مقایسه کیفیت زندگی افراد دیابتی نوع دو و افراد غیر دیابتی شهر اهواز

مجید عیدی بایگی[1*]، مهناز مهرابی زاده هنرمند[2]، ایران داودی[2]، وحید احمدی[4,3]، زهرا دهقانی زاده[5]، بیژن بابایی[6]

1) گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت حیدریه، ایران
2) گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران
3) مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایران
4) گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایران
5) گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، ایران
6) گروه علوم تربیتی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد ایران

تاریخ دریافت: 92/10/7 تاریخ پذیرش: 93/3/20

چکیده

مقدمه: دیابت بیماری مزمنی می باشد که بر عملکرد فردی و اجتماعی اثرات گسترده می گذارد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو و افراد غیر دیابتی می باشد.

مواد و روش ها: تحقیق حاضر از نوع علی-مقایسه ای(پس رویدادی) می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران دیابتی نوع دو شهر اهواز می باشد که در سال1390 عضو انجمن دیابت اهواز بودند. نمونه پژوهش به روش در دسترس انتخاب شد. از میان افراد مراجعه کننده به انجمن دیابت، تعداد 50 بیمار دیابتی نوع دو و 50 فرد غیر دیابتی از بین همراهان بیماران دیابتی که از نظر متغیرهای جنس و تحصیلات همتا شدند انتخاب گردیدند. سپس پرسش نامه کیفیت زندگی بین این دو گروه توزیع گردید. داده های حاصل از پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس یک راهه(ANOVA) و تحلیل واریانس چند متغیری(MANOVA) مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی داری از لحاظ کیفیت زندگی وجود دارد.($P<0.001$) هم چنین در همه حیطه های کیفیت زندگی بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: دیابت نوع دو بیماری مزمنی می باشد که کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد.

واژه های کلیدی: افراد غیر دیابتی، دیابت نوع دو، کیفیت زندگی

نویسنده مسئول: گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت حیدریه، ایران

Email: *nabiassady@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه

از بیماری دیابت به عنوان اپیدمی خاموش نام برده می - شود. این بیماری یک مشکل بهداشتی عمده و فراگیر محسوب می شود که شیوع آن به ویژه در کشورهای در حال توسعه افزایش چشمگیری داشته است،(1). شیوع دیابت در سطح جهانی افزایش یافته است و انتظار می رود شیوع آن در سال 2030 به 4/4 درصد برسد. تعداد افراد دیابتی به علت رشد جمعیت، پیری جمعیت، شهرنشینی و صنعتی شدن، افزایش شیوع چاقی و بی تحرکی به سرعت در حال افزایش است،(2). دیابت نوع دو یک اختلال متابولیکی است که مشخصه بارز آن کاهش نسبی در تولید و عملکرد انسولین و افزایش مقاومت نسبت به این هورمون می باشد. 95-90 درصد افراد دیابتی را افراد دیابتی نوع دو تشکیل می دهند، این نوع دیابت بیشتر افراد بالای 30 سال و چاق را مبتلا می سازد،(3). دیابت مانند دیگر بیماری های مزمن و ناتوان کننده برای فرد مشکلاتی به وجود می آورد که در نتیجه آن تمام جنبه های زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد،(4). این بیماران به دلیل جدال با بیماری و برنامه ریزی درمان آن به طور شایع دچار احساس شکست و ناامیدی گردیده و احساس خوب بودن روحی و اجتماعی آنان تحت تاثیر قرار می گیرد و بسیاری از آنان احساسات ترس، خشم، گناه در ارتباط با بیماری را گزارش می نمایند و اغلب انگیزه کافی مراقبت از خود و کنترل دقیق بیماری را ندارند،(5)، کیفیت زندگی به عنوان آن دسته خصوصیاتی در نظر گرفته می شود که برای بیمار ارزشمند است و حاصل احساس راحتی یا ادراک«خوب بودن» است و در راستای توسعه و حفظ منطقی عملکرد جسمانی، هیجانی و عقلانی است به طوری که فرد بتواند توانایی هایش را در فعالیت های با ارزش زندگی حفظ کند،(5). ابتلا به عوارض مزمن دیابت، کاهش امید به زندگی و مرگ و میر ناشی از آن بار اقتصادی زیادی را به فرد، خانواده و جامعه تحمیل می کند و کیفیت زندگی فرد و خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد،(6). نقش عوامل روان شناختی در دیابت در پژوهش های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است،(7). برای فرد دیابتی مشکلات روان شناختی و اجتماعی ممکن است به دلیل محدودیت در رژیم غذایی و فعالیت، نیاز برای مراقبت دقیق و مداوم از خود و احتمال بروز عوارض جسمی جدی نظیر مشکلات کلیوی، چشمی، قلبی و مغزی، به وجود آید.(8)

پژوهش صداقتی و همکاران(1386) نشان داد که افراد دیابتی نوع دو در مقایسه با افراد غیر دیابتی از کیفیت زندگی نامطلوبی برخوردار می باشند،(9). پنا و همکاران(2010)، در پژوهشی به منظور بررسی ادراک از وضعیت سلامتی، سلامت روان و کیفیت زندگی در بین بیماران دیابتی پرداختند. در این پژوهش که 358 بیمار دیابتی حضور داشتند به ازای هر بیمار دیابتی دو آزمودنی به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند و بر اساس متغیرهای سن، جنس و منطقه مرکز بهداشت همتا شدند، نتایج پژوهش آنان نشان داد در بیمارانی که از دیابت رنج می برند سلامت روان و کیفیت زندگی به طور معنی داری پایین تر از گروه کنترل بود،(10). هم چنین آکینسی و همکاران(2008)، در پژوهشی با عنوان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران دیابتی نوع دو، به بررسی کیفیت زندگی افراد دیابتی نوع 2 و عوامل مرتبط با آن پرداختند. در این پژوهش که تعداد 376 بیمار دیابتی نوع دو شرکت داشتند، نتایج پژوهش آنان نشان داد که بیماری دیابت بر کیفیت زندگی افراد موثر می باشد. از سویی نتایج پژوهش آنان نشان داد که سن کمتر از 40 سال، مرد بودن، ازدواج، زندگی همراه با خانواده و نداشتن سابقه دیابت در خانواده با کیفیت زندگی بهتر مرتبط می باشد.(11)

امروزه در مراقبت پزشکی، بهبودی در بیماری های مزمن غیر ممکن بوده ولی مرگ نیز قریب الوقوع نیست، لذا کنترل بیماری های مزمن از اهمیت ویژه ای برخوردار است، و یکی از اهداف مراقبت درمانی، مطلوب نمودن کیفیت زندگی است،(12). پرداختن به کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن به عنوان چهارچوبی برای ارائه خدمات مناسب و شناخت اثرات بیماری بر جنبه های کیفیت زندگی بر اساس نیازهای انفرادی آن ها ضروری به نظر می رسد و یکی از نیازهای بیماران می باشد،(13). از سویی مقوله کیفیت زندگی به این دلیل حائز اهمیت می - باشد که در صورت عدم توجه می تواند منجر به ناامیدی، نداشتن انگیزه، کاهش فعالیت های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی شده و در ابعاد عمیق تر بر توسعه اقتصادی- اجتماعی یک کشور اثر گذار باشد،(14). مطالعات گذشته در داخل کشور اکثراً به بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو پرداخته و گروه کنترل برای مقایسه در دو گروه در نظر نگرفته اند لذا پژوهش حاضر با در نظر گرفتن گروه گواه و همتا سازی گروه گواه و آزمایش بر اساس جنس و تحصیلات از سایر پژوهش های صورت گرفته در داخل کشور فاصله می گیرد. بنا بر این پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال می باشد که آیا بین کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو و افراد غیر دیابتی شهر اهواز تفاوت وجود دارد؟

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای(پس رویدادی) می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران دیابتی نوع دو شهر اهواز می باشد که در سال1390 عضو انجمن دیابت اهواز بودند. نمونه پژوهش به روش در دسترس انتخاب شد، بدین شکل که با حضور در محل انجمن به هر بیمار دیابتی نوع دو که مراجعه می کرد پرسش نامه‌هایی که ویژگی های جمعیت شناختی همچون سن، مدت زمان ابتلا به بیماری، جنس و تحصیلات در آن ذکر گردیده بود داده شد. سپس50 فرد غیر دیابتی از بین همراهان مراجعان که از نظر متغیرهای جنس و تحصیلات با گروه افراد دیابتی همتا شدند، انتخاب گردیدند و پرسش نامه کیفیت زندگی بین این دو گروه توزیع گردید. شرط ورود به پژوهش عدم ابتلا به بیماری مزمن مانند آسم و سرطان، رضایت آگاهانه بود و در صورتی که افراد نمونه هر یک از شرایط را نمی داشتند از مطالعه خارج می شدند.

در این پژوهش برای گردآوری داده ها از پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده گردید. این پرسش نامه دارای 26 گویه است که در یک مقیاس لیکرت 1 تا 5 کیفیت زندگی فرد را از جنبه‌های مختلف بررسی می کند که دو سوال آن در خصوص احساس کلی فرد از کیفیت زندگی خویش و مابقی سوالات احساس و رفتار فرد را در دو هفته اخیر در زمینه های: بهداشت و سلامت جسمی، روان شناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی نشان می دهد،(15). پایایی بازآزمایی پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، 70 درصد به دست آمد،(16). در ایران نیز برای پایایی مقیاس از 3 روش بازآزمایی(با فاصله 3 هفته ای)، تنصیف و آلفای کرونباخ استفاده شده، که به ترتیب برابر با 67، 87 و 84 درصد، بود،(17). روایی هم زمان برای خرده مقیاس سلامت جسمانی 86، سلامت روانی 91، ارتباط اجتماعی 89 و محیط 14 درصد، به دست آمد،(16). در پژوهش حاضر به منظور تعیین پایایی این پرسش نامه، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی 88 درصد به دست آمد. هم چنین ضریب روایی این پرسش نامه بر اساس روش تحلیل مواد بین 369-376 درصد و در سطح($P<0.001$) معنی دار گردید.

یافته های پژوهش

در هر گروه 28 مرد و 22 زن حضور داشتند که از این بین در هر گروه 19 نفر زیر دیپلم، 22 نفر دیپلم و 9 نفر بالاتر از دیپلم بودند. میانگین سنی بیماران دیابتی نوع دو 46/42 و افراد غیر دیابتی 36/24 می باشد. این اطلاعات در جدول شماره 1 نشان داده شده است.

جدول شماره 1. اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به نمونه

	سن		جنس		مقطع تحصیلی		
	میانگین	انحراف معیار	مرد	زن	زیر دیپلم	دیپلم	بالاتر از دیپلم
دیابت نوع دو	46/42	11/55	28	22	19	22	9
غیر دیابتی	36/24	13/44	28	22	19	22	9

جدول شماره 2. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و حیطه های آن در دو گروه افراد دیابتی نوع دو و افراد غیر دیابتی

	دیابت نوع دو		افراد غیر دیابتی	
مقیاس	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت جسمانی	21/06	4/83	24/44	4/45
سلامت روان شناختی	19/39	4/32	22/08	3/62
روابط اجتماعی	9/15	2/49	11/23	2/21
محیط اجتماعی	24/28	4/93	26/08	4/63
نمره کل کیفیت زندگی	73/91	14/85	83/84	11/86

چنان چه در جدول شماره 2 مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در افراد دیابت نوع دو، 73/91 و 14/85 و در افراد غیر دیابتی 83/84 و 11/86 می باشد. هم چنین میانگین

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

حیـطه های کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی، سلامت روان شـناختـی، روابط اجتـماعـــی و محیط اجتماعی در افراد دیابتی نوع دو، به ترتیب 21/06، 4/3919، 9/15 و 24/28 می باشد. در گروه افراد غیر دیابتی میانگین نمرات این حیطه ها به ترتیب 24/44، 22/08، 11/23 و 26/08 می باشد.

جدول شماره 3. نتایج حاصل تحلیل واریانس یک راهه جهت مقایسه کیفیت زندگی در افراد دیاتی نوع دو و افراد غیر دیابتی

مقیاس	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
سلامت روان	بین گروه ها	2468/099	1	2468/099	13/657	P<0.001
	درون گروه ها	17710/136	98	180/716		
	کل		99			

منـدرجـات جـدول شـماره 3، نشـان داد کـه بیـن نمـرات کـل کیـفیـت زنـدگـی افـراد دیـابتی نوع دو و افـراد غیر دیابتـی تفـاوت مـعنی داری وجـود دارد.(P<0.001)

جدول شماره 4. نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیری(مانوا) بر روی میانگین نمره های حیطه های کیفیت زندگی در دو گروه

آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	سطح معنی داری
آزمون اثر پیلایی	0/198	4	95	5/87	P<0.001
آزمون لامبدای ویلکز	0/802	4	95	5/87	P<0.001
آزمون اثر هتلینگ	0./247	4	95	5/87	P<0.001
آزمون ریشه روی	0./247	4	95	5/87	P<0.001

همـان طـور کـه جـدول شـمـاره 4 نـشـان مـی دهـد همه آزمون های مانوا در سطح(P<0.001) معنی دار می باشند، بر این اساس می توان بیان داشت حداقل در یکی از ابعاد کیـفیت زنـدگی بیـن دو گـروه تـفاوت معنی داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت چهار تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول شماره 5 درج شده است.

جدول شماره 5. نتایج حاصل از آنوا در متن مانوا بر روی میانگین حیطه های کیفیت زندگی دو گروه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
سلامت جسمانی	285/329	1	285/329	13/197	P<0.001
سلامت روان شناختی	180/955	1	180/955	11/372	0/001
روابط اجتماعی	107/361	1	107/361	19/34	P<0.001
محیط اجتماعی	80/547	1	80/547	3/479	0/065

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مندرجات جدول شماره 5 نشان می دهد که تفاوت بین دو گروه در حیطه های سلامت جسمانی(F=13.197, P<0.001)، سلامت روان شناختی(F=11.372, P<0.001) و روابط اجتماعی(F=19.34, P<0.001) معنی دار می باشد، اما در حیطه محیط اجتماعی(F=3.479, P<0.001) معنی دار نمی باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه کیفیت زندگی افراد دیابتی نوع دو و افراد غیر دیابتی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه افراد دیابتی نوع دو و افراد غیر دیابتی از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد، این نتایج با نتایج پژوهش های پیشین همسو می باشد،(۹،۱۰). در تبیین این یافته می توان اذعان داشت که دیابت همانند سایر بیماری های مزمن، افزون بر مرگ و میر بالا، گرفتاری های فردی، خانوادگی، اجتماعی و مالی بسیاری به همراه دارد. این بیماری به دلیل درگیر کردن بیشتر اندام های بدن از جمله قلب، چشم، معده و...، اثرات معکوس و معنی داری بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی بیماران دارد،(18). درگیری مداوم با بیماری و محدودیت هایی که عوارض دیابت برای بیماران ایجاد می نماید، احساس منفی و عدم رضایت از زندگی، و در نتیجه پایین آمدن کیفیت زندگی در بیماران را موجب می شود. هم چنین رعایت مداوم رژیم های تغذیه ای و دارویی، احساس عدم کفایت و استقلال را در بیماران ایجاد می کند که همین مسئله کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد،(19). بر اساس مدل لی و همکاران از کیفیت زندگی ساختار مفهومی کیفیت زندگی باید حداقل شامل چهار بعد زندگی شامل شرایط زندگی، وضعیت عملکرد اجتماعی، وضعیت سلامت روان شناختی و وضعیت سلامت فیزیکی و دو محور عینی و ذهنی گردد. بیماری دیابت با درگیر کردن این چهار بعد زندگی فرد و تحت تاثیر قرار دادن این ابعاد با توجه به عوارضی که برای فرد به همراه دارد سبب کاهش کیفیت زندگی افراد دیابتی در مقایسه با افراد غیر دیابتی می شود. از سویی دیگر، یکی از شاخص های کیفیت زندگی رضایت از زندگی می باشد، این مفهوم به عنوان ارزیابی کلی کیفیت زندگی بر اساس ملاک های انتخاب شده عبارت است از مقایسه بین شرایط زندگی با ملاک های شخصی. افراد هنگامی سطوح بالای رضایت از زندگی را تجربه می کنند که شرایط زندگی آن ها با ملاک هایی که برای خود تعیین کرده اند، مطابقت داشته باشند. رضایت از زندگی را می توان به عنوان جامع ترین ارزیابی افراد از شرایط زندگی خود در نظر گرفت،(20). حال آن‌که افراد دیابتی به علت محدودیت های که در زمینه های فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی دارند ممکن است شرایط زندگی شان با ملاک هایی که برای خود تعیین کرده اند همسو نباشد و سبب کاهش ارزیابی کلی از کیفیت زندگی شان گردد.

نتایج این پژوهش نشان داد که بین همه حیطه های کیفیت زندگی به جز حیطه سلامت محیط بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد، این نتایج با پژوهش صداقتی و همکاران(1386) همسو می باشد،(9). در تبیین این یافته می توان بیان کرد که در تمامی ابزارهای سنجش کیفیت زندگی، اندازه گیری جنبه های قابل مشاهده و جنبه های درونی بیماری به درجات متفاوتی منظور شده است. در حوزه عملکرد فیزیکی جنبه های قابل مشاهده کیفیت زندگی روی توانایی فرد برای تحرک و اجرای فعالیت های روزمره متمرکز شده اند که قابل مشاهده هستند،(21). پیامدهای همراه با دیابت هم چون بیماری عروق کرونر و عروق محیطی، سکته، نفروپاتی دیابتی، قطع عضو، نارسایی کلیوی و نابینایی سبب می شود که فرد در حوزه عملکرد فیزیکی و جسمی با دشواری هایی روبرو گردد و توانایی تحرک و انجام فعالیت های روزمره زندگی با مشکل مواجه شود و این مشکلات به نوبه خود بر عزت نفس و کارآمدی این افراد تاثیرگذار می باشد. بر اساس مدل یکپارچه گرای کیفیت زندگی که هم شامل ابعاد عینی و هم ذهنی زندگی می شود، مشکلات جسمانی پیش آمده و محدودیت هایی که در اثر بیماری بر فرد تحمیل می شود همه ابعاد زندگی فرد را در بر گرفته و سبب کاهش کیفیت زندگی در این بعد(سلامت جسمانی) می گردد. از سویی عوارض مزمن بیماری در طول زمان شامل رژیم ها، محدودیت های غذایی و استفاده مکرر از داروها(تزریقی یا خوراکی)، نیاز به مراجعات مکرر به پزشک جهت پیگیری و کنترل بیماری، آزمایشات مکرر و متعدد خون و سایر آزمایشات لازم در طی مدت بیماری و ناتوانی های ایجاد شده در اثر عوارض مزمن دیابت سبب افزایش ریسک ابتلای این بیماران به بیماری - های روان پزشکی از قبیل، عزت نفس پایین، افسردگی، اضطراب و اختلالات خوردن می شود،(22). از سویی دیگر بعد اجتماعی شامل شرایطی است که رابطه فرد را با دیگران(در خانواده و در سازمان هایی که در آن کار می کنند و یا عضویت دارند) و در جامعه(در رابطه با حکومت و دولت) تعریف می کند. مهم ترین این متغیرها عبارتند از زندگی خانوادگی غیر دیابتی و راحت، زندگی سازمانی غیر دیابتی و پربار، دوستان و آشنایان، امنیت سیاسی و امنیت اقتصادی و اجتماعی. عوارض و مشکلات ناشی از دیابت مشکلاتی را در زمینه شغل و کارایی فرد در جامعه ایجاد می

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

نماید و از سویی بستری شدن های مکرر، نیاز به مراقبت - های پزشکی و پرستاری، هزینه های غیرمستقیم ناشی از مرگ زودرس این بیماران و کاهش یافتن تعاملات خانوادگی و اجتماعی از مواردی هستند که وضعیت خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی این بیماران را متاثر می - سازد،(23). چون انسان ذاتاً موجودی اجتماعی است و زندگی او در رابطه با دیگرانی معنا می یابد که در سطوح مختلف با وی در ارتباطند وجود بیماری سبب بروز اختلال در روابط اجتماعی این افراد می شود. نتایج این مطالعه نشان می دهد که دیابت نوع دو بیماری مزمنی است که به سبب محدودیت ها و عوارضی را که برای افراد مبتلا به همراه دارد سبب می شود که سلامت روان این افراد در مقایسه با افراد غیر دیابتی به طور معنی داری کاهش یابد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، مبنی بر این که افراد مبتلا به دیابت نوع دو در مقایسه با افراد غیردیابتی وضعیت کیفیت زندگی نامطلوب تری دارند پیشنهاد می شود جهت ارتقاء سطح بهداشت روانی و کیفیت زندگی آن ها برنامه های جامع و پیشگیرانه، از طریق مراکز بهداشتی-درمانی و هم چنین اطلاع رسانی از طریق رسانه ملی صورت گیرد. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر استفاده از نمونه گیری در دسترس و هم چنین استفاده از پرسش نامه خود گزارشی جهت جمع آوری اطلاعات بود، با توجه به شرایط برخی از بیماران از جمله سن بالا، عدم فهم سوالات به علت تحصیل پایین یا قومیت های خاص لازم بود قرائت شود.

سپاسگزاری

پژوهشگران این فرصت را مغتنم شمرده، از مسئولین وکارکنان انجمن دیابت شهر اهواز که در اجرای این پروژه ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایند.

References

1.Gambert SR. Are we up to the challenge? Clin Geriatr 2002; 10: 14-26.

2.Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 27: 1047-53.

3.Smeltzer S, Beyer B, Hinckel J, Chiuper K. [Brunner and Svdars surgical nursing: Liver and lymph]. Trans. Asadi Noghabi A, Dehghan Nayeri N. Tehran, Iran: Salemi Publication; 2010. (Persian)

4.Kaholokula JK, Haynes SN, Grandinetti A, Chang HK. Biological, psychosocial, and socio demographic variables associated with depressive symptoms in persons with type 2 diabetes. J Behav Med 2003; 26: 435-58.

5.Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MZ, Arango C, Saiz PA, Bousono M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. Eur Psychiatry 2001; 16: 239-42.

6.Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and Self-Management of Diabetes. Clin Diabetes 2004; 22:123-7.

7.Snoek FJ, Skinner TC. Psychological aspects of diabetes management. Medicine 2006; 34: 61-3.

8.Gelder M, Mayou R, Cowen P. The Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2004.P. 208-14.

9.Sedaghati KM, Ehsani M, Ghanbari A. [Comparison quality of life of patients with type 2 diabetes withnon-diabetic individuals]. J Babol Univ Med Sci 2006; 9: 55-60. (Persian)

10.Pena MM, Hernandez BV, Fernandez C, Gil De MA, Rodriguez PM, Lopez-de AA, et al. Self-perception ofhealth status, mental health and quality of life among adults with diabetes residing in a metropolitan area. Diabetes Metab 2010; 36: 305-11.

11.Akinci F, Yildirim A, Gozu H, Sargjn H, Orbay E, Sarg M. Assessment of healthrelated quality of life (HRQoL) of patients with type 2 diabetes in Turkey. Diabetes Res Clin Prac 2008; 79: 117-23.

12.Deyo RA. The quality of life and research and care . Ann Int Med 2005; 7: 29-33.

13.Abasi A. [Effect of exercise program on functional ability and quality of family life in patients with heart failure]. J Jondi Shapoor Uni 2006;5:521-7. (Persian)

14.Brading C, Gamas DS. Guidelines for encouraging psychological wellbeing:

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

Report of a working group of WHO regional office for Europe & IDFEuropean Region st. Vincent Declaration action program for diabetes. Diabete Med 1994; 11: 510-6.
15.OmraniFard V, EsmailiNejad Y, Maraee MR, Davarpanah AH. [Effectiveness of educational intervention son the pressure imposed psychological adjustment and quality of family life in patients with bipolar disorder type I]. J Isfahan Med School 2009; 27: 164-78. (Persian)
16.Esch LV, Den Oudsten BL, De Vries J. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF quality of lifeassessment in women with malignant and benign breast problems. EJC Suppl 2010; 8: 71-9.
17.Nasiry H. [Survey validity and reliability of short-scale study of quality of life, World Health Organization and the Iranian version]. J Ment Health 2006;4:14-15. (Persian)
18.Bagheri H, Abrahimi H, Taghavi N, Hasani MR. [Evaluation of quality of life in patients with diabetes mellitus, based on its complications, referred to EmamHossein Hospital, Shahroud]. J Shahrekord Univ Med Sci 2005;7: 50-6. (Persian)
19.Faro B. The effect of diabetes on adolescents' quality of life. Pediatr Nurs 1999; 25: 247-53.
20.Keshavarz A, Mehrabi HA, Soltanizade M. [Psychological predictors of life satisfaction]. Develop Psychol 2009; 6: 159-68. (Persian)
21.Fernandez O, Guerrero M. Quality of life in multiple sclerosis. Part 1: Theoretical framework. Int MS J 2000; 7: 101-6.
22.Bryden KS, Dunger DB, Mayou RA, Peveler RC, Neil HA. Poor prognosis of young adults with type I diabetes. Diabetes Care 2003; 26: 1052-7.
23.Rhonda SO. An update in diabetes manangement. Rehabil Nurs 2000; 25: 177-81.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

Comparison the quality of life in patients with diabetes type 2 and non-diabetic individuals

Eydi-Baygid M[1], Mehrabizade-Honarmand M[2], Davoudi I[2], Ahmadi V [34], Dehghanizadeh Z[5], Babaei B[6]*

(Recived: 28 December, 2013 Accepted: 10 June, 2014)

Abstract

Introduction: Diabetes is a chronic disease that has widespread effects on individual and social performance. The purpose of this study was to compare the quality of life in patients with diabetes type 2 and non-diabetic individuals.

Materials & Methods: The design of this research was ex-post facto. The sample consisted of all patients with diabetes type 2, who were members of Diabetic A-ssociation in the city of Ahvaz in 1390. The sample was selected by available sampling method. Among the patients who referred to the Diabetic Association, 50 type 2 diabetic patients and 50 non-diabetic relatives of clients who were matched for sex and education were selected. Then, the Quality of life Questionnaire was distributed between these two groups. The collected data were analyzed using Analysis of Variance (ANOVA) and Multivariate Variance Analysis Method (MANOVA).

Findings: Results indicated that there was a significant difference in quality of life between the two groups ($p<0.001$). Also, there was a significant difference between groups in all aspects of quality of life except social environment.

Discussion & Conclusion: Diabetes is a chronic disease that affects patients' quality of life.

Keywords: Non-diabetic individuals, Diabetes type 2, Quality of life.

1.Dept of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Torbat-e-Heydarieh, Iran
2.Dept of Psychology, Faculty of Psychology, Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran
3.Research Center for Prevention of Psychosocial Injuries, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
4.Dept of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Ilam, Iran.
5.Dept of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Shiraz, Iran
6.Dept of Educational Sciences, Faculty of Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran
** Correspondin author*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]