

## بررسی تاثیر بکارگیری مدل فراتئوری پیرامون فعالیت‌های فیزیکی، بر شاخص‌های سلامتی بیماران دیابتی نوع ۲

شهلا محمدزاده<sup>۱</sup>، اسدالله رجب‌آبادی<sup>۲</sup>، محمود محمدی<sup>۳</sup>، فاطمه عدیلی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> مریبی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

<sup>۲</sup> رئیس انجمن دیابت ایران، متخصص داخلی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

<sup>۳</sup> دانشیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۴</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

### چکیده

**سابقه و هدف:** در حال حاضر، ۳-۵ درصد جمعیت کشور ما (حدود ۳ میلیون نفر) به دیابت مبتلا هستند. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر بکارگیری مدل ترانس تئوری پیرامون فعالیت‌های فیزیکی، بر برخی شاخص‌های سلامتی (قند خون، شاخص توده بدنی، چربی خون، تعداد ضربان قلب، فشار خون و هموگلوبین گلیکولیزه خون) بیماران دیابتی نوع ۲ در سال ۱۳۸۵ انجام شد.

**روش بررسی:** این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی (قبل و بعد) بود که بر روی ۳۲ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ تحت پوشش انجمن دیابت ایران با روش نمونه‌گیری غیراحتمالی (آسان) انجام شد. اطلاعات پیرامون شاخص‌های سلامتی، میزان فعالیت‌های فیزیکی و مرحله ورزشی بر طبق الگوی ترانس تئوری واحدهای مورد پژوهش، در قبل و ۱/۵ و ۳ ماه بعد از آموزش به وسیله پرسشنامه، مصاحبه و مشاهده جمع‌آوری گردید.

**یافته‌ها:** مرحله ورزشی افراد تحت پژوهش، بر اساس مدل ترانس تئوری، بعد از سه ماه آموزش بهبود یافت و اکثر افراد از مرحله آمادگی به مرحله تثبیت رسیدند. مقایسه کیفیت ورزش واحدهای مورد پژوهش، نشانگر بهبود کیفیت انجام حرکات ورزشی افراد بعد از سه ماه آموزش بود ( $P < 0.05$ ). شاخص‌های میزان قند خون ناشتا، هموگلوبین گلیکولیزه خون، تری گلیسیرید و لیپوپروتئین با دانسیته کم، در طی سه ماه بعد از آموزش تغییر معنی‌داری را نشان داد ( $P < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش نشان می‌دهد که آموزش در زمینه فعالیت‌های فیزیکی بر اساس مدل ترانس تئوری در مرحله ورزشی آنها (از مرحله آمادگی به مرحله تثبیت) و نیز بهبود شاخص‌های سلامتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ موثر است. لذا انجام فعالیت‌های فیزیکی در جهت کنترل شاخص‌های سلامتی این بیماران توصیه می‌شود.

**واژگان کلیدی:** مدل فراتئوری، فعالیت‌های فیزیکی، شاخص‌های سلامتی، دیابت نوع ۲.

### مقدمه

۶۵۰۰۰ مورد جدید دیابت در ایالات متحده تشخیص داده می‌شوند (۱).

دیابت مهم‌ترین علت نابینایی اخیر در بین افراد ۲۵ تا ۷۴ سال و مهم‌ترین علت قطع غیر تروماتیک اندام، در ایالات متحده آمریکا می‌باشد (۲). ۳۰ درصد افرادی که هر سال به جمع بیماران تحت درمان با دیالیز اضافه می‌شوند، دیابتی هستند. دیابت سومین علت مرگ ناشی از بیماری است که

حدود ۱۵ میلیون بیمار دیابتی در ایالات متحده وجود داردند که ۵ میلیون از آنها تشخیص داده نشده‌اند. هر سال تقریباً

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد تهران، واحد پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامائی،

نظامه عدیلی (email: adili@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۵/۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱۱/۲۲

موقع از آن تنها در دوره‌های حاد مثل جراحی یا نا خوشی نیاز پیدا می‌کنند (۱۳).

سالهای طولانی است که ورزش به همراه رژیم غذایی و درمان دارویی به عنوان ۳ رکن اساسی در درمان و بهبود دیابت نوع ۲ شناخته شده است. بی هزینه بودن ورزش و نداشتن عوارض درمان دارویی موجب شده که تحرک بدنی و انجام کامل فعالیت‌های روزانه، بیشتر در معرض توجه قرار بگیرد (۱۴). در مطالعه‌ای که در بریتانیا صورت گرفت، انجام فعالیت‌های ورزشی جهت بهبود کنترل قندخون و نیز کاهش عوامل خطر قلبی-عروقی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ پیشنهاد شد (۱۵). اصفهانی در سال ۱۳۸۱، در نتایج پژوهش خود اعلام داشت که انجام حرکات منظم ورزشی در بیماران مبتلا به دیابت باعث می‌شود تا بیماران از عوارض قلبی و عروقی دیابت در امان باشند (۱۶). در مطالعه شاکری، انجام حرکات ورزشی مستمر در بیماران دیابتی باعث کاهش میزان قند خون و چربی‌های خون آنان شد (۱۷).

بر اساس نتایج تحقیق جکسون در سال ۲۰۰۷ در انگلیس، برپایی جلسات مشاوره فرد به فرد از سوی پرستاران و تیم درمانی در زمینه انجام حرکات ورزشی به همراه جزوای آموزشی، تاثیر بیشتری نسبت به ارایه کتابچه‌های راهنمای ورزش، در خصوص تغییر میزان سطح فعالیت‌های بدنی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ داشت (۱۸). انجام ورزش بر طبق الگویی منظم و مشخص، باید بخشی از استراتژی کلی درمان بیماران دیابتی نوع ۲ را تشکیل دهد. الگوی ترانس تئوری یکی از مدل‌های تغییر رفتار است که بر اساس آن می‌توان برنامه‌های ورزشی بیماران دیابتی را منظم و هدفدار اجرا کرد (۱۹). در این مدل که یک مدل تغییر رفتار است، فرد خودآگاهانه قصد دارد رفتارش را تغییر دهد (۲۰). این الگو باعث می‌شود که افراد بیشتر پیرامون رفتارهای قبلی شان فکر کنند و بخواهند رفتار جدیدی را در خود بوجود آورند (اصلاح یا تغییر رفتار قبلی) (۲۱). مراحل این مدل شامل مرحله قبل از تفکر، مرحله تفکر، مرحله آمادگی، مرحله عمل و مرحله تثبیت می‌باشد. با این روش، قبل از شروع ورزش می‌توان مرحله و کیفیت ورزش فرد را بررسی نموده و بعد از آموزش، اثربخشی مداخله ورزشی را بررسی کرد و به فرد یاد داد که چگونه روالی منطقی را جهت ادامه فعالیت‌های فیزیکی داشته باشد (۲۲).

بنابراین، این مطالعه با هدف تعیین تاثیر بکارگیری مدل ترانس تئوری پیرامون فعالیت‌های فیزیکی، بر برخی شاخص‌های سلامتی (قند خون، شاخص توده بدنی، چربی

عدمتاً به دلیل شیوع بیشتر بیماری عروق کرونر در میان دیابتی‌ها می‌باشد (۳).

هزینه‌های مربوط به دیابت اعم از هزینه‌های مستقیم و مراقبت‌های طبی و هزینه‌های غیر مستقیم مربوط به معلولیت‌ها و مرگ زود هنگام، حدود ۹۹ میلیارد دلار در سال تخمین زده می‌شود (۴).

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، با افزایش جمعیت شیوع دیابت از ۴ درصد در سال ۱۹۹۵ به  $5/4$  درصد در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید و تعداد کل افراد مبتلا به دیابت ۱۲۲ درصد افزایش خواهد داشت (۵). در حال حاضر ۳-۵ درصد جمعیت کشور ما (حدود ۳ میلیون نفر) به دیابت مبتلا هستند و اگر پیش‌بینی‌های غیررسمی کارشناسان مبنی بر ۳ برابر شدن تعداد بیماران ظرف ۱۵ سال آینده به واقعیت منجر شود، در سال ۱۳۹۹ جمعیت بیماران دیابتی ایران ۹ میلیون نفر خواهد بود (۶). علاوه بر آن، حداقل ۴ میلیون نفر از جمعیت کشور و بنا بر یک اظهار نظر حدود ۶ میلیون نفر در معرض ابتلا به این بیماری قرار دارند (۷).

رژیم غذایی، ورزش و درمان دارویی اساس درمان دیابت می‌باشد (۸). با توجه به ارتباط علمی بین مقاومت نسبت به انسولین با چاقی، یکی از اقدامات اولیه در درمان دیابت نوع ۲، کاهش وزن می‌باشد (۹). رژیم درمانی در مورد بیماران دیابتی اهداف زیر را دنبال می‌کند: تامین تمام اجزای اصلی غذا (ویتامین‌ها و املاح معدنی)، دستیابی به وزن مناسب و حفظ آن، تامین انرژی مورد نیاز، پیشگیری از بروز تغییرات شدید در غلظت گلوکز خون و نزدیک کردن آن به حدود طبیعی تا حد امکان (بدون افزایش احتمال هیپوگلیسمی)، کاهش سطح سرمی چربی‌ها (در صورت بالا رفتن آنها) (۱۰).

ورزش باعث کاهش قند خون و عوامل خطر قلبی-عروقی می‌شود. همچنین در بهبود کارایی انسولین نقش مهمی دارد و با افزایش برداشت گلوکز توسط عضلات و بهبود عملکرد انسولین، سطح قند خون را پایین می‌آورد. به علاوه جریان خون و تون عضلات را نیز بهبود می‌بخشد (۱۱). ورزش همچنین می‌تواند از ابتلا به عوارض درازمدت دیابت جلوگیری کند. لذا ورزش کردن به عنوان یکی از روش‌های درمانی در بیماران مبتلا به دیابت، توصیه شده است (۱۲).

در صورتی که رژیم غذایی و ورزش در کنترل غلظت گلوکز خون ناموفق باشند، تجویز داروهای ضد دیابتی خوارکی ممکن است ضرورت یابد. در بعضی از بیماران، انسولین به تنها یک همراه داروهای خوارکی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بعضی از بیماران به استفاده مداوم از انسولین و عده‌ای دیگر به استفاده

جدول ۱- فراوانی شاخص‌های سلامتی غیر طبیعی، قبل از شروع آموزش ۱/۵ ماه و ۳ ماه بعد از آموزش در سال ۱۳۸۵

P-value <sup>§</sup>	سه ماه بعد از آموزش	یک و نیم ماه بعد از آموزش	قبل از آموزش	شاخص توده بدنی
۰/۵	۲۰ (۶۲/۵)	۱	۲۲ (۶۸/۸)	۲۲ (۶۸/۸) <sup>‡</sup>
<۰/۰۰۱	۵ (۱۵/۶)	۰/۱۳	۲۰ (۶۲/۵)	۲۶ (۸/۱۳)
۰/۰۰۱	۹ (۲۸/۱)	۰/۰۷	۱۴ (۴۳/۸)	۲۰ (۶۲/۵)
۰/۰۰۴	۴ (۱۲/۵)	۰/۰۶	۸ (۲۲/۹)	۱۳ (۴۰/۶)
<۰/۰۰۱	۵ (۱۵/۶)	۰/۰۰۲	۱۰ (۳۱/۳)	۲۲ (۶۸/۸)
۰/۰۱۲	۱۵ (۴۶/۹)	۱	۱۸ (۵۶/۳)	۱۹ (۵۹/۴)
۰/۲۵	.	۰/۶۳	۱ (۳/۱)	۳ (۹/۴)
۰/۱۲۵	۲ (۶/۳)	۰/۵	۶ (۱۸/۸)	۸ (۲۲/۹)

\* مقایسه شاخص‌های سلامتی غیر طبیعی قبل از شروع آموزش و ۱/۵ ماه بعد از آموزش

◊ مقایسه شاخص‌های سلامتی غیر طبیعی قبل از شروع آموزش و ۳ ماه بعد از آموزش

‡ اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

یکی از ابزارهای گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ای بود که در چندین مرحله، اطلاعات حاصل از مصاحبه (پیرامون خصوصیات بیماری و میزان انجام فعالیت‌های فیزیکی)، مشخصات دموگرافیک بیماران و گزارشات پرونده در آن ثبت می‌شد. قسمتی از اطلاعات توسط مصاحبه حضوری چهره به چهره و پیگیری‌های تلفنی و مراجعات حضوری بیماران در قبل از آموزش، ۱/۵ و ۳ ماه بعد از آموزش اخذ شد. تعداد ضربان قلب، میزان فشار خون و شاخص توده بدنی افراد مورد مطالعه، پیش از شروع مداخله، ۱/۵ ماه بعد و ۳ ماه پس از آن، اندازه‌گیری و در پرسش‌نامه وارد شد. همچنین، پیش از شروع مداخله ورزشی، ۱/۵ ماه بعد و ۳ ماه پس از آن، آزمون‌های آزمایشگاهی شامل اندازه‌گیری و مقایسه میزان قند خون، چربی‌های خون و هموگلوبین گلیکولیزه خون انجام گرفت. نحوه انجام حرکات ورزشی آموزش داده شده در ۳ مرحله (حين آموزش، يك و نيم ماه و سه ماه بعد از مداخلات آموزشی) مورد مشاهده قرار گرفت. سپس کیفیت انجام حرکات ورزشی و مرحله‌ای که فرد بر اساس مدل ترانس تئوری قرار داشت، در چک لیست مشاهده انجام حرکات ورزشی بیماران ثبت شد. قبل از شروع آموزش حرکات ورزشی، بیماران توضیحاتی در زمینه اهمیت و تاثیر ورزش بر درمان بیماری دیابت نوع ۲ به صورت سخنرانی دریافت کردند. علاوه بر آن دفترچه‌های مصور آموزشی حاوی اطلاعاتی در زمینه چگونگی انجام ورزش و تصاویر شماتیک روش انجام هر حرکت و ترتیب انجام آنها در اختیار آنان قرار گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. فراوانی شاخص‌های سلامتی غیر طبیعی در سه زمان قبل از شروع آموزش و ۱/۵ و ۳ ماه بعد از آموزش با آزمون آماری مک نمار مقایسه شد. جهت مقایسه کیفیت ورزش بیماران در

خون، تعداد ضربان قلب، فشار خون و هموگلوبین گلیکولیزه خون) بیماران دیابتی نوع ۲ صورت گرفت.

## مواد و روشها

در این پژوهش نیمه نیمه تجربی (قبل و بعد)، ۳۲ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ تحت پوشش انجمن ایلان به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی (آسان) انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: ۱- مبتلا به دیابت نوع ۲ و عضو انجمن دیابت ایران با مراجعه منظم به انجمن. ۲- فقط کمتر از ۲ سال از تشخیص ابتلای آنان به دیابت نوع ۲ گذشته باشد. ۳- وابسته به انسولین. ۴- حداقل در دو شاخص سلامتی (قند خون، شاخص توده بدنی، چربی خون)، تعداد ضربان قلب، فشارخون و هموگلوبین گلیکولیزه خون) دارای وضعیت غیر طبیعی (افراش) بودند. ۵- بر طبق الگوی ترانس تئوری، در مرحله ۳ (آمادگی) و یا ۴ (عمل) قرار داشتند. ۶- سن ۳۰-۵۰ سال. ۷- جنس زن. ۸- تمایل به شرکت در پژوهش.

در صورت وجود موارد زیر بیماران از مطالعه حذف می‌شوند: ۱- بیماران روانی و یا با سابقه درمان‌های روانی. ۲- افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ که دارای عوارض قلبی و عروقی بودند (ابتلا به مشکلات قلبی-عروقی مانع از شرکت آنان در فعالیت‌های فیزیکی می‌شود). ۳- افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ که مشکل زخم پا داشتند. ۴- افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ که دارای بیماری دیگری به همراه دیابت بودند (مانند سرطان، آرتریت روماتوئید و کمردردهای مزمن). ۵- افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ که خود به طور منظم، ورزش می‌کردند.

جدول ۲- مقایسه کیفیت ورزش قبل از شروع آموزش و یک و نیم ماه بعد از آموزش در سال ۱۳۸۵

P-Value	یک و نیم ماه بعد از آموزش						قبل از آموزش					
	بد (+)	بد (-)	متوسط (۱)	خوب (۲)	عالی (۳)	بد (+)	بد (-)	متوسط (۱)	خوب (۲)	عالی (۳)	بد (+)	بد (-)
.۰/۰۰۱	.	.	۱۶ (۵۰)	۱۶ (۵۰)	.	.	۳ (۱۰)	۲۱ (۶۵)	۸ (۲۵)*	حرکت تاب دادن بازو ها		
.۰/۰۰۳	.	.	۱۸ (۵۷)	۱۴ (۴۳)	.	.	۳ (۱۰)	۲۱ (۶۵)	۸ (۲۵)	حرکت تاب دادن پاها		
.۰/۰۱۴	.	.	۱۷ (۵۳)	۱۵ (۴۷)	.	.	۲ (۶)	۲۲ (۶۹)	۸ (۲۵)	حرکت تاب دادن بازوها و خم و راست نمودن پاها		
<۰/۰۰۰۱	.	.	۲ (۶)	۳۰ (۹۴)	.	.	.	۸ (۲۵)	۲۴ (۷۵)	حرکت راه رفتن در جا		
<۰/۰۰۰۱	.	.	۴ (۱۲)	۲۸ (۸۸)	.	.	.	۱۸ (۵۶)	۱۴ (۴۴)	حرکت دم و بازدم عمیق		
<۰/۰۰۰۱	.	۳ (۹)	۱۱ (۳۵)	۱۸ (۵۶)	۳ (۹)	۳ (۹)	۱۷ (۵۴)	۹ (۲۸)	حرکت بالا کشیدن بدنه طور متناوب			
<۰/۰۰۰۱	.	.	۱۱ (۳۵)	۲۱ (۶۶)	.	.	۴ (۱۲)	۱۶ (۵۰)	۱۲ (۳۸)	حرکت چرخاندن مج دست به چپ و راست		
<۰/۰۰۰۱	.	۲ (۶)	۱۳ (۴۱)	۱۷ (۵۳)	۴ (۱۲)	۵ (۱۶)	۱۷ (۵۳)	۶ (۱۹)	حرکت بالا و پایین بردن آرام شانه ها			
.۰/۰۰۱	.	۳ (۹)	۱۳ (۴۱)	۱۶ (۵۰)	۵ (۱۶)	۵ (۱۶)	۱۵ (۴۶)	۷ (۲۲)	حرکت حرکت فنری دستها به سمت عقب			
.۰/۰۰۱	.	.	۱۰ (۳۱)	۲۲ (۶۹)	.	۱ (۳)	۱۹ (۵۹)	۱۲ (۳۸)	حرکت جلو بردن کمر به آرامی			
<۰/۰۰۰۱	.	۵ (۱۶)	۱۹ (۵۹)	۸ (۳۵)	۳ (۹)	۶ (۲۰)	۱۹ (۵۹)	۴ (۱۲)	حرکت دوران بالا تنہ به چپ و راست			
<۰/۰۰۰۱	.	.	۱۳ (۴۱)	۱۹ (۵۹)	.	۵ (۱۶)	۱۹ (۵۹)	۸ (۲۵)	حرکت چرخش بالا تنہ به چپ و راست			
<۰/۰۰۰۱	.	۲ (۶)	۱۶ (۵۰)	۱۴ (۴۴)	۴ (۱۲)	۸ (۲۵)	۱۴ (۴۴)	۶ (۱۹)	حرکت دوران بالا تنہ به چپ و راست			
<۰/۰۰۰۱	.	۲ (۶)	۱۳ (۴۰)	۱۷ (۵۴)	۴ (۱۲)	۴ (۱۲)	۱۷ (۵۴)	۷ (۳۲)	حرکت حم کردن بالا تنہ به طرفین			
<۰/۰۰۰۱	.	۲ (۶)	۱۲ (۳۸)	۱۸ (۵۶)	۴ (۱۲)	۵ (۱۵)	۱۷ (۵۴)	۶ (۱۹)	حرکت باز کردن پاها و خم کردن بالا تنہ به آرامی			
<۰/۰۰۰۱	.	۲ (۶)	۱۲ (۳۸)	۱۸ (۵۶)	۲ (۶)	۵ (۱۵)	۱۷ (۵۴)	۸ (۲۵)	حرکت جلو آوردن بالا تنہ با پشت کشیده			
<۰/۰۰۰۱	.	۲ (۶)	۱۴ (۴۴)	۱۶ (۵۰)	۲ (۶)	۴ (۱۲)	۱۷ (۵۴)	۹ (۲۸)	حرکت چرخش بالا تنہ به چپ و راست			
.۰/۰۰۴	.	۲ (۶)	۱۴ (۴۴)	۱۶ (۵۰)	۴ (۱۳)	۴ (۱۳)	۱۵ (۴۶)	۹ (۲۸)	حرکت چرخش مج پا			
۱	.	.	۱۲ (۳۸)	۲۰ (۶۲)	.	۴ (۱۲)	۱۴ (۴۴)	۱۴ (۴۴)	حرکت شل نگه داشتن بدنه	۱		
.۰/۱۵۷	.	.	۴ (۱۲)	۲۸ (۸۸)	.	.	۴ (۱۲)	۲۸ (۸۸)	حرکت شل نگه داشتن بدنه	۲		
.۰/۰۴۶	.	.	۲ (۶)	۳۰ (۹۴)	.	.	۴ (۱۲)	۲۸ (۸۸)	حرکت شل نگه داشتن بدنه	۳		
.۰/۰۴۶	.	.	.	۳۲ (۱۰۰)	.	.	۴ (۱۲)	۲۸ (۸۸)	حرکت شل نگه داشتن بدنه	۴		
.۰/۰۴۶	.	.	.	۳۲ (۱۰۰)	.	.	۴ (۱۲)	۲۸ (۸۸)	حرکت شل نگه داشتن بدنه	۵		
<۰/۰۰۰۱	.	.	.	۳۲ (۱۰۰)	.	.	۴ (۱۲)	۲۸ (۸۸)	حرکت کشش بدنه و استراحت			
<۰/۰۰۰۱	.	۷ (۲۱)	۹ (۳۹)	۱۶ (۵۶)	۷ (۲۱)	۲ (۶)	۱۷ (۵۴)	۶ (۱۹)	حرکت چرخش کمر به سمت چپ و راست			
<۰/۰۰۰۱	.	۲ (۶)	۱۲ (۳۸)	۱۸ (۴۷)	۴ (۱۳)	۴ (۱۳)	۱۵ (۴۶)	۹ (۲۸)	حرکت پایین اوردن آرام پاشنه			
.۰/۰۴۶	.	۲ (۶)	۱۵ (۴۷)	۱۵ (۹۴)	۳ (۱۰)	۵ (۱۶)	۱۵ (۴۶)	۹ (۲۸)	حرکت کشیدن آرام پا بسمت بالا			
.۰/۰۴۶	.	.	۲ (۶)	۳۰ (۹۴)	.	.	۶ (۱۹)	۲۶ (۸۱)	حرکت شل کردن پاها			
.۰/۰۴۶	.	.	۲ (۶)	۳۰ (۹۴)	.	.	۶ (۱۹)	۲۶ (۸۱)	حرکت شل کردن و تکان دستها و پاها			
.۰/۰۴۶	.	.	۲ (۶)	۳۰ (۹۴)	.	.	۶ (۱۹)	۲۶ (۸۱)	حرکت شل کردن و تکان دادن بازوها و شانه ها			

\* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

جدول ۱ فراوانی شاخص‌های سلامتی غیر طبیعی را در قبل از شروع آموزش و ۱/۵ ماه و ۳ ماه بعد از آموزش نشان می‌دهد. غیرطبیعی بودن قند خون ناشتا (۸۱/۳ درصد)، شاخص توده بدنی (۶۸/۸ درصد)، لیپوپروتئین با دانسیته کم (۶۲/۵ درصد) و هموگلوبین گلیکولیزه خون (۶۲/۵ درصد) بیشترین فراوانی را در بین شاخص‌های سلامتی غیرطبیعی داشتند. ۱/۵ ماه بعد از آموزش، شاخص‌های سلامتی در همه موارد بجز شاخص توده بدنی بهبودی را نشان داده بود که در این بین فراوانی غیرطبیعی بودن لیپوپروتئین با دانسیته کم (۳۱/۳ درصد)، تری‌گلیسرید (۲۲/۹ درصد) و هموگلوبین گلیکولیزه خون (۴۳/۸ درصد) نسبت به قبل از آموزش تفاوت معنی‌داری را نشان می‌داد.

قبل از شروع آموزش و یک و نیم و سه ماه بعد از آموزش، از آزمون آماری ویل کاکسون استفاده گردید

### یافته‌ها

اکثر بیماران مورد مطالعه (۸۴/۴ درصد) در سنین بالاتر از ۴۰ سال قرار داشتند و ۷۸/۱ درصد آنان دارای تحصیلات متوسطه تا سطح دیپلم بودند. از نظر وضعیت شغلی، اکثر آنها خانه دار، همه متاهل و بیشترشان (۵۶/۳ درصد) دارای یک یا دو فرزند بودند. درصد دارای سابقه خانوادگی مشبت ابتلا به دیابت بودند و ۵۳/۱ درصد داروی خوراکی ضد دیابت مصرف می‌کردند. اکثر واحدهای مورد پژوهش (۳۱/۳)، داروهای ضد چربی و ضد فشارخون مصرف می‌نمودند.

جدول ۳- مقایسه کیفیت ورزش قبل از شروع آموزش و سه بعد از آموزش در سال ۱۳۸۵

P-Value	سه ماه بعد از آموزش						قبل از آموزش					
	بد (+)	بد (-)	متوسط (۱)	خوب (۲)	عالی (۳)	بد (+)	بد (-)	متوسط (۱)	خوب (۲)	عالی (۳)	بد (+)	بد (-)
<0.0001	.	.	۳ (۹)	۲۹ (۹۱)	.	۳ (۱۰)	.	۲۱ (۸۵)	۸ (۲۵)*	حرکت تاب دادن بازو ها		
<0.0001	.	.	۳ (۹)	۲۹ (۹۱)	.	۳ (۱۰)	.	۲۱ (۸۵)	۸ (۲۵)	حرکت تاب دادن پاها		
0.005	.	.	۳ (۹)	۲۹ (۹۱)	.	۲ (۶)	.	۲۲ (۶۹)	۸ (۲۵)	حرکت تاب دادن بازو ها و خم و راست نمودن پاها		
<0.0001	.	.	.	۳۲ (۱۰۰)	.	.	.	۸ (۲۵)	۲۴ (۷۵)	حرکت راه رفتن در جا		
<0.0001	.	.	۱ (۳)	۳۱ (۹۷)	.	.	.	۱۸ (۵۶)	۱۴ (۴۴)	حرکت دم و بازدید عمیق		
<0.0001	.	.	۷ (۲۲)	۲۵ (۷۸)	۳ (۹)	۳ (۹)	.	۱۷ (۵۴)	۹ (۲۸)	حرکت بالا کشیدن بدن به طور متناوب		
<0.0001	.	.	۳ (۳۹)	۲۹ (۹۱)	.	۴ (۱۲)	.	۱۶ (۵۰)	۱۲ (۳۸)	حرکت چرخاندن مج دست به چپ و راست		
<0.0001	.	.	۵ (۱۶)	۲۷ (۸۴)	۴ (۱۲)	۵ (۱۶)	.	۱۷ (۵۳)	۶ (۱۹)	حرکت بالا و پایین بردن آرام شانه ها		
<0.0001	.	۱ (۳)	۵ (۱۶)	۲۶ (۸۱)	۵ (۱۶)	۵ (۱۶)	.	۱۵ (۴۶)	۷ (۲۲)	حرکت فنری دستها به سمت عقب		
<0.0001	.	.	۴ (۱۲)	۲۸ (۸۸)	.	۱ (۳)	.	۱۹ (۵۹)	۱۲ (۳۸)	حرکت جلو بردن کمر به آرامی		
<0.0001	.	.	۹ (۲۸)	۲۳ (۷۲)	۳ (۹)	۶ (۲۰)	.	۱۹ (۵۹)	۴ (۱۲)	حرکت دوران بالا تنه به چپ و راست		
<0.0001	.	.	۵ (۱۶)	۲۷ (۸۴)	.	۵ (۱۶)	.	۱۹ (۵۹)	۸ (۲۵)	حرکت چرخش بالا تنه به چپ و راست		
<0.0001	.	.	۶ (۱۹)	۲۶ (۸۱)	۴ (۱۲)	۸ (۲۵)	.	۱۴ (۴۴)	۶ (۱۹)	حرکت دوران بالا تنه به چپ و راست		
<0.0001	.	.	۲ (۶)	۳۰ (۹۴)	۴ (۱۲)	۴ (۱۲)	.	۱۷ (۵۴)	۷ (۲۲)	حرکت خم کردن بالا تنه به طرفین		
<0.0001	.	.	۳ (۹)	۲۹ (۹۱)	۴ (۱۲)	۵ (۱۵)	.	۱۷ (۵۴)	۶ (۱۹)	حرکت باز کردن پاها و خم کردن تنه به آرامی		
<0.0001	.	.	۵ (۱۶)	۲۷ (۸۴)	۲ (۶)	۵ (۱۵)	.	۱۷ (۵۴)	۸ (۲۵)	حرکت جلو آوردن بالا تنه با پشت کشیده		
<0.0001	.	.	۳ (۹)	۲۹ (۹۱)	۲ (۶)	۴ (۱۲)	.	۱۷ (۵۴)	۹ (۲۸)	حرکت چرخش بالا تنه به چپ و راست		
<0.0001	.	.	۶ (۱۹)	۲۶ (۸۱)	۴ (۱۳)	۴ (۱۳)	.	۱۵ (۴۶)	۹ (۲۸)	حرکت چرخش مچ پا		
0.046	.	.	۱۲ (۳۸)	۲۹ (۹۱)	.	۴ (۱۲)	.	۱۴ (۴۴)	۱۴ (۴۴)	حرکت شل نگه داشتن بدن ۱		
0.157	.	.	۴ (۱۲)	۳۲ (۱۰۰)	.	.	.	۴ (۱۲)	۲۸ (۸۸)	حرکت شل نگه داشتن بدن ۲		
0.157	.	.	۲ (۶)	۳۰ (۹۴)	.	.	.	۴ (۱۲)	۲۸ (۸۸)	حرکت شل نگه داشتن بدن ۳		
0.157	.	.	۲ (۶)	۳۰ (۹۴)	.	.	.	۴ (۱۲)	۲۸ (۸۸)	حرکت شل نگه داشتن بدن ۴		
0.046	.	.	۲ (۶)	۳۰ (۹۴)	.	.	.	۴ (۱۲)	۲۸ (۸۸)	حرکت شل نگه داشتن بدن ۵		
<0.0001	.	.	.	۳۲ (۱۰۰)	.	.	.	۴ (۱۲)	۲۸ (۸۸)	حرکت کشش بدن و استراحت		
<0.0001	.	.	۸ (۲۵)	۲۴ (۷۵)	۷ (۲۱)	۲ (۶)	.	۱۷ (۵۴)	۶ (۱۹)	حرکت چرخش کمر به سمت چپ و راست		
<0.0001	.	.	۵ (۱۶)	۲۷ (۸۴)	۴ (۱۳)	۴ (۱۳)	.	۱۵ (۴۶)	۹ (۲۸)	حرکت پایین آوردن آرام پاشنه		
0.014	.	.	۷ (۲۲)	۲۵ (۷۸)	۳ (۱۰)	۵ (۱۶)	.	۱۵ (۴۶)	۹ (۲۸)	حرکت کشیدن آرام پا بسمت بالا		
0.014	.	.	.	۳۲ (۱۰۰)	.	.	.	۶ (۱۹)	۲۶ (۸۱)	حرکت شل کردن پاها		
0.014	.	.	.	۳۲ (۱۰۰)	.	.	.	۶ (۱۹)	۲۶ (۸۱)	حرکت شل کردن و تکان دستها و پاها		
0.014	.	.	.	۳۲ (۱۰۰)	.	.	.	۶ (۱۹)	۲۶ (۸۱)	حرکت شل کردن و تکان دادن بازوها و شانه ها		

\* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

ماه بعد از آموزش، بهبود کیفیت انجام اکثر حرکات ورزشی مشاهده شد ( $P < 0.05$ ).

## بحث

این پژوهش نشان داد که قبل از آموزش، اکثر شاخص‌های سلامتی غیرطبیعی است. مطالعات دیگران نشان داده است که سطوح شاخص‌های سلامتی (میزان شاخص توodeh بدنه، قند خون ناشتا، هموگلوبین گلیکولیزه خون، چربی‌های خون، میزان فشار خون و تعداد ضربان قلب) افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بدون انجام مداخله، معمولاً غیرطبیعی می‌باشد (۲۲).

در ۱/۵ ماه بعد از آموزش، اکثر این شاخص‌ها با وجود اندکی کاهش، همچنان غیرطبیعی بودند. در پژوهشی که توسط

سه ماه بعد آموزش، کاهش معنی‌داری در فراوانی مواد غیرطبیعی قند خون ناشتا (۱۵/۶ درصد)، لیپوپروتئین با دانسیته کم (۱۵/۶ درصد)، هموگلوبین گلیکولیزه خون (۲۸/۱ درصد)، تری‌گلیسیرید (۱۲/۵ درصد) و لیپوپروتئین با دانسیته بالا (۴۶/۹ درصد) نسبت به قبل از آموزش مشاهده شد. ۷۵ درصد بیماران، قبل از شروع آموزش بر اساس مدل ترانس تئوری، در مرحله آمادگی (مرحله ۳) بودند. یک و نیم ماه بعد از آموزش، ۴۳/۷ درصد افراد در این مرحله بودند و سه ماه بعد از مداخله آموزشی، اکثر افراد (۵۶/۳ درصد) به مرحله ثبیت رسیدند.

جدول ۲ و ۳ کیفیت ورزش بر حسب سیستم طبقه بندی عالی (۳)، خوب (۲)، متوسط (۱) و بد (۰) را قبل از شروع آموزش و ۱/۵ و ۳ ماه بعد از آموزش مقایسه کرده است. سه

گلیکولیزه خون، تری گلیسیرید خون، لیپوپروتئین با دانسیته کم، لیپوپروتئین با دانسیته بالا، تعداد ضربان قلب، فشار خون) افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ به طور معنی‌داری بهبود یافته بود (۲۱).

در مطالعه ما بعد از سه ماه آموزش، مرحله ورزشی افراد تحت پژوهش بر اساس مدل ترانس تئوری و نیز کیفیت انجام فعالیت‌های فیزیکی آنان، به طور معنی‌داری بهبود یافته بود که با نتایج سایر مطالعات از جمله کیرک مطابقت دارد. در مطالعه کیرک، پس از انجام تمرینات مناسب ورزشی در طی ۳ تا ۶ ماه به صورت منظم، مرحله ورزشی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، بر اساس مدل ترانس تئوری بهبود یافته بود (۱۵).

با توجه به نتایج بهدست آمده، پیشنهاد می‌شود ورزش به عنوان جزئی از برنامه‌های درمانی بیماران مبتلا به دیابت در کنار سایر اقدامات، از طرف مسئولان و درمانگران گنجانده و جدی گرفته شود. در این رابطه توصیه می‌شود این ورزشها، از طریق رسانه‌های همگانی و یا وسایل کمک آموزشی در مراکز درمانی، در سطح گستردگی و توسط افراد آموزش دیده به بیماران دیابتی آموخته شود.

### تشکر و قدردانی

نویسندهای مقاله از کلیه بیمارانی که امکان انجام این مطالعه را فراهم آورده‌اند، تشکر می‌نمایند.

### REFERENCES

۱. اسدی نوqابی اع در ترجمه: اسلتلتر س س، بیر ب ج، مولفین. درسنامه پرستاری برونر و سودارث. جلد هشتم، چاپ اول، تهران، انتشارات سالمی، سال ۱۳۸۲ صفحات ۹۹ تا ۱۴۵.
۲. تربیت ع در ترجمه: برونوالدی، فوسی آس، کاسپر دل، هووس س ل، لوونگو دل، جیمسون ج ل، مولفین. اصول طب داخلی هاریسون. جلد اول، چاپ اول، تهران، انتشارات نور دانش، سال ۱۳۸۳، صفحات ۱۰۲۷ تا ۱۰۵۳.
3. Kirk A. A randomized, controlled trial to study the effect of exercise consultation on the promotion of physical activity in people with type 2 diabetes: a pilot study. Diabetes UK Diab Med 2001;18:877 – 82.
۴. درویش پور کاخکی م. بررسی ارتباط کیفیت زندگی با مشخصات بیماری و فردی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۸۳. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، ۱۳۸۵؛ سال ۸، شماره ۱، صفحات ۴۹ تا ۵۶.
۵. نیکوسرخ اک. ورزش و نقش آن در پیشگیری از دیابت. پیام دیابت. ۱۳۸۲؛ سال ۵، شماره ۳۰، صفحات ۳۰ تا ۳۲.
۶. لاریجانی ب، مولف. راهنمای عملی دیابت نوع دو. جلد دوم، چاپ اول، تهران، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۱۳۸۴.
۷. سلطانی ا، مولف. اندوکرینولوژی مبتنی بر شواهد. چاپ اول، تهران، انتشارات برای فرد، سال ۱۳۸۵.
۸. تربیت م در ترجمه: راسل ل، مولف. مبانی طب داخلی سسیل. جلد اول، چاپ اول، تهران، انتشارات نور دانش، سال ۱۳۸۲.
۹. بنیاد امور بیماریهای خاص با همکاری معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مولفین. ورزش و دیابت. جلد سوم، چاپ اول، تهران، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۱۳۸۴.
10. Dunning T. Care of people with diabetes: a manual of nursing practice. Australia: Blackwell publishing; 2003.
11. Ledbetter M, Phipps WT. Medical surgical nursing. 8<sup>th</sup> Edition. Philadelphia: Elseviers; 2007.

جکسون انجام شد، نیز نتایج مشابهی به دست آمد و احتمال داد که طبیعی نشدن میزان این شاخص‌ها می‌تواند به علت زمان کوتاه بعد از مداخله باشد (۱۸).

در سه ماه بعد از آموزش، شاخص‌هایی از قبیل میزان قند خون ناشتا، هموگلوبین گلیکولیزه خون، تری گلیسیرید و لیپوپروتئین با دانسیته کم خون و تعداد ضربان قلب بهبودی قابل توجهی یافته بود. کیرک در پژوهش خود به همین نتایج رسید و عامل گذشت زمان بیشتر را در جهت بهبود شاخص‌های سلامتی افراد موثر دانست (۱۵).

مقایسه شاخص‌های سلامتی قبل و بعد از مداخلات آموزشی نشان داد کاهش هموگلوبین گلیکولیزه خون، تری گلیسیرید و لیپوپروتئین با دانسیته کم، طی ۱/۵ ماه بعد از آموزش، معنی‌دار بود، در حالی که تغییر معنی‌داری در شاخص توده بدنی، قند خون ناشتا، لیپوپروتئین با دانسیته بالا، فشار خون و ضربان قلب مشاهده نشد که منطبق با نتایج دیکمنته می‌باشد (۲۰). طی سه ماه بعد از آموزش، کاهش معنی‌داری در قند خون ناشتا مشاهده شد، اما تغییرات شاخص توده بدنی، لیپوپروتئین با دانسیته بالا، فشار خون و ضربان قلب همچنان از نظر آماری معنی‌دار نبود.

تغییرات شاخص‌های سلامتی نشان دهنده تاثیر مثبت انجام فعالیت‌های فیزیکی بر این شاخص‌ها است. در مطالعه تانگ، پس از انجام تمرینات منظم ورزشی میزان شاخص‌های سلامتی (شاخص توده بدنی، قند خون ناشتا، هموگلوبین

12. Martinus R. Effect of psychological intervention on exercise adherence in type 2 Diabetes subjects. *J Ann New York Acad Sci* 2006;1084:350–60.
۱۳. اسفرجانی ف در ترجمه: ماریون ف ج، مولف. چگونه با دیابت خوب زندگی کنیم. چاپ اول، تهران، انتشارات انسستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور، سال ۱۳۸۱.
14. Morrato E. Are health care professionals advising patients with diabetes or at risk for developing diabetes to exercise more? *J Diab Care* 2006;29:543 –48.
15. Kirk A. Increasing physical activity in people with type 2 diabetes. *Diab Care* 2003;26:1186–92.
۱۶. اصفهانی م. تاثیر تمرینات بدنی بر قند خون، غلظت انسولین پلاسمما و عوامل خطرزای بیماری های قلبی عروقی در بیماران دیابتی غیروابسته به انسولین. پایان نامه کارشناسی ارشد تربیت بدنی، دانشگاه تربیت بدنی و علوم ورزشی تهران، سال ۱۳۸۱.
۱۷. شاکری م ت. تاثیر ورزش بر میزان تغییرات قند و چربی در مدد جویان دیابتی. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان، ۱۳۸۲؛ سال ۲، شماره ۳ و ۴، صفحات ۱۶ تا ۲۰.
18. Jackson R. Assessment of the trastheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. *J Hum Nut Diet* 2007;1:27–36.
۱۹. رستمی ن. در ترجمه: بارنز د. برنامه عملی برای بیماران دیابتی. چاپ اول، تهران، انتشارات معیار اندیشه، سال ۱۳۸۴.
20. DiClemente C. Conceptual models and applied research: the ongoing contribution of the transtheoretical model. *J AddicNur* 2005;16:5–12.
21. Tung WC. Applying the trantheoretical model to physical activity in family caregivers in Taiwan. *J Pub Health Nur* 2005;22:299–310.
22. Resnick B. Testing a theoretical model of exercise behavior for older adults. *J Nur Res* 2003;52:80–88.