

بررسی ارتباط بین خود کارآمدی درک شده و عملکرد خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به درمانگاه دیابت ارومیه

سمیه خضولو^{۱*}، دکتر آرام فیضی^۲

تاریخ دریافت ۱۳۹۱/۰۱/۲۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۱/۰۳/۰۳

چکیده

پیش زمینه و هدف: دیابت بیماری مزمن و ناتوان کننده‌ای است. خود مراقبتی در دیابت موجب ارتقای کیفیت زندگی شده و از تعداد موارد بستری در بیمارستان می‌کاهد و با پیگیری مداوم آن می‌توان از عوارض حاد و مزمن بیماری پیشگیری کرد. خود کارآمدی پایه‌ای برای تقویت خود مراقبتی در دیابت است. هدف از این پژوهش بررسی ارتباط بین خود کارآمدی درک شده و عملکرد خود مراقبتی در بیماران دیابتی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی-تحلیلی بر روی ۱۰۰ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان امام خمینی ارومیه که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش نامه مشخصات دموگرافیک، مقیاس خود کارآمدی دیابت *CIDS و مقیاس خود مراقبتی بیماران دیابتی گلاسکو و توبرت بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره خود کارآمدی بیماران $73/8 \pm 11/3$ و میانگین نمره خود مراقبتی آنان $83/9 \pm 16/2$ بود. در این میان اکثر بیماران دارای نمره خود کارآمدی و خود مراقبتی در حد متوسط بودند. بر اساس ضریب همبستگی اسپیرمن، بین نمره خود کارآمدی و خود مراقبتی بیماران دیابتی همبستگی مثبت معنی‌دار مشاهده شد ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری: اعتقاد آزمودنی‌ها به خود کارآمدی برای انجام رفتارهای خود مراقبتی، همچنین میزان اجرای رفتارهای خود مراقبتی در بیماران در حد متوسط مشاهده گردید. با توجه به اینکه خود کارآمدی به عنوان مهم‌ترین عامل تعیین کننده رفتارهای خود مراقبتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، نیاز به ارتقاء آن جهت پیشگیری از عوارض دیابت و افزایش رفتارهای خود مراقبتی احساس می‌شود. از این رو لازم است برنامه‌های آموزشی جهت افزایش مهارت‌های بیماران دیابتی اجرا شود.

کلید واژه‌ها: خود کارآمدی، خود مراقبتی، دیابت

دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره سوم، پی در پی ۳۸، مرداد و شهریور ۱۳۹۱، ص ۳۷۵-۳۶۹

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۱-۲۷۵۴۹۶۱

Email: khezerloos13@yahoo.com

مقدمه

بلکه به ناتوانی‌ها و معلولیت‌های زودرس و افزایش مرگ و میر بسیاری از مبتلایان منجر می‌شود (۳). این بیماری مهم‌ترین علت کوری در بالغین، آمپوتاسیون غیر ترومایی اندام تحتانی و نارسایی مزمن کلیه است. بعلاوه مبتلایان به دیابت ۲ تا ۴ برابر بیشتر از غیر دیابتی‌ها در معرض ابتلا به عوارض قلبی عروقی قرار دارند و ۲ تا ۵ بار بیشتر دچار مرگ می‌شوند.

تا چند سال پیش 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 می‌شوند (۱،۲). دیابت یکی از معضلات عمده بهداشتی در سراسر جهان به شمار می‌رود که عوارض آن نه تنها کیفیت زندگی بیماران را شدیداً متأثر می‌کند

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار، دکترای پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

خودمراقبتی مطلوب در بیماران دیابتی را سنجیده‌اند و موانع محیطی و فردی را مانع از مراقبت مطلوب از دیابت معرفی کرده‌اند که مهم‌ترین آن‌ها موانع روانی می‌باشد و امروزه نقش آن در بروز رفتارهای بهداشتی به خوبی روشن شده است (۱۲). در این بین مطالعاتی که عوامل مرتبط با خودمراقبتی در دیابت را بررسی کرده‌اند، نقش مهمی برای عامل خودکارآمدی قائل شده‌اند (۱۳، ۱۴). خودکارآمدی به عنوان یکی از مفاهیم اصلی نظریه شناختی اجتماعی، اولین بار توسط بندورا^۱ معرفی شد. خودکارآمدی به معنی ایمانی است که شخص به خود دارد که رفتاری خاص را با موفقیت اجرا کند و انتظار نتایج حاصل از آن را داشته باشد. خودکارآمدی پیش نیاز مهمی برای تغییر رفتار است (۱۵). یک فرد با خودکارآمدی پایین کمتر احتمال دارد که در انجام رفتار جدید بهداشتی یا تغییر در رفتاری که برایش عادت شده است، تلاش کند. خودکارآمدی درک شده در واقع اعتقادات مردم در زمینه توانایی‌هایشان برای عمل کردن در زمینه‌هایی است که به آن‌ها قدرت کنترل وقایعی که زندگی‌شان را متأثر می‌سازد، می‌دهد (۱۶)؛ لذا در روند درمان بیماری‌های مزمن، بالا بردن خودکارآمدی اهمیت زیادی دارد. نگاهی به مطالعات گذشته نشان می‌دهد که نتایج متفاوتی از تأثیر خودکارآمدی بر خودمراقبتی گزارش شده است (۱۷). مطالعات متعددی تأثیر مستقیم خودکارآمدی بر رفتار خودمراقبتی در بیماران دیابتی را گزارش کرده‌اند (۵، ۱۴). در حالی که چلیبوی^۲ و گاروین^۳ هیچ ارتباطی بین خودکارآمدی و خودمراقبتی در دیابت نیافتند (۱۷)؛ لذا با توجه به اهمیت بیماری دیابت در ایران و با توجه به تناقضات نتایج مطالعات پیشین و با توجه به اینکه در محیط‌های فرهنگی متفاوت، می‌توان نتایج متفاوتی را انتظار داشت، مطالعه حاضر با

از طرفی مبتلایان به دیابت دو برابر بیشتر از افراد سالم در معرض افزایش فشار خون و ۱۷ برابر بیشتر در معرض نفروپاتی قرار دارند (۴). مطالعه ملی بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر، شیوع دیابت در ایران را در سال ۲۰۰۸ میلادی، ۷/۷ درصد برآورد کرده است و پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ میلادی تعداد بیماران دیابتی در ایران به بیش از شش میلیون نفر خواهد رسید (۵). سازمان بهداشت جهانی افزایش ۱۷ درصدی را در بروز دیابت در کشورهای در حال توسعه گزارش کرده است که این مسئله حاکی از آن است که ۲۲۸ میلیون دیابتی در کشورهای توسعه‌زده می‌کنند که ۷۵ درصد دیابتی‌های جهان را تشکیل می‌دهند. تخمین زده می‌شود که تعداد کل افراد مبتلا به دیابت در سال ۲۰۰۰ به ۳۶۶ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید (۶). مهم‌ترین عامل کنترل این بیماری مزمن رفتارهای خودمراقبتی است (۷). منظور از خودمراقبتی، تزریق صحیح و به موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت‌های ورزشی منظم، شناسایی علائم افزایش قند خون، مصرف منظم داروها، مراقبت از پاها و افزایش کیفیت زندگی است (۸). خودمراقبتی منجر به بهبود سلامت عمومی بیمار، شرکت فعالانه در روند مراقبت از خود و در نهایت کاهش هزینه‌های درمانی خواهد شد (۹). هر چند اجرای این موارد برای پیشگیری از عوارض و مرگ و میر ساده به نظر می‌رسد. بسیاری از بیماران دیابتی به توصیه‌های پزشک خود برای خودمراقبتی در دیابت، جامه عمل نمی‌پوشانند. اطلاعات اندکی در مورد میانگین قند خون و چگونگی کنترل آن در بیماران ایرانی در دست است، افزایش شیوع دیابت، زنگ خطری از کنترل نامطلوب دیابت در ایرانیان است (۱۰). طبق بررسی‌های موجود مهم‌ترین عامل زمینه ساز مرگ و میر بیماران دیابتی عدم انجام خودمراقبتی می‌باشد (۱۱). یک راه حل عمده، یافتن عواملی است که بر مراقبت از خود تأثیر می‌گذارد. مطالعات کیفی متعددی، علت عدم اجرای

¹Bandura²Chlebowy³Garvin

هدف تعیین ارتباط بین خودکارآمدی درک شده و خودمراقبتی در بیماران دیابتی طراحی گردید.

مواد و روش کار

در این مطالعه توصیفی تحلیلی که به صورت مقطعی انجام شد، ۱۰۰ بیمار دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان امام خمینی ارومیه در شش ماهه اول سال ۱۳۹۰ مورد بررسی قرار گرفتند. بدین نحو که پژوهشگر به صورت تصادفی به درمانگاه دیابت مراجعه کرده و در آن روز تمام بیماران مراجعه کننده را مورد بررسی قرار می داد. بیمارانی که یک بار مورد بررسی قرار گرفته بودند در روزهای بعد حذف می شدند. معیار ورود به تحقیق شامل گذشت حداقل سه ماه از محرز شدن تشخیص دیابت، تحت درمان دارویی بودن (قرص یا انسولین) بیمار دیابتی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و رضایت شفاهی برای شرکت در پژوهش بود. بیماران دیابتی که پیر و از کار افتاده بودند به طوری که قادر به تفاهم و پاسخ گویی نبودند وارد مطالعه نشدند. پرسش نامه‌ای با سؤالاتی که سازه‌های خودکارآمدی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی را ارزیابی می نمود به انضمام متغیرهای فردی سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل و مدت زمان ابتلا به دیابت طراحی شد و توسط بیماران تکمیل گردید. روایی و پایایی این پرسشنامه‌ها در مطالعه‌ای که توسط دکتر محمد علی مروتی شریف آباد در یزد انجام شده بود، تأیید شده بود. میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس خودکارآمدی درک شده ۰/۸۱ و در کل جمعیت ۰/۸۵ به دست آمد و برای سازه رفتارهای خودمراقبتی در مطالعه مقدماتی ۰/۶۶ و در کل نمونه‌ها ۰/۶۸ محاسبه گردید (۱۸). واندروان^۱ و همکاران، مقیاس اعتماد به خودمراقبتی دیابت یا همان خودکارآمدی (CIDS^۲) را در مطالعه‌ای که بر روی

جمعیت دیابتی نوع ۱ در هلند و آمریکا انجام دادند، معرفی کردند (۱۹). در این بررسی CIDS به عنوان یک پرسش نامه خودگزارش دهی ۲۱ آیتمی طرح گردید و خودکارآمدی افراد را برای انجام وظایف خودمراقبتی در بیماران دیابتی مورد ارزیابی قرار می داد. آیتم‌ها همه مقوله‌های خودمراقبتی را از جمله پیگیری دستورات غذایی، ورزش، مراقبت از پا، مدیریت انسولین یا داروهای مصرفی، خودپایشی و خود تنظیمی قند خون، تعیین و درمان سطح قند خون پایین و بالا و مهارت‌های اجتماعی مثل تقاضای کمک از دوستان، شامل می شد. اعتبار محتوی آیتم‌ها از طریق سه محقق روانشناسی حوزه دیابت تعیین شده بود که با اندکی تغییر در جواب‌ها، این مقیاس قابل استفاده برای بیماران ایرانی بود و جواب‌ها نیز به صورت اصلاً (نمره ۱) تا خیلی زیاد (نمره ۵) تغییر یافت. بر این اساس نمره قابل کسب در این سازه ۱۰۵-۲۱ بود.

سازه رفتارهای خودمراقبتی با استفاده از مقیاس خودمراقبتی دیابت گلاسکو^۳ و توبرت^۴ فراهم گردید (۲۰) این سؤالات به افراد مورد مطالعه اجازه می دهد که کیفیت فعالیت‌های خود مراقبتی مربوط به دیابتشان را در ۷ روز گذشته گزارش کنند. داشتن رژیم غذایی سالم، ورزش، تزریق انسولین و یا مصرف صحیح قرص، تست قند خون، مراقبت از پاها و رفتارهای سیگار کشیدن از جمله این رفتارها می باشد. در این مقیاس به هر رفتار نمره از ۱ تا ۸ داده می شود و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌های هر سؤال به دست می آید. این مقیاس دارای ۱۵ سؤال و نمره قابل کسب در آن بین ۱۲۰-۱۵ بود. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی برای تهیه جداول توزیع فراوانی و نمودارها و آمار تحلیلی به منظر بیان همبستگی بین داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

³ glassgow

⁴ toobert

¹ Van Der Van

² Confidence in Diabetes Self- Care Scale

یافته‌ها

نمرات خودکارآمدی و خودمراقبتی بیماران همبستگی مثبت معنی‌دار وجود داشت ($t = 0/64, P = 0/000$). بدین معنی که هر چه نمره خودکارآمدی بیماران بیشتر بود توانایی‌های خودمراقبتی آنان نیز افزایش می‌یافت. در بررسی سازه‌های مورد مطالعه بر حسب جنس، آزمونی مشخص کرد که مردان به طور معنی‌داری از خودکارآمدی و خودمراقبتی بالاتری نسبت به زنان برخوردار هستند. آزمون همبستگی پیرسون، ارتباط معنی‌داری را بین سازه‌های مورد مطالعه با سن، سطح تحصیلات و مدت ابتلا به دیابت نشان داد. در بررسی سازه‌های مورد مطالعه بر حسب جنس نیز تست دقیق فیشر نشان داد که مردان به طور معنی‌داری از خودکارآمدی و خودمراقبتی بالاتری نسبت به زنان برخوردار هستند.

در مطالعه حاضر، ۱۰۰ نفر از بیماران دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان امام خمینی ارومیه مورد بررسی قرار گرفتند. سن آن‌ها بین ۶۶-۱۸ سال با میانگین $44/8 \pm 12/7$ سال بود. ۴۹ درصد زن و ۵۱ درصد مرد بودند. ۳۹ درصد زیر دیپلم، ۳۱ درصد دیپلم و ۳۰ درصد بالای دیپلم بودند. مدت زمان تشخیص دیابت ۱ تا ۳۰ سال با میانگین $9/7 \pm 5/9$ بود. میانگین نمره خودکارآمدی بیماران $73/8 \pm 18/3$ بود که از این میان ۶ درصد افراد دارای خودکارآمدی ضعیف، ۵۶ درصد متوسط و ۳۸ درصد خوب بودند. نمره خودمراقبتی بیماران $83/9 \pm 16/2$ بود که از این میان ۳ درصد افراد دارای خودمراقبتی ضعیف، ۵۷ درصد متوسط و ۴۰ درصد خوب بودند. بر اساس ضریب همبستگی اسپیرمن بین

جدول شماره (۱): مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش

جنس	زن	٪۴۹
	مرد	٪۵۱
سطح تحصیلات	کمتر از دیپلم	٪۳۹
	دیپلم	٪۳۱
	بالاتر از دیپلم	٪۳۰
سن	کمتر از ۲۵	٪۸
	۲۵-۵۰	٪۵۷
	بیشتر از ۲۵	٪۳۵
مدت ابتلا	کمتر از ۱۰ سال	٪۶۵
	۱۰-۲۰ سال	٪۳۳
	بالاتر از ۲۰ سال	٪۲
شغل	خانه دار	٪۳۹
	کارمند	٪۳۰
	شغل آزاد	٪۳۱

جدول شماره (۲): شاخص‌های پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه در بیماران

سازه	میانگین نمره	انحراف معیار	دامنه نمرات کسب شده
خودکارآمدی	۷۳/۸	۱۸/۳	۲۱-۱۰۵
خودمراقبتی	۸۳/۹	۱۶/۲	۱۵-۱۲۰

جدول شماره (۳): توزیع فراوانی متغیرهای مورد مطالعه بر اساس نمره کسب شده

سازه	ضعیف	متوسط	خوب
خودکارآمدی	۶٪	۵۶٪	۳۸٪
خودمراقبتی	۳٪	۵۷٪	۴۰٪

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه، بررسی ارتباط بین خودکارآمدی و خودمراقبتی در بیماران دیابتی بود. بدین منظور ۱۰۰ بیمار دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان امام خمینی ارومیه مورد بررسی قرار گرفتند. اعتقاد بیماران به خودکارآمدی ۷۳/۸ بود و ۵۶ درصد بیماران دارای خودکارآمدی متوسط بودند. در مطالعه برنال^۱ و همکاران نیز خودکارآمدی در حد متوسط تا ضعیف گزارش گردید (۲۱). اما در بررسی شارون پرونچوویک^۲ و همکاران، خودکارآمدی دختران و نوجوانان برای انجام رفتارهای مناسب بهداشتی بالا بود (۲۲). سروسستانی نیز در مطالعه خود بر روی خودکارآمدی بیماران دیابتی به این نتیجه رسید که میزان خودکارآمدی در این بیماران در سطح مطلوبی نیست (۱). در بررسی خودکارآمدی زنان مبتلا به دیابت بارداری نشان داد که درصد قابل ملاحظه‌ای از افراد تحت مطالعه دارای خودکارآمدی پایین بودند (۲۳). لازم به ذکر است بیشتر افراد مورد مطالعه در تحقیق حاضر، در سنین بالای ۴۵ سال بودند و به احتمال قوی به عوارض ناشی از دیابت و همچنین سایر بیماری‌ها مبتلا می‌باشند. بنابراین کارایی خود را در انجام فعالیت‌های خودمراقبتی بالا نمی‌دیدند و به طور کلی برای رسیدن به مدیریت دیابت باید در بالا بردن خودکارآمدی واحدهای پژوهش اهتمام بیشتری ورزید. در مصاحبه با بیماران دیابتی، آزمودنی‌ها درک خودکارآمدی کمتری در رفتارهای مربوط به خود پایشی قند خون و پس از آن رفتارهای مربوط به درمان صحیح پایین و بالا رفتن قند خون

داشتند. برنال و همکاران گزارش کردند که رفتارهایی که مستلزم حل مشکل در تغییر شرایط بودند، نمره‌های پایین تری را به لحاظ خودکارآمدی به دست آوردند (۲۱). خود پایشی قند خون مستلزم داشتن آگاهی‌ها، مهارت‌ها و منابع مختلفی است. بیمار باید زمان و چگونگی انجام خود پایشی را بداند. مهارت اندازه گیری میزان قند خون و در نهایت امکانات انجام آن را داشته باشد. به دلیل اینکه فراهم کردن همه این ملزومات تا حدی سخت است درک خودکارآمدی بیماران نیز در این زمینه کاهش می‌یابد و همین عامل باعث می‌شود که بیماران احساس کنند که توانایی لازم برای درمان صحیح پایین و بالا رفتن قند خون را ندارند. در پژوهش حاضر خودکارآمدی در زنان کمتر از مردان بود. اصولاً مردان به دلیل عوامل ساختاری در جامعه و نقش مردانه‌ای که در اجتماع دارند، جامعه قدرت و فرصت بیشتری را در اختیار آنان قرار می‌دهد. بنابراین احساس خودکارآمدی بالاتری دارند. در این مطالعه خودکارآمدی درک شده با میزان تحصیلات همبستگی مستقیم معنی دار داشت. با افزایش سطح تحصیلات در بیماران و سپردن نقش‌های مهم تر به آنان و پذیرفتن مسئولیت‌های مهم تر و وسیع تر از طرف آنان در جامعه، طبیعی است که اعتقاد به خودکارآمدی در آن‌ها افزایش می‌یابد. افراد مورد مطالعه هر چه بیشتر به کارایی و توانایی خود در جهت انجام رفتارهای خودمراقبتی اعتقاد داشتند، رفتار مورد نظر را بیشتر انجام می‌دادند. در یک سری از مطالعات نیز این همبستگی گزارش شده است (۱۸، ۱۴، ۵). Mc Caul و همکاران نیز که رفتارهای رژیم دیابتی را بررسی نمودند، همبستگی معنی دار بین خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی را گزارش نمودند (۲۴). اما در مطالعه

¹Bernal

²Charron – Pronchownik

تقدیر و تشکر

بر خود واجب می‌دانیم از سرکار خانم بیتا افرا دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، پرستاران درمانگاه دیابت و کلیه بیمارانی که در پژوهش حاضر همکاری داشتند، مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام نماییم.

گاروین و چلیبوی که حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی را بررسی می‌کردند، هیچ ارتباط معنی‌داری را بین خودکارآمدی و خودمراقبتی مشاهده نکردند (۱۷). خودکارآمدی به عنوان یکی از عوامل مهم تعیین کننده رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی است؛ لذا جهت افزایش رفتارهای خودمراقبتی و احساس توانایی و خودکارآمدی بیماران، برگزاری کلاس‌های آموزشی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

References:

- Sabetsarvestani R, Hadiansirazi Z. Diabetes diagnostic indexes and self efficacy of diabetes patients referred to Nader Kazemi center. Iran J Nurs Res 2009; 4(14): 15-21. (Persian)
- Morowatisharifabad M, Rouhanitonekaboni N. Social support and self care behaviors in diabetic patients referring to YazdDiabetesResearchCenter. Iranian Journal of TabibShargh 2008; 9(4): 275-84. (Persian)
- Allahbakhshian A, &etal. Self care needs of patients with type II diabetes attending to diabetes clinic Tabriz Sina Hospital 2008; 10: 45-50. (Persian)
- Shirazi M, Anousheh M. The effect of self care program education through group discussion method on knowledge and practice in diabetic adolescent girls referring to /Iranian Diabetes Society. Journal of Education in Medical Sciences 2011; 10(5): 982-93. (Persian)
- Shakibazadeh E. The relationship between self efficacy and perceived barriers to self care in patient with type II diabetes. Iournal Hayat 2009; 15(4): 69-78. (Persian)
- Wild S, &etal. Global prevalence of diabetes: eliminates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 27(5): 1047-53.
- Nordfeldt S, Johansson C, Carlsson A, Hammerijo JA. Prevention of sever hypoglycemia in type I diabetes: A randomized controlled population study. Arch Dis Child 2003; 88: 240-45.
- Vasli P, Eshghbaz F. Survey condition regarding self caring of children suffering from diabetes type I and it's relation with family reaction. IJME 2009; 19(26): 38-44. (Persian)
- Hawells LAL. Self efficacy and diabetes: Why is emotional education important and how can it be achieved? Horm Res 2002; 57(17): 69-71.
- Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizi S. Barriers to and facilitators of empowerment in people with diabetes. Iranian Journal of Rndocrinology and Metabolism 2009; 5(10): 455-64. (Persian)
- Baghaee P. Self care status in diabetic patients referred to KashanDiabeticCenter. Iranian Feiz Journal 2008; 12(1): 88-93. (Persian)
- Fisher KL. Assessing psychosocial variables: A tool for diabetes education. Diabet Educ 2006; 33(1): 51-8.
- Ludlow AP, Gein L. Relationships among self care, self efficacy and HBA1C levels in individuals with non-insulin dependant diabetes mellitus. Can J Diabetes Care; 1995.
- Sarkar U, Fisher L, Schilinger D. Is self efficacy associated with diabetes self management across

- Race/Athnicity and health literacy? *Diabetes care*. 2006; 29: 823-29.
15. Bandura A. Self efficacy mechanism in human agency. *The American Psychologist* 1982; 37(2): 122-47.
16. Wahba H, Chang YF. Factors associated with glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus in rural areas of the United States. *Insulin*. 2007; 2: 134-41.
17. Chlebowy DO, Garvin BJ. Social support, self efficacy and outcome. Exeptions: impact on self care behaviors and glycemic control in Caucasian and African American adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2006. 32(5). 777-86.
18. Morowatisharifabad M, Rouhanitonekaboni N. Perceived self efficacy in self care behaviors among diabetic patients referring to YazdDiabetesResearchCenter. *Iranian Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2008; 15(14). 91-100. (Persian)
19. Van Der Van NC. The confidence in diabetes self care scale: Psychometric properties of a new measure 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. Bernal H, Woolly S, Schensul JJ, Dickinson JK. Correlates of self efficacy in diabetes self care among Hispanic adults diabetes. *Diabetes Educ* 2000; 26(4): 673-80.
22. Charron-Prochownik D. Reproductive health beliefs and behaviors in teens with diabetes: Application of expanded health belief model. *Pediatric Diabetes*. 2001; 2: 39-30.
23. Bastani F, Zarabi R. Assessment of self efficacy among women with gestational diabetes. *Iranian Journal Hayat* 2010. 16(3): 56-65. (Persian)
24. Mc Caul KD, Glassgow RE, Schafer LC. Diabetes regimen behaviors predicting adherence. *Med Cre*. 1987; 25(9): 868-81.