بررسی ارتباط بین سلامت روان و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت حضرت علی اصغر (ع) شهرستان زاهدان

حسین شهدادی[1]، علی منصوری[2*]، مریم خمری[3] ، فاطمه قربانی دیندارلو[4]

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.
۲. کارشناسی ارشد پرستاری، مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.
۳. کارشناس پرستاري، دانشکده پرستاري و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.
۴. دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.

*نویسنده مسئول: علی منصوری - پست الکترونیکی: alimansuri1369@gmail.com

فصلنامه علمی- پژوهشی پرستاری دیابت - زمستان۱۳۹۴؛۴(۱): ۹۴-۸۵

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت یکی ازعوامل تنش زای عمده و واقعی در زندگی است و کنترل آن متأثر از شبکه پیچیده ای از عوامل رفتاری، نگرش و مراقبت های سلامتی است. برخورداری از سلامت روان و کاهش تنش در بیماران می تواند فرد را در خودکارآمدی و کنترل بهتر بیماری یاری کند، لذا این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین سلامت روان و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک مطالعه ی توصیفی از نوع همبستگی می باشد. ۱۰۰ نفر از مراجعین به روش تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب شدند و با استفاده از مقیاس خودکارآمدی دیابت CIDS و پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ سوالی GHQ-(12) مورد سنجش قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده ها علاوه بر استفاده از آمار توصیفی، از روش های آمار استنباطی(ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی و تحلیل رگرسیون خطی) به وسیله ی نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: یافته های این پژوهش نشان داد که بین سلامت روان با خودکارآمدی همبستگی معنی داری وجود دارد ($r = -۰/۶۸$ ، $P< ۰/۰۰۰۱$). همچنین یافته ها نشان می دهد که سلامت روان ۳۴٪ از تغییرات خود کارآمدی را پیش بینی می کند.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که بهبود سلامت روان، افزایش میزان خودکارآمدی در بیماران دیابتی را در پی دارد که این امر می تواند در مقابله با مشکلات به فرد کمک کند.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، خودکارآمدی، دیابت

تاریخ دریافت:۹۴/۰۸/۱۵ **تاریخ پذیرش ۹۵/۰۱/۰۳**

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.8.1]

مقدمه و هدف

دیابت اختلال متابولیکی است که با هیپرگلیسمی مزمن و اختلال در متابولیسم کربوهیدرات‌ها، پروتئین و چربی‌ها ناشی از کمبود یا فقدان انسولین مشخص شده است. این تغییرات می‌تواند به سیستم‌های مختلف بدن صدمه وارد کند و فرد را دچار بیماری‌های مزمن دیگر نماید که در نهایت روی کمیت و کیفیت عمر تأثیر گذار می‌باشد(۱). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت دیابت به عنوان یک اپیدمی خاموش در دنیا به شمار می‌آید(۲). دیابت نوع دو شایع ترین نوع دیابت می باشد. سابقه‌ی خانوادگی، سن، چاقی، عدم فعالیت بدنی و همچنین عوامل ژنتیکی و محیطی دیابت را تحت تأثیرخود قرار داده است(۳). بر اساس مطالعات انجام شده تعداد بیماران دیابتی در ایران در سال ۲۰۱۰، ۲,۸۷۲,۰۰۰ نفر می باشد که این مقدار تا ۲۰۳۰ به ۵,۹۸۱,۰۰۰ نفر می‌رسد و هر ساله ۱۵۵ هزار مورد جدید به آمار بیماران دیابتی در ایران اضافه می‌گردد(۴). بار اجتماعی و اقتصادی دیابت نوع دو نگرانی برای سیستم سلامت بسیاری از کشورها در سراسر جهان است(۵). عوارض ناشی از دیابت از قبیل بیماری‌های قلبی ـ عروقی، رتینوپاتی، نفروپاتی و نوروپاتی بیشترین هزینه را در بیماران دیابتی به خود اختصاص می‌دهند. بر اساس آمار گزارش انجمن دیابت آمریکا در سال ۲۰۰۷ هزینه های سرانه پزشکی نسبت به سال۲۰۰۲ ۳۳، درصد افزایش یافته است. از مقدار تخمین زده شده ۱۱۶میلیارد آن صرف هزینه‌های پزشکی به علت عوارض این بیماری بوده و ۵۸ میلیارد دلار آن صرف هزینه های غیر مستقیم شده است (۶). سلامت روانی به نحوه تفکر، احساس و عمل اشخاص بستگی دارد. به طور کلی افرادی که از سلامت روانی برخوردار هستند، نسبت به زندگی نگرش مثبت دارند، آماده برخورد با مشکلات زندگی هستند و در مورد خود و دیگران احساس خوبی دارند(۷). کارشناسان سازمان بهداشت جهانی سلامت فکر و روان را این طور تعریف میکنند : «سلامت فکر عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب». تعریف جینسبرگ در مورد سلامت روانی عبارت است از: «تسلط و مهارت در ارتباط با محیط، به خصوص در سه فضای زندگی، عشق، کار و تفریح». این شخص و همکارانش برای توضیح بیشتر می‌گویند: «استعداد یافتن و ادامه‌ی کار، داشتن خانواده، ایجاد محیط خانوادگی خرسند، فرار از مسائلی که با قانون درگیری دارد، لذت بردن از زندگی و استفاده صحیح از فرصت-ها، ملاک تعادل و سلامت روان است» (۸). از نظر سرتریوس (۱۹۱۸) سلامتی غیر قابل رؤیت است و مستلزم تظاهر کارکرد بخش‌های مستقل روانی، جسمی و اجتماعی است(۹). سلامت جسم و روان جدای از یکدیگر نیستند. به همین دلیل نیز سال‌هاست تعریف سلامت، دیگر تنها سلامت جسمی را در بر نمی گیرد. بر اساس بر آوردهای موجود، بین ۱۵ تا ۲۰ درصد مردم به نوعی به یکی از اختلالات روانی دچار هستند. علت ۳۳ درصد از عمر سپری شده با ناتوانی، حدود یک میلیون خودکشی موفق سالانه در جهان، بیش از ۱۵۰ میلیون بیمار مبتلا به افسردگی و حدود ۲۵ میلیون نفر بیمار اسکیزوفرنی به خوبی تأثیر بیماری های روانی را بر جامعه نشان می‌دهد (۸). وجود آمارهای فراوان در زمینه تأثیر سلامت روان بر سلامت جسمی و بهبود شرایط فردی جهت انجام فعالیت های خود مراقبتی، حاکی از نقش مؤثر سلامت روحی و روانی افراد در کنترل سلامت جسمیشان می باشد. خود کارآمدی به باورهای

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.8.1]

شخص در ارتباط با توانایی انجام امور دلالت دارد و از منابع مختلف از جمله موفقیت و شکست‌های فرد، مشاهده‌ی موفقیت یا شکست دیگران و ترغیب کلامی سرچشمه می‌گیرد. اشخاصی که دارای خودکارآمدی بالاتری هستند، موفقیت بیشتر و ترس کمتری را تجربه می‌کنند(۱۰). احساس خودکارآمدی در خودمدیریتی و پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی و کنترل بهتر دیابت نوع دو نقش مهمی ایفا می‌کند (۱۱). خودکارآمدی به طور مستقیم بر رفتارهای مرتبط با سلامت و دیگر تعیین کننده های شناختی اثر می گذارد (۱۲) و یکی از غنی‌ترین منابع درون فردی است که فرد را برای انجام کارهای فردی توانمند می سازد. براین اساس به نظر می‌رسد افراد با خودکارآمدی بالاتر بیشتر به رفتارهای خودمدیریتی وخود مراقبتی اقدام می کنند و در زمان برخورد با عوامل تنش زای تهدید کننده سلامتی، واکنش های مناسب‌تری را از خود بروز می‌دهند(۱۳). مدل خودکارآمدی چهارچوب مفیدی را برای فهم و پیش بینی میزان پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی و اثربخشی خود مدیریتی در درمان دیابت فراهم می‌کند(۱۴). خودکارآمدی در بیماران دیابتی به عنوان یکی از راهکارهای خودمراقبتی می‌باشد که بیمار با اعتماد به نفس وظایف مراقبت از خود را انجام می‌دهد(۱۵). با نگاه اجمالی به یافته‌های پژوهشی در می‌یابیم که بین خود کارآمدی و سلامت روان ارتباط معنی داری وجود دارد. یافته های مطالعه سیوکا-او چنگ و استیفن در سال ۲۰۰۰ حاکی از آن است که افزایش خودکارآمدی باعث با بهبود سلامت روان ارتباط دارد(۱۶). همچنین کیم در سال ۲۰۰۳ در پژوهش خود به این نتیجه رسید که بین خودکارآمدی و بعضی از مؤلفه‌های سلامت روان رابطه وجود دارد(۱۷). نتایج پژوهش اعرابیان در سال ۱۳۸۳ نیز نشان داد که بین خودکارآمدی و سلامت روان ارتباط معنی‌داری وجود دارد(۱۸). از آن جا که دیابت یکی از عوامل تنش زای عمده و واقعی در زندگی است وکنترل آن متأثر از شبکه پیچیده‌ای از عوامل رفتاری، نگرش و مراقبت‌های سلامتی است و انطباق و مقابله روان شناختی، هیجانی و جسمانی قابل ملاحظه را می‌طلبد، این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین سلامت روان و خودکارآمدی در بیماران دیابتی نوع دو برنامه ریزی و اجرا شد.

مواد و روش ها:

پژوهش حاضر، پژوهشی توصیفی از نوع همبستگی است. محیط پژوهش مرکز کنترل دیابت شهر زاهدان واقع در کلینیک حضرت علی اصغر (ع) بود. جامعه‌ی پژوهش را کلیه‌ی بیماران دیابتی مراجعه کننده به این مرکز که پرونده ی فعال داشتند، تشکیل می‌دادند. تعداد ۱۰۰ نفر از این بیماران با روش تصادفی ساده به عنوان نمونه وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل گذشت حداقل سه ماه از محرز شدن تشخیص دیابت، تحت درمان دارویی بودن، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و رضایت برای شرکت در پژوهش و معیارهای خروج از مطالعه مواردی از جمله مشکلات گفتاری، روانی و شنوایی و نیز دیابت بارداری بودند. در این مطالعه از سه پرسشنامه استفاده گردید: پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل مواردی از جمله سن، جنس و وضعیت تأهل بود. جهت سنجش خودکارآمدی در بیماران دیابتی از مقیاس خودکارآمدی دیابت (CIDS) استفاده شد. وندر ون و همکاران، مقیاس خودکارآمدی دیابت (CIDS) را در مطالعه‌ای که برروی جمعیت دیابتی نوع یک در هلند و آمریکا انجام دادند، معرفی کردند (۱۹). پرسشنامه خودکارآمدی

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.8.1]

دیابت (CIDS) یک پرسشنامه خود گزارشدهی ۲۱ آیتمی است که خودکارآمدی افراد را برای انجام وظایف خودمراقبتی در بیماران دیابتی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. آیتم‌های این مقیاس مقوله های خود مراقبتی را از جمله پیگیری دستورات غذایی، ورزش، مراقبت از پا، مصرف دارو ، خودپایشی و خودتنظیمی قندخون، تعیین و درمان سطح قندخون پایین و بالا و مهارت‌های اجتماعی مثل تقاضای کمک از دوستان را دربر می گیرد. اعتبار محتوای آیتم های این پرسشنامه در ابتدا توسط سه محقق روانشناسی حوزه دیابت تعیین و با اندکی تغییر در جواب ها، این مقیاس برای بیماران ایرانی مبتلا به دیابت نوع دو نیز قابل استفاده گردیده است. جواب ها به صورت اصلاً (نمره ۱) تا خیلی زیاد (نمره ۵) تغییر یافته است. بر این اساس نمره قابل کسب در این سازه (۱۰۵-۲۱) بود. روایی این پرسشنامه در مطالعه ای که توسط دکتر علی مروتی شریف آباد در یزد انجام گرفت، تأیید شد همچنین پایایی این ابزار نیز در مطالعه وی با میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۱ مطلوب گزارش شد (۲۰). همچنین جهت تعیین نمره سلامت روان افراد از پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ سؤالی (GHQ) استفاده گردید. پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت عمومی با هدف غربالگری افراد سالم از نظر اختلال روانی تهیه شده است. بنابراین هدف پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص روان پزشکی نیست. این پرسشنامه دارای این ویژگی است که با کمترین وقت می توان افراد سالم را از افراد بیمار غربالگری کرد. فرم اصلی پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلییر (۱۹۷۰) ساخته شده است و دارای ۴ مقیاس فرعی از جمله، مقیاس نشانه‌های جسمانی، نشانه‌های اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی است. در ایران فرم کوتاه ۱۲ سوالی توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی ایران اعتبار یابی شده است .در این مطالعه اعتبار همسانی درونی پرسشنامه با آلفای کرونباخ r =۰/۸۷ بدست آمد. روایی پرسشنامه نیز ازطریق روایی همگرا با پرسشنامه کیفیت زندگی بدست آمد. همچنین بهترین نقطه برش برابر ۳/۵ با حساسیت ۸۷ درصد و ویژگی ۶۰ درصد محاسبه شد. در مطالعه حاضر نیز اعتبار همسانی درونی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ r =۰/۸۴ بدست آمد که نشان دهنده اعتبار مطلوب این پرسشنامه است. بنابراین با توجه به اعتبار یابی آن در جامعه ایرانی این پرسشنامه قادر به تشخیص سریع خواهد بود .با توجه به نقطه برش پرسشنامه، نمرات بیشتر از ۳/۵ به عنوان مشکوک به اختلال روانی و نمرات کمتر از ۳/۵ به عنوان افراد سالم تعریف شده است(۲۱). پژوهشگر پس از کسب اجازه از مسئولین مربوطه با حضور در محیط پژوهش، نمونه ها را بر اساس معیارهای ورود از بین جامعه پژوهش انتخاب شدند. بعد از معرفی، توضیح اهداف، کسب رضایت و اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه ها را در اختیار بیماران قرار گرفت و پس از تکمیل بلافاصله جمع آوری شد. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۲ و آزمون های آماری توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت.

یافته ها

میانگین سنی بیماران مورد بررسی ۲/۱۱±۳۹/۴ سال بود. بیشتر بیماران زن (۷۳٪)، متأهل (۶۴/۲٪) و دارای سابقه خانوادگی دیابت (۷۰/۲٪) بودند. یافته ها نشان داد که میانگین نمره سلامت روان بیماران ۱/۰۵± ۳/۸ بود که این نمره بیانگر افراد مشکوک به اختلال سلامت روان می باشد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.8.1]

همچنین میانگین نمره خودکارآمدی آنان ۳/۱۶±۱۷/۸ بدست آمد و نشان داد که بیشتر واحدهای مورد پژوهش خودکارآمدی متوسط داشتند. همچنین در بیماران دیابتی نشانه‌های جسمانی سلامت روان، نشانه های اضطرابی، اجتماعی و افسردگی به ترتیب بیشترین مقادیر را در بین زیر مقیاس های سلامت روان به خود نسبت دادند. به این معنی که بیماران دیابتی بیشترین نقص سلامت روان را در بعد جسمانی و کمترین آن را در نشانگان افسردگی تجربه می کردند. یافته‌های جدول شماره ۱ حاصل از آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان می دهد که بین خودکارآمدی با سلامت روان ارتباط منفی معنی‌داری وجود دارد($r= -۰/۶۸$ ، $P< ۰/۰۰۰۱$). به طوری که با کاهش نمرات حاصل از مقیاس سلامت روان، خودکارآمدی افزایش می یابد. در واقع بیمارانی که از سلامت روان بالاتری برخوردار بودند، خودکارآمدی بیشتری نیز داشتند. همچنین در بین زیر مقیاس‌های سلامت روان، نشانه های جسمانی بیشترین ارتباط را با خودکارآمدی دارد ($r= -۰/۵۴$ ، $P< ۰/۰۰۰۱$). همچنین یافته ها نشان می‌دهد که سلامت روان ۳۴٪ از تغییرات خود کارآمدی را پیش بینی می‌کند. جهت بررسی تفاوت معنی داری نمرات خودکارآمدی و سلامت روان در متغیرهای جمعیت شناختی، از آزمون آماری تی استفاده شد. سپس از رگرسیون خطی جهت بررسی اثر مستقل هر متغیر با کنترل سایر متغیر ها استفاده گردید.

بررسی متغیر خودکارآمدی، سلامت روان و زیر مقیاس های آن بر حسب سن هیچ ارتباط معنی داری را بین خودکارآمدی و سلامت روان با سن بیماران نشان نداد ($P >۰/۰۵$). بررسی متغیر خودکارآمدی، سلامت روان و زیر مقیاس های آن بر حسب جنس نشان داد که هیچ ارتباط معنی داری بین سلامت روان با جنسیت بیماران وجود ندارد ($P >۰/۰۵$). اما بین خودکارآمدی با جنسیت بیماران ($P= ۰/۰۰۱$) ارتباط آماری معناداری یافت شد به این صورت که بیماران مذکر نسبت به بیماران مؤنث از خودکارآمدی بیشتری برخودار بودند. ورود متغیرها به رگرسیون، ارتباط بین خودکارآمدی و جنسیت ($P= ۰/۰۱$) را نشان داد به طوری که میانگین نمره خودکارآمدی به اندازه ۰/۳۶ در بیماران مذکر بیشتر از بیماران مؤنث بود. همچنین بررسی متغیر خود کارآمدی، سلامت روان و زیر مقیاس های آن بر حسب وضعیت تأهل نشان داد که هیچ ارتباط معنی داری بین خودکارآمدی با وضعیت تأهل بیماران وجود ندارد ($P >۰/۰۵$). اما بین سلامت روان با وضعیت تأهل بیماران ارتباط معنی داری وجود دارد ($P< ۰/۰۰۰۱$) به این معنی که بیماران متأهل سلامت روان بیشتری دارا بودند. نتایج رگرسیون، ارتباط بین سلامت روان و وضعیت تأهل ($P= ۰/۰۰۱$) را نشان داد به طوری که میانگین نمره سلامت روان به اندازه ۰/۲۸ در بیماران متأهل بیشتر از بیماران مجرد بود.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.8.1]

جدول ۱. رابطه ی بین خودکارآمدی با سلامت روان و زیر مقیاس های آن

متغیر		ضریب همبستگی پیرسون	ضریب تعیین	سطح معنی داری
خودکارآمدی و...	سلامت روان کل	-۰/۶۸	۰/۳۴	<۰/۰۰۰۱
	نشانه های جسمانی	-۰/۵۴	۰/۲۸	<۰/۰۰۰۱
	نشانه های اضطرابی	-۰/۴۷	۰/۲۶	<۰/۰۰۰۱
	کارکرد اجتماعی	-۰/۱۴	۰/۲۴	<۰/۰۰۰۱
	نشانگان افسردگی	-۰/۱۲	۰/۱۶	<۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین سلامت روان با خود کارآمدی در بیماران دیابتی همبستگی وجود دارد. به طوری که افزایش سلامت روان باعث افزایش خود کارآمدی در این بیماران می شود. این نتیجه با نتایج حاصل از یافته های کیم در سال ۲۰۰۳ (۱۷) ، جلیس در ۲۰۰۰ (۲۲) ، سیوکا-او چنگ و استیفن در سال ۲۰۰۰ (۱۶) ، و اعرابیان و همکاران در ۱۳۸۳ (۱۸) همخوانی دارد. این پژوهش ها نشان دادند که سلامت روان یک عامل پیش بینی کننده قوی برای خودکارآمدی محسوب می شود و افرادی که دارای احساس نقص جسمانی بیشتر و اضطراب و افسردگی بالاتری هستند خودکارآمدی ضعیف تری دارند. در توجیه این یافته باید به این مسئله اشاره کرد که با توجه به این که خودکارآمدی به عنوان یک میانجی شناختی عمل می کند و تحت تأثیر افکار و احساسات افراد قرار می گیرد، در صورت ایجاد تنش در افراد و تغییر احساسات به سمت اضطراب، خود کارآمدی کاهش یابد. از طرفی در بررسی ویژگی های جمعیت شناختی و ارتباط آن با متغیرهای اصلی در پژوهش حاضر، مشاهده شد که زنان نسبت به مردان از خودکارآمدی پایین تری برخوردار بودند. این بخش از یافته ها با نتایج حاصل از پژوهش موریس در سال ۲۰۰۲ (۲۳) همسو است. اصولاً مردان به دلیل عوامل ساختاری در جامعه و نقش مردانه ای که در اجتماع دارند، جامعه قدرت و فرصت بیشتری را در اختیار آنان قرار می دهد؛ بنابراین احساس خودکارآمدی بالاتری دارند. همچنین یافته های مطالعه حاضر نشان داد که بین نمره سلامت روان و تأهل ارتباط معنادار آماری وجود دارد. به طوری که افراد متأهل نسبت به افراد مجرد از سلامت روان بالاتری برخوردار بودند. این بخش از یافته ها با مطالعه قاسمی پور و جهانبخش (۲۴) و شریعتی و همکاران (۲۵) همخوانی دارد. احتمالاً میزان رضایت از تأهل از سوی همسر در به دست آمدن این نتیجه مؤثر بوده است. به طور کلی می توان گفت که سلامت روان به عنوان یکی از عوامل مهم تعیین کننده خودکارآمدی و رفتارهای خود مراقبتی در بیماران دیابتی است؛ لذا جهت افزایش رفتارهای خودمراقبتی و احساس توانایی و خودکارآمدی بیماران، برگزاری کلاس های آموزشی در این زمینه ضروری به نظر می رسد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.8.1]

تقدیر و تشکر

برخود واجب می دانیم از کلیه مسئولین، کارکنان و کلیه بیمارانی که در پژوهش حاضر همکاری داشتند، مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام نماییم.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.8.1]

An Investigation of the Relationship between mental health and Self- Efficacy in Diabetic Patients Referring to Ali Asghar Clinic of Zahedan

Shahdadi H[1], Mansouri A[2*], Khmmari M[3], Ghorbani-Dindarlu F[4]

1. M.Sc. in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, University of Medical Sciences, Zabol, Iran.
2. M.Sc. in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, University of Medical Sciences, Zabol, Iran.
3. B.Sc. in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, University of Medical Sciences, Zabol, Iran.
4. Nursing student,Student research Committee, School of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

***Corresponding author:** Mansuri A, **E-mail:** : alimansuri1369@gmail.com

Abstract

Introduction: Diabetes is one of the major and real stress in life that is controlled by a Several factors Including the behavioral factors, Mental disorder And reduce stress in patients can Person in self-help and better control of disease, so this study was to investigate the relationship between mental health and Self- Efficacy in diabetic patients.

Methodology: This study is a descriptive correlational study. 100 diabetic patients were selected by Simple random. Diabetes Self-Efficacy Scale (CIDS) and General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) were applied to obtain data. To analyze the data, in addition to descriptive statistics, inferential statistical analyses including Pearson correlation coefficient, t-test and linear regression analysis were performed using SPSS.

Results: The findings of this study showed a significant correlation between Self-Efficacy and mental health of diabetic patients ($P<0.0001$, $r= -0.68$). The linear regression results showed that mental health predicts 34 % of variance in Self-Efficacy.

Conclusion: The results indicated that increased mental health improves Self-Efficacy of the diabetic patients which, in turn, aides individuals to encounter their problems.

Keywords: Diabetes, Self-Efficacy, mental health

Received:6 November 2015 Accepted: 22 March 2016

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.8.1]

References

1. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care 2010;33(1): 62-69.
2. Vosoghi Karkazloo N, Abootalebi Daryasari Gh, Farahani B, Mohammad Nezhad E, Sajjadi A. The study of self-care agency in patients with diabetes (Ardabil), Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 8 (4): 197-204(Persian).
3. Bianco A, Pomara F, Thomas E, Paoli A, Battaglia G, Petrucci M, et al. Type 2 Diabetes Family Histories, Body Composition and Fasting Glucose Levels: A Cross-Section Analysis in Healthy Sedentary Male and Female. Iran J Public Health. 2013; 42(7): 681–90.
4. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pract. 2010; 87(1): 4-14.
5. Alonso-Moran E, Satylganova A , Orueta JF , Nuno-Solinis R. Prevalence of depression in adults with type 2 diabetes in the Basque Country: relationship with glycaemic control and health care costs, BMC Public Health. 2014;14(769): 1-8.
6. Mahmoodi H, Negarandeh R, Javaheri M, Sharifi P, Ghanei R, AminPour A, et al. Examining The Relation of Health Literacy with Outcomes of Diabetes Among Type 2 Diabetes Patients in Saqez, Western Iran, 2011. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2014; 12(1): 56- 62(Persian).
7. Peyravi H, Hajebi A, Panaghi L. A survey on the relation between social support and mental health in students of Tehran University. Health System Research. 2010;6(2):301-7. [Persian]
8. Azadi s, Azad H. The Correlation of Social Support, tolerance and Mental Health in Children of Martyrs and war-disabled in Universities of Ilam. Iranian Journal of War and Public Health. 2011;3(4):48-58. [Persian]
9. Gerard JM, Landry-Meyer L, Roe JG. Grandparents raising grandchildren: the role of social support in coping with caregiving challenges. Int J Aging Hum Dev. 2006;62(4):359-83.
10. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment theory and research: Resurrection of the psychodynamic approach to personality .J Res Pers,2005;39:22–45.
11. Collins N.L, Feeney BC Workingmodels of attachment shape perceptions of social support: evidence from experimental and observational studies .JPers Soc Psychol.2004;87(3):363-83.
12. Howells LA. Self-efficacy and diabetes: why is emotional 'education' important and how can it be achieved Horm Res. 2002;57 (1):69-71.
13. Vivienne Wu SF, Courtney M, Edwards H, McDowell J, Short ridge-Baggett LM, Chang PJ. Development and validation of the Chinese version of the Diabetes Management Selfefficacy Scale. Int J Nurs Stud.2008;45:534-42.
14. Dishman RK, Motl RW, Sallis JF, Dunn AL, Birnbaum AS, Welk GJ, Bedimo-Rung AL,Voorhees CC, Jobe JB. Self-management strategies mediate self-efficacy and physical activity. Am J Prev Med.2005;29(1):10-8.
15. Boyer B A, Paharia M I. Comprehensive handbook of clinical health psychology. 2008. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
16. Barlov, J., culle,.L., &Rowe,L. F. (2002). Educational prefrences psychological well-being and Self- efficacy among people with rheumatoid arthritis patient. Education and counseling. 16,11-19
17. Endler,N. speer, R.L., Jhnson,J. Fleet,G.L. (2001) General Self- efficacy and control in relation to anxiety and cognitive performance. current Psychology. Spring Vol.20, Issue.1, Academic search premier.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.8.1]

18. Rambo.R.G.A. (1998) Relationship among Self- efficacy, anxiety, perceptional of clinical instructor effectiveness and senior bachlorate nursing students perception of learning in the clinical environment. Dissertation abstracts International,56, 2960-2961.
19. Van Der Van NC. The confidence in diabetes self care scale: Psychometric properties of a newmeasure of diabetes specific self efficacy in Duch and US patients with type I diabetes. Diabetes Care. 2003; 26(3): 713-18.
20. Toobert DG, Glasgow RE. Assessing diabetes self management: The summary of diabetes self care activities questionnaire, Hand book of Psychology and Diabetes. USA: McGraw Hill: 1994. pp: 351- 75.
21. Chi I, Chou KL. Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. Int J Aging Hum Dev. 2001;52(3):231-52.
22. Gellilis, Z. (2002) Psychological predictors of depression in a sample of japnes. American Elderly-schod of Ney york.
23. Muris, P. (2002) Relationship between Self- efficacy and symptoms of anxiety disorder and depression in a normal adolescent sample. Personality and individual defrences. 32, 337-348.
24. Ghasemipoor m, Jahanbakhsh ganje s. The relationship between the social support and mental health in Lorestan university students in 2009. Yafteh. 2010;12(1):57-64. [Persian]
25. Shariati M, Kafashi A, Ghalehbandi F, Fateh A, Ebadi M. Survey the status of mental health and related factors in medical students of Iran University of medical sciences. Payesh. 2002;29(3):29-37. [Persian]

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.4.1.8.1]