

سرمقاله



دکتر مولود صفاری راد
فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان

زکات دانش، آموزش به کسانی که شایسته آنند و کوشش در عمل به آن است. «امام علی (ع)»

بیماری دیابت جزو بیماری‌های مزمن و نسبتاً شایع در جهان است. متأسفانه شیوع آن در بسیاری از جوامع به‌ویژه کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است؛ که این امر موجب تحمیل هزینه‌های مادی و معنوی زیادی به جامعه خواهد شد. فردی که با دیابت زندگی می‌کند، هر روز می‌بایست تصمیماتی در طول روز اتخاذ کند تا بتواند دیابت خود را کنترل کند و به فعالیت‌های روزانه خود بپردازد. به همین دلیل توانمندسازی فرد و خانواده وی از طریق «آموزش خودمدیریتی دیابت» در اولویت بالایی قرار می‌گیرد. قطعاً با آموزش به بیماران و خانواده‌های خودمدیریتی در بیماری‌های مزمن از جمله دیابت از اوایل قرن ۱۹ میلادی وارد ادبیات پزشکی شده است. آموزش خودمدیریتی برای اداره موفقیت‌آمیز دیابت به‌ویژه در کودکان، به جهت کاهش عوارض و کنترل مناسب بیماری، ضروری است.

برای بسیاری از کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت فصل تابستان و فصل پاییز با چالش‌هایی جدید همراه است. در تابستان تغییر زمان خواب و بیداری، مسافرت‌ها، تغییر در میزان فعالیت بدنی و در پاییز با شروع فصل مدارس، کنترل قند خون در مدرسه و همچنین کاهش ساعت‌های فعالیت بدنی کودکان، نوجوانان و خانواده‌های آنها را با چالش رو به رو می‌کند. با توجه به این که کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت ساعتی نسبتاً طولانی در مدرسه می‌گذرانند، لذا توانمندسازی آن‌ها و خانواده‌ها بخش جدائی‌ناپذیر در برنامه مدیریت دیابت است. آموزش به دانش آموزان، والدین و حتی کارکنان مدرسه در جنبه‌های مختلف اعم از کنترل قند خون، تغذیه مناسب، سطح فعالیت فیزیکی، مصرف بموقع انسولین، مدیریت در برابر فشار همسالان، تشخیص و درمان صحیح افت قند خون و ... تأثیر بسزایی در کنترل دیابت دارد. این مهم، دشوار اما قابل اجراست. با اجرای آن در کاهش هزینه‌های بیماران، کاهش عوارض بیماری و ایجاد زندگی شاد و سالم برای بیماران مبتلا به دیابت سهیم باشیم و محیطی امن و آرام برای کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت در مدارس فراهم کنیم.

گابریک
انجمن اطلاع رسانی دیابت

فصل نامه داخلی انجمن دیابت گابریک

شماره ۳۳ - تابستان ۹۷ - ۸ صفحه رایگان - شمارگان ۳۰۰۰۰ نسخه - ویژه اعضا/جامعه پزشکی - پیراپزشکی



گابریک مرکز آموزش
فدراسیون بین‌المللی دیابت
صفحه ۵



چاقی و اضافه وزن با بدن
ما چه می‌کند؟
صفحه ۲



از زبان متخصص
صفحه ۲



قدرت عادت‌ها
صفحه ۸



تازه‌های تغذیه در بیماری‌های
قلبی - عروقی
صفحه ۷



بیماری‌های قلبی - عروقی در
دیابت نوع ۱
صفحه ۶



نوشتیدنی‌های تابستانی را

«شیرین اما خالی از قند»

نوش جان کنید

Sweetnlow.ir
نوشتیدنی‌های کم‌کالری
فقط در اینستاگرام
سونیت اند لو

تولید کشور انگلستان

واحد آموزش و ارتباط با مشتریان
۰۲۱-۴۴۸۳۷۰۰۰
از ۸ صبح الی ۱۰ شب

FARITEB
فروشنده تخصصی
www.sweetnlow.ir

قلک نیکوکاری گابریک

برای کودکان دیابتی

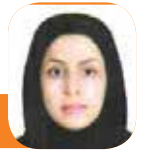
قلک نیکوکاری گابریک رو بصورت رایگان

با یک تماس تلفنی ۰۲۱-۸۲۴۳۳ داخلی ۴

یا از طریق تلگرام @gabricfr دریافت کنید

از زبان

متخصص



دکتر مینا سپهران - فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان

با شروع فصل مدرسه، برخی از کودکان و نوجوانان از بردن دستگاه تست قند خون یا انسولین به همراه خود در مدارس امتناع می‌کنند و همین امر منجر به نوسان قند خون آن‌ها در زمان مدرسه خواهد شد. برای برطرف کردن این چالش چه راهکارهایی را به خانواده‌های این کودکان و نوجوانان توصیه می‌کنید؟

آغاز سال تحصیلی برای دانش آموزان و خانواده‌های آنها همواره با احساسات مثبت و منفی نظیر شوق و ذوق، اضطراب و ... همراه است. میزان این ترس و اضطراب در خانواده‌هایی که دارای فرزند مبتلا به دیابت یا فرد تازه تشخیص دارند، بیشتر است. سؤالات مختلفی در ذهن خانواده و کودک مبتلا به دیابت شکل می‌گیرد، نظیر نحوه‌ی انجام تست قند خون و تزریق انسولین در مدرسه، چگونگی مدیریت افت قند خون در مدرسه، چگونگی سپری کردن ساعات ورزش، شرایط شرکت در اردو و متأسفانه این اضطراب از سوی والدین به کودک نیز منتقل می‌شود و اگر کودکان مبتلا به دیابت در مسیر درست هدایت نشوند و مورد حمایت والدین و اولیای مدرسه قرار نگیرند؛ قطعاً در کنترل قند خون خود با مشکل مواجه می‌شوند. از سوی دیگر با آموزش و آگاهی مناسب والدین و اولیای مدرسه حس خود مراقبتی و اعتماد به نفس فرد افزایش می‌یابد و کنترل قند خون در مدرسه نیز قابل قبول و امکان‌پذیر می‌گردد.

همان‌طور که گفته شد یکی از مشکلاتی که با شروع فصل مدرسه با آن مواجه می‌شویم اجتناب از بردن تجهیزات مربوط به تست قند خون و انسولین به مدرسه است؛ که با یافتن علل این رفتار می‌توانیم راهکار مناسبی در مورد آن داشته باشیم. معمولاً وقتی علت را جویا می‌شویم به موارد زیر اشاره می‌شود:

علت‌های عدم همکاری فرزندانمان در مدرسه

۱- **ترس از افشای دیابت:** که بیشتر در بچه‌های بزرگ‌تر و نوجوانان دیده می‌شود و دیابت را به عنوان محدودیت در انجام یک سری از فعالیت‌های مدرسه می‌دانند.

۲- **ترس از تزریق:** معمولاً در بچه‌های کوچک‌تر، ترس از تنها تزریق کردن و غیاب منبع حمایتی وجود دارد.

۳- **خجالت از تزریق انسولین در مقابل دوستان:** بسیاری از دیابتی‌ها و والدینشان احساس می‌کنند با آن‌ها برخورد خوبی در مدرسه نمی‌شود و این موجب انزوای فرد دیابتی می‌گردد.

۴- **ترس والدین از ایجاد حملات افت قند در مدرسه و وسواس آن‌ها از تزریق انسولین در مدرسه.**

۵- **احساس ترحم:** کودکان و نوجوانان دیابتی به دلیل ضرورت تست قند خون در مدرسه و خوردن مواد غذایی در موارد خاص و یا تزریق انسولین، بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرند و ممکن است احساس



دکتر مونا نوریفش - فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان

بسیاری از کودکان و نوجوانان با شروع فصل تابستان و تعطیلی مدارس در برنامه تغذیه، خواب و فعالیت بدنی خود تغییراتی خواهند داشت که می‌تواند در کنترل قند خون آن‌ها مؤثر باشد، توصیه شما برای کنترل بهتر این شرایط چیست؟

فصل تابستان به لحاظ شروع تعطیلات تابستانی و تغییر در زمان خواب، تغذیه و همچنین افزایش درجه حرارت محیط می‌تواند منجر به کنترل نامناسب قند در فرد مبتلا به دیابت شود.

زمانی که فرد در معرض دمای بالا قرار می‌گیرد به واسطه تعریق بیشتر، بدن آب از دست می‌دهد و می‌تواند منجر به کم‌آبی گردد و این موضوع خود می‌تواند باعث افزایش قند خون شود؛ که به نوبه خود با تکرار ادرار منجر به بدتر شدن حال بیماران گردد. از سوی دیگر به دلیل افزایش جریان خون در پوست برای دفع حرارت، جذب انسولین از پوست افزایش می‌یابد؛ اما در افراد دچار کم‌آبی جذب انسولین به دنبال کاهش حجم خون کاسته می‌شود. لذا توصیه می‌شود فرد مبتلا به دیابت از گرمای زیاد پرهیز کنند. میزان کافی آب در طول روز مصرف نمایند و از ورزش کردن در محیط‌های گرم خودداری نمایند. حرارت بالا می‌تواند منجر به تغییر ماهیت انسولین گردد و اثراتش را کم کند و در نهایت منجر به بالا رفتن قند خون گردد. بنابراین توصیه می‌شود در زمان حمل و نقل از کیف‌های خنک نگهدارنده انسولین استفاده شود و در منزل نیز در جای خنک و دور از تابش مستقیم خورشید نگهداری شوند. همین تغییرات می‌تواند در نوارهای تست قند خون هم ایجاد شود و منجر به نشان دادن عدد نادرستی از قند خون بیماران شود.

رعایت رژیم غذایی سالم و کم کربوهیدرات در تمام طول سال توصیه می‌شود. بهتر است زمان مصرف غذا به خصوص وعده صبحانه همانند سایر فصول سال رعایت شود و هرگز یک وعده غذا حذف نگردد تا میزان نوسانات قند خون کاهش یابد.



کنند از سوی دیگران مورد ترحم قرار می‌گیرند.

اهمیت آموزش در مدرسه

با توجه به رشد روزافزون آمار دیابت، ضرورت برنامه‌های آموزشی در مدارس قطعی است. آموزش مربیان بهداشت مدارس، مدیر و آموزگاران مفید و دارای نتایج ارزشمندی است. ما به عنوان والدین می‌توانیم در راستای توانمند کردن کادر مدرسه و فرزندمان نقش کلیدی داشته باشیم. در ادامه به چند نکته اشاره خواهیم داشت.

بایدها در مدرسه

❖ فرد دیابتی باید بداند که جهت کنترل مناسب قند خون، گاهی نیاز به اندازه‌گیری قند خون و تزریق انسولین در مدرسه است و آنچه مهم است سلامت اوست.

❖ بعضی از بچه‌ها ممکن است به یک مکان خصوصی و خلوت برای تزریق نیاز داشته باشند و بعضی در مکان‌های عمومی به راحتی این کار را انجام می‌دهند و هر دو موقعیت باید برای آن‌ها فراهم شده و اجازه داده شود.

❖ کودکان در سنین پایین‌تر، افراد تازه تشخیص یا کودکانی که در یادگیری مشکل دارند؛ احتمالاً برای تزریق احتیاج به کمک دارند. در نتیجه والدین و مراقبین کودک باید نحوه تزریق انسولین و اندازه‌گیری قند خون و تجهیزات لازم برای آن و طریقه نگهداری را به کادر مدرسه آموزش دهند.

❖ مدرسه، والدین و گروه پزشکی باید برای برآورده کردن نیازهای فرد دیابتی با هم همکاری کنند.

❖ همه کارکنان مدرسه باید برخورد با موارد اورژانس مثل افت قند خون را بدانند و حداقل دو نفر باید آموزش لازم در مورد مراقبت از فرد دیابتی را داشته باشند تا در زمان غیبت، فرد دیگر در مدرسه حضور داشته باشد.

❖ هیچ کودک مبتلا به دیابت نباید از فعالیت‌های روزانه مدرسه نظیر ورزش و برنامه‌های خارج از مدرسه همانند اردو به دلیل دیابتی بودن، منع شود؛ مگر اینکه قند وی کنترل نباشد.

❖ به والدین نباید اجازه داده شود که برای تست قند خون و تزریق انسولین به مدرسه بیایند.

❖ کودک مبتلا به دیابت در مدرسه باید یک برنامه مخصوص به خود داشته باشد که مشخص شود چه زمان تزریق انسولین و تست قند خون انجام شود و کودک بداند در صورت نیاز از چه کسی کمک بخواهد. والدین یک کپی از برنامه کنترل دیابت فرزندشان را به مدرسه بیاورند تا کارکنان بدانند با مشکلات احتمالی چگونه برخورد کنند.

❖ گاهی در نوجوانان مبتلا به دیابت که به اقتضای سنشان و سرکشی‌هایی که در این سن دارند، نه تنها در مدرسه بلکه در خانه هم از کنترل مناسب قند خون خودداری می‌کنند که لازم است مشاوره با روانشناس در این زمینه صورت گیرد.



انجام فعالیت ورزشی منظم در زمان تعطیلات و اوقات فراغت به حفظ و کنترل قند خون کمک می‌کند. شرکت در فعالیت‌های بدنی بیرون از منزل به تمام فرد مبتلا به دیابت توصیه می‌گردد.

لازم است فرد مبتلا به دیابت خواب کافی و در زمان مناسب داشته باشد. کم‌خوابی و یا دیر خوابیدن کنترل قند خون را مختل می‌کند. افراد کم‌خواب میل بیشتری به مصرف مواد غذایی شیرین و چرب پیدا می‌کنند که می‌تواند منجر به چاقی و افزایش قند خون شود. از طرفی عدم تزریق منظم انسولین منجر به نوسانات قند خون می‌شود؛ لذا توصیه می‌گردد افراد دیابتی ۷ تا ۸ ساعت خواب کافی داشته باشند و از دیر خوابیدن و دیر بیدار شدن نیز پرهیز نمایند.

چاقی و اضافه وزن با بدن ما چه می کند ؟



۵- تأثیر چاقی بر روی قلب و عروق

برای محافظت از قلب در برابر چاقی لازم است وزن، چربی خون و فشارخون به خوبی کنترل شوند. چربی خون شامل تری گلیسرید و کلسترول است. افزایش تری گلیسرید به بیشتر از ۲۰۰ mg/dl، احتمال حمله و سکتته های قلبی را افزایش می دهد. با کاهش وزن می توان آن را به محدوده نرمال یعنی حدود ۱۵۰ mg/dl رساند. کلسترول خون یکی دیگر از چربی های خون است که شامل کلسترول بد (LDL) و کلسترول خوب (HDL) است. برای محافظت از قلب

لازم است که میزان LDL کاهش و میزان HDL افزایش یابد. کاهش LDL از طریق تغذیه سالم و مصرف دارو امکان پذیر است، اما افزایش HDL کمی مشکل تر است. ورزش و کاهش وزن بدن، روش های مؤثر در افزایش کلسترول خوب می باشند و شانس ابتلا به بیماری های قلبی کاهش می یابد. فشارخون، نیز با افزایش وزن بدن افزایش یافته که می تواند عملکرد قلب و عروق را تحت تأثیر قرار دهد. کاهش وزن، نمک دریافتی و افزایش دریافت سبزیجات در تنظیم فشارخون مؤثر است.

۶- رابطه چاقی و سرطان

کاهش وزن با بهبود عملکرد هورمون هایی مثل انسولین، استروژن و آندروژن می تواند احتمال ابتلا به سرطان های مرتبط به هورمون ها را کاهش دهد. درحالی که چاقی و اضافه وزن می تواند ریسک ابتلا به برخی از سرطان ها مانند سرطان سینه، روده بزرگ، کبد، کلیه، تخمدان، رحم و پروستات را افزایش دهد.

۷- تأثیر چاقی بر روی طول عمر

تحقیقات نشان داده است که افراد بالای ۴۰ سال مبتلا به چاقی که سیگار مصرف نمی کنند نسبت به همسالان خود با وزن متعادل، طول عمر کوتاه تری (۷ - ۸ سال) دارند. علاوه بر موارد فوق، چاقی می تواند زمینه ساز بسیاری از مشکلات دیگر مانند مشکلات گوارشی، استئوآرتریت، عدم تعادل هورمون های جنسی، مشکلات باروری و ... شود درحالی که با کاهش ۱۰-۵٪ از وزن می توان از بروز چنین مشکلاتی پیشگیری کرد.

افزایش دهد. دور کمر مناسب برای کاهش خطر ابتلا به بیماری های قلبی برای خانم ها و آقایان، کمتر از ۹۲ سانتی متر است.

سابقه خانوادگی بیماری های قلبی: سابقه خانوادگی بیماری های قلبی، احتمال ابتلا به بیماری های قلبی را افزایش می دهد و این احتمال در صورتی که یک یا چند نفر از اعضای خانواده شما قبل از ۵۰ سالگی دچار حمله قلبی شده باشند، بالاتر است.

کاهش احتمال حمله قلبی یا سکتته مغزی با وجود دیابت مدیریت مناسب دیابت در حفظ سلامت قلب بسیار حائز اهمیت است. شما می توانید احتمال بروز حمله قلبی یا سکتته مغزی را با انجام مراحل زیر در مدیریت دیابت، کاهش دهید: **«افکت» را فراموش نکنید!**

آگاهی از **«افکت»** به مدیریت قند خون، فشار خون و کلسترول کمک می کند. **«افکت»** شامل ای وان سی (HbA1c)، فشار خون، کلسترول و ترک سیگار است. آزمایش HbA1c میانگین قند خون شما را در ۳ ماه گذشته نشان می دهد و از بررسی قند خون روزانه متفاوت است. هرچه میزان HbA1c شما بالاتر باشد به این معنا است که سطح قند خون شما در ۳ ماه گذشته بالاتر بوده است. سطح بالای قند خون می تواند به قلب، رگ های خونی، کلیه ها، پاها و چشم شما آسیب برساند. هدف HbA1c برای بسیاری از افراد مبتلا به دیابت کمتر از ۷ درصد است؛ البته در این مورد حتما باید نظر پزشک خود را جویا شوید.

فشار خون بالا می تواند باعث حمله قلبی یا سکتته مغزی شود و به کلیه ها و چشم های شما آسیب برساند. هدف فشار خون برای اکثر افراد مبتلا به دیابت زیر ۱۴۰/۹۰ mmHg است. در مورد هدف فشار خون مناسب خود با پزشکتان مشورت کنید.

LDL می تواند باعث گرفتگی و تنگی عروق خونی شما و حمله قلبی یا سکتته مغزی شود. HDL به حذف کلسترول بد از رگ های خونی کمک می کند. اگر بیش از ۴۰ سال سن دارید، شاید لازم باشد برای کاهش کلسترول و حفظ سلامت قلب خود از داروهایی مانند استاتین ها استفاده نمایید.

ترک سیگار به ویژه برای افراد مبتلا به دیابت بسیار مهم است زیرا مصرف سیگار و دیابت هر دو باعث تنگی رگ های خونی می شود، بنابراین فشار بیشتری به قلب شما وارد می کند.

اگر سیگار را ترک کردید:

- ★ خطر حمله قلبی، سکتته مغزی، بیماری های عصبی، بیماری کلیوی، مشکلات چشمی و قطع عضو را کاهش می دهد.
- ★ قند خون، فشار خون و میزان کلسترول شما بهبود می یابد.
- ★ گردش خون شما بهبود خواهد یافت.
- ★ برای فعالیت بدنی آمادگی بیشتری خواهید داشت.

رعایت اصول سبک زندگی سالم به شما در کنترل دیابت و پیشگیری از بیماری های قلبی کمک می کند.

چاقی و اضافه وزن از مشکلات رایج جهان امروز است که به دنبال افزایش دریافت غذا و کاهش فعالیت بدنی روز به روز در حال گسترش است. شیوع چاقی و اضافه وزن، با شیوع بسیاری از بیماری های دیگر همراه است که با آن ارتباط مستقیم دارند؛ اما سؤالی که مطرح است چاقی و اضافه وزن با بدن ما چه می کند؟

سال ها قبل این باور وجود داشت که افزایش بافت چربی که نتیجه آن چاقی و اضافه وزن است تأثیری بر روی عملکرد بدن ندارد و آسیبی به آن وارد نمی کند. نهایتاً این وضعیت باعث فشار زیاد بر روی مفاصل شده و آن ها را تحت تأثیر قرار می دهد؛ اما تحقیقات اخیر نشان داده است که بافت چربی مانند بافت ترشحی عمل می کند و تعداد زیادی از ترکیبات شبه هورمونی به نام آدیپوکین ترشح می کند. آدیپوکین ها مانند سایر هورمون ها بر روی بافت های دور و نزدیک اثر گذاشته و به دلیل خاصیت التهابی که دارند با گذشت زمان زمینه ابتلا به بسیاری از بیماری ها را فراهم می کنند.

۱- تأثیر چاقی بر زانو و مفاصل

هر ۴٫۵ کیلوگرم اضافه وزن، فشاری معادل ۱۸ کیلوگرم بر روی زانوها و مفاصل تحتانی وارد می کند که به مرور سبب تحلیل مفاصل می شود، از طرفی التهاب ناشی از چاقی این روند را سرعت می بخشد. کاهش وزن بهترین راهکار برای محافظت از مفاصل است.

۲- تأثیر چاقی بر روی کیفیت خواب

تجمع چربی در پشت حنجره، حرکت آن در زمان خواب و در نتیجه انسداد راه های هوایی می تواند در طول شب چندین بار تنفس را متوقف کند که به آن آپنه می گویند. آپنه و اختلالات تنفسی در طی خواب می تواند باعث ایجاد مشکلاتی مانند مشکلات قلبی و عروقی، کاهش دریافت اکسیژن و کاهش انرژی در طی روز شود. با کاهش وزن می توان کیفیت خواب را بهبود بخشید.

۳- تأثیر چاقی بر روی خلق و خو و افسردگی

در مطالعه ای مشخص شد افرادی که مبتلا به افسردگی و اضافه وزن هستند؛ زمانی که ۸٪ وزن بدن خود را از دست می دهند از نظر روحی وضعیت بهتری پیدا می کنند.

۴- تأثیر چاقی بر روی قند خون

ترکیبات ترشح شده از بافت چربی (مخصوصاً چربی شکمی) بر روی عملکرد انسولین تأثیر گذاشته و با ایجاد مقاومت به انسولین در افزایش قند خون و دیابت مؤثر هستند. کاهش وزن ناشی از تغذیه سالم و ورزش می تواند از بروز دیابت نوع ۲ پیشگیری کند. کاهش وزن در افراد مبتلا به دیابت در کاهش دریافت دارو، کنترل بهتر قند خون و کاهش عوارض دیابت مؤثر است.

قلب و دیابت و سلامت

ابتلا به دیابت خطر بروز بیماری های قلبی-عروقی را افزایش می دهد چراکه دیابت زمینه ساز فشار خون یا کلسترول بالا است. با این حال افراد مبتلا به دیابت می توانند با مدیریت قند خون، فشار خون و کلسترول خون، سلامت خود را حفظ کنند. با توجه به آسیب های ناشی از استعمال دخانیات، ترک سیگار یکی دیگر از مهم ترین عوامل ارتقای سلامتی، خصوصاً پیشگیری از بیماری های قلبی-عروقی، به حساب می آید.

ارتباط دیابت، بیماری های قلبی و سکتته مغزی

با گذشت زمان، قند خون بالا می تواند به رگ های خونی و اعصاب کنترل کننده قلب و سیستم عروقی شما آسیب برساند. با افزایش سابقه ابتلا به دیابت، احتمال ابتلا به بیماری قلبی بالاتر می رود و سن ابتلا به بیماری قلبی در افراد مبتلا به دیابت پایین تر از سایر افراد است. شایع ترین علل مرگ در بزرگسالان مبتلا به دیابت بیماری های قلبی و سکتته مغزی است.

خبر خوب این است که اقداماتی که برای کنترل دیابت خود انجام می دهید، برای کاهش احتمال ابتلا به بیماری های قلبی یا سکتته مغزی نیز مؤثر هستند.

سایر عوامل مرتبط با بیماری قلبی و سکتته مغزی

سیگار کشیدن: سیگار کشیدن خطر ابتلا به بیماری قلبی را افزایش می دهد. اگر دچار دیابت هستید، مهم است که سیگار کشیدن را متوقف کنید زیرا سیگار کشیدن و دیابت هر دو باعث تنگی رگ های خونی می شوند. سیگار کشیدن در درازمدت باعث ایجاد مشکلات دیگری مانند بیماری های ریوی نیز می شود. سیگار کشیدن همچنین می تواند به عروق خونی پاهای شما آسیب برساند و خطر عفونت ها و زخم پا و قطع عضو را افزایش دهد.

فشار خون بالا: اگر فشار خون بالا دارید، قلب شما باید برای پمپ کردن خون سخت تر کار کند. فشار خون بالا می تواند قلب شما را تحت فشار قرار دهد، به عروق خونی شما آسیب برساند و خطر حمله قلبی، سکتته مغزی، مشکلات چشمی کلیوی را افزایش دهد.

سطح کلسترول غیرطبیعی: کلسترول نوعی چربی تولید شده توسط کبد شما است که در خون شما وجود دارد. شما دو نوع کلسترول در خون دارید: HDL و LDL. LDL که غالباً «کلسترول بد» نامیده می شود، سطح بالای کلسترول LDL خطر ابتلا به بیماری های قلبی را افزایش می دهد و می تواند در عروق خونی شما رسوب کرده و آن ها را مسدود کند. نوع دیگری از چربی خون، تری گلیسرید نام دارد که سطوح بالاتر از حد توصیه شده آن می تواند خطر ابتلا به بیماری های قلبی را افزایش دهد.

چاقی و چربی شکم: اضافه وزن یا چاقی می تواند مدیریت دیابت شما را تحت تأثیر قرار داده و خطر بسیاری از مشکلات سلامتی، از جمله بیماری های قلبی و فشار خون بالا را افزایش دهد. چربی بیش از حد دور کمر یا همان چاقی شکمی، حتی اگر شما اضافه وزن نداشته باشید، می تواند شانس ابتلا به بیماری های قلبی را



دهمین

همایش روزی شیرین برای تلخ کندهای سالانه

نی میروم ولی که از عشق می گوید دوستانی که در قلبی نهال مری کارو

ماه رمضان ماه وزیدن نفحات الهی و گشوده شدن درهای رحمت و مغفرت خداوندی است. ماهی که در آن خیرین و همیاران گابریک، گرد هم می آیند تا روزی شیرین بسازند، برای کودکانی که دیابت را تلخ تر از آنچه باید می چشند. کودکانی که نه برای زندگی سالم، که برای «زندگی» نیازمند حمایت هستند؛ نیازمند تأمین روزمره های زندگی، نیازمند توجه و مراقبت، نیازمند درمان! دوازدهم رمضان امسال نیز همچون سال های قبل، به همت همراهان مهربان گابریک، به روزی شیرین برای تلخی قند بدل شد. خیرین بزرگوار با قبول دعوت گابریک، در هفتم خرداد ماه امسال در سالن کوه نور هتل پارسیان اوین تهران گردهم آمدند تا از دستاوردهای گابریک طی سالی که گذشت، شنیده و با کمک های خود گابریک را توانمند سازند تا به اهداف بزرگ تر دست یابد.

سرکار خانم صفورا میرازی، از مجریان توانمند صدا و سیما قبول زحمت کرده و مدیریت اجرای برنامه را بصورت خیرخواهانه عهده دار شدند، جناب آقای دکتر استقامتی، فوق تخصص غدد و استاد دانشگاه تهران که از سال های دور همواره همراه گابریک و کودکان دیابتی بودند نیز در رابطه با وضعیت دیابت در ایران و اهمیت آموزش جهت پیشگیری و کنترل بیماری صحبت کردند.

برنامه با یک نمایش ادامه یافت؛ معرکه ای شیرین برای تلخی قند؛ روایت داستان معرکه گیری از زندگی خودش و پدرش می گوید. پدرش سیدمرتضی پهلوان نامدار که همه جای تهران او را می شناختند، اما دچار بیماری دیابت می شود و به دلیل عدم شناخت بیماری و راه های پیشگیری آن، به نارسایی کلیه، نابینایی دچار می شود و سرانجام مرگ سراغ او را می گیرد. بعد، معرکه گیر داستان، به زندگی خودش نقب می زند و می گوید وقتی بیماری پدرم را دیدم، افسرده شدم و پس از مدتی فهمیدم خودم هم دچار بیماری شدم. تمام دنیا برایم تیره و تار شده بود.

سخن مدیریت



تابستان گابریک

فصل تابستان هم رسید امید آنکه گرمای آن گرمابخش زندگی همه ما باشد. ما هم مانند بسیاری از نقاط هم فصل جهان، نسبت به سالهای گذشته از گرمای بیشتری برخورداریم. اخلاق گابریکی ما می گوید که بیش از همیشه باید در مصرف آب و برق صرفه جویی کنیم. که همین کار را خواهیم کرد.

در سخن این فصل جا دارد که باز هم از اهمیت آموزش در تغییر باورها در بهبود رفتارها یادی داشته باشیم و بر عدم آگاهی به عنوان بزرگترین عامل عقب ماندگی و توسعه اشاره کنیم. امروزه آموزش ها در قالب برنامه های کلاسیک و همچنین استفاده از فناوریهای تازه به صورت حضوری و یا در دنیای مجازی و از راه دور (آنلاین) صورت می گیرد که هر کدام کاربرد ویژه خود را دارد. همانطور که عزیزان می دانند رسالت گابریک از بدو تاسیس، تکیه بر توانمند کردن جامعه در پیشگیری و آموزش مبتلایان در مدیریت و خود مراقبتی دیابت بوده است. که این مهم به لطف خداوند یکتا و تلاش پیگیر و موثر کارکنان، حمایت اساتید محترم و پشتیبانی حامیان انجمن، در پرتو آموزش، در مدرسه گابریک به ثمر نشسته است. شاید به جا باشد که از تنوع ویژگی مبتلایان دیابت در اشکال متفاوت آن یاد شود و این خود نشانه آن است که آموزش دیابت برای هر گروه از بیماران و تصاویر آن، ظرافت های خود را دارد که خوشبختانه در متون و دوره های آموزشی مدرسه آموزش دیابت گابریک به خوبی دیده شده است.

و در پایان خبر خوشی برای دوستداران و اعضا محترم گابریک دارم، آنکه در بهار امسال فدراسیون بین المللی دیابت؛ گابریک، انجمن شما را به عنوان «مرکز آموزش دیابت فدراسیون» در منطقه شناسایی کرده و گابریک در حال حاضر از دو نشان فدراسیون استفاده می کند. ما این توفیق را به شما و تمام خانواده گابریک تبریک می گوئیم.

دکتر محمد تقی چراغچی باشی
قائم مقام مدیر عامل



امسال نیز خیرین بزرگوار انجمن پیک های امید را با استقبال تکمیل کرده و تعهدات خود را ثبت نمودند، در پایان برنامه نیز ۵ تابلوی نفیس نقاشی اهدایی از طرف خانم آناهید عظیمی صد در صد به نفع کودکان دیابتی به فروش رسید.

گابریک با کمک های همیاران گرانقدری چون شما برنامه های بزرگی پیش رو دارد. رشد فراوانی دیابت، وضعیت نامطلوب کنترل بیماری، بروز عوارض مرگبار آن و درخواست های مکرر مردم، دانشگاه های علوم پزشکی و مسئولین، ایجاب می نماید برنامه های انجمن گسترش یابد. در این راستا در برنامه استراتژیک ۵ ساله دوم که از سال ۱۳۹۷ شروع می شود، سرفصل های زیر در برنامه گنجانیده شده است:

- ۱- پیشگیری از دیابت از طریق گسترش آموزش و اطلاع رسانی عمومی
 - ۲- افزایش دسترسی به آموزش و مشاوره استاندارد دیابت در سراسر کشور
 - ۳- حمایت آموزشی و ارائه مشاوره به کلیه کودکان، نوجوانان و جوانان مبتلا به دیابت نوع یک کشور
 - ۴- حمایت دارویی، تجهیزات پزشکی و درمانی از کودکان بی بضاعت مبتلا به دیابت
- شایسته است باری دیگر از حامیان این برنامه، شرکت های سانوفی، فریرآساطب و عبیدی تشکر و قدردانی نماییم.
- همچنین پیشگامان مسئولیت اجتماعی سال ۹۶ و ۹۷ تا به امروز (شرکت های آریاکابل فیدار، کشت و صنعت روژین تاک، عسل دارو کیش، فریرآساطب، باند و گاز کاوه، رنگ و رزین یشم، درمانگاه و مرکز جراحی خیریه جوادالائمه، الوپیک، طرح باران، فکور صنعت تهران و گلدریان) در این برنامه معرفی شدند.
- قطعا با تداوم حمایت های مردمی و مسئولیت اجتماعی اینگونه شرکت هاست که گابریک می تواند بیش از پیش در خدمت جامعه ی دیابتی کشور و به خصوص کودکان دیابتی این مرز و بوم باشد، تا روزی برسد که با آموزش دیابت، هیچ کودک دیابتی از دیدن زیبایی ها محروم نشود.

راوی داستان از این نقطه روایتش را تغییر می دهد و می گوید: اینجا بود که با انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک آشنا شدم و در کلاس های آموزشی شرکت کردم و الان دو سال است که بیماری را کنترل کرده ام.

مسعود منصوری، کارگردان و بازیگر این نمایش، با تشویق حاضران جای خودش را به سخنران های مراسم می دهد.

یکی از برنامه های تاثیرگذار این همایش، برشی از قصه زندگی صفورا بود که در قالب فیلمی کوتاه به مشکلات زندگی وی که در اثر عدم کنترل قند برایش ایجاد شده بود می پرداخت، دختری ۳۷ ساله که با سابقه ۱۲ سال دیابت کارش به دیالیز و لیزر چشم و زخم پا کشیده و به تازگی با انجمن دیابت گابریک آشنا شده تا تحولی در زندگیش ایجاد شود و جلوی پیشرفت این عوارض را بگیرد و با امیدی دوباره به زندگی ادامه دهد.

سیس جناب آقای خشایار مهر، از خوانندگان محبوب صدا و سیما با اجرای دلنشین خود فضای همایش را زیباتر ساختند.

در این همایش افتخار حضور جناب آقای دکتر جمالی، مدیرکل محترم سازمان های مردم نهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را داشتم، همچنین از هنرمندان محبوب کشور، جناب آقای آتش تقی پور نیز در جمع ما حاضر بودند و دقایقی برای حضار صحبت کرده و از اینکه با این انجمن و فعالیت های آن آشنا شده اند اظهار خشنودی کردند.

قطعا پیش از این نیز اخبار «پیک امید» گابریک را شنیده اید. پیک که هر برگ از آن، آینده ای روشن برای «یک» کودک دیابتی است؛ کودکی که با آموزش و حمایت های رایگان گابریک قادر خواهد شد تا با مدیریت دیابت خود، زندگی سالم و به دور از عوارض را تجربه کند. همیاران گابریک در گردهمایی سال ۹۶ با تعهد ۷۳۶ پیک امید، نوید آموزش رایگان ۷۳۶ کودک دیابتی را دادند، تعهدی که برای گابریک بی اندازه ارزشمند بوده و به یاری خداوند، گابریک را توانمند ساخت تا با آموزش رایگان بیش از ۱۸۰۰ کودک دیابتی، در همایش امسال سربلند حاضر شده و اهداف بزرگ تری را تعیین نماید.

بیماری های

سایما عباسی / مدرس دیابت

قلبی-عروقی در دیابت نوع ۱

با وجود خطر بالای بروز بیماری قلبی-عروقی (CVD) در افراد مبتلا به دیابت نوع یک (T1DM)، پاتوفیزیولوژی ارتباط بین مشکلات قلبی-عروقی، عوامل خطر CVD و T1DM به خوبی شناخته نشده و به همین دلیل علاقه رو به رشدی برای درک بهتر اثرات کنترل گلیسمیک، شیوع و نوع اختلالات چربی در T1DM، نقش پیشگویی کننده آلبومینوری و نارسایی کلیه، و نقش فشار خون (BP) در CVD به وجود آمده است. اختلالات متابولیکی مرتبط با چاقی، مانند حالت پیش التهابی، احتمالاً در ایجاد CVD در T1DM نقش دارد. هرچند این اثر ممکن است با آنچه در T2DM دیده می شود، متفاوت باشد. در این مقاله CVD به عنوان بیماری عروق کرونر قلب (CHD)، بیماری عروق مغز یا بیماری عروق محیطی (PAD) تعریف شده است. CVD علت اصلی مرگ در بزرگسالان مبتلا به T1D به حساب می آید به طوری که سازمان بهداشت جهانی (WHO) بر اساس نتایج یک مطالعه کوهورت چند ملیتی، CVD را مسئول ۴۴٪ از مرگ و میر افراد مبتلا به T1D اعلام کرده است.

اپیدمیولوژی CVD در T1DM

شیوع: به طور کلی، حوادث CVD در بیماران مبتلا به T1DM نسبت به جمعیت غیر دیابتی شایع تر بوده و زودتر نیز رخ می دهد. نرخ شیوع CVD در T1DM به طور قابل ملاحظه ای بر اساس مدت زمان DM، سن، همچنین نژاد و قومیت متفاوت است. به طور خلاصه، شیوع CVD در افراد مبتلا به T1D، به ویژه زنان جوان، نسبت به جمعیت عمومی بیشتر است.

بیماری عروق کرونر قلب (CHD): وقتی انواع CVD به طور جداگانه گزارش می شود، CHD غالب است. نرخ مرگ و میر تجمعی ناشی از CHD برای سنین ۱۴ تا ۱۸ سال، بین ۶ تا ۸ درصد گزارش شده که در مردان بالاتر از زنان و در افراد بالای ۴۰ سال بیشتر از افراد کمتر از ۴۰ سال است.

بیماری عروق مغز: اگرچه شیوع سکنه مغزی در T1DM از CHD کمتر است، با این حال یکی از نشانه های مهم پیشرفت CVD است. شیوع گزارش شده این عارضه در افراد مبتلا به T1DM متفاوت اما نسبتاً پایین بوده؛ با این وجود این میزان از آنچه در جمعیت عمومی گزارش شده، بیشتر است (۰/۷۴٪ در مقابل ۰/۲٪-۰/۳٪ در سال).

بیماری عروق محیطی (PAD): بیماری نهفته عروق محیطی که توسط (ankle-brachial index) (ABI) ارزیابی می شود، کلسیفیکاسیون شریان اندام تحتانی و آمپوتاسیون غیر ترومایی اندام تحتانی از انواع PAD به حساب می آیند. احتمال تجمعی آمپوتاسیون اندام تحتانی در میان افراد ۶۵ ساله سوئدی مبتلا به T1DM، ۱۱٪ برای زنان و ۲۰/۷٪ برای مردان گزارش شده که تقریباً ۸۶ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است. کلسیفیکاسیون شریان های اندام تحتانی در ۴/۶٪ از افراد مورد مطالعه EDC، معمولاً در مردان، و در افراد بیش از ۳۰ سال سن گزارش شده است.

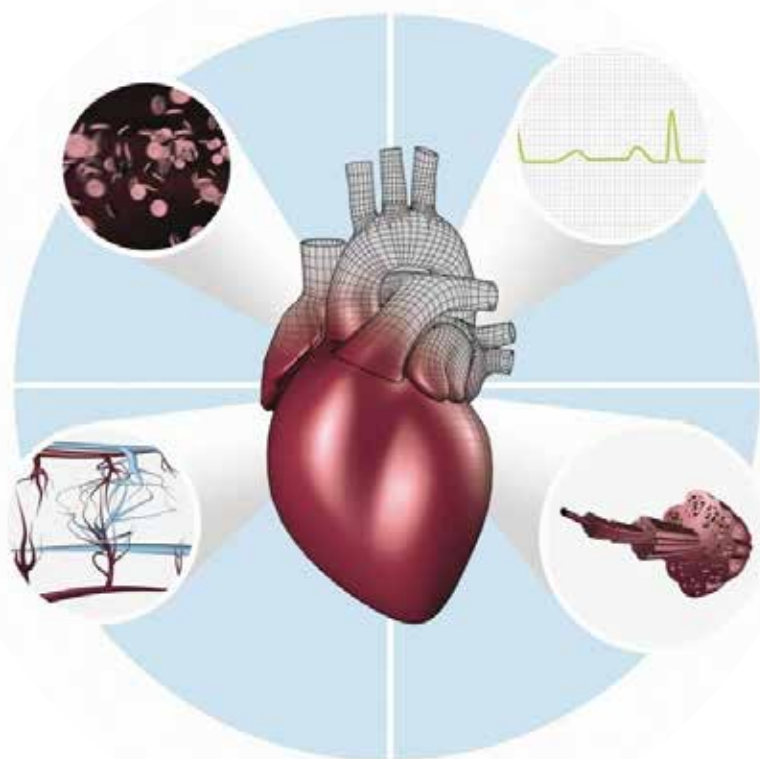
سن: به طور کلی حوادث CVD در بیماران مبتلا به T1DM بسیار زودتر از جمعیت عمومی و معمولاً پس از ۲ دهه از ابتلا به T1DM، رخ می دهد؛ به این ترتیب برخی از بیماران ممکن است در زمان وقوع CVD حدود ۳۰ سال داشته باشند.

جنسیت: به طور کلی میزان CVD در زنان قبل از یائسگی پایین تر از مردان است اما این موضوع در رابطه با زنان مبتلا به T1DM صادق نبوده و به عبارت دیگر به نظر می رسد ابتلا به T1DM عوامل حفاظتی زنان در برابر ابتلا به CVD را از بین می برد. با این حال مطالعات انجام شده در انگلستان نشان می دهد شیوع CVD در مردان و زنان مبتلا به T1DM زیر ۴۰ سال یکسان بوده ولی پس از ۴۰ سال، مردان بیش از زنان تحت تأثیر قرار می گیرند.

علل بروز CVD در T1DM

روند CVD در T1DM با T2DM متفاوت است؛ چرا که CVD در T1DM نه تنها در سنین پایین تر رخ می دهد، بلکه نرخ CVD در زنان و مردان برابر است. به نظر می رسد ضایعات عروقی بیماران مبتلا به دیابت نسبت به سایر بیماران غیر دیابتی، با چربی، ماکروفاژها و ترومبوز بیشتری انباشته شده اند. آترواسکلروز در افراد مبتلا به T1DM نسبت به بیماران غیر مبتلا به DM با تنگی عروق شدیدتر، گسترده و یافته های عروق کرونر دیستال بیشتر همراه است، همچنین پلاک های عروقی در T1DM نرم و فیبری بوده و از نظر مکانی بیشتر حالت متمایل به مرکز دارند تا خارج مرکز. با این وجود، به طور کلی بار مسائل ناشی از آترواسکلروز در T2DM نسبت به T1DM بیشتر است.

نتایج برخی مطالعات نشان می دهد بیماران تحت درمان با انسولین، پلاک کمتری نسبت به بیماران مبتلا به دیابتی که از انسولین استفاده نمی کنند یا افراد غیر دیابتی داشته و استفاده از انسولین با وسعت پلاک رابطه منفی دارد. در یک مطالعه کوچک دیگر، تشکیل پلاک عروق کرونر به طور معنی داری با میانگین HbA1c در طول زمان مرتبط بود. البته این یافته ها نیاز به بررسی دقیق تر دارند در جمعیت عمومی، التهاب عامل اصلی بروز آترواسکلروز است و این موضوع در افراد مبتلا به DM به ویژه T1DM از اهمیت بیشتری برخوردار است. مطالعات نشان داده است که C-reactive protein در سال اول تشخیص T1DM افزایش می یابد و سطح اینترلوکین ۶ و فیبرینوژن در افرادی با متوسط دوره بیماری ۲ سال، مستقل از چاقی و گلیسمی، بالا است. سایر نشانگرهای التهابی نیز در بیماران مبتلا به T1DM بیشتر از افراد غیر دیابتی بوده و التهاب در جوانان مبتلا به T1DM حتی بلافاصله پس از تشخیص مشهود است. مکانیسم های التهاب در T1DM احتمالاً چندگانه هستند، اما ممکن است شامل هیپرگلیسمی و هیپوگلیسمی، اضافه وزن و یا توزیع چربی بدن، ترومبوز و آدیپوکین ها باشد. مطالعات متعدد اخیر ارتباط بین هیپوگلیسمی حاد و شاخص التهاب سیستمیک را نشان داده که بیان کننده نقش هیپوگلیسمی حاد در بروز اثرات عروقی پیچیده در گیر در فعال سازی مکانیسم های پیش التهابی، پروترومبوتیک و پرو آتروژنیک در T1DM است.



ژنتیک: پلی مورفیسم ژنتیکی بر پیشرفت و پیش آگهی CVD در T1DM تأثیر دارد. به طور گسترده ای در این مورد، ژنوتایپ هاپتوگلوبین ۲-۲ و ارتباط آن با CAD در بیماران مبتلا به T2DM و T1DM است. همانند فیبرینوژن، هاپتوگلوبین یک پروتئین فاز حاد است که باعث آسیب بافت های اکسیداتیو ناشی از هموگلوبین توسط اتصال به هموگلوبین آزاد می شود. پس از اتصال، کمپلکس هموگلوبین-هاپتوگلوبین از طریق گردش خون به وسیله کبد و یا از طریق گیرنده scavenger CD163 که در مونوسیت ها و ماکروفاژها وجود دارد، پاک می شود. در انسان، ۳ ژنوتیپ هاپتوگلوبین ۱-۱، هاپتوگلوبین ۱-۲ و هاپتوگلوبین ۲-۲ وجود دارد که آلل پروتئین هاپتوگلوبین ۱ عملکرد آنتی اکسیدانی بیشتری دارد و در جلوگیری از باز شدن کمپلکس هموگلوبین-هاپتوگلوبین و افزایش جذب توسط گیرنده ماکروفاژ CD163 مؤثر است. هاپتوگلوبین ۲ به علت توده مولکولی بزرگ تر، خاصیت آنتی اکسیدان کمتری دارد و در برخی مطالعات، با انتقال معکوس کلسترول همراه بوده است. جالب توجه آنکه در یکی از مطالعات کوهورت انجام شده، شیوع ژنوتیپ هاپتوگلوبین ۱-۱، هاپتوگلوبین ۱-۲ و هاپتوگلوبین ۲-۲ در T1DM به ترتیب ۱/۵، ۴/۱/۳ و ۴۷/۲ درصد بوده که با بالا رفتن خطر بیماری عروق کرونر قلب و پیشرفت بیماری کلیوی در T1DM همراه است.

غربالگری و درمان بیماری قلبی و عروقی در T1DM

مطالعات اپیدمیولوژیک عوامل مهم در بروز و شیوع CVD در افراد مبتلا به T1DM را مورد بررسی قرار داده اند. این فرایندها و عوامل بیولوژیک می تواند اهداف مهمی برای کاهش خطر باشد و شامل فشار خون بالا، پروتئینوری، چاقی، HbA1c، سطح لیپید و مصرف دخانیات است. البته سن و سن دیابت و رفتارهای ناسالم نیز نقش مهمی در این رابطه ایفا می کند. بنابراین اجتناب از مصرف دخانیات، حفظ وزن طبیعی و رعایت رژیم غذایی متعادل و غنی از میوه، سبزیجات و غلات کامل، همراه با مصرف محدود منابع چربی اشباع توصیه می شود.

کنترل گلیسمیک: کنترل HbA1c هر ۳ ماه یکبار با توجه به محدوده کمتر از ۷٪ برای بزرگسالان، کمتر از ۷/۵٪ برای نوجوانان ۱۳ تا ۱۹ ساله، کمتر از ۸٪ برای کودکان ۶ تا ۱۲ ساله و کمتر از ۸/۵٪ برای خردسالان زیر ۶ سال، انجام شود. همچنین پایش روزانه قند خون و تنظیم میزان انسولین متناسب با آن نیز انجام شود.

پیشگیری از بیماری های کلیوی: بررسی نسبت آلبوم ادرار به کراتینین و ارزیابی GFR به صورت سالانه، بعد از پنج سال از ابتلا به دیابت. مصرف مهارکننده های ACE در صورت نیاز و مدیریت فشار خون در محدوده کمتر از ۱۳۰ روی ۸۰ میلی لیتر جیوه برای بزرگسالان و کمتر از صدک ۹۰ برای کودکان.

پایش پروفایل لیپیدی: برای بزرگسالانی که ریسک بروز CVD در آنها پایین است، حداقل دو سال یکبار پروفایل لیپیدی ناشتا پایش شود به شکلی که LDL کمتر از ۱۰۰ mg/dL و non-HDL-C کمتر از ۱۳۰ mg/dL باشد. بزرگسالانی که دچار CVD هستند توصیه می شود LDL کمتر از ۷۰ mg/dL کنترل شود. برای سنین ۱۰ تا ۲۱ سال توصیه می شود هر سه الی پنج سال پروفایل لیپیدی پایش شود به شکلی که LDL کمتر از ۱۰۰ mg/dL و non-HDL-C کمتر از ۱۳۰ mg/dL باشد.

هیپر تانسینون: در هر ویزیت فشار خون توسط پزشک بررسی شود و در صورتی که فشار خون بزرگسالان بالای ۱۴۰ روی ۸۰ میلی متر جیوه و کودکان بالای پرسنتایل ۹۵ یا بالای ۱۳۰ روی ۸۰ باشد، مداخلات اصلاح سبک زندگی یا داروهای مهار کننده ACE و ARB استفاده شود. محدوده فشار خون سیستولیک ۱۲۰ تا ۱۳۰ و دیاستولیک ۸۰ تا ۸۹ میلی متر جیوه و برای کودکان بین پرسنتایل ۹۰ تا ۹۵ به عنوان پری-هیپر تانسینون تعریف می شود.

ترومبوز: برای افراد ۲۰ ساله و بالاتر که دچار CVD هستند مصرف آسپیرین با دستور پزشک باید در نظر گرفته شود.

استعمال تنباکو و ترک سیگار: سیگار کشیدن یکی از عوامل خطر عمده برای CVD، به ویژه PAD است. در بیماران مبتلا به T1DM، سیگار کشیدن باعث افزایش خطر ابتلا به نوروپاتی، رتینوپاتی و نوروپاتی می شود که احتمالاً به علت اثرات نامطلوب التهابی و ایجاد اختلال عملکرد اندوتلیال است. سیگار کشیدن، خطر ابتلا به CVD را در T1DM از طریق تشدید اختلال متابولیسم گلوکز، چربی ها و عملکرد اندوتلیال، افزایش می دهد. بنابراین ترک سیگار باید به تمام بیماران مبتلا به T1DM به عنوان بخشی از استراتژی کلی برای کاهش CVD، به ویژه PAD، در نظر گرفته شود.

منبع:

De Ferranti, S. D., De Boer, I. H., Fonseca, V., Fox, C. S., Golden, S. H., Lavie, C. J., Orchard, T. J. (2014). Type 1 diabetes mellitus and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association and American Diabetes Association. Circulation, 130(13), 1110-1130



- زمانی که ۵٪ از انرژی مصرفی از کربوهیدرات با اسیدهای چرب چند غیر اشباع جایگزین شد، خطر مرگ و میر تا ۱۱٪ کاهش یافت. این در حالی بود که وقتی کربوهیدرات با اسیدهای چرب تک غیر اشباع یا پروتئین جایگزین شد، ارتباط چشمگیری با خطر مرگ و میر دیده نشد.
- جایگزینی کربوهیدرات ها با انواع چربی ها یا با پروتئین، تأثیر چشمگیری در ابتلا به بیماری قلبی حاد نداشت.
- جایگزین کردن کربوهیدرات با اسیدهای چرب اشباع، خطر سکته را ۲۰٪ کاهش داد.
- جایگزین کردن کربوهیدرات با سایر چربی ها و پروتئین ها، ارتباط قابل توجهی با خطر سکته نداشت.
- جایگزین کردن کربوهیدرات با اسیدهای چرب چند غیر اشباع، موجب شد تا خطر مرگ ناشی از بیماری های غیر قلبی، ۱۶٪ کمتر شود.
- افرادی که دریافت کربوهیدرات زیادی دارند، ممکن است از کاهش کربوهیدرات مصرفی و افزایش مصرف چربی سود ببرند.
- این یافته ها از توصیه های کنونی مبنی بر دریافت چربی کل تا کمتر از ۳۰٪ انرژی و مصرف اسید چرب اشباع کمتر از ۱۰٪ کالری، حمایت نمی کنند.

1. Prospective Urban Rural Epidemiology

Dehghan, M., Mente, A., Zhang, X., Swaminathan, S., Li, W., Mohan, V., Iqbal, R., Kumar, R., Wentzel-Viljoen, E., Rosengren, A. and Amma, L.I., 2017. Associations of fats and carbohydrate intake with cardiovascular disease and mortality in 18 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. The Lancet, 390(10107), pp.2050-2062

دکتر رضوان هاشمی / متخصص تغذیه

طیبه دهقانی / مدرس دیابت

تازه های تغذیه در بیماری های قلبی - عروقی

بیماری های قلبی - عروقی، ۸۰٪ از بار بیماری ها در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط را بر دوش دارند. تغذیه یکی از مهم ترین عوامل خطر قابل اصلاح برای بیماری های قلبی و بسیاری از بیماری های غیر مسری به شمار می رود.

در حال حاضر راهنماها توصیه می کنند که کمتر از ۳۰٪ از کالری روزانه خود را از چربی ها تأمین کنیم؛ که در این میان میبایست اسیدهای چرب اشباع شده کمتر از ۱۰٪ از انرژی روزانه را تشکیل دهد. در عین حال بهتر است به جای این نوع از چربی، از اسیدهای چرب اشباع نشده استفاده کنیم. حال آنکه این داده ها حاصل مطالعاتی بوده است که بر روی ساکنین کشورهای اروپایی و امریکای شمالی صورت گرفته است؛ مانند فنلاند که ۲۰٪ از کالری خود را از چربی های اشباع دریافت می کنند و نرخ مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی بالایی دارند.

علاوه بر این، توصیه های تغذیه ای بر این فرضیه استوار است که بین مصرف اسید چرب اشباع و سطوح کلسترول LDL ارتباط خطی وجود دارد؛ که در ادامه ی چنین شرایطی، بیماری قلبی - عروقی بیشتری خواهیم داشت.

اما این فرضیه تأثیر اسیدهای چرب اشباع بر سایر لیپوپروتئین ها، از جمله HDL را در نظر نمی گیرد. هم چنین نسبت کلسترول تام به HDL و اندازه گیری فشار خون نیز عوامل خطر مهمی در ابتلا به بیماری های قلبی به حساب می آیند.

نکته ی دیگر این که بیشتر مطالعات انجام گرفته تا به امروز در اروپا و شمال امریکا، حاکی از عدم ارتباط یا ارتباط کم بین مصرف اسید چرب اشباع با مرگ و میر و بیماری قلبی بوده است؛ حال آن که در چنین کشور های پردرآمدی، حدود ۷-۱۵٪ از کالری روزانه مردم از چربی های اشباع تأمین می گردد و این مسئله قابل تعمیم به سراسر جهان نیست؛ به ویژه مناطقی که از کفایت تغذیه ای برخوردار نمی باشند.

PURE¹ عنوان مطالعه ای ست که بر روی ۱۳۵۳۳۵ نفر در طی سال های ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۳ انجام شده است. این افراد از ۱۸ کشور دنیا در سراسر ۵ قاره انتخاب شده اند و محدوده سنی آن ها بین ۳۵ تا ۷۰ سال بوده است. این مطالعه، شرایط منحصربه فردی را ایجاد کرد تا تأثیر رژیم غذایی بر مرگ و میر و بیماری های قلبی - عروقی در کشورهای مختلف با افرادی که سوء تغذیه دارند یا آن ها که پرخور هستند سنجیده شود.

کشورهای منتخب

۳ کشور پردرآمد: کانادا، سوئد، امارات متحده عربی

۱۱ کشور با درآمد متوسط: آرژانتین، برزیل، شیلی، چین، کلمبیا، ایران، مالزی، فلسطین، لهستان، آفریقای جنوبی و ترکیه.

۴ کشور کم درآمد: بنگلادش، هند، پاکستان، زیمبابوه

لازم به ذکر است طبقه بندی درآمدی کشورها، بر اساس اطلاعات بانک جهانی در سال ۲۰۰۶ انجام گرفته است.

پرسش نامه های استاندارد مختلفی استفاده شد تا داده هایی در زمینه ی عوامل دموگرافیک، شرایط اجتماعی - اقتصادی (نظیر تحصیلات، درآمد و اشتغال)، سبک زندگی (استعمال دخانیات، فعالیت بدنی و مصرف الکل)، تاریخچه ی پزشکی و داروهای مصرفی، داده های تن سنجی و فشار خون مورد ارزیابی قرار گیرد. پیگیری های مختلف تلفنی و حضوری تا ۳، ۶ و ۹ سال بعد انجام و علل مرگ های رخ داده بررسی شد.

انرژی مصرفی از ۵۰۰ تا ۵۰۰۰ کالری در روز متغیر بود.

با توجه به تفاوت تغذیه ی بومی هر منطقه، چندین ریکال متنوع ۲۴ ساعته گرفته و استانداردسازی شد تا اطلاعاتی راجع به ۴۳ ماکرونوترینت و میکرونوترینت به دست آید.

۶۵٪ از جمعیت مورد مطالعه، حداقل ۶۰٪ و ۳۳٪ از افراد مورد بررسی، حداقل ۷۰٪ از انرژی روزانه ی خود را از کربوهیدرات ها تأمین کرده بودند. بالاترین میزان چربی در امریکای شمالی، اروپا، خاورمیانه و جنوب آسیا مصرف شده بود. بیشترین مقدار پروتئین در امریکای جنوبی و جنوب آسیا استفاده شده بود.

نتایج:

- مصرف کربوهیدرات بیشتر، با خطر بیشتر مرگ و میر کلی و مرگ و میر ناشی از بیماری هایی غیر از بیماری قلبی در ارتباط بود.
- بین مصرف کربوهیدرات با بیماری قلبی حاد، MI، سکته و مرگ در اثر بیماری قلبی ارتباطی دیده نشد.
- مصرف چربی کل، با خطر کمتر مرگ و میر کلی، سکته و مرگ به علت بیماری هایی غیر از بیماری قلبی ارتباط داشت.
- بین چربی مصرفی کل با بیماری قلبی جدی، MI و مرگ به دلیل بیماری قلبی ارتباطی دیده نشد.
- مصرف پروتئین در کل، ارتباط معکوسی با خطر مرگ و میر و مرگ در اثر بیماری هایی غیر از بیماری قلبی داشت.
- مصرف پروتئین حیوانی، با خطر کمتر مرگ و میر در ارتباط بود.
- بین استفاده از پروتئین گیاهی و خطر مرگ و میر رابطهای دیده نشد.
- مصرف بیشتر اسید چرب اشباع، با خطر مرگ و میر و مرگ ناشی از بیماری هایی غیر از بیماری قلبی، ارتباط وارونه ای داشت.
- مصرف زیاد اسید چرب اشباع ارتباطی با بیماری قلبی حاد، MI و مرگ به دلیل بیماری قلبی نداشت.
- هم چنین دریافت اسیدهای چرب تک غیر اشباع با کاهش خطر مرگ و میر مرتبط بود؛ این نوع اسید چرب ارتباط غیر قابل توجهی با کاهش خطر سکته و کاهش خطر مرگ به دلیل بیماری هایی غیر از بیماری قلبی داشت.
- اسیدهای چرب چند غیر اشباع با کاهش خطر مرگ و میر، مرگ به دلیل بیماری هایی غیر از بیماری قلبی در ارتباط بود.
- استفاده از دو مدل اسید چربی که در بالا گفته شد، با بیماری قلبی عمده، MI و مرگ ناشی از بیماری قلبی ارتباط چشمگیری نداشت.
- دریافت کربوهیدرات بالاتر، با خطر مرگ و میر در کشورهای آسیایی و غیر آسیایی همراه بود؛ حال آن که مصرف چربی بیشتر، با کاهش خطر مرگ و میر در کشورهای آسیایی و غیر آسیایی ارتباط داشت.



دوست محافظ انسولین

کیف فریو، محافظ اختصاصی انسولین

برای گرما و سرما و سفر
محافظت مطمئن و طولانی
بی نیاز از برق و باتری و یخچال
شارژ فقط با آب
ساخت کشور انگلستان



واحد آموزش و ارتباط با مشتریان
۰۲۱-۴۴۴۷۷۷۷
از صبح ۸ الی ۱۰ شب
www.Frio.ir

قدرت عادت ها

در همه ی ما عادت ها و رفتارهایی وجود دارد که بعضی اوقات فکر می کنیم، واقعا نمی توانیم آن ها را ترک کنیم. بطور مثال داشتن الگوی نامنظم خواب، فقدان فعالیت بدنی، انتخاب مواد غذایی ناسالم، استعمال دخانیات و استفاده بیش از حد شبکه های اجتماعی و... در قدم اول اجازه دهید آن ها را ناسالم نامگذاری کنیم که خیلی دقیق تر و کمتر قضاوت کنیم. این رفتارها کاملا طبیعی هستند و فقط مخصوص شما نیست. مطالعات نشان داده است که عادت ها بیش از ۴۰٪ از تصمیمات روزمره ما را تشکیل می دهند. هنگامی که عادت بی پروا می کند، مغز مشارکت کامل در تصمیم گیری را متوقف می کند و از کار و فعالیت شدید دست می کشد. در نتیجه بر روی وظایف دیگری تمرکز می کند. بدون چرخه عادت ها، مغز ما تحت فشار کارهای ظریف روزانه مغلوب شده و خاموش می شود. در ادامه قدم به قدم با شما همراه خواهیم شد تا با جایگزینی عادت های سالم در برابر قدرت عادت ها ایستادگی کنیم.

عادت های ناسالم خود را شناسایی کنید

قبل از اینکه بتوانید خودتان را تغییر دهید، باید دریابید که چه چیزی نیاز به تغییر دارد و می خواهید تغییر دهید. شناسایی عادت ها به این معنی ست که فقط رفتارهایی که نیازمند تغییر هستند را به سطح آگاهی بیاورید. وضعیت هر چه باشد، شناسایی آنچه در زندگی شما سالم نیست اولین گام در جهت تغییر است؛ لازم نیست همه آن ها را یکباره تغییر دهید. یک لیست تهیه کنید و یکی از عادت ها را انتخاب کنید.

نشانه ها رو مشخص کنید

قدم بعدی مشخص کردن نشانه هاست. نشانه همان چیزی است که با دیدن یا شنیدن یا رخ دادن آن عادت آغاز می شود. مثلا شاید دیدن یک فنجان قهوه برای یک فرد سیگاری در سطح ناخودآگاه، آغازگر حس نیاز به روشن کردن سیگار باشد. شرایط و سناریوهایی را که پیش از رفتار نامطلوب شما پیش می آید شناسایی کنید. ذهن خود را تمرین دهید تا از افکار و احساسات قبل از شروع عادت آگاه شوید.

عوامل انگیزشی عادت های ناسالم خود را تعیین کنید

حال که متوجه شدید که این عادت باعث مشکلات شما می شود، فکر می کنید که چرا این رفتار را انجام می دهید. برخی از رایج ترین انگیزه ها برای ادامه دادن عادت های ناسالم، دریافت توجه، لذت و رضایت، هیجان، اجتناب از مسائل و عدم نتیجه و حتی سهولت و راحتی رفتار ناسالم می باشد. هر عادت به شما چیزی می دهد که از آن لذت می برید؛ حتی اگر این انگیزه، صرفا اجتناب از مسئله ی غیرمعمولی که شما تمایل به انجام آن را ندارید. مثلا موقعیتی را تصور کنید که نیازمند تصمیم گیری است؛ برای اجتناب و فرار از فکر کردن و تصمیم گیری سیگار می کشید. فقط کافی است این سوال را از خود پرسید: هدف اصلی از این عادت تامین چه خواسته ای در ضمیر ناخودآگاه من است؟ مثلا اگر عادت دارید هر روز راس ساعت ۴، به یخچال رفته و یک شیرینی بخورید و تشخیص می دهید که هدف اصلی ضمیر ناخودآگاه رهایی از فشار و استرس محیط کاری است.

جایگزینی برای عادت ناسالم خود بیابید.

مرحله اول شناسایی مسیری است که ذهن خودکار و صرفه جوی ما برای رسیدن به پاداش یا همان انگیزه به خاطر می سپارد. جالب است که تحقیقات نشان می دهد ذهن ما در طی مسیر، حتی حالتی عمیق تر از خواب را تجربه می کند. دقیقا به همین علت است که معمولا وقتی به خود می آید که عادت به پایان رسیده است. مثلا ممکن است ساعتها برنامه ریخته باشید که دیگر سمت شیرینی نروید اما زمانی به خود می آید که یک جعبه شیرینی را تمام کرده اید. مرحله بعدی تعیین روال و برنامه ای مشخص که جایگزین عادت ناسالم شود. مثلا وقتی استرس دارید به جای ایستادن در برابر یخچال چه کاری را جایگزین می کنید؟ یا انتخاب یک شکلات معمولی کم کالری یا حتی مقداری انجیر که فقط طعم دهان را مانند یک کیک خامه ای شیرین کند. فقط در نظر داشته باشید که رفتارهای جایگزین شده باید ویژگی ذیل را داشته باشند تا بتوانید به آنها عادت کنید.

باید رفتاری باشد که نسبت به آن حس بد نداشته باشید و باعث نشود که از خودتان و رفتارتان انتقاد کنید. ذات آن از رقابت و فضای رقابتی دور باشد. زیرا رقابت می تواند درد و رنج های جدیدی را به زندگی شما اضافه کند! باید بتوانید حداقل روزی یک ساعت در طی دو ماه برای آن وقت بگذارید. تا زمانی که یک سهم جدی از زندگی شما را به خود اختصاص ندهند، «عادت» تلقی نخواهند شد. نباید فشار خیلی سنگین به شما وارد کند! اساسا اگر دقت کرده باشید ویژگی عادت ها این است که خیلی ساده هستند. تا به حال شنیده اید کسی به جایایی روزانه ۲ تن بار عادت کند؟! یا به خواندن روزانه ۱۰ مقاله؟! ما به رفتارهایی عادت می کنیم که انرژی زیادی از ما نگیرند. بنابراین در انتخاب فعالیت ها و تعیین مسیر برای «عادت سالم» به این مسئله هم توجه کنید. موسیقی گوش دادن شاید نمونه ای از فعالیت های مثبتی باشد که فشار ذهنی و فیزیکی و احساسی زیادی به ما وارد نمی کنند.

به تغییر متعهد باشید

همه ی ما در این مدت زمان دچار وقفه می شویم و در مواجه با عادت هایمان احساساتی نظیر احساس گناه و عصبانیت و اضطراب را تجربه می کنیم. نظر به اینکه احساسات مانع از انجام عادت ناسالم نمی گردد؛ سعی نکنید با آن ها مقابله کنید یا بخواهید آن ها را از بین ببرید. در عوض به خود اجازه دهید این احساسات را مشاهده کنید. احساسات ما شبیه پارچه ای بافته شده هستند. هر آنچه به آن ها نزدیک تر شوید و تار و پودشان را مشاهده کنید؛ احساسات شما محو تر و کمرنگ تر می گردد. این لغزش ها انواع موقعیت هایی که شما را از هدفتان دور می کند را نشان می دهد و به شما می گوید چگونه تغییر کنید تا در مسیر درست قرار گیرید. در نهایت موفقیت های کوچک را جشن بگیرید. منتظر نمانید تا به طور کلی عادت ناسالم از بین برود. همین که حس کنید این رفتار به تدریج بهبود یافته و تسلط شما به آن افزایش می یابد کافی است و با تکرار آن رفتار، توانمندی شما در آن رفتار بهتر می شود.

شناسنامه



فصلنامه داخلی انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک

سر دبیر: دکتر مولود صفاری راد

مدیران اجرایی: تارا صداقت، مریم طباطبایی

ویراستار: مهوش فرجودی

مدیر هنری: مریم طباطبایی

همکاران این شماره (به ترتیب حروف الفبا): پریسا احمدزاده، دکتر علی بنکدار، دکتر محمدتقی چراغچی باشی، طیبیه دهقانی،

دکتر مینا سپهران، تارا صداقت، دکتر مولود صفاری راد، سیما عباسی، مریم عزیزیان، دکتر مونا نوربخش، دکتر رضوان هاشمی

آدرس: تهران، میدان آرژانتین، خیابان خالد اسلامبولی (وزرا)، خیابان شانزدهم، پلاک ۴، انجمن اطلاع رسانی دیابت گابریک

تلفن: ۸۲۴۳۳ - ۰۲۱ آدرس اینترنتی: www.gabrick.ir

GLUCOCARD™

Always Ahead

01-mini

دستگاه تست قندخون گلوکوکارد 01-مینی

تولید شرکت ارکری ژاپن



کم دردترین، دقیق ترین و مطمئن ترین دستگاه تست قند خون

قلم لنست پیشرفته مجهز به تکنولوژی ضد لرزش (Anti-Vibration Technology)

برای نمونه گیری بدون درد

کوچک و زیبا با طراحی Stylish

arkray

واحد آموزش و ارتباط با مشتریان

۰۲۱-۲۶۸۳۷۰۰۰

از ۸ صبح الی ۱۰ شب



www.Glucocard.ir

تزریق بدون درد

EXTR 3.ME



در سوسون پیک، مجموعه ای از فناوری های پیشرفته و طراحی هوشمند دست به دست هم داده اند تا تزریق روزانه برای هر کسی به ساده ترین شکل و با کم ترین درد امکان پذیر شود.



واحد آموزش و ارتباط با مشتریان

۰۲۱-۲۶۸۳۷۰۰۰

از ۸ صبح الی ۱۰ شب



www.picsolution.ir

Made in Italy