مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی هشتم، شماره‌ی ۱، صفحه‌های ۵۶ ـ ۴۹ (بهار ۱۳۸۵)

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی ارتباط کیفیت زندگی با مشخصات بیماری و فردی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۸۳

علی درویش‌پور کاخکی، دکتر ژیلا عابد سعیدی، دکتر فریدون یغمایی، دکتر حمید علوی مجد، دکتر علی منتظری

چکیده

مقدمه: دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن عصر حاضر است که بروز و شیوع آن در دنیا و ایران به طور فزاینده‌ای در حال افزایش است. سلامتی و بهبود کیفیت زندگی از عوامل بسیار مهم در انجام رفتارهای خود پایشی و انجام دستورات درمانی ـ مراقبتی است که اهمیت ویژه‌ای در پیشگیری از عوارض حاد و مزمن دیابت دارد. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت و ارتباط آن با مشخصات فردی بیماران مبتلا به دیابت بیماری انجام شده است.
مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی است، که روی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به درمانگاه‌های دیابت بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران انجام شد. بیماران از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس از چهار مرکز مورد پژوهش برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. به منظور گرداوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی اطلاعات شخصی و بیماری و نسخه‌ی فارسی ابزار کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ استفاده شد. پس از استخراج اطلاعات، از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد. **یافته‌ها: از ۱۳۱ بیمار مبتلا به دیابت شرکت‌کننده** در این مطالعه، ۶۰/۳٪ بیماران مؤنث و ۳۹/۷٪ بیماران مذکر با میانگین سنی(۱۲/۷۴±) ۴۷/۳۰ سال بودند. دامنه‌ی نمرات کسب شده برای ابعاد مختلف کیفیت زندگی از (۱۳±) ۴۶/۲ برای سلامت عمومی تا (۲۶/۶۰±)۶۴/۱۳ برای عملکرد جسمی متغیر **بوده. بین سن با ابعاد عملکرد جسمی و ایفای نقش عاطفی رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود داشت (p<۰/۰۱). از نظر متغیرهای جنس (p<۰/۰۵)، میزان تحصیلات (p<۰/۰۵)، نوع دیابت (p<۰/۰۱) و نوع درمان (p<۰/۰۵) تفاوت معنی‌دار آماری در ابعاد متفاوت کیفیت زندگی به دست آمد. بین سایر متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش از قبیل وضعیت تأهل، اشتغال،** مدت ابتلا به دیابت و غیره تفاوت یا رابطه‌ی معنی‌دار آماری با ابعاد مختلف کیفیت زندگی به دست نیامد. **نتیجه‌گیری:** دیابت نیز مانند سایر بیماری‌های مزمن با تحت تأثیر قرار دادن ابعاد مختلف زندگی باعث کاهش کیفیت زندگی فرد مبتلا می‌شود. در **مقایسه‌ی مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌های انجام شده در دیگر کشورها، نتایج متفاوت به دست آمده می‌تواند دلالت بر تأثیر فرهنگ بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت داشته باشد. بنا بر این برنامه‌ریزی‌های بهداشتی ـ درمانی و انجام اقدامات درمانی ـ مراقبتی با در نظر گرفتن جنبه‌ی فرهنگی به منظور ارتقای کیفیت زندگی و وضعیت سلامت بیماران مبتلا به دیابت ضروری است.**

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، دیابت، ایران
دریافت مقاله: ۸۴/۵/۱۳ ـ دریافت اصلاحیه: ۸۴/۸/۴ ـ پذیرش مقاله: ۸۴/۹/۱۹

دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسؤول:** شاهرود- خیابان شهدا- روبروی در دوم پادگان- دانشکده‌ی علوم پزشکی شاهرود، علی درویش‌پور کاخکی e-mail: darvishpur @yahoo.com

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

مقدمه

دیابت از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن عصر حاضر است که از پیشتر در انسان شناخته شده است.[۱] بروز و شیوع این بیماری مزمن در دنیا و ایران به طور فزاینده‌ای در حال افزایش است، به طوری که بر اساس مطالعه‌ی کینگ و همکاران متوسط میزان شیوع دیابت در دنیا از ۴٪ در سال ۱۹۹۵ به ۵/۴٪ در سال ۲۰۲۵ افزایش خواهد یافت.[۲] بر اساس مطالعه‌ها صورت گرفته در شهرهای مختلف ایران نیز شیوع دیابت از ۴/۲٪ تا ۱۵/۹٪ متغیر است.[۳-۷] بنا بر این به نظر می‌رسد متوسط میزان شیوع دیابت در ایران از میزان متوسط آن در دنیا بیشتر باشد.

تأثیر دیابت محدود به عوارض زودرس و دیررس آن از قبیل هیپوگلسیمی، عوارض عروق کوچک و بزرگ و غیره نمی‌شود، بلکه دیابت نیز مانند سایر بیماری‌های مزمن با روبرو کردن بیمار با چالش‌های متعدد از قبیل فشارهای ناشی از کنترل و درمان بیماری، رعایت برنامه‌های درمانی ـ مراقبتی پیچیده و هزینه بردار، نیاز به مراجعه‌ی مکرر به پزشک و انجام آزمایش‌های مختلف و متعدد، نگرانی درباره‌ی آینده‌ی بیماری، و احتمال ابتلای فرزندان، اختلال در روابط اجتماعی و خانوادگی، مشکلات جنسی، اختلال در کار و غیره منجر به کاهش کیفیت زندگی فرد مبتلا می‌شود.[۸-۱۲] کاهش کیفیت زندگی نه تنها باعث کاهش احساس رضایت فرد مبتلا به دیابت از زندگی می‌گردد، با تحت تأثیر قرار دادن تعهد فرد نسبت به انجام دستورات درمانی ـ مراقبتی، می‌تواند بر نتایج حاصل از درمان و مراقبت از بیماری نیز اثر بگذارد.[۱۳،۱۴] از طرفی کیفیت زندگی متأثر از عوامل مختلفی است. از آنجایی که فرهنگ نقش مهمی در برداشت فرد ازسلامتی و زندگیش دارد، به عنوان یکی از عوامل مهم اثرگزار بر کیفیت زندگی شناخته شده است. از این رو سازمان جهانی بهداشت[۱۵] و برخی از نظریه پردازان کیفیت زندگی[۱۶] مطالعه‌ی این مفهوم را در هر جامعه از جنبه‌ی فرهنگی مورد تأکید قرار می‌دهند.

در سال‌های اخیر پژوهشگران علوم بهداشتی به نقش مهمی که کیفیت زندگی در درمان و مراقبت مؤثر از بیماران مبتلا به دیابت ایفا می‌کند، توجه کرده‌اند. به طوری که مطالعه‌های مختلفی در این زمینه توسط پژوهشگرانی چون مایو و همکاران،[۱۷] جانسون و همکاران،[۱۸] گلاسکو و همکاران،[۱۹] گرا و همکاران[۲۰] و سایر پژوهشگران در کشورهای مختلف دنیا انجام شده است. مروری بر مطالعه‌های مذکور بیانگر نتایج متفاوت در زمینه‌ی کیفیت زندگی این بیماران و متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی آنان است. بنا بر این بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت و مراقبت مؤثر از آنها، با توجه به فرهنگ هر جامعه مختلف می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت و عوامل مرتبط با آن جهت برنامه‌ریزی‌های مؤثرتر درمانی ـ مراقبتی به منظور بهبود کیفیت زندگی این بیماران صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی است که روی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به درمانگاه‌های دیابت وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران صورت گرفته است. در زمان اجرای مطالعه هشت درمانگاه از مراکز مذکور در تمام روزهای هفته یا چند روز در هفته به ارایه‌ی خدمات تخصصی مربوط به دیابت می‌پرداختند. سپس به صورت تصادفی چهار درمانگاه از این بیمارستان‌ها برای نمونه‌گیری به مدت یک دوره‌ی چهار ماهه انتخاب شدند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، بیماران مبتلا به دیابتی که واجد ملاک‌های شرکت در مطالعه بودند برای شرکت در مطالعه از این درمانگاه‌ها انتخاب شدند. این مطالعه بیماران مبتلا به دیابتی را شامل شد که در دامنه‌ی سنی ۱۸ تا ۶۵ ساله قرار داشتند و حداقل شش ماه از تشخیص بیماری آنها گذشته بود. بیماران مبتلا به دیابت حاملگی در پژوهش حاضر شرکت داده نشدند.

به منظور گرداوری اطلاعات از پرسشنامه‌های مشخصات فردی و بیماری و نسخه‌ی فارسی فرم کوتاه ۳۶[i][۲۱] استفاده شد. شرکت کنندگان با روش خود اجرا[ii] به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. پرسشنامه‌ی اطلاعات شخصی و بیماری دارای ۹ عبارت شامل متغیرهای فردی سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و متغیرهای بیماری، مدت ابتلا به دیابت بر حسب سال، نوع دیابت، نوع درمان و تعداد

i- SF-36

ii- Self administered

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

دفعات بستری در بیمارستان به علت بیماری دیابت در یک سال اخیر بود.

فرم کوتاه ۳۶ توسط واروشربون[۲۲] در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شده است و اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است.[۲۳] این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت در هشت بعد عملکرد جسمی (۱۰ عبارت)، ایفای نقش جسمی(۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، سلامت عمومی(۵ عبارت)، انرژی و نشاط (۴ عبارت)، عملکرد اجتماعی(۲ عبارت) ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت)، و سلامت روحی ـ روانی (۵ عبارت) است که کیفیت زندگی افراد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در مطالعه‌ی حاضر از نسخه‌ی فارسی فرم کوتاه ۳۶ که توسط منتظری و

جدول ۱ـ مشخصات فردی بیماران مبتلابه دیابت شرکت کننده در پژوهش

متغیر ها	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
میانگین سنی(سال)	۴۷/۳۰±۱۲/۷۴	
جنس		
مذکر	۵۲	۳۹/۷
مونث	۷۹	۶۰/۳
وضعیت تاهل		
مجرد	۱۶	۱۲/۲
متاهل	۱۰۵	۸۰/۲
مطلقه	۳	۲/۳
بیوه	۷	۵/۳
وضعیت اشتغال		
شاغل	۳۳	۲۵/۲
بی کار و یا خانه دار	۷۲	۵۵
باز نشسته	۲۴	۱۸/۳
از کار افتاده	۲	۱/۵
مدت ابتلا به دیابت(سال)	۶/۱۰±۸/۸۳	
نوع دیابت		
نوع ۱	۲۰	۱۵/۳
نوع ۲	۱۱۱	۸۴/۷
نوع درمان		
رژیم غذایی	۴	۳/۱
انسولین	۳۵	۲۶/۷
داروهای خوراکی پایین آورنده قند خون	۷۳	۵۵/۷
داروهای خوراکی پایین آورنده قند خون و انسولین	۱۹	۱۴/۵
تعداد دفعات بستری در بیمارستان به علت دیابت در سال اخیر		
بدون سابقه بستری	۹۳	۷۱
یک بار	۲۶	۱۹/۸۴
دو بار و بیشتر	۱۲	۹/۱۶

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

همکاران[۱۸] به زبان فارسی ترجمه شده و مورد تطبیق فرهنگی قرار گرفته، برای گرداوری اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت استفاده شده است. پس از گرداوری اطلاعات از روش نمره‌بندی خاص این پرسشنامه (۰= بدترین نمره و ۱۰۰ = بهترین نمره) به منظور استخراج اطلاعات استفاده گردیده است.

برای تجزیه و تحلیل دادههای از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده گردید. با توجه به اینکه بر اساس آزمون آماری کولموگراف اسمیرنوف مشخص شد که توزیع متغیر پاسخ نرمال نیست، از ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون‌های آماری ناپارامتری من‌وتینی، کروسکال والیس و مقایسه‌های چندگانه برای تجزیه و تحلیل دادههای مطالعه استفاده گردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۳۱ بیمار مبتلا به دیابت شرکت کردند. جدول ۱ توزیع این افراد را بر حسب سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، مدت ابتلا به دیابت بر حسب سال، نوع درمان، و تعداد دفعات بستری در بیمارستان به علت دیابت در یک سال اخیر نشان می‌دهد.

میانگین نمرات کسب شده از هشت خرده مقیاس فرم کوتاه ۳۶، از (۱۳±) ۴۶/۲ برای خرده مقیاس سلامت عمومی تا (۲۶/۶۰±)۶۴/۱۳ برای خرده مقیاس عملکرد جسمی متغیر بوده است. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات این هشت خرده مقیاس نشان داده شده است.

سن با ابعاد عملکرد جسمی و ایفای نقش عاطفی رابطه‌ای معکوس و معنی‌دار از نظر آماری نشان داد (p<۰/۰۱). افراد مسن عملکرد جسمی و ایفای نقش عاطفی پایین‌تری را نسبت به افراد با سن کمتر گزارش کردند به ترتیب r=-۰/۲۷۹ و r=۰/۲۳۵.

زنان نمرات معنی‌دار پایین‌تری از ایفای نقش جسمی (MR[i]=۵۹/۷۷) و دردهای بدنی (MR=۶۰/۴۱) نسبت به ایفای نقش جسمی (MR=۷۳) و دردهای بدنی (MR=۷۴/۴۹) مردان کسب نمودند (p<۰/۰۵).

جدول ۲ـ میانگین و انحراف معیار نمرات هشت خرده مقیاس فرم کوتاه ۳۶ بیماران مبتلا به دیابت شرکت کننده در پژوهش

ابعاد	(±انحراف معیار) میانگین
عملکرد جسمی	۶۴/۱۳ (±۲۶/۶۱)
ایفای نقش جسمی	۵۰/۵۸ (±۳۶/۱۱)
دردهای بدنی	۵۳/۴۷ (±۲۶/۷۲)
سلامت عمومی	۴۶/۲۰ (±۱۲/۹۴)
انرژی و نشاط	۴۷/۰۵ (±۱۵/۱۶)
عملکرد اجتماعی	۵۹/۴۵ (±۲۵/۲۰)
ایفای نقش عاطفی	۴۹/۶۱ (±۳۸/۶۷)
سلامت روحی ـ روانی	۴۶/۴۵ (±۱۵/۰۵)

بین میزان تحصیلات و عملکرد جسمی تفاوت آماری معنی‌داری موجود بود (p<۰/۰۵)، به طوری که بیشترین تفاوت در عملکرد جسمی افراد با تحصیلات دانشگاهی و تحصیلات ابتدایی بود (MD[ii]=۲۳/۲۷) و در رتبه‌های بعد بیشترین تفاوت بین افراد با تحصیلات دانشگاهی و تحصیلات راهنمایی (MD=۱۷/۹۲) و سپس بین افراد با تحصیلات دانشگاهی و دبیرستانی (MD=۶۸/۱۵) وجود داشت. به عبارت دیگر با افزایش میزان تحصیلات، بیماران عملکرد جسمی بهتری را گزارش کردند.

بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ به طور معنی‌داری (p<۰/۰۱) نمرات پایین‌تری از ابعاد عملکرد جسمی (MR=۹۲/۵۵)، ایفای نقش جسمی (MR=۶۰/۹۲)، ایفای نقش عاطفی (MR=۶۰/۳۲) و دردهای بدنی (MR=۶۲/۹۳) (p<۰/۰۵) از عملکرد جسمی (MR=۸۳/۳۸)،ایفای نقش جسمی(MR=۸۸/۶۱)، ایفای نقش عاطفی (MR=۹۰/۵۳) و دردهای بدنی (MR=۸۳/۰۵) بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ کسب کردند.

هم‌چنین بین نوع درمان و ایفای نقش عاطفی نیز تفاوت‌های معنی‌دارآماری به دست آمد (p<۰/۰۵)، به طوری که بیشترین تفاوت در ایفای نقش عاطفی بین درمان با انسولین و درمان با داروهای خوراکی و انسولین بود (MD=۳۶/۷۰). در رتبه‌های بعد بیشترین تفاوت بین درمان با انسولین و داروهای خوراکی (MD=۱۷/۸۱) و انسولین و رعایت رژیم غذایی (MD=-۱/۹۰) بود. به عبارت دیگر رعایت

i- Mean Rank

ii- Mean Difference

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

رژیم غذایی و تزریق انسولین درمان‌های بهتری توسط بیماران بیان شد.

در مطالعه‌ی حاضر رابطه‌ی آماری معنی‌داری بین متغیرهای وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، مدت ابتلا به دیابت (برحسب سال) و تعداد دفعات بستری در بیمارستان به علت بیماری دیابت (در یک سال اخیر) با ابعاد هشت گانه‌ی عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی و سلامت روحی ـ روانی به دست نیامد.

بحث

مطالعه‌ی حاضر با استفاده از نسخه‌ی فارسی معتبر و پایای فرم کوتاه ۳۶ که از کاربردی‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در دنیا است،[۲۴] انجام شده است. از این‌رو می‌توان از نتایج این مطالعه برای مقایسه با سایر مطالعه‌ها استفاده کرد.

در این پژوهش به نظر می‌رسد دیابت اثر متوسطی بر ابعاد عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی و سلامت روحی ـ روانی بیماران مبتلا به دیابت گذاشته باشد (جدول ۲). در مطالعه‌های مشابه[۲۵-۲۷] نیزدیابت مانند سایر وضعیت‌های مزمن از قبیل همودیالیز[۲۸] اثر متوسطی بر تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت گذاشته است. نتایج حاصل مذکور دلالت بر این دارد که بیماری دیابت مانند هر بیماری مزمن دیگر با اثر بر ابعاد مختلف زندگی فرد مبتلا به دیابت، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی فرد مبتلا را کاهش می‌دهد.

در مطالعه‌ی حاضر بیشترین اثر دیابت بر وضعیت سلامت عمومی و کمترین اثر بیماری بر عملکرد اجتماعی بیماران گزارش شده است. در سایر مطالعه‌ها نیز بیشترین اثر دیابت بر وضعیت سلامت عمومی و کمترین اثر این بیماری بر عملکرد اجتماعی و ایفای نقش عاطفی بوده است.[۹،۱۸] تحت تأثیر قرار گرفتن وضعیت سلامت به عنوان سازه اصلی مفهوم کیفیت زندگی[۲۹] دلالت بر این دارد که بیماری دیابت اثر منفی بر درک و رضایت فرد از سلامتی خویش می‌گذارد و منجر به کاهش رفاه جسمی، روحی ـ روانی و اجتماعی فرد می‌شود. کاهش و حتی فقدان شور و نشاط، خستگی، افسردگی، زود عصبانی شدن، و مشکلات تنش و فکر و خیال که در سایر مطالعه‌ها نیز به دست آمده است[۱۷] نیز نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر را مورد تأیید قرار می‌دهد.

در مطالعه‌ی حاضر سلامت روحی ـ روانی و ایفای نقش عاطفی در مقایسه با مطالعه‌های صورت گرفته توسط وین برگر و همکاران[۹] و جانسون و همکاران[۱۸] بیشتر تحت تأثیر قرار گرفته بود. در سایر مطالعه‌های صورت گرفته در ایران[۲۳،۲۹] نیز نتایج به دست آمده، مطالعه حاضر را مورد تأیید قرار می‌دهند. تفاوت‌های بارز این مطالعه‌ی با سایر مطالعه‌های صورت گرفته در سایر فرهنگ‌ها می‌تواند دلالت بر اثر فرهنگ بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی داشته باشد.[۱۵،۱۶] بنا بر این در نظر گرفتن بعد فرهنگی در بررسی و مطالعه کیفیت زندگی نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران و افراد سالم هر فرهنگ دارد.

رابطه‌ی معکوس بین سن و عملکرد جسمی و ایفای نقش عاطفی که در پژوهش حاضر به دست آمد، بیانگر کاهش توانایی جسمی و ایفای نقش عاطفی فرد مبتلا به دیابت با افزایش سن است. سایر مطالعه‌ها[۱۸،۲۶،۲۸،۳۲-۳۰] نیز نتایج مذکور را تأیید قرار می‌دهد. فرایندهای ناشی از افزایش سن به ویژه اگر با یک بیماری مزمن از قبیل دیابت همراه گردد منجر به بروز مشکلات جسمی متعدد، کاهش توانایی جسمی و عملکرد جسمی فرد مبتلا به دیابت می‌شود.[۳۳] بیماری دیابت از لحظه‌ی تشخیص تا انجام دستورات مختلف درمانی و مراقبتی مختلف به عنوان یک عامل تنش‌زا محسوب می‌شود و ممکن است باعث بروز مکانیسم‌های ناسازگارانه از طرف بیماران شود.[۳۴] از طرفی با افزایش سن، بیمار مبتلا به دیابت با چالش‌ها و مشکلاتی از قبیل فشارهای اقتصادی ناشی از بیماری و خانواده، نگرانی درباره‌ی فرزندان و خانواده و عواقب بیماری و غیره روبرو می‌شود[۱۲] که همه‌ی عوامل ذکر شده با اثر بر یکدیگر باعث کاهش توانایی سازگاری بیمار و ایفای نقش عاطفی می‌گردد.

زنان، ایفای نقش جسمی کمتری و دردهای بدنی بیشتری را نسبت به مردان در مطالعه‌ی حاضر گزارش کردند. در سایر مطالعه‌ها[۸،۲۰،۲۱،۲۵،۳۵] نیز زنان مشکلات بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تری را در مقایسه با مردان بیان کرده‌اند. به احتمال قوی تفاوت‌های بیولوژیکی و روحی ـ روانی بین دو جنس می‌تواند بیان کننده‌ی یافته‌های حاضر باشد.

در مطالعه‌ی حاضر تفاوت آماری معنی‌دار از نظر عملکرد جسمی بین بیماران مبتلا به دیابت با سطوح مختلف

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

تحصیلات به دست آمد که با نتایج سایر مطالعه‌ها[۱۹،۲۶،۲۸] هم‌خوانی دارد. ممکن است بیماران مبتلا به دیابتی که تحصیلات بالاتری دارند، دارای شرایط بهتری برای یادگیری رفتارهای خود پایشی و اصول مراقبت از خود باشند و بیشتر از اصول درمانی ـ مراقبتی پیروی کنند. افزایش دانش و آگاهی می‌تواند به افزایش قابلیت انعطاف در زندگی و انگیزه‌ی بیشتر در مراقبت از خود شود و از این طریق سبب کاهش مشکلات جسمی گردد. هم‌چنین تحصیلات بالاتر منجر به اشتغال به کار بهتر و موقعیت اجتماعی ـ اقتصادی بهتر شده و رفاه، تسهیلات زندگی و مراقبت‌های بهداشتی ـ درمانی بهتر را برای بیمار فراهم کند و بیمار احساس مشکلات کمتری کند.

بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ به طور معنی‌داری نمرات پایین‌تری در ابعاد عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی و ایفای نقش عاطفی نسبت به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ کسب کردند. اگر چه در طولانی مدت، بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ در مقایسه با بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ عوارض بیشتر جسمی و بیولوژیکی ناشی از دیابت را نشان می‌دهند، نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی حاضر و سایر مطالعه‌ها[۱۷،۲۶] دلالت بر این دارد که بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ از کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ برخوردار هستند. از آنجایی که بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ قبل از تشخیص به مدت طولانی به دیابت مبتلا بوده‌اند، عوارض و مشکلات جسمی متعددی در زمان تشخیص دیابت می‌باشند. هم‌چنین سن بالاتر بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در مقایسه با بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱، به عنوان تشدید کننده‌ی مشکلات جسمی این بیماران محسوب می‌شود، به همین دلیل بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ دارای عملکرد جسمی و ایفای نقش جسمی پایین‌تر و دردهای بدنی بیشتری نسبت به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ هستند. از طرفی با افزایش سن همان‌گونه که پیشتر نیز بیان شد، به دلیل افزایش فشارهای حاصل از گذر از مراحل مختلف زندگی و بیماری، توانایی سازگاری و ایفای نقش فرد مبتلا به دیابت کاهش می‌یابد.

همان‌گونه که در مطالعه‌ی جمشیدنیا[۲۶] بیان شده است، در مطالعه‌ی حاضر نیز تفاوت آماری معنی‌دار بین نوع درمان و ایفای نقش عاطفی در سه رژیم درمانی به دست آمد. بیشترین تفاوت بین درمان با انسولین و درمان با داروهای خوراکی و انسولین و سپس بین درمان با انسولین و داروهای خوراکی پایین‌آورنده‌ی قند خون بود. کمترین تفاوت بین درمان با انسولین و رژیم غذایی به دست آمد. درمان از طریق برنامه‌ی رژیم غذایی مانند سایر مطالعه‌های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نسبت به دیگر برنامه‌های درمانی رضایت و کیفیت زندگی بهتری را به همراه داشته است.[۳۰،۳۶] به هر حال، بیماران تحت درمان با رژیم غذایی از کنترل بهتری بر بیماری و مراقبت از خود به دلیل عدم وابستگی به دارو و درمان و مراجعه‌ی کمتر به پزشک برای کنترل بیماریشان برخوردار هستند و دارای ایفای نقش عاطفی بهتری نسبت به سایر برنامه‌های درمانی می‌باشند. یافته‌ی مورد توجه در مقایسه‌ی مطالعه‌ی حاضر با مطالعه جانسون و همکاران[۱۸] و جاکوبسون و همکاران،[۳۰] ایفای نقش بهتر در بیماران تحت درمان با انسولین نسبت به بیماران تحت درمان با داروهای خوراکی و بیماران تحت درمان با مصرف توأم داروهای خوراکی و انسولین بود. ایفای نقش بهتر در بیماران تحت درمان با انسولین در مطالعه‌ی جمشیدنیا نیز به دست آمد.[۲۶] به نظر می‌رسد یافته‌ی مذکور متأثر از فرهنگ و اعتقادات مردم ایران باشد. در ایران بیماران مبتلا به دیابت، به سهولت استفاده از رژیم درمانی انسولین را به دلیل این‌که معتقدند شروع مصرف انسولین نشانگر این است که وضعیت بیماریشان رو به وخامت گذاشته، نمی‌پذیرند.[۱۲] بنا بر این عده‌ی معدودی که دارای انگیزه و آگاهی بالاتری هستند، برنامه‌ی انسولین درمانی را مورد پذیرش قرار می‌دهند. از این‌رو به نظر می‌رسد که بیماران تحت درمان با انسولین از ایفای نقش عاطفی بهتری نسبت به سایر درمان‌ها برخوردار باشند. مراجعات مکرر به پزشک، مشکلات مرتبط با تهیه‌ی دارو، نیاز به همراه داشتن مدام داروها، نگرانی در مورد عوارض داروها و از جمله مشکلاتی هستند که بیماران تحت درمان با مصرف توأم داروهای خوراکی و انسولین یا تحت درمان با داروهای خوراکی را تحت چالش قرار می‌دهد و مشکلات عدیده‌ای برای بیمار ایجاد می‌کند.[۱۲،۲۶] به نظر می‌رسد درمان‌های ذکر شده باعث کاهش عملکرد ایفای نقش عاطفی بیماران نسبت به برنامه رژیم درمانی و انسولین درمانی می‌شود.

می‌توان گفت بیماری دیابت مشابه هر بیماری یا وضعیت مزمن دیگری از طریق تحت تأثیر قراردادن جنبه‌های مختلف زندگی باعث کاهش کیفیت زندگی فرد مبتلا می‌شود. تفاوت‌های به دست آمده در مطالعه‌ی حاضر در مقایسه با

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

نتایج سایر مطالعه‌ها در سایر کشورها بیانگر این است که به منظور بهبود رفتارهای خود مراقبتی، پایش و کنترل بهتر بیماری دیابت و بهبود کیفیت زندگی این بیماران، در نظر گرفتن عواملی از قبیل نوع دیابت، نوع درمان و غیره در انتخاب دستورات درمانی ـ مراقبتی و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی در مورد بیماران مبتلا به دیابت ضروری است. شایان به ذکر است از آنجایی که مطالعه‌ی حاضر در جمعیت محدودی از بیماران مبتلا به دیابت در زمان و مکان خاصی صورت گرفته است، از تعمیم پذیری یافته‌های این مطالعه به کل جامعه بیماران مبتلا به دیابت کشور تا حدی می‌کاهد. با این حال در نظر گرفتن متغیرهای مرتبط باکیفیت زندگی این بیماران در قالب فرهنگ آنها می‌تواند نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت داشته باشد.

سپاسگزاری

از زحمات و همکاری کارکنان بهداشتی مراکز مورد پژوهش و بیماران مبتلا به دیابت که در این پژوهش با پژوهشگران همکاری داشتند، تشکر می‌شود. سلامتی و توفیق روزافزون آنها را از خداوند متعال خواستاریم.

References

1. Bloom A, Irealand JA, editors. A colour atlas of diabetes.2nd ed. London: Wolfe Publishing Ltd; 1992.
2. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projection. Diabetes Care 1998; 9:1414-1431.

۳. نوایی لیدا، کیمیاگر مسعود، عزیزی فریدون. بررسی شیوع دیابت و IGT در اسلام شهر و مقایسه‌ی روش غربالگری با نتایج OGTT برای تشخیص اختلال‌های تحمل گلوکز. پژوهش در پزشکی، ۱۳۷۶؛ سال ۲۱ ، شماره‌ی ۱، صفحات ۸۵ تا ۹۷.

٤. لاریجانی باقر، زاهدی فرزانه. همه‌گیرشناسی دیابت در ایران. مجله‌ی دیابت و لیپید ایران،۱۳۸۰؛ سال ۱ ، شماره ۱، صفحات ۱ تا ۸.

۵. لاریجانی باقر ، عصفوری ابراهیم. شیوع دیابت قندی نوع ۲ و اختلال تحمل گلوکز در افراد ۳۰ تا ۶۴ ساله‌ی شهر بوشهر بر پایه معیارهای سازمان جهانی سلامت و انجمن دیابت آمریکا. مجله دیابت و لیپید ایران، ۱۳۸۱؛ سال ۲، شماره‌ی ۱، صفحات ۱۲۲ تا ۱۲۹.

٦. سالم زینت، سجادی محمدعلی نشاط، باقریان کیوان، شیخ فتح‌اللهی محمود. بررسی شیوع دیابت در شهر رفسنجان در سال ۱۳۷۹. پژوهش در پزشکی (خلاصه‌ی مقالات اولین کنگره‌ی پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، ۱۳۸۱؛ سال ۲۶، شماره‌ی ۳. صفحه‌ی ۱۰۶.

۷. لاریجانی باقر، ملک افضلی حسین، پژوهی محمد، سماوات طاهره، حجت‌زاده علیه، قاسمی رضا و همکاران. شیوع دیابت قندی و اختلال تحمل گلوکز در افراد بالای ۲۵ سال قزوین. مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی قزوین، ۱۳۸۲؛ شماره‌ی ۲۶، صفحات ۴۱ تا ۴۵.

8. Eiser C, Flynn M, Green E, Havermans T, Kibry R, Sandeman D et al. Quality of life in young adults with type I diabetes in relation to demographic and disease variables. Diabet Med 1992; 9: 375-8.
9. Weinberger M, Kirkman MS, Samsa GP, Cowper PA, Shortliffe EA, Simel DL et al. The relationship between glycemic control and health – related quality of life in patients with noninsulin dependent diabetes mellitus. Med Care 1994; 32: 1173-81.
10. Elasy TA, Samuel-Hodge CD, Devellis RF, Skelly AH, Ammerman AS, Keyserling TC. Development of a health status measure for older African – American women with type 2 diabetes. Diabetes Care 2000; 23: 325-9.
11. Braunwald E, Fauci AS, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, et al. Harrison,s principles of internal medicine.15th ed.Newyork, Mc Grow – Hill; 2001.

۱۲. درویش‌پورکاخکی علی. طراحی ابزاری معتبر و پایا جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی مددجویان مبتلا به دیابت، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ، ۱۳۸۳.

۱۳. رئوف‌مهرپور زهره، بررسی عوامل مؤثر در پیگیری یا عدم پیگیری درمان در بیماران مبتلا به سل ریه مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های شهر زاهدان در سال ۷۴ـ۱۳۷۳، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۵.

14. Osman L, Silverman M. Measuring quality of life for young children with asthma and their families. Euro Res J 1996; 9: 35s-42s.
15. The WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment: position paper from the

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

in patients with type 1 diabetes mellitus. Qual Life Res 2005;10:1-10.

۲۸. اسکافی سوسن. بررسی ارتباط کیفیت زندگی و روش‌های مقابله‌ی به کار گرفته توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۷.

۲۹. پارک جی‌ای، پارک ک. درسنامه‌ی پزشکی پیشگیری و اجتماعی ۲: کلیات خدمات بهداشتی ـ درمانی، بخش نخست. ترجمه: شجاعی تهرانی حسین ، ملک‌افضلی حسین. ویرایش پنجم. تهران، انتشارات سماط، ۱۳۸۱.

30. Jacobson AM, Samson JA, Groot MD. The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. Diabetes Care 1994; 17: 267-274.

31. Frost D, Beischer W. Limited joint mobility in type l diabefic patients: associations with microangiopathy and subclinical macroangiopathy are different in men and women. Diabetes Care 2000; 24: 95-99.

۳۲. گشتاسبی آزیتا، منتظری علی، وحدانی نیا مریم‌سادات، رحیمی فروشانی عباس، محمد کاظم. ارزیابی مردم شهر تهران از وضعیت سلامت خود برحسب جنسیت، تحصیلات و منطقه‌ی مسکونی: یک مطالعه‌ی جمعیتی. فصلنامه‌ی پایش، ۱۳۸۲؛ سال ۲، شماره‌ی ۳، صفحات۱۸۳ تا ۱۸۹.

33. Ryerson B. Excess physical limitations among adults with diabetes in the U.S.A population 1997-1999. Diabetes Care 2003; 25: 206-210.

34. Bradley C, Camsu DS. Guidelines for encouraging psychological regional office for europe and international diabetes federation european region st vincent declaration action programme of diabetes. Diabet Med 1994; 11: 510 – 516.

35. Davidson JK. Clinical diabetes mellitus: A problem – priented approach. 3th ed. Newyork; Thieme;1999.

36. Keinanen-Kiukaanniemi S, Ohinmaa A, Pajunpaa H, Koivukangas P. Health related quality of life in diabetic patients measured by the Nottingham health profile. Diabet Med 1996; 13:382-388.

world health organization. Soc Sci Med 1995; 42:1403-1409.

16. Eininger M. Quality of life from a transcultural nursing perspective. Nurs Sci Q 1994;7:22-28.

17. Mayou R, Bryant B, Turner R. Quality of life in non-insulin - dependent diabetes and a comparison with insulin dependent diabetes. J Psychosom Res 1990; 34: 1-11.

18. Johnson JA, Nowatski TE, Coons SJWH. Health related quality of life of diabetic Pima Indians. Med Care 1996; 34: 97-102.

19. Galsgow RE, Rugyierol, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian L. Quality of Life and associated characteristic in large national sample of adults with diabetes. Diabetes Care 1997; 20: 562-567.

20. Grue M, Wentzel – Larsen T, Hanestad BR, Batsvik B, Sovik D. Measuring Self-reported, health-related quality of life in adolescents with type 1 diabetes using both generic and disease specific instruments. Acta Paediatr 2003; 92:1190-1196.

21. Montazeri A,Vahdaninia M, Goshtasebi A, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res 2005; 14: 875-882.

22. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The mos 36 item short-form health survey (SF-36) I: conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30: 473-483.

23. Mchorney CA, Ware Jr JE, Rachel Lu JF, Sherbourne CD. The mos 36 item short-form health survey (SF-36) III. Tests of data quality, scaling assumptions,and reliability diverse patient groups. Med Care 1994; 32: 40-66.

24. Bowling A. Measuring disease: a review of disease specific quality of life measurement scales. London: Open University Press; 2001.

25. The DCCT Research Group. Reliability and validity of a diabetes quality of life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT). Diabetes Care 1988; 11: 725-732.

۲۶. جمشیدنیا فرح. بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه‌کننده‌ی به مراکز دیابت وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۸.

27. Hart HE, Redekop WK, Bilo HJ, Berg M, Jong BM. Change in perceived health and functioning over time

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

Original Article

Quality of life of diabetic patients referred to Tehran hospitals in 2004

Darvishpoor Kakhk A, Abed Saeedi J, Yaghmaie F, Alavi Majd H, Montazeri A.

Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, I.R.Iran.

Abstract:

Introduction: Nowadays diabetes mellitus is one of the most common chronic diseases, with an increasing incidence and prevalence in Iran and world wide. Improvement quality of life and health status are important factors for self management behaviors of diabetic patients. These behavior play an important role in prevention of acute and chronic complications of diabetes. This study has been conducted to evaluate correlation between quality of life and disease and demographic variables of diabetic patients. Materials and Methods: In this cross-sectional study participants were selected from diabetes clinics of four general hospitals of medical sciences universities in Tehran using convenience sampling. The demographic and disease characteristics questionnaire and also the short form health survey (SF-36) scale were used for data collection. The data were analyzed useing descriptive and inferential statistic tests with SPSS software, windows version. Results: 131 diabetic patients were participated in this study, 60.3% of subjects were female, 39.7% male with an average age of 47.3±12.7 years. The range of mean of quality of life scores in different domains varied from 46.2±13 for general health perceptions to 64.1±26.6 for physical functioning. There was a significant difference between age and physical functioning and role limitations due to emotional problem dimensions. There were significant differences between quality of life different, dimensions scores and variables of sex, educational level, type of diabetes and type of treatment. The statistical tests did not reveal significant correlations between other variables and quality of life different dimensions scores. Conclusion: The findings of this study showed that diabetes decreases the quality of life in diabetic patients. Difference between the results of this study- in comparison with other studies- indicates inversions cultural aspects of these diabetic patients. Cultural factors in the management of diabetes for improvement quality of life of such diabetic patients need to be considered.

Key words: Diabetes, Quality of life, Iran.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]