

## روزهداری مذهبی و دیابت: مروری بر دستورالعمل‌ها و تحقیقات اخیر

منصور سیاوش<sup>۱</sup>، فاطمه شیرانی<sup>۲</sup>

نامه به سردبیر

## چکیده

**مقدمه:** هر سال میلیون‌ها مسلمان مبتلا به دیابت در ماه رمضان روزه می‌گیرند که چالش‌های متابولیکی خاصی مانند هیپوگلیسمی، هیپرگلیسمی، کم‌آبی و کتواسیدوز را به همراه دارد.

**روش‌ها:** بر اساس آخرین توصیه‌های انجمن دیابت آمریکا در سال ۲۰۲۵ و سایر منابع معتبر، به بررسی مدیریت دیابت در ماه رمضان پرداختیم.

**یافته‌ها:** ارزیابی جامع خطر پیش از روزه‌داری و ارائه‌ی آموزش‌های لازم برای بیماران مبتلا به دیابت، نقشی کلیدی در کاهش خطرات متابولیکی دارد. تنظیم دقیق برنامه‌ی دارویی و پایش مداوم گلوکز، به‌ویژه در ساعات پایانی روزه‌داری، برای جلوگیری از عوارضی مانند هیپوگلیسمی، کم‌آبی و کتواسیدوز ضروری است. اتخاذ رویکردهای فردمحور در مدیریت روزه‌داری، همراه با اجتناب از فعالیت بدنی شدید در ساعات پایانی، موجب افزایش ایمنی و بهبود پیامدهای سلامت در بیماران دیابتی روزه‌دار خواهد شد.

**نتیجه‌گیری:** افزایش بیماران مسلمان مبتلا به دیابت روزه‌دار در ماه رمضان، تمایل مجامع معتبر علمی را به گردآوری شواهد و ارائه راهنمایی‌های بالینی مبتنی بر آنها بیشتر کرده و به بهبودی مدیریت این بیماران کمک قابل توجهی نموده است.

**واژگان کلیدی:** دیابت؛ رمضان؛ روزه‌داری مذهبی

**ارجاع:** سیاوش منصور، شیرانی فاطمه. روزه‌داری مذهبی و دیابت: مروری بر دستورالعمل‌ها و تحقیقات اخیر. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۳؛ ۴۲ (۷۹۷): ۱۱۴۳-۱۱۴۶.

## مقدمه

هر سال در آستانه‌ی ماه مبارک رمضان این پرسش از سوی بیماران مطرح می‌شود که آیا مجاز به روزه گرفتن هستند و چه تغییراتی در برنامه دارویی و تغذیه‌ای آنها ضروری است (۱). این خلاصه بر اساس آخرین توصیه‌های انجمن دیابت آمریکا (American Diabetes Association) در سال ۲۰۲۵ (۲) و سایر منابع معتبر (۳-۵)، به بررسی چگونگی مدیریت دیابت در ماه رمضان می‌پردازد. روزه‌داری در ماه رمضان برای مسلمانان اهمیت بالایی دارد، اما افراد مبتلا به دیابت باید با احتیاط و تحت نظر پزشک اقدام به روزه‌داری کنند. در روزه‌داری ماه رمضان افراد مبتلا به دیابت بیشتر در معرض خطر هیپوگلیسمی، کم‌آبی، هیپرگلیسمی و کتواسیدوز قرار دارند.

## ارزیابی خطر پیش از روزه‌داری

قبل از شروع ماه رمضان، افراد مبتلا به دیابت باید توسط پزشک ارزیابی شوند. انجمن دیابت آمریکا (ADA) بر اهمیت ارزیابی جامع خطر پیش از روزه‌داری با استفاده از ابزار فدراسیون بین‌المللی دیابت (International Diabetes Federation) IDF و اتحاد بین‌المللی دیابت و رمضان (DAR) تأکید می‌کند (۲، ۳). این ابزار عوامل مختلفی را در نظر می‌گیرد، از جمله:

نوع دیابت (نوع ۱ یا ۲) و مدت ابتلا به آن، خطر هیپوگلیسمی (به‌ویژه عدم آگاهی از افت قند خون)، مدیریت قند خون (بر اساس سطح A1C)، رژیم غذایی و خودپایشی قند خون، وجود عوارض دیابت (مانند مشکلات قلبی-عروقی، کلیوی یا چشمی)، وضعیت بارداری، اختلال شناختی، شدت فعالیت بدنی و تجربیات قبلی

۱- استاد، فوق تخصص غدد، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، دکترای تغذیه، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: فاطمه شیرانی: استادیار، دکترای تغذیه، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: shirani\_ir@yahoo.com

داروهای با خطر هیپوگلیسمی کم: (متفورمین، مهارکننده های SGLT2، مهارکننده های DPP-4، آگونیست های گیرنده ی GLP-1، آکاربوز، پیوگلیتازون)، اگر این داروها یک بار در روز مصرف می شوند با وعده غذایی اصلی (مثلاً افطار) و اگر دو بار در روز مصرف می شوند دوز دارو بین افطار و سحره تقسیم شود و مجموع دوز روزانه بدون تغییر بماند.

داروهای با خطر هیپوگلیسمی متوسط تا زیاد (سولفونیل اوره ها، انسولین)، دوز روزانه سولفونیل اوره ها اگر سطح گلوکز در محدوده ی هدف فردی است، کاهش یافته و در زمان غذای اصلی (مثلاً افطار یا شام) مصرف شود.

آنالوگ های انسولین با اثر طولانی (مانند گلارژین U300 یا دگلودک) نیازی به تغییر زمان تزریق ندارند ولی توصیه می شود سایر انسولین های پایه در ابتدای افطار مصرف شود و اگر دیابت به خوبی مدیریت نشده است، دوز را ۲۵ تا ۳۵ درصد کاهش دهید. انسولین های پرندیال نیز باید قبل از غذا تزریق شوند. بهتر است دوز انسولین وعده غذایی سحری (۳۵-۵۰ درصد) کاهش یافته و در سایر وعده های غذایی با مقدار کربوهیدرات دریافتی هماهنگ شود.

### نتیجه گیری

با توجه به افزایش تعداد بیماران مسلمان مبتلا به دیابت که تمایل به روزهداری در ماه رمضان دارند، ارائه ی راهنمایی های بالینی مبتنی بر شواهد می تواند به بهبود مدیریت این بیماران کمک کند. پزشکان باید با ارزیابی دقیق خطر، ارائه ی آموزش های مناسب و تعدیل درمان های دارویی، به بیماران خود در داشتن روزهداری ایمن و سالم کمک کنند. در مواردی که خطر روزهداری برای بیمار زیاد است، پزشک باید به طور صریح بیمار را از روزهداری منع کند. در نهایت درمان قبل و بعد از روزه داری باید دیدگاه های فرهنگی و مذهبی و ویژگی های شخصی بیمار را در نظر گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به انجام رسیده است. بدین وسیله از زحمات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تقدیر و تشکر می شود.

روزهداری در ماه رمضان بر اساس امتیازات به دست آمده، بیماران در گروه های کم، متوسط یا پرخطر قرار می گیرند. افراد با خطر کم می توانند با نظر پزشک معالج روزه بگیرند. افراد با خطر متوسط در صورتی که قصد روزه گرفتن دارند می توانند با نظر پزشک معالج و اصلاح برنامه دارویی و غذایی و البته پیش منظم شرایط خود روزه بگیرند. بهتر است کسانی که در گروه پرخطر هستند از روزه گرفتن خودداری نمایند (۲، ۳).

### توصیه های کلیدی ADA برای روزهداری مذهبی

ارزیابی خطر: استفاده از ابزار ارزیابی خطر IDF-DAR برای تعیین میزان خطر و ایمنی روزه مذهبی.

آموزش: ارائه آموزش متمرکز بر روزهداری برای به حداقل رساندن خطرات. این آموزش باید شامل نحوه تشخیص و درمان افت قند خون، تنظیم دوز دارو و رعایت رژیم غذایی مناسب باشد. بهینه سازی درمان: ارزیابی و بهینه سازی برنامه، دوز و زمان بندی درمان برای بیماران دیابتی قبل از روزهداری.

پایش گلوکز: افزایش دفعات پایش گلوکز، به ویژه در ساعات پایانی روزهداری، زیرا خطر افت قند خون در این ساعات بیشتر است. تغذیه: تنظیم فردی مایعات و توصیه های غذایی با تأکید بر مصرف بیشتر منابع فیبر غذایی و جایگزینی قندهای ساده اضافه شده با کربوهیدرات های پیچیده (۲، ۳).

### ملاحظات تغذیه ای در ماه رمضان

سحری: مصرف غذای کامل و مغذی برای تأمین انرژی طولانی مدت و جلوگیری از افت قند خون. این وعده باید شامل کربوهیدرات های پیچیده، پروتئین و چربی های سالم باشد.

افطار: پرهیز از مصرف بیش از حد کربوهیدرات ها و غذاها و نوشیدنی های حاوی قند و چربی زیاد. به جای آن، از غذاهای سالم و مغذی مانند میوه ها، سبزیجات، و پروتئین ها و لبنیات کم چرب استفاده شود.

رژیم مدیترانه ای: پیروی از رژیم مدیترانه ای با تأکید بر غلات کامل، حبوبات، میوه ها، سبزیجات و روغن زیتون (۱، ۲، ۴، ۵).

### تعدیلات دارویی در طول روزهداری

تعدیل دوز داروها باید تحت نظر پزشک انجام شود. داروهای دیابت بر اساس خطر ایجاد افت قند خون به دو دسته تقسیم می شوند.

## References

- Siavash M, Aghanouri Z. Recommendations for Ramadan fasting in patients with diabetes mellitus based on integrative medicine and according to the persian culture-a review study [in Isfahan]. J Isfahan Med Sch 2023; 41(706): 42-53.
- Committee ADAPP ۲. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care ۲۰۲۰; 48(Suppl 1): S86-S127.

3. Shamsi N, Naser J, Humaidan H, Al-Saweer A, Jaafar M, Abbas F, et al. Verification of 2021 IDF-DAR risk assessment tool for fasting Ramadan in patients with diabetes attending primary health care in The Kingdom of Bahrain: The DAR-BAH study. *Diabetes Res Clin Pract* 2024; 211: 111661.
4. Ahmed SH, Chowdhury TA, Hussain S, Syed A, Karamat A, Helmy A, et al. Ramadan and Diabetes: A Narrative Review and Practice Update. *Diabetes Ther*. 2020: 1-44.
5. Hassanein M, Afandi B, Yakoob Ahmedani M, Mohammad Alamoudi R, Alawadi F, Bajaj HS, et al. Diabetes and Ramadan: Practical guidelines 2021. *Diabetes Res Clin Pract* 2022; 185: 109185.

## Religious Fasting and Diabetes: A Review of Recent Guidelines and Research

Mansour Siavash<sup>1</sup>, Fatemeh Shirani<sup>2</sup>

### Letter to Editor

#### Abstract

**Background:** Each year, millions of Muslims with diabetes fast during Ramadan, which brings with it specific metabolic challenges such as hypoglycemia, hyperglycemia, dehydration, and ketoacidosis.

**Methods:** We reviewed diabetes management during Ramadan based on the American Diabetes Association's latest recommendations in 2025 and other authoritative sources.

**Findings:** Conducting a comprehensive risk assessment and educating diabetic patients before fasting are crucial for reducing metabolic risks. Careful adjustment of the medication regimen and continuous glucose monitoring, especially in the final hours of fasting, are essential to prevent complications such as hypoglycemia, dehydration, and ketoacidosis. Adopting a person-centered approach to managing fasting and avoiding strenuous physical activity in the final hours will increase safety and improve health outcomes in fasting diabetic patients.

**Conclusion:** The increase in Muslim patients with diabetes who fast during Ramadan has increased the willingness of reputable scientific communities to collect evidence and provide clinical guidelines based on it and has contributed significantly to improving the management of these patients.

**Keywords:** Diabetes; Ramada; Religious fasting

**Citation:** Siavash M, Shirani F. **Religious Fasting and Diabetes: A Review of Recent Guidelines and Research.** J Isfahan Med Sch 2025; 42(797): 1143-46.

1- Professor, Endocrine and Metabolism Research Center of Isfahan. Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Endocrine and Metabolism Research Center of Isfahan. Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Fatemeh Shirani, Assistant Professor, Endocrine and Metabolism Research Center of Isfahan. Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: shirani\_ir@yahoo.com