

بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی شهرستان سبزوار در سال ۱۳۹۵

زهرا سلیمانی^۱، حدیث براتی^۲، احمد مظفری جوین^۳، هانیه ارشادی مقدم^۱، *مسعود محمدی^۴

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی برآیند مهم سلامتی به شمار می‌رود و به عنوان یک موضوع اصلی در مراقبت از بیماران مختلف از جمله بیماران مبتلا به دیابت مورد توجه قرار می‌گیرد.

هدف: این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی شهرستان سبزوار انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی تحلیلی به روش نمونه‌گیری در دسترس بر روی ۱۸۹ بیمار دیابتی مراجعه کننده به مرکز انجمن دیابت سبزوار در سال ۱۳۹۵ انجام شد، ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی توماس (DQOL-BCI) و پرسشنامه مشخصات فردی و بیماری بود، سپس داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آماری t مستقل، آنالیز واریانس و آزمون‌های تعقیبی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سن بیماران 51.7 ± 12.5 سال بود. میانگین امتیاز کیفیت زندگی در بیماران $3/4 \pm 0.62$ از ۵ بود. میانگین امتیاز کسب شده در رضایت افراد از کنترل دیابت و رفتارهای مراقبتی از خود به ترتیب $3/6 \pm 0.69$ و $3/5 \pm 0.18$ بود. بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی با متغیرهای دموگرافیک سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل و تحصیلات ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0.05$). بین دفعات بستری با کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری به دست آمد ($P < 0.05$). ارتباط دو حیطة رضایت افراد و رفتارهای مراقبتی بیماران با سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد ($P < 0.05$). **بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به ارتباط کنترل دیابت و رفتارهای خود مراقبتی بر مطلوب بودن کیفیت زندگی پیشنهاد می‌شود آموزش‌های خود مراقبتی به جهت ارتقا کیفیت زندگی بیماران دیابتی مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

کلمات کلیدی: دیابت، رفتارهای خود مراقبتی، کیفیت زندگی.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال سوم ■ شماره ۴ ■ زمستان ۱۳۹۵ ■ شماره مسلسل ۱۰ ■ صفحات ۲۶۴-۲۷۱
تاریخ دریافت: ۹۵/۹/۲۰
تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۱۱
تاریخ انتشار: ۹۵/۱۲/۱۵

مقدمه

در کشورهای آسیایی ۲ تا ۵ برابر بیشتر از بیماری‌های عفونی

است (۱).

ایران هم از جمله کشورهایی است که در معرض این گذار اپیدمیولوژیک قرار گرفته است، از جمله مهم‌ترین این بیماری‌های غیرواگیر که روند رو به رشدی دارد بیماری دیابت است که به عنوان یک مشکل جهانی مطرح شده است. به طوری که بر اساس

امروزه روند بیماری‌ها و مرگ و میر در بسیاری از کشورهای جهان تغییر یافته و بیماری‌های عفونی و واگیردار جای خود را به بیماری‌های غیرواگیر و مزمن داده‌اند. بیماری‌های مزمن در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به عاملین اصلی مرگ و میر بدل شده‌اند تا جایی که مرگ و میر این بیماری‌ها

۱- دانشجوی کارشناسی پرستاری، ایران، سبزوار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه علوم پزشکی.

۲- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، ایران، سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دانشکده بهداشت عمومی.

۳- دکترای پرستاری، استادیار، ایران، سبزوار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه علوم پزشکی.

۴- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، ایران، کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی (*نویسنده مسئول).

آدرس الکترونیک: masoud.mohammadi1989@yahoo.com

زندگی بیماران دیابتی را زمینه اصلی کاهش هزینه‌های تحمیلی بر فرد و خانواده آن‌ها می‌دانند و از آنجا که چنین مطالعه‌ای در شهرستان سبزوار انجام نشده و مطالعات دیگر (۱۵-۱۹) لزوم توجه به کیفیت زندگی بیماران دیابتی را تذکر می‌دهند هدف این مطالعه بررسی تأثیر کنترل بیماری و رفتارهای خودپایشی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی شهرستان سبزوار است تا از این طریق بتوان عوامل مؤثر را شناسایی و در جهت ارتقا کیفیت زندگی این بیماران و اقدامات خود مراقبتی بیشتر کوشید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی تحلیلی بوده که تعداد نمونه با استفاده از فرمول:

$$n = \frac{Z^2 \frac{\alpha}{1-\alpha} \delta^2}{d^2}$$

($\alpha=0/05$ و $d=1/3$ و $\delta=8$) و سطح اطمینان ۰/۹۵، ۱۸۹ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس از بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز انجمن دیابت سبزوار در سال ۱۳۹۵ انتخاب شد، ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی توماس Diabetes Quality of Life – Brief Clinical Inventory (DQOL-BCI) که شامل ۶۰ سؤال می‌باشد و در سال ۱۹۸۶ توسط جاکبسون و همکاران به ۴۶ سؤال کاهش یافت و بروکس (Burroghs) سؤالات این پرسشنامه را به ۱۵ سؤال کاهش و اعتبار و پایایی آن محاسبه نمود سؤالات ۱، ۲، ۶، ۱۰، ۱۳ و ۱۴ پرسشنامه ۶ سؤالی هستند که میزان رضایت از کنترل دیابت در فرد بیمار را پیش‌گویی می‌کنند، بروکس در مطالعه خود ۶ سؤال دیگر را پیش‌گویی کننده رفتارهای مراقبتی از خود می‌داند که عبارت‌اند از سؤالات ۳، ۴، ۵، ۶، ۱۳ و ۱۵ بود (۱۱)؛ که روایی و پایایی آن در مطالعه نصیحت‌کن و همکاران (۱۲) تأیید و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ در نظر گرفته شد. قبل از شروع کار اهداف پژوهش برای کلیه بیماران توضیح داده شد و از آن‌ها جهت شرکت در مطالعه رضایت‌نامه کتبی اخذ شد (این پرسشنامه‌ها به منظور حفظ ملاحظات اخلاقی و محرمانه ماندن اطلاعات بیماران با رضایت کامل بیمار و بدون ذکر نام مورد استفاده قرار گرفت)، پرسشنامه‌ها توسط خود بیماران تکمیل و در مواردی که بیمار توانایی خواندن و نوشتن نداشت توسط یکی

گزارش‌های سال ۲۰۰۴ حداقل ۱۹۴ میلیون بیمار دیابتی در سراسر جهان بوده و بنا بر پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت تعداد این افراد تا سال ۲۰۲۵ به حدود ۳۳۳ میلیون نفر خواهد رسید (۲). در کشور ایران، در بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۲۰۰۸ شیوع دیابت حدود ۷/۷ درصد گزارش کرده است (۳) و سازمان بهداشت جهانی تعداد بیماران دیابتی در ایران را تا سال ۲۰۳۰ میلادی بیش از ۶ میلیون نفر تخمین زده است (۴). بدون تردید با توجه به افزایش شیوع دیابت در ایران، شیوع عوارض متعدد کوتاه مدت و بلند مدت در بسیاری از موارد برگشت ناپذیر است (۵)، این بیماری عامل اصلی رتینوپاتی، نوروپاتی و نفروپاتی و عامل ۶۰ درصد موارد آمپوتاسیون پا محسوب می‌شود (۶، ۷) از طرفی خطر ابتلا به سکته‌های قلبی، مغزی و مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی در بیماران دیابتی ۲ تا ۴ برابر بیشتر از سایر بیماران است (۸). آمارها نشان می‌دهد که ۱۴ تا ۲۴ درصد از مبتلایان به دیابت و زخم پا نیاز به قطع عضو پیدا می‌کنند (۹). در حالی که تصور می‌شود بیش از ۵۰ درصد این موارد قابل پیشگیری بوده به شرطی که به بیمار روش‌های مراقبت از پا و خودمراقبتی آموزش داده شود (۱۰).

کیفیت زندگی برآیند مهم سلامتی به شمار می‌رود و به عنوان یک موضوع اصلی در مراقبت از بیماران مختلف از جمله بیماران مبتلا به دیابت مورد توجه قرار می‌گیرد، چرا که از جمله عوارض دیابت تأثیر بر کیفیت زندگی این بیماران است. بر اساس توصیه سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی به برداشت شخصی یک فرد از موقعیت زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی جامعه‌اش و نیز رابطه آن با اهداف، انتظارات، استانداردها و احتیاجاتش گفته می‌شود (۹، ۱۰) از آنجا که در مطالعات متعدد (۹-۱۴) گزارش شده است که دیابت بیماری مزمنی بوده که کیفیت زندگی بیماران دیابتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین در مطالعات دیگری که در کشور انجام شده است شیوع دیابت خصوصاً دیابت نوع دو شایع بوده و اکثریت مبتلایان به دیابت نوع دو، سطح کیفیت زندگی پایین داشتند (۱۵-۱۹)، چرا که این بیماری با ماهیت مزمن خود به یکی از مهم‌ترین و پرعارضه‌ترین بیماری‌ها تبدیل شده که سالانه هزینه‌های زیادی را بر فرد و خانواده آن‌ها تحمیل می‌کند. با توجه به اینکه تمامی این مطالعات بالا بردن کیفیت

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک نمونه‌ی مورد پژوهش

مشخصات دموگرافیک		تعداد	درصد
سن	کمتر از ۴۰ سال	۳۷	۱۹/۶
	۴۱ تا ۶۰ سال	۹۳	۴۹/۲
	۶۰ سال و بالاتر	۵۸	۳۰/۷
جنس	مرد	۷۵	۳۹/۷
	زن	۱۱۴	۶۰/۳
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۲۹	۶۸/۳
	دیپلم	۲۴	۱۲/۷
	فوق دیپلم	۹	۴/۸
	لیسانس و بالاتر	۲۶	۱۳/۸
وضعیت تأهل	متأهل	۱۶۳	۸۶/۲
	مطلقه	۲	۱/۱
	بیوه	۱۷	۹
	مجرد	۶	۳/۲
وضعیت اشتغال	شاغل	۵۸	۳۰/۷
	خانه‌دار	۹۲	۴۸/۷
	بیکار یا بازنشسته	۳۸	۲۰/۱

از پژوهشگران سؤالات برای فرد بیمار خوانده شد و پاسخ‌های آنان توسط پژوهشگر ثبت شد، این پرسشنامه از دو بخش تشکیل شده است، بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک بیماران و بخش دوم شامل ۱۵ سؤال که در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً راضی، راضی، متوسط، ناراضی، کاملاً ناراضی) تنظیم شده بود، هر بیمار می‌توانست نمره بین ۱۵ تا ۷۵ را کسب کند، افزایش نمرات نشانه بهبود کیفیت زندگی است، سطح کیفیت زندگی به سه سطح تقسیم شد، به طوری که افراد که ۷۵٪ نمره را کسب می‌کردند دارای کیفیت زندگی مطلوب، بین ۵۰ تا ۷۵٪ نمره دارای کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب (متوسط) و کمتر از ۵۰٪ نمره دارای کیفیت زندگی نامطلوب (پایین) بودند (۱۳).

اطلاعات نمونه‌های مورد بررسی با کسب موافقت آگاهانه و اطمینان به آن‌ها به منظور محرمانه ماندن اطلاعات دریافتی، کسب شد. پس از تکمیل داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ شده و برای بررسی رابطه متغیرهای دموگرافیک از آزمون‌های آماری t مستقل (جنس) و آنالیز واریانس (سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و اشتغال) و آزمون‌های تعقیبی شفه مورد استفاده قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۸۹ فرد مبتلا به دیابت مورد بررسی قرار گرفتند، بیشتر بیماران (۶۰/۳٪) زن بودند. میانگین سن بیماران ۵۱/۷۶±۱۲/۵۱ سال بود (جدول ۱).

از نظر نوع دیابت تعداد افراد مبتلا به دیابت نوع دو، نوع یک و دیابت بارداری به ترتیب ۱۶۹ (۸۹/۴٪)، ۱۲ (۶/۳٪) و ۶ (۳/۲٪) بود. میانگین امتیاز کیفیت زندگی در بیماران ۳/۴±۰/۶۲ از ۵ بود که نشان‌گر کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب بود. میانگین امتیاز کسب شده در رضایت افراد از کنترل دیابت و رفتارهای خود مراقبتی

به ترتیب ۳/۵۶±۰/۶۹۸ و ۳/۵۸±۰/۶۴۸ بود. در بررسی ارتباط میان کیفیت زندگی بیماران دیابتی با متغیرهای دموگرافیک سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل و تحصیلات ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P>0/05$). نتایج بررسی ارتباط دو حیطة رضایت افراد و رفتارهای مراقبتی بیماران با سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد ($P=0/02$). هم‌چنین استفاده از آزمون تعقیبی بیماران با تحصیلات لیسانس و بالاتر در دو حیطة مذکور، دارای میانگین نمره بالاتری نسبت به سه سطح دیگر بودند (به ترتیب $P=0/041$ و $P=0/01$)؛ اما میانگین امتیاز کسب شده بیماران با تحصیلات فوق دیپلم، دیپلم و پایین‌تر از دیپلم اختلاف آماری نشان نداد ($P>0/05$). (جدول ۲).

جدول ۲- تعیین ارتباط بین سطح تحصیلات با کیفیت زندگی بیماران، رضایت بیماران و رفتارهای مراقبتی از خود در جامعه مورد پژوهش

Pvalue	لیسانس و بالاتر	فوق دیپلم	دیپلم	زیر دیپلم	حیطة
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	رضایت افراد از کنترل دیابت
۰/۰۴۶	۳/۸۸ ± ۰/۶۲	۳/۴۴ ± ۰/۷۷	۳/۶۸ ± ۰/۷۲	۳/۴۸ ± ۰/۶۹	
۰/۰۲	۳/۹۴ ± ۰/۵۱	۳/۵ ± ۰/۸۶	۳/۶ ± ۰/۶۵	۳/۵ ± ۰/۶۳	رفتارهای خود مراقبتی
۰/۰۹	۳/۷۶ ± ۰/۵۷	۳/۴۹ ± ۰/۶۵	۳/۵۴ ± ۰/۷۳	۳/۴۲ ± ۰/۶	کیفیت زندگی کلی بیماران

جدول ۳- تعیین ارتباط بین سابقه بستری با کیفیت زندگی بیماران، رضایت بیماران و رفتارهای مراقبتی از خود در جامعه مورد پژوهش

Pvalue	حیطه		
	بدون سابقه بستری انحراف معیار ± میانگین	سابقه بستری یک بار انحراف معیار ± میانگین	سابقه بستری دو بار و بیشتر انحراف معیار ± میانگین
P<۰/۰۰۱	۳/۶۸ ± ۰/۱۶۶	۳/۲۶ ± ۰/۱۶۳	۳/۱۱ ± ۰/۰۷
P<۰/۰۰۱	۳/۶۹ ± ۰/۱۶۱	۳/۲۹ ± ۰/۱۵۷	۳/۲۴ ± ۰/۰۷
P<۰/۰۰۱	۳/۵۹ ± ۰/۱۶	۳/۲۱ ± ۰/۱۵۲	۳/۱۳ ± ۰/۱۶۱

مطالعه دیگری از پرهام و همکاران گزارش شد که میانگین سنی بیماران ۱۱/۳±۵۴/۷ سال می‌باشد (۱۶) که از این نظر با یافته‌های این مطالعه مشابهت‌هایی دارد.

در این مطالعه از نظر نوع دیابت تعداد افراد مبتلا به دیابت نوع دو، نوع یک و دیابت بارداری به ترتیب ۱۶۹ (۸۹/۴٪)، ۱۲ (۶/۳٪) و ۶ (۳/۲٪) بود. در مطالعه پرهام ۶/۳ درصد (۱۴) در مطالعه عباسپور (۱۵) ۷/۸٪ و در مطالعه دیگری از پرهام (۱۶) نیز ۳/۶٪ دیابت نوع ۱ و به ترتیب در همین مطالعات ۹۶/۴٪، ۹۲/۲٪ و ۹۶/۴٪ از بیماران دچار دیابت نوع دو بودند که مانند مطالعه حاضر بیشترین فراوانی را مبتلایان دیابت نوع دو تشکیل می‌دادند.

میانگین امتیاز کیفیت زندگی در بیماران ۳/۴±۰/۶۲ از ۵ بود. میانگین امتیاز کسب شده در رضایت افراد از کنترل دیابت و رفتارهای مراقبتی از خود به ترتیب ۳/۵±۰/۶۴ و ۳/۵±۰/۶۹ بود. بررسی ارتباط میان کیفیت زندگی بیماران دیابتی با متغیرهای دموگرافیک سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل و تحصیلات ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (P<۰/۰۵).

در همین راستا نتایج مطالعه عباسپور و همکاران نیز حاکی از این بود که در ۹۱ درصد بیماران مورد مطالعه میانگین امتیاز رفتار خود مراقبتی ۱۶/۲±۸۲/۹ برآورد شد که در سطح خوبی قرار داشت (۱۵)، در این مطالعه ارتباط معناداری بین رفتار خود مراقبتی و درگیری اعصاب پا در بیماران مورد مطالعه وجود داشت اما هیچ رابطه معناداری بین رفتار خود مراقبتی و سن، جنس، مصرف سیگار، شغل، چاقی و زخم پای دیابتی مشاهده نشد. در مطالعه پرهام و همکاران گزارش شد که از بین افراد مورد بررسی ۹۶/۴٪ دیابت نوع دو داشتند و میانگین نمره کل خودمراقبتی در بیماران دیابتی ۱۰/۶±۴۶/۵ به دست آمد و بین قند خون ناشتا و مراقبت از خود، فعالیت فیزیکی و قند خون ناشتا، سطح تحصیلات و خودمراقبتی ارتباط معناداری وجود داشت (۱۴).

در این مطالعه بین نوع دیابت و کیفیت زندگی بیماران رابطه معنی‌دار آماری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). بیماران از نظر تعداد دفعات بستری به سه گروه بدون سابقه بستری (۷۲٪)، سابقه یک بار بستری (۱۶/۹٪) و سابقه بستری دو بار و بیشتر (۱۰/۱٪) تقسیم شدند. رابطه بین مدت بستری و کیفیت زندگی از نظر آماری معنی‌دار بود (P<۰/۰۵). به طوری که نتایج آزمون تعقیبی نشان داد بیماران بدون سابقه بستری، میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتری نسبت به بیماران با یک بار سابقه بستری (۰/۰۴) و بیماران با سابقه بستری دو بار و بیشتر (۰/۰۶) داشتند. در صورتی که میانگین نمره کسب شده بیماران با سابقه بستری یک بار، دو بار و بیشتر تفاوت معنی‌داری از یکدیگر نداشتند (جدول ۳).

حدود ۵/۸ درصد بیماران بیماری خود را از طریق رژیم غذایی، ۱۲/۲ درصد انسولین، ۶۱/۹ دارو و ۱۹/۳ درصد از طریق انسولین به علاوه دارو کنترل می‌کردند. بین روش کنترل دیابت و کیفیت زندگی بیماران، ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). ولی میانگین کیفیت زندگی بیماران که بیماری خود را از طریق رژیم غذایی (۳/۵۸±۰/۵۱) کنترل می‌کردند به مراتب بهتر از گروهی بود که از طریق انسولین (۳/۳۶±۰/۵۸) یا قرص به علاوه انسولین (۳/۲۷±۰/۵۱) بیماری خود را کنترل می‌کردند و دارای کیفیت زندگی نسبتاً مطلوبی بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت در شهرستان سبزوار بود، در این مطالعه میانگین سن بیماران ۵۱/۷۶±۱۲/۵۱ سال بود. در مطالعه پرهام و همکاران میانگین سنی مبتلایان ۵۲/۵±۱۳/۱ سال (۱۴) و در مطالعه عباسپور و همکاران میانگین سنی مبتلایان ۵۱/۷±۱۲/۲ سال (۱۵) و در

به ديابت نوع دو به ميزان ۴۳/۹ درصد سطح كيفيت زندگي پايين داشتند (۱۹). بايستي خاطر نشان كرد كه ديابت همانند ساير بيماري‌هاي مزمن افزون بر مرگ و مير بالا، گرفتاري‌هاي فردي، خانوادگي، اجتماعي و مالي بسياري به همراه دارد و همچنين به دليل درگير كردن بيشتر اندام‌هاي بدن در اين بيماري اثرات معكوس و معناداري بر تمامي ابعاد كيفيت زندگي بيماران دارد (۲۰) درگيري مداوم با بيماري و محدوديت‌هايي كه عوارض ديابت براي بيماران ايجاد مي‌نمايد احساس منفي و عدم رضاييت از زندگي و در نتيجه پايين آمدن كيفيت زندگي در بيماران را موجب مي‌شود (۲۱) به علاوه ماهيت مزمن، درمان‌هاي خسته كننده و عوارض ناتوان ساز و تهديد كننده ديابت ابعاد جسمي، رواني-روحي، اجتماعي و به عبارتي كيفيت زندگي فرد مبتلا را تحت تاثير قرار مي‌دهد (۲۰) در مطالعه مهربابي زاده و همكاران گزارش شد كه بين سه گروه تفاوت معناداري از لحاظ كيفيت زندگي و سلامت روان وجود داشت همچنين مقايسه زوجي گروه‌ها نشان داد كه بين بيماران ديابتي نوع ۱ و ۲ با افراد غير ديابتي تفاوت معنادار در تغييرهاي كيفيت زندگي و سلامت روان وجود دارد (۲۲).

در حالي كه تفاوت معناداري بين افراد ديابتي نوع ۱ و نوع ۲ وجود ندارد كه اين مفهوم را بدین گونه مي‌توان تبیین كرد كه كيفيت زندگي يك مفهوم چند بعدی بوده كه به خوب بودن عمومی افراد اشاره دارد و شامل ظرفيت‌هاي عملكردی، حالات رواني، عملکرد اجتماعي و سلامت جسماني می‌شود، كيفيت زندگي يك شخص، يك درك شخصي است كه به وسيله احساس افراد درباره سلامتشان يا جنبه‌هاي غيرپزشكي زندگي‌شان داده می‌شود (۲۳)، (۲۴) به اين ترتيب می‌توان گفت كه بيماري ديابت اثری منفي بر درك و رضاييت فرد از زندگي خویش می‌گذارد و سبب می‌شود كه ظرفيت عملكردی، حالات رواني و عملکرد اجتماعي و به طور كلي كيفيت زندگي فرد کاهش يابد. در مطالعه آرين و همكاران گزارش شد كه بين مقياس سلامت عمومی و گلوکز سرم رابطه‌ی معكوس معناداري مشاهده شد به طوري كه شانس افزايش قند خون در افراد با مقياس سلامت عمومی بالاتر ۵۴٪ کمتر بود (۲۵) از جمله محدوديت‌هاي اين مطالعه عدم همكاري بيماران ديابتي به دليل مشغله كاري و روزمره برای پاسخ به سوالات پرسشنامه بوده كه با صرف وقت بيشتر نويسندگان برای اين بيماران خوشبختانه

در مطالعه ديگري از پرهام و همكاران گزارش شد كه در ۳۲/۹٪ نمونه‌هاي مورد بررسي هيچ گونه فعاليت خودمراقبتي در برابر ديابت وجود نداشت و تنها ۷/۹٪ در طول ايام هفته هر روز از تمام فعاليت‌هاي خودمراقبتي تبعيت می‌كردند، ميانگين نمره خود مراقبتي $10/6 \pm 46/5$ به دست آمد و نتايج نشان داد كه بين خود مراقبتي و ميزان قند خون ناشتا و نيز هموگلوبين گليكوليزه ارتباط معكوس معنی‌داری وجود دارد (۱۶). حدود ۵/۸ درصد بيماران بيماري خود را از طريق رژيم غذايي، ۱۲/۲ درصد انسولين، ۶۱/۹ دارو و ۱۹/۳ درصد از طريق انسولين به علاوه دارو كنترل می‌كردند، در مطالعه عباسپور گزارش شد كه ۷۳٪ بيماران بيماري خود را با داروهاي خوراكي و تنها ۱۸٪ با انسولين بيماري خود را كنترل می‌كردند (۱۵).

رابطه بين مدت بستري و كيفيت زندگي از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/05$) به طوري كه نتايج آزمون تعقيبي نشان داد بيماران بدون سابقه بستري، ميانگين نمره كيفيت زندگي بالاتري نسبت به بيماران با يك بار سابقه بستري (۰/۰۰۴) و بيماران با سابقه بستري دو بار و بيشتر (۰/۰۰۶) داشتند. در صورتي كه ميانگين نمره كسب شده بيماران با سابقه بستري يك بار، دو بار و بيشتر تفاوت معنی‌داری از يكدیگر نداشتند (۰/۸۸۴) در اين مطالعه كيفيت زندگي بيماران ديابتي نسبتاً مطلوب گزارش گرديد. در مطالعه قاسمي پور و همكاران گزارش شد كه كيفيت زندگي ۵۸/۳ درصد آزمودنی‌ها نامطلوب و ۴۱/۷ درصد مطلوب بوده است، ضمن اينكه ۷۹/۹ درصد در بعد جسماني و ۷۱/۵ درصد در بعد رواني دارای كيفيت زندگي نامطلوب بودند، تغييرهاي سن، جنس، وضعيت تأهل، وضعيت شغلي، وضعيت تحصيلي و مدت ابتلا به بيماري ديابت از نظر آماری دارای ارتباط معناداري با كيفيت زندگي مبتلايان داشت (۱۷).

در مطالعه صفوی و همكاران نيز گزارش شد كه بيشتر بيماران كيفيت زندگي در (۴۳/۹ درصد) پاييني داشتند و نتايج حاصل از آزمون كای دو و ضريب همبستگي نشان داد كه بين دیدگاه فرد نسبت به خود كه شامل نقاط ضعف و قوت است و منجر به افزايش رفتارهاي خود مراقبتي می‌گردد با كيفيت زندگي مبتلايان به ديابت نوع دو ارتباط آماری وجود دارد (۱۸).

صمدی و همكاران در مطالعه‌اي گزارش كردند كه اكثريت مبتلايان

تمامی اطلاعات بیماران جمع‌آوری گردید.

مطالعات مشابه در شهرهای دیگر کشور نیز انجام شده تا زمینه مقایسه کشوری و دستیابی به اطلاعات معتبرتر و جامع‌تر برای بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی در سطح کشور فراهم آید.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اثر کنترل دیابت و رفتارهای خودمراقبتی بر مطلوب بودن کیفیت زندگی پیشنهاد می‌شود بر رفتارهای خودمراقبتی به جهت ارتقا کیفیت زندگی بیماران دیابتی توجه بیشتری صورت گیرد تا بتوان از عوارض شدید بیماری دیابت در بیماران و تحمیل هزینه‌های درمانی بالا به خانواده آن‌ها کاست. پیشنهاد می‌شود

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از همکاری مسئولان مرکز انجمن دیابت سبزوار که در کمک به جمع‌آوری داده‌ها نقش بسزایی داشتند صمیمانه تشکر می‌نمایند.

References

- Vongpatanasin W. Cardiovascular morbidity and mortality in high-risk populations: epidemiology and opportunities for risk reduction. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2007;9(11 Suppl 4):11-5. PMID: 17978602
- Li X, Song F, Jiang H, Zhang M, Lin J, Bao W, et al. A genetic variation in the fat mass- and obesity-associated gene is associated with obesity and newly diagnosed type 2 diabetes in a Chinese population. *Diabetes Metab Res Rev*. 2010;26(2):128-32. DOI: 10.1002/dmrr.1066 PMID: 20186840
- Esteghamati A, Gouya MM, Abbasi M, Delavari A, Alikhani S, Alaedini F, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in the adult population of Iran: National Survey of Risk Factors for Non-Communicable Diseases of Iran. *Diabetes Care*. 2008;31(1):96-8. DOI: 10.2337/dc07-0959 PMID: 17921357
- World Health Organization. Prevalence of Diabetes in the Who Eastern Mediterranean Region: Diabetes Programmer 2012 [updated 2015; cited 2012]. Available from: http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index2.html.
- Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, et al. National Standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*. 2011;34 Suppl 1:S89-96. DOI: 10.2337/dc11-S089 PMID: 21193633
- Bell RA, Arcury TA, Snively BM, Smith SL, Stafford JM, Dohanish R, et al. Diabetes foot self-care practices in a rural triethnic population. *Diabetes Educ*. 2005;31(1):75-83. DOI: 10.1177/0145721704272859 PMID: 15779248
- Majra J, Acharya D. Awareness regarding self care among diabetics in rural India. *Middle East J Fam Med*. 2009;7(6):11-4.
- Mody R, Kalsekar I, Kavookjian J, Iyer S, Rajagopalan R, Pawar V. Economic impact of cardiovascular co-morbidity in patients with type 2 diabetes. *J Diabetes Complications*. 2007;21(2):75-83. DOI: 10.1016/j.jdiacomp.2006.02.005 PMID: 17331855
- Honarmand M, Eidi Baigi M, Davoodi IC. [Comparison quality of life and mental health in diabetics with type 1 and 2 and non-diabetics in Yazd]. *Yazd J Uni Med Sci*. 2012;10(7):654-62.
- Ghasemi V. Structural models in social science research. *Isfahan: Jahaddaneshghahi press*; 2010.
- Burroughs TE, Desikan R, Waterman BM, Gilin D, McGill J. Development and Validation of the Diabetes Quality of Life Brief Clinical Inventory. *Diabet Spectrum*. 2004;17(1):41-9. DOI: 10.2337/diaspect.17.1.41
- Nsyhtkn A, Pishua A, Hbyzbzadh F, Tabatabai M, Qshqayyazdh T, Hafizi F. [Determine the reliability and validity of clinical summary quality of life of diabetic patients (DQOL) to Persian]. *J Diabet Lipid Disord*. 2012;11(5):483-7.
- Monjamed Z, Mehran A, Peimani T. [The quality of life in diabetic patients with chronic complications]. *J Hayat*. 2006;12(1):55-66.
- Parham M, Riahin A, Jandaghi M, Darivandpour A. [Self care behaviors of diabetic patients in Qom]. *Qom Uni Med Sci J*. 2013;4(6):81-7.
- Abbaspour S, Shamaeiyan N, Hasanzadeh M, Zandi Z, Sepehri A. [Self-care behaviors among diabetic patients referred to a selected hospital clinic in Torbat-e-Heydarieh]. *J Torbat Heydariyeh Uni Med Sci*. 2013;1(1):65-70.
- Parham M, Rasooli A, Safaeipour R, Mohebi S. [Assessment of effects of self-caring on diabetic patients in Qom diabetes association 2013]. *Quart J Sabzevar Uni Med Sci*. 2014;21(3):473-84.
- Haririan H, Moghadasian S, Aghajani A. [Quality of life and its dimensions in diabetic patients referred to diabetes center of Tabriz medical university]. *Iran J Diabet Lipid Disord*. 2009;9(2):152-60.
- Safavi M, Samadi N, Mahmoudi M. [Study concept and its relationship to quality of life in patients with type 2 diabetes]. *Med J*. 2013;23(2):148-53.
- Samadi N, Safavi M, Mahmoodi M. [The relationship between quality of life and self-esteem in patients with Type 2 diabetes in Ardabil 2011: A short report]. *J Rafsanjan Uni Med Sci*. 2013;12(3):251-6.
- Baghery 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]. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2005;7(2):50-6.

- 21- Gutteling JJ, Duivenvoorden HJ, Busschbach JJ, de Man RA, Darlington AS. Psychological determinants of health-related quality of life in patients with chronic liver disease. *Psychosomatics*. 2010;51(2):157-65. DOI: 10.1176/appi.psy.51.2.157 PMID: 20332291
- 22- Ghofranipour F, Sobhani A, Kimmiagar M, Vafaei M. [Evaluating curvilinear hypothesis in quality of life and glycemic control in diabetic patients]. *Arak Med Uni J*. 2008;11(2):27-34.
- 23- Mehrabizadeh Honarmand M, Eydi Baygi M, Davodi I. [Comparing the quality of life and mental health of patients with diabetes type I, II and non-diabetic individuals in Ahwaz]. *Iran J Res Behav Sci*. 2013;10(7):654-62.
- 24- Abasi A. [Effect of exercise program on functional ability and quality of family life in patients with heart failure]. Ahvaz, Iran: Jundishapur University; 2006.
- 25- Arian V, Farvid M, Montazeri A, Yavari P. [Association between health-related quality of life and glycemic control in type 2 diabetics]. *Iran J Endocrin Metab*. 2012;14(4):318-24.

The Quality of Life of Patients with Diabetes from the City of Sabzevar During Year 2016

Solimani. Z¹, Barati H², Mozafari. Join A³, Ershadi Moqadam. H¹, *Mohammadi. M⁴

Abstract

Introduction: Quality of life is an important health marker and a major topic in the care of patients with diabetes.

Objective: The aim of this study was to assess the quality of life of patients with diabetes in the city of Sabzevar.

Materials and Methods: This cross-sectional study was performed on 189 patients with diabetes referred to the Diabetes Association of Sabzevar during year 2016. For data collection the Thomas quality of life questionnaire (DQOL-BCI) and a demographic questionnaire were used, and for data analysis the SPSS 16 software was employed using the independent t test, Analysis of Variance (ANOVA) and post hoc test.

Results: The mean age of patients was 51.7±12.5 years. Average rating of quality of life in patients was 3.4 ± 0.62 out of 5. The mean score of personal satisfaction of diabetes and self-care behaviors was 3.6±0.69 and 3.5±0.8, respectively. There was no statistically significant relationship between quality of life of patients with diabetes and demographic variables of age, gender, marital status, occupation and education. A significant relationship was found between frequency of hospitalization and quality of life (P<0.05). The correlation between the two areas of satisfaction and patient care behaviors was statistically significant with education (P<0.05).

Discussion and Conclusion: According to the relationship between controlling of diabetes & on self-care behaviors with patients quality of life, it is suggested that self-care training to be more considered.

Keywords: Diabetes, Quality of life, Self-care Behaviors.

Solimani Z, Barati H, Mozafari Join A, Ershadi Moqadam H, Mohammadi M. The Quality of Life of Patients with Diabetes from the City of Sabzevar During Year 2016. *Military Caring Sciences*. 2017; 3 (4). 264-271.

Submission: 10/12/2016 Accepted: 31/12/2016 Published: 5/3/2017

1- BSc in Student of Nursing, Iran, Sabzevar, Islamic Azad University, Medical Sciences Department.

2- MSc in Epidemiology, Iran, Sabzevar, Sabzavar University of Medical Sciences, Faculty of Public Health.

3- PhD in Nursing, Assistant Professor, Iran, Sabzevar, Islamic Azad University, Medical Sciences Department.

4- (*Corresponding Author) MSc in Epidemiology, Iran, Kermanshah, Kermanshah University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Community Medicine Department. Email: masoud.mohammadi1989@yahoo.com