

# خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

دکتر سعیده بزازیان<sup>۱</sup>

دکتر اسدالله رجب<sup>۲</sup>

## چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. **روش:** نمونه شامل ۱۶۰ نفر از مراجعان به انجمن دیابت ایران بود. اجرای کار به صورت فردی بوده، پس از نمونه گیری، با افراد منتخب تماس گرفته شده و توضیحات لازم در مورد پژوهش به آنها داده شده و در صورت تمایل آنها به شرکت در تحقیق، پرسشنامه‌ها به آدرس محل سکونت آنها ارسال شد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس خودکارآمدی، مقیاس حمایت اجتماعی، مقیاس کیفیت زندگی و مقیاس رفتارهای مراقبت از خود بوده است. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از آزمون همبستگی نشان داد خودکارآمدی و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه منفی معنادار دارند. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام در پیش بینی کیفیت زندگی حاکی از آن است ۱۴٪ واریانس متغیر کیفیت زندگی توسط خودکارآمدی و زیر مقیاس فرد مهم دیگر حمایت اجتماعی تبیین می‌شود. **نتیجه گیری:** پژوهش حاضر و پژوهش‌هایی از این دست پشتوانه تجربی لازم را در زمینه برنامه ریزی جهت ارتقاء کیفیت زندگی و سازگاری بیماران و اتخاذ تدابیر درمانی مناسب فراهم می‌کند.

## واژه‌های کلیدی

دیابت نوع دو، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی

## مقدمه

دیابت نوع دو (Type II diabetes) (متشکل از ۹۰٪ تا ۹۵٪ مبتلایان به دیابت) از مجموعه‌ای از عوامل مقاومت انسولین و نقص ترشح انسولین (نقص سلول بتا) همراه با یک یا چند اختلال زمینه‌ای دیگر ناشی می‌شود. باین که در مورد نقص اولیه‌این بیماری اختلاف نظر وجود دارد، ولی اکثر مطالعات این مساله را تایید می‌کنند که مقاومت به انسولین بر اختلال ترشح آن تقدم دارد و این که دیابت فقط وقتی به وجود می‌آید که ترشح انسولین ناکافی است. عوامل ژنتیک نقشی مهم در بروز دیابت نوع دو دارند. هنوز بسیاری از ژنهای اصلی زمینه ساز ابتلا به بیماری شناخته نشده است، ولی واضح است که این بیماری پلی ژنیک و چند عاملی است. لکوسهای ژنتیکی متنوعی در استعداد ابتلا به این بیماری نقش دارند. عوامل محیطی (مانند تغذیه و فعالیت فیزیکی) نیز در بروز فنوتیپی آن مؤثر هستند (هاریسون، ۱۳۸۴). در سراسر جهان، افزایش پیش رونده شیوع دیابت در دهه‌های اخیر مشهود بوده و به عنوان یکی از معضلات بهداشتی مطرح می‌باشد. به طوری که انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به دیابت به دو برابر میزان فعلی آن برسد (باستانی و ضرابی، ۱۳۸۹). بر اساس پژوهش انجام شده در ایران شیوع دیابت در سال ۲۰۰۷ حدود ۸/۷٪ (۹/۲٪ در زنان و ۷/۵٪ در مردان) بوده است (استقامتی، میثمی، خلیل زاده، رشیدی، حق ازلی و همکاران، ۲۰۰۹). در سال ۲۰۰۵ شیوع دیابت در ایران ۷/۷٪ (۸/۳٪ در زنان و ۷/۱٪ در مردان) گزارش شده بود (استقامتی، گویا، عباسی، دلاوری، علی خانی و همکاران ۲۰۰۸). این امر نشانگر روند رو به رشد میزان شیوع این بیماری است. توجه به عوامل روانی- اجتماعی مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت که حدود ۱۰٪ جمعیت را شامل می‌شود، یکی از مقوله‌های بسیار مهم در حوزه روان شناسی سلامت است. در این میان خودکارآمدی و حمایت اجتماعی با توجه به نقش مؤثر آنها در سازگاری با بیماری از متغیرهای تأثیر گذار در کیفیت زندگی هستند.

خود کار آمدی (Self-efficacy) یکی از مفاهیم کاربردی در نظریه‌های یادگیری اجتماعی و نظریه‌های شناختی اجتماعی است و به این معناست که فرد چگونه شیوه‌های مورد نیاز برای رسیدن به موقعیتهای مورد انتظار را سازماندهی کرده و آنها را اجرا می‌کند. ادراک خودکارآمدی به انتظارات افراد در زمینه توانایی شان برای عمل در موقعیتهای آینده بر می‌گردد (شولتز و شولتز، ۱۳۷۹). در پیشینه پژوهش از مفهوم خود کارآمدی حمایت

قابل توجهی شده است و نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که اثر معناداری بر عملکرد سلامت در افراد مبتلا به دیابت دارد (اوت، گرینینگ، پالاردی و هولدربای، ۲۰۰۲). یافته‌های مطالعات حاکی از آن است که خودکارآمدی با کیفیت زندگی، بهبود بیماری، شدت بیماری و سازگاری روانشناختی رابطه دارد (هلجنسون، ۲۰۰۳، نقل از پور شریفی، ۱۳۸۷).

حمایت اجتماعی (Social support) به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌ها به فرد ارزانی می‌دارند گفته می‌شود. این حمایت منابع گوناگونی دارد: همسر، خانواده، اقوام، دوستان و همکاران، پزشکان، سازمان‌های اجتماعی و غیره. کسانی که از حمایت اجتماعی برخوردارند احساس می‌کنند که کسی دوستشان دارد، به آنها اهمیت داده می‌شود، دیگران آنها را افراد محترم، باارزش و با عزت به شمار می‌آورند و خود را بخشی از شبکه اجتماعی نظیر خانواده یا سازمان‌های اجتماعی می‌دانند که می‌تواند منبع کمک‌های مادی و معنوی و خدمات دو جانبه به هنگام نیاز باشد (سارافینو، ۲۰۰۶). از تعاریف مختلف نتیجه گرفته می‌شود که حمایت اجتماعی یک سازه پیچیده و چند وجهی است. حمایت اجتماعی یک منبع مهم سازگاری است و دارای نقش بسیار مؤثر و با اهمیتی در پیامدهای حاصل از کارکرد و سازگاری روانشناختی افراد مبتلا به بیماری مزمن است (کوهن، مک چارگو و کولینز، ۲۰۰۳).

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (Health related quality of life) یک مفهوم چند بعدی با تأکید بر ۴ بعد اصلی است: کنش‌وری جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی و بهزیستی مرتبط با محیط. علاوه بر این ابعاد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل بیماری و درمان و نیز ماهیت ذهنی کیفیت زندگی از دیدگاه بیمار است (هالکواهو، کاوی لو، پیتیلا، هوآوپیو، سینتونن و هینونن، ۲۰۱۰). کیفیت زندگی در اکثر مطالعات به عنوان متغیر ملاک و به عنوان مؤلفه و شاخص سازگاری با بیماری در نظر گرفته شده است (استید، کوک و نیومن، ۲۰۰۳؛ میسرا و لاگر، ۲۰۰۸؛ والکر، جکسون و لیتلجان، ۲۰۰۴؛ استانتون و همکاران، ۲۰۰۶؛ براون، سامان، کوبیاک، زیشانگ، کلوس و مولر، زیر چاپ). با توجه به این امر در پژوهش حاضر نیز به عنوان متغیر ملاک مطرح شده است.

مظلومی محمودآباد، مهری و مروتی (۱۳۸۵) در بررسی رابطه بین اعتماد به نفس و خودکارآمدی با رفتارهای بهداشتی در دانشجویان به این نتیجه رسیدند که سن، جنس، بعد خانوار، اعتماد به نفس، خودکارآمدی و تحصیلات والدین ۱۵/۹ درصد واریانس رفتارهای بهداشتی را تبیین می‌کنند که در بین این متغیرها اثر خودکارآمدی بر رفتارهای بهداشتی بیش از سایر متغیرها است.

مسیرا و لاگر (۲۰۰۸) با استفاده از تحلیل مسیر رابطه بین عوامل روانی- اجتماعی (حمایت اجتماعی و پذیرش بیماری)، اطلاعات در مورد بیماری، مشکلات ادراک شده در زمینه رفتارهای مراقبت از خود و کیفیت زندگی را در ۱۸۰ بیمار مبتلا به دیابت بررسی کردند. در مدل ارائه شده، رفتارهای مراقبت از خود بر کیفیت زندگی تأثیر داشته و حمایت اجتماعی و پذیرش بیماری بیش از اطلاعات در مورد بیماری کیفیت زندگی را پیش بینی می‌کرد.

الجاسم، پیروت، ویسوو و رایین (۲۰۰۷) در بررسی نقش خود کارآمدی را در درون مدل توسعه یافته باور سلامت در ۳۰۹ بیمار مبتلا به دیابت نشان دادند که فواید پیش بینی شده درمان، موانع ادراک شده در درمان و خود کارآمدی به صورت مستقل رفتارهای خود مراقبتی را پیش بینی می‌کنند. چیه، جان، شو و لیو (۲۰۱۰) در پژوهشی تأثیر خودکارآمدی را بر میزان قند خون در نوجوانان مبتلا به دیابت بررسی کردند و به این نتیجه دست یافتند که نوجوانانی که حس خودکارآمدی بالایی دارند به خصوص پسرها، با احتمال بیشتری به کنترل مناسب دیابت دست می‌یابند.

پوجی لستاری، کانبارا، سنیواوان و تانیگوچی (۲۰۰۸) در بررسی مقایسه‌ای حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و پاسخ روانی استرس بین افراد مبتلا به دیابت نوع دو دراندونزی، کوبا و ژاپن به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی نقش مهمی در پیشگیری از استرس دراندونزی دارد. در حالی که خودکارآمدی در ژاپن نقش مهمی دارد. افراد اندونزیایی در مقایسه با ژاپنی‌ها وابستگی بیشتری به نزدیکان خود دارند. مدیریت دیابت دراندونزی می‌تواند با افزایش حمایت از بیماران بهبود یابد.

در نهایت، پیشینه تجربی، پیوندی را بین خود کارآمدی و سازگاری هیجانی در بیماری دیابت نشان دادند. به طور کلی، بیماران دیابتی که خود کارآمدی بیشتری را گزارش کرده بودند نمره‌های پایین‌تری در شاخص‌های افسردگی و اضطراب به دست آوردند. گری و همکاران (۲۰۰۰)، نقل از کانبارا، تانیگوچی، موتویوشی، وانگا، تاکاکی، یاجیما و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که برآوردهای بالاتر خود کارآمدی در بیماران دیابتی با رضایت بیشتر از زندگی، انطباق بهتر و سطوح پایین‌تر نشانگان افسردگی رابطه دارد. چنین ارتباطی با این نکته مورد تأکید بندورا همخوانی دارد که حالت‌های عاطفی و برانگیختگی‌های فیزیولوژیکی یکی از ۴ منبع اطلاعاتی مربوط به ادراک‌های فردی از خودکارآمدی است. در مجموع خود کارآمدی تأثیر تعیین کننده‌ای بر رفتارهای مرتبط با

مدیریت بیماری، سازگاری روانشناختی و رضایت از زندگی افرادی دارد که باید با شرایط پزشکی مزمن انطباق یابند. همچنین محققین در بررسی نقش حمایت اجتماعی در افزایش خود کارآمدی و کاهش پاسخ استرس در بیماران مبتلا به دیابت دریافتند حمایت عاطفی به طور معناداری مقابله فعالانه با دیابت، کنترل پذیری بیماری را افزایش و درماندگی را کاهش داد. حمایت رفتاری فقط بر قابلیت کنترل سلامت تأثیر داشت. خودکارآمدی پاسخ استرس بیماران را کاهش داد. همچنین بیمارانی که فرزندانشان از آنها حمایت می‌کردند در حمایت اجتماعی در دسترس ادراک شده نمرات بالاتری داشتند (کانبارا و همکاران، ۲۰۰۸). ساکو و بیکوسکی (۲۰۱۱) در بررسی نقش خود کارآمدی در رابطه بین افسردگی و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ دریافتند در مبتلایان به دیابت نوع ۱ و نه نوع ۲ هموگلوبین گلیکوزیله با تبعیت از درمان و خودکارآمدی رابطه دارد. خودکارآمدی تعدیل کننده رابطه بین هموگلوبین گلیکوزیله و افسردگی است. ادراک کنترل نامؤثر بر سلامت فرد در ایجاد افسردگی نقش دارد. به عبارت دیگر خودکارآمدی پایین باعث ایجاد افسردگی به تبع بیماری می‌شود.

نظر به این که استناد ما بیشتر به نتایج پژوهشهای انجام شده در کشورهای صنعتی است و در داخل کشور کمتر به این موضوع پرداخته شده است. بنابراین با توجه به خلأ موجود، در پژوهش حاضر محقق قصد دارد نقش خودکارآمدی و حمایت اجتماعی را به عنوان متغیرهای روانی- اجتماعی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بررسی کند. به طور خاص در این پژوهش فرضیه‌های زیر بررسی شدند: بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه وجود دارد. حمایت اجتماعی تعدیل کننده رابطه بین خود کارآمدی و کیفیت زندگی است.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری شامل کلیه افراد بزرگسال و متأهل ۲۰-۶۰ سال مبتلا به بیماری دیابت نوع دو استان تهران می‌باشد. نمونه پژوهش به حجم ۱۶۰ نفر به صورت تصادفی از مراجعان به انجمن دیابت ایران انتخاب شدند. روش اجرا به صورت فردی بوده، پس از انتخاب نمونه با افراد انتخاب شده تماس گرفته شده و پس از جلب همکاری آنها، در صورت تمایل به

شرکت در پژوهش پرسشنامه‌ها به آدرس محل سکونت آنها ارسال شد. جهت عودت پرسشنامه‌ها نیز تمهیدات لازم اتخاذ شده و داخل پاکت اصلی، پاکت خالی قرار داده شده و نیز جهت دریافت هزینه کل به صورت یک طرفه، هماهنگی لازم با پست صورت گرفت. جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، در زمان ارائه پرسشنامه و قبل از تکمیل آنها، رضایت نامه مبنی بر استفاده از اطلاعات افراد به صورت گروهی، در اختیار آزمودنیها قرار گرفت و پرسشنامه‌ها توسط افرادی تکمیل شدند که رضایت نامه را تکمیل کرده و مایل بودند در پژوهش شرکت کنند. بر اساس این رضایت نامه، شرکت کنندگان در پژوهش مختار بودند طی مراحل پژوهش در هر زمان احساس کردند که ادامه همکاری برای آنها مشکل است و مایل به ادامه نیستند، به همکاری خود پایان دهند.

### ابزار سنجش

۱. **مقیاس خود کارآمدی عمومی (General self-efficacy scale):** مقیاس خودکارآمدی عمومی در دهه ی ۱۹۷۹ توسط شوارترز و جروسلم ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۰ گویه با دو زیر مقیاس جداگانه خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی اجتماعی بود که در سال ۱۹۸۱ به یک مقیاس ۱۰ گویه‌ای کاهش یافت و تا کنون به ۲۸ زبان دیگر برگردانده شده است (شوارترز و جروسلم، ۱۹۹۵). سوالات در یک مقیاس ۴ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشانگر خودکارآمدی بیشتر می‌باشد. ضرایب همسانی درونی بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۱ در تحقیقات مختلف گزارش شده است پایایی و روایی مقیاس خودکارآمدی عمومی در دانشجویان ایرانی بررسی شده است. تحلیل عاملی تأییدی ساختار تک عاملی مقیاس را تأیید کرد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین ضریب روایی همزمان برای مقیاس خودکارآمدی و عزت نفس روزنبرگ ۰/۳۰ به دست آمد (رجبی، ۱۳۸۵). برای تعیین پایایی مقیاس در نمونه مورد بررسی، ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۰ محاسبه شد که نشان دهنده پایایی مناسب مقیاس در نمونه بیماران مبتلا به دیابت است.

۲. **مقیاس کیفیت زندگی D-39 (D-39 quality of life scale) (بویر و اراپ، ۱۹۹۷):** برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت تدوین شده است. این مقیاس دارای ۳۹ اِیتم بوده و ۵ بعد سلامت را در مقیاس لیکرت از ۱ تا ۷ ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات از ۳۹ تا ۲۷۳ است. این ۵ مقیاس اجزاء جسمی، روانی، اجتماعی و کنشی سلامت را

که نقش کلیدی در ارزیابی کیفیت زندگی بیماران دارند منعکس می‌کنند. آلفای کرونباخ گزارش شده برای ۵ مقیاس ۰/۹۳-۰/۸۱ بوده، همبستگی هرایتم با زیر مقیاس مربوطه ۰/۸۴-۰/۴۵ بود. اعتبار سازه با بررسی رابطه مقیاس با پرسشنامه حالت سلامت SF-39 و کیفیت زندگی کلی ارزیابی شد. که همبستگی منفی معنادار با این دو مقیاس وجود داشت. این مقیاس در ایران اعتباریابی شده است (بزازیان و رجب، ۱۳۸۹). ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله ۴ هفته برابر با ۰/۷۵ بود. نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از روش چرخش پروماکس نشان داد که پرسشنامه از عوامل کنترل دیابت، انرژی و تحرک، فشار اجتماعی، اضطراب و نگرانی، عوارض دیابت و بیماریهای دیگر و کنش وری جنسی تشکیل شده است. شاخصهای تحلیل عاملی تأییدی حاکی از برازش دقیق مدل با داده‌های مشاهده شده بود. همبستگی منفی معنادار بین نمره کل کیفیت زندگی و زیر مقیاسهای کنترل دیابت، انرژی و تحرک، فشار اجتماعی، عوارض دیابت و بیماریهای دیگر، اضطراب و نگرانی و کنش وری جنسی با زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی پرسشنامه سلامت روانشناختی نشانگر روایی همگرا مناسب مقیاس بود.

**۳. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند وجهی (Multi-dimensional scale of perceived social support)**: این مقیاس توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) ساخته شده است. دارای ۱۲ ایتِم و سه زیر مقیاس می‌باشد. که در مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. آلفای کرونباخ کل مقیاس و زیر مقیاسها از ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ بوده و پایایی بازآزمایی ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (زیمت و همکاران، ۱۹۹۰). باقریان سرارودی (۱۳۸۶) در بیماران کرونری ضریب آلفا را ۰/۸۷ و ضریب روایی همزمان مقیاس حمایت اجتماعی با افسردگی را ۰/۳۲- گزارش کرده است. برای تعیین پایایی مقیاس و تعیین همسانی درونی مقیاس برای استفاده در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ در نمونه مورد بررسی محاسبه شد که برای سه زیر مقیاس فرد مهم دیگر، خانواده و دوستان به ترتیب عبارتند از: ۰/۹۴، ۰/۹۳ و ۰/۹۴ که نشان دهنده پایایی مناسب مقیاس در نمونه بیماران مبتلا به دیابت است.

## یافته‌ها

برای آزمون فرضیه اول از روش همبستگی استفاده شد. جدول ۱ همبستگی و مشخصه‌های آماری نمره‌های خودکارآمدی، نمره کل و زیر مقیاسهای حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ضرایب همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. خودکارآمدی	۱					
۲. حمایت اجتماعی (نمره کل)	۰/۲۵۳**	۱				
۳. حمایت اجتماعی خانواده	۰/۲۱۴**	۰/۸۷۴**	۱			
۴. حمایت اجتماعی دوستان	۰/۲۳۳**	۰/۸۱۸**	۰/۶۰۸**	۱		
۵. حمایت اجتماعی افراد مهم دیگر	۰/۲۰۹**	۰/۸۷۱**	۰/۸۱۸**	۰/۶۲۹**	۱	
۶. کیفیت زندگی	۰/۲۳۷**	۰/۲۶۸**	۰/۱۶۱*	۰/۱۵۹*	۰/۲۴۲**	۱
میانگین	۲۹/۸۷	۵۷/۰۶	۲۰/۵۵	۱۷/۱۹	۲۰/۰۱	۶۰/۵۰
انحراف استاندارد	۵/۵۹	۲۰/۲۹	۷/۴۶	۷/۴۲	۷/۷۸	۴۵/۱۶

$P < .05$  \*  $P < .01$  \*\*

بر اساس نتایج جدول ۱، بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی رابطه منفی معنادار وجود دارد. لازم به ذکر است که نمره پایین در کیفیت زندگی نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. بین نمره کل حمایت اجتماعی و نیز زیر مقیاسهای آن یعنی حمایت اجتماعی دوستان، خانواده و افراد مهم دیگر با کیفیت زندگی رابطه منفی معنادار وجود دارد. بنابراین، تمامی متغیرها دارای همبستگی معنادار با هم هستند و جهت همبستگی‌ها نیز در جهت پیش بینی شده است، بنابراین برای تحلیل داده‌ها می‌توان از تحلیل رگرسیون استفاده کرد.



برای آزمون فرضیه دوم مبنی بر نقش تعدیل کننده حمایت اجتماعی در رابطه بین خود کارآمدی و کیفیت زندگی، خودکارآمدی و زیر مقیاسهای حمایت اجتماعی به عنوان متغیرهای پیش بین و کیفیت زندگی به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. خلاصه مدل رگرسیون گام به گام در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ خلاصه مدل رگرسیون گام به گام خودکارآمدی و حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی

مرحله	متغیر	R	R <sup>2</sup>	B	خطای استاندارد	$\beta$	t	سطح معناداری
گام اول	حمایت فرد مهم	۰/۳۴۰	۰/۱۱۶	=۱/۹۷۹	۴۲/۹۰۵۱۹	-۰/۳۴۰	-۴/۵۴۳	۰/۰۰۰
گام دوم	خودکارآمدی	۰/۳۸۰	۰/۱۴۴	-۱/۴۲۳	۴۲/۳۳۵۲۵	-۰/۱۷۵	-۲/۲۹۸	۰/۰۲۳

بر اساس جدول ۲ خودکارآمدی و زیر مقیاس فرد مهم دیگر حمایت اجتماعی از بین متغیرهای پیش بین، درآمد توان پیش بینی کیفیت زندگی را داشته و سایر متغیرها به دلیل اینکه توان پیش بینی کافی را نداشته‌اند از معادله رگرسیون خارج شده‌اند.

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام در پیش بینی کیفیت زندگی از طریق حمایت اجتماعی فرد مهم دیگر در مدل اول نشان داد که این متغیر ۱۱٪ واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. در مدل دوم، خودکارآمدی وارد معادله رگرسیون شد و باعث تغییر R<sup>2</sup> به ۱۴٪ شد. بنابراین مقایسه R<sup>2</sup> در مدل‌های اول و دوم نشان داد که ورود متغیر جدید R<sup>2</sup> را ۳٪ افزایش داد. بنابراین F مشاهده معنی داری است و ۱۴٪ واریانس متغیر کیفیت زندگی توسط خودکارآمدی و زیر مقیاس فرد مهم دیگر حمایت اجتماعی تبیین می‌شود. ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش بین نشان می‌دهد که در مدل اول زیر مقیاس فرد مهم دیگر حمایت اجتماعی ( $\beta = -0/340$ ) با توجه به آماره t می‌تواند تغییرات مربوط به کیفیت زندگی را با اطمینان ۹۹٪ پیش بینی کند. همچنین در مدل دوم متغیر خودکارآمدی ( $\beta = -0/175$ ) با توجه به آماره t می‌تواند تغییرات مربوط به کیفیت زندگی را با اطمینان ۹۵٪ پیش بینی کند.

## بحث

در کل، نتایج مبین آن هستند که بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی همبستگی معنادار وجود دارد. خودکارآمدی و زیر مقیاس فرد مهم دیگر حمایت اجتماعی ۱۴٪ واریانس کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تبیین می‌کنند. نتایج

پژوهش همسو با نتایج پژوهشهای چیه، جان، شو و ليو (۲۰۱۰)، الجاسم، پیروت، ویسو و رابین (۲۰۰۷)، لاگرا و بیرمن (۲۰۰۲)، ساکو و بیکوسکی (۲۰۱۱)، گلاسکو، هامپسون، استرایگر و روگی یرو (۲۰۰۵) و گالانت (۲۰۰۳) است. به طور کلی یافته‌های مذکور به شرح زیر قابل تبیین هستند:

بندورا (۱۹۹۷) خودکارآمدی ادراک شده را به عنوان عامل پیش‌بینی کننده مهمی در قصد و توانایی قبول الگوهای بهداشتی می‌داند و معتقد است می‌توان از طریق ایجاد زمینه مناسب در جهت کسب مهارتها و دانش مورد نیاز و حصول موفقیت در آن، خودکارآمدی و توانمندی شخص را افزایش داد. یک فرد با خودکارآمدی پایین، کمتر احتمال دارد که در انجام رفتار جدید بهداشتی یا تغییر در رفتاری که برایش عادت شده، تلاش کند (پیمان، حیدرنیا، غفرانی پور، کاظم زاده، خدایی، و امین شکری، ۱۳۸۶). نتایج تحقیقات نشان می‌دهند خودکارآمدی اثر معناداری بر عملکرد سلامت در افراد مبتلا به دیابت دارد. یافته‌های مطالعات حاکی از آن است که خودکارآمدی با کیفیت زندگی، بهبود بیماری، شدت بیماری و سازگاری روانشناختی رابطه دارد (چیه و همکاران، ۲۰۱۰). خودکارآمدی حس توانمندی و کنترل را در فرد افزایش می‌دهد، بنابراین بیماری را خارج از کنترل خود نمی‌داند و تلاش بیشتری در جهت پیروی از درمان می‌کند.

از سوی دیگر با توجه به این که خودکارآمدی به معنای قضاوت فرد در مورد تواناییهایش برای انجام یک عمل می‌باشد، میتواند فرد را به اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر برای سلامت قادر سازد. بیماران دارای حس خودکارآمدی بالا، خود را قادر و توانمند در برابر بیماری و کنترل آن می‌دانند. بنابراین بیماری کیفیت زندگی آنها را کمتر تحت تأثیر قرار می‌دهد. از سوی دیگر احساس خودکارآمدی بالا توانایی‌های مساله‌گشایی و تفکر تحلیلی را بهبود می‌بخشد. بنابراین این افراد می‌توانند روشهای مناسب مراقبت از خود را یاد گرفته و اجرا کنند.

حمایت اجتماعی یک منبع مهم سازگاری است و دارای نقش بسیار مؤثر و با اهمیتی در پیامدهای حاصل از کارکرد و سازگاری روانشناختی افراد مبتلا به بیماری مزمن است. نظریه‌های متعددی در مورد ساز و کار اثرات مثبت حمایت اجتماعی بر سلامتی ارائه شده است. حمایت اجتماعی از طریق افزایش اعتماد به نفس و احساسات مثبت ممکن است به طور مستقیم سیستم ایمنی را تقویت نماید و از این طریق سبب سرعت بخشیدن به بهبودی بیماری و کاهش آسیب پذیری نسبت به بیماری شود. همینطور روابط حمایتی با دیگران

ممکن است از طریق تقویت، ارتقاء و افزایش رفتارهای سالم به حفظ سلامتی فرد کمک کند (کوهن، مک چارگو و کولینز، ۲۰۰۳). شواهد روز افزونی وجود دارد که نشان می‌دهد حمایت اجتماعی یک متغیر تعیین کننده مهمی در تفاوت‌های فردی در واکنش به استرس و بهبودی از بیماری است (مائوندر، لانس، نولان، هیونتر و تاننباوم، ۲۰۰۶).

مطالعات بیماران مزمن نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی، سپری در مقابل پی آمدهای منفی بیماری است. حمایت اجتماعی از مسیرهای فیزیولوژیک، عاطفی و شناختی بر شاخصهای سازگاری تأثیر دارد. اطرافیان فرد می‌توانند با ارائه اطلاعات در جهت شناخت بهتر مشکل و افزایش انگیزه برای عمل، به فرد کمک کنند تا راهبردهای مقابله‌ای (Coping Strategies) مؤثرتری را مورد استفاده قرار دهد. حمایت می‌تواند رفتارهای مثبت سلامت را تشویق کرده، رفتارهای خطرناک و نیز واکنش روانی به استرس را کاهش دهد. صحبت در مورد مسائل مربوط به بیماری در یک فضای غیر انتقادی و حمایتی، به افراد اجازه می‌دهد تا بهتر بتوانند مهارتهای مقابله با بیماری را بیاموزند (استانتون و همکاران، ۲۰۰۶).

با توجه به تجربه بیماری مزمن به عنوان یک رویداد استرس زا، فرض براین است که روابطی که احساس ایمنی ایجاد می‌کنند بر شدت استرس ادراک شده و طول مدت پاسخ فیزیولوژیک به استرس نیز مؤثر هستند (مائوندر و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین، ابتلا به بیماری در افراد دارای منابع حمایت اجتماعی استرس کمتری را ایجاد کرده و کیفیت زندگی آنها را کمتر تحت تأثیر قرار می‌دهد. روابط اجتماعی تقریباً در همه حال می‌تواند به عنوان سپری در برابر حوادث و رویدادهای استرس زا عمل کند و شخص را در مقابل پیامدهای ناگوار مصون دارد و فقدان آن می‌تواند برای شخص اضطراب آور باشد. فرد در رابطه با دیگران احساس ارزشمندی می‌کند و این احساس می‌تواند به نوبه خود باعث افزایش احساس خودکارآمدی شود (میر سمیعی و ابراهیمی قوام ۱۳۸۷).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: این پژوهش در تهران انجام شده است بنابراین در تعمیم نتایج به بیماران ساکن شهرهای دیگر باید جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین مقطعی بودن طرح مانع از نتیجه‌گیری در مورد روابط علی است. پیشنهاد می‌شود جهت تعمیق یافته‌ها، پژوهشهای مشابه در گروههای هدف دیگر از جمله بیماران خاص و گروههای سنی مختلف انجام شود. با توجه به لزوم رعایت معیارهای خاص جهت همگن ساختن نمونه مورد بررسی، پیشنهاد می‌شود پژوهشهای بعدی با معیارهای

ورود به پژوهش متفاوت انجام شود. نتایج این پژوهش در توسعه مداخلات از طریق در نظر گرفتن فرایندهایی که کیفیت زندگی بهتر را پیش بینی می‌کنند راه گشا خواهد بود. پیشینه تجربی در مورد بیماریهای مزمن می‌تواند در تعیین گروه‌های هدف درمان روانشناختی و تعیین افراد در معرض خطر کاهش کنش‌وری روانشناختی و کیفیت زندگی، مؤثر باشد.

Archive of SID

## منابع

### الف - فارسی

۱. باستانی، فریده. و ضرابی، رویا. (۱۳۸۹). بررسی خودکارآمدی در زنان مبتلا به دیابت بارداری و عوامل مرتبط با آن. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۶ (۴ و ۳)، ۶۵-۵۶.
۲. باقریان سرارودی، رضا (۱۳۸۶). *بررسی اکتشافی متغیرهای پیش بینی کننده افسردگی پس از سکتة قلبی (MI)*. رساله دکتری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
۳. بزازیان، سعیده و رجب، اسدالله. (۱۳۸۹). ارزیابی ویژگیهای روان سنجی مقیاس کیفیت زندگی افراد دیابتی (گستره سنی ۲۰ تا ۶۰ سال). *فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۲۴، ۳۲۸-۳۱۷.
۴. پورشریفی، حمید (۱۳۸۷). *تأثیر مصاحبه انگیزشی بر شاخص‌های سلامت در افراد مبتلا به دیابت نوع دو رساله دکتری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.*
۵. پیمان، نوشین. حیدرنیا، علیرضا. غفرانی پور، فضل‌الله. کاظم زاده، انوشیروان. خدایی، غلامحسین. و امین شکری، فرخنده. (۱۳۸۶). بررسی ارتباط خودکارآمدی ادراک شده و رفتارهای باروری در زنان ایرانی تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان مشهد به منظور کاهش بارداری‌های ناخواسته. *فصلنامه باروری و ناباروری، دوره ۸، شماره ۱، مسلسل ۳۰.*
۶. رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس خودکارآمدی عمومی در دانشجویان روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز و دانشگاه آزاد مردشت/اندیشه‌های نوین تربیتی، ۲ (۱ و ۲)، ۱۱۱-۱۲۲.
۷. شولتز، دوان. و شوالترز، سیدنی آلن. (۱۳۷۹). *نظریه‌های شخصیت*. یحیی سید محمدی، مترجم. تهران: نشر ویرایش. تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۸.
۸. میر سمیعی، مرضیه. و ابراهیمی قوام، صغری. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و اضطراب امتحان با سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علامه طباطبایی. *فصلنامه روانشناسی و علوم تربیتی*، ۱۴-۹۱.
۹. هاریسون، تینسلی راندولف (۱۳۸۴). *بیماریهای غدد و متابولیسم*. خسرو سبحانین، مترجم. تهران: نسل فردا. تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۵.

### ب - انگلیسی

1. Aljaseem, L. I., Peyrot, M., Wissow, L., & Rubin, R. R. (2007). The impact of barriers and self- efficacy on self-care behaviors in type II diabetes. *The Diabetes Educator*, 27, 393-404.

2. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
3. Bandura, A. (2000). *Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness*. Handbook of principles of organization behavior. oxford, uk: Blachwell.
4. Boyer, J. G., & Earp, J. A. L. (1997). The Development of an Instrument for Assessing the Quality of Life of People with Diabetes: Diabetes-39. *Medical Care*, 35(5), 440-453.
5. Braun, A., Samann, A., Kubiak, T., Zieschang, T., Kloss, C., & Muller, U. A. (in press). Effects of metabolic control, patient education and initiation of insulin therapy on quality of life of patients with type II diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*. Retrieved February 10, 2010 from [www.elsevier.com/locate/pateducou](http://www.elsevier.com/locate/pateducou).
6. Chih, A. H., Jan, C. F., Shu, S. G., & Lue, B. H. (2010). Self-efficacy Affects Blood Sugar Control Among Adolescents With Type I Diabetes Mellitus. *Journal of the Formosan Medical Association*, 109(7), 503-510.
7. Cohen, L. M., Mc Chargue, D. E., & Colins, F. L. (2003). *The Health Psychology Handbook*. Sage Publication INC.
8. Esteghamati, A., Meysamie, A., Khalilzadeh, O., Rashidi, A., Haghazali, M., Asgari, F., & et al. (2009). Third national surveillance of risk factors of non-communicable diseases (SuRFNCD-2007) in Iran: methods and results on prevalence of diabetes, hypertension, obesity, central obesity, and dyslipidemia. *BMC Public Health*, 9, 167-177.
9. Esteghamati, A., Gouya, M. M., Abbasi, M., Delavari, A., Alikhani, S., Alaedini, F., & et al. (2008). Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in the adult population of Iran, national survey of risk factors for non-communicable diseases of Iran. *Diabetes Care*, 31, 96-98.
10. Halkoaho, A., Kavilo, M., Pietila, A. M., Huopio, H., Sintonen, H., & Heinonen, S. (2010). Does gestational diabetes affect women's health-related quality of life after delivery? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 148, 40-43.
11. Gallant, M. P. (2003). The influence of social support on chronic illness management: A review and directions for research. *Health Education and Behavior*, 30, 170-195.
12. Glasgow, R. E., Hampson, S. E., Strycker, L. A., & Ruggiero, L. (1997). Personal model beliefs and social- environmental barriers related to diabetes self-management. *Diabetes Care*, 20, 4, 556-561.
13. Kanbara, S., Taniguchi, H., Motoyoshi, S., Wanga, D., Takaki, J., Yajima, Y., Naruse, F., Kojima, S., & Sauriasari, R. (2008). Social support, self-efficacy and psychological stress responses among outpatients with diabetes in Yogyakarta, Indonesia. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 80, 56-62.

14. La Greca, A. M., & Bearman, K. J. (2002). The diabetes social support Questionnaire- Family version: evaluating adolescents' diabetes-specific support from family members. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 665-676.
15. Maunder, R. G., Lancee, W. J., Nolan, R. P., Hunter, J. J., & Tannenbaum, D. W. (2006). The relationship of attachment insecurity to subjective stress and autonomic function during standardized acute stress in healthy adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 283- 290.
16. Misra, R., & Lager, J. (2008). Predictors of quality of life among adults with type II diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and It's Complications*, 22, 217- 223.
17. Ott, J., Greening, L., Palardy, N., & Holderby, A.(2002). Self-efficacy as a mediator variable for adolescents' adherence to treatment for insulin dependent diabetes mellitus. *Children's Health Care*, 29, 47-63.
18. Puji Lestari, C. U., Kanbara, S., Setyawan, A., & Taniguchi, H. (2008). Comparison of social support, self efficacy and psychological stress response between diabetes Type 2 patients in Jogjakarta, Indonesia and Kobe, Japan. *Diabetes research and clinical practice*, 79, SI-SI27.
19. Sacco, W. P., & Bykowski, C. A. (2011). Depression and hemoglobin A1c in type 1and type 2 diabetes: The role of self-efficacy. *Diabetes Research and Clinical Practice*. [www.elsevier.com/locate/diabres](http://www.elsevier.com/locate/diabres)
20. Sarafino, E. P. (2006). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*, 5<sup>th</sup> Ed. John Wiley & Sons, INC.
21. Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In S. Wright & M. Johnston, & J. Weinman, (Eds.), *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs* (pp. 35-37). Windsor, IK: nferNelson.
22. Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2006). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 13.1-13.28.
23. Steed, L., Cooke, D., & Newman, S. (2003). A systematic review of psychosocial outcomes following education, self- management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*, 51, 5-15.
24. Walker, J. G., Jackson, H. J., & Littlejohn, G. O., (2004). Models of adjustment to chronic illness: Using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical Psychology Review*, 24, 461- 488.
25. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Faley, G. K. (1990). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52, 39-41.