آموزش بیماران دیابتیک: طراحی و اجرای دوره پرستار آموزش‌دهنده دیابت

پروانه اباذری*، مسعود امینی، پروانه امینی، فخری صبوحی، احمدرضا یزدان نیک

چکیده

مقدمه: اولین دوره کوتاه مدت تخصصی پرستاری تحت عنوان پرستار آموزش‌دهنده دیابت طراحی و اجرا شد مقاله حاضر به اختصارفرایند طراحی، اجرا و چالش‌های اجرایی دوره را توضیح داده است.

روش‌ها: با توجه به عدم وجود سابقه قبلی برگزاری دوره پرستار آموزش‌دهنده دیابت در ایران، مرور نسبتاً وسیعی در منابع معتبر در ارتباط با موضوع صورت گرفت. اطلاعات به دست آمده از مرور منابع، نشست‌های متعدد با متخصصین غدد و متابولیسم و اساتید دانشکده پرستاری و مامایی و در نظر گرفتن شرح وظایف مشخص شده برای پرستار دیابت در سطح وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کشور مبنای تعیین رسالت، اهداف و محتوا و روش‌های آموزشی دوره قرار گرفت. طول دوره شش ماه (۲۸۰ ساعت شامل ۱۰۰ ساعت کلاس تئوری و۱۸۰ ساعت آموزش عملی) تعیین گردید. ظرفیت پذیرش داوطلبان دوره ۳۰ نفر برآورد شد. داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری معیار ثبت‌نام در دوره بود.ملاک قبولی در دوره کسب حداقل نمره ۱۶ از بیست در آزمون تئوری و عملی بود.کوریکولوم دوره جهت تصویب در اداره آموزش مداوم وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ارسال گردید.

نتایج: دوره طراحی شده پس از کارشناسی در اداره آموزش مداوم- و لحاظ شدن پیشنهادات کارشناسان مربوطه- به تصویب رسید و ابلاغ اجرای دوره صادر گردید با توجه به چالش‌های موجود بر سر راه اجرای اولین دوره تخصصی پرستار آموزش‌دهنده دیابت، دوره با هشت فراگیر آغاز بکار نمود. از بهترین اساتید غدد و متابولیسم و بهترین اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در تدریس مباحث تئوری و عملی استفاده شد.تمام فراگیران توانستند با موفقیت دوره را به پایان برسانند.

نتیجه‌گیری: برگزاری موفقیت‌آمیز اولین دوره تخصصی تربیت پرستار آموزش‌دهنده دیابت انگیزه مجریان دوره را برای تداوم برگزاری دوره تقویت نمود. به هر حال برگزاری مجدد این دوره نیازمند حمایت بیشتر مسؤولان بهداشتی درمانی در سطح استان و کشور می‌باشد به علاوه برای کمک به تسهیل و جذب فراگیران بیشتر فرایند اجرایی برنامه نیازمند بازنگری می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: پرستار آموزش‌دهنده دیابت،آموزش‌دهنده دیابت،طراحی برنامه درسی،دیابت قندی،آموزش خود مدیریتی دیابت

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی (ویژه‌نامه توسعه آموزش) / زمستان ۱۳۸۹؛ ۱۰(۵): ۹۱۸ تا ۹۲۶

مقدمه

دیابت یکی ازبیماری‌های مزمن و از چالش‌های عمده بهداشتی قرن۲۱ است(۱). که منجر به موربیدیتی و مورتالیتی بسیار در

نویسنده مسؤول: پروانه اباذری (مربی)، مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و مامایی و عضو گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،اصفهان، ایران. abazari@nm.mui.ac.ir

دکتر مسعود امینی (استاد)،رییس مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. اصفهان، ایران. (m_amini@med.mui.ac.ir)؛ پروانه امینی (مربی)، گروه داخلی، جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،اصفهان، ایران (amini@nm.mui.ac.ir)؛ فخری صبوحی (مربی)، گروه داخلی، جراحی ، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

(sabohi@nm.mui.ac.ir)؛ دکتراحمدرضا یزدان نیک (استادیار)، گروه داخلی - جراحی ، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (yazdannik@nm.mui.ac.ir)

این مقاله در تاریخ ۸۹/۱۰/۵ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۱۱/۱۰ اصلاح شده و در تاریخ ۸۹/۱۱/۲۱ پذیرش گردیده است.

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

جوامع مختلف از جمله ایران شده و بخش عمده‌ای از هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی را به خود اختصاص می‌دهد (۲تا۵). نتایج تحقیقات بیانگر آن است که کمتر از نیمی از مبتلایان به دیابت نوع ۲ از کنترل ایده آل قند خون برخوردارند(٦تا٨).

به استناد نتایج حاصل از مطالعات، بخشی از موانع عدم دستیابی به کنترل مطلوب قند خون را می‌توان در خصوصیات بیمار از جمله فقردانش در مورد دیابت ،عدم پذیرش و پیروی از رژیم دارویی و غذایی، باورها، انگیزه و فقدان مهارت‌های فردی وی جستجو کرد(۹تا۱۲) فقر دانش، مهارت و حتی فقدان انگیزه بیمار در پایبندی به توصیه‌ها، حکایت از فقدان یا اثربخش نبودن آموزش‌های داده شده می‌نماید، به طوری که نتایج مطالعات تأیید کننده این واقعیت است که آموزش ناکافی یا دسترسی محدود به مدیریت با کیفیت بیماری سبب افزایش خطر بروز عوارض دیابت و بار اقتصادی همراه آن می‌گردد(۱۳) در امریکا نیز یافته‌های مطالعات در سطح ملی حکایت از شکافی کیفی بین توصیه‌های عملکرد بالینی مبتنی بر شواهد و سطح رایج مراقبت دیابت دارد(١٤) به طوری که فقط حدود ۵۰ درصد امریکایی‌های مبتلا به دیابت آموزش رسمی در زمینه خود مدیریتی بیماری دریافت می‌کنند(۱۵).

در ایران نیز نتایج مطالعات متعدد در دو دهه اخیر بیانگر آن است که کمتر از ۵۰ درصد مبتلایان به دیابت در کلاس‌های آموزش دیابت شرکت می‌کنند(۸و١٦) در حالی که آموزش خود مدیریتی دیابت Diabetes self management educationیک عنصر حیاتی در مراقبت برای تمام بیماران مبتلا به دیابت **است(۶و۱۴و۴تا۲۳) آموزش خود مدیریتی برای اداره موفقیت آمیز دیابت ضروری است و شواهد و مستندات زیادی اثربخشی آموزش** خود مدیریتی را در ارتقا و بهبود برآیندهای مدیریت دیابت نشان داده‌اند(۱۵) به طوری ه یک مطالعه مرور نظام مند بر روی ۷۱ کارآزمایی نشان‌دهنده کاهش در A1C و فشارخون سیستولیک در بیمارانی بوده که آموزش رسمی در زمینه خود مدیریتی دیابت دریافت کرده بودند(۱۹) افزایش دانش دیابت ،تغییر شیوه زندگی، خود مراقبتی ماهرانه و بهبود کیفیت زندگی همگی از برآیندهای رفتاری آموزش خود مدیریتی دیابت هستند(۱۵). یافته‌های مطالعه بورن و همکاران (۲۰۰۹) هزینه اثربخش بودن آموزش خود مدیریتی و اصلاح شیوه زندگی در افراد مبتلا به دیابت را، مثبت نشان داد(۱۷) این مهم یعنی آموزش خود مدیریتی دیابت به عهده کارکنان بهداشتی است.شواهد نشان می‌دهد که کارکنان مراقبت بهداشتی می‌توانند بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن را برای پایش بیماری، تنظیم درمان در پاسخ به تغییرات و شناسایی موقعیت‌های نیازمند مداخلات پزشکی، توانمند و حمایت نمایند(۱۳) در واقع آموزش‌دهندگان دیابت کارکنان مراقب بهداشتی هستند که تمرکزشان بر کمک به افراد در معرض خطر یا مبتلا به دیابت و مسائل مرتبط با آن برای موفقیت در تغییر و اصلاح رفتار برای دستیابی به اهداف خود مدیریتی دیابت است. عملکرد آموزش دهندگان دیابت منجر به بهتر شدن برآیندهای بالینی و بهبود وضعیت سلامتی گروه هدف می‌شود(۱۷)

کارکنان بهداشتی برای ارائه آموزش و مراقبت مطلوب به افراد مبتلا یا در خطر دیابت نیازمند دانش کافی در زمینه دیابت هستند(۵) در حقیقت آموزش دهندگان دیابت، کارکنان بهداشتی هستند که تعلیم تخصصی در مراقبت دیابت دریافت نموده‌اند(۱۵)در این بین پرستاران آموزش دیده نقش حیاتی در توانمند سازی بیماران برای مدیریت بهتر دیابت و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران از طریق فراهم نمودن اطلاعات و مشاوره بیمار و خانواده دارند(۵)

آنچه در قریب به اتفاق گزارشات سازمان جهانی بهداشت و نتایج کارآزمایی‌های متعدد انجام شده و منابع پرستاری به چشم می‌خورد نیز تأکید بر نقش اثربخش و ضرورت مشارکت پرستار در ایفای نقش‌های مشاوره‌ای و آموزشی

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

می‌باشد(۲۴تا۲۶).نتایج مطالعات مؤید آن است که هماهنگی مراقبت،آموزش و مشاوره بیمار و خانواده و پایش دقیق برآیندهای بهداشتی همه بخشی تفکیک‌ناپذیر از برنامه مدیریت دیابت توسط پرستار بوده و مزایای بالقوه‌ای بر مراقبت پزشک-محور به تنهایی دارد .مشارکت پرستار در مدیریت دیابت ارائه کننده فرصت‌هایی برای اجرای مداخلات موثر برای بیماران به منظور فائق آمدن برموانعی است که مدیریت دیابت را مختل می‌نمایند(۲و۲۷-۳۰) به هر حال در کشور ما علیرغم اینکه حداقل حدود ۱۵ سال است که پیشگیری و کنترل دیابت رسماً جزو الویت‌های بهداشتی قرار گرفته و در این زمینه وزن قابل توجهی به آموزش بیمار و افراد درمعرض خطر و حتی عامه مردم داده شده است واز طرفی این وظیفه اساساً به عهده پرستاران گذاشته شده و نقش تعریف شده برای ایشان، «پرستار آموزش‌دهنده» (Diabetes nurse educator) می‌باشد، اما تا کنون هیچ دوره آموزش رسمی برای تربیت پرستار آموزش دهده دیابت طراحی و اجرا نشده است.و دوره شش ماهه پرستاری دیابت حاضر، اولین دوره آموزش رسمی بوده که با هدف تعلیم و تربیت پرستار آموزش‌دهنده دیابت طراحی و اجرا شده است.مقاله حاضر به اجمال به فرایند طراحی،اجرا وچالش‌های اجرایی این دوره پرداخته است.

روش‌ها

در طراحی و سازمان دهی یک برنامه آموزشی رسالت، اهداف غایی ،اهداف رفتار ی،محتوای آموزشی، روش‌های آموزش و بلاخره رویکردهای ارزشیابی باید به روشنی تعیین گردند . موقعیت اقتصادی موسسه و تأثیر آن بر برنامه، منابع داخل موسسه (آزمایشگاه، کلاس‌ها، کتابخانه، خدمات دانشجویی و...) وخصوصیات بالقوه دانشجویان و اساتید از دیگر مواردی هستند که در طراحی و سازمان دهی یک دوره آموزشی باید در نظر گرفته شوند(۳۳-۳۱).

طراحی دوره پرستار آموزش‌دهنده دیابت حاصل ساعت‌ها و ماه‌ها کار کارشناسی بود، برای طراحی دوره ابتدا شرح وظایف پرستار آموزش‌دهنده دیابت تدوین شده در اداره مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مبنای تعیین رسالت و اهداف دوره قرار گرفت.در عین حال شرح وظایف پرستاران آموزش‌دهنده در سایر کشورها از جمله امریکا و کانادا نیز به تنظیم اهدافی جامع‌تر برای دوره کمک نمود.

از آنجا که اساتید کمک‌کننده‌های کلیدی در تکامل و اجرای برنامه آموزشی بوده و اصلی ترین منابع آگاهی و اطلاعات درباره این که چه چیزی باید در برنامه باشد، چه چیز کاربرد دارد و چه چیز نه و چرا؟ و تمام ابعاد برنامه را اجرایی می‌کنند و تمایل برای موفقیت دانشجو و برنامه دارند(۳۲) برای تهیه محتوای آموزشی،نشست‌های متعددی با چند نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی و مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم انجام شد تا محتوای مناسب پوشش‌دهنده اهداف و اساتید مناسب برای تدریس محتوا، تعیین و تنظیم گردد.همچنین از محتوای آموزشی برنامه دوره پرستار آموزش‌دهنده در سایر نقاط دنیا از جمله انجمن آموزش‌دهندگان دیابت امریکا (American association of diabetes educators) و کانادا و برنامه آموزشی بین‌المللی آموزش دیابت برای کارکنان بهداشتی (International Professional Diabetes Health Curriculum for Education) فدراسیون بین المللی دیابت (International Diabetes Federation) نیز بهره زیادی گرفته شد پس از آماده شدن محتوا، موضوعات تئوری در یک برنامه ۱۰۰ ساعته و محتوای عملی در یک دوره ۱۸۰ ساعته تنظیم گردید. این دوره ۲۸۰ ساعته در یک دوره زمانی شش ماهه به صورت هر هفته سه روز متوالی و هر روز ٤ ساعت برنامه‌ریزی گردید. در طراحی برنامه برای پوشش اهداف تئوری و عملی، روش‌های آموزش متعدد از جمله: بحث

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

گروهی، بحث موردی Case Discussion، ایفای نقش، یادگیری مهارت‌ها و کار پوشه در نظر گرفته شد.

با توجه به اهداف، منابع کتابخانه ای،اینترنت،فضاهای آموزشی دردسترس، تعداد و تخصص اساتید اداره کننده دوره، ظرفیت دوره،۳۰ نفر برآورد شد. همچنین حداقل درجه تحصیلی مورد پذیرش برای ثبت نام در دوره، کارشناسی پرستاری قرار داده شد.

در ارزشیابی پایان دوره برای سنجش میزان دستیابی فراگیران به اهداف و موفقیت در دوره از آزمون کتبی (برای ارزشیابی آموخته‌های فراگیران درحیطه شناختی) و روش نمونه کار (work sample) (ارزشیابی مهارتهای بالینی و روانی حرکتی و عاطفی) استفاده گردید.

روش نمونه کار نزدیکترین روش سنجش به عملکرد واقعی یادگیرنده در محیط‌های طبیعی است(مثال:به یک بیمار واقعی نحوه کار با گلوکومتر را آموزش دهد). از مجموعه کار پوشه‌ها (portfolio) نیز جهت ارزشیابی کمک گرفته شد

مشاهده توسط ارزیاب و چک لیست **ابزارهای مورد استفاده در ارزشیابی عملکرد فراگیران را تشکیل دادند**

معیار موفقیت در گذراندن دوره کسب حداقل نمره ۱۶ از ۲۰ و یا ۸۰ از ۱۰۰ در آزمون‌ها ی کتبی و عملی قرار داده شد.

پس از اتمام طراحی دوره و کسب مجوز تاسیس دوره از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی،فراخوان کشوری اعلام شد واز طریق ارسال پوستر فراخوان دوره به کلیه شهرستان‌های استان اصفهان و کلیه دانشکده‌های پرستاری و مامایی کشور (آزاد و دولتی) و ارسال پیامک به کلیه اعضای نظام پرستاری استان اصفهان، اطلاع‌رسانی صورت گرفت. ثبت‌نام به صورتonline برنامه‌ریزی و انجام شد.

نتایج

تعداد ثبت‌نام‌کنندگان نهایی دوره،۱۰ نفر بود که دو نفر از این تعداد نیز با توجه به مواجه شدن با محدودیت‌های شغلی و شخصی انصراف دادند و نهایتاً دوره با هشت نفر آغاز شد.یک ماه پس از شروع دوره یک نفر از فراگیران بدلیل مشکلات شخصی از ادامه حضور در دوره منصرف شد.

همانگونه که در طراحی دوره برنامه ریزی شده بود در تدریس مباحث تئوری از ترکیبی از روش‌های تدریس – با توجه به نوع موضوع مورد تدریس– شامل سخنرانی، بحث گروهی و بحث موردی و ماژول (Module) استفاده شد.

بحث مورد یا کیس: کیس‌های آموزشی که توسط صاحب‌نظران هر بحث تهیه شده بود حداقل یک هفته قبل از جلسه بحث موردنظر (با توجه به موضوع مورد تدریس) در اختیار فراگیران قرار گرفت و ایشان موظف شدند با توجه به پرسش‌های مطرح شده در کیس آموزشی، مطالعات خود را جهت داده و با آمادگی کافی در کلاس حضور یابند.

ماژول: تعدادی از عناوین مورد تدریس به منظور بیشتر فعال نمودن فراگیران در قالب ۳ ماژول طراحی شده و در شروع دوره در اختیار فراگیران قرار گرفت .فراگیران موظف شدند پرسش‌های مطرح شده در ماژول‌ها را با استناد به جدیدتری منابع (کتب و مقالات معتبر) به طور مکتوب پاسخ داده و حداکثر یک هفته قبل از تاریخ ارائه در کلاس، به استاد درس تحویل دهند. سپس در تاریخ مشخص شده، موضوع هر ماژول، با روش بحث گروهی و با حضور استاد درس در کلاس مطرح و نتیجه‌گیری شد.

از کار پوشه در درجه اول جهت هدایت آموزش فراگیران و تسهیل آموزش فراگیر–محور استفاده شد و نهایتاً مجموعه کار پوشه در ارزشیابی کار عملی فراگیران مورد استفاده قرار گرفت.

در ارتباط با محیط انجام کارآموزی طبق برنامه طراحی و زمان‌بندی شده، و با توجه به متنوع بودن کیس‌های آموزشی،همکاری خوب کارکنان مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، بخش قابل توجهی از برنامه کارعملی دوره در این مرکز پوشش داده شد. همچنین با توجه به نظرخواهی‌های

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

مستمر از فراگیران و پیامد آن، بررسی توانمندی برخی از مراکز بیمارستانی، پس از هماهنگی‌های به عمل آمده، در پوشش بخشی از اهداف عملی دوره ،این مراکز نیز به عنوان محیط آموزشی مورد استفاده قرار گرفتند.

به منظور ارزشیابی تکوینی با هدف شناسایی مشکلات فراگیران و برنامه در دستیابی به اهداف، جلسات دو ساعته ماهیانه با حضور فراگیران،مجری دوره و دبیرعلمی دوره تشکیل شد. و از نتایج ارزشیابی‌های به عمل آمده در جهت بهبود فرایند آموزش استفاده گردید.

دو هفته پس از اتمام برنامه آموزشی دوره،ارزشیابی پایان دوره همانگونه که در طراحی دوره پیش‌بینی شده بود توسط اساتید دوره صورت گرفت و با توجه به معیار قبولی پیش‌بینی شده تمام فراگیران (هفت نفر) با موفقیت دوره را به پایان رساندند.دامنه نمرات کسب شده در آزمون نظری ۱۸/۲۵-۱۶ و در آزمون عملی از ۲۰-۱۶بود

بحث

با توجه به اینکه هیچ سابقه‌ای از طراحی و اجرای دوره آموزش‌دهنده دیابت (Diabetes educator) در ایران وجود نداشت، بنابراین دوره پرستار آموزش‌دهنده دیابت اولین دوره تخصصی در این راستا در کل کشور و اولین دوره کوتاه مدت حرفه‌ای پرستاری در استان اصفهان می‌باشد. .ظرفیت دوره با توجه به قابلیت‌های بالفعل دانشکده پرستاری و مامایی و مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم (اساتید مجرب ،فضاهای آموزشی مناسب، امکانات به روز کتابخانه‌ای، رسانه‌های دیداری و شنیداری) و الویت دیابت در سیستم بهداشتی درمانی کشور و بنابراین ضرورت تربیت پرستاران شایسته جهت پوشش نیازهای آموزشی بیماران،۳۰ نفر تعیین شد.اما به واسطه چالش‌های متعدد از جمله عدم حمایت مؤثر مسؤولان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان وتوجیه نبودن مدیران پرستاری بیمارستان‌ها در ارتباط با ضرورت و اهمیت برگزاری چنین دوره ای، دوره با ظرفیتی کمتر از یک سوم ظرفیت پیش بینی شده برگزار شد. در حالیکه یافته‌های مطالعات بسیار، متنوع و قوی (کارآزمایی‌های بالینی، فراتحلیل و مرور سیستماتیک) اهمیت و اثربخشی نقش پرستاران را نه صرفاً به عنوان آموزش‌دهنده بلکه فراتر از آن در مدیریت بیماری و باز نه تنها مدیریت دیابت که در اداره بیماری‌های مزمن مورد تأیید قرار داده‌اند(۳۷و۳٤و۱٤)

عدم وجود جایگاه تعریف شده و بالفعل برای خدمات پرستاران در بخش خصوصی نیز از عواملی بود که سبب شد پرستاران به راحتی حاضر به پرداخت هزینه برای شرکت در چنین دوره‌ای نشوند. برای پرستاران به راحتی قابل قبول نبود که برای دوره‌ای هزینه پرداخت نمایند و به مدت شش ماه به سختی برنامه کاری خود را برای حضور در دوره، تعدیل نمایند که امیدی به کسب منفعت مادی در قبال پرداخت هزینه،از آن دوره ندارند. مگر این که بدلایلی برای شرکت در دوره انگیزه‌های درونی قوی داشته باشند. کما این که از بین هفت نفر فراگیر دوره،چهار نفر به واسطه اشتغال بکار در واحد دیابت بیمارستان یا مرکز دیابت شهرستان و مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم و بنابراین تجربه چندین سال کار با مبتلایان به دیابت، از طرفی علاقمند به کار با جمعیت مبتلا به دیابت شده بودند و از طرفی متوجه نیازهای آموزشی خود شده و شرایط دوره را پذیرا شدند.

اگر چه با توجه به عنوان دوره «پرستار آموزش‌دهنده دیابت» گروه هدف این دوره فقط پرستاران بودند اما آموزش‌دهنده دیابت اختصاص به پرستاران ندارد به عبارتی آموزش دیابت به طور تاریخی توسط پرستاران و کارشناسان تغذیه انجام می‌شده است اما امروزه نقش آموزش‌دهنده دیابت، به مراقبین سایر رشته‌ها مانند داروسازان، پزشکان، فیزیولوژیست‌های ورزش و متخصصین بهداشت روان نیز بسط یافته است(۱۹) به هر حال بیشترین درصد آموزش‌دهندگان دیابت پرستاران هستند. برای مثال در ژاپن حدود نیمی از ۱۲۰۰۰

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

آموزش‌دهنده دیابت را پرستاران به خود اختصاص می‌دهند(۳۸)

طول مدت دوره از دیگر عواملی بود که هم در داوطلب شدن افراد برای ثبت نام در دوره اثر گذار بود و هم در مدت زمان اجرای دوره،فراگیران و اساتید را با چالش مواجه کرده بود.اگر چه ۲۸۰ ساعت برای دوره با توجه به اهداف دوره منطقی و قابل دفاع به نظر می‌رسد و هدف از متمرکز کردن برنامه در سه روز از هر هفته ،فراهم نمودن فرصت زمانی برای فراگیران شاغل بود تا بتوانند برنامه کاری خود را در سه روز هفته تنظیم نموده و در واقع دچار مشکلی با محیط کارشان نشوند، اما به نظر می‌رسد اگر این دوره بخواهد بار دیگر برگزار گردد باید تغییری در روند برنامه‌ریزی صورت گیرد تا افراد بیشتری قادر به مشارکت در دوره باشند یکی از راهکارهایی که می‌توان برای عملی‌تر شدن برنامه بکار گرفت تبدیل بخشی از آموزش به آموزش از راه دور می‌باشد.

استفاده از مجموعه کار پوشه در این دوره تجربه‌ای بسیار مثبت حداقل از دیدگاه مجریان برنامه بود.کار پوشه به فعالیت‌های فراگیران جهت داد و فراگیر را مسؤول یادگیری خودش نمود. از طرفی سبب گردید تا فراگیران برای دستیابی به اهداف عملی .بدون نیاز به نظارت مستمر،برای یادگیری خود تلاش نمایند.

با توجه به اینکه تنها منبع درآمد دوره شهریه پرداخت شده توسط فراگیران بود.و با توجه به اینکه فراگیران این دوره فقط هفت نفر بودند، متاسفانه برگزارکنندگان دوره مواجه با مشکل جدی در پرداخت حق التدریس اساتید و سایر هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم دوره گردیدند، اما در عین حال تمام تلاش خود را نمودند تا به کیفیت برگزاری دوره خدشه جدی وارد نشود.

نتیجه‌گیری

تأسیس و راه‌اندازی اولین دوره ی کوتاه مدت حرفه‌ای پرستار آموزش‌دهنده دیابت را، صرفاً باید به عنوان نقطه شروعی برای ورود علمی پرستاران به عرصه مراقبت و کنترل این بیماری مزمن تلقی نمود.با توجه به شیوع روز افزون دیابت و اهمیت نقش آموزش در پیشگیری و کنترل آن، نیاز جدی به تداوم برگزاری این دوره وجود دارد. مسلماً حمایت و پشتیبانی مسؤولین در سطح دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأثیر بسیار مهمی در استقبال پرستاران برای ورود به دوره و از آن مهم‌تر ارتقا کیفیت آموزشی دوره خواهد داشت. برای تسهیل جذب پرستاران علاقمند به دوره، فرایند اجرایی دوره نیازمند بازنگری است.

قدردانی

از هیأت مدیره نظام پرستاری اصفهان که در جریان فراخوان دوره همراهی بسیار اثربخشی نمودند تشکر و قدردانی می‌کنیم

از دبیر آموزش مداوم و مدیریت و کارکنان مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، که در تمام طول مدت طراحی و اجرای دوره از همکاری و راهنمایی‌های ارزنده شان برخوردار بودیم تشکر می‌نماییم

از کارکنان ساعی و تلاشگر مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم و دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان که در طول مدت اجرای دوره همکاری صمیمانه نمودند، تشکر می‌نماییم.

از کلیه اساتید بزرگواری که با گشاده رویی تدریس در دوره را پذیرا شده و امکان آموزشی با کیفیت مطلوب را برای فراگیران دوره فراهم نمودند،قدردانی می‌کنیم.

از پرستارانی که با شرکت در این دوره و همراهی با برگزارکنندگان در جهت هر چه بهتر برگزار شدن دوره،امکان اجرای این دوره را فراهم نمودند صمیمانه تشکر می‌نماییم.

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

منابع

1. Hussain A, Claussen B, Ramachandran A, Williams R. Prevention of type 2 diabetes: A review. Diabetes Research and Clinical Practice. 2007;76(3):17–26.
2. Stuckey HL, Dellasega C, Graber NJ, Mauger DT, Lendel I, Gabbay RA. Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): study design and baseline characteristics in the Chronic Care Model for type 2 diabetes. Contemp Clin Trials. 2009;30(4):366-74. Epub 2009 Mar 26.
3. Abbasian M,davarianzade M.complications of Diabetes in refered patiebts to clinic of Diabetes in Sharoad.journal orhealth and knowledge,2007,volume2(numberA),17-21.
4. Abolhasani F,Mohajeri Tehrani MR,Tabatabaei Malazi O,larijani B.Burden of diabetes and its complications in Iran in year 2000.Iranian journal of Diabetes and Lipid Disorders 2005;5(1):35-48.
5. Peimani M, Tabatabaei Malazy O, Pajouhi M. Nurses' Role in Diabetes Care; A review. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2010; 9, 1-9
6. Chuang LM, Tsai ST, Huang BY. The status of diabetes control in Asia-a cross-sectional survey of 24317 patients with diabetes mellitus in 1998. Diabetes Medicine. 2002. Diabetes UK;19:978-985.
7. Strine TW, Okoro CA, Chapman DP, Beckles GL, Balluz L, Mokdad AH. The impact of formal diabetes education on the preventive health practices and behaviors of persons with type 2 diabetes. Prev Med. 2005;41(1):79-84. Epub 2004 Nov 19.
8. Amini M,Gooya M,Delavari A,Madavi A,Tabatabaee A,Haghighi S.Quality of diabetes care in Iran 2004-2006.Journal of Medical Council of Islamic Republic of IRAN,volume26(number 1):20-29.
9. Abazari P, Doosti Irani M, Babaee S, Shahgholian N. Can I do…? Life with type II diabetes: A phenomenological study. IJNMR 2008; 13(2): 94-99.
10. Shahgholian N, Shafiei F, Amini M, Amini P, Abazari P. The viewpoints of patients, families and medical team on internal barriers to blood glucose level management IJNMR 2009; 14(4): 155-161.
11. Peimani sh.knowledge of self care in diabetic patients.yafte,2001;8(3):31-34.
12. Khattab M, Khader YS, Al-Khawaldeh A, Ajlouni K. Factors associated with poor glycemic control among patients with Type 2 diabetes. Journal of Diabetes and Its Complications. 2010; 24(2): 84-89.
13. Kennedy A, Gask L, Rogers A. Training professionals to engage with and promote self-management. Health Educ Res. 2005; 20(5):567-578. Epub 2005 Mar 1.
14. Welch G, Garb J, Zagarins S, Lendel I, Gabbay RA. Nurse diabetes case management interventions and blood glucose control: results of a meta-analysis. Diabetes Res Clin Pract. 2010; 88(1):1-6. Epub 2010 Feb 8.
15. Duncan I, Birkmeyer C, Coughlin S, Li QE, Sherr D, Boren S. Assessing the value of diabetes education. Diabetes Educ. 2009; 35(5):752-760.
16. Abazari Parvaneh,Amini P,Amini M.Management of diabetes in diabetic patients
In Isfahan.Journal of Research in Medical Sciences,2001,6(2):102-105.
17. Boren SA, Fitzner KA, Panhalkar PS, Specker JE. Costs and benefits associated with diabetes education: a review of the literature. Diabetes Educ. 2009; 35(1):72-96.
18. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosey GM, Jensen B, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. Diabetes Care. 2007; 30 : 1630–1633,
19. American Association of Diabetes Educators. AADE Guidelines for the Practice of Diabetes Self-Management Education and Training (DSME/T).The Diabetes Educ. 2009; 35: 85S.
20. Funnell MM, Anderson RM, Nwankwo R, Gillard ML, Butler PM, Fitzgerald JT, et al: A study of certified diabetes educators: influences and barriers. Diabetes Educ. 32: 359–372.

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

21. Balcou-Debussche M, Debussche X. Type 2 diabetes patient education in Reunion Island: perceptions and needs of professionals in advance of the initiation of a primary care management network. Diabetes Metab. 2008; 34(4 Pt 1):375-381. Epub 2008 Jul 16.
22. Mensing C. Comparing the processes: accreditation and recognition. Diabetes Educ. 2010; 36(2):219-243.
23. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosey GM, Jensen B,et al. National standards for diabetes self-management education. Diabetes Care. 2010; 33 Suppl 1: S89-96.
24. Vrijhoefa HJM, Diederiksa JPM, Spreeuwenberga C, Wolffenbuttelb BHR, Wilderenc LJGPv. The nurse specialist as main care-provider for patients with type 2 diabetes in a primary care setting: effects on patient outcomes. International Journal of Nursing Studies. 2002;39:441-451.
25. masters k. Role development in professional nursing practice. 1st ed. boston: jones and bartlett publishers. 2005.
26. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes: a systematic review. Am J Prev Med. 2002; 22:15-38.
27. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Healthcare Quarterly. 2003;7(1):73-82.
28. Mohler PJ, Mohler NB. Improving Chronic Illness Care: Lessons Learned in a Private Practice. Family Practice Management. 2005; 12(10):50-56.
29. Forbes A, While A. The nursing contribution to chronic disease management:A discussion paper. International Journal of Nursing Studies. 2009; 46(1): 120–131.
30. World Health Organization. peer support programms in diabetes: Geneva; 2007.
31. Keating SB.Curriculum Development and Evaluation in Nursing. Philadelphia: lippincott.Williams & Wilkins. 2006.
32. Iwasiw C, Goldenberg D, Andrusyszyn MA. Curriculum development in Nursing Education. Boston: Jones and Bartlett Publishers. 2005.
33. Maleki Hasan.Barnameh rizee darsi(guildline). 2002 .Mashhad:payam andishe publication.
34. Vasiliki Betihavas, Phillip J. Newton, Hui Yun Du, Peter S. Macdonald, Steven A. Frost, Simon Stewart, Patricia M. Davidson Australia's health care reform agenda: Implications for the nurses' role in chronic heart failure management. Australian Critical Care.Article in Press, Corrected Proof [Cited 2010 Oct 15]. Available from: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&-....
35. Wong FK, Chow SK, Chan TM. Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: A randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2010; 47 (3) 268–278.
36. Bodenheimer T, MacGregor K, Stothart N. Nurses As Leaders In Chronic Care. BMJ. 2005; 330(7492):612-613.
37. Gabbay RA, Lendel I, Saleem TM, Shaeffer G, Adelman AM, Mauger DT, et al. Nurse case management improves blood pressure,emotional distress and diabetes complication screening. Diabetes Research and Clinical Practice. 2006;71(1): 28–35.
38. Kawaguchi T. Certified diabetes expert nurse and nurse educators in Japan. Diabetes Research and Clinical Practice. 2007; 77 (3Supp): 205–207.

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

Diabetes nurse educator course:from develop to perform

Parvaneh Abazari[1],Masoud Amini[2],Parvaneh Amini[3],Fakhri Sabouhi[4],Ahmad Reza Yazdannik[5]

Abstract

Introduction:*The first short term special course was held named as "diabetes educator nurse". This article brifely reavealed the process of designing, performing and executive challenges of the course.*

Methods*: Due to lack of previous history of courses for training diabetes nurse educator in Iran, wide literature review was done on credible sources. Mission, goals, course content, and training methods was determined based on obtained information from literature review, several meetings with endocrinology and metabolism specialists and faculty members of school of nursing and midwifery and considering the job description specified for the diabetes nurse in the Ministry of Health and Medical Education. Course was designed as a six-month course (280 hours including 100 hours theoretical issues, 180 hours practical issues). Accepting 30 volunteers were estimated in each course. A registration criterion was at least holding BSc in nursing. Passing criteria was gaining at least 16 score in theoretical and practical exam. Prepared core curriculum was send to department of continuing education in the Ministry of Health and Medical Education.*

Results: *Department of continuing education assessed prepared core curriculum, and then experts' recommendations was done. Finally, curriculum was approved and allowed to be implemented. Considering challenges that First specialized course would be faced, course was hold by eight participants. The best teachers of endocrinology and metabolism specialists and best teachers of school of nursing and midwifery (Isfahan University of Medical Sciences) were used in teaching theoretical and practical topics. All learners could successfully finish the course.*

Conclusion: *The successful holding of specialized training course in diabetes nurse educator increased motivation to hold this course again. However, holding this course again requires more support of health authorities in the province and country. In addition, there is need to revise executive principle of course in order to facilitate and attract more learner.*

Keywords: Diabetes educator,diabetes nurse educator,curriculum development,diabetes mellitus,diabetes self management education.

Addresses

[1] (✉) instructor, Nursing &Midwifery Care Research Center,Isfahan , faculty of nursing &midwifery, University of Medical sciences,Isfahan.Iran.Email: abazari@nm.mui.ac.ir

[2] professor,Endocrine & Metabolism Research Center,Sedigheh Tahereh Medical Research Complex,Khorram Street,Isfahan,Iran. Email: m_ amini@med.mui.ac.ir

[3] instructor, Medical- Surgical Department ,faculty of nursing &midwifery, University of Medical sciences,Isfahan.Iran. Email: amini@nm.mui.ac.ir

[4] instructor, Medical- Surgical Department ,faculty of nursing &midwifery, University of Medical sciences,Isfahan.Iran. Email: sabohi@nm.mui.ac.ir

[5] assistant professor,Medical- Surgical Department ,faculty of nursing &midwifery, University of Medical sciences,Isfahan.Iran. Email: yazdannik@nm.mui.ac.ir

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