مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۲۳، شماره ۲، تابستان ۹۲، صفحات ۱۴۸ تا ۱۵۳

Original Article

بررسی خود پنداره و ارتباط آن با کیفیت زندگی مبتلایان دیابت نوع دو

محبوبه صفوی[۱]، نسرین صمدی[۲]، محمودمحمودی[۳]

[۱] استادیار، دکترای مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران
[۲] کارشناس ارشد آموزش پرستاری، گرایش داخلی- جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
[۳] استاد، دکترای آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

سابقه و هدف: *دیابت بیماری مزمن و خطرناکی است که به رفتارهای خود مراقبتی ویژه تا پایان عمر نیاز دارد و خودپنداری دیدگاه کلی فرد نسبت به خود است و در بر گیرنده همه نقاط ضعف و قوت فرد است. هدف از مطالعه حاضر تعیین سطح خودپنداره و ارتباط آن با کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت نوع دو بود.*

روش بررسی: *در این پژوهش توصیفی-همبستگی، ۲۸۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان امام خمینی (ره) شهر اردبیل به روش تصادفی ساده بررسی شدند. ابزار گرداوری داده‌ها شامل اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه خودپنداره بک (BSCT) و کیفیت زندگی بیماری‌های مزمن فرل و گرانت بود. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی و آزمون کای‌دو و ضریب همبستگی پیرسون در محیط SPSS استفاده گردید.*

یافته‌ها: *بیشتر بیماران سطح خودپنداره (۹۸ نفر، ۳۴/۵٪)، و کیفیت زندگی (۱۲۳نفر، ۴۳/۹٪) پایینی داشتند. نتایج حاصل از آزمون کای‌دو (P=۰/۰۰۱) و ضریب همبستگی پیرسون (r=۰/۹۱) نشان داد که بین خودپنداره وکیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع دو ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد.*

نتیجه‌گیری: *با توجه به یافته‌های حاصل از این مطالعه، خودپنداره و کیفیت زندگی ارتباط مستقیمی دارند. پس می‌توان با اصلاح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و ارتقاء آن، سطح خودپنداره این بیماران را بالا برد تا از این طریق از عوارض جسمی، روحی وروانی ناشی از این بیماری مزمن پیشگیری شود.*

واژگان کلیدی: *خودپنداره، کیفیت زندگی، دیابت نوع دو.*

مقدمه

دیابت ملیتوس که بعضی اوقات به اپیدمی خاموش تعبیر می‌شود یک بیماری متابولیک مزمن و مشکل بهداشتی عمده و جهانی است (۱) که در آن فرد دچار ناهنجاری‌هایی در متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی است (۲). این بیماری در میان افراد چاق و بالای ۳۰ سال بسیار شایع است (۳). به طور کلی شیوع دیابت در ایران بسیار بالا و ۴/۵- ۴ درصد و در جمعیت بالای ۳۰ سال بیش از ۱۴ درصد بوده و در تمام استان‌ها در زنان بیشتر از مردان است (۲). همانند سایر بیماری‌های مزمن، دیابت ملتیوس افزون بر مرگ و میر بالا، گرفتاری‌های فردی، خانوادگی و مالی بسیاری به همراه دارد. مواردی چون افزایش و کاهش شدید قند خون، محدودیت‌های غذایی و ورزش، تزریقات مکرر انسولین، عوارض اسکلتی- عضلانی، ناتوانی‌های فیزیکی، اختلالات جنسی و مشکلات عروقی از جمله مشکلاتی هستند که زندگی این بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد. از طرفی این

آدرس نویسنده مسئول: اردبیل، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، نسرین صمدی
(**email**: na.samadi@arums.ac.ir)
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱/۲۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۷/۱۵

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-11]

بیماران به طور شایع دچار احساس شکست و نا امیدی به دلیل جدال با بیماری و برنامه‌ریزی درمان آن گردیده و احساس خوب بودن روحی و اجتماعی آنان تحت تاثیر قرار می‌گیرد و بسیاری از آنان احساس ترس، خشم و گناه در ارتباط با بیماری را گزارش می‌نمایند و اغلب انگیزه کافی مراقبت از خود کنترل دقیق بیماری را ندارند (۱) . افراد مبتلا به دیابت نسبت به سایر مردم بیشتر در معرض خطر ابتلا به افسردگی هستند (۴). همچنین طی دو دهه گذشته نتایج مطالعات نشان داده اند که هدف اصلی درمان تنها بر طرف کردن علایم و نشانه‌های فیزیکی بیماری نیست بلکه باید بهبود کلی کیفیت زندگی بیماران نیز مد نظر باشد (۱) .

کیفیت زندگی برداشت و پنداری است که افراد از موقعیت شان در زندگی، در زمینه فرهنگی و ارزشهایی که به آن معتقدند، دارند و به اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق‌شان وابسته است. (۵). سه بعد اساسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی هستند که هر یک از آنها به زیر مجموعه‌های دیگر تقسیم می‌شوند. بعد فیزیکی به دریافت بیمار از توانایی‌هایش در انجام فعالیت‌ها و وظایف روزانه که نیاز به صرف انرژی دارد اشاره می‌کند. بعد روحی، جنبه‌های روحی و احساس سلامت روحی مانند افسردگی، ترس، عصبانیت، خوشحالی و آرامش را در بر می‌گیرد. بعد اجتماعی به توانایی‌های فرد در برقراری با اعضای خانواده، همسایگان و همکاران و سایر گروه‌های اجتماعی مربوط می‌شود (۶). کولاول موساکو و همکارانش درمطالعه خود اظهارداشتند افرادی که کنترل قند خون در آنها ضعیف است، به طور قابل توجهی علایم اضطراب بیشتری نشان می‌دهند و بین کنترل قند خون، سن بیمار و مدت ابتلا به دیابت و علائم افسردگی ارتباط قابل توجهی نشان داده شده است. در این مطالعه به تأثیر منفی وجود علایم روانی بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نیز تأکید شده است. وجود این علایم، به خصوص افسردگی به طور قابل توجهی بهبودی عمومی را کاهش داده و بر احساس مثبت خوب بودن بیماران نیز تأثیر دارد (۷).

همچنین دیابت ازجمله بیماری‌هایی است که می‌تواند بر خودپنداره تاثیر گذارد. خودپنداری تصویر روانی هر فرد و شامل تمام ادراکات فرد (ظواهر، ارزش‌ها و عقاید) است که بر رفتار فرد تأثیر داشته و به زمانی که فرد از کلمه «من» استفاده می‌کند، اشاره دارد (۸). به عبارت دیگر، خودپنداری دیدگاه کلی فرد نسبت به خود است و در برگیرنده همه نقاط مثبت و ضعف فرد است (۹). حفظ و ارزیابی خودپنداری هر فرد یک فرآیند مداوم و بی‌پایان است. حوادث و موقعیت‌ها ممکن است سطح خودپنداری را در طول زمان تغییر دهند. به عبارت دیگر انسان با خودپنداری متولد نمی‌شود، بلکه خودپنداری در نتیجه تعاملات اجتماعی با سایرین حاصل می‌شود. همچنان که فرد رشد می‌نماید، شرایط تأثیرگذار بر خود پنداری نیز تغییر می‌کند. برای مثال در دوره نوزادی، فرد نیازمند مراقبت‌های محیطی است، در حالی که در دوره کودکی نیاز به آزادی عمل برای کاوش و یادگیری دارد. خودپنداری سالمندان نیز بر پایه تجارب آنها در طی مراحل زندگی می‌باشد (۶).

نزلک و پلسکو نشان دادند که رویدادهای روزانه منجر به تغییر در خود پنداری می شود (۱۰). پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده‌اند که وضعیت سلامتی نظیر وضعیت روانی- اجتماعی، غمگین بودن و از دست دادن بر خودپنداری تأثیر دارد (۱۱). همچنین نشان داده شده است که خودپنداری در ابعاد رفتار به طور مستقل میزان HbA1C را پیش بینی می‌کند (۱۲). بنابراین با توجه به موارد گفته شده، مطالعه حاضر با هدف تعیین سطح خودپنداره وارتباط آن با کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت نوع دو انجام شد.

مواد و روشها

دراین پژوهش توصیفی-همبستگی، ۲۸۰ نفر بیمار مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان امام خمینی (ره) شهر اردبیل به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. از فرمول زیر برای تعیین حجم نمونه استفاده گردید.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}})^2 \times p(1-p)}{d^2} = \frac{(1.96)^2 \times 0.25 \times 0.75}{(0.05)^2}$$

ابزار گرداوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای سه قسمتی شامل موارد زیر بود: بخش اول اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، شغل، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، مدت بیماری، مدت درمان، وزن) را جمع‌آوری می‌کرد؛ بخش دوم پرسشنامه خودپنداره بک (BSCT :Beck's Self Concept Test) بود که ۲۵ صفت را اندازه گیری می‌کند و شامل ۲۵سوال است و خودپنداره را با مقیاس لیکرت با امتیاز ۱ تا ۵ و یا بالعکس ۵ تا۱(کاملا مثبت، مثبت، خنثی، منفی، کاملامنفی) می-سنجد و با توجه به امتیازبندی سطح خودپنداره (۳۳/۳٪-۰ سطح خودپنداره پایین ،۶۶/۶٪-۳۳/۳ ./سطح خودپنداره متوسط و۶۶/۶٪ به بالا سطح خودپنداره بالا) سطح‌بندی

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-11]

می‌شود. این پرسشنامه ابعاد خودپنداره را نیز شامل می‌شود و اولین بار در ایران توسط نبوی در سال ۱۳۷۳ در تهران استفاده شد و همسانی درونی ۰/۸۰ وضریب همبستگی در آزمون مجدد ۰/۸۸گزارش شد؛ بخش سوم شامل پرسشنامه کیفیت زندگی بیماری‌های مزمن فرل و گرانت (Ferel and Grant) بود که شامل پرسش‌هایی در ابعاد جسمانی (۵ سوال)، بعد روانی (۱۶ سوال) و بعد اجتماعی و خانوادگی (۹سوال) است که ۳۰ سوال را در برمی‌گیرد و براساس مقیاس لیکرت در سه گروه ضعیف، متوسط و خوب طبقه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه، اولین بار توسط فتوکیان در سال۱۳۸۳در تهران استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ راگزارش نمودند. کلیه پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش، پس از تعیین اعتبار محتوا، جهت تعیین پایایی به روش آزمون مجدد test-retest با یک دهم حجم نمونه و به فاصله ۱۰روز توسط پژوهشگر دوباره تحت آزمون قرارگرفته و ضریب همبستگی بالای ۰/۹۴ را نشان دادند. همچنین درپژوهش حاضر جهت تعیین همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه خودپنداره بک ۰/۷۴ و پرسشنامه فرل و گرانت ۰/۸۳ محاسبه گردید.

جهت تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی (توزیع فراوانی نسبی، جداول و ...) و برای ارتباط بین متغیرهای کیفی مطالعه حاضر یعنی خودپنداره و کیفیت زندگی از آزمون کای دو و ضریب همبستگی پیرسون با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه شانزده استفاده شد.

یافته‌ها

از ۲۸۰ بیمار نبتلا به دیابت نوع دو، ۱۴۴ نفر (۵۱/۲٪) زن و ۱۳۶ نفر (۴۸/۴٪) مرد بودند. ۲۴۹ نفر (۸۸/۶٪) متاهل بودند و سطح تحصیلات ۲۵۱ نفر (۸۹/۳٪) زیر دیپلم بود. محل سکونت بیشتر بیماران (۸۲/۹٪) شهر اردبیل بود. از نظر شغلی، ۱۴۸ نفر (۵۲/۷٪) بیکار یا خانه دار بوده و ۱۰۲ نفر (۳۶/۳٪) شغل آزاد و۳۰ نفر (۱۰/۷٪) شغل دولتی داشتند. ۱۶۷ نفر (۵۸/۴ ٪) سابقه خانوادگی دیابت داشتند. ۱۹۴ نفر (۶۹٪) قرص‌های خوراکی مصرف می‌کردند و ۵۷ نفر (۲۰/۳٪) انسولین تزریق می‌کردند. این در حالی است که ۲۹ نفر (۱۰/۳٪) هم قرص و هم انسولین استفاده می‌کردند (جدول ۱).

جدول ۱- مشخصات دموگرافیکی مبتلایان به دیابت نوع دو

اطلاعات دموگرافیک	تعداد	درصد
گروه سنی (سال)		
۳۰-۴۰	۶۳	۲۲/۱
۴۱-۵۰	۸۷	۳۱
۵۱-۶۰	۶۴	۲۲/۹
۶۱-۷۰	۶۷	۲۳/۹
جنس		
زن	۱۴۴	۵۱/۴
مرد	۱۳۶	۴۸/۶
وضعیت تاهل		
مجرد	۳۱	۱۱
متاهل	۲۴۹	۸۸/۹
میزان تحصیلات		
زیر دیپلم	۲۵۱	۸۹/۶
بالای دیپلم	۲۹	۱۰/۴
محل سکونت		
شهر	۲۳۳	۸۳/۲
روستا	۴۷	۱۶/۸
شغل		
آزاد	۱۰۲	۳۶/۴
دولتی	۳۰	۱۰/۷
خانه دارو بیکار	۱۴۸	۵۲/۹
سابقه خانوادگی دیابت		
دارد	۱۶۴	۵۸/۶
ندارد	۱۱۶	۴۱/۴
مصرف دارو		
قرص	۱۹۴	۶۹/۳
آمپول انسولین	۵۷	۲۰/۴
قرص و انسولین	۲۹	۱۰/۴
سابقه بستری در بیمارستان		
ندارد	۱۳۲	۴۷/۱
یک بار	۷۱	۲۵/۴
بیش از یک بار	۷۷	۲۷/۵
کل	۲۸۰	۱۰۰

سطح خودپنداره در ۹۸ نفر (۳۴/۵٪) ضعیف و در ۹۶ نفر(۳۳/۹٪) متوسط بود و فقط ۸۶ نفر (۳۰/۶٪) سطح خودپنداره بالایی را گزارش کردند (جدول ۲).

در ارزیابی سطح کیفیت زندگی، ۱۲۳ نفر (۴۳/۹٪) از سطح کیفیت زندگی پایین و ۸۹ نفر(۳۱/۷٪) از سطح متوسطی برخوردار بودند و فقط ۶۸ نفر (۲۴/۲٪) سطح کیفیت زندگی خوبی داشتند (جدول ۳).

نتایج حاصل از آزمون کای دو (P=۰/۰۰۱)، حاکی از ارتباط بین متغیرهای کیفی مطالعه حاضر یعنی خودپنداره و کیفیت

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-11]

زندگی بود. همچنین نتیجه ضریب همبستگی پیرسون(r=۰/۹۱) نیز نشان داد که بین خودپنداره و کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع دو ارتباط آماری معنی‌داری درجهت مثبت وجود دارد.

جدول ۲- توزیع فراوانی سطح خودپنداره مبتلایان به دیابت

وضعیت خودپنداره	تعداد (درصد)
خوب	۸۶(۳۰/۶)
متوسط	۹۶(۳۳/۹)
ضعیف	۹۸(۳۴/۵)
جمع	۲۸۰(۱۰۰)

جدول ۳- توزیع فراوانی کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع دو

وضعیت کیفیت زندگی	تعداد (درصد)
خوب	۶۸(۲۴/۲)
متوسط	۸۹(۳۱/۷)
ضعیف	۱۲۳(۴۳/۹)
جمع	۲۸۰(۱۰۰)

بحث

تطابق با بیماری‌های مزمن می‌تواند بر خود پنداره فرد تاثیر بگذارد (۹)، از طرفی بیماری‌های مزمن از جمله دیابت، به رفتارهای خود مراقبتی تا پایان عمر نیاز دارند (۱۳). از این رو به علت طول مدت و شدت آنها ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی کیفیت زندگی دستخوش تغییر فراوانی می‌شود (۹) وکیفیت پایین زندگی منجر به کم کردن مراقبت از خود، خوب کنترل نکردن قند خون و افزایش خطر عوارض بیماری می‌شود (۲). به عبارت دیگر، بیماری یک دگرگونی کلی در بدن ایجاد می‌کند که انعکاس آن در بیمار به صورت سلب آرامش جسمی، روانی و اجتماعی بروز می‌کند (۱۴).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که اکثر مبتلایان به دیابت نوع دو از سطح کیفیت زندگی پایینی برخوردار می‌باشند که با مطالعات گلاسکو و همکارانش و انصاف و گواد هم‌خوانی دارد؛ زیرا آنها نیز کیفیت زندگی بیماران دیابتی مورد بررسی را در تحقیق خود ضعیف ارزیابی کرده بودند (۷، ۱۵). صادقیه اهری و همکارانش نیز درمطالعه خود کیفیت زندگی بیماران دیابتی را پایین گزارش نموده‌اند و اظهار داشته‌اند که دیابت در ابعاد جسمی و روحی بر کیفیت زندگی بیماران تاثیرگذار است (۱). همچنین بیماران مبتلا به دیابت در خطر بالای علایم روانی هستند و وجود علایم روانی بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت تاثیر منفی دارد (۷).

همچنین بین کیفیت زندگی و شاخص توده بدنی ارتباط معنی‌دار آماری دیده می‌شود، بدین معنی که با افزایش شاخص توده بدنی سطح کیفیت زندگی کاهش پیدا می‌کند. Timby ذکر می‌کند کاهش وزن حتی کمتر از ده درصد کل وزن بدن می‌تواند به طور معنی‌داری سطح قند خون را بهبود بخشد (۱۶) .نتایج Lioyd نیز حاکی از آن است که بین کیفیت زندگی و شاخص توده بدنی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱۷) که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد.

بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده می‌شود. به نظر می‌رسد با افزایش سطح تحصیلات، کیفیت زندگی بهبود یافته که می‌تواند به علت افزایش سطح آگاهی افراد در مورد اهمیت رعایت رژیم غذایی و ورزش، و همچنین کنترل متابولیکی مناسب، مصرف صحیح داروها و کنترل سایر عوامل خطر مؤثر بر بروز عوارض مزمن دیابت باشد.

نتایج حاصل از بررسی سطح خودپنداره مبتلایان به دیابت نوع دو نیز حاکی از آن است که این بیماران از سطح خودپنداره پایینی برخوردار می‌باشند. مطالعات نشان داده‌اند که درک از خود فردی، نقش عمده‌ای دربروز رفتار و کسب تجارب در افراد دارد (۱۸، ۱۹). یوهان متولا وهمکارانش (۲۰) نیز در مطالعه خود تحت عنوان «سندرم متابولیکی مرتبط با افت خودپنداره» به این نتیجه رسیدند که افزایش گلوکز پلاسما در مردان و چاقی مرکزی در زنان با افت خودپنداره همراه است. شری ماهاراج و همکارانش نیز (۱۰) نشان دادند که ابعاد خود و تجارب عاطفی با کنترل متابولیکی در دختران نوجوان ارتباط دارد و تلاش برای کنترل متابولیکی باید شامل بالا بردن سطح خود پنداره و تجارب مرتبط در خانواده، ارتباط با دوستان و افزایش ارتباط بیمار و مراقبت دهندگان باشد که این نتایج با یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر مطابقت دارد.

خود پنداری منفی با سازگاری اجتماعی و شخصیتی ضعیف مرتبط است (۲۱). اشخاصی که خودپنداری ضعیفی دارند ممکن است اظهار احساس بی‌ارزشی، بی‌علاقگی یا حتی تنفر از خود نمایند. آنها ممکن است احساس ناراحتی یا ناامیدی و درجاتی از فقدان انرژی حتی برای انجام کارهای بسیار ساده را داشته باشند (۶). در واقع، توجه مثبت به خود به عنوان حایلی جهت تاثیر استرس بر سلامتی ذکر شده است (۲۲). مطالعات نشان دهنده این است که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن در صورتی که پنداشت مثبتی از خود داشته باشند با بیماری

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-11]

سازگاری بهتری پیدا می‌کنند (۲۳) و برنامه‌های مراقبت بهداشتی را بهتر پیگیری می‌کنند (۹) که این در مبتلایان به دیابت بسیار مهم و حیاتی می‌باشد. بنابراین با توجه به اینکه کنترل متابولیکی با سطح خودپنداره مرتبط می‌باشد (۱۰)، می‌توان عواملی نظیر هیپوگلیسمی، زخم پای دیابتی و بستری شدن‌های مکرر به دلیل عدم کنترل مناسب قند خون را دلیل این افت سطح خودپنداره بیماران دانست.

همچنین نتایج حاصل از آزمون کای دو و ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که بین خودپنداره و کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع دو ارتباط آماری معنی‌داری در جهت مثبت وجود دارد. بدین معنی که بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که از سطح خودپنداره پایینی برخودار بودند، سطح کیفیت زندگی‌شان نیز پایین بود و بالعکس. بیماران مبتلا به دیابت در خطر بالای علایم روانی، به خصوص افسردگی هستند و افرادی که کنترل قند خون در آنها ضعیف است، به طور قابل توجهی علایم اضطراب بیشتری نشان می‌دهند و حالات روانی به طور قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی تأثیر دارد (۱۵). هارک ریدر و همکارانش (۹) نیز اظهار داشته‌اند که مشکلات بهداشتی، خود تأثیر منفی بر خود پنداری دارد و بیمار ممکن است نیاز به کمک برای پذیرفتن تغییر در وضعیت و حفظ کیفیت زندگی داشته باشد.

میشل کیروس و همکارانش (۲۴) بیان کرده‌اند که خودپنداری فیزیکی پیشگویی کننده مهم قابل توجه کیفیت زندگی است. تاتیانا دسانواتو و همکارانش (۲۵) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مفاهیم کیفیت زندگی و خودپنداره ارتباط مستقیم و مثبتی با هم دارند که این نتایج با نتایج ذکر شده در پژوهش حاضر همخوانی دارد.

نتیجه اینکه با توجه به یافته‌های حاصل از این مطالعه، خودپنداره و کیفیت زندگی ارتباط مستقیمی دارند. پس می‌توان با اصلاح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و ارتقاء آن، سطح خودپنداره این بیماران را بالا برد تا از این طریق از عوارض جسمی، روحی و روانی ناشی از این بیماری مزمن پیشگیری شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از ریاست و کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران و دانشکده‌های این واحد، ریاست محترم بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل و اساتید محترم کمال تشکر به عمل می‌آید.

REFERENCES

1. Sadegieh AS, Arshi S, Iranparvar M, Amani F, Siahpoosh H. Impact of Complication of type 2 diabetes on Quality of life. Journal of Ardabil University of Medical Science 2008; l8: 394-402. [In Persian]
2. Baghianimoghadam MH. Afkhami Ardekani M. The effect of education intervention on quality of life of diabetic patients' type 2 referee to diabetic research center of Yazd. Journal of Gonabad Faculty of Health and Medicine 2008; 13: 21-29. [In Persian]
3. Li X, Song F, Jiang H, Zhang M, Lin J, Bao W, et al. A genetic variation in the fat mass- and obesity-associated gene is associated with obesity and newly diagnosed type 2 diabetes in a Chinese population. Diabetes Metab Res Rev 2010; 26:128-32.
4. Osborn CY, Trott HW, Buchowski MS, Patel KA, Kirby LD, Hargreaves MK, Blot WJ, Cohen SS, Schlundt DG. Racial disparities in the treatment of depression in low-income persons with diabetes. Diabetes Care 2010; 33:1050-54.
5. Mir M, Safavi M, Fesharaki M, Farhadi SM. Determine of Association Quality of Life and Stress Coping Method Among the Caregiver of Patient with Multiple Sclerosis. Sciences Medical Journal 2011; 10:563-72. [In Persian]
6. Feizy V1,Ghazi P, Dolatshahi M, Hatmi Z. Quality of life in vitiligo patients: a report from Razi referal University Hospital in Tehran. Tehran University Medical Journal 2007; 65: 50-54. [In Persian]
7. Mosaku K, Kolawole B, Mume C, Ikem R. Depression, anxiety and quality of life among diabetic patients: a comparative study. J Natl Med Assoc 2008; 100:73-78.
8. Tanner CA. Nursing education: current themes, puzzles and paradoxes. Commun Nurs Res 2007; 40:3-14.
9. Mosharraf R, Aghaee A, Hasan Zadeh A, Poor Agha Koockak M. Relationship between Satisfaction and Expectation with Self-esteem and Self-conceptin Patients Using Complete Denture. Shiraz University of Dental Journal 2007;8: 60-70. [In Persian]
10. Varghese D, Scott JG, Bor W, Williams GM, Najman JM, McGrath JJ. The association between adult attachment style and delusional-like experiences in a community sample of women. J Nerv Ment Dis. 2013; 201: 525-29.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-11]

11. Kitson A, Robertson-Malt S, Conroy T. Identifying the fundamental of care within Cochrane Systematic reviews: the role of the Cochrane Nursing Care Field Fundamentals of Care Node. Int J Nurs Pract 2013; 19:109-15.

12. Maharaj S, Daneman D, Olmsted M, Rodin G. Metabolic control in adolescent girls: links to relationality and the female sense of self. Diabetes Care 2004; 27:709-15.

13. Goodridge E, Furst C, Herrick J, Song J, Tipton PH. Accuracy of cardiac rhythm interpretation by medical-surgical nurses: a pilot study. J Nurses Prof Dev 2013; 29:35-40.

14. Jahanlou A, 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: 27-34. [In Persian]

15. Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian L. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. Diabetes Care 1997; 20:562-67.

16. Obid P, Bevot A, Goll A, Leichtle C, Wülker N, Niemeyer T. Quality of life after surgery for neuromuscular scoliosis. Orthop Rev (Pavia) 2013 22; 5:e1.

17. Lioyd A, Sawyer W, Hopkinson P. Impact of long-term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insulin. Value Health 2001; 4: 392.

18. Moatari M, Soltani A, Mosavinasab M, Ayatollahi AR. The Effect of a short term course of problem solving on self-concept of nursing students at Shiraz Faculty of Nursing and Midwifery. Iranian Journal of Medical Education 2005; 5: 147-155.

19. Raty LK, Soderfeldt BA, Larsson G, Larsson BM. The relationship between illness severity, sociodemographic factors, general self-concept, and illness-specific attitude in Swedish adolescents with epilepsy. Seizure 2004; 13: 375-82.

20. Miettola J, Leo K, Niskanen H, Sintonen H, Kumpusalo E. Metabolic syndrome is associated with self-perceived depression. Scand J Prim Health Care 2008; 26: 203-10.

21. Rice MJ. Evidence-based practice principles: using the highest level when evidence is limited. J Am Psychiatr Nurses Assoc 2011; 17:445-48.

22. Shu BC, Luh WM, Li SM, Lu SY. Self-concept and menopause among mid-life women: a survey in Southern Taiwan. Maturitas 2007; 57:132-38.

23. Tahmasebi S, Ghofranipoor F, Ravaghi K, Moghadasi J, Sadegh-Moghadam L, Kazemnejad A. The effect of group discussion method on the self-image of teenaged thalassaemic patients. Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences 2006; 7:50-57. [In Persian]

24. Kyrios M. Quality of life and health outcomes in type 1 diabetes mellitus. J Appli Psycol 2006; 2:3-14.

25. De Sá Novato T, Aurora S, Grossi A, Kimura M. Quality of life and self-esteem of adolescents with diabetes mellitus. Acta paul Enferm 2008; 21: 562-67.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-11]