بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی: یک مطالعه مقایسه ای

سمیرا دانشور[1]، علی خدامرادی[1]، زینب غضنفری[1*]، علی منتظری[2]

۱. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
۲. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش
سال هفدهم، شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۳۹۷ صص ۵۵۰-۵۴۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۷/۱۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۸ مهر ۹۷]

چکیده

مقدمه: دیابت یک بیماری شایع همراه با عوارض متعدد است که روند افزایشی داشته و بر تمام جنبه‌های زندگی مبتلایان به خصوص بر کیفیت زندگی آنان تاثیرگذار است. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی کیفیت زندگی بیماران دیابتی (نوع I و II) و مقایسه آن با افراد غیر دیابتی در شهرستان آبدانان انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه مقطعی، دو گروه آزمون (۱۲۲ نفر از بیماران دیابتی) و مقایسه (۱۲۲ نفر از همتایان غیر دیابتی) از توابع استان ایلام را در بر داشت که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شدند. کیفیت زندگی دو گروه با استفاده از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF-36 ارزیابی و مقایسه گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 16 و شاخص های آماری توصیفی و آزمون های آماری کای دو و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: از نظر متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد (P>۰/۰۵). نتایج نشان داد که بیماران دیابتی به طور معنی دار نمرات پایین تری در حیطه‌های عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی و سلامت عمومی در مقایسه با افراد غیر دیابتی کسب کردند (P<۰/۰۵). اما در حیطه سلامت روان این تفاوت معنی دار نبود (P>۰/۰۵).

بحث و نتیجه گیری: نتایج حاصل از این بررسی حاکی از پایین بودن کیفیت زندگی بیماران دیابتی مورد مطالعه در مقایسه با افراد غیر دیابتی بود. ضروری است این بیماران به منظور دریافت خدمات آموزشی، مشاوره ای، مراقبتی و حمایتی با هدف بهبود کیفیت زندگی، تحت پوشش قرار گیرند.

کلیدواژه: دیابت، کیفیت زندگی، جمعیت روستایی

کد اخلاق: IR.medilam.rec.1397.36

* نویسنده پاسخگو: ایلام، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام
E-mail: Ghazanfari-z@medilam.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.3.5]

مقدمه

بیماری دیابت یکی از بیماری های مزمن و از علل مهم مرگ و ناتوانی در سراسر دنیا است. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۴، شیوع جهانی دیابت در میان افراد بالای ۱۸ سال از ۴/۷ درصد در سال ۱۹۸۰ تا ۸/۵ درصد در سال ۲۰۱۴ گزارش شده است [۱]. دیابت تا سال ۲۰۳۰ هفتمین علت مرگ در دنیا خواهد بود و بیش از ۸۰ درصد مرگ و میر ناشی از آن در کشورهای با درآمد پایین و متوسط اتفاق می افتد. ابتلا به دیابت در تمامی دنیا به خصوص کشورهای در حال توسعه افزایش زیادی داشته است. در حال حاضر ۳۴۷ میلیون نفر در جهان از این بیماری رنج می برند. آمارها نشان می دهد در سال ۲۰۰۴ بیش از ۳/۴ میلیون نفر بر اثر عوارض دیابت جان خود را از دست داده اند [۲]. شیوع این بیماری در ایران ۶ درصد یعنی حدود ۴ میلیون نفر جمعیت تخمین زده شده است [۳]. در سال ۲۰۱۴ فدراسیون بین المللی دیابت (International Diabetes Federation) شیوع دیابت در بزرگسالان را ۸/۶ درصد گزارش کرد [۴]. مطالعه قند و لیپید تهران (Tehran Lipid and Glucose Study) نیز شیوع دیابت را ۱۳/۲ درصد گزارش کرد [۵]. همچنین در مطالعه ای متاآنالیز در ایران، شیوع دیابت ۲۴ درصد در بزرگسالان بالای ۴۰ سال گزارش شد [۶]. این بیماری در اثر ناتوانی بدن در ایجاد تعادل بین نیاز به انسولین و تأمین آن ایجاد می گردد و مشخصه آن افزایش قند خون و اختلال در سوخت و ساز کربوهیدارت، پروتین و چربی است [۷]. این بیماری مزمن با عوارض کشنده ای که به دنبال دارد، به عنوان علت اصلی قطع اندام، نابینایی، نارسایی مزمن کلیه و بیماری های قلبی شناخته شده است [۸]. این بیماری علاوه بر تأثیرات مخربی که بر جسم افراد بیمار می گذارد، ابعاد روانی و اجتماعی آنان را نیز به طور گسترده ای تحت تأثیر قرار می دهد. درمان های پزشکی هر چند علائم را کاهش می دهند ولی خود مسائل و مشکلاتی به دنبال دارند که باعث اختلال در الگوی زندگی فرد بیمار می شوند [۳]. این اختلالات که در جنبه های مختلف زندگی فرد مبتلا به دیابت ایجاد می شوند، با توجه به غیرممکن بودن بهبودی کامل و قریب الوقوع نبودن مرگ، منجر به تاثیرات منفی بر کیفیت زندگی فرد می شود. بنابراین یکی از اهداف مهم در مراقبت درمانی این نوع از بیماران، ارتقاء کیفیت زندگی بیمار است [۸]. تعریف کیفیت زندگی کار مشکلی است؛ زیرا یک مفهوم وسیع و پیچیده است که با داشتن احساس خوشحالی و رضایت شناسایی می شود و مرتبط با ادراک فرد از زندگی خویش است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش های حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق شخص تعریف می کند. بنابراین کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خوداتکایی، ارتباطات جمعی و جامعه دارد [۹].

اهمیت مقوله کیفیت زندگی به اندازه ای است که در صورت نادیده گرفتن می تواند منجر به ناامیدی، بی انگیزه شدن، کاهش فعالیت های اجتماعی- اقتصادی- فرهنگی و بهداشتی شده و در ابعاد عمیق تر، تأثیرات منفی بر توسعه اجتماعی- اقتصادی کشور می گذارد [۱۰]. مطالعات تجربی نشان داده اند کیفیت زندگی می تواند به عنوان شاخص کیفیت مراقبت های بهداشتی و جزئی از برنامه درمان محسوب شود و اندازه گیری آن در بیماری های مزمن اطلاعات بیشتری را در مورد وضعیت سلامتی و بیماری در اختیار برنامه ریزان قرار دهد. همچنین این اطلاعات می تواند در جهت ارتقاء کیفیت مراقبت ها به عنوان راهنمای مفیدی در نظر گرفته شود [۱۱]. مطالعات نشان داده است که بیماری دیابت می تواند بر سلامت عمومی و احساس خوب بودن و به عبارتی بر کیفیت زندگی بیماران تاثیرات منفی داشته باشد [۱۲]. در مطالعه مروری کیادلیری و همکاران در سال ۲۰۱۳ که بر روی اطلاعات ۴۶ مقاله اصیل انجام شده بود، پایین بودن کیفیت زندگی بیماران دیابتی نسبت به افراد غیردیابتی تأیید شده بود که ممکن است ناشی از عوارض این بیماری باشد [۱۱]. در مطالعه ای که بر روی بیماران دیابتی مرکز دیابت کاشان صورت گرفت، کیفیت زندگی در ۴۰ درصد از بیماران مطلوب بود، حال آنکه در ۵۸٪ افراد غیردیابتی مطلوب گزارش شد [۳]. همچنین در مطالعه ای که بر روی جامعه روستایی کانادا انجام شد، نمره حیطه های عملکرد فیزیکی (۷۰/۱)، سلامت روان (۷۰/۸)، وضعیت اجتماعی (۷۱/۴)، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی (۴۳/۹)، دردهای بدنی (۵۶/۲)، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی (۵۷/۴)، انرژی و نشاط (۴۹/۸) و سلامت عمومی (۵۲/۵) افراد دیابتی در مقایسه با نمره حیطه های عملکرد فیزیکی (۸۳/۱)، سلامت روان (۷۳/۹)، وضعیت اجتماعی (۷۹/۲)، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی (۷۰/۵)، دردهای بدنی (۶۶/۴)، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی (۷۷/۶)، انرژی و نشاط (۵۷) و سلامت عمومی (۶۹/۵) افراد غیر دیابتی پائین تر بود [۱۳]. کیفیت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.3.5]

زندگی نامطلوب بیماران دیابتی علاوه بـر مطالعـات فـوق الـذکر در مطالعات دیگری در داخل و خارج از کشور نیز گـزارش شـده اسـت که نشان دهنده ضرورت توجه به این موضوع است [۱۷-۱۴].

با این حال مطالعات فوق عمدتا در شهرها انجام شده اند و مطالعات انجام شده در مناطق روستائی بندرت مشاهده می گردند. بـا توجـه به تأثیرپذیری این بیماری از تغییر زندگی به سـمت شهرنشـینی، و زندگی مدرن، لازم است تا ارتباط بین دیابـت و کیفیـت زنـدگی در جمعیت های روستائی نیز مورد مطالعه قرار گیرد و شـواهد بدسـت آمـده از مطالعـه در اختیـار متخصصـین مربوطـه جهـت طراحـی مداخلات مورد نیاز قـرار گیـرد. بنـابراین پـژوهش حاضـر بـا هـدف ارزیابی کیفیت زندگی بیماران دیـابتی و مقایسـه آن بـا افـراد غیـر دیابتی در جامعه روستایی شهرستان آبدانان طراحی، اجرا و ارزیـابی گردید.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه تحلیلی از نوع مقایسه ای بود که بـر روی بیماران دیابتی تحـت پوشـش سیسـتم بهداشـتی- درمـانی جامعـه روستایی شهرستان آبدانان انجام پذیرفت. حجم نمونه ایـن مطالعـه با استفاده از جدول مورگان تعداد ۱۲۲ نفر در هر یک از گروه هـای آزمون و مقایسه محاسبه گردید. در خصوص روش نمونـه گیـری بـا توجه به فراوانی جمعیت بیماران (۱۷۷ بیمار دیابتی شامل ۱۰۷ زن و ۷۰ مرد)، از روش نمونه گیری تصادفی طبقـه ای ۵۰ نفـر مـرد و ۷۲ نفرزن از این افراد به عنوان گـروه آزمـون انتخـاب شـدند. روش انتخاب پس از تعیین سهمیه هر طبقه، تصادفی بود؛ به این صـورت که نخست اسامی کلیه بیماران مبتلا به دیابت (نـوع I و II) بـر روی برگه های کوچکی به ابعاد cm ۵۰×۵۰ بصورت جداگانه نوشته شده و تا خوردند و اسامی آنها بر حسب جنسیت (زن یا مـرد) در داخـل دو جعبه مجزا انداخته شدند، سپس اسامی بیماران یکی یکـی و بـه قید قرعه تا تکمیل حجم نمونـه مـورد نیـاز گـروه آزمـون از داخـل جعبه استخراج شد. به منظور همسان سـازی گـروه هـای آزمـون و مقایسه، تعداد ۱۲۲ نفر از افراد غیر دیـابتی، کـه در همـان منطقـه سکونت گروه آزمون ساکن بودند، بر اساس ویژگی هایی چون سـن، جنسیت، شغل و تحصیلات انتخـاب گردیدنـد. در ایـن تحقیـق، دو پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفتند: پرسشنامه اطلاعات زمینـه ای و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (SF-36) بـا ۳۶ عبـارت در ۸ بُعد عملکرد فیزیکی (۱۰ عبارت)، سلامت روان (۵ عبارت)، وضعیت اجتماعی (۲ عبارت)، محدودیت در ایفای نقش بـه علـت مشـکلات جسمی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، محـدودیت در ایفـای نقـش بـه علـت مشـکلات عـاطفی (۳ عبـارت)، انـرژی و نشـاط (۴ عبارت) و سلامت عمومی (۵ عبارت). برای محاسبه حیطه ها، بنـابر دستورالعمل چگونگی محاسبه پرسشنامه، میانگین نمـرات سـوالات مربوط به آن حیطه از کیفیت زنـدگی بطـور مسـتقل محاسـبه و از صفر (بدترین وضعیت) تا ۱۰۰ (بهترین وضـعیت) بـه عنـوان نمـره کیفیت زندگی ارائه گردید (۱۸). پرسشنامه SF-36 توسط منتظری و همکاران بومی سازی شده و پایایی و روایـی آن محاسـبه و مـورد تایید قرار گرفته است [۱۹]. در این مطالعه ضریب آلفـای کرونبـاخ برای حیطه های بعد فیزیکی ۰/۹۱۲، محدودیت در ایفای نقـش بـه علت مشکلات جسمی ۰/۸۵۸، محدودیت در ایفای نقـش بـه علـت مشـکلات عـاطفی ۰/۸۵۳، انـرژی و نشـاط ۰/۶۵۸، سـلامت روان ۰/۶۴۵، وضعیت اجتماعی ۰/۶۰۵، دردهای بدنی ۰/۸۰۹ و سـلامت عمومی ۰/۶۰۶ محاسبه و تأیید شد. پس از آماده سـازی پرسشـنامه ها و ارائه توضیحات لازم به جمعیت هدف مطالعه در صورت رضایت و آمادگی لازم جهت شرکت در مطالعـه، دعـوت بـه همکـاری مـی شدند. بدلیل بیسوادی نسبت قابل توجهی از افـراد مـورد مطالعـه و بالتبع ناتوانی آنها در تکمیل پرسشنامه، جهـت جلـوگیری از ایجـاد خطا در نتایج تحقیق (ناشی از تکمیل پرسشنامه توسط پژوهشگر یا افراد مورد مطالعه)، فراینـد تکمیـل کلیـه پرسشـنامه هـا بـه روش مصاحبه حضوری توسط پژوهشگر انجـام و نتـایج ثبـت گردیـد. بـه منظور پرهیز از مداخله مصاحبه گر در فرایند مصاحبه، مصاحبه گـر صرفا اقدام به قرائت صورت سوالات پرسشنامه نموده و عـین پاسـخ فرد مصاحبه شونده را بدون هیچگونه دخل و تصرفی در پرسشـنامه وارد می نمود. پس از جمع آوری داده هـا، ورود داده هـا بـه رایانـه انجام و با کمک آزمون های آماری کای دو و تی مسـتقل بـا کمـک نرم افـزار آمـاری SPSS 16 در سـطح معنـی‌داری ۰/۰۵ تجزیـه و تحلیل انجام گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحـراف معیـار سـن در گـروه آزمـون ۱۱/۳۰±۵۷/۷۴ و مقایسه ۱۱/۵۷±۵۷/۶۳ بود. سایر مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه در جدول شماره یک ارائه شده است. توزیع متغیرهـای دموگرافیک در دو گـروه آزمـون و مقایسـه همسـان بـوده و تفـاوت معنی داری بین دو گروه از نظر آماری وجود نداشت (P>۰/۰۵).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.3.5]

در همه خرده مقیاس های کیفیت زندگی به استثناء سلامت روانی تفاوت میانگین دو گروه آزمون و مقایسه معنی دار بود. میانگین گروه مقایسه در کلیه خرده مقیاس ها به استثنای سلامت روانی نسبت به گروه آزمون بالاتر بود (جدول شماره دو).

در بررسی ابعاد کیفیت زندگی برحسب متغیر های فردی در جدول شماره سه، مشخص گردید که ابعاد عملکرد جسمی، سرزندگی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی و سلامت عمومی بر حسب جنسیت تفاوت معنی داری نشان دادند (P<۰/۰۵). نتایج نشان دهنده این بود که مردان نسبت به زنان در ابعاد عملکرد جسمی، سرزندگی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی و سلامت عمومی به طور معنی داری وضعیت بهتری داشتند. در سایر ابعاد (محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی و عاطفی) اختلاف بین زنان و مردان از نظر آماری معنی دار نبود.

ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی بر حسب تحصیلات تفاوت معنی داری نشان دادند (P<۰/۰۵). در اکثریت ابعاد، روند افزایش میانگین کیفیت زندگی بر حسب تحصیلات مشهود بود. ابعاد عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی و سلامت عمومی بر حسب تاهل تفاوت معنی داری نشان دادند (P<۰/۰۵) به این صورت که افراد مجرد در حیطه های فوق از میانگین بالاتری نسبت به افراد متاهل برخوردار بودند. همچنین ابعاد عملکرد جسمی، سرزندگی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی و سلامت عمومی بر حسب شغل تفاوت معنی داری نشان دادند (P<۰/۰۵). نتایج نشان دهنده این بود که افراد شاغل دارای میانگین نمره بالاتری در ابعاد ذکر شده نسبت به افراد بیکار بودند (جدول شماره سه).

جدول۱: مشخصات جمعیت شناختی گروه های آزمون و مقایسه

	آزمون		مقایسه		سطح معنی داری
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنسیت					
مرد	۴۵	۳۶/۹	۴۴	۳۶/۱	۰/۸۰
زن	۷۷	۶۳/۱	۷۸	۳۶/۹	
تحصیلات					
بی سواد	۸۵	۶۹/۷	۷۶	۶۲/۳	۰/۸۰
زیر دیپلم	۳۰	۲۴/۶	۳۸	۳۱/۲	
دیپلم	۵	۴/۱	۵	۴/۱	
دانشگاهی	۲	۱/۶	۳	۲/۵	
تاهل					
مجرد	۳	۲/۵	۴	۳/۳	۰/۹۰
متاهل	۱۰۰	۸۲	۹۹	۸۱/۱	
همسر مرده	۱۹	۱۵/۶	۱۹	۱۵/۶	
شغل					
کارمند	۲	۱/۶	۵	۴/۱	۰/۵۲
آزاد	۲۵	۲۰/۵	۲۹	۲۳/۸	
خانه دار (منحصرا زنان)	۷۳	۵۹/۸	۷۲	۵۹	
بیکار (منحصرا مردان)	۱۴	۱۱/۵	۹	۷/۳	
سایر	۸	۶/۵	۷	۵/۷	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.3.5]

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس های کیفیت زندگی در گروه های آزمون و مقایسه

	گروه های مقایسه	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
عملکرد جسمی				
	آزمون	۶۶/۸۰	۲۷/۶۸	**۰/۰۰۰**
	مقایسه	۷۹/۱۸	۲۳/۷۵	
ایفای نقش جسمی				
	آزمون	۵۲/۴۵	۴۰/۹۶	**۰/۰۰۹**
	مقایسه	۶۶/۱۸	۴۰/۵۱	
ایفای نقش عاطفی				
	آزمون	۴۸/۰۸	۴۳/۲۹	**۰/۰۰۰**
	مقایسه	۶۸/۰۳	۴۱/۴۱	
سرزندگی				
	آزمون	۵۳/۶۴	۱۹/۲۷	**۰/۰۰۵**
	مقایسه	۶۰/۶۵	۱۵/۸۶	
سلامت روانی				
	آزمون	۶۱/۲۱	۱۸/۱۶	**۰/۱۶۳**
	مقایسه	۶۴/۲۹	۱۳/۰۳	
عملکرد اجتماعی				
	آزمون	۶۱/۴۷	۲۲/۷۰	**۰/۰۰۱**
	مقایسه	۷۰/۳۸	۱۹/۵۶	
درد بدنی				
	آزمون	۵۵/۴۶	۲۶/۵۵	**۰/۰۰۱**
	مقایسه	۶۶/۰۲	۲۴/۴۶	
سلامت عمومی				
	آزمون	۴۸/۶۸	۱۹/۴۵	**۰/۰۰۰**
	مقایسه	۶۳/۶۰	۱۹/۲۱	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.3.5]

جدول ۳: مقایسه نمره ابعاد کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه بر حسب متغیرهای دموگرافیک

	عملکرد جسمی انحراف±میانگین	ایفای نقش جسمی انحراف±میانگین	ایفای نقش عاطفی انحراف±میانگین	سرزندگی انحراف±میانگین	سلامت روانی انحراف±میانگین	عملکرد اجتماعی انحراف±میانگین	درد بدنی انحراف±میانگین	سلامت عمومی انحراف±میانگین
جنسیت								
مرد	۷۷/۴۷±۵۰/۲۶	۵۹/۸۳±۴۱/۰۴	۶۰/۶۷±۴۳/۱۰	۶۳/۸۲±۱۷/۰۵	۶۸/۲۶±۱۴/۲۹	۷۳/۷۳±۹۴/۱۹	۶۸/۴۱±۲۶/۹۰	۶۰/۹۵±۲۰/۴۱
زن	۷۰/۴۱±۲۶/۱۹	۵۹/۰۳±۴۱/۴۷	۵۶/۵۵±۴۳/۷۰	۵۳/۳۲±۱۷/۳۸	۵۹/۵۸±۱۵/۸۷	۶۱/۴۵±۲۱/۳۱	۵۶/۳۴±۲۴/۵۲	۵۳/۳۸±۲۰/۴۰
معنی داری	۰/۰۴۵	۰/۸۸۴	۰/۴۷۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۶
تحصیلات								
بیسواد	۶۷/۵۴±۲۶/۰۳	۵۳/۵۷±۴۱/۷۲	۵۲/۱۷±۴۴/۰۶	۵۴/۲۲±۱۸/۳۵	۶۱/۲۱±۱۶/۱۵	۶۲/۳۴±۲۱/۲۴	۵۵/۹۰±۲۵/۳۸	۵۱/۷۰±۱۹/۲۲
زیر دیپلم	۸۲/۶۴±۲۴/۳۰	۶۶/۱۷±۳۹/۵۳	۶۶/۶۶±۴۰/۷۲	۶۱/۱۷±۱۵/۶۲	۶۴/۸۸±۱۵/۱۲	۷۲/۲۴±۲۰/۱۲	۶۸/۱۳±۲۴/۱۹	۶۳/۱۶±۲۱/۰۵
دیپلم	۸۵/۵۰±۲۶/۸۱	۹۰/۰۰±۲۴/۱۵	۸۳/۳۳±۳۲/۳۹	۶۴/۵۰±۱۳/۸۳	۶۴/۰۰±۱۰/۳۲	۷۰/۰۰±۲۳/۷۱	۷۱/۱۱±۲۸/۳۰	۷۲/۵۰±۲۰/۴۴
دانشگاهی	۹۲/۰۰±۱۷/۸۸	۹۰/۰۰±۲۲/۳۶	۸۰/۰۰±۴۴/۷۲	۸۲/۰۰±۸/۳۶	۸۰/۸۰±۱۳/۰۸	۸۷/۵۰±۲۱/۶۵	۹۵/۵۵±۹/۳۸	۷۱/۰۰±۱۶/۷۳
معنی داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۱۶	۰/۰۰۱	۰/۰۱۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
تاهل								
مجرد	۷۸/۵۷±۳۱/۳۲	۶۴/۲۸±۳۷/۷۹	۵۷/۱۴±۵۳/۴۵	۶۲/۸۵±۱۹/۹۷	۶۴/۵۷±۱۸/۹۶	۷۱/۴۲±۲۴/۷۰	۶۸/۲۵±۲۲/۶۱	۷۲/۸۵±۱۵/۵۰
متاهل	۷۵/۴۵±۲۵/۷۱	۶۲/۰۶±۴۰/۸۱	۶۰/۴۶±۴۲/۳۸	۵۷/۶۸±۱۸/۰۲	۶۳/۰۳±۱۶/۱۴	۶۷/۰۲±۲۱/۵۴	۶۱/۸۶±۲۶/۰۳	۵۷/۲۱±۲۱/۰۵
همسر مرده	۵۹/۰۷±۲۵/۸۳	۴۴/۰۷±۴۱/۶۸	۴۵/۶۱±۴۶/۱۲	۵۳/۲۸±۱۷/۰۹	۶۰/۹۴±۱۳/۸۶	۵۹/۲۱±۲۰/۶۹	۵۳/۵۰±۲۵/۸۱	۴۷/۵۰±۱۶/۲۶
معنی داری	۰/۰۰۱	۰/۰۴۴	۰/۱۹۹	۰/۱۴۱	۰/۶۴۰	۰/۰۷۷	۰/۱۱۶	۰/۰۰۱
شغل								
کارمند	۹۹/۲۸±۱/۸۸	۹۶/۴۲±۹/۴۴	۹۵/۲۳±۱۲/۵۹	۷۳/۵۷±۱۳/۷۵	۷۴/۲۸±۱۲/۶۱	۸۵/۷۱±۱۹/۶۶	۹۵/۲۳±۸/۷۴	۷۹/۲۸±۱۶/۶۹
آزاد	۸۰/۲۷±۲۳/۹۹	۶۱/۱۱±۴۳/۰۷	۶۲/۳۴±۴۴/۸۸	۶۳/۷۹±۱۳/۶۳	۶۷/۹۲±۱۲/۶۸	۷۰/۶۰±۲۳/۰۵	۶۷/۴۸±۲۵/۵۲	۶۵/۰۹±۱۸/۵۹
خانه دار	۷۰/۵۱±۲۵/۷۵	۵۸/۲۷±۴۱/۶۷	۵۵/۶۳±۴۳/۴۰	۵۳/۴۴±۱۶/۶۱	۵۹/۶۹±۱۵/۳۶	۶۱/۸۹±۲۰/۵۸	۵۶/۱۶±۲۴/۲۴	۵۳/۱۳±۱۹/۷۹
بیکار	۶۰/۲۱±۳۰/۶۹	۵۰/۰۰±۳۹/۸۸	۵۰/۷۲±۴۴/۷۹	۵۲/۳۹±۲۳/۸۳	۶۱/۰۴±۱۷/۹۷	۶۷/۳۹±۱۹/۱۲	۵۵/۵۵±۲۹/۰۱	۴۶/۵۲±۲۲/۳۸
سایر	۷۸/۰۰±۲۷/۶۹	۶۰/۰۰±۳۵/۱۰	۶۰/۰۰±۴۰/۲۳	۶۸/۶۶±۲۱/۳۳	۷۰/۹۳±۲۰/۱۴	۷۶/۶۶±۲۰/۵۲	۷۲/۵۹±۲۶/۵۱	۵۷/۰۰±۱۹/۰۶
معنی داری	۰/۰۰۱	۰/۱۱۳	۰/۱۳۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه کیفیت زندگی افراد دیابتی و غیر دیابتی بود. نسبت زنان در هر دو گروه بیشتر از مردان بود (۶۳/۵٪). اکثریت افراد با توجه به انجام مطالعه در جمعیت روستائی، بیسواد (۶۶٪) بودند. بر طبق نتایج این مطالعه افراد دیابتی نسبت به همتایان غیردیابتی خود کیفیت زندگی پائین تری را تجربه می کردند که همسو با نتایج مطالعات قبلی است [۱۰،۲۰،۲۱]. در تبیین این یافته می توان اذعان داشت که دیابت همانند سایر بیماری های مزمن افزون بر مرگ و میر بالا، گرفتاری های فردی و خانوادگی، اجتماعی و مالی بسیاری به همراه دارد. این بیماری به دلیل درگیر کردن بیشتر اندام های بدن از جمله قلب، چشم، معده و ... اثرات منفی معنی داری بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی بیماران خواهد گذاشت [۲۲،۲۳].

درگیری مداوم با بیماری و محدودیت هایی که عوارض دیابت برای بیماران ایجاد می نماید، احساس منفی و عدم رضایت از زندگی و در نتیجه پایین آمدن کیفیت زندگی بیماران را موجب می شود. همچنین رعایت مداوم رژیم های غذائی و دارویی، احساس عدم کفایت و استقلال را در بیماران ایجاد می کند که به تشدید تأثیرات منفی و کاهش کیفیت زندگی بیماران ختم می شود [۳،۲۴]. نتایج مطالعه برای کلیه خرده مقیاس های کیفیت زندگی به استثنای سلامت روان در گروه بیماران دیابتی به طور معنی داری پائین تر از گروه افراد غیردیابتی بود که حاکی از پائین بودن کیفیت زندگی بیماران دیابتی از همتایان غیر دیابتی آنها بود. معنی دار نشدن اختلاف بین سلامت روان دیابتی ها و همتایان غیر دیابتی آنها با یافته بدست آمده از مطالعه کرامت و همکاران [۲۵]، و درویش پور کاخکی و همکاران [۲۶] مطابقت دارد. به عبارت دیگر سلامت روانی در مقایسه با سایر ابعاد کیفیت زندگی تأثیرپذیری کمتری از بیماری دیابت داشته که امیدوارکننده است. در مطالعه صیادی و همکاران، نمره کیفییت زندگی در ابعاد مختلف بین دو گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی داری نشان نداد که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است؛ از آنجا که مطالعه ذکر شده در استان زنجان انجام شده، شاید بتوان این اختلاف در نتایج را به تفاوت در فرهنگ، سبک زندگی و خدمات درمانی ارائه شده به افراد مبتلا به دیابت مربوط دانست؛ که به نوبه خود توانسته سبب بهبود کیفیت زندگی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.3.5]

بیماران و کاهش اختلاف بین کیفیت زندگی بیماران دیابتی و افراد غیر دیابتی در آن استان شده باشد [۲۷].

موضوع قابل تامل در این مطالعه، پایین بودن میانگین نمره حیطه محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی در بیماران دیابتی در مقایسه با افراد غیر دیابتی است. در تبیین پایین بودن محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی بیماران می توان مواجهه با عواملی مانند محدودیت های شدید غذایی و مصرف داروهای خوراکی یا تزریقی مورد نیاز جهت کنترل دیابت، مراجعات مکرر به پزشک، مشکلات مرتبط با تهیه دارو، نیاز به همراه داشتن مداوم داروها، نگرانی در مورد عوارض داروها و ... اشاره نمود. بدیهی است این مشکلات به همراه عوارض کوتاه و بلندمدت بیماری، خستگی ناشی از پیگیری بلندمدت دستورات مراقبتی و درمانی در دوران زندگی و فرسودگی روانی ناشی از بیماری در بلندمدت بر عملکرد روزمره بیماران تأثیرات مخربی می گذارد. این مشکلات، بیماران دیابتی را به چالش کشانده و مسائل بسیاری برای آنها ایجاد می کنند [۱۰،۲۸]. شاید بتوان با این مسائل، عملکرد ضعیف بیماران دیابتی را در ایفای صحیح نقش عاطفی خود در مقایسه با گروه مقایسه شرح داد [۲۹]. همسو با نتایج مطالعه، حاتملوی و همکاران نشان دادند افراد دیابتی به میزان بیشتری با کاهش و حتی فقدان شادابی و نشاط، و افزایش علائمی مانند خستگی، افسردگی، عصبانیت و مشکلات تنش و استرس مواجه هستند [۱۰]، در این مطالعه نیز افراد دیابتی در مقایسه با غیر دیابتی از سلامت عمومی کمتری برخوردار بودند که نشان دهنده تاثیر بیماری بر درک و رضایت فرد از سلامتی خویش است و منجر به کاهش رفاه جسمی، روانی و اجتماعی فرد شده است. نتایج مطالعه حاضر در حیطه درد و رنج بیانگر آن است که افراد گروه آزمون درد بیشتری نسبت به افراد گروه مقایسه گزارش کردند. تحقیقات نشان داده 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. درد یک عامل تعیین کننده در کاهش کیفیت زندگی است و صرف نظر از این که بر ارزیابی بیمار از خودش تاثیر می گذارد، بر ارزیابی پزشک از وضعیت سلامت و ناتوانی بیمار نیز موثر است و می تواند بر وضعیت مصرف داروها نیز تاثیر بگذارد. علاوه بر این دردی که فرد در حال حاضر دارد، پیش بینی کننده درد و ناتوانی در آینده است [۱۰].

در این مطالعه همانند مطالعه منتظری [۱۹] در گروه بیماران دیابتی، کمترین امتیاز مربوط به مقیاس محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی و بیشترین امتیاز مربوط به عملکرد جسمانی بود. البته در گروه مقایسه بیشترین امتیاز به عملکرد جسمانی و کمترین به سرزندگی مربوط بود. در مطالعه حاضر میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد مختلف در مردان نسبت به زنان بیشتر بود که با مطالعه رسولی و همکاران [۳۰] همخوانی دارد. در مطالعه Schultz و Winstead-Fry [۳۱] و منصوریان و همکاران [۳۲] میانگین نمره کیفیت زندگی در زنان بیشتر از مردان است که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. به نظر می رسد در این مطالعات سبک زندگی زنان، توجه و اهمیت ویژه آن ها به حفظ سلامتی و توانایی برای اداره و مدیریت هر چه بهتر زندگی و در همین راستا دقت و اهتمام بیشتر آن ها در مراقبت از خود سبب کیفیت زندگی بهتر در آن ها شده است (جدول شماره ۳).

درویش پور و همکاران، در تحقیق خود دریافتند بین نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی و میزان تحصیلات رابطه معنی داری وجود دارد به این صورت که با افزایش سطح تحصیلات کیفیت زندگی بهبود می یابد [۲۸] که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. نتایج این مطالعه نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر افراد مجرد نسبت به افراد متاهل بود و در بیشتر ابعاد کیفیت زندگی، تفاوت آماری معنی داری بین نمرات کیفیت زندگی افراد متاهل و مجرد مشاهده شد که با نتایج تحقیق سعادتجو و همکاران [۸] همخوانی دارد. این یافته می تواند به دلیل مشغله و مسئولیت کمتر افراد مجرد و در نتیجه زمان بیشتر برای توجه و پیگیری های آنها در مراقبت از خود باشد (جدول شماره سه). نتایج حاصل از این بررسی نشان دهنده پایین بودن کیفیت زندگی بیماران دیابتی مورد مطالعه نسبت به افراد غیر دیابتی بود. لذا ضروری است که راهکارهایی توسط پزشکان و سایر پرسنل مرتبط و نیز روانشناسان جهت افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی ارائه گردد و نتایج مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می شود برنامه ریزان بهداشتی و مربیان آموزش بهداشت تغییراتی در برنامه های خود ایجاد نمایند، تا قادر باشند در مراحل اولیه، افراد در معرض خطر افت کیفیت زندگی را شناسایی و با توانمند نمودن آنها در جهت مراقبت بهتر و ایجاد تغییرات مطلوب در سبک زندگی خود از کاهش کیفیت زندگی آنها جلوگیری نمایند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.3.5]

این مطالعه با محدودیت هائی مواجه بود. طولانی شدن فرایند جمع آوری اطلاعات بخاطر بیسوادی بخش قابل توجهی از جامعه مورد مطالعه که به نوبه خود به تکمیل پرسشنامه ها با روش مصاحبه منجر شد؛ و نیز عدم همکاری و تمایل برخی بیماران جهت شرکت در مطالعه، محدودیت دیگر این مطالعه بود که رفع آن مستلزم صرف زمان برای ایجاد ارتباط بین محقق و افراد شرکت کننده بود.

سهم نویسندگان

سمیرا دانشور: تنظیم مقاله

علی خدا مرادی: تنظیم گزارش اولیه و نهایی، جمع آوری و ورود داده ها

زینب غضنفری: نویسنده مسئول

علی منتظری: مشاور علمی طرح و همکاری در تحلیل داده ها

تشکر و قدردانی

از تمام افرادی که در این پژوهش شرکت داشتند و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام که طرح را مورد تصویب و حمایت مالی قرار داد، تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع

1. WHO. Diabetes: key facts, aviable from: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes; found at: 5 September 2018.

2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine 2006;3:442

3. Vares Z, Zandi M, Baghaei P, Alavi N, Ajorpaz N. Study of quality of life and associated factors in diabetes mellitus patients of Kashan Diabet Center. Iranian Journal of Nursing Research 2010;5:14-22

4. Yazdanpanah L, Shahbazian HB, Moravej Aleali A, Jahanshahi A, Ghanbari S, Latifi SM. Prevalence, awareness and risk factors of diabetes in Ahvaz (South West of Iran). Diabetes & Metabolic Syndrome 2016;10:1-21

5. Hadaegh F, Bozorgmanesh MR, Ghasemi A, Harati H, Saadat N, Azizi F. High prevalence of undiagnosed diabetes and abnormal glucose tolerance in the Iranian urban population: Tehran Lipid and Glucose Study. BMC Public Health 2008;8:176

6. Haghdoost AA, Rezazadeh-Kermani M, Sadghirad B, Baradaran HR. Prevalence of type 2 diabetes in the Islamic Republic of Iran: systematic review and meta-analysis. Eastern Mediterranean Health Journal 2009;15:591-9

7. Shahrjerdi SH, Shavandi N, Golpayegani M, SheikhHasani R. Effects of strenuous and stamina exercises on blood glucose control, quality of life and mental health of women with type two diabetes mellitus. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders 2010;9:35-44

8. Saadatjoo SA, Rezvanee MR, Tabyee SH, Oudi D. Life quality comparison in type 2 diabetic patients and none diabetic persons. Modern Care Journal 2012;9:24-31

9. Sadeghie Ahari S, Arshi S, Iranparvar M, Amani F, Siahpoosh H. The effect of complications of type II diabetes on patients' quality of life. Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2008;8:394-402

10. Hatamloo Sadabadi M, Babapour Kheirodin J. Comparison of quality of life and coping strategies in diabetic and non diabetic people. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences 2013;20:581-92

11. Kiadaliri AA, Najafi B, Mirmalek-Sani M. Quality of life in people with diabetes: a systematic review of studies in Iran. Journal of Diabetes and Metabolic Disorders 2013;12:54

12. Borzou SR, Salavati M, Safari M, Hadadinejad S, Zandieh M, Torkaman B. Quality of life in type II diabetic patients referred to Sina Hospital, Hamadan. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences 2011;13:43-6

13. Thommasen HV, Berkowitz J, Thommasen AT, Michalos AC. Understanding relationships between diabetes mellitus and health-related quality of life in a rural community. Rural and Remote Health 2005;5:441

14. Baghianimoghadam MH, Afkhami M, Ardakani SS, Mazloomi M. [Quality of life in type2 diabetes patient in Yazd]. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences 2006;14:49-54

15. Vazirinejad R, Sajadi MA, Maghool N. A historical cohort study assessing the effect of diabetes on the quality of life of patients. Pajouhesh Dar Pezeshki 2010;34:35-40

16. Sedaghati Kasbakhi M, Ehsani M, Ghanbari A. [The comparison of quality of life between patients with type 2 diabetes and non- diabetic people]. Journal of Babol University of Medical Sciences 2007;9:55-60

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.3.5]

17. Ghanbari A, Kazemnejad E. [A comparative study of the quality of life of insulin-independent diabetes patients referred to Razi hospital education center of Rasht with non-diabetic people]. Modares Journal of Medical Sciences: Pathology 2004;7:69-80
18. Harris MD. Psychosocial aspects of diabetes with an emphasis on depression. Current Diabetes Reports 2003;3:49-55
19. Montazei A, Goshtasbi A, VahdaniNia M. Translation, determination of the reliability and validity of Persian species of Standard tools SF-36. Quarterly monitoring 2005;5:49-56
20. Esteban y Peña MM, Hernandez Barrera V, Fernández Cordero X, Gil de Miguel A, Rodríguez Pérez M, Lopez-de Andres A, et al. Self-perception of health status, mental health and quality of life among adults with diabetes residing in a metropolitan area. Diabetes and Metabolism Journal 2010;36:305-11
21. 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. Journal of Research in Behavioral Sciences 2013;10:654-62
22. Bagheri H, Ebrahimi H, Hasani M. [Evaluation of quality of life in patients with diabetes mellitus, based on its complications, referred to EmamHossein Hospital, Shahroud]. Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences 2005;7:50-6
23. Ellis DA, Frey MA, Naar-King S, Templin T, Cunningham P, Cakan N. Use of multisystemic therapy to improve regimen adherence among adolescents with type 1 diabetes in chronic poor metabolic control: a randomized controlled trial. Diabetes Care 2005;28:1604-10
24. EydiBaygi M, Mehrabizade M, Davoudi I, Ahmadi V, Dehghanizade Z. Comparison the quality of life in patients with diabetes type 2 and non-diabetic individuals. Journal of Ilam University of Medical Sciences 2014;22:55-62
25. Keramat F, Mamani M, Torabian S, Aliparast Dostkohi M. Assesment and comparison of health-related quality of life in chronic Hepatitis B and C patients with healthy person in Hamadan province. Journal of Hamadan University of Medical Sciences 2013;20:151-9
26. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J, Masjedi MR, Askari H. Comparison of life quality of diabetic patients with TB patients. Knowledge and Health 2013;8:71-5
27. Saydi N, Fayazi S, Ramazani A. Comparison of quality of life among diabetic and non diabetic patients after open heart surgery (short report). Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2011;10:144-50
28. Darvish Pourkakhki A, Abed Saeidi ZH, Yaghmaei F, Alavi Majd H, Montazeri A. Relationship between quality of life with illness signs and individual features in patients with type II diabetes who referred to Tehran's hospitals in 2005. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2007;8:49-56
29. Polonsky WH. Emotional and quality-of-life aspects of diabetes management. Current Diabetes Reports 2002;2:153-9
30. Rasouli D, Nasiriziba F, Nabiamjad R, Haghani H. Comparison of life quality in men and women with diabetic foot ulcer in selected hospitals of Tehran Universities, 2007. Journal of Jahrom University of Medical Sciences 2011;9:38-45
31. Schultz AA, Winstead-Fry P. Predictors of quality of life in rural patients with cancer. Journal of Cancer Nursing 2001;24:12-9
32. Mansoorian M, BehnamPoor N, Kargar M. Health-related quality of life (HRQOL) among Gorgan University of medical sciences students. Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery 2006;4:16-25

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.3.5]

ABSTRACT

Quality of life in diabetic patients: a comparative study

Samira Daneshvar [1], Ali Khodamoradi [1], Zeinab Ghazanfari [1*], Ali Montazeri[2]

1. School of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
2. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2018; 17(5): 541-550
Accepted for publication: 7 October 2018
[EPub a head of print-10 October 2018]

Objective (s): Diabetes is a disease with high and increasing prevalence rate that can affect all aspects of patients' life. The aim of this study was to evaluate quality of life of diabetic patients (type I and II) and compare it with non-diabetics patients in Illam province.
Methods: This was a comparative study. A sample of 122 diabetic patients and 122 non-diabetic counterparts in Abdanan, Ilam province, Iran were selected by stratified random sampling method. The quality of life of was assessed using the SF-36. Data were analyzed by descriptive statistics in order t compare quality of life in diabetics and non-diabetics patients.
Results: There was no significant difference between the two groups in terms of demographic variables (P> 0.05). The results showed that diabetic patients had significantly lower scores in terms of physical functioning, role physical, role emotional, vitality, social function, bodily pain and general health (P<0.05). However, the difference was not significant for mental health (P> 0.05).
Conclusion: The results indicated a low quality of life in diabetic patients compared to comparison group. Therefore, it is essential that these patients receive educational, counseling, appropriate care and support services aimed at improving quality of life.

Key Words: Diabetes, Quality of life, Rural population

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.5.3.5]

* Corresponding author: Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
E-mail: Ghzanfari-z@medilam.ac.ir