

## تحقیقی

# ارتباط ابعاد کیفیت زندگی با خودکارآمدی و برخی عوامل مرتبط در بیماران دیابتی نوع ۲

حسین ابراهیمی<sup>۱</sup>، مهدی صادقی<sup>۲\*</sup>، میلاد بازقلعه<sup>۲</sup>

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران. ۲- کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

### چکیده

زمینه و هدف: با توجه به تاثیر گسترده بیماری دیابت بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران دیابتی و از طرف دیگر نقش مهم خودکارآمدی در رفتارهای خود مراقبتی این بیماران، مطالعه حاضر به منظور تعیین ارتباط ابعاد کیفیت زندگی با خودکارآمدی و برخی عوامل مرتبط در بیماران دیابتی نوع ۲ صورت پذیرفت.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی- همبستگی در سال ۱۳۹۲ و با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس بر روی ۱۵۶ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ در شهرستان شاهرود انجام شد. اطلاعات لازم با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی مختص بیماران دیابتی و پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی جمع‌آوری و سپس ارتباط ابعاد کیفیت زندگی با خودکارآمدی و برخی از عوامل مرتبط تعیین شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون صورت گرفت. سطح معنی داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد سطح کیفیت زندگی بیماران متوسط بود و بعد جسمی کمترین نمره را داشت. تفاوت معنی‌دار و ارتباط خطی مستقیم بین خودکارآمدی و تمامی ابعاد کیفیت زندگی مشاهده شد، به طوری که بیماران با خودکارآمدی بالاتر، کیفیت زندگی مطلوب‌تری داشتند. همچنین بین کیفیت زندگی با سن، مدت ابتلا و شاخص توده بدنی نیز ارتباط معنی‌دار و خطی وجود داشت. نتیجه‌گیری: بر طبق نتایج مطالعه، افزایش خودکارآمدی با بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط است. لذا به نظر می‌رسد با تدوین برنامه‌های بهبود و تقویت خودکارآمدی و تعدیل برخی از عوامل، بتوان به سطح بالاتری از کیفیت زندگی در این بیماران دست یافت. کلیدواژه‌ها: دیابت نوع ۲، کیفیت زندگی، خودکارآمدی

\* نویسنده مسئول: مهدی صادقی، پست الکترونیکی: mahdisadeghi@shmu.ac.ir

نشانی: شاهرود، میدان هفت تیر، دانشکده پرستاری مامایی. تلفن: ۳۲۳۹۵۰۵۴ (۰۲۳)

وصول مقاله: ۹۲/۹/۹، اصلاح نهایی: ۹۳/۴/۴، پذیرش مقاله: ۹۳/۷/۱۹

**مقدمه**

دیابت به عنوان یک مشکل مهم بهداشتی و از علل عمده مرگ و میر در سراسر دنیا محسوب می شود (۱). عوارض و مشکلات مزمن ناشی از دیابت، تاثیر بسزایی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت دارد و این امر می تواند بر شرایط اقتصادی بیماران مبتلا، خانواده و جامعه مؤثر باشد (۲). بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در راهنمای بالینی کنترل دیابت مورد تاکید بسیار است و در طی سال های اخیر بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران به صورت یک هدف درآمده است (۳ و ۴). وضعیت کیفیت زندگی در بیماران دیابتی از اهمیت زیادی برخوردار است. کیفیت زندگی پایین منجر به کاهش مراقبت از خود، کنترل نامطلوب قند خون و افزایش خطر عوارض بیماری است (۵). کیفیت زندگی 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 توانایی های خود را در فعالیت های با ارزش زندگی حفظ کند (۶). سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق خود تعریف می کند (۷). کیفیت زندگی برداشت هر شخص از وضعیت سلامتی خویش و میزان رضایت او از این وضع می باشد و به وسیله آن می توان کیفیت خدمات درمانی، مراقبتی و هرگونه اقدامات مداخله ای و پیشگیرانه را ارزیابی نمود (۸ و ۹). به همین دلیل کیفیت زندگی به عنوان یک پیامد مهم سلامتی و هدف غایی و نهایی همه مداخلات مرتبط با حوزه سلامت مطرح می باشد (۱۰).

سازمان جهانی بهداشت، ارتقای بهداشت را خودکارآمدی کردن افراد برای بدست آوردن کنترل روی زندگی شان توصیف می کند. این موضوع به افراد کمک می کند تا نگرانی های خودشان را بشناسند و مهارت های لازم را بدست آورند (۱۱). خودکارآمدی به معنای توانایی برای ایجاد یک اثر یا نتیجه مطلوب بوده و به صورت درک یا قضاوت فرد در مورد توانایی انجام یک عمل خاص به طور موفقیت آمیز با کنترل عوامل پیرامون خود تعریف می شود (۱۲). چنین دیدگاه موثری موجب دستیابی به اهداف انسانی، کاهش استرس و

افزایش کنترل افراد بر وضعیت زندگی شان می شود. با تقویت اعتماد فرد در مورد افزایش کنترل فردی بر اوضاع می توان خودکارآمدی او را افزایش داد. خودکارآمدی در بازداری، تعمیم و حفظ رفتارهای سازگارانه نقش بسیار مهمی ایفا می کند (۱۳).

نتایج تحقیقات قبلی نشان می دهد که تقریباً تمامی جنبه های زندگی افراد مبتلا به دیابت می تواند تحت تاثیر قرار گرفته و موجب کاهش سطح رضایتمندی و همچنین کیفیت زندگی این بیماران گردد (۱۴ و ۱۵). از طرف دیگر در مطالعات مختلف شواهدی مبنی بر تاثیر مثبت خودکارآمدی بر جنبه های مختلف زندگی در بیماران دیابتی به چشم می خورد (۱۶ و ۱۷). با وجود انجام مطالعات زیاد در مورد کیفیت زندگی، مطالعات کمی به ارتباط آن با خودکارآمدی پرداخته اند، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط ابعاد کیفیت زندگی با خودکارآمدی و برخی عوامل مرتبط در بیماران دیابتی نوع ۲ صورت پذیرفت.

**روش بررسی**

این پژوهش همبستگی با استفاده از نمونه گیری در دسترس بر روی ۱۵۶ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ در سال ۱۳۹۲ انجام شد. مرکز دیابت شهرستان شاهرود به علت سهولت دسترسی به داده ها، به عنوان محیط پژوهش انتخاب شد و رضایت آگاهانه از تمامی بیماران واجد شرایط پس از توضیح اهداف پژوهش به آن ها به صورت کتبی اخذ شد. قبل از اخذ رضایت به تمامی واحدهای پژوهش، اطمینان خاطر در ارتباط با محرمانه ماندن اطلاعات آن ها داده شد و به این منظور پرسشنامه ها بدون نام تکمیل گردید. همچنین آن دسته از بیمارانی که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند از مطالعه خارج شدند. ابزار بکار رفته در این پژوهش شامل پرسشنامه مشخصات فردی و مرتبط با بیماری (۱۲ سؤال مانند سن، جنس و میزان تحصیلات) و پرسشنامه کیفیت زندگی مختص بیماران دیابتی (شامل ۴۴ سؤال در پنج بعد و یک سؤال کلی) که توسط مقیاس لیکرتی (۵ گزینه ای) از خیلی زیاد تا به هیچ وجه طراحی شده و تعداد سئوالات و نحوه نمره گذاری ابعاد این پرسشنامه شامل بعد جسمی (۹ سؤال و ۴۵ امتیاز)، بعد روانی (۱۱ سؤال و ۵۵ امتیاز)، بعد اجتماعی (۷ سؤال و ۳۵ امتیاز)، بعد اقتصادی (۵ سؤال و ۲۵ امتیاز) و

### یافته ها

در مطالعه حاضر، در مجموع ۱۵۶ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند که مشخصات شرکت کنندگان پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: مشخصات فردی و مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

ویژگی مورد بررسی	تعداد (درصد)
جنس	
مرد	۵۸ (۳۷/۲)
زن	۹۸ (۶۲/۸)
وضعیت تاهل	
متاهل	۱۲۴ (۷۹/۵)
همسر فوت شده	۳۲ (۲۰/۵)
سطح تحصیلات	
ابتدایی و نهضت	۱۰۰ (۶۴/۱)
راهنمایی	۳۸ (۲۴/۴)
دیپلم و بالاتر	۱۸ (۱۱/۶)
عوارض همراه	
دارد	۴۳ (۲۷/۶)
ندارد	۱۱۳ (۷۲/۴)
مصرف دارو	
ضد دیابت خوراکی	۱۲۴ (۷۹/۵)
انسولین	۳۲ (۲۰/۵)
شاخص توده بدنی	
مرد	۲۷/۲۴ ± ۴/۳۸
زن	۲۶/۱۲ ± ۴/۲۳
میانگین سن (سال)	۴۸/۱۱ ± ۶/۱۸

میانگین نمره کلی کیفیت زندگی بیماران  $51/78 \pm 7/12$  بود و بیماران در بعد اجتماعی بالاترین نمره و در بعد جسمی ضعیف ترین نمره را کسب نمودند. بر اساس نتایج، تفاوت معنی دار و ارتباط خطی مستقیم بین خودکارآمدی و تمامی ابعاد کیفیت زندگی وجود داشت (جدول ۲).

میانگین سن واحدهای پژوهش در مطالعه حاضر،  $48/12 \pm 6/36$ ، سابقه ابتلا به دیابت  $5/36 \pm 9/42$  و میانگین شاخص توده بدنی  $26/37 \pm 3/41$  بود و نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد تفاوت معنی دار بین کیفیت زندگی و هر سه شاخص وجود دارد و براساس نتایج این آزمون بین کیفیت زندگی با این سه شاخص همبستگی منفی وجود داشت، به طوری که با افزایش میزان سن، مدت ابتلا و شاخص توده بدنی میزان کیفیت زندگی کاهش و به عبارتی ضعیف تر می شد (جدول ۳).

بعد بیماری و درمان (۱۳ سؤال و ۶۵ امتیاز) بود که با توجه به امتیاز هر بعد نمره آن به صورت درصدی محاسبه گردید. همچنین نمره سؤال کلی آخر به صورت معکوس محاسبه شد. امتیاز بیشتر در این پرسشنامه، نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر و امتیاز کمتر نشان دهنده کیفیت زندگی ضعیف تر است. همچنین با توجه به دامنه نمرات قابل کسب در این پرسشنامه، تقسیم بندی نمره کل کیفیت زندگی در ۳ سطح مطلوب (بیشتر از ۶۵)، متوسط (۶۵-۴۵) و ضعیف (کمتر از ۴۵) صورت پذیرفت. روایی و پایایی پرسشنامه فوق در مطالعات مورد تایید قرار گرفته که ضریب پایایی آزمون مجدد  $0/92$  و آلفای کرونباخ  $0/95$  بدست آمده بود (۱۸). ضریب همبستگی آن در مطالعه حاضر  $0/89$  بدست آمد.

همچنین سنجش خودکارآمدی با اقتباس از پرسشنامه استاندارد DES-SF صورت پذیرفت که شامل ۸ گویه بر طیف لیکرتی پنج درجه‌ای از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» می شد و توسط Anderson & Fitzgerald اعتبار سنجی شده است (۱۹). همچنین روایی و پایایی پرسشنامه فوق در مطالعات داخلی نیز مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (۲۰). با این وجود پایایی پرسشنامه مذکور در مطالعه حاضر از طریق آلفای کرونباخ  $0/84$  محاسبه شد. دامنه قابل کسب نمره در ابزار فوق بین ۵-۱ بوده و نمره بیشتر این پرسشنامه، نشان دهنده خودکارآمدی بالاتر بیماران بود.

پرسشنامه‌های ذکر شده به صورت مصاحبه حضوری و چهره به چهره توسط پژوهشگران آموزش دیده با بیماران مراجعه کننده به مرکز دیابت تکمیل گردید (تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت خود گزارش دهی بود و به بیماران اطمینان داده شد که پاسخ آنان بر روند ارائه مراقبت آن‌ها تأثیری نخواهد داشت).

داده‌های جمع آوری شده توسط نرم افزار SPSS-19 و با استفاده از آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و سطح معنی داری در این مطالعه  $0/05$  در نظر گرفته شد.

جدول ۲: ارتباط خودکارآمدی با ابعاد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

ابعاد کیفیت زندگی	جسمی	روانی	اقتصادی	اجتماعی	بیماری و درمان	نمره کل
	۴۴/۹۲ ± ۷/۱۶	۵۳/۱۳ ± ۸/۷۸	۵۰/۱۲ ± ۷/۹۶	۶۱/۸۲ ± ۵/۹۰	۴۸/۹۲ ± ۷/۱۶	۵۱/۷۸ ± ۷/۱۲
خودکارآمدی	r=۰/۵۲	r=۰/۵۰	r=۰/۴۴	r=۰/۳۲	r=۰/۵۲	r=۰/۶۲
	p=۰/۰۵	p<۰/۰۰۱	p=۰/۰۱	p=۰/۰۳	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱

جدول ۳: ارتباط کیفیت زندگی با سن، سابقه ی بیماری و شاخص توده بدنی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	ضریب همبستگی پیرسون ارزش P
سن	۴۸/۱۲ ± ۶/۳۶	r=-۰/۳۹ p<۰/۰۰۱
مدت ابتلا	۹/۴۲ ± ۵/۳۶	r=-۰/۳۲ p<۰/۰۰۱
شاخص توده بدنی	۲۶/۳۷ ± ۳/۴۱	r=-۰/۳۱ p=۰/۰۲

## بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد بیماران در بعد اجتماعی بهترین وضعیت و در بعد جسمی (فیزیکی) ضعیف‌ترین نمره را در بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی گزارش کردند. در مطالعه سرانی و همکاران در زاهدان (۱۳۹۰) نیز پایین‌ترین نمره اختصاص به بعد جسمی بیماران داشت که با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۱)، اما نتیجه مطالعه Laffel و همکاران (۲۰۰۳) در بوستون نشان داد نمره بالاتر کیفیت زندگی مربوط به عملکرد فیزیکی و نمره پایین‌تر به ابعاد روحی و اجتماعی اختصاص داشت (۲۲). Thommasen و Zhang (۲۰۰۶) نیز در تحقیق خود در سه کشور چین، مالزی و هند دریافتند در کشور چین بالاترین نمره کیفیت زندگی مربوط به بعد عملکرد فیزیکی و کمترین نمره به بعد سلامت کلی بیماران اختصاص داشت و در مالزی بالاترین نمره به عملکرد فیزیکی و کمترین نمره به انرژی و نشاط تعلق داشت و در کشور هند نیز عملکرد اجتماعی بالاترین نمره و انرژی و نشاط کمترین نمره را به خود اختصاص داد (۲۳). در مطالعات درویش پورکاخکی و همکاران (۱۳۸۶) و قنبری و همکار (۱۳۸۳) بیشترین نمره کیفیت به عملکرد فیزیکی اختصاص داشت (۲۴ و ۲۵). نتیجه تحقیقات دیگر نیز نشان داد بیماری دیابت بیشترین تاثیر را بر سلامت کلی و کمترین تاثیر

خود را بر عملکرد اجتماعی و نقش عاطفی داشته است (۲۶ و ۲۷). تفاوت در نمره ابعاد کیفیت زندگی می‌تواند تحت تاثیر عواملی همچون توزیع جنسی نمونه‌ها، زمینه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی بیماران باشد و بررسی انجام شده نشان داد بیماران در مطالعه حاضر برخلاف تحقیقات دیگر از وضعیت فیزیکی بدتری برخوردارند و می‌بایست برنامه‌ها و راهکارهایی در راستای بهبود این بعد تدوین و اجرایی شوند. بهبود فعالیت‌های روزانه و برنامه‌های ورزشی منظم می‌تواند بخش از این برنامه‌ها باشد.

در مطالعه حاضر تفاوت معنی‌دار و ارتباط خطی بین خودکارآمدی و تمامی ابعاد کیفیت زندگی وجود داشت و بیماران با سطح پایین کیفیت زندگی نمره خودکارآمدی پایین‌تر داشتند و نمره بالاتر خودکارآمدی با کیفیت زندگی مطلوبتر همراه بود. خودکارآمدی نقش مهمی در خودمدیریت و پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی و کنترل بهتر دیابت دارد (۲۴). نتیجه یک مطالعه نشان داد خودکارآمدی درک شده بر اتخاذ رفتارهای خودمدیریتی دیابت اثرات مثبت داشته و در نتیجه پیامد طولانی مدت بر بهبود کیفیت زندگی بیماران داشت (۲۸). Pibernik-Okanovic و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه خود چنین نتیجه گرفتند که با افزایش خودکارآمدی بیماران دیابتی، کیفیت زندگی آن‌ها نیز بهبود می‌یابد (۱۷).

دیابت ارتباط معنی دار با کیفیت زندگی دارد (۲۱). در تحقیق وارث و همکاران (۱۳۸۸) در کاشان نیز بیماران با مدت ابتلا طولانی تر نمره کیفیت زندگی کمتری را کسب کردند (۳۹).  
خمسه و همکاران (۱۳۹۰) نیز مدت زمان ابتلا به بیماری دیابت را یکی از عوامل موثر بر کیفیت زندگی در این بیماران معرفی نمودند (۴۲). هرچند نتایج چند مطالعه نشان دهنده عدم ارتباط بین این دو متغیر بود (۲۵ و ۴۳-۴۴)، اما مطالعات زیادی ارتباط کیفیت زندگی و مدت ابتلا به دیابت را بخوبی نشان داده اند (۱۵ و ۳۷ و ۴۲ و ۴۵ و ۴۶). افزایش طول مدت ابتلا به بیماری با ایجاد خستگی و فرسودگی روانی می تواند به عنوان یک مانع در رعایت رژیم های درمانی از سوی این بیماران مطرح باشد (۴۷).

بین شاخص توده بدنی با کنترل متابولیکی نیز رابطه معنی دار و خطی وجود داشت، به طوری که با افزایش شاخص توده بدنی میزان کیفیت زندگی بدتر می شد. در مطالعه منجمد و همکاران (۱۳۸۵) نیز رابطه معنی دار آماری بین کیفیت زندگی و شاخص توده بدنی وجود داشت (۳۶).  
همچنین در مطالعه Liyod و همکاران (۲۰۰۱) ارتباط معنی دار بین این دو متغیر گزارش گردید (۳۵). نتیجه یک مطالعه نیز نشان داد که شاخص توده بدنی روی کیفیت زندگی تاثیر گذار است و باعث کاهش کیفیت زندگی بخصوص در بیماران چاق می شود (۴۸).

مجموع نتایج مطالعه حاضر و سایر مطالعات در این خصوص نشان می دهد که ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماری دیابت تحت تاثیر شرایط بیماری قرار می گیرد. توجه به مفاهیم مهمی همچون خودکارآمدی و افزایش آن از طریق آموزش می تواند به بهبود امر خود مراقبتی و در نتیجه بهبود شرایط بیماران بیانجامد. خودکارآمدی پیش نیاز رفتار محسوب شده و به عنوان بخش مستقلى از مهارت های اساسی فرد عمل می کند (۲۰). به اعتقاد Bandura می توان از طریق ایجاد زمینه مناسب در جهت کسب مهارت ها و دانش مورد نیاز و حصول موفقیت در آن، خودکارآمدی و توانمندی شخص را افزایش داد (۴۹). لذا توجه به عواملی همچون خودکارآمدی به عنوان یکی از عوامل پیش نیاز در خود مدیریتی دیابت در ارتقای سلامت و افزایش کیفیت زندگی ضروریست.

Cherrington و همکاران (۲۰۱۰) نیز در مطالعه خود نشان دادند که خودکارآمدی خود باعث کاهش علائم افسردگی گردیده، از این طریق به بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک می نماید (۱۶). Mishali و همکاران (۲۰۱۱) نیز در تحقیق خود گزارش کردند خودکارآمدی بر تبعیت از درمان در کنترل دیابت موثر است و با بهبود خودکارآمدی کیفیت زندگی بیماران نیز بهبود می یابد (۲۹). رحیمیان بوگر و همکاران (۱۳۹۰) نیز در تحقیق خود گزارش کردند که تدارک برنامه های بهبود و تقویت خودکارآمدی در بیماران دیابتی، برای ارتقای رفتارهای خودمراقبتی و کاهش آسیب های همراه سودمند است (۳۰). نتیجه مطالعه Sarkar و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان داد خودکارآمدی به طور معنی داری با پیروی از سبک زندگی سالم ارتباط دارد (۳۱). از نتایج بدست آمده در مطالعه حاضر و تحقیقات فوق می توان چنین نتیجه گرفت با تدوین راهکار و برنامه ها در راستای بهبود وضعیت خودکارآمدی، می توان کیفیت زندگی را در بیماران دیابتی در ابعاد مختلف بهبود بخشید.

در پژوهش حاضر ارتباط معنی دار و خطی منفی بین سن و نمره کل کیفیت زندگی وجود داشت. در مطالعه مقدسیان و همکاران (۱۳۸۶) در تبریز نیز بین سن و کیفیت زندگی رابطه معنی دار بود، به طوری که با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش می یافت (۳۲). Tang (۲۰۰۶) در مطالعه خود نشان داد، کیفیت زندگی بیماران سالمند از بیماران جوانتر به مراتب پایین تر است (۳۳). نتیجه چندین مطالعه نیز ارتباط این دو متغیر را معنی دار گزارش نمودند (۳۶-۳۴). بالا رفتن سن می تواند با کاهش تحرک بدنی و نقص در امر مراقبت از خود ناشی از کهولت سن، بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیر بگذارد. در مقابل برخی تحقیقات ارتباط معنی دار بین سن و کیفیت زندگی مشاهده نشد (۴۱-۳۷). عواملی همچون حمایت خانواده در امر مراقبت، بهبود وضعیت آموزش و چگونگی ارائه خدمات به بیماران دیابتی می تواند این موضوع را تحت تاثیر خود قرار دهد.

همچنین در مطالعه حاضر بین مدت ابتلا به دیابت و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود داشت، به طوری که با افزایش مدت ابتلا کیفیت زندگی کاهش می یافت. یافته های مطالعه سرانی و همکاران (۱۳۹۰) نیز نشان داد مدت زمان ابتلا به

## نتیجه گیری

هرچند مطالعه حاضر به بررسی ارتباط دو موضوع مهم، یعنی «کیفیت زندگی» و «خودکارآمدی» در ارتباط با بیماران دیابتی پرداخته بود، اما به علت اینکه فقط بیماران مراجعه کننده به مرکز دیابت ملاک قرار گرفته بودند، احتمال سوگیری (Volunteer bias) می تواند به عنوان یکی از محدودیت های این مطالعه مطرح باشد. همچنین خودگزارشی و کم بودن تعداد نمونه های پژوهش، از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر بودند که با توجه به اهمیت مفاهیم ذکر شده،

انجام مطالعات گسترده تر بر روی جمعیت های مختلف و با حجم نمونه بیشتر برای تعمیم بهتر نتایج پیشنهاد می گردد.

## تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه کارکنان و بیماران گرامی که در این طرح مشارکت داشتند تقدیر و تشکر بعمل می آید. مطالعه حاضر بخشی از طرح مصوب به شماره ۱۹۰۱ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود بود که بدینوسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از آن معاونت به دلیل حمایت مالی و معنوی مطالعه حاضر اعلام می دارند.

## References

- Nathan D, Buse J, Davidson M, et al. Medical management of hyperglycaemia in type 2 diabetes mellitus: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetologia*. 2009;52:17-30.
- Massi-Benedetti M. The cost of diabetes in Europe-Type II: the CODE-2 study. *Diabetologia*. 2002;45(7):51-4.
- Gries F, Alberti K, Gries FA, Alberti KG: Management of non-insulin dependent diabetes mellitus in Europe: A consensus statement. *IDF Bull* 1987; 32:169-74. *IDF Bull*. 1987;32:169-74.
- Czajkowski S. Health-related quality of life outcomes in clinical research: NHLBI policy and perspectives. *Ann Thorac Surg*. 1998;66(4):1486-7.
- Kotsanos J, Marrfero D, Viginati J, Mathias A, Huster W, Boggs M, et al. Health-related quality of life results from multinational clinical trial of insulin lispro. *Diabetes Care*. 1997;20(6):948-58.
- Bobes J, Gonzalez M, Bascaran M, Aranqo, Saiz P, Bousono M. Quality of life and disability in patients with obsessive compulsive disorder. *16*. 2001;4:239-45.
- Sayari A, Garry D, Asadi Iari M. Evaluation of the quality of Life, International experiences and necessity in Iran. *Teb&tazkie J*. 2001;41:30-3.
- Kheyltash A, Montazeri A, Nabaei B. Factors affecting the quality of life in patients with neoplasia Lnfa. *Payesh Quarterly*. 2006:75-82.
- Monica S, Clare M, Lesley B. Diabetic foot care: assessing the impact of care on the whole patient. *Practical Diabetes int*. 2000;17(5):147-51.
- Braunwald E, Fauci A, Kasper D. Harrison, s Principle of internal medicine. 16th ed. New York: McGraw- Hill. 2005:1653-67.
- Naidoo J, Wills J. Health promotion functions for practice. London Toronto. Second Ed. 2000:98-9.
- Deniz I, Sema S, Lutfi C, Hulya A. Factors determining self-efficacy in chronic obstructive pulmonary disease. *Saudi medical*. 2005;26(4):542-7.
- Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient education and counseling*. 2005;57(2):153-7.
- Poorkakhki D, Abedsaeidi Z, Yaghmaei F, Alavimajd H, Montazeri A. A survey on quality of life and both individual and disease characteristics of diabetics patients referring to Tehran Hospitals in 2004. *Iranian Journal of Oncology and Metabolism*. 2006;8:49-56. [Persian]
- Bagheri H, Ebrahimi H, Taghavi N, Hasani M. A survey on quality of life of diabetic patients based on the disease consequences among patients referring to Imam Hosein Hospital, Shahrood. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2005;7:50-6. [Persian].
- Cherrington A, Wallston KA, Rothman RL. Exploring the relationship between diabetes self-efficacy, depressive symptoms, and glycemic control among men and women with type 2 diabetes. *Journal of behavioral medicine*. 2010;33(1):81-9.
- Pibernik-Okanovic M, Prasek M, Poljicanin-Filipovic T, Pavlic-Renar I, Metelko Z. Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. *Patient education and counseling*. 2004;52(2):193-9.
- Darvishpoor Kakhaki A, Abed Saeedi J, Yaghmaie F, Alavi Majd H. Instrument Development to Measure Diabetic Clients Quality Of Life (DCQOL). *Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism*. 2005;7(2).
- Anderson RM, Fitzgerald JT, Gruppen LD, Funnell MM, Oh MS. The diabetes empowerment scale-short form (DES-SF). *Diabetes Care*. 2003;26(5):1641-2.
- Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaezadeh D, Forouzanfar M, Karimi Shahanjarini A. Perceived Barriers and Self-efficacy: Impact on Self-care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes. *Hayat*. 2010;15(4):69-78.
- Sarani H, Ebrahimitabass E, Arbabisarjou A, Mehdipour S. The quality of life in the diabetic patients of Zahedan's Ali Asghar Hospital affiliated to Zahedan University of Medical Sciences, Iran( 2011). *World of Sciences Journal*. 2011;1(6):54-64.

22. Laffel LM, Connell A, Vangsness L, Goebel-Fabrizi A, Mansfield A, Anderson BJ. General Quality of Life in Youth With Type 1 Diabetes Relationship to patient management and diabetes-specific family conflict. *Diabetes Care*. 2003;26(11):3067-73.
23. Thommasen H, Zhang W. Impact of chronic disease on quality of life in the Bella Coola Valley . *Rural Remote Health*. 2006;6(2):528.
24. Darvish PoorKakhki A, Abed Saeidi J, Yaghmaei F, Alavi Majd H, Montazeri A. Survey correlation between quality of life and disease and demographic variables of diabetic patients referred to Tehran hospitals in 2004 .*Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism*. 2006;29(8):49-56.[Persian]
25. Ghanbari A, Kazem-nejad E. A comparative study of quality of life in NIDDM patients and Healthy Individuals referred to Razi Hospital Diabetes Education Centre Modares *Journal of Medical Sciences*. 2004;7(1):69-80.[Persian]
26. Weinberger M, Kirkman MS, Samsa GP, Cowper PA, Shortliffe EA, Simel DL, et al. The relationship between glycemic control and health-related quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Medical Care*. 1994;1173-81.
27. Johnson JA, Nowatzki TE, Coons SJ. Health-related quality of life of diabetic Pima Indians. *Medical Care*. 1996;34(2):97-102.
28. Skelly A, Marshall J, Haughey B, Davis P, Dunford R. Self-efficacy and confidence in outcomes as determinants of self-care practices in inner-city, African-American women with non-insulin-dependent diabetes. *Diabetes Educ*. 1995;21(1):38-46.
29. Mishali M, Omer H, Heymann A. The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. *Family Practice*. 2011;28(1):82-7.
30. Rahimian Boogar E, Besharat M, Mohajeri Tehrani M, Talepasand S. Predictive Role of Self-Efficacy, Belief of Treatment Effectiveness and Social Support in Diabetes Mellitus Self-Management. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011;17(3):232- 40.
31. Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*. 2006;29(4):823-9.
32. Moghadasian S, Ebrahimi H, Mahdipoor Zare N, Haririyan H. Three dimensions of quality of life of diabetics ore Bzshky Sciences Center, Tabriz University of diabetes. *Persian Journal of Midwifery, Tabriz Brstary*. 2007;10:38-44.
33. Tang W. Assessment of quality of life and relevant factors in elderly diabetic patients in the shanghaicommmunity. *pharma coepidemiol drug saf*. 2006;15(2):123-300.
34. Bagust A, Wilson E, Perry S, al e. Bagust A, Wilson E, Perry SA, et al. Utility and Quality of life in the CODE-2 study for type 2 diabetes. UK prospective diabetes study group. *Diabetes Care*. 2001;50:1096.
35. Lioyd A, Sawyer W, Hopkinson P. Impact of long-term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insuline. *Value in Health Journal*. 2001; 4(5): 392.
36. Monjamed Z, Mehran A, Peimani T. The quality of life in diabetic patients with chronic complications. *Hayat*. 2006;12(1):55-66.[Persian]
37. Ahmadi A, Hasan Zadeh J, Rahimi Madiseh M, Lashkari L. Factors affecting quality of life in type 2 diabetic patients In chaharmahale Bakhtiyari. *Journal of North Khorasan University of Medical Science*. spring 2011;3(1):7-13.
38. Baghianimoghadam M, Afkhami-Ardekani M. Effect of education on improvement of quality of life by Sf-20 in type 2 diabetic patients. *Diabete Research Center, of Shahid Sadooghi University of Medical Sciences Yazd ,Iran*. 2008;13(4):21-8.[Persian]
39. Vares Z, Zandi M, Baghaei P, Masoudi Alavi N, MirBagher Ajor Paz N. Medical surgical nursing department ,nursing faculty Kashan university of medical sciences. *Parastari Pejouhesh*. 2009;5(17):14-22.[Persian]
40. Hänninen J, Takala J, Keinänen-Kiukaanniemi S. Quality of life in NIDDM patients assessed with the SF-20 questionnaire. *Diabetes research and clinical practice*. 1998;42(1):17-27.
41. Bourdel-Marchasson I, Dubroca B, Manciet G, Decamps A, Emeriau J-P, Dartigues J-F. Prevalence of diabetes and effect on quality of life in older French living in the community: the PAQUID Epidemiological Survey. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1997; 45(3): 295.
42. Khamseh M, Monavari A, Malek M, Shafiee G, Baradaran H. [Health-- Related Quality of Life in Patients with Type 1 Diabetes]. *PersianIranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2011;13(3):249-55.[Persian]
43. Yaghoobi M, Taheri N ,Raof Saeb A, Shirzaei K, Kazemi S. Study quality of life in patients referring ti Mashhad Parsian Clinic (Summer 2009). *Modern Care, Scientific Quarterly Of Birjand Nursing and Midwifery Faculty*. 2011;7(3,4):15-21.[Persian]
44. Trief P, Wade M, Britton K, al e. A prospective analysis of marital relationship factors and quality of life in diabetes. *Diabetes care*. 2002; 25(7): 1154-8.
45. Pouwer F, Snoek F. Pouwer F, Snoek FJ, Patients evaluation of The quality of diabetes Care (PEQD). *Qual Saf Health Care*. 2002;11(2):131-6.
46. Papadopoulos AA, Kontodimopoulos N, Frydas A, Ikonomakis E, Niakas D. Predictors of health-related quality of life in type II diabetic patients in Greece. *BMC Public Health*. 2007;7(1):186.
47. Ponzo MG, Gucciardi E, Weiland M, Masi R, Lee R, Grace SL. Gender, ethnocultural, and psychosocial barriers to diabetes self-management in Italian women and men with type 2 diabetes. *Behavioral Medicine*. 2006;31(4):153-60.
48. Ribu L, Hanestad B, Moum T, al e. Health-related quality of life among patients with diabetes and foot ulcers: association with demographic and clinical characteristics. *J Diabetes Complications*. 2007; 21(4): 227- 36.
49. Bandura A. Self efficacy mechanism in human agency. *The American Psychologist*. 1982;37(2):122-47.

## Original Paper

# Relationship between Quality of Life Dimensions and Self-Efficacy and Some Related Factors in Patients with Type 2 Diabetes

Hossein Ebrahimi (PhD)<sup>1</sup>, Mahdi Sadeghi (MSc)<sup>2</sup>, Milad Bazghaleh (MSc)<sup>2</sup>

1- Assistant Professor of Nursing, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran. 2- MSc in Nursing, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

---

## Abstract

**Background and Objective:** Due to the widespread impact of diabetes on various aspects of life and the important role of self-efficacy in self-care behaviors of diabetic patients, we aimed at determining the relationship between quality of life dimensions and self-efficacy, and some related factors in patients with type 2 diabetes.

**Material and Methods:** This cross-sectional study was conducted on 156 patients, selected via convenience sampling, with type II diabetes in Shroud (2013). The instruments were a demographic checklist, diabetic quality of life questionnaire and self-efficacy questionnaire. Data analysis was performed by descriptive statistics and Pearson correlation coefficient (0.05).

**Results:** in accordance with the results, the quality of life was moderate and the lowest score was related to physical dimension. There was a significant relationship between self-efficacy and all aspects of quality of life in that the patients with higher self-efficacy had the more quality of life. Moreover, there was a significant linear relationship between quality of life and variables such as age, diabetes duration and body mass index.

**Conclusion:** given that the increased self-efficacy is associated with quality of life improvement, it seems likely that we can maximize the quality of life in these patients by applying self-efficacy enhancement programs.

**Keywords:** Diabetes Type 2, Quality of Life, Self-Efficacy

---

\* **Corresponding Author:** Mahdi Sadeghi (MSc), **Email:** mahdisadeghi@shmu.ac.ir

Received 30 Nov 2013

Revised 25 Jul 2014

Accepted 11 Oct 2014

This paper should be cited as: Ebrahimi H, Sadeghi M, Bazghaleh M. [Relationship between Quality of Life Dimensions and Self-Efficacy and Some Related Factors in Patients with Type 2 Diabetes]. J Res Dev Nurs Midwifery. Autumn & Winter 2014; [Article in Persian]