

بررسی عوامل موثر بر خود کنترلی، بیماران دیا بتی وابسته به انسولین

رویا منصور قناعی* - دکتر عاطفه قنبری** - شادمان رضا ماسوله* - احسان اله کاظم نژاد***

* مربی پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی شرق گیلان، دانشگاه علوم پزشکی گیلان
 ** استادیار آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان
 *** مربی آمار، دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۳/۵/۴

تاریخ پذیرش: ۸۳/۱۰/۲۱

چکیده

مقدمه: دیابت شیرین یکی از بیماری‌های مزمن و بسیار با اهمیت و یک مشکل بزرگ بهداشتی است که در سراسر جهان روبه گسترش است. بنابراین با توجه به شیوع بالای دیابت و عوارض و هزینه های مستقیم و غیر مستقیم ناشی از آن، خود کنترلی از اهمیت بسزایی برخوردار می باشد. هدف: تعیین عوامل موثر بر خود کنترلی در بیماران دیابتی وابسته به انسولین مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شماره یک رشت در سال ۱۳۸۰. مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است و نمونه ها ۹۲ نفر از بیماران دیابتی وابسته به انسولین مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شماره یک رشت بودند که بطور تصادفی انتخاب شدند. ابزار گرد آوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه بود که شامل ۴ قسمت اطلاعات دموگرافیک، آگاهی، درک از کنترل و باور بهداشتی در مورد دیابت بود. در این تحقیق شاخص های خود کنترلی، مقدار هموگلوبین گلیکوزیله و تعداد مراجعات به مرکز بهداشت بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و از آمار استنباطی (آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه به روش توکی، ضریب همبستگی پیرسون و از آزمون های غیر پارامتری چون من ویتنی یو، کروسکل والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن) بهره گرفته شد. نتایج: یافته های پژوهش نشان داد که بین آگاهی، باور بهداشتی و درک از کنترل با متغیرهای دموگرافیک همچون سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت بیمه، طول مدت ابتلا به بیماری، محل زندگی، وجود فرد دیابتی در خانواده و منبع کسب اطلاعات ارتباط معنی دار آماری وجود ندارد. همچنین بین آگاهی و باور بهداشتی با وجود عوارض ارتباط معنی دار مشاهده نشد ولی بین درک از کنترل و وجود عوارض ارتباط معنی دار بود ($P < 0.004$). همچنین نتایج نشان داد که بیشترین درصد واحد های مورد پژوهش از آگاهی ضعیف ($59/8\%$)، باور بهداشتی نامطلوب ($71/7\%$) و درک از کنترل نامطلوب (62%) برخوردار بودند. بین آگاهی، باور بهداشتی و درک از کنترل با مقدار هموگلوبین گلیکوزیله و تعداد مراجعات به مرکز بهداشت و نیز خود کنترلی ارتباط معنی دار مشاهده نشد. نتیجه گیری: شناسایی عوامل موثر بر خود کنترلی در برنامه ریزی آموزشی و درمانی برای بیماران مبتلا به بیماری دیابت و آموزش مراقبین بهداشتی و نیز در آموزش پرستاری بسیار اهمیت دارد و بر لزوم برگزاری کلاس های آموزشی تاکید می نماید.

کلید واژه ها: دیابت شیرین وابسته به انسولین / مراقبت از خود / هموگلوبین گلیکوزیله آ

مقدمه

درصد افراد جامعه مبتلا به دیابت هستند و این رقم در افراد بالای ۳۰ سال حدود ۷/۳ درصد است. برحسب تخمین، در حال حاضر حدود ۱/۵ میلیون نفر مبتلا به دیابت در ایران وجود دارند (۵). در سال ۱۳۷۹ بر اساس آمار معاونت بهداشتی استان گیلان، مراجعان مبتلا به دیابت شیرین به مراکز بهداشتی - درمانی، در تمام استان ۱۱۹۹۲ نفر و از این تعداد، ۱۷۹۳ بیمار دچار دیابت نوع اول، تعداد مراجعان مبتلا به دیابت در شهرستان رشت ۲۹۷۷

دیابت شیرین یکی از بیماری های مزمن، بسیار مهم و یک مشکل بزرگ بهداشتی است که در سراسر جهان روبه گسترش است (۱۰). در ایالات متحده آمریکا، ۱۵ میلیون نفر مبتلا به دیابت هستند که ۵ میلیون آنها ناشناخته هستند و سالانه تقریباً ۶۵۰ هزار مورد جدید شناسایی می شوند. تقریباً ۹۵-۹۰ درصد افراد به دیابت نوع دوم و ۱۵-۱۰ درصد آنها به دیابت نوع اول مبتلا هستند (۱۴). در یک بررسی انجام شده در ایران، نشان داده شد که ۲

نفر واز این تعداد ۸۶۸ نفر، مبتلا به دیابت نوع اول بودند. دیابت در صورتی که درمان نشود عوارض متعدد و مصرف هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم رابه‌دنبال دارد (۴). در ایالات متحده یک ششم کل هزینه‌های بهداشتی صرف بیماری دیابت می‌شود (۱). این مساله دارای چنان اهمیتی است که شعار روز جهانی دیابت در سال ۱۹۹۹ "دیابت و هزینه‌های آن" "The costs of diabetes" قرار داده شد (۳). بنابراین مراقبت‌های بهداشتی و خود کنترلی در این مورد جایگاه ویژه ای دارد. اهمیت خود کنترلی در بیماری دیابت به اندازه‌ای است که شعار روز جهانی دیابت را در سال ۲۰۰۰ "سلامتی شما در دستان شما است" «Your Health is in Your Hands» قرار دادند (۵).

اما سؤال مهم این است که چگونه وضعیت خودکنترلی را در بیماران دیابتی باید بررسی کرد. یکی از بهترین شاخص‌های خود کنترلی، انجام آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1C) است و بازتاب روشن و قابل قبولی از کیفیت بالینی بیماران دیابتی را ارائه می‌دهد. شاخص بعدی، تعداد دفعه‌های مراجعه به مرکز دیابت برای کنترل آن است. در این خصوص کوتس و بور (۱۹۹۸) می نویسند: «قسمت مهمی از رفتار خود کنترلی فرد را تعداد دفعه های مراجعه به درمانگاه دیابت تشکیل می‌دهد که نشانه آن است که شخص مبتلا به دیابت وضعیت خود را کنترل می‌کند» (۲ و ۸).

با توجه به اهمیت مساله خود کنترلی در بیماران دیابتی، به بررسی عوامل تاثیرگذار در این باب می‌پردازیم: این عوامل می‌توانند در پذیرش رژیم‌های مراقبتی از جانب بیمار دخالت داشته باشند: دانش و آگاهی فرد، کیفیت تعامل، حمایت اجتماعی، نگرش و باورهای شخص، بیماری و درمان (۸). دانش و آگاهی و مهارت‌های بدست آمده از راه آموزش دیابت، برای آغاز فرآیند خود کنترلی ضروری هستند (۱۳). دانینگ و مارتین (۱۹۹۸) می‌نویسند: «باورها و نگرش‌ها پیچیده هستند و پاسخ افراد و نیز کنترل و اداره بیماری را تحت تاثیر (خود) قرار می‌دهند» (۱۰). یکی دیگر از عوامل تاثیرگذار درک از کنترل است که مفهوم آن بر

پایه تئوری یادگیری اجتماعی قرار دارد و در مورد میزان کنترل اشخاص در برابر محیطشان بحث می‌کند. عده‌ای معتقدند حوادثی که برایشان پیش می‌آید مربوط به ویژگی خودشان و یا رفتارشان است (درک از کنترل داخلی) برعکس گروه دیگری معتقدند که محیط اطرافشان است که حوادث را کنترل می‌کند (درک از کنترل خارجی). این مفهوم به‌طور اختصاصی در ارتباط با رفتار مراقبت بهداشتی بکار می‌رود و برطبق بررسی‌ها پیشنهاد می‌شود که درک از کنترل داخلی را در فرد باید افزایش داد تا وی نسبت به درمان خود احساس مسئولیت بیشتری کند (۸).

هدف این پژوهش، تعیین عوامل مؤثر بر خود کنترلی بیماران دیابتی وابسته به انسولین، مراجعه کننده به مرکز بهداشت شماره یک رشت است، تا از یافته های این تحقیق بتوان به عنوان یک راهنما برای برنامه‌ریزی درمانی و آموزشی برای بیماران مبتلا به بیماری دیابت و همچنین در آموزش مراقبان بهداشتی استفاده کرد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی مقطعی بوده است. جامعه پژوهش کلیه بیماران دیابتی وابسته به انسولین بودند که دارای پرونده پیگیری بیماری دیابتی در مرکز بهداشتی درمانی شماره یک رشت بوده و برای کنترل بیماری مراجعه می‌کردند. حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه‌ها برای جوامع محدود، با اطمینان ۹۰ درصد و قدرت ۸۰ درصد، ۹۲ نفر محاسبه شد. روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی بود و تمام بیماران مراجعه کننده و دارای شرایط که در مدت جمع آوری اطلاعات (۴/۵ ماه) به این مرکز مراجعه کرده بودند را در بر می‌گرفت. شرایط ورود به مطالعه داشتن حداقل ۱۷ و حداکثر ۴۵ سال، ابتلا به دیابت وابسته به انسولین به مدت بیش از یک‌سال، نداشتن نارسایی مزمن کلیه و آنمی و همچنین در مورد زنان حامله نبودن آنها تعیین شد.

ابزار گرد آوری اطلاعات پرسشنامه و شامل ۴ بخش بود: قسمت اول اطلاعات دموگرافیک، قسمت دوم آگاهی

بیمار در مورد بیماری دیابت شامل ۱۲ سؤال چهار گزینه‌ای (همه سؤال‌ها دارای گزینه نمی‌دانم)، قسمت سوم باورهای بهداشتی شامل ۱۹ عبارت از کاملاً مخالف (نمره صفر) تا کاملاً مؤافق (نمره ۴)، که ۸ سؤال امتیازهای معکوس داشت و قسمت چهارم مربوط به درک از کنترل بود که شامل ۶ حادثه فرضی (کنترل مناسب، کاهش یا، افزایش قندخون، کنترل مناسب پس از یک دوره از کنترل خارج شده، نداشتن عارضه و افزایش وزن) می‌شد و در مورد هر حادثه علت آن پرسیده شد، سپس با در نظر گرفتن پاسخ، ۶ سؤال درباره عوامل کنترل‌های داخلی، خارجی، و شخصی، درمانی و نیز درمان شانس (از هر کدام یک سؤال) طرح شد و برای هر سؤال از یک مقیاس «کاملاً مربوط» (نمره ۳) تا «اصلاً ارتباطی ندارد» (نمره صفر) استفاده شد.

شاخص‌های خود کنترلی هموگلوبین گلیکوزیله و بررسی پرونده بیماران با اندازه‌گیری هموگلوبین گلیکوزیله پس از خون‌گیری از نمونه‌ها و فرستادن به آزمایشگاه تعیین شد و به صورت هموگلوبین گلیکوزیله خوب (کمتر از ۸ درصد) یا متوسط (۱۱-۸ درصد) و ضعیف (بیش از ۱۱ درصد) طبقه‌بندی شد. این طبقه‌بندی بر اساس کیت آزمایشگاه انجام شد و تعداد مراجعه‌ها پس از بررسی پرونده بیماران به صورت تعداد مراجعه‌های خوب (۵-۶ بار)، متوسط (۴-۳ بار) و ضعیف (۲-۱ بار) طبقه‌بندی شد. براساس راهکار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هر بیمار دیابتی باید ماهانه یک بار به مرکز مراجعه کند و بنابراین به علت انجام بررسی در مدت ۶ ماه، هر بیمار باید ۶ بار مراجعه می‌کرد، که این کار با بررسی پرونده بیماران انجام شد. در این پژوهش شاخص‌های خود کنترلی (هموگلوبین گلیکوزیله و تعداد مراجعه) متغیرهای وابسته و آگاهی، باور بهداشتی و درک از کنترل، متغیرهای مستقل بودند.

برای تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از اعتبار محتوا و برای اعتماد علمی آن از فرمول آلفا کرونباخ استفاده شد که برای بخش باور بهداشتی، ۷۱ درصد و برای درک از کنترل، ۷۳

درصد بود. اعتماد علمی قسمت آگاهی با روش آزمون مجدد ۹۰ درصد تعیین شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها، با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی - استنباطی انجام شد. آزمون‌های آمار استنباطی پژوهش، آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه به روش توکی، ضریب همبستگی پیرسون و از آزمون‌های غیرپارامتری، چون من ویتنی یو، کروسکل والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن بودند.

نتایج

یافته‌های پژوهش در زمینه اطلاعات دموگرافیک در جدول شماره یک نشان شده است. بین سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، داشتن بیمه، مدت ابتلای به دیابت، محل سکونت، وجود فرد دیابتی در خانواده و منبع کسب اطلاعات، با آگاهی، باور بهداشتی و درک از کنترل، ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت. همچنین بین وجود عوارض با آگاهی و باور بهداشتی، ارتباط معنی‌دار نبود ولی بین وجود عوارض و درک از کنترل، ارتباط معنی‌دار بدست آمد ($P < 0/004$). میزان هموگلوبین گلیکوزیله در بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۵۹/۸ درصد)، در محدوده ۱۱-۸ درصد (متوسط) قرار داشت و میانگین و انحراف معیار آن $9/6 \pm 1/96$ بود. با بررسی پرونده بیماران مشخص شد که بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش، (۶۳ درصد) ۵-۶ بار مراجعه در طی ۶ ماه به مرکز بهداشت داشتند. بین آگاهی، باور بهداشتی و درک از کنترل با میزان هموگلوبین گلیکوزیله ارتباط معنی‌دار آماری بدست نیامد. همچنین بین آگاهی، باور بهداشتی و درک از کنترل با تعداد مراجعه‌های به مرکز بهداشت، ارتباط معنی داری وجود نداشت.

بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش، (۵۹/۸ درصد) آگاهی ضعیف داشتند. اکثر واحدها، (۶۲ درصد) درک از کنترل نامطلوب داشتند و همچنین باور بهداشتی بیشتر آنها (۷۱/۷ درصد) باور بهداشتی نامطلوب بود.

با در نظر گرفتن این فرضیه که " آگاهی ، باور بهداشتی و درک از کنترل بیماران دیابتی وابسته به انسولین بر خود کنترلی آنان مؤثر است " نتایج نشان داد که بین آگاهی، باور بهداشتی و درک از کنترل، با خود کنترلی، ارتباط معنی دار آماری وجود ندارد.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک

سن (۴۵-۳۵ سالگی)	%55.4
زن	%56.5
متاهل	%78.3
زیر دیپلم	%80.5
خانه دار	%41.3
دارای بیمه	%75
مدت ابتلا به بیماری دیابت ۱۹-۱۰ سال	%41.3
ساکن شهر	%85.9
دارای فرد دیابتی در خانواده	%64.1
منبع کسب اطلاعات پزشک	%72.8
ابتلا به عوارض	%58.7
عارضه بینایی	%62.9

بحث و نتیجه گیری

میزان هموگلوبین گلیکوزیله در بیشتر موارد، (۵۹/۸ درصد) در محدوده ۱۱-۸ درصد (متوسط) قرار داشت. کوتس و بور (۱۹۹۸) می نویسند: «یکی از هدف های اصلی کنترل دیابت، نگهداری میزان قند خون در محدوده طبیعی است» (۸). بیشتر واحدهای مورد پژوهش در طی ۶ ماه (۶۳ درصد) ۶-۵ بار به مرکز بهداشت مراجعه کرده بودند. کوتس و بور (۱۹۹۸) می نویسند که بخش مهمی از رفتار خود کنترلی فرد را تعداد دفعه های مراجعه به درمانگاه تشکیل می دهد که نشانه آن است که شخص مبتلا به دیابت، وضعیت بیماری خود را تحت کنترل دارد (۸).

بین آگاهی ، باور بهداشتی و درک از کنترل با میزان هموگلوبین گلیکوزیله و همچنین بین آگاهی، باور بهداشتی و درک از کنترل با تعداد دفعه های مراجعه به مرکز بهداشت، ارتباط معنی دار بدست نیامد. این نتایج مشابه یافته های تحقیق کوتس و بور (۱۹۹۸) است که

نشان دادند بین آگاهی ، باور بهداشتی و درک از کنترل با میزان هموگلوبین گلیکوزیله و تعداد دفعه های مراجعه به مرکز، ارتباط معنی دار وجود ندارد (۸) .

بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۵۹/۸ درصد) آگاهی ضعیف داشتند به نظر پژوهشگر، دلیل آن می تواند برگزار نکردن کلاس های آموزشی مداوم و دوره ای برای بیماران باشد. در این خصوص کوتس و بور (۱۹۹۶) می نویسند که آموزش بیماران سبب افزایش آگاهی آنها می شود و این امر تاثیر مثبتی بر کنترل متابولیک بیماری دارد. رایمن والسون (۱۹۹۸) نیز بیان می کنند که دانش و مهارت های بدست آمده از راه آموزش، برای آغاز فرایند خود کنترلی ضروری است (۱۳ و ۹). اکثر واحدهای مورد پژوهش (۶۲ درصد)، درک از کنترل نامطلوب داشتند. این امر می تواند پیامد نارسائی آموزش بیماران باشد. کندی و همکاران (۱۹۹۹) تحقیقی با عنوان تاثیر آموزش مراقبت از خود روی رفتارهای بیماری و درک از کنترل بر زنان مکزیکی در آمریکا بیان می کنند که آموزش مراقبت از خود، روی درک از کنترل، تاثیر مثبت دارد (۱۱). بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۷۱/۷ درصد) باور بهداشتی نامطلوب داشتند. به نظر پژوهشگر دلیل آن می تواند نبود آگاهی در بیماران یا آگاهی ضعیف کارکنان در مورد تغییر باورهای بهداشتی بیماران باشد. کوزیر و همکاران (۲۰۰۰) می نویسند: «پرستاران نقش مهمی در کمک به مددجویان برای تغییر باورهای بهداشتی دارند. آنها می توانند موانع عمل را کاهش دهند و فعالیت های مثبت را حمایت کنند» (۱۲).

برحسب نتایج پژوهش، بین آگاهی، باور بهداشتی و درک از کنترل با خود کنترلی ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت. به نظر بس (۱۹۹۵)، کمبود آگاهی بر توانایی بکارگیری مهارت های مراقبت از خود تاثیر دارد (۶). چن (۱۹۹۸) نیز ضمن تحقیقی با هدف تعیین ارتباط درک از کنترل، خود کارایی و مراقبت از خود در افراد مسن مبتلا به فشار خون بالا نشان داد که بین درک از کنترل و مراقبت از خود ارتباط معنی دار وجود دارد ($p < 0/005$) (۷). در حالی که نتایج تحقیق کوتس و بور (۱۹۹۸) نشان داد که

خدمات پرستاری نیز باید برای آشنایی بیشتر با چگونگی مراقبت از این بیماران به برگزاری دوره‌های بازآموزی کارکنان اقدام کنند. همچنین دست اندرکاران آموزش پرستاری می‌توانند از این نتایج به عنوان یک راهنما برای آشنایی دانشجویان پرستاری با اقدامات خود مراقبتی و آموزش آن به بیماران مبتلا به دیابت استفاده کنند.

تشکر و قدردانی: از همکاران محترم در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مرکز بهداشت استان، مرکز بهداشت شهرستان رشت و پرسنل محترم مرکز بهداشت شماره یک رشت که در انجام این پژوهش با ما همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

اختلاف معنی دار آماری بین آگاهی، باور بهداشتی و درک از کنترل با خود کنترلی در بیماران دیابتی وابسته به انسولین وجود ندارد که مشابه نتایج این تحقیق است (۸). به نظر پژوهشگر ممکن است معنی دار نشدن این ارتباطها ناشی از کمبود نمونه های پژوهش، تاثیر سایر متغیرهای مداخله گر، نامناسب بودن دسته بندی متغیرهایی چون خود کنترلی، آگاهی، باور بهداشتی و درک از کنترل توسط محقق و در نهایت نامناسب بودن شاخص های اندازه گیری خود کنترلی باشد. نتایج حاصل از این پژوهش می تواند به عنوان یک راهنما برای برنامه ریزی های درمانی و آموزش در بیماران مبتلا به دیابت استفاده شود و نیز مدیران

منابع

- ۱-آخوند زاهد، علی: درمان دیابت قندی نوع ۲. هفته نامه نوین پزشکی، ۱۳۷۸، سال اول، شماره ۱۰، صص: ۲۳-۲۰.
- ۲- اکبرزاده، عظیم [دیگران]: اندازه گیری HbA1C در افراد دیابتیک (NIDDM) به روش کالریمتریک. مجله تشخیص آزمایشگاهی، ۱۳۸۰، شماره ۱۴، صص: ۳۱-۲۸.
- ۳- پارسیان، نسرين: به پیشواز روز جهانی دیابت برویم. پیام دیابت، ۱۳۷۸، سال ۱۳۷۸، شماره ۴، صص: ۱۲-۹.
- ۴- رجب، اسدالله: دیابت و هزینه های آن. پیام دیابت، ۱۳۷۷، سال ۱۳۷۷، شماره ۳، صص: ۷-۶.
- ۵- شمس، صدیقه: معیارهای تشخیصی جدید برای دیابت ملیتوس: چه کسی دیابتی است؟. فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی فاطمیه (عصمت)، ۱۳۷۸، دوره اول، شماره ۱، صص: ۴۰-۳۸.
6. Bess CJ. Abilities and Limitations of Adult Type Diabetic Patients with Integrating of Self Care Practices in to Their daily Lives. University of Alabama at Birmingham, 1995.
7. Chen Y. Relationship Among Health Locus of Control, Self - Efficacy, and Self Care of the Elderly with Hypertention. Nursing Research. (china) 1998, 27: 504-16.
8. Coates V E, Boore J R P. The Influence of Psychological Factors on The Self Management of Insulin- Dependent Diabetes Mellitus. Journal of Advanced Nursing 1998; 27: 528-537.
9. Coates V E, Boor J R P. Knowledge and Diabetes Self Management Patient. Education and Counseling 1996; 29: 99-108.
10. Danning, M. Beliefs About Diabetes and Diabetic Complication. Professional Nurse 1998; 13: 429-434.
11. Kennedy C A, et al. Influence of Self Care Education on Illness Behaviors and Health Locus of Control of Mexican American Women. Women and Health 1999; 28: 1-13.
12. Kozier B, et al. Fundamental of Nursing, Concepts, Process and Practice. London; Prentice Hall Health 2000.
13. Rayman K M, Ellison G C. When Management Works an Organizational Culture that Facilitates Learning to Self Manage Type I diabetes. Diabetes Educator 1998; 24: 612-7.
14. Smaltzer S C, Bare B G. Brunner and Suddarth's Text Book of Medical Surgical Nursing. Philadelphia; Lippincott, 2000: 974.

Effective Factors on Self Management in Insulin Dependent Diabetes Mellitus Patients

Mansourghanaei R .MS, Ghanbari A.Ph D., Reza Masoleh sh.MS., Kazemnejad E. MS.

Abstract

Introduction: Diabetes mellitus is a chronic disease and it is an increasing health problem worldwide. Due to increasing prevalence of diabetes and its related complications and costs, self management has become very important.

Objective: This study was designed to determine effective factors on self management in insulin-dependent diabetes mellitus(1DDM) patients who referred to health therapeutic center in Rasht.

Materials and methods: This research is a cross – sectional study. The sample consisted of 92 1DDM patients, who were selected by random sampling method . Data collection instrument was a four part questionnaire which covered demographic data, knowledge, perceived control and health belief of diabetes. In this research, self-management index included glycosylated hemoglobin and number of referrals to the center. In order to analyze the data, descriptive(mean,standard deviation) and inferential (t-test , one way ANOVA, Tukey test, mann whitney—u , kruskal wallis , ...) were used .

Results: Findings showed no statistically significant relationship between demographic data such as sex, age, marital status, education, employment status, health insurance status, duration of diabetes, place of living, presence of diabetic family members and sources of income with knowledge, locus of control and health belief. Also there was no significant relationship between complication with knowledge and health belief, but a significant relationship was indicated between complication with locus of control ($p<0.004$). The results indicated that the majority of the samples had poor knowledge (%59.8), unsatisfactory health belief (%71.7) and pour perceived control (%62). There was no significant relationship between knowledge , health belief and locus of control with glycosylated hemoglobin , number of referrals and self management .

Conclusion: Identification of effective factors on self management in educational & tharaputic planning for patients with D.M and Education of helth care workers and nursing education is important.

Key words : Diabetes Mellitus, Iusulin-Dependent/ Hemoglobin A, Glycosylafed / Self Care