

مقایسه کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع ۲ با افراد غیر دیابتی

سید علیرضا سعادتجو^۱، محمدرضا رضوانی^۲، شهناز طبیعی^۳، داود عودی^۴

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت زندگی بیانگر مقیاسی از فعالیت فیزیکی و اجتماعی و همچنین سلامت روانی است و به عنوان یکی از شاخص‌ها و مؤلفه‌های مهم سلامت محسوب می‌شود. کیفیت زندگی و مهار سوخت‌وساز قند خون دو شاخص مهم در درمان بیماری دیابت محسوب می‌شوند. مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی در بیماران دیابتی و غیر دیابتی انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۱۰۰ نفر بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ با سن ۲۰ سال به شیوه نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک از بین بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان ولی‌عصر (عج) انتخاب شدند و کیفیت زندگی آنان با کیفیت زندگی ۱۰۰ فرد غیردیابتی که از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی با گروه مورد همسان بودند، با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۵) و آزمون‌های آماری خی دو، من‌ویتنی یو و کروسکال والیس در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت به طور معنی‌داری در تمامی ابعاد کمتر از افراد سالم بود. زنان به طور کلی در هر دو گروه از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند ($P < 0/05$). بیماران با سطح تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم نسبت به سایر گروه‌های تحصیلی کیفیت زندگی بالاتری داشتند ($P < 0/05$). نمره کیفیت زندگی در افراد مجرد نسبت به متأهلین بیشتر بود ($P < 0/05$). با افزایش سن، کیفیت زندگی در بیماران دیابتی کاهش نشان داد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این تحقیق، برنامه‌ریزی به منظور مداخلات درمانی و مراقبتی کامل‌تر و دقیق‌تر برای مهار بهتر بیماری و عوارض ناشی از آن و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: دیابت شیرین غیر وابسته به انسولین، کیفیت زندگی، پرسشنامه SF36

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۱؛ ۹(۱): ۲۴-۳۱

دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۲۳ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۰۲/۰۷ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۲/۱۰

^۱ عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی و عضو مرکز تحقیقات دیابت دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران
^۲ استادیار گروه بیماری‌های داخلی، دانشکده پزشکی و عضو مرکز تحقیقات دیابت علوم پزشکی بیرجند، ایران
^۳ عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران
^۴ نویسنده مسؤول، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران
آدرس: بیرجند- خیابان غفاری- دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران
تلفن: ۰۹۳۶۵۶۴۲۵۳۹ شماره: ۰۵۶۱۴۴۴۰۵۵۰ پست الکترونیکی: davoodoudi@yahoo.com

مقدمه

راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق خود شخص تعریف می‌کند؛ بنابراین کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با وضعیت جسمی، روانی و اعتقادات شخصی، میزان خود اتکایی، ارتباطات جمعی و جامعه فرد دارد (۱). امروزه در مراقبت پزشکی، مهار بیماری‌های مزمن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ بهبودی کامل بیماری‌های مزمن غیر ممکن است ولی مرگ نیز قریب‌الوقوع نیست؛ بنابراین در این نوع بیماری‌ها یکی از اهداف مهم در مراقبت درمانی، مطلوب‌نمودن کیفیت زندگی بیمار است؛ اگر اصلاح کیفیت زندگی هدف مهم در درمان طبی باشد، باید به عنوان یک برآیند در تحقیقات درمانی در نظر گرفته شود. امروزه بیماران انتظار مشارکت بیشتری در تصمیم‌گیری‌های درمانی دارند؛ بنابراین اطلاع از کیفیت زندگی در این تصمیم‌گیری مشترک مراقبتی و درمانی اصلی اساسی و مهم می‌باشد (۹).

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و مقایسه آن با افراد غیر دیابتی و ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی با کیفیت زندگی آنها انجام شد.

روش تحقیق

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۱۰۰ بیمار دیابتی و ۱۰۰ فرد سالم مورد بررسی قرار گرفتند. گروه مورد از میان بیماران دیابتی نوع ۲، با سن بالای ۲۰ سال دارای پرونده در درمانگاه دیابت بیمارستان ولی‌عصر (عج) شهر بیرجند که سابقه ابتلا به سایر بیماری‌های تأثیرگذار بر کیفیت زندگی از جمله نارسایی احتقانی قلب، نارسایی مزمن کلیه و بیماری‌های مزمن ریوی و عوارض دیابتی شدید مانند آمپوتاسیون و کاهش شدید بینایی نداشتند، به روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک، انتخاب شدند. گروه شاهد از میان همراهان سایر بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان فوق که از نظر سن، جنس و سایر مشخصات جمعیت‌شناختی با گروه مورد همسان بودند و بیماری‌های فوق‌الذکر را نداشتند، پس از توضیح اهداف مطالعه، در صورت تمایل به همکاری و داشتن قند خون ناشتای کمتر یا مساوی ۱۲۶ میلی‌گرم/دسی‌لیتر به روش غیر احتمالاتی در دسترس، وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضع تأهل، سطح تحصیلات، محل سکونت، شغل و

بیماری دیابت یکی از بیماری‌های مزمن و یکی از علتهای مهم مرگ و ناتوانی در سراسر دنیا می‌باشد. بر اساس آخرین آمار موجود، حدود ۱۷۱ میلیون نفر در دنیا از این بیماری رنج می‌برند و تخمین زده می‌شود که این رقم در سال ۲۰۲۵ بالغ بر ۳۰۰ میلیون نفر شود (۱). شیوع این بیماری در ایران حدود ۶٪ جمعیت یعنی حدود ۴ میلیون نفر تخمین زده شده است (۲). این بیماری در اثر ناتوانی بدن در تولید و یا مصرف انسولین ایجاد می‌گردد و سندرمی است که به دنبال عدم تعادل بین نیاز به انسولین و تأمین آن به وجود می‌آید و مشخصه آن افزایش قند خون و اختلال سوخت‌وساز کربوهیدرات، پروتئین و چربی می‌باشد (۳). دیابت به عنوان یک بیماری، تاریخچه‌ای به قدمت بشر دارد (۴).

دیابت یک بیماری مزمن و با عوارض کشنده است و به عنوان علت اصلی قطع اندام، نابینایی، نارسایی مزمن کلیه و بیماری‌های قلبی شناخته می‌شود (۵)؛ همچنین بر جسم، روان و عملکرد روانی و اجتماعی اثرات گسترده‌ای می‌گذارد و درمان‌های پزشکی هرچند علائم را کاهش می‌دهند ولی خود و عوارض آنها باعث اختلال در الگوی زندگی می‌شوند. بین بیماری دیابت و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲). مطالعات نشان داده است که بیماری دیابت می‌تواند بر سلامت عمومی و احساس خوب‌بودن و به عبارتی بر کیفیت زندگی بیماران تأثیرات منفی داشته باشد (۶). در مطالعات متعددی مشخص شده است که بیماری دیابت اثرات معکوس و معنی‌داری بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران دارد (۷). در مطالعه‌ای کیفیت زندگی در ۶۰٪ از بیماران دیابتی نامطلوب ولی در بیشتر افراد سالم (۵۸/۱٪) مطلوب گزارش شده است (۲). در برخی از تحقیقات یافته‌هایی مبنی بر کیفیت زندگی مطلوب بیماران دیابتی و لزوم انجام تحقیقات بیشتر در جهت کشف دقیق‌تر رابطه بین کیفیت زندگی و مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران دیابتی ارائه گردیده است (۸). تعریف کیفیت زندگی کار مشکلی است؛ زیرا یک مفهوم وسیع و پیچیده است که با داشتن احساس خوشحالی و رضایت شناسایی می‌شود و در رابطه با ادراک هر فرد از زندگی خویش است. سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش حاکم بر جامعه و در

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۰۰ بیمار دیابتی (گروه مورد) و ۱۰۰ فرد سالم (گروه شاهد) مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفتند. میانگین سن در گروه مورد $42/82 \pm 16/57$ و در گروه شاهد $42/25 \pm 16/02$ بود. سایر مشخصات جمعیت‌شناختی افراد مورد مطالعه در جدول ۱، ارائه شده است.

افراد گروه شاهد در تمامی ابعاد مربوط به کیفیت زندگی میانگین نمرات کیفیت زندگی بالاتری را به دست آوردند (جدول ۲). در گروه مورد، افراد مؤنث نسبت به بیماران مذکر به طور معنی‌داری میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتری را نشان دادند ولی در گروه شاهد، تفاوت آماری معنی‌داری در نمره کیفیت زندگی بر حسب جنس مشاهده نگردید (جدول ۳).

در گروه مورد، افراد با سطح تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم نسبت به سایر گروه‌های تحصیلی به طور معنی‌داری از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. در گروه شاهد، تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمره کیفیت زندگی و سطوح تحصیلی مختلف مشاهده نشد (جدول ۳).

در گروه مورد، افراد مجرد از میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتری نسبت به افراد متأهل برخوردار بودند و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود؛ از این نظر در گروه شاهد تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۳).

در گروه مورد، افراد ۳۰ ساله و کمتر در مقایسه با سایر گروه‌های سنی از بالاترین و گروه سنی ۵۰ ساله و بالاتر از کمترین میانگین نمره کیفیت زندگی برخوردار بودند (جدول ۳).

میزان درآمد) و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF-36 بود که در هر دو گروه به صورت مصاحبه با افراد مورد مطالعه توسط کارشناس پرستاری آموزش‌دیده تکمیل گردید. این پرسشنامه دارای هشت حیطه شامل: عملکرد فیزیکی (۱۰ سؤال)، محدودیت نقش مربوط به سلامت جسمی (۴ سؤال)، محدودیت نقش مربوط به سلامت هیجانی (۳ سؤال)، انرژی/خستگی (۹ سؤال)، سلامت هیجانی (۴ سؤال)، عملکرد اجتماعی (۲ سؤال)، درد (۲ سؤال) و سلامت عمومی (۲ سؤال) می‌باشد. هر سؤال حداکثر ۲ و حداقل ۶ گزینه دارد و گزینه‌های هر سؤال بر اساس مقیاس صفر تا صد، درجه‌بندی شده است و نمره صفر و صد، کمترین و بیشترین سطح عملکرد فرد را نشان می‌دهد. نمره هر حیطه از جمع نمرات سؤالات آن حیطه تقسیم بر تعداد سؤالات محاسبه می‌شود؛ بنابراین نمره کیفیت زندگی در هر حیطه از صفر (کمترین نمره کیفیت زندگی) تا صد (بهترین نمره کیفیت زندگی) می‌باشد. پرسشنامه SF-36 پرسشنامه استاندارد است که توسط Ware و همکاران در آمریکا برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی افراد سالم و بیمار طراحی شده و روایی آن در مطالعات مختلف به تایید رسیده است و پایایی آن در ابعاد مختلف در مطالعه منتظری و همکاران در ایران و سایر مطالعات خارج از کشور حداکثر $0/73$ در بعد کارکرد اجتماعی و حداکثر $0/96$ در بعد محدودیت نقش گزارش شده است (۱۰-۱۲). داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۵) و آزمون‌های آماری من‌ویتنی‌یو، کروسکال والیس و کای‌اسکوئر در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱- مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی افراد مورد مطالعه در دو گروه مورد و شاهد

مشخصه	مورد		شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنس: مذکر مؤنث	۴۶	۴۶	۴۷	۴۷
	۵۴	۵۴	۵۳	۵۳
تحصیلات: بی‌سواد/خواندن‌ونوشتن دیپلم و فوق‌دیپلم لیسانس	۴۱	۴۱	۳۹	۳۹
	۴۰	۴۰	۴۱	۴۱
	۱۹	۱۹	۲۰	۲۰
وضعیت تأهل: مجرد متأهل	۱۸	۱۸	۱۹	۱۹
	۸۲	۸۲	۸۱	۸۱

جدول ۲- مقایسه نمره کیفیت زندگی در ابعاد مختلف در افراد گروه مورد و شاهد

ابعاد	گروه	میانگین و انحراف معیار	سطح معنی داری
عملکرد فیزیکی	مورد	۲۹/۸۴±۷۳/۱۵	۰/۰۰۱
	شاهد	۲۱/۴۷±۸۶/۳۰	
محدودیت نقش مربوط به سلامت جسمی	مورد	۴۲/۸۶±۶۳/۰۰	۰/۰۰۱
	شاهد	۳۳/۵۹±۸۱/۲۵	
محدودیت نقش مربوط به سلامت هیجانی	مورد	۴۳/۱۹±۶۳/۶۷	۰/۰۰۳
	شاهد	۳۵/۵۱±۸۰/۶۷	
انرژی / خستگی	مورد	۱۱/۸۱ ±۴۶/۴۰	۰/۰۰۱
	شاهد	۹/۸۳±۵۵/۰۵	
سلامت هیجانی	مورد	۲۰/۴۸±۵۶/۰۲	۰/۰۰۱
	شاهد	۱۴/۸۵±۷۰/۹۶	
عملکرد اجتماعی	مورد	۲۱/۲۷±۶۱/۰۰	۰/۰۰۱
	شاهد	۲۰/۲۵±۷۶/۳۸	
درد	مورد	۲۳/۴۷±۵۹/۷۸	۰/۰۰۱
	شاهد	۲۰/۵۳±۷۹/۱۳	
سلامت عمومی	مورد	۳۵/۳۰±۲۲/۸۵	۰/۰۰۱
	شاهد	۳۵/۶۸±۲۱/۹۳	

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد گروه مورد و شاهد بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	گروه مورد		سطح معنی داری	گروه شاهد		سطح معنی داری
	میانگین و انحراف معیار			میانگین و انحراف معیار		
جنس:	مذکر	۴۹/۸۶±۲۶/۰۲*	P<۰/۰۰۱*	۷۸/۴۸±۲۲/۲۸	P>۰/۰۵	
	مؤنث	۶۳/۶۲±۲۶/۱۸*		۷۵/۰۱±۲۲/۱۵		
سطح تحصیلات:	بی‌سواد/خواندن و نوشتن	۵۱/۲۶±۲۸/۰۹	P<۰/۰۰۱*	۷۶/۰۵±۲۰/۹۵	P>۰/۰۵	
	دیپلم و فوق دیپلم	۶۵/۰۸±۲۲/۴۱*		۷۳/۷۷±۲۲/۶۵		
	لیسانس و بالاتر	۵۳/۹۱±۲۹/۰۸		۷۱/۷۷±۲۲/۰۱		
وضعیت تأهل:	مجرد	۷۱/۴۴±۱۹/۷۳*	P<۰/۰۰۱*	۸۱/۱۸±۲۰/۸۱	P>۰/۰۵	
	متأهل	۵۴/۱۹±۲۷/۳۱*		۷۳/۴۹±۲۲/۳۹		
سن	کمتر از ۳۰ سال	۷۱/۸۵±۱۹/۹۵*	P<۰/۰۰۱*	۸۴/۲۹±۱۶/۱۴	P<۰/۰۰۱*	
	۳۱-۵۰ سال	۶۲/۲۳±۲۳/۷۱		۷۴/۱۰±۲۱/۷۳		
	۵۱ سال و بالاتر	۳۸/۶۸±۲۵/۴۷*		۶۸/۳±۲۴/۴۷		

*در سطح $P<۰/۰۵$ معنی دار است.

بحث

به کاهش کیفیت زندگی آنان شود. عوارض بیماری دیابت نیز می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی افراد مبتلا شود (۱۴)؛ حتی درمان‌های بیماری دیابت مانند تزریق انسولین و محدودیت‌های تغذیه‌ای در زندگی روزمره بیماران مشکل‌ساز است و سبب کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود (۲).

در مطالعه صیادی و همکاران، نمره کیفیت زندگی در ابعاد

در این تحقیق میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد مختلف در گروه مورد نسبت به گروه شاهد به طور معنی‌داری کمتر بود و با مطالعه وزیری‌نژاد و همکاران (۱۳) مطابقت و همخوانی دارد. افراد مبتلا به دیابت با مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی متعددی مواجه هستند که مجموعه این مشکلات می‌تواند منجر

زندگی بهتر افراد مبتلا به دیابت و متأهل نسبت به افراد مبتلا به دیابت و مجرد بود (۱) که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است؛ ممکن است دلیل کیفیت زندگی بهتر افراد مبتلا به دیابت و مجرد نسبت به بیماران متأهل، مهار بهتر بیماری و عوارض ناشی از آن به دلیل مشغله و مسؤولیت‌های کمتر و در نتیجه داشتن زمان بیشتر برای توجه و پیگیری‌های درمانی و مراقبتی باشد. در این پژوهش، میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد مختلف در افراد دیابتی ۳۰ سال و کمتر نسبت به افراد دیابتی ۵۰ سال و بالاتر به طور معنی‌داری بیشتر بود. صادقی و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی با سن افراد مبتلا به دیابت رابطه معکوس دارد که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱). Senoz و همکاران نیز دریافتند که با افزایش سن، کیفیت زندگی بیماران دیابتی کاهش می‌یابد (۲۰)؛ دلیل این کاهش کیفیت زندگی می‌تواند به دنبال افزایش سن، افزایش محدودیت‌های فیزیکی، عاطفی و مراقبت از خود و یا افزایش عوارض قلبی-عروقی، نورو-واسکولار و نوروپاتی و سایر عوارض ناشی از دیابت به دنبال افزایش سن باشد؛ بر اساس گزارش باقری و همکاران، افراد مبتلا به دیابت با عوارض عروقی، از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (۲۱).

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این تحقیق مبنی بر تأثیر قابل ملاحظه بیماری دیابت بر کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا، توجه به کیفیت زندگی این افراد و سعی در بهبود آن به روش آموزش و پیگیری و مهار بهتر بیماری، از مسائل مهمی است که باید در درمان این بیماران لحاظ شود و مورد تأکید و توجه جدی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

از تمامی کارکنان درمانگاه دیابت بیمارستان ولی‌عصر (عج) و بیمارانی که در به ثمر رسیدن این تحقیق، پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدر دانی می‌گردد.

مختلف در بین دو گروه مبتلا به دیابت و سالم تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد (۱۵) که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است؛ از آنجا که مطالعه ذکرشده در استان زنجان انجام شده، شاید بتوان دلیل اختلاف در نتایج را، به تفاوت در فرهنگ، سبک زندگی، سطح درآمد و خدمات درمانی ارائه‌شده به افراد مبتلا به دیابت مربوط دانست؛ به طوری که مسائل ذکرشده سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران و کاهش اختلاف بین کیفیت زندگی بیماران و افراد سالم در آن استان شده است.

همچنین در مطالعه حاضر میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد مختلف در افراد مؤنث مبتلا به دیابت نسبت به افراد مذکر بیشتر بود. بررسی Schultz و Winstead-Fry (۱۶) و منصوریان و همکاران (۱۷) نیز نشان داد که نمره کیفیت زندگی مردان با اختلاف آماری معنی‌داری کمتر از زنان است که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه رسولی و همکاران میانگین نمره کیفیت زندگی زنان پایین‌تر از مردان گزارش شد که متفاوت با نتایج پژوهش حاضر است (۱۸). به نظر می‌رسد با توجه به سبک زندگی زنان در استان خراسان جنوبی و توجه و اهمیت ویژه آنها به حفظ توانایی و سلامتی برای اداره و مدیریت هر چه بهتر زندگی و در همین راستا دقت و اهتمام بیشتر آنها در رعایت رژیم‌های درمانی توصیه‌شده سبب کیفیت زندگی بهتر در آنان شده است.

در این مطالعه میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد مختلف در افراد مبتلا به دیابت و دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم نسبت به سایر گروه‌های تحصیلی بیماران بیشتر بود. درویش‌پور و همکاران، در تحقیق خود دریافتند که بین نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی و میزان تحصیلات رابطه معنی‌داری وجود دارد؛ به این شکل که با افزایش سطح تحصیلات کیفیت زندگی بهبود می‌یابد (۱۹) ولی با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد؛ شاید بتوان دلیل کاهش کیفیت زندگی در افراد لیسانس و بالاتر نسبت به گروه دیپلم و فوق دیپلم را مشغله بیشتر شغلی و زمان کمتر برای رسیدگی به امور درمانی و مراقبت‌های لازم دانست.

نتایج نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر در افراد مجرد نسبت به متأهلین بود و در بیشتر ابعاد کیفیت زندگی، تفاوت آماری معنی‌داری بین نمرات کیفیت زندگی افراد متأهل و مجرد، مشاهده شد. تحقیق صادقی و همکاران نشان‌دهنده کیفیت

منابع:

- 1- Sadegie Ahari S, Arshi S, Iranparvar Alamdari M, Amani F, Siahpoush H. The effect of complications of type II diabetes on patients' quality of life. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2009; 8 (4): 394-402. [Persian]
- 2- Vares Z, Zandi M, Baghaei P, Masoudi Alavi N, Mirbagher 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 (17): 14-22. [Persian]
- 3- Shahrjerdi SH, Shavandi N, Golpayegani M, Sheikh Hasani 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 (1): 35-44. [Persian]
- 4- Black JM, Matassarini-Jacobs E. *Medical-surgical nursing : clinical management for continuity of care*. 5th ed. Philadelphia: Saunders; 1997. pp:273-301.
- 5- McDonald PE, Tilley BC, Havstad SL. Nurses' perceptions: issues that arise in caring for patients with diabetes. *J Adv Nurs*. 1999; 30 (2): 425-30.
- 6- Borzou SR, Salavati M, Safari M, Hadadinejad Sh, Zandieh M, Torkaman B. Quality of life in type II diabetic patients referred to Sina Hospital, Hamadan. *Zahdan Journal of Research in Medical Sciences*. 2011; 13 (4): 43-46. [Persian]
- 7- Mata Cases M, Roset Gamisans M, Badia Llach X, Antoñanzas Villar F, Ragel Alcázar J. Effect of type-2 diabetes mellitus on the quality of life of patients treated at primary care consultations in Spain. *Aten Primaria*. 2003; 31 (8): 493-99. [Spanish]
- 8- Khamseh ME, Monavari A, Malek M, Shafiee G, Baradaran H. Health- related quality of life in patients with type 1 diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2011; 13 (3): 249-55. [Persian]
- 9- Deyo RA. The quality of life, research, and care. *Ann Intern Med*. 1991; 114 (8): 695-97.
- 10- Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*. 1992; 305 (6846): 160-64.
- 11- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2005;14 (3): 875-82.
- 12- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30 (6): 473-83.
- 13- Vazirinejad R, Sajadi M, Maghool N. A historical cohort study assessing the effect of diabetes on the quality of life of patients. *Pejouhesh*. 2010; 34 (1):35-40. [Persian]
- 14- 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 (7): 1604-10.
- 15- 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 (2):144-50. [Persian]
- 16- Schultz AA, Winstead-Fry P. Predictors of quality of life in rural patients with cancer. *Cancer Nurs*. 2001; 24 (1): 12-19.
- 17- Mansourian M, Behnampour N, Kargar M, Rahimzadeh H. Health-related quality of life (HRQOL) among Gorgan University of medical sciences students. *Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery* 2006; 4(2): 16-20. [Persian]
- 18- 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. *Jahrom Medical Journal*. 2011; 9 (1): 38-45. [Persian]

- 19- Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi Z, Yaghmaie F, Alavi Majd H, Montazeri A. Survey correlation between quality of life and disease and demographic variables of diabetic patients referred to Tehran hospitals in 2004. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2006; 8 (1):49-56. [Persian]
- 20- Senez B, Felicioli P, Moreau A, Le Goaziou MF. Quality of life assessment of type 2 diabetic patients in general medicine. *Presse Med*. 2004; 33 (3):161-66. [French]
- 21- Bagheri H, Ebrahimi H, Taghavi N, Hasani M. Evaluation of quality of life in patients with diabetes mellitus, based on its complications, referred to Emam Hossein Hospital, Shahroud. *Journal of Sharekord University of Medical Sciences*. 2005; 7 (2) :50-56. [Persian]

Life quality comparison in type 2 diabetic patients and none diabetic persons

S.A. Saadatjoo¹, M.R. Rezvaneh², Sh. Tabyee³, D. Oudi⁴

Background and aim: Life quality is a criterion of social and physical function as well as mental health and is considered as one of the most important factors and characteristics of health. Life quality and blood sugar metabolism control are two important indexes in diabetes treatment. The present study was done to compare the quality of life in diabetic and non-diabetic patients.

Material and Methods: In this descriptive analytical study, 100 type 2 diabetics aged 20 yrs were selected through systematic randomized sampling out of the patients referring to Vali-e-Asr hospital clinic and their quality of life was compared with that of 100 non-diabetics (controls) who were matched with the cases regarding demographic variables by means of SF36 quality of life questionnaire. The obtained data was analysed by means of SPSS statistical software (version 15) and statistical tests χ^2 , Mann-Whitney, and Kruskal-wallis at the significant level $P < 0.05$.

Results: There were no meaningful statistical differences between demographic variables in the case and the control groups. Diabetic patients' quality of life was significantly lower in all aspects than that of non-diabetics. Women's quality of life was better than men's in both groups ($P < 0.05$). Singles' life quality was better than that of the married ones ($P < 0.05$). Quality of life worsened in diabetics with increase in age ($P < 0.001$).

Conclusion: Planning for treating interventions and more accurate and perfect care in order to manage diabetes and its complications, in a better way, to promote diabetic patients quality of life is proposed.

Keywords: Diabetes Mellitus, Type 2; Quality of Life; Questionnaires

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 9 (1): 24-31

Received: February 12, 2012 Last Revised: April 26, 2012 Accepted: April 29, 2012

¹ Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Member of Diabetes Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

² Assistant Professor, Faculty of Medicine, Member of Diabetes Research Center, Birjand University of Medical Science, Birjand, Iran

³ Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Birjand University of Medical Science, Birjand, Iran

⁴ Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
davoodoudi@yahoo.com