بررسی کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

رضوان غفارزادگان[1*]، دریادخت مسرور رودسری[1]، سرور پرویزی[1]، محمد ابراهیم خمسه[2]، حمید حقانی[3]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
۲. انستیتو غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

فصلنامه پایش
سال دوازدهم شماره پنجم مهر ـ آبان ۱۳۹۲ صص ۴۹۵-۴۸۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۶/۲۶
[نشر الکترونیک پیش از انتشار– ۱۸ شهریور ۹۲]

چکیده

بیماری دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های متابولیک با عوارض ناتوان‌کننده، با سیر مزمن و نامحسوس است. مزمن بودن دیابت و عوارض بالقوه آن اغلب باعث هزینه‌های مالی زیاد و کاهش کیفیت زندگی می‌شود. لذا این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی و ابعاد آن و توصیف متغیرهای فردی و اجتماعی مؤثر بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شده است . این مطالعه از نوع مقطعی بود، که در آن ۲۲۴ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی ایران شرکت کردند. داده‌ها از طریق پرسشنامه مشخصات فردی و اجتماعی و پرسشنامه کیفیت زندگی که دارای ۵ بعد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و بیماری و درمان بود، جمع آوری شده و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری مناسب، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل نشان داد که در بعد جسمی کیفیت زندگی ۵۳/۳ درصد افراد نمره بیشتر از میانگین را کسب کردند همچنین دربعد روانی ۶۳/۴ درصد افراد، در بعد اجتماعی ۶۵/۴ درصد، در بعد اقتصادی ۵۱/۸ درصد و در بعد بیماری و درمان نیز ۵۱/۴ درصد افراد نمره بیشتر از میانگین را کسب کردند و کیفیت زندگی کلی با متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و عوارض دیابت ارتباط معنی‌دار آماری داشت. ارزیابی کیفیت زندگی بیماران دیابتی با توجه به عوامل فردی و اجتماعی مؤثر بر کیفیت زندگی، اطلاعاتی را فراهم می‌کند که می‌توان از آن در جهت برنامه‌ریزی مداخلاتی برای مدیریت بهتر دیابت و دستیابی به افزایش کیفیت زندگی این بیماران، استفاده کرد.

کلیدواژه: دیابت نوع دو، کیفیت زندگی، متغیرهای فردی اجتماعی

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران
تلفن: ۰۸۶-۳۲۲۶۴۰۴۴
E-mail: ghafarzadeghan@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.5.2]

مقدمه

بیماری دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های متابولیک با عوارض ناتوان‌کننده، با سیر مزمن و نامحسوس است و شیوعی رو به افزایش داشته[۱] و یک عامل خطر مهم برای افزایش عوارض قلبی عروقی و میزان مرگ و میر است[۲]. امروزه بیش از ۱۴۵میلیون نفر به آن درسراسر جهان به این بیماری مبتلا هستند[۳]. سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که تعداد مبتلایان به دیابت تا سال ۲۰۲۵ به ۳۰۰ میلیون نفر شده[۴]. در ایران بیشتر از۳/۵ میلیون نفر مبتلا به دیابت هستند که بیش از نیمی از آنها ناشناخته‌اند [۵] و نتایج آخرین پژوهش ها در کشور حاکی از آن است که از هر ۵ نفر افراد بالای ۳۰ سال یک نفر به آن مبتلا یا در معرض ابتلاست[۳]. با توجه به اینکه دیابت نوع دو به وسیله مقاومت به انسولین و کمبود نسبی آن مشخص شده و ۹۵-۹۰ درصد موارد دیابت را شامل می‌شود[۴] و نیز بیشتر این نوع دیابت در افراد بزرگسال به خصوص بالای ۳۰ سال اتفاق می‌افتد[۶]، نیاز به تحقیق و بررسی در این نوع دیابت بیشتر احساس می‌شود. مزمن بودن دیابت و عوارض بالقوه آن اغلب باعث هزینه‌های مالی زیاد و کاهش کیفیت زندگی و تغییرات سبک زندگی مهمی برای بیمار و خانواده می‌شود[۷]. بیماران دیابتی با مشکلات جسمی و روانی متعددی مانند افسردگی، اضطراب، ناتوانی، کم‌تحرکی و چاقی روبرو هستند که در نهایت منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌گردد. در نتیجه در مورد دیابت و درمان آن، کیفیت زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۸]. کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم چند بعدی که دربرگیرنده حیطه‌های سلامت و عملکرد فیزیکی، سلامت ذهنی، عملکرد اجتماعی ، رضایت از درمان، نگرانی درباره آینده و حس خوب بودن، تعریف شده است[۹]. بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علایم فیزیکی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد[۱۰].

لذا ضرورت توجه به انجام ارزشیابی درمان‌های جدید، تعیین و کاهش هزینه ها، مشخص‌کردن جنبه‌های نارضایتی از درمان، خودکارآمدی، رفتارهای خودمراقبتی، کنترل قندخون و عوارض آن به دلیل تاثیر این عوامل بر روی کیفیت زندگی بسیار احساس می‌شود[۱۱]، و یک ارتباط روشن و واضح بین کیفیت زندگی و بیماری‌های مزمن مثل دیابت وجود دارد[۱۲] و کیفیت زندگی بیماران دیابتی یکی از اهداف مهم مدیریت دیابت است[۱۳]. شیوع رو به افزایش دیابت در ایران و نیز افزایش ابتلای افراد دیابتی به عوارض دیابت، لزوم انجام پژوهش حاضررا در کشور نشان داد. با توجه به اینکه یکی از اهداف اصلی در درمان بیماران دیابتی، بهبود کیفیت زندگی است تا آنها بتوانند یک زندگی طبیعی را به دست آورند، برای رسیدن به این هدف لازم است تا مشخص شود اثر دیابت بر کیفیت زندگی چگونه است[۱۴]، و مشخص شود که این بیماری بر کدام یک از جنبه‌های زندگی بیماران تأثیر بیشتری گذاشته است و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و درمانی باید بر کدام یک از جنبه‌های زندگی فرد تمرکز بیشتری داشته باشند. همچنین با وجودی که در ایران مطالعاتی با هدف تعیین و شناسایی کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجام گردیده است، اما مطالعه‌ای که پنج بعد کیفیت زندگی را بررسی کند و نیز مطالعه‌ای که در مورد تعیین ابعاد کیفیت زندگی بیماران انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی ایران باشد، انجام نشده است و هنوز نادانسته‌های بسیاری درباره بیماران دیابتی و کیفیت زندگی آن‌ها وجود دارد که لازم است تشخیص داده شود. لذا این پژوهش با هدف کلی بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و با اهداف جزیی تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بعد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و بیماری و درمان، انجام شد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی است. جامعه پژوهش شامل کلیه مبتلایان به دیابت مراجعه‌کننده به مرکز انستیتو غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی ایران بود که ویژگی‌های زیر را داشتند: سن آنها بالای ۱۸سال بود، حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری دیابت آنها گذشته بود، طبق اظهارات خود، مبتلابه هیچ بیماری ذهنی و روانی و بیماری صعب العلاج نبوده و دارویی در این زمینه مصرف نمی‌کردند و باردار نیز نبودند. در این مطالعه برای تعیین حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵درصد و توان آزمون ۸۰ درصدپس از مقدار گذاری در فرمول[۲۰]

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{\delta^2} + 3$$

حجم نمونه لازم برآورد گردید (n=۲۲۴) که به صورت نمونه‌گیری در دسترس در ماههای خرداد و تیر سال ۱۳۸۹، انتخاب شدند. این

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.5.2]

پژوهش در انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد و داده‌ها از طریق پرسشنامه‌ای جمع‌آوری شدند که شامل مشخصات فردی اجتماعی و ابعاد کیفیت زندگی بود. در قسمت مشخصات فردی اجتماعی، نوع درمان شامل رعایت رژیم غذایی، مصرف داروهای خوراکی، مصرف انسولین و مصرف توأم داروهای خوراکی و انسولین بوده و نوع عارضه نیز شامل عوارض چشمی، کلیوی، قلبی عروقی و زخم پای دیابتی بود. پرسشنامه کیفیت زندگی توسط درویش پورکاخکی[۱۵] در ایران و منطبق با شرایط جامعه طراحی شده و پایایی آن از طریق آزمون مجدد (۰/۹۲) و آلفای کرونباخ (۰/۹۵) سنجیده شده است. اعتبار آن نیز از طریق اعتبار صوری و محتوا و اعتبار سازه و ملاکی بررسی شده است. ۹ سؤال اول این ابزار مربوط به بخش جسمی،۱۱سؤال بعد مربوط به بخش روحی روانی،۷ سؤال بعدی مربوط به بخش اجتماعی، ۵ سؤال بعدی مربوط به بخش اقتصادی و ۱۳سؤال آخر هم مربوط به بخش بیماری و درمان بوده و سؤال آخر هم یک عبارت کلی در مورد کیفیت زندگی است. پاسخ‌های این سؤالات با توجه به مقیاس پنج قسمتی لیکرت از خیلی زیاد (امتیاز۱) تا به هیچ وجه (امتیاز۵) درجه‌بندی شده است و نمره سؤال کلی آخر به صورت معکوس محاسبه شده است. امتیاز سؤالات از یک تا پنج بوده و کمترین امتیاز ۴۶ و بیشترین امتیاز ۲۳۰ بود. امتیاز بیشتر در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر و امتیاز کمتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی ضعیف‌تر بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری در نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد و از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی‌مستقل و آنالیز واریانس وآزمون نان پارامتریک کروسکالوالیس استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد نمونه‌ها ۲۲۴ نفر بود، که ۶۰ درصد آن‌ها زن و ۴۰ درصد آن ها مرد بودند. سن نمونه‌ها در محدوده ۲۸ تا ۸۳ سال با میانگین و انحراف معیار ۵۶/۸ و ۱۰/۳ بود. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به انستیتو غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی ایران در بعد جسمی در ۵۳/۳ درصد افراد، بیشتر از نمره میانگین بود و در بعد روانی ۶۳/۴ درصد افراد، نمره بیشتر از میانگین را کسب کردند. همچنین در بعد اجتماعی ۶۵/۴ درصد افراد، نمره بیشتر از میانگین را کسب کرده و در بعد اقتصادی ۵۱/۸ درصد افراد، نمره بیشتر از میانگین داشته و در بعد بیماری و درمان نیز ۵۱/۴ درصد افراد، نمره بیشتر از میانگین را کسب کردند. یافته‌ها نشان داد که بین سن و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشته (P<۰/۰۰۱) و بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به گروه سنی بیشتر از ۷۰ سال بوده است (جدول ۱). میانگین نمره کیفیت زندگی مردان بیشتر از زنان بود. بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی نیز ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت (P=۰/۰۰۲) و بیشترین میانگین نمره مربوط به تحصیلات لیسانس و بالاتر بود. کیفیت زندگی با وضعیت تأهل (P=۰/۸۱۳) ارتباط معنی‌دار آماری نداشت اما با وضعیت اقتصادی ارتباط معنی‌دار آماری داشت (P=۰/۰۰۱) (جدول ۲). اگرچه ارتباط بین کیفیت زندگی و تعداد فرزند نیز از نظر آماری معنی‌دار نبود (P=۰/۶۳۴) اما بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به بیمارانی بود که کمتر از ۳ فرزند داشتند. همچنین بین مدت ابتلا به دیابت و کیفیت زندگی هم ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت ولی بیشترین میانگین نمره مربوط به گروهی بود که مدت ابتلای بیشتر از ۲۰ سال داشتند (P=۰/۰۸۰). ارتباط بین نوع درمان و کیفیت زندگی نیز از نظر آماری معنی‌دار نبود (P=۰/۷۳۸) ولی بیشترین میانگین نمره مربوط به گروهی بود که بیماری خود را از طریق مصرف داروهای خوراکی کنترل می‌کردند. همچنین بین وجود عوارض دیابت و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد (P=۰/۰۱۹) و کیفیت زندگی افرادی که عوارض دیابت در آن‌ها ظاهر نشده بود بالاتر از سایر افراد بود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.5.2]

جدول ۳: توزیع فراوانی نمره کیفیت زندگی برحسب سن در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه سال ۱۳۸۹

	کمتر از ۴۰	۴۰-۴۹	۵۰-۵۹	۶۰-۶۹	بیشتر از ۷۰	نتیجه آزمون ANOVA
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
جسمی	۵۶/۰۱(۲۹/۰۳)	۵۹/۵۴(۲۵/۲۴)	۶۰/۵۸(۲۵/۱۵)	۵۶/۸۷(۲۶/۵۴)	۵۲/۵۷(۲۸/۵۴)	F=۰/۵۷۴ P=۰/۶۸۲
روانی	۵۵/۶۸(۳۳/۰۷)	۵۷/۱۰(۲۷/۷۰)	۶۷/۲(۵۲۶/۸۵)	۷۳/۵۴(۲۲/۷۹)	۷۲/۷۲(۲۲/۹۵)	F=۳/۴۰۸ P=۰/۰۱۰
اجتماعی	۷۲/۰۲(۲۴/۴۵)	۸۲/۰۵(۱۷/۲۹)	۸۷/۱۴(۱۸/۱۳)	۸۹/۲۲(۱۴/۱۷)	۹۰/۸۷(۱۳/۰۴)	F=۳/۷۸۷ P=۰/۰۰۵
اقتصادی	۵۶/۲۵(۳۶/۷۵)	۵۲/۳۰(۳۵/۱۶)	۵۴/۷۶(۴۷/۰۱)	۷۱/۸۰(۳۲/۹۱)	۷۱/۶۶(۳۴/۶۶)	F=۲/۶۶۲ P=۰/۰۳۴
بیماری و درمان	۲۹/۳۰(۲۲/۴۶)	۳۸/۴۲(۲۰/۷۸)	۴۴/۴۷(۲۰/۴۷)	۵۶/۷۴(۱۸/۰۷)	۶۰/۰۹(۱۸/۴۵)	F=۱۱/۱۴۷ P<۰/۰۰۱

آزمون شفه در مواردی کهpvalue معنی‌دار بود انجام شد و نتایج این آزمون نشان دادکه در بعد روانی تفاوت میانگین گروه‌های سنی مربوط به گروه ۴۰-۴۹و۶۰-۶۹ سال بوده است و در بعد اجتماعی مربوط به گروه کمتر از۴۰،۶۰-۶۹ و بیشتر از۷۰ بوده و در بعد بیماری و درمان این تفاوت مربوط به گروه‌های کمتر از۴۰،۴۰-۴۹،۵۰-۵۹،۶۰-۶۹ و بیشتر از ۷۰ می‌باشد.

جدول ۲: توزیع فراوانی نمره کیفیت زندگی بر حسب وضعیت اقتصادی در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹

	ضعیف	متوسط	خوب	نتیجه آزمون ANOVA وکروسکالوالیس
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
جسمی	۴۵/۰۸(۲۷/۴۱)	۶۲/۳۱(۲۳/۸۷)	۶۰/۹۸(۲۸/۲۶)	F=۹/۱۹۶ P<۰/۰۰۱
روانی	۵۴/۰۶(۲۷/۱۳)	۷۰/۴۶(۲۴/۳۲)	۷۷/۷۸(۲۴/۲۰)	F=۱۰/۴۳۶ P<۰/۰۰۱
اجتماعی	۷۸/۹۱(۲۱/۲۴)	۸۸/۲۳(۱۵/۹۹)	۹۲/۲۰(۷/۰۲)	χ^2:13/144 P<۰/۰۰۱
اقتصادی	۴۰/۶۷(۳۷/۸۰)	۶۳/۸۶(۴۰/۲۳)	۹۰/۴۵(۱۴/۷۹)	χ^2:29/046 P<۰/۰۰۱
بیماری و درمان	۳۸/۸۹(۱۹/۴۴)	۵۰/۵۹(۲۱/۴۶)	۵۰/۱۴(۲۱/۵۲)	F=۶/۱۲۴ P<۰/۰۰۳

*آزمون شفه در مواردی کهpvalue معنی دار بود انجام شدو نتایج این آزمون نشان دادکه در بعد جسمی و روانی و اجتماعی و اقتصادی، تفاوت میانگین‌ها مربوط به گروه‌های ضعیف، متوسط و خوب بوده و در بعد بیماری و درمان این تفاوت مربوط به گروه‌های ضعیف و متوسط بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در رابطه با تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نـوع دو در بعد جسمی، نتایج نشان داد، میانگین نمره‌ها در این بعـد ۲۹/۹۴ از ۴۵بوده و ۴۶/۷ درصد بیماران نمره کمتر از میانگین و ۵۳/۳ درصد نیز نمره بیشتر از میـانگین را کسـب کردنـد. در پـژوهش حریریـان حدود ۷۱/۳۳ درصد از بیماران دارای کیفیـت زنـدگی نـامطلوبی در بعد جسمی بودند. به نظر می‌رسد علت نامطلوب بـودن ایـن بعـد از کیفیت زندگی مربوط به عوارض دیابت و مشکلات جسمی متعددی است که بیماران دیابتی با آن روبرو هسـتند باشـد[۱۶]. در مطالعـه عیسا با در نیجریـه ۶۸/۱ درصـد بیمـاران در بعـد جسـمی کیفیـت زنـدگی متوسـط داشـتند[۱۷]، کـه ایـن امـر احتمـالا ناشـی از نزدیک‌بودن شرایط جسمی بیماران این مطالعه بـا بیمـاران مطالعـه حاضر بوده است. در رابطه با تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بعد روانی، نتایج نشان داد میانگین نمره‌ها در ایـن بعد ۶۴/ ۴۰ از ۵۵ با انحراف معیار۱۱/۴۵بود و ۳۶/۶ درصد افراد در بعد روانی کیفیت زندگی نمره کمتر از میـانگین را کسـب کردنـد و ۶۳/۴ درصد افراد نمره بیشتر از میانگین را کسب کردند. در مطالعه محمدپور اکثر بیماران (۸۰/۷ درصد) دارای کیفیت زندگی مطلـوبی در بعد روانی بودند[۱۸] به نظر مـی‌رسـد علـت بـالا بـودن کیفیـت زندگی بیماران این مطالعه در بعد روانی روحیه بالای ایـن بیمـاران باشد. همچنین در مطالعه عیسا با ۶۲/۲ درصد بیماران نمره متوسط کیفیت زندگی را در بعد روانی داشـتند[۱۷]، کـه ایـن مسـاله هـم می‌تواند به دلیل تشـابهاتی شـرایط روانـی و روحیـه و انگیـزه ایـن بیماران با بیماران مطالعه حاضر باشد کـه سـبب افـزایش میـانگین

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.5.2]

نمره کیفیت زندگی در بعد روانی شده است. در رابطه با تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بعد اجتماعی، یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین نمره‌ها در این بعد ۲۰/ ۳۱ از ۳۵ با انحراف معیار ۴/۸۲ است و ۳۴/۶ درصد افراد نمره پایین‌تر از میانگین و ۶۵/۴ درصد افراد نیز نمره بالاتر از میانگین را کسب کردند که یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعه محمدپور مغایر بود. در مطالعه محمدپور نتایج نشان داد که حدود ۷۸ درصد بیماران دارای کیفیت زندگی نامطلوب در بعد اجتماعی بودند[۱۸]. به نظر می‌رسد علت بالا بودن کیفیت زندگی بیماران پژوهش حاضر، ارتباط مناسب آن‌ها با همسر، فرزندان و سایر اعضای خانواده باشد. در مطالعه عیسا با نیز ۷۵/۳ درصد بیماران، نمره متوسط کیفیت زندگی را برای روابط اجتماعی کسب کردند[۱۷]. بالا بودن میانگین نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی در بیماران مطالعه حاضر در مقایسه با دو مطالعه ذکر شده احتمالاً به‌دلیل روابط مناسب و حمایت آنها توسط افراد خانواده بوده است. در رابطه با تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بعد اقتصادی، یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین نمره‌ها در این بعد ۱۷/۲۱ از ۲۵با انحراف معیار۸/۰۴ است و ۴۸/۲ درصد افراد نمره کمتر از میانگین و ۵۱/۸ درصد افراد نمره بیشتر از میانگین را کسب کردند که در بررسی‌های دیگر این بعد از کیفیت زندگی مورد سنجش قرار نگرفته است. اما نتایج پژوهش حریریان نشان داد که عوامل اقتصادی مانند شغل و درآمد می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی تأثیرگذار باشد و باعث ایجاد تغییراتی در ابعاد مختلف کیفیت زندگی شود. همچنین در پژوهش حریریان مشخص شد که کاهش وابستگی مالی زنان می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی زنان مؤثر باشد[۱۶]. پژوهش عیسا با نیز نشان داد کیفیت زندگی ضعیف در ارتباط با درآمد ماهیانه پایین‌تر است[۱۷]. اما مطالعه‌ای که این بعد از کیفیت زندگی را مورد سنجش قرار دهد، یافت نشد. در رابطه با تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بعد بیماری و درمان، یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین نمره‌ها در این بعد ۴۲/۶۵ از۶۵ با انحراف معیار ۱۳/۳۲ است و ۴۸/۶ درصد افراد نمره کمتر از میانگین و ۵۱/۴ درصد افراد نمره بیشتر از میانگین را کسب کردند. پژوهش قابل مقایسه‌ای در این زمینه یافت نشد. اما در مطالعه اکینسی و همکاران که در ترکیه انجام شد و شامل بررسی سه زیر مقیاس نگرانی، تأثیر و رضایتمندی بود، مشخص شد که میانگین نمره زیر مقیاس نگرانی در این بیماران ۳/۵۷۱ بوده که از میانگین رضایتمندی بالاتر بوده است. همچنین بیشترین نگرانی افراد مبتلا به دیابت نوع دو مربوط به عوارض دیابت و مرگ بود و نگرانی کمتر برای ازدواج، از دست دادن شغل، به‌دست آوردن شغل مطلوب و تحصیلات وجود داشت[۱۹]که در پژوهش حاضر نیز بعد بیماری و درمان شامل نگرانی بیماران درباره عوارض بیماری بود. به‌طور خلاصه می‌توان گفت که عوامل فردی و اجتماعی نقش مهمی را در کیفیت زندگی بیماران دیابتی ایفا می‌کنند و در بررسی این بیماران باید عواملی همچون وضعیت اقتصادی و میزان درآمد در نظر گرفته شوند. همچنین هدف مداخلات درمانی و اقدامات مراقبتی که در این بیماران به عمل می‌آید باید بر بهبود کیفیت زندگی آن‌ها متمرکز باشد و با بهره‌گیری از مراکز حمایتی خاص بیماران دیابتی و ارایه خدمات آموزشی و مشاوره‌ای جهت افزایش حمایت اجتماعی بیماران و کاهش بروز عوارض دیابت به افزایش کیفیت زندگی آن‌ها کمک کرد.

سهم نویسندگان

رضوان غفارزادگان: تهیه پروپوزال و جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها
دریادخت مسرور: استاد راهنما، نظارت و راهنمایی جهت تهیه پروپوزال و جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها
سرور پرویزی: استاد مشاور، مشاوره و راهنمایی جهت تهیه پروپوزال و جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها
حمید حقانی: استاد مشاور آمار، مشاوره و راهنمایی جهت تهیه پروپوزال و جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه دانشجویی می‌باشد. ازکارکنان کتابخانه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران کمال تشکر را داریم. همچنین از بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه ایران نیز تشکر می‌کنیم که بدون آن‌ها انجام این پژوهش امکان‌پذیر نبود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.5.2]

منابع

1. Delavari A, Mahdavi Hezaveh A, Norouzinejad A, Yarahmdy S. Doctor and diabetes (National Programme Diabetes Control and Prevention). Ministry of Health and Medical Education, Department of Health, Center for Disease Control, Department of Endocrinology and Metabolic Disorders.2th Edition, Seda publication:Tehran, 2004

2. Lee H, Kim M, Daly B. Nutritional patterns of Korean diabetic patients: an exploratory study. International Council of Nurses 2008;55:442-46

3. Heidari G, Muslimi S, Montazeri Far F, Heydari M. Efficacy of education on knowledge, attitude & practice of Type II diabetic patients in relation to correct nutrition. Tabibe shargh 2002; 4:207-13

4. Larijani B, Zahed F, Aghakhani S. Epidemiology of Diabetes Mellitus in Iran. Shiraz E-Medical Journal 2003; 4:1-2

5. Abab zadeh Z. Comparison lifestyle patients with type II diabetes in siblings of patients with non-diabetic centers in Hamadan.master sciences Thesis Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2006

6. Borzou SR, Biyabangardi Z, The effect of dietary edducation opon the level of blood sugar of patient with NIDDM. Journal of Qazvin Medical Sciences & Health Services University 2000; 13;49-55

7. Nagelkerk J, Ericka K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self management. Journal of Advanced Nursing 2006;54:151-58

8. Ghavami H, Ahmadi F, Entezami H, Memarian R. Effect of Continuous Care Model on the quality of life in diabetic patients. Uroomiye Medical Journal 2005; 16:22-7

9. Achhab WE, Nejjari C, Chikri M, Lyoussi B. Disease-specific health-related quality of life instruments among adults diabetic: a systematic review. Diabetes research and clinical practice 2008; 80:171-84

10. Bott U, Muhlhauser I, Overmann H, al e. Validation of a Diabetes - Specific Quality - Of - Life Scale for Patients with Type 1 Diabetes. Diabetes Care 1998;21:757-69

11. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. Diabetes/Metaolism Research & Reviews 1999;15:205-18

12. Saito I, Fujiko I, Ikebe T, Moriwaki C, Tsubakimoto A, Yonemasu K. Impact of diabetes on health-related quality of life in a population study in Japan. Diabetes Research and Clinical Practice 2006; 73:51-7

13. Tank ova T, Dakovsca G, Koev D. Education of diabetic patients-a one year experience. Patient Education & Counseling 2001; 43:139-45

14. Shahabjahanloo A, Ghofranipour F, Sobhani A, Kimiagar M, Vafaii M. Evaluating curvilinear hypothesis in quality of life and glycemic control in diabetic patients. Journal of Arak University of Medical Science 2008; 11:27-34

15. Darvish Pur Kakhky A. Design valid and reliable scale for measuring quality of life of patients with diabetes. master sciences Thesis.Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2004

16. Haririan H, Moghadasian S,Aghajanloo A. Quality of life and its dimensions in diabetic patients referred to the Diabetes Center of Tabriz University of Medical Sciences in 1386. Journal of Irans Diabetes & Lipid. 2009; 9:152-160

17. BA I, Baiyewu. Quality of life of patienteswith diabetes mellitus in a Nigerian teaching hospital. Hong kong Journal of psychiatric 2006; 16:27-33

18. Mohammad Pour y, Haririan H, Moghadasian S, Ebrahimi H. Quality of life and its dimensions in diabetic patients referred to the Diabetes Center of Tabriz University of Medical Sciences in 1386. Journal of School Nursing Orumiye 2008; 6 :37-42

19. Akinci F, Yildirim A, Gozu H, Sargın H, Orbay E, Sargın M. Assessment of health-related quality of life (HRQoL) of patients with type 2 diabetes in Turkey. Diabetes Research & Clinical Practice 2008; 79:117-23

20. Chehrei Ali, Sampling and sample calculation. 2 th Edition, Sara publication:Tehran, 2000

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.5.2]

ABSTRACT

Quality of life in patients with type II diabetes

Rezvan Ghafarzadegan [1*], Daryadokht Masror [1], soror Parvizy [1], Mohammad Ebrahim Khamse[2] ,Hamid Haghani [3]

1. School of nursing and midwifery, Iran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran
2. Institute of Endocrine and Metabolism Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 489-495
Accepted for publication: 16 September 2012
[EPub a head of print-9 September 2013]

Objective (s): Diabetes is one of the most common metabolic syndromes with debilitating complication, and chronic course. Chronic complications of diabetes and its potential costs are often causing of financial loss and decrease of quality of life. This study aimed to assess quality of life and its dimensions in patients with type II diabetes.
Methods: This was a cross-sectional study of 224 patients with Type II diabetes referred to the Endocrinology and Metabolism Institute of Iran University of Medical Sciences. Data were collected on demographic and quality of life including information on 5 dimensions (physical, psychological, social, economic and disease and treatment).
Results: The results showed that the physical quality of life in 53.3 percent of sample was more than average score. Also 63.4% of the patients scored higher than mean score on psychological dimension. This figure for social, economic and disease and treatment related dimensions were 65.4%, 51.8% and 51.4% respectively. Quality of life significantly was associated with age, gender, educational level, economic status and complications.
Conclusion: The findings confirmed that quality of life in diabetic patients was associated with demographic factors. Indeed in order to better manage patients subgroup of patients should be considered.

Key Words: TypeIIdiabetes،quality of life, sociodemografic factor

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.5.5.2]

[*] Corresponding author: Iran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran
Tel:086-32264044
E-mail: rghafarzadegan@gmail.com