مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
بهار ۱۳۹۰
دوره ۳، شماره۱، صفحات ۱۳-۷

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Spring 2011
Vol. 3; Issue 1, Pages : 7-13

عوامل موثر بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ استان چهارمحال و بختیاری

علی احمدی[۱*]، جعفر حسن زاده[۲]، محمد رحیمی مدیسه[۳]، لیلا لشکری[۴]

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت زندگی می‌تواند به عنوان شاخص کیفیت مراقبتهای بهداشتی بوده و جزئی از برنامه درمان بیماری محسوب شود. تعیین این شاخص در بیماری دیابت نوع ۲ که یک بیماری مزمن و شایع است، اطلاعات مفیدی را در اختیار دست اندرکاران امور سلامت و درمان قرار می‌دهد.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی – تحلیلی از نوع مقطعی است که کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ را در استان چهارمحال و بختیاری تعیین نموده است. حجم نمونه مورد نظر به تعداد ۲۵۴ نفر و به صورت تصادفی دو مرحله‌ی انتخاب شد. داده‌ها با پرسشنامه‌ای که روایی و پایایی قابل قبولی داشت جمع آوری و با نرم افزار STATA9 و استفاده از آزمون تی مستقل، مجذور کای، آنالیز واریانس و رگرسیون خطی چندگانه تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار نمره کلی کیفیت زندگی در این مطالعه۱۸/۲۱± ۱۲۲/۸ از ۱۸۴ بود. ۲۷/۶ درصد افراد کیفیت زندگی مطلوب، ۶۷/۳ درصد کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب و ۵/۱ درصد دارای کیفیت زندگی نامطلوب داشتند. رضایت از بیمه درمانی، سابقه بستری در بیمارستان به علت دیابت، ابتلای بیشتر از ده سال به دیابت، کنترل پرفشاری خون، عوارض میکرو و ماکرو واسکولار دیابت، تاری دید و اختلال خواب، مهمترین تعیین کننده‌های کیفیت زندگی در افراد دیابتیک می‌باشند.

نتیجه گیری: با توجه به شناخت دقیق کیفیت زندگی و تعیین کننده‌های آن در بیماران دیابتیک، زمینه برای مداخله سیاستگزاران، برنامه ریزان، پژوهشگران، پزشکان و پرستاران در فرایندهای کاری مربوطه فراهم گردیده است.

واژه‌های کلیدی: پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی، دیابت نوع ۲، کیفیت زندگی

۱- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی دانشجوی دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد
۲- دانشیار گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۳- کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد
۴- کارشناس مامایی، بیمارستان امام علی(ع)، مدیریت درمان تامین اجتماعی استان چهارمحال و بختیاری
*** نویسنده مسئول:** دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دانشکده بهداشت
تلفن: ۰۳۸۲-۲۴۲۸۷۳۴ پست الکترونیک: aliahmadi2007@gmail.com

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-09]

مقدمه

از دیابت به عنوان" اپیدمی خاموش" نام برده می‌شود و به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی عمده در ایالات متحده آمریکا و سایر نقاط جهان و حتی کشور ما قلمداد می‌شود. زیرا دیابت شایعترین بیماری متابولیک با شیوعی روبه افزایش است که امید به زندگی را به یک سوم کاهش می‌دهد (۲،۱). این بیماری باعث هزینه‌های مستقیم به میزان ۲/۵ تا ۱۵٪ کل بودجه بهداشتی و هزینه‌های غیر مستقیم تا چند برابر و پدیدآورنده عوارضی چون بیماریهای ایسکمیک قلبی، پرفشاری خون، رتینوپاتی، نوروپاتی، کاتاراکت و غیره بوده و مسئول ۹٪ کل مرگها در جهان می‌باشد (۳،۲). دیابت می‌تواند بر عملکرد فیزیکی و جسمی، توسعه عوارض بیماری، وضعیت روحی و روانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی، عملکرد جنسی و درک از سلامتی تاثیر گذار باشد (۴،۵). پیش آگهی طولانی مدت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت، بستگی به پیشرفت و شدت عوارض مزمن به ویژه بیماری‌های قلبی عروقی دارد (۶،۵). هزینه‌های دیابت بر روی هر کس و در هر کجا تاثیر گذار است. این هزینه‌ها فقط مخارج مالی نیستند، بلکه هزینه‌های نامحسوسی همچون: درد، اضطراب، ناراحتی، سردرد، ناتوانی، استرس، افسردگی، عفونت، قطع عضو و اندام و مشکلات تغذیه‌ای را بهمراه دارد، آثار بیماری بر روابط اجتماعی، زناشویی، خانواده و شغل اثر گذاشته و عمدتاً کاهش جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت و خانواده یشان به چشم می‌خورد (۸،۷). کیفیت زندگی از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی کردن و زیستن است (۹). تعریف دقیق و مشخص از کیفیت زندگی ممکن نیست اما می‌توان با فرضیات زیر آن را توصیف کرد:

۱- ماهیت و ساختار آن مستقیماً قابل مشاهده و اندازه‌گیری نیست.

۲- ساختار چند بعدی آن شامل جنبه‌های فیزیکی ، روانی و اجتماعی سلامت است.

۳- متاثر از تجربه شخص و درک او از زندگی است و با زندگی و با زمان تغییر می‌کند» (۱۰).

سازمان جهانی بهداشت تعریف زیر را از کیفیت زندگی ارائه نمود: درک فرد از وضعیت کنونی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر فرد (۱۱).

نتایج کارآزمایی‌های بالینی نشان داده‌اند که کیفیت زندگی می‌تواند به عنوان شاخص کیفیت مراقبتهای بهداشتی و جزئی از برنامه درمان بیماری محسوب شده و اندازه گیری آن در بیماریهای مزمن، اطلاعات بیشتری را در مورد وضعیت سلامت و بیماری در اختیارمان قرار می‌دهد. همچنین می‌تواند راهنمای مفیدی برای ارتقاء کیفیت مراقبتها باشد. با توجه به افزایش روزافزون بروز و شیوع دیابت، و اهمیتی که تاثیر این بیماری بر روی تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا دارد و اینکه کیفیت زندگی در فرهنگ‌های مختلف معانی متفاوتی دارد، تعیین این شاخص در بیماران دیابتی نوع ۲ استان چهارمحال و بختیاری، می‌تواند ضمن روشن نمودن چگونگی کیفیت زندگی در این بیماران، زمینه را برای ارتقاء آن فراهم آورد (۱۴-۱۲).

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی بود که جهت بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ طرح ریزی شد. جامعه پژوهش آن، افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۸۷ بود. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱- حداقل یکسال از زمان تشخیص قطعی بیماری دیابت نوع ۲ آنها گذشته باشد تا به نوعی کیفیت زندگی آنها تحت تاثیر بیماری دیابت قرار گرفته باشد. ۲- نمونه‌ها در گروه سنی ۳۰ تا ۶۵ سال قرار داشته باشند. چرا که بر اساس تحقیقات انجام شده سن شایع شروع دیابت نوع ۲ از ۳۰ سالگی به بعد و مخصوصاً ۴۰- ۳۵ سال می‌باشد و در سنین بالاتر از ۶۵ سال نیز کیفیت زندگی بیش از آنکه تحت تاثیر بیماری قرار بگیرد تحت تاثیر متغیر مداخله گر سن قرار خواهد گرفت (۱۶،۱۵). ۳- در ۵ سال گذشته محل زندگی و سکونت آنها در استان چهارمحال و بختیاری بوده باشد. معیارهای خروج از مطالعه نیز داشتن اختلال روانی شناخته شده، بستری بودن فرد مورد بررسی در بیمارستان به دلیل بیماری دیابت و یا هر بیماری دیگر در طول دو هفته قبل از تکمیل پرسشنامه و ابتلا به بیماریهای مزمن از جمله انواع سرطان و آسم در نظر گرفته شد.

در مباحث مربوط به تعیین حجم نمونه برای سنجش روایی و پایایی پرسشنامه‌های بررسی کیفیت زندگی، طبق نظر فایر و همکاران تعداد حداقل ۱۰۰ مورد مناسب تشخیص داده شده است (۱۴). با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه برای میانگین‌ها با سطح اطمینان ۹۵٪ ، مقدار آلفای ۰/۰۵ ، S=۳۵ و d=۴/۵ و در نظر گرفتن خطای تصادفی، حجم نمونه ۲۵۴ نفر بوده است. نمونه گیری به صورت تصادفی دو مرحله‌ای انجام شد. بدین صورت که ابتدا به صورت طبقه ای، سهم بیمارانی که از هر شهرستان می‌بایست در نمونه باشند تعیین شد و سپس با تهیه لیست بیماران آن شهرستان، نمونه گیری به صورت تصادفی منظم در لیست هر شهرستان انجام شد.

پرسشنامه اندازه گیری کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ طی چند مرحله تدوین گردید. پرسشنامه از نظر جامعیت، روایی و پایایی و تطابق فرهنگی مرور، ارزیابی و تایید گردید. برای کلیه سوالات از مقیاس چهارتایی لیکرت (همیشه ، اکثر اوقات، ندرتاً و هیچ وقت) یا (کاملاً موافق، موافق، مخالف و کاملاً مخالف) استفاده گردید و هر بیمار می‌توانست از این

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-09]

پرسشنامه نمره‌ای بین ۴۶ تا ۱۸۴ کسب نماید. افزایش نمرات نشانه افزایش کیفیت زندگی است. پرسشنامه مورد استفاده با در نظر گرفتن دو جنبه طراحی و تدوین گردید. یک جنبه با در نظر گرفتن حیطه‌های سلامتی و کیفیت زندگی که مشتمل بر چهار حیطه سلامت روان، سلامت فیزیکی، ارتباطات اجتماعی وسلامت محیط بوده و به ترتیب هر حیطه دارای ۱۵، ۱۳، ۱۱و ۷ سوال بوده است. هر نفر می‌توانست در حیطه روانی ۶۰-۱۵ امتیاز، در حیطه فیزیکی ۵۲-۱۳ امتیاز، در حیطه ارتباطات ۱۱ تا ۴۴ امتیاز و در حیطه محیط ۷ تا ۲۸ امتیازکسب نماید. جنبه دیگر با در نظر گرفتن سه حیطه کیفیت زندگی عمومی، کیفیت زندگی اختصاصی و کیفیت کلی زندگی بوده است. برای بررسی کیفیت زندگی عمومی ۱۶ سوال وجود داشت و بیماران از این قسمت می‌توانستند ۱۶ تا ۶۴ امتیاز کسب نمایند.۳۰ سوال مربوط به بررسی کیفیت زندگی اختصاصی بیماری دیابت نوع ۲ بود که از این قسمت، بیماران می‌توانستند ۳۰ تا۱۲۰ امتیاز را کسب نمایند. کیفیت زندگی کلی نیز شامل کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی بود. در مجموع پرسشنامه دارای۴۶ سوال بود.

روایی محتوایی و ظاهری پرسشنامه توسط اساتید راهنما و مشاور و پنج صاحب نظر، و در ابتدا برای ۲۰ بیمار و سپس در ۲۵۴ فرد مبتلا به دیابت نوع ۲، مورد تائید قرار گرفت. به منظور بررسی پایایی پرسشنامه از روش سنجش سازگاری درونی[1] و از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه مورد استفاده ۰/۹۲۲، با حدود اطمینان ۹۵٪، نیز (۰/۹۳۵ – ۰/۹۰۷) بدست آمد.

با ساختن پایگاه داده‌ها و پرسشنامه در نرم افزار STATA9، تحلیل داده‌ها انجام شد. از روشهای آمار توصیفی مانند میانگین، میانه، نما و انحراف معیار و آمار تحلیلی مانند آزمون تی مستقل، آزمون مجذور کای، آزمون همبستگی پیرسون در داده‌های با توزیع نرمال، آزمون آنالیز واریانس و رگرسیون خطی چندگانه و سطح اطمینان ۹۵٪ برای تحلیل داده‌ها استفاده گردید. در ابتدا تحلیل تک متغیره انجام شد وسپس با توجه به اینکه پیش شرط‌های انجام رگرسیون ارزیابی و تائید شدند، متغیرهایی که در تحلیل تک متغیره، ارتباط معنی داری با متغیر وابسته داشت وارد تحلیل چند متغیره و رگرسیون خطی چندگانه شد. روش انتخابی برای تحلیل رگرسیون ، روش پلکانی[2] (گام به گام) یا بود.

یافته ها

در این پژوهش ۲۵۴ نفر مبتلا به دیابت نوع ۲ در شش شهرستان استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۸۷ مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۵۰ نفر (۵۹٪) آنها مونث و ۱۰۴ نفر(۴۱٪) مذکر بودند. حداقل و حداکثر سن برای افراد مورد بررسی ۳۰ و ۶۵ سال با میانگین ۵۴/۸ سال و انحراف معیار ۸/۶ سال و میانگین مدت زمان ابتلا به دیابت در آنها ۷/۴ سال با انحراف معیار ۵/۸ بوده است. ۴۵/۶٪ بیماران ساکن شهر و بقیه در روستا سکونت داشتند. شغل ۵۳/۵٪ خانه دار، ۲۱/۳٪ کشاورز و کارگر، ۱/۶٪ کارمند دولت، ۲٪ بیکار و مابقی بازنشسته و از کار افتاده بود. افراد مبتلا برای کنترل بیماری خود در ۷۶٪ موارد از قرص، ۱۶/۹٪ از درمان ترکیبی (قرص، انسولین، رژیم غذایی و ورزش) و ۷/۱٪ فقط از رژیم غذایی استفاده می‌کردند.

جدول ۱: توزیع نمرات کسب شده کیفیت زندگی و حیطه های آن در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۸۷

حیطه	نمره مورد انتظار	میانگین± انحراف معیار
سلامت فیزیکی	۵۲	۳۲/۷± ۵/۸۷
سلامت روانی	۶۰	۷/0۷± ۴۲/۴
ارتباطات اجتماعی	۴۴	۴/۷۶±۳۱/۹
سلامت محیط	۲۸	۲/۷۷± ۱۴/۱
کیفیت زندگی اختصاصی	۱۲۰	۱۲/۹۶± ۷۷/۴
کیفیت زندگی عمومی	۶۴	۶/۴۵± ۴۵/۴
نمره کلی کیفیت زندگی	۱۸۴	۳۲/۷± ۵/۸۷

۶۴/۲٪ افراد بیسواد، ۲۸٪ دارای تحصیلات ابتدایی، ۲/۸٪ راهنمایی و ۵/۱٪ دبیرستانی و دیپلم بودند. ۸۷٪ متاهل و ۱۳٪ همسرانشان فوت کرده بود. جدول یک میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. جدول دو ارتباط بین متغیرهای بررسی شده و حیطه‌های کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. متغیرهای جنسیت، وضعیت اقتصادی و درآمد، سطح تحصیلات، سن، سابقه دیابت در بستگان درجه یک، مصرف دخانیات، نمایه توده بدنی و بعد خانوار ارتباط آماری معنی داری با کیفیت کلی زندگی نداشتند ($P > ۰/۰۵$).

در مدل رگرسیونی مدت زمان ابتلای بالاتر از ده سال، عدم کنترل پرفشاری خون، عوارض میکروواسکولار، سابقه بستری در بیمارستان به علت دیابت، رضایتمندی از خدمات بیمه ای، شهرستان محل زندگی و داشتن علائم تاری دید و اختلال خواب مهمترین تعیین کننده‌های کیفیت زندگی افراد دیابتی نوع ۲ بودند ($P < ۰/۰۱$). ضرایب متغیرهای موثر برکیفیت کلی زندگی بیماران دیابتی در مدل نهایی رگرسیون خطی چندگانه در زیر آمده است.

(سکونت بیمار در شهرستان مرکز استان۱/۶) + (فشارخون بالا۲/۷) - (ابتلای بیشتر از ده سال به دیابت۲/۲) - (عوارض میکروواسکولار۴/۴) - (نداشتن تاری دید۷/۳) + (نداشتن

1- Internal Consistency
2- Stepwise

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-09]

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات کسب شده در حیطه های کیفیت زندگی بر حسب متغیرهای مورد بررسی در مبتلا یان به دیابت نوع ۲ استان چهارمحال و بختیاری – سال ۱۳۸۷

متغیر / کیفیت زندگی		کل	فیزیکی	روان	اجتماعی	محیط
جنس	مرد	۱۲۳/۰۱ ±۱۸	۳۳/۲±۵	۴۲/۸±۷	۳۱/۵±۴	۱۳/۸±۵
	زن	۱۲۲/۷±۱۷	۳۲/۳±۶	۴۲/۲±۶	۳۲/۲±۳	۱۴/۳±۴
وضع تاهل	متاهل	۱۲۳/۸±۱۸	۳۳/۱±۴	۴۲/۷±۸	۳۲/۲±۵	۱۴/۲±۴
	بدون همسر	۱۱۶ ±۱۶	۳۰/۱±۵	۴۰/۳±۵	۳۰/۰۹±۳	۱۳/۳±۴
نوع سکونت	شهری	۱۱۹/۸±۱۵	۳۱/۵±۷	۴۱/۴±۶	۳۱/۶±۴	۱۳/۷±۳
	روستایی	*۱۲۵/۴±۱۷	*۳۳/۷±۹	*۴۳/۳±۵	۳۲/۲±۴	*۱۴/۴±۶
سن	< ۵۰ سال	۱۲۵/۱±۱۶	۳۳/۶±۶	۴۲/۶±۶	۳۲/۶±۵	۱۴/۵±۴
	> ۵۰ سال	۱۲۱/۹±۱۸	۳۲/۳±۵	۴۲/۳±۴	۳۱/۶±۵	۱۳/۹±۴
سابقه بستری در بیمارستان	دارد	۱۱۳/۲±۱۶	۳۰/۰۲±۶	۳۸/۸±۸	۲۹/۹±۳	۱۲/۶±۲
	ندارد	*۱۲۴/۶±۱۷	*۳۳/۲±۶	*۴۳/۱±۵	*۳۲/۳±۵	*۱۴/۴±۵
کنترل فشارخون	قابل قبول	*۱۲۵/۰۹±۱۸	*۳۳/۵±۷	*۴۳/۲±۶	۳۲/۲±۳	*۱۴/۴±۶
	غیرقابل قبول	۱۱۹/۹±۱۵	۳۱/۶±۶	۴۱/۴±۵	۳۱/۵±۳	۱۳/۷±۳
عوارض مزمن دیابت	دارد**	۱۱۵/۷±۱۶	۳۰/۱±۵	۴۰/۰۶±۵	۳۰/۷±۵	۱۳/۴±۴
	ندارد	*۱۲۴/۳±۲۰	*۳۳/۲±۹	*۴۲/۹±۶	۳۲/۲±۴	۱۴/۲±۴
مدت ابتلا به بیماری	<۳سال	۱۲۷/۹±۱۹	۳۳/۸±۸	۴۴/۲±۵	۳۳/۲±۴	۱۴/۹±۶
	۳-۶ سال	۱۲۲/۹±۱۸	۳۳/۲±۵	۴۲/۲±۵	۳۱/۸±۵	۱۴±۶
	۷-۱۰	۱۲۲/۳±۱۷	۳۲/۵±۶	۴۲/۳±۴	۳۱/۷±۴	۱۴/۲±۵
	> ۱۰ سال	*۱۱۵/۰۶±۱۹	*۳۰/۳±۵	*۴۰±۷	*۳۰/۲±۵	*۱۲/۸±۳
تحت مراقبت مرکز بهداشت شهرستان	شهرکرد	*۱۲۶/۹±۱۷	*۳۳/۷±۸	*۴۴/۲±۶	*۳۲/۷±۵	۱۴/۵±۵
	بروجن	*۱۱۵/۹±۱۸	۳۰/۶±۷	۴۰/۱±۵	۳۰/۲±۴	۱۳/۳±۶
	فارسان	۱۱۷/۹±۱۹	۳۲/۱±۵	۳۹/۵±۶	۲۹/۹±۳	۱۴/۵±۵
	لردگان	۱۱۷/۳±۲۰	۳۰/۸±۷	*۳۹/۳±۷	۳۲/۱±۳	۱۳/۴±۶
	اردل	۱۲۵/۴±۱۹	*۳۳/۵±۷	۴۳/۴±۵	*۳۳±۵	۱۳/۹±۶
	کوهرنگ	*۱۳۳/۶±۱۶	*۳۶/۱±۵	۴۷/۲±۴	*۳۴/۵±۴	۱۵/۳±۳
رضایتمندی از خدمات بیمه‌ای	بلی	*۱۲۴/۹±۱۸	*۳۳/۲±۶	*۴۳/۲±۸	*۳۲/۴±۴	*۱۴/۳±۵
	خیر	۱۱۳/۵±۱۵	۳۰/۴±۴	۳۸/۷±۷	۲۹/۸±۲	۱۳/۱±۲

* مقدار P کمتر از ۰/۰۵ و معنی دار است ،
**عوارض میکروواسکولار و ماکروواسکولار

اختلال خواب۷) + (سابقه بستری در بیمارستان بعلت دیابت۷/۸) -(عدم رضایتمندی از بیمه ۸/۶) -۱۲۶/۱ = کیفیت زندگی کلی

بحث

دیابت یکی از بیماریهای شایع متابولیک است که بر ابعاد زندگی بیماران، تاثیر سوء گذاشته و درمان قطعی ندارد. کیفیت زندگی مهمترین شاخص برای ارزیابی وضعیت مراقبتهای بهداشتی و درمانی در بیماریهای مزمن است. برای دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب در بیماران دیابتیک، ابتدا باید به بررسی و شناخت کیفیت زندگی آنها پرداخت. در این مطالعه ضمن طراحی ابزار جدید و مقبولیت بالای روایی و پایایی آن، به بررسی فاکتورهای دموگرافیک و فردی، نمایه توده بدنی، فشارخون و اندازه گیری کیفیت زندگی در ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی و محیط و همچنین کیفیت زندگی اختصاصی، عمومی و کلی پرداخته شد. به دلیل اینکه بیشتر تحلیل‌های انجام شده در مطالعات مختلف داخلی و خارج از کشور از نوع توصیفی و یا از نوع تحلیل تک متغیره بوده و تنها به گزارش نمره مربوطه در هر حیطه یا حیطه کلی کیفیت زندگی پرداختند و اینکه عمدتاً از پرسشنامه‌های عمومی بررسی کیفیت زندگی مانند WHOQOL - BREF، SF-26، SF-36، SF-20، ADOQOL و پرسشنامه‌های اختصاصی محقق ساخته، استفاده نمودند، قابلیت مقایسه نتایج این مطالعه با مطالعات دیگران به علت استفاده از ابزارهای گوناگون وجود ندارد.

میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در این مطالعه ۱۲۲/۸ تعیین گردید. نقاط برش برای تعیین کیفیت زندگی مطلوب، نسبتاً مطلوب و نامطلوب بر اساس صدک‌ها انجام گردید. ۲۷/۶ درصد افراد کیفیت زندگی مطلوب (بالاتر از صدک۷۵)، ۶۷/۳ درصد کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب (بالاتر از صدک ۵۰ و کمتر از صدک ۷۵ نفر) و ۵/۱ درصد دارای کیفیت زندگی نامطلوب (کمتر از صدک۵۰) بودند. این یافته با نتیجه مطالعه مارچاسون در فرانسه که گزارش نمود ۸/۵٪ افراد کیفیت زندگی نامطلوب دارند تقریباً شبیه بوده و همخوانی دارد (۱۷).

اما با نتایج مطالعه منجمد و همکاران که گزارش نمودند ۱۳/۵٪ کیفیت زندگی بیماران مطلوب، ۷۱٪ نسبتاً مطلوب و ۱۵/۵٪ کیفیت زندگی نامطلوب بود، همخوانی ندارد و مطالعه

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-09]

ما تقریباً کیفیت زندگی بالاتری را در جامعه مورد بررسی گزارش می‌نماید (۱۸). مهمترین توجیه این است که اولاً پرسشنامه مورد استفاده متفاوت بوده و ثانیاً در آن مطالعه بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت بررسی گردیدند. با توجه به اینکه نقاط برش مطالعه حاضر با مطالعه منجمد در تهران همخوانی دارد به نظر می‌رسد علیرغم متفاوت بودن پرسشنامه‌ها، محدودیت مقایسه ناچیز باشد.

همچنین متوسط نمره کلی کیفیت زندگی در مطالعه ما بالاتر از مطالعه مشابه‌ای در یزد می‌باشد. در مطالعه یزد از پرسشنامه SF-20 استفاده گردید و متوسط نمره ۲۵/۶۵ از ۶۰ امتیاز بود. ۳۳/۶٪ از بیماران یزدی دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند که این رقم نیز از مطالعه ما بالاتر می‌باشد. مهمترین توجیه این یافته آن است که شیوع عوارض میکروواسکولار در یزد بالا بوده و به تبع آن کیفیت زندگی نیز در بیماران دیابتی آنجا پائین تر است (۱۵).

نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات هانینن[1]، پوور[2]، مسعودی و همکاران و باقیانی مقدم و همکاران که گزارش نمودند، سن و جنسیت، رابطه‌ی با کیفیت زندگی ندارد مطابقت دارد (۲۰-۱۷). اما با نتایج مطالعه‌ای در نوار غزه که گزارش نمود جنسیت زن و سن بالای ۵۰ سال تاثیر منفی بر کیفیت زندگی دارند همخوانی ندارد. اما مطالعه ما با این نکته در این مطالعه که گزارش نمود ارتباطات اجتماعی مهمترین تعیین کننده کیفیت کلی زندگی است همخوانی دارد (۹). توجیه این همخوانی احتمالاً این است که این مولفه از جمله مهمترین سازه‌های کیفیت زندگی بیماران است. همچنین مطالعه حاضر گزارش نمود که وضعیت تاهل در کیفیت کلی زندگی تعیین کننده نیست که با نتایج مطالعات هاننین، پاپادوپولوس[3] و الجدی[4] همخوانی دارد (۱۹، ۹، ۸). با مقایسه نتایج کیفیت زندگی بر اساس عوارض در این مطالعه و مطالعات مشابه در یونان، آمریکا، فرانسه، شاهرود، تهران، بندرعباس و یزد، نتایج همخوانی داشته و نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بطور معنی داری درکسانی که دارای عوارض ماکرو واسکولار و میکروواسکولار می‌باشند پائین تر است (۲۱،۱۶، ۳۱،۲۵). یافته‌های ما با نتایج مطالعات پاپادوپولوس، توماس[5] و هانینن که گزارش نمودند عوارض دیابت، مدت زمان ابتلا به دیابت، چاقی، پرفشاری خون و هیپرلیپیدمی با کیفیت زندگی ارتباط دارد و همچنین با بیشتر نتایج مطالعات انجام شده در آمریکا و ایالت ویرجینیا همخوانی دارد (۱۸،۲۴،۱۹،۸).

نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعات دیگران که به پیش بینی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ پرداخته‌اند و گزارش نمودند عوارض بیماری دیابت و مدت زمان ابتلا به بیماری، بیشترین تاثیر را بر کیفیت زندگی دارند همخوانی و مطابقت داشته و تائیدی بر یافته‌های آنهاست (۲۹-۲۶ ،۸،۱۷،۱۹،۲۰). توجیه این یافته این است که هر چه از زمان تشخیص یا ابتلا به دیابت بگذرد کیفیت زندگی بیشتر تحت تاثیر قرار می‌گیرد.

در این مطالعه نیز کسانی که بیماری خود را با رژیم غذایی به تنهایی و یا با قرص کنترل می‌کردند کیفیت زندگی بالاتری نسبت به کسانی که از درمان ترکیبی (قرص، انسولین، ورزش و تغذیه) استفاده می‌کردند داشتند. این یافته نیز با مطالعه‌ای در عربستان که گزارش نمود بیمارانی که با رژیم غذایی بیماری خود را کنترل می‌کنند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند و همچنین با مطالعه آقا ملایی مطابقت دارد (۲۹).

رضایتمندی یکی از جنبه‌های مهم در مراقبت‌های بهداشتی درمانی و بیمه‌ای است. اگر یک خدمت علیرغم اثربخشی و کارایی، مورد رضایت دریافت کنندگان نباشد، همواره با شکست و یا مشارکت ضعیف مردم همراه می‌شود. اجرای بیمه همگانی خدمات درمانی از مهمترین وظایف دولت‌ها و از جمله اصول عدالت اجتماعی به شمار می‌رود. در این مطالعه افرادی که بیمه نداشتند بطور قابل توجهی نسبت به کسانی که بیمه درمانی داشتند دارای کیفیت زندگی پائین‌تری بودند. با توجه به مفهوم بیمه و کاربرد آن این نتیجه معقول به‌نظر می‌رسد. در جستجوی انجام شده مطالعه‌ای که در این زمینه انجام شده باشد یافت نگردید. اما با نتایج مطالعه‌ای در ویرجینیا که گزارش نمود کسانی که از مراقبتهای بهداشتی درمانی ناراضی هستند کیفیت زندگی پائینی دارند همخوانی دارد (۱۸).

در این مطالعه کیفیت زندگی در کسانی که ساکن روستا بودند بیشتر از کسانی بود، که ساکن شهرها بودند. معمولاً انتظار می‌رود که کیفیت زندگی در شهرها بهتر باشد اما بر خلاف انتظار، کیفیت زندگی بیماران در این مطالعه در روستا بهتر از شهر بود. در این زمینه مطالعه‌ای جهت مقایسه یافت نگردید. توجیه این یافته احتمالاً این است که در شهرها تعداد مراجعه بیماران مختلف به کلینیک‌ها بیشتر از روستاها بوده و به دنبال آن کیفیت خدمات کمتر است و بر کیفیت زندگی تاثیر دارد. این یافته نیاز به بررسی بیشتر داشته و لازم است مطالعه‌ای در این خصوص اجرا گردد.

یافته مهم دیگر تفاوت معنی دار بین بیماران تحت پوشش شبکه‌های بهداشتی درمانی استان بوده است. در تحلیل تک متغیره بیماران تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان‌های کوهرنگ و شهرکرد از کیفیت زندگی بالایی نسبت به بیماران تحت پوشش شبکه‌های بهداشتی دیگر برخوردار بوده و بیماران تحت پوشش شبکه بهداشت ودرمان شهرستان بروجن از کیفیت زندگی پائین تری نسبت به شبکه‌های دیگر برخوردار

1- Hanninen
2- Pouwer
3- Papado Poulos
4- Eljedi
5- Thomas

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-09]

بودند. اما در تحلیل چندگانه فقط کیفیت زندگی بیماران تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان شهرکرد معنی دار گردید. از جمله دلایل این تفاوتها می‌توان به پشتیبانی اداری مالی، پشتیبانی کادر بهداشتی درمانی و مدیریت، برقراری مستمر برنامه‌های پزشکی و بهداشتی، بهداشت محیط و نظارت سطوح بالاتر و احتمالاً حضور پزشکان متخصص غدد در مرکز استان (شهرکرد) اشاره نمود.

نتیجه گیری

پرسشنامه ساخته شده در این مطالعه، روایی و پایایی قابل قبولی داشته و برای بیماران دیابتی ایرانی تطبیق و بومی سازی گردید. بنابراین استفاده از آن در مطالعات دیگر پیشنهاد می‌گردد. رضایتمندی از بیمه درمانی، سابقه بستری در بیمارستان بعلت دیابت، ابتلای بیشتر از ده سال به دیابت، کنترل پرفشاری خون، عوارض دیابت، داشتن تاری دید، اختلال خواب و سکونت در شهرستان شهرکرد مهمترین عوامل موثر بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ بودند. از میان عوامل تعیین کننده مذکور، عوارض مزمن دیابت (میکرو و ماکرو واسکولار) مهمترین عامل به نظر می‌رسد. پیشنهاد می‌شود سیاستگزاران، برنامه ریزان، پژوهشگران و پرستاران در فرایندهای کاری مربوط به خود، عوامل مذکور را مد نظر قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مالی و معنوی دانشگاههای علوم پزشکی شیراز و شهرکرد در قالب پروژه تحقیقاتی چند مرکزی داخلی مورد تصویب و اجرا قرار گرفت که بدینوسیله مراتب تشکر خود اعلام می‌داریم. از سرکار خانم دکتر نگین مسعودی علوی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و آقای محمود شجاعی کارشناس دیابت مرکز بهداشت استان چهارمحال و بختیاری و سایر همکاران در اجرای مطلوب طرح، و همچنین مسئولین محترم مجله دانشگاه علوم پزشکی بجنورد سپاسگزاری می‌شود.

References

1. Andrew J, Guideline and Performance Measures for Diabetes, AJMC 2007, 13(2) : 41-46
2. Azizi F, Hatami H, Janghorbani M, Epidemiology and Control of Common Disease In Iran, 1st Ed, Tehran, Eshtiagh Press 2007; 32-55 [Persian].
3. Delavari A , Mahdavi Hazaveh A , Nowrozi Nejad A, planning of diabetes control in Iran, Ministry Of Health & Medical Education Undersecretary For Health Disease Management Center, Tehran , 2004[Persian].
4. James E Graham, Diane G, Stoebner May, Glenn V, Health Related Quality Of Life In Older Mexican Americans With Diabetes, Health And Quality Of Life Out Comes 2007; 5 (39) : 1-7
5. Michael JF, Diabetes Foundation, Clinical Diabetes, American Diabetes Association 2008; 26, 77-82
6. Sarah W, Gojka R, Anderes G, Richard S, Hilary K, Global Prevalence Of Diabetes, Diabetes Care 2004; 27 : 1047-1053
7. Ghavami H, Ahmadi F, Entezami H, Meamarian R, Survey of effect with diabetes mellitus type II, in Orumieh In the years 2003-2004, Semnan University Medical of Science 2004; 6(3) : 179-186[Persian].
8. Papado Poulos A, Kontodimopoulos N, Predictors of health related quality of life in type 2 diabetic patients in Greecc, BMC Public Health 2007; 7 (147): 186-91
9. Eljedi A, Rafael T, health related quality of life in diabetic patients and controls without diabetes in refugee camps in the Gaza Strip, BMC Public Health 2006; 6(268) : 1-9.
10. Testa MA, Simonson DG, Assessment of quality of life outcomes, New Eng J Med 1996; 334(28): 835-840.
11. Darvish Poor Kakhki A, Abed Saeidi J, Yaghmaei F, Alavi Majd H, Montazeri A, Survey correlation between quality of life and disease and demographic variables of diabetic patients referred to Tehran hospitals in 2004, Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism 2006; 29(8): 56-49.
12. Reddy SS, Health Outcomes In Type 2 Diabetes, Int J Clin Pract Suppl 2000; (113):46-53.
13. Yildirim A, Akinci F, Gozu H, Translation, Cultural Adaptational , Cross- Validation of The Turkish Diabetes Quality Of Life Measure, Quality of Life Research 2007; 6 (5): 873-879.
14. Alavi N, Ghofranipour F, Developing A Culturally Valid And Relible Quality of Life Questionnaire For Diabetes Mellitus, East Mediterr Health J 2007; 13(1) 177-185.
15. Baghianimoghadam MH, Afkhami M, Ardakani SS, Mazloomi M, Saaidizadeh, Quality of life in type patient in Yazd, Journal of Shahid Sadoughi University of Medical sciences, 2006;4(14): 49-54[Persian].
16. Ghanbari A, Parsa Y, Assessment of factors affecting quality of Life in diabetic patient in Iran, J of Public Health Nursing 2005; 22 (4): 311 – 322 [Persian].
17. Marchasson B, Dubroca B, Manciet G, Prevalence of diabetes and effect on quality of life in older french living in the community, J A M Geriatr Sos, 1997; 45 (3): 295 – 301.
18. Monjamed Z, Ali Asqharpoor M, Mehran A, Peimani T, The quality of life in diabetic patients with chronic complications, The Journal of Faculty of Nursing & Midwifery 2006;1(12): 55-66[Persian].

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-09]

19. Pouwer F, Snoek FJ, Patients evaluation of The quality of diabetes Care (PEQD), Qual Saf Health Care 2002; 11(2): 131-136

20. Hanninen J, Tkala J, Quality of life In NIDDM patients assessed with the SF-20 questionnaire, Diabetes Res Clin Pract 1998; 42 (1):17-27

21. Booya F, Bandarian F, Larijani B, Potential Risk Factor Diabetic Neuropathy, BMC Neurology 2005; 5(24):1-5.

22. Rao AA, Sridhar RS, Quality of care: assessment, Lipid In Health And Disease 2007; 6(12): 1-13

23. Thomas E, Radhika D, Brian M, Debra Gilin, Development and validation of the diabetes quality of life brief clinical inventory, Diabetes Spectrum 2004; 17 (1): 41-49

24. Bagheri H, Ebrahimi H, Taghavi NS, Hassani MR, Evaluation of quality of life in patients with diabetes mellitus based on its complications referred to Emam Hossein Hospital, Shahroud, Shahrekord University of medical Sciences Journal, 2005; 2(7): 56-50

25. Tennvall G, Apelqvist J, Health- Related quality of life in patients with diabetes mellitus and foot ulcers, J Diabetes Complication 2000; 14(5): 235-241

26. Glasziou P, Alexander J, Beller E, Clarke P, Which health related quality of life score? Health & Quality Of Life Outcomes 2007; 21(5) : 1-11

27. Brown M, Brown G, Sharma S, Busbee B, Quality of life Associated with visual loss: A time trade off utility analysis comparison With Medical Health States. Ophthalmology 2003; 110 (6): 1076 -1081

28. Senez B, Felicioli P, Moreau A, Legoaziou MF, Quality of life assessment of type 2 diabetic patients in general medicine, Presse Med 2004; 33 (3) : 161-166.

29. Ensaf S, Gawad A, Quality of life in Saudis with diabetes, Saudi Journal of Disability and Rehabilitation 2002; 8 (3): 163-168

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-09]