مروری بر تاریخچه و تحولات صورت گرفته در آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی در جهان و ایران و جایگاه پرستاران در این عرصه

مریم شیرازی، منیره انوشه*

چکیده

مقدمه: امروزه آموزش رفتارهای خودمراقبتی به عنوان پایه و اساس درمان دیابت شناخته شده است و پرستاران در امر آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی جایگاه منحصر به فردی پیدا کرده‌اند. تاریخچه آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی از ابتدا تا کنون تحولات گسترده‌ای داشته است که در این مقاله به مرور آن و نیز جایگاه پرستاران در آموزش رفتارهای خودمراقبتی به بیماران دیابتی می‌پردازیم.

روش‌ها: این مقاله حاصل مرور مطالعات مختلف پیرامون تاریخچه و تحولات صورت‌گرفته در آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی در جهان و ایران و جایگاه پرستاران در این عرصه است که از مطالعه مقالات و مجلات علمی پرستاری و دیابت گردآوری شده است.

نتایج: آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی تاریخچه‌ای ۱۰۰ ساله دارد. در ابتدا پزشکان در آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی نقشی کلیدی داشتند اما در حال حاضر درمان مبتلایان به دیابت در اغلب کشورهای دنیا رویکردی تیمی دارد و پرستاران در تیم آموزشی دیابت نقشی کلیدی بر عهده دارند و آموزش خودمراقبتی به دیابتی‌ها را با رویکردهای گوناگون نظیر بحث گروهی، بازدید منزل، آموزش چهره به چهره، آموزش از طریق تلفن و... انجام می‌دهند و در این راه با موانع و چالش‌های متعددی نظیر کمبود نیروی انسانی در سیستم پرستاری، کمبود خودانگیزشی بیماران دیابتی، سطوح آموزشی متفاوت بیماران دیابتی، کمبود نیروهای پرستاری متخصص در زمینه آموزش به بیماران دیابتی، استرس‌های عاطفی، فقدان حمایت‌های خانوادگی، نداشتن اطلاعات کافی درباره اهمیت آموزش در بیماری دیابت، ترس از دیابت، مشکلات حمل و نقل و ... روبرو هستند.

نتیجه‌گیری: آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی همواره یک استراتژی کلیدی و ارزشمند در زمینه کنترل موفق دیابت بوده است و برای وصول به آن استفاده از یک رویکرد تیمی و استفاده از روش‌های آموزشی متنوع و برداشته شدن موانع متعدد موجود برای پرستاران و بیماران دیابتی الزامی است.

واژه‌های کلیدی: آموزش خودمراقبتی، بیماران دیابتی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی (ویژه‌نامه توسعه آموزش) / زمستان ۱۳۸۹؛ ۱۰(۵): ۹۷۲ تا ۹۸۱

مقدمه

دیابت شایع‌ترین بیماری متابولیک در جهان می‌باشد که شیوع آن در حال افزایش است(۱). دیابت ملیتوس در ایالات

* **نویسنده مسؤول:** دکتر منیره انوشه (دانشیار)، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. anoosheh@modares.ac.ir

مریم شیرازی (مربی)، گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دانش آموخته کارشناسی ارشد آموزش پرستاری گرایش بهداشت جامعه دانشگاه تربیت مدرس، خیابان هزارجریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (maryam_sh_nurse@yahoo.com)

این مقاله در تاریخ ۸۹/۱۰/۱ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۱۲/۱۳ اصلاح شده و در تاریخ ۸۹/۱۲/۱۹ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

متحده آمریکا به نسبت‌های اپیدمیک رسیده است به طوری که اکنون ۲۱ میلیون نفر در آمریکا مبتلا به این بیماری هستند (تقریباً ۷ درصد جمعیت). این بیماری به عنوان یک مشکل عمده بهداشت عمومی و ششمین علت مرگ در ایالات متحده آمریکا است. بعلاوه هزینه‌های مرتبط با دیابت در این کشور در سال ۲۰۰۲، ۱۳۲ میلیارد دلار تخمین زده شده است که ۹۲ میلیارد دلار مربوط به هزینه‌های مستقیم و ٤٠ میلیون دلار مربوط به هزینه‌های غیرمستقیم (ناتوانی، از کار افتادگی و مرگ زودرس) می‌باشد(۲). در ایران بار مالی ناشی از دیابت برای دولت در حال حاضر ۹۰۰ میلیارد تومان در سال برآورد شده که این میزان عمدتاً هزینه مستقیم دارویی است. همچنین ١٦ درصد از هزینه‌های بیمارستانی در ایران مربوط به بیماران دیابتی است(۳و٤). از طرفی در ایران هزینه معالجه هر بیمار دیابتی در طول یک ماه ۸۰ هزار تومان است و اگر دیابت با عوارض همراه باشد این مخارج به پنج برابر افزایش می‌یابد(٤). دیابت خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، کلیوی، عروق محیطی، رتینوپاتی، نوروپاتی و قطع اندام‌های تحتانی را افزایش می‌دهد و سبب ایجاد درجات متفاوت ناتوانی در بیمار می‌شود(٥). بیماری‌زایی و مرگ و میر ناشی از این عوارض از عمده‌ترین مسائل بهداشتی درمانی در دنیا محسوب می‌شود و به همین دلیل امروزه توجه ویژه‌ای به سرمایه گذاری برای کنترل دیابت معطوف شده است. مطلوب نگه‌داشتن میزان قند خون، اساس مراقبت در دیابت است(٦و کنترل صحیح و دقیق بیماری می‌تواند بروز عوارض را به تأخیر انداخته و یا از ظهور آنها ممانعت به عمل آورد(٥). مطالعات زیادی در کشورهای مختلف به ارزیابی کنترل و اداره دیابت پرداخته‌اند که همگی دال بر این است که ادارهٔ دیابت در جوامع مختلف حتی کشورهای پیشرفته مطلوب نمی‌باشد(۱). یکی از راه‌های کنترل دیابت انجام رفتارهای خودمراقبتی است. خودمراقبتی موجب ارتقای کیفی زندگی شده و در کاهش هزینه‌ها مؤثر است(۷). همچنین انجمن دیابت آمریکا عنوان می‌کند افراد مبتلا به دیابت حتماً باید درباره مراقبت و درمان توسط خودشان آموزش ببینند تا بروز عوارض دیابت را به تأخیر بیندازند. به عبارتی افزایش آگاهی فرد مبتلا به دیابت در مورد مسائل مختلف دیابت از جمله اصول مراقبت از خود و کنترل مستمر قند خون در حد نزدیک به طبیعی موجب پیشگیری از بروز عوارض زودرس و دیررس بیماری گردیده، زندگی طولانی مدت را برای بیمار تضمین می‌نماید و از هزینه‌های درمانی می‌کاهد. بدون شک چنین اهدافی نیازمند مشارکت بیمار در امر خودمراقبتی و آموزش پویا و مستمر است. بدون آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی و شرکت آنها در امر مراقبت از خود، انجام مراقبت‌های بهداشتی پرخرج‌تر و کیفیت زندگی دچار نقصان بیشتری خواهد شد(۸). آموزش خودمراقبتی در جهان و ایران از ابتدا تا کنون تحولات بسیاری داشته و علیرغم نقش اولیه پزشکان در آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی، امروزه پرستاران جایگاه منحصر به فردی در این عرصه پیدا کرده‌اند لذا با توجه به اهمیت آموزش خودمراقبتی در کنترل عوارض کوتاه مدت و بلند مدت دیابت و تحولات گسترده آموزش خودمراقبتی به مبتلایان دیابت و نیز جایگاه منحصر به فرد پرستاران در این عرصه، در این مقاله به مرور تاریخچه و تحولات صورت گرفته در روند آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی و جایگاه پرستاران در این عرصه پرداخته‌ایم.

روش‌ها

این مقاله حاصل مرور مطالعات مختلف از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۹ پیرامون تاریخچه و تحولات صورت گرفته در آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی در جهان و ایران و جایگاه پرستاران در این عرصه است که از مطالعه مقالات

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

و مجلات انگلیسی و فارسی پرستاری و دیابت موجود در سایت‌های Sciencedirect، Elsevier، Sid و scopus گردآوری شده است.

نتایج

تاریخچه آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی در جهان و ایران: تاریخچه آموزش دیابت گذشته‌ای ۱۰۰ ساله دارد و در این راه تا کنون تلاش‌های بسیاری صورت گرفته است. در سال ۱۸۷۵ میلادی، بوشارد (Boucharde) پزشک فرانسوی کنترل قند ادرار توسط دیابتی‌های نوع ۲ را یکی از پایه‌های درمان موفق در بیماران دیابتی می‌دانست و حتی در آن زمان به بیماران خویش پیشنهاد می‌کرد که با توجه به مقدار قند ادرار، درمان خویش را تغییر دهند(۹). اهمیت آموزش به بیماران دیابتی از دهه ۱۹۲۰ زمانی‌که انسولین کشف شد شناسایی شد(۱۰). پس از شروع درمان دیابتی‌ها بوسیله انسولین دکتر جاسلین (Eliott p.Joslin) بیماران خود را در کلینیک خود بستری می‌کرد و حدود ۱۶ ساعت در هفته به آنها آموزش‌هایی درباره چگونگی حفظ وضعیت متابولیکی خود در حد مطلوب می‌داد(۱۱و۱۲). بعد از جنگ جهانی دوم پزشکان بسیاری مخالف خوددرمانی و خودمختاری افراد دیابتی در تعیین مقدار انسولین، کنترل قند ادرار و آموزش به بیماران دیابتی بودند. این سیاست توانست تا اوایل دهه ۱۹۷۰ میلادی ادامه یابد. در آن هنگام در بسیاری از کشورهای اروپایی همزمان کلاس‌های آموزشی بر اساس تفکر جاسلین و یا بوشارد دوباره برپا گردید. در این بین سازمان بهداشت جهانی، فدراسیون بین المللی دیابت (International diabetes federation) و جامعه اروپایی دیابت، آموزش را به عنوان پایه و اساس اصلی درمان دیابت به رسمیت شناختند. از ۴۰ سال پیش تا کنون در بسیاری از کشورهای جهان دوره‌های آموزش دیابت(حداقل ۱۵ تا ۲۰ ساعت) تشکیل می‌گردد. شکل این دوره‌های آموزشی متناسب با جغرافیا و فرهنگ کشورها متفاوت ولی در محتوا یکسان است(۹). در ایران اولین مرکز آموزش به بیماران دیابتی تحت عنوان انجمن دیابت ایران طی سال‌های ۱۳۴۷ و ۱۳۴۸ توسط دکتر حسن اسماعیل بیگی کار خود را در زمینه آموزش به بیماران دیابتی در تهران آغاز کرد. قبل از سال ۱۳۴۷ این انجمن در مشکین آباد کرج دایر بود. پس از دکتر اسماعیل بیگی، دکتر عسگری در این انجمن به فعالیت در زمینه آموزش به بیماران دیابتی پرداخت تا این که در سال ۱۳۶۸ این انجمن توسط دکتر اسدالله رجب احیا شد و از آن زمان به بعد به تدریج در شهرهای مختلف کشور شعب انجمن دیابت ایران جهت ارائه آموزش به بیماران دیابتی تأسیس شد و همزمان در بیمارستان‌های کشور نیز درمانگاه‌های دیابت جهت ارائه آموزش و خدمات سرپایی به بیماران دیابتی تأسیس شد(۱۳).

جایگاه پرستاران در آموزش رفتارهای خودمراقبتی به بیماران دیابتی و وضعیت آموزش به بیماران دیابتی در کشورهای مختلف جهان: آموزش ۵۰ سال گذشته به بیماران دیابتی به طرق مختلفی روی درگیر شدن بیمار در خودمراقبتی تأکید می‌کرد. در شروع دهه ۱۹۸۰ میلادی آموزش به بیماران دیابتی به طور عمده روی وقایع طبی بیماری تمرکز کرد و افراد آموزش‌دهنده نقش اصلی در مراقبت از بیماران دیابتی را بر عهده داشتند اما به مرور آموزش دهندگان دیابت دریافتند که این روش در کمک به بیمار دیابتی جهت انجام فعالیت‌های خودمراقبتی روش مناسبی نیست لذا از ابتدای دهه ۱۹۹۰ تأکید بیشتر روی فرآیند یادگیری در آموزش به بیماران دیابتی بود و سبب شد تا نقش آموزش دهندگان دیابت از مراقب به تسهیل کننده و حمایت کننده بیمار تغییر یابد(۱۴). در این میان

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

پرستاران جایگاه منحصر به فردی در فراهم کردن مراقبت برای بیماران دیابتی جهت بهبود وضعیت افراد دیابتی و برای بهتر شدن کیفیت زندگی آنها دارند. بخش مهمی از آموزش خودمراقبتی دیابتی‌ها توسط پرستاران انجام می‌گیرد. تأکید شده است که پرستاران قادرند به افراد دیابتی و خانواده‌هایشان به طور 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 آموزش‌دهنده، حمایت‌کننده و راهنما تعریف شده است. در مراقبت دیابت از پرستار انتظار می‌رود که فاکتورهایی را که روی خودمراقبتی مبتلایان به دیابت اثر می‌گذارد را تعیین نماید و نیز از پرستار انتظار می‌رود که بیماران دیابتی را به روشی که برای تغییر دادن نیازهای آنان در مراکز بالینی و زندگی روزانه‌شان مناسب است آموزش دهند و حمایت کنند و نیز به سایر اعضای تیم درمان دیابت آموزش‌های لازم در زمینه دیابت را بدهند(۱۵). فدراسیون پرستاران اروپایی (Federation of the European nurses[1]) پرستاران را به عنوان افراد آموزش‌دهنده، مشاور، مدیر، محقق و متخصصینی تعریف کرده که دانش و مهارت پیشرفته‌ای جهت کنترل دیابت دارند. همچنین پرستاران نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی بواسطه آموزش رفتارهای خودمراقبتی دارا هستند(۱۶). از سال ۱۹۶۸ که آموزش به بیماران دیابتی در کره مورد توجه قرار گرفت تا امروز کیفیت و کمیت آن کم و بیش افزایش یافته است به طوری که در مارس ۲۰۰۵ آموزش به بیماران دیابتی در ۱۶۰ بیمارستان و کلینیک در سرتاسر کشور کره اجرا شده است. مطالعات در کره بیانگر این نکته‌اند که از سال ۱۹۹۶ تا کنون اطلاعات روشنی درباره وضعیت آموزش در کره مطرح نبوده است. انجمن دیابت کره، سیستم اعطای گواهی نامه به آموزش‌دهندگان دیابت را از سال ۱۹۹۹ برای آن دسته از افرادی که در برنامه آموزشی به بیماران دیابتی جهت بهبود بخشیدن کیفیت آموزش شرکت کرده بودند پایه‌گذاری کرد. مروری بر مطالعات انجام شده در کره نشان می‌دهد که در این کشور در برنامه‌های آموزشی درباره دیابت، تیم دیابت شامل پزشک، پرستار، متخصص تغذیه، داروساز، متخصص ورزش، مددکار اجتماعی است و معمولترین وسیله کمک آموزشی استفاده شده برای آموزش به بیماران دیابتی استفاده از بروشور بوده است(۷۶/۹ درصد). همچنین از جمله روش‌های ارزشیابی موارد آموزش داده شده به بیماران دیابتی استفاده از پرسشنامه بوده است و بیشترین روش آموزشی بکار رفته در این کشور آموزش گروهی (۹۳/۲ درصد) بوده است(۱۷). در ژاپن سه نوع پرستار آموزش‌دهنده دیابت وجود دارد. یکی از این سه نفر مدرک آموزش‌دهنده دیابت در پرستاری (Diabetes educators in nursing) دارد. دومی مدرک پرستار متخصص دیابت (Certified expert nurse in diabetes) را داراست و سومی مدرک پرستار متخصص بالینی در پرستاری دیابت (Certified clinical nurse specialist in diabetes nursing) را دارا می‌باشد. پرستار متخصص بالینی مدرک کارشناسی در رشته پرستاری بالینی دارد. آموزش‌دهنده دیابت در ژاپن مدرکی است که به‌وسیله هیئت اعطا کننده مدرک به آموزش دهندگان دیابت به پرستاران، متخصصین تغذیه، داروسازها، تکنسین‌های داروخانه و فیزیوتراپ‌ها در ژاپن اعطاء می‌شود. افراد دریافت‌کننده این مدرک ۲ سال باید در مؤسسات بالینی کار کنند و تجربه آموزش به بیماران دیابتی را حداقل به مقدار ۱۰۰۰ ساعت قبل از دادن امتحان کسب کنند. همچنین افراد واجد شرایط باید در یک کارگاه آموزشی (Workshop) دو روزه که به وسیله هیأت اعطاکننده مدرک به آموزش‌دهندگان دیابت برگزار می‌شود شرکت کرده و گزارشی از آموزش به ۱۰ بیمار دیابتی را

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

ارائه کنند و مدرک خود را دریافت نمایند. در ژاپن هیأت اعطا کننده مدرک به آموزش‌دهندگان دیابت با همکاری انجمن دیابت ژاپن، انجمن تغذیه و متابولیسم و آکادمی پرستاری و آکادمی آموزش به بیماران دیابتی بنیان گذاری شده است. این هیئت به طور رسمی در فوریه ۲۰۰۰ بنیان نهاده شد و یک سال بعد اولین امتحان برای اعطای مدرک آموزش‌دهنده دیابت در آن برگزار شد و سپس اولین گروه از آموزش دهندگان دیابت که در این امتحان موفق شده بودند از این هیأت مدرک دریافت کردند. تا کنون ۱۱۷۷۸ آموزش‌دهنده دیابت از این هیأت مدرک دریافت کرده‌اند که از این میان ۵۷۵۳ نفر یعنی ٤٨/٨ درصد پرستار هستند. یکی دیگر از انواع پرستاران آموزش‌دهنده دیابت، پرستار متخصص دیابت است. مدرک پرستار متخصص دیابت بوسیله انجمن پرستاری ژاپن به پرستاران اعطاء می‌شود. پرستاران برای دریافت این مدرک در مؤسسه‌ای تحت تعلیم و آموزش قرار می‌گیرند و پس از طی دوره آموزشی در امتحان این دوره شرکت می‌کنند و مدرک پرستار متخصص دیابت می‌گیرند. پرستاران، پرستاران بهداشت عمومی و ماماهایی که حداقل ۵ سال تجربه کار بالینی و حداقل ۳ سال تجربه پرستاری از بیماران دیابتی را دارند برای شرکت در دوره آموزشی پرستار متخصص دیابت واجد شرایط هستند. اکنون تعداد پرستاران متخصص دیابت در ژاپن به ۸۷ نفر می‌رسد(۱۸). تحت حمایت وزارت بهداشت تایوان تا کنون بیش از ٤٠ مرکز آموزش به بیماران دیابتی در بیمارستان‌های تایوان بویژه در جزایر کیم من و پن هو تأسیس شده است. هدف این مراکز آموزش پزشکان عمومی درباره دیابت به منظور بهبود درمان افراد دیابتی است. در این کشور تیم درمان دیابت شامل پزشک، پرستار و متخصص تغذیه است. ارزشیابی برنامه‌های آموزش دیابت در این کشور نشان داده که آموزش‌های سه روزه به بیماران دیابتی نوع ۲ توانسته سبب کاهش معنادار وزن، نمایه توده بدنی، فشار خون سیستول و دیاستول، کلسترول تام، قند خون ناشتا و هموگلوبین A1C شود(۱۰).

در هلند وظایف پرستاران متخصص دیابت به صورت زیر می‌باشد: مراقبت مستقیم از بیمار (شامل گرفتن شرح حال، معاینه فیزیکی، تفسیر نتایج آزمایشات، ثبت یافته‌ها و پیشگیری از عوارض دیابت) – هماهنگ کننده و سازماندهی کننده مراقبت‌ها (شامل تشخیص کمبودها و ارجاع بیمار به سایر اعضای تیم درمان)- ارتقا دهنده یا ترویج کننده مهارت (شامل آموزش به بیماران، آموزش به سایر اعضای تیم درمان و آموزش به سایر پرستاران) است. در مقایسه با پرستاران عمومی، پرستاران متخصص دیابت واجد بالاترین سطح مراقبت پرستاری هستند و به عنوان متخصصین پرستاری پذیرفته می‌شوند که روی مراقبت از دیابتی‌ها فوکوس کرده و دارای مهارت قابل ملاحظه‌ای در زمینه مراقبت از دیابتی‌ها هستند. در هلند، ایالات متحده آمریکا، انگلیس و نیوزلند نقش و جایگاه پرستاران متخصص دیابت در تیم درمان دیابت تا کنون ارتقا یافته است(۱۹). در مناطق اروپایی به طور معمول خدمات دیابت و آموزش به دیابتی‌ها بوسیله پزشکان عمومی در مراکز مراقبت‌های اولیه و توسط متخصصان دیابت در مراکز مراقبت‌های ثانویه ارائه می‌شود و تنها تعداد کمی از کشورها قادرند مشارکت افراد حرفه‌ای علاوه بر پزشکان را در تیم سلامت فراهم کنند (مثل پرستاران، متخصصین دیابت و متخصصین تغذیه). در کلینیک‌های خارج از بیمارستان به طور معمول تیم دیابت شامل یک پزشک، یک پرستار با تجربه در دیابت یک متخصص تغذیه و بیمار است. در ترکیه مراقبت سلامتی برای دیابتی‌ها در کلینیک‌های خارج از بیمارستان انجام می‌گیرد. این کلینیک‌ها هم کلینیک‌های طب داخلی و هم کلینیک‌های غدد درون ریز هستند. به دلیل اینکه این کلینیک‌ها خیلی شلوغ هستند بیماران تنها می‌توانند معاینه شوند و بدلیل کمبود فضای

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

فیزیکی بیماران دیابتی نمی‌توانند از خدمات آموزشی یا مشاوره سود ببرند. در بیشتر این کلینیک‌ها پرستاری برای آموزش دادن و راهنمایی کردن بیماران دیابتی وجود ندارد(۱۵).

مزایای آموزش خودمراقبتی توسط پرستاران به بیماران دیابتی: دیابت بیماری مزمنی است که در آن بیمار مبتلا باید فعالانه در کنترل بیماری‌اش مشارکت کند و نیز بیمار باید شیوه زندگی خود را برای حفظ وضعیت متابولیکی مطلوب تغییر دهد. بنابراین آموزش به بیمار دیابتی باید به منظور تغییر در شیوه زندگی، نگرش، دانش، افزایش مهارت‌های خودمراقبتی و ارزشیابی برنامه خودمراقبتی انجام گیرد. آموزش به بیمار دیابتی به عنوان بخش قطعی کنترل دیابت محسوب می‌شود(۱۷) چرا که آموزش به بیمار دیابتی سبب افزایش خودمراقبتی، بهبود خودکنترلی، کاهش تکرار عوارض حاد، کاهش تعداد دفعات بستری شدن در بیمارستان، کاهش طول دوره بستری شدن در بیمارستان و کاهش بروز عوارض طولانی مدت می‌شود(۱۵و۲۰و۲۱و۲۲). به عبارتی آموزش به بیمار دیابتی کلیدی برای القا کردن رفتارهای خودمراقبتی در افراد دیابتی است. مطالعات متعدد گذشته شیوه‌های دستیابی به کنترل متابولیکی خوب در بیماری دیابت را بواسطه استراتژی‌های آموزشی گوناگون بررسی کرده‌اند(۲۳). همچنین آموزش به بیمار دیابتی کلیدی برای بهبود بهره‌وری درمان و دستیابی به خودکنترلی است(۱۵و۲٤). مطالعات متعدد در نقاط مختلف جهان نشان داده‌اند که آموزش به بیماران دیابتی به شیوه‌های گوناگون سبب کاهش وزن، نمایه توده بدنی، فشار خون سیستول و دیاستول، کلسترول تام، قند خون ناشتا و هموگلوبین A1C یا به عبارتی سبب بهبود وضعیت متابولیکی در بیماران دیابتی می‌شود(۲۵و۲٦و۲۷). تا کنون در دنیا آموزش به بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲ به شیوه‌های گوناگون انجام شده است. از جمله مداخلات آموزشی انجام شده توسط پرستاران در دنیا می‌توان به آموزش فردی، آموزش گروهی(۱۷و۲۸و۲۹و۳۰)، مشاوره گروهی(۳۱)، آموزش از طریق اینترنت، کامپیوتر، برگزاری کمپ‌های آموزشی، عضویت در کلوپ‌های آموزشی(۱۷)، تلفن(۳۲)، آموزش در قالب جلسات بازدید منزل توسط پرستاران بهداشت جامعه(۱۵و۱٦و۳۳) اشاره کرد.

موانع آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی: علیرغم نقش گسترده و مهم پرستاران در آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی، مطالعات به طور پراکنده نشان داده‌اند که پرستاران با موانع متعددی در زمینه آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی مواجه‌اند به عنوان مثال نتایج مطالعه لی و همکاران (۲۰۰۷) در کره نشان داد 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 خود مراقبتی به بیماران دیابتی توسط پرستاران مغایرت دارند(۱۷) همچنین کالیسکان و همکاران (۲۰۰٦) با بررسی ۱۳۳٤ نفر بیمار مبتلا به دیابت دریافتند که تنها ۲۸ درصد از این بیماران (۳۸۲ نفر) در مورد بیماری خود آگاهی مراقبت از خود داشتند و مهمترین منابع کسب اطلاعات در آنها به ترتیب بیمارستان (۷٦/٤ درصد)، رادیو و تلویزیون (۱۹/۱ درصد) و مراکز بهداشتی (۳/۹ درصد) اعلام شده بود. همچنین ضرورت آموزش به بیمار توسط تمامی نمونه‌ها تأکید شده بود اما به دلیل کمبود وقت و تعداد کم پرستار نسبت به بیماران این مراقبت اجرا نمی‌شد(۳٤). از طرفی مطالعات نشان داده‌اند که بیماران دیابتی نیز با موانعی جهت آموزش دیدن درباره بیماری دیابت و توانمندی در زمینه خود مراقبتی روبرو هستند به عنوان مثال نتایج مطالعه

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

مروتی و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که وجود عوارض و مشکلات و ناراحتی‌های 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 می‌شود(۳۵). همچنین نتیجه مطالعه رفیق و همکاران (۲۰۰۶) در پاکستان نشان داد که استرس‌های عاطفی، فقدان حمایت‌های خانوادگی، نداشتن اطلاعات کافی درباره اهمیت آموزش در بیماری دیابت، اختصاص داده نشدن وقت کافی توسط پزشکان برای آموزش به بیماران دیابتی و فقدان افراد حرفه‌ای آموزش دیده برای آموزش در زمینه دیابت از جمله موانع آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی بوده است(۳۶). نتایج مطالعه گرازینی و همکاران (۱۹۹۹) در فیلادلفیا نیز نشان داد که مواردی نظیر ترس از دیابت، نداشتن وقت کافی، جدی نگرفتن بیماری، تنبلی، احساس نیاز نکردن، گران بودن هزینه‌های آموزش، عدم اطلاع از منابع آموزشی موجود برای دیابتی‌ها، نداشتن علاقه و مشکلات حمل و نقل از جمله موانع آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی از دیدگاه بیماران دیابتی بوده است(۳۷). همچنین نتایج مطالعه ری و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که بیماران مذکر با سن بالاتر و دارای ناتوانی و تحصیلات پایین با موانع بیشتری برای آموزش خودمراقبتی در زمینه دیابت روبرو بودند(۳۸).

بحث

با توجه به مطالب بررسی شده در این مقاله مشخص است که آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی تاریخچه‌ای طولانی داشته و در حال حاضر در اغلب کشورهای دنیا از یک رویکرد تیمی در آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی استفاده می‌شود. همچنین پرستاران یکی از اعضای کلیدی تیم درمان دیابت‌اند که نقش اصلی و کلیدی در آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی بر عهده دارند. از طرفی در کشورهای مختلف اروپایی و آسیایی دوره‌های آموزشی متفاوتی برای آمادگی پرستاران آموزش‌دهنده دیابت وجود دارد. آموزش خودمراقبتی به دیابتی‌ها با رویکردهای گوناگون نظیر بحث گروهی، بازدید منزل، آموزش چهره به چهره، آموزش از طریق تلفن و... انجام می‌گیرد و استفاده از روش‌های متنوع در آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی سبب کاهش قند خون، چربی خون، پیشگیری از عوارض طولانی مدت و... شده و در این عرصه، پرستاران و بیماران دیابتی با موانع و چالش‌های متعددی نظیر کمبود نیروی انسانی در سیستم پرستاری، کمبود خودانگیزشی بیماران دیابتی، سطوح آموزشی متفاوت بیماران دیابتی، کمبود نیروهای پرستاری متخصص در زمینه آموزش به بیماران دیابتی، استرس‌های عاطفی، فقدان حمایت‌های خانوادگی، نداشتن اطلاعات کافی درباره اهمیت آموزش در بیماری دیابت، ترس از دیابت، مشکلات حمل و نقل و ... روبرو هستند. لذا با توجه به مقاله حاضر پیشنهاد می‌شود در ایران نیز همانند سایر کشورها از طرف وزارت بهداشت و بورد پرستاری، دوره‌های آموزشی کوتاه مدت و بلند مدت برای تربیت پرستاران کارآزموده جهت آموزش به بیماران دیابتی طراحی و برگزار شود تا پرستاران بتوانند به عنوان افرادی تخصصی و حرفه‌ای به بیماران دیابتی آموزش‌های لازم را ارائه نمایند.

نتیجه‌گیری

آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی همواره یک استراتژی کلیدی و ارزشمند در زمینه کنترل موفق دیابت بوده است و برای وصول به آن استفاده از یک رویکرد تیمی و استفاده از روش‌های آموزشی متنوع و برداشته شدن موانع متعدد موجود برای پرستاران و بیماران دیابتی الزامی است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

منابع

1. Amini M, Gooya MM, Delavari AR, Mahdavi AL, Tabatabaei A, Haghighi S. [Keifiyate edareye diabet dar Iran dar salhaye 2005-2006].Majaleye sazmane nezame pezeshkie iran 2008; 26(1): 20-29. [Persian]
2. Black JM, Hokanson JH. Text book of medical surgical nursing. 6th ed. Alberta: Saunders press Icn;2009
3. Emrooz,Rooze jahanie diabet ast.[cited 2011 Apr 23]]. Available from: http://www.qudsdaily.com/archive/1387/html/8/1387-08-23/page2.html
Ghafari M ,Groohe Sallamat.Diabet elat yek chaharome bimarihaye jahan ast. [Cited 2011 Apr 27].Available from: http://www.hamshahrionline.ir/news-87856.aspx
4 Sarshar N, Chamanzari H . [The survey of complications in the patients of Gonabad Diabetes Clinic]. OFOGH-E-DANESH,(JOURNAL OF GONABAD UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES AND HEALTH SERVICES). 2003;9(1): 69-62[Persian]
6. Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaeezadeh D, Forouzanfar MH, Karimi Shahanjarini A.[Perceived Barriers and Self-efficacy: Impact on Self-care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes]. The Journal of Faculty of Nursing & Midwifery 2010;15(4): 69-78
7. Morowatisharifabad N, Rouhani Tonekaboni N. [Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center]. Journal of Birjand University of Medical Sciences 2009;15(4): 91-99[Persian]
8. Mahmoodi A.[Effects of self care planning on reduction of A1C hemoglobin in adults with diabetes mellitus. Medical Science Journal of Islamic Azad University,Tehran Medical Unite 2006;16(3): 171-176[Persian]
9. Rajab A. [Amoozesh mofidtarin gozineye mahare diabet va hazinehaye hangofte nashi az an]. Faslnameye Payame diabet 2008;40-39(10):17. [Persian]
10. 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 Res Clin Pract. 1999 Nov;46(2):177-82
11. Snoek F, Visser A. Improving quality of life in diabetes: how effective is education? Patient Educ Couns. 2003 Sep;51(1):1-3
12. 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. Am J Prev Med. 2002 May;22(4 Suppl):39-66
13. Molaverdikhani A. [Taghvime diabet dar jahan]. Faslnameye payame diabet 1998;3(1):30-26.[Persian]
14. Adolfsson ET, Walker-Engström ML, Smide B, Wikblad K. Patient education in type 2 diabetes: a randomized controlled 1-year follow-up study.
Diabetes Res Clin Pract. 2007 Jun;76(3):341-50. Epub 2006 Oct 27.
15. Kitiş Y, Emiroğlu ON.The effects of home monitoring by public health nurse on individuals' diabetes control. Appl Nurs Res. 2006 Aug;19(3):134-43.
16. Mollaoğlu M, Beyazit E.Influence of diabetic education on patient metabolic control.Appl Nurs Res. 2009 Aug;22(3):183-90.
17. 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 Res Clin Pract. 2007 Sep;77 Suppl 1:S199-204.
18. Kawaguchi T.Certified diabetes expert nurse and nurse educators in Japan. Diabetes Res Clin Pract. 2007 Sep;77 Suppl 1:S205-7.
19. van den Berg TI, Vrijhoef HJ, Tummers G, Landeweerd JA, van Merode GG.
The work setting of diabetes nursing specialists in the Netherlands: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2008 Oct;45(10):1422-32.
20. Surgenor LJ, Horn J, HudSon SM, Lunt H, Tennent J. Metabolic control and psychological sense of control in women with diabetes mellitus. Alternative considerations of the relationship. J Psychosom Res. 2000 Oct;49(4):267-73
21. Visser A, Snoek F. Perspectives on education and counseling for diabetes patients. Patient education and counsulting. 2004; 53(3): 251-255. [cited May 1].Available from:

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6TBC-4CJH7T7-2&_user=1403370&_coverDate=06%2F30%2F2004&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=gateway&_origin=gateway&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1711507934&_rerunOrigin=google&_acct=C000052608&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1403370&md5=af81f8ad2d1005ad5efa2e776251c8a4&searchtype=a

22. Braun A, Samann A, Kubiak T, Ziescang T, Kloos C, Muller UA et al. Effects of metabolic control, patient education and initiation of insulin therapy on the quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus. Patient Educ Couns. 2008 Oct;73(1):50-9.
23. Gillibrand Wp, Gibbon B. Clinical effectiveness of nursing interventions based on psychosocial constructs in diabetes care: a proposed randomized controlled trial.[cited 2011 Mar 1].Avalable from: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WCH-45BBWFJ-W&_user=1403370&_coverDate=03%2F31%2F2001&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=gateway&_origin=gateway&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1711503037&_rerunOrigin=google&_acct=C000052608&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1403370&md5=2ca77314a9a621feb7b445e90d1b7986&searchtype=a.
24. Tessier DM, Lassmann-vague VJR. Diabetes and education in the elderly. Diabetes Metab. 2007 Apr;33 Suppl 1:S75-8.
25. Gary Tl, Batt-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 intervention in urban African-Americans with type 2 diabetes. Control Clin Trials. 2004 Feb;25(1):53-66.
26.Fritsche A, Stumvoll M, Renn W, Schmulling RM. Diabetes teaching program improves glycemic control and preserves perception of hypoglycemia. Diabetes Res Clin Pract. 1998 May;40(2):129-35.
27. 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 Res Clin Pract. 1999 Nov;46(2):135-41
28. Adolfsson ET, Smide B, Gregeby E, Fernstrom L, Wikblad K. Implementing empowerment group education in diabetes Patient Educ Couns. 2004 Jun;53(3):319-24.
29. Sarkadi A, Veg A, Rosengvist U. The influence of participants self perceived role on metabolic outcomes in a diabetes group education program. Patient Educ Couns. 2005 Aug;58(2):137-45 32) Sarkadi A, Rosen Qvist. Study circles at the pharmacy-a new model for diabetes education in groups. pat edc & couns 1999; 37: 89-96.
30. Sarkadi A, Rosenqvist U.Study circles at the pharmacy--a new model for diabetes education in groups. Patient Educ Couns. 1999 May;37(1):89-96.
31. 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 Patient Educ Couns. 2004 Jun;53(3):299-308.
32. Dale J, Caramlau I, Sturt J, Friede T, Walker R. Telephone Peer-delivered intervention for diabetes motivation and support: The telecare exploratory RCT. Patient Educ Couns. 2009 Apr;75(1):91-8.
33. Kibria MG, Ali L, Banik NG, Azad khan AK. Home monitoring of blood glucose (HMBG) in type 2 diabetes mellitus in a developing country. Diabetes Res Clin Pract. 1999 Dec;46(3):253-7.
34. Caliskan D. Diabetes education: Diabetes mellitus patient often need more awareness and knowledge of their condition.2006. Obesity Diab 2006 Sep. {cited 2011 APR 23].Available from: http://www.newsrx.com/newsletters/Obesity-and-Diabetes-Week/2006-09-04/0904200633332OD.html
35. Morowatisharifabad MA., Rouhani Tonekaboni N. The Relationship between Perceived Benefits/Barriers of Self-care Behaviors and Self Management in Diabetic Patients. THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING & MIDWIFERY 2007;13(1): 17-27
36. Rafique GH, Shaikh F. Identifying needs and barriers to diabetes education in patients with diabetes. Journal of the Pakistan association . 2006; 56(8):347-352.
37. raziani C, Rosenthal MP, Diamond JJ. Diabetes education program use and patient perceived barriers to attendance. J Fam Med 1999; 31(5):358-363.
38. Rhee MK, Cook CB, EL-Kebbi I, Lyles RH, Dunbar VG, Panayioto RM,et al. Barriers to diabetes education in urban patients: perceptions, patterns and associated factors. Diabetes Educ. 2005 May-Jun;31(3):410-7.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

Review of history and changes in self care education to diabetic patients in the world, Iran and the nurses position in this field

Maryam Shirazi[1],Monireh Anousheh[2]

Abstract:

Introduction: *Today self care behaviors education is the base of diabetes treatment and the nurses have been the special position in self care education in diabetic patients. The self care behaviors education history to diabetic patients had been speared changes that in this article we will review it and the nurses position in self care behaviors education to diabetic patients.*
Methods: *This article is a review article about the history and changes in self care education to diabetic patients in the world, Iran and the nurses position in this field that has been assembled with study articles and nursing and diabetes scientific journals.*
Results: *The self care education to diabetic patients has one hundred years history. At first, doctors had a key role in self care education to diabetic patients, but now the diabetic patient's treatment in most countries has a team working approach and the nurses have a key role in this team and do the self care education to diabetic patients with different approaches such as group discussion, home visit, face to face education, education by telephone and …, and in this way face with barriers and lots of challenges such as lack of workforce in nursing system, lack of self motivation in diabetic patients, emotional stresses, lack of family supports, insufficient information about the importance of education in diabetes, fear of diabetes, problems of subway and …*
Conclusion: *Self care education to diabetic patients had been a valuable and important strategy in field of diabetes control and for achieving to that, it is necessary to use a teamwork approach and use the variable education methods and omitting the existing barriers for nurses and diabetic patients.*

Key words: *self care education, diabetic patients*

Addresses:
[1]Instructor,Department of Public Health, school of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E mail: maryam_sh_nurse@yahoo.com
[2](✉)Associate professor, Department of Nursing, school of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. E mail: anoosheh@modares.ac.ir

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]