مجلهٔ غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
سال چهارم ـ شمارهٔ ۲ ـ صفحه‌های ۹۶ ـ ۸۹ (تابستان ۱۳۸۱)

مقالهٔ پژوهشی

مقایسهٔ چگونگی روابط خانوادگی بانوان دیابتی و غیردیابتی در جمعیت ساکن شهرک‌های غرب تهران

دکتر فراز والائی[۱] دکتر پیام صالحی[۱]، دکتر آرش اعتمادی[۱]، دکتر حمیدرضا محمدی[۱]، دکتر رامین زند[۲]، حبیب امامی[۳]

چکیده

مقدمه: دیابت بیماری مزمنی است که بسیاری از عوارض آن شناخته شده است. رابطهٔ بین بیماری دیابت و روابط خانوادگی در این بیماران تا به حال بررسی نشده است. این تحقیق با هدف مقایسهٔ چگونگی روابط خانوادگی بانوان دیابتی و غیردیابتی در جمعیت ساکن شهرک‌های غرب تهران انجام شد. مواد و روش‌ها: از مجموع ۳۰۶ زن ۲۵ تا ۵۰ سالهٔ ساکن دو شهرک اطراف تهران که به طور کاملاً تصادفی و با همکاری مراکز بهداشتی، درمانی منطقه و کمک رابطان بهداشت انتخاب شده بودند، ۲۷۹ نفر در طرح شرکت نمودند که از این عده، ۸۱ نفر مبتلا به دیابت و ۱۹۸ نفر غیردیابتی بودند. پرسشنامهٔ روابط خانوادگی Stevens (SRQ) ـ که قبلاً توسط یکی از محققان به فارسی ترجمه و هنجاریابی شده بود ـ استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۷۲ پرسش است که میزان صمیمیت، عشق، غیروابستگی، حل منطقی تعارضات و آزادی عملکرد و رفتار را می‌سنجد. هر فرد با تکمیل این پرسشنامه می‌تواند نمره‌ای بین ۱۴۴+ تا ۱۴۴- کسب کند. یافته‌ها: میانگین سنی افراد شرکت کننده در طرح درافراد دیابتی ۱۱/۲±۳۶/۴ و در افراد غیردیابتی ۷/۸ ± ۳۳/۸ سال بود، که تفاوت معنی‌داری از نظر آماری با یکدیگر نداشتند. میانگین نمرهٔ کل پرسشنامهٔ روابط خانوادگی برای افراد دیابتی ۲۰ ± ۱/۱۵- و برای افراد غیردیابتی ۲۲±۳/۳۷- بود که تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه بانوان دیابتی و غیردیابتی نشان نمی‌دهد. میزان صمیمیت در روابط بانوان دیابتی و غیردیابتی به ترتیب ۷/۲ ± ۲/۹۲+ و ۹/۱ ± ۵/۱۳+ بود که تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد (p<۰/۰۵)، همین‌طور میزان عشق در روابط بانوان دیابتی به طور معنی‌داری کمتر از گروه غیردیابتی‌ها بود (۱/۹۲±۵/۱- در مقابل ۰/۹۳±۴/۴-، p<۰/۰۵). همچنین میزان استقلال در بانوان دیابتی به طور معنی‌داری بیشتر از گروه غیردیابتی بود (۴/۸ ± ۴/۸۵- و ۶/۷۴±۷/۴- ، p< ۰/۰۵). تفاوت معنی‌داری در دیگر محورهای روابط خانوادگی بین گروه بانوان دیابتی و غیردیابتی دیده نشد. نتیجه‌گیری: گرچه تفاوت معنی‌داری بین روابط خانوادگی کلی بانوان دیابتی و غیردیابتی در این بررسی دیده نشد، هیچ یک از دو گروه بانوان دیابتی و غیردیابتی نمرهٔ مطلوبی از روابط خانوادگی کسب نکردند.

واژگان کلیدی: بانوان، دیابت قندی، روابط خانوادگی، سلامت روان

مقدمه

خانواده پایهٔ ساختار نظام یافتهٔ اجتماعی است که مسؤول ایجاد و رشد عملکرد فرزندان می‌باشد. خانواده مسؤول براورده‌سازی نیازهای فیزیکی، احساسی، آموزشی و روانی فرزندان است.[۱] عملکرد آیندهٔ فرزندان در اجتماع کاملاً وابسته به وضعیت روابط جاری در محیط خانواده

(۱) مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم،
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
(۲) واحد بهداشت و درمان شهریار،
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران
(۳) دانشگاه علوم‌پزشکی وخدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
نشانی مکاتبه: تهران، اوین، جنب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان طالقانی، طبقهٔ دوم، مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
E-mail: faraz_valaie@yahoo.com

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

است. همچنین شیوع بیماری‌های روانی، اختلالات یادگیری، تمایل به انجام جرم در فرزندان خانواده‌های نابسامان بسیار بیشتر از خانواده‌های دیگر می‌باشد. در این زمینه، محیط اطراف، دوستان و همکلاسی‌ها نقش چندان مهمی ایفا نمی‌کنند[۲-۷] در تحقیقاتی که در زمینهٔ انگیزه‌های جرم و جنایت در اجتماع انجام شده است، یکی از ریشه‌های اصلی، اختلالات رفتاری است که از گذشتهٔ خانوادگی افراد نشأت گرفته است.[۸،۹] تحقیقات دیگری ثابت کرده‌اند که فرزندان خانواده‌های سالم توانایی برخورد صحیح‌تر و به کارگیری روش‌های مقابله با استرس بهتری نسبت به دیگر فرزندان دارند که این خود به حفظ سلامت آنان کمک می‌نماید.[۱۰،۱۱] از طرف دیگر تحقیقات نشان داده‌اند که خانواده‌های ناسالم از نظر روابط بینابین، به طورمعنی‌داری فقیرتر از دیگر خانواده‌ها می‌باشند که این قضیه نیز بار اضافهٔ دیگری بر دوش اجتماع است.[۱۲-۱۴] در ایجاد روابط صحیح بین افراد خانواده، نقش بانوان نقشی اساسی و انکارناپذیر است.[۱۵]

دیابت، بیماری مزمنی است که به دلیل شیوع نسبتاً زیاد (۱۲-۷٪)،[۱۶-۲۱] عوارض مهم، خطرناک و شایع[۱۳،۱۴] و هزینهٔ گزافی که بر دوش بیماران و اجتماع می‌گذارد، توجه بسیاری از مسؤولان و محققان را به خود جلب کرده است.[۲۲-۲۷] بسیاری از عوارض این بیماری نظیر هیپوگلیسمی، کتواسیدوز دیابتی، کومای هیپراسمولار، نوروپاتی دیابتی، نفروپاتی دیابتی، رتینوپاتی دیابتی و کوری، ضعف سیستم ایمنی، پای دیابتی، اختلالات عروقی، بیماری‌های عروق کرونر قلب، اختلالات نعوظی در مردان و اختلالات جنسی در هر دو جنس و بسیاری از عوارض دیگر[۲۸،۲۹] شناخته شده است و جریان‌های تحقیقاتی عمدتاً در شناخت مکانیسم‌های مولکولی ایجادکننده و روش‌های کنترل آنها در می‌باشند ولی در مورد شناخت دقیق عوارض روانی ناشی از دیابت و بالاخص جنبهٔ روابط خانوادگی در بیماران دیابتی هنوز سؤالات زیادی برای پاسخگویی وجود دارد.

ذکر این نکته الزامی است که شواهد مختلفی احتمال نقص در روابط خانوادگی بیماران دیابتی را مطرح می‌سازند، شواهدی نظیر اختلالات عملکرد جنسی در هر دو جنس[۳۰-۳۵] و شواهدی مبنی بر اثر اختلالات جنسی در روابط خانوادگی افراد.[۳۶] همچنین وجود عوارض متعدد روانی در بیماری‌های مزمن می‌تواند شاهد دیگری باشد.[۳۷-۳۹] دیگر مطالعات در این زمینه نشان داده‌اند که در عملکرد خانواده‌هایی که افراد آنها به بیماری‌های مزمن دچارند، اختلالاتی وجود دارد.[۴۰] مطالعات دیگری نیز به عوارض خانوادگی دیابت به عنوان یک بیماری مزمن اشاره نموده‌اند.[۴۱-۴۳]

این تحقیق با هدف مقایسهٔ چگونگی روابط خانوادگی بانوان دیابتی و غیردیابتی در جمعیت ساکن شهرک‌های غرب تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها

از بین ساکنان شهر قدس و شهرک وردآورد که هر دو از توابع غرب تهران می‌باشند، ۹۰ زن متأهل مبتلا به دیابت که سنی بین ۲۵ تا ۵۵ سال داشتند و همچنین از بین تمامی بانوان متأهل ۲۵ تا ۵۵ ساله ساکن این دو شهرک نیز ۲۰۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند که با همکاری رابطان بهداشتی از آنان برای حضور در جلساتی دعوت شد. از بین بانوان دیابتی ۸۱ نفر و از بین بانوان غیردیابتی ۱۹۸ نفر حضور یافتند و برای شرکت در طرح انتخاب شدند. قابل ذکر است که شرط انتخاب بانوان این بود که حداقل سه سال از زندگی مشترک‌شان بگذرد و صرفاً یک بار سابقهٔ ازدواج داشته باشند.

پس از حضور افراد در جلسات، ابتدا هدف طرح برای آنان گفته شد و به آنان تأکید شد که اطلاعات محرمانه خواهند ماند و از آنان رضایت مبنی بر شرکت در طرح گرفته شد. سپس اطلاعات دموگرافیک نظیر سن، مدت ازدواج، تعداد فرزند، شغل، سن و شغل همسر، تعداد افراد خانواده و اطلاعات مرتبط با بیماری از بیماران دیابتی، نظیر تعداد سال‌های ابتلا به دیابت، چگونگی کنترل قند خون، نام و میزان داروی مصرفی و عوارض بیماری پرسیده شد. سپس این اطلاعات با اطلاعات موجود در پروندهٔ خانوار آنها کنترل شد و آخرین قند خون بیماران دیابتی نیز در صورتی که مربوط به حداکثر یک ماه قبل بود از پروندهٔ آنان یادداشت شد. سپس از آنان خواسته شد که پرسشنامهٔ سنجش روابط خانوادگی[i] را تکمیل نمایند.

این پرسشنامه یک پرسشنامهٔ ۷۲ سؤالی است که قبلاً توسط دکتر والائی و همکاران ترجمه و معتبر شده بود.[۳۹] این پرسشنامه توانایی سنجش روابط خانوادگی را از جهات مختلف داراست. روایی داخلی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و روایی داخلی خرده

i- Stevens' Relationship Questionnaire: (SRQ)

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

مقیاس‌های میزان صمیمیت در روابط،[i] حل منطقی تعارضات،[ii] عشق،[iii] تساوی حقوق،[iv] استقلال[v] و آزادی عملکرد و رفتار[vi] به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۸، ۰/۷۴، ۰/۶۹، ۰/۸۱ و ۰/۷۳ بود. روایی داخلی پرسشنامه با روش Split half نیز محاسبه شد که برابر ۰/۷۶ بود. پایایی پرسشنامه در کل ۰/۶۳ و پایایی خرده مقیاس‌ها بین ۰/۵۳ تا ۰/۶۸ محاسبه شد.

واکنش شوهران بیماران دیابتی نسبت به بیماری آنها نیز طی چند سؤال با مقیاس نمره‌گذاری Likert سنجیده شد و بیماران بر اساس چگونگی واکنش شوهران نسبت به بیماری‌شان به پنج گروه خیلی ضعیف، ضعیف، متوسط، خوب و بسیار خوب تقسیم شدند.

پس از تکمیل پرسشنامه توسط بانوان برای آنان کلاس آموزش جهت روابط خانوادگی با استفاده از پزشکان خانم دایر شد و از آنان خواسته شد سؤالات خود را در این زمینه بپرسند.

تمامی پرسشنامه‌ها کدگذاری شد و اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS Ver. 10.01 وارد حافظهٔ رایانه شد. فراوانی داده‌های توصیفی برای هر گروه محاسبه شد. میانگین نمرهٔ کل پرسشنامه و میانگین نمرهٔ خرده مقیاس‌ها در هر گروه محاسبه شد و از طریق آزمون t با یکدیگر مقایسه شد. در مورد بانوان دیابتی، نمرهٔ پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن بر اساس واکنش شوهرانشان نسبت به بیماریشان و توسط ANOVA مقایسه شد. نهایتاً رابطهٔ بین آخرین میزان قند خون و چگونگی روابط خانوادگی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد.

یافته‌ها

میانگین سنی بانوان دیابتی و غیردیابتی به ترتیب ۱۱/۲±۳۶/۴ و ۷/۸ ± ۳۳/۸ سال، میانگین تعداد فرزندان برای بانوان دیابتی و غیردیابتی به ترتیب ۱/۳±۴/۳ و ۱/۷±۴/۸ بود که هیچ‌یک از اطلاعات فوق تفاوت معنی‌داری را مطرح نمی‌سازند.

میانگین نمرهٔ کل پرسشنامهٔ روابط خانوادگی برای بانوان دیابتی ۲۲±۳/۳۷- و برای بانوان غیردیابتی ۲۰±۱/۱۵- بود که تفاوت معنی‌داری را بین این دو گروه نشان نمی‌داد. میانگین به کارگیری حل منطقی تعارضات در بانوان دیابتی و غیردیابتی به ترتیب ۱۰/۳۱ ±۳/۱۰ و ۱۱/۱۰±۴/۴۰، میانگین تساوی حقوق بین زوجین از دیدگاه بانوان به ترتیب ۱/۷۰±۰/۳۰ و ۲/۰۷±۰/۲۹ در بانوان مبتلا و غیرمبتلا به دیابت بود و آزادی عملکرد و رفتار در بانوان دیابتی ۳/۴۲±۲/۹۶- و در بانوان غیردیابتی ۳/۲۷±۳/۴۶- بود که هیچ‌یک از موارد فوق تفاوت معنی‌داری را مطرح نمی‌ساختند.

در مقابل، میانگین میزان صمیمیت در روابط بانوان دیابتی ۶/۹۴±۲/۶۳ و در روابط بانوان غیردیابتی ۹/۰۸±۵/۰۲ بود که تفاوت معنی‌داری را بین این دو گروه نشان می‌دهد ($p<0/05$). همچنین میانگین نمرهٔ عشق در بانوان دیابتی به طور معنی‌داری کمتر از بانوان غیردیابتی بود (۴/۹۰±۱/۷۳- در مقابل ۴/۴۵±۰/۹۱-، $p<0/05$). از طرف دیگر میانگین نمرهٔ استقلال در بانوان دیابتی به طور معنی‌داری بیش از بانوان غیردیابتی بود (۴/۸۱±۴/۳۶- در مقابل ۷/۴۶±۶/۵۹- $p<0/05$) خلاصهٔ اطلاعات فوق در جدول ۱ آمده است.

۳۴/۵٪ از بانوان دیابتی معتقد بودند که واکنش شوهرشان نسبت به بیماری آنان بسیار خوب می‌باشد. قابل ذکر است که واکنش خیلی ضعیف توسط شوهران گزارش نشد.

جدول ۱ـ مقایسهٔ خرده مقیاس‌ها و نمرهٔ کل روابط خانوادگی بین بانوان دیابتی و غیردیابتی

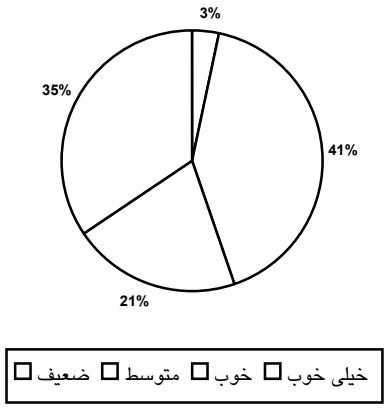
مورد	بانوان‌دیابتی	بانوان‌غیردیابتی
غیروابستگی	۴/۳۶±۴/۸* -	۶/۵۹±۷/۴ -
تساوی‌حقوق	۰/۳۰±۱/۷	۰/۲۹±۲/۰
صمیمیت	۲/۶۳±۶/۹	۵/۰۲±۹/۰
آزادی‌عملکردورفتار	۲/۹۶±۳/۴ -	۳/۴۶±۳/۲ -
حل‌منطقی‌تعارضات	۳/۱۰±۱۰/۳	۴/۴۰±۱۱/۱
عشق	۱/۷۳±۴/۹ -	۰/۹۱±۴/۴ -
نمرهٔ کل پرسشنامه	۳/۳۷±۲۲ -	۱/۱۵±۲۰ -

* $P<0/001$ در مقایسه با بانوان غیردیابتی

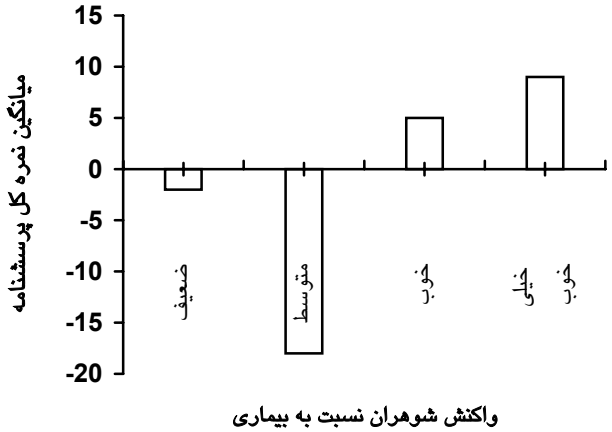
i- Intimate Communication
ii- Assertive Conflict Resolution
iii- Romantic Attitudes and Behaviors
iv- Equality
v- Independence
vi- Liberated Role Beliefs

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

(نمودار ۱). تفاوت معنی‌داری بین نمرهٔ کل پرسشنامهٔ روابط خانوادگی در بین بانوان دیابتی بر اساس واکنش شوهران آنها به دست آمد و بانوانی که واکنش شوهرانشان نسبت به بیماریشان بسیار خوب بود، بیشترین نمرهٔ پرسشنامه را نسبت به دیگران به خود اختصاص داده بودند ($p<۰/۰۵$) (نمودار ۲). در آنالیز واریانس به عمل آمده تفاوت معنی‌داری در تساوی حقوق، صمیمیت، حل منطقی تعارضات و میزان عشق بانوان دیابتی بر اساس واکنش شوهران آنها به دست آمد ($p<۰/۰۵$).



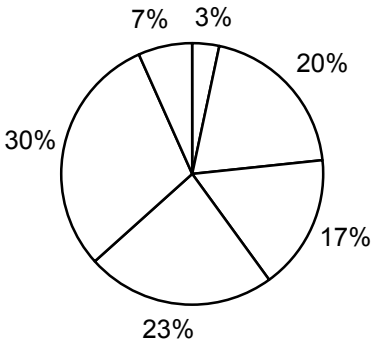
نمودار۱ـ فراوانی چگونگی واکنش شوهران بانوان دیابتی نسبت به بیماری آنان

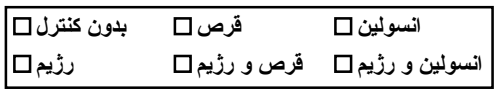


نمودار ۲ـ مقایسهٔ میانگین نمرهٔ کل پرسشنامه در بین گروه‌های مختلف بانوان دیابتی برحسب چگونگی واکنش شوهرشان نسبت به بیماری آنان ($p<۰/۰۵$)

میانگین قد در بانوان دیابتی ۸±۱۶۰ و در افراد غیردیابتی ۱۵±۱۵۶ سانتی‌متر بود که تفاوت معنی‌داری نداشت. میانگین وزن بانوان دیابتی به طور معنی‌داری بیش از افراد غیردیابتی بود (۱۱/۹± ۷۰/۸ در مقابل ۱۰/۲۶±۶۷/۰ کیلوگرم، $p<۰/۰۵$). کمترین میزان آخرین قند خون بیماران ۱۰۸ و بیشترین میزان آن mg/dL ۵۳۶ و میانگین آخرین قند خون بیماران mg/dL ۱۱۱±۲۱۱ بود. رابطهٔ بین میزان قند خون بانوان دیابتی و نمرهٔ کل پرسشنامهٔ روابط خانوادگی آنان بررسی شد که رابطه معنی‌داری به دست نیامد. رابطهٔ منفی معنی‌داری بین آخرین قند خون بانوان دیابتی و میزان آزادی رفتار آنان به دست آمد ($r = -۰/۳۳۹$، $p=۰/۰۰۴$). همچنین رابطهٔ منفی معنی‌داری بین آخرین قند خون این افراد و میزان عشق و علاقه در روابط خانوادگی به دست آمد ($r = -۰/۲۹۶$، $p=۰/۰۱۴$).

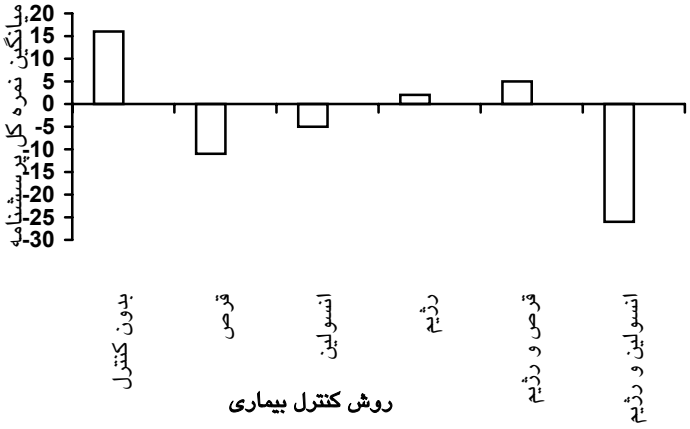
در افراد دیابتی میانگین سال‌های ابتلا به دیابت ۵/۴±۵/۸ سال بود. رابطهٔ معنی‌داری بین سال‌های ابتلا به دیابت و نمرهٔ کل پرسشنامهٔ روابط خانوادگی به دست نیامد، گرچه رابطهٔ منفی معنی‌داری بین میزان آزادی عملکرد بانوان دیابتی و تعداد سال‌های ابتلا به دیابت وجود داشت ($r =-۰/۳۱۹$ و $p=۰/۰۰۲$). رابطهٔ معنی‌دار مثبتی بین تعداد سال‌های ابتلا به دیابت و آخرین قند خون این افراد به دست آمد ($r = ۰/۳۳۴$، $p=۰/۰۰۵$). ۳۰٪ از بانوان دیابتی از تلفیق قرص‌های کاهش‌دهندهٔ قند خون و رژیم غذایی برای کنترل





نمودار ۳ـ فروانی استفاده از روش‌های مختلف برای کنترل بیماری دیابت

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]



نمودار ۴ـ مقایسهٔ میانگین نمره کل پرسشنامه در بین گروه‌های مختلف بانوان دیابتی برحسب روش کنترل بیماری (p<۰/۰۵)

بیماری خود استفاده می‌کردند (نمودار ۳). آن دسته از بانوان دیابتی که از هیچ روشی برای کنترل بیماری خود استفاده نمی‌کردند، نمرهٔ بیشتری در کل پرسشنامهٔ روابط خانوادگی کسب کردند و تفاوت معنی‌داری بین نمرهٔ کل پرسشنامهٔ بانوان دیابتی بر اساس روش کنترل بیماری آنان به دست آمد (p<۰/۰۵) (نمودار ۴). همچنین میزان استقلال بانوان دیابتی و حل منطقی تعارضات در گروه‌های مختلف بر اساس روش کنترل بیماری با یکدیگر متفاوت بود (p<۰/۰۵). تفاوت معنی‌داری بین انواع روش‌های کنترل بیماری و قند خون بانوان دیابتی به دست آمد (p<۰/۰۵) (نمودار ۴).

بحث

در مطالعات دیگری که انجام شده است، فاکتورهایی نظیر خصوصیات دموگرافیک مانند نژاد، وضعیت اقتصادی‌ـ اجتماعی، میزان جابجایی‌ها در خانواده، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی افراد خانواده، وضعیت مالی به عنوان عوامل مداخله کننده در بهداشت روانی خانواده‌ها و روابط بین افراد خانواده بیان شده‌اند.[۳۵] در مطالعهٔ حاضر تمامی افراد مورد بررسی از بانوان و همچنین از دو منطقهٔ محدود و نسبتاً کوچک حاشیهٔ تهران انتخاب شده‌اند که این نکته باعث یکسان بودن جنسیت و تشابه هرچه بیشتر افراد مورد بررسی از نظر فاکتورهای دموگرافیک می‌گردد. از طرف دیگر تفاوت معنی‌داری در میانگین سن، تعداد فرزندان، سال‌های ازدواج و دفعات ازدواج دو گروه مورد و شاهد به دست نیامد. مجموع نکات یاد شده احتمال تأثیر فاکتورهای مداخله‌گر را در این مطالعه به حداقل می‌رساند.

در بررسی نمرات پرسشنامهٔ سنجش روابط خانوادگی میانگین نمرات نسبتاً پایینی (کمتر از نصف نمرهٔ کل پرسشنامه) برای هر دو گروه مشاهده شد، این نکته در حالی که می‌تواند بیانگر احتمال ضعف روابط خانوادگی در جامعه ایرانی مورد بررسی باشد، می‌تواند بیانگر این نکتهٔ مهم‌تر باشد که احتمالاً علی‌رغم طی شدن همهٔ مراحل هنجاریابی و معتبرسازی، پرسشنامهٔ استفاده شده کاملاً مناسب فرهنگ جامعهٔ ایرانی نیست. به نظر می‌رسد مسایلی نظیر غیروابستگی، تساوی حقوق و آزادی عملکرد و رفتار تناسب کاملی با ارزش‌های فرهنگی اجتماع ایرانی نداشته باشد و با حداقل میزان متعادل و مطلوب بودن نمرات کسب شده در اجتماعات مختلف با یکدیگر متفاوت باشد. قابل ذکر است که نمرات استقلال بانوان دیابتی به طور معنی‌داری بیشتر از بانوان غیردیابتی بود و همچنین تفاوت معنی‌داری بین نمرات بانوان دیابتی و غیردیابتی در فاکتورهای تساوی حقوق، آزادی عملکرد و حل منطقی تعارضات به دست نیامد.

در بررسی میزان عشق و صمیمیت که به نظر می‌رسد فاکتورهای سازگارتری با فرهنگ ایرانی باشند، نمرات بانوان دیابتی به طور معنی‌داری کمتر از بانوان غیردیابتی بود. این نکته خود می‌تواند تا حد زیادی بیانگر ضعف بانوان دیابتی در برقراری روابط خانوادگی نسبت به بانوان غیردیابتی باشد. قابل ذکر است که گرچه تفاوت معنی‌داری بین نمرات کل پرسشنامهٔ بانوان دیابتی و غیردیابتی به دست نیامد، نمرهٔ کل پرسشنامهٔ بانوان دیابتی کمتر از بانوان غیردیابتی بود.

در تحقیقات دیگر که در زمینه‌های مشابه انجام شده است، بر رابطهٔ دیابت و بیماری‌های مزمن با بیماری‌های اعصاب و روان خصوصاً افسردگی و اضطراب و همچنین کاهش توانایی مقابله با استرس‌ها تأکید شده است.[۳۶،۴۰،۴۱] تمام این موارد خود می‌تواند بر روابط خانوادگی افراد تأثیر بگذارد.[۴۲]

در بررسی چگونگی واکنش شوهران بانوان دیابتی نسبت به بیماری همسرانشان، درصد مناسبی از آنان واکنش‌های خوب و خیلی خوب نسبت به بیماری همسرشان

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

نشان دادند. در این زمینه، تفاوت معنی‌داری بین واکنش شوهران بانوان دیابتی و نمرهٔ کل پرسشنامه دیده شد، به نحوی که حتی نمرهٔ کل پرسشنامه در گروهی که شوهرانشان واکنش بسیارخوبی نسبت به بیماریشان نشان داده بودند، به طور معنی‌داری بیش از نمرهٔ کل بانوان غیردیابتی بود. این نکته لزوم گنجاندن برنامه‌های آموزش روابط خانوادگی و خانواده درمانی را در پروتکل‌های آموزشی- درمانی افراد دیابتی خاطرنشان می‌سازد. در حال حاضر در پروتکل آموزشی - درمانی بیماران دیابتی در ایران و دیگر کشورها آموزش شیوه‌های تغییر زندگی در جهت کاهش مصرف دخانیات، انجام فعالیت بدنی، کنترل وزن، تصحیح روش‌های تغذیه‌ای و کنترل چربی‌های خون، آموزش در جهت افزایش کیفیت زندگی، افزایش تحمل مصرف دارو،[i] روش‌های کنترل بیماری توسط خود فرد،[ii] تغییر رفتاری و مقابله با استرس‌زاها و جلوگیری از عوارض به چشم می‌خورد.[۴۳-۵۱]

در مطالعهٔ انجام شده، رابطهٔ مستقیمی بین وزن بانوان دیابتی و سطح آخرین قند پلاسما به دست آمد که این نکته توسط دیگر منابع نیز تأیید شده است.[۵۲-۵۴] رابطهٔ معنی‌داری بین سطح آخرین قند پلاسما و نمرهٔ کل پرسشنامه به دست نیامد.

در مطالعهٔ حاضر اکثر بانوان دیابتی برای کنترل بیماری خون از مصرف داروهای خوراکی و رعایت رژیم غذایی استفاده می‌نمودند و تعداد بسیار اندکی از هیچ روشی استفاده نمی‌کردند که آخرین قند پلاسمای این افراد بیش از دیگر بانوان دیابتی بود ولی در عین حال بیشترین نمرهٔ پرسشنامه را در بین بانوان دیابتی به خود اختصاص داده بودند و در ردهٔ دوم بعد از آنان بانوانی بودند که از تلفیق قرص و رژیم استفاده می‌نمودند. در این بین کمترین نمرهٔ پرسشنامه مربوط به بانوانی بود که از تلفیق تزریق انسولین و رعایت رژیم غذایی برای کنترل بیماری خود بهره می‌بردند. باید توجه داشت که بَعد بیماری در افرادی که از روش‌های مختلف استفاده می‌کنند، یکسان نیست اما مجموع یافته‌ها و توجه ویژه به بالاتر بودن قندخون و نمرهٔ پرسشنامه در گروهی که از هیچ روشی استفاده نمی‌کردند، ممکن است مطرح کند که روش درمان بیمار و در پی آن، برداشت شخصی او از بیماری در روابط خانوادگی او مؤثر است. مقالات نشان داده‌اند که احساسات شخصی می‌تواند بر میزان استرس افراد اثر گذاشته، باعث تغییر در سطح سلامت شود. همچنین در بیماری دیابت برداشت فرد از بیماری می‌تواند برقند خون افراد نیز تأثیر داشته باشد.[۵۵-۵۷]

سپاسگزاری

با تشکر فراوان از همکاران و کارکنان مرکز بهداشتی - درمانی پانزده شعبان و مرکز بهداشتی - درمانی وردآورد و تشکر ویژه از آقای دکتر فریدون‌طالبی ریاست مرکز بهداشتی - درمانی پانزده شعبان و خانم‌ها فریبا محمدبیگی، منیژه محمدزاده و رایا علمایی که ما را در اجرای این تحقیق یاری نمودند.

i- Compliance
ii- Self-management

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

References

1. Kumpfer, K. L. Safe Haven African American parenting project: Second year evaluation report. City of Detroit Health Department, Health Behavior Laboratory, Department of Health Education, University of Utah, Salt Lake City, UT. 1993: 34-9.
2. Morrison, W. D. Juvenile Offenders. New York: D. Appleton Co. 1915: 12-8.
3. Geismar L L. Wood KM. Family and Delinquency: Resocializing the Young Offender. New York: Human Sciences Press; 1986: 11-24.
4. Henggeler, S. C. Delinquency in adolescents. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry Series, 18. Newbury Park: Sage Publications; 1989: 54-62.
5. Loeber, R., & Dishion, T. Early predictors of male delinquency: A Review. Psychological Bulletin1983; 93: 68-99.
6. Loeber R, Stouthamer-Loeber, M. Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. In Morris, Tonry M. Crime and Justice: an annual review of research, Chicago: University of Chicago Press; 1986; 7: 29-149
7. Snyder J J, Patterson GR. Individual differences in social aggression: a test of a reinforcement model of socialization in the natural environment. Behavior The rapy. 1995; 26: 371-391.
8. McMahon RJ. Some current issues in the behavioral assessment of conduct disordered children and their families. Behavioral Assessment. 1987; 9: 235-252.
9. Dishion TJ, French D, Patterson GR. The development and ecology of antisocial behavior. In: Cicchetti D, Cohen D. Manual of developmental psychopathology. New York: John Wiley & Sons; 1995: P. 421-471.
10. Shannon GW. AIDS: A Search for Origins. In: Ulack & W.F. Skinner AIDS and the Social Sciences: Common Threads. Lexington, KY: University Press of Kentucky; 1991.
11. Snyder D K, Klein M A, Gdowski CL, Faulstich C, LaCombe J. Generalized dysfunction in clinic and nonclinic families: A comparative analysis. Journal of Abnormal Child Psychology; 1988; 16: 97-109.
12. U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census. Current Population Reports. In: Money Income and Poverty Status in the United States; Washington, DC: Government Printing Office. 1991; 168: 60-104
13. Zill N.The Changing Realities of Family Life. The Aspen Institute Quarterly. 1993; 1-25.
14. McLanahan S, Booth K. Mother-Only Families: Problems, Prospects, and Politics. Journal of Marriage and Family. 1989; 51: 557 - 580.
15. Mednick B R, Baker R L, Carothers LE. Patterns of Family Instability and Crime: The Association of Timing of the Family's Disruption with Subsequent Adolescent and Young Adult Criminality. Journal of Youth and Adolescence. 1990; 19:201-220.
16. American Diabetes Association. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 1997, 20:1183-97
17. Hanis CL, Ferrell R E, Baron SA, Aguilar L, Garza-Ibarra A, Tulloch BR, Garcia CA, Schull W J. Diabetes among Mexican-Americans in Starr County, Texas. American Journal of Epidemiology. 1983; 118: 659-672.
18. Stern MP, Gaskill SP, Hazuda HP, Gardner LI, Haffner SM. Does obesity explain excess prevalence of diabetes among Mexican Americans?Results of the San Antonio Heart Study. Diabetologia. 1983; 24:272-7.
19. Hamman RF, Marshall JA, Baxter J, Kahn LB, Mayer EJ, Orleans M, Murphy JR, Lezotte DC. Methods and prevalence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in a biethnic Colorado population. The San Luis Valley Diabetes Study. Am J Epidemiol. 1989; 129:295-311.
20. Flegal KM, Ezzati TM, Harris MI, Haynes SG, Juarez RZ, Knowler WC, Perez-Stable EJ, Stern MP. Prevalence of diabetes in Mexican Americans, Cubans, and Puerto Ricans from the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey, 1982-1984. Diabetes Care. 1991; 14:628-38.
21. Harris MI, Flegal KM, Cowie CC, Eberhardt MS, Goldstein DE, Little RR, Wiedmeyer HM, Byrd-Holt DD. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. Diabetes Care. 1998; 21:518-24.
22. Allenet B, Paree F, Lebrun T, Carr L, Posnett J, Martini J, Yvon C. Cost-effectiveness modeling of Dermagraft for the treatment of diabetic foot ulcers in the french context. Diabetes Metab. 2000; 26:125-32.
23. Hughes D, Manns B. Patient compliance with drug therapy for diabetic nephropathy. CMAJ. 2000; 162:1553-4.
24. Dranitsaris G, Longo CJ, Grossman LD. The economic value of a new insulin preparation, Humalog Mix 25. Measured by a willingness-to-pay approach. Pharmacoeconomics. 2000; 18:275-87.
25. Gray A, Raikou M, McGuire A, Fenn P, Stevens R, Cull C, Stratton I, Adler A, Holman R, Turner R. Cost effectiveness of an intensive blood glucose control policy in patients with type 2 diabetes: economic analysis alongside randomised controlled trial (UKPDS 41). United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. BMJ. 2000; 320:1373-8.
26. James M, Turner DA, Broadbent DM, Vora J, Harding SP. Cost effectiveness analysis of screening for sight threatening diabetic eye disease. BMJ. 2000; 320:1627-31.
27. Junger C, Rathmann W, Giani G. [Prescribing behavior of primary care physicians in diabetes therapy: effect of drug budgeting] Dtsch Med Wochenschr. 2000; 125:103-9
28. Diabetes Control and Complication Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. N Engl J Med. 1993; 329:977-86.
29. Diabetes Control and Complications Research Group: Effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med, 1993; 329**:** 977–986.
30. Enzlin P, Mathieu C, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Diabetes mellitus and female sexuality: a review of 25 years' research. Diabet Med. 1998; 15:809-15
31. Steel JM. Diabetes and female sexuality. Diabet Med. 1998; 15:807-8.
32. Schiavi RC, Stimmel BB, Mandeli J, Schreiner-Engel P, Ghizzani A. Diabetes, psychological function and male sexuality. J Psychosom Res. 1995;39:305-14.
33. Dunning P. Sexuality and women with diabetes. Patient Educ Couns. 1993; 21:5-14.
34. LeMone P. Human sexuality in adults with insulin-dependent diabetes mellitus. Image. J Nurs Sch. 1993;25:101-5.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

35. Jones AP, DeMaree RG. Family disruption, social indices, and problem behavior: A preliminary study. Journal of Marriage and the Family, 1975; 37:497-504.
36. Dimsdale E, Keefe F, Stein M. Strees and psychiatry. In: Sadock B, Sadock V Kaplan & sadocks comprehensive textbook of psychiatriy. 7th ed. Philadelphia: Lippincott williams & wilkins. 2000. P. 1835-1846.
37. Surwit RS, Schneider MS, Feinglos MN. Stress and diabetes mellitus. Diabetes Care. 1992; 15:1413-22
38. Surwit RS, Schneider MS. Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus. Psychosom Med. 1993; 55:380-93
39. Valaie F. Validation of the Stevens' Relationship Questionnaire (SRQ) for Iranian people. (Unpublished data)
40. Lewis FM, Woods NF, Hough EE, Bensley LS. The family's functioning with chronic illness in the mother: the spouse's perspective. Soc Sci Med. 1989; 29:1261-9.
41. Ahlfield JE, Soler NG, Marcus SD. The young adult with diabetes: impact of the disease on marriage and having children. Diabetes Care. 1985; 8:52-6
42. Wearden AJ, Tarrier N, Davies R. Partners' expressed emotion and the control and management of type 1 diabetes in adults. J Psychosom Res. 2000; 49:125-30.
43. Thompson SJ, Auslander WF, White NH. Influence of family structure on health among youths with diabetes. Health Soc Work. 2001; 26:7-14.
44. Lacey KO, Chyun DA, Grey M. An integrative literature review of cardiac risk factor management in diabetes education interventions. Diabetes Educ. 2000; 26:812-20.
45. Glasgow RE, Fisher EB, Anderson BJ, LaGreca A, Marrero D, Johnson SB, Rubin RR, Cox DJ. Behavioral science in diabetes. Contributions and opportunities. Diabetes Care. 1999; 22:832-43.
46. Clement S. Diabetes self-management education. Diabetes Care. 1995; 18:1204-14.
47. Funnell MM, Herman WH. Diabetes care policies and practices in Michigan nursing homes, 1991. Diabetes Care 1995;18:862-6.
48. Funnell MM, Haas LB. National Standards for Diabetes Self-Management Education Programs. Diabetes Care. 1995; 18:100-16
49. Funnell MM, Donnelly MB, Anderson RM, Johnson PD, Oh MS. Perceived effectiveness, cost, and availability of patient education methods and materials. Diabetes Educ. 1992; 18:139-45.
50. Glasgow RE. Outcomes of and for diabetes education research. Diabetes Educ. 1999; 25:74-88
51. Glasgow RE, Osteen VL. Evaluating diabetes education. Are we measuring the most important outcomes? Diabetes Care. 1992; 15:1423-32.
52. Boule NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. JAMA 2001;286:1218-27.
53. Solignac M. [New dimension in the care of type 2 diabetes]. Diabetes Metab. 2000; 26:88.
54. Feuerstein BL, Weinstock RS. Diet and exercise in type 2 diabetes mellitus.Nutrition. 1997; 13:95-9.
55. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. Clin Child Fam Psychol Rev. 1999; 2:71-90
56. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. Clin Child Fam Psychol Rev 1999; 2:71-90 .
57. Clark CR. Creating information messages for reducing patient distress during health care procedures. Patient Educ Couns. 1997; 30:247-55.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]