بررسی کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان شهداء خرم آباد (در سال 1387)

مریم قاسمی پور[1]، وحید قاسمی[2]، احمد رضا زمانی[3]
1- کارشناس ارشد جامعه شناسی، مدرس دانشگاه پیام نور لرستان
2- استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات، دانشگاه اصفهان
3- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

یافته / دوره یازدهم / شماره 3 / پاییز 88 / مسلسل 41

چکیده

دریافت مقاله: 88/2/20، پذیرش مقاله: 88/6/31

Ø مقدمه: بیماری دیابت یکی از بیماریهای مزمن غیر قابل درمانی است که می توان آن را کنترل کرد، اما بیمار همواره در معرض عوامل تنش زای جسمی، روانی و اجتماعی قرار دارد، در این مطالعه قصد بر آن است ضمن تعیین کیفیت زندگی بیماران دیابتی، ابعاد مختلف آن نیز سنجیده شود.

Ø مواد و روش ها: این پژوهش، یک مطالعه توصیفی است که در سال 1387 انجام شد، جامعه آماری، کلیه بیماران مبتلا به دیابت در شهر خرم آباد بودند که جهت پیگیری درمان بیماری خود به بیمارستان مراجعه می‌کردند. تعداد 150 نفر از آنان با استفاده از روش تصادفی ساده انتخاب شده و به پرسشنامه مشتمل بر دو بخش مشخصات دموگرافیک و کیفیت زندگی به صورت پرسشگری و خودایفا پاسخ دادند. کیفیت زندگی از سه قسمت تشکیل شده است: بعد جسمی، بعد روانی و بعد اجتماعی. برای اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوا از نوع اعتبار صوری استفاده شد و برای تعیین پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد، میزان کیفیت زندگی بیماران بر اساس نمره به دست آمده به دو قسمت نامطلوب (نمرات کمتر از 54) و مطلوب (نمرات مساوی یا بیشتر از 54) تعریف شد.

Ø یافته ها: این بررسی نشان داد که کیفیت زندگی 58/3 درصد آزمودنی ها نامطلوب و 41/7 درصد مطلوب بوده است، ضمن اینکه 79/9 درصد در بعد جسمی، 71/5 درصد در بعد روانی دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند، در حالیکه 80/6 درصد در بعد اجتماعی از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند، همینطور متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، وضعیت تحصیلی و مدت ابتلا به بیماری دیابت از نظر آماری دارای ارتباط معنی دار با کیفیت زندگی بودند.

Ø بحث و نتیجه گیری: با توجه به اینکه نیمی از بیماران در ابعاد جسمی و روانی دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند توصیه می شود، مسئولین برنامه هایی با محتوای مشاوره ای، آموزشی و مادی اتخاذ نمایند که در ارتقای کیفیت زندگی بیماران تأثیر گذار باشد.

Ø واژه های کلیدی: دیابت، کیفیت زندگی، ابعاد کیفیت زندگی، بعد جسمی، بعد روانی، بعد اجتماعی

آدرس مکاتبه: اصفهان، دانشگاه اصفهان، دانشکده ادبیات، گروه علوم اجتماعی
پست الکترونیک: Maryamghasemi26@yahoo.com

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

مقدمه

دیابت گروهی از اختلالات ناهمگون از بیماری های متابولیک است که با افزایش مزمن قند خون و اختلال در سوخت و ساز کربوهیدرات ها، چربی ها و پروتئین ها مشخص می شود (1). دیابت، بیماری مزمن و پیشرونده ای است که باعث ناتوانی و مرگ و میر زودرس می شود و بر اساس آمار موجود، هفتمین علت مرگ و میر در ایالات متحده محسوب می گردد (2). دیابت نوع 1 و نوع 2 دو شکل اصلی و مهم این بیماری مزمن هستند و به ترتیب در حدود 10 و 90 درصد از کل جمعیت دیابتی ها را درگیر کرده اند (3). طبق مطالعات انجام شده در ایالات متحده امریکا حدود 10 میلیون نفر به دیابت مبتلا هستند (4). در ایران نیز تعداد مبتلایان به دیابت را بیش از 2 درصد جمعیت کشور برآورد کرده اند که این رقم در افراد بالای 30 سال حدود 7/4% می باشد (5). همچنین طبق بررسی های انجام شده، پیش بینی می شود که شیوع دیابت در دنیا از 4 درصد (135 میلیون نفر) در سال 1995 به 5/4 درصد (300 میلیون نفر) در سال 2025 افزایش خواهد یافت (6).

کیفیت زندگی یک سازه چند بعدی و پیچیده است که سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به این صورت تعریف کرده است: «ادراکی است از وضعیتی که افراد در آن زندگی می کنند و زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن هستند، که این ادراک بر اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق آنها می باشد (7). با توجه به رشد فزاینده و عدم درمان قطعی بیماری های مزمن، اخیراً شاخه ای از کیفیت زندگی به نام کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مطرح شده است، که به شدت مورد توجه دانشمندان و متخصصان سلامت قرار گرفته است (8).

امروزه کیفیت زندگی جمعیت ها، به عنوان چارچوبی برای ارایه خدمات متناسب با جنبه های مختلف زندگی و تخصیص منابع مورد استناد قرار می گیرد. اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهمترین هدف مداخلات درمانی نام می برند. حداکثر این اهمیت مربوط به بیماران مبتلا به بیماری های مزمن است که درمان قطعی برای بیماری آن ها شناخته شده نیست (9). همچنین در تحقیقاتی نشان داده اند که کیفیت زندگی می تواند با پیش بینی میزان مرگ و میر بیماران دیابتی رابطه مثبت داشته باشد (10)، ملاک تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران، ارزیابی خود بیمار از آن است (11).

باقیانی مقدم و همکاران (1385) و کلیفسترا و همکاران (2008) در تحقیقات خود به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 پرداخته اند که نتایج تحقیقات ایشان نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع 2، متوسط رو به پایین بوده است (12 و 10). همچنین گلدنی و همکاران (2004) و صداقتی کسبخی و همکاران (1386) در تحقیقات خود به بررسی مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 با افراد غیر دیابتی پرداخته اند که در این تحقیقات نشان داده شد که افراد مبتلا به دیابت نسبت به افراد غیر دیابتی، کیفیت زندگی پایین تری دارند (13 و 14).

دیابت بیماری غیر قابل درمانی است اما می توان آن را کنترل کرد. این بیماری، در سطح جسمی، روانی و اجتماعی برای فرد و در سطح هزینه های اقتصادی، ایفای نقش های اجتماعی، تأمین نیروی کار و غیره برای جامعه پیامدهایی را به همراه دارد. علی رغم مطالب مذکور که به معنی لزوم توجه به کیفیت زندگی بیماران دیابتی می باشد، تا کنون مطالعات کمی، کیفیت زندگی این جمعیت را به خصوص در شهر خرم آباد مورد سنجش قرار داده است. این تحقیق با هدف بررسی

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

کیفیت زندگی بیماران دیابتی و ابعاد آن در جهت برنامه ریزی های مؤثرتر درمانی- مراقبتی، برای ارتقاء سلامت بیماران مبتلا به دیابت صورت گرفت.

مواد و روشها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است. جامعه پژوهش، همه بیماران مبتلا به دیابت (1146 نفر) بودند که جهت اقدامات پیگیری و درمان بیماری خود به درمانگاه بیمارستان شهدای عشایر شهر خرم آباد مراجعه کرده بودند. با توجه به توان آماری (0/99) 150 نفر به صورت تصادفی ساده، انتخاب شدند. در ابتدا پرونده ی پزشکی بیماران فوق استخراج و سپس از طریق تماس تلفنی نشانی منزل بیماران گرفته شد و با مراجعه به محل سکونت بیماران، پرسشنامه در اختیارشان قرار داده شد.

روش تکمیل پرسشنامه بدین صورت بود که مددجویانی که سواد خواندن و نوشتن داشتند، پرسشنامه را به صورت خود ایفا تکمیل می کردند و برای مددجویانی که سواد نداشتند، پرسشنامه ها به صورت پرسشگری کامل شد.

در این پژوهش مددجویان مبتلا به دیابتی شرکت کردند که دارای چنین مشخصاتی باشند: از زمان تشخیص قطعی دیابت توسط متخصص داخلی یا غدد یا مصرف انسولین و داروهای کاهنده قند خون حداقل شش ماه الی یک سال گذشته باشد، حاملگی و یا بیماری هایی که در رژیم غذایی یا میزان فعالیت آنها اثر چشمگیر گذارد، نداشته باشند، جهت حضور در مطالعه رضایت داشته باشند، سواد خواندن و نوشتن و یا اینکه قدرت برقراری ارتباط را داشته باشند و در دامنه ی سنی 18 تا 65 سال باشند و معیار خروج این بود که مددجویان طی شش ماه گذشته تحت تأثیر بحرانی حاد قرار گرفته باشند.

ابزار گردآوری داده ها در این تحقیق پرسشنامه چند قسمتی بود که پس از طرح پایلوت مورد استفاده قرار گرفت. بخش اول، بررسی اطلاعات دموگرافیک بیمار و بخش دوم، پرسشنامه کیفیت زندگی (15) که اعتبار و پایایی آن قبلاً در جمعیت ایرانی تأیید شده است. پرسشنامه در این مطالعه از سه قسمت تشکیل شده است: 1- بعد جسمی (9 سؤال) ، 2- بعد روانی (11 سؤال) و بعد اجتماعی (7 سؤال). برای اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوا از نوع اعتبار صوری استفاده شد و برای تعیین پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. پایایی در زمینه سؤالات مربوط به هر قسمت به صورت زیر بدست آمد: بخش جسمی (0/93) ، بعد روحی- روانی (0/96) و در مورد بعد اجتماعی (0/89). در پرسشنامه ی کیفیت زندگی از مقیاس پنج درجه ای لیکرت استفاده شد و گزینه ها از یک تا پنج نمره گذاری شدند. بر طبق مطالعات انجام شده، کیفیت زندگی بیماران دیابتی بر اساس نمره به دست آمده به دو قسمت نامطلوب (نمرات کمتر از 54) و مطلوب (نمرات مساوی یا بیشتر از 54) دسته‌بندی شدند. نمرات بدست آمده از پرسشنامه کیفیت زندگی در مورد هر کدام از ابعاد کیفیت زندگی شامل بعد جسمی، روانی و اجتماعی به دو قسمت برابر مطلوب و نامطلوب دسته بندی شدند (16).

داده ها پس از جمع آوری و کدگذاری در نرم افزار آماری SPSS 15 تجزیه و تحلیل شد. در آمار توصیفی از مباحثی همچون فراوانی، میانگین، خطای معیار و در آمار تحلیلی بر حسب فرضیات موجود از آزمون های آماری همچون آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون ضریب همبستگی پیرسون و آزمون t مستقل استفاده گردید.

یافته ها

در این بررسی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (83/7%) بالاتر از 41 سال سن داشتند، 67/3 درصد زن، 92/4 درصد

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

متأهل، 22/4 درصد نمونه های آماری شاغل، 60/8 درصد خانه دار و بقیه بازنشسته و بیکار بودند. همچنین59 درصد نیز، میزان تحصیلاتشان زیر دیپلم و بی سواد بود. 28 درصد از مردان دارای وضعیت تحصیلی کارشناسی و بالاتر بودند، در حالیکه تنها 2 درصد زنان دارای این وضعیت تحصیلی بودند. میزان 50/4 درصد از بیماران نیز به مدت کمتر از 5 سال به دیابت مبتلا بودند.

همچنین بر اساس یافته ها، کیفیت زندگی 58/3 درصد آزمودنی ها نامطلوب و 41/7 درصد مطلوب بود (0/79±2/77)، ضمن اینکه 79/9 درصد در بعد جسمی (0/95±2/13) و 71/5 درصد در بعد روانی (0/89±2/54) دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند، در حالیکه 80/6 درصد در بعد اجتماعی (0/82±3/62) از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند.

در بررسی متغیرهای مختلف مربوط به مشخصات جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش، متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، وضعیت تحصیلی، مدت ابتلا به دیابت و سن از نظر آماری ارتباط معنی دار با کیفیت زندگی داشتند (جدول1).

یافته ها نشان می دهند که بین کیفیت زندگی و جنس رابطه ی معنی داری وجود دارد ($p < 0/05$) و همچنین مشخص شد که بین کیفیت زندگی در افراد بر حسب وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، وضعیت تحصیلی و مدت ابتلا به دیابت تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/05$) (جدول 1).

نتیجه همبستگی بین کیفیت زندگی و سن نیز نشان داد که ضریب همبستگی بین کیفیت زندگی با سن آزمودنی ها در سطح $p< 0/05$ معنی دار بوده و بین کیفیت زندگی با سن رابطه ی معکوس وجود دارد (جدول 2).

جدول 1: ارتباط بین مشخصات دموگرافیک با کیفیت زندگی در بیماران دیابتی

متغیرهای دموگرافیک		میانگین	انحراف معیار	آزمون آماری	مقدارT و F	P.Value
جنس	زن	2/57	0/643	آزمون t مستقل	T= 4/69	0/001
	مرد	3/17	0/843			
وضعیت تأهل	متأهل	2/77	0/749	آزمون تحلیل واریانس یک راهه	F= 3/91	0/002
	مجرد	3/41	0/743			
	بی همسر بر اثر فوت	2/14	0/774			
وضعیت شغلی	شاغل	3/16	0/499	آزمون تحلیل واریانس یک راهه	F= 45/96	0/001
	بیکار	2/34	0/546			
	خانه دار	2/53	0/627			
وضعیت تحصیلی	بی سواد	2/42	0/080	آزمون تحلیل واریانس یک راهه	F= 30/13	0/001
	زیر دیپلم	2/34	0/086			
	دیپلم	3/09	0/137			
	فوق دیپلم	3/10	0/118			
	کارشناسی و بالاتر	3/96	0/048			
مدت ابتلا به دیابت	کمتر از 5 سال	3/14	0/730	آزمون تحلیل واریانس یک راهه	F= 25/14	0/001
	10- 5 سال	2/34	0/484			
	بیش از 10 سال	2/67	1/26			

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

جدول شماره 3- ضریب همبستگی بین کیفیت زندگی و سن

متغیر	کیفیت زندگی		آزمون آماری	P
شاخص های آماری	r	p	همبستگی پیرسون	0/001
سن	-0/524	0/001		

بحث و نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که تقریباً نیمی از بیماران دارای کیفیت زندگی نامطلوب هستند. ضمن اینکه بیماران دیابتی در بعد اجتماعی با مشکلات کمتری روبرو هستند که ممکن است این مسأله ناشی از ارتباط خوب و مناسب همسر و خانواده و دوستان بیماران باشد که در مقایسه با دیگر مناطق، باید به زمینه ی فرهنگی آن منطقه نیز توجه شود.

در مورد ارتباط بین جنس و کیفیت زندگی در این پژوهش مشاهده گردید که زنان بطور معنی داری دارای کیفیت زندگی پایین تری نسبت به مردان هستند. یکی از دلایل این امر با توجه به نقش اساسی آموزش در درمان بیماری دیابت و تأثیر آن بر بالا رفتن کیفیت زندگی و همچنین با توجه به نتایج تحقیق قاسمی و همکاران می تواند ناشی از این امر باشد که زنان احتمالاً به دلیل سطح تحصیلات کمتر، از حمایت اطلاعاتی کمتری در مورد بیماری دیابت، رژیم غذایی مناسب و درمان بیماری، نسبت به مردان برخوردار باشند (17). در تأیید مطالب فوق بررسی های حیدرزاده و همکاران و گلدنی و همکاران، نشان داد که بین متغیر جنس با کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود دارد و کیفیت زندگی در زنان با اختلاف معنی داری کمتر از مردان است. احتمالاً تفاوت های بیولوژیکی و روحی- روانی بین دو جنس نیز می تواند بیان کننده ی یافته های حاضر باشد (16 و 13). در حالیکه نتایج تحقیق صداقتی کسبخی و همکاران، بر خلاف نتایج تحقیق حاضر بود (14).

در بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و وضعیت تأهل نتایج تحقیق نشان داد که بین کیفیت زندگی در افراد بر حسب وضعیت تأهل، تفاوت معنی دار وجود دارد. کیفیت زندگی در افراد مجرد بهتر از افراد متأهل است. به نظر می رسد افراد متأهل نقشی را که قبلاً در خانواده داشته اند، بعد از بیماری نمی توانند به نحو احسن انجام دهند و لذا با استرس های بیشتری نسبت به افراد مجرد روبرو هستند. در مقابل افرادی که همسران خویش را از دست داده بودند، کیفیت زندگی پایین تری را نسبت به افراد متأهل نشان می دادند که طبیعتاً مهمترین عامل در پایین بودن کیفیت زندگی این افراد از دست دادن یک حامی و شریک در زندگیشان می باشد که در این مواقع بحرانی بتوانند از آنها حمایت عاطفی و حمایت ابزاری بعمل آورند تا بدین طریق موجب بهبود کیفیت زندگی آنها شوند. نتایج تحقیق حیدرزاده و همکاران، صداقتی کسبخی و همکاران و گلدنی و همکاران نیز نشان داد که بین افراد بیمار و کیفیت زندگی آنها بر حسب وضعیت تأهل تفاوت وجود دارد (16 و 14 و 13).

در بررسی ارتباط آماری بین کیفیت زندگی و وضعیت شغلی مشاهده شد که بین کیفیت زندگی افراد بیمار بر حسب وضعیت شغلی تفاوت معنی داری وجود دارد. افراد شاغل دارای کیفیت زندگی بهتری نسبت به افراد بیکار و خانه دار هستند. این مسئله می تواند ناشی از این امر باشد که این افراد از نظر مالی و تأمین هزینه های ناشی از بیماری مانند هزینه های دارو، به دیگری وابسته نیستند. بنابراین از لحاظ روحی نسبت به دیگر افراد بیمار کمتر دچار استرس و تنش می شوند و همچنین با توجه به هزینه بر بودن درمان، تأمین کردن هزینه های ناشی از درمان و کنترل بیماری می تواند بر بعد جسمی

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

بیمار نیز تأثیر گذار باشد. این قسمت یافته ها با تحقیقات حیدرزاده و همکاران، باقیانی مقدم و دیگران، گلدنی و همکاران و مدیگان و دیگران همخوان بوده است (16 و 12 و 13 و 18).

برای بررسی ارتباط آماری بین امتیازات کسب شده از کیفیت زندگی و وضعیت تحصیلی از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد که مشخص شد بین وضعیت تحصیلی و کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد. به گونه ای که با افزایش میزان تحصیلات، کیفیت زندگی این بیماران ارتقا می یافت. دلیل این امر احتمالاً امکان دسترسی بیشتر آنها به منابع آموزشی، و استفاده بیشتر از مقالات آموزشی و داشتن آگاهی و انگیزه ی قوی تر جهت کنترل بیماری و مراقبت از خود می باشد. نتایج تحقیق حیدرزاده و همکاران نیز نشان داد که با افزایش تحصیلات، کیفیت زندگی بیماران افزایش می یابد (16). علاوه بر این در ارتباط بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی نتایج تحقیقات صداقتی کسبخی و همکاران و مدیگان و دیگران نیز موید ارتباط معنی داری بین دو متغیر مذکور هستند (14 و 18). تحقیقات دیگر نیز نشان داده اند که افراد تحصیل کرده و شاغل چون در فعالیت های گوناگون اجتماعی درگیر هستند، و به علت اینکه با افراد بیشتری در محیط های جدید رابطه دارند، دارای روابط و شبکه های اجتماعی وسیعتری هستند و عمدتاً حمایت های اجتماعی را از آنها دریافت می کنند، که دریافت همین حمایت ها می تواند بر کیفیت زندگی آنها تأثیرگذار باشد (19).

در بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و طول مدت بیماری مبتلایان، نتایج تحقیق نشان داد که بین کیفیت زندگی بیماران بر حسب مدت ابتلا به بیماری تفاوت معنی دار وجود دارد. نتایج تحقیق باقیانی مقدم و همکاران و مدیگان و دیگران نیز با این یافته ی تحقیق همخوانی دارند (12 و 18).

رابطه معکوس بین سن و کیفیت زندگی، بیانگر کاهش توانایی جسمی و روانی فرد مبتلا به دیابت با افزایش سن است. سایر مطالعه ها نیز نتایج مذکور را مورد تأیید قرار می دهد. فرایندهای ناشی از افزایش سن به ویژه اگر با یک بیماری مزمن از قبیل دیابت همراه گردد، منجر به بروز مشکلات جسمی متعدد، کاهش توانایی جسمی و عملکرد جسمی فرد مبتلا به دیابت می شود. بیماری دیابت از لحظه ی تشخیص تا انجام دستورات مختلف درمانی و مراقبتی مختلف به عنوان یک عامل تنش زا محسوب می شود و ممکن است باعث بروز مکانیسم های ناسازگارانه از طرف بیماران شود. از طرفی با افزایش سن، بیمار مبتلا به دیابت با چالش ها و مشکلاتی از قبیل فشارهای اقتصادی ناشی از بیماری و خانواده، نگرانی درباره ی فرزندان و خانواده و عواقب بیماری و غیره روبرو می شود که همه ی این عوامل ذکر شده با اثر بر یکدیگر باعث کاهش کیفیت زندگی بیمار می شود. نتایج تحقیق صداقتی کسبخی و همکاران و حیدرزاده و همکاران با این یافته ی تحقیق همخوان است (14 و 16).

یافته های مطالعه حاضر نشان داد، تقریباً بیش از نیمی از بیماران، دارای کیفیت زندگی نامطلوب هستند. ضمن اینکه نتایج نشان داد بیماران دیابتی در بعد اجتماعی مشکلات کمتری دارند، ولی در ابعاد روانی و جسمی با مشکلات بیشتری مواجه هستند که این موضوع از نتایج مطالعات قبلی حمایت می کند.

می توان گفت بیماری دیابت مشابه هر بیماری یا وضعیت مزمن دیگری از طریق تحت تأثیر قرار دادن جنبه های مختلف زندگی باعث کاهش کیفیت زندگی فرد مبتلا می شود. در مطالعه ی حاضر نیز مشاهده شد که حدود 80 درصد بیماران در بعد جسمی و 71 درصد بیماران در بعد روحی، دارای وضعیت نامطلوبی هستند. این مسأله منجر به کاهش

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

کیفیت زندگی این بیماران شده بود. لذا توصیه می شود که برنامه ها و کلاس هایی با محتوای مشاوره ای و آموزشی برای بیماران و خانواده های آنان برگزار شود که از طریق این کلاس ها، اطلاعات مربوط به بیماری دیابت و رژیم غذایی متناسب، به بیمار و خانواده های آنان در جهت ارتقای وضعیت جسمی، داده شود و در جهت تأمین حمایت عاطفی و حفظ بعد اجتماعی کیفیت زندگی بیمار از سوی خانواده های آنان برنامه هایی را طرح ریزی کنند. البته این در حالی است که عمده توجه کارکنان مراکز درمانی بیماران مبتلا به دیابت به مسائل جسمی آنهاست و با وجود اینکه درصد بالایی از افسردگی در این بیماران گزارش شده است، پیشنهاد می شود که در کنار ویزیت های منظم پزشکان از نظر مسائل جسمانی، به مشکلات روانشناختی این بیماران نیز توجه بیشتری بشود. راه حل این مسأله نیز ادغام خدمات سلامت روان در سایر خدماتی است که این بیماران دریافت می کنند. از آنجایی که مطالعه ی حاضر در جمعیت محدودی از بیماران مبتلا به دیابت در زمان و مکان خاصی صورت گرفته است، از تعمیم پذیری یافته های این مطالعه به کل جامعه بیماران مبتلا به دیابت کشور تا حدی می کاهد. اما می توان نتایج این بررسی را با نتایج دیگر تحقیقاتی مقایسه کرد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابتی را بررسی کرده اندکه جهت پیگیری و درمان بیماری به مراکز آموزشی- درمانی و انجمن های حمایت از بیماران دیابتی مراجعه کرده اند و از این طریق، تأثیرات آموزشی و ابزاری انجمن ها و مراکز درمانی در کیفیت زندگی بیماران روشن تر می شود.

تقدیر و تشکر

از حمایت مالی مرکز تحقیقات علوم انسانی سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان از این تحقیق قدردانی می شود. همچنین از زحمات و همکاری کارکنان بهداشتی بیمارستان شهدا شهر خرم آباد و بیماران مبتلا به دیابت که در این پژوهش با پژوهشگر همکاری داشتند، تشکر می شود. سلامتی و توفیق روزافزون آنها را از خداوند متعال خواستاریم.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

References

1. Andreoli T. Cecil Essentials of Medicine. 5th Edition, USA, W.B. Saunders Co.2001. p. 178
2. Gamert SR. Are we up to the challenge? Clin Geriatr. 2002; 10 (6) :14
3. Heine R.J. Diabetes in the next century: challenges and opportunities. Journal of Behavioral Medicine. 1999; 55 (6) : 265- 270
4. Davidson Mayer B. Diabetes Mellitus: diagnosis and treatment. 4th edition, W. B. SAUNDERS Company, 2000
5. Ministry o health, medication and medical training, the report of diabetes and its epidemiology. Tehran. 1374. 3-4. (In Persian)
6. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995- 2025: prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes Care.1998; 21: 1414- 1431
7. WHO Quality of life Group. (1998). World health organization quality of life survey- abbreviated version: Author
8. Guggenmoos- Holzmann I, Bloomfield K, Brenner H, Flick U. Quality of life and health. Berlin: Blackwell Wissenschafts.1995; 38 (6) : 143- 152
9. Tavallaei S, Habibi M, Asari Sh, Ghanei M, Naderi Z, Khateri Sh,et al. The quality of life in those who injured from chemical weapons (mustard gas) after 15 years. Behavioral sciences Journal. 1386. 1 (1). 17- 25 (In Persian)
10. Kleefstra N, Landman G, Houweling S, Ubink- Veltmaat L, Logtenberg S, Jong B & et al. Prediction of Mortality in Type 2 Diabetes From Health- Related Quality of Life (ZODIAC-4). Diabetes Care. 2008; 31 (5) :932- 933
11. Groll D, Vanner, S, Depew W, Dacosta L, Simon J, Groll A & et al. The IBS-36: A new quality of life measure for irritable bowel syndrome. American Journal of Gastroenterology.2002; 97 (4) : 962- 971
12. Baghiani Moghadam M, Afkhami Ardekani M, Mazlumi S, Saeedi Zade M. A survey on the quality of life in type 2 diabetes patients Yazd. Journal of Yazd University of medical sciences 2006; 4 (4) : 49- 54. (In Persian)
13. Goldney R, Phillips P, Fisher L, Wilson D. Diaetes, Depression, and Quality of Life. Diabetes Care. 2004; 27 (5) : 1066- 1070
14. Sedaghati Kasbakhi M, Ehsani M, Ghanbari A. The comparison between the quality of life in diabetes patients having type 2 with non- diabetic people. Journal of Babol University of medical sciences 1382. 9 (5) : 55-60.
15. Darvish pour Kakhaki, A. The plan of a valid and reliable instrument for assessing the quality of life in diabetic patients. M.A. thesis of internal- surgical nursing. Shahid Beheshti University of medical sciences and health- treatment services. 1383. 70-80 (In Persian)
16. Heidarzade M, Zaman Zade V, Lak dizji C. The analysis of quality of life in

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

University of Isfahan, 2009: 137- 145 (In Persian)

18. Maddigan S, Feeny D, Majumdar S, Farris K, Johnson J. Understanding the Determinants of Health for People With Type 2 Diabetes. American Journal of Public Health. 2006; 96 (9) : 1649- 1655
19. Wellman B. The Network is Personal: Introduction to a Special Issue of Social Networks 2007. Available from URL: www.chass.utornto.ca/personal.html

hemodialysis patients. nursing and midwifery Journal of Tabriz University of medical sciences.1385. 1 (4) : 9- 25 (In Persian)
17. Ghasemi V, Zamani A, Ghasemi pour M. A sociological study of the relationship between social support and quality of life in the referring diabetes patients to the Khorramabad city clinics M.A. Thesis, Faculty of Literature & Human Sciences,

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]