



ارزیابی کیفیت زندگی در افراد مبتلابه دیابت نوع دو

دریادخت مسرور رودسری^۱، زهرا اشرفی^{۲*}، زهره پارسا یکتا^۳، حمید حقانی^۴

- ۱- دانشگاه علوم پزشکی ایران - دانشکده پرستاری و مامایی - گروه پرستاری داخلی جراحی - عضو هیئت علمی.
 ۲- دانشگاه علوم پزشکی تهران - دانشکده پرستاری و مامایی - دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی.
 ۳- دانشگاه علوم پزشکی تهران - دانشکده پرستاری و مامایی - گروه پرستاری داخلی جراحی - استاد.
 ۴- دانشگاه علوم پزشکی ایران - دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی - گروه آمار زیستی - عضو هیئت علمی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۱۲، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۶/۶

چکیده

مقدمه: دیابت یک بیماری مزمن بوده و یکی از موارد بسیار مهم در امر مراقبت از بیماران مزمن، بررسی کیفیت زندگی بیماران است. مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو و ارتباط آن با برخی از متغیرهای دموگرافیک انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی - مقطعی ۸۰ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران با تشخیص بیماری دیابت نوع دو شرکت داشتند. نمونه‌گیری به روش مستمر انجام و داده‌ها با استفاده از فرم اطلاعات فردی و پرسشنامه کیفیت زندگی، کیفیت زندگی بیماران دیابتی، جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به کمک آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه انجام شده است.

نتایج: کمترین میانگین نمرات کیفیت زندگی مربوط به بعد بیماری و بیشترین میانگین مربوط به بعد اجتماعی بود. ارتباط معناداری بین وجود عوارض چشمی ($P=0/02$) و مدت زمان ابتلا به بیماری ($P<0/001$) با کیفیت زندگی در حیطه جسمی وجود داشت. ارتباط درآمد افراد با کیفیت زندگی مربوط به بخش روانی ($P=0/02$)، اقتصادی ($P<0/001$) و نمره کلی ($P=0/02$) معنادار بود. همچنین ارتباط آماری معناداری بین وجود عوارض پای دیابتیک با نمره کلی کیفیت زندگی مشاهده شد ($P=0/04$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به ارتباط بین کیفیت زندگی و برخی متغیرهای دموگرافیک استفاده از رویکردهای مناسب مراقبتی ارتقاء کیفیت زندگی از جمله اجرای برنامه‌های آموزشی برای بیماران مبتلابه بیماری دیابت توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، دیابت نوع دو، پای دیابتیک.

*نویسنده مسئول: تهران - میدان توحید - خیابان نصرت شرقی - دانشکده پرستاری مامایی - دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن: ۰۹۱۲۷۷۲۰۷۵۳، Email: n_ashrafi.nursing@yahoo.com

ارجاع: مسرور رودسری دریادخت، اشرفی زهرا، پارسا یکتا زهره، حقانی حمید. بررسی کیفیت زندگی افراد مبتلابه دیابت نوع دو. مجله دانش و تندرستی ۱۳۹۴؛ ۱۰(۱): ۵۸-۶۳.

مقدمه

یکی از مفاهیم بسیار مهم در بیماران کیفیت زندگی است (۱). در واقع از زمانی که بشر فرهنگ‌ها را توسعه داد و در چارچوب آنها شروع به عمل بر مبنای مقیاسی از ارزش‌ها نمود، همواره به موضوع کیفیت زندگی اندیشیده است. آنچه که مشخص و مورد قبول تمامی متفکران در حیطه رضایت‌مندی از زندگی بوده، احساس سلامت و خوب بودن است و تنها با این احساس، بشر می‌تواند پویا و سازنده باشد و خلاقیت‌های خود را به ظهور برساند. به عبارتی، ارزیابی مثبت یا منفی فرد از خصوصیات زندگی وی در تعامل با محیط، کیفیت زندگی او را نشان می‌دهد (۲). هدف اولیه در درمان به‌ویژه در بیماری‌های مزمن، تقویت کیفیت زندگی از طریق کاهش آثار بیماری است و لزوماً نباید بیماران مبتلابه بیماری‌های سخت و مزمن، کیفیت زندگی پایینی داشته باشند.

دیابت ملیتوس یکی از شایع‌ترین بیماری‌های غدد درون ریز است. شیوع دیابت نوع ۲ در بیشتر جوامع به حد اپیدمی می‌رسیده است و شواهد اپیدمیولوژیک بیانگر آن هستند که اگر راهکار برتری برای پیشگیری از آن دیده نشود، این شیوع در سطح جهانی سیر صعودی خواهد داشت (۲). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت علت ۷۰ درصد مرگ‌ومیرها در ایران ناشی از بیماری‌های مزمن از جمله دیابت است. مطالعات نشان داده است با توجه به شیوع بالای دیابت در ایران و جهان و بروز عوارض کوتاه مدت و دراز مدت و صرف هزینه‌های زیاد برای درمان عوارض ناشی از آن، یکی از مفاهیم بسیار مهم در بیماری‌های مزمن مانند دیابت مفهوم کیفیت زندگی است (۳ و ۴).

در سال‌های اخیر پژوهشگران علوم بهداشتی به نقش مهمی که کیفیت زندگی در درمان و مراقبت مؤثر از بیماران مبتلابه دیابت ایفا می‌کند، توجه کرده‌اند. مروری بر مطالعات مختلف در سراسر دنیا بیانگر نتایج متفاوت در زمینه کیفیت زندگی این بیماران است، بنابراین کیفیت زندگی بیماران مبتلابه عوارض دیابت و مراقبت مؤثر از آنها، باتوجه به فرهنگ هر جامعه متفاوت می‌باشد و لازم است که اطلاعات بیشتری درباره کیفیت زندگی و تأثیر عوارض حاد و مزمن بیماری دیابت در دست داشته باشیم (۵).

پژوهش‌های مختلفی در زمینه بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجام شده است. نتایج مطالعه وزیری‌نژاد و همکاران با هدف مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه افراد دیابتی و سالم نشان داد که نسبت افراد با کیفیت زندگی نامطلوب در گروه دیابت به‌طور معناداری بیش از گروه سالم است. همچنین با محاسبه خطر نسبی مشخص شد که ابتلا به بیماری دیابت به‌طور معناداری احتمال ایجاد کیفیت زندگی نامطلوب را در افراد تحت بررسی افزایش می‌دهد. سینیز (۶) و همکاران نیز در ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو به

این نتیجه رسیدند که ابتلا به بیماری دیابت در جمعیت منطقه به شدت کیفیت زندگی افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷). پژوهشی توسط اودالا و همکاران در سودان در سال ۲۰۰۶ با هدف «مقایسه کیفیت زندگی افراد مبتلابه دیابت و میزان درک خانواده آنها از این مفهوم» انجام شد. نمونه‌ها متشکل از سه گروه شامل افراد مبتلابه دیابت نوع یک، دیابت نوع دو و جمعیت سالم بودند. نتایج نشان داد که به‌طور کلی بیماران از کیفیت زندگی خود ناراضی بودند و افراد مبتلابه دیابت نوع یک به‌طور معناداری سطح کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به گروه کنترل داشتند (۸).

بررسی کیفیت زندگی به پرستاران این امکان را می‌دهد که از نگرش و درک بیمار از بیماری و مداخلات درمانی مطلع شده و در نتیجه مداخلات پرستاری را براساس آنها ارائه دهد. از طرف دیگر بررسی کیفیت زندگی تصمیم‌گیری بالینی برای اعضای تیم درمان را تسهیل کرده، آنها را قادر می‌سازد که مداخلات خود را ارزیابی کرده و تخمین بزنند که هر مددجویی به چه میزان مداخله نیازمند است (۹). از آنجایی که ارتقاء کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن از جمله دیابت که درمان قطعی ندارد از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است، لذا بررسی عوامل و متغیرهای مؤثر بر کیفیت زندگی این بیماران از اولویت‌های پژوهشی می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو و ارتباط آن با برخی از متغیرهای دموگرافیک انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی - مقطعی در خصوص افراد مبتلابه بیماری دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران در سال ۱۳۹۱ انجام گرفته است. حجم نمونه با در نظر گرفتن میزان اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪، ۸۰ نفر برآورد گردید. نمونه‌گیری به‌روش مستمر از بین بیماران با تشخیص بیماری دیابت نوع دو در تابستان ۱۳۹۱ صورت گرفت. معیارهای انتخاب نمونه شامل تشخیص بیماری توسط پزشک و نتایج آزمون‌های تشخیصی، گذشت حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری و توانایی بیمار برای درک و بیان زبان فارسی بود. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم اطلاعات فردی و اجتماعی و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی بود. فرم اطلاعات فردی و اجتماعی شامل متغیرهای سن (۳۰-۵۰، ۵۱-۷۰ و بالای ۷۰ سال)، جنس، سطح تحصیلات (زیر دیپلم، دیپلم و تحصیلات دانشگاهی)، وضعیت اقتصادی (میزان درآمد ماهیانه کافی، تا حدودی کافی، ناکافی)، طول مدت دیابت (کمتر از ۱ سال، ۱-۵ سال، ۵-۱۰ سال و بیشتر از ۱۰ سال)، نوع درمان (تزیقی، خوراکی، تزیقی و خوراکی)، وضعیت تأهل (مجرد، متأهل، همسر فوت و جداده)، عضویت در انجمن بیماران دیابتی (بله و خیر)، وضعیت

بیماران دیگر به‌طور معناداری بالاتر بود ($P=0/02$) اما اختلاف میانگین نمره کیفیت زندگی در سایر حیطه‌ها یعنی بخش روانی، اجتماعی، اقتصادی و بالاخره بیماری و درمان و نمره کلی معنادار نبود.

جدول ۱ - میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی

ابعاد کیفیت زندگی	انحراف معیار \pm میانگین
بعد جسمی	۵۰/۷۵ \pm ۱۲/۰۳
بعد روانی	۵۷/۳۴ \pm ۱۱/۶۷
بعد اجتماعی	۶۱/۹۴ \pm ۱۲/۵۶
بعد اقتصادی	۶۰/۸۵ \pm ۱۶/۴۳
بعد بیماری و درمان	۴۶/۶۸ \pm ۱۴/۳۲
سؤال کلی مربوط به ارزیابی کیفیت زندگی	۲/۶۹ \pm ۰/۶۴

میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در کسانی که دچار عوارض پای دیابتی نشده بودند به‌طور معنی‌داری بیشتر از دیگران ($P=0/04$) و همچنین از نظر ابتلا به سایر بیماری‌ها، کیفیت زندگی در حیطه جسمی در افراد سالم به‌طور معناداری بیشتر از افراد بیمار بود ($P=0/009$).

میانگین نمره کیفیت زندگی در افرادی که درآمد خود را ناکافی می‌دانستند در بعد روحی ($P=0/02$)، اقتصادی ($P<0/001$) و نمره کل ($P=0/02$) پایین‌تر بود و آزمون آماری توکی نشان داد که بین دو گروه با درآمد ناکافی و در آمد تا حدودی کافی ($P=0/03$) و همچنین بین گروه با درآمد ناکافی و در آمد کافی ($P<0/001$) در نمره کلی کیفیت زندگی اختلاف معنادار آماری وجود دارد. همچنین ارتباط معناداری بین مدت زمان ابتلا به بیماری و کیفیت زندگی در حیطه جسمی وجود داشت ($P<0/001$)، بدین صورت که با افزایش زمان ابتلا، کیفیت زندگی در این حیطه پایین‌تر بود. این ارتباط درباره متغیرهای (جنس، سطح تحصیلات، نوع درمان، سن، وضعیت تأهل، عضویت در انجمن بیماران دیابتی، وضعیت اشتغال) به سطح معناداری نرسید.

زندگی پایین‌تر در افراد مبتلا به عوارض بیماری دیابت، می‌توان این موضوع را در نظر گرفت که عوارض دیابت در دراز مدت ایجاد می‌شوند و با کنترل قند خون می‌توان از ایجاد عوارض جلوگیری نمود. بنابراین تشخیص به‌موقع بیماری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و طراحی برنامه‌های غربالگری در جهت تشخیص به موقع و آموزش صحیح به افراد مبتلا می‌تواند در جلوگیری از ایجاد عوارض و بهبود کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار باشد.

باتوجه به نتایج به‌دست آمده به‌نظر می‌رسد که افراد با وضعیت اقتصادی پایین‌تر کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. از آنجایی که بررسی قند خون و رژیم غذایی از اجزای مهم در کنترل قند خون می‌باشند و تهیه نوارهای دستگاه کنترل قند خون و مواد غذایی بدون قند، هزینه‌بر است نیازمند بررسی، شناخت و برنامه‌ریزی جهت ارائه خدمات مطلوب در این زمینه می‌باشد.

اشتغال (خانه‌دار، شاغل، بازنشسته)، وجود عوارض دیابت (چشمی، قلبی، کلیوی، پای دیابتی) و اینکه بیمار با چه کسی زندگی می‌کند (همسر، فرزندان، همسر و فرزندان) بود.

ابزار موردنظر جهت بررسی کیفیت زندگی، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی بود که حاوی ۴۵ سؤال در پنج بخش و یک سؤال کلی در ارتباط با ارزیابی کلی کیفیت زندگی است. این پرسشنامه توسط درویش‌پور کاخکی در سال ۱۳۸۳ طراحی شده است. ۹ سؤال اول این ابزار مربوط به بخش جسمی، ۱۱ سؤال بعد مربوط به بخش روانی، ۷ سؤال بعدی مربوط به بخش اجتماعی، ۵ سؤال بعدی مربوط به بخش اقتصادی و ۱۳ سؤال آخر هم مربوط به بخش بیماری و درمان است. پاسخ‌های این سؤالات باتوجه به مقیاس پنج قسمتی لیکرت از خیلی زیاد (امتیاز ۱) تا به هیچ وجه (امتیاز ۵) درجه‌بندی شده است. نمره سؤال کلی آخر به‌صورت معکوس محاسبه می‌شود. نمرات تمام ابعاد بر مبنای صفر تا صد تبدیل شده است. امتیاز بیشتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر و امتیاز کمتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی ضعیف‌تر است. اعتماد علمی ابزار به‌روش محتوی و صوری و پایایی آن با آزمون مجدد و آلفای کرونباخ در پایان‌نامه درویش‌پور تعیین گردیده است. ضریب پایایی آزمون مجدد ۰/۹۲ و آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به‌دست آمده بود (۱۰).

پس از کسب اجازه از دانشکده پرستاری و مامایی تهران، کمیته اخلاق دانشگاه و مسئولین بیمارستان مربوطه، توضیحات لازم در مورد مطالعه و اهداف آن، به بیماران ارائه و رضایت آگاهانه از آنها کسب شد. سپس پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت و توضیحات لازم جهت تکمیل پرسشنامه داده شد. در صورتیکه بیمار قادر به خواندن و نوشتن نبود، پرسشنامه توسط پژوهشگر یا کمک پژوهشگر برای بیمار خوانده می‌شد. مدت زمان استاندارد جهت پاسخگویی به پرسشنامه ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بود که در صورت نیاز، مدت زمان بیشتری در اختیار شرکت‌کننده قرار داده می‌شد. در نهایت، اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با کمک آمار توصیفی و آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

بررسی کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه در کل نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی در بعد بیماری کمتر از بقیه بوده و بیشترین میانگین مربوط به بعد اجتماعی می‌باشد که میانگین نمرات در جدول ۱ آورده شده است.

اطلاعات دموگرافیک و نتایج مربوط به ارتباط بین کیفیت زندگی و مشخصات فردی (سن، جنس، سطح تحصیلات و...) در بیماران مبتلا به دیابت در جدول ۲ آورده شده است. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی در حیطه جسمی در کسانی که دچار عوارض چشمی دیابت نشده بودند نسبت به

جدول ۲- فراوانی، میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی بر حسب مشخصات دموگرافیک

مشخصات فردی	تعداد (درصد)	جسمی		روحی		اجتماعی		اقتصادی		بیماری و درمان		نمره کل	
		میانگین (انحراف معیار)	P.V	میانگین (انحراف معیار)	P.V	میانگین (انحراف معیار)	P.V	میانگین (انحراف معیار)	P.V	میانگین (انحراف معیار)	P.V		
جنس													
زن	۵۸ (۲۲/۵)	۲۲/۴±۵/۹	-/۱۵	۳۱/۷±۶/۲	-/۲۹	۲۲/۱±۵/۱	-/۱۳	۱۵/۴±۴/۲	-/۵۱	۳۱/۲±۹/۳	-/۱۷	۲۵/۷±۴/۹	-/۷۳
مرد	۲۲ (۳۷/۵)	۲۲/۴±۳/۶		۳۲/۸±۶/۸		۲۰/۱±۴/۹		۱۴/۷±۴/۰		۲۸/۷±۸/۹		۲۵/۷±۴/۱	
سن													
۳۰-۵۰ سال	۲۱ (۲۶/۲)	۲۲/۶±۴/۹	-/۳۱	۳۹/۸±۶/۸	-/۲۷	۲۲/۳±۶/۶	-/۵۴	۱۵±۴/۷	-/۹۳	۳۰/۷±۱۰/۸	-/۸۷	۲۵/۷±۵	-/۷۲
۵۰-۷۰ سال	۵۹ (۳۷/۷)	۲۲/۸±۵/۵		۳۲/۱±۶/۳		۲۱/۴±۴/۵		۱۵/۲±۴		۳۰/۷±۸/۸		۲۵/۷±۴/۶	
وضعیت تأهل													
متاهل	۶۶ (۸۲/۵)	۲۲/۸±۶/۳	-/۹۸	۳۰/۱±۶/۴	-/۲۷	۲۰/۴±۴/۱	-/۳۰	۱۴/۸±۴/۵	-/۶۷	۳۱/۷±۱۱/۹	-/۵۸	۲۵/۴±۵/۳	-/۸۴
دیگر	۱۴ (۱۷/۵)	±۵/۲		۳۱/۸±۶/۴		۲۲±۵/۲		۱۵/۳±۴		۳۰/۷±۷/۸		۲۵/۷±۴/۶	
سطح تحصیلات													
زیر دیپلم	۶۳ (۸۰)	۲۲/۲±۵/۵	-/۳۳	۳۱±۶/۶	-/۳۱	۲۱/۶±۵/۵	-/۸۸	۱۵/۲±۴/۱	-/۶۶	۳۱±۸/۵	-/۵۸	۲۵/۴±۴/۶	-/۸۲
دیپلم	۱۱ (۱۳/۸)	۲۴/۱±۴		۳۴/۱±۵/۶		۲۲/۴±۳/۹		۱۴/۵±۵/۱		۲۸/۱±۱۱/۸		۲۶±۵/۲	
تحصیلات دانشگاهی	۵ (۶/۲)	۲۵/۸±۴/۹		۳۱/۴±۵/۵		۲۱/۶±۲/۲		۱۶±۲/۳		۳۱±۹/۹		۲۶/۳±۴/۶	
وضعیت اشتغال													
خانه‌دار	۵۲ (۶۵)	۲۲/۸±۵/۶	-/۹۱	۳۱/۷±۵/۸	-/۵۲	۲۲/۴±۵/۲	-/۲۳	۱۵/۶±۴/۲	-/۲۰	۳۱/۲±۹/۵	-/۵۵	۲۶±۴/۸	-/۴۳
شاغل	۱۰ (۱۲/۵)	۲۲/۴±۴/۴		۳۳±۶/۱		۲۰/۲±۳/۷		۱۶±۴/۹		۳۹/۸±۷/۸		۲۵/۸±۴/۳	
بازنشسته	۱۸ (۲۲/۵)	۲۲/۵±۵/۶		۳۰/۲±۸/۲		۲۰/۵±۵/۱		۱۳/۷±۴/۱		۲۸/۵±۸/۹		۲۴/۴±۴/۶	
وضعیت اقتصادی													
کافی	۲۱ (۲۶/۲)	۲۲/۸±۵/۶	-/۱۴	۳۲/۱±۶/۱	-/۲	۲۲/۵±۳/۲	-/۱۲	۱۷/۴±۳/۲	<./۰۰۱	۳۲/۲±۴/۳	-/۵۸	۲۷/۲±۴/۵	-/۰۲
ناکافی	۳۸ (۴۷/۵)	۲۲/۴±۵/۷		۳۳/۲±۵/۹		۲۲/۱±۵/۱		۱۵/۶±۳/۳		۳۰/۷±۱۰/۸		۲۶±۴/۵	
عضویت در انجمن دیابت	۲۱ (۲۶/۲)	۲۰/۸±۴/۱	-/۲۰	۲۸/۱±۶/۷	-/۲۴	۱۹/۱±۵/۵	-/۱۲	۱۲/۲±۴/۶	-/۱۴	۳۰/۷±۱۰/۸	-/۰۹	۲۲/۳±۴/۶	-/۰۵
بله	۱۵	۲۱/۳±۵/۲		۳۹/۹±۶/۹		۲۰/۴±۶/۰		۱۳/۸±۴/۲		۲۷/۱±۷/۲		۲۳/۵±۴/۲	
خیر	۶۵	۲۲/۳±۵/۴		۳۱/۸±۶/۳		۲۱/۸±۵/۰		۱۵/۵±۴/۱		۳۱/۲±۹/۶		۲۶/۱±۴/۹	
مدت زمان ابتلا به بیماری													
کمتر از ۵ سال	۳۴ (۴۲/۵)	۲۵/۱±۴/۷	<./۰۰۱	۳۲/۶±۶/۳	-/۴۰	۲۲/۲±۵/۴	-/۶۱	۱۵/۵±۴/۱	-/۸۵	۳۱/۲±۸/۹	-/۵۵	۲۶/۶±۴/۵	-/۱۹
۵-۱۰ سال	۱۲ (۱۵)	۲۲/۶±۴/۳		۳۰±۴/۵		۲۰/۶±۵/۳		۱۵/۳±۵/۵		۳۳±۱۲/۰		۲۵/۷±۴/۴	
بیش از ۱۰ سال	۳۴ (۴۲/۵)	۲۰/۳±۵/۷		۳۱/۰±۷/۱		۲۱/۵±۴/۸		۱۴/۹±۳/۶		۳۹/۸±۸/۷		۲۴/۶±۴/۸	
نوع درمان													
خوراکی	۴۰ (۵۰)	۲۰/۷±۵/۷	-/۰۷	۳۰/۷±۷/۰	-/۵۲	۲۰±۴/۳	-/۶۱	۱۴/۶±۴/۱	-/۰۵	۲۸/۴±۶/۶	-/۵۱	۲۴/۱±۴/۸	-/۰۷
تزریقی	۲۰ (۲۵)	۲۴/۱±۵/۴		۳۲/۱±۶/۸		۲۳±۵/۵		۱۵/۷±۴/۱		۳۲/۱±۱۰/۳		۲۶/۷±۴/۹	
خوراکی و تزریقی	۲۰ (۲۵)	۲۲/۵±۴/۷		۳۱/۷±۶/۹		۲۱±۴/۱		۱۴/۹±۴/۲		۲۸/۷±۹/۳		۲۵±۴/۵	
عوارض چشمی													
دارد	۳۳ (۴۱/۲)	۲۱/۷±۶/۱	-/۰۲	۳۱±۶/۷	-/۴۳	۲۲±۵/۶	-/۰۷	۱۵±۴/۱	-/۴۵	۳۰/۷±۹/۶	-/۸۶	۲۴/۵±۴/۹	-/۰۷
ندارد	۴۷ (۵۸/۸)	۲۲/۷±۴/۵		۳۲/۲±۵/۳		۲۱/۳۸±۴/۳		۱۵/۸۷±۴/۰۷		۳۱/۹±۳/۵		۲۱/۳۱±۴/۳	
عوارض قلبی													
دارد	۱۶ (۲۰)	۲۱/۶±۴/۳	-/۱۲	۳۰/۵±۶/۵	-/۲۴	۲۲/۲±۶/۰	-/۵۴	۱۴/۳±۴/۰	-/۰۹	۲۸/۳±۹/۹	-/۱۴	۲۰/۶±۴/۱	-/۹۳
ندارد	۶۴ (۸۰/۰)	۲۳/۱±۵/۱		۳۱/۶±۶/۰		۲۱/۷±۵/۳		۱۵/۰±۴/۱		۳۰/۷±۹/۱		۲۰/۷±۵/۳	
عوارض کلیوی													
دارد	۱۷ (۲۱/۲)	۲۲/۱±۴/۴	-/۵۱	۳۱±۸/۰	-/۷۲	۲۱/۶±۴/۹	-/۹۲	۱۵/۹±۳/۸	-/۴۰	۳۰/۹±۹/۴	-/۸۶	۲۰/۷±۴/۰	-/۹۶
ندارد	۶۳ (۷۸/۸)	۲۲/۲±۵/۲		۳۱/۵±۵/۶		۲۱/۷±۵/۱		۱۴/۸±۵/۲		۳۰/۲±۹/۵		۲۰/۷±۴/۴	
پای دیابتیک													
دارد	۵ (۶/۲)	۲۱/۴±۶/۰	-/۳۳	۳۱/۵±۰/۹	-/۹۷	۲۱/۴±۴/۸	-/۷۰	۱۶/۵±۳/۵	-/۱۲	۳۱/۲±۸/۴	-/۱۴	۱۷/۹۰±۲/۲	-/۰۴
ندارد	۷۵ (۹۳/۸)	۲۳/۱±۵/۳		۳۱/۶±۶/۴		۲۱/۸±۵/۰۷		۱۵/۲±۴/۰		۳۱/۰±۴/۰		۲۰/۹±۳/۵	
بیماری دیگر													
دارد	۴۸ (۶۰)	۲۱/۶ (۵/۲)	-/۰۰۹	۳۱ (۶/۷)	-/۳۶	۲۱/۳ (۳/۹)	-/۵۰	۱۵ (۴/۱)	-/۵۰	۳۱/۱ (۹/۲)	-/۴۸	۲۵/۳ (۴/۷)	-/۳۵
ندارد	۲۲ (۴۰)	۲۴/۷ (۵/۳)		۳۲/۳ (۵/۹)		۲۲/۲ (۶/۵)		۱۵/۶ (۴/۲)		۲۹/۶ (۹/۳)		۲۶/۱ (۴/۷)	

بحث

شاغل بودن مردان و عدم حضور در ساعات اداری در درمانگاه می‌تواند یکی از دلایل این امر باشد. از نظر شغل اکثراً خانه‌دار بودند (۶۵) که نظیر واحدهای پژوهش در مطالعه باگوست و همکاران ۲۰۰۱ است (۱۳). بیشترین درصد بیماران به عوارض دیابت مبتلا بودند و باتوجه به اینکه بیشتر افراد بیش از ۱۰ سال است که از بیماری آنها می‌گذرد لذا این موضوع توجیه‌پذیر است.

بررسی کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه در کل نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی در بعد بیماری و درمان کمتر از بقیه بوده و بیشترین میانگین مربوط به بعد اجتماعی می‌باشد که با تحقیق تیماره و همکاران خالدی و همکاران همخوانی دارد (۵) این درحالی است که بعد روانی در پژوهش اسنز و همکاران بیشتر تحت تأثیر قرار

دیابت یکی از شایع‌ترین و مهم‌ترین بیماری‌های متابولیک در جهان است و یکی از علل مهم مرگ‌ومیر در اکثر جوامع می‌باشد. در مطالعه حاضر بیماران مبتلابه دیابت نوع دو با اکثریت متوسط سنی ۵۰-۷۰ سال بوده که از این نظر با واحدهای مورد پژوهش در مطالعه خالدی و همکاران در سال ۱۳۸۰ و تانگ و همکاران در سال ۲۰۰۶ همخوانی دارد. بنابراین از تحقیقات فوق برمی‌آید که شیوع سنی بیشترین درصد بیماران دیابتی در محدوده ۶۵-۵۵ سال می‌باشد که باعث شده دیابت یکی از شایع‌ترین اختلالات متابولیکی در افراد میانسال باشد (۵ و ۱۱). نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین درصد بیماران زن می‌باشند (۷۲/۵٪) که با مطالعه خالدی و همکاران ۱۳۸۰ و پیمانی و همکاران ۲۰۰۷ مطابقت دارد (۵ و ۱۲)، البته

درمانگاهی دیابت ولیعصر (عج) بیمارستان امام خمینی (ره) تهران که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

- Hart HE, Redekop WK, Bilo HJ, Meyboom-de Jong B, Berg M. Health related quality of life in patients with type I diabetes mellitus: generic and disease-specific measurement. *Indian J Med Res* 2007;125:34-42.
- Alavi M, Ghofranipour F, Ahmadi F, Rajah A, Babaei G. Quality of life in patients with diabetes mellitus referred to the diabetes association of Iran. *Behood Journal* 2004;8:47-56. [Persian].
- Moghadacian S, Ebrahimi H, Zareh M, Three D. Three dimensions of quality of life in diabetic patients referred to the diabetes center. *Journal of Nursing and Midwifery Tabriz* 2008;10:38-44. [Persian].
- Ahary S, Arshi S, Iranpour M, Amani F, Siyahpoush H. Type 2 diabetes on quality of life in diabetic patients. *Journal of Ardabil University of Medical Science* 2008;8:394-402. [Persian].
- Khaledi S, Moridi G, Gharibi F. Survey of eight dimensions quality of life for patients with diabetes type II. Referred to Sanandaj diabetes center in 2009. *Journal of Fasa University of Medical Sciences* 2011;1:29-37. [Persian].
- Vazirinejad R, Sajadi M, Magholi N. Role of diabetes in quality of life. *Journal of Research in Medicine* 2010;34:35-40. [Persian].
- Senez B, Felicioli P, Moreau A, Le Goaziou M. Quality of life assessment of type 2 diabetic patients in general medicine. *Presse Med* 2004;33:160-6.
- Abdel W, Jude U, Adel M, Shafika A. Subjective quality of life of outpatients with diabetes: comparison with family caregivers' impressions and control group. *J Natl Med Assoc* 2006;98:737-45.
- Zandieh F, Moin M, Movahedi M. Assessment of quality of life in Iranian asthmatic children, young adults and their caregivers. *Iran Journal Allergy Asthma Immunol* 2009;5:79-83. [Persian].
- Darvishpoor Kakhaki A, Abed Saeedi J, Yaghmaie F, Alavi Majd H. Instrument development to measure diabetic clients quality of life (DCQOL). *Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism* 2005;7:149-55. [Persian].
- Tang WL, Wang YM, Du WM, Cheng NN, Chen BY. Assessment of quality of life and relevant factors in elderly diabetic patients in the Shanghai community. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2006;15:123-30.
- Paimani S, Riazi H. *Endocrine and Metabolic disease*. Tehran: Hayan press; 2007. p. 28-36.
- Bagust A, Willson E, Perry S. Utility and quality of life in the CODE-2 study for type 2 diabetes UK prospective diabetes study group. *Diabetes Care* 2001;50:1096.
- Senez B, Felicioli P, Moreau A. Quality of life assessment of type 2 diabetic patients in general medicine. *Presse Med* 2006;33:161-6.
- Timareh M, Rahimi M, Abasi P, Rezaei M, Heydarpor S. Quality of life of diabetic patients referred to the Diabetes Research Center of Kermanshah. *Research Journal of Medical Sciences Kermanshah* 2012;16:63-9.
- Edelman D, Olsen M, Dudley T. Impact of diabetes screening on quality of life. *Diabetes Care* 2002;25:1022-6.
- Ahari S, Arshi S, Iranparvare M, Amani F, Siahpush H. Effect complications of type II diabetes on QOL. *Ardebil Journal of Medical Sciences* 2009;8:394-402. [Persian].

گرفته و در سطح نامطلوبی گزارش شده بود (۱۴). همین‌طور در پژوهش خالدی و همکاران بعد اقتصادی دارای کمترین امتیاز بود (۵). نمره کیفیت زندگی در کسانی که دچار پای دیابتی نشده بودند در حیطه بیماری بالاتر بود و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($P < 0.04$) این یافته با مطالعه ادلمن و همکاران ۲۰۰۲ همخوانی دارد، در حالی که با مطالعه تیماره و همکاران ۱۳۹۰ مغایر بود که حدس زده می‌شود به دلیل تعداد کم نمونه‌های دچار زخم پا در پژوهش تیماره عدم ارتباط قابل توجیه است (۱۵ و ۱۶).

یافته‌ها بیانگر آن بود که در بیماران مبتلا به دیابت کسانی که دچار عوارض دیابت نشده بودند از کیفیت زندگی بالاتری در حیطه جسمی برخوردار بودند و میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه جسمی در افرادی که به سایر بیماری‌ها مبتلا نبودند بیشتر بود که ادلمن و همکاران در سال ۲۰۰۲ نیز با بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی دریافتند که بیماری‌های زمینه‌ای و عوارض ناشی از دیابت با کیفیت زندگی در بیماران دیابتی ارتباط معکوس دارد (۱۶) و با نتایج مطالعه اهری و همکاران در سال ۱۳۸۷ نیز مطابقت دارد (۱۷). در مورد کیفیت باتوجه به نتایج پژوهش ابتلا به بیماری‌های دیگر و افزایش سال‌های ابتلا به بیماری نیز باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران شده است. باتوجه به اینکه دیابت بیشتر در سالمندی ایجاد می‌شود و با افزایش سن به تدریج افراد دچار بیماری‌های سیستم‌های مختلف بدن می‌شوند این موضوع قابل توجیه است. آموزش در ارتباط با سبک زندگی صحیح (ورزش روزانه، رژیم غذایی مناسب، عدم استعمال دخانیات و...) در دوران کودکی و نوجوانی می‌تواند به داشتن دوران سالمندی سالم کمک بزرگی نماید. از آنجایی که پرستاران در ارتباط مستقیم با بیماران و خانواده آنان هستند و محیط کاری آنان صرفاً محدود به بیمارستان نیست و از مهمترین وظایف آنان آموزش است، بنابراین می‌توانند با بهره‌گیری از علم به روز و کارآمد خود و نتایج این مطالعه در جهت افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت و چه بسا در جهت افزایش سلامت جامعه گام بزرگی بردارند.

از جمله محدودیت‌های مطالعه وجود تفاوت‌های فردی بیماران و شرایط روانی-عاطفی آنان در زمان پاسخگویی به پرسشنامه بود که ممکن بود سبب کاهش دقت پاسخدهی آنان گردد. برای رفع این محدودیت پژوهشگران سعی کردند در زمانی که خود بیماران برای تکمیل پرسشنامه اعلام آمادگی می‌کنند، به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام نمایند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از نتایج پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران با شماره طرح ۴۰۹/۱۳۰/د/۹۱ می‌باشد. در پایان از تمامی مسئولان، کارکنان محترم و بیماران مجتمع



Evaluation of Quality of Life among Diabetic Patients (Type II) Referring to Tehran Imam Khomeini Hospital in the Summer of 2012

Daryadokht Masror Rudsari (M.Sc.)¹, Zahra Ashrafi (B.Sc.)^{2*}, Zohre Parsa Yekta (A.P.)², Hamid Haghani (M.Sc.)³

1- Dept. of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Dept. of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Dept. of Biostatistics, School of Health management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 28 December 2012, Accepted: 28 August 2013

Abstract:

Introduction: Diabetes is a chronic disease, and one of the most important issues in the care of chronic patients is to evaluate their quality of life (QOL). This study aimed to determine the quality of life in patients with type II diabetes and its relationship with some demographic variables.

Methods: In this cross-sectional descriptive design, 80 diabetic patients admitted to Imam Khomeini Hospital in Tehran city were selected by constant sampling. Data collection tools included demographic information form and diabetic patients' QOL questionnaire. Data was analyzed using performing ANOVA and independent t-test.

Results: The lowest mean score of QOL was related to disease dimension and the highest mean score was related to the social dimension. There was a significant relation between ocular complications ($P=0.02$) and the disease duration ($P<0.001$) and physical aspects of quality of life. There was a significant relationship between individuals' income with quality of life in terms of mental health ($P=0.02$, economical ($P<0.001$) conditions, and the total quality of life score ($P=0.02$) was significant. In addition, there was a significant relationship was obtained between diabetic foot complications and total QOL score ($P=0.04$).

Conclusion: Regarding the relationship between QOL and some demographic variables, using appropriate caring approaches such as executing educational programs for diabetic patients is recommended.

Keywords: Quality of life, Type 2 diabetes mellitus, Foot diabetic.

Conflict of Interest: No

*Corresponding author: Z. Ashrafi, Email: n_ashrafi.nursing@yahoo.com

Citation: Masror Rudsari D, Ashrafi Z, Parsa Yekta Z, Haghani H. Evaluation of quality of life of type ii diabetic patients referring to tehran imam khomeini hospital in the summer of 2012. Journal of Knowledge & Health 2015;10(1):58-63.