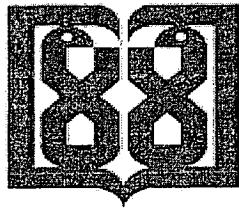


سوره الفاتحه

۱۰۸۲۶



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران

دانشکده پرستاری و مامایی

عنوان: بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با توانمندی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه

کننده به مرکز انستیتو غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۱۳۸۹

استاد راهنما: دریادخت مسرور رودسری

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی

استاد مشاور: دکتر سرور پرویزی

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی

استاد مشاور: دکتر محمدابراهیم خمسه

عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی

استاد مشاور آمار: حمید حقانی

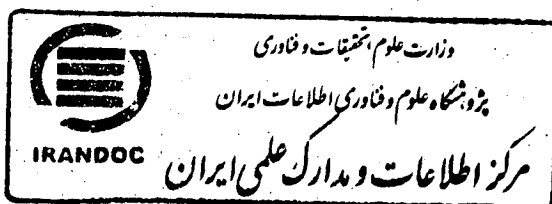
عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه

پایان نامه برای پایان رساندن برنامه آموزشی

جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته پرستاری

گرایش آموزش داخلی جراحی

آبان ۱۳۸۹



۱۵۸۲۴۰

۱۳۹۰/۳/۱۶

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
دانشکده پرستاری و مامائی

تصویب پایان نامه

خانم رضوان غفارزادگان دانشجوی دوره کارشناسی ارشد در تاریخ ۸۹/۸/۳۰ از پایان نامه خود تحت عنوان:

بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن باتوانمندی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز انستیتو

غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۱۳۸۹

جهت اخذ دانشنامه کارشناسی ارشد ناپیوسته در رشته پرستاری گرایش آموزش پرستاری داخلی و جراحی دفاع نموده اند و پایان نامه ایشان با درجه عالی (نمره ۱۹/۷۸) به تصویب رسید.

دکتر اصف مسرور ریزی
امضاء:

استاد راهنما: دریادخت مسرور رودسری

امضاء:
دکتر اصف مسرور ریزی
امضاء:

استاد مشاور: دکتر سرور پرویزی

استاد مشاور: دکتر محمد ابراهیم خمسه

استاد مشاور آمار: حمید حقانی

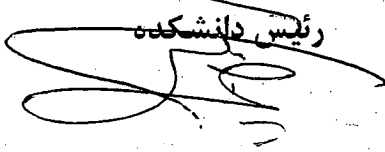
استاد داور اول: دکتر نورالدین محمدی

استاد داور دوم: مهناز سیدالشهدائی

نماینده شورای تحصیلات تکمیلی: دکتر فروغ رفیعی

این پایان نامه طرح مصوبه دانشگاه است
(کد ۹۴۹ پ/)

دکتر محمد علی چراغی

رئیس دانشکده


بسمه تعالی

پیرو ادغام کلیه واحدهای آموزش، پژوهشی و دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران سابق در دانشگاه علوم پزشکی تهران جدید بدنبال ابلاغیه وزیر محترم بهداشت درمان و آموزش پزشکی وفق مصوبه شماره ۱۱۰/۶۷۷ معاونت محترم توسعه مدیریت و سرمایه انسانی ریاست جمهوری، در این مطالعه نیز محیط پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران به دانشگاه علوم پزشکی تهران تغییر نام پیدا کرده است.

دفتر تحصیلات تکمیلی دانشکده پرستاری و مامایی تهران

تقدیم به پدرم

دریای بیکران صبر و کوه استقامت زندگیم که در طوفان های پرتلاطم زندگی
همواره ساحل امن آسایش و تکیه گاه اطمینان بخشم است.

تقدیم به مادرم

الله مهربانی و صبر که هرچه دارم بعد از خدای از دعای خیر اوست.

تقدیم به برادران عزیز و خواهر نازنینم

که زیباترین لحظات زندگی را تداعی می کنند و همراهیشان موجب

استواری گامهایم می شود.

تقدیر و سپاس

اکنون که به یاری خداوند، این پژوهش به پایان رسیده است؛ بر خود لازم می دانم از تمامی عزیزانی که مرا در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی کنم.

با تشکر و سپاس فراوان از استاد راهنمای عزیزم "سرکار خانم مسرور رودسری" که همواره با گشاده رویی و سعه صدر، مرا پذیرا بوده و در تمامی مراحل پژوهش، مرا یاری نمودند.

سپاس فراوان از استاد مشاور عزیزم "سرکار خانم دکتر پرویزی" که در نهایت لطف و مهربانی، مرا یاری نمودند.

سپاس فراوان از استاد مشاور آمار "جناب آقای حقانی" که با مهربانی خود همیشه پذیرایم بود و دانش و تجربه خود را در جهت تنظیم مباحث آماری، در اختیار من قرار داد.

صمیمانه ترین سپاس های خود را تقدیمشان می کنم.

مراتب تشکر و سپاس خود را به اساتید محترم داور "آقای دکتر محمدی" و "سرکار خانم سیدالشهدایی" تقدیم می کنم.

و با تشکر فراوان از:

ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی ایران

معاونت محترم پژوهشی

معاونت محترم آموزشی

مسوول محترم تحصیلات تکمیلی،

واحد آموزش، خانم ها: اسکندری، محقق و شفقی

واحد کتابخانه، خانم ها: قمری، شریفی، عبدلی و آقای اسکندری

واحد کامپیوتر، خانم ها: رهنمایی و یوسف زاده

دکتر برنامه ریزی، خانم نوری

این پژوهش مربوط به دانشگاه علوم پزشکی ایران سابق بوده لذا از کلیه دست اندرکاران دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران کمال تشکر را دارم.

در نهایت از دوستان عزیزم شهین عسگری، فایقه حسین پور، اعظم قربانی، فریبا سلطانیپور، افسانه تکبیری، سکینه علیزاده و سیما قزلباش تشکر کرده و آرزوی بهترینها را آنگونه که لایق

وجود نازنین آنهاست از درگاه حضرت دوست دارم.

صفحه	فهرست مطالب
	فصل اول: معرفی پژوهش
۱-۹.....	➤ بیان مسأله پژوهش
۱۰.....	➤ اهداف پژوهش
۱۰.....	☐ هدف کلی
۱۰.....	☐ اهداف ویژه
۱۱.....	➤ سوالات پژوهش
۱۲-۱۳.....	➤ تعریف واژه ها
	➤ فصل دوم: مروری بر متون
۱۴-۲۸.....	➤ چهارچوب پنداشتی
۲۹-۴۱.....	➤ گزارش پژوهش های انجام شده
	فصل سوم: روش پژوهش
۴۲.....	➤ نوع پژوهش
۴۲.....	➤ محیط پژوهش
۴۲.....	➤ جامعه پژوهش
۴۲.....	➤ معیارهای پذیرش نمونه
۴۳.....	➤ تعداد نمونه و روش نمونه گیری
۴۴.....	☐ توصیف نمونه
۴۴.....	➤ ابزار اندازه گیری داده ها و روش بکار گیری آن
۴۵.....	☐ روایی ابزار (اعتبار علمی)
۴۶.....	☐ پایایی ابزار (اعتماد علمی)
۴۶.....	➤ روش کار

➤ ملاحظات اخلاقی..... ۴۷

فصل چهارم: نتایج

➤ معرفی تجزیه و تحلیل داده ها..... ۴۸-۴۹

➤ ارائه نتایج (جداول و آزمون ها)..... ۵۰-۸۱

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

➤ بحث و بررسی یافته ها..... ۸۲-۹۵

➤ نتیجه گیری نهایی..... ۹۶-۹۷

➤ پیشنهاد برای کاربرد یافته ها..... ۹۸

➤ پیشنهاد برای پژوهش های بعدی..... ۹۹-۱۰۰

➤ پیام اصلی و خلاصه اجرایی..... ۱۰۱

➤ فهرست منابع..... ۱۰۲-۱۱۰

پیوست ها

➤ ابزارها

➤ تاییدیه رئیس دانشکده جهت اجرای پژوهش

➤ اظهار نامه ملاحظات اخلاقی

➤ چکیده انگلیسی

جداول:

- جدول ۱: توزیع فراوانی سن در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال
۱۳۸۹.....۵۰
- جدول ۲: توزیع فراوانی جنس در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال
۱۳۸۹.....۵۰
- جدول ۳: توزیع فراوانی سطح تحصیلات در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال
۱۳۸۹.....۵۱
- جدول ۴: توزیع فراوانی وضعیت تاهل در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال
۱۳۸۹.....۵۱
- جدول ۵: توزیع فراوانی وضعیت اقتصادی در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال
۱۳۸۹.....۵۲
- جدول ۶: توزیع فراوانی تعداد فرزند در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال
۱۳۸۹.....۵۲
- جدول ۷: توزیع فراوانی مدت ابتلا به دیابت در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال
۱۳۸۹.....۵۳
- جدول ۸: توزیع فراوانی نوع درمان در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال
۱۳۸۹.....۵۳
- جدول ۹: توزیع فراوانی عضویت در انجمن بیماران دیابتی در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه -
سال ۱۳۸۹.....۵۴
- جدول ۱۰: توزیع فراوانی وضعیت اشتغال در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال
۱۳۸۹.....۵۴
- جدول ۱۱: توزیع فراوانی بروز عوارض دیابت در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال
۱۳۸۹.....۵۵

- جدول ۱۲: توزیع فراوانی نوع عارضه در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹ ۵۵
- جدول ۱۳: شاخص های آماری نمره ابعاد کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹ ۵۶
- جدول ۱۴: توزیع فراوانی نمره توانمندی در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹ ۵۶
- جدول ۱۵: توزیع فراوانی سوالات مربوط به نمره کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹ ۵۷
- جدول ۱۶: توزیع فراوانی سوالات مربوط به نمره توانمندی در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹ ۶۶
- جدول ۱۷: شاخص های آماری نمره ابعاد کیفیت زندگی بر حسب سن در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹ ۶۸
- جدول ۱۸: شاخص های آماری نمره ابعاد کیفیت زندگی بر حسب جنس در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹ ۶۹
- جدول ۱۹: شاخص های آماری نمره ابعاد کیفیت زندگی بر حسب سطح تحصیلات در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹ ۷۰
- جدول ۲۰: شاخص های آماری نمره ابعاد کیفیت زندگی بر حسب وضعیت تاهل در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹ ۷۲
- جدول ۲۱: شاخص های آماری نمره ابعاد کیفیت زندگی بر حسب وضعیت اقتصادی در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹ ۷۳
- جدول ۲۲: شاخص های آماری نمره ابعاد کیفیت زندگی بر حسب طول مدت دیابت در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹ ۷۴
- جدول ۲۳: شاخص های آماری نمره توانمندی بر حسب سن در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹ ۷۵
- جدول ۲۴: شاخص های آماری نمره توانمندی بر حسب جنس در مبتلایان به دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹ ۷۶

- جدول ۲۵: شاخص های آماری نمره توانمندی بر حسب سطح تحصیلات در مبتلایان به دیابت
مورد مطالعه- سال ۱۳۸۹..... ۷۶
- جدول ۲۶: شاخص های آماری نمره توانمندی بر حسب وضعیت تاهل در مبتلایان به دیابت
مورد مطالعه- سال ۱۳۸۹..... ۷۷
- جدول ۲۷: شاخص های آماری نمره توانمندی بر حسب وضعیت اقتصادی در مبتلایان به
دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹..... ۷۷
- جدول ۲۸: شاخص های آماری نمره توانمندی بر حسب طول مدت دیابت در مبتلایان به
دیابت مورد مطالعه - سال ۱۳۸۹..... ۷۸
- جدول ۲۹: ضرایب همبستگی متغیرهای اصلی پژوهش در جمعیت مورد مطالعه در سال
۱۳۸۹..... ۷۸
- جدول ۳۰: نتیجه آزمون رگرسیون stepwise در متغیرهای مرتبط با کیفیت
زندگی..... ۷۹
- جدول ۳۱: نتیجه آزمون رگرسیون stepwise در متغیرهای مرتبط با
توانمندی..... ۸۰
- جدول ۳۲: نتیجه آزمون رگرسیون stepwise در ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با
توانمندی..... ۸۱

مقدمه: بیماری دیابت یکی از شایع ترین بیماری های متابولیک با عوارض ناتوان کننده، سیر مزمن و نامحسوس است و شیوع رو به افزایش دارد. مزمن بودن دیابت و عوارض بالقوه آن اغلب باعث هزینه های مالی زیاد، کاهش کیفیت زندگی و تغییرات سبک زندگی مهمی برای بیمار و خانواده وی می شود. همچنین با توجه به اینکه دیابت از جمله بیماری هایی است که سهم عمده درمان به عهده خود بیمار است، توانمندی بیماران در مراقبت از خود از اهمیت ویژه ای برخوردار است. این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با توانمندی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی است که در آن ۲۲۴ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به انستیتو غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران با استفاده از نمونه گیری مستمر انتخاب شدند. داده ها به وسیله پرسشنامه مشخصات فردی اجتماعی و پرسشنامه کیفیت زندگی که دارای پنج بعد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و بیماری و درمان بود و نیز پرسشنامه توانمندی که دارای ۸ آیتم بود، جمع آوری شده و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های آماری، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج حاصل نشان داد که در بعد جسمی، میانگین نمره کیفیت زندگی ۵۸/۱۸ با انحراف معیار ۲۶/۰۸ بوده، همچنین در بعد روانی میانگین نمره ۶۷/۳۸ با انحراف معیار ۲۶/۰۲، در بعد اجتماعی ۸۶/۴۶ با انحراف معیار ۱۷/۲۴، در بعد اقتصادی ۶۱/۰۹ با انحراف معیار ۴۰/۲۰ و در بعد بیماری و درمان نیز ۴۷/۸۳ با انحراف معیار ۴۱/۴۹ بود و بین کیفیت زندگی با متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و عوارض دیابت ارتباط معنی دار آماری وجود داشت. همچنین میانگین نمره توانمندی افراد ۳۳/۴۱ از ۴۰ با انحراف معیار ۶/۰۲ بود و بین توانمندی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه مستقیم و معنی داری (۰/۴۵۶) وجود داشت. ($P=0/000$ و $R=$

بحث و نتیجه گیری: با توجه به این امر که کیفیت زندگی با توانمندی ارتباط مستقیم دارد و در بررسی توانمندی بیماران دیابتی هم مسایل روانی نقش پررنگی دارند، می توان نتیجه گرفت که توجه به جنبه های روانی بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار است و باید رویکردهای مدیریت استرس و تنش، خودمراقبتی و مشاوره های روانشناختی بیماران بیشتر مورد توجه قرار بگیرد.

کلمات کلیدی: دیابت نوع دو، کیفیت زندگی، توانمندی

فصل اول

❖ بیان مساله پژوهش

❖ اهداف پژوهش

❖ سوالات پژوهش

❖ تعریف واژه ها

بیان مساله پژوهش:

بیماری دیابت^۱ یکی از شایع ترین بیماری های متابولیک با عوارض ناتوان کننده، سیر مزمن و نامحسوس است و شیوعی رو به افزایش دارد (۱). این بیماری متابولیکی مزمن که گاهی به اپیدمی خاموش تعبیر می شود یک مشکل بهداشتی عمده در جهان می باشد (۲). پیش آگهی دیابت با توجه به شدت عوارض آن مشخص می شود و با وجود عوارض ناشی از دیابت این بیماری یکی از مخرب ترین بیماری ها به شمار می رود (۳).

بیماری دیابت یکی از بیماری های غیر واگیر می باشد و بیماری های غیر واگیر مسوول ۵۹٪ کل مرگ های جهان و ۴۶٪ بیماری ها هستند و آمارها نشان از افزایش ابتلای به این بیماری ها دارد (۱). امروزه بیش از ۱۴۵ میلیون نفر در سراسر جهان به دیابت مبتلا هستند (۴). الگوی کلی شیوع دیابت در جهان حاکی از آن است که ابتلا به این بیماری در کشورهای در حال توسعه و گروه های پایین فرهنگی، اجتماعی در جوامع توسعه یافته فراوانی قابل توجهی دارد بطوریکه بالاترین شیوع دیابت در هند، چین و ایالات متحده آمریکا گزارش شده است (۳) و از هر ۴ زن سرخپوست آمریکایی ۵۵ ساله و بالاتر، یک نفر مبتلا به دیابت است (۵). سازمان بهداشت جهانی^۲ تخمین زده است که تعداد مبتلایان به دیابت تا سال ۲۰۲۵ به ۳۰۰ میلیون نفر می رسد (۶). در ایران بیش از ۳/۵ میلیون نفر مبتلا به دیابت هستند که بیش از ۵۰٪ آنها ناشناخته می باشند. به این ترتیب با شیوع ۷٪ دیابت و ۱۳٪ دیابت پنهان در جمعیت بزرگسالان در واقع ۲۰٪ جمعیت یا مبتلا هستند یا مستعد ابتلا به دیابت می باشند (۳).

نتایج اولین بررسی کشوری در سال ۱۳۶۹ در ۱۰ استان ایران نشان داد که در تمامی استان ها، شیوع دیابت نوع دو در سنین بالای ۴۰ سال شایعتر از سنین ۱۵ تا ۳۹ سالگی است همچنین

^۱: Diabetes mellitus

^۲: world health organization

شیوع این بیماری در شهرها بیشتر از روستاهاست و در بیشتر استان ها تعداد مبتلایان زن بیش از مردان مبتلا بوده است (۷).

طبق پیش بینی سازمان بهداشت جهانی شیوع دیابت در سال ۲۰۲۵ در ایران به ۸/۸٪ خواهد رسید (۶) که این میزان در افراد بالای ۳۰ سال ۳۶/۷٪ برآورد شده است (۸). نتایج آخرین پژوهش ها در کشور حاکی از آن است که از هر ۵ نفر افراد بالای ۳۰ سال یک نفر مبتلا یا در معرض ابتلاست (۴). لذا با توجه به موارد مذکور امروزه دیابت در تحقیقات و پژوهش ها از موضوعات در اولویت محسوب می شود (۸).

در سال ۱۹۹۰ وزارت بهداشت و درمان به دنبال مطالعه و بررسی در داخل کشور اعلام کرد که تهران بیشترین میزان شیوع دیابت در ایران را داشته و کمترین میزان شیوع آن مربوط به کرمانشاه است (۶).

دیابت نوع دو به وسیله مقاومت به انسولین و کمبود نسبی آن مشخص شده و این نوع دیابت ۹۰ تا ۹۵ درصد موارد دیابت را شامل می شود (۶) و بیشتر افراد بزرگسال به خصوص بالای ۳۰ سال را مبتلا می کند (۹). با توجه به مطالب ذکر شده نیاز به تحقیق و بررسی در این نوع دیابت بیشتر احساس می شود.

دیابت مسوول ۴ میلیون مرگ در سال و ۹٪ کل مرگ های جهان است (۱) و فرد را برای عوارض عروقی، کلیوی، چشمی و عصبی مستعد می کند (۶) و یک عامل خطر مهم برای افزایش عوارض قلبی عروقی و میزان مرگ و میر است (۱۰). در ایالات متحده هم دیابت، علت اصلی بیماری کلیوی، قطع عضوهای غیر تروماتیک اندام تحتانی و نابینایی بالغین است. با افزایش شیوع دیابت در سراسر جهان انتظار می رود که این بیماری همچنان یکی از علل بیماری زایی و مرگ باقی بماند (۱۱). مرگ های زود هنگام ناشی از دیابت زمانی اتفاق می افتد که بیماران از نظر اقتصادی جزو نیروی فعال جامعه محسوب می شوند بنابراین هزینه های مربوط به دیابت نه

تنها بر فرد بلکه بر جامعه نیز تاثیرگذار است، این هزینه ها تنها شامل مخارج مالی است بلکه هزینه های نامحسوسی چون درد، اضطراب، ناراحتی و به طور کلی کاهش کیفیت زندگی^۱ را در بر می گیرد (۳).

از طرفی تاثیر دیابت و عوارض وسیع ناشی از آن بر کیفیت زندگی افراد مبتلا، بار اقتصادی سنگینی را به بیمار و جامعه تحمیل می کند، همچنین امید به زندگی در بیماران دیابتیک ۱۰ تا ۱۵ سال کمتر از جمعیت کلی است (۶).

اکثر صاحب نظران بر این نکته اتفاق نظر دارند که در ارزیابی بیماران دیابتی نباید تنها به علائم فیزیکی و عینی توجه شود بلکه علائم ذهنی نیز باید مد نظر قرار گیرند. لذا به دلیل تحت تاثیر قرار گرفتن رفاه جسمی، روحی، روانی و اجتماعی بیماران دیابتی مفهوم کیفیت زندگی اهمیتی خاص پیدا می کند (۲). کیفیت زندگی بیماران دیابتی یکی از اهداف مهم کنترل دیابت است (۱۲)، چرا که ماهیت مزمن دیابت و عوارض بالقوه آن اغلب باعث هزینه های مالی زیاد و کاهش کیفیت زندگی و تغییرات سبک زندگی برای بیمار و خانواده وی می شود (۱۳).

بیماران دیابتی با مشکلات جسمی و روانی متعددی مانند افسردگی، اضطراب، ناتوانی، کم تحرکی و چاقی روبرو هستند که در نهایت منجر به کاهش کیفیت زندگی می گردد. در نتیجه در مورد دیابت و درمان آن، کیفیت زندگی از اهمیت ویژه ای برخوردار است، از جمله اثرات قابل ملاحظه این بیماری بر کیفیت زندگی روزمره افراد مبتلا، محرومیت شغلی، اختلال در زندگی اجتماعی و ارتباطات خانوادگی و فعالیت های اوقات فراغت می باشد (۱۴).

عدم مراقبت از خود، خوب کنترل نکردن قندخون و افزایش عوارض دیابت منجر به کاهش کیفیت زندگی می شود. توصیه های مراقبتی به بیماران دیابتی نوع دو بر این نکته تاکید دارد که یکی از برآیندهای اولیه درمان در بیماران دیابتی، اصلاح کیفیت زندگی آنان می باشد، لذا

لازم است اطلاعات بیشتری درباره کیفیت زندگی بیماران دیابتی، خصوصیات ویژه آن ها، وضعیت بیماریشان، سیستم مراقبت های بهداشتی و خصوصیات اجتماعی آن ها که بر کیفیت زندگیشان اثر می گذارد و منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران می گردد در دست داشته باشیم (۱۵).

از آن جایی که کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم چند بعدی که دربرگیرنده حیطه های سلامت و عملکرد فیزیکی، سلامت ذهنی، عملکرد اجتماعی، رضایت از درمان، نگرانی درباره آینده و حس خوب بودن، تعریف شده است (۱۶)، جهت ایجاد حس رضایت از جنبه های مختلف زندگی که برای فرد مهم هستند توجه به حوزه های مربوط به سلامتی و کار، اقتصادی، اجتماعی، روانی، درجه عدم وابستگی و تکامل اجتماعی شخص، اهمیت بسزایی دارد (۱۷).

کیفیت زندگی زنجیره ای پویا از تمام ابعاد زندگی فرد است و به همین دلیل متخصصین، سلامتی را مترادف کیفیت زندگی، معرفی کرده اند و آن را جزو مهمی در اندازه گیری بازده بیمار می دانند. کینگ و هیندس^۱ نیز اظهار می دارند، کیفیت زندگی مانند چتر بزرگی است که فاکتورهای متعددی را تحت پوشش قرار می دهد. این فاکتورها بر روی زندگی موثر بوده و در شکل گیری روابط بین فردی نقش دارند (۱۸).

بیماری و کیفیت زندگی دارای ارتباط متقابل بوده و اختلالات جسمانی و علایم فیزیکی اثر مستقیم بر روی تمام جنبه های کیفیت زندگی دارد (۱۷). لذا ضرورت توجه به ارزشیابی درمان های جدید، تعیین و کاهش هزینه ها، تعیین جنبه های ناراضیاتی از درمان، خودکارآمدی، رفتارهای خودمراقبتی، کنترل قندخون و عوارض آن به دلیل تاثیر این عوامل بر روی کیفیت زندگی احساس می شود (۱۹) و به نظر می رسد که کیفیت زندگی و بیماری های مزمن مثل دیابت با یکدیگر در ارتباطند (۲۰).

اصلاح کیفیت زندگی نه تنها برای بیماران دیابتی سودمند و با ارزش است، بلکه هزینه های مراقبت بهداشتی و پزشکی مرتبط با آن ها را نیز کاهش می دهد (۲۱). با وجود اینکه عوارض دیابت در هر دو نوع آن بر کیفیت زندگی فرد اثر می گذارد و ترس و بی قدرتی را ایجاد کرده و عملکرد فیزیکی و روانی رابه خطر می اندازد اما دیابت نوع دو یک بیماری خاموش است که بیماری و عوارض آن بدون علائم و نشانه های آشکارا اتفاق می افتد که این مساله یک تهدید بالقوه برای کیفیت زندگی است (۲۲).

افزایش طول مدت دیابت در ارتباط با کاهش کیفیت زندگی است، همچنین کیفیت زندگی و بعضی از اجزای آن ممکن است با توجه به نوع دیابت تفاوت داشته باشند و احتمالاً عواملی مثل رژیم درمانی و مصرف انسولین بر روی کیفیت زندگی تاثیرگذار است (۱۹)، به طوریکه به نظر می رسد استفاده از انسولین و حضور بیماری های همراه مخصوصاً رتینوپاتی^۱ و افسردگی به طور مشخص کیفیت زندگی بیماران دیابتیک را کاهش می دهد (۲۳).

به جرات می توان گفت بستری شدن های مکرر، شیوع بالای عوارض و کیفیت زندگی پایین مبتلایان به دیابت، پیامد کنترل نامناسب دیابت است. این درحالی است که بسیاری از صاحب نظران کنترل و مراقبت از دیابت را وظیفه اصلی فرد و خانواده می دانند و معتقد هستند مددجویان باید مسوولیت کنترل بیماری خود را بپذیرند و در این رابطه توانمند شوند.

توانمندی^۲ مبتلایان به دیابت نکته حایز اهمیت در کنترل موفق دیابت است. توانمندی مفهومی پیچیده و چند بعدی، مثبت، پویا، همراه با رشد و تکامل و یک احساس ذهنی است و اولین بار به عنوان فرآیند کشف و توسعه ظرفیت ذاتی فرد برای قبول مسوولیت زندگی به واسطه برخورداری از دانش و منابع کافی برای اخذ و اجرای تصمیم های منطقی و تجربه کافی برای

^۱: retinopathy

^۲: Empowerment

ارزشیابی اثربخشی تصمیم های اخذ شده تعریف شده است (۲۴).

توانمندی به نیروها و امکاناتی اطلاق می شود که در اثر آن بیماران مشکلات و نقایص خود را مشخص کرده و آنها را دستکاری می کنند. توانمندی در زمینه مراقبت بهداشتی شامل کمک به بیماران برای آگاهی از ارزش های مرتبط با سلامتی مثل اعتقادات و ارتباطات با محیط ، ادراکات و نیازها و اهداف آن و یک مفهوم مهم در ارتباط با بیماری مزمن است و نشان دهنده توانایی ذاتی فرد برای به دست آوردن تسلط بر بیماری از جمله دیابت می باشد (۶).

رویکرد توانمندی در مراقبت از دیابت به مسایلی می پردازد که به وسیله احساسات، افکار، ارزش ها و سایر جنبه های روانی اجتماعی بر بیماری مزمن تاثیر می گذارد (۲۵). راه های زیادی برای توصیف توانمندی وجود دارد مثلا بهبود کیفیت زندگی و مراقبت از خود موفق، با حمایت کامل به وسیله تیم درمانی یکی از این راه هاست (۲۶) چون توانمندی افراد باعث افزایش میزان از عهده برآیی^۱ می شود (۲۷) و فرصتی را برای آگاهی درباره کنترل بیماری خود^۲ فراهم می کند (۲۸) ، یکی از راه های کسب توانمندی دریافت اطلاعات و تعامل با پرسنل بهداشتی می باشد (۲۷).

توانمندی منجر به قدرت فرد در تغییر موقعیت ها، منابع و فرصت ها شده و این مساله می تواند از طریق تعامل پرستار با بیمار تسهیل شده و به عنوان یک فرایند درون فردی یا بین فردی در نظر گرفته شود. فرآیند درون فردی توانمندی شامل دانش کافی بیمار درباره سلامتی و بیماری خود به منظور تصمیم آگاهانه و کنترل منابع کافی در اجرای تصمیمات می باشد.

توانمندی بیان احساسات را آسان کرده ، جستجوی مشکلات و راه حل ها را افزایش داده و به افراد کمک می کند تا توانایی خویش را برای یافتن کنترل و مسوولیت بیماری خویش افزایش

^۱:Coping

^۲:Self management