

## ارتباط کیفیت زندگی با متغیرهای جمعیت شناختی و بالینی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو

سیده فاطمه مومنی<sup>۱</sup>، فاطمه شیرینکام<sup>۲</sup>، سپیده محمدی<sup>۳</sup>، هنگامه کریمی<sup>۴</sup>

### مقدمه

دیابت در سراسر دنیا یک بیماری شایع، مزمن و پر هزینه به شمار می‌رود (۱). تخمین زده می‌شود که ۴۱۵ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به دیابت هستند. در ایران ۱۱/۹ درصد افراد مبتلا به دیابت در دامنه سنی ۲۵ تا ۷۰ سال هستند و برآورد شده که تا سال ۲۰۳۰ حدود ۹/۲ میلیون ایرانی مبتلا به دیابت خواهند بود (۲). این بیماری مزمن با عوارض کشنده ای که به دنبال دارد، به عنوان علت اصلی قطع اندام، نابینایی، نارسایی مزمن کلیه و بیماری‌های قلبی شناخته شده است (۳). در این بین، بیشتر مبتلایان به دیابت، دیابت نوع دو هستند. این نوع دیابت تا حدود زیادی نتیجه کم تحرکی و اضافه وزن افراد می‌باشد. نتایج مطالعه عدم پایبندی و تبعیت بیماران از درمان‌ها می‌تواند منجر به افزایش مشکلات و عوارض ناشی از بیماری شود (۴)، به عوارضی مانند نابینایی، نارسایی کلیه، قطع اندام تحتانی، مشکلات روحی و روانی و ... که در جنبه‌های مختلف زندگی فرد مبتلا به دیابت ایجاد شده و منجر به تأثیرات منفی بر کیفیت زندگی آنان می‌شود (۵). مطالعات تجربی نشان داده‌اند کیفیت زندگی می‌تواند به عنوان شاخص کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و جزئی از برنامه درمان محسوب شود و اندازه‌گیری آن در بیماری‌های مزمن اطلاعات بیشتری را در مورد وضعیت سلامت و بیماری در اختیار برنامه‌ریزان قرار دهد. همچنین این اطلاعات می‌تواند در جهت ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها به عنوان راهنمای مفیدی در نظر گرفته شود (۶). کیفیت زندگی در زمان بیماری، درک ذهنی افراد درباره تأثیر شرایط بالینی در زندگی است و معمولاً افراد با بیماری مزمن، درک متفاوتی از زندگی داشته و معنی و ارزش زندگی از لحاظ ذهنی در آنها متفاوت است (۷). درگیری مداوم با بیماری و محدودیت‌هایی که عوارض دیابت برای بیماران ایجاد می‌نماید، احساس منفی و عدم رضایت از زندگی و در نتیجه پایین آمدن کیفیت زندگی بیماران را موجب می‌شود. همچنین رعایت مداوم رژیم‌های غذایی و دارویی، احساس عدم کفایت و استقلال را در بیماران ایجاد می‌کند که به تشدید تأثیرات منفی و کاهش کیفیت زندگی بیماران ختم می‌شود (۶). نتایج مطالعه

<sup>۱</sup> کارشناس پرستاری، دانشجو کارشناسی ارشد داخلی – جراحی دانشگاه علوم پزشکی بابل

<sup>۲</sup> استاد دانشگاه، کارشناس ارشد، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی رامسر

<sup>۳</sup> استاد دانشگاه، دکتری پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی رامسر

<sup>۴</sup> استاد دانشگاه، کارشناس ارشد داخلی – جراحی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی رامسر

مروری کیادلیری و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۱۳) ، پایینتر بودن کیفیت زندگی بیماران دیابتی نسبت به افراد غیر دیابتی را تایید کرده و علت احتمالی آن را عوارض این بیماری می‌داند (۸). نتایج مطالعه مارنراس و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۲۰) نشان داد بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در مقایسه با افراد سالم ، دارای نقایص شناختی بوده و اختلالات عصبی و روانی در بیماران میانسال مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی آنان دارد (۹). از آنجا که اولین گام برای توسعه ارائه خدمات مراقبت پرستاری وجود دانش و آگاهی بوده و نظر به اهمیت موضوع، این مطالعه با هدف "تعیین ارتباط کیفیت زندگی با متغیرهای جمعیت شناختی و بالینی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو" طراحی و اجرا گردید.

## روش بررسی

این مطالعه کمی از نوع توصیفی - تحلیلی بوده و به روش مقطعی انجام شد. محیط پژوهش، مراکز جامع خدمات سلامت شهری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل و جامعه پژوهش تمامی افراد مبتلا به دیابت نوع دو بود، که در این مراکز دارای پرونده بودند.

حجم نمونه با فرض حداقل همبستگی خطی ۰/۲ و با در نظر گرفتن سطح احتمال خطای نوع اول ۵ درصد و سطح احتمال خطای نوع دوم ۲۰ درصد، خطی بین دو متغیر کمی برابر ۱۹۳ نفر به دست آمد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش حدود ۲۰ درصد، ۲۳۲ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: رضایت آگاهانه ، عدم وجود اختلالات شناختی (با توجه به پرونده الکترونیکی بیمار)، عدم ابتلا به سندرم متابولیک (با توجه به پرونده پزشکی بیمار)، عدم ابتلا به بیماریهای خاص مانند ایدز و... و معیار خروج از مطالعه انصراف از ادامه همکاری در پژوهش بود. پس از اخذ معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی بابل به مراکز خدمات سلامت شهری شهرستان بابل مراجعه شد، و پس از کسب اجازه از مسئولین مراکز خدمات سلامت شهری، بر حسب جمعیت بیماران دیابتی نوع دو هر مرکز، نمونه های واجد معیارهای ورود به صورت در دسترس انتخاب شدند، توضیحات لازم در مورد هدف پژوهش، روش تکمیل پرسشنامه‌ها، آزادی مشارکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه، امتناع و یا خروج از آن و محرمانه ماندن اطلاعات به واحدهای مورد پژوهش ارائه و رضایت آگاهانه از آنان اخذ شد. سپس پرسشنامه‌ها پس از ارائه توضیحات کامل و تحت نظارت پژوهشگر توسط نمونه ها، تکمیل و بلافاصله دریافت شد. سه نفر از نمونه های پژوهش به دلیل انصراف از ادامه همکاری و عدم تکمیل پرسشنامه ها از پژوهش خارج شد و مطالعه با ۲۲۹ نمونه انجام شد.

## ابزار جمع آوری داده ها:

ابزار جمع آوری داده‌ها شامل دو بخش بود:

۱- اطلاعات دموگرافیک: سن، جنس، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، بعد خانوار، وضعیت مالی، میزان کفایت درآمد خانواده، وضعیت اشتغال، پوشش بیمه درمانی و بیمه تکمیلی، هم خانگی، سطح تحصیلات، محل سکونت، وضعیت منزل مسکونی، عوارض ناشی از ابتلا به دیابت، سابقه عمل جراحی ناشی از ابتلا به دیابت، عضویت در انجمن دیابت و داروهای مصرفی.

## ۲- پرسشنامه کیفیت زندگی:

ابزار خلاصه شده سنجش کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی<sup>۷</sup> (WHOQOL- BREF) که چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط را با ۲۴ سوال می‌سنجد، دو سوال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند بنابراین این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سوال دارد. نمره هر گویه در دامنه‌ای ۱ تا ۵ می‌باشد. در پژوهش نجات و همکاران (۱۳۸۵) پایایی و روایی این مقیاس در گروه بیماران در حیطه‌های: سلامت جسمانی ۰/۷۲، روانشناختی ۰/۷۰، روابط اجتماعی ۰/۵۲ و محیط ۰/۷۲ بدست آمد (۱۰).

## ملاحظات اخلاقی

-کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل با کد IR.MUBABOL.HRI.REC. 1401.010 اردیبهشت ۱۴۰۱

- اخذ معرفی نامه از تحصیلات تکمیلی دانشکده

- کسب اجازه از دانشگاه علوم پزشکی بابل

-کسب اجازه از مسئولین مراکز جامع خدمات سلامت

- اخذ رضایت آگاهانه از نمونه‌ها

- آزادی نمونه‌ها برای امتناع از شرکت و یا خروج از مطالعه

<sup>۷</sup> World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF)

تجزیه و تحلیل داده ها: برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی برای سنجش شاخص های فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی (اسپیرمن، کراس کالوالیس، من ویتنی) برای بررسی ارتباط بین متغیرها (با توجه به توزیع غیر نرمال متغیرها) استفاده شد. تمامی محاسبات با بکارگیری نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و سطح معنی داری ۰/۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها:

در این مطالعه ۲۲۹ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران، ۵۰/۱۸ ± ۱۰/۰۱ بود. اکثریت بیماران زن (۱۲۴ نفر، ۵۴/۱ درصد)، متأهل (۲۰۷ نفر، ۹۰/۴ درصد)، دارای تحصیلات در سطح دیپلم (۶۳ نفر، ۲۷/۵ درصد) بودند. میانگین و انحراف معیار نمره مجموع کیفیت زندگی ۸۲/۳۲ ± ۱۰/۴۸ بود.

جدول ۱- شاخصهای توصیفی کیفیت زندگی ( میانگین و انحراف معیار) در افراد مبتلا به دیابت نوع دو

متغیرهای پژوهش	انحراف معیار ± میانگین
کیفیت زندگی حیطه سلامت جسمانی	۲۱/۴۳ ± ۲/۶۳
کیفیت زندگی حیطه روانشناختی	۱۸/۶۶ ± ۲/۶۳
کیفیت زندگی حیطه اجتماعی	۹/۴۵ ± ۱/۵۶
کیفیت زندگی حیطه محیط و وضعیت زندگی	۲۵/۸۸ ± ۵/۵۱
مجموع کیفیت زندگی	۸۲/۳۲ ± ۱۰/۴۸

## جدول ۲- ارتباط کیفیت زندگی با متغیرهای کیفی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو

مجموع کیفیت زندگی	ویژگی های جمعیت شناختی
انحراف معیار $\pm$ میانگین	
	<b>جنسیت</b>
۸۵/۱۸ $\pm$ ۱۰/۳۷	مرد
۷۹/۹۱ $\pm$ ۹/۶۷	زن
۰/۰۰۶	سطح معنی داری (من ویتنی)
	<b>وضعیت تاهل</b>
۸۳/۲۲ $\pm$ ۱۲/۴۵	متاهل
۸۲/۲۳ $\pm$ ۱۰/۲۸	مطلقه/ بیوه/ مجرد
۰/۴۷	سطح معنی داری (من ویتنی)
	<b>سطح تحصیلات</b>
۸۰/۵۳ $\pm$ ۹/۴۵	ابتدائی
۷۹/۳۸ $\pm$ ۹/۶۷	راهنمایی
۸۰/۶۳ $\pm$ ۱۰/۱۴	متوسطه
۸۲/۵۳ $\pm$ ۱۰/۰۶	دیپلم
۸۹/۶۷ $\pm$ ۱۱/۰۲	بالای دیپلم
۰/۰۰۱	
	<b>شغل</b>
۸۲/۷۰ $\pm$ ۱۱/۱۸	شاغل
۸۵/۷۴ $\pm$ ۱۰/۸۲	بازنشسته
۸۹/۷۱ $\pm$ ۱۰/۹۶	شاغل بعد از بازنشستگی
۸۰/۲۶ $\pm$ ۹/۰۸	خانه دار
۰/۰۲۹	سطح معنی داری (کروسکال والیس)
	<b>وضعیت مالی</b>
۸۳/۶۰ $\pm$ ۹/۹۱	پایدار
۷۷/۲۳ $\pm$ ۱۱/۲۴	ناپایدار
۰/۰۰۱	سطح معنی داری (من ویتنی)
	<b>کفایت درآمد ماهانه</b>
۹۲/۷۵ $\pm$ ۹/۹۱	برابر با هزینه
۸۲/۷۴ $\pm$ ۹/۶۴	کمتر از هزینه

۸۰/۵۶ ± ۱۲/۱۸	بیشتر از هزینه
۰/۱۲	سطح معنی داری (کروسکال والیس)
	<b>پوشش بیمه درمانی</b>
۸۲/۱۹ ± ۱۰/۳۵	بله
۸۷/۱۶ ± ۱۵/۱۵	خیر
۰/۲۵	سطح معنی داری (من ویتنی)
	<b>بیمه تکمیلی</b>
۸۴/۴۴ ± ۱۰/۶۵	بله
۸۰/۰۳ ± ۹/۸۴	خیر
۰/۰۳۲	سطح معنی داری (من ویتنی)
	<b>هم خانگی</b>
۸۲/۷۳ ± ۱۰/۹۲	همسر
۸۲/۱۰ ± ۱۰/۲۰	همسر/فرزند
۷۹/۳۷ ± ۱۲/۳۱	فرزند
۸۴/۵۰ ± ۱۱/۴۷	سایر
۰/۲۱	سطح معنی داری (کروسکال والیس)
	<b>محل سکونت</b>
۸۳/۱۵ ± ۹/۶۸	شهر
۸۱/۵۷ ± ۱۵/۲۰	روستا
۷۹/۴۴ ± ۱۰/۷۶	حاشیه
۰/۰۲	سطح معنی داری (کروسکال والیس)
	<b>وضعیت منزل مسکونی</b>
۸۲/۴۷ ± ۱۰/۶۰	شخصی
۸۱/۲۵۳ ± ۹/۷۰	استیجاری
۰/۹۹	سطح معنی داری (من ویتنی)
	<b>عوارض ناشی از ابتلا به دیابت</b>
۸۰/۴۱ ± ۱۰/۴۷	قلبی
۸۴/۲۴ ± ۱۵/۱۵	چشمی
۷۶/۱۲ ± ۱۴/۷۲	کلیوی
۸۲/۸۹ ± ۸/۹۳	سایر
۰/۲	سطح معنی داری (کروسکال والیس)
	<b>سابقه عمل جراحی ناشی از ابتلا به</b>

دیابت	
۸۱/۲۱ ± ۷/۲۰	بله
۸۲/۴۰ ± ۱۰/۶۷	خیر
۰/۷۴	سطح معنی داری (من ویتنی)
عضویت در انجمن دیابت	
۸۲/۹۷ ± ۹/۹۴	بله
۸۱/۸۲ ± ۱۰/۹۱	خیر
۰/۸۳	سطح معنی داری (من ویتنی)

با توجه به جدول، میانگین نمره مجموع کیفیت زندگی در مردان به طور معنی داری نسبت به زنان بیشتر بود. نمره کیفیت زندگی در بیماران متاهل در مقایسه با مطلقه/ بیوه/ مجرد تفاوت آماری معنی داری نداشت. از آنجا که از نظر وضعیت تاهل، ۲۰۷ نفر متاهل، ۱۰ نفر مجرد، ۷ نفر بیوه و مطلقه ۵ نفر بودند، جهت تحلیل آماری سه گروه مجرد/بیوه و مطلقه در هم ادغام شدند.

میانگین نمره مجموع کیفیت زندگی در بیماران با تحصیلات بالای دیپلم به طور معنی داری بالاتر از بیماران با تحصیلات کمتر بود. میانگین نمره مجموع کیفیت زندگی در بیماران بازنشسته و شاغل بعد از بازنشستگی به طور معنی داری بیشتر از بیماران شاغل و خانه دار بود. میانگین نمره مجموع کیفیت زندگی در بیماران با وضعیت مالی پایدار به طور معنی داری بالاتر از بیماران با وضعیت مالی ناپایدار بود و همچنین در بیماران با کفایت درآمد در سطح برابر با هزینه بیشتر از سایر بیماران بود. با این وجود این ارتباط معنی دار نبود. میانگین نمره مجموع کیفیت زندگی در بیماران دارای بیمه تکمیلی به طور معنی داری بالاتر از بیماران بدون بیمه تکمیلی بود. میانگین نمره مجموع کیفیت زندگی در مردان به طور معنی داری نسبت به زنان بیشتر بود. میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران متاهل در مقایسه با مطلقه/ بیوه/ مجرد تفاوت آماری معنی داری نداشت. از آنجا که از نظر وضعیت تاهل، ۲۰۷ نفر متاهل، ۱۰ نفر مجرد، ۷ نفر بیوه و مطلقه ۵ نفر بودند، جهت تحلیل آماری سه گروه مجرد/ بیوه و مطلقه در هم ادغام شدند. میانگین نمره مجموع کیفیت زندگی در بیماران بازنشسته و شاغل بعد از بازنشستگی به طور معنی داری بیشتر از بیماران شاغل و خانه دار بود. میانگین نمره مجموع کیفیت زندگی در بیماران دارای بیمه تکمیلی به طور معنی داری بالاتر از بیماران بدون بیمه تکمیلی بود.

میانگین نمره مجموع کیفیت زندگی در بیماران ساکن شهر و روستا به طور معنی داری بالاتر از بیماران ساکن حاشیه شهر بود. میانگین نمره مجموع کیفیت زندگی بر حسب عوارض ناشی از ابتلا به دیابت

معنی دار نبود. مجموع نمره کیفیت زندگی بر حسب پوشش بیمه درمانی، وضعیت منزل مسکونی، سابقه عمل جراحی ناشی از ابتلا به دیابت و عضویت در انجمن دیابت معنی دار نبود. میانگین نمره مجموع کیفیت زندگی بر حسب عوارض ناشی از ابتلا به دیابت معنی دار نبود.

همچنین نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن ارتباط معنی داری بین میانگین کیفیت زندگی در حیطه جسمانی، حیطه روانشناختی، حیطه اجتماعی، حیطه محیط و وضعیت زندگی و مجموع کیفیت زندگی با متغیرهای تعداد داروهای مصرفی، بعد خانوار، تعداد فرزندان و سن نشان نداد.

### بحث:

در راستای دستیابی به اهداف پژوهش، کیفیت زندگی در چهار حیطه بررسی شد. نمره کیفیت زندگی در هر یک از حیطه به این ترتیب بود: حیطه روانشناختی  $2/63 \pm 18/66$ ، حیطه جسمانی  $2/63 \pm 21/43$ ، حوزه روابط اجتماعی  $1/56 \pm 9/45$  و حیطه محیط و وضعیت زندگی  $5/51 \pm 25/88$ . میانگین وانحراف معیار مجموع کیفیت زندگی،  $10/48 \pm 82/32$  بود.

در مطالعه چو و همکاران (۲۰۲۲) که با عنوان بررسی تاثیر دانش دیابت، خودانگی و رفتار مراقبت از خود بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت در کره انجام شد، میزان نمره کیفیت زندگی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو حدود  $13/27 \pm 87/69$  گزارش شد (۱۱). در مطالعه فراهانی و همکاران (۱۴۰۱) که با عنوان تاثیر خود مراقبتی به روش اصلاح مزاج بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو در شهر اراک انجام شد، میزان نمره کیفیت زندگی در گروه کنترل قبل از مداخله  $9/4 \pm 85$  می باشد (۱۲). این نتایج تا حدودی با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه لئو<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۲۳) که در چین انجام شد، نیز مجموع نمره کیفیت زندگی  $12/72 \pm 72/56$  گزارش شد (۱۳). نتایج این مطالعه کمتر از مطالعه حاضر می باشد. این تفاوت ممکن است به وجود تفاوت در شرایط فرهنگی جوامع پژوهش و معیارهای ورود، مربوط باشد.

در مطالعه شارما<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۲۲) که با عنوان بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو در یکی از بیمارستانهای شمالی هند انجام شد، بالاترین نمره ( $22/28 \pm 86/04$ ) در حیطه روابط اجتماعی گزارش شده است (۱۴). در حالیکه در مطالعه حاضر کمترین نمره کیفیت زندگی در حیطه روابط اجتماعی  $1/56 \pm 9/45$  بود و نمره  $5/51 \pm 25/88$  بالاترین نمره از نظر محیط و وضعیت زندگی گزارش شد، علت این تفاوت ممکن است تفاوت در مقیاس اندازه گیری کیفیت زندگی باشد. در پژوهش حاضر از مقیاس کیفیت

زندگی ۲۶ آیتمی و در پژوهش شارما و همکاران از مقیاس ۳۶ آیتمی استفاده شده است، گذشت مدت زمان شش ماه از ابتلا به بیماری مد نظر بوده در حالیکه در مطالعه حاضر گذشت حداقل یکسال از ابتلا به بیماری معیار ورود به پژوهش بوده که ممکن است در ابتلا به عوارض دیابت و در نهایت کیفیت زندگی نمونه ها تاثیر گذاشته باشد. تفاوت در محیط پژوهش را نیز نمی توان از نظر دور داشت، چرا که در مطالعه شارما و همکاران بیماران مراجعه کننده به کلینیک دیابت که جهت کنترل دیابت مراجعه کرده اند وارد مطالعه شده، در حالیکه در مطالعه حاضر بیماران مراجعه کننده به مراکز جامع خدمات سلامت وارد مطالعه شدند .

در هر حال کیفیت زندگی مفهومی وسیعی است که همه‌ی ابعاد زندگی را دربر گرفته و نیروی قدرتمندی در راستای راهنمایی، حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی است (۱۵)، که تحت تاثیر فرهنگ، اجتماع و محیط اطراف قرار دارد (۱۶) و ارتباط تنگاتنگی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خوداتکایی، ارتباط اجتماعی و محیطی دارد (۱۷).

به خوبی شناخته شده است که دیابت نوع دو یک بیماری چالش برانگیز است و تغییراتی که در سبک زندگی ایجاد می کند به مرور زمان منجر به اختلال در کیفیت زندگی می شود. نیازهای پایان ناپذیر مراقبت از دیابت، علائم هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی و همچنین ترس در مورد یا واقعیت عوارض می تواند بر رفاه زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر بگذارد. وجود بیماری‌های همراه نیز موجب پایین آمدن سطح کیفیت زندگی فرد می شود (۱۸).

در این پژوهش بین میزان تحصیلات با کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود داشت، که هم راستا با پژوهش های هولوبووا<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۱۶) (۱۹)، سئو (۲۰۲۱) (۲۰)، چو و همکاران (۲۰۲۲) (۶۲)، غلامعلیئی و همکاران (۱۳۹۴) (۲۶)، ماهار جان و همکاران (۲۰۱۹) (۱۰) و میسرا و همکاران (۲۰۲۱) (۸۷) می باشد.

در این پژوهش بین وضعیت مالی پایدار و وجود بیمه تکمیلی با کیفیت زندگی، ارتباط معنی دار مشاهده شد، که مشابه نتایج مطالعه غلامعلیئی و همکاران (۱۳۹۴) و چو و همکاران (۲۰۲۲) می باشد. میزان درآمد عامل بسیار مهمی در کاهش ناتوانی یا ایجاد و تثبیت آن در بیماری دیابت به شمار می رود. بیماران کم درآمد همیشه بین دو انتخاب مردد می مانند: اینکه درآمدها را برای کنترل قند خون صرف کنند یا برای تهیه دارو، کنترل بیماری و سایر نیاز های اساسی زندگی؟ (۶۲).

در پژوهش حاضر میانگین نمره مجموع کیفیت زندگی در مردان به طور معنی داری نسبت به زنان بیشتر بود، که هم راستا با مطالعه شارما و همکاران (۲۰۲۳) (۱۴)، رمضان و همکاران (۲۱) و کاملیا و همکاران (۲۰۲۳) (۲۲) می باشد، به عقیده کاملیا و همکاران علت این نتیجه کنترل و خودمختاری کمتر در زنان دانسته و همچنین زنان در تمام سنین علائم افسردگی بیشتری را گزارش کردند (۲۲).

## نتیجه گیری

با توجه به نتایج این پژوهش، جای آن دارد که برنامه ریزان و مجریان طرحهای بهداشتی در راستای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، با آموزش و پیگیری و مهار بهتر بیماری، راهکارهایی توسط پزشکان و سایر پرسنل مرتبط و نیز روانشناسان جهت افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی تدوین و اجرا گردد و نتایج مورد ارزیابی قرار گیرد.

۱. Barzgar B, Madarshahian F, Bamari F, Hassanabadi M. Cognitive Status, Depression, and Drug Adherence in Type II Diabetes Patients in 2016. *Journal of Diabetes Nursing*. 2017;5(1):50-8
۲. Bazmandegan G, Abbasifard M, Nadimi AE, Alinejad H, Kamiab Z. Cardiovascular risk factors in diabetic patients with and without metabolic syndrome: a study based on the Rafsanjan cohort study. *Scientific Reports*. 2023;13(1):559
۳. SADAT JOU SAR, REZVANY MR, TABIEE S, OUDI D. LIFE QUALITY COMPARISON IN TYPE 2 PATIENTS AND NONE DIABETIC PERSONS. *MODERN CARE JOURNAL*. 2012;9(1 (33 DIABETIC
۴. Badrizadeh A, Rezaii Jamaloi H, Khanzadeh M, Foroughi S, Saki M. Medication Adherence and its Related Factors in Patients with Type 2 Diabetes. *scientific magazine yafte*. 2021;2(۲):۱۰-۱۱
۵. Hemmatipour A, Molavinejad S, Shahbazian H, Shahrani A, Parsanahad M. The Effect of WhatsApp Nutrition Education on Blood Sugar, Fat Profile and Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Nutrition Sciences and Food Technology*. 2022;17(2):11-20
۶. Samira Daneshvar, Ali Khodamoradi, Zeinab Ghazanfari, Ali Montazeri. Quality of life in diabetic patients: a comparative study. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2018;17(5):541-50
۷. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart Lung*. 2009;38(2):100-8
۸. Kiadaliri AA, Najafi B, Mirmalek-Sani M. Quality of life in people with diabetes: a systematic review of studies in Iran. *Journal of diabetes and metabolic disorders*. 2013;12(1):54
۹. Marneras C, Messinis L, Ntoskou A, Nasios G, Martzoukou M, Papathanasopoulos P. Quality of Life in Type 2 Diabetes Mellitus Patients with Neuropsychological Deficits. *Advances in experimental medicine and biology*. 2020;1196:41-61
۱۰. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006;4(4):1-12
۱۱. Cho SE, Kwon M, Kim SA, editors. Influence of Diabetes Knowledge, Self-Stigma, and Self-Care Behavior on Quality of Life in Patients with Diabetes. *Healthcare*; 2022;13(1):1-12



- Farahani PV, Khosravi S, Sajadi S, Latifi SA, Javaheri J. Effect of a Self-care Training Program Based on Temperament Modification on the Quality of Life of Patients with Type 2 Diabetes. *Midwifery*. 2022;12(2):126-35 & *Complementary Medicine Journal of faculty of Nursing*
- Luo R, Ji Y, Liu Yh, Sun H, Tang S, Li X. Relationships among social support, coping style, self-stigma, and quality of life in patients with diabetic foot ulcer: A multicentre, cross-sectional study. *International Wound Journal*. 2023;20(3):716-24
- Sharma S, Mohan U, Singh SK, Deori TJ, Misra AK. Quality of life of type 2 diabetes mellitus patients attending a tertiary care hospital of Northern India: A cross sectional study. *J Family Med Prim Care*. 2021;10(5):1938
- Feichtl RE, Rosenfeld B, Tallamy B, Cairo MS, Sands SA. Concordance of quality of life assessments following pediatric hematopoietic stem cell transplantation. *Psycho-oncology*. 2010;19(7):710-7
- Javadi MA, Parandeh A, Ebadi A, Amini Z. Comparison of life quality between special care units and internal- surgical nurses. *Journal of Critical Care Nursing*. 2010;3:113-7
- Grant M, Sun V. Advances in Quality of Life at the End of Life. *Seminars in Oncology Nursing*. 2010;26(1):26-35
- Rosly NAM, Tang HC, Darof AFC, Zuki ND. Assessment of medication adherence and quality of life among patients with type 2 diabetes mellitus in a tertiary hospital in Kelantan, Malaysia. *Journal of Pharmacy*. 2021;1(2):79-86
- Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Marackova M, Grambal A, Slepecky M. Self-stigma and quality of life in patients with depressive disorder: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016:2677-87
- Seo K. The effects of self-efficacy and self-stigma on self-care in people with diabetes. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2021;32(1):86-94
- Ramzan B, Hassali A, Hashmi F, Saleem F, Gardezi S, Hussain I, et al. Impact of diabetes-related knowledge and medication adherence on quality of life among type 2 diabetes patients in a tertiary health facility in Multan, Pakistan. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*. 2022;21(4):871-7
- Olsen CDH, Möller S, Ahrenfeldt LJ. Sex differences in quality of life and depressive symptoms among middle-aged and elderly Europeans: results from the SHARE survey. *Aging & Mental Health*. 2023;27(1):35-42