



## الگوی ساختاری رابطه‌ی خودمدیریتی و نگرش نسبت به دیابت با خودکارآمدی و کیفیت زندگی مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

زهرا راستگو: کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. [Zahra.rastgoo64@gmail.com](mailto:Zahra.rastgoo64@gmail.com)  
ایلناز سجادیان: استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. (\*نویسنده مسوول) [i.sajjadian@khuisf.ac.ir](mailto:i.sajjadian@khuisf.ac.ir)

### چکیده

**زمینه و هدف:** آمارها نشان از افزایش شیوع بیماری‌های غیرواگیر دارد. خسارت‌های وارده از این بیماری‌ها برای سیستم‌های بهداشتی، همواره محرکی جدی برای طرح و اجرای برنامه‌های پیشگیری بوده است. در این میان، دیابت به عنوان یک بیماری با عوارض ناتوان‌کننده که سیر مزمنی دارد، جزء اهداف غالب سیاست‌های پیشگیرانه است.

**هدف:** این پژوهش با هدف تعیین برازش الگوی ساختاری رابطه‌ی خودمدیریتی و نگرش نسبت به دیابت با خودکارآمدی و کیفیت زندگی مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر اصفهان انجام گرفت.

**روش کار:** روش پژوهش همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. بدین منظور ۱۸۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز دیابت شهر اصفهان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی (باروس، ۱۹۹۹)، مقیاس خودکارآمدی (بیجل و همکاران، ۱۹۹۹)، پرسشنامه خودمدیریتی دیابت (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۳) و پرسشنامه نگرش نسبت به دیابت (دروگاتس، ۱۹۹۶) پاسخ دادند. اطلاعات جمع‌آوری شده با نرم افزار Amos مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که مدل خودمدیریتی و نگرش نسبت به دیابت با کیفیت زندگی و خودکارآمدی مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو از برازش مطلوبی برخوردار می‌باشد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اثر مستقیم خودمدیریتی دیابت بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت پیشنهاد می‌شود در خصوص افزایش خودمدیریتی خود به صورت عملی اقدام کنند.

**واژگان کلیدی:** کیفیت زندگی، خودکارآمدی، خودمدیریتی دیابت، نگرش نسبت به دیابت، دیابت نوع دو.

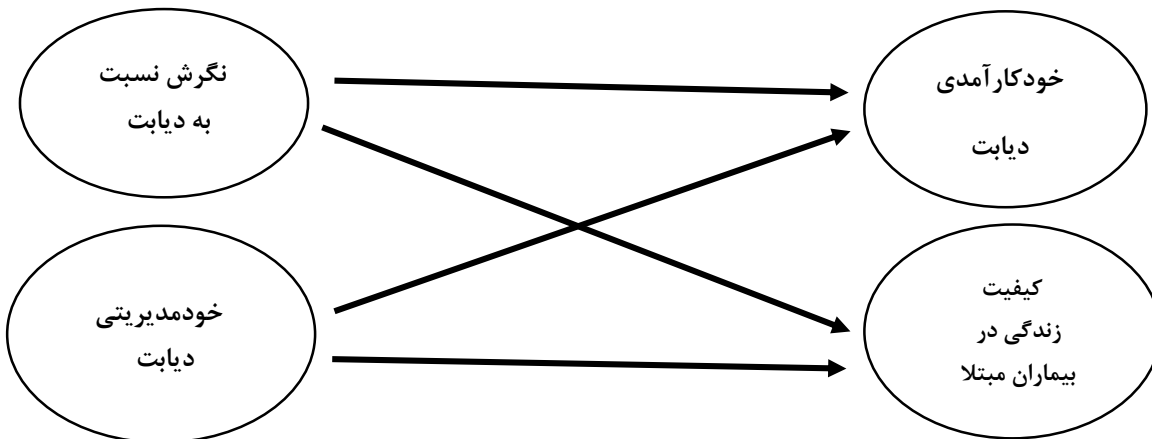
## مقدمه

توسعه زندگی شهری در جهان صنعتی، تغییر در ساختار جوامع سنتی و همچنین تغییر سنی جوامع به سوی پیر شدن و کنترل بیماری‌های واگیردار، جهان را هرچه بیشتر با افزایش بروز و شیوع بیماری‌های غیر واگیردار مانند دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان روده روبه‌رو کرده است. امروزه از دیابت به عنوان اپیدمی خاموش نام برده می‌شود (۱). دیابت یکی از مهمترین عوامل برای برخی اختلالات دیگر نظیر بیماری‌های قلبی-عروقی و دمانس محسوب می‌شود و نیز یکی از انواع وضعیت‌های طبی است که می‌تواند تحت تأثیر علائم روان‌شناختی ایجاد و یا تشدید شود (۲). تقریباً ۸۵ تا ۹۰ درصد افراد دیابتی به دیابت نوع دو مبتلا می‌باشند. گزارشات سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد بیشتر از ۲۲۰ میلیون نفر در سراسر جهان به دیابت مبتلا هستند (۳). با توجه به این که هدف اصلی از درمان تمام بیماری‌های مزمن، ارتقای سطح کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران است، پژوهش‌های متعددی در زمینه اثرات بیماری مزمن و نحوه‌ی درمان و مراقبت آن بر سلامت روان و جنبه‌های مختلف زندگی و ابعاد گوناگون شخصیت افراد مبتلا به دیابت صورت پذیرفته است (۴). کیفیت زندگی در بیماران دیابتی دارای اهمیت است. 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 دیابتی سودمند و با ارزش است، بلکه هزینه‌های مراقبت بهداشتی و پزشکی مرتبط با آن‌ها نیز کاهش می‌یابد (۵). 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. در این خصوص خودکارآمدی اطمینان‌خاطری است که شخص درباره انجام فعالیت خاصی احساس می‌نماید. خودکارآمدی بیماران، در مورد توانایی‌های خود برای انجام فعالیت‌های مربوط به خود، عامل پیش‌بینی‌کننده معنادار رفتار بیمار است و به طور مستقیم بر رفتارهای مرتبط با سلامت و دیگر تعیین‌کننده‌های شناختی اثر می‌گذارد (۶). در دیابت نوع دو درمان دارویی تأثیر چندانی در بهبود بیماری ندارد. بیش از ۹۵ درصد فرآیند درمان توسط بیمار انجام می‌شود و تیم درمانی در

فاصله بین ملاقاتها کنترل کمی بر بیماری دارند. به همین دلیل در درمان این بیماری از واژه مراقبت جامع استفاده می‌شود تا به این عامل توجه شود که درمان دیابت چیزی بیش از کنترل گلوکز است و باید به عوامل شخصیتی-روانی-اجتماعی نیز توجه شود. درمان و پیشگیری از دیابت تا حد زیادی وابسته به خواست و اراده فرد در خودکارآمدی است. رفتارهای خودکارآمدی شامل پیروی از رژیم غذایی مناسب، انجام ورزش منظم، چک کردن قند خون و مراقبت از پاها است (۷). یکی از برنامه‌هایی که اخیراً مورد توجه محققین قرار گرفته برنامه خودمدیریتی دیابت است. هدف از خودمدیریتی دیابت کنترل قندخون، پیشگیری از عوارض حاد و مزمن و افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی است. خودمدیریتی بطور کل روش مهمی برای حفظ و بهبودی رفتارها و وضعیت سلامت بیمار است (۸). در واقع مداخلات خودمدیریتی آگاهی‌های لازم را در اختیار بیماران قرار می‌دهد و آنها را تشویق به فراگیری و یا بهبود مهارت‌های سازگاری مؤثر جهت کاهش علائم و دستیابی به یک کیفیت زندگی بهتر می‌کند (۹). میزان تبعیت بیمار از اموری که برای درمان و جلوگیری از گسترش بیماری لازم است بسیار حائز اهمیت می‌باشد. یکی از دلایل تبعیت افراد، باورها و نگرش آنان است. نگرش‌ها تابعی هستند از جهان بینی فرد در مورد خود و آینده که این باورها باعث ارزیابی نتایج احتمالی رفتارهای خودمراقبتی و ارزیابی افراد از نتایج بیماری در آینده می‌شود (۱۰). فرایندهای خودمراقبتی و خودمدیریتی بیماری‌های مزمن بیماران علاوه بر درک موقعیت خود باید آگاهی و مهارت‌های اولیه و پایه‌ی مورد نیاز راداشته باشند، اما داشتن اطلاعات و آگاهی به تنهایی برای انجام رفتارهای مراقبت از خود کافی نیست، بلکه طرز تفکر و نگرش در مورد یک بیماری عامل مهمی در انجام دادن یا ندادن یک اقدام محسوب می‌شود و این نگرش و تفکرات است که منجر به بروز عمل می‌شود، لذا ارتقای نگرش یکی از عوامل مهم در ارتقای خودمراقبتی است که با توجه به مزمن بودن بیماری دیابت و مواجه شدن روزانه بیمار با شرایط و مشکلات مربوط به مراقبت از آن با اهمیت بوده و نشان‌دهنده‌ی رسیدن به هدف توانمندسازی بیماران در امر اجرایی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی می‌باشد (۱۱). با توجه به این که هدف اصلی از درمان تمام

بوعلی سینای قزوین نسبت به بیماری دیابت پرداختند و نتیجه گرفتند که با افزایش میزان آگاهی مبتلایان به دیابت، نگرش و عملکرد آنها نسبت به بیماری بهتر می‌شود که این خود در پیشگیری از عوارض بیماری و نیز کنترل بیماری اهمیت دارد، جلیلیان، میرزایی علویجه، امدادی، نصیرزاده، براتی و همکاران (۱۸) به بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت نوع دو و بررسی نقش خودکارآمدی پرداختند و نتیجه گرفتند که ارتباط معناداری بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی وجود دارد، در پژوهش جاترستروم (۱۹) در مورد خودمدیریتی و حمایت بیماران دیابتی نوع دو نتایج نشان داد که خودمدیریتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو منجر به بهبود و کنترل قندخون آنها می‌شود. پژوهش کواه، مووریس، برکولس و شیئی (۲۰) با هدف بررسی تأثیر دانش دیابت، نگرش و خودمدیریتی دیابت بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع دو نشان داد که دانش دیابت، نگرش و خودمدیریتی عوامل مهمی هستند که می‌توانند بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر بگذارند. میزان شیوع بیماری دیابت رو به افزایش است ولی میزان پژوهش‌های مرتبط کاهش یافته و اطلاعات مورد نیاز برای درمان بهتر این بیماری بسیار کم می‌باشد، همچنین پژوهش‌های انجام شده تنها به یک یا دو جنبه از عوامل مؤثر در دیابت پرداخته‌اند و رابطه متغیرهای مرتبط با بیماری بررسی شده‌اند اما اثرات علی متغیرهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت که اصلی مهم است، مورد مطالعه قرار نگرفته است. لذا این پژوهش به دنبال پاسخ بدین سوال انجام شد که آیا الگوی ساختاری ارتباط خودمدیریتی و نگرش نسبت به دیابت بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو از برآزش مطلوب برخوردار است؟

بیماری‌های مزمن، ارتقای سطح کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران است، پژوهش‌های متعددی در زمینه اثرات بیماری مزمن و نحوه‌ی درمان و مراقبت آن بر سلامت روان و جنبه‌های مختلف زندگی و ابعاد گوناگون شخصیت افراد مبتلا به دیابت صورت پذیرفته است (۴). پوروردی، شاه‌بلاغی، کاشانی‌نیا و سلطانی (۱۲) به تأثیر اجرای برنامه خودمدیریتی بر کنترل قندخون و هموگلوبین گلیکوزیله در مبتلایان به دیابت نوع دو پرداختند و چنین نتیجه گرفتند که برنامه خودمدیریتی منجر به بهبود قند خون و کاهش میزان هموگلوبین گلیکوزیله در مبتلایان به دیابت نوع دو می‌گردد. هادی پور، ابوالحسنی و مولوی وردنجانی (۱۳) در پژوهشی که با هدف بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران دیابت نوع دو در ایران انجام گرفت نشان دادند که میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت استان‌های مختلف کشور اختلاف معنی‌داری دارد. ایزدی طامه، نعمتی دهکردی و نعمتی دهکردی (۱۴) به بررسی ارتباط سبک دلبستگی با خودکارآمدی و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پرداخته و نوع سبک دلبستگی را یکی از مهمترین عوامل مؤثر در ارتباطات درمانی دانستند. صداقتی کسبخی، احسانی و قنبری (۱۵) به مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و افراد غیر دیابتی پرداختند و نشان دادند که کیفیت زندگی نامطلوب در بیماران دیابتی و کیفیت زندگی مطلوب در افراد غیر دیابتی تفاوت معنی‌داری دارد. در پژوهش کواه، مووریس و کوآن (۱۶) با هدف بررسی تأثیر دانش و نگرش در خودمدیریتی افراد مبتلا به دیابت نوع مشخص شد که نگرش مثبت نسبت به دیابت منجر به افزایش دانش در مورد دیابت می‌شود و به نوبه خود دانش دیابت یک پیش‌بینی قابل توجهی از خودمدیریتی دیابت است، جوادی، جوادی و سروقدی (۱۷) به بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز دیابت



شکل-۱- مدل مفهومی پژوهش

### ابزار گردآوری اطلاعات

روش گردآوری اطلاعات به شیوه میدانی می باشد و با توجه به میدانی بودن پژوهش برای جمع آوری اطلاعات به دلیل سهولت تحلیل آماری و صرفه جویی در وقت از پرسشنامه های دارای سؤالات بسته پاسخ استفاده شد. در این پژوهش اطلاعات افراد توسط ۴ پرسشنامه (کیفیت زندگی، خودکارآمدی، خودمدیریتی و نگرش نسبت به دیابت) که دارای قسمت اطلاعات جمعیتی شناختی (سن، جنس، تحصیلات، طول مدت بیماری) می باشد جمع آوری گردید. پرسشنامه ها به شرح زیر می باشند:

- پرسشنامه خود مدیریتی دیابت (DSMQ)<sup>۱</sup> اسمیت، گاهر، هرمنس، کالزر، هابر و هک (۲۰۱۳) یک مقیاس خود گزارشی که با ۱۶ سؤال ۵ حوزه مختلف را مورد بررسی قرار می دهد. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه براساس این طیف لیکرت ۴ گزینه ای از "در خصوص من بسیار صادق است" تا "در خصوص من صادق نیست" می باشد. این پرسشنامه توسط خانم دکتر سجادیان و خانم صدر به فارسی ترجمه و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ را بدست آوردند. پاسخ دهندگان بر اساس تجارب ۸ هفته گذشته خود به این سوالات پاسخ می دهند. نمرات هر آیتیم به گونه ای طراحی شده است که نمره بالا نشان دهنده رفتار مورد انتظار و بسیار مناسب برای خود مدیریت دیابت است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ برای این پرسشنامه به دست آمده است.

- پرسشنامه نگرش بیماران مبتلا به دیابت مقیاس (ATT) (19 نسخه کوتاه از ATT 39 است که توسط دروگاتس

### روش کار

از آنجایی که هدف پژوهش حاضر تعیین برآزش الگوی معادلات ساختاری خودمدیریتی و نگرش نسبت به دیابت با کیفیت زندگی و خودکارآمدی مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در شهر اصفهان است طرح این پژوهش به شیوه مطالعات توصیفی- همبستگی از نوع مدل سازی معادلات ساختاری انتخاب شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد مبتلا به دیابت نوع دو شهر اصفهان می باشند که در بهار و تابستان سال ۱۳۹۶ به مراکز درمانی و سلامت شهر اصفهان مراجعه کرده اند. حجم نهایی نمونه ۱۸۰ نفر و به شیوه نمونه گیری در دسترس از بین بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مراکز درمانی و سلامت شهر اصفهان در بهار و تابستان ۱۳۹۶ انتخاب و اطلاعات مورد نظر توسط پژوهشگر جمع آوری گردید. ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از حداقل ۶ ماه مدت ابتلا به بیماری دیابت نوع دو، داشتن سواد حداقل سیکل، داشتن حداقل ۳۰ سال و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش و عدم ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی همزمان و معیار خروج عدم همکاری و تمایل نداشتن به شرکت در پژوهش.

شرکت کنندگان در پژوهش، به پرسشنامه های کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت (باروس، ۱۹۹۹)، خودکارآمدی در مدیریت دیابت (بیجل و همکاران، ۱۹۹۹)، خودمدیریتی دیابت (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۳) و نگرش نسبت به دیابت (دروگاتس، ۱۹۹۶) پاسخ دادند.

<sup>1</sup>Diabetes Self-Management Questionnaire

از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید که همبستگی بین نتایج پیش آزمون-پس آزمون برابر ۰/۷۲،  $p = ۰/۰۰۱$ ،  $r =$  بدست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل سوالها ۰/۷۷ بود که این عدد نشان دهنده پایایی خوب این پرسشنامه است. میزان آلفای کرونباخ به دست آمده در این پژوهش برای پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با بیماری ۰/۷۵۲ بود که این عدد نشان دهنده پایایی خوب این پرسشنامه است.

در این پژوهش داده ها به شیوه تحلیل مدلسازی معادلات ساختاری در جهت بررسی تأثیرات علی متغیرهای پژوهش و با استفاده از نرم افزار Amos نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته ها

یافته های توصیفی سن و طول مدت درمان در بیماران شرکت کننده در پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن افراد شرکت کننده در پژوهش  $۹/۷۱ \pm ۶۰/۹$  سال و برای طول مدت درمان نیز برابر با  $۵/۵۸ \pm ۹/۸۶$  سال است. به منظور بررسی سوال پژوهش با استفاده از الگوی معادله ساختاری و نرم افزار اموس بررسی و ارائه شده است.

براساس نتایج جدول (۱) میانگین سن افراد شرکت کننده در پژوهش ۶۰/۹ سال و انحراف استاندارد آن ۹/۷۱ سال است. میانگین طول مدت درمان نیز برابر با ۹/۸۶ و انحراف استاندارد آن ۵/۵۸ سال است.

نتایج میانگین و انحراف استاندارد و همبستگی درونی متغیرهای پژوهش در جدول (۱) ارائه شده است.

ساخته شده و در سال ۱۹۹۶ توسط ولچ، بنی، دان و اسمیت هنجاریابی و میزان همسانی درونی آن اندازه گیری و ضریب آلفا در محدوده ۰/۸۴ و ۰/۸۲ بدست آمد که نشان دهنده قابلیت اطمینان داخلی قابل قبول این پرسشنامه است. این پرسشنامه دارای ۱۹ سوال در مقیاس ۵ درجه ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" می باشد. این پرسشنامه اولین بار توسط محقق به فارسی ترجمه و روایی محتوایی آن به تأیید چند متخصص زبان و متخصص علم روانشناسی رسید. در این پژوهش آلفای کرونباخ پرسشنامه نگرش نسبت به دیابت ۰/۸۱۹ به دست آمده است.

-مقیاس خودکارآمدی در مدیریت دیابت (DMSES)<sup>۲</sup> توسط بیچل و شورتریدج باگت و با همکاری چند تیم بین المللی در سال ۱۹۹۹ ساخته شد و نسخه های آن اعتباریابی شده است. این پرسشنامه شامل ۲۰ سوال است که توانایی بیماران را در رعایت رژیم غذایی، میزان فعالیت و اندازه گیری قند خون می سنجد. میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه خودکارآمدی در این پژوهش برابر با ۰/۸۹۳ و ابعاد آن یعنی فعالیت ورزشی و بدنی ۰/۷۷۱، مراقبت و اندازه گیری قند خون ۰/۷۰۴ و رژیم غذایی ۰/۸۷۹ به دست آمده است.

-پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت (DQOL)<sup>۳</sup> در سال ۱۹۹۹ توسط توماس باروس تهیه شد که شامل ۶۰ سوال بود و در سال ۲۰۰۴ به ۱۵ سوال کاهش داد و این ۱۵ سوال در دو بعد رفتارهای مراقبتی بیمار و رضایت از کنترل بیماری و در مقیاس ۵ درجه ای از "خیلی زیاد" تا "خیلی کم" می باشد. . . نصیحت کن، پیشوا، حبیب زاده، طباطبایی، طاهر قشقایی زاده و همکاران (۱۳۹۱) به تعیین روایی و پایایی این پرسشنامه پرداختند. به منظور تعیین پایایی ثبات درونی پرسشنامه

جدول (۳) همبستگی درونی متغیرها

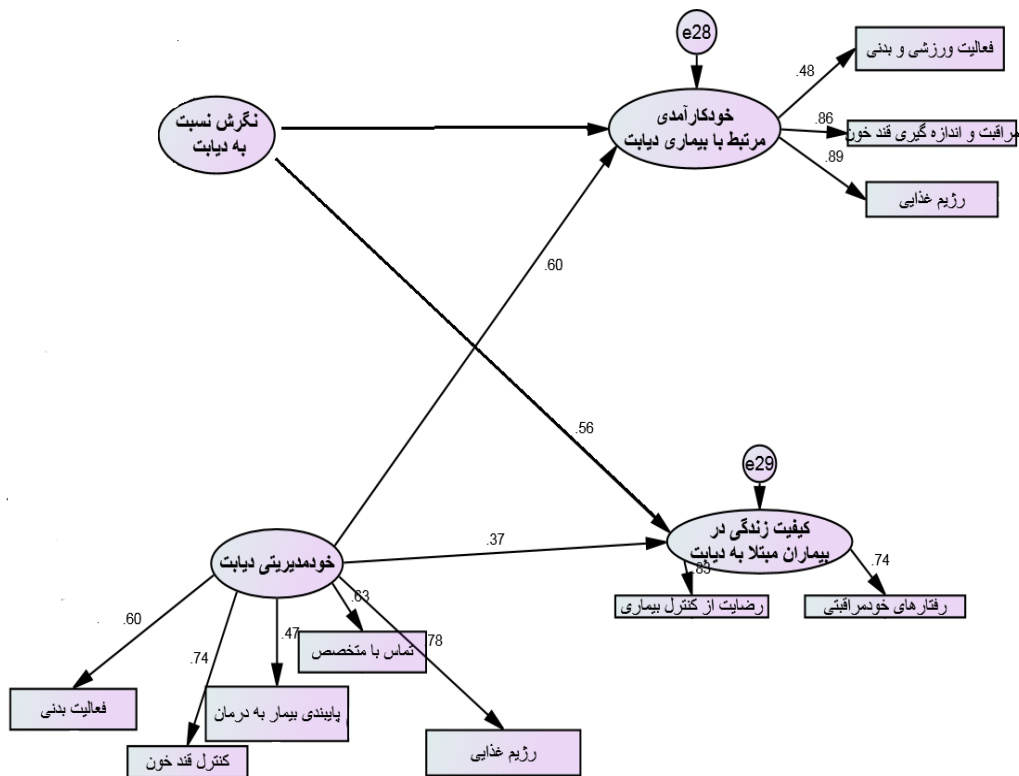
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	خودمدیریتی	کیفیت زندگی	خودکارآمدی مرتبط	نگرش نسبت
				مرتبط با بیماری	با بیماری	به دیابت
خودمدیریتی دیابت	۳۲/۵	۶/۲۲				
کیفیت زندگی مرتبط با بیماری دیابت	۵۶/۰۸	۷/۱۷	۰/۲۴۴**			
خودکارآمدی مرتبط با بیماری دیابت	۸۰/۱۸	۱۰/۹	۰/۴۹۸**	۰/۱۰۶		
نگرش نسبت به دیابت	۶۱/۲۷	۱۱/۱۱	-۰/۰۳	۰/۵۱۳	-۰/۱۱۶	

\*\*p<۰/۰۱ \*p<۰/۰۵

ضریب همبستگی (۰/۵۱) دارای ارتباط معناداری هستند ولی نگرش نسبت به دیابت بر خودکارآمدی مرتبط با بیماری با ضریب همبستگی (-۰/۱۲) ارتباط معناداری ندارد.

الگوی رابطه خودمدیریتی و نگرش نسبت به دیابت با کیفیت زندگی و خودکارآمدی مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در شکل (۱) ارائه شده است.

براساس نتایج به دست آمده در جدول (۱)، میانگین نمرات خودمدیریتی برابر با ۳۲/۵ است. میانگین کیفیت زندگی برابر با ۵۶/۰۸ و میانگین پرسشنامه خودکارآمدی برابر با ۸۰/۱۸ و میانگین نمرات نگرش ۶۱/۲۷ است. نتایج همبستگی نشان داد که خودمدیریتی دیابت بر کیفیت زندگی مرتبط با بیماری با ضریب همبستگی (۰/۲۴)، خودمدیریتی دیابت بر خودکارآمدی مرتبط با بیماری با ضریب همبستگی (۰/۵) و نگرش نسبت به دیابت بر کیفیت زندگی مرتبط با بیماری با



شکل-۲- الگوی تأثیر خودمدیریتی و نگرش نسبت به دیابت با کیفیت زندگی و خودکارآمدی مرتبط با بیماری

جدول (۴) مقایسه برآوردهای به دست آمده به روش حداکثر درست نمایی و خود گردان سازی برای پارامترهای اصلی در الگوی تأثیر خودمدیریتی و نگرش نسبت به دیابت با کیفیت زندگی و خودکارآمدی مرتبط با بیماری

پارامتر	خودگردان سازی			حداکثر درست نمایی			معنی داری	برآورد استاندارد	برآورد
	حد پایین	خطای معیار	حد بالا	نسبت بحرانی	خطای معیار	غیراستاندارد			
نگرش ← خودکارآمدی	-۱/۰۴۲	۰/۴۲۸	۰/۵۴۸	-۰/۸۱۴	۰/۲۴۹	-۰/۲۰۳	۰/۴۱۶	-۰/۰۶۱	
نگرش ← کیفیت زندگی	۰/۸۲۱	۴/۱۳۳	۱۱/۴۵۷	۴/۰۰۹	۱/۲۴۸	۵/۰۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸۵	
خودمدیریتی ← خودکارآمدی	۰/۳۱	۰/۱۱۷	۰/۷۳۴	۴/۹۸۵	۰/۱۰۶	۰/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	
خودمدیریتی ← خودمدیریتی	۰/۰۵۸	۰/۴۱۷	۰/۶۵۵	۴/۰۷۴	۰/۲۰۱	۰/۸۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶۳	

روش خود گردان سازی است که نشان می‌دهد پارامترهای برآورد شده و تفاوت معنی دار آن‌ها با صفر به روش حداکثر درست نمایی از دقت لازم برخوردار است. بررسی ارتباط متغیرهای پژوهش بر یکدیگر نشان داد که اثر مستقیم خودمدیریتی بیماری دیابت بر کیفیت زندگی

همانگونه که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، خطای معیار در پارامترهای اصلی در روش حداکثر درست نمایی کمتر از روش خود گردان سازی است، مقدار غیر استاندارد برآورد شده برای همه پارامترهای اصلی در محدوده پایین و بالای برآورد شده برای این متغیرها به

نزدیک به (۰/۳۷) است که این مقدار در سطح ۰/۰۵ معنی دار است و می توان گفت که خودمدیریتی بیماری دیابت بر کیفیت زندگی آن ها تأثیر مثبت دارد، همچنین برآورد استاندارد اثر مستقیم خودمدیریتی دیابت بر خودکارآمدی مرتبط با بیماری برابر با (۰/۶۱۳) است که این مقدار در سطح ۰/۰۱ معنی دار است و می توان گفت که خودمدیریتی دیابت بر خودکارآمدی مرتبط با بیماری تأثیر مثبت دارد. بررسی ارتباط متغیرهای پژوهش بر یکدیگر نشان داد که اثر مستقیم خودمدیریتی بیماری دیابت بر کیفیت زندگی نزدیک به (۰/۳۷) است که این مقدار در سطح ۰/۰۵ معنی دار است و می توان گفت که خودمدیریتی بیماری دیابت بر کیفیت زندگی آن ها تأثیر مثبت دارد، همچنین برآورد استاندارد اثر مستقیم خودمدیریتی دیابت بر خودکارآمدی مرتبط با بیماری برابر با (۰/۶۱۳) است که این مقدار در سطح ۰/۰۱ معنی دار است و می توان گفت که خودمدیریتی دیابت بر خودکارآمدی مرتبط با بیماری تأثیر مثبت دارد و این نتیجه با پژوهش رحیمیان بوگر، بشارت، مهاجرانی، تهرانی و طالع پسند (۲۰) مبنی بر ارتباط خودمدیریتی و خودکارآمدی دیابت در بیماران مبتلا به دیابت همسویی دارد و با توجه به پژوهش ثابت سروستانی و همکاران (۲۱) که اظهار داشتند میزان خودکارآمدی در بیماران مبتلا به دیابت در سطح مطلوبی نیست، می تواند مفید باشد. همچنین با بررسی عوامل خودمدیریتی دیابت که شامل فعالیت بدنی، کنترل قند خون، رژیم غذایی مناسب، پایبندی به درمان و تماس با متخصصین است و عوامل مؤثر بر خودکارآمدی که فعالیت بدنی، مراقبت و اندازه گیری قندخون و رژیم غذایی است می توان ارتباط خودمدیریتی دیابت و خودکارآمدی مرتبط با بیماری را درک کرد و چنین مطرح کرد که با افزایش خودمدیریتی دیابت خودکارآمدی مرتبط با بیماری نیز افزایش می یابد. بررسی ارتباط متغیرهای پژوهش بر یکدیگر نشان داد که اثر مستقیم خودمدیریتی بیماری دیابت بر کیفیت زندگی نزدیک به (۰/۳۷) است که این مقدار در سطح ۰/۰۵ معنی دار است و می توان گفت که خودمدیریتی بیماری دیابت بر کیفیت زندگی آن ها تأثیر مثبت دارد، همچنین برآورد استاندارد اثر مستقیم خودمدیریتی دیابت بر خودکارآمدی مرتبط با بیماری برابر با (۰/۶۱۳) است که این مقدار در سطح ۰/۰۱ معنی دار است و می توان گفت که خودمدیریتی دیابت بر خودکارآمدی مرتبط با بیماری تأثیر مثبت دارد و این نتیجه با پژوهش رحیمیان بوگر و همکاران (۱۹)

### بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد مدل خودمدیریتی و نگرش نسبت به دیابت با کیفیت زندگی و خودکارآمدی مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پس از تغییرات جزئی از برازش مطلوبی برخوردار شده و فرضیه پژوهش تأیید شد که این موضوع با پژوهش کواه و همکاران (۱۹)

که عنوان کرد نگرش و خودمدیریتی عوامل مهمی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع دو هستند، هم سو است. وی در مدل نهایی پژوهش خود نشان داد که نگرش مثبت تر منجر به رعایت رژیم غذایی بهتر و به طور کلی خودمدیریتی بهتر دیابت می شود، همچنین مطرح کرد افراد مبتلا به دیابت نوع دو که نگرش مثبت تری داشتند به احتمال زیاد سطح بالاتری از کیفیت زندگی را تجربه می کنند. از نتایج به دست آمده از این فرضیه می توان برآورد کرد که هر چه نگرش فرد نسبت به بیماری خود مثبت تر باشد کیفیت زندگی فرد و میزان خودکارآمدی فرد نیز افزایش می یابد و همچنین هنگامی که شخص در خودمدیریت دیابت خود بهتر باشد در نتیجه کیفیت زندگی فرد مبتلا و میزان خودکارآمدی وی نیز افزایش می یابد. طبق نتایج خودمدیریتی دیابت بر خودکارآمدی مرتبط با بیماری تأثیر مثبت دارد و این نتیجه با پژوهش رحیمیان بوگر، بشارت، مهاجرانی، تهرانی و طالع پسند (۲۰) مبنی بر ارتباط خودمدیریتی و خودکارآمدی دیابت در بیماران مبتلا به دیابت همسویی دارد و با توجه به پژوهش ثابت سروستانی و همکاران (۲۱) که اظهار داشتند میزان خودکارآمدی در بیماران مبتلا به دیابت در سطح مطلوبی نیست، می تواند مفید باشد. همچنین با بررسی عوامل خودمدیریتی دیابت که شامل فعالیت بدنی، کنترل قند خون، رژیم غذایی مناسب، پایبندی به درمان و تماس با متخصصین است و عوامل مؤثر بر خودکارآمدی که فعالیت بدنی، مراقبت و اندازه گیری قندخون و رژیم غذایی است می توان ارتباط خودمدیریتی دیابت و خودکارآمدی مرتبط با بیماری را درک کرد و چنین مطرح کرد که با افزایش خودمدیریتی دیابت خودکارآمدی مرتبط با بیماری نیز افزایش می یابد. بررسی ارتباط متغیرهای پژوهش بر یکدیگر نشان داد که اثر مستقیم خودمدیریتی بیماری دیابت بر کیفیت زندگی نزدیک به (۰/۳۷) است که این مقدار در سطح ۰/۰۵ معنی دار است و می توان گفت که خودمدیریتی بیماری دیابت بر کیفیت زندگی آن ها تأثیر مثبت دارد، همچنین برآورد استاندارد اثر مستقیم خودمدیریتی دیابت بر خودکارآمدی مرتبط با بیماری برابر با (۰/۶۱۳) است که این مقدار در سطح ۰/۰۱ معنی دار است و می توان گفت که خودمدیریتی دیابت بر خودکارآمدی مرتبط با بیماری تأثیر مثبت دارد و این نتیجه با پژوهش رحیمیان بوگر و همکاران (۱۹)



آسان سازی امر پژوهش؛ اطلاعات آماری دقیق جهت انجام پژوهش به شیوه‌ی نمونه‌گیری دیگر وجود داشته باشد؛ پژوهش انجام شده در شهرهای دیگر نیز انجام شود تا بتوان مقایسه و فراتحلیل در رابطه با بیماری دیابت نوع دو انجام داد و نتایج بهتری به دست آورد.

همچنین طبق نتایج به دست آمده از پژوهش مبنی بر تأثیر مستقیم خودمدیریتی دیابت بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، پیشنهاد می‌شود آموزش‌هایی در جهت خودمدیریتی دیابت برگزار شود و عوامل دخیل در خودمدیریتی دیابت که شامل فعالیت بدنی، کنترل قند خون، رژیم غذایی مناسب، پایبندی به درمان و تماس با متخصصین، هستند را آموزش دهند تا کیفیت زندگی مرتبط با بیماری این بیماران نیز افزایش یابد همچنین به عوامل مشترک در خودمدیریتی دیابت و خودکارآمدی مرتبط با بیماری که شامل فعالیت بدنی، رعایت رژیم غذایی و مراقبت و اندازه‌گیری قند خون می‌باشند، توجه مضاعفی داشته باشند. همچنین با توجه به نتایج که نشان داد نگرش نسبت به دیابت بر کیفیت زندگی مرتبط با بیماری اثر مستقیم دارد، به جهت افزایش کیفیت زندگی مرتبط با بیماری این بیماران آموزش‌ها و قدم‌های مثبت برداشته شود. با توجه به افزایش روز افزون بیماری دیابت نوع دو در جهت پیشگیری، طرح‌های جامع پیشگیری و درمان دیابت در مدارس اجرا شود. همچنین تدوین برنامه‌های تلویزیونی در خصوص پیشگیری از دیابت توسط رسانه‌ها می‌تواند گام مثبتی در آگاه‌سازی افراد جامعه باشد.

### تشکر و قدردانی

به این وسیله از مرکز بهداشت و درمان استان اصفهان و مراکز بهداشت و درمان شهر اصفهان که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند کمال تشکر را داریم.

همکاران (۲۰) مبنی بر ارتباط خودمدیریتی و خودکارآمدی دیابت در بیماران مبتلا به دیابت همسویی دارد و نتایج نشان می‌دهد که برآورد استاندارد اثر مستقیم نگرش نسبت به دیابت بر کیفیت زندگی مرتبط با بیماری نزدیک به (۰/۵۷) است که این مقدار در سطح ۰/۰۵ معنی دار است و نگرش نسبت به دیابت بر کیفیت زندگی مرتبط با بیماری تأثیر مثبت دارد. به گونه‌ای که با افزایش نگرش نسبت به دیابت، کیفیت زندگی بیماران هم افزایش می‌یابد، همچنین برآورد استاندارد اثر مستقیم نگرش نسبت به دیابت بر خودکارآمدی مرتبط با بیماری برابر با (۰/۱۳۷-) است که سطح معنی داری آن برابر با (۰/۱۶۳) و بیشتر از ۰/۰۵ است در واقع نتیجه حاصل اینگونه مطرح می‌کند که نگرش نسبت به دیابت تأثیر مستقیمی بر خودکارآمدی مرتبط با بیماری ندارد. بدین معنا که نگرش بیماران مبتلا به دیابت نسبت به بیماری دیابت تأثیری بر خودکارآمدی آنها نسبت به بیماریشان ندارد و نمی‌توان با تغییر نگرش آنها میزان خودکارآمدی آنها را افزایش یا کاهش داد.

پژوهش حاضر، همانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی داشته است، که بیان آن‌ها می‌تواند یافته‌ها و پیشنهادها را تصریح کرده و پژوهشگران بعدی را در اتخاذ تدابیر مؤثر برای مقابله با تهدید روایی درونی و بیرونی طرح‌های پژوهشی یاری دهد. محدودیت‌های اساسی پژوهش حاضر به قرار زیر می‌باشد: نبود اطلاعات جامع در مورد افراد مبتلا به دیابت و جامعه آماری دقیق جهت همکاری در جهت انجام پژوهش؛ و با توجه به اینکه پژوهش حاضر در شهر اصفهان انجام شده است، لذا جهت تعمیم نتایج به شهرهای دیگر جانب احتیاط رعایت شود.

بنابر محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در جامعه و نمونه آماری دیگر، نیز انجام شود و نتایج آن مورد ارزیابی قرار گیرد؛ اختصاص مرکز آماری دقیق از اطلاعات بیماران در جهت

منابع

- 1) Azizi F. Epidemiology and control of common diseases in Iran. Tehran: A passionate publication. 2001. (Persian)
- 2) Rezai F, Neshat Dost H, Molavi H, Imra B. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management on Quality of Life in Women with Asthma. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2009; 1: 61-51. (Persian)
- 3) Satman I, Yilmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar I, Tütüncü Y, Sargin M, Dinççag N, Karsidag K. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes care*. 2002 Sep 1;25(9):1551-6.
- 4) Mahmoudi A. Effect of self-care education on reduction of hemoglobin AC in diabetic patients. *Journal of Medical Sciences, Azad University*. 2006; 16 (3): 176-171. (Persian)
- 5) Baghyani Moghadam Z, Afkhami T. The Effect of Education Intervention on Quality of Life in Type II Diabetic Patients. *Quarterly Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 2011; 9 (1): 45-38. (Persian)
- 6) Dishman R.K, Motl R. W, Sallis J.F, Dunn A.L, Birnbaum A.S, Welk G.J, et al. Self-management strategies mediate self-efficacy and physical activity. *American journal of preventive medicine*. 2005; 29(1): 8-10.
- 7) Haghiaiegh S.A, Ghasemy N.A, Neshat dost H.T, Kajbaf M, Khanbany M. Validity and Reliability of Self-Efficacy Scale of Management of Type II Diabetic Patients. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2010; 12 (2): 115-111. (Persian)
- 8) Wattana C, Srisuphan W, Pothiban L, Upchurch SL. Effects of a diabetes self- management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nursing & health sciences*. 2007 Jun 1;9(2):135-41
- 9) Anie KA, Green J, Tata P, Fotopoulos CE, Oni L, Davies SC. Self-help manual-assisted cognitive behavioural therapy for sickle cell disease. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2002 Oct;30(4):451-8.
- 10) Sarafino P. *Psychology of Health*. Translation by Mir Hossein et al. Tehran: Growth Publishing House. 2005; 782 pages. (Persian)
- 11) Jokar M, Eshvandi Kh, Saifi Z, Paki S. The Effect of Teach Back Communication Strategy on Promoting Attitudes Dimensions in Type II Diabetic Patients. *Quarterly Journal of Zabol Diabetes Nursing*. 2016; 4 (4): 42-30. (Persian)
- 12) Pourverdi Sh, Mohammadi Shahbaghaghi F, Kashani Nia Z, Reza Sultani P. Effect of self-management program on blood glucose control and glycosylated hemoglobin in patients with type 2 diabetes. *Nursing and Midwifery Journal of Comprehensive Nursing*. 2015; 25 (4): 19-28. (Persian)
- 13) Hadipour M, Abolhasani F, Molavi Vardanjani H. Quality of life associated with the health of type II diabetic patients in Iran. *Quarterly Journal*. 2013; 12 (2): 141-135. (Persian)
- 14) Izadi tame A, Nemati dehkordi SH, Nemati dehkordi M. The relationship between attachment style and self-efficacy and self-care in patients with type 2 diabetes. *Quarterly Journal of Diabetes Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zabol*. 2013; 1 (2): 60-50. (Persian)
- 15) Sedaghati kasbokhi M, Ehsani M, Ghanbari A. Comparison of quality of life in patients with type 2 diabetes with non-diabetic patients. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2007; 9 (5): 60-55. (Persian)

- 16) Kueh Y, Morris T, Kuan G. The Impact of Knowledge and Attitudes on Self-management of People with Type 2 Diabetes Mellitus. *Jul of Diabetes Research and Therapy*. 2015; 1(2): 1-4.
- 17) Javadi A, Javadi M, Sarvghaddi F. Evaluation of knowledge, attitude and practice of diabetic patients referred to Qazvin diabetes mellitus center in relation to disease. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2004; 11 (39): 51-46. (Persian)
- 18) Jalilian F, Mirza'i Alaviyeh M, Emdadi SH, Nasirzadeh M, Barati M, Hatamzadeh N. The role of self-efficacy on quality of life in women with type 2 diabetes. *Journal of Health Research* .2011; 7 (6): 1019-1013. (Persian)
- 19) Jutterström, L. Illness integration, self-management and patient-centered support in type 2 diabetes. *Umea University Medical Dissertations*. New. 2013; 47-42.
- 20) Kueh Y, Morris T, Borkoles T, Shee H. Modelling of diabetes knowledge, attitudes self-management, and quality of life: a cross-sectional study with an Australian sample. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015; 13(129): 2-11.
- 21) Rahimian Boogar, Basharat M, Mohajerani Tehrani M R, Tale Sasand S. Direct and indirect effects of diabetic knowledge and social support on diabetes self-management. *Journal of Contemporary Psychology*. 2011; 6 (1): 48-37. (Persian)
- 22) Sabet Sarvestani R, Hadiyan ,Shirazi Z. Diagnostic and Diagnostic Diabetes Indicators in Diabetic Patients Referring to Nader Kazemi Clinic of Shiraz. *Iranian Journal of Nursing Researches*. 2007; 4 (14): 21-15. (Persian).

## The Structural Model of Relationship Diabetes Self-management and Attitudes on Quality of life and Self-efficacy in patient with type2 diabetes in Isfahan city

**Zahra Rastgoo:** Master of General Psychology, Faculty of Educational Sciences, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran.

**Ilmaz Sajjadian:** Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Isfahan Islamic Azad University, Khorasgan, Isfahan, Iran (\*corresponding author).

### Abstract

**Introduction:** The searches show an increase in the prevalence of noninvasive diseases. Damage to these diseases for health systems has always been a major motivator for designing and implementing prevention programs. Meanwhile, diabetes is considered as a disabling disease with chronic disease, which is one of the prevalent goals of preventive policies. The aim of this study was to determine the fitting of the structural model of Self- management relationship and Attitude toward diabetes with Quality of life and Self-efficacy associated with disease in patients with type 2 diabetes in Isfahan, Iran, in 2017.

**Materials and Methods:** The descriptive-correlation study design was a structural equation modeling. There for, 180 patients with type 2 diabetes who were referred to Isfahan diabetes centers were selected based on entry and exit criteria. Participants in the research tools included quality of life questionnaires in patients with diabetes, self-efficacy in diabetes management, diabetes self-management and attitude toward diabetes. Data collected by Amos software was analyzed.

**Results:** The effect of self-management on self-efficacy was significant, but the effect of attitude on self-efficacy was not significant .The results of modulatory analysis showed that only the moderating age is the relationship between self-management and quality of life. Also, only the effect of length of treatment duration moderates the relationship between self-management and self-efficacy.

**Conclusions:** According to the results of the present study, that the effect of Self-management relationship and Attitude toward diabetes with Quality of life and Self-efficacy associated with disease in patients with type 2 diabetes.

**Key words:** Quality of life, Self-efficacy, Diabetes Self-management, Attitude towards diabetes, Diabetes type II.