

مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران دیابتی نوع ۱، ۲ و افراد غیر دیابتی شهر اهواز

مهناز مهرابی زاده هنرمند^۱، مجید عیدی بایگی^۲، ایران داودی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: دیابت بیماری مزمن می باشد که بر عملکرد فردی و اجتماعی اثرات گسترده می گذارد. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران دیابتی نوع ۱، ۲ و افراد غیر دیابتی بود.

مواد و روش ها: تحقیق حاضر از نوع علی-مقایسه ای (پس رویدادی) است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران دیابتی شهر اهواز بود که در سال ۱۳۹۰ عضو انجمن دیابت اهواز بودند. نمونه پژوهش به روش در دسترس انتخاب شد. در هر گروه تعداد ۲۸ مرد و ۲۲ زن حضور داشتند که میانگین سنی افراد دیابتی نوع ۱، ۳۴/۴، افراد دیابتی نوع ۲، ۴۷/۷ و افراد غیر دیابتی ۳۶/۲۴ بود. سپس پرسش نامه های کیفیت زندگی و سلامت عمومی بین این ۳ گروه توزیع گردید. داده های حاصل از پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA یا Multivariate analysis of variance) و آزمون تعقیبی Tukey مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: بین سه گروه تفاوت معنی داری از لحاظ کیفیت زندگی و سلامت روان وجود داشت ($P < 0/001$). همچنین مقایسه زوجی گروه ها نشان داد که بین بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲ با افراد غیر دیابتی تفاوت معنی دار در متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت روان وجود دارد، اما بین دو گروه افراد دیابتی از لحاظ متغیرهای پژوهش تفاوت معنی داری وجود ندارد.

نتیجه گیری: دیابت بیماری مزمنی است که کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران را تحت تأثیر قرار می دهد.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، سلامت روان، دیابت نوع ۱، دیابت نوع ۲، افراد غیر دیابتی

ارجاع: مهرابی زاده هنرمند مهناز، عیدی بایگی مجید، داودی ایران. مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران دیابتی نوع ۱، ۲ و افراد غیر دیابتی شهر اهواز. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۱؛ ۱۰ (۷): ۶۶۲-۶۵۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۷/۲

افزایش می باشد (۱). دیابت نوع ۱ یک اختلال متابولیکی است که ویژگی اصلی آن عدم تولید و ترشح انسولین می باشد. علت ایجاد آن یک اختلال اتوایمیون در سلول های بتای جزایر لانگرهانس پانکراس است (۲). دیابت نوع ۲ یا

مقدمه

دیابت یکی از بیماری های شایع جوامع بشری است که متأسفانه با وجود پیشرفت های علوم پزشکی، شیوع این بیماری نه تنها کاهش نیافته است بلکه روز به روز در حال

۱- استاد، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۲- کارشناس ارشد، گروه روان شناسی بالینی، عضو باشگاه پژوهشگران جوان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت حیدریه، خراسان، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: Majid_eydi@yahoo.com

۳- استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

زندگی به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه شاهد بود (۹). Northam و همکاران، در پژوهشی با عنوان عوارض روانی و پیامدهای سلامت در بیماران دیابتی نوع ۱ به توصیف اختلالات روانی و ارتباط آن با کنترل متابولیک در نوجوانان دیابتی نوع ۱ پرداختند. آنان اذعان داشتند که نوجوانان دیابتی نوع ۱ در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلال روانی از جمعیت عمومی می‌باشند (۱۰). پژوهش Nichols و Brown، نشان داد که افراد دیابتی در مقایسه با افراد غیر دیابتی سلامت روان کمتری دارند (۱۱). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که والدین افراد دیابتی دارای کیفیت زندگی و سلامت روان پایینی هستند (۱۳، ۱۲).

ابتلا به عوارض مزمن دیابت، کاهش امید به زندگی و مرگ و میر ناشی از آن، بار اقتصادی زیادی را به فرد، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند و کیفیت زندگی فرد و خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۴). این بیماری با علایم آزار دهنده و نگاه منفی جامعه که با برجسب زدن به فرد مبتلا همراه است، هویت افراد را تهدید می‌کند و بر بروز احساسات منفی آن‌ها می‌افزاید (۱۵). مقوله کیفیت زندگی به این دلیل حایز اهمیت می‌باشد که در صورت عدم توجه می‌تواند منجر به ناامیدی، نداشتن انگیزه، کاهش فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی شود و در ابعاد عمیق‌تر بر توسعه اقتصادی - اجتماعی یک کشور اثرگذار باشد (۱۶). همچنین شناخت مشکلات روان‌شناختی این بیماران و تلاش در جهت رفع این مشکلات با توجه به هزینه‌های بالایی که برای فرد و جامعه دارد (۱۸، ۱۷)، از اهمیت بسزایی برخوردار است. از آن جا که پژوهشی به مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان در افراد دیابتی نوع ۱ و ۲ نپرداخته است، بر این اساس پژوهش حاضر، به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا از نظر کیفیت زندگی و سلامت روان بین افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ و افراد غیر دیابتی تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

تحقیق حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای (Ex-post factor) یا

دیابت غیر وابسته به انسولین، بیشتر در بالغین بالای ۳۰ سال دیده می‌شود. در این نوع دیابت انسولین تولید شده از پانکراس به خوبی عمل نمی‌کند. در واقع یا پانکراس به اندازه کافی انسولین ترشح نمی‌کند و یا انسولین ترشح شده فاقد کارایی لازم برای بدن است (۳). عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی در سیر برقراری دیابت، تنظیم و کنترل آن نقش دارند (۴). دیابت مانند دیگر بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده برای فرد مشکلاتی به وجود می‌آورد که در نتیجه آن تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). این بیماران به دلیل جدال با بیماری و برنامه‌ریزی درمان آن به طور شایع دچار احساس شکست و ناامیدی می‌شوند و احساس خوب بودن روحی و اجتماعی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۵). شایع‌ترین سن شروع دیابت نوع ۱ دوران نوجوانی می‌باشد، افزایش تعداد جمعیت نوجوان مبتلا به دیابت نوع ۱، اغلب فعالیت‌های معمول نوجوان را مختل می‌سازد و از سویی نیاز به رفتارهای متمرکز بر بیماری از جانب نوجوان و خانواده دارد و به صورت بالقوه بر کل کیفیت زندگی فرد و خانواده اثر می‌گذارد (۶). از عوارضی که بیماری دیابت نوع ۲ به همراه دارد، می‌توان به عفونت‌های مکرر، به خصوص عفونت دستگاه ادراری و پوست، تاری دید، بهبودی دیررس زخم‌ها، احساس سوزش و بی‌حسی در انگشتان پا، پر نوشی و تشنگی، پر ادراری، زود رنجی و تحریک‌پذیری و خستگی زیاد غیر قابل توجیه اشاره کرد (۷). پژوهش صدقاتی کسب‌ختی و همکاران نشان داد که افراد دیابتی نوع ۲ در مقایسه با افراد غیر دیابتی کیفیت زندگی نامطلوبی دارند (۸). Pena و همکاران، در پژوهشی به منظور بررسی ادراک از وضعیت سلامتی، سلامت روان و کیفیت زندگی در بین بیماران دیابتی، ۳۵۸ بیمار دیابتی از مرکز زمینه‌یابی سلامت شهر مادرید انتخاب کردند. برای هر بیمار دیابتی دو نفر را برای کنترل، به صورت تصادفی از افرادی که از نظر سن، جنس و از نظر سلامتی به جز ابتلا به بیماری هم‌تا شده بودند، انتخاب کردند. نتایج نشان داد که در بیمارانی که از دیابت رنج می‌برند، سلامت روان و کیفیت

این پرسش‌نامه، با استفاده از روش Cronbach's alpha، ضریب پایایی ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین ضریب روایی این پرسش‌نامه بر اساس روش تحلیل مواد بین ۰/۳۷۶-۰/۶۹۷ و معنی‌دار گردید (P = ۰/۰۱).

۲- پرسش‌نامه سلامت عمومی (General health questionnaire یا GHQ-۲۸):

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۲ توسط Goldberg ساخته شد. فرم ۲۸ توسط Goldberg و Hillier (به نقل از نریمانی و ابولقاسمی) در اقدامی به منظور افزایش واریانس و بر اساس تحلیل عوامل بر روی فرم اصلی ساخته شد و شامل چهار مقیاس ۷ سؤالی می‌باشد (۲۱). روایی و پایایی این ابزار در ایران مطلوب گزارش شده است (۲۲). در پژوهش حاضر به منظور تعیین پایایی این پرسش‌نامه، با استفاده از روش Cronbach's alpha، ضریب پایایی ۰/۸۰ به دست آمد. همچنین ضریب روایی این پرسش‌نامه بر اساس روش تحلیل مواد بین ۰/۳۸۰-۰/۷۷۵ و معنی‌دار گردید (P = ۰/۰۱).

یافته‌ها

در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمره‌های سه گروه، افراد دیابتی نوع ۱، افراد دیابتی نوع ۲ و افراد غیر دیابتی در مقیاس کیفیت زندگی و سلامت روان آورده شده است.

نتایج جدول ۱، نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد دیابتی نوع ۱، ۶۸/۶۶، در گروه افراد دیابتی نوع ۲، ۷۳/۹۱ و در افراد غیر دیابتی ۸۳/۸۴ می‌باشد. همچنین میانگین نمره سلامت روان در گروه افراد دیابتی نوع ۱، ۲۳/۲۸، در افراد دیابتی نوع ۲، ۲۰/۶۱ و در گروه افراد غیر دیابتی ۱۶/۶۸ می‌باشد.

جدول ۲، نتایج آزمون حاصل از MANOVA (Multivariate analysis of variance) بر روی کیفیت زندگی و سلامت روان سه گروه آورده شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آزمون MANOVA (Wilks' lambda) معنی‌دار است (P < ۰/۰۰۱).

پس رویدادی) است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران دیابتی شهر اهواز بود که در سال ۱۳۹۰ عضو انجمن دیابت اهواز بودند. نمونه پژوهش به روش در دسترس انتخاب شد، بدین شکل که با حضور در محل انجمن به هر فردی که مراجعه می‌کرد، پرسش‌نامه‌هایی داده شد که در این پرسش‌نامه‌ها ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نوع دیابت و همچنین متغیرهای سن، مدت زمان ابتلا به بیماری، جنس و تحصیلات ذکر گردیده بود. از این میان تعداد ۵۰ بیمار دیابتی نوع ۱، ۵۰ بیمار دیابتی نوع ۲ و ۵۰ فرد غیر دیابتی از بین همراهان مراجعان انتخاب شدند که از نظر متغیرهای جنس و تحصیلات هم‌تا بودند و پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی و سلامت عمومی بین این ۳ گروه توزیع گردید. تشخیص نوع دیابت بر اساس نظر پزشک داده شد که در پرونده‌های بیماران موجود بود. شرط ورود به پژوهش، برای افراد غیر دیابتی و همچنین افراد دیابتی عدم ابتلا به بیماری مزمن مانند آسم، سرطان و ... بود و در صورتی که فردی به بیماری مزمن دیگری مبتلا بود، از پژوهش خارج می‌گردید. جهت رعایت اصول اخلاقی به بیماران و همچنین افراد همراه درباره محرمانه بودن اطلاعات پژوهش توضیحاتی داده شد. پس از پایان پژوهش، به بیماران در مورد مسایل روان‌شناختی و اهمیت آن در کنترل قند خون این بیماران توضیحاتی ارائه گردید. در هر گروه تعداد ۲۸ مرد و ۲۲ زن حضور داشت که میانگین و انحراف معیار سن افراد دیابت نوع ۱ به ترتیب ۳۴/۴ و ۱۲/۸۹، افراد دیابت نوع ۲، ۴۷/۷ و ۱۰/۱۱ و افراد غیر دیابتی ۳۶/۲۴ و ۱۳/۵ به دست آمد. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر مورد استفاده گردید.

۱- پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی

بهداشت (World health organization quality of life questionnaire یا WHOQOL):

این پرسش‌نامه دارای ۲۶ گویه است که در یک مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ کیفیت زندگی فرد را از جنبه‌های مختلف بررسی می‌کند. در پژوهش‌های مختلف روایی و پایایی این ابزار مطلوب گزارش شده است (۲۰، ۱۹). در پژوهش حاضر به منظور تعیین پایایی

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سه گروه در مقیاس کیفیت زندگی و سلامت روان

متغیر	گروه آماره	دیابت ۱		دیابت ۲		غیر دیابتی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	۶۸/۶۶	۱۴/۲۰	۷۳/۹۱	۱۴/۸۵	۸۳/۸۴	۱۱/۸۶	
سلامت روان	۲۳/۲۸	۸/۷۹	۲۰/۶۱	۸/۴۷	۱۶/۶۸	۶/۸۴	

جدول ۲. نتایج حاصل از MANOVA (Multivariate analysis of variance) بر روی میانگین نمره‌های آزمودنی‌های سه گروه در متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت روان

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
Wilks' lambda	۰/۸۱۹	۷/۶۵	۴	۲۹۲	< ۰/۰۰۱

جدول ۳. نتایج حاصل از ANOVA (Analysis of variance) در متن MANOVA (Multivariate analysis of variance) بر روی میانگین نمره‌های کیفیت زندگی و سلامت روان سه گروه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی	۵۹۴۳/۸۴	۲	۲۹۷۱/۹۲	۱۵/۸۳۲	< ۰/۰۰۱
سلامت روان	۱۱۰۲/۲۳۱	۲	۵۵۱/۱۱۶	۸/۴۳۶	< ۰/۰۰۱

جدول ۴. نتایج حاصل از آزمون تعقیبی Tukey برای مقایسه زوجی میانگین‌های کیفیت زندگی و سلامت روان سه گروه

متغیر وابسته	گروه‌ها	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد خطا	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی	دیابت نوع ۱ و غیر دیابتی	-۱۵/۱۷۹۴	۲/۷۴۰۲۳	< ۰/۰۰۱
	دیابت نوع ۲ و غیر دیابتی	-۹/۹۳۶۰	۲/۷۴۰۲۳	۰/۰۰۱
	دیابت نوع ۱ و دیابت نوع ۲	-۵/۲۴۳۴	۲/۷۴۰۲۳	۰/۱۳۸
سلامت روان	دیابت نوع ۱ و غیر دیابتی	۶/۶۰۰۲	۱/۶۱۶۵۵	< ۰/۰۰۱
	دیابت نوع ۲ و غیر دیابتی	۳/۹۲۸۴	۱/۶۱۶۵۵	۰/۰۴۳
	دیابت نوع ۱ و دیابت نوع ۲	۲/۶۷۱۸	۱/۶۱۶۵۵	۰/۲۲۷

روان برابر با $F = ۸/۴۳۶$ و معنی‌دار می‌باشد ($P < ۰/۰۰۱$). بر این اساس می‌توان بیان داشت که بین ۳ گروه از لحاظ متغیر سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

برای مقایسه زوجی گروه‌ها از لحاظ متغیرهای وابسته از آزمون تعقیبی Tukey استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۴ ارائه شده است.

بر اساس مندرجات جدول ۴، مشاهده می‌شود که بین افراد دیابتی نوع ۱ و افراد غیر دیابتی از نظر کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین تفاوت بین افراد دیابت نوع ۲ و افراد غیر دیابتی، از لحاظ کیفیت

بر این اساس می‌توان گفت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و سلامت روان) بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت دو تحلیل واریانس یک راهه در متن MANOVA انجام شد که نتایج حاصل در جدول ۳ نشان داده شده است.

بر اساس مندرجات جدول ۳، مشاهده می‌شود که مقدار F مربوط به کیفیت زندگی برابر $F = ۱۵/۸۳۲$ و معنی‌دار است ($P < ۰/۰۰۱$). بنابراین بین ۳ گروه از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. همچنین همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مقدار F مربوط به متغیر سلامت

دارویی، احساس عدم کفایت و استقلال را در بیماران ایجاد می‌کند که همین مسأله بر کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار خواهد بود (۲۶). به علاوه ماهیت مزمن، درمان‌های خسته کننده و عوارض ناتوان‌ساز و تهدید کننده دیابت، ابعاد جسمی، روحی- روانی، اجتماعی و به عبارتی کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر می‌دهد (۲۷).

نتایج حاصل از مقایسه زوجی نشان داد که بین افراد دیابتی نوع ۱ و افراد دیابتی نوع ۲ از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. تا آن جا که پژوهشگر به بررسی ادبیات پژوهشی پرداخته است، پژوهش‌هایی که کیفیت زندگی را در افراد دیابتی نوع ۱ و ۲ مقایسه کرده باشند، موجود نمی‌باشد. این یافته را بدین گونه 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 سلامت‌شان یا جنبه‌های غیر پزشکی زندگی‌شان داده شود (۲۸). تحت تأثیر قرار گرفتن سلامت به عنوان سازه اصلی مفهوم کیفیت زندگی دلالت بر این دارد (۲۹) 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. همان طور که یافته‌ها نشان داد، بین سه گروه افراد دیابتی نوع ۱، افراد دیابتی نوع ۲ و افراد غیر دیابتی از لحاظ سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود دارد و افراد دیابتی در مقایسه با افراد غیر دیابتی نمرات بالاتری در پرسش‌نامه سلامت عمومی کسب نمودند، به علاوه، نتایج حاصل از مقایسه زوجی گروه‌ها نشان داد که بین بیماران دیابتی نوع ۱ و افراد غیر دیابتی و بیماران دیابتی نوع ۲ و افراد غیر دیابتی از لحاظ متغیر سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با نتایج پژوهش‌هایی که سلامت روان را در افراد دیابتی

زندگی معنی‌دار است ($P = 0/001$). اما تفاوت بین افراد دو نوع دیابتی در متغیر کیفیت زندگی معنی‌دار نیست ($P < 0/05$). جدول ۴ نشان می‌دهد که از لحاظ سلامت روان بین افراد دیابتی نوع ۱ و افراد غیر دیابتی ($P < 0/001$)، افراد دیابتی نوع ۲ و افراد غیر دیابتی ($P = 0/043$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اما بین افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ و افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ از نظر سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان افراد دیابتی نوع ۱، افراد دیابتی نوع ۲ و افراد غیر دیابتی شهر اهواز بود.

نتایج حاصل از مقایسه کیفیت زندگی سه گروه نشان داد که بین سه گروه از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، به علاوه نتایج حاصل از مقایسه زوجی گروه‌ها نشان داد که بین بیماران دیابتی نوع ۱ و افراد غیر دیابتی و بیماران دیابتی نوع ۲ و افراد غیر دیابتی از لحاظ متغیر کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با نتایج پژوهش‌هایی که به مقایسه کیفیت زندگی افراد دیابتی نوع ۱ و افراد غیر دیابتی (۲۳)، مقایسه کیفیت زندگی افراد دیابتی نوع ۲ و افراد غیر دیابتی (۲۴، ۸) و همچنین مقایسه کیفیت زندگی افراد دیابتی و افراد غیر دیابتی پرداختند، همخوانی دارد (۹). در تبیین این مسأله بایستی خاطر نشان شد که 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 بیماران دارد (۲۵). 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 رعایت مداوم رژیم‌های تغذیه‌ای و

مفهوم روان‌شناختی سلامت، سلامت را نه تنها یک پدیده زیست پزشکی در نظر می‌گیرد بلکه چیزی در نظر می‌گیرد که می‌تواند تحت تأثیر عوامل اجتماعی، روان‌شناختی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و زیست شیمی قرار گیرد (۳۳). با توجه به مسایل، مشکلات و محدودیت‌هایی که این بیماری مزمن برای افراد هر دو نوع دیابت به وجود می‌آورد، موجب می‌گردد که فرد دیابتی از نقطه نظر اجتماعی، روان‌شناختی و اقتصادی درگیر شود و بر اساس این مفهوم از سلامت، فرد از سلامت برخوردار نباشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و همچنین استفاده از پرسش‌نامه خود گزارشی جهت جمع‌آوری اطلاعات بود، با توجه به شرایط برخی از بیماران از جمله سن بالا، عدم فهم سؤالات به علت تحصیل پایین یا قومیت‌های خاص لازم بود، قرائت شود.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، مبنی بر این که افراد مبتلا به دیابت، اعم از دیابت نوع ۱ و دیابت نوع ۲ از نظر کیفیت زندگی و سلامت روان در مقایسه با افراد غیر دیابتی وضعیت نامطلوب‌تری دارند، پیشنهاد می‌شود که جهت ارتقای سطح بهداشت روانی آن‌ها برنامه‌های جامع و پیش‌گیرانه، از طریق مراکز بهداشتی-درمانی و همچنین اطلاع‌رسانی از طریق رسانه ملی صورت گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی می‌باشد. پژوهشگران این فرصت را مغتنم شمرده‌اند و از مسؤولین و کارکنان انجمن دیابت شهر اهواز که در اجرای این پروژه ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

نامطلوب گزارش نمودند، همخوانی دارد (۳۲-۳۰، ۱۱). در تبیین این یافته، می‌توان ادعان داشت که بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان به عنوان وضعیت رفاه و بهبودی‌ای تعریف شده است که طی آن هر فرد بتواند توانایی‌های بالقوه خویش را تحقق 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 (۳۳). بیماران دیابتی محدودیت‌های زیادی از قبیل اجبار در تزریق مکرر انسولین، تأمین هزینه آن، اجبار در رعایت رژیم غذایی، عفونت‌های مکرر، احتمال بستری شدن مکرر در بیمارستان به علت عوارض بیماری و همچنین محدودیت‌هایی در زمینه تولید مثل، تشکیل خانواده و اشتغال به کار دارند (۳۴). همچنین این بیماران به طور شایع دچار احساس شکست و ناامیدی 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، گناه در ارتباط با بیماری را گزارش می‌نمایند (۵). 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.

نتایج حاصل از مقایسه زوجی نشان داد که بین افراد دیابتی نوع ۱ و افراد دیابتی نوع ۲ لحاظ سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. تا آن جا که به بررسی ادبیات پژوهشی پرداخته شده است، پژوهش‌هایی که ابعاد سلامت روان را در افراد دیابتی نوع ۱ و ۲ مقایسه کرده باشد، موجود نیست. در تبیین این یافته، می‌توان ادعان داشت که بر اساس

References

1. Shahbazian H, Amani R. A diabetic patient should know what. Qom, Iran: Daro Nashr Islam; 2004. [In Persian].
2. Smeltzer S, Beyer B, Hinckel J, Chiuper K. Brunner and Svdars surgical nursing: Liver and lymph. Trans. Asadi Noghahi A, Dehghan Nayeri N. Tehran, Iran: Salemi Publication; 2010.
3. Vahdani B. Diabet alphabet. Tehran, Iran: Danesh Emrooz Publication; 1991.
4. Kaholokula JK, Haynes SN, Grandinetti A, Chang HK. Biological, psychosocial, and sociodemographic variables associated with depressive symptoms in persons with type 2 diabetes. J Behav Med 2003; 26(5): 435-58.

5. Polonsky WH. Emotional and quality-of-life aspects of diabetes management. *Curr Diab Rep* 2002; 2(2): 153-9.
6. Faulkner MS. Quality of life for adolescents with type 1 diabetes: parental and youth perspectives. *Pediatr Nurs* 2003; 29(5): 362-8.
7. Wildermuth AS. Cognitive behavior group therapy for adolescents with type 1 diabetes [PhD Thesis]. London, UK: Regent University; 2008. 2012.
8. Sedaghati Kosbokhti M, Ehsani M, Ghanbari A. Comparison quality of life of patients with type 2 diabetes with non-diabetic individuals. *J Babol Univ Med Sci* 2006; 9(5): 55-60. [In Persian].
9. Pena MM, Hernandez B, V, Fernandez C, X, 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.
10. Northam EA, Matthews LK, Anderson PJ, Cameron FJ, Werther GA. Psychiatric morbidity and health outcome in Type 1 diabetes-perspectives from a prospective longitudinal study. *Diabet Med* 2005; 22(2): 152-7.
11. Nichols GA, Brown JB. Functional status before and after diagnosis of Type 2 diabetes. *Diabet Med* 2004; 21(7): 793-7.
12. 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. *International Journal of Diabetes in Developing Countries* 2011; 31(3): 174-9.
13. Laffel LM, Connell A, Vangsness L, Goebel-Fabbri A, Mansfield A, Anderson BJ. General quality of life in youth with type 1 diabetes: relationship to patient management and diabetes-specific family conflict. *Diabetes Care* 2003; 26(11): 3067-73.
14. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes* 2004; 22(3): 123-7.
15. Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizy S. Diabetes Diagnosis; Disrupter Identity? *Iran J Endocrinol Metab* 2011; 13(1): 26-35.
16. Bradley C, Gamsu DS. Guidelines for encouraging psychological well-being: report of a Working Group of the World Health Organization Regional Office for Europe and International Diabetes Federation European Region St Vincent Declaration Action Programme for Diabetes. *Diabet Med* 1994; 11(5): 510-6.
17. Abolhasani F, Mohajerani- TehraniMR, Tabatabaye- Molazi O, Larijani B. Burden of diabetes and its complications based on decades of research. *Iran J Diabetes Lipid Disord* 2005; 5(1): 35-48.
18. Larijani B, Zahedi F. Epidemiology of diabetes mellitus in Iran. *Iran J Diabetes Lipid Disord* 2001; 1(1): 1-8. [In Persian].
19. Esch LV, Den Oudsten BL, De Vries J. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF quality of life assessment in women with malignant and benign breast problems. *EJC Supplements* 2010; 8(3): 71-9.
20. Nasiry H. Survey validity and reliability of short-scale study of quality of life, World Health Organization and the Iranian version. *Proceedings of the 3rd National Seminar on Mental Health*; 2006 Jun 14-15; Tehran, Iran; 2006. [In Persian].
21. Narimani M, Abolghasemi A. Psychological tests. Ardebil, Iran: Bagh Rezvan Publication; 2005. [In Persian].
22. Taghavi MR. Survey the validity and reliability of public health questioner. *Psychology* 2001; 20: 381-98. [In Persian].
23. Al-Akour N, Khader YS, Shatnawi NJ. Quality of life and associated factors among Jordanian adolescents with type 1 diabetes mellitus. *J Diabetes Complications* 2010; 24(1): 43-7.
24. Ghanbari A, Kazemnezhad E. A comparative study on the quality of life of not insulin dependent diabetic melitus (NIDDM) patients of The Razi Hospital of Rasht. *Journal of Medical Science: Pathobiology* 2004; 7(1-2): 69-80. [In Persian].
25. 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, Shahroud. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2005; 7(2): 50-6. [In Persian].
26. Faro B. The effect of diabetes on adolescents' quality of life. *Pediatr Nurs* 1999; 25(3): 247-53, 286.
27. 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].
28. Abasi A. Effect of exercise program on functional ability and quality of family life in patients with heart failure [Thesis]. Ahvaz, Iran: Jondi Shapoor University; 2006. [In Persian].

29. 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].
30. 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].
31. Unden AL, Elofsson S, Andreasson A, Hillered E, Eriksson I, Brismar K. Gender differences in self-rated health, quality of life, quality of care, and metabolic control in patients with diabetes. *Gend Med* 2008; 5(2): 162-80.
32. Paschalides C, Wearden AJ, Dunkerley R, Bundy C, Davies R, Dickens CM. The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Psychosom Res* 2004; 57(6): 557-64.
33. Heydari J, Mahmoodi Gh. *Mental Health*. Tehran, Iran: Salemi Publication; 2008. [In Persian].
34. Livneh H, Wilson LM. Coping Strategies as Predictors and Mediators of Disability-Related Variables and Psychosocial Adaptation an Exploratory Investigation. *Rehabil Couns Bull* 2003; 46(4): 194-208.



Comparing the quality of life and mental health of patients with diabetes type I, II and non-diabetic individuals in Ahwaz, Iran

Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand¹, Majid Eydi Baygi MSc², Iran Davodi³

Original Article

Abstract

Aim and Background: Diabetes is a chronic disease with widespread effects on individual and social performance. The preset study aimed to compare the quality of life and mental health of patients with diabetes type I, II and non-diabetic individuals.

Methods and Materials: The design of this research was ex-post facto. The study samples consisted of all the patients with diabetes, who were members of Diabetic Association in Ahwaz in 2011. The samples were selected by convenience sampling method. There were 28 males and 22 females in each group with average age of 34.4 years in type I diabetes, 47.7 years in type II diabetes and 36.24 years in non-diabetics groups. Then, the quality of life (QoL) and general health questionnaires (GHQ) were distributed among those three groups. The data were analyzed using multivariate variance analysis method (MANOVA) and Tukey's test.

Findings: The results indicated that there was a significant difference among the three groups in terms of quality of life and mental health ($P < 0.001$). Furthermore, paired comparisons among groups showed that there was a significant difference in patients with diabetes type I and type II with non-diabetic individuals in quality of life and mental health. However, there was no significant difference between the two groups of diabetic patients in terms of these variables.

Conclusions: Diabetes is a chronic disease that affects patients' quality of life and mental health.

Keywords: Quality of life, Mental health, Type I diabetes, Type II diabetes, Non-diabetic individuals

Citation: Mehrabizadeh Honarmand M, Eydi Baygi M, Davodi I. **Comparing the quality of life and mental health of patients with diabetes type I, II and non-diabetic individuals in Ahwaz, Iran.** J Res Behav Sci 2013; 10(7): 654-62

Received: 23.09.2012

Accepted: 24.01.2013

1- Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Shahid Chamran University of Ahwaz, Ahwaz, Iran
 2- School of Clinical Psychology, Member of Young Researchers Club, Islamic Azad University, Torbat Heydarie Branch, Torbat Heydarie, Iran (Corresponding Author) Email: Majid_eydi@yahoo.com
 3- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Shahid Chamran University of Ahwaz, Ahwaz, Iran