چکیده

مقدمه: یکی از موارد بسیار مهم در امر مراقبت از بیماران دیابتی، بررسی کیفیت زندگی آنهاست. هدف این مطالعه بررسی کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی تبریز بود.

روش‌ها: این پژوهش، یک مطالعه مقطعی با نمونه‌گیری تصادفی ساده می‌باشد. حجم نمونه شامل 150 بیمار دیابتی نوع 2 و ابزارهای گردآوری ابزار استاندارد شده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل بعد جسمی، روانی، اجتماعی، ابزار اختصاصی دیابت و پرسشنامه مشخصات فردی بود. نتایج حاصله با استفاده از SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌های: 28/6/1387 بیماران در بعد جسمی، 27/8/1387 در بعد روانی، 21/2/1387 در بعد اجتماعی و 24/8/1387 در بعد اختصاصی، کیفیت زندگی مطلوبی داشتند. عواملی که اثر زیادی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی می‌گذارند می‌تواند به عنوان یکی از عوامل مانند داروی مصرفی با کیفیت زندگی بیماران وجود نداشته.

نتیجه‌گیری: عوامل فردی، اجتماعی و اقتصادی می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی تأثیر گذاشته باشد. نتایج از این اثبات در رابطه برخی درمانی مراقبتی آنها و اصلاح کیفیت زندگی بهره جست.

واژگان کلیدی: دیابت، کیفیت زندگی، مراقبت فردی

مجله دیابت و لیپید ایران، زمستان 1388; دوره 15 (شماره 2)
مقدمه

گزارش سازمان جهانی بهداشت که بر اساس داده‌های مطالعات اپیدمیولوژی در 57 منطقه از 23 کشور عضو سازمان جهانی بهداشت بهار عمومی در دنیا از سال 1995 تا 2015، این بیماری را در جمعیت بالغین (ایل 20) و 34 درصد افراد می‌باشد و 2002 خواهد رشد و تعداد افراد بیماری 32 درصد افزایش خواهد داشت; بنابراین که از 135 میلیون نفر در سال 1995 به 300 میلیون نفر در سال 2025 خواهد رسید. افزایش این نسبت به کشورهای در حال توسعه بیشتر است طبیعی که در کشورهای پیشرفته با 22 درصد افزایش، از 84 میلیون به 228 میلیون نفر خواهد رسید. [1, 2]

گزارش سال 1373 وزارت بهداشت و درمان، در سال 1373 (2005) پرستش در اپیدمیولوژیز مرگ در ایران، شناسایی مورد به داده افزایش 2 درصد افزایش جمعه به دیپا و این افزایش 12 سال به بالا به حدود 32 درصد می‌رسد. به عبارت دیگر، حدود 400 در ایران می‌باشد. به که خود در سال 1372، این تعداد به 15 میلیون در سال 1385 به 4 میلیون نفر افزایش می‌یابد برای این می‌باشد. افزایش نسبت به افزایش در این حالت است که به قبلا سال یک برای این آمار سه برابر می‌شود. دانسته نهایی علت مرگ و مردان ایرانی امروزه در بیماران به جای توجه به شاخص‌های مرگ و میر و ابتلا باید به ابعاد و بررسی توجه نمود که مهم‌ترین آنها مفهوم کیفیت زندگی است [4].

مفهوم کیفیت زندگی

در بیماران دیابتی و ابتلا به انسولین، از سطح بینی برخورد از میانه ابتلا با مشکلات زیادی در این دیابتیزدی و زندگی مواجه می‌شود. وضعیت فردی و اجتماعی این بیماران، تاثیر معنی‌دار بر کیفیت زندگی آنها دارد [3]. بنابراین بررسی در کشور ما از نژادسنجی بودن کیفیت زندگی در بیماران دیابتی خبر می‌دهد و آموزش و حمایت از بیماران دیابتی را گامی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی آنها می‌داند [4]. هدف از این مطالعه بررسی ایجاد کیفیت زندگی مبتنی بر اساس آن با توجه به وضعیت کیفیت زندگی و تاثیر مشخصات فردی، اجتماعی بر آن پرداخته شود.
بافت‌ها

نتایج نشان داد که 43.7/6٪/ 0.03 از تجربیات مختلفی از عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فردی بر روی نرخ‌های شماره‌ی دیابتی در این منطقه تاثیر زیادی داشته‌اند. این نتایج نشان می‌دهد که برای کاهش نرخ‌های شماره‌ی دیابتی در این منطقه، اقداماتی مالی و اجتماعی در حوزه‌ی سیاست‌های بهداشتی باید می‌تواند انجام شود. بررسی‌های قبلی نشان داده‌اند که این گونه اقدامات می‌تواند نهایتاً به کاهش نرخ‌های شماره‌ی دیابتی در این منطقه کمک کند.

تمایل انتخاب علمی ایرانی‌ها و فارسی‌ها داشته و با پژوهشگان دیگری در این زمینه روی کار آورده‌اند. این پژوهش در سال 1388 در فارس و تالار بزرگ ایرانی‌ها برگزار شد. نتایج این پژوهش نشان داد که انتخاب علمی ایرانی‌ها و فارسی‌ها بهترین شخصیت علمی باشد.

در این پژوهش به تعداد 400 شناسه‌برداری انجام شد. نتایج نشان داد که این گونه انتخاب علمی می‌تواند نهایتاً به بهبود نرخ‌های شماره‌ی دیابتی در این منطقه کمک کند. بررسی‌های قبلی نشان داده‌اند که این گونه انتخاب علمی می‌تواند نهایتاً به بهبود نرخ‌های شماره‌ی دیابتی در این منطقه کمک کند.

در این پژوهش به تعداد 400 شناسه‌برداری انجام شد. نتایج نشان داد که این گونه انتخاب علمی می‌تواند نهایتاً به بهبود نرخ‌های شماره‌ی دیابتی در این منطقه کمک کند. بررسی‌های قبلی نشان داده‌اند که این گونه انتخاب علمی می‌تواند نهایتاً به بهبود نرخ‌های شماره‌ی دیابتی در این منطقه کمک کند.
جدول 2- توزیع فراوانی کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی در سال 1386

<table>
<thead>
<tr>
<th>کیفیت زندگی اختصاصی</th>
<th>فراوانی مطلق</th>
<th>مطلق بیش از ۵۰۰۰ تومان</th>
<th>مطلق بین ۲۰۰۰ تا ۵۰۰۰ تومان</th>
<th>مطلق بین ۵۰۰ تا ۲۰۰۰ تومان</th>
<th>کل مطلق</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>شایسته</td>
<td>۲۶۸</td>
<td>۱۶۸</td>
<td>۸۸</td>
<td>۱۲</td>
<td>۴۶۸</td>
</tr>
<tr>
<td>شایسته نسبتاً</td>
<td>۱۷۰</td>
<td>۱۱۰</td>
<td>۶۰</td>
<td>۴۰</td>
<td>۳۸۰</td>
</tr>
<tr>
<td>پایین</td>
<td>۱۳۲</td>
<td>۷۲</td>
<td>۴۰</td>
<td>۱۲</td>
<td>۲۸۴</td>
</tr>
<tr>
<td>کمتر از پایین</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۶۰</td>
<td>۴۰</td>
<td>۱۰</td>
<td>۱۱۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 3- ارتباط متغیرهای فردی-اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی در سال 1386

<table>
<thead>
<tr>
<th>مشخصات</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>جنسیت</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سن</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>جنسیت</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کیفیت زندگی</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>شایسته</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>نسبتاً شایسته</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>پایین</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کمتر از پایین</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>وضعیت اشتغال</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>داروی ضد دیابت مورد استفاده</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>رعایت زیمن غذایی</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>انواع</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سایر موارد</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>شاغل</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>غير شاغل</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>از کار افتاده</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مورد</td>
<td>۱۵۰ ± ۲۰</td>
<td>۱۴۰ ± ۲۰</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

ادامه جدول 3 در صفحه بعد
<table>
<thead>
<tr>
<th>جدول ۳</th>
<th>نویسی بهمن</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۱۴۳۵/۵ ± ۱۸/۸</td>
<td>ندارد</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۵۵۱/۳ ± ۱۸/۶</td>
<td>دارد</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۸۸ ± ۱۴</td>
<td>مجرد</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۴۷/۳ ± ۱۹/۷</td>
<td>مناهل</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۱۵±۲۴</td>
<td>مطلق</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۳۹/۷ ± ۱۸/۳</td>
<td>بیوسای</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۳۷/۵ ± ۱۷/۹</td>
<td>خواندن و نوشتن</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۵۰/۱ ± ۱۲/۲</td>
<td>زیر دیپلم</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۴۵/۳ ± ۱۷/۲</td>
<td>دیپلم</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۶۶/۵ ± ۱۵/۱</td>
<td>تحقیقات دانشگاهی</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۷۵/۵ ± ۱۸/۴</td>
<td>شهر</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۵۳/۵ ± ۱۷/۳</td>
<td>روستا</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۷۱/۸ ± ۱۸/۹</td>
<td>بای</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۵۵/۷ ± ۱۸/۲</td>
<td>خیر</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۵۴/۴ ± ۱۸/۶</td>
<td>میکاند</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۴۵/۲ ± ۱۷/۲</td>
<td>نمی کند</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**بحث**

نتایج نشان داد که حدود ۲/۲/۱۷/۸۹٪ از این بیماران دارای کفیت زندگی تاکیدی در بعد جسمی هستند. بیماران دیپلم با مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی محدود می‌باشند که مجموعه این مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی می‌تواند منجر به کاهش کفیت زندگی این بیماران شود. [۶] به نظر می‌رسد علتهای بیماری در این داده‌ها بیشتر به عوارض دیپلم بناست. کفیت زندگی بیماران مبتلا به دیپلم به عوارض میکروویسکولار و یا مایکروویسکولار می‌باشد. نسبت به سایر بیماران به روز در ابعاد سلامت عمومی و عملکرد جسمی و اجتماعی پایین‌تری که در مطالعه همین‌ها نشان داده شده است [۵] در مطالعه‌های گزارش شده است [۶] در مطالعه‌های حاضر نیز بیشتر بیماران در دردهای ناشی از دیپلم و به دلیل این اختلال در عملکرد روانه و اگر خواب‌شکا بودن. بنابراین
در مطالعه حاضر، مربوط به مدت زمان کوتاه ابتلا به دیابت باشند، و یا ممکن است به بیماران در پاسخده به سوالات دچار ایجاد شده باشد.

نتایج نشان داد که حدود 78% از بیماران دارای کیفیت زندگی تهاجمی و همکاران تناطیش در بخش اجتماعی محدود؛ اینکه نشان داد که کیفیت زندگی بیماران سالمان در بعد اجتماعی نسبت به بیماران جوان از سطح بازی یابی برخوردار است [11].

نتایج مطالعه باقی و همکاران نشان می‌دهد که بیماران دیابتی که دچار عوارض عوامله‌سازند، به بعد اجتماعی کیفیت زندگی پایین‌تر نسبت به بیماران بدون عوارض دارند.

به نظر می‌رسد علته پایین بودن کیفیت زندگی در بعد اجتماعی در بیماران دیابتی، ارتباط نامناسب بین بیماران با همسر، فرزندان و سایر اعضای خانواده باشد [12]. زمانی که که می‌پیدا که مورد توجه و علته آن‌ها دارند، نیه‌تی به افراد و سازمان‌ها و مراکزی که آن‌ها وابسته استند به دو حمایت نمی‌کنند. تبلیغات و ترویج بی‌توجهی به افزایش ادرار از بیماران بهبود می‌دهد.

نتایج نشان داد که 74% از بیماران دارای کیفیت زندگی اجتماعی مطلوبی‌ی هستند. در محیطی که قبیل بروز بیماران دیابتی انجام داده مشخص شد که کیفیت زندگی اجتماعی بیماران دیابتی تحت تأثیر آموزه می‌تواند از سطح پایین به بالاتر و مطلوبی رسد. این امر می‌تواند به بیماران دیابتی احساس شاگردی برای ارتباط مطلوب‌تر و رضایت بیشتر از روش‌های درمانی می‌شود. این نظر می‌رسد که علته پایین بودن کیفیت زندگی اجتماعی دیابتی در این مطالعه، ارتباط‌های اجتماعی، نوع درمانی و مداخلات اساسی که توسط همکاران برای بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی یزدی صورت می‌گیرد.

در بررسی ارتباط میان بین کیفیت زندگی و نوع داروی ضد دیابت مورد استفاده، مطالعه گردی که بیین نوع داروی ضد دیابت مورد استفاده و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. در مطالعه مسئولی علی و همکاران نیز مشخص شد که هیچ ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی بیماران دیابتی و نحوه درمان آنها با اثرات‌های معنی‌دار وجود ندارد [8] در تحقیق Coffey [13].
سیاسگزاری

بدوند تحقیقاتی یوزه‌های حاضر از محل اعتبار یوزه‌های
دش‌گاهی علم پژوهش‌های شناخته شده است. از کلیه
همکاران و پژوهش‌گر زمینه کلیه دانشکده‌های
و درمانی سینا نیتر و تاممی بیماران کننده در این
یوزه‌ها، کمال نشکر و قدردانی را داریم.

محدودیت‌های این یوزه‌های بودن از

1. این یوزه‌های بر روی بیماران دیابتی نوع 2 مراجعه کنند

2. این اختلال وجود دارد. بیماران دیابتی نوع 2 در سروپ.
11. بالری حسنی: همکاران. بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی براساس عوارض دیابت در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام حسن (ع) شاهین فیزیولوژی و دانشکده علوم پزشکی شهرکردیه. مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان 1380: (2): 41-42.