

Assessing the Effect of Family-based Intervention Education Program on Perceived Social Support among Older Adults with Type 2 Diabetes: Application of Social Cognitive Theory

Amini Moridani¹ MR (MSPH) - Tol² A (PhD-MPH)- *Sadeghi³ R (PhD) - Mohebbi⁴ B (MD)- Azam⁵ K (PhD).

1- MSPH student, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Evening courses of Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2-PhD, MPH, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, **(Corresponding author)**

Email: sadeghir@tums.ac.ir

4- Assistant Professor, School of Medicine, Shahid Hashemi nejad Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5-Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: diabetes is one of problems in aging. Family support helps to maintain independence and self-care which results in reducing diabetes cost and burden. This study aimed at evaluating the effect of a family-based social support educational intervention program among older people with type 2 diabetes.

Method: In this interventional study, eligible elderly patients with type 2 diabetes participated in the study using randomized sampling. A three parts questionnaire including demographic and health related variable, standard perceived social support instrument and self-designed questionnaire based on Social Cognitive Theory (SCT). After baseline, an educational program performed based on Social Cognitive Theory constructs (SCT) (knowledge and situation analysis, expected outcome, self-efficacy, self-management and self-control to relatives who lived with the subjects (the intervention group). Collected data was analyzed using SPSS version 16 with statistical tests at the significant level of $p < 0.05$.

Results: Before intervention, there was no significant differences perceived social support and constructs of SCT between intervention group and compare based on Wilcoxon test ($p > 0.05$). But after the intervention, there was a statistical difference ($p < 0.001$). SCT' structures and perceived social support just in the intervention group revealed a statistical differences using Paired t- Test ($p < 0.001$).

Conclusion: family-centered educational program based on SCT can be effective in diabetes care improvement and family support promotion in health care systems.

Keywords: Elder people, Type2 diabetes, Social support, Social Cognitive Theory, Family centered education.

Received: 1 April 2015

Accepted: 23 September 2015

بررسی تأثیر مداخله آموزشی خانواده محور بر حمایت اجتماعی درک شده سالمندان دیابتی نوع ۲: کاربرد تئوری شناختی اجتماعی

محمد رضا امینی مریدانی^۱، آذر طل^۲، *رویا صادقی^۳، بهرام محبی^۴، کمال اعظم^۵

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۲- دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۳- استادیار، آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: sadeghir@tums.ac.ir
- ۴- استادیار، دانشکده پزشکی، بیمارستان شهید هاشمی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
- ۵- دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نشریه آموزش پرستاری دوره ۴ شماره ۳ پاییز ۱۳۹۴ ۳۰-۴۰

چکیده

مقدمه: بیماری دیابت یکی از معضلات دوران سالمندی محسوب می گردد. حمایت‌های خانواده به حفظ استقلال وی در درمان و مراقبت از خود کمک کرده و سبب کاهش هزینه‌های درمانی و بار دیابت می گردد. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر مداخله آموزشی خانواده محور بر میزان حمایت اجتماعی درک شده در سالمندان دیابتی نوع ۲ بود.

روش: در این مطالعه مداخله ای دو گروهی با گروه شاهد، سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو واجد شرایط با استفاده از تخصیص تصادفی از مراکز بهداشتی درمانی به دو گروه تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه سه بخشی شامل اطلاعات دموگرافیک و مرتبط با بیماری، پرسشنامه استاندارد حمایت اجتماعی درک شده و ابزار محقق ساخته تئوری شناختی اجتماعی (SCT) بود. پس از انجام آزمون اولیه برای بستگانی که با بیمار زندگی می کردند (گروه مداخله)، برنامه آموزشی بر اساس سازه های تئوری شناختی اجتماعی (SCT) (دانش و درک موقعیت، انتظار پیامد، خودکارآمدی، خودمدیریتی، خودکنترلی)، برگزار گردید. داده های جمع آوری شده با استفاده از SPSS نسخه ۱۶ با آزمون های آماری در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته ها: براساس آزمون آماری ویلکاکسون اختلاف معنا داری بین گروه مداخله و مقایسه در خصوص متغیر حمایت اجتماعی و سازه های تئوری شناختی اجتماعی قبل از انجام مداخله وجود نداشت ($p > 0/05$). اما بعد از مداخله اختلاف معناداری با هم داشتند ($p < 0/001$). آزمون آماری تی زوجی تنها در گروه مداخله در خصوص سازه های تئوری شناختی اجتماعی و حمایت اجتماعی اختلاف معنا داری را نشان داد ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: آموزش خانواده محور بر اساس مدل شناختی اجتماعی در بهبود روند مراقبت، کنترل بیماری دیابت و ارتقاء حمایت خانواده از بیماران در سیستم بهداشتی درمانی با بکارگیری از این روشها در آموزش به بیمار و خانواده آنها می تواند مؤثر باشد.

کلید واژه ها: سالمند، دیابت نوع ۲، حمایت اجتماعی، تئوری شناختی اجتماعی، آموزش خانواده محور.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۷/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱/۱۲

مقدمه

بیماری دیابت، شایعترین بیماری ناشی از اختلالات متابولیک و چهارمین علت مرگ و میر در جوامع غربی است (۱). بیماری زایی این عارضه چه از نظر هزینه های درمان و چه به دلیل از کار افتادگی، بسیار بالا و یکی از عمده ترین مسایل بهداشتی - درمانی است که با گسترش شهرنشینی و تغییر شیوه زندگی به سوی بی تحرکی و تغذیه نامناسب، اهمیت بیشتری یافته است (۱). شیوع دیابت در سالمندان و بالا بودن هزینه های بهداشتی درمانی منجر به افزایش بار اقتصادی ناشی از بیماری شده است (۲). جمعیت سالمند به دلیل 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 (۳).

دیابت به عنوان یک بیماری مزمن به طور اساسی در گسترش آسیب ها، مرگ و میر و هزینه های سلامتی سهیم است، افراد مبتلا به دیابت در معرض عوارض شدید و مهلکی نظیر (آسیب شبکه کوری، نوروپاتی محیطی، انفارکتوس میوکارد، مشکلات عروق محیطی، بیماری مرحله پایانی کلیوی و مشکلات پای دیابتی و قطع عضو) هستند که این به دلیل کنترل قند نامناسب در بیماران دیابتی بروز کرده و موجب ناتوانی و مرگ میر بالا می شوند. در حالی که با مراقبت و کنترل مناسب می توان از بروز عوارض جدی و در صورت بروز عوارض، از ناتوانی های ناشی از آن جلوگیری کرد (۱). اکثر تحقیقات انجام شده در این زمینه بیشتر در کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک بوده است و در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو پژوهش چندانی گزارش نشده است. با توجه به اینکه در کشور ایران ۹۲٪ سالمندان توسط خانواده ها نگهداری می شوند، خانواده بهترین منبع حمایتی از مراقبت از سالمندان محسوب می شود (۴). خانواده به عنوان اساسی ترین رکن جامعه، مسؤول ارائه مراقبت های صحیح و مناسب بهداشتی به بیمار و اطرافیان وی می باشد (۵). در جریان مراقبت از یک بیمار، خانواده وی نیازمند درک صحیح از بیماری است و وظیفه پرستار در کنار مراقبت بیمار، کمک به خانواده در جهت افزایش امید و اعتماد است؛ چنین رویکردی باعث ارتقای سلامت و رفاه خانواده خواهد شد (۶). انزوای اجتماعی می تواند تأثیر جدی در افراد سالمند داشته باشد. افراد مسن به علت محدودیتهای فیزیکی و حضور بیماریهای دیگر نیازمند حمایت های ویژه ای هستند. زندگی به تنهایی ممکن است به طور قابل توجهی تأثیر منفی در پایداری به رژیم غذایی داشته باشد. حمایت های اجتماعی از بیماران به طور قابل ملاحظه ای تأثیر مثبت در مدیریت بیماریهای مزمن خواهد داشت.

محیط اجتماعی و عوامل روانی مربوط به رفتارهای خود مراقبتی ممکن است تأثیر منفی روی توانایی فرد و تمایل به ارائه مراقبت از خود داشته باشد (۷). مداخله های آموزشی در رابطه با دیابت به دنبال آن هستند که بیماران دیابتی را با شیوه های پیشگیری، درمان و کنترل بیماری آشنا کنند تا دچار عوارض مزمن بیماری نشوند. در انجام مداخله های آموزشی استفاده از تئوریهای رفتاری و علوم رفتاری مانند مدل اعتقاد بهداشتی، مدل بزنف، تئوری عمل منطقی، حمایت اجتماعی و تئوری انتشار نوآوری می تواند ظرفیت بالقوه ای برای بیماران دیابتی باشد تا بتوانند بیشتر با بیماری خود آشنا شده و از عوارض آن جلوگیری کنند (۸).

با توجه به اینکه نقش حمایت اجتماعی از جمله برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده توسط افراد یا گروه های دیگر به خصوص خانواده تعریف کرده اند (۹). این امر می تواند در برنامه ریزی مراقبت و کنترل بیماری دیابت در سالمندان با توجه به تغییرات شناختی که در این دوران اتفاق می افتد بسیار مؤثر باشد (۱۰). خانواده به عنوان یک گروه در یک محیط جغرافیایی نزدیک با عواطف نزدیک (دلبستگی، وفاداری، روابط متقابل و همبستگی) می باشد که این تعریف برگرفته از یک ترکیب تعاریف گیکس و همکاران می باشد (۱۱).

چندین دلیل در اهمیت نقش خانواده در خصوص مدیریت بیماریهای مزمن وجود دارد. خانواده نقش مهمی در کنترل بیماری دیابت نوع ۲ به عهده دارد. مداخلات بالینی و آموزشی نه تنها بیماران را تحت پوشش قرار می دهد بلکه اثر در اعضای خانواده نیز دارد، حتی اگر اعضای خانواده به طور مستقیم در مداخله شرکت نداشته باشد. همسر یا شریک خانواده و یا سایر اعضای خانواده می تواند رفتار خود مدیریتی بیمار را تضعیف و یا تقویت کنند. ممکن است روابط پیچیده ای که در خانواده وجود دارد انواع خاصی از حمایت اجتماعی و شرایط خاصی را از این نظر را با درجات متفاوتی از اهمیت به خود اختصاص دهد (۱۱).

واژه حمایت اجتماعی برای اولین بار توسط کروزر که یکی از تأثیرگذارترین محققین در این حوزه می باشد، در سال ۲۰۰۱ به صورت "بعدهای مفهومی و پر معنی" تعریف گردید. طبقات متعددی برای حمایت اجتماعی وجود دارد. یکی از مهمترین طبقه بندی ها در این زمینه توسط باربرا ارائه شد که شامل (۱) تثبیت اجتماعی (۲) حمایت دریافت شده و (۳) حمایت درک شده می باشد. تثبیت اجتماعی اشاره به تعداد تعاملاتی دارد که فرد با سایر افراد موجود در شبکه اجتماعی خود دارد. حمایت دریافت شده، شامل حمایت های عاطفی و ابزاری است که توسط افراد شبکه اجتماعی به فرد داده می

بخش عمده ای از مراقبت از بیماران دیابتی در منزل و در داخل محیط خانواده انجام می شود، این نهاد می تواند نقش چشمگیری در کنترل مناسب قند خون داشته باشد. این مطالعه به منظور تعیین ارتباط بین حمایت خانواده و کنترل قندخون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام می شود.

هدف اصلی تئوری شناختی اجتماعی (Social Cognitive Theory) به تشریح رفتار انسانی به صورت علیت مثلثی شکل که شامل رفتار، محیط و عوامل شخصی (نظیر شناختها، عواطف و رویدادهای زیست شناختی) می پردازد. پنج قابلیت انسان برطبق این تئوری توصیف می شود: قابلیت نماد سازی (استفاده از نمادها در نسبت دادن به تجارب)، قابلیت جانشینی (یادگیری از طریق مشاهده رفتار دیگران و عواقبی که با آن مواجه می شوند، قابلیت آینده نگری (اکثر رفتارها هدفمند بوده و بوسیله تفکرات پیشین تنظیم می شوند)، قابلیت خود تنظیمی (تنظیم استانداردهای داخلی و واکنشهای خود ارزشیابی برای رفتار خود) و خود انعکاسی (تحلیل تجارب و اندیشیدن به فرایندهای فکری خود). ساختارهای این تئوری عبارتند از دانش (یادگیری حقایق و کسب بصیرت در رابطه با یک عمل، ایده، چیز، شخص یا موقعیت)، انتظارات پیامد (پیش بینی پیامدهای احتمالی که در نتیجه گیری در یک عمل خاص روی می دهند)، ارزشهای پیامد (ارزشی که شخص بر پیامدهای احتمالی ناشی از انجام یک رفتار می نهد)، درک موقعیتی (شخص چگونه محیط پیرامون خود را درک و تفسیر می نماید)، محیط (شرایط یا اوضاع فیزیکی یا اجتماعی که شخص را در بر می گیرد)، خودکفایتی (اعتماد) شخص به توانایی اش برای پیگیری یک رفتار) تنظیم هدف یا خود کنترلی (تنظیم با ایجاد برنامه هایی برای رفتارهای منتخب)، سازگاری عاطفی (فنون بکار گرفته شده توسط شخص برای کنترل حالات عاطفی و فیزیولوژیک مرتبط با انجام یک رفتار جدید)، خودکفایتی در غلبه بر موانع (اعتماد شخص به غلبه بر موانع حین انجام یک رفتار مشخص) (۱۳). با توجه به موارد مذکور و لزوم انجام این مطالعه، مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی خانواده محور بر میزان حمایت اجتماعی درک شده در سالمندان دیابتی نوع ۲ طراح و اجرا شد.

روش مطالعه

این مطالعه مداخله ای از نوع نیمه تجربی و آینده نگر با گروه مقایسه بود که تأثیر مداخله آموزشی خانواده محور بر اساس تئوری شناختی اجتماعی در جمعیت سالمندان دیابتی را مورد مطالعه قرار داد. این مطالعه ۱۶۰ نفر از بیماران دیابتی سالمند تحت پوشش شبکه

شود و حمایت درک شده به ادراک فرد از نوع حمایتی است که باید برای فرد وجود داشته باشد و از نظر او ضروری است، اطلاق می شود (۱۲). درساختار تئوری شناختی اجتماعی سازه های مختلفی بیان می شود. اولین سازه، دانش و درک موقعیت است که شامل یادگیری حقایق و کسب بصیرت در رابطه با عمل و ایده، شی، شخص یا موقعیتی می باشد (۱۳). در این پژوهش محقق بر آن شد با آموزش و اطلاع رسانی با استفاده از وسایل کمک آموزشی مانند: فیلم، پمفلت و سخنرانی، سطح آگاهی و مهارت گروه مطالعه را در خصوص بیماری دیابت و نحوه مراقبت و کنترل آن ارتقاء دهد. سازه دیگر این مدل انتظار پیامد می باشد که عبارتست از پیش بینی پیامدهای احتمالی ناشی از درگیری در رفتار که همانا پیامدهای فیزیکی مانند عواقب مثبت و منفی و یا روحی روانی می باشد. با استفاده از این سازه پژوهشگر با نشان دادن عواقب مثبت و منفی مراقبت و یا عدم مراقبت از بیماری از فواید پیگیری و کنترل بیماری که همانا پیشگیری از بروز عوارضی نظیر بیماریهای قلبی عروقی، پای دیابتی است نگاه خاصی در راستای پیشگیری از بروز عوارض داشته و در همین راستا در سازه دیگر این مدل به نام امیدها (ارزش)های پیامد به این مفهوم که ارزشی است که شخص بر پیامد احتمالی ناشی از انجام یک رفتار قایل می شود و با نشان دادن پیامدهای رفتارهای مراقبتی در تثبیت این رفتارها به عنوان یک ارزش برنامه ریزی می نماید. در سازه خود کارآمدی که یکی دیگر از سازه های مدل می باشد، هدف این است که شخص اعتقاد داشته باشد که می تواند کار خاصی را انجام دهد، به عبارتی خودکارآمدی به انتظار فرد از خودش و توان انجام کار اشاره دارد. از آنجایی که نکته قابل توجه تداوم رفتار است، به ویژه که در این طرح پیشگیرانه عادت، ممکن و محتمل است. بنابراین حل مساله در خودکنترلی نقش مهمی دارد که با توجه دادن به پی آمد کار و جلب تمایل آنها به سلامتی که رفتارهای پیشگیرانه چه منفی خواهد داشت و عوارض عدم رعایت این رفتار چیست، و از طرف دیگر عزت نفس بالا و انگیزه کافی که با سازه های دیگر کسب کرده اند قادر خواهند بود با خودکنترلی به عنوان یک فاکتور اساسی از عود بیماری و عوارض ناشی از آن پیشگیری کنند. بنابراین طی مراحل خود کارآمدی نظیر جزء جزء کردن وظیفه و ارایه فواید مراحل آن نیز می تواند احساس خودکارآمدی را افزون سازد. جلب توجه عامل توانمند شونده به پیامد انجام و یا عدم انجام رفتارهای پیشگیرانه سبب افزایش خودکنترلی می شود (۱۴). بنابراین در یک جمع بندی کلی آموزش خانواده بر تحکیم یادگیری و اجرای موفقیت آمیز رفتارهای پیشگیرانه در بیماران بسیار مؤثر است. از آنجایی که

است. بنابراین بیشترین امتیاز ۲۰ و کمترین صفر بود. این ابزار توسط طل و همکاران روایی و پایایی آن تایید شده است (۱۶). قسمت سوم پرسشنامه، سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی شامل دانش و درک موقعیت، انتظار پیامد، ارزشهای پیامد، احساس خودکارآمدی، محیط (موقعیت) که برای هر سازه (۵ سوال) با مقیاس درجه بندی لیکرت ۵ تایی (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) بود که به ترتیب از صفر تا ۴ به آن اختصاص داده شد و نمره بالاتر نشان دهنده دانش بیشتر است. بنابراین بیشترین امتیاز ۲۰ و کمترین صفر بود. همچنین سوالات مربوط به خود مدیریتی با مقیاس درجه بندی لیکرت ۵ تایی (هرگز تا همیشه) بود که به ترتیب نمرات از صفر تا ۴ داده شد و نمره بالاتر نشان دهنده خود مدیریتی بیشتر در فرد است. بنابراین بیشترین امتیاز ۲۰ و کمترین امتیاز صفر بود. سوالات مربوط به خودکنترلی با مقیاس درجه بندی لیکرت ۴ تایی (در مورد خانواده ام اصلاً صادق نیست تا خیلی در مورد خانواده ام صادق است) که به ترتیب نمرات از صفر تا ۳ داده می شود و نمره بالاتر نشان دهنده حس خودکنترلی بیشتر در فرد است. بنابراین بیشترین امتیاز ۱۵ و کمترین امتیاز صفر بود. سوالات مربوط به موانع درک شده با مقیاس درجه بندی لیکرت ۵ تایی (هرگز تا همیشه) که به ترتیب نمرات از صفر تا ۴ داده شد و نمره بالاتر نشان دهنده حمایت خانواده در رفع موانع موجود جهت کنترل بیماری است. بنابراین بیشترین امتیاز ۲۰ و کمترین امتیاز صفر بود.

به منظور تعیین روایی محتوی، پرسشنامه به ۱۰ نفر از اساتید آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران ارایه و در نهایت با توجه به نظرات و اعمال نظرات اصلاحی و پیشنهادی اساتید مذکور و با تایید اساتید راهنما و مشاور، اطلاعات جمع آوری شده در پرسشنامه مورد تکمیل و آماده استفاده در قرار گرفت. به منظور روایی صوری، پرسشنامه به تعدادی از بیماران برای استفاده از تجارب و نظرات مفید آنان و برطرف کردن سوء تفاهم‌ها احتمالی داده شد. برای تعیین اعتماد علمی در این پژوهش از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. میزان پایایی پرسشنامه مبتنی بر مدل ۰/۸۹ محاسبه شد. برای سازه دانش و درک موقعیت ۰/۸۹٪، سازه انتظار پیامد ۰/۹۶٪، سازه ارزش انتظار ۰/۹۳٪، سازه خود کارآمدی ۰/۸۵٪، سازه خود مدیریتی ۰/۸۷٪، سازه خودکنترلی ۰/۸۹٪، سازه محیط (موقعیت) ۰/۸۵٪ و سازه موانع درک شده ۰/۸۵٪ محاسبه شد.

پس از تجزیه و تحلیل آماری اولیه برای گروههای مداخله برنامه‌های آموزشی بر اساس تئوری شناختی اجتماعی برگزار گردید. برنامه ریزی آموزشی در این پژوهش (در گروه مداخله) برای خانواده‌های آنها انجام گردید، برنامه آموزشی به مدت هشت

بهداشت و درمان شهرستان سیاهکل با روش تخصیص تصادفی با استفاده از بلوک‌های چهارتایی تصادفی شده به دو گروه مداخله و مقایسه تقسیم شدند انجام گرفت. حجم نمونه بر این اساس انتخاب گردید که چه تعداد نمونه در هر گروه انتخاب شود تا اختلاف میانگین متغیر حمایت اجتماعی درک شده ایجاد شده در گروه مورد اندازه ۰/۸ در سطح معنی داری $\alpha = 0.05$ با توان آزمون ۰/۸ انجام داد ارتقاء یابد که در نتیجه ۱۶۰ نفر برای هر گروه ۸۰ نفر محاسبه گردید. معیارهای ورود به مطالعه، سالمند بودن (۶۰ سال به بالا)، تأیید بیماری دیابت، زندگی با حداقل یکی از بستگان (تنها نبودن)، نداشتن بیماری روانی شناخته شده، رضایت به انجام شرکت در مطالعه و داشتن دو جلسه غیبت از جلسه آموزشی معیار خروج از مطالعه بود. روش کار بدین صورت بود که به دلیل جلوگیری از آلودگی اطلاعات بین گروه مداخله و مقایسه، گروه مداخله از چند خانه بهداشت و گروه مقایسه از خانه بهداشت دیگر به طور تصادفی از بین سالمندان دیابتی انتخاب شد.

در ابتدای مطالعه، هدف از مطالعه برای تمامی افراد اعم از شاهد و آزمون به طور واضح توضیح داده شد. شرکت کنندگان در مطالعه برای شرکت، عدم شرکت و انصراف از مطالعه در هر زمانی که متمایل بودند، کاملاً آزاد بوده و به آنان اطمینان داده شد که عدم شرکت در آنان خللی در روند مراقبتی آنها نخواهد داشت. به شرکت کنندگان در مطالعه در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات شخصی آنان اطمینان داده شد. مطالعه حاضر با کد اخلاق به شماره ۹۳/ص/۱۳۰/۱۷۹۳ در پایگاه ثبت کارآزمایی بالینی به شماره IRCT20150121112460N4 ثبت شده است.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه ۳ قسمتی بود که براساس سوالات دموگرافیکی و مرتبط با سلامت و بیماری، حمایت اجتماعی درک شده و سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی (SCT) با توجه به منابع معتبر در زمینه دیابت طراحی گردید (۱۳). اطلاعات دموگرافیک، شامل ۱۶ سؤال در مورد مشخصات فردی (سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت شغل، وضعیت سکونت، قد، وزن، میزان شاخص اندازه گیری کنترل دیابت (HbA1c) (کمتر از ۷٪-۷ تا ۸٪ - بالای ۸٪)، مراقبت از بیماری، وضعیت اقتصادی، سابقه بیماری در خانواده) بود (۱۷-۱۸-۱۹). سوالات مربوط به حمایت اجتماعی از پرسشنامه Procidano و همکاران اقتباس شده است (۱۵) که شامل ۲۰ سؤال با پاسخ (بلی، خیر، نمی دانم) که روش نمره دهی به این صورت بود که به پاسخ بلی نمره ۱ و پاسخ خیر غلط نمره صفر تعلق می گیرد و به نمی دانم نمره ای تعلق نمی گیرد به طوری که بالاترین نمره نشان دهنده حمایت عاطفی بیشتر

یافته ها

دو گروه مداخله و مقایسه قبل از شروع مداخله از نظر متغیرهای دموگرافیک و مرتبط با سلامت و بیماری با هم مقایسه شدند که بر اساس آزمون کای دو تفاوت معنی داری بین آنها مشاهده نشد ($p < 0/05$). برای بررسی نرمال بودن توزیع امتیاز حمایت اجتماعی درک شده و همچنین سازه های تئوری شناختی اجتماعی از آزمون گلوبوگروف اسمیرنوف استفاده شد که نشان داد توزیع نرمال فوق در گروه مداخله و مقایسه نرمال نبوده لذا برای مقایسه آنها از آزمون ویلکاکسون استفاده شد. خصوصیات شرکت کنندگان در هر دو گروه در جدول شماره یک آمده است.

بر اساس آزمون تی زوجی در گروه مداخله اختلاف معنا داری در میانگین امتیاز حمایت اجتماعی در ک شده در قبل و بعد از مداخله مشاهده شد ($17/85 \pm 4/79$ به $19/12 \pm 3/04$)، ($p < 0/01$). ولی در گروه شاهد این اختلاف معنی دار نبود ($17/76 \pm 3/73$) به $17/62 \pm 3/62$) ($p = 0/28$). در خصوص سازه های تئوری شناختی اجتماعی، دانش و درک موقعیت، در گروه مداخله میانگین امتیاز قبل و بعد از مداخله باهم اختلاف معنی داری داشت ($13/43 \pm 4/63$) به $16/9 \pm 2/59$)، ($p < 0/01$). ولی در گروه شاهد این اختلاف معنی دار نبود ($14/38 \pm 2/94$ به $14/41 \pm 2/93$)، ($p < 0/05$). سایر سازه های این مدل مانند انتظار پیامد، ارزش پیامد، احساس خودکارآمدی، حس خود مدیریتی، حس خودکنترلی محیط و موانع درک شده در این پژوهش در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله با هم اختلاف معنی داری با هم داشتند ولی در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری مشاهده نشد (جدول ۲).

جلسه (هر جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه) هفته ای یک بار برگزار شد. شروع جلسات آموزشی به این صورت می باشد که در جلسه اول سخنرانی و پرسش و پاسخ در خصوص بیماری دیابت و شیوع آن در ایران و جهان مباحثی مطرح بود. در جلسه دوم در خصوص نحوه مراقبت و کنترل دیابت و لزوم حمایت خانواده صحبت شد. در جلسه سوم خصوص عوارض ناشی از عدم مراقبت از بیماری دیابت (عوارض حاد و مزمن) از قبیل بیماریهای قلبی عروقی، پای دیابتیک، آسیب چشم و ... مباحثی مطرح شد. در جلسه چهارم در خصوص تغذیه صحیح در بیماران دیابتی صحبت شد. در جلسات بعدی در خصوص نحوه مراقبت از پا و نقش ورزش و مصرف صحیح داروهای دیابتیک از جمله روش های مراقبت از پا در جهت پیشگیری از زخم پا، تغذیه صحیح و مصرف داروهای دیابتی و نقش ورزش مطالب لازم مورد بحث قرار گرفت. در همین راستا جزوات آموزشی در این خصوص مانند پمفلت و تراکت آموزشی بین اعضاء توزیع گردید. در فاصله ۶ ماهه مداخله با هماهنگی با بهورزان خانه های بهداشت پیگیری جهت آموزش خانواده ها به صورت تلفنی یا بررسی با روش چهره به چهره جهت پایداری آموزش و همچنین تأثیر بیشتر آموزش در مراقبت و کنترل بیماری از طرف خانواده ها انجام گرفت. در تمام جلسات آموزشی تلاش شد با توجه به محتوی آموزشی و ارتباط آن با سازه های تئوری شناختی اجتماعی به گونه ای ارتباط یابد که مفاهیم سازه های این تئوری را در بر گیرد و از طرف دیگر با توجه به هر سازه و اهداف آن، استراتژی مناسب آموزشی نظیر سخنرانی، حل مساله، پرسش و پاسخ و بارش افکار در مرحله دوم ۶ ماه بعد از مداخله آموزشی جهت تعیین تأثیر برنامه آموزشی و پایداری آموزش در گروه مداخله، تمامی پرسشنامه ها با دعوت بیماران به خانه های بهداشت و یا با حضور در درب منازل تکمیل گردید. در این مرحله نیز ریزش نمونه نداشتیم و تمامی پرسشنامه ها، سالم و قابل استفاده جمع آوری شدند. سپس داده های گردآوری شده با مرحله قبل از مداخله با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ و آزمون های (کلموگروف اسمیرنوف، ویلکاکسون و تی زوجی) مورد تجزیه و تحلیل و مقایسه قرار گرفتند. به منظور رعایت مسائل اخلاقی، آموزش به گروه مقایسه، پس از اتمام مرحله پس آزمون نهایی انجام شد. به منظور تعیین نرمال بودن داده ها از آزمون یک نمونه ای کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. در زمینه متغیرهای کیفی (تاهل، شغل، وضعیت اقتصادی، محل زندگی، سابقه ابتلا در خانواده) از آزمون کای دو و به منظور تعیین اثرات متغیر مستقل در قبل و بعد از مداخله از آزمون تی زوجی و ویلکاکسون استفاده شد.

جدول ۱: مقایسه توزیع واحدهای پژوهش از نظر متغیرهای دموگرافیک و مرتبط با سلامت و بیماری در دو گروه

| سطح معنا داری آزمون کای دو | گروه کنترل | | گروه مداخله | | گروه ها | |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------|---|--------------------------------|
| | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | متغیرها | |
| ۰/۱ | ۲۸/۸ ۷۱/۲ | ۲۳ ۵۷ | ۲۲/۵ ۷۷/۵ | ۱۸ ۶۲ | مرد زن | جنس |
| ۰/۶ | ۷۸/۸ ۲۰ ۱/۲ | ۶۳ ۱۶ ۱ | ۷۲/۵ ۲۶/۳ ۱/۲ | ۵۸ ۲۱ ۱ | بیسواد دیپلم زیردیپلم | وضعیت تحصیلات |
| ۰/۳ | ۹۸/۸ ۱/۲ | ۷۹ ۱ | ۹۶/۲ ۳/۸ | ۷۷ ۳ | متاهل مجرد | تاهل |
| ۰/۶ | ۶۸/۸ ۱۵ ۱۰ ۶/۲ | ۵۵ ۱۲ ۸ ۵ | ۷۱/۲ ۸/۸ ۱۱/۲ ۸/۸ | ۵۷ ۷ ۹ ۷ | خانه دار بیکار شاغل غیرکارمند بازنشسته | وضعیت شغلی |
| ۰/۶ | ۴۲/۵ ۲۷/۵ ۳۰ | ۳۴ ۲۲ ۲۴ | ۳۵ ۳۱/۲ ۳۳/۸ | ۲۸ ۲۵ ۲۷ | همسر فرزندان همسر و فرزندان | وضعیت زندگی با بستگان |
| ۰/۹ | ۲/۵ ۴۳/۸ ۳۵ ۱۸/۷ | ۲ ۳۵ ۲۸ ۱۵ | ۳/۸ ۴۲/۵ ۳۲/۵ ۲۱/۲ | ۳ ۳۴ ۲۶ ۱۷ | کمتر از ۱۹ ۲۵-۱۹ ۳۰-۲۵ بیشتر از ۳۰ | BMI (شاخص توده بدنی) |
| ۰/۶ | ۳۸/۸ ۳۱/۲ ۱۰ ۱۶/۲ ۳/۸ | ۳۱ ۲۸ ۸ ۱۳ ۳ | ۴۳/۸ ۳۶/۲ ۸/۸ ۸/۸ ۲/۵ | ۳۵ ۲۹ ۷ ۷ ۲ | ۵-۱ ۱۰-۶ ۱۵-۱۱ ۲۰-۱۶ ۲۵-۲۱ | مدت ابتلا به دیابت (سال) |
| ۰/۰۸ | ۷۷/۵ ۱۷/۵ ۵ | ۶۲ ۱۴ ۴ | ۶۵ ۲۵ ۱۰ | ۵۲ ۲۰ ۸ | زیر ۷٪ ۵/۸-۷ بیشتر از ۵/۸ | HBA1c (شاخص کنترل دیابت) |
| ۰/۱۸ | ۷۲/۵ ۲۷/۵ | ۵۸ ۲۲ | ۸۱/۲ ۱۸/۸ | ۶۵ ۱۵ | بله خیر | مراجعه به پزشک |
| ۰/۱ | ۹۰ ۳/۸ ۶/۲ | ۷۲ ۳ ۵ | ۹۷/۵ ۱/۳ ۱/۲ | ۷۸ ۱ ۱ | داروهای خوراکی انسولین هر دو | درمان |
| ۰/۰۸ | ۱۸/۸ ۶۸/۸ ۱۲/۵ | ۱۵ ۵۵ ۱۰ | ۱۷/۵ ۵۶/۲ ۲۶/۳ | ۱۴ ۴۵ ۲۱ | کاملا کفاف زندگی را می دهد تا حدودی کفاف زندگی را می دهد اصلا کفاف زندگی را نمی دهد | وضعیت اقتصادی |
| ۰/۷ | ۱۲/۵ ۴۳/۸ ۵۶/۲ | ۱۰ ۳۵ ۴۵ | ۲۶/۳ ۴۶/۲ ۵۳/۲ | ۳۷ ۴۳ | بله خیر | سابقه بیماری در خانواده |

جدول ۲: مقایسه نمرات حمایت اجتماعی درک شده و سازه های تئوری شناختی اجتماعی (SCT) در دو گروه مداخله و مقایسه

| متغیر | شاخص های مورد نظر | گروه مداخله | | | | گروه مقایسه | | | | |
|-----------------------|-------------------|-------------|--------------|---------|--------------|-------------|--------------|---------|--------------|------------|
| | | قبل | | بعد | | قبل | | بعد | | |
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| حمایت اجتماعی درک شده | ۱۷/۸۵ | ۴/۷۹ | ۱۹/۲ | ۳/۰۴ | ۱۷/۷۶ | ۳/۷۳ | ۱۷/۶۱ | ۳/۶۲ | ۰/۲۸ | $p < .001$ |
| دانش و درک موقعیت | ۱۳/۴۳ | ۴/۶۳ | ۱۶/۹ | ۲/۵۹ | ۱۴/۳۸ | ۲/۹۴ | ۱۴/۴۱ | ۲/۹۳ | ۰/۱۵ | $p < .001$ |
| انتظار پیامد | ۱۴/۳۳ | ۴/۴۷ | ۱۶/۶۵ | ۲/۶۹ | ۱۴/۹۴ | ۲/۸۰ | ۱۴/۹۷ | ۲/۷۹ | ۰/۳۱ | $p < .001$ |
| ارزش پیامد | ۱۳/۷ | ۴/۶۸ | ۱۶/۸۷ | ۲/۵۶ | ۱۴/۳۱ | ۳/۴۱ | ۱۴/۳۸ | ۳/۳۸ | ۰/۰۶ | $p < .001$ |
| خودکارآمدی | ۱۲/۰۸ | ۳/۷۶ | ۱۴/۲۳ | ۲/۳۱ | ۱۲/۶۸ | ۳/۲۸ | ۱۲/۷۱ | ۳/۲۶ | ۰/۴۱ | $p < .001$ |
| خودکنترلی | ۹/۲۵ | ۳/۵۲ | ۱۱/۳۸ | ۲/۲۴ | ۱۰/۵۵ | ۲/۷۶ | ۱۰/۶۳ | ۲/۶۷ | ۰/۴۶ | $p < .001$ |
| خودمدیریتی | ۱۰/۷۵ | ۵/۲۴ | ۱۴/۱ | ۳/۶۸ | ۱۱/۳۶ | ۴/۵۴ | ۱۱/۳۶ | ۴/۴۵ | ۰/۴۱ | $p < .001$ |
| محیط (موقعیت) | ۹/۷ | ۳/۶۹ | ۱۱/۹۱ | ۲/۵۱ | ۱۰/۱۵ | ۳/۶۰ | ۱۰/۲۳ | ۳/۵۸ | ۰/۷ | $p < .001$ |
| موانع درک شده | ۱۱/۵۷ | ۴/۷۲ | ۱۳/۶۶ | ۴/۷۸ | ۱۱/۴۵ | ۴/۱۱ | ۱۱/۵۲ | ۴/۱۳ | ۰/۴ | $p < .001$ |

مراقبتی بسیار مناسب بود.

مطالعه ای که توسط Madden (۲۰۱۱) با هدف تعیین عوامل موثر بر موفقیت خود مدیریتی و کنترل بیماری دیابت انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد بیمارانی که کنترل بیشتری بر بیماری خود داشتند، ارتباط بهتری با دوستان و خانواده خود برقرار می نمودند که این امر می تواند ناشی از حمایت اجتماعی درک شده از نوع عاطفی باشد (۱۹).

مطالعه ای توسط نیکلت و همکاران (۲۰۰۹) با هدف تعیین تاثیر حمایت بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران انجام شد. نتایج نشان داد حمایت اجتماعی با تبعیت از رژیم درمانی دیابت ارتباط بسیار قوی دارد و در ارتقاء سلامت افراد دیابتی نقش تعیین کننده ای ایفا می نماید (۲۰).

مطالعه ای وانگ و همکاران با هدف تعیین تاثیر خانواده و دوستان در خود مراقبتی در افراد مبتلا به دیابت ۲ انجام گرفت. نتایج نشان داد که حمایت رفتارهای مراقبت از خود از طرف خانواده و دوستان در خود مراقبتی و دارودرمانی و تبعیت از آن بسیار بالاتر از بیمارانی است که هیچ حمایتی از خانواده و دوستان برخوردار بودند (۲۱) که این نتایج با نتایج مطالعه حاضر در یک راستا می باشد.

نتایج مطالعه طل و همکاران که در زمینه ارتباط حمایت اجتماعی درک شده در بیماران دیابتی نوع یک و دو نشان داد که بیماران دیابتی نوع ۲ از خانواده حمایت درک می نمایند (۲۲، ۱۶) و بیماران دیابتی نوع ۲ تاثیر همسالان اثر بخش تر بوده است (۲۳).

نتایج این مطالعه با مطالعه ای که توسط گلاسکو و همکاران در خصوص یادگیری اجتماعی و نقش آن در رفتارهای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام گرفت همخوانی داشت. نتایج مطالعه نشان داد نقش رفتارهای خانواده و حمایت آنها برای

بحث

در این مطالعه حمایت اجتماعی درک شده بیماران دیابتی سالمند در گروه مداخله بعد از اجرای مداخله آموزشی نسبت به گروه شاهد در وضعیت مطلوبتری قرار گرفت.

مطالعه حیدری و همکاران (۱۳۸۸) در خصوص تاثیر ارتباط حمایت خانواده و کنترل قند خون در سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲، انجام شد. یافته های حاصل از این بررسی همبستگی معکوس معنی داری را بین حمایت خانواده و HbA_{1c} نشان داد. همچنین یافته ها نشاندهنده وجود ارتباط معنی دار بین حمایت خانواده و متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل، بعد خانوار و نوع ساختار خانواده بود. نتایج تاکید مجددی بر نقش حمایت خانواده در بهبود سطح سلامت سالمندان بود (۱۷) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. همچنین مطالعه ای توسط Mayberry و همکاران توسط انجمن دیابت آمریکا (۲۰۱۲) با هدف تعیین ارتباط بین حمایت خانواده با کنترل قند خون و پایبندی به دارو در بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام گردید. نتایج مطالعه نشان داد که حمایت درک شده در مورد خانواده های که آگاهی و دانش و اطلاعات در مورد دیابت داشتند در مقایسه با خانواده هایی که رفتارهای حمایتی بیشتری انجام می دادند بالاتر بود اما ارتباطی با خانواده هایی که رفتارهای غیر حمایتی داشتند به اثبات نرسید. بیمارانی که کمتر پایبندی به درمان و کنترل ضعیف قند خون داشتند، رفتارهای غیر حمایتی خانواده بیشتری گزارش شده بود (۱۸). نتایج پژوهشگر در خصوص تاثیر آموزش خانواده محور با استفاده از تئوری شناختی اجتماعی نشان داد که تاثیر آموزش خانواده ها با ارتقاء سطح آگاهی و حمایت آنها از بیماران در ایجاد حس خودکارآمدی و خودمدیریتی و همچنین برنامه ریزی در جهت خودکنترلی و خود مراقبتی و رفع موانع خود

به طور کلی نتایج این تحقیق حاکی از آن است که بیماران سالمند مبتلا به دیابت به دلیل ماهیت بیماری و همچنین مشکلات رایج در دوران سالمندی از قبیل مشکلات فیزیولوژی و جسمی محدودیتهای مختلفی در زمینه مراقبتی دارند که با استفاده از آموزش و توانمند سازی خانواده تا حدودی مراقبت از بیماری را ارتقاء بخشید؛ خانواده بیمار می تواند با تشریح مساعی در وظایف بیمار دیابتی در رعایت سبک زندگی سالم، کاهش کشمکش ها و تعارضات خانوادگی و بهبود شبکه های اجتماعی در دیابت به ایفای نقش بپردازد. این مداخله به اتخاذ رفتارهای خود مدیریتی منجر می شود.

با توجه به نتایج این مطالعه که تأثیر آموزش خانواده محور بر حمایت درک شده بیماران دیابتی سالمند را سنجید، این برنامه می تواند در بهبود روند مراقبت بیماران و پیشگیری از عوارض ناشی از بیماری دیابت با ایجاد حس خودمراقبتی موثر واقع شود. نتایج این مطالعه پیشنهاد میکند که به کارگیری این الگو در بهره گیری از حمایت خانواده بتواند در پیشگیری و مراقبت شرایطی که درمان و کنترل عوارض طولانی مدت دارند مانند سایر بیماریهای مزمن و حتی مسری نظیر بیماری سل که بیمار نیاز به حمایت خانواده در مصرف دارو و رفتارهای پیشگیرانه دارد نتایج مثبتی داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله گزارش بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت دوره شبانه و طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران (کد ۲۷۴۸۶) می باشد. از معاونت پژوهشی و معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به دلیل حمایت های مالی و از بیماران عزیزی در این مطالعه شرکت نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی می شود. همچنین از تمامی پرسنل شبکه بهداشت و درمان شهرستان سیاهکل که پژوهشگر را در تمامی مراحل یاری نمودند، صمیمانه قدردانی می گردد.

انجام رفتارهای خود مراقبتی در بیماران باعث سازگاری بهتری در آنها به پایداری جهت مراقبت از بیماری شده و اقداماتی نظیر مدیریت استرس و محیطهای اجتماعی نیز در بهبود این امر مؤثر است (۲۴). همچنین مطالعه Skinner و همکاران نشان داد که حمایت اجتماعی درک شده از خانواده به عنوان یک عامل پیشگویی کننده در بهبود رفاه بیماران می باشد. با توجه به نتایج مطالعه آنان، حمایت اجتماعی به طور کلی باعث بهبود باورهای بیماران در راستای کنترل دیابت می شود و موجب اتخاذ رفتارهای خود مدیریتی دیابت می گردد (۲۵). مطالعات نشان می دهد که حمایت عاطفی با به کار گیری برنامه غذایی سالم و انجام فعالیت بدنی در نژاد آمریکایی -آفریقایی مبتلا به دیابت نوع ۲ بسیار مؤثر بوده است که این امر به نوبه خود تأثیر بر کنترل و مراقبت از دیابت را نشان می دهد (۲۶). مطالعه ای کارن و همکاران (۲۰۱۱) با هدف تعیین تأثیر مداخله روانشناسی خانواده محور بر بهبود کنترل بیماری دیابت در بیمارانی که مراقبت ضعیفی روی بیماری خود داشته اند انجام گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که ارتباط معنی داری بین حمایت خانواده و بهبود سطح مراقبت از دیابت از قبیل رژیم غذایی، فعالیت بدنی وجود داشت (۲۷).

از نقاط قوت این مطالعه تئوری محور بودن آن و به کار گیری مدلی که فرآیند شناخت و تفکر را در افراد مد نظر دارد و تمرکز مداخله این مطالعه بر خانواده سالمندان دیابتی بود. به طوری که بتوان از حمایت های عاطفی و اجتماعی خانواده در کنترل بیماری و عوارض آن در سالمندان پیشگیری نمود. با توجه به اینکه با افزایش سن و ورود به دوره سالمندی نیاز افراد به کسب حمایت از محیط و به ویژه خانواده با در نظر گرفتن فرهنگ ایرانی اسلامی و تأکید توجه به والدین بیشتر می شود، این مطالعه توانست تغییر نگرشی در خانواده سالمندان دیابتی ایجاد نماید که با مشارکت سالمندان در فرآیند کنترل بیماری دیابت مشارکت داشته باشند.

از محدودیتهای پژوهش حاضر عدم آمادگی آنها جهت تکمیل پرسشنامه به علت سالمند بودن بود که خوشبختانه با حمایت پرسنل (بهورزان) خانه های بهداشت و حضور در درب منازل این امر مرتفع گردید.

نتیجه گیری

با توجه به اینکه مفاهیمی چون دریافت حمایت اجتماعی از طرف خانواده نقش کمکی و غیر مستقیم در کنترل دیابت ایفا می نماید موجب افزایش عزت نفس و خودکارآمدی منجر می شود.

References

- 1- Alavi Nia M, Ghotbi M, Mahdavi- Hezaveh A, Kermanchy J, Nasli- Esfahani E, Yarahmadi SH, The National Program to Prevent and control type 2 Diabetes, Implemented in Urban areas, Spring 2012; publisher sepid barg ;page 22-29.
- 2- Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K. Textbook of Medical- Surgical Nursing, Brunner& Suddarth's. Wolters kluwer, Lippincott, Williams& Wilkins 2007. 11nd ed. Vol 2
- 3- Momeni KH , Karimi H. Comparison of mental health between elderly admitted in sanitarium with elderly in sited in personal home. Behbood Journal 2011; 14(4): 328-335.
- 4- Niles-Yokum K, Wagner DL. The Aging Networks: A Guide to Programs and Services. Springer, 8th Edition, 2014.
- 5- Park M, Chesla CK. Understanding complexity of Asian American family care practices. Arch Psychiatr Nurs. 2010;24(3): 189-201.

- 6- Bland R, Darlington Y. The nature and sources of hope: perspectives of family caregivers of people with serious mental illness. Perspect Psychiatr Care. 2002; 38(2): 61-68.

- 7- Glasgow RE, Osteen VI. Evaluating diabetes education. Are we measuring the most important outcome? Diabetes Care 1992; 15(10): 1423-1432.
- 8- Khani Jeehooni A, Kashfi M , Hazavehei MM, Effects of the BASNEF Model-Based Educational Programs on Blood Sugar Control, (Type 2 Diabetes) Journal health Education & health promotion. 2013; 10 (1) : 65-75.

- 9- Sarafin , Edward. Health Psychology, Third Edition, New York, John Wiley& Sons. 1998
- 10- Van der Does FE, De Neeling JN, Snoek FJ, Kostense PJ, Grootenhuis PA, Bouter LM, Heine RJ. Symptoms and well-being in relation to glycemic control in type II diabetes. Diabetes Care. 1996 ;19(3):204-10.
- 11- Fisher L, Chesla CA, Bartz RJ, Gilliss C, Skaff MA, Sabogal F, Kanter RA, Lutz CP: The family and type 2 diabetes: a framework for intervention. Diabetes Educ 1998;24(5):599-607.
- 12- Oregon Department Of Education (ODOE). Students With Special Health Care (DIABETES) .2004; Available from: Diabetes .Org. Accessed April 3, 2007.
- 13- Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, Heydarnia A, Pakpour A, theories models and methods of health education and health promotion , Tehran, Pubhication Sobhan 2013 : 112-101.
- 14- Alhani F ,Niknami S, Kimiagar S , Kazeminejad A ,Hidarnia A. Designing family-centered empowerment model and measuring the effect on the prevention of iron deficiency in adolescent girls. pajohandeh 2003;8(4):283-289.(Persian)
- 15- Procidano ME, Heller K. Measures of Perceived Social Support from Friends and From

- Family: Three Validation Studies. *American Journal of Community Psychology* 1983; 11(1): 1-24.
- 16- Tol A, Baghbanian A, Rahimi A, Shojaeizadeh D, Mohebbi B, Majlessi F. The Relationship between perceived social support from family and diabetes control among patients with diabetes type 1 and type 2. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders* 2011; 10(1):21-31.
- 17- Heydari SH, Nouri Tajer M, Hosseini F, Inanlou M, Golgiri F, Shirazi F. Geriatric Family Support and Diabetic Type -2 Glycemic Control. *Journal Salmand* 2008;3(8):573-580. (Persian)
- 18- Lindsay S, Mayberry, MS, Chandra Y, Osborn. Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control among Adults with Type 2 Diabetes. 2012 ;35(6):1239-45.
- 19- Hanahan Madden M, Tomsik P, Terchek J, Navracruz L, Reichsman A, Clemons Clark T et al. Keys to Successful Diabetes Self-management for Uninsured Patients: Social Support, Observation Learning, and Turning Points: A Safety Net Providers' Strategic Alliance Study. *Journal of the National Medical Association* 2011; 103(3):257-264.
- 20- Nicklett E, Liang J. Diabetes-Related Support, Regimen Adherence, and Health Decline Among Older Adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 2009;65B(3),390-399.
- 21-Wang CY, and Fenske MM. Self-care of adults with non-insulin dependent diabetes mellitus: influence of family and friends. *Diabetes Educator* 1996; 22(5): 465- 470.
- 22-Tol A, Majlessi F, Rahimi foroshani A, Shojaeizadeh D, Mohebbi B. The Relation between Perceived Social Support And Related Factors with Glycemic Control among Type 2 Diabetic Patients. 2012;8(4): 695-705.
- 23-Tol A, Majlessi F, Rahimi A, Shojaeizadeh D, Mohebbi B. Determinate relation between perceived social support and relevant factors with HbA1c in type 2 diabetic patients. *Hospital* 2011;10(4):53-60.
24. Glasgow RE, Toobert DJ, Riddle M, Donnelly J, Mitchell DL, Calder D. Diabetes-specific social learning variables and self-care behaviors among persons with type II diabetes. *Health Psychol.* 1989;8(3):285-303.
- 25- Skinner TC, John M, Hampson SE. Social support and personal models of diabetes as predictors of self-care and wellbeing: A longitudinal study of adolescents with diabetes. *Journal of Pediatric psychology* 2000;25(5):257-267.
- 26-Tang Ts, Brown MB, Funnell MM, Anderson RM. Social support, Quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educators* 2008;266-276.
- 27- Keogh KM, Smith SM, White P, McGilloway S, Kelly A, Gibney J, O'Dowd T. Psychological Family Intervention for Poorly Controlled Type 2 Diabetes. *Am J Manag Care.* 2011;17(2):105-113.