بررسی رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت

یحیی حسین زاده فیروزآباد [۱]، محمد صالح محمدآبادی [۲]، اسماعیل موسوی [۳]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره هفتم/ شماره ۱/ بهار و تابستان ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: دیابت قندی یک بیماری متابولیک شایع است که روی وضعیت روانی، ارتباطات بین فردی، اجتماعی و خانوادگی و به طور کلی بهزیستی روانشناختی بیماران تأثیر منفی دارد. کیفیت زندگی و مهار سوخت و ساز قند خون دو شاخص مهم در درمان بیماری دیابت محسوب می شود. هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران دیابتی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی مقطعی، از بین بیماران دیابتی مراجعه کننده به کلینیک‌های یاسوج تعداد ۹۰ نفر در سال ۹۵-۱۳۹۴ به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (فرم کوتاه) و پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش همبستگی اسپیرمن و آزمون T مستقل در نرم افزار $SPSS$ نسخه ۱۷ استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بسیاری از حیطه‌های کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معنی‌دار دارد. حیطه‌های عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با ۳ حیطه اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی همبستگی معنی‌دار نشان داد. حیطه سلامت روانی از کیفیت زندگی با حیطه علایم شبه جسمی از سلامت روان همبستگی معنی دار نشان داد (P <۰/۰۲) و در حیطه عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی با حیطه اختلال در عملکرد اجتماعی از سلامت روان همبستگی معنی‌دار مشاهده شد (P <۰/۰۲). از حیطه‌های سلامت روان، اضطراب با (P <۰/۰۰۶) و علایم شبه جسمی با (P <۰/۰۲۵). در زنان بیشتر از مردان ارتباط معنی‌دار نشان داده است و از حیطه‌های کیفیت زندگی عملکرد فیزیکی با (P <۰/۰۳) در مردان بیشتر از زنان و درد جسمی با (P <۰/۰۰۱) در زنان بیشتر از مردان معنی‌دار می‌باشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه، دیابت بیماری مزمنی است که کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو توجه به ابعاد مختلف سلامت روانشناختی ضروری است و مداخلات مبتنی بر کیفیت زندگی می‌تواند مؤثرتر باشد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، کیفیت زندگی، دیابت

آدرس مکاتبه: دانشکده روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران
پست الکترونیکی: *Hosseinzadeh.yahya@gmail.com*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-12-08]

مقدمه

بیماری دیابت، شایع‌ترین بیماری متابولیک و چهارمین علت مرگ و میر در جوامع غربی می‌باشد (۱). 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 می‌گردد. زیرا دیابت شایع‌ترین بیماری متابولیک با شیوعی رو به افزایش است که امید به زندگی را به یک سوم کاهش می‌دهد (۲). بیماری دیابت، یکی از بیماری‌های مزمن و یکی از علت‌های مهم مرگ و ناتوانی در سراسر دنیا می‌باشد. بر اساس آخرین اخبار موجود، حدود ۱۷۱ میلیون نفر در دنیا از این بیماری رنج می‌برند و تخمین زده می‌شود که این رقم در سال ۲۰۲۵ بالغ بر ۳۰۰ میلیون نفر شود (۳). شیوع این بیماری در ایران، حدود ۶ درصد جمعیت؛ یعنی حدود ۴ میلیون نفر تخمین زده شده است (۴). این بیماری در اثر ناتوانی بدن در تولید و یا مصرف انسولین ایجاد می‌گردد و سندرمی است که به دنبال عدم تعادل بین نیاز به انسولین و تأمین آن به وجود می‌آید و مشخصه آن، افزایش قند خون و اختلال سوخت و ساز کربوهیدرات، پروتئین و چربی می‌باشد (۵). همچنین این بیماری، باعث هزینه‌های مستقیم به میزان ۲/۵ تا ۱۵ درصد کل بودجه بهداشتی و هزینه‌های غیرمستقیم تا چند برابر و پدید آورنده عوارضی چون بیماری‌های ایسکمیک قلبی، پرفشاری خون، نوروپاتی، کاتاراکت و غیره بوده و مسؤل ۹ درصد کل مرگ‌ها در جهان می‌باشد (۶). دیابت می‌تواند بر عملکرد فیزیکی و جسمی، توسعه عوارض بیماری، وضعیت روحی و روانی، ارتباطات بین فردی، خانوادگی و اجتماعی، عملکرد جنسی و درک از سلامت تأثیرگذار باشد (۷).

کیفیت زندگی یک سازه چند بعدی و پیچیده است که سازمان بهداشت جهانی، آن را به این صورت تعریف کرده است: " ادراکی است از وضعیتی که افراد درآن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و نظام آموزشی که در آن هستند، که این ادراک بر اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق آنها می‌باشد"(۸). با توجه به رشد فزاینده و عدم درمان قطعی بیماری‌های مزمن، اخیراً شاخه‌ای از کیفیت زندگی به نام کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مطرح شده است، که به شدت مورد توجه دانشمندان و متخصصان امر سلامت قرار گرفته است (۹). 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 بیماری‌های مزمن است که درمان قطعی برای بیماری آن‌ها شناخته شده نیست (۱۰).

تعریف کیفیت زندگی کار مشکلی است چرا که مفهومی پیچیده دارد که با داشتن احساس خوشحالی و رضایت شناسایی می‌شود. شخصیت سالم، آمیزه‌ای از تجربیات فردی در طول زندگی و عوامل وراثتی می‌باشد که هر دو با هم تصور ذهنی فرد از خوب یا ضعیف بودن کیفیت زندگی را می‌سازند. احساس امنیت، تعارضات هیجانی، عقاید شخصی، اهداف و میزان تحمل ناکامی‌ها همگی در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) تأثیر دارند. زمانی که فرد در زندگی احساس رضایت و خوشحالی می‌کند و از بیمار بودن خود احساس نارضایتی ندارد انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد و زمانی که فرد خود مراقبتی خوبی داشته باشد روز به روز احساس بهتری خواهد داشت و سالم‌تر باقی خواهد ماند، لذا کیفیت زندگی بهتری نیز خواهد داشت و این چرخه مثبت خود تقویت کننده، همچنان ادامه می‌یابد (۱۱).

بین بیماری دیابت و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱۲). مطالعات نشان داده است که بیماری دیابت می‌تواند بر سلامت عمومی و احساس خوب بودن و به عبارتی بر کیفیت زندگی بیماران تأثیرات منفی داشته باشد (۱۳).

تحقیق *Sanchez* و همکاران نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران دیابتی وابسته به انسولین از سطح پایینی برخوردار است (۱۴). تحقیق *Thomasen* و همکاران در جوامع روستایی کانادا نشان داد کیفیت زندگی در بیماران دیابتی پایین‌تر از بیماران غیر دیابتی

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-12-08]

بود و همچنین کیفیت زندگی بیماران دیابتی بومی پایین‌تر از کیفیت زندگی بیماران غیربومی‌ها بود (۱۵). علوی از نامطلوب بودن کیفیت زندگی در بیماران دیابتی خبر می‌دهد و آموزش و حمایت از بیماران دیابتی را گامی مؤثر در بهبود و کیفیت زندگی آن‌ها می‌داند (۱۶).

در پژوهش *Pena* و همکاران نتایج نشان داد، در بیمارانی که از دیابت رنج می‌برند، سلامت روان و کیفیت زندگی به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه شاهد بود (۱۷). *Jasper* نشان دادند افراد دیابتی نسبت به غیر دیابتی سطح پایین‌تری از سلامت روان و سطح بالاتری از اضطراب را نشان دادند (۱۸). شاخص‌ترین نشانگرهای عدم سلامت روانی چون افسردگی، اضطراب اجتماعی، وسواس، وابستگی مفرط در افراد دیابتی به وضوح به چشم می‌خورد. کندی یا توقف افراد در مسیر سلامت جسمانی باعث اختلال در سلامت روانی شده است (۱۹). مطالعات نشان می‌دهد که دیابت با افزایش خطر اختلالات و علائم روان شناختی همراه است (۲۰). در پژوهش *Grigsby* و همکاران (۲۰۰۲) اختلال اضطراب فراگیر در ۱۳ درصد، ترس‌های مرضی در ۲۱/۶ درصد و وسواس و اجبار در ۱/۳ درصد افراد مبتلا به دیابت گزارش شده است (۲۱). افسردگی، اختلالات شکم بارگی، پر اشتهایی و بی اشتهایی عصبی نیز در این افراد شایعتر از جمعیت عادی می‌باشد (۲۲). عوارض دیابت بر روی جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی از جمله روحی روانی، جسمی، اجتماعی، اقتصادی، زندگی خانوادگی و عملکرد جنسی تأثیر دارد. هدف اولیه از درمان، به ویژه در بیماری مزمن، تقویت کیفیت زندگی از طریق کاهش اثرات بیماری است و لزوماً نباید بیماران مبتلا به بیماری‌های سخت و مزمن، کیفیت زندگی پایینی داشته باشند. کارکنان بهداشتی، می‌توانند از طریق بررسی سلامت افراد و تأمین آن، بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر بگذارند، به طوری که با بهبود وضعیت سلامت، کیفیت زندگی آن‌ها را نیز بهبود ببخشند. همچنین با سنجش کیفیت زندگی افراد می‌توانند تأثیرات منفی بیماری یا اثرات درمان بر کیفیت زندگی بیمار را تعیین کنند (۲۳). مطالعات و تحقیقات انجام شده داخل کشور در مورد دیابت، نشان می‌دهند که توجه کمتری به کیفیت زندگی بیماران دیابتی مبتلا به عوارض مزمن شده است، حال آن‌که *Testa* و *Simonson* (۱۹۹۶) اظهار می‌دارند که نتایج حاصل از بررسی و اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران می‌تواند به منظور ارزیابی هزینه‌های مالی و انسانی ناشی از بیماری، اثرات برنامه‌ها و اقدامات جدید، کارایی داروها و تجهیزات پیشرفته، تغییرات سلامت جسمی و روحی- روانی و وضعیت عملکردی و اجتماعی بیماران نمود (۲۴). بنابراین با توجه به اهمیت کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به خصوص بیماری دیابت، هدف این پژوهش بررسی رابطه کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران دیابتی شهر یاسوج می‌باشد.

روش بررسی

در این مطالعه مقطعی و همبستگی، جامعه پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به دیابت که در سال ۹۵-۱۳۹۴ جهت انجام مراحل درمان به کلینیک‌های شهر یاسوج مراجعه نموده‌اند، تشکیل داد و تعداد نمونه۹۰ نفر از این بیماران بوده است که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با در نظرگرفتن میزان اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد محاسبه شد. معیارهای ورود به مطالعه به این شرح بوده‌اند: سن بالاتر از ۱۸ سال، هوشیار بودن، قطعی بودن تشخیص دیابت، حداقل گذشت یک سال از تشخیص بیماری و نداشتن سابقه عقب‌ماندگی ذهنی. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات فردی، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی و پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (فرم کوتاه) بود و به روش خود سنجی توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردیدند. پرسشنامه سلامت عمومی از ۲۸ سؤال در ۴ حیطه افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمی و عملکرد اجتماعی تشکیل شده است. هر حیطه دارای ۷ سؤال می‌باشد. سؤالات ۱ تا ۷ مربوط به نشانه‌های جسمانی، از ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب، ۱۵ تا ۲۱ مربوط به اختلال در عملکرد اجتماعی و ۲۲ تا ۲۸ مربوط به افسردگی

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-12-08]

می‌باشند و در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای به صورت ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. پایایی این ابزار در مطالعه حاضر با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی فرم ۳۶ سؤالی، در بر دارنده ۸ مقیاس یا مفهوم می‌باشد که شامل عملکرد فیزیکی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی و هیجانی، درد جسمی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی و درک سلامت عمومی می‌باشد. شیوه پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه کیفیت زندگی از حالت دوتایی بلی– خیر تا طیف لیکرت ۶ درجه‌ای متغیر است. این پرسشنامه، پرسشنامه استانداردی است که توسط *Ware* و همکاران (۱۹۹۲) در آمریکا برای کیفیت زندگی افراد سالم و بیمار طراحی شده است (۲۵). پایایی این مقیاس به شیوه باز آزمایی ۰/۸۶ به دست آمد. مطالعات دیگری نیز در ایران پایایی این ابزار را به همین روش در سطح مطلوب گزارش نموده‌اند (۲۶و ۲۷). پژوهشگران با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی و کسب رضایت از بیماران دیابتی، به گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه و یا تکمیل پرسشنامه توسط خود بیمار پرداختند. به این منظور بیمارانی که سطح سواد بالایی داشتند، پرسشنامه توسط خودشان تکمیل شد و در خصوص بیماران بی سواد و کم سواد، پرسشنامه‌ها توسط محقق برای آنان قرائت گردید و نظرات آنان دقیقاً منعکس گردید. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات نیز از آمار توصیفی و آمار استنباطی (همبستگی پیرسون و تی تست مستقل) استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۱/۵ درصد بیماران در محدوده سنی ۴۰ تا ۵۰ سال، ۷۹/۹ درصد متأهل، ۷۷/۳ درصد تحت پوشش بیمه، ۸۱ درصد با سواد و ۲۴ درصد دارای سابقه فامیلی دیابت بودند. در خصوص وضعیت سلامت روان بیماران، میانگین اختلال در عملکرد اجتماعی از حیطه سلامت روان ۹/۱۸ می‌باشد که از سایر حیطه‌ها بیشتر است (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های سلامت روان در بیماران دیابتی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
علائم شبه جسمی	۶/۷۸	۳/۵۵
اضطراب	۹/۱	۴/۶۲
اختلال در عملکرد اجتماعی	۹/۱۸	۴/۲۳
افسردگی	۵/۷	۵/۲۱

در زمینه وضعیت کیفیت زندگی بیماران دیابتی بیشترین میانگین با ۲۰/۷۸ در حیطه سلامت عمومی و کمترین میانگین با ۱/۶ به حیطه محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی تعلق داشت (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های کیفیت زندگی در بیماران دیابتی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
عملکرد فیزیکی	۱۵/۸۵	۵/۳۴
عملکرد اجتماعی	۶/۵۶	۰/۹۶
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی	۳/۲۸	۱/۰۳
درد جسمی	۶/۲۵	۲/۷۹
سلامت روانی	۱۴/۸۴	۲/۷۷
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی	۱/۶	۱/۲۲
درک سلامت عمومی	۲۰/۷۸	۱/۸۵

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-12-08]

در مورد ارتباط حیطه‌های کیفیت زندگی با ۴ حیطه سلامت روان مشخص شد کیفیت زندگی بیماران دیابتی به شدت تحت تأثیر سلامت روان آن‌ها می‌باشد. در بعضی از حیطه‌های کیفیت زندگی همبستگی آماری معنی‌دار وجود نداشته است، به عنوان مثال در حیطه عملکرد اجتماعی و عملکرد فیزیکی کیفیت زندگی با علائم شبه جسمی رابطه معنی‌داری وجود نداشته است (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳- رابطه میان حیطه های عملکرد اجتماعی، عملکرد فیزیکی، و سلامت روانی از کیفیت زندگی با حیطه های سلامت روان

متغیرها	علائم شبه جسمی		اضطراب		اختلال در عملکرد اجتماعی		افسردگی	
	R	*P*	*R*	*P*	*R*	*P*	*R*	*P*
عملکرد اجتماعی	-۰/۱۷	۰/۱	-۰/۱۵	۰/۱۴	-۰/۲	۰/۰۵	-۰/۰۸	۰/۴۲
عملکرد فیزیکی	-۰/۱۴	۰/۱۸	-۰/۳	۰/۰۰۴	-۰/۴۲	۰/۰۰۱	-۰/۲۶	۰/۰۱۲
سلامت روانی	-۰/۲۴	۰/۰۲	-۰/۰۹	۰/۳۷	-۰/۱۳	۰/۱۹	-۰/۱۴	۰/۱۶

بین حیطه‌های سلامت روان و کیفیت زندگی با جنس بیماران ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشته است، به طور مثال میانگین نمره علائم شبه جسمی ($p <$ ۰/۰۲۵) و اضطراب ($p <$ ۰/۰۰۶) از حیطه های سلامت روان در زنان بیشتر از مردان بوده است و از نظر آماری معنی‌دار بوده است. میانگین نمره عملکرد فیزیکی کیفیت زندگی در مردان بیشتر از زنان ($p <$ ۰/۰۳) و میانگین نمره درد جسمی در زنان بیشتر از مردان بوده است و از نظر آماری معنی دار است ($p <$۰/۰۰۱) (جداول شماره ۴و۵).

جدول شماره ۴- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های سلامت روان بر حسب جنس

شاخص های اماری / متغیرها	مرد	زن	*P*
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
علائم شبه جسمی	۶/۰۴ (۳/۴۱)	۷/۷۲ (۳/۵۵)	۰/۰۲۵
اضطراب	۷/۹۲ (۴/۰۰۴)	۱۰/۵۷ (۴/۹۶)	۰/۰۰۶
اختلال در عملکرد اجتماعی	۹/۳۸ (۳/۸۸)	۸/۹۵ (۴/۶۸)	۰/۶۳
افسردگی	۴/۷۸ (۴/۳۸)	۶/۵۸ (۵/۹۴)	۰/۰۷

جدول شماره ۵- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه های کیفیت زندگی بر حسب جنس

شاخص‌های آماری / متغیرها	مرد	زن	*P*
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
عملکرد فیزیکی	۱۶/۹ (۵/۴۴)	۱۴/۵۵ (۴/۹۶)	۰/۰۳
عملکرد اجتماعی	۶/۶۲ (۰/۹۲)	۶/۵ (۱/۰۱)	۰/۵۵
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی	۳/۳۶ (۰/۹۴)	۳/۲ (۱/۱۳)	۰/۴۷
درد جسمی	۵/۳۶ (۲/۷۳)	۷/۳۷ (۲/۴۶)	۰/۰۰۱
سلامت روانی	۱۴/۹۸ (۲/۲۸)	۱۴/۶۷ (۳/۳)	۰/۶
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی	۱/۵ (۱/۲۱)	۱/۷۴ (۱/۲۲)	۰/۳۵
درک سلامت عمومی	۲۰/۵۲ (۱/۸۳)	۲۱/۱۲ (۱/۸۵)	۰/۱۲

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-12-08]

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد دیابت بیشترین تأثیر منفی را به طور کلی در حیطه‌های سلامت روان به ویژه در حیطه عملکرد اجتماعی داشته است. بعد از اختلال در حیطه عملکرد اجتماعی با میانگین ۹/۱۸، میانگین حیطه اضطراب ۹/۱، میانگین علایم شبه جسمی ۶/۷۸ و میانگین افسردگی ۵/۷ بوده است. این نتایج با نتایج پژوهش‌هایی که سلامت روان را در افراد دیابتی نامطلوب گزارش نمودند، هم‌خوانی دارد (۲۸ و ۲۹). در تبیین این یافته می‌توان اذعان داشت که بنا بر تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان به عنوان وضعیت رفاه و بهبودی تعریف شده است که طی آن هر فرد بتواند توانایی‌های بالقوه خویش را بهبود بخشد، بتواند با استرس‌های معمول در زندگی مقابله کند، بتواند به شکل مثمر ثمر و سازنده‌ای به کار و فعالیت بپردازد و در اجتماعی که به آن تعلق دارد، نقش مؤثری ایفا نماید (۳۰). *Livneh* و همکاران (۲۰۰۳) بیان کرده‌اندکه بیماران دیابتی مشکلات و محدودیت‌های زیادی از قبیل مراقبت‌های طبی، معلولیت و مرگ زود هنگام، هزینه‌های پنهان تخمین ناپذیر، اجبار مکرر انسولین، تأمین هزینه آن، اجبار در رعایت رژیم غذایی، عفونت‌های مکرر و همچنین محدودیت‌هایی در زمینه تولید مثل، تشکیل خانواده و اشتغال به کار دارند (۳۱) همچنین *North* (۲۰۱۵) این بیماران به طور شایع دچار احساس شکست و نا امیدی به دلیل جدال با بیماری و برنامه‌ریزی درمان آن گردیده‌اند و احساس خوب بودن روحی و اجتماعی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد و بسیاری از آنان احساسات ترس، خشم و گناه در ارتباط با بیماری را گزارش می‌نمایند (۳۲) این عوامل سبب می‌شود که فرد نتواند به شکل سازنده‌ای به کار و فعالیت بپردازد و توانایی‌های بالقوه خویش را شکوفا سازد و به طور کلی با توجه به تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت روان، سلامت روانی مطلوبی داشته باشد.

در رابطه با کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دیابت بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر نا مطلوبی می‌گذارد همانطور که نتایج نشان داد در زمینه وضعیت کیفیت زندگی بیماران دیابتی بیشترین میانگین با ۲۰/۷۸ در حیطه سلامت عمومی و کمترین میانگین با ۱/۶ به حیطه محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی تعلق داشت. در همین رابطه نتایج پژوهش خالدی و همکاران (۱۶) نشان داد کیفیت زندگی در بیماران دیابتی در بعضی از حیطه‌ها مانند عملکرد فیزیکی، سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی نسبتاً مطلوب و در حیطه‌هایی مانند ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی و ایفای نقش عاطفی نامطلوب بوده است که با نتایج پژوهش حاضر هم خوانی دارد. در تبیین این مسأله بایستی خاطر نشان شد دیابت همانند سایر بیماری‌های مزمن، افزون بر مرگ و میر بالا، گرفتاری‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و مالی بسیاری به همراه دارد. این بیماری به دلیل درگیر کردن بیشتر اندام‌های بدن از جمله قلب، چشم، معده و ... اثرات معکوس و معنی‌داری بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی دارد (۳۳). درگیری مداوم با بیماری و محدودیت‌هایی که عوارض دیابت برای بیماران ایجاد می‌نماید، احساس منفی و عدم رضایت از زندگی و در نتیجه پایین آمدن کیفیت زندگی در بیماران را موجب می‌شود. همچنین ماهیت مزمن، درمان‌های خسته کننده و عوارض ناتوان ساز و تهدید کننده دیابت، ابعاد جسمی، روحی-روانی، اجتماعی و به عبارتی کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۴).

در مورد ارتباط حیطه‌های کیفیت زندگی با سلامت روان نتایج نشان داد حیطه عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی با حیطه‌های عملکرد اجتماعی و عملکرد فیزیکی سلامت روان و حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی با علایم شبه جسمی سلامت روان همبستگی معنی‌داری داشته است. این نتایج با نتایج پژوهش *Pena* و همکاران هم خوانی دارد. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که والدین افراد دیابتی دارای کیفیت زندگی و سلامت روان پایینی هستند (۳۵). در واقع، از آنجا که بیماران دیابتی اختلال عملکرد فیزیکی دارند، این امر بر احساس سلامت فیزیکی و کیفیت زندگی آنان سایه افکنده است و موجب اثر متقابل بر سلامت روان این گروه از بیماران شده است.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-12-08]

این یافته را بدین‌گونه می‌توان تبیین کرد که کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که به خوب بودن عمومی افراد اشاره دارد و شامل ظرفیت عملکردی، حالات روانی، عملکرد اجتماعی، سلامت جسمی و درک از سلامت می‌باشد. همچنین، کیفیت زندگی یک شخص، یک درک شخصی است که به وسیله احساس افراد درباره سلامت شان یا جنبه های غیرپزشکی زندگی شان داده شود (۳۶). تحت تأثیر قرارگرفتن سلامت به عنوان سازه اصلی مفهوم کیفیت زندگی دلالت بر این دارد (۳۷) که بیماری دیابت اثری منفی بر درک و رضایت فرد از زندگی خویش می‌گذارد و سبب می‌شود که ظرفیت عملکردی، حالات روانی ، عملکرد اجتماعی، سلامت جسمی و درک از سلامت و به طور کلی کیفیت زندگی فرد دیابتی کاهش یابد.

در خصوص متغیرهای جمعیت شناختی بیماران و ارتباط آن با کیفیت زندگی و سلامت روان، نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که حیطه‌های علایم شبه جسمی و اضطراب با جنس تفاوت معنی‌داری دارد. این یافته با پژوهش خالدی و همکاران (۱۶) که بر روی ۱۹۸ بیمار مبتلا به دیابت انجام شده بود هم‌خوانی دارد. ایشان طی مطالعه خود بیان داشتند که ارتباط معنی داری بین جنس و علایم شبه جسمی بوده است.

همچنین نتایج نشان داد که حیطه‌های عملکرد فیزیکی و درد جسمی در دو جنس تفاوت معنی‌داری داشته است. زنان نسبت به مردان عملکرد فیزیکی پایین‌تری را گزارش کردند که با مطالعه *Wandell* (۲۰۰۰) که در آن زنان مشکلات بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تری را در مقایسه با مردان بیان کرده‌اند (۱۶)، همسو می‌باشد، که علت آن به احتمال قوی مربوط به تفاوت‌های بیولوژیکی و روحی و روانی بین دو جنس می‌باشد.

با توجه به نتایج به دست آمده شناخت وخامت مشکلات روانی بیماران مبتلا به دیابت و توجه به ارتقای کیفیت زندگی آنان، عنایت بیشتر وزارت بهداشت و درمان را در خصوص برنامه‌های درمانی به طور جدی‌تر و گسترده‌تر، در سطح بیمارستان‌ها می‌طلبد. از طرفی تأسیس و تقویت مؤسسات حمایت کننده و فرهنگ سازی برای سازگاری با انواع مشکلات روانی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد. در نهایت لازم است جایگاه معنویت در جهت ایجاد امیدواری و افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی تأکید کنیم.

تشکر و قدردانی

در پایان نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمام بیماران، شرکت‌کنندگان و تمامی پزشکانی که در اجرای پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی نمایند.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-12-08]

Reference

1.Alavi nia SM, Ghotbi M, Mahdavi Hezaveh A, Kermanchy G, Nasli Isfahani A, Yarahmadi Sh. National program to prevention and control of type 2 diabetes. Ministry of Health and Medical Education. 1 ed th. Tehran: Sepidbarg; 2012. [In Persian]

2. Ahmann AJ. Guideline and Performance Measures for Diabetes. Am J Manag Care. 2007; 13(2): 41-6.

3. Sadegie Ahari S, Arshi S, Iranparvar Alamdari M, Amani F, Siahpoush H. The effect of complications of type II diabetes on patients' quality of life. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2009; 8(4): 394-402. [In Persian]

4. Vares Z, Zandi M, Baghaei P, Masoudi Alavi N, Mirbagher Ajorpaz N. Study of quality of life and associated factors in diabetes mellitus patients of Kashan Diabet Center. Iranian Journal of Nursing Research. 2010; 5 (17): 14-22. [In Persian]

5. Shahrjerdi SH, Shavandi N, Golpayegani M, Sheikh Hasani R. Effects of strenuous and stamina exercises on blood glucose control, quality of life and mental health of women with type two diabetes mellitus. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2010; 9(1): 35-44. [In Persian]

6. Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. Epidemiology and Control of Common Disease in Iran. 1st Ed. Tehran: Eshtiagh Press; 2007. P.32-55. [In Persian]

7. James EG, Diane G, Stoebner M, Glenn V. Health Related Quality Of Life In Older Mexican Americans With Diabetes. Heal & Quality Of Life Out Com. 2007; 5(39): 1-7.

8. Forjaz M, Rodriguez C, Ayala A, Rodriguez V, Pedro J, Garcia S. Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multi morbidity in Spain. Eur J Int Med. 2015; 2: 54-71.

9. Granado S, Serrano C, Belmonte S. Quality of life, dependency and mental health scales of interest to nutritional studies in the population. Nutr Hos. 2015; 31: 265-71.

10. Sloan RA, Sawada SS, Martin CK, Haaland B. Combined association of fitness and central adiposity with health-related quality of life in healthy Men: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes . 2015; 13: 188.

11. Sadegie Ahari S, Arshi S, Iranparvar Alamdari M, Amani F, Siahpoush H. The effect of complications of type II diabetes on patients' quality of life. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2009; 8(4): 394-402. [In Persian]

12. Vares Z, Zandi M, Baghaei P, Masoudi Alavi N, Mirbagher Ajorpaz N. Study of quality of life and associated factors in diabetes mellitus patients of Kashan Diabet Center. Iranian Journal of Nursing Research. 2010; 5(17): 14-22. [In Persian]

13. Borzou SR, Salavati M, Safari M, Hadadinejad Sh, Zandieh M, Torkaman B. Quality of life in type II diabetic patients referred to Sina Hospital, Hamadan. Zahdan Journal of Research in Medical Sciences. 2011; 13 (4): 43-46. [In Persian]

14. Sanchez JM. Qulity of life in insulin treated diabetic coutpatients. Diabetes care. 2005; 27: 1066 -1070.

15. Thomasen HV, Berkowitz J, Thommasen AT, Michalos AC. Understanding relationship between diabetes mellitus and health related quality of life in rural community. 2005; 5(5): 441. Available from: http//rrhdeakin-edu-au.

16. Khaledi S, Moridi G, Gharibi F. Survey of eight dimensions quality-of-life for patients with diabetes type II, referred to Sanandaj diabetes center in 2009. Journal of Fasa University of Medical Sciences. 2011; 1(1): 29-37. [In Persian]

17. Pena MM, Hernandez BV, Fernandez CX, Gil De MA, Rodriguez PM, Lopez-de AA, et al. Self-perception of health status, mental health and quality of life among adults with diabetes residing in a metropolitan area. Diabetes Metab. 2010; 36(4): 305-11.

18. Jasper K. Long term results and patient satisfaction with cosmetic surgery. Fem Psychol. 2012; 41: 370-77.

19. Biby EL. The Relationship between body dismorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. J Clin psycho. 2012; 54 (4): 489-99.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-12-08]

20. Ferguson SC, Blane A, Wardlaw J, Frier BM, Perros P, Mccrimmon RJ, et al. Influence of an Early-Onset Age of Type 1 Diabetes on Cerebral Structure and Cognitive Function. Diabetes Care. 2005; 28(6):1431-7.

21. Neamat pour S, Shahbazian HB, Gholam Pour A. Evaluation of Psychological Problems in Diabetic Patients. J Med Sci. 2010; 9(4): 346–352. [In Persian]

22. Powers AC. Diabetes Mellitus. In: Kasper DL, Braunwald E, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Fauci AS. Harrison's principle of Internal Medicine. 16 th ed. New York: Mc Graw–Hill companies; 2005. P. 2152-80.

23. Smeltzer S, Bare BG. A textbook of medical-surgical nursing. 10th ed. Philadelphia: W.B.Lippincott Co; 2004.

24. Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizy S. Diabetes Diagnosis; Disrupter Identity? Iran J Endocrinol Metab. 2011; 13(1): 26-35. [In Persian]

25. Saadatjoo SA, Rezvanee MR, Tabyee Sh, Oudi D. Life quality comparison in type 2 diabetic patients and none diabetic persons. Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 9(1): 24-31. [In Persian]

26. Abbaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. Quality of life among pregnant women. Hayat 2009; 15(1): 41-8. [In Persian]

27. Peimani M, Monjamed Z, Alhasgharpoor M. Quality of life and retinopathy in diabetic patients. Diabet and Lipid Journal. 2008; 8(1):11-8. [In Persian]

28. Sadeghi Movahhed F, Molavi P, Sharghi A. On the relationship between coping strategies and mental health of diabetic patients. J Fundam Ment Health. 2010; 12(46): 480-7. [In Persian]

29. Paschalides C, Wearden AJ, Dunkerley R, Bundy C, Davies R, Dickens CM. The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. J Psychosom Res. 2004; 57(6): 557-64.

30. Heydari J, Mahmoodi Gh. Mental Health. Tehran: Salemi Publication; 2008. [In Persian]

31. Ji L, Zou D, Liu L, Qian L, Kadziola Z, Babineaux S, et al. Increasing body mass index identifies Chinese patients with type 2 diabetes mellitus at risk of poor outcomes. J Diabetes Complications. 2015; 29(4): 488–496.

32. North SL, Palmer GA. Outcome Analysis of Hemoglobin A1C, Weight, and Blood Pressure in a VA Diabetes Education Program. J Nutr Educ Behav. 2015; 47(1): 28-35.

33. Bagheri H, Abrahimi H, Taghavi N, Hasani MR. Evaluation of quality of life in patients with diabetes mellitus, based on its complications, referred to Emam Hossein Hospital, Shahrkourd. J Shahrekord Univ Med Sci. 2005; 7(2): 50-6. [In Persian]

34. Shahab Jahanlou AR, Ghofranipour F, Sobhani AR, Kimmiagar M, Vafaei M. Evaluating curvilinear hypothesis in quality of life and glycemic control in diabetic patients. J Arak Univ Med Sci. 2008; 11(2): 27-34. [In Persian]

35. Bhadada S, Grover S, Kumar S, Bhansali A, Jaggi S. Psychological impact of type-1 diabetes mellitus on parents: an exploratory study from North India. Inter J of Diabet in Devel Coun. 2011; 31(3): 174-9.

36. Abasi A. Effect of exercise program on functional ability and quality of family life in patients with heart failure [Thesis]. Iran: Ahvaz Jondishapoor University of medical sciences; 2006. [In Persian]

37. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi ZH, Yaghmaie 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. Iran J Endocrinol Metab. 2006; 8(1): 49-56. [In Persian]

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-12-08]

A study of relationship between mental health and Quality of life in diabetes patients

***Hosseinzadeh Firouzabad Y*[1], *Mohammadabadi MS*[2], *Mousavi I*[3]**

1.Msc in Clinical psychology, Faculty of psychology and Educational Sciences, Shahid Chamran university of Ahwaz, Ahwaz, Iran
2.Msc in Clinical psychology, Faculty of psychology and Educational Sciences, Shiraz university, Shiraz,Iran
3.Msc in Clinical psychology, Faculty of psychology and Educational Sciences, Tehran university, Tehran,Iran

Abstract

Background & Aim: *Diabetes mellitus is a common metabolic disorder that has negative effects on psychological condition, interpersonal, family and social relationship and in general, on psychological well-being. Quality of life and blood sugar metabolism control are two important indexes in diabetes treatment. The purpose of this study was to investigate the relationship between quality of life and mental health in diabetes patients.*
Material & Methods: *This cross- sectional study was conducted on 90 diabetes patients in 2015-16 who referred to clinics of Yasouj. Participants were selected with convenience sampling method. Data gathering was accomplished by two instruments: short form quality of life questionnaire (Sf-36) and general health questionnaires (GHQ). Finally data were analyzed by Spearman correlation coefficient and T-test using SPSS-17software.*
Results: *The result showed that most domains in quality of life were correlated with mental health domains. General health perception and physical function domains were correlated significantly with 3 domains of mental health: anxiety, social function and depression. Mental health domain of quality life were significantly correlated with Somatoform symptoms ($p<0.02$). Finally, social function was significantly correlated with social dysfunction domain of mental health ($p<0.05$). Also, anxiety and somatoform domains of mental health had been significantly correlated in women than men ($p=0.006$), ($p=0.025$). Physical function domain is more significant in men than women ($p=0.03$) and bodily pain is more significant in women than men ($p=0.001$).*
Conclusion: *According to the results, Diabetes is a chronic disease that affects patients' quality of life and mental health. Thus, attention to different dimensions of psychological health is necessary and interventions based on quality of life can be more effective.*

Keywords: *Quality of life, Mental health, Diabetes*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-12-08]