

رفتار و کنترل متابولیسی بیماران دیابتی تحت پوشش در مانگاه دیابت بندرعباس (۱۳۸۲)

تیمور آقاملایی^۱ دکتر علیرضا سبحانی^۲ هادی یوسفی^۳ فریبا اسدی نوقابی^۴

^۱ مربی، گروه بهداشت^۲ استادیار گروه پاتولوژی^۳ مربی گروه پرستاری^۴ کارشناس پرستاری دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

مجله پزشکی هرمزگان سال هفتم شماره سوم پاییز ۸۲ صفحات ۱۱۱ - ۱۱۵

چکیده

مقدمه: دیابت یک بیماری مزمن در تمام دوران زندگی است و کنترل آن نیاز به تغییرات اساسی در سبک زندگی بیماران دارد. هدف این مطالعه تعیین رفتار و کنترل متابولیک در بیماران دیابتی بود.

روش کار: جمعیت هدف بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و روش مطالعه مقطعی بود. ۸۰ بیمار بطور تصادفی انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. به منظور تعیین رفتار مرتبط با کنترل بیماری، داده ها با مصاحبه سازمان یافته جمع آوری شد و کنترل متابولیک با اندازه گیری هموگلوبین گلیکوزیله (HbA_{1c}) تعیین گردید.

نتایج: میزان پذیرش و پیروی بیماران در زمینه داروهای تجویز شده و مراقبت از پا بالا بود، با این وجود فقط ۶/۳٪ آنها اقدام به اندازه گیری شخصی قند خون نموده بودند و ۳۸/۸٪ آنها از رژیم غذایی توصیه شده بطور مستمر و همیشه پیروی می کردند. ۱۳/۸٪ افراد سیگاری بعد از تشخیص بیماری، سیگار را ترک کرده بودند. میانگین HbA_{1c} در کل بیماران مورد بررسی 10.6 ± 9.25 و دامنه آن از ۶/۹ تا ۱۲/۹ متغیر بود و فقط ۲/۵٪ از کنترل متابولیک مطلوب برخوردار بودند.

بحث: توصیه می شود هر کوششی به منظور اصلاح و تغییر رفتار و بهبود کنترل متابولیک در بیماران دیابتی آغاز شود و برای این منظور یک برنامه آموزشی مناسب برای بیماران طراحی و اجرا شود.

کلیدواژه ها: دیابت - رفتار - هموگلوبین گلیکوزیله

نویسنده مسئول:

هادی یوسفی

دانشکده پرستاری - گروه

پرستاری دانشگاه علوم

پزشکی هرمزگان

بندرعباس - ایران

تلفن ۶۶۶۳۶۷ ۷۶۱ ۹۸+

مقدمه:

۹۰-۹۵ درصد تمام افراد مبتلا به دیابت در سراسر دنیا از این نوعند. این افراد مقاومت به انسولین دارند و معمولاً کمبود نسبی انسولین نیز دارند و نمی توانند انسولین ترشح شده را مصرف نمایند. این نوع دیابت بیشتر در بزرگسالان شایع است (۱، ۲).

در سال ۱۹۹۵ حدود ۱۳۵ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به دیابت بودند و اگر استراتژی موفقیت آمیزی برای پیشگیری و کنترل آن اجرا نشود پیش بینی می شود که این تعداد به ۳۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ برسد (۱). در آن سال ۷۵ درصد تمام افراد مبتلا در کشورهای در حال توسعه زندگی خواهند کرد و دیابت

دیابت یک مشکل بهداشت عمومی جدی است که کیفیت زندگی بیماران را تهدید می کند و می تواند منجر به عوارض حاد و مزمن شود و یک علت مهم ناتوانی و مرگ در بیشتر کشورها و یک مشکل مهم و پرهزینه برای فرد، خانواده و جامعه است (۱).

دو نوع مهم بیماری دیابت وجود دارد: دیابت وابسته به انسولین که به عنوان دیابت نوع ۱ و دیابت غیروابسته به انسولین که به عنوان دیابت نوع ۲ شناخته می شوند. در دیابت نوع ۱ تولید انسولین بسیار ناچیز و یا اصلاً ترشح نمی شود. این نوع دیابت بیشتر در کودکان و نوجوانان شایع است. دیابت نوع ۲ شایعتر است و حدود

نوع ۲ گروه‌های سنی جوانتر و حتی نوجوانان را تحت تأثیر قرار خواهد داد (۳).

طبق بررسی‌های انجام شده در زمینه اپیدمیولوژی بیماری دیابت در ایران، ۲٪ افراد جامعه مبتلا به این بیماری هستند که این رقم در افراد بالای ۳۰ سال حدود ۷/۳٪ است (۴). در بررسی طرح کشوری سلامت و بیماری مبتلایان به دیابت آشکار ۱/۵٪ گزارش شده است (۵). تعداد قابل توجهی از مبتلایان به دیابت ناشناخته باقی می‌مانند، از این جهت گفته می‌شود که نزدیک به ۳ میلیون نفر در ایران به این بیماری مبتلا هستند (۶). میزان دیابت آشکار در استان هرمزگان ۰/۸ درصد گزارش شده است (۵).

دیابت یک بیماری مزمن در تمام دوران زندگی است، کنترل آن یک فعالیت ۲۴ ساعته و نیاز به تغییرات اساسی در سبک زندگی (Lifestyle) بیماران دارد و قصور در پذیرش این تغییرات ممکن است منجر به کنترل ناکافی دیابت شود. مهمترین عضو تیم مراقبت دیابت بیمار است و کنترل موفقیت آمیز به میزان زیاد بستگی به رفتار بیمار و تغییر در سبک زندگی او دارد (۷).

یکی از اهداف مراقبت و درمان دیابت کنترل متابولیک است. کنترل متابولیک مجموعه‌ای از آزمایشات و بررسی‌های مرتبط با دیابت بطور روزانه و ۳-۲ ماه یکبار می‌باشد که با دستیابی به این مجموعه اعمال بطور مرتب می‌توان از وضعیت سازگاری جسمانی فرد دیابتی با بیماری و سیر پیشرفت آن اطلاع حاصل نمود (۴). این مطالعه با هدف ارزیابی رفتارهای بیماران در زمینه کنترل بیماری، تعیین وضعیت کنترل متابولیک و شناسایی بعضی فاکتورهای مرتبط با آنها در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تحت پوشش درمانگاه دیابت بندرعباس انجام شد.

مواد و روشها:

مطالعه به روش مقطعی (cross sectional) صورت گرفت. جمعیت هدف بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تحت پوشش درمانگاه دیابت بندرعباس در سال ۱۳۸۲ بود که ۸۰ نفر از آنها به صورت تصادفی انتخاب گردید.

به منظور تحقیق در مورد چگونگی رفتار بیماران در زمینه کنترل بیماری، داده‌ها با استفاده از مصاحبه سازمان یافته جمع‌آوری گردید. رفتارهای مورد بررسی شامل: پیروی از برنامه درمانی توصیه شده توسط پزشک، اندازه‌گیری قند خون توسط بیمار SMBG (self monitoring blood glucose) پذیرش و رعایت رژیم غذایی توصیه شده، ورزش، مراقبت از پا، پایش وزن و ترک سیگار بود. ضمناً بخش دیگری از سؤالات اختصاص به مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد مطالعه داشت.

کنترل متابولیک با اندازه‌گیری هموگلوبین گلیکوزیله (HBA_{1c}) مورد ارزیابی قرار گرفت که این شاخص متوسط قند خون را در ۳ ماه گذشته نشان می‌دهد (۴). برای این منظور در هنگام مصاحبه از بیماران نمونه خون گرفته و بلافاصله به آزمایشگاه انتقال داده شد. اندازه‌گیری HBA_{1c} با روش کالریمتری صورت گرفت. بر اساس این روش مقادیر مورد انتظار در افراد طبیعی ۷/۵-۵ درصد هموگلوبین توتال است. در بیماران دیابتی HBA_{1c} کمتر از ۷/۵ کنترل نامطلوب، HBA_{1c} بین ۷/۶ تا ۹/۵ کنترل قابل قبول و HBA_{1c} بیشتر از ۹/۵ بیانگر کنترل ضعیف یا نامطلوب است (۴). از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و تحلیلی برای توصیف و تفسیر داده‌ها استفاده گردید و حدود اطمینان ۹۵٪ برای معنی دار بودن روابط بین متغیرها در نظر گرفته شد.

نتایج:

۵۸/۸٪ از بیماران مورد مطالعه زن و ۴۱/۲٪ آنها مرد بود، میانگین و انحراف معیار سن آنها ۸/۵۳ ± ۵۰/۵۶ سال و دامنه آن از ۳۲ تا ۷۲ سال متغیر بود. حدود یک سوم بیماران (۳۲/۵٪) بی سواد، بیش از یک سوم آنها (۳۷/۵٪) قادر به خواندن و نوشتن در حد ابتدایی، ۱۳/۸٪ در سطح راهنمایی، ۱۰٪ در سطح دبیرستان و فقط ۶/۳٪ آنها تحصیلات دانشگاهی داشتند. میانگین و انحراف معیار مدت بیماری ۴/۷۸ ± ۵/۸۲ سال و دامنه آن از کمتر از یک سال تا ۲۰ سال متغیر بود. ۹۳/۸٪ بیماران مورد بررسی

میانگین HBA₁C در مردان $0/90 \pm 8/86$ و در زنان $1 \pm 9/53$ بود و اختلاف آماری معنی داری بین آنها وجود داشت ($p < 0/005$).

بین سن و HBA₁C ($p = 0/08$ و $r = -0/196$)، سن هنگام تشخیص بیماری با HBA₁C ($p = 0/08$ و $r = 0/193$) و مدت تشخیص بیماری با HBA₁C ($p = 0/96$ و $r = 0/005$) همبستگی معنی داری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری:

کنترل موفقیت آمیز دیابت بطور عمده بستگی به رفتار بیمار، استفاده از داروهای تجویز شده، عمل به توصیه های پزشکی و تغییر در سبک زندگی او دارد (۷). یکی از اقدامات در کنترل دیابت استفاده از داروهای تجویز شده است، باید انگیزه لازم در بیماران ایجاد شود تا داروهای تجویز شده را بطور صحیح استفاده نمایند. در این مطالعه مشاهده شد که ۶۵٪ از بیماران همیشه و ۳۵٪ دیگر بیشتر اوقات از برنامه درمانی توصیه شده پیروی کرده اند. Kravitz و همکاران گزارش داده اند که ۹۱٪ از بیماران نشان از داروها به همان نحوی که تجویز شده، استفاده کرده اند (۸). Anderson و Fitzgerald حتی میزان بالاتری از پذیرش برنامه درمانی برای قرص های خوراکی و انسولین را گزارش نموده اند (۹). فقط ۶۳٪ از بیماران اقدام به اندازه گیری شخصی قندخون خود نموده اند. ابازری و همکاران گزارش داده اند که ۱۰٪ از بیماران دیابتی در اصفهان اقدام به اندازه گیری شخصی قندخون نموده اند (۱۰). که تفاوت قابل ملاحظه ای از این نظر در دو مطالعه وجود ندارد. کنترل دیابت تنها به استفاده از داروهای تجویز شده و اندازه گیری قندخون محدود نمی شود، بلکه همچنین شامل تطابق و سازگاری با رژیم غذایی و میزان ورزش است (۱۱). نتایج این مطالعه نشان می دهد که فقط ۳۸/۸٪ بیماران بطور مستمر و همیشه از رژیم غذایی توصیه شده پیروی می کنند. Kamel گزارش داده است که ۵۹/۷٪ از بیماران دیابتی به خوبی از رژیم غذایی توصیه شده پیروی می کنند (۷). ورزش بخش مهم دیگری در کنترل دیابت است، چون عمل انسولین را در هر

متأهل بودند. بیش از نیمی از آنها (۵۶/۳٪) خانه دار بودند. نوع درمان در ۵٪ موارد فقط رژیم غذایی، ۵۶/۳٪ قرص های خوراکی و ۳۸/۸٪ انسولین بود.

حدود دو سوم (۶۵٪) بیماران همیشه از برنامه درمانی و دارویی توصیه شده توسط پزشک پیروی می کردند. فقط ۵ نفر آنها (۶/۳٪) اقدام به اندازه گیری شخصی قند خون خود SMBG نموده بودند. در مورد علل عدم انجام SMBG اکثر آنها گران بودن دستگاه اندازه گیری قند خون و عدم درک منافع و اهمیت اندازه گیری شخصی قند خون را بیان نمودند.

در پاسخ به چگونگی پیروی از رژیم غذایی فقط ۳۸/۸٪ دستورات غذایی توصیه شده را بطور مستمر و همیشه رعایت کرده اند. در رابطه با موانع رعایت رژیم غذایی مهمترین موارد به ترتیب دوست داشتن غذاهایی که محدودیت مصرف دارند، عدم آگاهی از غذاهای مناسب و محدودیت امکانات مالی ذکر شده است.

یک چهارم (۲۵٪) بیماران ورزش می کردند. در مورد موانع ورزش مهمترین موارد به ترتیب مشکل جسمی، کمبود وقت، عدم علاقه، توصیه پزشک و عدم درک منافع ورزش در کنترل دیابت ذکر شده است. ۸۲/۵٪ بیماران مورد بررسی بطور روزانه پاهای خود را معاینه و از آنها مراقب می کردند و بقیه به ترتیب عدم درک منافع و اهمیت مراقبت از پاها و عدم آگاهی در مورد مراقبت از پاها را دلیل عدم انجام این کار می دانستند.

میزان قابل توجهی از بیماران (۴۵٪) وزن خود را کنترل نمی کردند. ۱۳/۸٪ آنها بعد از تشخیص بیماری سیگار کشیدن را ترک کرده بودند.

میانگین HBA₁C در کل بیماران مورد مطالعه ۹/۲۵ بود. اگرچه ۲/۵٪ آنها از کنترل متابولیک مطلوب برخوردار بودند با این وجود ۶۸/۸٪ در محدوده کنترل قابل قبول قرار گرفته و ۲۸/۸٪ آنها از کنترل متابولیک ضعیف برخوردار بودند.

مشاهده نشد. مردان نسبت به زنان از کنترل متابولیک بهتری برخوردار بودند که احتمالاً یکی از دلایل آن این است که فعالیت بدنی و ورزش در مردان بیشتر از زنان بوده است.

از این مطالعه مشخص می شود که بین آنچه بیماران باید انجام دهند و آنچه بطور واقعی انجام می دهند، فاصله وجود دارد. بعلاوه در جنبه های مختلف رفتار مرتبط با کنترل دیابت، میزان سعی و تلاش بیماران یکنواخت نیست. در زمینه هایی مانند مصرف دارو و مراقبت از پا رفتار بیماران خوب است اما در زمینه هایی مانند پیروی از رژیم غذایی، اندازه گیری شخصی قند خون، ورزش، کنترل وزن و ترک سیگار مناسب نیست. اگرچه نسبت افرادی که از کنترل متابولیک قابل قبول برخوردارند، در حد خوبی قرار دارد اما نسبت افرادی که از کنترل متابولیک مطلوب برخوردارند، پایین است. بنابراین هر کوششی به منظور اصلاح و تغییر رفتار و بهبود کنترل متابولیک در بیماران دیابتی باید آغاز شود. به منظور دستیابی به این هدف، باید یک برنامه آموزشی مناسب برای بیماران طراحی گردد و در این برنامه آموزشی بر افزایش آگاهی، تغییر رفتار و سبک زندگی، بهبود کنترل متابولیک و اتخاذ رفتارهای مناسب در کنترل دیابت تأکید و این برنامه ها بطور مرتب مورد پایش و ارزیابی قرار گیرند. همچنین لازم است تحقیقات دیگری به منظور شناسایی عوامل مرتبط و تعیین کننده پذیرش رفتار و فاکتورهای مرتبط با کنترل متابولیک در بیماران دیابتی انجام شود.

سپاسگزاری:

از معاونت درمان، مسئول بیماریهای خاص، مسئول و پرسنل درمانگاه دیابت بندرعباس به خاطر همکاری صمیمانه در اجرای این تحقیق سپاسگزاری می گردد.

دو نوع دیابت (دیابت نوع ۱ و ۲) بهبود می بخشد (۱۱). با وجود اهمیت ورزش، فقط ۲۵٪ از بیماران مورد مطالعه بطور منظم ورزش می کردند. Shama و Kamel چنین روند پایینی را در مورد ورزش گزارش داده اند (۷).

زخم و قطع عضو (پا) از وخیم ترین عوارض دیابت است. چندین مطالعه بیان کرده اند که توجه و مراقبت از پاها می تواند میزان قطع عضو را بین ۸۵٪ - ۴۴٪ کاهش دهد (۱۲). در این مطالعه مشخص شد که ۸۲/۵٪ بیماران دیابتی از پاهای خود بطور روزانه مراقبت می کردند. Kamel گزارش داده است که ۷۵٪ از بیماران مورد مطالعه، مراقبت از پا را به خوبی و به طور مؤثر انجام می دادند (۷).

پایش وزن بیانگر این است که برنامه رژیم غذایی و ورزش موفقیت آمیز است یا خیر و همچنین روشی برای کنترل چاقی است (۱۳). در این مطالعه ۵۵٪ از بیماران دیابتی وزن خود را کنترل می کردند. در مطالعه مشابهی ۲۷/۷٪ بیماران وزن خود را بطور مرتب کنترل می کرده اند (۷).

فاکتور خطر دیگر در بیماران دیابتی سیگار کشیدن است. فشار خون و مصرف سیگار بطور متقابل خطر عوارض دیابت مانند سکته و بیماریهای قلبی را افزایش می دهند (۱۱). در این مطالعه هنگام تشخیص بیماری ۴۱/۳٪ بیماران سیگاری بودند بعد از تشخیص دیابت ۱۳/۸٪ آنها سیگار را ترک و بقیه همچنان به سیگار کشیدن ادامه داده اند.

در مطالعه Murtada و همکاران میانگین HbA_{1c} در بیماران دیابتی $9/9 \pm 1/9$ درصد گزارش شده و ۱۳/۵٪ آنها از کنترل متابولیک خوب برخوردار بودند و بیماران با کنترل متابولیک ضعیف تر بطور معنی دار جوانتر و مدت بیماری در آنها کمتر بود (۱۴). در این مطالعه، به نظر می رسد که بیماران جوانتر نسبت به بیماران مسن تر از کنترل متابولیک ضعیف تری برخوردار بودند، اما بین مدت بیماری و کنترل متابولیک ارتباط معنی داری

References

منابع و مآخذ

1. Narayan KM, Gregg EW, Fagot-campagna A, et al. Diabetes a common, growing, serious, costly and potentially preventable public health problem. *Diabetes Res Clin Pract.* 2000;50(2):77-84.
2. King H. Who and the intertational diabetes federation: regional partners. *Bull World Health Organ.* 1997;77(12):954.
3. حبیبیان، سونیا و همکاران. طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت، وزارت بهداشت و درمان، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها، اداره قلب و عروق و غدد و متابولیک، ۱۳۷۷.
4. نوربالا، احمدعلی. محمد، کاظم. بررسی سلامت و بیماری در ایران، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، مقایسه استانی، ۱۳۷۸.
5. عزیززی، فریدون. بررسی قند و لیپید تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، تهران، ۱۳۸۰.
6. Kamel NM, Badawy YA, El-zeiny NA, et al. Behaviour of patients in relation to management of their disease. *East Mediterr Health J.* 1999;5(5):967-973.
7. Kravitz RL, Hays RD, Sherbourne CD, et al. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Arch Intern Med.* 1993;153(16):1869-1878.
8. Anderson RM, Fitzgerald JT, Oh MS. The relationship between diabetes-related attitudes and patients self-reported adherence. *Diabeted Educ.* 1993;19(4):287-292.
9. ابادزی، پروانه و همکاران. اداره دیابت در بیماران مبتلا به دیابت شهر اصفهان، پژوهش در علوم پزشکی، سال ششم، شماره ۲، ۱۳۸۱، ص ۱۰۵-۱۰۲.
10. Kamel NM, Badawy YA, El-zeiny NA, et al. Sociodemographic determinants of management behaviour of diabetic patients. Part I. Behavior of patients in relation to management of their disease available at: <http://WWW.Emro.who.Int/publications/EMHJ/0505/14.htm>. Accessed 11.26.2002
11. Kozak, et al. Diabetic foot disease: a major problem in: Kozak GP, et al, eds. Management of diabetic foot problems, 2nd ed. Philadelphia/London, WBSaunders; 1995.
12. Elbagir MN, Etayeb NO, Eltom MA, et al. Health-related quality of life in insulin treated diabetic patients in the sudan. *Diabetes Res Clin Pract.* 1999;46(1):65-73.