

بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین مراجعه‌کننده به مرکز آموزش دیابت بیمارستان رازی رشت با افراد سالم

عاطفه قنبری^{۱*}، احسان کاظم نژاد^۲

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۲- مربی آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

چکیده

هدف: دیابت یک بیماری مزمن محسوب می‌شود؛ یکی از موارد بسیار مهم در امر مراقبت از بیماران مزمن نیز بررسی کیفیت زندگی آنهاست. در این راستا محقق بر آن شد تا تحقیقی با هدف تعیین و مقایسه کیفیت زندگی بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین و افراد سالم انجام دهد.

مواد و روشها: در این مطالعه توصیفی و مقایسه‌ای که به منظور بررسی و مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت غیر وابسته به انسولین با افراد سالم در شهر رست انجام شده است. تعداد ۹۰ بیمار دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز آموزش دیابت در بیمارستان رازی رشت به مدت ۴ ماه انتخاب شدند. پس از جمع‌آوری اطلاعات از افراد بیمار، اطلاعات از افراد سالم به تعداد ۸۶ نفر جمع‌آوری گردید. واحدهای مورد پژوهش به دو سری پرستنامه، بخش اول مشخصات فردی-زمینه‌ای (سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، محل سکونت، وضعیت اشتغال، طول مدت ابتلا به بیماری)، بخش دوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل هفت بعد (عملکرد جسمی، درد و رنج، ایفای نقش، احساس، وضعیت خواب، وضعیت خانوادگی و درک کلی از سلامت) پاسخ دادند. اطلاعات به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی [۴ مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه، مدل آماری رگرسیون لجستیک LOGIT برای تعیین پیش‌بینی‌کننده‌های خطی، و برآورد نسبت تأثیر این متغیرها روی کیفیت زندگی] مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: بر اساس یافته‌ها بیشتر واحدهای مورد پژوهش بیمار (۶۰٪) دارای کیفیت زندگی در حد نامطلوب و اکثریت افراد سالم (۵۸/۱٪) دارای کیفیت زندگی در حد مطلوب بودند. در بررسی ارتباط بین متغیرهای فردی با کیفیت زندگی، بین نمرات کسب شده از کیفیت زندگی و سن در بیماران $P < 0/05$ و $F = 3/103$ ، در افراد سالم $P < 0/03$ و $F = 3/78$ ، بین نمرات کسب شده از کیفیت زندگی و وضعیت اشتغال در بیماران $P < 0/002$ و $F = 5/36$ تفاوت معنادار آماری مشاهده شد، همچنین بین نمرات کسب

*نشانی مکاتبه: رشت، کمربندی شهید بهشتی، خیابان دانشجو، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت، صندوق پستی ۱۸۷۳-۴۱۶۳۵

شده از کیفیت زندگی با جنس و تحصیلات بترتیب ($P < 0.001$ و $df = 88$ و $t = 3.43$)، ($P < 0.006$) و $df = 88$ و $t = 2.79$) تفاوت آماری مشاهده شد اما بین طول ابتلا به بیماری و محل سکونت با کیفیت زندگی تفاوتی مشاهده نشد. در راستای مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در افراد سالم با بیمار با استفاده از t مستقل، یافته ها بیانگر تفاوت آماری بین عملکرد جسمی ($P < 0.001$)، درد و رنج ($P < 0.001$)، ایفای نقش ($P < 0.001$)، احساس ($P < 0.001$)، درک کلی از سلامت ($P < 0.001$) و وضعیت خانوادگی ($P < 0.001$) در دو گروه می باشد. در کل، کیفیت زندگی در افراد سالم با بیمار با استفاده از t مستقل بینگر تفاوت آماری ($P < 0.02$) است.

نتیجه گیری: نتایج حاصل از مدل لجستیک نهایی نشان داد که احتمال کیفیت زندگی مطلوب در بیماران دیابتی ساکن در شهر ۱/۶ برابر بیماران ساکن در روستا می باشد و افراد شاغل نسبت به افراد غیر شاغل از کیفیت زندگی مطلوبتری برخوردارند. در واقع در بیماران دیابتی تغییرات زیادی در ابعاد زندگی ایجاد می شود که بررسی و شناخت و اندازه گیری این مفهوم اطلاعات کاملی را برای بیماران فراهم می آورد که در نهایت می توان از این اطلاعات در راستای اصلاح کیفیت زندگی بهره جست.

کلیدواژگان: دیابت غیر وابسته به انسولین، کیفیت زندگی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

۱- مقدمه

دیابت به عنوان یک بیماری، تاریخچه ای به قدمت تمدن بشر دارد. از روزگاری که بشر توانسته با استفاده از آثار هنری از قبیل مجسمه سازی، نقاشی و ترسیم علائم مختلف از خود اثری به جا گذارد، نشانه هایی از مبتلایان به این بیماری مشاهده شده است [۱].

گزارش سازمان جهانی بهداشت که بر اساس داده های مطالعات اپیدمیولوژیک در ۷۵ منطقه از ۳۲ کشور عضو سازمان ملل متحد به دست آمده است، نشان می دهد به طور کلی در دنیا از سال ۱۹۹۵ تا سال ۲۰۲۵ جمعیت بالغان (بالای ۲۰ سال) ۶۴٪ افزایش یافته است و شیوع دیابت از ۴٪ در سال ۱۹۹۵ به ۵/۴٪ در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید، تعداد افراد دیابتی ۱۲۲ درصد افزایش خواهد داشت، یعنی از ۱۳۵ میلیون در سال ۱۹۹۵ به ۳۰۰ میلیون در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید، نسبت این افزایش در کشورهای در حال توسعه بیشتر است، بنابراین در سال ۲۰۲۵ بیش از ۷۵٪ کل جمعیت دیابتی در کشورهای در حال توسعه خواهند بود (در مقایسه با ۶۲٪ در سال ۱۹۹۶) [۲].

بر اساس آخرین بررسیهای انجام شده در مورد اپیدمیولوژی دیابت در ایران، حدود ۲٪ افراد جامعه مبتلا به دیابت و از این

رقم در افراد ۳۰ سال به بالا حدود ۷/۳٪ می باشد. به عبارت دیگر حدود ۱/۲۴۰/۰۰۰ نفر در ایران به دیابت قندی مبتلایند [۳].

در سطح استان گیلان، در ارتباط با موضوع مورد نظر بررسی مدونی صورت نگرفته است، اما بر حسب گزارش منتشر شده مرکز بهداشت استان گیلان در سال ۱۳۷۹، آمار شیوع دیابت در سطح استان گیلان بر حسب مراجعان به مرکز بهداشتی در سطح استان ۱۱۹۹۲ نفر می باشند، که از این تعداد ۱۰۱۹۹ نفر غیر وابسته به انسولین و ۱۷۹۳ نفر وابسته به انسولین می باشند، در رشت ۲۱۰۹ نفر غیر وابسته به انسولین و ۸۶۸ نفر وابسته به انسولینند. از طرف دیگر تحقیقات انجام شده در سال ۱۳۸۱ در شهرستان فومن نشان می دهد که شیوع دیابت در این شهرستان ۰/۷٪ می باشد

بیماران دیابتی از عوارض ناشی از دیابت رنج می برند و این عوارض سبب اختلال در عملکرد فرد، گسیختگی در زندگی فردی و خانوادگی و تأثیر آن بر تمام ابعاد کیفیت زندگی می شود. بررسیها نشان می دهد، بیماران دیابتی حدود ۲۰۳۱۱۳۷ بار مراجعه ثبت شده به مراکز بهداشتی درمانی سراسر کشور داشته اند (البته تقریباً ۰/۴٪ کل مراجعات) [۳] و در کل سالیانه بر

یکی از مفاهیم بسیار مهم در بیماران مزمن مانند دیابت، مفهوم کیفیت زندگی است. بنابراین شیوع بالای بیماریهای مزمن، توجه روز افزون به اندازه‌گیری کیفیت زندگی را در بیماران توجیه می‌کند [۴].

کیفیت زندگی، پژوهشگر بر آن شد تا با بررسی کیفیت زندگی افراد سالم و استفاده از آن به عنوان معیاری برای مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت غیر وابسته به انسولین، گامی در جهت شناسایی مشکلات این افراد و متعاقب آن تعیین راهکارهای مناسب برای استفاده بهتر از امکانات حمایتی موجود بردارد؛ همچنین با مشخص نمودن تغییرات در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی، از یافته‌های به دست آمده در راستای اصلاح کیفیت زندگی بیماران استفاده و توجه گروه درمانی مراقبتی را به ابعاد کیفیت زندگی بیماران و ارتقای آن معطوف نماید.

۲- مواد و روش کار

این مطالعه به صورت یک پژوهش توصیفی و مقایسه‌ای است که به منظور بررسی و مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت با افراد سالم در شهر رشت انجام شده است. بیماران دیابتی غیروابسته به انسولین مراجعه کننده به مرکز آموزش دیابت، بالای ۴۰ سال، بیماران سرپایی با عدم دریافت انسولین به مدت ۴ ماه در مقطعی از زمان به طور تصادفی انتخاب شدند و نمونه‌های مراجعه کننده به مرکز فوق مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پس از جمع آوری اطلاعات از افراد بیمار، اطلاعات از افراد سالم جمع آوری گردید. نمونه پژوهش در این تحقیق ۹۰ بیمار مبتلا به دیابت غیر وابسته به انسولین و تعداد ۸۶ نفر از افراد سالم در شهر رشت با شرایط لازم برای شرکت در این پژوهش (افرادی که خودشان ابراز کنند بیماری خاصی ندارند، نقص عضو محسوس و مشخص تأثیر گذار بر کیفیت زندگی آنان نداشته باشند و از نظر سنی همگون یا گروه بیماران باشند) انتخاب شدند.

روش نمونه‌گیری در افراد سالم نیز به روش تصادفی خوشه‌ای از روی شماره کنتور برق منازل دو منطقه اصلی شهر رشت بود. با توجه به اینکه در هر خوشه سه خانوار در نظر

اساس تعرفه های وزارت بهداشت میزان ۲۲۶۲۸۲۹۶۲۵۰۰ ریال صرف هزینه‌های مستقیم دیابت می‌شود.

با توجه به شیوع بالای بیماریهای مزمن (دیابت) در جهان و ایران، بروز عوارض کوتاه مدت و دراز مدت دیابت و صرف هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم برای درمان عوارض ناشی از آن، از طرف دیگر کنترل بیماریهای مزمن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، بهبودی در بیماران مزمن غیر ممکن بوده اما مرگ یک واقعه دور دست است، در این موقعیت اهداف مراقبت درمانی، مطلوب نمودن کیفیت زندگی بیمار است، اگر اصلاح کیفیت زندگی هدف مهم در درمان طبی باشد، می‌توان از آن به عنوان یک براینده در تحقیقات توجه نمود [۵].

در ارزیابی برایندهای درمانی نیز یکی از معیارهای با ارزش اندازه‌گیری کیفیت زندگی است [۶]. یکی از ابزارهای بررسی کیفیت زندگی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل حیطه‌های عملکرد جسمانی، درد، محدودیت در ایفای نقش، رفاه عاطفی، وضعیت خواب، رضایت از زندگی خانوادگی، ارتباط با همسر، عملکرد جنسی و در نهایت درک کلی از سلامت می‌باشد [۷]. هر یک از این حیطه‌ها ممکن است تحت تأثیر عوامل مختلفی چون صدمات، اختلاف عملکردی و عاطفی، بیماریها و درمان قرار گیرند [۸]. بیماریها به عنوان عوامل مهم و مؤثر می‌توانند با ایجاد اختلال جسمی، اجتماعی- اقتصادی و غیره سبب تغییر در ارزیابی بیمار از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی شوند [۹].

کیفیت زندگی به عنوان شاخص کیفیت مراقبت و جزئی از برنامه درمان بیماران مزمن [۱۰]، تحت تأثیر عملکرد ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی است [۱۱]. پرستاران در میان تیم بهداشتی- درمانی نقش اصلی را در ارتقای نتایج مراقبتی دارند و ارتقای کیفیت زندگی یکی از مسئولیتهای پرستاران می‌باشد [۱۲]. در این راستا مراقبان بهداشتی و محققان در گام اول باید اطلاعات بیشتری در مورد کیفیت زندگی این بیماران و نحوه ارتقای آن کسب کنند و با بررسی کاملتر، با اتخاذ تصمیمات و اقدامات موثرتر و بر اساس یافته‌های حاصل از بررسی، سبب ارتقای کیفیت زندگی بیماران شوند [۱۳].

با توجه به ذهنی بودن مفهوم کیفیت زندگی، لزوم بررسی درک شخصی افراد و مشاهده تأثیر بیماری بر حیطه‌های مختلف

وضعیت خواب در طول هفته گذشته)، درک کلی از سلامت با سه عبارت (نظر در مورد وضعیت سلامت و نظر کلی در مورد سلامت)، وضعیت خانوادگی با دو عبارت (رضایت از خانواده و ارتباط با همسر یا شریک زندگی) بر اساس مقیاس لیکرت سنجیده شد.

برای تعیین اعتبار پرسشنامه از اعتبار محتوا^۱ و پایایی از α کرونباخ استفاده گردید. پایایی در بخش عملکرد جسمی ۰/۷۰، درد و رنج ۰/۹۰، ایفای نقش ۰/۹۵، احساس ۰/۸۴، وضعیت خواب ۰/۸۹، درک کلی از سلامت ۰/۷۸، وضعیت خانوادگی ۰/۹۱ می باشد، اطلاعات به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی [t مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه و مدل آماری رگرسیون لجستیک LOGIT (برای تعیین پیش‌بینی کننده‌های خطی، و برآورد نسبت تأثیر این متغیرها بر کیفیت زندگی)] بررسی گردید؛ تجزیه و تحلیل داده ها نیز با استفاده از نرم افزار SPSS صورت گرفت.

۳- نتایج

بر اساس نتایج این پژوهش، بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در بیماران (۵۶/۶٪) در دامنه سنی ۵۵-۶۹ سالگی با میانگین و انحراف معیار (۶۲/۶±۱۳/۱) می‌باشند. بیشتر واحدهای مورد پژوهش ۷۸/۸٪ زن، ۹۸/۸٪ متأهل، ۹۲/۲٪ زیر دیپلم، ۵۳/۳۰٪ غیر شاغل، ۷۴/۴٪ ساکن شهر، ۶۷/۸٪ با مصرف داروهای خوراکی، ۵۲/۲٪ بدون سابقه بستری و ۷۰٪ واحدهای مورد پژوهش کمتر از ۱۰ سال سابقه ابتلا به دیابت داشتند.

در افراد سالم، بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۴۵/۳٪) در دامنه سنی ۵۵-۶۹ سالگی با میانگین و انحراف معیار (۶۲/۸±۱۰)، ۵۵/۸٪ زن، ۷۲/۱٪ متأهل، ۵۸/۱٪ زیر دیپلم، ۳۸/۳٪ غیر شاغل می‌باشند. یافته‌ها نشان داد که بیشتر واحدهای مورد پژوهش بیمار (۶۰٪) دارای کیفیت زندگی در حد نامطلوب و بیشتر افراد سالم (۵۸/۱٪) دارای کیفیت زندگی در حد مطلوب بودند.

گرفته شد، در هر منطقه بر اساس جدول اعداد تصادفی تعداد خوش مورد نظر (۱۴ خوشه از منطقه یک و ۱۵ خوشه از منطقه دو) از شماره های کنتور برق منازل انتخاب شدند، سپس با مراجعه به شرکت برق منطقه ای گیلان از روی شماره‌های کنتور برق آدرس منازل گرفته شد، سپس با مراجعه به آدرس منازل مربوط به هر شماره کنتور، در صورت داشتن افراد واجد شرایط پس از ارائه توضیحات کافی و در صورت تمایل آنان به شرکت در پژوهش اطلاعات جمع‌آوری شد.

شایان ذکر است که در هر منزل اطلاعات از یک فرد واجد شرایط کسب شد، در صورتی که در منزل مذکور فرد واجد شرایط لازم نبود به منزل مجاور آن مراجعه کرده و تا زمان تکمیل حجم نمونه اطلاعات گردآوری شد. برای تعیین حجم نمونه پس از یک مطالعه مقدماتی بر ۱۵ بیمار و ۳۰ فرد سالم و با استفاده از فرمول:

$$n = \left[z \sqrt{(1-\alpha/2)(c+1)p(1-p)} + z \sqrt{(1-\beta)cp_0(1-p_0)} + p_0 \right]^2 / (1-p_0)/c(p_0-p_1)$$

و با توان آزمون $(1-\beta)$ ۹۰٪ و سطح اطمینان $(1-\alpha)$ ۹۵٪، تعداد نمونه مورد نظر تهیه گردید. برای تمام آنها پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش، بخش اول مشخصات فردی-زمینه ای (سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، محل سکونت، وضعیت اشتغال، طول مدت ابتلا به بیماری) و بخش دوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت که از تلفیق دو ابزار کیفیت زندگی SF-36 و کیفیت زندگی سوندی ساخته شده است و شامل عملکرد جسمی، درد و رنج، ایفای نقش، احساس، وضعیت خواب، درک کلی از سلامت و وضعیت خانوادگی می باشد، تکمیل شد.

عملکرد جسمی با سه عبارت (محدودیت‌های ناشی از بیماری، نیاز به حمایت و کمک افراد دیگر، رضایت از توان جسمی بر اساس مقیاس زیاد، کم و بدون محدودیت)، درد و رنج با دو عبارت (وجود درد در طول هفته گذشته، تأثیر مشکلات جسمی-عاطفی بر فعالیتهای اجتماعی)، ایفای نقش با دو عبارت (تأثیر وضعیت جسمی بر فعالیتهای روزمره، تأثیر مشکلات جسمی-عاطفی بر فعالیتهای روزمره) بر اساس مقیاس همیشه، هرگز، به‌ندرت و گاهی اوقات، احساس با یک عبارت (احساس و عواطف در طول هفته گذشته)، وضعیت خواب با یک عبارت

1. content validity

به منظور بررسی تغییرات در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی و مقایسه آن با گروه سالم به مقایسه بین ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه فوق (جدول ۱) پرداخته شد. بر اساس یافته ها، بین عملکرد جسمی ($P < 0/0001$)، درد و رنج ($P < 0/0001$)، ایفای نقش ($P < 0/0001$)، احساس ($P < 0/0001$)، درک کلی از سلامت ($P < 0/0001$) و وضعیت خانوادگی ($P < 0/01$) با استفاده از t مستقل بین افراد سالم و بیماران دیابتی تفاوت آماری وجود داشت.

در بررسی ارتباط بین مشخصات فردی با نمرات کسب شده از کیفیت زندگی در افراد سالم و بیمار یافته‌ها نشان داد بیشتر واحدهای مورد پژوهش بیمار (۷۵٪) در دامنه سنی ۴۰-۵۴ سالگی دارای کیفیت زندگی نامطلوب می‌باشند؛ این درحالی است که در افراد سالم، بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۶۱/۱٪) در دامنه سنی ۴۰-۵۴ سالگی از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار می‌باشند. برای بررسی ارتباط آماری بین نمرات کسب شده از کیفیت زندگی و گروههای سنی از آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد که بیانگر ارتباط آماری بین سن و کیفیت زندگی در بیماران ($F = 3/13$ و $P < 0/05$) و در افراد سالم ($F = 3/78$ و $P < 0/03$) می‌باشد.

با استفاده از آزمون توکی، در صدد بررسی تفاوت معنادار بین گروههای سنی برآمدم. نتایج نشان داد کیفیت زندگی در گروه سنی بیشتر از ۷۰ سال کمتر از گروه سنی ۴۰-۵۴ سال می‌باشد، یعنی با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش می‌یابد (جدول ۲). در ارتباط بین سایر مشخصات فردی با نمرات کسب شده از کیفیت زندگی یافته‌ها نشان داد بیشترین درصد کیفیت زندگی مطلوب (۶۷/۴٪) در مردان بود، در حالی که بیشترین درصد کیفیت زندگی نامطلوب (۶۷/۶٪) در زنان بیمار مشاهده شد گرچه در افراد سالم، بیشتر واحدهای مورد پژوهش مرد و زن به ترتیب (۵۸/۳٪، ۷۵/۸٪) دارای کیفیت زندگی مطلوب می‌باشند. بررسی و مقایسه میانگین و انحراف معیار در دو گروه با استفاده از t مستقل بیانگر ارتباط آماری بین جنس و کیفیت زندگی در بیماران ($t = 3/45$ و $P < 0/001$ و $df = 88$) می‌باشد (جدول ۳). از نظر ارتباط بین تحصیلات و نمرات کسب شده از کیفیت زندگی، یافته‌ها نشان داد بیشترین درصد کیفیت زندگی نامطلوب

در افراد سالم و بیمار دیابتی، بیشترین درصد کیفیت زندگی مطلوب (۵۶٪) در افراد شاغل و بیشترین درصد کیفیت زندگی نامطلوب (۷۵٪) در از کار افتاده‌ها مشاهده گردید. در افراد سالم در تمام وضعیتهای اشتغال کیفیت زندگی مطلوب می‌باشد.

برای بررسی ارتباط آماری بین نمرات کسب شده از کیفیت زندگی و وضعیت اشتغال از آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد که بیانگر ارتباط آماری بین این دو متغیر در بیماران می‌باشد ($F = 5/36$ و $P < 0/002$). با استفاده از آزمون توکی در صدد بررسی تفاوت معنادار بین گروههای شغلی برآمدم. نتایج نشان داد که شاغلان، غیر شاغلان و از کار افتاده‌ها از نظر کیفیت زندگی با یکدیگر متفاوتند به گونه‌ای که اشتغال باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود (جدول ۵).

پس از بررسی ارتباط آماری بین طول مدت ابتلا و محل سکونت با کیفیت زندگی بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین با استفاده از آنالیز واریانس یکطرفه و t مستقل تفاوت آماری مشاهده نگردید.

در مرحله بعد از روش رگرسیون لجستیک، برای تعیین عوامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی هر یک از عوامل سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، طول مدت ابتلا به دیابت، وضعیت اشتغال و محل سکونت وارد مدل شدند. برای انتخاب مدل نهایی از روش forward stepwise استفاده شد. در نهایت متغیرهای باقی مانده در مدل نهایی، محل سکونت (RESID۱) و شغل (JOB۱، JOB۲، JOB۳) بودند و در نتیجه مدل برازشده شده به داده‌ها عبارت بود از:

$$\text{LOGIT } P = \text{LOG}(P/1-P) = -0/2910 + 0/4857 \text{ RESID}(1) + 1/53 \text{ JOB}(1) - 0/24 \text{ JOB}(2) - 0/87 \text{ JOB}(3)$$

این مدل بیانگر آن است که با متغیر محل سکونت و شغل می‌توان کیفیت زندگی بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین را

در بررسی ارتباط بین مشخصات فردی با نمرات کسب شده از کیفیت زندگی در افراد سالم و بیمار یافته‌ها نشان داد بیشتر واحدهای مورد پژوهش بیمار (۷۵٪) در دامنه سنی ۴۰-۵۴ سالگی دارای کیفیت زندگی نامطلوب می‌باشند؛ این درحالی است که در افراد سالم، بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۶۱/۱٪) در دامنه سنی ۴۰-۵۴ سالگی از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار می‌باشند. برای بررسی ارتباط آماری بین نمرات کسب شده از کیفیت زندگی و گروههای سنی از آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد که بیانگر ارتباط معنادار آماری بین سن و کیفیت زندگی در بیماران ($F = 3/13$ و $P < 0/05$) و در افراد سالم ($F = 3/78$ و $P < 0/03$) می‌باشد.

با استفاده از آزمون توکی، در صدد بررسی تفاوت معنادار بین گروههای سنی برآمدم. نتایج نشان داد کیفیت زندگی در گروه سنی بیشتر از ۷۰ سال کمتر از گروه سنی ۴۰-۵۴ سال می‌باشد، یعنی با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش می‌یابد (جدول ۲). در ارتباط بین سایر مشخصات فردی با نمرات کسب شده از کیفیت زندگی یافته‌ها نشان داد بیشترین درصد کیفیت زندگی مطلوب (۶۷/۴٪) در مردان بود، در حالی که بیشترین درصد کیفیت زندگی نامطلوب (۶۷/۶٪) در زنان بیمار مشاهده شد گرچه در افراد سالم، بیشتر واحدهای مورد پژوهش مرد و زن به ترتیب (۵۸/۳٪، ۷۵/۸٪) دارای کیفیت زندگی مطلوب می‌باشند. بررسی و مقایسه میانگین و انحراف معیار در دو گروه با استفاده از t مستقل بیانگر ارتباط آماری بین جنس و کیفیت زندگی در بیماران ($t = 3/45$ و $P < 0/001$ و $df = 88$) می‌باشد (جدول ۳). از نظر ارتباط بین تحصیلات و نمرات کسب شده از کیفیت زندگی، یافته‌ها نشان داد بیشترین درصد کیفیت زندگی نامطلوب

در تحقیقات درمانی مربوط به بررسی اثر دیابت بر زندگی بیماران، کیفیت زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. درمان دیابت غیروابسته به انسولین بیشتر با اهداف، رفع علائم و نشانه‌ها، پیشگیری از عوارض حاد و مزمن، اجتناب از مرگ و میر و درمان اختلالات همراه با دیابت و در نهایت دستیابی به کیفیت مطلوب زندگی صورت می‌پذیرد [۶].

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد کیفیت زندگی بیماران دیابتی در کل با کیفیت زندگی افراد سالم با استفاده از ۱ مستقل تفاوتی معنادار دارند. ($P < 0/02$). تحقیقات نجومی و افشار نیز تأییدکننده یافته‌های فوق‌الذکر می‌باشد به گونه‌ای که بین کیفیت زندگی بیماران با افراد سالم اختلاف معناداری ($P < 0/000$) وجود دارد [۱۵].

در این تحقیق نیز کیفیت زندگی افراد سالم با بیماران متفاوت است. پژوهشگر علت نتایج فوق را عدم ابتلا به بیماری خاص در گروه افراد سالم می‌داند. در این تحقیق در گروه افراد سالم عدم ابتلا به بیماری خاص صرفاً بر اساس نظرات فرد سالم می‌باشد؛ در حالی که گروه بیماران به بیماری مزمن مبتلا می‌باشند که بر جنبه‌های مختلف زندگی تأثیر می‌گذارد. سپاری و همکاران (۱۳۸۰) در تأیید این مطلب معتقدند عوامل بسیاری در زندگی با کیفیت مطلوب دخالت دارند و سلامت، یکی از این عوامل، البته مهمترین عامل، در کیفیت زندگی است [۱۶].

یافته‌های تحقیق نشان داد که بین عملکرد جسمی ($P < 0/0001$)، درد و رنج ($P < 0/0001$)، ایفای نقش ($P < 0/0001$)، احساس ($P < 0/0001$)، درک کلی از سلامت ($P < 0/0001$) و وضعیت خانوادگی ($P < 0/01$) با استفاده از ۱ مستقل بین افراد سالم و بیماران دیابتی تفاوت آماری وجود دارد. چین و گولدمن (۱۹۹۸)، کلینگ و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند که بیماری بر عملکرد جسمی بیماران تأثیر منفی دارد. بیماران نیز در حیطه عملکرد جسمی در مقایسه با افراد سالم از کیفیت زندگی پایستری برخوردارند [۱۷، ۱۷]. استونین و همکارانش (۲۰۰۰) در نتایج تحقیق خود روی کیفیت زندگی بیماران سرطانی به این نتیجه رسیدند که در حیطه در دو رنج بین بیماران و افراد سالم تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$) [۱۸]. در این تحقیق، تفاوت آماری در حیطه ایفای نقش بین بیماران و

پیش‌بینی کرده؛ به این ترتیب کیفیت زندگی بیماران دیابتی ساکن در شهر به میزان ۱/۶ برابر مطلوبتر نسبت به بیماران ساکن در روستا است ($odds=1/6$). همچنین نسبت شانس (odds) متغیر شاغل بودن نسبت به بازنشسته برابر ۴/۶ می‌باشد، که نشان دهنده آن است که افراد شاغل از کیفیت زندگی بسیار مطلوبتری برخوردارند. نسبت شانس متغیر غیر شاغل نسبت به بازنشسته برابر ۰/۷۹ می‌باشد؛ این عدد نشان دهنده آن است که افرادی غیر شاغل از کیفیت زندگی نامطلوب‌تری نسبت به افراد بازنشسته برخوردارند. نسبت شانس متغیر از کار افتاده نسبت به بازنشسته برابر ۰/۴۲ می‌باشد که نشان‌دهنده نامطلوبتر بودن کیفیت زندگی افراد از کار افتاده می‌باشد. ضرایب مدل بیانگر آن است که بیماران دیابتی از کار افتاده ساکن روستا دارای پایستری احتمال داشتن کیفیت زندگی مطلوب، و بیماران شاغل ساکن در شهر دارای بالاترین احتمال داشتن کیفیت زندگی مطلوب می‌باشند.

احتمال کیفیت زندگی مطلوب در بیماران دیابتی از کار افتاده روستا:

$$\text{Logit}(p/1-p) = -0/29 + (-0/48) - 0/87 = -1/64 \rightarrow$$

$$p = e^{-1/64} / (1 + e^{-1/64}) = 1/16$$

احتمال کیفیت زندگی مطلوب در بیماران دیابتی شاغل ساکن شهر:

$$\text{Logit}(p/1-p) = -0/29 + 0/48 + 1/3 = 1/69 \rightarrow$$

$$p = e^{1/69} / (1 + e^{1/69}) = 0/85$$

۴- بحث

بر اساس گزارشهای سازمان جهانی بهداشت، تعداد مبتلایان به دیابت طی ۲۵ سال آینده از ۱۴۰ میلیون نفر به ۳۰۰ میلیون نفر خواهد رسید. احتمالاً بیشترین افزایش در کشورهای در حال توسعه می‌باشد، از طرف دیگر پس از گذشت ۱۵ سال از ابتلا به بیماری تقریباً ۲٪ بیماران دیابتی کور و حدود ۱۰٪ مبتلا به ناتوانی شدید بینایی می‌شوند. بیماری قلبی مسؤل ۷۵٪ مرگ و میر در کشورهای صنعتی است و ۵۰٪ بیماران دیابتی از تروپاتی دیابتی رنج می‌برند [۱۴].

با توجه به شیوع فزاینده بیماری دیابت و صرف هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم برای درمان عوارض حاد و مزمن بیماری،

واکنشها با ابتلا به بیماری شروع و با وقوع مجدد یا تشدید نشانه ها بدتر می شود. لندکوسیت و همکاران (۲۰۰۰) در تحقیق خود دریافتند بیماران در مقایسه با افراد سالم در حیطه احساس از کیفیت زندگی پایبتری برخوردارند ($P < 0/05$) [۱۸].

افراد سالم تحقیق مشاهده شد که یافته های چین و گولدمن (۱۹۹۸) نیز تأیید کننده این نتایج می باشد. آنها معتقدند بیماری بر ایفای نقش در بیمار نیز تأثیر می گذارد [۱۷].

اسملترز و بار در سال ۲۰۰۰ می نویسند، بیماریهای مزمن باعث ایجاد مشکلات عاطفی و روانی می شوند. این مشکلات و

جدول ۱ توزیع فراوانی نمرات کسب شده از کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بیمار و سالم بر حسب سن

کیفیت زندگی	بیمار				سالم				میانگین و انحراف معیار	جمع		سن
	نامطلوب		مطلوب		نامطلوب		مطلوب			درصد	تعداد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد				
۴۰-۵۴	۲۶	۵۰/۹	۲۵	۴۹	۷	۳۸/۸	۱۱	۶۱/۱	۱۸	۲۰/۹	۱۸/۲۵±۱۳۳/۸	
۵۵-۶۹	۲۷	۷۵	۹	۲۵	۱۶	۴۱	۲۳	۵۸/۹	۳۹	۴۵/۳	۱۸/۸۰±۱۳۲/۲	
بیشتر از ۷۰	۱	۳۳/۳	۲	۶۶/۶	۱۳	۴۴/۸	۱۶	۵۵/۱	۲۹	۳۳/۷	۲۰/۴۴±۱۲۸/۴	
کل	۵۴	۶۰	۳۶	۴۰	۳۶	۴۱/۸	۵۰	۵۸/۱	۸۶	۱۰۰	۱۹/۱±۱۳۱/۲	
نوع آزمون و قضاوت		$P < 0/05$		$F = 3/103$		$P < 0/03$		$F = 3/78$				

جدول ۲ توزیع فراوانی نمرات کسب شده از کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بیمار و سالم بر حسب جنس

کیفیت زندگی	بیمار				سالم				میانگین و انحراف معیار	جمع		سن
	نامطلوب		مطلوب		نامطلوب		مطلوب			درصد	تعداد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد				
مرد	۶	۳۱/۵	۱۳	۶۸/۴	۱۶	۴۲/۱	۲۲	۵۷/۸	۳۸	۴۴/۱	۱۹/۹±۱۳۰/۳	
زن	۴۸	۶۷/۶	۲۳	۲۳/۳	۲۰	۴۱/۶	۲۸	۵۸/۳	۴۸	۵۵/۸	۱۸/۶۷±۱۳۲	
کل	۵۴	۶۰	۳۶	۴۰	۳۶	۴۱/۸	۵۰	۵۸/۱	۸۶	۱۰۰	۱۹/۱±۱۳۱/۲	
نوع آزمون و قضاوت		$P < 0/001$		$df = 88$		$t = 3/45$		معتادار نیست				

جدول ۳ توزیع فراوانی نمرات کسب شده از کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بیمار و سالم بر حسب تحصیلات

کیفیت زندگی	بیمار				سالم				جمع		میانگین و انحراف معیار	سن			
	نامطلوب		مطلوب		نامطلوب		مطلوب		درصد	تعداد					
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد							
دیپلم	۶۲/۶	۳۱	۳۷/۳	۸۳	۹۲/۳	۱۷/۸±۱۲۳/۴	۵۲	۵۸/۱	۵۰	۱۹/۷±۱۳۱	۵۲				
زیر دیپلم	۲۸/۵	۵	۷۱/۴	۷	۷/۷	۱۶/۰۴±۱۴۳	۲	۴۱/۸	۳۶	۱۸/۵±۱۳۱/۶	۲				
کل	۶۰	۳۶	۴۰	۹۰	۱۰۰	۱۸/۳۷±۱۲۵	۵۴	۵۸/۱	۵۰	۱۹/۱±۱۳۱/۲	۵۴				
نوع آزمون و قضاوت												$P < 0.006$	$df = 88$	$t = -2.79$	معنادار نیست

جدول ۴ توزیع فراوانی نمرات کسب شده از کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بیمار و سالم بر حسب وضعیت اشتغال

کیفیت زندگی	بیمار				سالم				جمع		میانگین و انحراف معیار	سن		
	نامطلوب		مطلوب		نامطلوب		مطلوب		درصد	تعداد				
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد						
شاغل	۴۴	۱۴	۵۶	۲۵	۹۴/۲	۱۸	۳۵/۷	۱۰	۱۴/۹±۱۳۶/۲	۲۷/۷	۱۱			
غیر شاغل	۶۴/۵	۱۷	۳۵/۷	۴۸	۶۰/۶	۲۰	۳۹/۳	۱۳	۱۷/۴±۱۲۱/۵	۵۳/۳	۳۱			
از کار افتاده	۷۵	۳	۲۵	۸	-	-	-	-	۱۸/۹±۱۴۳/۱	۸/۸	۶			
بازنشسته	۶۶/۶	۳	۳۳/۳	۹	۴۸	۱۲	۵۲	۱۳	۹/۷±۱۲۲/۳	۱۰	۶			
کل	۶۰	۳۶	۴۰	۹۰	۵۸/۱	۵۰	۴۱/۸	۳۶	۱۸/۳±۱۲۵	۱۰۰	۵۴			
نوع آزمون و قضاوت												$P < 0.002$	$F = 0.36$	معنادار نیست

جدول ۵ مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی در بیماران دیابتی غیروابسته به انسولین و افراد سالم

نوع آزمون و قضاوت	سالم		بیمار		ابعاد کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
T=-۳/۲۹ df=۱۳۴/۲ P<۰/۰۰۱	۲/۵۶	۲۳/۵	۴/۹	۲۵/۵	عملکرد جسمی
T=۴/۳۷۱ df=۱۶۱/۴ P<۰/۰۰۰۱	۱/۷۹	۱۱/۶	۲/۵	۱۰/۲	درد و رنج
T=۵/۵۷ df=۱۴۷/۹ P<۰/۰۰۰۱	۴۱۲	۱۲/۷۴	۳/۹	۹/۷	ایفای نقش
T=۶/۰۵ df=۱۴۱/۷ P<۰/۰۰۰۱	۴/۴	۱۸/۲	۲/۷	۱۴/۹	احساس
معنادار نیست	۳/۸	۱۸/۲	۰/۲۵	۱۸/۸	وضعیت خواب
T=۵/۸۰۹ df=۱۷۴ P<۰/۰۰۰۱	۴/۲	۲۶/۱	۵	۲۲/۰۷	درک کلی سلامت
T=-۲/۵ df=۱۰۸/۵ P<۰/۰۱	۱۰/۰۱	۲۰/۹	۳/۸۴	۲۳/۷	وضعیت خانوادگی
T=۲/۲۱ df=۱۷۴ P<۰/۰۲	۱۹/۱	۱۳۱/۲	۱۸/۳۷	۱۲۵/۰۱	کیفیت

ارتباط کیفیت زندگی با جنس و تحصیلات پرتیب ($P<۰/۰۰۱$) و ($t=۳/۴۳$ و $df=۸۸$ ، $P<۰/۰۰۶$)، تفاوت آماری مشاهده گردید اما بین طول مدت ابتلا به بیماری و محل سکونت با کیفیت زندگی تفاوتی مشاهده نشد.

کلینگ و همکاران (۲۰۰۰) در تحقیقی با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پولیومیلیت به این نتیجه رسیدند که بین سن و کیفیت زندگی ارتباط معکوس وجود دارد؛ یعنی با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش می یابد [۷]. ردفرن و راس (۱۹۹۹) معتقدند با افزایش سن تغییراتی در سیستمهای مختلف بدن ایجاد می شود که کاهش فعالیتهای جسمانی را موجب می شود [۱۹].

عزیزی در سال ۱۳۸۰ در تحقیقی با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه به این نتیجه رسید که بین جنس و کیفیت زندگی ($P<۰/۰۲$)، تحصیلات و

بیماران دیابتی با تغییرات وسیعی در بسیاری از ابعاد کیفیت زندگی مواجهند که مشخصات فردی و ویژگیهای آنان نیز بر این تغییرات مؤثر می باشد. با استفاده از ابزار کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران دیابتی، بسیاری از تغییرات در ابعاد جسمی و عاطفی نشان داده می شود. این ابزار وسیله ای با ارزش برای ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران مزمن به حساب می آید.

در این مطالعه به مقایسه و بررسی کیفیت زندگی در بیماران دیابتی و افراد سالم بر حسب بعضی از مشخصات فردی-زمینه ای پرداخته شد. در بررسی ارتباط بین متغیرهای فردی با کیفیت زندگی، بین نمرات کسب شده از کیفیت زندگی و سن در بیماران ($F=۳/۱۰۳$ و $P<۰/۰۵$) و در افراد سالم ($P<۰/۰۳$)، همچنین بین نمرات کسب شده از کیفیت زندگی و وضعیت اشتغال در بیماران ($F=۵/۳۶$ و $P<۰/۰۰۲$)، تفاوت معنادار آماری مشاهده شد. در ضمن بین نمرات کسب شده از

دیگران نیز نشان داد که بیماری دیابت سبب تغییراتی در عملکرد جسمی و عاطفی بیماران دیابتی می‌شود و بالاترین میانگین به وضعیت خانوادگی مربوط می‌باشد [۲۵].

نتایج حاصل از مدل لجستیک نهایی نشان داد احتمال کیفیت زندگی مطلوب به طور همزمان به دو متغیر محل سکونت و شغل بستگی دارد؛ البته ذکر این نکته ضروری است که در بررسی ارتباط بین مشخصات فردی-زمینه‌ای با کیفیت زندگی محل سکونت با کیفیت زندگی بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین تفاوت آماری وجود نداشت. نکته قابل توجه آنکه احتمال کیفیت زندگی مطلوب در بیماران دیابتی ساکن شهر ۱/۶ برابر بیماران ساکن در روستا می‌باشد و افراد شاغل نسبت به افراد غیر شاغل از کیفیت زندگی مطلوبتری برخوردارند. تحقیقات نجومی و افشار در سال ۱۳۷۸ نیز تأیید کننده یافته مذکور می‌باشد. به گونه‌ای بین کیفیت زندگی و شغل رابطه معنادار آماری وجود دارد.

نتایج این تحقیق در کنار سایر تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که باید تیم درمانی در بررسی بیماران مزمن در گام نخست به شناخت کیفیت زندگی بیماران و ارتباط آن با سایر متغیرها بپردازند؛ سپس بر اساس آن اقدام به اجرای روشهای درمانی و مراقبتی مؤثر و مناسب نمایند، هنگام مراقبت از بیماران نیز به این ارتباطات توجه داشته و بر آن اساس بهترین روشهای مراقبتی را انتخاب کنند و در نهایت خدمات درمانی مناسبی را برای بیماران ارائه دهند. در تأیید مطالب فوق هانت (۲۰۰۰) می‌نویسد: در گام اول دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب، باید قادر به بررسی و شناخت کیفیت زندگی باشیم. بررسی و شناخت کیفیت زندگی، همیشه موضوعی پیچیده است. مشکل اصلی در اندازه گیری کیفیت زندگی شامل نبود توافق در اندازه‌گیری ابعاد کیفیت زندگی، ذهنی بودن مفهوم و وجود تفاوت‌های فردی است. استفاده از ابزار معتبر و پویا، این مشکلات را تقلیل می‌دهد [۲۶].

کلینگ (۱۹۸۴) ضمن تأیید بررسی و شناخت کیفیت زندگی به عنوان روش مؤثر در دستیابی به روشهای مطلوب درمانی-مراقبتی، بر ابزارهای اندازه گیری تأکید کرده و می‌نویسد: در مورد سنجش کیفیت زندگی ابزارهای متعددی مورد استفاده قرار

کیفیت زندگی ($P < 0.003$) ارتباط معناداری وجود دارد؛ به این معنا که زنان بیمار از کیفیت زندگی پایینتری برخوردارند [۲۰]. در این تحقیق نیز، میانگین نمرات کیفیت زندگی در مردان بهتر از زنان می‌باشد. تحقیقات مایو نیز نشان می‌دهد که بین زنان و مردان از نظر کیفیت زندگی و مشکلات ناشی از بیماری تفاوت معناداری وجود دارد، به نحوی که مردان مشکلات اجتماعی و جنسی و زنان تنش و خستگی بیشتری را گزارش می‌نمایند [۲۱]. تحقیقات مک اتی و دیگران نشان می‌دهد بین مرد و زن نیز از نظر نمرات کیفیت زندگی تفاوت معنادار آماری وجود دارد به نحوی که بیشترین نمره کیفیت زندگی مربوط به مردان می‌باشد و در ابعاد عملکرد جسمی و وضعیت خانوادگی از نمرات بیشتری برخوردارند [۲۲].

در این تحقیق بیشترین میانگین نمرات کیفیت زندگی مربوط به بیماران با تحصیلات زیر دیپلم است. در مورد ارتباط بین تحصیلات و وضعیت کیفیت زندگی، اربکسون و دیگران می‌نویسند: تفاوت معنادار آماری بین تحصیلات و نمرات کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ایدز مشاهده شد به گونه‌ای که بیشترین نمرات کیفیت زندگی مربوط به افراد با تحصیلات در حد متوسط می‌باشد [۲۳].

تحقیق نجومی و افشار در سال ۱۳۷۸ با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مزمن روی بستری در بیماران نشان داد بین کیفیت زندگی و شغل ارتباط معناداری ($P < 0.002$) وجود دارد؛ یعنی شاغلان از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار می‌باشند [۱۵]. رویت (۲۰۰۱) می‌نویسد اشتغال متضمن بقای شخصی، اجتماعی و اقتصادی برای فرد است و همین امر به شخص احساس هویت داده و باعث افزایش احترام و ارزش به خود می‌شود [۲۴]. در واقع تغییرات در ابعاد کیفیت زندگی به وسیله عوامل اجتماعی-فردی و اقتصادی توضیح داده می‌شود، پس می‌توان نتیجه گرفت که اندازه‌گیری کیفیت زندگی، اطلاعات تکمیلی را برای داده‌های فوق فراهم می‌نماید [۲۵].

یافته‌ها در این تحقیق بیانگر تغییراتی در ابعاد کیفیت زندگی بیماران دیابتی است به نحوی که بالاترین میانگین مربوط به عملکرد جسمی، درک کلی از سلامت و وضعیت خانوادگی و پایینترین میانگین مربوط به ایفای نقش می‌باشد. تحقیق وندل و

بنابراین پیشنهاد می‌شود تحقیق فوق در نمونه‌های متفاوت بیماران دیابتی از نظر نژادی و فرهنگی مورد بررسی قرار گیرد؛ به علت جمع آوری مقطعی اطلاعات در این تحقیق، برای دستیابی به اطلاعات معتبرتر، بهتر است از تحقیقات طولی در بررسی و شناخت کیفیت زندگی بیماران و افراد سالم استفاده کرد؛ در ضمن می‌توان از سایر ابزارهای معتبر و پویا در سنجش کیفیت زندگی به غیر از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت استفاده کرده و برای دستیابی به اطلاعات کاملتر یافته‌ها را با یکدیگر مقایسه نمود.

گرفته است که هرکدام با دیگری متفاوت می‌باشد و این مقایسه را مشکل می‌سازد، اما سؤال مهم این است که چه چیزی حقیقت تشکیل دهنده کیفیت زندگی است و آیا اندازه گیری آن ممکن است؟ کیفیت زندگی توسط هر فرد به گونه‌ای تعریف می‌شود، معهداً در زمینه سلامت- بیماری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت توسط محققان متفاوت، دارای نکات مشترکی است که می‌توان بر اساس آن به یک تعریف بنیادی برای کیفیت زندگی رسید، در زمان انتخاب این ابزار باید هدف مطالعه را تعیین نمود [۲۷].

۵- منابع

- [۱] دهقانی، خدیجه و دیگران. دیابتی را بهتر بشناسیم. مجله حیات، سال دوم، شماره ۳، ۱۱-۱۵، ۱۳۷۱.
- [۲] حبیبیان، سونیا و دیگران. طرح کشوری پیشگیری و کنترل دیابت و ادغام آن در نظام پزشکی. معاونت بهداشتی (اداره کل پیشگیری و مبارزه بایماریها)، ۵۰-۱، بهمن ۱۳۷۷.
- [۳] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گزارش منتشر شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۴-۳، تهران ۱۳۷۴.
- [4] Deyo RA. The quality of life, Rasearch and care. *Annals of Internal Medicine* [1991; 15: 695-696.
- [5] Eriksson LA, Noddstrom G, Berglund T. The health related quality of life in a swedish sample of HIV-infected persons. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32(5): 1213-1223.
- [6] Grey M. Personal and family factors associated with QO1 in adofescents with diabetes. *Diabetes Care*: 1998; 21(8): 909-914.
- [7] World Health Organization. *Epidemiology of Diabete*. WHO. COM. (ON LINE), 2001.
- [8] Hunt JO. Quality of life 12 months after coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung* 2000; 29(6): 401-411.
- [9] King IM. Quality of life and goal attainment. *Nursing Science Quartety* 1994; 7(1): 29-33.
- [۱۰] عزیزی، صدیقه. بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن اتسدادی مراجعه کننده به درمانگاههای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۷۹. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری گرایش داخلی جراحی. دانشگاه آزاد اسلامی ۱۳۸۰-۷۹.
- [11] Mayou R. QOL in NIDDM and a comparison with IDDM. *Journal of Psychosomatic Research* 1990; 34(1): 1-11.
- [12] Kling C. The health- related qol of patients suffering from the late effects of polio. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32(1): 164-173.
- [13] Redferns J, Ross FM. *Nursing older people*. Edinburg: Churchill Livingstone, 1999.

- differences in cardiopulmonary rehabilitation. *Heart & Lung* 2000; 29: 340-347.
- [۱۸] سیاری، علی اکبر و همکاران. ارزیابی کیفیت زندگی. تجربیات جهانی و ضرورت اقدام در ایران. طب و تزکیه. شماره ۴۱. تابستان ۸۰. ۳۰-۳۴.
- [19] Chin MH, Goldman L. Gender differences in 1 year survival and quality of life patient admitted with congestive heart failure. *Medical Care* 1998; 36(7): 1033-1046.
- [20] Rostoen I. Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Journal of Advanced Nursing* 1999. 29(2): 490-498.
- [۱۴] نجومی، مرضیه و افشار، باقر. بررسی کیفیت زندگی بیماران مزمن ریوی بستری. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. جلد هفدهم ۱۳۷۸. ۲۹۶-۳۰۲.
- [15] Dewit SC. *Fundamental skills of nursing*. Philadelphia: WB Saunders Company 2001.
- [16] Wandell PE. QOL in diabetes patients registered with primary health care services. *Sweden Scand J Prim Health Care* 1997; 15: 97-102.
- [17] Mc Entee DJ, Bandenhop DT. Quality of life comparisons: Gender and population