

پیش‌بینی رفتارهای خود مراقبتی براساس رابطه بیمار- پزشک و پریشانی هیجانی در نوجوانان مبتلا به دیابت

محمدصالح محمدآبادی^{۱*}، عبدالعزیز افلاک سیر^۱

چکیده

مقدمه: دیابت از جمله بیماری‌هایی است که برای بهبودی و کمتر شدن اثرات آن، نیازمند انجام رفتارهای خودمراقبتی است. هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی براساس پریشانی هیجانی و رابطه بیمار- پزشک در نوجوانان مبتلا به دیابت بوده است.

روش‌ها: طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی و جامعه‌ی آماری کلیه‌ی نوجوانان مبتلا به دیابت شهر شیراز بودند. بدین منظور ۱۹۸ نوجوان مبتلا به دیابت نوع یک و دو به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌ی خودمدیریتی دیابت، پرسشنامه‌ی پریشانی هیجانی و پرسشنامه‌ی ارتباط بیمار- پزشک بود. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از رگرسیون چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که رفتارهای خود مراقبتی با پریشانی هیجانی رابطه‌ی منفی معنادار و با ارتباط بیمار- پزشک رابطه‌ی مثبت و معنادار داشت. اما نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که تنها پریشانی هیجانی پیش‌بینی کننده قوی و معنادار رفتارهای خود مراقبتی بود ($\beta = -0/5, P < 0/001$). همچنین از بین مؤلفه‌های پریشانی هیجانی تنها مؤلفه‌ی موانع درمان ($P < 0/001$)، رفتارهای خود مراقبتی را پیش‌بینی کرد. اما رابطه‌ی بیمار- پزشک نتوانست به‌طور معنادار پیش‌بینی کننده‌ی رفتارهای خود مراقبتی باشد ($\beta = -0/5, P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان ادعا کرد که پریشانی هیجانی (به‌ویژه مؤلفه‌ی موانع درمان) نقش مهمی در رفتارهای خود مراقبتی نوجوانان مبتلا به دیابت ایفا می‌کند. از این‌رو، لزوم رسیدگی به وضع روانی و نیز از میان برداشتن موانع درمان در راه نوجوان مبتلا به دیابت ضروری به‌نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: رفتارهای خودمراقبتی، پریشانی هیجانی، رابطه‌ی بیمار- پزشک، دیابت، نوجوانی

۱- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

* **نشانی:** شیراز، میدان ارم، دانشگاه شیراز، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۳۲۴۶۲۳۷۹، شماره: ۰۷۱۳۶۲۸۶۴۴۱- کد پستی: ۷۱۹۴۶-۸۴۷۵۹، پست الکترونیک: salehmo30@yahoo.com

مقدمه

دیابت از جمله شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در همه‌ی کشورها می‌باشد، به‌طوری که سازمان جهانی بهداشت به آن لقب اپیدمی خاموش داده است. در حال حاضر بیش از ۲۳۰ میلیون فرد مبتلا به دیابت در سراسر دنیا وجود دارد و پیش‌بینی می‌شود که این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به ۳۰۰ میلیون افزایش یابد. با توجه به شیوع فراوان و هزینه‌هایی که بیماری دیابت بر بهداشت و درمان تحمیل می‌نماید و همچنین تأثیرات فراوانی که بر مبتلایان دارد، باعث شده است که این بیماری مورد توجه قرار بگیرد [۱]. دیابت در رأس بیماری‌های غیر واگیردار در ایران است و برآورد می‌شود که حدود ۵/۲ درصد افراد جامعه به این بیماری مبتلا باشند [۲]. در سال ۱۳۸۷ تعداد افراد دیابتی در ایران حدود ۴ میلیون نفر اعلام شده است و پیش‌بینی می‌شود که این میزان در ۱۵ سال آینده حدود ۳ برابر شود [۳]. از دهه‌ی گذشته، شیوع دیابت در نوجوانان افزایش یافته است. شایع‌ترین نوع دیابت در نوجوانان، دیابت نوع یک می‌باشد. به‌نظر می‌رسد که نوجوانان مبتلا به دیابت در کنترل قند خون مشکل دارند و از این‌رو این بیماری در بین شش عامل اول مرگ و میر در دنیا محسوب می‌شود [۴].

مهم‌ترین عاملی که باعث مرگ‌ومیر در بیماران دیابتی می‌شود، عدم انجام خودمراقبتی است [۵]. انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی هم از لحاظ بهداشتی و هم از لحاظ اقتصادی جامعه نیز یک امر مهم تلقی می‌شود [۶] که نهایتاً هزینه‌های بهداشتی را کاهش می‌دهد [۷]. در همین راستا، Safford و همکاران [۶] به تحقیق در این مورد پرداختند که بیماران خودمراقبتی چه مدت زمانی را صرف خودمراقبتی می‌کنند. نتایج این بررسی نشان داد که ۳۷/۹ درصد از موارد پژوهشی، هیچ مراقبتی در زمینه‌ی پا نداشتند، حدود ۳۷/۷ درصد ورزش نمی‌کردند. اکثر مطالعات انجام شده مؤید این است که بیماران دیابتی که در انجام خودمراقبتی از توان کمتری برخوردارند، دچار عوارض بیشتری از قبیل نابینایی، افسردگی، زخم پا و ... می‌شوند [۸].

منظور از خودمراقبتی در دیابت، تزریق صحیح و به موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت‌های جسمی مناسب، شناسایی نشانه‌های افزایش قند خون و افزایش کیفیت زندگی است. خودمراقبتی برای کنترل بیماری نوجوانانی که با

تشخیص دیابت زندگی می‌کنند، حایز اهمیت است [۹-۳]. خودمراقبتی منجر به بهبود سلامت عمومی بیمار، شرکت فعالانه در روند مراقبت، ارتقای کیفیت زندگی و در نهایت کاهش هزینه‌های درمانی می‌شود [۱۱، ۱۰]. بنابراین، شیوع بالای دیابت و پیامدهای آن و لزوم انجام اقدامات خودمراقبتی برای درمان و کاهش نشانه‌های این بیماری سبب گردیده است تا پژوهشگران عوامل روانی مرتبط با خودمراقبتی در این بیماران و تأثیر این عوامل بر بهبودی یا کاهش عوارض بیماری را مورد بررسی قرار دهند و عوامل روانی تأثیرگذار متنوعی را به‌عنوان مؤلفه‌های مؤثر بر بهبود رفتارهای خودمراقبتی ذکر کنند. طبق بررسی‌های انجام شده، پریشانی هیجانی و رابطه‌ی بیمار- پزشک از جمله مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی محسوب می‌شوند [۱۵-۱۲].

تحقیقات نشان داده است که پریشانی هیجانی می‌تواند در خودمراقبتی ضعیف نقش داشته باشد. یافته‌ها نشان داده‌اند که پریشانی هیجانی مرتبط با دیابت، سهم مهمی هم در تبعیت ضعیف از دستورالعمل‌های خودمراقبتی دیابت و هم در کنترل ضعیف قند خون دارد [۱۶]. پریشانی هیجانی مرتبط با دیابت در این بیماران وفور فراوانی دارد و مانع تلاش‌های خود مدیریتی آنان می‌شود [۱۷]. Aikens [۱۸] نشان داد که نشانه‌های افسردگی با سبک زندگی خودمدیریت شده (مانند رژیم غذایی، اندازه‌گیری قند خون و ورزش) رابطه‌ی مثبت داشت. در مقابل، فقط پریشانی مرتبط با دیابت، تبعیت از مصرف دارو و کنترل قند خون را در آینده پیش‌بینی کرد. همچنین تحقیق Strandberg و همکاران [۱۹] نشان داد که بین افسردگی، اضطراب و بهزیستی با کنترل قند خون هیچ رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد؛ اما بین پریشانی هیجانی و میزان قند خون رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت. Gonzalez و همکاران [۲۰] در تحقیق خود به این نتیجه‌ی دست یافت، که پریشانی هیجانی مرتبط با دیابت، با پیروی از مصرف دارو و کنترل قند خون رابطه داشت. اگرچه مشکلات هیجانی مرتبط با دیابت در اکثریت بیماران به اندازه‌ی کافی شدید نیست که برچسب اختلالات روانی را دریافت کند، اما این مشکلات باعث بدتر شدن کیفیت زندگی و خودمدیریتی در مقابل بیماری می‌شوند [۲۱]. از این‌رو، به منظور ایجاد قابلیت در فعالیت‌های خودمراقبتی‌شان، مشکلات هیجانی اساسی آنها نیز مورد توجه

و فور بیشتر پریشانی هیجانی در نوجوانی نسبت به بزرگسالی [۱۴] و همچنین خودمراقبتی ضعیف در بیماران دیابتی در ایران [۳۲، ۳۱]، لزوم تعیین عوامل پیش‌بینی کننده‌ی خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت در ایران ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا، پریشانی هیجانی ممکن است مانع رفتارهای خودمراقبتی شود و خطر مضرات پیامدهای دیابت را افزایش دهد [۳۳]. از سوی دیگر، تأثیر درمانی تعامل رابطه‌ی پزشک - بیمار نقش محوری در تأثیر درمان در پزشکی دارد [۳۴]. با وجود این، نقش دو مفهوم پریشانی هیجانی و رابطه‌ی پزشک - بیمار با رفتارهای خود مراقبتی به‌خوبی در ایران شناخته نشده و در این زمینه تحقیقات اندکی صورت گرفته است. از این‌رو، هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی براساس پریشانی هیجانی و رابطه پزشک - بیمار در نوجوانان مبتلا به دیابت بود

روش‌ها

روش تحقیق حاضر از نوع توصیفی- همبستگی بود. در این تحقیق به بررسی پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی براساس متغیرهای پریشانی هیجانی و رابطه‌ی بیمار- پزشک در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک و دو پرداخته شد. متغیرهای مستقل در تحقیق حاضر شامل مؤلفه‌های پریشانی هیجانی (پریشانی روانی مرتبط با مدیریت دیابت، افسردگی مرتبط با مشکلات و موانع درمان) و متغیر رابطه‌ی بیمار- پزشک بودند و متغیر ملاک رفتارهای خودمراقبتی بود. جامعه‌ی پژوهش در این تحقیق کلیه نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک و نوع دو در سطح شهر شیراز است. گروه نمونه ۱۹۸ نفر از نوجوانان مبتلا به دیابت است که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از درمانگاه‌های امام رضا و نادر کاظمی انتخاب شدند. ملاک ورود بیماران در این پژوهش داشتن سن بین ۱۱ تا ۲۰ سال و داشتن حداقل شش ماه سابقه‌ی بیماری بود.

بعد از کسب مجوزها و موافقت‌های لازم از دانشگاه شیراز و کلینیک‌های دیابتی و کسب اطلاع از بیماری افراد توسط مسؤولان بیمارستان، به بیماران مبتلا به دیابت توضیح داده شد که برای انجام یک پژوهش انتخاب می‌شوند. به‌منظور رعایت ضوابط اخلاقی پژوهش به شرکت کنندگان در ابتدا توضیحات کلی در رابطه با هدف تحقیق بیان شد و تأکید شد که شرکت

قرارگیرد [۲۲]. تشخیص پریشانی هیجانی و کاربرد راهبردهای مؤثر برای کاهش شدت آنها، حتی اگر خودمراقبتی به اندازه کافی باشد، می‌تواند کلید اساسی در مداخلات مراقبت سلامت در بیماران مبتلا به دیابت باشد [۲۳].

از سوی دیگر، ارتباط خوب و سالم بین پزشک و بیمار سنگ‌زیربنای مراقبت‌های خوب پزشکی است. تحقیقات نشان می‌دهد که بیشتر تشخیص‌های پزشکی و تصمیم‌های درمانی براساس اطلاعات به‌دست آمده از مصاحبه است و اساس مصاحبه پزشکی، ارتباط است. در تحقیق Zahednezhad و همکاران [۲۴] نتایج بیان‌گر این بود که رابطه‌ی پزشک - بیمار با پیروی از درمان، رابطه‌ی مثبت و معنادار وجود دارد. در همین راستا، Viinamäki و همکاران [۲۵] نشان دادند هر چه قدر که بیماران رابطه‌ی پزشک - بیمار را مثبت‌تر ارزیابی می‌کردند، در کنترل متابولیک دیابت خود موفق‌تر عمل می‌کردند و برعکس هر چه قدر که این رابطه منفی‌تر ارزیابی می‌شد، بیماران در کنترل متابولیک خود ناموفق‌تر بودند. در مطالعه‌ی دیگر، Franciosi و همکاران [۲۶] به این نتیجه رسیدند که رضایت از پزشکان و مهارت‌های ارتباطی آنها به‌طور معناداری با ویژگی‌های شخصی، نگرش، انتظارات و سلامتی ادراک شده ارتباط دارد. همچنین بیمارانی که از رابطه‌ی خود با پزشک راضی نیستند، اغلب کسانی هستند که از سطح سواد پایینی برخوردار هستند و نسبت به اطلاعاتی که دریافت می‌کنند احساس نارضایتی بیشتری دارند. همچنین بیمارانی که در مدیریت بیماری خود نقش چندانی نداشتند نیز از رابطه‌ی با پزشک رضایت نداشتند. Attale و همکاران [۲۷]، نیز نشان دادند که کنترل قند خون در پیگیری‌ها به‌طور ویژه‌ای به وسیله‌ی مؤلفه‌های رابطه‌ی بیمار - پزشک پیش‌بینی می‌شد. بنابراین، یک رابطه‌ی خوب بین پزشک - بیمار با پیروی بهتر بیمار از درمان، رضایت بالاتر او و پیش‌آگهی بهتر همراه است [۲۸]. همچنین رابطه‌ی مثبت بین بیمار و مراقبت مخصوصاً زمانی که مراقبت به‌صورت بیمار محور ارائه شود یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین عوامل مرتبط و تعیین کننده‌ی پایبندی به درمان است [۲۹].

در مجموع، از یک سو به‌دلیل علائم و سنگینی مسؤولیت درمان، عوارض ناتوان‌کننده و گاهاً تهدید کننده‌ی زندگی در بیماران دیابتی [۳۰] و از سوی دیگر، نتایج تحقیقات در مورد

پیشانی روانی مرتبط با مدیریت دیابت، افسردگی مرتبط با مشکلات و موانع درمان است [۳۶]. هر گویه به‌شیوه مقیاس نمره‌گذاری لیکرت، از ۰ (عدم مشکل) تا ۴ (مشکل خیلی جدی) درجه‌بندی می‌شود. نمره‌ی کلی ۱۰۰-۰ از طریق جمع کردن پاسخ‌های ۴-۰ داده شده به هر گویه PAID کسب می‌شود. پایایی و اعتبار این آزمون در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. نمره‌ی کلی آلفای کرونباخ برای این آزمون ۰/۹۴ بود و پایایی بازآزمایی نیز ۰/۸۴ بود. آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های پیشانی روانی مرتبط با مدیریت دیابت، افسردگی مرتبط با مشکلات و موانع درمان به‌ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۳ و ۰/۹۰ گزارش شده است [۳۷].

پرسشنامه‌ی رابطه‌ی بیمار - پزشک (PDRQ^۳-9): این آزمون توسط Van der Feltz-Cornelis و همکاران [۳۸] در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است که دارای ۹ گویه می‌باشد و آزمودنی به هر گویه براساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملاً نامناسب) تا ۵ (کاملاً مناسب) پاسخ می‌دهد. نمره‌ی بالا در این پرسشنامه نشانگر روابط با کیفیت بالا و نمره‌ی پایین در آن نشانگر روابط با کیفیت پایین پزشک و بیمار از دیدگاه بیماران می‌باشد. Zahednezhad و همکاران [۲۴]، برای بررسی روائی پرسشنامه از روائی هم‌زمان از طریق همبستگی سؤالات این آزمون با آزمون ارتباط مشکل پزشک - بیمار (DDPRQ-10) استفاده کرد و همبستگی ۰/۷۸ بدست آمد. Feltz Vander و همکاران [۳۸]، در برآورد پایایی این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۴ اعلام کرده است. Zahednezhad و همکاران [۲۴]، در پژوهش خود، ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۲ گزارش کرده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا از شاخص‌های آمار توصیفی از قبیل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. سپس از آزمون ضریب همبستگی پیرسون به‌منظور بررسی رابطه‌ی متغیرهای پیشانی هیجانی و رابطه‌ی بیمار-پزشک استفاده شد. در نهایت، برای پیش‌بینی رفتارهای خود مراقبتی براساس پیشانی هیجانی و رابطه‌ی بیمار-پزشک و براساس مؤلفه‌های پیشانی هیجانی، از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان مورد استفاده قرار گرفت. تمامی تحلیل‌های

آنها در پژوهش کاملاً اختیاری است. همچنین توضیح داده شد که تمامی اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. سپس پرسشنامه‌های مربوط به متغیرهای خودمراقبتی و پیشانی هیجانی و رابطه‌ی پزشک-بیمار در اختیار آنها قرار گرفت؛ و درباره‌ی چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها توضیحات کاملی به آنها داده شد. لازم به ذکر است که طرح تحقیق حاضر در کمیته‌ی اخلاقی بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز مورد تأیید قرار گرفته است.

ابزارها

پرسشنامه‌ی خودمراقبتی: پرسشنامه‌ی خودمراقبتی دیابت (DSMAQ^۱) برای سنجش رفتارهای مرتبط با کنترل متابولیک (یک رژیم درمانی متداول برای بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و نوع دو) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۶ گویه است و ۴ خرده مقیاس دارد که شامل: مدیریت قندخون، کنترل رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی و استفاده از مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد. این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت، از صفر (کاملاً صدق می‌کند) تا ۳ (اصلاً صدق نمی‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. Schmitt در تحقیق خود ضریب آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه را ۰/۸۴ و برای هر یک از مؤلفه‌های مدیریت قند خون، کنترل رژیم، استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و فعالیت فیزیکی به‌ترتیب ضرایب آلفای ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۶۰ و ۰/۷۶ گزارش کرد. همچنین روائی سازه که به‌وسیله تحلیل عامل تأییدی انجام شد چهار مؤلفه را تأیید کرد. Seyedian و همکاران [۳۵]، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۷۹ و برای هر یک از مؤلفه‌های مدیریت قند خون، کنترل رژیم، استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و فعالیت فیزیکی به‌ترتیب ضرایب آلفای ۰/۸۹، ۰/۸۳، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ را گزارش کرد. در نتیجه این پرسشنامه از پایایی و روائی خوبی برخوردار است.

پرسشنامه‌ی پیشانی هیجانی: پرسشنامه‌ی حوزه‌های مشکل در افراد دیابتی (PAID^۲) یک پرسشنامه‌ی خود اجرایی است که شامل ۲۰ گویه است که مشکلات هیجانی متداول مربوط به زندگی در بیماران دیابتی را مشخص می‌کند. این پرسشنامه ۳ حوزه‌ی کیفیت زندگی مرتبط با دیابت را می‌سنجد که شامل

^۱. The Diabetes Self-Management Questionnaire

^۲. Problem Areas in Diabetes Questionnaire

^۳. Patient-Doctor Relationship Questionnaire

میانگین سنی گروه نمونه حدود ۱۵ سال (انحراف استاندارد ۲/۰۱) بود و طول مدت بیماری نیز به طور متوسط ۵ (انحراف استاندارد ۲/۹۳) سال بیان شده است. به منظور توصیف متغیرهای مورد مطالعه و همبستگی بین پریشانی هیجانی و مؤلفه‌های آن و رابطه بیمار- پزشک با رفتارهای خود مراقبتی، از میانگین، انحراف استاندارد و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج آن در جدول ۲ نشان داده شده است. بر طبق نتایج به دست آمده متغیر خودمراقبتی با پریشانی هیجانی و تمامی مؤلفه‌های آن رابطه منفی معنادار داشت. با وجود این، رفتارهای خود مراقبتی با رابطه‌ی بیمار- پزشک رابطه‌ی مثبت معنادار را نشان داد.

مذکور با استفاده از نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS نسخه‌ی ۱۷ صورت گرفت.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است، در گروه نمونه پژوهش تعداد پسران ۱۰۲ نفر و دختران ۹۶ بوده است که در مجموع افراد شرکت‌کننده در تحقیق ۱۹۸ نفر بود. یکصد و سیزده نفر از افراد گروه نمونه مبتلا به دیابت نوع دو و ۸۴ نفر نیز مبتلا به دیابت نوع یک بودند. میزان تحصیلات نیز بیشتر در سطح راهنمایی، دبیرستان و بعد در سطح دانشگاه بود. همچنین ۱۰۹ نفر از شرکت‌کنندگان نیز گزارش کردند که حداقل یکی از اعضای خانواده شان مبتلا به دیابت بوده است.

جدول ۱- توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی گروه نمونه

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۱۰۲
	زن	۹۶
	جمع	۱۹۸
نوع دیابت	نوع یک	۸۴
	نوع دو	۱۱۳
	جمع	۱۹۷
میزان تحصیلات	راهنمایی	۹۲
	دبیرستان	۸۱
	دانشجو	۲۵
	جمع	۱۹۸
ابتلای اعضای خانواده به دیابت	بله	۱۰۹
	خیر	۸۸
	جمع	۱۹۷

جدول ۲- میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی بین پریشانی هیجانی، رابطه‌ی بیمار- پزشک با رفتارهای خود مراقبتی در نوجوانان دیابتی ($n=198$)

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	خود مراقبتی
پریشانی هیجانی	۱/۴	۰/۴	-۰/۶***
پریشانی روانی مرتبط با مدیریت دیابت	۱/۴	۰/۶	-۰/۵***
افسردگی مرتبط با مشکلات	۱/۲	۰/۵	-۰/۴***
موانع درمان	۱/۴	۰/۵	-۰/۶***
رابطه بیمار- پزشک	۳/۳	۰/۵	۰/۱***
میانگین	۱/۶		
انحراف استاندارد	۰/۳		

*** $P < 0.001$ ** $P < 0.01$ * $P < 0.05$

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، مؤلفه‌های پریشانی هیجانی، ۲۶ درصد از واریانس خود مراقبتی را به‌طور معنادار پیش‌بینی کردند. نتایج ضرایب بتا نشان داد که تنها مؤلفه‌ی موانع درمان ($\beta = -0.05$, $P < 0.001$) معنادار (منفی) بود و مؤلفه‌های افسردگی مرتبط با مشکلات ($P < 0.05$, $\beta = -0.1$) و پریشانی روانشناختی مرتبط با مشکلات ($P < 0.05$, $\beta = -0.1$)، پیش‌بینی کننده معنادار رفتارهای خود مراقبتی نبودند. بنابراین، براساس نتایج به‌دست آمده، از بین مؤلفه‌های پریشانی هیجانی تنها مؤلفه موانع درمان پیش‌بینی کننده معنادار رفتارهای خود مراقبتی بود.

به‌منظور پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی براساس پریشانی هیجانی و رابطه‌ی بیمار- پزشک، از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است. نتایج نشان داد که هر دو متغیر پریشانی هیجانی و رابطه‌ی بیمار- پزشک، توانستند ۲۸ درصد از واریانس رفتارهای خود مراقبتی را تبیین کنند. اما نتایج ضرایب بتا نشان داد که تنها پریشانی هیجانی ($\beta = -0.05$, $P < 0.001$) پیش‌بینی کننده معنادار رفتارهای خودمراقبتی بود و متغیر رابطه بیمار- پزشک نتوانست به‌طور معنادار پیش‌بینی کننده رفتارهای خود مراقبتی باشد ($\beta = 0.09$, $P > 0.05$).

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون به روش همزمان به منظور پیش‌بینی رفتارهای خود مراقبتی براساس پریشانی هیجانی مرتبط با بیماری دیابت و ارتباط بیمار- پزشک ($n=198$)

متغیرها	T	B	β	P	R^2	F
پریشانی هیجانی	-۷/۹	-۰/۳	-۰/۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۷۰/۴۸***
رابطه‌ی بیمار-پزشک	۱/۲	۰/۱	۰/۰۹	۰/۲۲۵		

*** $P < 0.001$ = R^2 ضریب تعیین؛ F=آزمون؛ β ضرایب بتا و P=سطح معناداری.

جدول ۴- خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان به منظور پیش‌بینی رفتارهای خود مراقبتی بر اساس مؤلفه‌های پریشانی هیجانی ($n=198$)

متغیرها	t	b	β	p	R^2	F
موانع درمان	-۴/۴	-۰/۲	-۰/۵	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۵۳/۸۷***
افسردگی مرتبط با مشکلات	۱۹/۸	۱/۷	-۰/۱	۰/۳۱۲		
پریشانی روانشناختی مرتبط با دیابت	-۱/۶	-۰/۱	-۰/۱	۰/۳۹۸		

*** $P < 0.001$ = R^2 ضریب تعیین؛ F=آزمون؛ β بتا، و p=سطح معناداری.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل رگرسیون در رابطه‌ی متغیر پریشانی هیجانی با متغیر خودمراقبتی نشان داد که پریشانی هیجانی رفتارهای خودمراقبتی را به‌طور منفی پیش‌بینی کرد. نتایج این تحقیق با مطالعات Aikens [۱۸]، Reddy و همکاران [۴۰] و Two Feathers و همکاران [۱۴] همسو است. نتایج بیانگر آن است که بیمارانی که مشکلات هیجانی زیادی را به‌علت ابتلا به دیابت دریافت می‌کنند، در انجام رفتارهای خودمراقبتی ضعیف‌تر عمل می‌کنند. عواملی مانند افسردگی، اضطراب و سایر محرک‌های تنش‌زا می‌توانند افراد را در انجام این رفتارها دچار اختلال کنند. Aikens [۱۸] معتقد است که پریشانی هیجانی مرتبط با دیابت، می‌تواند از فعالیت‌های شدید مربوط به دیابت و درمان آن نشأت گرفته شده باشد و اختلال در مراقبت از خود به‌طور مستقیم با این بیماری مرتبط باشد. از این‌رو، تأثیر منفی فشار روانی- اجتماعی و ادراک کیفیت ضعیف مراقبت از سلامتی مرتبط با پریشانی هیجانی در دیابت در بین بیماران دیابتی وجود دارد [۱۴].

در مورد سه مؤلفه پریشانی هیجانی (پریشانی روانی مرتبط با مدیریت دیابت، افسردگی مرتبط با مشکلات و موانع درمان)، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که اگر چه در آزمون ضریب همبستگی هر سه مؤلفه به‌طور منفی و معنادار با رفتارهای خودمراقبتی رابطه داشتند، اما از بین سه مؤلفه‌ی پریشانی هیجانی، تنها مؤلفه موانع درمان پیش‌بینی کننده (منفی) رفتارهای خودمراقبتی بود و دو مؤلفه‌ی دیگر، پیش‌بینی کننده‌ی معنادار رفتارهای خودمراقبتی نبودند. در واقع، نتایج نشان داد که هر چه که موانع در درمان دیابت بیشتر بودند انجام رفتارهای خودمراقبتی نیز ضعیف‌تر بود. نتایج این یافته با مطالعات Pourghaznein و همکاران [۳۹] همسو است. علت اینکه افسردگی، پریشانی روانی و موانع درمان، با رفتارها و نتایج پزشکی متفاوتی مرتبط هستند، احتمالاً بر این اساس است که این مؤلفه‌ها بر اساس مکانیزم متفاوتی عمل می‌کنند. برای مثال، در مورد دیابت، احتمالاً نشانه‌های افسردگی، رفتارهای بهداشتی برای کنترل دیابت را مختل می‌کنند. این امر ممکن است به این علت اتفاق بیفتد که افسردگی انگیزه کلی را کاهش می‌دهد و فعالیت‌هایی را که پیچیده، دارای انرژی شدید، نیازمند تلاش و وقت‌گیر هستند را مختل می‌کند. این

یافته با نتایج تحقیق Aikens [۱۸] همسو و با نتایج تحقیق Two Feathers و همکاران [۱۴] ناهمسو بود. پریشانی روانی مرتبط با دیابت در تعدادی از بیماران مبتلا به دیابت وجود دارد. پیروی ناکافی از اصول درمانی، خودکارآمدی کاهش یافته، نگرش منفی نسبت به درمان، از جمله مؤلفه‌های پریشانی دیابتی هستند که نتیجه‌اش می‌تواند کنترل ضعیف قند خون باشد. سطح بالای پریشانی دیابتی، با ارزیابی منفی از درمان با انسولین و بی‌میلی بیمار هم به آغاز کردن و هم ادامه‌دادن درمان با انسولین ارتباط دارد [۴۴].

اگر چه، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که رابطه‌ی بیمار- پزشک پیش‌بین معنادار رفتارهای خودمراقبتی نیست. اما نتایج ضریب همبستگی نشان داد که بین متغیر رابطه بیمار- پزشک با متغیر رفتارهای خودمراقبتی رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. هر چقدر که بیماران رابطه خوب و رضایت‌بخشی با پزشک خود داشتند و پزشک انتظارات آنها را برآورده کرده بود، رفتارهای خودمراقبتی آنها بهتر بود. نتایج تحقیق حاضر با مطالعات Zahednezhad و همکاران [۲۴]، Viinamäki و همکاران [۲۵]، Franciosi و همکاران [۲۶]، شاکری‌نیا [۴۱] و خادم‌الحسینی و همکاران [۴۲] همسو است. اعتماد داشتن به پزشک خود و درک شدن توسط او و همچنین در دسترس بودن پزشک از مهم‌ترین عواملی است که بیماران را امیدوار می‌کند تا بتوانند با بیماری خود مبارزه کنند و به این درک برسند که یکی از راه‌های مبارزه با بیماری دیابت، انجام رفتارهای خودمراقبتی است. بیمارانی که در مدیریت بیماری خود نقش چندانی نداشتند نیز از رابطه با پزشک رضایت نداشتند. نتایج یک تحقیق نشان می‌دهد که برای گرفتن بهترین تصمیم برای سازگار شدن با بیماران، مهم است که چگونگی ادراکات بیماران و کاربرد آن در روابط اندازه‌گیری شود [۲۶]. همچنین ارتباط صحیح بین پزشک و بیمار و ایجاد جو مناسب عاطفی در ارتباط آنان باعث انگیزه بیمار در راستای تبعیت از دستورات پزشکی در فرآیند درمان و تغییر رفتار بیمار جهت نتیجه بهتر می‌شد. علاوه بر اثرات سودبخش درمان بیمار توسط پزشک، کاهش قصورات پزشک در درمان نیز به‌عنوان یک عامل مهم در کاهش سرپیچی بیمار از دستور پزشک مطرح می‌باشد. در هنگام ارتباط بیمار- پزشک، شدت احساس آسیب‌پذیری می‌تواند کاهش یابد و نیروی مثبت اندیشی آنها

محدود بودند. بنابراین محدودیت‌هایی را در زمینه‌ی تعمیم نتایج به‌وجود می‌آورد و در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. محدودیت بعدی این بود که پژوهش بر روی قشری از جامعه انجام گرفت که به نوعی می‌توان آنها را جامعه دشوار در نظر گرفت. در این راستا، می‌توان به کمبود انگیزه، حجیم بودن پرسشنامه‌ها اشاره کرد. در نهایت به دلیل عدم وجود یک مرکز درمانی کامل برای بیماران و پراکنده بودن آنها در درمانگاه‌های مختلف، یکی از محدودیت‌های مهم این پژوهش، عدم امکان استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی بود.

با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر و نیز روش تحقیق به‌کار رفته در این مطالعه می‌توان به پیشنهادات پژوهشی زیر به‌منظور مورد بررسی قرار گرفتن آنها در مطالعه‌ی آینده اشاره کرد: با توجه به اینکه متغیرهای خودمراقبتی و مدل باورهای سلامتی از عوامل فرهنگی و قومی تأثیر می‌پذیرند، در تحقیقات بعدی این مطالعه در خرده فرهنگ‌های مختلف ایران تکرار شود؛ در پژوهش‌های بعدی، متغیرهایی که احتمالاً نقش واسطه‌ای بین متغیر ملاک و متغیرهای پیش‌بین را برعهده دارند، بررسی و کنترل شوند؛ و به‌علت حجم کم نمونه مورد تحقیق و نیز استفاده از روش نمونه‌گیری غیراجتماعی در دسترس، پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابه در مراکز آموزش و دیابت در شهرهای مختلف ایران روی تعداد بیشتری از افراد و نیز با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی انجام شود.

افزایش یابد و یا به‌طور معکوس، تجربه منفی رابطه‌ی بیمار با پزشک منجر به کاهش انگیزش بیمار برای ادامه‌ی درمان و خودمراقبتی شود. McWilliam و همکاران [۴۳] که رابطه‌ی بیمار-پزشک را در بین بیماران سرطانی مورد بررسی قرار داده است نیز به نتیجه‌ای مشابه نتیجه تحقیق حاضر دست‌یافته است و معتقد است که تجربه پزشک و تجربیات سهیم شده‌ی ارتباط بیمار-پزشک در طول ارائه درمان بیماری سرطان می‌تواند بینش‌های بیشتر در مورد ارتباط به‌عنوان رابطه‌ی کاری را روشن و آشکار کند.

مداخلاتی که هدف آن کم‌کردن مشکلات روانشناختی در بیماران مبتلا به دیابت است، این پتانسیل را دارد که نه تنها سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود ببخشد، بلکه می‌تواند اثرات مهمی بر نتایج درمان داشته باشد. اهمیت این پژوهش به کاربرد یافته‌های آن در جهت ارتقا سلامت روان بیماران است. به‌علاوه نتایج این تحقیق در توسعه و تکمیل برنامه‌های ارتقا و آگاهی بیماران دیابتی کاربرد داشته و از راهبردهای پیش‌گیر است. پیش‌بینی می‌شود یکی از برنامه‌هایی که می‌توانند در این زمینه اعمال شود، آگاهی دادن به بیماران در زمینه‌ی تأثیر انجام رفتارهای خودمراقبتی بر بهبودی بیماری و همچنین افزایش آگاهی بیماران در زمینه‌ی تأثیر عوامل مختلف مؤثر بر انجام این رفتارها، هم عواملی که رفتارهای خودمراقبتی را افزایش می‌دهند و هم عواملی که مانع عملی شدن این رفتارها می‌شوند، است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: نمونه‌ی مورد نظر، نوجوانان مبتلا به دیابت با دامنه‌ی سنی

مآخذ

1. Dixon L, Weiden P, Delahanty J, Goldberg R, Postrado L, Lucksted A, Lehman A. Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples. *Schizophrenia bulletin* 2000; 26(4):903.
2. Abdoli SA, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizi SO. Barriers to and Facilitators of Empowerment in People with Diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2009; 15;10(5):455-64.
3. Shirazi M, Anoosheh M, Rajab A. The effect of self care program education by group discussion method on self concept in diabetic adolescent girls referred to Iranian Diabetes Society. *Iranian Journal of Nursing Research* 2011; 40-52
4. Schoenberg NE, Traywick LS, Jacobs-Lawson J, Kart CS. Diabetes self-care among a multiethnic sample of older adults. *Journal of cross-cultural gerontology* 2008; 1:23(4):361-76.
5. محمدی، محمدحسن؛ یکه فلاح، لیلی، شهریاری، محسن و گلچین، مه‌ری. بررسی تأثیر اجرای خودمراقبتی جسمی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم در کلینیک تخصصی الزهرا اصفهان. *مجله تحقیقات پرستاری و مامایی* ۱۳۸۰؛ ۱۷: ۲۹-۲۰.

6. Safford MM, Russell L, Suh DC, Roman S, Pogach L. How much time do patients with diabetes spend on self-care?. *The Journal of the American Board of Family Practice* 2005; 1;18(4):262-70.
7. Jäger H. [Strengthening the patients' position--a new challenge to public health]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes)* (Germany) 1999; 61(6):269-73.
8. Lee HJ, Park KY, Park HS. [Self care activity, metabolic control, and cardiovascular risk factors in accordance with the levels of depression of clients with type 2 diabetes mellitus]. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2005; 35(2):283-91.
9. Faulkner MS, Chang LI. Family influence on self-care, quality of life, and metabolic control in school-age children and adolescents with type 1 diabetes. *Journal of pediatric nursing* 2007; 28; 22(1):59-68.
10. Morowati-Sharifabad MA, Rouhani Tonekaboni N, Baghianimoghadam MH. Predictors of self-care behaviors among diabetic patients referred to Yazd diabetes research Centre based on extended health belief model. *SSU_Journals* 2007; 15;15(3):85-96.
11. Morowatisharifabad M, Tonekaboni NR. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2009; 1;15(4):91-9.
12. Rahimian Boogar E, Ali Besharat M, Mohajeri Tehrani M, Talepasand S. Predictive Role of Self-Efficacy, Belief of Treatment Effectiveness and Social Support in Diabetes Mellitus Self-Management. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology* 2011; 1;17(3).
13. Gutierrez J, Long JA. Reliability and validity of diabetes specific Health Beliefs Model scales in patients with diabetes and serious mental illness. *Diabetes research and clinical practice* 2011; 30;92(3):342-7.
14. Two Feathers J, Palmisano G, Graddy-Dansby G, Kieffer EC, James SA, Heisler M, Spencer MS, Guzman JR, Sinco BR. Diabetes-specific emotional distress among African Americans and Hispanics with type 2 diabetes. *Journal of health care for the poor and underserved* 2006; 16;17(2):88-105.
15. Snoek FJ, Pouwer F, Welch GW, Polonsky WH. Diabetes-related emotional distress in Dutch and US diabetic patients: cross-cultural validity of the problem areas in diabetes scale. *Diabetes Care* 2000; 1;23(9):1305-9.
16. Morris AP, Voight BF, Teslovich TM, Ferreira T, Segre AV, Steinthorsdottir V, Strawbridge RJ, Khan H, Grallert H, Mahajan A, Prokopenko I. Large-scale association analysis provides insights into the genetic architecture and pathophysiology of type 2 diabetes. *Nature Genetics* 2012 Sep;44(9):981.
17. Skovlund SE, Peyrot M. The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) program: a new approach to improving outcomes of diabetes care. *Diabetes Spectrum* 2005; 1;18(3):136-42.
18. Aikens JE. Prospective associations between emotional distress and poor outcomes in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2012; 1;35(12):2472-8.
19. Strandberg RB, Graue M, Wentzel-Larsen T, Peyrot M, Rokne B. Relationships of diabetes-specific emotional distress, depression, anxiety, and overall well-being with HbA 1c in adult persons with type 1 diabetes. *Journal of psychosomatic research* 2014; 30;77(3):174-9.
20. Gonzalez JS, Shreck E, Psaros C, Safran SA. Distress and type 2 diabetes-treatment adherence: A mediating role for perceived control. *Health Psychology* 2015;34(5):505.
21. Fisher L, Skaff MM, Mullan JT, Areal P, Mohr D, Masharani U, Glasgow R, Laurencin G. Clinical depression versus distress among patients with type 2 diabetes not just a question of semantics. *Diabetes Care* 2007; 1;30(3):542-8.
22. Cooper JG, Claudi T, Jenum AK, Thue G, Hausken MF, Ingskog W, Sandberg S. Quality of Care for Patients With Type 2 Diabetes in Primary Care in Norway Is Improving Results of cross-sectional surveys of 33 general practices in 1995 and 2005. *Diabetes Care* 2009; 1;32(1):81-3.
23. Peyrot M, Rubin RR. Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes A conceptual review. *Diabetes Care* 2007; 1;30(10):2433-40.
24. 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. *SSU Journals* 2012; 15;20(2):249-58.
25. Viinamäki H, Niskanen L, Korhonen T, Tähkä V. The patient-doctor relationship and metabolic control in patients with type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 1993; 1;23(3):265-74.
26. Franciosi M, Pellegrini F, De Berardis G, Belfiglio M, Di Nardo B, Greenfield S, Kaplan SH, Sacco M, Tognoni G, Valentini M, Nicolucci A. Correlates of satisfaction for the relationship with their physician in type 2 diabetic patients. *Diabetes research and clinical practice* 2004; 31;66(3):277-86.
27. Attale C, Lemogne C, Sola-Gazagnes A, Guedeny N, Slama G, Horvath AO, Consoli SM. Therapeutic alliance and glycaemic control in type 1 diabetes: a pilot study. *Diabetes & metabolism* 2010; 31;36(6):499-502.
28. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology* 2000 Jun;68(3):438.
29. Ciechanowski P, Russo J, Katon W, Von Korff M, Ludman E, Lin E, Simon G, Bush T. Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. *Psychosomatic Medicine* 2004; 1;66(5):720-8.
30. Jacobson AM, De Groot M, Samson JA. The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes Care* 1994; 1;17(4):267-74.

۳۱. ابوطالبی دریاسری، قاسم؛ وثوقی کرکزلو، نازیلا؛ فراهانی، بهناز؛ محمدنژاد، اسماعیل و سجادی اعظم. بررسی توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت. فصلنامه علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری بیرجند ۱۳۹۱؛ ۸: ۱۹۷-۲۰۴.
۳۲. قنادی، کوروش؛ عنبری، خاطره؛ کاویانی، مژگان و منتظری، رضوان. خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی شهر خرم‌آباد. فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان ۱۳۹۱؛ ۱۴: ۵۳.
33. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001 Jun; 1;24(6):1069-78.
34. Schrop SM. *The relationship between patient socioeconomic status and patient satisfaction: Does patient-physician communication matter?* (Doctoral dissertation, Kent State University).
35. Seyedian M, Falah M, Nourouzian M, Nejat S, Delavar A, Ghasemzadeh HA. Validity of the Farsi version of mini-mental state examination.
36. Welch GW, Jacobson AM, Polonsky WH. The Problem Areas in Diabetes Scale: an evaluation of its clinical utility. *Diabetes Care* 1997; 1;20(5):760-6.
37. Arzaghi SM, Mahjouri MY, Heshmat R, Khashayar P, Larijani B. Psychometric properties of the Iranian version of the Problem Areas in Diabetes scale (IR-PAID-20). *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders* 2011;10:16.
38. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HW, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *General hospital psychiatry* 2004; 30;26(2):115-20.
39. Pourghaznein, M., Ghaffari, F., Hasanzadeh, F., Chamanzari, H. The relationship between health beliefs and medication adherence in patients with type 2 diabetes: A correlation-cross sectional study. *Life Science Journal* 2013; 10: 38-46.
40. Reddy J, Wilhelm K, Campbell L. Putting PAID to diabetes-related distress: the potential utility of the problem areas in diabetes (PAID) scale in patients with diabetes. *Psychosomatics* 2013 Feb; 28; 54(1):44-51.
۴۱. شاکری‌نیا، ایرج. ارتباط پزشک-بیمار و نقش آن در رضایت‌مندی بیماران از فرآیند درمان. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۸۸؛ ۲: ۹-۱۶.
۴۲. خادم‌الحسینی، زینب؛ خادم‌الحسینی، میترا و محمودیان، فرزاد. بررسی نقش اخلاقی و رفتاری پزشک در رعایت دستورات پزشکی توسط بیمار در فرآیند درمان. *فصلنامه اخلاق پزشکی* ۱۳۸۸؛ ۳: ۱۰۵-۱۰۱.
43. McWilliam CL, Brown JB, Stewart M. Breast cancer patients' experiences of patient-doctor communication: a working relationship. *Patient education and counseling* 2000; 29;39(2):191-204.
44. Stanković, Ž. *Psycho-social, clinical and neurobiological correlates of depression in patients with type 2 diabetes [dissertation]*. Belgrade: Faculty of Medicine, University of Belgrade, 2011.

PREDICTING SELF-CARE BEHAVIORS BASED ON PATIENT-DOCTOR RELATIONSHIP AND EMOTIONAL DISTRESS IN ADOLESCENTS WITH DIABETES

Mohamad saleh Mohamadabadi^{*1}, Abdulaziz Aflakseir¹

1. Department of Clinical Psychology, School of Education & Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

ABSTRACT

Background: The aim of the present research is to predict the self-care behaviors based on emotional distress and physician – patient’s relationship in adolescents with diabetes.

Methods: The research design was correlation and the study population included all adolescents with diabetes at Shiraz city. For this purpose, 198 adolescent patients participated in the study through the convenience sampling method. Research instruments included the Questionnaire of Diabetes Self-management, Emotional Distress Questionnaire and finally Physician–Patient’s Relationship Questionnaire. To analyze the data, the simultaneous multiple regression methods were applied using SPSS (version 17).

Results: Regression analysis showed that emotional distress ($\beta=-0.58$, $P<0.001$) significantly (negative) predicted diabetes self-care behaviors. Also, among the components of emotional distress only barriers to treatment ($\beta=-0.53$, $P<0.001$) significantly (negative) predicted diabetes self-care behaviors. However, results showed that physician–patient’s relationship did not significantly predicted diabetes self-care behaviors.

Conclusion: According to the results, it can be argued that the emotional distress (especially barriers to treatment) variable, play an important role in addressing diabetes self-care behaviors in adolescents.

Keywords: Self-Care Behaviors, Emotional Distress, Physician – Patient’s Relationship, Diabetes, Adolescence

* Department of Clinical Psychology, School of Education & Psychology, University of Shiraz, Eram Campus, Shiraz, Iran. Tel: +98913 2462379, Fax: +98 713 6284641, E-mail: salehmo30@yahoo.com