فصلنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال شانزدهم، شماره ۳، صفحه ۲۵۹ - ۲۵۰ (پاییز ۱۳۹۲)

ISMJ 2013; 16(3): 250-9

منابع حمایت اجتماعی مؤثر در خود مراقبتی بیماران دیابتی شهر بوشهر سال ۹۱-۱۳۹۰

آزیتا نوروزی[۱]، رحیم طهماسبی [۲و۳*]، سید جواد رکاب‌پور [۴]

[۱] گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[۲] گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[۳] مرکز تحقیقات زیست فناوری دریایی خلیج‌فارس، پژوهشکده زیست پزشکی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
[۴] گروه داخلی، بیمارستان سلمان فارسی بوشهر

(دریافت مقاله: ۹۰/۱۲/۲۱- پذیرش مقاله: ۹۱/۳/۸)

چکیده

زمینه: دیابت یکی از مشکلات جدی جهانی بوده و خودمراقبتی عامل مؤثری در کنترل آن می‌باشد. یکی از عوامل مؤثر در خود مراقبتی بیماران دیابتی، حمایت اجتماعی است و با توجه به وجود منابع حمایتی گوناگون، ضروری است تا منابع مؤثر در این زمینه شناسایی گردد. بنابراین هدف از این بررسی شناسایی منابع حمایتی مؤثر در خود مراقبتی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه بر روی ۳۹۶ بیمار دیابتی که به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، انجام گردید. نمونه‌هایی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند اقدام به تکمیل پرسشنامه‌های استاندارد مربوط به خودمراقبتی و منابع حمایت اجتماعی بیماری‌های مزمن نموده و بعد از جمع‌آوری اطلاعات و ورود داده‌ها به نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶، به‌منظور بررسی منابع حمایتی مؤثر در ابعاد مختلف خود مراقبتی از مدل رگرسیون خطی چندگانه استفاده گردید.

یافته‌ها: از بین شش منبع حمایتی، بیشترین حمایت توسط سه منبع سازگاری شخصی، مراقبین بهداشتی و خانواده/دوستان ارائه شده بود (ضریب تبیین ۴۳ درصد). سازگاری شخصی پیشگویی کننده کلیه جنبه‌های خودمراقبتی به‌جز کنترل قندخون بوده، مراقبین بهداشتی عامل مؤثری در خودتنظیمی و تعامل با مراقبین محسوب شده و خانواده/دوستان نیز پیشگویی کننده انطباق با بیماری، خود تنظیمی و تعامل با مراقبین بودند.

نتیجه‌گیری: بیماران دیابتی از منابع حمایتی بسیار اندکی جهت خود مراقبتی بهره‌مند می‌باشند و سازگاری شخصی با بیماری مهم‌ترین منبع حمایتی بوده و منابعی از جمله سیاست‌ها/رسانه، محیط کار و سیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی منبع حمایتی مؤثری در خودمراقبتی نبودند. بنابراین ارائه این منابع ممکن است در ارتقاء خود مراقبتی نقش مهمی داشته باشند.

واژگان کلیدی: خودمراقبتی، دیابت، منابع حمایت اجتماعی، ایران

* بوشهر، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، دانشکده بهداشت، گروه آمار زیستی

E-mail: r.tahmasebi@bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

مقدمه

دیابت از اختلالات متابولیک با پیامدهای دراز مدت است که بنا بر برآورد سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۲۵، حدود ۳۳۳ میلیون نفر در سراسر جهان به این بیماری مبتلا خواهند شد (۱). عوارض دیابت، هزینه‌های بهداشتی سنگینی را برای بیمار و جامعه در پی دارد (۲).

بنابراین با توجه به شیوع روز افزون این اختلال و هزینه‌های مربوط به آن کنترل بیماری ضروری است. علاوه‌بر مداخلات دارویی، خودمراقبتی عامل مؤثری در کنترل دیابت بوده و حتی در برخی از مطالعات مؤثرتر از مداخلات دارویی شناخته شده است (۳). با این وجود خودمراقبتی بیماری دیابت رفتار پیچیده و پر زحمتی است که اغلب نیازمند تغییرات اساسی در شیوه زندگی بوده و فاکتورهای گوناگونی آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴).

یکی از مهم‌ترین چالش‌ها در این زمینه شناسایی فاکتورهای مؤثر در خودمراقبتی بیماران دیابتی است. شناخت عوامل روانی- اجتماعی مرتبط با خودمراقبتی در این بیماران می‌تواند پایه‌ای برای برنامه‌ریزی‌های آموزشی و نیز تضمین کننده موفقیت این برنامه‌ها باشد. یکی از این عوامل، حمایت اجتماعی است که بررسی‌های انجام شده مؤید تأثیر مثبت آن بر جنبه‌های گوناگون خودمراقبتی می‌باشد (۵-۸).

تعاریف مختلفی از واژه حمایت اجتماعی ارائه شده است. بر طبق نظر هاوس (Hawse) حمایت اجتماعی عبارت است از محتوای کارکردی روابط، که در چهار گروه از ساختارها شامل پشتیبانی عاطفی، حمایت مادی، حمایت اطلاعاتی و حمایت ارزیابی طبقه‌بندی می‌شود. این ساختارها از لحاظ مفهومی متفاوتند ولی در عمل از یکدیگر مستقل نیستند (۹).

در دیگر مطالعات مشخص شده است که حمایت خانواده بیمار، موجب انگیزه و بهبود خود مراقبتی در بیماران دیابتی می‌گردد (۹ و ۱۰). علاوه‌بر حمایت خانواده، ارتباط نزدیک پزشک و مراقبین بهداشتی با بیمار نیز در ارتقاء خودمراقبتی بیماران دیابتی مؤثر شناسایی شده است (۶ و ۷).

شواهد تحقیقاتی در زمینه‌ی تئوری اکولوژی- اجتماعی[1] و تئوری حمایت اجتماعی بر اهمیت انواع و سطوح چندگانه حمایت دلالت دارد. به‌عبارتی علاوه‌بر خانواده و مراقبین بهداشتی، سایر منابع حمایتی نیز در ایجاد حمایت مؤثر خواهند بود. بر اساس دیدگاه اکولوژی- اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی دارای مدلی هرمی است که از قاعده به سمت رأس شامل سطوح فرهنگی[2]، زمینه‌ای[3]، ارتباط نزدیک[4] و سیستم سازگاری شخصی[5] می‌باشد که هر یک از این سطوح به دو صورت غیررسمی[6] و رسمی[7] است. عوامل غیررسمی از جمله مذهب و اجتماع، محیط فیزیکی اطراف، خانواده و دوستان مربوط به سطوح مختلف فرهنگی، زمینه‌ای و ارتباط بوده و سیاست‌ها و رسانه، محیط کار و سازمان‌های مرتبط با خدمات بهداشتی، همچنین مراقبین بهداشتی عوامل رسمی سطوح مختلف حمایت اجتماعی می‌باشند. در سیستم سازگاری شخصی نیز چگونگی

[1] Ecosocial
[2] Culture
[3] Context
[4] Close relations
[5] Personal coping
[6] Informal
[7] Formal

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

برخورد با بیماری و خودمراقبتی توسط خود فرد بررسی می‌گردد (۱۱).

با وجود اهمیتی که حمایت اجتماعی در خودمراقبتی بیماران دیابتی دارد، تاکنون تنها تأثیر حمایت خانواده و مراقبین بهداشتی بر بهبود عملکرد خودمراقبتی بررسی شده و مطالعه‌ای در زمینه اثرگذاری سایر منابع مختلف حمایتی در خودمراقبتی بیماران دیابتی و تأثیر یا عدم تأثیر این منابع بر خودمراقبتی انجام نشده است. بنابراین محققین بر آن شدند تا مطالعه‌ای با هدف تعیین منابع حمایت اجتماعی مؤثر بر خودمراقبتی بیماران دیابتی در شهر بوشهر انجام دهند تا با شناخت منابع حمایتی مؤثر، راه‌کارهایی جهت تقویت این منابع و در نهایت ارتقاء خودمراقبتی بیماران ارائه نمایند.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی، تعداد ۳۹۶ نفر بیمار دیابتی به‌روش نمونه‌گیری در دسترس، از مراجعین به مطب متخصصین غدد و درمانگاه تخصصی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر که ارائه دهنده خدمات درمانی به بیماران دیابتی می‌باشند، انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند.

معیارهای ورود افراد به مطالعه دارا بودن سواد خواندن و نوشتن و رضایت جهت شرکت در مطالعه بوده و معیار خروج از مطالعه، داشتن هر گونه اختلال ذهنی و دیابت بارداری بوده و از آنجایی‌که یکی از منابع حمایتی خانواده می‌باشد افرادی که به‌صورت تنها زندگی می‌کردند، نیز از مطالعه خارج شده‌اند. در ضمن تکمیل پرسشنامه افراد کم سواد که تنها سواد خواندن و نوشتن داشتند توسط کمک پژوهش‌گر انجام گردید.

جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه خودمراقبتی دیابت (۱۲) و پرسشنامه منابع حمایتی در بیماری‌های مزمن (۱۱) انجام گرفته و اطلاعات مرتبط با ویژگی‌های جمعیت شناختی نیز همزمان توسط پرسشنامه‌ای جداگانه تکمیل گردید. قبل از جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌های خودمراقبتی و منابع حمایتی فرایند روایی و پایایی را پشت سر گذاشتند، به این ترتیب که ابتدا پرسشنامه‌ها ترجمه و باز ترجمه شده و سپس توسط ۶ نفر از اساتید آموزش بهداشت و پرستاری مورد بررسی قرار گرفتند. جهت بررسی پایایی، قبل از جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌ها توسط ۴۰ نفر از بیماران تکمیل و آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای پرسشنامه منابع حمایتی ۰/۸۱ و برای خودمراقبتی دیابت ۰/۹۲ محاسبه گردید.

پرسشنامه خودمراقبتی دیابت، رفتار خودمراقبتی را از نظر ۵ بعد شامل انطباق با بیماری (۱۰ سوال با دامنه نمره ۴۰-۱۰)، خود تنظیمی (۹ سوال با دامنه نمره ۳۶-۹)، تعامل با مراقبین بهداشتی و دیگر افراد مهم (۹ سوال با دامنه نمره ۳۶-۹)، خود کنترلی قندخون (۴ سوال با دامنه نمره ۱۶-۴) و پیگیری درمان‌های تجویز شده (۳ سوال با دامنه نمره ۱۲-۳) طی ۳۵ سوال با مقیاس لیکرت چهار سطحی بررسی می‌نماید (۱۲). پرسشنامه منابع حمایتی در بیماری‌های مزمن با ۲۲ سوال، حمایت از طریق منابع مختلف شامل مراقبین بهداشتی (۳ سوال با دامنه نمره ۱۵-۳)، دوستان/ خانواده/ محیط اطراف (۷ سوال با دامنه نمره ۳۵-۷)، سیاست‌ها/ رسانه‌ها (۳ سوال با دامنه نمره ۱۵-۳)، حمایت شخصی (۳ سوال با دامنه نمره ۱۵-۳)، سازمان‌های مرتبط با خدمات بهداشتی (۳ سوال با دامنه نمره ۱۵-۳) و حمایت محیط کار (۳ سوال با دامنه نمره ۱۵-۳) را با مقیاس لیکرت پنج

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

سطحی مورد سنجش قرار می‌دهد (۱۱).

داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم افزار SPSS (USA، Il، Chicago،SPSS Inc) ویرایش ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری توصیفی و جهت تعیین منابع حمایتی مؤثر در خودمراقبتی و نیز جنبه‌های مختلف خودمراقبتی از رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد. سطح معنی‌داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ بوده است.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۹۶ بیمار دیابتی با دامنه سنی ۱۵ تا ۹۱ سال با میانگین سن ۱۲/۷±۵۱/۷۸ سال شرکت نمودند. میانگین طول مدت ابتلا به بیماری در شرکت کنندگان ۸/۱۲ سال با انحراف معیار ۷/۰۷ (دامنه ۱ تا ۴۰) بوده است. از نظر وضعیت تحصیلی ۷۶ درصد (۳۰۱ نفر) از بیماران تحصیلات زیر دیپلم، ۱۶/۹ درصد (۶۷ نفر) دارای دیپلم و تنها ۷/۱ درصد (۲۸ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند. از نظر جنسیت، ۷۳/۷ درصد (۲۹۲ نفر) از شرکت کنندگان زن بودند.

میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی ۹۵/۵ و ۱۳/۹ با دامنه ۱۳۷–۳۸ و میانگین و انحراف معیار نمره حمایت اجتماعی ۵۶/۷۹ و ۱۱/۴ با دامنه ۹۶– ۲۲ بود. میانگین، انحراف معیار و دامنه نمرات مربوط به جنبه‌های مختلف خودمراقبتی و منابع حمایت اجتماعی در جدول ۱ ارائه شده است. به‌منظور بررسی ارتباط بین هر یک از منابع حمایت اجتماعی و جنبه‌های مختلف خودمراقبتی ضریب همبستگی پیرسون محاسبه گردید. در جدول ۲ این ضرایب ارائه شده است.

بر اساس معنی‌داری ضرایب هر یک از منابع حمایتی با خودمراقبتی در مدل رگرسیون خطی، از بین شش منبع حمایتی، بیشترین حمایت توسط سه منبع سازگاری شخصی، مراقبین بهداشتی و خانواده/دوستان ارائه شده بود، به‌طوری‌که این سه منبع ۴۳ درصد تغییرات خودمراقبتی را بیان کرده و با اضافه شدن دو منبع سازمان‌های مرتبط با خدمات بهداشتی و حمایت محیط کار تنها ۲ درصد تبیین کنندگی مدل افزایش می‌یابد.

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی جنبه‌های مختلف خودمراقبتی و منابع مختلف حمایت اجتماعی بیماران دیابتی شهر بوشهر سال ۹۱-۱۳۹۰

	جنبه‌های مختلف	میانگین (انحراف معیار)	حداقل	حداکثر
خودمراقبتی	انطباق با بیماری	۲۵/۷ (۵/۰۷)	۱۰	۴۰
	خودتنظیمی	۲۲/۳۹ (۴/۴۷)	۹	۳۶
	تعامل با مراقبین بهداشتی	۲۵/۰۷ (۴/۴)	۹	۳۶
	خود کنترلی قندخون	۱۱/۷۷ (۲/۸۶)	۴	۱۶
	پیگیری درمان‌های تجویزی	۱۰/۵۶ (۱/۶۹)	۵	۱۲
منابع حمایتی	مراقبین بهداشتی	۱۱/۲۶ (۲/۲۳)	۳	۱۵
	خانواده/دوستان	۱۸/۰۷ (۵/۴۳)	۷	۳۵
	سیاست‌ها و رسانه‌ها	۷/۱۶ (۲/۳۵)	۳	۱۵
	سازگاری شخصی	۹/۴۳ (۲/۱۷)	۳	۱۵
	سازمان‌های بهداشتی	۹/۳۷ (۲/۱)	۳	۱۵
	حمایت محیط کار	۱/۵ (۳/۴۷)	۳	۱۴

بنابراین این دو منبع تنها نقش بسیار اندکی در خودمراقبتی دیابت دارند. سیاست‌ها و رسانه‌ها نیز منبع حمایتی برای رفتار خودمراقبتی بیماران دیابتی محسوب نمی‌گردد. بر اساس ضرایب سه منبع سازگاری شخصی، مراقبین بهداشتی و خانواده/ دوستان در مدل

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

رگرسیونی برازش گردیده، با افزایش یک واحد به هر یک از سه منبع (سازگاری شخصی، مراقبین بهداشتی و خانواده/ دوستان) میزان خودمراقبتی به‌ترتیب ۲/۰۴، ۱/۲۷ و ۰/۸۷ افزایش می‌یابد.

جدول ۲) ضرایب همبستگی بین منابع حمایت اجتماعی و جنبه‌های مختلف خودمراقبتی بیماران دیابتی شهر بوشهر سال ۹۱-۱۳۹۰

منابع حمایت اجتماعی	جنبه‌های مختلف خودمراقبتی				
	انطباق با بیماری	خود تنظیمی	تعامل با مراقبین	کنترل قندخون	پیگیری رژیم تجویز شده
حمایت‌مراقبین‌بهداشتی	*۰/۲۴۲	*۰/۲۶۲	*۰/۴۵۳	۰/۱۰۳	*۰/۱۳۰
حمایت‌خانواده/دوستان	*۰/۵۲۲	*۰/۴۳۵	*۰/۳۰۴	*۰/۲۶۱	*۰/۱۶۳
سازگاری شخصی	*۰/۵۶۱	*۰/۴۳۴	*۰/۳۶۷	*۰/۲۱۵	*۰/۳۵۰
سیاست‌ها/ رسانه‌ها	*۰/۴۰۶	*۰/۳۵۶	*۰/۱۰۳	*۰/۱۳۸	*۰/۱۹۱
سازمان‌های خدماتی	*۰/۴۲۸	*۰/۳۷۶	*۰/۲۲۵	*۰/۱۵۳	*۰/۱۷۷
حمایت محیط کار	*۰/۲۲۷	*۰/۲۳۷	*۰/۰۳۵	*۰/۱۱	۰/۰۹

*(P<۰/۰۵)

بر اساس ضریب تعیین تعدیل شده[8] بیشترین قدرت تبیین کنندگی مربوط به جنبه انطباق با بیماری (۴۸ درصد) و کمترین قدرت تبیین کنندگی منابع حمایتی مربوط به جنبه پیگیری رژیم تجویز شده (۱۳ درصد) می‌باشد.

همچنین جهت تعیین منابع حمایتی مؤثر بر هر یک از جنبه‌های مختلف خودمراقبتی بیماران دیابتی از تحلیل مدل‌های رگرسیونی خطی به‌طور جداگانه استفاده گردید (جدول ۳).

با توجه به نتایج تحلیل آزمون ضرایب رگرسیون خطی هر یک از مدل‌های برازش شده، منبع حمایتی سازگاری شخصی بر انطباق با بیماری، خود تنظیمی، تعامل با مراقبین بهداشتی و پیگیری رژیم تجویز شده تأثیر دارد به‌گونه‌ای که با تغییر یک واحد در این منبع حمایتی انطباق با بیماری ۰/۷، خودتنظیمی ۰/۳۹، تعامل با مراقبین بهداشتی ۰/۴ و پیگیری رژیم تجویز شده ۰/۲۸ افزایش می‌یابد.

منبع حمایتی ایجاد شده توسط مراقبین بهداشتی تنها بر خودتنظیمی و تعامل با مراقبین بهداشتی تأثیر دارد و با افزایش یک واحد در این منبع، خود تنظیمی و تعامل با مراقبین به‌ترتیب ۰/۲۳ و ۰/۷۳ واحد افزایش نشان می‌دهد.

حمایت خانواده/دوستان نیز بر سه جنبه از خودمراقبتی تأثیر داشت و با افزایش یک واحد آن میزان انطباق با بیماری ۰/۴۳، خودتنظیمی ۰/۴ و تعامل با مراقبین بهداشتی ۰/۲۵ بیشتر می‌شود.

دریافت حمایت از سیستم‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی بر انطباق با بیماری، خودتنظیمی و کنترل قندخون تأثیر داشته و با افزایش یک واحد در این منبع، موارد ذکر شده به‌ترتیب ۰/۴۴، ۰/۳۸ و ۰/۲۹ تغییر می‌کند.

[8] Adjusted

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

جدول ۳) برآورد ضرایب رگرسیون خطی جنبه‌های مختلف خودمراقبتی بیماران دیابتی شهر بوشهر سال ۹۱-۱۳۹۰

جنبه‌های خودمراقبتی	منابع حمایت اجتماعی	B	Beta	P Value	Adjusted R^2
انطباق با بیماری	سازگاری‌شخصی	۰/۷۰۱	۰/۳	۰/۰۰۰	۰/۴۷۷
	سیستم خدماتی	۰/۴۴۴	۰/۱۸۴	۰/۰۰۰	
	خانواده/دوستان	۰/۴۳۰	۰/۱۷۷	۰/۰۰۰	
	محیط کار	۰/۱۶۲	۰/۱۱۱	۰/۰۰۳	
	سیاست‌ها/رسانه	۰/۰۸۷	۰/۰۴	۰/۳۶۱	
	مراقبین بهداشتی	۰/۱۲۳	۰/۰۵۴	۰/۱۵۷	
خودتنظیمی	سازگاری‌شخصی	۰/۳۹۴	۰/۱۹۱	۰/۰۰۰	۰/۳۲
	سیستم خدماتی	۰/۳۷۷	۰/۱۷۷	۰/۰۰۰	
	خانواده/دوستان	۰/۳۹۶	۰/۱۸۳	۰/۰۰۱	
	محیط کار	۰/۱۸۹	۰/۱۴۶	۰/۰۰۱	
	سیاست‌ها/رسانه	۰/۱۳۵	۰/۰۷۱	۰/۱۵۸	
	مراقبین بهداشتی	۰/۲۲۶	۰/۱۱۳	۰/۰۱	
تعامل با مراقبین	سازگاری‌شخصی	۰/۴۰۵	۰/۲	۰/۰۰۰	۰/۲۷۲
	سیستم خدماتی	۰/۱۰۳	۰/۱۰۱	۰/۳۰۸	
	خانواده/دوستان	۰/۲۵۳	۰/۱۲	۰/۰۱۹	
	محیط کار	۰/۰۲۸	۰/۰۲۲	۰/۶۳۲	
	سیاست‌ها/رسانه	-۰/۲۱۶	-۰/۱۱۶	۰/۰۷	
	مراقبین بهداشتی	۰/۷۳۳	۰/۳۷۱	۰/۰۰۰	
کنترل قندخون	سیستم خدماتی	۰/۲۸۷	۰/۴۰۹	۰/۰۰۰	۰/۱۶۵
	مراقبین بهداشتی	۰/۰۳۶	۰/۰۲۸	۰/۵۶۵	
	سازگاری‌شخصی	۰/۰۳۰	۰/۰۲۳	۰/۶۹۴	

محیط کار امکان خودمراقبتی در جنبه‌های پیگیری رژیم تجویز شده و خود تنظیمی را امکان‌پذیر می‌کند. محیط کار در انطباق با بیماری نیز تأثیر داشته به‌طوری‌که افزایش یک واحد در حمایت‌های فراهم شده توسط محیط کار انطباق با بیماری را ۰/۱۶، خودتنظیمی را ۰/۱۹ و پیگیری رژیم تجویز شده را ۰/۰۵ افزایش می‌دهد. منبع حمایتی سیاست‌ها/رسانه‌ها پیش‌بینی کننده هیچ‌یک از جنبه‌های خودمراقبتی در بیماران دیابتی نبود (جدول ۳).

با وجود معنی‌دار بودن ضرایب غیر استاندارد رگرسیونی ذکر شده، این مقادیر بسیار پایین و نشانه ضعیف بودن تأثیر مطلق این منابع حمایتی در جنبه‌ای مختلف خودمراقبتی می‌باشد.

بحث

با توجه به آنچه در قسمت یافته‌های این مطالعه ذکر گردید می‌توان نتیجه گرفت که بیماران دیابتی متأسفانه از منابع حمایتی بسیار اندکی در زمینه خودمراقبتی بهره‌مند بوده و سازگاری شخصی خود بیمار و در درجه بعد تعامل با مراقبین بهداشتی و پزشکان و تاحدودی خانواده و دوستان تنها منابع حمایتی بیماران محسوب می‌شود.

از طرفی منابعی از جمله سیاست‌ها/رسانه، محیط کار و سیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی منبع حمایتی مؤثری در خودمراقبتی بیماران دیابتی نبودند.

فرد (سازگاری شخصی) منبع مهمی در درک بهتر رفتارها بوده و موفقیت و شکست هر برنامه آموزشی منوط به نگرش‌ها و باورهای شخص می‌باشد (۵).

بر اساس مدل رفتاری استفاده از سرویس‌های بهداشتی آندرسون[9]، خصوصیات زمینه‌ای و فردی اشخاص، تسهیل کننده و یا منع‌کننده استفاده از خدمات بهداشتی می‌باشد و این خصوصیات شامل فاکتورهای قادر کننده، مستعد کننده و نیاز می‌باشند. بر اساس این مدل نگرش‌ها، باورها و سازگاری فرد با بیماری جزء فاکتورهای مستعد کننده‌ای هستند که استفاده از خدمات بهداشتی و در نهایت خودمراقبتی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۳ و ۱۴). از طرفی بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی علاوه‌بر عوامل بیرونی، عوامل تعیین کننده درونی مانند ارزش‌ها،

[9] Anderson's Behavioral Model of Health Services Utilization

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

باورها و انگیزه افراد نیز در حفظ و ایجاد رفتار سالم مؤثر می‌باشند (۱۵) که این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر که سازگاری شخصی را عامل مؤثری در اکثر جنبه‌های خودمراقبتی می‌دانست همسو می‌باشد.

در یک مطالعه متا آنالیز که توسط نوریس (Norris) و همکاران انجام شده مشخص گردید که ارتباط بیمار با آموزش دهندگان یا مراقبین بهداشتی، پیشگویی کننده مهم بالینی در بهبود کنترل قندخون در بیماران دیابتی بود (۱۶). همچنین در مطالعه الیس (Ellis) و همکاران نیز تماس رودرروی بیمار با پزشک عامل مهم کنترل قندخون بیماران دیابتی بود (۱۷) که همگی این مطالعات و همچنین مطالعه حاضر بر اهمیت و نقش اساسی رابطه مناسب مراقبین بهداشتی با بیماران جهت بهبود عملکرد خود مراقبتی آنها تأکید دارند.

بر اساس نظریه شناخت اجتماعی بندورا (Bandura)، بخش بزرگی از یادگیری انسان از راه مشاهده و تقلید اطرافیان صورت می‌گیرد. بر اساس یادگیری مشاهده‌ای، این نوع یادگیری می‌تواند موجب اکتساب رفتار، بازداری پاسخ، آسان‌سازی، آفرینندگی و غیره شود که همگی در شکل‌دهی رفتار افراد مؤثرند (۱۸).

در تحقیقی مشخص شده که از نظر اکثریت افراد، در صورتی که اعضای خانواده، دوستان و اطرافیان، رژیم غذایی سالمی را رعایت کنند، پیروی از رژیم غذایی سالم برای آنها نیز بسیار آسان خواهد شد (۱۰). از طرفی به اعتقاد بندورا، بعد از یادگیری رفتار، برای اینکه آموخته‌های فرد به عملکرد تبدیل شود نیاز به عوامل تشویقی از جمله تقویت می‌باشد که می‌تواند از طریق اطرافیان تأمین گردد (۱۸). بنابراین بعد از اینکه رفتار خودمراقبتی در بیماران دیابتی از مراقبین بهداشتی آموخته شد باید با الگوبرداری و نیز دریافت تقویت از جانب خانواده، دوستان و اطرافیان به عملکرد تبدیل شود که این موضوع در راستای یافته‌های مطالعه بوده و نشان‌دهنده نقش ارزشمند خانواده و اطرافیان در پیگیری خودمراقبتی است.

بر اساس تئوری اکولوژی- اجتماعی، علاوه‌بر سازگاری شخصی، مراقبین بهداشتی و خانواده/دوستان، سیاستگزاری‌ها، رسانه و سازمان‌ها و سیستم‌های ارائه دهنده خدمات، عوامل حمایتی مؤثری برای رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت می‌باشند به‌طوری که در مطالعه جسی- لی (Jessie-Lee) و همکاران مشخص گردید که تعامل سیاستگزاری‌ها و سیستم‌های ارائه خدمات موجب دسترسی و ارتقاء فعالیت بدنی در دانش‌آموزان مدارس می‌گردد (۱۹).

همچنین در مطالعه‌ای مشخص شده که رسانه‌ها از جمله رادیو و تلویزیون تأثیر مثبتی در مشارکت زنان در فعالیت بدنی داشته و به‌عنوان یک منبع حمایتی اعمال اثر می‌کنند (۴). ولی متأسفانه به‌دلیل عدم وجود انجمن و یا سیستم دولتی ارائه دهنده خدمات آموزشی به بیماران دیابتی در استان بوشهر کلیه بیماران، خدمات آموزشی بسیار جزیی در این زمینه دریافت کرده که جزء محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد.

همچنین سیاستگزاری‌های کلی در مورد خودمراقبتی بیماران دیابتی در کشور وجود نداشته و رسانه‌ها به‌ویژه رسانه‌های استانی نسبت به مقوله دیابت و نحوه خودمراقبتی بیماران توجه چندانی ندارند، از طرفی کمبود مطالعات پژوهشی داخلی و خارجی در زمینه این جنبه‌های حمایتی نتیجه‌گیری در این زمینه را مشکل نموده و نشانگر ضرورت انجام مطالعاتی در این زمینه بر روی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مختلف می‌باشد تا بتوان به درستی تأثیر این

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

منابع را مورد ارزیابی قرار داد. ولی با توجه به مشکلات و کمبودها در زمینه خودمراقبتی بیماران دیابتی آنچه مشخص است این می‌باشد که تنها تکیه بر منابع حمایتی محدودی از جمله مراقبین بهداشتی، خانواده و نیز پیگیری‌های خود بیمار نمی‌تواند در رفع مشکلات این بیماران مؤثر گردد بنابراین توجهی همگانی از طرف سیستم‌های دولتی، رسانه‌ها و قانون‌گذاران برای بهبود خودمراقبتی ضروری است.

سپاس و قدردانی

در پایان لازم است از کلیه بیماران دیابتی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند کمال قدردانی را نماییم.

References:

1.Norouzi A, Ghofranipour F, Heydarnia A, et al. Determinants of physical activity based on Health Promotion Model (HPM) in diabetic women of Karaj diabetic institute. ISMJ 2010; 13: 41-51.
2.Tseng CH. Prevalence and risk factor of peripheral arterial obstructive disease in Taiwanese type 2 diabetes patients. Angiology 2003; 54: 331-8.
3.McDowell J, Courtney M, Edwards H, et al. Validation of the Australian/English version of the diabetes management self-efficacy scale. Int J Nurs Pract 2005; 11: 177-84.
4.Wu SF, Courtney M, Edwards H, et al. Development and validation of the Chinese version of the Diabetes management Self-efficacy Scale. Int J Nurs Stud 2008; 45: 534-42.
5.Gucciardi E, Demelo M, Offenheim A. Factors contributing to attrition behavior in diabetes self-management programs: A mixed method approach. BMC Health Serv Res 2008; 8: 33-41.
6.Rose V, Harris M, Ho MT, et al. A better model of diabetes self-management? Interactions between GP communication and patient self-efficacy in self-monitoring of blood glucose. Patient Educ Couns 2009; 77: 260-5.
7.Gorawara-Bhat R, Huang ES, Chin MH. Communicating with older diabetes patients: Self-management and social comparison. Patient Educ Couns 2008; 72: 411-7.
8.Tang TS, Funnell MM, Brown MB, et al. Self-management support in ‘‘real-world’’ settings: An empowerment-based Intervention. Patient Educ Couns 2010; 79: 178-84.
9.Morowati Sharifiabad M, Rouhani Tonekaboni N. Social support and self-care behaviors in diabetic patients referring to Yazd diabetes research center. Tabib-e-Shargh 2008: 9: 275-84.
10.Klomegah RY. The influence of social support on the dietary regimen of people with diabetes. Sociation Today 2006; 4: 104-8.
11.Glasgow RE, Toobert DJ, Barrera M, et al. The chronic illness resources survey: cross-validation and sensitivity to intervention. Health Educ Res 2005; 20: 402-9.
12.Lin CC, Anderson RM, Chang CS, et al. Development and testing of the diabetes self-management instrument: A confirmatory analysis. Res Nurs Health 2008; 31: 370-80.
13.Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? J Health Soc Behav 1995; 36: 1-10.
14.Andersen RM, Davidson PL, editors. Improving access to care in America in Changing the U.S. Health Care System. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2001: p. 3-30.
15.Bandura A, editor. Social learning theory. 1st ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1997: p. 97-101.
16.Norris SL, Lau J, Smith SJ, et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. Diabetes Care 2002; 25: 1159-71.
17.Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, et al. Diabetes patient education: a meta-analysis

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

and meta-regression. Patient Educ Couns 2004; 52: 97-105.

18.Saif AA. Behavior modification and behavior therapy: Theories and methods. 10th ed. Tehran: Dowran; 2008: p. 134-42.

19.Langille JL, Rodgers WM. Exploring the influence of a social ecological model on school-based physical activity. Health Educ Behav 2010; 37: 879-94.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]

ISMJ 2013; 16(3): 250-9

Original Article

Effective social support resources in self- management of diabetic patients in Bushehr (2011-12)

A. Noroozi [1], R. Tahmasebi [2, 3*], SJ. Rekabpour [4]

[1]Department of Health Education & Promotion, School of Health,Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, IRAN
[2]Department of Biostatistics, School of Health,Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, IRAN
[3]The Persian Gulf Marine Biotechnology Research Center, The Persian Gulf Biomedical Research Center, Bushehr University of Medical Sceinecs, Bushehr, IRAN
[4]Department of Internal Medicine, Salman-e-Farsi Hospital, Bushehr, IRAN

(Received 11 Mar, 2012 Accepted 28 May, 2012)

Abstract

Background: Diabetes is a serious problem and self- management is effective factor for diabetes control. Social support is one of the important factors in diabetes self-management. In this study, purpose was determination of effective support resources in self- management.

Material and Methods: Data were collected from a convenience sample of 396 diabetic patients, using self-management and social support resources in chronic patient scales. For data analysis with SPSS version 16, multiple linear regression models were used.

Results: Among six support resources, maximum support was provided by personal adaptation, health provider, and family/ friends resources (R^2= 43%). Personal adaptation was significant predictor for all of self- management aspects except monitoring blood glucose. Health provider was effective factor in self-regulation and interaction with health provider, and family/ friend resource were significant predictors for self- integration, self- regulation, and interaction with health provider.

Conclusion: Diabetic patients impart of poor resources for self- management. Personal adaptation was the most important source of self- management and media/ policy, work place, and health organization supports were not effective source for this purpose. Therefore, preparation of this resource may improve diabetes self-management.

Keywords: self- management, diabetes, social support resources, Iran

*****Address for correspondence*: Department of Biostatistics, School of Medicine, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, IRAN; E-mail: r.tahmasebi@bpums.ac.ir

Website: http://bpums.ac.ir
Journal Address: http://ismj.bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-08]