کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به کلینیک پارسیان مشهد (تابستان ۱۳۸۸)

مریم یعقوبی[۱]، نوراله طاهری[۲]، علی‌اکبر رئوف صائب[۳]، کیانوش شیرزایی[۴]، سعیده کاظمی[۵]

چکیده

زمینه و هدف: دیابت بیماری مزمنی است که به علت شیوع زیاد آن در ایران و جهان نیاز به انجام تحقیقات فراوان برای پیشگیری دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت پارسیان مشهد انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه توصیفی، تحلیلی تعداد ۱۵۶ نفر از بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به کلینیک پارسیان مشهد به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس و با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران مبتلا به دیابت مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده ازنرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی، تی، آنالیز واریانس یک‌طرفه، آزمون توکی و ضریب همبستگی در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: کیفیت زندگی نمونه‌های مورد پژوهش در سطح متوسط بود. بین کیفیت زندگی و جنس (P=۰/۰۴)، سطح تحصیلات (P=۰/۰۰۶)، شغل (P=۰/۰۱)، سابقه بستری‌شدن (P<۰/۰۰۱) رابطه آماری معنی‌داری به دست آمد.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که در این پژوهش بین سطح تحصیلات، شغل (درآمد)، جنس و سابقه بستری با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت، تدوین برنامه‌های آموزشی منظم برای مددجویان، حمایت‌های مالی و روحی- روانی و غربالگری دیابت در جامعه برای کاهش عوارض توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: دیابت، کیفیت زندگی، بیماری، کلینیک پارسیان مشهد

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم‌پزشکی بیرجند (دوره ۷؛ شماره ۳ و ۴؛ سال ۱۳۸۹)

[۱] نویسنده مسؤول؛ دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
آدرس: زاهدان- دانشگاه علوم پزشکی زاهدان- بیمارستان علی‌بن‌ابیطالب (ع)
تلفن: ۰۹۱۵۳۴۱۳۲۹۶ نمابر: - پست الکترونیکی: myaghooobi@yahoo.com
[۲] عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری آبادان، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
[۳] پزشک عمومی، کلینیک دیابت پارسیان مشهد
[۴] کارشناس پرستاری، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند
[۵] کاردان هوشبری، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

دیابت ملیتوس یکی از مهمترین بیماریهای متابولیکی شایع در سطح جهان است، اما شیوع بیماری در نقاط مختلف یکسان نمی‌باشد (۲،۱). شیوع دیابت در جوامع ۳تا ۵٪ است اما در برخی جوامع به طور قابل ملاحظه‌ای شیوع بالاتری دارد. بر اساس تخمین سازمان بهداشت جهانی، حدود ۱۷۱ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به این بیماری هستند که این میزان تا سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶ میلیون نفر افزایش می‌یابد (۳،۲). در ایران بیش از ۳ میلیون نفر دچار دیابت هستند و سالانه به طور متوسط ۵۰۰ هزار نفر به آنان اضافه می‌شود که با میزان شیوع ۷٪ دیابت و ۱۳٪ دیابت پنهان در جمعیت بزرگسال، تقریباً ۲۰٪ جمعیت ایرانی به دیابت مبتلا یا مستعد ابتلا به آن می‌باشند (۴،۳).

بهبودی در بیماران مزمن تقریباً غیرممکن است ولی در این موقعیت اهداف مراقبت درمانی، مطلوب‌کردن کیفیت زندگی است (۵). کیفیت زندگی به عنوان آن دسته خصوصیاتی تعریف شده که برای بیمار ارزشمند و عامل احساس راحتی یا ادراک خوب بودن است و در راستای توسعه و حفظ منطقی عملکرد جسمانی- هیجانی و عقلانی است؛ به طوری که فرد بتواند توانایی‌هایش را در فعالیت‌های با ارزش زندگی حفظ کند (۶).

علاقه به کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم افزایش یافته است و بیماران انتظار مشارکت بیشتر در تصمیم‌گیری‌های درمانی را دارند. عواملی که بر روی کیفیت زندگی اثر می‌گذارد، شاخص‌های ذهنی (احساس رفاه و رضایت‌مندی)، شاخصهای عینی (وضعیت اجتماعی- اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و عوامل محیطی) و مشخصات فردی و زمینه‌ای می‌باشد (۵). هم اکنون تأکید زیادی بر روی کیفیت زندگی و مهارتهای خودمراقبتی شده تا بیماران در درمان، مشارکت بیشتری داشته باشند. رعایت دقیق الگوی درمان و به کار بستن مراقبت‌های بهداشتی از عوارض دیابت پیشگیری می‌نماید (۷). طیّ دو دهه گذشته نتایج مطالعات نشان داده‌اند که هدف اصلی درمان، تنها برطرف کردن علائم و نشانه‌های فیزیکی بیماری نیست بلکه باید بهبود کلّی کیفیت زندگی بیماران را در بر داشته باشد. برای دستیابی به این مهمّ باید به پیامدهای روانشناختی و روانی اجتماعی ناشی از بیماری نیز توجه کرد (۶). اعضای تیم بهداشتی با سنجش کیفیت زندگی می‌توانند تأثیر منفی بیماری بر کیفیت زندگی فرد را تعیین کنند. بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸). مقوله کیفیت زندگی به این دلیل اهمیت دارد که در صورت نادیده گرفتن، می‌تواند منجر به ناامیدی، نداشتن انگیزه برای هرگونه تلاش و کاهش فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی شده و در ابعاد عمیق‌تر بر توسعه اجتماعی، اقتصادی یک کشور تأثیر گذارد (۶).

با توجه به اهمیت کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن و همچنین آگاهی از سطح کیفیت زندگی بیماران دیابتی و پیش‌بینی عواقب ناشی از پایین بودن سطح آن، این پژوهش با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت پارسیان مشهد انجام شد؛ امید آن که نتایج تحقیق بتواند مسؤولین امر را در برنامه‌ریزی برای اجرای برنامه‌هایی برای زندگی بهتر این دسته از بیماران در آینده فراهم نماید و با کاهش هزینه‌ها و عوارض ناشی از آن تأثیر مثبتی در رشد اقتصادی و نیروی انسانی کشور حاصل گردد.

روش تحقیق

این پژوهش به صورت یک مطالعه توصیفی- تحلیلی و در کلینیک دیابت پارسیان مشهد انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمامی بیماران مراجعه‌کننده باتشخیص دیابت (نوع ۱ و ۲) که حداقل یک سال از تشخیص آنها گذشته بود، می‌شد. حجم نمونه با توجه به فرمول حجم نمونه ۱۵۶ نفر محاسبه شد. نمونه‌گیری با روش غیراحتمالی و آسان انجام شد؛ بدین نحو که از زمان شروع مطالعه تمام بیمارانی را که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به عنوان نمونه انتخاب و این کار تا حصول حجم نهایی نمونه ادامه یافت.

برای جمع‌آوری اطلاعات از یک پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی مددجویان مبتلا به دیابت استفاده شد که اولین بار توسط درویش‌پور کاخکی و همکاران (۹) طراحی و با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است. پرسشنامه توسط بیماران یا همراهان آنان و در مورد بیماران بی‌سواد با سؤال از آنها توسط پژوهشگر تکمیل شد.

پرسشنامه شامل هفت بخش بود: بخش اول شامل۱۷ سؤال مربو به مشکلات جسمی نمونه‌ها، بخش دوم شامل ۳۲ سؤال

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

مربوط به مشکلات روحی- روانی، بخش سوم شامل ۲۱ سؤال مربوط به بیماری و درمان، بخش چهارم شامل ۱۰ سؤال در خصوص محدوده فعالیت‌ها، بخش پنجم شامل ۷ سؤال درباره سلامت جسمانی، بخش ششم ۷ سؤال در مورد سلامت روحی و بخش هفتم شامل ۹ سؤال درباره احساسات و عواطف بود. این پرسشنامه در مجموع ۱۰۳ سؤال داشت؛ نحوه نمره‌دهی در مورد ۸۶ سؤال که به صورت پنج گزینه‌ای بود به صورت: خیلی زیاد (نمره ۱)، زیاد (نمره ۲)، متوسط (نمره ۳)، کم (نمره ۴)، به هیچ وجه (نمره ۵)، در مورد ۱۰ سؤال سه‌گزینه‌ای از ۱ تا ۳ و در مورد ۷ سؤال دو گزینه‌ای بلی یا خیر با نمره ۱ و ۲ بود؛ حداقل نمره ۱۰۳ و حداکثر ۴۷۴ بود. نحوه امتیازدهی کلّی به این صورت بود: کیفیت زندگی با کسب ۱۰۳-۲۳۰ امتیاز ضعیف، ۲۳۰-۳۵۵ امتیاز متوسط و ۳۵۶-۴۷۴ امتیاز خوب در نظر گرفته شد.

پرسشنامه توسط پرسشگر آموزش‌دیده در مورد بررسی اثر دیابت بر بیماری و با پرسش از بیماران تکمیل گردید.

داده‌ها با استفاده ازنرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی، تی، آنالیز واریانس یک‌طرفه، توکی و ضریب همبستگی در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در مجموع ۱۵۶ نفر مورد بررسی قرار گرفتند؛ میانگین سنّی این افراد ۱۶/۵±۴۷/۹۷سال، میانگین مدّت ابتلا ۶/۴±۷/۶ سال بود؛ ۷۳/۱٪ از نمونه‌ها مبتلا به دیابت نوع ۲ بودند. سایر اطلاعات فردی واحدهای مورد پژوهش در جدول ۱ آمده است.

با توجه به یافته‌ها ارتباط آماری معنی‌داری بین کیفیت زندگی و جنس (P=۰/۰۴)، سطح تحصیلات (P=۰/۰۰۶)، ،شغل (P=۰/۰۱) و سابقه بستری (P<۰/۰۰۱) وجود داشت؛ ولی بین کیفیت زندگی و نوع درمان (P=۰/۶)، نوع دیابت (P=۰/۷)، مدّت ابتلا (P=۰/۸) و رژیم غذایی (P=۰/۲) ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت.

به منظور مقایسه کیفیت زندگی با سنّ بیماران از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که بین سنّ و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد؛ البته افرادی که مسن‌تر بودند، کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند (r=۰/۱۴) (P=۰/۰۷).

در این مطالعه، با افزایش تحصیلات بیماران میانگین کیفیت زندگی آنها نیز افزایش نشان داد (جدول ۲) و این تفاوت براساس آنالیز واریانس یک‌طرفه از نظر آماری معنی‌دار بود. برای مشخص‌کردن جفت زوج‌های معنی‌دار از آزمون توکی استفاده شد که بیشترین تفاوت بین تحصیلات دانشگاهی با بی‌سواد (P=۰/۰۴) و تحصیلات دانشگاهی با ابتدایی (P=۰/۰۳) بود. بر اساس آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه بین شغل و کیفیت زندگی بیماران از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود داشت (P=۰/۰۱) (جدول ۲). کمترین و بیشترین میانگین کیفیت زندگی به ترتیب مربوط به ازکار افتاده‌ها (۲۰۴/۳۳) و بازنشسته‌ها (۳۳۱/۶۹) بود.

بر اساس آزمون تی بین کیفیت زندگی و جنس بیماران از نظر آماری رابطه معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که مردان از کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان برخوردار بودند (P=۰/۰۴).

آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که بین کیفیت زندگی بیماران و سابقه بستری در بیمارستان ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد (P<۰/۰۰۱).

بحث

در این پژوهش میانگین کیفیت زندگی بیماران در حدّ متوسط بود که به نظر می‌رسد برنامه‌های آموزشی مؤسسه خوب بوده است. کیفیت زندگی در مطالعه پیمانی و همکاران در تهران، نسبتاً مطلوب (۱۰) و در مطالعه Glasgow و همکاران (۱۱) و باقیانی‌مقدم و همکاران (۱۲)، پایین گزارش شده است.

در مطالعه صادقیه اهری و همکاران، شاخص‌های کیفیت زندگی بیماران در سه سطح پایین، متوسط و خوب بررسی گردید؛ ۶۵/۵٪ بیماران در شاخص محدودیت در ایفای نقش به علل جسمی و ۵۳/۶٪ در شاخص سلامت عمومی و در کارکرد اجتماعی پایین‌ترین سطح کیفیت زندگی را داشته‌اند که نشان‌دهنده تأثیر بیماری دیابت بر هر دو سطح جسمی و اجتماعی است و توجه بر هر دو نوع موضوع را در درمان این بیماران طلب می‌کند (۶).

از نظر آماری بین سطح تحصیلات با کیفیت زندگی رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت؛ یعنی افرادی که تحصیلات بالاتری داشتند از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند که با مطالعه پیمانی و همکاران همخوانی دارد (۱۰).

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول ۱- اطلاعات فردی واحدهای مورد پژوهش

متغیر		فراوانی	درصد
وضعیت تأهل	متأهل	۱۴۰	۸۹/۷
	مجرد	۱۶	۱۰/۳
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۲۶	۱۶/۷
	ابتدایی	۵۲	۳۳/۳
	راهنمایی	۲۶	۱۶/۷
	دبیرستان	۳۴	۲۱/۸
	دانشگاهی	۱۸	۱۱/۵
شغل	کارمند	۴۲	۲۶/۹
	بی‌کار و دانش‌آموز	۸۲	۵۴/۳
	بازنشسته	۲۶	۱۶/۷
	ازکارافتاده	۶	۳/۸
سابقه بستری‌شدن	دارد.	۱۳۰	۱۶/۴
	ندارد.	۲۶	۸۳/۳
جنس	مذکر	۶۴	۴۱
	مؤنث	۹۲	۵۹

جدول ۲- مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت با جنس،تحصیلات، شغل، سابقه بستری

کیفیت زندگی		میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
جنس	مرد	۳۱۱/۹۱	۳/۸	۰/۰۴
	زن	۲۸۶/۲۲	۲/۵	
تحصیلات	بی‌سواد	۲۷۵/۵۸	۱/۵	۰/۰۰۶
	ابتدایی	۲۸۲/۶۵	۱/۸	
	راهنمایی	۳۰۷	۲/۳	
	دبیرستان	۳۰۸/۱۵	۲/۷	
	دانشگاهی	۳۳۱/۱۱	۱/۶	
شغل	بازنشسته	۳۳۱/۶۹	۵/۴	۰/۰۱
	دانش‌آموز	۳۲۰/۱۲	۳/۷	
	کارمند	۲۹۷/۱۹	۴/۹	
	سابقه کمتر از ۷ سال	۲۸۷	۳/۵	
	آزاد	۲۸۵/۳۹	۲/۴	
	ازکارافتاده	۲۰۴/۳۳	۲/۸	
سابقه بستری‌شدن	ندارد.	۳۰۲/۹۱	۰/۸	<۰/۰۰۱
	یک بار	۲۸۶/۵۰	۱/۳	
	بیش از یک بار	۲۳۶/۶۰	۱/۸	

در مطالعه‌ای که عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز بررسی شد نیز بین تحصیلات و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد؛ به نحوی که بیشترین نمرات کیفیت زندگی در افراد با تحصیلات بالاتر گزارش شده است (۵)؛ ولی در مطالعه باقیانی‌مقدم و همکاران در یزد، بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی بیماران رابطه آماری معنی‌داری گزارش نشد (۱۲). افراد با تحصیلات بالاتر، می‌توانند با مطالعه بیشتر و دسترسی آسانتر به منابع دانش، از امکانات موجود استفاده بهتری کنند و روش‌های خودمراقبتی را بهتر به کار برده و کیفیت زندگی خود را ارتقا دهند.

در این تحقیق، بین جنس و کیفیت زندگی رابطه آماری معنی‌دار مشاهده گردید؛ به طوری که مردان از کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان برخوردار بودند.

تفاوت در کیفیت زندگی بیماران دیابتی مرد و زن می‌تواند به دلیل تبعیضات جنسی مرتبط با فرهنگ ما و انجام فعالیت‌های سنگین و فشارهای روحی زیاد نسبت به ظرفیت آنها باشد. با ایجاد بیماری در زنان از توانایی جسمی و روحی آنها کاسته می‌شود که همین امر نیز موجب کاهش کیفیت زندگی آنها می‌گردد. در مطالعه صادقیه اهری و همکاران، مردان در بیشتر شاخص‌های کیفیت زندگی جز سلامت روان و محدودیت‌های نقش، به علل جسمانی، نمرات بالاتر را نشان دادند (۶). در مطالعه Jacobson و همکاران (۱۳) و Rubin و Peyrot (۱۴) نیز مردان در بیشتر شاخص‌ها از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان برخوردار بودند. Mayou و همکاران نیز در گزارش خود بیان نمودند که از نظر بیماری و مشکلات ناشی از بیماری بین زنان و مردان تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد (۱۵). در مطالعه McEntee و Bandenop، نیز این مطلب تایید شده است (۱۶). در تحقیقی قنبری و همکاران نیز میانگین نمرات در ابعاد کیفیت زندگی در مردان بهتر از زنان بوده است (۵).

در این پژوهش بین شغل با کیفیت زندگی رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت و افرادی که موقعیت شغلی و درآمد بهتری داشتند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. بدیهی است افراد با وضعیت اقتصادی بهتر، در پرداخت هزینه‌های درمانی مشکلات کمتری دارند. از کار افتاده‌ها به علت عدم تأمین نیازهای مادّی از کمترین کیفیت زندگی برخوردار بودند. در

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

برخی مطالعات مشابه نیز ارتباط آماری معنی‌داری بین شغل وکیفیت زندگی گزارش شده است (۱۲،۵)؛ اما در مطالعه صادقیه اهری و همکاران و پیمانی و همکاران این ارتباط معنی‌دار نبوده است (۱۶،۶).

در تحقیق حاضر بین کیفیت زندگی و سابقه بستری ارتباط معنی‌دار وجود داشت؛ به عبارت دیگر بیمارانی که به دلیل عوارض بیماری یا عدم رعایت اصول درمان، بیشتر در بیمارستان بستری می‌شدند، ازکیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند؛ این یافته با بیشتر مطالعات انجام‌شده همخوانی دارد (۱۶-۱۸).

نتیجه‌گیری

با توجه این که در این پژوهش بین تحصیلات، شغل (درآمد) و سابقه بستری و جنس با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود داشت، تدوین برنامه‌های آموزشی منظم و ارائه توسط کارکنان بهداشتی، درمانی مجرّب برای تشویق مددجویان به امر مراقبت از خود و بهبود کیفیت زندگی توصیه می‌گردد؛ همچنین با توجه به این که بسیاری از بیماران به علت هزینه‌های زیاد دارو و درمان و عدم مراجعه منظم به پزشک، دچار عوارض می‌شوند، غربالگری دیابت در جامعه و حمایت‌های مالی از بیماران و فراهم‌نمودن برنامه‌هایی برای کاهش فشارهای روحی روانی، ازاهمیت بسزایی برخوردار است.

تقدیر و تشکر

در خاتمه از جناب آقای دکتر رئوف و کارکنان محترم و بیماران عزیز کلینیک پارسیان مشهد که در این زمینه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع:

1- Marion JF. Medical nutrition therapy for diabetes mellitus and hyperglycemia of nondiabetic origin. In:Mahan LK, Escott-stump S. (eds.) Krauses food nutrition and diet therapy. 10th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2004. pp:742-780.

2- Hjelm K, Mufunda E, Nambozi G, Kemp J. Preparingnurses to face the pandemic of diabetes mellitus: Review. J Adv Nurs 2003; 4 (5): 424-434.

3- Wild S, Roglic G, Green AS. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projectionsfor 2030. Diabetes Care. 2004; 27: 1047-1053.

4- Azizi F, Janghorbani M, Hatami H. Epidemiology and control of common disorders in Iran. Tehran: Khosravi Press; 2000. [Persian]

5- Ghanbari A, Parsa Yekta Z, Atrkar R. The determine of effective factors on the quality of the lie in diabetic patients. Journal of Gillan University of Medical Sciences. 2001; 37-38 (70): 82-89. [Persian]

6- Sadeghi Ahari S, Arshi S, Iran Parvar M, Amani F, Seiah Posh H.The effect of complications of diabetes Type II on the quality of life in diabetic patients. Journal of Ardebil University of medical Sciences. 2008; 8 (4): 394-402. [Persian]

7- Tazakori Z, Zare M, Mirza Rahimi M. The effect of nutrition eduction on blood glucose and macronutrients. In insulin dependent diabetic patients. Journal of Ardebile University of Medical Sciences. 2007; 2 (6): 17-21. [Persian]

8- Heidari M, Alhani F, Kazem Nejad A, Moezi F. The effect of empowerment model on quality of life of diabetic adolescents. Iran J Pediatric. 2007; 17(1):87-94. [Persian]

9- Darvish Poor Kakhaki A, Abed Saeedi J, Yaghmaie F, Alavi Majd H. Instrument development to measure diabetic clients quality of life.Iranian journal of endocrinology & metabolism shaheed beheshti university of medical sciences. 2005; 7(2):149-155. [Persian]

10- Peymani M, Monjemed Z, Asghar Poor A, Mehran A. The study of life quality in the diabetic patients with cardio vascular complications in Noode Clinic of Selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences; 2004-2005. Journal of medical rule organization of Islamic republic of Iran. 2007; 25 (2):142-148. [Persian]

11- Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian I. Quality of life and associated characteristics in large national sample of adults with diabetes, Diabetes Care. 1997; 20 (4): 562-567.

12- Baghiani Moghadam M, Afkhami Ardakani M, Mazloomi S, SaeediZade M. The Study of life quality of diabetes type II parients in Yazd. Journal of Yazd Shahid Sadooghi University of Medical Sciences. 2006; 4(14):49-54. [Persian]

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

13- Jacobson AM, de Groot M, Samson JA. The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. Diabetes Care. 1994; 17 (4): 267-274.

14- Rubin R, Peyrot M. Quality of life and diabetes. Diabetes/ metabolism research and reviews. 1999; 15 (3): 205-218.

15- Mayou R, Bryant B, Turner R. Quality of life in non-insulin-dependent diabetes and a comparison with insulin-dependent diabetes. J Psychosomatic Res. 1990; 34 (1): 1-11.

16- McEntee DJ, Bandenop DT. Quality of life comprison gender and population differences in cardiopulmonary rehabilitation. Heart & Lunger. 2000: 29: 340-347.

17- Bagheri H, Ebrahimi H, Naghavi N, Hasani N. The study of quality of life in patients referred to Shahrood emamhossein hospitalal based on complications. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2005; 7 (2): 50-56. [Persian]

18- Masoodialavi N, Ghofranipoor F, Ahmadi F, Rajab A, Babaie GH. The study of quality of life in patients referred to assossiation of diabetes of Iran. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2004; 8 (2): 47-56. [Persian]

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

Title: Study quality of life in diabetic patients referring to Mashhad Parsian Clinic (Summer 2009)

Authors: M. Yaghoobi[1], N. Taheri[2], A. Raoof Saeb[3], K. Shirzaie[4], S. Kazemi[5]

Abstract

Background and Aim: Diabetes is a chronic disease with a high incidence in Iran and the world which needs many researches for preventions. This study was carried out to determine the quality of life in diabetic patients referring to Parsian Diabetes Clinic in Mashhad.

Materials and Methods: This analytic-descriptive study was done on 156 diabetic patients referring to Mashhad Parsian clinic with the use of simple in-access sampling and special questionnaire about quality of life in diabetic patients. SPSS was applied to analyze data by descriptive tests as: t test, one-way variance analysis, tukey test, and correlation coefficient ($P<0.05$).

Results: In this study, results showed that the level of quality of life was average in the sample group. Also, according to theses results, there were significant statistical correlations between quality of life and sex ($P=0.04$), education level ($P=0.006$), job ($P<0.001$) and hospitalization history ($P<0.001$).

Conclusion: Regarding to significant correlation between quality of life and education level, job, sex and hospitalization history, it is recommended to plan regular educational programs for patients, mental and financial supports and diabetes screening in the society to decrease complications related to this disease.

Key Words: Quality of life, Diabetes, Mashhad Parsian Clinic

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty (Vol 7, No. 3,4, Year 2011)

[1] *Corresponding Author; M.Sc.in Nursing , Zahedan University of Medical Sciences, Zhaedan, Iran myaghooobi@yahoo.com*
[2] Instructor, *Faculty of Nursing,Jondi Sahpoor University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran*
[3] *Physician, Parsian Diabets Clinic, Mashhad, Iran*
[4] *B.Sc.in Nursing, Emam Reza Hospital, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.*
[5] *Anesthesia Technician, Emam Reza Hospital, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]