موانع آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی از دیدگاه پرستاران و بیماران

مریم شیرازی[1]، دکتر منیره انوشه[2]، فخری صبوحی[3]*

۱ هیئت علمی (مربی)، گروه سلامت جامعه، مدیریت و سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲ هیئت علمی (دانشیار)، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۳ هیئت علمی (مربی)، گروه سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

*نویسنده مسئول: فخری صبوحی- پست الکترونیکی: Email: sabohi@nm.mui.ac.ir

چکیده

مقدمه و هدف: با وجود پیشرفت در تشخیص و درمان دیابت، کنترل متابولیکی ناکافی در مددجویان مبتلا به دیابت همچنان ادامه دارد. کنترل ضعیف وضعیت متابولیکی ممکن است نتیجه شکست در خودمدیریتی دیابت توسط بیمار و نیز استراتژی های مداخله ای ناکافی توسط کادر درمان باشد. یکی از دلایل عمده خودمدیریتی ناکافی در مبتلایان به دیابت وجود موانعی در آموزش به این مددجویان است. شناخت موانع آموزش خود مراقبتی به بیماران دیابتی از دیدگاه پرستاران و بیماران می تواند گامی مؤثر در ارتقاء آموزش خودمراقبتی به این گروه از بیماران باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین موانع آموزش خود مراقبتی به بیماران دیابتی از دیدگاه پرستاران و بیماران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است که در پنج بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد. ۴۲ پرستار شاغل در بخش غدد و درمانگاه دیابت و ۴۸ بیمار مبتلا به دیابت به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه ها را تکمیل کردند. نتایج حاصله با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۵ و با استفاده از آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که از دیدگاه پرستاران موانع محیطی با میانگین ۱۵/۸۵و از دیدگاه بیماران موانع مدیریتی با میانگین ۱۰/۱۶، مهمترین موانع آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی بودند. هم چنین نتایج نشان داد که دسترسی ناکافی پرستاران به منابع علمی به روز در زمینه دیابت (کتب، مجلات و مقالات) در بخش غدد در بعد محیطی ، فقدان یک مرکز مشخص در بیمارستان برای دریافت آموزش ها، فقدان یک پرستار ثابت برای پاسخگویی به سؤالات بیماران دیابتی، پر مشغله بودن پرستاران و داشتن زمان ناکافی برای در اختیار قرار دادن اطلاعات در زمینه دیابت در بعد مدیریتی، مهمترین موانع آموزش خودمراقبتی از دیدگاه بیماران بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصله پیشنهاد می شود که مسئولان بهداشت و درمان و برنامه ریزان دانشکده های پرستاری با غنی کردن منابع علمی به روز در زمینه دیابت و برگزاری دوره های آموزشی برای پرستاران و تربیت پرستارانی متخصص در زمینه آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی و قرار دادن آنها به صورت در گردش در بیمارستان جهت آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی به کاهش موانع آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی کمک کنند.

واژه‌های کلیدی: موانع آموزش خودمراقبتی، پرستاران، بیماران.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.6.1]

مقدمه

دیابت به عنوان مشکل اصلی سلامتی با شیوع جهانی رو به افزایش است (۱). تخمین زده می‌شود که تعداد کل افراد مبتلا به دیابت از ۱۷۱ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۳۶۶ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید (۲). از طرفی برآورد می شود که ۲۲۸ میلیون دیابتی در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند که ۷۵٪ جمعیت دیابتی های جهان را تشکیل می دهند (۳). در سال ۱۳۸۷ در ایران جمعیت دیابتی ها در حدود ۴ میلیون نفر تخمین زده شده (۴) که از این تعداد ۷/۴٪ در تهران، ۷/۸٪ در اصفهان، ۱۳/۵٪ در بوشهر و ۱۶/۳٪ در یزد ساکن بوده اند (۵). دیابت بیماری مزمنی است که به رفتارهای خودمراقبتی ویژه ای تا پایان عمر نیازمند است (۶). مطالعات نشان داده اند که عوارض این بیماری مزمن می تواند بواسطه کنترل وضعیت متابولیکی مطلوب و عملکرد خودمراقبتی مناسب بهبود یابد و کیفیت زندگی این افراد می تواند به واسطه انجام رفتارهای خودمراقبتی افزایش یابد (۷). همچنین با آموزش صحیح در مورد رفتارهای خودمراقبتی می توان ۸۰٪ عوارض دیابت را کاهش داد (۸). آموزش به بیمار اساس مراقبت دیابت است(۹) آموزش و حمایت از خودمراقبتی عناصر مهم مراقبت دیابت هستند (۱۰). در این میان عملکرد تیم درمان، حمایت کردن موفق از روند خود مراقبتی در بیماران دیابتی به واسطه فراهم کردن دانش و مهارت کافی برای کنترل دیابت است. اهمیت آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی از دهه ۱۹۲۰ زمانی که انسولین کشف شد شناسایی شد (۱۱). پزشکانی نظیر بوشارد و جاسلین بنیانگذاران آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی در جهان بودند (۱۲-۱۴). در ایران آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی از سال ۱۳۶۸ و به همت دکتر اسداله رجب در انجمن دیابت ایران واقع در شهر تهران آغاز شد (۱۵). علیرغم حضور پررنگ پزشکان به عنوان بنیانگذاران آموزش خودمراقبتی در جهان و ایران، امروزه مقالات متعدد نشان داده اند که پرستاران جایگاه منحصر به فردی در فراهم کردن مراقبت برای بیماران دیابتی جهت بهبود وضعیت متابولیکی و بهتر شدن کیفیت زندگی آنها دارند. بخش مهمی از آموزش خودمراقبتی دیابتی ها توسط پرستاران انجام می گیرد. تأکید شده است که پرستاران قادرند به افراد دیابتی و خانواده هایشان بطور جامع بنگرند، از درک آنها نسبت به دیابت مطمئن شوند و سازگاری افراد را نسبت به درمان افزایش دهند. نقش پرستار در مراقبت از بیماران دیابتی به صورت آموزش دهنده، حمایت کننده و راهنما تعریف شده است. در مراقبت دیابت، از پرستار انتظار می رود که فاکتورهایی که بر خودمراقبتی مبتلایان به دیابت اثر می گذارد را تعیین نماید همچنین از پرستار انتظار می رود که بیماران دیابتی را به روشی که برای تغییر دادن نیازهای آنان در مراکز بالینی و زندگی روزانه شان مناسب است آموزش دهند و حمایت کنند و به سایر اعضای تیم درمان دیابت آموزش های لازم در زمینه دیابت را بدهند (۱۶). فدراسیون پرستاران اروپایی پرستاران را به عنوان افراد آموزش دهنده، مشاور، مدیر، محقق و متخصصینی تعریف کرده که دانش و مهارت پیشرفته ای جهت کنترل دیابت دارند. هم چنین پرستاران نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی بواسطه آموزش رفتارهای خودمراقبتی دارا هستند (۱۷). مطالعات متعدد در نقاط مختلف دنیا نشان داده که آموزش های داده شده توسط پرستاران به بیماران دیابتی در زمینه خودمراقبتی به شیوه های گوناگون سبب کاهش وزن، نمایه توده بدنی، فشارخون سیستول و

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.6.1]

دیاستول، کلسترول تام، قند خون ناشتا و هموگلوبین A_1C یا به عبارتی سبب بهبود وضعیت متابولیکی در بیماران دیابتی شده است(۱۸-۲۰). از جمله مداخلات آموزشی انجام شده توسط پرستاران در جهان و ایران می توان به آموزش فردی، آموزش گروهی (۲۱-۲۴)، مشاوره گروهی (۲۵)، آموزش از طریق اینترنت، کامپیوتر، برگزاری کمپ های آموزشی، عضویت در کلوپ های آموزشی(۲۱)، آموزش و پیگیری مراقبت ها با تلفن (۲۶)، آموزش در قالب جلسات بازدید منزل توسط پرستاران بهداشت جامعه (۱۶، ۱۷ ،۲۷ و ۲۸) اشاره کرد. علیرغم نقش گسترده و مهم پرستاران در آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی، مطالعات بطور پراکنده نشان داده اند که مواردی نظیر کمبود نیروی انسانی در سیستم پرستاری، کمبود خودانگیزشی بیماران دیابتی، سطوح آموزشی متفاوت بیماران دیابتی و کمبود نیروهای پرستاری متخصص در زمینه آموزش به بیماران دیابتی از جمله موانعی هستند که با ارائه آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی توسط پرستاران مغایرت دارند (۲۱) لذا از آنجایی که تاکنون مطالعه ای بطور جامع به بررسی این موانع بپردازد انجام نشده است، پژوهشگر بر آن شد تا در این پژوهش به تعیین موانع آموزش خود مراقبتی به بیماران دیابتی از دیدگاه پرستاران و بیماران و اهداف ویژه شامل تعیین موانع فردی- پرستار، مدیریتی، محیطی، فردی- بیمار آموزش خود مراقبتی به بیماران دیابتی بپردازد.

مواد وروش‌ها

پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی از نوع مقطعی بود که موانع آموزش خود مراقبتی به بیماران دیابتی را از دیدگاه پرستاران و بیماران مورد بررسی قرار داد. جامعه پژوهش پرستاران شاغل در بخش داخلی، غدد و درمانگاه دیابت بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران (حضرت رسول، لولاگر، شهدای یافت آباد، فیروز آبادی و امام حسن مجتبی) با حداقل شش ماه سابقه کار در بخش داخلی، غدد و داشتن سابقه در زمینه دادن آموزش به بیماران دیابتی؛ و بیماران مبتلا به دیابت بستری در بخش داخلی، غدد و یا مراجعه کنندگان به درمانگاه های دیابت بیمارستان های فوق الذکر به صورت سرپایی بود. نمونه مورد مطالعه، ۴۲ پرستار و ۴۸ بیمار مبتلا دیابت به طور تصادفی و در دسترس در طول یک ماه (اردیبهشت) از بخش داخلی، غدد و درمانگاه دیابت انتخاب شدند. جهت تهیه و تدوین ابزار گردآوری داده ها پژوهشگر با مطالعه کتب و مقالات موجود در زمینه آموزش خود مراقبتی به بیماران دیابتی، گویه های مورد نظر در رابطه با موانع آموزش خود مراقبتی به بیماران دیابتی را استخراج کرده و دو پرسشنامه یکی را برای پرستاران شاغل در بخش های داخلی، غدد و درمانگاههای دیابت و دیگری را برای بیماران دیابتی بستری در این بخش ها و بیماران دیابتی که به صورت سرپایی به درمانگاه های دیابت مراجعه می کردند، طراحی کرده بود. پرسشنامه پرستاران شامل ۴۸ گویه در ۴ بعد شامل عوامل فردی- پرستار، محیطی، مدیریتی و عوامل فردی- بیمار و پرسشنامه بیماران شامل ۳۰ گویه در۴ بعد شامل عوامل فردی- بیمار، عوامل فردی- پرستار، محیطی و مدیریتی بوده و در مقابل هر کدام از گویه ها پنج گزینه با معیار لیکرت به ترتیب کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، تا حدودی مخالفم و نظری ندارم طراحی شد. لازم به ذکر است که پرسشنامه پرستاران شامل دو بخش بوده که بخش اول آن شامل۱۴ سؤال در مورد مشخصات دموگرافیک نمونه های پژوهش (جنس، سن، وضعیت تأهل، سابقه کار در بیمارستان، سابقه کار در

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.6.1]

بخش غدد یا درمانگاه دیابت، آخرین مدرک تحصیلی، متوسط تعداد شیفت در یک ماه، نام بیمارستان، شرکت یا عدم شرکت پرستاران در کلاس های آموزشی ضمن خدمت در زمینه آموزش به بیماران دیابتی، ارگان یا سازمان برگزار کننده این کلاس ها، مدت زمان برگزاری و، سال تشکیل کلاس ها، آموزش دادن یا ندادن به بیماران دیابتی در بخش غدد، تعداد بیماران دیابتی که در هر شیفت به آنها آموزش می دهند) بوده و بخش دوم شامل ۴۸ سؤال در مورد موانع آموزش خود مراقبتی از دیدگاه پرستاران در ۴ بعد موانع فردی- پرستار، فردی- بیمار، محیطی، مدیریتی بود. پرسشنامه مربوط به بیماران نیز در دو بخش طراحی شده که بخش اول آن شامل ۱۴ سؤال در مورد مشخصات دموگرافیک نمونه های پژوهش (جنس، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، محل سکونت، نام بیمارستان، تعداد دفعات بستری شدن در بیمارستان به علت بیماری دیابت، دریافت یا عدم دریافت آموزش در زمینه دیابت تاکنون، نوع آموزش دریافتی، شغل افراد آموزش دهنده، مدت زمان هر جلسه آموزشی، محل دریافت آموزش، شرکت یا عدم شرکت خانواده بیمار در جلسات آموزشی) بوده و بخش دوم شامل ۳۰ سؤال در مورد موانع آموزش خود مراقبتی از دیدگاه بیماران در ۴ بعد موانع فردی- بیمار، فردی- پرستار، مدیریتی و محیطی می باشد. جهت تعیین اعتبار پرسشنامه ها از شیوه اعتبار محتوی و با استفاده از نظرسنجی از ده نفر از اساتید گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس و دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان استفاده شد. جهت تعیین پایایی پرسشنامه ها، پژوهشگر با مراجعه به یکی از بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران از ۱۰ پرستار شاغل در بخش غدد و درمانگاه دیابت و ۱۰ بیمار دیابتی بستری در بیمارستان خواست تا پرسشنامه ها را تکمیل نمایند سپس با استفاده از روش آلفا کرونباخ پایایی پرسشنامه پرستاران ۰/۷۸ و پایایی پرسشنامه بیماران ۰/۸۳ محاسبه گردید. نمونه گیری از پنج بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران (حضرت رسول، لولاگر، شهدای یافت آباد، فیروز آبادی و امام حسن مجتبی) انجام گرفت. جهت تعیین تعداد نمونه لازم با توجه به مطالعه مقدماتی، نسبت درصد پاسخ کاملاً موافقم به یکی از سؤالات هر دو پرسشنامه بدست آمد. جهت حجم نمونه تعداد نمونه ۴۲ نفر برای پرستاران و ۴۲ نفر برای بیماران طبق فرمول های آماری تعیین شد. در ادامه انجام پژوهش، پژوهشگر با مراجعه به پنج بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران اقدام به نمونه گیری کرد. به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که پاسخ های آنها محرمانه خواهد ماند و نیز به آنها اجازه داده شد تا بصورت داوطلبانه در مطالعه شرکت کنند. سپس پرسشنامه ها در اختیار جامعه آماری این پژوهش قرار گرفت که شامل ۴۲ پرستار و ۴۲ بیمار بود. البته پژوهشگر به دلیل احتمال ریزش نمونه ۵۰ پرسشنامه به پرستاران و ۵۰ پرسشنامه به بیماران دیابتی داده و پس از جمع آوری پرسشنامه ها، ۴۶ پرستار پرسشنامه ها را تکمیل کرده بودند و از این ۴۶ نفر، ۱ نفر تا کنون به بیماران دیابتی آموزش نداده بود و سابقه کار سه پرستار دیگر هم کمتر از ۶ ماه بود لذا این چهار نفر از مطالعه خارج شدند و داده های مربوط به ۴۲ پرستاری که به بیماران دیابتی آموزش داده بودند و بیشتر از ۶ ماه سابقه کار در بخش غدد داشتند تجزیه و تحلیل شد. هم چنین تعداد پرسشنامه های برگشتی مربوط به بیماران ۴۸ عدد بود که این مسئله به خاطر زیادتر بودن تعداد بیماران

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.6.1]

دیابتی نسبت به پرستاران شاغل در بخش های غدد و کلینیک های دیابت در این پنج بیمارستان بود که همه این ۴۸ نفر علیرغم زیادتر بودن تعداد آنها نسبت به حجم نمونه بیماران در قسمت نتایج لحاظ گردید. در نهایت پس از جمع آوری پرسشنامه ها داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۵ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، فراوانی و درصد فراوانی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها:

یافته های پژوهش در زمینه مشخصات دموگرافیک پرستاران نشان داد که میانگین سنی پرستاران ۵/۲۰ ± ۲۸/۶۴ سال بود. هم چنین بیشترین واحد های پژوهش (۷۳/۸٪) در دامنه سنی ۳۱-۲۲ سال قرار داشتند و بیشترین سن ۴۷ سال و کمترین سن ۲۲ سال بود. ۸۳/۳٪ پرستاران زن و بقیه مرد بودند. ۵۲/۴٪ آنها متأهل و بقیه مجرد بودند. سابقه کار اکثر آنها (۴۵/۲٪) در بیمارستان کمتر یا مساوی ۳ سال و سابقه کار کمترین نمونه های پژوهش (۲۶/۲٪) مساوی یا بیشتر از ۹ سال بود. هم چنین حداقل سابقه کار در بیمارستان ۸ ماه و حداکثر ۱۷ سال بود. سابقه کار بیشتر نمونه های مورد پژوهش(۵۲/۴٪) در بخش غدد یا درمانگاه دیابت ۱۰ تا ۲۴ ماه و سابقه کار کمترین نمونه های پژوهش (۲۳/۸٪) کمتر یا مساوی ۹ ماه و مساوی یا بیشتر از ۲۵ ماه بود. همچنین حداقل سابقه کار آنهادر بخش غدد یا درمانگاه دیابت ۶ ماه و حداکثر ۸۴ ماه (۷ سال) بود. مدرک تحصیلی ۹۵/۲٪ پرستاران کارشناسی و مدرک بقیه (۴/۸٪) کاردانی بود. بیشتر نمونه های مورد پژوهش (۲۳/۸٪) ۳۰ شیفت در طول یکماه می گذراندند و حداقل تعداد شیفت های پرستاران در طول یکماه، ۸ شیفت و حداکثر ۴۵ شیفت بود. بیشتر پرستاران (۲۸/۶٪) در بیمارستان حضرت رسول (ص) مشغول به کار بودند. بیشتر آنها (۷۱/۴٪) در کلاس های آموزش ضمن خدمت شرکت کرده بودند و بقیه (۲۸/۶٪) تا کنون در این کلاس ها شرکت نکرده بودند. ۲۱/۴٪ پرستاران در کلاس های آموزش ضمن خدمت بیمارستان شرکت کرده بودند. حداقل تعداد روزهایی که پرستاران در کلاس های آموزشی ضمن خدمت در رابطه با بیماران دیابتی شرکت کرده بودند یک روز و حداکثر ۳۰ روز بود و بیشترین فراوانی (۲۶/۲٪) مربوط به یک روز بود. بیشتر نمونه های پژوهش (۳۸/۱٪) در سال ۱۳۸۷ در کلاس های آموزشی ضمن خدمت درباره دیابت شرکت کرده بودند. همه نمونه های پژوهش تا کنون به بیماران دیابتی آموزش داده بودند. بیشتر نمونه های مورد پژوهش (۳۵/۷٪) در هر شیفت کاری خود به یک بیمار دیابتی آموزش دادند و حداقل تعداد بیمارانی که در هر شیفت توسط این نمونه ها آموزش دیدند یک بیمار و حداکثر ۱۰ بیمار بود. همچنین یافته های پژوهش در زمینه مشخصات دموگرافیک بیماران نشان داد که ۶۶/۷٪ بیماران مرد و ۳۳/۳٪ آنها، زن بودند. میانگین سنی بیماران۱۲/۴۰± ۵۱/۴۳ سال بود. ۷۷/۱٪ متأهل، ۱۴/۶٪ بیوه و ۲۵٪ مجرد بودند. تحصیلات ۲۵٪ آنها در حد دبیرستان بود. بیشتر بیماران (۳۱/۳٪) خانه دار بوده اند. ۷۵٪ نمونه ها در شهر سکونت داشتند. ۲۷/۱٪ در بیمارستان حضرت رسول بستری بوده اند. ۴۵/۸٪ به صورت سرپایی آموزش دیدند. ۷۲/۹٪ آموزش مورد نیاز خود را از پرستار دریافت کرده بودند. ۵۲/۱٪ تا کنون یکبار به علت دیابت در بیمارستان بستری شده. ۸۹/۶٪ تا کنون درباره دیابت آموزش دیده بودند که در ۴۳/۵٪ آنها، مدت زمان این آموزش کمتر از نیم ساعت بوده. ۴۱/۷٪ در کلینیک دیابت آموزش دیدند و ۶۶/۷٪ بیماران،

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.6.1]

آموزش‌ها را با حضور خانواده خود دریافت کرده بودند. به ترتیب جداول شماره ۲،۱ و۳، مهمترین موانع آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی از دیدگاه پرستاران و بیماران، مهمترین موانع آموزش خود مراقبتی به بیماران دیابتی در هر بعد از دیدگاه پرستاران و بیماران بر اساس نظر کاملاً موافقم را نشان می دهند.

جدول شماره ۱: مقایسه میزان توافق بر موانع آموزش خود مراقبتی به بیماران دیابتی از دیدگاه پرستاران و بیماران در هر بعد

	دیدگاه پرستاران			دیدگاه بیماران			
ابعاد	مدیریتی	محیطی	فردی- بیمار	فردی- پرستار	مدیریتی	محیطی	فردی- بیمار	فردی پرستار
میانگین تعداد افرادی که نظر کاملاً موافق داشته اند	۱۴/۷۱	۱۵/۸۵	۶/۲۳	۴/۸	۱۰/۱۶	۸	۴/۶۴	۴/۳۳
درصد توافق	۳۵/۰۳	۳۷/۷۵	۱۴/۸۴	۱۱/۴۳	۲۱/۲۰	۱۶/۷	۹/۶۸	۹/۰۳

جدول شماره ۲: تعیین مهمترین موانع آموزش خود مراقبتی به بیماران دیابتی در هر بعد از دیدگاه پرستاران بر اساس نظر کاملاً موافقم

اولویت	گویه	بعد	درصد توافق
۱	کم بودن تعداد پرستاران در بخش های غدد نسبت به تعداد بیماران	مدیریتی	**۸۱**
۲	دسترسی ناکافی پرستاران بخش غدد به منابع علمی به روز در زمینه دیابت (کتب، مجلات و مقالات) در بخش غدد	محیطی	**۷۱/۴**
۳	آگاهی ناکافی بسیاری از پرستاران بخشهای غیر غدد درباره دیابت جهت آموزش دادن به بیماران دیابتی بستری در این بخش ها	فردی- پرستار	**۳۱**
۴	وجود عوارض دیابت در بیمار	**فردی- بیمار**	**۳۱**

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.6.1]

جدول شماره ۳: تعیین مهمترین موانع آموزش خود مراقبتی به بیماران دیابتی در هر بعد از دیدگاه بیماران بر اساس نظر کاملاً موافقم

اولویت	گویه	بعد	درصد توافق
	پر مشغله بودن پرستاران و داشتن زمان ناکافی برای در اختیار قرار دادن اطلاعات در زمینه دیابت		
۱	فقدان یک مرکز مشخص در بیمارستان برای دریافت آموزش ها فقدان یک پرستار ثابت برای پاسخگویی به سؤالات بیمار دیابتی	مدیریتی	۲۵
۲	فاصله زیاد مراکز درمانی از منزل بیمار برای پیگیری آموزش ها پس از ترخیص از بیمارستان	محیطی	۱۶/۷
۲	اطلاع ناکافی بیماران دیابتی از وظیفه آموزشی پرستار در قبال آنها	فردی- بیمار	۱۶/۷
۳	مشارکت ندادن خانواده و همراهان بیمار دیابتی در فرآیند آموزش ارائه آموزش های عمومی و غیر ملموس در زمینه تغذیه، ورزش و... به بیماران دیابتی از جانب پرستار ارزشیابی نکردن موارد یاد داده شده به بیمار دیابتی توسط پرستار	فردی- پرستار	۱۲/۵

بحث و نتیجه‌گیری

طبق نتایج حاصل از مطالعه حاضر در قسمت موانع آموزش خودمراقبتی از دیدگاه پرستاران، در تبیین اولویت اول (کم بودن تعداد پرستاران بخش های غدد نسبت به بیماران دیابتی) باید گفت که در بسیاری از کشورها پرستاران بزرگترین نیروی کاری در سیستم سلامت را تشکیل می دهند و نقش بالقوه ای در آموزش و کنترل بیماری های مزمن دارند (۲۹). از طرفی مطالعات نشان می دهند که در کشور ما پرستاران بیکار بسیار زیادند و در مراکز مهم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و بیمارستان های کشور حتی در مراکز استان ها و پایتخت حداقل ۳۰٪ کمبود نیروی انسانی پرستار داشته و در واقع فشار کاری این کمبود را باید پرستاران شاغل تحمل نمایند(۳۰). البته کمبود پرسنل و نیروی انسانی کافی مشکل همیشگی و به جرأت مشکل کل جوامع پرستاری در دنیا می باشد (۳۱). در همین رابطه لی و همکاران (۲۰۰۷) در تحقیق خود با عنوان بررسی وضعیت آموزشی و نقش پرستاران آموزش دهنده دیابت در کره دریافتند که یکی از موانع عمده در آموزش به بیماران دیابتی کمبود نیروی انسانی در سیستم پرستاری است (۲۲). تحقیق حکمت پور و همکاران هم نشان داد که کمبود وقت و کمبود پرستار از جمله عوامل مهمی هستند که مانع از آموزش به بیماران می شود (۳۲). کالیسکان و همکاران (۲۰۰۶) با بررسی ۱۳۳۴ نفر بیمار مبتلا به دیابت دریافتند که تنها ۲۸٪

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.6.1]

از این بیماران (۳۸۲ نفر) در مورد بیماری خود آگاهی مراقبت از خود داشتند و مهمترین منابع کسب اطلاعات در آنها به ترتیب بیمارستان (۷۶/۴٪)، رادیو و تلویزیون (۱۹/۱٪) و مراکز بهداشتی (۳/۹٪) اعلام شده بود. همچنین ضرورت آموزش به بیمار توسط تمامی نمونه ها تأکید شده بود اما به دلیل کمبود وقت و تعداد کم پرستار نسبت به بیماران این مراقبت اجرا نمی شد (۳۳). در تبیین اولویت دوم (دسترسی ناکافی پرستاران بخش های غدد به منابع علمی به روز در زمینه دیابت در بخش غدد)، تحقیقات نشان داده است که یکی از عواملی که سبب تسهیل آموزش به بیمار می شود در دسترس قرار گرفتن منابع علمی و آموزشی بیشتر برای پرستاران است (مارکوم و همکاران ۲۰۰۲) (۳۴) و طلوعی و همکاران (۱۳۸۴) در پژوهش خود با عنوان عوامل انگیز شی پرستاران در رابطه با آموزش به بیمار دریافتند که آگاهی پرستاران در مورد بیماری سبب افزایش انگیزه آنها در زمینه آموزش به بیمار می شود و مسلماً این مسئله تا حد زیادی بستگی به در دسترس بودن منابع علمی به روز در زمینه بیماری ها دارد (۳۵). در تبیین اولویت سوم (آگاهی ناکافی بسیاری از پرستاران بخش های غیر غدد درباره دیابت و وجود عوارض دیابت در بیمار) لی و همکاران (۲۰۰۷) دریافتند که یکی از موانع عمده در آموزش به بیماران دیابتی کمبود نیروی پرستاری آموزش دیده در زمینه آموزش به بیماران دیابتی در بیمارستان ها است(۲۲). به عبارتی پرستاران بخش های غیر غدد به دلیل آنکه در زمینه دیابت و آموزش به بیمارهای دیابتی آموزش نمی بینند، نمی توانند به خوبی به بیماران دیابتی بستری در این بخش ها را آموزشی بدهند. مروتی و همکاران در مطالعه ای با عنوان تأثیر منافع و موانع درک شده رفتارهای خود مراقبتی بر عملکرد مراقبتی بیماران دیابتی دریافتند که وجود عوارض و مشکلات و ناراحتی های جسمی به علت بیماری دیابت یکی از موانعی است که سبب ممانعت فرد از انجام رفتارهای خود مراقبتی و نیز پذیرفتن آموزش در این زمینه می شود(۳۶). همچنین عبدلی و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه خود با عنوان موانع و تسهیل کننده های توانمندی در افراد مبتلا به دیابت دریافتند که ترس از عوارض دیابت در بیمار دیابتی یکی از عواملی است که سبب تسهیل توانمندی بیمار و آموزش به وی می شود (۳۷). طبق نتایج حاصل از مطالعه حاضر در قسمت موانع آموزش خودمراقبتی از دیدگاه بیماران، در تبیین اولویت اول (پر مشغله بودن پرستاران و داشتن زمان ناکافی برای در اختیار قرار دادن اطلاعات در زمینه دیابت، فقدان یک مرکز مشخص در بیمارستان برای دریافت آموزش ها، فقدان یک پرستار ثابت برای پاسخگویی به سؤالات بیمار دیابتی) عبدلی و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه خود با عنوان موانع و تسهیل کننده های توانمندی در افراد مبتلا به دیابت دریافتند که شرکت کنند گان در پژوهش به کسب اطلاعات مرتبط در مورد دیابت به منظور مدیریت اثر بخش بیماری و اخذ تصمیمات آگاهانه در مورد مراقبت از خود واقف بودند. آنها عنوان کرده بودند که آموزش درباره دیابت، دانش آنها را افزایش می دهد و باورها و نگرش های آنها را در مورد دیابت اصلاح می کند و ظرفیت مراقبت از خود را افزایش می‌دهد (۳۷). اما علیرغم این باور بسیاری مواقع پرستاران به دلیل پر مشغله بودن زمان کافی برای آموزش به بیمار ندارند به عنوان مثال گودرزی و همکاران (۱۳۸۲) در پژوهش خود با عنوان بررسی اهمیت آموزش به بیمار از دیدگاه دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج دریافتند که یکی از عوامل بازدارنده در زمینه آموزش به بیمار از دیدگاه دانشجویان

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.6.1]

پرستاری کمبود وقت آموزش دهنده به دلیل انجام وظائف سنگین مراقبت از بیمار است (۳۸). در تبیین اولویت دوم (فاصله زیاد مراکز درمانی از منزل بیمار برای پیگیری آموزش ها پس از ترخیص از بیمارستان) مروتی و همکاران در مطالعه ای با عنوان تأثیر منافع و موانع درک شده رفتارهای خود مراقبتی بر عملکرد مراقبتی بیماران دیابتی دریافتند که فقدان وسایل ایاب و ذهاب به دلیل دور بودن منزل دیابتی ها از مراکز درمانی مانع چندان مهمی در زمینه انجام رفتارهای خود مراقبتی نمی باشد (۳۶) اما مطالعه حاضر نشان داد که یکی از معضلات اصلی بیماران دیابتی که سبب می شود آنها برای دریافت آموزش به مراکز درمانی مراجعه نکنند فاصله زیاد مراکز درمانی از منزل بیمار است. از طرفی امروزه در دنیا یکی از نقش های مهم پرستاران، نقش آنها به عنوان پرستار آموزش دهنده دیابت در منزل بیمار است و مطالعات نشان داده اند که آموزش هایی که پرستاران در منزل به بیماران دیابتی می دهند سبب بهبود وضعیت متابولیکی آنها شده و نیاز بیمار را برای رفت و آمد به مراکز درمانی و صرف وقت و هزینه به دلیل دور بودن این مراکز از منزل بیمار برطرف می کند (۱۶). در تبیین اولویت سوم (مشارکت ندادن خانواده و همراهان بیمار دیابتی در فرآیند آموزش) باید گفت که یکی از مسائل مهم در بیماری دیابت حمایت های روحی روانی و اجتماعی از بیمار است و در این رابطه حمایت های خانوادگی نقشی بسیار مهم ایفا می کند. حمایت خانوادگی سبب تسهیل پذیرش آموزش های داده شده به بیمار درباره رفتارهای خود مراقبتی و تسهیل توانمندی بیمار دیابتی در مراقبت از خود می شود(۳۷). لئونارد و همکاران (۲۰۰۲) دریافتند که نوجوانان دیابتی که در خانواده خود مشکلات توجه دارند و از لحاظ احساسی در خانواده دچار کمبود می باشد. نسبت به نوجوانانی که مشکلی در خانواده خود ندارند، از کنترل وضعیت متابولیکی ضعیف تری برخوردار هستند (۳۹). در همین رابطه کارلسون و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود دریافتند که والدین نوجوان دیابتی بطور همزمان باید نوجوان خود را به سمت کسب استقلال تشویق و هدایت کنند و نیز باید نوجوان را در کنترل دیابتش کمک و حمایت کنند (۴۰). به عبارتی مشارکت دادن خانواده در آموزش خودمراقبتی به بیمار دیابتی یک ضرورت مهم است و عدم مشارکت خانواده بیمار دیابتی می تواند مانعی در دادن آموزش به بیمار محسوب شود چرا که اغلب بیماران دیابتی به تنهایی قادر به انجام رفتارهای خود مراقبتی خود نیستند و اعضای خانواده در این میان نقش مهمی در توانمند کردن بیمار جهت انجام رفتارهای خودمراقبتی آموزش دیده دارند. این تحقیق که به بررسی موانع آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی از دیدگاه پرستاران و بیماران پرداخته است، مهمترین موانع را از دیدگاه پرستاران، عوامل محیطی و از دیدگاه بیماران، عوامل مدیریتی شناخته و سپس با توجه به این موانع و دیگر عوامل مانع شونده آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی و با توجه به توانائی‌ها و محدودیت های محیط، راه حل هایی را ارائه داده و پس از ارزشیابی این راه حل ها، راه حل برگزاری دوره تربیت پرستار متخصص دیابت را برگزیده است. امید است نتایج حاصل از این پژوهش به عنوان مقدمه ای برای حرکت به سمت تربیت نیروهای پرستاری متخصص در زمینه آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی باشد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.6.1]

قدردانی

بدین وسیله پژوهشگران مراتب قدردانی خود را از کلیه پرستاران شاغل در بخش های غدد و درمانگاه دیابت و بیماران دیابتی مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران که در انجام این پژوهش نقش داشته اند، ابراز می دارند.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.6.1]

Barriers of Diabetes self-care education: Viewpoint of patients and nurses

Maryam Shirazi[1], Monireh Anoosheh[2], Fakhri Sabohi[*3]

1. MSc, Instructor, Department of Community Health & Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. Associate Professor, Department of Nursing, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

3. MSc, Instructor, Department of Adult Health, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

***Corresponding author:** Sabohi F**, E -mail:** sabohi@nm.mui.ac.ir

Introduction: Despite the progress in the diagnosis and treatment of diabetes, metabolic control in diabetic patients is still insufficient. Poor metabolic control may be due to failure in diabetes self-care by patients and inadequate intervention strategies by health care providers. Barriers to self-care training contribute to inefficient self-management by diabetic patients. In fact, an understanding of these barriers can promote self-care in patients. Therefore, the current study aimed to determine barriers to self-care training in diabetic patients from the viewpoints of nurses and patients.

Methodology: This descriptive, cross-sectional study was conducted in 5 hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences in Tehran, Iran. Overall, 48 diabetic patients and 42 nurses working at the departments of endocrinology and diabetes clinics were selected via convenience sampling. The subjects completed the researcher-made questionnaires, and the collected data were analyzed by SPSS version 15 and descriptive statistical tests.

Results: The results showed that environmental (mean=15.85) and management (mean=10.16) barriers were the most important factors from the viewpoints of nurses and patients, respectively. Also, the findings showed that insufficient access of nurses to updated scientific sources related to diabetes (e.g., books, journals, and articles) at the department of endocrinology, lack of a diabetes training center at the hospital, nursing shortage (for answering patients' questions), nurses' work overload, and insufficient time for providing information were the most important barriers from the patients' perspective.

Conclusion: As the results indicated, health care authorities and administrators at nursing faculties should update the available scientific sources, hold training courses for nurses, and specialize nurses in diabetes self-care in order to provide self-care training for diabetic patients and overcome barriers to diabetes self-care.

Keywords: Educational Barriers to Self-care, Nurses, Patients.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.6.1]

References

1. Cooper H, Booth K, Gill G. A trial of empowerment-based education in type 2 diabetes global rather than glycaemic benefits. Diabetes research and clinical practice. 2008; 82(2):165-71.
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes care. 2004;27(5):1047-53.
3. Shera A, Jawad F, Maqsood A. Prevalence of diabetes in Pakistan. Diabetes research and clinical practice. 2007; 76(2):219-22.
4. Ministry of health. Diabetes mellitus2000[http://www.mohme.gov.ir/health/index.htm.Acceessed].[Persian]
5. AfkhamiArdakani M, Rashidi M. Type 2 Diabetes and Its Risk Factors. Journal of Rafsenjan University of Medical Sciences. 2005;4(4):348-65. [Persian]
6. Ahmed khan L AkS. Level of knowledge and self care in diabetics in a community hospital in Najran http://www.kfshrc.edu.sa/annals/203-204/99-177R. htm 2008 [cited 2008 27 August 2008].
7. Bell RA, Camacho F, Goonan K, Duren-Winfield V, Anderson RT, Konen JC, et al. Quality of diabetes care among low-income patients in North Carolina. American journal of preventive medicine. 2001;21(2):124-31.
8. Rezaei N, Tahbaz F, Kimyagar M, Alavimajd H. The effect of nutrition education on knowledge, attitude and practice of type 1 diabetic patients from Aligoodarz. Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences. 2006; 8(2):52-9. [Persian]
9. Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. Patient education and counseling. 2004;52(1):97-105.
10. Schiotz M, Bogelund M, Almdal T, Willaing I. Discrete choice as a method for exploring education preferences in a Danish population of patients with type 2 diabetes. Patient education and counseling. 2012; 87(2):217-25.
11. Jiang YD, Chuang LM, Wu HP, Shiau SJ, Wang CH, Lee YJ, et al. Assessment of the function and effect of diabetes education programs in Taiwan. Diabetes research and clinical practice. 1999; 46(2):177-82.
12. Rajab A. The most useful training harness the enormous costs associated with diabetes and its complications. Journal of Diabetes. 2008; 10(17):39-40.
13. Snoek Fj, Visser A. Improving quality of life in diabetes: how effective is education. Pat Educ Couns 2003; 51: 1-3.
14. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, et al. Increasing diabetes self-management education in community settings. A systematic review. American journal of preventive medicine. 2002; 22(4):39-66.
15. Rajab A, Molaverdikhani A. Evaluation of education affects on IDDM patients after on intensive teaching program in Iran. 15th IDF congress Kobe-Japan. November 1994
16. Kitis Y, Emiroglu ON. The effects of home monitoring by public health nurse on individuals' diabetes control. Applied nursing research. 2006;19(3):134-43.
17. Mollaoglu M, Beyazit E. Influence of diabetic education on patient metabolic control. Applied nursing research. 2009; 22(3):183-90.
18. Gary TL, Batts-Turner M, Bone LR, Yeh HC, Wang NY, Hill-Briggs F, et al. A randomized controlled trial of the effects of nurse case manager and community health worker team interventions in urban African-Americans with type 2 diabetes. Contr clini tria. 2004; 25(1):53-66.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.6.1]

19. Fritsche A, Stumvoll M, Renn W, Schmulling RM. Diabetes teaching program improves glycemic control and preserves perception of hypoglycemia. Diabetes research and clinical practice. 1998; 40(2):129-35.
20. Fritsche A, Stumvoll M, Goebbel S, Reinauer KM, Schmulling RM, Haring HU. Long term effect of a structured inpatient diabetes teaching and treatment programme in type 2 diabetic patients: influence of mode of follow-up. Diabetes research and clinical practice. 1999; 46(2):135-41.
21. Lee RL, Kim SA, Yoo JW, Kang YK. The present status of diabetes education and the role recognition as a diabetes educator of nurses in Korea. Diabetes research and clinical practice. 2007; 77(1): 199-204.
22. Adolfsson ET, Smide B, Gregeby E, Fernstrom L, Wikblad K. Implementing empowerment group education in diabetes. Patient education and counseling. 2004; 53(3):319-24.
23. Sarkadi A, Veg A, Rosenqvist U. The influence of participant's self-perceived role on metabolic outcomes in a diabetes group education program. Patient education and counseling. 2005; 58(2):137-45.
24. Sarkadi A, Rosenqvist U. Study circles at the pharmacy--a new model for diabetes education in groups. Patient education and counseling. 1999;37(1):89-96.
25. Karlsen B, Idsoe T, Dirdal I, Hanestad BR, Bru E. Effects of group-based counseling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. Pat Edc Couns. 2004; 53: 299-308.
26. Dale J, Caramlau I, Sturt J, Friede T, Walker R. Telephone peer-delivered intervention for diabetes motivation and support: the telecare exploratory RCT. Patient education and counseling. 2009; 75(1):91-8.
27. Kibriya MG, Ali L, Banik NG, Khan AK. Home monitoring of blood glucose (HMBG) in Type-2 diabetes mellitus in a developing country. Diabetes research and clinical practice. 1999; 46(3):253-7.
28. Sadeghian H, Rajab A, Anousheh M. The effect of home visiting programs on glycemic control in diabetic children in Tehran in 1374: : University of TarbiatModarres; 1996.[Persian]
29. Forbes A, While A. The nursing contribution to chronic disease management: a discussion paper. Int J Nurs Stud. 2009; 5(13):1-12.
30. Nikbakht, A. Parsa Yekta, Z, A qualitative phenomenological study on Iranian nursing experience, Teb va Tazkieh. 2002; 46:15-24. [Persian]
31. Simpson RL. Stop the rise in nursing errors-systematically. Nursing management. 2000; 31(11):21-2.
32. Hekmatpou D, Anoosheh M, Alhani F. Pathology of Patient Education: A Qualitative Study. Iran Journal of Nursing. 2007; 20(49):51-60. [Persian]
33. CaliskanD.Diabetes education: Diabetes mellitus patient often need more awareness and knowledge of their condition.2006. [About 2 pages]. Available at http:// www. Diabetes Education Center. Accessed 4 sep 2006
34. Mardaniandehkordi A, Salahshorianfard A, Mohammad alayha JH, Hosseini F. Nurses' perception of patient teaching, enhancing and inhibiting factors. Iran journal of nursing. 2005; 17(40):18-27. [Persian]
35. Toloei M, Dehghannayeri N, Faghihzadeh S, SadooghiAsl A. The nurses' motivating factors in relation to patient training. Hayat. 2006;12(2):43-51. [Persian]
36. Morowatisharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. The Relationship between Perceived Benefits/Barriers of Self-care Behaviors and Self Management in Diabetic Patients. Hayat. 2007; 13(1):17-27. [Persian]

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.6.1]

37. Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizi F. Barriers to and Facilitators of Empowerment in People with Diabetes.Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism. 2009;10(5):455-64.[Persian]
38. Godarzi M, Ahmadvand M, Farajollahi M. Study of Patient Teaching Importance from Point of Views in Azad University Nursing Students in Karaj in 1382. Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences. 2004; 2(2):68-77. [Persian]
39. Leonard B, Jang Y, Savik K, Plumbo PM, Christensen R. Psychosocial factors associated with levels of metabolic control in youth with type 1 diabetes. Journal of pediatric nursing. 2002;17(1):28-37.
40. Karlsson A, Arman M, Wikblad K. Teenagers with type 1 diabetes--a phenomenological study of the transition towards autonomy in self-management. Int J Nurs Stud. 2008;45(4):562-70.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.6.1]