کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲: بررسی نقش خودکارامدی

فرزاد جلیلیان[۱]، مهدی میرزایی علویجه[۲]، شهره امدادی[۳]، مصطفی نصیرزاده[۴]، مجید براتی[۱]، ناصر حاتم‌زاده[۵]

چکیده

مقدمه: دیابت شایع‌ترین بیماری متابولیک در انسان است و عوارض مزمن متعددی نظیر اختلالات بینایی، کلیوی، عروقی و عصبی دارد که همگی کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این راستا خودکارامدی به عنوان یک عامل بسیار مهم شناخته شده است که تا چه اندازه بیمار می‌تواند مسایل مربوط به کنترل بیماری خود را شخصاً انجام دهد. لذا هدف از انجام این مطالعه، بررسی ارتباط بین خودکارامدی و کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی- مقطعی بود که بر روی ۱۸۷ نفر از بیماران زن مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت شهر همدان انجام گرفت. نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده از بین مراجعین صورت گرفت. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه کیفیت زندگی خلاصه شده سازمان جهانی بهداشت و پرسش‌نامه خودکارامدی درک شده در خصوص کنترل بیماری استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری $SPSS_{۱۳}$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سال‌های ابتلا به دیابت در شرکت‌کنندگان ۹/۸۶ با انحراف معیار ۶/۷۷ سال بود. به طور کلی میانگین نمره کیفیت زندگی ۷۹/۹۲ (نمره کل ۱۳۰) بود. بین شغل، سال‌های ابتلا به بیماری و میزان تحصیلات با کیفیت زندگی از نظر آماری رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($P < ۰/۰۵$). همچنین بین خودکارامدی و کیفیت زندگی بیماران رابطه معنی‌داری دیده شد ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری را بین خودکارامدی و کیفیت زندگی نشان داد. در این خصوص پرستاران و سایر پرسنل بهداشتی- درمانی می‌توانند با آموزش‌های مناسب خود نقش مهمی را در افزایش میزان اطمینان در انجام رفتارهای مراقبت از خود و به تبع آن بهبود کیفیت زندگی بیماران داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: خودکارامدی، کیفیت زندگی، دیابت نوع ۲، زنان.

نوع مقاله: *تحقیقی*

دریافت مقاله: ۹۰/۳/۲ *پذیرش مقاله: ۹۰/۶/۱*

۱- کارشناس ارشد، مدرس دانشگاه آزاد، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران.

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یزد، یزد، ایران.

۳- دانشجوی دکترای، عضو هیأت علمی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: sh.emdadi@umsha.ac.ir

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۵- دانشجوی دکترای، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یزد، یزد، ایران.

مقدمه

یکی از بیماری‌های خطرناک که می‌توان آن را شایع‌ترین و مهم‌ترین بیماری متابولیک در انسان دانست، دیابت می‌باشد که به سبب شیوع فراوان آن امروزه به عنوان یک مشکل بزرگ بهداشتی در دنیا مطرح است. دیابت در بسیاری از کشورها و در سنین ۲۰ تا ۷۰ سالگی علت اصلی کوری و از مهم‌ترین علل قطع عضو و نارسایی مزمن کلیه محسوب می‌شود و عوارض مزمن متعددی نظیر اختلالات بینایی، کلیوی، عروقی و عصبی که منجر به نابینایی، نارسایی شدید کلیوی، سکته قلبی و یا مغزی را به دنبال دارد (۱). بر طبق آمار در سال ۱۹۹۵ حدود ۱۳۵ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به دیابت بوده‌اند که تخمین زده می‌شود این آمار به ۳۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ برسد (۲). طبق بررسی‌های انجام شده در ایران ۲ درصد افراد جامعه مبتلا به این بیماری هستند که این رقم در افراد بالای ۳۰ سال حدود ۷/۳ درصد است. در بررسی طرح کشوری سلامت و بیماری، آمار مبتلایان به دیابت آشکار ۱/۵ درصد گزارش شده است (۳). همچنین با توجه به این که تعداد قابل توجهی از مبتلایان به دیابت، ناشناخته باقی می‌مانند، از این جهت گفته می‌شود که نزدیک به ۳ میلیون نفر در ایران به این بیماری مبتلا هستند. در مجموع در حدود ۲۰ درصد از جمعیت بالای ۳۰ سال در کشورمان مبتلا به دیابت یا عدم تحمل گلوکز هستند (۴). با توجه به عوارض مزمن متعدد این بیماری، امروزه در تحقیقات بالینی پزشکی مفهوم کیفیت زندگی اهمیت به سزایی به خود گرفته است (۵). راهنمایی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بر این نکته تأکید دارد که یکی از شواهد اولیه درمان در بیماران مبتلا به دیابت، اصلاح کیفیت زندگی آن‌ها می‌باشد. در این خصوص باید افزود که عدم مراقبت از خود، خوب کنترل نکردن قند خون و افزایش عوارض دیابت منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌گردد. اصلاح کیفیت زندگی نه تنها برای بیمار مبتلا به دیابت سودمند و با ارزش است، بلکه هزینه‌های مراقبت بهداشتی و پزشکی مرتبط با آن‌ها نیز کاهش می‌یابد (۶). به همین دلایل اندازه‌گیری کیفیت زندگی در ارتباط با سلامت، در طی ۲۵ سال گذشته تکامل و توسعه یافته است (۷). ابزارهای جامع به ویژه آن‌هایی که نشانه‌های سلامت را اندازه می‌گیرند، می‌توانند برای فراهم نمودن داده‌هایی در مورد شرایط عملکردی سلامت مفید و مؤثر باشند (۸). در همین راستا اندازه‌گیری کیفیت زندگی یکی از انواع مختلف ابزارهای اصلی در مطالعات مربوط به دیابت قندی می‌باشد (۹). سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را به مفهوم درک برداشت هر فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و نظام ارزشی اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، معنا کرده است. این درک در ارتباط با اهداف اصلی، ادراکات و برداشت‌های فرد از حیات مفهوم می‌یابد. این واقعیت دارای محدوده گسترده‌ای است که به طرق مختلف تحت تأثیر وضعیت جسمانی، روانی، باورهای فردی و ارتباطات اجتماعی فرد قرار دارد (۱۰). از طرفی درمان دیابت به میزان زیادی بستگی به رفتار و خود مراقبتی خود بیمار دارد و این بیماران باید بخش عمده‌ای از فعالیت‌های مربوط به کنترل دیابت را شخصاً انجام دهند (۳). در این خصوص خودکارامدی اطمینان خاطری است که شخص درباره انجام فعالیت خاصی احساس می‌نماید. این مفهوم میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (۱۱) و به معنای قضاوت فرد در مورد توانایی‌هایش برای انجام یک عمل می‌باشد و می‌تواند شخص را به اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر برای سلامت، قادر سازد. افرادی که خودکارامدی بالایی دارند، موانع را به وسیله بهبود مهارت‌های خود مدیریتی و پشتکار برمی‌دارند و در برابر مشکلات ایستادگی می‌کنند و بر امورکنترل بیش‌تری دارند. از این رو درک خودکارامدی می‌تواند باعث حفظ و نگهداری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شود (۱۲). در بررسی عوامل مؤثر بر انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی، تحقیقات چندی نشان داده است که افراد با درک توانایی خود در مورد تنظیم و اداره رفتارهای خود، می‌توانند بر رفتارهای خود تأثیرگذار باشند. در واقع خودکارامدی به عنوان واسطه‌ای بین قصد انجام و بروز رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی عمل می‌کند (۱۳). به خصوص خودکارامدی در پیش‌گویی تغییرات سبک زندگی به ویژه در بیماری‌های مزمن مطرح شده است (۱۴). در رابطه با

www.mui.ac.ir

چگونگی تأثیرگذاری خودکارامدی، Bandura عنوان نمود که خودکارامدی در واقع باور و انتظار فرد مبنی بر ظرفیت تأثیرگذاری او بر پیامد مطلوب از طریق تلاش‌های فردی است. به بیان دیگر خودکارامدی روی انگیزش تأثیر می‌گذارد و هر چه اعتقاد و باور قوی‌تر باشد، فرد فعال‌تر است، تلاشش بیشتر می‌شود و مداومت رفتار او در به دست آوردن هدف خاص بیشتر خواهد شد (۱۲). به همین دلایل مطالعات متعددی در خصوص اهمیت و رابطه خودکارامدی و انجام رفتارهای مرتبط با سلامتی انجام گرفته است (۱۸-۱۵). با توجه به اهمیت خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت، در مطالعه حاضر به بررسی ارتباط بین خودکارامدی بیماران زن مبتلا به دیابت نوع ۲ در مراقبت و کنترل بیماری خود و کیفیت زندگی آنان پرداخته شده است. انتظار می‌رود که نتایج این مطالعه بتواند در ارایه راه‌کار آموزشی مناسب به منظور ارتقای خودکارامدی و به تبع آن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نتایج سودمندی را ارایه دهد.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی و از نوع مقطعی (Cross–sectional study) بود که بر روی ۱۸۷ نفر از بیماران زن مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت همدان انجام شد. نحوه انجام مطالعه به این شرح بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، شرکت کنندگان از بین بیماران مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت شهر همدان انتخاب شدند. سپس پرسش‌نامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار داده شد و اطلاعات مورد نیاز از آن‌ها جمع‌آوری گردید. آزمودنی‌های پژوهش در زمینه چگونگی انجام مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام این مطالعه توجیه گردیدند و تمامی آن‌ها با تمایل وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل سه بخش بود که با انجام مصاحبه توسط یک نفر کارشناس مجرب خانم اطلاعات از زنان جمع‌آوری گردید. بخش اول اطلاعات دموگرافیکی شامل شش سؤال در خصوص اطلاعات فردی زنان بود. این بخش اطلاعاتی نظیر سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، محل سکونت، سابقه وجود بیمار مبتلا به دیابت در خانواده و مدت سال‌های ابتلا به دیابت را مورد بررسی قرار می‌داد. بخش دوم سؤالات مربوط به کیفیت زندگی بود. برای سنجش کیفیت زندگی از پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سازمان جهانی بهداشت استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۲۶ سؤال است که به عنوان یک ابزار جامع در ارزیابی کیفیت زندگی، شناخته شده است و دارای چهار بعد می‌باشد که تحت عناوین جسمانی، روانی، ارتباطات اجتماعی و بعد محیطی شناخته می‌شوند. این ابزار رضایت‌مندی بیماران را از زندگی در حالی که تحت تأثیر بیماری قرار دارند، بررسی و جنبه‌های مثبت و منفی کیفیت زندگی را ثبت می‌کند (۱۹). بخش سوم سؤالات مربوط به خودکارامدی درک شده بود. خودکارامدی درک شده یک پرسش‌نامه استاندارد (۳) و شامل شش گویه می‌باشد [برای مثال: «تا چه حد به توانایی خود جهت رعایت رژیم غذایی توصیه شده برای بیماران مبتلا به دیابت اطمینان دارید»]، که با مقیاس پنج گزینه‌ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) اندازه‌گیری گردید. کسب نمره بالاتر نشان دهنده خودکارامدی بیشتر در کنترل و مدیریت بیماری بود. در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار آماری $SPSS_{۱۳}$ شد و با بهره‌گیری از آزمون‌های آماری Correlation، Independent t-test و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان ۵۰/۷۲ سال بود که در دامنه سنی ۳۰ تا ۸۱ سال قرار داشتند. ۳۶/۹ درصد بی‌سواد، ۲۵/۱ درصد ابتدایی، ۲۲/۵ درصد راهنمایی و ۱۵/۵ درصد دارای دیپلم بودند. بر اساس نتایج ۳۳ نفر (۱۷/۶ درصد) کیفیت زندگی خود را بسیار ضعیف و ضعیف، ۸۳ نفر (۴۴/۴ درصد) متوسط و ۷۱ نفر (۳۸ درصد) کیفیت زندگی خود را خوب و بسیار خوب ارزیابی کرده بودند. همچنین با توجه به پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، به طور کلی میانگین نمره کیفیت زندگی ۷۹/۹۲ از ۱۳۰ نمره بود. نتایج

www.mui.ac.ir

مربوط به میانگین نمره‌های ابعاد مختلف کیفیت زندگی در جدول ۱ ارایه شده است. با توجه به نتایج ۲۸ نفر (۱۴/۹ درصد) از شرکت کنندگان در مطالعه شاغل و مابقی آن‌ها خانه‌دار بودند. ۹۷ نفر (۵۱/۸ درصد) از شرکت کنندگان در مطالعه گزارش کرده بودند که فرد مبتلا به دیابت را در بین یکی از اعضای خانواده خود دارند. ۱۲۲ نفر (۶۵/۲ درصد) از زنان مورد بررسی متأهل بودند. میانگین مدت سال‌های ابتلا به دیابت در بین شرکت کنندگان ۹/۸۶ با انحراف معیار ۶/۷۷ سال گزارش شده بود. میانگین نمره خودکارامدی ۱۶/۰۳ با انحراف معیار ۴/۱۸ بود. با توجه به نتایج، خودکارامدی دارای بیش‌ترین همبستگی با بعد محیطی بود که نتایج آن در جدول ۲ ارایه شده است. میانگین کیفیت زندگی زنان شاغل ۸۰/۷۷ (انحراف معیار ۱۳/۹۵) و میانگین کیفیت زندگی زنان خانه‌دار ۷۵/۱۰ (انحراف معیار ۱۱/۹۳) بود که از این لحاظ میان دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری دیده شد (P = ۰/۰۴۵). همچنین همان گونه که از نتایج جدول ۳ مشخص می‌باشد، بین تحصیلات و کیفیت زندگی رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد و هر چه تحصیلات بالاتر بوده، میانگین نمره کیفیت زندگی بیشتر بوده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارامدی و ابعاد کیفیت زندگی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	دامنه نمرات
خودکارامدی	۱۶/۰۳	۴/۱۸	۰ تا ۳۰
بعد فیزیکی	۲۱/۱۸	۴/۲۵	۰ تا ۳۰
بعد روانی	۱۸/۶۷	۴/۲۱	۰ تا ۳۰
بعد اجتماعی	۸/۹۴	۲/۵۱	۰ تا ۱۵
بعد محیطی	۲۴/۷۸	۵/۱۶	۰ تا ۴۰
کیفیت زندگی به طور کلی	۷۹/۹۲	۱۰/۳۷	۰ تا ۱۳۰

جدول ۲: همبستگی بین خودکارامدی و ابعاد مختلف کیفیت زندگی

متغیرها	خودکارامدی	بعد فیزیکی	بعد روانی	بعد اجتماعی	بعد محیطی
خودکارامدی	۱				
بعد فیزیکی	۰/۱۷۴*	۱			
بعد روانی	۰/۳۱۶**	۰/۵۸۸**	۱		
بعد اجتماعی	۰/۱۷۷*	۰/۳۴۱**	۰/۳۸۵**	۱	
بعد محیطی	۰/۳۲۹**	۰/۴۶۹**	۰/۶۴۷**	۰/۴۳۴**	۱
کیفیت زندگی به طور کلی	۰/۳۲۴*	۰/۷۶۷**	۰/۸۵۹**	۰/۶۰۳**	۰/۸۵۴**

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

جدول ۳: رابطه بین تحصیلات و کیفیت زندگی

تحصیلات	تعداد	درصد	میانگین نمره کیفیت زندگی	انحراف معیار
بی‌سواد	۶۹	۳۶/۹	۷۵/۹۲	۱۰/۶۰
ابتدایی	۴۷	۲۵/۱	۷۸/۸۵	۱۲/۷۶
راهنمایی	۴۲	۲۲/۵	۸۱/۳۳	۱۶/۶۲
دیپلم	۲۹	۱۵/۵	۸۹/۱۳	۱۳/۶۳
جمع کل	۱۸۷	۱۰۰	۷۹/۹۲	۱۳/۷۹

F = ۷/۱۲۷ ،Sig < ۰/۰۰۱

www.mui.ac.ir

بحث

همان گونه که نتایج نشان می‌دهد، میانگین سال‌های ابتلا به دیابت شرکت کنندگان ۹/۸۶ با انحراف معیار ۶/۷۷ سال بود و بر اساس نتایج با افزایش سال‌های ابتلا به بیماری کیفیت زندگی بیماران کاهش یافته است (r = −۰/۱۵۱، P = ۰/۰۳۹). میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران ۷۹/۹۲ از ۱۳۰ نمره بود که این نتایج بالاتر از نتایج مطالعه باقیانی‌مقدم و همکاران می‌باشد (۶). بین سطح تحصیلات بیماران و کیفیت زندگی آن‌ها رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت و با افزایش سطح تحصیلات کیفیت زندگی بهتر بود. این یافته‌ها با مطالعه باقیانی‌مقدم و همکاران هم‌خوانی ندارد (۶)، ولی مشابه با نتایج مطالعه Glasgow و همکاران می‌باشد (۲۰). بین خودکارامدی و کیفیت زندگی بیماران رابطه آماری معنی‌داری مشاهده شد و بیمارانی که از خودکارامدی بالاتری برخوردار بودند به تبع کیفیت زندگی مناسب‌تری داشتند. در این خصوص Bandura معتقد بود که خودکارامدی موجب ایجاد اعتماد به نفس می‌شود که این امر برای عملکرد موفقیت‌آمیز رفتارهای پیش‌گیرانه لازم و ضروری است (۱۲). فردی که از خودکارامدی پایینی برخوردار است، اغلب از موقعیت‌ها و وظایف دشوار دوری می‌گزیند و خواسته‌های سطح پایینی دارد و کمتر خود را درگیر کارها و وظایف دشوار برای دستیابی به هدف می‌کند. از طرف دیگر شخصی با خودکارامدی قوی، چالش‌ها و وظایف را به عنوان تهدید درک نمی‌کند و سعی در غلبه بر کارها و دستیابی به اهدافش را دارد (۲۱). در رابطه با اهمیت خودکارامدی در بیماران مبتلا به دیابت، Bernal و همکاران در مطالعه خود ذکر کرده‌اند که حضور در کلاس‌های آموزشی دیابت با ادراک خودکارامدی ارتباط دارد (۱۶). همچنین آقامولایی و همکاران (۳) و مروتی شریف‌آباد و همکاران (۲۲) در مطالعات خود بر نقش مهم خودکارامدی در کنترل بیماری دیابت تأکید داشته‌اند. نتایج مطالعه حاضر نیز تأیید کننده آن است. لذا آموزش به بیماران مبتلا به دیابت در این خصوص می‌تواند در ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی آن‌ها نقش مؤثری داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری را بین خودکارامدی و کیفیت زندگی نشان داد. در این خصوص پرستاران و سایر پرسنل بهداشتی- درمانی می‌توانند با آموزش‌های مناسب خود نقش مهمی را در افزایش میزان اطمینان در انجام رفتارهای مراقبت از خود و به تبع آن بهبود کیفیت زندگی بیماران داشته باشند. مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی مانند جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسش‌نامه، گردآوری اطلاعات فقط از زنان مبتلا به دیابت و گردآوری اطلاعات از مراجعین به مرکز تحقیقات دیابت شهر همدان می‌باشد. در این خصوص باید گفت در مطالعاتی که برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه استفاده می‌شود، فرض بر این است که فرد پاسخ‌دهنده اطلاعات درست و واقعی را بیان می‌کند. با این حال ممکن است که برخی از پاسخ دهندگان به طور صادقانه پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نکنند. در مطالعه حاضر نیز اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه با انجام مصاحبه از بیماران توسط یک کارشناس مجرب خانم جمع‌آوری شده است که ممکن است برخی از شرکت کنندگان اطلاعات واقعی را بیان نکرده باشند. همان طور که عنوان شد در مطالعه حاظر فقط زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ مورد بررسی قرار گرفتند که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده اطلاعات از هر دو جنس گردآوری شود و کیفیت زندگی زنان و مردان مبتلا به دیابت بررسی گردد و مورد مقایسه قرار گیرد. همچنین شرکت کنندگان در مطالعه حاضر فقط زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ بودند که به منظور دریافت خدمات به مرکز تحقیقات دیابت شهر همدان مراجعه می‌کردند. این نکته باید در مطالعات آینده مد نظر قرار گیرد. اگر اطلاعات از کلیه بیماران مبتلا به دیابت و آن‌هایی که به دلایل مختلف جهت دریافت خدمات به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه نمی‌کنند نیز جمع‌آوری شود، می‌توان تجزیه و تحلیل مناسب‌تری را در زمینه رفتارهای بهداشتی ارایه داد.

تشکر و قدردانی

به این وسیله از کلیه بیماران شرکت کننده در مطالعه و همکاری مسؤولین مرکز تحقیقات دیابت شهر همدان کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. Epidemiology and controlling prevalent disease in Iran. 1st ed. Tehran: Eshtiagh Publication; 1994. p.52. [In Persian].
2. Mohamadzadeh SH, Rajab A, Mahmoudi M, Adili F. Assessment of effect of applying transtheoritical model to physical activity on health indexes of diabetes type 2 patients. Medical Science Journal of Islamic Azad University Tehran Medical Branch 2008; 18(1): 21-8. [In Persian].
3. Agha Molaei T, Eftekhar H, Mohammad K. Application of health belief model to behavior change of diabetic patients. Payesh 2005; 4(4): 263-9. [In Persian].
4. Shirinzadeh M, Shakerhosseini R, Hoshiyar Rad A. Nutritional Value Assessment and Adequacy of Dietary Intake in Type 2 Diabetic Patients. Iranian journal of endocrinology and metabolism. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2009; 11(1): 25-32. [In Persian].
5. Bergmann A, Schulze J. Diabetes: from dietary strategies to pharmacotherapy and disease management. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 2004; 98(1): 43-5.
6. Baghiani Moghadam M, Afkhami Ardakani M, Mazloomi S, Saeidizadeh M. Study of Quality of life in diabetic patients in Yazd. Journal of Shaeed Sdoughi University of Medical Sciences Yazd 2006; 14(4): 49-54. [In Persian].
7. Theodoropoulou S, Leotsakou C, Baltathakis I, Christonakis A, Xirodima M, Karakasis D, et al. Quality of life and psychopathology of 53 long-term survivors of allogeneic bone marrow transplantation. Hippokratia 2002; 6(Suppl 1): 19-23.
8. Jacobson AM, de GM, 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): 267-74.
9. Pibernik-Okanovic M. Psychometric properties of the World Health Organisation quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia. Diabetes Res Clin Pract 2001; 51(2): 133-43.
10. Leininger M. Quality of life from a transcultural nursing perspective. Nurs Sci Q 1994; 7(1): 22-8.
11. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q 1988; 15(2): 175-83.
12. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977; 84(2): 191-215.
13. Peyman N, Heidarnia A, Ghofranipour F, Kazemnejad A, Khodaee GH, Amin Shokravi F. The relationship between perceived self-efficacy and contraceptive behaviors among Iranian women referring to health centers in Mashad in order to decrease unwanted pregnancies. J Reprod Infertil 2007; 8(1): 78-90. [In Persian].
14. Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000.
15. Carson VB. Mental health nursing: the nurse-patient journey. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000.
16. Bernal H, Woolley S, Schensul JJ, Dickinson JK. Correlates of self-efficacy in diabetes self-care among Hispanic adults with diabetes. Diabetes Educ 2000; 26(4): 673-80.
17. Grembowski D, Patrick D, Diehr P, Durham M, Beresford S, Kay E, et al. Self-efficacy and health behavior among older adults. J Health Soc Behav 1993; 34(2): 89-104.
18. Parcel GS, Edmundson E, Perry CL, Feldman HA, O'Hara-Tompkins N, Nader PR, et al. Measurement of self-efficacy for diet-related behaviors among elementary school children. J Sch Health 1995; 65(1): 23-7.
19. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med 1998; 46(12): 1569-85.
20. Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian L. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. Diabetes Care 1997; 20(4): 562-7.
21. Bandura A. The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. J Behav Ther Exp Psychiatry 1982; 13(3): 195-9.
22. Morowatisharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. Journal of Birjand University of Medical Sciences 2009; 15(4): 91-9. [In Persian].

www.mui.ac.ir

The Quality of Life of Women with Type 2 Diabetes: the Study of Self-Efficacy

Farzad Jalilian[1], Mehdi Mirzaei Alavijeh[2], Shohreh Emdadi[3], Mostafa Nasirzadeh[4], Majid Barati[1], Naser Hatam-Zadeh[5]

Abstract

Background: Diabetes is the most common metabolic disease in humans and has several chronic complications such as sight, kidney, vascular and nervous disorders all of which effect the patient's quality of life. In this regard, self-efficacy as an important factor is the patient's ability to personally control their disease. This study investigates the relationship between self-efficacy and quality of life diabetic women.

Methods: This study is a cross-sectional study on 187 diabetic woman who referred to the Diabetes Research Center of Hamadan. The Simple Sampling method was used in this study and for data collection the quality of life questionnaire summarized by the World Health Organization and perceived self-efficacy questionnaire on disease were used. Data were analyzed by using statistical software $SPSS_{13}$.

Findings: The mean years of suffering from diabetes in the participants was 9.86 with a standard deviation of 6.77 years and the mean quality of life score was 79.92 (total score = 130). There was a statistically significant correlation between occupations, years of suffering from the disease, education, and quality of life ($P < 0.05$). Moreover, a significant correlation was observed between self-efficacy and quality of life of patients ($P < 0.05$).

Conclusion: The results of this study showed a Significant correlation between self-efficacy and quality of life. In this regard, nurses and other health personnel can increasing the confidence of patients in the self-care behavior and consequently improve their quality of life by giving them appropriate training.

Key words: Self-efficacy, Quality Of Life, Type 2 Diabetes, Women.

1- MSc, Lecturer of Islamic Azad University, Department of Nursing, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.
2- MSc Student, Department of Health Education, School of Health, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
3- PhD Candidate, Faculty Member, Department of Public Health, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran. (Corresponding Author)
Email: sh.emdadi @ umsha.ac.ir
4- MSc Student, Student Research Committee, Department of Health Education, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
5- PhD Candidate, Department of Health Education, School of Public Health, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran.