



تعیین و مقایسه مشخصات فردی و خانوادگی کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مرکز مشاوره دیابت همدان و سندج در سال ۱۳۸۵-۸۶

سوسن پنجوینی^۱، مریم دانش^۲، محمد ایمانی^۳، خلیل بدربیان، مهدی آذریان، آزو رستمی^۴

چکیده:

زمینه و هدف: دیابت از یک واژه یونانی به معنای افزایش ادرار مشق شده است. در دیابت عدم مصرف قند توسط سلوها سبب تجمع آن در خون می‌شود و با انباشته شدن هر چه بیشتر قند در خون مقدار ادرار نیز افزایش می‌یابد که اساساً این تغیرات به دلیل اختلال عملکرد پانکراس در بدن ایجاد می‌شود (۱). دیابت قندی در هر سنی در کودکان رخ می‌دهد ولی شیوع حداکثر آن بین ۱۰-۱۵ سالگی است که ۷۵٪ آنان قبل از ۱۸ سالگی تشخیص داده می‌شوند. و شیوع آن در پسران بیشتر از پسران است (۲).

با توجه به اینکه دیابت برای سلامت جامعه از جمله کودکان یک تهدید به شمار می‌آید در مطالعات مختلف ویژگی‌های کودکان معرفی شده است. با استناد بر این مسئله مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه مشخصات فردی-خانوادگی کودکان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مرکز مشاوره دیابت همدان و سندج انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود. جامعه مورد مطالعه ۷۱ نفر از کودکان و نوجوانان دیابتی زیر ۱۸ سال مراجعه کننده به مرکز مشاوره دیابت همدان و سندج بود. جهت جمع آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسشنامه پژوهشگر ساخته استفاده گردید. بعد از جمع آوری اطلاعات داده‌ها کدیندی شده و کد شیفت مادر تهیه شده و با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: کودکان مورد مطالعه ما فقط از نظر مدت زمان مبتلا به دیابت با ($P<0.001$) و عوارض مرتبط با دیابت با ($P<0.05$) متفاوت بودند و در سایر موارد اکثراً شباهت و تفاوت معناداری نداشتند.

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که مسائل فرهنگی، جغرافیایی، آب و هوایی و امکانات در دسترس هر دو شهر عوامل مؤثر بر یکسانی مشخصات مورد نظر بودند.

کلید واژه‌ها: دیابت، کودکان و نوجوانان، مشخصات فردی و خانوادگی

مقدمه

ارتباط می‌باشد. در این دیابت با وجودی که در ترشح انسولین اختلال وجود دارد ولی باز با این حال همین مقدار انسولین جهت جلوگیری از شکسته شدن چربی‌ها و تولید اجسام کتونی کافی می‌باشد. دیابت دیگری مطرح می‌شود دیابت حاملگی است که به هر درجه‌ای از تحمل گلوكز گفته می‌شود که در طی دوران بارداری رخ می‌دهد. از نظر نشانه شناسی دیابت کودکان بارزتر از دیابت بزرگسالان است و جای تعجب است که گاهی اوقات تشخیص اشتباه یا تأخیر داده می‌شود. دیابت باید در خانواده‌هایی که تاریخچه مثبتی دارند در نظر گرفته شود بخصوص اگر یک کودک مبتلا به دیابت نیز در خانواده باشد. در درمان دیابت پنج روش مطرح است که شامل: درمان تغذیه‌ای، ورزش، کنترل، درمانهای دارویی و آموزش.

پیشنه پژوهشی در زمینه مطالعه فوق اولین بار توسط ادراکی در سال ۱۳۸۱ در شیراز تحت عنوان بررسی مشخصات کودکان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به کلینیک دیابت شیراز از سال ۷۷-۸۱ انجام شده است. در این مطالعه تعداد مراجعه کنندگان به این کلینیک ۳۰۰۰ نفر بوده‌اند که ۱۸۰۰ نفر از آنان را کودکان تشکیل می‌دهند که در بررسی‌های انجام شده مشخص شد که ۷۵٪ این کودکان در شهر شیراز سکونت داشتند. در ۷۱٪ آنان سابقه ابتلا به بیماری ویروسی نداشت. اکثریت آنها ۵۶٪ سابقه یک بار بستری شدن در بیمارستان را ذکر می‌کردند. اکثریت آنها ۹۹٪ انسولین NPH انسانی استفاده می‌کردند. از نظر سنی اکثریت

دیابت ملیتوس به گروهی از بیماریهای متابولیکی گفته می‌شود که ویژگی‌های مشترک آنها افزایش سطح قند خون به علت نقص در ترشح انسولین یا نقص در عملکرد آن یا هر دو مورد می‌باشد. در نتیجه بررسی‌های بدست آمده هفده میلیون نفر در دنیا مبتلا به دیابت ملیتوس می‌باشد که از دسته ۵/۹ میلیون نفر هنوز تشخیص داده نشده است. در ایالات متحده آمریکا سالیانه ۸۰۰۰۰ مورد جدید دیابت تشخیص داده می‌شود. شایع بودن دیابت در بین افراد پیر و بالا بودن هزینه‌های بهداشتی و درمانی همگی منجر به بالا رفتن بار اقتصادی ناشی از این بیماری شده است. کل هزینه‌هایی که برای این بیماری در تمام دنیا برآورده شده است بیش از ۱۰۰ بیلیون میلیارد دلار در سال تخمین زده می‌شود. اهداف اولیه در درمان بیماران مبتلا به دیابت کنترل سطح قند خون و پیشگیری از بروز مشکلات حاد در دراز مدت می‌باشد بنابراین پرستاری که مسئول انجام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از یک بیمار دیابتی است باید به بیمار در یادگیری مهارت‌های مراقبت از خود کمک نماید. در طبقه‌بندی دیابت، دیابت به دو نوع یک و دو طبقه‌بندی می‌شود. در ویژگی بارز نوع یک تخریب سلولهای بتای پانکراس مطرح است. به نظر می‌رسد ترکیبی از عوامل ژنتیکی، ایمونولوژیکی و احتمالاً محیطی مثل ویروس‌ها منجر به تخریب سلولهای بتا می‌شود. در دیابت نوع دو مقاومت نسبت به انسولین و اختلال در ترشح آن دو مشکل عمده در این

بود که بخش اول آن در مورد مشخصات فردی شرکت کنندگان در پژوهش با ۲۱ بیانیه بود و بخش دوم شامل مشخصات خانوادگی با ۷ بیانیه بود. جهت دستیابی به اهداف پژوهش ابتدا پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط محققین کدگذاری شده و سپس اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که بیشترین میانگین سنی در همدان ۱۵/۱۳ و در سنترج ۱۴/۷ بود. اکثریت مدت زمان مبتلا به دیابت در همدان بود. اکثریت مدت زمان مبتلا به دیابت در همدان ۶۲/۰٪ و در سنترج ۴۷/۳۲٪ بود. بیشترین میزان قند خون در همدان ۱۱/۱۷ و در سنترج ۱۳/۱۸ بود (جدول ۱). همچنین نتایج نشان داد که ۷/۶۶٪ مبتلایان در همدان مذکور و ۹/۵۲ در سنترج مؤنث بودند. اکثر مبتلایان همدانی سابقه بیماری آبله مرغان را ذکر کردند و مبتلایان سنترجی سابقه بیماری اوریون را ذکر کردند. بیشتر مبتلایان سابقه بستری در رابطه با بیماری را داشتند. بیشترین نوع انسولین مصرفی در هر دو گروه به صورت NPH یا کریستال بود. عوارض مرتبط با دیابت در مبتلایان دیابتی به صورت کاهش و افزایش قند خون و در مبتلایان سنترجی بصورت افزایش قند خون بود. عوارض تزریق انسولین در مبتلایان همدان به صورت لیپو دیستروفی و در مبتلایان سنترج به صورت لیپو دیستروفی و هیبر تروفی بوده است. بیشترین میزان آگاهی را مبتلایان همدان از طریق

۴۷/۸ در گروه سنی ۹-۱۲ قرار داشتند. بیشتر این کودکان ۲/۶۰٪ قند خون ۲۰۰-۲۵۰ را در زمان تشخیص داشتند (۳). دومین مطالعه بررسی تحت عنوان ارتباط بین وضعیت اقتصادی، اجتماعی کودکان دیابتی و شیوع بیماری و نیز استفاده از خدمات مراقبتی دیابت که در سال ۲۰۰۶ توسط درین ام رابی، آلون ال ادوارد وز در کانادا انجام شد. نمونه‌های این مطالعه ۴۲۴۷ نفر بودند و اطلاعات لازم از ماه می سال ۲۰۰۰ تا ژانویه ۲۰۰۴ تکمیل شد. یافته هل نشان داد که ۷۵٪ از کودکان ۵-۱۴ ساله دیابت نوع اول و نیز درامد خانواده‌هایشان ناکافی بود. نتایج این مطالعه همچنین حاکی از وجود یک ارتباط معنادار بین شیوع بیماری دیابت در کودکان و میزان جمعیتی از کودکانی که به مراکز آموزش در کانادا مراجعه می‌کردند (P=0.02) (۴).

روش پژوهی

جامعه مورد مطالعه در این تحقیق عبارت بودند از تمامی کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سالی که به مراکز مشاوره دیابت همدان و مراکز مشاوره دیابت بیمارستان توحید سنترج و کلینیک خصوصی دیابت شهر سنترج مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش در این مطالعه شامل ۷۱ نفر (۳۷ نفر همدان و ۳۴ نفر سنترج) بودند که در ماههای بهمن و اسفند ۸۵ و فروردین ۸۶ به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند که به روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل یک پرسشنامه دو قسمتی

برادران با درصد های ۵۱/۷ و ۴۰ بیشترین نسبت خانوادگی را داشتند (جدول ۳). نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه مورد بررسی فقط در موارد مدت زمان ابتلا به دیابت با ($P<0/001$) و عوارض مرتبط با دیابت با ($P<0/05$) تفاوت معنادار وجود داشت (جدول ۵ و ۶). نتایج کلی به صورت زیر می‌باشد:

پژوهشک و در سنندج از طریق پرسنل شاغل در مراکز مشاوره بدست آورده‌اند (جدول ۲). یکی دیگر از نتایج حاکی از آن بود که در همدان ۶۰٪ پدران و ۴۱/۲٪ و مادران در سنندج ۷۶/۵٪ پدران و ۴۷/۲٪ مادران باسواد بودند. نتایج بیانگر آن بود که بیشتر مبتلایان از خانواده‌های ۵-۶ نفره و در سنندج از خانواده‌های ۵ نفره بودند. همچنین نتایج سابقه بیماری دیابت را در هر دو گروه نشان داد که

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار برخی مشخصات کمی فردی کودکان و نوجوانان

متغیر به دیابت شهرهای همدان و سنندج

سنندج	همدان			مشخصات فردی کمی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۲/۶۷	۱۴/۷	۲/۴۲	۱۵/۱۳	سن
۳۱/۷۲	۳۲/۴۷	۴۱/۸	۶۲/۰۲	مدت زمان ابتلا به دیابت (ماه)
۴۲/۷۹	۷۰	۳۹/۲۴	۶۹/۷۷	مدت زمان انجام ورزش (دقیقه)
۱۱۷/۱۵	۱۸۶/۳۳	۹۶/۴۲	۱۷۷/۱۱	میزان قند خون (میلی گرم / CC ۱۰۰)

جدول ۲-۱: توزیع فراوانی و درصدی برخی مشخصات کیفی فردی کودکان

سنندج	همدان			مشخصات فردی کیفی
	درصد	تعداد	درصد	
۱۴/۷	۵	۴۶/۲	۶	آبله مرغان
	۳		۲	اوربیون
۲۵	.	۱۵/۴	۱	سرخک
.	۷/۷			آبله مرغان+اوربیون
۱۹/۷	۲	۷/۷	۱	آبله مرغان+سرخچه
.	.	۷/۷	۱	آبله مرغان+اوربیون+سرخچه
۸/۳	۱	.	.	آبله مرغان+اوربیون+سرخک
۸/۳	۱	.	.	آبله مرغان+اوربیون+سرخچه+سرخک
.	.	۱۵/۴	۲	سابقة بیماری

جدول ۲-۲:

سابقه ستری	دارد ندارد	۳۳	۸۶/۸	۲۷	۷۹/۴
عوارض مرتبط با دیابت	کاهش قند خون	۸	۳۲	۷	۲۰/۶
کاهش و افزایش قند خون	افزایش قند خون	۴	۱۳/۲	۷	۱۶/۷
نوع انسولین	NPH کریستال کریستال و NPH	۳	۸/۱	۷	۲۱/۲
		۲	۵/۴	۰	۰
		۱	۲/۷	۰	۰

جدول ۲-۳:

عوارض ناشی از تزریق	هیپر تروفی	۳۵/۱	۱۳	۱۷	۵۰
لیپیدیستروفی		۲۲		۱۷	۵۰
هیپر تروفی و لیپیدیستروفی		۲		۰	۰
کسب اطلاعات دیابت	بلی	۳۰		۸۱/۱	۷۵/۸
خیر		۷		۱۸/۹	۲۴/۲
منبع کسب اطلاعات	پژوهشک	۵		۱۷/۲	۳۲
والدین		۲		۶/۹	۸
رادیو و تلویزیون		۵		۱۷/۲	۴
پرسنل شاغل در مراکز مشاوره		۸		۲۷/۶	۱۶
منابع دیگر		۴		۱۳/۸	۱۲
پژوهشک و تلویزیون		۱		۳/۴	۱

جدول ۳: توزیع فراوانی برخی مشخصات کیفی خانوادگی کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت شهرهای همدان و سنترج

سنندج		همدان		مشخصات کمی	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	پدر	سن والدین
۷/۰۱	۴۴/۹۱	۹/۲۳	۴۹/۹۷	پدر	سن والدین
۷/۱۴	۳۹/۰۲	۶/۹۵	۴۳/۱۶	مادر	
۷۶/۰	۲۶	۶۰	۲۱	با سواد	تحصیلات پدر
۲۳/۰	۸	۴۰	۱۴	بی سواد	
۴۷/۲	۱۷	۵۲/۸	۱۹	با سواد	تحصیلات مادر
۵۸/۸	۲۰	۴۱/۲	۱۴	بی سواد	
۳	۱	۲۲/۹	۸	بیکار	شغل پدر
۹۷	۳۲	۷۷/۱	۲۷	شاغل	
۸۴/۸	۲۸	۸۸/۹	۳۲	خانه دار	شغل مادر
۱۵/۲	۵	۱۱/۱	۴	شاغل	
۱۴/۷	۵	۵/۴	۲	۳	
۳۲/۵	۸	۲۱/۶	۸	۴	
۲۶/۰	۹	۲۴/۳	۹	۵	
۲۳/۵	۸	۲۴/۳	۹	۶	تعداد افراد خانواده
۸/۸	۳	۸/۱	۳	۷	
۰	۰	۱۳/۵	۵	۸	
۲/۷	۱	۲/۷	۱	۹	
۳۲/۴	۱۱	۴۰/۵	۱۵	بُلی	سابقه بیماری دیابت در خانواده
۶۷/۶	۲۳	۵۹/۸	۲۲	خیر	
۳۰	۳	۰	۰	پدر	نسبت با کوکدک
۱۰	۱	۱۴/۳	۲	مادر	
۱۰	۱	۷/۱	۱	خواهر	
۴۱	۴	۵۷/۱	۸	برادر	
۱۰	۱	۱۴/۳	۲	خواهر و برادر	
۰	۰	۷/۱	۱	پدر و مادر و برادر	

جدول ۴: مقایسه مشخصات فردی کودکان و نوجوانان دیابتی مراجعه کننده به مراکز دیابت همدان و سنج

مشخصات فردی کودکان همدان و سنج	
نتیجه آزمون	سن
NS	مدت زمان ابتلا به دیابت (ماه)
P < 0/001	میزان قند خون
NS	جنس
NS	سابقه‌ی بیماری
NS	سابقه‌ی بستری
P < 0/05 *	عوارض مرتبط با دیابت
NS	نوع انسولین
NS	عامل تزریق انسولین
NS	عوارض ناشی از تزریق
NS	کسب اطلاعات در مورد دیابت
NS	منبع کسب اطلاعات

* اختلاف معنی‌دار است.

جدول ۵: مقایسه مشخصات خانوادگی کودکان و نوجوانان مراجعه کننده به مراکز دیابت همدان و سنج

مشخصات خانوادگی کودکان دیابتی همدان- سنج	
نتایج آزمون	
NS	سن والدین
NS	تحصیلات پدر
NS	تحصیلات مادر
NS	شغل پدر
NS	شغل مادر
NS	تعداد افراد خانواده
NS	سابقه‌ی بیماری دیابت در خانواده
NS	نسبت با کودک

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین سنی کودکان و نوجوانان همدانی و سنجی به ترتیب ۱۵/۳ و ۱۴/۷ سال داشتند که با مطالعه ادراکی (۱۳۸۱) در شیراز کودکان مورد پژوهش وی ۹-۱۲ سال سن داشتند مغایرت داشت. در این مطالعه مشخص شد که از مدت زمان ابتلا کودکان همدان و سنج بیش از ۵ سال و نیز بیش از ۲ سال سابقه بستری در بیمارستان را به علت عوارض

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری معاونت محترم پژوهشی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، استاد ارجمند خانم پنجوینی و خانواده‌های محترم کودکان و نوجوانان دیابتی و کلیه عزیزانی که ما را در این پژوهش یاری کردند نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

زودرس دیابت چون هیپوگلیسمی و هیبرگلیسمی داشتند. اکثریت کودکان همدانی و سنتوجی (۷۵/۸٪ و ۸۹/۲٪) انسولین NPH و کربستال مصرف کردند. بیشتر کودکان اطلاعاتی را در مورد دیابت از طریق پرستاران و پزشکان کسب کرده بودند. در نهایت این کودکان فقط از نظر مدت زمان ابتلاء به دیابت و عوارض مرتبط با آن تفاوت معناداری داشتند.

منابع:

۱. سلامتی پیمان، از قند چه می‌دانید؟ تهران انتشارات طیب ۱۳۷۵
۲. ویلی و ونگ، پرستاری کودکان، ترجمه سونیا آرزو مانیانس - تهران انتشارات بشری چاپ دوم، ۱۳۸۴
۳. ادراکی میترا، بررسی مشخصات کودکان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به کلینیک مشاوره دیابت شیراز در سال ۷۷-۸۱ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید بهشتی شماره ۳، ویژه نامه پاییز ۱۳۸۱
4. Swenson LW Southern DS E dwards AL et AL. A ssociation of socio economic of status with diabetes prevalence and utilization of diabetes care services. BMC Health Services Research 2006.