

Determination quality of life in patients with type II diabetes and presentation a structural model

Marziyeh Shokohifar¹,
Hossein Falahzadeh²

¹ MSc Student in Biostatistics, ShahidSadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

² Corresponding Author : Associate Professor, Department Biostatistics and Epidemiology, ShahidSadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

(Received April 13 , 2013 ; Accepted August 5, 2014)

Abstract

Background and purpose: One of the important concepts in diabetic mellitus as a chronic disease is quality of life that it has extensive effects on social and individual performance. Due to the short-term and long-term effects and expensive costs of these diseases, the present study was carried out to determine the quality of life of these patients and finally was presented a structural model.

Material and Methods: This study was performed on 250 patients with type II diabetes in Yazd. It was used from the questionnaire of standard quality of life (QOLID) as the data collection tool that contains a total of 34 questions and 8 domains: Role Limitation Due to Physical Health, Physical Endurance, General Health, Treatment Satisfaction, Symptom Burden, Financial Worries, Emotional/Mental Health, Diet Satisfaction. Data were analyzed by using SPSS (16) and AMOS (21) softwares.

Results: In this study 42% of the patients were male and 58% were female. Between quality of life and age groups, education, income and smoking, there was significant relationship ($P < 0.05$). According to the study, domains general health and physical endurance had the lowest mean. According to the result, diabetes in the domains on quality of life of diseases had the most influence. In structural model, direct effect of endurance physically on general health, role limitation, mental health and treatment satisfaction, was (0.69, 0.57, -0.29, 0.19) respectively. Direct effect of general health and role limitations on Treatment Satisfaction was (0.30, -0.13) respectively. All of the direct effects were significant at the level of 0.05. Indirect effect physical endurance on treatment satisfaction was 0.28 that it was significant at the level of 0.05.

Conclusion: Diabetes is a chronic disease that severely affects on the patient's quality of life. Every attempt in predicting structural models of quality of life play a meaningful role in the solution of patient's problems.

Keywords: quality of life, type II diabetes, structural model

بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و ارائه یک مدل ساختاری

مرضیه شکوهی فر^۱

حسین فلاح زاده^۲

چکیده

سابقه و هدف: یکی از مفاهیم بسیار مهم در دیابت نوع دو به عنوان یک بیماری مزمن کیفیت زندگی است که بر عملکرد فردی و اجتماعی اثرات گسترده‌ای دارد. با توجه به عوارض کوتاه مدت، بلند مدت و هزینه‌های بسیار زیاد این بیماری، مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی این بیماران انجام شد و در نهایت یک مدل ساختاری ارائه گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۲۵۰ بیمار دیابتی نوع دو در یزد انجام شد در این مطالعه از ابزار QOLID استفاده شد این ابزار شامل ۳۴ سوال و ۸ بعد محدودیت نقش ناشی از سلامت جسمانی، استقامت بدنی، سلامت عمومی، رضایت از درمان، علایم رنجوری، نگرانی‌های مالی، سلامت روانی و رضایت از رژیم غذایی می باشد. داده ها با استفاده از نرم افزار (SPSS (۱۶) و Amos (۲۱) تحلیل گردید.

یافته‌ها: در این مطالعه ۴۲ درصد از بیماران مرد و ۵۸ درصد زن بودند. بین کیفیت زندگی با سطح تحصیلات، درآمد و مصرف سیگار با ($p < ۰/۰۵$) ارتباط معنی داری وجود داشت بر طبق این مطالعه، حیطه‌های سلامت عمومی و استقامت بدنی کم ترین مقدار میانگین را داشتند. در نتیجه دیابت در این حیطه‌ها بیش تر بر کیفیت زندگی بیماران اثر می گذاشت. در مدل ساختاری، اثر مستقیم استقامت بدنی بر سلامت عمومی، محدودیت نقش، سلامت روان و رضایت از درمان به ترتیب برابر با (۰/۶۹، -۰/۵۷، ۰/۲۹، ۰/۱۹) بود. اثر مستقیم سلامت عمومی و محدودیت نقش بر رضایت از درمان به ترتیب برابر (۰/۳۰ و -۰/۱۳) شد. همه اثرات مستقیم در سطح ۰/۰۵ معنی دار شدند. اثر غیرمستقیم استقامت بدنی بر رضایت از درمان برابر با ۰/۲۸ شد که این اثر در سطح ۰/۰۵ معنی دار شد.

استنتاج: دیابت بیماری مزمنی است که بر کیفیت زندگی بیماران به شدت تأثیر می گذارد. هر گونه تلاش در مدل‌های ساختاری پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی، نقشی معنی داری در حل دشواری‌های این بیماران ایفا می کند.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، دیابت نوع دو، مدل ساختاری

مقدمه

دیابت یک بیماری مزمن خطرناک است که از طریق ناهنجاری‌هایی در متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی توصیف می‌شود دیابت دارای علایم متعددی است، ولی معمولی‌ترین علایم تفکیکی آن،

E-mail: hofaab@yahoo.com

مؤلف مسئول: حسین فلاح زاده - یزد - دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

۲. دانشیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۵/۱۴

تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۲/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱/۲۴

عدم تحمل گلوکز یا ازدیاد قند خون می‌باشد فرد مبتلا به دیابت، یا انسولین تولید نمی‌کند و یا به انسولین پاسخ نمی‌دهد در نتیجه ازدیاد قند خون به وجود می‌آید و فرد مبتلا به عوارض کوتاه مدت و بلند مدت دیابت دچار می‌شود (۱). شیوع دیابت در کشورهای در حال توسعه خاورمیانه نزدیک به اپیدمی و در حال افزایش است (۲). دیابت نوع ۲ شایع‌ترین نوع دیابت می‌باشد و حدود ۹۵-۹۰ درصد تمام افراد مبتلا به دیابت در سراسر جهان از این نوع می‌باشند و در بزرگسالان شایع است (۳). کیفیت زندگی به عنوان درک و احساس افراد و گروه‌ها از این که نیازهای شان برآورده شده و فرصتی جهت دسترسی آن‌ها به آرزوها و خواسته‌هایشان از دست نرفته است، تعریف شده است. کیفیت زندگی یک عامل ذاتی چند بعدی است که ترکیبی از عوامل شناختی (رضایت) و احساسی (شادی) می‌باشد (۴). امروزه در مراقبت پزشکی، کنترل بیماری‌های مزمن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، بهبودی در بیماری‌های مزمن غیر ممکن بوده ولی مرگ نیز قریب ال وقوع نیست. لذا اهداف مراقبت درمانی، مطلوب نمودن کیفیت زندگی است، اگر اصلاح کیفیت زندگی هدف مهم در درمان طبی باشد باید به عنوان یک برآیند در تحقیقات درمانی در نظر گرفته شود (۵). بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد طبق نظر انجمن دیابت آمریکا یکی از بیماری‌های مزمن که سبب بروز مشکلات جسمی روانی در افراد می‌گردد، دیابت شیرین است کیفیت زندگی منعکس کننده وضعیت بهداشتی بیمار و یک مفهوم ذهنی چند بعدی است (ابعادی از کیفیت زندگی عبارتند از: بعد فیزیکی، بعد احساسی، بعد عمومی و...). مطالعات نشان داده که مداخلات موجب بهبود کیفیت زندگی و کاهش میزان افسردگی و افزایش سطح عملکرد فعالیت روزانه افراد می‌شود (۶). طی دو دهه گذشته، نتایج مطالعات نشان داده‌اند که

هدف اصلی درمان تنها برطرف کردن علائم و نشانه‌های فیزیکی، بیماری نیست بلکه باید بهبود کیفیت زندگی بیماران مد نظر باشد. برای دستیابی به این مهم باید به پیامدهای روان‌شناختی و روانی اجتماعی ناشی از بیماری نیز توجه کرد (۷). مقوله کیفیت زندگی به این دلیل اهمیت دارد که در صورت نادیده گرفتن می‌تواند منجر به ناامیدی، نداشتن انگیزه برای هرگونه تلاش و کاهش فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی شده و در ابعاد عمیق تر بر توسعه اجتماعی-اقتصادی یک کشور تأثیر به‌گذارند (۸). اندازه‌گیری مفهوم کیفیت زندگی و وضعیت سلامت در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی و تعیین مقرون به صرفه بودن روش‌های درمانی استفاده می‌شود (۹). بدین دلیل که مفهوم کیفیت زندگی، سازهای چند بعدی است اغلب از ابزارهای متعددی برای تجزیه و تحلیل داده‌های کیفیت زندگی استفاده می‌شود که EFA و CFA را شامل می‌شود ولی امروزه SEM نوعی عمومی‌ترین و کامل‌تر از موارد قبلی است (۱۰). در واقع با استفاده از مدل (STRUCTURALEQUATION SEM MODEL) می‌توان به تعیین جهت و شدت اثرهای پنهان بین متغیرها پرداخت (۱۱، ۱۲). SEM یک روش آماری به نسبت جدید است و برای آزمودن مدل‌های نظری استفاده می‌شود و در طول سال‌ها به عنوان مدل ساختاری کوواریانس به کار گرفته شده است و به محقق در اندازه‌گیری سازه‌های نظری کمک می‌کند. مدل اندازه‌گیری، مدلی است که در آن، به چگونگی اندازه‌گیری سازه‌های نظری کی پرداخته می‌شود و مدل تئوری کی مدلی است که در آن ارتباط‌های فرض شده بین سازه‌های نظری اندازه‌گیری می‌شود (۱۳). SEM برای ارزشیابی یک مدل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی و تعیین اثرهای بین متغیرها که بر کیفیت زندگی مؤثر است، به کار می‌رود (۱۴). بنابراین با استفاده از مدل ساختاری به طراحی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پرداخته شد.

مواد و روش ها

استفاده از (SPSS ۱۶) مورد مقایسه و تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سپس روابط بین متغیرها در قالب مدل ساختاری که مدل علی است با استفاده از نرم افزار (۲۱) amos مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

میانگین و میانه سنی شرکت کنندگان به ترتیب برابر ۵۱/۴۲ و ۵۲ با انحراف معیار ۷/۰۳ سالمی باشد. میانگین و میانه طول مدت ابتلا به بیماری دیابت ۶/۷/۴ با انحراف معیار ۶/۳۷ سال می باشد. (۴۲ درصد) ۱۰۵ نفر از بیماران شرکت کننده مرد و (درصد ۵۸) ۱۴۵ نفر از آن‌ها زن بودند. اکثریت بیماران متاهل بودند یعنی (۹۴/۸ درصد) ۲۳۷،۰ (۸ درصد) ۲ نفر از بیماران مجرد و (۴/۴ درصد) ۱۱ نفر از بیماران بیوه بودند. ۹۳ درصد از بیماران، تحصیلات دیپلم به پایین داشتند.

جدول شماره ۱: توزیع سنی، جنسی، تاهل و میزان تحصیلات بیماران شرکت کننده (تعداد ۲۵۰ نفر)

تعداد (درصد)			
۱۰۵ (درصد ۴۲)	مرد	جنسیت	
۱۴۵ (درصد ۵۸)	زن		
۲ (درصد ۰/۸)	مجرد	وضعیت تاهل	
۲۳۷ (درصد ۹۴/۸)	متاهل		
۱۱ (درصد ۴/۴)	بیوه		
۲۸ (درصد ۱۱/۲)	بی سواد		
۱۰۰ (درصد ۴۰)	ابتدایی	میزان تحصیلات	
۲۹ (درصد ۱۱/۶)	زیردیپلم		
۷۷ (درصد ۳۰/۸)	دیپلم و فوق دیپلم		
۱۶ (درصد ۶/۴)	لیسانس و بالاتر		
۵۵ (درصد ۲۲)	۳۵-۴۵	سن	
۱۲۱ (درصد ۴۸/۴)	۴۶-۵۵		
۷۴ (درصد ۲۹/۶)	۵۶-۶۵		

بین کیفیت زندگی با سطح تحصیلات، درآمد و وضعیت سیگار کشیدن با $p < ۰/۰۵$ ارتباط معنی داری وجود دارد. با افزایش سطح تحصیلات و درآمد، میانگین کیفیت زندگی بیماران دیابتی، افزایش می یابد ولی کسانی که که سیگار مصرف می کنند به مراتب کیفیت زندگی کم تری نسبت به افرادی که سیگار

پژوهش حاضر یک مطالعه تحلیلی است که بر روی ۲۵۰ بیمار دیابتی نوع دو انجام شد. افراد مبتلا به دیابت از بین بیماران مراجعه کننده به مرکز دیابت یزد به صورت تصادفی ساده، انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه QOLID بود که این پرسشنامه شامل دو بخش است. بخش اول مربوط به مشخصات دموگرافیکی مثل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، است. بخش دوم شامل ۳۴ سوال و ۸ بعد محدودیت نقش ناشی از سلامت جسمانی، استقامت بدنی، سلامت عمومی، رضایت از درمان، علایم رنجوری، نگرانی‌های مالی، سلامت روانی و رضایت از رژیم غذایی می باشد، که کیفیت زندگی افراد را از جنبه‌های مختلف بررسی می کند. حیطه‌های این پرسشنامه از مجموع نمرات به دست آمده از هر حیطه، تقسیم بر ماکزیمم نمره هر حیطه، ضربدر ۱۰۰ و در نهایت این نمره تقسیم بر تعداد کل حیطه‌ها شد و نمره هر حیطه بدین ترتیب به دست آمد (۱۵). این پرسشنامه یکی از ابزارهای اختصاصی است که جهت سنجش کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو طراحی شده است. به دلیل ملاحظات اخلاقی، بیماران که حاضر به شرکت در مطالعه نبودند، از مطالعه خارج شدند. جهت شرکت فعال بیماران، اهمیت موضوع مورد مطالعه و اهداف آن به طور شفاف به افراد توضیح داده شد و به همه شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده، تنها جهت انجام پروژه تحقیقاتی جمع آوری شده است و کلیه اطلاعات، نزد محققان به صورت محرمانه محفوظ خواهد ماند. برای تعیین پایایی از آلفای کرونباخ و ضریب ICC استفاده شد، سپس داده‌های جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی (توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی آزمون (T)، آزمون کای اسکوئر، دقیق فیشر، آنالیز واریانس یک طرفه) برای تعیین کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو و تأثیر متغیرهای مؤثر بر آن با

مصرف نمی کنند، دارند. جدول شماره ۲ میانگین کیفیت زندگی بر حسب تحصیلات، درآمد و مصرف سیگار را نشان می دهد. بین نمره کیفیت زندگی در جنسیت های متفاوت، تفاوت معنی داری وجود ندارد. کم ترین نمره، بیش ترین نمره، میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک هر حیطه و نمره کل کیفیت زندگی در جدول شماره ۳ آمده است.

همان طور که ملاحظه می کنید سلامت عمومی و استقامت بدنی، کم ترین میانگین را دارا هستند. نمره میانگین کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو هم برابر با ۵۸/۶۱ شده است. پس از بررسی حیطه های کیفیت زندگی، محقق به بررسی، ماتریس همبستگی بین سازه های مدل پرداخت. این جدول نشان دهنده توافق درونی این ابزار است. ماتریس همبستگی بین سازه های این ابزار نشان داد که همه ضرایب همبستگی بین ابعاد پرسشنامه QOLID به جز در سه مورد که در سطح کوچک تر از ۰/۰۵ معنی دار شدند و بقیه همبستگی ها

با (p<۰/۰۰۱) معنی دار شدند. در بررسی همبستگی مابین حیطه ها، بیش ترین همبستگی بین حیطه های استقامت بدنی و سلامت عمومی است. بعد استقامت بدنی بیش ترین همبستگی و بعد نگرانی های مالی کم ترین همبستگی را با کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو داشتند. طبق جدول شماره ۴ دو بعد استقامت بدنی و سلامت عمومی بیش ترین همبستگی را با کیفیت زندگی این بیماران داشتند. بر اساس مدل ساختاری ارائه شده در تصویر شماره ۱، اثر مستقیم رژیم غذایی بر سلامت روانی، اثر مستقیم علایم رنجوری بر محدودیت نقش و رضایت از درمان به ترتیب برابر با ۰/۲۳ و ۰/۲۷- شد. اثر مستقیم استقامت بدنی بر سلامت عمومی، محدودیت نقش، سلامت روان و رضایت از درمان به ترتیب برابر با (۰/۶۹، ۰/۵۷، -۰/۲۹، ۰/۱۹) بود. اثر مستقیم سلامت عمومی و محدودیت نقش بر رضایت از درمان به ترتیب برابر ۰/۳۰ و ۰/۱۳- شد. همه اثرات مستقیم در سطح ۰/۰۵ معنی دار شدند. اثر غیر مستقیم

جدول شماره ۲: میانگین امتیازات کیفیت زندگی بر حسب تحصیلات، درآمد و مصرف سیگار در مراجعه کنندگان به مرکز تحقیقات دیابت یزد

تعداد	میانگین کیفیت زندگی	انحراف معیار	سطح معنی داری
۲۸	۵۴/۰۲	۸/۷	
۱۲۹	۵۷/۲۲	۹/۱	۰/۰۰
۷۷	۶۰/۳۰	۷/۶	
۱۶	۶۲/۱۳	۹/۴	
۲۹	۵۱/۴	۶/۷	۰/۰۰
۱۳۶	۵۷/۷	۹/۵	
۸۵	۶۲/۴	۸/۴	
۳۱	۴۸/۲	۹/۱	۰/۰۰
۲۱۹	۵۸/۸	۹/۵	

جدول شماره ۳: کم ترین، بیش ترین، میانگین و انحراف استاندارد هر حیطه و نمره کل پرسشنامه QOLID

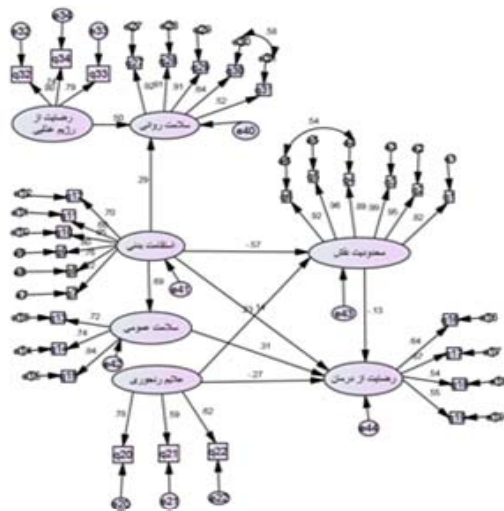
ابعاد	کم ترین نمره	بیش ترین نمره	میانگین	انحراف استاندارد
محدودیت نقش ناشی از سلامت جسمانی	۳۶/۶	۱۰۰	۶۴/۶۸	۱۷/۵۱
استقامت بدنی	۲۳/۳	۱۰۰	۵۸/۱۷	۱۵/۹۴
سلامت عمومی	۲۰	۹۳/۳۳	۵۰/۸	۱۴/۰۵
رضایت از درمان	۳۰	۱۰۰	۶۹/۷	۱۳/۳
علایم رنجوری	۳۳	۱۰۰	۶۲/۱	۱۵/۵۹
نگرانی مالی	۲۱	۷۸/۹۵	۴۵/۸	۱۱/۶۸
سلامت روانی	۲۰	۹۶	۶۸/۲۵	۱۳/۲۷
رضایت از رژیم غذایی	۲۰	۹۳/۳	۶۲/۸۲	۱۲/۷۵
کیفیت زندگی	۳۵/۸	۷۸/۱۹	۵۸/۶۱	۹/۴۷

جدول شماره ۴: ضرایب توافق درونی پرسشنامه QOLID

حیطه ها	محدودیت نقش ناشی از سلامت جسمی	استقامت بدنی	سلامت عمومی	رضایت از درمان	علایم رنجوری	نگرانی های مالی	سلامت روانی	رضایت از رژیم غذایی
محدودیت نقش ناشی از سلامت جسمی	۱							
استقامت بدنی	۰/۵۸۷**	۱						
سلامت عمومی	۰/۴۷۸**	۰/۵۹۳**	۱					
رضایت از درمان	۰/۳۸۸**	۰/۴۴۳**	۰/۴۵۵	۱				
علایم رنجوری	۰/۳۷۳**	۰/۳۵۶**	۰/۳۲۱**	۰/۳۷۳**	۱			
نگرانی های مالی	۰/۲۲۸**	۰/۲۹۵**	۰/۱۹۲*	۰/۱۹۹*	۰/۲۴۸**	۱		
سلامت روانی	۰/۳۳۵**	۰/۴۵۸**	۰/۴۲۲**	۰/۳۵**	۰/۲۵۳**	۰/۲۲**	۱	
رضایت از رژیم غذایی	۰/۳۲۴**	۰/۴۰۳**	۰/۳۲۷**	۰/۲۵۵**	۰/۲۵۶**	۰/۱۶۳*	۰/۵۷۶**	۱
کیفیت زندگی	۰/۷۳۳**	۰/۷۹۷**	۰/۷۱۷**	۰/۶۴۴**	۰/۶۱۴**	۰/۴۵۵**	۰/۶۸۴**	۰/۶۲۴**

* $value < 0.05$ ** $p-value < 0.001$

شاخص برآزش افزایشی (IFI (Incremental Fit Index) برابر ۰/۹۷، شاخص برآزش تطبیقی Comparative Fit Index (CFI) برابر ۰/۹۷ شد که برای برآزش مدل مطلوب تلقی شدند. شاخص نسبت اقتصاد Parsimony (PRATIO (Ratio) که نسبت پارامترهای ثابت را به پارامترهای آزاد مورد بررسی قرار می دهد نیز باید بیشتر از ۰/۵ باشد که در این مطالعه برابر ۰/۹۷ شد. که برای برآزش مدل مناسب بود. در نهایت، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) نیز بایستی کم تر از ۰/۰۵ باشد که در مدل حاضر ۰/۰۴ به دست آمد که بسیار مطلوب تلقی شد.



تصویر شماره ۱: مدل کلی از همه ابعاد پرسشنامه QOLID

علایم رنجوری بر رضایت از درمان برابر با ۰/۰۳ - شد. اثر غیر مستقیم استقامت بدنی بر رضایت از درمان برابر با ۰/۲۸ شد که این اثر در سطح ۰/۰۵ معنی دار شد. بررسی شاخص های برآزش مدل در تحلیل اولیه مقیاس نشان داد که برخی از شاخص ها، تفاوت اندکی با معیارهای مطلوب برآزش مدل داشت که پس از انجام اصلاح مدل و برقراری کوواریانس بین برخی از متغیرهای خطا (تصویر شماره ۱) شاخص های برآزش به معیارهای مطلوب برای تأیید مدل رسیدند (جدول شماره ۵). همان طور که ملاحظه می شود مقدار χ^2/DF معنی دار شد در صورتی که این مقدار در مدل دارای برآزش مطلوب بایستی غیر معنی دار باشد (۱۶). با این وجود، مقدار χ^2/DF معنی دار می شود، به همین دلیل شاخص خوبی برای تعیین برآزش مدل نیست. در این مواقع بهتر است شاخص χ^2/DF که نسبتی از χ^2 به درجه آزادی مدل است را مورد بررسی قرار دهیم. برای این شاخص مقادیر ۱ الی ۵ به منظور برآزش مدل مناسب می باشد (۱۵) که در مدل حاضر این مقدار برابر ۲/۷ شد (جدول شماره ۵). شاخص های نیکویی برآزش (Goodness of Fit Index (GFI)، برابر با ۰/۹۱، شاخص برآزش هنجار شده (Normal Fit Index (NFI) برابر ۰/۹۸، شاخص برآزش نسبی (Relative Fit Index (RFI) برابر ۰/۹۸،

جدول شماره ۵: شاخص های برازش مدل کلی بین ابعاد پرسشنامه QOLID

X^2	X^2/DF	GFI	AGFI	RMR	NFI	RFI	IFI	CFI	PRATIO	RMSEA
۱۰۸۲/۷۴	۲/۷۴	۹۱/۰	۹/۰	۰۴/۰	۹۸/۰	۹۸/۰	۹۷/۰	۹۷/۰	۹/۰	۰۴/۰

بحث

لازمه کنترل دیابت خود مدیریتی بیماران است، که کوششی است در تمام عمر برای نگهداری کیفیت زندگی برنامه های درمانی که اصولاً موجب اصلاح کیفیت زندگی می شود یا استراتژی هایی که کیفیت زندگی بیماران را افزایش می دهد ممکن است مورد قبول بیماران قرار گیرد و وضعیت متابولیسم آن ها را اصلاح نماید (۱۷، ۱۸). اگر یکی از هدف های مراقبت بهداشتی اصلاح کیفیت زندگی باشد، در آن صورت لازم است که مشخص شود چگونه دیابت بر کیفیت زندگی بیماران اثر می گذارد (۱۹). درگیری مداوم با بیماری و محدودیت هایی که بیماری دیابت برای بیماران ایجاد می کند احساس منفی و عدم رضایت از زندگی و در نتیجه پایین آمدن کیفیت زندگی را در بیماران موجب می شود. هم چنین رعایت مداوم رژیم های تغذیه ای و دارویی احساس عدم کفایت و استقلال را در بیماران ایجاد می کند که همین مساله بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر گذار خواهد بود (۲۰). به علاوه ماهیت مزمن درمان های خسته کننده و عوارض ناتوان ساز و تهدید کننده دیابت ابعاد جسمی، روحی - روانی، اجتماعی و به عبارتی کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تاثیر قرار می دهد (۲۱). هم چنین این بیماران به طور شایع دچار احساس شکست و ناامیدی به دلیل جدال با بیماری و برنامه ریزی درمان آن گردیده اند و احساس خوب بودن روحی و اجتماعی آن ها تحت تاثیر قرار می گیرد و بسیاری از آن ها، احساسات ترس، گناه و خشم در ارتباط با بیماری گزارش می نمایند (۲۲) این مطالعه اطلاعات کیفیت زندگی و چگونگی دستیابی به آن، توسط بیماران دیابتی را مورد توجه قرار می دهد. نتایج این بررسی نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مورد پژوهش متوسط است، به طوری که میانگین امتیازات کسب شده توسط آن ها ۵۸/۶۱ از ۱۰۰

بوده است که در مقایسه با مطالعه باقیانی مقدم در یزد بیش تر بوده است (۲۳). نتیجه این بررسی نشان داد که بین سن و سطح تحصیلات، وضعیت سیگار کشیدن و درآمد ارتباط معنی داری وجود داشت اما در مطالعه باقیانی مقدم در یزد بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود نداشت (۲۳). ولی با نتایج مطالعه هماهنگ بود (۱۹). در مطالعه باقیانی مقدم هم بین سیگار کشیدن و کیفیت زندگی بیماران دیابتی، ارتباط معناداری وجود داشت (۲۳). پژوهش قابل مقایسه ای در زمینه با درآمد بیماران وجود نداشت. این مطالعه با هدف دیگری که ارائه یک مدل برای پیشگویی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود، انجام شد و مناسب ترین مدل برازش شده در تبیین رضایت از درمان و کاهش محدودیت های نقش و در نتیجه کیفیت زندگی افراد ارایه شد. همان طور که ملاحظه شد استقامت بدنی و سلامت عمومی تأثیر خیلی زیادی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو دارد که این نشان دهنده این است که افرادی که رژیم غذایی بهتری دارند از سلامت روان بهتری برخوردار هستند، هم چنین بیمارانی که استقامت بدنی بیشتری دارند سلامت عمومی، سلامت روان و رضایت از درمان بیش تر و محدودیت نقش ناشی از سلامت جسمانی کم تری دارند. افرادی هم که علایم رنجوری بیشتری داشته باشند رضایت از درمان کم تر و محدودیت نقش بیش تری دارند و در نهایت افرادی که رضایت از درمان بیش تری داشته باشند، محدودیت نقش ناشی از سلامت جسمانی کم تری دارند. طبق یافته های این تحقیق می توان در طراحی مبتنی بر مدل و تمرکز بر سازه های پیشگویی کننده سلامت جسمانی و کیفیت زندگی، مداخله های مؤثرتری را طراحی کرد و به تدوین راه کارهای تداخلی در بالینی یا هدایت تحقیق اقدام کرد

سپاسگزاری

از تمامی کارکنان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد و کارکنان مرکز دیابت یزد، کمال تشکر و قدردانی را دارم.

بدیهی است با افزایش تعداد نمونه و دخالت سازه‌های دیگر در طراحی مدل طرح شده، می‌توان از دیدگاهی دیگر به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت پرداخت.

References

1. Baghiani moghadam Mh, afkhami ardekani M, mazlomi s, saeedi zadeh m. quality of life in diabetes type ii patients in yazd. journal of shahid sadoughi university of medical sciences and health services; 14(4): 49-54 . [persian]
2. khoja ta, farid sm. saudi arabia family health survey 1996: principal report. riadh: ministry of health 2000; 2000.
3. king h. who and the international diabetes federation: regional partners. Bull World Health Organ. 1999; 77(12):954.
4. Karlsson I, Berglin E, Larsson PA. Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery--alongitudinal study. J Advnurs. 2000; 31(6): 1383-1392.
5. deyo ra. the quality of life and research and care. ann intern med .1991; 114(8):695-697.
6. Cummins R.A. Objective and subjective quality of life: aniterative model. Social Indicators Research. 2000; 52: 55-72 .
7. Lioyd CE, Orchard TJ. Physical and psychological well-being in adults with type 1 diabetes. Diabetes Res Clin Pract.1999; 44(1): 9-19.
8. Bradley C, Gamsu DS. Guidelines for encouraging psychological well-being: report of a working Group of theworld Health Organization Regional office for Europeand International Diabetes Federation European Region St Vincent Declaration Action programme for Diabetes. Diabet Med.1994; 11(5): 510-516.
9. Gutteling JJ, Duivenvoorden HJ, Busschbach JJ, de Man RA, Darlington AS. psychological determinants of health-related quality of life in patients with chronic liver disease. psychosomatics. 2010; 51(2): 157-165.
10. ghanbari a , farmanbar r , ghanaii f .quality oflife inpatients withhepatitisc.comparison withnormal subjectsand providingastructural model . journalof medicalresearch/university ofshahed 2010 ; 18 (90) :41-50.
11. Yum LS, etal . Structural Equation Modeling. A Multidisciplinary Journal. 2005; 2(3):435-453.
12. Oort FJ, Visser MR, sprangers Ma. . An application of structural equation modeling to detect response shifts and true change in quality of life data from cancer patients and undergoing invasive surgery . Qual Life Res. 2005;14(3): 599-609.
13. Munro Bh. statistical methods for health care research . philadelphia : lippincott williams & wilkins : a wotters kluwer co 2005.
14. Han ks, Lee SJ , Park ES, Park YJ, Cheol KH. Structural model for quality of life of patients withchroniccardiovascular disease in korea. Nurs res 2005; 54(2): 85-96.
15. Nagpal J, Kumar A , Kakar S , Bhartia A , The Development of 'Quality of Life Instrument forIndian Diabetes Patients

- (QOLID) :a Validation and reliability Study in Middle and Higher Income groups ,J Assoc Physicians India 2010 ;58 : 295-304.
16. Ghasemi v. Structural equation modeling using Amos Graphics in social research. 1rd ed. isfahan: jameshenasan; 2010. [persian]
17. Wu SY, Sainfort F, Tomar RH, Tollios JL, Fryback DG, Klein R and et al: Development and application of a model to estimate the impact of type 1 diabetes on health-related quality of life. Diabetes Care 1998; 21(5): 725- 731.
18. Jacobson AM, Samson JA, Groot M. The evaluation of two measures of QOL in patients with type 1 and type two diabetes. Diabetes Care. 1994; 17(4): 264- 274.
19. Ensaf S, Gavad A. Quality of life In Saudis with diabetes. Saudi Journal of Disability Rehabil. 2002; 8(3): 163-168.
20. Faro B. The effect of diabetes on adolescents' quality of life. Pediatr Nurs. 1999; 25(3): 247-253, 286.
21. Jahanlou AS, Ghofranipour F, Sobhani A, Kimmiagar M, Vafaei M. Evaluating curvilinear hypothesis in quality of life and glycemic control in diabetic patients. Journal of Arak University of Medical Sciences .2008;11(2):27-33.
22. Polonsky WH. Emotional and quality-of-life aspects of diabetes management. curr Diab Rep 2002; 2(2): 153-159.