مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۲، شماره ۶، بهمن و اسفند ۱۳۹۳
صفحه: ۱۶۷۲-۱۶۶۵

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 22, No.6, Jan-Feb 2015
Pages: 1665-1672

میزان خودکارآمدي و برخی عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتي

مهرعلی رحیمی[۱]، ندا ایزدی*[۲]، مریم خشیج[۳]، مهری عبدالرضایی[۴]، فرزانه عیوضی[۵]

چکیده:

مقدمه: خودکارآمدی، توانایی درک بیمار از شرایط و عوامل مؤثر بر سلامتی را امکان‌پذیر ساخته و وی می‌تواند جهت ارتقای سلامت خود تصمیم و آن را به اجرا بگذارد. این مطالعه با هدف تعیین میزان خودکارآمدی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی انجام گردید.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی که به صورت تصادفی بر روی بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز دیابت انجام شد، اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌های دموگرافیک و خودکارآمدی حاوی ۱۵ سؤال در مورد نحوه کنترل قند خون و اصلاح آن، انتخاب صحیح غذا، معاینه پا، ورزش و کنترل وزن جمع‌آوری شد. روایی و پایایی پرسشنامه سنجیده و داده‌ها جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار Stata و آزمون‌های T.test ،χ^2 و رگرسیون لوجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: میانگین سنی ۶۰۰ بیمار شرکت‌کننده، ۱۴±۵۲/۱ سال بود. ۵۷/۳٪ از افراد زن و ۴۲/۷٪ مرد بودند. بیشترین عارضه در هر دو جنس، مربوط به عوارض چشمی بود. میانگین نمره خودکارآمدی در افراد ۱۴/۳±۵۴/۹ بود. ۴۷/۶٪ از شرکت‌کنندگان میزان خودکارآمدی پایین داشتند. میزان خودکارآمدی پایین در کسانی‌که تحصیلات پایین‌تری داشتند، ۲/۷ برابر افرادی بود که تحصیلات بالاتری داشتند(OR=۲/۷ ;CI:۱/۲۵-۴/۱۵)، همچنین خودکارآمدی پایین در افرادی که عوارض داشتند، ۱/۹ برابر کسانی بود که عارضه نداشتند(OR=۱/۹ ;CI:۱/۲۵-۲/۵۵). خودکارآمدی با سن ارتباط معکوس و با میزان آگاهی ارتباط مستقیمی داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، شناخت عوامل مؤثر و مرتبط با خودکارآمدی جهت انجام مداخلات و سیاست‌گذاری‌های مناسب در مورد این بیماری و لزوم برنامه‌های آموزشی بیشتر جهت افزایش میزان خودکارآمدی ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: خودکارآمدی، عوامل مرتبط، دیابت

۱- فوق تخصص غدد درون ریز و متابولیسم، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۲- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۳- کارشناس ارشد مهندسی بهداشت محیط، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۴،۵- کارشناس پرستاری، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
*(نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۸۷۲۸۶۴۸۱، پست الکترونیکی: neda.izady@yahoo.com
تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۵/۳۰

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

مقدمه

بیماری دیابت به عنوان شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلالات متابولیسم، با شیوعی رو به افزایش یک چالش پر اهمیت جهانی محسوب می‌شود(۱). افزایش تعداد بیماران مبتلا به دیابت، دلالت بر یک اپیدمی جهانی دارد که شیوع آن بیشتر در سنین میانسالی و در زنان و همچنین در ساکنین نواحی شهری رخ می‌دهد. عوارض این بیماری نه تنها کیفیت زندگی بیماران را شدیداً تحت تأثیر قرار می‌دهد بلکه منجر به ناتوانی‌ها و معلولیت‌های زودرس همچون بیماری‌های قلبی و عروقی، نوروپاتی، کوری در بالغین، آمپوتاسیون غیرترومایی اندام تحتانی و نارسایی مزمن کلیه گشته، به علاوه نرخ مرگ و میر در بین دیابتی‌ها دو تا پنج برابر غیر دیابتی‌ها است(۴-۲). بر اساس مطالعه بین المللی انجام شده در سال ۲۰۱۳ میلادی، تعداد ۳۸۲ میلیون نفر از مردم جهان از بیماری دیابت رنج می‌برند که انتظار می‌رود این میزان به ۵۹۲ میلیون نفر در سال ۲۰۳۵ میلادی افزایش یابد که عمدتاً در افرادی است که در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند(۵). برآورد مرگ و میر ناشی از بیماری دیابت در جهان بیانگر آن است که سالانه ۴ میلیون مرگ ناشی از این بیماری در جهان رخ می‌دهد. به این ترتیب دیابت عامل ۹٪ کل مرگ‌های جهان است که بسیاری از این مرگ‌ها منسوب به دیابت، ناشی از عوارض قلبی و عروقی می‌باشد.

مطابق با آخرین مطالعه انجام شده، شیوع دیابت در سال ۲۰۱۱ میلادی در ایران، ۱۱/۳۷٪ در سنین ۷۰-۲۵ سالگی برآورد شده است که این روند از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۱ میلادی به میزان ۳۵/۱٪ افزایش یافته و پیش بینی می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ میلادی تعداد بیماران دیابتی به بیش از ۶ میلیون نفر خواهد رسید(۶،۷). با توجه به هزینه‌های ناشی از دیابت اعم از هزینه‌های مستقیم، مراقبت‌های طبی و هزینه‌های غیرمستقیم معلولیت و مرگ زودهنگام و هزینه‌های پنهان تخمین ناپذیر، اصلاح کیفیت زندگی نه تنها برای بیماران دیابتی سودمند و با ارزش است بلکه منجر به کاهش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم مرتبط با این بیماری و کاهش بار اقتصادی، اجتماعی و فردی نیز می‌گردد(۸). در این بین بر اهمیت خودکارآمدی بیماران دیابتی تأکید شده است و مطالعات مختلف نقش مهمی را برای خودکارآمدی قائل شده‌اند. درمان دیابت تا حد زیادی بستگی به رفتار و خودمراقبتی فرد بیمار دارد و این بیماران باید بخش عمده‌ای از فعالیت‌های مربوط به کنترل دیابت را شخصاً انجام دهند، چرا که عدم مراقبت از خود، خوب کنترل نکردن قندخون و افزایش عوارض دیابت منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌گردد. خودکارآمدی، شامل مجموعه فعالیت‌های خود انگیخته‌ای است که توانایی درک بیمار از شرایط و عوامل مؤثر بر سلامتی را امکان‌پذیر ساخته و وی می تواند جهت ارتقای سلامت خود تصمیم‌گیری نموده و آنها را به اجرا بگذارد، لذا در روند درمان بیماری‌های مزمن، مطالعات متعددی در خصوص اهمیت و رابطه خودکارآمدی و انجام رفتارهای مرتبط با سلامتی و همچنین عوامل مؤثر بر آن انجام گرفته و نتایج متفاوتی را نیز گزارش کرده‌اند(۹،۱۰). با توجه به این که خودکارآمدی بیماران امر بسیار مهمی در کنترل دیابت به خصوص از نظر عوارض، می‌باشد و نظر به شیوع بالای دیابت، این مطالعه با هدف تعیین میزان خودکارآمدی و برخی عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی مرکز دیابت استان کرمانشاه انجام گردید.

روش بررسی

در این مطالعه مقطعی، معیارهای ورود به مطالعه، شامل: گذشت حداقل ۶ ماه از تشخیص دیابت، داشتن پرونده و رضایت برای شرکت در مطالعه و معیار خروج از مطالعه شامل: داشتن بیماری‌های همراه بود. جامعه مورد مطالعه، بیماران‌مراجعه کننده به مرکز دیابت کرمانشاه بودند و پس از انتخاب افراد به صورت تصادفی، پرسشنامه‌های طرح توسط بیماران و در صورت نداشتن سواد از طریق خواندن سؤالات برای بیمار توسط پرستاران آموزش دیده در زمینه دیابت، تکمیل گردید. توزیع پرسشنامه‌های طرح نیز توسط ۲ پرستار آموزش دیده صورت گرفت و سعی شد که با استفاده از در اختیار داشتن شماره تماس افراد، پرسشنامه و یا سؤالات تکمیل نشده، به درستی و کامل تکمیل گردد. با توجه به سایر مطالعات و با در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش (Missing)،

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

حجم نمونه حدود ۶۰۰ نفر برآورد شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های دموگرافیک (شامل سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، تحصیلات، محل سکونت و نوع سکونت)، سؤالاتی درباره آگاهی از این بیماری و پرسشنامه خودکارآمدی حاوی ۱۵ سؤال به صورت لیکرت ۵ درجه ای در مورد نحوه کنترل قندخون و اصلاح آن، انتخاب صحیح غذا، معاینه پا، ورزش و کنترل وزن و غیره و دارای امتیاز کم (عدم اطمینان) تا زیاد (اطمینان کامل) جمع‌آوری شد. در این مطالعه، پرسشنامه ترجمه و روایی محتوا و صوری آن با استفاده از پانل خبرگان (۵ نفر از اعضای هیئت علمی) تأیید گردید. همچنین روایی محتوا به شکل کمی نیز با استفاده از CVR (میزان ساده بودن، واضح بودن و مربوط بودن) و CVI تأیید شد. جهت تعیین پایایی پرسشنامه، ۳۰ نفر از بیماران شرکت کننده پرسشنامه را تکمیل کردند و آلفای کرونباخ برای بررسی همسانی درونی استفاده شد، در پایان آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار Stata و وضعیت بیماران بر اساس جمع کل امتیازات حاصل از پرسشنامه مشخص شد، به طوری که افراد به دو گروه بیشتر از میانگین (خودکارآمدی بالا) و کمتر از میانگین (خودکارآمدی پایین) تقسیم بندی شدند و با استفاده از آزمون‌های T-test، χ^2 و رگرسیون لوجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

میانگین سنی ۶۰۰ بیمار شرکت کننده، ۱۴±۵۲/۱ سال و میانگین تعداد فرزندان ۲/۲± ۳/۷ بود. محل سکونت ۹۳/۳٪ مبتلایان شهر و ۶/۷٪ روستا بود. ۵۷/۳٪ از افراد زن و ۴۲/۷٪ مرد بودند. بیشتر افراد (۴۶/۸٪) درآمدی بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون داشتند. برخی از مشخصات جمعیت‌شناختی افراد در جدول ۱ آورده شده است.

جدول۱ : فراوانی افراد بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی در هر دو جنس

متغیرهای مختلف		مرد		زن		کل	
		تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۱۹	(۷/۵)	۱۱۱	(۳۲/۴)	۱۳۰	(۲۱/۸)
	سوادخواندن و نوشتن	۴۲	(۱۶/۶)	۶۲	(۱۸/۱)	۱۰۴	(۱۷/۴)
	زیر دیپلم	۵۸	(۲۲/۹)	۸۴	(۲۴/۵)	۱۴۲	(۲۳/۸)
	دیپلم	۷۷	(۳۰/۴)	۶۷	(۱۹/۵)	۱۴۴	(۲۴/۲)
	تحصیلات دانشگاهی	۵۷	(۲۲/۶)	۱۹	(۵/۵)	۷۶	(۱۲/۸)
	کل	۲۵۳	(۱۰۰)	۳۴۳	(۱۰۰)	۵۹۶	(۱۰۰)
وضعیت تأهل	مجرد	۲۴	۹/۴	۲۱	(۶/۱)	۴۵	(۷/۵)
	متأهل	۲۲۳	۸۷/۱	۲۶۱	(۷۶/۱)	۴۸۴	(۸۰/۸)
	جدا شده	۱	۰/۴	۷	(۲)	۸	(۱/۳)
	فوت همسر	۸	۳/۱	۵۴	(۱۵/۸)	۶۲	(۱۰/۴)
	کل	۲۵۶	۱۰۰	۳۴۳	(۱۰۰)	۵۹۹	(۱۰۰)
وضعیت اشتغال	کارمند	۲۰	۷/۹	۷	(۲/۲)	۲۷	(۴/۵)
	آزاد	۵۳	۲۰/۹	۳	(۰/۹)	۵۶	(۹/۴)
	بیکار	۳۰	۱۱/۹	۱۲	(۳/۵)	۴۲	(۷)
	بازنشسته	۱۱۶	۴۵/۶	۲۸	(۸/۳)	۱۴۴	(۲۴/۱)
	نظامی	۱۳	۵/۲	۰	(۰)	۱۳	(۲/۲)
	خانه دار	۰	۰	۲۸۰	(۸۱/۲)	۲۸۰	(۴۶/۸)
	محصل	۱۰	۳/۳	۸	(۲/۴)	۱۸	(۳)
	سایر	۱۳	۵/۲	۵	(۱/۵)	۱۸	()۳
	کل	۲۵۵	۱۰۰	۳۴۳	(۱۰۰)	۵۹۸	(۱۰۰)

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

در ۵۶/۹٪ از بیماران سابقه دیابت در بستگان درجه یک وجود داشت. بیشترین عارضه در هر دو جنس، مربوط به عوارض چشمی (۳۸/۸٪) بود و ۳۹/۴٪ از کل افراد مورد بررسی دچار عوارض این بیماری شده بودند (جدول ۲). میانگین مدت ابتلا به بیماری (از زمان آگاهی از بیماری) ۸±۶/۳ سال با دامنه سنی ۱ تا ۳۰ سال بود. تنها ۲۰٪ از افراد دارای آگاهی پایین بودند. میانگین نمره خودکارآمدی در افراد ۵۴/۹±۱۴/۳ با دامنه ۱۵ تا ۷۵ بود (جدول ۳). ۴۷/۶٪ از شرکت‌کنندگان میزان خودکارآمدی پایین و ۵۲/۴٪ میزان خودکارآمدی مناسبی داشتند. در تحلیل ارتباط چند متغیره بین میزان خودکارآمدی و متغیرهای جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، درآمد، سابقه دیابت و داشتن عوارض، تنها ارتباط بین خودکارآمدی و میزان تحصیلات و داشتن عوارض معنی‌دار شد، بدین معنی که خودکارآمدی پایین در کسانی‌که میزان تحصیلات پایین‌تری داشتند، ۲/۷ برابر افرادی بود که تحصیلات بالاتری داشتند (OR=۲/۷ ;CI:۱/۲۵-۴/۱۵)، همچنین در افرادی که عوارض داشتند، ۱/۹ برابر کسانی بود که عارضه نداشتند (OR=۱/۹ ;CI:۱/۲۵-۲/۵۵) (جدول ۴). در این مطالعه بین نوع عارضه و میزان خودکارآمدی ارتباطی یافت نشد و میانگین مدت ابتلا به دیابت نیز در دو گروه دارای خودکارآمدی پایین (۸/۱±۶/۱ سال) و مناسب (۷/۹±۶/۴ سال) به هم نزدیک بوده و از نظر آماری هم معنی‌دار نبود (p>۰/۰۵). همچنین میانگین سن در کسانی‌که خودکارآمدی مناسب (۵۱/۱±۱۴/۶ سال) داشتند کمی کمتر از کسانی بود که دارای خودکارآمدی پایین (۵۳/۴±۱۳/۱) بودند (۰/۹۶- CI:۰/۸۲; OR=۰/۸۹) (p=۰/۰۴). ارتباط میزان آگاهی با خودکارآمدی نیز مستقیم و معنی‌دار بود (p=۰/۰۲) (جدول ۴).

جدول ۲: فراوانی نوع عارضه بر حسب جنس در افراد

نوع عارضه	مرد		زن		کل	
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)
عوارض چشمی	۴۰	(۳۴/۲)	۵۰	(۴۳/۵)	۹۰	(۳۸/۸)
عوارض کلیوی	۱۱	(۹/۴)	۱۳	(۱۱/۳)	۲۴	(۱۰/۳)
زخم پا	۶	(۵/۲)	۴	(۳/۵)	۱۰	(۴/۳)
بیماری های قلبی- عروقی	۱۵	(۱۲/۸)	۱۳	(۱۱/۳)	۲۸	(۱۲/۱)
ترکیبی*	۳۷	(۳۱/۶)	۲۵	(۲۱/۷)	۶۲	(۲۶/۷)
سایر	۸	(۶/۸)	۱۰	(۸/۷)	۱۸	(۷/۸)
کل	۱۱۷	(۱۰۰)	۱۱۵	(۱۰۰)	۲۳۲	(۱۰۰)

*چند عارضه را بطور همزمان داشتند.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار آیتم‌های مختلف خودکارآمدی در افراد

متغیرها	میانگین و انحراف معیار	مقدار حداقل - حداکثر
کنترل قند خون	۳/۶ ±۱/۴	۱-۵
کنترل فشار خون	۶/۸ ±۲/۷	۲-۱۰
کنترل رژیم غذایی	۲۵ ±۷/۲	۷-۳۵
کنترل وزن	۳/۴ ±۱/۴	۱-۵
مراقبت از پا	۴/۱ ±۱/۳	۱-۵
انجام ورزش	۳/۵ ±۱/۴	۱-۵
مصرف دارو طبق دستور	۴/۳ ±۱/۲	۱-۵
خودکارآمدی	۵۴/۹ ±۱۴/۳	۱۵-۷۵

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

جدول ۴: نتایج رگرسیون لوجستیک تک متغیره و چند متغیره بین متغیرهای مختلف و میزان خودکارآمدی در افراد

متغیرها	رگرسیون لوجستیک تک متغیره OR(95% CI)	P-Value	رگرسیون لوجستیک چندمتغیره[£] OR(95% CI)	P-Value
سن(سال)	۰/۸۷(۰/۷۹ -۰/۹۵)	۰/۰۰۲	۰/۸۹(۰/۸۲ -۰/۹۶)	۰/۰۴
جنس	۱/۳۴(۰/۵۲ -۲/۱۶)	NS	-	-
تحصیلات	۲/۳(۱/۲ -۳/۴)	۰/۰۰۴	۲/۷(۱/۲۵ -۴/۱۵)	۰/۰۲
وضعیت تأهل	۱/۲۳(۱/۰۱ -۱/۵)	NS	-	-
درآمد	۱/۱(۰/۸۵ -۱/۳۵)	NS	-	-
سابقه دیابت	۲/۰۱(۰/۹۸ -۳/۰۴)	NS	-	-
وجود عوارض	۱/۲۳(۱/۰۱ -۱/۵)	۰/۰۴	۱/۹(۱/۵ -۲/۵۵)	۰/۰۱
میزان آگاهی	۱/۴۲(۱/۱۶ -۱/۶۸)	<۰/۰۰۱	۱/۷۷(۱/۲ -۲/۶)	۰/۰۲

[£]آنالیز چند متغیره فقط شامل متغیرهایی بود که در آنالیز تک متغیره معنی دار بودند.

OR= Odds Ratio, CI= Confidence Interval, NS= Not Significant

بحث و نتیجه گیری

میانگین نمره خودکارآمدی در افراد ۱۴/۳±۵۴/۹ بود و ۴۷/۶٪ از شرکت‌کنندگان میزان خودکارآمدی پایین و ۵۲/۴٪ میزان خودکارآمدی مناسبی داشتند. در مطالعه Sabet Servestani و همکاران اکثر آزمودنی‌ها نمره خودکارآمدی در حد متوسط رو به پایین داشتند(۱۱). Morowati Sharifabad و همکارش نیز در مطالعه خود نتایج مشابهی را گزارش کردند(۱۲). در مطالعه Shakibazadeh و همکاران میانگین نمره خودکارآمدی کمتر از میانگین نمره قابل اکتساب و نشان‌دهنده پایین بودن خودکارآمدی بیماران در مراقبت از خود بود(۶). درمان و پیشگیری از دیابت تا حدی وابسته به خواست و اراده فرد در انجام رفتارهای خودمراقبتی است و ارتقای سطح خودکارآمدی در پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی و کنترل بهتر دیابت نقش مهمی ایفا می‌کند(۱۳،۱۴). عوامل مختلفی از متغیرهای جمعیت‌شناختی گرفته تا متغیرهای روانی بر خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی افراد تأثیر می‌گذارد. در مطالعه حاضر از بین متغیرهای مختلف، تنها سن، میزان آگاهی، تحصیلات و داشتن عوارض ارتباط معنی‌داری با خودکارآمدی و میزان آن داشتند به طوری که میانگین سنی افراد در دو گروه از نظر خودکارآمدی متفاوت بود و میزان خودکارآمدی با افزایش سطح تحصیلات افزایش پیدا می‌کرد که با سایر مطالعات در این زمینه مطابقت دارد(۱۱،۱۵). با افزایش سن و طول مدت بیماری، انگیزه و توانایی فرد برای انجام رفتارهای مربوط به کنترل و پیشگیری از عوارض این بیماری کاهش یافته و بالطبع میزان خودکارآمدی این افراد نیز مقدار کمتری را نشان می‌دهد. در مطالعات مختلف افرادی که تحصیلات بالاتری داشتند، نمره خودکارآمدی بیشتر و کنترل دیابت در آنها بهتر صورت گرفته بود(۱۱،۱۵). طبیعی است که بیماران دارای میزان تحصیلات بالاتر، میزان آگاهی و توجه بیشتری به عوارض دیابت و درک بهتری نسبت به ماهیت بیماری داشته باشند، بنابراین آموزش در افراد بی‌سواد و یا دارای سطح سواد پایین‌تر باید به عنوان یک متغیر تغییرپذیر و در واقع قابل تغییر مورد تأکید قرار گیرد. Sabet Servestani در مطالعه خود به ارتباط بین خودکارآمدی و وضعیت تأهل و بیشتر بودن میزان آن در افراد متأهل اشاره کرده است(۱۱). بر این اساس حمایت خانواده می تواند به عنوان یک عامل در افزایش میزان خودکارآمدی در نظر گرفته شود. همچنین Morowati Sharifabad و همکارش کمتر بودن خودکارآمدی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

در زنان را نسبت به مردان گزارش کردند(۱۲). در واقع می‌توان گفت سن، جنس، میزان تحصیلات و میزان آگاهی و عملکرد افراد از جمله متغیرهای اصلی مؤثر در میزان خودکارآمدی بشمار می‌روند و خودکارآمدی نیز بر روی کنترل بیماری و تبعیت از درمان تأثیر می‌گذارد(۱۳،۱۴).

در بررسی حاضر ۳۹/۴٪ از افراد دچار عوارض این بیماری شده بودند که با توجه به میانگین سنی افراد شرکت‌کننده و ماهیت مزمن این بیماری، عوارض طولانی مدت در بین افراد طبیعی می‌باشد، همچنین بیشترین عارضه با ۳۸/۸٪ مربوط به عوارض چشمی بود که با سایر مطالعات که بیانگر شیوع بالای این عارضه در میان بیماران دیابتی می‌باشد، هم جهت است(۱۰). از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به ماهیت مقطعی مطالعه اشاره کرد، بهتر است برای بررسی دقیق‌تر عوامل مؤثر و اثبات رابطه علت و معلولی از مطالعات طولی و جامع‌تر در این زمینه استفاده کرد. هر چند مطالعات مقطعی با حجم نمونه مناسب همچون مطالعه حاضر در این زمینه نیز برای تعیین عوامل مرتبط و بعد اثبات ارتباط بین آنها بسیار مفید و ضروری می‌باشد.

با توجه به نتایج این مطالعه و ذکر این نکته که خودکارآمدی بیشتر، میزان پایبندی به مراقبت از خود، مدیریت در درمان، انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از عوارض و کنترل بیماری دیابت را فراهم می کند، شناخت عوامل مؤثر و مرتبط با آن جهت انجام مداخلات و سیاست‌گذاری‌های مناسب در مورد این بیماری و همچنین لزوم برنامه‌های آموزشی بیشتر و جامع‌تر جهت افزایش میزان خودکارآمدی ضروری به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

در پایان، از کلیه کارکنان مرکز تحقیقات دیابت استان کرمانشاه و تمامی بیمارانی که پژوهشگران را در انجام این تحقیق یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می آید.

References:

1- Plotnikoff RC. ***Physical activity in the management of diabetes: population-based perspectives and strategies.*** Can J Diabetes 2006; 30(1): 52-62.

2- Amini M, Parvaresh E. ***Prevalence of macro-and microvascular complications among patients with type 2 diabetes in Iran: a systematic review.*** Diabetes Res Clin Prac 2009; 83(1): 18-25.

3- Khezerloo S, Feizi A. ***A survey of relationship between perceived self efficacy and self care performance in diabetic patients referring to Urmia diabetes center***. J Nurs Midwif UrmiaUniv Med Sci 2011; 10(3): 369-75. [Persian]

4- Lee H, Ahn S, Kim Y. ***Self-care, Self-efficacy, and glycemic control of Koreans with diabetes mellitus.*** Asian Nurs Res 2009; 3(3): 139-46.

5- Guariguata L, Whiting D, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE**.** ***Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035 for the IDF Diabetes Atlas.*** Diabetes Res Clini Pract 2014; 103(2): 137-49.

6- Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaiee zadeh D, Foruzanfar MH, Karimi Shahanjarini A. ***The relationship between self efficacy and perceived barriers to self care in patientwith 2 diabetes.*** Hayat 2009; 15(4): 69-78 [Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

7- Baghiani Moghadam M, Afkhami Ardakani M, Mazloomi S, Saeedizadeh M. ***Study of Quality of life in diabetic patients in Yazd.*** Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2007; 14(4): 49-54. [Persian]

8- Sarkar U, Fisher L, Schilinger D. ***Is self efficasy associated with diabetes self management across Race/Athinicity and health literacy?*** Diabetes Care 2006; 29(4): 823-29.

9- Agha Molaei T, Eftekhar H, Mohammad K. ***Application of health belief model to behavior change of diabetic patients.*** Payesh 2005; 4(4): 263-9. [Persian]

10- Baghaei P, Zandi M, Vares Z, Masoudi Alavi N, Adib Haj Bagheri M. ***Self care situation in diabetic patientsreferring in Kashan diabetesc center, in 2005.*** FEYZ J 2008; 12(1): 88-93. [Persian]

11- Sabet Sarvestani R, Hadian Shirazi Z. ***Diabetes diagnostic indexes and self efficacy of diabetic patients referred to Nader Kazemi center, Shiraz.*** Iran J Nurs Res 2009; 4(14): 15-21. [Persian]

12- Morowatisharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. ***Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center.*** J Birjand Univ Med Sci 2008; 15(4): 91-100. [Persian]

13- Vivienne Wu SF, Courtney M, Edwards H, McDowell J, Shortridge-Baggett LM, Chang PJ. ***Development and validation of the Chinese version of the diabetes management self-efficacy Scale.*** Int J Nurs Stud 2008; 45(4): 534-42.

14- Haghayegh AS, Ghasemi N, Neshatdoost H, Kajbaf M, Khanbani M. ***Psychometric properties of diabetes management self-efficacy scale (DMSES).*** Iran J Endocrinol Metabol 2010; 12(2): 111-15. [Persian]

15- Borhani F, Abaszadeh A, Taebi M, Kohan S. ***Relationship of Self efficacy and health beliefs of patients with Type II diabetes.*** Payesh 2010; 9(4): 371-83. [Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

Self Efficacy and some of related factors in Diabetic Patients

Rahimi MA(MD)[1], Izadi N(MSc)[*2], Khashij M(MSc)[3], Abdolrezaie M(BSc)[4], Aivazi F(BSc)[5]

[1]*Department of* Endocrinology, *Diabetes Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran*

[2]*Department of* Epidemiology, *Diabetes Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran*

[3]*Department of* Environmental Health, *Diabetes Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran*

[4,5]*Department of* Nersing, *Diabetes Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran*

Received: 30 Apr 2014 ***Accepted:*** 12 Aug 2014

Abstract

Introduction: Self-efficacy made possible ability to understand patient from conditions and factors influencing health and he/she can decide to improve health and to enforce it. This study was aimed to determine the self-efficacy and related factors in diabetic patients.

Methods: In this cross-sectional study, that was done randomly in diabetic patients referred to diabetes center, information were collected using demographic and questionnaire containing 15 questions about efficacy of glycemic control and correction, proper selection of food, foot examination, exercise and weight control. The validity and reliability assessed and data collected and enter to Stata software and were analyzes using t.test, χ^2 and logistic regression.

Results: The mean age of the 600 participating patients was 52.1±14 years. 57.3% was women and 42.7% male. The most common complications in sexes were visual complications. The mean of self-efficacy score was 54.9±14.3. 47.6% of participants had low self-efficacy. Low self-efficacy in those who had lower education was 2.7 against individuals who had higher education (OR=2.7; CI: 1.25-4.15), Also, low self-efficacy in people who have had complications, 1.9 vs. those who did not have complications (OR=1.9; CI: 1.25-2.55). Self-efficacy was inverse relationship with age and direct relationship with knowledge.

Conclusion: According to results, it's be necessary identifying the factors associated with the self-efficacy to interventions and appropriate policy on this disease and the need for more training programs to enhance self-efficacy.

Keywords: Self-efficacy, Related factors, Diabetes

This paper should be cited as:
Rahimi MA, Izadi N, Khashij M, Abdolrezaie M, Aivazi F. ***Self Efficacy and some of related factors in diabetic patients***. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2015; 22(6): 1665-72.

Corresponding author: Tel: +98 09187286481, Email: neda.izady@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]