

بررسی ارتباط حمایت خانواده و کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

شیوا حیدری^{۱*}، مریم نوری تاجر^۲، فاطمه شیرازی^۱، مهناز سنجری^۳، مهناز شوقی^۴، صدیقه سالمی^۱

چکیده

مقدمه: از آنجایی که بخش عمده‌ای از مراقبت از بیماران دیابتی در منزل و در داخل محیط 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 ۲ انجام شد.

روش‌ها: در این پژوهش توصیفی-همبستگی، تعداد ۲۳۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران به صورت تصادفی انتخاب و اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌ای که شامل دو بخش، فرم اطلاعات فردی و ابزار استاندارد "حمایت اجتماعی از بیماران دیابتی- نسخه خانواده" بود جمع‌آوری گردید و جهت بررسی چگونگی کنترل قند خون نیز از شاخص HbA_{1c} استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کای دو و پی‌رسون از طریق نرم افزار SPSS ویرایش ۱۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: آزمون آماری پی‌رسون، همبستگی معکوس معنی‌داری را بین حمایت خانواده و HbA_{1c} نشان داد ($P < 0/0001$)، $r = -0/56$). همچنین یافته‌ها نشان‌دهنده وجود ارتباط معنی‌دار بین حمایت خانواده و متغیرهای سن ($P = 0/04$)، جنس ($P = 0/02$)، وضعیت تاهل ($P < 0/0001$)، بعد خانوار ($P = 0/003$) و نوع ساختار خانواده ($P < 0/0001$) بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن بود که حمایت خانواده سبب بهبود کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌شود. لذا پیشنهاد می‌گردد اعضای خانواده بیماران دیابتی به عنوان عضوی از تیم درمان در برنامه درمانی این بیماران مشارکت داده شوند.

واژگان کلیدی: حمایت خانواده، دیابت نوع ۲، کنترل قند خون

- ۱- دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
- ۲- گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی اسلامشهر
- ۳- کارشناس مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۴- دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد کرج

* **نشانی:** تهران، خیابان کریم خان، خیابان استاد نجات‌اللهی، کوچه ارشد، پلاک ۸، تلفن ۰۹۱۴۳۴۵۸۲۸۴، شماره ۰۲۱-۸۸۹۰۶۲۹۳، پست

الکترونیک: communityhn@yahoo.com

مقدمه

در پی صنعتی شدن کشورها در قرن ۲۱، افزایش امید به زندگی و تغییر در شیوه زندگی، الگوی بیماری‌ها از بیماری‌های حاد به سمت بیماری‌های مزمنی مانند دیابت تغییر یافته است. در حال حاضر دیابت در بیشتر کشورها تبدیل به بیماری اپیدمیک شده است [۱]. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، تعداد مبتلایان به این بیماری در سال ۲۰۰۰، ۱۷۱ میلیون نفر بوده است که در صورت عدم بکارگیری راهبردهای مناسب، پیشگیری و درمان، این میزان در سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶ میلیون نفر افزایش خواهد یافت [۲]. با این که شیوع هر دو نوع دیابت ملیتوس ۱ و ۲ در سراسر جهان در حال افزایش می‌باشد، اما انتظار می‌رود که شیوع دیابت نوع ۲ با توجه به افزایش شیوع کم‌حرکی و چاقی با سرعت بیشتری افزایش یابد [۳]. سهم کشور ایران نیز بر اساس نتایج مرحله دوم مطالعه قند و لیپید تهران در سال ۱۳۸۰، ۳/۵ میلیون نفر تخمین زده می‌شود، به طوری که از هر ۵ فرد بالای ۳۰ سال یک نفر مبتلا به دیابت یا دچار اختلال تحمل گلوکز است [۴].

دیابت از بیماری‌های پرهزینه بوده و در بسیاری از کشورها در سنین ۷۰-۲۰ سالگی علت اصلی کوری و سردسته علل قطع عضو و نارسایی مزمن کلیه محسوب می‌شود [۳]. در اثر این بیماری، امید به زندگی در بیماران میانسال ۵ تا ۱۰ سال کاهش یافته و تعداد بیمارانی که به علت دیابت در بیمارستان بستری می‌شوند نسبت به سایر بیماری‌های مزمن ۲/۴ برابر می‌باشد [۵].

پیشرفت عوارض و هزینه‌های بالای درمان در این بیماران عمدتاً ناشی از کنترل نامناسب گلوکز خون می‌باشد [۶]. بنابراین، یکی از مهم‌ترین اهداف در درمان این بیماران، دستیابی به کنترل مناسب قندخون می‌باشد. شاخص مهم کنترل گلوکز در این بیماران، هموگلوبین گلیکوزیله یا (HbA_{1c}) بوده و در واقع بهترین هدف در کنترل و درمان بیماری دیابت حفظ میزان هموگلوبین گلیکوزیله در محدوده طبیعی می‌باشد. این شاخص برخلاف دیگر شاخص‌ها، تحت تاثیر نوسانات روزانه قندخون قرار نمی‌گیرد [۷].

تحقیقات نشان می‌دهد که کنترل مناسب قند خون سبب تاخیر در شروع و پیشرفت عوارض ناشی از این بیماری می‌شود [۸]. بنابراین شناسایی عوامل موثر بر بهبود کنترل قند خون در این بیماران بسیار مهم می‌باشد [۹].

کنترل قندخون در این بیماران تحت تاثیر عوامل مختلفی از قبیل عوامل زیستی، روانی-اجتماعی و حمایت اجتماعی است [۱۰] که در این میان حمایت خانواده به عنوان یکی از مهمترین منابع حمایت اجتماعی، بیشترین میزان تاثیر را بر کنترل قند خون دارد [۱۱] چرا که بخش عمده‌ای از مراقبت از این بیماران در منزل و در داخل کانون خانواده انجام می‌شود [۱۲].

نتایج تحقیقاتی که Wen و همکارانش در تگزاس انجام دادند، نشان داد که زندگی با اعضای خانواده و دریافت حمایت از جانب آنان، سبب ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در زمینه ورزش و رژیم غذایی شده و در نتیجه این بی‌بیماران توانستند قندخون خود را به نحو مطلوبی کنترل کنند [۱۳]. نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهند که دریافت حمایت اجتماعی به خصوص از جانب خانواده، میزان بهبودی و سازگاری با بیماری‌های مزمنی مانند دیابت را تسهیل کرده و در نتیجه موجب رعایت بهتر رژیم درمانی و کنترل مناسب قند خون شود [۱۴].

با توجه به اینکه در مورد ارتباط حمایت خانواده و کنترل قند خون، تحقیقات کمی در مورد بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شده است و اکثر تحقیقات انجام شده در این زمینه، بیشتر در کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ بوده [۱۵-۱۷] و در کشور ایران نیز با توجه به ویژگی‌های منحصر به فرد خانواده‌های ایرانی و فرهنگ حاکم بر آن، پژوهش‌چندانی در این مورد گزارش نشده است، لذا پژوهشگر بر آن شد تا تحقیقی با هدف کلی بررسی ارتباط حمایت خانواده و کنترل قندخون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام داده و امیدوار است که یافته‌های این مطالعه بتواند به تعیین جایگاه خانواده در کنترل قندخون بیماران دیابتی کمک کند.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - همبستگی بود که تعداد ۲۳۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران، جامعه این پژوهش را تشکیل دادند. معیارهای پذیرش بیماران جهت ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن سن ۳۰ سال و بالاتر، گذشت حداقل یک سال از زمان تشخیص ابتلا به دیابت نوع ۲، درمان بیماری با قرص‌های خوراکی، انسولین یا هر دو و معیارهای حذف بیماران از مطالعه شامل ابتلا به عوارض ناشی از بیماری دیابت مانند نارسایی کلیه، نابینایی...، ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج مانند سرطان، ...، ابتلاء به انواع بیماری‌هایی که بر میزان هموگلوبین‌گلیکوزیله تاثیرگذار هستند مانند ابتلا به انواع آنمی‌ها، هموگلوبینوپاتی‌ها، اورمی، نارسایی کلیه...، حاملگی و ابتلا به انواع بیماری‌هایی که بر درک یا دریافت حمایت بیمار از خانواده تاثیرگذار بود مانند ابتلا به انواع بیماری‌های روانی یا داشتن اعتیاد به مواد مخدر بود.

این مطالعه در کمیته اخلاق در پژوهش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران مورد تایید قرار گرفت.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه‌ای بود که توسط واحدهای مورد پژوهش به صورت گزارش فردی تکمیل شد. این پرسشنامه دارای دو بخش اصلی بود. در بخش اول اطلاعات فردی افراد شامل سن، جنس، شغل (بیکار، شاغل، خانه‌دار، بازنشسته)، سطح تحصیلات (بی‌سواد، زیردیپلم، دیپلم، دانشگاهی)، وضعیت تاهل (مجرد، متأهل، بیوه، مطلقه)، تعداد اعضای خانواده، نوع ساختار خانواده (هسته‌ای؛ زندگی زوجین با فرزندان مجرد در کنار هم، هسته‌ای ثانویه؛ زندگی زوجین سالمند با یکدیگر، گسترده؛ زندگی ۳ نسل در کنار یکدیگر، گسترده؛ نبود یکی از زوجین در محیط خانواده به دلیل مرگ، طلاق یا نوع شغل و زندگی به تنهایی)، نوع درمان (خوراکی، انسولین، هردو)، طول مدت ابتلا به بیماری، وضعیت اقتصادی (عالی، خوب، متوسط، ضعیف) بررسی شد.

در بخش دوم پرسشنامه، حمایت خانواده با استفاده از ابزار استاندارد "حمایت اجتماعی از بیماران دیابتی - مختص

خانواده" سنجیده شد. این پرسشنامه توسط Greca در سال ۲۰۰۲ برای بررسی حمایت دریافتی نوجوانان ۱۸-۱۳ ساله مبتلا به دیابت نوع ۱ طراحی شده بود که پس از مکاتبات اینترنتی و دریافت پرسشنامه از سازنده ابزار و بازنگری سوالات، این پرسشنامه برای بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع ۲ استفاده شد. تعداد سوالات این پرسشنامه پس از بازنگری، از ۵۲ سوال اولیه پرسشنامه، به ۵۱ سوال کاهش یافت. این پرسشنامه به صورت کلی میزان دریافت و درک بیمار از حمایت‌های ابزاری، اطلاعاتی، عاطفی و احساس تعلق خانواده را در ۴ زمینه خودمراقبتی شامل مصرف دارو، آزمایش قندخون، رژیم غذایی و ورزش ارزیابی کرد. سوالات براساس مقیاس لیکرت، ۵ گزینه‌ای از هرگز (یک امتیاز) تا همیشه (پنج امتیاز) درجه‌بندی شده و یک گزینه دیگر نیز به صورت "موردی ندارد" برای بیمارانی که موردی برای پاسخ‌گویی به آن سوالات نداشتند، در نظر گرفته شده بود که این گزینه هیچ امتیازی نداشت و در تجزیه و تحلیل آماری محاسبه نشد. دامنه امتیازات مجموع سوالات از ۵۱ تا ۲۰۴ بوده و بیشترین امتیاز نشان دهنده بیشترین میزان حمایت خانواده از بیمار مبتلا به دیابت بود. پایانی علمی ابزار از طریق پایانی محتوی سنجیده شد. به این منظور پس از ترجمه ابزار و اخذ نظرات اساتید، در اختیار ده نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار گرفت و پس از جمع‌آوری و اعمال نظرات آنان، ابزار نهایی تهیه و جهت آخرین بررسی در کمیته مشاوره امور پژوهشی مطرح گردید و درخاتمه استفاده از ابزار توسط این کمیته مورد تایید قرار گرفت.

جهت تعیین روایی علمی ابزار از روش آزمون-آزمون مجدد استفاده شد. به این منظور طبق نظر متخصص آمار، پرسشنامه‌ها توسط ۱۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، تکمیل شد. پس از گذشت ۱۰ روز، پرسشنامه‌ها مجدداً جهت پاسخگویی در اختیار همان بیماران قرار گرفت و سپس ضریب همبستگی بین دو دسته داده‌های به دست آمده محاسبه و ۰/۹۶ به دست آمد.

دریافت کرده بودند. همچنین میزان هموگلوبین گلیکوزیله اکثر واحدهای مورد پژوهش (۵۷/۴٪)، بیش از ۴/۳ درصد بود.

نتایج آزمون پیرسون، همبستگی معکوس معنی داری را بین حمایت خانواده و میزان هموگلوبین گلیکوزیله نشان داد به طوری که ۶۹/۱٪ افرادی که حمایت بیشتری را از جانب اعضای خانواده دریافت کرده بودند هموگلوبین گلیکوزیله کمتری داشتند ($r = -0/56, P < 0/0001$).

جدول ۲ توزیع فراوانی میزان حمایت خانواده واحدهای مورد پژوهش بر حسب چگونگی کنترل شدن قند خون را نشان می دهد.

نتایج آزمون Chi-square، ارتباط معنی داری را بین حمایت خانواده و سن نشان داد به طوری که گروه های سنی بالاتر از ۷۰ سال بیشترین میزان حمایت را از سوی خانواده دریافت و درک کرده بودند ($P = 0/04$)، البته این ارتباط براساس آزمون آماری پیرسون غیرخطی بود ($P = 0/36, r = -0/06$).

همچنین یافته های این پژوهش نشان داد که مردان با ۵۳/۳٪، بیشترین میزان حمایت را دریافت کردند. سایر یافته ها حاکی از آن بود که متاهلین با ۵۰٪، دریافت کننده بیشترین میزان حمایت بودند ($P < 0/0001$)، در حالی که افراد مطلقه و پس از آن افراد بیوه، کمترین میزان حمایت را از جانب خانواده درک و دریافت کرده بودند.

نتایج آزمون آماری Chi-square ارتباط معنی داری را بین حمایت خانواده و تعداد اعضای خانواده نشان داد به طوری که اکثر افرادی (۵۸/۳٪) که بعد خانوار بزرگتری (۸-۱۱ نفر) داشتند، بیشترین میزان حمایت را دریافت کرده بودند ($P = 0/03$). این ارتباط براساس آزمون آماری پیرسون خطی بود ($r = 0/13, P = 0/04$).

ارتباط بین حمایت خانواده و سایر متغیرهای دموگرافیکی در جدول ۳ خلاصه شده است.

روش نمونه گیری در این پژوهش به صورت تصادفی و مستمر بود. به این ترتیب که پژوهشگر در روزهای مختلف هفته به صورت مستمر به انستیتو غدد درون ریز و متابولیسم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران مراجعه کرده و بعد از انتخاب تصادفی واحدهای مورد پژوهش واجد شرایط، خود را به آنها معرفی و هدف از انجام پژوهش را بیان نموده و پس از کسب رضایت نامه کتبی و دادن اطمینان به آنها در مورد حفظ اطلاعات مندرج در پرسشنامه، پرسشنامه اطلاعات فردی و حمایت خانواده در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار داد.

برای تعیین چگونگی کنترل قند خون از هموگلوبین گلیکوزیله استفاده شد. در آزمایشگاه انستیتو غدد درون ریز و متابولیسم جهت اندازه گیری هموگلوبین گلیکوزیله، از شیوه کروماتوگرافی استفاده شد. بر اساس کیت این آزمایشگاه میزان هموگلوبین گلیکوزیله به دو گروه تقسیم شد به طوری که هموگلوبین گلیکوزیله کمتر از ۴/۳٪ نشان دهنده کنترل مطلوب، و ۴/۴٪ و بیشتر از آن نشان دهنده کنترل نامطلوب بود. جواب آزمایش توسط محقق پیگیری و پس از اطلاع نتیجه آزمایش به بیمار، ضمیمه پرونده بیمار شد.

در نهایت اطلاعات حاصله از پژوهش از طریق نرم افزار SPSS ویرایش ۱۵ با استفاده از آمار توصیفی و شاخص های مرکزی، آزمون های آماری Chi-square و پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

از کل ۲۳۰ نفر بیمار دیابتی، ۶۷/۴٪ زن و بقیه مرد بودند. ۴۲/۶٪ زیردیپلم، ۵۷٪ خانه دار، ۸۰/۹٪ متاهل و میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش $57 \pm 9/65$ سال بود و اکثر بیماران (۳۸/۷٪) در گروه سنی ۵۹-۵۰ سال قرار داشتند. میانگین سال های ابتلا به دیابت $11/93 \pm 8/11$ و میانگین تعداد اعضای خانواده $5/43 \pm 1/61$ بود. سایر مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در جدول ۱ خلاصه شده است.

یافته های این پژوهش نشان داد که اکثر واحدهای مورد پژوهش (۴۳٪)، حمایت متوسطی را از جانب خانواده خود

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش (n= ۲۳۰)

متغیر	(درصد) تعداد
سطح تحصیلات	
بیسواد	۵۱ (۲۲/۲)
زیر دیپلم	۹۸ (۴۲/۶)
دیپلم	۵۰ (۲۱/۷)
دانشگاهی	۳۱ (۱۳/۵)
وضعیت اشتغال	
شاغل	۴۲ (۱۸/۳)
بیکار	۴ (۱/۷)
خانه دار	۱۳۱ (۵۷)
بازنشسته	۵۳ (۲۳)
وضعیت تاهل	
مجرد	۴ (۱/۷)
متاهل	۱۸۶ (۸۰/۹)
بیوه	۳۶ (۱۵/۷)
مطلقه	۴ (۱/۷)
وضعیت اقتصادی	
عالی	۱ (۰/۴)
خوب	۴۱ (۱۷/۸)
متوسط	۱۵۳ (۶۶/۵)
ضعیف	۳۵ (۱۵/۲)
نوع درمان	
خوراکی	۱۵۵ (۶۷/۴)
تزریقی	۳۱ (۱۳/۵)
هر دو	۴۴ (۱۹/۱)
نوع خانواده	
هسته‌ای	۱۲۶ (۵۴/۸)
هسته‌ای ثانویه	۴۲ (۱۸/۳)
گسترده	۲۳ (۱۰)
گسسته	۲۱ (۹/۱)
تنهائی	۱۷ (۷/۴)
حداقل و حداکثر سن (سال)	۳۴-۸۵
حداقل و حداکثر طول مدت ابتلا به دیابت (سال)	۱-۴۵
حداقل و حداکثر تعداد اعضاء خانواده (نفر)	۲-۱۱

جدول ۲- توزیع فراوانی میزان حمایت خانواده واحدهای مورد پژوهش بر حسب چگونگی کنترل شدن قند خون

جمع		نامطلوب HbA _{1c} ≥ ۴/۴		مطلوب HbA _{1c} ≤ ۴/۳		کنترل قندخون
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	حمایت خانواده
۱۰۰	۳۴	۸۸/۲	۳۰	۱۱/۸	۴	کم
۱۰۰	۹۹	۷۲/۷	۷۲	۲۷/۳	۲۷	متوسط
۱۰۰	۹۷	۳۰/۹	۳۰	۶۹/۱	۶۷	زیاد
۱۰۰	۲۳۰	۵۷/۴	۱۳۲	۴۲/۶	۹۸	جمع

جدول ۳- ارتباط بین حمایت خانواده و مشخصات دموگرافیکی بیماران

P-value	متغیر
۰/۰۴	سن*
۰/۰۲	جنس*
<۰/۰۰۰۱	وضعیت تاهل*
۰/۰۰۳	بعد خانوار*
<۰/۰۰۰۱	نوع خانواده*
۰/۱۶	سطح تحصیلات
۰/۱۲	وضعیت اشتغال
۰/۱۴	وضعیت اقتصادی
۰/۷۳	نوع درمان
۰/۰۸	طول مدت ابتلاء به بیماری

* براساس آزمون Chi-square ارتباط معنی دار $P < ۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

بحث

در مطالعات دیگر نیز از جمله تحقیقی که توسط Ilias و همکارانش و Glasgow و همکارانش انجام شد، همین نتیجه بدست آمد [۱۶، ۱۸]. Glasgow بیان می‌کند که حمایت خانواده قوی‌ترین عامل تعیین‌کننده در پیروی از رژیم‌های درمانی توصیه شده در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌باشد [۱۶]. در مقابل این یافته‌ها، Murphy و همکارانش نشان دادند که حمایت خانواده اگرچه سبب بهبود رعایت برنامه‌های خود مراقبتی در بیماران دیابتی می‌شود، ولی تبعیت از برنامه‌های خود مراقبتی به طور اتوماتیک سبب کنترل بهتر قندخون نمی‌شود [۱۹].

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که افراد بالای ۷۰ سال، بیشترین میزان حمایت را از جانب خانواده دریافت کرده بودند. Suppapatipom بیان می‌کند که سالمندان پس

دیابت بیماری مزمنی است که تمامی ابعاد زندگی فرد را درگیر کرده و درمان آن، نیازمند تغییرات اساسی در شیوه زندگی بیمار می‌باشد. این چنین تغییراتی عمدتاً تحت تاثیر شبکه اجتماعی پیرامون بیمار به ویژه خانواده می‌باشد [۱۸]. هدف از این مطالعه مقطعی بررسی ارتباط حمایت خانواده و کنترل قندخون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده وجود ارتباط بسیار چشمگیر بین حمایت خانواده و کنترل قندخون بود، به طوری که بیمارانی که حمایت بیشتری را از جانب شبکه خانواده خود دریافت کرده بودند، کنترل مناسب‌تر قندخون داشتند ($r = -۰/۵۶$ ، $P < ۰/۰۰۰۱$).

ازدواج موفق سبب بهبود تطابق با شرایط بیماری می‌شود [۱۱]. پشتیبانی و حمایت توسط همسر بیمار، مهم‌ترین منبع حمایتی افراد در دوره‌های بیماری می‌باشد [۳۰]. تحقیقات مختلف نشان داده که کنترل بیماری توسط مبتلایان به دیابت در هنگام تضاد با همسرانشان ضعیف‌تر می‌شود. حتی مطرح شده است که کنترل دقیق قندخون بیماران دیابتی، بیش از آنچه به باور خود شخص پیرامون مزایای کنترل صحیح قندخون ارتباط داشته باشد، بیشتر به نگرش همسر بیمار پیرامون این موضوع مرتبط می‌باشد [۳۱]. پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند که افراد مطلقه نسبت به افراد مجرد و بیوه، انواع بیماری‌های روانی و جسمی را بیشتر تجربه می‌کنند و میزان بروز بیماری‌هایی مانند سرطان، بیماری‌های قلبی-عروقی، پنومونی و پر فشاری خون در این افراد بیش از مجردین، متاهلین و حتی بیوه‌ها می‌باشد. برخی از محققین علت این مساله را از دست دادن بزرگترین منبع حمایت اجتماعی؛ یعنی خانواده می‌دانند، چرا که خانواده یا با طلاق زوجین مخالف بوده یا این که در این شرایط خانواده‌های زوجین نیز دچار بحران شده و نمی‌توانند حمایت‌های لازم را ارائه دهند [۳۲].

یافته‌های این پژوهش نشان داد که با بزرگ‌تر شدن بعد خانوار، حمایت دریافتی این بیماران نیز افزایش یافته بود، این در حالی است که Ki Kim معتقد است که بزرگ بودن بعد خانوار لزوماً به معنای افزایش مراقبت و حمایت نبوده و کوچک شدن اندازه خانواده در قرن حاضر به معنای دریافت مراقبت و حمایت کمتر نیست و حتی با کوچک‌تر شدن بعد خانوار، منابع بیشتری به اعضای خانواده اختصاص یافته و احتمال دارد که فرزندان خانواده در آینده حمایت بیشتری را به والدین خود ارائه دهند [۳۳].

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که نوع ساختار خانواده نیز بر میزان حمایت خانواده تاثیر مستقیم دارد. به طوری که خانواده هسته‌ای ثانویه-زوجینی که پس از ترک منزل توسط فرزندان، با یکدیگر زندگی می‌کنند- حمایت بیشتری را دریافت کرده بودند. با وجود تغییر در ساختار خانواده از خانواده وسیع و گسترده به خانواده کوچک و هسته‌ای لزوماً همبستگی و عشق، مودت و

از بازنشستگی اوقات بیشتری را با خانواده سپری می‌کنند که این مساله شاید علت دریافت حمایت بیشتر از جانب خانواده باشد [۲۰]. در مقابل یافته این پژوهش، در تحقیق Jenny، سالمندان دریافت کننده کمترین میزان حمایت بودند [۲۱]. با توجه به شیوع روزافزون جمعیت سالمند در جهان و ایران [۲۲]، افزایش بروز و شیوع دیابت با افزایش سن [۲۳] و شیوع بالای طیف وسیعی از انواع مشکلات در سالمندان مانند نقایص بینایی و شنوایی، اختلالات شناختی، افسردگی، فقدان منابع مالی کافی، محدودیت‌های حرکتی، ایزوله اجتماعی، تهایی و وجود موانع مختلف در خودمراقبتی و رعایت رژیم‌های درمانی شامل موانع روانشناختی، محیطی و فیزیکی، حمایت خانواده می‌تواند در این گروه سنی از بیماران دیابتی حائز اهمیت باشد [۲۴، ۲۵].

براساس یافته‌های این پژوهش، مردان بیش از زنان از جانب خانواده حمایت شده بودند. مطالعه Dai و همکاران نیز همین نتیجه را نشان داد [۲۶]. Graham معتقد است که زنان عموماً دهنده مراقبت در منزل می‌باشند و در واقع آنان واسطه‌ای بین خانواده و سیستم‌های رسمی ارائه‌دهنده مراقبت در جامعه هستند [۲۷]. Kagawa معتقد است که زنان حتی در بدترین شرایط جسمانی نیز تمایل دارند که وظایف خانه‌داری خود را ادامه دهند، چرا که آنها معتقد هستند وظیفه مراقبت از اعضای خانواده به عهده آنان می‌باشد و برای آنان مشکل می‌باشد که نقش‌های اصلی خود را رها کنند و گیرنده مراقبت باشند [۲۸]. یافته‌های تحقیقات Wong نیز نشان داد که برعکس مردان که از همسر خود به صورت غیرفعال حمایت می‌کردند، زنان با تهیه غذا و همچنین خرید مواد غذایی مناسب بیماران دیابتی و تشویق آنان به خوردن غذاهای بهداشتی به صورت فعال از همسر خود حمایت کرده و با تغییرات ناشی از شیوه زندگی همسرشان سریع‌تر سازگار می‌شدند [۲۹].

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که افراد متاهل بیش از سایر گروه‌ها حمایت دریافت کرده بودند. اگرچه محققینی مانند Suppaitiporn و همکارانش هیچ ارتباطی بین حمایت خانواده و تاهل بدست نیاوردند [۲۰]، ولی Trief و همکارانش در تحقیقات خود نشان دادند که

است ناشی از این مساله باشد که ابتلای یکی از اعضای خانواده به بیماری مزمنی مانند دیابت، سبب ایجاد بحران و استرس در خانواده می‌شود که به مرور زمان اعضای خانواده با شرایط جدید بیمار سازگار شده و قادر می‌شوند که حمایت‌های لازم را به بیمار خود ارائه دهند. همچنین در سال‌های ابتدایی ابتلا به بیماری، ممکن 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 علت و معلولی بود، با این وجود به دلیل نقش چشمگیر حمایت خانواده در بهبود کنترل قند خون بیماران دیابتی نوع ۲، پیشنهاد می‌شود که مراقبین بهداشتی، خانواده را نیز در درمان این بیماران مشارکت دهند. به عنوان مثال، خانواده این بیماران نیز در جلسات آموزشی حضور داشته باشند و تشویق شوند که نقش فعال‌تری در درمان بیماران خود داشته باشند.

سپاسگزاری

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی به شماره قرارداد ۵۷۴۷۱۴ مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران می‌باشد و هزینه‌های آن از سوی مرکز مذکور پرداخت گردیده است. نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی ایران، پرسنل انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران و از حمایت‌های بی‌دریغ اساتید بزرگوار جناب آقای دکتر سلیمی، دکتر فیضی و همچنین از کلیه بیمارانی که با شرکت در این پژوهش نویسندگان را در کسب نتایج حاصله یاری نمودند، اعلام می‌دارند.

روحیه مراقبت و توجه به یکدیگر را در اعضای خانواده مختل نساخته است. حتی اگر جوان‌ترها و یا پسران و دختران به دلیل مهاجرت، خانه و کاشانه را ترک کنند، روحیه عشق و مراقبت بین آنها و والدین می‌تواند همچنان باقی بماند [۲۲]. از سوی دیگر با ازدواج فرزندان و ترک منزل توسط آنان، زوجین نیز از مسؤولیت‌های سنگینی مانند تربیت فرزندان، تامین هزینه، تحرک زیاد و افکار متعدد مربوط به خانواده رهایی یافته و از یگدیگر نیز حمایت بیشتری می‌کنند.

یافته‌ها نشان داد افرادی که به تنهایی زندگی می‌کردند از کمترین میزان حمایت از جانب خانواده برخوردار بودند. Ki Kim معتقد است که زندگی به تنهایی لزوماً به معنای کاهش میزان حمایت دریافتی نمی‌باشد ولی تنها زندگی کردن دسترسی به انواع حمایت‌ها را محدود می‌کند [۳۳]. در این مطالعه بین حمایت خانواده و سطح تحصیلات، طول مدت ابتلا به بیماری دیابت و وضعیت اقتصادی ارتباطی وجود نداشت که با یافته‌های پژوهش Ilias و همکارانش مطابقت دارد [۱۸].

هر چند که در این پژوهش، افراد با سطح تحصیلات دانشگاهی حمایت بیشتری را از جانب خانواده دریافت کرده بودند، ولی از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین حمایت خانواده و سطح تحصیلات وجود نداشت که این موضوع می‌تواند ناشی از پایین بودن سطح تحصیلات اکثر واحدهای مورد پژوهش باشد.

همچنین در این پژوهش ارتباطی بین وضعیت اقتصادی و حمایت خانواده به دست نیامد، شاید این مساله ناشی از پیوندهای قوی عاطفی بین اعضای خانواده در فرهنگ ایرانی باشد که خانواده‌ها اعضای خود را در هر وضعیت مالی که باشند، مورد حمایت قرار می‌دهند.

هرچند که بین حمایت خانواده و طول مدت ابتلا به بیماری ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت، ولی یافته‌ها نشان داد که بیماران ۹-۵ سال پس از ابتلا به بیماری، حمایت بیشتری را دریافت کرده بودند. این موضوع ممکن

ماخذ

- 1- Aghamollaie T, Eftekhar H, Shojaeizadeh D, Mohammad K, Nakhjavani M, Ghofrani F. Behavior, metabolic control and health-related quality of life in diabetic patient at Bandar Abbas diabetic clinic. *Iranian J Public Health* 2003; 32(3): 54-59.
- 2- Aghamollaie T, Eftekhar H, Shojaeizadeh D, Mohammad K, Nakhjavani M, Ghofrani F. Effect of a health education program on behavior, HbA_{1c} and health-related quality of life in diabetic patients. *Acta Medica Iranica* 2004; 43(2):89-94.
- ۳- هاریسون، تنسلی راندولف. اصول طب داخلی هاریسون، بیماری‌های غدد و متابولیسم. ترجمه امیر ابراهیم صفرزاده، خسرو سبحانیان، تهران: نسل فردا، ۱۳۸۴.
- ۴- عزیزی، فریدون. مطالعه قند و لیپید تهران. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۳۸۰.
- ۵- جون، لاکمن. درسنامه پرستاری داخلی جراحی ۵. ترجمه پروین برومند خاجانی. تهران: پاییز، ۱۳۸۱.
- 6- Rhee MK, Slocum W, Ziemer DC, Culler SD, Cook CB, Kebbi IM, et al. Patient adherence improves glycemic control. *The Diabetes Edu* 2005; 31(2):240-250.
- 7- King H. WHO and International Diabetes Federation: regional partners. *Bull World Health Orga*. 1999; 77(12):954.
- 8- Williams G, Pickup JC. *Handbook of diabetes*. 2nd edition. New York: Blackwell Science; 1999.
- 9- Houlden R, Jones H. Psychological aspects of diabetes. *Clinical Practice Guideline* 2003:51-53.
- 10- Kelvey JM, Waller DA, North AJ, Marks JF, Schreiner B, Travis LB. Reliability and validity of the diabetes family behavior scale. *Diabetes Edu* 1993; 19(2): 125-135.
- 11- Trief PM, Himes CL, Orendorff F, Weinstock RS. The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2001;24: 1384-1389.
- 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.
- 13- Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, exercise among older Mexican American with type 2 diabetes. *Diabetes Edu* 2004;30(6):980-993.
- 14- Cole BV, Johnson MA, Malone JA, Walker BL. *Family nursing practice*. Philadelphia(WB): Saunders Company; 1998.
- 15- Auslander WC. *Environment influence on diabetes management: family, health system and community context*. In: Haire- Joshu D, ed. Management of diabetes mellitus: Perspective of care across the lifespan. St. Louis: Mosby; 1996:513-526.
- 16- Glasgow RE, Eakin EG. *Issues in diabetes self-management*. In SA Shumaker; EB Schorn, Jk Ockene and WL McBee (Eds), *The Handbook of health behavior change*. New York: Springer, 1998: 435- 461.
- 17- Weihs K, Fisher L. Families and management of chronic disease. Washington, DC, Committee on Health and Behavior, Research Practice and Policy, Institute of Medicine, National Academy of Science. In press.
- 18- Ilias I, Tselebis A, Theotoka I, Hatzimichelakis E. Association of perceived family support through glycemic control in Greek patient managing diabetes with diet alone. *Ethn Dis* 2004;14: 2.
- 19- Murphy Dj, Williamson PS, Nease DE. Supportive family member of diabetic adults. *Fam Prac Res J* 1994; 14:323-331.
- 20- Suppaitiporn S. The family functioning and glycemic control of non-insulin dependent diabetes mellitus. *Chula Med* 2005; 49(5):269-280.
- 21- Jenny JL. Difference in adaptation to diabetes between insulin dependent and non-insulin dependent patient: implications for patient education. *Patient Educ Couns* 1986; 8: 39-50.
- ۲۲- تاجور، مریم. بهداشت سالمندان و مروری بر جنبه‌های مختلف زندگی آنان. تهران: نسل فردا، ۱۳۸۲.
- 23- Mokdad AH, Ford SE, Bowman BA. Diabetes trends in the USA:1990-1998. *Diabetes care* 2000;23: 1278-1283.
- 24- Amaral P. *The special case of compliance in the elderly*. New York: Springer; 1986: 128-157.
- 25- Funnell MM, Merrit HH. *Diabetes mellitus and the older adult*. 2nd edition. St. Louis: Mosby; 1999: 759-780.
- 26- Dai YT. *The effect of family support, Expectation of Filial Piety, and Stress on Health Consequences of Older Adults with Diabetes Mellitus* [dissertation]. University of Washington; 1995.
- 27- Graham H. Providers negotiators and mediators: Women as the hidden caregivers. *Women, Health and healing* 1985:25-52.
- 28- Kagawa M. Redefining health: living with cancer. *Social and medicine* 1993; 37(31):225-304.

- 29- Wong M, Gucciardi E, Li L, Grace SL. Gender and nutrition management in type 2 diabetes. *Can J Diet Pract Res* 2005 Winter; 66(4):215-20.
- ۳۰- نجفی، مصطفی؛ میرحسینی، محمود؛ لنکرانی، مریم؛
آثاری، شروین؛ تولایی، عباس. رضایتمندی روابط
خانوادگی از دیدگاه زوجین دیابتی و غیردیابتی.
مجله دیابت و لیپید ایران ۱۳۸۳؛ دوره ۴ (شماره ۲)
۴۷-۵۳.
- 31- Trief PM, Grant W, Elbert K, Weinstock RS. Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. *Diabetes care* 21(2):241-245.
- 32- Karen K, Hafen B, Smith N, Frandsen K. Mind and body health, The effects of attitudes, emotions and relationship. 3rd edition. Sanfrancisco. Benjamin Cummings 2006: 340-346.
- 33- Kim IK. Social support for older person: The role of family, community and state in selected Asian countries. A Paper to be Presented at an Expert Group Meeting on the Regional Preparations for the Global Review of Madrid Plan of Action on Aging, Bangkok, 27-29 March 2007.