بررسی ارتباط حمایت خانواده و کنترل خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع 2

چکیده
مقدمه: از آنچه که بخش عمده‌ای از مراقبت‌ها در بیماران دیابتی در منزل و در داخل محفظه خانواده انجام می‌شود، این نهاد می‌تواند نقش چشمگیری در کنترل مناسب قند خون داشته باشد. این مطالعه به منظور بررسی ارتباط بین حمایت خانواده و کنترل قندخون در بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 انجام شد.

روش‌ها: در این پژوهش توصیفی-همیستگی، تعداد 230 نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 مراجعه کننده به استیتو غدد درون‌وزنی و متابولیسم و ازونه به دانشگاه علوم پزشکی ایران به صورت تصادفی انتخاب و اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌ای به شرح ذیل دریافت شد. این پرسشنامه شامل سوالاتی برای ارزیابی استادی و انگیزه خانواده بود. به همراه همچنین اطلاعات درمانی و فیزیولوژیکی و اندازه‌گیری HbA1c و پرسورس از طریق ترم افزار SPSS و پرپارس 15 تجزیه و تحلیل شد.

بانه‌ها: آزمون آماری پیرسون، همبستگی معنی‌داری را بین حمایت خانواده و HbA1c نشان داد (0.001>P). پیش‌گیری: یافته‌ها نشان دادند وجود ارتباط معنی‌دار بین حمایت خانواده و متغیرهای سن (r=−0.56), جنس (P=0.20) و وضعیت ویژه ناش (P=0.46), بعد خانوادگی (P=0.12) و نوع ساختار خانواده (P=0.10) با HbA1c یافت شد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن بود که حمایت خانواده شرکت کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 می‌شود. لذا پیشنهاد می‌گردد اعضا خانواده بیماران دیابتی به عنوان عضوی از تیم درمان در برنامه درمانی این بیماران مشارکت داده شوند.

واژگان کلیدی: حمایت خانواده، دیابت نوع 2، کنترل قند خون

1. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
2. گروه بهداشت و ایمنی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی اسلامشهر
3. کارشناسی رشته تحقیقاتی گروه متابولیسم و دانشگاه علوم پزشکی تهران
4. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد کرج

*نشانی: تهران، خیابان کریم خان، خیابان استاد نجات الله، کوچه ارشد، پلاک 8، تلفن: 891434587484، شماره پستی: 68-889-889423، پست

کلیه ثبت:

communityhn@yahoo.com

کارخانه: 788/13

تاریخ دریافت: 788/13

تاریخ پذیرش: 788/12
مقدمه

تحقیقات نشان می‌دهد که کنترل مناسب فند خون سبب تاخیر در شروع و پیشرفت عوارض ناشی از این بیماری می‌شود.[8] بنابراین شامل عوامل موثر بر بهبود کنترل FQD در این بیماران بسیار مهم می‌باشد.[9]

کنترل FQD در این بیماران تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله اجتماعی و سزایی‌برداری می‌باشد. این اجتماعی و سزایی‌برداری همچنین بر اساس اجماع کنترل FQD تاثیر دارد.[10] در این میان بیماران خانواده به عنوان یکی از مهم‌ترین منابع اجتماعی، بیشترین میزان تاثیر را بر کنترل FQD دارد.[11] چرا که یکی از این موارد، اتفاقاتی از میان خانواده است.[12]

در این راستا، نتایج تحقیقاتی که با تقلیدی که در تحقیقات داخل کانوی خانواده در 78 دانشگاه جهانی[1] به اساس گزارش سازمان بهبود جهانی بهبودی در حال حاضر دیابت در بیماران سبز با تغییر یافته است، تبدیل به بیماری ایپیدمیک شده است.[1] در این بیماری سازمان بهبود جهانی، تعداد میلیون‌ها از این بیماران در سال 2000، 171 میلیون نفر بوده است. در کشور ایران نیز این گزارش در مطالعه‌های متعدد و انجام شده است.[2] در این بیماری، ایپیدمیک می‌باشد که به دیابت یکی از اهمیت بهترین دیابت می‌باشد.[3] این ایپیدمیک بیماری دیابت، به طوری که از هر 5 فرد بالای 30 سال کنترل بیماری نشان دهند. این میزان کنترل نشان دهنده که در این بیماری در سالیانه 98 نفر به دیابت مبتلا می‌شوند. این آمار نشان می‌دهد که در این بیماری دیابت نیز سبب از کشورها در سال‌های 5 تا 10 نا کاهش یافته و تعداد بیماران که به دیابت مبتلا در بیمارستان‌های می‌شود نسبت به سایر بیماری‌ها می‌باشد.[4] مزمن در 2/3 برای پیش‌بینی دیابت در بیماری تحقیقات عوارض و هزینه‌های بالایی درم را در این بیماری نشان می‌دهد.[5]

پیش‌بینی می‌تواند به‌عنوان یکی از اهمیت‌ترین اهداف در درمان این بیماری، بسیار مهم‌ترین مسئله باشد به دلیل کاهش حمایت و تقویت بیماران در درمان و ایجاد امیدواری است. این تأثیر با پیشرفت حمایت و کنترل FQD در این بیماران بسیار مهم می‌باشد.[6] این بیماری با توجه به موقعیت، منحصر به فرد خانواده‌های ایرانی و فرهنگ حاکم بر آن، پژوهشگر باید تا در این مورد کمک نشانده است. لذا پژوهشگر باید با توجه به وضعیت حمایت و کنترل FQD در این بیماران کانوی خانواده به دیابت در 2 انجام داده و ایجاد است. این تأثیر با پیشرفت حمایت و کنترل FQD در این بیماران به دیابت حمایت می‌باشد و این بیماری با توجه به موقعیت منحصر به فرد خانواده‌های ایرانی می‌باشد. این نشانگر خلاصه گردیده‌ای است که به‌عنوان نماینده بیماران دیابتی کمک کند.
روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-همیشه‌گیری بود که تعداد
330 نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 مراجعه کننده به
استیت، دندانپزشکی، و بهداشت و سلامت در دانشگاه علوم
پزشکی ایران، جامعه این پژوهش در این دانشگاه تشکیل شد. این
مطالعه یک پژوهش دیابت مبتلا به دیابت نوع 2 در 30
سال از زمان تشخیص ابتلا به دیابت نوع 2 درمان بیماری
با فرصت‌های خوراکی، انسولین یا دو و میان‌های حذف
بیماران از مطالعه شامل نظام غذایی و دوچرخه سواری
دایت ماهن práکلیفی، ناتینیا، دایتی، دایت ماهن práکلیفی، صعب‌العلج ماهن práکلیفی، ... ابتلا به بیماری‌های
همگونی‌های بیماری‌های که بر هم‌وزن مولکول‌های ناشتاختر مانند ابتلا به انواع آمریکایی، همگونی‌های بیماری‌های
کلیه ... سالمینی و ابتلا به انواع بیماری‌هایی که بر درک یا
دریافت حفاظت بیمار از یک درمان نوشته گزارش بود مانند ابتلا به
انواع بیماری‌های روایی دایت ابتلا استفاده می‌کند بود.
این مطالعه در کمیته آلالگی در پژوهش دانشگاه علوم
پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران مورد تاپیه قرار
گرفت.

بیماران نمونه‌برداری شده در این پژوهش پزشک‌های بود که
توسط واحدهای دیابتی پژوهش به صورت گزارش فردی
تکمیل شد. این پژوهش به دیابت اصلی بود در
بخش اول اطلاعات فردی از افراد شرکت نمی‌شد. ضمناً,
شغل (بیمار، دکتر، خانم، دانشجوی، ... سطح تحصیلات
(پزشک، زیست‌شناسی، دیپلم، دانشگاهی)، و وضعیت تاهل
(مجرد، مراهel، بیوه، مطلوقه). تعداد واحدهای
ساختار خانواده (هسته‌های، زندگی زوجین و افراد مجرد
در هم‌سازی، هسته‌های زوجین و زندگی زوجین سالم بر
پک‌پیکر، ستاره‌های زندگی چهار کتاب یکپارچه، گسترش;
نوبت بازگشایی در محدودیت خواندن با دیل می‌گردد. طاقب
با نوع شغل و زندگی به تنهایی، نوبت درمان (دوختنه،
اسکی، هدف). طول مدت ابتلا به بیماری، وضعیت
اقتصادی (عکس، خوب، متوسط، ضعیف) بررسی شد.
در پرسش‌ها، حمام خانواده ای بیمار
استادان در حمامات اجتماعی از بیماران دیابتی - مختص کننده به دیابت نوع 2. در سال
1387 (دورة 1387؛ دوره یک)
دریافت کرده بودند. همچنین میزان همگونی‌گی لیکوژینه اکثر واحدهای مورد پژوهش (۴/۱۹٪) بیش از ۷۴ درصد داشتند.

نتایج آزمون توزیع سنتیک معکوس میزان همگونی لیکوژینه با نشان داد به طوری که درصد افزایش یافته یک‌نفره در میزان همگونی لیکوژینه تنیده به ترتیب افزایش یافته در هر از جنوب مصرف همگونی‌گی لیکوژینه

تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از کل ۳۳۰ نفر بیمار دایزی، ۴/۷۶٪ زن و ۵/۲۴٪ مرد بودند. ۴۷/۳٪ زیرمیلیم مورد پژوهش ۴۹/۶۵٪ دهان بود و ۵/۲۴٪ میانگین سنی ۵۶/۵۸/۱۱/۱۹۴/۷۵/۵۵/۵۰/۵۵ سال قرار داشتند. میانگین اختلاف‌ها با بیماران ۳۸/۷ و بیش از ۱۹/۵٪ در گروه سنی ۵۰–۶۰ سال قرار داشتند. میانگین اختلاف‌های مصرف همگونی لیکوژینه ۵/۵۵ بود. سایر مشخصات

در جدول ۳ خلاصه شده است.

پیش‌بینی‌ها این پژوهش نشان داد که اکثر واحدهای مورد

پژوهش (۴۳/۵٪). مصرف همگونی‌گی لیکوژینه در جدول ۱

شده است.

یافته‌ها این پژوهش نشان داد که اکثر واحدهای مورد

پژوهش (۴۳/۵٪). مصرف همگونی‌گی لیکوژینه در جدول ۱

شده است.
جدول 1- اطلاعات دموکراتیک واحدهای مورد پژوهش (۲۳-۰)

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>مطلب تحصیلات</th>
<th>تعداد (درصد)</th>
<th>تعیین</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>بیسواد</td>
<td></td>
<td>۲۲۰/۲</td>
<td>۵۱</td>
</tr>
<tr>
<td>زیر دیپلم</td>
<td></td>
<td>۲۴۰/۶</td>
<td>۹۸</td>
</tr>
<tr>
<td>دیپلم</td>
<td></td>
<td>۲۰۱/۷</td>
<td>۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>دانشگاهی</td>
<td></td>
<td>۳۱۰/۵</td>
<td>۳۱</td>
</tr>
</tbody>
</table>

وضعیت اشتغال

<table>
<thead>
<tr>
<th>وضعیت تاهل</th>
<th></th>
<th>۴۲/۸۳</th>
<th>۴۲</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>شاغل</td>
<td></td>
<td>۴/۱۷</td>
<td>۴</td>
</tr>
<tr>
<td>بیکار</td>
<td></td>
<td>۱۸۶/۸۰/۹</td>
<td>۱۳۱</td>
</tr>
<tr>
<td>خانه دار</td>
<td></td>
<td>۳۹/۱۵/۷</td>
<td>۱۳۱</td>
</tr>
<tr>
<td>بازنشسته</td>
<td></td>
<td>۴/۱۷</td>
<td>۴</td>
</tr>
</tbody>
</table>

وضعیت اقتصادی

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع درمان</th>
<th></th>
<th>۱۵۵/۱۶/۸</th>
<th>۱۵۵</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>خوب</td>
<td></td>
<td>۳۱/۲۶/۵</td>
<td>۳۱</td>
</tr>
<tr>
<td>ضعیف</td>
<td></td>
<td>۳۵/۱۸/۲</td>
<td>۳۵</td>
</tr>
<tr>
<td>توزینی</td>
<td></td>
<td>۴۴/۱۱/۴</td>
<td>۴۴</td>
</tr>
</tbody>
</table>

نوع خانواده

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع خانواده</th>
<th></th>
<th>۱۲۶/۵۴/۸</th>
<th>۱۲۶</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>همسایه</td>
<td></td>
<td>۴۲/۱۸۳</td>
<td>۴۲</td>
</tr>
<tr>
<td>همسایه ناشی</td>
<td></td>
<td>۳۳/۱۰۰</td>
<td>۳۳</td>
</tr>
<tr>
<td>گسترده</td>
<td></td>
<td>۲۱/۹/۱</td>
<td>۲۱</td>
</tr>
<tr>
<td>گسته</td>
<td></td>
<td>۱۷/۷/۴</td>
<td>۱۷</td>
</tr>
</tbody>
</table>

حداقل و حداکثر سن (سال)

<table>
<thead>
<tr>
<th>حداقل و حداکثر سن (سال)</th>
<th></th>
<th>۳۴-۸۵</th>
<th>۳۴-۸۵</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>حداکثر حداکثر طول مدت ابتلا به دیابت (سال)</td>
<td></td>
<td>۱-۴۵</td>
<td>۱-۴۵</td>
</tr>
<tr>
<td>حداقل و حداکثر تعداد اعضاء خانواده (نفر)</td>
<td></td>
<td>۲-۱۱</td>
<td>۲-۱۱</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول ۲- توزیع فراوانی میزان حمایت خانواده واحدهای مور، پژوهش بر حسب چگونگی کنترل شدن فرد خون

<table>
<thead>
<tr>
<th>کنترل فرد خون</th>
<th>جمع</th>
<th>مطلوب</th>
<th>نامطلوب</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HbA1c ≥ 4/3</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۳۴</td>
<td>۶۶</td>
</tr>
<tr>
<td>HbA1c ≤ 4/3</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۳۶</td>
<td>۶۴</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>۲۰۰</td>
<td>۳۰</td>
<td>۱۷۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

در مطالعات دیگر نیز از جمله تحقیقی که توسط همکارانی و Ilias و همکارانش انجام شد همین این نتیجه بدست آمده است [۱۶]، همکارانش نشان دادند که حمایت خانواده اگرچه سبب بهبود رعایت برنامه‌های خود مراقبتی باشد، ولی بیشتر از برنامه‌های خود مراقبتی به طور انرژیک سبب کنترل بهتر قند خون نمی‌شود [۱۹].

جدول ۳- ارتباط بین حمایت خانواده و مشخصات دموگرافیک بیماران

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>P-value</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن*</td>
<td>۰/۰۴</td>
</tr>
<tr>
<td>جنس*</td>
<td>۰/۰۶</td>
</tr>
<tr>
<td>وضعیت ناهل*</td>
<td>&lt;۰/۰۱</td>
</tr>
<tr>
<td>بعد خانار</td>
<td>۰/۰۶</td>
</tr>
<tr>
<td>نوع خانواده*</td>
<td>&lt;۰/۰۱</td>
</tr>
<tr>
<td>رسم تحصیلات</td>
<td>۰/۱۴</td>
</tr>
<tr>
<td>وضعیت اشغال</td>
<td>۰/۱۴</td>
</tr>
<tr>
<td>وضعیت اقتصادی</td>
<td>۰/۳۷</td>
</tr>
<tr>
<td>نوع درمان</td>
<td>۰/۸۸</td>
</tr>
<tr>
<td>طول مدت ابتلا به بیماری</td>
<td>Chi-square</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| بر اساس آزمون | ارتباط معنی‌دار P<۰/۰۵ در جمله تحقیقی که توسط همکارانی و Ilias و همکارانش انجام شد، همین
ین نتیجه بدست آمده است [۱۶]، همکارانش نشان دادند که حمایت خانواده اگرچه سبب بهبود رعایت برنامه‌های خود مراقبتی باشد، ولی بیشتر از برنامه‌های خود مراقبتی به طور انرژیک سبب کنترل بهتر قند خون نمی‌شود [۱۹].

بحث

دبایت بیماران مردمی است که تمامی ابعاد زندگی فرد را درگیر کرده و درمان آن، نیازمند تغییرات اساسی در شیوه زندگی بیمار می‌باشد. این چنین تغییرات عمدها تحت تأثیر شبکه اجتماعی بیماران بیمار به ویژه خانواده می‌باشند [۱۸]. هدف از این مطالعه مفتوح است ارتباط حمایت خانواده و کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. بیان‌های این پژوهش نشان دهد، وجود ارتباط بسیار چشمه‌برهنه میان حمایت خانواده و کنترل قند خون بود، به طوری که بیمارانی که حمایت بیشتری را از جانب شبکه خانواده خود دریافت کرده بودند، کنترل مناسبتر قند خون داشتند [۱۸،۱۹،۲۰].
پراحاوس یافته‌های این پژوهش؛ مردان بیش از زنان از ماتیکونی (Dai) و همکاران 

از جای‌های خانواده حمایت شده بودند. مطالعه معنی‌دار است که 

زنان عضوی در مراقبت از طبیعت شده‌اند. 

و برای آنان مشکلی به داشتن ایشان خود را آرزوی 

Wong 

کندر و همکاران مراقبت‌بردار-اسپشید [27]. 

پراحاوس یافته‌های این پژوهش بود که از همسر خود به صورت 

غیرعملکردی معلولان، زنان به کمک خود و همچنین خرد 

روش‌های بهداشتی به صورت فعال از همسر خواسته کرد 

و انگیزه‌های از این طرف، زندگی همسرشان سریعتر از سازگاری 

معنی‌دار است [29]. 

یافته‌های این پژوهش حاکی از این بود که افراد متأهل بیش 

از سایر گروه‌های حمایت کرده بودند. اگر چه 

محققینی مانند Suppapitiporn و همکارانش هیچ ارتباطی 

بين حمایت خانواده و تاثیر نیاز تنارندند [26] و لی 

و همکارها در تحقیقات خود نشان دادند که 

براساس یافته‌های این پژوهش، مردان بیش از زنان از 

جای‌های خانواده حمایت شده بودند. مطالعه معنی‌دار است که 

زنان عضوی در مراقبت از طبیعت شده‌اند. 

و برای آنان مشکلی به داشتن ایشان خود را آرزوی 

Wong 

کندر و همکاران مراقبت‌بردار-اسپشید [27]. 

پراحاوس یافته‌های این پژوهش بود که از همسر خود به صورت 

غیرعملکردی معلولان، زنان به کمک خود و همچنین خرد 

روش‌های بهداشتی به صورت فعال از همسر خواسته کرد 

و انگیزه‌های از این طرف، زندگی همسرشان سریعتر از سازگاری 

معنی‌دار است [29]. 

یافته‌های این پژوهش حاکی از این بود که افراد متأهل بیش 

از سایر گروه‌های حمایت کرده بودند. اگر چه 

محققینی مانند Suppapitiporn و همکارانش هیچ ارتباطی 

بين حمایت خانواده و تاثیر نیاز تنارندند [26] و لی 

و همکارها در تحقیقات خود نشان دادند که
روجی مراقبت و توجه به یکدیگر را در اعضای خانواده مختل می‌نماید. حال حاضر، این معنا ندارد که به مراقبت که بر می‌آید در زمان اعضای خانواده، باید به شرطی جدید موجب سازگاری شده و قادر می‌شوند همچنان باقی بمانند. از سوی دیگر با استفاده از فرآیند و ترکیب ملزم توسط آنان، وزن و وزن‌نگاری‌های سیستم‌ها مانند تریب‌فران و تامین ورودی، تحرک زیاد و انکار معتمد مربوط به خانواده رهایی یافته از و یکدیگر نیز حمایت بیشتری می‌کنند.

یافته‌ها نشان داد افرادی که به تنهایی زندگی می‌کنند با کمترین میزان حمایت از جانب خانواده برخورد همکاری می‌کنند. Ki Kim با معتقد است که زندگی به تنهایی لزوم به معنای کاهش میزان حمایت دردناک می‌باشد ولی نه زندگی کردن مسترس به انواع حمایت را محدود کرده‌اند. در این مطالعه بین حمایت خانواده و سطح تحصیلات، طول مدت ابتدایی به بیماری دیابت و وضعیت اقتصادی ارتباطی وجود نداشت که با یافته‌های پژوهش و Iliaas همکاران مشابکی دارد. (18)

سیاستگرایی
این مقاله نتیجه مطالعه تمیزی با شماره قرارداد ۱۱۰۱۵۷۱۴۴۴۴ مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران می‌باشد و هزینه‌های آن از سوی مرکز مالک برداخته می‌گردد است. نویسندگان مقاله مراقب ترک و قدرتی خود را از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی ایران، پسنت انتخاب شدند و مالک این دانشگاه علوم پزشکی ایران و از حمایت‌های یه‌بردیغ استفاده و گزارش جابجایی دقیق دکتر سلیمی، دکتر فیضی و همچنان از کلیه بیماران به شکلی در این پژوهش نویسندگان را در کسب نتایج حاصله پایی نمودند، اعلام می‌داشند.

است ناشی از این مساله باشد که ابتلا یکی از اعضای خانواده به بیماری مزمن از نظر بیمار و استرس در این موقعیت به شدت به مرور زمان اعضای خانواده با شرایط جدید بیمار سازگاری سپرده و قادر می‌شوند که حمایت‌های لازم را به بیمار خود ارائه دهند. همچنین در سال‌های اخیر این ابزار به بیماری می‌تواند است که اعضای خانواده اطلاعات چندانی در مورد ماهیت بیماری نداشته باشند و ندانند که عضو بیمار خانواده نیازمند دریافت حمایت از جانب آنان می‌باشد.

از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش مقطعی بودن مطالعه و عدم توانایی برای تعیین روابط علمی و معنی‌طلبی بودن این وابستگی به دلیل نشان‌گزاری حمایت خانواده در بهبود کنترل خون بیماران دیابتی نمی‌تواند یک پیشنوازان می‌شود که مراقبت‌های حمایتی، خانواده را نیز در درمان این بیماران مشارکت دهنده. به عنوان مثال، خانواده‌ای بیماران نیز در جلسات آموزشی حضور داشته باشد و تشویق شوند که نقش فعال‌تری در درمان بیماران خود داشته باشند.


3- هاریپور، بیماری های غدد و منابعیم. ترجمه امیر ابراهیم صفرزاده، خسرو سیخانیان. تهران: نسل فردایا. 1384.

4- عرزی، فردیند. مطالعه کننده بیماری تهران. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. 1370.


12- Shaw BA, Gallant MP, Jacome MR, Spokane LS. Assessing sources of support for diabetes self-care in urban and rural underserved communities. *J Community Health* 2006; 31(5): 393-408.


22- تاجورد، مریم. بهداشت سالمندان و موردنی بر جنگه‌های مختلف زندگی آنان. تهران: نسل فردایا. 1382.


30- تكامل، مصطفى محمد، محيːنی، مریم؛ آثاری، شروین؛ تولایی، عباس. رضااینمدی روابط خانوادگی از دیدگاه زوجین دیابتی و غیردیابتی. مجله دیابت و لیپید، ایران ۱۳۸۳، دوره ۴ (شماره ۲)

