مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی بیست و دوم، شماره‌ی ۵، صفحه‌های ۳۷۴ ـ ۳۶۶ (آذر ـ دی ۱۳۹۹)

مقاله‌ی پژوهشی

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع ۲ با سطوح مختلف حمایت اجتماعی درک شده: مطالعه‌ی قند و لیپید تهران

سارا جلالی فراهانی[۱]، دکتر پریسا امیری[۱]، پرنیان پروین[۱]، هانیه فخرالدین[۲]، لیلا چراغی[۳]، دکتر فریدون عزیزی[٤]

۱) مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،۲) دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۳) گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، ٤) مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** تهران، ولنجک، خیابان یمن، خیابان پروانه، پلاک۲۳، مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دکتر پریسا امیری؛
e- mail: amiri@endocrine.ac.ir

چکیده

مقدمه: حمایت اجتماعی درک شده می‌تواند بر ابعاد مختلف سلامت جسمانی و روان‌شناختی مبتلایان به دیابت تاثیر بگذارد. هدف این مطالعه بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بزرگسالان مبتلا به دیابت با سطوح مختلف حمایت اجتماعی درک شده بود. مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی مقطعی حاضر روی ۳۳۶ نفر از بزرگسالان شرکت‌کننده در مطالعه قند و لیپید تهران، که مبتلا به دیابت نوع ۲بودند، انجام شد. داده‌های مربوط به حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به ترتیب؛ با استفاده از پرسش‌نامه‌های بومی مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی درک شده **(MSPSS)** و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت **(SF-12v2)** جمع‌آوری و با استفاده از روش‌های آماری تحلیل کوواریانس و رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: بجز نمرات زیرمقیاس خانواده، که در مردان بیشتر از زنان بود (۴/۸±۲۴/۱ در مقابل ۵/۴±۲۳/۰)، سایر نمرات حمایت اجتماعی درک شده زنان و مردان تفاوت معناداری نداشت. امتیازهای کیفیت زندگی مشارکت‌کنندگان با سطوح حمایت اجتماعی درک شده پایین، در دو زیر مقیاس ایفای نقش عاطفی و سلامت روان در مردان و در اغلب زیرمقیاس‌های جسمانی و روان‌شناختی در زنان بطور معناداری کمتر از همتایان آنان با درک حمایت اجتماعی بالاتر بود. در مدل تعدیل شده، شانس گزارش کیفیت زندگی جسمانی و روان‌شناختی ضعیف در زنان با سطوح حمایت اجتماعی درک شده پایین به ترتیب ۱/۹۳ و ۲/۵۹ برابر زنان با سطوح حمایت اجتماعی درک شده بالا بود. نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از یک الگوی مبتنی بر جنسیت در ارتباط حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت بود که در مردان تنها در بعد روان‌شناختی و در زنان در هر دو بعد جسمانی و روان‌شناختی مشاهده گردید.

واژگان کلیدی: دیابت، حمایت اجتماعی درک شده، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، بزرگسالان، مطالعه قند و لیپید تهران

دریافت مقاله: ۹۹/۱۰/۷ـ دریافت اصلاحیه: ۹۹/۱۱/۲۹ ـ پذیرش مقاله: ۹۹/۱۲/۱۷

مقدمه

بیماری دیابت اختلالی متابولیک است که به دنبال کمبود ترشح انسولین یا اختلال عملکرد آن ایجاد می‌شود.[۱] طی سه دهه‌ی گذشته تعداد مبتلایان به دیابت در جهان به بیش از دوبرابر افزایش یافته است.[۲] در سال ۲۰۱۰ تعداد مبتلایان به دیابت در سراسر جهان ۲۸۵ میلیون نفر تخمین زده شده است و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ حدود ٤۳۹ میلیون نفر از جمعیت بزرگسالان جهان به این بیماری مبتلا شوند.[۳] طی یک مطالعه‌ی همه‌گیرشناختی در ایران در سال ۲۰۰۸، شیوع دیابت ۵/۵ درصد گزارش شده است.[٤] ابتلا به دیابت در کشورهای در حال توسعه نیز رو به افزایش می‌باشد،

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.5.2.7]

بطوری که انتظار می‌رود در سال ۲۰۲۵، بیش از ۷۵ درصد جمعیت مبتلایان به دیابت در کشورهای در حال توسعه باشند[۵،۶] که می‌تواند بار اقتصادی فراوانی را بر افراد و جامعه تحمیل نماید.[۷] بالا بودن قند خون با آسیب‌های متعدد به ارگان‌های مختلف همراه است که در صورت عدم کنترل در درازمدت؛ می‌تواند باعث بروز عوارضی همچون رتینوپاتی، نفروپاتی و نوروپاتی دیابتی، زخم‌های منجر به قطع عضو و هم‌چنین درگیری عروق کرونری قلب و بروز سکته‌های قلبی در مبتلایان به دیابت شود،[۱] که نهایتاً منجر به کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران دیابتی می‌گردد.[۸-۱۰]

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مفهومی چند بعدی است که سلامت جسمی، روحی ـ روانی و اجتماعی فرد را شامل می‌شود و ارتقای آن هدف غایی کلیه‌ی فعالیت‌ها و مداخله‌های مرتبط با سلامت می‌باشد.[۱۱،۱۲] نتایج مطالعه‌های پیشین حاکی از ارتباط کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با عوامل متعددی؛ از جمله عوامل جمعیت‌شناختی نظیر جنس، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، اشتغال فرد و هم‌چنین وضعیت ابتلا به بیماری‌ها می‌باشد.[۱۳-۱۵] حمایت اجتماعی نیز از جمله عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد است.[۱۶]

حمایت اجتماعی مفهومی آینده‌نگر بوده که بر پیش‌بینی کمک در مواقع ضرورت دلالت دارد و به معنی امکاناتی است که دیگران برای فرد فراهم می‌کنند و سبب می‌شوند آن فرد باور کند که به عنوان عنصری ارزشمند و دارای شان، مقبول و مورد احترام و علاقه‌ی دیگران در یک شبکه‌ی اجتماعی است و در حین درماندگی و گرفتاری می‌تواند به مساعدت آن‌ها امیدوار باشد.[۱۷-۱۹] پژوهش‌های پیشین وجود ارتباط مستقیم بین حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به بیماری‌های مزمن را نشان داده‌اند.[۲۰-۲۳] در مبتلایان به دیابت نیز حمایت اجتماعی ادراک شده‌ی بالاتر با افزایش گرایش به انجام فعالیت‌های خودمراقبتی و در نتیجه؛ کنترل بهتر بیماری و کاهش مرگ-ومیر ناشی از آن[۲۴] و کاهش درک منفی از عوامل تنش‌زای محیطی، کاهش احتمال بروز افسردگی، اجرای دقیق رژیم-های درمانی و کنترل بهتر وضعیت قند خون همراه بوده است. مجموع این موارد، منجر به بهبود قابل توجه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به دیابت شده است.[۲۵-۲۸] پژوهش‌های انجام شده در ایران نیز حاکی از تاثیر حمایت اجتماعی ادراک شده‌ی بالاتر بر بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت بوده است. نمونه‌های این پژوهش‌ها به مبتلایان دیابت در شهرهای ورامین، کرمانشاه و شیراز و جمعیت‌های خاص مانند زنان یا مبتلایان به دیابت غیروابسته به انسولین محدود شده‌اند[۲۹-۳۱] که ضرورت انجام مطالعه‌ی حاضر در کلان شهر تهران را آشکار می‌سازد. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد مبتلا به دیابت با سطوح مختلف حمایت اجتماعی درک شده، در جمعیت بزرگسالان تهرانی شرکت‌کننده در مطالعه‌ی قند و لیپید تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی مقطعی حاضر با استفاده از داده‌های جمعیت شرکت‌کننده در فاز ششم (فاصله سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۹۵) مطالعه قند و لیپید تهران انجام شد. مطالعه‌ی قند و لیپید تهران یک مطالعه آینده‌نگر است که با هدف تعیین عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در افراد ساکن منطقه ۱۳ تهران در سال ۱۳۷۸ آغاز شد، جزییات مربوط به اهداف و روش انجام مطالعه قند و لیپید تهران پیش‌تر به تفصیل منتشر شده است.[۳۲] از کلیه افراد بزرگسال (دارای ۲۰ سال و بالاتر) شرکت‌کننده در فاز ششم مطالعه (۱۰۰۸۷ نفر)، ۱۵۹۱ نفر مبتلا به دیابت نوع ۲ بودند. در مطالعه‌ی حاضر، از کل افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، افرادی که فاقد یکی از داده‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یا حمایت اجتماعی درک شده بودند، حذف شدند و در نهایت داده‌های ۳۳۶ فرد مبتلا به دیابت نوع۲ مورد تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت. این مطالعه توسط کمیته اخلاق پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی تصویب شد (IR.SBMU.ENDOCRINE.REC.1399.147) و از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه‌ی آگاهانه کتبی گرفته شد.

داده‌های مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال و تحصیلات و وضعیت مصرف سیگار از طریق مصاحبه فردی و توسط افراد آموزش‌دیده جمع‌آوری گردید. فعالیت بدنی و اوقات فراغت در افراد شرکت‌کننده با استفاده از پرسش‌نامه‌ی استاندارد تعدیل شده فعالیت بدنی (MAQ) ارزیابی گردید[۳۳] که روایی نسبی و پایایی گونه بومی آن قبلاً بررسی شده و انتشار یافته است.[۳۴] وزن با استفاده از ترازوی دیجیتال

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.5.2.7]

Seca روی سطح صاف، در حالی که فرد ایستاده، بدون کفش و با لباس نازک بود به کیلوگرم و با دقت ۱۰۰ گرم اندازه‌گیری و ثبت شد. قد با استفاده از متر نواری، در کنار دیوار بدون کفش در حالی که کتف‌ها در شرایط عادی قرار داشتند با دقت ۰/۵ سانتی‌متر اندازه‌گیری و ثبت شد. نمایه توده بدن با تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد (مترمربع) محاسبه شد.

حمایت اجتماعی درک شده از طریق نسخه ایرانی مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده[i] طراحی شده توسط زیمت[ii] و همکاران (۱۹۸۸) ارزیابی شد. این مقیاس دارای ۱۲ گویه است و حمایت اجتماعی درک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم را در ۳ زیر مقیاس ارزیابی می‌کند. هر کدام از زیر مقیاس‌ها دارای ٤ گویه می‌باشند و هر گویه میزان حمایت اجتماعی درک شده را در ۷ گزینه با طیفی از "کاملا موافقم" تا " کاملا مخالفم" می‌سنجد. امتیاز کل مقیاس از ۱۲ تا ۸٤ متغیر است. امتیاز بالاتر نشان‌گر حمایت اجتماعی درک شده بیشتر است. روایی و پایایی این ابزار بر روی جمعیت ایرانی بررسی شده است.[۳۵]

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با استفاده از نسخه ایرانی فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت SF-12v2 ارزیابی شد. این پرسش‌نامه شامل ۱۲ سؤال است که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در ۸ زیرمقیاس عملکرد جسمانی، محدودیت جسمانی، درد جسمانی و سلامت عمومی، نشاط، ایفای نقش عاطفی، عملکرد اجتماعی و سلامت روان می‌سنجد که در نهایت در دو بعد جسمانی و روان‌شناختی تلخیص و گزارش می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره زیرمقیاس‌ها از صفر تا صد متغیر است و امتیاز بالاتر نشان‌گر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بهتر است. روایی و پایایی نسخه ایرانی این پرسش‌نامه بررسی شده و از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار بوده است.[۳٦]

تجزیه و تحلیل آماری

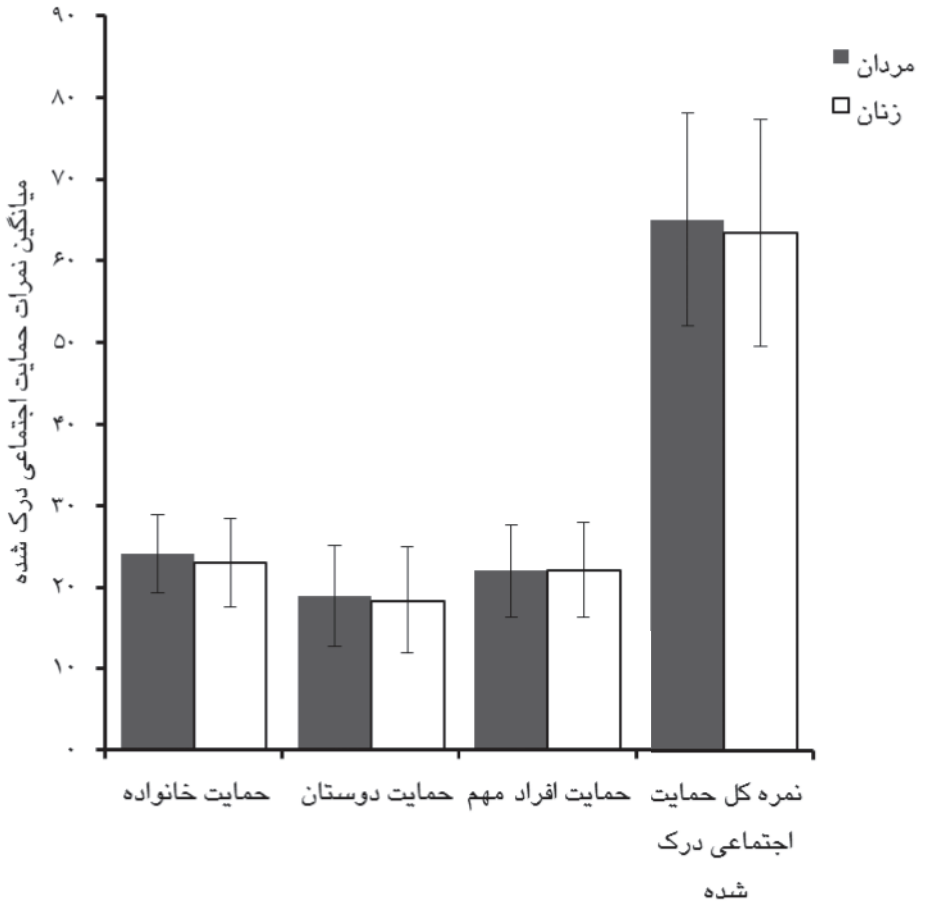
برای توصیف متغیرهای کیفی، فراوانی (درصد) و برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. حمایت اجتماعی پایین و بالا با استفاده از میانه تعریف شدند و افراد دارای مقادیر حمایت اجتماعی کمتر و بیشتر از میانه به ترتیب در گروه حمایت اجتماعی پایین و بالا قرار گرفتند. توزیع فراوانی متغیرهای کیفی و میانگین متغیرهای کمی در مردان و زنان با حمایت اجتماعی کم و بالا به ترتیب با استفاده از آزمون مربع کای و آزمون تی مقایسه شده‌اند. ارتباط حمایت اجتماعی درک شده پایین و بالا با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس (ANCOVA) و با تعدیل متغیرهای مخدوش‌گر نظیر سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، نمایه توده‌ی بدن، فعالیت بدنی و مصرف سیگار بررسی شد. کیفیت زندگی ضعیف با استفاده از میانه تعریف شد، به طوری که افرادی که دارای امتیاز کیفیت زندگی کمتر از میانه بودند در گروه کیفیت زندگی ضعیف قرار گرفتند. برای بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت زندگی ضعیف در ابعاد جسمانی و روان‌شناختی، از روش رگرسیون لجستیک استفاده شد. در مدل رگرسیون لجستیک، متغیر مستقل حمایت اجتماعی درک شده بالا و پایین می‌باشد و متغیر پاسخ، کیفیت زندگی ضعیف در ابعاد جسمانی و روان‌شناختی در نظر گرفته شده است. نسبت شانس کیفیت زندگی ضعیف در ابعاد جسمانی و روان‌شناختی در افراد دارای حمایت اجتماعی درک شده بالا و پایین و فاصله اطمینان ۹۵٪ برای آن تعیین گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه حاضر از نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سن و نمایه توده‌ی بدن کل افراد مشارکت‌کننده در مطالعه حاضر به ترتیب ۱۰/۹±۵۸/٦ سال و۵/۲±۲۹/۹ کیلوگرم بر مترمربع بود. میانگین و انحراف معیار نمرات حمایت اجتماعی درک شده و زیر گروه‌های آن در مردان و زنان در نمودار ۱ نشان داده شده است. بجز امتیاز حمایت اجتماعی درک شده از خانواده، که در مردان بطورمعناداری بالاتر از زنان بود، سایر امتیازهای حمایت اجتماعی درک شده در زنان و مردان تفاوت معناداری نداشت. داده‌های توصیفی افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، به تفکیک جنسیت و میزان حمایت اجتماعی درک شده (پایین و بالا) در جدول ۱ آمده است.

i- Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)
ii -Zimet

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.5.2.7]



نمودار ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات حمایت اجتماعی درک شده و زیر گروه‌های آن در مردان و زنان

جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی، نمایه توده بدن، فعالیت بدنی و مصرف سیگار در مردان و زنان شرکت‌کننده در مطالعه با سطوح مختلف حمایت اجتماعی درک شده

	مرد (n=۱۵۷)			زن (n=۱۷۹)		
	حمایت اجتماعی کم	حمایت اجتماعی زیاد	p	حمایت اجتماعی کم	حمایت اجتماعی زیاد	p
سن (سال)*	۵۹/۹±۱۱/۱	۵۹/۴±۱۱/۶	۰/۸۰۰	۵۹/۷±۱۰/۹	۵۶/۲±۱۰/۳	۰/۰۲۶
وضعیت تاهل†						
متاهل	۷۰(۹۲/۱)	۷۸(۹۶/۳)	۰/۳۱۷	۵۵(۶۴/۰)	۱۵(۱۶/۱)	۰/۰۰۲
مجرد/بیوه/مطلقه	۶(۷/۹)	۳(۳/۷)		۳۱(۳۶/۰)	۷۸(۸۳/۹)	
سطح تحصیلات†						
زیر دیپلم	۱۸(۲۳/۷)	۲۶(۳۲/۱)	۰/۲۴۱	۴۵(۵۲/۳)	۴۹(۵۲/۷)	۰/۹۶۱
دیپلم و بالاتر	۵۸(۷۶/۳)	۵۵(۶۷/۹)		۴۱(۴۷/۷)	۴۴(۴۷/۳)	
وضعیت اشتغال†						
شاغل	۳۶(۴۷/۴)	۵۰(۶۱/۷)	۰/۰۷۱	۱۲(۱۴/۰)	۹(۹/۷)	۰/۳۷۴
غیرشاغل	۴۰(۵۲/۶)	۳۱(۳۸/۳)		۷۴(۸۶/۰)	۸۴(۹۰/۳)	
نمایه توده بدن*	۲۸/۴±۴/۶	۲۸/۵±۴/۴	۰/۸۹۲	۳۰/۷±۴/۷	۳۱/۶±۶/۱	۰/۲۸۰
وضعیت مصرف سیگار†						
بلی	۱۷(۲۲/۴)	۱۶(۲۰/۰)	۰/۷۱۷	۲(۲/۳)	۲(۲/۲)	۱/۰
خیر	۵۹(۷۷/۶)	۶۴(۸۰/۰)		۸۴(۹۷/۷)	۹۱(۹۷/۸)	
میزان فعالیت بدنی†						
کم	۳۴(۵۰/۰)	۳۵(۴۴/۹)	۰/۵۳۶	۳۱(۳۶/۹)	۲۲(۲۳/۹)	۰/۰۶۱
متوسط و زیاد	۳۴(۵۰/۰)	۴۳(۵۵/۱)		۵۳(۶۳/۱)	۷۰(۷۶/۱)	

* میانگین و انحراف معیار، † فراوانی (درصد)

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.5.2.7]

جدول ۲ میانگین امتیازهای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در سطوح مختلف حمایت اجتماعی درک شده بعد از تعدیل متغیرهای مخدوش‌گر (سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، نمایه توده بدن، فعالیت بدنی و مصرف سیگار) نشان می‌دهد. همان‌طور که داده‌های جدول نشان می‌دهد، در مردان؛ امتیازهای کیفیت زندگی فقط در زیر مقیاس‌های ایفای نقش عاطفی و سلامت روان در مردان با سطوح حمایت اجتماعی درک شده بالا بطور معناداری بیشتر از مردان با سطوح حمایت اجتماعی درک شده پایین بود. در حالی که در زنان، تمامی امتیازهای کیفیت زندگی به جز امتیازهای زیرمقیاس عملکرد جسمانی و خلاصه امتیاز جسمانی، در زنان با سطوح حمایت اجتماعی درک شده بالا بطور معناداری بیشتر از زنان با سطوح حمایت اجتماعی درک شده پایین بود.

جدول۲- میانگین امتیازهای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد مبتلا به دیابت با سطوح مختلف حمایت اجتماعی درک شده

	مرد				زن			
	حمایت اجتماعی کم	حمایت اجتماعی زیاد	β*(se)	P	حمایت اجتماعی کم	حمایت اجتماعی زیاد	β(se)	p
امتیازهای کیفیت زندگی								
عملکرد جسمانی	۷۷/۷±٤/۷	۸۳/٤±٥/۰	٥/٦٤(۳/۹۳)	۰/۱٥۳	۷۷/۰±۷/٦	۸۱/۸±۷/۸	٤/۸۳(٤/۳۹)	۰/۲۷۲
محدودیت جسمانی	۸۳/٥±٤/۱	۸۳/٤±٤/۳	-۰/٤۱(۳/٤۰)	۰/۹۹۰	۷۲/۲±٦/٥	۸۱/۹±٦/۷	۹/۷۱(۳/۷٦)	۰/۰۱۱
درد جسمانی	۷۸/٥±٤/٦	۷۸/۸±٤/۸	۰/۳۳(۳/۷۹)	۰/۹۳۱	۷٦/۸±۷/۸	۹۰/۹±۸/۱	۱٤/۱۱(٤/٥۲)	۰/۰۰۲
سلامت عمومی	۳٦/۳±٤/۳	۳۹/٦±٤/٥	۳/۳۳(۳/٥٤)	۰/۳٤۸	۳۸/۱±٥/٥	٤۷/٥±٥/۷	۹/۳٥(۳/۱۷)	۰/۰۰٤
خلاصه امتیاز جسمانی	٤۷/۰±۱/٤	٤٦/٦±۱/٥	-۰/٤(۱/۱٥)	۰/۷۲۸	٤۷/۷±۲/٥	٥۰/۱±۲/٦	۲/٤۳(۱/٤٤)	۰/۰۹۳
نشاط	٦۹/۷±٥/٤	٦٤/۱±٥/٦	-٥/٦۳(٤/٤٥)	۰/۲۰۹	٥٦/۰±۷/۸	٦٥/۱±۸/۱	۹/۱۲(٤/٥۱)	۰/۰٤٥
عملکرد اجتماعی	۷۲/۰±٥/۱	۷٦/۲±۳٥	٤/۱٤(٤/۲۰)	۰/۳۲٦	٦۲/۷±۷/۷	۸۲/۷±۷/۹	۲۰/۰(٤/٤۳)	<۰/۰۰۱
ایفای نقش عاطفی	۷٤/۱±٤/٥	۸۲/٦±٤/۷	۸/٥۱(۳/٦۹)	**۰/۰۲۳**	٥٥/۷±٦/٦	٦۷/٦±٦/۸	۱۱/۸٤(۳/۸۲)	۰/۰۰۲
سلامت روان	٦۸/٥±٤/٤	۷٦/۰±٤/٦	۷/٥۱(۳/٦٥)	**۰/۰٤۲**	٦۰/۹±٦/٦	۷۳/۹±٦/۸	۱۲/۹٥(۳/۸۲)	۰/۰۰۱
خلاصه امتیاز روان‌شناختی	٤۷/۸±۱/۹	٥۰/٦±۲/۰	۲/۸۷(۱/٥۹)	۰/۰۷۲	٤۰/۷±۳/۲	٤۷/۷±۳/۳	٦/۹٦(۱/۸۳)	<۰/۰۰۱

داده‌ها به صورت میانگین (تعدیل شده با متغیرهای سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، وضعیت اشتغال، نمایه توده بدن، فعالیت بدنی و مصرف سیگار) و خطای معیار گزارش شده‌اند.
*اختلاف میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه حمایت اجتماعی زیاد نسبت به کم

جدول ۳ یافته‌های حاصل از بررسی ارتباط سطوح مختلف حمایت اجتماعی درک شده را با کیفیت زندگی جسمانی و روان‌شناختی ضعیف، با استفاده از روش رگرسیونی لجستیک، نشان می‌دهد.

جدول ۳- نسبت شانس و فاصله اطمینان ۹۵٪ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین در افراد مبتلا به دیابت برحسب سطوح مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده

	مرد				زن			
	بعد جسمانی کیفیت زندگی		بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی		بعد جسمانی کیفیت زندگی		بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی	
	OR(95%CI)	P value	OR(95%CI)	P value	OR(95%CI)	P value	OR(95%CI)	P value
مدل خام								
حمایت اجتماعی زیاد	۱		۱		۱		۱	
حمایت اجتماعی کم	۱/۰۸(۰/٥۸ - ۲/۰۱)	۰/۸۱۷	۱/۹۰(۱/۰۱ - ۳/٥۸)	**۰/۰٤۷**	۱/۷٦(۰/۹۷ - ۳/۱۷)	۰/۰٦۳	۲/۳۲(۱/۲۷ - ٤/۲۲)	۰/۰۰٦
مدل تعدیل شده*								
حمایت اجتماعی زیاد	۱		۱		۱		۱	
حمایت اجتماعی کم	۰/۷۲(۰/۳٦ - ۱/٤۷)	۰/۳۷۱	۱/۸۲(۰/۹۰ - ۳/٦۸)	۰/۰۹۸	۱/۹۳(۱/۰۱ - ۳/۷۱)	۰/۰٤۲	۲/٥۹(۱/۳٥ - ٤/۹٤)	۰/۰۰٤

*اثر متغیرهای سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، وضعیت اشتغال، نمایه توده بدن، فعالیت بدنی در هردو جنسیت و مصرف سیگار در مردان تعدیل شده است.

در مدل خام، شانس گزارش کیفیت زندگی جسمانی ضعیف در مردان و زنان دارای سطوح حمایت اجتماعی درک شده مختلف تفاوت معناداری نداشت. در حالی که، شانس گزارش کیفیت زندگی روان‌شناختی ضعیف در مردان و زنان با سطوح حمایت اجتماعی درک شده پایین، به ترتیب ۱/۹ (p=۰/۰٤۷) و ۲/۳۲ (p=۰/۰۰٦) برابر این شانس در مردان و زنان با سطوح حمایت اجتماعی درک شده بالا بود. پس از تعدیل اثر متغیرهای مخدوش کننده، شانس گزارش کیفیت

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.5.2.7]

زندگی جسمانی و روان‌شناختی ضعیف در مردان با سطوح مختلف حمایت اجتماعی تفاوت معناداری نداشت. در حالی که در مدل تعدیل شده، شانس گزارش کیفیت زندگی جسمانی و روان‌شناختی ضعیف در زنان با سطوح حمایت اجتماعی درک شده پایین، به ترتیب ۱/۹۳ (p=۰/۰۴۲) و ۲/۵۹ (p=۰/۰۰۴) برابر شانس گزارش کیفیت زندگی ضعیف در زنان با سطوح حمایت اجتماعی درک شده بالا بود.

بحث

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی ارتباط کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع ۲ با سطوح متفاوت از حمایت اجتماعی درک شده انجام شد. نتایج به دست آمده، سطح بالاتر حمایت اجتماعی درک شده از سوی خانواده را در مردان در مقایسه با زنان نشان داد. یافته‌های این مطالعه نشان داد؛ در زنان مبتلا به دیابت که حمایت اجتماعی درک شده پایین‌تری داشتند، امتیاز کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در اغلب زیر مقیاس‌های جسمانی و روان‌شناختی پایین‌تر از همتایان آنان با درک حمایت اجتماعی بالاتر بود. این در حالی است که امتیاز کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مردان مبتلا به دیابت با سطوح پایین حمایت اجتماعی درک شده، تنها در بعد روان‌شناختی و در زیرمقیاس‌های ایفای نقش‌های عاطفی و سلامت روان از مردان با سطوح حمایت اجتماعی بالا پایین‌تر بود. هم‌چنین مطالعه ما نشان داد احتمال گزارش کیفیت زندگی پایین در زنان مبتلا به دیابت با حمایت اجتماعی پایین در مقایسه با زنانی که از حمایت درک شده بالایی برخوردار بودند، در بعد جسمانی در حدود دو برابر و در بعد روان‌شناختی بیش از دو و نیم برابر بود.

مطالعه‌ی حاضر تفاوت‌های جنسیتی در ارتباط کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و حمایت اجتماعی در افراد مبتلا به دیابت را نشان داد. بر اساس مطالعه‌ی تنگ[i] و همکاران بر روی ۲۹ مرد و ۶۰ زن مبتلا به دیابت نوع ۲، مردان در مقایسه با زنان، علاوه بر این که مقدار حمایت اجتماعی بیشتری را دریافت نموده بودند، رضایت بیشتری از حمایت دریافت شده داشته و حمایت مثبت بیشتری را نیز تجربه کرده بودند. این یافته را می‌توان با منابع بیشتر حمایت مردان در مقایسه با زنان و در نتیجه مقدار بیشتر حمایت اجتماعی در مردان توجیه کرد.[۳۷] بر اساس مطالعه‌ی محبی و همکاران بر روی مبتلایان به دیابت نوع ۲، مردان در مقایسه با زنان حمایت اجتماعی بیشتری را دریافت کرده‌اند. در جامعه‌ی ایران، زنان مسئولیت بیشتری در زمینه‌ی مراقبت از کل خانواده دارند و در نتیجه به اندازه‌ی دیگر اعضای خانواده از حمایت اجتماعی بهره‌مند نمی‌گردند. خانواده اولین و مهم‌ترین منبع حمایت اجتماعی است. در افراد متاهل، به علت تعاملات بیشتر و شبکه‌ی ارتباطی وسیع‌تر، حمایت اجتماعی درک شده بالاتر بوده و در این میان همسر به عنوان مهم‌ترین منبع حمایت اجتماعی معرفی شده است.[۳۷] از آنجایی که در مطالعه‌ی حاضر نیز درصد بیشتری از مردان شرکت‌کننده (بیش از ۹۰ درصد) در مقایسه با زنان، متاهل بوده‌اند، این یافته می‌تواند به دلیل برخورداری درصد بیشتری از مردان از حمایت اجتماعی درک شده از سوی همسر در مقایسه با زنان شرکت‌کننده باشد. به علاوه این یافته همسو با سایر پژوهش‌هایی است که منابع و میزان بیشتری از حمایت اجتماعی را در مردان در مقایسه با زنان در زمینه‌ی دیابت تایید کرده‌اند.[۳۸،۳۹]

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با سطوح مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در بیماران مبتلا به دیابت نشان داد. همسو با یافته‌های حاضر، نتایج پژوهش‌های پیشین نیز حاکی از آن است که رضایت از میزان حمایت اجتماعی با بهبود کیفیت زندگی و کنترل بهتر قند خون در افراد به مبتلا به دیابت همراه است.[۴۰] حمایت اجتماعی شامل حمایت دریافت شده از سوی خانواده، دوستان، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و هم‌چنین شبکه‌های اجتماعی می‌باشد که باعث خودمراقبتی بیشتر در زمینه‌ی بیماری می‌گردد.[۴۱] بر اساس مطالعه‌ی رزلند[ii] و همکاران حمایت عملی و عاطفی دریافت شده، چه از سوی خانواده و چه از سوی دوستان، در افراد مبتلا به دیابت باعث کنترل بهتر بیماری می‌گردد.[۴۲] در مطالعه‌ی تنگ[iii] و همکاران حمایت اجتماعی مثبت با پای‌بندی بیشتر بیماران به رژیم غذایی توصیه شده و فعالیت بدنی منظم و حمایت اجتماعی منفی با مصرف نامنظم داروها همراه بود.[۳۷] استروم و اج[iv] نیز در مرور نظام‌مند خود بر روی ۳۷ مطالعه نشان دادند که افزایش سطح حمایت اجتماعی در افراد مبتلا به دیابت منجر

i -Tang

ii -Roseland
iii- Tang
iv -Strom and Egede

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.5.2.7]

به بهبود در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت، اتخاذ سبک زندگی سالم در راستای مدیریت بیماری و در نهایت سطح بالاتری از سلامت می‌گردد.[۴۳] در خصوص ارتباط حمایت اجتماعی درک شده در مبتلایان به دیابت با ابعاد روان‌شناختی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، مطالعه‌های پیشین نشان داده‌اند که افزایش حمایت اجتماعی با کاهش اختلالات هیجانی و بهبود سلامت روان همراه است.[۴۴] طبق پژوهش‌های انجام شده حمایت اجتماعی درک شده می‌تواند باعث افزایش اعتماد به نفس و خود مراقبتی گردد و با تاثیر مثبت بر روی جنبه‌های روان‌شناختی و جسمانی، در نهایت منجر به ارتقای عملکرد و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت گردد.[۴۵]

در مطالعه‌ی حاضر علاوه بر تفاوت‌های جنسیتی مشاهده شده در میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از منابع حمایتی مختلف، یافته‌های به دست آمده تفاوت در تاثیر ادراک حمایت اجتماعی بر ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان و مردان شرکت‌کننده در مطالعه را نشان داد، به طوری که ارتباط مذکور در مردان تنها در بعد روان‌شناختی و در زنان در هر دو بعد جسمانی و روان‌شناختی مشاهده شد. این در حالی است که یافته‌های پیشین مطالعه‌ی قند و لیپید تهران بر روی جمعیت عمومی بزرگسال، تاثیر حمایت اجتماعی درک شده را بر هر دو جنبه‌ی جسمانی و روان‌شناختی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان و مردان نشان داده و حاکی از عدم وجود تفاوت جنسیتی در ارتباط مشاهده شده بود.[۴۶] در همین راستا مطالعه‌ی پوند[i] و همکاران نشان داد، کیفیت کنترل دیابت در تمام گروه‌های سنی زنان مبتلا، پایین‌تر از مردان است، که می تواند به این علت باشد که زنان اغلب علاوه بر پذیرش بیماری خود، وظیفه‌ی مراقبت و حمایت از خانواده را نیز به عهده دارند که چنین شرایطی می‌تواند تظاهر متفاوت عوارض جسمانی را در زنان و مردان پایه‌ریزی نماید.[۴۷] هم‌چنین در مطالعه‌ی پیشین انجام شده بر روی ۱۴۳ مرد و ۸۳ زن مبتلا به دیابت، امتیاز زنان در اضطراب کمی بالاتر از مردان بود. در مقابل، مردان بهتر از زنان با بیماری کنار آمدند، که این یافته را می‌توان با مسئولیت زنان در تهیه و تدارک غذای روزانه و مراقبت از خانواده و در نتیجه عدم توانایی آنان در پای‌بندی به رژیم غذایی و داروهای خود توجیه کرد.[۴۸] یافته‌ای که می‌تواند موید نتایج حاصل از مطالعه‌ی پوند در خصوص تاثیر مسئولیت‌های خانوادگی زنان بر خودمراقبتی و کنترل عوارض جسمانی ناشی از دیابت باشد. هم‌چنین پای‌بندی زنان به ایفای نقش‌های سنتی در خانواده و عدم تمایل آنان به مطرح کردن بیماری با همسر که می‌تواند موجب بر هم زدن روال عادی و سبک زندگی افراد خانواده شود نیز می‌تواند دلیل دیگری بر وجود مشکلات جسمانی بیشتر زنان در مقایسه با مردان مبتلا به دیابت باشد[۴۹] و در نهایت صرف‌نظر از میزان ادراک حمایت اجتماعی، وجود باورهای رایج مبنی بر قدرت‌مندی جسمانی بیشتر مردان و توانایی بالاتر آنان در حل مساله، می‌تواند از دیگر عوامل زمینه‌ساز خودارزیابی جسمانی بهتر در مردان مبتلا به دیابت باشد.[۵۰]

پیش از این پژوهش‌های متعددی به صورت مجزا به بررسی وضعیت حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت پرداخته‌اند، مطالعه‌ی حاضر از اولین پژوهش‌هایی است که به بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی با درنظر گرفتن میزان حمایت اجتماعی درک شده‌ی آنان پرداخته است. از محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به طراحی مقطعی آن اشاره نمود که امکان بررسی روابط علیتی را محدود و امکان‌ناپذیر می‌سازد. هم‌چنین جمعیت مورد بررسی در این مطالعه شرکت‌کنندگان مطالعه قند و لیپید تهران بوده‌اند این امر امکان تعمیم‌پذیری نتایج به جوامع غیر شهری و یا ساکن شهرهای کوچک را محدود می‌نماید. علاوه بر این، در مطالعه حاضر اثر برخی متغیرهای مداخله‌گر مانند اعتماد به نفس و روش‌های سازگاری بر درک حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بررسی نشده است که بررسی آن‌ها در مطالعات آتی پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر حاکی از ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به دیابت نوع ۲ بود. الگوی جنسیتی مشاهده شده در ارتباط مذکور، بر ضرورت ارتقاء حمایت اجتماعی بیشتر از مبتلایان به این بیماری به ویژه در زنان به دلیل تاثیر گسترده‌تر حمایت درک شده بر ابعاد جسمانی و روان‌شناختی سلامت آنان تاکید می‌نماید.

سپاسگزاری: پژوهش حاضر با حمایت مالی پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم انجام شده است که بدین‌وسیله نویسندگان

i- Pound

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.5.2.7]

مراتب سپاس و قدردانی خود را اعلام می‌دارند. هم‌چنین نویسندگان از شرکت‌کنندگان مطالعه قند و لیپید تهران و کارکنان محترم واحد بررسی قند و چربی‌های خون که امکان انجام این مطالعه را فراهم نمودند، قدردانی و تشکر می‌نمایند.

تعارض منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Mellitus D. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care 2005; 28: S37-42.
2. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus—present and future perspectives. Nat Rev Endocrinol 2011; 8: 228-36.
3. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pract 2010; 87: 4-14.
4. Azimi-Nezhad M, Ghayour-Mobarhan M, Parizadeh M R, Safarian M, Esmaeili H, Parizadeh S M J, et al. Prevalence of type 2 diabetes mellitus in Iran and its relationship with gender, urbanisation, education, marital status and occupation. Singapore Med J 2008; 49: 571.
5. Animaw W, Seyoum Y. Increasing prevalence of diabetes mellitus in a developing country and its related factors. PLoS One 2017, 12: p. e0187670.
6. Azizi F, Guoya M, Vazirian P, Dolatshati P, Habbibian S. Screening for type 2 diabetes in the Iranian national programme: a preliminary report. East Mediterr Health J 2003; 9: 1122-7.
7. Bommer C, Sagalova V, Heesamann E, Manne-Goehler J, Atun R, Banighausen T, et al., Global Economic Burden of Diabetes in Adults: Projections From 2015 to 2030. Diabetes Care 2018; 41: p. 963-970.
8. Association AD. Quality of life in type 2 diabetic patients is affected by complications but not by intensive policies to improve blood glucose or blood pressure control (UKPDS 37). UK Prospective Diabetes Study Group. Diabetes Care 1999; 22: 1125-36.
9. Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolk RP, Rutten GE, Wolffenbuttel BH, Niessen LW. Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes. Diabetes Care 2002; 25: 458-63.
10. Wexler DJ, Grant RW, Wittenberg E, Bosch JL, Cagliero E, Delahanty L, et al. Correlates of health-related quality of life in type 2 diabetes. Diabetologia 2006; 49: 1489-97.
11. Green LW. Health program planning. An educational and ecological approach 2005
12. Karimi M, Brazier J. Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? Pharmacoeconomics 2016; 34: 645-9.
13. Jalali-Farahani S, Amiri P, Bakht S, Shayeghian Z, Cheraghi L, Azizi F. Socio-demographic determinants of health-related quality of life in Tehran lipid and glucose study (TLGS). International Journal of Endocrinology and Metabolism 2017; 15: e14548.
14. Song T, Ding YW, Sun Y, He YN, Qi DJ, Wu Y, et al. A population-based study on health-related quality of life among urban community residents in Shenyang, Northeast of China. BMC Public Health 2015; 15: 921.
15. Mitsi A, Kourakos M, Poulimenakou G, Latsou D, Sarris M. Therapeutic relationship and quality of life in chronic diseases. American Journal of Nursing 2018; 7: 103-8.
16. Jalali-Farahani S, Amiri P, Karimi M, Vahedi-Notash G, Amirshekari G, Azizi F. Perceived social support and health-related quality of life (HRQoL) in Tehranian adults: Tehran Lipid and Glucose Study. Health Qual Life Outcomes 2018; 16: 90.
17. Thoits PA. Life stress, social support, and psychological vulnerability: Epidemiological considerations. J Community Psychol 1982; 10: 341-62.
18. Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health: OUP Oxford; 2005.
19. Lin N, Fu Yc, Hsung RM. Measurement techniques for investigations of social capital. Social capital: Theory and research 2001: 57-81.
20. Årestedt K, Saveman B-I, Johansson P, Blomqvist K. Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs 2013; 12: 69-77.
21. Bekele T, Rourke SB, Tucker R, Greene S, Sobota M, Koornstra J, et al. Direct and indirect effects of perceived social support on health-related quality of life in persons living with HIV/AIDS. AIDS Care 2013; 25: 337-46.
22. Leung J, Pachana N.A, McLaughlin D. Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. Psycho-Oncology 2014; 23: p. 1014-20.
23. Eom CS, Shin DW, Kim SY, Yang HK, Jo HS, Kweon SS, et al. Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. Psychooncology 2013; 22: 1283-90.
24. Rad GS, Bakht LA, Feizi A, Mohebi S. Importance of social support in diabetes care. Journal of Education and Health Promotion 2013; 2: 62.
25. Göz F, Karaoz S, Goz M, Ekız S, Cetın I. Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life. J Clin Nurs 2007; 16: 1353-60.
26. Westaway MS, Seager JR, Rheeder P, Van Zyl DG. The effects of social support on health, well-being and management of diabetes mellitus: a black South African perspective. Ethn Health 2005; 10: 73-89.
27. Tang TS, Brown MB, Funnell MM, Anderson RM. Social support, quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. Diabetes Educ 2008; 34: 266-76.
28. Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Durán-Muñoz CA, Flores YN, Salmerón J. Relationship between social support and the physical and mental wellbeing of older Mexican adults with diabetes. Rev Invest Clin 2009; 61: 383-91.
29. Shareh H, Soltani E, Ghasemi A. Prediction of quality of life of non-insulin-dependent diabetic patients based on perceived social support. 2012. Zahedan Journal of Research in medical sciences (TABIB-E-SHARGH) [Farsi]
30. Souri A, Ashoori J. The relationship between perceived social support, psychological hardiness and family communication patterns with quality of life among patients with type II diabetes. Journal of Diabetes Nursing 2015; 3: 53-65. [Farsi]
31. Mousavi A, Vahedi Z, Kiaei Z, Rahimi M. The relationship between family social support and quality of

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.5.2.7]

life in diabetic female patients. Journal of Research and Health 2017; 7: 712-8.
32. Azizi F, Rahmani M, Emami H, Mirmiran PA, Hajipour R, Madjid M, et al. Cardiovascular risk factors in an Iranian urban population: Tehran lipid and glucose study (phase 1). Soz präventivmed 2002; 47: 408-26.
33. Kriska AM, Knowler WC, LaPorte RE, A L Drash, R R Wing, S N Blair, et al. Development of questionnaire to examine relationship of physical activity and diabetes in Pima Indians. Diabetes Care 1990; 13: 401-11.
34. Momenan AA, Delshad M, Sarbazi N, REZAEI GN, Ghanbarian A, AZIZI F. Reliability and validity of the Modifiable Activity Questionnaire (MAQ) in an Iranian urban adult population. Arch Iran Med 2012; 15: 279-82.
35. Bagherian-Sararoudi R, Hajian A, Ehsan HB, Sarafraz MR, Zimet GD. Psychometric properties of the Persian version of the multidimensional scale of perceived social support in Iran. Int J Prev Med 2013; 4: 1277-81.
36. Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Asadi-Lari M, Omidvari S, Tavousi M. The 12-item medical outcomes study short form health survey version 2.0 (SF-12v2): a population-based validation study from Tehran, Iran. Health Qual Life Outcomes 2011; 9: 12.
37. Mohebi S, Parham M, Sharifirad G, Gharlipour Z, Mohammadbeigi A, Rajati F. Relationship between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics: a cross-sectional study. J Educ Health Promot 2018; 7:48.
38. Jordan DN, Jordan JL. Self-care behaviors of Filipino-American adults with type 2 diabetes mellitus. J Diabetes Complications 2010; 24: 250-8.
39. Saeidinejat S, Chahipour M, Esmaily HV, Ghonche H, Fathalizadeh S, Omidbakhsh R. Role of family support in self care of type II diabetic patients. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2014; 16: 95-102. [Farsi]
40. Bowen PG, Clay OJ, Lee LT, Vice J, Ovalle F, Crowe M. Associations of social support and self-efficacy with quality of life in older adults with diabetes. J Gerontol Nurs 2015; 41: 21-9.
41. Vaccaro JA, Exebio JC, Zarini GG, Huffman FG. The role of family/friend social support in diabetes self-management for minorities with type 2 diabetes. World Journal of Nutrition and Health 2014; 2: 1-9.
42. Rosland A-M, Kieffer E, Israel B, Marvis Cofield, Gloria Palmisano, Brandy Sinco, Michael Spencer, et al. When is social support important? The association of family support and professional support with specific diabetes self-management behaviors. J Gen Int Med 2008; 23: 1992-9.
43. Strom JL, Egede LE. The impact of social support on outcomes in adult patients with type 2 diabetes: a systematic review. Curr Diab Rep 2012; 12: 769-81.
44. Ramkisson S, Pillay BJ, Sibanda W. Social support and coping in adults with type 2 diabetes. Afr J Prim Health Care Fam Med 2017; 9: 1-8.
45. Yu DS, Lee DT, Woo J. Psychometric testing of the Chinese version of the medical outcomes study social support survey (MOS-SSS-C). Res Nurs Health 2004; 27: 135-43.
46. Jalali-Farahani S, Amiri P, Karimi M, Vahedi-Notash G, Amirshekari G, Azizi F. Perceived social support and health-related quality of life (HRQoL) in Tehranian adults: Tehran lipid and glucose study. Health Qual Life Outcomes 2018; 16: 90.
47. Pound N, Sturrock N, Jeffcoate W. Age related changes in glycated haemoglobin in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. Diabetic Med 1996; 13: 510-3.
48. Sriram V, Sridhar GR, Madhu K. Gender and Diabetes. Journal of Health Social Behaviour 2005; 21: 97-102.
49. Martz DM, Handley KB, Eisler RM. The relationship between feminine gender role stress, body image, and eating disorders. Psychology of Women Quarterly 1995; 19: 493-508.
50. Siddiqui MA, Khan MF, Carline TE. Gender differences in living with diabetes mellitus. Mater Sociomed 2013; 25: 140.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.5.2.7]

Original Article

Health-Related Quality of Life in Diabetic Adults with Different Levels of Perceived Social Support: Tehran Lipid and Glucose Study

Jalali-Farahani S[1], Amiri P[1], Parvin P[1], Fakhredin H[2], Cheraghi L[3], Azizi F[4]

[1]Research Center for Social Determinants of Health, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. [2]Shahid Beheshti University of Medical Sciences, School of Medicine, Tehran, Iran. [3]Department of Epidemiology and Biostatistics, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. [4]Endocrine Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran.

e-mail: amiri@endocrine.ac.ir

Received: 27/12/2020 **Accepted**: 07/03/2021

Abstract

Introduction: Perceived social support can influence various aspects of the physical and psychological health of diabetic patients. This study aimed to evaluate the health-related quality of life (HRQOL) of adults with type 2 diabetes with different levels of perceived social support. Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 336 adults with type 2 diabetes, participating in the Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS). Data on the perceived social support and HRQOL were collected using the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and the Health-Related Quality of Life Scale (SF-12v2), respectively. Data analysis was performed using the analysis of covariance and logistic regression analysis. Results: There were no significant differences between women and men in terms of perceived social support scores, except for the family subscale, which was higher in men than women (24.1±4.8 vs. 23.0±5.4). The HRQOL scores of the participants with low levels of perceived social support were significantly lower in the two subscales of role emotional and mental health in men and in the majority of physical and psychological subscales in women as compared to their counterparts with high levels of perceived social support. After adjusting for the effects of confounding variables, the probability of poor physical and psychological QOL in women with low levels of perceived social support was 1.93 and 2.59 times higher than women with high levels of perceived social support, respectively. Conclusion: The findings of the present study indicated a gender-specific pattern in the relationship between the perceived social support and HRQOL in patients with type 2 diabetes. A relationship was observed between low perceived social support and poor HRQOL in men only in the psychological health dimension and in women in both physical and psychological health dimensions.

Keywords: Diabetes, Perceived social support, Health-related quality of life, Adult, Tehran Lipid and Glucose Study

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-09-12]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.5.2.7]