

بررسی تأثیر رضایت از کنترل بیماری و رفتارهای مراقبتی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲

علی پورقره‌خان^۱، داود حکمت‌پو^{۲*}، امیر جواهری^۱، آذر تختی^۱

^۱دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران؛ ^۲دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۵/۱ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۱/۲۸

چکیده:

زمینه و هدف: بیماری دیابت شایع‌ترین بیماری غدد درون‌ریز است. مزمن بودن این بیماری و عوارض آن باعث تحمیل بار مادی زیاد بر بیمار و کاهش کیفیت زندگی در آنان می‌شود. این مطالعه باهدف بررسی تأثیر رضایت از کنترل بیماری و رفتارهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی افراد دیابتی نوع ۲ انجام شده است. روش بررسی: این مطالعه یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که بر روی ۱۱۰ نفر بیمار مبتلا به بیماری دیابت نوع ۲ در شهرستان بیجار و با نمونه‌گیری آسان انجام شد. داده‌ها از طریق پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی (DQOL) جمع‌آوری شد. کلیه داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با آزمون‌های آماری توصیفی و آزمون‌های کای اسکوئر، دقیق فیشر، آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: ۵۴ نفر از بیماران مرد (۴۹/۰۹٪) و ۵۶ نفر از آن‌ها زن (۵۹/۹۱٪) بودند. میانگین نمره کیفیت زندگی در این بیماران (۴۷/۲±۵/۶) بود. بین کیفیت زندگی و سن، تحصیلات (P=۰/۰۰۱) و شغل (P=۰/۰۰۷) ارتباط معنی‌داری وجود داشت. بین جنس با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت (P=۰/۰۷۸). ارتباط آماری معنی‌داری بین رفتارهای خودمراقبتی با شغل (P=۰/۰۳۰) و تحصیلات (P=۰/۰۰۸) وجود دارد. بین رضایت بیمار از کنترل بیماری با کیفیت زندگی، تحصیلات و شغل ارتباط معنی‌داری وجود داشت (P=۰/۰۰۱). نتیجه‌گیری: باتوجه به کیفیت زندگی متوسط بیماران دیابتی و کاهش کیفیت زندگی با افزایش سن و افزایش تعداد سالمندان جامعه، پیشنهاد می‌شود، مداخلاتی جهت افزایش رضایت بیماران دیابتی از کنترل بیماری و خود مراقبتی، در برنامه‌ریزی طرح ارتقاء سلامت وزارت بهداشت مدنظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: دیابت نوع ۲، رفتارهای مراقبتی، رضایت‌مندی، کیفیت زندگی.

مقدمه:

می‌باشد که ۹۰٪ از کل موارد ابتلا به دیابت را شامل می‌شود (۶). بیماری دیابت به‌علت داشتن ماهیت مزمن بر روی کیفیت زندگی این بیماران تأثیر گذاشته است (۷). عوارض ناشی از این بیماری باعث تحمیل بار سنگین اقتصادی و کاهش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود (۸). کیفیت زندگی یک مقوله چندبعدی است و ترکیبی از عوامل شناختی (رضایت) و احساسی (شادی) می‌باشد (۹). اصلاح کیفیت زندگی نه تنها برای بیمار دیابتی سودمند و باارزش است، بلکه هزینه‌های مراقبت بهداشتی و پزشکی مرتبط با آن‌ها را

دیابت یا بیماری قند (Diabetes Mellitus) شایع‌ترین بیماری غدد درون‌ریز است و مهم‌ترین چالش قرن اخیر به حساب می‌آید (۱). تعداد مبتلایان به دیابت جهان در سال ۲۰۱۲ حدود ۳۷۱ میلیون نفر بوده که تقریباً ۷۰٪ آن‌ها متعلق به کشورهای درحال توسعه می‌باشد (۲،۳). در کشور ایران در سال ۱۳۸۹ بیش از حدود ۴ میلیون نفر به بیماری دیابت مبتلا بوده‌اند (۴). درحال حاضر دیابت پنجمین عامل مرگ و میر در جوامع غربی و چهارمین علت شایع مراجعه به پزشک است (۵). دیابت نوع ۲ از شایع‌ترین انواع دیابت

تاکنون مطالعه نشده است. از طرف دیگر، اکثر قریب به اتفاق مطالعات قبلی در شهرهای بزرگ و دارای امکانات دانشگاهی و طبی، توسط اساتید و دانشجویان گروه‌های پزشکی انجام شده است؛ درحالی‌که در شهرهای کوچک و از جمله در این شهر، مطالعه بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام نشده است. بافت شهرهای کوچک دارای تفاوت فرهنگی، تغذیه‌ای و روش زندگی با شهرهای بزرگ هستند، به همین دلیل در این پژوهش به بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به بیمارستان و درمانگاه‌های شهرستان بیجار و ارتباط دو بعد رفتارهای مراقبتی و رضایت از کنترل بیماری با کیفیت زندگی بیماران دیابتی پرداخته شده است.

روش بررسی:

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها و بیمارستان شهرستان بیجار بود که ویژگی‌های زیر را داشتند: سن بالاتر از ۳۰ و کمتر از ۷۰ سال- گذشت حداقل ۳ ماه از تشخیص دیابت و مصرف‌کننده دارو، عدم ابتلاء به هر گونه اختلالات ذهنی و روانی صعب‌العلاج طبق اظهارات آنان در این مطالعه برای تعیین حجم نمونه لازم $(\alpha=0/05)$ ، $(d=1/5)$ و $(s=8)$ با استفاده از فرمول

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \times s^2}{d^2} = \frac{(1.96)^2 \times (8)^2}{(1.5)^2} = 110$$

در سطح اطمینان ۹۵٪ حجم نمونه لازم برابر ۱۱۰ بیمار برآورد گردید. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری آسان در ماه‌های فروردین و اردیبهشت ۹۴ انتخاب شدند. داده‌ها با تکمیل نمودن پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی (DQOL) انجام شد. این پرسشنامه توسط Thomas و همکاران طراحی و در ایران توسط نصیحت‌کن و همکاران به کار گرفته شده است (۲۰).

کاهش می‌دهد (۱۰). Karlson و همکاران می‌نویسند، امروزه در بیماران به‌جای توجه به شاخص‌های مرگ‌ومیر و ابتلا باید به ابعادی وسیع‌تر توجه نمود که مهم‌ترین آن مفهوم کیفیت زندگی است (۱۱). کیفیت زندگی چیزی بیش از وضعیت سلامتی است؛ چون سلامتی فقط یک بعد از کیفیت زندگی است (۱۲). کیفیت زندگی خود به‌عنوان درجاتی از رضایت‌مندی و نیل به نیازهای جسمی، اجتماعی، روانی، رفتاری و از آن مهم‌تر احساس خوب بودن تعریف شده است (۱۳). رضایت‌مندی بیمار یک واکنش شناختی و عاطفی است که طی آن بیمار ارضاء نیازهایش را اعلام داشته و مفهومی است که امروزه در مراقبت‌های پزشکی اهمیت ویژه‌ای یافته است (۱۴). رضایت بیمار بر فرآیند و پیامد درمان و پیروی از دستورات و در نهایت بهبود وضعیت و کنترل بیماری تأثیر می‌گذارد (۱۵). رضایت بیمار همچنین باعث مشارکت بیشتر وی در امر مراقبت شده و در نتیجه می‌تواند منجر به تسریع بهبودی و کاهش طول مدت بستری شود که در نتیجه کاهش بار اقتصادی هم برای بیمار و هم برای جامعه را به دنبال خواهد داشت (۱۶). رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن از اهمیت به‌سزایی برخوردار است و آنان می‌توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود، بر آسایش، بهبود عملکرد و فرایندهای مراقبت از خود تأثیرگذار باشند (۱۷). عدم کنترل قند خون در نتیجه فقدان رفتارهای خودمراقبتی باعث افزایش هزینه‌های درمانی و در نتیجه تحمیل بار سنگین بر فرد و اجتماع و کاهش کیفیت زندگی بیمار می‌شود (۱۸). هرچند در ایران مطالعات زیادی در مورد کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع ۲ انجام شده است؛ اما در اکثر این مطالعات از پرسشنامه اختصاصی بیماران دیابتی استفاده نشده است (پرسشنامه کیفیت زندگی افراد دیابتی مقولات مرتبط با تأثیر این بیماری بر کیفیت زندگی را بررسی می‌کند که پرسشنامه‌های دیگر فاقد آن هستند). دو بعد رضایت از کنترل بیماری و رفتارهای خودمراقبتی و تأثیر آن‌ها بر کیفیت زندگی،

اکثریت بیماران متأهل (۹۱/۸۲٪) بودند. ۳ نفر از بیماران مجرد (۲/۷۲٪) و ۶ نفر از بیماران بیوه (۵/۴۶٪) بودند. ۷۸ نفر (۷۰/۹٪) از بیماران، تحصیلات سوم راهنمایی به پایین داشتند. اکثر بیماران خانه‌دار بودند (۳۸/۱۸٪). میانگین نمره کیفیت زندگی $47/2 \pm 5/6$ بود که حداقل نمره ۳۸ و حداکثر ۶۶ است. میانگین سن بیمارانی که از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار بودند نسبت به میانگین سن بیمارانی که کیفیت زندگی آن‌ها متوسط و یا نامطلوب بود، پایین‌تر است. به عبارت دیگر با بالا رفتن سن کیفیت زندگی کاهش می‌یابد و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است ($P=0/0001$) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: ارتباط سطوح مختلف کیفیت

زندگی افراد مورد مطالعه با سن

کیفیت زندگی	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	P
مطلوب	۲۵	$47/6 \pm 7/3$	۰/۰۰۰۱
نسبتاً مطلوب	۲۸	$52/6 \pm 10/53$	
نامطلوب	۵۷	$60/24 \pm 10/53$	

نتایج این مطالعه نشان داد، هر چند نمره کیفیت زندگی مردان ($48/44 \pm 5/9$) بالاتر از زنان ($46/12 \pm 4/9$) است؛ اما بین جنسیت و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد ($P=0/222$). نتایج این مطالعه نشان داد، بین مشاغل مختلف و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($P=0/007$) و کارمندان از کیفیت زندگی مطلوب‌تر و افراد بیکار کیفیت زندگی پایین‌تری از بقیه افراد دارند. بین تحصیلات و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد و با افزایش سطح تحصیلات کیفیت زندگی افزایش می‌یابد ($P=0/0001$) (جدول شماره ۲).

در این مطالعه روایی آن توسط اساتید مورد تأیید قرار گرفته و پایایی این پرسشنامه به روش آزمون و بازآزمون قبل از شروع مطالعه بر روی ۳۰ بیمار دیابتی به فاصله یک هفته انجام و $r=0/78$ و آلفا کرونباخ سوالات برابر ۰/۸۲ تعیین گردید. پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی، قبل از شروع کار اهداف پژوهش برای کلیه بیماران توضیح و از آن‌ها جهت شرکت در مطالعه رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. پرسشنامه توسط خود بیمار تکمیل شد. در مواردی که بیمار توانایی خواندن و نوشتن نداشت توسط یکی از پژوهشگران، پرسشنامه تکمیل گردید. این پرسشنامه از دو بخش تشکیل شده است. بخش اول آن مشخصات دموگرافیک و بخش دوم آن شامل ۱۵ سوال که در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً راضی، راضی، متوسط، ناراضی، کاملاً ناراضی) تنظیم شده بود. هر بیمار می‌توانست نمره بین ۷۵-۱۵ را کسب کند. افزایش نمرات نشانه بهبود کیفیت زندگی است. سطح کیفیت زندگی به ۳ سطح تقسیم گردید، به طوری که افراد دارای امتیاز بیشتر از ۷۵٪ نمره دارای کیفیت زندگی مطلوب، بین ۷۵-۵۰٪ نمره دارای کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب (متوسط) و کمتر از ۵۰٪ نمره دارای کیفیت زندگی نامطلوب (پایین) محسوب گردیدند (۲۱). با استفاده از سوالات این پرسشنامه دو بعد رفتارهای مراقبتی و رضایت از کنترل بیماری مورد سنجش قرار گرفت (۲۰). داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی با آزمون‌های کای اسکوئر، دقیق فیشر، آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها:

میانگین سنی شرکت‌کنندگان برابر ۵۵/۳۹ سال با انحراف معیار ۱۰/۳۹ سال بود. ۵۴ نفر از بیماران مرد (۴۹/۰۹٪) و ۵۶ نفر از آن‌ها زن (۵۰/۹۱٪) بودند.

جدول شماره ۲: ارتباط سطوح مختلف کیفیت زندگی با خصوصیات دموگرافیک افراد مورد مطالعه

ویژگی	کیفیت زندگی	تعداد	مطلوب	نسبتاً مطلوب (متوسط)	نامطلوب (پایین)	معنی داری
جنس	زن	۵۶ نفر	٪۴۱/۲۹	٪۲۸/۵۷	٪۵۷/۱۴	$P=۰/۲۲۲$
	مرد	۵۴ نفر	٪۳۱/۴۸	٪۲۲/۲۲	٪۴۶/۳۰	
تحصیلات	بی‌سواد	۴۲ نفر	٪۲/۳۹	٪۱۱/۹۰	٪۸۵/۷۱	$P=۰/۰۰۰۱$
	ابتدایی	۲۵ نفر	٪۴	٪۳۶	٪۶۰	
	راهنمایی	۱۱ نفر	٪۹/۰۹	٪۵۴/۵۵	٪۳۶/۳۶	
	دیپلم	۲۰ نفر	٪۵۰	٪۴۰	٪۱۰	
	فوق‌دیپلم	۶ نفر	٪۱۰۰	۰	۰	
	لیسانس و بالاتر	۶ نفر	٪۱۰۰	۰	۰	
	شغل	خانه‌دار	۴۲ نفر	٪۴/۷۶	٪۳۰/۹۵	
آزاد	۱۷ نفر	٪۴۱/۱۸	٪۲۹/۴۱	٪۲۹/۴۱		
کارمند	۱۷ نفر	٪۷۰/۵۹	٪۲۳/۵۳	٪۵/۸۸		
بازنشسته	۷ نفر	٪۱۴/۲۸	٪۲۸/۵۷	٪۵۷/۱۵		
کارگر	۵ نفر	۰	٪۶۰	٪۴۰		
کشاورز	۱۲ نفر	۰	٪۸/۳۳	٪۹۱/۶۷		
بیکار	۵ نفر	۰	۰	٪۱۰۰		

جدول شماره ۳: ارتباط رضایت از کنترل بیماری با سطوح مختلف کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه

ویژگی	رضایت از کنترل بیماری	نامطلوب	نسبتاً مطلوب	مطلوب	معنی داری
کیفیت زندگی	متوسط	٪۱۲/۶	٪۸۳/۵	٪۳/۹	$P=۰/۰۰۰۱$
	مطلوب	۰	٪۲۸/۶	٪۷۱/۴	

از کنترل بیماری بالاتر است. بین رضایت بیمار از کنترل بیماری با کیفیت زندگی، تحصیلات، شغل و سن ارتباط معنی‌داری وجود دارد و در افراد با تحصیلات بالاتر و منبع درآمد ثابت، میزان رضایت از کنترل بیماری نیز افزایش می‌یابد ($P=۰/۰۰۵$) (جدول شماره ۴).

یافته این پژوهش نشان داد که افزایش رضایت از کنترل بیماری، باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع ۲ می‌شود (جدول شماره ۳). با بررسی رضایت از کنترل بیماری نتایج نشان داد، رضایت از کنترل بیماری با سن ارتباط معنی‌داری دارد. در افراد با سن پایین‌تر از ۵۰ سال میزان رضایت

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی رضایت از کنترل بیماری و مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه

ویژگی	رضایت از کنترل بیماری			
	نامطلوب	نسبتاً مطلوب	مطلوب	معنی داری
جنس	زن ۵۶ نفر	%۸/۹	%۸۲/۲	P=۰/۶۸۶
	مرد ۵۴ نفر	%۱۴/۸	%۷۷/۸	
تحصیلات	بی سواد ۴۲ نفر	%۱۶/۷	%۸۳/۳	P=۰/۰۰۰۱
	ابتدایی ۲۵ نفر	%۱۲	%۸۸	
	راهنمایی ۱۱ نفر	%۱۸/۲	%۸۱/۸	
	دیپلم ۲۰ نفر	%۵	%۷۵	
	فوق دیپلم ۶ نفر	۰	%۱۰۰	
	لیسانس و بالاتر ۶ نفر	۰	%۱۶/۷	
			%۸۳/۳	
شغل	خانه دار ۴۲ نفر	%۱۱/۹	%۸۵/۷	P=۰/۰۰۰۱
	آزاد ۱۷ نفر	%۵/۹	۹۴/۱	
	کارمند ۱۷ نفر	۰	%۵۸/۸	
	بازنشسته ۷ نفر	%۹/۱	%۸۱/۸	
	کارگر ۵ نفر	%۱۶/۷	%۸۳/۳	
	کشاورز ۱۲ نفر	%۱۶/۷	%۸۳/۳	
	بیکار ۵ نفر	%۶۰	%۴۰	
سن	<۵۰ ۳۶ نفر	%۸/۴	%۷۲/۲	P=۰/۰۱۳
	>۵۰ ۷۴ نفر	%۱۲/۳	%۸۴/۹	

یافته‌ها نشان داد، رعایت رفتارهای مراقبتی در بیمار باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع ۲ می‌شود. هر چند این افزایش از نظر آماری معنی دار نبوده است (P=۰/۷۹۲) (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵: ارتباط رفتارهای مراقبتی با کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه

ویژگی	رفتارهای مراقبتی				
	مطلوب	هرگز	به ندرت	بعضی مواقع	اغلب اوقات
کیفیت زندگی	مطلوب ۰	%۲۸/۶	%۵۷/۱	%۱۴/۳	۰
	متوسط	%۸/۷	%۳۴	%۲۹/۱	%۲۱/۴

نتایج نشان داد، رفتارهای مراقبتی با شغل افراد با شغل آزاد بیشتر به این موضوع اهمیت می‌دهند. با افزایش تحصیلات رعایت رفتارهای مراقبتی افزایش می‌یابد (جدول شماره ۶).

جدول شماره ۶: توزیع فراوانی رفتارهای خودمراقبتی بیماران برحسب مشخصات دموگرافیک

ویژگی	خودمراقبتی هرگز به‌ندرت بعضی مواقع اغلب اوقات همیشه						P	
	خودمراقبتی	هرگز	به‌ندرت	بعضی مواقع	اغلب اوقات	همیشه		
جنس	زن	۵۶ نفر	٪۱۲/۵	٪۳۵/۷	٪۲۸/۶	٪۱۹/۶	٪۳/۶	P=۰/۳۸۳
	مرد	۵۴ نفر	٪۳/۷	٪۳۱/۵	٪۳۳/۳	٪۲۲/۲	٪۹/۳	
تحصیلات	بی‌سواد	۴۲ نفر	٪۹/۵	٪۲۸/۶	٪۳۵/۷	٪۲۱/۴	٪۴/۸	P=۰/۱۸۸
	ابتدایی	۲۵ نفر	۰	٪۳۶	٪۲۴	٪۲۸	٪۱۲	
	راهنمایی	۱۱ نفر	۰	٪۲۷/۳	٪۴۵/۵	٪۹/۰	٪۱۸/۲	
	دیپلم	۲۰ نفر	٪۲۰	٪۳۰	٪۲۵	٪۲۵	۰	
	فوق‌دیپلم	۶ نفر	۰	٪۸۳/۳	۰	٪۱۶/۷	۰	
	لیسانس و بالاتر	۶ نفر	٪۱۶/۷	٪۳۳/۳	٪۵۰	۰	۰	
شغل	خانه‌دار	۴۲ نفر	٪۹/۵	٪۳۱	٪۳۱	٪۲۶/۲	٪۲/۳	P=۰/۰۳
	آزاد	۱۷ نفر	٪۵/۹	٪۴۱/۲	٪۲۳/۵	٪۲۹/۴	۰	
	کارمند	۱۷ نفر	٪۱۷/۶	٪۴۱/۲	٪۳۵/۳	۰	٪۵/۹	
	بازنشسته	۷ نفر	٪۹/۰	٪۴۵/۵	٪۲۷/۳	٪۱۸/۲	۰	
	کارگر	۵ نفر	۰	٪۱۶/۷	۰	٪۳۳/۳	٪۵۰	
	کشاورز	۱۲ نفر	۰	٪۲۵	٪۴۱/۶	٪۱۶/۷	٪۱۶/۷	
	بیکار	۵ نفر	۰	٪۲۰	٪۶۰	٪۲۰	۰	
سن	<۵۰	۳۶ نفر	٪۸/۳	٪۳۰/۶	٪۲۷/۸	٪۲۵	٪۸/۳	P=۰/۸۷۸
	>۵۰	۷۴ نفر	٪۸/۱	٪۳۵/۱	٪۳۲/۴	٪۱۸/۹	٪۵/۵	

بحث:

همخوانی ندارد (۲۴،۲۳،۱۹). شاید دلیل این عدم همخوانی شرایط بیماران مورد مطالعه در یک شهر کوچک نسبت به شهرهای بزرگ در سایر مطالعات انجام شده باشد. بافت شهرهای کوچک دارای تفاوت فرهنگی، تغذیه‌ای و روش زندگی با شهرهای بزرگ هستند. بدین معنی که به لحاظ فرهنگی و روش زندگی، میزان تحرک و امید به زندگی در شهرهای کوچک بیشتر است. در بررسی ارتباط آماری بین کیفیت زندگی و سن بیماران مشاهده گردید که رابطه معنی‌داری بین سن و کیفیت زندگی بیماران دیابتی وجود دارد، به طوری که با افزایش سن از کیفیت زندگی این بیماران کاسته می‌شود. از آنجاکه افزایش سن با تغییرات فیزیولوژیک، روان‌شناختی و کاهش توانایی‌ها

اگر یکی از هدف‌های مراقبت بهداشتی اصلاح کیفیت زندگی باشد، در آن صورت لازم است، مشخص شود که چگونه دیابت بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارد (۲۲). نتایج این بررسی نشان داد که کیفیت زندگی بیماران متوسط است. مزمن بودن این بیماری و درگیر بودن بیمار به‌طور مداوم با این بیماری و محدودیت‌های که توسط این بیماری و به دنبال آن ناراضی‌تبی و احساس ناامیدی ایجاد می‌شود، می‌تواند توجه‌کننده پایین آمدن کیفیت زندگی در این بیماران باشد. نتایج این بررسی با نتایج تحقیق انجام‌شده توسط شکوهی‌فر مشابه است؛ ولی با مطالعه صمدی و همکاران و مطالعه‌ی باقیانی مقدم و همکاران که کیفیت زندگی بیماران دیابتی را ضعیف ارزیابی نموده‌اند،

با بالا رفتن سن رضایت از کنترل بیماری و به تبع آن کیفیت زندگی کاهش یافت. به نظر می‌رسد کاهش توانایی جسمانی بیمار و افزایش وابستگی در بیمار می‌تواند توجه‌کننده این موضوع باشد و این یافته‌ها با نتایج مطالعه علی‌اصغرپور و همکاران هماهنگ بود (۳۰). نتایج نشان داد که بین رضایت بیمار از کنترل بیماری، تحصیلات، شغل، ارتباط معنی‌داری وجود دارد و در افراد با تحصیلات بالاتر رضایت و کیفیت زندگی افزایش یافت که با مطالعه آهنگری همخوانی داشت و بیماران با منبع درآمد ثابت میزان رضایت از کنترل بیماری نیز افزایش می‌یابد که یافته مطالعه بذرافشان و همکاران با این نتایج هماهنگ بود (۳۱، ۳۲).

یافته‌های پژوهش نشان داد، هر چند با رعایت رفتارهای مراقبتی کیفیت زندگی افزایش پیدا کرد؛ ولی این افزایش از نظر آماری معنی‌دار نبود. شاید علت آن عدم آگاهی کامل بیماران در این زمینه با توجه به وضعیت تغذیه نامطلوب در جامعه و زمینه‌های فرهنگی ما باشد که با نتایج مطالعه عنبری و همکاران، وثوقی و همکاران همخوانی داشت (۳۳، ۳۴). نتایج نشان داد، رفتارهای مراقبتی با شغل ارتباط معنی‌داری دارد و به نظر می‌رسد خانم‌های خانه‌دار و کارمندان و افراد با شغل آزاد بیشتر به این موضوع اهمیت می‌دهند و احتمالاً این موضوع با داشتن وقت آزاد بیشتر و وضعیت اقتصادی در ارتباط باشد.

نتیجه‌گیری:

نتایج نشان داد، کیفیت زندگی بیماران دیابتی شهر بیجار در حد متوسط است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود به دلیل افزایش تعداد سالمندان، تحصیلات پایین و ازکارافتادگی روزافزون ایشان در شهرهای کوچک، برنامه‌ریزی در جهت رسیدگی بیشتر به این بیماران در طرح ارتقاء سلامت وزارت بهداشت مدنظر قرار گیرد؛ همچنین نتایج نشان داد، با بهبود رفتارهای خودمراقبتی و رضایت بیمار از کنترل بیماری کیفیت زندگی به طور فراوان ارتقاء می‌یابد. پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی‌های

همراه است؛ این عامل می‌تواند سبب ناتوانی بیشتر بیمار در کنترل و سازگاری با بیماری شده است (۲۵). به نظر می‌رسد که با افزایش سن به دلیل افزایش مشکلات جسمی و توانایی محدودتر بیمار در مراقبت از خود کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. در مطالعه تیماره و همکاران نیز مشاهده گردید که با افزایش سن کیفیت زندگی بیماران دیابتی کاسته شده است (۲۶). با بررسی ارتباط آماری بین امتیازات کسب‌شده از کیفیت زندگی و جنس مشاهده گردید که تفاوت معنی‌داری بین کیفیت زندگی و جنس وجود ندارد و این نتیجه با مطالعه قنبری هماهنگ است (۲۷)؛ اما با مطالعه سنز و همکاران و سعدآبادی هماهنگ نیست (۲۸، ۲۹). این تفاوت نتایج مطالعات مختلف شاید به دلیل تفاوت شرایط زندگی بیماران باشد. بدین معنی که در شهرهای کوچک غالباً مردان و زنان به لحاظ فعالیت مستمر، امید به زندگی و انجام کارهای روزمره با هم تفاوت فاحشی ندارند و هر دو در طی روز به طور کامل فعال و امیدوار هستند. نتایج این بررسی نشان داد که بین سطح تحصیلات بیماران و کیفیت زندگی آن‌ها رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد و با افزایش میزان تحصیلات کیفیت زندگی افزایش می‌یابد که می‌تواند به علت افزایش سطح آگاهی افراد در مورد اهمیت تبعیت از رژیم دارویی و غذایی و کنترل سایر عوامل خطر در بیماری‌های مزمن باشد. این یافته با نتایج مطالعه منجمد و همکاران و مطالعه غفارزادگان و همکاران هماهنگ است (۲۱، ۶). در داده‌های این پژوهش رابطه معنی‌دار آماری بین شغل بیماران و کیفیت زندگی مشاهده گردید، نتایج این بررسی با نتایج مطالعه باقیانی مقدم همخوانی دارد (۱۹).

در هدف دیگر پژوهش که به مطالعه احساس رضایت از کنترل بیماری و رعایت رفتارهای مراقبتی توسط بیمار پرداخته شد. احساسات در زندگی ما نقش اساسی را بازی می‌کند و به نظر می‌رسد فرهنگ شرقی و احساسی ما دلیل این مسئله باشد. نتایج نشان داد، رضایت از کنترل بیماری با سن ارتباط معنی‌داری دارد و

ارتقاء سلامت، این دو مقوله بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

است، آموزش و مدل‌های مراقبتی متنوع و روش‌های غیردارویی مورد تأکید ویژه قرار گیرد. به‌منظور بهبود کیفیت زندگی پیشنهاد می‌شود: عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران شناسایی و با مشارکت بیماران سبک زندگی آن‌ها اصلاح شود.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

نتایج این بررسی نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه متوسط بود. این پژوهش اطلاعات مفیدی را در اختیار برنامه‌ریزان مدیریت دیابت و مربیان آموزش بهداشت قرار می‌دهد، با تغییر در برنامه‌های خود افراد در معرض خطر را شناسایی نمایند. پیشنهاد می‌شود، در افراد دیابتی تازه تشخیص داده شده، علاوه بر درمان دارویی که یکی از علل نارضایتی بیماران

تشکر و قدردانی:

پژوهشگران از تمامی بیماران مورد مطالعه، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و دانشگاه علوم پزشکی اراک که حامی مالی این پژوهش بود، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

منابع:

1. Mirfeize M, Mehdizadeh Tourzani Z, Mirfeize Z, Asghari Jafari M, Rezvani H, Shoghi M. Effects of cinnamon on controlling blood glucose and lipids in patients with type II diabetes mellitus: A double blind, randomized clinical trial. *Medical Journal of Mashhad University Medical Sciences*. 2014; 57(3): 533-41.
2. Jiao FF, Lam CL, Fung C, Mc Ghee SM. Comparison of four cardiovascular risk prediction functions among Chinese patients with diabetes mellitus in the primary care setting. *Journal of Diabetes Investigation*. 2014; 5(5): 606-14.
3. Khuwaja AK, Lalani S, Dhanani R, Azam IS, Rafique G, White F. Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated factors. *Diabetology and Metabolic Syndrome*. 2010; 2: 72.
4. Izadi A, Sepahvand F, Naderifar M, Mohammadipour F. The effect of an educational intervention on quality of life in patients with type 2 diabetes referring to Tamin Ejtemaei Hospital in 2013. *Journal of Diabetes Nursing*. 2014; 2(2): 18-28.
5. Alhyas L, Mc Kay A, Balasanthiran A, Majeed A. Prevalences of overweight, obesity, hyperglycaemia, hypertension and dyslipidaemia in the Gulf: Systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports*. 2011; 2(7): 55.
6. Ghafarzadegan R, Masror D, Parvizy S, Ebrahim Khamse M, Haghani H. Quality of life in patients with type II diabetes. *Payesh*. 2013; 12: 489-95.
7. Adachi M, Yamaoka K, Watanabe M, Nishikawa M, Hida E, Kobayashi I, et al. Effects of lifestyle education program for type 2 diabetes patients in clinics: Study design of a cluster randomized trial. *BMC Public Health*. 2010; 10: 742.
8. Raaijmakers LG, Hamers FJ, Martens MK, Bagchus C, De Vries NK, Kremers SP. Perceived facilitators and barriers in diabetes care: A qualitative study among health care professionals in the Netherlands. *BMC Family Practice*. 2013; 14: 114.
9. King CR, Hinds PS. Quality of life: From nursing and patient perspectives: USA: Jones and Bartlett Pub; 2011.
10. Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian L. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*. 1997; 20(4): 562-7.

11. Karlsson I, Berglin E, Larsson PA. Sense of coherence: Quality of life before and after coronary artery bypass surgery- a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 31(6): 1383-92.
12. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing and Health*. 1992; 15(1): 29-38.
13. Sajadi H, Biglarian A. Quality of life among elderly woman in kahrizak charity foundation. *Payesh*. 2007; 6(2): 105-8.
14. Vahidi R, Kaffashi S, Narimani M, Sadeghifar J, Raadabadi M, Nazari A, et al. Correlation between knowledge and satisfaction of patients from patient-physician relationship. *Journal of Health Promotion Management*. 2013; 2(3): 66-73.
15. Shakerinia I. Physician-patient relationship and patient's satisfaction. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2009; 2(3): 9-16.
16. Bahrami M, Dehghani S, Eghbali M, Beigi RD. The effect of a communicative-educative program on patients' satisfaction from pain management following cancer surgery. *Medical Ethics*. 2015; 7(26): 47-67.
17. Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing*. 2001; 10(5): 618-27.
18. Mahmoudi A, Alavi M, Mousavi N. Evaluate self-care behaviors thirty diabetic patients with hemoglobin in bathtub. *Nasim knowledge*. 2012; 20(3): 20-5.
19. Baghiani MM, Afkhami AM, Mazloumi S, Saaidizadeh M. Quality of life in diabetes type II patients in Yazd. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services*. 2007; 14(4): 49-54.
20. Nsyhtkn AA, 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. *Journal of Diabetes and Lipid Disorder*. 2012; 11(5): 483-7.
21. Monjamed Z, Mehran A, Peimani T. The quality of life in diabetic patients with chronic complications. *Hayat*. 2006; 12(1): 55-66.
22. Krein SL, Klamerus ML. Michigan diabetes outreach networks: a public health approach to strengthening diabetes care. *Journal of Community Health*. 2000; 25(6): 495-511.
23. Shokohifar M, Falahzadeh H. Determination quality of life in patients with type II diabetes and presentation a structural model. *Journal of Mazandaran University Medical Science*. 2014; 24(116): 84-92.
24. 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. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2013; 12(3): 251-6. [Persian]
25. Miksch A, Hermann K, Rolz A, Joos S, Szecsenyi J, Ose D, et al. Additional impact of concomitant hypertension and osteoarthritis on quality of life among patients with type 2 diabetes in primary care in Germany- a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2009; 7: 19.
26. Timareh M, Rhimi M, Abbasi P, Rezaei M, Hyaidarpoor S. Quality of life in diabetic patients referred to the Diabete research Center in Kermanshah. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2012; 16(1): 63-9.
27. Ghanbari A, Parsa Y, Aterkar roshan Z. Determine the factors affecting the quality of life in patients with diabetes. *Journal of Guilan University Medical Science*. 2001; 37(8): 82-9.
28. Sanchez J, Montejo A, Mensa I, Ramirez N, Arranz B, Centeno M. Quality of life in insulin treated diabetic out-patients. *Diabetes Care*. 2000; 27: 1066-70.

29. Hatamloo Sadabadi M, Babapour Kheirodin J. Comparison of quality of life and coping strategies in diabetic and non diabetic people. *Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2013; 20(5): 581-92. [Persian]
30. Aliasquarpoor M, Eybpoosh S. The quality of life of elderly nursing home residents and its relationship with different factors. *Iran Journal of Nursing*. 2012; 25(75): 60-70.
31. Ahangeri M, Kamali M, Arjmand M. The study of quality of life in the elderly with hypertension who are member of Tehran Senile Culture House Clubs. *Salmand-Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(7): 26-32. [Persian]
32. Bazrafshan MR, Hoseini MA, Rahgozar M, Maddah B. Quality of elderly's life in Shiraz, Jahandidegan club. *Salmand*. 2008; 3(7): 33-41. [Persian]
33. Anbari K, Ghanadi K, Kaviani M, Montazeri R. The self care and its related factors in diabetic patients of khorramabad city. *Yafteh*. 2012; 14(4): 49-57. [Persian]
34. Vosoghi Karkazloo N, Abootalebi Daryasari G, Farahani B, Mohammadnezhad E, Sajjadi A. The study of self-care agency in patients with diabetes (Ardabil). *Modern Care Journal*. 2012; 8(4): 197-204.

The effect of satisfaction of disease control and self-care behavior on quality of life of patients with type 2 diabetes

Porgharakhan A¹, Hekmat Pou D^{2*}, Javaherie A¹, Takhtie A¹

¹Kordestan University of Medical Sciences, Sanandaj, I.R. Iran; ²Arak University of Medical Sciences, Arak, I.R. Iran.

Received: 23/Jul/2015 Accepted: 17/Feb/2016

Background and aims: Diabetes Mellitus is the most common diseases of endocrine glands. Chronic duration and complications imposes financial burden on patients and diminishes quality of life among diabetics. So, this study with the aim of the effect of satisfaction of disease control and self-care behavior on quality of life of patients with type 2 diabetes was conducted.

Method: This is a descriptive- analytic study which was conducted on 110 patients with type 2 diabetes based on convenience sampling in Bijar town. Data were gathered with the diabetics' quality of life (DQOL). All data were analyzed using SPSS with descriptive statistics and Chi-square test, Fisher exact, ANOVA and t-test.

Results: In this study, 54 patients (49.9%) were men and 56 (50.9%) were women. The mean of quality of life was moderate (47.2 ± 5.6). There were significant correlations between quality of life with age, education level ($P=0.001$) and job ($P=0.007$). Between sex and quality of life no correlation was observed ($P=0.078$). The results showed a significant correlation between self-care behavior with job ($P=0.03$) and education level ($P=0.008$). There were significant correlations between consent of disease control with quality of life, education level, occupation and age ($P=0.001$).

Conclusion: Due to the quality of life of the diabetic patients was in moderate level and diminished with increasing of age, and also because of the increasing number of elderly community, it can be considered careful planning in health promotion in the Ministry of Health, to deal with diabetic patients.

Keywords: Quality of life, Self-care behavior, Satisfaction, Type 2 diabetes.

Cite this article as: Porgharakhan A, Hekmat Pou D, Javaherie A, Takhtie A. The effect of satisfaction of disease control and self-care behavior on quality of life of patients with type 2 diabetes. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2016; 5(2): 64-74.

***Corresponding author:**

Arak University of Medical Sciences, Arak, I.R. Iran. Tel: 00989181616539,
E-mail: dr_hekmat@arakmu.ac.ir