

## بررسی وضعیت حمایت خانواده در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و عوامل مرتبط با آن

نوشین سادات آهن‌چی<sup>۱</sup>، احمدعلی اسلامی<sup>۱</sup>، غلامرضا شریفی‌راد<sup>۲</sup>

### چکیده

**مقدمه:** حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل بسیار مؤثر برای کنار آمدن موفق و آسان با شرایط و موقعیت‌های تنش‌زا شناخته شده است. با توجه به اهمیت مراقبت‌های درمانی در منزل از بیماران دیابت نوع ۲، عملکرد خانواده در کیفیت رفتارهای سازگاری بیماران با مشکلات و پیامدها نقش اساسی دارد. بنابراین هدف اصلی پژوهش، تعیین وضعیت حمایت خانواده و برخی عوامل مرتبط با آن بود.

**روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع مقطعی و شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت تصادفی ساده و مستمر بود. به این ترتیب که پژوهشگر زمان مراجعه را در روزهای مختلف هفته به صورت تصادفی انتخاب کرده و در مرحله بعد در زمان حضور در مرکز، نمونه‌گیری به روش آسان انجام شد. نمونه شامل ۱۱۳ بیمار مراجعه کننده به مرکز تحقیقات صدیقه طاهره بود. برای تکمیل پرسش‌نامه در روزهای از پیش تعیین شده (به صورت تصادفی)، یک مصاحبه فردی با هر کدام از بیماران مراجعه کننده به مرکز انجام شد. برای ارزیابی داده‌ها از روش‌های همبستگی Pearson و ANOVA با اندازه‌های تکراری استفاده شد.

**یافته‌ها:** تعداد ۱۰۶ نفر (۸۱ زن و ۲۵ مرد) از مجموع ۱۱۳ بیمار وارد تحلیل شدند. نتایج آزمون ANOVA، تفاوت معنی‌داری بین حمایت خانواده و سطح وضعیت اقتصادی نشان داد ( $F = ۳/۲۴$ ,  $P < ۰/۰۰۱$ ). آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری، بین جنبه‌های حمایت خانواده درک شده از رفتارهای خودمراقبتی بیماران تفاوت معنی‌داری نشان داد ( $F = ۳۹/۳۱$ ,  $P < ۰/۰۰۱$ ). نتایج تحلیل نشان داد که کمترین و بیشترین نمره گزارش شده از حمایت درک شده، به ترتیب مربوط به رفتار مصرف دارو و حمایت کلی بوده است.

**نتیجه‌گیری:** حمایت خانواده درک شده بیماران نسبت به رفتار مصرف دارو و تبعیت از رژیم غذایی ضعیف بوده است. به دلیل اهمیت این دو جنبه در برنامه درمانی بیماران، ضروری است که توانمندسازی خانواده در برنامه‌های آموزشی مرتبط مورد توجه قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** حمایت خانواده، خودمراقبتی، دیابت نوع ۲

**نوع مقاله:** پژوهشی

پذیرش مقاله: ۹۱/۵/۲۵

دریافت مقاله: ۹۱/۰۲/۲۰

### مقدمه

اپیدمی در آمده است (۱). دیابت شایع‌ترین بیماری مزمن در سراسر جهان است (۲). بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، تعداد مبتلایان به این بیماری در سال ۲۰۰۰، ۱۷۱ میلیون نفر بوده است که در صورت عدم به کارگیری

با افزایش امید به زندگی و تغییر در شیوه زندگی، الگوی بیماری‌ها به سمت بیماری‌های مزمن مانند دیابت تغییر یافته است. در حال حاضر دیابت در بیشتر کشورها به صورت

۱- کارشناس، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: eslamiaa@gmail.com

۳- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مفهوم به عنوان معرفتی که باعث می‌شود فردی باور کند که مورد احترام و علاقه دیگران بوده عنصری ارزشمند و دارای شأن به شمار آمده و به شبکه اجتماعی روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد (۱۰). یک موضوع مهم در مورد حمایت اجتماعی، درک از مناسب بودن، در دسترس بودن و خشنودی از دریافت آن می‌باشد که ارتباط منفی با پریشانی روانی دارد (۱۱). حمایت اجتماعی از طریق دو فرایند عمده، اثر مستقیم حمایت اجتماعی از طریق رفتارهای مرتبط با سلامت، مثل تشویق رفتارهای سالم و ۲. نقش تعدیل کنندگی حمایت اجتماعی بر اثرات مخرب فشارهای عصبی حاد و مزمن و همچنین افزایش توانمندی سازگاری با فشارهای عصبی، بر کنترل بیماری دیابت اثرات مثبت و کمک کننده دارد (۱۲).

پژوهش Wen و همکاران در تگزاس نشان داد که زندگی با اعضای خانواده و دریافت حمایت از جانب آنان سبب رفتارهای خودمراقبتی در زمینه ورزش و رژیم غذایی شد. در نتیجه این بیماران توانسته‌اند قند خون خود را به نحو مطلوبی کنترل کنند (۱۳). در تحقیق حیدری و همکاران مشخص شد که بین حمایت خانواده و کنترل قند خون ارتباط معنی‌داری وجود دارد، همچنین یافته‌های پژوهش فوق نشان داد که کنترل قند خون با وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی رابطه معنی‌داری دارد (۴). از میان عوامل مؤثر بر رفتار خودمراقبتی (سیستم بهداشتی درمانی و کارکنان، محیط کار، اجتماع و خانواده بیمار) تحقیقات کمتری در مورد خانواده انجام شده است (۱۴). با توجه به این که در مورد حمایت خانواده و تأثیر آن بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تحقیقات کمی انجام شده 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 (۴). همچنین با توجه به این که بخش عمده‌ای از مراقبت‌های این بیماران در منزل انجام می‌شود، نمی‌توان نقش خانواده را در سازگاری بیماران مبتلا به دیابت با تنش‌های ناشی از بیماری نادیده گرفت. بنابراین پژوهشگر بر آن شد تا تحقیقی با هدف کلی، بررسی وضعیت حمایت خانواده در بیماران مبتلا به دیابت

راهبردهای مناسب، پیش‌گیری و درمان این میزان در سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶ میلیون نفر افزایش خواهد یافت (۳). دیابت از جمله بیماری‌های پرهزینه بوده و در بسیاری از کشورها در سنین ۲۰-۷۰ سالگی علت اصلی کوری و سردسته علل قطع عضو و نارسایی مزمن کلیه محسوب می‌شود (۴). با این که شیوع هر دو نوع ۱ و ۲ دیابت ملیتوس در سراسر جهان در حال افزایش است، اما انتظار می‌رود که شیوع دیابت نوع ۲ با توجه به افزایش شیوع کم‌حرکی و چاقی با سرعت بیشتر افزایش یابد. دیابت نوع ۲ ۸۰ تا ۹۵ درصد موارد شناخته شده دیابت را شامل می‌شود (۴).

حضور عوارض مزمن دیابت حتی در حد خفیف تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیماران دارد (۵). بنابراین یکی از اهداف مهم در درمان این بیماران، دستیابی به کنترل قند خون مناسب است. در میان عوامل مؤثر بر کنترل قند خون علاوه بر استفاده دارویی و رعایت رژیم‌های درمانی نقش سایر متغیرها مانند سن، جنس، وضعیت اقتصادی، سطح تسهیلات و عوامل خانوادگی را نمی‌توان نادیده گرفت (۶). به طور کلی سازگاری و مقابله با بیماری‌های مزمن از جمله دیابت در افرادی که از بسیاری از عوامل تسهیل کننده مانند انعطاف‌پذیری، توانایی حل مشکل و حمایت اجتماعی برخوردار هستند به طور وسیع‌تری اتفاق می‌افتد (۷). حمایت اجتماعی به عنوان مؤثرترین و نیرومندترین عامل مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا، شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند (۸). علاوه بر موارد ذکر شده، یافته‌های محققین نشان داده است که درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نموده و میزان مراقبت از خود را افزایش دهد و تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی و اجتماعی وی بر جای گذارد و به طور واضح باعث افزایش عملکرد فرد گردد (۹).

بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی اثرات مثبتی بر جنبه‌های گوناگون فعالیت‌های خودمراقبتی دارد حمایت اجتماعی به امکاناتی که دیگران برای فرد فراهم می‌کنند، تعریف شده است همچنین این

نوع دو و برخی عوامل مرتبط با آن انجام داده و امیدوار است که یافته‌های این تحقیق بتواند به بهبود وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی کمک کند.

## روش‌ها

جامعه مورد پژوهش مطالعه مقطعی حاضر شامل بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز تحقیقات صدیقه طاهره (س) در سال ۱۳۹۰ بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول  $n = \frac{s^2(z_{1-\alpha/2})^2}{d^2}$  برابر با ۱۱۳ نفر تعیین گردید که نمونه نهایی واجد تحلیل برابر با ۱۰۶ نفر بود. معیارهای پذیرش بیماران جهت ورود به مطالعه شامل: سن ۳۰ سال و بالاتر، سپری شدن حداقل یک سال از زمان تشخیص ابتلا به دیابت نوع ۲، بیماران تحت درمان با قرص خوراکی، بیماران تحت درمان با تزریق انسولین و بیماران تحت درمان با هر دو روش درمان بود. معیار خروج از مطالعه شامل عدم رضایت برای ورود به مطالعه بود. بعد از انتخاب افراد برای مطالعه، هدف از انجام پژوهش بیان گردید و پس از دادن اطمینان در مورد حفظ اطلاعات مندرج در پرسش‌نامه، رضایت‌نامه کتبی از افراد کسب شد.

شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت تصادفی ساده و مستمر بود. به این ترتیب که پژوهشگر زمان مراجعه را در روزهای مختلف هفته به صورت تصادفی انتخاب کرده و در مرحله بعد در زمان حضور در مرکز نمونه‌گیری به روش آسان انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، یک پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی بود که به روش مصاحبه تکمیل گردید. این پرسش‌نامه دارای دو بخش اصلی بود. در بخش اول اطلاعات فردی افراد شامل سن، جنس، شغل (بی‌کار، شاغل، خانه‌دار و بازنشسته)، سطح تحصیلات (بی‌سواد، زیردیپلم، دیپلم، دانشگاهی)، وضعیت تأهل (مجرد، متأهل، بیوه و مطلقه)، تعداد اعضای خانواده (زندگی با همسر، با فرزندان، با همسر و فرزندان، با پدر و مادر، تنها)، نوع درمان (خوراکی، انسولین و هر دو) طول مدت ابتلا به بیماری، وضعیت اقتصادی (عالی، خوب، متوسط و ضعیف) بررسی شد.

در بخش دوم پرسش‌نامه، حمایت خانواده با استفاده از ابزار استاندارد حمایت اجتماعی از بیماران مبتلا به دیابت (مختص خانواده) سنجیده شد. این پرسش‌نامه توسط GRECA در سال ۲۰۰۲ طراحی شد. ترجمه این پرسش‌نامه توسط حیدری انجام شده است. روایی علمی ابزار از طریق روایی محتوا و پایایی علمی آن از روش آزمون-آزمون مجدد سنجیده شد (۱۵). استفاده کلی این ابزار میزان دریافت و درک بیمار از حمایت‌های ابزاری، اطلاعاتی، عاطفی و احساس تعلق خانواده در چهار زمینه خودمراقبتی شامل مصرف دارو، آزمایش قند خون، رژیم غذایی و ورزش را ارزیابی می‌کند. سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از هرگز (یک امتیاز) تا همیشه (پنج امتیاز) درجه‌بندی گردید. یک گزینه دیگر به صورت "موردی ندارد" برای بیمارانی که موردی برای پاسخگویی به آن سؤالات نداشتند، در نظر گرفته شد. بر اساس راهنمای ابزار، امتیازی به گزینه "موردی ندارد" تعلق نمی‌گیرد. دامنه امتیازات مجموع سؤالات از ۵۱ تا ۲۰۴ می‌باشد و بیشترین امتیاز نشان دهنده بیشترین حمایت خانواده است. ضریب همبستگی بین ۲ دسته داده‌ها به دست آمده و ۹۶ درصد محاسبه شد. در نهایت اطلاعات حاصل شده از پژوهش از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (Version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) و با استفاده از آمار توصیفی و شاخص‌های مرکزی، آزمون‌های آماری ANOVA و همبستگی Pearson و آزمون تحلیل واریانس برای اندازه‌های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

نمونه مورد بررسی در این پژوهش شامل ۱۰۶ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو بودند. از این تعداد ۷۶/۴ درصد زن و بقیه مرد بودند. میانگین سنی افراد مورد پژوهش  $53/66 \pm 8/03$  سال بود. اکثریت افراد مورد پژوهش دارای تحصیلات زیر دیپلم (۵۹/۹ درصد) بودند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که ۷۰/۸ درصد افراد خانه‌دار و ۸۹/۶ درصد متأهل بودند. میانگین سال‌های ابتلا به بیماری  $68/26 \pm 9/9$  سال بود (جدول ۱). برای بررسی ارتباط تفاوت نمرات شاخص کلی

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک نمونه‌های مورد پژوهش

متغیر	(درصد) تعداد
جنسیت	
زن	۸۱ (۷۶/۴)
مرد	۲۵ (۲۳/۶)
تحصیلات	
بی‌سواد	۲۶ (۲۴/۵)
زیر دیپلم	۵۵ (۵۱/۹)
دیپلم	۱۸ (۱۷)
دانشگاهی	۷ (۶/۶)
وضعیت اشتغال	
شاغل	۱۴ (۱۳/۲)
بی‌کار	۳ (۲/۸)
خانه‌دار	۷۵ (۷۰/۸)
بازنشسته	۱۴ (۱۳/۲)
وضعیت تأهل	
مجرد	۲ (۱/۹)
متأهل	۹۵ (۸۹/۶)
بیوه	۹ (۸/۵)
وضعیت اقتصادی	
خوب	۶ (۵/۷)
متوسط	۸۹ (۸۴)
ضعیف	۱۱ (۱۰/۴)
نوع درمان	
داروی خوراکی	۶۶ (۶۲/۳)
تزریقی	۱۱ (۴/۱۰)
هر دو	۲۹ (۴/۲۷)
همسر	۱۷ (۱۶)
افرادى که در حال حاضر با بیمار زندگی می‌کنند	
فرزند	۳ (۲/۸)
همسر و فرزند	۸۰ (۷۵/۵)
پدر و مادر	۱ (۰/۹)
تنها	۵ (۴/۷)
حداقل و حداکثر سن (سال)	۳۲-۷۵
حداقل و حداکثر طول مدت ابتلا به دیابت (سال)	۱-۲۷
حداقل و حداکثر تعداد اعضای خانواده (نفر)	۱-۱۶

جدول ۲: ارتباط بین حمایت خانواده و مشخصات دموگرافیک

متغیر	ANOVA	
	F	P
سطح تحصیلات	۳/۵۸۲	۰/۰۱۶
اشتغال	۲/۴۶۳	۰/۰۶۷
وضعیت تأهل	۰/۲۱۶	۰/۸۰۶
وضعیت اقتصادی	۳/۲۴۱	۰/۰۴۳
نوع دارو	۰/۷۲۸	۰/۴۸۵
ساختار خانواده	۰/۸۳۱	۰/۵۰۹

مقدار احتمال کوچک‌تر از ۰/۵۰ معنی‌دار در نظر گرفته شده است.

داده‌های جدول ۳ بیانگر میانگین و انحراف معیار حمایت درک شده از طرف خانواده در ارتباط با رفتارهای خودمراقبتی می‌باشد. با توجه به این جدول، بیشترین میانگین استاندارد نشده مربوط به حمایت درک شده از رژیم غذایی و کمترین حمایت کلی بود. با توجه به این که هر کدام از جنبه‌های حمایتی رفتارهای خودمراقبتی دارای دامنه نمرات متفاوتی می‌باشد، بنابراین برای مقایسه نمودن نمرات، میانگین متغیرها را به تعداد سوالات آن تقسیم کرده و بر اساس نتایج حاصل از استانداردسازی نمرات میانگین، بیشترین نمره مربوط به حمایت کلی و کمترین نمره مربوط به حمایت در زمینه مصرف دارو بود. برای تحلیل این که این تفاوت‌ها بین جنبه‌های مختلف حمایت به لحاظ آماری معنی‌دار است، از روش تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون این تفاوت در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود ( $F = ۳۹/۳۱۰$ ). برای بررسی تفاوت‌های نمرات میانگین بین متغیرهای حمایتی درک شده از رفتارهای خودمراقبتی از آزمون *Dependent t* استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که تفاوت نمرات بین متغیر حمایتی درک شده از رفتار خودمراقبتی دارو و حمایت کلی و دیگر متغیرهای حمایتی درک شده معنی‌دار است. اطلاعات حاصل از این نتایج در جدول ۴ خلاصه شده است.

### نتیجه‌گیری

ماهیت بیماری دیابت نوع ۲ و درمان آن ایجاب می‌کند که بخش عمده‌ای از درمان بیماری به عهده بیمار و خانواده‌اش باشد (۴). هدف از این پژوهش مقطعی، بررسی وضعیت

بر اساس برخی از متغیرهای دموگرافیک از تحلیل‌های واریانس و Pearson استفاده شد. آزمون Pearson همبستگی معنی‌داری را بین سن و حمایت درک شده از خانواده نشان نداد. نتایج حاصل از آزمون ANOVA نشان داد که ارتباط معنی‌دار آماری بین حمایت درک شده از خانواده و وضعیت اقتصادی وجود دارد. همچنین این ارتباط بین حمایت درک شده از خانواده و سطح تحصیلات نیز معنی‌دار بود (جدول ۲).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات میانگین حمایت درک شده از خانواده در هر یک از رفتارهای خودمراقبتی

رفتارهای خودمراقبتی	دامنه نمرات	انحراف معیار ± میانگین (استاندارد نشده)	انحراف معیار ± میانگین (استاندارد شده)
مصرف دارو	۹-۴۵	۱۸/۹۸۱ ± ۵/۰۷	۲/۱۰۹ ± ۰/۰۵۵
آزمایش قند خون	۱۲-۶۰	۳۱/۰۲۸ ± ۶/۸۱	۲/۵۸۶ ± ۰/۰۵۵
رعایت رژیم غذایی	۱۸-۹۰	۴۵/۵۴۷ ± ۸/۸۱	۲/۵۳۰ ± ۰/۴۸۰
انجام ورزش	۷-۳۵	۱۸/۱۳۲ ± ۴/۱۹	۲/۵۹۰ ± ۰/۰۵۸
سوالات کلی حمایت خانواده	۵-۲۵	۱۳/۶۵۷ ± ۲/۵۶	۲/۷۳۱ ± ۰/۰۵۰

جدول ۴: مقایسه نمرات میانگین حمایت درک شده از خانواده در هر یک از رفتارهای خودمراقبتی

متغیرها	جنبه ۲ (J)	میانگین تفاضل (I-J)	خطای استاندارد	آماره T	P
حمایت کلی	مصرف دارو	۰/۶۲۲	۰/۰۵۷	-۱۰/۸۴۰	P < ۰/۰۰۱
	آزمایش قند خون	۰/۱۴۶	۰/۰۵۲	-۲/۷۸۷	< ۰/۰۱۰
	رژیم غذایی	۰/۲۰۱	۰/۰۳۹	-۳/۱۳۹	< ۰/۰۱۰
ورزش	ورزش	۰/۱۴۱	۰/۰۴۵	-۵/۱۷۵	< ۰/۰۱۰
	مصرف دارو	۰/۴۸۱	۰/۰۷۰	-۶/۱۹۶	< ۰/۰۰۱
	آزمایش قند خون	۰/۰۰۵	۰/۰۵۷	-۰/۰۸۰	۰/۹۳۶
آزمایش قند خون	رژیم غذایی	۰/۰۶۰	۰/۰۴۶	-۱/۲۹۷	۰/۱۹۷
	مصرف دارو	۰/۴۷۷	۰/۰۵۶	-۸/۵۴۹	< ۰/۰۰۱
	رژیم غذایی	۰/۰۰۵	۰/۰۴۵	۱/۲۱۶	۰/۲۲۷
رژیم غذایی	مصرف دارو	۰/۴۲۱	۰/۴۲۱	-۷/۳۶۵	< ۰/۰۰۱

بین حمایت درک شده خانواده و وضعیت اقتصادی رابطه معنی‌دار آماری مشاهده شد. یافته‌های تحقیق آقاملائی و همکاران نشان می‌دهد که مهم‌ترین دلیل عدم انجام آزمایش خون در منزل هزینه کیت‌های آزمایش قند خون و عدم توانایی مالی خانواده بیمار برای تهیه کیت‌ها می‌باشد (۱۷).

یافته‌های مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین حمایت درک شده خانواده و سن نشان نداد که این یافته با نتایج سایر مطالعات مشابه بود. در همین راستا حیدری و همکاران و همچنین Chan و همکاران در بررسی بیماران مبتلا به سرطان به نتایج همگون دست یافتند (۱۵، ۱۸). در این پژوهش بین سطح تحصیلات و حمایت درک شده از خانواده ارتباط معنی‌دار مشاهده شد. این یافته با نتایج پژوهش Elal و Krespi مشابه بود (۱۹)، اما با یافته‌های سایر محققین متفاوت بود (۲۰، ۲۱). افزایش سطح تحصیلات از یک طرف موجب افزایش میزان سازگاری فرد با بیماری می‌شود و از طرف دیگر باعث می‌شود که فرد

حمایت درک شده خانواده و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که متوسط سن بیماران مورد بررسی ۵۳/۶۶ سال است و با توجه به این که بیماری نوع ۲ بیماری مزمن و خاص سنین میانسالی و سالمندی است، چنین نتیجه‌ای طبیعی به نظر می‌رسد. همچنین در پژوهشی که در چین انجام شد، میانگین سن بیماران ۶۱/۴ سال با انحراف معیار ۹/۲ به دست آمد (۱۶). در مطالعه حاضر بین وضعیت تأهل و جنس با حمایت خانواده درک شده رابطه معنی‌دار مشاهده نشد. این یافته برخلاف یافته‌های حیدری و همکاران می‌باشد (۴). عامل این اختلاف می‌تواند زیاد بودن تعداد بیماران زن نسبت به مرد در این پژوهش و این که درصد زیادی از افراد شرکت کننده در این مطالعه متأهل هستند (۸۹/۶)، ذکر کرد. با توجه به این که افراد مراجعه کننده به مراکز دیابت را بیشتر زنان خانه‌دار تشکیل می‌دهند، این اختلاف طبیعی به نظر می‌رسد. در مطالعه حاضر

با توجه به این که برای موفقیت در کنترل بیماری دیابت، بیمار باید عملکرد مناسبی در تمامی ابعاد خودمراقبتی داشته باشد و نقص در هر کدام از رفتارهای خودمراقبتی، می‌تواند منجر به مشکلات سلامت در بیمار شود. بنابراین با توجه به نقش تایید شده حمایت اجتماعی درک شده بیمار از خانواده در زمینه رفتارهای خودمراقبتی در مطالعه حاضر و شناسایی افراد در معرض خطر، برنامه‌ریزان آموزش سلامت قادر خواهند بود به تدوین و طراحی برنامه‌های آموزشی مناسب برای ارتقای رفتارهای حمایتی خانواده‌های بیمار برای کاهش آسیب و بهبود سطح رفتارهای خودمراقبتی بیماران بپردازند. از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش، مقطعی بودن مطالعه و عدم تعیین روابط علل و معلولی بود. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به تفکیک نمرات حمایت درک شده از خانواده در هر کدام از بخش‌های دارو، آزمایش قند خون، رژیم غذایی و ورزش اشاره کرد که این مقایسه می‌تواند گامی مؤثر در تدوین برنامه‌های آموزشی باشد.

#### تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی به شماره ۲۹۰۰۸۱، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود و هزینه‌های آن از سوی مرکز مذکور پرداخت گردیده است. نویسندگان مقاله مراتب قدردانی و تشکر خود را از پرسنل محترم مرکز دیابت صدیقه طاهره (س) و همه بیمارانی که با شرکت در این مطالعه نویسندگان را در کسب نتایج حاصل یاری نمودند، اعلام می‌دارند.

#### References

1. Aghamollaei T, Eftekhar H, Shojaeizadeh D, Mohammad K, Nakhjavani M, Ghofrani Pour F. Behavior, Metabolic Control and Health-related Quality of Life in Diabetic Patients at Bandar Abbas Diabetic Clinic. *Iranian J Publ Health* 2003; 32(3): 54-9. [In Persian].
2. Chan WM, Woo J, Hui E, Lau WW, Lai JC, Lee D. A community model for care of elderly people with diabetes via telemedicine. *Appl Nurs Res* 2005; 18(2): 77-81.
3. Aghamolaei T, Eftekhar H, Mohammad K, Nakhjavani M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, et al. Effects of a health education program on behavior, HBA1c and health-related quality of life in diabetic patients". *Acta Medica Iranica* 2005; 43(2): 89-94. [In Persian].
4. Heydari SH, Nouri Tajer M, Hosseini F, Inanlou M, Shirazi F. Geriatric Family Support And Diabetic Type-2 Glycemic Control. *Salmand* 2008; 3(8): 53-80. [In Persian].
5. Lloyd A, Sawyer W, Hopkinson P. Impact of long-term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insulin. *Value Health* 2001; 4(5): 392-400.
6. Tokuyama Y, Ishizuka T, Matsui K, Egashira T, Kanatsuka A. Predictors of glycemic control in Japanese subjects with type 2 diabetes mellitus. *Metabolism* 2008; 57(4): 453-7.

7. Heiydari S, Salahshorian A, Rafie F, Hoseini F. Correlation of perceived social support and size of social network with quality of life dimension in cancer patients. FEYZ 2008; 12(2): 15-22. [In Persian].
8. Lee EH, Yae CB, Boog PH, Hong CK. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. J Pain Symptom Manage 2004; 27(5): 425-33.
9. Rambod M, RAFIEI F. Relationship between perceived social support and quality of life in hemodialysis patients. Iran J Nurs 20008; 22(58): 99-110. [In Persian].
10. Sharifian A, Delavari A, Shahsavari S, Shaykhesmaieili F. Hemoglobin A1c and Factors Influence it in Diabetic Patients Coming to the Diabetes Center of Kurdistan Province in Year 1999. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2001; 5(2): 7-12. [In Persian].
11. Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. Cancer Nurs 2005; 28(3): 236-40.
12. Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. Oxford, OX: Oxford University Press; 2006.
13. Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. Diabetes Educ 2004; 30(6): 980-93.
14. Glasgow RE, Wagner EH, Kaplan RM, Vinicor F, Smith L, Norman J. If diabetes is a public health problem, why not treat it as one? A population-based approach to chronic illness. Ann Behav Med 1999; 21(2): 159-70.
15. Haidari S, Salahshourian A, Rafii F. The relationship between social support and quality of life in cancer patients affiliated to Iran University of Medical Sciences [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences; 2006. p. 124-5.
16. Tan MY. The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. Diabetes Res Clin Pract 2004; 66(1): 71-7.
17. Aghamolai T, Eftekhari H, Mohammad K. Application of health belief model in changing diabetic patients' behaviors. Payesh 2005; 4(4): 263-9. [In Persian].
18. Chan CW, Molassiotis A, Yam BM, Chan SJ, Lam CS. Traveling through the cancer trajectory: social support perceived by women with gynecologic cancer in Hong Kong. Cancer Nurs 2001; 24(5): 387-94.
19. Elal G, Krespi M. Life events, social support and depression in haemodialysis patients. Journal of Community & Applied Social Psychology 1999; 9(1): 23-33.
20. Kanbara S, Taniguchi H, Sakaue M, Wang DH, Takaki J, Yajima Y, et al. Social support, self-efficacy and psychological stress responses among outpatients with diabetes in Yogyakarta, Indonesia. Diabetes Res Clin Pract 2008; 80(1): 56-62.
21. Brandt PA, Weinert C. The PRQ-A social support measure. Nursing Research 1981; 30(5): 277-80.
22. Ell K. Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection. Soc Sci Med 1996; 42(2): 173-83.
23. Schwartz A. Perceived social support and self-management of diabetes among adults age 40 years and over [MSc Thesis]. Hamilton, OH: Miami University; 2005.

## Effects of Family-Based Theory of Social Support on Perceived Support Levels in Type 2 Diabetic Patients

Noushin Sadat Ahanchi<sup>1</sup>, Ahmad Ali Eslami<sup>2</sup>, Ghoramreza Sharifirad<sup>3</sup>

### Abstract

**Background:** Social support is as the most effective agent in successfully coping with stressful circumstances. Considering the importance of healthcare at home for the patients with type 2 diabetes, family practice is fundamental to the quality of patient adaptation to problems, and consequences of the disease. The main aim of this study was to evaluate the status of perceived family support and some related factors in patients with type 2 diabetes.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted. Random simple sampling method was used. The sample consisted of 113 patients who referred to the Sedigheh Tahereh Research Center. To complete the questionnaire in the days predetermined (randomly), a personal interview was conducted with each of the patients. To evaluate the data analysis of variance, Pearson correlation and repeated measures ANOVA were used.

**Findings:** Of the 113 patients, 106 patients (81 women and 25 men) were entered into the analysis. The one-way ANOVA test showed there was a statistically significant difference in family support across economic levels ( $F = 3.24$ ,  $P < 0.001$ ). Analysis of variance with repeated measures, revealed significant differences between perceived family support aspects of patients' self care behaviors ( $F = 39.31$ ,  $P < 0.001$ ). Results showed that the lowest and highest self-reported scores of perceived support, respectively, were related to drug treatment and general support.

**Conclusion:** The present study showed that patients' perceived family support in drug treatment and adherence to diet was poor. Because of the importance of these two aspects in the treatment plan for patients, it is essential that family empowerment programs be considered.

**Keywords:** Family Support, Self Care, Type 2 Diabetes

1- Department of Public Health, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)  
Email: eslamiaa@gmail.com

3- Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran