

بررسی کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶

یوسف محمدپور^۱، حمیدرضا حریریان^۲، سیما مقدسیان^۳، حسین ابراهیمی^۴

تاریخ دریافت ۸۷/۲/۷، تاریخ پذیرش ۸۷/۲/۱۹

چکیده

مقدمه: دیابت یک بیماری مزمن محسوب می‌شود و یکی از موارد بسیار مهم در امر مراقبت از بیماران مزمن، بررسی کیفیت زندگی آن‌ها است و هدف این مطالعه بررسی ابعاد کیفیت زندگی بیماران دیابتی است تا بر اساس آن به توصیف هر چه بیشتر چگونگی کیفیت زندگی و تاثیر مشخصات فردی - اجتماعی بر کیفیت زندگی بیماران پرداخته شود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی تعداد ۱۵۰ بیمار دیابتی نوع دو مراجعه کننده به مرکز آموزش دیابت بیمارستان سینا واقع در شهر تبریز در سال ۱۳۸۶ انتخاب گردیدند. واحدهای مورد پژوهش به سه سری پرسش‌نامه پاسخ دادند: اول، مشخصات فردی - اجتماعی. دوم، ابزار استاندارد شده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت. سوم، ابزار اختصاصی دیابت که شامل بعد جسمی (عملکرد جسمی، درد، فعالیت روزمره، خواب و سلامت کلی)، بعد روانی (احساسات)، بعد اجتماعی (ارتباط با نزدیکان) و بعد اختصاصی (مشکلات و رضایت از روش‌های درمانی) است. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی، میانگین، انحراف معیار، واریانس، ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس، آزمون تی و رگرسیون خطی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که ۲۸/۶۶٪ بیماران در بعد جسمی، ۸۰/۱۷٪ در بعد روانی، ۲۱/۳٪ در بعد اجتماعی از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار بودند و ۸۴٪ از آن‌ها کیفیت زندگی اختصاصی مطلوبی داشتند. هم‌چنین مشخص شد که عواملی هم چون سن، تاهل، میزان درآمد ماهیانه خانواده، وضعیت اشتغال و جنسیت، با کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه معنی‌داری دارند ($p < 0/05$)، در حالی که رابطه معنی‌داری بین عواملی مانند محل سکونت، سابقه وجود دیابت در خانواده و شکل داروی مصرفی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری: در واقع تغییرات در ابعاد کیفیت زندگی متاثر از عوامل فردی، اجتماعی و اقتصادی است و می‌توان نتیجه گرفت که اندازه گیری کیفیت زندگی همراه با مشخصات فردی - اجتماعی، اطلاعات کاملی را برای بیماران مزمن فراهم می‌آورد که در نهایت می‌توان از این اطلاعات در راستای برنامه ریزی درمانی مراقبتی بیماران مزمن و اصلاح کیفیت زندگی آنان بهره جست.

کلید واژه‌ها: دیابت شیرین، کیفیت زندگی

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره ششم، شماره اول، ص ۴۲-۳۷، بهار ۱۳۸۷

آدرس مکاتبه: ارومیه - خیابان بسیج - دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

^۱ عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه
^۲ عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی زنجان
^۳ عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
^۴ عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

مقدمه

میر و ابتلاء باید به ابعادی وسیع تر توجه نمود که مهم‌ترین آن مفهوم کیفیت زندگی است (۵).

تحقیق سانچز و همکاران^۲ (۲۰۰۵) نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران دیابتی وابسته به انسولین از سطح پایینی برخوردار است (۶). قنبری (۱۳۸۰) نیز می‌نویسد: بیماران دیابتی با مشکلات زیادی در ابعاد کیفیت زندگی مواجه هستند و عوامل فردی - اجتماعی و اقتصادی این بیماران تاثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی آن‌ها دارد (۷). مسعودی علوی (۱۳۸۵) از نامطلوب بودن کیفیت زندگی در بیماران دیابتی خبر می‌دهد و آموزش و حمایت از بیماران دیابتی را گامی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی آن‌ها می‌داند (۸).

پرستاران با نقش آموزشی و مراقبتی که در امر بهداشت و درمان دارند می‌توانند بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مزمن هم چون دیابت تاثیر به‌سزایی داشته باشند و باعث بهبود وضعیت معیشتی و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها شوند (۹).

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی است که بعد از انتخاب نمونه‌ها با استفاده از پرسش‌نامه تهیه شده به بررسی ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو می‌پردازد. جامعه مورد پژوهش در این مطالعه شامل بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس نوع دو مراجعه کننده به مرکز دیابت مرکز آموزشی و درمانی سینا تبریز می‌باشد. در این مطالعه، نمونه پژوهش شامل ۱۵۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس نوع دو بودند که به صورت تصادفی ساده از بین پرونده‌های موجود در مرکز دیابت مرکز آموزش و درمانی سینا انتخاب شدند.

محیط پژوهش مرکز اصلی دیابت شهر تبریز واقع در مرکز آموزشی و درمانی سینا می‌باشد. داده‌ها در این پژوهش از طریق مصاحبه و با استفاده از پرسش‌نامه از پیش تنظیم شده جمع‌آوری گردید.

دیابت ملیتوس نوعی بیماری است که به علت ناتوانی بدن در تولید و یا مصرف انسولین ایجاد می‌شود. سندرمی است که به دنبال عدم تعادل بین نیاز به انسولین و تامین آن بوجود می‌آید. دیابت به‌عنوان یک بیماری، تاریخچه‌ای به قدمت تمدن بشر دارد (۱). گزارش سازمان جهانی بهداشت که براساس داده‌های مطالعات اپیدمیولوژی در ۷۵ منطقه از ۳۲ کشور عضو سازمان ملل متحد به‌دست آمده است نشان می‌دهد که به‌طور کلی در دنیا از سال ۱۹۹۵ تا سال ۲۰۳۵ شیوع این بیماری در جمعیت بالغین (بالای ۲۰ سال) ۶۴٪ افزایش می‌یابد و شیوع دیابت از ۴٪ در سال ۱۹۹۵ به ۵/۴٪ در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید و تعداد افراد دیابتی ۱۲۲٪ افزایش خواهد داشت. به‌طوری که از ۱۳۵ میلیون نفر در سال ۱۹۹۵ به ۳۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید. افزایش این نسبت در کشورهای در حال توسعه بیشتر است به‌طوری که در کشورهای پیشرفته با ۴۲٪ افزایش، از ۵۱ میلیون به ۷۲ میلیون و در کشورهای در حال توسعه با ۱۷۰٪ افزایش، از ۸۴ میلیون به ۲۲۸ میلیون نفر خواهد رسید (۲،۳).

گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۳ در زمینه اپیدمیولوژی دیابت در ایران نشان می‌دهد حدود ۲٪ افراد جامعه مبتلا به دیابت بوده‌اند که این رقم در افراد ۳۰ سال به بالا حدود ۷/۳٪ می‌باشد. به‌عبارت دیگر حدود ۱۲۴۰۰۰۰ نفر در ایران مبتلا به دیابت قندی بودند (۴). در حالی که در سال ۱۳۷۷ این تعداد به ۱/۵ میلیون نفر رسیده است (۳). بیش از ۴ میلیون نفر در ایران مبتلا به بیماری دیابت هستند و این در حالی است که هر پانزده سال یک بار این آمار سه برابر می‌شود. دیابت نهمین علت مرگ و میر مردان ایرانی است (۴). در مورد اهمیت توجه به کیفیت زندگی، کارلسون، برگلین و لارسون^۱ در سال ۲۰۰۰ می‌نویسند: امروزه در بیماران به‌جای توجه به شاخص‌های مرگ و

² Sanchez & etal

¹ Karlson & Berglin & Larson

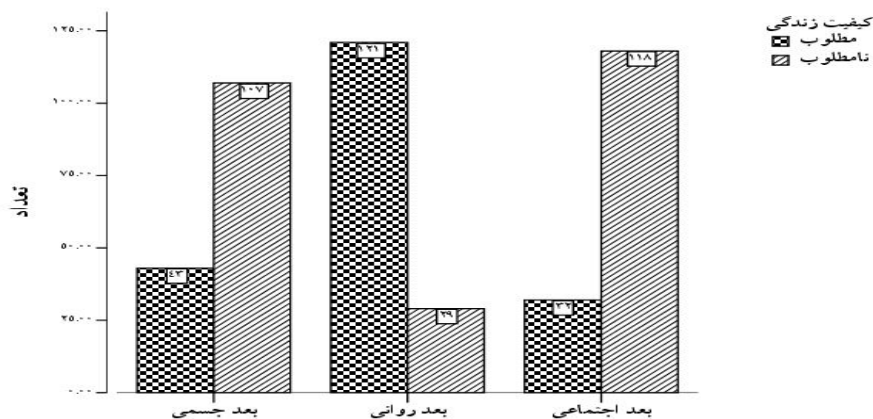
یافته‌ها

در راستای اهداف اول تا سوم اختصاصی، نتایج حاصل نشان داد که کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶، در بعد جسمی در بیشتر موارد ۷۱/۳۳٪ نامطلوب، در بعد روانی ۸۰/۷٪ مطلوب و در بعد اجتماعی ۷۸/۷٪ نامطلوب بود (جدول و نمودار شماره ۱).

داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری در نرم افزار آماری (spss ۱۱/۵) تجزیه و تحلیل شد. در آمار توصیفی از شاخص‌هایی هم‌چون فراوانی، میانگین، انحراف معیار و در آمار تحلیلی برحسب ضرورت از آزمون‌های آماری هم‌چون آنالیز واریانس یک طرفه، آزمون تی، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون آماری استفاده گردید.

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی متغیر بعد جسمی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶.

بعد اجتماعی		بعد روانی		بعد جسمی		
فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی مطلق	
۲۱/۳	۳۲	۸۰/۷	۱۲۱	۲۸/۶۶	۴۳	مطلوب
۷۸/۷	۱۱۸	۱۹/۳	۲۹	۷۱/۳۳	۱۰۷	نامطلوب
۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۱۵۰	کل



نمودار شماره (۱): مقایسه سه بعد کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی در سال ۱۳۸۶.

در راستای هدف اختصاصی چهارم نتایج حاصل نشان داد که ۸۴٪ بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶ دارای کیفیت زندگی اختصاصی مطلوب هستند (جدول شماره ۲).

جدول شماره (۲):

توزیع فراوانی متغیر کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶

کیفیت زندگی اختصاصی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (درصد)
مطلوب	۱۲۶	۸۴
نامطلوب	۲۴	۱۶
کل	۱۵۰	۱۰۰

یافته‌ها نشان داد در بررسی ارتباط متغیرهای فردی اجتماعی با کیفیت زندگی، بین شکل داروی ضد دیابت و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود ندارد ($p > 0.05$) اما بین کیفیت زندگی و جنس مشاهده گردید که زنان به‌طور معنی‌داری دارای کیفیت

ارتباط معنی‌دار وجود ندارد ($p > 0.05$) اما بین کیفیت زندگی و جنس مشاهده گردید که زنان به‌طور معنی‌داری دارای کیفیت

زندگی پایین‌تری نسبت به مردان هستند ($p < 0/05$). در بررسی و کیفیت زندگی و سطح سواد با ($p < 0/05$) مشاهده گردید که ارتباط بین کیفیت زندگی و تعداد فرزندان ($r = 0/14$ و $p < 0/05$) بین این دو متغیر ارتباط معنی‌داری وجود دارد (جدول شماره ۳).
جدول شماره (۳): ارتباط متغیرهای فردی - اجتماعی با کیفیت زندگی (جسمی - روانی - اجتماعی) بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶

متغیر	شاخص		کیفیت زندگی
	Mean \pm SD	P	
داروی ضد دیابت مورد استفاده	داروی خوراکی	۱۷/۱ \pm ۱۴۵/۳۹	۰/۰۶
	رعایت رژیم غذایی	۴/۲۴ \pm ۱۵۹	
	انسولین	۱۹/۱۹ \pm ۱۵۴/۴۲	
	انسولین و دارو	۱۹/۶۴ \pm ۱۳۹/۸۳	
	سایر موارد	۱۶/۷۷ \pm ۱۵۳/۴۱	
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۴/۸۳ \pm ۱۵۴/۲	۰
	غیر شاغل	۱۶/۸۵ \pm ۱۴۱/۶۷	
	از کار افتاده	۱۶/۴۲ \pm ۱۶۰/۹۱	
جنسیت	مرد	۱۸/۴۸ \pm ۱۴۲/۰۹	۰
	زن	۱۴/۶۶ \pm ۱۵۴/۳۶	
نوع بیمه	ندارد	۱۹/۸۱ \pm ۱۴۵/۶۱	۰/۲۲
	دارد	۱۸/۶۳ \pm ۱۵۱/۳۹	
وضعیت تاهل	مجرد	۱۴ \pm ۱۶۰	۰
	متاهل	۱۹/۷۹ \pm ۱۴۹/۳۳	
	مطلقه	۲۴ \pm ۱۲۸	
	بیوه	۱۸/۳۷ \pm ۱۳۴/۲۷	
سطح سواد	بیسواد	۱۶/۹۸ \pm ۱۳۷/۶۸	۰
	خواندن و نوشتن	۱۳/۷۵ \pm ۱۵۰/۰۴	
	زیر دیپلم	۱۲/۲۱ \pm ۱۵۱/۱۸	
	دیپلم	۱۶/۲۳ \pm ۱۵۵/۳۸	
	تحصیلات دانشگاهی	۱۵/۱۵ \pm ۱۶۵/۷۵	
محل سکونت	شهر	۱۸/۴۲ \pm ۱۴۷/۵۳	۰/۴۷
	روستا	۱۷/۳۵ \pm ۱۴۵/۲۲	
سابقه دیابت در خانواده	بلی	۱۷/۹۹ \pm ۱۴۷/۸۳	۰/۴۹
	خیر	۱۸/۲۳ \pm ۱۴۵/۷۹	
رعایت رژیم غذایی	میکند	۱۸/۶۳ \pm ۱۵۱/۴۰	۰/۰۷
	نمی‌کند	۱۷/۲۳ \pm ۱۴۵/۲۵	
سن	R	P	۰/۰۱۲
تعداد فرزندان	-۰/۲۰		۰
مدت ابتلا	-۰/۲۹		۰
متوسط درآمد	۰/۳۴		۰

P کمتر از ۰/۰۵ نشانه ارتباط معنی‌دار آماری است. R ضریب همبستگی است.

بحث و نتیجه‌گیری

در ارتباط با هدف اول پژوهش «تعیین کیفیت زندگی (بعد جسمی) بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶» نتایج نشان داد که حدود ۷۱/۳۳٪ از این بیماران دارای کیفیت زندگی نامطلوب در بعد جسمی هستند. سانچز و همکاران^۱ (۲۰۰۵) در این زمینه می‌گویند: بیماران دیابتی با مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی متعددی مواجه هستند که مجموعه این مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی این بیماران شود (۶). در ارتباط با هدف دوم پژوهش «تعیین کیفیت زندگی (بعد روانی) بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶» نتایج نشان داد که اکثر این بیماران (۸۰/۷٪) دارای کیفیت زندگی مطلوبی در بعد روانی هستند. لیکن در مطالعه‌ای که وانگ^۲ و همکاران (۲۰۰۱) بر روی بیماران دیابتی در کشور چین انجام داده بودند، نتایج حاصل نشان دهنده این بود که کیفیت زندگی در بعد روانی نسبت به بعد جسمی از سطح پایین تری برخوردار است (۱۰). همچنین در پژوهشی که بر روی دیابتی‌های نوع دوم توسط مسعودی علوی و همکاران (۱۳۸۲) انجام گرفته بود میزان افسردگی در واحدهای مورد پژوهش را ۶۰٪ نشان داد که میزان نگران کننده و نامطلوبی به نظر می‌رسد (۹) و نیز به نظر می‌رسد که علت بالا بودن کیفیت زندگی بیماران دیابتی در بعد روانی در مطالعه حاضر مربوط به مدت زمان کوتاه ابتلا به دیابت و روحیه بالا بیماران باشد و یا ممکن است که بیماران در پاسخ دهی به سوالات دچار اشتباه شده‌اند.

در ارتباط با هدف سوم پژوهش «تعیین کیفیت زندگی (بعد اجتماعی) بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶» نتایج نشان داد که حدود ۷۸٪ از این بیماران دارای کیفیت زندگی نامطلوب در بعد اجتماعی

هستند. تحقیقات تانگ و همکاران (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران سالمند در بعد اجتماعی نسبت به بیماران جوان از سطح پایینی برخوردار است (۱۱). نتایج مطالعه باقری و همکاران (۱۳۸۴) نشان می‌دهد که بیماران دیابتی که دچار عوارض عروقی هستند در بعد اجتماعی کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به بیماران بدون عوارض دارند. به نظر می‌رسد علت پایین بودن کیفیت زندگی در بعد اجتماعی در بیماران دیابتی ارتباط نامناسب این بیماران با همسر، فرزندان و سایر اعضای خانواده باشد (۱۲).

در ارتباط با هدف چهارم پژوهش «تعیین کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶» نتایج نشان داد که ۸۴٪ از این بیماران دارای کیفیت زندگی اختصاصی مطلوبی هستند.

در پژوهشی که قنبری (۱۳۸۱) بر روی بیماران دیابتی انجام داده بود مشخص شد که کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی تحت تأثیر آموزش می‌تواند از سطح پایین به سطح بالاتر و مطلوبی برسد. ارائه مراقبت و آموزش به بیماران دیابتی سبب احساس نشاط، برقراری ارتباط مطلوب‌تر و رضایت بیشتر از روش‌های درمانی می‌شود (۷). همچنین نتایج نشان داد که ۴۰/۶۶٪ بیماران داروهای خوراکی کاهنده قند خون، ۲۲٪ انسولین و ۱۲٪ انسولین و داروهای خوراکی را با هم مصرف می‌کردند، ۶۱/۳۳٪ از بیماران مؤنث بودند. ۸۲٪ بیماران متأهل و طول مدت ابتلا به بیماری دیابت در اکثر بیماران (۱۴٪) ما بین ۳-۴ سال بود.

در بررسی ارتباط آماری بین کیفیت زندگی و شکل داروی ضد دیابت مورد استفاده ($P > 0/05$) مشاهده گردید که بین شکل داروی ضد دیابت مورد استفاده و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود ندارند. در مطالعه مسعودی علوی و همکاران (۱۳۸۲) نیز مشخص شد که هیچ ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی بیماران دیابتی و نحوه درمان آن‌ها با قرص یا انسولین وجود ندارد (۹). در

¹ Sanchez & etal

² Wang & etal

References:

- Black J. m, Jackobs E. M. Medical – surgical nursing: clinical management for continuity of care Philadelphia: WB. Saunders Co, 1997; pp: 273-301.
 - Epidemiology of diabetes. [Serial online] 1999-2001 Jun; 21(9), Available from <http://www.who.com./Qulity/>. Htm. pp: 21.
 - حبیبیان س. طرح کشوری پیشگیری و کنترل دیابت و ادغام آن در نظام پزشکی. تهران، معاونت بهداشتی (اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها)، بهمن ۱۳۷۷، صفحات ۳۰-۲۷.
 - فصلنامه انجمن دیابت ایران. آمار دیابت در ایران. سال سوم، شماره ۲. صفحات ۲۷-۲۳.
 - Karlsson J, Berglin E, Larsson P.A. sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery. A longitudinal study. *Journal of advanced nursing*, 31(6): 2000; pp: 1383 – 1392. 17-21.
 - Sanchez JM, Quality of life in insulin treated diabetic outpatients. *Diabetes care*, 2005; pp: 27, 1066-1070.
 - قنبری ع. تعیین الگوی عوامل موثر بر ابعاد کیفیت زندگی در بیماران دیابتی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان*. تابستان ۱۳۸۰، صفحات ۸۸ – ۸۲.
 - Epidemiology of Diabets. [serial on line] 2004. Feb: 21(1), Available from <http://www.Mehrnews.com /Quality>. Htm - صفحات ۱۹-۱۷.
 - مسعودی علوی ن. کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت قندی مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. سال هشتم، شماره دوم، تابستان ۱۳۸۳. صفحات ۲۷-۲۱.
 - Wang w, shil w. Assessment of quality of life in patients with diabetes mellitus and impaired glucose tolerance. *Zhonghua yu Fang yi xue za zi*, Jan 2001, 35 (1): pp: 26-9.
 - Tang wl. Assessment of quality of life and relevant factors in elderly diabetic patients in the shanghai community. *Pharmacoepidemiol drug saf*, 2006 feb; 5(2), pp: 123-300.
 - باقری ح. بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی براساس عوارض دیابت در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود. فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده علوم پزشکی شهر کرد. دوره ۷؛ شماره ۲، تابستان ۱۳۸۰، صفحات ۱۹-۱۶.
 - Coffey JT, Derman O, Barbin L. valuing nealth related quality of life in diabetes. *diabetes care*, 2002; 25(12), pp: 22-38.
 - Senz B, Nestel P, Mellara A, Buseri F. Qulity of life assessment of type 2 diabetic patients in genral medicine. *Press med*, 2004 Beb 14; 33(3) pp: 161-6.
- تحقیق کافی^۱ (۲۰۰۲) نیز ارتباطی بین نحوه درمان با کیفیت زندگی دیده نشد (۱۳).
- با بررسی ارتباط آماری بین امتیازات کسب شده از کیفیت زندگی و جنس (۰/۰۵) مشاهده گردید که زنان به طور معنی داری دارای کیفیت زندگی پایین تری نسبت به مردان هستند به طوری که در مطالعه سنتز و همکاران (۲۰۰۴) نیز مشخص گردید که کیفیت زندگی در زنان دیابتی نسبت به مردان دیابتی پایین تر است (۱۴). در بررسی ارتباط آماری بین کیفیت زندگی اختصاصی و تعداد فرزندان (۱۴/۱۴) و (۰/۰۵) و کیفیت زندگی اختصاصی و سطح سواد (۰/۰۵) مشاهده گردید که بین این دو متغیر ارتباط معنی داری وجود دارد. عوامل فردی - اجتماعی و اقتصادی مانند سن، شغل، درآمد و... می تواند بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی تاثیر گذار باشد و در واقع تغییرات در ابعاد کیفیت زندگی متأثر از عوامل فردی - اجتماعی است و می توان نتیجه گرفت که اندازه گیری کیفیت زندگی همراه با مشخصات فردی - زمینه‌ای، اطلاعات کاملی را برای بیماران مزمن فراهم می کند که در نهایت می توان از این اطلاعات در راستای برنامه ریزی درمانی - مراقبتی بیماران مزمن و اصلاح کیفیت زندگی آن‌ها بهره جست. این نکته به خوبی شناخته شده است که توسعه کیفیت زندگی بایستی به عنوان نتیجه و بازده مداخلات درمانی در بیماران مزمن مانند بیماری دیابت در نظر گرفته شود بنابراین حائز اهمیت است که فاکتورهای تأثیر گذار بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی که می توان آن‌ها را از طریق مداخلات مورد هدف قرار داد و بدین وسیله به سازگاری بیماران کمک نمود را شناسایی کرد.

¹ Caffey