

بررسی عوامل موثر بر ارتباط بین پزشک و بیمار و تاثیر آن بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی مراجعه کننده به خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان آبیک

محمدعلی بیگدلی: دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. ma.bigdelli@yahoo.com
*** سید سعید هاشمی نظری:** استادیار اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات ارتقا ایمنی و پیشگیری از مصدومیت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). Saeedh_1999@yahoo.com
سهیلا خداکریم: استادیار آمار زیستی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. lkhodakarim@gmail.com
هادی مافی: مدیر آزمایشگاه بیمارستان ولیعصر (عج)، شهرستان آبیک، قزوین ایران. info@valiyeasrlab.com
حمید پرودتی: پزشک عمومی و مدیریت عالی بهداشت، مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان آبیک، قزوین ایران. hamid_broodati@yahoo.com
مریم موسوی: کارشناس مامایی مرکز بهداشت شهرستان آبیک، قزوین، ایران. parham00033@gmail.com
مریم مرادی: کارشناس مامایی مرکز بهداشت شهرستان آبیک، قزوین، ایران. zeinali.tibc@gmail.com
نسترن نصراللهی: کارشناس مامایی مرکز بهداشت شهرستان آبیک، قزوین، ایران. nastaran.nasrollahi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۲۵

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: دیابت شایع ترین بیماری متابولیک در دنیا است. مهم ترین عامل کنترل این بیماری رفتارهای خودمراقبتی است. اگر بین بیمار و افراد ارائه دهنده خدمات به بیماران تعامل وجود داشته باشد در نهایت به کنترل بهتر بیماری دیابت کمک می نماید. هدف از اجرای این تحقیق بررسی ارتباط پزشک و بیمار بر رفتارهای خودمراقبتی می باشد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع مقطعی تحلیلی می باشد. ۵۰۰ بیمار دیابتی از بین ۷۵۲ بیمار با استفاده از نمونه گیری تصادفی طبقه بندی شده انتخاب شدند. ابزار گردآوری، پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک، خودمراقبتی، سلامت بیمار و ارتباط بین پزشک و بیمار می باشد. از جداول فراوانی، آزمون های کای اسکوتر، تی مستقل و ANOVA جهت بررسی رابطه بین مشخصات دموگرافیک و خودمراقبتی استفاده شد. رگرسیون خطی چندگانه نیز برای پیش گویی عوامل موثر بر خودمراقبتی مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها: ارتباط پزشک و بیمار با سن، وجود عارضه دیابت و وجود علائم افسردگی ارتباط معنی دار داشت. ارتباط بین پزشک و بیمار پس از طول مدت ابتلا به دیابت قوی ترین عامل پیش گویی کننده در رفتار خودمراقبتی بود.

نتیجه گیری: ارتباط پزشک و بیمار توانست رفتارهای خودمراقبتی را در بیماران دیابت نوع ۲ پیشگویی نماید. عاملی که در ارتباط پزشک و بیمار تأثیرگذار بوده عدم دسترسی بیماران به پزشک متخصص می باشد. لذا پیشنهاد می شود مطالعه مشابهی در مناطق شهری انجام و ارتباط پزشک و بیمار و تأثیر آن بر رفتارهای خودمراقبتی مورد بررسی قرار گیرد.

کلیدواژه ها: دیابت نوع دوم، خودمراقبتی، ارتباط بین پزشک و بیمار

مقدمه

با افزایش امید به زندگی و تغییر در شیوه زندگی، الگوی بیماری ها به سمت بیماری های مزمن تغییر یافته است (۱). دیابت یک بیماری مزمن غده درون ریز می باشد که ویژگی آن سوء عملکرد در سوخت و ساز گلوکز، ناشی از اشکالاتی در تولید یا بهره گیری از هورمون انسولین است (۲). دیابت شایع ترین بیماری متابولیک در دنیا است (۳). تعداد افراد دیابتی به دلیل رشد و پیر شدن جمعیت کشورها، شهرنشینی، صنعتی شدن،

افزایش شیوع چاقی و بی تحرکی جسمانی به سرعت در حال افزایش است (۴). تا پایان سال ۲۰۱۳، ۳۸۲ میلیون نفر مبتلا به دیابت برآورد شده که این رقم تا سال ۲۰۳۵ به ۵۹۲ میلیون نفر خواهد رسید. در سال ۲۰۱۳، در حدود ۵/۱ میلیون مرگ به دلیل دیابت رخ داده است (۵). در حال حاضر دیابت در بیشتر کشورها به صورت اپیدمی در آمده است (۱). شیوع دیابت در کشور نیز در حدود ۱۰ درصد گزارش شده است (۶). دیابت از علل مهم ابتلا و مرگ زودرس در اغلب

برخی بررسی‌های انجام شده میزان پیروی نکردن از دستورات درمانی در دیابتی‌ها ۲۳٪ تا ۹۳٪ و در برخی از آن‌ها در یک‌سوم تا سه‌چهارم افراد مبتلا گزارش شده است (۱۴). دیابت بیماری مزمنی است که نیازهای فراوانی به همراه دارد که این نیازها نه تنها بالینی و درمانی هستند بلکه روانی و رفتاری نیز هستند. مواجهه روزانه با چالش‌های خودمراقبتی برای سالیان متمادی بر رفاه بیماران اثرگذار است و می‌تواند یکسری از علائم روانی و حتی "فرسودگی دیابت" را ایجاد کند (۸). اساساً "ارتباط پزشک با بیمار زمانی شکل می‌گیرد که بیمار آگاهانه خواستار خدمات پزشک باشد و پزشک نیز آگاهانه او را به‌عنوان یک بیمار بپذیرد (۱۵). مطالعه Ross در مورد ارتباط بیمار-پزشک و نتیجه آن در پیامدهای بیماری دیابت نشان داد که ارتباط نامطلوب در درمان غیرموثر انسولین دارای اهمیت است. برعکس بهبود ارتباط بین بیماران و مراقبین در بهبود شاخص کنترل دیابت مؤثر است (۱۶). علیرغم این حقیقت که انجام رفتارهای خودمراقبتی شانس بروز عوارض بیماری دیابت را به مقدار قابل توجهی کاهش می‌دهد اما یافته‌های مطالعات نشان می‌دهد که تمکین به رفتارهای خودمراقبتی در حد پایینی است. در یک مطالعه انجام شده در هند گزارش داد که میزان رعایت دستورات دارویی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم فقط ۳۰ درصد بود و در بین بیمارانی که به گروه‌های اقتصادی اجتماعی پایین‌تر تعلق داشتند بالا بود (۱۷). در یک مرور سیستماتیک انجام شده در خصوص موانع رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابت هم به نقش عوامل مربوط به بیماران (تمکین به درمان، نگرش‌ها، باورها، دانش دیابتی، فرهنگ، سواد بهداشتی، منابع مالی، بیماری‌های همزمان و حمایت اجتماعی) و هم نقش عوامل مربوط به پزشکان (نگرش‌ها، باورها، اطلاعات کافی در خصوص بیماری دیابت و برقراری ارتباط مؤثر) اشاره شده بود (۱۷). با توجه به اینکه یکی از عوامل تأثیرگذار در رفتارهای خودمراقبتی ارتباط پزشک و بیمار می‌باشد و با توجه به اینکه این مسئله کمتر مورد بررسی قرار گرفته لذا هدف از اجرای این مطالعه

کشورها به‌واسطه ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی می‌باشد (۷). با توجه به شیوع روزافزون این بیماری و هزینه‌های مربوط به آن، کنترل بیماری ضروری است (۸). پیشرفت عوارض و هزینه‌های بالا در این بیماران، عمدتاً ناشی از کنترل نامناسب قند خون می‌باشد (۹). مهم‌ترین عامل کنترل این بیماری مزمن، رفتارهای خودمراقبتی است. منظور از خودمراقبتی، تزریق صحیح و به‌موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت‌های ورزشی منظم، شناسایی علائم افزایش قند خون، مصرف منظم داروها، مراقبت از پاها و افزایش کیفیت زندگی است (۱۰). کنترل موفقیت‌آمیز دیابت به‌طور عمده‌ای به خودمراقبتی بیماران وابسته است. طبق بررسی‌های موجود مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز مرگ و میر بیماران دیابتی و ابتلا به عوارض دیابت، عدم انجام رفتارهای خودمراقبتی می‌باشد. با پیگیری مداوم خودمراقبتی می‌توان از عوارض حاد و مزمن بیماری جلوگیری نمود یا بروز آن را به تعویق انداخت. به‌علاوه خودمراقبتی در کاهش هزینه‌ها مؤثر است و در نهایت موجب ارتقای کیفیت زندگی بیماران دیابتی می‌گردد (۱۱). خودمراقبتی بیماری دیابت رفتار پیچیده و پرزحمتی است که اغلب مستلزم تغییرات اساسی در شیوه زندگی بوده و فاکتورهای متعددی آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸). نود و پنج درصد از مدیریت و کنترل دیابت بر عهده خود بیمار است. مطالعات به اهمیت رسیدن به سطح مطلوب کنترل قند خون از طریق رعایت دقیق دستورات دارویی، تغذیه‌ای و انجام فعالیت بدنی در به حداقل رساندن عوارض وخیم و مزمن دیابت تأکید دارند. به‌طور فزاینده‌ای این نکته مورد تأیید قرار گرفته که اگر بین بیمار و افراد ارائه‌دهنده خدمات به بیماران تعامل وجود داشته باشد ممکن است به ارتقاء تمکین دستورات پزشک و در نهایت به کنترل بهتر بیماری دیابت کمک می‌نماید (۱۲). تبعیت از رژیم‌درمانی و تغییرات سبک زندگی توسط افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ یکی از عوامل مهم در حصول به کنترل متابولیک مطلوب می‌باشد (۱۳). یکی از مشکلات عمده در کنترل مطلوب این بیماری، عدم پیروی از درمان و رژیم‌های درمانی است به‌گونه‌ای که در

تکمیل پرسشنامه‌ها وارد نرم‌افزار SPSS 16 گردید. از جداول فراوانی، آزمون‌های χ^2 ، تی مستقل و ANOVA یک‌طرفه جهت بررسی رابطه بین مشخصات دموگرافیک و خودمراقبتی استفاده شد. آزمون‌های همبستگی پیرسون برای همبستگی بین متغیرهای تحقیق و رگرسیون چندگانه برای پیش‌گویی عوامل مؤثر بر خودمراقبتی مورد استفاده قرار گرفت. متغیرها با مقدار معنی‌داری کمتر از ۰/۲ در آنالیزهای تک متغیره به‌عنوان متغیرهای پیشگو در رگرسیون خطی چندگانه وارد شدند. سطح معنی‌داری در این پژوهش کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در خصوص پرسشنامه‌های خودمراقبتی، ارتباط پزشک و بیمار و افسردگی که نیازمند نمره کل یا میانگین می‌باشد برای سؤالات گم شده (Missing value) در مورد سؤالات با پاسخ کمی میانگین کل آن سؤال و در مورد سؤالات با پاسخ کیفی گزینه با بیشترین فراوانی (Mode) در آن سؤال برای پاسخ سؤالات گم شده استفاده شده است.

روش و ابزار گردآوری اطلاعات: ابزار جمع‌آوری اطلاعات در تحقیق ۶۰ سؤال شامل پرسشنامه‌های دموگرافیک، خودمراقبتی، ارتباط پزشک و بیمار و افسردگی می‌باشد.

۱ - پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: با مطالعه پیشینه پژوهش توسط محقق طراحی شده که دربرگیرنده ۳۰ سؤال شامل متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، تحصیلات، درآمد خانوار، وضعیت بیمه، سابقه بیماری‌های همزمان، تعداد ویزیت سالیانه توسط پزشک و بهورز، نمایه توده بدنی (BMI)، دور کمر به باسن، متغیر تحصیلات هم به‌صورت کیفی و هم به‌صورت کمی (تعداد سال‌های تحصیل) تعریف گردید.

۲ - پرسشنامه خودمراقبتی (Summary of Diabetes Selfcare Activities): سازه رفتارهای خودمراقبتی با استفاده از مقیاس خودمراقبتی دیابت توبرت و گلاسکو (Tobert & Glasgow) فراهم گردید. این سؤالات به افراد مورد مطالعه اجازه می‌دهد که کیفیت فعالیت‌های خودمراقبتی مربوط به بیماری دیابت را در ۷ روز گذشته گزارش کنند. داشتن رژیم غذایی سالم، تزریق

بررسی ارتباط بین پزشک و بیمار و تأثیر آن بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابت نوع دوم شهرستان آبیک است.

روش کار

مطالعه حاضر که در مرکز بهداشت شهرستان آبیک انجام شده است از نوع مقطعی و جامعه‌ی آماری کلیه بیماران دیابتی نوع دوم است که جهت مراقبت به خانه‌های بهداشت مراجعه می‌کنند. معیارهای ورود عبارت‌اند از: عدم ابتلا به دیابت نوع اول، گذشت حداقل یک سال از زمان تشخیص، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در تحقیق، عدم از کارافتادگی، پیری و عدم ابتلا به عوارض پیشرفته به دلیل ناتوانی در انجام رفتارهای مراقبت از خود و همچنین اینکه بیمار یا اطرافیان آن‌ها قادر به خواندن و نوشتن باشند. همچنین بیماران با دیابت بارداری، بستری بودن طی زمان پژوهش و عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله، از مطالعه خارج می‌شدند. حجم نمونه حجم نمونه انتخابی در این مطالعه ۵۰۰ بیمار از ۷۵۲ بیمار تحت پوشش خانه‌های بهداشت بود. تعداد بیماران انتخابی زن و مرد از هر خانه بهداشت متناسب با تعداد و جنسیت بیماران مراجعه‌کننده به هر خانه بهداشت مشخص گردید. در هر خانه تعداد مشخص شده به‌صورت کاملاً تصادفی و بر اساس لیست بیماران انتخاب شدند. قبل از انجام مطالعه، کلیه اصول اخلاقی اعم از اخذ مجوز و موافقت کتبی از مدیریت شبکه بهداشت و درمان شهرستان آبیک، اخذ رضایت و تشریح و تفهیم مطالعه به بیماران انجام و به آنان این اطمینان داده شد که اطلاعات پرسشنامه صرفاً جهت انجام مطالعه تحقیقاتی است و به‌صورت محرمانه نزد محقق نگهداری خواهد شد. با برگزاری یک جلسه آموزشی، نحوه تکمیل نمودن پرسشنامه‌ها به بهورزان خانه‌های بهداشت آموزش داده شد. تعدادی از سؤالات دموگرافیک پرسشنامه با مراجعه به پرونده بیماران تکمیل و سایر سؤالات نیز توسط خود بیمار یا اعضاء خانواده و یا توسط بهورزان پرسیده و تکمیل شد. جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها: اطلاعات پس از

همکاران آلفا کرونباخ این ابزار ۰/۸۹، حساسیت و ویژگی نیز ۸۸ درصد به دست آمد. در پژوهش رحیمیان و مهاجری تهرانی آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد (۱۹).

یافته‌ها

از ۵۰۰ بیمار انتخاب شده ۴۶۴ نفر (با میزان پاسخگویی ۰/۹۲۸) در مطالعه شرکت نمودند. بر اساس اطلاعات جدول شماره ۱، میانگین و انحراف معیار سن بیماران $۵۹/۷۸ \pm ۱۱/۶۷$ و بیشترین فراوانی بیماران مربوط به گروه سنی (۵۰ تا ۶۹) سال با ۵۹/۷ درصد بود. میانگین طول مدت ابتلا به دیابت: $۶/۸۷ \pm ۵/۰۹$ بود. ۴۳/۱ درصد از بیماران زیر ۵ سال و ۲۴/۴ درصد نیز بالای ۱۰ سال سابقه ابتلا به دیابت داشتند. ۸۲/۵ درصد از بیماران رژیم‌درمانی آنان قرص، ۱۰/۶ درصد انسولین و ۴/۳ درصد نیز درمان آنان فقط رعایت رژیم غذایی بود. ۸۹/۷ درصد نیز نسبت دور کمر به باسن (Waist to hip ratio) ۰/۸۵ و بالاتر داشتند.

در ادامه جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات خودمراقبتی به تفکیک زیرگروه‌های متغیرهای دموگرافیک گزارش شده است. میانگین کل و انحراف معیار نمره خودمراقبتی $۳/۷۷ \pm ۱/۱۵$ گزارش شده بود. میانگین نمره خودمراقبتی با متغیرهای طول مدت ابتلا به دیابت، نوع رژیم‌درمانی و چاقی شکمی (نسبت دور کمر به باسن) ارتباط معنی‌دار و با متغیرهای سن، جنس، تأهل، تحصیلات، درآمد خانوار و وجود عارضه دیابت ارتباط معنی‌دار نداشت. هرچقدر مدت زمان ابتلا به دیابت بالاتر بود نمره خودمراقبتی نیز به‌طور معنی‌داری افزایش پیدا کرده بود. بیمارانی که درمان آن‌ها با انسولین بود به‌طور معنی‌داری بالاترین نمره خودمراقبتی را گزارش نمودند. بیمارانی که عارضه دیابت داشتند در مقایسه با بیماران بدون عارضه وضعیت خودمراقبتی بهتری داشتند ولی این تفاوت معنی‌دار گزارش نشد. بین نمره خودمراقبتی و چاقی شکمی ارتباط معنی‌دار دیده شد. بیماران با چاقی شکمی به‌طور معنی‌داری خودمراقبتی ضعیف‌تری داشتند. میانگین و انحراف معیار نمرات پرسشنامه ارتباط

انسولین و یا مصرف صحیح قرص، آزمایش قند خون، ورزش، مراقبت از پا و رفتارهای سیگار کشیدن از جمله این رفتارها می‌باشند. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه مروتی شریف آباد در یزد تأیید شد. میزان آلفای کرونباخ برای پرسشنامه خودمراقبتی در مطالعه مقدماتی ۰/۶۶ و در کل نمونه‌ها ۰/۶۸ محاسبه گردید (۱۸). طیف پاسخ‌ها از صفر (در هفت روز گذشته هیچ فعالیت خودمراقبتی نداشته است) تا ۷ (هر هفت روز گذشته فعالیت‌های خودمراقبتی را انجام داده است) می‌باشد. یک سؤال نیز مربوط به سیگار کشیدن است با امتیاز ۷ و ۰ است. اگر بیمار سیگار می‌کشد نمره ۰ و اگر سیگار نمی‌کشد نمره ۷ تعلق خواهد گرفت. حداکثر نمره پرسشنامه نیز ۷۸ می‌باشد (۱۹). نمره‌دهی سؤال ۴ پرسشنامه مذکور (مصرف غذاهای پرچرب در هفت روز گذشته) به‌صورت معکوس انجام می‌شود (۲۰).

۳ - پرسشنامه ارتباط بین پزشک و بیمار (Questionnaire Patient-Doctor Relationship):

این پرسشنامه توسط وندر فلتز و همکاران در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است که دارای ۹ سؤال با مقیاس لیکرت پنج سطحی است. دامنه نمرات آن در این پرسشنامه بین ۹ تا ۴۵ می‌باشد. نمره بالا در این پرسشنامه نشانگر روابط با کیفیت بالا و نمره پایین در آن نشانگر روابط با کیفیت پایین نزد پزشک و بیمار از دیدگاه بیماران است. روایی و پایایی آن در مطالعه‌ای که زاهد نژاد و همکاران در سال ۱۳۸۹ بر روی بیماران دیابت نوع ۲ در تبریز انجام دادند تأیید شد (۱۴).

۴ - پرسشنامه سلامت بیمار (Patient Health Questionnaire): ابزاری متشکل از ۹ سؤال است و دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۲۷ است. این پرسشنامه از مناسب‌ترین ابزارها برای غربالگری و تشخیص افسردگی در بیماری‌های مزمن است. این مقیاس دارای طیف لیکرت سه‌نقطه‌ای است. نمرات زیر ۵ حاکی از وجود سلامت روان‌شناختی و عدم افسردگی است. نمرات بین ۵ تا ۹ مبین افسردگی خفیف است. نمرات بین ۱۰ تا ۱۴ مبین افسردگی متوسط و نمرات ۱۵ و بالاتر از آن افسردگی شدید است. در پژوهش kroenke و

جدول ۱- میانگین نمره خودمراقبتی بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی در بیماران دیابتی

نام متغیر	طبقه بندی	تعداد (درصد)	میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی (روز در هفته)	مقدار احتمال
گروه سنی	زیر ۵۰ سال	۸۳ (۱۷/۹٪)	$3/73 \pm 1/20$	۰/۵۱۵
	۵۰ تا ۶۹ سال	۲۷۷ (۵۹/۷٪)	$3/73 \pm 1/13$	
	۷۰ سال و بالاتر	۱۰۴ (۲۲/۴٪)	$3/88 \pm 1/15$	
جنس	مرد	۱۲۱ (۲۶/۱٪)	$3/76 \pm 1/17$	۰/۹۱۱
	زن	۳۴۳ (۷۳/۹٪)	$3/77 \pm 1/14$	
وضعیت تاهل	متاهل	۳۶۵ (۷۸/۷٪)	$3/80 \pm 1/15$	۰/۴۴۷
	مجرد	۶ (۱/۳٪)	$3/59 \pm 0/90$	
تحصیلات	طلاق گرفته و بیوه	۹۳ (۲۰/۰٪)	$3/64 \pm 1/14$	۰/۵۷۰
	بیسواد	۲۵۲ (۵۴/۳٪)	$3/80 \pm 1/18$	
	زیر دیپلم	۲۰۶ (۴۴/۴٪)	$3/71 \pm 1/11$	
طول مدت ابتلا به دیابت	کمتر از ۵ سال	۲۰۰ (۴۳/۱٪)	$3/59 \pm 1/12$	۰/۰۱۳
	۵ - ۹/۹ سال	۱۵۱ (۳۲/۵٪)	$3/84 \pm 1/17$	
	۱۰ سال و بالاتر	۱۱۳ (۲۴/۴٪)	$3/97 \pm 1/11$	
درآمد خانوار	کمتر از ۶۰۰ هزار تومان	۲۰۴ (۴۴٪)	$3/78 \pm 1/16$	۰/۲۲۸
	۶۰۰ هزار تا ۱ میلیون تومان	۲۳۵ (۵۰/۶٪)	$3/75 \pm 1/10$	
	۱ تا ۲ میلیون تومان	۲۰ (۴/۳٪)	$3/58 \pm 1/12$	
رژیم درمانی	۲ میلیون تومان به بالا	۵ (۱/۱٪)	$4/76 \pm 2/34$	۰/۰۳۵
	رژیم غذایی	۲۰ (۴/۳٪)	$3/57 \pm 1/22$	
	قرص	۳۸۳ (۸۲/۵٪)	$3/71 \pm 1/14$	
عارضه دیابت	انسولین	۴۹ (۱۰/۶٪)	$4/20 \pm 1/13$	۰/۶۰۴
	قرص و انسولین	۱۲ (۱۲/۶٪)	$3/93 \pm 1/07$	
	دارد	۱۰۸ (۲۳/۳٪)	$3/81 \pm 1/16$	
چاقی شکمی	ندارد	۳۵۶ (۷۶/۷٪)	$3/75 \pm 1/14$	۰/۰۴۶
	دارد	۴۱۶ (۸۹/۷٪)	$3/73 \pm 1/13$	
وضعیت بیمه	ندارد	۴۸ (۱۰/۳٪)	$4/08 \pm 1/23$	۰/۴۳۷
	دارد	۴۴۳ (۹۵/۵٪)	$3/76 \pm 1/15$	
وجود بیماریهای همزمان	ندارد	۳۳۰ (۷۱/۱٪)	$3/72 \pm 1/12$	۰/۱۹۴
	دارد	۱۳۴ (۲۸/۹٪)	$3/87 \pm 1/22$	
تعداد ویزیت سالانه پزشک	کمتر از ۴ بار	۱۲۳ (۲۶/۵٪)	$3/94 \pm 1/09$	۰/۰۵
	۴ بار و بیشتر	۳۴۱ (۷۳/۵٪)	$3/70 \pm 1/16$	

ارتباط پزشک و بیمار با متغیرهای سن، وجود عارضه دیابت و وجود علائم افسردگی ارتباط معنی دار داشت. با افزایش سن ارتباط پزشک و بیمار به طور معنی داری ضعیف تر گزارش شده بود، به طوری که در گروه سنی زیر ۵۰ سال در مقایسه با گروه ۵۰ سال و بالاتر این ارتباط بهتر بود. بیماران با طول مدت ابتلا به دیابت بیش از ۱۰ سال در مقایسه با زیر ۱۰ سال ارتباط با پزشک بهتری را گزارش دادند ولی این اختلاف نیز معنی دار گزارش نشد. بیمارانی که عارضه دیابت داشتند در مقایسه با بیماران بدون عارضه به طور معنی داری ارتباط با پزشک بهتری را گزارش

پزشک و بیمار به تفکیک سؤالات پرسشنامه در جدول شماره ۲ گزارش شده است. میانگین و انحراف معیار نمره کل پرسشنامه ارتباط پزشک و بیمار $3/06 \pm 0/9$ گزارش شده بود. بالاترین نمره کسب شده در بین سؤالات پرسشنامه فوق مربوط به سؤال ۳ (اطمینان بیمار به پزشک) با میانگین و انحراف معیار $3/32 \pm 1/11$ بود. پایین ترین نمره نیز با میانگین و انحراف معیار $2/73 \pm 1/25$ مربوط به سؤال ۹ (در دسترس بودن پزشک) بود.

میانگین کل و انحراف معیار نمرات پرسشنامه ارتباط پزشک و بیمار بر اساس متغیرهای دموگرافیک در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات پرسشنامه ارتباط بین پزشک و بیمار

سوال	سوالات پرسشنامه	میانگین و انحراف معیار
۱	پزشکم به من کمک می‌کند .	$2/96 \pm 1/13$
۲	پزشکم وقت کافی برای من می‌گذارد .	$2/85 \pm 1/15$
۳	من به پزشکم اطمینان دارم .	$3/32 \pm 1/11$
۴	پزشکم من را درک می‌کند .	$3/12 \pm 1/10$
۵	پزشکم در کمک کردن به من احساس مسئولیت می‌کند .	$3/13 \pm 1/10$
۶	نظر من و پزشکم در مورد خصوصیت بیماری من یکسان است .	$3/06 \pm 1/12$
۷	من با پزشکم می‌توانم صحبت کنم .	$3/17 \pm 1/16$
۸	من از درمان پزشکم احساس رضایت دارم .	$3/25 \pm 1/12$
۹	پزشکم به راحتی در دسترس می‌باشد .	$2/73 \pm 1/25$
۱۰	میانگین کل	$3/06 \pm 0/9$

پرسشنامه ارتباط بیمار و پزشک

جدول ۳- وضعیت نمره پرسشنامه ارتباط بین پزشک و بیمار در زیر گروه‌های متغیرهای جمعیت شناختی

نام متغیر	طبقه بندی	میانگین و انحراف معیار نمره پرسشنامه ارتباط پزشک و بیمار	مقدار احتمال
جنس	مرد	$3/01 \pm 0/91$	$0/430$
	زن	$3/08 \pm 0/89$	
گروه سنی	زیر ۵۰ سال	$3/20 \pm 0/85$	$0/037$
	۵۰ تا ۶۹ سال	$3/09 \pm 0/95$	
	۷۰ سال و بالاتر	$2/88 \pm 0/77$	
وضعیت تاهل	متاهل	$3/10 \pm 0/91$	$0/070$
	مجرد	$3/51 \pm 1/04$	
تحصیلات	بیوه و طلاق گرفته	$2/89 \pm 0/83$	$0/177$
	بیسواد	$2/99 \pm 0/86$	
طول مدت ابتلا به دیابت	زیر دیپلم	$3/14 \pm 0/93$	$0/741$
	دیپلم	$3/22 \pm 1/23$	
	کمتر از ۵ سال	$3/03 \pm 0/82$	
عارضه دیابت	۹-۵ سال	$3/07 \pm 0/91$	$0/009$
	۱۰ سال و بالاتر	$3/11 \pm 1/01$	
مراجعه به پزشک	دارد	$3/26 \pm 0/99$	$0/562$
	ندارد	$3 \pm 0/86$	
	پزشک متخصص	$3/11 \pm 0/98$	
	پزشک عمومی	$3/03 \pm 0/81$	
علائم افسردگی	پزشک عمومی و متخصص	$3/05 \pm 0/94$	$0/013$
	عدم مراجعه به پزشک	$2/62 \pm 0/96$	
چاقی شکمی	دارد	$3/16 \pm 0/93$	$0/261$
	ندارد	$2/95 \pm 0/86$	
وضعیت بیمه	دارد	$3/04 \pm 0/91$	$0/277$
	ندارد	$3/20 \pm 0/86$	
وجود بیماریهای همزمان	دارد	$3/05 \pm 0/90$	$0/673$
	ندارد	$3/27 \pm 0/89$	
درآمد خانوار	کمتر از ۶۰۰ هزار تومان	$3/05 \pm 0/91$	$0/268$
	۶۰۰ هزار تا ۱ میلیون تومان	$3/02 \pm 0/89$	
	۱ تا ۲ میلیون تومان	$3/06 \pm 0/90$	
	۲ میلیون تومان به بالا	$3/35 \pm 0/91$	
		$3/55 \pm 1/3$	

ارتباط با پزشک قوی‌تری گزارش نمودند. جدول شماره ۴ وجود علائم افسردگی را بر

نمودند. بیماران با علائم افسردگی در مقایسه با بیماران بدون علائم افسردگی به‌طور معنی‌داری

جدول ۴ - اطلاعات جمعیت شناختی متغیرهای موثر بر علائم افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم

مقدار احتمال	علائم افسردگی		طبقه بندی	نام متغیر
	ندارد	دارد		
	تعداد	درصد	تعداد	کل بیماران
	درصد	تعداد	تعداد	
۰/۱۰۸	۴۸/۳	۲۲۴	۵۱/۷	۲۴۰
	۵۴/۵	۶۶	۴۵/۵	۵۵
	۴۶/۱	۱۵۸	۵۳/۹	۱۸۵
۰/۵۷۱	۵۱/۸	۴۳	۴۸/۲	۴۰
	۴۸/۷	۱۳۵	۵۱/۳	۱۴۲
	۴۴/۲	۴۶	۵۵/۸	۵۸
۰/۰۰۹	۴۰/۲	۸۲	۵۹/۸	۱۲۲
	۵۳/۲	۱۲۵	۴۶/۸	۱۱۰
	۷۰	۱۴	۳۰	۶
	۶۰	۳	۴۰	۲
۰/۵۲۱	۴۹/۶	۱۸۱	۵۰/۴	۱۸۴
	۵۰	۳	۵۰	۳
	۴۳	۴۰	۵۷	۵۳
۰/۰۰۳	۴۶/۴	۱۱۷	۵۳/۶	۱۳۵
	۴۹	۱۰۱	۵۱	۱۰۵
	۱۰۰	۶	۰	۰
<۰/۰۰۱	۲۶/۹	۲۹	۷۳/۱	۷۹
	۵۴/۸	۱۹۵	۴۵/۲	۱۶۱
۰/۰۰۳	۵۶/۵	۱۱۳	۴۳/۵	۸۷
	۴۵/۷	۶۹	۵۴/۳	۸۲
	۳۷/۲	۴۲	۶۲/۸	۷۱
۰/۰۱۲	۴۴/۵	۱۴۷	۵۵/۵	۱۸۳
	۵۷/۵	۷۷	۴۲/۵	۵۷
۰/۱۱۵	۴۹/۵	۲۰۶	۵۰/۵	۲۱۰
	۳۷/۵	۱۸	۶۲/۵	۳۰

بیماری‌های همزمان ارتباط معنی‌دار مشاهده شد. ۵۹/۸٪ از بیماران که درآمد ماهیانه خانوار زیر ۶۰۰ هزار تومان داشتند علائم افسردگی گزارش شد. در سایر گروه‌های درآمدی علائم افسردگی در مقایسه با بیماران سالم کمتر گزارش شده بود. ۵۳/۶٪ درصد از بیماران بی‌سواد علائم افسردگی را گزارش دادند که این نسبت در بیماران باسواد ۴۳/۸٪ درصد بود.

در رگرسیون چندگانه، (جدول ۶) متغیرهایی که بر اساس جداول ۱، ۳ و ۵ سطح معنی‌داری آن‌ها کمتر از ۰/۲ بود وارد مدل رگرسیون شدند. بر اساس مدل نهایی در جدول ۶، متغیر طول مدت ابتلا به دیابت قوی‌ترین پیش‌گویی در انجام

اساس متغیرهای دموگرافیک مورد بررسی قرار می‌دهد. بر اساس طبقه‌بندی پرسشنامه، بیماران که نمره پرسشنامه آنان زیر ۵ بود از نظر وجود علائم افسردگی سالم و بیماران که نمره پرسشنامه آنان ۵ و بالاتر بوده به درجاتی از افسردگی مبتلا بودند. هرچه این عدد بالاتر شد افسردگی نیز بیشتر بود. از بین ۴۶۴ بیمار ۵۱/۷٪ درصد علائم افسردگی را گزارش نمودند. از بین ۲۴۰ بیمار دارای علائم افسردگی، ۱۳۲ بیمار علائم خفیف، ۶۱ بیمار علائم متوسط و ۴۷ بیمار نیز علائم شدید افسردگی را گزارش دادند. بین افسردگی با درآمد خانوار، تحصیلات، وجود عارضه دیابت، طول مدت ابتلا به دیابت و وجود

جدول ۵ - ماتریس همبستگی بین خودمراقبتی، ارتباط بین پزشک و بیمار و علائم افسردگی

علائم افسردگی	ارتباط بین پزشک و بیمار	خودمراقبتی
		۱
	۱	**۰/۱۲۵
۱	۰/۰۷۷	*۰/۰۹۴

*معنی‌دار کمتر از ۰/۰۵ **معنی‌دار کمتر از ۰/۰۱

جدول ۶ - نتایج تحلیل رگرسیونی خطی چندگانه بر روی رفتار خودمراقبتی

مدل نهایی	متغیرهای مستقل	برآورد	خطای معیار	برآورد استاندارد شده	مقدار احتمال
	طول مدت ابتلا به دیابت	۰/۰۳۶	۰/۰۱۰	۰/۱۶۱	<۰/۰۰۱
	ارتباط پزشک و بیمار	۰/۱۴۳	۰/۰۵۸	۰/۱۱۲	۰/۰۱۴
	تعداد ویزیت سالیانه پزشک	۰/۰۲۸	۰/۰۱۴	۰/۰۹۵	۰/۰۳۸

نتایج تحلیل رگرسیون به روش گام به گام (Stepwise) ضریب تعیین ۶ درصد می‌باشد.

معنی‌دار بودن مدل، این رابطه را تأیید کرد و نشان داد که متغیر طول دوره بیماری قوی‌ترین پیش‌گویی کننده در رفتارهای خودمراقبتی است. به نظر می‌رسد بیماران با سابقه بیشتر دیابت به دلیل دریافت آموزش‌های بیشتر در طی سال‌ها نسبت به خودمراقبتی تمایل بیشتری از خود نشان می‌دهند. همچنین به دلیل تجربه حاصل و تغییر نگرش با گذشت زمان باعث افزایش توان خودمراقبتی می‌گردد. در مرور سیستماتیک که بر روی ۳۱ مطالعه انجام گرفت نشان داد که سابقه بیشتر ابتلا به دیابت همبستگی مثبت با ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی داشت (۲۴). در دو مطالعه بیماری همبستگی مثبت با رعایت دستورات دارویی و چک روزانه قند خون دارد (۲۵). در مطالعه رضا ضاربان و همکاران انجام رفتارهای خودمراقبتی با طول دوره بیماری ارتباط معنی‌دار دیده نشد (۲۶). همچنین در تحقیق حاضر نمره خودمراقبتی بیمارانی که نوع رژیم‌درمانی آنان انسولین بوده به‌طور معنی‌داری بالاتر از بیمارانی که نوع درمان آن‌ها قرص یا رژیم غذایی بوده است. در مطالعه عنبری و همکاران نیز بیماران انسولینی افزایش معنی‌داری در نمرات خودمراقبتی داشته‌اند. همچنین این یافته با مطالعات هایسمن و همکاران و بزی و همکاران همخوانی دارد (۲۱). بالا بودن نمره خودمراقبتی در بیماران دریافت کننده انسولین ممکن است به این دلیل باشد که این گروه از بیماران برنامه

رفتارهای خودمراقبتی ($\beta=0/161$) و پس از آن ارتباط پزشک و بیمار ($\beta=0/112$) بیشترین قدرت پیش‌گویی در رفتارهای خودمراقبتی را داشت. در این مدل ضریب تعیین ۶ درصد تعیین شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر بررسی وضعیت خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر آن از جمله ارتباط بین پزشک و بیمار در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم می‌باشد. توجه به میانگین و انحراف معیار نمره کل خودمراقبتی ($3/77 \pm 1/15$) مبین این واقعیت است که توان خودمراقبتی بیماران دیابتیک متوسط می‌باشد. مطالعه‌ای که عنبری و همکاران (۲۱) و سورانی و همکاران (۲۲) و مطالعات متعدد خارجی که انجام شده توان خودمراقبتی در بیماران دیابتیک را ضعیف تا متوسط گزارش نموده‌اند. در این مطالعه اختلاف معنی‌داری در میانگین نمرات خودمراقبتی بر حسب جنسیت مشاهده نشد. هرچند انتظار می‌رفت که در مردان به دلیل اختصاص وقت کمتر به خودمراقبتی به علت مشغله کاری، تبعیت نامطلوب از درمان و بیشتر بودن رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار، وضعیت خودمراقبتی ضعیف‌تری داشته باشند. از دلایل این ناهمخوانی می‌تواند به عدم تناسب جنسی بیماران حاضر در مطالعه باشد. از یافته‌های مهم این مطالعه افزایش معنی‌دار توان خودمراقبتی با افزایش طول دوره بیماری بود. نتایج تحلیل رگرسیون مطالعه حاضر نیز ضمن

درمانی منظم‌تری دارند یا برخی که با رژیم‌درمانی قرص موفق به کنترل بیماری نشده‌اند ممکن است با دستور پزشک معالجه خود انسولین را جایگزین درمان فعلی خود نمایند و به علت ترس از ایجاد عوارض بیماری، رفتارهای خودمراقبتی بهتری را انجام دهند. در این مطالعه بیماران با نسبت دور کمر به باسن ۰/۸۵ و بیشتر نسبت به بیماران با نسبت دور کمر به باسن کمتر از ۰/۸۵ نمره خودمراقبتی ضعیفی داشتند. افراد چاق نسبت به افراد با دور کمر به باسن طبیعی چون رژیم غذایی خود را رعایت نکرده و همچنین ورزش و فعالیت بدنی چندانی ندارند در نتیجه خودمراقبتی ضعیف‌تری دارند. یکی از سؤالات پرسشنامه خودمراقبتی پرسش در خصوص برنامه‌های ورزشی و فعالیت بدنی است که افراد چاق نسبت به افراد با نسبت دور کمر به باسن طبیعی نمرات کمتری در پاسخ به این سؤالات داده‌اند و در نهایت در میانگین نمره کل خودمراقبتی تأثیرگذار بوده است. میانگین نمره ۳/۰۶ در پرسشنامه ارتباط پزشک و بیمار نشان‌دهنده وضعیت متوسط ارتباط پزشک و بیمار در بیماران دیابتی می‌باشد. نتایج این مطالعه (جدول ۳) اختلاف معنی‌داری در خصوص وضعیت ارتباط پزشک و بیمار بر حسب جنسیت نشان نداد. در مطالعه آذر طل و همکاران متغیر جنسیت با مانع ارتباط با افراد حرفه‌ای در حوزه دیابت ارتباط معنی‌دار نشان داد (۱۳). از یافته‌های مهم در این مطالعه تفاوت معنی‌دار ارتباط پزشک و بیمار بر حسب سن است به طوری که با افزایش سن این ارتباط ضعیف‌تر شده است. دلیل این تفاوت ممکن است به دلیل میانگین سنی بالای بیماران و میانگین پایین طول مدت ابتلا به بیماری باشد. یافته‌های این مطالعه مشابه یافته‌های مطالعه آذر طل و همکاران (۱۳) می‌باشد. با افزایش سن ارتباطات اجتماعی و روابط بین پزشک و بیمار ممکن است ضعیف شود به همین دلیل در این مطالعه نیز در گروه سنی ۷۰ سال و بالاتر ارتباط ضعیف‌تری در مقایسه با گروه‌های سنی زیر ۷۰ سال مشاهده شده است. در این تحقیق بیماران با تحصیلات دیپلم در مقایسه با بیماران زیر دیپلم و بی‌سواد ارتباط پزشک و

بیمار قوی‌تری را گزارش دادند؛ اما این تفاوت معنی‌دار نبود. نتایج تحقیقات قبلی نشان داده بود بیماران که دارای تحصیلات بالاتری هستند و از موقعیت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند و نسبت به کسانی که سطح سواد کمتر و موقعیت اجتماعی پایین‌تر دارند تمایل بیشتری به مشارکت در مشاوره دارند (۱۳). بیماران با عارضه دیابت در مقایسه با بیماران که عارضه‌ای از دیابت گزارش نکرده بودند به طور معنی‌داری ارتباط پزشک و بیمار قوی‌تری را گزارش نمودند که ممکن است که وجود عارضه اهمیت مراقبت و کنترل بیماری و لزوم رعایت دستورات پزشک و همچنین توجه و دقت پزشک به این نوع بیماران را توجیه کند. از طرفی بیماران با عارضه دیابت لازم است به دفعات بیشتری در مقایسه با بیماران بدون عارضه دیابت به پزشک مراجعه نمایند که منجر به افزایش دانش بیماران در خصوص بیماری و درک همه‌جانبه پزشک از بیماران گردد و در نتیجه در ارتباط پزشک و بیمار تأثیر مثبتی خواهد گذاشت (۲۷). بیماران دیابتی با علائم افسردگی در مقایسه با بیماران دیابتی نرمال به طور معنی‌داری ارتباط پزشک و بیمار قوی‌تری گزارش نمودند. شاید به این دلیل باشد که بیماران با علائم افسردگی نیاز بیشتری جهت رعایت دستورات پزشک داشته باشند. در بین سؤالات پرسشنامه ارتباط پزشک و بیمار سؤالات ۳ و ۸ "اطمینان به پزشک" و "رضایت از درمان" بالاترین نمره را به خود اختصاص داده است که نشان‌دهنده وضعیت مطلوب شاخص‌های تخصصی و ارتباطی در بین پزشکان می‌باشد. از یافته‌های مهم این مطالعه که در نمره پرسشنامه پزشک و بیمار نیز تأثیرگذار بوده عدم دسترسی بیماران به پزشک متخصص می‌باشد به دلیل اینکه این مطالعه در مناطق روستایی انجام شده است طبیعتاً دسترسی بیماران به پزشک متخصص که در شهرها و مراکز استان متمرکز می‌باشند محدود می‌شود. در سؤالات پرسشنامه ارتباط پزشک و بیمار به دلیل ذکر شده پایین‌ترین نمره مربوط به سؤال ۹ (در دسترس بودن پزشک) بوده است. در این مطالعه ارتباط پزشک و بیمار ضمن معنی‌دار بودن توانست

Ministry of Health & Medical Education Undersecretary for Health Disease Management Center; 2004 (Persian).

4. Pedram Razi S, Sadeghi M, Nikbakht Nasrabadi AR, Ebrahimi H, Kazemnejad A. The effect of family-centered empowerment model on knowledge and metabolic control of patients with type 2 diabetes. JKH; 2014. 9(1):48-54(Persian).

5. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas sixth edition. 2013. Available From <http://www.idf.org/diabetes-atlas>. Accessed Jul 30, 2013.

6. The report reviews the status of risk factors for non communicable diseases in Iran. 2006-2009.

7. World Health Organization. 10 facts about diabetes. Available from: [http:// who. Int/features/fact files/diabetes](http://who.int/features/fact-files/diabetes). Accessed November 2014.

8. Noroozi A, Tahmasebi R, Rekabpour S. Effective social support resources in self-management of diabetic patients in Bushehr (2011-12). ISMJ; 2013. 16 (3):250-259(Persian).

9. Heidari S, Shirazi F, Sanjari M, Salimi S, Balegani S, Tizfahm T. Factors influencing glycemic control in type 2 diabetic patients referred to the Institute of Endocrinology and Metabolism, University of Iran Medical Sciences. IJDL; 2010. 9(4): 365-75(Persian).

10. Khezerloo S, Feizi A. A survey of relationship between perceived self-efficacy and self-care performance in diabetic patients referring to Urmia Diabetes Center. Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty; 2012. 10(3) (Persian).

11. Hamadzadeh S, Ezate G. A determination of self-care performance among diabetic patients in endocrine clinic of Taleghane hospital in Tehran. IJNR; 2014. 8 (4):11-18(Persian).

12. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. Am J Psychiatry; 2001. 158(1):29-35.

13. Tol A, Majlessi F, Mohebbi B, Rahimi Froshani A. Communication between health workers and patients: An Effective Factor in Living with Diabetes. Hospital; 2013. 12(1): 49-56(Persian).

14. Zahednezhad H, Poursharifi H, Babapour J. Relationship between Health Locus of Control, slip Memory and Physician- Patient relationship with Adherence in Type II Diabetic Patients. JSSU; 2012. 20 (2): 249-58(Persian).

15. Asemani O. A review of the models of physician-patient relationship and its challenges. J Med Ethics Hist Med; 2012. 5(4):36-50 (Persian).

16. Ross SA, Tildesley HD, Ashkenas J. Barriers to effective insulin treatment: the persistence of poor glycemic control in type 2 diabetes. Curr Med Res Opin. 2011; 27 Suppl 3:13-20.

17. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J.

رفتارهای خودمراقبتی را در بیماران دیابت نوع ۲ تبیین نماید. با وجود متغیرهای ارتباط پزشکی و بیمار، طول دوره بیماری و تعداد ویزیت سالیانه پزشک از بیماران ضریب تعیین ۶ درصد حاصل شد که نشان دهنده سایر متغیرهایی است که در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفته است.

تحقیق حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود. اول اینکه در این مطالعه از روش مقطعی برای توصیف متغیرها استفاده شد. ویژگی اصلی مطالعه مقطعی این است که مواجه و پیامد به‌طور هم‌زمان اندازه گرفته می‌شود و این امر توانایی تعیین روابط علیتی بین متغیرها را محدود می‌کند. دوم، تکمیل پرسشنامه توسط بهورزان در مورد افراد بی‌سواد که درصد بالایی از نمونه‌ها بودند از دیگر محدودیت‌های مطالعه است.

سوم اینکه جمعیت بیماران از مناطق روستایی است که بر تعمیم‌پذیری نتایج و نمره پرسشنامه ارتباط پزشکی و بیمار و بر تأثیرگذار خواهد بود. با توجه به محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابهی در مناطق شهری و در بین بیماران باسواد صورت پذیرد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از راهنمایی‌ها و ارائه نظرات فنی اساتید راهنما و مشاور، مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان آبیگ، پزشکان، کارشناسان و بهورزان خانه‌های بهداشت مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان آبیگ در انجام پروژه تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Ahanchi NS, Eslami AA, sharifirad G. Effects of family-based theory of social support on perceived support levels in type 2 diabetic patients. HSRJ; 2012 8(5):757-64 (Persian).

2. Zare Shahabadi A, Hajizade Meimandi M, Ebrahimi Sadrabadi F. Influence of Social Support on Treatment of Type II Diabetes in Yazd. JSSU; 2010.18(3):277-83(Persian).

3. Delavari A, Mahdavi Hazaveh A, Norooznejad A. Planning of Diabetes Control in Iran. Tehran:

Role of self-care in management of diabetes mellitus. *J Diabetes Metab Disord*; 2013. 12(14).

18. Morovati Sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Social support and self-care behaviors in diabetic patients referring to Yazd diabetes research center. *ZJRMS*; 2007. 9(4): 275-84(Persian).

19. Rahimian Boogar E, Mohajeri-Tehrani M. Risk factors associated with depression in type 2 diabetics. *KAUMS Journal (FEYZ)*; 2012. 16 (3):261-72 (Persian).

20. Toobert, DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care*; 2000. 23(7):943-50.

21. Anbari K, Ghanadi K, Kaviani M, Montazeri R. The self care and its related factors in diabetic patients of khorramabad city. *Yafteh*; 2012. 14 (4):49-57 (Persian).

22. Sorani M, Taghdisi MH, Shojaei Zadeh D, Novin L, Noroozi M, Fallahi S. Predictors of self-care behaviors of patients with type 2 diabetes. *HSRJ*; 2012. 8(5): 814-823 (Persian).

23. A determination of self-care performance among diabetic patients in endocrine clinic of Taleghane hospital in Tehran. *IJNR*; 2014. 8(4):11-18.

24. Mehammedsrage A, Larsson Mauleon A, Hjelm K. "Self-care in type 2 diabetes. A systematic literature review on factors contributing to self-care among type 2diabetes mellitus patients. International Master in Caring SciencesSpring term, 2011.

25. Xu Y, Pan W. Self-management practices of Chines Americans with type 2 diabetes. *Nursing and Health Sciences*. 2010; 12: 228-234.

26. Zareban I, Niknami S, Hidarnia A, Rakhshani F, karimy M, Kuhpayehzadeh J, et al. Predictors of self-care behavior and its effective factors among women's with type 2 diabetes patients in Zahedan via Health Belief model. *J Health Syst Res; Health Education supplement*: 2014;1797-1805 (Persian).

27. 16 - Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler MC, Zhu Y, Fu H. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC family practice* . 2013; 14(1): 66.

Factors affecting the relationship between doctor and patient and their effects on the self-care behaviors of type II diabetes patients referred to the health houses under the supervision of Abyek health center

Mohammad Ali Bigdeli, MSc of Epidemiology, Faculty of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ma.bigdelli@yahoo.com

***Seyed Saeed Hashemi Nazari**, Assistant Professor of Epidemiology, Department of Epidemiology, School of Public Health, Safety Promotion and Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). Saeedh_1999@yahoo.com

Soheila Khodakarim, Assistant Professor of Biostatistics, Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. lkhodakarim@gmail.com

Hadi Mafi, Laboratory Director of Valiasr Hospital in Abyek city, Qazvin, Iran. info@valiyeasrlab.com

Hamid Broodati, MD, MPH, Director of Health and Treatment Center of Abyek, Qazvin, Iran. hamid_broodati@yahoo.com

Maryam Mousavi, Bachelor in Midwifery, Abyek's health center, Qazvin, Iran. parham00033@gmail.com

Maryam Morady, Bachelor in Midwifery, Abyek's health center, Qazvin, Iran. zeinali.tibc@gmail.com

Nastaran Nasrollahi, Bachelor in Midwifery, Abyek's health center, Qazvin, Iran. nastaran.nasrollahi@gmail.com

Abstract

Background: Diabetes is the most common metabolic disease in the world. The most important factor in controlling the disease is self-care. If there is interaction between patient and service providers, it would ultimately contribute to the better control of diabetes. The purpose of this study is to examine the relationship between doctor and patient and self-care behaviors.

Methods: The present study is a cross-sectional analysis. 500 out of 752 diabetic patients were selected using stratified random sampling. Data were collected using questionnaires containing demographic information, self-care behaviors, patient health and doctor and patient relationship. Frequency tables, chi-square, independent t and ANOVA tests were used to examine the relationship between demographic characteristics and self-care. Also, multiple linear regression was used to predict the affecting factors on the self-care.

Results: There was a significant association between doctor and patient relationship and parameters like age, presence of diabetes complication and symptoms of depression. Doctor and patient relationship after the duration of diabetes was the strongest predictor of self-care behavior.

Conclusion: Doctor and patient relationship could predict self-care behaviors in type II diabetes patients. One factor influencing the doctor-patient relationship is the patient's lack of access to a specialist. Therefore, it is suggested to conduct a similar study in urban areas and examine the doctor-patient relationship and its impact on the self-care behaviors.

Keywords: Diabetes type 2, Self-care, Doctor and patient relationship