

کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سال ۱۳۸۶

حمیدرضا حرییان^{۱*}، سیما مقدسیان^۲، علی آقاجانلو^۱

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 ۱۵۰ بیمار دیابتی نوع ۲ 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 نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** ۲۸/۶۶٪ بیماران در بعد جسمی، ۸۰/۷٪ در بعد روانی، ۲۱/۳٪ در بعد اجتماعی و ۸۴٪ در بعد اختصاصی، کیفیت زندگی مطلوبی داشتند. عواملی همچون تاهل، تعداد فرزندان و جنسیت با کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه معنی‌داری داشتند ($P < 0/05$)؛ در حالیکه رابطه معنی‌داری بین عواملی مانند داروی مصرفی با کیفیت زندگی بیماران وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** عوامل فردی، اجتماعی و اقتصادی می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی تاثیرگذار باشد؛ بنابراین ارزیابی کیفیت زندگی همراه با مشخصات دموگرافیک، اطلاعات کاملی را برای بیماران مزمن فراهم می‌کند که در نهایت می‌توان از این اطلاعات در راستای برنامه‌ریزی درمانی مراقبتی آنها و اصلاح کیفیت زندگی بهره جست.

واژگان کلیدی: دیابت، کیفیت زندگی، مراقبت فردی

۱- مربی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- مربی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

* **نشانی:** زنجان، خیابان پروین اعتصامی، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۷۲۷۲۵۱۴-۰۲۴۱

مقدمه

گزارش سازمان جهانی بهداشت که بر اساس داده‌های مطالعات اپیدمیولوژی در ۷۵ منطقه از ۳۲ کشور عضو سازمان ملل متحد بدست آمده است، نشان می‌دهد که بطور کلی در دنیا از سال ۱۹۹۵ تا سال ۲۰۳۵ شیوع این بیماری در جمعیت بالغین (بالای ۲۰ سال) ۶۴ درصد افزایش می‌یابد و شیوع دیابت از ۴ درصد در سال ۱۹۹۵ به ۵/۴ درصد در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید و تعداد افراد دیابتی ۱۲۲ درصد افزایش خواهد داشت؛ بطوری که از ۱۳۵ میلیون نفر در سال ۱۹۹۵ به ۳۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید. افزایش این نسبت در کشورهای در حال توسعه بیشتر است بطوری که در کشورهای پیشرفته با ۴۲ درصد افزایش، از ۵۱ میلیون به ۷۲ میلیون و در کشورهای در حال توسعه با ۱۷۰ درصد افزایش، از ۸۴ میلیون به ۲۲۸ میلیون نفر خواهد رسید [۱،۲].

گزارش سال ۱۳۷۳ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد اپیدمیولوژی دیابت در ایران، نشان می‌دهد که حدود ۲ درصد افراد جامعه مبتلا به دیابت بوده و این رقم در افراد ۳۰ سال به بالا به حدود ۷/۳ درصد می‌رسد. به عبارت دیگر، حدود ۱۲۴۰۰۰۰ نفر در ایران مبتلا به دیابت بوده‌اند [۲]؛ در حالی که در سال ۱۳۷۷، این تعداد به ۱/۵ میلیون نفر رسیده است. طبق آمار انجمن دیابت ایران در سال ۱۳۸۵، بیش از ۴ میلیون نفر در ایران مبتلا به بیماری دیابت بودند و این در حالی است که هر پانزده سال یک بار این آمار سه برابر می‌شود. دیابت نهمین علت مرگ و میر مردان ایرانی است [۳].

امروزه در بیماران به جای توجه به شاخص‌های مرگ و میر و ابتلا، باید به ابعادی وسیع‌تر توجه نمود که مهمترین آنها، مفهوم کیفیت زندگی است [۴].

تحقیق Sanchez و همکاران نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران دیابتی وابسته به انسولین، از سطح پایینی برخوردار است [۵]. بیماران دیابتی با مشکلات زیادی در ابعاد کیفیت زندگی مواجه هستند و وضعیت فردی-اجتماعی و اقتصادی این بیماران، تاثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی آنها دارد [۶]. یک بررسی در کشور ما از نامطلوب بودن کیفیت زندگی در بیماران دیابتی خبر می‌دهد و آموزش و حمایت از بیماران دیابتی را گامی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی آنها

می‌داند [۷]. هدف از این مطالعه، بررسی ابعاد کیفیت زندگی بیماران دیابتی است تا بر اساس آن با دقت هر چه بیشتر، به وضعیت کیفیت زندگی و تاثیر مشخصات فردی-اجتماعی بر آن پرداخته شود.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی است. جامعه مورد پژوهش، بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز دیابت مرکز آموزشی و درمانی سینا تبریز بودند. حجم نمونه شامل ۱۵۰ نفر بود که به صورت تصادفی ساده از بین پرونده‌های موجود در مرکز دیابت در مدت ۳ ماه انتخاب شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: جهت حضور در مطالعه رضایت داشته باشند، جزء بیماران سرپایی بوده و در بخش بستری نباشند و هوشیار و قادر به برقراری ارتباط باشند. داده‌ها در این پژوهش از طریق مصاحبه و با استفاده از پرسشنامه از پیش تنظیم شده جمع‌آوری گردید. نمونه‌ها به سه سری پرسشنامه پاسخ دادند: نخست، مشخصات فردی-اجتماعی شامل: سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، محل سکونت، وضعیت اشتغال، بیمه، تعداد فرزندان، درآمد، مدت ابتلا به دیابت، سابقه دیابت در خانواده و نوع درمان. دوم، ابزار استاندارد شده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت که تلفیقی از دو ابزار کیفیت زندگی عمومی SF-36 و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سوئدی می‌باشد و در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی به ارزیابی می‌پردازد. بعد جسمی (۳۲ عبارت) شامل عملکرد جسمی، درد و ناراحتی، فعالیت‌های روزانه، خواب و سلامت کلی می‌باشد. بعد روانی (۹ عبارت) و بعد اجتماعی (۸ عبارت).

سوم، ابزار اختصاصی دیابت شامل: رضایت از درمان (۶ عبارت) بر اساس مقیاس خیلی راضی (۳ امتیاز)، نسبتاً راضی (۲ امتیاز)، ناراضی (۱ امتیاز). مشکلات و محدودیت‌های ناشی از بیماری (۳۳ عبارت) بر اساس مقیاس بلی (۱ امتیاز)، خیر (۲ امتیاز) و موردی ندارد (صفر امتیاز). برای پرسش‌های گزینه‌ای، امتیازات یک تا سه، یک تا چهار و یا یک تا پنج داده شد. لازم به ذکر است که در مورد تمام پرسش‌های بکار برده شده در گزینه‌های منفی، امتیازها برعکس گرفته شدند. در نهایت امتیازات با یکدیگر جمع زده شدند و براساس میانگین

جمع‌آوری و کدگذاری در نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۱ تجزیه و تحلیل شد. در آمار توصیفی، از مباحثی همچون فراوانی، میانگین \pm انحراف معیار و در آمار تحلیلی برحسب ضرورت از آزمون‌های آماری همچون آنالیز واریانس یکطرفه، آزمون تی، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون آماری استفاده گردید.

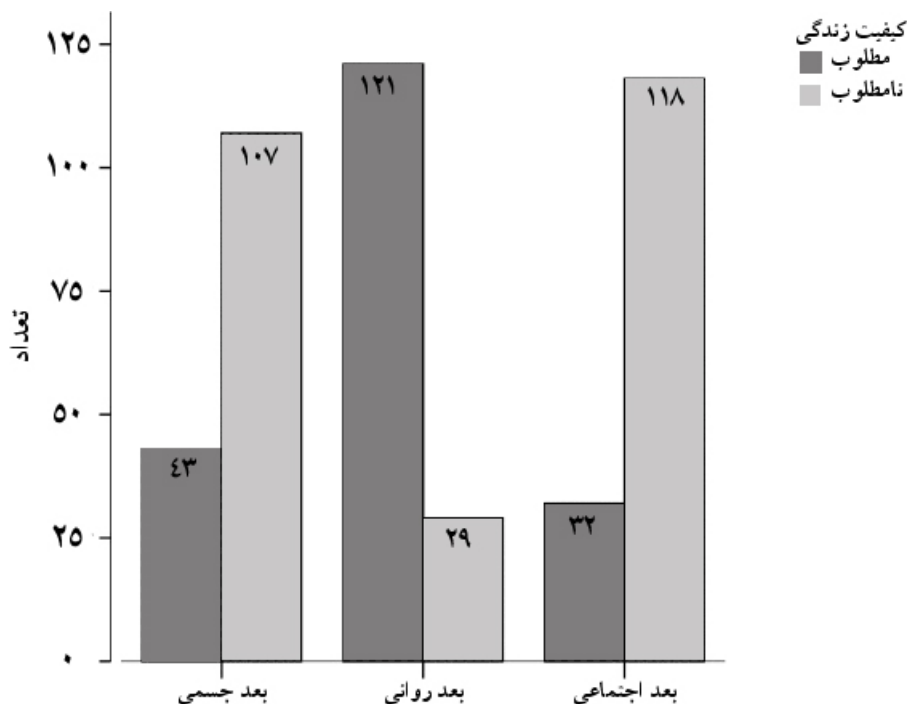
یافته‌ها

نتایج نشان داد که ۴۰/۶۶٪ بیماران داروهای خوراکی کاهنده قند خون، ۲۲٪ انسولین و ۱۲٪ انسولین و داروهای خوراکی را باهم مصرف می‌کردند. ۶۱/۳۳٪ از بیماران زن بودند. ۸۲٪ بیماران متاهل و طول مدت ابتلا به بیماری دیابت در اکثر بیماران بین ۴ - ۳ سال بود (جدول ۱). همچنین نتایج حاصل نشان داد که کیفیت زندگی بیماران دیابتی در بعد جسمی در اکثریت موارد (۷۱/۳۳٪) نامطلوب، در بعد روانی ۸۰/۷٪ نامطلوب و در بعد اجتماعی ۷۸/۷٪ نامطلوب بود (نمودار ۱).

۸۴ درصد نمونه‌ها دارای کیفیت زندگی اختصاصی مطلوب بودند (جدول ۲). جدول ۳ بیانگر نتایج حاصل از ارتباط متغیرهای فردی- اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی است. در بررسی ارتباط آماری بین کیفیت زندگی و نوع داروی ضد دیابت مورد استفاده، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$). همچنین بین امتیازات کسب شده از کیفیت زندگی و جنس ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده گردید ($P < ۰/۰۵$) و زنان دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به مردان بودند.

در بررسی ارتباط آماری بین کیفیت زندگی اختصاصی و تعداد فرزندان، ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($t = ۰/۱۴$ ، $P < ۰/۰۵$).

دامنه تغییرات در بعد جسمی، ۷۹-۳۲ نامطلوب و ۱۲۶-۷۹ مطلوب، در بعد روانی، ۲۷-۹ نامطلوب و ۴۵-۲۷ مطلوب، در بعد اجتماعی، ۲۲-۸ نامطلوب و ۳۶-۲۲ مطلوب، کیفیت زندگی اختصاصی ۷۴-۴۵ نامطلوب و ۱۰۲-۷۴ مطلوب در نظر گرفته شدند. طی یکسال پیش از مطالعه در مرکز دیابت مرکز آموزشی- درمانی سینا، ۴۰۰۰ نفر مراجعه کننده وجود داشت که پژوهشگر پرونده‌های بیماران فوق را شماره‌بندی کرد و در نهایت بعد از تعیین حجم نمونه، با استفاده از رایانه ۱۵۰ نفر به طور تصادفی از بین آنها انتخاب شدند. با نمونه‌های انتخاب شده تماس گرفته شد و بعد از اخذ رضایت کتبی از آنها، پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. حجم نمونه برای بیماران براساس مطالعه مقدماتی انجام شده بر روی ۲۰ نفر و محاسبه P و از طریق فرمول بر آورد حجم نمونه بدست آمده است که به تعداد ۱۵۰ نفر برآورد شد. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، از اعتبار محتوی استفاده شد. پرسشنامه جهت نظرخواهی در مرحله اول در اختیار ۱۵ نفر از اساتید و متخصصین قرار گرفت و در مرحله دوم پس از دریافت نظرات، اصلاحات لازم اعمال گردید و مجدداً در اختیار ۵ نفر از اساتید فوق‌الذکر قرار گرفت تا اعتبار علمی آن مورد تایید قرار گیرد. برای تعیین پایایی ابزار گردآوری اطلاعات، در ابتدا پرسشنامه توسط ۲۰ نفر بیمار دیابتی نوع ۲ تکمیل گردیده و نتایج حاصله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که با استفاده از α کرونباخ، ضریب همبستگی محاسبه شد. با استفاده از α کرونباخ، پایایی در بخش بعد جسمی (نیروی مراقبت از خود ۰/۸۷، عملکرد جسمی ۰/۷۰، درد و ناراحتی ۰/۹۳، فعالیت‌های روزانه ۰/۹۵، خواب ۰/۸۹ و سلامت کلی ۰/۷۸)، در بعد روانی ۰/۸۵، و در بعد اجتماعی ۰/۹۱ و در بعد کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی؛ رضایت از درمان ۰/۹۴ و مشکلات ناشی از دیابت ۰/۹۰ بدست آمد. داده‌ها پس از



نمودار ۱- مقایسه سه بعد کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت تبریز، سال ۱۳۸۶.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت تبریز در سال ۱۳۸۶

متغیر	شاخص	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
داروی ضد دیابت مورد استفاده	داروی خوراکی	۶۱	۴۰/۶۶
	رعایت رژیم غذایی	۲	۱/۳۳
	انسولین	۳۳	۲۲
	انسولین و دارو	۱۸	۱۲
	سایر موارد	۳۶	۲۴
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۵	۱۶/۶۶
	غیر شاغل	۱۰۱	۶۷/۳۳
	از کار افتاده	۲۴	۱۶
جنسیت	زن	۹۲	۶۱/۳۳
	مرد	۵۸	۳۸/۶۶
بیمه	دارد	۱۳۲	۸۸
	ندارد	۱۸	۱۲
	مجرد	۲	۱/۳
وضعیت تاهل	متاهل	۱۲۳	۸۲
	مطلقه	۳	۲
	بیوه	۲۲	۱۴
سطح سواد	بیسواد	۶۹	۴۶
	خواندن و نوشتن	۲۵	۱۶/۷
	زیر دیپلم	۲۲	۱۴/۷
	دیپلم	۱۸	۱۲
	تحصیلات دانشگاهی	۱۶	۱۰/۷

ادامه جدول ۱ در صفحه بعد

ادامه جدول ۱

۷۰	۱۰۵	شهر	محل سکونت
۳۰	۴۵	روستا	
۵۱/۳	۷۷	بلی	
۴۸/۷	۷۳	خیبر	سابقه دیابت در خانواده
۱۰/۷	۱۶	۲۰-۴۰ سال	سن
۵۷/۳	۸۶	۴۰-۶۰ سال	
۳۲	۴۸	۶۰ به بالا	
۶۸	۱۰۲	۲۰۰ و کمتر از ۲۰۰ هزار تومان	متوسط در آمد ماهیانه
۳۲	۴۸	بیشتر از ۲۰۰ هزار تومان	
۹۸/۷	۱۴۸	می کند	رعایت رژیم غذایی
۱/۳	۲	نمی کند	
۲/۶۶	۴	ندارد	
۳۹/۳۳	۵۹	۱-۳	تعداد فرزندان
۳۱/۳۳	۴۷	۳-۵	
۲۶/۶۶	۴۰	بیشتر از ۵	
۷/۳۳	۱۱	کمتر از یکسال	مدت ابتلا به بیماری
۴	۶	یکسال	
۴۳/۳۳	۶۵	۱-۵ سال	
۴۵/۳۳	۶۸	بیش از ۵ سال	
۱۰۰	۱۵۰		مجموع

جدول ۲- توزیع فراوانی کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت تبریز در سال ۱۳۸۶

کیفیت زندگی اختصاصی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (درصد)
مطلوب	۱۲۶	۸۴
نامطلوب	۲۴	۱۶
کل	۱۵۰	۱۰۰

جدول ۳- ارتباط متغیرهای فردی- اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت تبریز، سال ۱۳۸۶

متغیر	شاخص	نمره کیفیت زندگی
داروی ضد دیابت مورد استفاده	داروی خوراکی	۱۴۵/۳± ۱۷/۱
	رعایت رژیم غذایی	۱۵۹± ۴/۲
	انسولین	۱۵۴/۴± ۱۹/۱
	انسولین و دارو	۱۳۹/۸± ۱۹/۶
	سایر موارد	۱۵۳/۴± ۱۶/۷
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۵۴± ۱۴/۸
	غیر شاغل	۱۴۱/۶± ۱۶/۸
	از کار افتاده	۱۶۰/۹± ۱۶/۴
جنسیت	مرد	۱۴۲± ۱۸/۴
	زن	۱۵۴/۳± ۱۴/۶

ادامه جدول ۳ در صفحه بعد

ادامه جدول ۳

۱۴۵/۶± ۱۹/۸	ندارد	نوع بیمه
۱۵۱/۳± ۱۸/۶	دارد	
۱۶۰± ۱۴	مجرد	
۱۴۹/۳± ۱۹/۷	متاهل	وضعیت تاهل
۱۲۸± ۲۴	مطلقه	
۱۳۴/۲± ۱۸/۳	بیوه	
۱۳۷/۶± ۱۶/۹	بیسواد	سطح سواد
۱۵۰± ۱۳/۷	خواندن و نوشتن	
۱۵۱/۱± ۱۲/۲	زیر دیپلم	
۱۵۵/۳± ۱۶/۲	دیپلم	محل سکونت
۱۶۵/۷± ۱۵/۱	تحصیلات دانشگاهی	
۱۴۷/۵± ۱۸/۴	شهر	
۱۴۵/۲± ۱۷/۳	روستا	سابقه دیابت در خانواده
۱۴۷/۸± ۱۷/۹	بلی	
۱۴۵/۷± ۱۸/۲	خیر	
۱۵۱/۴± ۱۸/۶	میکند	رعایت رژیم غذایی
۱۴۵/۲± ۱۷/۲	نمی کند	
	R	
	-۰/۲۰	سن
	-۰/۲۹	تعداد فرزندان
	۰/۲۹-	مدت ابتلا
	۰/۳۴	متوسط درآمد

P کمتر از ۰/۰۵ نشانه ارتباط معنی دار آماری است. R. ضریب همبستگی است.

مقادیر به صورت میانگین± انحراف معیار بیان شده‌اند.

بحث

به نظر می‌رسد می‌توان با تشخیص و درمان به موقع بیماری دیابت و جلوگیری از ایجاد عوارض حاد و مزمن آن، به بهبود بعد جسمی کیفیت زندگی بیماران دیابتی کمک کرد و باعث ارتقای سطح زندگی آنها شد.

نتایج نشان داد که اکثر بیماران (۸۰/۷٪) دارای کیفیت زندگی مطلوبی از لحاظ بعد روانی هستند؛ حال آن که در مطالعه‌ای که Wang و همکاران بر روی بیماران دیابتی انجام داده بودند، نتایج حاصل نشان دهنده این بود که کیفیت زندگی در بعد روانی نسبت به بعد جسمی از سطح پایین‌تری برخوردار است [۹]. همچنین در پژوهشی که بر روی دیابتی‌های نوع ۲ توسط مسعودی علوی و همکاران انجام گرفته بود، میزان افسردگی در افراد مورد پژوهش را ۶۰ درصد نشان داد [۸]. به نظر می‌رسد که علت بالا بودن کیفیت زندگی بیماران دیابتی در بعد روانی

نتایج نشان داد که حدود ۷۱/۳۳٪ از این بیماران دارای کیفیت زندگی نامطلوبی در بعد جسمی هستند. بیماران دیابتی با مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی متعددی مواجه هستند که مجموعه این مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی این بیماران شود [۵]. به نظر می‌رسد علت نامطلوب بودن این بعد از کیفیت زندگی مربوط به عوارض دیابت باشد، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت که دچار عوارض میکروواسکولر و یا ماکروواسکولر می‌باشند، نسبت به سایر بیماران به ویژه در ابعاد سلامت عمومی، عملکرد جسمی و اجتماعی پایین‌تر گزارش شده است [۵]. در مطالعه حاضر نیز بیشتر بیماران از دردهای ناشی از دیابت و به دنبال آن اختلال در عملکرد روزانه و الگوی خواب شاکی بودند. بنابراین

در مطالعه حاضر، مربوط به مدت زمان کوتاه ابتلا به دیابت باشد؛ و یا ممکن است که بیماران در پاسخ‌دهی به سوالات دچار اشتباه شده باشند.

نتایج نشان داد که حدود ۷۸٪ از بیماران دارای کیفیت زندگی نامطلوب در بعد اجتماعی هستند. تحقیقات Tang و همکاران نشان داد که کیفیت زندگی بیماران سالمند در بعد اجتماعی نسبت به بیماران جوان از سطح پایینی برخوردار است [۱۰]. نتایج مطالعه باقری و همکاران نشان می‌دهد که بیماران دیابتی که دچار عوارض عروقی هستند، در بعد اجتماعی کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به بیماران بدون عوارض دارند.

به نظر می‌رسد علت پایین بودن کیفیت زندگی در بعد اجتماعی در بیماران دیابتی، ارتباط نامناسب این بیماران با همسر، فرزندان و سایر اعضای خانواده باشد [۱۱]. زمانی که فرد در می‌یابد که مورد توجه و علاقه افراد دیگر نبوده یا افراد و سازمان‌ها و مراکزی که او به آنها وابسته است از وی حمایت نمی‌کنند، تمایل به انزوا و تنهایی پیدا می‌کند و از میزان ارتباطات اجتماعی خود تا حد زیادی می‌کاهد. چنین پیامدهایی فرد را مستعد ابتلا به اختلالات روانی و افسردگی می‌نماید.

نتایج نشان داد که ۸۴٪ از بیماران دارای کیفیت زندگی اختصاصی مطلوبی هستند. در پژوهشی که قنبری بر روی بیماران دیابتی انجام داد، مشخص شد که کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی تحت تاثیر آموزش می‌تواند از سطح پایین به سطح بالاتر و مطلوبی برسد. ارائه مراقبت و آموزش به بیماران دیابتی سبب احساس نشاط، برقراری ارتباط مطلوب‌تر و رضایت بیشتر از روش‌های درمانی می‌شود [۶]. به نظر می‌رسد که علت بالا بودن کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی در این مطالعه، ارائه برنامه‌های آموزشی مفید و مداومی است که توسط همکاران پرستار برای بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی تبریز صورت می‌گیرد.

در بررسی ارتباط آماری بین کیفیت زندگی و نوع داروی ضد دیابت مورد استفاده، مشاهده گردید که بین نوع داروی ضد دیابت مورد استفاده و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود ندارند. در مطالعه مسعودی علوی و همکاران نیز مشخص شد که هیچ ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی بیماران دیابتی و نحوه درمان آنها با قرص یا انسولین وجود ندارد [۸]. در تحقیق

Coffey نیز ارتباطی بین نحوه درمان با کیفیت زندگی دیده نشد [۱۲].

با بررسی ارتباط آماری بین امتیازات کسب شده از کیفیت زندگی و جنس مشاهده گردید که زنان بطور معنی‌دار دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به مردان هستند ($P < 0.05$)؛ به طوری که در مطالعه Senz و همکاران نیز مشخص گردید که کیفیت زندگی در زنان دیابتی نسبت به مردان دیابتی پایین‌تر است [۱۳]. به نظر می‌رسد علت نامطلوب‌تر بودن کیفیت زندگی در زنان نسبت به مردان، مشکلات جسمی و روانی ناشی از یائسگی و وابستگی‌های مالی آنها باشد [۱۳]. در مطالعه حاضر، بیش از نیمی از بیماران (۵۸٪) مونث و در سن یائسگی قرار داشتند و بیشترین درصد از آنها (۶۷٪) غیر شاغل بودند. جهت ارتقای کیفیت زندگی زنان دیابتی، می‌توان از اقداماتی همچون حمایت اجتماعی (کاهش یا قطع وابستگی مالی زنان و تامین حقوق ماهیانه برای زنان بدون درآمد و خانه دار) و استفاده از داروهای جایگزین هورمونی برای جلوگیری و کاهش عوارض جسمی، روانی و اجتماعی یائسگی در زنانی که در سن یائسگی قرار دارند، استفاده نمود. در بررسی ارتباط آماری بین کیفیت زندگی و تعداد فرزندان ($r = -0.29$ و $P < 0.05$) مشاهده گردید که بین تعداد فرزندان و کیفیت زندگی بیماران دیابتی ارتباط معنی‌داری وجود دارد، به طوری که هرچه تعداد فرزندان کمتر باشد، کیفیت زندگی بیماران مطلوب‌تر خواهد بود. در مطالعه‌ای که Wang و همکاران انجام دادند، مشخص شد که مشخصات فردی و اجتماعی همانند وضعیت اشتغال، سن و تعداد فرزندان می‌توانند بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی تاثیرگذار باشند [۹]. هر چقدر تعداد افراد یک خانواده زیاد باشد؛ نیازها، مشکلات و استرس آن خانواده بیشتر خواهد بود. استرس، عامل تشدید کننده اغلب بیماری‌های جسمی و روانی است [۹].

در بررسی ارتباط آماری بین کیفیت زندگی اختصاصی و وضعیت تاهل ($P < 0.05$) مشخص شد که بین وضعیت تاهل و کیفیت زندگی اختصاصی ارتباط معنی‌داری وجود دارد، به طوری که افراد متاهل نسبت به مجردها یا افراد بیوه و مطلقه کیفیت زندگی مطلوب‌تری داشتند. مطالعه Senz و همکاران نیز بیانگر این نکته است که کیفیت زندگی افراد مجرد نسبت به افراد متاهل از سطح پایین‌تری برخوردار است [۱۳]. بیشتر

واحدهای مورد پژوهش شده باشد که به دلیل اهداف پژوهش، کم کردن تعداد پرسش‌ها مقدور نبود.

۳. ممکن است شرایط روانی افراد مورد پژوهش در پاسخگویی به برخی از پرسش‌ها مؤثر بوده باشد.

۴. این احتمال وجود داشت که واحدهای مورد پژوهش احساس واقعی خود را در پاسخ به پرسش‌ها منعکس نکنند، لذا با توضیح این که محتوای پرسشنامه کاملاً محرمانه بوده و لازم به ذکر نام و نام خانوادگی نیست این مورد تا حدودی کنترل شد.

۵. جمع‌آوری داده‌ها در بیشتر واحدهای مورد پژوهش به صورت مصاحبه رو در رو انجام شد، لذا امکان دارد برخی از بیماران دیابتی به دلایل مختلف به برخی از پرسش‌ها پاسخ دقیق نداده باشند.

به نظر می‌رسد عناوین پژوهشی زیر برای بهتر مشخص شدن عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی مفید باشند:

۱. تأثیر وجود یا عدم وجود بیمه‌های درمانی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی.
۲. تأثیر انجام مراقبت در منزل بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی سالمند.
۳. تأثیر هورمون درمانی بر کیفیت زندگی زنان دیابتی یائسه.

با توجه به این که در این مطالعه بیماران در ابعاد جسمی و اجتماعی نمره پایینی را کسب کرده بودند، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با عناوین زیر انجام پذیرد:

۱. اختلال در الگوی خواب و رابطه آن با کیفیت زندگی بیماران دیابتی.
۲. حمایت همسر و رابطه آن با کیفیت زندگی بیماران دیابتی.

سپاسگزاری

بودجه تحقیقاتی پژوهش حاضر از محل اعتبار پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان تأمین شده است. از کلیه همکاران و پرسنل زحمت کش کلینیک دیابت مرکز آموزشی و درمانی سینا تبریز و تمامی بیماران شرکت کننده در این پژوهش، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

آمارهای افسردگی، خودکشی، بیماری‌های روان تنی و معضلات اجتماعی مربوط به افراد مجرد، بیوه و یا مطلقه می‌باشد و افراد متأهل کمتر به مشکلات فوق دچار می‌شوند [۱۳].

به طور خلاصه عوامل فردی- اجتماعی و اقتصادی مانند تاهل، شغل و درآمد می‌توانند بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی تاثیرگذار باشند و در واقع تغییرات در ابعاد کیفیت زندگی، متأثر از عوامل فردی- اجتماعی است. این نکته به خوبی شناخته شده است که ارتقای کیفیت زندگی بایستی به عنوان نتیجه و بازده مداخلات درمانی در بیماران مزمن مانند بیماری دیابت در نظر گرفته شود. بنابراین با توجه به یافته‌های این مطالعه، می‌توان با تدوین و تجهیز مالی و انسانی مراکز دیابت کشور، به فعال سازی هر چه بیشتر این مراکز کمک کرد و آنها را از حالت منفعل به یک مرکز آموزشی، حمایتی و درمانی قدرتمند و تاثیرگذار تبدیل کرد.

لذا تمامی اقدامات و تلاشهای درمانی و مراقبتی چه در بالین و چه در جامعه بایستی در جهت افزایش رفاه جسمی، روحی و اجتماعی و افزایش استاندارد زندگی آنان باشد، اقداماتی چون: کنترل منظم قند خون و فشار خون، ترک سیگار، پیگیری مرتب و منظم بیماری، تعدیل رژیم غذایی و ورزش، کاهش وزن، استفاده از داروها و آموزش کافی به بیماران و خانواده آنها در زمینه بیماری، درمان و عوارض مربوط به بیماری و همچنین آموزش کنترل منظم قند خون و فشار خون و راهبردهای کنترل استرس و سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی و بهبود روابط بین فردی را می‌توان از طریق جلسات آموزشی و یا از طریق جزوه‌های آموزشی و سایر روش‌های آموزشی به این بیماران ارائه نمود و باعث بهبود کیفیت زندگی آنها در همه ابعاد گردید.

محدودیت‌های این پژوهش عبارت بودند از:

۱. این پژوهش بر روی بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز دیابت سینا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است، لذا نتایج آن به تمام بیماران دیابتی نوع ۲ قابل تعمیم نیست.
۲. این احتمال وجود دارد زیاد بودن تعداد پرسش‌های مندرج در پرسشنامه، باعث کاهش دقت پاسخگویی

مأخذ

1. World health organization. Epidemiology of diabetes. <http://www.WHO.com> (2001).
۲. حبیبیان، سونیا؛ دیگران. طرح کشوری پیشگیری و کنترل دیابت و ادغام آن در نظام پزشکی. معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها). بهمن ۱۳۷۷؛ تهران. ۷-۳۰.
3. <http://www.ir.diabetes-society.com>(1384).
4. Karlsson J, Larsson P. sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery. *Journal of advanced nursing* 2000; 31(6): 1383 – 1392.
5. Sanchez J, et al. Quality of life in insulin treated diabetic outpatients. *Diabetes care* 2005; 27: 1066 -1070.
۶. قنبری، عاطفه. تعیین الگوی عوامل موثر بر ابعاد کیفیت زندگی در بیماران دیابتی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان* ۱۳۸۰؛ (۲): ۸۸ – ۸۲.
7. <http://www.Mehrnews.com> (1385).
۸. مسعودی علوی، نگین؛ همکاران. کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت قندی مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه* ۱۳۸۳؛ (۲): ۲۸-۱۸.
9. Wang W, Wang K. Assessment of quality of life in patients with diabetes mellitus and impaired glucose tolerance. *Hau yu Fang* 2001; 35: 9-26.
10. Tang W, et al. Assessment of quality of life and relevant factors in elderly diabetic patients in the shanghai community. *Pharmacoepidmio drug safe* 2006; 15: 123-300.
۱۱. باقری، حسین؛ همکاران. بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی براساس عوارض دیابت در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده علوم پزشکی شهرکرد* ۱۳۸۰؛ دوره ۷ (۲): ۴۱-۳۲.
12. Coffey JT, et al. valuing health related quality of life in diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25:22-38.
13. Senz B, et al. Quality of life assessment of type 2 diabetic patients in general medicine. *Press Med* 2004; 33:161 -6