

راهکارهایی برای تغییر شیوه زندگی

هدی درخشانیان

چگونه غذا می خورند و ورزش می کنند؟ این رفتارها را برای خودتان الگو قرار دهید. به یاد داشته باشید برای نهادینه شدن یک رفتار جدید، باید بارها و بارها آن را تکرار کنیم تا جای عادات قدیمی ما را بگیرد.

ثبت رفتارها

برای تغییر عادت هایمان، باید نسبت به آنها هشیار باشیم و لازم است که آنها را ثبت کنیم. مثال خوب برای اهمیت ثبت رفتار کسانی هستند که قصد کاهش وزن دارند. بسیاری از افرادی که در کاهش وزن موفق نیستند، ادعا می کنند که غذای ناچیزی می خورند ولی چون سوخت و ساز بدنشان کم است لاغر نمی شوند. زمانی که محققان دریافت غذایی ۲۴ ساعته این افراد را با دقت ثبت کردند متوجه شدند که آنها دو برابر آنچه فکر می کنند غذا می خورند. ثبت دقیق غذاها در کاهش وزن، قند خون در دیابت، دفعات و شرایط سیگار کشیدن و سایر رفتارها به فرد کمک می کند که علت و شدت مشکل خود را بشناسد و متوجه تغییرات خود با گذشت زمان بشود.

بررسی ها نشان می دهد که در ۱۵٪ موارد فقط ثبت رفتار منجر به تغییرات مطلوب در رفتار مورد نظر می شود! برای این منظور کافی است رفتار مورد نظر را به شیوه ای قابل اندازه گیری ثبت کنید. مثلا اگر روی افسردگی تان کار می کنید به احساس شادی و رضایت خود امتیاز بدهید و این کار را روزانه تکرار کنید. برای تغییرات رفتار خود جدول بکشید و موارد خاص را در کنار جدول امتیازات خود یادداشت کنید. اگر نسبت به برنامه تغییر رفتار خود پایبند باشید، مشاهده روند تغییراتتان در طول زمان برای شما نوعی پاداش خواهد بود و به شما انگیزه می دهد. به علاوه به شما کمک می کند نقاط ضعف خود را یافته و برطرف کنید.

کنترل محرک های محیطی

تجربه نشان می دهد که برخی محرک های محیطی ما را به انجام رفتارهای خاص تشویق می کنند. مثلا دیدن خوراکی های اشتها برانگیز، ما را به خوردن تحریک می کند حتی اگر گرسنه نباشیم. پس اولین راه حل برای تغییر رفتار، پرهیز از قرار گرفتن در موقعیت هایی است که آن رفتار نامطلوب را تقویت می کند. بنابراین نخريدن این غذاها آسانتر از این است که هر روز آنها را ببینید و در برابر خوردنشان مقاومت کنید. به طور کلی برای کنترل محرک های محیطی باید سه قدم اساسی برداریم:

قدم اول: شناسایی موقعیت های پرخطر. این موقعیت می تواند غذاهای چاق کننده، یک مکان یا شرایط روانی خاص باشد.

قدم دوم: پرهیز از موقعیت شناسایی شده. مثلا اگر قصد ترک سیگار دارید بهتر است از رفتن به کافه هایی که سیگار در آنها آزاد است خودداری کنید.

قدم سوم: قرار گرفتن در موقعیت های خوب. برای اینکه رفتار نامناسب را ترک کنیم باید در زمان مناسب در مکان مناسب قرار بگیریم. مثلا برای درس خواندن رفتن به کتابخانه بهتر از نشستن روبروی تلویزیون است.

رفتارهای جایگزین

راه حل دیگر برای تغییر رفتار، تغییر پاسخ خودمان نسبت به محرک ها است. برای این منظور می توانیم جایگزین های مناسبی برای عادت های قدیمی خود پیدا کنیم. مثلا اگر عادت دارید که همیشه بعد از غذا سیگار بکشید، بلافاصله بعد از غذا یک فعالیت جذابتر مثل صحبت کردن با کسی که دوستش دارید، برای خودتان برنامه ریزی کنید. این کار به تدریج شما را از عادت قدیمی دور می کند. همچنین می توانید به مشاهده رفتار دیگران بپردازید. افراد خوش اندام و سالم

علم روز برای افراد دیابتی به ارمغان آورده و یک زندگی سالم، طولانی را برای آنان ممکن ساخته، می توانند وجه جدیدی از دیابت را تجربه کنند.

ترس از دیابتی شدن فرزند، سقط، ناهنجاری های مادرزادی و غیره، نگرانی های صحیح والدین هر زوج دیابتی هستند. با وجود اثبات تاثیر ژنتیک بر انتقال دیابت به فرزندان، آگاهی به مفهوم این ادعای علمی خالی از لطف نیست. بر اساس نتایج مطالعات، احتمال ابتلای فرزند یک مادر یا پدر دیابتی نوع یک، بین ۱ تا ۱۲ درصد، و در صورت دیابتی بودن هر دو والد، بین ۱۰ تا ۲۵ درصد متغیر است. این اعداد در مورد دیابت نوع دو کمی متفاوت بوده و بین ۱۴ تا ۵۰ درصد است. بنابراین نگاه یکسویه و غیر اصولی به تاثیر دیابت بر آینده فرزندان قطعا مایه گمراهی و قضاوت نادرست خواهد بود.

دیگر نگرانی های والدین از جمله ناهنجاری های نوزادی نیز علاوه بر والدین، از دغدغه های اصلی هر پزشک متخصص است. با وجود پیشرفت مطالعات و یافته های علمی، هر مادر دیابتی با وجود همه ملاحظات، باز هم مانند هر خانم باردار دیگر با خطر بروز ناهنجاری های جنینی رو به روست؛ لذا باید توجه داشت که خطر بروز این ناهنجاری ها متأثر از صدها عامل، به غیر از دیابت مادر، بوده و قسمت اعظم آنها نیز با آزمایشات غربالگری صحیح قابل تشخیص هستند. همین مسئله در مورد عوارض بارداری بر روی مادر هم صادق است. بارداری به تنهایی مادر را با عوارض و مشکلاتی منحصر به فرد رو به رو می سازد؛ در مورد مادر دیابتی باید دقت داشت که عارضه بارداری بر وضعیت پیشین مادر نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار است. ایجاد و پیشرفت برخی از عوارض دیابت، مانند عوارض چشمی و کلیوی در زمان بارداری امری کاملاً طبیعی بوده و با کنترل مناسب دیابت، به طور چشمگیری قابل اصلاح و بازگشت است. بنابراین تحمیل فشار فکری و روانی اضافه به مادر نه تنها از نظر اخلاقی صحیح نیست، بلکه وی را با چالشی مضاعف در کنترل قند و حفظ سلامت بارداری نیز روبه رو خواهد ساخت. به خاطر داشته باشیم: کلید حفظ سلامت در دیابت، تکیه بر دانش علمی و دوری از نظرات تجربی و باورهای غلط خرافی است! این امر به ویژه در مسئله ازدواج و بارداری از اهمیت بالایی برخوردار است.

دیابت: زندگی مشترک

دکتر علی بنکدار

همراهان عزیز سلام،

در شماره قبل سعی داشتیم تا با اشاره به برخی مسائل و مشکلات زندگی در کنار دیابت، شناخت خود و اطرافیان را نسبت به ماهیت این بیماری و چالش های زندگی در کنار آن کامل تر کنیم.

در این شماره قصد داریم به شرح و بسط موضوع ازدواج پرداخته و از چالش های جوانان دیابتی به هنگام ازدواج سخن گوئیم.

ازدواج و تشکیل خانواده یکی از مهم ترین رخداد های زندگی هر فرد و از عوامل اصلی سلامت فردی و اجتماعی وی می باشد. پایبندی به اصول و عقاید از یکسو و مسائل و مشکلات اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی از سوی دیگر، مطرح نمودن موضوع ازدواج را به کاری دشوار و البته چالش برانگیز بدل ساخته است. «رسم نیست»، «شگون ندارد» و ده ها جمله مشابه دیگر که از بزرگترهای فامیل و دوستان و اقوام می شنویم، شاید اولین و سخت ترین سد در مقابل ازدواج هر زوج جوان است؛ حال معرفی دیابت به عنوان یک عامل جدید در معادله پیچیده ازدواج، بی تردید این راه را سخت تر از آنچه هست خواهد کرد.

شناخت کم افراد جامعه از دیابت و هراس از عوارض آن، تزریق انسولین، و حتی باور نادرست از واگیردار بودن این بیماری، جوان دیابتی را با چالش بزرگی در اثبات خود به خانواده همسر رو به رو می سازد؛ ناآگاهی فرد به شرایط خود و عدم اطمینان از آنچه در آینده ممکن است برای وی پیش آید، یقیناً کمترین جایی برای اعتماد به نفس و روحیه مثبت برای وی باقی نخواهد گذاشت. لذا اولین قدم در جلب اعتماد همسر و اطمینان وی از آینده زندگی و فرزندان، ایجاد اطمینان در خود از طریق بالا بردن آگاهیست.

مطمئناً ایجاد تغییر در باور نسل های پیشین کار آسانی نیست؛ پدران و مادرانی که سال ها بیماری مرض قند را با نابینایی و قطع عضو آن شناخته اند، مسلماً علاقه ای به زندگی فرزندشان با یک بیمار دیابتی نخواهند داشت؛ حال همین پدر و مادر با آگاهی از دستاورد هایی که

پروبیوتیک و دیابت

ستاره اطهاری بیک عزم

احتمالا تا به حال هنگام خرید در فروشگاه، به محصولاتی برخورد اید که روی آنها نوشته شده حاوی « پروبیوتیک» و این سوال در ذهنتان ایجاد شده است که پروبیوتیک چیست و برای سلامت چه اثراتی دارد. از همه مهمتر آیا این پروبیوتیک می تواند برای دیابت مفید باشد یا خیر؟

پروبیوتیک یک کلمه یونانی به معنای «برای زندگی» است و همین نام نشان دهنده این است که برای زندگی مهم و حیاتی می باشد. پروبیوتیک ها، یک سری موجودات ریز و زنده یا اصطلاحاً باکتری های مفیدی هستند که در دستگاه گوارش انسان زندگی می کنند و اگر به هر دلیلی این موجودات از بین بروند، می توانند موجب بیماری های دستگاه گوارش از جمله اسهال و عفونت های روده شوند. جالب است بدانید که این موجودات مفید را می توان از طریق رژیم غذایی هم دریافت نمود مثل محصولات لبنی که حاوی پروبیوتیک هستند نظیر دوغ کفیر، ماست و پنیرهای حاوی پروبیوتیک.

همچنین یک سری از مواد غذایی نیز می توانند این موجودات ریز و مفید را در روده افزایش دهند نظیر سیر، پیاز، مارچوبه، کنگر، موز و ...

از جمله اثرات مفید پروبیوتیک ها می توان به افزایش سیستم ایمنی بدن، بهبود یبوست، درمان اسهال، درمان آلرژی، بهبود زخم معده و عفونت های روده اشاره نمود. نکته قابل توجه که باید به آن دقت شود این است که مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک ها به میزان زیاد و در طولانی مدت می تواند این موجودات مفید را از بین ببرد. اما جالب است بدانید که پروبیوتیک ها می توانند بر میزان قند خون، چربیهای خون و فشار خون نیز موثر باشند و حتی تحقیقات امروز در حال بررسی اثر پروبیوتیک ها برای درمان چاقی، اضافه وزن و حتی درمان افسردگی و اختلالات خلق و خو می باشد.

پروبیوتیک ها موجب جلوگیری از جذب کلسترول مواد غذایی شده و از تولید کلسترول در بدن جلوگیری می کنند. بنابراین می توانند موجب کاهش کلسترول و



LDL – کلسترول خون شوند. همچنین پروبیوتیک ها می توانند بر واکنشهایی که در کنترل فشار خون نقش دارند اثر گذاشته و از این طریق فشار خون را کاهش دهند.

درباره اثر پروبیوتیک ها بر میزان قند خون، به نظر می رسد که پروبیوتیک ها با تقویت سلول های بتای پانکراس که انسولین ترشح می کنند، از تخریب بافت پانکراس جلوگیری کرده و در نتیجه مانع کاهش ترشح انسولین و افزایش میزان قند خون می شوند.

از آنجایی که رژیم غذایی نقش مهمی در کنترل دیابت دارد، به افراد دیابتی توصیه می شود که بهتر است این پروبیوتیک ها را در رژیم غذایی خود داشته باشند. اما باید اشاره نمود که پروبیوتیک ها برای اینکه بتوانند اثربخشی خود را نشان دهند، باید مصرف آنها به طور مداوم باشد. بنابراین با یکبار مصرف آنها نمی توان انتظار داشت که قند خون کاهش یابد. اما با مصرف مداوم و روزانه محصولات پروبیوتیک در دراز مدت کنترل قند خون، هموگلوبین A1c (قند سه ماهه)، کنترل چربی خون و فشار خون در افراد دیابتی ایجاد می شود.

از طرفی مکمل های پروبیوتیک به صورت کپسول در بازار موجود می باشد ولی باید به این نکته اشاره نمود که محصولات لبنی که حاوی پروبیوتیک می باشند اثر بخشی خیلی بیشتری نسبت به این کپسول های تجاری دارند. بنابراین بهتر است از امروز کمی دقیق تر به این محصولات نگاه کنیم و یاد بگیریم که آنها را در برنامه غذایی خود وارد کنیم.

محصولی جدید از کاندレル

+ شیرین کننده سوکرالوز

• ۹۰ کالری کمتر نسبت به شکر

• بی اثر بر قند خون

• ایده آل برای آشپزی و شیرینی پزی

• مناسب شیرین کردن نوشیدنی های سرد و گرم

شکر رژیمی کاندレル

شرکت داریان تجارت نمایندۀ انحصاری
شریفات سولیس در ایران
اطلاعات بیشتر: ۸۸۷۰۴۰۸۰۰۹

موجود در داروخانه ها، سوپرمارکت ها
و فروشگاه های رژیمی های

www.canderel.co.uk

تابستان و تشنگی

مریم عزیزیان

با شروع تابستان و گرمای هوا، تشنگی حس غالبی است که همه ما آن را تجربه می کنیم. از طرفی گرمی هوا به همراه تعریق، زمینه را برای کم آبی فراهم می کند. اگر در این هوای گرم قند خونمان هم بالا باشد حس تشنگی به همراه تکرر ادرار نیاز به مصرف مایعات را افزایش می دهد. بهترین راه حل برای پیشگیری از کم آبی و گرمزدگی در این شرایط مصرف بیشتر آب است. جایگزین کردن چای و قهوه به جای آب راه حل مناسبی نیست زیرا سبب دفع بیشتر آب از بدن می شوند. مصرف آبمیوه ها می تواند به تامین آب مورد نیاز ما کمک کند اما به یاد داشته باشیم با مصرف آبمیوه قند و کالری نیز به بدن می رسد که می تواند بر روی وزن و قند خونمان اثر بگذارد. از طرفی ممکن است با مصرف آب دچار دلزدگی از آن شوید. چند راهکار ساده برای طعم دار کردن آب به شما توصیه می کنیم:

- با اضافه کردن چند قطره آلبیمو، عرق نعنا، کاسنی، بید مشک، بهارنارنج، اسطوخودس، گلاب و یا سایر عرقیات به لیوان آب خود می توانید طعم و عطر متفاوتی را تجربه کنید. یادتان باشد هدف تغییر عطر و طعم آب مصرفی است پس از مواردی که گفته شد به مقدار کم و تقنینی استفاده کنید.
- می توانید از خاکشیر یا تخم شربتی استفاده کنید. یادتان باشد که به آن شکر یا نبات اضافه نکنید. اگر دوست دارید که طعم آنها کمی شیرین باشد می توانید از شیرین کننده های رژیمی استفاده کنید.
- ترکیب آب سبزیجات (به غیر از سبزیجات نشاسته ای) مثل آب کرفس به همراه نعنا یا چند قطره آلبیمو هم می تواند یک انتخاب تابستانی و خوب باشد.

- می توانید چند تکه کوچک میوه مثل کیوی، گیلان یا آلبالو را به همراه آب مدتی داخل فریزر بگذارید تا نیمه یخ زده شود به این ترتیب آب طعم و



عطر میوه ها را به خود می گیرد.

همینطور می توانید از نوشیدنی های مثل آیس تی و یا لیمو ناد رژیمی که دستور تهیه آن در زیر آمده است هم استفاده کنید.

طرز تهیه چای سرد یا آیس تی

می توانید چای سبز یا چای سیاه یا مخلوط هردو آن را دم کنید بعد از خنک شدن، به آن چند قطره آلبیمو، یا کمی زنجبیل، دارچین یا چند برگ نعنا و کمی یخ اضافه کنید. در صورتی که تمایل دارید که طعم آن شیرین باشد می توانید از شیرین کننده رژیمی استفاده کنید.

طرز تهیه لیموناد

۳ عدد لیمو را آبگیری کرده، آلبیمو و پوست رنده شده لیمو را به همراه ۲ لیوان آب بجوشانید. این شربت را داخل یخچال نگه دارید زمانی که نیاز به مصرف داشتید کمی شیرین کننده رژیمی و آب خنک به آن اضافه کنید.



اسموتی، یک میان وعده تابستانی!

اسموتی ها دسته ای از نوشیدنی ها هستند که بعنوان یک میان وعده کامل و مغذی مخصوصا برای کودکان قابل استفاده هستند. برای تهیه اسموتی ها کافی است این چند مرحله ساده و راحت زیر را انجام دهید:

- ۱- میوه مورد نظر خود را انتخاب کنید. می توانید از یک میوه و یا مخلوط چند میوه استفاده کنید. در صورتی که می خواهید اسموتی شما آبدارتر باشد از میوه های آبدار مثل هندوانه یا طالبی استفاده کنید. اما اگر می خواهید اسموتی قوام و لعاب بیشتری داشته باشد، می توانید از موز یا سیب استفاده کنید
- ۲- از یک رقیق کننده مناسب مانند شیر کم چرب، ماست، شیر سویا، آبمیوه، ماست یخ زده و یا آب معدنی استفاده کنید.
- ۳- برای بیشتر کردن ارزش غذایی اسموتی خود می توانید کمی شیر خشک و یا سبوس به آن اضافه کنید
- ۴- برای شیرین کردن بیشتر اسموتی می توانید از پودر شیرین کننده های رژیمی استفاده نمایید.
- ۵- در نهایت مواد را در مخلوط کن ریخته و مخلوط نمایید، کمی یخ به اسموتی اضافه کرده و آنرا را نوش جان کنید.

- به یاد داشته باشید مصرف میوه های تازه به دلیل آنکه محتوی فیبر هستند، نسبت به مصرف آبمیوه و میوه خشک اولویت دارد.
- به تعداد واحد کربوهیدرات های استفاده شده در این اسموتی ها که شامل میوه ها، آبمیوه، شیر سویا، شیر و ماست کم چرب، توجه کنید.



۳- در تهیه غذاهای که حاوی گوشت چرخ کرده هستند نیز می توانید از پالپ میوه ها استفاده کنید مثلا در تهیه کتلت، کباب ماهیتابه ای و یا کوفته می توانید از پالپ میوه های مثل هویج یا سیب استفاده کنید.

۴- اضافه کردن پالپ میوه ها به خورش فسنجان را هم فراموش نکنید؛ این کار علاوه بر اینکه لعاب فوق العاده ای به خورش می دهد عطر و طعم خورش را متفاوت تر می کند.

خوراکی های تابستانی

مریم عزیزیان

یخکمک انبه

انبه میوه ای است که در مناطق گرمسیر و آب و هوای گرم رشد می کند. انبه منبع خوبی از ویتامین C، بتاکاروتن و فیبر می باشد. به یاد داشته باشیم نصف یک انبه متوسط ۱ واحد میوه محسوب می شود که حاوی ۱۵ گرم کربوهیدرات می باشد. انبه منبع خوبی از بتاکاروتن است، بتاکاروتن در بدن تبدیل به ویتامین آ شده و می تواند نیاز بدن به ویتامین آ را برآورده کند.

طرز تهیه یخکمک انبه

۴ عدد انبه را پوست کنده و به قطعات کوچک خرد کنید سپس انبه خرد شده را به همراه یک پیمانه ۲۴۰ سی سی شربت ساده تهیه شده با شکر رژیمی و ۳ قاشق سوپخوری آلبیمو داخل مخلوط کن ریخته و مخلوط کنید. سپس مخلوط را درون دستگاه بستنی ساز ریخته و بگذارید خوب منجمد شود. در صورتیکه دستگاه بستنی ساز نداشتید، مواد را داخل فریزر بگذارید و بعد از ۲ ساعت از فریزر بیرون آورده، به هم بزنید و بار دیگر مواد را داخل فریزر گذاشته و بعد از ۲ ساعت از فریزر بیرون آورده به هم بزنید و سپس در ظرف ریخته و پس از تزئین با میوه و یا آجیل، میل بفرمایید.

- توجه داشته باشید هر نصف عدد انبه، برابر با یک واحد میوه بوده و در نتیجه این یخکمک حاوی ۸ واحد میوه می باشد.

- به یاد داشته باشیم در هر میان وعده می توانیم ۱ تا ۲ واحد کربوهیدرات استفاده نماییم.

آشنایی با سالادها

همه ما سالاد را به عنوان پیش غذا می شناسیم سالادهای متنوع و رنگارنگی وجود دارند که می توانند گاهی جای غذای اصلی و یا میان وعده را برای ما پر کنند. سالادها بدلیل داشتن سبزیجات می توانند منبع خوب تامین کننده فیبر، ویتامین و املاح دریافتی روزانه ما باشند.



گاهی اوقات ممکن است از مصرف مداوم یک نوع سالاد احساس دلزدگی کنید و دوست داشته باشید یک طعم جدید از سالاد را تجربه کنید. در اینجا به معرفی سالاد تبوله که یک سالاد عربی است می پردازیم این سالاد بدلیل داشتن بلغور (از منابع کربوهیدرات) می تواند جای غذای اصلی و یا یک میان وعده را نیز برای شما پر کند.

مواد لازم برای تهیه سالاد تبوله

بلغور خام (۱ پیمانه)، جعفری ساطوری درشت (تا ۳ پیمانه)، نعنا یا تازه ساطوری درشت (نصف پیمانه)، گوجه فرنگی خرد شده (۳ عدد)، پیازچه با ساقه سبز ساطوری درشت (یک چهارم پیمانه)، آلبیمو به مقدار دلخواه، فلفل قرمز ساییده (۱ قاشق مرباخوری)، روغن زیتون، نمک و فلفل به مقدار کافی.

درون یک کاسه بزرگ بلغور ریز را ریخته و روی آن آبجوش بریزید؛ مدت ۳۰ تا ۶۰ دقیقه صبر کنید تا بلغور نرم شود. سپس آنرا در صافی بریزید و خوب فشار بدهید تا آب آن کاملا گرفته شود. سپس سایر مواد را به بلغور اضافه کنید و اجازه دهید تا مواد با یکدیگر مخلوط شوند و طعم بگیرند سپس سالاد آماده است و می توانید آنرا میل کنید.

هر نصف لیوان بلغور پخته شده ۱ واحد نان و غلات محسوب می شود.



فریو از انسولین شما در هوای گرم و سفر مراقبت می کند.



فریو

خنک نگه دارنده انسولین

مشخصات کیف فریو

۱. خنک نگهدارنده و محافظ انسولین
۲. بدون نیاز به یخچال، یخ، برق و باتری
۳. تنها با چند دقیقه قرار دادن در آب، شارژ می شود
۴. انسولین را برای ۲ روز خنک نگه می دارد
۵. همراه بی نظیر شما در گرما، سرما و سفر
۶. دارای CD آموزشی و دفترچه راهنمای فارسی
۷. ساخت کشور انگلستان



خنک نگه دارنده انسولین
بدون نیاز به یخچال، یخ، برق و باتری
تنها با چند دقیقه قرار دادن در آب، شارژ می شود



www.frio.ir
021-22222222

اخبار داخلی

گابریک و دیدگاه تازه

سخن مدیریت



ارائه گزارش هشت سال خدمات صادقانه و ثمربخش آموزشی و حمایتی انجمن به عزیزان مبتلایان به دیابت و رضایت قابل توجه آنان از این خدمات، به اولین جلسه امسال هیات امنا و مدیره انجمن انعکاس یافته بود سبب گردید که دیدگاه تازه ای برای گسترش ارتقای کیفی و سهولت دسترسی در تداوم ارائه این خدمات در برابر انجمن گشوده شود. در این دیدگاه که به عنوان راهبرد میان مدت در پیش رو داریم ساختار رهبری انجمن توصیه اکید داشته اند که انجمن باید در خارج از گابریک حضور گسترده تری داشته باشد و در این راستا راهکارهای زیر توصیه شده است. مسلمان اقدام ها به آنچه در زیر می آید محدود نخواهد بود:

- ۱- حضور در مناطق محروم تر و نیازمند شهری با استفاده از فضاهای فیزیکی که از طریق سازمان ها، نهادها و ارگان های محلی در اختیار قرار خواهد گرفت، برای برگزاری کلاس های آموزشی مقدماتی، کمپین رویان آبی (اطلاع رسانی همگانی) و مشاوره.
 - ۲- استفاده از فضاهای پرتردد نظیر مترو، فضاهای ورزشی، ترمینال های مسافری، فرودگاه ها و
 - ۳- استفاده بیشتر از ظرفیت های رسانه ملی، شنیداری و دیداری.
 - ۴- استفاده از امکانات تصویری شبکه ای موجود در شهر تهران و شبکه های کشوری.
 - ۵- حضور در فضاهای کارخانه ای و کارگری و استفاده از امکانات تصویری کارگری.
 - ۶- حضور در داروخانه ها، مکان های پزشکی، پلی کلینیک ها و بیمارستان ها جهت ارائه خدمات مشاوره ای.
 - ۷- تهیه برنامه های مشترک در جهت اطلاع رسانی همگانی (کمپین رویان آبی) و خدمات مشاوره ای.
 - ۸- حضور در اجتماعات مردمی، فرهنگی، پارک ها.
 - ۹- حضور در کریدورهای سینماها.
- تردیدی نیست که این حضور گسترده، تلاش پیگیری را از عزیزان گابریکی خودم در انجمن، طلب می کند و پرواضح است که همزمان نیاز های ما را به حمایت همه جانبه اعضای محترم، حامیان ما در جامعه بیشتر خواهد کرد. امیدوارم که این تلاش ها و حمایت ها در سایه یاری خدای بزرگ ما را در انجام این رسالت به شکوفایی برسد.

برگزاری مجامع عمومی انجمن در تیرماه سال ۱۳۹۳



در تاریخ ۱۲ تیرماه، مجمع عمومی فوق العاده با حضور اکثریت اعضای هیئت امنا برگزار گردید. هدف اصلی این جلسه، تغییراتی در اساسنامه انجمن از جمله افزایش تعداد اعضای هیئت امنا بود. مهندس کیخان زاده مدیر عامل انجمن پس از پایان این جلسه خاطر نشان کرد که هیئت امنای فعلی، به پیوستن ۳ نفر به جمع هیئت امنای انجمن موافقت نمودند و نفرت جدید نیز عضویت در هیئت امنای انجمن را پذیرفتند. هیئت امنای فعلی ابرار امیدواری

کردند که با پیوستن این افراد محرب در حوزه سازمان های مردم نهاد، انجمن در حوزه های جلب کمک های مردمی و مدیریتی تقویت شده و امیدواریم در راستای پیاده سازی موفق برنامه راهبردی ۵ ساله و سیاستگذاری های آینده با قدرت بیشتری به پیش رویم. اعضای جدید هیئت امنای (به ترتیب حروف الفبا) عبارتند از:

۱. دکتر محمدتقی چراغچی باشی آستانه (از مدیران ارشد سابق وزارت بهداشت، مشاور فعلی معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، مدیرعامل سازمان های مردم نهاد بین المللی، سیاستگذار حوزه سلامت، معاونت برون سازمانی انجمن دیابت گابریک از دی ماه سال ۹۱ و تجارت ارزشمند دیگر).
۲. آقای مجید قمی (مدیر عامل سابق آسایشگاه خیریه کهریزک، عضو هیئت مدیره آسایشگاه کهریزک، عضو هیئت مدیره انجمن ام اس ایران، مدیر عامل درمانگاه خیریه جوادالاثمه، عضو هیئت مدیره انجمنها و شرکت های مختلف و از اعضای قدیمی انجمن).
۳. آقای مهدی متحدان (مدیر عامل خیریه متحدان، خیر مدرسه ساز، عضو هیئت مدیره انجمن یآوری فرهنگی، بازگان موفق، عضو هیئت مدیره انجمن ها و شرکت های مختلف و از اعضای قدیمی انجمن).

همچنین اساسنامه انجمن در زمینه تعداد اعضای هیئت مدیره از ۵ نفر به ۷ نفر اصلاح گردید. پس از آن مجمع عمومی سالیانه با دستور کار ارائه گزارش هیات مدیره، گزارش بازرس، تصویب تراز مالی و برگزاری انتخابات هیات مدیره برگزار گردید. در بخشی از گزارش سالیانه انجمن از زبان مدیر عامل دستاوردهای سال ۹۲ به قرار زیر عنوان شده است:

- طراحی و برگزاری موفق کمپین خلاقانه رویان آبی به عنوان اولین کمپین عمومی گابریک در خصوص پیشگیری اولیه از دیابت (اولویت ۳ برنامه استراتژیک)
- طراحی چارت سازمانی جدید با دیدگاه فدراسیون و رشد آینده سازمان (اولویت ۱ برنامه استراتژیک)
- رای زنی و برگزاری جلسات گوناگون با نخبگان و صاحب نظران خیریه و سازمانهای مردم نهاد در راستای تقویت هیئت امنای (اولویت ۱ برنامه استراتژیک)
- تاسیس کمیته فرهنگ گابریکی و بکارگیری روانشناس سازمانی و اجرای برنامه های گوناگون جهت نهادینه کردن فرهنگ گابریکی داخل سازمان (اولویت ۱ برنامه استراتژیک)
- گسترش ارتباط با وزارت بهداشت و شهرداری تهران (اولویت ۲ برنامه استراتژیک)
- اقدام به عضویت در فدراسیون بین المللی دیابت (IDF) و پیگیری و جستجوی راه حل در خصوص موانع عضویت (اولویت ۳ برنامه استراتژیک)
- برگزاری کمپین گابریکی (هم در راستای اطلاع رسانی در مورد گابریک در مراکز پزشکی و هم در راستای فرهنگ کار تیمی و مشارکت در کل سازمان، اولویت ۱ و ۳ برنامه استراتژیک)
- حضور برنامه های آموزش دیابت گابریک در شهرهای کیش، تبریز، مشهد، کرج، لارستان با تمرکز بر آموزش پرستاران، متخصصین تغذیه، پزشکان عمومی و همچنین بیماران دیابتی نوع یک (اولویت ۱ و ۵ برنامه استراتژیک)
- رورودیه حوزه تحقیق در راستای بررسی کیفیت آموزش مدرسه دیابت گابریک (اولویت ۴ برنامه استراتژیک)
- راه اندازی کمیته مشورتی آموزش دیابت گابریک جهت استاندارد سازی مدرسه دیابت گابریک (اولویت ۵ برنامه استراتژیک)
- چاپ و توزیع ۴ شماره فصلنامه (اولویت ۵ و ۷ برنامه استراتژیک)
- راه اندازی «صندوق امید» با کمکهای نیکوکار عزیز آقای هوشنگ رهاوی در راستای کمک به مددجویان (اولویت ۵ برنامه استراتژیک)

در ادامه، اعضای اصلی هیئت مدیره به قرار زیر انتخاب شدند (به ترتیب حروف الفبا): ۱- دکتر علیرضا استقامتی، ۲- دکتر عادل جاهد، ۳- دکتر فرهاد حسین پناه، ۴- مهندس امیر فرزام، ۵- آقای مجید قمی، ۶- مهندس هرمز کیخان زاده و ۷- آقای مهدی متحدان

دوست من انسولین^۹ - همدان



نهمین برنامه ملی «دوست من انسولین» در شهر همدان، در تاریخ ۲۸ و ۲۹ خرداد ماه ۹۳، برگزار شد.

- روز اول، ویژه جامعه پزشکی و پیراپزشکی، در «تالار معلم» از ساعت ۸:۰۰ تا ۱۲:۰۰ و ویژه افراد دیابتی نوع یک وابسته به انسولین از ساعت ۱۵:۰۰ تا ۱۸:۰۰.
- روز دوم، ویژه جامعه پزشکی و پیراپزشکی، در «کانون مهدیه» از ساعت ۸:۰۰ تا ۱۲:۰۰ و ویژه افراد دیابتی نوع یک وابسته به انسولین از ساعت ۱۵:۰۰ تا ۱۸:۰۰.

روز اول، ۷۹ نفر از جامعه پزشکی و پیراپزشکی (پزشک عمومی، کارشناس تغذیه، پرستار و ...) با مباحث آموزشی مورد نیاز افراد دیابتی و چگونگی بیان و انتقال این مطالب به آن ها، آشنا شدند. برنامه با مجری گری سرکار خانم مامک معافی (نماینده اجرایی این برنامه) آغاز گردید. پس از آن برنامه با سخنرانی سرکار خانم دکتر زهرا رضوی (پزشک فوق تخصص غدد)، سرکار خانم دکتر راضیه میر معینی و پس از آن جناب آقای دکتر محمدتقی چراغچی (معاونت برون سازمانی گابریک) ادامه یافت. پس از آن سرکار خانم سحر دوخانی (مدیر واحد روابط عمومی و پروژه های خاص گابریک) به معرفی انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک و کمپین رویان آبی پرداختند. طی ادامه این کمپین، حضار برای یک روز قول دادند که:

- ۱- به جای شیرینی میوه بخورند.
- ۲- ۳۰ دقیقه پیاده روی کنند.
- ۳- یک نفر دیگر را هم از خودش راضی کنند. (یعنی آگاهش کنند تا برای سلامتی خودش یک گام بردارد).

در ادامه سرکار خانم دکتر سارا صداقت (سرپرست واحد علمی گابریک) و سرکار خانم سیما عباسی، مدرسین اعزامی از تیم علمی گابریک، به بیان مباحث علمی پرداختند. همچنین سخنرانی سرکار خانم دکتر زهرا علیان به نمایندگی شرکت فریر آسایط طب نیز در این بخش بود. بخش دوم برنامه، با حضور ۱۱۰ فرد دیابتی با سخنرانی سرکار خانم سحر دوخانی، با معرفی انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک و برگزاری کمپین رویان آبی، در ساعت ۱۵:۰۰ شروع شد. این بخش با بیان مباحث تغذیه و پزشکی توسط مدرسین گابریک، ادامه یافت و در ساعت ۱۸:۰۰ به پایان رسید. افراد دیابتی با دیدن پرسنل گابریک که خود دیابتی نوع یک بودند، انگیزه بیشتری برای کنترل قند خون و داشتن زندگی سالم پیدا کردند.

روز دوم نیز ادامه مباحث تغذیه و پزشکی توسط مدرسین گابریک در سانس اول از ساعت ۸:۰۰



مددکاری و کمک های مردمی

واحد مددکاری و کمک های مردمی انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک، همه ساله در ماه مبارک رمضان، ماه نزول قرآن، با کمک همیاران بزرگوار، برنامه گلریزان «روزی شیرین برای تلخی قند» را برگزار می نماید.

امسال نیز در روز ۱۳۹۳/۴/۱۸ برنامه افطاری گلریزان را در سالن رستوران دیپلمات واقع در مجتمع فرهنگی تفریحی میثاق که از بانیان برگزاری این مجلس بودند، با حضور ۱۰۰ نفر از همیاران برگزار نمود.

در بدو ورود، میهمانان با خیرمقدم و پس از دریافت بسته معرفی انجمن و جزوه دیابت و روزه داری به سمت ایستگاه تست قند خون هدایت شدند. این ایستگاه با همکاری شرکت های فریترآس طب و درمان یاب سلامت پویا برگزار شده بود. سپس میهمانان توسط واحد روابط عمومی و پروژه های خاص، به کمپین «روبان آبی» پیوستند و برای داشتن یک روز زندگی سالم قول دادند. همچنین به بازدید از گزارش عملکرد سالانه انجمن در سال گذشته (۱۳۹۲)، راهنمایی شدند.

برنامه از ساعت ۱۹:۰۰ با تلاوت آیاتی چند از کلام

اله مجید و سرود ملی جمهوری اسلامی ایران آغاز گردید. سپس کلیپی از فدراسیون جهانی دیابت، در ارتباط با اطلاع رسانی و کنترل دیابت برای عموم مردم و کلیپی از کلاس کودکان و فعالیت های انجمن به نمایش درآمد. سپس خانم جم (مجری برنامه) ضمن خیر مقدم از آقای دکتر چراغچی باشی قائم مقام مدیر عامل و عضو هیات امنا انجمن، دعوت به سخنرانی نمود. ایشان ضمن خوشامدگویی و ارائه گزارش مختصری از برنامه راهبردی پنج ساله انجمن از آقای مهندس کیخان زاده (مدیرعامل و رئیس هیات مدیره) دعوت به سخنرانی نمود و ایشان نیز پس از خوشامدگویی به مدعوین، گزارش عملکرد سالیانه گابریک را ارائه نمودند.

سخنران بعدی جناب آقای دکتر جلالی (روان پزشک) بودند که سخنان میسوطی در ارتباط با شاد زیستن، سالم زندگی کردن و شکر نعمات ابراد نمودند. سپس آقای دکتر استقامتی (پزشک فوق تخصص غدد و متابولیسم) از اعضای هیات امنای انجمن، طی تماس تلفنی، مطالب جالبی در زمینه اهمیت صرف هزینه برای پیشگیری و آموزش افراد دیابتی بیان نمودند. همچنین در مورد تاثیر مثبت آموزش بر زندگی افراد دیابتی خانم جم و خانم دکتر صداقت

سخنرانی داشتند که روشنگر ارزش آموزش دیابت و حس انسندوستی بود.

سخنران بعدی جناب آقای امیراحمدی از همیاران جدید، از انجمن «یاوری»، برنامه دریافت کمک های مردمی را با فروش تابلو های خطاطی آقای آذری (هنرمند برجسته) آغاز نمودند. چهار تابلو ایشان به فروش رسید. همچنین یکی از تابلو ها پس از خرید توسط فرد خیری به گابریک اهدا شد و پس از آن فرد خیر دیگری آن را خریداری نمود. اکثریت قریب به اتفاق حضار کمک های خود را اهدا نمودند. کودکان دیابتی آموزش دیده انجمن نیز با اهدای گل از همه حاضرین تشکر نمودند.

در خلال برنامه فیلم گزیده ای از اشعار مرحوم مجتبی کاشانی، بنیانگذار انجمن یاوری به نمایش گذاشته شد.

در پایان از شرکت های حامی (فریر آس طب، درمان یاب سلامت پویا، پرمون طرح و رستوران دیپلمات) و آقایان متحدان و قمی از اعضای جدید هیات امنا و سایر شرکت کنندگان این برنامه تشکر ویژه به عمل آمد.

برنامه با اجرای موسیقی توسط آقای آرشام و همنوایی آقای ربانی پس از صرف افطار و شام در ساعت ۲۲:۳۰ خاتمه یافت.



کنگره غدد



انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک نیز در این کنگره غرفه ای داشت و به معرفی خدمات انجمن به پزشکان شرکت کننده، پرداخت. افراد اعزامی از گابریک به این کنگره: سرکار خانم سحر دوخایی (مدیر واحد روابط عمومی و پروژه های خاص)، سرکار خانم شراره صدقی خویی (کارشناس واحد روابط عمومی و پروژه های خاص)، سرکار خانم دکتر سارا صداقت (سرپرست واحد علمی) و جناب آقای دکتر علی بنکدار (کارشناس واحد علمی) بودند. همچنین تن پوش شخصیت کارتون کیپو برای اولین بار با همیاری دو تن از افراد دیابتی نوع ۱ (آقایان امین خسروی، محمدرضا عاشوری) در کنگره حضور داشتند.

سرکار خانم سحر دوخایی در روز پنجشنبه، ساعت ۱۰:۳۰ به مدت ۱۵ دقیقه سخنرانی داشتند و به معرفی انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک و کمپین روبان آبی پرداختند.

پس از آن سرکار خانم دکتر سارا صداقت در مورد نقش و اهمیت DSME در کنترل دیابت (آموزش خود مدیریت دیابت) و معرفی روش آموزش خود مراقبتی دیابت گابریک سخنرانی نمودند.

در روز جمعه نیز برخی از پزشکان فوق تخصص غدد اطفال در غرفه گابریک با حضور خانم ها صداقت و دوخایی نشستند و نظرات و پیشنهادات در جلسه ای عنوان شد.

مایه دلگرمی و ایجاد انگیزه است که حمایت این پزشکان دلسوز همواره روشنگر اهداف انساندوستانه گابریک می باشد.

در پایان از سرکار خانم دکتر زهرا رضوی که انجمن را برای شرکت در این کنگره یاری نمودند، کمال تشکر را داریم.

این کنگره با همکاری انجمن غدد و متابولیسم کودکان ایران و دانشگاه علوم پزشکی همدان با حضور اساتید و فوق تخصصین غدد اطفال و پزشکان عمومی در تاریخ ۲۹ لغایت ۳۱ مرداد ماه ۹۳ در همدان برگزار گردید.

رئیس کنگره دکتر حبیب الله موسوی بهار (رئیس دانشگاه علوم پزشکی همدان)، دبیر علمی کنگره دکتر زهرا رضوی (فوق تخصص غدد اطفال دانشگاه علوم پزشکی همدان)، دبیر اجرایی کنگره دکتر زهرا علیان نژاد (فوق تخصص غدد اطفال دانشگاه علوم پزشکی همدان) بودند.

محورهای اصلی این همایش را رشد و اختلالات آن، بیماری های استخوان، بیماری تیروئید، بیماری های متابولیک، بیماری های غدد فوق کلیه، بیماری های دستگاه تناسلی تشکیل داده بود.



کاهش می یابد. به علاوه، برداشتن قسمتی از معده، باعث کاهش ترشح هورمونی به نام گرلین از دستگاه گوارش می شود. گرلین هورمون گرسنگی نام دارد و کاهش ترشح آن باعث کاهش اشتهای فرد می شود.

مکانیسم تاثیر این جراحی در بهبود کنترل قند خون به طور دقیق مشخص نیست اما تغییرات سیستم عصبی هورمونی روده و کاهش وزن به عنوان عوامل موثر مطرح شده اند. لازم به ذکر است که نتایج دراز مدت این جراحی در دسترس نیست و همچنان در حال بررسی می باشد.

جراحی متابولیک برای چه افرادی مناسب است؟

فاکتور های شاخص توده بدنی بزرگتر و مساوی ۳۵، بیماری های مرتبط با چاقی و عدم دستیابی به کاهش وزن علی رغم رژیم غذایی مناسب کاهش وزن و افزایش فعالیت بدنی، در تصمیم به انتخاب جراحی متابولیک برای افراد دیابتی تعیین کننده هستند.

اگرچه مطالعاتی مبنی بر اثر بخشی جراحی متابولیک بر روی بیماران دیابتی نوع دو با BMI (شاخص توده بدنی) کمتر از ۳۵ انجام شده است، اما به دلیل کافی نبودن شواهد علمی موجود، فعلا این جراحی برای چنین افرادی توصیه نمی شود.

تصمیم گیری در این مورد امری کاملا تخصصی است، مشورت با پزشک متخصص در تصمیم به انجام هرگونه مداخله درمانی، امری ضروری و حیاتی است.

جراحی متابولیک چه عوارضی در پی دارد؟
جراحی متابولیک، مانند هر جراحی دیگری دارای خطرات و عوارضی است که می بایست پیش از اقدام به انجام آن مورد توجه قرار گیرند؛ میزان مرگ و میر و عوارض ۳۰ روز بعد از عمل ۰.۲۸ درصد و مشابه عمل لاپاراسکوپیک برداشتن کیسه صفرا است.
عوارض بلند مدت بعد از عمل شامل کمبود ویتامین ها و مواد معدنی، پوکی استخوان و ندرتا هیپوگلیسمی شدید ناشی از ترشح بیش از حد انسولین می باشد.



جراحی Ileal Interposition چیست؟
Ileal Interposition یا جایگزینی ایلئوم یکی از انواع روش های جراحی متابولیک به شمار می آید که به عنوان درمان **قطعی** دیابت در تبلیغات ماهواره ای دیده می شود، به عنوان یک گزینه درمانی در **دیابت نوع دو در حال بررسی** است.
در این جراحی، جراح بخشی از ایلئوم روده باریک را به همراه سیستم گردش خون و سیستم هورمونی آن قسمت جدا کرده و آن را در قسمت های بالایی روده باریک، در نزدیکی معده، قرار می دهد. انجام این جراحی در مطالعات حیوانی باعث افزایش قابل توجه هورمون روده ای GLP-۱ شده است. نتایج مطالعات اولیه این جراحی بر روی انسان امیدوار کننده است. طبق یک مطالعه صورت گرفته روی ۶۰ بیمار دیابتی با BMI بین ۲۳.۶ الی ۳۴.۴، حدود ۸۷ درصد از بیماران طی پیگیری متوسط ۷.۴ ماهه، به کنترل مطلوب قند رسیدند. تایید این نتایج نیازمند مطالعات بیش تری است.

در مواردی که کاهش وزن مد نظر پزشک باشد، پس از انجام عمل جایگزینی ایلئوم، عملی به نام گاسترکتومی نیز انجام می گیرد. در طی این عمل، بخشی از معده به طور کامل برداشته می شود، و در نتیجه جذب مواد غذایی نیز
وزن و کاهش توده بافت چربی و به طبع آن کاهش تولید هورمون های بافت چربی می دانند. بنابراین هم اکنون بر مبنای راهنماهای بالینی این نوع جراحی فقط برای افرادی توصیه می شود که نمایه توده بدنی بسیار بالا دارند (بسیار چاق هستند) و حداقل دو عامل خطر جدی سلامت آنان را بشدت تهدید نماید و ضمنا به رژیم درمانی و دارو درمانی نیز جواب نداده باشند.
یکی دیگر از پرسش هایی که پاسخ آن هنوز مشخص نیست این است که کدام یک از روش های جراحی متابولیک در درمان دیابت نوع دو بیش ترین اثر بخشی را دارد. شناخته شده ترین روش جراحی متابولیک Gastric Bypass است. سایر روش ها شامل موارد زیر است:

- Gastric Banding
- Biliopancreatic Diversion with or without Duodenal Switch
- Vertical Sleeve Gastrectomy,
- Ilial Interposition.
- Duodenojejunal Bypass

همینطور روش جراحی کم تهاجمی Intraluminal Duodenal Sleeve نیز در حال بررسی است.

جراحی Bariatric که از لغت یونانی Baros به معنای وزن گرفته شده است به معنای جراحی کاهش وزن است؛ اگرچه پس از پژوهش های متعدد بر روی این جراحی ها پژوهشگران دریافتند که مکانیسم اثر جراحی ها تنها به کاهش وزن محدود نمی شود. در سال ۱۹۹۵ دکتر والتر پوریز و همکارانش مقاله ای منتشر کردند. در این مقاله درمان جراحی به عنوان موثرترین درمان برای دیابت نوع دو شناخته شده بود. پس از آن مطالعات بسیار زیادی انجام شد که نشان دهنده تاثیر جراحی در درمان و یا بهبود بیماری های متابولیک مانند دیابت نوع دو بود. بنابراین امروزه واژه جراحی متابولیک، جایگزین جراحی bariatric شده است. امروزه جراحی متابولیک به عنوان روش جراحی موثر در بهبود بیماری های متابولیک به خصوص دیابت نوع دو شناخته می شود.

لازم به ذکر است که این جراحی به هیچ وجه در درمان دیابت نوع یک مطرح نشده و توصیه نمی شود.

آیا جراحی متابولیک منجر به درمان دیابت نوع دو می شود؟

هنوز بسیاری از جنبه های بیماری دیابت نوع دو ناشناخته بوده و نمی توان ادعا کرد که درمان قطعی دیابت نوع دو با جراحی امکان پذیر است. هدف از روش های درمانی فعلی قرار دادن بیماری در فاز استراحت (Remission) است، به این معنی که فرد دیابتی بدون نیاز به داروهای دیابت به محدوده قند خون نرمال دست یابد.

در سال ۲۰۰۴ نتایج یکی از مطالعات اصلی در مورد ۲۲ هزار عمل جراحی bariatric در ژورنال پزشکی JAMA منتشر شد. این نتایج نشان داد که در بسیاری از افراد مبتلا به دیابت نوع دو بسیار چاق که به درمان های دارویی و برنامه غذایی صحیح پاسخ نداده اند، جراحی متابولیک به عنوان درمان دیابت کمک کننده بوده است. پژوهشگران علت این اثر بخشی را کاهش

روش های درمانی در رتینوپاتی دیابتی

دکتر علی بنکدار

رتینوپاتی دیابتی یکی از شایع ترین علل نابینایی در سراسر جهان و عامل اصلی کاهش دید در بیماران ۲۵ تا ۷۴ ساله است. نابینایی ناشی از رتینوپاتی دیابتی می تواند ناشی از ادم ماکولا، خونریزی عروق جدید، پارگی شبکه و یا گلوکوم ناشی از عروق جدید باشد.

قسمت عمده بیماران دیابتی که دچار رتینوپاتی دیابتی می شوند، تا آخرین مراحل بیماری علامت خاصی ندارند. از آنجا که سرعت پیشرفت بیماری بالاست و درمان در مراحل اولیه می تواند علاوه بر جلوگیری از پیشرفت عارضه، خواص درمانی نیز داشته باشد، غربالگری بیماران دیابتی برای رتینوپاتی دیابتی به طور منظم بسیار ضروری است. بروز میکروآنوریسم در شبکه چشم بیماران مبتلا به دیابت، به عنوان اولین علامت رتینوپاتی دیابتی، در پی آسیب پری سیت ها و در نتیجه آن، پرولیفراسیون سلول های اندوتلیال ایجاد می شود. به نظر می رسد این پرولیفراسیون سلولی (آنژیوژنز)، ناشی از هیپوکسی ایجاد شده در مراحل پیشرفته بیماری باشد؛ آزادسازی فاکتور های آنژیوژنیک مثل فاکتور رشد اندوتلیالی عروقی (VEGF)، فاکتور رشد اولیه فیبروبلاست و فاکتور رشد شبه انسولین، در ادامه منجر به تشکیل عروق جدید در چشم خواهد شد. این عروق جدید مسئول خونریزی داخل زجاجیه و گاها پارگی شبکه بوده که منجر به درجات شدیدی از کم بینایی تا نابینایی در بیماران می گردند. به علاوه، از دیگر عوارض چشمی دیابت، موسوم به رتینوپاتی دیابتی غیر پرولیفراتیو، می توان به ادم ماکولای دیابتی یا DME، با کلید تشخیصی اگزودا، ادم و خونریزی اشاره کرد.

درمان با لیزر

هم اکنون درمان استاندارد رتینوپاتی پرولیفراتیو شبکه، Panretinal Laser Photocoagulation یا PRP می باشد. با وجود اثرات درمانی اثبات شده درمان با PRP بر رتینوپاتی پرولیفراتیو دیابتی، عوارض جدی آن، مانند از دست رفتن دید محیطی و دید در تاریکی، همچنان مایه نگرانی است.

درمان ضد VEGF

رویکرد درمانی جدید به رتینوپاتی دیابتی، کنترل فاکتور خونی VEGF خصوصا در مراحل پیشرفته ادم ماکولای دیابتی است. مطالعات انجام شده با آنتی بادی های اختصاصی ضد VEGF مثل پگاپتانیب، بواسیزوماب و رانیبیزوماب تا کنون نتایج امیدوار کننده ای در پی داشته اند. با این حال در حال حاضر رانیبیزوماب تنها داروی تأیید شده برای درمان ادم ماکولای دیابتی می باشد. به علاوه به نظر می رسد بکارگیری درمان ضد VEGF، خصوصا در موارد ادم ماکولای مرکزی، تأثیرات مثبتی بر سرعت پیشرفت بیماری، عوارض نامطلوب رتینوپاتی دیابتی و همچنین به تأخیر انداختن نیاز به لیزر درمانی خواهد داشت.

درمان با استروئید

استفاده از استروئید ها در کاهش التهاب، که از عوامل تشدید کننده ادم ماکولای دیابتی است، به عنوان یک رویکرد درمانی نوین مورد توجه قرار گرفته است. تزریق ایمپلنت های استوانه ای غیر قابل جذب حاوی فلوسینولون استونید داخل چشم بیماران به عنوان یک روش آزمایشی برای تجویز دارو طی دو مطالعه بزرگ آزمایش شده است. نتایج اولیه امیدوار کننده بوده و بیمارانی که سابقه طولانی تری از ادم ماکولای دیابتی داشتند، سود بیشتری از این رویکرد درمانی بردند.

سایر رویکرد های درمانی

آنژیوپوئتین ۲ از دیگر فاکتور های هدف در درمان ادم ماکولای دیابتی است. این سیتوکاین التهابی عامل افزایش نفوذپذیری عروق در DME است. داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی می توانند در کنترل این عارضه موثر باشند؛ به نظر می رسد مصرف روزانه آسپرین با دوز بالا می تواند سرعت ایجاد میکروآنوریسم های شبکه را کاهش دهد.

منابع:

HoylePeer, B. Novel Pharmacotherapies in the Treatment of Diabetic Retinopathy. Reviewed Highlights From the American Diabetes Association 73rd Annual Scientific Sessions Chicago, Illinois, USA June 21-25, 2013.

اینسوپن سرسوزن تزریق انسولین پیک

NEW

5 mm 31G

4 mm 32G

6 mm 32G

8 mm 31G

۱- امکان انتخاب سرسوزن های متفاوت بر اساس نیاز بیمار

۲- سازگار با تمام قلم های انسولین استاندارد و معتبر دنیا (به علت داشتن ISO ۱۱۰۵۸)

۳- تزریق بدون درد با استفاده از تکنولوژی تراش سه گانه، الکتروپولیش و پوشش سلیکونی

۴- تزریق یکنواخت انسولین با داشتن دیواره داخلی نازک (Thin Wall)

عرشه در داروخانه ها و فروشگاه های معتبر تجهیزات پزشکی

FARIR TEB

www.picosolution.ir

۰۲۱-۴۴۸۳۷۰۰۰

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

دیابت و مدرسه

سیماعیاسی



علائم قند خون بالا چیست؟

تشنگی بیش از حد، خشکی دهان، خستگی و بی حالی، تکرر ادرار، تهوع

با مشاهده این علائم چه باید کرد؟

با مشاهده این علائم حتما از دانش آموز بخواهید قند خون خود را اندازه گیری کند. در صورتی که قند خون از ۲۵۰ بالاتر بود حتما مربی بهداشت مدرسه را آگاه نمایید.

از آنجا که قند بالا باعث کم آبی بدن می گردد از دانش آموز بخواهید هر ساعت یک لیوان آب بنوشد و در استفاده از سرویس بهداشتی او را آزاد بگذارید. همچنین از او بخواهید هر یک ساعت مجددا قند خونش را کنترل کند تا از روند کاهش قند اطمینان حاصل شود. در صورتی که دانش آموز دچار دل درد، حالت تهوع و بی حالی شدید بود، به دلیل خطر بروز عارضه

نوشیدنی های زیر را فراهم نمایید:

- ۴ حبه قند حل شده در نصف لیوان آب
- یا نصف لیوان آب میوه صنعتی (حاوی شکر)
- نصف لیوان نوشابه غیر رژیمی

حتما از دانش آموز بخواهید ۱۵ دقیقه بعد از دریافت نوشیدنی های یاد شده، مجددا قند خونش را اندازه گیری نموده و در صورتی که همچنان قند خونش پایین بود مجددا از یکی از خوراکی های یاد شده استفاده نماید.

توجه داشته باشید که تحت هیچ شرایطی نباید دانش آموز را در حالت افت قند تنها گذاشته و یا به تنهایی برای درمان افت قند به خارج از کلاس فرستاد!

هیپرگلیسمی یا قند خون بالا به معنای بالاتر بودن قند خون از میزان هدف است که در صورت عدم درمان به موقع می تواند عواقب جدی برای سلامت دانش آموز داشته باشد.

در شماره گذشته فصلنامه گابریک به بیان برخی از نگرانی های والدین دانش آموزان مبتلا به دیابت، ارائه تعریفی از دیابت و معرفی انواع انسولین پرداختیم. در این شماره قصد داریم بیشتر در رابطه با نقش آموزگاران و سایر کادر مدرسه در کمک به دانش آموزان مبتلا به دیابت بحث کنیم.

به عنوان یک آموزگار، باید این انتظار را داشته باشید که شاید تعدادی از دانش آموزان شما به دیابت مبتلا باشند. حدودا از هر ۴۰۰ الی ۵۰۰ کودک، یک نفر مبتلا به دیابت مبتلا است و از آنجا که کنترل دیابت یک امر روزانه و دائمی است، آگاهی کادر مدرسه به ویژه آموزگاران و کارشناس بهداشت مدرسه از اصول کنترل دیابت یکی از اساسی ترین مسایل در موفقیت دانش آموزان در امر مدیریت دیابت است؛ این موضوع در رابطه با دانش آموزان کم سن تر، از اهمیت بیشتری نیز برخوردار است. زمانی که کودکان مبتلا به دیابت در مدرسه به سر می برند و از خانواده دور هستند، ممکن است برای تست قند و احیانا تزریق انسولین به کمک آموزگار یا کارشناس بهداشت مدرسه نیازمند باشند.

یکی از مسایلی که باید کادر مدرسه به ویژه آموزگاران و کارشناسان بهداشت از آن آگاهی داشته باشند، علایم و درمان افت قند و قند خون بالا است. هیپوگلیسمی یا قند خون پایین، از مشکلات جدی افراد دیابتی به شمار می آید و نیازمند درمان فوری است. در این حالت قند خون دانش آموز از ۷۰ میلی گرم بر دسی لیتر بسیار پایین تر است.

علائم افت قند خون چیست؟

رنگ پریدگی، تعریق بیش از حد، تغییر رفتار، عدم توانایی در تمرکز، اختلال در تکلم، خواب آلودگی و لرزش دست

با مشاهده این علائم چه باید کرد؟

با مشاهده این علایم ابتدا قند خون فرد را اندازه گیری نمایید و پس از اطمینان از افت قند، یکی از این

کنترل دیابت در کودکی و نوجوانی

سیماعیاسی

کودکان در سنین مختلف، توانایی انجام وظایف گوناگون و پذیرش مسئولیت های متفاوتی را دارند. عدم توجه به این مسئله باعث ایجاد احساس شکست و فراهم شدن زمینه عزت نفس پایین در کودک و نوجوان خواهد شد.

سنین زیر ۳ سال

مراحل رشدی: نشستن (۶ تا ۸ ماهگی)، چهار دست و پا رفتن (۶ تا ۱۲ ماهگی)، راه رفتن (۱۲ تا ۱۸ ماهگی)، آغاز ادای کلمات (بعد از ۱۲ سالگی)

وظایف مرتبط با کنترل دیابت: مسئولیت کنترل دیابت در این سنین کاملا به عهده والدین است.

سنین ۳ تا ۷ سال

مراحل رشدی: کودکان در این سنین تفکر عینی داشته و قادر به درک مفاهیم انتزاعی نیستند. به عنوان مثال آنها این مسئله را که «تزریق انسولین برای سلامتی لازم و مفید است» درک نمی کنند و آنرا یک تنبیه به دلیل اشتباهی که مرتکب شده اند، تلقی می کنند. به همین دلیل والدین باید هنگام تزریق انسولین یا تست قند، مکررا به کودک یادآوری کنند که کودک مرتکب هیچ اشتباهی نشده و سعی کنند با زبان ساده و کودکانه مراحل تست قند و تزریق انسولین را برای کودک توضیح دهند.

وظایف مرتبط با کنترل دیابت: همچنان مسئولیت اصلی به عهده والدین است. کودکان به تدریج می توانند کارهایی مانند شستن دست و انتخاب انگشت برای تست قند خون را انجام دهند و برخی علائم افت قند را تشخیص دهند. کودکان در این سنین درکی از زمانبندی ندارند و باید زمان تزریق انسولین توسط والدین رعایت شود. با نزدیک شدن به ۷ سالگی کودکان درک بهتری از انتخاب های غذایی مناسب خواهند داشت. از کودکان در مورد تزریق انسولین زمانی که خواب هستند، نظرخواهی کنید، چراکه بعضی از کودکان تمایل دارند زمان تزریق بیدار باشند.

سنین ۸ تا ۱۲ سالگی

مراحل رشدی: کودکان همچنان تفکر عینی دارند ولی به تدریج قادر به درک مسائل انتزاعی و توجه به نقطه نظر دیگران می شوند. در این سنین، نقش

همسالان در زندگی کودکان پر رنگتر شده و کودکان به نظرات همسالان و دوستان خود اهمیت می دهند. توجه داشته باشید که این سنین بهترین سنین برای آموزش در رابطه با دیابت است. کودکان در این سنین درک بهتری از خطرات و رعایت نکات ایمنی دارند و همکاری بیشتری با والدین خواهند داشت.

وظایف مرتبط با کنترل دیابت: در حدود ۸ تا ۱۰ سالگی بعضی از کودکان می توانند به تنهایی قند خون خود را اندازه بگیرند و با نظارت والدین بعضی از تزریق های انسولین را خودشان انجام دهند. البته نباید تا سنین ۱۰ یا ۱۱ سالگی از کودکان انتظار کشیدن انسولین داخل سرنگ را داشته باشید. کودکان در این سنین می توانند علائم افت قند را شناخته و آنرا درمان کنند.

توجه داشته باشید که در این سنین، داشتن توقعات بسیار بالا از کودکان در زمینه کنترل قند خون باعث ایجاد احساس یأس و دلزدگی در کودک می شود. همینطور این احتمال وجود دارد که کودک اظهار کند «اینکه من به دیابت مبتلا شده ام انصاف نیست!» یا «چرا من باید دیابتی می شدم؟» در اکثر موارد همدردی ساده و تنها گوش دادن همراه با توجه کامل به کودک کافی بوده و جای نگرانی نیست.

سنین ۱۳ تا ۱۸ سالگی

مراحل رشدی: در سنین نوجوانی، توانایی تفکر انتزاعی در فرد شکل گرفته، افراد به دنبال کسب هویت مستقل بوده، بیشتر زمان خود را با همسالان سپری کرده و به ظاهر خود بسیار اهمیت می دهند.

وظایف مرتبط با کنترل دیابت: نوجوانان در این سنین تقریبا قادرند تمامی وظایف مرتبط با کنترل قند خون را انجام دهند؛ ولی توصیه می شود والدین به صورت غیرمستقیم بر فعالیتهای آنها نظارت داشته و برای وزیت پزشک آنها را همراهی نمایند، هرچند لازم نیست زمان مشاوره با پزشک در اتاق حاضر باشند.

به یاد داشته باشیم که سن به تنهایی نمی تواند شاخص مناسبی برای تعیین آمادگی کودک برای انجام وظایف کنترل قند خون باشد. صبر داشته باشید؛ کسب استقلال برای کنترل قند خون فرآیندی زمانبر است.



انجمن اطلاع رسانی دیابت



اولین شخصیت عروسکی آموزش دیابت

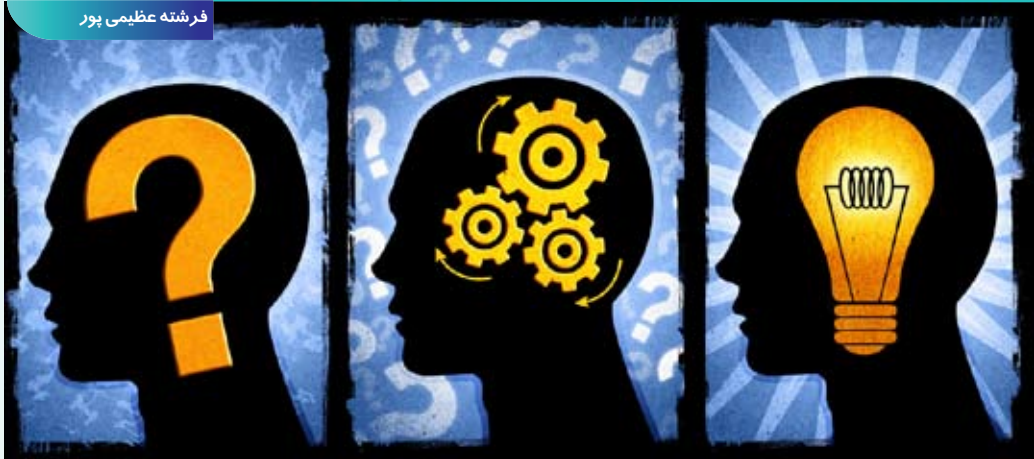
کودکان دیابتی (۶ تا ۱۲ سال) می توانند برای شرکت در دوره آموزشی ویژه کودکان "ماجراهای کیپو" با شماره: ۸۴۳۴۳۴-۰۲۱، دافلی ۱، تماس بگیرند.

www.gabric.ir

لیوان کیپو، حامی آموزش کودکان دیابتی سراسر کشور

تشخیص دیابت با روان ما چه می کند؟

فرشته عظیمی پور



افکار وحشت آوری هستند که ممکن است افراد مبتلا به دیابت نوع دو به آن گرفتار شوند.

مرحله هفتم، پذیرش: اگر افراد از آموزش های کافی بهره مند شوند و بتوانند مهارت های مقابله و کنار آمدن صحیح و کارآمد را در خود تقویت کنند، می توانند به مرحله قبول موقعیت و شرایط جدید و آرامش نسبی دست پیدا کنند. در این مرحله افراد، معمولا دیابت خود یا فرزندشان را پذیرفته اند، از اطلاعات پزشکی کافی برخوردار هستند و در عین حال از سلامت روان خوبی نیز برخوردارند، دیدگاه واقع بینانه اما امیدوارانه نسبت به کنترل و درمان دیابت دارند، و می دانند که با وجود سختی ها و مشکلات باز هم می توانند زندگی معمولی برای خود یا فرزندشان تصور کنند.

نکته قابل توجه این است که این مراحل به شکل نردبانی نمی باشند. بلکه این مراحل حالت چرخه ای دارند و گذر از یک مرحله به مرحله دیگر ممکن است اتفاق نیافتد یا برگشت در مراحل رخ بدهد. اما مهم این است که ما بدانیم که بعد از گذشت حدود ۷-۱۲ ماه رسیدن به مرحله پذیرش و آرامش نشان دهنده سلامت روان است. بنابراین باید به خود و دیگران برای گذر از این چرخه عاطفی – هیجانی زمان بدهیم و یادمان باشد که مراقبت از روان در کنار مراقبت از جسم بسیار ضروری و با اهمیت می باشد.

شناسنامه

فصلنامه داخلی انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک

سر دبیر این شماره: دکتر سارا صداقت

مدیران اجرایی: مریم طباطبایی و سیما عباسی

ویراستار: مهوش فرجودی

مدیر هنری: محمد رضا آفتابی

همکاران این شماره: ستاره اطهاری نیک عزم، دکتر علی بنکدار،

هدی درخشانیان، سیما عباسی، مریم عزیزیان، فرشته عظیمی پور،

همابزرگپور، سحر دوخایی، مریم طباطبایی

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

مراقبت و سلامت جسمی و روانشناختی کودکان تاثیر به سزایی داشته باشد. همچنین افراد افسرده بزرگسال نیز انگیزه و علاقه لازم برای پیروی از دستورات پزشکی، رعایت رژیم غذایی و ورزش روزانه را نخواهند داشت.

مرحله پنجم، احساس گناه: در این مرحله افراد دچار افکار منفی و بیمارگونه ای می شوند و معمولا به دنبال یک مقصر می گردند. بسیاری از افراد خود یا همسر یا سایرین را در بروز بیماری مقصر می دانند. خصوصا در مورد والدین کودکان دیابتی، با وجود علم به این موضوع که دیابت نوع ۱ هیچ دلیل مشخصی ندارد، خود را به خاطر ژن های داده شده به کودک یا نحوه تغذیه و مراقبت از کودک مقصر می دانند و خود یا دیگری را سرزنش می کنند. احساس گناه و سرزنش مداوم خود، یکی از مهمترین دلایل ایجاد یا شدت بخشیدن به افسردگی می باشد.

مرحله ششم، احساس ترس: ترس از آینده، ترس و وحشت از عوارض دیابت، نگرانی از زندگی اجتماعی مثل ازدواج یا بچه دار شدن و ... از افکار شایعی هستند که بعد از ابتلا به دیابت (به خصوص دیابت نوع یک) می توانند در خود بیمار یا خانواده او ایجاد شوند. از سوی دیگر ترس از تاثیر دیابت بر شغل و زندگی شخصی و اجتماعی و ناتوانی و وابسته شدن به دیگران نیز از دسته

هیجاناتی غیرمعمول و ناسالم نمی باشند، چرا که زمان لازم را به بیمار یا اطرافیان می دهد که سایر روش های سازگاری را فعال سازند و وارد مراحل بعدی شوند. اما اگر این انکار ادامه یابد می تواند در اقدامات لازم برای سازگاری فرد بیمار یا خانواده او با دیابت مشکل ساز شود.

مرحله سوم، خشم و عصبانیت: در این مرحله بیمار یا والد بیمار، واقعیت را می پذیرند و خشمگین و تحریک پذیر می شوند و می پرسند: «چرا من؟». آنان از دیگرانی که سالم هستند متنفر می شوند و ممکن است عصبانیت خود را به صورت خشم های ناگهانی نسبت به پزشک، پرستار و یا خانواده نشان دهند.

مرحله چهارم، غم و افسردگی: بعد از گذر از مرحله خشم، اکثر افراد وارد فضای غم و اندوه می شوند. خلق و خوی آنها تغییر می کند و معمولا بی حوصله می شوند، تقریبا از چیزی لذت نمی برند و احساس بیهودگی و پوچی به آنها دست می دهد. در بعضی افراد خصوصا مردان ونوجوانان این احساس افسردگی به صورت پرخاشگری بروز می یابد. اکثر والدینی که کودکان دیابتی دارند این مرحله را تجربه می کنند، اما اگر این بحران عاطفی حل نشود، حتما باید از کمک حرفه ای (دارودرمانی و/یا رواندرمانی) بهره گرفت. چرا که والدین افسرده نمی توانند والدینی باکفایت باشند و این مسئله می تواند بر نحوه

همراهان گرامی، از این شماره به بعد قصد داریم راجع به مهارت های سازگاری با دیابت صحبت کنیم. مهارت های سازگاری یعنی ایجاد تغییراتی در سبک زندگی و شرایط فیزیکی، روانی و اجتماعی خود و خانواده به منظور داشتن یک زندگی سالم و شاد در کنار داشتن یک بیماری مزمن، مانند دیابت. دسته ای از مهارت های سازگاری مربوط به عوامل پزشکی و تغذیه ای است، ولی ما در این صفحه به مهارت های روانشناختی سازگاری با دیابت می پردازیم.

اولین گام برای پذیرش و سازگاری روانشناختی، آشنایی با اتفاقات و تغییراتی است که در کنار ابتلا به دیابت، در روان و ذهن ما رخ می دهد. روانشناسان سلامت، بر اساس مصاحبه با بیش از صدها بیمار و مطالعات گسترده اظهار کرده اند که سازگاری مردم با بیماری های مزمن از الگوی مشخصی پیروی می کند، که معمولا ۷ مرحله دارد.

مرحله اول، شوک: واکنش های اولیه ای مانند احساس بهت زدگی و حتی از حال رفتن، بعد از دریافت تشخیص دیابت نمونه هایی از واکنش های ناشی از شوک هستند. در این حالت ما توان فکر کردن را از دست می دهیم و برای لحظات یا ساعات، و در برخی موارد روزها، احساس گیجی می کنیم. این مرحله از لحاظ روانشناختی، برای سازمان روانی ما حکم یک راه حل و درمان اولیه را دارد. پس واکنش عاطفی در بهت فرو رفتن به ما کمک می کند تا در لحظات اولیه دریافت تشخیص دیابت، از شوک و فشار روانی اولیه نجات پیدا کنیم

مرحله دوم، انکار: دومین واکنش می تواند انکار باشد. یعنی باور نکردن این موضوع که بیماری علاج ناپذیری برای من یا یکی از عزیزانم رخ داده است. انکار می تواند به شکل رفتارها، هیجانات و یا افکار خاصی بروز کند؛ افکاری مانند «نه این نمی تواند درست باشد»، رفتارهایی مانند تکرار آزمایشات، تغییر پزشک متخصص، عدم پیروی از دستورات پزشک و یا رژیم تغذیه ای و هیجاناتی مانند امید قطعی داشتن به درمان بیماری. در روزهای اولیه پس از تشخیص، چنین افکار، رفتارها و

انجمن اطلاع رسانی دیابت

دعوت به همکاری (مدیر)

اگر هدایت کردن تیمی را که «زندگی میلیون ها نفر را دگرگون می سازد و تاثیر بسیار زیادی در سلامتی آن ها می گذارد» را دوست دارید،

اگر دیگران شما را با ویژگی هایی چون خلاق، علاقمند به رشد و یادگیری و عملگرا می شناسند،

اگر صرفا پولدار شدن، هدف اصلی زندگی شما نیست،

اگر با کمک کردن به انسان ها و انجام کارهای مفید برای جامعه احساس رضایتمندی می کنید،

اگر سابقه موفق مدیریتی در هر سطحی (مدیر میانی، معاون، قائم مقام و مدیر عامل) دارید،

شما می توانید در سمت های مدیریتی گوناگونی، در گابریک با ما همکاری کنید و عضوی از تیم بزرگ ما شوید، تا به یکی از بزرگترین و تاثیرگذارترین NGO های ایران و منطقه تبدیل شویم.

حوزه های تخصصی مورد نیاز ما عبارتند از:

- مالی، اداری، منابع انسانی، IT
- کنترل پروژه، برنامه ریزی و سیستم ها، برنامه ریزی استراتژیک، MIS
- روابط عمومی، بازاریابی، ارتباطات بین الملل، شبکه های اجتماعی
- مددکاری، درآمدزایی خیریه (Fundraising)
- آموزش سلامت

جهت کسب اطلاعات بیشتر با شماره تلفن ۰۲۱-۸۸۷۱۶۶۱۵ دبیرخانه فراخوان «با ما همراه شوید» تماس گرفته و یا به آدرس joinus@gabric.ir ایمیل بفرستید. منتظر آشنایی بیشتر با شما هستیم.

www.gabric.ir

Roche

دقیق ترین، سریع ترین، هوشمندترین سنجش قند خون با اکیوچک پرفورما

ACCUCHEK®