●مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره نهم، شمارهٔ ۵، آذر – دی ۱۳۸٦، صفحه ۵۵-٦۰
دریافت: ۸٦/۱۲/۲، ارسال جهت اصلاح: ۸٦/۲/۲٦، پذیرش: ۸٦/۱۱/۳۰

مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با افراد غیر دیابتی

مریم صداقتی کسبخی [*۱]، مریم احسانی[۱]، عاطفه قنبری[۲]

۱- عضو هیأت علمی گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن ۲- استادیار گروه پرستاری و مامایی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

سابقه و هدف: یکی از مفاهیم بسیار مهم در دیابت ملیتوس به عنوان یک بیماری مزمن کیفیت زندگی است که شامل ۵ بعد فیزیکی، روانی، اجتماعی، جسمی و روحی است. با توجه به عوارض کوتاه مدت، بلندمدت و هزینه های بسیار زیاد این بیماری، مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی این بیماران در مقایسه با افراد غیر دیابتی انجام شد.

مواد و روشها: مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۷۰ بیمار دیابت نوع۲ و ۷۵ همراه غیر دیابتی آنها در دو بیمارستان شهید رجایی تنکابن و امام سجاد (ع) رامسر انجام شد. پرسشنامه ای که تلفیقی از ترجمه های فارسی دو پرسشنامه SF-36 و کیفیت زندگی سوئدی بود پس از تعیین اعتبار وپایایی جهت سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به کار گرفته شد. این پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک و ۷بعد عملکرد جسمی، درد، فعالیت های روزانه، احساس، وضعیت خواب، سلامت کلی و ارتباط با نزدیکان بود.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در بیماران دیابتی و غیردیابتی به ترتیب (۱۳۱/۷۲±۲۵/۸۸) و (۹۷/۷۵±۲۳/۸) بود که نشانگر کیفیت زندگی نا مطلوب در بیماران دیابتی و کیفیت زندگی مطلوب در افراد غیر دیابتی است. هم چنین تفاوت معنی داری بین متغیرهای دموگرافیک مانند سن، جنس و کیفیت زندگی بیماران دیابتیک و غیردیابتیک مشاهده شد.

نتیجه گیری: از آنجایی که دیابت نوع ۲ مسئول تغییرات زیادی در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می باشد، باید در تدابیر درمانی این بیماری به تاثیرات آن بر حیطه های گوناگون زندگی بیماران توجه نمود.

واژه های کلیدی: *دیابت نوع ۲، کیفیت زندگی، افراد غیر دیابتیک.*

مقدمه

تاریخچه طرح کیفیت زندگی به زمان ارسطو بر می گردد. او معتقد بود که کیفیت زندگی به معنای زندگی خوب یا شاد است که نتیجه یک زندگی توام با پرهیز گاری حاصل می شود. ایگناتاویشوز و همکارانش معتقدند که کیفیت زندگی به صورت یک مفهوم مبهم، پیچیده و بدون تعریف واحد باقی مانده است (۱). یکی از دلایل این ابهام چند بعدی بودن کیفیت زندگی است که جنبه های مختلف زندگی فرد را شامل می شود دلیل دیگر آن که هر فردی خصوصیات خاص خودش را دارا است و ادراکش در مورد خوب یا بد بودن کیفیت زندگی منحصربه خودش است (۲). اگر چه توافق کلی در مورد تعریف کیفیت زندگی وجود ندارد، اما محققان بر این عقیده اند که کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی بوده و دربردارنده جنبه های مثبت و منفی زندگی فرد است (۳). در واقع بیانگر روشی است که فرد در وضعیت سلامت و سایر جنبه های زندگی خود درک کرده و نسبت به آن واکنش نشان می دهد. امروزه به کیفیت زندگی توجه خاصی می شود. یکی از دلایل توجه روزافزون به اندازه گیری کیفیت زندگی بیماران، شیوع بالای بیماری های مزمن است. زیرا طبق برآوردهای بعمل آمده ۹۹ میلیون آمریکایی مبتلا به یک یا چند بیماری مزمن هستند و تعداد مبتلایان به آن سالانه افزایش می یابد (۴). بیماری دیابت جزء بیماری های مزمنی است که بر روی کیفیت زندگی تاثیر می گذارد. ۱/۵تا۳/۵ درصد جمعیت کل

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.5.10.9]

جهان درگیر این بیماری هستند (۵). طبق آخرین بررسی های انجام شده در ایران، ۲ درصد افراد جامعه مبتلا به آن می باشند که این رقم در افراد بالای ۳۰ سال حدود ۷/۴ می باشد (۶). پیمانی و همکاران با بررسی بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت مراجعه کننده به درمانگاه غدد بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران نشان دادند، که فقط ۱۲/۹٪ از بیماران دیابتیک در بعد عملکرد جسمی دارای کیفیت زندگی مطلوب بودند (۷). علاوه بر این در تحقیقی که توسط پورکاخکی و همکاران بر روی ۱۳۱ بیمار مبتلا به دیابت در تهران انجام شد، عنوان کردند که بیماری دیابت کیفیت زندگی افراد را در ابعاد مختلف تحت تاثیر قرار می دهد (۸). باقری و همکاران هم در پژوهش خود بر روی بیماران دیابتی در شاهرود به این نتیجه رسیدند که عوارض ناشی از بیماری مزمن دیابت اثرات معکوس و معنی داری بر تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران دارد (۹). امروزه در مراقبت پزشکی، کنترل بیماریهای مزمن از اهمیت ویژه ای برخوردار است، بهبودی در بیماریهای مزمن غیر ممکن بوده ولی مرگ نیز قریب الوقوع نیست. لذا اهداف مراقبت درمانی، مطلوب نمودن کیفیت زندگی است، اگر اصلاح کیفیت زندگی هدف مهم در درمان طبی باشد باید به عنوان یک برایند در تحقیقات در مانی در نظر گرفته شود (۵).

بنابراین بررسی حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در مقایسه با افراد غیر دیابتی انجام شد.

مواد و روشها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که بر روی ۷۰ بیمار دیابتی نوع ۲ و ۷۵ همراه غیر دیابتی مراجعه کننده به دو مرکز درمانی شهید رجایی تنکابن و امام سجاد(ع) رامسر صورت گرفت. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول شامل مشخصات فردی- زمینه ای نظیر سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، محل سکونت، شغل و میزان درآمد بود و بخش دوم آن مربوط به کیفیت زندگی مرتبط با سلامت که تلفیقی از دو ابزار کیفیت زندگیSF36 item و کیفیت زندگی سوئدی بود، می شداین بخش شامل عملکرد جسمی (۳ عبارت)، درد و رنج (۲ عبارت)، فعالیت های روزانه (۲ عبارت)، احساس (۱ عبارت)، وضعیت خواب (۱ عبارت)، درک کلی از سلامت (۳ عبارت) و ارتباط با نزدیکان (۳ عبارت) بود که بر اساس مقیاس لایکرت مورد سنجش قرار گرفت.

فرم کوتاه ۳۶ (SF36) توسط وار و همکاران در کشور آمریکا برای اندازه گیری کیفیت زندگی افراد سالم و بیمار طراحی شد (۱۰). در حال حاضر این ابزار پر کاربرد ترین ابزار اندازه گیری کیفیت زندگی در دنیا است که توسط منتظری و همکاران اعتبار و پایایی آن بررسی گردید (۱۱). به منظور بررسی اعتبار ابزار از روش اعتبار همگرا و مقایسه گروههای شناخته شده،استفاده شد.دامنه همبستگی در اعتبار همگرا از ۰/۵۷ تا ۰/۹۵ متغیر بود. بیمارانی که فاقد بیماری روحی و روانی بوده و حداقل ۶ ماه از دیابت نوع دوم آنها گذشته باشد و فقط از قرص ضددیابت استفاده می کردند و هم چنین بیماری دیگری جز دیابت نوع ۲ نداشتند، وارد مطالعه می شدند. معیارهای ورود افراد غیر دیابتی قندخون کمتر از ۱۱۰ میلی گرم در دسی لیتر، نداشتن بیماری مزمن مشخص، عدم بیماری روحی و روانی و عدم نقص عضو محسوس بود. برای تعیین اعتبار پرسشنامه از اعتبار محتوایی و برای بررسی پایایی از آلفا کرونباخ استفاده گردید. پایایی در بخش عملکرد جسمی ۷۰٪، درد ۹۰٪، فعالیت های روزانه ۹۵٪، احساس ۸۴٪، خواب ۸۹٪، سلامت کلی ۷۸٪ و ارتباط با نزدیکان ۹۱٪ تعیین گردید.

برای تعیین کیفیت زندگی نامطلوب بر مبنای تحقیقات انجام شده ۶۰ درصد ماکزیمم نمرات کل در نظر گرفته شد. در این تحقیق کل نمره پرسشنامه ۲۱۶ بود که عدد بالای ۱۲۹ کیفیت زندگی نامطلوب و عدد پایین آن کیفیت زندگی مطلوب محسوب گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون X^2، t test و ضریب همبستگی استفاده شد. و $p<0/05$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها

اکثریت افراد مورد بررسی در محدوده سنی ۴۹-۴۰سال قرار داشتند (۵۰٪ افراد دیابتیک و۷۳/۳٪ افراد غیر دیابتی)، زن (۹۰٪ افراد دیابتی و۸۱/۳٪ غیر دیابتی)، متاهل (۹۷/۱٪ افراد دیابتی و ۹۷/۳٪ غیر دیابتی)، غیر شاغل (۸۲/۹٪ افراد دیابتی و ۶۸٪ غیردیابتی) دارای درامد کمتر از ۲۰۰ هزار تومان (۸۷/۱٪ دیابتی و ۷۷/۳٪ غیر دیابتی) و ساکن شهر (۶۷/۱٪ دیابتی و ۷۳/۳٪ غیر دیابتی) بودند. همچنین اکثریت بیماران دیابتیک (۳۴/۳٪) دارای تحصیلات زیر دیپلم و اکثریت افراد غیر دیابتی (۴۲/۷٪) بیسواد بودند. بین میانگین امتیازات دو گروه (دیابتی و غیر دیابتی) از نظر

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.5.10.9]

حیطه عملکرد جسمی، درد و رنج فعالیت های روزانه، احساس، خواب و درک کلی از سلامت اختلاف معنی داری وجود داشت (p<۰/۰۰۱). از میان ابعاد و حیطه های کیفیت زندگی فقط در حیطه ارتباط با نزدیکان بین دو گروه اختلاف اماری معنی داری مشاهده نشد (جدول ۱).

یافته ها نشان داد که با افزایش سن کیفیت زندگی بیماران دیابتیک نسبت به افراد غیر دیابتی نا مطلوب تر است (p<۰/۰۰۱). کیفیت زندگی در مردان مبتلا به دیابت نسبت به زنان نا مطلوب تر است (p<۰/۰۰۱). کیفیت زندگی بیماران همسر فوت شده مبتلا به دیابت نوع۲ نسبت به متاهلین نامطلوب تر است (p<۰/۰۰۱). کیفیت زندگی در افراد تحصیل کرده مبتلا به دیابت نوع ۲ مطلوب تر است (p<۰/۰۰۱) و افراد باز نشسته نسبت به سایرین کیفیت زندگی نامطلوب تری دارند (p<۰/۰۰۱). افراد دارای در آمد بالاتر کیفیت زندگی مطلوب تری دارند (p<۰/۰۰۱). علاوه بر این نتایج نشان داد که ۸۵/۳٪ از افراد غیر دیابتی کیفیت زندگی مطلوب و ۶۱/۴٪ از افراد دیابتی کیفیت زندگی نا مطلوب داشتند (p<۰/۰۰۱).

جدول ۱. کیفیت زند گی بیماران دیابتی نوع ۲ و افراد غیر دیابتی در حیطه های مختلف عملکرد جسمی، درد، فعالیت های روزانه، احساس، خواب، سلامت کلی و کیفیت زند گی

حیطه های مختلف زندگی	افراد غیردیابتی Mean±SD	بیمار دیابتی Mean±SD	Pvalue
عملکرد جسمی	٤/٠٨±٣/٨٣	١٨/١٧±٤/٧٢	p<۰/۰۰۱
درد	١/٤١±٢/٢٩	٥/٩٣±٣/٢١	p<۰/۰۰۱
فعالیت های روزانه	٦/٢٤±٢/١٠	٤٣/٨±٢/٨٤	p<۰/۰۰۱
احساس	١٩/٩١±٥/٨٤	٢٦/١١±٦/٤٢	p<۰/۰۰۱
خواب	١١/٦٥±٥/١٧	١٤/٩١±٤/٣٩	p<۰/۰۰۱
سلامت کلی	٢٠/٧٦±٦/١٧	٢٩/٦٩±٦/٥٩	p<۰/۰۰۱
ارتباط با نزدیکان	١٢ /١٤±٥/٩	١٢/٦٩±٦/٥٩	NS
کیفیت زند گی	٩٧ /٧٥±٢٣/٨	١٣١/٧٢±٢٥/٨٨	p<۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده نشان می دهد که کیفیت زندگی بیماران دیابتی نا مطلوب و کیفیت زندگی افراد غیر دیابتی مطلوب است. بین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و افراد غیر دیابتی اختلاف معنی داری وجود دارد. این مسئله مشابه نتایج تحقیق پیمانی، دهقان زاده، دهکردی و نعمت اللهی است (۷و۱۲-۱۴). در حیطه عملکرد جسمی نتایج مطالعه پیمانی نشان داد که بیشترین درصد بیماران دیابتی در بعد عملکرد جسمی دارای کیفیت زندگی نسبتا مطلوب بودند و فقط ۱۲/۹٪ بیماران کیفیت زندگی مطلوب داشتند (۷).

نتایج پژوهش دهقانزاده نیز بیانگر آن بود که اختلاف معنی داری بین میانگین امتیازات دو گروه بیماران و افراد سالم در این حیطه وجود دارد (۱۲). علاوه بر این نتایج تحقیق محمدی زیدی و همکاران، هادی و همکاران نیز در راستای تحقیق حاضر است (۱۵و۱۶). در حیطه درد و رنج نتایج پژوهش Linqvist و دهقانزاده نیز کاملا موید نتایج پژوهش حاضر است (۱۲و۱۷). Smeltzer و همکاران در توجیه این مطلب می نویسند که درد ناشی از بیماری ها می تواند باعث ایجاد تغییرات رفتاری، اختلال در انجام فعالیت ها و تحرک و همچنین اختلال در خواب فرد شود (۵). در حیطه فعالیتهای روزانه نیز نتایج بررسی های Lindqvist و دهقانزاده نیز تایید کننده این مطلب است که بیماران در مقایسه با افراد سالم در این حیطه و ایفای نقش، کیفیت زندگی پایین تری دارند. در حیطه احساس، نتایج حاصل از این پژوهش نیز کاملا مشابه نتایج پژوهشهای دهقانزاده و Lindqvist است (۱۲و۱۷). در حیطه خواب، پیمانی نشان داد که ۴۰/۷٪ از بیماران اظهار کرده اند که بیماری دیابت، خواب آنها را به میزان زیاد مختل کرده است (۷). دهقانزاده و لیند کویست نیز عنوان کردند که در حیطه خواب، بیماران در مقایسه با افراد سالم از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند (۱۲و۱۷).

در حیطه درک کلی از سلامت نتایج پژوهش پیمانی نیز موید این مطلب است که بیشترین درصد بیماران (۶۸/۳٪) در بعد درک از سلامتی دارای کیفیت زندگی نسبتا مطلوب و کمترین درصد (۵/۲) دارای کیفیت زندگی مطلوب بوده اند (۷). Kiling و همکاران نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی بیماران در مقایسه با افراد سالم در حیطه درک کلی از سلامت پایین تر است (۱۸). در حیطه ارتباط با نزدیکان نتایج پژوهش دهقانزاده نیز مشابه نتایج حاضر می باشد (۱۲). در مورد ارتباط بین سن و کیفیت زندگی نتایج تحقیق Senez و همکاران نشان داد که بین سن و کیفیت زندگی ارتباط معکوس وجود دارد (۱۹). علاوه بر این نتایج بررسی پیمانی در رابطه با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت نشان داد که بیشترین درصد (۷۸/۶) بیماران دیابتی در گروه

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.5.10.9]

سنی ۴۰-۳۰سال از کیفیت زندگی نسبتا مطلوب برخوردار بوده اند در حالی که فقط ۲۸٪ بیماران۵۰-۴۰ سال دارای کیفیت زندگی مطلوب بوده اند و ۱۹/۷٪ ۶۰-۵۰سال نیز کیفیت زندگی نامطلوب داشتند (۷). علاوه بر این نتایج تحقیق درویش پورکاخکی و همکاران نیز موید آن بود که افراد مسن در ابعاد عملکرد جسمی و ایفای نقش عاطفی نسبت به سایر افراد کیفیت زندگی پایین تری دارند (۸). نتایج تحقیق حیدرزاده و همکاران نیز نشان داد که بین سن و کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود دارد (۲۰).

در مورد ارتباط بین جنس و کیفیت زندگی نتایج پژوهش پیمانی نیز به طور کامل مشابه نتایج بدست آمده در این پژوهش است. در مطالعه وی بیشترین درصد (۷۷/۱) بیماران زن از کیفیت زندگی نسبتا مطلوب برخوردار بوده اند در حالیکه فقط ۳۵/۱٪ از بیماران مرد کیفیت زندگی مطلوب داشته اند (۷). در تایید مطالب فوق بررسی Schultz و همکاران، منصوریان و همکاران نیز نشان دادند که بین متغیر جنس با کیفیت زندگی ار تباط معنی داری وجود دارد و کیفیت زندگی در مردان با اختلاف معناداری کمتر از زنان است (۲۱و۲۲). در حالیکه نتایج تحقیقات مسعودی علوی و همکاران، درویش پورکاخکی و همکاران، Senez و همکاران بر خلاف نتایج تحقیق حاضر بود (۸و۱۹و۲۳).

در مورد ارتباط بین وضعیت تاهل با کیفیت زندگی نتایج بررسی پیمانی در راستای این پژوهش است به این صورت که در بررسی وی اکثریت (۶۹/۷٪) بیماران متاهل از کیفیت زندگی نسبتا مطلوب برخوردار بودند در حالی که فقط ۱۴/۳٪ از بیماران همسر فوت شده و مطلقه دارای کیفیت زندگی مطلوب بودند و ۱۰۰٪ بیماران مجرد کیفیت زندگی نسبتا مطلوب داشتند (۷). علاوه بر این نتایج تحقیق وحدانی نیا و همکاران در سنجش کیفیت زندگی سالمندان نشان داد که متاهلین نسبت به دو گروه مجرد، مطلقه و بیوه از میانگین امتیاز بالاتری در کیفیت زندگی بر خوردار هستند (۲۴). نتایج تحقیق حیدر زاده و همکاران نیز نشان داد که بین وضعیت تاهل و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار آماری وجود دارد (۲۰). در ارتباط بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی نتایج تحقیقات پیمانی، Kutners Suetching نیز موید ارتباط معنی داری بین دو متغیر مذکور هستند (۷و۲۵و۲۶). علاوه بر این نتایج تحقیق درویش پورکاخکی و همکاران نیز نشان داد که با افزایش تحصیلات، کیفیت زند گی بیماران در بعد عملکرد جسمی مطلوب تر می گردد. نتایج تحقیق محمدی زیدی و همکاران نیز در راستای تحقیق حاضر بود (۸و۱۵). در رابطه با ارتباط بین شغل و کیفیت زندگی در نتایج بررسی پیمانی تنها ۳۴/۵٪ از بازنشستگان کیفیت زندگی مطلوب داشتند (۷). علاوه بر این تحقیق وحدانی نیا و همکاران نیز تایید می کند که افراد شاغل از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند و بین این دو متغیر رابطه معنی داری وجود دارد (۲۴). در مورد ارتباط بین در آمد و کیفیت زندگی نتایج پژوهش های Suetching و پیمانی نیز موید این مطلب هستند که افراد دارای درآمد بالاتر کیفیت زندگی مطلوب تری دارند (۷و۲۵). نتایج تحقیق خیلتاش و همکاران، منصوریان و همکاران Gee و همکاران نیز نشان داد که افراد دارای درآمد بیشتر از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. اما در مطالعه گشتاسبی ارتباط معنی داری بین در آمد و کیفیت زندگی به اثبات نرسید (۲۲و۲۷-۲۹).

****

References

1. Ignatavicius D, Workman M, Mishler M. Medical surgical nursing a cross the health care continuum, 3rd ed, Philadelphia, W.B. Saunders Co 1999; pp: 81.

2. Karlson I, Berglin E, Larson PA. Sense of coherence: Qol before and after coronary artery bypass surgery a longitudinal study. J Aadv Nurs 2000; 31(6): 1383-92.

3. Rustoen T. Hope & quality of life, two central issues for cancer patients: a theoretical analysis. Cancer Nurs 1995; 18(5): 355-61.

4. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and Suddarths text book of medical surgical nursing, 10th ed, Philadelphia, Lippincott 2004; pp: 1155.

5. Deyo RA. The quality of life and research and care. Ann Int Med 2005; 7(1): 29-33.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.5.10.9]

٦. وزارت بهداشت، درمان و اموزش پزشکی گزارش دیابت و اپیدمیولوژی آن. وزارت بهداشت، درمان و اموزش پزشکی، تهران ١٣٧٤؛ ص: ٣-٤.

٧.پیمانی ط. بررسی کیفیت زند گی بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت مراجعه کننده به درمانگاه غدد بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشدرشته پرستاری دانشگاه تهران ١٣٨٤.

٨. درویش پور کاخکی ع، عابد سعیدی ز، یغمایی ف، علوی مجد ح، منتظری ع. بررسی کیفیت زندگی با مشخصات بیماری و فردی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستانهای شهر تهران در سا ل ١٣٨٣، مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران ١٣٨٥؛ ٨ (١): ٤٩-٥٦.

٩.باقری ح، ابراهیمی ح، تقوی ن، حسنی م. بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی بر اساس عوارض دیابت در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین(ع) شاهرود، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد ١٣٨٤؛ ٧(٢): ٥٠-٦.

10. Ware JE JR, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36).I. conceptual frame work and item selection. Med Care 1992; 30(6): 473-83.

11. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of Iranian version. Qual Life Res 2005; 14(3): 875-82.

١٢. دهقانزاده ش. بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب با افراد سالم، پایان نامه دانشکده پرستاری-مامایی شهید بهشتی رشت١٣٨١.

١٣. دهکردی م. بررسی ارتباط بین ویژگی های سرطان و کیفیت زند گی در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به درمانگاه منتخب انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشدرشته پرستاری دانشگاه تهران ١٣٨٢

١٤. نعمت الهی ب. بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشدرشته پرستاری دانشگاه تهران ١٣٨٢.

١٥. محمدی زیدی ع، خلج م، نقی زاده جهرمی م. بررسی کیفیت زندگی افراد مبتلا به درد ناحیه پایین کمر، مجله سالمند ١٣٨٥؛ ١(٢): ١١٩-٢٤.

١٦. هادی ن، ملکان ل. بررسی سلامت و کیفیت زندگی آموزگاران مدارس ابتدایی شیراز. مجله پزشکی هرمزگان ١٣٨٥؛ ١(٤): ٣٨٧-٩٢.

17. Lindqvist R, Sjuden P. Coping strategies and QOL among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. J Adv Nurs 1998; 27(5): 312-19.

18. Kling C, Persson A, Gardulf A. The health–related QOL of patients suffering from the late effects of polio (Post-POLIO). J Adv Nurs 2000; 32(1): 164-73.

19. Senez B, Feliciolip M, Morreau A, et al. Quality of life assessment of type 2 diabetic patients in general medicine. Presse Med 2004; 33(5): 160-6.

٢٠. حید ر زاده م، زمان زاده و، لک د یزجی س. بررسی کیفیت زندگی در بیماران همودیالیز. مجله پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز١٣٨٥؛ ١(٤): ٥٢-٩.

21. Schultz AA, Winstead Fry P. Predictors of quality of life in rural patients with cancer. Can Nurs 2005; 24(1): 12-19.

٢٢. منصوریان م، بهنام پور ن، کارگر م، رحیم زاده ه. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گرگان. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان ١٣٨٥؛ ٣(٢): ١٦-٢٠.

٢٣. مسعودی علوی ن، غفرانی پور ف، احمدی ف، همکاران. کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت قندی مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران١٣٨٢، مجله بهبود ١٣٨٣؛ ٣(٢): ٤٧-٥٦.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.5.10.9]

٢٤. وحدانی نیا م، گشتاسبی آ، منتظری ع، مفتون ف. کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان: مطالعه ای جمعیتی، فصلنامه پایش ١٣٨٤؛ ٤(٢): ١١٣-٢٠.

25. Suet Ching WL. The Quality of life for Hong Kong dialysis patients. J Adv Nurs 2001; 35(2): 218-27.

26. Kutner FG. Patient-reported quality of life early in dialysis treatment: Effects associated with usual exercise activity. Nephrol Nurs J 2000; 27(4): 357-78.

٢٧. خیلتاش آ، منتظری ع، نبئی ب. عوامل موثر بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نئوپلازی های لنفاوی (لوسمی و لنفوم)، فصلنامه پایش ١٣٨٥؛ ٥(٢): ٧٧-٨٢.

28. Gee L. The SF36 questionnaire and its usefulness in population studies: results of German health interview and examination survey. European Psychiatry 2006; 20(3): 205-12.

٢٩. گشتاسبی الف. بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت در تهران، خلاصه مقالات اولین همایش سراسری کیفیت زندگی، دانشگاه تربیت مدرس ١٣٨٣؛ ص: ٢٥.

* آدرس نویسنده مسئول: تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه پرستاری – داخلی جراحی تلفن: ٠١٣١-٦٦٦٨٣٢١.

msedaghati5956@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.5.10.9]