



دانشگاه خاتم النبیین (ص)
معاونت پژوهش و فن آوری
دانشکده ی طب معالجوی

مجله ی علمی دانشجویی / سال دوم • شماره ی دوم • زمستان ۱۳۹۸

فهرست مطالب

عنوان.....	صفحه.....
شورای نخبگان دانشکده ی طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین (ص).....	۲.....
معرفی دانشکده ی طب.....	۴.....
بررسی میزان شیوع افسردگی در زمان حمل در زنان باردار مراجعه کننده به شفاخانه خاتم النبیین (ص).....	۷.....
در سال ۱۳۹۷.....	۱۲.....
دیپارتمنت داخله.....	۱۵.....
فراوانی بیماری دیابت در بیماران مراجعه کننده به شفاخانه معالجوی بلاسم در طول سال ۱۳۹۵ ه.ش.....	۲۱.....
دیپارتمنت صحت عامه.....	۲۳.....
سوء تغذیه.....	۲۶.....
آلودگی در افغانستان.....	۲۹.....
مرکز تحقیقات و فن آوری دانشگاه خاتم النبیین (ص).....	

صاحب امتیاز:

دانشگاه خاتم النبیین (ص)

مدیر مسؤول (مسؤول کمیته تحقیق طب معالجوی):

داکتر خان علی محمدی

سر دبیر:

داکتر لطیف نظری (رئیس دانشکده طب معالجوی)

اعضای هیأت تحریر:

داکتر خان علی محمدی (آمر دیپارتمنت صحت عامه)

داکتر سیف الله نیازی (آمر دیپارتمنت داخله)

معصومه محمدزاده (دانشجوی طب معالجوی)

محمد عاقل حسنی (دانشجوی طب معالجوی)

بهینه ذرخش (دانشجوی طب معالجوی)

حسینا ابراهیم خیل (دانشجوی طب معالجوی)

طراح جلد و صفحه آرا: عبدالله جعفری

آدرس:

کابل، سه راهی لیسه ی حبیبیه، دانشگاه
خاتم النبیین (ص)، دانشکده ی طب معالجوی دانشگاه
خاتم النبیین (ص).

تلفن: ۷۰۰ ۷۰۰ ۷۸۷ (۰) ۹۳+

آدرس وبسایت: WWW.Knu.edu.af

آدرس ایمیل: info@knu.edu.af

یادداشت: هرگونه استفاده از محتویات این مجله،
تنها با ذکر منبع مجاز است.



شورای نخبگان دانشکده‌ی طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین (ص)



۵. آموزش و استخراج اندوخته‌های علمی دانشجویان از دانشگاه و ارایه‌ی آن به گروه‌های اجتماعی
۶. پرورش استعدادها، خلاق، و تقویت روحیه تحقیق و تتبع، به منظور تربیت و تامین نیروی متخصص مورد نیاز کشور و نیل به خودکفایی و بالندگی در راستای اهداف راه‌بردی دانشگاه خاتم النبیین (ص)
۷. حمایت از کارکردها و استعداد دانشجویان نخبه و تقدیر از آنها
۸. تقویت روحیه‌ی هم‌کاری و کار گروهی علمی، بین دانشجویان و افزایش اعتماد به نفس و مهارت‌های آنها
۹. ارتباط علمی و هم‌اندیشی با موسسات و تشکيل‌های علمی-پژوهشی دانشگاهی و غیردانشگاهی در داخل و خارج از کشور
۱۰. برگزاری سمینارها و ورکشاپ‌های علمی
۱۱. تولید و انتشار نشریه‌های علمی، اجتماعی و فرهنگی

شورای نخبگان دانشکده‌ی طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین (ص)، مجموعه‌یی از محصلان نخبه، خلاق، مستعد، مشتاق به تحقیق علمی و تولید علم بوده که در تابستان سال ۱۳۹۸ ه.ش، تحت ریاست دکتر محمد عقیل رضایی، دانشجوی طب معالجوی، با تصویب اساسنامه و اهداف مشخص از سوی ریاست دانشکده‌ی طب معالجوی ایجاد شد، که این شورا تحت اهداف ذیل به فعالیت‌های خویش آغاز کرد:

۱. ایجاد اجتماعی از دانشجویان جوان و مستعد در جهت نهادینه کردن علم مدرن در جامعه‌ی علمی کشور
۲. مشارکت دانشجویان در فعالیت‌های علمی-پژوهشی، اجتماعی، فرهنگی، خلاقیت و نوآوری، انگیزشی و استعدادیابی
۳. ایجاد حلقه‌های علمی-پژوهشی و نهادینه کردن فعالیت و برنامه‌های علمی بین دانشجویان و جامعه‌ی علمی کشور
۴. بلند بردن توانایی دانشجویان در عرصه‌ی تحقیقات علمی

شورای نخبگان دانشکده‌ی طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین، با یک بوردرهبری متعهد و منسجم در جهت محقق ساختن اهداف فوق می‌کوشند

اعضای بوردرهبری:

داکتر محمدعقیل رضایی
داکتر سیدعلی نقی علوی
داکتر احمدزبیر به منش
داکتر سید محمد طارق غضنفر

کمیته‌های ذیل در شورای نخبگان طب معالجوی فعالیت دارند:

۱. کمیته علمی پژوهشی (تحقیقاتی)
۲. کمیته اجتماعی
۳. کمیته انگیزشی و استعداد یابی
۴. کمیته فرهنگی
۵. کمیته ورزشی

کمیته علمی-پژوهشی (تحقیقاتی) شورای نخبگان دانشکده طب معالجوی

از جمله هدف‌های اصلی و اساسی شورای نخبگان طب معالجوی انجام پژوهش‌های علمی و پژوهش‌های تحقیقاتی بزرگ در سطح دانشگاه، منطقه و بین‌المللی می‌باشد. چنان‌چه جامعه علمی کشور ما خوب درک کرده‌اند که تحقیق و روحیه تحقیق در کشور بارز نبوده و نیاز احساس می‌شود که افغانستان شامل دنیای بزرگ علم و پژوهش شده و از کشور های باشد که در آن تولید علم صورت می‌گیرد. این همه پژوهش‌ها و انجام عملیات‌های تحقیقاتی از داخل یک دانشگاه انجام‌پذیر بوده که در این عرصه تیم تحقیقاتی شورای نخبگان طب معالجوی که شامل استادان و دانشجویان مستعد، متعهد و با تجربه بوده که برای محقق شدن این امر بسا مهم و شگوفایی علم در افغانستان کمر همت بسته‌اند.

تیم تحقیقاتی شورای نخبگان دانشکده طب معالجوی افتخار دارد که تا این دم دست‌آورد های ذیل را کسب نموده است:

۱. اشتراک در کنگره بین‌المللی طبی شیراز- ایران
۲. آرایه و به نمایش گذاشتن مقاله و دو پستر علمی در کنگره بین‌المللی طبی شیراز- ایران
۳. بازدید از مجهزترین لابراتوار و مرکز تحقیقاتی ساینسی در تهران - ایران و تفاهم همکاری به این مرکز و اشتراک گذاشتن تجربه‌ها...



دانشگاه خاتم النبیین (ص)

دانشکده‌ی طب معالجوی

نام پوهنځی	طب معالجوی
سال تاسیس	۱۳۹۰
تعداد دیپارتمنت	دو دیپارتمنت
دیپارتمنت‌ها	1. دیپارتمنت داخله 2. دیپارتمنت صحت عامه و فارمکولوژی

معرفی مختصر دانشکده

چشم انداز:

دانشکده طب معالجوی قصد دارد در ارتقای صحت جامعه با تربیت نیروهای کار آمد، ارائه خدمات صحی معیاری و پژوهش‌های کاربردی در منطقه پیش‌تاز باشد.

تعمیر و صنوف

پوهنځی طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین (ص) دارای تعمیر مناسب و مجهز به وسایل آموزشی و آسایشی لازم می‌باشد. این پوهنځی دارای تعداد ۱۴ صنف است که دارای امکاناتی مثل وایت‌بورد، پروژکتور، LCD، چوکیه‌ای مناسب و نور کافی می‌باشد.

تعداد استادان

دانشکده طب معالجوی دارای ۶ نفر کادر علمی تمام وقت با درجه تحصیلی حد اقل ماستری می‌باشد. ضمناً دانشکده جهت تکمیل کادر تدریسی خود، از اساتید خارج کادر علمی بصورت قراردادی بهره می‌گیرد. مشخصات اساتید دانشکده در جدول ذیل ارایه شده است:

رتبه علمی	درجه تحصیلی	رشته تحصیلی	نام و تخلص	
پوهنمل	MD	طب معالجوی	داکتر مکارم بختیاری	1
پوهنیار	MD	طب معالجوی	داکتر جعفر علی مرادی	2
پوهنیار	MD	طب معالجوی	داکتر محمد لطیف نظری	3
پوهنمل	PhD	صحت عامه	دکتر خانعلی محمدی	4
پوهنیار	MD	طب معالجوی	داکتر سیف الله نیازی	5

ماموریت:

تربیت نیروی انسانی متعهد و متخصص، بستر سازی جهت انجام پژوهش‌های کاربردی و اساسی، ارائه خدمات صحی متناسب با استاندارد‌های جهانی به منظور کمک به سلامت افراد جامعه و نیازهای صحی کشور.

دانشکده طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین (ص)، در سال ۱۳۹۰ با مجوز رسمی از وزارت محترم تحصیلات عالی افغانستان تأسیس و در بهار سال ۱۳۹۰ اقدام به جذب و پذیرش محصل نمود. این دانشکده دارای چهار دیپارتمنت بوده و برنامه‌های آموزشی در مقطع MD تایم روزانه را در رشته طب معالجوی برگزار می‌کند. تاکنون یعنی سال ۱۳۹۸ دانشکده طب معالجوی ۴ دور فراغت داشته است.

بدن انسان و اعمال فیزیولوژیک آن و همچنین شناخت عوامل بیولوژیک، پتالوژیک و مکانیزمهای دفاعی بدن در برابر آنها و اصول آسیبهای بدن انسان و آشنا ساختن محصلان با اصول مسائل صحتی است. حد اکثر مدت زمان در این مرحله ۳ سال است

لابراتوارها

پوهنحئی طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین(ص) دارای ۱۳ لابراتوار مجهز شامل لابراتوارهای آناتومی، هیستولوژی، پاتولوژی، بیوشیمی، کیمیا، میکروبیولوژی، بیولوژی و skill lab میباشد.

2. کلینیک: هدف از این مرحله تشخیص امراض از دیدگاه کلینیکی و لابرتواری و بدست آوردن تواناییهای لازم در بکار بردن اندیشه و استقلال فکری و نتیجهگیری سریع به منظور برخورد منطقی و صحیح با مریض و طراحی تدابیر وقایوی و تداوی میباشد. مدت زمان: مدت زمان در این مرحله ۳ سال است که طی آن دورههای پراکتیک از دروس داخله، جراحی، اطفال، نسائی ولادی، چشم، گوش و حلق و بینی، عقلی و عصبی، رادیولوژی، جلدی و زهروی و واحدهای باقیمانده تئوری از دروس عمومی و اختصاصی گذرانده میشود.

دوره کلینیکی شامل دو بخش است:

۱. آموزش محصلان بر بالین مریضان در شفاخانهها
۲. گذراندن دروس تئوری در فاکولته: حد اکثر مدت زمان گذراندن این مرحله چهارر سال است.

دوره ستاژ:

هدف از این مرحله پرورش مهارتها و تقویت قدرت تصمیمگیری و افزایش اتکاء به نفس و همچنین برخورد مستقیم محصل با مسائل تشخیصی و تداوی و واگذار کردن این مسئولیت به عهده او میباشد. زمان مطلوب این دوره یک سال است که در این مدت دوره های داخله عمومی، جراحی، اطفال، نسائی ولادی، جلدی زهروی، وقایه، گوش و حلق و بینی، چشم، عقلی و عصبی، طب عدلی، اتناتی و توبرکلوز توسط محصلان گذرانده میشود. مکان گذراندن این دوره فقط در شفاخانهها تحت نظر اساتید می باشد.

کتابخانه و مرکز آی تی

پوهنحئی دارای کتابخانه تخصصی به شمول کتابهای درسی و مطالعاتی و همچنین مرکز تکنالوجی معلوماتی (IT) می باشد که همه روزه از ساعت ۸ صبح الی ۴ بعد از ظهر برای استفاده محصلان سرویس دهی می کند.

معرفی محتوا

۱- دوره تحصیل

مطابق نظامنامه آموزشی این پوهنتون مدت تحصیل در این دوره حداقل شش سال و حداکثر هشت سال میباشد. هر محصل میتواند در هر سمستر حداقل ۱۷ کردیت و حد اکثر ۲۱ کردیت را انتخاب نماید. این دوره تحصیلی شامل سه مرحله میباشد:

1. پاراکلینیک (Basic))
2. کلینیک
3. ستاژ

۱. پاراکلینیک: مدت زمان این مرحله ۲ سال است در این مرحله محصلان دروس اساسی (Basic) و مرحله اول دورس عمومی و اختصاصی را می گذرانند.

هدف: هدف از این مرحله، آموزش ساختمان





منوگراف (Thesis)

هدف: متبارز و آشکار نمودن توانایی‌های فردی و علمی محصلان و همچنان آموزش دادن در جهت کسب مهارت‌های علمی و تحقیقاتی در آینده.

منوگراف ۶ کریدیت است و هر محصل باید حداقل یک سال قبل از اتمام دوره تحصیلی خود موضوع آن را تحت نظر استاد رهنما مشخص نموده و قبل از فارغ التحصیل شدن آن را دفاع نماید.

۳- نوع کریدیت‌ها

طب معالجوی، همانند بسیاری از رشته‌های دیگر، دارای ماهیت چند رشته‌ای است و بنابراین، موفقیت در تحقق اهداف آموزشی این دوره متوقف بر آشنایی و کسب توانایی علمی در تعدادی از زمینه‌های علمی است. از این رو، مجموعه کریدیت‌های این رشته به چهار دسته تقسیم می‌شوند:

ردیف	نوع مضمون	تعداد کریدیت
1	مضامین اساسی	80
2	مضامین اختصاصی	104
3	مضامین دوره ستاژ	36
4	مضامین عمومی (پوهنتون شمول)	20
5	منوگراف	6
6	جمع کل کریدیت‌ها	246

۲- تعداد کریدیت‌ها

نظام آموزشی این پوهنتون بر اساس سیستم کریدیت ارائه می‌شود که هر کریدیت شانزده ساعت می‌باشد.

تعداد کریدیت‌های این دوره ۲۴۶ کریدیت می‌باشد و محصلان برای تکمیل این دوره تحصیلی این تعداد کریدیت‌ها را بگذرانند. از مجموع (۲۴۶) کریدیت، ۸۰ کریدیت دروس اساسی، ۱۰۴ کریدیت دروس اختصاصی، ۲۰ کریدیت دروس عمومی، ۳۶ کریدیت دوره ستاژ و ۶ کریدیت مونوگراف (Thesis) می‌باشد.

۸۰ کریدیت	دروس اساسی:
۱۰۴ کریدیت	دروس اختصاصی:
۳۶ کریدیت	ستاژ:
۲۰ کریدیت	عمومی:
۶ کریدیت	منوگراف (Thesis):
۲۴۶ کریدیت	مجموع:

بررسی میزان شیوع افسردگی در زمان حمل در زنان باردار مراجعه کننده به شفاخانه خاتم النبیین (ص) در سال ۱۳۹۷

مقدمه

افسردگی دوران بارداری به دامنه ای از اختلالات خلقی گفته می شود که در طول بارداری یا در دوازده ماه اول پس از وضع حمل مادر دچار آن می شود. (میچل ۲۰۰۹). زنانی که دارای افسردگی هستند به احتمال زیاد دچار افسردگی دوران بارداری می شوند. آن ها اغلب به دنبال کمک و همکاری از دیگران هستند. در این شرایط مداخلات درمانی زود هنگام بر روی سطح افسردگی مادران باردار و سلامت آن ها عمده ترین تاثیر را خواهد گذاشت؛ برای مثال همراهی کردن والدین این زنان باردار می تواند تاثیرگذار باشد. در بعضی از زنان که علائم سایکوتیک مشاهده می شود، بهتر است از داروهای ضد افسردگی استفاده شود و روان درمانی تاثیر عمده ای بر روی آن ها خواهد داشت. عموماً افسردگی دوران بارداری، با علائمی چون: اضطراب و اختلالات خلقی همراه است. برای همین درمان گر در تشخیص این که این اختلال، افسردگی دوران بارداری است، دچار اشتباه می شود. در این افراد درمان های تشخیصی و مداخله جو در دراز مدت موثر واقع می شود. مشکلات این دوران شامل افسردگی، افسردگی مزمن، اختلافات زناشویی، مشکلات رفتاری، هیجانی و شناختی می باشد. با این وجود افسردگی اولیه که در زنان وجود دارد به ندرت در طول بارداری شان تشخیص داده می شود و در بیشتر موارد این اولین شیوع افسردگی آن ها تا به حال بوده است (میچل، ۲۰۰۹). (۱) با توجه به اهمیت موضوع و برای بررسی بیشتر در کشور مان و رفع تناقضات و ابهامات، بر آن شدیم مطالعه ای برای بررسی میزان افسردگی در زنان حامله مراجعه کننده به شفاخانه خاتم النبیین (ص) به انجام برسانیم.

دوران بارداری و ایام پس از زایمان، از حساس ترین دوران زندگی زنان محسوب می شود. این دوران به همان اندازه که از نظر جسمانی مورد توجه قرار می گیرد، از نظر روانی و اجتماعی نیز حایز اهمیت است از اختلالات مطرح در دوران بارداری، می توان به افسردگی اشاره کرد. پژوهش گران معتقدند که افسردگی در دوران بارداری، امری شایع محسوب می شود. به نحوی که امارها، بیان گر شیوع ۴٪ تا ۲۹٪ افسردگی در بین مادران باردار است. دوران بارداری گر چه برای اکثر زنان یک دوره مسرت بخش است اما، اغلب یک دوره پر استرس همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی به حساب می آید (۱). در این دوره تغییرات بیوشیمیایی، فیزیولوژیکی و آناتومیک زیادی در بدن زن رخ می دهد (۲). در واقع تغییراتی که در بدن رخ می دهد فراتر از کنترل فرد می باشد و این تغییرات به عنوان اولین تغییراتی هستند که زن را هم از نظر جسمی و هم از نظر روحی آسیب پذیر می کنند (۳). وضعیت روحی زن در بارداری تحت تاثیر تغییرات هورمونی قرار می گیرد و برای زنانی که بارداری را یک عمل بیولوژیک کامل کننده می دانند، این امر مسرت بخش و خشنود کننده است ولی بسیاری از زنان دوره ای از اضطراب را در این دوران سپری می نمایند، زیرا در طی بارداری فرد دستخوش بزرگترین تغییر

نگارنده: معصومه محمد زاده

استاد راهنما: دکتر منیژه تورا بختیاری

استاد مشاور: دکتر خانعلی محمدی

چکیده

مقدمه: زنان در طی دوران بارداری و پس از زایمان مستعد بروز اختلال خلقی هستند. شیوع افسردگی حین بارداری در مطالعات اپیدمیولوژی متعدد بسیار متفاوت بوده است. تعیین شیوع افسردگی در زنان باردار مراجعه کننده به شفاخانه خاتم النبیین (ص) طی سال ۱۳۹۷ انجام گرفت.

مواد و روش ها: به کلیه زنانی که در سه ماه اول حاملگی به شفاخانه خاتم النبیین (ص) مراجعه کرده بودند و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، با پرسش نامه، افسردگی بک ۱ و برخی از خصوصیات دموگرافی آن ها تکمیل شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: از تعداد ۱۰۴ خانم باردار، ۴۰ نفر میانگین (۳۸/۵ درصد) درجه هایی از افسردگی را داشتند. بین افسردگی و اقتصاد، سابقه ی سقط و تحصیلات و سن، ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: شیوع افسردگی و عدم همراهی آن با تحصیلات، سابقه سقط و سن با نتایج مطالعات دیگر متفاوت بوده است. مصاحبه ساختار یافته روان پزشکی و تحلیل برای تعیین شیوع اختلال افسردگی حین بارداری و ارتباط آن با متغیرهای دیگر توصیه می شود.

کلید واژها:

افسردگی، شیوع، شفاخانه خاتم النبیین (ص)، سه ماه اول



در شیوه زندگی خود می‌شود و باید تصویر شخصیتی خود را به حالت مادری تغییر دهد (۳). بارداری برای اکثر زنان به عنوان یک موقعیت تکاملی مطرح می‌باشد ولی برای تطابق موفقیت آمیز با آن نیاز به سازگاری های جسمی، درون فردی و خانوادگی می باشد که در غیر این صورت ممکن است زنان در دوران بارداری دچار مشکلات روحی و روانی شوند (۴) سطح آگاهی مادران جامعه از دستورالعمل و مراقبت های ویژه دوران بارداری پایین می باشد. از طرف دیگر ضعف جسمانی ناشی از کم تحرکی و افزایش وزن بیش از حد باعث می شود تا در پاره ای از موارد، دوران بارداری و زایمان با تحمل اضطراب، سختی ها و پیامدهای منفی غیرقابل انتظاری همراه گردد. این امر می تواند مادران را تا سال ها پس از زایمان و حتی در دوران سالمندی گریبان گیر و مبتلا سازد (۵)

روش اجرا

این مطالعه از نوع مقطعی- توصیفی می باشد که با کسب اجازه از دانشکده طب و ریاست شفاخانه خاتم النبیین (ص) همرا با متخصص نسائی ولادی شفاخانه روزانه در ویزیت مریشان سرپایی شرکت کرده و زنان بارداری که جهت ویزیت مراجعه کردند و معیار های ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب و اطلاعات مورد نیاز آنان جمع آوری گردید و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

شرایط شرکت در مطالعه عبارت بود از نداشتن سابقه بیماری روانی شناخته شده به اظهار خود بیمار، مصرف دارو (به جز مکمل و مولتی ویتامین)، ابتلا به بیماری های مزمن و عفونی شناخته شده (بیماری قند خون، فشار خون بالا و ...)، عوارض دوران بارداری و افسردگی فصلی که با پرسیدن از بیمار و علایم آن در فصل های سرد سال بدست آمد.

روش نمونه گیری سرشماری بوده به این ترتیب که در هر روز در معاینه خانه حاضر شده و زنان باردار مراجعه کننده که معیار ورود به مطالعه را داشتند با کسب اجازه شفاهی، انتخاب و افسردگی نمونه ها با آزمون افسردگی بک ارزیابی شد که امتیاز آن به صورت زیر تعیین شد :

(۱۰-۱۵) بی علامت، (۱۶-۳۰) خفیف، (۳۱-۴۶) متوسط، (۴۷-۶۳) شدید. متغیرهای دموگرافی شامل سن، تحصیلات (بی سواد، باسواد)، سن حاملگی، محل سکونت و سابقه سقط بود.

معیار های ورود در مطالعه:

- ۱- نداشتن سابقه بیماری روانی شناخته شده به اظهار خود بیمار،
- ۲- مصرف دارو (به جز مکمل و مولتی ویتامین)،
- ۳- ابتلا به بیماری های مزمن و عفونی شناخته شده (بیماری قند خون، فشار خون بالا و ...)،
- ۴- عوارض دوران بارداری
- ۵- افسردگی فصلی
- ۶- رضایت شخصی
- ۷- سه ماه اول بارداری

معیار های خروج شامل :

- ۱- عدم رضایت به شرکت در مطالعه
- ۲- بیماران مراجعه کننده بعد از تایم
- ۳- تریمستر دوم یا سوم باشند.

متغیرهای مورد مطالعه در جدول زیر نمایش داده شدند.

جدول ۱-۲. متغیرها

متغیر	نوع متغیر	مقیاس
سن	کمی پیوسته	سال
سن حاملگی	کمی پیوسته	هفته
محل سکونت	کیفی اسمی	پرسش نامه
سابقه سقط	کیفی اسمی	پرسش نامه
تحصیلات	کیفی اسمی	پرسش نامه

روش تجزیه و تحلیل در این مطالعه از آمار میانگین و انحراف معیار جهت متغیرهای کمی و از فراوانی و درصد جهت متغیرهای کمی جهت تجزیه و تحلیل آماری استفاده شد همچنین از آزمون های آماری t و کای اسکور و $P < 0.05$ معنی دار تلقی شد. جامعه آماری این مطالعه کلیه زنان باردار مراجعه کننده به شفاخانه خاتم النبیین (ص) بودند. نمونه های این مطالعه زنان باردار که معیار های ورود به مطالعه را داشتند. روش نمونه گیری در این مطالعه از روش سر شماری جهت نمونه گیری استفاده شد.

نتایج

از مجموع ۱۰۴ خانم باردار که در مطالعه شرکت کردند، میانگین سن افراد مورد مطالعه، ۲۶/۰۲ سال و انحراف معیار ۵/۴۱ سال بود. دامنه سن افراد ۱۵ تا ۴۰ سال می باشد. در این مطالعه میانگین سن حاملگی افراد مورد مطالعه، ۲۶/۷۴ هفته و انحراف معیار ۲/۱۷ هفته بود. دامنه سن حاملگی بین ۲ تا ۹ هفته بودند.

در این مطالعه به تفکیک سن، ۱۷ مورد (۱۶/۳ درصد) در سن کمتر از ۲۰ سال، ۶۰ مورد (۵۷/۷ درصد) در سنین ۲۰ تا ۲۹ سال، ۲۶ مورد (۲۵ درصد) در سنین ۳۰ تا ۳۹ سال و یک مورد (۱ درصد) در سن بالاتر از ۴۰ سال قرار داشتند.

جدول ۱-۳. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب

سن

متغیر		فراوانی	درصد
سن	کمتر از ۲۰ سال	۱۷	۱۶/۳
	بین ۲۰ تا ۲۹ سال	۶۰	۵۷/۷
	بین ۳۰ تا ۳۹ سال	۲۶	۲۵
	بیشتر از ۴۰ سال	۱	۱
جمع کل		۱۰۴	۱۰۰

در این مطالعه بر حسب افسردگی، ۶۴ مورد (۶۱/۵ درصد) طبیعی و ۴۰ مورد (۳۸/۵ درصد) افسرده بودند.

جدول ۲-۳. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب افسردگی

متغیر		فراوانی	درصد
افسردگی ندارد		۶۴	۶۱/۵
افسردگی دارد		۴۰	۳۸/۵
جمع کلی		۱۰۴	۱۰۰

در این مطالعه سطح افسردگی به این صورت بود که از ۴۰ نفری که افسرده بودند، ۳۳ مورد (۳۱/۷ درصد) افسردگی خفیف، ۶ مورد (۵/۸ درصد) افسردگی متوسط و ۱ مورد (۱ درصد) افسردگی شدید، و در مجموع ۳۸/۵٪ افسردگی داشتند.

جدول ۳-۳. سطح افسردگی بین افراد مورد مطالعه

متغیر		فراوانی	درصد
سطح افسردگی	افسردگی ندارد	۶۴	۶۱/۵
	خفیف	۳۳	۳۱/۷
	متوسط	۶	۵/۸
	شدید	۱	۱
جمع کل		۱۰۴	۱۰۰

در این مطالعه بر حسب محل سکونت افراد مورد مطالعه، ۷۸ مورد (۷۵ درصد) ساکن کابل و ۲۶ مورد (۲۵ درصد) ساکن ولایات بودند.

جدول ۴-۳. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب محل سکونت

متغیر		فراوانی	درصد
محل سکونت	کابل	۷۸	۷۵
	ولایات	۲۶	۲۵
جمع کل		۱۰۴	۱۰۰

در این مطالعه بر اساس سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه،

۹۲ مورد (۸۸/۵ درصد) بی سواد و ۱۲ مورد (۱۱/۵ درصد) با سواد بودند.

جدول ۵-۳. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب تحصیلات

متغیر		فراوانی	درصد
سطح تحصیلات	بی سواد	۹۲	۸۸/۵
	با سواد	۱۲	۱۱/۵
جمع کل		۱۰۴	۱۰۰

در این مطالعه بر حسب سابقه سقط افراد مورد مطالعه، ۸۲ مورد (۷۸/۸ درصد) سابقه سقط نداشتند و ۲۲ مورد (۲۱/۲ درصد) سابقه سقط داشتند.

جدول ۶-۳. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب سابقه سقط

متغیر		فراوانی	درصد
سابقه سقط	ندارد	۸۲	۷۸/۸
	دارد	۲۲	۲۱/۲
جمع کل		۱۰۴	۱۰۰

جدول ۷-۳. توزیع فراوانی افسردگی بر حسب میانگین سن

متغیر		سن		P
		میانگین	انحراف معیار	
افسردگی	طبیعی	۲۵/۶۹	۵/۲۵	۰/۷۲
	افسرده	۲۶/۵۵	۵/۶۷	

در این مطالعه فراوانی افسردگی بر حسب میانگین سن به این صورت بود که میانگین سنی افرادی که افسردگی نداشتند ۲۵/۶۹ سال (انحراف معیار ۵/۲۵) و میانگین سنی افرادی که افسردگی داشتند ۲۶/۵۵ سال (انحراف معیار ۵/۶۷) بود و اختلاف معنی داری بین دو گروه با استفاده از آزمون T مستقل دیده نشد ($P>۰/۰۵$).

در این مطالعه توزیع فراوانی نسبی افسردگی بر حسب سابقه سقط بدین صورت بود که ۵۱ مورد از افراد که افسردگی نداشتند سابقه سقط نداشتند و ۳۱ مورد از افرادی که افسرده بودند سابقه سقط نداشتند همچنین ۱۳ مورد از افرادی که طبیعی بودند سابقه

سقط داشتند و ۹ مورد از افرادی که افسرده بودند سابقه سقط داشتند. با استفاده از آزمون کای اسکور اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه دیده نشد ($P>0/05$).

جدول ۳-۸. توزیع فراوانی نسبی افسردگی بر حسب سابقه سقط

متغیر		طبیعی	افسرده	P
سابقه سقط	ندارد	۵۱	۳۱	۰/۷۹
	دارد	۱۳	۹	
جمع کل		۶۴	۴۰	

از لحاظ سطح تحصیلات، اختلاف معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد ($P>0/05$).

جدول ۳-۹. توزیع فراوانی نسبی بر حسب تحصیلات

متغیر		طبیعی	افسرده	P
سطح تحصیلات	بی سواد	۵۷	۳۵	۰/۸۰
	با سواد	۷	۵	
جمع کل		۶۴	۴۰	

۴-۱. بحث

از مجموع ۱۰۴ خانم باردار که در مطالعه شرکت کردند، ۶۴ مورد (۶۱/۵ درصد) طبیعی و ۴۰ مورد (۳۸/۵ درصد) افسرده بودند.

در مطالعه ای که توسط محمد جعفر مدیرنیا و همکارانش در ایران با هدف بررسی شیوع افسردگی در سه ماهه سوم بارداری انجام شد، از ۴۰۰ نمونه مورد بررسی، ۱۰۰ نفر (۲۵ درصد) دچار افسردگی بودند که با مطالعه ما همخوانی نداشت.

در بررسی که توسط Dominic T.S.Lee و همکاران در سال ۲۰۰۴ بر روی ۱۵۷ زن چینی در هفته ۳۸ بارداری، در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی که میلیون ها نفر را با وضعیت اجتماعی اقتصادی متفاوت پذیرش می دهد با مصاحبه ساختار یافته روانپزشکی انجام گرفت شیوع ۶/۴ درصد بدست آمد که این مطالعه نیز با مطالعه ما همخوانی نداشت.

در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی به روش مقطعی توسط فریبا حسینی سازی و همکارانش به هدف تعیین فراوانی افسردگی در زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه مراقبت های بارداری بیمارستان میرزا کوچک خان در سال ۱۳۸۲ روی ۱۸۰ زن باردار انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه سنجش افسردگی بک و فورم ثبت اطلاعات دموگرافیک بود. یافته ها نشان داد که ۲۳/۳ درصد از زنان باردار، در این مطالعه، از درجات مختلف افسردگی رنج میبردند که با مطالعه ما همخوانی نداشت.

در یک مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی که توسط غلامحسین احمدزاده و همکاران با هدف بررسی شیوع افسردگی و ارتباط آن با بعضی عوامل اجتماعی-اقتصادی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر اصفهان ایران انجام شد، ۶۰۰ نفر از زنان باردار ۴۵-۱۵ ساله پرسشنامه افسردگی Beck به همراه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک را تکمیل کردند. از ۶۰۰ نفر زن حامله، ۴۴۶ نفر (۷۴/۳ درصد) طبیعی و ۱۵۴ نفر (۲۸/۷ درصد) دارای افسردگی بودند که با مطالعه ما همخوانی نداشت. علت این اختلاف را می توان در تعداد نمونه های بررسی شده، مکان مطالعه، زمان انجام مطالعه، ابزار بررسی و چگونگی انتخاب نمونه دانست.

در بررسی به روش مقطعی که توسط فرزانه پازنده و همکارانش با هدف تعیین میزان و شدت افسردگی و عوامل موثر بر آن در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۷۸ انجام گرفت، نتایج نشان داد که از ۵۸۰ زن باردار که مورد مطالعه قرار گرفته بودند، ۳۱۵ نفر (۵۴/۳ درصد) سالم و ۲۶۵ نفر (۴۵/۷ درصد) افسرده بودند که با مطالعه ما تقریباً هم خوانی دارد.

در این مطالعه سطح افسردگی به این صورت بود که از ۴۰ نفری که افسرده بودند، ۳۳ مورد (۳۱/۷ درصد) افسردگی خفیف، ۶ مورد (۵/۸ درصد) افسردگی متوسط و ۱ مورد (۱ درصد) افسردگی شدید داشتند. در مطالعه ای که توسط فرزانه پازنده و همکارانش انجام گرفت نتایج نشان داد که ۲۰/۹ درصد افسردگی خفیف، ۲۳/۳ درصد افسردگی متوسط و ۲۲/۴ درصد افسردگی شدید داشتند.

پژوهشی دیگری توسط پساونتو و همکاران در سال ۲۰۰۵ تحت عنوان کیفیت زندگی و افسردگی در بارداری پرخطر در ایتالیا انجام شد. هدف از این مطالعه، بررسی کیفیت زندگی و افسردگی و ارتباط احتمالی بین آن دو در بارداری طبیعی و پر خطر بود. برای این منظور ۱۰۰ زن باردار که ۵۰ نفر آنها بارداری طبیعی و ۵۰ نفر دیگر بارداری پر خطر داشتند، مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی برای سنجش کیفیت زندگی و آزمون افسردگی بک برای تعیین میزان افسردگی بود. روش جمع آوری اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه توسط پژوهشگر بود. نمرات

فهرست منابع

- 1) Mekee MD, Cuningham M, Maddy D, etal (2001)' Health related functional status in a multi-ethnic population' *obstet Gynecol*, 930-988 :97.
- 2) Cuningham F, Kenneth J, Hauth C, etal (2005) *Williams obstetrics*, 23th edition, New York: Mc Graw-Hill.
- 3) Bennett R, Brown L (2005) *myles text book for midwives*. 13th edition. Churchill Livingston.
- 4) جنتی ی، خاکی ن (1384) روان پزشکی در مامایی. تهران انتشارات جامعه نگر.
- 5) Crawford JR, Henry JD. *The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample*. *Br J Clin Psychol* 42 ;2003(Pt 31-111 :2).
- 6) Khodadostan M. *The relationship between factors of postpartum depression in women referred to health centers in Isfahan [Thesis]*. Isfahan, Iran: Department of Medicine, University of Isfahan; 1997. [In Persian].
- 7) Lovibond SH, Lovibond PF. *The DASS: Manual for the Depression, Anxiety Stress Scales*. Kensington, Australia: University of New South Wales; 1996.
- 8) Lerner H. 12 Tips for Coping With Stress During Pregnancy, How to Gain Control of Your Life [Online]. 2009 [cited 2009 Jul 17]; Available from: URL: <http://womenshealth.about.com/cs/pregnancy/a/mispregstress.htm>. 2013.
- 9) Kelly RH, Russo J, Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen Hosp Psychiatry* ;2001 13-107 : (3)23.
- 10) هارولد کاپلان و بنیامین سادوک، چکیده روانپزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی. تهران. ارجمند. جلد دوم. صفحه 97. ISBN: 978644961762
- 11) Austin MP, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 17-10:(1) 107 ;2003.
- 12) Roomruangwong C, Epperson CN. Perinatal depression in Asian women: prevalence, associated factors, and cultural aspects. *Asian Biomed* -5:179;2011 93.
- 13) Harris B., Lovett L., Smith J., Read G. Cardiff puerperd mood and hormone study III, postnatal depression at 5 to 6 weeks post partum and its hormonal correlates across the prepartum period. *Br J Psychiatry*. 44-168:739 ;1996.
- 14) کاپلان سادوک کرپ. خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری. ترجمه پورافکاری نصرت ا.... تهران، انتشارات شهرآب 1375، ص 45-50.

بدست آمده از هر دو پرسشنامه در هر دو گروه محاسبه شد. نتایج زیر به دست آمد: میانگین امتیاز کیفیت زندگی در ۱۰۰ زن باردار ۱۵/۳ بدست آمد که آزمون آمار t بین نتایج دو گروه اختلاف معنی داری را نشان داد. از بررسی پاسخ های زنان باردار در گروه زنان باردار طبیعی و پرخطر نتایج نشان داد که ۶۹ درصد از زنان باردار (۴۳ نفر) با بارداری طبیعی و (۲۶ نفر) با بارداری، غیر افسرده و ۱۹ درصد (۷ نفر با بارداری طبیعی و ۱۲ نفر با بارداری پرخطر) دارای افسردگی خفیف و ۱۲ درصد (۱۲ نفر که همگی از گروه بارداری پرخطر بودند) دارای افسردگی متوسط بودند.

پیشنهادهات

مصاحبه ساختار یافته روانپزشکی و تحلیل برای تعیین شیوع اختلال افسردگی حین بارداری و ارتباط آن با متغیرهای دیگر توصیه می شود و از آنجایی که افسردگی بر همه جنبه های زندگی خانم های باردار تاثیر سوء به جا می گذارد، بهتر است خانم های باردار از نظر علایم افسردگی غربالگری شوند تا اقدام به موقع صورت گیرد.



دیپارتمنت داخله

تاریخچه تشکیل دیپارتمنت داخله

دیپارتمنت داخله زیر مجموعه دانشکده طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین (ص) بوده و در سال ۱۳۹۶ ایجاد و شروع به فعالیت نموده است. این دیپارتمنت با داشتن چهار استاد کدر به سویه متخصص و فوق تخصص روند تدریس مضامین داخله و کارهای اداری این دیپارتمنت را پیش می‌برد.

۲,۱. چارت تشکیلاتی دیپارتمنت



الف. دانشکده طب

نام مضمون	زمان برگزاری (سمستر)	نوع درس	تعداد واحد تئوری	تعداد واحد عملی
مهارت های کلینیکی ۱ و ۲	۱ و ۲	اختصاصی	۰	۲
تشخیص فیزیکی	۵	اختصاصی	۲	۲
داخله امراض تنفسی	۶	اختصاصی	۲	۲
داخله امراض قلبی	۷	اختصاصی	۲	۲
داخله امراض هضمی و کلیوی	۸	اختصاصی	۲	۲
داخله امراض هورمونی	۹	اختصاصی	۲	۲
داخله امراض خون	۱۰	اختصاصی	۲	۱
ستاز	۱۱-۱۲	اختصاصی	۰	۹
مجموعه واحدهای درسی			۳۵	

ب. دانشکده طب دندان

نام مضمون	زمان برگزاری (سمستر)	نوع درس	تعداد واحد تئوری	تعداد واحد عملی
مهارت های کلینیکی	۴	اختصاصی	۰	۲
داخله قلبی - تنفسی	۵	اختصاصی	۱	۱
داخله قلبی و عائی	۶	اختصاصی	۱	۱
داخله خون و هورمون	۷	اختصاصی	۱	۱
مجموع واحدهای درسی			۸	

۳,۱. معلومات در مورد اعضای هیئت علمی دیپارتمنت

- دکتر سیف الله نیازی متخصص داخله عمومی و التراسوند؛
- دکتر علی احمد مکارم ناصری بختیاری ماستر طب معالجوی ؛
- دکتر نعمت الله رضائی متخصص داخله عمومی و فلوشیپ نفرولوژی؛
- دکتر جعفر علی مرادی ماستر طب معالجوی و رزیدنس پتالوژی؛

۴,۱. معلومات در مورد مضامین داخله

این دیپارتمنت مضامین امراض داخله و مرتبط به داخله را در دانشکده های طب معالجوی ، طب دندان ، قابلگی و تکنالوژی طبی تدریس می‌کند.

نام مضمون	زمان برگزاری (سمستر)	نوع درس	تعداد واحد تئوری	تعداد واحد عملی
بررسی وضعیت سلامت	۱	اساسی	۰	۲
داخله قلبی - تنفسی	۳	اختصاصی	۱	۱
داخله قلبی و هضمی	۴	اختصاصی	۱	۱
داخله خون و هورمون	۵	اختصاصی	۲	۰
مجموع واحد های درسی			۸	

۱ قابلیت ها

محصلین بعد از ختم دروس داخله قابلیت های ذیل را در سطح MD بدست میآورد.

- مهارت های برخورد با بیماران عاجل؛
- تشخیص و تداوی امراض قلبی؛
- تشخیص و تداوی امراض تنفسی؛
- تشخیص و تداوی امراض هضمی و کلیوی؛
- تشخیص و تداوی امراض خون و هورمونی؛

۶،۱ امکانات و تجهیزات دیپارتمنت

دیپارتمنت داخله جهت یاد دهی و یاد گیری موثر دروس تئوری و عملی، امکانات مورد نیاز ذیل را فراهم نموده است

- صنف های درسی مجهز با سیستم صوت و LCD
- ست کمک های عاجل و اولیه؛
- اتاق عاجل مجهز با الماری عاجل، DC Shock و التراسوند؛
- مدل های اناتومیک جهت اجرای BLS و ACLS
- ماشین and Echocardiography ECG

د . دانشکده تکنالوژی طبی

نام مضمون	زمان برگزاری (سمستر)	نوع درس	تعداد واحد تئوری	تعداد واحد عملی
آشنایی با امراض داخلی ۱	۶	اختصاصی	۲	۰
آشنایی با امراض داخلی ۲	۷	اختصاصی	۲	۰
مجموع واحد های درسی			۴	



۷,۱ امتیازات دیپارتمنت داخله

فارغین MD میتواند در بخش های ذیل تا سویه تخصص ، فوق تخصص و PhD ادامه تحصیل بدهند.

- تخصص در داخله عمومی؛
- فوق تخصص قلبی؛
- فوق تخصص تنفسی؛
- فوق تخصص هضمی؛
- فوق تخصص نفرولوژی؛
- فوق تخصص هیپاتولوژی؛
- فوق تخصص اندوکرینولوژی؛
- فوق تخصص روماتولوژی؛

تهیه کننده:

دکتر سیف الله نیازی
آمر دیپارتمنت داخله

(دانشگاه خاتم النبیین (ص)
معاونت علمی - تدریسی
دانشکده طب معالجوی
دیپارتمنت داخله



فراوانی بیماری دیابت در بیماران مراجعه کننده به شفاخانه معالجوی بلاسم در طول سال ۱۳۹۵ ه.ش.

نگارش: محمد عاقل حسنی
استاد رهنما: دکتر خان علی محمدی

مقدمه

به نام خداوند جان و خرد
کزین برتر اندیشه بر نگذرد

سپاس خداوند یکتا را که توفیق تقدیم اثر علمی و آموزشی در بخش طب داخلی تحت عنوان مطالعه فراوانی دیابت در ۸۰۰ بیماران مراجعه کننده به شفاخانه معالجوی بلاسم شهر کابل نصیب دوستداران و طلایه دارن را اعتلای دانش و فرهنگ این مرز و بوم دانش پرور نمود.

از ابتدای خلقت و در طول تاریخ، بشر همواره با تحقیق مخشور بوده است. جهت رشد. علم، تحقیق امر ضروری بوده و بدون تحقیق و پژوهش علم دچار نابودی خواهد شد. امروزه در اکثر نقاط جهان تحقیق از اهمیت و جایگاه ویژه ای میان جوامع علمی کشورها بر خوردارند. بدون انجام تحقیق و پژوهش مرزهای علم و دانش تا بدین حدی از پیشرفت های علمی به خصوص پیشرفت ها در علم طبابت نتیجه تحقیقات انجام شده از گذشته ی دور بدین سو هست.

دیابت یا بیماری قند یک اختلال سوخت و سازی (متابولیک) در بدن است. در این بیماری توانایی تولید هورمون انسولین در بدن از بین می رود و یا بدن در برابر انسولین مقاوم شده و بنابراین انسولین تولیدی نمی تواند عملکرد طبیعی خود را انجام دهد. نقش اصلی انسولین پایین آوردن قند خون توسط سازوکارهای مختلف است. دیابت دو نوع اصلی دارد. در دیابت نوع یک، تخریب سلول های بتا در پانکراس منجر به نقص تولید انسولین می شود و در نوع دو، مقاومت پیش رونده بدن به انسولین وجود دارد که در نهایت ممکن است به تخریب سلول های بتای پانکراس و نقص کامل تولید انسولین منجر شود. در دیابت نوع دو مشخص است که عوامل ژنتیکی، چاقی و کم تحرکی نقش مهمی در ابتلای فرد دارند.

چکیده

گذشته: مرض شکر یک مشکل صحت عامه در سطح جهان بوده که در افغانستان نیز روبه افزایش است. بنا براین در این تحقیق سطح فراوانی مرض شکر ارزیابی گردید و هم چنان یک سلسه امراض همرا با این مرض در میان ۸۰۰ بیمار مراجعه کننده به شفاخانه بلاسم در سال ۱۳۹۵ ه ش در شهر کابل مورد مطالعه قرار گرفته است.

روش و مواد: بااستفاده از روش مرحله یی سازمان صحنی جهان یا (WHO Step Tool) در مجموع ۸۰۰ بیمار اعم از مردان و زنان بین سنین زیر ۱۵ سال الی ۱۰۰ سال بامیتود بررسی دوسیه ها در ماه اگست الی جنوری سال ۲۰۱۸ مطالعه گردید. تحلیل ارقام با ذریعه سافت ویر (v spps ۱۶) صورت گرفت.

یافته ها: سطح عمومی شیوع مرض شکر ۱۷٪ فی صد در مجموعه ۱۳۶ نفر یعنی ۶۳،۲ فی صد ۸۶ نفر مصابین به این بیماری را مردان و ۵۰ نفر و که ۳۶،۸ فی صد می شود را زنان تشکیل می دهد شامل مطالعه شدند. که سطح اوسط عمر آن ها ۴۴ سال بوده است. بیشترین بیماران مارا بیماران با وضعیت اقتصاد خوب بودن که از جمله ۱۳۶ بیمار ۷۷ بیمار با فی صدی ۵۶،۶٪ با وضعیت خوب مراجعه نموده بودند و بیشترین این بیماران را متاهلین تشکیل میداد ۹۶،۳٪ بیماران متاهل بودند. بیماری های همرا این بیماران فرط فشار خون، عدم کفایه قلب، عدم کفایه کلیه و استروک بودند.

نتیجه گیری: شیوع کلی این بیمار ۱۷٪ فی صد بوده، بیشترین مصابین را مردان تشکیل میدهد در سنین بالای ۵۵ سال و بیشتر بیماران به نوع دوم دیابت مبتلا بود که با وضعیت اقتصادی رابطه مستقیم داشت و بیشترین مصابین را افراد شهر نشین تشکیل می دهد.

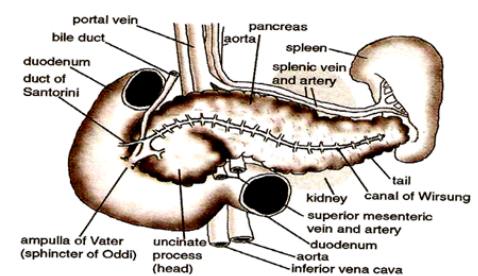
اناتومی پانکراس

پانکراس به طور عمده در خلف معده قرار دارد. پانکراس (لوزالمعده) در جدار خلفی شکم از دیودنوم در سمت راست تا طحال در سمت چپ امتداد یافته است. پانکراس (به جز بخش کوچکی از دم آن) ارگانی خلف صفاقی محسوب می شود و شامل سر، زائده قلابی، گردن، تنه و دم است. سرپانکراس در درون خفیه C شکل دیودنوم قرار دارد.

زائده قلابی از بخش تحتانی سر امتداد یافته و از خلف عروق مزانتریک فوقانی عبور میکند. گردن پانکراس در قدام عروق مزانتریک فوقانی قرار دارد. در خلف گردن پانکراس ورید مزانتریک فوقانی و ورید طحالی به یکدیگر متصل شده و ورید پورت را تشکیل می دهند. تنه پانکراس بلند است و از گردن تا دم پانکراس امتداد می یابد.

دم پانکراس در بین لایه های رباط طحالی - کلیوی قرار دارد. خون رسانی به پانکراس توسط عروق زیر صورت می گیرد (۱).

شکل ۱-۱ آناتومی غده پانکراس



اپیدمیولوژی

میزان شیوع جهانی DM در طی دو دهه گذشته به طور چشمگیر افزایش پیدا کرده است. به همین شکل میزان بروز IFG نیز در حال افزایش است. اگرچه میزان بروز DM نوع ۱ و ۲ در سراسر جهان، رو به افزایش است انتظار می رود سرعت افزایش در DM نوع ۲ در آینده بیشتر شود زیرا چاقی در حال افزایش است و میزان فعالیت بدنی رو به کاهش است. میزان بروز DM با افزایش سن افزایش می یابد. در سال ۲۰۰۰، میزان شیوع DM ۰،۱۹ در افراد زیر ۲۰ سال و ۸،۱۶ در افراد بالای ۲۰ سال تخمین زده شد. میزان شیوع DM در بالای ۶۵ سالگی ۲۰،۱ است. در اکثر رده های سنی میزان شیوع DM در زن و مرد یکسان است ولی در مردان بالای ۶۰ سال کمی شایع تر است. تغییرات جغرافیایی قابل ملاحظه ای در شیوع DM نوع ۱ و ۲ وجود دارد. بالاترین میزان شیوع DM نوع ۱ در اسکاندیناوی دیده می شود (برای مثال در فنلاند هر سال ۳۵ نفر از هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر به آن مبتلا می شود)؛ در حاشیه اقیانوس آرام میزان شیوع DM نوع ۱ کمی پایین تر است (در ژاپن و چین، هر سال ۳ نفر از هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر مبتلا می شود)؛ در اروپای شمالی و ایالات متحده این میزان در حد متوسط است (۸ تا ۱۷ نفر از هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر می رسد افزایش خطر بروز DM نوع ۱ نشان دهنده شیوع الی های پرخطر HLA در میان گروه های قومی نقاط جغرافیایی متفاوت است (۱۲).

شیوع DM نوع ۲ در برخی از جزایر اقیانوس آرام در بالاترین حد است و این میزان در کشور هایی مانند هندوستان و ایالات متحده در حد متوسط و در روسیه و چین در حد نسبتاً پایین واقع است. این تنوع از عوامل ژنتیکی، رفتاری و محیطی ناشی می شود. میزان شیوع DM هم چنین بین جوامع قومی مختلف یک کشور تفاوت دارد. در سال ۲۰۰۰ شیوع DM در ایالات متحده، آمریکایی های آفریقایی تبار ۱۳ در بومیان آمریکای لاتین ۱۰،۲ و در آمریکایی های بومی (هندی های آمریکا و بومیان آلاسکا) ۱۵،۵ و در سفید پوستان غیر بومی آمریکای لاتین ۷،۸ بوده است. DM نوع ۲ به طور متوسط در گروه های بومی به جز سفید پوستان غیر بومی آمریکا، در سنین پایین تری شروع شد (۱۲).

مروری بر مطالعات در جهان طبق تحقیق که در کشور فرانسه صورت گرفت ۴۰۰ بیمار دیابت تایپ ۲ که بالای ۳۵ سال عمر داشتند در نتیجه ۱۳۶ بیمار که ۳۰٪ را تشکیل می دهد حملات عدم کفایه کلیه را تجربه کردند. ۴۰ بیمار (۳۰٪) دچار استروک و ۱۶ بیمار (۱۲٪) دچار فرط فشار بالا اند. ۵۶٪ را مرد ها و ۴۴٪ را خانم ها تشکیل میداد (۲۶).

طبق تحقیق که تدر انگلند انجام شد ۲۱۹ بیمار با دیابت تایپ ۲ بالای ۵۰ سال که با سلفونیل یوریا و متفورمین تداوی شده اند. که در نتیجه ۲۰٪ بیماران که سلفونیل یوریا مصرف کرده اند

دچار هایپوگلیسمی شدند. که ازین بیماران ۵۲٪ را مردان و ۴۸٪ را خانم ها تشکیل میداد (۲۷).

مطالعه که در امریکا انجام شد شیوع دیابت را در اشخاص که مصاب به هیپاتیت c است نشان می دهد، در این مطالعه که بالای ۹۸۴۱ تن انجام شده بیماران سن بالای ۲۰ سال داشت که از این جمله بیماران شیوع دیابت تایپ دو را ۸،۴٪ بوده و در اشخاص که این انتی بادی بر علیه این ویروس مثبت بوده شیوع دیابت ۲،۱ بوده شیوع دیابت در اشخاص مسن، اشخاص دارای BMI بالا و اشخاص که سویه تحصیلی پایین داشت بیشتر بوده. اشخاص که واقعه مثبت این ویروس در آن بوده و سن بالای ۴۰ سال داشت سه مرتبه بیشتر به این مرض مصاب بوده بنا در امریکا اشخاص که واقعه مثبت هیپاتیت را داشته باشه و عمر بیشتر از ۴۰ سال را داشته باشه بیشتر به دیابت نوع دو مصاب می باشد (۲۵). مطالعه دیگری که در امریکا انجام شد شیوع دیابت را در اشخاص که مصاب به هیپاتیت c است نشان می دهد، در این مطالعه که بالای ۹۸۴۱ تن انجام شده بیماران سن بالای ۲۰ سال داشت که از این جمله بیماران شیوع دیابت تایپ دو را ۸،۴٪ بوده و در اشخاص که این انتی بادی بر علیه این ویروس مثبت بوده شیوع دیابت ۲،۱ بوده شیوع دیابت در اشخاص مسن، اشخاص دارای BMI بالا و اشخاص که سویه تحصیلی پایین داشت بیشتر بوده. اشخاص که واقعه مثبت این ویروس در آن بوده و سن بالای ۴۰ سال داشت سه مرتبه بیشتر به این مرض مصاب بوده بنا در امریکا اشخاص که واقعه مثبت هیپاتیت را داشته باشه و عمر بیشتر از ۴۰ سال را داشته باشه بیشتر به دیابت نوع دو مصاب می باشد (۲۵). تحقیق که در کشور چین انجام شد شیوع دیابت از قبل تشخیص و جدید آ تشخیص گردیده بالای ۲۱۳۵۱۵ نفر از لحاظ سن و جنس انجام گردیده. سن را به چهار کتگوری تقسیم نموده است که بیشترین شیوع را در سن ۵۵ - ۶۴ سال در نزد مرد ها ۶،۵۹ بوده و بیشترین فی صدی در نزد خانم ها در سن ۵۵ - ۶۴ سال (۷،۱۱) را نشان می دهد در ۲۸۷۶۶ تعداد نفر که ۷۰۱ نفر قبلا و ۱۳۴۲ نفر جدیداً تشخیص داده شده است ۶،۵۹ در جمعیت ۱۸۰۱۴ نفر که ۴۱۷ قبلاً تشخیص داده شده و ۷۷۱ نفر

فهرست منابع

- 1-Kasper.D I.fauci.A.S.Lango, D.L., et al. *Harrison principles of internal medicine 19th.edition*. McGraw Hill companies,2015.pp.2401-2399.
1. Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis, Eds. Ralph Gonzales, Roni Zeiger, Online Eds. *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment*. New york city: Mc GrawHill.2010.pp -1188 1189
2. LEE GOLDMAN, MD. DENNIS AUSIELLO, MD. DAVID R. CLEMMONS, MD. *Cecil Medicine (23rd ed)*. Philadelphia: SAUNDERS ELSEVIER.2008. Pp 248
3. Kumar,P.Clark,M.kumar and Clark *clinical medicine*. seven edition. Saunders Elsevier.2009. Pp1036.
4. www.diabetes.co.uk/treatment-for-type-2-diabetes
5. Kaveeshwar, S A.Cornwall,J.the current state of diabetes mellitus In india.*Australas Med J*.-45:(1)7;2004 48
6. Jaya parasad tripathy,J.S.thakur,et al. *Prevalence and risk factor of diabetes in a large community- based study in north India: results from a STEPS survey in Punjab, India*. *Diabetol Metab syndr*.8(9);2017).P25
7. Limin Wang, Y.Ningm, G. *prevalence and control of diabetes in Chinese adults*. *JAMA*.958-948:(9)310;2013
8. Meo, S.Zia, I.current prevalence and future forecast type2 diabetes mellitus in Pakistan .*J.PMA*.1642-1637.(12)66;2016
9. Ning, G.Bloomgarden, Z. *prevalence, diagnosis, and control of diabetes in china*.*Journal of diabetes*.5.372;2013
10. Wang, L.Gao, P.et al. *prevalence and Ethnic pattern of diabetes and pre diabetes in china in 2013*. *JAMA*.2523-2515:(24)317;2013
- 11 Shaw, J.E.Sicree.R.A,Zimm aet, P.Z. *the Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030*.*Diabetes research and clinical practice*.89;2010.p 14-4

جدیدا تشخیص داده شده است در نزد خانم ها که مجموعاً شیوع را در نزد مرد ها و خانم ها ۷,۱۱ در سن ۵۵ - ۶۴ سال نشان میدهد(۲۳).

روش کار:

به علت کم بودن تعداد بیماران در این مرکز صحتی خصوصی، نمونه ما در این تحقیق بالای ۸۰۰ دوسیه که شامل سال ۱۳۹۵ می شود اجرا گردیده است. معیار های ورود به مطالعه

نظر به معیارهای استندرد ما اطلاعات را در این مطالعه جمع آوری نمودیم .

معیار های ورود به مطالعه ۱ افراد که رضایت دارند در این مطالعه اشتراک کند.

۲ افراد که هیچ گونه نقص جسمی و روانی نداشته باشد.

۳ افراد که تداوی آن ها به صورت کامل صورت گرفته است

۲-۸. معیار های خروج مطالعه بنا به مشکلات گوناگون تعداد دوسیه ها از مطالعه ما خارج شدند، معیار های خروج از مطالعه ما عبارتند از: ۱ دوسیه ها که به صورت ناقص و دچار خط خوردگی بالا باشد

۲ دوسیه های که بسیار محرمانه باشد.

روش و نمونه گیری

نمونه گیری ما در این مطالعه بصورت هدفدار می باشد بدین معنی که تعداد ۸۰۰ دوسیه ها که در سال ۱۳۹۵ بودند بررسی شدند.

روش انجام پژوهش

این مطالعه از نوع تحلیلی - گذشته نگر می باشد که در شهر کابل در شفاخانه بلاسم طی سال ۱۳۹۵ ه ش در وارد داخله و جراحی به صورت میدانی صورت گرفته است چون مطالعه از نوع گذشته نگر می باشد اطلاعات مورد نیاز از دوسیه های سال های ۱۳۹۵ اخذ شده اند. ابزار گرد آوری ما در این تحقیق

اطلاعات را از ۸۰۰ دوسیه های میزبان که طی سال ۱۳۹۵ ه ش در شفاخانه میعالجی بلاسم مراجعه نموده بودند جمع آوری نمودیم . این دوسیه ها شامل اطلاعات فراوانی از بیمار مانند مشخصات بیمار(اسم، اسم پدر، جنس، سن، وظیفه، شماره تماس، ادرس)، شکایت عمده بیمار، تاریخچه سابق بیماری، تاریخچه فامیلی، تاریخچه شخصی، تاریخچه دواپی، وضعیت اقتصادی بیمار، معاینات فیزیکی سیستم هضمی، تنفسی، قلبی وعایی، عصبی، بولی تناسلی، نهایت علوی و سفلی، تشخیص و تداوی و در نهایت تاریخ مراجعه به شفاخانه و تا خارج شدن از شفاخانه شامل می باشد. اطلاعات جمع آوری شده توسط نرم افزار spss ۱۶ مورد تحلیل و تجزیه قرار گرفته اند که در آن اززمون *Man-vitny /tow paired/ descriptive* استفاده شده است.



نتایج و یافته‌ها

فراوانی دیابت بر حسب افسردگی

فراوانی دیابت بر حسب افسردگی در دو کتکوری مورد مطالعه قرار دادیم که در کتکوری اول افراد که افسردگی دارد و بیشتر در نوع اول دیابت دیده می‌شود (۱۳۸ نفر، ۱۷،۲٪) و در کتکوری دوم افراد که افسردگی ندارد و بیشتر در افراد که مصاب نوع دوم دیابت است دیده می‌شود (۶۶۲ نفر، ۸۲،۸٪).

جدول ۳-۶: فراوانی دیابت بر حسب افسردگی

افسردگی	تعداد بیمار	فیصدی
دارد	۱۳۸	۱۷،۲
ندارد	۶۶۲	۸۲،۸
تعداد کل	۸۰۰	۱۰۰

فراوانی دیابت بر حسب نیوروپتی محیطی

فراوانی دیابت بر حسب نیورو پتی محیطی به دو کتکوری مورد مطالعه قرار دادیم در کتکوری اول افراد که مصاب به نیوروپتی محیطی بود (۸۲ نفر، ۱۰،۲٪) را تشکیل می‌دهد بیشتر در نوع دو دیده می‌شود.

جدول ۳-۷: فراوانی دیابت بر حسب نیوروپتی محیطی

Peripheral neuropathy	تعداد بیمار	فیصدی
دارد	۸۲	۱۰،۲
ندارد	۷۱۸	۸۹،۸
مجموع کل	۸۰۰	۱۰۰

فراوانی دیابت بر حسب علایم poly depsia

فراوانی دیابت بر حسب poly depsia به دو کتکوری مورد بررسی قرار دادیم که از جمله ۸۰۰ بیمار که در طی سال ۱۳۹۵ ه. ش در شفاخانه معالجوی بلاسم مراجعه کرده بودند (۱۳ نفر، ۱،۶٪) را تشکیل می‌دهد این علایم را داشت و (۷۸۷ نفر، ۹۸،۴٪) را تشکیل می‌داد بدون این علایم بود که یکی از علایم دیابت نوع یک است.

فراوانی دیابت بر حسب مشکلات هضمی

فراوانی دیابت بر حسب مشکلات سیستم هضمی به دو کتکوری مورد بررسی قرار دادیم که در آن بیماران مبتلا به مشکلات هضمی فصدی کمی را تشکیل داد (۱۰۰ نفر، ۱۲،۵٪).

جدول ۳-۱۱: فراوانی دیابت بر حسب مشکلات هضمی.

مشکلات سیستم هضمی	تعداد بیمار	فیصدی
دارد	۱۰۰	۱۲،۵
ندارد	۷۰۰	۸۷،۵
مجموع کل	۸۰۰	۱۰۰

فراوانی دیابت بر حسب مشکلات تنفسی

فراوانی دیابت بر حسب مشکلات تنفسی به دو کتکوری مورد بررسی قرار دادیم که از جمله ۸۰۰ بیمار طی سال ۱۳۹۵ ه. ش در شفاخانه بلاسم (۱۲۸ نفر، ۱۶٪) را تشکیل می‌دهد مصاب مشکلات تنفسی بود.

جدول ۳-۱۲: فراوانی دیابت بر حسب مشکلات تنفسی.

مشکلات سیستم تنفسی	تعداد بیمار	فیصدی
دارد	۱۲۸	۱۶
ندارد	۶۷۲	۸۴
مجموع کل	۸۰۰	۱۰۰

فراوانی دیابت بر حسب مشکلات قلبی وعایی

فراوانی دیابت بر حسب مشکلات سیستم قلبی وعایی (CVS) به دو کتکوری مورد بررسی قرار دادیم که در آن (۵۷ نفر، ۷،۱٪) مصاب به مشکلات قلبی وعایی بوده و (۷۴۳ نفر، ۹۲،۸٪) آن مصاب مشکلات قلبی وعایی نبوده.

جدول ۳-۱۳: فراوانی دیابت بر حسب مشکلات قلبی وعایی.

فی صدی تعداد بیمار مشکلات سیستم قلبی وعایی

مشکلات سیستم قلبی وعایی	تعداد بیمار	فیصدی
دارد	۵۷	۷،۱
ندارد	۷۴۳	۹۲،۸
مجموع کل	۸۰۰	۱۰۰

فراوانی بر حسب مشکلات سیستم بولی تناسلی

فراوانی دیابت بر حسب مشکلات سیستم بولی تناسلی به دو کتکوری مورد بررسی قرار دادیم که از جمله ۸۰۰ بیمار مرا جعه کننه به شفاخانه بلاسم (۲۵ نفر، ۳،۱٪) را تشکیل می‌دهد.

جدول ۳-۱۴: فراوانی بر حسب مشکلات سیستم بولی تناسلی.

فی صدی تعداد بیمار مشکلات سیستم بولی تناسلی

مشکلات سیستم بولی تناسلی	تعداد بیمار	فیصدی
دارد	۲۵	۳،۱
ندارد	۷۷۵	۹۶،۹
مجموع کل	۸۰۰	۱۰۰

بحث

در این تحقیق فراوانی دیابت در زنان بیشتر بوده و تفاوت معنی داری وجود داشت. این تحقیق با تحقیق ما از نظر جنیس هم خوانی ندارد اما از نظر نوع دیابت هم خوانی دارد. طبق تحقیق که توسط حسین شریفی و همکاران در سال ۱۳۸۱ هجری در کشور ایران صورت گرفته است ۱۱۴ بیمار دیابتی دچار عوارض حاد شده اند مورد بررسی قرار گرفت. که ازین تعداد ۵۴ مورد (۴۷٪) دچار کیتواسیدوز دیابتی، ۹ بیمار (۶٪) دچار هایپر اسمولار استیت و ۸۱ بیمار (۵۶٪) دچار هایپو گلاسمیا شده اند. ازین ۸۱ بیمار ۵ مورد آن فوت کرده اند که نظر به این بررسی شایعترین اختلاط حاد دیابت هایپو گلاسمیا بوده است و فراوانی دیابت در سن بالاتر از ۶۰ سال بیشتر شایع بوده است. این تحقیق با تحقیق ما از نظر هم خوانی دارد. طبق تحقیق که توسط محمد رضا و همکاران در سال های ۱۳۷۹-۱۳۸۰ هجری در ایران صورت گرفته است در مدت ۱۲ ماه ۷۰ بیمار دیابت بررسی شدند. که ۴۲ بیمار (۶۰٪) زنان و ۲۸ بیمار مردان (۴۰٪) بودند. توزیع فراوانی بیماران بر حسب گروه های سنی ۵۵٪ مردان و ۴۴٪ از زنان در رده سنی ۳۰-۴۹ که ۱۵٪ واقعات را تشکیل میدادند، ۲۶٪ مردان و ۷۳٪ زنان در رده سنی ۵۰-۶۹ سال که ۳۰٪ واقعات را تشکیل میدادند، ۶۳٪ مردان و ۳۶٪ زنان در رده سنی ۷۰-۸۹ سال قرار داشتند که ۳۸٪ واقعات را تشکیل میدادند که بیشترین فصدی را در مردان در رده سنی ۷۰-۸۹ سال و در خانم ها بیشترین فصدی را در رده سنی ۵۰-۶۹ سال دارد. این تحقیق با



شد نشان می‌دهد که شیوع بیماری دیابت در پاکستان ۱۱,۷۷٪ بوده که در نزد مردان ۱۱,۲۰٪ و نزد خانم‌ها ۹,۱۹٪ شیوع داشته است. این تحقیق با تحقیق که ما در شفاخانه بلاسم انجام دادیم هم خوانی ندارد. تحقیق که در سال ۲۰۱۰ توسط Guang Ning, Zachary Bloomgarden, در کشور چین بر روی ۹۸۶۵۸ نفر با استفاده از تعیین FBS و تعیین سویه همیوگلوبین A1c انجام شد نشان می‌دهد که شیوع دیابت نزد این افراد ۱۱,۶٪ بوده است از لحاظ سنی افراد ۱۸ - ۲۹ سال ۱۹٪، ۳۰ - ۳۹ سال ۲۴٪، ۴۰ - ۴۹ سال ۲۹٪، ۵۰ - ۵۹ سال ۳۵٪، ۶۰ - ۶۹ سال ۳۹٪ و افراد بالای ۷۰ سال ۳۷٪ مصابین این بیماری را تشکیل می‌دهد. نتیجه این تحقیق با تحقیق ما از نظر سن هم خوانی نزدیک دارد. تحقیق که در سال ۲۰۱۳ توسط Limin Wang, Pei Gao و هم کاران وی بالای ۱۷۰۲۸۷ نفر صورت گرفت نشان می‌دهد که اوسط سن بیماران ۴۳,۵٪ سال بوده و شیوع کلی این بیماری ۱۰,۹٪ است که زنها ۱۰,۲٪ و مردها ۱۱,۷٪ فیصد را تشکیل می‌دهد. نتیجه این تحقیق با تحقیق ما هم خوانی ندارد. مطالعه که توسط J.E. Shaw, R.A. Sicree, P.Z. Zimmet در نود یک کشور جهان انجام شده شیوع دیابت را نظر به سن و جنس از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۳۰ نشان می‌دهد، در این مطالعه که از هر نژاد و هر منطقه افراد در آن شامل می‌باشد مطابق با میتود WHO و ADA انجام شد، سن که در آن در نظر گرفته شده عبارت از ۲۰ - ۷۹ سال می‌باشد. در سال ۲۰۱۰ شیوع دیابت در بین جوانان با سن ۲۰ - ۷۹ سال ۶,۴٪ بوده از جمعیت ۲۸۵ میلیون، که این اعمار در سال ۲۰۳۰ به ۴۳۹ میلیون خواهند رسید و شیوع دیابت به ۷,۷٪ افزایش خواهد یافت. ۶۹٪ در تعداد نفر افزایش خواهد یافت مصابیت دیابت و ۲۰٪ شیوع دیابت در کشورهای جهان اول افزایش خواهد یافت در سال ۲۰۳۰. این تحقیق هم خوانی نسبی با تحقیق ما دارد چون شیوع که ما به دست آوردیم نیز روبه افزایش است و نتیجه این تحقیق نیز رو به افزایش است. تحقیق که در سال ۱۹۹۴ توسط Xiao-Ren pan, MD. Wen-ying Yang, MD. Guang-weili, MD. Juan Liu, MD شیوع دیابت از قبل تشخیص و جدیداً تشخیص گردیده بالای ۲۱۳۵۱۵ نفر از لحاظ سن و جنس انجام گردیده. سن را به چهار کتکوری تقسیم نموده است که بیشترین شیوع را در سن ۵۵ - ۶۴ سال در نزد مردها ۶,۵۹٪ بوده و بیشترین فی صدی در نزد خانم‌ها در سن ۵۵ - ۶۴ سال (۷,۱۱٪) را نشان می‌دهد در ۲۸۷۶۶ تعداد نفر که ۷۰۱ نفر قبلاً و ۱۳۴۲ نفر جدیداً تشخیص داده شده است. ۶,۵٪ در جمعیت ۱۸۰۱۴ نفر که ۴۱۷ نفر قبلاً تشخیص داده شده و ۷۷۱ نفر جدیداً تشخیص داده شده است در نزد خانم‌ها که مجموعاً شیوع را در نزد مردها و خانم‌ها ۷,۱۱٪ در سن ۵۵ - ۶۴ سال نشان می‌دهد. این تحقیق از نظر سن در مردها با نتیجه تحقیق ما هم خوانی دارد اما از نظر جنس هم خوانی ندارد..

تحقیق ما هم خوانی ندارد. طبق تحقیق که توسط داکتر فرزانه و همکاران در سال ۱۳۸۵ هجری در کشور ایران صورت گرفت تمامی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان لقمان حکیم با علائم هایپر گلاسمی که قند خون بیشتر از ۱۲۶mg/dl داشتند وارد مطالعه شدند و اطلاعات در رابطه با بیماری‌های همراه، داروهای مصرف شده و معاینه فیزیکی تکمیل شده است. ۸۹ بیمار درین مطالعه شامل بودند که ۵۳٪ زن و ۴۷٪ مرد بودند ۸۶٪ بیماران دیابتی و ۱۳٪ غیر دیابتی بوده اند. شایعترین علل افزایش قند خون در کل جمعیت ۳۶٪ در افراد با زون بالا و استفاده از شربنی باب و غذا های تیار شده بوده اند. سایر امراض همراه هایپر گلاسمی شامل ۲۳٪ نارسایی کلیه، ۱۴٪ فشار خون بالا و غیره بوده است این تحقیق با تحقیق ما هم خوانی ندارد اما از نظر این که بیماری همراه که ما داشتیم وجود دارد ولی با فی صدی که ما بدست آوردیم هم خوانی ندارد.

مقاله که در ژرنال طبی Australasian در سال ۲۰۱۴ به نشر رسید نشان می‌دهد که بیماران که ۹,۹ ± ۵,۵ سال مصاب به دیابت بوده اند اختلالات نوروپتی حدود ۲۴٪، مشکلات قلبی عروقی ۲۳,۶٪، مشکلات کلیوی ۲۱,۱٪، ریتی نوپتی ۱۶,۶٪ و زخم پا (foot ulcer) نزد ۵,۵٪ بیماران دیابت موجود بود. این تحقیق با تحقیق که در شفاخانه بلاسم ما انجام دادیم هم خوانی ندارد ولی در تحقیق که ما انجام دادیم بعضی از این بیماری‌های همراه داشتیم. تحقیق که در ۲۰۱۴ - ۲۰۱۵ توسط Jaya Prasad tripathy, J.S.Thakur و هم کاران وی در ایالت پنجاب هندوستان روی ۲۴۶۵ شخص انجام شد که از این جمله حدود ۲۰۷ نفر مصاب به دیابت بوده که نشان می‌دهد شیوع دیابت در این جمعیت ۸,۳٪ بوده و گروپ سنی ۴۵ الی ۶۹ سال، تاهل، فشار خون بلند و تاریخچه مثبت فامیلی به عنوان فکتورهای خطر دیابت شناخته شده است. پنج مورد (۱,۲٪) بیماران مجرد و ۲۰۱ مورد (۲۴,۱٪) بیماران افراد ماهر بوده اند.

از لحاظ گروپ سنی افراد ۱۸ - ۲۴ سال ۶ مورد (۱,۴٪)، افراد ۲۵ - ۴۴ ساله ۶۱ مورد ۴,۷٪، افراد ۴۵ - ۶۹ ساله ۱۴۰ مورد (۱۸,۰٪)، بیماران را تشکیل می‌دهد. از لحاظ جنسیت ۷۶ مورد (۸,۴٪) را مردان و ۱۳۱ مورد (۸,۲٪) را خانم‌ها تشکیل می‌دهد. افراد ۴۵ تا ۶۹ سال ۱۸,۰٪، فشارخون بلند ۱۴,۳٪، چاقی ۱۴,۴٪، تاریخچه مثبت فامیلی ۱۱,۹٪ را تشکیل داده است این تحقیق از نظر سن با تحقیق که ما در شفاخانه بلاسم انجام دادیم هم خوانی دارد اما از نظر جنسیت هم خوانی ندارد. مطالعه که در سال ۲۰۱۰ توسط Jiang He, Guang Ningm و هم کاران شان در کشور چین روی ۹۸۶۵۸ نفر با اندازه گیری سطح قند خون و همیوگلوبین A1c انجام شد نشان می‌دهد که شیوع این بیماری نزد این محدوده ۱۱,۶٪ بوده است. مردان ۱۲,۱٪ و خانم‌ها ۱۱,۰٪ مصاب به این بیماری بوده اند. این تحقیق با تحقیق ما هم خوانی ندارد. تحقیق که در سال ۲۰۱۵ توسط Sultan Ayoub Meo, Inam Zia و هم کاران در کشور پاکستان انجام

دپارتمنت صحت عامه

ماموریت دپارتمنت صحت عامه

تربیت افراد متخصص در زمینه آشنایی با اصول و راه های پیگیری از امراض

آمریت دپارتمنت صحت عامه:

آقای داکتر خانعلی محمدی؛ دارنده دکتري تخصصی صحت عامه، از سال ۱۳۹۷ مسئولیت هدایت و رهبری این دپارتمنت را عهده دار می باشند.



اساتید دپارتمنت

نام استاد	تخصص	سوابق
داکتر خانعلی محمدی	دکتري صحت عامه	آمریت دپارتمنت صحت عامه
داکتر لطیف نظری	فارماکولوژیست	رئیس دانشکده طب معالجوی
موسی بشیر	دانشجوی دکتري صحت عامه	کادر علمی
دکتر تورا بختیاری	متخصص نسایی و ولادی	
رضا فهیمی	ماستر توکسیکولوژی	
محمد حسینی	دکتري صحت عامه	

صحت، خوب بودن فیزیکی،ذهنی و اجتماعی میباشد و بنابر تعریف سازمان صحت جهانی ؛ صحت صرفاً به معنی کمبود مرض یا ضعف نیست.

صحت عامه عبارت است از علم و هنر، وقایه امراض، طویل ساختن حیات، ارتقاء صحت فزیکي و روانی، تشویق جامعه برای حفظ الصحه شخصی، سازماندهی خدمات و نرسنگ جهت تشخیص و وقایه امراض، انکشاف جامعه برای بهبود زندگی هر فرد و تضمین یک زندگی استاندارد برای حفظ نگهداری صحت می باشد.



دپارتمنت صحت عامه

دانشگاه خاتم النبیین^(ص) به عنوان دانشگاه پیشگام در عرصه ی علمی افغانستان، با دارا بودن رشته های مختلف صحتی و غیر صحتی؛ در زمینه ی افزایش و ارتقاء سطح آگاهی مردم افغانستان همواره در تلاش و کوشش می باشد.

در این میان؛ دپارتمنت صحت عامه به عنوان زیر مجموعه ای از دانشکده ی طب معالجوی دانشگاه خاتم النبیین^(ص) به عنوان، مرکزی برای پیش برد اهداف آموزشی صحتی دانشگاه مطرح می باشد .



دیدگاه (VISION)

دپارتمنت صحت عامه در نظر دارد تا با تعلیم و تربیت افاد متخصص و متعهد در زمینه‌ی طب وقایوی بتواند باعث کاهش امراض شود. همچنین با آموزش اصول و اساس حفظ‌الصحه و نیز آموزش در جهت پیش‌گیری از امراض به محصلین رشته‌های مختلف علوم صحتی؛ بتواند نقش موثر و مثمر ثمری را در رشد و تعالی صحت مردم افغانستان ایفا کند.

دانشگاه خاتم النبیین (ص) دانشکده طب معالجوی دپارتمنت صحت عامه

دیدگاه دپارتمنت صحت عامه

دپارتمنت صحت عامه قصد دارد با تربیت دکتوران صادق و مجهز به علوم روز بتواند وقایه از امراض را به درستی یاد بگیرد و میزان سلامت عمومی را بالا ببرد.

د صحت عامه ناروغيو دپارتمنت لید لوری

د صحت عامه دپارتمنت هوډ لری چه د صادق او اوسمخال علومو سمبال ډاکتران، ناروغيو سم وقایه او درملنه دټولنه کی د مرینی کچه راټیټه کوی.

Vision

The internal medicine department aims to educate the honest and update to the modern knowledge and reduce the morbidity and increases public health them the community.

ماموریت دپارتمنت صحت عامه

تربیت ډاکتران صادق و با مهارت، که در مورد وقایه از امراض و بالا رفتن سلامت عمومی در جامعه فعال باشند.

د صحت عامه ناروغيو دپارتمنت ماموریت

د صادق او متبحر ډاکتران روزنی، د صحت عامه ناروغيو سمه وقایه او درملنه او په ټولنه کی د مرینی کچه راټیټه کول.

Mission

Educating honest and conversant doctors, correct prevention of the diseases and increases public health them the community.

مضامین آموزشی در رشته طب معالجوی

نام مضمون	تعداد کريدیت	سمستر
وقایه ۱	۲	۱
وقایه ۲	۲	۲
وقایه ۳	۲	۳
وقایه ۴	۲	۴
احصائیه حیاتی	۲	۸
روش تحقیق	۲	۹

مضامین آموزشی در رشته طب دندان

نام مضمون	تعداد کريدیت	سمستر
صحت عامه ۱	۱	۵
صحت عامه ۲	۱	۶
صحت عامه ۳	۱	۷

مضامین آموزشی در رشته تکنالوژی طبی

نام مضمون	تعداد کريدیت	سمستر
وقایه ۱	۲	۴
وقایه ۲	۲	۵
احصائیه (تئوری)	۲	۵
احصائیه (عملی)	۱	۵
روش تحقیق	۲	۷

مضامین آموزشی در رشته قابلگی

نام مضمون	تعداد کريدیت	سمستر
مهارت‌های مطالعه	۱	۱
قابلگی جامعه ۱	۱	۱
قابلگی جامعه ۲	۲	۲
احصائیات	۲	۷
روش تحقیق	۲	۷

بررسی سوء تغذیه در اطفال شش ماهه تا پنج سال در شفاخانه ولایتی غزنی سال ۱۳۹۶

نگارنده: داکتر خانعلی محمدی

چکیده

مقدمه: سوء تغذیه یک اختلال در سلامت است که در نتیجه کمبود، زیادی و یا عدم تعادل در دریافت مواد توسط شخص می باشد سوء تغذیه شامل پر خوری و کم خوری است. به طوریکه دریافت زیاد کالری یا یک ماده مغذی پر خوری است که می تواند خطرناک باشد. سوء تغذیه در اطفال زیر ۵ سال یکی از مشکلات اساسی جهان است در بسیاری از کشور های در حال توسعه یکی از بزرگترین مشکلات در مورد تغذیه قحطی یا کمبود مواد غذایی لازم برای سوخت و ساز بدن است.

مواد روش ها: در این مطالعه توصیفی اسناد ۲۰۰ نفر اطفال ۶ ماه الی ۵ سال دچار سوء تغذیه در شفاخانه ولایتی غزنی در سال ۱۳۹۶ انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از اسناد و دوسیه های موجود طی مدت ۶ ماه جمع آوری گردید و اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تحلیل و تجزیه قرار گرفتند.

یافته ها: بیشترین اطفال مورد مطالعه در محدوده سنین ۶ تا ۱۲ ماه بودند. (۶۰ درصد) و کمترین اطفال در این مطالعه کسانی بودند که بین سنین ۲۴ تا ۳۶ ماه بودند (۲ درصد). در این مطالعه بیشترین اطفال دختر (۸۹.۵ درصد) بیشترین اطفال مورد مطالعه دارای قد ۵۴-۷۳ سانتی متر و وزن ۷-۹.۵ کیلو گرام بودند (۵۰ درصد). و بیشترین اطفال سوء تغذیه کسانی بودند که در شهر زندگی می کردند (۸۸ درصد).

نتیجه گیری: شیوع سوء تغذیه در اطفال ۶ ماه - ۵ سال در ولایت غزنی زیاد می باشد. آموزش تغذیه مطلوب متناسب با امکانات و فرهنگ مناطق مختلف ولایت غزنی و تاکید بر مراقبت های بهداشتی، و بلند بردن سطح آگاهی مادران، تغییر دیدگاه مردم نسبت به تنظیم خانواده و فاصله دهی بین ولادت ها برای پیشگیری از سوء تغذیه کودکان توصیه می گردد.

کلید واژه: سوء تغذیه، کودکان ۶ ماه الی ۵ سال

مقدمه

سوء تغذیه یک اختلال در سلامت است که در نتیجه کمبود، زیادی و یا عدم تعادل در دریافت مواد توسط شخص می باشد سوء تغذیه شامل پر خوری و کم خوری است. به طوریکه دریافت زیاد کالری یا یک ماده مغذی پر خوری است که می تواند خطرناک باشد. بطور مثال مسمومیت با ویتامین A که در اثر خوردن جگر یا هویج فروان اتفاق می افتد [۱].

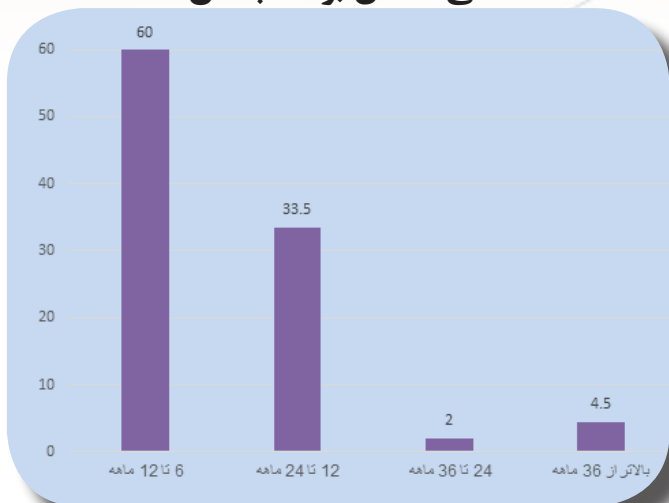
کم خوری ناشی از دریافت ناکافی کالری و یا چند ماده مغذی است. سوء تغذیه می تواند اولیه یا ثانوی باشد سوء تغذیه اولیه به دلیل نقص در رژیم غذای است و سوء تغذیه ثانوی به علت اختلال در سوخت و ساز و یا تداخل در بین مواد مغذی است [۲].

سوء تغذیه در اطفال زیر ۵ سال یکی از مشکلات اساسی جهان مخصوصا در کشور های جهان سوم است در بسیاری از کشور های در حال توسعه یکی از بزرگترین مشکلات در مورد تغذیه قحطی یا کمبود مواد غذایی لازم برای سوخت و ساز بدن است [۲].

وزارت صحت عامه افغانستان می گوید، که نصف از اطفال زیر سن ۵ سال در کشور در معرض خطر سوء تغذیه قرار دارند. اراقامی که در افغانستان در مورد وضعیت تغذی موجود است، نشان می دهد که اضافه تر از نصف اطفال کمتر از ۵ سال به کمبود منرال ها و ویتامین ها مواجه هستند [۶]. در افغانستان با وجود اینکه در طی سال های گذشته پیشرفت های قابل ملاحظه در برخی شاخص های صحت اطفال صورت گرفته است اما شاخص های تغذیه اطفال از جمله

پایین ترین شاخص در جهان به شمار می رود و نتایج نشان می دهد که بیشتر از نصف (۵۴ درصد) اطفال زیر ۵ سال بسیار شدید مبتلا به سوی تغذیه (مانع رشد) گردید و حدود ۳۳ درصد آنها با کم وزنی (کسر وزن) قرار دارند تقریبا ۷ درصد اطفال از سوء تغذیه شدید رنج می برند گمان می رود میزان سوء تغذیه در اثر افزایش قیمت مواد غذایی افزایش یافته است. کمبود مواد غذایی دارای عناصر غذایی کم نیز در افغانستان حایز اهمیت است. و در حدود ۷۲ درصد اطفال زیر ۵ سال با کمی آهن مواجه بوده اند و ۳۸ درصد آنها به مرض کم خونی مبتلا می باشند. بی نظمی های ناشی از کمبود آیودین در ۷۲ درصد اطفال رخ داده است و هم چنین گزارش ها حاکی از مرض پوست است که در اثر کم بود ویتامین C در حدود ۱۵ درصد خانواده ها وجود دارند. سوء تغذیه در افغانستان ناشی از عوامل متعدد است مصئونیت غذایی، عدم دسترسی به خدمات صحی با کیفیت و مواظبت نا مناسب تغذی و سرپرستی اطفال می باشد با توجه به اینکه کودکان درصد قابل توجهی از جمعیت جهان را تشکیل می دهد و سلامت رشد در این مرحله متضمن سلامت آینده جامعه است [۶].

نمودار ۳-۱. شیوع سوء تغذیه در اطفال ۶ ماه الی ۵ سال بر حسب سن



مواد و روش کار :

این مطالعه بصورت تحلیلی و از نوع مقطعی می باشد. مطالعه ما از طریق بررسی دوسیه مربوط به سوء تغذیه اطفال زیر سن ۵ سال در شفاخانه ولایتی غزنی در سال ۱۳۹۶ انجام شد. بر اساس فرمول کوکران با اطمینان ۹۵ درصد حجم نمونه ما ۲۰۰ نفر می باشد. نمونه ها به طور هدفدار از اطفال که در شفاخانه ولایتی غزنی جهت معالجه بستر شده بودند می باشد. معیار های ورود به مطالعه شامل : اطفال که در سنین ۶ ماه الی ۵ سال باشد، افرادی که دوسیه های شان در شفاخانه موجود بودند. در پایان داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند

نتایج ویافته ها

در مطالعه ما از میان ۲۰۰ نفر کوچکترین سن عبارت از سن ۶ ماهگی و بزرگترین سن در این مطالعه عبارت از سن ۶۰ ماهگی (۵ ساله) می باشد. در این مطالعه میزان شیوع سوء تغذیه در اطفال ۶ ماه الی ۵ سال را بر حسب سن به چهار کتگوری مورد بررسی قرار داده ایم، که عبارت از (سنین ۶ - ۲۱ ماهه، سنین ۲۱ - ۴۲ ماهه، سنین ۴۲ - ۶۳ و سنین بالاتر از ۶۳ ماهه یعنی از ۶۳ ماهه تا ۵ سال) می باشد. که در جدول ۳-۱ نشان داده شده است.

جدول ۳-۱. شیوع سوء تغذیه در اطفال ۶ ماه الی ۵ سال بر حسب سن

گروه سنی	فروانی	فیصدی
۶-۱۲ ماهه	۱۲۰	۶۰
۱۲-۲۴ ماهه	۶۷	۳۳.۵
۲۴-۳۶ ماهه	۴	۲
بالتر از ۳۶ ماهه	۹	۴.۵
مجموعه	۲۰۰	۱۰۰

همان گونه که در جدول بالا مشاهده می شود از میان ۲۰۰ نفر اطفال که دچار سوء تغذیه بودند، بیشترین شان کسانی بودند که در گروه سنی ۶ تا ۱۲ ماهه قرار داشتند (۱۲۰ نفر، ۵۸،۳ درصد). و کمترین اطفال در این مطالعه که دچار سوء تغذیه می باشند کسانی بودند که در گروه سنی ۲۴ تا ۳۶ ماهه یا ۲ تا ۳ سال قرار داشته بودند (۴ نفر، ۱،۹ درصد).

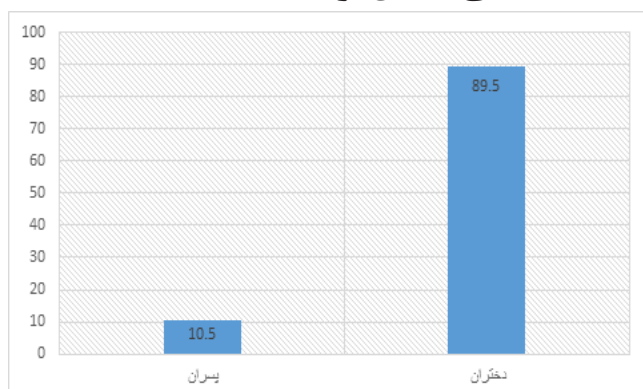
۳-۲. میزان شیوع سوء تغذیه در اطفال ۶ ماه

الی ۵ بر حسب جنسیت

جنسیت	فروانی	فیصدی
پسر	۲۱	۱۰.۵
دختر	۱۷۹	۸۹.۵

در مطالعه ما افراد مورد مطالعه شامل پسران و دختران که دارای سنین ۶ ماه تا ۵ سال بودند دچار سوء تغذیه شده بودند. که در این مطالعه بیشترین افرادی که دچار سوء تغذیه شده هستند دختران بودند (۱۷۹ نفر، ۸۹،۵ درصد) و کمترین افراد مورد مطالعه پسران بودند (۲۱ نفر، ۱۰،۵ درصد).

جدول ۳-۲. شیوع سوء تغذیه در اطفال ۶ ماه الی ۵ سال بر حسب جنسیت



۳-۳. میزان شیوع سوء تغذیه در اطفال ۶ ماه الی ۵ بر حسب قد

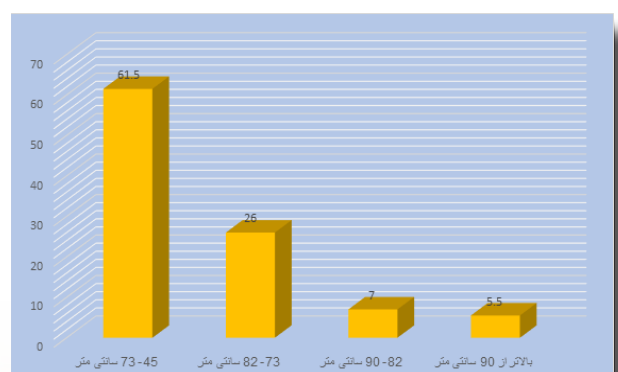
در مطالعه ما کوچکترین اندازه قد در افراد مورد مطالعه ۴۵ سانتی متر و بزرگترین اندازه قد افراد مورد مطالعه ۱۰۴ سانتی متر می باشد. در این مطالعه میزان شیوع سوء تغذیه در اطفال ۶ ماه الی ۵ سال را بر حسب قد نیز به چهار کتگوری مورد بررسی قرار داده ایم، که عبارت از قد های ۵۴ تا ۲۷ سانتی متر، ۲۷ تا ۲۸ سانتی متر، ۲۸ تا ۰۹ سانتی متر و ۰۹ تا ۴۰۱ سانتی متر) می باشد. که در جدول ۳-۳ نشان داده شده است.

نمودار ۳-۳. شیوع سوء تغذیه در اطفال ۶ ماه الی ۵ سال بر حسب قد

اندازه قد ها	فروانی	فیصدی
۷۳- ۴۵ سانتی متر	۱۲۳	۶۱.۵
۸۲- ۷۳ سانتی متر	۵۲	۲۶
۸۲-۹۰ سانتی متر	۱۴	۷
بالتر از ۹۰ سانتی متر	۱۱	۵.۵
مجموعه	۲۰۰	۱۰۰

نظر به نتایج که جدول ۳-۳ نشان می دهد، بیشترین افراد مورد مطالعه که دچار سوء تغذیه هستند در اندازه قد های ۷۳-۴۵ سانتی متر بودند (۱۲۳ نفر، ۶۱.۵ درصد) و کمترین افراد مورد مطالعه قد های شان دارای اندازه های بالاتر از ۹۰ سانتی متر بودند (۱۱ نفر، ۵.۵ درصد).

نمودار ۳-۳. شیوع سوء تغذیه در اطفال ۶ ماه الی ۵ سال بر حسب قد



بحث

سوء تغذیه یک اختلال در سلامت است که در نتیجه کمبود، زیادی و یا عدم تعادل در دریافت مواد توسط شخص می باشد سوء تغذیه شامل پر خوری و کم خوری است. به طوریکه دریافت زیاد کالری یا یک ماده مغذی پر خوری است که می تواند خطرناک باشد. بطور مثال مسمومیت با ویتامین A که در اثر خوردن جگر یا هویج فروان اتفاق می افتد. کم خوری ناشی از دریافت ناکافی کالری و یا چند ماده مغذی است. سوء تغذیه می تواند اولیه یا ثانوی باشد سوء تغذیه اولیه به دلیل نقص در رژیم غذای است و سوء تغذیه ثانوی به علت اختلال در سوخت و ساز و یا تداخل در بین مواد مغذی است

عقب ماندگی رشد در کودکان از سن ۳ تا ۶ ماهگی شروع میشود. علل اصلی این مشکل در اکثر موارد به کم غذایی و بد غذایی کودک همراه با بیماری های عفونی و اسهالی مکرر خلاصه می شود. و مسئله سوء تغذیه و بیماری یک دیگر را تشدید می کند آنچه در سال اول زندگی آغاز می گردد در سال دوم به اوج خود می رسد.

مطالعات انجام شده در مورد سوء تغذیه اطفال ۶ ماه تا ۵ سال، سطح تحصیلات والدین را در سوء تغذیه کودکان موثر می دانند. از جمله در مطالعه که در افریقا با عنوان ریسک فکتورها برای از دست دادن وزن در کودکان در سال ۱۹۹۶ مورد بررسی قرار گرفت راییسی گزارش کرد که عوامل مختلف از جمله سطح تحصیلات والدین در سوء تغذیه ارتباط مسقیم دارد و هم چنین گزارش کرد که کمترین میزان لاغری در گروه سنی زیر ۶ ماه دیده شده است [۱۷].

هم چنان نتایج یک مطالعه دیگر در ایران نشان داد که سوء تغذیه در کودکان مورد بررسی، بیشتر ناشی از نحوه آماده سازی و استفاده نامناسب از انواع غذاهای کمکی، و چگونگی زمان شروع تغذیه تکمیلی، میزان تحصیلات مادر و رعایت تنظیم خانواده باشد، بنابراین آموزش به مادران برای ارتقاء هرچه بیشتر سطح آگاهی آنان، همچنین آموزش و تلاش بیشتر برای تغییر نگرش فرهنگی مردم منطقه در جهت تنظیم خانواده، رعایت فاصله گذاری بین تولدها، تبعیض قائل نشدن بین فرزندان دختر و پسر و تشویق خانواده ها به ارتقاء سطح تحصیلات دختران که مادران آینده جامعه هستند از مهمترین عوامل پیشگیری از بروز سوء تغذیه و بهبود هرچه بیشتر وضعیت تغذیه ای جامعه می باشد، [۱۵، ۱۴، ۱۳]. که در مطالعه ما بیشترین اطفال مورد مطالعه دختران بودند و پسران کمی دچار سوء تغذیه شده بودند، در این صورت پیشنهاد می شود که بین پسر و دختر نباید تفاوت در نظر گرفته شود.

نتایج این پژوهش نشان داد که بیشترین اطفال مورد مطالعه که دچار سوء تغذیه می باشند در محدوده سنین ۶ تا ۱۲ ماه بودند. (۶۰ درصد) و کمترین اطفال در این مطالعه کسانی بودند که بین سنین ۲۴ تا ۳۶ ماه قرار داشتند (۲ درصد). در این مطالعه بیشترین اطفال دختر (۸۹,۵ درصد)، و کمترین این اطفال پسر (۱۰,۵ درصد)، بیشترین اطفال مورد مطالعه دارای قد ۵۴-۷۳ سانتی متر (۶۱,۵ درصد) و کمترین اطفال قد های شان بالاتر از ۹۰ سانتی متر بودند (۵,۵ درصد)، و وزن ۷-۹,۵ کیلوگرم بودند (۵۰ درصد). و ۵ درصد آن ها دارای کمترین وزن (۳,۵-۵ کیلوگرم) بودند و بیشترین اطفال سوء تغذیه کسانی بودند که در شهر زندگی می کردند (۸۸ درصد). و کمترین شان در ولسوالی ها زندگی می کردند (۱۲ درصد).

در مطالعه ما از میان ۲۰۰ نفر اطفال ۶ ماه الی ۵ سال بیشترین شان مواد امدادی را دریافت کرده بودند (۸۸ درصد)، و هم چنان بیشترین این اطفال آرد جواری، سویا و سایر مواد مخلوطه را دریافت کرده بودند (۵۲,۲ درصد). در این مطالعه بیشترین اطفال دچار سوء تغذیه دارای پندیدگی نیز بودند (۶۷ درصد)، و بیشترین این افراد کسانی بودند که جدیداً دچار سوء تغذیه شده بودند (۹۰,۵ درصد) و همچنان بیشترین افراد این مطالعه از تداوی خانگی مراجعه دوباره داشته بودند (۶۳,۵ درصد).

نتایج این مطالعه نشان داد شیوع سوء تغذیه در اطفال ۶ ماه - ۵ سال در ولایت غزنی زیاد می باشد. آموزش تغذیه مطلوب متناسب با امکانات و فرهنگ مناطق مختلف ولایت غزنی و تاکید بر مراقبت های بهداشتی، بلند بردن سطح آگاهی مادران، تغیر دیدگاه مردم نسبت به تنظیم خانواده و فاصله دهی بین ولادت ها برای پیشگیری از سوء تغذیه کودکان می تواند موثر باشد در نتیجه در مطالعه ما بیشترین اطفال سوء تغذیه دختران می باشد، در این صورت در نظر نگرفتن جنسیت و تبعیض قائل نشدن بین فرزندان دختر و پسر جهت جلوگیری سوء تغذیه توصیه می گردد.

1. امامیان محمد حسن. سیمای سوء تغذیه در کودکان شهرستان شاهرود، فصل نامه دانش و تندرستی، چاپ ششم، شماره ۱، ۱۳۹۰.
2. وحیدی علی اصغر. بررسی میزان شیوع سوء تغذیه در کودکان ۲۴-۶ ماهه، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، چاپ هشتم، شماره ۲، ۱۳۸۰.
3. هنر پیشه دکتر علی. بررسی شاخص های اقتصادی خانواده و سوء تغذیه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، چاپ سوم، شماره ۲۱، ۱۳۸۱.
4. وحیدی علی اصغر. بررسی میزان شیوع سوء تغذیه و عوامل موثر در آن در کودکان زیر ۲ سال شهر ساری در سال ۷۸-۱۳۷۹، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، چاپ دوازدهم، شماره ۳۴، ۱۳۸۱.
5. کبیر محمد جواد. شیوع انواع سوء تغذیه در کودکان کمتر از دو سال و رابطه آن با برخی عوامل زمین های در استان گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گرگان، چاپ ششم، شماره ۳، ۱۳۸۵.
6. جمهوری اسلامی افغانستان- وزارت صحت عامه. پالیسی و استراتژی ملی تغذی عامه، ۱۳۸۸-۱۳۹۲.
7. Reed RP and Wegerhoff FO. Urinary tract infection in malnourished rural African children. *Ann Trop Paediatr* 1995;15(1): 21-26.
8. Nuruddin R, Lim MK, Hadden WC, Azam I. Comparison of estimates of under-nutrition for pre-school rural india children based on the WHO standard and the National Center for Health Statistics (NCHS) reference. *Public Health Nutr*. 2009; 12 (5): 716-22.
9. Ahmed T, Mehruz M, Ireen S, Ahmed AM, Rahman S, Islam MM, et al. Nutrition of children and women in Bangladesh; Trends and directions for the future. *J Health Popul Nutr*. 2012; 30 (1): 1-11.

آلودگی هوا در افغانستان

تهیه کننده ها: بهینه زرخش
و حسينا ابراهيم خيل

عوامل و مشکلات آلودگی هوا در افغانستان

ملت افغانستان با یک سلسله مشکلات محیطی در حال رشد از قبیل قطع کردن جنگلات به شکل بی رحمانه و فروسایي زمین، شهری سازی بدون کنترل و تخلیه فاضلاب به شکل غیراستندرد، بدتر ساختن آلودگی آب و هوا، تهی سازی آب های زیرزمینی، شکار غیرقانونی حیوانات وحشی و تجارت چوب، انرژی قابل تجدید محدود، وسیله های شدید، خشک سالی و لغزش زمین رو برو هستند. در این مقاله به آلودگی هوا که ضرر جانی بیشتری نسبت به هر عامل دیگری در افغانستان داشته پرداخته شده است.

مردم افغانستان، هوای آلوده که به اثر آزاد ساختن گازات مضره توسط موترها، جنراتور های دیزلی، و داش های خشت پزی در نزدیکی های شهر تولید می گردد را تنفس می کنند. به خصوص در فصل زمستان این آلودگی بخاطر سوختاندن چوب، ذغال و روغنیا ت کم کیفیت برای گرم کردن خانه ها بدتر می گردد.

مطالعات نشان داده است که آلودگی هوا در کابل از اثر گشت و گذار تقریباً یک میلیون اراده جات که اکثر آن ها از تیل بی کیفیت استفاده می کنند بوجود می آید. بر علاوه، نسبت نداشتن برق مداوم و همه وقته، مردم کابل در سال های اخیر به شکل سنگین بالای جزاتوهای دیزلی اتکاء کرده اند. همچنان بزرگترین و خطرناک ترین منبع تولید آلودگی هوا داش های خشت پزی که در حومه ی شهر موجود اند می باشند. آنها به منظور ساختن خشت پخته از تایلر، چوب، ذغال و روغنیا ت غیراستندرد که در آلوده ساختن هوا نقش اساسی دارند استفاده می نمایند.

بزرگترین آلاینده هوای کابل، دود وسایط نقلیه ای است که تیل بی کیفیت مصرف می کنند. با استفاده از این گونه سوخت ذرات سرب در هوا پخش می شوند که تنفس آن کندی ذهن کودکان و مریضی افراد مسن را سبب می شود. اکثر وسایط نقلیه در کابل، کهنه و دست دو هستند و هنوز برنامه ای برای کاهش استفاده از این گونه موترها وجود ندارد.

متخصصان محیط زیست به این عقیده هستند که هوای آلوده ی افغانستان باعث امراض گوناگون تنفسی، امراض سرطانی، کم وزنی اطفال در زمان تولد، تولد قبل از وقت اطفال و امراض گوناگون دیگری شده که باعث جان باختن هزارها تن به خصوص اطفال و زنان گردیده است. هندریو سکانلون، رییس UNEP می گوید؛ نظر به راپورهای ثبت شده، تعداد مریضی های تنفسی مرتبط به آلودگی هوا در کابل از ۲۰۰۲ به این سو هزار درصد افزایش یافته

است.

به گزارش نیویارک تایمز، در بررسی بانک توسعه آسیایی آمده که میزان آلودگی هوا تنها در کابل به ۶۰۰ هزار مورد اضافی حمله اسما منجر می شود و در کل سالانه حدود ۲۲۸۷ تن از باشندگان کابل در اثر بیماری های ناشی از آلودگی هوا جان می سپارند. به این ترتیب طبق گزارش این روزنامه تلفات مردم ملکی ناشی از آلودگی هوا تنها در شهر کابل دو برابر میزان مرگ و میر آن ها در جنگ ها می باشد که در سال گذشته در سراسر کشور به ۱۴۰۰ تن رسیده بود. در راپوری که از طرف پروژه انستیتوت تاثیرات صحت State of Global Air آمده است، آلودگی هوا عامل کشتن ۵۱۶۰۰ تن در افغانستان در سال ۲۰۱۶ بوده است. با میزان از بین رفتن ۴۰۶ تن در هر ۱۰۰۰۰ نفر، این کشور در جمع آلوده ترین کشورهای دنیا است. در راپوری که از طرف حمایت از اطفال ملل متحد (UNICEF) ارایه گردیده آمده است، زمانی که اطفال هوای زهرالود را تنفس می نمایند، این تکامل مغز آن ها را در معرض خطر قرار می دهد. همچنان اطفال بیشتر آسیب پذیراند؛ چون آن ها سریعتر تنفس می نمایند و سیستم دفاعی فیزیکی و مصونیت وجود شان به شکل کامل به تکامل نرسیده است. طبق تخمین موسسه WHO، مرگومیری که از اثر خطرات محیط زیست بوجود می آید ۲۶ درصد علت مرگ میر در افغانستان را تشکیل می دهد. آلودگی هوای خانوادگی (HAP) یا آلودگی داخل خانه باعث مرگ بیشتر از ۲۷۰۰۰ تن در سال میشود، در حالی که هوای آلوده بیرون خانه باعث مرگ ۱۱۰۰۰ تن در سال می گردد. اطفال و خانم ها به طور خاص بیشتر در معرض خطر آلودگی هوای داخل خانه هستند بخاطریکه آن ها بیشتر اوقات را در خانه سپری می نمایند. این نوع آلودگی همچنان عامل کم وزنی در زمان تولد، از رشد باز داشتن و تولد پیش از وقت می باشد.

دست رسی ضعیف به آب پاک و به سازی یکی از عوامل اساسی دیگر خطر به صحت و محیط زیست است که در بلند بردن شیوع مریضی دیارول کمک می کند. مریضی دیارول در افغانستان مسؤول مرگ تقریباً ۱۰۰۰۰ تن در سال و ۲۹۷۱ تن نا توانی های فردی در هر ۱۰۰۰۰ نفر شده که اکثر آن ها را اطفال زیر سن ۵ سال تشکیل می دهند. با وجود پیشرفت ها در ده سال گذشته هنوز ۳۵ درصد مردم افغانستان به آب آشامیدنی پاک دسترسی ندارند و تنها ۳۹ درصد به به سازی یا سیستم تخلیه فاضل آب دسترسی دارند. در هفت سال گذشته مریضی های ناشی از استفاده آب ملوث قربانی بیشتری نسبت به تروریزم داشته است. در یک سروی آب که در سال ۲۰۱۶ در کابل پایتخت افغانستان انجام شد نشان داده که غلظت بکتریای فاکل کولیفورم پنج قسمت در هر ۱۰۰ ملی لیتر آب در ۸۰

فیصد جاهای کابل بوده که از نظر معیارهای بین المللی غیر قابل باور می باشد. در سال ۲۰۱۷ به تعداد ۲۶۰۰۰ تن به دلیل مریضی ها تنفسی که عامل شان آلودگی هوا بوده جان سپرده اند. این در حالی است که در عین سال ۳۵۰۰ تن به اثر جنگ ها کشته شدند. متأسفانه در مورد اینکه چند مریض که عامل آن آلودگی هوا بوده تداوی شده اند بنابر نداشتن سیستم ستندرد راجستر مریضان در شفا خانه ها و شریک نساخت آن با مردم، امار دقیق در دسترس نیست. هما می توان گفت که آلودگی هوا در افغانستان به مراتب کشنده تر از جنگ ها و حملات تروریستی می باشد.

وقایع به منظور جلوگیری از آلودگی هوا

پلان های کوتاه مدت و دراز مدت را برا کانکریت و اسفالت کردن سرک های خامه، روی دست دارند که این پلان ها می توانند آلودگی هوا ناشی از گرد و خاک را ۱۵ فیصد کاهش دهند. آقای ملکیار همچنان می گوید؛ پلان های بهتسازي رساندن برق به شهرها روی دست است که می تواند از مصرف مواد سوخت مواد مضره بکاهد و در بهتر ساختن کیفیت هوا کمک نماید. در پهلوی این همه تلاش ها، متخصصین به این باور اند که دولت به خصوص به سطح محلی باید سکتورهای خصوصی را در سرمایه گذاری بالای ترانسپورت شهری تشویق نمایند. از این عمل سکتورهای خصوصی مفاد خواهند برد و هم در کاهش آلودگی هوا نقش براننده یی را بازی خواهند کرد.

موسساتی که در باره ی آلودگی هوا و کاهش آن در افغانستان نقش دارند:

موسسات داخلی و خارجی برجسته که در کاهش آلودگی هوا و جلوگیری از خطرات آن تحقیق نموده و کارهای مثمري انجام داده اند قرار ذیل می باشند.

1. (NEPA) National Environment Protection Agency
2. UNEP) United Nation Environment Program)
3. UNICEF))
4. (WHO) World Health Organization
5. (GEO) Global Environment Outlook
6. State of Global Air

منابع:

۱. EMRO/WHO, ۲۰۱۶, از سایت emro.who.int

۲. CSO, ۲۰۱۴.

۳. راپور ورکشاپ ۶-۴ مارچ ۲۰۱۹, هتل سدار, کابل, افغانستان

۴. <https://p.dw.com/p/۱۷VFz>

۵. <http://ceobs.org/the-slow-violence-of-pollution-in-afghanistan>

دولت با همکاری تخنیکي UNEP قانون محیط زیست را که ماده بسیار واضع در ارتباط به آلودگی هوا دارد را ترتیب نموده و اجرا می نماید. در سال ۲۰۱۷ ریس جمهور اشرف غنی فرمانی را در مورد قانون محیط زیست صادر نموده گفته است که شخصی که در آلوده ساختن هوا نقش داشته باشد به حبس بین ۱۶ تا ۲۰ سال باید محکوم گردد. در این قانون همچنان به شکل تکراری آمده است، کسانی که در اجرای این قانون سهل انگاری نمایند نیز به حبس و یا جریمه نقدی ۶۰۰۰۰ افغانی محکوم خواهند شد. بر علاوه، شخصی که عمل آن باعث مرگ فرد دیگری شود محکوم مجازات به مرگ خواهد شد. مطابق قانون جزا در مورد محیط زیست، ماده ۸۳۸، شخصی که آگاهانه آب چاه، آب تانک، و یا ساحات دیگر را با مواد زهری و کثافات سیماب یا مواد مضره دیگر به صحت انسان ها ملوث نماید، نیز به حبس محکوم می شود. طبق یافته های NEPA، استفاده از چوب و ذغال به شکل چشمگیر به خاطر اجرا قوانین مربوط و تلاش منسوبین کاهش یافته است. پیشرفت بهتر و قابل توجه دیگری که صورت گرفته این است که اکثر نانوائی ها در شهر کابل عوض چوب بخاطر پختن نان از گاز طبیعی استفاده می کنند که در آلوده ساختن هوا نقش کمتری دارد.

غلام محمد ملکیار معاون ریاست NEPA می گوید که کمیسیون های بلند رتبه دولتی که مسولیت کنترل محیط زیست را دارند در هر ماه جلسه را دایر نموده و وضعیت آلودگی هوا را مورد بحث قرار داده هدیایات را به منظور اصلاح آن صادر می نمایند. گاز مایع پترولیم (LPG) در حال جاگزین شدن پترول و دیزل برای عراده جات شده که تقریباً ۳۰ فیصد موتورها در تمام شهرهای افغانستان عوض پترول و دیزل، گاز مایع استفاده می گردد. آقای سکانلون می گوید که استفاده از گاز مایع در موتورها در سه سال گذشته آلودگی هوا را تقریباً به نصف آن کاهش داده است و این کار فقط با سرمایه گذاری افغان ها بدون حمایه خارجی صورت گرفته است. LPG ارزانتر می باشد و تنها کاربن دای اکساید را در بین آب آزاد می کند که به مراتب ضرر کمتر نسبت به دیزلی که سلفر را در هوا پخش می کند می باشد.

بر علاوه این و دیگر کوشش ها، شاروالی ها در سراسر افغانستان

مرکز تحقیقات و فن آوری دانشگاه خاتم النبیین (ص)

تاریخچه

مرکز تحقیقات و فن آوری دانشگاه خاتم النبیین (ص)، در سال ۱۳۹۵ توسط دکتر سید یوسف موسوی، معاون علمی وقت و حمایت مسئولان ارشد دانشگاه ایجاد گردید و در همان سال شروع به فعالیت نمود. از بدو تأسیس تاکنون، تعیین سیاست‌های کلان، تجهیز و راه‌اندازی ستاپ‌ها و پروژه‌های تحقیقاتی مرکز، تحت نظارت و مدیریت مستقیم دکتر موسوی بوده است. این مرکز، اولین مرکز تحقیقاتی معیاری در کشور است که مجهز به حیوان‌خانه استاندارد می‌باشد. در راه‌اندازی حیوان‌خانه استاندارد برای اولین بار نسل موش‌های صحرایی (رت) خالص لابراتواری نژاد ویستار (Wistar rat) و اسپراگ داوولی (Sprague dawley rat) براساس معیارهای جهانی از خارج کشور توسط دکتر موسوی وارد افغانستان گردید. با راه‌اندازی این حیوان‌خانه، مرکز تحقیقات و فن آوری دانشگاه عملاً سند افتخار ورود، تکثیر، توزیع و آموزش تحقیقات بر روی رت‌های لابراتواری را به نام خود ثبت نموده و اکنون در سطح ملی به عنوان منبع و برند اصلی این حوزه شناخته می‌شود. متخصصان امر نیک می‌دانند که هدف اصلی استفاده از رت‌ها در زمینه‌های متفاوت تحقیقاتی، ایجاد تسهیلات در فرآیند تحقیقات، تغییر در رویکرد فعالیت‌های پژوهشی، انجام تحقیقات غیرممکن بر روی انسان و علم‌آفرینی در مراکز پژوهشی و آکادمیک است.

ضرورت ایجاد مرکز تحقیقات

نظام تحصیلات عالی در افغانستان اعم از دولتی و خصوصی نه برای پژوهش بلکه برای آموزش سازماندهی شده است. در این مراکز آموزشی، همه چیز براساس آموزش برنامه‌ریزی گردیده و حول محور آموزش می‌چرخد. تقریباً تمامی کادر علمی دانشگاه‌های افغانستان آموزشی هستند، آنها اغلب نیاز آموزشی دیپارتمنت مربوطه را برآورده نمی‌نمایند و اغلب انگیزه و فرصتی برای پژوهش ندارند. در چنین شرایطی لازم است مسئولین دانشگاه‌ها با تشویق و تسهیل امور مربوط به پژوهش و سیاست‌گذاری‌های مناسب، انگیزه پرداختن به امور پژوهشی را به موازات آموزش تقویت کنند. در راستای تقویت و ساماندهی فرآیند پژوهش، لازم است دیپارتمنت‌ها از حالت آموزشی محض به دیپارتمنت آموزشی - پژوهشی تبدیل شود و پژوهش به عنوان یک وظیفه رسمی وارد عرصه فعالیت‌های کادر علمی گردد. وظیفه اصلی دانشگاه به موازات آموزش، تولید دانش و کاربرد آن در جامعه است و تولید دانش، صرفاً در سایه پژوهش میسر است. به علت گستردگی، تنوع و دشواری فرآیند پژوهش و همچنین ضرورت سازماندهی و سیاست‌گذاری‌های مناسب، شدیداً لازم است در هر دانشگاه مرکزی در امور پژوهشی فعال گردد. قطعاً با فعالیت این بخش، پایه‌های اساسی تحقیقات در کشور مستحکم و بر اعتبار علمی دانشگاه‌ها افزوده خواهد شد.

بخش‌ها

مرکز تحقیقات و فن آوری دانشگاه خاتم النبیین (ص) در راستای تحقق اهداف کلان برنامه استراتژیک ملی وزارت تحصیلات عالی، پالیسی تحقیقات علمی تحصیلات عالی افغانستان، اساس‌نامه و برنامه‌های استراتژیک دانشگاه و به منظور ایجاد زیرساخت‌ها، ظرفیت‌سازی و کیفی فعالیت‌های پژوهشی، در شروع، با پنج بخش زیر فعالیت می‌نماید:

میان‌خانه

(Aniaml House)

مکانی مناسب برای نگهداری و پرورش رت‌ها بوده که متناسب با استانداردهای جهانی ایجاد شده است. این بخش دارای سیستم کنترلی خودکار روشنی - تاریکی ۱۲ ساعته، دمای ۲۲ تا ۲۵ و رطوبت مناسب می‌باشد. در این مکان با توجه به ظرفیت و سیستم کنترلی خودکار معمولاً به تعداد محدودی رت نگهداری می‌شوند. پرورش این رت‌ها طی دوره‌های میت‌گذاری، شیردهی، تفکیک و وزن‌گیری صورت می‌گیرد.

مطالعات رفتاری

مطالعات رفتاری به کمک دستگاه‌ها و وسایل سنجش رفتاری در حیطه‌های حافظه، اضطراب و اعتیاد صورت می‌گیرند. بررسی رفتاری از روش‌هایی است که با کمک پروتکل‌های ثابت شده می‌تواند به صورت غیرمستقیم اطلاعاتی را از چگونگی عملکرد مغز ارایه دهد

بخش مطالعات رفتاری دارای تجهیزاتی برای انجام آزمون‌های رفتاری است، از جمله برای بررسی حافظه از دستگاه احترازی غیرفعال، مورپس و اترمیز، وای‌میز، پلس‌میز، آزمون شناسایی شیء جدید؛ برای بررسی اعتیاد از دستگاه ترجیح مکانی شرطی‌شده، سیلندر پلاکسی‌گلس شفاف و سنجش علایم سندرم ترک مواد و همچنین برای بررسی اضطراب از پلس‌میز استفاده می‌شود.



خونی در حیطه‌های دیابت، هایپرکلستروملی و کم‌خونی صورت می‌گیرد. در این بخش، خون‌گیری از قلب، ساینس چشمی و دم‌رت انجام می‌شود. پارامترهای خونی مشخص و شاخص نظیر میزان قند خون، میزان کلسترول، ترای‌گلسیراید، هموگلوبین، حجرات سرخ خون و نظایر آن با استفاده از ریجنت‌های خریداری‌شده از شرکت‌های دارویی معتبر اندازه‌گیری می‌شود.

مطالعات

الکتروفیزیولوژیک

مطالعات الکتروفیزیولوژیک با رویکرد بررسی نسبتاً دقیق رفتار الکتریکی و فیزیولوژیک در سطوح بدن، سیستم‌ها، اندام‌ها، انساج، حجرات، ارگانیل‌ها و مالیکول‌های حیاتی صورت می‌گیرد. این بخش مرکز تحقیقات که در حال راه‌اندازی است، با کمک تجهیزاتی پیشرفته و متناسب با استانداردهای جهانی به بررسی کارشیوه‌ها، رفتار الکتریکی و فیزیولوژیک می‌پردازد.

مطالعات مالیکولی

مطالعات مالیکولی با رویکرد بررسی کارشیوه‌های دقیق‌تر مالیکول‌های حیاتی با رویکرد جنتیکی، بیوشیمی، ایمونوهیستوشیمی و سایر تخنیک‌های وابسته به موضوع صورت می‌گیرد. این بخش نیز در حال راه‌اندازی بوده و تلاش دارد که با راه‌اندازی ست‌آپ‌های تخصصی، اطلاعات نسبتاً دقیقی را از سطح مالیکولی حجره ارایه دهد.



دست‌آوردها

تحول در رویکرد انجام فعالیت‌های پژوهشی در سطح ملی. ورود اولین رت‌های استاندارد لابراتواری خارج از کشور به افغانستان توسط مرکز. معرفی و راه‌اندازی حیوان‌خانه استاندارد تحقیقاتی در سطح ملی برای محققان کشور. راه‌اندازی چندین حیوان‌خانه استاندارد برای دیگر دانشگاه‌ها با هدف ترویج و تقویت فرهنگ تحقیقات بر روی رت‌ها در سطح ملی. انجام اولین پروژه تحقیقاتی موفق بر روی رت‌ها توسط تیم بومی. چاپ و انتشار بین‌المللی گزارش نخستین طرح پژوهشی افغانستانی بر روی رت‌ها. معرفی و ثبت اثر خوراکی دانه چهل‌غوزه بومی بر پارامترهای اسپرماتوژنز در ادبیات تحقیقات بین‌المللی. تربیت و آموزش بیش از ۳۰ دانشجوی محقق در یک دوره دوساله برای انجام پروژه تحقیقاتی بر روی رت‌ها. معرفی برخی از گیاهان دارویی بومی افغانستان برای درمان برخی از بیماری‌ها. انجام موفقانه پنج پروژه تحقیقاتی بر روی رت‌ها توسط تیم تحقیقاتی دوره دیده دانشجویی. تعریف بیش از ۳۰ پروژه تحقیقاتی در حال انجام عصاره گیاهان دارویی بومی افغانستان بر روی رت‌های لابراتواری در حوزه علوم اعصاب (حافظه، اضطراب و اعتیاد) و بیماری‌های متابولیکی (دیابت، هایپرکلستروملی و کم‌خونی).

Environmental Health Impacts on Ascariasis Infections by Indication of Afghanistan: A Review

Sayed Hussain Mosawi, Zeinab Hosseiny, and Khanali Mohammadi, Khatam Al Nabieen University, Ghazni, Afghanistan

© 2018 Elsevier Inc. All rights reserved.

Introduction	1
Ascaris lumbricoides	2
The Life Cycle of Ascaris lumbricoides	2
Environmental Health and Ascariasis	3
Water	3
Sewage	3
Soil	4
Air Pollution	5
Animals (Zoonotic Potential of Ascariasis)	5
Insects	5
Geographical Information Systems (GIS) and Remote Sensing (RS)	6
Sustainable Development	6
Personal and Environmental Health	6
Education	6
Conclusions	6
References	7
Further Reading	7

Introduction

Many people worldwide, especially children of growing age, are affected by nutritional and health problems, including parasitic infections, and many of them cannot cope with it for many reasons. According to the statistics conducted, 20 million people are worldwide infected with intestinal worms, most of them are children and adolescent. Intestinal worm reduces mental and physical growth of children and adolescent as well as their educational backwardness. About one quarter of the world population is said to be infected with ascariasis. Ascaris worm, in an infected person, feeds on intestinal contents, causing nutritional deficiencies, vitamin A deficiency and reduces seasonal growth in children in endemic areas. Also if there is a large number of worms, can cause obstruction of certain tracts such as intestine, pancreas, airways and appendicitis, and are followed by obstructive jaundice, liver abscesses, and so on (Fig. 1).

Parasitic infections are directly related to the hygiene level of the society, and despite the large efforts of the WHO, parasitic infections, especially ascariasis, are common in many countries, especially in developing countries. Ascaris is one of the intestinal parasitic worms that causes ascariasis. Although ascariasis is the most common worm in the world, due to the different opinions about its clinical significance and the unique epidemiological characteristics of the disease, little attention has been paid on how to control it. Efforts to reduce the number of worms in human societies have been beneficial to some extent by using public prevention methods.

Every year, about 361,000, children under 5 years of age die, in poor countries like Nigeria, due to inappropriate hygienic condition and lack of hygienic information. According to a study conducted in Nigeria in 2002 on effect of water and sanitation on preventing ascariasis infection among school students, it has been proven that the proportion of the outbreaks in homes using refined water and standard toilets has been significantly lower, and it has been mentioned that to control the infection, in addition to improving water and sanitation facilities, the health education program should also be considered to ensure that the health facilities provided are properly used.

Due to the universal spread of ascariasis and its high resistant egg, especially in soil, this disease is highly valued and to control it, its treatment and prevention should be carefully observed. There are several ways to control and prevent ascariasis, most of which are related to human environment. Environmental pollution is one of the serious problems round the world especially, in developing and under developed countries, which is one of the results of the decline in the health of its people. This disease alone, especially in poor countries, is responsible for 1.5 million deaths every year and averaging 763 million people worldwide have been infected. Ascariasis is one of the most common parasitic infection in man, with almost one fifth of the world population is suffering from it. Ascariasis is most common in hot climates; therefore, their life cycle and modes of transmission should be carefully observed which will help in prevention, treatment, and eradication of the disease. According to scientific findings their mode of transmission is fecal-oral, in which the fingers are contaminated by contact with soil or feces. Eggs present in soil will retain their infectious properties for several months, and they will survive in cold weather (5–10°C) for up to 5–7 years. Another way of transmission is food, especially those which are taken raw and are infected by insects or fertilizers.

