مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره پانزدهم/ بهار ۱۳۸۹/ ۵۲-۴۶

مقایسه کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت از دیدگاه خود و والدینشان با گروه سالم در شهرکرد

اعظم علوی[۱]، نداپروین[۲]، تهمینه صالحیان[۳]، وحید سمیع پور[٤]

۱- مربی گروه پرستاری اطفال، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد واحد شهرکرد، شهر کرد، ایران (مؤلف مسؤول)

تلفن: ۳۳۶۱۰۴۷- ۰۳۸۱ azam_alavi2004@yahoo.com

۲- مربی گروه روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهر کرد، ایران.

۳- مربی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

٤- دکترای دامپزشکی دانش آموخته دانشگاه آزاد واحد شهرکرد، شهر کرد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: آنچه که در درمان یک بیماری مزمن چون دیابت دارای اهمیت است علاوه بر کنترل علایم بیماری، بهبود کیفیت زندگی بیمار است. زحمتی که یک بیماری مزمن چون دیابت بر شخص تحمیل می‌کند مسئله‌ای است که تنها از دیدگاه پزشک و پرستار قابل شناسایی نبوده و با آنچه بیمار احساس می‌کند بستگی دارد. تأثیر دیابت و عوارض ناشی از آن بر روی کیفیت زندگی هنوز ناشناخته باقی مانده و مطالعات انجام شده بر روی کیفیت زندگی بیماران دیابت محدود است. این مطالعه با هدف بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت تیپ ۱ از دو دیدگاه خود و والدینشان با گروه کنترل انجام شد.

روش بررسی: در یک مطالعه "کوهورت تاریخی" کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت تیپ ۱ از دیدگاه خود و والدینشان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی مورد بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های کیفیت زندگی (PedSQL) در دو دیدگاه کودکان و والدین در چهار بعد جسمی (۸ سؤال)، عاطفی (۵ سؤال)، اجتماعی (۵ سؤال) و عملکرد مدرسه (۵ سؤال) بود. داده‌ها با استفاده از روشهای آمار استنباطی (آزمون تی مستقل، من‌ویتنی و همبستگی اسپیرمن) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بین میانگین نمره کلی کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان دیابتی و گروه سالم تفاوت معنی‌داری وجود نداشت، اما در بعد جسمی این تفاوت معنی‌دار بود. دیدگاه والدین نشان داد که والدین کودکان دیابتی نسبت به والدین گروه سالم نگرانی بیشتری داشتند و کیفیت زندگی کلی و همچنین در ابعاد جسمی، عاطفی و اجتماعی بین نمره والدین گروه دیابتی و سالم تفاوت کاملاً معنی‌دار بود ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد که دیدگاه کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت در حیطه جسمی با گروه سالم متفاوت می‌باشد. همچنین از دیدگاه والدین کودکان و نوجوانان دیابتی کیفیت زندگی فرزندانشان بویژه در سه بعد عاطفی و جسمی و اجتماعی در مقایسه با والدین گروه سالم متفاوت می‌باشد. لذا توصیه می‌شود برنامه‌هایی به منظور ارتقاء سطح بهداشت روان این بیماران و خانواده آنها در کنار مراقبتهای درمانی ارائه گردد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، دیابت، کودکان، نوجوانان، والدین

وصول مقاله: ۸۸/۸/۲۳ اصلاحیه نهایی: ۸۹/۱/۲۱ پذیرش مقاله: ۸۹/۲/۲۵

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29]

مقدمه

یکی از مهمترین ارکان استقلال و توسعه اجتماعی و اقتصادی هر جامعه بهرمندی از نیروی سالم و کارآمد است و سلامتی جامعه به عنوان یکی از مهمترین عوامل دستیابی به هدف یاد شده مطرح می‌باشد. امروزه سلامت را هنگامی با ارزش می‌دانند که کارائی را افزایش داده و زندگی را بسوی کمال برساند، یعنی آنچه که دارای ارزش و معنای حقیقی است کیفیت زندگی می‌باشد و نه صرفاً کمیت آن (۱).

سازمان جهانی بهداشت، سلامت را در ((همه زمینه‌های جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً بهبود بیماری)) می‌داند. زندگی را می‌توان به نوعی به دو مقوله کمی (سالهای عمر از تولد تا مرگ) و کیفی (کیفیت زندگی در هر مقطع از سالهای عمر) تقسیم نمود. در یک نگاه کلی ارزیابی سلامت نه تنها می‌بایست به اندازه‌گیری شیوع و شدت بیماری‌ها بپردازد، بلکه برآورد درک و نظر بیماران و یا افراد سالم نسبت به وضعیت سلامت خود نیز ضرورت دارد. هدف اصلی مراقبتهای بهداشتی و درمانی بهبود وضعیت جسمی و سلامت کلی افراد (سالم و بیمار) است که بصورت سنتی تکیه بر تشخیص و درمان حالات بیماری‌های فیزیولوژیک و کالبدی دارد. نتیجه این روش سنتی، نگاه سطحی به سلامت و کارآمدی کلی و کیفیت زندگی افراد است و در حقیقت بدرستی به این مفاهیم توجه نخواهد شد. البته در دهه‌های اخیر تغییرات اساسی در این نگرش پدید آمده است و اکنون دیگر محور اساسی قضاوت و ارزیابی مراقبتها و مداخلات بهداشتی درمانی، اطلاعاتی است که بر پایه نظرات افراد (سالم و بیمار) بدست می‌آید. هدف این روش فراهم آوردن سنجش دقیق سلامت فرد و جامعه و ارزیابی منافع و مضراتی است که از مراقبت‌های بهداشتی درمانی ناشی می‌شوند (۲). کیفیت زندگی به رضایتمندی فرد در رابطه با حیطه‌هائی از مسائل زندگی اطلاق می‌شود که از نظر فرد مهم تلقی می‌شود. توجه و علاقه به مطالعه کیفیت زندگی در طی ۲۰ سال گذشته رو به افزایش است. در گذشته تصور می‌شد که با انجام درمان‌های مؤثر و کنترل علائم بیماری، پزشک قادر است شرایط مطلوب را برای فرد فراهم نماید. اما شواهد نشان می‌دهد که کیفیت زندگی چیزی است که تنها به کنترل علائم مربوط نمی‌شود و آنچه که در درمان یک بیماری مزمن چون دیابت دارای اهمیت است علاوه بر کنترل علایم بیماری، بهبود کیفیت زندگی بیمار است (۳). بر اساس نظر سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ، سیستم ارزشها، اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های فرد می‌باشد (٤).

زحمتی که یک بیماری مزمن چون دیابت بر شخص تحمیل می‌کند مسئله‌ای است که تنها از دیدگاه پزشک و پرستار قابل شناسایی نبوده و با آنچه بیمار احساس می‌کند بستگی دارد.

دیابت قندی نوع ۱ شایعترین اختلال غددی متابولیکی دوران کودکی و نوجوانی است، که تقریباً یک نفر از هر ۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار کودک زیر ۱۸ سال را در بر می‌گیرد. شیوع دیابت در کودکان مدرسه‌ای ۱ در ۹ هزار است و با افزایش سن ارتباط دارد. ابتلای پسر و دختر یکسان است. در دو گروه سنی ۷-۵ سال و در زمان بلوغ بیشتر تظاهر می‌کند که به علت تماس بیشتر با عوامل عفونی در ۷-۵ سالگی و استروییدهای گونادال، هورمون رشد و استرس‌های هیجانی در زمان بلوغ است (۵).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29]

قاره آسیا یکی از مناطقی است که دارای میزان شیوع بالایی از دیابت است. ایران یکی از کشورهای آسیایی است که تعداد بیماران دیابتی آن زیاد است. بررسی و گزارشات بیان می‌کند که در ایران بیش از ۲۰۰ هزار نفر مبتلا به دیابت تیپ ۱ می‌باشند و میزان شیوع دیابت حدود ۷-۵ درصد ذکر شده است (٦). میزان بستری شدن بیماران بین ۱۰-۵ برابر بیشتر از افراد غیر دیابتی است. همچنین استفاده از خدمات تخصصی و اورژانسی در بیماران دیابتی حدود ۵ برابر بیشتر از افراد عادی است. این مسائل باعث اطلاق دیابت به عنوان یکی از اولویت‌های سلامتی در کشورها گردیده است. (۷).

ابتلا به بیماری‌های مزمن می‌تواند تأثیرات مختلفی بگذارد، چناچه Taylor اظهار می‌کند: ابتلا به بیماری‌های مزمن بر روی تعاملات بیماران با محیط فیزیکی و اجتماعی که در آن زندگی می‌کند تأثیر می‌گذارد و ارتباط آنها را با همسالان تغییر می‌دهد (۸).

بررسی و تحقیقات فراوان در مورد آثار دیابت ۱ بر روی طول مدت و کیفیت زندگی بیماران نشان داده که علاوه بر مواجه شدن با مشکلات طولانی مدت، این بیماران همواره در معرض ترس از افت قند خون، اجبار در تزریق انسولین و نیاز به آزمایش‌های مکرر می‌باشند. در واقع آنها به بیماری خاصی مبتلا هستند که با وجود درمان، عوارض سختی را ممکن است در پی داشته باشد که باعث اضطراب و برخی از مشکلات روحی می‌گردد. با توجه به درصد ابتلا به بیماری و نیازهائی که در مراحل خاص رشد و نوجوانی، بیماران با آن مواجه هستند، سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده که باید به نیازهای کودکان اولویت خاص داده شود و حمایت از سلامت جسمی و روحی کودکان می‌تواند یکی از بهترین سرمایه‌گذاری‌ها در جهت توسعه اجتماعی و اقتصادی کشورها محسوب گردد که برای رسیدن به این هدف باید سلامتی کودکان مورد توجه کافی قرار گیرد. بروز دیابت علاوه بر داشتن اهمیت فراوان برای فرد مبتلا، برای والدین بویژه مادران حائز اهمیت است (۹). بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی کودکان مبتلا به دیابت از دیدگاه خود و والدینشان انجام گرفت.

روش بررسی

این پژوش یک مطالعه از نوع کوهورت تاریخی بود. نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود که شامل ۲۲ نفر از کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ (گروه مواجه) در گروه سنی ۱۸-۸ سال به همراه یکی از والدینشان بودند که به مراکز بهداشتی درمانی شهرکرد در سال ۱۳۸۷ مراجعه کردند. گروه کنترل (گروه غیر مواجه) شامل ۱۳۰ نفر از دانش‌آموزان سه مقطع تحصیلی در دو منطقه آموزش و پرورش شهرکرد که بصورت خوشه‌ای- تصادفی انتخاب شدند. شرایط ورود کودکان و نوجوانان دارای سابقه حداقل ۳ ماه تشخیص دیابت نوع ۱، دریافت انسولین، محدوده سنی ۸ تا ۱۸ سال، مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی شهری شهرکرد و شرایط خروج ابتلا به سایر بیماریهای مزمن و مشکلات جسمی ناتوان‌کننده و عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه بود. ابزارگردآوری داده‌ها پرسشنامه های کیفیت زندگی کودکان (PedSQL) قابل بررسی در دو دیدگاه کودک و والدین (child & parent report) که هر کدام شامل ۲۳ سؤال در چهار بعد جسمی (۸ سؤال)، عاطفی (۵ سؤال)، اجتماعی (۵ سؤال)، و عملکرد مدرسه (۵ سؤال)، با نمره‌بندی لیکرت ۵ تایی بودند. به صورتی که

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29]

نمره بالاتر نشان‌دهنده مشکل بیشتر و کیفیت زندگی پائین‌تر می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه‌ها در مطالعات خارجی که از این مقیاس استفاده کرده ثابت شده است. پایایی پرسشنامه از دیدگاه کودک ۰/۸۸ و از دیدگاه والدین ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۰). بعد از ترجمه بعلاوه اعتبار علمی از طریق اعتبار محتوا و اعتماد علمی از روش آزمون مجدد نیز کسب شد. پرسشنامه به روش حضوری توسط پژوهشگر در روز مقرر مراجعه کودکان به همراه یکی از والدینشان به مراکز بهداشتی درمانی تکمیل گردید. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی- استنباطی (آزمون تی مستقل، من ویتنی و هبستگی اسپیرمن) استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که در گروه بیمار (مواجه)، ۵۲/۴٪ بیماران دختر بودند و سن بیماران در دامنه ۱۸-۸ سال با میانگین ۱۵/۳۲±۴/۳۲ سال بود. ۵۷/۱٪ سطح تحصیلات کودکان بیمار مقطع متوسطه بود. در میان ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی نتایج نشان داد که از دیدگاه کودکان دیابتی، بعد عاطفی و در رتبه دوم بعد جسمی در بین سایر ابعاد بیشترین مشکل را داشته، در حالی که از دید کودکان سالم (غیر مواجه) بعد عاطفی دارای بیشترین مشکل بوده است. طبق نتایج آزمون آماری تی مستقل بین میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در دو گروه کودکان دیابتی و سالم تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. اما در مقایسه تفکیک میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد جسمی و عاطفی در دو گروه این تفاوت معنی‌دار اما در حیطه‌های اجتماعی و مدرسه تفاوت معنی‌دار نبود (جدول ۱). از دیدگاه والدین کودکان دیابتی، بعد جسمی کیفیت زندگی فرزندانشان بیشترین مشکل را داشته و نامناسب‌تر می‌باشد. در حالی که از دید والدین گروه کنترل بیشترین مشکل کودکان اختصاص به بعد عاطفی داشت. طبق نتایج آزمون آماری تی مستقل بین میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه کودکان دیابتی و سالم از دیدگاه والدینشان تفاوت معنی‌داری وجود داشت و این معنی‌داری از نظر آماری بین میانگین نمره کیفیت زندگی ابعاد جسمی و اجتماعی بود (جدول ۲). بر اساس آزمون من ویتنی و آزمون همبستگی اسپیرمن هیچگونه ارتباطی بین این متغیرهای دموگرافیک و متغیرهای تحت مطالعه (دوز انسولین، مدت ابتلا به بیماری، ...) و میانگین نمره کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت پیدا نشد.

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت با کودکان و نوجوانان عادی از دیدگاه خود کودکان

ابعاد کیفیت زندگی	کودکان بیمار	کودکان سالم	نتیجه آزمون
جسمی	۰/۹۸±۰/۹۷	۰/۵۳±۰/۵۳	T=-۲/۱۲
			*P=۰/۰۳
عاطفی	۱/۲۸±۰/۸۶	۰/۹۲±۰/۷۷	T=-۱/۹۲
			*P=۰/۰۵
اجتماعی	۰/۵۱±۰/۶۸	۰/۴۵±۰/۵۹	T=۰/۴۵
			P=۰/ ۶۵
عملکرد مدرسه	۰/۵۷±۰/۶۶	۰/۶۱±۰/۶۸	T=۰/۲۷
			P=۰/۷۸
کل	۰/۷۸±۰/۴۸	۰/۶۳±۰/۵۰	T=-۱/۱۳
			P=۰/۲۵

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29]

جدول فوق نشان می‌دهد، طبق نتایج آزمون آماری تی مستقل بین میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد جسمی در دو گروه کودکان دیابتی و سالم از دیدگاه خود کودکان تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت با کودکان و نوجوانان عادی از دیدگاه والدینشان

ابعاد کیفیت زندگی	والدین کودکان بیمار	والدین کودکان سالم	نتیجه آزمون
جسمی	۶/۸۵±۶/۱۱	۰/۴۴±۰/۵۷	T=-۱۱/۳۷ ×P=۰/۰۰۰
عاطفی	۱/۱۹±۰/۸۹	۰/۸۱±۰/۷۹	T=-۱/۹۲ ×P=۰/۰۵
اجتماعی	۰/۶۴±۱/۰۲	۰/۳۰±۰/۵۷	T=-۲/۱۴ ×P=۰/۰۳
عملکرد مدرسه	۰/۵۹±۰/۵۹	۰/۵۵±۰/۵۳	T=-۰/۲۸ P=/۰۷۷
کل	۲/۵۵±۱/۸۷	۰/۵۳±۰/۵۰	T=-۹/۶۶ *P=۰/۰۰۰

جدول فوق نشان می‌دهد، طبق نتایج آزمون آماری تی مستقل بین میانگین نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد جسمی و اجتماعی در دو گروه کودکان دیابتی و سالم از دیدگاه والدینشان تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

بحث

در بررسی حاضر ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی (جسمی، عاطفی، عملکرد مدرسه و اجتماعی) از دو دیدگاه کودک و نوجوان مبتلا به دیابت نوع ۱ و والدینشان مورد مقایسه قرار گرفت.

از دیدگاه کودکان دیابتی، بعد عاطفی و در رتبه دوم بعد جسمی در بین سایر ابعاد بیشترین مشکل را داشته، در حالی که از دید کودکان سالم بعد عاطفی دارای بیشترین مشکل بوده است. طبق نتایج آزمون آماری تی مستقل بین میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه کودکان دیابتی و سالم از دیدگاه والدینشان تفاوت معنی‌داری وجود داشت و این معنی‌داری از نظر آماری بین میانگین نمره کیفیت زندگی ابعاد جسمی و اجتماعی بود.

تحقیق وندل و همکاران نیز نشان داد که بیماری دیابت سبب تغییراتی در عملکرد جسمی و عاطفی بیماران دیابتی می‌گردد (۱۱). در همین رابطه نتایج تحقیق خانم امینی با عنوان بررسی مشکلات کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت قندی نشان داد که عصبانیت و پرخاشگری یکی از مهمترین مشکلات روحی این بیماران می‌باشد (۹). همچنین نتایج تحقیق گری (Gary) و همکاران نشان‌دهنده میزان بالائی از اضطراب و افسردگی در کودکان مبتلا به دیابت بود (۱۲).

یافته‌های پژوهش (Nardi) بر روی کودکان و نوجوانان دیابتی ۱۸-۶ ساله نشان داد که در بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی، بیشترین مشکلات این کودکان اختلالات روحی است و این کودکان و نوجوانان از نظر کیفیت زندگی در مقایسه با گروه کنترل وضعیت مشابه داشتند، که کاملاً مشابه نتایج تحقیق حاضر می‌باشد (۱۳).

در تایید این نتایج، مطالعه Laffel با هدف مقایسه کیفیت زندگی در نوجوانان ۱۷-۸ ساله نشان داد که

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29]

نمره کیفیت زندگی این بیماران مشابه با کودکان و نوجوانان سالم است (۱۴).

همچنین پژوهش (Faulkner) بر روی ۷۵ کودک و نوجوان مبتلا به دیابت نشان داد که نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ نسبت به نوجوانان سالم در همان رده سنی درک سلامتی کمتری را نشان دادند و در بعد جسمی مشکلات این نوجوانان به طور معنی‌داری بیشتر از گروه سالم بود (۱۵).

از دیدگاه والدین کودکان دیابتی، بعد جسمی کیفیت زندگی فرزندانشان بیشترین مشکل را داشته و نامناسب‌تر می‌باشد. در حالی که از دید والدین گروه کنترل بیشترین مشکل کودکان اختصاص به بعد عاطفی داشت.

طبق نتایج آزمون آماری تی مستقل بین میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه کودکان دیابتی و سالم از دیدگاه والدینشان تفاوت معنی‌داری وجود داشت و این معنی‌داری از نظر آماری بین میانگین نمره کیفیت زندگی ابعاد جسمی و اجتماعی بود.

یافته‌های پژوهش (Nardi) بر روی کودکان و نوجوانان دیابتی ۱۸-۶ ساله نشان داد کیفیت زندگی این کودکان و نوجوانان از دیدگاه والدینشان پائین‌تر از دیدگاه والدین گروه سالم بود و والدین گروه دیابتی نگرانی بیشتری را از کیفیت زندگی کودکانشان نشان دادند (۱۳).

پژوهش (Faulkner) بر روی ۷۵ کودک و نوجوان مبتلا به دیابت نشان داد که از دیدگاه والدین بیماران دیابتی کیفیت زندگی کودکانشان به طور معنی‌داری پائین‌تر از دیدگاه والدین کودکان سالم بود که دقیقاً مشابه نتایج تحقیق حاضر می‌باشد (۱۵).

در این زمینه Jacson اشاره دارد که بیماری مزمن با وظایف جسمانی، شناختی، عاطفی و اجتماعی که در طی دوران شیر خوارگی، کودکی و نوجوانی کسب می‌شود مداخله می‌کند به نحوی که کودک و اعضای خانواده ممکن است به توسعه راه کارهای سازگارانه مؤثر برای حفظ عملکرد نیاز داشته باشند (۱۶). با توجه به نتیجه این مطالعه، کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت دارای مشکلاتی در کیفیت زندگی بخصوص در دو بعد عاطفی و جسمی هستند، لذا در ارائه مراقبت به این بیماران لازم است آنها را به عنوان یک موجود منحصر به فرد در نظر گرفت و در کنار توجه و رسیدگی به نیازهای جسمی این بیماران، مشکلات عاطفی آنان را مورد توجه قرار داد. از اینرو ارائه خدمات مشاوره‌ای روان پرستاری، روانشناسی و روانپزشکی به این بیماران ضرورت دارد و همچنین توجه پزشکان و پرستاران بالینی را به این نکته جلب می‌نماید که علاوه بر رفع علایم و عوارض بیماری، توجه به دیدگاه خود کودک و والدینش راجع به کیفیت زندگی حائز اهمیت است.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان می‌دهد کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت دارای مشکلاتی در کیفیت زندگی بخصوص در دو بعد جسمی و عاطفی هستند، لذا برنامه‌ریزی به منظور ارتقاء سطح بهداشت روان و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و ارائه مشاوره‌های لازم در زمینه‌های روانشناسی- تحصیلی و آموزش راه کارهایی سازگارانه در کنار ارائه خدمات کلینیکی و درمانی جدید به بیماران و همچنین والدینشان که بسیار مستقیم با این بیماران و بیماریشان درگیر هستند، می‌تواند باعث

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29]

افزایش سطح کیفیت زندگی این بیماران شود، به سازمان حمایت از بیماران خاص پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، مسؤولین اداره آموزش و پرورش کل و منطقه ۱ و ۲ شهرکرد، کلیه کودکان مبتلا به دیابت و والدینشان و همچنین از همکاری‌های دلسوزانه کلیه کارکنان مراکز بهداشتی شهرکرد که صمیمانه با ما همکاری داشتند، سپاسگزاری می‌شود.

References

1. Schools Health and Nutrition head office, Health guidance in school. Tehran. Tarbiat. 1991. p: 20.
2. Syari A, Gary D, Asadi S. Assesing quality of life, world experience and action necessity in Iran .J Teb and Tazkey. 2000; 41: 30-34.
3. Mortazavi Moghadam S, Hosseiny B. Study of quality of life in Asthmatic patient Perspectives. J Birjand University of Medical Science. 2003; 1: 27-29.
4. Divanon F, Delamillieure, Lehaguez A. Comparative evaluation of quality of life in patients with schizophrenia treated with conventional versus atypical neuroleptic:results of a transversal study. Encephale 2006; 32: 459-65.
5. Mortazavi H, Tabatabaii Chehr M. Textbook of pediatric nursing .1 th ed. Tehran: Salemi. 2003. P. 474.
6. WHO study group prevention of diabetes mellitus. WHO Technical Report. 1994. p. 844.
7. Centers for Disease Control Diabets in Management Care Work Group. Diabets mellitus managed care: Comlication and resource utilization. Amj Mueage Care 2001; 7: 501-8.
8. Taylor E. Nursing Children. 3 th ed, Britian: Stpco, 1999. p. 167- 170.
9. Amini P. Study of problems in children and adolescents with type 1 diabets in Isfahan metabolism research center. J Nursing Faculty 2001; 17: 87-89.
10. Hesketh Kd,Wake MA, Cameron FJ .Health related quality of life and metabolic control in children whit type 1 diabets. J Diabets Care. 2004; 27: 415-6.
11. Wandell PE. Quality in diabetes patients registration with primary health care services. Scand J Preim Health Care.1997; 15: 102.
12. Gary M. Coping and adaptation in children with diabetes. Nursing Research 1991; 40: 144-9.
13. Nardi L, Zucchini, Dalberton F. Quality of life psychologoical adjustment and metabolic control in youths with type 1 diabetes: a study with self_and parent-report questionnaires. Pediatric Diabetes J. 2008; 9: 27.
14. Laffel Lm. General quality of life in youth with type 1 diabets: Relationship to patient management and diabetes-specific family conflict. J Diabets Care 2003; 26: P. 3007.
15. Faulkner Ms. Quality of life for adolescents whit type 1 diabets. Parental and youth perspectives. Pediatric Nursing. Pitman 2003; 29: 362.
16. Jacson DB. Child Health Nursing. 1 th. Philadelphia: Lippincott; 1993.p. 415.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-29]