

ارتباط‌سنجی حمایت اجتماعی درک‌شده و عوامل مرتبط با آن با کنترل گلیسمیک در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران

آذر طل^۱، فرشته مجلسی^۲، عباس رحیمی فروشانی^۳، داود شجاعی‌زاده^۴، بهرام محبی^۵

چکیده

مقدمه: عوامل متعددی در کنترل بیماری دیابت ایفای نقش می‌نمایند. از جمله عوامل اجتماعی مؤثر در کنترل این بیماری، حمایت اجتماعی درک‌شده از منابعی مانند دوستان و خانواده می‌باشد. برای بررسی ارتباط انواع منابع حمایت اجتماعی درک‌شده و عوامل مرتبط آن با شاخص استاندارد کنترل دیابت، مطالعه‌ای در این زمینه طراحی و اجرا گردید.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که با هدف ارتباط‌سنجی بین حمایت اجتماعی درک‌شده از دوستان و خانواده و عوامل مرتبط با آن با شاخص کنترل دیابت (HbA_{1c}) انجام شد. این مطالعه روی ۳۱۷ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در طول ۶ ماه اول سال ۱۳۹۰ انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات این مطالعه، پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر سه بخش بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و مرتبط با بیماری افراد، بخش دوم ابزار استاندارد اندازه‌گیری حمایت اجتماعی درک‌شده بیماران مبتلا به دیابت از خانواده (۲۰ سؤال) و بخش سوم شامل ابزار استاندارد اندازه‌گیری حمایت اجتماعی درک‌شده بیماران مبتلا به دیابت از دوستان (۲۰ سؤال) بود. در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شد و توسط نرم‌افزار SPSS_{۱۱/۵} با استفاده از آزمون‌های توصیفی (میانگین، میانه و دامنه میان چارکی) و استنباطی (Mann-Whitney و Kruskal-Wallis) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان داد که متغیرهای گروه سنی ($P = ۰/۰۱$)، شاخص توده بدنی ($P = ۰/۰۵$)، جنس ($P = ۰/۰۵$)، تأهل ($P < ۰/۰۰۱$)، طول مدت ابتلا به دیابت ($P < ۰/۰۰۱$)، سطح تحصیلات ($P = ۰/۰۰۶$) و شغل ($P < ۰/۰۰۱$) در حمایت درک‌شده از دوستان با HbA_{1c} ارتباط معنی‌دار آماری داشت. همچنین متغیرهای گروه سنی ($P < ۰/۰۰۱$)، شاخص توده بدنی ($P < ۰/۰۰۱$)، جنس ($P < ۰/۰۰۱$)، تأهل ($P < ۰/۰۰۱$)، طول مدت ابتلا به دیابت ($P < ۰/۰۰۱$)، سطح تحصیلات ($P = ۰/۰۰۴$) و شغل ($P = ۰/۰۰۳$) در حمایت درک‌شده از خانواده با HbA_{1c} ارتباط معنی‌دار آماری نشان داد.

نتیجه‌گیری: حمایت درک‌شده از خانواده و دوستان با کنترل گلیسمیک در دیابت ارتباط داشت. بنابراین ضرورت توجه و تمرکز بر منابع حمایت اجتماعی درک‌شده در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با تمرکز بر متغیرهای اجتماعی-اقتصادی، بیش از پیش آشکار می‌شود.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی درک‌شده، دیابت نوع ۲، خانواده، دوستان

نوع مقاله: پژوهشی

پذیرش مقاله: ۹۱/۲/۲۰

دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۲۵

- ۱- دکتری تخصصی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
- ۳- دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۴- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۵- پزشک، متخصص داخلی، فوق تخصص قلب و عروق، بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

حمایت اجتماعی یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر است که تأثیر فراوانی در زندگی با بیماری‌های مزمن از جمله دیابت دارد. حمایت اجتماعی به عنوان یک احساس ذهنی در مورد تعلق، پذیرش و دریافت یاری در شرایط مورد نیاز تعریف شده است. از طرف دیگر، حمایت اجتماعی به عنوان مقیاسی از برآورده کردن نیازهای احساسی، رضایت، تعلق و امنیت برای دیگران بیان شده است. به نظر می‌رسد که درک و نگرش بیماران نسبت به حمایت درک‌شده، مهم‌تر از میزان حمایت دریافت شده بیماران باشد. شناسایی حمایت اجتماعی درک‌شده در بیماران می‌تواند در ارتقای رفتارهای سازگاری آن‌ها مؤثر باشد و حمایت‌های محیطی متناسبی را برای آنان فراهم نماید (۱). بررسی حمایت اجتماعی از طریق ارزیابی دیگران به عنوان منبع صورت می‌گیرد و از منابع متعددی نظیر همسر، خانواده و دوستان دریافت می‌گردد (۲).

از آن جا که کنترل دیابت چالش عمده‌ای برای بیماران مبتلا به دیابت است، لازم است این بیماران برای کاستن و یا به تأخیر انداختن بروز عوارض تهدیدکننده سلامتی خود به ابزارهای کارآمد و در برگیرنده ابعاد روانی-اجتماعی بیماری مسلط شوند (۳). در این میان، توجه به موارد مرتبط با سازگاری که در مشکلات نقش دارند، قابل توجه می‌باشند که مفهوم حمایت اجتماعی از آن جمله هستند (۴). مطالعه‌های مبتنی بر شواهد نشان دادند که حمایت اجتماعی درک‌شده بر کنترل دیابت تأثیر دارد (۵).

HbA_{1c} مهم‌ترین شاخص در کنترل گلیسمیک در دیابت است. هدف عمده درمان در دیابت کاهش، نگهداری و حفظ قند خون در محدوده نرمال و یا نزدیک به آن است (۶). اندازه‌گیری HbA_{1c} به عنوان استاندارد طلایی مراقبت دیابت در نظر گرفته شده است (۷، ۶) و نوع درمان دیابت بر اساس اندازه آن تعیین می‌گردد (۸). اندازه‌گیری HbA_{1c} در پایش و بررسی شرایط بالینی بیماران مبتلا به دیابت اهمیت فراوانی دارد. به همین دلیل در بیماران باید به طور مرتب کنترل گردد و سطح آن شاخصی است که برای تعیین کنترل متابولیک استفاده می‌شود (۹). با انجام آزمایش HbA_{1c} مراقبین نظام

سلامت می‌توانند متوسط قند بیماران خود را در ۳-۲ ماه گذشته اندازه‌گیری نمایند و میزان سودمندی درمان را ارزیابی نمایند (۱۰). میزان نرمال آن کم‌تر از ۷ درصد است و سطح ۸/۵-۷ درصد بیانگر کنترل مرزی، ۸/۵ درصد کنترل ضعیف و بالای ۱۰ درصد کنترل بسیار ضعیف قند خون را نشان می‌دهد (۱۱).

تنها سهم کمی از بیماری‌های مزمن مانند دیابت به وسیله کادر حرفه‌ای درمان می‌شوند. این در حالی است که اکثر بیماری‌های مزمن از جمله دیابت از رفتار فرد، خانواده و گروه همسالان مدیریت می‌شود (۱۲). این حقیقت نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی درک‌شده دارای ظرفیت خنثی‌سازی تأثیرات منفی بالقوه ناشی از رویدادهای استرس‌زای محیط پیرامونی هستند.

در بررسی حمایت اجتماعی درک‌شده فرد دیابتی، تمرکز بر روابط مثبت است، اما در کنترل دیابت تمرکز بر نقاط مثبت و منفی دیابت مدنظر می‌باشد. حمایت عاطفی مثبت و منفی از سوی خانواده و دوستان دو منبع حمایتی مهم مثبت یا منفی به شمار می‌روند (۱۳). تحقیق‌ها نشان دادند که عضویت در شبکه‌های اجتماعی به صورت مثبت یا منفی بر دیابت تأثیر دارد. همچنین ارتباط بیشتر می‌تواند بر بیماری دیابت تأثیر مثبت داشته باشد، اما مسایل پیش‌بینی نشده روانی-اجتماعی می‌تواند بر سلامتی بیماران تأثیر منفی داشته باشد. نوع رفتار خانواده و نحوه ارتباط با تبعیت بیمار از رژیم درمانی و کنترل متابولیک بیماری ارتباط دارد؛ به طوری که افراد دیابتی با درک منفی از حمایت خانواده تبعیت از رژیم درمانی و کنترل متابولیک بیماری نامطلوب‌تری را نشان دادند. از طرف دیگر تأثیر مثبت این نوع ارتباط بر نتایج دیابت نیز به اثبات رسیده است (۱۴).

منبع و نوع حمایت درک‌شده بیماران از خانواده و دوستان به دلیل وجود تفاوت در ماهیت این دو امر اثرهای متفاوت بر این بیماران دارد. به این مفهوم که حمایت خانواده به نظر نوعی توجه بیش از حد و مراقبت است که می‌تواند تأثیر مثبت و یا منفی داشته باشد. این در حالی است که نوع حمایت دوستان بیشتر جنبه شناختی و تفریحی دارد (۱۴).

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه چند وجهی بود که شامل سه بخش بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و مرتبط با بیماری افراد مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و نوع شغل بود. در ادامه سؤال‌هایی مربوط به وضعیت سلامت، بیماری و تجارب بیماران در مورد بیماری خود مانند طول مدت ابتلا به دیابت و شاخص توده بدنی بود. این شاخص حاصل تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر قابل احتساب است که با توجه به طبقه‌بندی استاندارد سازمان بهداشت جهانی به سه بخش ۲۵ و کم‌تر (لاغر)، ۲۹/۹ تا ۲۵ (دارای اضافه وزن) و ۳۰ و بالاتر (چاق) در این مطالعه استفاده گردید (۱۰). مقدار HbA_{1c} برای تعیین میزان کنترل دیابت از پرونده پزشکی بیماران استخراج گردید. طبقه‌بندی آن نیز مطابق با معیار سازمان بهداشت جهانی در سه زیر گروه کنترل مطلوب (کم‌تر از ۷)، کنترل مرزی (۷-۸/۵) و کنترل نامطلوب (بیشتر از ۸/۵) مدنظر قرار گرفت (۱۰).

بخش دوم ابزار استاندارد، اندازه‌گیری حمایت اجتماعی درک‌شده بیماران مبتلا به دیابت از خانواده (۲۰ سؤال) و بخش سوم شامل ابزار استاندارد اندازه‌گیری حمایت اجتماعی درک‌شده بیماران مبتلا به دیابت از دوستان (۲۰ سؤال) بود. این ۴۰ سؤال توسط مقیاس بله، خیر و نمی‌دانم اندازه‌گیری گردید. نحوه امتیازدهی این ابزار به این صورت بود که به ازای هر پاسخ بله یک امتیاز، به ازای هر پاسخ نمی‌دانم و یا خیر امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. بدین طریق بیشترین امتیاز پرسش‌نامه ۴۰ و کم‌ترین امتیاز آن صفر بود. هر بعد از این پرسش‌نامه ۲۰ امتیاز را در بر می‌گرفت. امتیاز کسب شده بالاتر حاکی از حمایت اجتماعی درک‌شده بالاتری بود (۱۷).

برای تعیین پایایی ابزار، پرسش‌نامه در اختیار ۲۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مراکز قرار گرفت که در مطالعه اصلی وارد نشدند. با استفاده از روش همسانی درونی، آلفا یک‌بار برای تمام سؤال‌ها و بار دیگر برای سؤال‌های هر حیطة اندازه‌گیری گردید. مقدار آلفای حاصل برای مقیاس‌ها به ترتیب برای حمایت اجتماعی درک‌شده از

بنابراین درگیری شبکه اجتماعی فرد دیابتی به خصوص از طرف خانواده و دوستان می‌تواند در کنترل بیماری دیابت تعیین‌کننده باشد و این امر به ماهیت و شدت بیماری بستگی دارد. در جایی که کمبود توجه به این دسته از بیماران می‌تواند در اداره بیماری آن‌ها توسط خودشان تأثیرگذار باشد، بررسی حمایت اجتماعی درک‌شده در این بیماران ضروری به نظر می‌رسد (۱۵).

با توجه به شیوع بالای دیابت نوع ۲ در ایران، عدم انجام مطالعه در زمینه بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک‌شده توسط بیماران مبتلا به دیابت و کنترل آن و همچنین تعیین عوامل مؤثر بر حمایت اجتماعی درک‌شده در این بیماران، مطالعه‌ای در این راستا طراحی و اجرا شد. امید است که نتایج حاصل بتواند در به کارگیری استراتژی‌های مناسب در حوزه کنترل این بیماری و ارتقای سلامت افراد مبتلا به دیابت و در نهایت جامعه منشأ اثر باشد.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی-تحلیلی روی ۳۱۷ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو صورت گرفت. نمونه‌گیری به صورت متوالی در شش ماهه اول سال ۱۳۹۰ از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. تعداد نمونه بر اساس شیوع دیابت نوع ۲ در ایران و منابع سازمان بهداشت جهانی با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، برابر ۳۱۷ نفر محاسبه گردید (۱۶). روش جمع‌آوری اطلاعات به این ترتیب بود که پرسشگران آموزش دیده به مراکز مورد نظر مراجعه می‌نمودند و از طریق مصاحبه با بیماران واجد شرایط پرسش‌نامه تکمیل می‌گردید. به لحاظ رعایت موازین اخلاقی، شرکت بیماران در مصاحبه آزاد و کاملاً اختیاری بود و قبل از شروع مصاحبه کاملاً اهداف مطالعه به آن‌ها توضیح داده می‌شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت از (۱) تأیید بیماری دیابت توسط پزشک متخصص، (۲) ابتلا به دیابت حداقل به مدت یک سال و (۳) نداشتن بیماری روحی- روانی به تأیید پزشک متخصص بود.

درک شده از دوستان را نشان می‌دهد. در هر دو گروه جنس، HbA_{1C} با حمایت اجتماعی درک شده از دوستان ارتباط معنی‌دار آماری داشت، ولی این ارتباط با HbA_{1C} کم‌تر از ۷ در گروه زنان بیشتر بود ($P = ۰/۰۵$). در افراد متأهل، HbA_{1C} با حمایت اجتماعی درک شده از دوستان ارتباط معنی‌دار آماری داشت که این ارتباط در افراد با HbA_{1C} کم‌تر از ۷ معنی‌دارتر بود ($P < ۰/۰۰۱$). در افراد با شاخص توده بدنی کم‌تر از ۳۰، HbA_{1C} با حمایت اجتماعی درک شده از دوستان ارتباط معنی‌دار آماری داشت. این ارتباط در افراد با HbA_{1C} کم‌تر از ۷ با شاخص توده بدنی ۲۵ و کم‌تر، بیشتر بود ($P = ۰/۰۵$) (جدول ۳).

خانواده و دوستان ۰/۸۸ و ۰/۷۹ به دست آمد که قابل قبول می‌باشد. برای تکمیل این پرسش‌نامه به طور متوسط حدود ۱۵-۱۰ دقیقه زمان لازم بود. در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شد و توسط نرم‌افزار SPSS_{۱۱/۵} با استفاده از آزمون‌های Mann-Whitney و Kruskal-Wallis با توجه به عدم توزیع نرمال داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

آمار توصیفی شرکت‌کنندگان در این مطالعه در جدول ۱ آورده شده است. جدول ۲ ارتباط بین HbA_{1C} و حمایت اجتماعی

جدول ۱: مشخصات بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شرکت‌کننده در مطالعه

دیابت نوع ۲		متغیر
دامنه میان چارکی	میانگین و انحراف معیار	
۱۴	۵۹	سن
۲	۶	طول مدت بیماری
۱/۴	۷	HbA_{1C}
۵/۹۴	۲۶/۴۳	شاخص توده بدنی
۱۴	۱۶	حمایت اجتماعی درک شده کلی
۱	۱۳	حمایت اجتماعی درک شده از خانواده
۱	۳	حمایت اجتماعی درک شده از دوستان

جدول ۲: نمره حمایت اجتماعی درک شده از دوستان (میانگین و دامنه میان چارکی) به تفکیک گروه سنی و HbA_{1C} در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

نتیجه آزمون Kruskal-Wallis	دامنه میان چارکی	میانگین	HbA_{1C}	گروه سنی
$\chi^2 = ۱۴/۲۰$	۱۲/۲۵	۱۴	کم‌تر از ۷	۳۶-۶۰ سال
$Df = ۲$	۱۳	۳	۷-۸/۵	
$P = ۰/۰۰۱$	۱۳/۵	۳	بیشتر از ۸/۵	
$\chi^2 = ۸/۱۷$	۱۲/۲۵	۳	کم‌تر از ۷	۶۰ سال به بالا
$Df = ۲$	۱۲	۲	۷-۸/۵	
$P = ۰/۰۱$				

جدول ۳: نمره حمایت اجتماعی درک‌شده از دوستان (میان و دامنه میان چارکی) به تفکیک گروه شاخص توده بدنی و HbA_{1c} در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

نتیجه آزمون Kruskal-Wallis	دامنه میان چارکی	میان	HbA _{1c}	شاخص توده بدنی
$\chi^2 = 10/69$	۱۴	۱۴	کمتر از ۷	۲۵ و کمتر
Df = ۲	۱۲	۳	۷-۸/۵	
P = ۰/۰۰۵	۱۱/۵	۳	بیشتر از ۸/۵	
$\chi^2 = 11/31$	۱۳	۹/۵	کمتر از ۷	۲۶-۲۹/۹
Df = ۲	۱۱	۳	۷-۸/۵	
P = ۰/۰۰۱	۵/۷	۲	بیشتر از ۸/۵	
$\chi^2 = 1/98$	۱۳	۶	کمتر از ۷	۳۰ و بالاتر
Df = ۲	۱۲/۲۵	۳	۷-۸/۵	
P = ۰/۳۷	۱۴	۳	بیشتر از ۸/۵	

اجتماعی درک‌شده ارتباط معنی‌دار آماری داشت که این ارتباط در افراد با HbA_{1c} کمتر از ۷ و گروه سنی ۳۶-۶۰ سال بیشتر بود ($P < 0/001$). در هر دو جنس، HbA_{1c} با حمایت اجتماعی درک‌شده ارتباط معنی‌دار آماری داشت که این ارتباط در مردان با HbA_{1c} کمتر از ۷ بیشتر بود ($P < 0/001$). همچنین در افراد متأهل، HbA_{1c} با حمایت اجتماعی درک‌شده ارتباط معنی‌دار آماری داشت که این ارتباط در افراد با HbA_{1c} کمتر از ۸/۵ بیشتر بود ($P < 0/001$) (جدول ۵). در هر سه گروه شاخص توده بدنی، HbA_{1c} با حمایت اجتماعی درک‌شده ارتباط معنی‌دار آماری داشت که این ارتباط در افراد با HbA_{1c} کمتر از ۸/۵ در گروه با شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۰ بیشتر بود ($P < 0/001$).

جدول ۴ ارتباط بین طول مدت ابتلا، HbA_{1c} و حمایت اجتماعی درک‌شده از دوستان را نشان می‌دهد ($P < 0/001$). در افراد با تحصیلات غیر از گروه دانشگاهی، HbA_{1c} با حمایت اجتماعی درک‌شده از دوستان ارتباط معنی‌دار آماری داشت که این ارتباط در افراد با تحصیلات دیپلم و HbA_{1c} کمتر از ۷ بالاتر بود ($P = 0/006$). در افراد غیر از گروه کارمند (سه گروه شغلی دیگر)، HbA_{1c} با حمایت اجتماعی درک‌شده از دوستان ارتباط معنی‌دار آماری داشت. این ارتباط در افراد با HbA_{1c} کمتر از ۷ در افراد شاغل غیر کارمند، بیشتر بود ($P < 0/001$).

در قسمت دوم تحلیل این مطالعه، ارتباط بین حمایت اجتماعی درک‌شده از خانواده و HbA_{1c} مورد بررسی قرار گرفت. در گروه سنی ۳۵ سال به بالا، HbA_{1c} با نمره حمایت

جدول ۴: نمره حمایت اجتماعی درک‌شده از دوستان (میان و دامنه میان چارکی) به تفکیک طول مدت بیماری و HbA_{1c} در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

نتیجه آزمون Kruskal-Wallis	دامنه میان چارکی	میان	HbA _{1c}	طول مدت بیماری
$\chi^2 = 6/34$	۱۳	۱۴	کمتر از ۷	کمتر از ۵ سال
Df = ۲	۱۲	۴	۷-۸/۵	
P = ۰/۰۴	۱۲/۵	۳	بیشتر از ۸/۵	
$\chi^2 = 18/57$	۱۳	۹	کمتر از ۷	۶-۱۴ سال
Df = ۲	۱۲/۵	۲	۷-۸/۵	
P < ۰/۰۰۱	۵/۵	۲	بیشتر از ۸/۵	

جدول ۵: نمره حمایت اجتماعی درک‌شده از خانواده (میانه و دامنه میان چارکی) به تفکیک وضعیت تأهل و HbA_{1c} در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

وضعیت تأهل	HbA _{1c}	میانه	دامنه میان چارکی	نتیجه آزمون Kruskal-Wallis
مجرد	کم‌تر از ۷	۱۴	۱/۷۵	$\chi^2 = 5/23$
	۷-۸/۵	۱۴	۱۲/۵	Df = ۲
	بیشتر از ۸/۵	۷	۷	P = ۰/۰۷
متأهل	کم‌تر از ۷	۱۳	۱	$\chi^2 = 31/009$
	۷-۸/۵	۱۳	۱	Df = ۲
	بیشتر از ۸/۵	۱۲	۸	P < ۰/۰۰۱

برای درک بهتر از یافته‌های مطالعه حاصل از جداول ذکر دو نکته ضروری است. اول آن که بیان میانه و دامنه میان چارکی به دلیل عدم توزیع نرمال داده‌ها است که بیان میانه و تفاوت چارک اول و سوم دقیق‌تر از بیان میانگین و انحراف معیار است. به این ترتیب بالاتر بودن میانه و فاصله میان چارکی در نتیجه‌گیری کمک‌کننده می‌باشد. بیان دو معیار میانه و دامنه میان چارکی بیان مقادیر حمایت درک‌شده به تفکیک از دوستان و خانواده می‌باشد.

در دو گروه بی‌سواد و زیر دیپلم، HbA_{1c} با حمایت اجتماعی درک‌شده ارتباط معنی‌دار آماری داشت که این ارتباط در افراد با HbA_{1c} کم‌تر از ۸/۵ در افراد بی‌سواد ($P < ۰/۰۰۱$) و زیر دیپلم ($P = ۰/۰۰۴$) بیشتر بود (جدول ۶). در همه گروه‌های شغلی به جز گروه کارمندان، HbA_{1c} با نمره حمایت اجتماعی درک‌شده ارتباط معنی‌دار آماری داشت. این ارتباط در گروه غیر کارمند با HbA_{1c} کم‌تر از ۸/۵ ($P < ۰/۰۰۱$) و همچنین در گروه دانشجوی و غیر شاغل با HbA_{1c} ۷-۸/۵ بیشتر بود ($P = ۰/۰۳$).

جدول ۶: نمره حمایت اجتماعی درک‌شده از خانواده (میانه و دامنه میان چارکی) به تفکیک سطح تحصیلات و HbA_{1c} در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

سطح تحصیلات	HbA _{1c}	میانه	دامنه میان چارکی	نتیجه آزمون Kruskal-Wallis
بی‌سواد	کم‌تر از ۷	۱۳	۱	$\chi^2 = 17/92$
	۷-۸/۵	۱۳	۱	Df = ۲
	بیشتر از ۸/۵	۸	۱۰	P < ۰/۰۰۱
زیر دیپلم	کم‌تر از ۷	۱۳	۱	$\chi^2 = 11/23$
	۷-۸/۵	۱۳	۱	Df = ۲
	بیشتر از ۸/۵	۱۲/۵	۶/۲۵	P = ۰/۰۰۴
دیپلم	کم‌تر از ۷	۱۴	۲	$\chi^2 = 5/16$
	۷-۸/۵	۱۳	۱/۲۵	Df = ۲
	بیشتر از ۸/۵	۵	۱۴	P = ۰/۰۷
تحصیلات دانشگاهی	کم‌تر از ۷	۱۴	۱	$\chi^2 = 3/51$
	۷-۸/۵	۱۴	۱	Df = ۲
	بیشتر از ۸/۵	۱۲	۲	P = ۰/۱۷

بحث

است که Adler در مطالعه خود نشان داد که بین تحصیلات و پیامدهای دیابت ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۱). اگرچه ساز و کار این امر به طور مشخصی قابل بررسی نیست، اما وجود تحصیلات در فرد موجب اتخاذ رفتارهای ارتقای سلامت می‌گردد (۲۰). به نظر می‌رسد که نداشتن تحصیلات بالا از این جهت با حمایت اجتماعی درک‌شده از خانواده ارتباط دارد که خانواده فرد مبتلا به دیابت با تحصیلات کم، فکر می‌کنند که بیمار قادر به حل مسایل خود در حوزه دیابت نیست. از این رو خانواده تمرکز بیشتری روی فعالیت‌های او مانند تبعیت از رژیم درمانی و توصیه‌های افراد حرفه‌ای دارند، اما افراد با تحصیلات بالا قادرند در مورد مراقبت از خود و کنترل دیابت از منابع مختلف حمایت‌های انسانی، اطلاعاتی و ابزاری استفاده نمایند (۲۰).

حمایت اجتماعی درک‌شده از دوستان و خانواده در گروه‌های شغلی غیر کارمند با کنترل دیابت ارتباط داشت. در این زمینه مطالعه‌ای انجام نشده که قابل مقایسه باشد، ولی افرادی که از نظر شغلی ثبات کاری نداشتند و یا بدون شغل بودند، بیشتر مورد دریافت حمایت از منابع دیگر مانند خانواده قرار گرفتند.

متغیرهای جنس، تأهل و طول مدت ابتلا به بیماری با حمایت اجتماعی درک‌شده از دوستان و کنترل گلیسمیک ارتباط داشت. نتایج مطالعه Trief و همکاران نشان داد که وضعیت تأهل نقش مثبتی در سازگاری با دیابت ایفا می‌کند. هشدارهای مرتبط با سلامتی و تبعیت از یکدیگر در توصیه‌های غذایی، جزیی از سازگاری با دیابت به شمار می‌رود. مضاف بر این که همسران از یکدیگر در زمان بیماری مراقبت می‌نمایند (۲۳، ۲۲). با مراقبت همسران از یکدیگر در بیماری‌های مزمن نظیر دیابت، به افراد مبتلا در تبعیت مناسب‌تر از درمان کمک می‌کند (۱۴).

معنی‌دار بودن ارتباط مدت ابتلا به دیابت نوع ۲ و حمایت اجتماعی و کنترل دیابت به این دلیل می‌تواند باشد که افرادی که طول مدت بیماری آن‌ها کم‌تر است، حساسیت بیشتری به موضوع بیماری و تهدیدکنندگی آن دارند. بنابراین حمایت بیشتری از همسالان خود دریافت می‌نمایند. اهمیت دریافت

در گروه‌های سنی مختلف بین HbA_{1c} و حمایت اجتماعی درک‌شده از دوستان و خانواده ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. به نظر می‌رسد که با افزایش سن و پیشرفت روند اجتماعی شدن افراد، حمایت اجتماعی درک‌شده بهبود می‌یابد. این امر با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد. از طرفی، نتایج این مطالعه با یافته‌های مطالعه Vallis و همکاران همخوانی دارد. آن‌ها مطرح کردند که افراد با افزایش سن تمایل بیشتری به رعایت توصیه‌های انجام شده در راستای کنترل دیابت دارند. مطالعه آن‌ها نشان داد که تبعیت از توصیه‌های لازم در مورد کنترل دیابت با بهبود شاخص HbA_{1c} ارتباط معنی‌داری دارد (۱۸). مطالعه Matsuzawa و همکاران نشان داد که حمایت اجتماعی یک عامل پیشگویی‌کننده کنترل دیابت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با سن بالا است (۱۹).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین شاخص توده بدنی، HbA_{1c} و نمره حمایت اجتماعی درک‌شده از دوستان و خانواده ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Schwartz همخوانی دارد؛ به طوری که در آن مطالعه نشان داده شد که افرادی که شاخص توده بدنی نامطلوب دارند، حمایت اجتماعی کم‌تری را درک می‌کنند (۲۰). نتایج مطالعه حاضر نیز به نوعی بیان‌کننده همین مطلب می‌باشد. این یافته که افراد با شاخص توده بدنی بالاتر، کم‌تر از رژیم غذایی تبعیت می‌کنند و فعالیت بدنی کم‌تری دارند، عجیب نیست؛ چرا که با در نظر داشتن این واقعیت که شرایط سلامتی بیماران مبتلا به دیابت، عامل پیشگویی‌کننده‌ای در خودمدیریتی و کنترل بیماری دیابت محسوب می‌گردد. از این رو افزایش شاخص توده بدنی که نشان‌دهنده چاقی است، معمولاً نتیجه عدم تبعیت از الگوی صحیح تغذیه و فعالیت بدنی می‌باشد (۲۰).

مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Schwartz در مورد ارتباط متغیر سطح تحصیلات، شاخص کنترل دیابت و حمایت درک‌شده از دوستان و خانواده نشان داد که بین تحصیلات و حمایت اجتماعی و کنترل دیابت ارتباط معنی‌داری وجود دارد. توجیه این امر در این حقیقت مستتر

حمایت از همسالان در بهبود پیامدهای دیابت به اثبات رسیده است (۱۲).

نتایج مطالعه حاضر و مقایسه آن با مطالعه‌های موجود در این زمینه نشان داد که بسیاری از عوامل که در بخش فوق به تفکیک از آن‌ها یاد شد، در حوزه حمایت اجتماعی و کنترل دیابت تأثیرگذار هستند. در بحث حمایت درک شده از دوستان لازم است به نکاتی در مورد حمایت همسالان در بیماری مزمن دیابت صرف نظر از نوع آن، مدنظر قرار گیرد. حمایت همسالان به شرایطی اطلاق می‌شود که افراد تجارب یکسانی در یک زمینه خاص داشته باشند و اهمیت آن در گذراندن شرایط دشوار به اثبات رسیده است. رویکرد حمایت همسالان این است که افرادی که تجارب مشترک دارند، همدلی بیشتری با یکدیگر ابراز می‌نمایند. این امر در مورد افرادی که تنها به دیگران توصیه‌های لازم در مورد بیماری دیابت ارائه می‌دهند، کارساز نیست (۲۴).

اهمیت حمایت همسالان در کنترل دیابت به حدی است که مطالعه‌های مداخله‌ای متعددی در این راستا انجام شدند. آن‌ها نشان دادند که حمایت همسالان در بهبود کنترل دیابت در ابعاد رفتاری، عاطفی و عملکردی مؤثر است. این تأثیر با کاهش استرس روانی و بهبود افسردگی در بیماران همراه است و باعث بهبود حمایت اجتماعی درک شده می‌گردد. از این رو بیماران بهتر از رژیم پیشنهادی درمان تبعیت می‌کنند. این امر خود به افزایش خودکارآمدی منجر می‌شود و متغیر تأثیرگذار خودکارآمدی، عامل پیشگویی‌کننده دیابت محسوب می‌گردد (۲۸-۲۵).

مطالعه Skinner و همکاران نشان داد که حمایت اجتماعی درک شده از خانواده به عنوان یک عامل پیشگویی‌کننده در بهبود رفاه بیماران است. با توجه به نتایج مطالعه آن‌ها، حمایت اجتماعی به طور کلی باعث استوار شدن باورهای بیماران در راستای کنترل دیابت می‌شود و موجب اتخاذ رفتارهای خودمدیریتی دیابت می‌گردد. از این طریق حمایت اجتماعی بر کنترل دیابت تأثیرگذار است. آن‌ها در مطالعه خود تأکید کردند که نقش خانواده و مدت ابتلا اهمیت دارد، چرا که افراد مبتلا به دیابت برای تمام عمر با این

بیماری زندگی می‌کنند و تلاش می‌کنند آن را در کنترل خود داشته باشند (۲۹).

از طرف دیگر، گاهی حمایت اجتماعی درک شده از خانواده به این دلیل است که اعضای خانواده از وضعیت سلامت عضو خانواده خود دچار فرسایش می‌شوند. آن‌ها عضو خانواده خود را پس نمی‌زنند، بلکه عادات منتج به کنترل نامطلوب دیابت فرد را تقبیح می‌نمایند. در بعضی مواقع ممکن است اعضای خانواده تصور کنند که پیامدهای ناشی از دیابت به دلیل عدم کارکرد مناسب خود آن‌ها برای نداشتن سبک زندگی سالم است که نتیجه آن عدم کنترل دیابت فردی از خانواده آن‌ها باشد. این توجیه به نوعی شبیه به تئوری مبادله است. جایی که کاستن از هزینه هر اقدام و افزایش پاداش در رفتار فرد، امری قابل توجه به شمار می‌رود. با این توجیه، اگر رفتارهای ناسالم تشویق نشوند، ادامه پیدا نمی‌کنند و خاموش می‌شوند که این امر هم در سبک زندگی با دیابت مصداق دارد. از طرف دیگر خانواده ممکن است از عدم رعایت پیشنهادهای خود توسط فرد بیمار خانواده دچار بی‌انگیزگی از پی‌گیری حمایت وی شوند و تلاشی در راستای کنترل دیابت وی نداشته باشند (۳۱، ۳۰).

در مورد بیماری‌های مزمن به طور اعم و بیماری دیابت به طور اخص، مطالعه‌های مبتنی بر شواهد اذعان دارند که تغییر سبک زندگی پیچیده است و باید در مراحل مختلف و متوالی دنبال شود. این امر تأییدی بر تئوری فرایندی پروچسکا و همکاران می‌باشد (۳۲). برای ایجاد این تغییرات افراد باید به سمت آن‌ها گام بردارند (۳۳). در این راستا، مفاهیم دیگری هم کاربرد دارد. راهکار دیگر در ارتقای کنترل دیابت و اتخاذ رفتارهای خودمدیریتی، توانمندسازی بیماران است. مفهومی مثبت و عمیق که می‌تواند یک تغییر درون نهاد در بیماران ایجاد کند. روشی که افراد را قادر می‌کند تا بر شرایط سلامت و بیماری خود کنترل مناسبی داشته باشند (۳۴).

با در نظر داشتن زندگی افراد در طول مسیری طولانی و در حال تغییر به واسطه محیط و شرایط بیماری دیابت، داشتن نقشه‌ای در تسهیل استراتژی‌های توانمندسازی از وظایف

غیر مستقیم به اتخاذ رفتارهای خودمدیریتی منجر می‌شود، روحیه کار تیمی را در بیمار مبتلا به دیابت بهبود می‌بخشد و از تعارضات احتمالی بین فرد مبتلا به دیابت با خانواده او و افراد حرفه‌ای حوزه سلامت به شکل قابل توجهی می‌کاهد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر، گزارش بخشی از طرح تحقیقاتی شماره ۱۱۷۴۳ مصوب معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران است. بدین وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از آن معاونت به دلیل حمایت مالی، از بیمارستان‌های تابعه دانشگاه به دلیل دادن مجوز انجام مطالعه و از بیماران محترم به دلیل مشارکت در تکمیل پرسش‌نامه‌ها اعلام می‌دارند.

مهم افراد حرفه‌ای سلامت در شرایط کنونی است. حمایت اجتماعی درک‌شده اگر مهم‌ترین بعد توانمندسازی نباشد، کم اهمیت هم نیست. بیماران مبتلا به دیابت با عدم رعایت سبک زندگی سالم مطابق با شرایط سلامت و بیماری خود به کنترل مطلوب دیابت دست نمی‌یابند. مفاهیمی مانند حمایت اجتماعی درک‌شده چه از جانب دوستان و یا خانواده نقش کمکی و غیر مستقیم در کنترل گلیسمیک دارند. این عوامل هر چند در ظاهر کم اهمیت و انتزاعی هستند، در اتخاذ رفتارهای خودمدیریتی دیابت نقش کلیدی دارند. دوستان و خانواده بیمار مبتلا به دیابت می‌توانند با تشریک مساعی در وظایف بیمار مبتلا به دیابت در رعایت سبک زندگی سالم، کاهش کشمکش‌ها و تعارضات در بهبود شبکه‌های اجتماعی در دیابت حایز اهمیت باشند. این مداخلات به طور مستقیم و

References

- Burleson BR, Albrecht TL, Sarason IG. Communication of social support: messages, interactions, relationships, and community. London: Sage Publications; 1994.
- Glasgow RE, Strycker LA, Toobert DJ, Eakin E. A social-ecologic approach to assessing support for disease self-management: the Chronic Illness Resources Survey. *J Behav Med* 2000; 23(6): 559-83.
- Zhang L, Krzentowski G, Albert A, Lefebvre PJ. Risk of developing retinopathy in Diabetes Control and Complications Trial type 1 diabetic patients with good or poor metabolic control. *Diabetes Care* 2001; 24(7): 1275-9.
- Coelho R, Amorim I, Prata J. Coping styles and quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics* 2003; 44(4): 312-8.
- Tang TS, Brown MB, Funnell MM, Anderson RM. Social support, quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2008; 34(2): 266-76.
- Ozmen B, Boyvada S. The relationship between self-monitoring of blood glucose control and glycosylated haemoglobin in patients with type 2 diabetes with and without diabetic retinopathy. *J Diabetes Complications* 2003; 17(3): 128-34.
- Matz R. The target for good glycemic control should be an Hb A (1C) concentration of less than 0.07. *West J Med* 2000; 173(3): 179-80.
- Manley S. Haemoglobin A1c--a marker for complications of type 2 diabetes: the experience from the UK Prospective Diabetes Study (UKPDS). *Clin Chem Lab Med* 2003; 41(9): 1182-90.
- Whittemore R, D'Eramo MG, Grey M. Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. *J Clin Nurs* 2005; 14(2): 195-203.
- Standards of medical care in diabetes--2012. *Diabetes Care* 2012; 35 (Suppl 1): S11-S63.
- Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *J Clin Nurs* 2001; 10(5): 618-27.
- Heisler M. Building Peer Support Programs to Manage Chronic Disease: Seven Models for Success [Online]. 2006; Available from: URL: <http://www.chcf.org/publications/2006/12/building-peer-support-programs-to-manage-chronic-disease-seven-models-for-success#ixzz25OIifXdn/>
- Thoits PA, Hewitt LN. Volunteer work and well-being. *J Health Soc Behav* 2001; 42(2): 115-31.
- Argyle M. Benefits Produced by Supportive Social Relationships. In: Veiel HO, Editor. *The Meaning And Measurement of Support*. New York: Taylor & Francis; 1992.
- Delamater AM, Jacobson AM, Anderson B, Cox D, Fisher L, Lustman P, et al. Psychosocial therapies in diabetes: report of the Psychosocial Therapies Working Group. *Diabetes Care* 2001; 24(7): 1286-92.

16. King H. WHO and the International Diabetes Federation: regional partners. *Bull World Health Organ* 1999; 77(12): 954.
17. Procidano ME, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *Am J Community Psychol* 1983; 11(1): 1-24.
18. Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinman B, Rossi S, et al. Stages of change for healthy eating in diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes Care* 2003; 26(5): 1468-74.
19. Matsuzawa T, Sakurai T, Kuranaga M, Endo H, Yokono K. Predictive factors for hospitalized and institutionalized care-giving of the aged patients with diabetes mellitus in Japan. *Kobe J Med Sci* 2011; 56(4): E173-E183.
20. Schwartz AJ. Perceived social support and self-management of diabetes among adults 40 years and over [MSc Thesis]. Oxford: Miami University; 2005.
21. Adler NE. Life lessons: studying education's effect on health. *Facts of Life* 2002; 7(12). Available from: URL: <http://www.cfah.org/factsoflife/vol7no12.cfm/>
22. Trief PM, Himes CL, Orendorff R, Weinstock RS. The marital relationship and psychosocial adaptation and glycemic control of individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24(8): 1384-9.
23. Trief PM, Wade MJ, Britton KD, Weinstock RS. A prospective analysis of marital relationship factors and quality of life in diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25(7): 1154-8.
24. MacNeil C, Mead S. A Narrative Approach to Developing Standards for Trauma-Informed Peer Support. *American Journal of Evaluation* 2005; 26(2): 231-44.
25. Mehl-Madrona L. Comparisons of health education, group medical care, and collaborative health care for controlling diabetes. *Perm J* 2010; 14(2): 4-10.
26. Rygg LO, Rise MB, Lomundal B, Solberg HS, Steinsbekk A. Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study. *Scand J Public Health* 2010; 38(8): 788-93.
27. Kulzer B, Hermanns N, Gorges D, Schwarz P, Haak T. Prevention of diabetes self-management program (PREDIAS): effects on weight, metabolic risk factors, and behavioral outcomes. *Diabetes Care* 2009; 32(7): 1143-6.
28. Pfeiffer PN, Heisler M, Piette JD, Rogers MA, Valenstein M. Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33(1): 29-36.
29. Skinner TC, John M, Hampson SE. Social support and personal models of diabetes as predictors of self-care and well-being: a longitudinal study of adolescents with diabetes. *J Pediatr Psychol* 2000; 25(4): 257-67.
30. Wallhagen MI. Social support in diabetes. *Diabetes Spectrum* 1999; 12(4): 254-60.
31. Polonsky WH. Understanding and assessing diabetes-specific quality of life. *Diabetes Spectrum* 2000; 13: 36-41.
32. Safari M, Shojaezadeh D, Ghofranipour F, Haidarnia A, Pakpor A, Hosseini Sedeh SH. Theories, Models and health education and promotion methods. Tehran: Asaresobhan Publications; 2009.
33. Koenigsberg MR, Bartlett D, Cramer JS. Facilitating treatment adherence with lifestyle changes in diabetes. *Am Fam Physician* 2004; 69(2): 309-16.
34. Rayman KM, Ellison GC. The Patient Perspective as an Integral Part of Diabetes Disease Management. *Disease Management & Health Outcomes* 2000; 7(1): 5-12.

The Relation between Perceived Social Support and Related Factors with Glycemic Control among Type 2 Diabetic Patients

**Azar Tol¹, Freshteh Majlessi², Abass Rahimi Foroshani³,
Davoud Shojaeezadeh⁴, Bahram Mohebbi⁵**

Abstract

Background: Several factors play a role in controlling diabetes. Perceived social support such as family and friends is one of the most important social factors in diabetes control. The aim of this study was to determine the relation between perceived social support and related factors with standard indicator of diabetes control [hemoglobin A_{1c} (HbA_{1c})] among type 2 diabetic patients.

Methods: 317 diabetic patients were studied who referred to hospitals of Tehran University of Medical Sciences, Iran, during 6 months in 2011. The data collecting tool was a multidimensional scale including three parts. First part included socio demographic and health related data, the second part was perceived social support scale from family (20 items) and the third part consisted of perceived social support scale from friends (20 items). HbA_{1c} was collected from current medical records of type 2 diabetic patients. Collected data was then analyzed.

Findings: Study findings showed that some variables such as age ($P = 0.01$), body mass index (BMI) ($P = 0.05$), sex ($P = 0.05$), marital status ($P < 0.001$), disease duration ($p < 0.001$), occupation ($P < 0.001$) and level of education ($P = 0.006$) in the perceived social support from friends had a significant relation with HbA_{1c}. Some variables such as age ($P < 0.001$), BMI ($P < 0.001$), sex ($P < 0.001$), marital status ($P < 0.001$) and disease duration ($P < 0.001$) in the perceived social support from family had a significant relation with HbA_{1c}.

Conclusion: Perceived support from family and friends was associated with glycemic control in diabetes. Therefore, the need to focus on the sources of perceived social support in patients with type 2 diabetes, with focusing on the social and economic factors becomes more evident.

Key words: Perceived Social Support, Type 2 Diabetes, Family, Friends

1- Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: dr_f_majlessi@yahoo.com

3- Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- Cardiovascular Specialty, Shahid Hasheminejad Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran