

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت

زهرا منجمد* منصوره علی اصغرپور* عباس مهران** طاهره پیمانی***

چکیده

زمینه و هدف: بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت می‌تواند به برنامه‌ریزی در جهت اتخاذ تدابیر پرستاری به منظور پیشگیری و یا کنترل عوارض و ارتقای سطح کیفیت زندگی بیماران کمک نماید.

روش بررسی: این یک مطالعه توصیفی و مقطعی است که با هدف تعیین کیفیت زندگی ۳۱۰ نفر از بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت مراجعه‌کننده به دو درمانگاه غدد بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت گرفته است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای شامل بخش اول خصوصیات فردی و بیماری و بخش دوم مربوط به سؤالات کیفیت زندگی بود و در قسمت آخر نیز ۶ سؤال مربوط به بررسی مجموع ابعاد مختلف سلامتی بود که از طریق مصاحبه توسط یکی از پژوهشگران تکمیل می‌شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون مجذور کای و دقیق فیش) در سطح معناداری $p < 0/05$ تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها بیانگر آن بود که ۷۱٪ واحدها از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب برخوردار بودند. در رابطه با ابعاد کیفیت زندگی نتایج نشان داد در بُعد درک از سلامت بیشترین درصد (۶۸/۴٪) دارای کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب بودند، در ابعاد سلامت روانی (۶۷/۷٪)، عملکرد جسمی (۵۶/۱٪) و در عملکرد اجتماعی و شغلی (۵۴/۸٪) نیز کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب داشتند. همچنین بین تعدد عوارض مزمن دیابت و کیفیت زندگی نیز ارتباط آماری معناداری دیده نشد ($p = 0/206$). بر اساس یافته‌ها بین کیفیت زندگی با متغیرهای سن ($p = 0/028$)، جنس ($p < 0/001$)، شاخص توده بدنی ($p = 0/024$) و سطح تحصیلات ($p < 0/001$)، ارتباط معنادار آماری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت در سطح متوسط می‌باشد.

نویسنده مسؤول: زهرا منجمد؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: monjamed@sina.tums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، عوارض مزمن دیابت، بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲، پرستار

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۸۴ - پذیرش مقاله: دی ماه ۱۳۸۴

مقدمه

در طول ۲۰ سال اخیر، علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشم‌گیری یافته است و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به صورت یک هدف در آمده است (۱). Sammarco

می‌نویسد: کیفیت زندگی یک احساس خوب بودن است که از رضایت یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای شخص مهم هستند ناشی می‌شود. کیفیت زندگی حوزه‌های سلامتی و کار، اقتصادی، اجتماعی، روانی و خانوادگی را شامل می‌شود (۲). کیفیت زندگی یک مفهوم چند بُعدی است که سازمان جهانی بهداشت آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علایق فردی تعریف کرده

* مربی گروه آموزش پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** مربی گروه آموزشی آمار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
*** کارشناس ارشد پرستاری

است (۳). تعریف کیفیت زندگی کار مشکلی است چرا که مفهومی وسیع و پیچیده دارد که با داشتن احساس خوشحالی و رضایت شناسایی می‌شود. شخصیت سالم، آمیزه‌ای از تجربیات فردی در طول زندگی و عوامل وراثتی می‌باشد که هر دو با هم تصور ذهنی فرد از خوب یا ضعیف بودن کیفیت زندگی را می‌سازند. احساس امنیت، تعارضات هیجانی، عقاید شخصی، اهداف و میزان تحمل ناکامی‌ها، همگی در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) تأثیر دارند. زمانی که فردی در زندگی احساس رضایت و خوشحالی می‌کند و از بیمار بودن خود احساس نارضایتی ندارد انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد و زمانی که فرد خودمراقبتی خوبی داشته باشد روز به روز احساس بهتری خواهد داشت و سالم‌تر باقی خواهد ماند، لذا کیفیت زندگی بهتری نیز خواهد داشت و این چرخه مثبت خود تقویت‌کننده، همچنان ادامه می‌یابد (۴).

بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علایم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد. طبق نظر انجمن دیابت آمریکا یکی از بیماری‌های مزمن که سبب بروز مشکلات جسمی - روانی در افراد می‌گردد، دیابت شیرین است. امروزه دیابت یکی از شایع‌ترین اختلالات متابولیکی به ویژه در افراد مسن می‌باشد که عوارض ناتوان‌کننده و خطرناکی بر هر یک از دستگاه‌های حیاتی بدن بر جا می‌گذارد که از جمله آنها کوری، قطع اندام، نارسایی کلیه و بیماری‌های قلبی عروقی

می‌باشد. دیابت به علت عوارض دیررس و خطرناک، روز به روز توجه بیشتری را به خود معطوف کرده است. این بیماری در اواخر قرن بیستم، پراکندگی گسترده‌ای پیدا کرده و میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان درگیر نموده است و در حال حاضر نیز نشانه‌ای از توقف آن دیده نمی‌شود. در بعضی از مطالعات در بیماران مبتلا به دیابت نشان داده شده که بروز عوارض مزمن از جمله عوارض قلبی و عروقی و رتینوپاتی باعث افزایش مرگ و میر در این بیماران شده و متوسط بقای زندگی تنها ۶۱ ماه است (۵). پیش آگهی دیابت در بیمارانی که عوارض دیابت در آنها به وقوع پیوسته است بسیار ضعیف است و میزان مرگ و میر در آنها بالاست. امروزه میزان مرگ و میر بیماران دیابتی به علت کتواسیدوز و عفونت در حال کاهش است ولی مرگ و میر ناشی از عوارض قلبی عروقی و کلیوی به طور چشمگیری در حال افزایش می‌باشد. میزان بروز عوارض دیررس دیابت با بالا رفتن سن بیمار بیشتر می‌شود. عوارض مزمن در هر دو نوع دیابت تیپ ۱ و ۲ دیده می‌شود و معمولاً در ۵ تا ۱۰ سال اول پس از تشخیص بروز نمی‌کند. عوارض کلیوی بیشتر در بیماران دیابت نوع ۱ و عوارض قلبی عروقی بیشتر در بیماران سالمند مبتلا به دیابت نوع ۲ دیده می‌شود (۶).

میزان مرگ و میر در افراد دیابتی میانسال ۲ برابر بیشتر از افراد بدون دیابت (سالم) در همان سنین می‌باشد. تقریباً نیمی از افرادی که اخیراً تحت دیالیز قرار می‌گیرند، مبتلا به نروپاتی دیابتیک هستند. بیش از نیمی از آمپوتاسیون‌های اندام تحتانی مربوط به

Testa و Simonson اظهار می‌دارند که از نتایج حاصل از بررسی و اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران می‌توان به منظور ارزیابی هزینه‌های مالی و انسانی ناشی از بیماری، اثرات برنامه‌ها و اقدامات جدید، کارایی داروها و تجهیزات پیشرفته، تغییرات سلامت جسمی و روحی - روانی و وضعیت عملکردی و اجتماعی بیماران استفاده نمود (۹،۸). لذا پژوهشگران درصدد برآمدند تا تحقیقی تحت عنوان بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت در مراجعه‌کنندگان به درمانگاه غدد بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام دهند، نتایج این تحقیق می‌تواند به کادر بهداشتی درمانی جامعه کمک کند تا فعالیت‌های خود را در جهت پیشگیری و کنترل عوارض، ارتقای سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی این گونه بیماران، سازماندهی کنند؛ به خصوص پرستاران که ارتباط نزدیک‌تری با این بیماران دارند می‌توانند با شناسایی این موارد و با دادن آگاهی‌های لازم به نهادهای ذیربط اجتماعی و خانواده بیماران، همکاری‌های لازم را جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران جلب نمایند تا گام‌های مؤثرتری در جهت تعدیل مشکلات بر دارند.

روش بررسی

مطالعه حاضر توصیفی و مقطعی است. جامعه آن را ۳۱۰ بیمار زن و مرد مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ که حداقل یکی از عوارض مزمن دیابت در آنها به وجود آمده و مراجعه‌کننده به درمانگاه غدد بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴ بودند، محیط بررسی درمانگاه دیابت

بیماران دیابتی است. افراد دیابتی نسبت به افراد غیر دیابتی ۲۵ بار بیشتر مبتلا به کوری، ۱۷ بار بیشتر مبتلا به بیماری کلیوی و ۲۰ بار بیشتر مبتلا به گانگرن می‌شوند، ۴۰-۳۰ بار بیشتر آمپوتاسیون‌های عمده دارند، احتمال ابتلا به بیماری عروق کرونری ۲ بار در مردان و ۴ بار در زنان بیشتر از افراد غیر دیابتی می‌باشد و احتمال سکته مغزی در بیماران دیابتی ۲ بار بیشتر از افراد سالم است (۷).

عوارض دیابت بر روی جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی بیمار از جمله روحی - روانی، جسمی، اجتماعی، اقتصادی، زندگی خانوادگی و عملکرد جنسی تأثیر دارد. هدف اولیه از درمان، به ویژه در بیماری مزمن، تقویت کیفیت زندگی از طریق کاهش اثرات بیماری است و لزوماً نباید بیماران مبتلا به بیماری‌های سخت و مزمن، کیفیت زندگی پایینی داشته باشند. کارکنان بهداشتی، می‌توانند از طریق بررسی وضعیت سلامت افراد و تأمین آن، بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر بگذارند، به طوری که با بهبود وضعیت سلامت، کیفیت زندگی آنها را نیز بهبود ببخشند. همچنین با سنجش کیفیت زندگی افراد می‌توانند تأثیر منفی بیماری یا اثرات درمان بر کیفیت زندگی بیمار را تعیین کنند (۶).

در تجربیات بالینی و آرایه خدمات پرستاری به کرات شاهد بستری شدن بیماران دیابتی به دلیل بروز عوارض مزمن دیابت در بخش‌های مختلف (به خصوص بخش قلب و عروق) بوده‌ایم، ضمناً مطالعات و تحقیقات انجام شده داخل کشور در مورد دیابت، نشان می‌دهند که توجه کمتری به کیفیت زندگی بیماران دیابتی مبتلا به عوارض مزمن شده است، حال آن که

مرکز تحقیقات غدد بیمارستان شریعتی و درمانگاه غدد بیمارستان ولیعصر بود. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد و رضایت آنان جهت شرکت در مطالعه جلب گردید. بیماران مورد مطالعه دارای خصوصیات زیر بودند: ۱- تشخیص قطعی دیابت توسط پزشکان متخصص ۲- دارا بودن حداقل یکی از عوارض مزمن دیابت (عوارض قلبی عروقی، عوارض نوروپاتی، عارضه چشمی و نفروپاتی) ۳- تشخیص قطعی عوارض ناشی از دیابت ۴- عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن و پرخطر دیگر نظیر سرطان، مولتیپل اسکروزیس، بیماری‌های تنفسی از جمله بیماری مزمن انسدادی ریه، آسم، قطع نخاع و نارسایی احتقانی قلب ۵- دارا بودن سن بالاتر از هجده سال.

داده‌ها از طریق مصاحبه (پرسش و پاسخ) جمع‌آوری شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که پس از بررسی و مطالعه پرسشنامه SF-36=Short Form 36 Items و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی، بیماران قلبی، بیماران سرطانی و بیماران دچار مشکلات روحی روانی و مطالعه منابع علمی مختلف تهیه شد. پرسشنامه مزبور از سه قسمت تشکیل شده بود: قسمت اول سؤالات مربوط به مشخصات فردی و بیماری واحدهای مورد مطالعه (۱۸ سؤال) و قسمت دوم سؤالات مربوط به بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی شامل درک از سلامتی (۱۰ سؤال)، سلامت روانی (۱۹ سؤال)، عملکرد جسمی (۱۳ سؤال)، فعالیت اجتماعی، عملکرد شغلی و ایفای نقش (۱۱ سؤال) و در قسمت

آخر نیز ۶ سؤال برای بررسی مجموع ابعاد مختلف سلامتی در نظر گرفته شد. از مقیاس Likert (خیلی زیاد، نسبتاً زیاد، متوسط، نسبتاً کم، به هیچ وجه) برای سنجش پاسخ‌ها استفاده شد امتیازات در نظر گرفته شده برای سؤالات، از یک تا پنج تنظیم شده که امتیاز ۱ نشانگر وضعیت نامطلوب و امتیاز ۵ نشانگر وضعیت مطلوب فرد بود و در سؤالات منفی نمره سؤالات بر عکس داده شد. داده‌ها پس از تجزیه و تحلیل آماری به سه گروه مطلوب (۷۵-۱۰۰٪)، نسبتاً مطلوب (۷۵-۵۰٪) و نامطلوب (کمتر از ۵۰٪) طبقه‌بندی شدند. یکی از پژوهشگران جهت جمع‌آوری داده‌ها، هر روز به درمانگاه مزبور مراجعه نموده، و پس از بیان هدف از انجام مطالعه به بیمار و پس از اخذ رضایت و اعلام آمادگی واحدهای مورد بررسی برای پاسخگویی، پرسشنامه توسط پژوهشگر از طریق پرسش و پاسخ تکمیل می‌گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 12 مورد بررسی قرار گرفته و از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. در این مطالعه اعتبار علمی ابزار از طریق اعتبار محتوا صورت گرفت و برای پایایی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد که با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون پایایی آن ۰/۹۳ محاسبه گردید.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه در ۳۱۰ نفر از بیماران دیابتی مبتلا به عوارض مزمن بیانگر آن است که بیشترین درصد واحدها (۳۹/۴٪) در

محدوده سنی ۶۰-۵۰ سال بوده، ۷۶/۱٪ زن، ۵۰/۳٪ دارای اضافه وزن، ۸۵/۲٪ متأهل، ۳۸٪ تحصیلات در سطح دبستان و ۷۱٪ زنان خانه‌دار بودند. ۹۶/۸٪ تحت پوشش بیمه قرار داشتند، ۸۹/۷٪ از خدمات انجمن‌های حمایت از بیماران دیابتی استفاده نمی‌کردند. مدت ابتلا به دیابت ۴۱/۳٪ آنها بالای ۱۰ سال بود، از نظر تعداد داروهای مصرفی بیشترین درصد (۴۸/۱٪) بیماران بین ۴-۱ دارو مصرف می‌کردند. در مورد کیفیت زندگی نتایج نشان داد کیفیت زندگی (مجموع ابعاد درک از سلامتی، سلامت روانی، عملکرد جسمی، و عملکرد اجتماعی و شغلی و ایفای نقش) اکثریت واحدهای مورد بررسی (۷۱٪) در سطح نسبتاً مطلوب و کیفیت زندگی ۱۳/۵٪ در سطح مطلوب بود (جدول شماره ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت مراجعه‌کننده به درمانگاه غدد بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۸۴-۱۳۸۳

کیفیت زندگی	تعداد	درصد
مطلوب	۴۲	۱۳/۵
نسبتاً مطلوب	۲۲۰	۷۱
نامطلوب	۴۸	۱۵/۵
جمع	۳۱۰	۱۰۰

در مورد مجموع ابعاد مختلف سلامتی، نتایج نشان داد مجموع ابعاد مختلف سلامتی اکثریت واحدها (۶۵/۸٪) در سطح نسبتاً مطلوب و کمترین درصد (۱۰/۳٪) در سطح مطلوب بود. همچنین نتایج نشان داد ۸۰/۴٪ بیماران که مجموع ابعاد مختلف سلامتی آنها در سطح نسبتاً مطلوب قرار داشت از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب هم برخوردار بودند حال

آن که ۵۹/۵٪ افرادی که در مجموع ابعاد مختلف سلامتی نامطلوب داشتند دارای کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب بودند. نتایج آماری نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و مجموع ابعاد مختلف سلامتی ارتباط آماری معناداری وجود دارد ($p < 0.001$). (جدول شماره ۲). در مورد هر یک از ابعاد کیفیت زندگی بیشترین درصد بُعد درک از سلامتی کیفیت زندگی (۶۸/۳٪) در سطح نسبتاً مطلوب و کمترین درصد (۵/۲٪) در سطح مطلوب بودند (جدول شماره ۳). در رابطه با نحوه پاسخگویی به سؤالات بُعد درک از سلامتی کیفیت زندگی، نتایج نشان داد ۶۳/۲٪ بیماران شدیداً در رابطه با بیماری خود احساس ناتوانی می‌کنند، ۶۰/۶٪ آنان عوارض دیابت موجب رنج و ناراحتی فوق‌العاده آنان شده، بیشترین درصد (۷۸/۸٪) از روابط زناشویی خود ناراضی بوده، ۴۶/۵٪ از سلامتی خود اصلاً راضی نبوده، ۳۶/۸٪ رژیم‌های غذایی توصیه شده خود را به طور متوسط رعایت می‌کنند، بیشترین درصد (۵۷/۴٪) فکر می‌کردند که در مقایسه با همسالان خود وضعیت بهتری ندارند و ۳۸/۱٪ از درمان فعلی خود رضایت متوسط داشته‌اند. در رابطه با بُعد سلامت روانی کیفیت زندگی بیشترین درصد کیفیت زندگی (۶۷/۷٪) در سطح نسبتاً مطلوب و کمترین درصد (۱۰/۴٪) در سطح نامطلوب هستند (جدول شماره ۳). بررسی نحوه پاسخگویی به سؤالات بُعد سلامت روانی کیفیت زندگی نتایج نشان می‌دهد بیشترین درصد (۶۴/۵٪) بیماران کاملاً با بیماری خود سازگار شده‌اند، ۷۷/۴٪ با توکل به خدا سعی در حل مشکلاتشان دارند و

۷۶/۲٪ بیماری خود را پذیرفته‌اند، ۶۵/۱٪ بیماران خیلی زیاد در مورد آینده خود احساس نگرانی می‌کنند، ۶۹٪ بیماران بسیار زیاد احساس خستگی و فرسودگی داشتند، ۶۲/۶٪ آنان در مورد از کار افتادگی خود بسیار نگران بودند، ۴۱/۹٪ نیز معتقد به کاهش متوسط دقت و تمرکز آنان بودند. ۴۵/۱٪ بیماران چندان احساس آرامش و راحتی خیال نمی‌کردند، ۴۲٪ بیماران خیلی زیاد احساس غمگینی و افسردگی می‌کردند ۶۱/۳٪ بیماران احساس نگرانی و اضطراب داشتند، ۶۳/۸٪ بیماران چندان احساس تنهایی و بی‌کسی نمی‌کردند و ۴۰/۷٪ بیماران تاحدودی احساس شادی و نشاط داشتند. در رابطه با بُعد عملکرد جسمی کیفیت زندگی بیشترین درصد (۵۶/۱٪) در سطح نسبتاً مطلوب و کم‌ترین درصد (۱۲/۹٪) در سطح مطلوب می‌باشد (جدول شماره ۳). در رابطه با نحوه پاسخگویی به سؤالات بُعد عملکرد اجتماعی و شغلی و ایفای نتایج نشان داد بیشترین درصد (۵۱٪) بیماران، خیلی زیاد بیماری در فعالیت‌های روزمره آنها اختلال ایجاد کرده و ۵۱/۶٪ مجبور به محدود کردن نوع کار و فعالیت خود شده‌اند و ۵۸٪ بیماران خیلی کم قادر به انجام کارهایی هستند که نیازمند انرژی می‌باشد. ۶۲٪ ضعف و خستگی زیاد روی انجام وظایف آنان تأثیر گذارده و ۵۰/۳٪ دیابت آزادی آنان را در انتخاب غذا بسیار محدود کرده، ۴۹/۷٪ آنان می‌توانند از خود به خوبی مراقبت کنند ۳۴/۸٪ آنان تاحدودی به نظافت و آرایش خود می‌پردازند، ۴۰/۷٪ دیابت خواب آنها را زیاد مختل کرده است. ۴۵/۸٪ در ورزش و

پیاپی روی مشکلات نسبتاً کمی دارند و ۵۴/۲٪ مشکلات کمی در آماده کردن غذا دارند. در رابطه با بُعد عملکرد اجتماعی، شغلی و ایفای نقش کیفیت زندگی بیشترین درصد (۵۴/۸٪) در سطح نسبتاً مطلوب و کم‌ترین درصد (۱۵/۵٪) در سطح نامطلوب می‌باشد (جدول شماره ۳). در رابطه با نحوه پاسخگویی به سؤالات بُعد عملکرد اجتماعی، شغلی و ایفای نقش کیفیت زندگی نتایج نشان می‌دهد بیشترین درصد (۳۹/۳٪) بیماری موجب محدودیت شرکت آنان در تفریحات خانوادگی شده، ۳۸/۷٪ بیماری موجب شده نتوانند به راحتی سفر کنند، ۳۷/۴٪ بیماری روی شغل و فعالیت‌های اجتماعی آنان اثر نامطلوب داشته، ۳۵/۴٪ از مشکلات مالی ناشی از مخارج درمان در عذاب هستند حال آن که اکثریت (۶۹/۷٪) بیماران از ایفای نقش خود بسیار راضی بودند. در ضمن تأثیر بیماری بر سایر موارد بُعد عملکرد اجتماعی و شغلی و ایفای نقش کیفیت زندگی در حد متوسط می‌باشد. در رابطه با تعدد عوارض مزمن دیابت نتایج مؤید آن است که کلیه بیماران دیابتی اعم از یک عارضه (۱۰۰٪)، دو عارضه (۷۸/۶٪)، سه عارضه (۶۶/۷٪) و چهار عارضه (۶۹٪) از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب برخوردار بودند. نتایج آماری نشان داد بین کیفیت زندگی و تعدد عوارض مزمن دیابت ارتباط آماری معناداری وجود ندارد ($p=0/206$).

همچنین نتایج مؤید آن است که بین سن و کیفیت زندگی ($p<0/028$)، جنس و کیفیت زندگی ($p<0/001$)، شاخص توده بدنی و کیفیت زندگی ($p<0/024$) و سطح تحصیلات و

کیفیت زندگی ($p < 0/001$)، ارتباط آماری حمایت از بیماران دیابتی و نوع دیابت با معناداری وجود دارد. لیکن بین وضعیت تأهل، وضعیت بیمه، استفاده از خدمات انجمن‌های

جدول ۲: توزیع فراوانی سطوح کیفیت زندگی بر حسب مجموع ابعاد مختلف سلامتی بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت مراجعه‌کننده به درمانگاه غدد بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۸۴-۱۳۸۳

آزمون	جمع		نامطلوب		نسبتاً مطلوب		مطلوب		مجموع ابعاد مختلف سلامتی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	فراوانی
Fisher's exact $\chi^2=92/103$ df=4	۱۳/۵	۴۲	۰	۰	۱۰/۸	۲۲	۶۲/۵	۲۰	سطوح کیفیت زندگی
	۷۱	۲۲۰	۵۹/۵	۴۴	۸۰/۴	۱۶۴	۳۷/۵	۱۲	مطلوب
$p < 0/001$	۱۵/۵	۴۸	۴۰/۵	۳۰	۸/۸	۱۸	۰	۰	نسبتاً مطلوب
معنادار	۱۰۰	۳۱۰	۱۰۰	۷۴	۱۰۰	۲۰۴	۱۰۰	۳۲	نامطلوب
									جمع

جدول ۳: توزیع فراوانی سطوح و ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت مراجعه‌کننده به درمانگاه غدد بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۸۴-۱۳۸۳

جمع	نامطلوب		نسبتاً مطلوب		مطلوب		سطوح کیفیت زندگی	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	فراوانی	
۱۰۰	۳۱۰	۲۶/۵	۸۲	۶۸/۳	۲۱۲	۵/۲	۱۶	ابعاد مختلف کیفیت زندگی
۱۰۰	۳۱۰	۱۰/۴	۳۲	۶۷/۷	۲۱۰	۲۱/۹	۶۸	درک از سلامتی
۱۰۰	۳۱۰	۳۱	۹۶	۵۶/۱	۱۷۴	۱۲/۹	۴۰	سلامت روانی
۱۰۰	۳۱۰	۱۵/۵	۴۸	۵۴/۸	۱۷۰	۲۹/۷	۹۲	عملکرد جسمی
								عملکرد اجتماعی، عملکرد شغلی و ایفای نقش

جدول ۴: توزیع فراوانی سطوح کیفیت زندگی بر حسب تعدد عوارض مزمن در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به درمانگاه غدد بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۸۴-۱۳۸۳

آزمون	جمع		چهار عارضه		سه عارضه		دو عارضه		یک عارضه		تعدد عوارض مزمن
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	دیابت
Fisher's exact $\chi^2=7/89$ df=1	۱۳/۵	۴۲	۱۲	۱۰	۱۴/۵	۲۰	۱۴/۳	۱۲	۰	۰	فراوانی
	۷۱	۲۲۰	۶۹	۵۸	۶۶/۷	۹۲	۷۸/۶	۶۶	۱۰۰	۴	سطوح کیفیت زندگی
$p = 0/206$	۱۵/۵	۴۸	۱۹	۱۶	۱۸/۸	۲۶	۷/۱	۶	۰	۰	مطلوب
معنادار نمی‌باشد	۱۰۰	۳۱۰	۱۰۰	۸۴	۱۰۰	۱۳۸	۱۰۰	۸۴	۱۰۰	۴	نسبتاً مطلوب
											نامطلوب
											جمع

بحث

دیابت یکی از شایع‌ترین و مهم‌ترین بیماری‌های متابولیک در جهان است و یکی از علل عمده مرگ و میر در اکثر جوامع می‌باشد (۱۰). دیابت به علت عوارضی مثل عوارض قلبی عروقی، رتینوپاتی، نفروپاتی و نوروپاتی و عوارض روانی و رفتاری متعدد، به طور گسترده‌ای بر کیفیت زندگی بیماران اثر می‌گذارد، این اثرات می‌تواند در نتیجه تغییر رژیم غذایی، وابستگی دایمی به دارو، عوارض متعدد کوتاه یا طولانی مدت بیماری و هزینه‌های مربوط به آنها باشد (۱۱). لذا با توجه به تماس زیاد پرستاران با مردم و با در نظر گرفتن نقش آموزشی آنان به عنوان معلمین بهداشت، می‌توانند در انتخاب شیوه صحیح زندگی در پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها و حفظ و ارتقای سطح سلامت در جامعه مؤثر باشند.

در مطالعه حاضر بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت با متوسط سنی ۵۰-۶۰ سال، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در مطالعه Haninen و همکاران، متوسط سنی بیماران ۶۳/۳ سال بوده است (۱۲). در تحقیق Wandell و همکاران بیشترین درصد بیماران در رده سنی ۶۴-۶۰ سال قرار داشته‌اند (۱۳). از مجموع تحقیقات فوق بر می‌آید که شیوع سنی بیشترین درصد بیماران دیابتی در محدوده ۶۵-۵۵ سال می‌باشد که باعث شده است دیابت یکی از شایع‌ترین اختلالات متابولیکی به ویژه در افراد مسن باشد (۶). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین درصد بیماران زن می‌باشند. در مطالعه Bagust و همکاران بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش را

زنان تشکیل داده‌اند (۱۴). در تحقیق Ragonesi و همکاران نیز بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش زنان بوده‌اند (۴). پژوهشگران چنین تصور می‌کنند که شاید به دلیل شلوغی درمانگاه و هدر رفتن وقت زیاد از بیماران جهت معاینه پزشک، مردان به دلیل داشتن مشغله کاری و کمبود وقت کمتر مراجعه می‌کردند لیکن زنان که اکثراً خانه‌دار نیز بودند مراجعات منظم‌تری داشتند. از نظر شاخص توده بدنی واحدهای مورد بررسی نتایج نشان می‌دهد بیشترین درصد بیماران در محدوده شاخص توده بدنی دارای اضافه وزن (۳۰-۲۵ کیلوگرم بر متر مربع) بودند و در مجموع (۲۲/۶٪) در محدوده شاخص توده بدنی چاق و (۶٪) چاق خطرناک می‌باشند. در خصوص شاخص توده بدنی Veves می‌نویسد تقریباً ۹۰٪ بیماران که مبتلا به دیابت می‌شوند دچار اضافه وزن هستند (۱۵). در مطالعه هائین و همکاران متوسط شاخص توده بدنی بیماران ۳۰/۴ بوده است (۱۲). Asberry می‌نویسد افرادی که شاخص توده بدنی بین ۳۰-۲۵ دارند نشان‌دهنده اضافه وزن و شاخص توده بدنی بالاتر از ۳۰ نمایانگر چاقی است که یک عامل خطرناک برای ایجاد دیابت نوع ۲ می‌باشد (۱۶). در رابطه با میزان تحصیلات، نتایج بررسی حاضر نشان می‌دهد اکثریت واحدها تحصیلات در سطح دبستانی دارند و کم‌ترین درصد بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت دارای تحصیلات دانشگاهی هستند که شاید علت این امر مراجعه افراد با تحصیلات زیر دیپلم به مراکز درمانی دولتی و مراجعه افراد با تحصیلات بالا به بخش خصوصی باشد.

زندگی در سطح متوسط بودند (۱۹). بررسی حاضر نیز به همین نتیجه دست یافته است. لیکن پژوهشگران تصور می‌کنند شاید یکی از علل اختلاف نتیجه این مطالعه با یافته‌های بعضی از تحقیقات، متفاوت بودن دسته‌بندی کیفیت زندگی در تحقیق حاضر باشد.

نتایج نشان داد بین کیفیت زندگی و تعدد عوارض مزمن دیابت ارتباط آماری معناداری وجود نداشت، به نظر پژوهشگر شاید ماهیت و اثر هر دسته از عوارض قلبی عروقی، نوروپاتی، رتینوپاتی و نفروپاتی آن قدر بالا بوده که کیفیت زندگی را در سطح نسبتاً مطلوب نشانده و دیگر تعدد عوارض معنایی پیدا نکرده یعنی این که آنچه تأثیر داشته وجود خود عوارض بوده است. نتیجه مطالعه حاضر با تحقیق Caldwell و Baxter تحت عنوان «بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و دیابت غیر وابسته به انسولین و مقایسه آن بین جمعیت اسپانیولی‌ها و سفید پوستان غیر اسپانیولی آمریکای جنوبی» هم خوانی دارد در مطالعه آنان نیز هیچ ارتباطی بین تعدد عوارض و کیفیت زندگی دیده نشد (۲۰). حال آن که باگست در مطالعه خود بدین نتیجه رسید که تأثیر دیابت روی کیفیت زندگی به نوع عارضه و تعداد آن بستگی دارد به این ترتیب بیمارانی که هیچ عارضه‌ای نداشتند از کسانی که به یک عارضه مبتلا بودند کیفیت زندگی بهتری داشتند و بیمارانی که مبتلا به یک عارضه بودند نسبت به کسانی که چندین عارضه داشتند از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار بودند (۱۴). همچنین Hahl و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی

در رابطه با مجموع ابعاد کیفیت زندگی نتایج نشان داد کیفیت زندگی اکثریت واحدهای مورد مطالعه در سطح نسبتاً مطلوب بود. دهکردی در طی تحقیق خود نشان داد کیفیت زندگی اکثریت واحدها (۶۶٪) در سطح نسبتاً مطلوب بوده‌اند (۱۷) نعمت‌الهی در مطالعه خود نشان داد کیفیت زندگی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۶٪) در سطح متوسط بود (۱۸). تحقیقات ذکر شده در مجموع نتایج تحقیق حاضر را حمایت می‌کنند.

در رابطه با بُعد درک از سلامتی و بُعد عملکرد جسمی کیفیت زندگی نتایج نشان داد بیشترین درصد در سطح نسبتاً مطلوب و کمترین درصد در سطح مطلوب بود. در رابطه با بُعد سلامت روانی و بُعد عملکرد اجتماعی و شغلی کیفیت زندگی نتایج نشان داد بیشترین درصد در سطح نسبتاً مطلوب و کمترین درصد در سطح نامطلوب می‌باشد. دهکردی در مطالعه خود به این نتیجه رسید که بیشترین درصد بُعد فعالیت جسمی در سطح نسبتاً مطلوب و کمترین درصد در سطح نامطلوب می‌باشد، همچنین بیشترین درصد بُعد وضعیت عمومی و بُعد وضعیت اجتماعی - عملکرد شغلی نیز در سطح نسبتاً مطلوب قرار داشت و کمترین درصد در سطح نامطلوب بودند (۱۷). وانلد در مطالعه خود نشان داد بیشترین درصد بُعد درک از سلامتی و بُعد عملکرد جسمی کیفیت زندگی در سطح نامطلوب بودند (۱۳). Lioyd و همکاران در طی تحقیق خود نشان دادند که بیشترین درصد ابعاد عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی و ایفای نقش و بیشترین درصد ابعاد سلامت روانی و درک از سلامت عمومی کیفیت

در بیماران دیابتی نوع ۱ بدین نتیجه رسیدند که تعدد عوارض مزمن دیابت منجر به ایجاد اثرات منفی روی کیفیت زندگی می‌شود (۲۱). پژوهشگران تصور می‌کنند تفاوت در محیط مطالعه و همچنین واحدهای مورد بررسی می‌تواند علت این اختلاف باشد که می‌بایستی مورد مطالعه قرار گیرد.

بین سن و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت ارتباط آماری معناداری مشاهده می‌شود. نتیجه مطالعه باگست نشان داد که بیماران مسن‌تر نمرات پایین‌تری در کیفیت زندگی داشتند (۱۴). در مطالعه هانین بین سن با کیفیت زندگی بیماران ارتباط معناداری وجود داشت (۱۲). Lioyd نشان داد که سن تأثیر قابل ملاحظه‌ای در بیشتر ابعاد کیفیت زندگی دارد (۱۹). به نظر پژوهشگر چون اکثر بیماران دیابتی سالمند هستند که مشکلات مخصوص دوران سالمندی را نیز علاوه بر مشکلات ناشی از عوارض مزمن دیابت به همراه دارند از نمرات پایین‌تری در کیفیت زندگی برخوردار می‌باشند، لذا پیشنهاد می‌شود که تحقیقی به بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی سالمند پردازد.

بین جنس و کیفیت زندگی بیماران ارتباط معناداری وجود دارد. بدین معنی که زنان دارای نمره کیفیت زندگی بالاتری در سطح نسبتاً مطلوب هستند. نتیجه پژوهش Lioyd نشان داد که جنس تأثیر بسزایی در بیشتر ابعاد کیفیت زندگی می‌گذارد (۱۹). همچنین نتایج مطالعه Ragonesi مؤید آن است که بین جنس و ابعاد مختلف کیفیت زندگی ارتباط معنادار وجود دارد بدین ترتیب که زنان نسبت

به مردان از نمرات بالاتری در کیفیت زندگی برخوردار بوده‌اند (۴). به نظر پژوهشگر شاید علت این امر در رابطه با تأثیر عوارض بر کارایی مردان و شغل آنان باشد که این تفاوت را ایجاد کرده است. معهداً به دلیل این که در این مطالعه اکثریت واحدها را زنان تشکیل می‌دادند پیشنهاد می‌شود پژوهشی تحت همین عنوان در نمونه‌ای با تعداد مساوی از زنان و مردان انجام شود. همچنین از آنجایی که اکثر نمونه‌های این مطالعه زنان خانه‌دار دارای اضافه وزن و در سن یائسگی بودند پژوهشگر پیشنهاد می‌دهد پژوهشی تحت عنوان بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت در زنان قبل و بعد از سن یائسگی انجام شود.

بین کیفیت زندگی و شاخص توده بدنی ارتباط معنادار آماری دیده می‌شود بدین معنی که با افزایش شاخص توده بدنی سطوح کیفیت زندگی کاهش پیدا می‌کند. Timby می‌نویسد کاهش وزن حتی کمتر از ده درصد کل وزن بدن می‌تواند به طور معناداری سطح قند خون را بهبود بخشد (۲۲). در مطالعه Lioyd نتایج حاکی از آن است که بین کیفیت زندگی و شاخص توده بدنی ارتباط معناداری وجود دارد (۱۹).

بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات واحدهای مورد بررسی، ارتباط آماری معناداری مشاهده می‌شود. به نظر می‌رسد با افزایش سطح تحصیلات، کیفیت زندگی بهبود یافته که می‌تواند به علت افزایش سطح آگاهی افراد در مورد اهمیت رعایت رژیم غذایی و ورزش، و همچنین کنترل متابولیسم مناسب،

کارخانه‌ها و اماکن عمومی به عنوان پرستار جامعه‌نگر نیازهای افراد را شناسایی نموده و با نقش آموزشی و رهبری در جهت ارتقای سطح کیفیت زندگی مددجویان انجام وظیفه نمایند.

مصرف صحیح داروها و کنترل سایر عوامل خطر مؤثر بر بروز عوارض مزمن دیابت باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی اکثر بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت در سطح متوسط بود، لذا برای ارتقای سطح سلامت در جامعه، پرستاران باید از جزوہ‌های آموزشی مناسب در جهت ترویج سبک زندگی سالم از جمله تغذیه صحیح، کنترل مناسب وزن، جلوگیری از بی‌حرکی و ورزش کردن منظم در درمانگاه‌های دیابت و بخش‌های غدد بیمارستان‌ها برای بالا بردن سطح آگاهی بیماران استفاده کنند. همچنین می‌توانند در محیط‌های مختلف اجتماعی، خانواده‌ها، مدارس،

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران بوده که با حمایت مالی آن دانشکده به مرحله اجرا در آمده است. همچنین از همکاری پرسنل محترم درمانگاه دیابت بیمارستان شریعتی و درمانگاه غدد بیمارستان ولیعصر در این تحقیق تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- 1 - Crakowski MS. Health-related quality of life outcomes in clinical research. *Am J of Epidemiology*. 1999; 283: 215.
- 2 - Sammarco A. Perceived social support uncertainly and quality of life of vounger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*. 2001; 24(3): 212-219.
- 3 - Vedat I, Perinan G, Seref K, et al. The relationship between disease future and quality of life in patients with cancer. *Cancer Nursing*. 2001; 24(6): 490-495.
- 4 - Ragonesi L, Taddei MT. The impact of diabetes mellitus on quality of life in elderly patients. *Diabetes Care Journal*. 1998; 11(3): 417-422.
- 5 - Zimmet P. The burden of type 2 diabetes: are we doing enough?. *Diabetes Metabolism*. 2003; 29: 6s9-6s18.
- 6 - Smeltzer S, Bare BG. A textbook of medical - surgical nursing. 10th ed. Philadelphia: W.B. Lippincott Co; 2004.
- 7 - Davidson B. Diabetes mellitus: diagnosis and treatment. 4th ed. New York: W. B. Saunders Company; 2000.
- 8 - Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *New England Journal of Medicine*. 1996; 334(13): 835-840.
- 9 - درویش‌پور علی. کیفیت زندگی و نظریه‌پردازان پرستاری. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، سال ۱۳۸۳؛ ۱۴(۴): صفحات ۳۰-۲۸.
- 10 - King H, Aubert RE, Herman. WHO. Global burden of diabetes 1995-2025. *Diabetes Care*. 1998; 21: 1414-31.
- 11 - Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, et al. *Harrisons principles of international medicine*. 15th ed. New York: McGraw-Hill; 2001.
- 12 - Hanninen J, Takala J, Keinanen S. Quality of life in NIDDM patients assessed with the SF-20 questionnaire. *Diabetes Research and Clinical Practice Journal*. 1998; 42(1): 17-27.
- 13 - Wandell E, Tovi J. The quality of life of elderly diabetic patients. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2000; 14(1): 25-30.

- 14 - Bagust A, Wilson E, Perry SA, et al. Utility and Quality of life in the CODE-2 study for type 2 diabetes. UK prospective diabetes study group. *Diabetes Care*. 2001; 50: 1096.
- 15 - Veves A, Giurini M, Legerfo W. The diabetic foot, medical and surgical management, Human apress Inc. Totowa, Newjersey; 2002.
- 16 - Asberry P, Liao D, Shofer BJ, et al. Improvement of BMI, body composition, and body fat distribution with lifestyle modification in Japanese Americans with impaired glucose tolerance. *Diabetes Care*. 2002; 25: 1504-1510.
- ۱۷ - حسن‌پور دهکردی علی. بررسی ارتباط ویژگی‌های سرطان و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی مراجعه‌کننده به درمانگاه منتخب انکولوژی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، تهران: دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۲.
- ۱۸ - نعمت‌الهی آذر. بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، تهران: دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۲.
- 19 - Llyod A, Sawyer W, Hopkinson P. Impact of long-term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insuline. *Value in Health Journal*. 2001; 4(5): 392.
- 20 - Caldwell ME, Baxter J, Mitchell MC, et al. The association of non-insulin-dependent diabetes mellitus with perceived quality of life in a biethnic population: The San Luis Valley Diabetes Study. *American Journal of Public Health*. 1998; 88(8): 1225-1228.
- 21 - Hahl H, Hamalainen H, Sintonen T. Health-related quality of life in type 1 diabetes without or with symptoms of long - term complications. Springer Science, Business Media B.V., Formerly Kluwer Academic Publishers B.V. 2002; 11(5): 427-436.
- 22 - Timby K, Scherer C, Smith E. *Introductory medical-surgical nursing*. 7th ed. Philadelphia: New York: W.B. Lippincott; 1999.