بررسی تأثیر آموزش تغذیه بر فراسته‌های بیوشیمیایی، وضعیت تغذیه و آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران مبتلا به دیابت نوع 1

نادیا رضایی*، فریده طهارز، وسعود کیمیاگری، حمید علیی مجد

چکیده
مقدمه: مراجعه‌های پرشرکت در زمینه تأثیر آگاهی بر بهبود کنترل متبلوک بیماران مبتلا به دیابت نوع 1 وجود دارد. این بررسی به هدف تعبیه تأثیر آموزش تغذیه بر فراسته‌های بیوشیمیایی، وضعیت تغذیه و آگاهی، نگرش و عملکرد مبتلایان به دیابت نوع 1 انجام شد.

روش ها: روش‌های نظری و تجربی مداخله‌گر self-control به مطالعه گیری به روش سرشماری انجام شد. برای جمع آوری داده‌ها از روش مشاهده (اندازه‌گیری با فشار خون، فراسته‌های بیوشیمیایی و آئورتوپریمیک) و مصاحبه و تجزیه و تحلیل آزمون‌های اشیایی در شرایط مطالعه بر اساس SPSS و Food processor انجام شد. نتایج نشان داد که فراسته‌های بیوشیمیایی با روش‌های استاندارد انتهای گیری شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌های KAP، فراسته‌های بیوشیمیایی اندامه گیری شد. سپس از آموزش مجدداً فراسته‌های بیوشیمیایی اندامه گیری و پرسشنامه‌های KAP و بایاآمد خوراک تکمیل شد و داده‌های قبل و بعد از آموزش مقایسه شدند.

یافته‌ها: تعادل 30 بیمار مبتلا به دیابت با میانگین سنی 13±7/08 سال در این بررسی شرکت داشتند. میزان تحصیلات این بیماران اجازه دیدن مغزی‌بود. میانگین مدت ابتلا به بیماری 12±7/09 سال بود. بعد از داخلی آموزشی، کلسترول تام، LDL-C، FBS، LDL-C، FBS، LDL-C، FBS، LDL-C و تعداد دفعات هیپوگلیکمی در هفته کاهش بروید. دریافت کلسیم کمتر از میزان توصیه شده روزانه‌ها افزایش پرفی. دریافت کلسیم کمتر از میزان توصیه شده روزانه‌ها. دریافت آگاهی و عملکرد افزایش یافته. در حالی که آزمون مک تغییر معنی داری در تغییرات در پیش از موردCHED نداد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها این بررسی نشان داد که آموزش تغذیه و تغییرات معنی داری در فراسته‌های بیوشیمیایی، افزایش دریافت C و بهبود کنترل دریافت و تغییرات در میزان تغذیه و عملکرد داشته است. افزایش سطح آگاهی، نگرش و عملکرد در این گروه از بیماران گردید. بنابراین آموزش تغذیه در کنار انسولین درمانی از عوامل مهم در کنترل بیماری دیابت نوع 1 می‌باشد.

واژگان کلیدی: آموزش تغذیه، وضعیت تغذیه، دیابت نوع 1، فراسته‌های بیوشیمیایی، KAP

* نشانی: خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، معاونت غذا و دارو; تلفن: 0422-2277749، موبایل: 0912-2277749، پست rezai_102004@yahoo.com

کلیدواژه‌های اصلی: غذا و دارو، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، معاونت غذا و دارو، تلفن: 0422-2277749، موبایل: 0912-2277749، پست rezai_102004@yahoo.com

1- معاونت غذا و دارو، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
2- دانشگاه علوم تغذیه و صنعت غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
3- دانشگاه پیراپرستی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ دریافت: 87/02/12
تاریخ پذیرش: 87/03/20
مقدمه

دبیانت یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی و شایع ترین بیماری مزمن متابولیک است که مراقبت‌های مبتدی را می‌طلبد [1] و عوارض ناشی از آن یکی از دلایل اصلی موتیلیتی و موتیلیتی بیماران است [2].

با آموزش منابع می‌توان ۸۰٪ از عوارض دبیانت را کاهش داد [3]. به همین جهت لازم است تا افراد مبتلا به دبیانت تحت آموزش‌های خود مراقبت‌های ساده داشته و اطلاعات‌های مربوط به مقدمات دیابت را با نتایج اندیشه [4] و در نهایت با تأثیر مثبت بر سلامتی ایجاد و نیروی انسانی همراه باشد [1، 6].

اولین هدف خود مراقبت‌های غذایی است که یک گروه خون در محصولات مربوط به مصرف مواد غذایی به‌طور کامل نوربرداری شود [7]. دریافت غذا، تزریق انسولین و فعالیت‌های فیزیکی است [7]. 

با وجود این که مسئولیت از بیماران به دبیانت نبوده، امکان استفاده از رژیم غذایی تجربی شده را به عنوان یکی از راه‌حل‌هایی مطرح شد، که را توجه به اینکه یکی از بارصت‌های منطقه در زمینه تأثیر آکنه

بر بیماری دبیانت یوسی می‌باشد، می‌توان به گروه یکتا بیماران مبتلا به دبیانت منشأ برد. این بیماری از نظر گرفته شده است [5] و افراد مبتلا به دبیانت نوع ۱ به خاطر تزریق انسولین کمتر محسوس‌تر هستند که دیابت را تا زودتر از مدت زمان ذکر شده در مجموع به شاید می‌شود، انجام مطالعاتی به منظور تأثیر آموزش‌های فیزیکی روی بیماران دبیانت می‌تواند به یکی از راه‌هایی در بهبود کردن بیماران پایدار و بهبود کردن مراقبت‌های بیماران بوده و در نهایت به بهبود کردن مراقبت‌های بیماران مبتلا به دبیانت منجر شود.

روح‌ها

مطالعاتی از نظر نیمه تجربی داخلی گروه بیماری، در آزمون تیپ ۱ در شاهین یکی از دو روش اساسی به درمان بیماران مبتلا به دبیانت که در نظر گرفته شده است [5] و افراد مبتلا به دبیانت نوع ۱ به خاطر تزریق انسولین کمتر محسوس‌تر هستند که دیابت را تا زودتر از مدت زمان ذکر شده در مجموع به شاید می‌شود، انجام مطالعاتی به منظور تأثیر آموزش‌های فیزیکی روی بیماران دبیانت می‌تواند به یکی از راه‌هایی در بهبود کردن بیماران پایدار و بهبود کردن مراقبت‌های بیماران مبتلا به دبیانت منجر شود.

روح‌ها

دیابت یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی و شایع ترین بیماری مزمن متابولیک است که مراقبت‌های مبتدی را می‌طلبد [1] و عوارض ناشی از آن یکی از دلایل اصلی موتیلیتی و موتیلیتی بیماران است [2].

با آموزش منابع می‌توان ۸۰٪ از عوارض دبیانت را کاهش داد [3]. به همین جهت لازم است تا افراد مبتلا به دبیانت تحت آموزش‌های خود مراقبت‌های ساده داشته و اطلاعات‌های مربوط به مقدمات دیابت را با نتایج اندیشه [4] و در نهایت با تأثیر مثبت بر سلامتی ایجاد و نیروی انسانی همراه باشد [1، 6].

اولین هدف خود مراقبت‌های غذایی است که یک گروه خون در محصولات مربوط به مصرف مواد غذایی به‌طور کامل نوربرداری شود [7]. دریافت غذا، تزریق انسولین و فعالیت‌های فیزیکی است [7]. 

با وجود این که مسئولیت از بیماران به دبیانت نبوده، امکان استفاده از رژیم غذایی تجربی شده را به عنوان یکی از راه‌حل‌هایی مطرح شد، که را توجه به اینکه یکی از بارصت‌های منطقه در زمینه تأثیر آکنه

بر بیماری دبیانت یوسی می‌باشد، می‌توان به گروه یکتا بیماران مبتلا به دبیانت منشأ برد. این بیماری از نظر گرفته شده است [5] و افراد مبتلا به دبیانت نوع ۱ به خاطر تزریق انسولین کمتر محسوس‌تر هستند که دیابت را تا زودتر از مدت زمان ذکر شده در مجموع به شاید می‌شود، انجام مطالعاتی به منظور تأثیر آموزش‌های فیزیکی روی بیماران دبیانت می‌تواند به یکی از راه‌هایی در بهبود کردن بیماران پایدار و بهبود کردن مراقبت‌های بیماران مبتلا به دبیانت منجر شود.

روح‌ها

مطالعاتی از نظر نیمه تجربی داخلی گروه بیماری، در آزمون تیپ ۱ در شاهین یکی از دو روش اساسی به درمان بیماران مبتلا به دبیانت که در نظر گرفته شده است [5] و افراد مبتلا به دبیانت نوع ۱ به خاطر تزریق انسولین کمتر محسوس‌تر هستند که دیابت را تا زودتر از مدت زمان ذکر شده در مجموع به شاید می‌شود، انجام مطالعاتی به منظور تأثیر آموزش‌های فیزیکی روی بیماران دبیانت می‌تواند به یکی از راه‌هایی در بهبود کردن بیماران پایدار و بهبود کردن مراقبت‌های بیماران مبتلا به دبیانت منجر شود.
بیماری دیابت، عوارض آن، نحوه پیشگیری و مراقبت‌های لازم جهت به تأخیر انداختن عوارض و آموزش اصول تغذیه در بیماری دیابت و جانشین‌های مواد غذایی [12] به صورت خودکاری و پیشرفت و پایش با استفاده از وسایل سمعی و عقیده و ارائه قالب‌های، پوستر و بیانیه آموزش داده شد. مسیر برای هر یک از بیماران رژیم غذایی با توجه به نیاز ها و وزن‌های مربوط به تغذیه آموزشی که طی آن پژوهشگر بیماران نظارت و مدیریت ارزیابی، مداوم در ارتباط بود و بررسی تغذیه ای، KAP و ارزیابی

جدول 1- ویژگی‌های بررسی شده افراد 25-45 سال مبتلا به دیابت نوع 1 (تعداد 30 نفر)

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>تعداد (درصد)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جنس</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مبتلا</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>مزدحاف</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>گروه های سنی (سال)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18-20</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>21-25</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>26-30</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>31-35</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>36-40</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>41-45</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>میزان تحصیلات</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>اندامی با نگهداری سواد آموزی</td>
<td>9 (30)</td>
</tr>
<tr>
<td>راهنمایی با دیوانستان</td>
<td>11 (37)</td>
</tr>
<tr>
<td>دبلیوم</td>
<td>8 (27)</td>
</tr>
<tr>
<td>فوق دبلیوم</td>
<td>1 (3)</td>
</tr>
<tr>
<td>وضعیت تأهل</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مجرد</td>
<td>11 (37)</td>
</tr>
<tr>
<td>متأهل</td>
<td>19 (63)</td>
</tr>
<tr>
<td>درآمدهای سپرست خانوار (ریال)</td>
<td>4 (13)</td>
</tr>
<tr>
<td>کمتر از 500000</td>
<td>16 (53)</td>
</tr>
<tr>
<td>500000 تا 800000</td>
<td>16 (53)</td>
</tr>
<tr>
<td>800000 تا 1000000</td>
<td>11 (37)</td>
</tr>
<tr>
<td>1000000 تا 1500000</td>
<td>3 (10)</td>
</tr>
<tr>
<td>دفعات تزریق آنسولین در 24 ساعت</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>یک بار</td>
<td>10 (33)</td>
</tr>
<tr>
<td>دو بار</td>
<td>19 (63)</td>
</tr>
<tr>
<td>1/8 تا 6/24</td>
<td>12 (40)</td>
</tr>
<tr>
<td>افرادی که گلوکوپتر داشته</td>
<td>19 (63)</td>
</tr>
<tr>
<td>افرادی که قبل از مداخله دچار هیپوگلیکمی می‌شوند</td>
<td>30 (100)</td>
</tr>
<tr>
<td>افرادی که بعد از مداخله دچار هیپوگلیکمی می‌شوند</td>
<td>11 (37)</td>
</tr>
<tr>
<td>افرادی که سابقه کن اسپیدوز داشته</td>
<td>16 (53)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول 2 - متغیرهای وزن و BMI

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>قبل از آموزش</th>
<th>بعد از آموزش</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>وزن (kg)</td>
<td>63±8/8±17/68</td>
<td>49±8/8±17/68</td>
</tr>
<tr>
<td>BMI (kg/m²)</td>
<td>18±8/8±17/68</td>
<td>18±8/8±17/68</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون سیستمیک (mmHg)</td>
<td>137±8/8±17/68</td>
<td>137±8/8±17/68</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون دیاستولیک (mmHg)</td>
<td>80±8/8±17/68</td>
<td>80±8/8±17/68</td>
</tr>
<tr>
<td>تعداد دفعات هیپوگلیسمی در هفته*</td>
<td>3±8/8±17/68</td>
<td>3±8/8±17/68</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**مقادیر ± انحراف معیار است؛ † در مقایسه مقادیر از نظر آماری معنادار نبود (P<0/05)**

برای مقایسه نتایج قبل و بعد از مداخله آموزشی استفاده شده است، ** مقادیر ± انحراف معیار است؛ † در مقایسه مقادیر از نظر آماری معنادار نبود (P<0/05)**

**جدول 3 - فراصتهای بیوشیمیایی افراد 35-45 سال مبتلا به دیابت نوع 1 (200-1)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>شاخص فراصت</th>
<th>قبل از آموزش</th>
<th>بعد از آموزش</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تری گلسرسید (mg/dl)</td>
<td>142±8/8±17/68</td>
<td>142±8/8±17/68</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام (mg/dl)</td>
<td>241±8/8±17/68</td>
<td>241±8/8±17/68</td>
</tr>
<tr>
<td>HDL-C (mg/dl)</td>
<td>47±8/8±17/68</td>
<td>47±8/8±17/68</td>
</tr>
<tr>
<td>LDL-C (mg/dl)</td>
<td>145±8/8±17/68</td>
<td>145±8/8±17/68</td>
</tr>
<tr>
<td>کربنات نیترات (mg/dl)</td>
<td>179±8/8±17/68</td>
<td>179±8/8±17/68</td>
</tr>
<tr>
<td>مولکولهای (mg/dl)</td>
<td>86±8/8±17/68</td>
<td>86±8/8±17/68</td>
</tr>
<tr>
<td>HDL (mg/dl)</td>
<td>514±8/8±17/68</td>
<td>514±8/8±17/68</td>
</tr>
<tr>
<td>FBS (mg/dl)</td>
<td>229±8/8±17/68</td>
<td>229±8/8±17/68</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**مقادیر ± انحراف معیار است؛ † در مقایسه مقادیر از نظر آماری معنادار نبود (P<0/05)**

برای مقایسه مقادیر دریافت قبل و بعد از آموزش انجام شده است. ** مقادیر ± انحراف معیار است؛ † در مقایسه مقادیر از نظر آماری معنادار نبود (P<0/05)**

ستگیل، بیماران مبتلا به دیابت نوع 1، میانگین سنی آنها برابر با 38/0±8/8 بوده‌اند. سایه‌بندی ابتلا به بیماری در این بیماران با 0/05 برای 25 سال و میانگین ابتلا به بیماری 4/0/9±8/8 با 0/05 برای 25 سال بود. یک نفر انسولین تزریق نمی‌کرد که با مهم‌ترین اثرات درمانی بیماری به طور مثبت اثرات درمانی بیماری را بهبود می‌دهد و به قدری بالاتر می‌رود. در این نفر، نتایج تجزیه‌ی تجزیه‌ی از داده‌های داده‌های شاخص فراصت بالا در جدول 1 قرار داده شده است.

همگانی: کربنی‌ها و هيپوگلیسمی در افراد مبتلا به دیابت می‌باشد. میانگین سنی آنها برابر با 38/0±8/8 بوده‌اند.

**جدول 4 - تغییرات فراصت‌های بیوشیمیایی در افراد 3 تماشای داده**
داری را نشان داد. دریافت سایر ریز مغذی‌ها تغییر کننده
پس از آموزش، تعداد افرادی که صحبت می‌کنند، میان و عده صبح.

جدول ۴- میانگین انرژی، درشت مغذی‌ها و بعضی از ریز مغذی‌های دریافت شده توسط آن(۲۵-۱۵ سال مبتلا به دیابت نوع ۱)

<table>
<thead>
<tr>
<th>شاخص</th>
<th>قبل از آموزش</th>
<th>بعد از آموزش</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>انرژی (Kcal)</td>
<td>۲۳۰۱/۶۷ ± ۷۳۸۸</td>
<td>۲۳۰۱/۶۷ ± ۷۳۸۸</td>
</tr>
<tr>
<td>کربوهیدرات (g)</td>
<td>۷۴/۳۰ ± ۳۴/۹۳</td>
<td>۷۴/۳۰ ± ۳۴/۹۳</td>
</tr>
<tr>
<td>کربوهیدرات ساده (g)</td>
<td>۲۸/۵۸ ± ۲۷/۸۸</td>
<td>۲۸/۵۸ ± ۲۷/۸۸</td>
</tr>
<tr>
<td>پروتئین (g)</td>
<td>۲۸/۳۱ ± ۲۳/۳۱</td>
<td>۲۸/۳۱ ± ۲۳/۳۱</td>
</tr>
<tr>
<td>چربی (g)</td>
<td>۷۶/۶۸ ± ۲۷/۳۳</td>
<td>۷۶/۶۸ ± ۲۷/۳۳</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسیم (mg (mg)</td>
<td>۲۹۴/۶۲ ± ۱۵۰/۴۲</td>
<td>۲۹۴/۶۲ ± ۱۵۰/۴۲</td>
</tr>
<tr>
<td>نتایج (mg)</td>
<td>۱۱/۷۵±۵/۱۱</td>
<td>۱۱/۷۵±۵/۱۱</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(۲۵-۱۵ سال مبتلا به دیابت بر حسب صرف عده ها و میان و عده های غذایی)

<table>
<thead>
<tr>
<th>مرحله سنجه</th>
<th>قبل از آموزش</th>
<th>بعد از آموزش</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعداد (درصد)</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>میان و عده صحیح</td>
<td>۲۵</td>
<td>۲۵</td>
</tr>
<tr>
<td>میان و عده صحیح</td>
<td>۲۳</td>
<td>۲۳</td>
</tr>
<tr>
<td>میان و عده ناکام</td>
<td>۱</td>
<td>۱</td>
</tr>
<tr>
<td>عصره</td>
<td>۱۴</td>
<td>۱۴</td>
</tr>
<tr>
<td>شام</td>
<td>۲۸</td>
<td>۲۸</td>
</tr>
<tr>
<td>قبل از خواب</td>
<td>۴۲</td>
<td>۴۲</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(۲۵-۱۵ سال مبتلا به دیابت بر حسب رنگ آگهی)

<table>
<thead>
<tr>
<th>رنگ آگهی</th>
<th>قبل از آموزش</th>
<th>بعد از آموزش</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعداد (درصد)</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>ضعیف</td>
<td>۳</td>
<td>۳</td>
</tr>
<tr>
<td>متوسط</td>
<td>۲۴</td>
<td>۲۴</td>
</tr>
<tr>
<td>خوب</td>
<td>۷۳/۳</td>
<td>۷۳/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>میانگین ± انحراف معیار</td>
<td>۳/۸ ± ۲/۲</td>
<td>۳/۸ ± ۲/۲</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(۲۵-۱۵ سال مبتلا به دیابت بر حسب میانگین بازار)

 برای مقایسه میانگین بازار ویژه و بعد از آموزش استفاده شده است.

(۲۵-۱۵ سال مبتلا به دیابت بر حسب میانگین بازار)

 برای مقایسه مقیاس میانگین بازار ویژه و بعد از آموزش استفاده شده است.

(۲۵-۱۵ سال مبتلا به دیابت بر حسب میانگین بازار)

 برای مقایسه مقیاس میانگین بازار ویژه و بعد از آموزش استفاده شده است.

(۲۵-۱۵ سال مبتلا به دیابت بر حسب میانگین بازار)

 برای مقایسه مقیاس میانگین بازار ویژه و بعد از آموزش استفاده شده است.
جدول 7- توزیع فراوانی افراد 25-45 سال مبتلا به دیابت نوع 1 بر حسب رتبه عملکرد

<table>
<thead>
<tr>
<th>رتبه عملکرد</th>
<th>قبل از آموزش</th>
<th>بعد از آموزش</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعادل (درصد)</td>
<td>36/7(8)</td>
<td>57/2(17/2) ± 0/587</td>
</tr>
<tr>
<td>ضعیف</td>
<td>0(0)</td>
<td>29/6(9)</td>
</tr>
<tr>
<td>متوسط</td>
<td>13/3(4)</td>
<td>45/6(17)</td>
</tr>
<tr>
<td>خوب</td>
<td>6/8(1)</td>
<td>2/6(1)</td>
</tr>
<tr>
<td>میانگین ± انحراف میانگین</td>
<td>26/93 ± 4/2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

برای مقایسه میانگین‌ها قبل و بعد از آموزش استفاده شده است. * آزمون Paired t test
† در مقایسه میانگین‌ها قبل و بعد از آموزش، فاصله P معنی‌دار بود (0/05>P).

جدول 8- توزیع فراوانی افراد 25-45 سال مبتلا به دیابت نوع 1 بر حسب تعریف در خصوص بیماری دیابت (30-38)

<table>
<thead>
<tr>
<th>پرسشهای مربوط به نگرش</th>
<th>مواقف</th>
<th>رتبه سنجه</th>
<th>نظری تدارک</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعادل (درصد)</td>
<td>تعادل (درصد)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1- نظر شما درباره این طرز تفکر که یک فرد مبتلا به دیابت می‌تواند قبل از آموزش 27 (90/6(27/1)) بعد از آموزش 29 (96/7(29/1)) خاصیت یک زندگی عادی مانند دیگر افراد غیر دیابتی داشته باشد؟ †</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2- فکر که می‌کنید تزریق انسولین بدون محدودیت غذا ای در کنترل قبل از آموزش 6 (21/7(6/3)) بعد از آموزش 3 (10/6(3/1)) مناسب قند خون مؤثر است؟ †</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3- بعضی ها معفیکند که عدم کنترل مناسب قند خون باعث نارسایی کلیوی ناشی از تغذیه غیر مناسب قبل از آموزش 4 (24/6(4/4)) بعد از آموزش 8 (8/6(8/4)) نشان می‌دهد ما شما نظر شما چیست؟ †</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4- بعضی ها می‌گویند (خوردن هر نوع ماده غذایی ناشی از مشیران درای دیابت) قبل از آموزش 12 (40/6(12/4)) بعد از آموزش 14 (48/6(14/4)) است نظر شما چیست؟ †</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5- برخی از افراد مبتلا به دیابت معفیکند پس از مدتی مراقبت و درمان کامل بهبود یافته و دیگر نیازی به انسولین و یا رژیم درمانی ندارند نظر شما چیست؟ †</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6- نظر شما در مورد شرکت در کلاسهای آموزشی چیست؟ قبل از آموزش 40 (13/3(4)) بعد از آموزش 37 (10/3(3/1))</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ادامه جدول 8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>نظر شما در خصوص اینکه سایر افراد نخواهند از الکتریفیکی فرد دبیئی برای کنترلچیست؟</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>قبل از آموزش</td>
<td>50% (90)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بعد از آموزش</td>
<td>50% (90)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>نظر شما در مورد استفاده از پروتئین سویا در کارگاه گوشتهای</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سفید برای افراد دبیئی چیست؟</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>قبل از آموزش</td>
<td>50% (90)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بعد از آموزش</td>
<td>50% (90)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>نظر شما در مورد استفاده از پروتئین سویا در کارگاه گوشتهای</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سفید برای افراد دبیئی چیست؟</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>قبل از آموزش</td>
<td>50% (90)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بعد از آموزش</td>
<td>50% (90)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>نظر شما در مورد مصرف یک رژیم غذایی محترم روغن</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گیاهی، حیوانات و سیستم‌های توسط یک سفید دبیئی چیست؟</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>قبل از آموزش</td>
<td>50% (90)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بعد از آموزش</td>
<td>50% (90)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

251 مجله دیابت و لیپید بیماران. 1385، شماره 5 (پانزده‌میل‌هه)

آزمون‌های برای مقایسه نتایج قبل و بعد از مداخله آموزشی استفاده شده است. * در مقایسه مقایسه‌ای نظر آماری معنی‌دار بود (P<0.05).

داده‌های 20% از آنها در این بررسی شرکت کردند. بنابراین نتایج به دست آمده قابل تعمیم به کل بیماران 50 نا سال می‌باشد. از معده 1 مسیر مورد مطالعه می‌باشد. سلسله سلسله بیماری دبیئی در 50% افراد کمتر از 10 سال بود و با توجه به این که اکثر افراد مورد مطالعه را نووجانان و جوانان تشکیل می‌دادند، آموزش تغذیه و انجام مداخلات به‌صورت یکپارچه کنترل می‌توانست در نتیجه بیشتری از عوارض دبیئی آموزشی لازم به نظر می‌رسید. بنابراین این وضعیت از مطالعات ارزیابی آماری معنی‌دار دارد که نشان می‌دهد که بهبود کنترل متون و میزان ثابت مختلف از طریق عوامل مختلف می‌تواند از جمله استمرار آموزش در معاله ریزش داده‌های مربوطه به سایر عوامل

در شروع مطالعه درصد افراد اظهار داشتند که در خصوص دبیئی و تنها آموزش دیده اند. اما اطلاعات آنها از آنکه ناکافی به نظر می‌رسید. اکثر آنها به دنبال داشتند. در این جلسه از فواصل زمانی مراجعه به پزشک نا آگاه بودند. وازده فیرر از اولین بار می‌شیندند. آگاهان آنها در خصوص منابع غذایی از آموزش اثری بر سیاست‌های بود. نتایج چنین مشابهی به ما متعلق است. منابع غذایی و کربوهیدرات به اقلام مختلف. اکثر آنها به این باور بودند که با وجود تریک‌سنگ‌های محصولات در منابع غذایی و از جمله کربوهیدرات این‌ها ندارند.

20% درصد افراد قبل از آموزش معنی‌دار به معنی است. مواد شناختی از ته باید به دنبال داشته که پس از آموزش به 7/3 درصد کاهش یافته. قبل از مداخله

[13]

نتایج آزمایشی ته نسبی نشان داد که میانگین وزن و BMI قبل از آموزش بود. بعد از آموزش BMI 3/13 درصد و بعد از آن 86/7 درصد افراد با رژیم محترم رژیم غذایی محترم و فیبر غذایی موافقت یافته‌اند. که از نظر آماری معنی‌دار را نشان داد. جدول 7 و 8 نتایج است. رتبه‌گذاری اکثریت رتبه‌گذاری‌ها، عملکرد و نگرش‌ها را

بحث

تعداد بیماران بین سنین 15تا 50 درصد بودند. که
مطالعه، رساندن مقدار فیبر به میزان توصیه شده مشکل بود.

افزاری معنی داری در دریافت ویتامین C و فولات به دلیل افزایش مصرف سبزی و میوه به وجود آمد. این مداخله در قسمت پایداری و درمان این مشکلات شایع مصرف می‌کردند. در حالی که مصرف سبزی و مصرف سبزی در افراد به دلیل نوع ۱ به مصرف جلوگیری از وقوع هیپوکلسیمی توصیه می‌شود. در یک بررسی مطبوعه، [۱۹]:۷۰۷/۷۰۷ افراد دیابتی در شابان روز سه می‌صرف کردن [۲۱] همان‌طوری که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، تعداد میان به همین معنی دارد افزایش یافته. به این ترتیب استفاده از رژیم غذایی کم حجم و پر وعده موجب کنترل بهتر قند خون و جلوگیری از هیپوکلسیمی و هیپرکلسیمی در این بیماران کرده.

بنچه در صورت افزایش داشتن که در خصوص دیابت و تغذیه آموزش دیده اند و چنان که از نتایج آرژین آگاهی و عملکرد مشخص می‌شود، این آموزش‌ها با صورت غیر مدون بهدید و اطلاعات آنها بی‌سیار اندک و ناقابل به نظر می‌رسد. اگر آنها باید بار بودند که با وجود نظرات گوناگون هیچ محدودیتی با ممنوعیت در مصرف مواد غذایی و از جمله کربوهیدرات های ساده ندارند و علت اصلی دیابتی از آغاز و قطعی زمانها مربوط به پژوهش‌های گوناگون بوده و نتایج آنها در خصوص مطالعه غذایی تأیید کنند انتزاع و پرورشی بسیار ضعیفی به وجود آمده، به این راحتی های آماده مواد غذایی و کربوهیدرات یک اطلاعی بودند. درک بررسی که در کشور نایل انجام شده، اگر بیماران اطلاعات صحیحی در مورد دیابت و رژیم غذایی داشته‌اند با طور منظم با پزشکی خود مرتبط بودند [۲۲].

میانگین نمره آگاهی قبل و بعد از آموزش به طور معنی‌داری افزایش یافت. بعد از آموزش درصد افزایگی که محدوده طبیعی قرار داشت. هر چند که ۲۶/۷٪ بیماران مبتلا به پرفشاری خون پیدا کردند، اما تغییرات میانگین فشار خون نیز قبل و بعد از مداخله آموزشی از نظر آماری معنی‌دار نبود. برای اصناف جیانج در نیود، نتایج مشابه را نتیجه‌گیری کردند. [۵] اعداد دفعات هیپرکلسیمی در هنگام بیمار طبیعی راهنمای کاهش تشخیص و به دلیل این آمار می‌توانند صرف میان و عده‌های غذایی باشد. تاکیدی معنی‌دار و به رفع نیز نمی‌باشد پیش از آموزش به یافتن های مشابه دست یافت [۱۵،۱۶].

بعد از مداخله به HbA1c و درصد LDL-C و کلسترول از نظر آماری معنی‌داری دارند و قبل و بعد از مداخله در محدوده طبیعی قرار داشتند. در حالی که کلسترول تام و LDL-C باعث کاهش نشان داد. نتیجه‌گیری از این مداخله به طور معنی‌داری باعث کاهش هم‌اکنون الکترولیت‌های کلسترول و افزایش بهتری در فشار خون طبیعی فعلی که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، تعداد میان به همین معنی دارد افزایش یافته. به این ترتیب استفاده از رژیم غذایی کم حجم و پر وعده موجب کنترل بهتر قند خون و جلوگیری از هیپرکلسیمی و هیپرکلسیمی در این بیماران کرده.

مصرف درست غذایی قبل و بعد از آموزش در محدوده توصیه شده باید افزایش یافته باشد. بودن معنی‌داری در میانگین تأیید کنند انتزاع و پرورشی بسیار ضعیفی به وجود آمده، به این راحتی های آماده مواد غذایی و کربوهیدرات یک اطلاعی بودند. درک بررسی که در کشور نایل انجام شده، اگر بیماران اطلاعات صحیحی در مورد دیابت و رژیم غذایی داشته‌اند با طور منظم با پزشکی خود مرتبط بودند [۲۲].

میانگین نمره آگاهی قبل و بعد از آموزش به طور معنی‌داری افزایش یافت. بعد از آموزش به یافتن های مشابه دست یافت [۱۵،۱۶].
مجله دیپاک و لیبلد ایران. بهار 1385، دوره 5 (شماره 3)

آگاهی خوب داشتن به 870 رسد و تعداد افراد با آگاهی ضعیف معنی محقق دیگر نیز افزایش آگاهی را پس از آموزش در بیماران دیابتی گزارش کرده‌اند (14، 15، 20، 21، 22). رابطه بین تأثیر آموزش و رعایت رژیم غذایی در تغییر اندازه سه کنور انگلیس نیز همین ترتیب را نشان می‌دهد (21). با وجود اینکه در یک مطالعه گزارش شده است که 99% افراد دیابتی در سنگاپور آموزش می‌بینند، اما 25% آنها از جنگه‌های کلیدی ناگاهان معترض آن را غیر مستحکم و مطمئن بودند Tham وزیر افراد Lowe معتقده است که در آموزش‌های افزایش معنی در این کشور می‌داند (22). عده‌ای از پس از آموزش پس از آموزش بیماران دیابتی مشاهده نکرد. وی در این امر را با بی‌توجهی و آگاهی بیماران را قبل از مداخله آموزشی عوامل کاهش میداند. عوامل کاهش می‌توانند به داشتن یک زندگی ناشاد با کنترل مشخص بیماری به طور معنی‌داری پس از آموزش بیماری مشاهده شوند. وی از آموزش تعداد بیشتری از افراد با رژیم حاوا روی گپاها و میزان واقعی بودند و آزمون‌های مک تمرکز تمرکز آماری معنی‌داری را قبل و بعد از آموزش معنی‌داری نشان داد (P<0/02) در بررسی‌های معنی‌دار آزمونهای نیز میانگین تعداد بیماران در مورد برازندگی صحت گذاری به طور معنی‌دار ارتفا بافت (21، 15).

میانگین نمره عملکرد به طور معنی‌داری پس از آموزش افزایش یافت (0/01). درصد افرادی که عملکرد خوب داشتند بعد از آموزش 70% افزایش یافت و درصد افرادی که عملکرد ضعیف داشتند به صفر رسید. در مطالعه Simpsons، معنی‌داری میانگین نمره عملکرد پس از آموزش ارتقا یافت (21، 15) و 31٪. مداخله کوتاه مدت آموزشی در دانشگاه پزشکی متجر به بهبود آگاهی نگرش و مراقبت‌های کلینیکی بیماران شد (22).

کنترل روانه قد خون از موارد عملکردی بسیار مهم می‌باشد که متأسفانه در مطالعه حاضر قبل و بعد از آموزش نه ساده کرده بود که نگرفته در این کمک که در همکاری کمک کرده، گزارش‌ها است که کنور تغییر سه کنور بیماران خود قند خونی را در واکنش زمانی مناسب کنترل می‌کند (22). عدم وجود مکان مشخص به مانورین حالت بیماران، عدم تغییر بیماران در بیمارستان، مراکز بهداشتی، درمانی و مطب‌های خصوصی در محل مورد مطالعه، نمونه‌گیری را دشوار و طولانی نمود و همچنین به علت محدودیت بودن تعداد نمونه‌ای مطالعه‌های این بررسی بود.

پس از تغییر مدت مطالعه کلینیک و تغییر مدت مطالعه مورد مطالعه ما آموزش تغییر همراه با ارتفاع HbA1c FBS کلسترول تام و LDL شد و ضمناً تعداد دفعات هیپرگلیکمی به طور معنی‌داری افزایش یافت. یافته‌های ما نشان داد که آموزش تغییر همراه با ایجاد تغییرات در عوامل بسیار مهم در بهبود کنترل متابولیک افراد مبتلا به دیابت نوع 1 می‌باشد. با آموزش معنی‌دار می‌توان از عوارض کوتاه مدت و پیشرفت عوارض بلند مدت دیابتی، جلوگیری نمود. مداخله آموزشی رفتار بیماران را اصلاح می‌کند و به این ترتیب آموزش در مدیریت بیماران یک اصل بسیار مهم است. بیماران باید مشترک مرکز دیابتی در شهرستان‌های تهران و شهرستان‌های مشابه آن پیشنهاد می‌توان در همان نیاز به طور عادی مشخصات بیماران را پای کرد. خدمات مورد نیاز به بیماران ارائه نمود و در فواصل معنی‌دار بیماران را مورد ارزیابی تغذیه ای پرداخت.


