

## بررسی کیفیت زندگی بیماران دارای استومی بستری در بیمارستانهای آموزشی شهر سنندج

نسرین سرابی

مربی، عضو هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد سنندج

افلاک / سال چهارم / شماره ۱۰ و ۱۱ / بهار و تابستان ۱۳۸۷

### چکیده

**مقدمه و هدف:** عمل جراحی استومی، گاه در جهت بقای بیمار و گاه به منظور بهبود کیفیت زندگی او صورت می‌گیرد. در هر دو حالت بیمار با فشار روحی عظیمی مواجه می‌گردد. این مطالعه به منظور تعیین کیفیت زندگی بیماران دارای استومی انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** در این پژوهش توصیفی - مقطعی، ۳۰۰ بیمار دارای استومی به روش نمونه‌گیری آسان از بیمارستانهای آموزشی شهر سنندج انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دارای استومی (SQLI) پاتریک، آلکسیا و برنارد در ۷ بعد نگرانی جنسی، تغذیه، سلامت روانی، جسمی و اجتماعی، تصویر بدنی و درد بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از جدول توزیع فراوانی، محاسبه شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک طرفه انجام شد.

**یافته‌ها:** نمره میانگین کیفیت زندگی بیماران در این مطالعه در حد نسبتاً مطلوب (۱۵/۴۳) بود. کمترین میانگین نمره کیفیت زندگی به ابعاد سلامت جسمی و نگرانی جنسی (۸/۶۷ و ۵/۶۷) و بیشترین نمره میانگین کیفیت زندگی به ابعاد تصویر بدنی و درد (۲۵ و ۲۰) اختصاص داشت. ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی با سن ( $p < 0/005$ )، تحصیلات ( $p < 0/01$ )، نوع درمان پس از جراحی ( $p < 0/04$ ) و نوع استومی ( $p < 0/01$ ) وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** در این پژوهش بین کیفیت زندگی بیماران با سن، تحصیلات، نوع درمان پس از استومی و نوع استومی ارتباط وجود داشت. پرستاران برای ارزیابی کیفیت زندگی باید مشخصات فردی را به صورت منحصر به فرد در نظر بگیرند و نیز با شناسایی گروه‌های پرخطر از نظر کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمی و نگرانی جنسی از انزوای این گروه از بیماران در جامعه جلوگیری کنند.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، استومی

## مقدمه

کیفیت زندگی از نظر لغوی به معنای چگونگی زندگی است و در برگیرنده تفاوت‌های انحصاری فرد است که از دیگران متفاوت می‌باشد (۱). کینگ و هیندس<sup>۱</sup> کیفیت زندگی را احساس خوب بودن فرد ناشی از رضایت یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای فرد مهم می‌باشند، تعریف می‌کنند (۲) که این جنبه‌های مختلف زندگی شامل حداقل بعد جسمی، اجتماعی، روانی، هیجانی و معنوی می‌باشند (۳). در طول بیست سال اخیر، علاقه مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به مشکلات مزمن، افزایش چشمگیری یافته و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی این بیماران به صورت یک هدف درآمده است (۴). یکی از این مشکلات مزمن استومی است. هرروزه تعداد زیادی از بیماران در معرض تصمیم‌گیری مهمی جهت از دست دادن مسیر عادی دفع مدفوع و عمل جراحی استومی به صورت موقت یا دائم قرار می‌گیرند. در انگلستان حدود ۱۰۰ هزار نفر دارای استومی می‌باشند که از علل ایجاد آن آدنوکارسینوما روده و بیماری‌های التهابی روده است و هرساله ۱۳ هزار نفر به این آمار اضافه می‌شود. در ایالات متحده حدود ۱/۵ میلیون نفر تا سال ۲۰۰۷ تحت عمل جراحی استومی قرار گرفته‌اند که هر سال ۱۰۰ هزار مورد جدید به آنها افزوده می‌شود و از این تعداد ۵۳٪ کولستومی و ۳۵٪ ایلئوستومی و ۱۲٪ یوروستومی می‌باشند (۵). در ایران نیز همچون سایر کشورهای جهان سالانه افراد زیادی به دلایل مختلف تحت جراحی استومی قرار می‌گیرند. با توجه به آمار انجمن استومی حدود ۳۰ هزار بیمار استومی در ایران وجود دارد (۶). عمل جراحی استومی، گاه در جهت بقای بیمار و گاه به منظور بهبود کیفیت زندگی صورت می‌گیرد. در هر دو حالت بیمار با فشار روحی عظیمی مواجه می‌گردد. از بین رفتن کنترل دفع مدفوع و ادرار، از بین رفتن فرم عادی بدن، نداشتن اعتماد به نفس لازم جهت

حضور در اجتماع، مشکلات خانوادگی و شغلی، هزینه‌های گزاف وسایل مورد نیاز، مشکلات روانی ناشی از اصل بیماری و قبول استومی در ایجاد این بحران روانی مؤثرند (۷). کیفیت زندگی یک بعد مهم در بیماران دارای استومی است. این گروه تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند که می‌تواند تغییرات دائمی روی کیفیت زندگی آنها داشته باشد. بیشتر این بیماران سرطان کولورکتال دارند، بنابراین باید علاوه بر سازگاری با سرطان با تاثیرات جراحی وسیع نیز روبه‌رو شوند (۸). از آن‌جا که از دست دادن قسمتی از بدن و یک تغییر عمده در آناتومی و عملکرد بدن اتفاق می‌افتد، این بیماران در ابعاد کیفیت زندگی مشکلات مختلفی را تجربه خواهند کرد (۹). در جامعه ما به مفهوم کیفیت زندگی بیماران دارای استومی توجه نشده و پژوهشی نیز انجام نگرفته است، بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران دارای استومی مراجعه‌کننده به بیمارستانهای آموزشی شهر سنندج در سال ۱۳۸۷ انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع توصیفی و مقطعی بود. جامعه پژوهش را کلیه بیماران دارای استومی گوارشی و ادراری که تحت درمان رادیو تراپی، شیمی‌درمانی یا هر دو بوده و در بیمارستانهای آموزشی شهر سنندج در سال ۱۳۸۷ بستری بودند، تشکیل دادند. حجم نمونه با توجه به اهداف، نوع پژوهش، مطالعه سایر مقالات و استفاده از فرمول حجم نمونه ۳۰۰ نفر محاسبه شد. ویژگی‌های واحدهای مورد پژوهش عبارت بودند از:

داشتن حداقل ۱۵ و حداکثر ۸۷ سال سن، داشتن توان پاسخگویی یا کامل کردن ابزار (سلامت گویایی، بینایی و شنوایی)،

گویه)، تصویر بدنی (۶ گویه)، درد (۵ گویه)، و سلامت اجتماعی (۶ گویه) است.

در تجزیه و تحلیل نهایی طیف نمرات برای نمره کلی کیفیت زندگی بین ۰ تا ۳۰ بود که به سه گروه نامطلوب (نمره کمتر و مساوی ۹)، نسبتاً مطلوب (۱۹-۱۰) و مطلوب (نمره بیشتر و مساوی ۲۰) تقسیم بندی شدند.

روایی ابزار با استفاده از اعتبار محتوا بررسی شد به این ترتیب که پس از ترجمه پرسشنامه از زبان انگلیسی به فارسی و برگرداندن مجدد آن به انگلیسی و بر طرف نمودن هر نوع اشکال در ترجمه، ده نفر از متخصصین دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد سنندج، ابزار را بررسی و تایید کردند. اعتماد علمی پرسشنامه کیفیت زندگی پاتریک، آلکسیا و برنارد با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ( $\alpha = 0.76$ ) بر روی ۳۰ نفر که خصوصیات واحدهای مورد پژوهش را دارا بودند، بدست آمد. لازم به ذکر است که این ۳۰ نفر از نمونه پژوهش حذف شدند و اطلاعات کسب شده از آنها مورد استفاده قرار نگرفت.

جهت توصیف داده ها از جداول توزیع فراوانی و محاسبه شاخص های آماری میانگین و انحراف معیار و از ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک طرفه برای بررسی ارتباط بین نمره کلی کیفیت زندگی و متغیرهای فردی استفاده شد.

### یافته ها

ویژگی های فردی واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. میانگین و انحراف معیار و کیفیت زندگی در بیماران نشان می دهد بعد سلامت جسمی ( $2/3 \pm 1/67$ ) و نگرانی جنسی ( $1 \pm 5/67$ ) حداقل نمره میانگین و ابعاد درد ( $2 \pm 6/2$ ) و تصویر بدنی ( $25 \pm 1/32$ ) بیشترین نمره میانگین را به خود اختصاص دادند (جدول شماره ۲). بررسی ارتباط بین

عدم مشکلات شناخته شده از جمله افسردگی و عدم مصرف داروهای روان درمانی.

نمونه گیری به روش در دسترس انجام شد. پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم به مراکز مورد نظر مراجعه نمود، پس از معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش، هدف از تحقیق را بیان کرده و رضایت آنها را جهت شرکت در تحقیق با امضاء فرم رضایت نامه کتبی اخذ نمود. به منظور رعایت اصول اخلاقی علاوه بر موارد مذکور، به مسئولین بیمارستانهای توحید، قدس و بعثت اطمینان داده شد که در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیارشان قرار داده خواهد شد. پرسشنامه در محیط مناسب (در حد فواصل استراحت بیماران و در حالی که اقدام درمانی خاصی برای بیماران انجام نمی شد) به آنها ارائه می شد تا آن را تکمیل نمایند. سپس در مورد تکمیل پرسشنامه توضیحات کافی به واحدهای مورد پژوهش داده شد و به آنها اطمینان داده شد که پاسخ ها محرمانه بوده و تنها جهت بررسی های آماری از آن استفاده خواهد شد نیازی به ذکر نام در پرسشنامه نیست. پژوهشگر در زمان تکمیل پرسشنامه به منظور پاسخگویی یکسان و یکنواخت به سوالات احتمالی نمونه ها در کنار آنها حضور داشت. از آنجائی که بیشتر نمونه ها بی سواد یا تحصیلات پایین داشتند پژوهشگر شخصاً سوالات را برای آنها قرائت کرده و بدون هیچ گونه دخل و تصرفی عین پاسخ ها را ثبت کرد. به طور متوسط هر یک از بیماران حدود ۱۵ الی ۲۰ دقیقه زمان صرف پاسخگویی به سوالات نمودند. روش گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه بود. این پرسشنامه در دو بخش تنظیم گردید: بخش اول شامل سوالاتی درباره مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش بود که سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، نوع استومی، نوع بیماری زمینه ای و نوع درمان پس از استومی را بررسی می کرد.

بخش دوم پرسشنامه مربوط به کیفیت زندگی بیماران دارای استومی<sup>۱</sup> (SQLI) پاتریک، آلکسیا و برنارد<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) بود که دارای ۳۴ گویه در ۷ بعد شامل: نگرانی جنسی (۵ گویه)، تغذیه (۴ گویه)، سلامت روانی (۴ گویه)، سلامت جسمی (۴

1. Ostoma Quality of Life Index  
2. Patrick, Alex & Bernard

جدول شماره ۱: مشخصات فردی بیماران دارای استومی، سال ۱۳۸۷

متغیرها	(درصد) تعداد
سن (سال)	
≤ ۴۵	۴۸(۱۶)
۴۵-۶۴	۱۵۷(۵۲/۳۳)
≥ ۶۵	۹۵(۳۱/۶۷)
جنس	
مرد	۱۵۶(۵۱/۶۶)
زن	۱۴۶(۴۸/۳۴)
وضعیت تاهل	
مجرد	۳۰(۱۰)
متاهل	۱۴۱(۴۷)
همسر مرده	۹۲(۳۰/۶۷)
مطلقه	۳۷(۱۲/۳۳)
تحصیلات	
بیسواد	۱۳۸(۴۶)
زیر دیپلم	۱۰۷(۳۵/۶۷)
دیپلم	۵۵(۱۸/۳۳)
بیماری زمینه ای	
بدخیمی	۱۸۶(۶۱/۳۳)
خوش خیمی	۱۱۶(۳۸/۶۷)
نوع درمان پس از استومی	
شیمی درمانی	۱۴۰(۴۶/۶۷)
رادیوتراپی	۱۰۷(۳۵/۶۶)
شیمی درمانی- رادیوتراپی	۵۳(۱۷/۶۷)
نوع استومی	
کولستومی	۱۲۹(۴۳)
ایلئوستومی	۷۸(۲۶)
یوروستومی	۹۳(۳۱)

مشخصات فردی با نمره کلی کیفیت زندگی نشان داد که بین سن، تحصیلات و نوع درمان پس از استومی و نوع استومی تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. به نحوی که بیشترین درصد کیفیت زندگی مطلوب (۰/۷۰) در دامنه سنی زیر ۴۵ سال و بیشترین درصد کیفیت زندگی نامطلوب (۰/۳۳/۳) در دامنه سنی بالای ۶۵ سال بدست آمد. آنالیز

واریانس یک طرفه تفاوت آماری معنی دار ( $p < ۰/۰۰۵$ )،  $F= ۴/۶۳$  را نشان داد. از طرف دیگر بیشترین درصد کیفیت زندگی مطلوب (۰/۶۶) در تحصیلات دیپلم و بیشترین درصد کیفیت زندگی نامطلوب (۰/۳۰) در افراد بی سواد وجود داشت. در بررسی تفاوت آماری از آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد که نشانگر تفاوت آماری معنی دار بود ( $p < ۰/۰۱$ ،  $F= ۳/۴۳$ ) در مورد نوع درمان پس از استومی بیشترین کیفیت زندگی مطلوب (۰/۸۵) در روش درمانی رادیوتراپی تنها و بیشترین کیفیت زندگی نامطلوب (۰/۳۰/۰۶) در روش درمانی شیمی درمانی همراه با رادیوتراپی ( $p < ۰/۰۴$ ،  $F= ۲/۵۹$ ) دیده شد. گروه دارای یوروستومی بیشترین کیفیت زندگی مطلوب (۰/۴۰) و افراد دارای ایلئوستومی بیشترین کیفیت زندگی نامطلوب (۰/۵۰)، با تفاوت آماری معنی دار آزمون آنالیز واریانس یک طرفه ( $p < ۰/۰۱$ ،  $F= ۳/۶۳$ ) را نشان دادند. ضریب همبستگی اسپیرمن بین مشخصات فردی و نمره کل کیفیت زندگی نشانگر ارتباط معنی دار بین تحصیلات ( $p < ۰/۰۰۲$ ،  $r= ۰/۳۳$ ) نوع درمان پس از استومی (۰/۰۱) و نوع استومی ( $p < ۰/۰۱$ ،  $r= ۰/۴۳$ ) و نوع استومی ( $p < ۰/۰۱$ ،  $r= ۰/۳۳$ ) است. جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی و کیفیت زندگی کل در بیماران دارای استومی، سال ۱۳۸۷

کیفیت زندگی	انحراف معیار ± میانگین
کیفیت زندگی کل	۱۵/۴۳ ± ۴/۳۲
تصویر بدنی	۲۵ ± ۸/۳۲
درد	۲۰ ± ۶/۲
سلامت اجتماعی	۱۸ ± ۷/۶۱
سلامت روانی	۱۶ ± ۴/۴۲
تغذیه	۱۴/۶۷ ± ۴/۳۲
سلامت جسمی	۸/۶۷ ± ۲/۳
نگرانی جنسی	۵/۶۷ ± ۱

## بحث

نمره کلی میانگین کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه در حد نسبتاً مطلوب بود. بعد سلامت جسمی و نگرانی جنسی حداقل نمره میانگین و ابعاد درد و تصویر بدنی بیشترین نمره میانگین را نشان دادند.

عوامل مرتبط با کیفیت زندگی پایین، عبارت از گروه سنی بالاتر، پایین بودن سطح تحصیلات، نوع درمان پس از استومی (شیمی درمانی همراه رادیوتراپی و نوع استومی (ایلئوستومی) بودند.

اسکافر<sup>۱</sup> در توجیه نمره میانگین کیفیت زندگی بیان می کند که واقعه تنش زا به یک اندازه افراد را تحت تاثیر قرار نمی دهد و این اثرات، به ویژگیهای شخصیتی و ارزیابی فرد از عوامل تنش زا بستگی دارد. عواملی مثل مراحل تکاملی، سن، عملکرد روانی قبلی بیماران به هنگام سازگاری اجتماعی با مشکلات، نگرش های فرهنگی و مذهبی، حمایت اجتماعی، شخصیت و اعتماد به نفس بیمار بر پاسخ شناختی وی نسبت به سرطان تاثیر می گذارد. افرادی که از عوامل تسهیل کننده بیشتری برخوردارند، بسیار سریع تر با بیماری سازگار می شوند و بیماری کمتر بر کیفیت زندگی آنها تاثیر می گذارد (۱۰).

از آنجا که عوارض پوستی، زخم و عفونت، بوی مدفوع، نفخ شکم و تولید گازهای بد بو، تغییرات اجابت مزاج، لباس پوشیدن، مسافرت، کار، ورزش و فعالیت فیزیکی و... از جمله مشکلات متعددی هستند که برای این بیماران به وجود می آیند (۷)، پایین بودن میانگین امتیازات سلامت جسمی قابل توجیه است.

فاکتورهای چندی در اختلال عملکرد جنسی این بیماران مهم هستند. مشکلات جسمی مرتبط با نشت، بو، دفع گاز و کیسه پر از مدفوع، عدم رضایت مندی از ظاهر فردی، صدمات عصبی مربوط به جراحی که روی عملکرد و رضایت جنسی مرد و زن تاثیر می گذارد. کروس<sup>۲</sup> و همکاران نشان دادند که ۳ تا ۳۹

درصد افرادی که به خاطر سرطان رکتال جراحی می شوند برگشت انزال داشته و ناتوانی جنسی در ۱۵ تا ۱۰۰ درصد افراد وجود دارد (۱۱).

کلی<sup>۳</sup> اعلام کرد که ارائه اطلاعات شفاهی و نوشتاری چه قبل و چه بعد از جراحی که چگونگی زندگی با استومی را شرح دهد، بر روی مدیریت عوارض استومی از جمله درد تاثیر گذار است (۱۲). واتسون<sup>۴</sup> این رفتار را در هفتمین عامل مراقبتی خود به نام «ارتقاء یاددهی- یادگیری بین فردی»، توضیح داده و آنرا مفهومی مهم برای پرستاری دانسته و معتقد است که این عامل مراقبت را از درمان جدا می کند و به مددجو امکان می دهد که مطلع شده و بنابراین مسئولیت رفاه و سلامتی خود را به عهده گیرد. کارکنان پرستاری می توانند این فرایند را با استفاده از تکنیک های یاددهی- یادگیری تسهیل نموده، نیازهای فردی را مشخص کرده و فرصت هایی را برای رشد فردی بیماران فراهم کنند (۱۳).

از آنجا که دهانه استومی در سطح شکم است، بیمار فکر می کند همه می دانند او دارای استومی روده ای است و در مقایسه با سایر روش های جراحی شکم که بهبود می یابند و درمان می شوند، امکان دارد استومی را نوعی نقص عضو تلقی کند. نگرانی ها درباره شکل بدن ممکن است به روابط خانوادگی، فعالیت جنسی و توانایی برای حامله شدن و زایمان طبیعی ارتباط پیدا کند. تمام این بیماران باید متوجه شوند افرادی هستند که آنها را درک می کنند و مراقب آنها هستند (۱۴). موسسات مراقبت از استومی می توانند از بیمار حمایت کرده و در احساسات او شریک شوند. بیشتر بیماران به داشتن گروه حمایت از بیماران دارای استومی جهت صحبت با سایر بیماران استومی در مورد روش های لباس پوشیدن، مراقبت از محل استومی و... نیاز دارند (۱۱).

1. Schaffer
2. Krouse
3. Kelly
4. Watson

نسبت به دوران اولیه بعد از تشخیص بهتر سازگار می شوند (۱۷). عوامل تنش زای مزمن باعث می شود، شخص از نظر جسمی و روحی دچار ضعف شود، هر چه این زمان طولانی تر باشد سازگاری ضعیف تر خواهد شد (۱۸). مراقبت پرستاری کمک به بیمار در جهت حفظ یا ارتقاء کیفیت زندگی اوست. پرستاران می توانند موجب تغییرات لازم در بیمار در جهت سازگاری او با بیماری شوند از سوی دیگر کیفیت زندگی تحت تأثیر عواملی است که پرستاران با مداخلات خود می توانند آنها را تغییر دهند.

ابعاد سلامت جسمی و نگرانی جنسی کمترین میانگین نمره کیفیت زندگی را به خود اختصاص دادند، پرستاران می توانند با شناسایی گروه های پر خطر از نظر کیفیت زندگی از انزوای این گروه از بیماران در جامعه جلوگیری کنند.

تحقیقات نشان داده است که پرستاران می توانند از طریق روش های قابل دسترسی، با انتخاب یک روش درمانی، در راستای ایجاد گروه های حمایتی برای سازگاری بهتر و افزایش مشارکت بیمار در تصمیم گیری سبب ارتقاء کیفیت زندگی مددجویان شوند. دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی راه گشای درمان های مؤثر و پیشرفت های آینده در این زمینه و ارتقاء مراقبت های حمایتی و اقدامات توانبخشی بیماران خواهد بود. از طرفی احداث انجمن بیماران دارای استومی در شهرستان ها جهت ارائه خدمات به این افراد و فراهم کردن پزشکان متخصص، آزمایشگاه و سایر خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی مجهز می تواند گامی در جهت بهبود کیفیت زندگی این بیماران باشد.

از جمله محدودیت های مطالعه این که، مطالعه فقط در بیمارستان های شهر سنج انجام شد و نتایج قابل تعمیم به سایر بیمارستانها نمی باشد. دقت و صداقت واحدهای مورد پژوهش در پاسخگویی به سوالات می توانست بر نتیجه پژوهش اثرگذار باشد که این امر از اختیار پژوهشگر خارج بوده است. از نقاط قوت مطالعه می توان به استفاده از پرسشنامه اختصاصی جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران دارای استومی و استفاده از سه

کیفیت زندگی گروه های سنی کمتر از ۴۵ سال در مقایسه با گروه های سنی بالاتر بهتر بود. که احتمالاً بدلیل توانایی سازگاری بهتر و توانایی های جسمی بیشتر در این گروه سنی قابل توجه باشد (۱۵). پاتریک، آکسیا و برنارد (۲۰۰۳) اعلام کردند افراد مسن با تغییر در عملکرد جسمی و درک حسی رو به رو هستند، به علاوه ناتوانی های جسمی یا وجود بیماری ها در آنها، باعث محدودیت در توان یادگیری و خود مراقبتی شده که خود باعث افت کیفیت زندگی در این گروه می گردد (۸).

در این تحقیق سطح کیفیت زندگی، با افزایش سطح تحصیلات بهبود یافت. اسکافی نیز ارتباط بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات را مثبت و مستقیم گزارش کرد (۱۶).

ارتباط قوی بین جراحی استومی و انجام چندین روش درمانی به طور همزمان وجود دارد، به طوری که درمان های هم زمان، نقص بیشتری در عملکرد و سلامتی به جا گذاشته و کیفیت زندگی را به شدت کاهش می دهند (۱۷)، با توجه به این که در این مطالعه بدخیمی بیماری زمینه ای عمده منجر به ایجاد استومی در هردو جنس بدخیم بود و با توجه به دریافت درمان های شیمی درمانی و رادیوتراپی می توان گفت خود بیماری زمینه ای به همراه درمان های کمکی باعث شده که تاثیر این عوامل بر کیفیت زندگی قابل توجه باشد.

ایلئوستومی بالاترین سطح کیفیت زندگی نامطلوب را در مقایسه با یوروستومی نشان داد. در ایلئوستومی برون ده بالای ۱۰۰۰ سی سی در طول ۲۴ ساعت را داریم، لذا وجود مشکلاتی چون: مدفوع آبکی، نیاز به تخلیه کیسه بیش از ۸ تا ۱۰ بار در طول روز، امکان افزایش تشنگی، خشکی دهان و پوست، علائم ناشی از کاهش سدیم و پتاسیم مثل کاهش اشتها، کرامپ شکمی، خستگی و ضعف عضلانی در پایین بودن سطح کیفیت زندگی تاثیر گذار هستند (۷).

مطالعات نشان داده اند بیماران باگذشت زمان عملکرد بهتری دارند، مشکلات کمتری در مورد خواب، اداره منزل، تعاملات اجتماعی و جا به جایی ها داشته و با موقعیتهای جدیدشان

دسته بیماران دارای استومی ( کولستومی، ایلئوستومی و یوروستومی) اشاره کرد.

از آنجا که در این مطالعه ویژگی های شخصیتی بیماران مثل اعتماد به نفس، درون گرایی یا برون گرایی افراد به عنوان عوامل مداخله گر روی کیفیت زندگی در نظر گرفته نشد پیشنهاد می شود پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط خصوصیات شخصیتی افراد دارای استومی با کیفیت زندگی آنان انجام شود. با توجه به ارتباط برخی از عوامل مداخله گر (متغیرهای فردی) با کیفیت زندگی، پیشنهاد می شود، پژوهشی با همین عنوان برای نمونه ای با تعداد بیشتری از بیماران انجام شود. چون عوامل بسیار متنوعی می توانند بر کیفیت زندگی بیماران دارای استومی تاثیر گذار باشند، پیشنهاد می شود تحقیقات کیفی از نوع گراند تئوری در رابطه با ماهیت کیفیت زندگی بیماران در این گروه انجام گیرد.

### نتیجه گیری

با توجه به اینکه در این پژوهش بین کیفیت زندگی بیماران با سن، تحصیلات، نوع درمان پس از استومی و نوع استومی ارتباط وجود داشت و از آن جا که پرستاران با گروه های مختلف بیماران دارای استومی در جایگاههای مختلف در ارتباط هستند، لازم است بدانند که کیفیت زندگی بیماران تحت تاثیر مشخصات فردی است و برای ارزیابی کیفیت زندگی باید مشخصات فردی و ویژگی های شخصیتی هر بیمار را (به عنوان عوامل مداخله گر) بصورت منحصر به فرد در نظر بگیرند و بطور مداوم نیازهای حمایتی بیماران را ارزیابی و در جهت رفع آن گام بردارند.

### تقدیر و تشکر

پژوهشگر به این وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مسئولین بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سنج و بیماران شرکت کننده در پژوهش ابراز می نماید.

## منابع

1. Khaledini Z. Quality of life in menopausal women. The thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing. Tehran University 2002;
2. King Cynthia R Hinds, Pamela S. Quality of life from Nursing and patient perspectives. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers 1998; 23-25.
3. Gonsalves M, Paiva T, Ramos Christian Guilleminault E. Obstructive sleep apnea syndrome, sleepiness and quality of Life Chest 2004; 125 (6): 2091-2096.
4. Krol B, Sanderman R, Suurmeijer TP. Social support, rheumatoid arthritis and quality of Life: Concepts, measurement and research. Patient Educ Couns 2003; 20: 101-112.
5. Dabiryan A, Charosaei F, Alavi Majd H, Mohamad Zadeh M. Comparative of Chamomile solution and local steroid in progress heal of ostomy skin scares. Shahied Beheshti Journal 2006; 50: 7-9.
6. Mahjoubi B, Mohammadsadeghi H, Mohammadipour M, Mirzaei R, Moini Evaluation of psychiatric illness in Iranian stoma patients. Journal of Psychosomatic Research 2009; 30: 23-25.
7. CARE of ostomy. Available at <http://www.ibd.ir>. Accessed 7 oct 2007.
8. Patrick M, Alexia M, Bernard J. Quality of life in Patients with stomas: The Montreux Study. Wound Management 2003; 49: 48 -55.
9. Luis P, Hanne, Kristian J. Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy. Health Qual Life Outcomes 2005; 3: 62.
10. Schaffer MA. Social support. In: Peterson S, Bredow TS, editors. Middle range theories application to nursing research. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004: 179-185.
11. Krouse R, Ramirez, Villarreal R, Marti J, Mcalister A, Talavera Ga, et al. Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patient with colostomies. Journal of Surgical Research 2007; 137: 79-87.
12. Kelly MP. Patient decision making in major surgery. Journal of Advanced Nursing 1999; 19(6): 1168-1177.
13. Haji Nejad M. Patient view about nursing staff care practices and its relationship with the satisfaction of cares. The thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing. Iran University 2006.
14. Phipps WJ, Marek JE, Manahan FD, Neighbor S, Sands JK, Green OJ. Text book of medical surgical nursing. 3ed. Translated by Shoroghi A. 7th ed co, in Tehran: Chehr publishing 2002; 285-290.
15. Weety Luksuet- Ching. The quality of life to Hongkong alialysis patients, Blackwell Scionc Journal of Advanced Nursing 2001; 35 (2): 218-227.
16. Scaffi S. Relationship between quality of life and adaptive ways in Hemodialysis Patients. The thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing. Shahied beheshti University, 2000.
17. Courtens AM, Stevens FC, Crebolder HF, Philipsen H. Longitudinal study and quality of life and social support in cancer patients. Cancer Nurse 1996; 19(3): 162-169.



18. Lukman J. Text book of medical surgical nursing. 3<sup>rd</sup> ed. Translated by Ebrahimi N. 1st ed. Ayejh publishing, Tehran 2002; 285-290.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.