بررسی عادات تغذیه‌ای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران

آذر طل[۱]، سیما اسماعیلی شهمیرزادی[۲]، کمال اعظم[۳]، بهرام محبی[۴]، احمد ساعدی[۵]، رویا صادقی[۶]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اتخاذ رفتارهای مطلوب تغذیه‌ای یک بخش اصلی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ است که می‌تواند به پیشگیری و کاهش عوارض ناشی از بیماری بیانجامد. شواهد نشان می‌دهد که بهبود عادات و رفتارهای تغذیه‌ای می‌تواند به کنترل دیابت کمک نماید. این مطالعه با هدف، تعیین عادات تغذیه‌ای دیابت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۱ طراحی و اجرا گردید.

روش‌ها: مطالعه توصیفی حاضر بر روی ۴۸۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با روش تصادفی در دسترس انجام گرفت. در این مطالعه از پرسش‌نامه‌ای دو قسمتی شامل اطلاعات و خصوصیات فردی بیماران و مرتبط با بیماری اخذ شد. جهت سنجش عادات تغذیه‌ای و ابعاد آن در دیابت در این بیماران از پرسش‌نامه استاندارد استفاده شد که با استفاده از ۵۱ سؤال، ۴ بعد مختلف عادات تغذیه‌ای دیابت را در بیماران مبتلا اندازه‌گیری می‌نمود. این ابزار شامل ۴ سؤال کلی در مورد عادات تغذیه‌ای، ۱۲ سؤال مقیاس اطلاعات عمومی در دیابت، ۶ سؤال در مورد برنامه‌ریزی، خرید و آماده کردن غذا، ۱۷ سؤال در مورد عادات صرف غذا و ۱۲ سؤال در مورد حمایت خانواده در عادات تغذیه‌ای در دیابت بود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ استفاده گردید و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه ۱۱/۵۳ ± ۵۹/۹۶ سال بود. بیشترین و کمترین میانگین امتیاز ابعاد چهارگانه ابزار سنجش عادات تغذیه‌ای در دیابت به ترتیب مربوط به ابعاد تأثیر خانواده بر عادات تغذیه‌ای (۱۴/۳ ± ۶۴/۷۲) و عادات خوردن غذا (۱۲/۱۳ ± ۵۲/۲۷) بود. در ابعاد مختلف این پرسش‌نامه مواردی از جمله توجه به برچسب مواد غذایی از نظر نوع و میزان کالری، توجه به صرف منظم وعده‌های اصلی و میان وعده‌های غذایی و دریافت حمایت از سوی خانواده بیشترین میانگین و انحراف معیار را کسب نمود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه پیشنهاد می‌گردد، به منظور ارتقای دانش و اتخاذ رفتارهای تغذیه‌ای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، مداخلات تئوری محور با هدف اصلاح عادات خوردن غذا طراحی و اجرا گردد. به نظر می‌رسد جلب مشارکت خانواده‌های بیماران مبتلا به دیابت به عنوان عوامل قادر کننده بتواند دستیابی به این هدف را تسهیل نماید.

واژه‌های کلیدی: عادات تغذیه‌ای، بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، خانواده

ارجاع: طل آذر، اسماعیلی شهمیرزادی سیما، اعظم کمال، محبی بهرام، ساعدی احمد، صادقی رویا. **بررسی عادات تغذیه‌ای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ۹ (۶): ۶۲۹-۶۲۰.

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۳/۱۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۵/۰۳

۱- دکتری تخصصی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲- دانشجوی دکتری، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳- استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴- استادیار، گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵- استادیار، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده علوم تغذیه و رژیم‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۶- استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: sadeghir@tums.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

مقدمه

در دهه‌های اخیر با تغییر الگوی بیماری‌ها و گذار اپیدمیولوژیک، دیابت نوع ۲ به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های غیر واگیر و مزمن در جهان مطرح شده است که شیوع آن با توجه به افزایش امید به زندگی، رواج شهرنشینی و تغییر شیوه زندگی در حال افزایش می‌باشد (۱). سازمان بهداشت جهانی پیش‌بینی کرده است که تا سال ۲۰۳۰، ۳۶۶ میلیون نفر در دنیا به دیابت مبتلا خواهند شد (۲). عزیزی و همکاران دیابت نوع ۲ در شهر تهران را بین ۱۰-۲ درصد در جمعیت بزرگسال برآورد نموده‌اند (۳). دیابت شایع‌ترین اختلال متابولیکی است که به علت نقص در ترشح و یا عملکرد هورمون انسولین ایجاد می‌گردد. این بیماری بار فراوانی بر دوش فرد، خانواده و جامعه تحمیل می‌نماید و کاستن از مشکلات سلامتی در مورد این بیماری تنها با مدیریت و کنترل آن میسر می‌باشد. دیابت نوع ۲ به عنوان شایع‌ترین شکل آن، بین ۹۵-۹۰ درصد از مجموع دیابت‌های تشخیص داده شده را تشکیل می‌دهند (۳). از طرف دیگر، بیماری دیابت نوع ۲ درمان همه جانبه را می‌طلبد که شامل درمان‌های دارویی، رفتاری- شناختی و تغییر الگو و سبک زندگی است (۳).

اگرچه روش‌های دارودرمانی در کنترل دیابت مورد تأیید می‌باشند، اما بیماران مبتلا به دیابت همواره با تکنیک‌های خودمراقبتی دیابت دست به گریبان هستند (۵، ۴). با توجه به ماهیت نیاز مداوم دیابت به مراقبت، مطالعات بسیاری در این زمینه انجام گرفته و استانداردهایی برای مراقبت شامل راهنماهای عملی مراقبت، اهداف درمانی و ابزارهایی برای ارزیابی کیفیت مراقبت تدوین شده است (۶). یکی از نکات مهم در رابطه با رفتارهای خودمراقبتی، آگاهی بیمار مبتلا به دیابت از رژیم غذایی و الگوی تغذیه‌ای می‌باشد و موفقیت اقدامات درمانی دیابت وابسته به میزان به کارگیری و تداوم اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی می‌باشد که یکی از مهم‌ترین ابعاد آن، حرکت در مسیر سبک زندگی سالم از جمله عادات تغذیه‌ای درست است (۷). مورد مهم دیگر در این بین، ارتباط و حمایت خانواده در کمک به بیمار در راستای کنترل دیابت می‌باشد (۸). مطالعات زیادی نشان داده‌اند که حمایت خانواده در خودمدیریتی دیابت در حوزه تغذیه حایز اهمیت است (۹). اطلاع از عادات تغذیه‌ای خانواده، بر پیامدهای سلامتی افراد مبتلا به دیابت و در تسهیل تغییر رفتار فرد بیمار در خانواده مؤثر است (۱۱، ۱۰).

عادات روزمره صرف غذا و رفتارهای طبخ مواد غذایی که در اکثر وعده‌های غذایی مطرح می‌باشد به عنوان عادات تغذیه‌ای افراد محسوب می‌گردد. مطالعه Nagelkerk و همکاران نشان داد که موانع خودمدیریتی دیابت شامل کمبود دانش، کمبود درک از برنامه درمانی، احساس خستگی و نداشتن انگیزه در مورد کنترل دیابت و عدم توفیق در تبعیت از رژیم دیابت می‌باشد. تغذیه و الگوی مصرف مواد غذایی یکی از برنامه‌های مهم درمانی در کنترل دیابت است و با افزایش دانش و درک بهتر از برنامه‌های درمانی که الگوی تغذیه‌ای بیماران مبتلا به دیابت هم از آن مستثنی نیست، می‌توان به کنترل مطلوب دیابت نزدیک‌تر شد (۴).

توجه به عادات تغذیه‌ای می‌تواند رفتارهای تغذیه‌ای خودمدیریتی در فرد مبتلا به دیابت و اعضای خانواده او را ارتقا داده و بر پیشرفت بیماری اثرگذار باشد. ارزیابی عادات تغذیه‌ای فرد و خانواده باید همگام با برنامه‌ریزی، کنترل و مدیریت بیماری از جمله آموزش تغذیه‌ای باشد (۱۵-۱۲). با عنایت به شیوع بالای دیابت در تهران، ضرورت شناسایی موارد مؤثر در سبک زندگی سالم از جمله الگوی تغذیه‌ای و عدم انجام مطالعه‌ای در حوزه شناسایی عادات تغذیه‌ای در دیابت و عوامل مؤثر بر آن در ایران، مطالعه حاضر با هدف تعیین عادات تغذیه‌ای دیابت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۱ طراحی و انجام گردید.

روش‌ها

مطالعه مقطعی حاضر بر روی ۴۸۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ که بیماری آن‌ها توسط پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران به تأیید رسیده بود، انجام گرفت. شرکت کنندگان در مطالعه

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

حاضر، از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران در طول پنج ماه به شیوه نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که پرسشگران آموزش دیده در مورد اهداف مطالعه، به بیمارستان‌های مورد نظر مراجعه و با بیماران واجد شرایط، مصاحبه می‌نمودند. تشخیص قطعی دیابت نوع ۲ توسط پزشکان متخصص بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران و سپری شدن حداقل یک سال از تشخیص قطعی دیابت فرد به عنوان معیارهای ورود به مطالعه و عدم تمایل بیماران برای شرکت در مطالعه، دیابت بارداری و وجود بیماری‌های روحی و روانی تأیید شده توسط پزشکان به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. برای تعیین حجم نمونه با توجه به این‌که تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه در ایران انجام نشده است، بنابراین با در نظر گرفتن این‌که حدود ۵۰ درصد افراد مبتلا به دیابت عادات تغذیه‌ای مناسب دیابت داشته باشند (برای در نظر گرفتن بیشترین میزان نمونه)، میزان شیوع ۰/۵ و دقت مطالعه ۰/۰۵ با سطح معنی‌داری ۰/۰۵، حجم نمونه حدود ۴۰۰ نفر برآورد گردید. با در نظر داشتن ریزش ۲۰ درصد برای این مطالعه، حداقل نمونه ۴۸۰ نفر محاسبه شد.

در این مطالعه از یک پرسش‌نامه دو قسمتی شامل اطلاعات و خصوصیات فردی بیماران و مرتبط با بیماری استفاده شد. جهت سنجش عادات تغذیه‌ای در دیابت از پرسش‌نامه استاندارد آن استفاده گردید که با استفاده از ۵۱ سؤال، ۴ بعد مختلف عادات تغذیه‌ای در دیابت را در بیماران مبتلا به دیابت اندازه‌گیری می‌نمود. این ابزار شامل ۴ سؤال کلی در مورد عادات تغذیه‌ای، ۱۲ سؤال مقیاس اطلاعات عمومی در دیابت، ۶ سؤال در مورد برنامه‌ریزی، خرید و آماده کردن غذا، ۱۷ سؤال در مورد عادات صرف غذا و ۱۲ سؤال در مورد حمایت خانواده در عادات تغذیه‌ای در دیابت بود. در مطالعه حاضر برای مقایسه ابعاد با یکدیگر، تمام مقادیر چهار حیطه از ۱۰۰ محاسبه گردید تا ابعاد به طور صحیح قابل مقایسه باشند. میزان Cronbach´s alpha برای هر یک از ۴ حیطه به روش (Test- retest) به ترتیب برابر با ۰/۹۲، ۰/۸۴، ۰/۹۵ و ۰/۸۰ در مطالعه پایلوت محاسبه گردید. لازم به یادآوری است که افراد شرکت کننده در مطالعه پایلوت جهت بررسی روایی و پایایی ابزار از مطالعه اصلی خارج شدند.

به منظور رعایت نکات اخلاقی پژوهش، اهداف این مطالعه به افراد شرکت کننده توضیح داده شد و به آنان این اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند و پرسش‌نامه بدون نام تکمیل گردید. مدت زمان تکمیل پرسش‌نامه به صورت مصاحبه برای هر بیمار حدود ۲۰ دقیقه به طول انجامید. پس از جمع‌آوری اطلاعات و ورود داده‌ها به رایانه، تجزیه و تحلیل آن‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ (version 11.5, SPSS Inc., Chicago, IL) و با به کارگیری آزمون‌های توصیفی انجام گرفت. سطح معنی‌داری در این مطالعه، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میزان پاسخگویی در این مطالعه ۹۰/۵ درصد و میانگین سنی شرکت کنندگان ۱۱/۵۳ ± ۵۹/۹۶ سال بود که ۵۸/۷ درصد (۲۸۲ نفر) را زنان و ۴۱/۳ درصد (۱۹۸ نفر) را مردان تشکیل می‌دادند. ۸۱/۸ درصد (۳۹۳ نفر) افراد شرکت کننده در مطالعه متأهل و ۱۸/۲ درصد (۸۷ نفر) مجرد بودند. از نظر سطح تحصیلات: ۳۲/۹ درصد (۱۵۸ نفر) بی‌سواد، ۳۹/۸ درصد (۱۹۱ نفر) زیردیپلم، ۲۱/۴ درصد (۱۰۳ نفر) دیپلم و ۵/۸ درصد (۲۸ نفر) بالاتر از دیپلم بودند. از نظر وضعیت اشتغال: ۲۸/۳ درصد (۱۳۶ نفر) شاغل، ۱۹/۸ درصد (۹۵ نفر) بازنشسته، ۴۶/۷ درصد (۲۲۴ نفر) خانه‌دار و ۵/۲ درصد (۲۵ نفر) بی‌کار بودند. جدول ۱ میانگین امتیازات هر کدام از ابعاد ابزار سنجش عادات تغذیه‌ای در دیابت را نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌های جدول ۱، بیشترین و کمترین میانگین امتیاز ابعاد ابزار سنجش عادات غذایی در دیابت به ترتیب مربوط به ابعاد حمایت خانواده بر عادات تغذیه‌ای (۱۴/۳ ± ۶۴/۷۲) و صرف غذا (۱۲/۱۳ ± ۵۲/۲۷) بود.

همان طور که جدول ۲ توزیع فراوانی پاسخگویی افراد تحت مطالعه به سؤالات مقیاس اطلاعات عمومی دیابت را نشان می‌دهد، بیشترین میانگین امتیاز سؤالات نشان داد

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

جدول ۱: آمار توصیفی ابعاد عادات تغذیه‌ای دیابت در افراد تحت مطالعه

ابعاد	میانگین و انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
اطلاعات عمومی در مورد دیابت	۵۳/۷۲ ± ۱۹/۸۳	۱۰/۴۲	۹۵/۸۳
برنامه‌ریزی، خرید و آماده‌سازی مواد غذایی	۵۷/۳۱ ± ۲۳/۸۲	۰	۱۰۰
صرف غذا	۵۲/۲۷ ± ۱۲/۱۳	۲۵	۹۲/۶۵
حمایت خانواده در عادات تغذیه‌ای	۶۴/۷۲ ± ۱۴/۳	۳۳/۳۳	۱۰۰
نمره کل عادات تغذیه‌ای در دیابت	۵۶/۶۳ ± ۱۲/۵۵	۲۳/۲۳	۸۴/۶۴

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخگویی افراد تحت مطالعه به سؤالات مقیاس اطلاعات عمومی دیابت

عنوان سؤال	مقیاس اطلاعات عمومی دیابت				
	هرگز	به ندرت	گاهی	معمولاً	همیشه
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
من از برنامه‌ای خاص برای کنترل دیابت خود استفاده می‌کنم.	۲۰۷ (۴۳/۲)	۷۳ (۱۵/۲)	۷۵ (۱۵/)	۶۷ (۱۳/۹)	۵۸ (۱۲/۱)
حداقل یکی از اعضای خانواده در مدیریت دیابت از من حمایت می‌کند.	۹۰ (۱۸/۷)	۴۱ (۸/۷)	۷۶ (۱۵/۸)	۷۸ (۱۶/۲)	۱۹۵ (۴۰/۶)
غذاهای سالم مصرف می‌کنم.	۲۹ (۶/۱)	۲۷ (۵/۷)	۶۷ (۱۳/۹)	۲۵۳ (۵۲/۷)	۱۰۴ (۲۱/۶)
غذاهایی را استفاده می‌کنم که بر قند خونم تأثیر منفی نداشته باشد.	۵۰ (۱۰/۴)	۳۸ (۷/۸)	۹۷ (۲۰/۲)	۲۱۵ (۴۴/۷)	۸۰ (۱۶/۶)
حداقل یکی از اعضای خانواده در انتخاب غذای سالم در مورد دیابت از من حمایت می‌کند.	۵۷ (۱۱/۸)	۵۹ (۱۲/۴)	۵۱ (۱۰/۷)	۲۰۸ (۴۳/۳)	۱۰۵ (۲۱/۸)
حداقل یکی از اعضای خانواده در انتخاب غذایی که کمترین تأثیر را بر قند خون من داشته باشد، از من حمایت می‌کند.	۷۱ (۱۴/۶)	۵۹ (۱۲/۴)	۹۰ (۱۸/۸)	۱۴۶ (۳۰/۴)	۱۱۴ (۲۳/۸)
من برچسب مواد غذایی را مطالعه می‌کنم تا تاثیر آن بر قند خونم را متوجه شوم.	۱۷۴ (۳۶/۲)	۶۶ (۱۳/۷)	۷۰ (۱۴/۷)	۸۵ (۱۷/۷)	۸۵ (۱۷/۷)
حداقل یکی از اعضای خانواده در خواندن برچسب مواد غذایی و تأثیر آن بر قند خون به من کمک می‌کند.	۱۳۰ (۲۷/۱)	۵۸ (۱۲/۱)	۱۰۸ (۲۲/۵)	۸۹ (۱۸/۵)	۹۵ (۱۹/۸)
اعضای خانواده برای انتخاب غذا به من فرصت می‌دهند.	۸۴ (۱۷/۵)	۷۹ (۱۶/۴)	۱۰۰ (۲۰/۸)	۱۲۰ (۲۵/۰)	۹۷ (۲۰/۳)
من در انتخاب غذای سالم نگرانی دارم.	۱۱۳ (۲۳/۵)	۶۸ (۱۴/۲)	۹۳ (۱۹/۳)	۱۲۲ (۲۵/۴)	۸۴ (۱۷/۶)
وقتی اعضای خانواده غذای ناسالم میل می‌کنند، تمایل دارم در مصرف غذا با آنان همراه شوم.	۷۳ (۱۵/۲)	۹۰ (۱۸/۸)	۹۴ (۱۹/۶)	۷۲ (۱۵/۰)	۱۵۱ (۳۱/۴)
عادات غذایی سایر اعضای خانواده در انتخاب غذای سالم بر من تأثیر مثبتی دارد.	۷۰ (۱۴/۶)	۸۶ (۱۷/۹)	۱۰۶ (۲۲/۱)	۱۲۲ (۲۵/۴)	۹۶ (۲۰/۰)

که به طور تقریبی نیمی از افراد مورد مطالعه از برنامه خاصی برای کنترل دیابت تبعیت نمی‌کردند (۴۳/۲ درصد)، بیش از یک سوم افراد تحت مطالعه (۳۶/۲ درصد) قبل از مصرف مواد غذایی به برچسب مندرج بر روی محصولات غذایی توجه نکرده و ۳۱/۴ درصد وسوسه می‌شدند که در جمع خانواده از رژیم غذایی خود پیروی ننمایند.

جدول ۳ در مورد برنامه‌ریزی، خرید و آماده کردن غذا نشان داد که ۳۰/۶ درصد افراد شرکت کننده در مطالعه هرگز در هنگام خرید مواد غذایی به برچسب غذایی مندرج به روی آن توجه نمی‌کنند، ۲۷/۹ درصد بیان کردند که در خانواده اغلب موارد شرایط انتخاب نوع غذا به منظور کنترل و مدیریت دیابت فراهم می‌باشد و ۲۸/۷ درصد بیشتر غذاهایی مطابق با دستور غذایی بیماران مبتلا به دیابت مصرف می‌نمایند.

پاسخگویی افراد مورد مطالعه در خصوص سؤالات مربوط به مقیاس صرف غذا نشان داد که ۲۸/۲ درصد افراد هرگز میان وعده عصر استفاده نکرده و هیچ کدام از افراد تحت

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

جدول ۳: توزیع فراوانی پاسخگویی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ به سؤالات مقیاس برنامه‌ریزی، خرید و آماده کردن غذا

عنوان سؤال	مقیاس برنامه‌ریزی، خرید و آماده کردن غذا				
	هرگز	به ندرت	گاهی	معمولاً	همیشه
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
من با برنامه‌ریزی غذا مصرف می‌کنم.	۷۳ (۱۵/۲)	۹۸ (۲۰/۴)	۱۰۵ (۲۱/۸)	۱۲۰ (۲۵/۰)	۸۴ (۱۷/۶)
در موقع خرید مواد غذایی برچسب غذایی آن را مطالعه می‌کنم.	۱۴۷ (۳۰/۶)	۹۶ (۲۰/۰)	۹۰ (۱۸/۸)	۸۳ (۱۷/۳)	۶۴ (۱۳/۳)
در خانواده انتخاب نوع غذا برای من امکان دارد و این مسأله به کنترل و مدیریت دیابت کمک می‌کند.	۸۰ (۱۶/۷)	۱۰۷ (۲۲/۳)	۷۹ (۱۶/۴)	۱۳۴ (۲۷/۹)	۸۰ (۱۶/۷)
روش تهیه مواد غذایی من در کنترل دیابت به من کمک می‌کند.	۶۸ (۱۴/۲)	۷۸ (۱۶/۲)	۹۳ (۱۹/۴)	۱۲۸ (۲۶/۶)	۱۱۳ (۲۳/۶)
من غذاهای خانگی مصرف می‌کنم.	۳۳ (۶/۸)	۳۴ (۷/۲)	۶۰ (۱۲/۶)	۱۰۵ (۲۱/۸)	۲۴۸ (۵۱/۶)
غذاهایی که مصرف می‌کنم از دستور غذایی بیماران مبتلا به دیابت تبعیت می‌کند.	۸۴ (۱۷/۵)	۵۹ (۱۲/۳)	۹۸ (۲۰/۴)	۱۳۸ (۲۸/۷)	۱۰۱ (۲۱/۱)

مطالعه میان وعده شب را استفاده نمی‌کنند. در زمان صرف غذا در رستوران، ۳۷/۵ درصد بر اساس میل خود و بدون مراعات رژیم مربوط به افراد مبتلا به دیابت دستور غذا می‌دادند و ۳۰ درصد همیشه با عجله غذا می‌خورند. برنامه غذایی ۲۶/۱ درصد از بیماران در تعطیلات آخر هفته هیچ وقت با سایر ایام هفته متفاوت نبوده است، ۲۷/۹ درصد بیماران همیشه هنگام تنهایی و ۳۰ درصد گاهی اوقات همراه با اعضای خانواده بیشتر غذا می‌خوردند. ۲۶/۵ درصد روزانه به ندرت ۵ وعده و بیشتر میوه و سبزیجات مصرف می‌کردند، ۲۵/۶ درصد همیشه هنگام تنهایی بیشتر غذاهای ناسالم انتخاب می‌کنند. ۳۰/۴ درصد معتقد هستند که همیشه همراه با اعضای خانواده در مقایسه با زمان تنهایی غذاهای سالم‌تری را انتخاب می‌کنند. گاهی در مواقع مسافرت برای ۲۵ درصد و در مواقع بیماری برای ۲۷/۷ درصد انتخاب غذای سالم مشکل‌تر بود (جدول ۴).

یافته‌های جمع‌آوری شده در ارتباط مقیاس حمایت خانواده بر عادات غذایی بیماران مبتلا به دیابت حاکی از این بود که به طور تقریبی نیمی از بیماران مورد مطالعه (۴۶/۷ درصد) به دلیل عدم درک متقابل افراد خانواده در خصوص برنامه‌ریزی فعالیت‌ها با مشکل مواجه هستند، ۴۸/۴ درصد از حمایت خانواده در زمان بروز مشکل برخوردار نبودند، ۴۲/۵ درصد از بیان احساس خود با یکدیگر نگران بودند، ۴۸/۴ درصد از عدم اعتماد در خانواده، ۵۰/۲ درصد از دشواری تصمیم‌گیری در خانواده گزارش کرده‌اند. ۵۳/۴ درصد بر این باور بودند که از توانایی لازم برای تصمیم‌گیری در مورد چگونگی حل مشکل برخوردار نیستند (جدول ۵).

بحث

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، بیشترین و کمترین میانگین امتیاز ابعاد عادات تغذیه‌ای دیابت به ترتیب مربوط به حمایت خانواده در دنبال کردن رژیم غذایی و عادات صرف غذا بود. این یافته‌ها با یافته‌های مطالعه Raberg و همکاران که با هدف شناسایی موانع تغذیه سالم در بین زنان نروژی- پاکستانی بود و نتایج مطالعه آنان نشان داد علایق، انتظارات و فشارهای درک شده از سوی اعضای خانواده مهم‌ترین موانع بهره‌مندی از رژیم غذایی سالم در مواجهه با بیماری دیابت بود، هم‌راستا می‌باشد (۱۶). همچنین نتایج مطالعه King و همکاران مؤید آن است که ارتباط آماری معنی‌داری بین رژیم غذایی با حمایت‌های اجتماعی- محیطی وجود دارد؛ به طوری که این مطالعه به منظور بهبود رفتارهای خودمدیریتی بیماران مبتلا به دیابت بر طراحی مداخلات در راستای حمایت‌های اجتماعی تأکید نمود (۱۷). در تبیین نقش خانواده بر عادات تغذیه‌ای بیماران مبتلا به دیابت می‌توان به این نکته اشاره نمود که عوامل تقویت کننده مانند حمایت

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

جدول ۴: توزیع فراوانی پاسخگویی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ به مقیاس صرف غذا

عنوان سؤال	مقیاس صرف غذا				
	هرگز	به ندرت	گاهی	معمولاً	همیشه
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
من سه وعده یا بیشتر در روز غذا مصرف می‌کنم.	۳۵ (۷/۳)	۷۹ (۱۶/۴)	۸۳ (۱۷/۳)	۱۵۵ (۳۲/۳)	۱۲۸ (۲۶/۷)
اعضای خانواده میان وعده عصر را در منزل با هم استفاده می‌کنند.	۱۳۵ (۲۸/۲)	۱۲۴ (۲۵/۸)	۹۸ (۲۰/۴)	۷۳ (۱۵/۲)	۵۰ (۱۰/۴)
با عجله غذا می‌خورم.	۸۲ (۱۷/۲)	۷۶ (۱۵/۸)	۱۱۳ (۲۳/۵)	۶۵ (۱۳/۵)	۱۴۴ (۳۰)
برنامه غذایی در تعطیلات آخر هفته با سایر ایام هفته متفاوت است.	۱۲۵ (۲۶/۱)	۷۵ (۱۵/۶)	۹۷ (۲۰/۲)	۱۱۶ (۲۴/۲)	۶۷ (۱۳/۹)
در موقع غذا خوردن در رستوران از منوی غذایی مناسب برای دیابت انتخاب می‌کنم.	۱۸۰ (۳۷/۵)	۹۱ (۱۸/۹)	۸۴ (۱۷/۵)	۶۴ (۱۳/۴)	۶۱ (۱۲/۷)
در مواقعی که بیرون از منزل غذا مصرف می‌کنم، غذاهای سالم سفارش می‌دهم.	۱۱۴ (۲۳/۷)	۶۶ (۱۳/۷)	۱۱۶ (۲۴/۲)	۸۰ (۱۶/۷)	۱۰۴ (۲۱/۷)
وقتی احساس سیری می‌کنم از صرف غذا دست می‌کشم.	۵۲ (۱۰/۸)	۳۲ (۶/۷)	۱۰۲ (۲۱/۲)	۱۰۳ (۲۱/۵)	۱۹۱ (۳۹/۸)
وقتی تنها هستم، بیشتر غذا می‌خورم.	۸۱ (۱۶/۸)	۷۶ (۱۵/۸)	۹۷ (۲۰/۲)	۹۲ (۱۹/۳)	۱۳۴ (۲۷/۹)
وقتی با اعضای خانواده هستم بیشتر غذا می‌خورم.	۸۵ (۱۷/۷)	۹۲ (۱۹/۲)	۱۴۴ (۳۰/۰)	۸۱ (۱۶/۸)	۷۸ (۱۶/۳)
روزانه پنج وعده و بیشتر میوه و سبزیجات مصرف می‌کنم.	۸۵ (۱۷/۷)	۱۲۷ (۲۶/۵)	۱۱۳ (۲۳/۵)	۹۸ (۲۰/۵)	۵۷ (۱۱/۸)
وقتی تنها هستم، بیشتر غذاهای ناسالم انتخاب می‌کنم.	۹۰ (۱۸/۷)	۶۸ (۱۴/۲)	۱۰۵ (۲۱/۸)	۹۴ (۱۹/۷)	۱۲۳ (۲۵/۶)
وقتی با خانواده هستم انتخاب غذای سالم‌تری دارم تا زمانی که تنها هستم.	۷۲ (۱۵/۰)	۵۰ (۱۰/۴)	۱۲۴ (۲۵/۸)	۸۸ (۱۸/۴)	۱۴۶ (۳۰/۴)
در مواقع تعطیلات و مراسم خاص، انتخاب غذا متناسب با دیابت برایم مشکل است.	۶۹ (۱۴/۴)	۱۳۶ (۲۸/۴)	۱۰۵ (۲۱/۸)	۶۰ (۱۲/۵)	۱۱۰ (۲۲/۹)
در مواقع تعطیلات و مراسم خاص بیشتر از ایام معمول غذا می‌خورم.	۹۸ (۲۰/۴)	۸۲ (۱۷/۱)	۱۰۶ (۲۲/۱)	۷۵ (۱۵/۶)	۱۱۹ (۲۴/۸)
روزهای تعطیل رژیم غذایی خود را کنترل نمی‌کنم و آزادانه غذا انتخاب می‌کنم.	۷۷ (۱۶/۲)	۹۱ (۱۸/۹)	۱۱۳ (۲۳/۵)	۷۵ (۱۵/۶)	۱۲۴ (۲۵/۸)
در مواقع مسافرت، انتخاب غذا متناسب با دیابت برایم مشکل است.	۹۶ (۲۰)	۹۲ (۱۹/۲)	۱۲۰ (۲۵/۰)	۷۰ (۱۴/۶)	۱۰۲ (۲۱/۲)
در مواقع بیماری، انتخاب غذا متناسب با دیابت برایم مشکل است.	۸۴ (۱۶/۷)	۹۶ (۲۰/۱)	۱۲۶ (۲۷/۷)	۷۴ (۱۴/۴)	۱۰۰ (۲۱/۱)

جدول ۵: توزیع فراوانی پاسخگویی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ به مقیاس تأثیر خانواده بر عادات غذایی در دیابت

عنوان سؤال	کاملاً موافق	موافق	مخالف	کاملاً مخالف
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
برنامه‌ریزی فعالیت‌ها در خانواده مشکل است چون ما همدیگر را درک نمی‌کنیم.	۸۲ (۱۷/۱)	۸۱ (۱۶/۸)	۲۲۴ (۴۶/۷)	۹۳ (۱۹/۴)
در زمان بروز مشکل، خانواده ما از هم حمایت می‌کنند.	۳۰ (۶/۳)	۶۶ (۱۳/۷)	۲۳۲ (۴۸/۴)	۱۵۲ (۳۱/۶)
ما نمی‌توانیم در مورد احساس نگرانی‌هایمان با هم صحبت کنیم.	۶۱ (۱۲/۷)	۱۲۲ (۲۵/۴)	۲۰۴ (۴۲/۵)	۹۳ (۱۹/۴)
اعضای خانواده خود را همان طوری که هستند پذیرفته‌اند.	۳۷ (۷/۸)	۶۷ (۱۳/۹)	۲۵۲ (۵۲/۵)	۱۲۴ (۲۵/۸)
ما از ترس‌ها و نگرانی‌هایمان با هم صحبت نمی‌کنیم.	۸۸ (۱۸/۳)	۱۱۶ (۲۴/۲)	۱۸۸ (۳۹/۲)	۸۸ (۱۸/۳)
ما می‌توانیم احساساتمان را با هم در میان بگذاریم.	۳۹ (۸/۲)	۱۰۳ (۲۱/۴)	۲۱۶ (۴۵/۰)	۱۲۲ (۲۵/۴)
احساسات نامناسب زیادی در خانواده ما هست.	۶۱ (۱۲/۷)	۱۰۵ (۲۱/۸)	۲۰۳ (۴۲/۳)	۱۱۱ (۲۳/۲)
ما آن‌چه که هستیم را پذیرفته‌ایم.	۲۸ (۵/۸)	۶۷ (۱۳/۹)	۲۴۷ (۵۱/۵)	۱۳۸ (۲۸/۸)
تصمیم‌گیری در خانواده ما مشکل است.	۳۸ (۷/۹)	۱۲۱ (۲۵/۲)	۲۴۱ (۵۰/۲)	۸۰ (۱۶/۷)
در خانواده ما می‌توانیم تصمیم بگیریم که چه طور مشکلاتمان را حل کنیم.	۳۰ (۶/۳)	۸۳ (۱۷/۳)	۲۵۶ (۵۳/۴)	۱۱۱ (۲۳/۱)
ما به طور مناسب با هم همراه نیستیم.	۳۷ (۷/۷)	۱۱۰ (۲۲/۹)	۲۴۷ (۵۱/۵)	۸۶ (۱۷/۹)
در خانواده به هم اعتماد داریم.	۳۵ (۷/۳)	۵۸ (۱۲/۱)	۲۳۲ (۴۸/۴)	۱۵۵ (۳۲/۲)

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

اجتماعی، تأثیر خانواده و حمایت همسالان شامل دریافت تقویت به عنوان بازخوردی پس از اتخاذ رفتار تغذیه‌ای سالم، احتمال استمرار رفتار توصیه شده را افزایش می‌دهد. بنابراین فراهم نمودن عوامل تقویت کننده می‌تواند در پیشگیری و کنترل بیماری دیابت مؤثر واقع شود.

در ارتباط با پایین بودن میانگین امتیاز عادات صرف غذا در بیماران مبتلا به دیابت که به عنوان یکی از عوامل منفی تأثیرگذار بر کنترل مطلوب دیابت به شمار می‌رود، می‌توان مطالعه Yu و همکاران (۱۸) را عنوان نمود. در این مطالعه افرادی که بخش اعظم رژیم غذایی آنان را گوشت و شیر تشکیل می‌داد بیش از افرادی که سبزیجات، میوه و ماهی مواد غذایی غالب رژیم آن‌ها بود در معرض خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ قرار داشتند. همچنین مطالعه متاآنالیز Wolfram و Ismail-Beigi که با هدف بررسی تأثیر مصرف غذاهای پرفیبر در بیماران مبتلا به دیابت انجام شد، بیانگر تأثیر عادات خوردن غذا بر احتمال خطر ابتلا به دیابت و پیشرفت بیماری می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان داد افراد مبتلا به دیابت با رژیم غذایی پرفیبر و کم‌چربی کنترل دیابت بهتر و حساسیت به انسولین بیشتری دارند (۱۹). از طرف دیگر، مطالعه هم‌گروهی انجام شده توسط Mekary و همکاران در مورد الگوی تغذیه بیماران مبتلا به دیابت نتایجی مشابه با نتایج حاضر را نشان داد که مردانی که وعده صبحانه را حذف می‌کنند، ۱/۲۱ برابر بیش از افراد دیگر در معرض خطر دیابت نوع ۲ قرار دارند، به علاوه افرادی که دو وعده غذا مصرف می‌کنند، ۱/۳ برابر بیش از افرادی که ۳ بار غذا مصرف می‌کنند در معرض ابتلا به دیابت نوع ۲ هستند. این مطالعه به خصوص در زمینه تأثیر عادات خوردن غذا بر پیشگیری و کنترل دیابت نشان داد که حذف وعده صبحانه در بروز دیابت نوع ۲ به شدت اثرگذار است (۲۰).

با توجه به نتایج حاضر در ارتباط با تأثیر عوامل فردی و خانوادگی بر عادات تغذیه‌ای در دیابت و همچنین بر اساس نتایج مطالعه، تغییر عادات غذا خوردن نیازمند تغییر در زمان صرف غذا، نوع غذا و به طور کلی تغییر در رفتار افراد است. از سوی دیگر حمایت اعضای خانواده در ایجاد انگیزه، حفظ و نگهداری عادات تغذیه‌ای و خودمدیریتی بیماران مبتلا به دیابت نقش بسزایی دارد (۴). در مطالعه Schuster ترجیحات غذایی فرد، عدم حمایت خانواده، سنت‌های خانوادگی، نگرانی‌های اقتصادی و تأثیرات اجتماعی از جمله مهم‌ترین موانع در تغییر عادات تغذیه‌ای بیماران مبتلا به دیابت شناسایی شد و لازمه آموزش مؤثر دیابت، رفع موانعی است که بیماران مبتلا به دیابت و خانواده‌های آن‌ها با آن دست به گریبان هستند؛ بنابراین تلاش برای برقراری تعادل بین نیازهای فردی و خانوادگی مرتبط با خودمدیریتی دیابت ضروری می‌باشد (۲۱).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم انجام مطالعات مشابه در جهان و ایران در زمینه عادات روزمره تغذیه‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با ابزار فوق که در عمل امکان مقایسه بیشتر و دقیق‌تر با نتایج سایر مطالعات را فراهم نمی‌نماید، اشاره کرد. تکمیل ابزار فوق به شیوه خودگزارشی و وجود احتمال دقت کم و عدم تعمیم نتایج مطالعه حاضر به مجموع افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ از محدودیت‌های دیگر این مطالعه به شمار می‌رود. به نظر می‌رسد در دنیای پرمشغله امروز به ویژه در کلان شهرها، اختصاص زمان کافی برای حفظ عادات سالم و مناسب غذایی برای افراد جامعه دشوار می‌باشد. بنابراین آموزش تغذیه‌ای بیماران مبتلا به دیابت باید در راستای اصلاح عادات نادرست تغذیه‌ای مانند پرخوری، عدم مصرف کافی میوه و سبزیجات، کمبود دانش، کمبود درک از برنامه درمانی و عدم تلاش در تبعیت از رژیم غذایی دیابت انجام پذیرد. به علاوه با توجه به بالا بودن میانگین امتیاز تأثیر خانواده بر عادات تغذیه‌ای می‌توان اصلاح عادات نادرست تغذیه‌ای بیماران مبتلا به دیابت را با جلب حمایت خانواده‌های آنان تسهیل نمود.

با توجه به نقش پررنگ حمایت خانواده، لزوم برخورداری فرد مبتلا به دیابت از حمایت اعضای خانواده در زمان برنامه‌ریزی، خرید، آماده‌سازی و صرف غذا ضروری به نظر می‌رسد. از طرف دیگر، تسهیل دسترسی به غذاهای سالم و

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]
www.mui.ac.ir

متنوع و لزوم توجه به اهمیت انجام خودپایشی قند خون با دسترسی به تجهیزات و امکانات لازم آن تا نتیجه آزمایش‌های قند خون کنترل شده می‌تواند به عنوان مشوقی در کنترل دیابت از طریق بهبود عادات تغذیه‌ای مد نظر باشد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود مطالعات مداخله‌ای خانواده محور و مبتنی بر تئوری در راستای ابعاد مؤثر عادات تغذیه‌ای طراحی و اجرا گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل گزارش بخشی از طرح تحقیقاتی شماره ۱۸۸۵۶ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد که بدین وسیله نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از آن معاونت محترم به دلیل حمایت مالی، از بیمارستان‌های تابعه دانشگاه به دلیل دادن مجوز انجام مطالعه و از بیماران محترم شرکت کننده در این مطالعه اعلام می‌دارند.

References

1. Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. N Engl J Med 2001; 345(11): 790-7.
2. World Health Organization. Diabetes Programme, Diabetes Action Now [Online]. 2005; Available from: URL: http://www.who.int/diabetes/actionnow/en/
3. Azizi F, Hatemi H, Janghorbani M. Epidemiology and Communicable disease control in Iran. Tehran, Iran: Eshtiagh Publication; 2000. p 34-9.
4. Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. J Adv Nurs 2006; 54(2): 151-8.
5. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002; 346(6): 393-403.
6. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev 2005; (2): CD003417.
7. Minet L, Moller S, Vach W, Wagner L, Henriksen JE. Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: a meta-analysis of 47 randomised controlled trials. Patient Educ Couns 2010; 80(1): 29-41.
8. Garay-Sevilla ME, Nava LE, Malacara JM, Huerta R, Diaz de LJ, Mena A, et al. Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. J Diabetes Complications 1995; 9(2): 81-6.
9. Chesla CA, Fisher L, Skaff MM, Mullan JT, Gilliss CL, Kanter R. Family predictors of disease management over one year in Latino and European American patients with type 2 diabetes. Fam Process 2003; 42(3): 375-90.
10. Trief PM, Sandberg J, Greenberg RP, Graff K, Castronova N, Yoon M, et al. Describing support: A qualitative study of couples living with diabetes. Families, Systems, & Health 2003; 21(1): 57-67.
11. Denham SA, Manoogian MM, Schuster L. Managing Family Support and Dietary Routines: Type 2 Diabetes in Rural Appalachian Families. Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family 2007; 25(1): 36-52.
12. Denham SA. Familial research reveals new practice model. Holist Nurs Pract 2003; 17(3): 143-51.
13. Denham SA. Family Health: A Framework for Nursing. Philadelphia, PA: F a Davis Company; 2003.
14. Denham SA. Relationships between Family Rituals, Family Routines, and Health. Journal of Family Nursing 2003; 9(3): 305-30.
15. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2008. Diabetes Care J 2008; 31(Supplement 1): S12-S54.
16. Raberg Kjollesdal MK, Telle H, V, Bjorge B, Holmboe-Ottesen G, Wandel M. Barriers to healthy eating among Norwegian-Pakistani women participating in a culturally adapted intervention. Scand J Public Health 2010; 38(5 Suppl): 52-9.
17. King DK, Glasgow RE, Toobert DJ, Strycker LA, Estabrooks PA, Osuna D, et al. Self-efficacy, problem solving, and social-environmental support are associated with diabetes self-management behaviors. Diabetes Care 2010; 33(4): 751-3.
18. Yu R, Woo J, Chan R, Sham A, Ho S, Tso A, et al. Relationship between dietary intake and the development of type 2 diabetes in a Chinese population: the Hong Kong Dietary Survey. Public Health Nutr 2011; 14(7): 1133-41.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

19. Wolfram T, Ismail-Beigi F. Efficacy of high-fiber diets in the management of type 2 diabetes mellitus. Endocr Pract 2011; 17(1): 132-42.
20. Mekary RA, Giovannucci E, Willett WC, van Dam RM, Hu FB. Eating patterns and type 2 diabetes risk in men: breakfast omission, eating frequency, and snacking. Am J Clin Nutr 2012; 95(5): 1182-9.
21. Schuster L. Family support in dietary routines in Appalachians with type 2 diabetes [MSc Thesis]. Athens, OH: Ohio University; 2005.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

Assessing the Dietary Habits among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Referee to Tehran University of Medical Sciences Affiliated Hospitals, Iran

Azar Tol[1], Sima Smaelee-Shahmirzadi[2], Kamal Azam[3], Bahram Mohebbi[4], Ahmad Saedi[5], Roya Sadeghi[6]

Original Article

Abstract

Background: Desirable dietary behavior adaption is one of the main parts among type 2 diabetes mellitus which can result in preventing and decreasing disease complications. Evidence revealed that improving dietary habits and behaviors can be helpful in diabetes control. This study aimed to assess dietary habits among patients with type 2 diabetes mellitus referee to Tehran University of Medical Sciences affiliated hospitals, Iran, in 2012.

Methods: In this descriptive study, 480 patients with type 2 diabetes mellitus were enrolled by convenience sampling method. The used questionnaire study included socio-demographic aspects; besides, a 51-items self-report instrument was used containing four general questions about dietary habits and four subscales reflecting domains including general diabetes information (12 items), planning, shopping, and preparing meals (6 items), eating meals (17 items) and family influence on dietary habits (12 items). Data collection was conducted in four selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences.

Findings: Mean age of participants was 59.96 ± 11.53 years. Mean scores of 'general diabetes information', 'planning, shopping, and preparing meals', 'eating meals' and 'family influence on dietary habits' were 53.72 ± 19.83, 57.31 ± 23.82, 52.27 ± 12.13, and 64.72 ± 14.3, respectively. 'Family influence on dietary habits' was highlighted as the most important domain in dietary habits instrument. In various domains of the questionnaire, food labeling, type and amount of meals calories, attention to eat regular main meals and snack, obtaining perceived support from family achieved the highest mean score.

Conclusion: We suggest planning and implementation of theory-based intervention programs aimed to do eating habits modifications in order to improve knowledge and dietary behaviors adopting among patients with type 2 diabetes mellitus. It seems that patient;s family participation, as enabling factors, can facilitate the aim.

Key words: Dietary Habits, Type 2 Diabetes Mellitus, Family

Citation: Tol A, Smaelee-Shahmirzadi S, Azam K, Mohebbi B, Saedi A, Sadeghi R. **Assessing the Dietary Habits among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Referee to Tehran University of Medical Sciences Affiliated Hospitals, Iran.** J Health Syst Res 2013; 9(6): 620-9.

Received date: 01/06/2013 Accept date: 25/07/2013

1- Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2- PhD Candidate, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3- Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4- Assistant Professor, Department of Cardiology, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5- Assistant Professor, Department of Nutrition and Biochemistry, School of Nutrition, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
6- Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
(Corresponding Author) Email: sadeghir@tums.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]