

## ارتباط توانمندی با ابعاد کیفیت زندگی و برخی عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در شهرستان شاهرود، ۱۳۹۲

مهدی صادقی، حسین ابراهیمی\*، میلاد بازقلعه

دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۳/۷/۲۷ تاریخ پذیرش: ۹۳/۸/۲۶

### چکیده:

زمینه و هدف: تغییر رویکرد سستی به توانمندسازی در آموزش و مراقبت بیماران دیابتی می تواند با ایجاد بستر مناسب، زمینه ساز بهبود خود مراقبتی و وضعیت سلامتی در بیماران دیابتی باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط توانمندی با ابعاد کیفیت زندگی و برخی عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۵۶ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ در شهرستان شاهرود انجام شد. با استفاده از فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سنجش توانمندی (DES-28) و پرسشنامه کیفیت زندگی مختص بیماران دیابتی، ارتباط بین توانمندی بیماران با ابعاد کیفیت زندگی و برخی عوامل مرتبط با آن ارزیابی و سنجیده شد.

یافته ها: میانگین نمره توانمندی بیماران  $16/84 \pm 8/27$  بود. بین توانمندی بیماران با تمام ابعاد کیفیت زندگی آن ها همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشت ( $P < 0/05$ ). بین توانمندی با سن بیماران همبستگی منفی معنی داری وجود داشت ( $P = 0/01, r = -0/54$ ). همچنین تفاوت معنی داری در میزان توانمندی بیماران برحسب متغیرهای جنس ( $P = 0/04$ )، وضعیت تأهل ( $P < 0/001$ )، نوع زندگی ( $P < 0/001$ )، تحصیلات ( $P < 0/001$ ) و درآمد ( $P < 0/02$ ) مشاهده شد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این مطالعه، بیماران با توانمندی بالاتر از سطوح بالاتر کیفیت زندگی در همه ابعاد برخوردار بودند. همچنین توانمندی بیماران با برخی مشخصات دموگرافیک آن ها در ارتباط بود. بنظر می رسد پرستاران می توانند با شناسایی عوامل تأثیرگذار بر توانمندی و گنجانیدن برنامه های آموزشی مبتنی بر توانمندسازی در بالین به منظور دستیابی به سطح بالاتری از کیفیت زندگی کمک کنند.

واژه های کلیدی: دیابت نوع ۲، توانمندی، کیفیت زندگی، خودمراقبتی.

### مقدمه:

در ایران وجود دارد و شیوع آن در جمعیت بالای ۳۰ سال ایران، ۷/۳ درصد گزارش شده است (۴). توسعه سریع اقتصادی و شهرنشینی از جمله علل این افزایش در مبتلایان به دیابت می باشد؛ همچنین تغییرات در شیوه زندگی که به کاهش سطح فعالیت بدنی، افزایش مصرف کربوهیدرات های تصفیه شده و افزایش چاقی و پیر شدن جمعیت منتهی می شود از دیگر عوامل توسعه این بیماری در افراد می باشد (۵).

دیابت شایع ترین بیماری متابولیک و بدخیم ترین بیماری اندوکرینولوژی با شیوعی رو به افزایش است و مسئول ۴ میلیون مرگ در سال و ۹ درصد کل مرگ های جهان می باشد (۱). این بیماری به عنوان یکی از علل مهم ناتوانی و مرگ و میر در سراسر جهان شناخته شده است (۲). در طول چند دهه گذشته، شیوع دیابت به طور چشمگیری در بسیاری از کشورهای منطقه خاورمیانه افزایش یافته است (۳). نزدیک به ۳ تا ۴ میلیون بیمار دیابتی

\*نویسنده مسئول: شاهرود- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود- تلفن: ۰۳۱۳-۵۳۵۴۰۵۸، E-mail: mhdsadeghi12@gmail.com

نتایج اکثر مطالعات انجام شده، حاکی از تاثیر توانمندی بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران مبتلا به دیابت است. به عنوان مثال بیان شده است که کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ تحت تأثیر برنامه توانمندی انجام شده قرار دارد (۱۶)؛ ارتقاء توانمندی با بهبود خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ همراه است (۱۷)؛ همچنین بهبود کنترل متابولیکی باعث افزایش توانمندی در بیماران دیابتی می‌گردد (۱۸). با این حال مطالعه‌ای که در آن به بررسی ارتباط توانمندی بیماران مبتلا به دیابت با کیفیت زندگی آنان پرداخته باشد کمتر مورد بررسی قرار گرفته؛ لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین توانمندی و ابعاد کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شده است.

### روش بررسی:

این پژوهش توصیفی تحلیلی بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در سال ۱۳۹۲ انجام شد. مرکز دیابت شهرستان شاهرود به علت سهولت دسترسی به داده‌ها، به عنوان محیط پژوهش انتخاب شد و نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده بر روی تمام بیماران واجد شرایط که به این مرکز مراجعه می‌کردند به طور مستمر انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بالاتر از ۱۸ سال، تشخیص قطعی و ابتلا به بیماری دیابت نوع ۲ بیش از ۱ سال، داشتن پرونده در مرکز دیابت و تمایل بیمار برای شرکت در پژوهش بودند. حجم نمونه (N) با استفاده از فرمول زیر برای توان ۰/۸ و  $\alpha = 0.01$ ، تعداد ۱۵۶ نفر محاسبه شد. ضریب همبستگی با توجه به مطالعات قبلی ۰/۲۷ تعیین گردید (۱۹).

$$n = \left( \frac{z_{\alpha} + z_{\beta}}{c(r)} \right)^2 + 3$$

$$c(r) = \frac{1}{2} \log_2 \frac{1+r}{1-r}$$

ابزار به کار رفته در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات شامل فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه استاندارد شده سنجش

افراد مبتلا به بیماری مزمن با تغییرات زیادی در زندگی روزانه خویش مواجه می‌شوند که نه تنها باید در مورد بیماری و درمان آن اطلاعاتی داشته باشد بلکه باید بسیاری از روش‌های جدید زندگی و رفتارهای مربوط به درمان را وارد زندگی خویش نماید؛ این بیماران نه تنها در سطح رفتاری بلکه در سطح روانی نیز برای مقابله با بیماری نیازمند تغییرات زیادی می‌باشند؛ به بیان دیگر می‌توان گفت بیماری مزمن تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد که در نتیجه آن بیمار در مقابل کثرت تغییرات احساس ناتوانی می‌کند (۶).

در سال‌های اخیر با وجود اقدامات زیادی که در زمینه درمان دیابت انجام شده است ولی هنوز بسیاری از بیماران به نتایج دلخواه دست نیافته و از عوارض ویرانگر آن که منجر به کاهش کیفیت زندگی و طول زندگی می‌گردد، رنج می‌برند (۷). در این بین بهبود کیفیت زندگی با افزایش خود مراقبتی، پایبندی به رژیم درمانی و تغییرات مثبت در شیوه زندگی بیماران دیابتی می‌تواند نقش موثری در روند پیشگیری و درمان بیماری داده باشد (۸). ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نیز می‌توانند از طریق بررسی وضعیت سلامت افراد و تأمین آن بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر بگذارند (۹). در نهایت با ایجاد تغییر در شیوه‌های زندگی این بیماران، درمان موفق و مدیریت کارآمد آن‌ها را تسهیل نمایند (۱۰).

توانمندسازی به عنوان رویکرد غالب و مسلط در حمایت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله دیابت نوع ۲ مطرح است (۱۱) و مفهومی موثر در آموزش، مدیریت، عملکرد و پژوهش پرستاری است (۱۲) که به بهبود مراقبت از خود منجر می‌گردد و در این میان نقش پرستاران در تسهیل فرآیند توانمندسازی بیماران انکارناپذیر است (۱۳). توانمندسازی با تأثیر بر رفتار و با استفاده از منابع فردی و اجتماعی، سبب بهبود وضعیت عمومی سلامت می‌گردد (۱۴). راهبردهای توانمندسازی باعث ایجاد تغییرات قابل توجهی در افراد می‌شوند تا انتظارات مثبت، امید، عزت نفس و اطمینان خود را افزایش دهند (۱۵).

پژوهشگران آموزش دیده با بیماران مراجعه کننده به مرکز دیابت تکمیل گردید (تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت خود گزارش دهی بود و به بیماران اطمینان داده شد که پاسخ آنان بر روند ارائه مراقبت به آنها تأثیری نخواهد داشت). در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و سطح معنی‌داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها:

در مطالعه حاضر، در مجموع ۱۵۶ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند که میانگین کلی سن واحدهای تحت مطالعه  $48/11 \pm 6/18$  و اکثر بیماران زن ( $62/8\%$ ) و متأهل ( $79/5\%$ ) با تحصیلات ابتدایی ( $64/1\%$ ) بودند. میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران  $51/78 \pm 7/12$  بود و اکثر بیماران ( $67\%$ ) در سطح متوسط قرار داشتند. همچنین میانگین کلی نمره توانمندی در بیماران تحت پژوهش  $82/56 \pm 16/84$  بود. بر اساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون، ارتباط معنادار و همبستگی مثبت بین توانمندی با تمام ابعاد کیفیت زندگی مشاهده شد (جدول شماره ۱).

توانمندی و پرسشنامه کیفیت زندگی مختص بیماران دیابتی بود. پرسشنامه سنجش توانمندی (DES-28) توسط مرکز آموزش و پژوهش دانشگاه میسیگان طراحی و استاندارد شده است و پایایی آن  $0/97$  گزارش شده است ( $20$ ،  $21$ ). پرسشنامه فوق شامل ۵۶ سؤال در سه حیطه (مدیریت روانی دیابت، ارزیابی نارضایتی و آمادگی برای تغییر و تعیین اهداف مرتبط با دیابت و دستیابی به آن‌ها) طراحی شده و برای ارزش‌گذاری آن از طبقه‌بندی لیکرت پنج طبقه‌ای از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) استفاده شده است. محدوده نمرات از ۲۸ تا ۱۴۰ بوده و نمره بالاتر به معنی توانمندی بیشتر در این بیماران می‌باشد. همچنین پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی مختص بیماران دیابتی (شامل ۴۴ سؤال در پنج بعد و یک سؤال کلی) بود که ابعاد آن شامل بعد جسمی (۹ سؤال)، بعد روانی (۱۱ سؤال)، بعد اجتماعی (۷ سؤال)، بعد اقتصادی (۵ سؤال) و بعد بیماری و درمان (۱۳ سؤال) می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه قبلاً مورد تأیید قرار گرفته است که ضریب پایایی آزمون مجدد  $0/92$  و آلفای کرونباخ  $0/95$  بوده است ( $22$ ).

برای اجرای مطالعه، پرسشنامه‌های ذکر شده به صورت مصاحبه حضوری و چهره به چهره توسط

جدول شماره ۱: ارتباط توانمندی و ابعاد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

| ابعاد کیفیت زندگی | جسمی      | روانی     | اجتماعی  | اقتصادی  | بیماری و درمان | نمره کل   |
|-------------------|-----------|-----------|----------|----------|----------------|-----------|
| متغیر توانمندی    | $r=0/52$  | $r=0/50$  | $r=0/44$ | $r=0/32$ | $r=0/52$       | $r=0/24$  |
|                   | $P<0/001$ | $P<0/001$ | $P=0/02$ | $P=0/01$ | $P<0/001$      | $P<0/001$ |

در بررسی عوامل مرتبط با توانمندی، نتایج نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد همبستگی منفی و معنی‌داری بین سن و توانمندی وجود داشته ( $54/0$ ،  $r=-0/54$ ) ولی بین مدت ابتلا به دیابت و توانمندی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد

در بررسی عوامل مرتبط با توانمندی، نتایج نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد همبستگی منفی و معنی‌داری بین سن و توانمندی وجود داشته ( $54/0$ ،  $r=-0/54$ ) ولی بین مدت ابتلا به دیابت و توانمندی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد

همچنین در رابطه با متغیر سطح تحصیلات، اختلاف معنادار در میزان توانمندی در افراد با تحصیلات نهضت و ابتدایی با تحصیلات راهنمایی و همچنین دیپلم و بالاتر وجود داشت ( $P < 0/05$ )، و این اختلاف معنی دار در افراد با تحصیلات راهنمایی و افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر نیز گزارش گردید (جدول شماره ۲).

آنالیز واریانس حاکی از اختلاف معنی دار آماری در میزان توانمندی در متغیرهای نوع زندگی و تحصیلات بود، بطوری که در رابطه با متغیر نوع زندگی، بین زندگی با همسر یا زندگی با همسر و فرزندان با متغیر زندگی با فرزندان اختلاف معنی دار در میزان توانمندی مشاهده شد ( $P < 0/05$ )، ولی توانمندی دو متغیر زندگی با همسر و زندگی با همسر و فرزندان اختلاف معنی دار نداشتند.

**جدول شماره ۲:** ارتباط مشخصات فردی و مرتبط با بیماری با توانمندی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

| P          | توانمندی      | فراوانی     | مشخصات فردی و مرتبط با بیماری |            |
|------------|---------------|-------------|-------------------------------|------------|
| *0/04      | 74/24 ± 16/74 | 64 (41/02)  | مذکر                          | جنس        |
|            | 69/31 ± 16/73 | 92 (58/98)  | مؤنث                          |            |
| * < 0/001  | 78/18 ± 16/72 | 123 (78/86) | متاهل                         | وضعیت تأهل |
|            | 62/51 ± 16/76 | 33 (14/74)  | همسر فوت شده                  |            |
| ** < 0/001 | 77/91 ± 16/71 | 19 (12/18)  | با همسر                       | نوع زندگی  |
|            | 79/29 ± 16/73 | 115 (73/71) | با همسر و فرزندان             |            |
|            | 63/51 ± 16/75 | 22 (14/11)  | با فرزندان                    |            |
| ** < 0/001 | 65/57 ± 16/74 | 100 (64/10) | نهضت و ابتدایی                | تحصیلات    |
|            | 71/26 ± 16/72 | 38 (24/35)  | راهنمایی                      |            |
|            | 79/14 ± 16/64 | 18 (11/55)  | دیپلم و بالاتر                |            |
|            | 74/19 ± 16/75 | 47 (31/23)  | کفایت دارد                    | درآمد      |
| * 0/02     | 62/51 ± 16/71 | 109 (69/87) | کفایت ندارد                   |            |

داده های فراوانی به صورت تعداد (درصد) و داده های توانمندی به صورت میانگین  $\pm$  انحراف معیار بیان شده اند؛ \* بر اساس آزمون تی مستقل؛ \*\* بر اساس آزمون آنالیز واریانس.

## بحث:

بین بیماران دیابتی است (۲۶-۲۴). در مقابل در تحقیق احمدی و همکاران کیفیت زندگی در این بیماران نسبتاً بالا (۲۷) گزارش شده است. همچنین چندین مطالعه نیز کیفیت زندگی بیماران دیابتی در ایران را پایین گزارش نموده اند (۲۸-۳۰). دلایل متفاوتی همچون اطلاعات فردی، میزان دسترسی به خدمات بهداشتی و همچنین چگونگی آموزش و مداخلات لازم به مبتلایان به این بیماری می تواند بر کیفیت

در مطالعه حاضر میانگین کلی نمره توانمندی در بیماران تحت پژوهش  $16/84 \pm 82/56$  بود. این میزان در مطالعه طل و همکاران  $80/74 \pm 18/58$  گزارش شده است (۲۳). از طرف دیگر نتیجه مطالعه حاکی از سطح متوسط نمره کلی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ است. همراستا با نتیجه مطالعه این پژوهش، نتایج اکثر مطالعات انجام شده در ایران نیز تایید کننده سطح متوسط کیفیت زندگی در

زندگی بیماران دیابتی در جوامع مختلف تأثیرگذار باشد. از آنجا که نتایج اغلب پژوهش‌های انجام شده در ایران در زمینه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ حاکی از متوسط یا ضعیف بودن سطح کیفیت زندگی در آنان است، ضرورت شناخت عوامل موثر بر کیفیت زندگی این بیماران و مداخلاتی جهت بهبود کیفیت زندگی آن‌ها بیشتر احساس می‌گردد.

در پژوهش حاضر توانمندی با تمام ابعاد کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنی‌داری داشت به طوری که با افزایش توانمندی، ابعاد کیفیت زندگی نیز بهتر می‌شد. اگرچه مطالعه ای که به طور مستقیم به بررسی این دو متغیر پرداخته باشد یافت نشد اما در برخی از مطالعات شواهدی از افزایش کیفیت زندگی در نتیجه مداخلات مبتنی بر توانمندسازی دیده می‌شود. به عنوان مثال نتایج مطالعه ای در سال ۲۰۰۴ نشان داد که افزایش توانمندی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو باعث بهبود کیفیت زندگی و کنترل مطلوب‌تر قند خون می‌شود (۳۱). همچنین Clary در مطالعه خود به این نتیجه رسید که مراقبت‌ها با هدف توانمندسازی بیمار می‌تواند با افزایش انگیزه بیماران جهت مدیریت بیماری‌شان باعث افزایش خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها شود (۳۲)؛ لذا توانمند نمودن بیماران دیابتی در امر خود مراقبتی از طریق به کارگیری آموزش‌های مبتنی بر توانمندسازی با استفاده از تمام پتانسیل بیمار برای سازگاری با بیماری و مشارکت او با درمانگر در تغییر سبک زندگی و ارتقای وضعیت سلامتی می‌تواند به حل این مشکل کمک نماید؛ چرا که برنامه‌های آموزشی روتین برای بیماران مبتلا به دیابت لزوماً منجر به اداره موفقیت آمیز دیابت یا بهبود کنترل متابولیکی نمی‌شود (۷).

نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان‌دهنده وجود یک همبستگی منفی معنی‌دار بین سن با توانمندی بیماران بود؛ بدین معنا که بیماران مسن‌تر از توانمندی پایین‌تری برخوردار بودند. در مطالعه طل و همکاران

نیز رابطه معنی‌دار و منفی بین سن و توانمندی بیماران دیابتی گزارش گردید (۲۳) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. بالا رفتن سن با کاهش تحرک بدنی و نقص در امر مراقبت از خود ناشی از کهولت سن، همراه است که این امر نیز به نوبه خود می‌تواند بر میزان توانمندی افراد اثر گذارد. در همین راستا چندین مطالعه گزارش کردند که با افزایش سن، رفتارهای خود مدیریتی و تغییرات عمده در سبک زندگی پیچیده‌تر و دشوارتر خواهد بود (۳۳، ۳۴). همچنین Kriska و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش کردند سن افراد اثر منفی بر عواملی همچون تطابق و سازگاری با بیماری، کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی دارد (۳۵).

مطابق با یافته‌های این مطالعه هر چند با افزایش مدت ابتلا به دیابت میزان توانمندی بیماران کاهش می‌یافت اما از لحاظ آماری این ارتباط معنی‌دار نبود. در این راستا، نتیجه یک مطالعه نشان داد که بین دوره ابتلا به بیماری با اکثر اجزاء توانمندسازی رابطه معنی‌دار وجود ندارد (۲۳).

در این مطالعه توانمندی بیماران بر حسب جنسیت آن‌ها تفاوت معنی‌داری داشت به طوری که مردان نسبت به زنان از توانمندی بالاتری برخوردار بودند. هرچند در این زمینه مطالعه‌ای یافت نشد ولی می‌توان گفت با توجه به شرایط فرهنگی حاکم بر جامعه، مردان از ارتباطات اجتماعی بیشتری برخوردارند و به همین دلیل احتمالاً از هم‌تایان خود یا کارکنان مراقبت بهداشتی اطلاعات بیشتری کسب کرده‌اند. همچنین مطابق با نتایج پژوهش میزان توانمندی بیماران بر حسب وضعیت تأهل و نوع زندگی تفاوت معنادار داشت به طوری که میزان توانمندی بیمارانی که با همسر یا با همسر و فرزندان زندگی می‌کردند نسبت به بیمارانی که تنها با فرزندان خود زندگی می‌کردند بالاتر بود و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ولی بین زندگی با همسر و زندگی با همسر و فرزندان تفاوت معنادار نبود. این امر نشان می‌دهد در

تحصیلات و ارتقاء رفتارهای خودمدیریتی می‌تواند تشخیص سریع‌تر و به دنبال آن پیگیری درمان را به همراه داشته باشد که حصول این امر میزان و شدت پیامدهای ناشی از دیابت را کاهش خواهد داد.

همچنین توانمندی بیماران در این مطالعه برحسب کفایت درآمد آنها متفاوت گزارش گردید و بیماران با کفایت درآمد توانمندی بهتری نسبت به بیماران با عدم کفایت درآمد داشتند و تفاوت بین دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بود. مزمن بودن بیماری دیابت باعث ایجاد مشکلات اقتصادی ناشی از کنترل بیماری و عوارض زودرس و دیررس آن خواهد شد (۴۲).

تعداد محدود نمونه‌ها و نمونه‌گیری در زمان و مکان خاص و در نتیجه عدم توانایی تعمیم نتایج حاصل به قشر عظیمی از بیماران دیابتی از محدودیت‌های این مطالعه بود؛ لذا انجام مطالعات گسترده‌تر در سایر نقاط کشور می‌تواند به روشن‌سازی بهتر روابط عوامل مرتبط با توانمندی کمک کند.

### نتیجه‌گیری:

با توجه به نتایج به دست آمده، بیماران توانمندتر از سطوح بالاتر کیفیت زندگی در همه ابعاد برخوردار بودند. همچنین توانمندی بیماران با برخی مشخصات دموگرافیک آنها در ارتباط بود. لذا انجام مداخلات جهت ارتقای توانمندی بیشتر در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ که از توانمندی کمتری برخوردار هستند پیشنهاد می‌گردد تا بدین طریق بتوان کیفیت زندگی این گروه از بیماران را افزایش داد.

### کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

با توجه به ارتباط قوی بین توانمندی با عواملی از قبیل سن، تحصیلات و نوع زندگی این افراد، می‌توان از عوامل تقویت‌کننده همچون حمایت بیشتر خانواده در راستای توانمند نمودن بیماران در برنامه‌های آموزشی استفاده نمود تا به این وسیله پیامدهای مطلوب

مطالعه حاضر توانمندی بیشتری در بیماران دیابتی که به همسر خود زندگی می‌کردند وجود داشته است. در واقع افراد متأهل با توجه به دریافت رفتارهای حمایتی، رفتارهای خودمراقبتی مطلوب‌تری دارند (۳۶) و از آنجا که کنترل مؤثر بیماری، مستلزم ایجاد تغییرات اساسی در شیوه زندگی می‌باشد، نقش مؤثر اطرافیان بیمار به خصوص همسر بیمار می‌تواند در این زمینه بسیار حائز اهمیت باشد (۳۷). در همین راستا تحقیقی نیز نشان داده است که افراد متأهل نسبت به سایر افراد از شرایط جسمی و عاطفی مطلوب‌تری برخوردار بوده و به طور مرتب وضعیت سلامتی یکدیگر را کنترل و پایش می‌کنند (۳۸). بنابراین حمایت‌های خانواده از بیمار می‌تواند به عنوان یکی از عوامل مهم توانمندسازی بیماران دیابتی مطرح باشد. این امر می‌تواند به علت این باشد که حمایت بیشتر خانواده احتمالاً در بروز رفتارهای سالم‌تر، تبعیت دارویی بیشتر و سطوح پایین‌تر استرس همراه باشد که خود باعث پیامدهای بهتر در آن‌ها می‌شود. نتیجه تحقیق Cooper و همکاران نیز نشان داده است که افراد مبتلا به دیابت نیازمند حمایت دیگران هستند (۳۹).

میزان توانمندی بیماران در مطالعه حاضر برحسب تحصیلات آن‌ها نیز متفاوت بود به طوری که توانمندی در افراد با مدرک دیپلم بهتر از بیماران راهنمایی و در بیماران راهنمایی بالاتر از بیماران با مدرک نهضت و ابتدایی بود و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بدست آمد. در مطالعه طل و همکاران نیز توانمندسازی با سطح تحصیلات رابطه معنی‌دار و مثبتی داشت (۲۷). نتیجه مطالعه دیگر نیز نشان داد هرچند سطح تحصیلات اثرات عمده‌ای بر پیش‌آگهی دیابت دارد، اما اینکه این اثرات با درک بیشتر از بیماری و نهایتاً شرکت در مراقبت از خود و یا اینکه با بهبود شرایط اقتصادی اجتماعی همراه است یا خیر؟ همچنان ناشناخته است (۴۲). نتیجه تحقیق Petricek و همکاران نیز نشان داد سطح تحصیلات بر درک کنترل بیماری تأثیرگذار است (۴۱). به نظر می‌رسد افزایش سطح

### تشکر و قدردانی:

مطالعه حاضر بخشی از طرح مصوب به شماره ۱۹۰۱ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود است که بدین وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از آن معاونت به دلیل حمایت مالی و معنوی و همچنین از کارکنان مرکز دیابت و تمامی بیماران و خانواده محترمشان که در این طرح ما را یاری فرمودند، اعلام می دارند.

تری از زندگی با دیابت را در این بیماران شاهد بود. در همین راستا پرستاران می توانند با توانمند نمودن بیماران مبتلا به بیماری های مزمن از جمله دیابت از طریق گنجاندن اقدامات آموزشی مبتنی بر رویکرد توانمندسازی، در برنامه های مراقبتی خود در محیط بالین با افزایش آگاهی و عملکرد و همچنین فراگیر نمودن احساس مسئولیت پذیری بیماران در مورد بیماری خود، به طور مؤثرتری باعث بهبود وضعیت این بیماران گردند.

### منابع:

1. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's. Principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw-Hill. 2008: 2165-6.
2. Esteghamati A, Gouya M, Abbasi M, Delavari A, Alikhani S, Alaedini F, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired fasting glucose in the adult population of Iran: the national survey of risk factors for noncommunicable diseases of Iran. *Diabetes Care*. 2008; 31(1): 96-8.
3. Alhyas L, McKay A, Majeed A. Prevalence of type 2 diabetes in the States of The Co-Operation Council for the Arab States of the Gulf: A systematic review. *PloS one*. 2012;7(8): e40948.
4. Ahmadi A, Hasanzadeh J, Rajaefard A. Metabolic control and care assessment in patients with type 2 diabetes In Chaharmahal & Bakhtiyari province 2008. *Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism*. 2009; 11(1): 33-9.
5. Alhyas L, McKay A, Balasanthiran A, Majeed A. Prevalences of overweight, obesity, hyperglycaemia, hypertension and dyslipidaemia in the Gulf: systematic review. *JRSM short reports*. 2011; 2(7): 55.
6. Gagliardino JJ, González C, Caporale JE. The diabetes-related attitudes of health care professionals and persons with diabetes in Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2007; 22(5): 304-7.
7. Funnell M, Anderson R. Empowerment and selfmanagement of diabetes. *Clinical Diabetes*. 2004; 22(3): 123-7.
8. Zhang X, Norris SL, Chowdhury FM, Gregg EW, Zhang P. The effects of interventions on health-related quality of life among persons with diabetes: a systematic review. *Medical care*. 2007; 45(9): 820-34.
9. Eppens M, Craig M, Cusumano J, Hing S, Chan A, Howard N, et al. Prevalence of diabetes complications in adolescents with type 2 compared with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29(10): 1300-6.
10. Hodgson Y. Short message service as a support tool in medication adherence and chronic disease management. *Healthcare Review and Informatics Review*. 2005; 1: 1-7.
11. Tol A, Alhani F, Shojaezadeh D, Sharifirad G. Empowerment Approach to promote quality of life and self-management among Type 2 diabetic patients. *Health System Research*. 2011; 7(2): 157-68.
12. Barret E. A nursing theory of power for using practice. In conceptual models for nursing practice. 3rd ed. Norwalk. CT. Appleton and Lange. 2006: 711-7.
13. Gibson C. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16(3): 354-61.
14. Corabian P, Harstall C. Patient diabetes education in the management of adult type 2 diabetes. *Health Technol Assessment*. 2001; 23(1): 1-88.

15. Tol A, Tavassoli E, Sharifirad G, Shojaezadeh D, Azadbakht L. The Relationship between socioeconomic factors and their effects on patients with type 2 diabetes. *Health system research Journal*. 2011; 7(1): 138-47.
16. Heidari M. The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents. Master's thesis, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. 2006.
17. Zamanzadeh V, Seyied Rasuli E, Jaberzadeh F. The Effect of empowerment program education on self efficacy in diabetic patients in Tabriz university. *Research Journal of Biological Sciences*. 2008; 3(8): 850-5.
18. Shojaezadeh D, Sharifirad G, Tol A, Mohajeri Tehrani M, Alhani F. Effect of empowerment model on distress and diabetes control in patients with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Education*. 2012; 1(1): 38-47.
19. Rodbard HW, Blonde L, Braithwaite SS, Brett EM, Cobin RH, Handelsman Y, et al. American association of clinical endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the management of diabetes mellitus. *Endocrine practice*. 2007; 13:1-68.
20. Diabetes Empowerment Scale (DES-28): Michigan Diabetes Research and Training Center. Available from: URL: <http://www.med.umich.edu/mdrtc/survey/htm>.
21. Liu M, Tai Y, Hung W, Hsieh M, Wang R. Relationships between emotional distress, empowerment perception and self-care behavior and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Hu li za zhi The Journal of Nursing*. 2010; 57(2): 49-60.
22. DarvishPoorKakhki A, Abed Saeidi J, Yaghmaei F, Alavi Majd H, Montazeri A. Survey correlation between quality of life and disease and demographic variables of diabetic patients referred to Tehran hospitals in 2004. *Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism*. 2006; 29(8): 49-56.
23. Tol A, Azam K, Esmail Shahmirzadi S, Shojaezadeh D, Mohebbi B, Asfia A, et al. Relation between empowerment of diabetes control and adoption of self-management behaviors and its related factors among type 2 diabetic patients. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2012; 19(98): 11-18.
24. Baghianimoghadam M, Afkhami-Ardekani M. Effect of education on improvement of quality of life by Sf-20 in type 2 diabetic patients. *Diabete Research Center, Shahid Sadooghi University of Medical Sciences Journal*. 2008; 13(4): 21-8.
25. Monjamed Z, Mehran A, Peimani T. The quality of life in diabetic patients with chronic complications. *Hayat*. 2006; 12(1): 55-66.
26. Sarani H, Ebrahimitabass E, Arbabisarjou A, Mehdipour S. The quality of life in the diabetic patients of Zahedan's Ali Asghar Hospital affiliated to Zahedan University of Medical Sciences, Iran ( 2011). *World of Sciences Journal*. 2011; 1(6): 54-64.
27. Ahmadi A, Hasan Zadeh J, Rahimi Madiseh M, Lashkari L. Factors affecting quality of life in type 2 diabetic patients In chaharmahale Bakhtiyari. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2011; 3(1): 7-13.
28. Vazirinejad R, Sajadi M, Maghool N. A historical cohort study assessing the effect of diabetes on the quality of life of patients. *Pajouhesh Dar Pezeshki*. 2010; 34(1): 35-40.
29. Masaeli N, Attari A, Molavi H, Najafi M, Siavash M. Normative data and psychometric properties of the quality of life questionnaire for patients with diabetes mellitus. *Journal of Semnan University of Medical Sciences*. 2009; 11-4(36): 263-70.
30. Vares Z, Zandi M, Baghaei P, Masoudi Alavi N, MirBagher A, Paz N. Medical surgical nursing department ,nursing faculty Kashan university of medical sciences. *Parastari Pejouhesh*. 2009; 5(17): 14-22.
31. Pibernik-Okanovic M, Prasek M, Poljicanin-Filipovic T, Pavlic-Renar I, Metelko Z. Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. *Patient Education and Counseling*. 2004; 52(2): 193-9.
32. Clary MP. Patient empowerment and motivational interviewing: Engaging patients to self-manager their own care. *Nephrology Nursing Journal*. 2009; 36(4): 410-2.
33. Estabrooks P, Nelson C. The frequency and behavioral outcomes of goal choices in the self-management of diabetes. *Diabetes Education*. 2005; 31(3): 391-400.



34. Locke E, Latham G. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. *American Psychologist*. 2002; 57(9): 705-17.
35. Kriska A, Saremi A, Hanson R, Benett P, Kobes S, Williams DE, et al. Physical activity, obesity, and the incidence of type 2 diabetes in a high risk population. *American Journal of Epidemiology*. 2003; 158(7): 669-75.
36. Connell CM, Fisher EB, Houston CA. Relationships among social support, diabetes outcomes, and morale for older men and women. *Journal of Aging and Health*. 1992; 4(1): 77-100.
37. Beverly EA, Miller CK, Wray LA. Spousal support and food-related behavior change in middle-aged and older adults living with type 2 diabetes. *Health Education & Behavior*. 2008; 35(5): 707-20.
38. Karren K, Hafen B, Smith N, Frandsen K. *Mind and body health*. 3rd ed. San Francisco: Boston, New York Pearson Benjamin Cummings. 2006; 319.
39. Cooper H, Booth K, Gill G. Patient's perspectives on diabetes health care education. *Health Education Research, Theory and Practice*. 2003; 18: 192-206.
40. Rayappa P. The impact of socio- economic factors on diabetes care. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*. 1999; 19: 7-16.
41. Petricek G, Mavrinac V, Keglevic M. Health locus of control assessment in diabetes mellitus type 2 patients. *Acta Medical Croatica*. 2009; 63(2): 135-43.
42. Auslander W, Sterzing P, Zayas L, White N. Psychosocial resources and barriers to selfmanagement in African American adolescents with type 2 diabetes: a qualitative analysis. *Diabetes Educators*. 2010; 36(4): 613-22.

## Relationship between empowerment with dimensions of quality of life and some related factors in patients with type 2 diabetes in the Shahroud city, 2013

Sadeghi M, Ebrahimi H\*, Bazghaleh M

Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

Received: 19/Oct/2013 Accepted: 17/Nov/2014

**Background and aim:** Change the traditional approach to empowerment in education and care in diabetic patients is by creating a proper ground for improvement self-care and health status in patients with diabetes. The present study was conducted to determine the relationship between empowerment with dimensions of quality of life and some related factors in patients with type 2 diabetes.

**Methods:** This descriptive-analytic study was performed on 156 patients with type2 diabetes in Shahroud town in 2013. The relationship between empowerment with dimensions of quality of life and some related factors was evaluated using demographic information form, empowerment Questionnaire(DES-28), diabetes patients-specific quality of life questionnaire.

**Results:** The overall mean of empowering score in patients was  $82/56 \pm 16/84$ . There was a significant and positive correlation between empowerment and all dimensions of quality of life ( $P < 0.05$ ). There was a significant negative correlation between empowerment with age of patients ( $P = 0.01$ ,  $r = 0.54$ ). Moreover, a significant difference in the patients' empowerment according to sex ( $P = 0.04$ ), marital status ( $P < 0.001$ ), lifestyle ( $P < 0.001$ ), education ( $P < 0.001$ ), income ( $P = 0.02$ ) was observed.

**Conclusion:** According to the results this study, Patients with more empowerment had higher levels of quality of life in all dimensions. Also, the patients' empowerment was correlated with some demographic data. It seems nurses can help by identifying effective factors on empowerment and inclusion of training programs based on empowerment in clinical environment to achieve higher levels of their quality of life.

**Keywords:** Diabetes type 2, Quality of life, Empowerment, Self-management.

**Cite this article as:** Sadeghi M, Ebrahimi H, Bazghaleh M. Relationship between empowerment with dimensions of quality of life and some related factors in patients with type 2 diabetes in the Shahroud city, 2013. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2014; 3(4): 29-38.

---

**\*Corresponding author:**

Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, I.R. Iran. Tel: 00983135354058,  
E-mail: mhdsadeghi12@gmail.com