

Quality of life in patients with diabetes mellitus type 2 in 2007 in Sabzevar

Mahdi Pirani¹, Zakieh Reyhani¹, Vajiheh Jafari¹, Mahdi Jafarzadeh²

¹ BSc Nursing Student, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

² MSc in Nursing, Instructor, Faculty Member, Department of Nursing, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Abstract

Introduction: Diabetes can have negative effects on public health, physical function, and development of complications, psychological condition, and individual, family, and social communication. Quality of life has been accepted as an effective aspect of patient care.

Materials and methods: This descriptive study was conducted on 231 patients with diabetes mellitus type 2 who visited the Sabzevar Diabetes Center. Subjects were enrolled in the study using simple random sampling and the SF-36 questionnaire was filled for each subject. After collection and classification, data was analyzed with descriptive statistics and analytical tests using the SPSS software.

Results: The average age of the subjects was 53 years and the average duration of illness was 7 years. The average general health score was below 4 (on a scale of 0-8) in 75% of subjects. The general health score had an inverse relationship with number of children and a direct relationship with education level ($p < 0.05$).

Conclusion: Ambulation problems and physical and psychological difficulties were observed more frequently in women than in men, whilst social difficulties were observed more frequently in men. Education can play a big role in reducing the difficulties.

Keywords: Diabetes mellitus type 2, Quality of life, Care

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس نوع ۲ شهر سبزوار در سال ۱۳۸۶

(مهدی پیرانی^۱، زکبه ریحانی^۱، وجیهه جعفری^۱، مهدی جعفرزاده^۲)

مقدمه: بیماری دیابت می تواند تأثیرات منفی، بر سلامت عمومی عملکرد فیزیکی، توسعه عوارض، وضعیت روحی روانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی داشته باشد. کیفیت زندگی به عنوان یکی از جنبه های مؤثر در مراقبت از بیماران مورد تأیید قرار گرفته است.

مواد و روش ها: این پژوهش روی ۲۳۱ فرد مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز دیابت شهرستان سبزوار انجام شد. نوع مطالعه توصیفی، روش انتخاب نمونه ها تصادفی ساده و جمع آوری اطلاعات از طریق پرسش نامه ی استاندارد SF-36 انجام گرفت. پس از جمع آوری اطلاعات و طبقه بندی آنها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون استنباطی از طریق نرم افزار SPSS اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین سن افراد مورد پژوهش ۵۳ سال و میانگین مدت زمان بیماری ۷ سال بوده است. میانگین نمره ی سلامت عمومی ۷۵٪ افراد کمتر از ۴ (از ۸-۰) به دست آمد. هم چنین سلامت عمومی افراد با افزایش تعداد فرزندان و افزایش سن کاهش و با افزایش تحصیلات، افزایش می یابد و این ارتباط معنادار می باشد. $(p < 0/001)$ $(r = -0/887)$ هم چنین بین شغل بیماران و کیفیت زندگی آنها رابطه معنادار آماری $(p < 0/05)$ یافته شد.

نتیجه گیری: مشکلات حرکتی، جسمی، روحی و روانی در زنان بیشتر از مردان و مشکلات اجتماعی مردان بیشتر از زنان می باشد. آموزش در کاهش مشکلات مشاهده شده می تواند نقش بسزایی داشته باشد.

واژه های کلیدی: دیابت ملیتوس نوع ۲، کیفیت زندگی، مراقبت

۱- دانشجوی کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

۲- کارشناس ارشد پرستاری، مربی، عضو هیأت علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

مقدمه

کیفیت زندگی مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که به وسیله‌ی شخص یا گروهی از افراد درک می‌شود. شادی، رضایت و افتخار، سلامتی، موفقیت‌های اقتصادی یا فرصت‌های آموزشی و خلاقیت را نیز شامل می‌شود. امروزه کیفیت زندگی به عنوان یکی از جنبه‌های موثر در مراقبت از بیماران مورد تایید قرار گرفته و بررسی آن به منظور تشخیص تفاوت‌های موجود بین بیماران، پیش‌بینی عواقب بیماری و ارزشیابی مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گرفته است. (۱)

دیابت یکی از بیماری‌های شایع، مزمن و خطرناک است. این بیماری از طریق ناهنجاری‌هایی در متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی توصیف می‌شود. دیابت دارای علائم متعددی است، ولی معمولی‌ترین علائم تفکیکی آن، عدم تحمل گلوکز یا ازدیاد قند خون می‌باشد. بدن فرد مبتلا به دیابت یا انسولین تولید نمی‌کند یا به انسولین پاسخ نمی‌دهد. در نتیجه ازدیاد قند خون به وجود می‌آید و فرد به عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت دیابت دچار می‌شود. (۱)

براساس آخرین آمار حدود ۱۳۵ میلیون نفر در دنیا از بیماری دیابت رنج می‌برند. تخمین زده می‌شود که این رقم در سال ۲۰۲۵ م. به ۳۰۰ میلیون نفر برسد. (۲) از این بیماری بعضی اوقات به اپیدمی خاموش تعبیر می‌شود. دیابت یک مشکل عمده‌ی بهداشتی و جهانی و هفتمین علت مرگ در

ایالت متحده محسوب می‌شود. این بیماری به طور قابل توجهی مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش می‌باشد. (۳) آمار مبتلایان به دیابت در ایران در سال‌های ۱۹۹۵ م. و ۲۰۰۰ م. به ترتیب ۵/۵٪ و ۵/۷٪ جمعیت بوده است. تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۲۵ م. به ۶/۸٪ برسد. دیابت وابسته به انسولین حدود ۱۰٪ بیماران را شامل می‌شود. بیشتر آن‌ها نوجوانان می‌باشند. (۴) برآورد می‌شود در ایران ۶٪ جمعیت یعنی حدود ۴ میلیون نفر به این بیماری مبتلا باشند. (۵) ۳۰٪ افراد دیابتی به دلیل بیماری دیابت دچار نارسایی کلیه می‌شوند. (۶) ۱۲٪ نابینایی‌ها به دلیل بیماری دیابت رخ می‌دهد. ۵٪ تا ۱۰٪ بیماران دیابتی در سال دچار زخم‌هایی در پا می‌شوند. این زخم‌ها در بسیاری موارد منجر به قطع عضو می‌شود. به طوری که میزان قطع عضو در بیماران دیابتی ۱۵ برابر افراد دیگر است. (۶) هم‌چنین این بیماری از عوامل مهم خطر در بروز بیماری‌های قلبی و فشار خون است. (۷)

در بیماران دیابتی کیفیت زندگی یک کانال رسمی و فرموله شده برای صحبت کردن در مورد زندگی شخصی بیماران دیابتی و سنگینی بار بیماری به زندگی آن‌ها می‌باشد. (۸)

مطالعات نشان داده است که بیماری دیابت می‌تواند بر سلامت عمومی و احساس خوب بودن، عملکرد فیزیکی، توسعه‌ی عوارض، وضعیت روحی-روانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی تأثیرات منفی داشته باشد. (۹، ۱۰، ۱۱) به عنوان مثال محدودیت‌های شدید غذایی و داروهای خوراکی

گرفت. حجم نمونه‌ی موردبررسی ۲۳۱ نفر بود، جمع‌آوری اطلاعات بر اساس پرسش‌نامه‌ی استاندارد SF-36 که دارای آیتم‌های بررسی وضعیت سلامت عمومی، محدودیت فعالیت، مشکلات سلامت جسمانی و روانی و فعالیت‌های اجتماعی، بررسی درد بیماران، احساسات درونی و بررسی وضعیت تندرستی بیماران به طور کلی است. پرسش‌نامه به روش مصاحبه تکمیل شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات و طبقه بندی آن‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون استنباطی از طریق نرم افزار SPSS اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت. اطلاعات با استفاده از آزمون‌های "کروسکال-والیس" و "من-ویتنی" آنالیز شد.

از ملاحظات اخلاقی که در انجام این طرح مورد توجه قرارگرفت می‌توان به رضایت گرفتن از بیماران برای مصاحبه و پرکردن پرسش‌نامه‌ها و محرمانه ماندن اطلاعات داده شده توسط بیماران اشاره کرد.

یافته‌ها

پژوهش بر روی ۲۳۱ فرد مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز دیابت انجام شد. از این تعداد (۳۲/۹٪) ۷۶ نفر مرد و (۶۷/۱٪) ۱۵۵ نفر زن بودند. میانگین سنی آن‌ها ۵۳ سال، میانگین درآمد ماهیانه ۸۶۰۰۰ تومان و میانگین مدت زمان بیماری ۷ سال بود. از این افراد تعداد (۳٪) ۷ نفر مجرد و (۹۷٪) ۲۲۴ نفر متأهل بودند. میانگین رتبه‌ی سلامت عمومی در مردان ۱۲۶.۳۶ و در زنان ۱۰۹.۴۵ بود.

یا تزریق انسولین، تأثیرات ناسازگار بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی دارند.

پیمانی در سال ۱۳۸۵ ه.ش. یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی بر روی ۳۰۴ بیمار مبتلا به عوارض نوروپاتی انجام داد که نتایج نشان می‌دهد که کلیه بیماران دیابتی با تمام علائم و عوارض نوروپاتی از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب برخوردارند. باقیانی مقدم در سال ۱۳۸۵ یک مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک و عوامل و عوارض حاصل از دیابت در بین ۱۲۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت شهرستان یزد انجام داد. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین امتیاز کیفیت بیماران مورد بررسی ۲۵/۶۵ از ۶۰ نمره بود.

راهنمای بیماران دیابتی بر این نکته تأکید دارد که یکی از شواهد اولیه‌ی درمان بیماران دیابتی، اصلاح کیفیت زندگی آن‌ها می‌باشد. با وجودی که در ایران مطالعاتی با هدف تعیین و شناسایی کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجام گردیده، اما هنوز نادانسته‌های بسیاری درباره‌ی بیماران دیابتی و کیفیت زندگی آن‌ها وجود دارد که لازم است تشخیص داده شود. (۹) با توجه به اهمیت ذکر شده ما بر آن شدیم تا کیفیت زندگی بیماران دیابتی را بررسی کنیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی می‌باشد که بر روی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت سبزوار انجام

خود شکایت داشته‌اند، حدوداً وضعیت اجتماعی متوسطی داشته‌اند. سلامت کلی آن‌ها نیز در حد متوسط بوده و بیماران محدودیت حرکتی چندانی نداشته‌اند.

یافته‌های این مطالعه با توجه به میانگین و انحراف معیارها و هم‌چنین میانه و صدک‌ها و محدوده‌ی نمرات سلامتی حاکی از آن بود که افراد از وضعیت جسمی، روانی و روحی

جدول شماره ۱- نمرات محدودیت بیماران

نمره/ محدودیت	حرکتی	جسمی	اجتماعی	روحی	روانی	کلی
محدوده نمرات	۰-۲۰	۰-۴	۰-۱۲	۰-۳۶	۰-۳	۰-۱۶
میانگین	۸/۱۵	۲/۴۲	۶/۳۵	۱۸/۸۳	۱/۶۰	۷/۲۹
میانه	۸	۳	۷	۱۹	۲	۷
انحراف معیار	۵/۷۱	۱/۶۳	۲/۴۲	۷/۱۵	۱/۰۵	۳/۱۳

* هر چه اعداد بزرگ‌تر شود؛ وضعیت مورد نظر از لحاظ سلامتی بدتر می‌شود.

رسد نمره‌ی سلامت افراد چندان وضع مطلوبی (سالم بودن) ندارد.

هم‌چنین انجام آزمون "من - ویتنی" نشان داد که سلامت عمومی با محل سکونت و وضعیت تأهل و درآمد رابطه ندارد. در حالی که سلامت عمومی با جنسیت رابطه دارد. ($p < 0/01$) و سلامت عمومی مردان بیشتر از زنان است.

این متغیر در افراد با وضعیت اشتغال متفاوت نیز فرق می‌کند. برای تعیین چگونگی این رابطه آزمون

"کروسکال - والیس" انجام شد. نتایج بیانگر این است که شاغلین، بازنشسته‌ها، افراد بیکار و ناتوان رده‌های چهارگانه - ی سلامت عمومی را به خود اختصاص داده‌اند.

در ادامه نتایج نشان می‌دهد ناراحتی‌های جسمی با افزایش

سن افزایش می‌یابد؛ ($r = 0/138$ $p < 0/01$) و تحصیلات بالاتر ($r = -0/255$) و درآمد بیشتر از میزان آن می‌کاهد. ($r = 0/138$)

ناراحتی‌های اجتماعی با افزایش تحصیلات افزایش یافته است. ($r = 0/136$) اما افزایش تحصیلات ($r = -0/228$) و افزایش درآمد ($r = -0/24$) باعث کاهش ناملایمات روحی شده است. محدودیت حرکتی نیز با افزایش سن افزایش داشته است. ($r = 0/227$)

نتایج حاصله بیانگر این است که نمره‌ی سلامت عمومی بیماران باید بین ۸-۰ باشد. در حالی که در افراد مورد بررسی متوسط نمره ۲/۷۵ با انحراف معیار ۱/۵ است. ۵۰٪ افراد نمره‌ی سلامت عمومی کم‌تر از ۳ و ۷۵٪ کم‌تر از ۴ دارند. به نظر می‌-

جدول شماره ۲: میانگین رتبه‌ی سلامت عمومی بر حسب شغل

شغل	تعداد	میانگین رتبه‌ی سلامت عمومی
شاغل	۵۰	۱۳۹/۳۵
بازنشسته	۱۳	۱۱۹/۳۱
بیکار	۱۵۶	۱۰۹/۱۴
ناتوان	۱۲	۱۰۴/۲۵

جدول شماره ۳: میانگین نمرات محدودیت بر حسب جنسیت

محدودیت	مرد	میانگین نمره	زن	میانگین نمره
حرکتی	۷۶	۹۸/۴۵	۱۵۵	۱۰۹/۴۵
جسمی	۷۶	۹۹/۸۲	۱۵۴	۱۲۳/۲۴
اجتماعی	۷۶	۱۳۴/۲۶	۱۵۵	۱۰۷/۰۵
روحي	۷۶	۹۳/۸۰	۱۵۴	۱۲۶/۲۱
روانی	۷۶	۱۰۰/۳۶	۱۵۵	۱۲۳/۶۷
کل	۷۵	۱۱۴/۳۷	۱۵۴	۱۱۵/۳۱

سلامت عمومی با سن ($p < 0/001$)، تعداد فرزندان

($p < 0/01$) و تحصیلات ($p < 0/01$) رابطه‌ی معناداری دارد.

به طوری که با افزایش سن ($r = -0/222$) و افزایش تعداد

فرزندان ($r = -0/187$) سلامت عمومی کاهش می‌یابد. با

افزایش تحصیلات، سلامت عمومی افزایش می‌یابد.

($r = 0/236$)

در ادامه با انجام آزمون "من - ویتنی" مشخص شد که

مشکلات حرکتی ($p < 0/1$)، جسمی ($p < 0/01$)، اجتماعی

($p < 0/1$)، روحی ($p < 0/01$) و روانی ($p < 0/01$) با جنسیت

افراد رابطه‌ی معنادار دارد. به طوری که در مشکلات حرکتی،

جسمی، روحی و روانی سهم زنان بیشتر از مردان و در

مشکلات اجتماعی سهم مردان بیشتر از زنان است.

هم‌چنین بین محدودیت حرکتی با محل سکونت افراد

رابطه‌ی معنادار آماری وجود ندارد. به طوری که محدودیت

حرکتی در روستاها بیشتر از شهرها است.

محدودیت‌های حرکتی در افراد ناتوان بیشتر از سایر گروه‌ها

است. ($p < 0/01$) در بیماری‌های جسمی نیز همین‌طور

($p < 0/1$) است. اما مشکلات روحی در افراد بیکار بیشتر از

سایر اقشار است. ($p < 0/01$) در پایان با انجام تست آماری

مشخص شد تأهل نیز تأثیری بر مشکلات سلامت و

محدودیت بیماران ندارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل بیانگر این است که نمره‌ی سلامت عمومی

بیماران باید بین ۸-۰ باشد. در حالی که در افراد مورد بررسی

متوسط نمره ۲/۷۵ با انحراف معیار ۱/۵ است. ۵۰٪ افراد نمره‌ی

سلامت عمومی کم‌تر از ۳ و ۷۵٪ کم‌تر از ۴ دارند. به نظر می‌-

رسد نمره‌ی سلامت افراد چندان وضع مطلوبی (سالم بودن)

ندارد. در حالی که نتایج یک مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی که

پیمانی در سال ۱۳۸۵ ش. بر روی ۳۰۴ بیمار مبتلا به عوارض

سلامت عمومی با تحصیلات رابطه داشته به گونه‌ای که با افزایش تحصیلات سلامت عمومی نیز افزایش می‌یابد. (۲۳۶/۰) در حالی که در مطالعه که باقیانی مقدم انجام داد، بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی بیماران رابطه‌ی معنادار آماری مشاهده نگردیده بود. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که سلامت عمومی با جنسیت رابطه دارد. ($p < 0/1$) سلامت عمومی مردان بیشتر از زنان است. در حالی که در مطالعاتی که پیمانی و باقیانی مقدم انجام داده بودند کیفیت زندگی به تفکیک جنسیت بررسی نشده بود. (۹)

نوروپاتی انجام داد نشان داد که کلیه‌ی بیماران دیابتی با تمام علایم و عوارض نوروپاتی از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب برخوردار بودند. (۹)

سلامت عمومی در افراد با وضعیت اشتغال متفاوت نیز فرق می‌کند. ($p < 0/1$) به طوری که شاغلین، بازنشسته‌ها، افراد بیکار و ناتوان رده‌های چهارگانه این آیتم را به خود اختصاص می‌دهند. در مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی که باغیانی مقدم در سال ۱۳۸۵ ش. با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک و عوامل و عوارض حاصل از دیابت در بین ۱۲۰ نفر از بیماران انجام داده بود نیز بین شغل بیماران و کیفیت زندگی آن‌ها رابطه‌ی معنادار آماری ($p < 0/1$) دیده شده بود. (۹)

منابع

- 1- Lustman P. Anderson R, Freed land K. et al. Depression and poor glysemic control: a meta-analytic review of the literature. Diabets care .2000.no; 23, p: 934-42
- 2- VrijhoenF H Diederiks J ‘ Spreeumenbery C.Effects of quality of care for patients with NIDDM or CopD when the specialist nurse has a central role .patients Edu Couns ,2000;no,44.p:243-50 .
- 3 -Gamber SR.Are we up to the challenges. clin Griater . 2002; 10(6):140
- ۴- رجبی شکیب، محمد رضا. زندگی با دیابت. فصل نامه‌ی علمی و آموزشی پیام دیابت. ۱۳۸۲. شماره‌ی ۱۹. صفحه‌ی ۳۵.
- ۵- کارپنتر آندورلی، لوسکالز و روبرت، گریگز. مبانی طب داخلی سیسیل. بیماری‌های غدد درون ریز و بیماری‌های متابولیک، ترجمه‌ی شاهرودی علمداری، مهدی. آفازاده، بهزاد. تهران موسسه‌ی انتشاراتی گلپان. ۱۳۸۰، ص ۴۸.
- 6- watking.PJ.ABC of diabetes. Iondan: BMJ group “2003; p: 47-50.
- 7- polonsky p "Hammond" p. Diabetes and Endocarimology. London: mosby CO “2003”P: 88
- 8- Polonsky W .understanding and assesing diabetes – specific quality of life. Diabtes spec trum. 2000, no13, p: 36-41.
- ۹- باقیانی مقدم محمدحسین. کیفیت زندگی بیماران دیابت. مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی یزد. دوره‌ی چهاردهم. شماره‌ی ۱۹. سال ۱۳۸۵ش. ص: ۴۹-۵۴
- 10- Harris MD.psychosocial aspects of diabetes whit an emphasis on depression . Curr Diabrep. 2003; 3(1), p: 49-55.
- 11-polonesky W .Emotional and quality –of-life aspects of diabetes management curr Diab Rep. 2002: no. 2(2), p: 153-9.