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 ۱۲/۵±۵۱/۷ سال بود. میانگین امتیاز کیفیت زندگی در بیماران ۰/۶۲±۳/۴ از ۵ بود. میانگین امتیاز کسب شده در رضایت افراد از کنترل دیابت و رفتارهای مراقبتی از خود به ترتیب ۰/۶۹±۳/۶ و ۰/۸±۳/۵ بود. بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی با متغیرهای دموگرافیک سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل و تحصیلات ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). بین دفعات بستری با کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری به دست آمد (P<۰/۰۵). ارتباط دو حیطه رضایت افراد و رفتارهای مراقبتی بیماران با سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد (P<۰/۰۵).

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

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 درحال توسعه به عاملین اصلی مرگ و میر بدل شده‌اند تا جایی که مرگ و میر این بیماری‌ها 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

۱ـ دانشجوی کارشناسی پرستاری، ایران، سبزوار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه علوم پزشکی.
۲ـ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، ایران، سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دانشکده بهداشت عمومی.
۳ـ دکترای پرستاری، استادیار، ایران، سبزوار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه علوم پزشکی.
۴ـ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، ایران، کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیک: masoud.mohammadi1989@yahoo.com

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-19]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.264]

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 می‌کنند. با توجه به اینکه تمامی این مطالعات بالا بردن کیفیت 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:

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

(α=۰/۰۵ و d=۱/۳ و δ=۸) 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 پیشگویی‌کننده‌ی 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) تائید 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

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-19]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.264]

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 جمع آوری شده وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ شده و برای بررسی رابطه متغیرهای دمگرافیک از آزمون‌های آماری t مستقل (جنس) و آنالیز واریانس (سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و اشتغال) و آزمون‌های تعقیبی شفه مورد استفاده قرار گرفتند.

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

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۸۹ فرد مبتلا به دیابت مورد بررسی قرار گرفتند، بیشتر بیماران (۶۰/۳٪) زن بودند. میانگین سن بیماران ۱۲/۵۱±۵۱/۷۶ 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 ۰/۶۲±۳/۴ 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 ۰/۶۹۸±۳/۵۶ و ۰/۶۴۸±۳/۵۸۸ 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>۰/۰۵). نتایج بررسی ارتباط دو حیطه رضایت افراد و رفتارهای مراقبتی بیماران با سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد (P=۰/۰۲). هم چنین استفاده از آزمون تعقیبی بیماران با تحصیلات لیسانس و بالاتر در دو حیطه مذکور، دارای میانگین نمره بالاتری نسبت به سه سطح دیگر بودند (به ترتیب P=۰/۰۴۱ و P=۰/۰۱)؛ اما میانگین امتیاز کسب شده بیماران با تحصیلات فوق دیپلم، دیپلم و پایین‌تر از دیپلم اختلاف آماری نشان نداد (P>۰/۰۵). (جدول ۲).

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

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

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-19]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.264]

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

حیطه	بدون سابقه بستری	سابقه بستری یک بار	سابقه بستری دو بار و بیشتر	Pvalue
	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	
رضایت افراد از کنترل دیابت	۳/۶۸ ± ۰/۶۶	۳/۲۶ ± ۰/۶۳	۳/۱۱ ± ۰/۷	P<۰/۰۰۱
رفتارهای مراقبتی از خود	۳/۶۹ ± ۰/۶۱	۳/۲۹ ± ۰/۵۷	۳/۲۴ ± ۰/۷	P<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی کلی بیماران	۳/۵۹ ± ۰/۶	۳/۲۱ ± ۰/۵۲	۳/۱۳ ± ۰/۶۱	P<۰/۰۰۱

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 (۰/۰۰۴) و بیماران با سابقه بستری دو بار و بیشتر (۰/۰۰۶) داشتند. در صورتی که میانگین نمره کسب شده بیماران با سابقه بستری یک بار، دو بار و بیشتر تفاوت معنی‌داری از یکدیگر نداشتند (۰/۸۸۴). (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 بیمارانی 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 مطالعه دیگری از پرهام و همکاران گزارش شد که میانگین سنی بیماران ۵۴/۷±۱۱/۳ 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±۰/۶۹ و ۳/۵±۰/۶۴ 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 ۸۲/۹±۱۶/۲ 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 ۴۶/۵±۱۰/۶ 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).

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-19]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.264]

در مطالعه دیگری از پرهام و همکاران گزارش شد که در ۳۲/۹٪ نمونه‌های مورد بررسی هیچ گونه فعالیت خودمراقبتی در برابر دیابت وجود نداشت و تنها ۷/۹٪ در طول ایام هفته هر روز از تمام فعالیت‌های خودمراقبتی تبعیت می‌کردند، میانگین نمره خود مراقبتی ۱۰/۶±۴۶/۵ به دست آمد و نتایج نشان داد که بین خود مراقبتی و میزان قند خون ناشتا و نیز هموگلوبین گلیکولیزه ارتباط معکوس معنی‌داری وجود دارد (۱۶). 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، در مطالعه عباسپور گزارش شد که ۷۳٪ بیماران بیماری خود را با داروهای خوراکی و تنها ۱۸٪ با انسولین بیماری خود را کنترل می‌کردند (۱۵).

رابطه بین مدت بستری و کیفیت زندگی از نظر آماری معنی‌دار بود ($P<0/05$) 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 (۰/۰۰۴) و بیماران با سابقه بستری دو بار و بیشتر (۰/۰۰۶) داشتند. در صورتی که میانگین نمره کسب شده بیماران با سابقه بستری یک بار، دو بار و بیشتر تفاوت معنی‌داری از یکدیگر نداشتند (۰/۸۸۴) در این مطالعه کیفیت زندگی بیماران دیابتی نسبتاً مطلوب گزارش گردید. در مطالعه قاسمی پور و همکاران گزارش شد که کیفیت زندگی ۵۸/۳ درصد آزمودنی‌ها نامطلوب و ۴۱/۷ درصد مطلوب بوده است، ضمن اینکه ۷۹/۹ درصد در بعد جسمانی و ۷۱/۵ درصد در بعد روانی دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند، تغییرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، وضعیت تحصیلی و مدت ابتلا به بیماری دیابت از نظر آماری دارای ارتباط معناداری با کیفیت زندگی مبتلایان داشت (۱۷).

در مطالعه صفوی و همکاران نیز گزارش شد که بیشتر بیماران کیفیت زندگی در (۴۳/۹ درصد) پایینی داشتند و نتایج حاصل از آزمون کای دو و ضریب همبستگی نشان داد که بین دیدگاه فرد نسبت به خود که شامل نقاط ضعف و قوت است و منجر به افزایش رفتارهای خود مراقبتی می‌گردد با کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع دو ارتباط آماری وجود دارد (۱۸).

صمدی و همکاران در مطالعه‌ای گزارش کردند که اکثریت مبتلایان به دیابت نوع دو به میزان ۴۳/۹ درصد سطح کیفیت زندگی پایین داشتند (۱۹). بایستی خاطر نشان کرد که دیابت همانند سایر بیماری‌های مزمن افزون بر مرگ و میر بالا، گرفتاری‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و مالی بسیاری به همراه دارد و همچنین به دلیل درگیر کردن بیشتر اندام‌های بدن در این بیماری اثرات معکوس و معناداری بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی بیماران دارد (۲۰) 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 در بیماران را موجب می‌شود (۲۱) به علاوه ماهیت مزمن، درمان‌های خسته کننده و عوارض ناتوان ساز و تهدید کننده دیابت ابعاد جسمی، روانی- روحی، اجتماعی و به عبارتی کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۰) در مطالعه مهرابی زاده و همکاران گزارش شد که بین سه گروه تفاوت معناداری از لحاظ کیفیت زندگی و سلامت روان وجود داشت همچنین مقایسه زوجی گروه‌ها نشان داد که بین بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲ با افراد غیر دیابتی تفاوت معنادار در تغییرهای کیفیت زندگی و سلامت روان وجود دارد (۲۲).

در حالی که تفاوت معناداری بین افراد دیابتی نوع ۱ و نوع ۲ وجود ندارد که این مفهوم را بدین گونه می‌توان تبیین کرد که کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی بوده که به خوب بودن عمومی افراد اشاره دارد و شامل ظرفیت‌های عملکردی، حالات روانی، عملکرد اجتماعی و سلامت جسمانی می‌شود، کیفیت زندگی یک شخص، یک درک شخصی است که به وسیله احساس افراد درباره سلامتشان یا جنبه‌های غیرپزشکی زندگی‌شان داده می‌شود (۲۳، ۲۴) به این ترتیب می‌توان گفت که بیماری دیابت اثری منفی بر درک و رضایت فرد از زندگی خویش می‌گذارد و سبب می‌شود که ظرفیت عملکردی، حالات روانی و عملکرد اجتماعی و به طور کلی کیفیت زندگی فرد کاهش یابد. در مطالعه آرین و همکاران گزارش شد که بین مقیاس سلامت عمومی و گلوکز سرم رابطه‌ی معکوس معناداری مشاهده شد به طوری که شانس افزایش قند خون در افراد با مقیاس سلامت عمومی بالاتر ۵۴٪ کمتر بود (۲۵) از جمله محدودیت‌های این مطالعه عدم همکاری بیماران دیابتی به دلیل مشغله کاری و روزمره برای پاسخ به سؤالات پرسشنامه بوده که با صرف وقت بیشتر نویسندگان برای این بیماران خوشبختانه

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-19]
[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.264]

تمامی اطلاعات بیماران جمع‌آوری گردید.

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 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.

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

1- 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

2- 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

3- 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

4- 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.

5- Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosey 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

6- 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

7- Majra J, Acharya D. Awareness regarding self care among diabetics in rural India. Middle East J Fam Med. 2009;7(6):11-4.

8- 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

9- 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.

10- Ghasemi V. Structural models in social science research. Isfahan: Jahaddaneshghahi press; 2010.

11- 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

12- Nsyhtkn A, Pishua A, Hbybzadh F, Tabatabai M, Qshqayyzadh 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.

13- Monjamed Z, Mehran A, Peimani T. [The quality of life in diabetic patients with chronic complications]. J Hayat. 2006;12(1):55-66.

14- 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.

15- 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.

16- 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.

17- Haririan H, Moghadasian S, Aghajanlou 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.

18- 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.

19- 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.

20- 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.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-19]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.264]

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.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-19]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.264]

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

Solimani. Z[1], Barati H[2], Mozafari. Join A[3], Ershadi Moqadam. H[1], *Mohammadi. M[4]

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.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-10-19]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.264]

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