

## بررسی ارتباط حمایت خانواده و کنترل قندخون در سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲

\*شیوا حیدری<sup>۱</sup>، مریم نوری تاجر<sup>۲</sup>، فاطمه حسینی<sup>۳</sup>، مهرنوش اینانلو<sup>۴</sup>، فاطمه گل‌گیری<sup>۵</sup>، فاطمه شیرازی<sup>۶</sup>

### چکیده

**هدف:** از آنجائی که بخش عمده‌ای از درمان دیابت در منزل انجام می‌شود، خانواده نقش مهمی در مراقبت از این بیماران دارند. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط حمایت خانواده و کنترل قندخون در سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

**روش بررسی:** این پژوهش از نوع توصیفی- همبستگی بود و تعداد ۱۵۰ نفر از سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران جامعه این پژوهش را تشکیل دادند. نمونه‌گیری به صورت غیر تصادفی و دردسترس بود. پرسشنامه مورد استفاده شامل سه بخش مشخصات دموگرافیکی نمونه‌ها، تعیین میزان هموگلوبین گلیکوزیله و تعیین میزان حمایت دریافتی و درک شده بیماران از جانب خانواده با استفاده از ابزار استاندارد «حمایت اجتماعی از بیماران دیابتی- مختص خانواده» بود. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کای‌دو و پیرسون از طریق نرم افزار SPSS version-15 تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج ارتباط آماری معنی‌داری را بین حمایت خانواده و کنترل قندخون نشان داد ( $r = -0/56, p < 0/0001$ ). همچنین یافته‌ها نشان‌دهنده وجود ارتباط معنی‌دار بین حمایت خانواده و متغیرهای جنس و وضعیت تاهل ( $p < 0/0001$ ) بود. کنترل قند خون نیز با وضعیت تاهل ( $p = 0/02$ )، وضعیت اقتصادی ( $p = 0/04$ ) و سطح تحصیلات ( $p = 0/05$ ) ارتباط معنی‌داری داشت.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش تاکید مجددی بر نقش حمایت خانواده در بهبود سطح سلامت سالمندان بود. براساس یافته‌های این پژوهش طرح مداخلات پرستاری خانواده محور و مشارکت تمامی اعضاء خانواده در مراقبت از سالمندان مبتلا به دیابت پیشنهاد می‌شود.

**کلید واژه‌ها:** سالمند، حمایت خانواده، دیابت نوع ۲، کنترل قند خون.

## Geriatric Family Support and Diabetic Type-2 Glycemic Control

Heidari Sh<sup>1</sup>, NooriTajer M<sup>2</sup>, Hoseini F<sup>3</sup>, Inanlo M<sup>4</sup>, Golgiri F<sup>5</sup>, Shirazi F<sup>6</sup>

### Abstract

**Objective:** As the most part of geriatric (65 years and older) diabetic care is given at home, family support has an important role in their blood sugar level control care. This study aimed to assess the relationship between family support and blood sugar level control in such elderly suffering type- 2 diabetes

**Materials & Methods:** Via descriptive- correlative study, one hundred fifty geriatric patients with type- 2 diabetes, who referred to Institute of Endocrinology and Metabolism in Iran University of Medical Sciences were selected. Samplings based on nonrandomized and convenience. The questionnaire consisted of three sections: demographic data; glucose-labeled hemoglobin (HbA1C) and received - perceived family support by applying the standard questionnaire of "Diabetes Social Support- Family Version" format. Data were analyzed by SPSS version 15 by using Chi-square and Pierson Tests

**Results:** Results showed a significant relationship between family support and glycemic control ( $r = -0/56, p < 0/0001$ ). Also there were significant relationships between family support, gender and marital status ( $p < 0/0001$ ). There were also significant relationships between glycemic control and marital status ( $p = 0/02$ ), (financial status ( $p = 0/04$ ) and educational level ( $p = 0/05$ )

**Conclusion:** Findings of this research added further evidence about the impact of family support on the health of older adults with diabetes. These findings suggest using family centered nursing interventions and collaboration of family members in care of the elderly with type-2 diabetes

**Keywords:** elderly, family support, diabetes type 2, glycemic control

۱- قربان همتی علمدارلو، دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران  
۲- غلامرضا دهشیری، دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی  
۳- ستاره شجاعی، دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران  
۴- الهام حکیمی راد، دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی

نویسنده: قربان همتی علمدارلو، hemati@ut.ac.ir، تلفن همراه: ۰۹۱۲۶۲۳۴۰۹۶

### مقدمه

می‌دهد و پیش‌بینی می‌شود که ربع قرن دیگر ۱/۲ میلیارد نفر را افراد ۶۰ سال و بالاتر تشکیل خواهند داد(۲). براساس آخرین سرشماری مرکز آمار ایران، جمعیت بالای ۶۰ سال در سال ۱۳۸۵، ۷/۲۷ درصد تخمین زده شده است(۳). در قرن حاضر، با کنترل بیماری‌های واگیر، مهم‌ترین علت مرگ و میر و ناتوانی در سالمندان بیماری‌های مزمنی مانند دیابت، مخصوصاً دیابت غیر وابسته به انسولین یا دیابت نوع ۲ می‌باشد(۴). دیابت بیماری مزمنی است که

جمعیت سالمندان به دلایل مهمی از جمله کاهش میزان مرگ و میر ناشی از پیشرفت‌های علوم پزشکی، بهداشت، آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش نرخ امید به زندگی و طول عمر در کلیه کشورهای جهان رو به افزایش است. (۱). هر سال ۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده می‌شود در حالی که رشد جمعیت ۶۵ سال و بالاتر ۲/۵ درصد است. این فاصله، ترکیب سنی جهان را به سوی سالمند شدن سوق

1. MS in community health nursing, school of nursing and Midwifery, Iran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran. (Corresponding author -E- Mail: communityhrn@yahoo.com)  
2. Associate Professor in Health, School of nursing and Midwifery, Iran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran.  
3. MS in Statistics, School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran.  
4. MS in Nursing, School of nursing and Midwifery, Iran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran.  
5. Associate Professor in Medical school, Iran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran.  
6. MS in Medical- Surgical Nursing, School of nursing and Midwifery, Iran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran.

۱- کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، c:communityhrn@yahoo.com  
۲- دانشیار گروه بهداشت دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.  
۳- مربی گروه آمار دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.  
۴- مربی گروه روان پرستاری دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.  
۵- استادیار دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران  
۶- کارشناس ارشد پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

روانی یا داشتن اعتیاد. این مطالعه در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران مورد تایید قرار گرفت.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه‌ای بود که توسط واحدهای مورد پژوهش به صورت خودگزارش‌دهی تکمیل شد. این پرسشنامه دارای سه بخش اصلی بود. بخش اول مشخصات دموگرافیکی نمونه‌ها شامل سن، جنس، شغل (خانه‌دار، بازنشسته، شاغل)، سطح تحصیلات (بی‌سواد، زیردیپلم، دیپلم، دانشگاهی)، وضعیت تاهل (مجرد، متاهل، بیوه، مطلقه)، تعداد اعضاء خانواده، نوع خانواده (هسته‌ای، هسته‌ای ثانویه، گسترده، گسسته، تنهائی)، نوع درمان (خوراکی، انسولین، هردو)، طول مدت ابتلا به بیماری، وضعیت اقتصادی (عالی، خوب، متوسط، ضعیف) بود.

بخش دوم پرسشنامه، تعیین و ثبت میزان هموگلوبین گلیکوزیله بود. برای این منظور پس از توضیح در مورد این آزمایش و نحوه انجام آن و کسب رضایت از بیمار، پس از تجویز این آزمایش توسط پزشک، بیمار جهت انجام این آزمایش به آزمایشگاه این انستیتو راهنمایی و ۵ سی‌سی خون از بیمار جهت انجام آزمایش گرفته می‌شد. در آزمایشگاه انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم جهت اندازه‌گیری هموگلوبین گلیکوزیله از شیوه کروماتوگرافی استفاده می‌شود. پس از ۱ هفته جواب آزمایش پیگیری و پس از اطلاع نتیجه آزمایش به بیمار، جواب آزمایش ضمیمه پرونده بیمار می‌شد. میزان هموگلوبین گلیکوزیله جهت بررسی چگونگی کنترل شدن قند خون بر اساس کیت آزمایشگاهی انستیتو به دو گروه تقسیم شد به طوری که هموگلوبین گلیکوزیله کمتر از ۴/۳ درصد نشان‌دهنده کنترل مطلوب، و ۴/۴ درصد و بیشتر از آن نشان‌دهنده کنترل نامطلوب بود.

در بخش سوم پرسشنامه، حمایت خانواده با استفاده از ابزار استاندارد «حمایت اجتماعی از بیماران دیابتی - مختص خانواده» (۲۳) سنجیده شد. این پرسشنامه توسط Greca در سال ۲۰۰۲ برای بررسی حمایت دریافتی نوجوانان ۱۸-۱۳ ساله مبتلا به دیابت نوع ۱ طراحی شده بود که پس از مکاتبات اینترنتی و دریافت پرسشنامه از سازنده ابزار و بازنگری سوالات، این پرسشنامه برای سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ استفاده شد. تعداد سوالات این پرسشنامه پس از بازنگری، از ۵۲ سوال اصل پرسشنامه به ۵۱ سوال کاهش یافت. این پرسشنامه به صورت کلی میزان دریافت و درک بیمار از حمایت‌های ابزاری، اطلاعاتی، عاطفی و احساس تعلق خانواده در ۴ زمینه مصرف دارو، آزمایش قندخون، رژیم غذایی، ورزش ارزیابی می‌کرد.

سوالات براساس مقیاس لیکرت، ۵ گزینه‌ای از هرگز (یک امتیاز) تا همیشه (پنج امتیاز) درجه‌بندی شده و یک گزینه دیگر نیز به صورت «موردی ندارد» برای بیمارانی که موردی برای پاسخ‌گویی به آن سوالات را نداشتند در نظر گرفته شده بود که این گزینه هیچ امتیازی نداشت و در تجزیه و تحلیل

تمامی ابعاد زندگی فرد را درگیر کرده و درمان آن، نیازمند تغییرات اساسی در شیوه زندگی بیمار می‌باشد (۵). با این که شیوع هر دو نوع یک و دو دیابت ملیتوس در سراسر جهان در حال افزایش می‌باشد، اما انتظار می‌رود که شیوع دیابت نوع ۲ با توجه به افزایش شیوع کم‌حرکی و چاقی با سرعت بیشتری افزایش یابد. شیوع دیابت با افزایش سن بیشتر می‌شود، در سال ۲۰۰۰ شیوع دیابت در افراد جوان‌تر از ۲۰ سال ۰/۹۱ درصد، در افراد بالاتر از ۲۰ سال ۸/۶ درصد و در سالمندان بالای ۶۵ سال این شیوع ۲۰ درصد تخمین زده شده است. میزان شیوع دیابت ملیتوس در اکثر گروه‌های سنی و جنسی مشابه بوده، اما در مردان بالاتر از ۶۰ سال اندکی بیشتر مشاهده می‌شود (۶).

شایع بودن دیابت در افراد پیر و بالا بودن هزینه‌های بهداشتی درمانی همگی منجر به بالا رفتن بار اقتصادی ناشی از این بیماری شده است (۷). در ایالات متحده آمریکا دیابت هفتمین علت مرگ و مهم‌ترین علت آمپوتاسیون غیر تروماتیک، کوری و فقدان کامل عملکرد کلیوی می‌باشد (۸). میزان بیماری‌ها که به علت دیابت در بیمارستان

از میان فاکتورهای موثر بر خودمراقبتی یعنی سیستم بهداشتی درمانی و کارکنان آن، محیط کار و اجتماع و خانواده بیمار، تحقیقات کمتری در مورد خانواده انجام شده است (۱۹) و اکثر تحقیقات انجام شده در این زمینه، بیشتر در کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ بوده (۲۲-۲۰) و در سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ پژوهش‌چندانی گزارش نشده است. با توجه به این که در کشور ایران حدود ۹۲٪ سالمندان توسط خانواده‌ها نگهداری می‌شوند و خانواده بهترین منبع حمایتی در مراقبت از سالمندان محسوب می‌شود (۲)، پژوهشگر بر آن شد تا تحقیقی را در این زمینه با هدف بررسی ارتباط حمایت خانواده و کنترل قندخون در سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام دهد.

#### روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - همبستگی بود که تعداد ۱۵۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران جامعه این پژوهش را تشکیل دادند. معیارهای پذیرش بیماران جهت ورود به مطالعه شامل بودن در محدوده سنی ۶۰ سال و بالاتر، گذشت حداقل یک سال از زمان تشخیص ابتلا به دیابت نوع ۲، درمان بیماری با قرص‌های خوراکی یا انسولین بود. معیارهای حذف بیماران از مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به عوارض ناشی از بیماری دیابت مانند نارسائی کلیه، نایبائی...، ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج مانند انواع سرطان‌ها، ابتلاء به انواع بیماری‌هایی که بر میزان هموگلوبین گلیکوزیله تاثیرگذار است مانند ابتلاء به انواع آنمی‌ها، هموگلوبینوپاتی‌ها، اورمی، نارسائی کلیه...، ابتلاء به انواع بیماری‌هایی که بر درک یا دریافت حمایت بیمار از خانواده تاثیرگذار بود مانند ابتلاء به انواع بیماری‌های

جدول ۲: مقایسه پیش و پس آزمون های دو گروه در تست های مورد نظر

متغیرها		(%)
جنس	زن	55/4
	مرد	44/6
سن(سال)	60-69	78/3
	70-79	18/5
	80-89	3/2
وضعیت تاهل	متاهل	76/1
	مطلقه	1/1
	بیوه	22/8
سطح تحصیلات	بی سواد	30/4
	زیردیپلم	44/6
	دیپلم	10/9
	دانشگاهی	14/1
شغل	شاغل	9/8
	بازنشسته	39/1
	خانه دار	51/1
نوع درمان	قرص خوراکی	62
	انسولین	15/2
	هر دو	22/8
وضعیت اقتصادی	خوب	15/2
	متوسط	60/9
	ضعیف	23/9
نوع خانواده	هسته ای	35/9
	هسته ای ثانویه	25
	گسترده	19/6
	گسسته	7/5
	تنهائی	12

نتایج آزمون پیرسون، همبستگی معکوس معنی داری را بین حمایت خانواده و میزان هموگلوبین گلیکوزیله نشان داد به طوری که ۶۱/۵٪ افرادی که حمایت بیشتری را از جانب اعضاء خانواده دریافت کرده بودند میزان هموگلوبین گلیکوزیله کمتری داشتند ( $P < 0.001$ ،  $r = -0.56$ ). جدول شماره ۲ توزیع فراوانی میزان حمایت خانواده واحدهای مورد پژوهش بر حسب چگونگی کنترل شدن قند خون را نشان می دهد. جدول شماره ۲- توزیع فراوانی میزان حمایت خانواده واحدهای مورد پژوهش بر حسب چگونگی کنترل شدن قند خون.

آماري محاسبه نشد. دامنه امتيازات مجموع سوالات از ۵۱ تا ۲۰۴ بوده و بیشترین امتیاز نشاندهنده بیشترین میزان حمایت خانواده از بیمار مبتلا به دیابت بود.

اعتبار علمی ابزار از طریق اعتبار محتوی و اعتماد علمی ابزار از طریق آزمون مجدد ( $r = 0.96$ ) تعیین شد.

روش نمونه گیری در این پژوهش به صورت مستمر بود. به این ترتیب که پژوهشگر در روزهای مختلف هفته به صورت مستمر به انستیتو غدد درون ریز و متابولیسم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران مراجعه نموده و بعد از انتخاب واحدهای مورد پژوهش واجد شرایط، خود را به آنها معرفی نموده و هدف از انجام پژوهش را بیان نموده و پس از کسب رضایت نامه کتبی و دادن اطمینان به آنها در مورد حفظ اطلاعات مندرج در پرسشنامه، پرسشنامه اطلاعات فردی و حمایت خانواده در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار داده می شد.

اطلاعات حاصله از پژوهش از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (کای دو و پیرسون) تجزیه و تحلیل شد.

نتایج نشان داد که بیشترین شرکت کنندگان این پژوهش زن بودند ( $n = 155/4$ ). حداقل و حداکثر سن واحدهای مورد پژوهش ۸۵-۶۰ سال، میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۶۶/۱۵ سال و بیشترین تعداد سالمندان ( $n = 178/3$ ) در گروه سنی ۶۹-۶۰ قرار داشتند. ۷۶/۱ درصد شرکت کنندگان در پژوهش متاهل بودند. میانگین طول مدت ابتلا به دیابت  $14/2 \pm 9/2$  سال و میانگین تعداد اعضاء خانواده  $1/94 \pm 0/5$  بود. جدول شماره ۱ سایر مشخصات واحدهای مورد پژوهش را نشان می دهد.

یافته های این پژوهش نشان داد که میانگین حمایت دریافتی  $178/29 \pm 0/7$  و اکثراً واحدهای مورد پژوهش حمایت زیادی از خانواده خود دریافت کرده بودند ( $n = 142/4$ ). میانگین هموگلوبین گلیکوزیله واحدهای مورد پژوهش  $5/06 \pm 0/89$  بود و میزان هموگلوبین گلیکوزیله  $142$  از نمونه ها بیش از ۴/۳ درصد بود.

و گیرنده مراقبت باشند (۲۷). یافته‌های تحقیقات Wong نیز نشان داد که زنان عموماً با تهیه غذا و همچنین خرید مواد غذایی مناسب بیماران دیابتی و تشویق به خوردن غذاهای بهداشتی به صورت فعال از شوهر مبتلا به دیابت حمایت می‌کردند و با تغییرات ناشی از شیوه زندگی شوهرانشان سریع‌تر سازگار می‌شدند، در حالی که زنان به صورت غیرفعال توسط شوهرانشان حمایت می‌شدند (۲۸).

براساس یافته‌های این پژوهش، سالمندان دیابتی که متاهل بودند بیشتر تحت حمایت خانواده قرار گرفته بودند و افراد مطلقه و بیوه کمترین میزان حمایت را از خانواده دریافت کرده بودند. Trif و همکارانش در تحقیقات خود نشان دادند که ازدواج موفق سبب بهبود تطابق با شرایط بیماری می‌شود. پشتیبانی و حمایت توسط همسر بیمار، مهم‌ترین منبع حمایتی افراد در دوره‌های بیماری می‌باشد (۲۹). پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که افراد مطلقه بیشتر از افراد مجرد و بیوه انواع بیماری‌های روحی و جسمی را تجربه می‌کنند و میزان بروز بیماری‌هایی مانند سرطان، بیماری‌های قلبی-عروقی، پنومونی و فشارخون بالا در این افراد بیشتر از مجردین، متاهلین و حتی بیوه‌ها می‌باشد. برخی از محققین علت این مساله را از دست دادن بزرگترین منبع حمایت اجتماعی؛ یعنی خانواده می‌دانند، چرا که خانواده یا با طلاق زوجین مخالف بوده یا این که در این شرایط خانواده‌های زوجین نیز دچار بحران شده و نمی‌توانند حمایت‌های لازم را ارائه دهند (۳۰).

هرچند یافته‌های این پژوهش از نظر آماری ارتباطی بین حمایت خانواده و طول مدت ابتلا به بیماری نشان نداد ولی واحدهای مورد پژوهش، ۹-۵ سال پس از ابتلا به دیابت بیشترین میزان حمایت را دریافت کرده بودند. این موضوع ممکن است ناشی از این مساله باشد که ابتلاء یکی از اعضاء خانواده به بیماری مزمنی مانند دیابت سبب ایجاد بحران و استرس در خانواده در سال‌های ابتدائی ابتلا به دیابت می‌شود که با مرور زمان اعضاء خانواده با شرایط جدید بیمار سازگار شده و قادر می‌شوند که حمایت‌های لازم را به بیمار خود ارائه دهند. همچنین در سال‌های ابتدائی ابتلا به بیماری ممکن است که اعضاء خانواده اطلاعات چندانی در مورد ماهیت بیماری نداشته باشند و ندانند که بیمارانشان به چه نوع حمایت‌هایی نیاز دارند. یافته‌های تحقیق Schwartz نیز هیچ ارتباطی بین حمایت خانواده و طول مدت ابتلاء به دیابت نشان نداد (۲۵).

اگرچه آزمون‌های آماری ارتباطی بین حمایت خانواده و نوع خانواده نشان نداد، ولی بیمار دیابتی که پس از ازدواج و ترک فرزندان‌شان با همسر خود زندگی می‌کردند، بیشترین میزان حمایت را از خانواده دریافت کرده بودند. اگرچه زمانی خانواده‌های گسترده مهد احترام و حمایت از بزرگان و سالمندان خانواده بود، ولی در حال حاضر با حرکت و سیر جوامع از حالت سنتی به سوی صنعتی و مدرن شدن، خانواده‌های بزرگ به سمت خانواده‌های زن و شوهری هسته‌ای تبدیل شده که در آن نقش خانواده و اعضاء تشکیل‌دهنده آن نیز دستخوش

حمایت خانواده	کم (%)	متوسط (%)	زیاد (%)	جمع (%)
مطلوب	10	27/3	61/5	38
نامطلوب	90	72/7	38/5	62
جمع	100	100	100	100

یافته‌های این پژوهش نشان داد که مردان با  $\bar{X} 53/7$  بیشترین میزان حمایت را دریافت کرده بودند ( $P < 0001/0$ ). همچنین متاهلین با  $\bar{X} 52/9$  ( $P < 0001/0$ ) دریافت‌کننده بیشترین میزان حمایت بودند، در حالی که افراد مطلقه و پس از آن افراد بیوه کمترین میزان حمایت را از جانب خانواده دریافت کرده بودند. آزمون‌های آماری هیچ ارتباطی را بین حمایت خانواده و متغیرهای سن، طول مدت ابتلاء به دیابت، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، نوع درمان، وضعیت شغل، نوع خانواده و بعد خانوار نشان نداد.

سایر یافته‌های این پژوهش، نشان‌دهنده وجود ارتباط معنی‌دار بین کنترل قند خون و متغیرهای وضعیت تاهل ( $P = 0/02$ )، سطح تحصیلات ( $P = 0/05$ ) و وضعیت اقتصادی ( $P = 0/04$ ) بود. آزمون‌های آماری هیچ ارتباطی را بین کنترل قندخون و متغیرهای سن، جنس، شغل، نوع داروی مصرفی، طول مدت ابتلاء به دیابت، بعد خانوار و نوع خانواده نشان نداد.

بحث و نتیجه‌گیری:

ماهیت بیماری دیابت و نوع درمان آن ایجاب می‌کند که بخش عمده‌ای از درمان بیماری به عهده بیمار و خانواده‌اش باشد (۲۴). هدف از این پژوهش مقطعی، بررسی ارتباط حمایت خانواده و کنترل قندخون در سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

یافته‌های این پژوهش، وجود ارتباط قوی بین حمایت خانواده و کنترل قند خون نشان داد، به طوری که بیمارانی که حمایت بیشتری را از جانب شبکه خانواده خود دریافت کرده بودند توانسته بودند قند خون خود را به طور مطلوبی کنترل کنند. مطالعات سایر محققین مانند Schwartz (۲۵) و Dai (۴) نیز همین نتایج را به دنبال داشت. Glasgow بیان می‌کند که حمایت خانواده قوی‌ترین فاکتور تعیین‌کننده پیروی از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌باشد (۱۷).

سایر یافته‌های این پژوهش نشان داد که مردان دریافت‌کننده بیشترین میزان حمایت از جانب خانواده بودند. نتایج مطالعه Dai و همکاران (۴) نیز همین نتیجه را نشان داد. Graham معتقد است که زنان عموماً دهنده مراقبت در منزل می‌باشند و آنان در واقع واسطه‌ای بین خانواده و سیستم‌های رسمی ارائه دهنده مراقبت در جامعه هستند (۲۶). Kagawa معتقد است که زنان حتی در بدترین شرایط جسمانی نیز تمایل دارند که وظایف خانه‌داری خود را ادامه دهند، چرا که آنها معتقد هستند وظیفه مراقبت از اعضاء خانواده به عهده آنان می‌باشد و برای آنان مشکل می‌باشد که نقش‌های اصلی خود را رها کنند

کنترل بیماری توسط مبتلایان به دیابت در هنگام تضاد با همسرانشان ضعیف‌تر می‌شود. حتی عنوان شده است که کنترل دقیق خون بیماران دیابتی، بیش از آنچه به باور خود شخص پیرامون مزایای کنترل صحیح قندخون ارتباط داشته باشد، بیشتر به نگرش همسر بیمار پیرامون این موضوع مرتبط می‌باشد (۲۹).

یافته‌های این پژوهش ارتباط چشمگیری بین وضعیت اقتصادی و چگونگی کنترل قند خون نشان داد به طوری که افرادی که وضعیت اقتصادی خوبی داشتند قند خون خود را بهتر کنترل کرده بودند و افرادی که وضعیت اقتصادی خود را ضعیف گزارش کرده بودند نتوانسته بودند قند خون خود را به نحو مطلوب کنترل کنند. یافته‌های تحقیق Dai نیز موید همین مساله بود (۴). ثابت شده که هزینه‌های بیماران دیابتی مانند ویزیت پزشک، هزینه داروها، مواد غذایی مناسب بیماران دیابتی و ... بسیار گران می‌باشد و ممکن است هزینه‌های شیوه زندگی بهداشتی و تهیه این گونه مواد غذایی مانع کنترل مناسب قند خون در افراد فقیر باشد. داشتن وضعیت اقتصادی خوب، تعیین کننده قدرت انتخاب و خرید غذاهای مناسب دیابت، انواع وسایل ورزشی، کتاب‌ها و مجلات مناسب دیابتی و ... می‌باشد و در خودمراقبتی این افراد تاثیر مستقیم دارد (۳۴-۳۳).

سطح تحصیلات نیز از جمله عوامل موثر در کنترل قند خون می‌باشد. در این پژوهش، سالمندانی که سطح تحصیلات دانشگاهی داشتند قندخون خود را بهتر کنترل کرده بودند. نتایج پژوهش Schwartz نیز موید همین یافته بود (۲۵).

آزمون‌های آماری هیچ ارتباطی را بین کنترل قندخون و متغیرهای سن، جنس، شغل، نوع داروی مصرفی، طول مدت ابتلا به دیابت، بعد خانوار و نوع خانواده نشان نداد. مطالعات Suppapiotiorn نیز موید همین مساله بود.

از مهمترین محدودیت‌های این پژوهش مقطعی بودن و کم بودن تعداد نمونه‌ها بود. شاید تحقیق طولی با تعداد نمونه‌های بیشتر بتواند پاسخ‌گوی روابط علت و معلولی یافته‌های پژوهش باشد.

#### پیشنهادات

علیرغم محدودیت‌های این پژوهش، یافته‌های این پژوهش و همچنین تحقیقات مختلف نشان داد که کنترل مناسب قند خون با حمایت خانواده در ارتباط می‌باشد. برطبق این یافته‌ها و با توجه به نقش و اهمیت ویژه خانواده در حفاظت و حمایت از سالمندان، پیشنهاد می‌شود که مراقبین بهداشتی، خانواده را نیز در امر درمان این بیماران مشارکت دهند. به عنوان مثال، خانواده سالمندان دیابتی نیز در جلسات آموزش حضور داشته باشند و خانواده این بیماران تشویق شوند که نقش فعال‌تری در درمان این بیماران داشته باشند.

برطبق یافته‌های این پژوهش، افرادی که به تنهایی زندگی می‌کردند، علاوه بر آن که کمترین میزان حمایت را از خانواده دریافت کرده بودند، قندخون خود را نتوانسته بودند به طور

دگرگونی و تغییرات عمیق شده و متعاقب آن روابط میان اعضا و وابستگی‌های موجود میان آن نیز تحت الشعاع قرار گرفته است (۳۱). با این وجود، تغییر در ساختار خانواده از خانواده وسیع و گسترده به خانواده کوچک و هسته‌ای لزوماً همبستگی و عشق، مودت و روحیه مراقبت و توجه به یکدیگر را در اعضا خانواده مختل نساخته است. حتی اگر جوان‌ترها و یا پسران و دختران به دلیل مهاجرت، خانه و کاشانه را ترک کنند، روحیه عشق و مراقبت بین آنها و والدین می‌تواند همچنان باقی بماند (۲).

یافته‌های این پژوهش همانند یافته تحقیق Schwartz نشان داد افرادی که به تنهایی زندگی می‌کردند کمترین میزان حمایت را از جانب خانواده دریافت کرده بودند (۲۵). Ki Kim نیز معتقد است که تنها زندگی کردن دسترسی به انواع حمایت‌ها را محدود می‌کند (۳۲).

هر چند که در این پژوهش، افراد با سطح تحصیلات دانشگاهی حمایت بیشتری را از جانب خانواده دریافت کرده بودند، ولی از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین حمایت خانواده و سطح تحصیلات وجود نداشت که این مساله می‌تواند ناشی از پایین بودن سطح تحصیلات اکثر واحدهای مورد پژوهش باشد.

همچنین در این پژوهش ارتباطی بین وضعیت اقتصادی و حمایت خانواده به دست نیامد، این مساله احتمال دارد ناشی از پیوندهای قوی عاطفی بین اعضا خانواده در فرهنگ ایرانی می‌باشد که اعضا خود را در هر وضعیت مالی که باشند مورد حمایت قرار می‌دهند.

هر چند که یافته‌های این پژوهش هیچ ارتباطی را بین حمایت خانواده و نوع درمان نشان نداد، ولی افرادی که هر دو نوع درمان خوراکی و تزریقی را دریافت می‌کردند، بیشترین میزان حمایت را از جانب خانواده دریافت کرده بودند و افرادی که فقط انسولین تزریقی می‌کردند کمترین میزان حمایت را دریافت کرده بودند. شاید علت این مساله این باشد که اعضا خانواده تصور می‌کنند که وضعیت سالمندانی که هر دو نوع درمان را دریافت می‌کنند وخیم بوده و به حمایت بیشتری نیاز دارند و در مقابل، اعضا خانواده بیماران سالمندی که فقط انسولین دریافت می‌کنند، اطلاعات چندانی در مورد درمان بیماران دیابتی ندارند و تصور می‌کنند که انسولین به تنهایی می‌تواند قند خون فرد بیمار را کنترل کرده و نیاز به حمایتی در مورد بیماری فرد ندارند.

هرچند که سالمندان بازنشسته بیشترین میزان حمایت را از جانب خانواده دریافت کرده بودند ولی آزمون‌های آماری ارتباط آماری معنی‌داری را بین حمایت خانواده و وضعیت اشتغال سالمند نشان نداد. Suppapiotiorn بیان می‌کند که سالمندان پس از بازنشستگی اوقات بیشتری را با خانواده سپری می‌کنند که این مساله شاید علت دریافت حمایت بیشتر از جانب خانواده باشد (۲۴).

یافته‌های این پژوهش نشان داد سالمندان متأهل، قند خون خود را بهتر کنترل کرده بودند. تحقیقات نشان می‌دهد که

مطلوبی کنترل کنند، بنابراین پیشنهاد می‌شود که تیم درمان، به عنوان یکی از منابع حمایت اجتماعی، حمایت بیشتری از این افراد انجام دهند.

از آنجائی که وضعیت اقتصادی از عوامل تاثیرگذار بر کنترل قند خون می‌باشد، پیشنهاد می‌شود که منابع حمایتی موجود در جامعه به این افراد معرفی و در صورت نیاز به این مراکز ارجاع داده شود.

سپاسگزاری

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی به شماره قرارداد ۵۷۴۷۱۴ مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران می‌باشد و هزینه‌های آن از سوی مرکز مذکور پرداخت گردیده است. نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی ایران، پرسنل مرکز انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران و از حمایت‌های بی‌دریغ اساتید بزرگوار سرکار خانم صدیقه سالمی و جناب آقای دکتر سلیمی و دکتر فیضی اعلام می‌دارند



## REFERENCES

## منابع:

۱. مثنوی، عطاء.... کامرانی، احمد علی، حسینی، احمد. مقایسه وضعیت سالمندان مقیم آسایشگاه و مقیم خانواده در ایران. مجله سالمندی، سال دوم، شماره ۴ (تابستان ۱۳۸۶): ۲۸۵-۲۸۰.
۲. تاجور، مریم. بهداشت سالمندان و مروری بر جنبه‌های مختلف زندگی آنان. تهران: نسل فردا، ۱۳۸۲.
۳. مرکز آمار ایران. گزارش سرشماری عمومی نفوس و مسکن. ۱۳۸۵.
4. Dai Y-T. 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.
5. Aghamollaie T, Eftekhari H, Shojaeizadeh D, Mohammad K, Nakhjavani M, Ghofrani F. Behavior, metabolic control and health-related quality of life in diabetic patient at Bandar Abbas diabetic clinic. Iranian J Public Health 2003; 32(3): 54-59.
۶. هاریسون، تنسلی راندولف. اصول طب داخلی، بیماری‌های غدد و متابولیسم. ترجمه امیر ابراهیم صفرزاده، خسرو سبحانیان، تهران: نسل فردا، ۱۳۸۴.
7. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K. Textbook of Medical- Surgical Nursing, Brunner & Suddarth's. 11th ed. Vol 2. Wolters kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins. 2007.
8. Rhee MK, Slocum W, Ziemer DC, Culler SD, Cook CB, Kebbi IM, et al. Patient adherence improves glycemic control. The Diabetes Educator 2005 Mar/April; 31(2):240-250.
۹. جون، لاکمن. درسنامه پرستاری داخلی جراحی IV. ترجمه پروین برومند خاجانی. تهران: پاییز، ۱۳۸۱.
۱۰. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها، طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت و ادغام آن در نظام شبکه بهداشتی- درمانی جمهوری اسلامی. تهران، ۱۳۸۲: ۳۸-۳۷.
۱۱. محمدی، م. دیابت سالی ۹۰۰ میلیون دلار خسارت وارد می‌کند. پیام دیابت. سال ۶ (۱۳۸۳). شماره ۵۸: ۲۵-۵۹.
12. Williams G, Pickup JC. Handbook of diabetes. 2nd Ed. New York: Blackwell Science; 1999: 68.
13. King H. WHO and International Diabetes Federation: regional partners. Bull World Health Organ. 1999; 77(12):954.
14. Anderson LA, Halter JB. Diabetes care in older adults: current issues in management and research. Ann Rev Geriatric 1989; 9: 35-73.
15. Amaral P. The special case of compliance in the elderly. New York: Springer; 1986: 128-157.
16. Funnell MM, Merritt HH. Diabetes mellitus and the older adult. 2nd Ed. St. Louis: Mosby; 1999: 759-780.
17. Schafer LC, McGaul KD, Glasgow RE. Supportive and non-Supportive family behavior: Relationship to adherence and metabolic control in persons with type 1 diabetes. Diabetes Care 1996; 9: 179-185.
18. Cole BV, Johnson MA, Malone JA, Walker BL. Family nursing practice. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1998: 67.
19. Glasgow RE, Wagner EH, Kaplan RM, Vincor F, Smith LN, Norman J. If diabetes is a health problem, why not treat it as one? A population-based approach to chronic illness. Ann Behav Med 1999; 2:159-170.
20. Auslander WC. Environment influence on diabetes management: family, health system and community context. In: Haire- Joshu D, Management of diabetes mellitus: Perspective of care across the lifespan. St. Louis: Mosby; 1996:513-526.
21. Glasgow RE, Eakin EG. Issues in diabetes self-management. In SA Shumaker; EB Schorn, Jk Ockene and WL McBee (Eds), The Handbook of health behavior change. New York: Springer, 1998: 435-461.
22. Weihs K, Fisher L. Families and management of chronic disease. Washington DC, Committee on Health and Behavior, Research Practice and Policy, Institute of Medicine, National Academy of Science. In press.
23. La Greca AM, Bearman KJ. The diabetes social support questionnaire- family version: evaluating adolescents diabetes-specific support from family members. Pediatric Psychology 2002; 27(8):665-676.
24. Suppaitiporn S. The family functioning and glycemic control of non-insulin dependent diabetes mel-

litus. Chula Med 2005 May; 49(5):269-280.

25. Schwartz AJ. Perceived social support and self- management of diabetes among adults age 40 years and over [dissertation]. Miami University; 2005.

26. Graham H. Providers negotiators and mediators: Women as the hidden caregivers. Women Health and healing 1985:25-52.

27. Kagawa, M. Redefining health: living with cancer. Social and medicine 1993;37(31):225-304.

28. Wong M, Gucciardi E, Li L, Grace SL. Gender and nutrition management in type 2 diabetes. Can J Diet Pract Res 2005 Winter;66(4):215-20.

29. 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: 1384-1389.

30. Karen K. Hafen B. Smith N, Frandsen K. Mind and body health, the effects of attitudes, amotions and relationship. 3rd Ed. Sanfrancisco. Benjamin Cummings.2006. Chapter 11: 340-346.

۳۱. آرام، عزت ا.... احمدی بنی، زیبا. بررسی عوامل موثر بر موقعیت سالمند در خانواده. مجله سالمندی، ، سال دوم، شماره ۴ (تابستان ۱۳۸۶): ۲۶۹-۲۷۹.

32. Kim IK. Social support for older person: The role of family, community and state in selected Asian countries. A Paper to be Presented at an Expert Group Meeting on the Regional Preparations for the Global Review of Madrid Plan of Action on Aging, Bangkok 27-29, March 2007.

33. Brown AF, Ettner SL, Piette J, Weinberger M, Gregg E, Shapiro MF & et .al. Socioeconomic Position and Health among Persons with Diabetes Mellitus: A Conceptual Framework and Review of the Literature. Epidemiologic Reviews 2004; 26.

34. Simmons D, Gatland B. Ethnic differences in diabetes care in a multiethnic community in New Zealand. Diabetes Research and Clinical Practice 1996; 34, Suppl: S89-S93.