

## تعیین الگوی عوامل موثر بر ابعاد کیفیت زندگی در بیماران دیابتی

عاطفه قنبری<sup>۱\*</sup> - دکتر پارسا یکتا<sup>۲\*</sup> - عطرکار روشن<sup>۳\*</sup>

\* عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

\* استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تهران

\*\* مربی رشته آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

### چکیده

دیابت یک بیماری مزمن محسوب می‌شود، و یکی از موارد بسیار مهم در امر مراقبت از بیماران مزمن، بررسی کیفیت زندگی آنها است. بیماران دیابتی با اختلالات زیادی در ابعاد کیفیت زندگی مواجه هستند ولی سوال این است که کیفیت زندگی بیماران متأثر از چه عواملی است؟

در این راستا محقق بر آن شد تا تحقیقی با هدف تعیین الگوی عوامل موثر بر ابعاد کیفیت زندگی انجام دهد و در نهایت به الگوی دست یابد، که به توصیف هر چه بیشتر تاثیر مشخصات فردی - زمینه‌ای بر کیفیت زندگی بیماران می‌پردازد. در این مطالعه توصیفی (مقطعی)، تعداد ۱۱۷ بیمار دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز آموزش دیابت بیمارستان سینا واقع در شهر تبریز به مدت شش ماه از مرداد تا دی ماه ۱۳۷۹، انتخاب گردیدند، که از این تعداد ۸۵/۵ درصد نمونه‌ها زن و بقیه مرد (۱۴/۵ درصد) بودند، واحدهای مورد پژوهش به دو سری پرسشنامه پاسخ دادند اول، ابزار استاندارد شده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، دوم، ابزار اختصاصی دیابت شامل ۹ بعد، عملکرد جسمی، درد، فعالیت روزمره، احساس، خواب، ارتباط با نزدیکان، سلامت کلی، مشکلات و رضایت از روشهای درمانی است. با استفاده از آمار استنباطی: تجزیه واریانس، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چند مرحله‌ای و معادله رگرسیون داده‌ها مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج نشان داد که متغیرهای مستقل (سن، وجود افراد مطلع در خانواده، نان آور بودن، وضعیت اشتغال و عوارض) همزمان ۵۲٪ با متغیر وابسته (عملکرد جسمی) ارتباط دارد و ۲۷٪ از واریانس عملکرد جسمی بوسیله متغیرهای فوق تعیین می‌شوند، از طرف دیگر بین سن و عملکرد جسمی با استفاده از

ضریب همبستگی پیرسون همبستگی معکوس و معنی دار وجود دارد ( $P < 0.01$ )  $R = -0.31$ .

در واقع تغییرات در ابعاد کیفیت زندگی متأثر از عوامل فردی - اجتماعی و اقتصادی است و می‌توان نتیجه گرفت که اندازه‌گیری کیفیت زندگی همراه با مشخصات فردی - زمینه‌ای، اطلاعات کاملی را برای بیماران مزمن فراهم می‌آورد که در نهایت می‌توان از این اطلاعات در راستای برنامه‌ریزی درمانی - مراقبتی بیماران مزمن و اصلاح کیفیت زندگی آنان بهره‌جست.

**کلید واژه‌ها:** دیابت شیرین / کیفیت زندگی

### مقدمه

گزارش اخیر سازمان جهانی بهداشت که بر اساس داده‌های مطالعات اپیدمیولوژیک در ۷۵ جامعه از ۱۲ کشور عضو سازمان ملل متحد به دست آمده است، نشان می‌دهد که به طور کلی در دنیا از سال ۱۹۹۵ تا سال ۲۰۲۵ جمعیت

دیابت شیرین نوعی بیماری است که به علت ناتوانی بدن در تولید یا مصرف انسولین ایجاد می‌شود، و یا سندرمی است که بدن‌بال عدم تعادل بین نیاز به انسولین و تأمین آن بوجود می‌آید (۱).

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، تعداد افراد دیابتی ۱۲۲ درصد افزایش خواهد داشت، بطوری که از ۱۳۵ میلیون در سال ۱۹۹۵ به ۳۰۰ میلیون در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید، نسبت این افزایش در کشورهای در حال توسعه با ۱۷۰ درصد افزایش از ۸۴ به ۲۲۸ میلیون نفر خواهد رسید، بنابراین در سال ۲۰۲۵ بیش از ۷۵ درصد کل جمعیت دیابتی در کشورهای در حال توسعه خواهند بود (در مقایسه با ۶۴ درصد در سال ۱۹۹۶) (۳،۲).

طبق آخرین بررسیهای انجام شده در زمینه اپیدمیولوژی بیماری دیابت در ایران ۲ درصد افراد جامعه مبتلا به دیابت می‌باشند که این رقم در افراد بالای ۳۰ سال حدود ۷/۳ می‌باشد، عبارت دیگر حدوداً ۱/۲۴۰/۰۰۰ نفر در ایران مبتلا به دیابت قندی هستند (۴).

در ایران هزینه‌های پزشکی ناشی از دیابت: ناپیانی تقریباً ۲۰۰۰ دلار در سال، نارسایی کامل کلیوی ۴۵۰۰۰ دلار در سال و قطع عضو ۲۹۵۰۰ دلار در سال محاسبه شده است (۵)، در ایران در واقع سالانه ۲۲۶/۲۸۲/۹۶۲/۵۰۰ ریال صرف هزینه‌ای مستقیم دیابت می‌شود که بر اساس تعرفه‌های وزارت بهداشت و درمان می‌باشد.

دیابت یک بیماری مزمن محسوب می‌شود و یکی از مفاهیم بسیار مهم در بیماران مزمن مانند دیابت، کیفیت زندگی است. امروزه در مراقبت پزشکی، کنترل بیماریهای مزمن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، بهبودی در بیماران مزمن غیر ممکن بوده ولی مرگ یک واقعه دور دست است در این موقعیت اهداف مراقبت درمانی مطلوب نمودن کیفیت زندگی است، اگر اصلاح کیفیت زندگی هدف مهم در درمان طبی باشد، باید بعنوان یک برآیند در تحقیقات درمانی در نظر گرفته شود (۶).

با وجود پیشرفتهای عديده در مراقبت پزشکی و دسترسی به راههای مختلف درمانی، علاقه به کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم افزایش یافته است، امروزه بیماران انتظار مشارکت بیشتر در تصمیم‌گیریهای درمانی را دارند بنابراین اطلاعات در مورد کیفیت زندگی در این تصمیم‌گیریها مهم می‌باشد، تقریباً از سالهای ۱۹۸۰-۱۹۷۸، ۲۰۰ مقاله با عنوان کیفیت زندگی منتشر شده است و در طول سالهای ۱۹۸۹-۱۹۸۸ به ۱۴۰۰ مقاله رسید (۷).

کیفیت زندگی یک معیار با ارزش است، این معیار با

ارزش باید به نحوی اندازه‌گیری شود، در واقع کیفیت زندگی، درک فردی منحصر به فرد است، به عبارت دیگر راهی جهت بیان احساس فرد در مورد وضعیت سلامت یا جنبه‌های دیگر زندگی فردی است، در واقع کیفیت زندگی ممکن است بطور مناسب فقط از طریق تعیین عقاید بیمار با استفاده از ابزارهای استاندارد شده بررسی گردد (۸). با وجود این اندازه‌گیری کیفیت زندگی، یک چالش محسوب شده و بررسی جزء ذهنی کیفیت زندگی مشکل می‌باشد، استفاده مداوم از ابزارهای پایا و معتبر در سنجش کیفیت زندگی، سبب افزایش اعتبار یافته‌ها در این زمینه خواهد شد (۹).

اما چه ابعادی باید در کیفیت زندگی بررسی گردد؟ ابزارهای متعددی در سنجش کیفیت زندگی بکار می‌روند که در کل به دو دسته، ژنریک (۱) و مبتنی بر بیماری خاص (۲) تقسیم می‌شوند (۱۰)، یکی از ابزارهای ژنریک سنجش کیفیت زندگی، بررسی کیفیت زندگی در ارتباط با سلامت (۳) می‌باشد، که شامل ۶۱ عبارت بوده و ابعادی مانند عملکرد جسمی، ایفای نقش، بهزیستی عاطفی، درد، خواب، عملکرد خانواده، عملکرد جنسی و درک از سلامت را بررسی می‌نماید، و برای بررسیهای بهداشتی مناسب است و یک ابزار استاندارد در بیماران مزمن محسوب می‌شود (۱۱)، معمولاً در بررسی کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی نیز مشکلات ناشی از دیابت و رضایت از روشهای درمانی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

اما چه عواملی روی ابعاد کیفیت زندگی موثرند، سوالی است که این مقاله در پی پاسخگویی به آن است، در واقع برای سنجش و تعریف مفهوم کیفیت زندگی، دو معیار شاخصهای ذهنی و شرایط عینی در نظر گرفته می‌شود، شاخصهای ذهنی غالباً با اصطلاحاتی چون احساس رضایتمندی، رفاه، آسایش و خوشحالی توصیف می‌گردد، منظور از شاخصهای عینی، عوامل محیطی، تأثیر گذار بر متغیرهای وابسته به کیفیت زندگی است که می‌تواند شامل وضعیت اقتصادی، اجتماعی، جو سیاسی، شرایط و امکانات زندگی، عوامل محیطی و فرهنگی باشد (۱۲).

بررسیها نشان می‌دهد که مشخصات فردی و زمینه‌ای می‌توانند بر کیفیت زندگی موثر باشند، برای مثال سن روی بسیاری از ابعاد کیفیت زندگی از جمله عملکرد جسمی موثر

- 1- Generic
- 2- Disease specific
- 3- Health Related Quality Of Life



وضعیت سلامت و مقایسه آن با هفته گذشته و نظر کلی در مورد سلامت)، ارتباط با نزدیکان با ۳ عبارت (رضایت از خانواده، رضایت از زندگی در منزل و ارتباط با همسر یا شریک زندگی) سنجیده می‌شود.

برای تعیین اعتبار پرسشنامه، از اعتبار محتوی<sup>(۱)</sup> و پایایی از  $\alpha$  کرونباخ استفاده گردید، پایایی در بخش عملکرد جسمی ۷۰ درصد، درد ۹۰ درصد، فعالیتهای روزمره ۹۵ درصد، احساسات ۸۴ درصد، خواب ۸۹ درصد، سلامت کلی ۷۸ درصد، ارتباط با نزدیکان ۹۱ درصد، رضایت از درمان ۹۳ درصد و در بخش مشکلات ناشی از دیابت ۹۰ درصد تعیین گردید.

در این تحقیق ابعاد کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته و مشخصات فردی - زمینه‌ای بعنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شدند، داده‌ها پس از جمع‌آوری و دسته‌بندی توسط نرم‌افزار SPSS (Version 9.0) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای این منظور از روشهای آماری میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون، تجزیه واریانس<sup>(۲)</sup> ضریب همبستگی چندگانه و رگرسیون چند مرحله‌ای<sup>(۳)</sup> و معادله رگرسیون استفاده گردید. به منظور تعیین مدل ارتباطی بین عوامل موثر بر ابعاد کیفیت زندگی، با استفاده از تجزیه واریانس، درصد پی بردن به معنی داری ارتباط متغیرهای مستقل (مشخصات فردی - زمینه‌ای) با متغیرهای وابسته (ابعاد کیفیت زندگی) بر آمدم و پس از تعیین مقدار تأثیر و معنی داری بر روی متغیرهای داخل مدل از رگرسیون چند مرحله‌ای استفاده گردید و مقادیر  $s.gT, T, \beta, SEB, B$  مشخص شد و برای هر یک از آنها خط رگرسیونی برازش گردید.

### نتایج

نتایج تحقیق نشان داد که بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۲۹/۹ درصد) در سنین ۵۹-۵۰ سالگی با میانگین سنی (۵۲/۳) و انحراف معیار (۱۰/۶) می‌باشند، ۸۵/۵ درصد از واحدهای مورد پژوهش زن، ۷۷/۸ درصد متأهل، ۵۲/۱ درصد بیسواد، ۸۸/۹ درصد ساکن در شهر، ۷۹/۵ درصد غیر شاغل، ۹۱/۵ درصد در کنار خانواده زندگی می‌کردند، ۱۵/۴ درصد نان آور خانواده، ۶۰/۷ درصد دارای

است (۱۳)، عوامل دیگری که می‌تواند روی کیفیت زندگی و ابعاد آن موثر باشد، عبارتند از، وضعیت تأهل، ارتباطات اجتماعی، عوارض طولانی مدت و غیره (۱۴)، از طرف دیگر بین مردان و زنان از نظر کیفیت زندگی و مشکلات ناشی از آن تفاوت معنی داری وجود دارد، به نحوی که مردان مشکلات اجتماعی، جنسی و زنان تنش و خستگی بیشتری را گزارش می‌نمایند (۱۵).

هدف این مقاله بررسی تأثیر عواملی چون سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، محل سکونت، شغل، نوع زندگی، نان آور خانواده بودن، بیمه، تعداد فرزندان، سابقه دیابت در خانواده، دریافت آموزش، عوارض، وجود افراد مطلع در زمینه‌های پزشکی و طول مدت ابتلاء به دیابت بر روی ابعاد کیفیت زندگی می‌باشد و در نهایت تلاش می‌گردد تا مدل مناسبی از تأثیر این عوامل بر روی ابعاد کیفیت زندگی و ارتباط فیما بین آنها ارائه گردد.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش یک تحقیق توصیفی (مقطعی) است که بر روی ۱۱۷ بیمار مراجعه کننده به مرکز آموزش دیابت بیمارستان سینا که به صورت تصادفی انتخاب شدند، صورت گرفته است، واحدهای مورد پژوهش با توجه به مشخصات زیر انتخاب شدند: کلیه بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین که سن آنها بالای ۳۵ سال بوده و جزء بیماران سرپائی محسوب می‌شدند و در بخش بستری نبودند، جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه مشتمل بر سه بخش مشخصات فردی - زمینه‌ای، کیفیت زندگی در ارتباط با سلامت (عملکرد جسمی، فعالیتهای روزمره، احساسات، خواب، وضعیت کلی سلامت و ارتباط با نزدیکان) و کیفیت زندگی اختصاصی (رضایت از درمان، مشکلات نلاشی از دیابت و درمانهای آن) استفاده گردید. عملکرد جسمی با ۳ عبارت (محدودیت‌های ناشی از بیماری، نیاز به حمایت و کمک افراد دیگر، رضایت از توان جسمی)، درد و ناراحتی (وجود درد در طول هفته گذشته، شدت درد، تأثیر درد بر فعالیتهای روزمره)، فعالیتهای روزمره با ۲ عبارت (تأثیر وضعیت جسمی بر فعالیتهای روزمره، تأثیر مشکلات جسمی - عاطفی بر فعالیتهای اجتماعی)، احساس با ۱ عبارت (احساس و عواطف در طول هفته گذشته)، خواب با ۱ عبارت (وضعیت خواب در طول هفته گذشته)، سلامت کلی با ۳ عبارت (نظر در مورد

1- Content Validity      2- ANOVA

3- Step-Wise Regression

پیرسون بین مشخصات فردی - زمینه‌ای با همدیگر، بیانگر بیشترین ارتباط منفی و معنی دار بین تعداد فرزند و تحصیلات ( $R=-0.48, P<0.01$ )، بیشترین ارتباط مثبت و معنی دار بین طول مدت ابتلاء و سن واحدهای مورد پژوهش ( $R=0.43, P<0.01$ ) می‌باشد.

با استفاده از تجزیه واریانس، جدول شماره (۱) که حاکی از دخالت متغیرهای مستقل (سن، افراد مطلع در خانواده، نان آور بودن، عوارض و غیر شاغل بودن) بر متغیر وابسته (عملکرد جسمی) است، تهیه گردید.

سابقه دیابت در خانواده،  $84/6$  درصد بدون دریافت آموزش،  $60/7$  بدون عوارض دیابت،  $78/6$  درصد با بیمه،  $49/6$  درصد با تعداد ۳-۵ فرزند در خانواده و  $70/1$  درصد واحدهای مورد پژوهش در خانواده خود فاقد فرد مطلع در امور پزشکی بودند.

محاسبه همبستگی پیرسون بین ابعاد کیفیت زندگی و مشخصات فردی - زمینه‌ای نشان داد که بیشترین ارتباط منفی و معنی دار بین رضایت از درمان و تعداد فرزند ( $R=-0.93, P<0.05$ ) می‌باشد و ضریب همبستگی

جدول شماره ۱: تجزیه واریانس متغیرهای موثر بر عملکرد جسمی

منبع تغییرات	درجه آزادی	حاصل جمع	میانگین مجدورات	F	sig.F
رگرسیون	۵	۱۰۸۲/۸	۲۱۶/۵	۸/۳۵	۰/۰۰۰
باقیمانده	۱۱۰	۲۸۵۲/۸	۲۵/۹		
کل	۱۱۵	۳۹۳۵/۹			

جدول شماره ۲: تعیین مقدار تأثیر و معنی داری بر روی متغیرهای داخل مدل

متغیرها	B	SE.B	$\beta$	T	sig.T
سن	-۰/۱	۰/۰۵	-۰/۱۹	-۲/۰۷	۰/۰۴
افراد مطلع در خانواده	-۲/۸	۱/۰۴	-۰/۲۲	-۲/۷	۰/۰۷
نان آور بودن	-۶/۶	۱/۸	-۰/۴۰	-۳/۸	۰/۰۰۰
عدم وجود عوارض	۳/۰۱	۱/۱	۰/۲۵	۲/۷	۰/۰۰۷
غیر شاغل	۳/۸	۱/۵	۰/۲۶	۲/۴	۰/۰۱

جدول شماره ۳: خلاصه‌ای از یافته‌های بدست آمده با استفاده از روش تجزیه واریانس در مورد سایر ابعاد کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

متغیرها	B	SEB	$\beta$	T	sig.T
متغیر وابسته (فعالیت روزمره)					
- بی سواد	-۱/۸	۰/۶۳	-۰/۲۵	-۲/۸	۰/۰۰۵
- عوارض	۱/۳۶	۰/۶۴	۰/۱۸	۲/۱	۰/۰۳
متغیر وابسته (سلامت کلی)					
- بی سواد	-۴/۲	۱/۵	-۰/۲۵	-۲/۷	۰/۰۰۶
متغیر وابسته (رضایت)					
- وجود افراد مطلع	-۱/۳	۰/۴۹	-۰/۲۴	-۲/۶	۰/۰۰۹
- عوارض	۱/۰۷	۰/۴۶	۰/۲۰	۲/۴	۰/۰۲
متغیر وابسته (خواب)					
- غیر شاغل بودن	-۳/۸	۱/۲۷	-۰/۲۸	-۳/۰۶	۰/۰۰۳



عوارض)  $+1/36$  (تحصیلات)  $-1/8 - 9/49 =$  فعالیت روزانه  
 غیر شاغل بودن با خواب با معادله خطی:  
 (غیر شاغل بودن)  $3/8 - 17/9 =$  خواب  
 بی سوادی با سلامت کلی با معادله خطی:  
 (بی سوادی)  $4/2 - 28/36 =$  سلامت کلی  
 عوارض و وجود افراد مطلع در خانواده با رضایت از درمان  
 با معادله خطی:

(وجود افراد مطلع)  $1/3 - 21/85 =$  رضایت از درمان  
 (عوارض)  $+1/07$   
 ارتباط بین عوامل موثر بر ابعاد کیفیت زندگی با استفاده  
 از رگرسیون چند مرحله‌ای  $(\beta, R^2)$  بصورت مدل شماره ۱  
 نشان داده می شود.

### بحث و نتیجه گیری

گزارشات سازمان جهانی بهداشت نشان می دهد که  
 تعداد مبتلایان به دیابت در طی ۲۵ سال آینده از ۱۴۰  
 میلیون نفر به ۳۰۰ میلیون نفر خواهد رسید، احتمالاً  
 بیشترین افزایش در کشورهای در حال توسعه می باشد، از  
 طرف دیگر بعد از ۱۵ سال از ابتلاء به بیماری، تقریباً ۲  
 درصد بیماران دیابتی کور شده و حدود ۱۰ درصد مبتلا به  
 ناتوانی شدید بینائی می گردند، بیماری قلبی مسئول ۷۵  
 درصد مرگ و میر در کشورهای صنعتی است و ۵۰ درصد  
 بیماران دیابتی از نروپاتی دیابتی رنج می برند (۳).

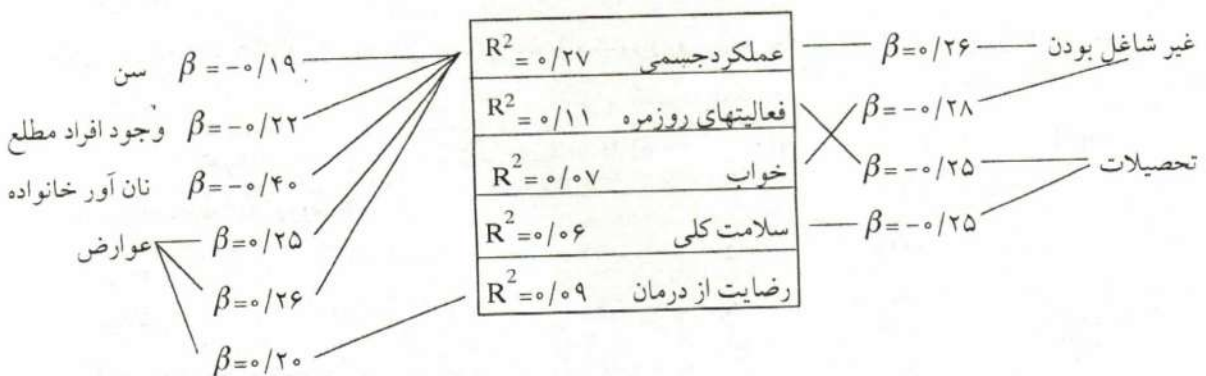
ارقام جدول نشان می دهند که متغیرهای مستقل وارد  
 شده بر متغیر وابسته (عملکرد جسمی) موثر است  
 $(P < 0/001)$ ، از طرف دیگر ضریب همبستگی چند گانه  
 $R = 0/52$  است، یعنی متغیرهای مستقل داخل معادله بطور  
 همزمان  $0/52$  با متغیر وابسته (عملکرد جسمی) ارتباط  
 دارند،  $R^2$  یا ضریب تعیین بدست آمده نشان می دهد که  
 $0/27$  از واریانس متغیر وابسته متأثر از متغیرهای موجود  
 در معادله است و مابقی توسط متغیرهای دیگر که خارج از  
 بررسی مورد نظر است، تعیین می شود.

جهت تعیین مقدار تأثیر و معنی داری بر روی متغیرهای  
 داخل مدل، جدول شماره (۲) تدوین گردید:

با توجه به آزمون  $T$ ، متغیرهای فوق الذکر با متغیر وابسته  
 (عملکرد جسمی) ارتباط دارند و معادله خطی به صورت  
 زیر تدوین گردید:

(وجود افراد مطلع)  $2/8 - 39/65 =$  عملکرد جسمی  
 (غیر شاغل)  $+3/8$  (عوارض)  $+3/01$  (نان آور بودن)  $-6/6 -$   
 برای پی بردن به معنی داری ارتباط متغیرهای مستقل با  
 سایر متغیرهای وابسته (ابعاد کیفیت زندگی) نیز جداولی  
 تعیین گردید که بطور خلاصه در جدول شماره (۳) نشان داده  
 می شود:

و معادلات خطی برای تک تک آنها برازش گردید که به  
 شرح زیر می باشد:  
 تحصیلات و عوارض با فعالیت روزانه با معادله خطی:



الگوی شماره ۱: ارتباط بین مشخصات فردی - زمینه‌ای با ابعاد کیفیت زندگی با استفاده از رگرسیون چند مرحله‌ای

اشتغال تعیین می‌شود، از طرف دیگر ۱۱/۰ از واریانس متغیر وابسته (فعالیت‌های روزمره) متأثر از متغیرهای مستقلی چون عوارض و تحصیلات می‌باشد، وندل و دیگران<sup>(۱)</sup> (۱۹۹۷) مهمترین عامل پیش بینی کننده در نمرات کیفیت زندگی را عوارض ذکر می‌نمایند (۱۱). تحقیقات اریکسون و دیگران<sup>(۲)</sup> (۲۰۰۰) در بیماران مبتلاء به ایدز در مورد عوامل موثر بر کیفیت زندگی نشان می‌دهد که بین تحصیلات و نمرات کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد به نحوی که بیشترین نمرات کیفیت زندگی در افراد با تحصیلات بالاتر مشاهده می‌شود (۱۷).

در الگوی فوق، یکی دیگر از عوامل موثر بر عملکرد جسمی، سن می‌باشد که با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون بین سن و عملکرد جسمی ارتباط منفی و معنی دار وجود دارد ( $R = -0/31, P < 0/01$ )، تحقیقات جاکبسون و دیگران<sup>(۳)</sup> (۱۹۹۴) نیز بیانگر آن است که با افزایش سن، عملکرد جسمی کاهش می‌یابد ( $R = -0/21, P < 0/01$ ). در این تحقیق سایر ابعاد کیفیت زندگی از ضریب تعیین پائینی برخوردار می‌باشند که در مدل قابل مشاهده است، وضعیت تأهل بر هیچکدام از ابعاد کیفیت زندگی موثر نیست، تحقیقات اریکسون و دیگران نیز تاییدکننده این وضعیت است. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که بالاترین میانگین مربوط به ارتباط با نزدیکان ( $29/8 \pm 8/09$ ) می‌باشد، تحقیق وندل و دیگران نیز نشان داد که بیماری دیابت سبب تغییراتی در عملکرد جسمی و عاطفی بیماران دیابتی می‌گردد و بالاترین میانگین مربوط به ارتباط با نزدیکان است. میانگین نمرات در ابعاد کیفیت زندگی در مردان بهتر از زنان می‌باشد ولی بالاترین میانگین در زنان و مردان مربوط به ارتباط با نزدیکان و عملکرد جسمی است، تحقیقات مایو و همکاران او (۱۹۹۰) نشان می‌دهد که بین زنان و مردان از نظر کیفیت زندگی و مشکلات ناشی از بیماری تفاوت معنی داری وجود دارد به نحوی که مردان مشکلات اجتماعی، جنسی و زنان تنش و خستگی بیشتری را گزارش می‌نمایند (۱۵). تحقیقات مکانتی و دیگران<sup>(۴)</sup> (۲۰۰۰) نشان می‌دهد که بین مرد و زن از نظر کیفیت زندگی تفاوت معنی دار آماری وجود دارد به نحوی که بیشترین نمره کیفیت زندگی مربوط به مردان می‌باشد و در ابعاد عملکرد

با توجه به شیوع فزاینده بیماری دیابت و صرف هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم برای درمان عوارض حاد و مزمن بیماری، در تحقیقات درمانی، در بررسی اثر دیابت روی زندگی بیماران، کیفیت زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و اهداف درمان دیابت غیر وابسته به انسولین، 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 است (۱۳).

در گام اول دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب، باید قادر به بررسی و شناخت کیفیت زندگی باشیم، بررسی و شناخت این مهم، همیشه موضوعی پیچیده است، مشکل اصلی در اندازه‌گیری کیفیت زندگی شامل عدم وجود توافق در اندازه‌گیری ابعاد کیفیت زندگی، بررسی و شناخت ذهنی آن و نارسایی در مورد در نظر گرفتن تفاوت‌های فردی است، استفاده از ابزار معتبر و پویا، این مشکلات را تقلیل می‌دهد (۱۶).

یکی از ابزارهای ارزشمند در بررسی و شناخت کیفیت زندگی بیماران مزمن، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌باشد که قادر به بررسی بسیاری از تغییرات در ابعاد جسمی و عاطفی بیماران مزمن است (۱۱).

در حقیقت سؤال مهم این است که حقیقت تشکیل دهنده کیفیت زندگی چیست؟ آیا اندازه‌گیری آن ممکن است؟ و چه عواملی روی آن موثر هستند؟ تحقیقات نشان می‌دهد که تغییرات در ابعاد کیفیت زندگی متأثر از عوامل اجتماعی - فردی و اقتصادی بیماران دیابتی است و اندازه‌گیری اطلاعات فوق الذکر مکملی بر اندازه‌گیری کیفیت زندگی است، به عبارت دیگر اندازه‌گیری کیفیت زندگی تکمیل کننده اطلاعات بدست آمده از مشخصات فردی - زمینه‌ای است.

بیماران دیابتی با تغییرات وسیعی در بسیاری از ابعاد کیفیت زندگی مواجه هستند، مشخصات و ویژگی‌های آنان نیز بر این تغییرات موثرند، بنابراین محقق بر آن شد که به تدوین یک مدل از عوامل موثر بر کیفیت زندگی بپردازد، در مدل تدوین شده فوق، ضریب تعیین نشان می‌دهد که چقدر واریانس متغیر وابسته بوسیله متغیرهای مستقل موجود در معادله خطی تعیین می‌شود، به نحوی که ۲۷/۰ واریانس عملکرد جسمی بوسیله متغیرهای مستقلی چون سن، وجود افراد مطلع در خانواده، نان آور بودن، عوارض و

- |                   |                  |
|-------------------|------------------|
| 1- Wandell et al  | 2- Erihson et al |
| 3- Jacobson et al | 4- Mcentee et al |



مسورد بررسی قرار گیرد. از آنجائیکه اطلاعات بصورت مقطعی جمع آوری شده‌اند و نمی‌توانند دارای قدرت اطلاعات بدست آمده از تحقیقات طولی باشند لذا لازم به نظر می‌رسد که برای بررسی اثرات بیماری روی کیفیت زندگی به انجام تحقیقات طولی اقدام نمود.

جسمی از نمرات بیشتری برخوردار هستند (۱۸). الگوی شماره یک می‌تواند تا حدی بیانگر یک الگوی کلی از عوامل موثر بر کیفیت زندگی در بیماران با شرایط مزمن باشد ولی پیشنهاد می‌شود که الگوی فوق در نمونه‌های متفاوت بیماران دیابتی از نظر نژادی و فرهنگی

## منابع

- Black JM, Jacobs E M. Medical Surgical Nursing: Clinical Management for Continuity Of Care. Philadelphia: WB Saunders, 1997: 1995.
- حبیبیان، سونیا؛ [و دیگران]: طرح کشوری پیشگیری و کنترل دیابت و ادغام آن در نظام پزشکی. تهران: معاونت بهداشتی وزارت بهداشت؛ اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها، ۱۳۷۷، صص: ۷.
- WWW.WHO. Com. World Health Org: Epidemiology of Diadete. 3 April 2001.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: گزارش دیابت و اپیدمیولوژی آن. تهران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۴، صص: ۳-۴.
- رجب، اسدا...: دیابت و اهمیت آموزش افراد. پیام دیابت، ۱۳۷۳، شماره ۳، صص: ۸.
- Deyo RA. The Quality of Life Research and Care. Ann of Int Med 1991; 7(1): 29-33.
- King I M. Quality of Life and Goal Attainment . Nur Sci Quarterly 1994: 7(1):29-33.
- Gill TM, etal. A Critical Appraisal of Quality of Life Measurment. JAMA 1994;212(8): 619-626.
- Ellingson T ,Conn V. Exercise and Quality of Life in Elderly Individuals .J Of Gerontology Nur 2000 (march)17-25.
- Parse R R. Quality of Life : Sciencing and Living the Art of Human Becoming .Nur Sci Quarterly 1994;7(1):16-27.
- Wandell P E, etal .Quality in Diabetes Patients Registered with Primary Health Care Services. SCAND J PRIM HEALTH CARE 1997: 15:97-102.
- کربلائی، نوری: بررسی نیازها و کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن مزمن سرپائی جهت ارائه خدمات حمایتی مبتنی بر جامعه در مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی. پایان‌نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد کاردرمانی دانشکده توانبخشی، ۱۳۷۶، صص: ۱۸-۱۷.
- Grey M .Personal and Family Factors Associated with QOL in Adolescents with Diabetes .Diabetes Care 1998;21(8):909-914.
- Guttman I ,etal. Metabolic Control and QOL Self Assessment in Adolescent with IDDM. Diabete Care 1998;21:915-918.
- Mayo R, etal. QOL in NIDDM and a Camparison with IDDM. J of Psychosomatic Research 1990;34(1):1-11.
- Hunt J O. Quality of Life 12 Months After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Heart & Lung 2000;29(6):401-411.
- Erikson L A, et al. The Health Related Quality of Life in a Swedish Sample of HIV-infected Persons. J of Advanced Nur, 2000: 32(5): 1213-1223.
- McEntee D J, Bandenhop D T. Quality of Life Comparsons: Gender and Population Differences in Cardiopulmonary Rehabilitation. Heart & Lung 2000: 29:340-7.

## Effective Factors on Quality of Life in Diabetic Patients

Ghanbari A, Parsa Yekta, Atrkar Roushan.

### ABSTRACT

Nowadays one of the most important methods for evaluation of treatment and care is to assess the quality of life (QOL). chronic patient like diabetics are face with many disorder in dimensions of QOL. The important question is what factors effect it?

In this regard, the researcher wishes to assess the relational pattern between demographic characteristic and dimensions of QOL. So to achieve a pattern which describes the effects of such factors on QOL are of interest.

The sample consisted of 117 patients with type 2 diabetes who referred to Sina Hospital of Tabriz. From the total number, 85.5% were female and 14.5% were male. Subjects answered two sets of questionnaires : (1) standard instrument of QOL related to health, (2) specific instrument of diabetes which included nine dimensions: physical function , pain , daily activities, feelings ,sleep, relation with relatives ,overall health , problems and satisfaction with treatment methods .

The data were analyzed by inferential statistics, Variance Analysis , Pearson Correlation Coefficient, Multi-stage Regression and Linear Regression. The results showed that independent variables (age, presence of medically educated people in family ,bread winner of family, employment and complication ) were 0.52 simultaneously related to dependent variable (physical function) and 0.27 of physical function variance of above variables were determined. Also it was shown that was an inverse and significant correlation between age and physical function ( $R=0.31, P<0.01$ ).

**Keywords:** Diabetes Mellitus/ Quality of Life