

حمایت اجتماعی و وضعیت خود مراقبتی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد

دکتر محمد علی مروتی شریف آباد*، نوشین روحانی تنکابنی*

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۴/۲۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۱/۲۲

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، دانشکده بهداشت، گروه مبارزه با بیماریها

چکیده

زمینه و هدف: حمایت اجتماعی، یکی از عوامل تسهیل کننده رفتارهای بهداشتی است که شواهدی مبنی بر همبستگی آن با تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در بیماران دیابتی وجود دارد. مطالعه حاضر با هدف یافتن وضعیت این سازه در بیماران دیابتی و نیز عوامل مرتبط با آن و نیز چگونگی ارتباط آن با وضعیت خود مراقبتی در این بیماران، طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش کار: این مطالعه مقطعی، بر روی ۱۲۰ بیمار دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد در شش ماهه اول سال ۱۳۸۵ بصورت نمونه گیری آسان انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ای جهت ارزیابی سازه های حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابتی بود که از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل گردید. بعلاوه متغیرهای دموگرافیک سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل، مدت زمان ابتلا به دیابت و نوع دیابت نیز موردسؤال قرار گرفت. پایایی و روایی پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفت و تأیید گردید. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمونهای T، ANOVA، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت و $P < 0/05$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها: آزمودنیها، ۵۸/۱ درصد نمره قابل اکتساب حمایت اجتماعی درک شده را کسب نمودند که این درصد حاصل اکتساب ۵۶/۴ درصد نمره قابل کسب در رفتارهای خانوادگی حمایت کننده و ۳۹/۴ درصد نمره قابل کسب رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده بود. وضعیت حمایت خانواده در مورد مصرف صحیح داروها توسط بیماران در پایین ترین سطح قرار داشت درحالی که حمایت خانوادگی در مورد مراقبتهای عمومی دیابت در مطلوب ترین وضعیت قرار داشت. رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده در بین زنان بطور معنی داری بیش از مردان بود. ($P=0/036$) حمایت اجتماعی کلی درک شده دارای همبستگی مثبت و معنی داری با رفتارهای خودمراقبتی بود. ($r=0/253, P=0/000$) رفتارهای خانوادگی حمایت کننده نیز همبستگی مثبت و معنی داری با رفتارهای خود مراقبتی نشان داد ($P=0/000$) و ($r=0/301$) اما همبستگی رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده با رفتارهای خودمراقبتی معنی دار نبود. حمایت اجتماعی کلی درک شده تنها ۶/۴ درصد از تغییرات در رفتارهای خود مراقبتی را پیشگویی می کرد در حالیکه رفتارهای خانوادگی حمایت کننده ۹/۱ درصد از تغییرات این متغیر را پیشگویی می کرد.

نتیجه گیری: سطح حمایت خانوادگی در بیماران مورد مطالعه در سطح مطلوبی نبود و این وضعیت در مورد بعضی ابعاد خودمراقبتی مانند مصرف صحیح داروها نامطلوبتر بود. در هر برنامه آموزشی جهت ارتقای سطح خودمراقبتی در بیماران دیابتی توجه به حمایت خانواده می تواند در موفقیت برنامه مفید باشد. (مجله طبیب شوق، دوره ۹، شماره ۴، زمستان ۸۶، ص ۲۷۵ تا ۲۸۴)

کلیدواژه ها: حمایت اجتماعی، خود مراقبتی، دیابت

مقدمه

طوری که تمام توان کشورها صرف کنترل و پیشگیری از همه گیری های این بیماری ها می شد. در حال حاضر افزایش بار

تا چند سال قبل بیماری های واگیر به عنوان بزرگترین معضل بهداشتی کشور های جهان سوم به شمار می رفت، به

بیماریهای غیر واگیر مخصوصاً در کشور های در حال توسعه تهدیدی جدی به شمار می رود. از جمله بیماری های مهم این گروه دیابت می باشد، که بسیار وابسته به سبک زندگی بوده و تغذیه نامناسب و عدم فعالیت بدنی میزان بروز آن را افزایش می دهد.^(۱) این بیماری علاج قطعی ندارد و بهترین درمان پیشگیری از آن است. اقدام های پیشگیرانه شامل غربالگری و بیماریابی است که، موجب ارتقای کیفیت زندگی شده و در کاهش هزینه ها موثر است. با شناسایی به موقع و مراقبت صحیح بر پایه آموزش بیماران و خود مراقبتی آنها می توان از عوارض حاد و مزمن آن پیشگیری کرد یا بروز آنرا به تعویق انداخت.^(۲) شناخت عوامل روانی اجتماعی مرتبط با خود مراقبتی در این بیماران می تواند پایه ای برای برنامه های آموزشی و نیز تضمین کننده موفقیت این برنامه ها باشد.

تعاریف مختلفی از واژه حمایت اجتماعی ارائه شده است. بر طبق نظر هاوس، حمایت اجتماعی عبارت است از محتوای کارکردی روابط که می توان در چهار گروه از رفتارهای حمایتی قرار داد. الف- پشتیبانی عاطفی شامل احساس همدردی، دوست داشتن، اعتماد و توجه است و رابطه ای قوی با سلامتی دارد. ب- حمایت مادی شامل کمک مادی و خدماتی به شخص نیازمند است. ج- حمایت اطلاعاتی عبارت است از توصیه ها، پیشنهادات و اطلاعاتی که شخص از آن در روبروشدن با مشکلات استفاده می نماید. د- حمایت ارزیابی که عبارت از در دسترس گذاردن اطلاعات سودمند برای خود ارزیابی می باشد. این چهار عملکرد حمایت از لحاظ مفهومی متفاوتند، ولی در عمل از یکدیگر مستقل نیستند.^(۳)

در مطالعات اولیه حمایت اجتماعی برحسب شمار تماس ها تعریف می شد. به این ترتیب شخصی که دارای ده تماس در هفته است دوبرابر کسی که پنج تماس در هفته دارد از حمایت اجتماعی برخوردار است. مشکل اندازه گیری شمارتماس ها به عنوان شاخص حمایت اجتماعی این است که این امکان وجود دارد که شمار واقعی آنها دارای اهمیت نباشد. فردی می تواند

پنجاه تماس در روز داشته باشد و با این وجود، یکی از این تماس ها مهم یا به قدر کافی صمیمانه و نزدیک نباشد که پشتیبانی فراهم آورد. علاوه بر این برخی از پیوند های اجتماعی ممکن است منشا نگرانی باشد. از سوی دیگر گاهی یک دوست صمیمی ممکن است حامی بسیار مهمی باشد.

کوشش های انجام شده برای اندازه گیری کیفیت روابط حمایت کننده منجر به این اندیشه شد که شاید این کیفیت به شکل رابطه وجود ندارد، بلکه در ادراک و توقعات شخصی نهفته است که مورد حمایت قرار می گیرد. به عبارت دیگر، دوستان ممکن است واقعا هیچ گونه حمایتی ارائه نکنند اما شخص بر این باور است که آنها چنین می کنند، یا اگر از آنها خواسته شود حمایت می کنند، در این صورت این باور همان تأثیری را دارد که حمایت واقعی اگر وجود می داشت، دارا بود. به عبارت دیگر خود حمایت اجتماعی نیست که اهمیت دارد بلکه اعتقاد به وجود حمایت اجتماعی است که واجد اهمیت است و فردی که شدیداً به آن اعتقاد دارند باید بیش از آنهایی که فاقد چنین اعتقاداتی هستند، از بیماری محافظت شوند.^(۴)

حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل روانشناسی اجتماعی می باشد که به عنوان تسهیل کننده رفتار بهداشتی شناخته شده است. مشاهده شده است که هم حمایت اجتماعی عمومی و هم حمایت مربوط به دیابت با تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در بیماران دیابتی همبستگی دارد.^(۵-۱۲) از آنجاییکه شواهدی مبنی بر وضعیت این عامل در بیماران دیابتی در ایران در دسترس نمی باشد، این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سازه حمایت اجتماعی درک شده در رابطه با خودمراقبتی در بیماران دیابتی و نیز عوامل مرتبط با آن و همچنین چگونگی ارتباط آن با وضعیت خود مراقبتی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد، طراحی و اجرا شد.

روش کار

در این مطالعه تحلیلی که بصورت مقطعی انجام شد، ۱۲۰ بیمار دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد به

صورت آسان در شش ماهه اول سال ۱۳۸۵ مورد بررسی قرار گرفتند. حجم نمونه بر اساس اطلاعات موجود، ۱۱۶ نفر محاسبه گردید که جهت اطمینان ۱۲۰ نفر در تحقیق وارد شدند. روش نمونه گیری بدین صورت بود که، هر هفته در زمان مشخص سه روز به تصادف انتخاب می گردید و یکی از پژوهشگران در روزهای منتخب به مرکز مراجعه می نمود و در آن روز تمام بیماران مراجعه کننده را مورد بررسی قرار می داد، بیمارانی که یکبار مورد بررسی قرار گرفته بودند در روزهای بعد حذف می شدند. معیار های ورود بیماران شامل: گذشت حداقل سه ماه از ثابت شدن تشخیص دیابت، داشتن پرونده در مرکز تحقیقات دیابت یزد، درمان دارویی بیمار دیابتی (قرص یا انسولین) و رضایت برای شرکت در بررسی بود. به علاوه بیماران دیابتی که پسر و از کار افتاده بودند به طوریکه قادر به فهم سوالات و پاسخگویی نبودند و همچنین آنهایی که نسبت به زمان و مکان آگاهی نداشتند، وارد مطالعه نشدند.

پرسشنامه ای با سوالاتی که سازه های حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای خود مراقبتی را ارزیابی می نمود بانضمام متغیر های دموگرافیک سن، جنس، سطح تحصیلات، نوع شغل، نوع دیابت و مدت زمان ابتلا به دیابت جهت این مطالعه طراحی شد و از طریق مصاحبه یکی از پژوهشگران با افراد مذکور تکمیل گردید. مقیاس حمایت خانوادگی اختصاصی دیابت (Diabetes Specific Family Support) شفر (Schafer) و همکاران برای استفاده در اشخاص سنین ۶۴-۱۲ طراحی گردیده و شامل ۱۶ آیتم است که به ارزیابی حمایت خانوادگی در مورد تبعیت از رژیم غذایی، آزمایش قند خون، مصرف داروها، انجام ورزش و حمایت عمومی برای مراقبت از دیابت می پردازد. مقیاس شامل دو بخش رفتارهای خانوادگی حمایت کننده و رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده می باشد، که ۹ سؤال برای سنجش رفتارهای خانوادگی حمایت کننده و ۷ سؤال برای سنجش رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده در نظر

گرفته شده است. نمره هر سؤال در ۵ طیف از ۱ تا ۵ می باشد. ثبات آزمون-بازآزمون این ابزار بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۵ گزارش شده است و در مطالعه دیگری میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است.^(۱۳) در مطالعه حاضر این ابزار ترجمه و بعد از طی مراحل انطباق بین فرهنگی و نیز روایی و معتبر سازی مورد استفاده قرار گرفت و به علت کسر سوالات رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده از نمره سوالات رفتارهای خانوادگی حمایت کننده نمره قابل دستیابی آن در محدوده ۳۵- تا ۴۵ بود

سازه رفتارهای خودمراقبتی با استفاده از مقیاس خود مراقبتی دیابت توبرت و گلاسگو (Toobert & Glasgow) فراهم گردید. این سوالات به افراد مورد مطالعه اجازه می دهد که کیفیت فعالیت های خود مراقبتی مربوط به دیابتشان را در ۷ روز گذشته گزارش کنند. داشتن رژیم غذایی سالم، تزریق انسولین و یا مصرف صحیح قرص، آزمایش قند خون، ورزش، مراقبت از پا و رفتارهای سیگار کشیدن از جمله این رفتارها می باشند. یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره های هر سؤال بدست می آید.^(۱۴)

روایی محتوی و صوری پرسشنامه با استفاده از پانل خبرگان تایید گردید. برای تعیین ثبات درونی نیز ۴۵ نفر تحت مطالعه مقدماتی قرار گرفتند. ثبات درونی در مورد حمایت اجتماعی درک شده در مطالعه مقدماتی $\alpha = 0/68$ ، و در کل جمعیت $\alpha = 0/65$ مشاهده گردید، بعلاوه میزان آلفای کرونباخ برای سازه رفتارهای خودمراقبتی در مطالعه مقدماتی ۰/۶۶ و در کل نمونه ۰/۶۸ محاسبه گردید که نشان دهنده ثبات درونی قابل قبول ابزارها می باشد. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تحلیل قرار گرفت و برای رسیدن به اهداف پژوهش از آزمونهای T، ANOVA، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون استفاده شد و $P < 0/05$ معنی دار تلقی شد

یافته ها

در مطالعه حاضر ۱۲۰ نفر از بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد مورد بررسی قرار گرفتند. سن آنها بین ۱۷-۷۳ با میانگین $10/18 \pm 53/28$ سال بود. ۶۰/۸ درصد آنها زن و ۳۹/۲ درصد مرد بودند. ۳۳/۳ درصد بی سواد، ۱۷/۵ درصد دارای سواد خواندن نوشتن، ۲۷/۵ درصد دارای تحصیلات ابتدایی یا شش قدیم و ۲۱/۷ درصد دارای تحصیلات راهنمایی و بالاتر بودند. در بررسی میزان فراوانی مشاغل، ۱۸/۳ درصد کارمند، ۲۰/۸ درصد دارای شغل آزاد و ۶۰/۸ درصد خانه دار بودند. ۱۷/۵ درصد مبتلا به دیابت نوع یک و ۸۲/۵ درصد مبتلا به دیابت نوع دوم بودند. مدت زمان تشخیص ابتلا به دیابت در جمعیت مورد مطالعه بین ۳ ماه تا ۳۰ سال با میانگین $9/83 \pm 6/8$ سال بود. وضعیت محدوده ها، میانگین ها و انحراف معیار سازه های مورد بررسی و رفتارهای خود مراقبتی در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی وضعیت رفتارهای خانوادگی حمایت کننده درک شده در بیماران دیابتی مورد مطالعه را نشان می دهد. در میان موارد مربوط به رفتارهای خانوادگی حمایت کننده، آزمودنی ها معتقد بودند که بیشترین حمایت اعضای خانواده از آنها در مورد تشویق آنها به پیگیری مداوم مراقبت از خود و نیز پیگیری رژیم غذایی بود در حالیکه در مورد تهیه خوراکی های حاوی قند برای آنها و نیز ورزش کردن با آنها دارای کمترین سطح حمایت درک شده بودند.

جدول شماره ۳ توزیع فراوانی وضعیت رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده درک شده در بیماران دیابتی مورد مطالعه را نشان می دهد. در زمینه رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده، بیشترین ادراک افراد مورد مطالعه در مورد مصرف غذاهای غیررژیم دیابتی توسط خانواده و نیز بیدار نکردن آنها برای دریافت داروهایشان بود و کمترین ادراک آنها در زمینه نق زدن اعضای خانواده به خاطر خود مراقبتی آزمودنی ها، انجام آزمایش قندخون و پیگیری رژیم غذایی بود. وضعیت حمایت

خانواده از بیماران مورد مطالعه به تفکیک ابعاد مختلف خودمراقبتی نیز مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۴). همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود وضعیت حمایت خانواده در مورد مصرف صحیح و مرتب داروها توسط بیماران در پایین ترین سطح قرار داشت و بعد از آن انجام آزمایش قند خون از حمایت خانوادگی پایینی برخوردار بود در حالیکه حمایت خانوادگی در مورد مراقبتهای عمومی دیابت در بالاترین سطح قرار داشت.

آزمون های آماری ANOVA و یا ضریب همبستگی پیرسون ارتباط آماری معنی داری را بین وضعیت سازه های مورد مطالعه و سن، شغل، سطح تحصیلات، نوع دیابت و طول مدت ابتلا به دیابت در آزمودنیها نشان ندادند. آزمون T نیز اختلافی را به لحاظ رفتارهای خودمراقبتی و حمایت اجتماعی کلی درک شده و نیز رفتارهای خانوادگی حمایت کننده، در بین دو جنس نشان نداد. ولی رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده درک شده در بین زنان ($8/38 \pm 4/17$) بطور معنی داری بیش از مردان ($5/87 \pm 3/16$) بود ($P=0/036$). در بررسی همبستگی سازه های مورد مطالعه با رفتارهای خود مراقبتی مشخص گردید که حمایت اجتماعی کلی درک شده ($F=0/253$) دارای همبستگی مثبت و معنی داری در سطح ۰/۰۱ با رفتارهای خودمراقبتی می باشد. رفتارهای خانوادگی حمایت کننده نیز همبستگی مثبت و معنی داری در سطح ۰/۰۱ با رفتارهای خود مراقبتی نشان داد ($F=0/301$)، اما همبستگی رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده با رفتارهای خودمراقبتی معنی دار نبود. بعلاوه همبستگی بین رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده و حمایت کننده نیز از نظر آماری معنی دار نبود. همبستگی مثبت و معنی داری نیز در سطح ۰/۰۱ بین وضعیت حمایت خانوادگی در بعد مراقبتهای عمومی دیابت و رفتارهای خود مراقبتی ($F=0/290$) دیده شد. آنالیز رگرسیون خطی نشان داد که حمایت اجتماعی کلی درک شده تنها ۶/۴ درصد از تغییرات رفتارهای خود مراقبتی را پیشگویی می کند در حالیکه رفتارهای خانوادگی حمایت کننده ۹/۱ درصد از تغییرات این متغیر را پیشگویی می کرد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار و محدوده ها و درصد نمره کسب شده سازه های مورد بررسی

توصیف مقیاس	میانگین	انحراف معیار	محدوده نمره قابل اکتساب	محدوده نمره مشاهده شده	درصد نمره کسب شده
رفتارهای خود مراقبتی	۴۸/۳۵	۱۰/۰۴	۰ - ۷۷	۲۴ - ۷۰	۶۲/۸
رفتارهای خانوادگی حمایت کننده	۲۵/۴۱	۶/۰۸	۹ - ۴۵	۱۰ - ۴۰	۵۶/۴
رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده	۱۳/۷۹	۳/۸۶	۷ - ۳۵	۷ - ۳۰	۳۹/۴
حمایت اجتماعی درک شده (کلی)	۱۱/۵۱	۷/۳۵	۳۵ - ۴۵	-۱۲ - ۳۲	۵۸/۱

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت رفتارهای خانوادگی حمایت کننده درک شده در بیماران دیابتی مورد مطالعه

میانگین نمره	خیلی زیاد		زیاد		تاحدی (بطور متوسط)		کمی		اصلا		وضعیت درک رفتارهای خانوادگی حمایت کننده
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲/۶۸	۱۹/۲	۲۳	۴۸/۳	۵۸	۱۹/۲	۲۳	۸/۳	۱۰	۵	۶	تشویق بیمار برای پیگیری رژیم غذایی
۱/۳۸	۴/۲	۵	۲۵/۸	۳۱	۲۰/۸	۲۵	۲/۵	۳	۴۶/۷	۵۶	پیشنهاد کارهایی که کمک می کند تا تزریق انسولین یا مصرف قرص سر وقت انجام شود
۲/۴	۹/۲	۱۱	۵۰	۶۰	۲۴/۲	۲۹	۵/۸	۷	۱۰/۸	۱۳	کمک برای تصمیم گیری، اگر باید بر اساس نتایج آزمایش قند خون تغییراتی ایجاد شود
۲/۵۳	۱۶/۷	۲۰	۴۵	۵۴	۲۲/۵	۲۷	۶/۷	۸	۹/۲	۱۱	تشویق برای شرکت در فعالیت های ورزشی
۱/۷۱	۳/۳	۴	۲۴/۲	۲۹	۳۶/۷	۴۴	۱۲/۵	۱۵	۲۳/۳	۲۸	برنامه ریزی فعالیت های خانوادگی آنچنان که متناسب با برنامه مراقبتهای دیابت باشد
۲/۷	۲۰	۲۴	۴۸/۳	۵۸	۱۹/۲	۲۳	۶/۷	۸	۵/۸	۷	تشویق برای پیگیری مداوم مراقبت از خود
۲/۰۸	۳/۳	۴	۳۳/۳	۴۰	۴۳/۳	۵۲	۸/۳	۱۰	۱۱/۷	۱۴	غذا خوردن در هنگام غذا خوردن
۰/۵۵	۲/۵	۳	۵/۸	۷	۹/۲	۱۱	۱۰	۱۲	۷۲/۵	۸۷	ورزش کردن با بیمار
۰/۳۵	۰/۸	۱	۵	۶	۵/۸	۷	۵	۶	۸۳/۳	۱۰۰	تهیه خوراکی هایی حاوی قند، برای بیمار جهت همراه داشتن در موارد پایین افتادن قند خون

جدول ۴: توزیع شافصهای حمایت خانوادگی در بیماران مورد مطالعه بر حسب ابعاد فود مراقبتی

شاخصها ابعاد خودمراقبتی	میانگین	انحراف معیار	محدوده نمره قابل اکتساب	محدوده نمره مشاهده شده	درصد نمره کسب شده
تغذیه	۲/۲۵	۱/۹۴	-۱۰ - ۱۰	-۳ - ۶	۶۱/۲۵
آزمایش قند خون	۰/۲۶	۲/۰۲	-۱۰ - ۱۰	-۷ - ۳	۵۱/۳
مصرف داروها	۰/۹۱	۲/۴۷	-۵ - ۱۰	-۳ - ۸	۳۹/۴
ورزش	۲/۹۳	۲/۲۵	-۵ - ۱۰	-۲ - ۸	۵۲/۸
مراقبت عمومی	۵/۱۵	۲/۱۹	-۵ - ۱۰	-۱ - ۹	۶۷/۶

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده درک شده در بیماران دیابتی مورد مطالعه

میانگین نمره	خیلی زیاد		زیاد		تاحدی (متوسط)		کمی		اصلا		وضعیت درک رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۳	۰/۸	۱	۳/۳	۴	۷/۵	۹	۱/۷	۲	۸۶/۷	۱۰۴	نق زدن به بیمار به خاطر انجام آزمایش قند خون
۱/۰۵	۲/۵	۳	۱۶/۷	۲۰	۱۹/۲	۲۳	۶/۷	۸	۵۵	۶۶	سرکوفت زدن به بیمار به خاطر اینکه به طور منظم ورزش نمی کند
۰/۳	۰/۸	۱	۲/۵	۳	۸/۳	۱۰	۲/۵	۳	۸۵/۸	۱۰۳	نق زدن به بیمار به خاطر پیگیری رژیم غذایی اش
۰/۲۶	۰/۸	۱	۱/۷	۲	۸/۳	۱۰	۱/۷	۲	۸۷/۵	۱۰۵	نق زدن به بیمار به خاطر اینکه مراقبت های مربوط به دیابت اش را انجام می دهد
۰/۸۴	۰	۰	۱۴/۲	۱۷	۱۷/۵	۲۱	۶/۷	۸	۶۱/۷	۷۴	سرکوفت زدن به بیمار به خاطر ثبت نکردن نتایج آزمایش قند خونس
۱/۸۱	۱/۷	۲	۴۰/۸	۴۹	۲۲/۵	۲۷	۷/۵	۹	۲۷/۱	۳۳	بیدار نکردن بیمار، در صورت خواب بودن، برای تزریق انسولین یا مصرف قرص
۲/۲۱	۲/۵	۳	۳۶/۷	۴۴	۴۷/۵	۵۷	۶/۷	۸	۶/۷	۸	خوردن غذاهایی که جزء رژیم غذایی دیابت نمی باشد

بحث

دارند تا از پایین افتادن قند خونشان جلوگیری شود، ولی باید توجه داشت که پایین افتادن قند خون خطری است که همواره تمام بیماران دیابتی را تهدید می نماید و خانواده ها بهتر است که به این مخاطره توجه داشته باشند. این خطر خصوصاً در مورد بیماران دیابتی نوع ۱ و نیز بیمارانی که ضمن دارو درمانی منظم به رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی نیز توجه دارند از اهمیت بیشتری برخوردار است. دومین نکته ای که در مورد رفتارهای خانوادگی حمایت کننده قابل ذکر است پایین بودن میزان ورزش کردن خانواده با بیمار دیابتی بود. شواهد قابل توجهی مبنی بر پایین بودن سطح فعالیت های فیزیکی در بیماران دیابتی و غیر دیابتی در دسترس می باشد^(۱۸-۱۵) تشویق خانواده ها به ورزش کردن با بیماران دیابتی شان میتواند بعنوان راهکاری جهت افزایش فعالیت فیزیکی در بیماران دیابتی و در نتیجه کنترل هرچه بهتر بیماری باشد.

خوردن غذاهایی که جزء رژیم غذایی بیماران دیابتی نیست، توسط اعضاء خانواده از نکات قابل توجه در رفتارهای

این مطالعه با هدف بررسی وضعیت حمایت اجتماعی درک شده در ارتباط با خود مراقبتی در بیماران دیابتی انجام شد. آزمودنیها ۵۸/۱ درصد نمره قابل اکتساب حمایت خانوادگی را بدست آوردند که بنظر می رسد این سطح حمایت مطلوب نباشد و نتایج با یافته بررسی گیلیبرانند (Gillibrand) و همکارش در این زمینه همخوانی دارد.^(۶) در این میان حمایت صحیح نیز نکته بسیار مهم و قابل توجهی است، چرا که بیماران ۳۹/۴ درصد نمره رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده که بیانگر نق زدنها و یا سرکوفت زدنهای خانواده به بیماران دیابتی است را نیز کسب نمودند. سرکوفت زدن به بیماران دیابتی بخاطر عدم انجام خودمراقبتی نه تنها تأثیری در افزایش این رفتارها ندارد بلکه حتی می تواند منجر به ایجاد یأس و ناامیدی در این بیماران شده و در نتیجه کاهش انجام خودمراقبتی را به دنبال داشته باشد، لذا باید این مهم برای خانواده های بیماران دیابتی بیان و مورد تأکید قرار گیرد. در مورد رفتارهای خانوادگی حمایت کننده، هر چند اکثر بیماران اظهار داشتند که خود مواد قندی را به همراه

رعایت دستورات خود مراقبتی می باشد.

هر چند حمایت خانوادگی کلی بطور معنی داری رفتارهای خودمراقبتی را به میزان ۶/۴ درصد پیشگویی می کرد ولی این درصد پیشگویی بالانیست و این نتیجه دال بر مؤثر بودن متغیرهای دیگری در این رابطه می باشد. با حذف اثر رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده میزان پیشگویی به ۹/۱ درصد افزایش یافت. از آنجایی که سؤالات رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده ترکیبی است از بعضی نق زندهای خانواده به علت انجام دادن خود مراقبتی و همچنین بعضی سرکوفت ها به دلیل انجام ندادن خود مراقبتی ها، چگونگی تأثیر آنها بر رفتارهای خودمراقبتی بایستی مورد بررسی های دقیق تری قرار بگیرد. آنچه مسلم است این که رفتارهای خانوادگی حمایت کننده و تشویق بیماران دیابتی باعث افزایش خودمراقبتی در آنان شده و هرگونه مداخله با در نظر گرفتن این متغیر می تواند بر کنترل این بیماری و در نتیجه کاهش عوارض مختلف آن در جامعه مؤثر باشد. در این مطالعه دو محدودیت وجود داشت. اول این که نمونه گیری به صورت آسان انجام شده است و دوم آن که باید در نظر داشت که انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی متأثر از عوامل متعددی می باشد که در این مطالعه تنها به یک عامل مهم پرداخته شده است و هرگونه برنامه ریزی مداخله ای بایستی با دیدی همه جانبه و با در نظر گرفتن نتایج مطالعات مختلفی که در این زمینه صورت گرفته است انجام شود.

در مجموع یافته های این تحقیق بیانگر آنست که حمایت مرتبط با خود مراقبتی دیابت در تمامی ابعاد از طرف خانواده در حد متوسط تا کم می باشد ضمن آنکه رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده نیز کم و بیش وجود دارد. به نظر می رسد در برنامه های مداخله ای کنترل دیابت، خانواده بیماران دیابتی نیز باید مورد توجه قرار گیرند به طوری که آنها هم در برنامه مراقبتی اشخاص دیابتی درگیر شوند. چرا که حمایت اطرافیان بیماران می تواند در انجام رفتارهای خود مراقبتی آنان مؤثر باشد. لذا

خانوادگی غیر حمایت کننده می باشد. خانواده ها باید به این نکته توجه داشته باشند که تهیه و خوردن غذاهایی که برای بیماران دیابتی مناسب نمی باشد، در واقع محیطی را فراهم می آورد تا این بیماران نتوانند بخوبی از رژیم غذایی خود پیروی نمایند. این نکته در واقع همان عوامل تأثیرگذار محیطی است که پندر (Pender) در الگوی ارتقای سلامت از آن به عنوان یکی از عواملی که هم بطور مستقیم و هم بطور غیر مستقیم بر رفتار تأثیر می گذارد یاد می کند.^(۱۹)

یافته های این تحقیق همچنین نشان داد که حمایت خانواده از بیماران در زمینه مصرف داروها از پایین ترین سطح نسبت به سایر ابعاد خود مراقبتی برخوردار است. از آنجاییکه درمان دارویی بیماران دیابتی پایه و اساس کنترل بیماری را تشکیل می دهد، لازم است که به خانواده ها در این رابطه نیز توجه بیشتری داده شود. رفتارهای خانوادگی غیر حمایت کننده درک شده در زنان بطور معنی داری بیش از مردان دیابتی بود و این نشان دهنده ی آن است که خانواده زنان دیابتی بیشتر به بیمارانشان نق می زنند و یا به آنها به دلیل عدم انجام بعضی رفتارهای خودمراقبتی سرکوفت می زنند. لذا در برنامه های آموزش حمایت صحیح، مردان باید مورد توجه بیشتری قرار گیرند. بیماران با حمایت بیشتر خانواده، رفتارهای خود مراقبتی را بیشتر انجام می دادند. در اکثر بررسی ها هم این ارتباط مشاهده شده است.^(۵-۱۲) Shafer و همکاران در بررسی رفتارهای خانوادگی حمایت کننده و غیر حمایت کننده در ارتباط با تبعیت و کنترل متابولیک در افراد دیابتی نوع یک دریافتند نوجوانانی که ارتباطشان با خانواده ضعیف تر و نامناسب تر بود، تبعیت کمتری از رژیم دیابت داشتند و در نتیجه از کنترل متابولیک نامطلوبتری نیز برخوردار بودند.^(۱۳) در همین حال در مطالعه Chlebowy بین حمایت اجتماعی و رفتار همبستگی معنی داری مشاهده نشد.^(۲۰) ملاحظه می شود که نتیجه مطالعه حاضر با اکثر مطالعات مشابه همخوانی دارد و حمایت اجتماعی فاکتور مهمی در

لازم است تدابیری اندیشیده شود تا خانواده های بیماران دیابتی حمایت بیشتری از بیماران خود داشته باشند.

پزشکی شهید صدوقی یزد به سبب کمکهایی که در انجام این پژوهش داشتند و نیز بیماران عزیزی که با صبر و حوصله در این تحقیق وارد شدند تشکر و قدردانی می شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از ریاست و پرسنل محترم مرکز تحقیقات دیابت شهر یزدور ریاست محترم دانشکده بهداشت دانشگاه علوم

References

۱. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. راهنمای جامع نظام مراقبت بیماری های غیر واگیر در جمهوری اسلامی ایران. ویرایش چهاردهم، مرکز مدیریت بیماری ها، ۱۳۸۳، ص ۲۰
۲. دلاوری علیرضا، مهدوی هزاوه علیرضا، نوروزی نژاد عباس، یار احمدی شهین. برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت. چاپ دوم، مرکز نشر صدا، ۱۳۸۳، ص ۱
۳. شفیعی فروغ. در ترجمه رفتار بهداشتی و آموزش بهداشت: تئوری پژوهش عملکرد. (۱۹۹۰)، گلنس کارن، رایمر فرانسیس مارکوس لوئیس باربارا. جلد اول، چاپ اول، انتشارات لادن، ۱۳۷۶. ص ۶۴-۶۳
۴. خزاعی احمد. در ترجمه. جامعه شناسی پزشکی، آرمسترانگ دیوید، توکل محمد. چاپ اول. مؤسسه انتشارات علمی دانشگاه صنعتی شریف، ۱۳۷۲. ص ۲۳۴
5. Aalto AM, Uutela A. Glycemic control, self-care behaviors and Psychosocial factors among insulin treated diabetics : a test of an extended health belief model. *Int J behav Med* 1997; 4:191-214.
6. Gillibrand R, stevenson J. The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. *Br J Health Psychol* 2006; 11:155-169.
7. Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing* 2001; 10:618-627.
8. Pham DT, fortin F, Thibaudeau MF. The role of the Health Belief Model in amputees' self-evaluation of adherence to diabetes self-care behaviors. *Diabetes Educ* 1996; 22:126-132.
9. Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2004; 30:980-993.
10. Albright TL, Parchman M, Burge SK. Predictors of self-care behavior in adults with type2 diabetes: an RRNEST study. *Fam Med* 2001; 33:354-360.
11. Gray-sevilla ME, Nava LE, Malacara JM, et al. Adherence to treatment and social support in Patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *J Diabetes Complications* 1995; 9:81-86

12. Wang CY, Fenske MM. Self-care of adults with non- insulin-dependent diabetes mellitus: influence of family and friends. *Diabetes Educ* 1996; 22: 465-470.
13. Schafer LC, Mccaull KD, Glasgow RE. Supportive and Nonsupportive Family Behavior: Relationship to Adherence and Metabolic control in Person with type 1 diabetes. *Diabetes Care*.1986; 9:179-185.
14. Toobert DG, Glasgow RE. Assessing diabetes self-management: The Summary of Diabetes Self-care Activities Questionnaire. In: C. Bradley(ED), *Handbook of Psychology and Diabetes*, 1994:351-375.
15. Jorgenson WA, Polivka BJ, Lennie TA. Perceived adherence to prescribed or recommended Standards of care among adults with diabetes. *Diabetes Educ* 2002; 28:989-998.
16. Peyrot M, Rubin R, Lauritzen T, et al. Psychosocial Problem and barriers to improved diabetes management: results of the cross-National diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabet Med* 2005; 22:1379-1385.
17. Adams MH, Bowden AG, Humphrey DS, et al. Social support and health-promotion lifestyle of rural women. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care* 2000; 1. 28-40.
18. Scott LD, Jacks LL. Promoting Healthy Lifestyles in Urban and Rural Elders. *Online Journal of Rural Nursing. and Health Care* 2000; 144-160.
19. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health-Promotion in Nursing Practice*. 4th Edition. Prentice Hall. USA 2002; 60.
20. Chlebowy DO, Garvin BJ. Social support, self-efficacy, and outcome expectations: impact on self-care behaviors and glycemic control in Caucasian and African American adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2006; 32:777-786.

Social support and Self-care Behaviors in Diabetic Patients Referring to Yazd Diabetes Research Center

Morowati Sharifabad M, PhD*; Rouhani Tonekaboni N, MSc*

Background: *Social support is known as a health behavior facilitator which is correlated with adherence of self care behaviors among diabetic patients. The aim of this study was determining the status of this construct and its correlated factors and also its association with self care behaviors in diabetic patients.*

Materials and Methods: *This analytical and cross-sectional study was carried out on 120 patients who referred to Yazd diabetes research center. A questionnaire was used for data collection which measured perceived social support and self care behaviors constructs. Questionnaire was completed with a private interview of subjects. Subjects' demographic variables were also enquired. Validity and reliability of the questionnaire was assessed and approved.*

Results: *Subjects earned 58.1 % of earnable score of social support which was due to 56.4% of earnable score of supportive family behaviors and 39.4% of earnable score of nonsupportive family behaviors. Among self care dimensions, correct taking of drugs was at the lowest rate of perceived support and general cares of diabetes was at the highest level. Perceived nonsupportive family behaviors, was significantly more common among women. Perceived social support was positively associated with self care behaviors ($r=0.253$). Perceived supportive family behaviors also was correlated with self care behaviors but the correlation of perceived nonsupportive family behaviors and self care behaviors was not statistically significant. Perceived social support predicted only 6.4 % of variance in self care behaviors while perceived supportive family behaviors predicted 9.1% of variance in self care behaviors.*

Discussion: *Perceived family support level was not at a favorite level and some dimensions of self care behaviors such as correct taking of drugs was at a worse situation. Attention to family support in educational programs for increasing self care behaviors among diabetic patients is highly recommended.*

KEY WORDS: *Perceived Social Support, Self care, Diabetes*

* Dept of controll diseases, Faculty of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran.