pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

مقاله اصیل پژوهشی

بررسی وضعیت سبک زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ در شهر زابل، ۱۳۹۵

فهیمه خوشابی[۱]، راحیل لطیف[۲]، محمدرضا شادان[۳]، **سمیه باقری**[۴*]

۱. استادیار، گروه تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۳. استادیار، مرکز تحقیقات ایمنولوژی بالینی، گروه تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۴. (نویسنده مسئول) مربی، گروه آمار حیاتی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

نویسنده مسئول: سمیه باقری، دانشگاه علوم پزشکی زابل **Sbagheri_63@yahoo.com**

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت نوع ۲ یک مشکل بهداشتی و یک بیماری جدی می‌باشد. این نوع دیابت و مشکلات ناشی از آن جایگاه قابل توجهی نه فقط برای بیمار و خانواده‌ی وی بلکه در سیستم مراقبت‌های بهداشتی نیز دارد که سبب مرگ‌های زودرس می‌شود. همچنین سبب یکسری از بیماری‌ها از قبیل بیماری‌های قلبی، سکته، بیماری کلیوی، کوری آسیب‌های عصبی و قطع ساق و کف پا و سرانجام مرگ می‌گردد. تغییر رفتار و تطابق آن با سبک زندگی سالم کمک به پیشگیری و یا کاهش مشکلات ناشی از دیابت نوع ۲ می‌کند. از انجایی که اگاهی و نگرش و عملکرد بسیاری از این بیماران در ارتباط با سبک زندگی سالم ناکافی است لذا برآن شدیم تا مطالعه‌ای با هدف تعیین سبک زندگی بیماران دیابتیک نوع ۲ شهر زابل انجام دهیم.

مواد روش‌ها: در یک مطالعه‌ی توصیفی- تحلیلی مقطعی تعداد ۳۲۰ نفر از بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و کلینیک دیابت شهر زابل با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردید. اطلاعات مورد نظر با پرسشنامه‌ای که شامل دو بخش بود جمع‌آوری گردید و داده‌ها توسط نرم افزار SPSS با آزمون های t مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون توکی آنالیز شد.

یافته‌ها: از بین ۳۲۰ شرکت کننده ۲۸/۱درصد آقا و ۷۱/۹ درصد خانم بودند. میانگین سن، شاخص توده بدنی به‌ترتیب ۱۰/۱۹ ±۵۳/۸۷ سال و ۴/۴۹ ±۲۶/۶۱ kg/m2 بود. بین جنسیت، سابقه بیماری با سبک زندگی ارتباط آماری معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$) اما بین گروه‌های سنی، شغل، شاخص توده بدنی، میزان تحصیلات و میزان درآمد با سبک زندگی رابطه معناداری مشاهده شد($p <0/05$). در طبقه‌بندی میزان سبک زندگی در افراد مورد مطالعه ۲/۵ درصد دارای سبک زندگی خوب، ۶۸/۱ درصد دارای سبک زندگی متوسط و ۲۹/۴ درصد دارای سبک زندگی ضعیفی بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: برای پیشگیری از دیابت نوع ۲ و یا افرادی که در معرض ابتلا هستند مداخله در سبک زندگی به‌علت آسانی و کم هزینه بودن مناسب می‌باشد. لذا انجام تمرینات ورزشی و فعالیت فیزیکی همراه با تغییر در عادات غذایی به‌عنوان بخشی از درمان و یا پیشگیری از ایجاد دیابت پیشنهاد می‌گردد.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، دیابت نوع ۲، بیماران دیابتیک

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: Khoushabi F, Latif R, Shadan M R, Bagheri S. Survey of Life Style Status in Type II Diabetic Patients in Zabol, 2016. J Diabetes Nurs. 2017; 5 (4) :307-319

تاریخ دریافت: ۹۶/۸/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۸

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.6.6]

مقدمه و هدف

دیابت ملیتوس به گروهی از بیماری ها که مشخصه ی اصلی آنها بالا بودن غلظت گلوکز در خون بر اثر نقص در ترشح انسولین، فعالیت آن یا هر دو مورد می باشد (۱). شهرنشینی، افزایش سن، تغییر در عادت غذایی و کاهش فعالیت‌های فیزیکی سبب تغییرات عمده و سریع در سبک زندگی شده است که این امر سبب افزایش بروز چاقی، فشارخون و افزایش چربی‌های خون شده و بدنبال آن احتمال بروز بیماری‌هایی از قبیل دیابت و بیماری‌های قلبی و عروقی افزایش یافته است (۱). ۹۰درصد افراد مبتلا به دیابت در جهان، مبتلا به دیابت نوع ۲ هستند که عموماً در نتیجه‌ی افزایش وزن و عدم تحرک بدنی رخ می‌دهد (۲). گستردگی دیابت نوع ۲ سبب شده که این بیماری به‌عنوان یک بیماری همه گیر و یکی از دلایل مرگ و میر خصوصاً در کشورهای در حال توسعه شناخته شود (۴و۳).

در ابتدای هزاره‌ی سوم تعداد افراد مبتلا به دیابت ۱۷۱ میلیون بود (۵). که در سال ۲۰۱۳ شیوع ان در دنیا به ۳۸۲ میلیون نفر رسید (۴و۳). تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۳۰ این رقم به ۳۳۶ میلیون (۵) و در سال ۲۰۰۵ به ۵۹۲ میلیون نفر افزایش یابد (۴و۳). شیوع دیابت برای تمام گروه‌های سنی در جهان ۲/۸ درصد در سال ۲۰۰۰ و ۴/۴ درصد در سال ۲۰۳۰ تخمین زده می‌شود (۵ و ۶) براساس آمارهای موجود ۴/۱ درصد از کودکان در سنین مدرسه و نوجوانان ۱۴-۱۰ سال قندخون ناشتا بیش از$\mu g/dl$۱۰۰ داشتند (۷) و این امر بیانگر افرادی‌ست که در معرض خطر ابتلا به دیابت در آینده هستند؛ که خود چالشی مهم برای سیستم تأمین سلامت به حساب می‌آید. براساس مطالعات انجام شده در ایران شیوع دیابت در سال ۲۰۰۷ حدود ۸/۷ درصد (۹/۲ درصد در زنان و ۷/۵ درصد در مردان) بود (۸). پیشرفت و توسعه یک جامعه در تمامی ابعاد آن مستلزم داشتن نیروی انسانی پویا و سالم است و سلامتی وابسته به فاکتورهای زیادی است که سبک‌زندگی در این میان نقش بسیار مهمی را ایفا می کند. سازمان جهانی بهداشت سبک زندگی را براساس الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می داند که از تعامل بین ویژگی‌های شخصی، برهم‌کنش روابط اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت‌های اجتماعی حاصل می‌شود (۹).

دیابت یک بیماری مزمن است که نوع سبک زندگی در ایجاد آن تأثیر داشته و در نهایت این بیماری بر نحوه‌ی کیفیت زندگی بیماران تأثیر گذاشته و سبب کاهش آن می‌شود. کیفیت زندگی به‌عنوان درک و احساس افراد و گروه‌ها از این که نیازهایشان برآورده شده و فرصتی برای دسترسی آنها به آرزوها و خواسته‌هایشان تعریف شده است. کیفیت زندگی یک عامل چند بعدی و ذاتی است که ترکیبی از عوامل شناختی (رضایت) و احساسی (شادی) می‌باشد (۱۰). کیفیت زندگی در بیماران دیابتی دارای اهمیت بوده و عدم مراقبت از خود، کنترل نامناسب آن و افزایش عوارض دیابت منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌گردد. ۳/۵-۱/۵ درصد جمعیت کل جهان درگیر این بیماری هستند (۱۱) که تغییر در سبک زندگی می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر گذارد و اصلاح کیفیت زندگی نه‌تنها برای بیماران دیابتی سودمند و با ارزش است بلکه سبب کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی و پزشکی مرتبط با آن می‌شود زیرا شیوع دیابت ناشی ار تغییرات مستمر در سبک زندگی از قبیل رژیم غذایی نامناسب، عدم فعالیت فیزیکی و چاقی و استرس بوده که اغلب با شهرنشینی، مکانیزه شدن و صنعتی شدن ارتباط دارد (۹) به‌عبارتی بسیاری از مشکلات بیماران دیابتی با مشاوره صحیح و تغییر در رژیم‌های غذایی و سبک زندگی قابل پیشگیری می‌باشد (۱۲). دیابت می‌تواند زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد و باعث ایجاد محدودیت‌هایی در کار، زندگی اجتماعی، ارتباط خانوادگی، ارتباط جنسی و فعالیت‌های تفریحی گردد. اختلال تنظیم متابولیکی ناشی از دیابت شیرین سبب بروز تغییرات پاتوفیزیولوژیکی ثانویه‌ای در

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.6.6]

اندام‌های متعدد بدن می‌شود که عبارتند از رتینوپاتی دیابتی، نفروپاتی، عروقی، بیماری‌های پوستی –نوروپاتی، بیماری‌های قلبی که مشکلات فراوانی را برای فرد مبتلا به دیابت و دستگاه بهداشتی جامعه به همراه می‌آورند. امروزه اثرات مثبت فعالیت فیزیکی منظم و رژیم غذایی مناسب در کنترل و پیشگیری از دیابت مورد تأئید قرار گرفته است به‌طوری که سه عامل انجام فعالیت فیزیکی، رعایت رژیم غذایی و تزریق انسولین سه رکن اساسی در درمان و کنترل این بیماری مزمن و شایع محسوب می شود (۱۳). مطالعات متعدد نشان می‌دهد که بیش از ۸۰ درصد افراد مبتلا به دیابت فعالیت فیزیکی کافی ندارند و کاهش فعالیت بدنی منجر به افزایش مقاومت به انسولین (به‌عنوان یک عامل) مشخص پیشرفت دیابت نوع ۲ محسوب می‌شود (۱۴). دیابت ملیتوس در افزایش قابل توجه میزان مرگ و میر و شدت بیماری نقش دارد که با تشخیص و درمان به موقع می‌توان آن را کاهش داد. هزینه‌های مستقیم پزشکی مانند بستری شدن در بیمارستان، خدمات سرپایی و مراقبت‌های پرستاری در منزل زیاد است و هزینه‌های غیرمستقیم مانند ناتوانی، از دست دادن شغل و مرگ زودرس نیز به همان نسبت بالا است. متوسط هزینه‌های پزشکی افراد مبتلا دو برابر کسانی است که به این بیماری مبتلا نیستند (۱). همانطور که بیان شد دیابت یک بیماری پرهزینه، هم برای مبتلایان و هم برای سیستم مراقبت‌های بهداشتی درمانی به‌حساب می‌آید، لذا شناخت عوامل موثر بر سبک زندگی و تغییر در آنها می‌تواند برای مبتلایان و جامعه مفید باشد. بنابراین برآن شدیم تا در این زمینه پژوهشی با هدف تعیین وضعیت سبک زندگی بیماران دیابتیک نوع ۲ در شهر زابل انجام دهیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی و از نوع مقطعی می‌باشد که جامعه‌ی مورد مطالعه بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی وکلینیک دیابت شهر زابل بود. برای تعیین تعداد نمونه‌های پژوهش با بکار بردن فرمول $n = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} p(1-p)}{d^2}$، در سطح اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای ۵ درصد و میزان سبک زندگی مطلوب ۷۰ درصد در بیماران دیابتی، ۳۲۰ نفر برآورد شد که به‌روش نمونه‌گیری نوع تصادفی ساده جمع آوری گردید. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از، افراد دارای دیابت نوع ۲ و سن ۳۰ سال و بالاتر. ضمناً شرکت‌کنندگان از بین افرادی که به‌طور منظم به مراکز بهداشتی درمانی و کلینیک دیابت مراجعه می کردند انتخاب شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای دو بخشی بود که در بخش نخست ۸ سوال مربوط به مشخصات فردی (سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل و میزان درآمد) و شاخص‌های آنتروپومتریک (قد، وزن، شاخص توده بدنی) ذکر گردیده بود و در بخش دوم ۲۴ سوال در مورد جنبه‌های مختلف سبک زندگی در بیماران دیابتی نوع دوم پرسیده شد.

معیار سنجش سوالات سبک زندگی گویه‌های هرگز، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه بود که امتیاز ۱ تا ۴ به آنها تعلق گرفت و حداقل و حداکثر امتیاز این بخش به‌ترتیب ۲۴ و ۹۶ بود. جهت طبقه‌بندی سبک زندگی بیماران دیابتی به سطوح ضعیف، متوسط و خوب، ابتدا افرادی که در هر قسمت امتیازی بین صفر تا ۳۳ درصد (کمتر از ۴۸ نمره) کسب کرده بودند دارای سطح ضعیف سبک زندگی، افرادی که امتیاز بین ۳۳ تا ۶۶ درصد (بین ۴۸ تا ۷۲ نمره) کسب کرده بودند دارای سطح متوسط سبک زندگی و سپس افرادی که امتیازی بالاتر از ۶۶ درصد (بیشتر از ۷۲ نمره) گرفته بودند دارای سطح خوب در نظر گرفته شدند. روایی و محتوای پرسشنامه، با نظرسنجی از تعدادی افراد خبره و متخصص و همچنین اعضای هیات علمی بررسی و تائید شد. پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۹۱ درصد بدست آمد. مجوز اخلاقی انجام تحقیق به تأیید

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.6.6]

کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زابل بـا ارایـه پروپـوزال اختصاصـی اخذ گردید و به شرکت‌کنندگان در مطالعه اطمینان داده شد کـه اطلاعاتشان به صورت محرمانه حفظ خواهد ماند.

پس از جمع آوری داده‌ها، تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و بر اساس دو بخش آمار توصیفی و استنباطی انجام گرفت . در بخش آمار توصیفی، متناسب با نوع متغیر، جدول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار بکار برده شد. در بخش استنباطی با توجه به نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی براساس آزمون کلموگروف- اسمیرنوف و قضیه حد مرکزی از آزمون‌های پارامتری ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یکطرفه ، پس آزمون توکی و t مستقل و با در نظر گرفتن سطح معنی داری کمتر از ۵ درصد استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که بیشترین فراوانی بیماران دیابتی تیپ دو شرکت‌کننده در مطالعه مربوط به زنان با ۷۱/۹ درصد بود. افراد بین ۴۰ تا ۵۰ سال ۳۵/۹ درصد و افراد زیر ۴۰ سال با ۸/۴ درصد به‌ترتیب بیشترین وکمترین درصد را به خود اختصاص دادند. ۸۷/۲ درصد افراد سابقه بیماری دیابت را در خانواده خود داشته و از نظر میزان تحصیلات اکثرا بی سواد بودند. از لحاظ میزان درآمد، ۱۵ درصد درآمد کمتر از ۵۰۰ هزار تومان، ۴۶/۹ درصد بین ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون تومان و ۳۸/۱ درصد بیشتر از یک میلیون تومان داشتند. ۱۷/۸درصد کارمند و بیشتر افراد بیکار یا خانه دار و دارای شاخص توده بدنی نرمال بودند(جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی و درصد مربوط به مشخصات فردی در بیماران دیابتی نوع ۲

مشخصات فردی		فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۹۰	۲۸/۱
	زن	۲۳۰	۷۱/۹
گروه‌های سنی	کمتر از ۴۰ سال	۲۷	۸/۴
	بین ۴۰ تا ۵۰ سال	۱۱۵	۳۵/۹
	بین ۵۰ تا ۶۰ سال	۹۰	۲۸/۱
	بیشتر از ۶۰ سال	۹۰	۲۷/۵
سابقه بیماری	دارد	۲۷۹	۸۷/۲
	ندارد	۴۱	۱۲/۸
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۱۶۶	۵۱/۹
	ابتدایی	۶۲	۱۹/۴
	دیپلم	۴۹	۱۵/۳
	دانشگاهی	۴۳	۱۳/۴
میزان درآمد	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۴۸	۱۵
	بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون	۱۵۰	۴۶/۹
	بیشتر از یک میلیون	۱۲۲	۳۸/۱
شغل	آزاد	۶۳	۱۹/۷
	کارمند	۵۷	۱۷/۸
	بیکار یا خانه دار	۲۰۰	۶۲/۵
شاخص توده بدنی	کم وزن(کمتر از ۱۸/۵)	۵	۱/۶
	نرمال(۱۸/۵-۲۴/۵)	۱۳۴	۴۱/۹
	اضافه وزن(۲۴/۵-۲۹/۵)	۱۱۸	۳۶/۹
	چاقی درجه۱(۲۹/۵/۵-۳۴/۵)	۴۷	۱۴/۷
	چاقی درجه ۲(بیشتر از ۳۴/۵)	۱۶	۵

میانگین و انحراف معیار سن، شاخص توده بدنی و سبک زندگی بیماران دیابتی به‌ترتیب ۱۰/۱۹ ±۵۳/۸۷، ۴/۴۹ ±۲۶/۶۱ و ۶/۸ ±۷۱/۵۲ می‌باشد. توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب سوالات مربوط به سبک زندگی در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که ، ۵/۶ درصد میان وعده در رژیم غذایی روزانه شان داشته و بخش زیادی از آنها (۵۹/۷ درصد) گاهی اوقات میان وعده‌ها در رژیم غذایی روزانه شان داشته اند. ۳۵/۳ درصد از افراد گاهی اوقات شکر و شیرینی استفاده می‌کرند در حالی‌که ۷/۵ درصد ، هرگز مصرف شکر و شیرینی نداشتند. بخش جزیی از شرکت کنندگان (۰/۶ درصد) بطور مداوم فست فود استفاده نموده و ۶۶/۹ درصد هرگز از فست فود استفاده نکرده بودند.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.6.6]

درصد انتخاب رژیم‌های غذایی کم‌چرب و کم کلسترول توسط شرکت کنندگان به ترتیب گاهی اوقات (۳۶/۹ درصد)، اغلب (۳۳/۱ درصد)، همیشه(۲۳/۴ درصد) و هرگز (۶/۶ درصد) بود. همچنین مصرف گروه‌های غذایی برحسب هرم غذایی در افراد شرکت کننده به‌ترتیب عبارت بود از:

* نان و غلات: گاهی اوقات (۴۸/۸ درصد)، اغلب (۳۴/۱ درصد)، همیشه (۱۰/۹ درصد) و هرگز (۶/۲ درصد)

* سبزی‌ها: گاهی اوقات (۶۹/۶ درصد)، اغلب (۱۶/۹ درصد)، هرگز (۱۱/۶ درصد) و همیشه (۱/۹ درصد)

* میوه‌ها: گاهی اوقات (۶۹/۴ درصد)، اغلب (۲۱/۳ درصد)، هرگز(۸/۴ درصد) و همیشه (۰/۹ درصد)

* شیر و فراورده‌های لبنی: گاهی اوقات (۴۸/۱ درصد)، اغلب (۴۲/۵ درصد)، همیشه(۹/۱ درصد) و هرگز(۰/۳ درصد)

* گوشت و فراورده‌های آن: گاهی اوقات (۵۸/۵ درصد)، اغلب (۳۳/۱ درصد)، همیشه (۵/۶ درصد) و هرگز(۲/۸ درصد).

همچنین درصد کمی از افراد شرکت کننده (۶/۹ درصد) از شرکت‌کنندگان اظهار نمودند که حداقل یکبار در هفته مصرف ماهی داشته در حالی که ۵۹/۱ درصد گاهی اوقات هفته‌ای یکبار در هفته ماهی مصرف نموده بودند و طبق نتایج بدست آمده ۵۵/۶ درصد از شرکت‌کنندگان بطور روزانه صبحانه مصرف کرده بودند. حداقل و حداکثرمیزان افت قندخون در طول یکماه در شرکت‌کنندگان در مطالعه با توجه به نتایج جدول شماره ۲ به‌ترتیب ۵/۳ درصد (همیشه) و ۶۴/۷ درصد (گاهی اوقات) بود.

نتایج حاصل از جدول شماره ۲ بیانگر این امر می‌باشد که ۵۵/۳ درصد از افراد مورد بررسی هرگز فعالیت ورزشی نداشته و تنها ۲/۵ درصد از انها حداقل ۳ بار در هفته به مدت ۲۰ دقیقه و یا بیشتر فعالیت‌های شدید ورزشی داشتند. ضمناً ۵/۶ درصد از شرکت‌کنندگان دارای برنامه منظم ورزشی بودند درحالی‌که قسمت اعظم افراد (۴۴/۷ درصد) هرگز ورزش نمی‌کردند، همچنین تعداد زیادی از شرکت‌کنندگان (۸۵/۶ درصد) بیان کردند که هنگام فعالیت‌های ورزشی ضربان قلب خود را چک نمی کنند.

بررسی حاضرمشخص نمود که ۳۹/۷ درصد از شرکت-کنندگان هرگز از دستگاه تست قندخون خانگی در طول هفته به‌منظور چکاب استفاده نکردند در حالی‌که ۲۴/۴ درصد گاهی اوقات و ۲۴/۱ درصد همیشه قند خونشان را چک می‌کنند. درصد میزان کفایت خواب در افراد مورد مطالعه به‌ترتیب: اغلب (۴۵/۹ درصد)، گاهی اوقات (۴۳/۱ درصد)، همیشه (۸/۸ درصد) و هرگز (۲/۲ درصد) می‌باشد. استفاده از مطالب و یا برنامه‌های تلویزیونی مرتبط با حفظ و بهبود سلامتی بترتیب عبارت بودند از: هرگز (۵۱/۹ درصد)، گاهی اوقات (۳۴/۴ درصد)، اغلب (۱۲/۵ درصد) و همیشه (۱/۳ درصد). درصد توزیع فراوانی افراد در ارتباط با گفتگو با متخصصان در مورد مسائل نگران کننده مربوط به سلامت به ترتیب: گاهی اوقات (۶۹/۴ درصد)، اغلب (۱۸/۱ درصد)، همیشه (۲/۲ درصد) و هرگز (۰/۳ درصد) بود. همچنین ۷۴/۷ درصداز افراد شرکت‌کننده اظهار داشتند که برچسب‌های غذایی را از نظر روغن و سدیم و غیره کنترل نمی‌کنند و فقط تعداد اندکی برچسب‌های مواد غذایی را چک می کردند.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.6.6]

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی افراد دیابتیک مورد بررسی بر حسب سوالات مربوط به سبک زندگی

متغیر	هرگز		گاهی اوقات		اغلب		همیشه	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
از دستگاه تست قندخون خانگی در طول هفته برای چک کردن قند خون استفاده می‌کنم	۱۲۷	۳۹/۷	۷۸	۲۴/۴	۳۸	۱۱/۹	۷۷	۲۴/۱
رژیم غذایی را که کم‌چربی و کم کلسترول باشد، انتخاب می کنم	۲۱	۶/۶	۱۱۸	۳۶/۹	۱۰۶	۳۳/۱	۷۵	۲۳/۴
نشانه های غیر معمولی بیماری را به پزشک یا سایر کارکنان بهداشتی گزارش می کنم	۶	۱/۹	۱۸۲	۵۶/۹	۱۰۵	۳۲/۸	۲۷	۸/۴
برنامه برای ورزش کردن دارم	۱۴۳	۴۴/۷	۱۲۱	۳۷/۸	۳۸	۱۱/۹	۱۸	۵/۶
به قدر کفایت می‌خوابم	۷	۲/۲	۱۳۸	۴۳/۱	۱۴۷	۴۵/۹	۲۸	۸/۸
در طول ماه چندین بار دچار افت قندخون می شوم	۳۵	۱۰/۹	۲۰۷	۶۴/۷	۶۱	۱۹/۱	۱۷	۵/۳
در طول روز ۲ تا ۳ بار میان وعده استفاده می کنم	۱۶	۵	۱۹۱	۵۹/۷	۸۷	۲۷/۲	۲۶	۸/۱
استفاده از شکر و شیرینی‌ها را محدود می کنم	۲۴	۷/۵	۱۱۳	۳۵/۳	۱۲۷	۳۹/۷	۵۶	۱۷/۵
مطالب و یا برنامه های تلویزیونی را در مورد حفظ وبهبود سلامتی می خوانم و می بینم	۱۶۶	۵۱/۹	۱۱۰	۳۴/۴	۴۰	۱۲/۵	۴	۱/۳
حداقل سه بار در هفته به مدت ۲۰ دقیقه یا بیشتر ورزش شدید می کنم(دوچرخه سواری ، پیاده روی سریع و ...)	۱۷۷	۵۵/۳	۱۰۴	۳۲/۵	۳۱	۹/۷	۸	۲/۵
بیشترین حجم غذا را در وعده ی ناهار استفاده می کنم	۱۳	۴/۱	۷۰	۲۱/۹	۱۷۹	۵۵/۹	۵۸	۱۸/۱
معمولا از فست فودها و غذاهای اماده استفاده می کنم	۲۱۴	۶۶/۹	۷۷	۲۴/۱	۲۷	۸/۴	۲	۰/۶
هر روز ۱۱-۶ واحد نان، برنج و ماکارونی می خورم	۲۰	۶/۳	۱۵۶	۴۸/۸	۱۰۹	۳۴/۱	۳۵	۱۰/۹
۲ تا ۴ بار روزمیوه می خورم	۳	۰/۹	۲۲۲	۶۹/۴	۶۸	۲۱/۳	۳۷	۸/۴
روزانه ۳ تا ۵ واحد سبزی می‌خورم	۳۷	۱۱/۶	۲۲۳	۶۹/۷	۵۴	۱۶/۹	۱	۱/۹
در مورد مسائل نگران کننده مربوط به سلامتم با متخصصان بهداشت و درمان گفتگو می کنم	۱	۰/۳	۲۵۸	۷۹/۴	۵۸	۱۸/۱	۷	۲/۲
روزانه ۲ تا ۳ وعده شیر و یا ماست می خورم	۱	۰/۳	۱۵۴	۴۸/۱	۱۳۶	۴۲/۵	۲۹	۹/۱
بدنم را حداقل ماهی یکبار برای نشانه های خطر و تغییرات فیزیکی بررسی می کنم	۱۱	۳/۴	۲۴۵	۷۶/۶	۴۶	۱۴/۴	۱۸	۵/۶
روزانه فقط ۲تا ۳ وعده گوشت قرمز ، مرغ ، حبوبات خشک، تخم مرغ و اجیل مصرف می کنم	۹	۲/۸	۱۸۷	۵۸/۴	۱۰۶	۳۳/۱	۱۸	۵/۶
زمان انجام فعالیت ورزشی ضربان قلبم را چک می کنم	۲۷۴	۸۵/۶	۳۹	۱۲/۲	۷	۲/۲	۰	۰
حداقل یکبار در هفته ماهی مصرف می کنم	۴۱	۱۲/۸	۱۸۹	۵۹/۱	۶۸	۲۱/۳	۲۲	۶/۹
بر چسب مواد غذایی بسته بندی حاوی روغن ها و سدیم مانند کنسروها و غیره را می خوانم	۲۳۹	۷۴/۷	۵۶	۱۷/۵	۱۹	۵/۹	۶	۱/۹
در برنامه های اموزشی در زمینه ی مراقبت بهداشت فردی شرکت می کنم	۱۷۸	۵۵/۶	۱۲۳	۳۸/۴	۱۵	۴/۷	۴	۱/۳
صبحانه می خورم	۰	۰	۳۴	۱۰/۶	۱۰۸	۳۳/۸	۱۷۸	۵۵/۶

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.6.6]

در طبقه‌بندی میزان سبک زندگی در بیماران دیابتی نوع ۲، تعداد ۸ نفر(۲/۵ درصد) دارای سبک زندگی خوب و تعداد ۲۱۸ نفر(۶۸/۱ درصد) دارای سبک زندگی متوسط و تعداد ۹۴ نفر(۲۹/۴ درصد) از سبک زندگی ضعیفی برخوردار بودند(جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: طبقه‌بندی سبک زندگی در بیماران مبتلابه دیابت نوع دو

سبک زندگی	نمره سطوح	فراوانی	درصد
ضعیف	کمتر از ۴۸ امتیاز	۹۴	۲۹/۴
متوسط	بین ۴۸ تا ۷۲ امتیاز	۲۱۸	۶۸/۱
خوب	بیشتر از ۷۲ امتیاز	۸	۲/۵

طبق آزمون t مستقل بین جنسیت، سابقه بیماری با سبک زندگی ارتباط معناداری وجود نداشت($p>0/05$) و براساس آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه بین گروه‌های سنی، شغل، شاخص توده بدنی، میزان تحصیلات و میزان درآمد با سبک زندگی رابطه معناداری مشاهده شد($p<0/05$) به‌طوری که پس آزمون توکی نشان داد سبک زندگی در گروه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال، کارمندان و بیماران با شاخص توده بدنی نرمال و همچنین بیماران با مدرک دانشگاهی و درآمد بالاتر از یک میلیون تومان بالاتر از سایر گروه‌ها بود (جدول شماره ۴).

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.6.6]

جدول شماره ۴: تعیین رابطه بین مشخصات فردی با سبک زندگی در بیماران دیابتی نوع ۲

متغیر		تعداد	میانگین	انحراف معیار	p-value
جنسیت	مرد	۹۰	۵۳/۳۲	۷/۱۸	۰/۳۱۹
	زن	۲۳۰	۵۲/۴۷	۶/۶۵	
سابقه بیماری	دارد	۲۷۹	۵۲/۶۳	۶/۸۳	۰/۵۹۵
	ندارد	۴۱	۵۳/۲۴	۶/۶۸	
گروه سنی	کمتر از ۴۰ سال	۲۷	۵۲/۸۵	۶/۸	
	بین ۴۰ تا ۵۰ سال	۱۱۵	۵۳/۹۳	۷/۶۶	
	بین ۵۰ تا ۶۰ سال	۹۰	۵۳/۱۸	۷/۱۹	۰/۰۴۸
	بیشتر از ۶۰ سال	۹۰	۵۰/۵۹	۴/۴	
شغل	آزاد	۶۳	۵۱/۳۹	۵/۵۳	
	کارمند	۵۷	۶۱/۲۲	۸/۴۱	۰/۰۰۰
	بیکار(خانه دار)	۲۰۰	۵۰/۷۰	۴/۴	
شاخص توده بدنی	کم وزن	۵	۴۷/۸۰	۲/۲۸	
	نرمال	۱۳۴	۵۳/۷۶	۷/۳۱	
	اضافه وزن	۱۱۸	۵۱/۹۷	۶/۱۵	۰/۰۴۵
	چاقی درجه ۱	۴۷	۵۲/۶۵	۷/۴۸	
	چاقی درجه ۲	۱۶	۵۱/۰۶	۴/۰۷	
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۱۶۶	۵۰/۰۸	۳/۹۶	
	ابتدایی	۶۲	۵۱/۵۸	۴/۳	
	دیپلم	۴۹	۵۴/۳۴	۷/۰۸	۰/۰۰۰
	دانشگاهی	۴۳	۶۲/۶۵	۸/۵	
میزان درآمد	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۴۸	۴۷/۷۷	۲/۵۷	۰/۰۰۰
	بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون	۱۵۰	۵۰/۶	۳/۹۲	
	بیشتر از یک میلیون	۱۲۲	۵۷/۲۶	۸/۰۳	

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.6.6]

بحث ونتیجه گیری

نتایج حاصل از مطالعه نشان می‌دهد که اغلب بیماران اظهار کردند که برنامه‌ی منظمی برای ورزش کردن و فعالیت روزانه ندارند. همچنین عدم کفایت خواب در طول شبانه‌روز نیز از عوامل خطر می‌باشد، که اغلب افراد اظهار داشته که به کفایت در شبانه‌روز نمی‌خوابند. دریافت‌های غذایی نامناسب و وعده‌های نامناسب و عدم مصرف مواد غذایی برحسب واحدهای پیشنهادی در اغلب افراد شرکت‌کننده در این بررسی مشاهده می‌شود. همچنین اغلب افراد دقت کافی در برچسب‌های غذایی و اجزای تشکیل‌دهنده مواد غذایی نداشته و عدم شرکت در برنامه‌های آموزشی در زمینه‌ی بهداشت فردی توسط افراد شرکت‌کننده از جمله مواردی بودند که اکثر افراد نسبت به آنها دقت کافی نداشتند. مطالعات در مورد کنترل دیابت نشان می‌دهد که مداخله در تغییر سبک زندگی، افزایش فعالیت فیزیکی و بهبود رژیم غذایی و کاهش وزن خطر پیشرفت دیابت را ۶۰-۳۰ درصد کاهش می‌دهد (۱۵).

راد و همکاران نیز در سال ۱۳۹۳ در بررسی سبک زندگی و تعدیل دیابت در شهر تهران نشان دادند که دیابت به مصرف مواد زیاد قندی بستگی ندارد و چرخه‌ی قندی شدن پروتئین‌ها با قدرت فراتر از قند توسط مواد اکسایشی و رادیکال‌های آزاد اتفاق می‌افتد (۶). Knowler و همکاران نیز نشان دادند که تغییر در سبک زندگی و استفاده از متفورمین هر دو شیوع دیابت را کاهش می‌دهند، اما نتیجه‌ی تحقیقات آنها نشان داد که تغییر در سبک زندگی در کنترل دیابت نوع ۲ مؤثرتر از مصرف داروی کاهنده‌ی قندخون می‌باشد (۱۶). Tuomilehto و همکاران بیان نمودند که با تغییر در سبک زندگی و فاکتورهای خطر می‌توان بهتر بیماری دیابت را کنترل نمود (۱۷). Klein و همکاران نیز بیان نمودند که اضافه وزن و چاقی مرتبط با دیابت نوع ۲ می‌باشد و از دست دادن وزن یک استراتژی درمانی مهم برای این افراد به حساب می‌آید (۱۸). در مطالعه‌ی حاضر مشخص شد که بخش اندکی از بیماران (۸/۸ درصد) دارای کفایت خواب بوده و از سویی نتایج مطالعه میرزایی و همکاران بیانگر توجه بیشتر به کمیت و کیفیت خواب بوده زیرا در پیشگیری از بروز دیابت می‌تواند موثر باشد (۱۹). به‌وضوح در توصیه‌های رژیمی که به بیماران دیابتی می‌شود یادآوری می‌گردد که وعده‌های غذایی را به‌طور معمول داشته و هرگز وعده‌ای را از رژیم غذایی‌شان حذف نکنند. در پژوهش اخیر همانطور که بیان شد ۵۵/۶ درصد از افراد وعده‌ی صبحانه را به طور روتین در برنامه‌ی غذایی خود داشتند، مقایسه‌ی نتایج حاصل از این مطالعه با نتایج حاصل از مطالعه‌ی Frandsen & Kristensen نشان داد که تعداد افرادی که به‌طور منظم صبحانه می‌خوردند کمتر بود (۸۱ درصد در مقایسه با ۵۵/۶ درصد) و این امر شاید به دلیل عدم آگاهی افراد از نقش و اهمیت وعده‌های غذایی منظم داشتن برای صرف غذا در جهت کنترل بیماری باشد (۱۲). در مطالعه حاضر میانگین سن، شاخص توده ی بدنی و سبک زندگی افراد مورد بررسی به‌ترتیب ۵۳/۸ و ۲۶/۶ و ۵۲/۷ بود. براساس امتیازات بدست آمده از سبک زندگی مشخص شد که اکثر افراد شرکت‌کننده دارای سبک زندگی متوسط (۶۸/۱ درصد) و ۲۹/۴ درصد دارای سبک زندگی نامطلوب و تنها ۲/۵ درصد دارای سطح زندگی مطلوب بودند.

در پژوهش شجاعی زاده و همکاران، که به مقایسه‌ی عوامل موثر بر سبک زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ با افراد سالم پرداختند، نتایج آنالیز آماری نشان داد که ارتباط آماری معنی‌داری بین میزان فعالیت فیزیکی، میزان مقابله در برابر استرس، نوع تغذیه و مصرف سیگار و بیماری دیابت وجود دارد ($p<0.0001$). همچنین در این بررسی ارتباط آماری معنی‌داری بین دیابت نوع ۲ با متغیرهای دموگرافیک شامل وضعیت تاهل، وضعیت اجتماعی و اقتصادی مشاهده نشد ($p>0.05$) (۲۰). در مطالعه ی صداقتی کسبخی نشان داده شد که اکثریت افراد دیابتیک در محدوه ی سنی ۴۹-۴۰ سال بودند و ۸۷/۱ درصد از

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.6.6]

افراد دارای درآمد کمتر از ۲۰۰ هزار تومان بوده و ۴۲/۷ درصد از آنها بی‌سواد و اکثریت بیماران دیابتیک (۳۴/۳ درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم می‌باشند (۲۲،۲۱) در مطالعه‌ی Risérus و همکاران در سال ۲۰۰۹ نشان داده شد که جایگزین کردن اسیدهای چرب غیراشباع (اسیدهای چرب با یک پیوند دوگانه و یا با چند پیوند دوگانه) به جای اسیدهای چرب اشباع اثر سودمندی بر حساسیت انسولینی دارد و احتمالاً سبب کاهش دیابت نوع ۲ می‌گردد که در بین این اسیدها، اسید چرب غیراشباع لینولئیک (اسید چرب امگا ۶) در بهبود حساسیت به انسولین موثرتر است و بر این اساس پیشنهاد می کنند که غذاهای غنی از اسیدهای چرب غیر اشباع از قبیل مغزها و دانه‌ها بایست جایگزین غذاهای حاوی اسیدهای اشباع شده (از قبیل گوشت و محصولات لبنی پرچرب) شوند (۲۳). ضمناً پیشنهاد نمودند که مصرف روزانه‌ی روغن‌های هیدروژنه نیز بایست به حداقل برسد.در مطالعه بیات و همکاران در سال ۱۳۹۱ با هدف تعیین اثر بخشی برنامه‌های آموزشی بر بهبود سبک زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ که در شهر تهران انجام شد نشان داده شد که برنامه آموزشی تاثیر مثبتی بر افزایش میانگین نمره‌ی ابعاد آگاهی، نگرش و عملکرد در دو بعد انجام فعالیت فیزیکی و رعایت رژیم غذایی درگروه مداخله داشته است، که این افزایش از نظر آماری معنی‌دار بود ($p< ۰/۰۰۱$). نتایج این بررسی اهمیت آموزش ابعاد مختلف سبک زندگی مانند رژیم غذایی مناسب و انجام فعالیت فیزیکی را در بهبود آگاهی و نگرش و عملکرد بیماران که در مجموع منجر به بهبود سبک زندگی آنها می‌شود را تأئید می‌نماید (۲۴). مطالعه‌ی تقی زاده و همکاران نیز بر روی بیماران دیابتی نوع ۲ نشان داد که برنامه آموزشی سبب افزایش دانش و عملکرد بیماران دیابتی نوع ۲ در زمینه عادات تغذیه و فعالیت جسمانی شده و نتایج حاصل از پژوهش آنها نشان داد که آموزش بهداشت و اصلاح رفتار در سبک زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ موثر بوده است (۲۵).

هدف از تغییر سبک زندگی کاهش دریافت انرژی و افزایش فعالیت فیزیکی است که برای درمان اضافه وزن و چاقی در بیماران دیابتیک نوع ۲ کاربرد دارد. این امر سبب بهبود حساسیت انسولینی بافت‌ها و کنترل میزان قندخون در این بیماران می‌شود، لذا برای این افراد که در معرض خطر می باشند کاهش دریافت انرژی همراه با افزایش فعالیت فیزیکی در پیشگیری و یا پیشرفت بیماری موثر می‌باشد. تغییر در دریافت مواد مغذی که می تواند اثرات سوء بر سلامت افراد داشته باشد و از سویی بتوان با جایگزین کردن آن با آن دسته از مواد مغذی که در تعدیل بیماری تاثیرگذار باشد نیز از راهکارهای دیگری است که می‌تواند در کنترل بیماری نقش مهمی را ایفا کند. برای مثال مصرف میوه‌ها و سبزی از سویی، و جایگزین کردن اسیدهای چرب غیراشباع (اسیدهای چرب با یک پیوند دوگانه و یا با چند پیوند دوگانه) به جای اسیدهای چرب اشباع می‌تواند اثر سودمندی بر حساسیت انسولینی داشته باشد و احتمالا سبب کاهش دیابت نوع ۲ گردد. در بین این اسیدها، اسید چرب غیراشباع امگا ۶ در بهبود حساسیت به انسولین موثرتر بوده و بر این اساس پیشنهاد می‌گردد که غذاهای غنی از این اسیدهای چرب غیراشباع از قبیل مغزها و دانه‌ها بایست جایگزین غذاهایی از قبیل گوشت و محصولات لبنی پرچرب شوند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پروژه کارشناسی با کد اخلاق ZBMU.1.REC.1395.61 در دانشگاه علوم پزشکی زابل می باشد. بدین‌وسیله نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از حمایت مسئولین دانشگاه علوم پزشکی زابل و کسانی که در انجام این پروژه یاری رساندند قدردانی نماید.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.6.6]

References

1. Zarati M, Darafshi S, Javadi F, Darvish Damavandi R, Shadanian M, Javadi F, et al. Krausė s Food & the Nutrition Care Process.13th ed. Tehran: Pouran Pajuhesh; 2012. [Persian]

2. Iranian National Committee for NCDs Prevention and Control June, 2015. National Action Plan for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases and the Related Risk Factors in the Islamic Republic of Iran. [Persian]

3. Okonta HI, Ikombele JB, Ogunbanjo GA. Knowledge, attitude and practice regarding lifestyle modification in type 2 diabetic patients. Afr J Prm Health Care Fam Med. 2014; 6(1): 1-6.

4. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas, sixth edition [document on the Internet]. c2013 [cited 2014 Jan 25]. Available from: http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf

5. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and Projections for 2030. Diabetes Care. 2004; 27(5): 1047-53.

6. Behnam Rad M, Taghavi F, Movahedi A. The role of lifestyle in modifying of Diabetes. Science Cultivation Journal. 2015; 5(1): 12-21. [Persian]

7. Kelishadi R, Ardalan G, Gheriratmand R, Adeli K, Delavar A, Majdzadeh R, et al. The Caspian study Group, Peadiatric Metabolic Syndrome and associated anthropometric indices: The Caspian study. Acta Pediatr. 2006; 95(12): 1625-34.

8. Esteghamati A, Gouya MM, Abbasi M, Delavari A, Alikhani F, Alaedini F, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in the adult population of Iran. National survey of risk factors for non-communicable disease of Iran. Diabetes Care. 2008; 31(1): 96-8.

9. Raji M. Survey of lifestyle in Diabetic patients and some effective factors after hearing their disease in Minoo Health Center [Dissertation in M.P.H Degree]. Iran: Qazvin University of Medical Sciences; 2014. [Persian]

10. Baghiani Moghadam MH, Afkhami Ardakani M, Mazloumi SS, Saeedi Zadeh M. Survey of quality life in patients with type II Diabetes. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2006; 14(4): 49-54. [Persian]

11. Deyo RA. The quality of life and research and care. Ann Int Med. 2005; 7(1): 29-33.

12. Frandsen KB, Kristensen JS. Diet and lifestyle in type 2 diabetes: The patent's perspective. Practical Diabetes Int. 2002; 19(3): 77-80.

13. Hu G, Rico-Sanz J, Lakka TA, Tuomilehto J. Exercise, genetic and prevention of type 2 diabetes. Essays Biochem. 2006; 42:177-92.

14. Jalilian F, Zinat Motlagh F, Solhi M. Effectivness of education program on increasing self-management among patients with type II Diabetes. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2012; 20(1): 26-34. [Persian]

15. Edwardson CL, Gray LJ, Yates T, Barber SR, Khunti, Davies MJ. Detection and early lifestyle intervention in those at

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.6.6]

risk of type 2 diabetes. EMJ Diabetes. 2014; 2: 48-57.

16. Knowler WC, Barrett-connor E, Fowler SE, Hamman FR, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in incidence of type 2 diabetes with life style intervention or metoformin. NEngl J Med. 2002; 346(6): 393-403.

17. Tuomilehto J, Lindström J, Erikson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Lanne- Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in life style among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med. 2001; 344(18): 1343-50.

18. Klein S, SheardN, Pi-Sunyer X, Daly A, Wylie-Rosett J, Kulkarni K, et al. Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type diabetes: Rational d strategies. A statement of the American Diabetes Association, The North American Association for study of obesity, and the American Society for Clinical Nutrition. Am J Clin Nutr. 2004; 80(2): 257-63.

19. Mirzaei M, Akbari Z, Fallahzadeh H. The relationship between sleep quantity and quality and the incidence of diabetes mellitus. Feyz. 2015; 19(5): 430-7. [Persian]

20. Shojaeizadeh D, Estebsari F, Aezam K, Batebi A, Mostafaei D. Comparison of Diabetes Type II Patients Life Style Effective Factors With That of Healthy People. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Science. 2008; 16(2): 71-9. [Persian]

21. Sedaghati Kasabkhi M, Ehsani M, Qanbari A. Comparative between quality of life in type 2 diabetic patients with non-diabetic patients. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2007; 9(5): 55-60. [Persian]

22. Saadatjoo S, Rezvanee M, Tabyee S, Oudi D. Life quality comparison in type 2 diabetic patients and none diabetic persons. Mod Care J. 2012; 9(1): 24-31. [Persian]

23. Risérus U, Willet WC, Hu FB. Dietary fats and prevention of type 2 diabetes. Prog lipid res. 2009; 48(1): 44-51.

24. Bayat F, Shojaeizadeh D, Hossaini SM, Sadeghi R, Tol A. Effectiveness of educational program on lifestyle modification among type II Diabetic Patients. Journal of Health Systematic Research. 2013; 8(7): 1235-44. [Persian]

25. Taghi Zadeh E, Bighli Z, Mohtashami T. Effectiveness of educational program on lifestyle modification among type II Diabetic patients. Health Psychology. 2014; 3(1): 20-40. [Persian]

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.6.6]

Journal of Diabetes Nursing
pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

Received: 2017/11/11
Accepted: 2017/12/21
volume **5** number **4** p:**307-319**

Survey of Life Style Status in Type II Diabetic Patients in Zabol, 2016

Khoushabi Fahimeh[1], Latif Rahil[2], Shadan Mohammad Reza[3], **Bagheri Somayeh[4]***

1. Assistant Professor, Department of Nutrition, School of Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
2. Student, Student Research Committee, Department of Nutrition, School of Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
3. Assistant Professor, Clinical Immunology Research Center, Department of Nutrition, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
4. Instructor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran.

***Corresponding Author**: Somayeh Bagheri, Zabol University of Medical Sciences Email: **Sbagheri_63@yahoo.com**

Abstract

Introduction: Type II diabetes is a serious disease and a major health concern. This type of diabetes and its complications pose a considerable burden not only on patients and their families, but also on health care systems. Type II diabetes is the leading cause of premature death. If improperly managed, it can lead to a number of health problems, including cardiovascular diseases, cerebrovascular accident, renal disease, blindness, nerve damage, leg or foot amputation, and death. Behavioral change and adoption of a healthy lifestyle can help prevent or hinder the complications of type II diabetes. Since the knowledge and practice of healthy lifestyle are inadequate in most diabetic patients, we sought to design a study to determine the lifestyle status of type II diabetic patients in Zabol, Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted among 320 type 2 diabetic patients who were selected using the simple random sampling method. The required information was gathered by using a questionnaire consisting of two parts. To analyze the data, independent t-test, One-way ANOVA, and Tukey's post hoc were run in SPSS.

Results: Of the 320 participants, 28.1% were males and 71.9% were females. The mean age and body mass index (BMI) of the subjects were respectively 53.87±10.19 years and 26.61±4.49 kg/m2. The associations of gender and disease history with life style were not significant (P>0.05). However, the relationships of age group, occupation, BMI, educational level, and income status with lifestyle were significant (P<0.05). Classification of the participants based on their lifestyle was as follow: poor (29.4%), moderate (68.1%), and good (2.5%).

Conclusion: Lifestyle intervention is a simple and cost-effective approach for the prevention of type 2 diabetes and hindering its progression in pre-diabetes patients. Thus, physical activity and exercise, along with change in dietary habits should be integrated into diabetes treatment and prevention plans.

Keywords: Lifestyle, Type II diabetes, Diabetic patients

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: Khoushabi F, Latif R, Shadan M R, Bagheri S. Survey of Life Style Status in Type II Diabetic Patients in Zabol, 2016. J Diabetes Nurs. 2017; 5 (4) :307-319

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.4.6.6]