مقاله پژوهشی

ارتباط کانون کنترل سلامت، حافظه و رابطه پزشک - بیمار با رضایت از درمان در مبتلایان به دیابت نوع II

هادی زاهدنژاد*[1]، حمید پورشریفی[2]، جلیل باباپور[3]

تاریخ دریافت ۱۳۸۹/۰۲/۰۵ تاریخ پذیرش ۱۳۸۹/۰۵/۰۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: رضایتمندی بیماران دیابتی از درمان یکی از روش‌های ارزیابی کیفیت مراقبت بهداشتی و در عین حال به‌عنوان عامل اساسی در پیش‌بینی پیامد درمانی می‌باشد. پژوهش حاضر به‌منظور بررسی ارتباط کانون کنترل سلامت، حافظه و رابطه پزشک - بیمار با رضایت از درمان انجام گرفته است.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع مطالعات همبستگی می‌باشد که بر روی ۱۱۵ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع II در فاصله زمانی خرداد تا مرداد ۱۳۸۹ به درمانگاه غدد بیمارستان سینا تبریز مراجعه کرده بودند، انجام شد. برای گردآوری اطلاعات پس از سوالات دموگرافیک، پرسش‌نامه‌های رابطه پزشک - بیمار (PDRQ-9)، مقیاس چندوجهی کانون کنترل سلامت (MHLC)، پرسش‌نامه‌ی حافظه گذشته‌نگر و آینده‌نگر (PRMQ) و پرسش‌نامه رضایتمندی بیمار - فرم کوتاه (PSQ-18) در مورد افراد شرکت کننده اجرا گردید. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون معنی‌داری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین کانون کنترل سلامت بیرونی قدرت – دیگران و رابطه مطلوب پزشک – بیمار با رضایت از درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع II رابطه مثبت وجود دارد اما بین حافظه با رضایت از درمان، رابطه‌ای وجود ندارد. همچنین از میان متغیرهای پیش بین، رابطه پزشک–بیمار می‌تواند رضایت از درمان را پیش بینی کند.

بحث و نتیجه گیری: براساس نتایج پژوهش بیماران دیابتی نوع II که کانون کنترل سلامتشان از نوع بیرونی قدرت – دیگران بوده و همچنین رابطه مطلوبی با پزشکشان برقرار می‌کنند، رضایت بیشتری از درمانشان دارند. از طرفی می‌توان پیش بینی کرد بیمارانی که رابطه‌ی مطلوبی با پزشکشان دارند رضایت بیشتری از درمان خود داشته باشند.

کلید واژها: دیابت نوع II، کانون کنترل سلامت، حافظه، رابطه پزشک - بیمار، رضایت از درمان

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره دوم، پی در پی ۳۱، خرداد و تیر ۱۳۹۰، ص ۷۵-۶۷

آدرس مکاتبه: تبریز، خیابان طباطبایی،کوی دمشقیه، کوچه گلکار، پلاک۵/۶۵، تلفن: ۰۹۱۴۸۶۶۷۲۳۱

E-mail: zahednezhad@yahoo.com

مقدمه

دیابت نوع II بیماری مزمن و غیر واگیرداری است که با ایجاد مشکل در سوخت و ساز گلوکز، چربی و پروتین ظاهر شده و باعث صدمه به ارگان‌های مختلف فرد مبتلا می‌شود و به‌عنوان یک بیماری شایع در هزاره‌ی سوم مطرح شده است (۱) و به دلایل متعددی منجمله شیوع بیماری، میزان عوارض، مرگ و میر ناشی از بیماری و هزینه‌های بسیار هنگفت توجه سیستم بهداشتی - درمانی را به خود معطوف نموده است (۲). چنانچه طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، در سال ۱۹۹۷ تعداد مبتلایان به دیابت ۱۲۴ میلیون نفر بود که در سال ۲۰۰۰ این تعداد به ۱۷۱ میلیون نفر رسیده و در صورت عدم

[1] کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز (نویسنده مسئول)
[2] استادیار روانشناسی سلامت، دانشگاه تبریز
[3] دانشیار روانشناسی سلامت، دانشگاه تبریز

بکارگیری راهبردهای مناسب، پیشگیری و درمان، این میزان در سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶ میلیون نفر افزایش خواهد یافت. شیوع دیابت درکل جمعیت ایران در سال ۱۳۸۵، دو تا سه درصد و در افراد بالای ۳۰ سال، ۷/۳ درصد برآورد شده که نشانگر وجود بالغ بر ۴ میلیون نفر بیمار دیابتی در ایران است (۳). شایع‌ترین نوع دیابت، دیابت نوع II می‌باشد، که به طور تقریبی در میان ۹۰درصد بیماران دیابتی رایج است (۴).

رضایت از درمان به عنوان عامل اساسی در پیش بینی فرآیند و پیامد درمان بیماران دیابتی می‌باشد (۵). رضایتمندی بیمار یک واکنش شناختی و عاطفی است که طی آن بیمار ارضاء نیازهایش را اعلام داشته و در عین حال یکی از روش‌های سنجش و ارزشیابی کیفیت مراقبتی محسوب می‌شود و مفهومی است که امروزه در مراقبت‌های پزشکی اهمیت ویژه‌ای یافته است (۶). رضایت بیمار، شرایط، فرآیند و پیامد درمان در میزان پیروی از دستورات ارایه شده و در نهایت بهبود وضعیت و کنترل بیماری تأثیر می‌گذارد و بیمارانی که از پزشک معالج رضایت بیشتری دارند به مراتب بهتر از دستورات او پیروی می‌کنند (۷). بیماران ناراضی کم‌تر تجویزهای پزشکی را انجام داده و کم‌تر جریان درمان خود را پیگیری می‌کنند و در نتیجه علایم بهبود را کم‌تر نشان می‌دهند. هم چنین با احتمال بیشتری پزشک یا سیستم درمانی خود را تغییر می‌دهند (۸).

در رابطه باعوامل موثر بر رضایت از درمان می‌توان بر اساس الگوی زیستی - روانی - اجتماعی (۹) و الگوی ادغام پزشکی و روان‌شناسی که از الگوهای غالب روان‌شناسی سلامت شناخته شده‌اند (۱۰) به چند عامل روان‌شناختی موثر بر رضایت درمانی اشاره نمود که عبارتاند از رابطه پزشک- بیمار[1]، حافظه[2] و کانون کنترل[3] سلامت.

رابطه پزشک - بیمار به عنوان یکی از عوامل مرتبط و موثر بر رضایت از درمان می‌باشد. رابطه درمانی عبارت است از انتقال اطلاعات از فرستنده به گیرنده به گونه‌ای که برای هر دو قابل فهم باشد. برقراری ارتباط یک توانمندی انسانی که با آموزش قابل توجه به صورت مهارت‌های ارتباطی درآمده و این مهارت‌ها جزء جدایی ناپذیر فعالیت‌های بالینی پزشکان هستند (۱۱). وقتی ارتباط موثر با بیمار برقرار شود، مشکل بیمار دقیق‌تر شناسایی شده، بیمار رضایت بیشتری از مراقبت‌های خود داشته و مشکل خود و انتخاب‌های درمانی را بهتر درک کرده، رضایت از درمان افزایش یافته و به تبع آن پیروی و پیامد درمانی مطلوبی حاصل می‌شود (۱۲). در پژوهشی که توسط خادم نژاد صورت گرفت وی نشان داد که بین رابطه پزشک - بیمار با رضایت از درمان رابطه وجود داشته و بیشترین میزان رضایت در زمینه‌ی تسلط علمی، رفتار محرمانه، گوش دادن دقیق، و صرف وقت کافی برای معاینه بود (۱۳). راو در پی تحقیقی که انجام داد بیان داشت مهم‌ترین عاملی که با رضایت از درمان ارتباط دارد، رابطه پزشک - بیمار می‌باشد (۸). هدینگ، مالوک، سینکلایر و بیشاب درسال ۲۰۰۹ در تحقیقات مروری که بر روی رضایت بیماران سرطانی انجام دادند به مجموعه‌ای ازعوامل مرتبط با رضایتمندی دست یافتند که در این میان بین رابطه پزشک - بیمار با رضایتمندی بیمار رابطه معنی‌داری را گزارش می‌کنند (۱۴).

حافظه و یادآوری یکی از دیگر عوامل موثر بر رضایت بیمار است که لی در الگوی پیروی (پذیرش) بیمار بدان اشاره کرده است و به این صورت می‌باشد که در آن حافظه و درک بیمار به عنوان

[1] Physician - Patient relationship

[2] memory

[3] Health locuse of control

دو عامل اساسی است که به صورت غیر مستقیم از طریق تاثیر بر رضایت و هم به صورت مستقیم بر پیروی تاثیر دارند (۱۰). لی در تحقیقی که انجام داد به این نتیجه دست یافت که حافظه و قدرت یادآوری افراد در یادآوری تجویزها و رژیم‌های درمانی توصیه شده توسط پزشک با رضایت از درمان رابطه داشته و بر آن تاثیر می‌گذارد (۱۵).

کانون کنترل سلامت عبارت است از درجه باور و اعتقاد فرد به این امر که سلامت او تحت کنترل عوامل درونی یا عوامل بیرونی است. کسانی که کانون کنترل سلامتی از نوع بیرونی دارند به این امر معتقدند که پیامدهای معین در زندگی آن‌ها به واسطه نیروهایی مانند پزشکان، شانس، سرنوشت و بخت و اقبال تعیین می‌شوند و در عوض افرادی که دارای کانون کنترل سلامت درونی هستند معتقدند که پیامدهای معین در زندگی در نتیجه رفتار و اعمال آن‌ها می‌باشد و تعیین کننده سلامتی آن‌ها به‌طور مستقیم اعمال و رفتارهای آنان می‌باشد (۱۶). نظریه کانون کنترل سلامت توسط والستون و همکاران در دهه ۱۹۷۰ عنوان شد که بر گرفته از نظریه یادگیری اجتماعی راتر می‌باشد (۱۷). تیلور در تحقیقی که با عنوان نقش باورهای سلامت و کانون کنترل سلامت بر رضایت از درمان روی بیماران سرطانی انجام داد به این نتایج دست یافت که کانون کنترل بیرونی سلامت با رضایت از درمان بیماران رابطه مثبت معنی‌دار دارد (۱۸). در تحقیقی دیگری که در این زمینه صورت گرفته است بین کانون کنترل درونی و رضایت از درمان رابطه مثبت معنی‌دار یافت شد (۱۹).

با توجه به این‌که رضایت از درمان به عنوان یکی از عوامل موثر در پیروی و نتیجه‌ی درمان است، بررسی عوامل موثر بر رضایت از درمان بیمار از اهمیت خاصی برخوردار است و در پژوهش حاضر در نظر است از بین عوامل مختلف موثر بر آن، نقش رابطه پزشک - بیمار به عنوان یکی از مباحث مهم حوزه روان‌شناختی سلامت، حافظه به عنوان عامل فردی بیمار و از مولفه‌های پردازش شناختی اطلاعات و در نهایت نقش کانون کنترل سلامت به عنوان یکی از عمده‌ترین شاخص‌های باور بهداشتی مورد بررسی قرار گیرد.

لذا پژوهش حاضر با دو هدف: تعیین رابطه کانون کنترل سلامت، حافظه و رابطه پزشک - بیمار با رضایت از درمان بیماران دیابتی نوع II و تعیین نقش کانون کنترل سلامت، حافظه و رابطه پزشک - بیمار در پیش بینی رضایت از درمان بیماران دیابتی نوع II صورت گرفته است. بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوالات پژوهشی است: ۱- آیا بین رابطه پزشک- بیمار، حافظه و کانون کنترل سلامت با رضایت از درمان بیماران دیابتی نوع II رابطه وجود دارد؟ ۲- کدامیک از عوامل رابطه پزشک- بیمار، حافظه و کانون کنترل سلامت می‌توانند رضایت از درمان بیماران دیابتی نوع II را پیش بینی کنند؟

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران دیابتی نوع II با دامنه‌ی سنی ۱۶ تا ۶۵ سال تشکیل می‌دهند که طی فاصله زمانی خرداد تا مرداد ماه سال ۱۳۸۹ به درمانگاه غدد بیمارستان سینا شهر تبریز مراجعه کرده بودند. از میان جامعهِ آماری افرادی جهت شرکت در پژوهش انتخاب گردیدند که ۱۲ ماه از تشخیص آن‌ها گذشته بود. همچنین از ورود بیمارانی که ناتوانی یادگیری داشته و تحت درمان روانپزشکی بوده و یا دارای مشکلات جدی پزشکی نظیر بیماری مزمن دیگری غیر از دیابت نوع II بودند، جلوگیری به عمل آمد. نمونه آماری، ۱۱۵ نفر از زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع II بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها پس از پرسش‌نامه جمعیت شناختی (شامل اطلات مربوط به سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل، اشتغال، درآمد، بیمه)، چهار ابزار به کار برده شد که عبارتاند از: الف- پرسش‌نامه‌ی رابطه

پزشک- بیمار (PDRQ-۹[1])، ب- مقیاس چند وجهی کانون کنترل سلامت (MHLC[2]) ج- پرسش‌نامه‌ی حافظه گذشته نگر و آینده نگر (PRMQ[3])، د- پرسش‌نامه رضایتمندی بیمار- فرم کوتاه (PSQ-18[4]).

پرسش‌نامه رابطه پزشک - بیمار (PDRQ-9): این آزمون توسط وندرفلتز و همکاران درسال ۲۰۰۴ ساخته شده است که دارای ۹ سوال است و آزمودنی به هر سئوال براساس یک مقیاس پنج درجه‌ای پاسخ می‌دهد. 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 می‌باشد. وندر فلتز برای بررسی روائی پرسش‌نامه از اعتبار یابی ملاکی همزمان روی ۱۰۵ نفر از افراد نیازمند مراقبت ابتدائی و ۵۵ نفر از افراد مبتلا به بیماری صرع استفاده کرده که در آن روابط پزشک - بیمار و دسترس پذیری پزشک با نشانه‌های بیمار مقایسه شد و همبستگی به صورت R=۰/۷۸ مشاهده گردید. وندرفلتز در بررسی پایایی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۹۴ اعلام کرد (۲۰). ونگ همکاران ضرایب اعتبار پرسش‌نامه را ۰/۷۳ و در بررسی پایایی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را برابر ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند (۲۱). طی انجام پژوهش حاضر، این پرسش‌نامه روی ۱۱۵ بیمار اجرا شد و ضریب آلفای کرونباخ آن (۰/۹۲) در حد بسیار قابل قبولی بدست آمد.

مقیاس چند وجهی کانون کنترل سلامت (MHLC): این مقیاس توسط والستون و همکاران در سال ۱۹۹۲ طراحی شده است. دارای معیار شش گانه لیکرت و شامل سه مولفه با عناوین کانون کنترل درونی (IHLC)، کانون کنترل سلامت بیرونی قدرت – دیگران (PHLC) و کانون کنترل سلامت بیرونی شانس (CHLC) می‌باشد و به قرار زیر است: ۱- Internal HLC:شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که خود فرد مسئول سلامت فرد است. ۲- powerful other HLC:درجه اعتقاد فرد به این که سلامت او به وسیله افراد دیگر تعیین می‌شود. ۳- change HLC: شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او وابسته به شانس، بخت و اقبال و سرنوشت او می‌باشد. این پرسش‌نامه دارای سه فرم A, B, C است که در تحقیق حاضر از فرم A استفاده شده که تمام گویه‌ها دارای ۶ گزینه و از ۱ تا ۶ نمره گذاری می‌شود. روایی همزمان مقیاس کانون کنترل سلامت با مقیاس درونی - بیرونی Ratter (IE) مشخص شده است. ضریب پایایی کودر - ریچاردسون برای هر یک از مقیاس‌های IPC به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۶۱ و ۰/۷۷ گزارش شده است (۲۲). ضریب پایانی نسخه فارسی این ابزار که بر روی دانشجویان آزموده شده است، برای مولفه های C, P, I به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۵۶ و ۰/۶۷ به دست آمده (۲۳). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برای مولفه های C, P, I به ترتیب برابر ۰/۷۲، ۰/۷۰ و ۰/۸۱ بدست آمد که در حد قابل قبولی می‌باشد.

پرسش‌نامه حافظه گذشته نگر و آینده نگر (PRMQ): این آزمون یک آزمون مداد کاغذی است که توسط کرافورد، گیاف، میلور، سالا ولوگای در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است دارای ۱۶ سوال است و آزمودنی به هر سوال براساس یک مقیاس پنج درجه‌ای پاسخ می‌دهد. دارای یک زیر مقیاس اصلی با عنوان حافظه گذشته نگر/آینده نگر و دو زیر مقیاس فرعی همایند با زیر مقیاس اصلی با عنوان حافظه کوتاه مدت / بلند مدت، و حافظه فرد محور / پیرامون محور است و در نهایت یک مقیاس کلی با عنوان حافظه عمومی دارد که از مجموع مقیاس‌ها بدست می‌آید.

[1] Patient-doctor relationship questionnaire

[2] multidimensional health locus of control

[3] Prospective and retrospective memory

[4] Patient satisfaction questionnaire short - form

این آزمون در اصل میزان خطای حافظه کلی و زیر مقیاس‌های آن را نشان می‌دهد. کرافورد و همکاران پایایی آزمون را توسط همسانی درونی در مقیاس آینده‌نگر، گذشته‌نگر و مقیاس کلی در حد قابل قبول گزارش کرده‌اند و از طرفی ضریب آلفای کرونباخ را برای حافظه گذشته نگر، آینده نگر و مقیاس کلی (حافظه عمومی) به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند (۲۴). طی انجام پژوهش حاضر، این پرسش‌نامه روی ۱۱۵ بیمار اجرا شد و ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برای حافظه گذشته نگر، آینده نگر و مقیاس کلی (حافظه عمومی) به ترتیب برابر ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۸۸ بدست آمد که در حد قابل قبولی می‌باشد.

پرسش‌نامه رضایتمندی بیمار - فرم کوتاه (PSQ-18): این پرسش‌نامه مداد کاغذی توسط مارشال و هیز در سال ۱۹۹۴ طراحی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۱۸ ماده آزمون می‌باشد. این پرسش‌نامه هفت زیر مقیاس دارد که عبارتند از رضایت عمومی، کیفیت درمان، چگونگی روابط بین فردی، ارتباط، مسائل مالی، زمان صرف شده با دکتر، و میزان دسترس پذیری دکتر. نمره‌ی رضایت کلی از مجموع میانگین‌های هفت زیر مقیاس بدست آمده و همبستگی این پرسش‌نامه با فرم بلند آن (PSQ-III) در تمامی هفت زیر مقیاس هر دو پرسش‌نامه ۰/۹۰ می‌باشد (۲۵). آنگ، ویزر، لامس و دی‌های درمحاسبه‌ی اعتبار این پرسش-نامه از اعتبار یابی محتوایی استفاده کرده‌اند و اعتبار آن را در حد قابل قبول گزارش کرده‌اند (۲۶). طی انجام پژوهش حاضر، این پرسش‌نامه بر روی ۱۱۵ بیمار اجرا شد و ضریب آلفای کرونباخ آن (۰/۶۷) در حد قابل قبولی بدست آمد تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده به کمک نرم افزار SPSS.17 و با استفاده از همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام به گام صورت گرفت.

یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود ویژگی‌های توصیفی این متغیرها از قبیل میانگین و انحراف معیار به دو شکل نمره کلی و تفکیک شده از طریق عامل جنسیت گزارش شده است.

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق به تفکیک جنسیت

شاخص / متغیر	نمره کل (N=115)		زنان (N=65)		مردان (N=50)	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت از درمان	۲۱/۶۸	۳/۳۵	۲۱/۸۵	۳/۲۸	۲۱/۴۶	۳/۴۷
رابطه پزشک – بیمار	۳۰/۲۷	۹/۳۲	۳۱/۰۱	۸/۹۵	۲۹/۳۲	۹/۷۹
حافظه کلی	۳۹/۱۴	۹/۴۶	۳۹/۹۳	۱۱/۳۱	۳۸/۱۲	۹/۲۶
کانون کنترل سلامت درونی	۲۷/۶۷	۶/۳۲	۲۷/۷۰	۶/۰۶	۲۷/۶۴	۶/۷۱
کانون کنترل سلامت شانس	۱۹/۱۲	۶/۵۶	۱۹/۳۲	۵/۸۰	۱۸/۸۶	۷/۴۹
کانون کنترل سلامت قدرت- دیگران	۲۵/۴۰	۵/۹۵	۲۵/۱۸	۵/۵۷	۲۵/۷۰	۶/۴۶

به منظور بررسی روابط بین متغیرهای ملاک و پیش بین که عبارتند از متغیرهای رضایت از درمان ، رابطه پزشک - بیمار، حافظه و کانون کنترل سلامت از روش آماری ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول شماره (۲): همبستگی بین متغیرهای تحقیق (N=115)

متغیر	رضایت از درمان	رابطه پزشک - بیمار	حافظه کلی	کانون کنترل سلامت درونی	کانون کنترل سلامت شانس	کانون کنترل سلامت قدرت-دیگرا ن
رضایت از درمان	۱					
رابطه پزشک - بیمار	۰/۵۳**	۱				
حافظه کلی	-۰/۰۸۸	-۰/۰۹۸	۱			
کانون کنترل سلامت درونی	۰/۰۱۹	۰/۲۹**	-۰/۱۸	۱		
کانون کنترل سلامت شانس	۰/۰۳۴	۰/۰۰۶	۰/۲۰*	۰/۰۷۸	۱	
کانون کنترل سلامت قدرت-دیگران	۰/۲۰*	۰/۳۶**	-۰/۱۷	۰/۵۰**	۰/۲۷**	۱

**P<0/01

* P<0/05

همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد براساس نتایج آزمون معنی‌داری همبستگی پیرسون، بین کانون کنترل سلامت بیرونی قدرت-دیگران و رابطه مطلوب پزشک - بیمار با رضایت از درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع II رابطه خطی مثبت و معنی‌دار وجود دارد اما بین حافظه با رضایت از درمان، رابطه خطی وجود ندارد. به منظور بررسی این‌که کدامیک از متغیرهای پیش بین کانون کنترل سلامت ، حافظه و رابطه پزشک - بیمار متغیر ملاک رضایت از درمان را پیش بینی می‌کند، از روش آماری رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۳ آورده شده است. تحلیل رگرسیون متغیر ملاک براساس نمرات متغیر پیش بین مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج تحلیل رگرسیون نشان دهنده ضریب تعیین ۰/۲۸ (R^2=0/28) می‌باشد. یعنی ۲۸ درصد از متغیر رضایت از درمان توسط رابطه پزشک - بیمار تعیین می‌شود (جدول شماره ۳).

جدول شماره (۳): تحلیل رگرسیون نمرات متغیر ملاک (رضایت) بر متغیرهای پیش بین (رابطه پزشک – بیمار، حافظه و کانون کنترل سلامت).

متغیرهای پیش‌بین	R^2	F	Sig	B	β
رابطه پزشک – بیمار	۰/۲۸	۴۵/۰۳	۰/۰۰۱	۱۵/۸۶	۰/۵۳

$t=\sqrt{f}$

$y=\beta_0+\beta_1 x$

y: رضایت درمان

X: رابطه پزشک – بیمار

با توجه به ضرایب β مندرج در جدول شماره ۳ معلوم می‌شود که از بین مولفه های متغیر پیش بین رابطه پزشک – بیمار (P < 0/001، β =۰/۵۳) به شکل معنی داری رضایت از درمان را تبین می‌کند و این مسئله حاکی از آن است که رابطه پزشک – بیمار توان پیش بینی رضایت بیماران از درمانشان را دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان داد کانون کنترل سلامت و رابطه پزشک – بیمار با رضایت از درمان رابطه خطی مثبت دارد ولی بین حافظه و رضایت از درمان رابطه‌ی خطی معنی‌دار وجود ندارد. همچنین از میان متغیرهای پیش بین تنها رابطه پزشک – بیمار می‌تواند رضایت از درمان را پیش بینی کند.

رابطه پزشک – بیمار: نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان می‌دهد بین رابطه پزشک – بیمار با رضایت از درمان، رابطه مثبت وجود دارد و از طرفی رابطه پزشک – بیمار می‌تواند رضایت از درمان را پیش بینی می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت مطلوب رابطه میان پزشک و بیمار با میزان بالای رضایت بیمار از درمان رابطه دارد (۱۴-۱۳-۱۲-۸) و در عین حال رابطه پزشک – بیمار توانایی پیش بینی رضایت از درمان را دارد (۸).

کانون کنترل سلامت: نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان می‌دهد بین مولفه‌های کانون کنترل سلامت و رضایت از درمان، رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر رابطه مثبت و معنی‌دار بین کانون کنترل سلامت قدرت – دیگران با رضایت از درمان یافت شد و اما بین کانون کنترل سلامت درونی و کانون کنترل سلامت شانس با رضایت از درمان رابطه‌ای یافت نشد. مطالعاتی گزارش شده‌ای بسیار اندکی در زمینه‌ی ارتباط کانون کنترل سلامت با رضایت از درمان یافت شد که عنوان می‌شود. تیلور در تحقیقی که با عنوان نقش باورهای سلامت و کانون کنترل سلامت بر رضایت از درمان روی بیماران سرطانی انجام داد به این نتایج دست یافت که کانون کنترل بیرونی سلامت با رضایت از درمان بیماران رابطه مثبت و معنی‌دار دارد که با یافته‌ای این پژوهش همسوست (۱۸). از طرفی در تحقیقی دیگر که در این زمینه صورت گرفت بین کانون کنترل درونی و رضایت از درمان رابطه مثبت و معنی‌داری یافت است (۱۴). کانون کنترل سلامت در واقع درجه اعتقاد فرد به این امر است که سلامت او تحت کنترل عوامل درونی یا عوامل بیرونی است. حال این پژوهش نشان می‌دهد کسانی که کانون کنترل سلامتی از نوع بیرونی قدرت - دیگران دارند، از درمان خود رضایت دارند.

حافظه: نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان می‌دهد بین حافظه با رضایت از درمان، رابطه‌ای وجود ندارد. البته در این پژوهش همانا منظور از حافظه، میزان خطای حافظه است که در یک مقیاس کلی با عنوان حافظه کلی (عمومی) بیان می‌شود. در زمینه‌ی ارتباط حافظه با رضایت از درمان پژوهش‌های گزارش شده بسیار اندکی یافت شد. در این راستا همچنین پژوهش دیگری که عدم ارتباط یا رابطه معکوس حافظه با رضایت از درمان را نشان دهد یافت نشد. این یافته با نتایج تحقیق و نظر لی (۱۵) که در پژوهش خود به این دست یافت که بین حافظه با رضایت از درمان ارتباط وجود دارد ناهمسو است.

به نظر می‌رسد رابطه پزشک – بیمار از جمله عوامل اساسی مرتبط با رضایت بیماران و از طرفی عامل مهمی نیز در پیش بینی وقوع رضایت درمانی بیماران است. تبین این ارتباط بدین‌گونه است که هدف اصلی از مراجعه‌ی بیمار به پزشک اعاده یا تامین سلامت خویش بوده و طبعاً این امر دارای مراحل متعددی است و از آن‌جا که ارتباط پزشک - بیمار برای رسیدن به هدف مذکور کمک شایانی می‌کند باید به کیفیت آن توجه عمیقی داشت، زیرا رابطه مقوله‌ای است که در آن هر دو طرف برای رسیدن به هدف مشترک با همدیگر تعامل می‌کنند و در این میان بدون رضایت بیمار از این رابطه و عوامل دخیل در آن این امر به سختی ممکن است و وقوع رضایت بیمار از این رابطه در نهایت منجر به رضایت از فرایند درمان می‌شود. عامل دیگر مرتبط با رضایت از درمان در این پژوهش کانون کنترل سلامت بیرونی قدرت – دیگران بیماران است و این بیانگر آن نقطه است که بیماران دیابتی که در سیستم بهداشتی و درمانی حاضر تحت درمان قرار می‌گیرند، به این مسئله معتقدند که عامل اصلی کنترل سلامتشان افراد قدرتمند و بانفوذ همچون پزشکان می‌باشند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم کم نمونه اشاره کرد که خود نشان‌دهنده اهمیت تکرار پژوهش در نمونه‌ای با حجم وسیع‌تر است، محدودیت دیگر این پژوهش که یکی از مشکلات عمده پژوهش‌های بالینی است،

عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی بوده و در نهایت محدودیت سوم این پژوهش استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی جهت بررسی متغیرهای پژوهش می‌باشد.

لذا با توجه به محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود این پژوهش با حجم نمونه‌ای بزرگ‌تر انجام گیرد، توصیه می‌شود تحقیق مشابه در مراکز آموزش و دیابت در شهرهای مختلف ایرا ن انجام شود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همکاری مسئولان محترم درمانگاه غدد و دیابت مرکز آموزشی و درمانی سینا تبریز به‌ویژه سرکار خانم دکتر میترا نیافر، ریاست محترم گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی تبریز جناب آقای دکتر امیر بهرامی، رئیس انجمن دیابت استان آذربایجان شرقی، جناب آقای دکتر مجید مبصری و کلیه کسانی که مرا در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را دارم.

Refrences:

1. Smeltzer SC, Bare BG, Cheever KH, Hinkle JL. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 11th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
2. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. J Diabet Care 2005: 30; 50-5.
3. Aghamollaie T, Eftekhar H, Shojaezadeh D, Mohammad K, Nakhjavani M, Chofrani F. Behavior, metabolic control and health related quality of life in diabetic patient at Bandar Abbas diabetic clinic. Iranian J Pub Health 2003: 32 (3); 54-9. (Persian)
4. Gonder-Frederick LA. Diabetes. In: Christensen A, Antoni M, Editors. Chronic medical disorders: behavioral medicine's perspective. Oxford: Blackwell Publishers, Ltd: 2002. P. 137-64.
5. Shakeri Nia I. Relationship between doctor-patient satisfaction and its role in the process of treating patients. J Med Ethics 2009; 3(2):31-41. (Persian)
6. Cilfford P. Measuring satisfaction with medical care management a quality improvement tool. J Am Assoc Occup Health Nurses1992; 4: 112-20.
7. Zali MK. The novel principle of doctor and patient relationship. Tehran: Research Ethics; 2009. (Persian)
8. Rao K. Specific expectation and patient centered out come. J Fam Med 2000; 9: 1148-56.
9. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-36.
10. Boyer BA, Paharia MI. Comprehensive hand book of clinical health psychology. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2008.
11. Gadirishekajani F, Zolfagarimotlagh M. Physician and patient relationship. Tehran: Center of Medical Education Studies:1999. P. 21-60. (Persian)
12. Taghizadeh Z, Rezaepour A, Mehran A, Alimoradi Z. Use of communication skills by midwifes and its relationship with customers satisfaction. Tehran J Nurs Midwifery 2006; 4(12): 47-55.
13. Khademnezhad S. View of patients referred to general practitioners and specialist outside the university about the doctor patient relationship (Dissertation).Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2006.91-95. (Persian)

14. Heading G, Mallock AN, Sinclair S, Bishop J. Cancer patient satisfaction survey. Sydney: Cancer Institute NSW; 2009.
15. Ley P. Memory for medical information. Br J Soc Clin Psychol 1989; 18: 245-55.
16. Boyer BA, Paharia MI. Comprehensive hand book of clinical health psychology. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2008.
17. Wallston KA, Wallston BS, Devellis R. Development of the multimensional health loucas of control (MHlC) scale. J Health Educ Monogr 1978; 6(2): 160-7.
18. Brown KM. Health locus of control. University of South Florida. 1999.
19. Tailor P. The role of health belief and health locous of control on patient satisfaction. J Rehab Health 2001; 10: 91-9.
20. Van Der Feltz CM, Van Oppen P, Van Marwijk WJ, BeBeurs E, Van Dyck RA. Patient - doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. J Gen Hosp Psychiatry 2004; 26: 115-20.
21. Weng HC. The impact of emotional intelligence on physician affective in medical encounter. J Health Manag 2007; 35: 56-62.
22. Wallston KA. Assessment of control in health care setting. In: Steptoe A, Apples A. Stress, personal control and Health. New Jersey: John Wiley & Sons; 1992.
23. Meshki M, Gafranipour F, Azadfalah P, Hajizadeh E. Validity and reliability of multi-scale inhibition health. Status (MHLC) among students of medical science, Journal of medical science and health services Gonabad, 2006; 1(12): 33-42.
24. Crawford JR, Smith G, Sala DS, Maylor EA, Logie RH. The prospective and retrospective memory questionnaire (PRMQ): normative data and latent structure in a large nonclinical sample. Memory 2003; 11: 261-75.
25. Marshall GN, Hays RD. The patient satisfaction questionnaire short form (PSQ18). Santa Monica: Rand; 1999.
26. Ong LM, Visser MR, Lammes FB, Dehaes T. Doctor - patient communication and cancer patient quality of life and satisfaction. J Patient Educ Couns 2000; 12: 145-56.