مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی شانزدهم، شماره‌ی ۲، صفحه‌های ۱۰۲ ـ ۹۵ (خرداد ـ تیر ۱۳۹۳)

مقاله‌ی پژوهشی

نقش پشتیبانی خانواده در میزان خود مراقبتی بیماران دیابتی تیپ دو

دکتر شهین سعیدی نجات، مهناز چاهی پور، دکتر حبیب ا.. اسماعیلی، دکتر وحید زوار، حمید غنچه، سهیلا فتح‌علیزاده، رقیه امیدبخش

گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مرکز بهداشت شماره دو شهرستان مشهد، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** مشهد، خیابان دانشگاه ۱۸، دانشکده‌ی بهداشت، گروه بهداشت و مدیریت، شهین سعیدی نجات؛ e-mail: Saeedish1@mums.ac.ir

چکیده

مقدمه: خود مراقبتی روشی مداوم و فعال برای کنترل عوارض بیماری دیابت می‌باشد. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش پشتیبانی خانواده در تسهیل خود مراقبتی بود. مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر در مرکز بهداشت شماره ۲ شهرستان مشهد با روش خوشه‌ای مبتنی بر هدف با حجم نمونه ۹۵۰ نفر در دو گروه انجام شد. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه‌ی پژوهشگر ساخته با روایی و پایایی (r=۰/۸۵) حاوی داده‌های آمارنگاری، داده‌های بیماری، بخش خودمراقبتی و خودکارآمدی درک شده بود. معیار ورود ابتلا به دیابت تیپ دو کمینه برای یک سال، پشتیبانی خانوادگی متغیر مستقل، خود مراقبتی وابسته، عوامل آمارنگاری نیز متغیر زمینه‌ای بودند. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶، آنالیز شد و از آزمون تی، مجذور کای و رگرسیون لجستیک برای تحلیل داده‌ها استفاده گردید. یافته‌ها: از ۱۳۴۰ نفر ۳۳/۵٪ کنترل نامنظم داشتند. همسران بهترین مشوق (۵۱/۵٪) بودند. افراد متاهل (P=۰/۰۷۶) با بعد کوچک خانوار (P=۰/۰۴۲) (P=۰/۰۴۲) و تحصیلات بالاتر (P=۰/۰۰۱) مراقبت بهتری داشتند. در بین انواع خود مراقبتی، مراقبت‌های درمانی رتبه اول، کنترل تغذیه رتبه دوم و مراقبت پا از همه کمتر بود. خود مراقبتی در مردان (P=۰/۰۰۲) و مناطق شهری بالاتر بود (P=۰/۰۰۱). پشتیبانی خانوادگی بالاتر، خود مراقبتی بهتر و در نتیجه کاهش وزن (P=۰/۰۶۶)، کاهش قند خون (P=۰/۰۷۵) و HbA_{1c} طبیعی (P=۰/۰۵۶) بالاتری داشتند. نتیجه‌گیری: خودمراقبتی بالاتر در افراد متاهل، خانواده‌های کم جمعیت، مردان، شهرنشینان، تحصیلات بالاتر و مدت زمان طولانی‌تر از تشخیص بیماری دیده شد. خودمراقبتی دارویی بیشترین و میزان مراقبت از پا کمترین مقدار را به دست آوردند.

واژگان کلیدی: دیابت، خود مراقبتی، پشتیبانی

دریافت مقاله: ۹۲/۵/۲۳- دریافت اصلاحیه: ۹۲/۱۱/۶ ـ پذیرش مقاله: ۹۳/۱/۲۴

مقدمه

در حال حاضر افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر به ویژه در کشورهای در حال توسعه تهدیدی جدی به شمار می‌رود. از جمله بیماری‌های مهم این گروه دیابت می‌باشد که بسیار وابسته به سبک زندگی بوده و تغذیه‌ی نامناسب و عدم فعالیت بدنی میزان بروز آن را افزایش می‌دهد. دیابت درمان قطعی ندارد و پیشگیری بهترین راه مقابله با آن می‌باشد. اقداماتی مانند غربالگری و بیماریابی موجب ارتقای کیفیت زندگی بیماران گردیده و در کاهش هزینه موثر است. با شناسایی به موقع و مراقبت صحیح بر پایه‌ی آموزش بیماران و خود مراقبتی آن‌ها می‌توان از عوارض حاد و مزمن بیماری پیشگیری نمود، یا بروز آن را به تعویق انداخت.[۱] بنابر آمارهای گزارش شده از سوی سازمان بهداشت جهانی[i]، شیوع دیابت در ایران در سال‌های ۱۹۹۵

i- World Health Organization

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

و ۲۰۰۰ به ترتیب ۵/۵٪ و ۵/۷٪ بود، و تخمین زده می‌شود که این میزان در سال ۲۰۲۵ به ۶/۸٪ برسد؛ به این معنی که تعداد مبتلایان به بیماری از ۱/۹ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۵/۱ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید.[۲] در مطالعات دیگر این میزان ۱۴/۵۲ ٪ با بیش از ۱۵ ٪ در مردان در معرض خطر و ۳۳ ٪ در زنان معرض خطر بود. به علاوه شیوع دیابت در مناطق روستایی ۲/۲۱ ٪ و در مناطق شهری ۲ برابر آن یعنی ۵٪ بود.[۳]

منظور از خود مراقبتی، مراقبت از خود و فعالیتی است که افراد به منظور حفظ حیاط و سلامتی خویش انجام می‌دهند.[۳] رعایت رژیم‌های دارویی، رعایت رژیم غذایی، فعالیت‌های جسمی مناسب و شناسایی نشانه‌های افزایش خون منجر به بهبود سلامت عمومی بیمار، شرکت فعالانه در روند مراقبت و در نهایت کاهش هزینه‌های درمانی خواهد شد.[۴] خودمراقبتی نیاز به توانمندی قدرت پذیرش وضعیت دارد که از عوامل شخصیتی بوده و روی وضعیت بیماران اثر می‌گذارند، قدرت آن‌ها را به منظور برخورد با مشکلات از جمله بیماری‌ها افزایش می‌دهند. مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز مرگ و میر بیماران دیابتی عدم انجام خود مراقبتی است که نه تنها از نظر بهداشتی بلکه از نظر تجزیه و تحلیل‌های اقتصادی جامعه مهم است و در نهایت منجر به کاهش هزینه‌های بهداشتی می گردد.[۵-۷] در پژوهشی که در آمریکا در سال ۲۰۰۵ در رابطه با میزان خود مراقبتی انجام شد ۳۷/۹٪ بیماران دیابتی تیپ ۲ در مطالعه حاضر مراقبت از پا نداشتند، ۳۷/۷٪ ورزش نمی‌کردند و میزان خود مراقبتی زنان بیش از مردان بود.[۸] هم‌چنین، در بررسی متون احساس خود کار آمدی را پیش نیاز مهمی برای تغییر رفتار ذکر کرده‌اند و مهارت‌های شخصی را مهم‌ترین شاخص در خود مراقبتی می‌دانند.[۶] حمایت اجتماعی، یکی از عوامل تسهیل‌کننده‌ای است که شواهدی مبنی بر همبستگی آن با تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی وجود دارد. در این راستا افزایش سطح تحصیلات،[۶] جنس مرد، اشتغال به نسبت خانه‌داری بر سطح خودکارآمدی درک شده در خودمراقبتی می‌افزاید.[۹] هرچند سطح درک خودکارآمدی در همه‌ی زمینه‌ها یکسان نیست. اعتقاد به توانایی حفظ میزان قند خون در زمان تنش و درمان صحیح پایین افتادن قند خون کمترین و در مورد مصرف صحیح قرص و تزریق انسولین بر اساس دستور، بالاترین سطح را دارد.[۱۰] پشتیبانی خانواده از ارکان مهم دیگری است که در ایران در مورد مصرف صحیح داروها در پایین‌ترین سطح و در مورد مراقبت‌های عمومی دیابت در مطلوب‌ترین وضعیت قرار دارد.[۶] در مطالعه‌ای دیگر (۶۰٪) بیماران دیابتی تیپ دو دارای کیفیت زندگی در حد نامطلوب به نسبت افراد سالم گزارش شده‌اند که سن بالا، عدم اشتغال، جنس زن و پشتیبانی خانوادگی پایین آنان را آسیب‌پذیرتر نموده است ($P<0/05$). در واقع با دیابت تغییرات زیادی در ابعاد زندگی ایجاد می شود که بدون حمایت خانواده و جامعه کنترل آن دشوار است.[۱۱] کنترل مناسب قند و HbA_1c در کاهش عوارض تاخیری دیابت نقش موثری دارد[۴] و کاهش خود مراقبتی در افزایش عوارض آن شامل: نابینایی، افسردگی، زخم پا و ... موثر می‌باشد. خودمراقبتی متاثر از نگرش‌ها، اعتقادات فردی و فرهنگ جامعه‌ای است که فرد در آن زندگی می‌کند.[۱۲] بنابراین هدف بررسی حاضر تعیین نقش پشتیبانی خانوادگی در ترغیب و تسهیل خودمراقبتی بیماران دیابتی تیپ دو منطقه‌ی تحت پوشش مرکز بهداشت شماره دو شهرستان مشهد بود.

مواد و روش‌ها

جمعیت مورد بررسی، تمام بیماران دیابتی تیپ دو تحت پوشش مرکز بهداشت شماره دو شهرستان مشهد بودند که با روش مبتنی بر هدف و خوشه‌ای که حجم نمونه با در نظر گرفتن $p1=0/6$ ، $p2=0/375$، خطای نوع دوم ۰/۲ و خطای نوع اول ۰/۰۵؛ انتخاب شدند. حجم نمونه در شهر و روستا به طور تقریبی ۴۰۰ نفر در هر گروه به دست آمد که در این پژوهش در هر گروه ۷۰۰ نفر (در مجموع ۱۴۰۰ نفر) بررسی گردید که پس از حذف مواردی که داده‌های کلی آن‌ها ناقص بود، ۹۵۰ بیمار در مطالعه باقی ماندند. برای تهیه ابزار پژوهش، پس از بررسی پرسش‌نامه‌های با عناوین مشابه و تعیین متغیرها، ابزار پژوهش بر اساس تعیین موانع درک شده برای خودمراقبتی از پرسش‌نامه‌ی باورهای سلامت Given (۲۱ سوال)، میزان خودکارآمدی با پرسش‌نامه‌ی سنجش توانمندی دیابت (۸ سوال)، رفتارهای خودمراقبتی از پرسش‌نامه Toobert (۲۵ سوال) با مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت اقتباس شد که با افزودن سوالات آمارنگاری کامل گردید. برای تعیین روایی پرسش‌نامه‌ها، از روش ترجمه و ترجمه مجدد، از Face validity برای تعیین روایی صوری نظرات صاحب‌نظران استفاده گردید. تغییرات مورد نظر اعمال و پرسش‌نامه‌ها شکل نهایی گرفت. سپس یک مطالعه‌ی راهنما

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

برای ارزیابی این که آیا پرسش‌ها برای بیماران روشن و قابل درک هستند، انجام گرفت. از ده بیمار دیابتی تیپ دو درخواست گردید که پرسش‌نامه‌ها را بخوانند و نظرات خود را ارایه دهند. برای تعیین پایایی، ۲۰ بیمار پرسش‌نامه‌ها را به فاصله دو هفته پر کردند. سپس پایایی آزمون ـ آزمون مجدد (α=۰/۸۳) محاسبه شد.

پرسش‌نامه‌ی نهایی حاوی داده‌های آمارنگاری بیماران شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل، تاهل، نحوه‌ی زندگی، بعد خانوار (۷ سوال)، بخش داده‌های بیماری ۱۴ سوال (شامل: تعداد سال‌های آگاهی از بیماری، روند درمانی، محل مراجعه برای درمان و فواصل مراجعه‌های درمانی، منابع اطلاعاتی وی و سایر بیماری‌های همراه)، بخش خود مراقبتی به تفکیک نوع آن (شامل: مراقبت پا (۱۰ سوال)، تغذیه‌ای (۸ سوال) و درمانی (۸ سوال))، بخش خودکارآمدی درک شده و پشتیبانی شامل سوالات تدوین نقش بیماری در وظایف فردی بیمار، نقش خانواده در پشتیبانی یا عدم پشتیبانی بیمار در خود مراقبتی (۱۷ سوال) بود. جلسه‌ی توجیهی برای پرسش‌گران منتخب و سرپرستان مراکز بهداشتی ـ درمانی برگزار شد. سپس با توجه به تعداد بیماران در هر منطقه، حجم نمونه برای مراکز مختلف شهری و روستایی محاسبه گردید. معیار ورود به مطالعه تمام کسانی که به عنوان بیمار دیابتی در مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش مرکز بهداشت شماره دو مشهد کمینه یک سال تشکیل پرونده داده و تحت مراقبت بودند، در نظر گرفته شد. با توجه به این که در طرح مواردی از داده‌های رفتاری فرد و خانواده اکتساب می‌شد، قبل از اجرا رضایت کتبی بیمار برای شرکت در طرح اخذ و پرسش‌نامه خود ایفا تکمیل گردید. هم‌چنین، داده‌ها فقط با ذکر کد ثبت، و پرسش‌نامه‌ها به صورت محرمانه بایگانی شد. از آنجا که مراقبت بیماران دیابتی در شهر پاسیو می‌باشد دسترسی به بیماران نیاز به پیگیری و فراخوان داشت که با همیاری رابطین بهداشت انجام شد. در این مطالعه میزان پشتیبانی خانوادگی متغیر مستقل و نحوه خود مراقبتی متغیر وابسته بود. محل سکونت، میزان آموزش، سن، تاهل، جنس، تحصیلات، شغل متغیر زمینه‌ای و طول مدت بیماری، فواصل و نوع مراقبت پزشکی، نوع پزشک درمانگر و سایر بیماری‌های همراه نیز عوامل مخدوش‌کننده بودند. داده‌ها پس از جمع‌آوری به رایانه وارد، و توسط نرم‌افزار رایج آماری SPSS نسخه‌ی ۱۶ تجزیه و تحلیل گردید. برای توصیف داده‌ها از نمودارها، درصد و میانگین و برای تحلیل داده‌های کیفی دوحالته با کمی از آزمون تی و کیفی دو جانبه از آزمون مجذور کای و در کنترل عوامل زمینه‌ای بر متغیر وابسته از رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر بین ۹۵۰ نفر ۷۳/۱٪ بیماران زن، ۵۴/۹٪ ساکن شهر، ۸۹/۱٪ متاهل، ۲/۳٪ مهاجر و ۹۶/۷٪ دارای تحصیلات غیر دانشگاهی بودند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی رابطه‌ی عوامل آمارنگاری کیفی در پشتیبانی خانواده

عوامل آمارنگاری کیفی	پشتیبانی خانواده						جدول توافقی	
	ندارد		دارد		کل		کای دو	سطح معنی‌داری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
جنس								
زن	۲۳۶	۸۴/۱	۴۵۸	۶۹/۴	۶۹۴	۷۳/۱	۱۴/۹۱۲	<۰/۰۰۱*
مرد	۵۴	۱۸/۶	۲۰۱	۳۰/۵	۲۵۵	۲۶/۸		
کل	۲۹۰	۱۰۰	۶۶۰	۱۰۰	۹۵۰	۱۰۰		
محل سکونت								
شهر	۱۷۸	۶۱/۴	۳۴۴	۵۲/۱	۵۲۲	۵۴/۹		
روستا	۱۱۲	۳۸/۶	۲۱۶	۴۷/۹	۴۲۸	۴۵/۱	۸/۹۴۱	۰/۰۰۵
کل	۲۹۰	۱۰۰	۶۶۰	۱۰۰	۹۵۰	۱۰۰		
وضعیت تاهل								
متاهل	۲۵۵	۸۷/۹	۵۹۱	۸۹/۵	۸۴۶	۸۹/۱		
غیر متاهل	۳۵	۱۲/۱	۶۹	۱۰/۵	۱۰۴	۱۰/۹	۳/۵۳۹	۰/۰۵۲
کل	۲۹۰	۱۰۰	۶۶۰	۱۰۰	۹۵۰	۱۰۰		
تحصیلات								
کمتر از دیپلم	۲۷۶	۹۵/۸	۶۲۸	۹۷/۱	۹۰۴	۹۶/۷		
دانشگاهی	۱۲	۴/۲	۱۹	۲/۹	۳۱	۳/۳	۳/۰۲۵	۰/۰۵۶
کل	۲۸۸	۱۰۰	۶۴۷	۱۰۰	۹۳۵	۱۰۰		

*مقدار P<۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار است.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

در بررسی عوامل آمارنگاری مردان از پشتیبانی خانوادگی بیشتری نسبت به زنـــان برخـــوردار بودند (P=۰/۰۰۱)(جدول ۱). میزان پشتیبانی خانواده‌ها در خود مراقبتی دیابت در مناطق روستایی کمتر از منطقه شهری بود (P=۰/۰۰۱). تعداد افراد کمتر در خانواده نیز بر میزان پشتیبانی خانوادگی افزود (P=۰/۰۵۱)(جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی نقش عوامل آمارنگاری کمی در پشتیبانی خانواده

پشتیبانی خانواده	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آزمون تی	سطح معنی‌داری*
سن					
ندارد	۲۸۴	۵۳/۷۶	۰/۷۷	۰/۲۸۸	۰/۷۷۳
دارد	۶۴۷	۵۳/۵۰	۰/۴۶		
بعد خانوار					
ندارد	۲۸۹	۳/۸۶	۰/۱۱	-۱/۹۶۰	۰/۰۵۱
دارد	۶۵۸	۴/۱۱	۰/۰۶		
مدت بیماری					
ندارد	۲۸۷	۵/۲۷	۰/۲۸	-۰/۳۹۹	۰/۶۹۰
دارد	۶۵۳	۵/۴۱	۰/۰۹		

*مقدار P<۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار است.

در بررسی میزان خودمراقبتی در دیابت، مراقبت‌های درمانی بالاترین درصد، مراقبت تغذیه‌ای رتبه دوم و مراقبت از پا کمترین درصد را داشتند. در بررسی جزیی سوالات مصرف دارو در زمان معین و کنترل قند خون و فشار خون به ترتیب بالاترین درصد را به خود اختصاص داده‌اند (جدول۳).

جدول ۳ - درصد فراوانی میزان خود مراقبتی در دیابت تیپ دو

	همیشه		اغلب		گاهی		هرگز	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
الف ـ رفتار خود مراقبتی پای دیابتی								
شستشوی روزانه پا	۲۴۸	۵۱/۷	۸۵	۲۱/۸	۷۰	۱۸/۵	۳۱	۸
خشک کردن پا بعد از شستشو	۱۳۶	۳۰/۹	۶۴	۱۵/۳	۶۰	۱۸/۱	۱۷۸	۳۵/۸
بررسی پا از نظر بروز صدمه	۲۰۱	۴۰/۸	۹۹	۲۲/۵	۶۲	۱۸/۷	۶۹	۱۸
چرب کردن پاها با کرم‌های نرم‌کننده در صورت خشکی	۷۹	۱۷/۵	۵۵	۱۳/۵	۶۶	۵۲/۱	۲۱۳	۵۲/۱
استفاده از جوراب مناسب و تمیز	۷۲	۱۶	۶۳	۱۸	۱۰۴	۲۵/۴	۱۹۰	۴۰/۶
استفاده از کفش نرم و مناسب پا	۲۱۹	۴۰/۶	۱۰۳	۲۸	۶۰	۱۷/۷	۵۵	۱۳/۷
خودداری از راه رفتن در تاریکی	۱۶۲	۳۲/۷	۸۷	۲۲/۷	۹۲	۲۵/۳	۸۶	۱۹/۳
عدم تماس مستقیم با منابع گرمازا	۲۲۱	۴۱/۲	۵۶	۱۸/۹	۶۱	۱۷/۸	۸۷	۲۲/۱
مراجعه به پزشک در صورت صدمه دیدن پا	۲۱۵	۴۰/۶	۷۳	۲۳/۸	۳۳	۸/۱۲	۵۴	۱۳/۸
اجتناب از پا برهنه راه رفتن	۱۸۴	۴۰/۹	۷۱	۱۷/۱	۵۷	۱۶/۸	۱۱۹	۲۵/۱
ب ـ رفتار خودمراقبتی برای تغذیه موثر								
افزایش تعداد وعده‌های غذایی و کاهش حجم هر وعده غذا	۷۴	۱۴/۶	۱۰۹	۲۵/۳	۹۶	۲۹/۶	۱۵۸	۳۰/۵
مصرف غذاهای متنوع و تهیه شده در منزل	۲۸۵	۵۵/۴	۱۲۹	۲۹	۳۷	۱۱/۸	۹	۳/۷
مصرف روزانه سبزیجات، میوه‌ها حبوبات و غلات	۱۷۶	۴۰/۴	۱۶۹	۳۸/۶	۸۳	۱۹/۴	۸	۱۶
مصرف لبنیات کم‌چرب یا بدون چربی	۲۱۲	۴۷/۸	۱۰۴	۲۶/۷	۶۴	۱۵/۶	۵۴	۹/۸
استفاده از روغن‌های مایع گیاهی	۱۴۸	۳۳/۷	۸۳	۱۹/۲	۷۶	۲۰/۷	۱۲۷	۲۶/۵
پخت غذا به صورت آب پز، بخارپز یا کبابیه	۹۱	۱۸/۶	۱۷۸	۳۹/۹	۱۳۹	۳۴/۴	۲۸	۷
جدا سازی چربی‌های زائد گوشت قرمز و پوست مرغ	۲۵۷	۵۱/۴	۹۶	۲۶/۲	۵۰	۱۴/۸	۳۱	۷/۶
استفاده از گوشت چرخ کرده با چربی کم	۱۳۸	۲۸/۲	۱۱۴	۲۹/۵	۱۱۶	۲۷/۱	۴۶	۱۵/۲
ج ـ رفتار خودمراقبتی برای سایر موارد								
فعالیت جسمی منظم و مداوم	۱۵۱	۲۹/۲	۶۶	۱۶/۸	۸۶	۲۴/۸	۱۳۱	۲۹/۲
مصرف دارو در زمان معین (قرص یا انسولین)	۳۶۶	۸۰/۹	۴۲	۱۲/۴	۱۷	۴/۸	۹	۲
مصرف میزان کافی دارو	۳۷۴	۷۹/۷	۳۶	۱۰/۳	۱۳	۳/۹	۹	۶/۱
مراجعه به موقع به پزشک	۳۰۱	۵۶/۴	۷۸	۲۳/۱	۴۲	۱۶	۱۵	۴/۵
همراه داشتن بر چسب اعلام بیماری دیابت	۱۶	۳/۷	۱۲	۲/۳	۴	۲	۲۹۴	۹۲
همراه داشتن قند ـ شکلات (قند سریع الاثر)	۹۰	۱۸/۳	۳۲	۸/۲	۴۵	۱۰/۴	۲۵۷	۶۳/۱
کنترل منظم قند خون طبق توصیه پزشک	۳۲۳	۶۱/۴	۷۴	۲۳/۷	۳۰	۱۲/۷	۶	۲/۳
کنترل منظم فشارخون طبق توصیه پزشک	۳۴۱	۶۲/۴	۶۵	۲۴/۱	۲۲	۱۱/۲	۸	۲/۲

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

در بررسی نقش همکاری خانواده در خود مراقبتی با افزایش پشتیبانی خانوادهها مراقبت از پا و مراقبتهای درمانی به نحـــو معنـــیداری افزایش مییابند (P=۰/۰۰۱) (جدول ۴).

جدول ۴- توزیع فراوانی رابطه پشتیبانی خانواده و خود مراقبتی در دیابت تیپ دو

متغیر	ندارد		دارد		کل		جدول توافقی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	کای دو	سطح معنیداری
مراقبت پا								
ندارد	۵۴	۲۲/۱	۵۹	۱۰/۱	۱۱۳	۱۳/۷		
دارد	۱۹۰	۷۷/۹	۵۲۴	۸۹/۹	۷۱۴	۸۶/۳	۲۱/۰۳۵	<۰/۰۰۱*
کل	۲۴۴	۱۰۰	۵۸۳	۱۰۰	۸۲۷	۱۰۰		
مراقبت تغذیهای								
ندارد	۱۶	۵/۸	۲۵	۴	۴۱	۴/۵		
دارد	۲۶۱	۹۴/۲	۶۰۱	۹۶	۸۲۶	۹۵/۵	۱/۴۰۸	۰/۲۳۵
کل	۲۷۷	۱۰۰	۶۲۶	۱۰۰	۹۰۳	۱۰۰		
مراقبت درمانی								
ندارد	۲۶	۱۳/۱	۲۵	۵/۲	۵۱	۷/۵		
دارد	۱۷۲	۸۶/۹	۴۵۵	۹۴/۸	۶۲۷	۹۲/۵	۱۲/۶۵۰	<۰/۰۰۱
کل	۱۹۸	۱۰۰	۴۸۰	۱۰۰	۶۷۸	۱۰۰		

*مقدار P<۰/۰۵ از نظر آماری معنیدار است.

در بررسی یافتههای خود مراقبتی در افراد با حمایت خانوادگی میزان HbA_1c کمتر از ۷ و کاهش قند خون ناشتا در سیر کنترل بیماری به نحو معنیداری بالاتر میباشد (P=۰/۰۰۳ و P=۰/۰۵۴)(جدول ۵).

جدول ۵- توزیع فراوانی رابطهی پشتیبانی خانواده و میزان HbA_1c در دیابت تیپ دو

متغیر	ندارد		دارد		کل		جدول توافقی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	کای دو	*سطح معنیداری
میزان HbA1c								
بالاتر از ۷ طبیعی	۳۱	۳۵/۲	۴۸	۲۵/۱	۷۹	۲۸/۳		
نرمال	۵۷	۶۴/۸	۱۴۳	۷۴/۹	۲۰۰	۷۱/۷	۳/۰۸۵	۰/۰۵۴
کل	۸۸	۱۰۰	۱۹۱	۱۰۰	۲۷۹	۱۰۰		
تغییر وزن								
کاهش	۱۳۷	۴۷/۶	۳۲۲	۴۹/۱	۴۵۹	۴۶/۸		
ثابت یا افزایش	۱۵۱	۵۲/۴	۳۳۴	۵۰/۹	۴۸۵	۵۱/۴	۰/۱۸۴	۰/۳۶۰
کل	۲۸۸	۱۰۰	۶۵۶	۱۰۰	۹۴۴	۱۰۰		
تغییر قند خون ناشتا								
ثابت یا افزایش	۱۳۸	۵۴/۵	۲۶۶	۴۳/۹	۴۰۴	۴۷		
کاهش	۱۱۵	۴۵/۵	۳۴۰	۵۶/۱	۴۵۵	۵۳	۸/۱۲۸	۰/۰۰۳
کل	۲۵۳	۱۰۰	۶۰۶	۱۰۰	۸۵۹	۱۰۰		

*مقدار P<۰/۰۵ از نظر آماری معنیدار است.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

تاثیر عوامل آمارنگاری بر میزان HbA_1c نیز به روش رگرسیون لجستیک بررسی گردید که یافته‌های آن در جدول ۶ عنوان شده است.

جدول ۶- نقش عوامل آمارنگاری بر میزان HbA_1c در دیابت تیپ دو

متغیر	ضریب رگرسیون	انحراف استاندارد	سطح معنی‌داری*	نسبت شانس	فاصله‌ی اطمینان (۹۵٪)	
					کمینه	بیشینه
سن	۰/۰۱۲	۰/۰۲۲	۰/۵۸۸	۰/۹۸۸	۰/۹۴۶	۱/۰۳۲
جنس	۳/۱۱۲	۰/۵۱۲	۰/۰۳۰	۰/۳۲۹	۰/۱۲۰	۰/۸۹۸
محل زندگی	۰/۱۲۴	۰/۴۲۵	۰/۷۷۱.	۱/۱۳۲	۰/۴۹۲	۲/۶۰۲
تحصیلات	۰/۰۲۷	۰/۰۳۱	۰/۵۵۷	۰/۹۴۹	۰/۹۶۷	۱/۰۲۳
تاهل	۰/۴۹۸	۰/۷۱۱	۰/۴۸۴	۱/۶۴۵	۰/۴۰۸	۶/۶۲۶
مراقبت پا	۰/۶۰۳	۰/۷۳۳	۰/۴۱۱	۱/۸۲۷	۰/۴۳۵	۷/۶۸۰
مراقبت دارویی	-۰/۳۶۱	۰/۹۶۹	۰/۷۱۰	۰/۶۹۷	۰/۱۰۴	۴/۶۵۴
پشتیبانی خانواده	-۰/۴۲۳	۰/۴۸۳	۰/۳۸۲	۰/۶۵۵	۰/۲۵۴	۱/۶۸۹
	۰/۰۵۶	۲/۰۸۳	۰/۹۷۹	۱/۰۵۸		

*مقدار $P<0/05$ از نظر آماری معنی‌دار است.

بحث

دیابت بیماری مزمنی است که کنترل و مراقبت آن نیازمند تغییرات اساسی در شیوه‌ی زندگی بیمار می‌باشد. این چنین تغییرات به طور عمده در رابطه با محیط اطراف به ویژه خانواده‌ی بیمار است.[۱۳] هدف پژوهش حاضر تعیین نقش پشتیبانی خانواده‌ها در خودمراقبتی بیماران دیابتی تیپ دو بود.

یافته‌ها نشان داد حدود ۳/۴ بیماران زن بودند که این افزایش تعداد به محل نمونه‌گیری مرتبط می‌باشد. از آنجا که نمونه‌ها از مراکز بهداشتی درمانی اخذ گردید و میزان مراجعات خانم‌ها به مراکز بهداشت بیشتر است، بنابراین نسبت نمونه اخذ شده در خانم‌ها بیشتر بود. هم‌چنین، نقش احتمالی تعداد کم بیماران غیر بومی با افزایش حجم نمونه تا حدود نزدیک دو برابر در یافته‌های پژوهش برطرف گردید.

در بررسی میزان خودمراقبتی در دیابت تیپ دو، بیش از ۹۰٪ بیماران خود مراقبتی داشتند. هر چند این آمار در رابطه با تمام مراقبت‌ها یکسان نبود. بیشترین نوع مراقبت‌ها درمانی و در رتبه دوم تغذیه‌ای بود. میزان مراقبت از پا بسیار ضعیف بود. این یافته‌ها با مطالعه‌ی واعظی که ضعیف‌ترین مراقبت در بیماری را مراقبت پا عنوان نموده، هماهنگی دارد.[۱۴] هم‌چنین، در بررسی حاضر بزرگترین حامی اعلام شده توسط بیماران، همسران آن‌ها عنوان شده است. در نقطه‌ی مقابل نیز بزرگ‌ترین مانع در خودمراقبتی نیز همسران اعلام شده است. از آنجا که در بررسی مطالعات موجود نیز بر کمبود آگاهی بیماران در خود مراقبتی تاکید شده،[۱۵] بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش و توجیه بیماران باید به صورت خانوادگی صورت گرفته و بر تغییر نگرش خانواده به ویژه همسر بیمار برای تدوین برنامه‌ی مراقبت دقیق و موثر و کاهش عوارض بیماری دقت داشت. در این راستا تهیه‌ی فیلم‌های آموزشی کوتاه و ارایه‌ی آن به بیمار برای مشاهده‌ی کل خانواده، تهیه‌ی پمفلت آموزشی کوتاه به زبان ساده برای توجیه افراد تحصیل کرده خانواده نیز می‌تواند کارآیی داشته باشد.

در بررسی نقش تاهل بیمار در خودمراقبتی و عوامل موثر بر آن نیز افراد متاهل از همکاری بهتری در خانواده برخوردار بودند. هم‌چنین کنترل رژیم غذایی در افراد غیرمتاهل بیشتر بود. این یافته‌ها بیان‌گر اهمیت نقش همسر به صورت خاص، و نه فقط به عنوان هم‌خانه، در کنتـــرل و مراقبت بیماران است که در بررسی‌های مشابه نیز عنوان شده‌اند،[۱۴،۱۵] گرچه یافته‌های مخالف آن نیز وجود دارد.[۱۶]

کوچک شدن بعد خانوار در افزایش میزان خود مراقبتی به ویژه مراقبت پا نقش موثری داشته که با متون موجود هم‌خوانی دارد.[۱۷]

نکته‌ی مهم دیگر در بررسی عوامل زمینه‌ای، پایین بودن نسبی سطـــح تحصیلات بیمـــاران می‌باشـــد. تحصیل در

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

خودکارآمدی درک شده و خودمراقبتی نقش موثری داشته است. این امر را می‌توان به بالا بودن میانگین سنی بیماران، منطقه‌ی تحت پوشش مرکز بهداشت شماره دو مشهد ـ که تعداد محلات حاشیه نشین زیادی دارد ـ نسبت داد. علت هر چه که باشد، لزوم آموزش و اطلاع‌رسانی نحوه‌ی مراقبت در بیماری در این گروه را نشان می‌دهد. هر چند مطالعات موازی در سایر مناطق شهر برای تایید منطقه‌ای بودن سطح تحصیلات بیماران لازم به نظر می‌رسد، در برخی مطالعات[۱۱-۱۴] نیز نقش تحصیلات در خود مراقبتی بیماران تائید، و بر لزوم آموزش مداوم تا تغییر نگرش و رفتار آن‌ها تاکید شده است. در بررسی میزان خودکارآمدی بیماران، ۹۷٪ وجود بیماری را مخل انجام وظایف روزانه خود اعلام نموده‌اند. در ۹۰٪ موارد وجود فرد ناسازگار در خانواده را دلیل عدم مراقبت‌ها عنوان کرده‌اند. هم‌چنین در ۷۰٪ موارد وجود فرد موافق و همراه را دلیل موفقیت در کنترل و مراقبت دانسته‌اند. بنابراین، میزان خودکارآمدی بیماران برای زندگی سالم همراه با بیماری، و انجام خودمراقبتی بسیار ضعیف ارزیابی می‌شود که با یافته‌های پژوهش‌های مبنی بر ضعیف بودن خودکارآمدی بیماران هم‌خوانی دارد.[۸-۱۰] بنابراین، برگزاری جلسات مشاوره رفتاری، خانوادگی و روانی برای ارتقا احساس خود کارآمدی درک شده بیماران برای نیل به اهداف درمانی و کنترلی و کاهش عوارض بیماری الزامی به نظر می‌رسد. در محدوده‌ی تحت بررسی نیز با توجه به برتری بیماران زن تحت پوشش در نظر گرفتن موقعیت اجتماعی آن‌ها نیز در اثر بخشی اقدامات مفید خواهد بود. بنابراین، اضافه نمودن مشاوره‌های روانی و رفتاری به برنامه‌های روتین مراقبت توسط این پژوهش توصیه می‌گردد.

نکته‌ی مهم این که زنان به نحو چشمگیری کمتر از مردان احساس خود کارآمدی داشته و بیماری را عامل منفی در ایفای نقش همسری خود عنوان نموده‌اند. به علاوه نیاز به پشتیبانی خانواده به منظور خودمراقبتی در زنان به نحو چشمگیری بالاتر از مردان بود. این امر را می‌توان به وابستگی اقتصادی زنان و نقش مراقبتی زن در خانواده و عدم وجود کانون مقابل آن نسبت داد، زیرا زنان به طور معمول فرد مراقب و نگهدارنده‌ی اعضا خانواده هستند و وظایف خانه‌داری جز جدایی ناپذیر زندگی آن‌ها می‌باشد، به طوری‌که در بدترین شرایط جسمی نیز موظف به انجام امور مربوطه هستند. در بررسی‌های مشابه نیز همین یافته‌ها به چشم می‌خورد.[۱۰-۱۸] هم‌چنین، نقش مثبت اشتغال بیمار در خود مراقبتی موثر عنوان شده است.[۱۲]

کاهش چشمگیری در پشتیبانی خانواده‌ها در بیماری برای روستانشینان به نسبت مناطق شهری وجود دارد که می‌تواند به دلیل نقش فعال زن و مرد روستایی همراه با یکدیگر در اقتصاد خانواده، غالب بودن آداب و سنن در روستاها و ..... باشد. در هر حال ریشه‌یابی و کشف علت این پدیده و تلاش برای رفع آن می‌تواند گام موثری در حفظ سلامت روستانشینان باشد که در مطالعات مشابه نیز این مطلب عنوان شده است.[۸]

در تفکیک شهر و روستا، در بررسی یافته‌های خود مراقبتی نقش موثر این رویه در کاهش وزن بیمار و تعدیل توده‌ی بدنی وی، به ویژه در کسانی که خود مراقبتی تغذیه‌ای مراقبت پا و همکاری مثبت خانواده در اجرای خود مراقبتی را داشتند، مشاهده شد. تغییرات قند خون در تمام افراد مشاهده شده ولی فقط در گروهی که از همکاری در خانواده بهره می‌بردند، تغییرات معنی‌دار بوده است. هم‌چنین، در این گروه‌ها میزان HbA_1c طبیعی به میزان معنی‌داری بالاتر از سایر افراد بوده است.

در بررسی منبع اطلاعاتی بیمار از نحوه‌ی خود مراقبتی دیابت تیپ دو، به طور تقریبی تمام بیماران کمینه سه جلسه آموزشی عمومی و بیش از یک بار مشاوره فردی را در مرکز بهداشت داشته‌اند و مهم‌ترین فرد آموزش‌دهنده را کارشناسان بهداشتی عنوان نمودند. از سوی دیگر، بین منابع خارج از مرکز بهداشت، رادیو و تلویزیون بهترین منبع کسب اطلاعات بوده که با در نظر گرفتن میانگین پایین تحصیلات بیماران منطقی به نظر می‌رسد. بنابراین تولید فیلم‌های آموزشی جذاب در رابطه با نحوه خود مراقبتی و ارایه آن توسط دیسک فشرده برای آموزش بیماران روش موثری خواهد بود.

خودمراقبتی روندی پویا و موثر برای کنترل عوارض بیماری دیابت تیپ دو می‌باشد که باید با همکاری تمام افراد خانواده و خودکارآمدی کامل بیماران انجام پذیرد، بنابراین موارد ذیل برای بهبود وضع موجود پیشنهاد می‌گردد:

۱. برگزاری جلسات آموزشی خانوادگی برای بیماران و همسران آن‌ها
۲. برقراری سیستم مشاوره خانوادگی و فردی بیماران برای ارتقا احساس خود کارامدی

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

۳. ایجاد روش‌های متنوع و جذاب آموزشی برای افراد در گروه‌های مختلف سنی، جنسی، تحصیلی و ...

به کارگیری شوراهای روستایی برای ایجاد گروه‌های پشتیبانی در بیماری‌های مزمن با تاکید بر دیابت.

سپاسگزاری: از همکاری همه‌جانبه مسئولان و کارکنان محترم مرکز بهداشت شماره دو شهرستان مشهد به منظور تدوین و گردآوری داده‌ها تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Schilling LS, Grey M, Knafl KA. The concept of self-management of type 1 diabetes in children and adolescents: an evolutionary concept analysis. J Adv Nurs 2002; 37: 87-99.
2. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q 1988; 15: 175-83.
3. Herrman JW. Children and young adolesents'voices: perceptions of the costs and rewards of diabetes and its tratment. J Pediat Nurs 2006; 21: 211-21.
4. Howells LAL. Self-efficacy and diabetes: why is emotional education important and how can it be achieved? Horm Res 2002; 57 Suppl 1: S69-71.
5. Siguroardottir AK. Self-care in diabetes: model of factor affecting self-care. J Clin Nurs 2005; 14: 301-14.
6. Safford MM, Russell L, Suh DC, Roman S, Pogach L. How much time do patients with diabetes spend on self - care? J Am Board Fam Pract 2005; 18: 262-70.
7. Jager H. Strengthening the patients' position--a new challenge to public health. Gesundheitswesen 1999; 61: 269-73.
8. Dashiff CJ, McCaleb A, Cull V. Self-care of young adolescence with type 1 diabetes. J Pediatr Nurs 2006; 21: 222-32.
9. Lee HJ, Park Ky, Park HS. Self-care activity, metabolic control, and cardiovascular risk factors in accordance with the levels of depression of clients with type 2 diabetes mellitus. Taehan Kanho Hakhoe Chi 2005; 35: 283-91.
10. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes Care 1998; 21: 1414-31.
11. Lawson TG. Family coping and disease control when a child has type 1 diabetes mellitus: a review of the literature. J Specialist Pediat Nurs 2007; 12: 49-52.
12. Hanucharurnkul S. Comparative analysis of Orem's and King's theories. J Adv Nurs 1989; 14: 365-72.
13. 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.
14. Trief PM, Grant W, Elbert K,Weinstock RS. Family environment, glycemic control, and the psychosocial adapdatation of adults with diabetes. Diabetes care 1998; 21: 241-5.
15. 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: 1384-9.
16. Kagawa-Singer M. Redefining health: living with cancer. Soc Sci Med 1993; 37: 295-304.
17. 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.
18. Wong M, Gucciardi E, Li L, Grace SL. Gender and nutrition management in type 2 diabetes. Can J Diet Pract Res 2005; 66: 215-20.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

Original Article

Role of Family Support in Self Care of Type II Diabetic Patients

Saeidinejat Sh, Chahipour M, Esmaily Hzavar V, Ghonche H, Fathalizadeh S, Omidbakhsh R

Department of Health and Management, Faculty of Health Mashad University of Medical Science. Mashad No.2, Health Center. Mashad University of Medical Science, Mashhad, I.R. Iran

e-mail: Saeeidish1@mums.ac.ir

Received: 14/08/2013 **Accepted**: 13/04/2014

Abstract

Introduction: Self care is a dynamic process for controlling diabetes. The aim of study was to determine the role of family support in encouraging self care for patients with type 2 diabetes. Materials and Methods: This study was performed in Mashad Health Center No 2 with 950 participants, using the cluster sampling method. The study tool, a researcher-made questionnaire with validity and reliability of r = 0.85, covered demographic data, patient information, percept self care , self efficiency, and family support. The inclusion criterion was having diabetes type II for at least one year. Family support as an independent variable, self care as an dependent variable, and demographic factors were the background factors. Data were analyzed by SPSS v16, using T-test, Chi 2 and logistic regression models. Results: Among 1340 participants, 33.5% had irregular diabetes control, whereas married patients (p= 0.076) with small families (p= 0.042) and higher education (p=0.001), males (p=0.002), urban areas (p= 0.001) had better self care. Among the different aspects of self care, therapeutic care ranked first, followed by diet control and foot care ranked last. Higher family support enhanced self care and therefore higher weight loss (p=0.066), more decrease in blood glucose (p=0.075), and more normal HbA1c (p=0.056). Conclusions: Selfcare was higher in male married patients, small families with higher education, urban area and those with longer duration of diabetes. Among different aspects of self care using medication had the highest rank whereas foot care received the least attention.

Keywords: Diabetes, Self care, Support

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]