

چکیده

مقدمه و هدف

کاهش کیفیت زندگی در بیماران دیابتی موجب اختلال در عملکرد زندگی آنها می‌گردد. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۱۰۰ بیمار مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت شهرستان زابل به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه استاندارد شده کیفیت زندگی جمع‌آوری گردید و سپس با نرم افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون دقیق فیشر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که اکثر واحدهای مورد پژوهش زن (۵۲ درصد)، بین سنین ۳۱-۴۰ سال (۳۵ درصد)، دارای سابقه ابتلا به بیماری دیابت بین ۱۰-۵ سال (۴۳ درصد) بودند. ۷۲ درصد از بیماران دیابتی دارای کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب، ۲۷ درصد نامطلوب و تنها ۱ درصد از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار بودند. همچنین بین کیفیت زندگی و مدت ابتلا به بیماری دیابت ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($P\text{-value}=0/003$).

نتیجه‌گیری

کیفیت زندگی نشانه‌ای از کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و برنامه‌های کنترل بیماری محسوب می‌گردد. با بررسی آن در کوتاه مدت می‌توان به نتایج موثری در جهت برنامه‌ریزی‌های آموزشی و

بررسی کیفیت زندگی بیماران

مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به

کلینیک دیابت شهرستان زابل در

سال ۱۳۸۹

- عزیز شهرکی واحد^۱
- سودابه حامدی شهرکی^۲
- نصرت اله مسینایی نژاد^۳
- حسین شهدادی^۴

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشه علوم پزشکی زابل، زابل،

ایران. azizshahraky@yahoo.com

^۲ کارشناس ارشد آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

^۳ کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی،

دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.

^۴ کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی،

دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

حمایتی برای بیماران دیابتی و خانواده های آنها دست یافت.

کلمات کلیدی

کیفیت زندگی، بیماران دیابتی، دیابت.

مقدمه

بیماری دیابت جزء بیماریهای مزمنی است که بر روی کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. یکی از ابزارهای ارزشمند در بررسی و شناخت کیفیت زندگی بیماران مزمن، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌باشد که قادر به بررسی بسیاری از تغییرات در ابعاد جسمی و عاطفی بیماران است (۱). طبق آخرین آمار از سازمان بهداشت جهانی شیوع دیابت در تمام گروههای سنی از ۲/۸ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۴/۴ درصد در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید و تعداد افراد مبتلا به دیابت از ۱۷۰ میلیون در سال ۲۰۰۰ به ۳۷۰ میلیون در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید (۲). تاریخچه طرح کیفیت زندگی به زمان ارسطو بر می‌گردد. او معتقد بود که کیفیت زندگی به معنی زندگی خوب یا شاد است که نتیجه یک زندگی توأم با پرهیزگاری حاصل می‌شود. ایگناتاویشوز و همکارانش معتقدند که کیفیت زندگی به صورت یک مفهوم مبهم، پیچیده و بدون تعریف واحد باقی مانده است (۳). یکی از دلایل این ابهام چند بعدی بودن کیفیت زندگی است که جنبه‌های مختلف زندگی فرد را شامل می‌شود، دلیل دیگر آن که هر فردی خصوصیات خاص خودش را دارا است و ادراکش در مورد خوب یا بد بودن کیفیت زندگی منحصر به خودش است (۴). یکی از دلایل توجه روزافزون به اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران، شیوع بالای بیماریهای مزمن است. زیرا طبق برآوردهای بعمل آمده ۹۹ میلیون آمریکایی مبتلا به یک

یا چند بیماری مزمن هستند و تعداد مبتلایان به آن سالانه افزایش می‌یابد (۵). Sammarco می‌نویسد: کیفیت زندگی 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 (۶). کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که سازمان جهانی بهداشت آن را در هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علایق فردی تعریف کرده است (۷). 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. 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 (۸).

باقیانی مقدم و همکاران در تحقیقی با عنوان بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ یزد نشان دادند که میانگین امتیاز کیفیت زندگی بیماران مورد بررسی ۲۵/۶۵ از ۶۰ بود. حدود ۸۷ درصد بیماران دارای عوارض نوروپاتی و ۷۸ درصد دارای عوارض رتینوپاتی بودند که این عوارض بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر گذاشته بود و کیفیت زندگی آن‌ها پایین‌تر از بیمارانی بود که دارای این عوارض نبودند (۹).

در مطالعه حریریان و همکاران تحت عنوان کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۶ نتایج نشان داد که

روش پژوهش

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی (Cross-sectional) است. جامعه پژوهش شامل تمامی بیماران بود که به کلینیک دیابت شهرستان زابل در سال ۱۳۸۹ (از تاریخ ۱۳۸۹/۳/۱ الی ۱۳۸۹/۷/۳۰) با تشخیص دیابت (نوع ۱ و ۲) مراجعه می کردند و حداقل یکسال از تشخیص دیابت آنها گذشته بود. معیار های ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن پرونده، حداقل یکسال سابقه بیماری، حداقل سواد خواندن و نوشتن و رضایت آنان و معیار خروج شامل وجود اختلالات روانی، مخدوش بودن پرسشنامه بود.

داده‌ها از طریق مصاحبه و با استفاده از پرسشنامه از پیش تنظیم شده جمع‌آوری گردید. پس از توضیحات لازم و جلب رضایت از بیماران، به نمونه‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت WHO SF-۲۶ داده شد (پرسشنامه‌ای است برای تعیین کیفیت زندگی که جنبه‌ها و عوامل مختلف کیفیت زندگی را بررسی می‌نماید). پرسشنامه WHO SF-۲۶ در بیشتر مطالعات مورد استفاده قرار گرفته است. فرم کوتاه SF-۲۶ (SF۲۶) توسط وار و همکاران در کشور آمریکا برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی افراد سالم و بیمار طراحی شد (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹). پرسشنامه شامل بخش اول خصوصیات فردی و بیماری (سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، محل سکونت، مدت ابتلا به دیابت، نوع دیابت، عوارض دیابت، بیماری‌های همراه دیابت (فعلی) و بخش دوم پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF)، فرم فارسی کیفیت زندگی استاندارد شده می‌باشد. در حال حاضر این ابزار پرکاربردترین ابزار اندازه‌گیری در دنیاست. پرسشنامه WHOQOL-BREF که کیفیت زندگی را به صورت کلی و عمومی می‌سنجد، دارای ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط با ۲۴ سوال است (هر

۲۸/۶۶ درصد بیماران در بُعد جسمی، ۸۰/۷ درصد در بُعد روانی، ۲۱/۳ درصد در بُعد اجتماعی و ۸۴ درصد در بُعد اختصاصی، کیفیت زندگی مطلوبی داشتند (۱۰). کیفیت زندگی در بیماران دیابتی دارای اهمیت است عدم مراقبت از خود، خوب کنترل نکردن قند خون و افزایش عوارض دیابت منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌گردد (۱۱). اصلاح کیفیت زندگی نه تنها برای بیمار دیابتی سودمند و با ارزش است، بلکه هزینه‌های مراقبت بهداشتی و پزشکی مرتبط با آن نیز کاهش می‌یابد (۱۲). دیابت و عوارض ناشی از آن را می‌توان از طریق مراقبت‌های بهداشتی پزشکی و آموزش بهداشت، پیشگیری کنترل نمود، که آموزش بهداشت بیماران دیابتی شامل چگونه زیستن با دیابت و چگونگی اصلاح کیفیت زندگی آنها می‌باشد (۱۳، ۱۴). بسیاری از مطالعات از نامطلوب بودن کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نسبت به افراد بدون بیماری مزم خبر می‌دهد و آموزش و حمایت از بیماران دیابتی را گامی موثر در بهبود کیفیت زندگی آنها می‌دانند (۱۵). لذا پژوهشگران در صدد برآمدن تا تحقیقی تحت عنوان بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت در مراجعه کنندگان به کلینیک دیابت شهرستان زابل 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 اجتماعی ذیربط و خانواده بیماران، همکاری‌های لازم را جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران جلب نمایند تا گام‌های مؤثرتری در جهت تعدیل مشکلات بر دارند.

یک از حیطة ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳، ۸ سوال می باشد).

در ضمن این پرسش نامه دو سوال دیگر نیز دارد که به هیچ یک از حیطة ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهد. این پرسشنامه شامل ۲۶ سوال می باشد. لازم به ذکر است که حیطة سلامت جسمانی به مواردی مانند قدرت حرکت، فعالیت‌های روزمره زندگی، ظرفیت کاری و انرژی، درد و خواب می‌پردازد. در حیطة سلامت منفی، احساسات مثبت، اعتماد به نفس، تفکرات، یادگیری، حافظه و تمرکز، مذهب و وضعیت روحی مورد سوال قرار می‌گیرد.

۱. حیطة روابط اجتماعی ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی و زندگی جنسی را مورد سوال قرار می‌دهد. حیطة سلامت محیط این پرسشنامه در مورد منابع مالی، امنیت فیزیکی، مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، محیط فیزیکی محل سکونت، موقعیت‌های موجود برای کسب مهارت و اطلاعات جدید، موقعیت‌های تفریحی، محیط فیزیکی (آلودگی صوت و هوا و غیره) و حمل و نقل را سوال می‌نماید. در این تحقیق نمره ابعاد کیفیت زندگی در حیطة سلامت جسمانی، نمره بین ۲۰-۷ نامطلوب، ۲۷-۲۱ نسبتاً مطلوب و ۲۸-۳۵ مطلوب، در حیطة سلامت روانی، نمره بین ۱۷-۶ نامطلوب، بین ۲۳-۱۸ نسبتاً مطلوب و بین ۳۰-۲۴ مطلوب، در حیطة اجتماعی نمره بین ۸-۳ نامطلوب، بین ۱۱-۹ نسبتاً مطلوب و بین ۱۵-۱۲ مطلوب، در حیطة سلامت محیط نمره بین ۲۳-۸ نامطلوب، بین ۳۱-۲۴ نسبتاً مطلوب و بین ۴۰-۳۲ مطلوب محسوب گردید. پس از جمع‌آوری اطلاعات، نتایج حاصله به کدهای دیجیتالی تبدیل شده و وارد نرم افزار کامپیوتری SPSS گردید و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در ضمن در این مطالعه زمان

بیماری به سه دسته ۵-۱ و ۱۰-۵ و بیشتر از ۱۰ سال طبقه بندی شده است.

یافته ها

یافته‌ها نشان می‌دهد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۲ درصد) زن بودند. بیشترین افراد مورد پژوهش (۳۵ درصد) بین سنین ۴۰-۳۱ سال بودند سطح تحصیلات بیشترین واحدهای مورد پژوهش (۲۶ درصد) دیپلم و ۴۶ درصد زیر دیپلم و سیکل بودند. اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۴۳ درصد) مدت ابتلا به بیماری دیابت بین ۱۰-۵ سال بوده‌اند. یافته نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۲ درصد) به دیابت نوع ۲ مبتلا بودند. در این پژوهش میانگین نمره کیفیت زندگی در بُعد سلامت جسمانی $22/34 \pm 2/8$ ، در بُعد سلامت روان $18/59 \pm 2/6$ ، در بُعد سلامت اجتماعی $9/5 \pm 1/9$ و در بُعد سلامت محیط $24/63 \pm 3/2$ محاسبه گردید. همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی در بُعد سلامت جسمانی در بیماران وابسته به انسولین (نوع ۱) و غیروابسته به انسولین (نوع ۲) به ترتیب $0/71 \pm 20/5$ ، $22/4 \pm 2/83$ ، در بُعد سلامت روان به ترتیب $19/5 \pm 2/12$ ، $18/57 \pm 2/58$ ، در بُعد سلامت اجتماعی به ترتیب $0/71 \pm 8/5$ ، $1/96 \pm 9/5$ و در بُعد سلامت محیط در بیماران وابسته به انسولین $4/95 \pm 24/5$ و در بیماران غیروابسته به انسولین $3/18 \pm 24/63$ محاسبه شد (جدول شماره ۱). بیشترین نمره ابعاد مختلف زندگی بیماران مبتلا به دیابت در بُعد سلامت جسمانی در افراد کمتر از ۲۰ سال، در بُعد سلامت روان در بین سنین ۴۰-۳۱ سال، در بُعد سلامت اجتماعی در بین سنین ۳۰-۲۱ سال و در بُعد سلامت محیط در افراد کمتر از ۲۰ سال بود (جدول شماره ۲). همچنین یافته‌ها حاکی از آن بود که بیشترین درصد بیماران دیابتی (۷۲ درصد) از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوبی برخوردارند و کیفیت زندگی ۲۷ درصد بیماران نیز

نامطلوب است و تنها ۱ درصد از بیماران از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار می باشند. نتایج نیز نشان داد که در تمام ابعاد کیفیت زندگی بیشترین درصد مربوط به وضعیت نسبتاً مطلوب می باشد. (۷۶ درصد بیماران دیابتی در بُعد سلامت جسمانی، ۶۵ درصد در بُعد سلامت روان، در بُعد اجتماعی ۶۴ درصد و در بُعد سلامت محیط نیز ۶۵ درصد بیماران کیفیت زندگی در وضعیت نسبتاً مطلوب می باشد. همچنین بین کیفیت

زندگی و مدت ابتلا به بیماری دیابت بر اساس آزمون دقیق فیشر ارتباط معنی دار مشاهده گردید. ($P\text{-value}=0/003$). و همچنین بر اساس آزمون دقیق فیشر بین سلامت محیط با مدت ابتلا به بیماری ارتباط وجود دارد ($P\text{-value} < 0/05$). در پژوهش حاضر بین ابعاد کیفیت زندگی و عوارض دیابت، و جنس ارتباط معنی داری مشاهده نشد ($P\text{ Value} > 0.05$).

جدول شماره ۱: میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت بر حسب نوع دیابت

نوع دیابت	وابسته به انسولین	غیر وابسته به انسولین
ابعاد کیفیت زندگی	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
سلامت جسمانی	$20/5 \pm 0/71$	$22/4 \pm 2/82$
سلامت روانی	$19/5 \pm 2/12$	$18/57 \pm 2/58$
سلامت اجتماعی	$8/5 \pm 0/71$	$9/5 \pm 1/96$
سلامت محیط	$24/5 \pm 4/95$	$24/63 \pm 3/18$

جدول شماره ۲: میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت بر حسب سن

ابعاد کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	سلامت روانی	سلامت اجتماعی	سلامت محیط
سن بر حسب سال	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
کمتر از ۲۰	$23/8 \pm 2/68$	$19/2 \pm 0/84$	$10 \pm 1/87$	$25/4 \pm 1/52$
۲۱-۳۰	$22/38 \pm 2/63$	$18/86 \pm 2/9$	$10/2 \pm 2/01$	$25 \pm 3/95$
۳۱-۴۰	$22/51 \pm 2/05$	$19/3 \pm 2/54$	$9/63 \pm 1/93$	$24/89 \pm 2/98$
۴۱-۵۰	$21/95 \pm 3/17$	$18 \pm 2/07$	$8/86 \pm 1/7$	$24/7 \pm 2/5$
۵۱-۶۰	$22/45 \pm 4/46$	$17/18 \pm 2/48$	$9/09 \pm 2/55$	$22/64 \pm 3/23$
بیشتر از ۶۰	$21 \pm 3/16$	$17/33 \pm 3/27$	$9/33 \pm 0/52$	$24/5 \pm 4/5$

بحث و نتیجه گیری

کیفیت زندگی به عنوان نشانه کیفیت مراقبت های بهداشتی و به عنوان بخشی از برنامه های

کنترل بیماری محسوب می گردد و با بررسی آن در بیماران دیابتی در مدت کوتاه می توان به نتایج موثری دست یافت و به وسیله آن کیفیت خدمات درمانی و مراقبتی و هرگونه اقدامات مداخله ای و پیشگیرانه را ارزیابی نمود (۲۰). در تحقیق حاضر

در رابطه با مجموعه ابعاد کیفیت زندگی نتایج نشان داد که کیفیت زندگی اکثریت واحدهای مورد مطالعه در سطح نسبتاً مطلوب بود. منجمد و همکاران در طی پژوهش خود نشان داد که کیفیت اکثریت واحدهای پژوهش در سطح نسبتاً مطلوب بوده اند (۲۱)، که مؤید نتیجه تحقیق حاضر است. Liouy 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 زندگی در سطح متوسط بودند (۲۲). حریریان و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که کیفیت زندگی بیماران دیابتی در بعد جسمی اکثریت (۷۱/۳۳ درصد) موارد نامطلوب، در بعد روانی ۸۰/۷ درصد مطلوب و در بعد اجتماعی ۸۷/۷ درصد نامطلوب بود (۱۰). در تحقیق منجمد و همکاران کیفیت زندگی (مجموع ابعاد درک از سلامتی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و شغلی و ایفای نقش) اکثریت واحد های مورد بررسی (۷۱ درصد) در سطح نسبتاً مطلوب و کیفیت زندگی ۱۳/۵ درصد در سطح مطلوب بود (۲۱). بررسی حاضر نیز به همین نتیجه دست یافته است. لازم به ذکر است، شاید یکی از علل اختلاف نتیجه این مطالعه با یافته های بعضی از تحقیقات، متفاوت بودن دسته بندی کیفیت زندگی و نمره دهی در تحقیق حاضر باشد. در پژوهش حاضر بین ابعاد کیفیت زندگی و عوارض دیابت ارتباط معنی داری مشاهده نگردید.

در مطالعه حاضر بین کیفیت زندگی و مدت ابتلا به بیماری ارتباط معنی داری مشاهده گردید. همچنین در مطالعه باقیانی مقدم و همکاران نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی با طول مدت بیماری مبتلایان از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/02$) که مؤید بر پژوهش حاضر است (۹). در پژوهش حریریان و همکاران بین امتیازات کسب شده از کیفیت زندگی و جنس ارتباط معنی

دار مشاهده گردید (۱۰). هم چنین نتایج مطالعه Rangonesi نیز بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی ارتباط معنی داری نشان داد، بدین ترتیب که زنان نسبت به مردان از نمرات بالاتری در کیفیت زندگی برخوردار بودند (۲۳). در حالی که در پژوهش حاضر بین جنس و ابعاد کیفیت زندگی و جنس ارتباط معنی داری مشاهده نشد. لذا نتیجه تحقیق برخلاف نتایج پژوهشگران فوق بود. در مطالعه باقیانی و همکاران گرچه میانگین امتیازات کیفیت زندگی مردان بیشتر از زنان بود ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود (۹).

در تحقیق نجاتی صفا و همکاران که در ایران انجام شده بود نتایج نشان داد که میانگین نمره محیط زندگی بیماران شرکت کننده از جمعیت عمومی بالاتر بود. در تحقیق حاضر بین سلامت محیط با مدت ابتلا به بیماری ارتباط معنی داری وجود داشت. این بُعد از کیفیت زندگی بیشتر مربوط به محیط زندگی فرد و تقریباً مربوط به عوامل خارج از خود فرد می باشد و احتمالاً ماهیتی مستقل از بیماری های جسمی و روانی دارد (۲۴). همچنین در مطالعه جهانلو بین ابعاد جسمانی و محیط در بیماران با تزریق انسولین نسبت به بیماران با قرص تفاوت معنی داری را نشان داد (۲۵).

گروهی از پژوهشگران با مطالعه کیفیت زندگی و کیفیت مراقبت از خود، ۱۴۵۶ نفر از بیماران دیابتی اظهار داشتند، کیفیت زندگی این بیماران زمانی که کیفیت مراقبت از خود افزایش می یابد، بهبود داشته است که این امر ضرورت توجه به اقدامات خود مراقبتی در بیماران دیابتی را دو چندان می نماید (۲۶). در نهایت با توجه به یافته های به دست آمده از این تحقیق و دیگر تحقیقات ذکر شده، چنین نتیجه گرفته می شود که حداقل ۲۵ درصد افراد دیابتی از جنبه های گوناگون دارای کیفیت زندگی نامطلوب هستند و از آنجا که اندازه گیری کیفیت زندگی این بیماران،

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زابل که تامین کننده هزینه این طرح بوده اند، تشکر می‌گردد. همچنین از تمامی بیماران دیابتی شرکت کننده در تحقیق که بدون مشارکت آنان انجام این پژوهش امکان پذیر نبود، قدردانی می‌نمایم

اطلاعات جامعی جهت برنامه‌ریزی‌های آموزشی و حمایتی در راستای بهبود کیفیت زندگی آنان فراهم می‌نماید، لازم است کارکنان خدمات بهداشتی و درمانی به ویژه پرستاران در راستای ارتقای سطح سلامت جامعه و در جهت ایجاد تغییرات مطلوب و با ثبات در شیوه زندگی بیماران مزمن بالاخص بیماران دیابتی اهتمام ورزند.

References

- 1- World health organization. Epidemiology of diabetes. <http://www.WHO.com> (2001).
- 2- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H: Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004, 27(5): 1047- 1053.
- 3- Ignatavicius D, Workman M, Mishler M. *Medical surgical nursing a cross the health care continuum*, 3rd Ed, Philadelphia, W.B. Saunders Co 1999; pp: 81.
- 4- Karlson I, Berglin E, Larson PA. Sense of coherence: Qol before and after coronary artery bypass surgery a longitudinal study. *J Adv Nurs* 2000; s31 (6): 1383-92
- 5- Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner and Suddarths text book of medical surgical nursing*, 10th ed, Philadelphia, Lippincott 2004; pp: 1155.
- 6- Sammarco A. Perceived social support uncertainly and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*. 2001; 24(3): 212-219.
- 7- 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.
- 8- Zimmet P. The burden of type 2 diabetes: are we doing enough? *Diabetes Metabolism*. 2003; 29: 6s9-6s18. PMID: 14502096
- 9- Baghiani moghadam MH, Afkhami Ardakani M, Mazloomi S, Saaidizadeh M. Quality of life in diabetic type II patientes in Yazd. *Journal of Yazd. Uneversity of Medical Science*. 2007; 14(4):49-54.
- 10- haririan H, Moghaddasian S, Agajanlo A. Surveying the quality of life and its dimensions among the type 2 diabetes patients referred to the Diabetes center of Tabriz University of medical sciences. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. 2008;6(1):26-37
- 11- Kotsanos JC, Marrfero D, Viginati JG, Mathias AD, Huster W & et al: Health- related quality of life results from multinational clinical trail of insulin lipro. *Diabetes Care* 1997; 20(6):948- 58.
- 12- Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian I: Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes, *Diabetes Care* 1997;20(4): 562- 567.
- 13- Roman SH, Harris MI: Management of diabetes mellitus from a public health perspective. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997; 26:443- 474.
- 14- Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weinger K, Mulcahy K & et al: National standards of diabetes self – management education. *Diabetes Care* 2001; 24(supplement 1):126- 49.

- 15- Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev.* 1999 May-Jun; 15(3):205-18. PMID: 10441043.
- 16- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998 Jun; 46(12):1569-85.
- 17- Masaeli, N, Attari A , Molavi H, Najafi M, Siavash M. Normative data and psychometric properties of the quality of life questionnaire for patients with diabetes mellitus. *koomesh*, 2010; 11 (4) :263-269
- 18- Development of the word Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med.* 1998 May; 551-8.
- 19- Nejati S, montazeri A, holakouie Naieni K , Mohammad K and Majdzadeh R. The World Health Organization Quality of Life questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J School public Health and Institute of Public Health res* 2006; 4:1-12
- 20- Sutton, M., McGrath, C., Brady, L. and Ward. Diabetic foot cares: assessing the impact of care on the whole patient *Practical Diabetes International.* (2000); Volume 17, Issue 5, pages, 147-151.
- 21- Monjamed Z, Ali asgharpour M, Mehran A , Peymani T. The Quality of Life in Diabetic Patients with Chronic Complications. *HAYAT J:* 2006; 12(1):55-66.
- 22- Lioyd A, Sawyer W, Hopkinson P. Impact of long-term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insulin. *Value in Health Journal.* 2001; 4(5): 392.
- 23- Ragonesi L, Taddei MT. The impact of diabetes mellitus on quality of life in elderly patients. *Diabetes Care Journal.* 1998; 11(3): 417-422.
- 24- Nejati Safa A, Larijani B, Shariati B, Amini H , Rezagholizadeh A. Depression, quality of life (QOL) and glycemic control in patients with diabetes. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders.* 2007; 7(2): 195-204.
- 25- Jahanlou Shahab A, Sobhani A, Alishan N. A comparison of two standard quality of life questionnaires for evaluation of the relationship between personality characteristics and glycemic control in diabetic patients. *Arak University of Medical Sciences Journal*, 2010; 13 (3) :28-34
- 26- Collins MM, O'Sullivan T, Harkins V, Perry IJ. Quality of life and quality of care in patients with diabetes experiencing different models of care. *Diabetes Care.* 2009 Apr; 32(4):603-5.

Survey of life's quality in diabetic patients referred to Diabet's Clinic of zabol in 2010

*Shahraki vahed A¹
 *Hamedi shahraki S²
 *Masinaie nezhad N³
 *Shahdai H⁴

¹ MSc in Nursing, Dept. of Medical and surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zabol
E-mail: university of Medical sciences, Zabol, Iran
 azizshahraky@yahoo.com

² MSc in Biostatistics, Dept. of Epidemiology and Biostatistics, Health Faculty, Zabol University of Medical sciences, Zabol, Iran

³ MSc in Nursing, Dept. of Medical and surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zabol university of Medical sciences, Zabol, Iran

⁴ MSc in Nursing, Dept. of Medical and surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zabol university of Medical sciences, Zabol, Iran

Abstract

Background & Aims

Decrease of **life's quality** in diabetic patients, affects their performance. The purpose of this study was to investigate the **life's quality** in diabetic patients.

Materials & Methods

In this cross-sectional study, 100 diabetic patients referred to diabetic clinic in Zabol were selected using convenience sampling method. Data were collected using demographic questionnaire and standard questionnaire of **life's quality**. Then data were analyzed by SPSS software using a descriptive and analytical statistics (fisher test).

Results

According to findings, most of diabetic patients were women (52%) between 31-40 years old (35%) that suffered for 5-10 years (43%). 72% of patients had relatively optimum, 27% of them had non optimum and just 1% of samples had optimum **life's quality**. Also there were significant relationship between **life's quality** and duration of disease ($P < 0.05$).

Conclusion

we concluded that **life's quality** is a symptom of health care's quality and is considered as a part of controlling programs of disease. Investigating **of life's quality** in short-term can assist providers to planning and implementing educational and supportive programs for diabetic patients and their families.

Key words: **life's quality**,
Diabetic patients, diabetes.