

کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به بیمارستان سینای همدان

سیدرضا بروز^۱، محسن صلواتی^۲، محمود صفری^۱، شهرام حدادی نژاد^۳، میترا زندیه^۴، بیتا ترکمان^۵

۱. مربی پرستاری، مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، دانشکده پرستاری و مامایی

۲. مربی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، دانشکده پرستاری و مامایی

۳. استادیار غده و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان

۴. مربی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی همدان، دانشکده پیراپزشکی

۵. کارشناس پرستاری، بیمارستان تامین اجتماعی آتیه همدان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۴/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۶/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: هدف این مطالعه تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

مواد و روش کار: در این مطالعه توصیفی، تعداد ۱۶۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ به روش نمونه گیری آسان از مراجعه کنندگان به بیمارستان سینا انتخاب گردیدند.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 بود.

یافته ها: نمره عملکرد جسمی ۶۰/۵۷، ایفای نقش جسمی ۶۸/۸۶، ایفای نقش عاطفی ۶۹/۵۹، انرژی و نشاط ۴۰/۳۷، سلامت روحی و روانی ۴۳/۷۵، عملکرد اجتماعی ۶۶/۵۰، دردهای بدنی ۵۰/۹۶، سلامت عمومی ۴۳/۶۳ و تغییر در وضعیت سلامت ۶۱/۲۱ بود. اختلاف معنی دار آماری بین برخی اطلاعات دموگرافیک با کیفیت

زندگی بیماران دیابتی نوع دو دیده نشد.

نتیجه گیری: از نتایج این تحقیق می توان به منظور کمک به برنامه ریزان جهت تشخیص و انجام مداخلات پیشگیرانه و تغییر در کیفیت زندگی بیماران دیابتی استفاده

نمود. [م ت ع پ ز، ۱۳(۴): ۴۶-۴۳]

کلیدواژه ها: دیابت نوع ۲، کیفیت زندگی، پرسشنامه

مقدمه

دیابت می تواند بر روی عملکرد فیزیکی، توسعه عوارض، وضعیت روحی و روانی و ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی تأثیرات منفی داشته باشد.^۴ به عنوان مثال محدودیت های شدید غذایی و داروهای خوراکی یا تزریقی ضد دیابت تأثیرات ناسازگار بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی دارند. علاوه بر این، عوارض دراز مدت میکروواسکولار و ماکروواسکولار دیابت مانند نورپاتی، بیماری های قلبی و سکنه مغزی نیز تأثیر منفی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی دارند.^۷ امروزه در مراقبت پزشکی، کنترل بیماری های مزمن از اهمیت ویژه ای برخوردار است، بهبودی در بیماران مزمن غیرممکن بوده ولی مرگ یک واقعه دور دست است در این موقعیت اهداف مراقبت درمانی مطلوب نمودن کیفیت زندگی است، اگر اصلاح کیفیت زندگی هدف مهم در درمان طبی باشد، باید به عنوان یک برآیند در تحقیقات درمانی در نظر گرفته شود. امروزه بیماران انتظار مشارکت بیشتر در تصمیم گیری های درمانی را دارند بنابراین اطلاع از کیفیت زندگی در این تصمیم گیری ها، مهم می باشد^۸ لذا بررسی کیفیت زندگی در این بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار است تا بدین طریق با توجه به نتایج به دست آمده برنامه ریزی های مناسب به منظور اصلاح کیفیت زندگی این بیماران صورت گیرد؛ بدین منظور این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به انجمن دیابت همدان طرح ریزی شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۱۶۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به بیمارستان سینا انجام شد. روش نمونه گیری به صورت غیر تصادفی و قابل دسترس بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل ۱- دریافت

بیماری دیابت یکی از وضعیت های مزمن و یکی از علت های مهم مرگ و عدم توانایی در سر تا سر دنیا می باشد.^۱ بر اساس آخرین آمار موجود، حدود ۱۳۵ میلیون نفر در دنیا از این بیماری رنج می برند و تخمین زده می شود که این رقم در سال ۲۰۲۵ بالغ بر ۳۰۰ میلیون نفر شود.^۲ آمارهای موجود نشان دهنده آن است که در سال ۲۰۰۱ از ۸۰۰ هزار نفر بیمار تشخیص داده شده دیابت، ۲۰۰ هزار نفر آنان در سال اول پس از تشخیص فوت نموده اند. طبق نظر انجمن دیابت آمریکا در ایالات متحده هزینه ای که دولت صرف بیماران دیابتی می کند بیش از ۱۰۰ بیلیون دلار در سال می باشد که قسمت اعظم این هزینه صرف درمان عوارض بیماری دیابت می گردد.^۳

مطالعات نشان داده است که بیماری دیابت می تواند تأثیرات منفی بر سلامت عمومی و احساس خوب بودن و به عبارتی بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشد.^۴ کیفیت زندگی مفهومی است پیچیده، بسیاری از اوقات کیفیت زندگی، سلامت و رضایت از زندگی به صورت مترادف مورد استفاده قرار می گیرند. از نظر یکی از صاحب نظران در این حیطه، کیفیت زندگی عبارت است از شادی، ارضای تمایلات، دستیابی به اهداف شخصی، مفید بودن به حال جامعه و توان فیزیکی و روحی.^۵ سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می کند و ارتباط این دریافت ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت های مورد نظراو تعریف می کند. علی رغم وجود تعاریف مختلف هنوز تعریفی که ابعاد مختلف این مفهوم را در بر بگیرد؛ وجود ندارد ولی صاحب نظران متفق القول هستند که کیفیت زندگی مفهومی است چند بعدی، ذهنی و پویا.^۶

جدول ۱: توزیع فراوانی و امدادهای مورد پژوهش بر مسب میانگین و انحراف معیار

شاخص ابعاد کیفیت زندگی	Mean±SD
عملکرد فیزیکی	۶۰/۶±۳۰/۷
ایفای نقش جسمی	۶۸/۹±۳۷
ایفای نقش عاطفی	۶۹/۶±۳۶/۵
انرژی و نشاط	۴۰/۴±۲۲/۵
سلامت روان	۴۳/۷±۲۰/۵
وضعیت اجتماعی	۶۶/۵±۳۴
درد های بدنی	۵۱±۳۱/۷
سلامت عمومی	۴۳/۶±۲۳/۳
تغییر وضعیت سلامت	۶۱/۲±۲۴/۴

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بیماران در حیطه انرژی و نشاط، کمترین نمره (۴۰/۳۷±۲۲/۴۸) و در حیطه ایفای نقش عاطفی، بیشترین نمره (۶۹/۵۹±۳۶/۴۷) را داشتند. در تحقیقی که توسط Thommasen و همکاران بر روی مردم سه کشور چین، مالزی و هند انجام دادند به ترتیب در کشور چین میانگین امتیازات در ابعاد عملکرد جسمی (۸۳/۳±۲۲/۱)، ایفای نقش جسمی (۸۶/۷±۲۷/۴)، دردهای بدنی (۸۲/۳±۱۹/۶)، سلامت عمومی (۶۹/۳±۱۷/۴)، انرژی و نشاط (۶۳/۸±۱۶/۴)، عملکرد اجتماعی (۸۳/۹±۱۸/۶)، ایفای نقش عاطفی (۸۴/۲±۳۰/۵) و سلامت روحی روانی (۷۲/۹±۱۶) بود. در کشور مالزی ابعاد عملکرد جسمی (۸۶/۶±۲۵/۲)، ایفای نقش جسمی (۸۶/۲±۳۶/۲)، دردهای بدنی (۷۸/۲±۲۰/۹)، سلامت عمومی (۶۸/۶±۱۶/۰)، انرژی و نشاط (۶۶/۳±۱۶/۵)، عملکرد اجتماعی (۷۸/۷±۲۰/۵)، ایفای نقش عاطفی (۷۸/۰±۳۶/۲) و سلامت روحی و روانی (۷۵/۱±۱۶/۷) بود. در کشور هند ابعاد عملکرد جسمی (۷۳/۹±۲۵/۸)، ایفای نقش جسمی (۷۳/۹±۳۷/۱)، دردهای بدنی (۷۵/۵±۲۳/۶)، سلامت عمومی (۷۰/۱±۱۷/۹)، انرژی و نشاط (۶۴/۲±۱۷/۶)، عملکرد اجتماعی (۸۶/۱±۲۲/۲)، ایفای نقش عاطفی (۸۵/۲±۳۷/۵) و سلامت روحی و روانی (۷۱/۵±۱۷/۸) بود.^{۱۱} مطالعه‌ای که توسط Norris و همکاران بر روی چهل و هشت تحقیق دیگر انجام دادند بدین نتیجه دست یافتند که میانگین امتیازات در بعد سلامت روحی و روانی ۵۱/۶ و سلامت جسمی ۴۹/۸ بوده است.^{۱۱} در تحقیق دیگری که درویش پور کاخکی و همکاران انجام دادند میانگین امتیازات در ابعاد عملکرد جسمی (۶۴/۱۳±۲۶/۶۱)، ایفای نقش جسمی (۵۰/۵۸±۳۶/۱۱)، دردهای بدنی (۵۳/۴۷±۲۶/۷۲)، سلامت عمومی (۴۶/۲±۱۲/۹۴)، انرژی و نشاط (۴۷/۰۵±۱۵/۱۶)، عملکرد اجتماعی (۵۹/۴۵±۲۵/۲) و سلامت روحی و روانی (۴۶/۴۵±۱۵/۰۵) بوده است.^{۱۱}

سپاسگزاری

این مطالعه بر اساس طرح تحقیقاتی به شماره ۱۶/۳۵/۴۵۲۴۲ پ مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شده است.

حداقل یک سال درمان جهت بیماری دیابت نوع دو ۲- رضایت جهت شرکت در مطالعه ۳- عدم اختلال شناخته شده روانی ۴- عدم ابتلا به بیماری‌های خونی بدخیم بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش بود: بخش اول اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF-36 (Short-form 36-item health survey) بود این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت در ۸ بعد شامل عملکرد فیزیکی (۱۰ عبارت)، سلامت روان (۵ عبارت)، وضعیت اجتماعی (۲ عبارت)، ایفای نقش جسمی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت)، انرژی و نشاط (۴ عبارت)، سلامت عمومی (۵ عبارت) می‌باشد که این هشت حیطه به استثنای حیطه مربوط به تغییر وضعیت سلامت فرد بقیه آن ترکیبی از ۲ تا ۱۰ سوال است. برای محاسبه حیطه‌ها بنابر دستورالعمل چگونگی محاسبه پرسشنامه، میانگین نمرات سوالات مربوط به آن حیطه از کیفیت زندگی به‌طور مستقل محاسبه و از صفر (بدترین وضعیت) تا ۱۰۰ (بهترین وضعیت) به عنوان نمره کیفیت زندگی محاسبه گردید. پس از توضیح هدف از انجام پژوهش و جلب رضایت واحدهای مورد پژوهش در ابتدا اطلاعات دموگرافیک جمع‌آوری و سپس پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی تکمیل گردید. پرسشنامه SF-36 به فارسی ترجمه گشته و روایی و پایایی آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است.^۹ به‌منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات نیز پس از کدگذاری اطلاعات از نرم افزار SPSS-16 استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی به صورت جداول توزیع فراوانی تنظیم و به وسیله آزمون‌های آماری به منظور تعیین ارتباط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

بر اساس نتایج مطالعه ۶۷/۳ درصد بیماران زن و ۷۱/۵ درصد بالاتر از ۵۰ سال سن داشتند. ۷۸/۸ درصد بیماران متأهل، ۴۳ درصد بی‌سواد و ۶۰ درصد خانه‌دار بودند. محل زندگی ۵۸/۸ درصد از بیماران اطراف شهر بود. شاخص توده بدن اکثریت بیماران بین ۲۵ تا ۲۹/۹ و ۶۰ درصد دارای چاقی تنه‌ای بودند. مدت آگاهی از ابتلا به بیماری در اکثریت بیماران بین ۱ تا ۵ سال بود. ۵۶/۴ درصد از قرص و رژیم غذایی برای کنترل بیماری استفاده می‌کردند و ۵۸/۸ درصد دارای عوارض بیماری بودند. ۵۷/۶ درصد بیماران سابقه دیابت در بستگان خود داشتند. ۳۲/۲ درصد از بیماران از پزشک و پرستار و جزوات آموزشی به‌عنوان منبع کسب اطلاعات استفاده می‌کردند. نتایج پژوهش در مورد اهداف این پژوهش در ۸ حیطه کیفیت زندگی و یک حیطه مستقل تغییر وضعیت سلامت نشان داد که بیماران در حیطه انرژی و نشاط، کمترین نمره (۴۰/۳۷±۲۲/۴۸) و در حیطه ایفای نقش عاطفی، بیشترین نمره (۶۹/۵۹±۳۶/۴۷) را داشتند. در سایر حیطه‌ها امتیاز سلامت عمومی (۴۳/۶۳±۲۳/۳۰)، سلامت روحی و روانی (۴۳/۷۵±۲۰/۴۹)، دردهای بدنی (۵۰/۹۶±۳۱/۶۹)، عملکرد جسمی (۶۰/۵۷±۳۰/۶۶)، عملکرد اجتماعی (۶۶/۵۰±۳۴) و ایفای نقش جسمی (۶۸/۸۶±۳۶/۹۸) در بعد مستقل تغییر وضعیت سلامت (۶۱/۲۱±۲۴/۴۴) بود (جدول ۱).

References

1. Dunning P, Martin M. Beliefs about diabetes and diabetic complication. *Prof Nurse* 1998; 13(7): 429-434.
2. Hjelm K, Mufunda E, Nambozi G and Kemp J. Preparing nurses to face the pandemic of diabetes mellitus: a literature review. *J Adv Nurs* 2003; 41(5): 424-34.
3. Pita R, Fotakopoulou O, Kiosseoglou G, et al. Depression, quality of life and diabetes mellitus. *Hippokratia* 2002; 6(1): 44-7.
4. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, et al. Depression and poor glycemic control: A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000; 23(7): 934-42.
5. Ferrans CE. Quality of life: Conceptual issues. *Semin Oncol Nurs* 1990; 6(4): 248-254.
6. Leininger M. Quality of life from a transcultural nursing perspective. *Nurs Sci Q* 1994; 7(1): 22-28.
7. Harris MD. Psychosocial aspects of diabetes with an emphasis on depression. *Curr Diab Rep* 2003; 3(1): 49-55.
8. Deyo RA. The quality of life research and care. *Ann Intern Med* 1991; 114(8): 695-7.
9. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality Life Res* 2005; 14: 875-882.
10. Thommasen HV, Zhang W. Impact of chronic disease on quality of life in the Bella Coola Valley. *Rural Remote Health* 2006; 6(2):528.
11. Norris SL, Zhang X, Chowdhury FM, et al. Health related quality of life measured by SF-36 for adults with diabetes: a meta-analysis. Ottawa: Cochrane collaboration; 2004: 111
12. Darvishpoor-Kakhk A, Abed-Saeedi J, Yaghmaie F, et al. Survey correlation between quality of life and disease. *Iran J Endocrinol Metabolism (IJEM)* 2006; 8(1): 49-56.

Quality of life in type II diabetic patients referred to Sina Hospital, Hamadan

S. Reza Borzou,¹ Mohsen Salavati,² Mahmood Safari,¹ Shahram Hadadinejad,³ Mitra Zandieh,⁴ Bita Torkaman⁵

Received: 6/Jul/2010

Accepted: 14/Sep/2011

Background: The aim of this study was to determine the quality of life in patients with diabetes mellitus type II.

Materials and Method: In this descriptive study, 165 type 2 diabetic patients were enrolled in the study consecutively. The SF-36 instrument was used to evaluate quality of life.

Results: Mean scores for each subscale were, function role (60.57), physical role (68.86), emotional role (69.59), energy / vitality (40.37), mental health (43.75), social functioning (66.5), body pain (50.96) and general health (43.63). There was not any statistically significant relationship between demographic data with quality of life.

Conclusion: Authorities can use those findings to make decisions in order to diagnose and prohibit problems related to the quality of life in those kinds of patients and also to make useful changes in quality of their lives. [ZJRMS, 13(4):43-46]

Keywords: diabetes type 2, quality of life, questionnaire

1. Instructor of Nursing, Research Center for Child and Maternity Care, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences and Health Services, Hamadan, Iran.
2. Instructor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences and Health Services, Hamadan, Iran.
3. Assistant Professor of Internal Medicine, Hamadan University of Medical Sciences and Health Services, Hamadan, Iran.
4. Instructor of Paramedicine, School of Paramedicine, Hamadan University of Medical Sciences and Health Services, Hamadan, Iran.
5. BSc of Nursing, Atieh Hospital of Hamadan, Hamadan, Iran.

Please cite this article as: Borzou S.R, Salavati M, Safari M, Hadadinejad S, Zandieh M, Torkaman B. Quality of life in type II diabetic patients referred to Sina Hospital, Hamadan. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2011; 13(4): 43-46.