

(èi q)

êç

دکتر فریبامنصوری*: دکترهنگامه نامداری تبار**؛ دکتر عبدالرضا

شاهرضایی**؛ دکترامین رضایی زنگنه**؛

دکترافشین علیخانی**؛ محمدجعفرمنتظر***؛ فرشته گازرپور***

چکیده :

سابقه و هدف: دیابت بیماری ای است که با افزایش مزمن قند خون که ناشی از اختلال ترشح یا عمل انسولین و یا هر دو آن‌هاست، مشخص می‌شود. با توجه به عوارض مزمن و جدی این بیماری چنانچه برای پیشگیری و کنترل آن اقدامات مناسب صورت نگیرد، سهم بزرگی از علل ناتوانی‌ها و مرگ و میر را به خود اختصاص خواهد داد؛ لذا مطالعه حاضر به منظور تعیین شیوع دیابت در افراد بالای ۳۰ سال استان کرمانشاه صورت گرفته تا با استفاده از یافته‌های آن بتوان تمهیدات لازم را برای مراقبت و کنترل بیماری فراهم نمود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که در پاییز سال ۱۳۸۰ روی متولدین قبل از ۵۰/۷/۱ انجام شد. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای سیستماتیک تصادفی صورت گرفت. تعداد نمونه‌ها با توجه به فرمول برآورد نسبت‌ها (با اطمینان ۹۵٪ و خطای ۲٪) ۱۲۱۰ نفر برآورد شد. با توجه به شاخص‌های مورد قبول انجمن دیابت امریکا برای انجام دوبار قند پلاسمای ناشتا و تست تحمل گلوکز، طرح در سه مرحله به اجرا درآمد: در مرحله اول اندازه‌گیری گلوکز پلاسمای خون وریدی ناشتا در همه افراد به عمل آمد. افرادی که گلوکز زیر ۱۱۰ داشتند، سالم تلقی شدند و کسانی که گلوکز مساوی و یا بالاتر از ۱۲۶ داشتند، وارد مرحله دوم شدند. در مرحله دوم در این افراد مجدداً گلوکز ناشتای پلاسمای خون وریدی اندازه‌گیری شد. در صورت وجود گلوکز بالاتر و یا مساوی ۱۲۶ به عنوان دیابتی تلقی می‌شدند. در مرحله سوم از افرادی که در مرحله اول و مرحله دوم گلوکز ۱۲۶ - ۱۱۰ داشتند، تست تحمل گلوکز با ۷۵ گرم گلوکز خوراکی به عمل آمد که در صورت وجود گلوکز پلاسمای خون وریدی ۲ ساعت بعد مساوی یا بالاتر از ۲۰۰ دیابتی محسوب می‌شدند. یافته‌ها: در بین ۱۲۱۰ نمونه ۷۲۷ نفر زن و ۴۸۳ نفر مرد بودند. ۷۹۰ نفر شهری و بقیه روستایی بودند. سن افراد 48 ± 10 سال بود و تعداد ۸۲ نفر (۶/۸٪) به دیابت مبتلا بودند. ۱/۶ درصد افراد اختلال تحمل گلوکز داشتند. فراوانی دیابت در جمعیت شهری ۹/۲ و در جمعیت روستایی ۱/۲ درصد بود.

بحث: به نظر می‌رسد که دیابت در استان کرمانشاه از شیوع قابل ملاحظه‌ای برخوردار باشد، لذا به منظور جلوگیری از عوارض اقتصادی و اجتماعی این بیماری می‌بایست تدابیر لازم برای به کارگیری سطوح مختلف پیشگیری اتخاذ شود. کلیدواژه‌ها: دیابت شیرین، افراد بالای ۳۰ سال، گلوکز، تست تحمل گلوکز.

« دریافت: ۱۳۸۱/۷/۲۷ پذیرش: تابستان ۱۳۸۳ »

* استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

** پزشک عمومی

*** کارشناس بهداشت

*عهده دار مکاتبات: مشهد، خیابان احمد آباد، بیمارستان قائم، مهمانسرای دانشگاه، دکتر فریبا منصور، تلفن: ۰۵۱۱-۸۴۰۹۶۴۲

مقدمه:

مدیریت شایسته بخش‌های بهداشت نیاز به اطلاعات صحیح درباره پراکندگی، فراوانی و شناخت بیماری‌ها و معضلات بهداشتی در منطقه دارد و از آنجا که بیماری دیابت یکی از شایع‌ترین و مهم‌ترین بیماری‌های متابولیک می‌باشد که به علت عوارض متعدد و ناتوانی‌های عمده و مرگ و میر بالا یکی از مشکلات عمده بهداشتی در جامعه نیز محسوب می‌گردد، لذا وجود اطلاعات صحیح در خصوص میزان فراوانی این بیماری در جامعه و ارتباط عوامل زمینه‌ساز با بروز بیماری می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های اصولی و مؤثر به منظور مقابله با آن بسیار کمک‌کننده باشد.

میزان شیوع دیابت در جوامع و کشورهای مختلف، متفاوت است؛ به طوری که در مناطق مختلف دنیا از ۱٪ تا ۲۵٪ گزارش شده است (۱). به نظر می‌رسد که شیوع دیابت در سال ۲۰۲۵ به ۷٪ برسد

ودراین میان بیشترین سهم مربوط به سن بالاتر از ۷۵ سال باشد (۲). یافته‌های موجود حاکی از افزایش شیوع دیابت در کشورهای در حال توسعه می‌باشد. شیوع دیابت در استرالیا در مردان ۸ و در زنان ۸/۶ درصد گزارش شده است (۳). به طور کلی پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ در کشورهای پیشرفته با ۴۲٪ و در کشورهای در حال توسعه با ۱۷۰٪ افزایش شیوع دیابت مواجه باشیم (۴). شیوع دیابت در عربستان سعودی بین ۴/۳ در مناطق روستایی و ۴/۹ درصد در مناطق شهری گزارش شده است (۱). در مطالعه‌ای که اخیراً در عمان انجام گرفته ۱۰٪ افراد بالای ۲۰ سال مبتلا به دیابت بوده‌اند (۵). در ایران مطالعات پراکنده‌ای صورت گرفته است، به طوری که شیوع دیابت در افراد بالای ۳۰ سال استان زنجان ۴/۳ درصد گزارش شده است و براساس آخرین مطالعات ۳٪ کل افراد جامعه در ایران مبتلا به دیابت

بالای ۳۰ سال (متولدین قبل از ۵۰/۷/۱) ساکن در استان بوده‌اند. نمونه‌گیری به‌طور تصادفی به روش خوشه‌ای سیستماتیک انجام شد. تعداد نمونه‌ها با استفاده از فرمول برآورد نسبت‌ها (با اطمینان ۹۵٪ و خطای برآورد ۲٪) ۱۱۷۰ نمونه برآورد شد. با احتمال خارج شدن بعضی از افراد از مطالعه ۳٪ به جمع نمونه‌ها اضافه شد و نهایتاً ۱۲۱۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. با استفاده از فهرست تجمعی خانوارهای استان تعداد ۱۲۱۰ سرخوشه (کل خانوارهای استان به ۱۲۱ تقسیم و فاصله طبقات استخراج شد. سپس با استفاده از جدول تصادفی اعداد یک عدد انتخاب و با افزودن فاصله طبقات سرخوشه‌ها تعیین‌گردید) در مناطق مختلف استان به‌طور تصادفی تعیین شدند. افراد بالای ۳۰ سال در هر خوشه مورد مطالعه قرار می‌گرفتند و زمانی که تعداد این افراد به ۱۰ نفر می‌رسید، خوشه خاتمه می‌یافت.

هستند که این رقم در افراد بالای ۳۰ سال حدود ۷/۴ درصد است. شیوع دیابت در بین دوجنس زن و مرد در مطالعات مختلف متفاوت بوده است (۵).

مسئله به‌علت ماهیت خاص بیماری و تأثیر ارث در میزان بروز آن با دقت در نتایج به‌دست آمده در مطالعات مختلف انتظار می‌رود این بیماری در جوامع مختلف از میزان شیوع یکسانی برخوردار نباشد و از آنجا که فراهم آوردن امکانات لازم برای به‌کارگیری سطوح مختلف پیشگیری درخصوص یک بیماری مستلزم وجود اطلاعات کافی از میزان و فور آن در جامعه می‌باشد و باتوجه به توزیع متفاوت بیماری در سنین مختلف در این مطالعه در صدد برآورد میزان شیوع دیابت را در افراد بالای ۳۰ سال استان کرمانشاه بررسی نماییم.

مواد و روش‌ها:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که در پاییز سال ۱۳۸۰ در استان کرمانشاه انجام شده است. جامعه مورد مطالعه افراد

شاهد تنظیم می‌شدند. BMI براساس فرمول وزن برحسب kg تقسیم بر مجذور قد^۲ برحسب مترمربع با ترازوی سونل آلمانی محاسبه می‌شد.

گروه‌ها در ساعت مقرر قبل از ساعت ۸/۳۰ صبح در محل برای گرفتن نمونه خون حاضر می‌شدند. خون‌گیری توسط کاردان علوم آزمایشگاهی با استفاده از سرنگ ۵ سی‌سی انجام می‌شد. با توجه به اینکه هدف محقق تعیین گلوکز پلاسمای ناشتا در افراد بود، لذا برنامه‌ریزی به‌گونه‌ای انجام شد تا حداکثر یک ساعت پس از گرفتن نمونه خون از بیمار، نمونه مورد سانتیفوژ قرار گرفته و پلاسما جدا شود. در مناطق دورافتاده که امکان ارسال نمونه به آزمایشگاه در این فاصله زمانی وجود نداشت، سانتیفوژ به محل برده می‌شد. همه پلاسماهای جدا شده حداکثر تا ظهر همان روز به آزمایشگاه کلینیک ویژه دانشگاه ارجاع و گلوکز خون به روش اتوآنالایزر با استفاده از کیت قند خون آلمانی MAN اندازه‌گیری می‌شد.

گروه‌هایی متشکل از یک کارشناس بهداشت (به‌عنوان پرسشگر)، یک نفر کاردان آزمایشگاه (برای نمونه‌گیری خون) و یک نفر راننده تشکیل شدند و برای هر ۴ گروه یک نفر پزشک به‌عنوان ناظر انتخاب می‌شد.

مجموعاً تعداد ۲۰ گروه تشکیل شدند که این افراد از دو هفته قبل از شروع جمع‌آوری داده‌ها مورد آموزش قرار گرفتند. گروه مربوطه روز قبل از انجام آزمایش ساعت ۷ - ۵ عصر به درب منازل مراجعه می‌کردند و افراد بالای ۳۰ سال را شناسایی می‌کردند و ضمن مصاحبه با آن‌ها و تکمیل پرسشنامه به آنان توصیه می‌نمودند که صبح روز بعد ناشتا باشند. یک برگه دعوتنامه که در آن ضمن توضیح دیابت، اهداف طرح نیز تشریح شده بود، به خانوارها داده می‌شد. در هنگام پرسشگری قد بیماران بامتر و وزن آن‌ها توسط ترازوهای قابل حمل اندازه‌گیری می‌شد. ترازوها به‌صورت روزانه توسط وزنه‌های

۳ - افرادی که قند پلاسمای بالاتر و یا مساوی ۱۲۶ داشتند، به عنوان مشکوک به دیابت جهت انجام FPS2 وارد مرحله دوم طرح می‌شدند.

در مرحله دوم طرح که با فاصله یک‌ماه از مراحل اول انجام شد، افرادی که در مرحله قبل جزو گروه سوم بودند، مورد آزمایش قرار گرفتند (مانند مرحله اول این افراد در بعدازظهر روز قبل توسط گروه‌های اطلاع‌رسانی آگاه می‌شدند و صبح روز موعود قبل از ساعت ۸/۵ صبح با روش توضیح داده شده، خون‌گیری از آن‌ها به عمل می‌آمد و نمونه‌ها مسیر قبلی را طی می‌کردند) که با توجه به میزان گلوکز پلاسمای این افراد در دو گروه قرار می‌گرفتند:

الف) افرادی که گلوکز پلاسمای بالاتر یا مساوی ۱۲۶ داشتند، به عنوان افراد دیابتی قلمداد می‌شدند.

ب) افرادی که گلوکز پلاسمای کمتر از ۱۲۶ داشتند، جهت انجام آزمایش GTT در مرحله بعد طبقه‌بندی می‌شدند.

قابل ذکر است که افراد حامله یا افرادی که تحت درمان با کورتیکواستروئیدها، تیازیدها و نیکوتینیک اسید بودند، از مطالعه خارج شدند. اگر فردی در صبح مراجعه ناشتا نبود، روز دیگری برای انجام آزمایش به منزل وی مراجعه می‌شد. افرادی که تحت نظر پزشک معالج در حال استفاده از داروهای هیپوگلیسمیک بودند، به عنوان بیمار دیابتی قطعی تلقی می‌شدند؛ مع الوصف آزمایش گلوکز برای این افراد نیز انجام می‌شد.

پس از انجام آزمایش گلوکز پلاسمای افراد به سه دسته تقسیم شدند:

۱ - افرادی که گلوکز کمتر از ۱۱۰ داشتند، به عنوان فرد غیردیابتی و با قند پلاسمای نرمال قلمداد می‌شدند.

۲ - افرادی که قند خون مساوی و بالاتر از ۱۱۰ و کمتر از ۱۲۶ داشتند، به عنوان افرادی که قند پلاسمای ناشتای غیرطبیعی دارند، جهت انجام GTT در مراحل بعد طبقه‌بندی می‌شدند.

- افرادی که قند پلاسمای مساوی یا بیش از ۲۰۰ داشتند، در گروه مبتلیان به دیابت دسته‌بندی می‌شدند.

شاخص‌های مورد نظر در این تحقیق جهت اطلاق ابتلا به دیابت در فرد همان شاخص‌های انجمن دیابت آمریکا است که هم اکنون مورد قبول WHO نیز قرار گرفته است.

یافته‌ها:

از تعداد کل نمونه‌ها ۷۲۷ نفر زن و ۴۸۳ نفر مرد بودند. از کل این افراد ۷۹۰ نفر ساکن مناطق شهری و ۴۲۰ نفر ساکن روستاها بودند و سن آنها 48 ± 10 سال بود.

در مرحله اول مطالعه، تعداد ۱۰۷۸ نفر FBS کمتر از ۱۱۰ داشتند که در بین آنان ۱۵ نفر سابقه دیابت داشتند و تحت درمان دارویی بودند و در گروه دیابتی قرار گرفتند و بقیه به عنوان سالم طبقه‌بندی شدند. تعداد ۶۰ نفر قند پلاسمای بین ۱۲۶-۱۱۰ داشتند که ۴ نفر سابقه دیابت داشتند و تحت درمان دارویی بودند و در گروه

در مرحله سوم طرح که به فاصله یک هفته از مرحله دوم انجام شد، افرادی که در مرحله اول در گروه ۲ طبقه‌بندی شدند و همچنین افرادی که در مرحله دوم در گروه (ب) طبقه‌بندی شدند، مورد آزمایش GTT قرار گرفتند.

مانند دو مرحله قبل افراد مورد نظر در بعد از ظهر روز قبل توسط گروه‌های اطلاع‌رسانی از موضوع مطلع می‌شدند و در صبح روز بعد رأس ساعت ۸ صبح به آنان، ۷۵ گرم گلوکزخورانده می‌شد و ۲ ساعت بعد مطابق روش‌های ذکر شده مورد خون‌گیری واقع می‌شدند (طی این ۲ ساعت افراد تحت نظر بودند و از کشیدن سیگار و خوردن و... امتناع می‌کردند) و بر اساس نتایج به دست آمده:

- افرادی که قند پلاسمای کمتر از ۱۴۰ داشتند، سالم تلقی می‌شدند.

- افرادی که قند پلاسمای بین ۱۴۰-۲۰۰ داشتند، جزو گروه اختلال تحمل گلوکز دسته‌بندی می‌شدند؛ و

دیابتی قرار گرفتند و ۵۶ نفر وارد مرحله سوم طرح گشتند. تعداد ۷۲ نفر قند پلاسمای بیش از ۱۲۶ داشتند که ۳۰ نفر سابقه دیابت داشتند و تحت درمان دارویی بودند و در گروه دیابت قرار گرفتند و ۴۲ نفر وارد مرحله دوم طرح گشتند.

در مرحله دوم مطالعه، ۴۲ نفر که در مرحله اول قند بالای ۱۲۶ داشتند، مورد آزمایش مجدد قند پلاسمای ناشتا قرار گرفتند. ۱۸ نفر از آنها که در آزمایش مجدد هم قند پلاسمای مساوی یا بیش از ۱۲۶ داشتند، در گروه دیابتی طبقه‌بندی و ۲۴ نفر بقیه وارد مرحله سوم شدند.

در مرحله سوم مطالعه، جمعاً ۸۰ نفر مورد آزمایش GTT قرار گرفتند که ۱۶ نفر از آنها GTT بالای ۲۰۰ داشتند و دیابتی محسوب شدند. ۱۹ نفر GTT بین ۱۴۰ تا ۲۰۰ داشتند و در گروه اختلال تحمل گلوکز دسته‌بندی شدند. ۳۵ نفر نیز GTT کمتر از ۱۴۰ داشتند و سالم محسوب شدند.

جمعاً ۸۲ نفر از کل افراد مورد بررسی مبتلا به دیابت شناخته شدند و بدین ترتیب شیوع این بیماری در جمعیت مورد مطالعه معادل ۶/۸٪ بود (جدول ۱). از این تعداد ۴۹ نفر (۵۹/۷٪) از بیماری خود اطلاع داشتند. در مجموع ۱/۶٪ اختلال تحمل گلوکز داشتند (۱۹ نفر - فراوانی ۱۲/۱۰٪).

شهرستان‌های اسلام‌آباد غرب، کرمانشاه و سرپل ذهاب بیشترین میزان فراوانی ابتلا به دیابت را داشتند و شهرستان‌های قصرشیرین، پاوه و گیلانغرب و سنقر از کمترین میزان فراوانی برخوردار بودند.

از نظر فراوانی سنی در گروه مورد مطالعه بیشترین گروه در سنین ۳۰-۴۴ سال و کمترین گروه در سنین بالای ۷۵ سال بوده‌اند. بیشترین فراوانی

e- توزیع فراوانی افراد بالای ۳۰ سال در استان کرمانشاه برحسب سن و به تفکیک ابتلا به دیابت (۱۳۸۰).

جمع	ندارد	دارد	دیابت
			سن
۵۹۳	۵۷۷	۱۶	۳۰-۴۴

۵- توزیع فراوانی ابتلا به دیابت در افراد بالای ۳۰ سال در مناطق روستایی و شهری به تفکیک جنس در استان کرمانشاه (۱۳۸۰).

منطقه	تعداد نمونه	مبتلا به دیابت	درصد		
				زن	مر د
روستا	۲۴۲	۴	۱/۷		
	۱۷۸	۵	۲/۸		
	۴۲۰	۹	۲/۱		
شهر	۴۸۵	۵۰	۱۰/۳		
	۳۰۵	۲۳	۷/۵		
	۷۹۰	۷۳	۹/۲		
جمع کل	۱۲۱۰	۸۲	۶/۸		

	(۲/۷)	(۹۷/۳)	(۱۰۰)
۴۵-۵۹	۲۵	۳۰۵	۳۳۰
	(۷/۶)	(۹۲/۴)	(۱۰۰)
۶۰-۷۴	۳۳	۱۹۳	۲۲۶
	(۱۴/۶)	(۸۵/۴)	(۱۰۰)
>۷۵	۸	۵۳	۶۱
	(۱۳/۱)	(۸۶/۹)	(۱۰۰)
جمع	۸۲	۱۱۲۸	۱۲۱۰
	(۶/۸)	(۹۳/۲)	(۱۰۰)

دیابت در گروه سنی ۶۰-۷۴ سال و کمترین فراوانی در گروه سنی ۳۰-۴۴ سال بود (جدول ۱).

توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب جنس و ابتلا به دیابت در جدول ۲ آمده است. ۷۲ نفر از افراد ساکن در مناطق شهری (۹/۲٪) و ۹ نفر (۲/۱٪) از افراد ساکن در مناطق روستایی به این عارضه مبتلا بوده اند (جدول ۳).

۵- توزیع فراوانی ابتلا به دیابت به تفکیک نمایه های توده بدنی مختلف در افراد بالای ۳۰ سال استان کرمانشاه (۱۳۸۰).

تعداد کل	افراد مبتلا به دیابت		نمایه توده بدنی
	تعداد	درصد	
۱۳۷	۵	۳/۶	BMI < ۲۰
۵۰۱	۲۲	۴/۴	۲۰ ≤ BMI ≤ ۲۵
۳۹۵	۴۱	۱۰/۴	۲۵ < BMI ≤ ۳۰
۱۷۷	۱۴	۷/۹	BMI > ۳۰

۵- توزیع فراوانی افراد بالای ۳۰ سال در استان کرمانشاه بر حسب جنس و به تفکیک ابتلا به دیابت (۱۳۸۰)

جنس	دیابت	دارد	ندارد	جمع
زن	۵۴	۶۷۳	۷۲۷	
	(۷/۴)	(۹۲/۶)	(۱۰۰)	
مرد	۲۸	۴۵۵	۴۸۳	
	(۵/۸)	(۹۴/۲)	(۱۰۰)	
جمع	۸۲	۱۱۲۸	۱۲۱۰	
	(۶/۸)	(۹۳/۲)	(۱۰۰)	

جمع کل	۸۲	۶/۸	۱۲۱۰
--------	----	-----	------

فراوانی دیابت وجود دارد و مهم تر اینکه بعد از سن ۶۰ سالگی افزایش چشمگیری در میزان فراوانی دیابت نسبت به قبل از آن مشاهده می شود. این ارتباط موضوعی است که تقریباً در همه تحقیقات اپیدمیولوژیک به عمل آمده به اثبات رسیده است و احتمالاً دلیل آن ناشی از تغییرات بیولوژیکی ناشی از افزایش سن و همچنین تغییراتی در سبک زندگی در این افراد باشد (۷) که میبایست این موضوع در طب سالمندان مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

یکی از نتایج قابل توجه در این بررسی اختلاف فراوانی دیابت در بین زن و مرد می باشد. محققین نیز به این موضوع اشاره داشته اند و به رغم اینکه استروژن حساسیت به انسولین را در خانم ها افزایش می دهد، به نظر می رسد شیوع دیابت در خانم ها بیشتر باشد که می تواند تا حدودی ناشی از شیوع بالاتر چاقی در بین خانم ها باشد (۸). شایان ذکر است که در این بررسی به هنگام انتخاب نمونه ها، انتخاب مرد و

از بین ۸۲ فرد مبتلا به دیابت ۱۴ نفر (۱۷٪) نمایه بدنی مساوی یا بالاتر از ۳۰ داشتند و ۴۱ نفر (۵۰٪) نمایه بدنی بالاتر از ۲۵ و کمتر از ۳۰ داشتند (جدول ۴).

از بین ۱۱۲۸ فرد غیردیابتی ۱۶۳ نفر چاق بودند و ۳۵۴ نفر اضافه وزن داشتند.

بحث :

با توجه به نتایج حاصل از تحقیق به نظر می رسد در استان کرمانشاه نیز همانند سایر نقاط دنیا دیابت از شیوع قابل ملاحظه ای برخوردار است (۸/۶٪)؛ به طوری که در بین سال های ۱۹۷۶ تا ۱۹۹۶ شیوع دیابت در بین بالغین در امریکا از ۸/۹ به ۱۲/۳ درصد رسیده است. البته یکی از دلایل مهم این شیوع بالای دیابت در جوامع مختلف می تواند ناشی از تغییر معیارهای تشخیصی دیابت ملی سال های اخیر باشد (۶).

یکی از نکات قابل بررسی، این است که ارتباط نسبتاً مستقیمی بین افزایش سن و

ما وجود اختلاف در شیوع بیماری بین دو جنس قابل انتظار است، اما نیاز به بررسی بیشتری دارد.

در مطالعه حاضر اختلاف قابل ملاحظه‌ای بین فراوانی دیابت در بین جمعیت شهری و روستایی وجود دارد. اگرچه عوامل ژنتیکی شانس ابتلا به دیابت را افزایش می‌دهد، اما به نظر می‌رسد افزایش شیوع بیماری در سال‌های اخیر ناشی از تغییرات رفتاری مثل رژیم غذایی نامناسب، ورزش نکردن و غیره باشد (۶). در مطالعات مختلف نشان داده شده که اختلاف قابل توجهی در شیوع دیابت بین نژادهای مختلف وجود دارد که به نظر می‌رسد ناشی از عوامل ژنتیکی و همچنین سبک زندگی آن‌ها باشد. این شیوع در جزایر پاسینیک بیشترین، در آمریکا و هند متوسط و در چین و روسیه از شیوع کمتری برخوردار است (۷). واقعیت آن است که در جوامع در حال رشد اقتصادی، اجتماعی روز به روز تعداد بیماران افزوده می‌شود. شاید افزایش رشد شهرنشینی

زن به‌طور تصادفی انجام شد، اما از آنجا که غیبت از منزل به دلیل مسافرت برای مردان بیشتر اتفاق می‌افتد، لذا نسبت مرد به زن در تعداد نمونه‌ها ۴۰/۶۰ می‌باشد و با توجه به فراوانی بالای دیابت در زنان در این مطالعه، انتظار می‌رود که شیوع محاسبه شده در این بررسی مقادیر بالاتر از حد واقعی باشد. البته اگر تعداد نمونه مرد و زن در این مطالعه به طور مساوی مورد بررسی قرار گیرد (برحسب تصادف تعداد نمونه در زنان مورد بررسی به ۴۸۳ تقلیل یابد)، دیده می‌شود که در این صورت میزان شیوع دیابت در جامعه مرد و نیمی زن بود، عبارت بود از ۶/۶ درصد. البته اگرچه در بعضی مطالعات شیوع دیابت را در زن و مرد یکسان دانسته‌اند و حتی معتقدند که شیوع دیابت در مردان بالای ۶۵ سال بیشتر از زنان در همان گروه سنی است (۷)، ولی با توجه به اختلاف در سبک زندگی و تغذیه متفاوت این دو گروه در جامعه

باشد. (۶). در مجموع با توجه به نتایج به دست آمده مسلماً دیابت بیماری‌ای است که علاوه بر مسایل ژنتیکی ارتباط زیادی با رفتار روزمره و عادات تغذیه‌ای دارد. فعالیت کم، مصرف غذاهای پرانرژی و کم‌فیبر و سن بالا، از جمله عوامل خطر ایجاد دیابت هستند. در مجموع با توجه به تفاوت فراوانی در زن و مرد توصیه می‌شود که بررسی‌ها به‌طور جداگانه انجام شود و همچنین با عنایت به ارتباط نزدیک بیماری با سبک زندگی و تفاوت توسعه‌ی شهرنشینی در جوامع مختلف بهتر است بررسی شیوع در شهر و روستا به‌طور جداگانه صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از زحمات همکاران محترم گروه مابیمارها در استان کرمانشاه که در انجام این طرح ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

موجب این موضوع شده باشد (۳). در هر حال آنچه مسلم است اختلاف در سبک زندگی در جوامع مختلف می‌تواند توجیه‌گر همه این مسایل باشد.

همان‌طور که انتظار می‌رود ارتباط مستقیمی بین بروز دیابت در افراد و اضافه وزن وجود دارد. از ۸۲ فرد دیابتی ۵۵ نفر وزن بالاتر از ایدئال داشتند یا چاق بودند. این در حالی است که از بین ۱۱۲۸ نفر افراد غیردیابتی تنها ۱۶۳ نفر (۱۴٪) چاق بودند و ۳۵۴ نفر (۳۱٪) اضافه وزن داشتند. نکته قابل‌توجه در این مطالعه این است که ۵۰٪ افراد دیابتی را کسانی تشکیل می‌داد که BMI بین ۲۵-۳۰ داشتند، یعنی اضافه وزن داشتند، نه اینکه چاق باشند. در مطالعه‌ای که آقای James و همکاران انجام دادند نیز نتایج مشابهی به دست آمده که به نظر می‌رسد داشتن برنامه‌ای برای پیشگیری از افزایش وزن در افراد نرمال مفیدتر از کم کردن وزن در افراد چاق

منابع:

١- حبیبیان س، مهدوی زاده ع ر، حجت زاده ع. اپیدمیولوژی دیابت
در ایران و جهان. پیشگیری و کنترل بیماری دیابت، شماره ١، بهمن
١٣٧٧، ص ٢٠-١٨.

2- Boyle JP, Honeycutt A, Narayan KM, Hoeryer TJ. Projection of diabetes burden through 2025. Diabetes Care 2003; 24(11):1936-40.

3- Dunstan DW, Zimmet PZ, Welbron TA, Courten MP. The rising prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance. Diabetes Care 2002; 25(5): 829-837.

4- Roseno W, McEarthy V, Niranjana V. prevention in primary care recommendations for promoting good practice. Am J Med 1994; 96(5):313-316.

٥- عزیزی ف. گزارش شیوع دیابت شیرین در جمهوری اسلامی ایران.

پیشگیری و کنترل بیماری دیابت، سال ١٣٧٧، شماره ١، ص ١٥.

6. Dinner S, Rizzu R. Classification and diagnosis of diabetes mellitus: In: Defroot J, Larry J, editors. Endocrinology. Vol 1, 4th ed. Philadelphia: Saunders Co; 2001, P. 750.

7. Anthony L, Komarof F, Claster R. Women's health: In: Brunwald U, Fauci F, Kasper R, Hauser N, editors. Principles of internal medicine. Vol 1, 16th ed. New York: McGraw Hill; 2004, P. 21.

8. Daniel W, Foster M. Diabetes Mellitus: In: Brunwald U, Fauci F, Kasper R, Hauser N, editors. Principles of internal medicine. Vol II, 16th ed. New York: McGraw Hill; 2004, PP. 2109-11.