بار دیابت و عوارض آن بر اساس مطالعات دهم اخیر در ایران

فرید ایسالیشی*، محمدرضا مهاجری تهرانی، علیدرا طباطبایی ملادی، باقر لازجیانی

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع فراوانی دیابت در دنیا تعدادی از ایران و درمان دیابت و عوارض آن تازه‌ترین صرف هریم‌های قابل توجهی از طرف بیماران و سیستم بهداشتی - درمانی جامعه می‌باشد. با توجه به نظریه‌نگرینگ محدودیت منابع دولتی می‌باشد. این یک امر محسوس هستی که به دست رفته به دلیل ابتلا به بیماری‌های سلامت جامعه. تغییرات بیماری‌های ارزیابی سلامت جامعه، تغییرات بیماری‌های می‌باشد که به کمک آن سال‌های از دست رفته به عنوان جامعه می‌باشد. در این مقاله، هدف برآورد بار دیابت و عوارض آن در سال 1380 در ایران با استفاده از مطالعات دهمی‌ایشی مورد استفاده می‌باشد.

روش‌ها: با استفاده از مطالعات انجام شده در مورد شیوع دیابت و عوارض آن، بار بیماری دیابت و عوارض آن در سال 1380 در ایران و در قالب‌های داخلی و داخلی DALYS، در مطالعات دهمی‌ایشی مورد بررسی قرار گرفته است. هدف برآورد بار دیابت و عوارض آن در سال 1380 در ایران بوده است. با توجه به داده‌های جمع‌آوری شده از ایران و نتیجه‌گیری که بار حاصل از دیابت و عوارض آن و نتیجه‌گیری‌های منابع تأمین کننده داده‌های بهداشتی درمانی جامعه دیابتی‌ها از اولویت‌های هدایتی دیابتی‌ها درمانی جهان و به ریزه کشورها و انتخاب‌های اقداماتی مؤثر جهت پیشگیری و درمان دیابت به منظور کاهش این بیماری و عوارض آن ضروری می‌باشد.

واژگان کلیدی: بار دیابت، عوارض دیابت، DALYS، DisMod

* نامنی: تهران، خیابان کارگر شمای، بیمارستان دکتر شریعتی، طبقه پنجم، مرکز تحقیقات علمی برتریز، تهران

emrc@tums.ac.ir

برای دریافت دسترسی به این مقاله، لطفاً در پایگاه‌های دیجیتال دانشگاه تهران یا بعضی از پایگاه‌های دیگر جستجو کنید.

تاریخ دریافت: 8/6/2016
تاریخ پذیرش: 8/7/2016
مقدمه

بیماری دیابت با سطح بالایی قند خون و اختلال متابولیسم گلوکزیدات، جری و پروتئین مشخص می‌شود و با فشار بالا نسبی اسکله‌های عروقی، قلبی و قلب‌سنگی می‌باشد. افزایش میزان کند خون در حالی مانند درمانی به صورت یک ارگان‌های مختلف از جمله سیستم عصبی، عروقی، قلبی، کیفیت سیستم عصبی و در نهایت اختلال در کارکرد آنها می‌کند. [1]

امروزه در دنیای همه‌گیری دیابت، ایجاد شده و حالانه شیوع دیابت در مراحل جدید افزایش یافته و سالانه [2] بر اساس گزارش‌های سلامتی از میان بردن نقش گلوکزیدات در جلب نظر سایت‌های متخصص در گزارش‌های سلامتی کمی کرون بیماری دیابتی ها گونه‌ای که در مطالعات هزینه اثر بخشی نیز قابل استفاده‌است. [3]

از دو جزء تشکیل شده است [آ]. جزء DALYS از درصد رفته ناشی از مرار زودرس (YLD) و جزء دور سال‌هایی از درصد رفته به دلیل ناتوانی ناشی از بیماری (YLD) 2 را نشان می‌دهد: [4]

\[
YLD = YLL + YLD \]

پیشگیری و عوارض ان فرد و جامعه می‌گردد، میزان کاهش توجهی به

2 Global Burden Disease
3 Disability Adjusted Life Years
4 World Health Organization
5 Years of Life Lost due to premature mortality
6 Years of healthy Life lost due to Disability

1 Years lived with disability (morbidity)
ناتوانی که به صورت وزن ناتوانی بیان می‌شود مشخص می‌کند که چه بخشی از یک دوره زمانی طولانی‌ساله با یک پی‌آمدم غیر کشنده را پایین‌تر از دست رفته نمود. بنابراین از ضریب تعداد موارد ابتلا در میانگین دوره ابتلا در وزن ناتوانی، سال‌های از دست رفته ناشی از یک ناتوانی محاسبه می‌گردد. از جمع سال‌هایی از دست رفته در مطالعه بار چهار بیماری‌ها از یک جدول عمر استاندارد به منظور تعیین امید زندگی در هر گروه ساین استفاده شد. بر اساس این جدول عمر، امید زندگی برای مردان در بهترین برای سال 48 سال و برای زنان 42 سال است. با توجه به جدول شماره 3، نمودار محاسبه YLD دست است. برای محاسبه سال‌های از دست رفته ناشی از یک پی‌آمدم غیر کشنده به تعداد موارد ابتلا بیماری در کل ناتوانی ناشی از آن تیازمان‌دیم. شدت

جدول 1- روش محاسبه سال‌های از دست رفته ناشی از مرگ و زودرسی برای یک بیماری در یک جنس (YLD)

<table>
<thead>
<tr>
<th>سال‌های از دست رفته</th>
<th>تعداد مرگ</th>
<th>امید زندگی</th>
<th>گروه ساین</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1439743</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>226645</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>243652</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>291256</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>255268</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>255588</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>265588</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

كل سال‌های از دست رفته

376987

جدول 2- مفهوم سال‌های از دست رفته به دلیل ناتوانی ناشی از بیماری (YLD)

<table>
<thead>
<tr>
<th>YLD</th>
<th>پی‌آمدم غیر کشنده</th>
<th>وزن ناتوانی (سال)</th>
<th>بروز (تعداد)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>پی‌آمدم A</td>
<td>453</td>
<td>453</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>پی‌آمدم B</td>
<td>388</td>
<td>388</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>پی‌آمدم C</td>
<td>954</td>
<td>954</td>
</tr>
</tbody>
</table>

كل سال‌های از دست رفته

374564
jis100577005800590060006100620063006400650066006700680069007000710072007300740075007600770078007900800081008200830084008500860087008800890090009100920093009400950096009700980099001000101001020010300104001050010600107001080010900110011100112001130011400115001160011700118001190012001210012200123001240012500126001270012800129001300131001320013300134001350013600137001380013900140014100142001430014400145001460014700148001490015001510015200153001540015500156001570015800159001600161001620016300164001650016600167001680016900170017100172001730017400175001760017700178001790018001810018200183001840018500186001870018800189001900191001920019300194001950019600197001980019900200020100202002030020400205002060020700208002090021002110021200213002140021500216002170021800219002200221002220022300224002250022600227002280022900230023100232002330023400235002360023700238002390024002410024200243002440024500246002470024800249002500251002520025300254002550025600257002580025900260026100262002630026400265002660026700268002690027002710027200273002740027500276002770027800279002800281002820028300284002850028600287002880028900290029100292002930029400295002960029700298002990030003010030200303003040030500306003070030800309003100311003120031300314003150031600317003180031900320032100322003230032400325003260032700328003290033003310033200333003340033500336003370033800339003400341003420034300344003450034600347003480034900350035100352003530035400355003560035700358003590036003610036200363003640036500366003670036800369003700371003720037300374003750037600377003780037900380038100382003830038400385003860038700388003890039003910039200393003940039500396003970039800399004000401004020040300404004050040600407004080040900410041100412004130041400415004160041700418004190042004210042200423004240042500426004270042800429004300431004320043300434004350043600437004380043900440044100442004430044400445004460044700448004490045004510045200453004540045500456004570045800459004600461004620046300464004650046600467004680046900470047100472004730047400475004760047700478004790048004810048200483004840048500486004870048800489004900491004920049300494004950049600497004980049900500050100502005030050400
قطع عضو

آتروواسکلروز که به صورت پیمانی ایسکمیک قلب و بیماری‌های عروق غیر نظر می‌گردد.

آتروواسکلروز غیر از دیابت علائم خطر دیگری نیز دارد

و حتی در بیمار دیابتی نمی‌توان این ادعا را کاملاً به

بیماری دیابت نسبت داد. در مقابل، تحقیقات، روش‌ها و

سایر عوارض اختصاصی دیابت مولکول‌های کاملاً شناخته

شده‌اند. هنگامی که در اندازه بیمار مبتلا به این عوارض به

دیابت یا ترددی بایشی به کار می‌رود. بیانی دیگر مولکول‌های

تحت عنوان آتروواسکلروز دیابتی که قابل افتراق از سایر

انواع آتروواسکلروز باشد، تعیین نشده است. در نتیجه

نیم‌تان شاخص‌های بیماری‌ها ایسکمیک قلب و

بیماری‌های عروق مغز ناشی از دیابت را برآورد کرد و

فقط میزان سه‌ای دیابت را به عنوان یک عامل خطر در

بار بیماری‌های ایسکمیک قلب و عروق و مغز محسوس

کرد. این نتایج قابل مطالعه محسوس تازه دیابت نمی‌توان با

عوارض آتروواسکلروزیک آن را محسوب کرده و این

محاسبات را باید به عنوان جزیی از محسوبه

بار آتروواسکلروز اجرا داد. در مورد آن‌ها سالانه به

مطالعه حاضر بر مبیوتیک آتروواسکلروز لحاظ نشده است و به

کل دیابت از یک جزء بار به‌بین‌یاد یافت اما به دست آمده

است. سپس برای محسوس کردن YLL که به عنوان میزان

مرگ بر حسب سن و جنس و علت مرگ و مقایسه آن با

جدول عمر استاندارد و اعمال ضریب مختلف از قبیل

نرخ نزولی اطلاعات مورد نیاز برای YLD هم‌جمع آوری

شده که این اطلاعات شامل میزان برود پی آمده‌ای

غیر‌کنده بار حسب سن، جنس، علت و منطقه، تغییر

سنتی جنسی جمعیت، میانگین دهه پی آمده غیر‌کنده،

میانگین سن شروع، نرخ نزولی و برآورد ارزش آن در

سالین مختلف به‌وجود افتاد. است. با تعیین به‌هیچ‌یکی چالش اصلی

و عدم وجود کلیه اطلاعات مورد نیاز و عدم

برآور و پایاب‌مر و نظر نا می‌توان اطلاعات موجود است برای

حل این مشکل، از یک الگو استفاده نمودیم (شکل 1)

که توسط سن‌گذار به‌عنوان جهت بهره‌برداری و منشأ شده

است. در این آزمایش پارامترهای مربوط به

صورت مقاوم نیز پیشنهاد و در محسوس وارد شده است:
با توجه به آنکه بار ناشری در این بخش محاسبه، برای محاسبه و عوارض دیابت فقط بار ناشری از نمونه‌ها و انتساب به آن عوارض محاسبه کنید. است، نتایج بندها در برآورد پیش‌بینی آمده‌اند. در ضمن برآورد پیش‌بینی این است که بر اساس هر امکان جدایی در زیر بیان شده است.

یافته‌ها
جدول شماره ۴ پار موارد ابتلا به دیابت را بر اساس قالب سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد.

الف:
عوارضی که در تخنیم بار جهانی دیابت ۲۰۰۰۰۰ استفاده شده است:
قطع عضو رتینوپاتی پای دیابتی

ب:
عوارضی که در تخنیم بار دیابت در ایران از آنها استفاده شده است:
روزی به رتینوپاتی نوع دیابتی
قطع عضو نوروبالی

شکل ۱ مقایسه مدل بیماری استفاده شده برای محاسبه بار جهانی دیابت در سال ۲۰۰۰ (الف) و بار بیماری دیابت در ایران (ب)
نمودار 1- مقایسه میزان مرمک ناشی از دیابت بر اساس خروجی DisMod و مرمک در 18 استان کشور

رئینوباتی
رئینوباتی دیابتی از هنگام شروع تا زمانی که بیماری بیمار را مختل می‌کند، سیستم شناسایی شده‌ای را طی می‌کند [22]. اولین تغییرات شیبیکه به رئینوباتی زمینهٔ ای عضوی ناشی از این مرحله از رئینوباتی با اختلال بین‌نیروی همراه نیست. مرحله بعد رئینوباتی پروپولیفرازی است که به تدریج وارد مرحله‌ی رئینوباتی پروپولیفرازی می‌شود. رئینوباتی پروپولیفرازی و پروپولیفرازی با درجه‌ای مختلفی از اختلال دید مدرن است و به دلیل ناتوانی همه‌ای‌ها به آن باید را بپر جامعه تحمیل نمود.

در مطالعه‌ای که در سال 1376 بر روی بیماران دیابتی شهر اصفهان انجام گرفته است، شروع مراحل مختلف رئینوباتی در جمعیت دیابتی تعیین شده است [20] با توجه به آنکه مطالعه دیگری در این خصوص در ایران انجام نشده است. شروع به دست آمده از مطالعه اصفهان مبنای محاسبه‌ی بار
رئینوباتی در ایران قرار گرفت. با توجه به آنکه رئینوباتی یک سیر پیش‌رو نداشته باشد و ان صفر در نظر گرفته شد [32] از خطر نسبی مرمک نیز به عنوان سومین شاخصی که بارای به کارگیری مدل‌های اپیدمیولوژیک نیاز بود استفاده شد. با توجه به آنکه تقییاً تمامی بیماران مبتلا به نرفوباتی دیابتی به رئینوباتی دیابتی

%GFR، میکروالبومینوری یا فیبرینوگن، میکروالبومینوری و نارسایی انطاک‌های غیر می‌کند. پس از

ورود به مرحله میکروالبومینوری، ۱ GFR پیک سربیزویی قابل پیش‌بینی و پیش‌بینی کاهش کلیه‌ای بیمار به

مرحله انطاک‌های نارسایی کلیه‌ای برسد [21]. در مرحله

۱ Glomerular Filtration Rate
میکرو آلومینیوی، به دلیل کاهش نیافتن GFR بیمار عالیم، قابل انتساب به احتمال امکان ندارد و لذا نمی‌توان با این راه‌حل در مورد بررسی دیابتی برای مراحل میکرو آلومینیوی محسوب شده است. تست‌ها مطالعه انجام گرفته در ایران در مورد شیوع شرایط دیابتی، مطالعه‌ای است که در مطالعه‌های مربوط به عمر و شکمی اصفهان در آن آمده است. [11] در این مطالعه فقط شیوع میکرو آلومینیوی بر روی شد است.

با توجه به نتایج مطالعه میکرو آلومینیوی به سوی نارسایی انرژی کلیه، بهبودی شرایط دیابتی در مراحل میکرو آلومینیوی صفر در نظر گرفته شد. همان‌گونه که در ذیل رتیوپاتی نظر شد [28] میزان خطر مرگ در بیماران مبتلا به میکرو آلومینیوی در برابر بیماران دیابتی بدون میکرو آلومینیوی است. میزان خطر مرگ در بیماران مبتلا به میکرو آلومینیوی 3.5 برابر ریسک مرگ در بیماران مبتلا به سامان آلومینیوی است. بنابراین بیماران خطر مرگ در بیماران مبتلا به میکرو آلومینیوی حدود 7 برابر بیماران دیابتی بدون شرایط دیابتی در نظر گرفته شد. به کمک این ها، شاخص طبیعی و با استفاده از نرم افزار DisMod کمک نسبی به طبیعی به میکرو آلومینیوی باید مطابق با شرایط دیابتی در مراحل شرایط دیابتی میکرو آلومینیوی با توجه به مقدار میزان خطر مرگ شد. به نتایج این مطالعه ها این است. بیماران مبتلا به میکرو آلومینیوی میزان حداکثر 1000 نفر را می‌توان به محسوبه شد.

فصول

قطع عضو

نتایج مطالعه‌ای که در این مورد به دست آمد. مطالعه‌ای است که شیوع قطع عضو در چهار دیابتی تحت پوشش مرکز تحقیقات شناسه علوم پزشکی اصفهان [22] نسبت مرگ در این مطالعه از میان میکرو آلومینیوی دیابتی تنها 1.7 برابر حداکثر حدیده است. در این مطالعه از میان 320 مورد میکرو آلومینیوی دیابتی 17 3بررسی شده و مورد عرض شده است. [23] که 24% در مورد آن مرگ در زنگ زنده را داده است. متأسفانه این مورد و قطع عضو گزارش نشده است. نسبت مرگ در این مطالعه بیش از مقدار گزارش شده در سایر مطالعات است. در سایر مطالعات قطع عضو در مورد 2 3بررسی زنگ گزارش شده است [23]. [32] در این نسبت با کاهش سن، افزایش می‌یابد. همچنین بر اساس
جدول 3- بار قبل انتساب به موارد دیابت بر حسب سن و جنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>جنس</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>هر دو جنس</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DALYs per 1000</td>
<td>28.46</td>
<td>25.98</td>
<td>27.27</td>
</tr>
<tr>
<td>جمعیت</td>
<td>28.46</td>
<td>25.98</td>
<td>27.27</td>
</tr>
<tr>
<td>DALYs per 1000</td>
<td>28.46</td>
<td>25.98</td>
<td>27.27</td>
</tr>
<tr>
<td>جمعیت</td>
<td>28.46</td>
<td>25.98</td>
<td>27.27</td>
</tr>
<tr>
<td>DALYs per 1000</td>
<td>28.46</td>
<td>25.98</td>
<td>27.27</td>
</tr>
<tr>
<td>جمعیت</td>
<td>28.46</td>
<td>25.98</td>
<td>27.27</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 4- بار بیماری دیابت در ایران در سال 1380 بر حسب پیامدهای دیابت و جنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>موارد</th>
<th>رتینوپاتی</th>
<th>نروپاتی گلوپاتی</th>
<th>پای</th>
<th>اثرات عصبی</th>
<th>گلوپاتی</th>
<th>عصبی</th>
<th>دیابت</th>
<th>مورد</th>
<th>جمعیت</th>
<th>مورد</th>
<th>جمعیت</th>
<th>مورد</th>
<th>جمعیت</th>
<th>مورد</th>
<th>جمعیت</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DALYs/1000</td>
<td>28.46</td>
<td>25.98</td>
<td>27.27</td>
<td>28.46</td>
<td>25.98</td>
<td>27.27</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>جمعیت</td>
<td>28.46</td>
<td>25.98</td>
<td>27.27</td>
<td>28.46</td>
<td>25.98</td>
<td>27.27</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 5- مقایسه بار دیابت در ایران با برآورد سازمان بهداشت جهانی برای منطقه مدیرانه شرقی

<table>
<thead>
<tr>
<th>منبع برآورد</th>
<th>DisMod</th>
<th>EMRO B</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>زن</td>
<td>28.46</td>
<td>25.98</td>
</tr>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>35.46</td>
<td>32.98</td>
</tr>
<tr>
<td>گلوپاتی</td>
<td>28.46</td>
<td>25.98</td>
</tr>
</tbody>
</table>

همچنین تغییر فراوانی با افزایش سن به سایر مطالعات همان‌گونه باشد. بنابراین نهایی که به عنوان شروع حمله در بیماران دیابتی مورد استفاده قرار گرفت عدد 0.1090/000 است.

به‌طور کل فعمک‌پزشکی با صفر در نظر گرفته شد [3]. با توجه به احتیاج به داشتن داده‌های جنگلی برای بیماران دیابتی باید در نظر گرفته شود که در نظر گرفته شد.

گزارش بیماران کم‌عوضو در دیابت نمایشگری تمرکز شده زیر رابطه گذاری دیابتی با افزایش سن به صورت خطی افزایش می‌یابد [4]. با توجه به نهایی نتایج مطالعه اصفهان به سایر مطالعات این نتایج به توجه به اطلاعات دست‌آمده از سایر مطالعات توزیع سی جنسی پای دیابت به سیستم بی‌ارور دیدگی در کل زندگی به مطالعه‌ی اصفهان، نسبت جنسی در گروه‌های مختلف سنی و
از جمع جبری یار تمام پی آمدهای دیابت، بار بیماری دیابت
در سال ۱۳۸۰ برای با (جدول
۵) اگر به منظور محاسبه بار دیابت فقط مورد مرگ نسبت
داده شده بی دیابت می‌تواند بیماری دیابت کمتر شده و به این ترتیب
بار کلی دیابت ۱۵/۷۶۵ به دست می‌آید (جدول ۱).

بحث

در این مطالعه با بیماری دیابت در سال ۱۳۸۰ بر اساس
خروجی DisMod (بدون در نظر گرفتن عوارض دیابت) برای ۲۲۲۷۰۰ سال بیمار ۹۵/۷۶۵ نفری ایران
در سال ۱۳۸۰ با بیماری با اختلال عوارض ۵۰/۱۲۰۰ سال است که
قسمت اعظم از آن (۳/۷۳/۶۳) مربوط به سالهایی از
دست رفته بعلت زندگی تواقوم (ناتوانی و مانعیت) (۱۵/۷۶۵)
مربوط به سالهایی از دست رفته بعلت مرگ زودرس
ناتوانی از بیماری می‌باشد. مفهوم این عدد آن است که
بیماری دیابت و عوارض آن در سال ۱۳۸۰ به دلیل کاستن
از امید زندگی افراد مبتلا و تحت درمان مختلف ناتوانی به
آن‌ان مطالعه ۳۰/۷۶۵ سال از عمر می‌یابد. آن‌ان کاملاً است. به
عبارت دیگر میزان YLL به ارزی هر صد هزار نفر
براساس مطالعه ما ۲۰/۷۶۵ سال در میان و در
زنان بود و نسبت سالهای از دست رفته بعلت مرگ ناشی
از بیماری دیابت و مرد بیمار ۱/۶/۸ شد و این بالاتر
بود سالهایی از دست رفته بعلت مرگ ناشی از این
بیماری در زنان، در مطالعه برآورد بیماری دیابت برای
سال ۲۰۰۰ [۷] هم ملاحظه می‌شود بطوریکه بر اساس این
۹/۷۶۵ YLL در میان به آمیز هر صد هزار نفر
سال و در زنان این میزان ۱/۹۳ سال و نسبت آندر
۱/۳۰ شد (جدول ۴).

مطالعه‌ای که وضعیت بیماری دیابت را در ایران از نظر ابزار
به نوروانی توصیف کرد نیز یافته‌است. در تحقیق تخصصی
گرفته شد که اثرات بسیار سازمان بهداشت جهانی از نشر
نوروانی در برابر محاسبه‌بی نوروانی در ایران تاثیر
شد. شیوع نوروانی در گزارش سازمان بهداشت جهانی
برای دون و بدون منظور کردن تفکیک جنسی ارائه
شد است [۳]، لذا شیوع نوروانی در هر دو جنس یکسان
فرض شد و به این ترتیب در هر جنس متوسط ۴۱ درصد
برای Nوردی میزان YLL رای دیابتی است [۷] و ریکس مرگ افراد مبتلا
به نوروانی هم معدل اکثریت مرگ افراد مبتلا به دیابت
در نظر گرفته شد، زیرا احتمال افراد مبتلا به پای
بیماری مبتلا به نوروانی در مطالعه برآورد بیماری دیابت برای
سال ۲۰۰۰ [۷] هم ملاحظه می‌شود بطوریکه بر اساس این
۹/۷۶۵ YLL در میان به آمیز هر صد هزار نفر
سال و در زنان این میزان ۱/۹۳ سال و نسبت آندر
۱/۳۰ شد (جدول ۴).

کم‌تر از بازیابی معنای مفهوم بیشتر بود که کنید یکی
از سه مقایسه زیر در مورد آن صورت گردید:

۱- با حمایت یار از ایران در سال ۱۳۸۰ مقایسه
شود.

۲- با حمایت نوازیر در سال ۱۳۸۰ مقایسه
شود.

۳- با حمایت یار از ایران در سال ۱۳۸۰ مقایسه
شود.

به در اختیار بودن سه ساختار در مورد کلیعی
شناخته شکسته‌بیش از پیش مoultry نتایج برای محاسبه بار ناتوانی
نتایج بسیار محو الگوهای بهداشت و ۷۶/۴۶ منظور شد. بار
ناتوانی ناشی از نوروانی برابر میزان این اطلاعات در هر دو
جنس ۳۳۸/۷ سال شد.
بیان‌های مختلفی در مقاله شده توسط YLL و برآورد شده در منطقه DisMod و EMROB این است که تمام مدل‌های که به طور تجزیه‌ای انجام شده است، وجود ندارد. ولی در آینده نزدیک این اساس مورد نظر خواهد شد. در حال حاضر منابع تریم مرجع مقایسه‌بار دیبایت برآورد شده توسط سازمان جهانی سلامت برای منطقه مذکور است (جدول ۶).

همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود بین YLL و برآورد شده در منطقه DisMod و آنچه که برآورد شده در منطقه DisMod به‌اشتهایی برآورد شده، نمایشی وجود دارد YLL شده برای موارد مرجع است و در هنگام کمیابیت، دیپایت باعث تغییر LSTM در منطقه در مورد میزان انتساب به دیپایت به‌کمک برآورد شده YLL محاسبه‌شده در مورد اطلاعات بیماری در سال ۲۰۰۰ تا حدودی متفاوت است (شکل ۱).

تنها قابل توجه دیگر اینکه در برآورد بیماری YLL دیپایت در سال ۲۰۰۰، فقط موارد که کاملاً از در مورد محاسبه‌شده در حالت‌های دیپایت در YLD ایران کلی موارد تریبوناتو پروپیلیترین و پروپیلیترین وارد محاسبه‌شده وارد شده است.

همچنین در برآورد بیماری دیپایت در سال ۲۰۰۰، عوارض القاعدی که مهم‌ترین از موارد و شدت و توزیع موارد ناگهانی از دیپایت در محاسبه‌شده وارد نشده است. حتی که در مطالعه ایران نفروانی دیپایت هم یکی از احتمال محاسبه‌بندی بوده است و شاید اختلافی که در محاسبه‌ی YLD و YLD ایران وجود دارد، به علت اختلاف در عوارضی باشد که در محاسبه‌ی نظر گرفته شده است.

۳- ب‌پای دیبایت در مقاطع زمانی دیگر مقایسه شود. منطقه‌شناسی در حال حاضر این موضوع هایی دیگر و سوم، به دلیل آن که فعالیت‌های گوناگونی به تازگی در کشور آغاز شده است، وجود ندارد و لازم است آن‌ها نزدیک این امکان فراهم خواهد شد. در حال حاضر منابع تریم مرجع مقایسه‌بار دیبایت برآورد شده توسط سازمان جهانی سلامت برای منطقه مذکور است (جدول ۶).

همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود بین YLL و برآورد شده در منطقه DisMod و آنچه که برآورد شده در منطقه DisMod به‌اشتهایی برآورد شده، نمایشی وجود دارد YLL شده برای موارد مرجع است و در هنگام کمیابیت، دیپایت باعث تغییر LSTM در منطقه در مورد میزان انتساب به دیپایت به‌کمک برآورد شده YLL محاسبه‌شده در مورد اطلاعات بیماری در سال ۲۰۰۰ تا حدودی متفاوت است (شکل ۱).

تنها قابل توجه دیگر اینکه در برآورد بیماری YLD دیپایت در سال ۲۰۰۰، فقط موارد که کاملاً از در مورد محاسبه‌شده در حالت‌های دیپایت در YLD ایران کلی موارد تریبوناتو پروپیلیترین و پروپیلیترین وارد محاسبه‌شده وارد شده است.

همچنین در برآورد بیماری دیپایت در سال ۲۰۰۰، عوارض القاعدی که مهم‌ترین از موارد و شدت و توزیع موارد ناگهانی از دیپایت در محاسبه‌شده وارد نشده است. حتی که در مطالعه ایران نفروانی دیپایت هم یکی از احتمال محاسبه‌بندی بوده است و شاید اختلافی که در محاسبه‌ی YLD و YLD ایران وجود دارد، به علت اختلاف در عوارضی باشد که در محاسبه‌ی نظر گرفته شده است.
نیتیجه گیری

با مقایسه مطالعه پار جهانی دایبیت در سال 1990 و 2000 و YLD و YLL و با ترتیب از 5/3 و 0/8 میلیون به سال 2000 و بین آنها نیز افزایش یافته است. با توجه به شیوع DALYS دایبیت در دنیا و بیماری دیگر، آیا می‌تواند مطالعه دایبیت در ایران در سال‌های آتی نیز ادامه یافته و در کنار آن روبروی سایر بیماری‌های نیز انجام گردید تا اولاً با مقایسه دایبیت با دیگر بیماری‌های در جهت اولویت‌بندی استفاده از متان کشور شود، ثانیاً بیشتر با یک از اقدامات مداخله گرانده جدی در جهت پیشگیری و درمان این بیماری در طی سال‌های آینده برآوراد مجدداً بر دایبیت و از میزان موفقیت این اقدامات صورت گرفته، اطلاع کسب نمود.


12. نوری علی: محمد امامی، فردی، مصطفی، سلیمانی، پژوهشک در ایران و راه دوست، 1359، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور خراسان 1380.

13. نوبهای، لیلا؛ کیمیاکی، محمد. سلیمانی، پژوهشک در ایران و راه دوست، 1359، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور خراسان 1380.


15. عضوی، ایراپه (استاد راهنما، باقر لاریجانی)، بررسی میزان شیوع دیابت غیرشیوعی و اراضی تنست، تحلیل گرو، جمعیت 40-44 ساله بهدر شریفی، مجله ایرانی تخصصی دیابت، 1375، پژوهشک تهران، شماره 1375- 1379.

16. لاریجانی، باقر؛ باستان، محمدرضا: یوپی، کمال؛ سجادی، علی، بررسی میزان شیوع دیابت نوع 1 و 2 در ایران، مجله تخصصی دیابت و لیپید/ ایران 1376:

17. شریفی فردوی، فردیکیت، فردوی، مقاله تنگ آزمون ADA در ADA و WHO، در افراد بالای 40 سال با دو روش درمانی 1375، مجله غذایی 36(شماره 1): 43- 47.

18. اخمده، محمد، جعفری، محمد؛ نوری علی: محمد امامی، فردی، مصطفی، سلیمانی، پژوهشک در ایران و راه دوست، 1359، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور خراسان 1380.

19. عزیزی، فردوی، رحیمی، مازیار: محمد، امامی، حبیب، مسعودی، پرویز: حاجی پور، رامبد، مصطفی، اهداف، روش ارجاع و ساختار بررسی فردی و لیپید/ ایران 1375، مجله غذایی 36(شماره 1): 43- 47.

20. اشری، علی‌ضیاف، حسنی؛ امینی، مصطفی، صالح، م摆在ی، نیا، مسعود بهرامی، مهنی، امیدمیوزی، زیناتی، دیابتی در بیماران دیابتی شاخه گردیده و با 1376، شیوع و عوامل خطری، پژوهش در علوم پزشکی 1376، سال 33، شماره 5 (شماره 5): 43- 47.


