pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

مقاله اصیل پژوهشی

# استفاده از الگوی پرسید در نیازسنجی آموزشی خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت

مهنازصلحی[۱]، صادق حضرتی[۲]، مسعود شعبانی[۳]، **نازیلا نژاددادگر**[۴*]

۱- دانشیار و متخصص آموزش بهداشت، گروه آموزش وارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲- دانشیار، گروه بهداشت حرفه ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
۳- رئیس گروه آموزش و ارتقا سلامت، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
۴- (نویسنده مسئول) متخصص آموزش و ارتقاءسلامت، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

**نویسنده مسئول:** دکترنازیلا نژاددادگر، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل naziladadgar60@gmail.com

## چکیده

**مقدمه و هدف:** دیابت یکی از شایعترین بیماریهای غیرواگیر با عوارض قابل توجه در سراسر جهان می باشد. یکی از راهکارهای کنترل عوارض بیماری دیابت خودمراقبتی و مسئولیت پذیری بیمار در فرآیند درمان است. هدف این مطالعه نیازسنجی آموزشی جهت تعیین اولویت مداخلات به منظور افزایش مشارکت و خودمراقبتی بیماران با استفاده از الگوی پرسید در شهرستان اردبیل در سال ۱۳۹۶ بود .

**مواد و روش ها:** این مطالعه یک مطالعه توصیفی –تحلیلی بود که بر روی ۱۲۹ بیمار دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت شهر اردبیل، به روش نمونه گیری تصادفی ساده انجام شده است. ابزار جمع آوری اطلاعات فرم مشخصات، پرسشنامه استاندارد خودمراقبتی و چک لیست محقق ساخته بر اساس سازه های الگوی پرسید بود. تجزیه وتحلیل داده ها از طریق نرم افزار SPSS ۱۶ و آزمونهای آماری انجام شد.

**یافته ها:** نتایج مطالعه جاری نشان داد آگاهی بیماران مبتلا به دیابت در زمینه عوارض عدم کنترل بیماری دیابت، علائم بیماری، رعایت رژیم غذایی و فعالیت فیزکی مناسب نمی باشد. دسترسی به کلاسهای آموزشی، مکان مناسب ورزشی و مشاوره تغذیه رایگان از خواسته های بیماران مورد مطالعه می باشد. همچنین یافته های این مطالعه نشان داد بین رفتار خودمراقبتی بیماران با تحصیلات ارتباط معنی دار آماری وجود دارد و متغیر خودکارآمدی مهم ترین پیش گویی کننده رفتار خودمراقبتی در جمعیت شرکت کننده در مطالعه بود.

**بحث و نتیجه گیری:** انجام نیازسنجی قبل از اجرای مداخلات آموزشی خودمراقبتی به برنامه ریزان کمک می کند تا در طراحی و اجرای مداخلات و تهیه رسانه های آموزشی، اولویتهای تاثیرگذار را شناسایی کرده و به صورت هدفمند عمل نمایند .

**کلید واژه ها:** الگوی پرسید، نیازسنجی آموزشی، دیابت، خودمراقبتی

| Access This Article Online | |
|---|---|
| Quick Response Code: | Website: www.zbmu.ac.ir/jdn |
| | **How to site this article:** Solhi M, Hazrati S, Shabani M, Nejaddadgar N. Use of PRECEDE Model for Self-care Educational Need Assessment Among Diabetic Patients . J Diabetes Nurs. 2017; 5 (4) :295-306 |

**تاریخ دریافت: ۹۶/۷/۱۵**

**تاریخ پذیرش:۹۶/۸/۲۰**

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.3.3 ]

**مقدمه و هدف**

دیابت یک اختلال سوخت و ساز در بدن است که با هیپرگلیسمی و اختلال مزمن در متابولیسم کربوهیدرات ها در بدن مشخص می شود (۱). در این بیماری توانایی تولید هورمون انسولین در بدن از بین می‌رود و یا بدن در برابر انسولین مقاوم شده و انسولین تولیدی نمی‌تواند عملکرد طبیعی خود را انجام دهد (۲). این تغییرات در طولانی مدت باعث عوارضی نظیر نوروپاتی، نفروپاتی و سکته قلبی مبتلا می شود که در نهایت کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می دهد (۳). دیابت نوع ۲ شایعترین نوع دیابت در جهان است؛ سابقه خانوادگی، چاقی و اضافه وزن، کم تحرکی و زندگی ماشینی و برخی عوامل محیطی از عوامل ابتلا به آن می باشد (۱).

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۲۵ تعداد مبتلایان به دیابت به ۳۸۰ میلیون نفر خواهد رسید و تعداد بیماران در کشورهای توسعه یافته با ۴۲ درصد افزایش، از۵۱ میلیون نفر به ۷۲ میلیون و در کشورهای در حال توسعه با ۱۷۰درصد افزایش از ۸۴ میلیون نفر به ۲۲۸ میلیون نفر خواهد رسید (۴). در ایران شیوع بیماری دیابت نوع ۲ در کل جمعیت ۳-۲ درصد و در افراد بالای۳۰ سال ۳/ ۷درصد می باشد (۵). بر اساس آمار عوارض ناشی از ابتلا به دیابت، سالانه هزینه ای بیش از ۱۰۰ میلیارد دلار را در کشور آمریکا بر سیستم بهداشت و درمان تحمیل می کند (۶).

خودمراقبتی پایین در بیماران دیابتی مشکل بزرگی است که ارائه دهندگان خدمات بهداشتی با آن مواجه هستند نتایج اکثر مطالعات نشانگر آن است که بیماران مبتلا به دیابت از وضعیت خودمراقبتی مناسبی برخوردار نیستند این در شرایطی است که نتایج درمان دیابت به مقدار زیادی به رفتارهای خودمراقبتی بیماران درکنار مراقبتهای درمانی وابسته است (۸-۷). درمطالعه ای که آگاهی بیماران دیابتی در رابطه با اهمیت خودمراقبتی بررسی شده نتایج نشان داد که ۷۶درصد بیماران دارای آگاهی کم یا متوسط، در رابطه با اهمیت خودمراقبتی هستند (۱).

امروزه آموزش به عنوان یکی از اساسی ترین شیوه های بهبود فرایند درمان وکنترل بیماری های مزمن سهم بیشتری را در اعاده سلامت و بهبودی بیماران ایفا می کند، مطالعات نشان می دهد با آموزش مناسب ۸۰ درصد، از عوارض بیماریهای مزمن کاهش می یابد. دستیابی به این امر نیازمند مشارکت، آموزش پویا و مستمر بیماران می باشدکه باید بر اساس تعیین نیازهای آموزشی آنها صورت پذیرد (۹). شناسایی نیازهای آموزشی اولین گام مداخله اموزشی محسوب می شود (۱۰) و اثربخشی نهایی فرآیند آموزش وابسته به اجرای صحیح نیازسنجی قبل از طراحی برنامه آموزشی می باشد (۹). نیازسنجی فرآیند جمع آوری و تحلیل هدفمند اطلاعات است که بر اساس آن نیازهای افراد، گروهها، سازمانها و جوامع شناسایی می شود و قبل از ارائه اطلاعات و اولویت بندی آنها نیازهای بیماران که فاصله وضع موجود و وضع مطلوب است می بایست توسط پرسنل بهداشتی درمانی مورد سنجش قرار گیرد (۱۱).

در حقیقت آموزش صحیح افراد پایه شکل گیری رفتار سالم است با این حال جهت کسب نتایج مؤثر، آموزش اصولی باید بر مبنای نظریه ها و الگوهای تغییر رفتار باشد استفاده از الگوهای آموزش بهداشت می تواند نقش بسیار مهمی در شناسایی و رفع نیازهای آموزشی فراهم کند (۱۲). یکی از مهم ترین الگوهای آموزشی الگوی پرسید است که یک چارچوب و الگوی طراحی آموزشی مناسب جهت شناسایی نیازها در آموزش و ارتقا سلامت می باشد. این الگو کلیه نیازهای آموزشی و عوامل موثر بر ارتقا سلامت و شکل گیری رفتار را در شناسایی و بررسی می کند (۱۳).

چهارچوب این الگو بر دو فرض بنا شده است ۱- سلامتی وخطرات سلامتی تعیین کننده های متعدد دارند۲- از آنجا



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.3.3 ]

که سلامتی وخطرات آن توسط علل متعدد تعیین می شوند، تلاش برای ایجاد تغییرات رفتاری، محیطی و اجتماعی نیز باید چند بعدی یا چند بخشی باشد . این الگو مداخله را بر اساس فرآیندی منظم که شامل تشخیص اجتماعی، اپیدمیولوژیکی، ژنتیکی، رفتاری - محیطی و آموزشی است مشخص می کند و یک ساختار کامل برای بررسی نیازهای سلامت و ارتقای کیفیت زندگی است (۱۴). متأسفانه تاکنون تلاش تئوری محور بسیار کمی بر روی درک عوامل موثر بر رفتار خودمراقبتی صورت گرفته است و لذا این عوامل تا حد زیادی ناشناخته باقی مانده اند. هدف این مطالعه نیازسنجی آموزشی جهت تعیین اولویت مداخلات به منظور افزایش مشارکت و خودمراقبتی بیماران با استفاده از الگوی پرسید در شهرستان اردبیل در سال ۱۳۹۶ بود.

## مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی –تحلیلی ۱۲۹ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز دیابت شهر اردبیل در سال ۱۳۹۶ به صورت تصادفی ساده[1] و استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه مورد نظر مطالعه حاضر بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و به ازای سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد تعیین شد. معیار ورود به مطالعه در این تحقیق تشخیص پزشک متخصص، سن بالاتر از ۳۰ سال، سابقه ابتلا به دیابت طی یک سال گذشته، سکونت در شهر اردبیل، رضایت جهت شرکت در مطالعه، عدم اختلال شناخته شده روانی و معیار خروج شامل عدم تمایل به شرکت درمطالعه، بستری بودن در طی مطالعه در نظر گرفته شد .

ابزار گردآوری اطلاعات شامل سه بخش بود؛ بخش اول شامل برگه ثبت ویژگی های دموگرافیک بیماران که شامل اطلاعات دموگراقیک بیماران: جنس، سن، تحصیلات بیمار، وضعیت تاهل، نمایه توده بدنی (برحسب کیلوگرم بر مترمربع)[2] و مصرف سیگار.

بخش دوم شامل پرسشنامه محقق ساخته بود که اعتبار آن بر اساس نظرخواهی از صاحب نظران در حیطه آموزش بهداشت و بیماریهای غیرواگیر و تعیین شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا با استفاده جدول لاوشه تعیین گردید. هم چنین بررسی اعتبار آن در اجرای پایلوت در جامعه ۳۰ نفری همسان با گروه مداخله و با ضریب آلفای کرونباخ تأیید شد. سوالات این پرسشنامه در۵ بخش تنظیم شده بود سوال ۱تا۸، آگاهی و دانش بیماران را در خصوص بیماری دیابت، علائم و عوامل زمینه ساز، عوارض بیماری و راههای پیشگیری می سنجید. در این بخش هر پاسخ صحیح، با امتیاز یک و هر پاسخ اشتباه با صفر امتیاز نمره دهی گردید. حداکثر نمره آگاهی ۸ و حداقل نمره صفر تعیین شد.

سوالات شماره۹ الی ۲۳، نگرش بیماران را می سنجید سوالات دارای ۱۴ گویه ۵ گزینه ای بود که در یک طیف لیکرتی پنج درجه ای از کاملا موافقم با ۵ امتیاز، تا کاملا مخالفم با یک امتیاز نمره دهی شد و از بیماران درخواست گردید تا میزان موافقت خود را با انتخاب یکی از چهارگزینه در حیطه های ضرورت اجرای فعالیت بدنی، رعایت رژیم غذایی،کنترل قند خون اعلام نمایند. هر پاسخ صحیح ۵ نمره داشت و حداکثر نمره نگرش ۷۰ وحداقل نمره ۵ تعیین گردید.

سوالات شماره ۲۴ تا۲۸، خودکارآمدی[3] (SE) بیماران را درخصوص اطمینان در ارتباط به توانایی انجام رفتارهای خودمراقبتی با چهار سوال مورد سنجش قرار داد. سوالات درطیف لیکرتی چهار درجه ای از کاملا اطمینان دارم با ۴

[1] Simple random sampling
[2] Body mass index
[3] Self-efficacy



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.3.3 ]

امتیاز تا اصلا اطمینان ندارم با۱ امتیاز نمره دهی شد و از بیماران خواسته شد تا میزان اطمینان خود را با انتخاب یکی از گزینه ها در حیطه پیروی از دستورات دارویی، فعالیت بدنی وسایر موارد اعلام نمایند. هر پاسخ صحیح ۴ امتیاز داشت حداکثر نمره ۱۶ و حداقل نمره ۴ تعیین گردید. عوامل قادر کننده که شامل ۹ سوال بود که سوالات ۲۹ تا ۳۸ در خصوص وجود امکانات آموزشی وکلاسهای اموزشی در دسترس با پاسخ بلی و خیر بود و بصورت صفر و یک نمره گذاری گردید. حداکثر نمره این بخش۹ و حداقل نمره صفر تعیین شد. سوالات ۳۹ ،۴۰، ۴۱ نیز حمایت اجتماعی (عوامل تقویت کننده) را با سوالات دو گزینه ای بلی و خیر مورد بررسی قرار می داد در این بخش نیز نمره گذاری بصورت صفر و یک بود وحداکثر نمره این بخش ۳ و حداقل نمره صفر تعیین شد. روایی محتوایی[۴] ابزار این پژوهش، بر اساس قضاوت پانل خبرگان ( ۶نفر) در زمینه تخصصی مورد نظر تأیید شد. محدوده شاخص روایی محتوایی بین اعداد (۱ -۰/۷۹) قرار داشت و درنتیجه (CVI[۵]>۰/۷۹) بود و ضریب نسبت روایی محتوایی عدد یک بدست آمد که در مقایسه با جدول لاوشه معیار قابل قبولی بود.

جمع آوری رفتارهای خودمراقبتی با استفاده از پرسشنامه استاندارد SDSCA[۶] با ۱۵ سوال که کیفیت خودمراقبتی بیماران را طی هفت روز بررسی می کند ارزیابی شد، سوالات پرسشنامه شامل رعایت رژیم غذایی ۵ سوال، ورزش ۲سوال،کنترل قند خون ۲سوال، مراقبت از پا ۵ سوال و مصرف منظم دارو ها ۱ سوال را شامل می شود. نحوه امتیاز دهی به سوالات در پرسشنامه SDSCA به این صورت بود که به ازای هر یک از سوالات رفتارهای خودمراقبتی در صورت انجام در هر روز یک امتیاز و در صورت عدم انجام آن صفر امتیاز در نظر گرفته شد. بالاترین نمره در این ابزار ۱۰۵ می باشد که نشانگر بالاترین کیفیت خودمراقبتی می باشد. راهنمای دسته بندی این ابزار چارکها بود به طوریکه نمرات زیر چارک اول (صفرتا۳۴) خودمراقبتی ضعیف، چارک دوم وسوم (۳۵تا۴۲) خودمراقبتی متوسط و چارک چهارم ( بالای ۴۳) خودمراقبتی خوب در نظر گرفته شد(۱۵) .

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی از طریق مکاتبه و برگزاری نشست همکاری مسئولان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل جلب شد و از افراد نمونه نیز رضایت نامه کتبی اخذ گردید و اطلاعات به صورت مصاحبه حضوری پرسشگر با بیماران جمع آوری و تکمیل شد. داده های پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار spss و آزمونهای توصیفی و همبستگی تجزیه وتحلیل شدند.

**یافته ها**

یافته های این پژوهش نشان داد میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۱۳/۴±۵۶/۸ بود. ۴۹/۶ درصد بیماران (۶۴نفر) مرد و۵۰/۴ درصد(۶۵نفر) زن بودند.۶۸/۳درصد (۸۸نفر) تحصیلات زیر دیپلم و ۳۱/۷ درصد (۴۱نفر) تحصیلاتشان دیپلم و بالاتربود. ۵۶/۵ درصد (۷۳ نفر) سابقه آموزش درباره بیماری و خودمراقبتی را داشتند و ۸۷/۵ درصد (۱۱۳ نفر) بیماران علاقمند به شرکت در کلاسهای آموزشی خودمراقبتی بودند. سایر نتایج مربوط به اطلاعات دموگرافیک در جدول شماره ۱ آورده شده است.

[4] Content validity
[5] Content validity index
[6] Summary of diabetic self-care activities



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.3.3 ]

**جدول شماره ۱: وضعیت متغیرهای جمعیت شناختی افراد مورد بررسی**

| متغیر | دسته بندی | تعداد | درصد |
|---|---|---|---|
| جنس | مرد | ۶۴ | ۴۹/۶ |
| | زن | ۶۵ | ۵۰/۴ |
| وضعیت تاهل | متاهل | ۱۱۳ | ۸۷/۵ |
| | مجرد | ۱۶ | ۱۲/۴ |
| تحصیلات | بیسواد | ۲۵ | ۱۹/۴ |
| | ابتدایی | ۲۲ | ۱۷/۱ |
| | دبیرستان | ۴۱ | ۳۱/۸ |
| | دیپلم | ۲۵ | ۱۹/۴ |
| | دانشگاهی | ۱۶ | ۱۲/۴ |
| درآمد | بیشتر از هزینه کرد | ۴۱ | ۳۱/۷ |
| | کمتر از هزینه کرد | ۴۹ | ۳۷/۹ |
| | برابر با هزینه ها | ۹۰ | ۶۹/۷ |
| مصرف سیگار | مصرف می کند | ۶۹ | ۵۳/۴ |
| | مصرف نمی کند | ۴۸ | ۳۷/۲ |
| | در گذشته مصرف می کرده | ۱۲ | ۹/۳ |

نمرات آگاهی ۶/۲ درصد بیماران خوب، ۶۶/۷ درصد متوسط و۲۷/۱درصد در گروه ضعیف طبقه بندی شد. بر اساس اولویت بندی سوالات شماره های ۱، ۲، ۳، ۶ در خصوص آشنایی با عوارض بیماری دیابت، آشنایی با علائم بیماری دیابت، تأثیر رژیم غذایی برنامه ریزی شده در بیمارن دیابتی، تأثیر فعالیت بدنی در کنترل بیماری دیابت به ترتیب دارای نمره کمتری بودند و جز ۴ اولویت آموزشی حیطه آگاهی قرار گرفتند (جدول شماره۲).

**جدول۲: وضعیت نمره آگاهی بیماران مبتلا به دیابت (عوامل مستعد کننده )**

| | | درصد پاسخها | | |
|---|---|---|---|---|
| ردیف | سوالات آگاهی | پاسخ صحیح | پاسخ غلط | میانگین ± انحراف معیار |
| ۱ | کدامیک ازموارد زیر از علائم دیابت است ؟ | (۲۴)۳۱ | (۷۶)۹۸ | ۰/۲۴±۰/۴۲ |
| ۲ | بیماری دیابت باعث کدامیک از مشکلات زیر می شود ؟ | (۲۰/۲)۲۶ | (۷۹/۸)۱۰۳ | ۰/۲۰±۰/۴۰ |
| ۳ | برنامه غذایی متعادل در کنترل بیماری دیابت شامل کدامیک از موارد زیر است ؟ | (۲۹/۵)۳۸ | (۷۰/۵)۹۱ | ۰/۲۹±۰/۴۵ |
| ۴ | کدامیک از علائم زیر نشانه پایین آمدن قند خون در بیمار دیابتی است ؟ | (۴۱/۹)۵۴ | (۵۸/۱)۷۵ | ۰۰/۴۱ |
| ۵ | یک بیمار دیابتی هر چند وقت یک بار باید به چشم پزشک مراجعه نماید؟ | (۵۷/۴)۷۴ | (۴۲/۶)۵۵ | ۰/۵۷±۰/۴۹ |
| ۶ | تاثیر ورزش منظم در بیماری دیابت کدامیک از موارد زیر می باشد ؟ | (۳۲/۶)۴۲ | (۶۷/۴)۸۷ | ۰/۳۲±۰/۴۷ |
| ۷ | یک بیمار دیابتی فشارخون خود را هر چند وقت یک بار باید کنترل کند؟ | (۵۳/۵)۶۹ | (۴۶/۵)۶۰ | ۰/۵۳±۰/۵۰ |
| ۸ | رعایت کدام یک از موارد زیر به کنترل قند خون کمک می کند ؟ | (۵۸/۱)۷۵ | (۴۱/۹)۵۴ | ۰/۵۸±۰/۴۹ |



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.3.3 ]

نتایج نشـان داد۸۹/۱ درصـد بیماران دارای نگرش متوسط و۱۰/۹درصـد نگرش مناسـب به اجرای رفتار خودمراقبتی داشـتند و بر اسـاس اولویت بندی سـوالات۳، ۴، ۱، ۲ به ترتیب در خصـوص مراجعه به چشـم پزشـک ، کنترل فشـارخون ، رعایت رژیم غذایی برنامه ریزی شـده وورزش نیاز به مداخله آموزشی داشتند (جدول شماره۳).

**جدول شماره ۳: وضعیت نمره نگرش بیماران مبتلا به دیابت (عوامل مستعد کننده )**

| ردیف | سوالات نگرش | (درصد)تعداد کاملا موافقم | (درصد)تعداد موافقم | (درصد)تعداد نظری ندارم | (درصد)تعداد مخالف | (درصد)تعداد کاملا مخالفم | میانگین ± انحراف معیار |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | پیروی از یک رژیم غذایی برنامه ریزی شده در کنترل بیماری دیابت مهم است | ۳۴ (۲۹/۳۵) | ۳۶ ( ۲۷/۹۰) | ۱۶ (۱۲,۴۰) | ۴۳(۳۳/۳۳) | - | ۱/۳۲±۲/۶۶ |
| ۲ | یک بیمار دیابتی باید بطور منظم ورزش کند | ۳۱ (۲۴/۰۳) | ۲۳ (۱۷/۸۲) | ۶۵ (۵۰/۳۸) | - | ۱۰ | ۱/۲۶±۲/۶۸ |
| ۳ | یک بیمار مبتلا به دیابت حداقل یکبار در سال باید به چشم پزشک مراجعه نماید | ۱۱ (۸/۵۲) | ۲۳ (۱۷/۸۲) | ۳۰ (۲۳/۲۵) | ۶۵ (۵۰/۳۸) | - | ۱/۲۶±۲/۵۸ |
| ۴ | کنترل منظم فشارخون جهت کنترل مشکلات ناشی از بیماری دیابت ضرورت دارد | ۲۵(۱۹/۳۷) | ۲۴ (۱۸/۶۰) | ۳۹ (۳۰/۲۳) | ۲۰ (۱۵/۵۰) | ۲۱ ( ۱۶/۷۲) | ۱/۳۲±۲/۶۴ |

نتایج ارزیابی ۴ سوال خودکارآمدی نشان داد ۶۱/۸ درصد بیمـاران دارای خودکـارآمدی ضـعیف و۳۸/۲ درصـد از خودکار آمدی مطلوب برخوردار بودند و بر اسـاس اولویت بندی سـوالات برای تعیین نیاز آموزشـی سوالات ۱، ۳، ۴، ۲بـه ترتیـب در اولویتهای ۱تا ۴ قرار گرفتند که این نتایج نشانگر این موضوع است که بیماران در زمینه های مصرف منظم داروهـا، فعالیت فیزیکی، رعایت رژیم غذایی وکنترل منظم قنـد خون بـه توانایی های خود اعتماد کافی ندارند واین موارد جز اولویتهای آموزشی خود کارآمدی می باشند (جدول شماره ۴).

**جدول شماره۴: وضعیت نمره خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت (عوامل مستعد کننده )**

| ردیف | سوالات خودکارآمدی | (درصد)تعداد کاملا مطمئن | (درصد)تعداد مطمئن | (درصد)تعداد کمی مطمئن | (درصد)تعداد اصلا اطمینان ندارم | میانگین ± انحراف معیار |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | از توانایی خودم در فراموش نکردن مصرف به موقع داروهایم اطمینان ... | - | ۴۳(۳۳/۳) | ۴۶ (۳۵/۷) | ۴۰ (۳۱) | ۰/۸۱±۲/۰۴ |
| ۲ | از توانایی خودم در کنترل قند خونم در حد طبیعی اطمینان... | ۲۲(۱۷/۱) | - | ۶۰(۴۶/۵) | ۴۷(۳۶/۴) | ۱/۰۲±۳/۰۲ |
| ۳ | از توانیی خودم در ورزش منظم به مدت ۲۰-۱۵دقیقه ۳ بار در هفته .. | - | ۲۹(۲۲/۵) | ۶۷(۵۱/۹) | ۳۳(۲۵/۶) | ۰/۸۴±۲/۲۶ |
| ۴ | از توانایی خودم در پیروی از رژیم غذایی در حالیکه با افراد غیر دیابتی غذا می خورم اطمینان .. | ۳۲ (۲۴/۸) | ۲۹(۲۲/۵) | ۲۷(۲۰/۹) | ۴۰(۳۱) | ۱/۱۷±۲/۳۹ |



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.3.3 ]

بر اساس یافته های عوامل قادر کننده محیطی که وضعیت کلاسهای آموزشی و رسانه های آموزشی و سایر منابع دسترس بیماران را نشان می دهد مشخص شد ۵/۴ درصد بیماران این امکانات و شرایط راضعیف ،۶۸/۲ درصد متوسط و۲۶/۴درصد مناسب ارزیابی کردند که بر اساس نمره دهی و طبقه بندی موارد ۱، ۲، ۳ به ترتیب جز اولویتهای شرایط و امکانات که به ترتیب نیاز به کلاسهای آموزشی، دسترسی به امکانات ورزشی در محل زندگی، دسترسی به مشاور تغذیه نزدیک محل سکونت محاسبه شد. (جدول شماره۵)

**جدول شماره ۵: وضعیت شرایط وامکانات بیماران مبتلا به دیابت (عوامل قادرکننده )**

| ردیف | سوالات عوامل قادرکننده | بلی | خیر |
|---|---|---|---|
| ۱ | در نزدیکی محل زندگی کلاسهای آموزشی در خصوص نحوه کنترل بیماری ام وجود دارد | ۱۵ (۱۱/۶۲) | (۸۸/۳۸)۱۱۴ |
| ۲ | در محل زندگی ام به مکان مناسب جهت پیاده وری دسترسی دارم | (۲۷/۹۰)۳۶ | (۷۲/۱)۶۴ |
| ۳ | در صورت نیازبه مشاور تغذیه دسترسی دارم | (۱۰/۵۸)۱۴ | (۸۹/۴۲)۸۶ |
| ۴ | منابع آموزشی مناسب در دسترس می باشد | (۴۱/۰۸)۵۳ | (۶۳/۴۳)۴۷ |

یافته های سوالات عوامل تقویت کننده، درمطالعه جاری نشان داد۳۰/۹ درصد بیماران شرکت کننده در مطالعه دارای نمره ضعیف، ۵۸/۶ درصد دارای نمره متوسط و ۱۰/۵درصد دارای نمره خوب بودند و بر اساس اولویت بندی نمرات، سوالات شماره ۱، ۲، ۳ که شامل حمایت خانواده ،کارکنان بهداشتی و دوستان بود به عنوان اولویت مداخلاتی مشخص شدند. (جدول شماره۶)

**جدول شماره۶: وضعیت تقویت کننده های بیماران مبتلا به دیابت (عوامل تقویت کننده)**

| ردیف | سوالات عوامل تقویت کننده | بلی | خیر |
|---|---|---|---|
| ۱ | اعضای خانواده ام در صورت رعایت بیماری ام تشویق می کنند | ۱/۶۰)۲۴ (۸ | (۸۱/۴)۷۶ |
| ۲ | کارکنان بهداشتی من را در صورت رعایت دستورهای بیماری ام تشویق می کنند | ۲/۴۸)۲۹ (۲ | ۵/۰۳)۷۱ (۵ |
| ۳ | دوستانم من را در صورت رعایت دستورهای بیماری ام تشویق می کنند | ۲/۵۸)۳۳ (۵ | ۷/۴۲)۶۷ (۴ |

در این مطالعه رفتارخودمراقبتی در ۳۱/۸ درصد(۴۱نفر) بیماران ضعیف، در ۴۵/۷درصد (۵۹ نفر) متوسط و در۲۲/۵درصد (۲۹ نفر) خوب بود. خودمراقبتی کل با مراقبت روزانه از پا همبستگی خوب و با رعایت رژیم غذایی، کنترل قند خون، مصرف منظم دارو دارای همبستگی متوسط و با فعالیت بدنی همبستگی ضعیف دارد.

## بحث و نتیجه گیری

با توجه به اهمیت بیماری دیابت و نقش آموزش خودمراقبتی در کنترل عوارض آن شناخت عوامل مؤثر در شکل گیری رفتار خودمراقبتی از اهمیت بسیاری برخوردار است. هدف این مطالعه نیازسنجی آموزشی به منظور تعیین اولویت مداخلات به منظور افزایش مشارکت و خودمراقبتی بیماران با استفاده از الگوی پرسید بود .



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.3.3 ]

در این مطالعه ۵ اولویت مداخله آموزشی بیماران دیابتی در حیطه آگاهی، آموزش گروههای هدف درخصوص علائم بیماری دیابت ، آشنایی با عوارض عدم کنترل بیماری دیابت ، تأثیر رعایت رژیم غذایی برنامه ریزی شده در بیماران دیابتی، تاثیر فعالیت بدنی در کنترل بیماری بود. در مطالعه جاری تقریبا ۷۰ درصد بیماران از دانش کافی در خصوص بیماری خودو عوارض آن برخوردار نبودند این یافته با نتایج مطالعه ویرال[7] ۶۳ درصد بیماران دیابتی در خصوص بیماری خود اطلاعات صحیح نداشتند و عده بسیاری محدودی در خصوص عوارض ابتلا به دیابت و تاثیر خودمراقبتی در کنترل بیماری آشنا بودند (۱۶). در مطالعه ممون[8] نیز بیش از ۵۰ درصد بیماران در مورد بیماری دیابت آگاهی نداشتند و بیش از ۵۶ درصد تأثیر رژیم غذایی در کنترل بیماریشان را نمی دانستند (۱۷). یا فته های مطالعه هادی پور در زمینه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نشان داده است که بیماران مبتلا به دیابت آگاهی مناسبی در خصوص بیماری خود ندارند (۱۸). درمطالعه هسلر[9] نتایج نشان داد با افزایش سطح آگاهی و بهبود نگرش بیماران مبتلا به دیابت خودمدیریتی بیماران نیز بهبود می یابد که این خود در پیشگیری از عوارض وکنترل بیماری بسیار حائز اهمیت است (۱۹). همچنین نتایج سایر مطالعات نیز نشان داد بهبود سطح دانش و خودمراقبتی یک استراتژی پایه ای برای کنترل بیماری دیابت است (۱۸).

در نیاز سنجی انجام شده در حیطه نگرش بیماران نیاز به آموزش و ایجاد انگیزه در مراجعه سالانه به چشم پزشک، کنترل منظم فشارخون، رعایت رژیم غذایی برنامه ریزی شده، فعالیت بدنی داشتندکه این یافته ها با نتایج سایر مطالعات هم خوانی داشت (۲۱-۲۰) در نتایج بدست آمده از مطالعه ممون ۸۷ درصد بیماران علاقمند به مصرف غذا در بیرون منزل بودند،۲۲/۱ درصد علاقه ای به مراقبت چشم وچربی خون نداشتند و ۶۷/۹ درصد علاقمند به شرکت در برنامه های ورزشی نبودند (۱۷). درسایر مطالعات نیز نتایج بدست آمده نشان داد عدم تمایل بیمار در خصوص اجرای خودمراقبتی ومسئولیت پذیری مانع شکل گیری رفتار خودمراقبتی در بیماران مزمن می شود (۲۱ ).

در مطالعه انجام شده نتایج نیاز سنجی در قسمت خودکار آمدی بیماران نشان داد بیماران در زمینه های مصرف منظم داروها، رعایت رژیم غذایی برنامه ریزی شده، فعالیت فیزیکی روزانه وکنترل منظم قند خون به توانایی های خود اعتماد کافی ندارند. در حالیکه افراد هرچه به کارایی و توانایی خود در جهت انجام رفتار خودمراقبتی اعتماد داشته باشند رفتار مورد نظر را بیشتر و بهتر انجام می دهند. دیدارلو در مطالعه خود، خودکارآمدی را بعنوان فاکتور پیش بینی کننده رفتار خود مراقبتی بیماران دیابتی گزارش کرده است (۲۲). همچنین در مطالعه هنریتا[10] نیز خودکارآمدی مهم ترین فاکتور پیش گویی کننده رفتار خودمدیریتی در بیماران مزمن بود (۲۳). رنجبران نیز در مطالعه خود نشان داد در اجرای رفتارهای خودمراقبتی بیماران مزمن که مستلزم حل مشکل در شرایط هستند خودکارآمدی ار اهمیت بسیاری برخوردار است واکثریت بیماران از خودکارآمدی مناسبی برخوردار نیستند(۲۴) .

بر اساس نیازسنجی مطالعه حاضر در بخش عوامل قادرکننده محیطی، بیماران سه اولویت خود را نبود کلاسهای آموزشی

[7] Viral
[8] Memon
[9] Heisler
[10] Henrietta



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07 ]
[ DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.3.3 ]

هدفمند، دسترسی به امکانات ورزشی و مشاور تغذیه نزدیک محل زندگی عنوان نمودند که این یافته ها با نتایج مطالعه ویرال که بیماران عدم دسترسی به کلاسهای آموزشی خودمراقبتی را یکی از علل عدم آشنایی و اجرای روزانه رفتار خودمراقبتی می دانستند همسو می باشد (۱۶) .

اولویت بندی نیازهای افراد در حیطه حمایت اجتماعی و تقویت کننده ها در مطالعه حاضر نشان داد آموزش به همراه حمایت از بیماران مکمل شکل گیری رفتار می باشد. مطالعات مختلف نشان می دهد حمایت اعضای خانواده و دوستان نقش حیاتی در خود مدیریتی بیماریهای مزمن دارد حمایت اعضای خانواده به معنی قبول بیماربا شرایط فعلی بیمار است و در بیماران مزمن حمایت در قبول شرایط، راهکار مهم در بهبود کیفیت زندگی است (۲۹-۲۵).

با توجه به یافته های مطالعه پیشنهاد می شود قبل از برنامه ریزی و مداخله از یک الگوی مناسب نیازسنجی برای ایجاد خط مشی مداخله استفاده شود و قبل از انجام هر گونه مداخله در زمینه بیماری ها به منظور اقدام هدفمند وهزینه- اثربخش کمیته نیازسنجی جهت تعیین اولویتها طراحی شود.

این مطالعه به منظور بررسی نیازهای تأثیرگذار در خودمراقبتی بیماران دیابتی بر اساس الگوی پرسید انجام شد. نتایج این مطالعه و سایر مطالعات نشان می دهد در انجام مداخلات در زمینه سلامت توجه به نظرات گروه هدف بسیار مهم می باشد در حقیقت این رویکرد، رویکرد کار با مردم برای مردم است چراکه نظرات گروه هدف نقش موثری در تعیین مشکلات پیش روی برنامه وجداسازی مشکلات به منظور برنامه ریزی مدیریتی وطراحی اصولی مداخلات دارد. بنابرین نیاز است مسئولین و برنامه ریزان استانی و شهرستانی پیش از انجام هر نوع مداخله آموزشی مدیریتی و سیاسی نیازسنجی علمی انجام دهند و ضمن تعیین اولویتها اقدامات لازم را برنامه ریزی واجرا نمایند.

## تشکر و قدردانی

در پایان بر خود لازم می دانیم از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، بیماران شرکت کننده در مطالعه که ما را در اجرای هر چه بهتر این مطالعه یاری کردند، تشکر وقدردانی نماییم.



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.3.3 ]

**References**


**1.** American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care. 2010; 33(1): 62-90.

**2.** Diabetes Blue Circle Symbol. International Diabetes Federation. 2006.

**3.** Hadipour M, Abolhasani F, Molavi-e Vardanjani H. Health related quality of life in patients with of type II diabetes in Iran. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research Payesh. 2013; 12(2): 135-41 [Persian].

**4.** Trasoff D, Delizo J, Du B, Purnajo C, Morales J. Diabetes in the Middle East. Epinex Diagnostics, Inc. Corporate Information Series–4, 2008, Available from: URL:http://www.epinex.com/pdf/Epinex_Diabetes_MidEast.pdf. [Accessed date: 2011/04/20]

**5.** Mahdavi Hazavah AR, Nourozinejad A. A project about monitoring and evaluation of country' plan in prevention and control of diabetes, Deputy of Health of Ministry of Health, Medicine and Medical Education Management Center of Disease; 2001.

**6.** Adili F, Larijani B, Haghegatpanah M. Diabetic patients. Ann N Y Acad Sci. 2006; 1084(1): 329-49.

**7.** Ouyang CM. Factors affecting diabetes self-care among patient with type 2 diabetes in taiwan's [Unpublished PhD Thesis]. Tusfs: School of nutrition science and policy; 2007.

**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.** WHO Global status report on non communicable diseases 2010. 2011.

**10.** Mazaheri M, Bahrami N, Tavasoli E, Khalfeh M. Educational need assessments of employee affiliated to Dezful University of Medical Sciences. Health Education supplement. 2014: 2011-2018. [Persian]

**11.** Mirka T. Meeting The Learning needs of post myocardial infaration patients. Nurs Educ Today. 1994; 14(6): 448-56.

**12.** Moshki M, Dehnoalian A, Alami A. Effect of Precede–Proceed Model on Preventive Behaviors for Type 2 Diabetes Mellitus in High-Risk Individuals. Clinical Nursing Research. 2016; 11(6): 163-8. [Persian]

**13.** Green LW, Kreuter MW. Health program and frame work for planning: An Educatinal and Ecological Approach. 4th ed. New York: McGrew-Hill Higher Education; 2005 .p.9-16.

**14.** Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research,and practice. John Wiley &Sons; 2008.

**15.** Toobert DJ, Glasgow RE. Assessing diabetes self-management and outcome expectations: impact on self-care behaviors questionnaire .In: Bradley C. Handbook of psychology and diabetes. Routledge Pub; 1994. p.351-75.

**16.** Viral N, Kamdar K, Shah N. Assessing the knowledge, attitudes and practice of type 2 diabetes among patients of Saurashtra region, Gujarat. Int J Diabetes Dev Ctries. 2009; 29(3): 118–22.

**17.** Memon M, Shaikh S, Shaikh A, Fahim M. An assessment of knowledge, attitude and practices (KAP) towards diabetes and diabetic retinopathy in a suburban town of Karachi. Pak J Med Sci. 2015; 31(1): 183–8.

**18.** Hadipour M, Abolhasani F, Molavi-e Vardanjani H. Health related




[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.3.3 ]

quality of life in patients with of type II diabetes in Iran. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research Payesh. 2013; 12(2): 135-41 [Persian].

**19.** Heisler M, Pietee JD, Spencer M, Kieffer E, Vijan S. The relationship between knowledge of recent HbA1c values and diabetes care understanding and self-management. Diabetes Care. 2005; 28(4): 816–22.

**20.** Hazavehei SM, Jalili Z, Heydarnia AR, Faghihzadeh S. Application of the PRECEDE model for controlling iron-deficiency anemia among children aged 1-5, Kerman, Iran. Global Health Promotion. 2006; 13(3): 173-7.

**21.** Zareban I, Niknami S, Hidarnia A, Rakhshani F, Shahrakipour M, Moshki M. The effect of education based on health belief model on reduction of HbA1c level in diabetes type 2. Journal of Research & Health. 2013; 3(2): 370-8.

**22.** Dedarloo AR, Shojaezadeh D, Gharaaghaji R, Habibzadeh H, Niknami SH. Predication of self-management behaviors among Iranian woman with type2 diabetes: application of reasoned action along with self-efficacy. Iran Red Crescent Med J. 2012; 14(2): 86-950.

**23.** Henrietta H. Influence of self-efficacy and spirituality on self-care behaviors and glycemic control in African Americans with type 2 diabetes [Dissertation]. Barry University; 2006.

**24.** Ranjbaran S, Dehdari T, Sadeghniiat-Haghighi K, Majdabadi. Poor Sleep Quality in Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery: An Intervention Study Using the PRECEDE-PROCEED Model. Journal of Tehran Heart Center. 2015; 10(1): 34-42. [Persian]

**25.** Albright TL, Parchman M, Burge SK. Predictors of self-care behavior in adults with type 2 diabetes: An RRNeST study. Fam Med. 2001; 33(5): 354-60.

**26.** Bai YL, Chiou CP, Chang YY. Self-care behaviour and related factors in older people with Type 2 diabetes. J Clin Nurs. 2009; 18(23): 3308-15.

**27.** Ciechanowski P, Russo J, Katon WJ, Lin EH, Ludman E, Heckbert S, et al. Relationship styles and mortality in patients with diabetes. Diabetes Care. 2010; 33(3): 539-44.

**28.** Gallant MP. The influence of social support on chronic illness and self-management: A review and directions for research. Health Educ Behav. 2003; 30(2): 170-95.

**29.** Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, et al. Medical management of hyperglycemia Type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. Diabetes Care. 2009; 32(1): 193–203.



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.3.3 ]

**Journal of Diabetes Nursing** **Received:** 2017/10/07
**pISSN:** 2345-5020 **Accepted:** 2017/11/11
**eISSN: 2423-5571** Volume **5** Nubmer **4** p: **295-306**

# Use of PRECEDE Model for Self-care Educational Need Assessment Among Diabetic Patients

Solhi Mahnaz[1], Hazrati Sadegh [2], Shabani Masoud [3], **Nejaddadgar Nazila** [4*]

1. Associate Professor, Department of Health Promotion and Education, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran
3. Department of Health Promotion and Education, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran
4. PhD, Department of Health Promotion and Education, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

***Corresponding Author**: Nazila Nejaddadgar, Ardabil University of Medical Sciences Email: **naziladadgar60@gmail.com**

**Abstract**

**Introduction:** Diabetes is one of the most common non-communicable diseases with significant complications throughout the world. One of the strategies for controlling the complications of diabetes is to improve the patient's self-care and involvement in the treatment process. Regarding this, the present study aimed to determine the educational need assessment for the prioritization of the interventions targeted toward the improvement of patients' involvement and self-care using the PRECEDE Model in Ardabil, Iran, in 2016.

**Materials and Methods:** This cross-sectional study was conducted on 129 patients with type II diabetes mellitus referring to the Ardabil Diabetes Clinic. The study population was selected using simple random sampling technique. Data collection tools included the demographic form, the Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA), and a researcher-made checklist based on the PRECEDE model components. The data were analyzed in SPSS, version 16.

**Results:** According to the results, the patients had an undesirable level of awareness regarding the disease side-effects, symptoms, adherence to diet, and physical activity. The patients' demands included the increased access to educational classes, sports venues, and free nutrition consultant. Furthermore, there was a significant relationship between the self-care behaviors and education level. Self-efficacy was identified to be the most important predictor of self-car behavior.

**Conclusion:** As the findings indicated, the implementation of need assessment before the execution of any self-care educational interventions could help the planners to identify the effective priorities in the process of designing and administering the educational interventions and act purposefully in this regard.

**Keywords:** PRECEDE model, Educational need assessment, Diabetes, Self-care.

| Access This Article Online | |
|---|---|
| Quick Response Code: | Website: www.zbmu.ac.ir/jdn |
| | **How to site this article:** Solhi M, Hazrati S, Shabani M, Nejaddadgar N. Use of PRECEDE Model for Self-care Educational Need Assessment Among Diabetic Patients . J Diabetes Nurs. 2017; 5 (4) :295-306 |

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.3.3 ]