای مختلف مربوط به مشخصات جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش، بین عملکرد فیزیکی افراد با جنس افراد اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($P \leq ۰/۰۰۵$)، ولی بین نمره‌ی سایر حیطه‌های کیفیت زندگی افراد تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. بین نمره‌ی عملکرد فیزیکی، احساس خوب بودن و درد برحسب تحصیلات افراد تفاوت آماری معنی‌دار وجود داشت ($P \leq ۰/۰۰۵$)، ولی بین نمره‌ی سایر حیطه‌های کیفیت زندگی برحسب تحصیلات افراد تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت. همچنین بین نمره‌ی حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی برحسب وضعیت تأهل، شغل، نوع درمان، نوع منزل افراد تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. بین نمره‌ی عملکرد اجتماعی افراد برحسب محل سکونت افراد تفاوت آماری معنی‌دار وجود داشت ($P \leq ۰/۰۰۵$)، ولی بین نمره‌ی سایر حیطه‌های کیفیت زندگی برحسب محل سکونت افراد تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. آنالیز همبستگی اسپیرمن نشان داد بین میزان فعالیت افراد و نمره‌ی حیطه‌های عملکرد فیزیکی ($P \leq ۰/۰۰۱$)، محدود شدن نقش در نتیجه‌ی سلامت جسمی ($P \leq ۰/۰۰۱$)، محدود شدن نقش در نتیجه‌ی

احساس خوب بودن همبستگی مثبت معنی‌دار آماری وجود دارد، ولی بین میزان درآمد و نمره‌ی سایر حیطه‌های کیفیت زندگی رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود نداشت. همچنین این آزمون نشان داد بین BMI افراد و نمره‌ی حیطه‌های عملکرد فیزیکی، محدود شدن نقش در نتیجه‌ی سلامت جسمی و احساس خوب بودن همبستگی منفی معنی‌دار آماری وجود دارد ولی بین BMI و نمره‌ی سایر حیطه‌های کیفیت زندگی رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود ندارد. و بین میزان فعالیت افراد و نمره‌ی حیطه‌های عملکرد فیزیکی، محدود شدن نقش در نتیجه‌ی سلامت جسمی، محدود شدن نقش در نتیجه‌ی سلامت روانی، انرژی، احساس خوب بودن، درد و سلامت عمومی همبستگی مثبت معنی‌دار آماری وجود دارد. آنالیز همبستگی اسپیرمن نشان داد بین میزان فعالیت افراد و نمره‌ی حیطه‌های عملکرد فیزیکی ($P \leq ۰/۰۰۱$)، محدود شدن نقش در نتیجه‌ی سلامت جسمی ($P \leq ۰/۰۰۱$)، محدود شدن نقش در نتیجه‌ی

سلامت روانی ($P \leq 0/000$)، احساس خوب بودن ($P \leq 0/012$) همبستگی مثبت معنی‌دار آماری وجود دارد (جدول ۴). همچنین مطالعه‌ی حاضر ارتباط معنی‌دار آماری با متغیرهای دموگرافیک (سن، تعداد افراد خانواده و سن ابتلا) با سلامت بیماران دیابت و کیفیت زندگی نشان نداد.

بحث

در طول ۲۰ سال اخیر، علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشم‌گیری یافته است و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به صورت یک هدف در آمده است [۱۷] در مطالعه‌ی حاضر بیماران مبتلا به دیابت با متوسط سنی ۶۰-۵۰ سال، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در مطالعه‌ی Hanninen و همکاران، متوسط سنی بیماران ۵۶/۳ سال بوده است [۱۸]. در تحقیق Wandell و همکاران بیشترین درصد بیماران در رده سنی ۶۰-۶۴ سال قرار داشته‌اند [۱۹] نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که بیشترین درصد بیماران زن می‌باشند. در مطالعه‌ی Bagust و همکاران بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش را زنان تشکیل داده‌اند [۲۰]. پژوهشگران چنین تصور می‌کنند که شاید به دلیل شلوغی درمانگاه و هدر رفتن وقت زیاد از بیماران جهت معاینه‌ی پزشک، مردان به دلیل داشتن مشغله‌ی کاری و کمبود وقت کمتر مراجعه می‌کردند، لیکن زنان که اکثراً خانه‌دار بودند مراجعات منظم‌تری داشتند. از نظر نمایه‌ی توده بدنی واحدهای مورد بررسی نتایج نشان می‌دهد بیشترین درصد بیماران در محدوده‌ی ۲۵-۳۰ نمایه‌ی توده‌ی بدنی دارای اضافه وزن بودند. در مطالعه‌ی Hanninen و همکاران متوسط نمایه‌ی توده‌ی بدنی بیماران ۳۰/۴ بوده است [۱۸].

در رابطه با میزان تحصیلات، نتایج بررسی حاضر نشان می‌دهد بیشتر واحدها دارای تحصیلات ابتدایی هستند و کمترین درصد بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت دارای تحصیلات دانشگاهی هستند که شاید علت این امر مراجعه‌ی افراد با تحصیلات زیر دیپلم به مراکز درمانی دولتی و مراجعه‌ی افراد با تحصیلات بالا به بخش خصوصی باشد. در مطالعه‌ی حاضر بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی بیماران دیابتی مثبت برآورد گردید به طوری که هرچه سطح

تحصیلات افراد بالاتر بود از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. نتایج تحقیقات مختلف نیز حاکی از رابطه‌ی معنی‌دار بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات می‌باشد [۲۲، ۲۱]. تأثیر تحصیلات بر کیفیت زندگی می‌تواند ناشی از افزایش سطح آگاهی افراد در خصوص اهمیت رژیم غذایی، ورزش، مصرف صحیح داروها و کنترل عوامل خطر بیماری‌های مزمن نظیر دیابت باشد. در داده‌های این پژوهش رابطه‌ی معنی‌دار آماری بین شغل بیماران و کیفیت زندگی مشاهده نگردید اما در بررسی انجام شده توسط Rahimi بیان شده است که شغل در زندگی بیماران دیابتی دارای اهمیت بوده و باید مورد توجه ویژه قرار گیرد [۲۳]. در مورد ارتباط بین جنس و کیفیت زندگی در این پژوهش مشاهده گردید که زنان به طور معنی‌داری دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به مردان (درحیطه‌ی عملکرد فیزیکی) هستند. یکی از دلایل این امر با توجه به نقش اساسی آموزش در درمان بیماری دیابت و تأثیر آن بر بالا رفتن کیفیت زندگی و همچنین با توجه به نتایج تحقیق Ghasemi و همکاران می‌تواند ناشی از این امر باشد که زنان احتمالاً به دلیل سطح تحصیلات کمتر، از حمایت اطلاعاتی کمتری در مورد بیماری دیابت، رژیم غذایی مناسب و درمان بیماری، نسبت به مردان برخوردار باشند [۲۴]. در تأیید مطالب فوق بررسی Goldney و همکاران، نشان داد که بین متغیر جنس با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد و کیفیت زندگی در زنان با اختلاف معنی‌داری کمتر از مردان است. احتمالاً تفاوت‌های بیولوژیکی و روحی-روانی بین دو جنس نیز می‌تواند بیان کننده‌ی یافته‌های حاضر باشد [۱۳] در حالی که نتایج تحقیق Sedaghati Kasbakhi و همکاران، بر خلاف نتایج تحقیق حاضر بود [۱۴]. در بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و وضعیت تأهل نتایج تحقیق نشان داد که بین کیفیت زندگی در افراد بر حسب وضعیت تأهل، تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. که با نتایج تحقیق Aghanori و همکاران، صدقاتی کسبخی و همکاران که نشان داد بین افراد بیمار و کیفیت زندگی آنها بر حسب وضعیت تأهل تفاوت وجود دارد همخوانی ندارد [۲۵]. [۱۴] همچنین بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی (BMI) بیمار دیابتی و کیفیت زندگی آنها رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود داشت، به طوری که با افزایش BMI، کیفیت زندگی آنها کاهش می‌یابد.

اندازه‌گیری کیفیت زندگی همراه با مشخصات فردی- اجتماعی، اطلاعات کاملی را برای بیماران مزمن فراهم می‌آورد که در نهایت ما را در زمینه‌ی تأثیر بیماری دیابت بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به این بیماری آگاه ساخته می‌تواند از این اطلاعات در راستای برنامه‌ریزی درمانی مراقبتی بیماران مزمن و اصلاح کیفیت زندگی آنان بهره جست.

داده‌های این بررسی اطلاعات مفیدی را در اختیار برنامه‌ریزان مدیریت دیابت و مربیان آموزش بهداشت قرار داد تا با تغییراتی که در برنامه‌های خود ایجاد می‌نمایند، در مراحل اولیه افراد در معرض خطر عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی را شناسایی و با مشارکت آنان سبک زندگی را در آن‌ها اصلاح نمایند و از این طریق از کاهش کیفیت زندگی‌شان جلوگیری نمایند.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و دارای کد اخلاق به شماره medsab.rec.93.99 بوده که با حمایت مالی آن دانشگاه به مرحله‌ی اجرا در آمده است. همچنین از همکاری پرسنل محترم کلینیک دیابت شهرستان در این تحقیق تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید.

ولی برخلاف نتایج این مطالعه در تحقیق Aghanori و همچنین در پژوهش Yan و همکاران بین نمایه‌ی توده‌ی بدنی و کیفیت زندگی رابطه آماری معنی داری گزارش نشد [۲۵، ۲۶]. این در حالیست که چاقی یکی از عوامل خطر بیماری دیابت می‌باشد و افراد چاق با توجه به اینکه معمولاً تحرک کمتری نیز دارند و اصول تغذیه صحیح را نیز رعایت نمی‌کنند در معرض ابتلا به این بیماری و پیرو آن کاهش کیفیت زندگی می‌باشند. در این خصوص رعایت برنامه‌های تغذیه‌ای مناسب به همراه فعالیت فیزیکی منظم در این افراد توصیه می‌شود. همچنین بیمارانی که نمایه‌ی توده‌ی بدنی آنها بالاتر از حد نرمال است باید در برنامه‌های خود مراقبتی به برنامه‌های کاهش وزن خود توجه ویژه داشته باشند. چرا که چاقی نه تنها باعث ایجاد مقاومت به انسولین و اختلال تحمل گلوکز می‌شود، بلکه اختلالات متابولیک همراه دیابت را تشدید کرده و بیماری‌زایی و مرگ و میر آن را نیز افزایش می‌دهد [۲۷]، و در نتیجه می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی افراد دیابتی چاق گردد.

نتیجه‌گیری

در واقع تغییرات در ابعاد کیفیت زندگی متأثر از عوامل فردی، اجتماعی و اقتصادی است و می‌توان نتیجه گرفت که

مآخذ

- Barnard KD, Lloyd CE & Holt RIG. Psychological Burden of Diabetes and What It Means to People with Diabetes. *Psychology and Diabetes Care* 2012; 1-22.
- Butt J. Media Backgrounder Diabetes in the developing world [Online]. 2010 [cited 2011 May 2]; Available from: URL: World Diabetes Foundation. <http://www.worlddiabetesfoundation.org>.
- Abolhassani F, Mohajeri Tehrani MR, Tabatabaei O, Larijani B. Burden of diabetes and its complications in Iran in year 2000. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders* 2005; 5: 35-48.
- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 87:4-14.
- Esteghamati A, Gouya MM, Abbasi M, Delavary A, Alikhani S, Alaedini F, et al. Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Fasting Glucose in the Adult Population of Iran: The National Survey of Risk Factors for Non-Communicable Disease of Iran. *Diabetes Care* 2008; 31(1): 96-8.
- Nagelkerk J, Ericka K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self management. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 54:151-58.
- 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.
- Green LW, Kreuter MW: Health promotion planning: An education and ecological approach, 3th ed. London: Mayfield publishing Co 1999; 54.

9. Vedat I, Perinan G, Seref K, et al. The relationship between disease future and quality of life in patients with cancer. *Cancer Nursing* 2001; 24(6): 490-495.
10. Ragonesi L, Taddei MT. The impact of diabetes mellitus on quality of life in elderly patients. *Diabetes Care Journal* 1998; 11(3): 417-422.
11. Kleefstra N, Landman G, Houweling S, Ubink-Veltmaat L, Logtenberg S, Jong B & et al. Prediction of Mortality in Type 2 Diabetes From Health-Related Quality of Life (ZODIAC-4). *Diabetes Care* 2008; 31(5): 932-933
12. Baghiani Moghadam M, Afkhami Ardekani M, Mazlumi S, Saeedi Zade M. A survey on the quality of life in type 2 diabetes patients Yazd. *Journal of Yazd University of medical sciences* 2006; 4 (4): 49-54. (In Persian).
13. Goldney R, Phillips P, Fisher L, Wilson D. Diabetes, Depression, and Quality of Life. *Diabetes Care* 2004; 27 (5): 1066-1070.
14. Sedaghati Kasbakhchi M, Ehsani M, Ghanbari A. The comparison between the quality of life in diabetes patients having type 2 with non-diabetic people. *Journal of Babol University of medical sciences* 1382. 9 (5): 55-60.
15. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine (18th ed). *Mc Grow Hill*; 2012.
16. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Sjsph* 2006; 4 (4) :1-12.
17. White C. *Cognitive-behavioral therapy for chronic medical diseases*. Translation by Moloodi R. Fattahy K. Tehran: Arjmand, 2011.
18. 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.
19. Wandell E, Tovi J. The quality of life of elderly diabetic patients. *Journal of Diabetes and its Complications* 2000; 14(1): 25-30.
20. Bagust A, Wilson E, Perry SA, et al. Utility and Quality of life in the CODE-2 study for type 2 diabetes. UK prospective diabetes study group. *Diabetes Care* 2001; 50: 1096.
21. Zahmatkeshan N, Bagherzade R, Akaberian SH, Yazdankhah Fard M, Mirzaei K, Azdanpanah S. Assessing Quality of Life and Related Factors in Bushehr's Elderly People. *Journal of Fasa University of Medical Sciences* 2012; 2(1): 53-58.
22. Lima MG, Barros MBdA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cadernos de Saúde Pública* 2009; 25(10): 2159-67.
23. Rahimi MA. Standards of medical care in diabetic patients. Conference proceedings, specific diseases: *Kermanshah University of Medical Sciences*, 2004 (In Persian).
24. Ghasemi V, Zamani A, Ghasemi pour MA sociological study of the relationship between social support and quality of life in the referring diabetes patients to the Khorramabad city clinics MA. Thesis, Faculty of Literature & Human Sciences, *University of Isfahan*, 2009: 137-145 (In Persian).
25. Aghanori A, Mahmoodi M, Salehi H, Jaferian K. Quality of life in elderly health centers in urban areas in Markazi Province. *Iranian Journal of Ageing* 2011; 6(22):21-29.
26. Yan LL, Daviglus ML, Liu K, Pirezada A, Garside DB, Schiffer L, Dyer AR, Greenland P. BMI and health-related quality of life in adults 65 years and older. *Obes Res* 2004; 12(1): 69-76.
27. Maggio CA. Obesity and type 2 diabetes. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2003; 32:805-22.

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

Somayeh Karimi Moghadam¹, Elaheh Lael- Monfared², Rouhollah Barghbani³, Mohammad Reza Ghezekgharshi⁴, Rezvan Rajabzadeh⁵, Davoud Robat Sarpooshi^{3,6*}

1. *Department of Nursing, school of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran*
2. *Department of public health, school of health, shahid Beheshti University of medical science, Tehran, Iran*
3. *Department of Diseases, Jovain Health Network city of Mashhad, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran*
4. *Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran*
5. *Department of Epidemiology, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
6. *Health Deputy, Jovein Health Network city of Mashhad, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran*

ABSTRACT

Background: Considering the importance of chronic diabetes and significant impact on patients' quality of life, A study to evaluate health-related quality of life in type II diabetic patients referred to diabetes clinic in Sabzevar And factors associated with planning and designing health promotion interventions in the areas studied

Methods: This cross-sectional study in which 197 patients with type II diabetes referred to diabetes clinic participated. Of data through a two-part questionnaire that included demographic characteristics, social and Quality of Life Questionnaire, which has a five physical, psychological, social, economic and disease and treatment, collected and then using SPSS version 16 and using Chi-square tests, ANOVA, t-test and Spearman correlation coefficient were analyzed.

Results: The findings of the study suggests that most participants in the study were in the age group aged 50 to 60, 77.2% female, 85.8% were married, 74.6 percent were housewives. Average quality of life in terms of physical functioning, role limitations due to emotional problems and emotional health and physical pain was good. There was a significant difference between the score of physical function, feeling well and pain according to education ($P \leq 0/05$).

Conclusion: The findings of this study have informed us about the impact of diabetes on the quality of life of patients with this disease, which can be used to plan the care of chronic patients and improve their quality of life.

Keywords: Quality of life, Type II diabetes, Health

* Imam Reza St., Jovain District Health Department, Jovain Health Care Network, Sabzevar, Khorasan Razavi, Iran. Tel: +985145220747, E-mail: sarpooshirobot@gmail.com