

گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها به سبب افزایش میانه سنی جمعیت (سالمندی جامعه)، تغییر الگوی مصرف، شیوع رفتارهای خطرناک و رشد سریع شهرنشینی، کوچک شدن جوامع، جهانی شدن عوامل خطرناک و انتقال سریع این عوامل به جوامع سراسر دنیا اتفاق افتاده است. کشورهای در حال توسعه زیان دیدگان عمده بیماری‌های غیرواگیر هستند درحالی که هنوز بیماری‌های غیر واگیر گریبان گیر آنهاست و نظام بهداشتی این کشورها برای مراقبت حاد (بیماری‌های واگیر) طراحی شده است، باید هم‌زمان با بیماری‌های مزمن که نیاز به مراقبت طولانی دارد نیز مبارزه کنند و می‌توان گفت این کشورها بار هر دو نوع بیماری را به دوش می‌کشند (Double Burden). بیماری‌های مزمن هزینه‌های سرسام‌آور مستقیم و غیر مستقیم را بر سیستم بهداشت تحمیل می‌کنند.

مصرف بیش از اندازه غذا یا مصرف نامناسب غذا به چاقی که زمینه افزایش بیماری‌های قلبی عروقی، فشارخون بالا، انواع سرطان‌ها، دیابت و ... است منجر می‌شود.

دخانیات و الکل امروز به یاری دیگر اهریمنان سلامت مانند غذاهای چرب و شیرین و شور، فشارخون بالا، کم‌تحرکی، اختلال چربی خون به مقابله با اهورای سلامت آمده‌اند و هر روز بر تعداد بیماران قلبی، سکته‌های مغزی و سرطان‌ها می‌افزایند. با توجه به رواج جهانی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر کشور ایران نیز از این همه‌گیری مستثنی نبوده است.

دیابت ملیتوس یکی از شایع‌ترین بیماری‌های غیرواگیر در جهان است. این بیماری چهارمین یا پنجمین علت مرگ در اکثر کشورهای با درآمد بالا (توسعه یافته) است. در کشورهایی که از نظر اقتصادی در حال توسعه هستند شواهد علمی مبنی بر اپیدمی این بیماری وجود دارد. علاوه بر دیابت، اختلال تحمل گلوکز (IGT) نیز یکی از معضلات بزرگ در زمینه سلامت است. مبتلایان به اختلال تحمل گلوکز بیش تر از سایرین در معرض خطر ابتلا به دیابت و بیماری‌های قلبی عروقی هستند.

درحالی که تعداد مبتلایان به دیابت نوع ۲ در همه کشورهای جهان در حال افزایش است و ۸۰٪ بیماران در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند. بخش اعظم مبتلایان به دیابت در سنین ۴۰ تا ۵۹ سال هستند. نیمی از مبتلایان به دیابت از بیماری خود بی‌خبرند. دیابت عامل ۵ میلیون مرگ در سال ۲۰۱۳ بوده است. سالانه ۷۹۰۰۰ کودک در جهان مبتلا به دیابت نوع ۱ می‌شوند.

شیوع بیماری دیابت در جهان

تعداد مبتلایان به دیابت در سال ۲۰۱۵ تقریباً ۴۱۵ میلیون نفر در دنیا بوده است. پیش‌بینی می‌شود این تعداد تا سال ۲۰۴۰ به بیش از ۶۴۲ میلیون نفر خواهد رسید. همچنین، ۳۱۸ میلیون نفر در شرایط پرخطر برای بروز دیابت (وضعیت پره دیابتی) هستند. تخمین زده می‌شود که سال ۲۰۳۵ یک میلیارد نفر دچار دیابت و یا در معرض خطر بالای بروز آن هستند.

به بیان دیگر، در سال ۲۰۱۵، در دنیا، در هر ۱۱ نفر ۱ نفر دچار دیابت وجود دارد. در صورتی که تا سال ۲۰۴۰، این میزان افزایش یافته و به ۱ نفر دیابتی در هر ۱۰ نفر جمعیت خواهد رسید.






شیوع بیماری دیابت در خاورمیانه و شمال افریقا

۳۵.۴ میلیون نفر از جمعیت ۲۰ تا ۷۹ سال ساکن در خاورمیانه و شمال افریقا مبتلا به دیابت هستند (۹.۱ درصد) و بیش از ۴۱ درصد از ابتلا به دیابت خود بی خبر می باشند. ۶۷ درصد بیماران شهرنشین و ۸۴ درصد آنان در کشورهای با درآمد کم و یا متوسط زندگی می کنند. بیشترین شیوع دیابت در کشور عربستان سعودی (۱۷.۶ درصد)، بحرین (۱۵.۶ درصد) و کویت (۱۴.۳ درصد) است. حدود ۱۵ درصد کل بودجه های بهداشتی در این منطقه به دیابت اختصاص دارد و تخمین زده می شود که تا سال ۲۰۴۰ این میزان به دو برابر برسد. بر اساس مطالعات مختلف در حال حاضر حدود ۴.۵ تا ۵ میلیون نفر در کشورمان مبتلا به دیابت هستند که نیمی از آن ها از بیماری خود بی اطلاعند. اگرچه سازمان بهداشت جهانی پیش بینی کرده تا سال ۲۰۳۵ تعداد مبتلایان به دیابت در ایران به ۶.۵ میلیون نفر افزایش یابد اما با توجه به تغییر برآوردهای سال های اخیر این سازمان، در صورت عدم مداخلات مناسب، انتظار می رود تعداد بیماران دیابتی در کشورمان تا دو دهه دیگر بیشتر از رقم فوق باشد.

سود اقتصادی ناشی از مداخلات پیش گیرانه در ارتباط با دیابت

مطالعات نشان داده اند که مداخلات روش زندگی (Life Style) می تواند بروز دیابت را حداقل ۱۱ سال به تاخیر بیندازد و حتی در ۲۰٪ موارد بروز آن را منتفی کند. مداخلات موثر در روش زندگی شامل کاهش وزن (حداقل ۷٪) از وزن اولیه فرد با استفاده از رژیم غذایی سالم (کم چربی و کم کالری) و فعالیت بدنی با شدت متوسط (حداقل ۱۵۰ دقیقه در هفته) می باشند. تخمین هزینه های مداخلات پیش گیرانه، بستگی به منطقه و شرایط ارایه خدمت و قیمت تمام شده خدمت داشته و در هر کشور متفاوت است. مطالعات نشان داده است که غربالگری برای دیابت نوع ۲ در مقایسه با دیگر غربالگری ها هزینه اثربخش تر بوده بخصوص اگر در مبتلایان به فشارخون (در هر سنی) و یا در افراد ۷۵-۵۵ سال انجام شود. غربالگری فرصت طلبانه (Opportunistic Screening) غربالگری بیماری در حین ویزیت های روتین، بمراتب هزینه اثربخش تر از غربالگری همگانی و جمعیتی است. اما غربالگری هدفمند در افرادی که یک یا چند عامل خطر دارند (Targeted Screening) از همه اثربخش تر گزارش شده است.

اهمیت غربالگری بیماری دیابت نوع ۲ از منظر سازمان بهداشت جهانی و فدراسیون جهانی دیابت

-  بیماری ممکن است در مدتی طولانی بدون علامت باشد.
-  تقریباً نیمی از بیماران، از بیماری خود بی خبرند.
-  در بسیاری از بیماران در زمان تشخیص، عوارض میکروواسکولار بروز کرده است.
-  شیوع دیابت در کل جهان در حال افزایش شدید است.
-  کنترل مطلوب قندخون، فشار خون بالا و دیس لیپیدمی در کنترل بیماری دیابت نوع ۲ نقش مهمی ایفا می کنند.

گزارش برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت

درمان فشارخون بالا و دیس لیپیدمی در بیماران دیابتی از بروز بیماری قلبی و عروقی پیشگیری می‌کند.

لذا (WHO) World Health Organization و (IDF) International Diabetes Federation غربالگری، بیماریابی و مراقبت بیماران و

همچنین درمان بیماری‌های همراه بخصوص فشارخون بالا و دیس لیپیدمی در افراد با عامل خطر High risk توصیه می‌کند.

عوارض دیابت

عوارض ناشی از دیابت علت اصلی ناتوانی و افت کیفیت زندگی و مرگ می‌باشند. دیابت اغلب دستگاه‌های بدن را گرفتار می‌نماید.

مرگ و میر ناشی از دیابت

دیابت و عوارض آن در اغلب کشورها یکی از علل اصلی مرگ زود هنگام است. نیمی از مرگ‌های زود هنگام (قبل از ۶۰ سالگی) در منطقه مدیترانه شرقی ناشی از دیابت است. در هر ۶ ثانیه یک نفر از دیابت جان خود را از دست می‌دهد. ۴۸٪ مرگ‌های ناشی از دیابت در سنین زیر ۶۰ سال اتفاق می‌افتد.

عوارض قلبی - عروقی یکی از علل اصلی مرگ در مبتلایان به دیابت است و در برخی از کشورها مسئول بیش از ۵۰٪ مرگ‌ها می‌باشد. در سال ۲۰۱۳ تقریباً ۵ میلیون نفر از افراد ۲۰ تا ۷۹ ساله به علت دیابت جان خود را از دست دادند (معادل ۸.۴ درصد از کل مرگ‌های جهان در این گروه سنی). مرگ و میر ناشی از دیابت در سال ۲۰۱۱ معادل با مجموع مرگ‌های ناشی از بیماری‌های مهم واگیر از جمله ایدز، مالاریا و سل بوده است.

هزینه مراقبت‌های بهداشتی دیابت

دیابت بار اقتصادی سنگینی به بیماران، نظام‌های بهداشتی و کشورها تحمیل می‌نماید.

در سال ۲۰۱۳ مخارج مراقبت‌های بهداشتی درمانی ناشی از دیابت معادل ۱۰.۸٪ کل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی در جهان بوده است. در اغلب کشورها بین ۵ تا ۱۸ درصد کل مخارج بهداشتی درمانی به علت دیابت می‌باشد.

برآورد هزینه‌های درمان دیابت و پیشگیری از عوارض آن در سال ۲۰۱۳ حداقل ۵۴۸ میلیارد دلار بوده است. این رقم در سال ۲۰۳۵ به ۶۲۷ میلیارد دلار خواهد رسید. مقدار متوسط هزینه سرانه دیابت در سال ۲۰۱۳ معادل ۱۴۳۷ دلار بوده است.

بیش از سه چهارم (۷۶ درصد) هزینه مراقبت‌های بهداشتی ناشی از دیابت در سال ۲۰۱۳ در گروه سنی ۵۰ تا ۷۹ سال صرف شده است. تنها ۲۰٪ هزینه‌های جهانی مراقبت‌های بهداشتی درمانی صرف مراقبت از ۸۰٪ مبتلایان به دیابت که در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند، می‌شود.

میزان متوسط سرانه مخارج مراقبت‌های بهداشتی درمانی در کشورهای با درآمد بالا در سال ۲۰۱۳ عدد ۵۶۲۱ دلار بود، درحالی‌که این مقدار در کشورهای با درآمد کم و متوسط تنها ۳۵۶ دلار بوده است.

بار بیماری دیابت در ایران

گزارش برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت

طبق آمار ششمین چاپ اطلس دیابت تعداد کل بیماران دیابتی در جمعیت ۲۰ تا ۷۹ سال در ایران در سال ۲۰۱۳ تقریباً ۴.۵ (چهار و نیم) میلیون نفر بوده است. در همان سال شیوع دیابت نیز ۸.۴٪ بود. برآورد شیوع دیابت تیپ یک در ایران ۳.۷ در صد هزار می باشد.

شیوع دیابت بر اساس مطالعه عوامل خطر بیماری های غیرواگیر (STEPS)

طبق آخرین مطالعه STEPS که در سال ۱۳۹۰ انجام شد، میزان شیوع اختلال قند ناشتا (IFG) برابر با ۱۴.۶۰٪ و شیوع دیابت ۱۱.۳۷٪ در جمعیت ۲۵ تا ۷۰ سال کشور بود. نسبت دیابت در سالمندان، زنان و در مناطق شهری بیشتر بود. طی سالهای ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۰ روند شیوع دیابت ۳۵.۱٪ افزایش داشته است. طی این دوره زمانی میزان آگاهی از بیماری دیابت افزایش داشت و میزان شیوع بیماری دیابت تشخیص داده نشده از ۴۵.۷٪ به ۲۴.۷٪ کاهش یافته است (این نتایج میتواند متناسب به اجرای برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت باشد که در سال ۱۳۸۳ در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران ادغام گردید). تعداد کل بیماران دیابتی در ایران بیش از ۴ میلیون نفر برآورد گردید که نسبت به اولین دوره اجرای مطالعه STEPS به میزان ۳۵٪ افزایش یافته است. هزینه کلی مراقبت و درمان دیابت تیپ ۲ در ایران ۳/۷۸ میلیارد دلار برآورد شد. هزینه های مستقیم پزشکی و هزینه های غیر پزشکی معادل $2/04 \pm 28\%$ میلیارد دلار و هزینه های غیر مستقیم ۱/۷۳ میلیارد دلار برآورد شده است.

هزینه های مستقیم دیابت در ایران

متوسط سرانه هزینه های پزشکی در سال ۲۰۱۱ برابر با $842/6 \pm 102$ دلار بوده است. بیشترین سهم هزینه سرانه دیابت با $412/8 \pm 64/5$ دلار ($48/9$ ٪) مربوط به عوارض بوده است. داروها با $200/6 \pm 33$ ($23/8$ ٪) دلار، هزینه های بستری با $12/7 \pm 80$ ($9/5$ ٪) دلار و آزمایشات با 76 ± 11 دلار (9 ٪) سایر هزینه های سرانه دیابت را تشکیل می دهند. در حدود $8/69$ ٪ کل هزینه های سلامت در ایران برای کنترل بیماران دیابتی تیپ ۲ مصرف می گردد.

عوارض متناسب به بیماران دیابتی تیپ ۲ مسئول $1/02 \pm 14$ ٪ میلیارد از هزینه های سلامت هستند که بیش از $4/25$ ٪ کل هزینه های بهداشتی کشور است. سرانه هزینه های مستقیم در بیمارانی که مبتلا به یک یا چند عارضه هستند ۲ برابر بیش از بیمارانی است که عارضه ای ندارند. بیشترین سهم در هزینه های عوارض دیابت عبارتند از عوارض قلبی عروقی با $424/8 \pm 87$ میلیون دلار، نروپاتی با 229 ± 49 میلیون دلار و عوارض چشمی با $140 \pm 21/5$ میلیون دلار که به ترتیب مسئول $42/3$ ٪، 23 ٪ و 14 ٪ کل هزینه های عوارض هستند. برآورد هزینه سرانه درمان نروپاتی و نروپاتی در مردان بطور معنی داری بیش از زنان می باشد، اگرچه کل هزینه سرانه عوارض در بین دو جنس تفاوتی ندارد.

هزینه های غیر مستقیم دیابت در ایران

هزینه های ملی کاهش بهره وری به علت بیماری دیابت، $1/37$ میلیارد دلار برآورد شده است. این هزینه ها شامل از کارافتادگی موقت ($335/7$ میلیون دلار)، از کارافتادگی دائمی ($452/4$ میلیون دلار) و کاهش بهره وری (reduced productivity) به علت مرگ زودرس ($950/3$ میلیون دلار) است. متوسط سرانه هزینه های غیر مستقیم بیماری دیابت $864/8$ دلار است. بر اساس آمار سازمان تامین اجتماعی کشور بیماران سالانه $17/7$ روز به علت

گزارش برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت

بیماری دیابت از محل کار غیبت می کنند (از کارافتادگی موقت). به همین ترتیب سالانه ۲۳/۸ روز کاری به علت از کارافتادگی دائمی از دست می رود. هم چنین بر اساس برآورد تعداد مرگ های ناشی از دیابت تیپ ۲ در هر دو جنس و در گروه سنی ۲۰ تا ۶۹ سال که توسط IDF منتشر شده است تعداد روزهای کاری از دست رفته به علت مرگ زودرس ۱۵۲ میلیون روز برآورد می شود. از کارافتادگی موقت، دائمی و مرگ زود هنگام به ترتیب مسؤل ۱۹/۳٪، ۲۶٪ و ۵۴/۷٪ از کل هزینه های غیرمستقیم هستند.

با توجه به موارد فوق، خوشبختانه برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت نوع ۲ از پاییز سال ۱۳۸۳ در نظام خدمات بهداشتی درمانی کشور ادغام گردید. در اولین گام برنامه دیابت در روستاها و شهرهای با جمعیت کم تر از ۲۰۰۰۰ نفر عملیاتی شد و نتایج موفقیت آمیزی حاصل گردید. از اسفند ۱۳۸۸ نیز برنامه دیابت در شهرهای دارای جمعیت بیش از یک میلیون نفر به مرحله اجرا گذارده شد.

ساختار اجرایی برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت

برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت هم چون دیگر برنامه های مشابه حداقل شامل شش بخش تشکیل دهنده بسیار مهم است. این بخش ها در حالی که مستقل هستند به یکدیگر وابسته بوده و بدون هر کدام از آنها برنامه به موفقیت نخواهد رسید و اهداف آن به دست نخواهد آمد.

شش بخش شامل اطلاع رسانی عمومی و آموزش، غربالگری وجود عوامل خطر بروز بیماری دیابت، انجام آزمون غربالگری بیوشیمیایی، تشخیص بیماری، مراقبت، و ارزشیابی هستند.

اطلاع رسانی عمومی و آموزش

- ♦ اطلاع رسانی و تبیین اهمیت بیماری های غیرواگیر و به خصوص بیماری دیابت و پیشگیری و کنترل آن برای سیاستگذاران
- ♦ اطلاع رسانی و آموزش عموم جامعه در ارتباط با شناخت و پیشگیری بیماری های غیرواگیر و به خصوص بیماری دیابت و پیشگیری از بیماری و عوارض جدی آن
- ♦ آموزش پرسنل بهداشتی درمانی و اجرایی برنامه
- ♦ آموزش بیماران دیابتی و خانواده های آنان در ارتباط با شناخت و پیشگیری بیماری دیابت، کنترل و پیشگیری از بروز عوارض جدی آن
- ♦ آموزش مبتلایان به عوامل خطر بروز بیماری دیابت

غربالگری وجود عوامل خطر بروز بیماری دیابت

گزارش برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت

عوامل خطر بروز دیابت با بسیاری از بیماری‌های غیرواگیر دیگر مشترک است. وجود هر کدام از مشکلات زیر عامل خطر برای بروز بیماری دیابت محسوب می‌شود:

- ♦ وجود چاقی ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) و اضافه وزن ($BMI > 30 \text{ kg/m}^2$)
- ♦ سابقه فامیلی بیماری دیابت در فامیل درجه یک (پدر، مادر، خواهر و یا برادر)
- ♦ وجود دیسلپیدمی (افزایش غلظت سرمی کلسترول، تری‌گلیسرید و LDL و کاهش HDL)
- ♦ ابتلا به فشارخون بالا (بیش از $140/90 \text{ mmHg}$)
- ♦ وجود اختلالات متابولیسم کربوهیدرات‌ها IFG یا IGT
- ♦ سابقه ابتلا به دیابت بارداری (GDM)
- ♦ سابقه به دنیا آوردن نوزاد با وزن بیش از 4 کیلوگرم
- ♦ سابقه مرده‌زایی، سقط بدون دلیل مشخص

انجام آزمون‌های غربالگری بیوشیمیایی

- ♦ انجام آزمایش قندخون سرمی به‌عنوان آزمون غربالگری بیماری دیابت در افراد غیرباردار و آزمایش لیپیدهای خون
- ♦ انجام آزمایش قند خون ناشتا و تحمل گلوکز (۷۵ گرم) برای غربالگری دیابت بارداری
- ♦ انجام آزمایش (نیمه کیفی) ادرار از نظر وجود آلبومین

تشخیص بیماری

- ♦ تشخیص افراد پره‌دیابتی (قندخون ناشتا برابر با $100-125 \text{ mg/dl}$)
- ♦ تکرار آزمایش قندخون ناشتا در موارد با قندخون ناشتای بیش از 126 mg/dl برای تایید تشخیص بیماری دیابت
- ♦ گلوکز پلاسمای ۲ ساعت بعد از مصرف ۷۵ گرم گلوکز برابر و یا بیش از 200 mg/dl برای تشخیص دیابت

گزارش برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت

- ◆ تشخیص زنان مبتلا به بیماری دیابت بارداری با استفاده از آزمون GCT و تست تحمل گلوکز پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز
- ◆ تشخیص ابتلا به بیماری دیابت با استفاده از قند خون پلاسمای مساوی یا بیش از ۲۰۰mg/dl در یک نمونه اتفاقی (Random) خون اگر با علائم کلاسیک هیپرگلیسمی (پولی اوری، پولی دیپسی و پولی فاژی) توام باشد.

● مراقبت

- ◆ ویزیت مستمر بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه جهت دستیابی به کنترل متابولیک مطلوب و پیشگیری از عوارض زودرس و دیررس بیماری
- ◆ پیگیری‌های لازم بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه
- ◆ مشاوره‌های تخصصی لازم
- ◆ توصیه‌های موثر و مهم در تغییر روش زندگی ناسالم به سالم

● ارزشیابی

- ◆ پایش مستمر عملکرد اجرایی برنامه

نتایج اجرای برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت نوع ۲

۱) اجرای برنامه پیشگیری و کنترل دیابت در مناطق روستایی

اگر چه جمعیت روستایی طی سال‌های اخیر رشد نزولی داشته و طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۷ از ۱۶.۸ میلیون به ۱۵.۹ میلیون نفر رسیده است، اما جمعیت گروه سنی بالای ۳۰ سال افزایش یافته است، تعداد تقریبی ۶ میلیون نفر در سال ۱۳۸۴ به بیش از ۷ میلیون نفر در سال ۱۳۸۷ رسید. تعداد افراد غربالگری شده از ۵.۸۸ میلیون نفر در ۴۱ دانشگاه در سال ۱۳۸۴ به ۵.۹۵ میلیون نفر در ۴۱ دانشگاه در سال ۱۳۸۷ رسید، که افزایش معنی داری نداشته و در واقع با توجه به افزایش جمعیت بالای ۳۰ سال طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۷ میزان پوشش کم تری نسبت به سال اول اجرای برنامه داشته است.

گزارش برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت

تعداد افراد در معرض خطر طی سال های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۷ از ۲۲۰۰۰۰۰ نفر به بیش از ۲۶۰۴۰۰۰ نفر رسید و به عبارت دیگر جمعیت در معرض خطر از ۳۵٪ به ۳۷٪ افزایش یافت.

میزان شناسایی افراد پره دیابتی و دیابتی نیز طی این دوره ۳ساله افزایش چشمگیری یافت، به نحوی که افراد پره دیابتی از ۵۱۰۸۹ به ۱۰۹۰۰۸ رسید که به معنی شیوع ۰.۹٪ در سال ۱۳۸۴ در مقابل ۱.۸٪ در سال ۱۳۸۷ است.

تعداد بیماران جدید یا میزان بروز دیابت طی دو نوبت اول و دوم اندکی کاهش یافت که قابل پیش بینی بود، در واقع تعداد ۶۲۳۷۷ دیابتی در سال ۱۳۸۴ به ۶۰۹۸۰ دیابتی در سال ۱۳۸۷ کاهش یافت. به عبارت دیگر میزان بروز دیابت طی این دوره ۳ ساله از ۱.۰۶٪ به ۱.۰۳٪ کاهش یافت که تفاوت معنی داری نمی باشد، اما تعداد کل بیماران طی این دو دوره تفاوت چشم گیری داشت، یعنی تعداد ۱۹۲۷۹۴ بیمار در سال ۱۳۸۴ به ۲۳۷۱۶۷ بیمار در سال ۱۳۸۷ رسید و به عبارت دیگر شیوع دیابت در این فاصله زمانی ۳ساله از ۳.۳٪ به ۴٪ رسید که به معنی افزایشی بیش از ۲۰٪ در تعداد بیماران است، این میزان در سال ۱۳۸۱ معادل ۲.۲۱٪ بود.

در جمعیت ۹ میلیون نفری روستایی بالای ۳۰ سال تحت پوشش تعداد جمعیت بیماران دیابتی در سال ۱۳۹۳ بیش از ۴۵۱۰۰۰ نفر بوده که از این تعداد ۱۴۰۰۰۰ نفر مرد و ۳۱۱۰۰۰ نفر زن گزارش شده است. بیش از ۳۵٪ از افراد دیابتی مبتلا به فشار خون بالا هستند. در همان سال درصد پوشش مراقبت بیماران توسط بهورز(ماهانه) بطور متوسط بیش از ۹۰٪ و توسط پزشک(سالانه ۴ نوبت) بیش از ۷۰٪ بوده است.

۲) اجرای برنامه پیشگیری و کنترل دیابت در مناطق شهری(قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت)

برنامه پیشگیری و کنترل دیابت نوع ۲ در تهران و پنج شهر بزرگ (البرز، تبریز، اصفهان، شیراز و مشهد) با جمعیت بالای ۱ میلیون نفر از سال ۱۳۸۹ به مرحله اجرا درآمد. شش شهر کرمان، یزد، اهواز، قزوین، گلستان و کردستان در سال ۱۳۹۰ به برنامه پیوستند. از آغاز برنامه تا پایان سال ۱۳۹۱، تعداد ۱۸۹۲۴۳۵ نفر از افراد بالای ۳۰ سال غربالگری شدند که از این تعداد ۴۰۵۷۰۳ نفر (۲۱.۴٪) فاقد علامت خطر بودند. نتایج آزمایش FBS نشان می دهد که ۲۱۶۶۹۶ نفر (۱۱.۴٪) پره دیابتی هستند. تعداد بیماران دیابتی ۲۴۹۹۴۹ نفر (۱۳.۲٪) بودند که حدود یک پنجم ایشان بیمار جدید بودند.

در سال ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ در راستای ارتقای سلامت و توانمندسازی مردم مدل آموزشی SHEP در قالب کارگاه های TOT به کارشناسان دیابت دانشگاهها آموزش داده شد و مقرر شد دانشگاهها از این مدل برای آموزش مربیان دیابت از بین داوطلبان سلامت (رابطین)، مربیان دیابت خانه های سلامت شهرداری و سایر علاقمندان استفاده کنند. این مدل، یک مدل آموزشی با هدف افزایش سلامت عمومی و با تکیه بر اصول کار تیمی است که

گزارش برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت

در کلیه مراحل مختلف اطلاعات، ارتباطات و آموزش سلامت، اعم از مرحله بررسی، طراحی، تولید، اجرا، پایش و ارزشیابی را به صورت سیستماتیک و مدون و با دید جامع نگر در راستای ارتقای کمی و کیفی فرآیند مورد توجه قرار می‌دهد.

همچنین از سال ۱۳۹۲ دوره بازآموزی آنلاین دیابت ویژه پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی طراحی و به اجرا در آمد. بدلیل محدودیت مراکز تحقیقاتی در برگزاری دوره های بازآموزی حضوری دیابت و عدم تمایل پزشکان به شرکت در دوره های حضوری ۲-۳ هفته ای این دوره طراحی شد و اکنون در حال اجرا میباشد.

اثر بخشی برنامه پیشگیری و کنترل دیابت

به منظور بررسی اثر بخشی برنامه پیشگیری و کنترل دیابت در ایران در سال ۱۳۹۰، HbA1c، Body Mass Index (BMI)، Fasting Blood Glucose (FBS)، فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در دو گروه بیماران مقایسه شد. گروه اول شامل بیماران دیابتیکی بود که در طول یک سال بعد از تشخیص بیماری حداقل ۴ بار به وسیله پزشک خانواده ویزیت شدند. گروه دوم شامل بیمارانی که ۱ تا ۳ بار توسط پزشک خانواده ویزیت شده بودند، بیمارانی که به هر دلیل تمایل به ادامه برنامه نداشتند و به پزشک مراجعه نکرده بودند، بیمارانی که به دلیل عدم ارجاع به پزشک خانواده برای آن ها مراقبت صورت نگرفته بود. این مطالعه نشان داد که تعداد مراقبت بیماران دیابتی توسط پزشکان در کنترل قند خون تاثیر مثبتی دارد و برای کنترل مطلوب قند خون و HbA1c، هر بیمار دیابتیک باید حداقل ۴ بار در سال توسط پزشک مراقبت شود.

در سال ۱۳۹۰ برای بررسی اثر مراقبت بیماران دیابتی شناخته شده در مناطق روستایی، مقرر شد آزمایش HbA1c حداقل دو بار در سال انجام شود. در پایان پروژه ۱۹۴۸۱ بیمار ارزیابی شدند که مقایسه میانگین کشوری دونوبت HbA1c، تفاوت معنی داری را نشان داد که نشان دهنده مفید بودن مراقبت بیماران دیابتی می‌باشد. علی رغم این موضوع میانگین کشوری HbA1c، ۸.۵٪ گزارش شد که همچنان مقدار بالایی می‌باشد گرچه میزان متوسط HbA1c در مرحله پایلوت در سال های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ بیش از ۱۰.۵٪ بوده است.

دکتر علیرضا مهدوی

مدیر برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت