مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی دهم، شماره‌ی ۵، صفحه‌های ۴۶۴ ـ ۴۵۵ (دی ۱۳۸۷)

مقاله‌ی پژوهشی

موانع و تسهیل‌کننده‌های توانمندی در افراد مبتلا به دیابت

سامره عبدلی[۱]، دکتر طاهره اشک‌تراب[۱]، دکتر فضل‌اله احمدی[۲]، دکتر سرور پرویزی[۳]

۱) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی، ۲) دانشگاه تربیت مدرس، ۳) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران؛ **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** تهران، خیابان دکتر شریعتی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی، دکتر طاهره اشک‌تراب؛ e-mail:tashktorab@yahoo.com

چکیده

مقدمه: مطالعه‌های مختلف درباره‌ی توانمندی افراد مبتلا به دیابت انجام شده است. با این وجود پژوهش‌های کمی درباره‌ی موانع و تسهیل‌کننده‌های توانمندی افراد مبتلا به دیابت در ایران وجود دارد. درک عوامل تأثیرگذار بر فرایند توانمندی، مراقبان بهداشتی را در تسهیل اثر بخش‌تر توانمندی افراد مبتلا به دیابت یاری می‌رساند. مواد و روش‌ها: این مطالعه یک تحقیق کیفی از نوع تئوری پایه است که با استفاده از مصاحبه‌ی عمیق بدون ساختار از ۱۱ مرد و زن ۷۳-۲۱ ساله‌ی مبتلا به دیابت انجام شد. داده‌ها در فاصله‌ی بهمن ۱۳۸۵ تا تیر ۱۳۸۶ جمع‌آوری شدند و مضامین بر اساس مراحل ابتدایی روش اشترایوس و کوربین به دست آمدند. یافته‌ها: داده‌ها حاکی از آن بود که موانع توانمندی در بیماری دیابت مانند تنش، نگاه منفی به دیابت، سیستم‌های درمانی ناکارآمد و فقر و بی‌سوادی مشابه سایر بیماری‌های مزمن است. ضمن آن‌که آموزش دیابت، ترس از بیماری و عوارض آن و امید به آینده‌ای بهتر در تسهیل توانمندی افراد مبتلا به دیابت ضروری است. هم‌چنین مفاهیم پزشک؛ انسان مقدس، دیابت خواست خداوند، جسم هدیه‌ی الهی و حمایت همتایان و اعضای خانواده به خصوص دختران، از تسهیل کننده‌های اختصاصی در بستر اجتماعی و فرهنگی ایران بود. نتیجه‌گیری: موانع و تسهیل‌کننده‌های توانمندی در افراد مبتلا به دیابت مشابه سایر کشورها است. هم‌چنین، توانمندی در ایران به طور جدی تحت تأثیر باورهای فرهنگی و مذهبی افراد مبتلا به دیابت قرار دارد. شناسایی این عوامل تأثیرگذار، می‌تواند مراقبان بهداشتی را در تسهیل اثر بخش‌تر فرایند توانمندی یاری کند.

واژگان کلیدی: افراد مبتلا به دیابت، توانمندی بیمار، پژوهش کیفی، تئوری پایه
دریافت مقاله: ۸۶/۱۲/۸ ـ دریافت اصلاحیه: ۸۷/۳/۱۹ـ پذیرش مقاله: ۸۷/۳/۲۷

مقدمه

دیابت یک بیماری شایع و یکی از بزرگ‌ترین مشکلات بهداشتی همه‌ی کشورهاست،[۱] به طوری که سازمان جهانی بهداشت[i] از آن به عنوان یک اپیدمی خاموش نام می‌برد.[۲] در حال حاضر بیش از ۲۳۰ میلیون فرد مبتلا به دیابت در سرتاسر جهان وجود دارد و پیش‌بینی می‌شود این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به ۳۰۰ میلیون نفر افزایش یابد که در این میان سهم کشورهای در حال توسعه بیشتر است.[۳] در ایران نیز دیابت در رأس بیماری‌های غیرواگیردار کشور قرار دارد وتخمین زده می‌شود ۵/۲٪ جمعیت ایران (۳/۵میلیون نفر) به دیابت مبتلا باشند.[۴]

دیابت یکی از بلایای قرن اخیر است، چرا که به افزایش بیماری‌های قلبی ـ عروقی، عروق مغزی، عروق محیطی، رتینوپاتی، نوروپاتی، نفروپاتی،[۵] پای دیابتی، آمپوتاسیون[۶] و افسردگی[۷] منجر می‌شود. از سوی دیگر دیابت یک بیماری

i- World Health Organization

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

کشنده‌ی خاموش است که سالانه مسئول مرگ ۴ میلیون نفر در جهان به شمار می‌رود.[۸]

عوارض و مشکلات ناشی از دیابت، تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی فرد و خانواده گذاشته[۹] هزینه‌ی زیادی را بر فرد و اقتصاد جامعه تحمیل می‌کند.[۱۰] به جرأت می‌توان گفت بستری شدن‌های مکرر، شیوع بالای عوارض و کیفیت زندگی پایین مبتلایان به دیابت، پیامد کنترل نامناسب دیابت است. این درحالی است که بسیاری از صاحب‌نظران، کنترل و مراقبت از دیابت را وظیفه‌ی اصلی فرد و خانواده می‌دانند و معتقدند مددجویان باید مسئوولیت کنترل بیماری خود را بپذیرند،[۹،۱۱] به مناسب‌ترین شیوه و با توجه به زمینه و فرهنگ زندگی خود، دیابت را کنترل کنند[۹] و مانند سایر افراد غیردیابتی در محیط کار، خانواده و اجتماع خود فعالیت نمایند.[۱۲] نکته‌ی حایز اهمیت این است که کنترل موفق و دستیابی به اهداف فوق نیازمند توانمندی[i] مبتلایان به دیابت است. توانمندی واژه‌ای بسیار آشنا در متون مختلف پزشکی و پرستاری است[۱۳] که از سال ۱۹۸۹ در مراقبت از مبتلایان به دیابت به کار رفته است[۱۴] و اولین بار به عنوان فرایند کشف و توسعه‌ی ظرفیت ذاتی فرد برای قبول مسئوولیت زندگی به واسطه‌ی برخورداری از دانش و منابع کافی برای اخذ و اجرای تصمیم‌های منطقی و تجربه‌ی کافی برای ارزشیابی اثربخشی تصمیم‌های اخذ شده تعریف شده است.[۱۳]

ریشه‌ی توانمندی از کلمه‌ی لاتین Power، به معنی توان گرفته شده و Empower به معنی توانمند کردن یا توانمند شدن است.[۱۵] توانمندی مفهومی پیچیده، چندبعدی، مثبت، پویا، همراه با رشد و تکامل[۱۲] ویک احساس ذهنی است.[۱۶] یک فرد توانمند نه لزوماً قدرت بیشتری دارد بلکه احساس توانمندی بیشتری می‌کند. از سوی دیگر، توانمندی یک فرایند تعاملی و اجتماعی است که در ارتباط با دیگران شکل می‌گیرد،[۱۷] از این رو تظاهرات آن در افراد مختلف و بسترهای گوناگون متفاوت است.[۱۸]

پژوهشگران معتقدند درک عوامل تأثیرگذار بر فرایند توانمندی در مبتلایان به دیابت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چرا که مسئوولیت اصلی پرستاران و سایر مراقبان بهداشتی، قدرت‌بخشی و توانمندسازی افراد مبتلا به بیماری است.[۱۸] بنابراین پرستاران به منظور ایفای مسئوولیت حرفه‌ای خود نیازمند شناخت نیازها، انتخاب‌ها و توانایی‌های بیماران در واقعیت،[۱۹] درک ماهیت ارتباطات بیماران و زمینه‌ی اجتماعی آن‌ها هستند و ارایه‌ی پرستاری مبتنی بر تفکر توانمندی، نیازمند کسب بصیرت در این زمینه است که این امر تنها به واسطه‌ی مطالعه‌ی مقالات علمی امکان‌پذیر نیست.[۱۸] باید از دریچه نگاه مبتلایان به دیابت به مساله نگریست و به صدای آن‌ها گوش داد. یافته‌ها حاکی از آن است که بیشتر مطالعه‌های مربوط به دیابت از نوع کمّی و با استفاده از ابزار توانمندی دیابت[ii] آندرسون و همکاران[iii] (۲۰۰۰) انجام شده است. به نظر می‌رسد با استفاده از یک پرسشنامه نمی‌توان مفهومی پیچیده و چند بعدی مانند توانمندی را مورد بررسی قرار داد و به موانع و تسهیل کننده‌های توانمندی افراد مبتلا به دیابت پی برد. ضمن آن که مطالعه‌های کیفی[iv] به بررسی توانمندی افراد مبتلا به دیابت پرداخته‌اند، تا کنون مطالعه‌ای در ایران در خصوص فرایند توانمندی افراد دیابتی انجام نشده است، بنابراین موانع و تسهیل‌کننده‌های توانمندی افراد مبتلا به دیابت به خوبی روشن نشده است. به همین دلیل درک عوامل تأثیرگذار بر فرایند توانمندی تحقیقات کیفی بیشتری را طلب می‌کند تا دریابیم افراد چگونه توانمند می‌شوند[۱۶] و پرستاران چگونه می‌توانند این فرایند را تسهیل کنند.[۲۰]

با توجه به اولویت پیشگیری و کنترل پیامدهای نامطلوب دیابت در ایران و وجود شواهد علمی در خصوص نقش افراد دیابتی توانمند در بهبود کیفیت زندگی،[۱۶] پیشگیری از عوارض[۲۱] و کاهش هزینه‌های درمانی،[۲۲] از آن جا که مفاهیم مربوط به توانمندی در بافت فرهنگی ـ اجتماعی کشورمان به خوبی روشن نشده است، این تحقیق قصد دارد برای درک موانع و تسهیل کننده‌های توانمندی و کمک به نقش حرفه‌ای پرستاران و اعضای تیم بهداشتی، تجارب افراد مبتلا به دیابت را مورد بررسی قرار دهد و مشخص نماید افراد مبتلا به دیابت چگونه توانمند می‌شوند، تا با شناسایی روند توانمندی در بافت فرهنگی ـ اجتماعی ایران زمینه‌ای برای برنامه‌ریزی‌های مناسب جهت مداخله‌های مؤثر و کارا و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت ایجاد شود. از سوی دیگربه نظر می‌رسد با مشخص‌تر شدن عوامل

i - Empowerment

ii - Diabetes Empowerment Scale
iii - Anderson et al
iv - Qualitative Research

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

تأثیرگذار برای اعضای خانواده، مراقبان بهداشتی و کارکنان مراکزی که مددجویان در آن اشتغال دارند می‌توان حمایت اجتماعی بهتری را فراهم نمود و با مداخله‌های مؤثر، راهبردهای عملی را برای تعاملات اجتماعی بهتر و در نتیجه توانمندی بیشتر افراد مبتلا به دیابت ارایه کرد.

مواد و روش‌ها

توانمندی در برگیرنده‌ی شایستگی‌های متعدد و متأثر از عوامل مختلف فردی و اجتماعی است که در تعامل با دیگران شکل می‌گیرد. بنابراین عوامل مؤثر بر توانمندی متفاوت است و افراد در زمینه‌های گوناگون اشکال متفاوتی از توانمندی را بروز می‌دهند.[۲۳] به همین دلیل درک موانع و تسهیل کننده‌های توانمندی نیازمند توجه به تجارب، باورها و ارزش‌های افراد مبتلا به دیابت در جوّی مبتنی بر ارتباط متقابل و برابر و در نظرگرفتن زمینه‌ای است که فرد در آن زندگی می‌کند. با توجه به ویژگی‌های منحصر به فرد فرهنگ و بستر ایرانی، لزوم توجه به تجارب افراد مبتلا به دیابت در مورد فرایند توانمندی و یافته‌های کم در زمینه موانع و تسهیل کننده‌های توانمندی در افراد مبتلا به دیابت در ایران، روش تحقیق کیفی تئوری پایه[i] برای این مطالعه مناسب تشخیص داده شد تا پژوهشگران با استفاده از گفته‌ها و تفاسیر افراد شرکت‌کننده در مطالعه به فهم موانع و تسهیل کننده‌های توانمندی در افراد مبتلا به دیابت نایل شوند. از آن‌جا که توانمندی ماهیتی چند بعدی و پیچیده دارد و اطلاعات کافی و مناسبی در مورد آن وجود ندارد، پژوهشگران روش تحقیق کیفی را برگزیدند تا آن‌ها را به درک عمیق تجارب زندگی شرکت‌کنندگان به واسطه‌ی بیان آزادانه‌ی احساسات، رفتارها و تجربه‌ها قادر سازد.[۲۴]

در مطالعه‌های کیفی از نمونه‌گیری هدفمند[ii] استفاده می‌شود، چرا که هدف از آن انتخاب افرادی است که منبع غنی از اطلاعات باشند تا بتوانند فعالانه در مطالعه شرکت کرده، محقق را به درک بهتر زندگی و تعاملات اجتماعی نایل کنند.[۲۴] در این پژوهش نیز از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد و با توجه به این‌که هدف درک موانع و تسهیل‌کننده‌های توانمندی در افراد مبتلا به دیابت بود، مبتلایان به دیابت که تمایل به در میان گذاشتن تجربه‌های زندگی خود در رابطه با دیابت داشتند به عنوان شرکت‌کنندگان اصلی انتخاب شوند. اطلاعات به دست آمده طی مطالعه، پژوهشگران را برآن داشت تا نمونه‌گیری را همانند سایر مطالعه‌های تئوری پایه به شکل تئوری ادامه دهند. در نمونه‌گیری تئوریک[iii] انتخاب هر شرکت‌کننده به شرکت‌کنندگان قبلی و داده‌های حاصل از آن‌ها بستگی دارد وبه همین دلیل شرکت‌کنندگان بعدی بر اساس داده‌های حاصل از شرکت کنندگان قبلی از بین زنان و مردان مبتلا به دیابت با مدت زمان ابتلا، سطح تحصیلات، محل و منطقه‌ی زندگی متفاوت انتخاب شدند .

فرایند نمونه‌گیری شرکت‌کنندگان از اسفند ماه سال ۱۳۸۵ تا تیرماه سال ۱۳۸۶ ادامه داشت. هیچ معیار یا قانون ثابتی در مورد تعداد شرکت‌کنندگان در تحقیق کیفی وجود ندارد. در واقع محققان، نگران تعمیم مسأله نیستند، بلکه می‌خواهند به درک عمیق و کلی پدیده‌ی مورد نظر برسند. بنابراین تعداد شرکت‌کنندگان تا حد زیادی تابع هدف تحقیق، کیفیت شرکت‌کنندگان و نوع راهکار نمونه‌گیری است. ضمن آن که اصل راهنما در نمونه‌گیری تحقیقات کیفی، اشباع داده‌ها (جایی که دیگر اطلاعات جدیدی به دست نیاید) است.[۲۴] بر این اساس در این مطالعه نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع (تعداد ۱۱ نفر) ادامه یافت.

از آن جا که محیط تحقیق کیفی عرصه‌ی واقعی است یعنی محلی که افراد در آن زندگی می‌کنند و تجربه‌های آن‌ها در آن رخ می‌دهد،[۲۵] انتخاب شرکت‌کنندگان در انجمن دیابت ایران، بیمارستان‌ها، درمانگاه‌های دیابت، خانه‌های بهداشت روستایی و مطب‌ها بر اساس هدف پژوهش انجام شد و پس از موافقت شرکت‌کنندگان، مصاحبه در منزل، محیط کار یا هر مکان دیگری توسط آن‌ها انتخاب شد، انجام شد.

در این مطالعه برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌ی فردی عمیق بدون ساختار، یادداشت در عرصه و یادآور استفاده شد. مصاحبه با یک سؤال ساده برای شروع بحث و برقراری ارتباط آغاز شده، با سؤال کلی و باز مانند «از زندگی با دیابت بگو» ادامه یافته، و به تدریج بر مسایل خاص متمرکز شد. در صورت نیاز از سؤال‌های کاوشی نیز استفاده شد. مدت زمان احتمالی مصاحبه از قبل به فرد شرکت‌کننده اطلاع داده شده و مکالمه‌ها با هماهنگی قبلی و

i - Grounded Theory
ii - Purposeful Sampling
iii - Theoretical Sampling

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

رضایت شرکت‌کنندگان روی نوار ضبط و بلافاصله در ۲۴ ساعت اول کلمه به کلمه بر کاغذ پیاده شد و به عنوان داده‌های اصلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مدت زمان مصاحبه‌ها ۱۵۰-۱۵ دقیقه و تعداد مصاحبه‌ها از ۳-۱ بار متفاوت بود.

یاداشت در عرصه نیز یکی دیگر از روش‌های جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه بود که در منزل و محیط کار یا هر مکان دیگری حین مصاحبه انجام شد تا رفتارهای غیر کلامی فرد و تعاملات فرد با اطرافیان مورد بررسی قرار گیرد. ثبت یاداشت در عرصه در موقعیت مناسب و بلافاصله پس از اتمام آن به طور مشروح انجام شد.

علاوه بر مصاحبه و یادداشت در عرصه، از یادآور نویسی نیز استفاده شد. بر این اساس هرگاه حین مرور کدها، مصاحبه‌ها یا طبقات، ایده‌ای به ذهن محقق می‌رسید تحت عنوان یادآور یادداشت می‌شد. یادآورها به محقق در ادامه روند تحقیق، جهت‌دهی به مصاحبه‌ها، نمونه‌گیری تئوری و تعمق بیشتر بر مطالب بیان شده کمک نمود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش اشترایوس و کوربین[i] (۱۹۹۸) که شامل سه مرحله‌ی کدگذاری باز[ii]، کدگذاری محوری[iii] و کدگذاری انتخابی[iv] است، انجام شد. کدگذاری باز، اولین مرحله‌ی تحلیل تئوری پایه، فرایند شکستن داده‌ها به قسمت‌های مجزا با هدف پردازش مفاهیم و طبقه‌بندی آن‌ها است.[۲۵] در این کدگذاری ابتدا متن نوارها به دقت پیاده شد و چندین بار مرور و بازخوانی شد. پژوهشگران خط به خط و کلمه به کلمه‌ی داده‌ها را بازنگری و جملات و مفاهیم اصلی موجود در هر خط یا پاراگراف را مشخص نمودند و به هر جمله کد دادند. کدگذاری با استفاده از کلمه‌های مورد استفاده توسط شرکت‌کننده یا به صورت استدلالی که پژوهشگران طبق مفاهیم موجود در داده‌ها می‌ساختند، انجام شد. در مورد یادداشت در عرصه و یادآورها نیز این کار انجام شد. در مرحله‌ی کدگذاری باز دسته‌بندی اولیه‌ای از کدها انجام شد و کدهای مشابه بر اساس ویژگی‌ها[v] و ابعاد[vi] کنار هم قرار گرفتند.[۲۵] سپس مراحل ابتدایی کدگذاری محوری داده‌ها انجام شد. کدها و دسته‌های اولیه‌ی کدگذاری باز با هم مقایسه شده، کدهایی که از نظر مفهومی با هم مشابه بودند در هم ادغام شدند. هنگامی که همه‌ی داده‌ها کدبندی شدند و در مورد طبقه‌ها توافق حاصل شد، هر طبقه از نظر اشباع بررسی شد.

به منظور بررسی اعتبار و پایایی داده‌ها، بعد از کدگذاری اولیه، شرکت‌کنندگان و پژوهشگران همکار، کدها را مورد بررسی مجدد قرار دادند. پژوهشگران در مورد تفاوت‌ها و شباهت‌های کدگذاری بحث کرده، طبقه‌ها را تا رسیدن به توافق اولیه مورد مقایسه قرار دادند. مجدد، طبقات از نظر وجود داده‌های حمایت‌کننده یا رد کننده بررسی و جلسه‌های متعدد مباحثه و مقایسه با تیم تحقیق برگزار شد. اختصاص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه و مشاهده‌ی شرکت‌کنندگان طی جلسه‌ها و زمان‌های مختلف و درگیری مداوم با شرکت‌کنندگان نیز برای افزایش اعتبار به کار رفت.

یافته‌ها

مطالعه براساس داده‌های به دست آمده از ۱۱ مرد و زن مبتلا به دیابت انجام شد. ویژگی‌های افراد شرکت‌کننده در جدول ۱ آمده است.

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد تنش، نگاه منفی به دیابت، سیستم‌های درمانی ناکارآمد و فقر و بی سوادی از موانع مهم توانمندی در افراد مبتلا به دیابت هستند. از سوی دیگر، آموزش دیابت، ترس از دیابت و عوارض آن و امید به آینده فرایند توانمندی را تسهیل می‌بخشند. ضمن آن که شرکت‌کنندگان، پزشک را انسانی مقدس و قابل احترام می‌دانستند، دیابت را به عنوان خواست خداوند می‌پذیرفتند و خود را در قبال حفاظت ازجسم به عنوان هدیه‌ی الهی مسئوول می‌دانستند. آن‌ها از حمایت همتایان و اعضای خانواده به خصوص دختران بهره می‌برند و این عوامل در کنار عوامل تأثیرگذار دیگر فرایند توانمندی را در بستر فرهنگی و اجتماعی ایران تحت تأثیر قرار می‌داد.

تنش: تنش یکی از مهم‌ترین موانع در افراد مبتلا به دیابت بود. شرکت کنندگان به تنش‌های مرتبط با زندگی و دیابت اشاره می‌کردند و بیان می‌نمودند که تنش سازگاری آن‌ها را با بیماری با مشکل مواجه می‌کند و به مانعی در توانمندی آن‌ها بدل می‌گردد.

---

i- Strauss & Corbin
ii - Open Coding
iii - Axial Coding
iv - Selective Coding
v- Properties
vi - Dimensions

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

جدول ۱- ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در پژوهش

کد	سن	جنس	نوع دیابت	مدت زمان ابتلا	میزان تحصیلات	وضعیت تاهل	شغل	محل زندگی	دین
۱	۵۰	مؤنث	۱	۱۲ سال	بی سواد	متأهل	کارگر	شهر	اسلام
۲	۵۱	مؤنث	۲	۱۶ سال	راهنمایی	متأهل	خانه‌دار	شهر	اسلام
۳	۴۰	مؤنث	۲	۳ سال	بی سواد	متأهل	خانه‌دار	شهر	اسلام
۴	۷۳	مذکر	۲(مقاوم به انسولین)	۳۳ سال	ابتدایی	متأهل	بازنشسته	شهر	اسلام
۵	۴۰	مؤنث	۲	۱۶ سال	بی سواد	متأهل	کارگر	شهر	اسلام
۶	۶۲	مذکر	۲	۱ سال	ابتدایی	متأهل	کشاورز	روستا	اسلام
۷	۵۷	مؤنث	۱	۵ سال	بی سواد	متأهل	خانه‌دار	روستا	اسلام
۸	۵۰	مؤنث	۲	۱۲ سال	دیپلم	متأهل	بازنشسته	شهر	اسلام
۹	۲۱	مؤنث	۱	۸ سال	لیسانس	مجرد	دانشجو	شهر	اسلام
۱۰	۳۸	مذکر	۲	۲ سال	فوق دیپلم	متأهل	معلم	روستا	اسلام
۱۱	۴۵	مذکر	۲	۶ سال	ابتدایی	متأهل	کشاورز	روستا	اسلام

زن ۴۰ ساله‌ای می‌گفت: «عامل بالا رفتن قند خون و دیابت استرس و ناراحتیه. وقتی شادی و غم و غصه نداری، وقتی از زندگیت راضی هستی، هیچ مریضی وجود نداره دیابت با غم و غصه میاد». مرد ۴۵ ساله‌ای در مورد تأثیر منفی تنش و ناراحتی بر دیابت چنین می‌گفت: «مثل آسفالت که فرش رو می‌سوزونه، ناراحتی و استرس هم مثل اسید بدن رو می‌سوزونه. اثر ناراحتی رو قند خیلی بده. باور کن اگه قرص بخوری یا حتی روزی دو بار انسولین بزنی اما ناراحتی و غم داشته باشی، قند خونت بالا می‌ره. انگار که هیچ کاری نکردی».

در این میان نوسان قند خون به خصوص افت قند خون، یکی از عوامل تنش‌زای مهم محسوب می‌شد. شرکت‌کنندگانی که کاهش قند خون را تجربه کرده بودند، آن را تجربه‌ای وحشتناک مانند مرگ توصیف می‌کردند و غالباً در نوسانات قند خون به حمایت دیگران محتاج بودند، گویی در کنترل و مدیریت دیابت ناتوان می‌شدند. زن ۴۱ ساله‌ای می‌گفت: «وقتی قند خونم می‌افته مثل مرده می‌شم. خیلی سخته، هیچ چی نمی‌فهمم. باید بچه‌ها بیان به دادم برسن».

هم‌چنین، ابتلا به عوارض مزمن دیابت مانند نارسایی کلیه و قطع عضو به تنش و ناامیدی آن‌ها منجر می‌شد. آن گونه که شرکت‌کنندگان را از ادامه‌ی درمان و مراقبت خود باز می‌داشت. مرد ۷۳ ساله‌ی مبتلا به نارسایی کلیه می‌گفت: «قبل از این که کلیه هام اینجوری بشه، خیلی رعایت می‌کردم. اما از وقتی فهمیدم کلیه هام رو از دست دادم، طلسم رو شکستم. بعد از اون همه چی می‌خورم».

نگاه منفی به دیابت: یکی از مهم‌ترین موانع توانمندی نگاه منفی افراد مبتلا به دیابت بود. ماهیت آزاردهنده، هزینه‌بر و فرساینده بودن دیابت، تصویری مخوف از دیابت را در ذهن آن‌ها به وجود آورده بود. آن‌ها دیابت را بیماری تحلیل برنده‌ای می‌دانستند که قوای جسمی را به تاراج می‌برد و عوارض تهدیدکننده و آسیب‌زننده‌ی آن آزارشان می‌داد. بیشتر آن‌ها تصویری هولناک از دیابت در ذهن داشتند و بر این باور بودند که دیابت گاه بدتر از سرطان و به معنای رنج و ناتوانی است. به این جمله‌ها دقت کنید: «دیابت خیلی بد بلاییه، از سرطان بدتره به قرآن. قند بد بلاییه. تو خیال می‌کنی شاید صدها نفر بودن تا قندشون افتاده مردن».

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

نگاه منفی به بیماری گاه تا آن جا پیش می‌رفت که مانند نقطه‌ی ضعفی در زندگی شخصی فرد نمود می‌یافت. آن‌ها دیابت را نقطه ضعفی می‌دیدند که وجود آن آینده‌ای مبهم را برایشان رقم می‌زند. گویی ابتلا به دیابت اوج ناکامی‌ها است و با وجود دیابت آینده‌ای روشن انتظار آن‌ها را نمی‌کشد. دختر ۲۱ ساله‌ای می‌گفت: «از بچگی وقتی یه بچه گدا رو می‌دیدم دیدم، بهش فرق می‌کرد. احساس ترحم بش داشتم. فکر کنید توی یه شخص سالم نسبت به یه شخص مریض هم همین احساس هست. احساس می‌کنم یه چیزی کم دارم، نه حالا از لحاظ عقلی، از لحاظ سلامتی یه چیزی کم دارم».

سیستم‌های درمانی ناکارآمد: تنش‌های طولانی و نگاه منفی به بیماری افراد مبتلا به دیابت را به حمایت سیستم‌های درمانی نیازمند می‌کرد، اما سیستم‌های درمانی نیز اغلب نیاز افراد مبتلا به دیابت را برآورده نمی‌کردند و خود به مانعی در مسیر توانمندی مبدل می‌شدند. شرکت‌کنندگان هرچند به تشویق‌های کلامی گذرا و آموزش‌های موقت و کوتاه‌مدت کادر درمان اشاره داشتند، اما بیان می‌کردند که مراقبان بهداشتی زمان کافی را به آن‌ها اختصاص نمی‌دهند. به عنوان مثال پرستاران بیشتر به جای ارایه آموزش و مشاوره بر مراقبت‌های معمول تأکید دارند. یکی از شرکت‌کنندگان در این رابطه می‌گفت: «وقتی بستری شده بودم، پرستارها هیچی به من یاد ندادن. اون‌ها فقط آزمایش خون می‌گرفتن و انسولینم رو می‌زدن و می‌گفتن رژیمت رو رعایت کن».

در حالی که افراد مبتلا به دیابت نیازمند حمایت و آموزش کادر درمان بودند، بیان می‌کردند که مراقبان بهداشتی در سیستم‌های درمانی تحت فشار هستند. به عنوان مثال می‌گفتند:« پرستارا وقتشون خیلی کمه. یه پرستار باید از بیمارای زیادی مراقبت کنه، چطور می‌تونه به ما آموزش بده؟ اون فقط می‌تونه کارهای معمول رو انجام بده و بگه که رژیم رو رعایت کنید».

علاوه بر عوامل مربوط به فرد و مراقبان بهداشتی، عوامل اجتماعی مانند فقر و بی‌سوادی از موانع دیگر توانمندی بودند.

فقر و بی سوادی: فقر و بی سوادی به عنوان موانع مهم توانمندی، ارتباط تنگاتنگی با تنش و نگاه منفی به دیابت داشتند. شرکت‌کنندگان حتی زمانی که از نحوه‌ی کنترل دیابت و انجام رفتارهای خودمراقبتی آگاه بودند، هزینه و فشار مالی ناشی از تهیه‌ی دارو، کنترل قند خون و عوارض بیماری مراقبت از خود، آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌داد. زن ۴۰ ساله‌ای این طور می‌گفت: «دکتر اینقدر گرونه که یه بار رفتم، ۱۲ هزار تومان پول آزمایشم شد. پول قرصم شد ۷ هزار تومان. دیگه خیلی وقته دکتر نرفتم».

علاوه بر این، بی‌سوادی نیز یکی از موانع شایع در مناطق روستایی به شمار می‌رفت و به احساس ناتوانی بیماران منجر می‌شد. زن ۵۷ ساله‌ای می‌گفت: «نمی‌تونم انسولین بزنم. آخه سواد ندارم. نمی‌دونم چقدر باید انسولین بکشم».

شرکت‌کنندگان، توانمندی را بدون همراهی و مشارکت مسؤولانه‌ی دولت غیر ممکن می‌دانستند. آن‌ها بیان کردند که دولت باید تسهیلات بهداشتی مناسب را ارایه کند، هزینه‌های مرتبط با دیابت را کاهش دهد، انجمن‌های دیابت را در همه‌ی مناطق توسعه دهد و آگاهی افراد را به واسطه‌ی برنامه‌های رسانه‌ای بالا برد. آن‌ها بر نقش مهم دولت در ریشه‌کن کردن فقر و بی‌سوادی نیز تأکید داشتند. یکی از شرکت‌کنندگان می‌گفت: «دولت خیلی مهمه، می‌تونه انجمن‌ها رو تو همه‌ی شهرها تشکیل بده، هزینه‌های دیابت رو کم کنه. نقش حمایتی دولت خیلی مهمه».

یافته‌ها نشان داد با وجود موانع مهم توانمندی، اعتقاد به نقش پزشکان و ایمان به خدا تسهیل کننده‌های مهمی در مسیر توانمندی هستند .

پزشک، انسان مقدس: داده‌ها حکایت از باوری قلبی و عمیق به پزشک در فرهنگ ایرانی داشت. باوجود شواهدی دال بر ناکارآمدی و ارتباط نامؤثر کادر درمان، افراد مبتلا به دیابت در جای جای مصاحبه از ایمان و باور قلبی خود به پزشک سخن می‌گفتند. آن‌ها تصمیم پزشک را بی‌چون و چرا و مانند وحی الهی می‌پذیرفتند. گویی به دستان شفابخش پزشک ایمانی راسخ داشتند و آن‌ها را واسطه ای بین خود و خدای خود می‌دیدند. مرد ۷۳ ساله‌ای می‌گفت: «من به پزشکم ایمان داشتم. دکتر شده بود امام من. تو هر کاری باهاش مشورت می‌کردم. اعتقاد داشتم که حرف اون بهترین حرفه. من به دکترم ایمان داشتم».

با وجود تکیه بر پزشکان و عدم مشارکت فعال در تصمیم‌گیری‌های درمانی، شرکت‌کنندگان احساس توانایی می‌کردند. زنی می‌گفت: «دکتر من بهترینه. من بهش ایمان دارم. هر چی دستور می‌ده من رعایت می‌کنم، می‌گم چشم. این جوری قند خونم میاد پایین».

حمایت و امیدبخشی پزشکان به این ایمان قلبی و نگاه مثبت دامن می‌زد و افراد مبتلا به دیابت را در حفظ امید که

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

نشانه‌ای از توانمندی بود یاری می‌کرد. زن ۴۲ ساله‌ای این طور می‌گفت: «دکترا خیلی مهمن. دکترم به من می‌گه ما می‌تونیم کنترلش کنیم. اون همیشه به من امید و انرژی مثبت می‌ده».

از سوی دیگر، اعتقادات مذهبی شرکت‌کنندگان، به خصوص اعتقاد آن‌ها به خواست خداوند، ارتباط نزدیکی با باور قلبی آن‌ها به پزشک به عنوان مرد مقدس داشت.

دیابت خواست خداوند: افراد مبتلا به دیابت معتقد بودند که تنها باید به خدا توکل کرد و امید به لطف لایزال الهی داشت. اعتقادات مذهبی و پذیرش دیابت به عنوان خواست خداوند تحمل دیابت را برایشان آسان می‌نمود و آرامشی قلبی را به آن‌ها هدیه می‌داد. این نوع جبرگرایی به قدرتی درونی در زندگی با دیابت و حرکت در مسیر توانمندی منجر می‌گشت: «من اعتقاد دارم همه این‌ها یه آزمایشه. خواست خداست. خدا برای من این جور مقدر کرده. من هم باید تصمیم خدا رو بپذیرم».

هر چند آن‌ها به جبر الهی معتقد بودند اما پذیرش بی‌چون و چرای تصمیم‌های خداوند به توقف تلاش آن‌ها در مسیر توانمندی منجر نمی‌گشت، چرا که جسم را هدیه‌ی الهی می‌دانستند و مسؤولیت حفظ جسم را به عنوان هدیه‌ی خداوند پذیرفته بودند و در این راه از هیچ کوششی دریغ نمی نمودند. مرد ۴۵ ساله‌ای در تایید چنین می‌گوید: «وقتی خدا دست و چشم و گوش به این زیبایی رو به من داده، باید رعایت کنم. هر چقدر هم که رعایت کنم بازم کمه».

شرکت‌کننده‌ی دیگری این‌طور می‌گوید: «باید دیابت رو بپذیرم. دیابت واقعیت زندگی منه. انتخابش نکردم، خواست خداست. با خودم می‌گم خدا یا خودت هر جور صلاح می‌دونی، راضیم. اما خودم هم باید تلاش کنم تا کنترل شه».

به علاوه بیشتر شرکت‌کنندگان از ارتباط معنوی خود با خدا به عنوان یک منبع حمایتی مهم نام می‌برند. آن‌ها در سخنان خود بارها و بارها از توکل به خدا و حمایت خداوند سخن می‌گفتند.

«من ۳۰ سال با دیابت زندگی کردم و اعتقاد دارم که فقط حمایت خداوند بوده که من رو حفظ کرده. بقیه وسیله بودن. فقط خدا، خدا».

تکیه بر خداوند هرچند قدرتی درونی را به آن‌ها هدیه می‌کرد و آن‌ها را در کنترل بیشتر بر زندگی توانمند می‌نمود، اما آن‌ها موفقیت طولانی در این مسیر را بدون همراهی دیگران امکان‌پذیر نمی‌دانستند.

حمایت: همه‌ی شرکت‌کنندگان در تحقیق بر اهمیت نقش حمایت در تسهیل فرایند توانمندی واقف بودند. آن‌ها حمایت را در سطوح مختلف خانوادگی و اجتماعی و در ابعاد مادی تا معنوی برای توانمند شدن افراد مبتلا به دیابت ضروری می‌دانستند. نقش حمایت در تسهیل فرایند توانمندی تا به آن حد پررنگ بود که گویی بدون حمایت، مدیریت دیابت محکوم به مرگ بود. افراد مبتلا به دیابت رفتار اعضای خانواده را برای خود تفسیر می‌نمودند و بیشتر رفتار همسر و فرزندان برای آن‌ها سمبلی از توجه، محبت و حمایت بود. همسران و دختران برجسته‌ترین نقش حمایتی را در خانواده ایفا می‌کردند و به شانه‌هایی برای تکیه دادن مبتلایان به دیابت بدل گشته بودند. گویی آن‌ها نیازمند همراهی همیشگی خانواده در مسیر پرپیچ و خم زندگی با دیابت بودند.

«همسر، بچه‌ها، کسایی که داری شب و روز باهاشون زندگی می‌کنی خیلی مهمند. این که پشت گرمی داشته باشی خیلی بهتره، این که احساس کنی تنهایی، هرچی می‌کنی هیچی، آزارت می‌ده».

و شرکت‌کننده‌ی دیگری از همراهی و حمایت دخترانش سخن می‌گوید: «دختر کوچیکم خیلی بهم می‌رسه، وقتی حرص و جوش می‌خورم بلند می‌شه برام سرکه سیب میاره، توجهم می‌کنه، وقتی می‌خوام کار کنم نمی‌ذاره. خیلی توجهم می‌کنه، خیلی بهم می‌رسه».

علاوه بر حمایت خانواده، خداوند و پزشکان، شرکت‌کنندگان از ارتباط و آشنایی با همتایان سخن می‌گفتند. آشنایی با همتایان احساس تنها نبودن را به آن‌ها هدیه می‌کرد وبه عنوان منبع مهم اطلاعاتی و حمایتی قدرت آن‌ها را در زندگی با دیابت افزایش می‌بخشید. دختر ۲۱ ساله‌ای چنین می‌گوید: «ارتباط با دیابتی‌های دیگه خیلی مهمه. وقتی بقیه رو می‌بینم می‌فهمم که تنها نیستم. خیلی چیزا از هم یاد می‌گیریم».

آموزش دیابت: همه‌ی شرکت‌کنندگان به نیاز خود برای کسب اطلاعات مرتبط در مورد دیابت به منظور مدیریت اثربخش بیماری و اخذ تصمیمات آگاهانه در مورد مراقبت از خود واقف بودند. آن‌ها عنوان نمودند که آموزش دیابت دانش آن‌ها را افزایش می‌دهد و باورها و نگرش‌های آن‌ها را در مورد دیابت اصلاح کرده و ظرفیت مراقبت از خود را افزایش می‌دهد. زن ۵۱ ساله‌ای می‌گوید: «آموزش خیلی مهمه. من بعد از شرکت تو کلاس‌های انجمن دیابت خیلی

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

چیزها در مورد دیابت یاد گرفتم. بنابراین الان می‌دونم چه جوری از خودم مراقبت کنم».

شرکت‌کننده دیگری چنین می‌گفت: «من از تلویزیون خیلی چیزها در مورد مراقبت از پا، رژیم غذایی و داروها یاد می‌گیرم. برنامه‌های آموزشی تلویزیون خیلی موثره».

ترس از دیابت: از سوی دیگر، آموزش دیابت و آشنایی و ارتباط با تعداد زیاد همتایان ناتوان و نظاره کردن رنج و ناتوانی آن‌ها عامل دیگری بود که به ترس افراد مبتلا به دیابت منجر می‌شد. ترس از دیابت و عوارض آن یک محرک قوی در مراقبت از خود همه شرکت کنندگان بود. زن ۵۰ سال‌های می‌گوید:

«مادرم دیابتی بود. کلیه‌هاش رو از دست داد مرد. کلیه‌هاش از دست رفت. من خیلی می‌ترسیدم، از وقتی مادرم عمرش رو داده به شما بیشتر می‌ترسم. به خاطر همین هم خیلی از خودم مراقبت می‌کنم».

به نظر می‌رسد ترس از عوارض بیماری به عنوان یکی از شایع‌ترین واکنش‌های روحی روانی، ریشه در ترس افراد مبتلا از تنهایی و ناتوانی داشت. آن‌ها می‌ترسیدند تا به عوارض ناتوان‌کننده دیابت مبتلا شده و به سرباری برای خانواده‌های خود بدل گردند. «می‌ترسم؛ خیلی می‌ترسم. می‌گم اگه کور بشم، فلج بشم، بچه‌ها که آدمو نگه نمی‌دارن یا شوهر. از این فکرا می‌ترسم، برا همین از خودم خیلی مراقبت می‌کنم».

مرد ۴۵ ساله‌ای نیز در تأیید سخنان فوق چنین مطرح می‌کند: «برادرام می‌گن تو نخوردی که نمی‌تونی کار کنی. می‌گم من نخورم بهتره تا بخورم از بین برم. خدا می‌دونه عمر چقدره. باید رعایت کنم تا سربار مردم نشم».

امید به آینده: امید به آینده پیامدی مهم و جنبه‌ای کلیدی در توانمندی بود. آن‌ها از امید خود به درمان قطعی دیابت و کشف درمان‌های جدید و اثربخش اشاره می‌کردند. شرکت‌کننده‌ای چنین می‌گوید: «یه روز دانشمندها راهی برای درمان دیابت خصوصا نوع ۱ پیدا می‌کنن. من به آینده امیدوارم. آرزو می‌کنم دکترها یه روز یه درمان جدید پیدا کنن».

علاوه بر امید، شرکت‌کنندگان به یافتن درمان جدید، تعدادی از امید خود به معجزه سخن می‌گفتند. آن‌ها معتقد بودند اگر خدا بخواهد دیابت آن‌ها را شفا می‌دهد. چرا که همه چیز در دنیا، سلامتی و بیماری، در دستان خداست. مردی بیان می‌کرد:

«من به خدا امیدوارم و معتقدم، باور دارم که اگر خدا بخواد من رو شفا می‌ده. من همیشه به خدا امید دارم».

بحث

یافته‌های مطالعه نشان داد که توانمندی افراد مبتلا به دیابت تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی است که ریشه در فرهنگ، مذهب، فلسفه و هنر ایرانی دارد. افراد مبتلا به دیابت اعتقاد دارند که قدرت آن‌ها از اعتقاد به خدا منشا گرفته است. آن‌ها دیابت را خواست خداوند می‌دانند و هر چند به سرنوشت خود معتقد هستند اما اعتقادات مذهبی و دریافت حمایت از کادر درمان، خانواده و همتایان به آن‌ها قدرتی برای قبول مسئوولیت بیماری می‌بخشد.آن‌ها خواست خداوند را پذیرفته‌اند چرا که اعتقاد دارند خدا قادر و عالم است.[۲۶] هم‌چنین جسم را هدیه‌ی الهی می‌دانند که باید مورد حفاظت و مراقبت قرار گیرد. درک این مفاهیم به مراقبان بهداشتی در ایران و سایر کشورها که با افراد ایرانی مبتلا به دیابت و سایر بیماری‌های مزمن کار می‌کنند، در تسهیل فرایند توانمندی کمک می‌کند.

هم‌چنین، یافته‌های این مطالعه مانند مطالعه‌ی کوپر و همکاران[i] (۲۰۰۳) نشان داد که افراد مبتلا به دیابت به حمایت دیگران محتاجند.[۲۷] اعضای خانواده به خصوص دختران از منابع مهم حمایتی به شمار می‌روند. به نظر می‌رسد حمایت قوی دختران ریشه در فرهنگ ایرانی دارد. جایی که افراد معتقدند دختران مهربان‌تر و دلسوزتر از پسران هستند. شناسایی اعضای حامی خانواده، مراقبان بهداشتی را در تشویق آن‌ها به مشارکت در فرایند توانمندی و کنترل بیماری یاری می‌رساند. هم‌چنین، حمایت همتایان در انجمن‌های دیابت از منابع معمول حمایتی و اطلاعاتی به شمار می‌رود. این در حالی است که تنها ۱۸ مرکز انجمن دیابت در ایران برای بیش از ۳/۵ میلیون فرد مبتلا به دیابت وجود دارد.

علاوه بر حمایت خانواده و همتایان، حمایت مراقبان بهداشتی به خصوص پزشکان، آموزش دیابت و عوارض آن در این مطالعه مانند مطالعه‌های دیگر مهم بود.[۲۸] مطالعه‌ی حاضر نشان داد که مراقبان بهداشتی در ایران به ویژه پرستاران در تسهیل توانمندی افراد مبتلا به بیماری ناتوانند.

---

i - Cooper at al

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

آن‌ها بیشتر بر ارایه مراقبت‌های بالینی تاکید دارند و کمتر به آموزش و مشاوره می‌پردازند و وقت کافی برای گوش دادن و آموزش به افراد مبتلا به دیابت ندارند. کمبود وقت در مطالعه‌های دیگر نیز به عنوان یکی از موانع مهم در آموزش به بیمار بر شمرده شده است.[۲۹] اتو ـ اسپالا در سال ۲۰۰۱ نیز بیان کرد که حمایت ناکافی مراقبان بهداشتی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و تعدادی از کشورهای توسعه یافته پدیده ای معمول است.[۳۰] به نظر می‌رسد افزایش تعداد پرستاران و آموزش‌دهندگان دیابت و برنامه‌های آموزشی برای حمایت از توانمندی و استفاده از رویکرد جامعه‌نگر به مراقبان بهداشتی در حمایت از بیماران کمک می‌کند.

یافته‌ی کلیدی دیگر وابستگی ایرانی‌ها به پزشک بود. شرکت‌کنندگان مراقبت خود را در دستان پزشکشان می‌نهادند و به آن‌ها در مراقبت پزشکی وابسته می‌شدند. از پزشکان به عنوان انسان‌هایی مقدس نام می‌بردند و اعتقاد داشتند که تصمیم پزشک بهترین تصمیم است. این در حالی است که مطالعه‌های دیگر به بیماران و خانواده هایشان به عنوان تصمیم گیران اصلی می‌نگرند و تصمیم‌گیری مستقل را عاملی کلیدی در توانمندی می‌دانند.[۹] شرکت‌کنندگان در این مطالعه، با وجود پیروی از دستورات پزشک و اطمینان به خواست خداوند خود را توانمند می‌دیدند. این مساله بر ماهیت پیچیده و چند بعدی توانمندی را که تحت تأثیر فلسفه، فرهنگ و معنویت قرار دارد تأکید می‌کند.

از سوی دیگر بولسارا و همکاران (۲۰۰۴) از امید به فردایی بهتر در مبارزه با بیماری به عنوان عاملی مؤثر در حرکت به سوی توانمندی نام برده‌اند.[۳۱] یافته‌های این تحقیق نیز امید به درمان قطعی و معجزه‌ی خداوند را نشان داد. ضمن آن که ترس از بیماری مانند مطالعه‌های مشابه یکی از واکنش‌های شایع در افراد مبتلا به دیابت بود که به محرکی قوی در مسیر توانمندی بدل شده بود، زیرا آن‌ها برای جلوگیری از وابستگی به دیگران و بر اساس باورها و ارزش‌های فردی برای مراقبت از خود به عنوان هدیه‌ی الهی تلاش می‌کردند.

هم‌چنین داده‌های این مطالعه از نگاه منفی به دیابت حکایت دارند. مطالعه‌های دیگر نیز نشان داده‌اند که این نگاه منفی ریشه در مسئولیت سنگین بیمار برای قبول جنبه‌های متعدد مدیریت دیابت دارد.[۳۲] این نگاه منفی می‌تواند به دلیل نگاه منفی غالب حاکم بر جامعه باشد. مراقبان بهداشتی باید به افراد برای تغییر این چشم‌انداز و دستیابی به توانمندی کمک کنند. ضمن آن‌که معرفی افراد توانمند از طریق انجمن‌های دیابت و برنامه‌های رسانه‌های مختلف می‌تواند در این راستا مؤثر باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان عدم همراهی برخی مسئوولان انجمن دیابت ایران در معرفی افراد مبتلا به دیابت و اجازه‌ی مصاحبه با آن‌ها اشاره کرد.

یافته‌های این مطالعه می‌تواند در راستای طراحی رویکرد توانمندی در مراقبت از افراد مبتلا به دیابت به کار گرفته شود. شناسایی باورها، ارزش‌ها، جهان‌بینی فردی و سایر عوامل تأثیرگذار بر فرایند توانمندی، پرستاران و مراقبان بهداشتی را در ایران و سایر نقاط جهان که با بیماران دیابتی ایرانی سر و کار دارند در راستای شناخت منابع قدرت در افراد مبتلا به بیماری و تسهیل توانمندی اثربخش‌تر یاری می‌رساند.

سپاسگزاری: این مطالعه بخشی از پایان‌نامه‌ی دکترا و طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است. نویسندگان مراتب قدردانی و تشکر خود را از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و افراد مبتلا به دیابت که بدون همراهیشان انجام این پژوهش ممکن نبود، اعلام می‌دارند.

References

1. Larijani B. Epidemiology of diabetes mellitus in Iran. Shiraz E-Medical Journal. [Serialonline] 2003; 4. Available from: URL: http://pearl.sums.ac.ir/semj/vol4/oct2003/DMinIran.htm
2. Khorasani P, Eskandari M, editors. Comprehensive Epidemiology in Health Sciences. Tehran: Kankash Co; 2004.
3. Wild S, Roglic G, Green A. Global prevalence of diabetes, estimates of the year 2000 & projections for 2030. Diabetes Care. 2004; 27: 1047-51.
4. Azizi F. Diabetes care and prevention in Iran. Diabetes Voice. 2005; 50: 15-7
5. McDuffie RH, Struck L, Burshell A. Empowerment for diabetes management: integrating true self- management into the medical treatment & management of diabetes mellitus. The Ochsner Journal [Serial online] 2001; 3: 149-57. Available from: URL: http://www.ochsnerjournal.org/ochsonline.
6. Larijani, b, Frozandeh, F. Diabetes Foot Disorders. Iranian Diabetes and Lipid Journal 2002; 2: 103-93.
7. Azizi F, Guoya MM, Vazirian P, Dolatshati P, Habbibian S. Screening for types of diabetes in the Iranian national programme a preliminary report. La

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

revue de sante dela mediterranee orientable 2003; 9: 1122-7.
8. Delavari A, Mahdavi Hazaveh A, Norozi Nejad A, Yarahmadi Sh, Taghipour M, editors. The National Diabetes Prevention and Control Programme. Iranian Health Ministry. Diseases Management Centre. Tehran: Seda Co; 2003.
9. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. Clin Diabetes 2004; 22: 123-7.
10. Hogan P, Dall T, Nikolov P; American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the U.S in 2002. Diabetes Care 2003; 26: 917-32.
11. Heisler M. Helping your patients with chronic disease. Effective physician approaches to support self-management. Semin Med Pract. 2005; 8: 43-54.
12. Colagiuri R. Integrating psychosocial issues into national diabetes programmes. Diabetes Voice 2004; 49 (special issue): 31-3.
13. Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnelly M, Johnson PD, et al. Empowerment an idea whose time has come in diabetes education. Diabetes Educ 1991; 17: 37-41.
14. Fazekas C, Semlitsch B, Pieringer W. Empowerment in diabetes mellitus: Theory and Practice. Wein Med Wochenshr. 2003; 153: 459-63 (German).
15. Merriam-Webster, Inc, editor. Webster's New Collegiate Dictionary. Springfield, Mass.: Merriam-Webster; 1993.
16. Robert KJ. Patient empowerment in the united state: a critical commentary. Health Expect 1999; 2: 82-92.
17. Kuokkanon L, Leino-kilpi H. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches . J Adv Nurs 2000; 31: 235-41.
18. Hage AM, Lorenson M. A philosophical analysis of the concept empowerment: the fundament of education-program to the frail elderly. Nurs Philos 2005; 6: 235-46.
19. Nyatanga L, Dann KL. Empowerment in nursing: the role of philosophical & psychological factors. J Adv Nurs 2002; 3: 234-9.
20. Ghavasse MJ. New dimensions of empowerment in nursing and challenge. J Adv Nurs 1992; 17: 1-2.
21. Shiu ATY, Wong RYM, Thompson DR. Development of a reliable & valid Chinese version of the diabetes empowerment scale. Diabetes Care 2003; 26: 2817-21.
22. Koch T, Kralik D, Sonnack D. Women living with type II diabetes: the intrusion of illness. J Clin Nurs 1999; 8: 712-722.
23. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs 1991; 16: 354-61.
24. Polit DF, Beck CT, editors. Essentials of Nursing Research, Methods, Appraisal and Utilization. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
25. Strauss A, Corbin J, editors. Basics of Qualitative Research, Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1998.
26. Nasr S H. the Poet Scientist Khayyam as Philosopher. [Serial online] 2000. Available from: URL: http://www.cisca.org/voices/k/khayyam.htm#_edn27
27. Cooper H C, Booth K, Gill G. Patient's perspectives on diabetes health care education. Health education research, theory and practice 2003; 18: 192-206.
28. Anderson RM, Funnell MM. Using the empowerment approach to help patients change behavior. In: Anderson B J, Rubin RR; American Diabetes Association, editors. Practical psychology for diabetes clinicians. 2nd ed. Alexandria, Va.: American Diabetes Association 2002.
29. Henderson S. Knowing the patient and the impact on patient participation: a grounded theory. Int J Nurs Pract 1997; 3: 111-8.
30. Etu-Seppala L. Successful self-cares the best sign of empowerment. Diabetes Voice 2001; 46 (Special issue): 5.
31. Bulsara C, Ward A, Joske D. Hematological cancer patients: achieving a sense of empowerment by use of strategies to control illness J Clin Nurs 2004; 13: 251- 8.
32. Rakel RE, Weiss MA. Diabetes Care: Are We Asking the Right Questions? Consultant Live: Consultation in Primary Care. [Serial online] 2007; 47. Available from: URL: http://www.consultantlive.com/display/article/10162/37074.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

Original Article

Barriers to and Facilitators of Empowerment in People with Diabetes

Abdoli S[1], Ashktorab T[1], Ahmadi F[2], Parvizi S[3]
[1]School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University (M.C.); [2]Medical Sciences Faculty, Tarbiat Modares University,
[3]School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran. I.R.Iran
e-mail: samereha2000@yahoo.com

Abstract

Introduction: Empowerment in individuals with people diabetes is well researched. However, few researchers have focused specifically on the barriers to and facilitators of empowerment in Iranians with diabetes. Understanding the barriers and facilitators that affect the empowerment process could help health professionals to more effectively facilitate self-empowerment. Materials and Methods: A grounded theory research design was used with in-depth interviews to collect the data from a purposive sample of males and females aged 21-73 years. Data were collected between February and July 2007. Themes were identified using the early steps of the grounded theory data analysis. Results: Common barriers to empowerment were similar to other chronic diseases; viZ prolonged stress, negative view about diabetes, ineffective healthcare systems, poverty and illiteracy. Diabetes education, fear of diabetes' complications, and hope for a better future also emerged as being crucial to empowerment. Facilitators specific to Iranians were the concept of the doctor as a holy man, accepting diabetes as God's will and the body as God's gift and support from peers and especially from daughters. Conclusion: Iranians with diabetes describe similar facilitators and barriers to empowerment quite similar to those as people from other countries as well as some specific to Iran. Empowerment is strongly affected by cultural and religious beliefs in Iran. Health professionals with deeper understanding of information about diabetics' lives and sources of strength could facilitate the process.

Keywords: Grounded theory, Patient empowerment, People with diabetes, Qualitative research

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]