بررسی احساس خوب داشتن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به واحدهای دیابت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

آذر طل [۱]، آق بابک ماهری التین تخماق [۲]، بهرام محبی [۳]، رویا صادقی [۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت شناسایی ابعاد "احساس خوب داشتن (wellness) با دیابت، این مطالعه با هدف شناخت عوامل مؤثر بر ابعاد احساس خوب داشتن در بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی بر روی ۶۲۱ بیمار دیابتی نوع ۲ به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه دو قسمتی بود. قسمت اول شامل سؤالات دموگرافیک و قسمت دوم ،پرسش‌نامه استاندارد سنجش احساس خوب داشتن با دیابت بود. این پرسش‌نامه پس از ترجمه و باز ترجمه وتأیید اعتبار و پایایی مورد استفاده قرارگرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ استفاده شد و نتایج در سطح کمتر از۰/۰۵معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها: میانگین نمره کلی احساس خوب داشتن ۱۱±۱۳۷/۶ بود. بین جنسیت و بعد معنوی احساس خوب داشتن، بین سابقه خانوادگی و میانگین کلی احساس خوب داشتن، بین میزان تحصیلات و دوبعد فیزیکی و ذهنی، بین نوع درمان و میانگین کلی و ذهنی، بین میزان درآمد باسه بعد روانی، اجتماعی و ذهنی، ارتباط آماری معنی‌دار یافت شد. بین بعد معنوی و ذهنی با احساس خوب داشتن کل همبستگی مثبت معنی‌دار وجود داشت.

نتیجه‌گیری: فاکتورهای جنسیت، سابقه خانوادگی، میزان تحصیلات، نوع درمان ومیزان درآمد از عوامل مؤثر بر احساس خوب داشتن در بیماران دیابتی نوع ۲، می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: احساس خوب داشتن، دیابت نوع دو، بیمار

ارجاع: طل آذر، ماهری التین تخماق آق بابک، محبی بهرام، صادقی رویا. **بررسی احساس خوب داشتن در بیماران مبتلا به دیابت نوع۲مراجعه کننده به واحدهای دیابت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۱(۳): ۵۳۶-۵۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۳/۱۲ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۲۰**

۱. دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. استادیار، گروه قلب و عروق ، دانشکده پزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران(نویسنده مسؤول)
Email: sadeghir@tums.ac.ir

مقدمه

بیماری دیابت شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلالات متابولیسمی است (۱). در کشورهای پیشرفته یکی از علل عمده مرگ، بیماری دیابت و عوارض ناشی از آن می‌باشد (۲). دیابت به عنوان یک مشکل بهداشتی عمده و جهانی هفتمین علت مرگ در ایالت متحده محسوب می‌گردد و به طور قابل توجهی مخصوصا در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش می‌باشد (۳). در کل جمعیت بین ۱ تا ۴٪ و در

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

بین افراد بالای ۴۰ سال بین ۵ تا ۱۰٪ گزارش شده است (۴) .دیابت علت اصلی نابینایی، نارسایی پیشرفته کلیه و قطع عضو در جمعیت بزرگسال بسیاری از کشورهای جهان می‌باشد (۵) .یکی از مسائلی که در مورد بیماران دیابتی مطرح است احساس خوب داشتن (wellness)، این بیماران است. احساس خوب داشتن چیزی فراتر از بیمار نبودن است. به طوری که می‌توان داشتن منطق، استقلال و اعتماد به نفس را به عنوان احساس خوب داشتن معنا کرد (۶). Riler Don ، ارتقای سلامت و Rif و Singer ، در تعادل بودن ابعاد wellness، را راهی برای رسیدن به احساس خوب می‌دانند (۶). احساس خوب داشتن، به معنای فرآیند پذیرش ارزشمند بودن فرد، شناختن احساسات و بیان احساسات از جمله خشم، نگرانی، ترس و لذت می‌باشد (۷-۶). دیابت بیماریی است، که می‌تواند عواقب ناخوشایندی بر تمام وجود انسان داشته باشد. عوارض ویرانگر این بیماری دلیلی محکم بر اهمیت توجه به این بیماری است (۸) .کشورهای در حال توسعه در یک گذار اپیدمیولوژیک همراه با تغییرات سریع الگوی غذایی و گرایش به مواد غذایی پر انرژی و کم ارزش غذایی، کاهش فعالیت جسمی و افزایش مصرف دخانیات، این جوامع را در معرض همه‌گیری بیماری غیرواگیر در سال‌های آتی قرار داده است و یکی از مهم‌ترین آن‌ها ، بیماری دیابت نوع ۲ است (۱۰-۹). احساس خوب داشتن فرایند چند بعدی است، که شامل سلامت روانی، اجتماعی، فیزیکی، عاطفی می‌باشد. این مفهوم ذهنیت مثبت نسبت به بدن را مورد توجه قرار داده است (۶،۱۱). بیماری دیابت نوع ۲ نیز در زمره بیماری‌های مزمن با عوارض بسیار است که درآن توجه به احساس رفاه و ابعاد روانی زندگی بیماران مبتلا از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۲). یکی از عوامل مؤثر براحساس خوب بیماران دیابتی استرس است. وجود استرس در زندگی با شدت بیماری دیابت مرتبط است (۱۳). یکی از ابعاد داشتن احساس خوب بعد اجتماعی است، شخصی که دارای احساس خوب از نظر اجتماعی است، از با دیگران بودن لذت می‌برد و ارتباط مثبت با دیگران را تقویت می‌کند. این بعد شامل مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انسجام اجتماعی می‌باشد (۱۴، ۶). از ابعاد دیگر احساس خوب، بعد فیزیکی است. بعد فیزیکی احساس خوب داشتن شامل داشتن بدن انعطاف‌پذیر، پر انرژی، قوی و قلب سالم می‌باشد (۱۴). یکی از آثار بی تحرکی، چاقی و اضافه وزن است که در چند دهه اخیر یک اپیدمی بی‌سابقه را از دیابت نوع ۲ در بزرگسالان کشورهای توسعه یافته در پی داشته است (۱۵). فعالیت فیزیکی با سلامت روانی و کیفیت زندگی مانند خُلق، اضطراب و افسردگی، درک از خود و بهداشت روانی ارتباط دارد (۱۶). احساس خوب داشتن از نظر عاطفی، شامل تأثیرات مثبت زندگی و رضایت از زندگی می‌باشد (۶). احساس خوب داشتن از نظر معنوی، یکی دیگر از ابعاد wellness است، این بعد در ارتباط با داشتن معنی و هدف در زندگی است (۱۷، ۷). احساس خوب داشتن معنوی، شامل پذیرش مفاهیم جامع و منحصر به فرد و متنوع، داشتن هدف در زندگی، صداقت، رحم، بخشش، امیدواری می‌باشد (۱۸، ۷). تحقیقات نشان می‌دهد که بین احساس خوب داشتن معنوی و کاهش افسردگی و افزایش اعتماد به نفس و کاهش ناتوانی رابطه وجود دارد (۱۹) .دیابت می‌تواند تأثیرات منفی بر سلامت عمومی و احساس خوب داشتن بیماران داشته باشد. دیابت می‌تواند بر عملکرد فیزیکی و وضعیت روحی و روانی و ارتباطات اجتماعی تأثیرات منفی داشته باشد. عوارض دیابت فقط به بعد جسمی و روحی منتهی نمی‌شود بلکه بعد اقتصادی را هم در بر می‌گیرد (۳). شناسایی ابعاد احساس خوب داشتن در این دسته بیماران بسیار مهم است. بعد روانی، اجتماعی، فیزیکی، عاطفی، معنوی، ذهنی احساس خوب داشتن، باید برای قادرسازی بیماران در دستیابی آن‌ها به اهدافشان مد نظر باشد. با توجه به شیوع بالای دیابت در ایران خصوصا در کلان شهرها و عدم انجام مطالعه‌ای جهت بررسی" احساس خوب داشتن "با دیابت، در بین بیماران دیابتی در ایران، این مطالعه با هدف بررسی "احساس خوب داشتن "بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به واحدهای دیابت تحت پوشش مراکز بهداشت-درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران طراحی و اجرا شد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

روش‌ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی بر روی ۶۲۱ بیمار دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به واحدهای دیابت مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش علوم پزشکی تهران انجام شد. نمونه‌های تحت بررسی به صورت تصادفی ساده از بین بیماران دیابتی نوع ۲ تحت پوشش سه شبکه بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران (مراکز دیابت اسلامشهر ، جنوب و ری) در سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان آماری ۹۵٪ ، p=۰/۰۵ و دقت d=۰/ ۰۴ ، حجم نمونه ۶۲۱ نفر محاسبه شد. شرایط ورود به مطالعه عبارت از رضایت بیماران برای شرکت در مطالعه، تأیید بیماری دیابت توسط پزشک متخصص و نداشتن سابقه بیماری روانی تأیید شده و از جمله شرایط خروج از مطالعه عدم رضایت افراد تحت بررسی برای ادامه حضور در تحقیق و داشتن مشکلات روحی مورد تأیید پزشک در افراد تحت بررسی بود. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش معرفی نامه رسمی از دانشگاه علوم پزشکی تهران به واحدهای دیابت مراکز بهداشتی- درمانی تابعه دانشگاه ارائه شد و توضیحات جامع و کافی در خصوص اهداف پژوهش به افراد مورد مطالعه داده شد. در پایان اطمینان خاطر از محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده به افراد تحت بررسی داده شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسش‌نامه‌ای دو قسمتی بود. قسمت اول پرسش‌نامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، سؤالات مربوط به وضعیت بیماری، تجارب بیماران در مورد بیماری خود مانند بیماری‌های زمینه‌ای همراه، طول مدت بیماری بود. شاخص HbA_{1c} هم به منظور بررسی کنترل دیابت اندازه‌گیری گردید (در این مطالعه پرسشگران میزان این شاخص را از پرونده درمانی بیماران اخذ نمودند). قسمت دوم پرسش‌نامه سؤالات مربوط به احساس خوب داشتن با دیابت بود، این پرسش‌نامه توسط Adams و همکارانش، طراحی شده است که شامل ۳۶ سؤال در ۶ بعد تقسیم شده است (۱۱). مقیاس پرسش‌نامه طیف ۶ درجه‌ای لیکرت است که از کاملا موافقم (۶) تا کاملا مخالفم (۱) اندازه‌گیری می‌گردد. این ابزار مشتمل بر۳۶ سؤال و ۶ بعد و هر بعد ۶ سؤال دارد. این ابعاد به ترتیب عبارت هستند از بعد مقیاس روانی (سؤالات:۱،۷،۱۳،۱۹،۲۵،۳۱)، بعد مقیاس عاطفی (سؤالات:۲،۸،۱۴،۲۰،۲۶،۳۲)، بعد مقیاس اجتماعی (سؤالات :۳،۹،۱۵،۲۱،۲۷،۳۳)، بعد مقیاس جسمی (سؤالات:۴،۱۰،۱۶،۲۲،۲۸،۳۴)، بعد مقیاس معنوی (سؤالات: ۵،۱۱،۱۷،۲۳،۲۹،۳۵)، بعد مقیاس ذهنی (سؤالات :۶،۱۲،۱۸،۲۴،۳۰،۳۶)، می‌باشند. پایایی نسخه اصلی این پرسش‌نامه در بعدروانی (α=۰/۷۱)، اجتماعی (α=۰/۶۴)، فیزیکی (α=۰/۶۱)، معنوی (α=۰/۷۷)، عاطفی (α=۰/۷۴)، ذهنی (α=۶۴) و برای کل پرسش‌نامه (α= ۰/۹۱)، گزارش شده است (۱۱). جهت ترجمه و بررسی اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه به این صورت عمل شد که ابتدا پرسش‌نامه توسط دو متخصص زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد و در ادامه باز ترجمه این نسخه فارسی به زبان اصلی صورت گرفت، تأیید نهایی ترجمه برگردان و تطابق آن با نسخه اصلی توسط دو متخصص زبان انگلیسی انجام شد. برای تعیین اعتبار محتوی به صورت کیفی از روش پانل خبرگان استفاده شد و طی آن پرسش‌نامه در اختیار ۸ متخصص آموزش بهداشت قرار گرفت و نظرات اصلاحی آن‌ها اخذ و در پرسش‌نامه لحاظ گردید. میزان پایایی این ابزار و خرده مقیاس‌های آن، با روش test- retest بررسی شد. بر اساس نتایج حاصل از این آزمون میزان آلفا در بعد روانی (α=۰/۸۸)، اجتماعی (α=۰/۶)، فیزیکی (α=۰/۷۱)، معنوی (α=۰/۹۵)، عاطفی (α=۰/۶۴)، ذهنی (α=۰/۵۸) و کل پرسش‌نامه بالاتر از ۰/۷ به دست آمد و ابزار قابل استفاده بود. روش گردآوری داده‌ها به صورت مصاحبه و ثبت اطلاعات در پرسش‌نامه بود. در مورد بیماران کم سواد از پرسشگر در تکمیل ابزارها استفاده گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ استفاده شد و از آزمون آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و تحلیلی شامل مجذور کای و تی تست مستقل و ضریب همبستگی پیرسون جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد و نتایج در سطح کمتر از۰/۰۵معنی‌دار تلقی شد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

یافته‌ها

دراین مطالعه با توجه به نرمال بودن داده‌ها حاصل از آزمون کولموگروف اسمیرنف از آزمون‌های پارامتریک استفاده شد. میزان پاسخ‌دهی ۱۰۰٪ بود. در این مطالعه میانگین سن افراد شرکت‌کننده ۶/۹±۵۵/۹ سال بود. جدول ۱ توزیع متغیرهای دموگرافیک و مرتبط با سلامت و بیماری افراد شرکت‌کننده را نشان می‌دهد.

میانگین نمره احساس خوب داشتن افراد تحت بررسی در بعد روانی (۳±۲۱/۷)، در بعد اجتماعی (۳/۳±۲۳/۳)، در بعد فیزیکی (۳±۲۲/۳)، در بعد عاطفی (۳/۷±۲۳/۴)، در بعد معنوی (۲/۹±۲۳/۷)، در بعد ذهنی (۴/۶±۲۲/۳) و در کل (۱۱±۱۳۷/۶) بود. کمترین میانگین مربوط به بعد روانی و بیشترین مربوط به بعد معنوی بود. میانگین و انحراف معیار هر کدام از ابعاد احساس خوب داشتن و نمره کلی آن به تفکیک با متغیرهای دموگرافیک و مرتبط با سلامت و بیماری افراد شرکت‌کننده در جدول ۲ آمده است.

براساس نتایج حاصل از این مطالعه بین بعد روانی احساس خوب داشتن با بعد ذهنی و نمره کل احساس خوب داشتن همبستگی مثبت معنی‌دار وجود داشت. و هم‌چنین بین بعد اجتماعی با ابعاد ذهنی وکلی احساس خوب داشتن همبستگی مثبت معنی‌دار وجود داشت. نیز براساس نتایج حاصل از این مطالعه بین بعد فیزیکی احساس خوب داشتن با بعد ذهنی و نمره کل احساس خوب داشت همبستگی مثبت معنی‌دار وجود داشت و بین بعد عاطفی با بعد معنوی و نمره کل احساس خوب داشتن همبستگی مثبت معنی‌دار وجود داشت و هم چنین بعد معنوی و ذهنی با نمره کل احساس خوب داشتن همبستگی مثبت معنی‌دار داشتند (جدول ۳).

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیر های دموگرافیک افراد تحت بررسی

نام متغیر	تعداد(درصد)	نام متغیر	تعداد(درصد)
گروه‌های سنی (سال)		**میزان تحصیلات**	
کمتر و مساوی ۵۰		بیسواد	
۵۰-۶۰	(۲۷/۵)۱۷۱	زیردیپلم	(۳۴/۹)۲۱۷
۶۰ سال و بالاتر	(۴۳/۲)۲۶۸	دیپلم	(۵۴/۴)۳۳۸
	(۲۹/۳)۱۸۲	بالاتر از دیپلم	(۸/۷)۵۴
			(۱/۹)۱۲
جنس		نوع شغل	
زن	(۶۹/۹)۴۳۴	کارمند	(۳/۲)۲۰
مرد	(۳۰/۱)۱۸۷	خانه دار	(۶۹/۱)۴۲۹
		شاغل غیر کارمند	(۱۲/۹)۸۰
		بازنشسته	(۱۴/۰)۸۷
		بیکار	(۶)۴
وضعیت تاهل		نوع درمان دیابت	
مجرد	(۹/۳)۵۸	خوراکی	(۸۷/۰)۵۴۰
متاهل	(۹۰/۷)۵۶۳	انسولین درمانی	(۵/۸)۳۶
		هر دو	(۷/۲)۴۵

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت		HbA1c(درصد)	
دارد	(۶۱/۸)۳۸۴	کمتر از ۷	(۴۹/۱)۳۰۵
ندارد	(۳۸/۲)۲۳۷	۷-۸/۵	(۳۲/۴)۲۰۱
		بالاتر از ۸/۵	(۱۸/۵)۱۱۵
سالهای سپری شده با دیابت		میزان درآمد خانوار	
کمتراز۵ سال	(۵۸/۹)۳۶۶	پایین	(۳۴/۸)۲۱۶
۵سال به بالا	(۴۱/۱)۲۵۵	متوسط	(۵۳/۸)۳۳۴
		خوب	(۱۱/۴)۷۱
سیگار		نمایه توده بدنی	
بله	(۶/۱)۳۸	طبیعی	(۱۵)۹۳
خیر	(۹۳/۹)۵۸۳	اضافه وزن	(۴۴/۵)۲۷۵
		چاقی	(۴۰/۷)۲۵۳

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار "احساس خوب داشتن "و ابعاد آن بر حسب متغیرهای دموگرافیک در بین بیماران تحت بررسی

ابعاد احساس خوب داشتن / متغیر		بعد روانی	اجتماعی	فیزیکی	عاطفی	معنوی	ذهنی	نمره کلی احساس خوب داشتن
گروه های سنی (سال)	کمتر و مساوی- ۵۰	۲۱/۴±۳/۱	۲۳/۷±۳/۴	۲۲±۲/۶	۲۲/۳±۴/۳	۲۴/۵±۲/۹	۲۳/۲±۴/۸	۱۳۷/۲±۱۱/۶
	۵۰-۶۰	۲۲±۲/۶	۲۳/۶±۳/۳	۲۲/۸±۳/۱	۲۳/۴±۳	۲۳/۶±۲/۵	۲۳/۹±۳/۹	۱۳۹/۴±۸/۷
	۶۰ سال و بالاتر	۲۱/۷±۳	۲۲/۲±۲/۸	۲۲/۲±۲/۹	۲۴/۲±۳/۷	۲۲/۹±۳/۲	۲۲/۶±۵	۱۳۵/۵±۱۳
	سطح معنی داری	۰/۶۶	۰/۲۴	۰/۵۲	۰/۱۴	۰/۱	۰/۵۱	۰/۳۹
جنس	زن	۲۱/۵±۳	۲۱/۴±۳	۲۳/۳±۲/۷	۲۱/۵±۳	۲۳/۳±۲/۷	۲۳/۳±۲/۷	۱۴۰/۵±۱۰
	مرد	۲۲/۴±۳	۲۲/۴±۲/۹	۲۱/۹±۳/۱	۲۲/۳±۲/۹	۲۱/۹±۳/۱	۲۱/۹±۳/۱	۱۳۶/۲±۱۱/۲
	سطح معنی داری	۰/۱۷	۰/۱۷	۰/۳	۰/۱۶	*۰/۰۳	۰/۳۳	۰/۰۷
تاهل	مجرد	۲۳/۵±۳/۷	۲۳/۵±۳/۷	۲۴/۲±۱/	۲۳/۵±۳/۷	۲۴/۲±۱/۷	۲۴/۲±۱/۷	۱۳۸/۵±۱۸/۲
	متاهل	۲۱/۶±۳	۲۱/۷±۳	۲۲/۳±۳/۱	۲۱/۷±۳	۲۲/۲±۳/۱	۲۲/۲±۳/۱	۱۳۷/۵±۱۰/۸
	سطح معنی داری	۰/۲۵	۰/۲۴	۰/۲۱	۰/۲۴	۰/۲	۰/۲۱	۰/۸۷
سابقه خانوادگی ابتلا	دارد	۲۱/۶±۳/۲	۲۱/۶±۳/۱	۲۲±۳/۳	۲۱/۶±۳/۱	۲۲±۳/۳	۲۲±۳/۳	۱۳۵/۶±۱۱/۴
به دیابت	ندارد	۲۱/۹±۲/۹	۲۱/۹±۲/۹	۲۲/۷±۲/۷	۲۱/۹±۲/۹	۲۲/۷±۲/۷	۲۲/۷±۲/۷	۱۴۰±۱۰/۲۲
	سطح معنی داری	۰/۷	۰/۷	۰/۳	۰/۷	۰/۳	۰/۳	*۰/۰۴
مدت سپری از بیماری	کمتر از ۵سال	۲۱/۴±۲/۹	۲۱/۴±۲/۸	۲۲/۱±۳/۱	۲۱/۴±۲/۹	۲۲/۱±۳/۱	۲۲/۱±۳/۱	۱۳۷±۱۱/۸
	بیشترومساوی ۵۱سال	۲۲/۳±۳/۲	۲۲/۳±۳/۲	۲۲/۷±۰/۳	۲۲/۳±۳/۲	۲۲/۷±۳	۲۲/۷±۳	۱۳۸±۱۰
	سطح معنی داری	۰/۱۷	۰/۱۷	۰/۳۷	۰/۱۷	۰/۳۷	۰/۳۷	۰/۵۵

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

میزان تحصیلات	بیسواد	۲۱/۵±۳/۳	۲۲/۸±۴	۲۱/۴±۲/۹	۲۳/۶±۳/۴	۲۳/۳±۳/۵	۲۱/۷±۴/۵	۱۳۴/۵±۱۱/۶
	زیردیپلم	۲۱/۸±۲/۹	۲۳/۶±۲/۷	۲۲/۶±۳/۱	۲۲/۸±۳/۸	۲۴±۲/۵	۲۴/۳±۴/۳	۱۳۹±۱۰/۵
	دیپلم	۲۳±۱	۲۰±۳/۶	۲۵±۱	۲۲/۳±۵/۷	۲۲/۳±۲/۳	۲۱±۴/۳	۱۳۳/۶±۱۱/۱
	بالای دیپلم	۲۳±۲/۸	۲۵/۵±۲/۱	۲۶±۱/۴	۲۴/۵±۶/۳	۲۴±۴/۲	۲۵±۵/۶	۱۴۸±۴/۲
	سطح معنی داری	۰/۷۸	۰/۱۴	*۰/۰۳	۰/۷	۰/۶۲	*۰/۰۴	۰/۰۹
اشتغال	کارمند	۲۱/۵±۳	۲۳/۱±۳/۴	۲۱/۸±۳/۱	۲۲/۸±۳/۸	۲۳/۸±۳/۲	۲۲±۴/۵	۱۳۵/۹±۱۱/۱
	خانه دار	۲۴/۶±۰/۵	۲۴±۰/۱	۲۳/۳±۳/۷	۲۴/۶±۵/۱	۲۵/۶±۱/۱	۲۴/۳±۳/۵	۱۴۶/۶±۴/۵
	شاغل غیرکارمند	۲۳/۲±۲/۷	۲۳/۳±۲/۷	۲۳/۱±۲/۱	۲۴/۵±۴/۱	۲۳/۲±۲	۲۵/۶±۲/۷	۱۴۲/۹±۵/۴
	بازنشسته	۲۲/۶±۰/۵۷	۲۳/۶±۲/۳	۲۴/۳±۴/۱	۲۴/۶±۰/۵۷	۲۵±۱/۷	۲۰/۶±۴/۶	۱۴۱±۶/۲
	بیکار	۲۱/۲±۳/۳	۲۳/۶±۳/۷	۲۳/۳±۳	۲۲/۸±۳/۱	۲۳±۲/۵	۲۳/۹±۵/۹	۱۳۸±۴/۳
	سطح معنی داری	۰/۱۳	۰/۹	۰/۲۳	۰/۴۸	۰/۵۷	۰/۳	۰/۱۴
نوع درمان	خوراکی	۲۱/۶±۲/۸	۲۳/۳±۳/۳	۲۲/۴±۳/۱	۲۳±۳/۶	۲۳/۷±۳	۲۳/۵±۴	۱۳۸±۱۰/۶
	انسولین	۱۸±۳	۲۰±۰/۱	۲۱±۲/۳	۱۹±۳	۲۳/۶±۲	۱۲±۳/۵	۱۰۹±۹/۵
	هردو	۲۲±۴/۲	۲۳/۳±۳	۲۱/۹±۲/۳	۲۲/۳±۴/۱	۲۳/۷±۲/۹	۲۲/۹±۴/۶	۱۳۷±۱۱/۹
	سطح معنی داری	۰/۱۹	۰/۶	۰/۵۲	۰/۳۸	۰/۴۴	*۰/۰۴	*۰/۰۳
HbA1c(درصد)	کمتراز۷	۲۱/۵±۲/۸	۲۳±۳/۵	۲۲/۳±۳/۴	۲۳/۱±۴	۲۳/۸±۳/۴	۲۲/۷±۴/۷	۱۳۶/۶±۱۱/۲
	۷-۸/۵	۲۱/۷±۳/۳	۲۳/۶±۳/۲	۲۲/۸±۲/۸	۲۲/۴±۳/۱	۲۳/۴±۲/۶	۲۴±۴/۹	۱۳۸±۱۰/۵
	بیش از۸/۵	۲۲/۳±۲/۹	۲۳/۳±۳	۲۱/۶±۲/۷	۲۴/۴±۳/۹	۲۴±۲/۳	۲۳/۲±۴/۶	۱۳۹±۱۲
	سطح معنی داری	۰/۶۶	۰/۶۹	۰/۴	۰/۱۵	۰/۷	۰/۴۷	۰/۶۸
میزان درآمد	پایین	۲۱/۹±۳/۲	۲۲/۲±۳/۷	۲۲/۳±۳/۴	۲۳/۹±۴	۲۴±۳/۲	۲۰/۹±۴/۸	۱۳۵/۴±۱۴/۴
	متوسط	۲۱/۴±۲/۸	۲۳/۵±۳	۲۲/۲±۲/۹	۲۲/۹±۳/۶	۲۳/۷±۲/۶	۲۳/۹±۴/۳	۱۳۷/۷±۹/۶
	بالا	۲۵/۱±۳	۲۵/۴±۳/۲	۲۳/۸±۲/۳	۲۱/۷±۲/۳	۲۲/۳±۴	۲۷±۲/۱	۱۴۴/۴±۷
	سطح معنی داری	*۰/۰۳	*۰/۰۴	۰/۴	۰/۳۱	۰/۳۴	**<۰/۰۰۱	۰/۱۶

*سطح معنی‌داری کمتراز۰/۰۵ **سطح معناداری کمتر از۰/۰۰۱

جدول ۳. تعیین همبستگی وسطح معنی‌داری در بین ابعاد مختلف "احساس خوب داشتن"

متغیر	بعد روانی	بعد اجتماعی	بعد فیزیکی	بعدعاطفی	بعد معنوی	بعد ذهنی
بعد روانی						
بعد اجتماعی	۰/۱۴					
بعد فیزیکی	۰/۱۷	۰/۱۸				
بعد عاطفی	۰/۰۸	-۰/۰۱	۰/۰۹			
بعد معنوی	۰/۱۲	۰/۰۸	-۰/۰۵	۰/۴		
بعد ذهنی	۰/۲۴ *	۰/۴۲ **	۰/۴۴ **	۰-/۰۳	-۰/۱۳	

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

نمره کلی احساس خوب داشتن	۰/۶۳ **	۰/۵۸ **	۰/۵۵ **	۰/۴۴ **	۰/۳۶ **	-۰/۶۸ **

*سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ **سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۰۱

بحث

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه وضعیت افراد تحت بررسی از نظر نمره کل احساس خوب داشتن در حد متوسط بود. کمترین میانگین مربوط به بعد روانی و بیشترین مربوط به بعد معنوی بود. بنابراین با توجه به این مسأله توصیه می‌شود به این بعد توجه بیشتری شود و جهت تقویت بعد روانی در بین بیماران دیابتی برنامه‌ریزی شود. هم‌چنین براساس نتایج حاصل از این مطالعه بعد روانی احساس خوب داشتن در بین بیماران دیابتی نوع ۲، فقط با متغیر زمینه‌ای میزان درآمد ارتباط معنی‌دار آماری داشت. به طوری که افراد با درآمد بالا نمره بیشتری در بعد روانی نسبت به افراد با درآمد پایین و متوسط کسب کرده بودند. در توجیه این مسأله می‌توان گفت که شاید افراد با درآمد بالا نگرانی و دغدغه روانی کمتری از نظر تهیه امکانات کنترل بیماری نسبت به افراد با درآمد پایین و متوسط دارند. در مطالعه‌ای که توسط Peterson و همکارانش، با هدف بررسی احساس خوب داشتن در افراد مسن مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد، نشان داده شد که احساس خوب داشتن در بعد روانی با میزان HbA_{1c} مرتبط می‌باشد. علاوه بر آن افرادی که تحت درمان با انسولین نبودند از احساس خوبی در بعد روانی، نسبت به افرادی که تحت درمان با انسولین بودند دارا بودند.این مطالعه هم چنین نشان می‌دهد که جنس در احساس خوب داشتن در بعد روانی مؤثر است، به طوری که مردان از احساس خوبی در بعد روانی نسبت به خانم‌ها برخوردار هستند، ولی در این مطالعه دلایلی که توجیه‌کننده این روابط معنی‌دار باشد ارائه نشده است (۲۰). از طرف دیگرجامعه تحت مطالعه ما بین گروه سنی کمتر از ۵۰ سال ، ۶۰-۵۰ سال، ۶۰ سال و بالاتر انجام شده است. ولی جامعه تحت مطالعه Peterson تنها بین گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر انجام شده است. .به این دلیل با نتایج مطالعه ما همسویی ندارد. درمطالعه‌ای که Esra و همکارانش انجام داده بود بعد روانی با میزان تحصیلا افراد دیابتی ارتباط معنی‌دار داشت و افراد باد تحصیلات بالا نسبت به افراد با تحصیلات پایین از نظر وضعیت روانی در موقعیت بهتری قرار داشتند (۲۱). هم‌چنین بر اساس نتایج حاصل از مطالعه ما، بعد اجتماعی احساس خوب داشتن در بین بیماران دیابتی نوع ۲، فقط با متغیر زمینه‌ای میزان درآمد ارتباط معنی‌دار آماری داشت، به طوری که افراد با درآمد بالا نمره بیشتری در بعد اجتماعی نسبت به افراد با درآمد پایین و متوسط کسب کرده بودند. بنابراین با توجه به این نتیجه‌گیری تیم‌های دیابتی انواع اشکال حمایت اجتماعی را به بیماران دیابتی با درآمد پایین ومتوسط، برای کمک به آن‌ها برای سازگاری با یک زندگی همراه با دیابت ارائه دهند و نیز بعد فیزیکی احساس خوب داشتن تنها با میزان تحصیلات افراد تحت بررسی رابطه معنی‌دار داشت، به طوری که، افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر از دیپلم نمره بیشتری نسبت به افراد بی‌سواد و کمتر از دیپلم در بعد فیزیکی کسب کرده بودند. متأسفانه مطالعه‌ای که به این شکل بعد فیزیکی را مطرح کرده باشد یافت نشد. آن‌چه به عنوان بعد فیزیکی در این مطالعه مطرح شده است بیشتر در مورد فعالیت فیزیکی و ورزش است. با توجه به عدم وجود مطالعه‌ای در این حوزه، یافته‌های این مطالعه قابل مقایسه با سایر مطالعات نیست. در توجیه این مسأله می‌توان گفت که شاید افراد با تحصیلات بیشتر به دلیل آگاهی بیشتر عملکرد خوبی از نظر بعد فیزیکی داشته‌اند. بعد معنوی احساس خوب داشتن تنها با عامل جنس افراد تحت بررسی رابطه معنی‌دار داشت. .به طوری که میانگین نمره احساس خوب داشتن در بعد معنوی، در بیماران دیابتی مرد نسبت به زنان دیابتی بالا بود. در توجیه این مسأله می‌توان عنوان کرد که شاید مردان به دلیل ویژگی‌های شخصیتی و روحیه مردانه خود نسبت به

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

زنان سریع‌تر وراحت‌تر با بیماری خود می‌توانند کنار بیایند و به خدا توکل کنند. تقویت بعد معنوی و توکل به خدا در بیماران دیابتی، در کاهش آسیب‌های دیابت بسیار مفید خواهد بود (۲۲)، بنابراین با توجه به این مطلب که زنان دیابتی نسبت به مردان دیابتی از نظر بعد معنوی و توکل به خدا در سطح پایین‌تری هستند، به تقویت این بعد در بین زنان دیابتی باید توجه بیشتری کرد و تیم‌های دیابتی می‌توانند انواع برنامه‌ای ومراسمات معنوی را جهت تقویت این بعد برگزار کنند. هم‌چنین براساس نتایج حاصل بعد ذهنی احساس خوب داشتن با عامل تحصیلات و نوع درمان افراد تحت بررسی ارتباط معنی‌دار داشت به طوری که افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم نسبت به افراد بی‌سواد، کمتر از دیپلم و دیپلم در بعد ذهنی به طور معنی‌دار نمره بیشتری کسب کرده بودند. در توجیه این مسأله می‌توان گفت که مسلماً افراد با تحصیلات بیشتر به دلیل میزان دانش بیشتر عملکرد ذهنی خوبی نسبت به افراد با تحصیلات پایین خواهند داشت و نیز افرادی که درمان خوراکی و هر دو درمان (خوراکی و انسولین)، را دریافت می‌کردند در بعد ذهنی نمره بیشتری نسبت به بیمارانی که انسولین درمانی می‌کردند دریافت کرده بودند. مطالعه‌ای توسط Deary و همکاران با هدف تعیین اختلال در عملکرد شناختی و توانایی پردازش اطلاعات در بیماران دیابت نوع ۲ مورد بررسی قرار گرفت. این مطالعات نشان داد که تفاوت معنی‌داری در اندازه‌گیری عملکرد شناختی و پردازش اطلاعات بین گروه شاهد و افراد دیابتی نوع ۲ یافت شد، به طوری که افراد دیابتی نسبت به افراد سالم از نظر عملکرد ذهنی وشناختی در سطح پایین بودند (۲۳). با توجه به پایین بودن عملکرد ذهنی دربین بیماران دیابتی و نیز با توجه به وجود ارتباط معنی‌دار بین نوع درمان خوراکی با عملکرد ذهنی، بیماران دیابتی به استفاده از درمان‌های خوراکی تشویق شوند. هم‌چنین بر اساس نتایج حاصل از مطالعه نمره کلی احساس خوب داشتن با عامل سابقه خانوادگی و نوع درمان افراد تحت بررسی ارتباط معنی‌دار داشت. به طوری که میانگین نمره کل احساس خوب داشتن در بیماران دیابتی که سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری دیابت نوع ۲ دارند، نسبت به بیمارانی که سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری ندارند، کم بود و افرادی که درمان خوراکی و یا هر دو (خوراکی و انسولین)، داشتند نمره بیشتری از نظر نمره کل احساس خوب داشتن، نسبت به افرادی که انسولین درمانی داشتند،کسب کرده بودند.در توجیه این روابط معنی‌دار می‌توان گفت که شاید افرادی که سابقه‌ی خانوادگی دارند، ابتلا به بیماری را به عنوان یک مسأله ژنتیکی قبول کرده و امیدی نسبت به کنترل بیماری ندارند. ولی افراد با عدم سابقه‌ی ابتلا خانوادگی امید بیشتری به امکان کنترل بیماری دارند، در نتیجه از روحیه بالاتر و احساس بهتری برخوردار هستند. هم‌چنین افرادی که انسولین درمانی می‌کنند، به دلیل تهاجمی بودن این روش از احساس خوب پایین‌تری برخوردار هستند. در کل براساس نتایج حاصل از این مطالعه فاکتورهای جنسیت، سابقه خانوادگی، میزان تحصیلات، نوع درمان و میزان درآمد با احساس خوب داشتن در بیماران دیابتی نوع ۲، ارتباط معنی‌دار داشتند.

نتیجه‌گیری

با توجه به کمبود مطالعات در این زمینه نمی‌توان به قطع گفت که این فاکتورها از عوامل تأثیرگذار قطعی بر احساس خوب داشتن در بین بیماران دیابتی است و نیاز به انجام مطالعات بیشتر و مداخلات بیشتری در این زمینه است ولی جهت طراحی مداخلات آموزشی جهت وضعیت بیماران دیابتی و برای انتخاب گروه هدف این مداخلات می‌توان به این روابط معنی‌دار و فاکتورهای تأثیرگذار توجه نمود و امید به اثربخشی بیشتر این نوع مداخلات حمایتی، آموزشی و حتی درمانی داشت. از جمله نقاط قوت این مطالعه این است که مطالعات انجام شده با ابزار فوق کم می‌باشند و امید است این مطالعه شروعی باشد برای انجام مطالعات بیشتر در این زمینه و از جمله نقاط ضعف این مطالعه این است که به دلیل نبود مطالعات مشابه کافی انجام شده با این ابزار نتایج قابلیت مقایسه نداشت و در پایان امید است این مطالعه آغاز راهی برای کسب دانش بیشتر در مورد نحوه ایجاد احساس خوب در بیماران دیابتی باشد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

References

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th ed. New York; MC Graw Hill Publications: 2012.
2. Rahmani KH. Public Health Comprehensive. 3th ed. Tehran: Samat Publications; 2009.
3. Bagheri H, Abrahimi H, Taghavi N, Hasani M. Evaluation of quality of life in patients with diabetes mellitus, based on its complications, referred to Emam Hossein Hospital, Shahroud. J Shahrekord University of Medical Sciences 2005; 7 (2):50-56.
4. The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Research Group. Intensive diabetes therapy and carotid Intima–Media Thickness in type I diabetes mellitus. N Engl J Med 2003; 348(23):2294-303.
5. Cheraghi Z, Amori N, Dosti Irani A, Bitaraf S. Assessing the prevalence of type 2 diabetes complications among patients under coverage of Shadeghan. Knowledge and health Journal 2010;5(Supl): 154.
6. Rothmann S, ekkerd J. the validation of the perceived wellness survey in the south african police service, a Journal of industrial psychology 2007;330(3); 35-42.
7. Samuels TA, Hospedales CJ. From Port-of-Spain Summit to United Nations High Level Meeting: Caricom and the global non-communicable disease agenda. West Indian Med. J 2011; 60(4): 387-91.
8. American Diabetes Association: Tests of glycaemia in diabetes (Position Statement). Diabetes Care 2001; 24(Suppl. 1):S80–S82
9. Baghbanian A , Tol A. The introduction of self-management in type 2 diabetes care: A narrative review. J Edu Health Promot2012;1:35.
10. Shojaeizadeh D, Tol A, Sharifirad GR, Mohejeri Tehrani MR, Alhani F. Evaluating the educational program based on empowerment model on self-efficacy promoting and its relation with diabetes control among type 2 diabetic patients. Iranian Journal of Diabetes And Lipid Disorders 2012;11(5): 474-82
11. Adams T, Bezner J , Steinhardt M. The conceptualization and measurement of perceived wellness: Integrating balance across and within dimensions. American Journal of Health Promotion 1997; 11(3): 208-18.
12. Tol A, Majlessi F, Rahimi A, Shojaizadeh D, Abbasi P. Assessing cognitive state and trait coping and its effective factors among type 2 diabetic patients.Iran J Diabetes Lipid Disord 2012; 11(6):528-37.
13. Fefal H. Coping strategies and associated features of medically ill patients. psychosom med 2004;49(6):616-25 .
14. Edlin G, Golanty E, Brown KM. Essentials for health and wellness :Jones & Bartlett Learning; 2000:443-500.
15. Tadibi V, Rahimi Mehr A, Bayat Z. Effect of 8 weeks of aerobic exercise and pharmacological manipulation on metabolic parameters in women with type 2 diabetes. JKUMS 2012;16(5):380-90.
16. Sardar MA, Sohrabi M, Shamsian A, Aminzadeh R. Effects of Aerobic Exercise training on the Mental and Sardar M, Physical Health and Social Functioning of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Iranian J Endocrinol Metab 2009; 11(3):252-6.
17. Chandler C, Holden J, Kolander CH. Counseling for spiritual wellness: Theory and practice. Journal of Counseling and Development 1992; 71: 168-75.
18. Ingersoll R, Bauer A L. An integral approach to spiritual wellness in school counseling settings. Professional School Counseling 2004; 7(5): 301-8.
19. Dhar N1, Chaturvedi SK, Nandan D. Self evolution: 1 st. Domain of spiritual health. Ayu 2012;33(2):174-7.
20. Petterson T, Lee P, Hollis S, Young B, Newton P, Dornan T. Well-Being and treatment satisfaction in older People with diabetes. Diabetes Care.diabetesjournals.org 1998; 21(6):930-5.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

21. Esra S, Gulruh T, Nafiz B, Ersin A, Sevgi O and Hatice K. The well-being and treatment satisfaction of diabetic patients in primary care Health Qual Life Outcomes 2010;8(67).
22. Behdani S, Dastjerdi R, Sharifzadeh G. Relationship between trust in God and self – efficacy With mental health in type II diabetics. Journal of Birjand University of Medical Sciences 2012; 19 (3):302-11.
23. Cosway R, Strachan M, Dougall A, Frier B, Deary I. Cognitive function and information processing in type 2 diabetes. Diabetic Medicine. 2001;18(10):803-10

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

Assessment of wellness among patients with type 2 diabetes referred to diabetes units under coverage of Tehran University of Medical Sciences health centers

Azar Tol [1], Agh Babak Maheri Altin Taghmagh [2], Bahram Mohebbi [3], Roya Sadeghi[4]

Original Article

Abstract

Background: Importance of identifying wellness with diabetes, this study aimed at determining wellness and its dimensions with type 2 diabetic patients.

Methods: This descriptive –analytical study performed among 621 patients with type 2 diabetes and using simple sampling method. The instrument was a two part questionnaire. In the first part were questions about sociodemoghraphic characteristics followed by second part which was standard questionnaire related to wellness and diabetes. This questionnaire translated and back translated and achieved validity and reliability. With the intention of data analysis, descriptive statistics were conducted. Significant level assumed at 0.05.

Findings: Mean score of total wellness was 137.6± 11. There were significant associations between gender and spiritual dimension, between family history and total wellness score, between educational level and physical and mental dimensions, between type of treatment and total wellness score and intellectual dimension with family income with mental, social and intellectual dimensions.

Conclusion: Gender, family history, education level, income level, type of treatment factors is affecting emotional well-being in patients with type 2 diabetes.

Key Words: Wellness, Type 2 diabetes, Patients

Citation: Tol A, Maheri Altin Taghmagh A B, Mohebbi B, Sadeghi R. **Assessment of wellness among patients with type 2 diabetes referred to diabetes units under coverage of Tehran University of Medical Sciences health centers.** J Health Syst Res 2015; 11(3):526-536

Received date: 02.06.2014 **Accept date: 10.01.2015**

1. PhD, Department of Health education and Health Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. PhD Student, Department of Health education and Health Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Department of Cardiology, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. PhD, Associated Professor, Department of Health education and Health Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran(Corresponding Author) Email: sadeghir@tums.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]