

شاخص‌های تشخیصی دیابت و خودکارآمدی در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به درمانگاه نادر کاظمی شیراز سال ۱۳۸۶

راحله ثابت سروستانی^۱، زهرا هادیان شیرازی^۲

چکیده

مقدمه: دیابت بیماری مزمنی است که به رفتارهای خودمراقبتی ویژه‌ای تا پایان عمر نیاز دارد. خودکارآمدی پایه‌ای برای تقویت خود مراقبتی در دیابت است که نقش زیادی در درمان و کنترل عوارض در این بیماری دارد. هدف این مطالعه یافتن وضعیت سازه خود کارآمدی در بیماران دیابتی و نیز بررسی عوامل مرتبط با آن طراحی و اجرا شده است.

روش: در یک مطالعه مقطعی ۱۰۰ نفر به صورت تصادفی ساده از میان افراد مبتلا به دیابت انتخاب شدند. میزان خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش با استفاده از پرسشنامه DMSSES اندازه‌گیری شد. میزان قند خون و HbA1c در آزمایشگاه همان مرکز بررسی شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS در سطح معناداری $\alpha=0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین قندخون افراد ۱۴۰ و HbA1c ۱۰/۲۴ بود. نتایج این بررسی نشان داد که ارتباط منفی بین میانگین نمره خودکارآمدی ($97/6 \pm 11/6$) و شاخص‌های تشخیصی در بیماران دیابتی وجود دارد ($r = -0/76$). همچنین تفاوت آماری معناداری بین نمره خودکارآمدی افراد مجرد (۱۲۰) با افراد متأهل (۱۵۸) وجود دارد. این تفاوت همچنین بین نمره خودکارآمدی افراد تحصیل کرده (۱۰۴) و افراد بی‌سواد (۵۷) دیده شد که این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنادار بودند ($p=0/001$).

نتیجه‌گیری: میزان خودکارآمدی در بیماران دیابتی در سطح مطلوبی نبوده است و نیاز به ارتقای آن در برنامه‌های خودمراقبتی احساس می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: خود کارآمدی، خودمدیریتی، دیابت

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۷/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۱/۱۶

۱ - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی فسا (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: Rahehsabet@yahoo.com

۲ - کارشناس بیمارستان خلیلی شیراز

مقدمه

تا چند سال قبل بیماری‌های واگیر به عنوان بزرگ‌ترین معضل بهداشتی کشورهای جهان سوم به شمار می‌رفت در حالی که امروزه بیماری‌های مزمن از جمله دیابت تهدیدی جدی برای کشورهای در حال توسعه محسوب می‌گردد (۱). امروزه دیابت یکی از شایع‌ترین اختلالات متابولیکی به ویژه در افراد مسن می‌باشد که عوارض ناتوان‌کننده‌ای بر هر یک از دستگاه‌های حیاتی بدن بر جا می‌گذارد. به طور کلی افزایش قند خون (هیپرگلیسمی)، ناشی از کاهش انسولین، کاهش مصرف گلوکز و یا افزایش تولید گلوکز در بدن می‌باشد (۲). این بیماری شیوع فزاینده‌ای در جهان داشته است به طوری که ۱۷۱ میلیون نفر در جهان به این بیماری مبتلا هستند و تخمین زده شده که تا سال ۲۰۳۰ این میزان به ۳۶۶ میلیون نفر می‌رسد (۳). مبتلایان به دیابت در ایران ۲-۱/۵٪ از کل جمعیت و ۷/۸ جمعیت بالای ۴ سال را شامل می‌شوند (۴). دیابت سومین علت مرگ ناشی از بیماری‌ها می‌باشد و تخمین زده شده که هزینه‌های درمان این بیماری تا سال ۲۰۱۰ به ۱۵۶ بیلیون دلار و تا سال ۲۰۳۰ به ۱۹۲ بیلیون دلار افزایش یابد (۵). این بیماری موقعیت مزمنی است که نیازمند پایش روزانه قند خون، تزریق‌های مکرر، دیدار مداوم با پرسنل درمانی، برنامه دقیق ورزشی و غذایی برای دستیابی به کنترل رضایتمندانه دارد. این بیماری علاج قطعی ندارد و مهم‌ترین درمان آن پیشگیری است که با شناسایی به موقع و مراقبت صحیح بر پایه آموزش بیماران می‌توان از عوارض حاد و مزمن آن پیشگیری کرد یا بروز آن را به تعویق انداخت (۶). عوامل زیادی بر کنترل دیابت مؤثر هستند این عوامل شامل حمایت روانی اجتماعی، عقاید بهداشتی، نگرش بهداشتی، خودکارآمدی، وضعیت اقتصادی اجتماعی و فاکتورهای رفتاری یا روش زندگی هستند در بین این عوامل خودکارآمدی است که موجب ارتقای رفتارهای خودمراقبتی می‌گردد. در دیدگاه قدیمی افراد دیابتی در مراقبت غیر فعال بودند و در فرایند تصمیم‌گیری شرکت نمی‌کردند رویکرد جدید آن است که دیابت و خودمدیریتی آن به فرد تعلق دارد (۷).

خودکارآمدی یک مفهوم مهم است که از تئوری شناخت اجتماعی مشتق شده است که به باورها و قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسؤولیت‌ها اشاره دارد آلبرت باندورا روان‌شناس مشهور،

اثرات یک بعدی محیط بر رفتار فرد که یکی از فرضیه‌های مهم روان‌شناسان رفتارگرا بوده است را رد کرد. او معتقد است انسان‌ها دارای نوعی نظام خودکنترلی و نیروی خودتنظیمی هستند و توسط آن بر افکار احساسات و رفتارهای خود کنترل دارند و بر سرنوشت خود نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کنند. احساس خودکارآمدی افراد را قادر می‌سازد تا با استفاده از مهارت‌ها در برخورد با موانع، کارهای فوق‌العاده‌ای انجام دهند بنابراین خودکارآمدی درک شده عاملی مهم برای انجام موفقیت‌آمیز عملکرد و مهارت‌های اساسی لازم برای انجام آن است. عملکرد مؤثر هم به داشتن مهارت‌ها و هم به باور در توانایی انجام آن مهارت‌ها نیاز دارد. از طرفی خودکارآمدی درک شده بر میزان تلاش برای انجام یک وظیفه اثر می‌گذارد. افرادی که به کارآمدی خود باور دارند برای غلبه بر موانع و مشکلات تلاش‌های مضاعفی می‌کنند (۸و۹). تحقیقات بسیاری نشان دادند که افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند در مقایسه با دیگر افراد در مواجهه با مشکلات مقاوم‌تر هستند. لیتل و همکارانش (۲۰۰۳) در این زمینه پیشنهاد کردند که رفتارهای مخصوص و مداخلات شناختی را می‌توان برای بیماران که اعتماد بنفس و خودکارآمدی پایینی دارند ترتیب داد تا کنترل دیابت در آن‌ها بهتر صورت پذیرد (۱۰). همچنین در مطالعه واندرن و دیگران در آمریکا مشخص شد که افراد مبتلا به دیابت که خودکارآمدی بالاتری داشتند قدرت سازگاری بیشتری داشتند و مشکلات روحی کمتری نسبت به سایرین داشتند (۱۱). از آنجایی که ارتقای رفتارهای خودمراقبتی و پیشگیری از عوارض دیابت یک چالش مداوم برای سیستم‌های بهداشتی و دولت‌ها محسوب می‌گردد و شواهد مبنی بر وضعیت این سازه در بیماران دیابتی در ایران در دسترس نمی‌باشد، لذا تحقیق حاضر با هدف تعیین وضعیت سازه خودکارآمدی و ارتباط آن با شاخص‌های تشخیصی در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز دیابت شیراز طراحی و اجرا شد.

روش مطالعه

جامعه مورد مطالعه در این تحقیق همبستگی، بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به درمانگاه نادر کاظمی شیراز بودند. با روش نمونه‌گیری تصادفی ۱۰۰ بیمار مراجعه‌کننده

رسیدن به اهداف پژوهش از آزمون همبستگی پیرسون، تی تست استفاده شد و $\alpha=0/05$ معنادار تلقی شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰۰ بیمار مبتلا به دیابت شرکت داشتند. ۶۱٪ افراد زن و ۳۹٪ مرد بودند. میانگین سنی افراد و مدت ابتلا به دیابت به ترتیب $49 \pm 10/2$ و $5/58 \pm 1/36$ بود. میانگین قندخون ناشتا 140 و $HbA1c$ $10/24$ بود. ۳۰٪ افراد بی‌سواد، ۱۸٪ سواد در حد خواندن و نوشتن، ۲۲٪ تحصیلات ابتدایی و ۳۰٪ تحصیلات راهنمایی و بالاتر داشتند. ۶۹٪ افراد متأهل و بقیه مجرد یا بیوه بودند. در بررسی میزان فراوانی مشاغل: $18/3$ ٪ کارمند، $20/8$ ٪ آزاد و $60/8$ ٪ خانه‌دار بودند. اطلاعات مربوط به سازه خودکارآمدی در جدول ۱ خلاصه شده است. همان‌طور که در جدول شماره ۱ دیده می‌شود در میان حوزه‌های مختلف میانگین نمره خودکارآمدی در قسمت تغذیه ($45/2$)، اندازه‌گیری قندخون ($22/3$)، فعالیت فیزیکی ($28/2$) و مراقبت پزشکی ($23/5$) بود. جدول شماره ۲ به دسته‌بندی افراد بر اساس نمره خودکارآمدی می‌پردازد همان‌طور که مشاهده می‌شود ۵۳٪ افراد در گروه با خودکارآمدی پایین، ۳۶٪ در گروه خودکارآمدی متوسط و ۱۱٪ افراد در گروه با خودکارآمدی بالا قرار داشتند. نتایج آزمون همبستگی پیرسون حاکی از این است که ارتباط معکوس و معناداری بین نمره خودکارآمدی و میزان قند خون ناشتا (میانگین 140) و $HbA1c$ (میانگین $10/24$) وجود دارد. به طوری که هر چه نمره خودکارآمدی در افراد بیشتر باشد میزان قندخون و $HbA1c$ در آن‌ها کمتر است ($r=-0/76$). با استفاده از آزمون تی تفاوت نمره خودکارآمدی در افراد بی‌سواد (نمره خودکارآمدی با میانگین ۵۷ و انحراف معیار ۱۰) و افراد با تحصیلات دانشگاهی (با میانگین ۱۰۴ و انحراف معیار $9/1$) مقایسه شدند که تفاوت بین دو گروه از نظر آماری معنادار بود ($p=0/001$). همچنین نمره خودکارآمدی در افراد مجرد (میانگین ۱۲۰ و انحراف معیار ۱۱) با افراد متأهل (میانگین ۱۵۸ و انحراف معیار $12/8$) نیز مقایسه شدند که تفاوت بین دو گروه از نظر آماری معنادار بود ($p<0/001$).

به درمانگاه دیابت انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری بدین نحو بود که یکی از پژوهشگران (سه روز در هفته) به مرکز مراجعه می‌نمود و در آن روز تمام بیماران مراجعه‌کننده را مورد بررسی قرار می‌داد. معیارهای ورود بیماران به تحقیق، گذشت حداقل چهار ماه از محرز شدن تشخیص دیابت، داشتن پرونده در مرکز درمانی، تحت درمان دارویی و رضایت برای شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج شامل ابتلا به سایر بیماری‌ها و عدم ابتلا به اختلالات روانی بود. میزان خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی در بیماران دیابتی DMSES بررسی گردید. این پرسشنامه توسط یک تیم تحقیق در کشور استرالیا جهت بررسی رفتارهای خودکارآمدی در بیماران دیابتی تهیه شد (پایایی $0/93$ به روش آلفا کرونباخ) پس از آن کشورهای زیادی از جمله انگلستان، آمریکا و چین از این پرسشنامه استفاده کردند (۱۱) در مطالعه حاضر این ابزار ترجمه و بعد از طی مراحل انطباق بین فرهنگی و روایی و معتبرسازی مورد استفاده قرار گرفت. روایی محتوی و صوری پرسشنامه با استفاده از پانل خبرگان تأیید گردید و پایایی آن با روش آلفا کرونباخ $0/84$ تخمین زده شد.

این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال می‌باشد و بر اساس مقیاس لیکرت نمره‌دهی می‌شود و دارای چهار بخش تغذیه (۹ سؤال)، اندازه‌گیری میزان قندخون (۴ سؤال)، فعالیت فیزیکی و کنترل وزن (۴ سؤال) و مراقبت پزشکی (۳ سؤال) به علاوه یک سری اطلاعات دموگرافیک بود. شرکت‌کننده‌ها پاسخ‌هایشان را روی پاسخی با ۱۰ طیف نشان می‌دادند که صفر نشان‌دهنده اصلاً نمی‌توانم و ۱۰ کاملاً قادر به انجام دادن هستم گزارش کردند. نمره قابل دستیابی بین ۰-۲۰۰ بود. افراد بر اساس نمره خودکارآمدی به سه گروه خودکارآمدی بالا $200-134$ ، خودکارآمدی متوسط $66-133$ و خودکارآمدی پایین $0-65$ تقسیم شدند. میزان قند خون ناشتا و $HbA1c$ در آزمایشگاه همان مرکز بر روی خون کامل افراد انجام گرفت. میزان طبیعی آن در افراد سالم زیر ۶٪ و در افراد دیابتی بالاتر است (۲). در تابستان ۱۳۸۶ پژوهشگر پس از معرفی خود، بیان اهداف و جلب رضایت و مشارکت آن‌ها پرسشنامه‌ها را تکمیل داده‌ها را با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار داد که برای

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، محدوده قابل اکتساب نمره خودکارآمدی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه نادر کاظمی شیراز سال ۸۶

ابعاد خودکارآمدی	میانگین	انحراف معیار	محدوده قابل اکتساب
تغذیه	۴۵/۲	۱۲/۸۲	۰-۹۰
اندازه‌گیری قند خون	۲۲/۳	۸/۶	۰-۴۰
فعالیت و کنترل وزن	۲۸/۲	۷/۵	۰-۴۰
مراقبت پزشکی	۳۳/۵	۵/۵	۰-۳۰

جدول ۲: میانگین و فراوانی نسبی در سه گروه بر اساس نمره خودکارآمدی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه نادر کاظمی شیراز سال ۸۶

نمره قابل اکتساب	میانگین نمره	فراوانی نسبی	
۱۳۰-۲۰۰	۱۴۷	۱۱	خودکارآمدی بالا
۶۶-۱۳۰	۸۹	۳۶	خودکارآمدی متوسط
۰-۶۶	۵۷	۵۳	خودکارآمدی پایین

بحث

این مطالعه با هدف بررسی وضعیت خودکارآمدی در بیماران دیابتی و ارتباط آن با شاخص‌های تشخیصی طراحی و اجرا گردید. سؤال این پژوهش این بود که آیا بین نمره خودکارآمدی و شاخص‌های تشخیصی ارتباط معناداری وجود دارد؟ در مطالعه حاضر مشاهده شد که اکثر آزمودنی‌ها نمره خودکارآمدی در حد متوسط رو به پایین دارند و میزان نمره خودکارآمدی افراد در قسمت تغذیه و اندازه‌گیری سطح قند خون کمتر است از آنجا که کنترل منظم قندخون و برنامه مناسب تغذیه در خودمراقبتی دیابت از اهمیت زیادی برخوردار است لازم است در این زمینه آموزش‌های بیشتری داده شود. در مطالعه مروتی و همکاران نیز نتایج مشابهی به دست آمد و مشخص شد که نمره افراد در رفتارهای خودمراقبتی پایین است (۱۲) از نتایج دیگر این تحقیق این بود که بین نمره خودکارآمدی و میزان قندخون ناشتا و $HbA1c$ ارتباط معکوس و معناداری وجود دارد به طوری که هر چه نمره خودکارآمدی در افراد بیشتر باشد، این متغیرها کمتر است. نتایج تحقیق مروتی و همکاران با نتایج ما هم‌خونی دارد در آنجا مشخص شد که رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی در حد متوسط است و نیاز به آموزش‌ها در این زمینه احساس می‌گردد (۱۲).

یکی دیگر از نتایج این تحقیق تفاوت بین افراد بی‌سواد و تحصیل کرده از نظر نمره خودکارآمدی به طور معنادار بود که مشخص گردید که افرادی که تحصیلات بالاتری دارند نمره خودکارآمدی بهتری دارند و کنترل دیابت در آن‌ها بهتر صورت می‌پذیرد. دارن و همکاران نیز

در مطالعه‌ای مشابه به این نتیجه رسیدند که کسانی که از سواد کمتری برخوردارند تمایل کمتری برای شرکت در تصمیمات و مراقبت‌های پزشکی داشتند اما بر خلاف نتایج تحقیق ما، تفاوت بین افراد با سواد و تحصیل کرده از نظر نمره خود کارآمدی معنادار نبود (۱۳). شایان ذکر است که هزینه‌هایی که در کشورهای در حال توسعه صرف ایجاد بیمارستان‌ها و مراکز درمانی ابزار و وسایل درمان می‌شود به مراتب بیشتر از مقداری است که در کشورهای غربی صرف آموزش می‌شود (۱۴).

در این پژوهش همچنین به این نتیجه رسیدیم که نمره خودکارآمدی در افرادی که ازدواج نکرده بیهوشند یا طلاق گرفته‌اند نسبت به افراد متأهل کمتر است و در واقع بین نمره خودکارآمدی و وضعیت تأهل رابطه معنادار آماری دیده شد. در مطالعه‌ای که توسط صالحی و همکاران در سال ۱۳۸۶ انجام گردید بین سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و شاغل بودن و میزان افسردگی و $HbA1c$ در بیماران دیابتی رابطه معنادار وجود داشت ($\alpha < 0.05$) (۱۵). یکی از عواملی که در ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی مؤثر است حمایت اجتماعی خانواده است به طوری که مروتی و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که بین رفتارهای خانوادگی حمایت‌کننده و رفتارهای خودمراقبتی همبستگی معناداری وجود دارد ($r = 0.73$) بنابراین در برنامه‌های ارتقای خودمراقبتی و خودکارآمدی این فاکتور مهم باید مدنظر قرار بگیرد (۱۲).

این یافته‌ها با سایر مطالعات در این زمینه نیز هم‌خوانی دارد به طوری که در مطالعه‌ای که حیدری و

نتیجه‌گیری

در کل نتایج این پژوهش نشان داد که میزان خودکارآمدی افراد دیابتی مناسب نیست و نیاز به آموزش خود مراقبتی در این زمینه احساس می‌گردد. یافته‌های این مطالعه شناخت دقیقی از این سازه را فراهم کرد که از آن می‌توان جهت طراحی مداخلات آموزشی استفاده کرد. پرستاران در موقعیت ویژه‌ای برای حمایت از بیماران دیابتی و خانواده‌های آن‌ها قرار دارند و می‌توانند با آموزش‌های مناسب از آن‌ها حمایت نمایند. همچنین با تحقیقات پرستاری می‌توان مدل‌های فرهنگی در خودمراقبتی دیابت را برای برابری بهتر توسعه داد. از محدودیت‌های این مطالعه نمونه کم است که پیشنهاد می‌گردد که مطالعات بعدی به صورت جامع‌تر انجام گردد و ارتباط خودکارآمدی با سایر فاکتورها را مدنظر قرار دهد.

تشکر و قدردانی

از همکاری معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی شیراز و پرسنل محترم درمانگاه نادر کاظمی شیراز جهت انجام این فعالیت علمی تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

همکاران انجام دادند مشخص شد که بعد از اجرای برنامه توانمندسازی، خودکارآمدی نوجوانان مبتلا به دیابت به طور معناداری افزایش پیدا کرد که منجر به افزایش کیفیت زندگی آنان در کلیه ابعاد آن شد (۱۶).

از آنجایی که برنامه غذایی، فعالیت جسمی و استرس ممکن است روی کنترل دیابت تأثیر بگذارد بیمار باید نحوه برقراری تعامل بین عوامل گوناگون را یاد بگیرد. بیماران دیابتی علاوه بر فراگیری مهارت‌های روزمره مراقبت از خود برای جلوگیری از نوسانات گلوکز خون باید دارای باورها و قضاوت‌هایی در مورد توانایی خود باشند که آن را می‌توان با برنامه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی و مکانیسم‌های سازگاری ارتقا داد و خودباوری و خودکارآمدی را در آن‌ها تقویت کرد (۱۷ و ۱۸). با توجه به اهمیت خودکارآمدی در کنترل بیماری دیابت و قابلیت اجرای آن با کمترین امکانات، تیم بهداشتی به خصوص پرستاران باید با آموزش‌های مناسب در این زمینه رفتارهای خودمراقبتی و خودکارآمدی را در بیماران دیابتی ارتقا دهند. همچنین از نتایج به دست آمده می‌توان در برنامه‌ریزی‌های آموزشی بهره گرفت و در آموزش‌ها بر ارتقای خودکارآمدی تأکید کرد. علی‌رغم نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی مشابه در حجم نمونه بیشتر در مکان‌ها و قومیت‌های مختلف انجام گیرد تا این ارتباط دقیق‌تر سنجیده شود.

منابع

- 1 - Vezarate behdasht va darman va amuzeshe pezesheki. Rahnamaye Jamee nezame moraghebate bimarihaye gheire vaghir dar jomhuriye eslamiye Iran. Virayeshe 14. markaze modiriate bimariha: 20, 1384.
- 2 - Safarzade A, Sobhanian kh. Tarjomeye bimarihaye ghodad va metabolism, Harison. Chape aval entesharate nasle farad, 1385.
- 3 - Marvati M, Rohani N. Tasire manafe va mavanee dark shode raftarhayeh khod moraghebati bar amalkard moraghebati bimarane diabeti. majaleye Hayat. 1386; 13(1): 17-26.
- 4 - Shab bidar S, Fathi B. Tasire amuzeshe taghziye bar sathe aghahi va negaresh va amalkarde bimarane diabetiye 2. majaleye daneshgahe birjand. 1386; 14(1): 31-37.
- 5 - Brunner and Sudars. Nughabi A. Dehghan nayeri N. parastariye dakheli jarahiye bruner. chape 11th. entesharate Salemi va jamee negar, 1387.
- 6 - Black and hoks. Ateshza F, Ebrahimi N, khazaee N. Parastariye dakheli jarahi. chape jamee negar, 1385.
- 7 - Shu-fang Vivienne wu Mary Courtney, Helen Edward et al. Development and validation of Chinese version of the diabetes management self efficacy scale. International journal of nursing studies. 2006; 10:1-12.
- 8 - Bandra A. Self efficacy. In V.S. Ramachandran, encyclopedia of human Behavior. 1994; 4: 71-8.
- 9 - Abdollahi B. tasire khodkaramadi dar tavanmand saziye karkonan. Available: <http://www.imi.ir/tadbir/tadbir-168/article-168/4.asp>, Accessed June 7 2007.

- 10 - Littlefieldch, craven jl, Rodin gm et all .Relationship of self efficacy and binging to adherence to diabetes regimen among adolescent. *Diabetes care*. 2003; 15(1): 90-4.
- 11 - Vandeven N, Weinger K, Yi J, et al. The confidence in diabetes self care scale, psychometric properties of a new measure of diabetes-specific self efficacy in Dutch and Us patient with type 1 diabetes.*diabets care*. 2003; (3): 713-8.
- 12 - Marvati M, Rohani N. Hemayate ejtemaee va vaziate khod moraghebate dar bimarane diabete morajee konande be markaze diabete yazd.tabibe shrgh. 1386; 9(4): 275-283.
- 13 - Darren A devalt, Regina s boone, Micheal p pignone. Literacy and its relationship with self efficacy trust and participation in medical decision making. *American journal of health behavior*. 2003; 31: s27-s35.
- 14 - FritsgeA, Stumovoll M, Goebbe LS, et al. Long term effect of a structured in patientdiabetes teaching and treatment program in type 2 diabetes patient.research clinical practice. 1999; 46:135-41.
- 15 - Salehi B,Rezvanfar M,Shirian F. Taeene erbat beine sathe HbA1c va afsordegiy dar afrade mobtala be diabete 2 morajee konande be bimarestan valiasre Arak.majaleye daneshgahe olum pezhshkiye arak. 1386; 10(3): 1-7.
- 16 - Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A. Barresiye taasire olguye tavanmandsazi bar keifiate zendegiye nujavane mobtala be diabet. *Majaleya Bimarihaye Kudakan*. 1386; 17(1): 88-94.
- 17 - Qifang shi, Linchong pothiban, Tipaporn wonghongkul, et all. Effect of hospital based clinical intervention on glycemic control in chines patient with type 2 diabetes mellitus. *Cmu.J.Nat.Sci*. 2008; 7(1): 1-11.
- 18 - Nicole B, Susan t J, Valerie H, et all .Diabetes self management training program in a community clinic improves patient outcomes at modest cost. *Journal of American Diet Association*. 2004; 104: 807-810.

Diabetes diagnostic indexes and self efficacy of diabetic patients referred to Nader Kazemi center, Shiraz 2006

Sabet Sarvestani¹ R (MSc.) - Hadian Shirazi² Z (B.Sc).

Introduction: Diabetes as a chronic disease demands special self care behaviors lifelong. Self efficacy is a basis for promoting self care behaviors in diabetes which play a major role in treatment and control of the complications. The study aimed at assessing the self efficacy of diabetic patients and its related factors.

Methods: This cross sectional study was conducted with 100 diabetic patients, recruited through simple random allocation. Data were collected using the DMSES Questionnaire as well as checking FBS and HbA1c at the laboratory of the center. All statistics were computed using the SPSS software (P -value <0.05).

Results: Correlation between self efficacy [with a mean score of high: 147(11%), medium: 89(36%) and low: 57 (53%)] and diabetes diagnostic index (HbA1c= 10.24) was negatively significant ($r=0.76$). It was also significant differences between single and married as well as educated and illiterate persons regarding their self efficacy scores.

Conclusion: Self efficacy in diabetic patients is not at a desirable level which needs to be promoted within self care programs.

Key words: Self efficacy, Self management, Diabetes

1 - Corresponding Author: Faculty Member, Fasa Medical Sciences University.

e-mail: Rahelehabet@yahoo.com

2 - RN, Khalili Hospital Shiraz.