فصل نامه داخلی انجمن
دیابت گابریک

گابریک
انجمن اطلاع رسانی دیابت
www.gabric.ir

شماره ۱۴ - پاییز ۹۲ - ۸ صفحه رایگان - شمارگان ۴۵/۰۰۰ نسخه - ویژه اعضا / جامعه پزشکی- پیراپزشکی

سرمقاله

دکتر هادی هراتی

دیابت و بارداری

بارداری در بانوان بدون شک یک هدیه خداوندی است. اتفاقی که شادی و شعف وصف ناپذیری را برای خانواده و مخصوصا مادر به ارمغان می آورد. با این وجود چه دیابت برای اولین بار در زمان بارداری تشخیص داده شده باشد (معمولا بین هفته های ۲۸-۲۴) و چه شخص از قبل مبتلا به دیابت بوده باشد (چه نوع ۱ و چه نوع ۲)، بدون شک همراه شدن دیابت با بارداری عاملی برای نگرانی مادر خواهد بود و سوالات بسیاری در ذهن مادر شکل می گیرند. از جمله اینکه آیا دیابت برای مادر و جنین خطرناک است؟ آیا خطر سقط جنین وجود دارد؟ آیا عوارض دیابت در دوران بارداری تشدید می شوند؟ آیا زایمان طبیعی انجام خواهد شد؟ اگر بارداری ناخواسته و قند خون قبل از آن بالا بوده است، آیا خطری جنین را تهدید می کند؟ کنترل قند خون در دوران بارداری چگونه باید انجام شود؟ آیا مصرف انسولین در افرادی که تازه به دیابت بارداری مبتلا شده اند ضروریست؟ و سوالات فراوان دیگر...

قدم اول در مواجهه با این موج سوالات و نگرانی ها، انتخاب فرد مناسب برای مشاوره است؛ کسی که تفاوت بین درمان انواع مختلف دیابت بارداری را به خوبی بشناسد و قادر باشد تا با استفاده از ابزار مناسب، کیفیت درمان را بسنجد و تغییرات لازم در روش درمانی را انجام دهد. قدم بعدی افزایش میزان آگاهی در مورد دیابت بارداری است. فرد مبتلا باید با جدیت تمام شروع به مطالعه در این مورد کند. شرکت در کلاس های آموزشی و صحبت با افرادی که تجربه مشابهی داشته اند هم بدون شک در این زمینه مفید است. اینکار نه تنها باعث افزایش اطلاعات و پاسخ به بسیاری از سوالات شخص خواهد شد بلکه این توانایی را به او خواهد داد تا بهترین روش درمانی را با همکاری تیم درمانی برای خود انتخاب کند. دانستن هدف درمان در مورد کنترل قند خون قدم مهم بعدی است. به طور کلی هدف کنترل قند خون در دیابت بارداری داشتن A1C کمتر از ۶ درصد است. رسیدن به این هدف بدون توجه به اقداماتی که قبلا ذکر شد امکان پذیر نیست.

عدم کنترل مناسب قند خون می تواند باعث ایجاد عوارض در مادر و جنین شود ولی از طرف دیگر کنترل مناسب آن تضمین کننده سلامت هر دو خواهد بود. به همین خاطر یکی از مهمترین اهداف جامعه پزشکی باید توانمندسازی مادران دیابتی برای کنترل ایده آل قند خونشان در دوران بارداری باشد. مادران دیابتی باید بتوانند با دسترسی آسان به اطلاعات پزشکی معتبر در زمینه کنترل قند خون و پرسنل آموزشی متخصص در این زمینه بهترین و مناسب ترین روش درمانی را با همکاری تیم درمانی خود انتخاب کنند. این امر نه تنها سلامت قشر عظیم مادران مبتلا به دیابت را تامین خواهد کرد بلکه ضامن کننده سلامت نسل آینده و فرزندان این مادران نیز می باشد.

دیابت و بارداری

سیما عباسی

دیابت حالتی است که در آن بدن نمی تواند از قند موجود در غذاها برای تولید انرژی استفاده نماید و در نتیجه قند خون افزایش می یابد. در بارداری، این قند اضافی باعث افزایش احتمال بروز مشکلاتی مانند ناهنجاری های هنگام تولد برای نوزاد می شود. مادران دیابتی ممکن است مبتلا به دیابت نوع ۱ یا نوع ۲ باشند.

دیابت بارداری چیست؟

مادرانی که پیش از بارداری دیابتی نبوده اند نیز ممکن است در طول بارداری به دیابت مبتلا شوند، به این حالت دیابت بارداری گفته می شود. هنوز علت دقیق بروز دیابت بارداری مشخص نشده ولی سرنخ هایی به دست آمده است؛ به نظر می رسد هورمون های ترشح شده از جفت که به رشد کودک کمک می کند، مانع عملکرد انسولین در بدن مادر می شوند. این امر باعث بروز مقاومت به انسولین در بدن مادر شده و در نهایت منجر می شود که بدن مادر قادر به استفاده از انسولین نباشد. این مسئله می تواند نیاز به انسولین را تا سه برابر افزایش دهد. برخی از زنان مبتلا به دیابت بارداری، ولی نه همه آن ها، پیش از بارداری دچار اضافه وزن بوده و یا سابقه بروز دیابت در خانواده آن ها وجود داشته است. گفتنی است که حدودا از هر ۲۰ تا ۵۰ زن باردار، یک نفر به دیابت بارداری مبتلا می شود.

دیابت می تواند به فرزند شما آسیب برساند...

خطر بروز ناهنجاری های زمان تولد در فرزندان زنان دیابتی که بدون کنترل دیابت باردار می شوند، در مقایسه با زنان غیر دیابتی، بیشتر است.

دیابت کنترل نشده می تواند:

- عامل ابتلای فرزند شما به ناهنجاری های جدی زمان تولد باشد. اگر قند خون شما کنترل نباشد، می تواند باعث بروز مشکلات سلامتی و ناهنجاری های جدی زمان تولد، نظیر مشکلات مغزی، نخاعی و قلبی گردد.
- باعث افزایش احتمال بروز مرده زایی و سقط جنین گردد.
- باعث تولد پیش از موعد فرزند شما گردد. نوزادی

که خیلی زود به دنیا بیاید دچار مشکلات تنفسی، قلبی، خونریزی مغزی، مشکلات روده ای و یا بینایی خواهد شد.

- باعث رشد بیش از حد نوزاد شما (وزن بیش از ۴ کیلوگرم) شود، که خود می تواند منجر به مشکلات زایمان برای شما و فرزندتان گردد. زایمان طبیعی جنین درشت، می تواند باعث آسیب اعصاب شانه، شکسته شدن ترقوه یا در مواردی آسیب مغزی نوزاد به علت کمبود اکسیژن گردد. انجام سزارین (خارج کردن نوزاد از شکم مادر از طریق جراحی) نیز معمولا با دوران نقاهت طولانی تر برای مادر همراه است.
- باعث افت قند خون نوزاد بلافاصله پس از تولد گردد. پزشک به منظور جلوگیری از بروز افت قند، قند خون نوزاد را پایش کرده و در صورت لزوم اقدامات ضروری را انجام خواهد داد.

سایر مشکلاتی که گاهی مواقع در دیابت رخ می دهند

- ممکن است مادر دچار پره اکلامسی گردد. بروز این حالت به معنای ظهور پروتئین در ادرار و فشار خون بالا است. پره اکلامسی می تواند باعث تشنج و سکته مغزی مادر گردد. این اختلال همچنین می تواند باعث تولد پیش از موعد فرزند شما گردد.
- در برخی موارد ممکن است دیابت بارداری پس از زایمان برطرف نگردد؛ در این صورت مادر به دیابت نوع ۲ مبتلا خواهد شد.

آنچه باید مادران پیش از بارداری بدانند...

اگر مبتلا به دیابت نوع ۱ یا نوع ۲ هستید و به بچه دار شدن فکر می کنید، احتمالا نگرانی ها و سوالات متعددی در مورد خطرات احتمالی آن دارید. با وجود تمام این نگرانی ها، اگر قند خونتان را پیش از بارداری و در طول بارداری به خوبی کنترل نمایید، احتمال داشتن فرزندی سالم برای شما به اندازه مادران غیر دیابتی خواهد بود.

از معاینات عمومی شروع کنید!

اولین قدم در آماده شدن برای بارداری مراجعه به پزشک و مشورت با وی است. در صورتی که شما از داروهای خوراکی برای کنترل دیابت استفاده می کنید، ممکن است لازم باشد پیش از بارداری، مصرف داروها را قطع و از انسولین استفاده نمایید یا تغییرات دیگری در برنامه کنترل دیابت خود اعمال کنید. به عنوان مثال مصرف بعضی داروها، از جمله بعضی داروهای کنترل فشار خون یا داروهای مربوط به مشکلات کلیوی، در طول بارداری توصیه نمی‌شود. متخصصین ممکن است انجام تست های زیر را نیز برای شما ضروری بدانند:

- آنالیز ادرار برای بررسی اختلالات کلیوی
- تست کلسترول و تری گلیسرید خون
- معاینه چشم برای بررسی بیماری های چشمی رایج در افراد دیابتی مانند گلوکوم (آب سیاه)، آب مروارید و رتینوپاتی
- تست خون برای بررسی عملکرد کلیوی و کبدی
- معاینه پاها

اصول تغذیه سالم را به یاد داشته باشید!

رژیم غذایی کنترل دیابت شما احتمالا شامل مصرف مقدار مشخصی از انواع میوه، سبزی و غلات کامل می‌باشد. شما می توانید از همین رژیم غذایی برای دوران پیش از بارداری نیز استفاده نمایید. اگر برای کنترل قند خون با مشکل مواجه هستید و یا قبل از بارداری قصد کاهش وزن دارید، از یک کارشناس تغذیه برای تنظیم برنامه غذایی خود کمک بگیرید. شما می‌توانید برای رفع کمبودهای تغذیه ای، با صلاحدید پزشک، از مکملهای تغذیه ای حاوی اسید فولیک، چند ماه پیش از بارداری استفاده نمایید.

ورزش را فراموش نکنید!

فعالیت فیزیکی یکی دیگر از اجزای مهم برنامه کنترل دیابت است. مهم ترین مسئله این است که فعالیت بدنی را به صورت بخشی از برنامه روزانه خود درآورده و حداقل ۱۵۰ دقیقه در هفته فعالیت های هوازی با شدت متوسط انجام دهید. به یاد داشته باشید که فعالیت بدنی بر قند خون تاثیر دارد؛ بنابراین قند خونتان را قبل و بعد از ورزش اندازه بگیرید، به خصوص اگر از انسولین استفاده می کنید.

خطوط قرمز را بشناسیم...

در دوران پیش از بارداری از موارد زیر پرهیز نمایید:

- حذف دوزهای انسولین یا سایر داروها
- سیگار کشیدن
- نوشیدن الکل
- استفاده از مواد مخدر

علاوه بر موارد یاد شده، کنترل استرس نیز مسئله مهمی است که باید در نظر گرفته شود. استرس بیش از حد، می تواند کنترل قند خون شما را دشوارتر نماید.

نتیجه صبر و برنامه ریزی خود را خواهید دید

آمادگی برای بارداری ممکن است چند ماه طول کشیده و مستلزم ویزیت های پزشکی مکرر باشد. طبق توصیه انجمن دیابت آمریکا، سطح قند خون باید برای ۳ تا ۶ ماه پیش از بارداری در محدوده کنترل باشد. پزشک شما ممکن است هموگلوبین A1c (منعکس کننده سطح قند خون برای ۲ تا ۳ ماه) خاصی را برای شما پیش از بارداری در نظر بگیرد که معمولا برای زنانی که از داروهای خوراکی استفاده نمی کنند حدود ۶/۵٪ و برای زنانی که از انسولین استفاده می کنند حدود ۷٪ می باشد.

زایمان و دیابت

سیما عباسی

در انتهای بارداری و با نزدیک شدن زمان وضع حمل، تیم پزشکی با بررسی وضعیت سلامت شما و فرزندتان، بهترین زمان و روش زایمان را تعیین خواهند نمود. برای این منظور تیم پزشکی فاکتورهای متعددی مانند قند خون، فشار خون، عملکرد کلیه شما و عوارض احتمالی ناشی از دیابت را بررسی می کنند. آن ها همچنین اندازه، حرکات، الگوی ضربان قلب فرزند شما و مقدار مایع آمیونتیک موجود در رحم را بررسی خواهند نمود.

شما ممکن است به شیوه طبیعی یا با سزارین وضع حمل نمایید. در سزارین، نوزاد از طریق برش شکم و رحم در عمل جراحی، به دنیا آورده می شود. در این روش به دلیل جراحی، مدت زمان نقاهت مادر کمی طولانی تر خواهد بود.

جدا از شیوه وضع حمل، پزشکان طی زایمان قند خون شما را پایش و کنترل می کنند. در آغاز زایمان، نیاز به انسولین به شدت کاهش یافته و به احتمال زیاد شما طی زایمان و تا ۲۴ الی ۷۲ ساعت پس از زایمان نیازی به انسولین نخواهید داشت. با این حال تیم پزشکی هر چند ساعت یک بار قند خون شما را پایش نموده و در صورت لزوم، اقدامات مورد نیاز را انجام خواهند داد.

شیردهی و دیابت

- تغذیه با شیر مادر فواید تغذیه ای و تقویت کننده سیستم ایمنی برای نوزاد دارد. مادران دیابتی نیز از این قاعده مستثنی نیستند و تغذیه با شیر مادر برای مادران دیابتی نیز توصیه می شود.
- مادران مبتلا به دیابت نوع ۱ یا دیابت نوع ۲ باید کنترل مناسب قند خون را در طول این مدت نیز ادامه دهند.
- در این دوران مقدار مورد نیاز انسولین باید مجددا، متناسب با الگوهای تغذیه مادر تنظیم شود.
- حتما با پزشک خود در مورد داروهایی که در این دوران استفاده می کنید مشورت نمایید و خطرات بالقوه مربوط به انتقال آن ها به شیر را در نظر داشته باشید. طبق نظر پزشک، مصرف متفورمین و احتمالا گلی بن کلامید (گلی براید) در این دوران بلامانع خواهد بود. ولی از مصرف استاتین ها و بعضی داروهای ضد فشار خون باید اجتناب شود.

برنامه غذایی دیابت در بارداری

سیما عباسی

هدف از رعایت برنامه غذایی، اطمینان از تعادل مناسب بین تغذیه و قند خون است. علاوه بر این، رعایت برنامه غذایی می تواند به کنترل و حفظ قند خون شما در محدوده کنترل کمک نماید. طی بارداری تغذیه شما، مواد مغذی مورد نیاز برای رشد و تکامل فرزندتان را فراهم می کند بنابراین نکات زیر را به یاد داشته باشید:

- در روز حداقل سه وعده و ۲ تا ۴ میان وعده داشته باشید.
- وعده ها و میان وعده های خود را در طول روز پخش نمایید تا بتوانید کنترل قند خون بهتری داشته باشید.
- به اندازه واحدهای مواد غذایی دقت نمایید؛ ممکن است تصور شما از واحدهای غذایی از مقدار واقعی کمتر یا بیشتر باشد.
- سعی کنید مقدار کربوهیدات وعده های غذایی خود را ثابت نگاه دارید. برای بسیاری از مادران دریافت مقدار تقریبا برابر کربوهیدرات در وعده ها باعث بهبود کنترل قند خون می گردد. البته این موضوع به این معنا نیست که شما باید هر روز یک نوع غذای ثابت میل کنید.
- سعی کنید در روز ۳ تا ۴ واحد لبنیات کم چرب مانند شیر، ماست یا پنیر کم چرب مصرف نمایید.

ویار و دیابت

حالت ویار در زنان باردار غیر عادی نیست، با این حال ممکن است ویار باعث بر هم خوردن برنامه غذایی شما شود. برای جلوگیری از این مشکل و بروز سوء تغذیه، بهترین کار آماده کردن و در دسترس گذاشتن اسنک ها و خوراکی های سالم است. دو ویار شایع در بارداری، ویار برای غذاهای شیرین و غذاهای شور می باشد. در این موارد استفاده از خوراکی هایی مانند میوه ها، ماست، چوب شور، خلال های سیب زمینی کبابی و مغز دانه ها می توانند انتخاب های مناسبی باشند.

غذاهایی که باید از آنها اجتناب کنید!

در طول بارداری باید از مصرف برخی از غذاها پرهیز نمایید:

- تخم مرغ خام
- لبنیات غیر پاستوریزه
- ماهی های آزاد با محتوای جیوه بالا
- دریافت کافئین بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در روز (یعنی بیشتر از ۲ فنجان چای سبز یا قهوه ای، یا ۱ فنجان قهوه)

با اضافه وزن بارداری چه کنیم ؟!

هدف بلند مدت شما باید رسیدن به وزن مناسب باشد، نه فقط از دست دادن اضافه وزنی که در طول بارداری ایجاد شده است. شما می توانید وزن سالم خود را با استفاده از محاسبه نمایه توده بدنی (BMI) پیدا کنید. BMI با تقسیم وزن بدن بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر به دست می آید. BMI بیش از ۳۰ با افزایش خطرات سلامتی در بلند مدت همراه است، که از میان آن ها می توان به افزایش خطر بروز فشار خون بالا، بیماری های قلبی اشاره نمود. بهترین کار رعایت یک برنامه غذایی سالم است. شما همچنین می توانید از متخصص تغذیه خود برای تهیه یک برنامه غذایی جدید کمک بگیرید. در مورد اهداف کاهش وزن پس از زایمان با تیم پزشکی خود مشورت نمایید. نکاتی مانند میزان افزایش وزن قبل از بارداری، میزان افزایش وزن در دوران بارداری، وزن مطلوب، وضعیت شیردهی مادر، سن و سطح فعالیت بدنی، همگی باید برای کمک به تدوین یک برنامه کاهش وزن مناسب، که با کاهش وزنی حدود ۴۵۰ تا ۹۰۰ گرم در هر هفته همراه است، مورد ارزیابی قرار گیرد.

مراقب خودتان و فرزندتان باشید

طیبه دهقانی

کنترل دقیق قند خون طی دوران بارداری از اهمیت زیادی برخوردار است. به این منظور باید:

۱- به طور منظم به پزشک مراجعه کنید.

- از پزشک خود بپرسید که چنانچه لازم است، در فواصل زمانی کوتاه تری ویزیت شوید.
- سعی کنید بیش از پیش با پزشک همکاری داشته باشید تا با هم به خوبی از عهده حل مسائل برآیید؛ یا حتی از وقوع آن جلوگیری کنید.

۲- برای بارداری خود برنامه داشته باشید.

- خود را برای بارداری آماده کنید.
- قبل از بارداری و در فواصل منظم حین بارداری، نزد پزشک بروید. ممکن است نیاز باشد در مصرف داروها، از جمله داروهای دیابت، تغییری ایجاد کنید.
- پیش از بارداری و در طی این دوره، قند خون خود را به خوبی کنترل کنید تا احتمال بروز ناهنجاری های زمان تولد را در نوزاد به حداقل برسانید.

۳- غذاهای سالم بخورید و فعالیت بدنی داشته باشید.

- از متخصص تغذیه یا مدرس دیابت راهنمایی بگیرید تا برنامه غذایی برایتان تنظیم نمایند که با کمک آن، قند خون خود را بهتر کنترل کنید.
- یکی از راه هایی که موجب کنترل بهتر قند خون می شود، داشتن برنامه ورزشی منظم قبل، حین و پس از بارداری است. در صورت تایید پزشک، ورزش متوسطی مانند پیاده روی ۵ روز در هفته، هر بار ۳۰ دقیقه می تواند هدف خوبی باشد.

۴- مصرف مرتب انسولین یا داروها را از یاد نبرید.

- انسولین یا داروها را طبق توصیه پزشک مصرف کنید، نه نظر خودتان یا اطرافیان!
- ممکن است در طی بارداری نیاز به مصرف انسولین داشته باشید.

۵- قند خونتان را پایش نمایید.

- دقت کنید که قند خون ممکن است به سرعت بالا رفته و یا افت نماید. غذایی که می خورید، میزان فعالیت بدنی که انجام می دهید و رشد جنین، جزو عواملی هستند که قند خون را در طی روز افزایش یا کاهش می دهند.
- قند خون را در ساعات مشخصی از روز که پزشک تعیین کرده و هم چنین هر زمان که علایم قند پایین یا بالا را داشتید، اندازه بگیرید.
- از پزشک راجع به محدوده مناسب قند خون در این دوران سوال کنید. چگونگی تنظیم غذا، میزان فعالیت بدنی و در صورت استفاده از انسولین، چگونگی تنظیم مقدار آن را با توجه به نتیجه تست قند خون، یاد بگیرید.

۶- تشخیص و درمان صحیح و سریع افت قند خون

- همیشه دستگاه اندازه گیری قند خون و خوراکی زود جذبی مانند قند یا قرص گلوکز را همراه خود داشته باشید.
- کارت شناسایی دیابت یا هر نشانه ای که دیابتی بودن شما را اعلام کند، همراه داشته باشید.

بعد از تولد نوزاد هم مراقب سلامت خود باشید...

- اندازه گیری منظم قند خون را فراموش نکنید.
- معاینه پزشکی را از یاد نبرید؛ به ویژه این که هر ۶ ماه یکبار آزمایش هموگلوبین ای وان سی (Hb A1c) خود را اندازه بگیرید. این آزمایش نشان می دهد که در طول ۳ ماه گذشته، قند خون شما چطور کنترل شده است.
- مصرف منظم داروها را ادامه دهید.
- به یاد داشته باشید که تشخیص و درمان سریع افت قند، همچنان اولویت دارد.
- مثل دوره بارداری، انتخاب های غذایی سالم داشته باشید.
- حداقل ۵ روز در هفته، هر بار ۳۰ دقیقه ورزش کنید.
- قبل از بارداری بعدی، حتما با پزشک خود مشورت کنید.
- مراقب وزن خود باشید. لازم است در فاصله ۱۲ –۶ ماه پس از زایمان، وزن خود را تا مقدار قبل از بارداری کاهش دهید.
- وزن خود را آهسته آهسته کم کنید تا این کاهش وزن، ماندگار باشد.

قند خون خود را پایش نمایید!

سیما عباسی

طبق توصیه انجمن دیابت آمریکا (ADA) مادران باردار دیابتی باید قند خونشان را در محدوده زیر کنترل نمایند:

مادران باردار مبتلا به دیابت نوع ۱ یا دیابت نوع ۲:

- قند خون قبل از غذا، هنگام خواب و در طول شب: ۹۹ - ۶۰ میلی گرم در دسی لیتر
- اوج قند خون پس از صرف غذا: ۱۲۹ - ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر
- آزمایش هموگلوبین ای وان سی (Hb A1c): کمتر از ۶/۰٪

مادران مبتلا به دیابت بارداری:

- قند خون قبل از غذا: مساوی یا کمتر از ۹۵میلی گرم در دسی لیتر
- قند خون یک ساعت بعد از غذا: مساوی یا کمتر از ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر

یا

- قند خون دو ساعت بعد از غذا: مساوی یا کمتر از ۱۲۰ میلی گرم در دسی لیتر

البته پزشک شما ممکن است مقادیر دیگری را برای کنترل قند خون به شما توصیه نماید؛ بنابراین حتما از پزشک خود بخواهید تا مقادیر قند خون مناسب را برای شما یادداشت نماید. بعد اندازه گیری قند خون، حتما مقادیر قند خون خود را در جدولی مانند جدول آورده شده در اینجا ثبت نموده و آنرا هنگام مراجعه به پزشک با خود همراه داشته باشید.

قند خون بالا

زمانی قند خون شما بالا در نظر گرفته می شود که مقدار آن برابر یا بیشتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد. قند خون بالا می تواند باعث ایجاد علایم زیر شود:

- تشنگی
- سردرد
- پر ادراری
- عدم تمرکز
- تاری دید
- احساس خستگی یا ضعف
- بروز عفونت های مخمری

حتما پزشک خود را از بروز هر یک از این علائم مطلع نمایید.

قند خون پایین

زمانی قند خون شما پایین در نظر گرفته می شود که مقدار آن برابر یا کمتر از ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد. به قند خون پایین هیپوگلیسمی نیز گفته می شود. از علایم قند خون پایین می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- احساس گرسنگی
- سردرد
- لرزش و سرگیجه
- کاهش هوشیاری و رنگ پریدگی
- تعریق زیاد
- ضعف
- بدخلقی و بی حوصلگی
- تپش قلب

در صورتی که دچار هر یک از این علایم فوق شدید، ابتدا قند خونتان را چک کنید. اگر قند خونتان پایین بود مقداری مایع شیرین مانند نصف لیوان آب ۴ حبه قندحل شده در آب، نصف لیوان نوشابه غیر رژیمی، ۱قاشق غذاخوری شکر حل شده در نصف لیوان آب یا ۱ قاشق غذاخوری عسل، بخورید. بعد از ۱۵ دقیقه دوباره قند خونتان را اندازه گیری کنید؛ اگر قند خونتان افزایش نیافته بود، دوباره از خوارکی ها و نوشیدنی هایی که نام بردیم استفاده نمایید. زمانی که حالتان بهتر شد، یک میان وعده حاوی کربوهیدرات و پروتئین، مانند نان و پنیر میل کنید. در صورتی که دو بار در هفته یا بیشتر دچار افت قند خون می شوید حتما با پزشک خود مشورت نمایید.

داستان بارداری چند فرد دیابتی

با توجه به نگرانی های خانواده ها در خصوص بارداری ودیابت و همچنین درخواست های فراوان مخاطبین فصلنامه برای کسب آگاهی در این زمینه، بر آن شدیم تا از جنبه های مختلف این مسئله را بررسی نموه و اهمیت برنامه ریزی پیش از اقدام به بارداری، مشورت با پزشک و آگاهی از عوارض احتمالی دیابت و بارداری را مورد بررسی قرار دهیم. در همین راستا تجربیات چند تن از مادران دیابتی را در قالب این مصاحبه برای شما عزیزان بازگو می کنیم:

راحیل عبدیها

راحیل عبدیها هستم، از ۱۸سالگی دیابتی شدم، حدود یک هفته ای بود که شب ها دچار پر اداری شده بودم و ۵ تا ۶ بار تا صبح دستشویی می رفتم .

به همراه مادرم به پزشک عمومی مراجعه کردم و یک سری آزمایش دادم و بعد از آن متوجه شدم که دیابتی شده ام. ابتدا پزشک سعی کرد با پرهیز غذایی قندم را کنترل کند و بعد از آن به علت جواب ندادن به این روش، مرا به پزشک فوق غدد و انجمن دیابت گابریک آشنا کرد. در حال حاضر ۱۵ سال است که دیابتی هستم و با توکل به خدا و کنترل خوب روی قندم توانستم صاحب فرزند شوم و در حال حاضر یک دختر دارم.

برای بارداری با برنامه ریزی اقدام کردم و قبل از بارداری با دکتر زنان و دکتر غدد مشورت نمودم. بعد از بارداری کنترل قندم شدیدتر شد و سعی نمودم قندهای ناشتا زیر ۹۵ و دو ساعته ها زیر ۱۲۰ باشد. با A1c (معدل قند خون) برابر ۶/۲٪ باردار شدم و روزانه بین ۷ تا ۱۰ بار قندم را پایش می کردم. علاوه بر این از مشاور تغذیه برای داشتن رژیم غذایی مناسب و مخصوص دوران بارداری استفاده نمودم و سعی می کردم همیشه میان وعده بخورم تا دچار افت قند نشوم و همراه وعده اصلی از فیبر استفاده کنم تا قند های ۲ ساعته بالا نداشته باشم و توانستم دوران بارداری سالم و خوبی داشته باشم.

هما بزرگپور

من هما بزرگپور هستم ۳۱ ساله، با ۱۱ سال سابقه دیابت.

در سن ۱۹ سالگی دیابتی شدم. هیچ شناختی از این بیماری نداشتم و هیچ شخص دیابتی در اطراف خود ندیده بودم. مدتی بود که دچار پر نوشی و پراداری و کاهش وزن شدید شده بودم و این قضیه باعث تعجب خود و خانواده ام شده بود که در نهایت به پزشک عمومی مراجعه کرده و پس از یک سری آزمایشات متوجه شدم که دیابتی شده ام.

حدود ۱ سال طبق نظر پزشک متخصص داخلی، قرص گلی بنکلامید مصرف کردم. اما هیچ نتیجه ای نگرفتم و روز به روز بیشتر دچار کاهش وزن شدم. چون در شهرستان زندگی می کردم، بعد از ۱ سال به یکی از پزشکان فوق تخصص غدد در تهران مراجعه کردم که بلافاصله انسولین تجویز کرده و بعد از آن مرتب روزی ۳ بار انسولین تزریق می کردم. اما هیچ گونه اطلاعاتی در زمینه دیابت نداشتم و کورکورانه بدون هیچ اطلاعاتی طبق نظر دکتر روزانه انسولین می زدم. تا اینکه بعد از حدود ۴ سال بر اثر بالا بودن قند خونم دچار کتو اسیدوز شده و به مدت ۱ هفته در بیمارستان بستری شدم. در بیمارستان بعد از کنترل قندم مرخص شدم، اما خودم هیچ نوع کنترلی روی قندخونم نداشتم، چون در واقع هیچ نوع اطلاعاتی در این زمینه نداشتم. با (A1C برابر ۹٪) اقدام به بارداری کردم. بدون اینکه بخواهم با پزشکی مشورت داشته باشم. با سابقه ۹ سال دیابتم، هنوز دچار عوارض دیابت نشده بودم، اما دیابت روی بارداری من تاثیر بسیار بدی داشت تا جایی که در ماه هشتم بارداری، جنینم را بر اثر قند بالا دچار شوک کرده و از بین برد. تازه به خود آمده و متوجه شدم که باید دیابت را جدی بگیریم. از نظر روحی بسیار آسیب دیده بودم و از طریق همسرم با گابریک آشنا شدم و صمیمت و همدلی گابریکی ها مرا شیفته انجمن کرده و تصمیم گرفتم برای همیشه عضوی از خانواده گابریک باشم و در حال حاضر یکی از کارکنان گابریک هستم و بسیاربه این قضیه افتخار می کنم. بعد از آشنایی با گابریک و شرکت در دوره های آموزشی یاد گرفتم که چگونه قندم را کنترل کنم و در کنار پزشک غدد کنترل خوبی روی قند خونم داشته باشم.

هم اکنون ماه پنجم بارداری را سپری می کنم اما این بار با A1C برابر ۵/۳٪ و کنترل شدیدی روی قندم دارم روزانه بیشتر از ۸ تا ۱۰ بار قندم را تست می کنم و مرتب با پزشک غددم در ارتباط هستم. امیدوارم بتوانم این دوران را به خوبی سپری کنم. با آرزوی موفقیت برای تمامی دوستان دیابتی.

ندا رشیدی

من ندا رشیدی ۳۵ ساله هستم که از سن ۱۰ سالگی به دیابت نوع ۱ مبتلا شدم. در حال حاضر ۲۵ سال است که دیابتی هستم.

از آنجایی که پدرم دیابتی بود، با علائم دیابت آشنا بودم. بنابراین وقتی دچار پرنوشی و پراداری شدم، به همراه مادرم به پزشک مراجعه کردم و بعد از دادن یک سری آزمایشات لازم، متوجه شدم که دیابتی شده ام. طبق نظر پزشک غدد شروع به تزریق انسولین کردم، ولی از آنجایی که اطلاعات کمی در زمینه دیابت داشتم و هیچ آموزشی در این مورد نداشتم، طبق نظر دکتر انسولین می زدم و این قضیه باعث نوسانات قندی می شد و نمی توانستم کنترل خوبی روی قند خونم داشته باشم.

۲۵ سال پیش دستگاه تست قندی نبود و من ماهیانه به آزمایشگاه مراجعه می کردم و از میزان قند خونم مطلع می شدم بنابراین از قند خون روزانه خود اصلاً اطلاعی نداشتم. حتی اولیای مدرسه هیچ اطلاعاتی در زمینه دیابت نداشتند و شاید درک کمی از دیابت داشتند و این باعث شد مادرم با آن ها صحبت کرده و به نوعی در جریان دیابتم قرار داد که اگر در ساعات کلاس به علت افت قند می خواستم از کلاس خارج شوم اجازه دهند یا برای رفتن به سرویس بهداشتی مشکلی نداشته باشم.

۱۸ سال بعد، یعنی در سن ۲۸ سالگی ازدواج کردم، و از همان ابتدا خانواده همسرم در جریان دیابتم قرار گرفتند و با آگاهی لازم این ازدواج صورت گرفت. ۱سال بعد با گابریک آشنا شدم، و در دوره های آموزشی شرکت کردم و در ابتدا به عنوان سفیر گابریک و بعد از آن به عنوان مشاور، در واحد آموزش شروع به فعالیت کردم. از طریق شرکت در دوره های آموزشی توانستم مدیریت خوبی روی کنترل قند خونم داشته باشم. ۳ سال بعد از ازدواجم بصورت ناگهانی باردار شدم، البته اطلاعات کافی در این زمینه داشتم و بلافاصله با پزشک غدد و زنانم مشورت کردم و کنترل قند خونم شدید تر شد و برنامه غذایی و فعالیت بدنی منظمی را شروع کردم. می دانستم میزان A1C در این دوران بسیار مهم است و A1C من در هنگام بارداری برابر ۵/۷٪ بود. تمام تلاشم را می کردم که قند ناشتا زیر ۹۵ و ۲ ساعته های زیر ۱۲۰ داشته باشم و در بعضی مواقع که بالاتر می شد، از آنجایی که همیشه تست قند می گرفتم، بلافاصله مشکل را برطرف می کردم. از وعده های غذایی پرفیبر استفاده می کردم تا قند خونم به آرامی بالا برود و از طرفی تعداد وعده های غذایی را به جای سه بار شش بار کرده و حجم وعده های را کم نموده و فعالیت بدنی منظمی داشتم، با توجه به کنترل خوب روی قندم و اطلاعات بالایی که داشتم موفق شدم دوره بارداری را به خوبی سپری کنم و صاحب فرزند سالمی شوم. در حال حاضر یک پسر ۳ ساله دارم و برای همه دیابتی ها آرزوی سلامتی می کنم.

فاطمه خمسه

من فاطمه خمسه هستم،۲۷ سالمه و ۷ سال که ازدواج کردم. حدود ۶ سال پیش به طور ناگهانی دچار پرادارای و پرنوشی شدم، بعد از مراجعه به پزشک عمومی و دادن یک سری آزمایشات از دیابت خود مطلع شدم.

حدود ۱ هفته قرص استفاده کردم ولی چون عملا نتیجه ای حاصل نشد با مراجعه به پزشک غدد شروع به تزریق انسولین کردم. بعد از آن با انجمن دیابت گابریک آشنا شدم و بعد از گذراندن دوره های آموزشی در انجمن یاد گرفتم که چگونه قندم را در کنار توصیه های پزشک کنترل کنم.

حدود ۱/۵ سال پیش تصمیم به بارداری گرفتم بعد از مشاوره و کنترل بهتر قندم باردار شدم و از آنجایی که می دانستم کنترل نبودن قندها می تواند روی جنین اثر بد بگذارد (مثلا نوسانان زیاد قند می تواند باعث سقط جنین در ماههای اول شود)، سعی کردم کنترل خوبی روی قندهایم داشته باشم. با A1C برابر ۵/۲٪ باردار شدم و سعی نمودم طبق نظر پزشک قندهای ناشتا زیر ۹۵ و دو ساعته های زیر ۱۲۰ داشته باشم. سعی می کردم از غذاهای پرفیبر استفاده کنم و از خوردن غذاهای با نشاسته زیاد و با حجم بالا پرهیز کنم حتما ۶ وعده غذا بخورم و حتما در روز حداقل ۱ ساعت پیاده روی داشته باشم و موفق شدم دوران بارداری خوبی را پشت سر بگذرام و در حال حاضر یک فرزند پسر ۷ ماهه دارم.

من شراره صدقی خوئی هستم، از ۱۴ سالگی زمانی که به مدرسه

هما بزرگ پور

اخبار داخلی

سخن مدیریت

فرهنگ گابریکی

سازمان ها هم مانند جوامع مختلف دارای فرهنگ خاص خود هستند که اصطلاحا آن را «فرهنگ سازمانی» می نامند. فرهنگ سازمانی مجموعه ای است از باورها، هنجارها، چشم انداز و نحوه کارکرد کارکنان یک سازمان. بی شک فرهنگ سازمانی بیشترین تاثیر را در رفتار و اندیشه کارکنان هر سازمان دارد. امروزه فرهنگ سازمانی یکی از مهم ترین عوامل پیشرفت و توسعه سازمان ها شناخته شده است به طوری‌که بسیاری از پژوهشگران معتقدند که یکی از علل مهم موفقیت کشور ژاپن در صنعت و مدیریت، توجه آن ها به فرهنگ سازمانی است. و اما در گابریک، سال هاست واژه «فرهنگ گابریکی» برای کارکنان واژه ای آشناست و اصطلاح «چون ما گابریکی فکر می کنیم...» از جملات آشنا برای گابریکی ها می باشد.

بخش مهمی از برنامه راهبردی پنج ساله گابریک، تبیین «ارزش های گابریکی» بود که شالوده فرهنگ گابریکی را تشکیل می دهد. این ارزش ها از ابتدای فعالیت گابریک در بین کارکنان آن به چشم می خورد و تلاش ما بر این است که آن را به صورت سیستماتیک تعریف و بیش از پیش بر نهادینه شدن آن تاکید کنیم. ما گابریکیان بر ۱۰ **ارزش گابریکی** اعتقاد قلبی و عملی داریم که عبارتند از ۱- احترام،۲- زندگی سالم، ۳- شجاعت، ۴- صداقت، ۵- کار گروهی، ۶- مسئولیت پذیری و پشتکار، ۷- نوآفرینی و پیشگامی، ۸- همدلی، ۹- یادگیری پویا، ۱۰- کمال.

ما معتقدیم پیروی از ارزش های گابریکی، برای رسیدن به هدف بزرگمان یک ضرورت بوده و تلاش می کنیم هرچه بیشتر باور به این ارزش ها را برای کارکنان عمیق تر سازیم.

هرمز کیخان زاده – مدیر عامل

ششمین همایش سراسری تازه های غدد و متابولیسم کودکان

این کنگره با همکاری انجمن غدد و متابولیسم کودکان ایران، دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مراکز تحقیقاتی از تاریخ ۳۰ مرداد الی ۱ شهریور در بیمارستان امام رضا در شهر مشهد، با حضور اساتید این حوزه و متخصصین غدد اطفال و پزشکان عمومی برگزار گردید.

در این کنگره، دکتر رحیم وکیلی رئیس، دکتر نصرت قائمی دبیر، دکتر پیمان اشراقی دبیر علمی و دکتر کیانی دبیر اجرایی بودند.

محورهای اصلی این همایش را اختلالات رشد و بلوغ، اخلاق پزشکی در بلوغ و تعیین جنسیت، دیابت در کودکان، افق های جدید در درمان بیماری های متابولیک ارثی، تشکیل داده بود.

گابریک نیز در این کنگره غرفه ای داشت و به معرفی خدمات انجمن به پزشکان شرکت کننده، پرداخت. همچنین یک تیم از افراد اعزامی به این کنگره (مدیر عامل، سرپرست واحد علمی، مدیر واحد روابط عمومی و پروژه های خاص، سرپرست واحد مشاوره و آموزش دیابت) در راستای اجرای برنامه راهبردی ۵ ساله گابریک، جلساتی را با ۱۰ تن از پزشکان مجرب کشور (دکتر رضوی، دکتر علیجانپور، دکتر فرجی، دکتر دلیلی، دکتر شکیبا، خانم دکتر صانعی فرد، خانم دکتر رزاقی آذر، دکتر جاهد، دکتر صالح پور، دکتر زائری) برگزار نمودند. این جلسات جهت بازبینی دوره های آموزشی و ارتقا کیفیت آموزش دیابت انجمن بود که در روز پنجشنبه و جمعه برگزار گردید.

جناب آقای مهندس هرمز کیخان زاده، مدیر عامل انجمن دیابت گابریک طی سخنرانی که در روز پنجشنبه در کنگره غدد، ساعت ۱۴:۰۰ الی ۱۴:۱۵ داشتند، به معرفی انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک و برنامه راهبردی پنج ساله گابریک پرداختند. مایه دلگرمی و ایجاد انگیزه است که حمایت این پزشکان دلسوز همواره روشنگر اهداف انساندوستانه گابریک می باشد. در پایان از جناب آقای دکتر رحیم وکیلی، سرکار خانم دکتر نصرت قائمی و جناب آقای دکتر پیمان اشراقی که انجمن را برای شرکت در این کنگره یاری نمودند، کمال تشکر را داریم.

با حکم معاون بهداشت؛ مشاور معاون بهداشت منصوب شد

طی حکمی از سوی دکتر علی اکبر سیاری معاون بهداشت در تاریخ ۹۲/۰۷/۲۱، دکتر محمدتقی چراغچی باشی (معاونت امور برون سازمانی انجمن دیابت گابریک) به سمت مشاور معاون بهداشت در بیماری های غیرواگیر و جلب مشارکت سازمان های مردم نهاد بهداشتی منصوب شد.

به گزارش وب دا؛ متن این حکم به شرح زیر است:

همکار ارجمند جناب آقای دکتر محمد تقی چراغچی باشی

سلام علیکم

نظر به سوابق ارزنده جنابعالی در وزارت متبوع به ویژه حوزه بهداشتی در زمینه مبارزه با بیماری ها، مدیریت نظام بهداشت و درمان و همچنین تجارب با ارزش شما در مورد سازماندهی و مدیریت سازمان های مردم نهاد در سطح بین المللی و کشوری، به موجب این ابلاغ به سمت مشاور اینجانب در بیماری های غیرواگیر و جلب مشارکت سازمان های مردم نهاد بهداشتی منصوب می شوید.

مهم ترین انتظار من از شما با توجه به توانمندی های جنابعالی به شرح زیر است:

- شناسائی ظرفیت های سازمان های مردم نهاد بهداشتی کشور و نحوه سازماندهی آنان وبرقراری ارتباط مؤثر با آنان جهت تدوین برنامه های مشترک و برآورد انتظارات هر دو طرف
- تدوین راهکار لازم جهت برقراری مؤثر و پویا با شورای اسلامی شهر و روستا و شهرداری ها
- شناسائی ظرفیت موجود در هیأت های مذهبی و اصناف کشور جهت همکاری متقابل
- تدوین راهکار لازم جهت تعامل با انجمن های اولیاء و مربیان

امیدوارم با یاری خداوند متعال و بکارگیری حداکثر توان اجرائی خود و تعامل و هماهنگی با شورای مشارکت مردمی وزارت متبوع در انجام امور فوق موفق باشید.

دکتر علی اکبر سیاری – معاون بهداشت

جشن بزرگ «بادکنک قندی»

پنجشنبه ۲۱ شهریور ماه ۹۲ برای خانواده گابریک روز بزرگی بود. در ساختمان انجمن دیابت گابریک جنب و جوش زیادی بر پا بود. همه در حال تلاش و کوشش برای برگزاری هر چه بهتر جشن «بادکنک قندی» بودند. این جشن به مناسبت هفتمین سالگرد تاسیس انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک برگزار می شد.

همه کارکنان و سفیران گابریک با شور و هیجان تلاش می کردند تا این جشن بهتر از هر سال برگزار گردد.

این برنامه در دو بخش برای اعضای رسمی انجمن (کسانی که کارت شناسایی فرد دیابتی انجمن دیابت گابریک را دارند) در سالن پژوهشکده فرهنگ، هنر و معماری برگزار شد:

۱- اعضا دیابتی نوع یک، زیر ۱۲ سال؛زمان برنامه (ساعت ۱۵:۰۰ الی ۱۸:۰۰)، تعداد شرکت کنندگان در این سانس ۴۲۶ نفر

۲- اعضا دیابتی نوع یک، بالای ۱۲ سال؛(ساعت ۱۹:۰۰ الی ۲۲:۰۰). تعداد شرکت کنندگان در این بخش ۴۰۷ نفر

گروهی از بچه ها در سالن در حال تهیه و تدارک برنامه بودند. حدود ساعت ۱۴:۳۰ کارها آماده شده بود و افراد در حوزه فعالیتشان مستقر بودند. جلوی درب ورودی،گروه دیابتی های نوع یک زیر ۱۲ سال همگی آماده پذیرش بودند و این همه ما را بی نهایت خوشحال کرده و انرژی بیشتری به همگی می داد.

گروه گریم، کودکان را به شکل های مختلف گریم می کرد که موجبات شادی این کودکان فراهم می شد.

یکی از برنامه های جدید انجمن در این برنامه کمپین «روبان آبی» بود که توسط تیم روابط عمومی طراحی و اجرا می شد. تمامی کارکنان و سفیران به دست خود روبان آبی بسته بودند و این مسئله باعث کنجکاوی بیشتر میهمانان می شد. پذیرش کنندگان تمام میهمانان را به سمت غرفه گابریک که کمپین «روبان آبی» در آن اجرا می شد هدایت می کردند و تیم روابط عمومی به همراه سفیران فعال، مهمانان (مراجعه کنندگان) را در جریان این کمپین قرار می دادند.

بنابراین کل میهمانان به جمع روبان آبی ها می پیوستند و این بیشتر از همیشه دیابتی ها را به هم پیوند می داد. این کمپین با هدف اطلاع رسانی و آگاه سازی افراد دیابتی در راستای کنترل قند خون پایه ریزی شده است و در این برنامه افراد شرکت کننده (دیابتی و غیر دیابتی) بعد از بسته شدن روبان آبی به مچ دستشان، بر روی بوم امضا کرده و میثاق می بستند که در آگاه سازی هر تعداد دیابتی که در توان آن ها است، تلاش خواهند کرد و بعد از بستن این عهد و پیمان راهی سالن می شدند.

برنامه با مجری گری خانم سوگل جم آغاز شد و با سخنرانی آقای مهندس هرمز کیخان زاده (راجع به معرفی کمپین روبان آبی و تلاش همه ما دیابتی ها برای کنترل دیابت و اتحاد دیابتی ها) ادامه پیدا کرد.

این بار در سانس کودکان گروه عمو خندون و خنده ریزه (آقای کیوان ناظمیان پور، خانم ها پرستو آریا و فاطمه شیخی) هنر نمایی می کردند.

بچه های دیابتی با چهره های گریم شده در حال شادی و پایکوبی بودند. برنامه حدودا در ساعت ۱۸:۰۰رو به اتمام بود و همگی ما برای آماده کردن تدارکات در سانس بعدی در تکاپو بودیم.

ساعت ۱۹:۰۰میهمانان (دیابتی های بالای ۱۲ سال) یکی پس از دیگری بعد از بازدید از غرفه ها و حضور در غرفه گابریک و «میثاق روبان آبی با اعضای تیم گابریک» وارد سالن شده و منتظر اجرای برنامه شدند. آقای علی نیکزاد مجری این سانس از برنامه بودند. در این سانس تعدادی از خوانندگان محبوب کشورمان (آقایان حسام حاجی عباسی، احسان حق شناس، امیر یگانه) با اجرای زیبای خود لحظاتی شاد و به یاد ماندنی آفریدند.

و در ادامه، نمایش هنرهای رزمی به سرپرستی گروهی از مسئولین فدراسیون تکواندو جمهوری اسلامی ایران (سبک هیانک ITF) با هدف ایجاد انگیزه و تشویق به ورزش در دیابتی ها اجرا، شد.

در هر دوسانس امکان صدور کارت شناسایی انجمن دیابت گابریک برای اعضای جدید و همچنین تمدید آن برای اعضای قدیمی وجود داشت.

یکی از برنامه هایی که در دو سانس برنامه اجرا شد کافه گابریک بود که در سانس کودکان با موضوع «دیابت و مدرسه» و در سانس بزرگسال با موضوع «دیابت و ازدواج» برگزارشد. در پایان، برنامه اتحاد طبق روال هر ساله با حضور کلیه کارکنان و سفیران که مثل همیشه یاری رسان ما در برگزاری برنامه بودند، اجرا شد، اما این بار روبان های آبی این اتحاد را پررنگ تر می کرد.

جا دارد از کلیه سفیران که همچون سال های گذشته با نیروی مضاعف در برگزاری این جشن ما را یاری نمودند بسیار قدردانی نماییم.

کمیته برگزاری این برنامه: آقای دکتر محمد تقی چراغچی باشی، خانم ها فیروزه مشایخ، پریسا احمدزاده، سحر دوخایی، سارا صداقت و با سرپرستی خانم پریسا احمدزاده.

پوشش خبری این برنامه را سینا نیوز، Press TV، خبرگزاری نسیم، خبرگزاری سفیر سلامت و خبرگزاری کتاب ایران(ایبنا)، به عهده داشتند.

از میهمانان ویژه این برنامه سرکار خانم ها: الهی قمشه ای، شجاعی از باشگاه هنرمندان، بیگدلی و جناب آقایان: دکتر جاهد، دکتر مهدوی، زری وند، عینانلو، شیروانی و داداشی، بابت تشریف فرمایی شان بسیار متشکریم.

در پایان از شرکت های محترم حامی برنامه (فریر آسا طب، درمان یاب دارو، کامور) که حمایت کننده گابریک در برگزاری این برنامه بودند، کمال تشکر را داریم. از دیگر غرفه هایی که در این برنامه حضور داشتند، مجله سلامانه، سن ایچ و سایت رنگی رنگی بودند. از آقای حمید آینه ساز و گروه شان بابت برگزاری برنامه لیزر شوسپاسگزاریم.

پوستر های روز جهانی دیابت در سال ۲۰۱۳

۱

از هر دو فرد دیابتی، یک نفر از دیابت خود بی اطلاع است؛ آیا شما هم در معرض خطر هستید؟

بر اساس برآورد فدراسیون جهانی دیابت ۱۸۳ میلیون نفر: یعنی چیزی در حدود نیمی از افراد دیابتی در سراسر جهان، از دیابت خود بی اطلاع هستند؛ بخش اعظم این گروه را افراد مبتلا به دیابت نوع دو تشکیل می دهند.

این در حالی است که هر چه تشخیص و کنترل دیابت زودتر صورت گیرد، احتمال بروز عوارض خطرناک و پر هزینه آن کاهش می یابد. متاسفانه تعداد دقیق افراد دیابتی در هیچ کشوری مشخص نیست، حتی در کشورهای توسعه یافته و ثروتمند نیز حدود یک سوم افراد مبتلا به دیابت تشخیص داده نشده اند.

۲

نسبت به افراد دیابتی تبعیض قائل نشوید.

یافته های تحقیق DAWN (مطالعه جهانی نگرش، خواسته ها و نیازهای افراد دیابتی) نشان داده است که از هر ۵ فرد دیابتی، یک نفر احساس می کند به دلیل ابتلا به دیابت مورد تبعیض واقع شده و حمایت کافی را از طرف جامعه دریافت نکرده است. نتایج این تحقیق که بر روی بیش از ۱۵ هزار فرد دیابتی در ۱۷ کشور جهان انجام شده، همچنین نشان می دهد که تجربه مورد تبعیض قرار گرفتن به دلیل ابتلا به دیابت، با استرس های روحی مرتبط است. بنا بر یافته های سایر مطالعات صورت گرفته در این زمینه، با وجود تمام پیشرفت هایی که در زمینه کنترل قند خون صورت گرفته، احساس مورد تبعیض واقع شدن بر کنترل قند خون و کیفیت زندگی افراد، دیابتی تاثیر منفی بر جای می گذارد.

۳

عوارض دیابت را بشناسید. خطر بروز برخی از بیماری ها و مشکلات جدی سلامتی در افراد مبتلا به دیابت بالاتر است. سطوح بالای قند خون می تواند به مرور باعث بروز مشکلات قلبی-عروقی، آسیب عروق شبکیه چشم، بیماری کلیوی، آسیب اعصاب و مشکلات دهان و دندان گردد. علاوه بر این خطر بروز عفونت در افراد دیابتی نسبت به افراد غیر دیابتی، بالاتر است.

تقریبا در تمام کشورهای ثروتمند جهان، دیابت عامل اصلی بیماری های قلبی-عروقی، نابینایی، نارسایی کلیوی و قطع پا است. هر چند لازم به ذکر است که طبق مطالعات انجام شده، با تشخیص زودهنگام و کنترل دقیق قند خون می توان از بروز عوارض یاد شده پیشگیری نمود یا از شدت آن ها کاست.

۴

دیابت سومین کشور پرجمعیت جهان است. در سال ۲۰۱۱ تعداد افراد مبتلا به دیابت برابر ۳۶۶ میلیون نفر بود و تخمین زده می شود تا سال ۲۰۳۰ این تعداد به ۵۵۲ میلیون نفر افزایش یابد.

این در حالی است که تعداد افراد مبتلا به دیابت نوع دو در تمام کشورها در حال افزایش بوده و ۸۰٪ از این افراد در کشورهای توسعه نیافته و فقیر زندگی می کنند. بخش اعظم افراد مبتلا به دیابت ۴۰ تا ۵۰ سال سن دارند و گفتنی است سالانه ۷۸ هزار کودک به دیابت نوع یک مبتلا می شوند.

نکته جالب توجه آنکه شش کشور از ده کشور دارای بیشترین شیوع دیابت، در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا قرار دارند.

مراقبت های پزشکی مادران دیابتی در دوران بارداری

دکتر سارا صداقت

بارداری آگاهانه، تشخیص زود هنگام دیابت بارداری (GDM) و آگاهی از وجود عوارض در مادران دیابتی، در بهبود وضعیت مادر و جنین تاثیرات بسزایی دارند. بانوان مبتلا به دیابت نوع ۱ باید به خوبی از اهمیت بارداری آگاهانه و تاثیر آن بر سلامت فرزند خود آگاه بوده و در طول مدت بارداری به طور مرتب توسط پزشک خود تحت ارزیابی قرار گیرند.

برای شناسایی و تشخیص GDM باید در اولین ویزیت پره ناتال، غربالگری دیابت نوع ۲ در مادران دارای عوامل خطر، صورت گیرد. همچنین در مورد زنان باردار غیر دیابتی باید غربالگری GDM در هفته ۲۴ الی ۲۸ بارداری با استفاده از تست تحمل گلوکز خوراکی (OGTT) با ۷۵ گرم گلوکز (در صبح و بعد از یک ناشتایی شبانه ۸ ساعته) صورت گرفته و در صورت بالاتر بودن نتایج قند خون از مقادیر زیر، تشخیص GDM برای آن ها گذاشته شود:

- ناشتا: ۹۲ میلی گرم در دسی لیتر
- پس از ۱ ساعت: ۱۸۰ میلی گرم در دسی لیتر
- پس از ۲ ساعت: ۱۵۳ میلی گرم در دسی لیتر

زنان مبتلا به GDM باید ۶ تا ۱۲ هفته پس از زایمان از نظر ابتلا به دیابت غربالگری شوند. زنان دارای سابقه GDM باید به صورت مادام العمر و حداقل هر ۳ سال یکبار، از نظر ابتلا به دیابت یا پیش دیابت پایش شوند. مداخلات مربوط به سبک زندگی یا شروع درمان با متفورمین باید در زنان دارای سابقه GDM و مبتلا به پیش دیابت، به منظور جلوگیری از بروز دیابت صورت گیرد.

ارزیابی پیش از بارداری

هر خانم مبتلا به دیابت باید پزشک خود را از تصمیم به بارداری آگاه سازد. طی یک جلسه مراجعه به پزشک، پزشک اطلاعات کاملی از سابقه دیابت فرد جمع آوری می کند؛ این اطلاعات شامل طول مدت ابتلا به دیابت، سابقه بروز عوارض حاد مثل کتواسیدوز، عوارض مزمن نظیر رتینوپاتی و نوروپاتی، نحوه و کیفیت کنترل قند خون، فعالیت بدنی و بیماری های همراه می باشد. بررسی هموگلوبین A۱c، که نشان دهنده نحوه کنترل قند خون فرد طی ۲ تا ۳ ماه را گذشته است، می تواند شاخص ارزشمندی در ارزیابی وضعیت دیابت فرد پیش از اقدام برای بارداری باشد.

زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ که از رژیم درمانی با قرص استفاده می کنند باید پیش از بارداری درمان خود را به انسولین تغییر دهند. تغییر رژیم درمانی حین بارداری می تواند با اخلال در کنترل قند برای سلامت جنین و بارداری مادر خطرساز باشد.

طبق توصیه سازمان های جهانی، میزان HbA۱c هدف در بارداری باید کمتر از ۶/۱ درصد و یا کمتر از ۷ درصد باشد. این میزان کنترل از بروز عوارضی مثل سقط، ناهنجاری های مادرزادی و پره اکلامپسی میکاهد. میزان قند ۱ ساعته پس از غذا تا حدود ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر قابل قبول است، هرچند رساندن این عدد به ۱۲۰ می تواند بسیار سودمند باشد.

با وجود تمام اقدامات مراقبتی و پیشگیرانه، بارداری در مبتلایان به دیابت نسبت به افراد غیر دیابتی با عوارض بیشتری همراه است. طبق مشاهدات جدید پژوهشگران کنترل دقیق قند خون و حفظ HbA۱c در محدوده کمتر از ۶/۱ درصد ممکن است برای پیشگیری از عوارض کافی نباشد، چرا که تلاش برای حفظ قند خون در محدوده پایین نرمال با نوسانات شدید تر قند همراه خواهد بود؛ از این رو یکی از الزامات کنترل قند در این شرایط استفاده از روش های اندازه گیری مداوم قند در طی روز می باشد. به علاوه، تلاش برای حفظ سختگیرانه قند در محدوده طبیعی مبتلایان به دیابت نوع ۱ را با افزایش دفعات بروز هیپوگلیسمی رو به رو خواهد ساخت، پدیده ای که در مادران باردار دیابتی خالی از خطر نیست.

رتینوپاتی

تمام زنان مبتلا به دیابت که قصد باردار شدن دارند و از آخرین معاینه چشم آن ها بیش از یک سال میگذرد باید ابتدا تحت معاینات دقیق چشم قرار گرفته و از اثرات بارداری در بروز و پیشرفت رتینوپاتی آگاهی یابند. همچنین پس از باردار شدن یک نوبت معاینه کامل چشم در سه ماهه اول و سپس پیگیری منظم تا یک سال پس از زایمان توصیه می شود.

بهترین راه برای پیشگیری از بروز رتینوپاتی در بارداری، کنترل صحیح قند خون است. همچنین معاینات دوره ای توسط یک متخصص در تشخیص زودهنگام علایم رتینوپاتی و اقدام به درمان مفید خواهد بود.

نفروپاتی

پیش از بارداری بهتر است وضعیت سلامت کلیه فرد ارزیابی و ثبت شود. بهترین معیارهای ارزیابی، میزان دفع پروتئین و میزان کراتینین سرم هستند.

با وجود اینکه بسیاری از خانم ها پس از بارداری دچار درجات خفیفی از ناکارآمدی کلیه می شوند، به نظر نمی رسد بارداری به خودی خود به عنوان یک عامل آسیب زننده به کلیه ها مطرح باشد. خطر آسیب دائمی به کلیه ها در خانم هایی که کراتینین بیشتر از ۲ میلی گرم در دسی لیتر دارند به طور چشمگیری بالا تر است، به خصوص که این افراد معمولا از دفع پروتئین شدید، بیش از ۲ گرم در روز، رنج می برند.

فشار خون

طبق توصیه پزشکان بهتر است در صورت کنترل فشار خون در محدوده طبیعی، تمام دارو های ضد فشار خون تا قبل از بارداری قطع شده باشند. اکثر داروهای رایج در درمان فشار خون برای زنان باردار مناسب نیستند. گزینه مناسب برای خانم های باردار یا آن هایی که قصد باردار شدن دارند استفاده از متیل دوپا و یا مهارکننده های طولانی اثر کانال کلسیمی مثل نفدیپین یا آملودیپین است. استفاده از دارو های مدر تیازیدی توصیه نمی شود؛ مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین، مهارکننده گیرنده آنژیوتانسین دو و مهارکننده های مستقیم رنین ممنوع هستند.

بیماری های تیروئید

بعد از دیابت اختلال غده تیروئید شایع ترین اختلال اندوکرین در دوره بارداری می باشد. علاوه بر این به دلیل شیوع بیشتر بیماری های تیروئید در خانم ها و همراهی بیشتر دیابت نو ع ۱ با بیماری های خودایمنی غده تیروئید، ارزیابی های غده تیروئید در دوره بارداری برای افراد دیابتی پر رنگ تر جلوه می نماید.

ارزیابی عملکرد تیروئید با اندازه گیری میزان TSH و در صورت نیاز میزان هورمون T۴ آزاد صورت می گیرد.

استفاده از داروهای خوراکی کاهنده قند خون در دیابت بارداری

دکتر رضوان هاشمی

در گذشته نه چندان دور مصرف داروهای خوراکی کاهنده قند خون در زمان بارداری به دلیل نگرانی از بروز ناهنجاری های جنینی، هیپوگلیسمی در نوزاد و افزایش ماکروزومی جنین منع مصرف داشتند.

امروزه هر چند هنوز انسولین به عنوان درمان استاندارد در تمام افراد مبتلا به دیابت محسوب می شود (اعم از دیابت نوع ۱، نوع۲ و دیابت بارداری)، اما استفاده از داروهای خوراکی کاهنده قند خون مانند گلی بوراید و متفورمین در افراد مبتلا به دیابت بارداری بی خطر قلمداد می شود.

برای کنترل قند خانم های باردار مبتلا به دیابت نوع دو که تحت درمان با قرص های کاهنده قند خون هستند به علت عدم وجود مطالعات کافی در زمینه بی ضرر بودن مصرف این داروها در اوایل بارداری، از انسولین استفاده می شود. اما در مورد دیابت بارداری مسئله متفاوت است. از آنجا که تمامی خانم های باردار در هفته های ۲۴ تا ۲۸ بارداری ملزم به انجام آزمایش غربالگری دیابت بارداری هستند و با توجه به این که پاتوفیزیولوژی دیابت بارداری مربوط به عدم ترشح کافی انسولین از پانکراس و نیز کاهش حساسیت نسبت به انسولین می باشد، لذا استفاده از داروهای خوراکی کاهنده قند در سه ماهه دوم بارداری که ارگانوژنز صورت گرفته است، انتخاب مناسب و بی خطری برای کنترل قند در دیابت بارداری محسوب می شود.

دو دارویی که در دهه گذشته در درمان دیابت بارداری مورد بررسی قرار گرفته اند؛ گلی بوراید و متفورمین هستند که در مقایسه با انسولین، ارزان تر و بدون درد بوده و نیاز به مهارت و آموزش حین درمان ندارند.

گلی بوراید

این دارو موجب افزایش ترشح انسولین از پانکراس می‌شود. میزان عبور گلی بوراید از جفت بسیار کمتر از داروهای گروه سولفونیل اوره مانند تولبوتامید می باشد؛ (۳/۹٪ در برابر ۲۱/۵٪) از این رو خطر افت قند در نوزادان بسیار کاهش می‌یابد. مطالعات مختلف بیانگر آن است که این قرص در مقایسه با انسولین تفاوت معنی داری در ایجاد ناهنجاری جنینی نشان نمی دهد.

متفورمین

متفورمین از چند طریق موجب کنترل قند خون می شود، در وهله اول مهار تولید قند توسط کبد، افزایش حساسیت به انسولین و کاهش جذب قند از دستگاه گوارش.

عوارض شایع مصرف متفورمین شامل عوارض گوارشی مانند اسهال، تهوع، کرامپ، استفراغ و افزایش نفخ می باشد. عارضه جدی تر مصرف این دارو که به ندرت رخ می دهد، لاکتیک اسیدوز است.

متفورمین به عنوان اولین خط درمان دیابت نوع دو محسوب می شود. میزان عبور دارو از جفت ۱۰ تا ۱۶ درصد گزارش شده است؛ از این رو این سوال مطرح است که آیا ادامه مصرف این دارو در زنان باردار مبتلا به دیابت نوع دو و دیابت بارداری مجاز است یا خیر.

مطالعات بسیاری به بررسی این موضوع پرداخته اند؛ در یک مطالعه بین میزان مرگ و میر جنینی در دو گروه مصرف کننده انسولین و متفورمین تفاوت معنی داری مشاهده نشده و مصرف متفورمین در سه ماهه اول بارداری با افزایش خطر آنومالی جنینی همراه نبوده است.

در کار آزمایی های بالینی بزرگ نیز بی ضرر بودن مصرف متفورمین در سه ماهه اول بارداری مورد ارزیابی قرار گرفته و نتایجی دال بر عدم افزایش ناهنجاری جنینی، زایمان زودرس و افت قند خون و مشکلات تنفسی به دست آمده است. با توجه به آنچه بیان شد متفورمین و گلی بوراید در دیابت بارداری می‌توانند جایگزین مناسبی برای انسولین به شمار آیند؛ البته لازم به ذکر است مادرانی که با مصرف داروی خوراکی کنترل قند خون مناسبی ندارند باید از انسولین استفاده نمایند.

در پایان لازم به ذکر است که اطلاعات موجود نشان می‌دهد داروهای خوراکی کاهش دهنده قند خون، مانند گلی بوراید و متفورمین، هر دو داروهای جایگزین بی خطر و موثری برای انسولین می باشند، اما این مسئله تنها در مورد زنان مبتلا به دیابت بارداری که نمی توانند به تنهایی با کمک رژیم غذایی قند خون خود را کنترل نمایند و یا به هیچ وجه حاضر به پذیرفتن درمان با انسولین نیستند، قابل اجرا است، ولی اینکه آیا مصرف داروهای کاهش دهنده قند خون خوراکی باید برای زنان باردار مبتلا به دیابت نوع ۲ که قند خونشان کنترل نبوده یا از مصرف انسولین سر باز می زنند نیز تجویز شود یا خیر؟ هنوز روشن نشده است. استفاده از داروهای خوراکی کاهش دهنده قند خون به اندازه انسولین در تمام زنان مبتلا به دیابت بارداری، مانند افرادی که در اوایل بارداری، و استفاده از این داروها در دوران بارداری درجات شدید افزایش قند خون دارند، از سوی FDA مطرح نشده است.

مطالب و آگهی های موجود در این صفحه ویژه جامعه پزشکی - پیرا پزشکی می باشد، لذا ملاکی برای مداخله در امور درمانی افراد مبتلا به دیابت نخواهد بود.

مطالب و آگهی های موجود در این صفحه ویژه جامعه پزشکی - پیرا پزشکی می باشد ، لذا ملاکی برای مداخله در امور درمانی افراد مبتلا به دیابت نخواهد بود.

تغییرات حس چشایی و تمایل به شیرینی جات در دیابت بارداری

دکتر هدی درخشانیان

دیابت بارداری (Gestational Diabetes Mellitus–GDM)، عبارت است از اختلال تحمل گلوکز و افزایش قند خون، که برای اولین بار در دوره بارداری رخ می‌دهد. به طور متوسط ۳ تا ۸ درصد بارداری ها در جهان با دیابت بارداری همراه می شود. ولی بیشترین شیوع آن در آسیا و در حدود ۸/۶٪ دیده شده است. ویژگی های متابولیکی و راه های درمانی آن نیز مشابه دیابت نوع دو می باشد، زیرا مانند دیابت نوع دو با درجاتی از مقاومت به انسولین همراه است. در حقیقت در تمام بارداری ها، مقاومت به انسولین و افزایش سطح انسولین رخ می‌دهد ولی در نهایت بدن قند خون را در سطح نرمال حفظ می کند. اما در دیابت بارداری ناکارآمدی سلول های بتای پانکراس در ترشح کافی انسولین، یا مقاومت شدید بافت های محیطی به انسولین باعث افزایش غیر عادی قند خون می شود. این شرایط معمولا با پایان بارداری بهبود می یابد؛ ولی فرد در آینده در معرض ابتلا به دیابت نوع دو خواهد بود.

تغییرات چشایی در دیابت نوع دو

به نظر می رسد که حساسیت چشایی نسبت به همه مزه ها از جمله شیرینی، شوری، ترشی و تلخی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو کاهش می یابد. ولی این تغییر در مورد طعم شیرین از سایر طعم ها بیشتر است. به همین دلیل فرد برای لذت بردن از غذا، شیرینی بیشتری به آن اضافه خواهد کرد و همین افزایش میل به مصرف شیرینی جات، کنترل قند را مشکل تر خواهد کرد.

تغییرات چشایی در بارداری

بررسی ها نشان می دهد که حدود ۸۵٪ زنان، ویار بارداری را در مورد یک یا چند ماده غذایی تجربه می‌کنند. افزایش تمایل برای مصرف غذاهای شیرین (مانند میوه های شیرین و آب میوه) و شیرین-چرب (مانند بستنی و کیک) بیش از سایر غذاها است. ویار یا هوس بارداری اثر مهمی در میزان دریافت غذایی زنان باردار دارد، به طوری که می تواند باعث شود که فرد در طول روز ۵۰۰-۴۰۰ کالری انرژی اضافه دریافت کند. برخی مطالعات نشان داده اند که در زنان باردار سالم، افزایش تمایل به غذاهای شیرین بیشتر در سه ماهه دوم بارداری رخ می دهد. در حالی که در سه ماهه سوم، میل به نمک، غذاهای شور و نشاسته ای هم زیاد می شود.

تغییرات چشایی در دیابت بارداری

در مقایسه با زنان باردار سالم، زنان مبتلا به دیابت بارداری و زنان غیر باردار از نظر قند خون و تمایل به غذاهای شیرین نشان می دهد که زنان مبتلا به دیابت بارداری علاقه بیشتری به مصرف شیرینی جات دارند و هر چقدر اختلال تحمل گلوکز شدیدتر و میزان قند خون بالاتر باشد، میل به شیرینی نیز افزایش می یابد. افزایش تمایل به شیرینی در دیابت بارداری و دیابت نوع دو یک تفاوت مهم دارد: در دیابت نوع دو حس چشایی ضعیف می شود ولی در دیابت بارداری لذت بخشی طعم شیرین بیشتر می شود. که البته نتیجه هر دو حالت، افزایش میل به شیرینی است. ذکر این نکته هم خالی از اهمیت نیست که بروز دیابت بارداری معمولا در سه ماهه دوم بارداری تشخیص داده می شود، ولی افزایش مصرف شیرینی جات در سه ماهه سوم افزایش می یابد و به اوج خود می رسد، به طوری که در اواخر بارداری تمایل به مصرف شیرینی در زنان مبتلا به GDM دو برابر زنان باردار معمولی است. علت این تغییرات هنوز کاملا شناخته نشده است. ولی برخی محققان اختلالات هورمونی را عامل اصلی این پدیده می دانند.

به طور معمول میزان هورمون های انسولین، لپتین و کورتیزول در بارداری افزایش می یابد. ولی مقدار این هورمون ها در زنان مبتلا به دیابت بارداری بیش از حالت طبیعی است. بررسی ها نشان می دهند که میزان لپتین (به عنوان یک تنظیم کننده مهم اشتها) و انسولین ناشتا، رابطه مستقیمی با اشتیاق فرد به مصرف شیرینی ها دارد.

نتایج حاصل از این تحقیقات در رژیم درمانی دیابت بارداری اهمیت زیادی دارد. رژیم های تجویز شده برای این بیماران معمولا کم کربوهیدرات بوده و نمایه گلایسمیک پایینی دارد. محدودیت شدید غذا های شیرین باعث عدم رضایت افراد و عدم پیروی از توصیه های رژیمی خواهد بود. استفاده از جایگزین های شکر که توسط سازمان غذا و داروی آمریکا تایید شده اند مانند آسه سولفام، آسپارتام، سوکرالوز و قند گیاهی استویا نیز در دوران بارداری هنوز مورد بحث و اختلاف نظر است. ولی به هر حال در ارائه پیشنهادات غذایی به زنان مبتلا به دیابت بارداری باید به تمایلات آن ها نیز توجه کرد و مقادیر قابل قبول و متعادلی از غذاهای با طعم شیرین را در رژیم آن ها گنجاند تا دوران بارداری آسان تری را تجربه کنند.

سطوح پایین تر آدیپونکتین در سه ماهه اول بارداری با افزایش مقاومت به انسولین و احتمال بالاتر بروز دیابت بارداری همراه است

در این مقاله به منظور بررسی ارتباط بین سطوح آدیپونکتین و خطر بروز دیابت بارداری (GDM) و همینطور رابطه آن با مقاومت/حساسیت نسبت به انسولین، عملکرد سلول های بتا و شاخص های جبرانی، محققان مطالعه ای کوهورت وآیندهنگر را بر روی جمعیت عمومی زنان باردار انجام دادند.

این مسئله که از اواسط بارداری مقاومت به انسولین افزایش یافته و در اواخر بارداری به حدی برابر دیابت نوع دو می رسد، به خوبی ثابت شده و از سوی دیگر آدیپونکتین، به عنوان آدیپوکینی با خواص افزایش دهنده حساسیت به انسولین در نظر گرفته می شود. در همین راستا برخی محققین اینطور اظهار داشته اند که آدیپونکتین می تواند در تنظیم مقاومت به انسولین ناشی از بارداری موثر باشد. تحقیقات نشان داده است که سطوح پایین آدیپونکتین با ISSI (به عنوان شاخصی از عملکرد سلول های بتا در زمینه مقاومت به انسولین) پایین تر همراه است که این مسئله به ارتباط بین سطح آدیپونکتین و مقاومت به انسولین مربوط است و نه شاخص های ترشح انسولین.

این تحقیق چنین نتیجه گیری می کند که سطوح پایین آدیپونکتین در اوایل بارداری با خطر بروز GDM، مستقل از چاقی و سطوح گلایسمیک در سه ماهه اول، در ارتباط است. همچنین سطوح پایین آدیپونکتین در سه ماهه اول می تواند نشان دهنده وجود مقاومت به انسولین قبلی باشد، که این مسئله به خودی خود؛ در صورت ناکافی بودن ظرفیت سلولهای بتا برای پاسخگویی به افزایش نیاز به انسولین به دلیل بارداری،زنان را در معرض خطر ابتلا به GDM طی بارداری قرار می دهد.

منبع:
Marilyn Lacroix, Marie-Claude Battista, Myriam Doyon, Julie M_nard, Jean-Luc Ardilouze,Patrice Perron, and Marie-France Hivert. Lower Adiponectin Levels at First Trimester ofPregnancy Are Associated With Increased Insulin Resistance and Higher Risk of DevelopingGestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care June 2013 vol. 36 no. 6 1577-1583

کمبود ویتامین D و دیابت بارداری

دکتر ستاره اطهاری نیک عزم

دیابت بارداری (GDM) که به صورت عدم تحمل گلوکز در شروع و یا طی بارداری خود را نشان می دهد، یکی از رایج ترین مشکلات در بارداری است. دیابت بارداری اثرات جدی بر نتایج بارداری دارد که شامل افزایش زایمان سزارین، خطر پره اکلامپسی، خطر پیشرفت سندرم متابولیک و دیابت نوع ۲ و نیز اثرات زیان بار بر جنین، نظیر تولد نوزاد ماکروزومی که خود با خفگی نوزاد، سندرم دیسترس تنفسی، ترومای تولد، یرقان و هیپوگلیسمی همراه است، می باشد.

اگرچه بعد از تولد نوزادان در معرض گلوکز بالا نیستند، اما آن ها اغلب در معرض افزایش خطر عدم تحمل گلوکز و چاقی هستند. بنابراین تعیین زود هنگام و مداخلات به موقع می تواند به طور گسترده این نتایج را بهبود بخشد.

مهم ترین فاکتورهای خطر برای پیشرفت GDM شامل سن بالای مادر، چاقی، اضافه وزن، سابقه دیابت بارداری در گذشته، تاریخچه فامیلی دیابت نوع ۲، سابقه مرگ جنین در بارداری قبلی و تولد نوزاد ماکروزوم در گذشته می باشند.

برخی مطالعات نشان داده است که کمبود ویتامین D نقش مهمی در پاتوژنز دیابت نوع ۲ از طریق اثر مستقیم بر عملکرد سلول بتای پانکراس یا حساسیت انسولین و یا اثر غیر مستقیم از طریق تخریب سیستم ایمنی دارد و از آنجا که پاتولوژی GDM در بسیاری از جنبه ها نظیر مقاومت انسولین و کمبود نسبی انسولین مانند دیابت نوع ۲ است این فرضیه امروز مطرح شده است که کمبود ویتامین D یکی از فاکتورهای خطر برای دیابت بارداری است. امروزه کمبود ویتامین D یک مشکل بهداشتی مهم در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه بوده و در طی بارداری کمبود آن بسیار شایع شده است. در مطالعات گزارش شده است که دامنه کمبود آن از ۳۳٪ در استرالیا تا ۷۰/۶٪ در ایران می باشد. مهم ترین علل کمبود ویتامین D تیره بودن رنگ پوست، پوشش و لباس، سن، چاقی، عرض جغرافیایی، استفاده بیش از حد از ضد آفتاب و نیز آلودگی هوا می باشد.

بررسی ها نشان داده است که میزان ۲۵ هیدروکسی ویتامین D به طور منفی با میزان گلوکز و انسولین پلاسما مرتبط است. همچنین گزارش شده است که غلظت ۲۵ هیدروکسی ویتامین D در اوایل بارداری با افزایش خطر دیابت بارداری (GDM) ارتباط داشته است.

اگرچه هیچ توافق کلی درباره میزان سرمی مطلوب ۲۵ هیدروکسی ویتامین D وجود ندارد، کمبود ویتامین D به عنوان مقادیر سرمی کمتر از ۲۵ نانومول در لیتر (۱۰ نانوگرم در میلی لیتر) تعریف شده است. همچنین مقادیر بین ۲۵ تا ۵۰ نانومول در لیتر نیز به عنوان ناکفایتی ویتامین D در نظر گرفته شده است. آستانه سطح سرمی ۲۵ هیدروکسی ویتامین D برای Turn Over استخوان در حدود ۴۰ نانومول در لیتر و برای چگالی املاح استخوان در لگن حدود ۵۰ نانومول در لیتر می باشد.

مکانیسم اثر ویتامین D در دیابت به واسطه:

- عملکرد مستقیم ویتامین D بر عملکرد سلول بتای پانکراس به واسطه بیان رسپتور ویتامین D و آنزیم ۲۵ هیدروکسی ویتامین D ۱ آلفا هیدروکسیلاز در سلول بتای پانکراس
- تاثیر ویتامین D بر مقاومت انسولین از طریق تنظیم کلسیم داخل سلولی که انتقال گلوکز را در بافت های هدف تحت تاثیر قرار می دهد
- اثر ویتامین D روی التهاب سیستمیک مرتبط با مقاومت انسولین در دیابت

بنابراین ویتامین D می تواند حساسیت انسولین را توسط تحریک بیان رسپتورهای انسولین و افزایش انتقال گلوکز وابسته به انسولین بهبود بخشد. بنابراین افراد از جمله زنان باردار دارای کمبود ویتامین D در معرض خطر افزایش مقاومت به انسولین و دیابت بارداری خواهند بود.

با توجه به اهمیت و نقش ویتامین D در دیابت می توان اشاره نمود که اندازه گیری سطح سرمی ویتامین D شاید یکی از راهکار ها برای پیشگیری از بروز دیابت بارداری باشد که اگر کمبود آن تشخیص داده شد از طریق رژیم غذایی مناسب و یا در صورت نیاز استفاده از مکمل، بتوان آن را درمان نمود.

آشنایی با شخصیت کارتونی کیپـــــو

سیما عباسی

به بهانه آشنایی بیشتر با شخصیت کارتونی کیپو و همچنین نحوه شکل گیری کلاس های کودکان در انجمن دیابت گابریک، با خانم نازلی سید خویی، از مدرسین ارشد گابریک که جزو گروه طراحی ماجراهای کیپو نیز بوده اند، صحبتی داشتیم. خانم سیدخویی فارغ التحصیل کارشناسی ارشد تغذیه هستند و از اوایل شکل گیری و آغاز به کار انجمن، با گابریک همکاری داشته اند.

○ چرا به فکر خلق یک شخصیت برای آموزش دیابت به بچه ها افتادید؟

● تاثیر عروسک در رشد و تکامل کلامی کودک بسیار قابل توجه است. رابطه کودک با عروسک، نشان دهنده رابطه او با خانواده و محیط اطراف است. بنابراین عروسک برای کودک یک شخص محسوب شده و برای همین با او رابطه اجتماعی برقرار می کند. در ضمن با توجه به این که کودک مسئول عروسک شناخته می شود، در مسیر رشد مسئولیت پذیری و خلاقیت اجتماعی قرار می گیرد. بنابراین بسیار مهم است که برای آموزش مفاهیم پیچیده ای که در دیابت وجود دارد، حتما از شخصیت عروسکی استفاده شود.

○ نام این شخصیت چیست و چه ماجرایی دارد؟

● نام این شخصیت کیپو، به معنای شاپرک است. سرزمین قندی ها سیاره سرسبزی با موجوداتی فضایی است که همگی دیابتی هستند و مهم ترین قانون این سرزمین کنترل دیابت است. در صورتی که هر یک از شهروندان سرزمین قندی ها به دلیل سهل انگاری نتواند قند خون خود را کنترل کند، قوانین خاصی برای او اعمال می شود. کیپو از اهالی سرزمین قندی هاست که به دلیل سهل انگاری دچار نوسان قند است. به همین دلیل شورای آن سرزمین به این نتیجه می رسند که بهتر است برای کنترل قند خون کیپو، او را به کره زمین و انجمن دیابت گابریک بفرستند و از اینجا ماجراهای کیپو برای کنترل قند شروع می شود.

○ بعد از طراحی کیپو چه تفاوتی را در زمینه آموزش دیابت به کودکان احساس کردید؟

● تفاوت زیادی ایجاد شد؛ این که ۸ تا ۱۰ بچه دیابتی دور یک میز می نشینند و همه یک وجه مشترک در زندگی خود دارند، اتفاق بسیار خوبی است. به این ترتیب کودکان متوجه می شوند که فقط خودشان دیابتی نیستند بلکه برخی از دوستانشان هم هستند که در سن خیلی پایین تر از آنها دیابتی شده اند. این کودکان با هم نقاشی می کشند، مطالبی در مورد دیابت یاد می گیرند، اظهار نظر می کنند، در مورد حالت های مشترکشان در قندهای بالا و پایین صحبت می کنند، مسابقه می دهند؛ کارهای ساده ای که شاید برخی از آن ها در مدرسه و با همکلاسی های خود نتوانند به راحتی انجام دهند، چرا که دیابت، آن ها را منزوی کرده و روی اعتماد به نفس آنها اثر گذاشته است. درست است که در این کلاس در مورد کنترل قند شان یاد می گیرند، ولی قسمت مهم تر، تقویت اعتماد به نفس آن ها است.

حامیان:
SANOFI DIABETES
ACCU-CHEK
PIC
GLUCOCARD 01

○ برخورد بچه ها با این کلاس چطور بود؟

● به کودکان در این کلاس بسیار خوش می گذرد. چون کلاس رسمی نیست و همه حق اظهار نظر دارند. کلاس جنبه عملی هم دارد مثلا همه در صف می ایستند که دست هایشان را بشویند و آماده تست قند خون می شوند و هر کس با توجه به عدد قندش میزان میان وعده خود را انتخاب می کند و خیلی مواقع بعد از ۲ جلسه کلاس، با اظهار دلتنگی کلاس را ترک می کنند.

○ پدرها و مادرها چه برخوردی داشتند؟ آیا از اینکه بچه ها خودشان در مورد دیابت آموزش ببینند استقبال کردند؟

● من با والدین زیادی روبرو بودم که فرزندشان تا قبل از شرکت در کلاس، اصلا همکاری نمی کرد مثلا والدین کودک ۱۲ ساله ای که مجبور بودند روزانه ۲ بار به مدرسه بروند که قند کودک را اندازه گیری کنند. چرا که فرزندشان، دیابت خود را نپذیرفته بود و حاضر نبود تست قند خون را خودش انجام دهد و یا اصلا نمی گذاشت که والدین، انسولین را به شکم او بزنند ولی بعد از حضور در دو جلسه کلاس کیپو، میزان همکاری کودک با والدین بسیار بیشتر شده بود. به نحوی که در مدرسه یک پوستر در مورد دیابت درست کرده بود و جلوی همکلاسی هایش در مورد کنترل دیابت صحبت کرده بود. خوب این خیلی اتفاق خوبی است که کودک از داشتن دیابت خجالت نکشد و خود را از فعالیت های اجتماعی دور نکند.

○ آیا نمونه هایی مثل کیپو برای آموزش دیابت به بچه ها در ایران یا سایر کشورها وجود دارد ؟

● در ایران کیپو تنها شخصیت آموزشی دیابت به کودکان است. در دنیا نیز کاراکترهایی برای آموزش تغذیه وجود دارد مثل Power Panther که همه آموزش ها از طریق او صورت می گیرد ولی در مورد دیابت، کاراکترهای کمی وجود دارند مثل «لنی» که شیری است که پمپ انسولین دارد و آموزش های لازم را به کودکان ارائه می دهد.

○ به عنوان مدرس دیابت، فکر می کنید چرا آموزش دیابت به بچه ها اهمیت دارد؟

● ماهیت دیابت با بقیه بیماری ها متفاوت است. مثلا در جراحی قلب یا چشم ، مهم ترین مسئله در درمان، کادر درمان است و نقش خود فرد در درمان کم است ولی در دیابت این مساله کاملا متفاوت است. در کنترل دیابت، هرمی وجود دارد که پزشک و سایر اعضای تیم درمان در دو گوشه آن جای دارند، آموزش یک سمت دیگر این هرم است، ولی بدنه اصلی هرم را خودِ فرد دیابتی تشکیل می دهد. چرا که فرد دیابتی ۲۴ ساعته با دیابت خود زندگی می کند. پس بسیار مهم است که آموزش های لازم را بخصوص در مواقع اورژانس ببیند. اگر فرد دیابتی، کودک یا نوجوان باشد، این آموزش ها حیاتی می شود چرا که مدت بسیار طولانی ای بایستی با دیابت زندگی کند.

○ در آخر می خواستم بدانم چه کسانی در این زمینه به شما کمک کرده اند؟

● حدود یک سال قبل از شروع اولین کلاس کیپو کار تحقیق شروع شد، با روانشناسان کودک جلسات مشاوره فردی و گروهی داشتیم. چرا که آموزش به کودکان به ویژه کودکان دیابتی پیچیدگی های خاص خودش را دارد و ممکن است در انتقال یک مفهوم به ظاهر ساده، مطلبی در ذهن کودک شکل بگیرد که به ترس ها و ناامنی هایش دامن بزند. قسمت عمده مفاهیم آموزشی (تغذیه و پزشکی) توسط خانم دکتر امیری (مدیر علمی انجمن) از آخرین منابع علمی دنیا استخراج شد. کار ترجمه آن ها توسط ایشان و بنده صورت گرفت و در نهایت اسلاید ها و دفترچه آموزشی این کلاس تهیه شد. هم راستای این امور، خانم دوخائی هم در حال مشاوره و طراحی شخصیت عروسکی با شرکت های مربوطه بودند.

○ از وقتی که برای ما گذاشتید، متشکریم.

شناسنامه

فصلنامه داخلی انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک
سردبیر این شماره: دکتر هادی هراتی
مدیران اجرایی: مریم طباطبایی و سیما عباسی
ویراستار: مهوش فرجودی
مدیر هنری: محمد رضا آفتابی
همکاران این شماره: ستاره اطهاری نیک عزم، دکتر هدی درخشانیان، طیبه دهقانی، دکتر سارا صداقت، سیما عباسی، دکتر رضوان هاشمی، هما بزرگپور، دکترمحمد تقی چراغچی باشی، سحر دوخایی، مریم طباطبایی، مهندس هرمز کیخان زاه
آدرس: تهران، میدان آرژانتین، خیابان خالد اسلامبولی (وزرا)، خیابان شانزدهم، پلاک ۴، انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک
تلفن: ۸۲۴۳۳ – ۰۲۱
آدرس اینترنتی: www.gabric.ir

همایش سالانه «روزی شیرین برای تلخی قند»

جشن گلریزان ماه رمضان، در روز یکشنبه ۳۰ تیر ۱۳۹۲، برابر با ۱۲ رمضان ۱۴۳۴، این بار در تالار خانه معلم آموزش و پرورش منطقه ۳ استان تهران برگزار شد.

جناب آقای شهریار سعید نیا مجری شبکه ۳ صدا و سیما پس از خوش آمد گویی و خیر مقدم به مدعوین، کلیه حضار را به شنیدن تلاوتی چند از کلام ا... مجید و سرود ملی جمهوری اسلامی ایران دعوت نمودند.

برنامه با سخنرانی آقای مهندس هرمز کیخان زاده، مدیر عامل انجمن ادامه یافت. سپس آقای دکتر محمدتقی چراغچی معاونت امور برون سازمانی انجمن، ضمن تشکر و تقدیر از حضور همیاران و حمایت همیشگی خیرین، اولویت راهبردی ششم برنامه پنج ساله انجمن را تحت عنوان درآمدزایی و خدمات حمایتی توضیح داده و به شرح برنامه های سال ۹۲ پرداختند.

سپس خانم پریسااحمد زاده، سرپرست واحد مشاوره آموزش دیابت، به همراه کودکان دیابتی و والدینشان، برنامه پرسش و پاسخ جالبی را اجرا نمودند و هدایایی هم به رسم یادبود به کودکان اهدا شد.

در ادامه ی برنامه، مادر یک کودک دیابتی (سرکار خانم شمشیری) بر روی سن آمده و اعلام نمودند که آموزش در زمینه دیابت و داشتن اطلاعات تا چه اندازه می تواند مفید بوده و باعث ایجاد آرامش و دلگرمی گردد. و در راستای آموزش در گابریک از کنترل قند خون فرزندشان بسیار راضی بودند. (این توضیحات بسیار تاثیر گذار بوده و دیگر حضار به این نتیجه مهم دست یافتند که برای کنترل خوب قند حتما باید در دوره آموزشی شرکت نمایند).

سپس خانم دکتر سارا صداقت، سرپرست واحد علمی به همراه سفیر فعال انجمن (سرکار خانم تیو) به عنوان دیابتی که بر اثر عدم کنترل دچار عوارض دیابت شده بودند و اینک با آموزش در گابریک با روحیه بالا و اعتماد به نفس زیاد زندگی راحتی دارند و یکی از کارکنان انجمن سرکار خانم شراره صدقی و پسر عزیزشان به عنوان یک دیابتی آگاه که همیشه به دیابت خود اهمیت داده و کنترل خوبی روی قند خون خود داشته اند، به روی سن آمدند و در ارتباط با آموزش و جلوگیری از عوارض دیابت و عدم آموزش و ایجاد عوارض مرگبار دیابت در نوجوانان و جوانان سوالاتی مطرح نمودند که بسیار آموزنده بود.

در ادامه خانم مهین پیرایش، مدیر واحد مددکاری و کمک های مردمی، به علت کمبود وقت و نزدیک بودن به ساعت اذان و زمان افطار به صورت مختصر و کوتاه صحبت نمودند و از همیاران همیشگی گابریک تقاضا نمودند در این امر خیر باری دیگر مددرسان گابریک باشند.

در طی مراسم افطاری و شام، رادیو گابریک حضور فعال داشته و مدعوین را به کمک دعوت می نمود. جا دارد از خانم پریسا احمد زاده بخاطر حضور گرم و پرشورشان در رادیو گابریک صمیمانه قدردانی نماییم.

بعد از مراسم شام مدعوین به پای صندوق های کمک رفتند، جمع آوری این کمک ها در راستای برگزاری دوره های رایگان آموزشی برای افراد دیابتی کل کشور و ارائه خدمات رایگان بیشتر و خرید مکان مستقل برای انجمن خواهد شد.در پایان از حضور گرم دو هنرمند عزیز جناب آقای امیر زری وند (بازیگر) و یوسف برزین (مدیر تولید سریال های تلویزیونی) متشکر و سپاسگزاریم و از تمامی عزیزانی که ما را در برگزاری این برنامه یاری رساندند صمیمانه تشکر و قدردانی می نماییم.