مجلهٔ غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
سال چهارم ـ شمارهٔ ۲ـ صفحه‌های ۸۴ ـ ۸۱ (تابستان ۱۳۸۱)

سرمقاله

تغییر در شیوهٔ زندگی برای پیشگیری از بیماری‌های مهم غیرواگیر

به بهانهٔ اولین کنگرهٔ پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر

دکتر فریدون عزیزی

در پنجاه سال گذشته، پژوهش‌ها نشان داده‌اند مهم‌ترین عواملی که سبب بروز ناتوانی‌ها و مرگ‌های زودرس می‌شوند، از بیماری‌های عفونی و واگیر به بیماری‌های مزمن و تحلیل برنده (دژنراتیو) تغییر یافته‌اند.[۱] در این سال‌ها از یک طرف، به علت افزایش توان اقتصادی جوامع صنعتی و رفاه بیش از حد در زندگی، زیاده‌روی در مصرف چربی‌ها، گوشت، شکر، و نمک و مصرف دخانیات رایج گردید و از سوی دیگر فعالیت بدنی کاهش یافت. رعایت اصول بهداشت عمومی، واکسیناسیون و تولید آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای مؤثر برای درمان عفونت‌ها، سبب پیشگیری از بروز و نیز درمان مناسب بیماری‌های عفونی گردید؛ لذا با افزایش متوسط طول عمر انسان‌ها، تعداد سالمندان در کشورها افزایش یافت. مجموعاً عوامل فوق سبب افزایش شیوع بیماری‌های غیرواگیر و خطرات ناشی از آن گردید. در حال حاضر، تقریباً دو سوم مرگ‌ها در کشورهای پیشرفته به علت همین بیماری‌هاست. در میان ۱۰ علت اول مرگ و میر در آمریکا، ۴ علت مستقیماً با شیوهٔ زندگی در ارتباط است که عبارتند از: بیماری‌های قلبی ـ عروقی (CHD)، سکتهٔ مغزی (CVA)، دیابت نوع دو و بعضی انواع سرطان‌ها. دو علت دیگر یعنی حوادث و خودکشی‌ها با افزایش مصرف الکل در ارتباط می‌باشند.[۲-۴]

در ایران نیز این بیماری‌ها از علل عمدهٔ مرگ و میر و ناتوانی به شمار می‌روند.[۵] با گسترش شهرنشینی و شیوهٔ زندگی صنعتی و نیز تغییر هرم سنی جامعه و پیر شدن جمعیت جوان امروزی ایران، در آینده‌ای نزدیک بر شیوع این بیماری‌ها افزوده خواهد شد. شیوع بیماری‌های قلبی‌ـ عروقی و نیز سرطان بر اساس معدود بررسی‌های مقطعی انجام شده، تفاوت چندانی با جوامع غربی ندارد. میزان مرگ ناشی از بیماری‌های گوناگون قلبی در هر صد هزار نفر، در سال ۱۳۶۸ در ۲۴ شهر انتخابی کشور، ۱۸۴/۹ نفر بوده که ۱۵-۷٪ کل مرگ و میر را شامل می‌شده است. دو بررسی در این زمینه در اصفهان و بوشهر انجام پذیرفته که شیوع احتمال سکتهٔ قلبی در مطالعهٔ دوم ۱/۳٪ در زنان و ۲/۵٪ در مردان گزارش شد.[۶] هم‌اکنون براورد می‌شود که ۱/۲ میلیون نفر در جمهوری اسلامی ایران مبتلا به دیابت باشند.[۷] در افراد بالای ۳۰ سال شیوع دیابت در شهرها ۷/۲ تا ۱۲٪ و در روستاها ۳/۸٪ و اختلال تحمل گلوکز (IGT) در شهرها ۸/۲ تا ۱۴/۹٪ و در روستاها ۳/۴٪ است.[۸] لذا در افراد بالای ۳۰ سال از هر ۵ نفریک نفر دچار اختلالات متابولیسم کربوهیدرات‌هاست.[۷،۸]

بر پایهٔ ترازنامه غذایی موجود در ایران و به ویژه در شهرهای بزرگی نظیر تهران، افزایش عرضهٔ چربی، به ویژه چربی اشباع شده و نیز قند و شکر در سال‌های اخیر دیده شده است. در بسیاری از جوامع، شیوع اضافه وزن و چاقی در افراد بالای ۳۰ سال حدود ۷۰ـ۶۰٪ گزارش شده است.[۹] کمی فعالیت بدنی تا ۶۵٪ و استعمال وسیع دخانیات تا ۳۲٪ و پرفشاری خون تا ۲۰٪ در بزرگسالان جامعهٔ ما گزارش شده است. ۴۳ تا ۶۳٪ از افراد بالای ۲۰ سال کلسترول بیش از ۲۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، ۱۵ تا ۲۸٪ کلسترول بالاتر از ۲۴۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و ۱۵/۵ تا ۲۱/۳ درصد LDL کلسترول بالاتر از ۱۵۹ میلی‌گرم در دسی‌لیتر دارند.[۶،۱۰،۱۱] تنش‌های روانی نیز نقش مهمی در بروز بیماری‌های روانی و جسمانی به ویژه بیماری‌های غیرواگیر دارد. در سه دههٔ آینده این ارقام بالاتر رفته و شیوع عوامل خطرساز بیماری‌های غیرواگیر افزایش می‌یابد. زیرا ۵۰٪ جمعیت کنونی شهرنشین بین ۲۰ تا ۵۰ ساله هستند که تا ۳۰ سال دیگر بین ۵۰ تا ۸۰ ساله خواهند شد.

ماهیت قابل اصلاح برخی از این عوامل خطرزا مانند تغذیهٔ ناسالم، کمی فعالیت بدنی، چاقی، مصرف سیگار و

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

دیگر مواد دخانی، استرس، پرفشاری خون، دیس‌لیپوپروتئینمی و اختلالات تحمل گلوکز موجب شد کشورهای مختلف جهان و سازمان جهانی بهداشت برنامه‌هایی را در جهت مداخله در کاهش عوامل خطرزای فوق به منظور کاهش بروز بیماری‌های قلبی ـ عروقی طراحی کنند و به مرحلهٔ اجرا برسانند.[۱۲]

مطالعاتی مانند بررسی «سه جمعیت» در کارولینای آمریکا، مطالعهٔ «استانفورد»، «قلب سالم» مینه سوتا، «قلب سالم» پاتوکت در چارلتون آمریکا، «شهرهای دوقلوی مینه آپولیس و سنت پاول» پروژهٔ کارلیای شمالی در فنلاند،[۱۳] «قلب» بلژیک،[۱۴] CINDI[۱۵] و مطالعهٔ «اسلو»[۱۶] با رویکردی جامعه‌نگر به شکل مداخله در یک یا چند عامل خطرزا موفق به کاهش ۶۰-۲۰٪ در بروز عوامل خطرزا یا ناتوانی و مرگ و میر بیماری‌های عروق کرونر شدند. مطالعات دیگر نظیر «MREIT»، «LRC-CPPT»، «HDFP»، «WHO Cooperative Trial»، «قلب» هلسینکی،«AFCAPS/TEXCAPS» با مداخله در جمعیت‌های در معرض خطر یا مداخلات نوع ثانویه موفق به کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عروق کرونر به میزان ۳۴-۷٪ شدند.[۱۷] راه‌کارهای مداخله در این مطالعات عبارت بودند از: مشاورهٔ فردی و گروهی، آموزش کارکنان محلی و تشویق در ایجاد تغییرات محیطی، آگاهی‌های بهداشتی از طریق مجلات و روزنامه‌های محلی، رادیو، کتابچه‌ها، پوسترها و برچسب‌های غذایی، جلسات آموزش بهداشت، سخنرانی‌های عمومی در مدارس و محل‌های کار کارکنان مراقبت بهداشتی، معلمان، کارکنان سازمان‌های داوطلبانه و رهبران جامعه به طور منظم در سینماها و جلسات. تکنیک‌های جدیدتر مداخله مانند برنامه‌های تلویزیونی، برنامه‌های مداخله در محل کار، آموزش بهداشت در مدارس و اصلاح محیط برای افزایش تولید و مصرف فراورده‌های سالم و به کارگیری صنایع غذایی در مداخله، همکاری تمامی بخش‌های درگیر، تصویب قانون‌های لازم با ضمانت اجرایی، تأمین منابع مالی مورد نیاز، ارزیابی دوره‌ای و انجام اصلاحات مورد نیاز در این مطالعات، آموزش‌های چهره به چهره در مکان‌های مشخص مانند محل کار، مدرسه و مراکز بهداشتی از موفقیت بالایی برخوردار بودند.

در ایران برنامه‌ریزی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر از ابتدای دههٔ ۷۰ در مدیریت مبارزه با بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آغاز گردید. اولین برنامهٔ کشوری بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۳۷۵ با مطالعهٔ مشترک وزارت و سازمان جهانی بهداشت بنیان‌گذاری و شبکهٔ ملی پیشگیری و کنترل دیابت برنامه‌ریزی شد.[۱۸] این برنامه در شبکه‌های بهداشتی درمانی منتخب در ۱۸ استان کشور در حال اجراست. دومین برنامه «مطالعهٔ قند و لیپید تهران» است که از سال ۱۳۷۶ طراحی و بین سال‌های ۷۷ تا ۷۹ جهت شناسایی عوامل خطرساز (ریسک فاکتورهای) بیماری‌های غیرواگیر در جمعیتی از شرق تهران اجرا گردید و مرحلهٔ مداخله جهت تغییر در شیوهٔ زندگی از سال ۱۳۸۰ آغاز شده است.[۱۹] سومین برنامه، پروژهٔ قلب سالم اصفهان از سال ۱۳۷۹ به صورت مدون در دو شهر اصفهان و نجف‌آباد انجام شده و اراک به عنوان شهر شاهد در نظر گرفته شده است.[۶] سه برنامهٔ جدید برای پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر در استان‌های فارس، زنجان و یزد از سال ۱۳۸۱ آغاز شده است. نمونه‌ای از این برنامه‌ها به شرح زیر است:

مرحلهٔ اول مطالعهٔ قند ولیپید تهران در سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۷۹ در ۱۵۰۰۵ نفر از ساکنان ۳ تا ۶۹ سالهٔ منطقهٔ ۱۳ تهران انجام شد. مطالعات مرحلهٔ اول طرح نشان داد که ۲۱٪ مردان و ۲٪ زنان سیگاری فعال بودند. شیوع پرفشاری خون در یک پنجم افراد بالای ۲۰ سال و شیوع آنژین صدری در ۱۲/۷٪ زنان و ۹/۲٪ مردان، شیوع افزایش وزن و چاقی در ۷۰٪ زنان و ۶۰٪ مردان، شیوع چاقی شکمی در دو سوم زنان و یک سوم مردان، شیوع دیابت ۱۰/۶٪ و اختلال تحمل گلوکز (IGT) در ۱۲/۴٪ گزارش شد.[۲۰،۲۱] ۲۴٪ بزرگسالان ۲۰ سال به بالا کلسترول بالا و ۳۱٪ حد مرزی بالا، ۲۳٪ LDL کلسترول بالا و ۲۳٪ حد مرزی بالا، ۴٪ تری‌گلیسرید بالا و ۲۴٪ حد مرزی بالا و ۲۱٪ HDL کلسترول پایین داشتند. میانگین درصد انرژی از چربی‌ها ۳۰٪ بود و در سنین مختلف یک سوم تا نیمی از افراد بیش از ۳۰٪ از انرژی روزانه را از چربی و یک سوم آن‌ها نیز بیش از ۳۰۰ میلی‌گرم کلسترول در روز دریافت می‌کردند. بیش از ۸۰٪ جمعیت بر اساس معیارهای LRC کم‌فعالیت بوده‌اند.[۲۲،۲۳]

با توجه به کسب اطلاعات پایه در زمینهٔ عوامل خطرساز بیماری‌های قلبی ـ عروقی در ساکنان منطقهٔ ۱۳ تهران مرحلهٔ دوم طرح از سال ۱۳۸۰ آغاز گردید. جامعهٔ مورد بررسی به دو گروه شاهد و مورد تقسیم شد. برای تغییر در شیوهٔ زندگی در کل جامعه، به منظور پیشگیری نوع اول با هدف پیشگیری و کنترل عوامل بیماری‌های غیرواگیر مداخله‌های

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

تغذیه‌ای، فعالیت بدنی، کاهش مصرف دخانیات و تطابق با استرس انجام می‌پذیرد. به علاوه برای افراد در معرض خطر جامعه با هدف پیشگیری نوع ۲ و ۳ و کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های مذکور مداخله‌های درمانی صورت می‌گیرد. تغییرات در عوامل خطر (Surrogates) و پیامدهای انتهایی (Outcomes) در فواصل ۲ و ۴ سال از طریق آزمایش‌های بیوشیمیایی، معاینات بالینی، پرسشنامه و مصاحبهٔ مستقیم در دو گروه شاهد و مورد بررسی و مقایسه خواهد شد.

برنامه‌های پیشگیری دیگری نیز در زمینه‌های بهداشت روانی، بیماری‌های چشمی، تالاسمی، استئوپروز، کم‌کاری مادرزادی تیروئید در نوزادان، سوانح و حوادث، آسم، بیماری‌های ریوی، اعتیاد، عقب ماندگی ذهنی، مسمومیت‌ها، سرطان‌ها، خودکشی ، سوختگی‌ها، در دههٔ اخیر طراحی و برخی نیز اجرا شده است.

در اولین کنگرهٔ پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر که از ۷ تا ۱۰ آبان ۱۳۸۱ در مرکز همایش‌های رازی توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برگزار خواهد شد، مسؤولان اجرایی مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر و تمامی انجمن‌های علمی پزشکی کشور از جمله انجمن آسم و آلرژی، اپیدمیولوژیست‌های ایران، اطلاع‌رسانی و زیست پزشکی، اورولوژی، ایمونولوژی و آلرژی، باروری و ناباروری، بهداشت محیط، پاتولوژی، پوست و آمیزش، پزشکان عمومی، پزشکی هسته‌ای، پزشکان کودکان، جامعهٔ جراحان، چشم پزشکان، جامعهٔ پزشکان متخصص داخلی، ریه، ژنتیک، سم‌شناسی و مسمومیت‌ها، روانپزشکی، زنان، غدد درون‌ریز، گوارش و کبد، فیزیولوژی و فارماکولوژی، قلب و عروق، مددکاری اجتماعی، نفرولوژی، نوزادان، هماتولوژی و انکولوژی شرکت فعال دارند. سخنرانی‌های جامع و سمپوزیوم‌های متعدد توسط مسؤولان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی، و رؤسای انجمن‌های علمی ارایه خواهد شد. بیش از ۴۰۰ مقاله توسط دبیرخانهٔ کنگره دریافت شده است که حدود یک چهارم به صورت شفاهی و بقیه به صورت پوستر عرضه خواهند شد. کمیتهٔ علمی کنگره، جلسات متعدد بحث و تبادل نظر در مورد عمده‌ترین مسایل و مشکلات در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر ترتیب خواهند داد و سه کارگاه آموزشی در انتهای روز برای علاقه‌مندان برگزار می‌گردد.

امید است که با الطاف ذات لایزال الهی این کنگره بتواند قدمی مؤثر برای شناسایی و آگاهی از وضعیت موجود بیماری‌های عمدهٔ غیرواگیر در کشور ارایه نموده، راه‌حل‌های اساسی برای پیشگیری‌های اولیه، ثانویه و ثالثیه از این بیماری‌ها را مورد نقد و بررسی قرار دهد و رهنمودهای مؤثری برای طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری در اختیار مسؤولان، استادان و دانش‌پژوهان گرامی قرار دهد.

Refrences

۸. شریفی فرانک، عزیزی فریدون. بررسی شیوع هیپرلیپیدمی، اضافه وزن، فشارخون بالا و میزان فعالیت بدنی در افراد دیابتی و IGT و مقایسهٔ آن با افراد سالم در روستاهای استان زنجان. پژوهش در پزشکی ۱۳۷۶، سال ۲۱، شماره ۴، صفحات ۴۱-۵۰.

۹. میرمیران پروین، عزیزی فریدون. افزایش وزن، چاقی. مجلهٔ پژوهش در پزشکی،۲۲ (۲): صفحات ۶۹-۸۱، ۱۳۷۷.

10. Maleki M, Noohi F, Oraii S, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in Tehran: Healthy Heart Project. Iranian Heart J 1998 (supple 1): 130.

11. Sami HA, Eftekharzadeh M, Oraii S, Latifi H. Prevalence of cardiovascular risk factors in NIOC industrial workers and administration clerks. Iranian Heart J 1998 (suppl 1): 127.

12. Pietinen P, Vartlainen E, Seppanen R, Are A, Puska P. Changes in diet in Finland from 1972 to 1992: impact on coronary heart disease risk. Prev Med 1996; 25:243-250.

13. Pietinen P, Lahti-Koski M, Vertiainen E, Puska P. Nutrition and cardiovascular disease in Finland since the

1. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of diseases. WHO, Harvard School of Public Health and World Bank, 1990.

2. Mcginnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA. 1993; 270:2207-12.

3. Powell KE, Blair SN. The public health burdens of sedentary living habits: theoretical but realistic estimates. Med Sci Sports Exerc. 1994; 26:851-6.

4. Paffenbarger RS, Kampert JB, Lee I, Hyde RT, Leung RW, Wing AL.

۵. عزیزی فریدون و گروه مؤلفان. اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران. مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، زمستان ۱۳۷۹.

6. Sarrafzadegan N, Najafian J. Priorities in cardiovascular prevention in Iran. Iranian Heart J 1998 (suppl 1): 131.

7. Azizi F. Diabetes Mellitus in the Islamic Republic of Iran. IDF Bulletin 1996; 41:38-39.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

early 1970s: a success story. J Nutr Health Aging. 2001; 5:150-4.
14. Kornitzer M, De Backer G, Dramaix M, Kittel F, Thilly C, Graffar M, Vuylsteek K. Belgian heart disease prevention project: incidence and mortality results. Lancet. 1983; :1066-1070
15. WHO CINDI programme, Nutrition Action plan.
16. Leren P, Askevold EM, Foss OP, Froili A, Grymyr D, Helgeland A, Hjermann I, Holme I, Lund-Larsen PG, Norum KR. The Oslo study. Cardiovascular disease in middle-aged and young Oslo men. Acta Med Scand 1975; 588:1-38.
17. Posner BM, Quatromoni PA, Franz M. Nutrition policies and interventions for chronic disease risk reduction in international settings: the INTERHEALTH nutrition initiative. Nutr Rev. 1994 ; 52:179-87.
18. Azizi F. Assignment report WHO-EMRO. Diabetes Mellitus in the Islamic Republic of Iran, Dec. 7-23, 1996.
19. Azizi F, Rahmani M, Emami H, Madjid M. Theran Lipid and Glucose Study: Rationale and Design. CVD Prevention 2000; 3:242-247.
۲۰. عزیزی فریدون. مطالعهٔ قند و لیپید تهران. برنامهٔ ملی تحقیقات، پروژهٔ شمارهٔ ۱۲۱، ناشر مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، تهران، ۱۳۸۰. (www.erc-iran.com/tlgs)
21. Azizi F, Ghanbarian A, Madjid M, Rahmani M. Distribution of blood pressure and prevalence of hypertension in Tehran adult population: Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS), 1999-2000. J Hum Hypertens. 2002; 16:305-12.
22. Azizi F, Rahmani M, Madjid M, Allahverdian S, Ghanbili J, Ghanbarian A, Hajipour R. Serum lipid levels in an Iranian population of children and adolescents: Tehran lipid and glucose study. Eur J Epidemiol. 2001; 17:281-8.
23. Azizi F, Allahverdian S, Mirmiran P, Rahmani M, Mohammadi F. Dietary factors and body mass index in a group of Iranian adolescents: Tehran lipid and glucose study--2. Int J Vitam Nutr Res. 2001; 71:123-7.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]