د لوړو زده کړو وزارت
سپین غر پوهنتون - ننګرهار
څېړنې او علمي مجلو معاونیت
د علمي مجلو آمریت

سپين غر د طبي علومو علمي څېړنيز ژورنال

د سپين غر پوهنتون علمي څېړنيزه مجله

په دې ګڼه کې...

- له روغتيايي ناورينونو څخه ترلاسه شوي درسونه او عبرتونه
- د نارينه د شنډوالي په مخنيوي کې د انټي اکسيډانټ رول
- د درملو په کارونه کې د تېروتنو لاملونه او د هواري لارې
- په ننګرهار ولايت کې د مخدره توکو کارونه، د مخنيوي پر وړاندې يې ننګوني او حل لارې
- بررسی عوامل آلوده‌گی هوای شهر کابل و تاثیرات آن بر وضعیت صحی شهروندان
- د ماشومانو د حادې انتاني نس ناستې په درملنه کې د لکتوبسيلوس ريوټيري ونډه
- د جلال اباد ښار د کورونو څښاک اوبو په مخزنونو کې د اوبو د باکتریاوي ککړتیا مطالعه

کال: ۱۴۰۴ ل.ل | ټوک: دويم | ګڼه: لومړۍ

د لوړو زده کړو وزارت

سپین غر پوهنتون - ننګرهار

څېړنې او علمي مجلو معاونیت

علمي مجلو آمریت

د سپین غر پوهنتون علمي څېړنیزه مجله

کال: ۱۴۰۴ ل.ل

ټوک: دویم

ګڼه: لومړۍ

سپین غر د طبي علومو علمي

څېړنیز ژورنال

د امتیاز خاوند

سپین غر پوهنتون - ننگرهار

سر دبیر

پوهاند دوکتور محمد طیب نشاط

مسؤل مدیر

پوهنیار متخصص دوکتور شفیق الله عطیش

د علمي مجلو آمر

تالاوت ساحل

ډیزاین

حشمت الله شیرزاد

د ژورنال د ثبت گڼه

RCTD - PNJR - 0013-24

پته

مستوفیت خلور لارې، قبایلو ریاست لور ته غزېدلی سړک،
لومړی ناحیه، جلال اباد ښار - ننگرهار

هیئت تحریر

پوهاند دوکتور محمد طیب نشاط
پوهنوال دوکتور محمد آصف حسین زی
پوهنیار متخصص دوکتور شفیق الله عطیش
پوهنیار متخصص دوکتور احسان الله شینواری
دوکتور عبدالله رحماني
ټکنالوجېست محمد جمیل وسیم
دوکتور ریاض سالارزی
دوکتور حیات زمان

د کتنپلاوي دایمي غړي

پوهاند دوکتور حیات الله احمدزی
پوهنوال دوکتور محمد عظیم عظیمي
پوهنوال دوکتور محب الله شینواری
پوهنوال رضوان الله مملوال
پوهنمل سید عطاالحق بنوري

د کتنپلاوي مهالني غړي

پوهاند دوکتور خلیل احمد بهسودوال
پوهاند دوکتور حبیب الله مولوي زاده
پوهنوال دوکتور مسیح الله مسیح
پوهنوال علي جان عادل
پوهنمل دوکتور عبدالعظیم رسولي
پوهنمل متخصص دوکتور عبدالغفار شېرزاد
پوهنمل متخصص دوکتور صداقت مومند

اړیکې

+93 (0) 78 970 1100

+93 (0) 78 423 0645

journals@spingharuniversity.edu.af

info@spingharuniversity.edu.af

بسم الله الرحمن الرحیم

سر لیک	لیکلړ	مخ ګڼه

د ختیځ زون حوزوي روغتون انتاني وارډ کې، په ۲۰۲۳ ز کال کې د Crimean Congo Hemorrhagic Fever د پېښو څېړنه ۱

په ننګرهار کې د نشه يي توکو کارونه، د مخنيوي پر وړاندې يې ننګونې او حل لارې.............................۱۰

له روغتيايي ناورينونو څخه ترلاسه شوي درسونه او عبرتونه...۲۶

په افغانستان کې د ښاک ناپاکو اوبو اړوند روغتيايي ننګونې...۴۰

سطح مصرف مواد مخدر: چالش ها، فرصت های وقايوی و کنترول آن...۴۹

ميزان و موانع استفاده از تکنالوژی در شفاخانه‌های شهر هرات...۶۷

د مزمنو ناروغيو په سکرينګ کې د خلکو د ګډون، هڅوونکو او مخنيوونکو لاملونو تشريحي څېړنه..................۷۶

بررسی رابطه بين افسردگی و رفتار های پرخطر ميان محصلين ليليه پوهنتون کابل در سال ۱۴۰۳...................۹۱

په کورني بازار کې د افغاني درملو د خرڅلاو پر وړاندې پراته خنډونه او د هواري لارې چارې......................۱۰۰

بررسی مديريت جمع آوری و دفع زباله‌های طبی: چالش‌ها و راهکارها در شفاخانه‌های دولتی شهر شبرغان..........۱۱۳

د مور شيدو په واسطه د ځانګړې تغذيې اړوند د زېږون عمر لرونکو ميندو پوهه، اندونه او کړنې......................۱۲۴

په جلال اباد ښار کې د انتي بيوټيکو پر وړاندې مقاومت په اړه د طبي پوهنځيو د محصلينو پوهه، اندونه او کړنې.........۱۳۸

د جلال اباد ښار د کورونو څښاک اوبو په مخزنونو کې د اوبو د باکترياوي ککړتيا مطالعه...............................۱۵۴

د کولمو له درد څخه شکايت لرونکو شلو کلونو څخه کم عمره اشخاصو کې د جارډيازيس ناروغۍ پېښې او اړوند فکتورونه....۱۷۱

بررسی عوامل آلوده گی هوای شهر کابل و تاثيرات آن بر وضعيت صحی شهروندان.....................................۱۸۶

د درملو په کارونه کې د تېروتنو لاملونه او د هواري لارې...۲۰۷

د ماشومانو د حادې انتاني نس ناستې په درملنه کې د لکتوبسيلوس ريوټيري ونډه ۲۲۰

د پروستاټ د کارسينوما غوره تشخيصيه معاينه، پېره او ساتندويه فکتورونه...۲۳۷

په نشه يي توکو د روږديتوب تولنيز لاملونه..۲۴۸

د ويټامين ډي د کموالي لاملونه او رامنځته کېدونکې پايلې..۲۵۹

تر پنځه کلنی کم عمره ماشومانو کې د مکرر تبه لرونکي اختلاج د خطر فکتورونه.......................................۲۶۷

د نارينه د شنډوالي په مخنيوي کې د انتي اکسيډانټ ونډه...۲۷۴

روغتيايي خدمتونو ته د لاسرسي لپاره د مالي توان اهميت...۲۸۷

د اسلامي شريعت په رڼا کې تر زېږون مخکې او وروسته د ماشوم حقوق...۲۹۸

د نشه‌يي توکو د کارونې په مخنيوي کې د رسنيو ونډې ته کتنه...۳۱۸

بازانديشی در تضمين کيفيت داخلی آموزش عالی با مدل P3: تحليلی انتقادی از شکاف‌ها، چالش‌ها و راه‌کارها بر پايه......۳۳۱

تضمين کيفيت در آموزش صحت: يک مرور سيستماتيک از مبانی نظری تا چارچوب‌های نوين و فناورانه..............۳۴۴

طراحی چارچوب راه‌بردی برای تضمين کيفيت در آموزش حرفه‌های ميان رشته‌ای سلامت...............................۳۵۹

بِسْمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحْمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ

ٱلْحَمْدُ لِلَّهِ ٱلَّذِي أَنْعَمَ عَلَيْنَا بِنِعْمَةِ ٱلْإِيمَانِ وَٱلْعِلْمِ، وَٱلصَّلَاةُ وَٱلسَّلَامُ عَلَىٰ سَيِّدِ ٱلْمُرْسَلِينَ مُحَمَّدٍ وَعَلَىٰ آلِهِ وَصَحْبِهِ أَجْمَعِينَ.

در آغاز، با نهایت امتنان و قدردانی، از برگزارکنندگان محترم و ادارات و افراد همکار کنفرانس ملی «بازنگری سیستم و خدمات صحی در افغانستان: فرصت‌ها، مشکلات و راه‌های حل آن» به ویژه پوهنتون سپین‌غر (ننگرهار)، که زمینه این نشست علمی و تخصصی را مساعد نموده بود، اظهار سپاسگزاری می‌نمایم. بدون شک برگزاری چنین محافل علمی ـ تحقیقي، نقش ارزنده‌ای در رشد ظرفیت‌های ملی، تبادل نظر میان متخصصین و ایجاد راهکارهای مبتنی بر شواهد برای بهبود وضعیت نظام صحی کشور دارد.

امروز، افغانستان در شرایطی قرار دارد که بیش از هر زمان دیگر نیازمند یک سیستم صحی پاسخگو، شفاف، مبتنی بر عدالت و تحقیق‌محور می‌باشد. نقش تحقیقات علمی در این مسیر، بی‌بدیل و بنیادین است. تصمیم‌گیری‌های کلان و برنامه‌ریزی‌های ملی در عرصه صحت، بدون استناد به یافته‌های دقیق، علمی و بومی نمی‌تواند مؤثر واقع شود. از این جهت، تقویت ظرفیت‌های تحقیقی در پوهنتون‌ها و نهادهای علمی کشور، به ویژه در رشته‌های طب و علوم صحی، یک ضرورت عاجل و استراتیژیک شمرده می‌شود.

نشر مقالات علمی این کنفرانس در مجله علمی-تحقیقی پوهنتون سپین‌غر، نه‌تنها سهمی ارزنده در مستندسازی تلاش‌های علمی دانشمندان و متخصصان عرصه صحت دارد، بلکه منبع ارزشمندی برای سیاست‌گذاران، پالیسی‌سازان و تمام نهادهای خدمات صحی کشور خواهد بود.

همکاری میان وزارت صحت‌عامه و وزارت تحصیلات عالی می‌تواند نقش بسزایی در ارتقای کیفیت خدمات صحی و توسعه علمی کشور ایفا کند. از طریق ایجاد چارچوب‌های مشترک برای تحقیقات علمی، هر دو نهاد می‌توانند ظرفیت‌های موجود در پوهنتون‌ها، مراکز تحقیقاتی و مراکز صحی را هم‌راستا ساخته و از نتایج تحقیقات برای تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد در سکتور صحت استفاده نمایند. همچنان، شریک‌سازی منظم و مؤثر یافته‌های علمی با وزارت صحت عامه زمینه را برای تطبیق پالیسی‌های مؤثرتر، بهبود برنامه‌های وقایوی و ارتقای صحت عامه فراهم می‌سازد. این نوع هماهنگی، نه تنها باعث انسجام بیشتر فعالیت‌ها می‌گردد، بلکه اعتماد میان نهادهای علمی و تطبیقی را نیز تقویت می‌کند. وزارت صحت عامه، به حیث نهاد مسئول و پالیسی‌ساز در عرصه صحی، از چنین برنامه‌ها استقبال کرده و آمادگی خود را برای همکاری‌های علمی و تخنیکی در آینده نیز ابراز می‌دارد.

در اخیر، یک‌بار دیگر از رهبری پوهنتون سپین‌غر، محققین گرامی، اساتید گران قدر و تمام مسؤلین این مجله علمی تحقیقی ابراز امتنان نموده، برای همه عزیزان در راستای خدمات علمی و صحی، آرزوی توفیق مزید دارم.

با احترام

دوکتور محمد حسن غیاثی

معین پالیسی و انکشاف صحت وزارت صحت عامه افغانستان

بِسْمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحْمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ

ٱلْحَمْدُ لِلَّهِ، وَٱلصَّلَاةُ وَٱلسَّلَامُ عَلَىٰ رَسُولِ ٱللَّهِ

د لوړو زده کړو وزارت د څېړنې، ژباړې او تألیف د رئیس په توګه، د سپین غر پوهنتون له لوري د ترسره شوي ملي علمي-څېړنیز کنفرانس (په افغانستان کې روغتیايي سېستم او خدمتونو ته کتنه: فرصتونه، ستونزې او حل لارې) او یاد کنفرانس لپاره د منل شویو مقالو د چاپ په اړه درسره، په ژوره علمي مینه او درناوي سره، خپله خوښي او ملاتړ څرګندوم.

د روان کال د ثور میاشتې دغه کنفرانس، چې له چمتووالي تر عملي پړاوونو پورې په پوره دقت، همغږۍ او علمي رښتینولۍ سره ترسره شو، په طبي برخه کې د هېواد په کچه لومړنی ملي کنفرانس او په دې ډول د هېواد په علمي ډګر کې یو مثبت او فوق‌العاده ارزښتناک ګام و.

د کنفرانس علمي منځپانګه، وړاندې شوې څېړنې، د څېړنیزو لیکنو لپاره وار له مخه ټاکل شوي علمي-څېړنیز معیارونه او د ګډونوالو علمي تنوع د دې څرګندونه کوي، چې زموږ پوهنتونونه د طبي څېړنو، معاصرو علومو او نوښت په برخو کې د مخکښو ادارو په توګه وندې لوبولو ته چمتو دي. سپین غر پوهنتون نه یوازې د کنفرانس ټولې چارې په مسلکي ډول پرمخ بوورې، بلکې د وزارت علمي نظریات او سپارښتنې یې په خورا ښه ډول واوربدې او عملي یې کړې، چې دا به خپله د اکاډمیکو اصولو بوه غوره او علمي بېلګه ده.

د کنفرانس لپاره ټولې راغلې هغه مقالې چې په ملي (پښتو او دري) ژبو لیکل شوې وې او نږدې نیمايي یې د پوهنتون په دې ګڼه ملي ژورنال کې ترتیب او چاپ شوي دي، د هېواد د علمي پانګې مهمه برخه ده او دا به زموږ د طبي څېړنو د معتبرو مراجعو په توګه ځای ونومي.

د لوړو زده کړو وزارت مشرتابه، په ځانګړي ډول د وزارت د څېړنې، تألیف او ژباړې ریاست، به تل له داسې ارزښتناکو علمي هڅو څخه ملاتړ وکړي. دغه ریاست، د لوړو زده کړو او عامې روغتیا وزارتونو په ګډون، له ټولو هغو مسؤلینو څخه، چې د دې ستر علمي نوښت د ترتیب، تنظیم او په علمي، مسلکي او معیاري ډول د ترسراوي لپاره یې هلې ځلې کړې دي، ځانګړې مننه کوي او په راتلونکي کې ورځخه د لا زیات او پراخو علمي همکاریو هیله لري.

درنښت

دکتور حمیدالله مزمل

د لوړو زده‌کړو وزارت د څېړنې، تألیف او ژباړې رئیس

د پوهنتون د رئیس پیغام

علمي څېړنې د یوې پېژندل شوې مسئلې هغې سیستماتیکې مطالعې او پلټنې ته وایي، چې د هغې په‌واسطه نوي حقایق معلوم شي. که څه هم د علمي څېړنو د اړتیا او ارزښت په اړه د هېواد په پوهنتونونو کې د مشرتابه او اکاډمیکو کارکوونکو ترمنځ د وینا تر بریده اجماع شته، مګر په دې برخه کې هغه عملي ګامونه چې د محسوسو پایلو ترلاسه کولو سبب شي، ډېر او پایښت لرونکي کار ته اړتیا لري. د ګران هېواد افغانستان په تحصیلي سکتور کې د علمي څېړنو کیفیت او کمیت د دولتي او خصوصي تحصیلي ادارو له عمر سره غیر متناسب دي. سره له دې چې دا مهال د هېواد د خصوصي لوړو زده‌کړو سکتور د نورو لاملونو ترڅنګ، د اقتصادي او مالي ستونزو له کبله له ګڼو ننګونو سره مخامخ دی، د علمي څېړنو په برخه کې د لوړو زده‌کړو وزارت مشرتابه او اړوندو مسؤلینو کړنې او فعالیتونه هیله بخښونکي دي. په پوهنتونونو کې د علمي څېړنو د پراختیا او پرمختیا په برخو کې په بې ساري ډول هڅې جریان لري. د همدغو کوښښونو په پایله کې په وروستیو کلونو کې علمي کادر غړو او استادانو څېړنیزو فعالیتونو ته پاملرنه زیاته کړې ده، چې له کبله یې د پام وړ پرمختګونه رامنځته شوي دي. په دې برخه کې د لوړو زده کړو وزارت مشرتابه او په ځانګړي ډول د څېړنې، تألیف او ژباړې ریاست رهبرۍ او مسؤلینو برنامې او فعالیتونه د ډېرې ستاینې وړ دي. ددې لپاره چې خصوصي پوهنتونونه د لوړو زده‌کړو وزارت د اهدافو د تحقُّق لپاره کار کوي او د علمي څېړنو ترسراوی یې له بنسټیزو مسؤلیتونو څخه دی، سپین غر پوهنتون د طبي علومو دا ملي علمي ـ څېړنیز ژورنال، د لوړو زده کړو وزارت د څېړنې، تألیف او ژباړې ریاست له‌خوا د ټاکل شویو معیارونو او شرایطو تر پوره کولو وروسته، د ملي ـ علمي څېړنیزې مجلې په توګه ثبت شوی دی. د یاد ملي څېړنیز ژورنال د دویم جلد دا لومړۍ او ځانګړې ګڼه په روان (۱۴۰۴ لېږدیز لمریز / ۱۴۴۷ لېږدیز سپوږمیز) کال کې په ترسره شوي ملي څېړنیز کنفرانس کې د تائید شویو څېړنو او علمي مقالو درلودونکې ده. د مجلې په دې ګڼه کې د هېواد له ګڼو ولایتونو، پوهنتونونو، روغتونونو او پالېسي جوړونکو ادارو علمي کادر غړو، متخصصینو، استادانو، روغتیا پالانو او پالېسي جوړونکو له‌خوا ترسره شوې څېړنې چاپ شوي دي. د پوهنتون او تدریسي روغتون مشرتابه سربېره د مجلې د تحریر هیئت او کتنپلاوې غړې هیله لري چې په‌دې ګڼه کې نشر شوې څېړنې او علمي مقالې به په اړوندو برخو کې د لوستونکو د مسلکي پوهې زیاتوالي او پالېسي جوړونکو ته د ګټې اخیستنې سبب شي.

درنښت

سید شمس الدین همت

د پوهنتون عمومي رئیس

سریزه

الحمدُ للهِ وحدَهُ، والصّلاةُ والسّلامُ علی مَن لا نَبِيَّ بعدَهُ!

قدرمنو لوستونکو!

د سترې خوښۍ ځای دی چې د سپین غر د طبي علومو علمي څېړنيز ژورنال د دويم جلد لومړۍ ګڼه ستاسو درانه حضور ته وړاندې کوو. د دې ګڼې نشر د څېړونکو، ارزونکو او د ژورنال اداري ټيم د نه ستړې کېدونکو هڅو پايله ده. سپين غر د طبي علومو علمي څېړنيز ژورنال د طبي علومو په ډګر کې د نوې پوهې، څېړنو، تجربو او د علمي معلوماتو د تبادلې لپاره يو مسلکي پليټ فورم دی چې د هېواد دننه روغتيايي متخصصينو، علمي کادرونو، روغتيا پالانو او پاليسي جوړونکو ته د کار وړ مطالب وړاندې کوي.

په دې ګڼه کې مو د سپين غر پوهنتون (ننګرهار) له لورې «په افغانستان کې روغتيايي سېستم او خدمتونو ته کتنه: فرصتونه، ستونزې او حل لارې» تر سرليک لاندې د وړاندې شوي ملي علمي - څېړنيز کنفرانس د تائيد او وړاندې شويو څېړنو له ډلې پنځه ويشت (۲۵) عنوانه مقالې چاپ کړي دي. په دې ګڼه کې وروستۍ راوړل شوې دوه مقالې د هرات ولايت له جامي پوهنتون څخه، د هغوی د ۱۴۰۴ ل. ل کال له نړيوال کنفرانس څخه د سپين غر پوهنتون د ملاتړ له کبله، رااستول شوې او چاپ شوي دي. د علم خپرېدل، د نظرونو تبادله او علمي همکاري د هرې طبي ټولنې د پرمختګ بنسټونه دي. هيله مو داده چې د نشر شويو مقالو له علمي منځپانګې څخه درانه متخصصين، علمي کادرونه، روغتياپالان او څېړونکي ګټه واخلي او د خپلې مسلکي ودې لپاره يې وکاروي.

موږ د خپلو درنو څېړونکو، علمي ارزونکو او د ژورنال اداري همکارانو د نه ستړې کېدونکو هڅو قدرداني کوو او د دوی علمي ونډه ستايو. همدارنګه د درنو لوستونکو نظرونه، ارزونې او وړانديزونه، چې زموږ لپاره ډېر ارزښت لري او د ژورنال د لاپرمختګ او معياري کېدو لامل کېږي، هرکلی يې کوو او په ورين تندي يې منو. هيله لرو چې د ژورنال دا ګڼه به د علمي اړتياوو پوره کولو او مسلکي ودې په لور يو بل ګټور ګام وي.

درنښت

پوهنيار متخصص دوکتور شفيق الله عطيش

سپين غر د طبي علومو علمي-څېړنيز ژورنال مسؤل مدير

د ژورنال د دغې ګڼې په اړه

ٱلْحَمْدُ لِلَّهِ ٱلَّذِي بِنِعْمَتِهِ تَتِمُّ ٱلصَّالِحَاتُ، وَٱلصَّلَاةُ وَٱلسَّلَامُ عَلَىٰ سَيِّدِنَا مُحَمَّدٍ، وَعَلَىٰ آلِهِ وَصَحْبِهِ وَمَنْ تَبِعَهُمْ بِإِحْسَانٍ إِلَىٰ يَوْمِ ٱلدِّينِ.

سپین غر پوهنتون د لوړو زده‌کړو وزارت محترم مقام څخه د رسمي جواز په ترلاسه کولو سره، د علمي - څېړنیزو هڅو او ژمنتیا یو مهم پړاو ته رسیدلی دی، چې له نېکه مرغه په طبي علومو کې د دې پوهنتون د طبي علومو علمي څېړنیز ژورنال دویم جلد لومړۍ ګڼه د چاپ په ګاڼه سنبالېږي. د ژورنال عمده موخه د طبي علومو، عامې روغتیا، لابراتوار ټکنالوژی، درمل جوړونې او نورو اړوندو څانګو د څېړنو خپرول او علمي معلوماتو تبادله ده. دغه ژورنال د علمي او طبي معیارونو پر بنسټ چمتو کېږي او به روغتیایي برخو کې د څېړونکو د څېړنېزو لیکنو او مقالو خپرولو لپاره یوه باوري مرجع ده.

سپین غر پوهنتون د هېواد په کچه د طبي علومو مخکښ علمي بنسټ دی او د علم، څېړنې او نوښت د فرهنګ پراختیا لپاره فعالیت کوي. د پوهنتون دغه ژورنال د (External Peer-Review) یا بهرنیو مسلکي علمي کادرونو د کتنو او ارزونې پر بنسټ د مقالو منل او خپرول، د علمي امانتداری، نوښت او صداقت اصولو ته ژمنتیا، د معیاري علمي سبک (Vancouver) له مخې د اخځلیکونو کارولو، د څېړنیزو او مروري مقالو څانګړنو او اسلامي، ملي او علمي معیارونو ته د بشپړې ژمنتیا پر بنسټ ترتیب شوی دی.

سپین غر پوهنتون د ۱۴۰۴ ل.ل کال د ثور په (۱۷-۱۸) نېټو «په افغانستان کې روغتیایي سېستم او خدمتونو ته کتنه: فرصتونه، ستونزې او حل لارې» تر سرلیک لاندې، د دوه ورځني ملي علمي ـ څېړنیز کنفرانس کوربه و او د ګڼو ملي سکتوري ادارو څېړونکو له خوا د کنفرانس عنوان او (۱٦) محورونو ته په کتو سره، (۷۹) عنوانه څېړنیزې لیکنې ترلاسه او په یاد کنفرانس کې یې د Oral and Poster Presentation په ډول وړاندې کړې. د ذکر شوي شمېر له ډلې، په دغې ګڼه کې (۲۵) سرلیکه څېړنې چاپ او خپرې شوې؛ په ګڼه کې وروستۍ راوړل شوې درې مقالې د هرات ولایت له جامي پوهنتون څخه، د هغوی د ۱۴۰۴ ل. ل کال له نړیوال کنفرانس څخه د سپین غر پوهنتون د ملاتړ له کبله، رااستول شوې او چاپ شوي دي.

موږ د پوهنتون قدرمن مؤسس، اُمناء هيئت، لومړی رهبری، د مجلې د تحریر هیئت، داخلي او بهرني کتنپلاوي له غړو، درنو څېړونکو، د پوهنتون د څېړنې او علمي مجلو معاونیت تر چتر لاندې د درنو اداري همکارانو او په ټولیز ډول د پوهنتون د اړوندو اداري مسؤلینو څخه په خپله برخه کې د تلپاتې او نه ستړې کېدونکو هڅو قدرداني کوو او علمي همکاری یې ستایو. د لوړو زده کړو او عامې روغتیا وزارتونو په ګډون، له ټولو هغو مسؤلینو څخه ځانګړې مننه کوو، چې په علمي او مسلکي ډول یې، د دغې ستر علمي نوښت د ترسراوي لپاره هلې ځلې کړي دي؛ د راتلونکې لپاره مو د ورته همکاریو هیله لرو.

درنښت

محمد جمیل وسیم

د سپین غر پوهنتون د څېړنې او علمي مجلو مرستیال

خېړنیزه مقاله

د ختيځ زون حوزوي روغتون انتاني وارډ کې، په ۲۰۲۳ ز کال کې د Crimean Congo Hemorrhagic Fever د پېښو څېړنه

پوهاند دوکتور سید انعام سیدي[۱]، پوهنمل امیرالله رضایي[۲]، پوهنوال سید عبدالجمیل سیدي[۳]، پوهاند حبیب الله مولوي زاده[۴]
[۱،۲،۳،۴]طب پوهنځی، ننګرهار پوهنتون، ننګرهار - افغانستان

د مقالې تاریخچه

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۵
د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۱/۱۵
د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹
کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دویم ګڼه: لومړی

بنسټیز ټکي

- CCHF
- پېښې
- ختيځ زون
- مړینه

مسؤل لیکونکی

پوهاند دوکتور سید انعام سیدي
بریښنالیک: dramirraza2@gmail.com
ګرځنده شمېره: 747717778 (0) 93 +

لنډیز

CCHF یوه Tick born zoonotic ویروسي ناروغي ده، چې د کنې په واسطه انتقالېږي. د مړینې کچه یې ډېره لوړه ده. په نړۍ کې خپره او انډیمیک ناروغي ده چې زمونږ په هېواد کې هم په انډیمیک ډول لیدل کېږي. په‌دې وروستیو کې یې زمونږ په هېواد کې د مړینې او ناروغۍ پېښې زیاتې شویدي. د ختيځ زون په حوزوي روغتون کې د ۲۰۲۳ز کال په جریان کې، د جنوري له لومړۍ څخه تر اکتوبر ۳۰ نېټې پورې، د CCHF د پېښو معلومولو په موخه مو دا څېړنه ترسره کړه. څېړنه د Prospective Cross – Sectional په مېتود ترسره شوې ده. په څېړنه کې ټول ۴۵ تنه ناروغان شامل دي چې ټول د ختيځ زون اوسېدونکي وو. د ناروغانو تشخیص د RT. PCR او ELISA په کتنو سره د حوزوي روغتون لابراتوار کې ترسره شوی دی. د څېړنې په پایله کې د ۴۵ تنو ناروغانو له ډلې څخه ۲۰ تنه چې پهCrimean Congo Hemorrhagic Fever اخته وو او تشخیص یې د لابراتواري معایناتو له مخې تائید کړای شو، وڅېړل شول. پنځه تنه چې درې نارینه او دوه ښځې وې د ناروغۍ له امله وفات شول. د Case Fatality Rate یې (۲۵٪) بللی شو. د مړو شویو ناروغانو عمر د (۲۵-۶۰) کالونو تر منځ و، چې اوسط عمر یا Mean Age یې (۱۱.۷+۳۰) کاله کېږي. د دندو له مخې د (۴۵) تنو له ډلې درې (۳) تنه (۶,۶٪) یې قصابان او یو تن (۲,۲٪) یې شپون و. اوه لس (۱۷) تنه (۳۰,۷٪) د کور مېرمنې وې، اوه (۷) تنه (۱۵,۵٪) بزګران او پاتې نور (۱۷) تنو (۳۷,۷٪) یې نورې بېلابېلې دندې لرلې. د اقلیم له نظره د مې په میاشت کې د ناروغانو شمېر پنځه تنه (۱۱,۱۱٪)، په جون کې شپږ تنه (۱۳,۳۳٪)، په جولای کې (۱۵) تنه (۳۳,۳٪) او اګسټ کې (۱۳) تنه (۲۸,۸۸٪) و. د ختيځ زون په انتاني روغتون کې په ۲۰۲۳ ز کال کې د CCHF ناروغۍ پېښې (۲۰) یا (۴۴,۴) سلنه وې.

پېژندنه

Crimean Congo Hemorrhagic Fever په نړۍ کې خپره ویروسي انتاني ناروغي ده، چې د کنې یا Tick په واسطه انتقالېږي(۱). لومړي ځل لپاره په کریمیا هېواد کې وپېژندل شوه او په آسیا، ختيځه اروپا ، افریقا او منځني ختيځ کې په انډیمیک ډول خپرېږي او د یوې لسیزې راهیسې په هند، پاکستان، ایران او ترکیه کې یې هم پېښې رامنځته شویدي(۲). د Nairo ویروس په واسطه منځته راځي او د کورني او وحشي حیواناتو څخه د Hyloma کنې په واسطه انسان ته انتقالېږي(۳).

په کلني ډول یې، په نړیواله کچه، (۱۰۰۰۰-۱۵۰۰۰) پېښې لیدل کېږي(۴).

Case Fatality یې له (۰،۵) سلنې څخه آن تر (٦٢) سلنې پورې هم راپور شوې ده. په امریکا او اروپا کې تر اوسه ددې ناروغۍ پر وړاندې درملنه او واکسین یقیني شوي نه‌دي. له (۱۹٦۷ز) کال څخه تر (۲۰۰۵ز)کال پورې ددې ناروغۍ (۱۴۰) شدیدې حملې منځته راغلي او اوس په (۵۲) هېوادونو کې په اندیمیک ډول خپره ناروغي ده. له (۱۹۵۳-۲۰۰۵ز) کالونو پورې یې له (۸۰) څخه زیاتې پېښې، په روغتیایي کارکوونکو کې ثبت شوي دي(۵) . په (۲۰۰۸ز) کال، په ترکیه کې ددې ناروغۍ (٦۸۸) پېښې مثبت شوي، چې (۴۰) تنه روغتیایي کارکوونکي په کې له منځه تللي وو. په همدې کال په سودان کې د (۲۰) تنو ناروغانو له ډلې شپږ تنه روغتیایي پرسونل او په قزاقستان کې په (۲۹) تنو ناروغانو کې پنځه (۵) تنه روغتیایي کارکوونکي ددې ناروغۍ له کبله له منځه تللي دي(٦).

CCHF انسانانو ته د Hyloma کنې په واسطه د چیچلو له لارې او د کورني منتنو حیواناتو د انساجو او وینې د مستقیم تماس له لارې انتقالېږي. همدارنګه د منتن شوي انسان د وینې د وجود مایعاتو سره د تماس له لارې هم دا ناروغي انتقالېږي(۳). د دندې له نظره ناروغي زیاتره په قصابانو او د حیواناتو په فارمونو کې بوخت کارکوونکو کې منځته راځي. همدارنګه د ناروغۍ پېښې په دې وروستیو کې په روغتیایي کارکوونکو کې هم، چې ناروغانو سره په تماس کې وي، زیاتې شوي دي او د روغتیایي کارکوونکو د مړینې پېښې یې هم لوړې کړې دي(۵) .

دا ناروغي تر (۸۸٪)، په Sub clinical ډول وي او د لومړنیو غیر وصفي ګیلو څخه تر وژونکي هیموراژیک سنډروم پورې پر مخ ځي(۷). د تفریح اوسطه موده یې (۳-۷) ورځې ده(٦) . د ناروغۍ د اولنۍ دورې ګیلې او نښې غیر وصفي دي چې د تبې، ستوماني، بدن درد، سر درد، ګېډې درد، زړه بدوالي، کانګو او د نس ناستې په ډول موجودې وي. د ناروغ مخ په وخیم حالت کې سور وي او پر پوستکي یې د دیاتیز هیموراژیک نښې راښکاره کېږي(۱۴). په ناروغ کې Hemoptysis Petechial Hematemesis, Epistaxis , Melana او Hemorrhagic Conjunctivitis منځته راځي. د ناروغ توري او ځیګر غټېږي(٤). له (۴۰ تر ٦۰) سلنه ناروغان په دې هیموراژیک پړاو کې مره کېږي چې زیاتره مړینه د اختلاطاتو لکه: Circulatory ،DIC, Multi organ failure shock, Diffuse Alveolar Hemorrhage او د ځیګر او پښتورګو د اخته کېدلو له کبله منځته راځي(۸).

Convalescent مرحله د ناروغۍ له لسمې یا شلمې ورځې څخه وروسته پیلېږي. په دې مرحله کې feeble pulse, tachycardia, loss of hearing, loss of memory, loss of hair منځته راځي.

د تشخیص لپاره مهمه نقطه په ناروغ د ګمان راتلل دي. د تشخیص لپاره مهم تکي اندیمیک ساحې ته سفر او د ناروغ حیوان او یا انسان سره د تماس تاریخچې شتون دی.

تشخیص د RT. PCR په واسطه د ویروس د RNA معلومولو او د EISA په مېتود سره د Igm انتي باډي معلومولو

په واسطه تائيدېږي. نوري لابراتواري موندنې په کې د Leukopenia, Thrombocytopenia, ALT & AST لوړېدنه او د پروترومبين تايم لوړېدنه ده. CCHF يوه مرګوني ناروغي ده چې په دوه اونيو کې د ناروغ د مړينې لامل کېږي او ناروغي له امله د مړينې کچه په‌کې (۵۰٪-۳) ده. زموږ په هېواد کې CCHF په انديميک ډول ليدل کېږي او د دې ناروغۍ لومړنۍ پېښه په (۱۹۹۸ز) کال په تخار ولايت کې وليدل شوه. تر هغې وروسته د ناروغۍ څو ځپې منځته راغلي دي. په افغانستان کې له (۲۰۰۷-۲۰۱۸ز) کالونو پورې، د لابراتواري معايناتو له مخې، د CCHF ناروغۍ د (۱۸۸۴) پېښو راپور ورکړل شوی دی(۹). په (۲۰۲۱ز) کال کې د روغتيا نړيوالې ټولنې او عامې روغتيا وزارت د راپورونو له مخې د CCHF په مشکوکو پېښو کې (۸۷) مثبتې پېښې ثبت شوي چې (۱۹) تنه په کابل او هرات کې له همدغې ناروغۍ څخه مړه شوي وو. د WHO د (۲۰۲۲ز) کال د راپور له مخې افغانستان کې د CCHF پېښې تر (۵۰) زياتې وې. هر کال په هېواد کې تر لوی اختر وروسته د CCHF پېښې او له امله يې د مړينې کچه کې زياتوالی راځي. د (1403) لمريز کال تر لوی اختر وروسته په هېواد کې د CCHF په پېښو کې زياتوالی راغلی دی او تر اختر وروسته دوه اونيو کې يوازې د کابل په انتاني روغتون کې تر (۲۰) تنو زيات ناروغان د CCHF له کبله مړه شوي دي(۱۰). نو له دې امله موږ لازمه وګڼله چې په ختيځ زون کې د CCHF پېښو او د مړينو کچې په اړه څېړنه وکړو.

مخنيوی: د تائيد شويو پېښو سره د تماس پر مهال د ناروغ د وينې، بدن مايعاتو، ستنې، د ناروغ افرازاتو، خولې او اوښکو سره د تماس پر مهال بايد د وقايوي درملو په توګه د خولې له لارې Ribavirin شروع کړل شي. که چېرې د ناروغ يا ناروغۍ له منابعو سره، چې ناروغي يې تائيد شوې نه وي، مستقيم يا غير مستقيم تماس راشي، ناروغ بايد د تماس له نېټې څخه تر راتلونکو (۱۴) ورځو پورې تر څارنې لاندې ونيول شي او د ورځې دوه ځلې يې د بدن د تودوخې درجه وکتل شي، که سردرد يا عضلاتو درد ولري، بايد په روغتون کې بستر شي او Ribavirin ورته شروع شي. د CDC د لارښوونې له مخې د Ribavirin د CCHF په درملنه او مخنيوي کې ورکول کېږي، خو د اغېزو او ګټو په اړه يې نورو ازمايښتونو او څېړنو ته اړتيا ده.

د څېړنې مېتود او مواد

د ختيځ زون په انتاني روغتون کې د (۲۰۲۳ز) کال له جنوري څخه تر اکتوبر (۲۰) نېټې پورې، د CCHF په ناروغانو باندې په Prospective Cross Sectional ډول څېړنه ترسره شوه. ناروغان د RT. PCR او ELISA ټېسټونو په واسطه تشخيص شول. ډيموګرافيک حالت يې د کلينيکي او لابراتواري موندنو له مخې په نښه شوي دي او د تشخيص اړوند معلومات مو د ناروغانو له دوسيو څخه راټول او ترتيب کړل. له ترلاسه شوې ډېټا څخه مو په منظم ډول جدولونه ترتيب او سېستماتيک اناليز د SPSS(Version26th) په مرسته ترسره شو. له شمېرنو څخه د لاسته راوړنو سلنې sample collection , mean +_ standard deviation and study sitting ترسره شو.

د ختيځ زون حوزوي روغتون انتاني وارډ کې اړينې مناسبې او معياري نه شته، بيا هم د ختيځ زون له څلورو ولايتونو (ننګرهار، لغمان، کنړ او نورستان) څخه د راغليو ناروغانو د بستر او د CCHF د مراقبت لپاره يې تر خپله وسه امکانات برابر کړي دي، خو د CCHF تشخيص اوس د حوزوي روغتون په لابراتوار کې د RT. PCR & ELISA په مېتودونو سره ترسره کېږي.

د څېړنې د ډيټا تحليل او تجزيه

د څېړنې د ډيټا ستاتيک تحليل او تجزيه د SPSS Software په واسطه په واضح ډول ترسره شوې ده.

موندنې

د(۲۰۲۳ز) کال له جنوري څخه د همدې کال تر اکتوبره، د ختيځ زون حوزوي روغتون په انتاني وارډ کې، (۴۵) تنه د CCHF مشکوک ناروغان بستر شوي وو، چې له دې ډلې څخه یې د (۲۰) تنو (۴۴,۴٪) ناروغي د RT. PCR & ELISA معايناتو له مخې تشخيص او تائيد شوي ده. د دې شل تنو تائيد شويو له ډلې څخه (۱۲) تنه (۲۳,۷٪) ښځې او اته (۸) تنه (۱۶,۳) سلنه نارينه وو. په همدې شمېر ناروغانو کې درې تنه نارينه او دوه تنه ښځې مړې شوې دي چې له مخې يې (CFR=25%) ښودل شوی دی. په نارينه ناروغانو کې د مړينې کچه لوړه ده. د پنځه مړه شويو ناروغانو تشخيص د RT.PCR په واسطه تائيد شوی وو. د مړه شويو ناروغانو عمر د(۴۰-۵۰) کالونو ترمنځ و، چې اوسط عمر يې (۱۱,۷_+۳۰,۶) کالونه دی.

په ناروغی اخته اشخاص قصابان ، شپانه، بزګران او تسليخ اړوند کارکوونکي دي.

نارينه	ښځينه	مجموعه
۲۵	۲۰	۴۵

لومړی جدول: د جنس له مخې د ناروغانو شمېر

عمر	ښځينه	نارينه	مجموعه
۲۵-٤۰۷	۱۲	۸	۲۰

دويم جدول: د عمر او جنس له مخې د ناروغانو شمېر

ننګرهار	نورستان	کنړ	لغمان	مجموعه
۳۵	۱	۲	۷	۴۵

درېيم جدول: د استوګنځي له مخې د ناروغانو شمېر

مجموعه	Elisa Positive	PCR Negative	PCR Positive
٤٥	۷	۲۵	۱۳
Percent (%)	۱۵,۵۵	٦۰,٤٤	۲۸,۸۸

څلورم جدول: د لابرتواري معايناتو له مخې د بستر ناروغانو شمېر

میاشتې	جنوري	فبروري	مارچ	اپرېل	می	جون	جولای	اګست	سپتمبر
شمېر	۰	۲	۲	۰	۵	٦	۱۵	۱۳	۱۲

پنځم جدول : د اقلیم له مخې د بستر ناروغانو شمېر

ربعه	شمېر
لومړۍ	۴
دویمه	۱۱
درېیمه	۳۰

شپږم جدول: د ربعې له مخې د بستر ناروغانو شمېر

دنده	شمېر	سلنه (٪)
شپون	۱	۲,۲
قصاب	۳	٦,٦
کور مېرمن	۱۷	۳۷,۷
بزګر	۷	۱۵,۵
روغتیایي کارکوونکي	۰	۰
نور	۱۷	۳۷,۷

اووم جدول: د دندې له مخې د بستر ناروغانو شمېر او سلنه

ننګرهار	لغمان	نارینه	ښځینه	مجموعه
۴	۱	۲	۳	۵

اتم جدول: د جنس او استوګنې له مخې په بستر ناروغانو کې د مړینې شمېرنه

عمر	شمېر	سلنه (٪)
۱۵-۲۰ ۷	٤	۸,۸۸
۲۱-۳۵ ۷	۲۸	٦٤,٤٤
۳٦-٦۰ ۷	۱۳	۲۸,۸۸

نهم جدول: د عمر له مخې د بستر ناروغانو شمېر او سلنه

مناقشه

په ټوله نړۍ کې تر ۳ بیلیونو پورې انسانان د CCHF له خطر سره مخ دي، (۱۰-۱۵) زره تنه هر کال متنن کېږي او له ډلې تر (۵۰۰) تنه ناروغان ورڅخه مري. زمونږ په څېړنه کې ټول (۴۵) تنه مشکوک وو، چې (۲۰) تنو کې CCHF ناروغي تائید شوې وه. د دغې ناروغۍ له کبله پنځه (۵) تنه مړه شوي وو. له (۲۰۱۵ز) څخه تر (۲۰۲۴ز) کال پورې، په پاکستان کې (۱۷۹٦) د CCHF تائید شوې پېښې ثبت شوي او له امله یې (۲۳۸) تنه مړه شوي دي. پر (۲۰۱۷ز) کال په یاد هېواد کې د CCHF پر (۱۳۳۷) مشکوکو ناروغانو څېړنه ترسره شوه، چې د بدن د معافیت ازموینې له مخې (۳۰۲) تنو (۳۲٪) تر ازمایښت لاندې اشخاصو کې ناروغي تثبیت شوه. په څېړنه کې ثابته شوه چې د اوړي موسم اړوند په (JULY, AUGUST) میاشتو کې د کنو د زیاتوالي له کبله د ناروغۍ پېښې زیاتې وې او تر لوی اختر وروسته د پېښو او مړینو کچه لوړه وه، چې د Sero Positive پېښو سلنه یې (۲,۷) او د مړینې سلنه یې (۳۰) وه. په عراق کې پر (۲۱۲) تنو د CCHF د پېښو څېړنه شوې ده، چې (۸۰٪) پېښې یې اپریل او جولای میاشتو تر منځ وې. په دغې هېواد کې له یادې ډلې (۲۷) تنه مړه شوي وو او په دې ډول یې د مړینې کچه دوه سلنه وه. پر (۲۰۰۸ز) کال، په ترکیه کې د (٦۸۸) تنو CCHF ناروغانو له ډلې، یوازې (۴۰) تنه روغتیایي کارکوونکي مړه شوي. په همدې کال د (۲۹) تنو ناروغانو له ډلې څخه شپږ (٦) تنه روغتیایي کارکوونکي په سوډان او (۲۰) تنه په قزاقستان کې مړه شوي دي. په افغانستان کې د WHO د (۲۰۲۳ز) کال راپور له مخې، (۱۲۰۰) پېښې ثبت شوې وې، چې له منځه یې (۱۰۰) تنه مړه شوي وو. د (۲۰۲۴ز) کال په لومړیو میاشتو کې د دې ناروغۍ (۲۰۳) پېښې ثبت شوې چې شپږ (٦) تنه ورڅخه مړه شوي وو. له دې وروسته د درېو (۳) میاشتو په تېرېدلو سره، د CCHF په پېښو کې (۳۸٪) زیاتوالی راغلی و. په یاده موده کې د لوی اختر د دوه اونیو په تېریدلو سره یوازې د کابل ولایت په روغتونونو کې (۲۰) تنه د CCHF له کبله مړه شوي وو. زمونږ څېړنه که په عراق کې له شوې څېړنې سره پرتله کړو، نو د موسم او مړینې د کچې له مخې ډېر نږدېوالی لري؛ یعنې ناروغي په اګسټ او جولای میاشتو کې زیاته وي او د مړینې کچه چې زموږ په څېړنه کې (۱,۵٪) ده، په عراق کې د مړینې له کچې (۲٪) سره ډېره نږدې ده.

که د اقلیمي بدلون له مخې په افغانستان کې د Case Fatality پېښې (۲۵٪) دي، د دغې څېړنې د پایلو له مخې د CCHF پېښې د می په میاشت کې نه پیلېږي، جولای کې لوړې کچې ته رسېږي او په سپټمبر کې کمېږي؛ یعنې زموږ په څېړنه کې د CCHF پېښې په جولای او اګسټ میاشتو کې زیاتې دي.

پایله

د افغانستان په وروستیو کالونو کې د CCHF پېښې او د مړینې کچه لوړه شوې‌ده. زموږ په څېړنه کې د ناروغۍ پېښې په نارینه‌و کې نسبت ښځو ته زیاتې ښودل شویدي چې عمر یې د (۲۰) او (۴۰) کالونو ترمنځ دی. د دندې له مخې دې ناروغانو کورنیو ژویو سره اړیکه درلوده. له یو انسان څخه بل ته د CCHF ناروغۍ د لېږد خطر زیات دی، په ځانګړي ډول روغتیایي کارکوونکو ته د ناروغانو څخه په nosocomial ډول د ستنې، وینې او د بدن د مایعاتو د تماس له کبله ورته انتقالېږي. په تخار ولایت کې د ناروغۍ اندیمیک ډول هم منځته راځي او د هیواد په ختیځو او ګرمو سیمو کې یې، د منې او اوړي په موسمونو کې، پېښې زیاتې لیدل کېږي. د CCHF ویروس په واسطه چې د امیون حجرات منتن شي، په بدن کې د هیموراژیک غبرګون د منځته راتلو په پایله کې، د بدن د زیاتو غړیو د بې کفایتۍ لامل کېږي او په پای کې د مړینې لامل کېږي. ددې ناروغۍ تشخیص زیاتره وخت د کلینیکي حالت، د وینې او د DNA د detection له مخې ترسره کېږي. واکسین یې تر اوسه نړۍ‌وال ستنډرډ جواز نه دی ورکول شوی او درملنه یې په کومکي (Supportive) ډول ترسره کېږي.

د CCHF مخنیوی د کنې وژونکي repellant موادو په واسطه تر سره کېږي. د CCHF ناروغانو منځنی عمر (۳۰) کاله وي او Standard Deviation یې شپږ (٦) کاله دی.

وړاندیزونه

1. عامې روغتیا وزارت باید د CCHF اعراضو او علایمو او مخنیوي اړوند معلومات، د تلوېزیون، ټولنیزو رسنیو او مجلو له لارې شریک کړي.
2. د هېواد په حوزوي روغتونونو کې باید د Platelets د تجرید لپاره ځانګړي ماشینونه او تشخیصیه وسایل فعال شي.
3. د چاپیریال ساتنې اړوند ځانګې باید د حشرو او کنو پر وړاندې، د دوا شیندلو منظمې دورې تطبیق کړي.
4. په CCHF اخته ژوي باید تر (۳۰) ورځو پورې قرنطین او تداوي کړل شي.
5. د څارویو د حلالې لپاره باید د ښاروالۍ له‌خوا ځانګړي ځایونه (مسلخونه) وټاکل شي او قصابانو ته داسې ځانګړی لباسونه ورکړل شي، چې روښانه وي او کنې پرې په ښه ډول لیدل کېږی، اوږده لستوڼي ولري او کلکه ربړي ځانګړتیا ولري.

اخځلیکونه

1. Serretiello E, Astorri R, Chianese A, Stelitano D, Zannella C, Folliero V, et al. The emerging tick-borne Crimean-Congo haemorrhagic fever virus: A narrative review. Travel Medicine and Infectious Disease. 2020;37:101871.
2. Bente DA, Forrester NL, Watts DM, McAuley AJ, Whitehouse CA, Bray M. Crimean-Congo hemorrhagic fever: history, epidemiology, pathogenesis, clinical syndrome and genetic diversity. Antiviral research. 2013;100(1):159-89.
3. Mehravaran A, Moradi M, Telmadarraiy Z, Mostafavi E, Moradi AR, Khakifirouz S, et al. Molecular detection of Crimean-Congo haemorrhagic fever (CCHF) virus in ticks from southeastern Iran. Ticks and tick-borne diseases. 2013;4(1-2):35-8.
4. Karakecili F, Cikman A, Aydin M, Binay UD, Kesik OA, Ozcicek F. Evaluation of epidemiological, clinical, and laboratory characteristics and mortality rate of patients with Crimean-Congo hemorrhagic fever in the northeast region of Turkey. Journal of vector borne diseases. 2018;55(3):215-21.
5. Karim A. A statistical approach to understand Crimean-Congo hemorrhagic fever prevalence in Pakistan. 2020.
6. Kaya A, Engin A, Güven AS, İçağasıoğlu FD, Cevit Ö, Elaldı N, et al. Crimean-Congo hemorrhagic fever disease due to tick bite with very long incubation periods. International Journal of Infectious Diseases. 2011;15(7):e449-e52.
7. Fletcher T. Pathogenesis of Crimean-Congo Haemorrhagic Fever (CCHF)-interaction of immune response, viral load and clinical course: Liverpool School of Tropical Medicine; 2019.
8. Sahak MN, Arifi F, Saeedzai SA. Descriptive epidemiology of Crimean-Congo hemorrhagic fever (CCHF) in Afghanistan: reported cases to National Surveillance System, 2016–2018. International Journal of Infectious Diseases. 2019;88:135-40.
9. Qaderi S, Mardani M, Shah A, Shah J, Bazgir N, Sayad J, et al. Crimean-Congo hemorrhagic fever (CCHF) in Afghanistan: A retrospective single center study. International Journal of Infectious Diseases. 2021;103:323-8.
10. Rasikh AS, Aram MM, Noory AT. Clinical and epidemiological characteristics of 30 fatal cases of Crimean-Congo hemorrhagic fever in Kabul, Afghanistan: a retrospective observational study. Infection and Drug Resistance. 2023:3469-76.

Research Article

Investigation of the Prevalence of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever in the Eastern Zone Regional Hospital Infectious Disease Ward, 2023

Professor. Dr. Syed Inam Syedi[1], Assistant. Professor Amirullah Rezayee[2], Associate Professor Syed Abdul Jameel Syedi[3], Professor Habibullah Moulavi Zadah[4]
[1,2,3,4]Faculty of Medical Sciences, Nangarhar University, Nangarhar, Afghanistan

Article History
Received:25/Dec/2024
Accepted:3/Feb/2025
Published: 21/10/2025
Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords
- CCHF
- Prevalence
- Eastern Zone
- Mortality

***Corresponding Author**
Professor. Dr. Syed Inam Syedi
E-mail:dramirraza2@gmail.com
Contact: + 93 (0) 747717778

Abstract

Crimean-Congo Hemorrhagic Fever (CCHF) is a tick-borne zoonotic viral disease transmitted through ticks and has a very high mortality rate. It is a widespread and endemic disease globally, including in our country Afghanistan where it appears endemically. In recent years, cases of mortality and morbidity from this disease have increased significantly in our country. This study was conducted at the Eastern Zone Regional Hospital from January 1st to October 30, 2023, to identify CCHF cases. The research was conducted using a prospective cross-sectional method. The study included 45 patients, all residents of the Eastern Zone. Patient diagnosis was confirmed through RT-PCR and ELISA tests performed at the regional hospital laboratory. Among the 45 patients studied, 20 were confirmed to have CCHF through laboratory tests. Five deaths occurred (three males and two females) due to the disease, resulting in a case fatality rate of 25%. The ages of deceased patients ranged between 25-60 years, with a mean age of 30±11.7 years. Occupationally, among the 45 patients, 3 were butchers (6.6%), 1 was a shepherd (2.2%), 17 were housewives (37.7%), 7 were farmers (15.5%), and the remaining 17 (37.7%) had various other occupations. Climatically, the number of patients in May was 5 (11.11%), in June 6 (13.33%), in July 15 (33.3%), and in August 13 (28.88%). Confirmed CCHF cases in the Eastern Zone Regional Hospital's infectious disease ward in 2023 numbered 20 (44.4%).

څېړنیزه مقاله

په ننګرهار کې د نشه يي توکو کارونه، د مخنيوي پر وړاندې يې ننګونې او حل لارې

پوهندوی ریحان الله رحیمي[1]، پوهنمل عبدالرقیب صاحیزاده[2]، ډاکټر محمد بشیر طاهري[3]
[1,2] پراختیا مدیریت څانګه، عامه اداره او پالیسي پوهنځی، ننګرهار پوهنتون، ننګرهار-افغانستان
[3] د نشه يي توکو د تقاضا د کموالي آمریت، ننګرهار عامې روغتیا ریاست، ننګرهار-افغانستان

د مقالې تاریخچه

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۱۹
د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۱/۰۳
د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹
کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دویم گڼه: لومړی

بنسټیز ټکي

- اعتیاد
- بشر
- ټولنه
- نشه يي توکي
- ناروغي

مسؤل لیکوال

پوهندوی ریحان الله رحیمي
برېښنالیک: raihan.rahimi@yahoo.com
ګرځنده شمېره: 782686010 (0) 93+

لنډیز

نشه يي توکي په طبیعي او مصنوعي ډول په ټولنه کې شتون لري، قانوني کارول يې د انسانانو په ښېګنه، خپلسرې او ناوړه کارول يې د انسانانو ژوند ګواښلی شي. په افغانستان کې د نشه يي توکو ناسمې کارونې خلک او ټولنه له ډول ډول ستونزو او ناخوالو سره مخ کړي دي، له همدې امله دغه کیفي څېړنه په ننګرهار ولایت کې د نشه يي توکو پر کارونې، د مخنیوي پر وړاندې يې ننګونې او حل لارو لټولو په موخه ترسره شوې ده. دغې څېړنې وموندله چې د نامناسبو ملګرو لرل، فقر او بې کاري، د نشه يي توکو کرکېله او کاروبار، د مجازاتو نه شتون، د کورنیو اعتیاد، نا امني او نورې ناخوالې چې د انسان د مرګ او تباهۍ سبب کېږي، د نشه يي توکو کارونې ته لاره هواره کړې او د ټولنې ډېری خوانان يې پر دغې ناوړې ناروغۍ اخته کړي دي. له څېړنې څخه مو دا هم وموندله چې په ننګرهار ولایت، په ځانګړې توګه جلال اباد ښار کې، د روږدو کسانو شمېر تر نورو ولایتونو زیات دی او د روږدیتوب کچه په کې د دې ولایت د ټول نفوس پنځه سلنې (۵٪) ته رسېږي؛ که دغه حالت دوام ولري یو بشري ناورین به رامنځته کړي.

پېژندنه

انسان سربېره پر دې چې د ټولنې په اقتصادي ودې او ټولنیزې هوساینې کې ونډه لري، د ټولنیزو ناخوالو او اقتصادي ستونزو عامل هم ګڼل کېږي. له ټولنیزو ناخوالو څخه یو هم نشه يي توکي دي، چې د انسانانو ژوند ګواښلی شي. نشه يي توکي د بشر لپاره یو له اساسي ستونزو څخه ګڼل کېږي چې کولی شي له یوه شخص څخه بل شخص او حتی له یوه نسل څخه بل نسل ته سرایت وکړي. د نشه يي توکو کارونه کولی شي د انسانانو ژوند، کاروبار، اقتصاد او د ټولنې هره برخه زیانمنه کړي، نو ویلی شو چې نشه يي توکي له ټولو هغو ترکیباتو څخه عبارت دي چې په کارولو سره يې د انسان مغز او روان ته بدلون کوي او په انسان کې سترېا، نامناسب چلند، عصبانیت او د هغه په شعور کې اختلال رامنځته کوي(۱).

په نړۍ کې د نشه یي توکو بېلابېل ډولونه لکه آفیون، مورفین، کوکین، تنباکو، حشیش(چرس)، متامفتامین (شیشه، ټابلیټ کا) او نور شته، چې ځینې یې په طبیعي ډول او نور یې په مصنوعي ډول پروسس کېږي. د یادو توکو هر ډول یې د انسان په مغز او روان اغېز لري او بالاخره د انسان د له منځه وړلو لامل کېدلی شي (۲).

سره له دې چې په ننګرهار کې د نشه یي توکو د کارونې او کاروبار د مخنیوي لپاره ډېرى دولتي او نادولتي ادارې کار کوي، خو ورځ تر بلې په کې د نشه یي توکو د کارونې کچه زیاتېږي او د کارونې د مخنیوي پر وړاندې یې ننګونې او د مخنیوی لارې نه لټول کېږي. د دغو ستونزو د لمنځه وړلو لپاره مو دغه څېړنه ترسره کړه، چې اصلي موخې مو د نشه یي توکو د استعمال د کچې معلومول، د نشه یي توکو د مخنیوي پر وړاندې د خنډونو پیدا کول او د نشه یي توکو له استعمال څخه د خلاصون د لارو پیدا کول دي. دا چې د دغې څېړنې له لارې په ټولنه کې د نشه یي توکو کارولو د مخنیوي پر وړاندې شته خنډونه پیدا کوو، د مخنیوی لارې یې په ګوته او د نشه یي توکو د زیانونو په اړه عامه پوهاوی ترسره کوو؛ له اهمیت څخه خالي نه ده. د نشه یي توکو د استعمال مخنیوی او پر وړاندې یې مبارزه یوازې د بهرنیو مؤسسو او حکومت دنده نه، بلکې له بزګر څخه نیولې تر دیني علماؤ، ښوونکو، د پوهنتون استادانو، دولتي کارکوونکو، ډاکټرانو، سوداګرو، سیاستوالو، ادیبانو، مدني فعالانو، هنرمندانو او د ټولو ولسي وګړو دنده او دروند مسؤلیت هم دی. لازمه ده چې هر شخص په خپله سیمه او کاري ډګر کې د نشه یي توکو په مخنیوي کې تر خپلې وسې کوښښ وکړي، ځکه نشه یي توکي یوازې د یوه کس، یوې کورنۍ او یا یوې سیمې ژوند او حیثیت نه ګواښي، بلکې د ټول هېواد او انسانیت لپاره یو ګواښ دی(۳).

د ننګرهار ولایت په امنیتي سکتور کې د نشه یي توکو پر وړاندې د مبارزې آمریت هم شته، چې د نشه یي توکو د لېږد او کاروبار د مخنیوي مسؤلیت لري. له دې سره سره د عامې روغتیا ریاست هم د نشه یي توکو د تقاضا د کموالي په نامه یو آمریت لري چې تر ډېره یې دنده دا ده چې د نشه یي توکو مخنیوی وکړي. همداراز په جلال اباد ښار کې په نشه یي توکو د روږدو د درملنې او مخنیوي لپاره دوه دولتي روغتونونه چې یو یې (۱۷۰) بستره او بل یې (۲۰) بستره لري فعالیت کوي. له دې پرته، د دغې ډول ناروغانو د درملنې په موخه، د ننګ خصوصي روغتون (۲۰) بستره، اخلاص خیریه بنسټ (۷۰) بستره، خیرالناس مرکز (۲۰) بستره، ودان (۶۰) بستره او میثاډون تومي بنسټ (۷۰) بستره لري چې د ناروغانو درملنې او فزیکي روغیتا ته په کې کار کېږي.

باید وویل شي چې دا څېړنه ځانګړو شویو پوښتنو چې څنګه کولی شو د نشه یي توکو د استعمال مخه ونیسو، کوم شیان د نشه یي توکو مخنیوی ننګوي او په ننګرهار ولایت کې د نشه یي توکو د استعمال کچه څومره ده؛ په ځوابولو سره ترسره شوې ده.

د نشه یي توکو استعمال

نشه یي توکي تر ډېره پېژندل شوي توکي دي چې په نړیواله کچه ټول انسانان ورسره څه نا څه اشنایي لري. علماؤ نشه یي توکي د هغو د اغېزو له مخې په بېلابېل ډول تعریف کړي دي. ځینې عالمان وایي: «هر هغه مواد او توکي چې د انسان ذهن او چلند ته بدلون ورکوي، نشه یي توکي دي.» ځینې په دې اند دي چې نشه یي توکي هغه غیر قانوني توکي دي چې زیان یې له ګټې څخه ډېر وي. ځینې بیا نشه یي توکي دارنګه تعریفوي: «هر هغه ماده چې د انسان وجود ته له داخلېدو وروسته

د وجود پر فعاليتونو باندې منفي او ناوړه اغېزې ولري، نشه يي توکي بلل کېږي»(۴).
د نشه يي توکو کارونه په دې توکو د روږدو سربېره، د ټولنې هر فرد ګواښلی او هر هغه شخص چې د روږدو سره تماس او يا نږدې کاري اړيکه لري، زيانمنولی شي. په دې ډول د روږدو وګړو زياتوالی په کورنيو باندې اجتماعي او اقتصادي ستونزې او ګواښونه تحميلوي(۵).

سره له دې چې زمونږ ګران هېواد د څلوېښت کاله جنګ جګړو، سياسي او اقتصادي بې ثباتی او ډول ډول ستونزو سره مخامخ دی، بيا هم يو مخ پر ودې هېواد ګڼل کېږي. دا چې افغانستان د پرمختګ پر لورې ډېرې ستونزې لري، نو د نشه يي توکو او د هغې د استعمال د مخنيوي په برخه کې هم له سختو ستونزو سره مخ دی. افغانستان د لسګونه ډول نشه يي توکو لکه تنباکو، چرس، هيرويين، الکول، شيشه، ټابليټ کا او نورو صنعتي پروسس شويو نشه يي توکو د کاروبار او کارونې بازار ګرځېدلی، چې له امله يې زمونږ خلک د دوی د ګټو ښکار شوي او له بده مرغه چې دا مسأله اوس تر ډېره عامه شوې ده.

نشه يي توکي نن سبا په نړۍ او په ځانګړي ډول افغانستان او په تېره بيا په ننګرهار ولايت کې يوه ستونزه ګرځېدلې. دلته ګڼ شمېر خلک په ډول ډول نشه يي توکو روږدي شوي چې دا وګړي د دې بې وزله هېواد او ولايت د اقتصاد، امنيت، پرمختګ او روغتيا پر وړاندې يو ستر ګواښ ګڼل شوي. څورونکې خو داده چې دغه ناوړه پديده ورځ تر بلې زياتېدونکې ده او د دغې سيمې ښځينه، نارينه، زاړه، ځوانان او حتی ماشومان يې پر دغه ناروغۍ اخته کړي دي. دوی د بې وزلۍ او ټولنيزې کړکې له امله له خپلو کورنيو څخه لرې د ښار په واټونو کې ورځې شپې تېروي، چې د ښار په نورو اوسېدونکو هم مستقيم اغېز لري. په دې ولايت کې د نشه يي توکو کړکېچ او کاروبار تر ډېره کچه خپله همدغه د نشه يي توکو سوداګر او کورنۍ روږدي او زيانمن کړي دي. له بله پلوه هغه خلک او کورنۍ چې د دغو سوداګرو سره له نږدې راشه درشه لري، هغوی هم تر ډېره بريده اغېزمن شوي. د يادولو وړ ده هغه کسان چې په نشه يي توکو روږدي شوي، د هغوی درملنه هم ستونزمنه څکه ده، چې له دغې ناروغۍ څخه بشپړ خلاصون ډېر وخت او هم په درملنه کې خاصې پاملرنې ته اړتيا لري. د نشه يي توکو روږدي يوازې درملنې ته اړتيا نه لري، درملنه يوازې د ناروغۍ اصلاحي برخه ده، څکه چې ناروغان خپل ورځني کارونه ورسره ترسره کولی شي. په نشه يي توکو د روږدو درملنه معالجوي څکه نه ګڼل کېږي، چې کوم درمل چې دې ډول ناروغانو ته ورکول کېږي، له هغو څخه يو څه يې خپله د روږديتوب لامل کېږي، خو دا روږديتوب د نشه يي توکو د روږديتوب په څېر نه وي(۶).
له نشه يي توکو سره مکرره (پرله پسې) اړيکې يا لېوالتيا ته روږديتوب وايي. په بل عبارت، روږدي کېدل هغه حالت دی چې د نشه يي توکو د ډېرې کارونې له مله منځته راځي(۷). ډېری وخت ليدل کېږي چې په نشه يي توکو روږدی يو شخص چې تر درملنې لاندې نيول شوی، تر ښه کېدو وروسته، د کورنۍ د نه پاملرنې له امله، بيا ځلي روږدی شوی. نو ويلی شو چې په نشه يي توکو روږدي کېدل يو له هغو ناروغيو څخه ده چې په ډېرې سختۍ سره انسان ورڅخه خلاصون موندلی شي. د افغانستان د ټول نفوس (۱۱٪) وګړي نشه يي توکي کاروي چې دا په نړيواله کچه ډېر لوړ ارقام ګڼل کېږي او د افغانستان لپاره يو ستر ګواښ ګڼل کيدای شي. په دغه شمېره کې ماشومان، ځوانان، د پوخ عمر لرونکي نارينه او ښځينه، مالداران، دولتي چارواکي او آن د پوليسو ځواکونه هم ګڼل شوي دي(۸).

په نشه يي توکو د روږدو ناروغانو پېژندنه

په نشه يي توکو روږدي ناروغان نظر نورو ناروغانو ته ډېرې ښکاره نښې نښانې لري، چې پرته له ډاکټرانو څخه يې نور عام خلک هم په اسانې سره پېژندلی شي. د دغو ناروغانو ځينې مهمې نښې په لاندې ډول دي:

۱. ډېر ملګري بدلول

۲ . په يوازېتوب سره وخت تېرول

۳. د خپل خان ساتنه نه کول، د بيلګې په توګه غسل نه کول، د جامو نه بدلول، د غاښونو نه برسول...

۴. غلا کول، روږدی انسان حتی له خپل کور څخه پيسې او نور شيان غلا کوي او په نشه يي توکو يې ضايع کوي چې ورو ورو يې د غلا کچه پراخېږي او له نورو خلکو څخه هم غلاوې پيلوي (۹).

۵. زنا کول

۶. د حافظې کمزوري

۷. بې خوبي او د خوب ګډوډي (ډېروالی او کموالی)

۸. جنسي قوت کمزوري(۱۰).

۹. د بدن کمزوري

۱۰. د عاطفې له لاسه ورکول (۱۱).

۱۱. دروغ ويل

۱۲. د کورنيو اړيکو خرابوالی

۱۳. د ډېر وخت لپاره نا معلومه غيابت

۱۴. په خوی او کړو وړو کې بدلون

۱۵. ګنګسيت

۱۶. سرې اوبلنې او پړسېدلې سترګې

۱۷. روغتيا ساتنې ته نه پاملرنه

۱۸. د کور په کارونو کې همکاري نه کول

۱۹. د شپې ناوخته کور ته راتلل

۲۰. په تشناب کې غير منظم وخت تېرول(د نشه يي توکو د کارولو له امله)

۲۱. په لاسونو او پښو باندې د پيچکارۍ د ستنو نښې او نورو داغونو او ټپونو شتون

۲۲. د شونډو توروالی يا شينوالی

۲۳. د ګوتو د نوکانو توروالی، ژېړوالی او يا سوځېدل

۲۴. د اشتها خرابوالی او په چرسو کې د اشتها ډېروالی

۲۵. ورو او ګډوډ قدم وهل

۲۶. د لاسونو ورغوي یخ او خولې کول

۲۷. له جامو او تنفس څخه یې د نشه یي توکو بوی راتلل

۲۸. بنده یا بېهېدونکې پوزه

۲۹. د زړه غیر منظم ضربان

۳۰. خفګان، پرېشاني او سترېا

۳۱. په جیب کې د اور لګید، زرورق او نورو شیانو شتون

۳۲. ژېړ او خیرن غاښونه

۳۳. غیر منظم توخی

۳۴. د لاسونو لړزېدل

۳۵. جنګ، جګړې او د جرمونو ترسره کول

۳۶. په جامو کې د سوځېدلو داغونو شتون

د پورتنیو نښو او علایمو په پېژندلو او لیدلو سره د نشه یي توکو یو روږدی وګړی په اسانی او ښه ډول پیژندلی کېږي(۱۲).

مواد او کړنلاره

دا څېړنه په اصل کې یوه کیفي څېړنه ده، خو د نورو څېړنو په څېر یوه برخه یې کتابتوني ده چې د بېلابېلو باوري اخځلیکونو څخه په کې ګټه اخیستل شوې ده. د څېړنې بشپړولو لپاره مو یو پلان ترتیب کړی و. لومړی مو یو کاري چوکاټ او د څېړنې برنامه جوړه کړه. وروسته مو اړین معلومات او ارقام راټول او پر بنسټ مو خپله لومړنۍ مسوده ترتیب کړه. د څېړنې بله برخه د نشه یي توکو پر وړاندې د مبارزې اړوندو مسؤلینو، کارپوهانو او په خپله د نشه یي توکو له کاروونکو (روږدو) سره خبرې اترې او له هغو څخه د ځانګړو پوښتنپاڼو له مخې د معلوماتو راټولول وه.

دا چې د دې څېړنې موضوع او ستونزې سره ورته نه دي، نو همدا لامل دی چې دغو ستونزو او موضوعاتو ته لاسرسی هم په ورته واحده طریقه نه ترلاسه کېږي. دا چې پوښتنپاڼې د دوه ډلو (لوستو او روږدو) وګړو لپاره ترتیب شوي دي، نو ومو غوښتل د څېړنې لومړۍ ډلې ته د معلوماتو د راټولولو پوښتنپاڼه ترتیب او یو په یو ورسره اړیکه ونیسو، ترتیب شوې پوښتنپاڼې لاس په لاس هغوی ته وسپارو او له ځوابولو وروسته یې بېرته ترلاسه کړو، چې دا کار یو څه مشکل او له ستونزو ډک وو. دویمه ډله د روږدو وګړو وه. په دې برخه کې مو له وړاندې د اخلاص په نوم د روږدو د درملنې (۷۰) بستریز بنسټ په پام کې نیولی و، چې د عامې روغتیا ریاست په همکارۍ وتوانېدو په دغه مرکز کې له روږدو سره خپلې پوښتنپاڼې شریکې او هم ورسره په اړوندو موضوعاتو مرکې ولرو. په پای کې مو وکولی شول له پورته دواړو ډلو څخه خپل معلومات راټول او پایلې یې په ښه ډول ترلاسه کړو. د لومړۍ ډلې پوښتنپاڼې د څېړنې موضوع، ستونزو او ننګونو ته په پام سره ترتیب شوې وې، چې ټولې یوولس پوښتنې

په کې ځای پر ځای شوي وې. د ټولنې په نظر کې نیولو سره، هرې پوښتنې ته پنځه ځوابونه ټاکل شوي وو چې هر شخص په کې د یو ځواب ټاکلو حق درلود. همداراز د روږدو لپاره په پوښتنپاڼه کې پنځه پوښتنې ځای پر ځای شوې وې چې هرې پوښتنې څلور ځوابونه درلودل او په دې کې هم هر شخص د یو ځواب ټاکلو حق درلود. پوښتنې په مستقیم ډول ځواب ویونکو (روږدو) ته راجع شوې وې لکه، له کوم ډول نشه يي توکو څخه استفاده کوئ؟ نشه يي توکي له کومه ځایه ترلاسه کوئ؟ ولې په نشه يي توکو روږدي شوي یاست؟ او نور. لکه څرنګه چې مخکې یادونه وشوه د دې څېړنې یوه برخه کتابتوني هم ده. د دې برخې د بشپړولو، د څېړنې د ښه ترسراوي او د موخو د ترلاسه کولو لپاره مو لومړی د موضوع اړوند کتابونه او نور مواد ترلاسه کړل. ټول کتابونه مو له پيله تر پايه ولوستل. اړين موارد مو په نښه او د څېړنې د اصولو له مخې مو په خپل وخت د څېړنې د بشپړولو لپاره وکارول.

د نمونې اندازه مو د (Marginal Errors) فرمول په واسطه ټاکلې ده. د پوښتنلیکونو ځوابولو ترڅنګ، له نوموړو روږدو سره د لازیاتو معلوماتو ترلاسه کولو په موخه خبرې اترې هم شوي دي. له نمونه اخیستنې څخه وروسته مو ترلاسه کړې ډیټا او معلومات د (SPSS) سیستم په واسطه تحلیل کړي. ترلاسه شوې ډیټا له سیستم څخه اخیستل شوې او بیا د ښه وضاحت او پوهېدنې په موخه په ترتیب شویو جدولونو او چارټونو کې ځای پر ځای شوې‌ده. د جدولونو او چارټونو لپاره د پوښتنې په نظر کې نیولو سره یو عنوان ټاکل شوی او د جدول یا چارټ په پای کې د جدول وضاحت هم شوی دی.

د څېړنې موندنې

د پوښتنلیکونو د ځوابونو له تحلیل څخه مو لاندې پایلې ترلاسه کړې:

ګڼه	عمرونه	د ځواب ویونکو شمېر	سلنه
۱	۲۰-۳۰ کلونو پورې (ټیټ عمر لرونکي)	۸	۳۳,۳٪
۲	۳۱ – ۴۰ کلونو پورې (منځنې عمر لرونکي)	۲	۸,۳٪
۳	۴۱ – ۵۵ کلونو پورې (لوړ عمر لرونکي)	۱۴	۵۸,۳٪

لومړی جدول: د ځواب ویونکو عمرونه

لومړی جدول د پوښتنپاڼو ځوابونکو کټګوري شوې ګڼه او سلنه څرګندوي. په دې ډله کې له شل کلنو څخه نیولې تر پنځه پنځوس کلنو پورې وګړي شامل دي. په ټیټ عمر لرونکو ګډونوالو کې اته (۸) تنه، په منځنې عمر کې دوه (۲) تنه او په لوړ عمر لرونکو کې (۱۴) تنه دي چې ټول ځواب ویونکي (۲۴) کېږي.

ګڼه	د تحصیل کچه	د ځواب ویونکو شمېر	سلنه
۱	لېسانس	۱۵	٦٢,۵٪
۲	۱۴ فارغ	۷	۲۹,۲٪
۳	۱۲ فارغ	۱	۴,۲٪
۴	ماستیر	۱	۴,۲٪
	ټول	**۲۴**	**۱۰۰٪**

دویم جدول: د تحصیل کچه

دویم جدول د پوښتنپاڼو ځوابونکو د تحصیل کچه څرګندوي. د تحصیلي کچې په پام کې نیولو سره څلور ډوله خلکو د موضوعاتو په اړه خپل نظریات شریک کړي دي چې (۱۵) تنه یې لېسانس، اوه (۷) تنه یې د څوارلسم فارغ، یو (۱) تن د دولسم فارغ او یو تن یې تر ماسترۍ زده کړې درلودلې.

ګڼه	د روږدو شمېر	د ځواب ویونکو شمېر	سلنه
۱	۳ سوه زره	۲	۸,۳٪
۲	سل زره	۱۱	۴۵,۸٪
۳	۵۰ زره	۴	١٦,۷٪
۴	۲۰ زره	۵	۲۰,۸٪
۵	۱۰ زره	۲	۸,۳٪
	ټول	**۲۴**	**۱۰۰٪**

درېیم جدول: په ننګرهار ولایت کې د روږدو شمېر

په درېیم جدول کې د ځوابونکو تردې نیمایي سلنه په دې اند وه چې په ننګرهار ولایت کې د روږدو شمېر تردې سل زره تنو ته رسېږي، خو د ټولو ځوابونو اوسط دا ښیي چې پنځه سلنه روږدي لرو.

ګڼه	د نشه‌یي توکو د کارونې سلنه	د ځواب ویونکو شمېر	سلنه
۱	۳ سلنه	۹	۳۷,۵٪
۲	۵ سلنه	۷	۲۹,۲٪
۳	۱۰ سلنه	۷	۲۹,۲٪
۴	۱۵ سلنه	۰	٪۰
۵	۲۰ سلنه	۱	۴,۲٪
	ټول	**۲۴**	**۱۰۰٪**

څلورم جدول: په ننګرهار ولایت کې د نشه یي توکو له ډلې څخه د الکولو د استعمال کچه

څلورم جدول کې په ننګرهار ولایت کې د الکولو د استعمال د کچې په اړه معلومات ورکړل شوي دي او دا ښيي چې اوس وخت کې د الکولو د لېږد رالېږد او هم یې د بیو د لوړوالي له امله سلنه راټیټه شوې‌ده.

ګڼه	د کارونې د زیاتوالي لاملونه	د ځواب ویونکو شمېر	سلنه
۱	لاسرسی ورته اسانه دی	۴	۱۶,۷٪
۲	قانون سم نه تطبیقېږي	۸	۳۳,۳٪
۳	ارزانه ترلاسه کېږي	۱۲	۵۰٪
	ټول	**۲۴**	**۱۰۰٪**

پنځم جدول: په ننګرهار ولایت کې د نشه یي توکو د کارونې د ډېروالي لاملونه

پنځم جدول دا څرګندوي چې په ننګرهار ولایت کې د نشه یي توکو د بیو ټیټوالی، د قانون سم نه تطبیق او اسانه لاسرسی د نشه یي توکو د کارنې د کچې د ډېروالي لاملونه دي.

ګڼه	خلک	د ځواب ویونکو شمېر	سلنه
۱	ځوانان	۱۸	**۷۵٪**
۲	ماشومان او لوړ عمر لرونکي	۶	**۲۵٪**
	ټول	**۲۴**	**۱۰۰٪**

شپږم جدول: په ننګرهار کې د نشه یي توکو د کارونکو څرنګوالی

شپږم جدول کې (۱۸) تنو په ننګرهار کې د نشه‌یي توکو روږدي ځوانان ښودلي ، چې **۷۵** سلنه جوړوي. شپږ (۶) تنو ګډونوالو د پاخه عمر لرونکو، ښځو او ماشومانو روږدیتوب یاد کړی دی، چې د سلنې له مخې یې کچه **۲۵** ته رسېږي.

ګڼه	نشه یي توکي	د ځواب ویونکو شمېر	سلنه
۱	چرس	۲	۸,۳٪
۲	شیشه	۳	۱۲,۵٪
۳	ټابلېټ کا (Tablet K)	۱۹	۷۹,۲٪
	ټول	**۲۴**	**۱۰۰٪**

اوم جدول: په جلال اباد ښار کې د نشه یي توکو ډولونه

اوم جدول څرګندوي چې په جلال آباد ښار کې د ټابلېټ کا د استعمال کچه لوړه او ان (۷۹,۲) سلنې ته رسېږي، وروسته شیشه او چرس دویمې او دریيمې لوړې کچې لري.

ګڼه	لاملونه	د ځواب ويونکو شمېر	سلنه
۱	د تخصصي روغتونونو او ډاکټرانو نه شتون	٦	۲۵٪
۲	فقر او بې کاري	۱۳	۵۴,۲٪
۳	د روږدو په درملنه کې د هغه د کورنۍ نه لېوالتيا	۱	۴,۲٪
۴	روږدو ملګرو سره اړيکې	۴	۱٦,۷٪
	ټول	**۲۴**	**۱۰۰٪**

اتم جدول: په نشه يي توکو د روږدو کسانو د نه ښه کېدو لاملونه

اتم جدول دا ښيي چې له ځلورويشت تنو څخه (۱۳) تنو له دغې ناروغۍ څخه د روږدو کسانو د نه ښه کېدو له لاملونو څخه تر ټولو ستر لامل د فقر او بې کارۍ شتون ښودلی چې (۵۴,۲) سلنه جوړوي. شپږ (٦) تنو (۲۵ سلنه) ويلي چې د تخصصي روغتونونو او ډاکټرانو نه شتون د روږدو کسانو د نه ښه کېدو لامل دی. څلور (۴) تنو (۱٦ سلنه) ويلي چې د روږدو سره اړيکې او ملګرتيا د روږديتوب نه ښه کېدو لامل کېدلی شي. همداراز يو (۱) تن (۴،۲ سلنه) ويلي چې د معتاد په درملنه کې د معتاد او يا د هغه د کورنۍ نه لېوالتيا، د هغه د نه ښه کېدو لامل دی.

ګڼه	ننګونې	د ځواب ويونکو شمېر	سلنه
۱	د نشه يي توکو سوداګرو لپاره په قانون کې کمزوري مجازات	۵	۲۰,۸٪
۲	د روږدي شخص لپاره د مجازاتو نه شتون	۴	۱٦,۷٪
۳	د قانون په تطبيق کې اساني او فساد	۷	۲۹,۲٪
۴	روږدو ملګرو سره اړيکې	۸	۳۳,۲۸٪
	ټول	**۲۴**	**۱۰۰٪**

نهم جدول: د نشه يي توکو د استعمال د مخنيوي پر وړاندې ننګونې

نهم جدول د نشه يي توکو د استعمال د مخنيوي پر وړاندې ننګونې په ګوته کوي. زموږ د نمونې جمعيت دا رابه ګوته کړي چې د روږدو ملګرو درلودل او ورسره د هېواد په کچه د قانون په تطبيق کې اسانتيا او فساد د نشه يي توکو د مخنيوي پر وړاندې بنسټيزې ننګونې دي.

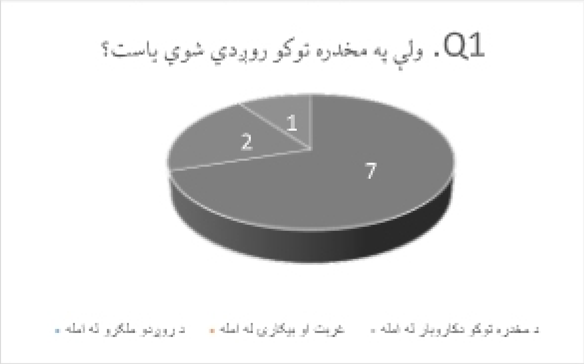
ګڼه	حل لارې	شمېر	سلنه
۱	د نشه یي توکو د زیانونو په اړه عامه پوهاوی زیاتول	۸	۳۳,۳٪
۲	د نشه یي توکو د کاروبار مخه نیول	۱۰	۴۱,۷٪
۳	د نشه يي توکو د مخنیوي په موخه د سرحدونو امنیت ساتنه	۴	۱٦,۷٪
۴	د روږدو وګړو مجازات کول	۲	۸,۳٪
	ټول	**۲۴**	**۱۰۰٪**

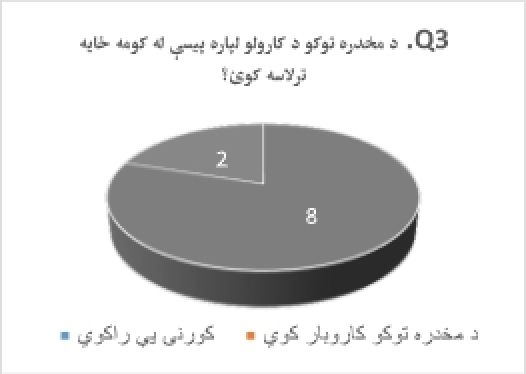
لسم جدول: د نشه يي توکو د کارونې مخنیوی او حل لارې

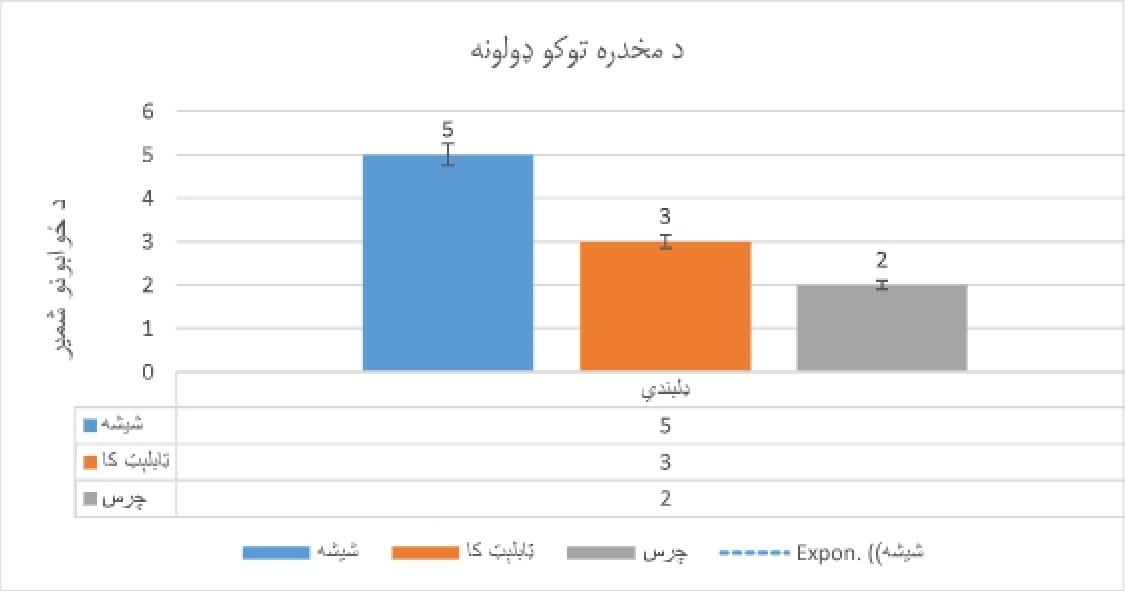
لسم جدول کې د نشه یي توکو د کارونې حل لارې ښودل شوي. لس ګډونوالو د نشه یي توکو د کاروبار مخنیوی حل لاره بللې چې د حل لارو (۴۱,۷) سلنه جوړوي. اته تنو د نشه يي توکو د زیانونو په اړه د عامه پوهاوي زیاتول غوره حل لاره بللې چې (۳۳,۳) سلنه جوړوي. څلور تنو د نشه یي توکو د مخنیوي په موخه د سرحدونو د امنیت ساتنه حل لاره بللې چې (١٦) سلنه تشکیلوي. دوه تنو د نشه یي توکو د کارونې ښه مخنیوی او حل لاره د روږدو مجازاتول ګڼلې چې (۱۰) سلنه جوړوي.

له ترسره شوې څېړنې څخه مو د نشه يي توکو د کارونې د مخنیوي پر وړاندې ځینې مهم لاملونه ترلاسه کړي چې د نشه يي توکو د کارونې د مخنیوي پر وړاندې مهم خنډونه بلل کېږي.

له دې پرته له لسو روږدو سره مرکه هم شوې او هر یوه پنځو پوښتنو ته ځوابونه ویلي چې پایله یې په لاندې ډول شریکوو:







پورتني ګراف کې ښودل شوي چې د لسو روږدو کسانو له ډلې څخه پنځه تنه يې شيشه، درې تنه يې ټابلېټ کا او دوه تنه يې د چرسو روږدي دي.

مناقشه

نړيوال سازمانونه نظر خپلو راپورونو ته په افغانستان کې د نشه يي توکو د روږدو کسانو د شمېر په اړه په يوه خوله نه دي او هر وخت له حقايقو لرې راپورونه خپروي. دغو سازمانونو د روږدو کسانو شمېر د افغانستان د ټول نفوس (۱۱٪) سلنه ښودلې چې د روږدو کسانو ټول شمېر (۳۹۲۷۰۰۰) تنو ته رسېږي چې دا په نړيواله کچه د نشه يي توکو د روږدو کسانو تر ټولو لوړه کچه شمېرل کېږي او د نړۍ لپاره په هره برخه کې يو ستر ګواښ شمېرل کيدای شي(۱۳). زمونږه څېړنې راوښودله چې د روږدو کسانو ګڼه په ننګرهار ولايت کې د دې ولايت د ټول نفوس په نظر کې نيولو سره پنځه سلنه (۵٪) ده.

د يوې بلې سروې له مخې چې د امريکا د بهرنيو چارو او د افغانستان عامې روغتيا او د نشه يي توکو پرضد د مبارزې وزارتونو په ګډې همکارۍ ترسره شوې وه، ښيي چې په افغانستان کې د ښارونو په پرتله په کليو او بانډو کې د نشه يي توکو د استعمال کچه درې(۳) برابره لوړه ده. دا سروې زياتوي چې د افغانستان د کليوالي سيمو ديارلس سلنه (۱۳٪) وګړي له نشه يي توکو څخه استفاده کوي(۴)، مګر زمونږه څېړنې وښوده چې د ننګرهار ولايت په مرکز جلال اباد ښار کې د نشه يي توکو د استعمال کچه نظر لرې پرتو سيمو او ولسواليو ته کمه ده چې له دې سره سره د ښار او ولسواليو د نشه يي توکو د ډولونو استعمال هم سره توپير لري چې په ښار کې شيشه او ټابلېټ کا او په ولسواليو کې د چرسو د استعمال کچه ډېره ښودل شوې.

نصیب الله ذکي د نشه یي توکو اړوا‌پوهنه تر سرلیک لاندې کتاب کې د نشه یي توکو د استعمال د مخنیوي لپاره ځینې لارې چارې په گوته کړي لکه، یو شخص باید هیڅکله او په هیڅ وجه نشه یي توکي و نه ازمایي، والدین باید د خپلو اولادونو او د کورنۍ له نورو غړو سره تل د نشه یي توکو د خطرونو او زیانونو په اړه خبرې وکړي او داسې نور. خو د طب پوهان وایي چې ځیني وختونه انسان نشه یي توکو ته هم اړتیا لري څو ورځخه گټه واخلي چې د ډېری نشه یي توکو ازمایل او د یا د هغې یو یا دوه خلې کارونې سره انسان نه روږدی کېږي. همداراز که کومه کورنۍ سرپرست ونه لري او یا والدین ورته د نشه یي توکو د خطراتو او زیانونو په اړه کیسې او خبرې ونه کړي، حتمي نه‌ده چې هغوی به په نشه یي توکو روږدي کېږي، څکه چې په ټولنه کې ډېری کمزوي مالي حالت لرونکي او بې سرپرسته کورنۍ شته چې د کورنۍ غړي یې نشه یي توکي نه کاروي. زمونږه څېړنه د نشه یي توکو د استعمال د مخنیوي لپاره نورې اساسي او دایمي حل لارې وړاندې کوي لکه، د نشه یي توکو د کاروبار مخه نیول او یا خپله د روږدو کسانو مجازات کول د نشه یي توکو د استعمال د مخنیوي لپاره ښې حل لارې دي. که په ټولنه کې نشه یي توکي نه وي، نو هیڅوک نشه یي توکي نه شي پیدا کولی چې ورځخه استفاده وکړي او یا که چیرې یو کس چې په نشه یي توکو روږدی وي، په خپله د قانون له‌خوا سخت مجازات شي، نو د هغه کورنۍ او یا نور خلک د هغه په لیدلو له روږدیتوبه لاس اخلي چې په دې سره ټولنه د نشه یي توکو له شره خلاصېدلی شي.

ظهیر د ټابلېټ کا او اغېزې یې تر سرلیک لاندې مقاله کې چې د اور بند مجلې په شپارسمه گڼه کې نشر شوې ده، لیکلي چې د تعلیم او تحصیل د کچې لوړوالی د نشه یي توکو د مخنیوي ښه حل لاره ده، په داسې حال کې چې د ټولنې ډېری لوستي وگړي په همدغو نشه یي توکو روږدي شوي. په جلال اباد ښار کې د اخلاص تر نامه لاندې د روږدو په خیریه مرکز کې یو تن روږدي د لېسانس تر کچې زده کړې درلودې او تر دې وړاندې یې د جلال اباد ښار په یو مشهور راډیو تلویزون کې د ادبي خپرونو او ویاندۍ دنده ترسره کوله. نوموړي د خپل ځان په اړه وویل چې شرایطو روږدی کړی دی. که د نشه یي توکو کاروبار په قطعي توگه بند او کاروباریان یې په واقعي توگه د قانون منگولو ته وسپارل شي او سزا ووینې، نو د نشه یي توکو د استعمال مخه نیول کېږي. له نوموړي پرته ډېری نور لوستي ځوانان او ان د ښه‌ایه کورنیو غړي، دولتي چارواکي او د هغوی د کورنیو غړي مو هم ولیدل چې په نشه یي توکو روږدي شوي وو، هغوی هم د نشه یي توکو د ښکاره کاروبار یادونه کوله او ویل یې چې دا مواد او کاروبار دومره زیاته شوی چې د ښار په هر ځای او هره کوڅه کې په اسانۍ سره ترلاسه کېدلی شي حتی دولتي چارواکي هم ورسره په دغه کاروبار کې شریک دي. دوی هم د نشه یي توکو د کاروبار مخنیوي او د کاروباریانو مجازاتول اساسي حل لارې وبللې.

سره له دې چې په ننگرهار ولایت کې د نشه یي توکو کرکېله په لرې پرتو سیمو کې په کمه اندازه شتون لري، ورسره ډول ډول نور صنعتي یا پروسس شوي نشه یي توکي هم له گاونډیو هېوادونو او په ځانگړي توگه له پاکستان څخه په مختلفو لارو په ارزانه او اسانه ډول را واردېږي چې په سر کې یې شیشه، ټابلېټ کا او میټاډون د یادونې وړ دي. دغه نشه یي توکي دومره زیان رسوونکي دي چې له مصرفولو وروسته یې اغېزې د اوږدې مودې لپاره د انسان په بدن کې پاتې کېږي او انسان د مرگ تر پولې رسولی شي(۱۴). له دې څېړنې له پایلو څخه مو دا ترلاسه کړه چې له دغو وژونکو نشه یي توکو څخه د خلاصون غوره

لارې د نشه يي توکو د کاروبار مخنيوی، د روږدو مجازاتول، د نشه يي توکو د لېږد رالېږد مخنيوي په موخه د سرحدونو ساتنه او ترڅنګ يې د نشه يي توکو د زيانونو په اړه د عامه پوهاوي زياتول دي.

پايله اخيستنه

په ننګرهار ولايت کې د نشه يي توکو کارونه، د مخنيوي پر وړاندې يې ننګونې او حل لارې تر عنوان لاندې دغه څېړنه يوه کيفي څېړنه ده، چې په ننګرهار ولايت کې د نشه يي توکو ناوړې ناروغۍ د مخنيوي او حل لارو پيدا کولو په موخه ترسره شوې. د څېړنې موخې او پايلې د عامې روغتيا رياست د نشه يي توکو له کارپوهانو او له روږدو څخه د پوښتنليکونو او مرکو پر بنسټ شوي، د نشه يي توکو د کارپوهانو له سل کسيزې ډلې څخه څلورويشت تنه او د روږدو کسانو له اويا کسيزې ډلې څخه لس تنه ټاکل شوي چې پر بنسټ يې پايلې ترلاسه شوي.

دا چې څلوېښت کلن جنګ، جګړو او ناامنيو د هېواد ټول سکتورونه زيانمن کړي، له دې ډلې څخه کرنه، ښوونه او روزنه، لوړې زده‌کړې، صنعت، سوداګري او په تېره اقتصاد او کاروبار يې په ټپه درولې. همدا لامل شوي چې زمونږ ځينې هېوادوال د يوې مړۍ نفقې او کاروبار په لټه کې نورو ګاونډيو هېوادونو او يا د هېواد دننه نورو ولايتونو او سيمو ته کډه وکړي. همدغو بېکاريو، فقر او ورسره کډواليو په هېواد کې د نشه يي توکو استعمال ته لاره پرانيستې. له بلې خوا، دا چې د هېواد په ختيځ کې د نشه يي توکو توليد او کښت زيات دود شوی، دا حالت مستقيماً د وګړو په روږديتوب باندې اغېز لري، همدا لامل دی چې په دغه سيمه او په ځانګړې توګه په ننګرهار ولايت کې د روږدو شمېر ورځ تر بلې زياتېږي(۱۳).

په پايله کې ويلي شو چې د ننګرهار ولايت د اټکل له مخې د يو ميليون اته سوه زره (۱۸۰۰۰۰۰) تنه نفوس له مخې، (۴,۸٪) سلنه وګړي يې په نشه يي توکو روږدي دي. همداراز د ننګرهار ولايت مرکز جلال اباد ښار چې اته سوه زره (۸۰۰۰۰۰) تنه اوسيدونکي لري، اته دېرش زره څلورسوه (۳۸۴۰۰) تنه روږدي کسان په کې ژوند کوي. په جلال اباد ښار کې د روږدو کسانو پنځه اويا سلنه (۷۵٪) ځوانان تشکيلوي. همدا راز نهه اويا سلنه (۷۹٪) يې ټابلېټ کا، اته لس سلنه يې شيشه او پاتې نور يې پر نورو نشو روږدي دي. پاتې دې نه وي چې د ننګرهار ولايت په لرې پرتو ولسواليو او سيمو کې د چرسو د استعمال کچه لوړه ده(۱۵).

دې څېړنې مونږ ته دا هم راوښوده چې په قانون کې د روږدو لپاره د جزا نه شتون، د نشه يي توکو په کاروبار کې د چارواکو او زورواکو ښکېلتيا، د نشه يي توکو کرکيله، د نشه يي توکو اسانه لېږد رالېږد، د کاروبار نه شتون، اولادونو ته د کورنيو نه پاملرنه، د خپلو ماشومانو او کورنۍ د نورو غړو پر وړاندې د نشه يي توکو استعمال(۱۶)، د نا مناسبو او روږدو وګړو سره اړيکې او داسې نور د نشه يي توکو د استعمال د مخنيوي پر وړاندې جدي ننګونې ګڼل کېدلی شي. همداراز که د نشه يي توکو د زيانونو او ګواښونو په اړه کور په کور د دولت او اړوندو ارګانونو لهخوا عامه پوهاوی ترسره شي، په قانون کې د روږدو کسانو لپاره جزا وټاکل شي، سوداګر او قاچاق کوونکي يې اعدام او يا سخته سزا ووينې، د تعليم کچه لوړه شي، کرکېله يې په قطعي ډول بنده شي، د نه انتقال په موخه يې د سرحدونو امنيت وساتل شي، د شته ناروغانو لپاره يې تخصصي روغتونونه جوړ او په ټوليز ډول ځوانان د نشه يي توکو څخه د ساتنې په موخه تعقيب شي، نو په دې سره به د نشه يي توکو د استعمال کچه راکمه او د مخنيوي لپاره به يې ښه حل لارې غوره شوې وي.

وړانديزونه

۱. د افغانستان په قانون کې بايد د روږدو کسانو لپاره سخته سزا وټاکل شي.

۲. حکومت دې د ښوونځيو په نصاب کې د نشه يي توکو د زيانونو او مخنيوي تر سرليک لاندې مضامين زيات کړي.

۳. د امر باالمعروف او نهی عن المنکر او شکاياتو اوريدو وزارت له‌خوا دې د مسجدونو ملا امامانو او خطيبانو ته دنده ورکړل شي چې د منبرونو له لارې ولس د نشه يي توکو له ګناهونو او زيانونو څخه خبر کړي.

اخځليکونه

۱. جمشيدی، حميد رضا. (۱۳۸۲). آشنايی با فهرست مواد مخدر و روان گردان، کارگاه آموزشی قضايی، مشهد.

۲. محمدی، حميد رضا و غنجی علی. (۱۳۸۳). چالشهای ژئوپليتيکی مواد مخدر در جنوب غرب اسيا(با تاکيد بر ايران، پاکستان و افغانستان.

۳. احمدزی، وحيد. اميرجان. (۱۳۸۸).د نشه يي توکو په مخنيوي کې د رسنيو رول، مخدرات دوه مياشتنۍ خپرونه. ۴(۱۸-۱۹) ګڼه، جوزا او سرطان.

٤. سجاد، سيد حسين و اکبری، صديقه. (۱۳۹۵). مقدمه بر اعتياد شناسی. انتشارات بين المللی سرور سعادت، کابل.

٥. رسولي، جاغوري، عصمت الله. (۱۳۹۱). روږديتوب او د هغې ډولونه، روغتيا درې مياشتنۍ مجله، ۴(۱۷) پرله پسې ګڼه.

٦. ستانکزی، محمد سمين. (۱۳۹۹). د ځانګړو نشه يي توکو د روږديتوب درمليز مديريت، جلال اباد: همدرد صنعتي مطبعه.

۷. زراعت، عباس. (۱۳۹۲). حقوق کيفری مواد مخدر، انتشارات ققنوس، تهران.

۸. اندړ، نعمت الله. (۱۳۹۵).نړۍ د نشه يي توکو په لومه کې، کابل: بيهقي خپرندويه ټولنه.

۹. هاوکنز، شان. (۱۳۸۴). د رواني روغتيا د ستونزو پيژندنه او درملنه عملي لارښود، ژباړونکي: روح الله صميم صافی او حيات الله نيازی، اسلام اباد، پن ګرافيکس.

۱۰. ساکی، محمد رضا. (۱۳۹۱). مواد مخدر و روان گردان از ديدگاه علوم جنايی و حقوق بين الملل، تهران: انتشارات جنګل.

۱۱. د نشه يي توکو او جرايمو لپاره د ملګرو ملتونو دفتر (UNODC). مارچ ۲۰۱٦. د نشه يي توکو په اړه وييانګه او مالومات، دريیمه ګڼه، نيويارک.

۱۲. ستانکزی، محمد سمین. (۱۳۹۳). نشه يي توکي او اړونده ناروغۍ، څېړندوی: ننګرهار طب پوهنځی، کابل: ټایمز مطبعه.

۱۳. سرهندي، فضل الله. (۱۳۹۰). پر ټولنیز ژوند باندې د نشه يي توکو ناوړه پایلې، د لیسانس دورې پایلیک، اګرانومي څانګه، کرنې پوهنځی، کندهار پوهنتون، کندهار.

۱٤. ظهیر. (۱۳۹۸،۳ لړۍ، ۱٦ ګڼه، غبرګولي۲۵). ټابلیټ کا او اغېزې یې. اوربند اونیزه. ۴ مخ. کابل: دانش خپرندویه ټولنه.

۱۵. شریفي، شفیق الله. (۱۳۹۴). د روږدیوالي د مخنیوې لپاره اصول او لارې چارې، سلامتي مجله،٦۱ ګڼه.

۱٦. ذکي، نصیب الله. (۱۳۹۹). د نشه یي توکو اروا پوهنه، ننګرهار: زیار خپرندویه ټولنه.

Research Article

Drug Use in Nangarhar Province, Obstacles and Solutions

Assistant Professor Raihanullah Rahimi[1], Abdul Raqib Sahibzada[2], Mohammad Bashir Tahiri[3]

[1,2]Department of Development Studies, Faculty of Public Policy and Administration, Nangarhar University, Nangarhar, Afghanistan

[3]Antinarcotics Department, Directorate of Public Health, Nangarhar, Afghanistan

Article History

Received:9/11/2024

Accepted:22/01/2025

Published: 21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords

- Addiction
- Human
- Society
- Drug
- Disease

***Corresponding Author**

Assistant Professor Raihanullah Rahimi

E-mail:raihan.rahimi@yahoo.com

Contact: +93 (0) 782686010

Abstract

Drugs exist in society in both natural and synthetic forms. Their legal use is beneficial to humans, while their arbitrary and abusive use can threaten human life. Drug use in Afghanistan has exposed people and society to various problems and inconveniences. Therefore, this qualitative study was conducted to find solutions to drug use, challenges and prevention methods in Nangarhar province. This study revealed that having inappropriate friends, poverty and unemployment, drug abuse and trafficking, lack of punishment, family addiction, insecurity and other problems that cause human death and destruction have paved the way for drug use and have infected many young people in the society with this terrible disease. From the study, we also found that in Nangarhar province, especially in Jalalabad city, the number of addicts is higher than in other provinces and their number reaches five percent (5%) of this province; if this situation continues, it will create a humanitarian disaster.

له روغتیایي ناورینونو څخه ترلاسه شوي درسونه او عبرتونه

پوهنمل متخصص دوکتور زلمی صاحبزاده[۱]، کامران عبدالالله[۲]، حبیب الرحمن اواب[۳]، پوهاند دوکتور غلام رحیم اواب[۴]
[۱،۲] طب پوهنځی، ننګرهار پوهنتون، ننګرهار - افغانستان
[۳]خیبر طبي پوهنتون، خیبر پښتونخوا ایالت، پېښور - پاکستان
[۴]عامې روغتیا ډیپارټمنټ، طب پوهنځی، افغان نړیوال اسلامي پوهنتون، کابل - افغانستان

د مقالې تاریخچه

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/ ۱۰/ ۱۷
د منلو نېټه: ۱۴۰۳/ ۱۱/ ۱۴
د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/ ۰۷/ ۲۹
کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دویم ګڼه: لومړی

بنسټیز ټکي

- کرونا
- روغتیایي ناورین
- روغتیایي غبرګون
- بیړنۍ پېښې
- کوید۱۹

مسؤل لیکونکی

پوهنمل متخصص دوکتور زلمی صاحبزاده
بریښنالیک: muth.1234.ngr@gmail.com
ګرځنده شمېره: 787737919 (0) 93+

لنډیز

لـه تېرو نـاورینونو زده کـړه د بـل نـاورین مخنیـوی او کنټـرول ډاډمنـوي. روغتیـایي نـاورینونو تـه چمتـووالی د پـوهنیزو، روغتیـایي او پرمختیـایي بنسـټونو او ټولنـو ګـډ کـار، د څېړنـو او نوښـتونو پـه مرسـته، پوهـاوي، چټـک، هڅـې غبـګتلې، سـرچینې چمتـو، تشـخیص ګړنـدی، درملنـه ګټـوره، واکسـین او اړیـن وسـایل د ډاډ وړ، وېـش عادلانـه او د اړمنـو لاسرسـی اسـانوي. د دې تـر څنـګ اغېزنـاک چمتـووالي لپـاره د تېـر ناورین د ځوابي بهیر بیا کتنه باید د پېښې د اټکل، ځواب او بیا رغونې د تاوبـدونکي څـرخ پـه چوکـاټ کـې وشـي. د کرونا تېـر نـاورین د ټـولنې هـر اړخ ژور ځپلی، بیا رغونې تـه یې اړ کړی او بـل هـر روغتیـایي نـاورین تـه د غبرګـون یـوه بـې سـاري بېلګـه، درسـي سـرچینه او د عبـرت ټولګـه ده. پـه نړیوالـه کچـه یـې هـم حکومتونـه اړ او ژمـن کـړل چـې د عـامې روغتیـا ځواکمنولـو پـه اړه بیـا کتنـه وکـړي او هـم بـې ټـولنیز دودونـه ونګول. موږ چې تـل لـه نـاورینونو کړېـږو او زیـانمنېږو، د چمتـووالي پـه پـار یـې باید د کرونا پـر وړانـدې د خلکو، حکومت او پـه ځـانګړي ډول د روغتیـایي سـکتور د غبرګـون اړونـد درسـونه او عبرتونـه را برسـېره او د چمتـووالي پـه بهیـر کـې وکـاروو. دا تشـریحي وصـفي څېړنـه (Descriptive Qualitative Study) د کرونا نـاورین پـه اړه د حکـومتي چـارواکو، روغتیا پـالانو، کرونا ځپلـو شـدیدو نـاروغو شـویو، مـدني فعـالانو، ملـي او عـامو وګـړو لخـوا د نیمـه جـوړې (Semi-structured) پوښـتنپاڼې ځوابونـو (Qualitative Interviews)، د تېـرو لیکنـو لوسـتلو (Systematic Review) او د څېړونکـو مشـاهدتي یادښـتونو د را یـو ځـای کولـو (Triangulation) پـه مرسـته د موضـوعي برسـېر-شـنتې (thematic analysis) پـه توګـه لـه ناورینـه اخیسـتل شـوي درسـونه رازده کـوي. دې وصـفي څېړنـه کـې د مسـلکي لارښـودونو، د نړیـوالې او پـه کـور دننـه هراړخیـزې همکـارۍ، برابـر لاسرسـي او همغـږۍ ارزښـت پـه ډاګـه شـو. ددې ترڅنـګ د رسـنیزو او پـه ټکنـالوژیکي لیکـه د عامـه پوهـاوي، رنـو او روحیـه بخښـونکو پیغامونو خپرولـو، د ګټـورو اړیکـو ټیولـو د سېسـتمونو کـاري سـاتلو او د څـار سیسـتمونو پیـاوړي کولـو اړتیـا هـم څرګنـده شـوه. ملـي بودیجه او تشکیل، د روغتیـایي خـدمتونو ښـه تنظیم او ورتـه برابـر لاسرسـی ډاډمـنول د روغتیـایي پـاملرنو برابرولـو پـه بهیـر کـې د پام وړ دي.

پېژندنه

د ستونزمن سینه بغل دویم ډول کرونا ویروس (SARS-CoV-2) او له امله يې رامینځته کېدونکي رنځ (کوویډ-۱۹) د ستر ناورین په بڼه د افغانستان په ګډون ټوله نړۍ سخته ستومانه او زیانمنه کړه، د روغتیايي سېستمونو بې وسي يې اندازه او روغتیايي ناورینونو ته د هېوادونو چمتووالي يې وننګولو، د ناروغیو ببه او بار يې دروند او ډېرې مړینې يې وکړې او ذهني/رواني روغتیا او سلامتیا يې په غمیزو واړوله. غیرکرونايي، غیر وبايي او غیر ساري ناروغیو ته پاملرنه او درملنه ګام په ګام اغېزمنه او ټکنۍ شوه(۱). په افغانستان کې يې د وبايي څپې په اوږدو کې۲۳۵۲۱٤ پېښې او ۷۹۹۸ مړينې د عامې روغتیا وزارت سره ثبت [۲] او په ټوله نړۍ کې يې څلورکلنه د مړینې کچه له ۷ میلیونو واوښته (۳)، او لا هم نړیوال ګواښ خو څکه دی چې د کتلوي معافیت لوړېدو له کبله يې یوازې د خپرېدو او ناروغولو کچه راټیټه شوې او په ملي او ټولنیزه کچه يې له څارلو، راپورولو او لابراتواري تشخیصه پام اوښتی. نو د ویروس شتون او جنیټیکي اوښتون (evolution of SARS-CoV-2)، موسمي خپرېدا او له انسانه انسان ته چټک لېږد له امله يې ببرته په نړیوال ګواښ بدلېدو شونتیا پخپل ځای ده[4].او د نورو ګواښونکو میکروبي ناروغیو (نرۍ رنځ[٥] ایډز(٦)، موسمي ګواښونکې ناروغی لکه ملاریا او ډینګي (۷،۸) په پرتله لا هم د اخته کولو او مړینو لوړه کچه لري. په اوسني پړاو کې بل ګواښ يې د انفلونزا، تنفسي سنسیشیال ویروس (RSV) او نورو تنفسي ویروسونو سره مل او په ګډه خپرېدا ده، چې چاپېریال ککړوي، خلک او روغتیايي سېستمونه اغېزمنوي، عامه روغتیا او پرمختګ ګواښي نو باید د مخنیوي او مهار تابیا يې ولرو(۹).

د هرې ټولنې په هر اړخ باندې يې بدمرغه اغېزو ته په کتو، د روغتیايي سېستمونو پیاوړی کول، په خانګړې توګه روغتیايي ناورینونو ته چمتووالی، نا درملیزو کړنو ارزښت منل (چې په بې ساري پیمانه يې د انسان په چلند، چاپېریال او ټولنیز غبرګون کې بدلونونه رامنځته کړل)، نړیواله همکاري او پیوستون، د روغتیا برابري او لوست په نړیواله کچه د حکومتونو په اجنډا کې ورګډ او د پام وړ ټکي دي(۱۰).

روغتیايي ناورینونو او بیړنیو پېښو ته چمتووالی د روغتیايي سېستمونو ورتیا، ټولنیزه تابیا او د وګړو ویښتیا ده چې د هغو ناوړه او ناانډوله حالاتو مخه نیسي، چې کچه، زور، څواک او چټکتیا يې د ورځنیو ورتیاو د ماتولو ګواښ کوي(۱۱).

د پوهنیزو، روغتیايي او پرمختیايي بنسټونو او ټولنو د ګډ کار، څېړنو او نوښتونو په مرسته پوهاوی چټک، هڅې غښتلې، سرچینې چمتو، تشخیص ګړندی، درملنه ګټوره، واکسین او د خوندیتوب اړین وسایل د ډاډ وړ، ویش عادلانه او د اړمنو لاسرسی اسانه کېږي(۱۲).

دا چې د اغېزناک چمتووالي لپاره د تېر ناورین د څوابي بهیر بیا کتنه د پېښې د اټکل، مخنیوي، مهار او بیا رغونې د تاویدونکي څرخ په چوکاټ کې کېږي(۱۱) او د کوویډ-۱۹ ناورین د ټولنې هر اړخ ژور ځپلی، بیا رغونې ته اړ کړی او بل هر روغتیايي ناورین ته د غبرګون یوه بې ساري بېلګه، درسي سرچینه او د عبرت ټولګه ده، چې په نړیواله کچه يې حکومتونه اړ او ژمن کړه چې د عامې روغتیا څواکمنولو په اړه بیا کتنه وکړي. موږ چې د عادي روغتیايي خدمتونو رسولو لپاره د زیربناو او اسانتیاو له کمښت سره مخ او تل له ناورینونو کړېږو او زیانمنېږو، د چمتووالي په پار يې باید د کوویډ-۱۹ پر وړاندې د خلکو، حکومت او په ځانګړي ډول د روغتیايي سکتور د غبرګون اړوند درسونه او عبرتونه را برسېره او د راتلونکي لپاره د تیارسۍ په بهیر کې وکاروو. هغه څه چې مو په تېرو درې (۳) کلونو کې باید زده کړي وي، که څه هم ډېرو اړخونو ته غځبدلای شي، خو موږ د پام وړ اته (۸) موضوعاتو باندې خپله لیکنه راڅرخوو.

مواد او کړنلاره

د څېړنې ډيزاين

دا يــوه تشــريحي کيفــي څېړنــه (Descriptive Qualitative Study) ده. معلومــات د نيمــه جــوړې کيفــي (semi-structured) پوښــتنپاڼې پــه کــارولو سـره لــه بېلابېلــو کچــو مــديريتي، روغتيــايي، حکــومتي مسـلک پوهــانو او چــارواکو څخه راخيسـتل شــوي، د موضـوع محـوره ډلـه ايـز بحـث پـه پايلـه کـې چاڼ او بډايـه شـوي چې نـاورين کـې د ښـکېلو او کليــدي اســتازو مونــدنې او تجربــې د زده کــړو او درســونو پــه بڼــه څرګنــدوي. د تېــرو ليکنــو لوســتلو (Systematic Review) او د خپلــو کتنيــزو يادښــتونو پــه رڼــا کــې د يــوځــاى کولــو (Triangulation) پــه مرســته د موضــوعي برســېر-شننې (Thematic Analysis) په توګه ښودل شوي(١٣).

د څېړنــې برخــوال: پــه ملــي او ولايتــي کچــه مــو د عــامې روغتيــا اړونــدو ادارو مخـکښو اسـتازي د بېلګــې پــه توګــه رئيســان، د ســارى نــاروغيو د کنټــرول مسـؤلين، رنځپوهــان، ولايتــي او وزارت پــه کچــه چــارواکي پــه ښــه کــړل، ورســره مو اړيکه ونيوله او پوښتنپاڼه مو ورته تشريح او وسپارله.

پوښــتنپاڼه او راټــول شــوي معلومــات: د نيمــه جــوړې پوښــتنپاڼې لپــاره د پوښــتنو د ســرټکو لارښــود د تېــرو ليکنــو د مونــدنو پــر بنســټ، د هېــوادنۍ اړتيــا لــه مخــې جــوړ شــوی و. پوښــتنپاڼه د څېړنــې د موخــو پــه تلــه تــول او معلومــاتو وړانــدې کولــو تــه داســې جوګــه شــوه، چــې ځوابــوونکي د اړونــدو پوښــتنو پــه ځوابولــو کــې د شــک او ځنډ ښــکار نــه شــي. ســرټکو پــه روغتيــايي پــاملرنو او جوړښــتونو کــې د تېــرو، روانــو او راتلونکــو تشــو، ســتونزو، بــدلونونو پــه اړه ويلــو او څرګنــدونو هڅونــه کولــه. پــه راتلــونکې کــې د نــاورين لپــاره د تيــاري پــه پــام کــې نيولــو پــه بنســټ دا نيمــه جــوړې پوښــتنپاڼې ځــواب ويونکــو تــه ولېــږل شــوې. هغــوی پــه خوښــه او ژمنتيــا پــه پرانيســتو او غځونکــو معلومــاتو برابرولــو ځــواب او بېرتــه څېړونکــو تــه وســپارلې. څېړونکــو پــه دقــت ولوســتلې او معلومــات يــې توحيــد او شــنلي دي. د ځــواب ويونکــو پېژنــديز معلومــات غوښــتل شــوي وو او وړانــدې شــوي هــم دي، خــو دې ليکنــه کــې شــنل او شــامل نــه دي. همدارنګه د اړوندو ادارو نومونه هم نه دي په ډاګه شوي.

د نمونې اندازه او د نمونه اخيستنې طريقه: دا وصفي څېړنه ده او نمونې اخيستنې پرځاى پهکې د کره معلوماتو برابرونکي په نښه او ورڅخه ژور معلومات تر لاسه شوي.

احصائيوي تحليل: د استقرايي يا راټولونکي او رازياتونکي (inductive) کړنلارې په کارولو سره د پوښتنپاڼو د ځوابونو متني ډېټا شننه د لاندې شپږ پړاويز بهير په اوږدو کې ترسره شوه(١۴).

لومړى پړاو: د پوښتنپاڼو په مرسته اند ټولونه

دويم پړاو: د هرې پوښتنې د ځوابونو کتنه او رايو ځاى کول

درېيم پړاو: ځان ډاډمنول چې يادښتونه او راټولونې په سمه توګه د پوښتنپاڼې منځپانګه ساتلې

څلورم پړاو: د منځپانګې شننه ترڅو ترې د پام وړ غبې او واړه سرټکي وټاکل شي او ورلاندې وروستي یوځای شوي معلومات ځای پرځای شي

پنځم پړاو: د یو کیفي څېړنیوه لخوا د ټاکلو سرټکو او اړوندو یادښتونو کتنه او ارزونه

شپږم پړاو: د وروستي نچوړ شویو معلوماتو پرتله د لومړنیو ورکول شویو معلوماتو سره وشوه

د برخوالو په دغه لنډیز ټکو د موضوع محوره ډله ایزو بحثونو (Focus Groups Discussions) پایلې ورزیاتې شوې.

موندنې

له اوه ولایتونو څخه د کرونایي ناورین په مهار کې ښکېل، د بېلابېلو څانګو د لوړې او ټیټې کچې (۱۵)تنو متخصصو استازو، چې د کرونا پر مهال د ناورین د مهار په چارو کې په بېلابېلو سیمو او ادارو کې بوخت او ښکېل وو، دغه نیمه جوړې پوښتنپاڼې یې د مخامخ مرکې له لارې یا په آنلاین ډول راځواب کړې او ورڅخه اخیستل شوي درسونه مو اتو (۸) مهمو موضوعاتو کې رانغښتلي، چې په لاندې لومړي جدول کې ښودل شوي دي:

۱)	چارسمبالي او پالیسي ساز لاربښودونه او سندونه
۲)	د عامې روغتیا اړوند د ادارو غبرګون، کاري ورتیا د خوندیتوب او درملیزو اړینو توکو کچه
۳)	اقتصادي اغېزې
٤)	ټولنیز او سلوکي بدلون
٥)	ټکنالوژي او نوښت
٦)	خپل‌منځي او د نړیوالو همکاري
۷)	چاپېریالي اغېز
۸)	راتلونکی چمتووالی

لومړی جدول: له پوښتنپاڼو څخه اخیستل شویو معلوماتو ډلبندي او وروستي سرټکي

۱ . چارسمبالي او پالیسي ساز لاربښودونه او سندونه

ځواب ویونکو وویل چې حکومت او عامې روغتیا وزارت په لومړي سر کې کوم مسلکي او مدیریتي سند او واضحه پالیسي نه درلوده. د پرمختللو هېوادونو موندنې او نړیوالو رسنیو راپورونه بېړنی او سمدلاسه پالیسي او د هغوی تجربې د لارې مشال ګڼل کېده. لاربښودونه وروسته جوړ شول او په لومړیو کې ډېر مؤثر نه وو. دا لاندې نقل قولونه د پام وړ دي:

"معمولاً تګلورې او تګلارې له نړیوالو کاپي او د روغتیایي سکتور د څلنده کتنې سره سملاسي عملي کېدلې. روغتیا وزارت د ساري ناروغیو د مخنیوي، مهار او څارنې جلا رسمي سند لري، خو خصوصي سکتور پرې خبر نه‌دی. په محلي کچه حکومتي، نړیوالو ادارو، ځایي دفترونو، د ښاروالۍ او اوقافو استازو او د عامې روغتیا اړوندو مسؤلینو او ډاکټرانو د قرنطین، تجرید، بندیزونو، واکسین په اړه پریکړې کولې."[د موضوع محوره ډله‌ایز بحث یو ګډونوال]

"خلکو په رضاکاره توګه تازه نړیوال معلومات پیدا کول، د ځای روغتیایي چارواکو سره یې شریکول او بیا به یې پلي کول. دې کار د عامې روغتیا ادارو د پام وړ واک را کم کړی و، خو دا په عادي ډول هغه څه وو چې د حکومت له لورې هم پلي کېدل". (حکومتي ویاند، کلیدي معلومات ورکونکی ۱).

"له کومې منظمې مقررې یا پالیسۍ خبر نه یم، خو په پیل کې چې مسافر د تورخم په پوله راوښتل جبري قرنطین کېدل، ناروغان د اخته کېدو په پیل کې تر ځار لاندې ساتل کېدل او قرنطین کېدل. په ننګرهار کې دویم ناروغ چې له بهره راستون او مثبت تشخیص شوی و، زما ټولګیوال و، د عامې روغتیا ریاست له لورې په کور کې قرنطین او تعقیبېده. هېواد کې د اولې پېښې له تثبیت وروسته، د چمتووالي په توګه په روغتیایي بنسټونو، روغتونونو، حکومتي ادارو کې غونډې جوړېدې، د عامه پوهاوي په موخه بروشرونه هم وېشل کېدل، موبایل ټیلیفون کې د زنګ وهلو سره سم یو خاص پیغام هم خپرېده. په ښار کې ګڼې ګونې پروګرامونو باندې هم بندیز لګېدلی و". (د پوهنتون استاد، کلیدي معلومات ورکونکی۲).

"سره له‌دې چې په نړیواله کچه هم د ښو معلوماتو ځای بېکاره معلوماتو نیولی و، خو د ځینو مدني، ولسي او مذهبي مشرانو نیمګړو معلوماتو یا د مذهب په نوم ناسم پوهاوي هم خلک د ځینو وقایوي کړنو عملي کولو پر وړاندې زړه نا زړه کړي وو"[د موضوع محوره ډله‌ایز بحث یو ګډونوال].

۲. د عامې روغتیا اړوند د ادارو غبرګون، کاري وړتیا د خوندیتوب او درملیزو اړینو توکو کچه

د ځوابوونکو په وینا د مسلکي ځار، تخصصي لابراتوارونو او د تشخیص په صورت کې د وړ درملنې نه شتون د روغتیایي کارکوونکو د نا اشنایي سربېره وېره ورکه او تېښته زیاته کړه. هره شبېه د مړو او په کرونا اخته شویو شمېر اوریدل، ناسم پوهاوي او د زیاتو تبلیغاتو له کبله د خلکو او چارواکو وېره ډېرېدل او تر څنګ یې د سوداګرو ناوړه ګټه او توکو ځنګ ته کولو او نړیوالو بندیزونو هم د عامې روغتیا چمتووالی او چټک غبرګون (په وخت رسېدل، وړچلند، د شکمنو اخته شویو موندل او د جلا کولو پر مهال محرمیت او درنښت ساتل، ژر تشخیص او د خپرېدو په مخنیوي کې د پام وړ خدمات) په لومړي سر کې ټکني یا ځنډولی و. روغتونونه له بې ساري ننګونو سره مخ او د معاصر، تخصصي او سملاسي برابرېدونکو روغتیایي بنسټونو اهمیت روښانه شو. رواني روغتیا د پام وړ اغېزمنه وه، د اندېښنې، ژور خپګان او ذهني فشار کچه لوړه وه، چې له امله یې د رواني روغتیا پیاوړو خدمتونو او ملاتړو چارو ته جدي اړتیا وه. همدا راز، کله چې خلک د کرونا سره عادي کېدل، نو د غبرګون کچه او څرنګوالی هم ښه کېده او د نړیوالې مرستې په بڼه د لومړیتوب په پام کې نیولو سره واکسین هم د روغتیایي غبرګون د ټولګې برخه او د خلکو د هیلو غوټه پرانیسته.

"د ملګرو ملتونو د روغتیا نړیوالې اداري (WHO) اټکل په ننګرهار کې له یو لکو زیاتو کسانو د مرګ و او دا اندیښمنوونکی اټکل دومره لوړ و، چې هم د مړو ښخولو او هم د قرنطین لپاره پلان نیول اسانه نه وو" (د وخت چارواکی، کلیدي معلومات ورکونکی ۳).

"متاسفانه چې د سرویلانس ټیم او چارواکي د لومړني کیس د محرمیت په ساتلو کې پاتي راغلی وو، خو په وروستیو پېښو کې چې زه څومره معلومات لرم، محرمیت اصل په پام کې نیول شوی و چې یو مثال یې زما همصنفي و چې دویم مثبت کیس چې په تېر څواب کې هم تری یادونه وشوه". (کلیدي معلومات ورکونکی ۲).

"د روغتیایي کارکوونکو او مراکزو مالي ملاتړ نړیوالو مرستندویه مؤسسو په غاړه واخیست، خو د پرسونل لپاره چې کوم اضافي امتیازات په پام مې نیول شوی وو، هغه ور نه کړل شول او هم د اوږدمهال لپاره د دوی ملاتړ موجود نه و". (د انتاني ناروغیو متخصص، کلیدي معلومات ورکونکی ۴).

" کله یې چې واکسین جوړ شو، افغانستان ترې تر ډېره بې برخې و، په سخته او ناوخته یې وموندل، په ډېره کمه کچه د واکسین شتون، د خلکو بې باوري او شکونه لکه لنډ مهال اغېز او ناوړه اغېزې د واکسین کولو پر وړاندې یوه ننګونه وه." (آزاد شنونکی، کلیدي معلومات ورکونکی ۵).

"د روغتیایي کارکوونکو لپاره روغتیایي پروګرامونه برابرېدل، خو هغه روغتیایي مراکز چې تر فشار لاندې وو، د پرسونل د کمښت سره مخ وو، ستړیا او تاهیلي ډېره وه، چا نه غوښتل چې ځان د مرګ خولې ته ورکړي". (کلیدي معلومات ورکونکی ۲)، بل نقل قول: «د کرونا ناروغانو لپاره د تجرید وارډ، آی سي یو، د مشکوکو لپاره سکرینګ ځایونه او قرنطین ځایونه ځانګړي او په اړینو اسانتیاو سمبال وو، خو د عاجل مریضانو د اکسیجن ورکړه او اندازه او د وینتیلټر او CPAP استعمال کې بې اندازې ډېرې ستونزې وې (د داخله ناروغیو متخصص، کلیدي معلومات ورکونکی ٦).

"د کرونا ناروغانو کې د اکسیجن د اشباع د نورمال ساتلو لپاره په دوامداره توګه اکسیجن ورکوني اړتیا وه (که څه هم ځینې ناروغانو ته د اړتیا پرته یا به د ناروغ د دماغي تسکین لپاره هم اکسیجن ورکول کېده، چې د اکسیجن اړتیا یې لا زیاته کړې وه) او د یو بالون اکسیجن بیه په لسګونه زره افغانیو ته لوړه شوې وه، خو کرونا ته ځانګړو شویو روغتونونو د اکسیجن برابرولو دوامداره سېستم نه درلود"(د عامې روغتیا دوکتور، کلیدي معلومات ورکونکی ۷)

"اکسیجن چې د وبا په کلونو کې د داخل بستر ناروغانو د تداوی مهمه اړتیا وه، خو نه خصوصي سکتور دا تقاضا پوره کولای شوه او نه دولتي سکتور. د وبا نه د زده کړې په پایله کې خصوصي او دولتي سکتور دواړو وده وکړه".(د ملګرو ملتونو روغتیایي کارکوونکی، کلیدي معلومات ورکونکی ۸)

۳.اقتصادي اغېزې

د شنل شویو معلوماتو پر بنسټ د هوایي او ځمکنیو بندرونو تړلو، قرنطین او ښاري بنديزونو کار او روزګار کم، د خوراکي او درملیزو توکو نرخ لوړ، د تورید او تولید د کمښت ویره څېره او د روغتیایي پاملرنو او اقتصادي ننګونو پرتله کولو اهمیت په ګوته او ډېری یې هغه کورنۍ وځپلې، چې په ورځنۍ مزدورۍ او ګټه یې ژوند چلاوه. د حکومت، خیریه بنسټونو او سوداګرو ملاتړ، د معاشونو ورکړې او په کرایو کې اسانۍ د وبا د اقتصادي اغېزو په کمولو کې مهمه ونډه لرلې ده.

"په نړیواله کچه د ځینو موادو نرخونه نږدې څلور برابره لوړ شول. افغانستان بیا هم وکړی شول چې د شمالي بندرونو نه ځینې خوراکي مواد وارد کړي او په دې ډول خلک د لومړنیو توکو له کمښت سره مخ نه‌شول". (کلیدي معلومات ورکونکی ۳).

"خلک د ناوړه اقتصادي او امنیتي حالت له کبله اغېزمن او روزمره کاروبار یې خراب و او له‌دې امله چې کرونا نه شي، له ګنه ګونې ځایونو څخه یې ځانونه ساتل "(د موضوع محوره ګروپي بحث یو ګډونوال).

"د ښار په درملتونونو کې د درملو بیه څو برابره لوړه شوې وه، یو وخت خو انتي بیوټیک، نیوبرول فورټ او سرییکس زیډ ګولۍ او ځینې د تبې دواګانې په بازارونو کې هیڅ نه پیداکېدلې"(د عامې روغتیا دوکتور، کلیدي معلومات ورکونکی ۷).

"د بهرنیو اسعارو کمښت، د کروندګرو او مالدارانو زیانمنېدل او د حکومتي عوایدو راټیټېدل د افغانۍ د ارزښت کمېدو او اړینو توکو د بیو لوړیدو یو لامل بللی شو"(اقتصادپوه ، کلیدي معلومات ورکونکی ۹).

"په ښار کې د سوالګرو اندازه هم زیاته شوې وه او حتی ډېری کورنیو د روزمره خوراک څښاک لپاره هم څه نه لرل، تر دې چې د وخت د دولتي چارواکو له لورې په ننګرهار ولایت کې د بیوزلو اشخاصو سره اړینې مرستې هم ترسره کېدلې" (د عامې روغتیا دوکتور، کلیدي معلومات ورکونکی ۷).

٤ .ټولنیز او سلوکي بدلون

د خلکو تر منځ روغبړ او مخامخ اړیکې پیکه، غونډې، ودونو او جنازو ته تګ کم شو، ښوونځي او جوماتونه وتړل شول، له کوره کار او زده کړې او پر لیکه (آنلاین) زده کړو ته اوښتون د کرونا مهم ټولنیز بدلونونه دي، چې د کار او زده کړې په څرنګوالي اوږد مهاله اغېزې لري. ګڼ بنسټونه او ادارې لا تر اوسه هم دا موډلونه کاروي.

ځانبندۍ خلکو ته یوازېتوب راوړ چې منفي چلند، ناهیلي او زیانمنې ورسره وې، خو نور چلندي بدلونونه، لکه د روغتیا ساتنې زیاتوالی، لاس مینځل، ماسک کارول او ټولنیز واټن او د پاکوالي اړوند زده کړې د ویروس خپرېدو د اداره کولو لپاره اړین شول او لا هم د خوندیتوب په موخه کارول کېږي.

نقل قول: "د کرونا په لومړي کال کې په مسجدونو کې د خلکو شمېر (۹۰٪) کم شوی و، حتی د روژې په میاشت کې خلکو تراویح او په تراویحو کې د قرانکریم ختمونه هم پرېښي وو او د اختر مبارکۍ ورکولو ته هم خلک د خپلوانو کورونو ته نه ورتلل. ځینو خلکو په دوامداره توګه د مخ ماسکونه کارول چې دا کړنه هم په کلتوري ډول دېرى خلکو ته خوښوله" (کلیدي معلومات ورکونکی ۷).

"ودونه، فاتحې، خیراتونه، کلتوري ناستې او بنډارونه به یا ځنډول کېدل او یا به په وړه کچه وو، څکه ګاونډیانو او خپلوانو به هم له ورتګه ډار او ډډه کوله" (کلتوري شخصیت او مدني فعال، کلیدي معلومات ورکونکی ۱۰).

"د دفتر، ښوونځي او بازار بندېدو له کبله نر او ښځې کور کې ډېر وخت یو ځای تېرول، چې ددوی په ټولنیز ژوند یې مثبت اغېز درلود، خو ترڅنګ یې د کورني تاوتریخوالي پېښې هم زیاتې شوې" (طبي سرڅېړونکی، کلیدي معلومات ورکونکی ۱۱).

د شکمنو او ناروغانو سره توپیري چلند او له ډاره ډک سلوک د اړیکو پرې کېدو، ناروغ پالنې دود زیانمنېدو او کلتوري ارزښتونو ته سپکاوي تر درشله رسېدلی و، لاندې د ځینو ځواب ویونکو خپل اندونه دي:

"که څه هم د وبا پر مهال د خلکو د ګڼې ګونې او تګ راتګ کموالی یوه مثبته کړنه وه، خو ځینو په افراطي ډول دومره روحیه بایللې او ټولنیزې اړیکې پرې کړې وې، چې په جنازو او غمشریکیو کې یې هم ګډون نه کاوه" (د موضوع محوره ګروپي بحث یو ګډونوال).

«کله چې ناروغ وم، لابراتوار ته د وینې سمپل ورکولو لپاره لاړم چې ځینې معاینات وکړم، تکنیشن په داسې وضعیت رانه وینه واخیسته چې مناسب نه و، زه یې ډېر ژوبل کړم، ترڅو هغه ما سره نږدې تماس ونه لري».
نوموړی وایي: «کله چې له ناروغۍ ښه شوم، یو کلیوال مې راته ویل چې خبر شوی وم مریض (کرونا) یې، نو له لرې مې وکتلې خو لاړ مې درنه چېه کړه، وېرېدم چې له تا سره روغبړ به راته جنجال پیدا کړي» (درملپوه او د عامې روغتیا کارکوونکی، کلیدي معلومات ورکونکی ۱۲).

«دوه کټونه وو، موټر ډېر وو، یو وخت مې فکر شو چې زه په یو کټ کې یوازې ناست یم او په بل کټ کې څلور تنه دي، څکه زه د کرونا مشکوک ناروغ وم» [د موضوع محوره ګروپي بحث بل ګډونوال].

۵. ټکنالوژي او نوښت

د موندلو معلوماتو پر بنسټ دغه ناورین په ټکنالوژي او نوښت هم مثبتې او منفي اغېزې لرلې. مثبتې هغه یې د ډیجیټل روغتیایي، ښوونیز او نورو عامه خدمتونو لکه له لرې واټنه طبابت او برېښنایي روغتیایي پاملرنو، د آنلاین زده کړو آنلاین سوداګرۍ چټکه پرمختیا او همدارنګه د ټیمز، زوم، ګوګل میټ او فیسبوکي ډولو له لارې ناستې، پربکړې او کړنې تنظیمول د یادولو وړ دي. ډیټا راټولول او شننه یې هم د وبا په تعقیب او اداره کولو کې چټک او اسانه کړه. اړوندې اداري یې د زیربناو ټینګښت، مهارتونو لوړولو او پانګه اچولو ته ژمنې کړې. د

سکرین لیدلو د وخت زیاتوالي، ټکنالوژۍ او مصنوعي څیرکتیا کارولو سره روږدیتوب، د فزیکي کار، تمرین او اړیکو کمرنګه کیدل، د معلوماتو خوندیتوب او شخصي حریم په اړه اندېښنې او سایبر بریدونو ډېرېدل یې منفي اغېزې بللې شو.

"د وبا په کلونو کې میلیونونه کوچنیان د اړینو واکسینو نه بې برخې شول چې د دې تشې د ډکولو لپاره په نړیواله کچه د بیګ-کیچ اپ په نوم کړنلاري بحث او عملي شوې تر څو ضایع شوی فرصت بېرته اعاده کړي .... خو دا چې خلکو د موبایلونو یا تلویزیونو کتل زیات کړل، دې حالت په خپل ځای ډېرې ستونزې زېږولې. د بېلګې په توګه: چاغوالی/د فزیکي فعالیت کموالی، کورنیو دندو ترسره کولو کې ناغېږي، د دید ستونزې..."(د ملګرو ملتونو روغتیایي کارکوونکی، کلیدي معلومات ورکونکی ۸).

"په وبا کې د آنلاین فعالیتونو زیاتوالي د سایبر بریدونو شونتیا زیاته کړه. دې حالت موږ ته دا درس راکړ چې د ډیجیټل وسایلو امنیت ته باید جدي پام وشي، ترڅو خلک له زیانونو خوندي پاتې شي".(د معلوماتي ټکنالوژۍ متخصص استاد، کلیدي معلومات ورکونکی ۱۳).

٦.خپل منځي او د نړیوالو همکاري

"زموږ ولایت کې زما د معلوماتو له مخې، د پاندمي په پیل کې د ولایت، عامې روغتیا ریاست، امنیتي ادارو او ختیځ کې شته مؤسساتو له لورې یو ټیم جوړ شوی و چې ډېر تمرکز یې تورخم له لارې راستنېدونکو وګرو باندې و. هرې برخې خپل ډومین ته په کتلو خپل مسؤلیتونه لرل. البته د یاد ټیم د استازو شمېرې زموږ روغتون سره هم شریکې شوې وې، چې کولای مو شول د اړتیا پر مهال ورسره اړیکه ونیسو "(کلیدي معلومات ورکونکی ۲).

"مشورتي ګروپ د نړیوالو ادارو سره و، خو عملي مرسته هغوی هم څکه نه‌شوه کولای، چې پوره امکانات یې په واک کې نه وو او کله چې خلک د کرونا سره عادي شول، نو ځینې مواد بیا راورسېدل. ... موږ سره رسنیو ښه همکاري وکړله په خاصه توګه د انعکاس تلویزیون چې په منظمه توګه خپرونه یې درلوده او تول هغه کسان چې د کرونا د مخنیوي په پروګرام کې شریک و، هلته ورتلل او خپل معلومات یې د خلکو سره شریکول"(کلیدي معلومات ورکونکی ۳).

"د ډونرانو په مرسته په ځینو ولایتونو کې اکسیجن تولیدونکي دستګاوې جوړې شوې. د بېلګې په توګه په ننګرهار حوزوي روغتون کې د اکسیجن مرکزي سپلای سیستم د یو-ایس-اید په مالي ملاتړ جوړ شو. په ځینو روغتونونو کې اوس هم د یونیسف ادارې په ملاتړ د اکسیجن تولیدي دستګاو باندی کار روان دی" (د ملګرو ملتونو روغتیایي کارکوونکي، کلیدي معلومات ورکونکی ۸).

ویلای شو چې دې وبا د روغتیایي ناورین په مدیریت کې د خپل منځي همغږۍ، ښې مفاهیمې اونړیوالې همکارۍ اهمیت روښانه او د روغتیا نړیوالې ادارې هڅو د غبرګونونو په همغږۍ کې د پام وړ ونډه لرلې ده.

۷.چاپېريالي اغېزې

د ناروغۍ د مخنیوي په موخه یو ځل کاریدونکو لاس پوښونو، ماسکونو، لوښو او نورو توکو کارول زیات او د ورږ کړندود پرته ګندځایونو ته ورګډ، چاپیریال یې لا زیات ککړ او د ځمکې د مخ چټلېدو لامل شو. خو د قرنطین په دوران کې د انساني فعالیتونو کموالی، د موټرو، فابریکو او صنعت کارانو کمښت د ښاري سیمو هوا لږه ورپاکه کړه چې د چاپېريال لنډمهالې ګټې یې لرلې او د لادوامداره کړنلارو خپلولو شونتیا یې راوښودله.

"اکثره کورونه یې له مشراتو بې برخې او د ټرانسپورټ او ښاروالۍ اړوند ځانګې یې د ډېرو ننګونو سره مخ کړې، خو د دغو برعکس، د چاپیریال ککړتیا یې تر ډېره بریده راکمه کړه (کلیدي معلومات ورکونکی ۱۰، طبی سرڅېړونکی).

۸.راتلونکی چمتووالی

"د هرې ښې او بدې تجربې څخه ګټه اخیستل کېدلای شي د ناسمو تجربو د تکرار مخنیوی وکړي او ښې تجربې لا نورې زیاتې او ښې کړي"(کلیدي معلومات ورکونکی ۳).

پورته موندنې د اخیستل شویو درسونو په توګه د راتلونکو پانډمیک پېښو او ناورینونو پر وړاندې د چمتووالي او غبرګون مثال دی. د روغتیا پرمخ تلونکو سېستمونو جوړول، د نړیوالې همکارۍ ډاډمنول، طبي او ټکنالوژیکي څېړنې او نوښتونه او د عامې روغتیا د زیربناو ټینګول یې کلیدي ټکي دي.

د پالیسۍ اړخ کې د لارښود اسنادو شتون، بشپړتیا او ورته ژمنتیا، د اړوندو ډلو دنده او ونډه، رښتینې او ملاتړې څارنه، د کره شواهدو برابرول، د معلوماتو پر وخت کارول او خپرول او ګڼ ځانګیزه هر اړخیزه همکاري ځحول اړین ګڼل شوي، چې ورته پاملرنه په روغتیایي بېړني حالت کې د لا ګټورو پلي کېدو لامل کېږي.

د مهارونکو هڅو پر مهال د ناورین سمبالونکي بنسټ ودانۍ، تشکیل او د چارو مسلکي وړتیا، نادرملیزې سانتیزې او رغنیزې چارې او چلند او پروخت روغتیایي کړنې (تشخیص، د نږدې شویو یا شکمنو موندل او واکسین کول) تازه ساتل، د مهار او مخنیوي کړنلارو سره د خلکو اشنا کولو او را ښکېلولو لپاره په اسانه ژبه او پرله پسې کره، باوري او ښه معلومات خپرول خورا مهم او په ځانګړې توګه د ټولنیزو او خواله رسنیو له لارې باید د انفوډیمیک (چټک خپرېدونکو بې بنسټه او بېکاره معلوماتو) مخه ونیول شي.

مناقشه

کرونا هره ټولنه ژوره، ناوړه او په پراخه کچه اغېزمنه کړه، د ملي او نړیوالو سېستمونو ځواک یې وځپه او چینې یې ور وچې کړې، د څپاندې ناروغۍ د چټکې او پراخه خپرېدنې او ډېرې مړینې له کبله یې غمیزې وزېږولې، خو په ورته وخت کې یې د تابیا، تیارسئ، په وخت موندلو، لامل پېژندلو او چټک غبرګون ارزښت هم په ډاګه کړ. د ناورین مهارولو کې د روغتیایي بنسټونو هراړخیزه ځواکمنتیا، همغږې ښکېلتیا، د نړیوال ملاتړ اړتیا او د پوهاویزو اړیکو پراختیا د پام او پند وړ ټکي وو. روغتیایي تګلارو ته د لاسرسي او پایلو کې د پام وړ توپیرونه یې هم رابرسېره او د روغتیایي پالیسیو پر اړتیا یې ټینګار وکړ.
د پام وړ پند په توګه یې د نړیوالې او په کور دننه همکارۍ، برابر لاسرسي او همغږۍ ارزښت او د رسنیزو او رسونکو سمون متونکو کړیو/ځنځیرونو اړتیا پیاوړې او په ډاګه کړه .
د پانډیمیک کېدونکو میکروبي څپو راپورته کېدا او د تمې خلاف چټکې خپرېدا ګواښ او وېره هره شېبه شته. د کرونا د ګنو پرله‌پسې بدلېدونکو ویروسي بڼو د تکامل او خپرېدو څپې چې په بې ساري ډول له تمې پورته وې، د واکسین، مخکښې اتتان یا مونوکلونال انتي باډي په ترڅ کې د جوړ معافیت څخه د بچ کېدو ځواک یې په تدریجي توګه لوړېده، د کرونا ناروغۍ پورتنې روغتیایي بدلونونه ثابت کړل او د راتلونکي لپاره باید د ځان ژغورنې تابیا ورته ولرو (۱۵).

څومره چې پرمخ ځو، د پالیسۍ تنظیمولو، روغتیا ژغورونکو کړنو او پوهاویزو اړیکو اړوند دندې هر ناورین ته د چمتووالي په پړاو کې د تابیا او د وبا په دوران کې د غبرګون د بریا کیلي ده، ترڅو په چټکۍ او ځیرکۍ سره وکارول شي او د ځراغ په توګه د غمیزو شنډولو، ټولنیز ملاتړ غځولو او ټول‌ګډونه ټولنې جوړولو او هوسا ژوند تېرولو په بهیر کې راسره وي(۱۰).

بې سارې ګډوډي، بې روزګاري، پانګوال او ښوونیز خنډ او خنډ او نورې ټولنیزې نادودې او نابرابرۍ د ډول ډول غمیزو لامل او چارواکي اړ شول چې د مالي او ټولنیزو ستونزو کمولو لپاره نوې او په ټکنالوژۍ سنبال کړنلارې ومومي(۱٦)، لکه له لرې واټن څخه کار، د ډیجیټل ټکنالوژۍ او مصنوعي ځیرکتیا کارولو چټکه پرمختیا، چې ژوند او د کار کولو څرنګوالي ته یې بدلون ورکړ، دا یې هم وښودله چې پوهنیز بنسټونه کولای شي نړیوال اغېزناک ساینسي پرمختګونه، بشریت ته ګټور نوښتونه او برلاسو څېړنو پر مټ، د برابرې او ګټورې برخې اخیستنې له لارې، د راتلونکو نسلونو لپاره د روغتیا او پانګونې ثبات ساتنه، چټکه تصمیم نیونه او نړیواله مخکښي لا پیاوړې کړي. په ټوله نړۍ کې نا درملیزې رغنیزې کړنې وکارول شوې، چې په بې سارې کچه یې د خلکو په سلوک کې چټک بدلونونه رامینځته کړل.

پایله اخیستنه

زموږ د موندنو له مخې د روغتیایي ناورینونو د مخنیوي او پر وړاندې یې د چمتووالي لرلو لپاره د عامې روغتیا د سرویلانس د معلوماتو راټولول، د اړوندو خواو ترمنځ یې د کارولو په موخه په وخت شریکول، د ادارو او نړیوالو همکاریو ښه والی او د شواهدو جوړول، د آګاهانه پالیسۍ جوړولو هغه مهم ټکي دي چې باید د چمتووالي په پړاو کې تر سره شي، د ناورین تر پېښېدو د مخه مو وینې او د بېړني حالت پېښېدو پر مهال مو چټک غبرګون ته ډاډمن او چمتو وساتي.

د هر اړخیزو او پراخو روغتیایي کړنلارو پلي کولو لپاره خپله بودیجه او تشکیل، د روغتیایي خدمتونو ښه تنظیم او ورته برابر

لاسرسي ډاډمنول د روغتیایي پاملرنو برابرولو په بهیر کې د پام وړ دي. د دې سربېره د رڼو، اغېزناکو او روحیه بخښونکو پیغامونو خپرول، د اړیکو نیولو د ګټورو سیستمونو کاري ساتلو او د ځار سیستمونه پیاوړي کول هم باید له پامه ونه غورځول شي.

وړاندیزونه

۱. د عامې روغتیا بنسټیز جوړښتونه (زیربنا) خورا مهم دي. کرونا وبا د پیاوړې، انعطاف منونکې روغتیایي پاملرنې سیستمونو اړتیا روښانه کړه. د روغتیایي پاملرنې بنسټیز جوړښتونه، ټکنالوژي او کاري ډله کې پانګونه د راتلونکي چمتووالي لپاره اړینه ده.

۲. د وبا چمتووالی: حکومتونه او سازمانونه د وبا پر وړاندې، د چمتووالي اړوند روښانه او پلي کېدونکو پلانونو ته اړتیا لري. په‌دې کې د اړینو روغتیایي توکو زېرمه کول، د غبرګون ستراتېژیو جوړول او د راتلونکي عامه روغتیا بېړنیو حالتونو لپاره د بوره تمویل ډاډ ترلاسه کول شامل دي.

۳. د ټولنیز مسؤلیت لوړول، د ټولنې ملاتړ او د توپیرونو کمول باید لومړیتوب وي.

اخځلیکونه

1. Burke, S., Parker, S., Fleming, P., Barry, S., & Thomas, S. (2021). Building health system resilience through policy development in response to COVID-19 in Ireland: From shock to reform. The Lancet Regional Health - Europe, 9, 100223. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100223
2. Mathieu E, Ritchie H, RodفsGuirao L, et al. Coronavirus Pandemic (COVID-19). Our World in Data. Publ. Tạp Chک Y Học Việt Nam, 527(2). https://doi.org/10.51298/vmj.v527i2.5865
3. World Health Organization. (2024). COVID-19 cases | WHO COVID-19 dashboard. Datadot. https://data.who.int/dashboards/covid19/cases
4. Contreras, S., Iftekhar, E. N., & Priesemann, V. (2023). From emergency response to long-term management: the many faces of the endemic state of COVID-19. The Lancet Regional Health - Europe, 30, 100664. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100664
5. World Health Organization. 2022e. Global tuberculosis report [accessed 2023 Aug 8]. Available from: https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022.
6. HIV.gov. (2023). HIV and AIDS Epidemic Global Statistics. HIV.gov. https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/global-statistics/
7. World Health Organization. 2022. World malaria report [accessed 2024 Mar 13]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240064898.
8. World Health Organization. 2023. Fact sheet: dengue and severe dengue [accessed 2024 Mar 13]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue

9. ECDPC. 2022. Risk of severe pressure on healthcare systems due to RSV, flu and COVID-19 co-circulation [accessed 2023 Aug 2]. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/risk-severe-pressure-healthcare-systems-due-rsv-flu-and-covid-19-co-circulation
10. Collins, T., Akselrod, S., Bloomfield, A., Gamkrelidze, A., Jakab, Z., & Placella, E. (2020). Rethinking the COVID-19 Pandemic: Back to Public Health. Annals of Global Health, 86(1). https://doi.org/10.5334/aogh.3084
11. Nelson, C., Lurie, N., Wasserman, J., & Zakowski, S. (2007). Conceptualizing and Defining Public Health Emergency Preparedness. American Journal of Public Health, 97(Supplement_1), S9–S11. https://doi.org/10.2105/ajph.2007.114496
12. Auf der Heide, E. (2006). The Importance of Evidence-Based Disaster Planning. Annals of Emergency Medicine, 47(1), 34–49. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2005.05.009
13. Bradbury-Jones, C., Breckenridge, J., Clark, M. T., Herber, O. R., Wagstaff, C., & Taylor, J. (2017). The state of qualitative research in health and social science literature: a focused mapping review and synthesis. International Journal of Social Research Methodology, 20(6), 627–645. https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1270583
14. Halcomb, E. J., & Davidson, P. M. (2006). Is Verbatim Transcription of Interview Data Always necessary? Applied Nursing Research, 19(1), 38–42.
15. Wang, Q., Iketani, S., Li, Z., Liu, L., Guo, Y., Huang, Y., Bowen, A. D., Liu, M., Wang, M., Yu, J., Valdez, R., Lauring, A. S., Sheng, Z., Wang, H. H., Gordon, A., Liu, L., & Ho, D. D. (2022). Alarming antibody evasion properties of rising SARS-CoV-2 BQ and XBB subvariants. Cell, 186(2). https://doi.org/10.1016/j.cell.2022.12.018
16. Hooper, M. W., Nعpoles, A. M., & PـفrezـStable, E. J. (2020). COVID-19 and Racial/Ethnic Disparities. JAMA, 323(24), 2466–2467. https://doi.org/10.1001/jama.2020.8598

Research Article

Lessons Learnt from Health Disasters

Senior Teaching Assistant Sahibzada Zalmai[1], Kamran Abdulillah,[2] Awab Habib Rahman[3], Awab Ghulam Rahim[4]
[1,2]Faculty of Medical Sciences, Nangarhar University, Nangarhar Afghanistan
[3]Department of Public Health, Faculty of Medicine, Afghan Islamic International University
[4]Khyber Medical University, Peshawar Pakistan

Article History
Received: 06/Jan/2025
Accepted: 02/Feb/2025
Published: 21/10/2025
Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords
- Corona
- Health Response
- COVID-19
- Emergency
- Health Disaster

***Corresponding Author**
Senior Teaching Assistant Zalmai Sahibzada
E-mail: nuth.1234.ngr@gmail.com
Contact: +93 (0) 787737919

Abstract

Learning from past disasters ensures prevention, containment and resilience of the next disaster. Preparedness for health disasters, with the help of collaborative work, research and innovation between academic, health and development institutions and communities, ensures that awareness is rapid, efforts are strong, resources are ready, diagnosis is rapid, treatment is effective, vaccines and essential equipment are reliable, distribution is fair and access to those in need is easy. For effective preparedness, the review of the response process to past disasters must be done within the framework of the rotating wheel of anticipation, response and recovery. The past Corona disaster has deeply affected every aspect of society, forced reconstruction and is a unique example, a source of lessons and a set of lessons for responding to any other health disaster. It has also committed governments at the global level to reconsider the strengthening of public health and has also challenged social norms. We, who are always affected by disasters, must draw lessons and lessons learned from the response of the people, the government, and especially the health sector to COVID-19 and use them in the preparation process. This descriptive qualitative study uses semi-structured interviews with government officials, health workers, critically ill COVID-19 patients, civil society activists, national and public figures, systematic review of previous literature, and triangulation of researcher observations to develop thematic analysis of the lessons learned from the crisis. This descriptive study examines the use of professional guidelines, international and domestic. The importance of comprehensive cooperation, equal access and coordination within the country was highlighted. In addition, the need for media and technological public awareness, dissemination of clear and inspiring messages, maintenance of effective communication systems and strengthening of monitoring systems was also highlighted. National budget and structure, good organization of health services and ensuring equal access to them are significant in the process of providing health care.

څېړنیزه مقاله

په افغانستان کې د څښاک ناپاکو اوبو اړوند روغتیایي ننګونې

پوهنمل بختیار نیازی[1] او نوماند پوهنیار نجیب الله حضرت زی[2]

[1,2] کیمیا څانګه، ښوونې او روزنې پوهنځی، لغمان پوهنتون، لغمان - افغانستان

د مقالې تاریخچه

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۷/۲۸

د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۰۹/۱۸

د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹

کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دویم ګڼه: لومړۍ

بنسټیز ټکي

- اقتصادي اغېزې
- فاضله مواد
- پاکوالی
- ناروغي
- پوهاوی
- ککړتیا
- روغتیا

مسؤل لیکوال

پوهنمل بختیار نیازی

برېښنالیک: b.niazi786@gmail.com

ګرځنده شمېره: +93 (0) 78 5271876

لنډیز

په افغانستان کې د څښاک اوبو د پاکوالي نه شتون یوه جدي او پراخه روغتیایي ستونزه ده، چې د وګړو ژوند ته، په ځانګړي ډول په کلیوالي سیمو کې چې د ناپاکو اوبو کارول په کې د ګڼو خطرناکو ناروغیو د خپرېدو لامل ګرځېدلي، لوی ګواښ پېښوي. له دې ناپاکو اوبو څخه د ګټې اخیستنې له امله خلک د نس ناستې، کولرا او ټایفاید په څېر ناروغیو سره مخ کېږي، چې ماشومانو او کمزورو وګړو ته سخت زیان رسوي. د روغتیا نړیوال سازمان (۲۰۲۳ ز) او یونیسف (۲۰۲۴ ز) په راپورونو کې راغلي چې شاوخوا ۶۰ سلنه افغانان له ککړو اوبو څخه ګټه اخلي، چې دا په ټوله کې د ماشومانو او زړو خلکو روغتیایي وضعیت لا خرابوي. د افغانستان اوږدمهاله ستونزو لکه جګړې، کمزوري اقتصاد او د چاپیریال ناسم مدیریت د اوبو ککړتیا ستونزه، په ځانګړي ډول په هغو سیمو کې چې پاکو اوبو ته لاسرسی نشته، نوره هم ژوره کړې ده. د فاضله موادو ناسم مدیریت او د روغتیایي تأسیساتو نه شتون د دې ستونزې اصلي عوامل ګڼل کېږي. دا مقاله په افغانستان کې د اوبو ککړتیا له امله د رامنځته کېدونکو روغتیایي اغېزو، د ناروغیو د خپرېدو لاملونو او د دې ستونزې د حل پر لارو چارو تمرکز کوي. د څېړنې پایلې ښیي چې که د اوبو تصفیه، د فاضله موادو مناسب مدیریت او د عامه پوهاوي پروګرامونه ترسره شي، د ناروغیو مخنیوی او د خلکو د روغتیایي وضعیت ښه کول ممکن دي او دا اقدامات د دې ستونزې په حل کې خورا مثبت اغېز کولای شي.

سریزه

په افغانستان کې د څښاک پاکو اوبو نه شتون یوه له جدي روغتیایي او ټولنیزو ننګونو څخه ده، چې د خلکو ژوند او روغتیا ته مستقیم زیان رسوي. د روغتیا نړیوال سازمان (WHO) او یونیسف (UNICEF) راپورونه ښیي چې په دې هېواد کې د اوبو ککړتیا د ناروغیو، په ځانګړي ډول نس ناستې، کولرا او ټایفاید، د خپرېدو لوی لامل ده چې ماشومانو او ضعیفو وګړو ته جدي ګواښونه رامنځته کوي (۱،۱۲،۱۵). د روغتیا نړیوال سازمان د ۲۰۲۳ز کال راپورونه څرګندوي چې د اوږدمهاله جګړو، اقتصادي کمزورتیا او اقلیمي بدلونونو له امله د افغانستان د اوبو ډېری سرچینې ککړې شوې دي، چې په کلیوالي او ښاري سیمو کې د روغتیایي ستونزو زیاتوالي لامل شوي دي (۶،۱۳،۱۷).

د افغانستان اوږدمهاله جګړو نه يوازې اقتصـاد لا کمزوري کولو سربېره، د ژوند لپاره اساسي سرچينې لکه اوبه هم ککړې کړي دي، چې دا د خلکو روغتيايي حالت نور هم خرابوي. د عامې روغتيا وزارت په خپل کلني راپور کې يادونه کړې چې په افغانستان کې د اوبو پاکوالي تـه پوره پاملرنه نه کول د ناروغيو زياتېدو سبب شوې او د فاضله موادو ناسم مديريت د اوبو د ککړتيا لوی عامل دی. د اوبو ککړتيا سره د نس ناستې او کولرا په څېر ناروغۍ زياتې شوي او په ځانګړي ډول په هغو سيمو کې جدي ستونزې رامنځته کوي، چې اوسېدونکي يې پاکو اوبو ته لږ لاسرسی لري (۹،۱۲،۱۵،۱۸).

سربېره پر دې، د اقليمي بدلونونو له امله د وچکالۍ کچه په دې سيمو کې لوړه شوې او خلک اړ شوي ناخوندي اوبه وکاروي، چې دا چاره د تغذيې، تعليم او روغتيايي خدماتو لپاره لوی خنډونه رامنځته کوي. د اقليمي بدلون، وچکالۍ شدت او د هوا زياتېدونکي حرارت له امله د افغانستان د اوبو کموالي او ککړتيا ته زيات ګواښ پېښ شوی دی، چې دې حالت د روغتيايي وضعيت او د ماشومانو پر تغذيه او تعليمي پرمختګ ژور منفي اغېز کړی دی (۵،۶،۱۶،۲۴).

پراخو څېړنو او راپورونو د افغانستان د اوبو ککړتيا ستونزه په تفصيل سره توضيح کړې او په ځانګړي ډول د ناروغيو د خپرېدو لاملونه او ټولنيز اغېز يې په هېواد کې د روغتيايي، تعليمي او ټولنيزو ننګونو په توګه وړاندې کړي دي. د روغتيا نړيوال سازمان (WHO)او يونيسف (UNICEF) په خپلو راپورونو کې په کلکه يادونه کړې چې د ناپاکو اوبو کارول په افغانستان کې د وژونکو ناروغيو د خپرېدو يو بنسټيز لامل دی. د ښځينه پاکو اوبو کمښت د کولرا، نس ناستې او ټايفايډ په څېر ناروغيو د زياتوالي سبب شوی، چې په ځانګړي ډول په کليوالي سيمو کې جدي ستونزې رامنځته کوي (۱۲،۱۵،۲۴).

د ۲۰۲۳ز کال راپورونه څرګندوي چې د وچکالۍ او اقليمي بدلونونو له امله په افغانستان کې د اوبو سرچينو کموالی او ککړتيا زياتې شوې دي، چې نه يوازې د خلکو روغتيا ته زيان رسوي، بلکې د ماشومانو د تغذيې او تعليمي پرمختګ لپاره جدي ننګونې هم رامنځته کوي. د WHO د راپورونو له مخې شاوخوا ۳۵ سلنه روغتيايي تأسيسات د پاکو اوبو له اساسي سرچينو څخه بې برخې دي، چې دا سلنه د ناروغيو د خپرېدو ګواښ زياتوي (۹،۲،۱۵).

د عامې روغتيا وزارت او د چاپېريال ساتنې اداري راپورونه په ډاګه کوي چې په افغانستان کې د اوبو د تصفيه کولو او د فاضله موادو مناسب مديريت ته جدي اړتيا ده او د دې لپاره نړيوالې مرستې او پرمختللې لارې چارې اړينې دي (۵،۷،۱۱). د يونيسف د معلوماتو پر بنسټ د ټولنيزو بدلونونو او روغتيايي حالت د ښه والي لپاره د تصفيه شويو اوبو د چمتو کولو سيستمونه بايد پراخه شي او د دې ترڅنګ د عامه پوهاوي پروګرامونه اړين دي، چې خلک وکولای شي د پاکو اوبو په اړه لازمه پوهه ترلاسه کړي او له ناروغيو څخه خپل ځان او کورنۍ وساتي (۱۶،۱۸،۱۹). په لنډه توګه ويلای شو چې د اوبو ککړتيا او د فاضله موادو ناسم مديريت د افغانستان د اوبو سرچينې له جدي ګواښ سره مخامخ کړي دي. د دې ستونزې د حل لپاره پراخ اقدامات، لکه د عامه پوهاوي پروګرامونه او د اوبو تصفيه کولو د سيستمونو پراختيا اړين دي، ترڅو د خلکو روغتيا او د هېواد د پرمختګ لپاره يو خوندي چاپېريال رامنځته شي. د نړيوالو سازمانونو راپورونه څرګندوي چې د اوبو تصفيه، د فاضله موادو مناسب مديريت او د اقليمي بدلون پر وړاندې هڅې کولای شي د دې روغتيايي ننګونو په حل کې ګټور وي (۵،۷،۱۵،۱۸،۲۴).

د دې مقالې موخه دا ده چې په افغانستان کې د څښاک اوبو د ناپاکۍ ستونزه په ژوره توګه وڅېړي او د دې ستونزې له امله رامنځته شوې روغتیایي ننګونې روښانه کړي. همدارنګه، مقاله د ناپاکو اوبو له امله د ناروغیو د خپرېدو لاملونه تشریح کوي او د عملي حل لارې چارې یې وړاندې کوي. مقاله به په ځانګړې توګه په دې تمرکز وکړي چې څنګه د اوبو تصفیه، د فاضله موادو مدیریت او د عامه پوهاوي زیاتول کولای شي په افغانستان کې د اوبو پاکوالي ښه کولو او د ناروغیو مخنیوي لپاره بنسټیز ګامونه وي.

مواد او کړنلاره

د څېړنې عمومي ډیزاین

په دې څېړنه کې د څښاک اوبو پاکوالي په اړه د افغانستان د ککړو اوبو اغېزې او ستونزې د کمي او تشریحي څېړنې له لارې ارزیابي شوي دي. په څېړنیز ډیزاین کې د WHO ، یونیسف او د افغانستان د عامې روغتیا وزارت د راپورونو پر بنسټ د ناروغیو او روغتیایي وضعیت جزیي تحلیل او تشریح شامل دي. د دې ډیزاین هدف دا دی چې د ککړو اوبو روغتیایي اغېزې، د فاضله موادو مدیریت او د اوبو د پاکوالي اړتیا تشریح کړي.

د ډیزاین وړتیا

د دې ډیزاین وړتیا په دې کې ده چې د څېړنیزو پوښتنو لپاره دقیق ځوابونه وړاندې کوي. څېړنیزې پوښتنې چې د څښاک ناپاکو اوبو، د ناروغیو خپرېدو او د اوبو د ککړتیا پر ستونزو تمرکز کوي، په دې ډیزاین کې د مستندو راپورونو او احصایوي معلوماتو پر بنسټ تحلیل شوي دي، چې د اړتیا وړ پوښتنو ته د قناعت وړ ځوابونه ورکوي.

د څېړنې نفوس، نمونه او د نمونې اخیستنې طریقه

په دې څېړنه کې د کلیوالي سیمو هغه کورنۍ او روغتیایي مرکزونه د څېړنې تر پوښښ لاندې دي چې د ناپاکو اوبو کارونه یې د ناروغیو سبب ګرځېدلې ده. د نفوس اندازه د WHO او یونیسف د راپورونو په حواله ټاکل شوې، چې د افغانستان د کلیوالو سیمو لویه برخه په کې شامله ده. د نمونې اخیستنې طریقه د منظمې نمونې یا مستند راپورونو پر بنسټ ترسره شوې، چې په کې هغه راپورونه شامل دي چې د ککړو اوبو اغېزې یې مستندې کړې دي.

د لابراتواري پروسیجرونو تفصیل

په دې څېړنه کې لابراتواري معلومات او پروسیجرونه د WHO او یونیسف د څېړنو او شته راپورونو پر بنسټ لیکل شوي دي. هر راپور کې د اوبو د کیفیت جزیات، لکه د PH او ککړتیا اندازه او د ناروغیو خپرېدو په اړه معلومات شامل دي. د شته لابراتواري معلوماتو پر بنسټ د اوبو د پاکوالي اړتیا تشریح شوې ده.

د احصایوي تحلیل پروسیجر

په دې څېړنه کې د احصایوي تحلیل لپاره د WHO او یونیسف راپورونه او د هغوی په شته احصایوي ماډلونو تمرکز شوی. احصایوي تحلیل د شته راپورونو پر بنسټ ترتیب شوی، ترڅو د ککړتیا او ناروغیو ترمنځ اړیکه په مستند ډول وښيي.

اخلاقي معیارونه

په دې څېړنه کې ټول اخلاقي اصول په پام کې نیول شوي او ټول معلومات د علمي او اخلاقي اصولو له مخې راټول شوي دي. د معلوماتو محرمیت او د منابعو د دقیقې کارونې اصول په جدي توګه په پام کې نیول شوي دي.

پایله او مناقشه

دا مقاله د افغانستان د ښناک اوبو د ککړتیا او د هغې د روغتیايي اغېزو په اړه د موجوده څېړنو پر بنسټ د معلوماتو تحلیل او ارزونه وړاندې کوي. په دې برخه کې د موجوده څېړنو پایلې پرتله او ارزول شوي دي، ترڅو روښانه کړي چې څرنګه اوبو ته د کافي لاسرسي نه شتون د خلکو پر روغتیا منفي اغېز کوي او د ناروغیو د خپرېدو لامل کېږي.

د روغتیا نړیوال سازمان (WHO) او یونیسف راپورونه په ډاګه کوي چې په افغانستان کې له ناپاکو اوبو څخه ګټه اخیستل، په ځانګړي ډول په کلیوالو سیمو کې، چې پاکو اوبو ته لاسرسی پکې نسبتاً محدود دی، د ګڼو ناروغیو د خپرېدو مهم لامل ګڼل کېږي(۱۲،۱۵). ددې مقالې تحلیل هم ورته پایلو ته رسېدلی، چې د ناروغیو لکه نس ناستې، کولرا او ټایفاېډ کچه د اوبو د ککړتیا له امله لوړه ده. دا پایلې د ګاونډیو هېوادونو لکه پاکستان او هند له ورته څېړنو سره هم همغږي لري(۴،۶).

د یونیسف او UNDP راپورونو له مخې اقلیمي بدلونونه او اوږدمهاله وچکالي د افغانستان د اوبو ککړتیا او کمښت لوی عوامل دي، چې د روغتیايي وضعیت په خرابېدو کې جدي اغېز لري (۱۳،۱۶). د دې راپورونو سره سم، د فاضله موادو ناسم مدیریت د اوبو سرچینې لا ډېرې زیانمنوي، چې په نتیجه کې یې د ماشومانو او ضعیفو وګړو روغتیا ته ګواښونه زیاتوي. د دې مقالې په تحلیل کې هم څرګنده شوې چې د فاضله موادو ناسم مدیریت د اوبو سرچینو د ککړتیا لوی لامل دی، چې د یادو راپورونو سره یو شان پایلې وړاندې کوي(۵،۱۸).

شاخص	احصایوي معلومات	څرګندونه
د ناپاکو اوبو سرچینې	٦٥٪	د فاضله موادو ناسم مدیریت د څمکنیو اوبو د ککړتیا لوی لامل دی، په خانګړي ډول په کلیوالي سیمو کې(۱۳،۱٦).
د فاضله موادو سیستمونه	۴۵٪ضعیف	په ښارونو او کلیوالي سیمو کې د فاضله موادو سیستمونه کمزوري دي، چې د اوبو ککړتیا او روغتیایي ستونزې زیاتوي (۵،۱۸).
اقلیمي بدلون اغېزې	د وچکالۍ کچه لوړه شوې ده	اقلیمي بدلون او اوږدمهاله وچکالۍ د اوبو سرچینې کمې کړي، چې د ککړتیا کچه یې زیاته کړې ده(۱۳،۱٦).
د ماشومانو روغتیایي ګواښونه	لوړ	د ناپاکو اوبو له امله د ماشومانو روغتیایي وضعیت خراب شوی، چې د ماشومانو لپاره د جدي ګواښ لامل ګرځېدلی (۵).

۱- جدول: د احصایوي راپورونو او شته معلوماتو پر بنسټ د اقلیمي بدلون او د فاضله موادو د ناسم مدیریت اغېزې په افغانستان کې د اوبو د ککړتیا په اړه څرګندوي.

د څېړنیزو پایلو محدودیتونه او راتلونکي امکانات

په دې مقاله کې د راپورونو له ارزونې څخه څرګندېږي چې د اوبو د ککړتیا دقیقه احصایوي اندازه‌اخیستنه لاهم په ډېره ښه توګه نه‌ده ترسره شوې او د دې لپاره اضافي څېړنې اړینې دي. WHO او UNICEF د راپورونو له مخې وړاندیز کوي چې د اوبو پاکوالي لپاره باید د تصفیې سیستمونه پراخه شي او د عامه پوهاوي پروګرامونه پیل شي [۹،۱۷]. د مقالې تحلیل هم پر همدې ټکو ټینګار کوي او دا وړاندیز کوي چې د اوبو د پاکولو لپاره دې پراخه او دوامداره حل لارې پرمخ یوړل شي.

په ټوله کې دا مقاله د افغانستان د اوبو ککړتیا د اغېزو او حل لارو لپاره د موجوده څېړنو پایلې او څېړنیزې ارزونې سره پرتله کوي. په مقاله کې وړاندې شوې پایلې د نړیوالو راپورونو سره همغږې دي او د موضوع په اړه د علمي ژورتیا او د حل لارو لپاره نوي بینشونه وړاندې کوي.

شاخص	د څېړنې پایلې	د نړیوالو راپورونو سره همغږي	نوي افکار
اوبو ککړتیا	په افغانستان کې د اوبو ککړتیا د ناروغیو لوړې کچې سره تړاو لري	WHO او UNICEF راپورونه د اوبو ککړتیا او ناروغیو ترمنځ اړیکه تائیدوي.	د اقلیمي بدلون او جګړې اغېز
فاضله موادو مدیریت	د فاضله موادو ناسم مدیریت د ککړتیا اصلي لامل دی.	نړیوالې ادارې د فاضله موادو د سم مدیریت اړتیا څرګندوي.	د فاضله موادو نوي مدیریت لارې چارې
د عامه پوهاوي اړتیا	د عامه پوهاوي د نه شتون له امله له ناپاکو اوبو څخه ګټه اخیستل دوام لري.	نړیوالې ادارې د عامه پوهاوي د اړتیا وړاندیز کوي.	د پوهاوي پروګرامونو اغېزمنتیا
د روغتیایي وضعیت اغېز	د ککړو اوبو له امله د روغتیایي ستونزو زیاتوالی	WHO راپورونه د ناپاکو اوبو او روغتیایي ستونزو اړیکه ښیي	د ماشومانو او ضعیفو وګړو اغېزمنتیا

۲- جدول: د څېړنې پایلې او د نړیوالو راپورونو سره همغږي

پایله اخیستنه

په افغانستان کې د څښاک پاکو اوبو نه شتون یوه جدي او پراخه ستونزه ده، چې د وګړو ژوند ته لوی ګواښ پیښوي. له دې ناپاکو اوبو څخه د ګټې اخیستنې له امله وګړي د نس ناستې، کولرا او ټایفایډ په څېر ناروغیو سره مخ کېږي. د فاضله مواد ناسم مدیریت او د روغتیایي خدماتو د وړاندې کوونکو تأسیساتو نه شتون د دې ستونزې اصلي عوامل ګڼل کېږي.

وړاندیزونه

۱. د تصفیه شویو اوبو د چمتو کولو سېستمونه باید پراخه شي.

۲. د څښاک اوبو او روغتیا ساتنې په برخو کې باید پانګونه وشي.

۳. د پاکو اوبو په اړه د لازمې پوهې ترلاسه کولو په موخه باید د عامه پوهاوي کچه لوړه شي.

۴. د فاضله موادو مناسب مدیریت ډېر اړین دی.

اخځلیکونه

1. Afghan National Statistics and Information Authority. Annual environmental and water report 2022. Kabul: NSIA; 2022.

2. Afghanistan Water Authority. Annual water report 2022. Kabul: AWA; 2022.

3. Afghanistan's Environmental Protection Agency. Water pollution and solutions 2023. Kabul: AEPA; 2023.

4. Global Health Observatory. Water quality and public health in Afghanistan. 2022.

5. Health and Human Rights Journal. Water, sanitation and health in Afghanistan. 2022.

6. Human Rights Watch. Afghanistan's water scarcity and health impact. 2021.

7. International Rescue Committee. Water and health crisis in Afghanistan. 2023.

8. Médecins Sans Frontières. Waterborne diseases and crisis in Afghanistan. 2021.

9. Ministry of Public Health, Afghanistan. Annual report on health and sanitation. 2023.

10. Oxfam International. Clean water and health: The case of Afghanistan. 2021.

11. Save the Children. Water and child health in Afghanistan. 2022.

12. UNICEF Afghanistan. Access to safe drinking water in rural areas. 2022. Available from: https://www.unicef.org

13. United Nations Development Programme. Afghanistan's water crisis and solutions. 2021.

14. World Bank. Water resource management in Afghanistan. 2020.

15. World Health Organization. Water quality in Afghanistan. 2023. Available from: https://www.who.int

16. UNICEF. Afghanistan Humanitarian Situation Report: 1-31 August. 2024. Available from: https://www.unicef.org

17. World Health Organization. Afghanistan Health Emergency Appeal. 2024. Available from: https://cdn.who.int

18. UNICEF Afghanistan. End-of-Year Humanitarian Situation Report. 2023. Available from: https://www.unicef.org

19. UNICEF. Water, sanitation and hygiene (WASH) initiatives. 2024. Available from: https://www.unicef.org

20. United Nations. Progress on household drinking water, sanitation and hygiene: Special focus on gender. 2023. Available from: https://data.unicef.org

21. WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme. Progress on WASH in Afghanistan. 2023. Available from: https://www.unwater.org

22. UNICEF Afghanistan. WASH on the Brink. 2023. Available from: https://www.unicef.org

23. United Nations Development Programme. Afghanistan's Environmental Crisis. 2021. Available from: https://www.undp.org

24. World Health Organization. Health impact of waterborne diseases in Afghanistan. 2023. Available from: https://www.who.int

25. UNICEF Afghanistan. Humanitarian Response in Afghanistan. 2024. Available from: https://www.unicef.org

Research Article

Health Challenges Related to Contaminated Drinking Water in Afghanistan

Senior Teaching Assistant Bakhtiar Niazi[1], Najibullah Hazrat Zai[2]

[1,2]Department of Chemistry, Faculty of Education, Laghman University, Laghman-Afghanistan

Article History

Received:19/Oct/2024

Accepted:8/Dec/2024

Published: 21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords

- Impact
- Health
- Economic
- Waste Management
- Purification
- Pollution
- Awareness
- Diseases

***Corresponding Author**

Senior Teaching Assistant Bakhtiar Niazi

E-mail:b.niazi786@gmail.com

Contact: +93 (0) 78 5271876

Abstract

The lack of clean drinking water in Afghanistan poses a serious and widespread health threat, particularly in rural areas where contaminated water has become a major source of dangerous diseases. Consumption of unsafe water exposes people to illnesses such as diarrhea, cholera and typhoid, which severely affect children and vulnerable populations. Reports from the World Health Organization (WHO) and UNICEF indicate that approximately 60% of Afghans rely on polluted water sources, further deteriorating the health conditions of children and the elderly. Afghanistan's long-term challenges, including war, a weak economy and poor environmental management, have exacerbated water contamination issues, especially in areas with limited access to clean water. Improper waste management and the absence of proper sanitation facilities are considered primary contributing factors. This paper focuses on the health impacts caused by water pollution in Afghanistan, the reasons behind disease outbreaks and potential solutions to address this crisis. Research findings suggest that implementing water purification systems, proper waste management and public awareness programs can significantly help prevent diseases and improve public health. These measures could play a crucial role in mitigating the water contamination crisis.

مقاله تحقیقی

سطح مصرف مواد مخدر: چالش ها، فرصت های وقایوی و کنترول آن

پوهنمل عبدالقهار صمیم
[۱] دیپارتمنت ثقافت اسلامی، پوهنځی شرعیات، پوهنتون البیرونی، کاپیسا، افغانستان

تاریخچه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۸/۲۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۳
تاریخ نشر: ۱۴۰۴/۰۷/۲۸۹
سال: ۱۴۰۴ هـ.ش جلد: ۲ شماره: ۱

نقاط اساسی

- اعتیاد
- فرصت های کنترول
- مواد مخدر
- سطح مصرف
- فرصت های وقایوی

نویسنده مسؤل

پوهنمل عبدالقهار صمیم
ایمیل: samimabdulqahar@gmail.com
شماره تماس: 707616675 (0) 93+

چکیده

مواد مخدر یکی از پدیده های بحث بر انگیز در جهان معاصر است و مصرف آن تـأثیرات عمیق روی ابعاد حیات بشر داشته، دارد وخواهد داشت. در بعد فردی، مصرف مواد مخدر صحت و سلامتی افراد را با مشکلات مواجه نموده است. در بعد اجتماعی، مصرف مواد مخدر با داشتن رابطه مستقیم بر جرایم و جنایات سنگین سبب بروز معضل های مختلف اجتماعی، ارتکاب جرایم، ضعف دولت ها و عقب ماندگی کشورها گردیده است و در بعد بین المللی قاچاق مواد مخدر از مرز دولت ها فراتر گذاشته است. امروز بازار سیاه مافیای هیچ مرزی را در جهان به رسمیت نمی شناسد و برمبنای ماهیت فرا مرزی آن هیچ دولتی نمی تواند بر این بازار ها دست یابد. از آنجای که شناخت دقیق سونامی اعتیاد درافغانستان برای جلوگیری از آن قابل أهمیت است، هدف این تحقیق شناسایی دقیق سطح مصرف مواد درافغانستان، چالشها، فرصت های وقایوی و فرصت های کنترول آن است. در این تحقیق از روش تحلیلی توصیفي از نوع مطالعه موردی توام با تهیه وتحلیل جداول برای تبین آمار مصرف کنندگان وسطح مصرف مواد مخدر استفاده گردیده است.

مقدمه

مواد مخدر یک پدیده‌ی جهانی و پیچیده‌ی است، این پدیده طی سالها (1390 -1399) هزینه‌های سنگینی را بر افراد، خانواده ها و دولت افغانستان تحمیل نموده است و در شرایط امروزی در کنار بحران محیط زیستی، بحران هسته‌ی، بحران مهاجرت، بحران فرار قشر تحصیل کرده و بحران های خاور میانه یکی از مهم‌ترین بحران‌های تهدیدکننده بشر و پر سودترین تجارت بازار سیاه در منطقه است.

اگر بر اساس فرصت‌های وقایوی پیش آمده امروز با این پدیده شوم صادقانه، قاطعانه ومدبرانه مبارزه صورت نگیرد، میلیون ها انسان دیگر را به گونه تدریجی به کام مرگ کشانیده و تأثیرات منفی را روی جوانب مختلف سیاسی، اجتماعی، اخلاقی

و اقتصادی می‌گذارد. اسلام به عنوان آخرین پیام الهی آسان ترین راه جلو گیری و مبارزه با مواد مخدر وملحقات آن را برای پیروانش این گونه تبین نموده است، هر چه در این جهان به منفعت و مصلحت بشر باشد از قبیل: خوردنی‌ها، نوشیدنی‌ها وکشیدنی ها، پوشیدنی‌ها... بهره بردن، تولید وتجارت آن حلال است، و هر چه به ضرر و زیان بشر باشد، بهره گیری، زرع، تولید وتجارت آن حرام است، وبا متخلفان آن برخورد شرعی وقانونی صورت می گیرد، خداوند می فرماید: «وَ يُحِلُّ لَهُمُ الطَّيِّبَاتِ وَ يُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ الْخَبَائِثَ »(سورة الاعراف:۱۵۷). پاکیزه ها را برای آنها حلال می‌شمرد، ناپاکها را حرام می گرداند.

فرصت های کنترول و راه‌های جلوگیری مؤثر مواد مخدر، مخدرات و تمام مشتقات آن بر عقل، جسم، روح، روان، دین، اقتصاد، اخلاق واجتماع انسانی ضرر وارد می کند، مطابق دستور فوق هر مضر در قاموس اسلام حرام است و دولت مندان مکلف اند جلو تولید، قاچاق و مصرف اشیایی مضر را در جامعه اسلامی بگیرند ومتخلفان را به پنجه قانون اسلام وار گذار نماین.. هدف این تحقیق شناخت دقیق آمار مصرف کنندگان، میزان مصرف مواد مخدر درافغانستان، چالش‌ها، فرصت‌های وقایوی وفرصت‌های کنترول و را های مؤثر جلوگیری از آن است.

روش تحقیق

دراین تحقیق بیشتر روی تحقیقات نهاد های معتبر ملی و بین المللی که طی ده سال أخیر (۱۳۹۰-۱۳۹۹) با همکاری وزارت صحت عامه و وزارت مباره با مواد مخدر افغانستان در مورد آمار معتادان مواد مخدر انجام داده بودند، تمرکز صورت گرفته است. این آمار را طی یک جدول حاوی شاخص های معین ازقبیل تعداد مصرف کنندگان طی سالهای مختلف، اوسط مصرف کنندگان، حد اوسط مصرف فی نفر، میزان مصرف روزانه، ماهانه وسالانه مشخص نمودم، از خلال این جدول اوسط تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر را بدست آوردیم، سپس مصرف فی نفر معتاد را در روز به افغانی بدست آورده، این مبلغ را ضرب تعداد اوسط معتادان نمودیم و در نتیجه، مصرف روزانه، ماهانه و سالانه مواد مخدر را در افغانستان واضح نمودیم. علاوه بر آن چالش‌های مواد مخدر را شناسایی نموده، فرصت های وقایوی وراه های حل و کنترول آن بیان گردیده.

طرح تحقیق

در این تحقیق از روش تحلیلی توصیفی از نوع مطالعه موردی استفاده گردیده است، البته این تحقیق مشتمل بر چکیده، مقدمه، روش تحقیق، تاریخچه مصرف مواد مخدر در افغانستان، سطح مصرف مواد مخدر، یافته های تحقیق، چالش های استفاده از مواد مخدر، فرصت‌های وقایوی وفرصت های کنترول از آن، مناقشه، نتیجه گیری، پیشنهادات و منابع می باشد.

اندازه نمونه و تخنیک نمونه گیری

در این تحقیق از روش جدول برای اندازه نمونه و تخنیک نمونه گیری از مایکروسافت ایکسیل استفاده گردیده است، بطور مثال سطح مصرف مواد مخدر را در ده سال اَخیر را (۱۳۹۰ الی ۱۳۹۹) درافغانستان مورد بررسی قرار دادیم، سپس در روشنی تحقیقات نهادهای معتبر داخلی وخارجی تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر را طی این ده سال به طور جداگانه به ترتیب سال ها در جدول گجانیدیم ومجموعه مصرف کنندگان را تقسیم ده سال نمودیم، اوسط مصرف کنندگان را بدست اوردیم، سپس اوسط مصرف روزانه فی نفر مصرف کننده مواد مخدر را در تعداد اوسط مصرف کنندگان ضرب زدیم، مصرف روزانه، ماهانه وسالانه را بدست آوردیم که تفصیل آن درجدول است.

یافته های تحقیق

تاریخچه مواد مخدر در افغانستان

تاریخچه کشت مواد مخدر درافغانستان حد اقل به سال (۱۱۰۰م) بر می‌گردد و استفاده از تریاک نیز سابقه طولانی دارد. درافغانستان سه دسته از مصرف کنندگان تریاک وجود دارد:

مصرف کنندگان سنتی: این گروه به صورت تاریخی وقدیمی از تریاک برای تسکین درد وخواب آوری استفاده می کردند. این روند منجر به اعتیاد دائمی آنها گردیده است. به گونه مثال: جمعیتی ازمصرف کنندگان تریاک مدت ها است که در دهلیز واخان بدخشان (اشکاشم، زیباک، شغنان و غاران) وجود داشته ودارد.

مصرف کنندگان مدرن: این قشر اغلباً جوانان شهر نشین اند که از طریق شبکه های قاچاق مواد مخدر به هیرویین ویا سایر مواد مخدر معتاد می شوند.

مصرف کنندگان پناهنده: این قشر بنا بر اسباب مختلف به عنوان پناهنده و مهاجر به خارج از کشور (به ویژه ایران) سفر می کنند، در آنجا معتاد شده و در أثر اخراج مهاجران یا رضایت خویش دوباره به کشور بر می گردند، یا به خانه های خود وابسته می باشند ویا در جاده ها ، پارک ها و قبرستان ها زندگی می کنند.

در این اواخر مصرف مواد مخدر از حالت سنتی به مواد مصنوعی (هیروئین، مورفین و شیشه) تبدیل شده است. تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر طی یک دههی گذشته به صورت تصاعدی افزایش یافته است و براساس تازه ترین آمار رسمی، حدود (۲,۵) میلیون مصرف کننده مواد مخدر در سراسر کشور وجود دارد(۱).

مفهوم مواد مخدر

تعریف لغوی مخدرات: واژه «مُخَدِّر» اسم فاعل و از فعل (خدَّرَ) ماخوذ گرفته شده است، این واژه عربی و مفرد است و جمع آن مخدِّرات می باشد. از لحاظ واژه شناسی به معنای هوش رُبا، گیج کننده، خواب آور، مسکن، سست کننده و هر ماده‌ی که باعث رخوت، خواب و سستی اعصاب شود مانند تریاک، هیروئین، کوکائین افیون و ... دارای ویژگی تخدیر کننده (۲).

تعریف اصطلاحی مخدرات: علامه قلعجي مي‌گويد: «كُلُ مَا يُورِثُ فُتُوراً وَ إستِرخَاءً مَلحُوظِينِ فِي اليَدَنِ »(۳) هر آن چیزی که باعث بی حالی وآرامش قابل ملاحظه‌ی در بدن شود مخدر است.

دانشمندان علم طب میگویند: «هر نوع ماده گیاهی یا کیمیاوی که حاوی عناصر خواب آور، آرام بخش یا سست کننده باشد، برای مقاصد غیر پزشکی مورد استفاده قرار گیرد، بدن را دچار بی حالی، فعالیت سیستم بدن، اعصاب مرکزی، دستگاه تنفسی ودستگاه گردش خون را فلج کند و منجر به اعتیاد دائمی گردد مخدر است»(۴).

خلاصه: «هر مادهٔ طبیعی ویا کیمیاوی که استفاده آن موجب تعییر در کار کرد طبیعی مغز شود، این تغییرات می تواند به صورت تغییر در خواب، اشتها، به صورت هیجان، افسردگی، عصبانیت، یا اختلال در قضاوت وشعور را نشان دهد مخدر نامیده می شود».

سطح مصرف مواد مخدر در افغانستان

گرچه در مورد میزان مصرف مواد مخدر درافغانستان هیچ تحقیق علمی دقیق از لحاظ کمی وکیفی صورت نگرفته است، که بتواند سطح مصرف مواد مخدر را در افغانستان به گونه علمی، دقیق و به دور از دغدغه های سیاسی و تهدیدات باندهای مافیای مواد مخدر واضح سازد، اما برخی از تحقیقات نهاد های معتبرملی و بین المللی وگزارش پایگاه های خبری در ده سال أخیر سطح بلند مصرف مواد مخدر را در افغانستان نشان می دهد. این میزان در جدول ذیل با تفکیک سال، آمار مصرف کنندگان، سطح مصرف مواد مخدر در روز، ماه و سال، نهاد های تحقیق کننده، منابع تهیه کننده، گزارش وسایت‌های نشرکننده مشخص شده است.

مصارف سالانه مواد مخدر (افغانی)	مصارف ماهانه مواد مخدر (افغانی)	مصارف روزانه مواد مخدر (افغانی)	حد اوسط مصرف فی نفر به افغانی در یک روز	اوسط تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر	تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر	سالها	منبع
33408000000	2784000000	92800000	40	3220000	یک میلیون نفر	۱۳۹۰	(۵)
					1.3 میلیون نفر	۱۳۹۱	(٦)
					یک میلیون نفر	۱۳۹۲	(۷)
					1.6 میلیون نفر	۱۳۹۳	(۸)
					1.6میلیون نفر	۱۳۹٤	(۹)
					سه میلیون نفر	۱۳۹۵	(۱۰)
					3.6 میلیون نفر	۱۳۹٦	(۱۱)
					سه میلیون نفر	۱۳۹۷	(۱۲)
					3.5 میلیون نفر	۱۳۹۸	(۱۳)
					3.6 میلیون نفر	۱۳۹۹	(۱٤)
سی وسه ملیارد وچهار صد وهشت میلیون افغانی	دو میلیارد وهفصد وهشتاد وچهار میلیون افغانی	نود دو میلیون وهشتصد هزار افغانی	چهل افغانی مصرف روزانه یک معتاد	دو میلیون سه صد بیست هزارافغانی	مصارف		

جدول (۱) سطح مصرف مواد مخدر طی سال های (۱۳۹۰-۱۳۹۹) درافغانستان

جدول فوق طبق تحقیقات نهاد های معتبر داخلی و خارجی طی ده سال أخیر (1390 - 1399) در مورد مصرف کنندگان مواد مخدر در افغانستان ترتیب گردیده است. تحقیقات فوق نشان می‌دهد که حد اقل مصرف کنندگان مواد مخدر یک میلیون و حد اکثر (۳,٦) میلیون است، مجموعه ارقام مصرف کنندگان مواد مخدر را تقسیم ده سال نموده حد اوسط مصرف کنندگان

مواد مخدر دو میلیون سه صد بیست هزار بدست می آید. اگر ما فرض کنیم یک معتاد به طور میانگین روزانه چهل افغانی مواد مخدر مصرف می کند، چهل افغانی در ۲۳۲۰۰۰۰ ضرب نمایم،۹۲۸۰۰۰۰۰ نود دو میلیون هشصد هزار افغانی مصرف روزانه مواد مخدر معتادان می شود، اگر این مبلغ را در ۳۰ روز ضرب نمایم،۲۷۸٤۰۰۰۰۰۰ دو میلیارد وهفصد وهشتاد وچهار میلیون افغانی مصرف ماهانه مواد مخدر می شود، و اگر این مبلغ را ضرب دوازده ماه یا ۳٦۰ روز نمایم،۳۳٤۰۸۰۰۰۰۰۰سی وسه ملیارد وچهار صد وهشت میلیون افغانی مصرف سالانه مواد مخدر درافغانستان می شود.

در مورد تحقیقات فوق چند نقطه قابل عطف است:

اول - آمار فوق شامل مصرف کنندگان دائمی و وقفه ی مواد مخدر است، فیروز الدین فیروز وزیر صحت عامه افغانستان در گزارش سال (۱۳۹۷) گفت: «از میان سه میلیون تن افراد معتاد در افغانستان، (۱,٤) میلیون نفر به گونه اعتیاد دائمی و (۱,٦) میلیون دیگر به صورت وقفه ی و تفریحی از مواد مخدر استفاده می نمایند(۱۵).

دوم - این آمار شامل مصرف کنندگان داخلی وخارجی است، به این مفهوم که (۳,٦) میلیون معتاد شامل افغان ها مهاجر در خارج از کشور به ویژه ایران وپاکستان نیز می گردد، تمام این معتادان در افغانستان نمی باشند.

سوم - این آمار شامل مصرف کنندگان شهرها ورستاها واطلفال افغانستان می گردد، همانگونه ی که در گزارش (۲٦/حمل/ ۱۳۹٤) نهاد بین المللی مبارزه با مواد مخدر و تنفیذ قانون وزارت خارجه آمریکا با همکاری وزارت‌های صحت و مبارزه با مواد مخدر افغانستان آمده است: "نتایج سروی شهری و قریه‌جات افغانستان نشان می‌دهد که میزان استفاده از مواد مخدر در سطح ملی به (۱۱) درصد رسیده و یکی از بالاترین ارقام در سطح جهان است. میزان استفاده از مواد مخدر در قریه‌جات افغانستان سه برابر بیشتر ازاستفاده‌کنندگان در مناطق شهری است. براساس یافته‌های این سروی، ۱۳ درصد جمعیت روستاها، پنج درصد جمعیت شهر ها و نه درصد کودکان زیر سن ۱۵ سال افغان از یک یا چند نوع مواد مخدر استفاده می‌کنند"(۱٦).

چالش‌های ناشی از مصرف مواد مخدر

بدون شک مصرف مواد مخدر افغانستان به خاطر سه دهه جنگ، از بین رفتن زیرساخت‌ها، شیوع بی‌سوادی وکم - سوادی، قدرت روز افزون باندهای مافیایی قاچاق موادمخدر، عدم اراده قاطع دولت (وقت) در ریشه‌کن نمودن مواد مخدر در کشور، عدم توجه به برنامه‌های راهبردی دینی و درمانی و تداوی معیاری چالش ها و مشکلات بزرگ و اضرار و تبعات گوناگونی

را برای کشور ما به بار می آورد. برخی از این چالش‌های قرار ذیل است:

۱. چالش‌های دینی مصرف مواد مخدر: مصرف مواد مخدر بزرگترین صدمه را بر سرمایه حقیقی انسان و معیار تکالیف شرع و دستگاه تعقل و خرد ورزی که عقل است وارد می کند و با زوال عقل رابطه انسان با پروردگار قطع گردیده و منجر به ترک ارکان اسلام می گردد، زیرا دیگر او مخاطب شرع نیست، نه تنها عبادت اش قابل پذیر نیست، بلکه رفتن به مسجد هم برایشان مجاز نیست، {لَا تَقْرَبُوا الصَّلَاةَ وَأَنْتُمْ سُكَارَى}(نساء:۴۳). در حال مستي به نماز نزدیک نشوید.

مخدرات با انواعش مستی و نشه آور است و در حکم شراب اند، همانگونه‌ی که رفتن شرابی به مسجد ممنوع است، به همین منوال رفتن پودری ونشه‌ی هم ممنوع است زیرا قداست عبادت، مسجد را زیر سوال می برند و درعالم مستی و بهوشی نماز هم نمی شود.

از همین رو الله متعال شراب را پلید وعمل شیطانی وبزرگترین مانع عبادات وطاعات می داند، ومخدرات هم با علت مشترک شان بزرگترین مانع عبادت وبندگی است. خداوند جل جلاله می‌فرماید: إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَن يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَن ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ الصَّلَاةِ فَهَلْ أَنتُم مُّنتَهُونَ (مائده:۹۱). ترجمه: بی گمان شیطان می خواهد تابه وسیله شراب و قمار دشمنی و نفرت را میان شما ایجاد کند، وشما را از ذکر خداوند واز نماز باز دارد، پس آیا شما از این اعمال ناشایسته اجتناب نمی کنید.؟!(۱۷).

۲. چالش‌های صحی مصرف مواد مخدر: مصرف مواد مخدر منجر به اختلالات جدی جسمی و روانی در زندگی بشر میباشد. خداوند بشر را از نعمت صحت و عافیت برخور دار نموده و او را موظف گردانیده تا خود را از اشیای موذی و مضر حفظ نماید. فرموده است: ﴿وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ﴾ [البقرة: ۱۹۵].«و خود را به هلاکت نیندازید».

مصرف مواد مخدر یکی از مهلک ترین خطر ها است، زیرا هیچ خطر مهلک تر از خطر زوال عقل، متأثر شدن روح و روان انسان بوده نمی تواند، برخی از چالهای بهداشتی مصرف مواد مخدر قرارذیل است:

الف- ضعف سلول‌های مخچه: مسلم است‌که مخچه فرمانده عصب دهلیزی است و همان است که انسان را قادر می‌سازد تا در وقت ایستادن تعادل خود را حفظ کند، و توانایی ثبات و حرکت داشته باشد(۱۸).

ب- التهاب (سوزش) اعصاب گوناگون: کار گروهی از اعصاب این است که جسم را به حرکت درآورده و احساس‌های او را از پوست وجسم به سلول‌های دستگاه عصبی انتقال می‌دهند(۱۹).

ج- سوزش بلعوم: سببش آن است که میکروب‌هایی که در دهان موجوداند، از ضعف مقاومت معتاد، بهره برداری کرده بر او هجوم می‌آورند و در نتیجه سوزش بلعوم پدید می‌آید که گاهی سبب مرگ قرار می‌گیرد (۲۰).

د- سرطان مجرای طعام (مری): استعمال مواد مخدر منتهی به سوزش دایم در مری می‌شود و این سوزش سبب اصلی سرطان مجرای طعام است(۲۱).

هـ- بزرگ شدن طحال: استعمال مواد مخدر سبب بزرگی طحال می‌شود، به گونه‌ی‌که در اثر ناخوشی و کم کاری جگر، چندین برابر حجم اصلیش قرار می‌گیرد، وآن باعث خون‌ریزی شدید بواسیر می‌شود(۲۲).

و - التهاب مجرای بولی: استعمال مواد مخدر سبب التهاب مجاری ادرار و پدیدآمدن دردهای شدیدی مشابه با دردهای سنگ کلیه میباشد(۲۳) .

ز - عقامت وضعف جنسی: مصرف مواد مخدر تاثیرات منفی بالای شخص معتاد دارد، از یک طرف سبب عاجز شدن عمل جنسی و از سوی دیگر هم باعث عقامت دائمی می‌گردد(۲۴).

۳. چالش‌های اجتماعی مصرف مواد مخدر: مصرف مواد مخدر مشکلات گوناگونی را همراه دارد که باعث بر هم خوردن نظام اجماعی در جامعه می‌گردد. برخی از آنها قرار آتی است:

الف - مصرف مواد مخدر سبب بلند رفتن گراف جرایم در جامعه می‌گردد، زیرا استعمال مواد مخدر زمینه های ارتکاب جرم و جنایت را برای افراد معتاد مساعد می سازد، زیرا هواس آنها پرت است، به هرکار زشتی دست می‌زنند، درنتیجه امنیت جانی ومالی شهروندان از بین می رود.

ب - استعمال موادمخدر اثرات بد وخطرناکی بر وضعیت معیشت، امنیت، آموزش و اخلاق اجتماع می گذارد.

ج - مصرف موادمخدر منجر به پدید آمدن فرزندان ضعیف و ناقص الخلقة به دنیا می شود که جامعه را به چالش بزرگ می کشاند.

د - مصرف مواد مخدر سبب کثرت وقوع طلاق و از هم پاشیدگی خانواده ها می‌گردد، این بزرگترین صدمه بر پیاکر نظام اجتماعی در جامعه است.

هـ - مصرف مواد مخد وسیلهٔ اعتیاد افراد یک خانواده وجامعه می گردد، وقتیکه یک فرد درخانواده ویا جامعه معتاد شود، بقیهٔ افراد خانواده وجامعه را به سوی این وبای خان‌ومان سوز کشانده شوند، رسول خدا فرموده است: «كُلُّ مَوْلُودٍ يُولَدُ عَلَى الْفِطْرَةِ، فَأَبَوَاهُ يُهَوِّدَانِهِ أَوْ يُنَصِّرَانِهِ أَوْ يُمَجِّسَانِهِ»(۲۵). هر نوزاد بر دین فطری به دنیا می‌آید، باز پدر و مادرش هستند که او را یهودی یا نصرانی (مسیحی) یا مجوس بار می‌آورند.

و - مصرف مواد مخدر سبب افزایش فساد اخلاقی در جامعه می‌گردد، زیرا وقت که معتاد از بدست آوردن مواد از راه‌های درست عاجز بماند، مجبوراً دست به تن فروشی می زند(۲٦).

۴. چالش های اقتصادی مصرف مواد مخدر: مواد مخدر اعم از افیون، چرس، هیروین، سگرت وغیره راه را برای تلف و بربادی مال هموار می سازد. خداوند بندگانش را از اسراف باز می‌دارد: «إِنَّ الْمُبَذِّرِينَ كَانُوا إِخْوَانَ الشَّيَاطِينِ وَكَانَ الشَّيْطَانُ لِرَبِّهِ كَفُورًا» (اسراء:۲۷). اسرافکاران برادران شیطان هایند و شیطان همواره نسبت به پروردگارش ناسپاس بوده است.

بر اساس تحقیقات بالاحد اوسط تعداد معتادان مواد مخدر دو میلیون سهصد وبیست هزار نفر می رسد، اگر این تعداد حد اقل در روزی ۱۰ افغانی مصرف مواد مخدر نمایند، مصرف روزانه آنها بیست وسه میلیون ودو صد هزار افغانی می شود، مصرف ماهانه آنها ٦۹٦میلیون افغانی می شود ومصرف سالانه آنها هشت ملیارد وسهصد و پنجاودو میلیون افغانی می شود. در کنار این مصارف دو میلیون وسهصد وبیست هزار نیروی بشری از کار و فعالیت باز می‌استد، این بزگترین صدمه بر پیکر اقتصاد جامعه است، دومیلیون و سهصد و بیست هزار فامیل نان آور خانواده خود را از دست می دهند. اگر با مصرف مواد مخدر مصرف نصوار، سگرت و چرس هم علاوه کنید، ببنید چقدر زیانی اقتصادی به کشور وارد می‌گردد.

فرصت های وقایوی کنترول مصرف مواد مخدر: راه ها و فرصت های زیاد برای مبارزه با مواد مخدر در کشور ما وجود دارد، دولت مردان می توانند با استفاده از این راهکارها برای از بین بردن کشت، تولید، مصرف و قاچاق مواد مخدر اقدام نمایند.

برای کنترول، وقایه، جلوگیری و مبارزه با مواد مخدر در افغانستان، دو بهترین و مؤثرترین روش ها وجود دارد:

۱. وقایه وپیش‌گیری : برای پیش‌گیری از مصرف، زرع، تولید وقاچاق مواد مخدر سه روش وجود دارد:

الف - اصدار فتاوی واحد علمی از طریق نهاد های رسمی مبنی بر تحریم مواد مخدر ومشتقات آن: بهترین روش مبارزه با مواد مخدر در کشور اصدار فتاوی مبنی بر تحریم مصرف، تولید وقاچاق مواد مخدر از طریق مراجع علمی ورسمی افغانستان، بخصوص از طریق قرمان أمیر المومنین است، وقتی‌که برای مسلمانان ابلاغ شود که مصرف مواد مخدر و مشتقات آن از

طریق خوردن، نوشیدن، بلعیدن، تدخین و تزریق وریدی وعضلانی است، به همین منوال کشت، تولید و قاچاق مواد مخدر از نظر اسلام حرام است، زیرا ملت افغانستان ملت مجاهد، متدین، معتقد، متسمک، متعهد و وفادار به دین است، و در عین حال وقتی که تحریم مصرف مواد مخدر ومشتقات آن، زرع وتولید و تجارت و قاچاق مخدرات با تمام انواع به گونه درست برای شان واضح داده شود، قطعاً مسلمانان حق را می پذیرند و برای همیشه با ین پدیده الوداع می گویند، و دیگر برای خود اجازه نمی دهند برخلاف دین، قرآن، اسلام و پیامبر صلی الله علیه وسلم حرکت نمایند، زیرا درک می کنند که اسلام تمام خوبی های دینا وآخرت را برای شان می خواهد، هیچ‌گاه به زیان آنها دستور نمی دهد و تمام مواد های سمی، زهری، مضره، هوش ربا و سست کننده را به خاطر اضرار و مفاسد جسمی، روانی، فردی و اجتماعی، اخلاقی و اقتصادی حرام قرار داده است.

گرهمی خواهی مسلمان زیستن

نیست ممکن جز به قرآن زیستن

خلاصه اینکه اگر امروز مسلمان به مفهوم واقعی الله جل جلاله را به عنوان پروردگار و پیامبر صلی الله علیه وسلم را به عنوان پیشوا، قرآن کریم به عنوان کتاب رهنما، سنت رسول الله صلی الله علیه وسلم را به عنوان تفسیر قرآن کریم و اسلام را به عنوان دین و آئین هدایتگر اسمانی وناسخ ادیان دیگر می پذیرند، باید بدون چون وچرا از کشت، زرع، تولید وقاچاق ومصرف مواد مخدر دست بر داشته وخود را در چوکات اسلام برابر سازند، همین مفهوم مسلمان بودن است، همان طور که خداوند متعال میفرماید: {وَمَا كَانَ لِمُؤْمِنٍ وَلَا مُؤْمِنَةٍ إِذَا قَضَى اللَّهُ وَرَسُولُهُ أَمْرًا أَنْ يَكُونَ لَهُمُ الْخِيَرَةُ مِنْ أَمْرِهِمْ } (احزاب /۳۶) وقتی خدا و پیامبرش به چیزی فرمان دادند، برای هیچ مرد و زن مومنی شایسته نیست که از خود اعتراض و اختیاری داشته باشند. اسلام نظام اطاعت وفرمانبرداری است بس.

ب - نهادینه ساختن نیروی ایمان درمیان مسلمانان: امروز تحقیقات نشان داده است، یکی از مؤثر ترین روش تربیت، اصلاح و تغیر در زندگی انسان‌ها نیروی ایمان است، پس اگر ایمان درمیان مسلمانان به مفهوم واقعی نهادینه گردد، دیگر مشکل در جوامع اسلامی باقی نمی ماند، مسلمانان با کمال میل، ایمان و اعتقاد، تمام تعالیم دین مقدس اسلام بدون چون و چرا می پذیرند، نظام الهی را در زندگی خود عمل می نمایند، از دستورات الهی در تمام جوانب زندگی پیروی می نمایند، وهیچ گونه ضرر متوجه شان نخواهد شد؛ زیرا هر آنچه که به ضرر انسان باشد یا احتمال ضرر را داشته باشد الله سبحانه

وتعالی آن را ممنوع وحرام قرار داده است، بدون شک نهادینه ساختن نیروی ایمان تأثیر عمیقی بر روند تنفیذ اوامر الله و اجتناب از نواهی او در زندگی مسلمانان دارد. تاریخ شاهد است مردم عصر زمان جاهلیت قبل از اسلام بیشتر از امروز معتاد به شراب بودند، اما وقتی که ندای ملکوتی از بالای هفت طبقه آسمان طنین انداز شد و صدای { .. فَاجْتَنِبُوهُ ...}" از نوشیدن شراب بپرهیزید" به گوش مسلمانان رسید، فوراً مسلمانان بدون مسؤلیت گریزی، بهانه تراشی و شانه خالی کردن به ندای الله لبیک گفتند و از نوشیدن شراب دست بر داشتند، و با کمال احترام به فرمان خداوند رحمان به مشک‌ها و خم‌ها را در کوچه های مدینه ریختند و شراب مانند خون در کوچه های مدینه جریان داشت و تا چندین روز بوی شراب به مشام عام وخاص می رسید، این بزرگترین تحول و نمونه انقیاد و فرمانبرداری واقعی در تاریخ اسلام است(۲۷).

درحالی‌که بزرگترین طاغوت ودولت مقتدر جهان دولت امریکا هم خواست ممنوعیت شراب را طی سال های (۱۹۱۹) الی (۱۹۳۳) تجربه کند، برای ممنوعیت شراب از درج آن به عنوان اصلاحیه هجدهم در قانون اساسی وتصویب قانون مستقل تحت نام «قانون منع مشروبات الکلی » در مجلس نمایندگان آغاز نمودند، بعد از تصویب این قانون برای اجرایی آن از تمام وسائل و دستگاه‌های دولت استفاده نمودند، تمام نیروهای هوایی، زمینی ودریایی را برای جلوگیری از تهیه، استفاده و قاچاق شراب توظیف نمودند، تمام تشکیلات دولت حمایت از این قضیه کردند؛ از نویسندگان، تا روزنامه نگاران، سینماها، سخنرانی‌ها، رسانه‌ها و برنامه‌های رادیوی همه و همه تبلیغاتی را برای مبارزه با شرابخوری و بیان زیان‌های آن را راه اندازی نمودند. طبق آمار داده شده، جمع مبالغی که دولت آمریکا برای تبلیغات علیه شرابخواری طی این مدت هزینه کرد، بر شصت میلیون (۶۰,۰۰,۰۰۰) دالر می‌رسد. تعداد اوراق کتاب‌ها، مجلات و روزنامه‌های نشر شده برای تبلیغات بر ده بیلیون (۱۰,۰۰,۰۰۰,۰۰۰) صفحه می‌رسید. هزینه‌هایي که دولت آمریکا برای اجرای قانون منع مشروبات الکلي در طول مدت (14) سال متحمل گردید، بر (۶۰۰) میلیون دالر می‌رسید. در طی این مدت سیصد نفر اعدام، (۵۳۲۳۳۵) نفر زندانی، مبلغ (۳,۸۴۰,۰۰۰) دالر جریمه اخذ وبه ارزش (۹۶,۹۶۰,۰۰۰) دالر املاک مصادر گردید. با این همه تلاش ها دولت امریکا نتوانست جلو مصرف شراب ، تولید و قاچاق آن را بگیرد، سرانجام دولت آمریکا در سال (۱۹۳۳) مجبور شد قانون منع مشروبات الکلي را لغو و انواع مشروبات الکلي را بدون هیچ قید و شرطي آزاد اعلام کند(۲۸).

از این مقایسه کوچک می توانیم به خوبی موثریت نیروی ایمان را مشاهده نمایم، بایک کلمه «فاجتنبوه»، بدون اعمال قوه قهریه، مصرف پول واستخدام نیروی بشری برای همیشه از مصرف شراب، تجارت شراب دست بر می دارند. اگر امروز هم

نیروی ایمان درمیان مسلمانان به معنای واقعی نهادینه گردد، به یقین گفته میتوانیم، نیروی ایمان همان توانای ومؤثریت را دارد که مومنان را به ترک مصرف مخدرات ومشتقات آن واشته و از مصرف، تولید، کشت وقاچاق آن برای همیش باز دارد.

ج- اصلاح وتأدیب از طریق تطبیق مجازات: سومین راه مبارزه با مواد مخدر اصلاح وتأدیب از طریق تطبیق مجازات حدود بالای مصرف کنندگان، تولیدکنندگان ومافیای مواد مخدر است. این شیوه هم یکی از شیوه های مؤثر برای اصلاح نفس های کج اندیش و منحرف در شریعت اسلامی است، تا آنعده مسلمان نما های که خود را مسلمان میخوانند ولی از مصرف، کشت وقاچاق مواد مخدر دست برنمی دارند، از طریق اجرای حدو الهی، جلو آنها را گرفته به راه راست دوباره برگردانیده شوند. زیرا شریعت اسلامی برای حراست از مقاصد خویش دو راه را انتخاب نموده است:

الف- حراست از مقاصد شریعت از طریق مثبت: ادای عبادات، انجام قربات و تطبیق احکامات الهی حافظ بقای مقاصد دین از طریق مثبت است.

ب- حراست مقاصد شریعت از طریق منفی: تنفیذ وتطبیق حدود وتعزیرات سبب حفظ وحراست از مقاصد وشعایر اسلام از طریق منفی است. اشخاص وجود دارد که اصلاً توجه به حلال وحرام را ندارند، هر قسم بخواهند از مسکرات و مخدرات ومشتقات آنها استفاده می‌نمایند، پس باید چنین انسان‌های قدر ناشناس تادیب شوند تا خود را اصلاح نمایند، از همین جهت دسته بزرگ از علماء مانند ابن حزم، ابن حجر الهیتمی ومتاخرین علمای مذهب احناف میگویند: عقوبت ومجازات مخدرات مساوی با عقوبت شراب (٤٠) دره است، زیرا همانگونه از لحاظ حکم، مخدرات به سبب نشه واسکار به شراب قیاس شده و حرمت خود را از شراب می گیرد، به همین منوال درباب مجازات هم به مجازات شراب قیاس شده حکم عقوبت را هم از شراب کسب می کند(٢٩).

٢. علاج وتداوی: با وجود وقایه و پیش‌گیری از مصرف مواد مخدر اگر افراد به اعتیاد روی آوردند، راه معقول جلوگیری از ادامه مصرف مواد مخدر از نظر اسلام و طب علاج و تداوی است.

الف - گزینش مکان مناسب: تداوی اشخاص معتاد در کوچه وپس کوچه‌ها ممکن نیست، بلکه باید مکان مناسب و جدا از معتادان دیگر تحت مراقبت جدی طبیبان علاج و تداوی شوند. بهترین مکان مناسب ایجاد شفاخانه های معتادین است.

ب - تغذیه مناسب: در جریان تداوی تغذیه مناسب برای تقویت جسمی معتادان لازمی و ضروری است تا از طریق این نوع غذا مریضان درست تغذیه شوند و این عمل در ترک اعتیاد مواد مخدر کمک نماید.

ج - تداوی تدریجی: علاج و تداوی معتادان باید به گونه تدریجی صورت گیرد، به این مفهوم که به یک بارگی از مصرف مواد مخدر منع نشوند، بلکه در مصرف مواد مخدر کاهش به میان بیاید، آهسته آهسته تا به مرحله صفری برسد، همین روش مستنبط از قرآن کریم است، زیرا تمام احکام اسلام به گونه تدریجی نازل شده است، تعیین عقوبت جریمه زنا، تحریم شراب، تحریم سود وتشریع فریضه روزه وغیره به گونه تدریجی نازل شده اند. امثال ذکرشده درحقیقت تعلیم برای امت است که شما هم باید در تطبیق نظام الهی و قوانین کشور داری و جلوگیری حرکت های نادرست جامعه و تطبیق اصول ترسیمی تان تدریج را در نظر بگیرید، همین طبیعت بشر است، مسائل حلال وحرام، مجاز وغیرمجاز را به گونه تدریجی می‌پذیرد و عملی می کنند، اما به شکل یکبارگی آماده پذیرش نیستند، نمی‌باشند و بعضاً در توانشان هم نمی باشد و به جای مصالح مفاسد آن بیشتر می باشد.

مناقشه

تجارب تاریخی نشان می دهد به جز تهادینه ساختن باور های دینی درمیان مسلمانان، هیچ روش مؤثر دیگری برای مبارزه با مواد مخدر واعتیاد وجود ندارد، نه معیشت بدیل و نه اشتغال زایی؛ زیرا این گونه افراد به ضعف ایمانی و اعتقادی دچار اند، این گونه افراد وقتی‌که به حرف های الله، پیامبر، قرآن واسلام احترام نگذاشتن، دیگر به هیچ چیزی دیگری احترام نمی گذارند. می‌توان نمونه‌ی آن را در جدول ذیل مشاهده نمود.

برنامه	اداده تمویل کننده	سال ها	مبلغ دالر	مبلغ پوند
معیشت بدیل برای روستایان زون غذایی هلمند	اداره توسعه بین المللی بریتانیا وایالات متحده	۲۰۰۸-۲۰۱۲	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	
تسهیلات جامع زراعتی وتوسعه روستایی مرحله (۱)	اداره توسعه بین المللی بریتانیا و اداره توسعه بین المللی دنمارک	۲۰۰۹-۲۰۱٤		۳۰,۰۰۰,۰۰۰
تسهیلات جامع زراعتی وتوسعه روستایی مرحله (۲)	اداره بین المللی بریتانیا واداره توسعه بین المللی دنمارک	۲۰۱٤-۲۰۱۸		۵۱,۰۰۰,۰۰۰
برنامه باز سازی بازار زراعتی	اداره توسعه بین المللی ایالات متحده	۲۰۰۳-۲۰۰٦	۱٤۳,۷۰۰,۰۰۰	
برنامه های معیشت بدیل شمال/جنوب /شرق	اداره توسعه بین المللی ایالات متحده	۲۰۰۵-۲۰۰۹	٤۰۷,۹۰۰,۰۰۰	
برنامه توسعه زراعتی منطقه‌یی شمال/جنوب/غرب وشرق	اداره توسعه بین المللی ایالات متحده	۲۰۱٤-۲۰۱۸	۳۰۱,۵۰۰,۰۰۰	
برنامه باغداری وزراعت تجارتی	اداره توسعه بین المللی ایالات متحده	۲۰۱۰-۲۰۱۸	٤۰,۰۰۰,۰۰۰	
مجموعه یک ملیارد سیزده میلیون یکصد هزار دالر وهشتاد ویک میلیون پوند است.			۱,۰۱۳,۱۰۰,۰۰۰	۸۱,۰۰۰,۰۰۰

جدول (۲): پروژه های اصلی متمرکز بر معیشت بدیل

امریکایی‌ها وبریتانوی‌ها طی ۱٦ سال در افغانستان حدود یک ملیارد سیزده میلیون یکصد هزار دالر و هشتاد ویک میلیون پوند در برنامه های معیشت بدیل و اشتغال زایی روستایی افغانستان فقط به خاطر محو زرع وکشت تریاک و مبارزه با موادمخدر مصرف کردند، ولی نتوانستند جلو مصرف، زرع، تولید وقاچاق مواد مخدر را بگیرند(۳۰).

نتیجه

یافته های ما از خلال تحقیق این است که مواد مخدر یک تهدید بزرگ جهانی است وافغانستان را به هم به عنوان یک عضو لاینفک جهان تهدید می‌کند، مواد مخدر عبارت از مواد نشه آوری است که مصرف آن فعالیت های سیستم اعصاب مرکزی را تغییر می‌دهد، مصرف وتولید مواد مخدر در افغانستان سابقه طولانی داشته است. این مواد در شرایط کنونی به گونه طبیعی و مصنوعی به آسانی به دسترس عام وخاص قرار دارد. سه طبقه مردم در افغانستان از مواد مخدر استفاده می‌کنند، مصرف کنندگان سنتی، مصرف کنندگان مدرن و مصرف کنندگان مهاجر و پناهندگان افغان در بیرون از کشور.

مصرف مواد مخدر طی ده سال اخیر در افغانستان میزان یکسان نداشته است، بلکه سالانه در حالت افزایش بوده است. حد اوسط مصرف کنندگان مواد مخدر افغانستان حدود دومیلیون سهصد وبیست هزار نفربودند. میزان مصرف مواد مخدر نود دو میلیون هشصد هزار (۹۲۸۰۰۰۰۰) افغانی مصرف روزانه، دو میلیارد و هفصد و هشتاد وچهار میلیون افغانی (۲۷۸۴۰۰۰۰۰۰) مصرف ماهانه و سی وسه ملیارد و چهار صد وهشت میلیون(۳۳٤۰۸۰۰۰۰۰۰) افغانی مصرف سالانه بالغ می گردد.

مهم‌ترین چالشهای مصرف مواد مخدر دراین است که از یک سو باعث امراض مزمن وکشنده یی چون سرطان، سکته های قلبی ... می‌گردد و از سوی دیگر افراد جامعه بنابر عدم اگاهی از اضرار مواد مخدر، هم نشینی با اشخاص بی بندوبار و محرومیت های اجتماعی و اقتصادی نا خواسته به دام این هیولا می افتد.

مؤثرترین راه های وقایه، کنترل مواد مخدر، اصدار فتاوی تحریم مخدرات از سوی مراجع معتبر علمی و رسمی کشور نهادینه ساختن باور های دینی و اصلاح و تادیب مصرف کنندگان مواد مخدر است، اما بعد از اعتیاد تداوی و علاج است.

پیشنهادات

الف- دولت ها باید زمینه های بستر سازی مناسب برای تقویت باوری های دینی و تداوی به موقع معتادان را مساعد نمایند.

ب- مؤسسات داخلی وخارجی باید با مساعد ساختن کمک‌های شان دولت را در رفع این معضل وریشه‌کن نمودن کلی اعتیاد کمک نمایند.

ج- مردم باید با معتادان به حیث یک شخص مریض ویک عضو جامعه نیازمند کمک رفتار نمایند، نه به حیث یک مجرم مستوجب مجازات.

منابع

١. آدم پن وديگران (١٤٠٠) مواد مخدر وتوسعه در افغانستان: تحليل پالسی ملی وبازيگران ص:٣١

٢. عمر، احمد مختار (١٤٢٤) معجم اللغه العربيه المعاصره ،ناشر :عالم الكتب ، ط، ١. ج١ص٦١٨

٣. قلعجي، محمد رواس (١٤٠٨) معجم لغة الفقهاء، ناشر: دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع، ط،٢.ج١ ص٤١٥

٤. وزارت صحت سعودی: https://www.moh.gov.sa

٥. آی، پی، اس،١٣٩٠ : https://www.dw.com

٦. فرانس پرس ،١٣٩١: https://www.dw.com

٧. بی بی سی ،١٣٩٢: https://www.bbc.com

٨. صدای امریکا، ١٣٩٣ : https://www.darivoa.com

٩. رادیو آزادی،١٣٩٤ : https://da.azadiradio.com

١٠. اسو شتید پرس،١٣٩٥ : https://da.azadiradio.com

١١. آچانس خبری افغان، ١٣٩٦: https://afghannews.af.com

١٢. ابان پرس،١٣٩٧ : https://abanpress.ir

١٣. مجله فرهنگ اسلامی،١٣٩٨: https://farhangeeslami.com

١٤. جامعه – آسیا،١٣٩٩ : https://www.dw.com

١٥. گزارش بی بی سی مورخ ٢٢/ثور١٣٩٤ خورشیدی www.bbc.com

١٦. نهاد بین المللی مبارزه بامواد مخدر امریکا

١٧. العمري،عبدالكريم (١٤٢١). الأضرار الناجمة عن تعاطي المسكرات والمخدرات،ناشر:دار المآثر،ط،1.ص:49.

١٨. الطيار ، عبدالله بن محمد (بی تا) المخدرات فی الفقه الاسلامی، ص: ٦٩. www.aqeedeh.com

١٩. الطيار ، عبدالله بن محمد (بی تا) المخدرات فی الفقه الاسلامی، ص: ٦٩. www.aqeedeh.com

٢٠. الطيار ، عبدالله بن محمد (بی تا) المخدرات فی الفقه الاسلامی، ص:٧٠.www.aqeedeh.com

٢١. الطيار ، عبدالله بن محمد (بی تا) المخدرات فی الفقه الاسلامی، ص:٧٠.www.aqeedeh.com

٢٢. الطيار ، عبدالله بن محمد (بی تا) المخدرات فی الفقه الاسلامی، ص:٧١.www.aqeedeh.com

٢٣. الطيار ، عبدالله بن محمد (بی تا) المخدرات فی الفقه الاسلامی، ص:٧١.www.aqeedeh.com

۲٤. اسماعیل، خالد اسماعیل. (١٤١٢). أضرار تعاطي المخدوات، ناشر: مکتبة التوبة، ط،١.ص:٤٢.

۲۵. بخاری، محمدبن اسماعیل. (١٤٢٢). صحیح البخاری ،ناشر: دار طوق النجاة ، ط،١. ج ٢ ،ص :١١٨

۲٦. الأهدل، عبدالله احمد. (١٤١٠). وقایة المجتمع من المسکرات والمخدرات،ناشر:الجامعة الإسلامیة بالمدینة المنورة، ط،١.ص:٣٣.

۲۷. الخولی، جمعه علی. (١٤٠٢). سبیل الدعوة الإسلامیة للوقایة من المسکرات والمخدرات ،ناشر: الجامعة الإسلامیة بالمدینة المنورة، ط، ١. ص:٩٢

۲۸. قرضاوی، یوسف (بی تا) نقش ایمان در زندگي، ناشر :نشر احسان - ایران. ص:٣٧١.

۲۹. الحصکفی، محمدبن علی (١٤٠٤). تنویر الابصار مع حاشیه ابن عابدین ، ناشر: دار الکتب العلمیة، ط، ١.ص:٤٥٨.

۳۰. آدم پن ودیگران. (١٤٠٠). مواد مخدر وتوسعه در افغانستان: تحلیل پالسی ملی وبازیگران ص:٣٧

www. drug-and-disorder.org.

Research Article

Level of Drug Consumption: Challenges, Preventive Opportunities, and Control

Senior Teaching Assistant Abdulqahar Sameem
Department of Islamic Culture, Faculty of Sharia, Al-Biruni University, Kapisa, Afghanistan

Article History
Received:18/11/2024
Accepted:11/02/2025
Published: 21/10/2025
Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords
- Addiction
- Control Strategies
- Drugs
- Level of Consumption
- Preventive Opportunities

***Corresponding Author**
Senior Teaching Assistant Abdulqahar Sameem
E-mail:samimabdulqahar@gmail.com
Contact: +93 (0) 707616675

Abstract

Drug use is one of the controversial phenomena in the contemporary world, profoundly impacted, impacting, and will impact various aspects of human life. On an individual level, drug consumption poses health and wellness challenges. Socially, it has a direct correlation with serious crimes, leading to various social issues, increased criminal activity, governmental weakness, and national underdevelopment. Internationally, drug trafficking transcends national borders, with today's black market recognizing no boundaries, making it impossible for any state to control these markets due to their transnational nature. Understanding the tsunami of addiction in Afghanistan is crucial for prevention. The aim of this research is to accurately identify the level of drug consumption in Afghanistan, along with its challenges, preventive opportunities, and control strategies. An analytical-descriptive method was employed, utilizing case studies and the preparation and analysis of tables to clarify the statistics of consumers and the level of drug consumption.

مقاله تحقیقی

میزان و موانع استفاده از تکنالوژی در شفاخانه‌های شهر هرات

پوهنمل سیدکامران حسینی[۱]، پوهندوی عبدالسبحان صدیقی[۲]، پوهنمل مینه الکوزی[۳]، پوهاند دکتور عزیزالرحمن نیازی[۴]

[۱]دیپارتمنت انجنیری نرم‌افزار، پوهنخی کمپیوتر ساینس، پوهنتون هرات، هرات - افغانستان

[۲،۳،۴]دیپارتمنت صحت عامه و امراض ساری، پوهنخی طب عمومی، پوهنتون هرات، هرات - افغانستان

تاریخچه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۳

تاریخ نشر: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹

سال: ۱۴۰۴ هـ.ش جلد: ۲ شماره: ۱

نقاط اساسی

- تکنالوژی
- هرات
- خدمات صحی
- شفاخانه‌ها
- موانع

نویسنده مسؤل

پوهنمل سیدکامران حسینی

ایمیل: seyyedkamranhosseini@gmail.com

شماره تماس: +93 (0) 0728482546

چکیده

تکنالوژی در سال‌های اخیر به یکی از عوامل اساسی در بهبود خدمات صحی تبدیل شده است و تأثیر آن در ارتقای کیفیت خدمات، کاهش هزینه‌ها و افزایش کارایی چشمگیر می‌باشد. این تحقیق به هدف بررسی میزان استفاده از تکنالوژی و شناسایی موانع و مزایای آن در شفاخانه‌های شهر هرات انجام شده است. این تحقیق در جریان ماه‌های میزان و عقرب (۱۴۰۳) بر روی (۳۵) شفاخانه دولتی و خصوصی شهر هرات صورت گرفت. اطلاعات از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته و پرسشنامه جمع‌آوری شده و سپس تحلیل گردید. نتایج نشان داد که (۷۷٪) شفاخانه‌ها از تکنالوژی بهره می‌گیرند که عمدتاً در بخش مالی و حسابداری، دواخانه و لابراتوار مورد استفاده قرار می‌گیرد. از مهم‌ترین چالش‌های استفاده از تکنالوژی می‌توان به مشکلات زیرساخت‌ها، کمبود نیروی متخصص و هزینه‌های بالا اشاره کرد، در حالی که صرفه‌جویی در زمان و افزایش دقت از مزایای بارز آن شناخته شد. شفاخانه‌هایی که از تکنالوژی استفاده نمی‌کنند، به روش‌های سنتی متکی بوده و با کندی عملکرد و مشکلات مدیریتی روبرو هستند. نتایج این تحقیق تأکید می‌کند که تکنالوژی برای بهبود خدمات صحی، توسعه زیرساخت‌ها، آموزش کارمندان و حمایت دولت از اهمیت بالایی برخوردار است.

۱:مقدمه

تکنالوژی در دهه‌های اخیر به یکی از پایه‌های مهم تحول در بخش صحی تبدیل شده است. نقش آن در بهبود کیفیت خدمات صحی، کاهش هزینه‌ها و افزایش کارایی غیرقابل تکذیب است. از اواسط دهه ۲۰۰۰، ابزارهای تکنالوژیکی مانند تله‌مدیسین(Telemedicine) و سیستم‌های اطلاعاتی صحی کم کم در شفاخانه‌ها معرفی شدند و توانستند خدمات درمانی را سریع‌تر و دقیق‌تر ارائه دهند(۱). به‌ویژه در دوران همه‌گیری کووید-۱۹، اهمیت استفاده از تکنالوژی در مدیریت بحران‌های صحی برجسته شد، زیرا امکان ارائه خدمات از راه دور و کاهش ازدحام مراکز درمانی فراهم شد(۲).

از تکنالوژی در بخش‌های متعددی از نظام صحی همانند تکنالوژی صحت از راه دور(۳)، تکنالوژی صحت دیجیتال در مراقبت‌های قلبی-عروقی(٤،٥)، مراقبت‌های روتین بارداری(٦)، نظارت بر سلامتی روان(۷)، بخش‌های جراحی(۸) و خدمات صحی(١) استفاده می‌شود. در سال‌های اخیر، تحقیقات مختلفی به بررسی این‌که استفاده از تکنالوژی در شفاخانه‌ها چه مزایا و موانع ایجاد می‌کند، پرداخته‌اند. به‌عنوان مثال، تحقیقات نشان داده‌اند که تکنالوژی‌هایی مانند تله‌مدیسین می‌توانند با کاهش نیاز به مراجعه حضوری، دسترسی بیماران به خدمات تخصصی را افزایش دهند(۹). با این حال، چالش‌هایی مانند کمبود زیرساخت‌های مناسب، نگرانی‌های امنیتی و هزینه‌های بالای پیاده‌سازی همچنان مطرح هستند(۱۰). علاوه بر این، مرور مطالعات نشان داده است که کشورهای در حال توسعه، به‌ویژه در مناطق دورافتاده، با محدودیت‌های بیشتری در پذیرش و اجرای تکنالوژی‌های جدید روبرو هستند(۹).

اگرچه تاکنون پیشرفت‌های قابل‌توجهی در تطبیق تکنالوژی در بخش صحی کشور صورت گرفته است، اما برخی جنبه‌های این موضوع همچنان ناشناخته باقی مانده‌اند. برای مثال، تأثیر فرهنگ محلی، میزان آگاهی کاربران و سیاست‌های دولتی بر پذیرش تکنالوژی در این محیط‌ها مطالعه نشده است. همچنین، اطلاعات جامعی درباره میزان استفاده و موانع تطبیق تکنالوژی در شفاخانه‌های در شهرهای بزرگ، به‌ویژه در شهر هرات، صورت نگرفته است. این کمبود اطلاعات، شکاف‌های علمی مهمی را در این زمینه آشکار می‌سازد.

هدف این تحقیق، بررسی میزان استفاده از تکنالوژی و شناسایی موانع آن در شفاخانه‌های شهر هرات است. نتایج این تحقیق می‌تواند به بهبود استراتیژیهای مدیریتی و ارتقای خدمات صحی از طریق تکنالوژی کمک کند.

۲: روش تحقیق

این تحقیق کیفی در جریان خزان ۱۴۰۳ از اول ماه میزان الی اواخر ماه عقرب انجام شده‌است. در این بخش، جزئیات مربوط به طرح تحقیق، نمونه‌گیری، ابزارها، و روش‌های تحلیل احصایی به تفصیل ارائه می‌گردد.

۲،۱: طرح تحقیق

این تحقیق از نوع کیفی می‌باشد که به منظور بررسی میزان و موانع استفاده از تکنالوژی در شفاخانه‌های شهر هرات طراحی شده است. هدف اصلی شناسایی روش‌های استفاده از تکنالوژی و چالش‌هایی است که مدیران شفاخانه‌ها با آن مواجه هستند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختار یافته و پرسشنامه استفاده شده است.

۲،۲: اندازه نمونه و تخنیک نمونه گیری

در جریان این تحقیق، تعداد کل شفاخانه‌های موجود (دولتی و خصوصی) در شهر هرات (۳۸) مورد ثبت بوده است. با استفاده از (۹۵٪) دامنهٔ اطمینان، (۹۵٪) سطح اطمینان و (۵۰٪) توزیع پاسخ توسط **raosoft sample size calculator** (**http://www.raosoft.com/samplesize.html**)، حداقل سایز نمونه (۳۵) مورد محاسبه گردید. برای انتخاب نمونه‌ها، از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدف‌مند استفاده شد. دلیل انتخاب این روش، تمرکز بر شفاخانه‌هایی است که امکان دسترسی به اطلاعات دقیق‌تری در مورد استفاده از تکنالوژی دارند.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها

برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته و پرسشنامه‌های باز و بسته‌پاسخ استفاده گردید.

سوالات مصاحبه:

آیا شما از تکنالوژی در شفاخانه‌تان استفاده می‌کنید؟ اگر بلی، در کدام بخش‌ها؟

آیا سیستم‌های شما داخلی است یا خارجی؟

در بخش استفاده از سیستم‌ها با کدام چالش‌ها روبرو هستید؟

استفاده از سیستم‌ها چه مزیت‌هایی دارد؟

اگر از تکنالوژی استفاده نمی‌کنید، به جای آن از چه ابزاری بهره می‌برید؟

با چه چالش‌هایی روبرو هستید؟

این سوالات به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که اطلاعات کاملی در مورد وضعیت استفاده از تکنالوژی و موانع پیش‌روی مدیران شفاخانه‌ها ارائه دهند.

۲,۳: پروتوکولهای لابراتواری

آماده‌سازی ابزارها: قبل از شروع مصاحبه، پرسشنامه‌ها به‌صورت آزمایشی روی چند شفاخانه تست شده‌اند تا اطمینان حاصل شود سوالات شفاف و قابل‌فهم هستند.

انجام مصاحبه‌ها: مصاحبه‌ها به صورت حضوری انجام شد و هر مصاحبه حدود ۳۰ دقیقه زمان برد.

ثبت داده‌ها: تمامی پاسخ‌ها با اجازه مدیران شفاخانه‌ها ثبت و مستندسازی گردید.

۲,۴: تحلیل احصایوی

تحلیل کیفی: پاسخ‌های به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی بررسی و دسته‌بندی شدند. پاسخ‌ها بر اساس محورهای اصلی مانند میزان استفاده از تکنالوژی، نوع سیستم‌های استفاده‌شده، چالش‌ها و مزایا طبقه‌بندی شدند.

تحلیل کمی: داده‌های جمع‌آوری‌شده از پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار Microsoft Excel نسخه ۲۰۱۹ تحلیل گردید.

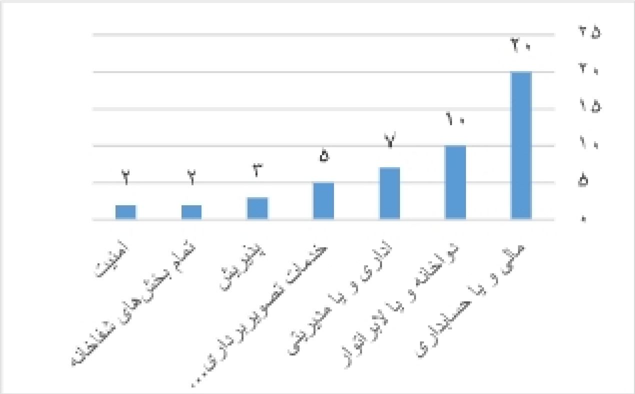
نمودارها: نتایج تحلیل به صورت نمودارهای ستونی و دایره‌ای برای تفسیر بهتر ارائه شدند.

۳: یافته های تحقیق

این تحقیق در میان (۳۵) شفاخانه شهر هرات انجام شده است. در این تحقیق میزان استفاده از تکنالوژی، نوعیت سیستم‌های مورد استفاده، چالش‌های سیستم‌ها، مزایای بهره‌گیری از سیستم‌ها، و چالش‌های ناشی از عدم استفاده از سیستم‌ها توسط شفاخانه‌ها مورد بررسی قرار گرفته است.

نظر به یافته‌های این تحقیق، از میان (۳۵) شفاخانه مورد مطالعه، (۲۷) شفاخانه از تکنالوژی در بخش‌های مختلفه استفاده می‌کنند، در حالی‌که (۸) شفاخانه عدم استفاده از تکنالوژی را نشان می‌دهد.

شکل ۱ موارد استفاده از تکنالوژی در شفاخانه‌های شهر هرات را نمایش می‌دهد.

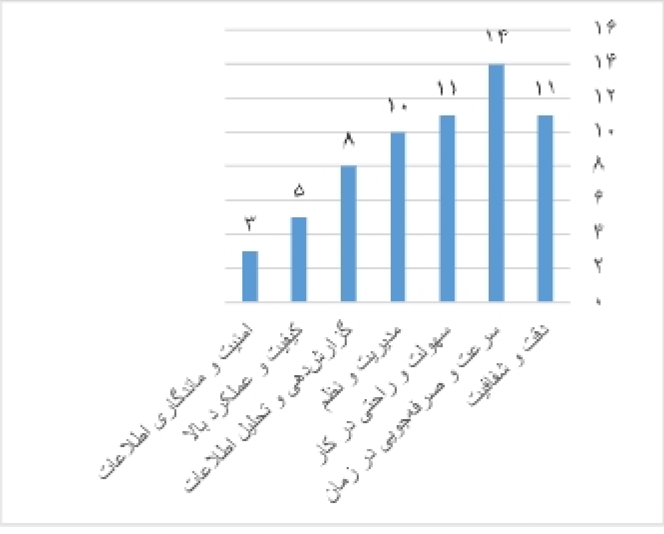


شکل ۱: موارد استفاده از تکنالوژی در شفاخانه‌های شهر هرات.

با توجه به شکل ۱، اکثر شفاخانه‌ها از تکنالوژی در بخش مالی و حسابداری، دواخانه و یا لابراتوارها استفاده می‌کنند و تعداد محدودی از آن‌ها این تکنالوژي را در بخش امنیت به‌کار گرفته‌اند.

هم‌چنین یافته‌ها نشان می‌دهد که ۱۲(۴۴،۴۴٪) مورد از شفاخانه‌ها از سیستم‌های داخلی، ۱۴(۵۱،۸۵٪) مورد از آن‌ها از سیستم‌های خارجی و تعداد ۱ (۳،۷٪) مورد از آن‌ها از ترکیب سیستم‌های داخلی و خارجی استفاده می‌کنند. این در حالی است که ۱٦(۵۹،۲٦٪) مورد از شفاخانه‌هایی که از تکنالوژي استفاده می‌کنند با چالش مواجه اند و ۱۱ (۴۰،۷۴٪) مورد از آن‌ها با کدام چالش مواجه نمی‌باشند. این چالش‌ها در سه کتگوری زیرساخت‌ها، نیروی انسانی و متخصص و مرتبط به سیستم‌ها تقسیم می‌شود که ۷ (۴۳،۷۵٪) از شفاخانه‌ها در قسمت زیرساخت‌ها، ٦ (۳۷،۵٪) از آن‌ها در قسمت نیروی انسانی و متخصص و ۸ (۵۰٪) از آن‌ها در بخش سیستم‌ها با چالش مواجه می‌باشند.

شکل ۲ مزایای استفاده از تکنالوژی در شفاخانه‌ها را نمایش می‌دهد.



شکل ۲: مزایای استفاده از تکنالوژی در شفاخانه‌ها

در شکل ۲ دیده می‌شود که سرعت و صرفه‌جویی در زمان از مهم‌ترین مزایای استفاده از تکنالوژی است، در حالی‌که امنیت اطلاعات و ماندگاری داده‌ها کمترین میزان اهمیت را از دیدگاه شفاخانه‌ها دارند.

یافته‌های این تحقیق هم‌چنان نشان می‌دهد، در شفاخانه‌هایی که از تکنالوژي استفاده نمی‌کنند ۷ (۸۷,۵٪) از آن‌ها به جای سیستم از کتاب و قلم به‌صورت سنتی استفاده می‌کنند و تنها ۱ (۱۲,۵٪) از آن‌ها از نرم‌افزار اکسل به‌عنوان جایگزین بهره می‌گیرند. شفاخانه‌هایی که از تکنالوژي استفاده نمی‌کنند، ۵ (۶۲,۵٪) مورد از آن‌ها با چالش مواجه بوده و ۳ (۳۷,۵٪) مورد از آن‌ها با چالش مواجه نمی‌باشند. این چالش‌ها در سه کتگوری کندی‌کار، مشکلات حسابداری و پراگنده‌گی اطلاعات تقسیم می‌شود که ۳ (۶۰٪) مورد از آن‌ها کندی‌کار، ۲ (۴۰٪) مورد از آن‌ها مشکلات حسابداری و ۳ (۶۰٪) مورد از آن‌ها از پراگنده‌گی اطلاعات شاکی بودند.

۴. مناقشه

این تحقیق با هدف بررسی وضعیت استفاده از تکنالوژی در شفاخانه‌های شهر هرات انجام شد. تمرکز اصلی تحقیق بر شناسایی مزایا، موانع و چالش‌های مرتبط با بهره‌گیری از سیستم‌های تکنالوژیکی در این مراکز بود. این تحقیق در نوع خود در شهر هرات برای بار اول انجام شده است.

یافته‌های این تحقیق با مطالعات قبلی در زمینه استفاده از تکنالوژی در خدمات صحی مشابهت‌های قابل توجهی دارد. نتایج نشان داد که استفاده از تکنالوژی در شفاخانه‌های شهر هرات می‌تواند باعث بهبود کارایی و کاهش چالش‌های موجود شود. این موضوع با نتایج تحقیق هالیم و هم‌کاران در سال (۲۰۲۱) هم‌خوانی دارد که در آن به قابلیت‌های تله‌میدیسن مانند بهبود دسترسی به خدمات صحی، کاهش هزینه‌ها و مدیریت مؤثرتر بیماری‌های شدید اشاره شده است. به همین ترتیب، در تحقیق حاضر نیز شکل (۲) نشان داد که سرعت و صرفه‌جویی در زمان به‌عنوان مهم‌ترین مزایای استفاده از تکنالوژی مطرح هستند(۱).

از سوی دیگر، موانع استفاده از تکنالوژی که در این تحقیق شناسایی شد، مانند کمبود زیرساخت‌ها و مشکلات تخنیکی، مشابه نتایج تحقیق لی و هم‌کاران در سال (۲۰۲۰) است. در آن تحقیق نیز عواملی چون ناتوانی در استفاده از وسایل الکترونیکی و پیچیدگی تکنالوژی برای اشخاص مسن به‌عنوان موانع عمده شناسایی شده‌است(۲). در تحقیق حاضر، نشان داده است که مشکلات زیرساخت‌ها و همچنین کمبود نیروی انسانی متخصص از چالش‌های اصلی هستند که این یافته‌ها ضرورت سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها و آموزش کارمندان را تأیید می‌کند.

یافته‌ها هم‌چنین نشان داد که اکثریت شفاخانه‌ها از سیستم‌های خارجی استفاده می‌کنند. این موضوع نشان‌دهنده وابستگی به منابع خارجی است که می‌تواند پیامدهایی مانند هزینه‌های بلندمدت و محدودیت در دسترسی را به دنبال داشته باشد. این نتیجه مشابه موانعی است که در مطالعه هالیم و هم‌کاران در سال (۲۰۲۱) در خصوص هزینه‌های بالای نصب و نگه‌داری سیستم‌های تله‌میدیسن مطرح شده بود(۱). در این راستا، پیشنهاد شده است که توسعه سیستم‌های داخلی می‌تواند به کاهش این وابستگی کمک کند.

از نظر پذیرش تکنالوژی، یافته‌های این تحقیق نیز نشان داد که تمایل به استفاده از تکنالوژی به عواملی چون آموزش و دسترسی به زیرساخت‌ها بسته‌گی دارد. برای نمونه، شفاخانه‌هایی که از تکنالوژی استفاده نمی‌کنند، به‌دلیل محدودیت‌های زیرساختی و نبود نیروی انسانی متخصص با چالش‌های بیشتری مواجه هستند. این امر نشان می‌دهد که آموزش کافی و توسعه زیرساخت‌ها می‌تواند نقش کلیدی در پذیرش تکنالوژی در شفاخانه‌ها ایفا کند.

به‌طور کلی، این تحقیق بر اهمیت سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های تکنالوژی، گسترش دسترسی به انترنت، تدوین برنامه‌های آموزشی برای پرسنل شفاخانه‌ها و تقویت سیستم‌های امنیتی تأکید دارد. این پیشنهادات با نتایج تحقیقات پیشین هم‌خوانی دارد و می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات صحی در شفاخانه‌های هرات و مناطق مشابه کمک کند.

۵. نتیجه

این تحقیق نشان داد که تکنالوژی در بسیاری از شفاخانه‌های هرات نقش قابل توجهی در بهبود خدمات صحی دارد. بیشترین کاربرد تکنالوژی در بخش‌های مالی و حسابداری بوده، در حالی‌که سایر بخش‌ها مانند امنیت اطلاعات و مدیریت بیمار هنوز نیاز به توجه بیشتری دارند. شفاخانه‌هایی که از تکنالوژی استفاده می‌کنند، از مزایایی مانند افزایش سرعت و صرفه‌جویی در زمان بهره می‌برند، اما با چالش‌هایی همچون مشکلات نرم‌افزاری و سخت‌افزاری و کمبود نیروی متخصص مواجه‌اند. از سوی دیگر، شفاخانه‌هایی که از تکنالوژی استفاده نمی‌کنند، به روش‌های سنتی متکی بوده و با مشکلاتی چون کندی عملکرد و ناکارآمدی در مدیریت داده‌ها روبه‌رو هستند. این تحقیق همچنین نشان داد که توسعه زیرساخت‌های تکنالوژیکی و ارتقای آموزش می‌تواند به پذیرش گسترده‌تر تکنالوژی کمک کند.

محدودیت‌ها

محدودیت در جمع‌آوری داده‌ها: داده‌های این تحقیق بر اساس پرسشنامه و مصاحبه با مسؤولین شفاخانه‌ها به‌دست آمده است و ممکن است نظرات کارکنان دیگر در نظر گرفته نشده باشد.

نبود ارزیابی عملیاتی سیستم‌ها: این تحقیق تنها دیدگاه مدیران و کاربران سیستم‌ها را بررسی کرده و به ارزیابی عملی عمل‌کرد سیستم‌های تکنالوژیکی نپرداخته است.

زمان محدود تحقیق: به‌دلیل محدودیت زمانی، امکان بررسی دقیق تأثیر تکنالوژی بر شاخص‌های عملکردی شفاخانه‌ها فراهم نشد.

پیشنهادها

۱. سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های تکنالوژیکی: از امارت اسلامی و نهادهای مرتبط خواسته می‌شود که در ایجاد و گسترش زیرساخت‌های انترنت و سیستم‌های تکنالوژیکی در شفاخانه‌های مناطق دورافتاده سرمایه‌گذاری کنند.

۲. آموزش و ظرفیت‌سازی: از مسؤولین خواسته می‌شود تا در برگزاری دوره‌های آموزشی برای کارکنان شفاخانه‌ها، به‌ویژه در مورد استفاده از سیستم‌های نرم‌افزاری و تکنالوژی‌های جدید، یک امر ضروری پندارند.

۳. توسعه سیستم‌های داخلی: از مسؤولین خواسته می‌شود تا برای کاهش وابستگی به سیستم‌های خارجی، توسعه سیستم‌های نرم‌افزاری داخلی مطابق با نیازهای شفاخانه‌های افغانستان افزایش دهند.

۴. ایجاد پروتکل‌های امنیتی: برای حفاظت از داده‌های بیماران، باید پروتکل‌های امنیتی مؤثر و سیستم‌های رمزنگاری پیشرفته ایجاد شود.

۵. گسترش مطالعات مشابه در مناطق دیگر: از مسؤولین خواسته می‌شود تا تحقیقاتی مشابه در سایر ولایت‌ها انجام شود تا وضعیت عمومی استفاده از تکنالوژی در خدمات صحی افغانستان به‌طور جامع‌تر بررسی گردد.

٦. پیشبرد سیاست‌های ملی در حوزه تکنالوژی صحی: از وزارت صحت عامه خواسته می‌شود تا سیاست‌های مدونی برای ترویج و حمایت از استفاده از تکنالوژی در خدمات صحی تدوین کند.

منابع

1. Haleem A, Javaid M, Singh RP, Suman R. Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications. Sensors International. 2021;2:100117.

2. Li P, Luo Y, Yu X, Wen J, Mason E, Li W, et al. Patients' Perceptions of Barriers and Facilitators to the Adoption of E-Hospitals: Cross-Sectional Study in Western China. J Med Internet Res. 2020 Jun 11;22(6):e17221.

3. Steindal SA, Nes AAG, Godskesen TE, Holmen H, Winger A, Österlind J, et al. Advantages and Challenges of Using Telehealth for Home-Based Palliative Care: Systematic Mixed Studies Review. J Med Internet Res. 2023 Mar 13;25:e43684.

4. Whitelaw S, Pellegrini DM, Mamas MA, Cowie M, Van Spall HGC. Barriers and facilitators of the uptake of digital health technology in cardiovascular care: a systematic scoping review. European Heart Journal - Digital Health. 2021 May 4;2(1):62–74.

5. Wongvibulsin S, Habeos EE, Huynh PP, Xun H, Shan R, Porosnicu Rodriguez KA, et al. Digital Health Interventions for Cardiac Rehabilitation: Systematic Literature Review. J Med Internet Res. 2021 Feb 8;23(2):e18773.

6. Namatovu HK, Oyana TJ, Sol HG. Barriers to eHealth adoption in routine antenatal care practices: Perspectives of expectant mothers in Uganda – A qualitative study using the unified theory of acceptance and use of technology model. Digit Health. 2021 Jan 8;7.

7. De Angel V, Lewis S, White K, Oetzmann C, Leightley D, Oprea E, et al. Digital health tools for the passive monitoring of depression: a systematic review of methods. NPJ Digit Med. 2022 Jan 11;5(1):3.

8. Naik N, Nandyal SR, Nayak SG, Shah M, Ibrahim S, Hameed BMZ, et al. Telemedicine and Telehealth in Urology: Uptake, Impact and Barriers to Clinical Adoption. Front Surg. 2022 Jun 30;9.

9. Zhou L, Jiang M, Duan R, Zuo F, Li Z, Xu S. Barriers and Implications of 5G Technology Adoption for Hospitals in Western China: Integrated Interpretive Structural Modeling and Decision-Making Trial and Evaluation Laboratory Analysis. JMIR Mhealth Uhealth. 2024 Jan 23;12:e48842.

10. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, et al. Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). J Telemed Telecare [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2025 Jan 4];26(5):309–13. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32196391/

Research Article

The Extent and Barriers to the Use of Technology in Hospitals in Herat City

Senior Teaching Assistant Sayyed Kamran Hosseini[1], Abdulsabhan Siddiqi[2], Mina Alokozai[3], Azizurahman Niazi[4]

[1]Department of Software Engineering, Faculty of Computer Science, Herat University, Herat, Afghanistan

[2,3,4]Department of Public Health and Infectious Diseases, Faculty of General Medicine, Herat University, Herat, Afghanistan

Article History

Received: 05/Jan/2025

Accepted: 03/March/2025

Published: 21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords

- Barriers
- Hospitals
- Benefits
- Technology
- Healthcare services
- Herat

***Corresponding Author**

Senior Teaching Assistant Sayyed Kamran Hosseini

E-mail: seyyedkamranhosseini@gmail.com

Contact: +93 (0) 728482546

Abstract

In recent years, technology has become one of the fundamental factors in improving healthcare services, significantly impacting the enhancement of service quality, cost reduction and increased efficiency. This study aimed to assess the extent of technology usage and identify its barriers and benefits in hospitals in Herat city. The research has been conducted from September to November of 2024, covered 35 public and private hospitals in Herat city. Data was collected through semi-structured interviews and questionnaires, then analyzed. The findings revealed that 77% of hospitals use technology, primarily in financial and accounting systems, pharmacies and laboratories. The key challenges associated with technology use included infrastructure issues, a shortage of skilled personnel and high costs, while time savings and improved accuracy were identified as its main advantages. Hospitals not utilizing technology rely on traditional methods and face operational delays and management challenges. The results underscore the importance of infrastructure development, staff training and government support to enhance healthcare services.

څېړنيزه مقاله

د مزمنو ناروغيو په سکرينينګ کې د خلکو د ګډون، هڅوونکو او مخنيوونکو لاملونو تشريحي څېړنه

پوهنيار دوکتور محمد يونس اخندزاده[1] ، پوهنمل دوکتور وحيدالله نوري[2]
[1,2]فارمکولوژي ډيپارټمنټ، طب پوهنځی، ننګرهار پوهنتون، ننګرهار - افغانستان

د مقالې تاريخچه
د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۲۲
د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۱۸
د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹
کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دويم ګڼه: لومړۍ

بنسټيز ټکي
- سکرينينګ
- غوښتنه
- مزمنې ناروغۍ
- هڅونه
- ګډون
- خنډونه

مسؤل ليکونکی
پوهنيار ډاکټر محمد يونس اخندزاده
برېښناليک: younusakhundzada@gmail.com
ګرځنده شمېره: +93 (0) 781162515

لنډيز
مزمنې ناروغۍ په نړۍ کې د مړينې او معيوبيت لـه عمده لاملونو څخه ګڼل کېږي او د مخنيوي په توګه د سکرينينګ معايناتو ترسره کول د مزمنو ناروغيو د پرمختګ په کمولو کې ډېره اغېزناکه لاره ده. ډېر خلک، په ځانګړې توګه د اطرافو اوسېدونکي، لـه دغه وقايوي خدمتونو څخه تر ډېره ګټه نه اخلي چې لامل يې د سکرينينګ مرکزونو د نه شتون سربېره د پوهاوي ټيټه کچه، هڅوونکي او مخنيوونکي فکتورونه ګڼل کېدلای شي. دا يوه Community Based cross-sectional تشريحي څېړنه ده، چې د ننګرهار ولايت په پنځو (۵) ولسواليو کې د (۱۴۰۳ هـ ش) کال د سنبلې مياشتې لـه لومړۍ نېټې څخه د همدې کال د ميزان تر (۳۰) مې نېټې پورې تر سره شوېده. د دې څېړنې موخه د مزمنو ناروغيو په سکرينينګ کې د خلکو د ګډون کچه او هغه فکتورونه تشريح کول دي، چې د مزمنو ناروغيو لپاره په سکرينينګ معايناتو کې خلک برخه اخيستلو ته هڅولای يا يې مخه نيولای شي. په څېړنه کې هغه (۳۵۰) ناروغان چې عمرونه يې لـه (۳۰) کالونو څخه پورته وو، شامل شوي. ډېټا د مخامخ مرکې لـه لارې د پوښتنپاڼې په واسطه راټوله شوې ده. په پايله کې (۶۵،۷) سلنه خلکو په شخصي توګه د ځينو مزمنو ناروغيو لپاره سکرينينګ کې برخه اخيستې وه. (۸۸) سلنه خلکو په راتلونکي کې د مزمنو ناروغيو په سکرينينګ کې ګډون لپاره لېوالتيا ښودلې وه. (۹۳٪) ګډون کوونکي باورمن وو چې سکرينينګ معاينات د دوی د روغتيايي حالت معلومولو لپاره اغېزناکه لاره ده او (۸۹،۰۱) سلنه ګډون کوونکي پـه‌دې عقيده وو چې سکرينينګ معاينات ډاکترانو سره د ناروغيو پر وخت تشخيص او درملنه کې مرسته کوي. (۷۹،۴٪) ګډون کوونکي پـه دې نظر وو چې د سکرينينګ معايناتو لپاره د روغتيايي مرکز نږدې موقعيت ډېر مهم او اغېزناک دی. د زياترو ګډونوالو په نظر د مزمنو ناروغيو لپاره د سکرينينګ معاينات ګټور دي او يوازې (۱۵،۵٪) پـه‌دې فکر وو چې سکرينګ معاينات تر سره کول د وخت ضايع ده. په پايله کې ويلای شو چې د مزمنو ناروغيو په سکرينګ کې د خلکو د ګډون لېوالتيا زياته ده او د لا زياتوالي او پلې کولو لپاره د سکرينينګ په اړه د خلکو درک او پوهه لـړل مهم دي. د دې برسېره ځينې هڅوونکي فکتورونه لکه د سکرينينګ مرکز اسانه او نږدې موقعيت، لګښتونه، تجهيز او د پخوانيو معايناتو تجربه هم ښايي مثبته ونډه ولري. همدارنګه ځينې فکتورونه لکه د خلکو لـه خوا سکرينينګ

معایناتو ته د وخت د ضیاع په سترګه کتل، د وېرې، اندېښنې، شرم او ناراحتۍ احساس، د سکرینګ معایناتو د پروسې پېچلې ګڼل او د روغتیایي کارکوونکو منفي چلند ښايي د مزمنو ناروغیو سکرینګ برخه اغېزمنه کړي. د دې فکتورونو د اغېز لرلو او څرنګوالي لپاره نورو تحلیلي او تجربوي څېړنو ته اړتیا ده چې رد یا ومنل شي.

پېژندنه

روغتیایي سکرینګ د ناروغۍ یا روغتیایي حالت د ژر معلومولو لپاره ځانګړي معاینات دي، چې ناروغۍ په لومړیو مرحلو کې تشخیص او کنټرول شي. دا چاره د روغتیایي پروګرامونو د پرمختګ یوه مهمه برخه ده چې د مرګ او معیوبیت مخنیوي کې ډېره ونډه لري(۱). د ناروغیو لپاره سکرینګ معاینات دوهمي وقایه ګڼل کېږي(۲). د عمر په زیاتېدو سره د مزمنو ناروغیو پېښې زیاتېږي چې د ناروغیو لویه برخه جوړوي او زیاتره یې د زړه او رګونو ناروغۍ، مزمنې تنفسي ناروغۍ، میتابولیکې ناروغۍ(لکه شکر، ویني غوړ او چاغوالی) او سرطان د یادولو وړ دي(۲). په (۲۰۲۰ز) کال کې په نړۍ کې له یو بیلیون څخه زیات خلک زاړه عمر ته رسېدلي وو(۳). د ډیموګرافیک بدلونونو په پایله کې له (۲۰۲۰ز) راپدېخوا د نړۍ له نیمايي څخه زیات لګښتونه د مزمنو ناروغیو په درملنه شوي دي(۴). د بېلګې په توګه د ټولو امریکایانو (۴۵٪) یا نږدې (۱۳۳) میلیونه وګړي لږ تر لږه له یوې مزمنې ناروغۍ څخه کړېږي(۵). او په ټوله نړۍ کې له هرو درې کاهلانو څخه یو یې دوه یا زیاتې مزمنې ناروغۍ لري(۶،۷). تر (۲۰۳۰ز) کاله به په ټوله نړۍ کې نږدې (۴۷) تریلونه ډالر د مزمنو ناروغیو په کنټرول ولګول شي(۸). همدارنګه مزمنې ناروغۍ لکه سرطان ، زړه ناروغۍ او شکر چې په نړۍ کې د ناروغیو له کبله د مړینې عمده علتونه دي، د زیاتېدو په حالت کې دي(۹،۱۰). د بېلګې په ډول په نړۍ کې (۸،۵) سلنه وګړي شکر لري او په هرو شپږو ثانیو کې د شکر یو ناروغ مري(۱۱).

د مزمنو ناروغیو لپاره سکرینګ معاینات کولای شي د مزمنو ناروغیو له کبله په روغتیایي سیستم بار راکم کړي(۱۲). روغتیایي سکرینګ معاینات کولای شي مزمنې ناروغۍ په لومړنیو او د درملنې وړ مرحلو کې تشخیص کړي او د ژر او مناسبې درملنې او پاملرنې په واسطه د مزمنو ناروغیو له کبله د اختلاطاتو او مړینې کچه او لګښتونه راکم کړي(۱۳). پر هغو فکتورونو پوهېدل اړین دي چې د مزمنو ناروغیو لپاره سکرینګ معایناتو کې د خلکو په برخه اخیستنه کې هڅوونکې ونډه لري او یا یې مخنیوی کوي. برسېره پر دې هغو فکتورونو باندې پوهېدل هم ډېر اړین دي چې خلک هڅوي، چې سکرینګ معاینات ترسره او پر وخت خپله درملنه وکړي(۱۴).

یوه څېړنه چې په تایوان کې د Chiao Tung ملي پوهنتون کې د (Shih-Ying) او ملګرو له لورې ترسره شوې وه، (۵۸،۳۳) سلنه خلکو یې د سکرینګ معایناتو په اړه معلومات نه لرل او هغه فکتورونه چې په سکرینګ معایناتو کې د خلکو پر ګډون یې مثبت اغېز درلود، د سکرینګ معایناتو د مرکزونو نږدې موقعیت، د لګښت کموالی او روغتیایي کارکوونکي او تشخیصه اسانتیاوې یاد شوي دي. همدارنګه په دې څېړنه کې هغه فکتورونه چې په سکرینګ معایناتو کې د خلکو پر ګډون یې منفي اغېز درلود، د روغوالي احساس کول، د وخت کمښت، د معایناتو پروسه پېچلې ګڼل، فزیکي درد، منفي احساسات لکه وېره، اندېښنه، شرم او ناراحتي او له پخوانیو معایناتو منفي تجربه یاد شوي دي(۱۵). په تایوان کې د ترسره شوې یوې بلې څېړنې

له مخې، په سکرينګ معايناتو کې د لوړو زده کړو لرونکو وګړو د ګډون کچه زياته وه(١٦). همدارنګه يوه بله څېړنه چې په چين کې ترسره شوېده، (٧٣٪) وګړو په راتلونکي کې په سکرينګ معايناتو کې د ګډون غوښتنه کوله او پېدې اړه د مجردو ځوانانو په پرتله د واده شويو زړو خلکو سلنه زياته وه(١٧).

افغانستان له تېرو څلورو لسيزو راهيسې د جنګونو، ناامنيو او ناورينونو سره مخ و، چې د ژوند ګڼ اړخونه لکه اقتصادي، تعليمي، روغتيايي او نور يې اغېزمن کړي دي. د روغتيايي اړخ ستري ستونزې يې د روغتيايي پاملرنو د اسانتياو کمښت، لاس‌رسي ته شتون او د روغتيايي ستونزو او د دوی د سکرينګ او درملنې په اړه د خلکو د پوهاوي کموالی او ګډون کمرنګه کېدل دي(١٨). د نورو هېوادونو په څېر افغانستان کې هم زاړه خلک له ګڼو خطرونو سره مخ دي او پر روغتيايي سيستم يې لوی بار اچولی دی. چې يو له دې کړاوونو څخه مزمنې ناروغۍ دي. د افغانستان د (٢٠١٠ز) کال د مړينې ملي سروې (National Mortality Survey) له مخې د ټولو مړينو له ډلې (٣٣،٣٪) مړينې د مزمنو ناروغيو له امله وې چې دا سلنه د جنګ له امله د مړينو په پرتله زياته ده(١٩). له بده مرغه د افغانستان په کچه د سکرينګ معايناتو لپاره دولتي مرکز نه شته او خلک هم د مزمنو ناروغيو په اړه پوهاوی نه‌لري، له‌همدې امله د مزمنو ناروغيو لپاره هغه وخت معاينات ترسره کېږي چې کله يې ګيلې يا اختلاطات رامنځته کړي وي(١٩).

د دې څېړنې موخه په ننګرهار ولايت کې د مزمنو ناروغيو لپاره په سکرينګ کې د خلکو پر ګډون اغېز لرونکو، هڅوونکو او مخنيوونکو فکتورونو تشريح ده.

د څېړنې مېتود او مواد

د څېړنې ډيزاين او موده

دا يوه Community Based cross-sectional تشريحي څېړنه ده، چې د ننګرهار ولايت په پنځو (٥) ولسواليو کې، د (١٤٠٣ هـ ش) کال د سنبلې له لومړۍ نېټې څخه د همدې کال د ميزان تر (٣٠مې) نېټې پورې تر سره شوه.

د څېړنې نفوس

د ننګرهار ولايت د پنځو (٥) ولسواليو، چې درې (کامه، چپرهار او خېوه) اطرافي او دوه (بهسود او سره رود) ښاري ولسوالۍ دي، تر (٣٠) کالونو لوړ عمر لرونکي وګړي د دغې څېړنې نفوس تشکيلوي.

د نمونې اندازه او د نمونې اخيستنې مېتود

د نمونې اندازه د $n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$ فرمول له مخې تعين شوی(٢٠) چې (n) په کې د نمونې اندازه، (Z = 1.96 for 95% Confidence Interval) د باوري سويې اړونده ستاتستيک، (P = 0.73) متوقع خپرېدل چې له تېرو څېړنو څخه راخيستل شوي او (d = 0.05) د دقت اندازه ده. د پورته فرمول په‌واسطه د محاسبې له مخې د نمونې اندازه (٣٠٢) شمېرل شوې او ورسره (٢٠٪) د نه ځواب ويونکو (Non Respondent rate) جمع شوې چې د نمونې ټوليزه اندازه (٣٦٣) تنه ټاکل شوې.

نمونه اخیستنه د (Non Probability Convenience Method) پهواسطه تر سره شوېده او په څېړنه کې له (۳۰) کالونو څخه لوړ عمر او مزمنه ناروغي لرونکي وګړي په کې شامل شوي. هغه خلک چې مزمنې ناروغۍ یا د څېړنې ترسره کولو لېوالتیا نه لري، له څېړنې ویستل شویدي.

ډیټا ټولونه

ډیټا د مخامخ مرکې له لارې د پوښتنپاڼې ډکولو پهواسطه خپله د څېړونکو او همکارانو لخوا د ننګرهار ولایت د پنځو ولسوالیو له مساوي شمېر ګډونوالو څخه راټوله شوې. تر ډیټا ټولونې وړاندې له ګډونوالو څخه شفاهي موافقه اخیستل شوې او بیا ورڅخه ډیټا راټوله شوې. پوښتنپاڼه تېرو څېړنو ته په کتو ترتیب شوې(۱۵) او پنځه برخې یې درلودې. په لومړۍ برخه کې د ګډونوالو ټولنیز ډیموګرافیک فکتورونه (عمر، جنس، وزن، قد، استوګنځی، مدني حالت، میاشتینی کورنی عاید، سګرټ څکولو عادت، زده کړو کچه) او په تېر وخت کې د سکرینګ تر سره کولو په اړه پوښتنې ذکر شوې. په دویمه برخه کې په سکرینګ کې د ګډونوالو د ګډون په اړه د درک او چلند په اړه لس پوښتنې شوې. دریيمه برخه کې د هغو فکتورونو په اړه، چې د مزمنو ناروغیو د سکرینګ خدمتونو کې د ګډون لپاره خلک هڅوي، څلور پوښتنې شوي دي. څلورمه برخه کې د هغو فکتورونو په هکله، چې د مزمنو ناروغیو د سکرینګ خدمتونو کې له ګډون څخه خلک منع کوي، څلور پوښتنې شوي دي او په پنځمه برخه کې په راتلونکي کې د مزمنو ناروغیو سکرینګ خدمتونو کې د برخې اخیستنې په اړه یوه پوښتنه شوې. د دویمې، دریيمې او څلورمې برخې پوښتنې د پنځه ځوابونو (ډېر موافق، موافق، بې تفاوت، ناموافق او ډېر ناموافق) په بڼه ترتیب شوې چې ډېر ناموافق یې یوه نمره او ډېر موافق یې پنځه نمرې لري. د پنځمې برخې پوښتنه د هو یا نه په بڼه ترتیب شوې. د ډېر موافق او موافق ځواب ویونکو شمېر او سلنه د موافقو ګډونوالو په شمېرنه کې حساب شوې.

احصایوي تحلیل

پهدې څېړنه کې ډیټا د SPSS(statistical package for social science)27th version نرمغالي (سافټویر) پهواسطه تحلیل شوې ده، چې له تشریحي احصایوي مېتودونو څخه پهکې ګټه اخیستل شوې ده او پایلې پکې د اوسطونو او سلنو په بڼه د جدولونو، چارټونو او ګرافونو په بڼه وړاندې شوي.

اخلاق/Ethics

د څېړنې موضوع او پوښتنپاڼه لومړی د ننګرهار پوهنتون طب پوهنځي د څېړنو کمېټې لهخوا تائید شوې ده. ددې ترڅنګ ټولنیز، مذهبي او اخلاقي معیارونه په نظر کې نیول شوي، د ګډونوالو ټول معلومات خوندي ساتل شوي او یوازې د څېړنیزې موخې په توګه کارول شوي.

پايلې

د ننګرهار ولايت د پنځه ولسواليو (کامې، چپرهار، خېوه، بهسود او سره رود) له (۳٦۳) تنو څخه د مخامخ مرکې له لارې، د پوښتنپاڼې په‌واسطه ډېټا راټوله شوه. له دې ډلې د (۱۳) تنو ګډونوالو ډېټا نيمګړې وه چې له محاسبې ووېستل شوه او د پاتې (۳۵۰) تنو ګډونوالو ډېټا تحليل شوه.

ټولنيزې ډيموګرافيک ځانګړتياوې

په څېړنه کې تر (۳۰) کالونو لوړ عمر لرونکو (۳۵۰) تنو ګډون درلود، چې له ډلې يې ۹۵ تنه ګډونوال (٪۲۷،۱)، (۳۰ - ۳۵ کلن وو. د ګډونوالو (٪۲٦،۸٦) يعنې (۹۴) تنه ښځينه او (۲۵٦) تنه يا (٪۷۳،۱۴) يې نارينه وو. زيات شمېر (۲۱۰ تنه يا ٪٦۰ ګډونوال د کليوالي او پاتې (۱۴۰ تنه يا ٪۴۰) يې د ښاري سيمو اوسېدونکي وو. (۲۳۱ تنو يا ٪٦٦) ګډونوالو زده کړې درلودې، (۲۹۹ تنه يا ٪۸۵،۴) ګډونوال واده کړي (متاهل) او د زياترو ګډونوالو د بدني کتلې شاخص (Body Mass Index) د (۱۸،۵) او (۲۹،۹) تر منځ و.

ځانګړتياوې	شمېر او سلنه
جنس	
نارينه	۲۵٦ (۷۳،۱۴)
ښځينه	۹۴ (۲٦،۸٦)
عمر	
۳۰-۳۵	۹۵ (۲۷،۱)
۳٦-۴۰	۸۱ (۲۳،۱)
۴۱-۴۵	٦۰ (۱۷،۱)
۴٦-۵۰	۳۴ (۹،۷)
۵۱-۵۵	۱۷ (۴،۹)
۵۵-٦۰	۱۳ (۳،۷)
>٦۰	۵۰ (۱۴،۴)
استوګنځی	
ښاري سيمه	۱۴۰ (۴۰)
کليوالي سيمه	۲۱۰ (٦۰)
مدني حالت	
مجرد	۵۱ (۱۴،٦)
متاهل	۲۹۹ (۸۵،۴)

زده کړو کچه	
نالوستی	۱۱۹ (۳۴،۰)
ابتدایه ښوونځی	۴۰ (۱۱،۴)
منځنی ښوونځی	۲۹ (۸،۳)
عالي لیسه	۵۲ (۱۴،۹)
لیسانس	۹۷ (۲۷،۷)
فوق لیسانس	۱۳ (۳،۷)
سګرټ /نصوار کارول	
هو	۱۱۳ (۳۲،۳)
سګرټ	٦۵ (۱۸،٦)
نصوار	۴۸ (۱۳،۷)
نه	۲۳۷ (٦۷،۷)
اقتصادي حالت	
ښه	۱۲ (۳،۴)
متوسط	۴۵ (۱۲،۹)
کمزوری	۲۹۳ (۸۳،۷)
د بدني کتلې شاخص (Body Mass Index)	
کم وزنه	۷ (۲،۱)
نورمال وزن	۱۳۷ (۳۹،۱)
زیات وزن	۱۴۵ (۴۱،۴)
چاغ (لومړی، دویمه او دریمه درجه)	٦۱ (۱۷،۴)
واسوالي	
سره‌رود	٦۷ (۱۹،۱)
بهسود	۷۳ (۲۰،۹)
کامه	۷۰ (۲۰،۰)
خبوه	۷۱ (۲۰،۳)
چپرهار	٦۹ (۱۹،۷)

لومړی جدول: د ګډونوالو ټولنیز ډیموګرافیک معلومات

د مزمنو ناروغیو په سکرینګ کې ګډون

په ننګرهار کې د مزمنو ناروغیو د سکرینګ لپاره کوم عامه مرکز نه شته، مګر له (۳۵۰) تنو ګډونوالو څخه (۲۳۰) تنو یا (۶۵،۷٪) یې په شخصي توګه د ځینو مزمنو ناروغیو لپاره سکرینګ تر سره کړی و.

په مزمنو ناروغیو کې ګډون	د ګډونوالو شمېر	سلنه
هو	۲۳۰	۶۵،۷
نه	۱۲۰	۳۴،۳

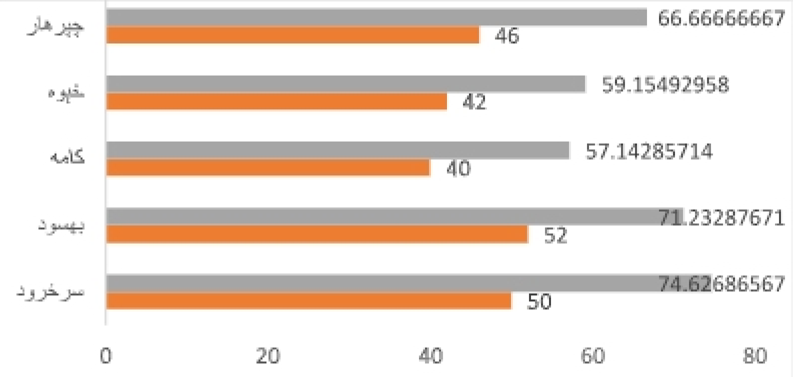
دویم جدول: د ګډونوالو په سکرینګ کې د برخې اخیستنې کچه

د ولسوالیو په کچه په روغتیایي سکرینګ کې ګډون

د ولسوالیو له ډلې د سره‌رود ۵۰(۷۴،۶٪)، بهسود ۵۲(۷۱،۲٪)، کامې ۴۰(۵۷،۱٪)، خېوې ۴۲(۵۹،۱٪) او د چپرهار ولسوالۍ ۴۶(۶۶،۶٪) ګډونوالو په شخصي توګه په سکرینګ معایناتو کې ګډون کړی و (لومړی چارټ).

د روغتیایي سکرینګ تر سره کولو په اړه روغتیایي درک او چلند

له نیمایي څخه د زیاتو ګډونوالو (۵۷،۴٪) ځواب دا و چې کېدای شي روغتیایي ستونزه ولري او (۵۲،۳٪) ګډونوال په دې باور وو، چې دوی په راتلونکي کې د مزمنو ناروغیو له لوړ خطر سره مخ دي. (۶۸،۹٪) ګډونوال پەدې باور و چې کله د ناراحتۍ احساس وکړي، سکرینګ معاینات ترسره کوي. (۳۹،۱٪) یې د سکرینګ معایناتو په اړه ویره درلوده، (۳۰٪) ګډونوال باورمن وو چې روغتیایي ستونزې کېدای شي د دوی کورنۍ او ټولنیز ژوند باندې ناسم اغېز وکړي. (۹۳) سلنه ګډونوالو باور درلود چې سکرینګ معاینات د دوی د روغتیایي حالت معلوملو لپاره اغېزمنه لاره ده او (۸۹،۱٪) ګډونوال پەدې عقیده وو چې سکرینګ معاینات ډاکټرانو سره د ناروغیو پر وخت تشخیص او درملنه کې مرسته کوي. ډېری ګډونوال (۷۸،۶٪) دې سره موافق وو چې سکرینګ معاینات کولای شي په راتلونکي کې د روغتیایي خدمتونو لګښت راکم کړي او د ناروغیو پر وخت تشخیص د کامیابۍ درملنې چانس زیاتوي. (۸۴٪) ګډون کوونکو ځواب ورکړی و چې که دوی کې مزمنه ناروغي تشخیص شوې وه، دوی به یې په هماغه روغتون کې پر وخت درملنه کړې وي.



لومړی چارټ: د ولسواليو په کچه د سکرينګ معايناتو کې ګډون

بیانیه	ډېر ناموافق شمېر (سلنه)	ناموافق شمېر (سلنه)	بې طرفه شمېر (سلنه)	موافق شمېر (سلنه)	ډېر موافق شمېر (سلنه)
زه کېډلای شي روغتیايي ستونزه ولرم.	۲۳ (۶٫۶)	۶۵ (۱۸٫۶)	۶۱ (۱۷٫۴)	۱۹۴ (۵۵٫۴)	۷ (۲)
فکر کوم چې زه د مزمنو ناروغیو لپاره ډېر خطر کې یم.	۱۵ (۴٫۳)	۹۸ (۲۸)	۵۴ (۱۵٫۴)	۱۴۵ (۴۱٫۴)	۳۸ (۱۰٫۹)
زه به هغه وخت سکرینګ معاینات ترسره کړم چې کله د ناراحتی احساس وکړم.	۹ (۲٫۶)	۵۲ (۱۴٫۹)	۴۶ (۱۳٫۱)	۲۱۹ (۶۲)	۲۴ (۶٫۹)
زه دارېږم چې که سکرینینګ معاینات ترسره کړم، کېدلای شي ناروغي ولرم.	۱۷ (۴٫۹)	۱۳۰ (۳۷٫۱)	۶۶ (۱۸٫۹)	۱۱۷ (۳۳٫۴)	۲۰ (۵٫۷)
مزمنې ناروغۍ ښایي زما پر دندې، تولنیز او کورني ژوند باندې بد اغېز ولري.	۶ (۱٫۷)	۷۰ (۲۰)	۵۷ (۱۶٫۳)	۱۷۶ (۵۰٫۳)	۴۱ (۱۱٫۷)
وقایوي سکرینګ معاینات کېدلای شي زما پر اوسني روغتیايي حالت ناسم اغېز ولري.	۲۹ (۸٫۳)	۱۶۷ (۴۷٫۷)	۴۹ (۱۴)	۹۳ (۲۶٫۶)	۱۲ (۳٫۴)
وقایوي روغتیايي معاینات کېدلای شي زما لپاره د ډېرې خطرناکې ناروغۍ نښه وي.	۱۲ (۳٫۴)	۱۱۶ (۳۳٫۱)	۴۳ (۱۲٫۳)	۱۶۷ (۴۷٫۷)	۱۲ (۳٫۴)
منظم روغتیايي سکرینګ معاینات کېدلای شي زما د راتلونکو روغتیايي خدمتونو لګښت راکم کړي.	۱۳ (۳٫۷)	۲۳ (۶٫۶)	۳۹ (۱۱٫۱)	۲۱۳ (۶۰٫۹)	۶۲ (۱۷٫۷)
زه موافق یم چې د ناروغیو پر وخت تشخیص او درملنه ګټوره ده.	۳ (۰٫۹)	۵ (۱٫۴)	۳۰ (۸٫۶)	۲۰۳ (۵۸)	۱۰۹ (۳۱٫۱)
که چېرې زما مزمنه ناروغي پر وخت تشخیص شوې وي، ما به یې په اړوند کلینیک کې پر وخت درملنه کړې وي.	۴ (۱٫۱)	۱۱ (۳٫۱)	۴۱ (۱۱٫۷)	۱۸۵ (۵۲٫۹)	۱۰۹ (۳۱٫۱)

درېیم جدول: په روغتیايي سکرینګ معایناتو کې د خلکو د ګډون په اړه درک او چلند

هغه فکتورونه چې د مزمنو ناروغيو سکرينينګ معايناتو لپاره ګډون کوونکي هڅوي

د دغې څېړنې لپاره د ټاکل شويو ګډونوالو له ډلې (٧٩،۴٪) ګډون کوونکي په دې نظر وو، چې د سکرينينګ معايناتو لپاره د روغتيايي مرکز نږدې موقعيت ډېر مهم او اغېزناک دی، (٣٠٪) ګډونوال پەدې نظر و چې د وړيا معايناتو په پرتله په پيسو د معايناتو ترسره کول ډېر اغېز لري، (۴٠٪) ګډونوال پەدې نظر و چې روغتيايي مرکزونه مجهز دي؛ په داسې حال کې چې زياتره ګډونوالو تر اوسه په سکرينينګ معايناتو کې ګډون نه و کړی او يوازې (١۴،٨) سلنه ګډونوالو د ترسره کړيو سکرينينګ معايناتو څخه منفي تجربه لرله.

بيانيه	ډېر ناموافق شمېر (سلنه)	ناموافق شمېر (سلنه)	بې طرفه شمېر (سلنه)	موافق شمېر (سلنه)	ډېر موافق شمېر (سلنه)
زما په اند سکرينينګ معايناتو لپاره اسانه موقعيت مهم دی.	٢ (٠،٦)	٢١ (٦)	۴٩ (١۴)	٢١٦ (٦١،٧)	٦٢ (١٧،٧)
د وړيا معايناتو په پرتله په پيسو سکرينينګ معاينات ډېر مؤثر دي.	١١ (٣،١)	٩۴ (٢٦،٩)	٥٦ (١٦)	١٣٩ (٣٩،٧)	٥٠ (١۴،٣)
زما په باور روغتيايي کارکوونکي او کلينيکونه ښه مجهز دي.	٣٨ (١٠،٩)	١١٨ (٣٣،٧)	٨١ (٢٣،١)	٩٠ (٢٥،٧)	٥٠ (١۴،٣)
زه د مخکينيو سکرينينګ معايناتو منفي تجربه لرم.	٣٨ (١٠،٩)	١۴٠ (۴٠)	١٢٠ (٣۴،٣)	۴٦ (١٣،١)	٦ (١،٧)

خلورم جدول: هغه فکتورونه چې د مزمنو ناروغيو سکرينينګ معايناتو لپاره ګډونوال هڅوي

هغه فکتورونه چې د مزمنو ناروغيو لپاره سکرينينګ معايناتو کې د خلکو د ګډون مخنيوی کوي

زياتره ګډونوالو فکر کاوه چې د مزمنو ناروغيو لپاره د سکرينينګ معاينات ګټور دي او يوازې (١٥،٥٪) ګډونوال پەدې فکر و چې سکرينګ معاينات کول د وخت ضايع ده. نږدې پنځمه برخه (١٩،٢٪) ګډونوالو ويل چې د سکرينينګ معايناتو پروسه ډېره پېچلې ده. برسېره پر دې (٢٠،٩٪) ګډون کوونکي پەدې اند وو چې سکرينينګ معاينات د فزيکي او احساساتي درد، وېرې، اندېښنې، شرم او ناراحتۍ لامل کېږي. (۴٣،٢٪) خلک پەدې باور وو چې روغتيايي کارکوونکي د سکرينينګ يا نورو معايناتو پر مهال منفي چلند لري.

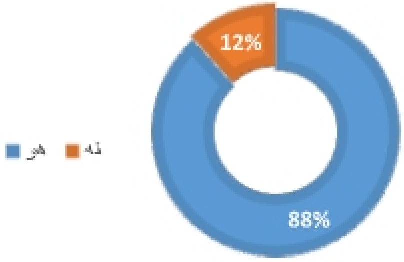
بيانيه	ډېر ناموافق شمېر (سلنه)	ناموافق شمېر (سلنه)	بې طرفه شمېر (سلنه)	موافق شمېر (سلنه)	ډېر موافق شمېر (سلنه)
زما په باور سکرينينګ معاينات د وخت ضايع کول دي.	٥٧ (١٦،٣)	٢٠١ (٥٧،۴)	٣٨ (١٠،٩)	۴۴ (١٢،٦)	١٠ (٢،٩)

زما په باور سکرینینګ معاینات ډېره مغلقه پروسه ده.	٦١ (١٧،۴)	١٣٢ (٣٧،٧)	٩٠ (٢٥،٧)	٦٦ (١٨،٩)	١ (٠،٣)
روغتیایي سکرینینګ معاینات د ویرې، اندېښنې، شرم، درد او ناراحتۍ لامل کېږي.	٣۴ (٩،٧)	١٦١ (۴٦)	٨٢ (٢٣،۴)	٦٥ (١٨،٦)	٨ (٢،٣)
ځیني روغتیایي کارکوونکي منفي چلند ښيي.	٢٠ (٥،٧)	١٠٧ (٣٠،٦)	٧٢ (٢٠،٦)	١١٣ (٣٢،٣)	٣٨ (١٠،٩)

پنځم جدول: هغه فکتورونه چې د مزمنو ناروغیو لپاره سکرینینګ معایناتو کې د خلکو د ګډون مخنیوی کوي

په راتلونکي سکرینینګ معایناتو کې د ګډون کوونکو لېوالتیا

زیاتره ګډونوالو چې (٣٠٩) تنه یا (٪٨٨،٣) کېږي، په راتلونکو سکرینینګ معایناتو کې د برخې اخیستلو لېوالتیا لرله او (١١،٧) سلنه یې ویل چې په راتلونکي کې په سکرینینګ معایناتو کې برخه نه اخلي. په روغتیایي چلند باندې د انفرادي فکتورونو اغېزې په پنځم جدول کې ښودل شوي دي.

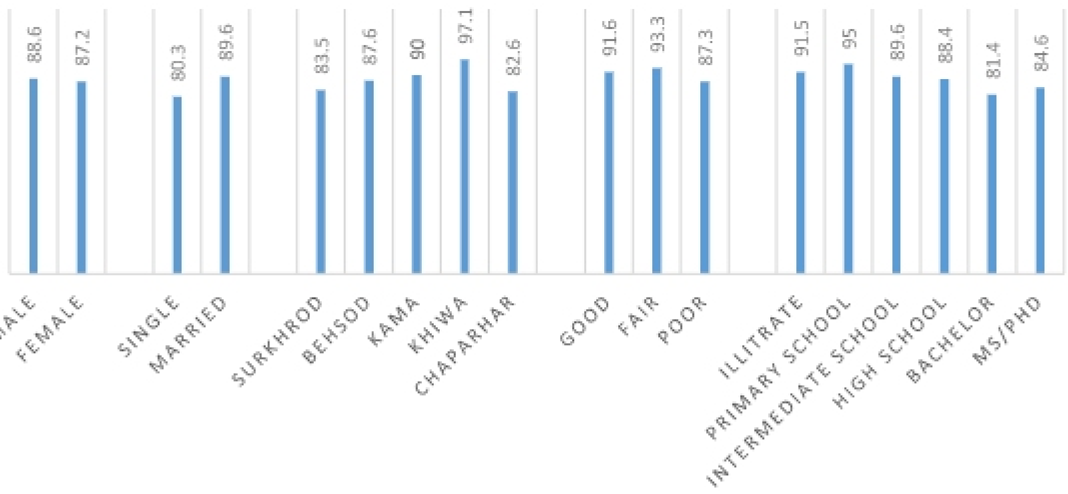


لومړی انځور: په راتلونکي کې د مزمنو ناروغیو په سکرینینګ کې د ګډون کچه

د ډیموګرافیک فکتورونو له مخې په راتلونکي کې د مزمنو ناروغیو په سکرینینګ کې د برخه اخیستنې لېوالتیا

د جنس له مخې په راتلونکي کې د مزمنو ناروغیو سکرینینګ کې د برخه اخیستنې لېوالتیا په نارینه‌و کې (٪٨٨،٦) او ښځینه‌و کې (٨٧،٢) سلنه وه. همدارنګه د مدني حالت له مخې په واده کړیو کې لېوالتیا(٪٨٩،٦) او په ناواده کړیو کې (٪٨٠،٣) وه. په ورته ډول د استوګنځي له مخې د سره‌رود ولسوالۍ په اوسېدونکو کې لېوالتیا (٨٣،٥) سلنه، بهسودو کې (٨٧،٦) سلنه، کامه کې (٩٠) سلنه، خېوه کې (٩٧،١) سلنه او چپرهار کې (٨٢،٦) سلنه وه. په ورته ډول د اقتصادي حالت له مخې په ښه اقتصاد لرونکو کې لېوالتیا (٩١،٦) سلنه، په مناسب اقتصاد لرونکو کې (٩٣،٣) سلنه او په غریبو خلکو کې (٨٧،٣) سلنه وه. همداراز د تعلیمي کچې له مخې په نالوستو کې د لېوالتیا کچه (٩١،٥) سلنه، په ابتدایه تعلیم لرونکو کې (٩٥) سلنه، په متوسطه کې (٨٩،٦) سلنه، ثانوي کچه کې (٨٨،٦)، په لېسانس کچه زده کړو لرونکو کې (٨١،۴) سلنه او په فوق لېسانس کچه زده کړو لرونکو کې (٨۴،٦) ښودل شوې وه.

د ډیموګرافیک فکتورونو له مخې په راتلونکي کې د مزمنو ناروغیو په سکرینینګ کې د برخه اخیستنې لېوالتیا



مناقشه

د مزمنو ناروغیو لپاره په سکرینینګ کې د خلکو د ګډون ، هڅوونکو او مخنیوونکو فکتورونو په اړه د دې څېړنې پایلې ښیي چې (۶۵،۷) سلنه خلکو په شخصي توګه د ځینو مزمنو ناروغیو لپاره سکرینینګ کې برخه اخیستې وه. (۸۸٪) خلکو په راتلونکي کې د مزمنو ناروغیو په سکرینینګ کې د ګډون لپاره لېوالتیا ښودلې وه.

په سکرینینګ کې د برخې اخیستنې دا پایله د (Shih-Ying) او ملګرو لهخوا د ترسره شوې څېړنې د پایلې سره نژدې ده، چې په‌کې د ګډون کوونکو سلنه (۶۳،۲) وه(۱۵). همدارنګه په راتلونکي کې د مزمنو ناروغیو په سکرینینګ کې د لېوالتیا کچه د (Shih-Ying) لهخوا په ترسره شوې څېړنه کې (۷۱،۶) سلنه ده چې زمونږ له پایلو څخه یو څه توپیر ښیي او لامل یې ښایي د څېړنې میتود یا تحصیلي او چاپېریالي شرایطو بدلونونه وي(۱۵). په ورته ډول د (Chuang MingChuen) او ملګرو لهخوا د مزمنو ناروغیو په سکرینینګ کې د خلکو د ګډون لېوالتیا (۷۳) سلنه ده، چې ښایي دا ټیټه کچه مخکې تر مخکې د سکرینینګ معایناتو تر سره کېدو له امله یا په مختلف څېړنیز میتود او نورو فکتورونو پورې تړاو ولري(۲۱). په سکرینینګ پروګرامونو کې د ګډون کچه د چین په بیجینګ کې د ریمنین پوهنتون لهخوا تر سره شوې څېړنه کې (۲۹،۵۶٪) ښودل شوې چې دا اندازه په دولتي سکرینینګ پروګرامونو کې ده، په داسې حال کې چې په افغانستان کې د سکرینینګ لپاره دولتي ترتیب نهشته او لاسته راغلې سلنه په شخصي توګه د برخې اخیستنې ده، څکه خو سره توپیر لري(۱۶).

په ببلابیلو هېوادونو کې ترسره شویو څېړنو ښودلې ده، چې ډیموګرافیک توپیرونه او فکتورونه د سکرینګ معایناتو په اړه تصمیم پورې اړه لري(۲۲). اوسنۍ څېړنې هم دا وښودله چې ټولنیز ډیموګرافیک ځانګړتیاوې د مزمنو ناروغیو سکرینګ معایناتو لپاره بنایي د خلکو په لېوالتیا اغېز ولري، چې تحلیلي څېړنو ته اړتیا لري. پهدې څېړنه کې ډېرو (٪۸۸،۳) ګډون کوونکو څرګنده کړه، چې په راتلونکي کې په سکرینګ معایناتو کې ګډون ته لېوالتیا لري.

د دې څېړنې پایلې ښیي چې زیات شمېر (٪۵۷،۴) ګډونوال فکر کوي چې دوی کېدای شي روغتیایي ستونزه ولري؛ دا پایله په یوه بله څېړنه کې (۵۵،۴) سلنه ده(۱۵). (٪۵۲،۳) ګډونوال په دې باور دي چې دوی به راتلونکي کې د مزمنو ناروغیو له ډېر خطر سره مخ دي. (٪۶۸،۹) ګډونوال باورمن دي چې کله د ناراحتۍ احساس وکړي، سکرینګ معاینات به ترسره کړي. (۹۳) سلنه ګډونوال باور لري چې سکرینګ معاینات د دوی د روغتیایي حالت د معلومولو لپاره اغېزناکه لاره ده. (۸۹،۱) سلنه ګډونکوونکي پهدې عقیده و چې سکرینګ معاینات ډاکټرانو سره د ناروغیو پر وخت تشخیص او درملنه کې مرسته کوي. د ګډونوالو له ډلې (۷۸،۶) سلنه موافق و، چې سکرینګ معاینات کولای شي په راتلونکي کې د روغتیایي خدمتونو لګښت راکم کړي او دا چې د ناروغیو پر وخت تشخیص د کامیابي درملنې چانس زیاتوي، (۸۴) سلنه ګډون کوونکو ځواب ورکړی و، چې دا پایلې د (Shih-Ying Chien) لهخوا ترسره شوې څېړنې پایلې سره ورته دي(۱۵).

پایله اخیستنه

د څېړنې له موندنو څخه دې پایلې ته رسېږو، چې د مزمنو ناروغیو په سکرینګ کې د خلکو ګډون لېوالتیا زیاته ده او د لا زیاتوالي او پلي کولو لپاره د سکرینګ په اړه د خلکو درک او پوهه لرل مهم دي. له دې وراخوا هڅوونکي فکتورونه لکه د سکرینګ مرکز اسانه او نږدې موقعیت، لګښتونه، تجهیز او د پخوانیو معایناتو تجربه هم خپله ونده لري. همدارنګه د مخنیوونکو فکتورونو له ډلې څخه ځیني فکتورونه لکه د خلکو لهخوا سکرینګ معایناتو ته د وخت د ضیاع په سترګه کتل، د وېرې، اندېښنې، شرم او ناراحتۍ احساس، د سکرینګ معایناتو د پروسې پېچلې بڼه او د روغتیایي کارکوونکو منفي چلند هم د ګډون په کچې پورې تړلې دي. د دې فکتورونو د اغېز لرلو او څرنګوالي لپاره نورو تحلیلي او تجربوي څېړنو ته اړتیا ده چې رد یا ومنل شي.

د دغې څېړنې د موندنو له مخې د روغتیایي سکرینګ معایناتو د طرحه کولو پر مهال باید دوه فکتورونه په پام کې ونیول شي، لومړی د ټولنې په کچه د روغتیایي سکرینګ معایناتو کې ګډون کولو په اړه درک او چلند او دویم د سکرینګ خدمتونو کې د ګډون هڅوونکي او مخنیوونکي فکتورونه. هغه فکتورونه چې د سکرینګ معایناتو لپاره هڅوونکي دي، باید تقویه او هغه فکتورونه چې پر وړاندې یې خنډ دي، باید راکم کړل شي، ترڅو خلک په سکرینګ معایناتو کې لا ډېره برخه واخلي.

دا څېړنه د مزمنو ناروغیو د سکرینګ په هکله ګډون، هڅوونکو او مخنیوونکو فکتورونو په تړاو غوره معلومات وړاندې کوي، خو له محدودیتونو څخه خالي نهده. یو محدودیت د دغې څېړنې تشریحي ډیزاین دی، چې پایله یې د تحلیلي څېړنو پواسطه ازمایلو ته اړتیا لري. له دې وراخوا د دې څېړنې پایلې یوازې د ننګرهار ښځه ولسوالیو څخه راخیستل شویو نمونو پورې محدودې دي، نو په ټول ولایت یا هېواد یې له عام کولو څخه عاجز ده. همدارنګه د ټولنې پر بنسټ د څېړنې په ترسره کولو کې د خلکو د تعلیمي کچې ټیټوالي او په څېړنه کې برخه اخیستل او معلومات شریکول کمرنګه وو.

وړاندیزونه

1. د مزمنو ناروغیو د سکرینګ معایناتو لپاره عامه روغتیایي مرکز نه‌شته، باید جوړ شي او عام خلک ورڅخه ګټه واخلي.
2. په ټولنه کې د مزمنو ناروغیو د سکرینګ په هکله باید د پوهاوي پروګرامونه پلي شي.
3. د هڅوونکو فکتورونو تقویه او مخنیوونکو فکتورونو کمول یا له‌منځه وړل به د مزمنو ناروغیو په سکرینګ کې د خلکو د ګډون کچه زیاته کړي.

اخځلیکونه

1. Shin, D.W., et al., National General Health Screening Program in Korea: history, current status, and future direction. Precision and Future Medicine, 2022. 6(1): p. 9-31.
2. Fabbri, L. and R. Ferrari, Chronic disease in the elderly: back to the future of internal medicine. Breathe, 2006. 3(1): p. 40-49.
3. Zhao ChanJuan, Z.C., et al., Prevalence and correlates of chronic diseases in an elderly population: a community-based survey in Haikou. 2018.
4. Dexter, P.R., et al. Preparing for an aging population and improving chronic disease management. in AMIA Annual symposium proceedings. 2010. American Medical Informatics Association.
5. Raghupathi, W. and V. Raghupathi, An empirical study of chronic diseases in the United States: a visual analytics approach to public health. International journal of environmental research and public health, 2018. 15(3): p. 431.
6. Hajat, C. and E. Stein, The global burden of multiple chronic conditions: a narrative review. Preventive medicine reports, 2018. 12: p. 284-293.
7. DuGoff, E.H., et al., Targeting high-need beneficiaries in medicare advantage: Opportunities to address medical and social needs. Issue Brief (Commonw. Fund), 2019. 2019: p. 1-14.
8. Hacker, K., The burden of chronic disease. Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes, 2024. 8(1): p. 112-119.
9. Renehan, A.G. and A. Howell, Preventing cancer, cardiovascular disease, and diabetes. The Lancet, 2005. 365(9469): p. 1449-1451.
10. Afshin, A., et al., Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The lancet, 2019. 393(10184): p. 1958-1972.
11. Pereira, M.d.G., Beyond life style interventions in Type 2 Diabetes. 2016, SciELO Brasil. p. e2765.

12. Grunfeld, E., et al., Improving chronic disease prevention and screening in primary care: results of the BETTER pragmatic cluster randomized controlled trial. BMC family practice, 2013. 14: p. 1-12.
13. Durojaiye, O., Health screening: is it always worth doing. Internet J Epidemiol, 2009. 7(1).
14. Martin, L.R., et al., The challenge of patient adherence. Therapeutics and clinical risk management, 2005. 1(3): p. 189-199.
15. Shih-Ying, C., M.-C. Chuang, and I. Chen, Why People Do Not Attend Health Screenings: Factors That Influence Willingness to Participate in Health Screenings for Chronic Diseases. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020. 17(10): p. 3495.
16. Du, B. and Y. Mu, The relationship between health changes and community health screening participation among older people. Frontiers in Public Health, 2022. 10: p. 870157.
17. Hsu, H.Y. and R. Gallinagh, The relationships between health beliefs and utilization of free health examinations in older people living in a community setting in Taiwan. Journal of advanced nursing, 2001. 35(6): p. 864-873.
18. Panter-Brick, C., et al., Social stressors, mental health, and physiological stress in an urban elite of young Afghans in Kabul. American Journal of Human Biology: The Official Journal of the Human Biology Association, 2008. 20(6): p. 627-641.
19. Noormal, A.S., et al., Prevalence of major non-communicable diseases and their associated risk factors in Afghanistan: a systematic review and meta-analysis. Therapeutic Advances in Chronic Disease, 2024. 15: p. 20406223241229850.
20. Pourhoseingholi, M.A., M. Vahedi, and M. Rahimzadeh, Sample size calculation in medical studies. Gastroenterology and Hepatology from bed to bench, 2013. 6(1): p. 14.
21. Chien ShihYing, C.S., et al., Primary drivers of willingness to continue to participate in community-based health screening for chronic diseases. 2019.
22. Kelly, M.P. and M. Barker, Why is changing health-related behaviour so difficult? Public health, 2016. 136: p. 109-116.

Research Article

A Descriptive Study of Participation, Motivating And Preventive Factors of People In The Screenings of Chronic Diseases

Teaching Assistant Dr. Mohammad Yunus Akhundzada[1], Senior Teaching Assistant Dr. Wahidullah Nouri[2]
[1,2]Department of Pharmacology, Faculty of Medicine, Nangarhar University, Nangarhar, Afghanistan

Article History

Received: 12/Nov/2024

Accepted: 07/Jan/2025

Published: 21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords

- Screening
- Motivation
- Chronic Diseases
- Barriers
- Participation
- Demand

***Corresponding Author**

Teaching Assistant Dr. Mohammad Yunus Akhundzada

E-mail:younusakhundzada@gmail.com

Contact: +93 (0) 781162515

Abstract

Chronic diseases are considered among the leading causes of mortality and disability worldwide, and preventive screening examinations are highly effective in reducing the progression of chronic diseases. However, many people, especially those in rural areas, do not benefit from these preventive services, which may be attributed to the lack of screening centers, low awareness levels, as well as motivational and inhibiting factors. This community-based cross-sectional descriptive study was conducted in five districts of Nangarhar province from the first of Sunbula 1403 to the 30th of Mizan 1403 SH. The aim of this study was to describe the participation rate and factors that encourage or inhibit people from participating in screening examinations for chronic diseases. The study included 350 patients aged 30 years and above. Data were collected through face-to-face interviews using questionnaires. The results showed that 65.7% of participants had personally undergone screening for some chronic diseases, while 88% expressed willingness to participate in chronic disease screening in the future. 93% of participants believed that screening examinations are an effective way to determine their health status, and 89.1% agreed that screening helps doctors diagnose and treat diseases early. 79.4% considered the proximity of health centers for screening examinations as very important and effective. Most participants viewed screening examinations for chronic diseases as beneficial, with only 15.5% considering them a waste of time. In conclusion, there is a high willingness among people to participate in chronic disease screening, and increasing awareness and understanding of screening is crucial for greater implementation. Certain motivating factors such as convenient and nearby screening centers, costs, equipment, and previous screening experiences may play a positive role. On the other hand, factors such as viewing screening as time-consuming, fear, anxiety, shame, discomfort, perceived complexity of the screening process, and negative behavior of healthcare workers

مقاله تحقیقی

بررسی رابطه بین افسردگی و رفتار های پرخطر میان محصلین لیلیه پوهنتون کابل در سال ۱۴۰۳

[۱]پوهنیار رحمت الله امینی، [۲]پوهنیار محمد ادریس حازم، [۳]عبدالجمیل پویا

[۱،۲،۳] دیپارتمنت روانشناسی عمومی، پوهنځی روانشناسی، پوهنتون تعلیم وتربیه کابل، کابل - افغانستان

تاریخچه مقاله

تاریخ دریافت مقاله۱۴۰۳/۱۰/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰٤/۱۱/۲۱

تاریخ نشر: ۱٤۰٤/۰۷/۲۹

سال: ۱۴۰۴ هـ.ش جلد: ۲ شماره: ۱

نقاط اساسی

- افسردگی
- رفتار های پرخطر
- محصلان

نویسنده مسؤل

پوهنیار رحمت الله امینی

ایمیل: rahmatullahamini6@gmail.com

شماره تماس: 776560910 (0) 93 +

چکیده

این تحقیق به هدف بررسی رابطه بین افسردگی و رفتار های پرخطر انجام شده است، که جامعه آماری این تحقیق را ۲۹۱ تن از میان ۱۱۵۰ تن محصلین شامل برحال لیلیه پوهنتون کابل میباشد. این تحقیق از نگاه هدف از جمله تحقیقات کاربردی است و از نگاه ماهیت توصیفی از نوع تحقیقات همبستگی میباشد. در این تحقیق برای گرد آوری داده ها از پرسشنامه افسردگی بک ۲۱ سوالی و پرسشنامه رفتار های پرخطر زاده محمدی ۳۸ سوالی استفاده شده است. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار (SPSS26) استفاده گردیده است. نتایج نشان میدهد که میان افسردگی و گرایش به مواد مخدر p=0,01 ، گرایش به الکول p=0,01 ، گرایش به سگرت p=0,01، رانندگی خطرناک p=0,01 و خشونت p=0,01 رابطه معنی دار وجود دارد. بنابر این از آمار بدست آمده میتوان نتیجه گرفت که هر قدر میزان افسردگی افزایش یابد، به همان اندازه شیوع رفتارهای پرخطر مانند (گرایش به اعتیاد، گرایش به الکول، گرایش به سگرت، خشونت، رانندگی خطرناک و...) نیز افزایش می یابد. بنابر این می توان گفت که با کاهش دادن میزان افسردگی بوسیله روان درمانی و دارو درمانی میتوانیم شیوع رفتار های پرخطر را نیز کاهش دهیم.

مقدمه

افسردگی عبارت از حالت روانی ناخوش که با دل زدگی، یأس و خستگی پذیري مشخص میشود و در بیشتر مواقع با اضطرابی کم و بیش شدید همراه است. برآوردها نشان میدهند که ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد بزرگسال جامعه، عوارض و نشانه‌های مختلف افسردگی شدید را از خود نشان میدهند(۱). رفتار های پرخطر رفتار هایی هستند که زندگی دیگران را مختل کرده و ممکن است به اشخاص ویا اموال آنان آسیب برساند(۲).

افسردگی رایج ترین اختلال روانی است و به دلیل گسترش و شیوع فراوانی که دارد، سرماخوردگی روانپزشکی نامیده می شود. افسردگی با یک تعداد نشانه های عاطفی و جسمانی، از قبیل خلق غمگین، عدم لذت، فقدان انرژی و زود رنجی رابطه دارد، همچنان نشانه های شناختی نیز اهمیت دارند و شامل توجه مختل، تردید، دو دلی و احساس بی ارزشی است (۳).

فهم پیچیدگی‌های روان‌شناختی، بررسی این ارتباط می‌تواند به درک عمیق‌تری از تأثیرات عاطفی و روانی افسردگی بر

رفتارهای فرد منجر شود. درک این روابط پیچیدگی‌های پروسه‌های روانی و تأثیرات متقابل آن‌ها را روشن‌تر می‌سازد. آگاهی اجتماعی، تحقیقات در این زمینه می‌تواند به آگاهی بیشتر عموم مردم و جامعه درباره تأثیر افسردگی بر رفتارها و تصمیمات افراد کمک کند. افزایش این آگاهی می‌تواند به کاهش استیگما و بی‌توجهی به مسائل روان‌شناختی منجر شود. درک بهتر از بیماری‌ها، این تحقیقات می‌توانند به شناخت بهتر علل و پیامدهای افسردگی و رفتارهای پرخطر کمک کند. فهم این رابطه می‌تواند به تنوع در شیوه‌های درمانی و پیشگیری منجر شود. افسردگی و رفتار های پرخطر یک مسأله جدی در جامعه ما است که ممکن است افسردگی مزمن و شدید از جهات مختلف مانند، فقر، مهاجرت، عوامل طبیعی و جنگ روی افراد جامعه تاثیر بگذارد و منجر به رفتار های پرخطر شود. لذا ضروری است که پژوهش های مختلف به بررسی سوء مصرف مواد و عوامل تاثیر گذار بر آن بپردازند. با این تفاسیر ضرورت و اهمیت بررسی رابطه بین بررسی رابطه بین افسردگی و رفتار های پرخطر میان محصلان خوابگاه پوهنتون کابل ، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

اهداف تحقیق

1- بررسی رابطه میان افسردگی و رفتار های پرخطر محصلان خوابگاه پوهنتون کابل

2. بررسی رابطه افسردگی با گرایش به مواد مخدر محصلان خوابگاه پوهنتون کابل

3. بررسی رابطه افسردگی با گرایش به الکول محصلان خوابگاه پوهنــتون کابل

4. بررسی رابطه افسردگی با گرایش به سگرت محصلان خوابگاه پوهنتون کابل

5. بررسی رابطه افسردگی با گرایـش به خشونـت محصلان خوابگاه پوهنـتون کابل

6. بررسی رابطه افسردگی با گرایش به رانندگی خطرناک محصلان خوابگاه پوهنتون کابل

روش تحقیق

تحقیق ذیل کاربردی می‌باشد، از لحاظ ماهیت داده‌ها از نوع همبسته‌گی بوده که اطلاعات به شکل آماری و به واسطه پرسشنامه‌ها جمع آوری گردیده است. جامعه آماری پژوهش حاضر، تمام محصلین خوابگاه پوهنتون کابل در سال ۱۴۰۳ می‌باشد. که حجم کل جامعه آماری ۱۱۵۰ تفر می باشد و نمونه آماری پژوهش حاضر بر اساس جدول مورگان ۲۹۱ نفر در نظر گرفته شده است.

از روش نمونه گیری طبقه ای برای توزیع پرسشنامه ها استفاده صورت گرفته است.

ابزار جمع آوری داده های تحقیق

در این تحقیق از دو پرسشنامه زیر برای جمع آوری داده ها استفاده صورت گرفته است:

الف - پرسشنامه افسردگی بک: پرسشنامه افسردگی بک (BDI) ازجمله مناسبترین ابزارها برای انعکاس حالات افسردگی است. این پرسشنامه دارای 12 ماده است که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده

متغیر	گروه ها	فراوانی	درصد فراوانی
محل سکونت	شهر	۱۳٦	٤٦,۷
	روستا	۱۵۵	۵۳,۳
صنف	اول	۱٤۲	٤۸,۸
	دوم	۱٤۹	۵۱,۲
سن	۱۸ - ۲۰ سال	۱۲٦	٤۳,۳
	۲۱ - ۲۵ سال	۱٦۵	۵٦,۷

جدول شماره(۱): جدول توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب محل سکونت

داده های جدول فوق نشان می دهد که۱۳٦ تن پاسخ دهندگان که٤٦,۷درصد نمونه آماری تحقیق را تشکیل می دهند، در شهر سکونت دارند و۱۵۵ تن دیگر که ۵۳,۳ درصد نمونه آماری تحقیق را تشکیل می دهد، محل سکونت خویش را روستا گفته اند. همچنان داده های جدول فوق نشان می دهد که ۱٤۲ تن محصل شامل صنف اول و ۱٤۹ تن دیگر محصل شامل صنف دوم می گردند. همچنین داده های در جدول فوق نشان می دهد که۱۲٦ تن شامل گروه سنی ۱۸-۲۰ سال و ۱٦۵ تن دیگر شامل گروه سنی ۲۱-۲۵ سال می گردند.

یافته های استنباطی تحقیق

هدف اول تحقیق: شناخت رابطه رفتارهای پرخطر و افسردگی میان محصلان خوابگاه پوهنتون کابل

متغیر	میانگین	انحراف معیار	همبستگی	سطح معنی داری	تعداد
رفتارهای پرخطر	۷۰,۹٦۲	۲۱,۹٦۵	۰,۳٤۳**	۰,۰۰۱	۲۹۱
افسردگی	۱۹,٦٤٦	۱۱,۸۹۹			

جدول شماره(۲): جدول ضریب همبستگی اسپیرمن رفتارهای پرخطر و افسردگی

نتایج آزمون ضریب همبستگی نشان می دهد، که ضریب همبستگی میان رفتارهای پرخطرو افسردگی مساوی(۰,۰۳٤۳) با سطح معنی داری p=0.001 بدست آمده، چون قیمت (p<0.01) می باشد، بنا بر این رابطه قوی مثبت معناداری میان رفتارهای پرخطر و افسردگی بین محصلان وجود دارد.

متغیر	همبستگی	سطح معنی داری	تعداد
گرایش به مواد مخدر	۰,۳۳۶**	۰,۰۰۱	۲۹۱
افسردگی			

جدول شماره(۳): جدول ضریب همبستگی اسپیرمن میان مولفه گرایش به مواد مخدر و افسردگی

هدف دوم: شناخت رابطه مولفه گرایش به مواد مخدر و افسردگی محصلان خوابگاه پوهنتون کابل

در آزمون ضریب همبستگی میان مولفه گرایش به مواد مخدر رفتارهای پرخطر و افسردگی مساوی به (۰,۳۳۶) با سطح معنی داری (۰,۰۰۱) به دست آمده است. نتایج آزمون نشان می دهد که در سطح معنی داری($p = 0.01$) میان دو متغیر رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. یعنی با افزایش نمرات افراد در مولفه گرایش به مواد میزان نمرات آنان در متغیر افسردگی نیز افزایش می یابد.

هدف سوم: شناخت رابطه مولفه گرایش به الکول با افسردگی محصلان خوابگاه پوهنتون کابل

متغیر	همبستگی	سطح معنی داری	تعداد
گرایش به الکول	۰,۲۷۰**	۰,۰۰۱	۲۹۱
افسردگی			

جدول شماره(٤): جدول ضریب همبستگی اسپیرمن میان مولفه گرایش به الکول و افسردگی

نتایج آزمون ضریب همبستگی نشان می دهد که میان مولفه گرایش به الکول و افسردگی محصلان مساوی به (۰,۲۷۰**) با سطح معنی داری (۰,۰۰۱) به دست آمده است. یافته های این آزمون نشان می دهد که در سطح معنی داری ($p = 0.01$) رابطه مثبت معنی داری میان دو متغیر وجود دارد. یعنی با افزایش نمرات گرایش به الکول، نمرات افسردگی میان افراد بیشتر می گردد.

هدف چهارم: شناخت رابطه مولفه گرایش به سگرت و افسردگی محصلان خوابگاه پوهنتون کابل

متغیر	همبستگی	سطح معنی داری	تعداد
مولفه گرایش به سگرت	۰,۲۹۲**	۰,۰۰۱	۲۹۱
افسردگی			

جدول شماره(٥): جدول ضریب همبستگی اسپیرمن میان مولفه گرایش به سگرت با افسردگی

یافته های جدول فوق نشان می دهد که ضریب همبستگی میان مولفه گرایش به سگرت و افسردگی محصلان مساوی به (۰,۲۹۲) با سطح معنی داری (۰,۰۰۱) به دست آمده است. یافته های این آزمون نشان می دهد که در سطح معنی داری (p = 0.01) رابطه مثبت معناداری میان دو متغیر وجود دارد. یعنی با افزایش نمرات افراد در مولفه گرایش به سگرت نمرات افراد در افسردگی نیز افزایش می یابد.

هدف پنجم: شناخت رابطه مولفه خشونت با افسردگی محصلان خوابگاه پوهنتون کابل

متغیر	همبستگی	سطح معناداری	تعداد
خشونت	۰,۲۵۶**	۰,۰۰۱	۲۹۱
افسردگی			

جدول شماره(٦): جدول ضریب همبستگی اسپیرمن میان مولفه خشونت با افسردگی

نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن میان مولفه خشونت و افسردگی مساوی به (۰,۲۵٦) با سطح معنی داری (۰,۰۰۱) به دست آمده است. یافته های این آزمون نشان می دهد که در سطح معنی داری (p = 0.01) رابطه قوی مثبت معنادار میان دو متغیر وجود دارد.

هدف ششم: شناخت رابطه مولفه رانندگی خطرناک با افسردگی محصلان خوابگاه پوهنتون کابل

متغیر	همبستگی	سطح معنی داری	تعداد
مولفه رانندگی خطرناک	۰,۱۹۱**	۰,۰۰۱	۲۹۱
افسردگی			

جدول شماره(۷): جدول ضریب همبستگی اسپیرمن میان مولفه رانندگی خطرناک با افسردگی

در آزمون ضریب همبستگی میان مولفه رانندگی خطرناک و افسردگی مساوی به (۰,۱۹۱) با سطح معنی داری (۰,۰۰۱) به دست آمده است. نتایج آزمون نشان می دهد که در سطح معنی داری (p = 0.01) میان مولفه رانندگی خطرناک و افسردگی محصلان رابطه مثبت معنادار وجود دارد. یعنی با افزایش نمره رانندگی خطرناک نمره افسردگی محصلان نیز افزایش می یابد.

مناقشه

یافته های تحقیق نشان داد که میان افسردگی و رفتارهای پرخطر بین محصلان خوابگاه پوهنتون تعلیم و تربیه کابل رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. یافته های این تحقیق با یافته های تحقیق آورنده و احمدی (۱۳۹۹) که دریافتند بین پرخاشگری و افسردگی با گرایش به اعتیاد رابطه مثبت معنی دار وجود دارد همسو می باشد (٤).

همچنان یافته های تحقیق نشان داد که میان مولفه های رفتارهای پرخطر و افسردگی محصلان خوابگاه پوهنتون کابل رابطه مثبت و معنی وجود دارد. این یافته ها با یافته های تحقیق بارز (۱۳۹۷) دریافتند که میانگین نمره محصلان (۲۲,٦٥٦۸) بود که دارای نشانه های افسردگی بود. و میزان افسردگی میان محصلان دختر و پسر صنوف مختلف تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p>0.05$) همسو می باشد به این معنا که میان محصلان افسردگی در حدقابل توجه وجود دارد(٥).

نتیجه تحقیق حاضر نشان میدهد نتایج آزمون ضریب همبستگی نشان می دهد که میان مولفه گرایش به الکول و افسردگی محصلان رابطه مثبت معنی داری میان دو متغیر وجود دارد. که با تحقیقات باریکانی (۱۳۸۷) و تحقیق محمد خانی (۱۳۸۰) همسو است که نتیجه تحقیق یافته های باریکانی نشان میدهد که وجود رفتار های پرخطر مانند مصرف سیگار، الکول و سایر مواد در دانش آموزان چشم گیر بوده و نشان دهنده ضرورت مداخلات لازم برای کاهش آنها می باشد (٦). و نتایج تحقییق محمد خانی نشان دادند که افراد دارای بیشترین افکار خودکشی سابقه اقدام به خودکشی داشتند به طور معناداری نسبت به افراد که افکار مربوط به خودکشی را گزارش نداده است از نشگان افسردگی و آشفتگی های روانشناختی بیشتری رنج می برند (۷).

نتیجه تحقیق حاضر نشان می دهد که ضریب همبستگی میان مولفه گرایش به سگرت و افسردگی محصلان رابطه مثبت معنادار می باشد. این یافته ها با یافته های بخشش بروجنی وهمکاران (۱۳۹۸) همسو است که طبق پژوهش دریافتن که هم نشینی با همسالان بزهکار و گرایش به مصرف سیگار، قلیان و مواد روان گردان رابطه مثبت وجود دارد (۸).

نتایج تحقیق نشان میدهد ضریب همبستگی اسپیرمن میان مولفه خشونت و افسردگی مساوی رابطه قوی مثبت معنادار وجود دارد. که با یافته های تحقیق های رشید (۱۳۹۱) و شفیع زاده و همکاران (۱۳۹۹) همسو است که طبق پژوهش رشید، دریافتن که عوامل گوناگون فردی اجتماعی در پدید آمدن و گسترش رفتار های پرخطر نقش دارند (۹). و نتایج تحقیق شفیع زاده و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند که رابطه بین زورگویی و افسردگی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (۱۰).

نتایج تحقیق حاضر نشان میدهد که در آزمون ضریب همبستگی میان مولفه رانندگی خطرناک و افسردگی محصلان رابطه مثبت معنادار وجود دارد. که تاتحقیق حبیبی وهمکاران (۱٤۰۲) همسو است، که نتایج تحقیق نشان دادند، که شروع زو هنگام مصرف سیگا با رفتار های پرخطر رابطه دارد (۱۱).

نتیجه گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان میدهد که میان افسردگی و رفتار های پرخطر ارتباط معنی داری وجود دارد، یعنی با افزایش میزان افسردگی رفتار های پرخطر نیز افزایش می یابد و برعکس، در نتیجه می توان گفت افرادی که دچار افسردگی سطح متوسط و شدید هستند بسیار مستعد بروز رفتارهای پرخطر هستند و دست به رفتارهای پرخطر می زنند.

پیشنهادات تحقیق

۱. پیشنهادات تحقیقی

۱. پژوهش در نمونه ای بزرگتر و مناطق مختلف اجرا شود تا امکان تعمیم آن به جوامع مختلف وجود داشته باشد.

۲. در پژوهشی به مقایسه ای متغیرهای پژوهش میان زنان و مردان پرداخته شود.

۲. پیشنهادات کاربردی

۱. تشخیص کلینیکی محصلان جهت ایجاد دوره های روان درمانی و دارو درمانی برای کسانی که اختلال افسردگی دارند.

۲. طراحی برنامه های پیشگیرانه در مکاتب و پوهنتون ها برای شناسایی زود هنگام علایم افسردگی، رفتار های پرخطر و ارائه کمک های اولیه.

۳. تشویق افراد جهت مراجعه به روانشناسان ومشاوران برای درمان افسردگی وکاهش رفتار های پرخطر.

منابع

۱. محمدیان ی، شهیدی ش، زاده محمدی ع، مهکی ب. اثر شعر درمانی گروهی برکاهش نشانه های افسردگی در دانشجویان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام۱۳۹۸، ۱۸(۲).

۲. جغتایی ع، مفاخری ع، بخشی پور ا. بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر رفتار های پرخطر اهمالکاری و ترس از موفقیت در نوجوانان. فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی۱۴۰۲، ٤(۱).

۳. دهقانی آ. نقش واسطه ای نشخوار فکری در رابطه بین کمال گرایی و افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد،۱۳۹۲، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

٤. آورنده م، احمدی پ . بررسی رابطه بین خشونت و پرخاشگری و افسردگی با گرایش به اعتیاد در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، نخستین همایش ملی پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر در بین دانشجویان۱۳۹۹.

۵. بارز م. بررسی میزان افسردگی میان محصلان ادبیات دری پوهنتون کابل. پایان نامه دوره لیسانس۱۳۹۷، پوهنتون تعلیم و تربیه کابل، پوهنحی روانشناسی، دیپارتمنت مشاوره.

٦. باریکی آ. رفتار های پرخطر در نوجوانان مدارس راهنمای و دبیرستان های شهر تهران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران،١٤ (۲): ۱۹۲-۱۹۸.

۷. محمد خانی پ. همبودی نشانگان افسردگی و آشفتگی های روانشناختی با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی دردختران مناطق پرخطر. فصلنامه پژوهشی رفاه اجتماعی، ۳(۱۲): ۳۱۳-۳۳۵.

۸. بروجنی بخشش م، هاشمی ت، فرج پورنیری س. پیشبینی رفتار های پرخطر براساس هم نشینی با همسالان بزهکار، افسردگی و حل مسئله. فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد.۱۳۹۸، ۱۳(۵۳).

۹. شفیع زاده م، خان آرمونی م، رفیعی نیا پ. بررسی رابطه بین افسردگی و قلدری، نقش میانجی سبک های هویت. مجله علوم روانشناختی، ۱۲(۹۶): ۱۶۲۵-۱۶۳۵.

۱۰. رشید خ. رفتار های پرخطر دربین دانش آموزان نوجوان دختر وپسر شهر تهران. فصلنامه علمی پژوهشی رفا اجتماعی، ۱۳۹۱، ۱۵(۵۷).

۱۱. حبیبی پ، محمد پور اصل ا، شکاری ف. بررسی رابطه سن شروع مصرف سیگار با رفتار های پرخطر در دانشجویان مطالعه ی بروب. مجله تصویر سلامت، ۱۴۰۲، ۳(۱٤): ۳۰٤-۳۱۳.

Research Article

Examining the Relationship between Depression and Risky Behaviors among Dormitory Students of Kabul University in 2023

Teaching Assistant Rahmatullah Amini[1], Teaching Assistant Mohammad Idress Hazam[2], Abdul Jameel Poya[3]
[1,2,3]Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Kabul University of Education, Kabul-Afghanistan.

Article History

Received:30/12/2024

Accepted:9/02/2025

Published:21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords

- Depression
- Risky Behaviors
- Students

***Corresponding Author**

Teaching Assistant Rahmatullah Amini

E-mail:rahmatullahamini6@gmail.com

Contact: +93 (0) 776560910

Abstract

This study aimed to investigate the relationship between depression and risky behaviors. The statistical population of this research included 291 out of 1,150 students currently living in dormitory at Kabul University. In terms of objective, this is applied research and in terms of nature, it is a descriptive correlational study. Data collection was conducted using the 21-question Beck Depression Inventory (BDI) and the 38-question Risky Behaviors Questionnaire by Zadeh Mohammadi. Data analysis was performed using SPSS26. The results revealed a significant correlation between depression and the following risky behaviors: drug addiction tendency ($p=0.01$), alcohol tendency ($p=0.01$), cigarette smoking tendency ($p=0.01$), reckless driving ($p=0.01$) and violence ($p=0.01$). Based on the findings, it can be concluded that as depression levels increase, the prevalence of risky behaviors (such as addiction, alcohol use, smoking, violence, reckless driving, etc.) also rises. Therefore, reducing depression through psychotherapy and medication can help decrease the occurrence of risky behaviors.

څېړنیزه مقاله

په کورني بازار کې د افغاني درملو د خرڅلاو پر وړاندې پراته خنډونه او د هواري لارې چارې

پوهنیار محبت شاه محبت[۱]، شفیع الله سلطاني[۲] جان اغا شینواری[۳]

[۱،۲،۳] د تشبثاتو اداره او منجمنټ څانګه، اقتصاد پوهنځی، سید جمال الدین افغاني پوهنتون، کنړ-افغانستان

د مقالې تاریخچه

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۹/۱۹

د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۱/۰۱

د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹

کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دویم ګڼه: لومړۍ

بنسټیز ټکي

- افغاني درمل
- ستونزې
- د هواري لارې
- فارمیسي
- کورني بازار

مسؤل لیکونکی

پوهنیار محبت شاه محبت

برېښنالیک: mohabatshahm@gmail.com

ګرځنده شمېره: 777720710 (0) 93+

لنډیز

په دې څېړنه کې په کورني بازار کې د افغاني درملو د خرڅلاو پر وړاندې پراته خنډونه او د هواري لارې څېړل شوي دي. د څېړنې بنسټیزه موخه دا ده چې په کورني بازار کې د افغاني درملو د خرڅلاو پر وړاندې د ستونزو کچه معلومه شي. دا یوه تشریحي څېړنه ده چې لومړی لاس ډېټا د کابل ولایت له (۱۲۰) فارمیسیستانو څخه د (۹۰) پوښتنلیکونو له لارې ترلاسه شوې. د پوښتنلیک ډیزاین د پنځه نقطه ای لیکرت مقیاس پواسطه شوی. د نوموړي پوښتنلیک ډېټا د تشریحي احصائې لپاره له ځینو میتودونو لکه فریکوینسي، سلنې، اوسط، معیاري انحراف څخه ګټه اخیستل شوې او راټوله شوې ډېټا د (SPSS V.25 سافټویر په وسیله تحلیل شوې ده. د څېړنې ترسره کولو او ډېټا له تحلیل څخه دا پایله ترلاسه شوه چې ناروغانو ته د ډاکټرانو لخوا د افغاني درملو نه لیکل او توصیه چې اوسط یې (۲،۷۶) دی، له بهره د لوړ کیفیت درملو واردات چې اوسط یې (۲،۸۰) دی، د افغاني درملو ټیټ کیفیت چې اوسط یې (۲،۸۱) دی، په افغاني درملو د مالیاتو لوړوالی چې اوسط یې (۲،۸٦) دی، د افغاني درملو لوړ قیمتونه چې اوسط یې (۲،۹۰) دی، افغاني درملو ته د دولت نه پاملرنه او نه ملاتړ چې اوسط یې (۲،۹٦) دی، د افغاني درملو پر وړاندې د هېوادوالو ناسم ذهنیتونه چې اوسط یې (۲،۹۹) دی، د افغاني درملو ناسمه بسته بندي چې اوسط یې (۳،۰۲) دی، د افغاني درملو لپاره د مارکیټینګ نه شتون چې اوسط یې (۳،۰٤) دی او قاچاقي او ارزانه بهرنیو درملو شتون چې اوسط یې (۳،۳٦) دی؛ د افغاني درملو د نه خرڅلاو پر وړاندې ستونزې بلل کېږي. که چېرې افغاني ډاکټران ناروغانو ته افغاني درمل توصیه، د افغاني درملو کیفیت لوړ او په ورته وخت کې په نوموړو درملو مالیات معاف یا کم شي، نو د افغاني درملو خرڅلاو ته به زمینه برابره شي.

پېژندنه

هر هېواد هڅه کوي چې کیفیت لرونکي درمل تولید کړي او خلک یې د ناروغیو مخنیوي لپاره وکاروي. د بې کیفیته درملو واردولو مخنیوی تر څنګ، د کیفیت لرونکو درملو تولید د صادراتو په لوړوالي کې هم مهمه ونډه لري. په افغانستان کې د درمل جوړونې په برخه کې پانګه اچونه به نه یوازې د خپلو خلکو د درملنې لپاره ښه ثابته شي، بلکې د هغو (٦٥۰) میلیون ډالرو، چې هر کال د درمل رانیولو په موخه بهرنیو هېوادونو ته لېږدول کېږي، کچه به هم راښکته شي او ځای به یې په راتلونکي کې د

درملو صادرات ونیسي. په افغانستان کې د درملو (۹۵) سلنه اړتیا له واردونکو درملو څخه پوره کېږي، چې تر ډېره له پاکستان، بنګله دیش، ایران، خلیجي هېوادونو، هندوستان او اروپایي هېوادونو څخه واردېږي.

دا چې اوس‌مهال افغانستان د درمل جوړونې په برخه کې د ځان بسیاینې خوا ته روان دی او په کور دننه یو شمېر د درمل جوړونې کارخانو په کار پیل کړی دی، د روغتیا وزارت د راپورونو پر بنسټ تر اوسه (۵٦) داخلي درمل جوړونکو کارخانو د درملو جوړولو په برخه کې کاري اجازه لیکونه ترلاسه کړي، چې تېرډې (٤٥) دغه کارخانې په کابل، هرات، ننګرهار، قندهار او مزار شریف ولایتونو کې په عملي توګه په درمل جوړولو بوختې دي او توانېدلي چې د هېواد د درملو یو څه اړتیا پوره کړي(۳) .

د دې څېړنې ترسره کولو موخه په کورني بازار کې د افغاني درملو د خرڅلاو پر وړاندې د ستونزو او خنډونو کچه معلومول او د هغې د هواري لپاره لارې چارې موندل دي چې په اوسط ډول د نومړو ستونزو کچه زیاته (۲،۹۵) ښودل شوې ده، نو افغان دولت او مسؤلې اداري باید په کورنیو بازارونو کې د افغاني درملو پر وړاندې د شته عمده خنډونو له منځه وړلو په برخه کې خپل مسؤلیت ادا کړي. لکه: د قاچاقي او ارزانه بهرنیو درملو مخنیوي تر څنګ په ورته وارداتي درملو لوړې تعرفې وضع کول او د افغاني درملو د تولید هڅونې په موخه پرې مالیات معاف یا کم وضع کول. افغان درمل جوړونکي کمپنۍ هم کولای شي چې د هېواد دننیو درملو کیفیت لوړ وساتي او د هغې لپاره مناسبې بیې وټاکي. د درملو معیاري بسته بندۍ تر څنګ افغان ډاکټر صاحبانو له لوري ناروغانو ته افغاني درملو توصیه کول او د هېوادوالو ناسم ذهنیتونه جوړول کولای شي چې اړونده ستونزې له منځه یوسي.

د دغې څېړنې اهمیت په دې کې دی چې د کورني تولید، په ځانګړي ډول درمل جوړونې د ودې لپاره، به لارې چارې وړاندې کړي، د بازار موندنې په برخه کې شته خنډونه لکه د کیفیت ټیټوالی، د خلکو د باور کمښت او نورې ستونزې به په ګوته کړي او د وارداتي درملو اړتیا به راکمه کړي. برسېره پر دې د څېړنې په پایله کې به افغاني درمل د نړیوالو معیارونو سره برابر شي، چې د کورني او نړیوال بازار د سیالۍ وړتیا به زیاته کړي. په دې توګه دغه څېړنه د افغانستان د اقتصادي، صنعتي او روغتیایي پرمختګ لپاره خورا حیاتي ونډه لري.

د څېړنې تګلاره

د څېړنې ډیزاین: دغه څېړنه یوه تشریحي څېړنه (Descriptive Study) ده. په څېړنه کې په کورني بازار کې د افغاني درملو د خرڅلاو پر وړاندې پراته خنډونه او د هواري لارې څېړل شوي او د دې تر څنګ په یاد سکتور کې د بېلا بېلو فارمیسیو لرونکي تر مطالعې لاندې نیول شوي دي، تر څو په کورني بازار کې د افغاني درملو د خرڅلاو پر وړاندې عواملو په اړه پوه شو.

د نمونې اندازه اخېستنه: څرنګه چې دا یوه تشریحي څېړنه ده، نو د ترسره کولو لپاره یې له لومړي لاس ډېټا څخه ګټه اخېستل شوې ده. د لومړي لاس ډېټا راټولولو لپاره د (۱۴۰۳) کال په جریان کې کابل ولایت انتخاب شوی چې د نمونې اندازه په کې (۱۲۰) فارمیسۍ ښودل شوي دي؛ یعنې په دې څېړنه کې لومړی لاس معلومات د کابل ولایت له فارمیسیو څخه ترلاسه شوي دي.

د نمونې اخېستنې تخنیک: په دغه څېړنه کې د Krejci and Morgan Table له مخې د کابل ولایت (۸۵۰) درملتونونو څخه (۱۲۰) هغو ته پوښتنلیکونه وېشل شوي چې له دې ډلې (۹۰) پوښتنلیکونه د غیر احتمالي اسانه نمونه اخېستنې تخنیک (Non-Probability Convenience Sampling) له مخې ترلاسه او تحلیل شوي دي. په دغه پوښتنپاڼه کې د ځواب ویونکیو د ډیموګرافی ترڅنګ لس پوښتنې مطرح شوي دي چې ډیزاین کې یې پنځه نقطه یي لیکرټ مقیاس (Five point Likert scale) کارول شوی، چې د ډېر زیات څخه تر ډېر لږ پورې په ترتیب سره د ۱ـ ۵ پورې کوډینګ شوی. نوموړې پوښتنلیک د څېړونکي له خوا ترتیب شوی و، چې کره والی (Validity) یې د اړونده تخصص لوړ رتبه استاد له خوا او باوریتوب (Reliability) یې د ابتدایي مطالعې (Pilot Study) په ذریعه معلوم شوی. د نوموړې ډېټا د تحلیل لپاره له تشریحي احصایې فریکوینسي، سلنې، اوسط او معیاري انحراف څخه ګټه اخېستل شوې او راټوله شوې ډېټا د (SPSSV.25) نرمغالي (سافټویر) په وسیله تحلیل شوې ده.

متحولونه	د جملو شمېر	Cronbach's Alpha
ناروغانو ته ډاکترانو لخوا افغاني درمل نه لیکل او نه توصیه	۲	.۸۸۷
د لوړ کیفیت درملو واردات	۲	.۸۷۹
د افغاني درملو ټیټ کیفیت	۲	.۸۲۷
د مالیاتو لوړوالی	۲	.۷۱۲
د افغاني درملو لوړ قیمت	۲	.۸۰۲
د دولت نه پاملرنه او ملاتړ	۲	.۸٤۸
د هېوادوالو ناسم ذهنیتونه	۲	.۹۵۷
د افغاني درملو ناسمه بسته بندي	۲	.۷۸۳
د افغاني درملو لپاره د مارکیټینګ نه شتون	۲	.۹۰۱
د قاچاقي او ارزانه بېهرنیو درملو شتون	۲	.٦٥۱
ټول متحولونه	**۲۰**	**.۸۲۳**

(۱)جدول: د پوښتنپاڼې کره والی او باوریتوب

زمونږ د ډېټا الفا د (۰,۸۲۳) سره برابره ده، د الفا د معیار پر بنسټ په ښه (Good) درجه کې راځي چې زمونږ د پوښتنپاڼې کره والي او باوریتوب باندې دلالت کوي.

موندنې

د دیموګرافیکي معلوماتــو تحلیل

	کلونه	فریکوینسي	سلنه
عمر	-۲۵y	۳۱	۳٤,٤
	۲٦-۳۵y	۲٤	۲٦,۷
	۳٦-٤٥y	۱۹	۲۱,۱
	+٤٦	۱٦	۱۷,۸
	Total	۹۰	۱۰۰,۰
زده کړې	د زده کړو کچه	فریکوینسي	سلنه
	دولسم فارغ	۲۲	۲٤,٤
	څوارلسم فارغ	۲۲	۲٤,٤
	لېسانس	۲۰	۲۲,۲
	ماسټر او پورته	۲٦	۲۸,۹
	Total	۹۰	۱۰۰,۰
د فعالیت موده	د ګډونوالو شمېر	فریکوینسي	سلنه
	۱٤	یو کال	۱۵,٦
	۳۱	پنځه کاله	۳٤,٤
	۳٤	لس کاله	۳۷,۸
	۱۱	لسو کالو څخه زیاته	۱۲,۲
	۹۰	Total	۱۰۰

(۲) جدول: د ګډونوالو عمر، زده کړو کچه او د فعالیت مودې تحلیل

له پورته دویم جدول څخه د تر لاسه شویو معلوماتو پر بنسټ د ځواب ویونکو عمرونه له (۲۵) کالو څخه کم(%۳٤,٤٤) او (۲٦) او (۳۵) کالو تر منځ (%۲٦,٦۷) او (۳٦) او (٤۵) کالو تر منځ (%۲۱,۱۱) او (٤٦) څخه پورته(%۱۷,۷۸) دي. د نمونې د تعلیم کچې ته په کتو سره (۲۲) تنه د دولسم فارغ، (۲۲) تنه د څوارلسم فارغ، (۲۰) تنه لېسانس او (۲٦) تنه د ماسټرۍ او ورڅخه لوړې زده کړې لري. د ځواب ویونکو د فعالیت مودې له مخې (۱٤) تنه د یو کال، (۳۱) تنه د پنځه کالو، (۳٤) تنه د لسو کالو او (۱۱) تنه له لسو کالو څخه زیاته د خدمت موده لري.

ناسم ذهنيتونه	فريکوينسي	سلنه
ډېر زيات	۷	۷,۸
زيات	۲٤	۲٦,۷
متوسط	۳۳	۳٦,۷
کم	۱۵	۱٦,۷
ډېر کم	۱۱	۱۲,۲
مجموعه	۹۰	۱۰۰,۰

(۳) جدول: د افغاني درملو پر وړاندې ناسم ذهنيتونه

له پورته درېيم جدول څخه د ترلاسه شويو معلوماتو پر بنسټ، د افغاني درملو د خرڅلاو پر وړاندې د شته ستونزو له ډلې څخه يو يې د وګړو ناسم ذهنيتونه دي، چې (۷,۸) سلنه يې د ډېر زيات، (۲٦,۷) سلنه د زيات، (۳٦,۷) سلنه د متوسط، (۱٦,۷) سلنه يې د کم او پاتې (۱۲,۲) سلنه يې د ډېر کم نظر درلود.

د دولت نه پاملرنه	فريکوينسي	سلنه
ډېر زيات	۱۰	۱۱,۱
زيات	۲٤	۲٦,۷
متوسط	۲٤	۲٦,۷
کم	۲٤	۲٦,۷
ډېر کم	۸	۸,۹
مجموعه	۹۰	۱۰۰,۰

(۴) جدول: د دولت نه پاملرنه

له پورته څلورم جدول څخه د ترلاسه شويو معلوماتو پر بنسټ افغاني درملو ته د دولت نه پاملرنه د دوی د خرڅلاو پر وړاندې خنډ ده، چې له دې ډلې څخه يې (۱۱,۱) سلنه د ډېر زيات، (۲٦,۷) سلنه د زيات او (۲٦,۷) سلنه د متوسط نظر درلودونکي دي؛ پاتې (۲٦,۷) سلنه د کم او (۸,۹) سلنه د ډېر کم نظر درلودونکي دي.

مالياتو لوړوالی	فريکوينسي	سلنه
ډېر زيات	۱۵	۱٦,۷
زيات	۲۸	۳۱,۱
متوسط	۱۵	۱٦,۷
کم	۱۹	۲۱,۱
ډېر کم	۱۳	۱٤,٤
مجموعه	۹۰	۱۰۰,۰

(۵) جدول: مالياتو لوړوالی

له پورته پنځم جدول څخه د ترلاسه شویو معلوماتو پر بنسټ هغه وګړي چې د افغاني درملو د خرڅلاو په برخه کې کار کوي په دې آند دي چې د مالیاتو لوړوالی د دغې درملو د خرڅلاو پر وړاندې خنډ دی. له دې جملې څخه (۱۶,۷) سلنه د ډېر زیات، (۳۱,۱) سلنه د زیات او (۱۶,۷) سلنه د متوسط نظر درلودونکي، پاتې (۲۱,۱) سلنه د کم او (۱٤,٤) سلنه د ډېر کم نظر درلودونکي دي.

د افغاني درملو ټیټ کیفیت	فریکوینسي	سلنه
ډېر زیات	۱۲	۱۳,۳
زیات	۲۸	۳۱,۱
متوسط	۲۵	۲۷,۸
کم	۱۵	۱٦,۷
ډېر کم	۱۰	۱۱,۱
مجموعه	۹۰	۱۰۰,۰

(٦) جدول: ټیټ کیفیت د افغاني درملو د نه خرڅلاو د یوې ستونزې په توګه

له پورته شپږم جدول څخه د ترلاسه شویو معلوماتو پر بنسټ ځواب ویونکي په دې اند دي، چې د افغاني درملو ټیټ کیفیت د خرڅلاو پر وړاندې خنډ دی، چې له دې جملې څخه (۱۳,۳) سلنه د ډېر زیات، (۳۱,۱) سلنه د زیات، (۲۷,۸) سلنه د متوسط، (۱٦,۷) سلنه د کم او (۱۱,۱) سلنه د ډېر کم نظر درلودونکي دي.

د افغاني درملو لوړ قیمت	فریکوینسي	سلنه
ډېر زیات	۹	۱۰,۰
زیات	۲۳	۲۵,٦
متوسط	۳۵	۳۸,۹
کم	۱٤	۱۵,٦
ډېر کم	۹	۱۰,۰
مجموعه	۹۰	۱۰۰,۰

(۷) جدول: لوړ قیمت د افغاني درملو د خرڅلاو د یوې ستونزې په توګه

له پورته اووم جدول څخه د ترلاسه شویو معلوماتو پر بنسټ ځواب ویونکي په دې اند دي چې لوړ قیمت د افغانیو درملو د خرڅلاو پر وړاندې خنډ دی. په دې اړه (۱۰) سلنه د ډېر زیات، (۲٦,٦) سلنه د زیات، (۳۸,۹) سلنه د متوسط، (۱۵,٦) سلنه د کم او (۱۰) سلنه د ډېر کم نظر درلودونکي دي.

د افغاني درملو ناسمه بسته بندي	فریکوینسي	سلنه
ډېر زیات	۹	۱۰,۰
زیات	۲۱	۲۳,۳
متوسط	۲۸	۳۱,۱
کم	۲۳	۲۵,٦
ډېر کم	۹	۱۰,۰
مجموعه	۹۰	۱۰۰,۰

(۸) جدول: ناسمه بسته بندي د افغاني درملو د یوې ستونزې په توګه

له پورته اتم جدول څخه د ترلاسه شویو معلوماتو پر بنسټ ځواب ویونکي په دې آند دي چې د افغاني درملو بسته بندي د دوی د خرڅلاو پر وړاندې ډېر جدی خنډ نه دی. په دې اړه (۱۰) سلنه د ډېر زیات، (۲۳,۳) سلنه د زیات، (۳۱,۱) سلنه د متوسط، (۲۵,٦) سلنه د کم او (۱۰) سلنه د ډېر کم نظر درلودونکي دي.

د لوړ کیفیت درملو واردات	فریکوینسي	سلنه
ډېر زیات	٦	٦,۷
زیات	۳۰	۳۳,۳
متوسط	۳٦	٤۰,۰
کم	۱۲	۱۳,۳
ډېر کم	٦	٦,۷
مجموعه	۹۰	۱۰۰,۰

(۹) جدول: لوړ کیفیت درملو واردات د افغاني درملو د نه خرڅلاو د یوې ستونزې په توګه

له پورته نهم جدول څخه د ترلاسه شویو معلوماتو پر بنسټ ځواب ویونکي په دې اند دي چې د لوړ کیفیت درملو واردات د افغاني درملو د خرڅلاو پر وړاندې خنډ دي، چې (٦,۷) سلنه د ډېر زیات، (۳۳,۳) سلنه د زیات، (٤۰,۰) سلنه د متوسط، (۱۳,۳) سلنه د کم او (٦,۷) سلنه د ډېر کم نظر درلودونکي دي.

قاچاقي او ارزانه بېرنیو درملو شتون	فریکوینسي	سلنه
ډېر زیات	٦	٦,۷
زیات	۱۳	۱٤,٤
متوسط	۳۲	۳۵,٦
کم	۲۱	۲۳,۳
ډېر کم	۱۸	۲۰,۰
مجموعه	۹۰	۱۰۰,۰

(۱۰) جدول: په قاچاقي او ارزانه توګه بهرنیو درملو شتون د افغاني درملو د نه خرڅلاو د یوې ستونزې په توګه

له پورته (۱۰) جدول څخه د ترلاسه شویو معلوماتو پر بنسټ ځواب ویونکي په دې اند دي چې د قاچاقي او ارزانه بهرنیو درملو شتون د افغاني درملو د خرڅلاو پر وړاندې جدي خنډ نه دی. په دې اړه (۶,۷) سلنه د ډېر زیات، (۱٤,٤) سلنه د زیات، (۳۵,۶) سلنه د متوسط، (۲۳,۳) سلنه د کم او (۲۰,۰) سلنه د ډېر کم نظر درلودونکي دي.

ناروغانو ته د ډاکټرانو له لورې افغاني درمل نه لیکل	فریکوینسي	سلنه
ډېر زیات	۱٤	۱۵,۶
زیات	۲۸	۳۱,۱
متوسط	۲۱	۲۳,۳
کم	۲۰	۲۲,۲
ډېر کم	۷	۷,۸
مجموعه	۹۰	۱۰۰,۰

(۱۱) جدول: ناروغانو ته د ډاکټرانو لخوا افغاني درمل نه لیکل یا نه توصیه کول د افغاني درملو د نه خرڅلاو د یوې ستونزې په توګه له پورته (۱۱) جدول څخه د ترلاسه شویو معلوماتو پر بنسټ ځواب ویونکي په دې اند دي چې ناروغانو ته د ډاکټرانو لخوا افغاني درمل نه لیکل د افغاني درملو د خرڅلاو پر وړاندې خنډ دی. په دې اړه (۱۵,۶) سلنه د ډېر زیات، (۳۱,۱) سلنه د زیات، (۲۳,۳) سلنه د متوسط، (۲۲,۲) سلنه د کم او (۷,۸) سلنه د ډېر کم نظر درلودونکي دي.

د افغاني درملو د بازار موندنې نه شتون	فریکوینسي	سلنه
ډېر زیات	۹	۱۰,۰
زیات	۱۶	۱۷,۸
متوسط	۳۵	۳۸,۹
کم	۲۲	۲٤,٤
ډېر کم	۸	۸,۹
مجموعه	۹۰	۱۰۰,۰

(۱۲) جدول: د بازار موندنې نه شتون د افغاني درملو د نه خرڅلاو د یوې ستونزې په توګه

له پورته (۱۲) جدول څخه د ترلاسه شویو معلوماتو پر بنسټ ځواب ویونکي په دې اند دي چې د افغاني درملو د بازارموندنې نه شتون د دغې درملو د خرڅلاو پر وړاندې جدي خنډ نه دی. په دې اړه (۱۰,۰) سلنه د ډېر زیات، (۱۷,۸) سلنه د زیات، (۳۸,۹) سلنه د متوسط، (۲٤,٤) سلنه د کم او (۸,۹) سلنه د ډېر کم نظر درلودونکي دي.

درجه بندي	د افغاني درملو خرڅلاو پر وړاندې شته خنډونه	ځواب ويونکي	اوسط	معياري انحراف
۱	ناروغانو ته ډاکترانو له خوا افغاني درمل نه ليکل/نه توصيه کول	۹۰	۲,۷۶	۱,۱۹۳
۲	د لوړ کيفيت درملو واردات	۹۰	۲,۸۰	.۹۸۵
۳	د افغاني درملو ټيټ کيفيت	۹۰	۲,۸۱	۱,۱۹۸
٤	د مالياتو لوړوالی	۹۰	۲,۸۶	۱,۳۲۹
۵	د افغاني درملو لوړ قيمت	۹۰	۲,۹۰	۱,۱۰۲
٦	د دولت نه پاملرنه او نه ملاتړ	۹۰	۲,۹٦	۱,۱٦۰
۷	د هېوادوالو ناسم ذهنيتونه	۹۰	۲,۹۹	۱,۱۱۷
۸	د افغاني درملو ناسمه بسته بندي	۹۰	۳,۰۲	۱,۱٤۱
۹	د افغاني درملو لپاره د بازار موندنې نه شتون	۹۰	۳,۰٤	۱,۰۹۰
۱۰	د قاچاقي او ارزانه بهرنيو درملو نه شتون	۹۰	۳,۳٦	۱,۱٥٤

(۱۳) جدول: په کورني بازار کې د افغاني درملو خرڅلاو پر وړاندې د شته خنډونو کچه

له پورته (۱۳) جدول څخه د ترلاسه شويو معلوماتو پر بنسټ ويلای شو چې د افغاني درملو د خرڅلاو پر وړاندې جدي خنډونه او ستونزې موجودې دي، چې دغه خنډونه او درجه بندی په ترتيب سره داسې ذکر کيږي: په لومړۍ درجه کې ناروغانو ته د افغاني ډاکترانو لخوا افغاني درمل نه ليکل او نه توصيه کول د يوې ستونزې په توګه ډېره ښودل شوې ده. په دويمه درجه کې له بهره د لوړ کيفيت درملو واردات ترسره کول د يوې ستونزې په توګه زيات ښودل شوي دي. په دريمه درجه کې د افغاني درملو ټيټ کيفيت د يوې ستونزې په توګه زيات ښودل شوی دی. په څلورمه درجه کې په افغاني درملو باندې د حکومت لخوا د مالياتو لوړوالی د يوې ستونزې په توګه زيات ښودل شوی دی. په پنځمه درجه کې د افغاني درملو لوړې بيې د يوې ستونزې په توګه زيات ښودل شوې دي. په شپږمه درجه کې افغاني درملو ته د دولت نه پاملرنه او نه ملاتړ د يوې ستونزې په توګه زيات ښودل شوی دی. په اوومه درجه کې د افغاني درملو پر وړاندې د هېوادوالو ناسم ذهنيتونه د يوې ستونزې په توګه زيات ښودل شوي دي. په اتمه درجه کې د افغاني درملو د نه خرڅلاو پر وړاندې ستونزه کې د افغاني درملو ناسمه بسته بندي متوسط ښودل شوې ده. په نهمه درجه کې د افغاني درملو لپاره د بازارموندنې نه شتون د يوې ستونزې په توګه په منځنۍ کچه ښودل شوی‌دی. په لسمه درجه کې د قاچاقي او ارزانه بهرنيو درملو شتون د يوې ستونزې په توګه په منځنۍ کچه ښودل شوی دی.

مناقشه

په دغه څېړنه کې په کورني بازار کې د افغاني درملو د خرڅلاو پر وړاندې پراته خنډونه څېړل شوي دي. ناروغانو ته د افغاني ډاکترانو لخوا افغاني درمل نه لیکل او نه توصیه، د بهرنیو لوړ کیفیته درملو واردات، د افغاني درملو ټیټ کیفیت، په افغاني درملو باندې د حکومت لخوا د مالیاتو لوړوالی، د افغاني درملو لوړ قیمتونه، افغاني درملو ته د دولت نه پاملرنه او نه ملاتړ، د افغاني درملو پر وړاندې د هېوادوالو ناسم ذهنیتونه، د افغاني درملو ناسمه بسته بندي، د افغاني درملو لپاره د بازارموندنې نه شتون او د قاچاقي او ارزانه بهرنیو درملو شتون د افغاني درملو د نه خرڅلاو پر وړاندې ستونزې بلل کېږي.

د ستراتېژیکو او سیمه ایزو څېړنو مرکز (۲۰۱۹ز) کال کې د افغاني درملو پر وړاندې ځینې خنډونه ذکر کړي دي، لکه: هېوادوال داخلي درمل ځکه نه کاروي، ښايي د هغې کیفیت ټیټ وي، چې ځای یې وارداتي درملو نیولی دی، بل دا چې د درمل جوړونې کمپنیو دولتي ملاتړ ضعیف ښودل شوی دی. د دې تر څنګ د داخلي درمل جوړونې شرکتونو سره د بازارموندنې په برخه کې د دولت هڅې کمرنګې ښودل شوي دي، چې زموږ څېـــړنه یادې مونـــدنې تائیـــدوي. یو بله څېړنه ښیي چې د ټیټ کیفیت درملو د قاچاق یا نورو فساد لرونکو چینلونو له لارې، یوه ستره اندازه پیسې د سیمه‌ایزو تولیدونکو، واردونکو او قاچاقبرانو جیبونو ته ځي، چې دا هم زموږ د څېړنې موندنې تائیدوي(۶). همدارنګه د یوې بلې څېړنې موندنې ښیي چې د افغانستان د درمل جوړونې سکتور په اړه راپورونه تر اوسه په نړیوالو لیکنو کې کم موندل شوي او د سکتور د معلوماتو کیفیت او شتون عموماً ټیټ دی؛ د ټیټ کیفیت او جعلي درملو شتون په بازار کې ښايي د پام وړ ستونزې بللی شوي دي(۱۰).

پایله اخیستنه

دغه څېړنه په کورني بازار کې د افغاني درملو د خرڅلاو پر وړاندې د شته خنډونو کچې او درجې معلوملو په موخه ترسره شوې چې د تشریحي احصایې د مېتودونو په واسطه مو دا پایله ترلاسه کړه، چې په لومړۍ درجه کې ناروغانو ته د افغاني ډاکترانو لخوا افغاني درمل نه لیکل او توصیه چې اوسط یې (۲،۷۶) دی، د یوې ستونزې په توګه ډېره ښودل شوې ده. په دویمه درجه کې له بهره د لوړ کیفیت درملو واردات ترسره کول چې اوسط یې (۲،۸۰) دی، د یوې ستونزې په توګه زیات ښودل شوی دی. په درېیمه درجه کې د افغاني درملو ټیټ کیفیت د یوې ستونزې په توګه چې اوسط یې (۲،۸۱) دی، زیات ښودل شوی دی. په څلورمه درجه کې پر افغاني درملو د حکومت لخوا د مالیاتو لوړوالی د یوې ستونزې په توګه، چې اوسط یې (۲،۸۶) دی، زیات ښودل شوی دی. په پنځمه درجه کې د افغاني درملو لوړ قیمتونه د یوې ستونزې په توګه، چې اوسط یې (۲،۹۰) دی، زیات ښودل شوی دی. په شپږمه درجه کې افغاني درملو ته د دولت نه پاملرنه او نه ملاتړ د یوې ستونزې په توګه، چې اوسط یې (۲،۹۶) دی، زیات ښودل شوی دی. په اوومه درجه کې د افغاني درملو پر وړاندې د هېوادوالو ناسم ذهنیتونه د یوې ستونزې په توګه، چې اوسط یې (۲،۹۹) دی، زیات ښودل شوی دی. په اتمه درجه کې د افغاني درملو د نه خرڅلاو پر وړاندې ستونزه کې د افغاني درملو ناسمه بسته بندي، چې اوسط یې (۳،۰۲) دی، متوسط ښودل شوې ده. په نهمه درجه کې د افغاني درملو لپاره د مارکیټینګ نه شتون د یوې ستونزې په توګه، چې اوسط یې (۳،۰۴) دی، په منځنۍ کچه کې ښودل شوی دی. په لسمه درجه کې د قاچاقي او ارزانه بهرنیو درملو شتون د یوې ستونزې په توګه، چې اوسط یې (۳،۳۶) دی په منځنۍ کچه ښودل شوی دی.

وړانديزونه

افغان درمل جوړونکو کمپنيو ته

١. افغان درمل جوړونکې کمپنۍ باید د هېواد دننه د درملو کیفیت لوړ وساتي او د هغې لپاره مناسبې بيې وټاکي.

٢. افغان درمل جوړونکې کمپنۍ باید د درملو معیاري بسته بندۍ ته ځنګ، هغې لپاره د بازار موندنې فعالیتونه جاري وساتي.

د طب متخصصين او ډاکټر صاحبانو ته

١. د متخصص او معالج ډاکترانو له لورې باید ناروغانو ته افغاني درمل توصیه شي.

٢. ډاکتران باید د افغاني درملو پر وړاندې د هېوادوالو سم ذهنیت جوړولو کې خپل مسؤلیت ادا کړي.

حکومت ته

١. مسؤلې اداري باید د قاچاقي او ارزانه بهرنيو درملو مخنيوي تر څنګ په ورته وارداتي درملو لوړې تعرفې وضع کړي.

٢. اسلامي امارت د افغاني درملو د تشويق په خاطر باید په هغې ماليات معاف يا کم وضع کړي.

اخځلیکونه

١. د عدلیې وزارت. د درملو قوانین. کابل: د نشراتو او عامه اړیکو ریاست؛ ١٣٨٧.

٢. عدلیې او قضايي ارګانونه. د جزا کوډ. کابل: د نشراتو او عامه اړیکو ریاست؛ ١٣٨٦.

٣. د ستراتیژیکو او سیمه‌ییزو څېړنو مرکز. افغانستان کې درمل جوړونه: فرصتونه او ستونزې. ٢٠١٩.

٤. عثمان م. د فارمسي لارښود. کلاسیک خپرندویه ټولنه؛ ٢٠٢١.

٥. مومني ع. تاريخچه طبابت و فارمسی و سیر تکاملی آن در افغانستان. اکادمی علوم افغانستان؛ ١٣٨۴.

6. Akbari MZ. The Pharmaceutical Challenges in Afghanistan [Internet], The Daily Outlook Afghanistan, 2020 [cited 2021 Mar 14] [Internet].

7. Alsairi R. Access to medicine in developing countries. Am j med sci. 2017;7(6):271-6.

8. Djukanovic V, editor. Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries: a joint

UNICEF. World Health Organization; 1975.

9. Greene JA. When did medicines become essential? Bulletin of the World Health Organization. 2010; 88:483-.

10. Harper J, Strote G. Afghanistan pharmaceutical sector development: problems and prospects. Southern Med Review. 2011 Apr 1;4(1):29 39.

11. Lankinen KS, Bergström S, Mäkelä PH, Peltomaa M. Health and disease in developing countries. 1994.

12. Leach B, Paluzzi JE, Munderi P. Prescription for healthy development: increasing access to medicines. London and Sterling, VA: Earthscan; 2005.

13. Mercurio B. Resolving the public health crisis in the developing world: problems and barriers of access to essential medicines. Nw. Univ. J. Int'l Hum. Rts. 2006; 5:1.

14. Taylor D. Medicines, health and the poor world. Office of Health Economics; 1982 Apr 1.

15.WWW.AFGHANKELKIN.COM

16.WWW.BBC.COM

17.WWW.CSRSKABUL.COM

Research Article

Barriers to the Sale of Afghan Medicines in the Domestic Market and Possible Solutions

Teaching Assistant Mohabbat Shah Mohabbat[1], Shafiqullah Sultani[2], Jan Agha Shinwari[3]
[1,2,3] Department of Business Administration and Management, Faculty of Economics, Sayed Jamaluddin Afghani University

Article History

Received:9/12/2024

Accepted:20/01/2025

Published:21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords

- Afghan medicines
- Solutions
- Domestic market
- Challenges
- Pharmacies

***Corresponding Author**

Teaching Assistant Mohabbat Shah Mohabbat

mohabatshahm@gmail.com

Contact: +93 (0) 777720710

Abstract

This study investigates the barriers to the sale of Afghan medicines in the domestic market and proposes potential solutions. The primary objective of this research is to assess the extent of challenges hindering the sale of Afghan medicines in local markets. It is a descriptive study, relying on primary data collected through 90 questionnaires obtained from 120 pharmacists in Kabul province. The questionnaire was designed using a five-point Likert scale. Data from the questionnaire were analyzed using descriptive statistical methods such as frequency, percentage, average and standard deviation, with the help of SPSS V.25 software. The findings reveal several barriers: the lack of prescription and recommendation of Afghan medicines by doctors (average: 2.76), the import of high-quality foreign medicines (average: 2.80), the low quality of Afghan medicines (average: 2.81), high taxes on Afghan medicines (average: 2.86), high prices of Afghan medicines (average: 2.90), insufficient government attention and support for Afghan medicines (average: 2.96), negative perceptions of Afghan medicines among the public (average: 2.99), improper packaging of Afghan medicines (average: 3.02), lack of marketing for Afghan medicines (average: 3.04) and the availability of smuggled and cheaper foreign medicines (average: 3.36). To overcome these challenges, it is recommended that Afghan doctors should prescribe Afghan medicines, the quality of these medicines be improved and taxes on Afghan medicines be exempted or reduced. These measures could significantly enhance the sale of Afghan medicines in the domestic market.

مقاله تحقیقی

بررسی مدیریت جمع آوری و دفع زباله‌های طبی: چالش‌ها و راهکارها در شفاخانه‌های دولتی شهر شبرغان

شمس الحق شیرزاد[1]، محمد عثمان اکبری[2]

[1,2]دیپارتمنت حفاظت محیط زیست، پوهنځی انجنیری جیولوجی و معادن، پوهنتون جوزجان، جوزجان - افغانستان

تاریخچه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۱۸
تاریخ نشر: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹

سال: ۱۴۰۴ هـ.ش جلد: ۲ شماره: ۱

نقاط اساسی

- تفکیک زباله
- شبرغان
- دفع صحی
- مدیریت زباله
- زباله های طبی

نویسنده مسؤل

شمس الحق شیرزاد
ایمیل: sherzaad15@gmail.com
شماره تماس: 771160445 (0) 93 +

چکیده

تحقیق حاضر به بررسی وضعیت جمع‌آوری و دفع زباله‌های طبی در دو شفاخانه دولتی شهر شبرغان پرداخته و اهمیت مدیریت این زباله‌ها را با توجه به تهدیدات صحی و محیط زیستی، ناشی از عدم مدیریت صحیح آن، بیان می‌کند. این تحقیق به روش کیفی و از طریق مصاحبه با مسئولین و مشاهدات میدانی در این دو شفاخانه انجام شده است. یافته‌ها نشان می‌دهند که در این دو شفاخانه، به طور اوسط ۱۰۱۴ کیلوگرام زباله روزانه تولید می‌شود که از این مقدار ۴۱۴ کیلوگرام آن زباله‌های طبی است. زباله‌ها در سطل‌های جداگانه تفکیک می‌شوند و بخشی از زباله‌های عفونی به دستگاه زباله‌سوز منتقل می‌شود. با این حال، به دلیل مصرف بیش از حد سوخت در دستگاه زباله‌سوز، استفاده از آن محدود شده و در نتیجه مقدار زیاد از زباله‌ها به دشت لیلی منتقل و بدون ملاحظات صحی در فضا باز رها می‌شوند. این امر تهدیدات صحی و محیط زیستی جدی به همراه دارد. هدف این تحقیق شناسایی چالش‌ها و تحلیل وضعیت موجود در جمع‌آوری و دفع زباله‌های طبی در این دو شفاخانه است. بر اساس نتایج، بهبود زیرساخت‌ها، نظارت مؤثر و افزایش آگاهی عمومی به عنوان اقدامات ضروری برای بهبود وضعیت مدیریت زباله‌های طبی پیشنهاد می‌شود. این اقدامات می‌توانند تأثیرات منفی ناشی از مدیریت ناکارآمد زباله‌های طبی را به حداقل برسانند و سلامت جامعه و محیط زیست را بهبود بخشند.

مقدمه

زباله‌های طبی، که به عنوان زباله‌هایی در حین ارائه خدمات صحی تولید می‌شوند، به دلیل ماهیت خاص خود شامل عوامل بیماری‌زا، میکروب‌ها و مواد کیمیاوی خطرناک هستند (۱). این زباله‌ها عمدتاً در مراکز مختلف صحی مانند شفاخانه‌ها، کلینیک‌ها، لابراتوارها و دیگر واحدهای درمانی و صحی تولید می‌شوند و عدم مدیریت صحیح آن‌ها می‌تواند تهدیدات جدی برای سلامت عمومی و محیط زیست ایجاد کند (۱۲). در کشورهای در حال توسعه مانند افغانستان، تولید زباله‌های طبی در نتیجه گسترش روزافزون خدمات صحی و افزایش جمعیت به طرز چشم‌گیری افزایش یافته است. در این شرایط، سیستم‌های مدیریت زباله‌های طبی اغلب با نارسایی‌هایی مواجه‌اند که از آن جمله می‌توان به نبود زباله‌سوزهای مدرن، آگاهی ناکافی در میان کارکنان صحی و مردم، و عدم توجه کافی به استندردهای صحی اشاره کرد (۱۴).

این تحقیق به بررسی شیوه‌های جمع‌آوری، حمل و نقل و دفع زباله‌های طبی در دو شفاخانه دولتی شهر شبرغان پرداخته است. هدف اصلی این تحقیق شناسایی مشکلات و چالش‌های موجود در مدیریت زباله‌های طبی و تحلیل روش‌های بهتر برای کاهش خطرات صحی و محیطی ناشی از آن‌ها است. زباله‌های طبی به دلیل دارا بودن عوامل بیماری‌زا و ترکیبات کیمیاوی خطرناک، تهدیدات جدی برای سلامت بیماران، کارکنان صحی و حتی جامعه به‌طور کلی به همراه دارند (١٦). بنابراین، بررسی تأثیرات منفی این زباله‌ها بر سلامت انسان‌ها و آسیب‌های محیطی ناشی از آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

در این راستا، جنبه‌های شناخته‌شده این تحقیق شامل اثرات منفی این زباله‌ها بر سلامت انسان‌ها و محیط زیست است. از طرف دیگر، جنبه‌های ناشناخته تحقیق به شناسایی و پیشنهاد روش‌های مؤثر برای بهبود مدیریت این زباله‌ها، همچنین راهکارهای آگاهی‌بخشی به مردم در خصوص خطرات این زباله‌ها اختصاص دارد. در نهایت، این تحقیق به دنبال ارائه راهکارهای عملی و علمی است که به بهبود وضعیت مدیریت زباله‌های طبی در شفاخانه‌های دولتی و سایر مراکز درمانی کمک کند. هدف دیگر این مطالعه، شناسایی راهکارهای مؤثر در جمع‌آوری، حمل و نقل و دفع زباله‌های طبی است که بتوانند خطرات ناشی از این زباله‌ها را کاهش دهند و به حفاظت از سلامت عمومی و محیط زیست کمک کنند (٧). نتایج این تحقیق می‌تواند به‌عنوان مبنای اطلاعاتی برای سیاست‌گذاران، مسئولین صحی و دیگر ذینفعان در طراحی و پیاده‌سازی سیاست‌ها و برنامه‌های مؤثر در زمینه مدیریت زباله‌های طبی استفاده شود.

روش تحقیق

در این تحقیق از روش کیفی برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها استفاده شده است. این روش به دلیل قابلیت آن در ارائه یک درک عمیق و جامع از پدیده‌های پیچیده مانند مدیریت زباله‌های طبی انتخاب شده است. جامعه آماری این تحقیق شامل پرسنل صحی و مدیران شفاخانه‌های دولتی در شهر شبرغان می‌باشد. برای گردآوری اطلاعات، از مصاحبه‌های ساختاریافته با ریاست صحت عامه ولایت جوزجان، پرسنل مسئول مدیریت زباله‌های طبی و مشاهدات میدانی در شفاخانه‌ها استفاده شده است. هدف این تحقیق شناسایی چالش‌ها و ارزیابی روش‌های جاری مدیریت زباله‌های طبی است که در این راستا، این روش به منظور درک عمیق‌تر از مشکلات و راهکارهای موجود انتخاب شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش توصیفی - تحلیلی استفاده شده است. در این راستا، جنبه‌های مختلف مدیریت زباله‌های طبی، از جمله جمع‌آوری، ذخیره‌سازی، حمل و نقل و دفع زباله‌ها به دقت مورد بررسی قرار گرفته‌اند. همچنین، با تحلیل نتایج مصاحبه‌ها و مشاهدات میدانی، نقاط قوت و ضعف روش‌های جاری در مدیریت زباله‌های طبی شناسایی و تجزیه و تحلیل شده‌اند. در نهایت، با توجه به یافته‌ها و اطلاعات به‌دست‌آمده، پیشنهادات و راهکارهای عملی برای بهبود مدیریت زباله‌های طبی در دو شفاخانه دولتی شهر شبرغان ارائه گردیده است.

اندازه نمونه و تخنیک نمونه گیری

در این تحقیق، از تکنیک نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده است تا افراد با تجربه و دانش تخصصی در زمینه مدیریت زباله‌های طبی انتخاب شوند. در مجموع، ٢٠ تن از پرسنل صحی و مدیران مرتبط با مدیریت زباله‌های طبی در دو شفاخانه دولتی شهر شبرغان انتخاب گردیده‌اند. این افراد شامل معاون ریاست صحت عامه ولایت جوزجان، مسئولان مدیریت زباله، داکتران و پرستاران می‌باشند که در خط مقدم ارائه خدمات صحی و درمانی قرار دارند. هدف از انتخاب این افراد، گردآوری اطلاعات دقیق و جامع در خصوص چالش‌ها و روش‌های موجود در مدیریت زباله‌های طبی است.

پروتوکولهای لابراتواری

در این تحقیق، پروتوکولهای لابراتواری به کار گرفته نشده‌اند. این تحقیق بیشتر بر پایه مطالعه مستندات، مشاهدات میدانی و تحلیل داده‌ها از منابع معتبر انجام شده است. با توجه به ماهیت موضوع و محدودیت‌های موجود، استفاده از پروتوکولهای لابراتواری برای جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آنها در این تحقیق لحاظ نشده است.

تحلیل احصایوی

در این تحقیق، داده‌ها از طریق مصاحبه با مسئولین و مشاهده میدانی جمع‌آوری شدند. از آنجا که از پرسشنامه برای گردآوری داده‌ها استفاده نشده است، تحلیل داده‌ها به‌طور کیفی صورت گرفته است. اطلاعات به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ها به‌دقت مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت و الگوهای مختلفی شناسایی گردید.

یافته‌ها نشان داد که مدیریت زباله‌های طبی در دو شفاخانه دولتی شهر شبرغان با چالش‌های جدی روبه‌رو است. این چالش‌ها شامل عدم تفکیک صحیح زباله‌ها، نبود زیرساخت‌های مناسب برای دفع صحی و کمبود تجهیزات مورد نیاز برای مدیریت این زباله‌ها می‌باشد. این نتایج می‌توانند به تصمیم‌گیرندگان در بهبود سیستم مدیریت زباله‌های طبی و اتخاذ تدابیر مؤثر در این زمینه کمک نمایند.

نتایج

معرفی شفاخانه‌های دولتی شهر شبرغان

در شهر شبرغان دو شفاخانه دولتی وجود دارد که یکی در مرکز شهر و دیگری در فاصله ۵ کیلومتری از شهر، در نزدیکی جنگل باغ واقع شده است. شفاخانه‌ای که در مرکز شهر قرار دارد، تنها دارای بخش عاجل است، در حالی‌که شفاخانه دیگر دارای سه بخش عاجل، جراحی عمومی و نسایی ولادی می باشد. این شفاخانه‌ها به‌طور ۲۴ ساعته به مردم جوزجان و ولایات همجوار خدمات ارائه می‌دهند. به‌طور اوسط ۷۰۰ تن روزانه به این شفاخانه‌ها مراجعه می‌کنند(۸).

مشخصات عمومی شفاخانه‌ها

- تعداد پرسنل: ۲۸۰ نفر
- تعدادبسترها: ۲۰۰
- تعداد مراجعین روزانه: ۷۰۰ نفر

تولید زباله‌های طبی در شفاخانه دولتی شهر شبرغان

در این شفاخانه‌ها، روزانه ۱۰۱۴ کیلوگرم زباله تولید می‌شود که از این مقدار، ۶۰۰ کیلوگرم آن زباله‌های عادی و ۴۱۴ کیلوگرم آن زباله‌های طبی است. زباله‌ها در سطل‌های رنگی (سرخ، زرد و سیاه) جمع‌آوری می‌شوند و به محل‌های خاصی ذخیره می‌شوند. زباله‌های بخش جراحی عمومی دفن شده و باقی‌مانده در زباله‌ها در دستگاه زباله‌سوز سوزانده می‌شوند. اما به‌دلیل مصرف زیاد سوخت این دستگاه، مقدار زیاد زباله‌ها به دشت لیلی منتقل و در فضای باز رها می‌شوند که این امر تهدید جدی برای صحت و محیط زیست ایجاد می‌کند(۸).

مقدار زباله های تولیدی

- زباله‌های عادی: ۶۰۰ کیلوگرام
- زباله‌های عفونی: ۲۵۰ کیلوگرام
- زباله‌های نوک تیز: ۶۰ کیلوگرام
- زباله‌های کیمیاوی دوایی: ۱۰۴ کیلوگرام

روش‌های مدیریت زباله‌های طبی در دو شفاخانه دولتی شهرشبرغان

در شفاخانه دولتی شهر شبرغان، مدیریت زباله‌ها توسط یک مدیر و پنج تن کارگر انجام می‌شود(۸). زباله‌ها به سه دسته عفونی، نوک تیز و زباله‌های شهری تقسیم‌بندی می‌شوند. زباله‌های عفونی دفن می‌شوند و بقیه زباله‌ها در دستگاه زباله‌سوز سوزانده می‌شوند. با این حال، به‌دلیل مصرف بالای سوخت، استفاده از دستگاه محدود است و مقدار زباله‌ها به دشت لیلی منتقل و در فضای باز رها می‌شوند. این روش‌های مدیریت، مشکلات محیطازیستی زیادی ایجاد کرده است.

مشکلات صحی و محیطزیستی ناشی از مدیریت نامناسب زباله‌های طبی

مدیریت نادرست زباله‌های طبی می‌تواند تهدیدات صحی جدی ایجاد کند (۵). زباله‌های عفونی ممکن است با قطرات خون و مایعات بدن آلوده باشند و حامل میکروب‌های بیماری‌زا باشند(۲۲). زباله‌های نوک تیز، مانند سوزن‌ها، خطر انتقال بیماری‌های مانند هیپاتیت B، C و HIV/AIDS را افزایش می‌دهند(۲۲). علاوه بر این، دفن نامناسب و رهاسازی زباله‌ها در دشت لیلی، می‌تواند باعث آلودگی خاک، آب‌های سطحی و زیرزمینی شود و پیامدهای ناگوار محیطزیستی مانند افزایش تعفن و انتشار بوی ناخوشایند ایجاد کند و همچنین می‌توانند بر اکوسیستم منطقه تأثیر منفی بگذارند.

تحلیل نتایج تولید و مدیریت زباله‌ها در شفاخانه‌ها

بر اساس داده‌های جمع‌آوری‌شده، تولید زباله در این شفاخانه‌ها به‌طور عمده از بخش‌های مختلف شامل مراجعین عاجل، مراجعین معمولی، نسائی ولادی، دیگربخش‌ها و لابراتوار است. جدول های زیر ترکیب دقیق زباله‌ها و نرخ تولید آن‌ها را نشان می‌دهند:

شماره	مشخصات	تعداد
۱	بخش های معالجه	۳
۲	کلینیک ها	۲
۳	بسترها	۲۰۰
٤	پرسنل	۲۸۰
٥	پای باز	۷۰
٦	آمبولانس	٥
۷	دواخانه	۱
۸	لابراتوار	۱
۹	مراجعین روزانه	۷۰۰
۱۰	سوپرمارکیت	۲
۱۱	مسجد	۱
۱۲	رستورانت	۱

جدول (۱): مشخصات عمومی شفاخانه دولتی شهرشبرغان

بخش	تعداد بیماران	نورم تولید برای هر بیمار (کیلوگرام)	وزن کل تولید (کیلوگرام)
نسائی ولادی	۸۰	٤	۳۲۰
دیگربخش ها	۱۲۰	۲	۲٤۰
مراجعین عاجل	۱۰۰	۱،٥	۱٥۰

مراجعین معمولی	۶۰۰	۰,۵	۳۰۰
دواخانه	۲	۰,۵	۱
لابراتوار	۱	۳	۳

جدول (۲): نورم تولید زباله از بخش های مختلف شفاخانه

نوعیت زباله ها	وزن به کیلوگرام	درصد وزنی زباله
زباله های عادی	۶۰۰	۵۹,۱۷
زباله عفونی	۲۵۰	۲٤,٦٥
زباله نوک تیز	٦۰	٥,۹۱
زباله های کیمیاوی دوایی	۱۰٤	۱۰,۲٥
مجموع کل	۱۰۱٤	۱۰۰

جدول (۳): درصد ورزنی زباله های تولید شده در شفاخانه ها

آگاهی پرسنل از نحوه مدیریت زباله های طبی

نتایج نشان داد که درصد زیادی از پرسنل از روش‌های صحیح مدیریت زباله‌های طبی آگاهی ندارند. در بررسی‌ها، تنها ٪٤٥ از پرسنل از نحوه تفکیک زباله‌های عفونی و غیرعفونی، انتقال، دفع و تاثیرات آن‌ها بر محیط‌زیست آگاه بودند. این مسئله به‌طور مستقیم به افزایش خطرات صحی و محیطی منجر می‌شود.

چالش ها در مدیریت زباله طبی در هر دو شفاخانه

۱. عدم تفکیک معیاری زباله‌ها: در هر دو شفاخانه، زباله‌های عفونی و غیرعفونی به‌طور مشترک جمع‌آوری و ذخیره‌سازی می‌شوند و بعضا به دلیل ضعف آگاهی با زباله های شهری که منجر به خطرات صحی می گردد؛ دفع می‌شود.

۲. عدم آموزش پرسنل به‌صورت سیستماتیک: برخی از پرسنل شفاخانه‌ها آموزش‌های کافی در زمینه مدیریت صحیح زباله‌های طبی را دریافت نکرده‌اند، که این موضوع باعث افزایش خطاهای مدیریتی و صحی می‌شود.

۳. استفاده محدود از دستگاه زباله‌سوز: در حالی که در یکی از شفاخانه‌ها از دستگاه زباله‌سوز برای سوزاندن زباله‌های عفونی استفاده می‌شود، اما به دلیل مصرف زیاد سوخت، این دستگاه به‌طور مداوم در دسترس نیست و استفاده از آن محدود است.

۴. دفع نادرست زباله‌ها در فضای باز: زباله‌های طبی از شفاخانه‌ها، به‌طور غیر اصولی به منطقه‌ای در دشت لیلی منتقل می‌شود، جایی که زباله‌ها در فضای باز ریخته می‌شوند. این موضوع سبب آلودگی خاک و منابع آب‌های سطحی و زیرزمینی گردیده.

۵. مشکلات مربوط به بوی تعفن: بوی ناخوشایند و تعفن ناشی از تراکم زباله‌های در ساحه دشت لیلی می‌تواند مشکلات صحی و محیط‌زیستی ایجاد کند و باعث اذیت باشنده گان محل و حتا داخل شهرشبرغان گردد چون این زباله‌ها در ساحه‌ی رها می گردد که در مسیر جریان بادها قرار دارد.

روش‌های مدیریت زباله‌های طبی در افغانستان

روش‌های مدیریت زباله‌های طبی در افغانستان طبق مقرره‌ای زباله های طبی که در تاریخ ۲۰ حوت ۱۳۹۵ تصویب شده است، به منظور جلوگیری از اثرات سوء بیولوژیکی زباله‌های طبی و کاهش آن، طراحی شده است. این مقرره شامل پنج فصل و ۲۵ ماده است که به تشخیص مسئولیت‌ها و مکلفیت‌های متصدی تنظیم زباله‌های طبی پرداخته است (۱۹). همچنین، شرکت‌های مختلفی مانند شرکت گلبدین حکیمی و شرکت السید افغان لمتید برای مدیریت زباله‌های طبی در کشور فعالیت می‌کنند (۱۴).

مناقشه

در این تحقیق، به بررسی وضعیت جمع‌آوری و دفع زباله‌های طبی در دو شفاخانه دولتی شبرغان پرداخته شد و مشکلات عمده‌ای مانند عدم تفکیک زباله‌ها، نبود زیرساخت‌های مناسب، و آموزش ناکافی کارکنان شناسایی گردید. این یافته‌ها مشابه با نتایج مطالعات مختلف در سطح جهانی است که چالش‌های مشابهی را گزارش کرده‌اند. به‌عنوان مثال، مطالعه **Singh et al. (2021)** به وضوح بیان می‌کند که تنها 41٪ از کارکنان در سطح جهانی آموزش‌های لازم در زمینه مدیریت زباله‌های طبی را دریافت کرده‌اند. این موضوع در تحقیق ما نیز به چشم می‌خورد که نشان می‌دهد کارکنان در شفاخانه‌های شبرغان از آموزش‌های کافی در این زمینه بهره‌مند نبوده‌اند. این نکته تأکید می‌کند که آموزش کارکنان به‌ویژه در زمینه‌های پیشگیری از عفونت و آسیب‌های ناشی از مدیریت نادرست زباله‌ها یک چالش جهانی است که در بسیاری از کشورها و به‌ویژه در افغانستان وجود دارد.

همچنین، در تحقیق **Gunawardana (2018)**، به رابطه میان نگرش‌های مدیران و کارکنان نسبت به مدیریت زباله‌ها اشاره شده است و نتیجه گرفته شده که ایجاد نگرش مثبت و افزایش آگاهی‌ها در سازمان‌ها می‌تواند به بهبود پروسه‌های مدیریت زباله کمک کند. این یافته‌ها در تحقیق ما نیز قابل مشاهده است، چرا که نبود آگاهی و نگرش مناسب در کارکنان یکی از دلایل اصلی مشکلات موجود در جمع‌آوری و دفع زباله‌های طبی در شفاخانه‌های شبرغان است. با این حال، **Gunawardana** بر ضرورت استفاده از تکنالوژی‌های جدید در مدیریت زباله‌ها نیز تأکید می‌کند، در حالی که تحقیق ما بیشتر بر چالش‌های موجود و کمبود زیرساخت‌ها متمرکز است و فرصت‌های موجود برای بهره‌گیری از تکنالوژی‌های نوین کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند.

از سوی دیگر، **Kokkinos et al. (2024)** با استفاده از روش‌های تصمیم‌گیری چندمعیاره برای ارزیابی روش‌های مختلف مدیریت زباله تأکید دارند و چالش‌های مرتبط با ارزیابی و تصمیم‌گیری در شرایط عدم قطعیت را مطرح می‌کنند. این تحقیق به‌ویژه بر اهمیت مدل‌های تصمیم‌گیری نوین برای انتخاب بهترین شیوه‌های مدیریت زباله در شرایط پیچیده تأکید دارد. مشابه این چالش‌ها در تحقیق ما نیز مشاهده می‌شود، جایی که مشکلات مدیریتی و عدم وجود معیارهای مشخص برای انتخاب شیوه‌های صحیح مدیریت زباله به‌وضوح قابل مشاهده است. با این حال، تحقیق ما به فرصت‌های استفاده از روش‌های تصمیم‌گیری پیشرفته و تکنالوژی‌های نوین کمتر پرداخته است و پیشنهاد می‌شود که در آینده، استفاده از این مدل‌ها و تکنالوژی‌ها در مدیریت زباله‌های طبی مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

در مطالعه Lee & Lee (2022)، بر لزوم ایجاد یک محیط سبز و پایدار در حوزه صحت تأکید شده است. این مطالعه از رویکردهای مختلفی مانند تحلیل سلسله‌مراتبی (AHP) و نظرخواهی از کارشناسان برای شناسایی عوامل مؤثر در تولید و مدیریت زباله‌های طبی استفاده کرده است. یافته‌ها نشان می‌دهند که آموزش کارکنان و افزایش آگاهی از عواملی است که می‌توانند به بهبود وضعیت مدیریت زباله‌ها کمک کنند. مشابه این نکته، تحقیق ما نیز به اهمیت آموزش کارکنان تأکید دارد. با این حال، فرصت‌هایی برای ایجاد یک محیط سبز و پایدار در تحقیق ما به‌طور کامل بررسی نشده است، در حالی که در تحقیق Lee & Lee، این موضوع به‌طور ویژه مورد توجه قرار گرفته است.

در نهایت، اگر چه تمامی این مطالعات به چالش‌های مشابهی از جمله نیاز به آموزش کارکنان، کمبود زیرساخت‌ها و ناتوانی در اجرای مدیریت پایدار زباله‌های طبی اشاره دارند، فرصت‌های متفاوتی برای بهبود این وضعیت در هر تحقیق مطرح شده است. به‌عنوان مثال، در تحقیق Singh et al. فرصت‌های مربوط به بازیافت مواد پلاستیکی و استفاده از روش‌های نوین در مدیریت زباله‌های طبی شناسایی شده است، در حالی که این فرصت‌ها در تحقیق ما کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. همچنین، مطالعات Kokkinos et al. و Lee & Lee بر لزوم به‌کارگیری مدل‌های تصمیم‌گیری نوین و تکنالوژی‌های پیشرفته برای بهبود مدیریت زباله‌های طبی تأکید دارند. در نتیجه، پیشنهاد می‌شود که تحقیق ما به جنبه‌های فرصت‌ساز مانند استفاده از مدل‌های تصمیم‌گیری پیشرفته، تکنالوژی‌های نوین و بازیافت مواد توجه بیشتری داشته باشد تا مدیریت پایدار و مؤثر زباله‌های طبی در شفاخانه‌های شبرغان بهبود یابد.

این مقایسه نشان می‌دهد که در حالی که چالش‌ها و مشکلات مشابهی در تحقیقات مختلف مشاهده می‌شود، هر تحقیق به جنبه‌های خاصی از موضوع پرداخته است که می‌تواند برای بهبود وضعیت مدیریت زباله‌های طبی در افغانستان، به‌ویژه در شهر شبرغان، مفید باشد.

نتیجه گیری

مدیریت زباله‌های طبی در شفاخانه‌های دولتی شبرغان با چالش‌های عمده‌ای روبه‌رو است که در بسیاری از موارد مشابه با مشکلاتی است که در کشورهای در حال توسعه مشاهده می‌شود. یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که تفکیک ناکافی زباله‌ها، نبود آموزش کافی برای کارکنان، و ضعف زیرساخت‌ها از جمله مشکلات اصلی در این زمینه هستند. این مشکلات نه تنها سلامت کارکنان را تهدید می‌کند، بلکه به محیط‌زیست نیز آسیب می‌زند.

از سوی دیگر، تحقیق نشان داد که در بخش‌هایی از سیستم‌های صحی جهان، از جمله در افغانستان، توجه به آموزش کارکنان، ایجاد آگاهی عمومی و استفاده از تکنالوژی‌های نوین به‌عنوان اولویت‌های اساسی برای بهبود وضعیت مدیریت زباله‌های طبی مطرح است. علاوه بر این، بهبود زیرساخت‌ها، توسعه سیستم‌های مناسب برای جمع‌آوری و دفع زباله‌ها و استفاده از مواد قابل بازیافت می‌تواند به بهبود پروسه مدیریت زباله‌های طبی کمک کند.

بنابراین، توصیه می‌شود که سیاست‌گذاران و مسئولین صحت عامه در افغانستان به‌ویژه در مناطق کم‌برخوردار، همچون شبرغان، به ارتقاء آموزش و آگاهی کارکنان، بهبود زیرساخت‌های مربوط به مدیریت زباله‌ها، و ایجاد سیستم‌های نظارتی دقیق توجه بیشتری داشته باشند. این اقدامات نه تنها می‌توانند خطرات محیط‌زیستی و صحی را کاهش دهند، بلکه باعث بهبود کیفیت خدمات صحی و درمانی در کشور خواهند شد.

پیشنهادات

۱. تقویت آموزش و آگاهی کارکنان یکی از مهم‌ترین موانع در مدیریت صحیح زباله‌های طبی، کمبود آموزش و آگاهی کافی بین کارکنان صحی است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که دوره‌های آموزشی منظم و عملی برای کارکنان صحی در خصوص شیوه‌های صحیح جمع‌آوری، تفکیک، و دفع زباله‌های طبی برگزار شود. این آموزش‌ها باید شامل جنبه‌های صحی، ایمنی و محیطزیستی این پروسه‌ها باشد.

۲. توسعه و بهبود زیرساخت‌های مدیریت زباله بسیاری از مشکلات در مدیریت زباله‌های طبی به‌واسطه نبود زیرساخت‌های مناسب بروز می‌کند. پیشنهاد می‌شود که دولت و نهادهای مسئول در صحت عامه، منابع لازم برای تجهیز شفاخانه‌ها به سطل‌ها و سیستم‌های دفع زباله استندرد و ایمن فراهم کنند. علاوه بر این، به‌کارگیری تکنالوژی‌های نوین در جمع‌آوری و انتقال زباله‌های طبی می‌تواند به بهبود پروسه‌ها کمک کند.

۳. استفاده از روش‌های بازیافت و مدیریت پایدار با توجه به حجم زیاد پلاستیک و مواد غیرقابل تجزیه در زباله‌های طبی، پیشنهاد می‌شود که شفاخانه‌ها به استفاده از روش‌های بازیافت و بازیابی مواد قابل استفاده توجه کنند. ایجاد سیستم‌های بازیافت در سطح پشفاخانه‌ها می‌تواند هم از نظر اقتصادی و هم از نظر محیطزیستی سودمند باشد.

۴. ارتقاء نظارت و سیستم‌های اجرایی پیشنهاد می‌شود که برای اطمینان از اجرای مؤثر قوانین و مقررات مربوط به مدیریت زباله‌های طبی، سیستم‌های نظارتی و اجرایی قوی‌تری در سطح شفاخانه‌ها و مراکز صحی ایجاد شود. این سیستم‌ها می‌توانند شامل بازدیدهای دوره‌ای، گزارش‌دهی شفاف و پیگیری نتایج اجرایی باشند.

۵. همکاری با سازمان‌های بین‌المللی و انتقال دانش در راستای بهبود مدیریت زباله‌های طبی، پیشنهاد می‌شود که نهادهای مسئول در افغانستان همکاری‌های بیشتری با سازمان‌های بین‌المللی صحی و محیطزیستی داشته باشند. این همکاری‌ها می‌تواند به انتقال بهترین شیوه‌ها، استندردها و تکنالوژی‌های نوین در زمینه مدیریت زباله‌های طبی کمک کند.

۶. افزایش آگاهی عمومی در رابطه با مشکلات و خطرات زباله‌های طبی علاوه بر آموزش‌های داخلی در سطح شفاخانه‌ها، پیشنهاد می‌شود که کمپاین‌های آگاهی عمومی در جامعه برای افزایش دانش مردم درباره خطرات ناشی از زباله‌های طبی و اهمیت مدیریت صحیح آنها برگزار شود. این اقدامات می‌تواند منجر به کاهش مشکلات صحی و محیطزیستی ناشی از دفع نادرست زباله‌ها شود.

۷. اضافه کردن زباله‌سوزها در شفاخانه‌ها (خصوصاً شفاخانه‌های خصوصی): یکی از چالش‌های مهم در مدیریت زباله‌های طبی، دفع صحیح و ایمن این نوع زباله‌ها است. پیشنهاد می‌شود که زباله‌سوزهایی در شفاخانه‌ها، به ویژه در شفاخانه‌های خصوصی که ممکن است سیستم دفع زباله به اندازه کافی ایمن نباشد، نصب گردد. این زباله‌سوزها قادر خواهند بود تا زباله‌های عفونی و خطرناک را در حرارت بالا سوزانده و از انتقال آنها به محیط زیست جلوگیری کنند. این روش نه تنها به حفظ صحت و سلامت کارکنان و بیماران کمک می‌کند، بلکه به کاهش آلوده گی محیطی و جلوگیری از تولید زباله‌های غیرقابل بازیافت می‌انجامد.

۸. ایجاد یک ساحه مشخص برای دفن زباله‌های طبی در دشت لیلی: برای مقابله با خطرات ناشی از دفع نادرست زباله‌های طبی در دشت لیلی و دیگر نقاط عمومی، پیشنهاد می‌شود که یک ساحه مشخص برای دفع زباله‌های طبی در نظر گرفته شود. این ساحه باید با نظارت دقیق و مطابق با استندردهای محیطزیستی ، طراحی شود تا از آلودگی محیط زیست و خطرات صحی ناشی از دفن غیرقانونی و پراکنده زباله‌ها جلوگیری شود. همچنین، این مکان باید به گونه‌ای ایمن و دور از مناطق

مسکونی باشد و سیستم‌های مناسب برای کنترل آلودگی، مانند سیستم‌های پوشش‌دهی و تجزیه بیولوژیکی، در آن اعمال گردد.

منابع

۱. اسمعیلی زاده و همکاران. مدیریت پسماندهای بیمارستانی. علوم پیراپزشکی و بهداشت نظامی؛ ۱۳۹۹.

۲. اداره ملی حفاظت محیط زیست. پالیسی تنظیم زباله‌ها؛ ۱۳۸۸.

۳. اصغرنیا و حمیدی. مدیریت زباله‌های شهری. چاپ اول نشریه فصلنامه؛ ۱۳۸۹.

٤. بختیاروند و همکاران. آنالیز کمی و کیفی پسماندهای بیمارستانی در بیمارستان رازی. پیراپزشکی و صحی نظامی؛ ۱۳۹۰.

٥. پاسالاری و همکاران. بررسی مدیریت پسماندهای پزشکی. فصلنامه علمی پژوهشی انجمن بهداشت محیط؛ ۱۳۹۸.

٦. خواه محمود بهرام و همکاران. بررسی شیوه مدیریت پسماندهای صحی و درمانی. انتشارات بهنامی؛ ۱٤۰۰.

۷. رضایی و فاطمه. ارزیابی ذخیره‌سازی، جمع‌آوری و دفع پسماندها در بیمارستان‌های خصوصی. دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۸٦.

۸. ریاست صحت عامه ولایت جوزجان، ۱٤۰۳.

۹. ززولی و همکاران. وضعیت مدیریت زباله بیمارستانی در شهر اردبیل؛ ۱۳۹۰.

۱۰. شیخان ناهید. مکان‌یابی سیستم زباله‌سوز مرکزی زباله‌های بیمارستانی شهر تهران؛ ۱۳۸۳.

۱۱. ضیایی مینا. کتابچه مدیریت پسماندهای پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی صحی درمانی ایران؛ ۱۳۹۳.

۱۲. طهماسبی حمزه امین. انتخاب بهترین روش دفع پسماندها در مراکز صحی و درمانی با استفاده از روش ترکیبی. پیاورد سلامت؛ ۱۳۹۹.

۱۳. عزتی ر، گلیگر ن. زباله‌های بیمارستانی و شیوه دفع آن. مجموعه مقالات دومین همایش ملی حفاظت و برنامه‌ریزی محیط زیست؛ ۱۳۹۲.

۱٤. قاری زاده عبدالروف. سیر تحول در مدیریت خدمات اساسی صحی و شفاخانه‌ای در افغانستان؛ ۱۳۹٦.

۱٥. کامیابی سعید. تاثیر مدیریت پسماند بیمارستانی بر کاهش آلودگی زیست محیطی در شهر اهواز؛ ۱۳۹۹.

۱٦. مجلسی منیره. ارزیابی نحوه مدیریت زباله‌های دندان‌پزشکی. تحقیقات نظام سلامت؛ ۱۳۹٤.

۱۷. اداره مرکزی احصایه‌گیری جوزجان؛ ۱٤۰۳.

۱۸. مظاهری علی و شیر محمدی. اصول مدیریت پسماند جامدی شهر؛ ۱٤۰۰.

۱۹. وزارت عدلیه، مقرره زباله های طبی؛ ۱۳۹٥.

۲۰. نبی‌زاده رامین و همکاران. آنالیز کمی-کیفی و میزان آگاهی کارکنان از نحوه مدیریت زباله‌های آزمایشگاه‌های تشخیص طبی. دانشگاه علوم پزشکی قم؛ ۱۳۸۸.

۲۱. نورمحمدی م، رضایی م ر، صیادی اناری م ح. وضعیت جمع‌آوری و دفع زباله‌های بیمارستانی مراکز آموزشی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار در سال ۱۳۹٥. مجله علوم پزشکی سبزوار. ۱۳۹٦;۲٤(٤):۲۹۳-۲۹۸.

۲۲. هادی‌پور مرضیه و همکاران. شناسایی و اندازه‌گیری مواد زائد بیمارستانی و طبقه‌بندی آنها بر اساس معیارهای WHO. پژوهش علوم صحی؛ ۱۳۹۰.

23. Alamolhoda A, Ghanbari B, Ghiasvand A, Banimostafavi ES, Talebzadeh M. Qualitative and quantitative analyses of pharmaceutical wastes in a specialized hospital in Tehran, Iran, in 2017. J Environ Health Sci Eng. 2019;17(2):705-695

24. Singh N, Ogunseitan OA, Tang Y. Medical waste: Current challenges and future opportunities for sustainable management. Critical Reviews in Environmental Science and Technology. 2022 Jun 3;52(11):2000-22.

25. Gunawardana KD. An analysis of medical waste management practices in the health care sector in Colombo. Management of Environmental Quality: An International Journal. 2018 Jul 5;29(5):813-25.

26. Kokkinos K, Lakioti E, Moustakas K, Tsanaktsidis C, Karayannis V. Sustainable medical waste management using an intuitionistic fuzzy-based decision support system. Sustainability. 2023 Dec 28;16(1):298.

27. Lee SM, Lee D. Effective medical waste management for sustainable green healthcare. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022 Nov 10;19(22):14820.

Research Article

Assessment of Medical Waste Collection and Disposal Management: Challenges and Solutions in Public Hospitals of Shibirghan City

Junior Teaching Assistant Shamsul Haq Shirzad[1], Mohammad Osman Akbari[2]

[1,2]Department of Environmental Protection, Faculty of Geological and Mining Engineering, Jowzjan University, Jowzjan - Afghanistan

Article History

Received:13/10/2024

Accepted:9/12/2024

Published:21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords

- Waste Segregation
- Sanitary Disposal
- Medical Waste
- Shibirghan
- Waste Management

***Corresponding Author**

Junior Teaching Assistant Shamsul Haq Shirzad

Email: sherzaad15@gmail.com

Contact: +93 (0) 771160445

Abstract

This study examines the current state of medical waste collection and disposal in two public hospitals in Shibirghan city, highlighting the importance of proper waste management due to the health and environmental threats posed by its mismanagement. The research adopts a qualitative approach, utilizing interviews with officials and field observations in these two hospitals. Findings indicate that these hospitals generate an average of 1,014 kilograms of waste daily, of which 414 kilograms are medical waste. The waste is segregated into separate bins, and a portion of infectious waste is incinerated. However, due to excessive fuel consumption in the incinerator, its use is limited, resulting in large quantities of waste being transported to the Lili Desert and dumped in open areas without proper sanitary measures. This practice poses serious health and environmental risks. The study aims to identify challenges and analyze the current situation regarding medical waste collection and disposal in these hospitals. Based on the results, improvements in infrastructure, effective monitoring, and public awareness campaigns are recommended as essential measures to enhance medical waste management. These steps can minimize the negative impacts of inefficient medical waste management and improve community health and environmental safety.

څېړنیزه مقاله

د مور شیدو په واسطه د ځانګړې تغذیې اړوند د زېږون عمر لرونکو میندو پوهه، اندونه او کړنې

متخصص دوکتور غلام نبي کاکړ
سپین غر مومند معالجوي او تدریسي روغتون، سپین غر پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مقالې تاریخچه
ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۴/۱۰/۱٦
د منلو نېټه: ۱۴۰۴/۱/۱۸
د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹
کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دویم ګڼه: لومړۍ

بنسټیز ټکي
• اندونه • شیدې خوړونکي ماشومان
• پوهه • کړنې
• د مور د شیدو په‌واسطه تغذیه
• د زېږون په عمر کې میندې

مسؤل لیکونکی
متخصص دوکتور غلام نبي کاکړ
بربښنالیک:
smch@spingharuniversity.edu.af
ګرځنده شمېره: 60005 46 78 (0) 93+

لنډیز

د ماشـومانو د روغتیـا امریکـایي اکـاډمي او د روغتیـا نړیوالـه اداره سپارښتنه کوي، چې ماشوم باید تـر شپږو میاشـتو پورې یـوازې د مـور شیدو په‌واسـطه تغذیـه شي. د مـور د شیدو په‌واسـطه ځـانګړې تغذیـه د میندو د پـوهې، انـدونو، کړنـو او همدارنګـه د ټـولنیزو فرهنګـي لاملونـو لـه لارې اغېزمنېـدلای شـي. لـه همـدې املـه، د دې څېړنـې موخـه دا ده چې د ننګرهـار ولایـت پـه جلال اباد ښار کې د ځانګړو شیدو ورکولو پـه اړه د میندو پوهـه، اندونـه، او کړنـې وارزوي او اړونـد لاملونـه یـې څرګنـد شي. دغـه څېړنـه یـوه مقطعی څېړنـه ده او معلومـات یـې د پوښـتنلیک پـه کـارولو سـره راټـول شـوي دي. د میتودولـوژۍ پـه برخـه کـې، تصـادفي نمونې (Random Sampling) کـارول شوي. د جوړشوي پوښتنلیک لـه لارې، د ښار پـه اوه نـاحیو کـې، پـه (۳۴۸) میندو کـې پـه ځـانګړي ډول د مـور شـیدو ورکولـو پـه اړه پوهـه، اندونـه او کړنـې ارزول شـوې دي. د احصـایوی تحلیلونـو لـه لارې د هغـو عواملـو پېژندنـه شوې، چې د مـور شیدو په‌واسطه پـه خالصې‌تغـذیې پورې‌اړه‌لري. پـه څېړنـه کـې د (۱٦) او (٤٥) کلونـو تـر منځ (۳۸٤) میندو ګـډون کـړی. د ټولـو میندو لـه ډلـې (۸٦%) یـې د مـور تـې په‌واسـطه، پـه ځـانګړي ډول شیدو ورکولو پـه اړه، پوهـه درلـوده چې لـه دې ډلـې (٤۹,٥%) میندو دغـه معلومـات لـه روغتـون څخـه ترلاسـه کـړي وو، (۸۹,۹%) میندو د لـومړي ځل تـې ورکولـو وخـت سـم دستي وروسـته لـه زېږونـه وښوده، (۹۱,۸%) میندو خپلو ماشومانو تـه لـه زېږون وروسته، د خپلو شیدو لومړنی برخه (وروږه) ورکول اړیـن ګڼل او (۸۱,٥%) میندو د متممـې تغـذیې پیلولـو وخـت د ماشـوم د عمر شـپږمه میاشـت ښودلې ده. (٦۷,۹%) میندې پـه دې انـد وې چې د مـور د تـې په‌واسـطه د تغذیې غوښـتنه، د بوتـل لـه‌لارې د پـوډري شیدو د ورکـړې پـه پرتلـه زیاتـه ده، (۳٥,۹%) میندو فکـر کـاوه چې د مور د تـې په‌واسطه د تغذیې تـر څنګ، د نـورو مایعـاتو ورکـړه هـم ماشوم لپاره اړینـه ده. (٤۹,۸%) میندو فکـر کـاوه چې د بوتـل لـه‌لارې د پـوډري شـیدو په‌واسـطه د ماشوم تغذیـه د مور د تـې په‌واسطه د تغذیې پـه پرتلـه اسانه ده. پـه عملي ډول (۸۰,۳%) میندو خپل ماشومان یـوازې پـه خپلو شیدو تغذیـه کول، (۷۷%) میندو لـه زېږونـه سم‌دستي وروسـته، خپلو ماشومانو تـه خپلې شیدې ورکړې وې، (۲۲,۹%) میندو خپلو شیدو تـر څنګ نـور مایعات هـم ورکـول، خـو ددې تـر څنګ (۹۰,۳%) میندو خپلو ماشومانو تـه لـه زېږون وروسته خپلې لـومړنۍ شیدې (وروږه) ورکـړي وو .څېړنـې وښودله چې د مـور شیدو په‌واسـطه ځـانګړې تغذیې پـه اړه

د ګډونوالو پوهه که څه هم ښه وه، خو د مور د تي پهواسطه د ماشوم د ځانګړې تغذيې اړوند اندونه او عمل لاهم ودې ته اړتيا لري. دا ښيي چې اړتيا ده ميندو ته په روغتون کې او د نورو معلوماتي تګلارو له لارې، د مور شيدو پهواسطه د ځانګړې تغذيې د ګټو او ماشومانو ته د تي ورکولو د کړنې په اړه ښه پوهاوی ورکړل شي او د مور او ماشوم د روغتيا او ودې لامل شي.

پېژندنه

د ماشوم د عمر په لومړيو شپږو مياشتو کې له هر ډول متممو غذايي موادو پرته يوازې د مور د تي پهواسطه شيدو ورکولو ته د مور د شيدو پهواسطه ځانګړې تغذيه (Exclusive Breast Feeding) وايي، خو د دې دورې پر مهال د ويتامينونو ، منرالونو او درملو د شربتونو يا قطرو ورکړه بهکې مستثنی ده(۱).

د ماشوم د ژوند په لومړيو شپږو مياشتو کې د مور لهخوا د تي ځانګړې شيدې ورکول د ماشوم د ژوند ژغورلو يوه مؤثره لاره ده او د روغتيا نړيوالې ادارې (WHO) له لورې ورانديز شوې تګلاره هم ده. د تي ځانګړې شيدې ورکول يوه مهمه روغتيايي ستراتېژي ده، چې د ماشومانو د ناروغيو او مرګونو په کمولو، د ميندو په روغتيا ښه کولو او د روغتيايي لګښتونو په ادارهکولو کې مرسته کوي. د تي ځانګړې شيدې ورکول د غوږونو التهاب، ګېډې ناروغيو، تنفسي ناروغيو، د ماشوم د ناڅاپي مړينې، نيکروتيزينګ انتروکولايتيس، چاغوالي او د وينې فشار منځته راتګ په مخنيوي کې مرسته کوی(۲،۳).

د مور د شيدو ورکول د کم لګښت سربېره، ماشوم ته بشپړه تغذيه برابروي. دغه شيدې ماشوم د نس ناستې ناروغيو په ګډون له نورو ناروغيو څخه هم خوندي ساتي او د شيدو ورکولو پر مهال د امينوريا موده اوږدوي، چې د زېږون د وقفې په زياتولو کې مرسته کوي. بېلابېلو څېړنو ښودلې چې د انسان شيدې په انتي باډي او مغذي موادو بډايه دي چې د ماشومانو ژوند له اوبو څخه لېږدبدونکو خطرناکو ناروغيو څخه ساتي. تر پنځه کالو کم عمره ماشومانو ته، د تي پهواسطه د شيدو ورکولو مناسبې کړنې هر کال په نړۍ کې د ۱۰۴ ميليونه مرګونو مخنيوی کولی شي. د مور شيدې نه ورکول د نويو زېږېدلو ماشومانو د ناروغيو (٤٥) سلنه، د نس ناستې له امله د مړينو(۳۰) سلنه او تر پنځه کالو کم عمره ماشومانو کې د تنفسي ناروغيو له امله د مړينې (۱۸) سلنه جوړوي. همدارنګه د تي شيدې نه ورکول تر پنځو کالو کم عمره ماشومانو کې (۱۰) سلنه د ناروغيو د منځته راتګ لامل کېږي(٤،٥،٦).

هغه ماشومان چې په لومړيو دوو مياشتو کې د مور شيدې نه خوري، د شيدو خوړونکو ماشومانو په پرتله، د ناروغيو له امله نږدې شپږ ځله زيات د مړينې له ګواښ سره مخ دي؛ د مړينې دغه کچه د دوه او درې مياشتو په عمر ماشومانو کې په پرتليز ډول څلور برابره زياته ده(۷).

د ماشومانو د تغذيې کړنې تر پنځه کالو کم عمره ماشومانو د تغذيې په حالت او په پای کې د ماشوم په ژغورلو باندې مستقيم اغېز لري. د نړۍ په کچه تر پنځه کلنی کم عمره ماشومانو مړينه، هر کال تر نهه (۹) ميليونو لوړه ده. د ايتوپيا په هرو (۱۷) تنو ماشومانو کې يو يې له لومړي زېږون څخه مخکې مري او په هرو (۱۱) ماشومانو کې يو تن يې تر پنځو کالو مخکې مري. ددغې مړينو دوه پر درې برخې د تغذيې په نامناسبو کړنو پورې اړه لري او د ژوند په لومړي کال کې رامنځته کېږي. د مور شيدو ورکولو مناسبې کړنې تر پنځو کالو کم عمره ماشومانو کې له (۸۰۰٬۰۰۰) څخه زياتې مړينې (د ټولې مړينې ۱۳ سلنه) مخنيوی کولای شي. له بلې خوا د متممې تغذيې ورکړې په اړه اټکل شوی، چې تر پنځو کالو کم عمره ماشومانو کې د نږدې يو پر پنځه برخې مړينې مخنيوی کوي(۸).

د مور د تي پهواسطه د شیدو ورکولو عمل له (۱۰۰) میلیونو کلونو څخه پخواني تاریخ لري. په انساناتو کې د شیدو ورکولو دود له میلاد څخه نږدې (۲۰۰) کاله مخکې ځرګند شو، خو یوازې انسان چې د ځمکې د (٤٢٣٧) ژویو تر منځ تر ټولو پرمختللی دی، پخواني، طبیعي او عملي دود یې له ګواښ سره مخ دی. مصنوعي شیدې او د بوتل له لارې شیدې ورکول په شلمې پېړۍ کې دود شول. په لویدیځه نړۍ کې له (۱۹٤٠ز) کال وروسته د تي پهواسطه د شیدو ورکولو کچه په چټکۍ سره راکمه شوه. د تي پهواسطه د شیدو د ورکړې مصنوعي بدیلونه او د بوتل له لارې شیدې ورکولو دود نورو برخو ته هم خپور شو(۹).

د روغتیا نړیوالې اسمبلی (WHA) په ۲۰۱۲-۲۰۲۵ کلونو کې د (٦-٠) میاشتو عمر لرونکو ماشومانو لپاره د مور شیدو په واسطه د تغذيې (EBF) کچه لږ تر لږه (٥٠) سلنې ته د پورته کولو نړیوال هدف ټاکلی دی. په ټوله نړۍ کې د دې لارښوونو سره د توافق کچه ټوپیر لري، یوازې (۳۸) سلنه ماشومان په لومړیو شپږو میاشتو کې د مور شیدو پهواسطه تغذیه کېږي(۱۰).

په افغانستان کې، سره له دې چې د مور شیدو بهواسطه د ځانګړې تغذيې اړوند ګټو په اړه د میندو پوهه ډېره لوړه ده، د زېږون په عمر میندو کې د مور د تي پهواسطه د شیدو ورکولو کچه نسبتاً لړه ده. په کندهار ولایت کې د یوې څېړنې پایلې ښيي چې که څه هم (٨٥.٩٪) میندو، د تي بهواسطه د شیدو ورکولو په اړه سم معلومات لرل، خو یوازې (۳۲,٦٪) میندو خپلو ماشومانو ته د شپږو میاشتو لپاره شیدې ورکړې وې. په ورته توګه، د سعودي عربستان په عسیير سیمه کې د یوې څېړنې موندنې ښيي، چې سره له دې چې د تي ورکولو په هکله پوهه او اندونه ښه وو، خو د تي بهواسطه د شیدو ورکولو کچه کمه وه. په ملي کچه معلومات ښيي چې (٤٧,٧٪) افغان ماشومان د خپل عمر په لومړیو شپږو میاشتو کې یوازې د مور د شیدو بهواسطه تغذیه کېږي؛ دا موندنې د پوهې او عمل ترمنځ یو لوی توپیر ښيي، چې د دې لپاره اړینه ده چې په ټول هېواد کې د تي پهواسطه د شیدو ورکولو اړوند، د عامه پوهاوي او هڅونې برنامې زیاتې شي(۱۱، ۱۲).

د همدغې څېړنې د معلوماتو پربنسټ، د مور د تي پهواسطه د شیدو ورکولو تر ټولو ټیټه کچه په کویټ (۲٪)او تر ټولو لوړه کچه په ایران کې (٥٦,٤٪) راپور شوې وه؛ بهداسې حال کې چې په پاکستان کې تر شپږو میاشتو ښکته عمر لرونکو ماشومانو ته د مور شیدو ورکولو کچه (۳۷,۱٪) راپور شوې ده، په بنګله دېش کې یاده کچه (۳٥،۹٪) ښودل شوېده او په هند کې دا کچه په وروستیو کلونو کې ښه شوې ده. د ملي کورنۍ روغتیا سروې (NFHS) معلوماتو له مخې یاده کچه، په (۲۰۱٥-۲۰۱٦ز) کالونو کې د یاد بنسټ د څلورمې سروې (NFHS-٤) له مخې له (٦٥٪) څخه، په (۲۰۱۹-۲۰۲۱ز) کالونو کې د یاد بنسټ بنځمې سروې (NFHS-٥) له مخې (۷٦٪) ته لوړه شوې ده(۱۲۱۱،۱۳،۱٤،۱٥).

کورنۍ فشارونه، د مور د لوست کچه، ټولنیز کلتوري دودونه، د مور عمر، د کورنۍ عواید او اقتصادی کچه، د زېږون ځای، د میندو او ماشوم اړوند ناروغی، د شیدو ورکولو د تخنیک په اړه د پوهې او مهارت لږوالی، محیطي لاملونه، د فارمولا (مصنوعي یا پوډري) شیدو ورکولو په اړه د مارکېټینګ زیاتوالی، د میندو اندونه، منابعو ته د لاسرسي کچه، میندو سره د وخت محدودیت او کاري حجم زیاتوالی، د ټولنې او حکومت لخوا د ملاتړ پاملرنې او د لومړي ځل شیدې ورکولو د پیل وخت د مور له‌لورې د شیدو ورکولو عمل اغېزمنولای شي(۱٦،۱۷،۱۸).

دا څېړنه د ښاري میندو تر منځ د مور د تي د خالصو شیدو ورکولو په اړه د پوهې، اندونو او کړنو اړوند ستونزې، په هغو ماشومانو کې چې (٦-٠) میاشتې عمر لري، ځرګندوي. که څه هم په ځینو هېوادونو کې د مور شیدې ورکولو (EBF) د پوهې، سلوک او کړنو (KAP) په اړه بېلابېلې څېړنې ترسره شوي، مګر زموږ په اند د افغانستان په ختیځ کې ددې موضوع اړوند هېڅ سیستماتیکه کتنه نه ده ترسره شوې، تو ددې مطالعې موخه دا ده چې په جلال اباد ښار کې، ماشومانو ته د مور شیدې ورکولو (EBF) په اړه د میندو د پوهې، سلوک او کړنو (KAP) ارزونه وکړو. موندنې به د مور شیدو ورکولو عمل روښانه کړي، د نورو څېړنو لپاره به

ساحې په ګوته کړي او د روغتیايي مسلکي کارکوونکو، روغتیا ته وده ورکونکو او ټولنه کې روغتیايي کړنو ترویجوونکو سره به مرسته وکړي، چې په مطالعه شوې سیمه کې د مور د شیدو ورکولو عمل به اړه پوه او د خپلو هڅو لومړیتوب یې وټاکي. سربېره پردې، تر مطالعې لاندې سیمه کې د محدودو څېړنو له امله، دا څېړنه د راتلونکو څېړنو لپاره د معیار په توګه کاربدلای شي(۲۱،۲۰،۱۹).

مواد او کړنلاره

د څېړنې ډیزاین

دا څېړنه په مقطعي ډول د جلال اباد ښار په ننګرهار پوهنتون تدریسي روغتون او سپین غر مومند معالجوي او تدریسي روغتون کې، د عمر خلاند ننګرهار او امام غزالي د طبي علومو انستیتیوټونو د نږدې (۱۰۰) تنو قابلګی محصلینو پرمټ، د پوښتنپاڼې له مخې، په کورونو کې له میندو څخه له (۱۴۰۳/۰۷/۰۲) نېټې څخه تر (۱۴۰۳/۰۸/۳۰) نېټې پورې ترسره شوې ده او یکې د مور د شیدو بهواسطه د خالصې تغذیې اړوند د زېږون عمر لرونکو میندو پوهه، اند او کړنې ارزول شوي دي.

د نمونې اندازه او د نمونې اخیستنې طریقه

دغه څېړنه چې د ننګرهار ولایت جلال اباد ښار کې د زېږون عمر لرونکو میندو کې ترسره شوې ده. دا چې د زېږون عمر لرونکو میندو دقیقه سرشمېرنه نه وه، نو د نمونې اندازې د معلوموملو لپاره له لاندې فرمول څخه ګټه اخیستل شوې ده.

$$Sample\ Size\ (N) = \frac{Z^2 * P\ (1-P)}{d^2} = \frac{(1.96)^2 * 0.5\ (1-0.5)}{(0.05)^2} = 384$$

په یاد فرمول کې د خطا اندازه (۰،۰۵)، د اطمنان ساحه (۹۵%) او د مور شیدو پهواسطه د ماشومانو د تغذیې اړوند د میندو پوهې، اندونو او کړنو سلنه (۵۰) په پام کې نیول شوې ده. ددې محاسبې له مخې د نمونې اندازه (۳۸٤) تنه په پام کې ونیول شوه.

د مور د شیدو ورکولو اړوند د هغوی د پوهې، اندونو او کړنو ارزونه

ددې موخې ترلاسه کولو لپاره پوښتنپاڼه جوړه شوه. یاده پوښتنپاڼه د Abdulwali Sabo او ملګرو په څېړنه کې له کارول شوې پوښتپاڼې څخه ترتیب شوې وه(۱). د پوښتنپاڼې پر بنسټ، د پوهې، اندونو او کړنو د ارزونې په موخه د هو او نه ځوابونو او د پنځه نقطه اي لایکرټ اندازه کېدنې (5 Point Likert Scale) څخه ګټه اخیستل شوې وه، په دې ترتیب چې (۱) د ډېر زیات، (۲) زیات، (۳) د منځنۍ کچې، (۴) د لږې اندازې او (۵) د هېڅکله لپاره کارول شوي دي.

احصائیوي تحلیل

له څېړنې څخه لاسته راغلي ارقام د مایکروسافټ ایکسل پهواسطه تحلیل شول. د مور د شیدو پهواسطه د خالصې تغذیې اړوند د میندو د پوهې، اندونو او کړنو کچه د فریکوینسۍ او سلنې په ډول راپور شول.

موندنې

دګډونوالو ټولنيز ډيموګرافيک خانګړتياوې

په لومړي جدول کې تر څېړنې لاندې ګډونوالو ټولنيز ډيموګرافيک معلومات ښودل شوي دي. په ټوليز ډول، (۳۸٤) میندو چې له (١٦) څخه تر (٤١) کلونو عمر يې درلود، په څېړنه کې ګډون کړی و او پوښتنو ته يې ځوابونه ورکړل؛ د ځواب کچه = ۹۹,۲٪ وه. ډېرى (۳۷,۷٪) ګډونوالو د (۲٦) څخه تر (۳۳) کلونو عمر درلود، چې نږدې (٤٢,٤٪) يې نالوستې وې. نږدې له نيمايي څخه زياتې (۸۰٪) ګډونوالې د کور ښځې وې اوکومه دنده يې نه درلوده. سربېره پر دې، د ډېرو (٦٥٪) ګډونوالو اقتصادي او تغذيوي حالت متوسط ښودل شوی دی.

متغير	ګروپ	فريکوينسي	سلنه
عمر			
	١٦-٢٥	١٤٢	٣٦,٩
	٢٦-٣٣	١٤٥	٣٧,٧
	٣٤-٤٠	٨٠	٢٠,٨
	>٤٠	١٧	٤,٦
د لوست کچه			
	نالوستې	١٦٣	٤٢,٤
	لومړنۍ زده کړې	١٠٢	٢٦,٥
	ثانوي زده کړې	٦٦	١٧,١
	لوړې زده کړې	٥٣	١٤
اقتصادي حالت			
	ښه	٧٤	١٩,٢
	متوسط	٢٥٠	٦٥,١
	خراب	٥٠	١٣
	ډېر خراب	١٠	٢,٧
د مور تغذيوي حالت			
	ښه	١١٢	٢٩,١
	متوسط	٢١٥	٥٥,٩
	خراب	٤٨	١٢,٥
	ډېر خراب	٩	٢,٥
د ماشومانو شمېر			
	يو	٥٥	١٤,٣
	دوه	٧٥	١٩,٥
	له دوو زيات	٢٥٤	٦٦,٢
دنده			
	رسمي دنده لرونکې	٤٦	١١,٩
	د کور ښځه	٣٣٨	٨٧,١

لومړی جدول: د ګډونوالو ټولنیزې ډیموګرافیک ځانګړتیاوې(n=384)**یوازې د مور شیدو په‌واسطه د تغذیې په اړه د میندو پوهه**

په دویم جدول کې د میندو له لورې په ځانګړې ډول د مور د تي ورکولو په اړه پوهه ښودل شوې ده؛ (٨٦,١٪) میندو د مور د تي په‌واسطه د خالصې تغذیې اړوند معلومات درلودل چې (٤٩,٥٪) میندو روغتونونه د معلوماتو سرچینه بللې ده. (٩٠,٩٪) ګډونوالو د مور شیدو په‌واسطه د خالصې تغذیې پر معنی د پوهېدلو مثبت ځواب ورکړی. (٣٦,٥٪) میندو ویلي دي، چې یوازې د مور شیدو په‌واسطه د تغذیې اړوند یې روزنه ترلاسه کړې، ډېری (٨٣,٩٪) میندو ویلي چې د مور شیدو په‌واسطه د تغذیې د پیل غوره وخت سمدستي وروسته له زېږونه دی. دغه راز د ډېرو (٩١,٨٪) ګډونوالو په وینا چې وروړه باید له زېږونه سملاسي وروسته ماشوم ته ورکړل شي. (٨١,٥٪) ګډونوالو د مور د شیدو ترځنګ د متممې تغذیې د پیل موده شپږ میاشتنی عمر یاد کړی و.

آیا د مور د شیدو په‌واسطه خالصه تغذیه پېژنئ؟	هو، پوره معلومات لرم	څه نا څه معلومات لرم	په لږه اندازه معلومات لرم	نه پوهېږم	کوم نظر نه‌لرم
	١٢٤ (٣٢,٢٪)	١٣٧ (٣٥,٦٪)	٧٠ (١٨,٢٪)	٥٠ (١٣٪)	٣ (١٪)
تاسو د مور د شیدو په‌واسطه د خالصې تغذیې اړوند معلومات چیرته زده کړي؟	له روغتون څخه	له رسنیو څخه	له ملګرو څخه	له نورو سرچینو څخه	
	١٦٤ (٤٩,٥٪)	٤٨ (١٤,٥٪)	٥٤ (١٦,٣٪)	٦٥ (١٩,٧٪)	
د مور د شیدو په‌واسطه خالصه تغذیه دې ته وایي، چې ماشوم د پیدایښت له شېبې څخه تر شپږو میاشتو پورې یوازې د مور شیدو په‌واسطه تغذیه شي؟	سم دي		ناسم دي		
	٣٠١ (٩٠,٩٪)		٣٠ (٩,١٪)		
آیا تر اوسه مو د مور د شیدو په‌واسطه د خالصې تغذیې اړوند کومه روزنه ترلاسه کړې ده؟	هو		نه		
	١١١ (٣٣,٥٪)		٢٢٠ (٦٦,٥٪)		
د مور د شیدو په‌واسطه د تغذیې پیلولو مطلوب وخت کوم دی ؟	له زېږون وروسته سملاسي		له زېږون څخه څه موده وروسته		
	٢٧٨ (٨٣,٩٪)		٥٣ (١٠,٧٪)		
تاسو د خپلو شیدو له لومړنۍ برخې (وروړو) سره څه کوئ؟	سم دلاسه خپل ماشوم پرې تغذیه کوم		لرې یې غورځوم او ماشوم ته یې نه‌ورکوم		
	٣٠٤ (٩١,٨٪)		٢٧ (٨,٢٪)		
ستاسو له نظره د مور د شیدو ترځنګ د متممې تغذیې د پیلولو مناسبه موده کومه ده؟	د ماشوم د عمر شپږمه میاشت	د ماشوم د عمر اتمه میاشت	د ماشوم د عمر لسمه میاشت	د ماشوم د عمر دولسمه میاشت	
	٢٧٠ (٨١,٥٪)	٤٧ (١٤,١٪)	٧ (٢,٢٪)	٧ (٢,٢٪)	

دویم جدول: یوازې د مور د شیدو په‌واسطه د تغذیې په اړه د میندو پوهه (n=384)

د مور د شيدو پهواسطه د خانګړي تغذيې اړوند د ميندو اندونه

دريیم جدول د مور د شيدو پهواسطه د خالصې تغذيې اړوند د ميندو اندونه رابه ګوته کوي. اکثره (٪۶۷،۹) ځواب ورکوونکي په دې باور وې، چې د فارمولا تغذيې په پرتله د مور د شيدو پهواسطه د تغذيې غوښتنه زياته ده. (٪۳۵،۹۵) ميندو فکر کاوه چې ماشوم ته دې د مور د شيدو پهواسطه د تغذيې ترځنګ نور مايعات هم ورکړل شي.

تېرې نيمايي (٪۴۹،۸) ځواب ورکوونکي اوس هم پدې اند وې، چې د بوتل پهواسطه د ماشوم تغذيه د مور د شيدو بهواسطه د تغذيې په پرتله اسانه ده. همدارنګه (٪۷۱،۹) ځواب ويونکو ويلي چې د مور د شيدو پهواسطه د تغذيې په اړه د ټولنې لهخوا هڅول شوې دي.

پوښتنه	هو	نه
آيا د پوډري شيدو پهواسطه د خالصې تغذيې په پرتله د مور شيدو پهواسطه د تغذيې غوښتنه زياته ده؟	۲۲۵ (٪۶۷،۹)	۱۰۶ (٪۳۲،۱)
آيا د مور د شيدو پهواسطه د خالصې تغذيې په وخت کې د نورو مايعاتو (اوبه، شهد) ورکړه ماشوم ته اړين دي؟	۱۱۹ (٪۳۵،۹)	۲۱۲ (٪۶۴،۱)
آيا د مور د شيدو پهواسطه خالصه تغذيه د بوتل پهواسطه د تغذيې په پرتله اسانه ده؟	۱۶۶ (٪۵۰،۱)	۱۶۵ (٪۴۹،۹)
آيا ستاسې په ټولنه کې ميندې د بوډري شيدو د تغذيې پرځای د مور د شيدو پهواسطه تغذيې ته هڅول کېږي؟	۲۳۸ (٪۷۱،۹)	۹۳ (٪۲۸،۱)

د مور د شيدو پهواسطه د تغذيې اړوند د ميندو اندونه (:دريیم جدول)=384 n

د مور د شيدو پهواسطه د خالصې تغذيې په اړه د ميندو کړنې

د ځواب ورکونکو ميندو (٪۸۰،۳) د مور د شيدو پهواسطه د خالصې تغذيې کړنه ترسره کړې وه، چې له دې ډلې (٪۷۷) ميندو د ماشوم له زېږونه سملاسي وروسته د شيدو ورکول پيل کړي وو، (٪۲۲،۹) ميندو د خپلو شيدو تر ورکړې دمخه خپل ماشوم ته نور مايعات هم ورکول، (٪۹۰،۳) ميندو خپلو ماشومانو ته خپلې لومړنۍ شيدې (وربه) ورکړي وو، له نيمايي ډېرو (٪۵۴) ميندو خپل ماشومان د هغوی د غوښتنې مطابق تغذيه کول او ډېرو (٪۶۷) ميندو وويل چې د شيدو ورکولو پرمهال خپله او ماشومان يې صحتمند وو.

پوښتنه	هو	نه
آيا تاسو خپل ماشوم په خالصه توګه په خپلو شيدو تغذيه کوئ؟	۲۶۶ (٪۸۰،۳)	۶۵ (٪۱۹،۷)
د ماشوم له پيدايښته څومره وخت وروسته مو خپل ماشوم ته شيدې ورکړې؟	له زېږونه سملاسي وروسته	له زېږونه څه موده وروسته
	۲۵۵ (٪۷۷)	۷۶ (٪۲۳)
آيا ماشوم ته د خپلو شيدو تر ورکړې دمخه نوره غذا ورکوئ؟	هو	نه
	۷۶ (٪۲۳)	۲۵۵ (٪۷۷)

آیا خپل ماشوم ته خپلې لومړنی شیدې (وربه) ورکوئ؟	هو		نه
	۲۹۹ (۹۰,۳٪)		۳۲ (۹,۷٪)
تاسو خپل ماشوم ته څو ځلې خپلې شیدې ورکوئ؟	د ماشوم د غوښتنې لهمخې	په معلومو وقفو سره	په اتفاقي ډول
	۱۷۹ (٥٤٪)	۱۱۳ (۳٤,۱٪)	۳۹ (۱۱,۹٪)
ایا ماشوم ته د شیدو پهواسطه د خالصې تغذیې پرمهال، تاسو یا ستاسو ماشوم د ناروغی سره مخ شوي یاست؟	هو		نه
	۱۰۹ (۳۲,۹٪)		۲۲۲ (٦۷,۱٪)

څلورم جدول: د مور د شیدو پهواسطه د خانګړې تغذیې په اړه د میندو کړنې (n= 384)

مناقشه

د روغتیا نړیوالې ادارې (WHO) د مور د شیدو پهواسطه خالصه تغذیه داسې تعریف کړې: د ماشوم د عمر په لومړیو شپږو میاشتو کې، د ویټامینونو یا درملو په استثنا، یوازې د مور شیدو ورکولو عمل ته د مور شیدو پهواسطه خالصه تغذیه (Exclusive Breast Feeding) وایي. د مقالې د موندنو لهمخې، هغه ماشومان چې یوازې د مور شیدې ترلاسه کوي او نور هیڅ خواړه یا مایعات، حتي اوبه هم، نه اخلي، د مور د شیدو پهواسطه د خالصې تغذیې (EBF) برخه ګڼل کېږي(۱,۲۳).

دغې څېړنې د ننګرهار ولایت په جلال اباد ښار کې د میندو لهلورې کوچنیانو ته یوازې د خپلو شیدو ورکولو په اړه د هغوی پوهه، اندونه او کړنې مطالعه کړې. د څېړنې د پایلو لهمخې، د (۳۸٤) میندو لهډلې یوازې (۸٦٪) میندو ماشومانو ته یوازې د خپلو شیدو ورکولو (خالصې تغذیې) په اړه پوهه درلوده، چې له دې ډلې (٤٩,٥٪) میندو دغه معلومات له روغتون څخه ترلاسه کړي وو. (۸۹,۹٪) میندو ماشوم ته د لومړی ځل تي ورکولو وخت له زېږونه سملاسي وروسته وښوده، (۹۱,۸٪) میندو د خپلو شیدو لومړنی برخه (وربه) ورکول خپلو ماشومانو ته اړین ګڼل او (۸۱,٥٪) میندو د متممې تغذیې د پیلولو وخت د ماشوم د عمر شپږمه میاشت ښودلې ده.

(٦۷,۹٪) میندې په دې اند وې، چې د مور د تي پهواسطه د تغذیې غوښتنه د بوتل لهلارې د پوډري شیدو د ورکړې په پرتله زیاته ده، (۳٥,۹٪) میندو فکر کاوه چې د مور د تي پهواسطه د تغذیې ترڅنګ د نورو مایعاتو ورکړه هم ماشوم لپاره اړینه ده. (٤۹,۸٪) میندو فکر کاوه چې د بوتل لهلارې د پوډري شیدو پهواسطه د ماشوم تغذیه، د مور د تي پهواسطه له تغذیې څخه اسانه ده. په عملي ډول (۸۰,۳٪) میندو خپل ماشومان یوازې په خپلو شیدو سره تغذیه کول، (۷۷٪) میندو له زېږون سملاسي وروسته، زېږولي ماشوم ته خپلې شیدې ورکړې وې، (۲۲,۹٪) میندو د خپلو شیدو تر څنګ، ماشومانو ته نور مایعات هم ورکول او (۹۰,۳٪) میندو خپلو ماشومانو ته له زېږون وروسته خپلې لومړنی شیدې (وربه) ورکړې وو.

د تي پهواسطه د شیدو ورکولو (خالصې تغذیې) په اړه د میندو د پوهې اړوند پوښتنې وشوې، چې پهکې د شیدو ورکولو د مودې، د معلوماتو سرچینه، د شیدو ورکولو د پیل وخت او په ټولنه کې د شیدو ورکولو طریقه شامله وه. د ځواب ویونکو له ډلې څخه (۸٦٪) یهدې پوهېدل چې یوازې د مور شیدې ورکول (خالصه تغذیه) څه معنا لري او موده یې باید څومره دوام وکړي.

د څېړنې دغې پايلې د نايجيريا په چامو ښار کې د ترسره شوې څېړنې له پايلو سره، چې په‌کې (٦٥،٧٪) ګډونوالو باده پوهه لرله، لږ توپير لري. زموږ په څېړنه کې اکثره ميندې د تې له‌لارې د شيدو ورکولو د ګټو په اړه پوهېدلې، چې د تې د شيدو ورکړه ماشوم له ناروغيو او مکروبي انتاناتو څخه ژغوري او د ماشوم خواک زياتوي. (٨٣،٩٪) ميندې پوهېدلې چې د تې په‌واسطه د شيدو ورکولو د پيل وخت سملاسي وروسته له زېږونه دی، چې له دې ډلې نږدې نيمايي (٤٩،٥٪) ميندو روغتون د معلوماتو سرچينه بللې او ويلي يې دي، چې د مور شيدې د ماشوم د ژوند د لومړيو شپږو مياشتو لپاره پوره (کافي) غذايي رژيم دی؛ په‌داسې حال کې چې په چامو ښار کې د ترسره شوې يادې څېړنې (٥٣٪) ګډونوالو ويلي وو، چې د ميندو له‌خوا د شيدو ورکولو وخت سملاسي وروسته له زېږونه دی او له‌دې ډلې (٥٥،٨٪) وګړو روغتون د معلوماتو سرچينه بللې وه او دوی په دې پوهېدل چې د ميندو له‌خوا يوازې د خپلو شيدو ورکول، د ماشوم د ژوند د لومړيو شپږو مياشتو لپاره پوره غذا ده. زمونږ په څېړنه کې د سلنې زياتوالي راښيي، چې په دې سيمه کې د مور د شيدو په‌واسطه د خالصې تغذيې اړوند د روغتيايي پوهاوي کچه د بېلابېلو سرچينو له لورې زياته ده او همدا ددې لامل شوي چې په دې برخه کې د ميندو پوهه زياته شي. دغه پايله د سويلي ايتوپيا د څېړنې سره هم يو څه توپير لري، چې په‌کې (٦١،٥٪) ګډونوالو ويلي وو چې د مور د شيدو ورکولو د پيل وخت سملاسي وروسته له زېږونه يا د زېږون لومړی ساعت دی. د مور د شيدو په‌واسطه د خالصې تغذيې اړوند د ميندو په دې کچه پوهه يوه هيله بخښونکې پايله ده، چې د تنکيو ماشومانو د ناروغۍ او مړينې کمولو کې ډېره مرسته کوي. زموږ څېړنه ښيي چې (٩١،٨٪) ګډونوالو فکر کاوه چې کولسټرم (لومړنۍ شيدې) بايد ماشومانو ته ورکړل شي، ځکه چې دا د هغوی لپاره مهمې دي. دغه پايله د چامو ښار په څېړنه کې د (٨٠٪) ځواب ويونکو د پوهاوي د کچې په پرتله د زياتوالي ښکارندويي کوي. زموږ د څېړنې له ګډونوالو څخه (٧٩،٦٪) ميندو د لومړيو شپږو مياشتو لپاره خپل ماشومان يوازې د خپلو شيدو په‌واسطه تغذيه کړي، دغه پايله د ايتوپيا د ټيګري ښار د څېړنې سره د کړنو په برخه کې يو څه توپير لری، چې په‌کې (١٠٠٪) ګډونوالو خپل ماشومان د لومړيو شپږو مياشتو لپاره يوازې د خپلو شيدو په‌واسطه تغذيه کړي وو؛ له دې څخه څرګندېږي چې ايتوپيايي ميندې د تې ورکولو د کړنو په برخه کې ښه هڅول شوې وې(١،٩،٢٣).

زموږ په څېړنه کې (٨١،٥٪) ځواب ويونکو وويل، چې ماشوم ته د متممو خوړو پيلولو وخت د هغه د ژوند شپږ مياشتنی عمر دی. دغه پايله د سعودي عربستان د ابها ښار کې ترسره شوې څېړنې له پايلو سره لږ توپير درلود، چې په‌کې (٨٩،٣٪) ګډونوالو د متممې تغذيې د پيل وخت شپږ مياشتنی عمر ويلی و؛ ددغې توپير لامل په سعودي عربستان کې د متممې تغذيې اړوند د روغتيايي پوهاوي زياتوالی او د هغې ټولنې د خلکو د اقتصادي او ټولنيز ژوند د کيفيت ښه والی دی(١٠).

زموږ د څېړنې پر بنسټ (٧٦،٩٪) ځواب ويونکو ميندو د ماشوم تر زېږون وروسته په يوه ساعت کې يا له هغې هم ژر، د خپلو شيدو ورکول پيل کړي وو او (٢٣،١٪) ميندو له لومړي ساعت وروسته دا کار کړی و. د سويلي ايتوپيا په ميزان ښار کې د ترسره شوې څېړنې د پايلو له مخې، په لومړي ساعت کې د مور شيدو په‌واسطه د ماشوم تغذيه کول (٧٣،٢٪) او وروسته له لومړي ساعته (٢٦،٨٪) وه. د دواړو څېړنو د پرتلنې له مخې څرګندېږي، چې د هغو ميندو سلنه چې تر زېږون وروسته يې په لومړي ساعت کې ماشومانو ته خپلې شيدې ورکول پيل کړي وو، نږدې سره ورته دي(٧).

زمونږ په څېړنه کې د ميندو له‌خوا په لومړي ساعت کې د مور د تې په‌واسطه د ماشوم د تغذيه کولو کچه (٧٧٪)، تانزانيا کې (٤٣،٤٪)، سعودی عربستان کې (٣١٪) او ختيځه افريقا کې (٧٢،٩٪) ښودل شوېده. د هېوادونو ترمنځ دغه توپير ښايي د

ټولنیز، کلتوري دودونو ، د میندو د لوست کچې، د تي ورکولو د لارو چارو اړوند د پوهې کموالې، د زیږېدلو ځای، چاپېریال او کاری بوختیاو له امله وي(۱۳،۱۵،۱٤).

زمونږ په څېړنه کې د مور د تي په‌واسطه د خالصې تغذیې اړوند معلوماتو لرل (۹۰،۹٪)، د مور د شیدو په‌واسطه د تغذیې پیلولو د مطلوب وخت اړوند معلومات (۸۳،۹٪)، د میندو له‌خوا د خپلو شیدو د لومړنی برخې (وررو) د ورکړې وخت په اړه پوهه (۹۱،۸٪) او د مور د شیدو ترڅنګ د متممې تغذیې د پیلولو مناسبې مودې اړوند د معلوماتو لرلو کچه (۸۱،۵٪) وه؛ په داسې حال کې چې په ختیځه افریقا کې دغه کچه په ترتیب سره (۸۱٪)، (٤۹،۲٪)، (٤۱،٤٪) (۸۱٪) ده. زمونږ په څېړنه کې د پوډري شیدو په‌واسطه د تغذیې په پرتله د مور شیدو په‌واسطه د تغذیې د تقاضا زیانوالی (٦۷،۹٪) او دا چې د مور د شیدو په‌واسطه خالصه تغذّیه د بوتل په‌واسطه له تغذیې اسانه ده، په اړه یې د اندونو کچه (۵۰،۱٪) وه؛ په داسې حال کې چې په افریقایي میندو کې دا کچې (۷۳٪) او (۵٤،۲٪) وې. زمونږ په څېړنه کې ماشوم ته له پیدایښته وروسته په لومړی ساعت کې د شیدو د ورکړې کچه (۷۷٪) ، ماشوم ته د خپلو شیدو د ورکړې نه مخکې د نورې غذا ورکولو کچه (۲۲،۹٪)، ماشوم ته خپلې لومړنی شیدې (وررو) ورکول (۹۰،۳٪) او ماشوم ته د هغې د غوښتنې له‌مخې د شیدو ورکولو کچه (۵٤٪) ده؛ په داسې حال کې چې د افریقایي میندو ترمنځ دغه کچې په ترتیب سره (۷۹،۵٪) ، (۱۵،۸٪) ، (۷۲،۹٪) او (۳۱،٦٪) وې(۱٤).

د افغاني او افریقایي میندو ترمنځ د تي په‌واسطه د خالصې تغذیې اړوند د پوهې د کچې توپیر دا رابښيي، چې افغاني میندو په‌دې برخه کې پوره معلومات ترلاسه کړي وو. د تي په‌واسطه د ماشوم د خالصې تغذیې اړوند د میندو اندونه نږدې سره ورته وو، مګر د کړنو په برخه کې د وررو د ورکړې او د ماشوم د غوښتنې له‌مخې د هغوی د تغذّیه کولو په برخه کې توپیر موجود وو، چې ښایي کلتوري دودونه او په کورنی کې د کاري حجم زیاتوالي دا توپیرونه رامنځته کړي وي. سره له دې چې په دې څېړنه کې (۷۱،۹٪) ګډونوالو ویلي دي، چې د مور د شیدو به‌واسطه د خالصې تغذیې اړوند د ټولنې هڅونې ورسره وې او ددغې تغذیې غوښتنه یا تقاضا (٦۸،۲٪) وه، خو بیا هم د څېړنې پر مهال ځینې ناسمې کړنې هم په ګوته شوې، لکه (۲۲،۸٪) ګډونوالو ماشومانو ته د مور شیدو تر پیلولو وړاندې خواږه یا مایعات ورکړي وو؛ دا پایله د سویلي ایتوپیا د بودیتي ښار د څېړنې سره ورته ده، چې په‌کې د مور د شیدو تر ورکړې دمخه د مایعاتو د ورکړې کچه (۲۲،۵٪) وه(۲۳).

د مور شیدې د نوي زیږېدلي ماشوم لپاره د نورو ټولو شیدو په پرتله غوره ګڼل کېږي او د کلونو په اوږدو کې د څېړنو په پایله کې څرګنده شوې چې دا شیدې تر ټولو غوره، خوندي او بشپړ خواړه دي. د مور شیدو د ډېرو ګټو سره سره، په ډېرو پرمختللو هیوادونو کې یې د ورکولو زیاتېدونکی تمایل لیدل کېږي، مګر په ښوزلو هیوادونو کې د میندو له‌خوا د خپلو شیدو ورکولو کچه ټیټه پاتې شوې(۲۳).

له همدې امله، د داسې ستونزو د حل لپاره تر زیږون دمخه دوره کې یوازې په تعلیمي او ترویجي پروګرامونو تمرکز بسنه نه کوي، ځکه چې دا ناسمې کړنې د ټولنیزو او کلتوري باورونو تر اغېز لاندې راتلای شي. د همدې لپاره باید د عامه پوهاوي یا شیدو ورکولو کمپاینونه په ټولنیزه کچه ترسره شي، ترڅو ورته ناسمې کړنې په سمو کړنو بدلې کړي.

پایله اخیستنه

د څېړنې په پایله کې څرګنده شوه چې تر څېړنې لاندې سیمه کې، د زیږون عمر لرونکو میندو کې زیاترو یې د خالصو شیدو ورکولو په اړه مناسبه پوهه لري، خو لا هم د ګډونوالو ترمنځ ځینې ناسم اندونه او کړنې وې، لکه یوازې د مور شیدو ورکولو پر

مهال د اوبو ورکول او د مور شيدو د ورکولو عمل د اسانتيا په اړه ټيټ تصور. ځيني ګډونوال د مور د شيدو ورکولو د عمل او ددې کړنې پرمهال د مور او ماشوم د روغتيا په اړه پوره باور نه لري او ډېری هغه فکر کوي، چې په دغه جريان کې دوی يا ماشوم ته يې ناروغی پيدا شوي دي، همدارنګه د مور د خالصو شيدو په اړه د پوهې او د تي پهواسطه د شيدو ورکولو د عمل تر منځ هم ځينې توپيرونه شته. په پای کې ويلای شو چې د ميندو لهخوا يوازې د مور شيدو ورکولو پر اهميت د روغتيايي پوهاوي زياتول او د جلال اباد ښار کې د ميندو لهخوا د مور د خالصو شيدو ورکولو د کړنو په اړه د پوهاوي لوړولو اړوند برنامو کيفيت ښه کول به د ماشوماتو د مړينې په کچه کې د کموالي او د ټولنې په کچه د خوارځواکی د مخنيوي په برخه کې سترې ګټې ولري. ددې لپاره چې ځلورمه پراختيايي موخه (SDG-4) ترلاسه شي، اړينه ده چې په مطالعه شوې ټولنه کې د ميندو لهخوا يوازې د مور شيدو ورکولو د کچې زياتوالي لپاره مداخلوي کړنې ترسره شي. داسې مناسبه روزنه چې د شيدو ورکولو د ژر پيلولو، د يوازې د مور شيدو ورکولو د لا ښه پوهې، اهميت، پرکټس او د لومړنيو شيدو (کولستهرم يا وررو) د کارونې په اړه تمرکز ولرې، اړينه ده چې د ميندو لهخوا د خپلو خالصو شيدو ورکولو برنامې او د شيدو ورکولو د مودې زياتوالي ته وده ورکړي.

وړانديزونه

۱. د مور د شيدو پهواسطه د خالصې تغذيې د ګټو او اهميت اړوند روزنيزو برنامو زياتول او دوامداره ساتل.

۲. د ټولنې او کورنيو لهخوا د مور د شيدو پهواسطه د خالصې تغذيې د پروسې ملاتړ زياتول او دوامداره ساتل.

۳. د مور د شيدو پهواسطه د خالصې تغذيې اړوند د ميندو د اندونو او کړنو د بدلون (Behavoir change communication) لپاره ټولنيزې برنامې ترسره کول

اخځليکونه

1. Sabo A, Abba J, Sunusi Usman U, Musa Saulawa I, Alzoubi MM, Al-Mugheed K, Alsenany SA, Farghaly Abdelaliem SM. Knowledge, attitude, and practice of exclusive breastfeeding among mothers of childbearing age. Frontiers in Public Health. 2023 Dec 19;11:1277813.
2. Nkala TE, Msuya SE. Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding among women in Kigoma region, Western Tanzania: a community based cross-sectional study. International breastfeeding journal. 2011 Dec;6:1-7.
3. Al-Binali AM. Breastfeeding knowledge, attitude and practice among school teachers in Abha female educational district, southwestern Saudi Arabia. International breastfeeding journal. 2012 Aug;7:1-6.
4. Oche MO, Umar AS, Ahmed H. Knowledge and practice of exclusive breastfeeding in Kware, Nigeria. African health sciences. 2011;11(3).

5. Tema T. Knowledge, attitude and practice towards exclusive breast feeding in jimma, Ethiopia. Ethiopian Journal of Health Sciences. 2000 Jan 1;10(1):7-13.

6. Mekuria G, Edris M. Exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in Debre Markos, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. International breastfeeding journal. 2015 Dec;10:1-7.

7. Tadele N, Habta F, Akmel D, Deges E. Knowledge, attitude and practice towards exclusive breastfeeding among lactating mothers in Mizan Aman town, Southwestern Ethiopia: descriptive cross-sectional study. International breastfeeding journal. 2016 Dec;11:1-7.

8. Dukuzumuremyi JP, Acheampong K, Abesig J, Luo J. Knowledge, attitude, and practice of exclusive breastfeeding among mothers in East Africa: a systematic review. International breastfeeding journal. 2020 Dec;15:1-7.

9. Hadgu G, Gebreegziabher G, Desawi T, Ashebr A, Zeberhe G, Tesfalew G, Tirhas G, Almaz S. Mother's knowledge, attitude and practice towards exclusive breast feeding in Shire Endaslassie town, north West Tigray, Ethiopia in 2015. Age. 2016;45(49):5.

10. Ayed A. Knowledge, attitude and practice regarding exclusive breastfeeding among mothers attending primary health care centers in Abha city. Int J Med Sci Public Health. 2014 Nov 1;3(11):1355-63

11. Rahmani FA, Hamdam P, Sadaat I, Mirzazadeh A, Oliolo J, Naqvi N. A Major Gap Between the Knowledge and Practice of Mothers Towards Early Initiation and Exclusive Breastfeeding in Afghanistan in 2021. Maternal and Child Health Journal. 2024 Sep;28(9):1641-50.

12. Rahimi BA, Mohammadi E, Stanikzai MH, Wasiq AW. Determinants of exclusive breastfeeding practices in Kandahar,

13. Hazir T, Akram DS, Nisar YB, Kazmi N, Agho KE, Abbasi S, Khan AM, Dibley MJ. Determinants of suboptimal breast-feeding practices in Pakistan. Public health nutrition. 2013 Apr;16(4):659-72.

14. Ogbo FA, Nguyen H, Naz S, Agho KE, Page A. The association between infant and young child feeding practices and diarrhoea in Tanzanian children. Tropical medicine and health. 2018 Dec;46:1-9.

15. Hossain M, Islam A, Kamarul T, Hossain G. Exclusive breastfeeding practice during first six months of an infant's life in Bangladesh: a country based cros sectional study. BMC pediatrics. 2018 Dec;18:1-9.

16. Mogre V, Dery M, Gaa PK. Knowledge, attitudes and determinants of exclusive breastfeeding practice among Ghanaian rural lactating mothers. International breastfeeding journal. 2016 Dec;11:1-8.

17. Ekambaram M, Bhat B, Ahamed MA. Knowledge, attitude and practice of breastfeeding among postnatal mothers. Current Pediatric Research. 2010 Jan;14(2):119-24.

18. Modjo KE, Amanta NW. Attitude and practice towards exclusive breast feeding and its associated factors among HIV positive mothers in Southern Ethiopia. American Journal of Health Research. 2015 Mar;3(2):105-15.

19. Alade O, Titiloye MA, Oshiname FO, Arulogun OS. Exclusive breastfeeding and related antecedent factors among lactating mothers in a rural community in Southwest Nigeria. International Journal of Nursing and Midwifery. 2013 Nov;5(7):132-8.

20. Tyndall JA, Kamai R, Changchangi D. Knowledge, attitudes and practices on exclusive breastfeeding in Adamawa, Nigeria. Am J Public Heal Res. 2016 May 31;4(3):112-9.

21. Tella K, Guruvare S, Hebbar S, Adiga P, Rai L. Knowledge, attitude, and practice of techniques of breast-feeding among postnatal mothers in a coastal district of Karnataka. International Journal of Medical Science and Public Health. 2016 Jan 1;5(1):28.

22. Gupta A, Suri S, Dadhich JP, Trejos M, Nalubanga B. The world breastfeeding trends initiative: implementation of the global strategy for infant and young child feeding in 84 countries. Journal of public health policy. 2019 Mar 6;40(1):35-65.

23. Wana AD. Assessment of knowledge, attitude and practice on exclusive breastfeeding of child bearing mothers in Boditi town, Southern Ethiopia: a cross-sectional study. Journal of Biology, Agriculture and Healthcare. 2017.

Research Article

Knowledge, Attitude and Practice Regarding Exclusive Breast Feeding among Child Bearing Age Mothers

Specailist Dr. Ghulam Nabi Kakar

Chief Physician, Spinghar Momand Curative and Teaching Hospital, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

Article History

Received: 05/Jan/2025

Accepted: 07/April/2025

Published: 21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords

- Attitude
- Childbearing Mothers
- Knowledge
- Breastfeeding Child
- Exclusive Breastfeeding
- Practice

*Corresponding Author

Speacialist Dr. Ghulam Nabi Kakar

E-mail: smch@spingharuniversity.edu.af

Contact: + 93 (0) 78 4660005

Abstract

The American Academy of Pediatrics and the World Health Organization recommend that children should be exclusively breastfed for the first six months. Exclusive breastfeeding can be influenced by mothers' knowledge, attitudes, practices, as well as social and cultural factors. Therefore, the aim of this study was to assess mothers' knowledge, attitudes, and practices regarding exclusive breastfeeding in Jalalabad City, Nangarhar Province, and identify the factors related to it. This study is a cross-sectional study, where data was collected using a questionnaire. In terms of methodology, simple random sampling was used to select participants from mothers with children of breastfeeding age in Jalalabad City, Nangarhar Province. Through the developed questionnaire, knowledge, attitudes, and practices regarding breastfeeding were assessed among 384 mothers from seven districts of the city. Factors associated with exclusive breastfeeding were identified using simple and multivariable logistic regression analyses. The study involved 384 mothers aged between 16 and 45 years. Among the total group of mothers, only 86% had knowledge about exclusive breastfeeding, with 49.5% of these mothers having obtained this information from hospitals. 89.9% of mothers showed that they initiated breastfeeding within the first hour after birth, and 91.8% considered the first breast milk (colostrum) as essential for their newborns after birth. 81.5% of mothers indicated that complementary feeding should begin when the child reaches six months of age. 67.9% of mothers believed that breastfeeding was more in demand compared to formula feeding, and 35.9% thought that alongside breastfeeding, other liquids were also necessary for the child. 49.8% of mothers considered formula feeding through a bottle to be easier than breastfeeding. In practice, 80.3% of mothers exclusively breastfed their children, 77% breastfed their children within the first hour after birth, 22.9% gave other liquids alongside breastfeeding, but 90.3% of mothers provided their children with the first breast milk (colostrum) after birth.The study showed that while participants' knowledge about exclusive breastfeeding was relatively good, their attitudes and practices regarding breastfeeding still need improvement. This indicates a need for better education for mothers about the benefits of exclusive breastfeeding and proper breastfeeding practices through hospitals and other informational strategies, in order to promote the health of both mothers and their children.

څېړنیزه مقاله

په جلال اباد ښار کې د انتي بیوتیکو پر وړاندې مقاومت په اړه د طبي پوهنځیو د محصلینو پوهه، اندونه او کړنې

دوکتور محبت شاه همت[1]، دوکتور محمد جاوید حاذق[2]

[1,2]معالجوي طب څانګه، عمومي طب پوهنځی، سپین غر پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مقالې تاریخچه

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۱۰
د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۱۹
د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹
کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دویم ګڼه: لومړی

بنسټیز ټکي

- انتي بیوتیکو پر وړاندې مقاومت
- طبي محصلین
- کړنې
- پوهه
- اندونه

مسؤل لیکوال

دوکتور محبت شاه همت
برېښنالیک: uhabatshah.himat@spingharuniversity.edu.af
ګرځنده شمېره: 798911212 (0) 93+

لنډیز

د انتي بیوتیکو پر وړاندې مقاومت (Antimicrobial Resistance) یا په لنډ ډول (AMR) یو نړیوال روغتیایي ګواښ دی چې د تداوۍ پایلو اغېزمنتیا زیانمنوي، ناروغي اوږدوي، د مړینې کچه لوړوي او طبي لګښتونه زیاتوي. د AMR د مخنیوي لپاره د انتي بیوتیکو د کارونې په اړه د طبي زده کړیالانو پوهه، اندونه او کړنې (KAP) ښه کول اړین دي. دغه څېړنه په جلال آباد ښار کې د ۱۴۰۳ لمریز کال د سنبلې میاشتې له لومړۍ نېټې څخه د عقرب تر ۱۲ نېټې پورې په (Cross-Sectional) ډیزاین ترسره شوې ده. د څېړنې لپاره پوښتنپاڼه د نړیوالو معیاري وسیلو پر بنسټ جوړه شوې او د ګوګل فارم له لارې د جلال آباد ښار د خصوصي او دولتي طبي پوهنځیو له ۱۵۸ محصلینو څخه معلومات راټول شوي دي. د ارقامو تحلیل د (SPSS v.23) په واسطه ترسره شو. په څېړنه کې د ګډون کوونکو له ډلې (۸۴،۰۸٪) یې ۱۸-۲۵ کلونه عمر درلود. (۶۴،۷۴٪) محصلینو باور درلود چې انتي بیوتیک د ویروسي انتاناتو درملنه کوي. (۷۹،۲۲٪) محصلین په دې اند دي چې د انتي بیوتیکو په اړه لازیاته پوهه ترلاسه کړي. (۷۲،۰۸٪) محصلینو ویلي دي چې د انتي بیوتیکو تر کارونې وړاندې یې په ډېره زیاته اندازه د له منځه تللو (اکسپیر کېدو) نېټه چک کوي. (۶۰،۹۰٪) محصلینو سم پوهاوی درلود چې انتي بیوتیک د زکام په درملنه کې مؤثر نه دي. دې څېړنې وښوده چې طبي محصلین د انتي بیوتیک مقاومت په اړه ښه پوهه لري. څېړنې همداراز څرګنده کړه چې طبي محصلین د انتي بیوتیک د مقاومت په اړه ښه اندونه او کړنې لري. څېړنې دا هم څرګنده کړه چې د کړنو نمرې د پوهې او اندونو په پرتله لوړې دي. په پای کې باید د انتي بیوتیک کارونې او نسخه لیکنې په برخه کې د طبي محصلینو د زده‌کړو په نصاب کې بدلونونه راوستل شي چې د انتي بیوتیک پر وړاندې مقاومت لرونکو باکتریاو د رامنځته کېدو مخنیوی وشي.

پېژندنه

انتي بیوتیک هغه درمل دي چې د انتاني ناروغیو په درملنه کې استعمالیږي(۱). د انتي بیوتیکو پر وړاندې مقاومت (AMR) یو پراخ نړیوال روغتیایي کړکېچ دی چې د شلمې او یوویشتمې پېړۍ طبي پرمختګونو ته ګواښ پېښوي. د مقاومت لرونکو پتوجنونو رامنځته کېدل او د نویو انتي بیوتیکونو د تولید کمښت په نړیواله کچه د اندېښنې سبب شوی دی. د روغتیا نړیوالو سازمان

(WHO) د انتي بيوټيک پر وړاندې مقاومت د ۱۰ نړيوالو روغتيايي عمده گواښونو له ډلې څخه يو گواښ بللی دی او د دې ستونزې د حل لپاره يې د يوې ټوليزې ستراتېژۍ پر اړتيا ټينگار کړی دی(۲). د انتي بيوټيکو پر وړاندې مقاومت يوه نړيواله عامه روغتيايي اندېښنه ده، څکه چې دا د درملنې پايلې اغېزمنوي، ناروغي اوږدوي، په روغتون کې پاتې کېدل (بستر) زياتوي، د مړينې خطر لوړوي او طبي لگښتونه زياتوي(۳،۴).

د انتي بيوټيکو پر وړاندې د مقاومت د مخنيوي يو له مهمو ستراتېژيو څخه د انتي بيوټيکو د کارونې په اړه، په ځانگړې توگه د روغتيايي مسلکي اشخاصو، د پوهې، اندونو او کړنو (KAP) ښه کول دي، څکه چې دوی د انتي بيوټيکو د توصيه کولو او مديريت کولو په برخه کې اساسي ونډه لري. د طبي پوهنځيو زده کړيالان چې په راتلونکي کې د روغتيايي خدمتونو مسلکي اشخاص همدوی دي، نو د انتي بيوټيکو پر وړاندې د مقاومت په اړه زده کړه او روزنه يې خورا اړينه ده. څېړنو ښودلې ده چې د انتي بيوټيکو په اړه د پوهې نه شتون او د انتي بيوټيکو په اړه ناسم پوهاوی، په ناسم ډول د انتي بيوټيکو نسخه ورکولو سبب کېږي چې په پايله کې د انتي بيوټيکي مقاومت د رامنځته کېدو لامل کېږي(۵).

د طبي محصلينو په څېر مسلکي اشخاص د انتي بيوټيکو پر وړاندې مقاومت سره د مبارزې دنده لري. د دوی پوهه او اندونه په مستقيم ډول په دې اغېزه لري چې څومره به دوی په خپلو راتلونکي مسلکي-کاري ژوند کې د انتي بيوټيکو کارونې اصول تعقيب کړي. تېرو څېړنو ښودلې چې د طبي محصلينو د انتي بيوټيکو مقاومت په اړه پوهه په پراخه توگه توپير لري چې زياتره يې د نصاب په کموالي، ناکافي روزنې او د انتي بيوټيکو د ښې کارونې په اړه د عملي لارښودونو په نه شتون پورې تړاو لري(٦).

په پاکستان کې ترسره شوې يوه څېړنه کې موندل شوي چې د طبي پوهنځيو محصلين د انتي بيوټيکي مقاومت د ميکانيزمونو او د دې د نړيوالو پايلو په اړه محدوده پوهه لري. په ورته ډول په ايران کې ترسره شوې يوې سروې ښودلې چې د طبي پوهنځيو محصلين د انتي بيوټيکو د ښې کارونې اصولو په اړه لږه پوهه لري چې دا ممکن په راتلونکي کې د ناسمو نسخه ورکولو لامل شي(۷).

د انتي بيوټيکي مقاومت په اړه د طبي پوهنځيو محصلينو اندونه په نسخه ليکنه کې د انتي بيوټيکو توصيې په اړه د دوی د عادتونو څرگندونه کوي. په ځينو مطالعاتو کې جوته شوې چې طبي محصلين د زياتو انتي بيوټيکو او په خپل سر د درملو توصيې ته زيات تمايل لري او دا د دې ښودنه کوي چې محصلين د انتي بيوټيکو د ناسمې کارونې او بدو عواقبو په اړه کمه پوهه لري. له بله پلوه د انتي بيوټيکو په اړه مثبت اندونه د ښې نسخه ليکنې او د طبي لارښوونو په پام کې نيولو باندې دلالت کوي (۸،۹).

د انتي بيوټيکي مقاومت په اړه د نړيوالو خبرتياو او پاملرنو سره سره، د افغانستان په ختيځ، ننگرهار ولايت په جلال اباد ښار کې د طبي پوهنځيو محصلينو له منځه د انتي بيوټيکي مقاومت په اړه د محصلينو پوهې، اندونو او کړنو په اړه ترسره شوې څېړنې محدودې دي. سره له دې چې په نورو اسيايي او منځني ختيځ هېوادونو کې ځينې څېړنې ترسره شوې دي، خو د افغانستان ځانگړې ټولنيز، اقتصادي او روغتيايي کړکېچونه هغه ځانگړتياوې دي چې بايد په پام کې ونيول شي. د افغانستان په څېر ناپرمختللي هېواد کې د انتي بيوټيکي مقاومت په اړه د طبي ځانگو زده کوونکو پوهې او اندونه معلومول د دې لپاره اړين دي چې اغېزمنې مداخلې رامنځته شي او په دې ډول د AMR مخنيوي لپاره هلې ځلې وشي. زموږ د څېړنې هدف دا دی چې د انتي بيوټيکو پر وړاندې مقاومت په اړه په جلال اباد ښار کې د طبي پوهنځيو محصلينو پوهه، اندونه او کړنې وارزوو.

مواد او کړنلاره

د څېړنې ډیزاین

دا څېړنه چې په کراس سیکشنل (مقطعي) ډول د جلال اباد ښار په دولتي او خصوصي طبي پوهنځیو کې له لومړي ټولګي څخه تر پنځم ټولګي پورې د پوښتنپاڼې له مخې، له (۱۴۰۳/۰۶/۰۱) نېټې څخه تر (۱۴۰۳/۰۸/۱۲) نېټې پورې ترسره شوې ده، په کې د انټي بیوټیکو پر وړاندې د مقاومت په اړه د طبي پوهنځیو برحاله محصلینو پوهه، اندونه او کړنې ارزول شوي دي.

د نمونې اندازه او د نمونه اخیستنې طریقه

دغه څېړنه چې د ننګرهار ولایت د دولتی او خصوصي طب پوهنځیو محصلینو باندی ترسره شوې ده، د نمونې اندازې د معلوموم لپاره د Epi Info v.7 څخه ګټه اخیستل شوې ده. په یاد فرمول کې (۳۵۲۵) تنه د نفوس اندازه، د خطا اندازه (۰،۰۵)، د اطمنان ساحه (۹۵٪) او د محصلینو د پوهې، اندونو او کړنو کچه (۵۰٪) په نظر کې نیول شوې وه. د دې محاسبې له مخې د نمونې اندازه (۳۴٦) تنه په نظر کې ونیول شوه، خو د وخت کمښت، ځواب ویونکو له خوا د علاقې کموالي او د ځواب ویونکو په سخته پیدا کولو له امله وتوانېدو چې له (۱۵۸) محصلینو څخه معلومات راټول کړو. د ځواب ویونکو په سختی پیدا کېدو او مرکې ته د حاضرېدو لپاره د علاقې نه شتون د دې سبب شو، چې د نمونې اندازه تر هدف لاندې خلکو څخه د (Self-selection Sampling) تخنیک په واسطه ترسره کړو. نو په دې اساس مو پوښتنپاڼه په ګوګل فارم کې ډیزاین او بیا مو د طب پوهنځي په اړوندو رسنیزو چینلونو او ګروپونو کې شریکه کړه.

د طب پوهنځي محصلینو د انټي بیوټیکو پر وړاندې مقاومت په اړه د پوهې، اندونو، او کړنو د کچې معلومول

د انټي بیوټیکو پر وړاندې مقاومت په اره د طب پوهنځي محصیلنو د پوهې، اندونو او کړنو د ارزولو لپاره یوه هر اړخیزه پوښتنپاڼه جوړه شوه. یاده پوښتنپاڼه د **Gutierrez** او ملګرو (۲۰۲۰)، **Hu** او ملګرو (۲۰۱۸)، **Yusef** او ملګرو (۲۰۱۷) او **Lubwama** او ملګرو (۲۰۲۱) څېړنو کې له کارول شویو پوښتپاڼو څخه ترتیب شوې وه. د پوښتنپاڼې پر بنسټ د پوهې د ارزونې لپاره هرې پوښتنې ته د هو او نه ځوابونه ځای پر ځای شوي وو، په داسې حال کې چې د اندونو او کړنو د ارزونې لپاره له (5-point likert scale) څخه ګټه واخیستل وه؛ په دې ترتیب چې (۵) د ډېر زیات، (۴ ، ۳) منځنی کچې، (۲) د لږه اندازه او (۱) هیڅکله لپاره په کار وړل شوی و.

احصايوي تحلیل

له څېړنې څخه لاسته راغلې شمېرې (ارقام) د (SPSS v.23) په واسطه تحلیل شوې. د انټي ببوټیکي مقاومت په اړه د طب پوهنځي د محصلینو د پوهې، اندونو او کړنو کچه د فریکونسۍ او سلنې په ډول راپور شوه.

موندنې

د ګډون کوونکو ټولنيزې-جغرافيوي ځانګړنې

دا څېړنه د جلال اباد ښار په دولتي او خصوصي طبي پوهنځيو کې له لومړي ټولګي څخه تر پنځم ټولګي پورې، په (۱۵۸) محصلينو باندې ترسره شوې ده. په څېړنه کې د ګډون کوونکو له ډلې (۸۴,۰۸) سلنه محصلينو له ۱۸ څخه تر ۲۵ کلونو، (۱۱,۴۶) سلنه محصلينو له ۲٦ څخه تر ۳۰ کلونو او (۴,۴۶) سلنه محصلينو له ۳۰ کلونو څخه پورته عمر درلود. د ګډون کوونکو له ډلې څخه (۹۱,۷۲) سلنه يې د خصوصي پوهنتونو محصلين او (۸,۲۸) سلنه يې د دولتي پوهنتونو محصلين دي. همدارنګه د ګډون کوونکو له ډلې (۲۱,۸۵) سلنه يې د پنځم ټولګي، (۹,۹۳) سلنه يې د څلورم ټولګي، (۲۳,۱۸) سلنه يې د دريیم ټولګي، (۳۴,۴۴) سلنه يې د دويم ټولګي او (۱۰,٦۰) سلنه محصلين يې د لومړي ټولګي دي.

د انټي بيوټيکو پر وړاندې مقاومت په اړه د طب پوهنځيو محصلينو د پوهې کچه

د انټي بيوټيکو پر وړاندې د مقاومت په اړه د طبي پوهنځيو محصلينو د پوهې کچه په لومړي (۱) جدول کې ښودل شوې ده. د څېړنې د پايلې پر بنسټ(٦٤,٧٤٪) محصلينو دا ناسم باور درلود چې انټي بيوټيک د وايروسي انتاناتو په درملنه کې اغېزناک دي. د(٥٨,٩٧٪) محصلينو ناسم پوهاوی دا و چې انټي بيوټيک د التهاب ضد تاثير لري.(٥٨,٢٣٪) محصلينو منله چې که چېرې يو شخص انټي بيوټيک ته اړتيا ولري، د وريد له لارې تطبيق يې غوره دی.(٧٤,١٩٪) محصلين په دې پوه وو چې که چېرې د ناروغۍ اعراض ختم شي، نو انټي بيوټيک بايد سمدلاسه بند نه شي.(٨٩,٦١٪) محصلينو منلې ده چې په پرله پسې توګه د انټي بيوټيکو استعمال د بکترياېي انتاناتو درملنه له ستونزو سره مخ کوي.(٦٤,٣٣٪) محصلين پوهېدل چې انټي بيوټيک د زکام په درملنه کې اغېزناک نه دي.(٦٠,٩٪) محصلينو منلې چې د زکام اعراض د انټي بيوټيکو په مرسته له منځه نه ځي. سربېره پر دې،(٧٤,٦٨٪) محصلينو دا ناسم پوهاوی درلود چې د انټي بيوټيکو پر وړاندې مقاومت زموږ له هېواد پرته په نورو هېوادونو کې ستونزه ده. (٦٠,٦٥٪) محصلينو ويلي چې د انټي بيوټيکو پر وړاندې مقاومت يوازې په هغو خلکو کې منځته راځي چې په پرله پسې ډول يې کاروي.(٨٦,٦٢٪) محصلينو ويلي چې دوی د انټي بيوټيکو پر وړاندې د مقاومت په اړه اورېدلي دي. سربېره پردې،(٨٢,٠٥٪) محصلينو په سمه توګه منلې چې اسپرين انټي بيوټيک نه دي او(٨٦,٥٤٪) پوهېدل چې پراسټامول هم انټي بيوټيک نه دي. (٨٤,٥٢٪) محصلينو ويلي چې انټي بيوټيک کولای شي حساسيتي غبرګون (Reaction) رامنځته کړي.(٨١,٢٩٪) محصلينو منله چې په خپل سر د انټي بيوټيکو کارونه د مقاومت د زياتوالي سبب کېږي.(٧٠,٩٧٪) محصلينو باور درلود چې داسې بکتريا شته چې د ټولو شته انټي بيوټيکو پر وړاندې مقاومت لري.(٨٢,٨٢٪) محصلينو ويلي چې په خپله رغېدونکو ناروغيو کې د انټي بيوټيکو کارول د مقاومت زياتوالي لامل کېږي. (٨٦,٥٤٪) محصلينو ويلي چې انټي بيوټيک بايد د ډاکټر له لارښوونې پرته ونه کارول شي. (٦٢,٤٢٪) محصلينو ويلي چې د روغتيا نړيوالې ادارې لخوا د انټي بيوټيکو مقاومت پر وړاندې د خبرتيا اونۍ په اړه معلومات نه لري.(٩٦,٧٩٪) محصلينو منلې چې پنسلين يو انټي بيوټيک دی او(٧٥,٨٪) محصلينو باور درلود چې لوړ قيمت لرونکي نوي درمل اغېزناک دي.

پوښتنې	خواب			
	هو		نه	
	فریکوینسي	سلنه(٪)	فریکوینسي	سلنه(٪)
ایا انتي بیوتیک د وایروسي انتاناتو په درملنه کې اغېزناک دي؟	۱۰۱	٦٤,٧٤	٥٥	۳٥,۲٦
ایا انتي بیوتیک د التهاب ضد درملو په څېر اغېز لري؟	۹۲	٥۸,۹۷	٦٤	٤۱,۰۳
که چېرې یو شخص د انتي بیوتیک کارونې ته اړتیا ولري، ایا د ورید له لارې تطبیق یې غوره لاره ده؟	۹۲	٥۸,۲۳	٦٦	٤۱,۷۷
که چېرې د ناروغۍ نښې له منځه ولاړې شي، ایا د انتي بیوتیکو استعمال باید سم د لاسه بند شي؟	٤۰	۲٥,۸۱	۱۱٥	۷٤,۱۹
که چېرې یو شخص زیاتره وخت انتي بیوتیک څخه ګټه اخلي، ایا په دې شخص کې د بکتریایي انتاناتو درملنه له مشکلاتو سره مخ کېږي؟	۱۳۸	۸۹,٦۱	۱٦	۱۰,۳۹
ایا انتي بیوتیک د زکام په درملنه کې اغېزناک دي؟	٥٦	۳٥,٦۷	۱۰۱	٦٤,۳۳
ایا د انتي بیوتیکو په تطبیقولو سره د زکام اعراض له منځه ځي؟	٦	۳۹,۱۰	۹٥	٦۰,۹۰
ایا د انتي بیوتیکو پر وړاندې مقاومت زموږ له هېواد څخه پرته، په نورو هېوادونو کې هم یوه ستونزه ده؟	۱۱٥	۷٤,٦۸	۳۹	۲٥,۳۲
ایا د انتي بیوتیکو کارونه یوازې هغو خلکو ته ستونزې رامنځته کوي چې په دوامداره ډول ورڅخه ګټه اخلي؟	۹٤	٦۰,٦٥	٦۱	۳۹,۳٥
ایا تاسو د انتي بیوتیکو پر وړاندې مقاومت په اړه اورېدلي دي؟	۱۳٦	۸٦,٦۲	۲۱	۱۳,۳۸
ایا اسپرین انتي بیوتیک دي؟	۱۲۸	۱۷,۹٥	۲۸	۸۲,۰٥
ایا پراسټامول انتي بیوتیک دي؟	۲۱	۱۳,٤٦	۱۳٥	۸٦,٥٤
ایا انتي بیوتیک د حساسیتي غبرګون (Reaction) لامل کېږي؟	۱۳۱	۸٤,٥۲	۲٤	۱٥,٤۸
په خپل سر د دواګانو کارول د انتي بیوتیکو پر وړاندې د مقاومت یو عام سبب دی؟	۱۲٦	۸۱,۲۹	۲۹	۱۸,۷۱
ایا داسې بکتریاوي انتانات پیدا کېږي چې د ټولو انتي بیوتیکو پر وړاندې مقاوم دي؟	۱۱۰	۷۰,۹۷	٤٥	۲۹,۰۳

په خپله رغېدونکو ناروغيو کې د انتي بيوټيکو کارول، د دې درملو پر وړاندې مقاومت ته زمينه برابروي؟	۱۲۶	۸۲,۸۲	۲۸	۱۸,۱۸
ايا د انتي بيوټيکو استعمال د ډاکټر له توصيې پرته مجوز دی؟	۲۱	۱۳,٤٦	۱۳۵	۸٦,٥٤
ايا تاسو د روغتيا نړيوالې ادرې لخوا د انتي بيوټيکو مقاومت پر وړاندې د خبراوي له اونۍ معلومات لرئ؟	٥۹	۳۷,٥۸	۹۸	٦۲,٤۲
ايا پنسلين انتي بيوټيک دی؟	۱٥۱	۹٦,۷۹	٥	۳,۲۱
ايا د نويو او لوړ قيمت لرونکو دواګانو مؤثريت لوړ او غوره دی؟	۱۱۹	۷٥,۸۰	۳۸	۲٤,۲۰

۱ جدول: د انتي بيوټيکو پر وړاندې مقاومت په اړه د طبي محصلينو د پوهې کچه. (n=158)

د انتي بيوټيکو پر وړاندې مقاومت په اړه د طب پوهنځيو محصلينو د اندونو کچه

د انتي بيوټيکو پر وړاندې د مقاومت په اړه د طبي پوهنځيو محصلينو د انګېرنو کچه په دويم (۲) جدول کې ښودل شوې ده. د څېړنې په پايله کې (٦۲.۷٥٪) محصلين په دې باور دي چې د انتي بيوټيکو زياته کارونه په افغانستان کې په ډېره زياته اندازه يوه جدي ستونزه ده.(٤۷,۷٤٪) محصلينو ويلي چې د زکام په وخت کې هيڅ ډول انتي بيوټيکو کارولو ته ترجيح نه ورکوي. همدارنګه(۳۳,۱۲٪) محصلينو ويلي چې په تبه کې هم د انتي بيوټيکو ورکولو ته هيڅ ترجيح نه ورکوي. (۳۲،۲٤٪) محصلين د اسهالاتو لپاره انتي بيوټيکو ته په متوسطه اندازه ترجيح ورکوي. (٤۱,۱۸٪) محصلين په دې اند دي چې په ډېره زياته کچه انتي بيوټيک په ناسم ډول کارول کېږي.(٤۸,۰٥٪) محصلين په دې باور دي چې د انتي بيوټيکو ناسمه کارونه د دې درملو پر وړاندې د مقاومت په ډېره زياته اندازه عمده سبب دی.(۷۹,۲۲٪)محصلين په دې اند دي چې د انتي بيوټيکو په اړه لا نوره ډېره زياته پوهه ترلاسه کړي. د انتي بيوټيکو د کارونې په اړه(٥٥,٤۸٪) محصلين په دې فکر دي چې انتي بيوټيکونه خوندي درمل نه دي او بايد په عام ډول هيڅ ونه کارول شي.(۳۰,۰۷٪) محصلين د انتي بيوټيکو پر وړاندې مقاومت د ځانونو او خپلو کورنيو روغتيا لپاره ډېر زيات اغېزناک ګڼي او همدارنګه (۳۰،۰۷٪) محصلين د انتي بيوټيکو پر وړاندې مقاومت د ځانونو او خپلو کورنيو روغتيا لپاره زيات اغېزناک ګڼي.(٦٥,۸۱٪) محصلين په دې اند دي چې هيځکله بايد د ناروغ په غوښتنه ورته انتي بيوټيک توصيه نه کړي.

پوښتنې	خوابونه									
	هیڅکله		کم		متوسط		زیات		ډېر زیات	
	فریکوینسي	سلنه (٪)	فریکوینسي	سلنه (٪)	فریکوینسي	سلنه (٪)	فریکوینسي	سلنه (٪)	فریکوینسي	سلنه (٪)
ستاسو په فکر آیا د انتي بیوتیکو زیاته کارونه په افغانستان کې یوه جدي ستونزه ده؟	٤	٢,٦١	٤	٢,٦١	١٢	٧,٨٤	٣٧	٢٤,١٨	٩٦	٦٢,٧٥
آیا تاسو د زکام پر مهال د انتي بیوتیک ورکولو ته ترجیح ورکوئ؟	٧٤	٤٧,٧٤	٤٢	٢٧,١٠	٢٨	١٨,٠٦	٧	٤,٥٢	٤	٢,٥٨
آیا تاسو په تبه کې انتي بیوتیک ورکولو ته ترجیح ورکوئ؟	٥١	٣٣,١٢	٣١	٢٠,١٣	٤٨	٣١,١٧	١٦	١٠,٣٩	٨	٥,١٩
آیا تاسو په اسهالاتو کې د انتي بیوتیکو کارولو ته ترجیح ورکوئ؟	١٨	١١,٨٤	٣٤	٢٢,٣٧	٤٩	٣٢,٢٤	٣١	٢٠,٣٩	٢٠	١٣,١٦
ستاسو په اند، آیا په اوس وخت کې انتي بیوتیک په ناسم ډول کارول کېږي؟	٣	١,٩٦	٨	٥,٢٣	٢٢	١٤,٣٨	٥٧	٣٧,٢٥	٦٣	٤١,١٨
ستاسو په فکر آیا د انتي بیوتیکو ناسمه کارونه د انتي بیوتیکو پر وړاندي د مقاومت عمده لامل دی؟	٢	١,٣٠	٨	٥,١٩	١٨	١١,٦٩	٥٢	٣٣,٧٧	٧٤	٤٨,٠٥
ستاسو په اند ایا اړینه ده چې د انتي بیوتیکو په اړه لا نوره پوهه ترلاسه کړئ؟	٢	١,٣٠	٣	١,٩٥	٧	٤,٥٥	٢٠	١٢,٩٩	١٢٢	٧٩,٢٢
ستاسو په اند انتي بیوتیک خوندي درمل دي، باید په عام ډول استعمال شي؟	٨٦	٥٥,٤٨	٢٩	١٨,٧١	٢٧	١٧,٤٢	٩	٥,٨١	٤	٢,٥٨

آیا د انتي بیوټیکو پر وړاندې مقاومت ستاسو او ستاسو د کورنۍ روغتیا اغېزمنوي؟	۱٤	۹،۱٥	۱٦	۱۰،٤٦	۳۱	۲۰،۲٦	٤٦	۳۰،۰۷	٤٦	۳۰،۰۷
آیا د ناروغ په غوښتنه باید ورته انتي بیوټیک توصیه کړم؟	۱۰۲	٦٥،۸۱	۳۲	۲۰،٦٥	۱۷	۱۰،۹۷	۳	۱،۹٤	۱	۰،٦٥

۲ جدول: د انتي بیوټیکو پر وړاندې مقاومت په اړه د طبي محصلینو انګېرنې. (n=158)

انتي بیوټیکو پر وړاندې مقاومت په اړه د طبي پوهنځیو محصلینو د کړنو کچه

د انتي بیوټیکو پر وړاندې د مقاومت په اړه د طبي پوهنځیو محصلینو د کړنو پایلې په دریم (۳) جدول کې ذکر شوي دي. د څېړنې په پایله کې(٤٤،۸۱٪) محصلینو ویلي دي چې د انتي بیوټیکو د کارونې پر مهال له ډېرې زیاتې پاملرنې (احتیاط) څخه کار اخلي.(٤٦،۰٥٪) محصلینو ویلي چې کله دوی د پوزې بندښت او سردرد لري، نو هیڅ انتي بیوټیک نه استعمالوي.(٤٦،٤٥٪) محصلینو ویلي چې دوی هیڅکله په خپلسري ډول انتي بیوټیک نه استعمالوي.(۳٥،۳٥٪) محصلینو ویلي چې د انتي بیوټیکو د کارونې پر مهال په کمه اندازه زرقي لارې ته ترجیح ورکوي.(۳۰،۰۷٪) محصلینو د خولې له لارې د انتي بیوټیکو اخیستلو ته په زیاته اندازه ترجیح ورکړې ده.(۳۰،۰۷٪) محصلینو ویلي دي چې دوی د تبې په حالت کې انتي بیوټیک استعمال کړي دي. که چیرې ډاکټر تاسې ته د انتي بیوټیکو مکمل کورس توصیه کړي او تر (۲-۳) ډوزه اخیستلو وروسته تاسې د ښه والي احساس وکړئ، پوښتنې په ځواب کې(۳۸،٥٦٪) محصلینو ویلي، چې هیڅکله د انتي بیوټیکو نور استعمال نه قطع کوي، په داسې حال کې چې (٦۱،۳۹٪) محصلینو ویلي پاتې انتي بیوټیک هیڅکله د راتلونکي لپاره نه ساتي. د دې سربیره،(٥۷،٥۲٪) محصلینو ویلي چې پاتې انتي بیوټیک هیڅکله له منځه نه وړي.(٤۷،۰٦٪) محصلینو ویلي چې په ډېره زیاته اندازه یې خپلو ملګرو او اطاقیانو ته ورکوي او(۲٥،٤۹٪) محصلینو ویلي چې په زیاته اندازه د تداوۍ مکمل کورس بشپړوي.(٤۳،۲۳٪) محصلینو ویلي دي چې د انتي بیوټیکو تر استعمال مخکې په ډېره زیاته اندازه له ډاکټر سره مشوره کوي.(۷۲،۰۸٪) محصلینو ویلي دي چې د انتي بیوټیکو تر استعمال مخکې یې به ډېره زیاته اندازه د لمنځه تللو نېټې لولي.(۳٦،۲۳٪) محصلینو باور درلود که چېرې محدود اغېز لرونکي (Narrow Spectrum) انتي بیوټیک اغېزناک وي، نو د پراخه اغېز لرونکو (Broad Spectrum) انتي بیوټیکو استعمال ته هیڅ اړتیا نشته.(۳٤،٤۲٪) محصلینو ویلي چې د انتي بیوټیکو د استعمال په محدودولو سره به د ناروغ په ښه ډول درملنه په زیاته اندازه اغېزناکه او ګټوره شي.(٦٦،٦۷٪) محصلینو منلې چې د ډاکټر لخوا توصیه شوي ډوز څخه زیات انتي بیوټیک هیڅکله نه استعمالوي.

پوښتنې	خوابونه									
	هيڅکله		کم		متوسط		زيات		ډېر زيات	
	فريکونسي	سلنه (٪)	فريکونسي	سلنه (٪)	فريکونسي	سلنه (٪)	فريکونسي	سلنه (٪)	فريکونسي	سلنه (٪)
ايا د انټي بيوټيکو د استعمال په وخت کې له احتياطه کار اخلئ؟	٧	٤,٥٥	١٢	٧,٧٩	٢٤	١٥,٥٨	٤٢	٢٧,٢٧	٦٩	٤٤,٨١
کله چې تاسو د پوزې بندښت او سردردي ولرئ، آيا حتمي انټي بيوټيک استعمالوئ؟	٧٠	٤٦,٠٥	٣٢	٢١,٠٥	٣٤	٢٢,٣٧	٩	٥,٩٢	٧	٤,٦١
آيا تاسو په خپلسري ډول انټي بيوټيک استعمالوئ؟	٧٢	٤٦,٤٥	٤٣	٢٧,٧٤	٢٥	١٦,١٣	١٠	٦,٤٥	٥	٣,٢٣
تاسو چې انټي بيوټيک اخلئ، نو آيا زرقي لارې ته ترجيح ورکوئ؟	٢٩	١٩,٠٨	٥٤	٣٥,٥٣	٤٤	٢٨,٩٥	١٦	١٠,٥٣	٩	٥,٩٢
تاسو چې انټي بيوټيک اخلئ، نو آيا فمي (د خولې) لارې ته ترجيح ورکوئ؟	١٧	١١.٨٩	٢١	١٤,٦٩	٤١	٢٨,٦٧	٤٣	٣٠,٠٧	٢١	١٤,٦٩
آيا تاسو د تبې په حالت کې انټي بيوټيک استعمال کړي دي؟	٤٦	٣٠,٠٧	٣٨	٢٤,٨٤	٣٠	١٩,٦١	٣١	٢٠,٢٦	٨	٥,٢٣
که چېرې ډاکټر تاسو ته د انټي بيوټيکو مکمل کورس توصيه کړي او تر (٢-٣) دوزه اخيستلو وروسته د ښه والي احساس وکړئ، آيا د انټي بيوټيکو نور استعمال بندوئ؟	٥٩	٣٨,٥٦	٣٧	٢٤,١٨	٢٥	١٦,٣٤	٢٠	١٣,٠٧	١٢	٧,٨٤
که چېرې ډاکټر تاسو ته انټي بيوټيکو مکمل کورس توصيه کړي او تر (٢-٣) دوزه اخيستلو وروسته د ښه والي احساس وکړئ، ايا پاتې انټي بيوټيک د راتلونکي لپاره د بيا اړتيا په موخه ساتئ؟	٦١	٣٩,٦١	٢٧	٧,٥٣	٣٣	٢١,٤٣١	٢٤	١٥,٥٨	٩	٥,٨٤

که چیرې ډاکټر تاسې ته انتي بیوتیکو مکمل کورس توصیه کړي او تر (۲-۳) ورځو اخیستلو وروسته د ښه والي احساس وکړئ، ایا پاتي انتي بیوتیک له منځه وړئ؟	۸۸	۵۷,۵۲	۲۸	۱۸,۳۰	۱۸	۱۱,۷٦	۸	٥,۲۳	۱۱	۷,۱۹
که چیرې ډاکټر تاسې ته انتي بیوتیکو مکمل کورس توصیه کړي او تر (۲-۳) ورځو اخیستلو وروسته د ښه والي احساس وکړئ، ایا پاتي شوي انتي بیوتیک خپل ملګري یا اطاقي ته د استعمال په موخه ورکوئ؟	۲۱	۱۳,۷۳	۲٦	۱٦,۹۹	۲٦	۱٦,۹۹	۸	٥,۲۳	۷۲	٤۷,۰٦
که چیرې ډاکټر تاسې ته انتي بیوتیکو مکمل کورس توصیه کړي او تر (۲-۳) ورځو اخیستلو وروسته د ښه والي احساس وکړئ، ایا د درملنې بشپړه دوره (کورس) بشپړوئ؟	١٤	۹,۱٥	۲٤	۱٥,٦۹	۳۰	۱۹,٦۱	٤٦	۳۰,۰۷	۳۹	۲٥,٤۹
آیا د انتي بیوتیکو تر استعمال وړاندې له ډاکټر سره مشوره کوئ؟	۷	٤,٥۲	۱۷	۱۰,۹۷	۲۳	١٤,٨٤	٤۱	۲٦,٤٥	٦۷	٤۳,۲۳
آیا د انتي بیوتیکو تر استعمال وړاندې یې د لمنځه تللو (اکسپیر) نېټه چک کوئ؟	٥	۳,۲٥	٤	۲,٦۰	۱۱	۷,۱٤	۲۳	١٤,٩٤	۱۱۱	۷۲,۰۸
که چیرې Narrow Spectrum انتي بیوتیک مؤثر وي، ایا د Broad Spectrum انتي بیوتیکو استعمال ته اړتیا شته؟	٥۰	۳٦,۲۳	۳٤	۲٤,٦٤	۳۲	۲۳,۱۹	١٤	۱۰,۱٤	۸	٥,۸۰

ایا د انټي بیوټیکو د استعمال په محدودولو سره به د ناروغ په ښه ډول درملنه مؤثره شي؟	۷	٤,٥٥	۱۸	۱۱,٦۹	٤۲	۲٦,٦۲	٥۳	۳٤,٤۲	۳٥	۲۲,۷۳
ایا تاسې د ډاکټر په واسطه له توصیه شوې ډوز څخه زیات انټي بیوټیک استعمالوئ؟	۱۰۲	٦٦,٦۷	۲٥	۱٦,۳٤	۱۳	۸,٥۰	۹	٥,۸۸	٤	۲,٦۱

۳ جدول: د انټي بیوټیکو پر وړاندې مقاومت په اړه د طبي محصلینو د کړنو کچه. (n=158)

مناقشه

د انټي بیوټیک پر وړاندې مقاومت په اړه د جلال اباد طبي پوهنځیو د محصلینو د پوهې، اندونو او کړنو (KAP) ارزونې له مخې د روغتیایي پوهې کموالی، ناسمه پوهه او په ځیل سر د انټي بیوټیکو کارونه ډېرې جدي ستونزې دي چې د انټي بیوټیک پر وړاندې مقاومت ته وده ورکوي. د دې څېړنې پایلې له تېرو څېړنو سره ورته والی لري چې په نورو هېوادونو کې هم ورته ناسم باورونه، ستونزې او ننګونې موندل شوې دي.

د دې څېړنې له مخې(٦٤,٧٤٪)محصلینو باور درلود چې انټي بیوټیک د وایروسي انتاناتو لپاره اغېزناک دي چې په چین کې په تر سره شویو څېړنو کې هم ورته پایلې موندل شوي دي. د چین یوې څېړنې په ډاګه کړې چې نږدې (٥٥،٩٪) طبي محصلین د وایروسي ناروغیو په اړه ورته ناسم باور لري(۱۰). په یاد هېواد کې د یوې بلې څېړنې پایلې په ډاګه کوي چې (٥۰٪) محصلین د انټي بیوټیکو په واسطه د وایروسي ناروغیو درملنه اغېزناکه ګڼي(۱۱). دغه موضوع ښیي چې د دې برخې په اړه ناسم پوهاوی په نړیواله کچه یوه ستونزه ده.

په دې څېړنه کې (٦۰،۹۰٪) محصلینو سم پوهاوی درلود چې انټي بیوټیک د زکام په درملنه کې مؤثر نه دي. په ورته ډول ذهنیت به هندوستان کې د یوې څېړنې پر مهال هم لیدل شوی چې (٥۰٪) محصلینو د انټي بیوټیک په واسطه د زکام درملنې سره خوښي نه درلوده(۹).

د انټي بیوټیکو نامتناسبه کارونه او په ځیل سر درملنه د مقاومت د زیاتوالي مهم عوامل بلل کېږي. په دې څېړنه کې(۸۱,۲۹٪) محصلینو منلې وه چې په ځپلسري ډول د انټي بیوټیکو کارونه د مقاومت زیاتوالي سبب کېږي. ورته پایله په سعودي عربستان کې د یوې څېړنې له لارې هم ترلاسه شوې چې (۸٥٪) محصلینو دا ډول نظر درلود(۱۲). د دې څېړنې پایلې ښیي چې (۸۲,۰٥٪)محصلین په سمه توګه پوهېدل چې اسپرین انټي بیوټیک نه دی او(۹٦,۷۹٪) پوهېدل چې پنسلین انټي بیوټیک دی. دا د زده کړو د بنسټیزو برخو په اړه د پوهاوي ښه کچه په ګوته کوي. په ورته ډول په ایټالیا کې یوې تر سره شوې څېړنې په ډاګه کړې چې (۹٦٪) محصلین په دې پوهېدل چې پنسلین او اموکسي سلین انټي بیوټیک دي(۱۳). د څېړنې د پایلو پر بنسټ(٦۲,۷٥٪) محصلین په دې باور دي چې د انټي بیوټیکو زیاته کارونه په افغانستان کې یوه جدي ستونزه ده؛ په داسې حال چې په عربي متحده اماراتو کې په تر سره شوې څېړنه کې د (٥٥،٥٪) محصلینو په اند د انټي بیوټیکو زیاته کارونه یوازې په متحده اماراتو کې یوه جدي ستونزه نه ده. د (۴۴،۴٪) محصلینو په اند د محصلینو لویه برخه د دې ستونزې پر ټولنیز او روغتیایي اغېز پوهه لري او د نورو هېوادونو په څېر، په افغانستان کې هم د انټي بیوټیکو د نا اړینې کارونې ستونزه عامه پوهاوي، څارنې او پالیسۍ ته اړتیا لري (۱۴).

(۸۱،۸۲٪) محصلین په دې باور دي چې د انتي بیوټیکو ناسم استعمال د مقاومت زیاتوالي لوی لامل دی. دا د طبي محصلینو د علمي پوهاوي ښه کچه ښیي، خو اړتیا ده چې دې پوهې ته په عملي کړنو کې وده ورکړل شي. په دې اړه د نړیوالو څېړنو پایلې هم ورته دي. په زمبیا پوهنتون کې ترسره شوې څېړنې له مخې د (۸۶،۹٪) محصلینو په اند د انتي بیوټیکو پر وړاندې د مقاومت عمده لامل د انتي بیوټیکو ناسمه کارونه ده(۱۵). (۷۹،۲۲٪) محصلین په دې باور دي چې د انتي بیوټیکو په اړه لا زیاته پوهه ترلاسه کړي. دا د طبي زده‌کړو په نصاب کې د ځانګړو کورسونو د زیاتولو اړتیا څرګندوي. په جنوبي افریقا او زمبیا پوهنتون کې تر سره شویو څېړنو کې د (۹۵٪) محصلینو په اند محصلین باید د انتي بیوټیکو په اړه لازیاته پوهه ترلاسه کړي(۱۵،۱۶). زموږ د څېړنې له مخې (۴۶،۰۵٪) محصلینو ویلي چې دوی کله د پوزې بندښت او سردرد ولرې نو انتي بیوټیک نه استعمالوي، په داسې حال کې چې په زمبیا پوهنتون کې شوې څېړنه کې (۷۰،۴٪) محصلینو ویلي چې دوی په دې حالت کې انتي بیوټیک نه استعمالوي او په چین کې تر سره شوې څېړنه کې برخه اخیستونکو محصلینو په لوړ اکثریت سره له دې برخې سره ناخوښي ښودلې ده (۱۰،۱۵).

زموږ د څېړنې له مخې د دې پوښتنې په ځواب کې چې که چېرې ډاکټر تاسې ته د انتي بیوټیکو مکمل کورس توصیه کړي او (۲-۳) دوزونو تر اخیستلو وروسته تاسې د ښه والي احساس وکړئ، آیا د انتي بیوټیکو نور استعمال بندوئ؟، (۳۸،۵۶٪) محصلینو ویلي هیڅکله یې نه بندوو او (۲۴،۱۸٪) محصلینو ویلي چې په کمه اندازه یې بندوو. د یادې پوښتنې پایلې د نورو ترسره شویو څېړنو له پایلو سره ورته والی نه لري. د bharath et al له لورې ترسره شوې څېړنه کې په دې اړه د محصلینو د خبراوي سلنه (۷۵) ده(۱۷)، او د Scaioli et al له لورې تر سره شوې څېړنه کې دغه سلنه (۹۴،۸) ښودل شوې ده (۱۸)؛ په داسې حال کې چې Kanneppady et al له لورې ترسره شوې څېړنه کې دغه سلنه (۶۸،۶) ښودل شوې ده(۱۹). دغه توپیر موږ ته په افغانستان کې د عامه پوهاوي کموالی په ګوته کوي.

زموږ د څېړنې پایلې ښیي چې (۷۲) سلنه محصلین د انتي بیوټیکو تر استعمال مخکې د دوی د لمنځه تللو نېټه لولي او (۸۴،۱۶٪) محصلین د انتي بیوټیکو له پیلولو مخکې له ډاکټر سره مشوره کوي، چې دا پایلې له نړیوالو ارقامو سره برابرې دي. په هندوستان کې یوې شوې څېړنې له مخې (۸۶،۶٪) محصلین د لمنځه تللو نېټه ګوري او (۹۲،۸٪) محصلین د انتي بیوټیکو تر پیلولو وړاندې له ډاکټر سره مشوره کوي(۹).

دا څېړنه د انتي بیوټیکي مقاومت په اړه د طبي پوهنځیو محصلینو د پوهې، اندونو او کړنو په اړه غوره معلومات وړاندې کوي، خو په هر حال د محدودیتونو څخه خالي نه ده. یو محدودیت دا دی چې د څېړنې پایلې یوازې د جلال اباد ښار طبي پوهنځیو محصلینو څخه راخیستل شویو معلوماتو پورې تړلې دي او اړتیا ده چې د ټول هېواد په کچه دا ډول څېړنې ترسره شي. همدارنګه د محصلینو لخوا د څېړنې په ترسره کولو کې د دوی برخه اخیستل او معلومات شریکول کمرنګه وو.

پایله

دغې څېړنې وښوده چې طبي محصلین د انتي بیوټیکو د مقاومت په اړه ښه پوهه لري. څېړنې څرګنده کړه چې طبي محصلین د انتي بیوټیک پر وړاندې مقاومت په اړه ښه اندونه او کړنې لري. څېړنې دا هم څرګنده کړه چې د کړنو نمرې د پوهې او اندونو

په پرتله لوړې دي. په پای کې باید د انټي بیوټیک د کارونې او نسخه لیکنې په برخه کې د طبي محصلینو د زده‌کړو په نصاب کې بدلونونه راوستل شي چې د انټي بیوټیک پر وړاندې مقاومت لرونکو باکټریاو د رامنځته کېدو مخنیوی وشي. محصلینو ته په دې برخه کې روزنیز کورسونه او سیمینارونه زیات شي. د انټاناتو د درملنې په برخه کې دې څېړنې وشي. په نورو سیمو کې باید د دغې برخې برخې اړوند لا نورې څېړنې وشي.

وړاندیزونه

١. د انټي بیوټیکو د کارولو لپاره دې روښانه لارښوونې جوړې شي.
٢. د انټي بیوټیکو بې‌ځایه تجویز کمولو لپاره باید په روغتیایي سېستم کې قانوني تدابیر ونیول شي.
٣. په روغتیایي بنسټونو کې د انټي بیوټیک مقاومت څارنې لپاره دې ځانګړي میکانیزمونه رامنځته شي.
٤. د انټي بیوټیکو په اړه تعلیمي پروګرامونه باید تنظیم او د دوی د مقاومت په اړه ښه پوهه ترلاسه او انتقال شي.
٥. د عملي تمرینونو په جریان کې دې د انټي بیوټیکو د سمې کارونې په اړه روزنه ترسره شي.
٦. د عامه پوهاوي کمپاینونه باید پیل شي ،ترڅو خلک د انټي بیوټیک مقاومت د خطرونو په اړه وپوهېږي.
٧. د ټولنې وګړو ته باید روښانه شي، چې د انټي بیوټیک استعمال یوازې د ډاکټر د تجویز پر اساس ترسره کېږي.
٨. د انټي بیوټیکو د کارونې په اړه منظمه څارنه او راپور ورکول باید عملي شي.
٩. د روغتیایي خدمتونو کارکوونکو لپاره د دوامداره مسلکي پرمختګ پروګرامونه باید تنظیم شي، چې د انټي بیوټیک مقاومت مدیریت به‌کې شامل وي.
١٠. د انټي بیوټیک مقاومت د کچې، علتونو او د هغې د اغېزو په اړه دې لا زیاتې څېړنې ترسره شي.
١١. د مقاومت کمولو لپاره د نویو انټي بیوټیکونو او بدیلو درملو په اړه باید څېړنې ترسره شي.

اخځلیکونه

1. McCartney M. Margaret McCartney: Blaming doctors won't reduce antibiotic overuse. BMJ. 2015 Sep 1; 351.
2. World Health Organization. Antimicrobial resistance: global report on surveillance. World Health Organization; 2014.
3. Yang C, Xie J, Chen Q, Yuan Q, Shang J, Wu H, Yang Y, Wang M, Shu X, Yue J, Tu D. Knowledge, Attitude, and Practice About Antibiotic Use and Antimicrobial Resistance Among Nursing Students in China: A Cross Sectional Study. Infection and Drug Resistance. 2024 Dec 31:1085-98.
4. Asempa TE, Abdelraouf K, Nicolau DP. Metallo-β-lactamase resistance in Enterobacteriaceae is an artefact of currently utilized antimicrobial susceptibility testing methods. Journal of Antimicrobial Chemotherapy. 2020 Apr 1;75(4):997-1005.Wu W, Wang W, Yuan Y, Lin L, Tan Y, Yang J, Dai L, Wang Y. Knowledge, attitude and practice concerning healthcare-associated infections among healthcare workers in Wuhan, China: cross-sectional study. BMJ open. 2021 Jan 1;11(1):e042333.

5. Alsohime F, Assiri RA, Al-Shahrani F, Bakeet H, Elhazmi M, Somily AM. Premature labor and neonatal sepsis caused by Actinomyces neuii. Journal of Infection and Public Health. 2019 Mar 1;12(2):282-4.
6. Arias CA, Murray BE. Antibiotic-resistant bugs in the 21st century—a clinical super-challenge. New England Journal of Medicine. 2009 Jan 29;360(5):439-43.
7. Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, Hay AD. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. Bmj. 2010 May 18;340.
8. Abera B, Kibret M, Mulu W. Knowledge and beliefs on antimicrobial resistance among physicians and nurses in hospitals in Amhara Region, Ethiopia. BMC pharmacology and toxicology. 2014 Dec;15:1-7.
9. AK AK, Banu G, Reshma KK. Antibiotic resistance and usage—a survey on the knowledge, attitude, perceptions and practices among the medical students of a Southern Indian teaching hospital. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. 2013 Aug;7(8):1613.
10. Hu Y, Wang X, Tucker JD, Little P, Moore M, Fukuda K, Zhou X. Knowledge, attitude, and practice with respect to antibiotic use among Chinese medical students: a multicentre cross-sectional study. International journal of environmental research and public health. 2018 Jun;15(6):1165.
11. Huang Y, Gu J, Zhang M, Ren Z, Yang W, Chen Y, Fu Y, Chen X, Cals JW, Zhang F. Knowledge, attitude and practice of antibiotics: a questionnaire study among 2500 Chinese students. BMC medical education. 2013 Dec;13:1-9.
12. Alghadeer S, Aljuaydi K, Babelghaith S, Alhammad A, Alarifi MN. Self-medication with antibiotics in Saudi Arabia. Saudi pharmaceutical journal. 2018 Jul 1;26(5):719-24.
13. Scaioli G, Gualano MR, Gili R, Masucci S, Bert F, Siliquini R. Antibiotic use: a cross-sectional survey assessing the knowledge, attitudes and practices amongst students of a school of medicine in Italy. PloS one. 2015 Apr 1;10(4):e0122476.
14. Jairoun A, Hassan N, Ali A, Jairoun O, Shahwan M, Hassali M. University students' knowledge, attitudes, and practice regarding antibiotic use and associated factors: a cross-sectional study in the United Arab Emirates. International journal of general medicine. 2019 Jun 28:235-46.
15. Zulu A, Matafwali SK, Banda M, Mudenda S. Assessment of knowledge, attitude and practices on antibiotic resistance among undergraduate medical students in the school of medicine at the University of Zambia. Int J Basic Clin Pharmacol. 2020 Feb 1;9(2):263-70.
16. Wasserman S, Potgieter S, Shoul E, Constant D, Stewart A, Mendelson M, Boyles TH. South African medical students' perceptions and knowledge about antibiotic resistance and appropriate prescribing: are we providing adequate training to future prescribers?. South African medical journal. 2017 May 1;107(5):405-10.

17. Bharath Kumar VD, Monika N, Kalpana L, Veena RM, Sathish Chandra MR. Assessment of awareness about antibiotic resistance among first-year medical undergraduates in a medical college. Int J Clin Pharmacol Res. 2015 Nov;5:239-42.
18. Scaioli G, Gualano MR, Gili R, Masucci S, Bert F, Siliquini R. Antibiotic use: a cross-sectional survey assessing the knowledge, attitudes and practices amongst students of a school of medicine in Italy. PloS one. 2015 Apr 1;10(4):e0122476.
19. Kanneppady SS, Oo AM, Lwin OM, Al-Abed AA, Kanneppady SK. Knowledge, attitude, and awareness of antibiotic resistance among medical students. Archives of Medicine and Health Sciences. 2019 Jan 1;7(1):57-60.

Research Article

Knowledge, Attitude and Practice Regarding Antibiotic Resistance among Medical Students in Jalalabad Afghanistan

Dr. Muhabat Shah Hemat[1], Dr. Muhammad Javid Haziq[2]
[1,2] Curative Medicine Dempartment, Medicine Faculty, Spinghar Institute of Higher Education, Nangarhar, Afghanistan.

Article History

Received: 30/Dec/2024

Accepted: 08/Jan/2025

Published: 21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords

- Antibiotic resistance
- Knowledge
- Attitude
- Practices
- Medical students

***Corresponding Author**

Dr. Muhabat Shah Hemat
Email: muhabatshah.himat@spingharuniversity.edu.af
Contact: +93 (0) 798911212

Abstract

Antimicrobial Resistance (AMR) is a global health threat that compromises treatment outcomes, prolongs illnesses, increases mortality rates and raises med-ical costs. Improving the Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) of medical students regarding the use of antibiotics is essential to prevent AMR. Assessing the knowledge, attitudes and practices of medical students in medical faculties in Jalalabad City about antibiotic resistance and highlighting the need for effec-tive interventions to address this issue are critical. This study was conducted using a cross-sectional design from August 1, 2024, to November 2, 2024. A questionnaire was developed based on international standardized tools and data were collected from 158 students in both private and public medical faculties in Jalalabad City using Google Forms. Data analysis was performed using SPSS v.23. Among the participants, 84.08% were aged between 18–25 years. 64.74% of the students believed that antibiotics treat viral infections, while 79.22% ex-pressed a desire to acquire more knowledge about antibiotics. 72.08% of the students reported regularly checking the expiration date before using antibiotics. The study revealed that medical students have good knowledge regarding anti-biotic resistance. Furthermore, it showed that medical students possess positive attitudes and practices concerning antibiotic resistance. Notably, the practice scores were higher compared to knowledge and attitude scores. In conclusion, changes should be made to the medical curriculum to enhance education about the use and prescription of antibiotics to prevent the emergence of antimicrobial resistant bacteria.

خېړنیزه مقاله

د جلال اباد ښار د کورونو څښاک اوبو په مخزنونو کې د اوبو د باکتریاوي کګړتیا مطالعه

[۱]دوکتور محمد رسول حسني، [۲] ټکنالوجیست محمد جمیل وسیم
کلینیک څانګه، طبي ټکنالوژي پوهنځی، سپین غر پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مقالې تاریخچه
د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۱۱/۰۳
د قبلیدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۱/۲۵
د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹
کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دویم ګڼه: لومړی

بنسټیز ټکي
- د اوبو بکتریالوژیکه ککړتیا
- څښاک اوبه
- جلال اباد ښار
- د اوبو مخزنونه

مسؤل لیکوونکی
دوکتور محمد رسول حسني
بریښنالیک:hasanihasani432@gmail.com
ګرځنده شمېره: +93 (0) 786444562

لنډيز

د څښاک اوبو بکتریالوژیک کیفیت د عامې روغتیا لپاره مهم ګڼل کېږي او د کولیفارم بکتریاو شتون د فاضله موادو له ککړتیا سره اړیکه لري. په جلال اباد ښار کې د اوبو زېرمو کیفیت ته کمه پاملرنه شوې ده. له همدې امله د څښاک اوبو د اوسني حالت د ارزونې او د احتمالي انتاني عواملو د تثبیت اړتیا یوه مهمه څېړنیزه تشه بلل کېږي چې له امله یې دغه څېړنه د یادې تشې د ډکولو او د جلال اباد ښار د کورونو څښاک اوبو د مخزنونو د بکتریالوژیک کیفیت ارزونې او د کولیفارم بکتریاو د شتون او تجرید په موخه، ترسره شوې ده. څېړنه د ۱۴۰۳لمریز کال د لیندۍ له ۱۸مې څخه د دلوې تر (۳۰مې) نېټې پورې، د سپین غر پوهنتون په څېړنیز مرکز کې د مشاهده‌یي کراس‌سکشنل ډیزاین له مخې ترسره شوې ده. د څېړنې لپاره د ښار له نهو (۹) ناحیو څخه ټولې (۹۰) نمونې راټولې شوې وې. د راټولو شویو نمونو د فزیکي او بیوشیمیکي ارزونو برسېره، په بکتریالوژیکو ازموینو کې له اختصاصي او تفریقي زرعیه وسطونو څخه ګټه اخیستل شوې‌ده. د احصایوي تحلیل لپاره (SPSS V.23) ترمغالی کارول شوی او د متغیرونو ترمنځ تړاو معلوملو لپاره له chi-square test څخه ګټه اخیستل شوېده. د څېړنې پرمهال، په راټولو شویو نمونو کې اووه ډوله بکتریاوې وموندل شوي (E. coli) بکتریا (۳۴,۴%)، (Serratia marcescens) بکتریا (۳۰%)، (Pseudomonas spp) بکتریا (۲۶,۷%)، (Enterobacter spp) بکتریا (۲۳,۳%)، (Vibrio parahemolytic) بکتریا (۱۵,۶%)، (Klebsiella oxytoca) بکتریا (۱۳,۳%) او د (Salmonella spp) بکتریا د شتون کچه (۱۲,۲%) څرګنده شوه. د ناحیو جغرافیوي موقعیت، د کور ډول (شخصي یا کرایي) او د ځینو باکتریاو ترمنځ احصایوي معنی لرونکې اړیکې مشاهده شوې (P<0.0.5)، مګر په څېړنه کې د بکتریاو شتون سره د اوبو سرچینې، د زېرمو ډول، د بدرفع واټن او د زېرمو پاکولو موډې مانا لرونکی تړاو ونه موندل شو (P>0.05). دغه مقاله د نویو څېړنو پربنسټ روغتیایي متخصیصنو او څېړونکو ته یو بشپړ نظر وړاندې کوي او ممکنه مداخلې روښانه کوي، چې کولای شي د څښاک اوبو ککړتیا باندې اغېز لرونکو لاملونو پېژندلو او ککړتیا مخنیوي په اړه لازم عملي اقدامات ترسره کړي.

پېژندنه

اوبه یوه حیاتي ماده ده چې له شتون پرته یې هیڅ ژوندی موجود ژوند نهشي کولای. د ځمکې نږدې (۷۰٪) سطحه اوبو پوښلې ده او پاتې (۳۰٪) یې وچه ده. له ټولو اوبو څخه یوازې نږدې (۲٪) د څښاک وړ دي(۵). اوبه د ژوندیو موجوداتو د هرې حجرې بنسټیزه برخه جوړوي. د یوې حجرې د اوبو اندازه له (۴۵٪) څخه تر (۹۵٪) پورې رسېږي او مایکرو ارګانیزمونه د خپل بدن نږدې (۸۰٪) وزن د له اوبو څخه پوره کوي. د انسان نږدې (۷۰٪) بدن له اوبو څخه جوړ شوی دی او د یو بالغ انسان بـــدن نږدې (۴۲) لیتره اوبه لـــري. د بدن د شاوخوا (۲،۷) لیتره اوبو ضایع کېدل د سردرد، خولې کېدلو او کمزورۍ لامل کېږي(۴،۵). اوبه نه یوازې د انسان د ژوند لپاره حیاتي ارزښت لري، بلکې د چاپېریال لپاره هم اساسي مرکب ګڼل کېږي. د بندونو، کانالونو او ځاهګانو جوړېښتونه د اوبو ارزښت او د انسانانو د اغېزو ښېې دي. طبیعي او بشري اغېزې لکه د خلکو او حیواناتو کډوالي، د ځمکو لهلاسه ورکول، د اقلیم بدلون او د بیولوژیکي سرچینو کمښت ښیي، چې اوبه د چاپېریالي بدلونونو یو مهمه حیاتي ماده ده(۴،۵،۷).

د څښاک اوبو ککړتیا د ژوندیو موجوداتو لپاره جدي ګواښ ګڼل کېږي. په اسیایي هېوادونو کې هغه اشخاص چې د سیندونو پر غاړه ژوند کوي، له دغې ګواښ سره څکه مخ دي، چې د فاضله اوبو سیستمونه او د فابریکو کیمیاوي فاضله مواد په مستقیم ډول د سیندونو اوبو ته ورګډېږي، چې د پاتوژن اصلي زېرمې دي او د اوبو له لارې د لېږدېدونکو ناروغیو د خپرېدو لامل کېږي(۵،۷). په اوسني عصر کې د ځمکې پر مخ د نفوس زیاتوالی او صنعتي پرمختګ ددې لامل شوي، چې پاکو او صحي اوبو ته د وګړو لاسرسی محدود کړي. په دغو حالتونو کې له یوې خوا چاپېریالي ککړتیا د اوبو ککړېدلو لامل کېږي او له بلې خوا اقلیمي بدلون ددې لامل شوی، چې دځمکې پرمخ او تر ځمکې لاندې اوبو کچه کمه شي(۱۲). په عادي ډول په هرو (۱۰۰) ملي لیتره څښاک اوبو کې د کولیفارم بکتریاوې‌نه موندل کېږي. پـــه بل عبـــارت، په لنــډ ډول داسې لیکلای شو (Coliform Bacteria 0CFU/100ml). همدارنګه په هرو (۱۰۰) ملي لېتره اوبو کې له (۲۰) څخه زیاتو بېلابېلو بکتریاو شتون د اوبو په ککړتیا دلالت کوي(۱۲). د روغتیا نړیوال سازمان WHO (World Health Organization) وړاندیز کوي چـــې د څښاک اوبو کې باید د هتروټروفیک باکتریاو شمېر له (20CFU/mL) څخه کم وي او هیڅ کولیفارم باکتریاوې لکه فیکل کولیفارم، E. coli او P. aeruginosa په‌کې موجودې نه وي(۸،۱۲،۱۳). کولیفارم بکتریاوې د ګرام منفي باسیلونو یو لوی غیر متجانس ګروپ دی، چې زیات شمېر یې په (Enterobacteriaceae family) پورې اړه لري، خو د (Enterobacteriaceae) ټولې بکتریاوې د کولیفارم په ګروپ پورې اړه نه‌لري. تر اوسه، د کولیفارم بکتریاو ټولې (۱۹) جنیرا او د (Fecal coliform) شپږ نوعې پېژندل شوي دي. له دې سربېره، د کولیفارم (۳۰) نوعې تشریح شوي دي، چې د دغو بکتریاو زیات جنسونه له (Enterobacteriaceae family) څخه تشکیل شوي دي. په کولیفارم بکتریاو کې ځینې (strains) هم شتون لري، چې دغه بکتریاوې د ایروبیک او اختیاري ان‌ایروبیک په ډول ژوند کوي(۱،۱۳). کولیفارم بکتریاوې په خاوره، اوبو او د حیواناتو او انسانانو په لویو کولمو کې ژوند کوي، ځیني strains هم لري(۱۳). د کولیفارم بکتریاو ځینې نوعې د (Aero monas) په genus پورې اړه لري، چې په (aeromodaceae family) پورې اړه لري. دغه بکتریاوې په ایروبیک او اختیاري ان ایروبیک ډول ژوند کوي. دغه بکتریاوې کولای شي چاپېریال، د څښاک اوبه او ځیني غذایي مواد ملوث کړي (۱۳).

کولیفارم بکتریاوې په چاپیریال کې د اوسېدو لهمخې په درې ګروپونو وېشل شویدي، چې ټوټل کولیفارم، Fecal کولیفارم او E.Coli دي. همدارنګه د حرکت لهمخې ځینې متحرکې او ځینې یې نامتحرکې دي(۶،۱۲،۱۳). دغه بکتریاوې سپور نه تولیدوي، خو د کپسول د تولید له مخې بېلابېل ډولونه لري(۱،۱۳).

ددغې ګروپ ټولې بکتریاوې د (Galactosidase) انزایم لري، چې لکتوز قند ته تخمر ورکوي او د همدې لپاره د (Lactose-fermenter) بکتریاو په نوم یادېږي، چې د تخمر په پایله کې د تېزابونو او ګاز د تولید لامل کېږي. د کولیفارم هغه بکتریاوې چې په (Enterobacteriaceae family) پورې اړه لري، ځینې مهمې بېلګې یې Escherichia, Klebsiella, and Serratia) دي، چې په زیاته کچه اوبه او محیط منتنوي او په انسانانو کې د بېلابېلو ناروغیو رامنځته کولو لامل کېږي(۹،۱۳).
جلال اباد ښار د ننګرهار ولایت مرکز او د افغانستان له پنځو لویو ښارونو څخه دی، چې د ختیځ زون مرکز هم ګڼل کېږي. دا ښار د پاکستان سره نږدې واقع او د افغانستان د ختیځ زون د لېږد رالېږد مرکز هم دی. د احصایوي معلوماتو لهمخې یې د وګړو شمېر په (۱۳۵۷) لمریز کال کې شپږ لکه اوه دېرش زره دوه سوه اته شپېته (۲٦۸،٦۳۷) تنه و. په (۱۴۰۰) لمریز کال کې د ننګرهار ښاروالۍ د اټکل له مخې یې د وګړو شمېر له یو میلیون تنو څخه زیات و. دغه ښار نږدې (۴۰،۰۰۰) استوګنیز واحدونه لري. جلال اباد د ننګرهار ولایت په شمالي برخه کې پروت دی او نږدې (۱۲۷) کېلومتره مربع پراخوالی لري. په ورته وخت کې، د جلال اباد ښار (۴۴) سلنه کرنیزې ځمکې پوښلې دي. جلال اباد ښار نهه (۹) ناحیې لري؛ لومړۍ، دویمه ،دریمه، څلورمه او پنځمه ناحیه د ښار د زیاترو استوګنځایونو او ګڼې ګوڼې لرونکې دي، چې د ښاروالۍ په تشکیل کې (۲۱۵) تنه دایمي مامورین او (۷۰۱) تنه قراردادي کارکوونکي لري؛ د یادو ارقامو لهمخې د هرو (۵۷) کورونو لپاره ښاروالۍ، په اوسط ډول یو تن کارمند لري(۱۴).

مواد او کړنلاره

د څېړنې ډیزاین

دغه څېړنه په (Cross Sectional /Observational) ډول د ننګرهار ولایت جلال اباد ښار د کورونو څښاک اوبو له زېرمو څخه، د بکتریاو د تجرید او پېژندنې په موخه، له (۱۴۰۳/۹/۱۸) نېټې څخه تر (۱۴۰۳/۱۰/۱۸) نېټې پورې ترسره شوه؛ د اوبو نمونې په معقمو شرایطو کې راټولې او د سپین غر پوهنتون په څېړنیز مرکز کې په انتخابي او تفریقي زرعیه وسطونو کې کښت او تر څېړنې لاندې نیول شویدي.

د نمونې اندازه او د نمونه اخیستنې کړنلاره

په دغې څېړنه کې د جلال اباد ښار له نهو ناحیو څخه په معقمو شرایطو کې، په تعقیم شویو پایریکس ښیښهیي بوتلونو کې، په انفرادي ډول د هرې ناحیې د اوبو (۱۰)، سل ملي لېتره نمونې چې ټولې (۹۰) نمونې کېږي، راټولې شویدي. نمونې په داسې ډول اخیستل شوي چې د ناحیې په هره دریمه کوڅه کې یو کور په تصادفي ډول ټاکل شوی او په معقم ډول یې نمونه اخیستل شوېده(٦). د نمونې تعقیم شوي ښیښهیي بوتلونه د المونیم په پارچو سره پوښل شوي او د تودوخې په (121c) درجو کې، تر (۱۵) پونډه فشار لاندې د ۱۵ دقیقو لپاره تعقیم شویدي. د نمونې اخیستلو پرمهال د نل شیردان د اورلمبې (fire gun) پهواسطه تر درې دقیقو پورې غیرعفوني شوی دی؛ پلاستیکي نلونه د (۷۰) سلنه الکولو (پروپانول) پهواسطه د درې دقیقو لپاره ضدعفوني شول، د اوبو لومړنی جریان د درې (۳) دقیقو لپاره پرېښودل شوی، چې د تل د خولې په برخه کې له محیط څخه داخل شویو بکتریاو احتمال کم یا له منځه لاړ شي. له دې څخه وروسته د اوبو جریان کم شوی او بیا (۱۰۰) ملي لیتره اوبه په معقم بوتل کې اخیستل شوي دي او په معقمه توګه یې سرپوخ بند شوی دی. د اوبو اخیستلو پرمهال د اوبو ککړتیا د مخنیوي لپاره لازم تدابیر نیول شوي دي، لکه دستکشې، ماسک او د لاسونو ضد عفوني کولو لپاره د انتي سیپتیک له (۷۰٪) الکولو څخه ګټه اخیستل شوېده(۵،٦،۱۰).

د نمونې د لېږد کړنلاره

ددې لپاره چې په نمونه کې د بکتریاو د ودې یا مړینې مخنیوی وشي، د هرې نمونې تر اخیستلو او لیبلینګ وروسته، نمونه په یوه معقمه پلاستیکي خریطه کې ایښودل شوې او په مناسب ډول په (ICE BOX) کې، چې د تودوخې څلور سانتي ګراډ درجه پهکې برابره شوې وه، خای پرخای شوه، چې لابراتوار ته د لېږدولو پر مهال د هر ډول ککړتیا او د بکتریاو د تکثر شونتیا راکمه شي او د نمونو د ضایع کېدو مخنیوی وشي(۵،۶).

د بکتریاو پېژندنې کړنلاره

د Bergey's Manual of Determinative bacteriology او نورو ترسره شویو څېړنو لهمخې، د بکتریاو پېژندنې په موخه لاندې ذکر شوي لابراتواري مېتودونه کارول شویدي.

الف. د نمونې فزیکي کتنه

د نمونې په فزیکي معاینه کې د اوبو رنګ، بوی، **PH** او منظره معاینه او مشاهده شوي دي، چې رنګ او منظره یې طبعي وه، PH یې په (۲۰-۲۴) درجې سانتي ګراډ کې معلوم شوی دی، چې د راټولو شویو نمونو PH له (۷-۶،۷) پورې و.

ب. د Filtrations Membrane پړاو

پهدې برخه کې لومړی د(Filtrations Membrane) اله تعقیم شـــوې او د ککړتیا د کیفیت معلومولو لپاره (۱۰۰) ملي لیټره مقطرې اوبه د واکیوم قوې پهواسطه فلتر شوې. نمونې په (MacConkey agar) زرعیه وسط کې کلچر او په (۳۷) سانتي ګراډ کې، د ۲۴ ساعتونو لپاره، په انکیبوټر کې کلچر شوې. بیا زرعیه وسط د کیفیت کنټرول په موخه ایښودل شوی، تر څو معلومه شـــي چې آیا نوموړې آله تعقیم که ملوث ده. په پایله کې معلومه شـــوه چې هیڅ ډول بکتریا پکې وده نه وه کړې، چې دغه چاره د فلټریشن ممبران آلې د کیفیت کنټرول په معقمت باندې دلالت کوي(۱۱).

ج. د فلتر کاغذ تعقیم

پهدغې څېړنه کې له فلتر کاغذ څخه د فلتر ممبران په توګه ګټه اخیستل شوې، چې د سوریو اندازه یې (۰،۴۵) مایکرو میتر ده او په نورو ډېرو څېړنو کې ورڅخه کار اخیستل شوی دی. د تعقیم په موخه لومړی فلتر کاغذ دوه ځلې تر (۱۵) دقیقو پورې په مقطرو اوبو کې جوش شوی او د کیفیت تر کنټرول وروسته ورڅخه ګټه اخیستل شوېده(۶،۱۱).

د. انتخاب او کارول شوي زرعیه وسطونه

پهدغې څېړنه کې د بکتریاو د کرلو په موخه ټاکل شوي زرعیه وسطونو له ډلې یو هم MCA(Macconkey agar) دی، چې د ګرام منفي بکتریاو د ودې لپاره یو انتخابي او تفریقي زرعیه وسط دی او د لکتوز درلودونکی دی، چې د لکتوز تخمر کوونکو بکتریاو د توپیري پېژندنې لپاره هم ترې ګټه اخیستل کېږي(۵،۶). په دغې زرعیه وسط کې داسې نهې کوونکي مواد (کرسټل وایولیټ) شته، چې د ګرام مثبت بکتریاو د ودې درولو لامل کېږي. دا چې کولیفارم بکتریاوې ټولې ګرام منفي دي، نو څکه له یاد زرعیه وسط څخه ګټه اخیستل شوېده. د یادونې وړ ده چې دغه زرعیه وسط د لکتوز قند لري او هغه بکتریاوې چې لکتوز ته تخمر ورکوي، ګلابي کالونۍ منځته راوړي(۱۵،۱۶).

نور وسطونه په ترتیب سره (Salmonella-Shigella agar) SSA دی، چې د Salmonella او Shigella پېژندنه پهکې په اسانۍ سره کېدلای شي، (Eosin Methylene Blue agar) EMB چې د coliform او Non coliform بکتریاو پېژندنه پهکې تر سره

کېږي، CLED Agar (Cysteine lactose electrolytes deficient agar) په‌کې هم د لکتوز تخمر کوونکو بکترياو د تثبيت او هم د Swarming of Proteus Spp بکترياو د حرکت نهي‌کولو په موخه کارول شوی دی(۱۵). په څېړنه کې TSI (Triple Sugar Iron) زرعيه وسط د تېزابو غاز او هايدروجن سلفايډ Hydrogen Supplied توليدونکو بکترياو د پېژندنې په موخه کارول شوی دی، چې په Slant او Butt کې د بکترياو په‌واسطه د تغيراتو رامنځته کېدو پر بنسټ پېژندل کېږي(۵،۶،۱۵). د راټولو شويو نمونو د لومړني تجريد په موخه له MCA څخه کار اخيستل شوی دی(۱۶).

هـ. د تجريد شويو بکترياو بيوشيميک معاينات

په دغې څېړنه کې د کالونيو ځانګړنو، ګرام تلوين او بيوشيميکي معايناتو د دوديزو پروسيجرونو پر بنسټ، د بکترياو پېژندنه شوېده، چې ځيني مهم بيوشيميکي معاينات او پرسيجرونه يې دا دي: Catalase test (Cat), Citrate test, Coagulase test, Urease Motility test, Indole test, H2S test او TSI Test چې ذکر شوي بيوشيميکي معاينات د بکترياو د توپيري تشخيص په موخه کارول شويدي(۶،۱۵،۱۶).

احصايوي تحليل

د څېړنې ترلاسه شوي ارقام او معلومات د **(SPSS V.23)** په‌واسطه تحليل شوي دي، د ازاد او تړلو متغيرونو ترمنځ تړاو معلومولو لپاره له **Chi-Square Test** څخه ګټه اخيستل شوې چې ټول ارقام او معلومات د سلنې او فريکوينسي په ډول راپور شوي دي.

د څېړنې موندنې

د نمونو ځانګړتياوې

په دې څېړنه کې د جلال‌اباد ښار له نهو ناحيو څخه په مساوي اندازه نمونې راټولې شويدي، چې ټولې (۹۰) نمونې کېږي. (۲۸) نمونې يا (۳۱،۱٪) له شخصي کورونو څخه او (۶۲) نمونې (٪ ۶۸،۹) يې له کرايي کورونو څخه راټولې شوي دي، چې د کورنيو د غړو اوسط شمېر (۱۰،۲۲) و. د ښار د نلکو اوبو (۲) يا (۲،۲٪)، ژورو څاه‌ګانو (۸۶) يا (۹۵،۶٪)، سطحي څاه‌ګانو (۲) يا (۲،۲٪) نمونې راټولې شويدي. همدارنګه (۴۱) يا (۴۵،۶٪) نمونې له پلاستيکي ذخيرو، (۲۹) يا (۳۲،۲٪) نمونې له کانکريټي ذخيرو او (۲۰) يا (۲۲،۲٪) نمونې له فلزي ذخيرو څخه راټولې شويدي. په همدې ترتيب د اوبو سرچينې او بدرفع ترمنځ واټن، د ذخيرو پاکولو موده، د ذخيرې خالي کولو وخت، د کوليفارم بکتريا په اړه معلومات، د کوليفارم بکتريا مخنيوی، او د څښاک اوبو لابراتواري معايناتو په اړه معلومات راټول او تحليل شول، چې کټګوري او فريکوينسي يې په لاندې جدول کې ذکر شوېده.

متغیر	کټګوري	فریکوینسي	سلنه
ناحیه	اوله	۱۰	۱۱,۱٪
	دویمه	۱۰	۱۱,۱٪
	دریمه	۱۰	۱۱,۱٪
	څلورمه	۱۰	۱۱,۱٪
	پنځمه	۱۰	۱۱,۱٪
	شپږمه	۱۰	۱۱,۱٪
	اوومه	۱۰	۱۱,۱٪
	اتمه	۱۰	۱۱,۱٪
	نهمه	۱۰	۱۱,۱٪
	مجموعه	**۹۰**	**۱۰۰٪**
د کور ډول	شخصي	۲۸	۳۱,۱٪
	کرایي	٦۲	٦۸,۹٪
د کورنۍ د غړو شمېر	۵	۵	۵,٦٪
	٦	۶	٦,۷٪
	۷	٦	٦,۷٪
	۸	۱۰	۱۱,۱٪
	۹	۱۲	۱۳,۳٪
	10	۱۲	۱۳,۳٪
	11	۱۳	۱۴,۴٪
	12	۸	۸,۹٪
	13	۷	۷,۸٪
	14	۴	۴,۴٪
	15	۲	۲,۲٪
	16	۲	۲,۲٪
	18	۲	۲,۲٪
	25	۱	۱,۱٪
د اوبو سرچینه	د ښار د نلونو اوبه	۲	۲,۲٪
	ژوره څاه	۸۶	۹۵,٦٪

	کمه ژوره (سطحي) څاه	۲	۲,۲٪
د اوبو زېرمه	پلاستیکي	۴۱	۴۵,٦٪
	کانکریتي	۲۹	۳۲,۲٪
	فلزي	۲۰	۲۲,۲٪
د اوبو سرچینې او بدرفع ترمنځ واټن	۵	۱۸	٪۲۰
	۱۰	۵۹	٪٦۵,٦
	۱۵	۷	٪۷,۸
	>۱۵	٦	٪٦,۷
د ذخیرو پاکولو موده (په میاشت)	۱	۱	۱,۱٪
	۳	۸	۸,۹٪
	٦	۵	۵,٦٪
	د اړتیا پرمهال	۷٦	۸۴,۴٪
د ذخیرې خالي کېدو وخت (په ورځو)	۱	۲	۲,۲٪
	۴-۲	۵۴	٦۰٪
	۸-۵	۲۰	۲۲,۲٪
	>۸	۱۴	۱۵,٦٪
د کولیفارم بکتریا په اړه معلومات	هو	۴	۴,۴٪
	نه	۸٦	۹۵,٦٪
د کولیفارم بکتریا مخنیوی	هو	۱	۱,۱٪
	نه	۸۹	۹۸,۹٪

د څښاک اوبو لابراتواري معاینات	هو	۰	٪۰
	نه	۹۰	۰۱۰ ٪

۱ـ جدول: له ناحیو څخه د راټولو کړیو نمونو فریکوینسي او سلنه ښیي

لاندې دویم جدول د جلال‌اباد ښار نهو ناحیو څښاک اوبو کې د کولیفارم او نورو بېلابېلو نوعو بکتریاو مثبتو پېښنو ښودنه کوي، چې په دې څېړنه کې د ښار ټولو نهو ناحیو څخه (۹۰) نمونې راټولې او تر څېړنې لاندې نیول شویدي، چې په‌کې اووه ډوله بکتریاوې وموندل شوې. د ټولو نمونو له ډلې په (۳۱) نمونو یا (٪۳۴,۴) کې د (E. Coli) مثبتې پېښې دي. Serratia_Marcescens بکتریا په (۲۷) نمونو یا ٪۳۰ کې مشاهده شوه. په دریمه درجه کې په (۲۴) نمونو کې Pseudomonas Spp بکتریا وکتل شوه چې (٪۲٦.۷) جوړوي. د څلورو نورو موندل شویو بکتریاو د مثبتو پېښنو اړوند معلومات په ترتیب سره په لاندې جدول کې ښودل شویدي.

گڼه	بکتریا	فریکوینسي	پریویلانس
۱	E. Coli	۳۱	۳۴,۴٪
۲	Serratia_Marcescens	۲۷	۳۰٪
۳	Pseudomonas Spp	۲۴	۲٦,۷٪
۴	Enterobacter Spp	۲۱	۲۳,۳٪
۵	Vibrio-Para hemolytic	۱۴	۱۵,٦٪
٦	Klebsiella_oxytoca	۱۲	۱۳,۳٪
۷	Salmonella Spp	۱۱	۱۲,۲٪

۲ـ جدول : د جلال‌اباد ښار څښاک اوبو کې د بېلابېلو بکتریاو فریکوینسي او پریویلانس

د ناحیې (جغرافیوي موقعیت) او بکتریاوو ترمنځ اړیکه

په لاندې دریم جدول کې د a توری: په جدول کې د اوسطونو پر سر باندې د انګلیسي ژبې (a) توری، چې له یو بل سره توپیر لري، د اوسطونو ترمنځ مانا لرونکی توپیر راپه‌ګوته کوي. د جلال‌اباد ښار په نهو ناحیو کې د Vibrio-Parahemolytic، Salmonella Sppاو Klebsiella Ooxytoca شتون به احصایوي ډول معنا لرونکی تړاو لري (P<0.05). دا ښیي چې ځینې ناحیې بنایي د ځینو نورو ناحیو په پرتله ککړې وي. د څېړنې په پایله کې E.Coli, Pseudomonas Spp, Serratia_Marcescens, Enterobacter Spp موندل شوې بکتریاوې د احصایوي تحلیل پر بنسټ مانا لرونکی تړاو نه‌لري (P>0.05).

۱,۲. د کور ډول (شخصي یا کرایي)

د دې څېړنې د احصایوي تحلیل پربنسټ څرګنده شوه چې د کورونو څښاک اوبو کې د ځینو بکتریاوو شتون، د کورونو له ډول سره معنی لرونکی تړاو لري (P < 0.017) Salmonella Spp. کرایي کورونه د Salmonella بکتریا له پلوه له شخصي کورونو څخه زیات ککړ څرګند شو چې ښایي دا ککړتیا د اوبو د پاکوالي سېستمونو یا د اوبو د مدیریت توپیر له امله وي.

۱,۳. د اوبو سرچینه

دا چې په دې څېړنه کې زیات شمېر نمونې له ژورو څاه ګانواو کم شمېر د ښار له نلونو او سطحي څاه ګانو څخه راټولې شوي دي، پر همدې بنسټ د احصایوي نتایجو په پایله کې د اوبو سرچینو (ښار نلکې، ژورې څاه ګانې، سطحي څاه ګانې) او د بکتریاو شتون ترمنځ احصایوي مانا لرونکی تړاو ونه موندل شو (P>0.0.5).

۱,۴. د اوبو زېرمه (پلاستیکي، فلزي، کانکریټي)

د اوبو د ککړتیا او بکتریاو د مخنیوي لپاره، یوازې د موادو ډول مهم نه دی، بلکې د اوبو زېرمو پاک ساتل، پټول، د لمر، دوړو او حیواناتو له تماس څخه ساتل هم ډېر مهم دي. د اوبو زېرمې که هر ډول وي، خو چې مناسبه ساتنه یې وشي، د بکتریاو وده به په کې کمه وي. پرهمدې بنسټ ددغې څېړنې احصایوي پایلو وښودله چې د اوبو ساتلو د موادو ډول (کانکرېټ، پلاستیک، فلز) د بکتریاو له شتون سره مانا لرونکی تړاو نه لري (P>0.05). مګر پلاستیکي زېرمې تر نورو زیات د ککړتیا خطر لري؛ البته په هغه صورت کې چې د اوږدې مودې لپاره د لمر وړانګو پرووړاندې پاتې شي او یا له بې‌کیفیته پلاستیک څخه جوړه شوي وي.

۱,۵.د اوبو سرچینې او فاضلاب ترمنځ واټن

ددغې څېړنې د احصـــایوي تحلیل پایلې وښـــودله چې د بدرفع واټن او د څښـــاک اوبو کې د بکتریاو شـــتون ترمنځ اړیکه احصـــایوي مانا نه لري (P > 0.05)، بلکې د (۳۰) مترو څخه کمه فاصـلـه د بکتریاو د موجودیت خطر زیاتولای شـي. (P > 0.05) دا مانا لري چې ددغې څېړنې لەمخې، موږ نشـو ویلای چې د اوبو له زېرمو څخه د بدرفع واټن د بکتریاوو د شتون سره مهمه او مسـتقیمه اړیکه لري. که څه هم دغه پایله دا معنا نه لري چې اړیکه نشـته، بلکې ښـایي نور لاملونه لکه د خاورې ډول، د فاضـلاب د زېرمو جوړښـت یا د معلوماتو محدودیتونه د پایلو پر اعتبار اغېزمن وي. نو له همدې امله اړتیا ده چې دا موضوع د پراخو او منظمو څېړنو له لارې توره هم وڅېړل شي.

۱,۶. د اوبو زېرمو پاکولو موده

که څه هم د روغتیا نړۍوال سازمان او نورو څېړنو مطالعاتو ښودلې ده، چې د څښاک اوبو زېرمې که د (۳-۶) میاشتو په موده کې خالي نه شـي، نو د بکتریاو په شـتون او کچه باندې اغېزه لري، مګر ددغې څېړنې د احصـایوي تحلیل پربنسـټ معلومه شـوه چې د اوبو زېرمو پاکولو موده د بکتریاو شتون او کچې سره معنا لرونکې تړاو نه لري (P>0.05)، څکه چې په دغې څېړنه کې ټولې نمونې له هغو زېرمو څخه راټولې شـوي او تر مطالعې لاندې نیول شـویدي، چې د خالي کېدو موده یې تر لسو ورځو زیاته نه وه؛ لامل یې دا و چې د ټولو زېرمو ظرفیت کم او د ډېرې مودې لپاره به‌کې اوبه نه سـاتل کېدلې. همدارنګه پەدې څېړنه کې د جلال‌اباد ښـار د نهو ناحیو له وګړو څخه د کولیفارم بکتریاو په اړه معلوماتو ، وقایوي تدابیرو او د څښـاک اوبو

لابراتواري معايناتو په اړه، د پوښتنپاڼې په‌واسطه، معلومات راټول شوي وو، مګر په ذکر شويو برخو کې د اړوندو ناحيو خلکو معلومات نه درلودل، پر همدې بنسټ د دې څېړنې په احصايوي تحليل کې په پام کې ونه نيول شول.

[illegible]		[illegible]									[illegible]		[illegible]		
[illegible]		لومړی	دويمه	دريمه	څلورمه	پنځمه	شپږمه	اوومه	اتمه	نهمه	شخصي	کرايي	د ښار د نلکو اوبه	ژوره څاه	[illegible]
E. Coli	[illegible]	50.0%	30.0%	30.0%	10.0%	50.0%	30.0%	30.0%	20.0%	60.0%	28.6%	37.1%	50%	33.7%	50.0%
	X^2	8.956[a]									0.621[a]		0.449a		
	p value	0.346									0.431		0.799		
Pseudomonas Spp	[illegible]	40.0%	20.0%	10.0%	30.0%	40.0%	20.0%	10.0%	20.0%	50.0%	21.4%	29%	0.0%	27.9%	0.0%
	X^2	8.182[a]									0.570[a]		1.522[a]		
	p value	0.416									0.450		0.467		
Vibrio-Para hemolytic	[illegible]	10.0%	0.0%	20.0%	10.0%	10.0%	60.0%	10.0%	0.0%	20.0%	21.4%	12.9%	0.0%	15.1%	50.0%
	X^2	23.008[a]									1.067[a]		2.180[a]		
	p value	0.003									0.302		0.335		
Serratia_Marcescens	[illegible]	10.0%	30.0%	30.0%	20.0%	30.0%	40.0%	30.0%	10.0%	70.0%	21.4%	33.9%	0.0%	30.2%	50.0%
	X^2	12.381[a]									1.422		1.240[a]		
	p value	0.135									0.32		0.538		
Salmonella Spp	[illegible]	20.0%	0.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	80.0%	0.0%	17.7%	0.0%	12.8%	0.0%
	X^2	51.784[a]									5.659[a]		0.583[a]		
	p value	0.000									0.017		0.747		
Enterobacter Spp	[illegible]	0.0%	20.0%	20.0%	30.0%	30.0%	10.0%	10.0%	30.0%	60.0%	14.3%	27.4%	0.0%	24.4%	23.3%
	X^2	13.416[a]									1.860[a]		1.274[a]		
	p value	0.098									0.173		0.520		
Klebsiella_oxytoca	[illegible]	0.0%	10.0%	0.0%	0.0%	10.0%	10.0%	20.0%	0.0%	70.0%	10.7%	14.5%	0.0%	12.8%	50.0%
	X^2	34.615[a]									0.241[a]		2.657[a]		
	p value	0.000									0.623		0.265		

د ذخیره کولو موده (په میاشت)				د اوبو سرچینې او بدرفت ترمنځ واټن				د اوبو زېرمه		
د اړتيا پرمهال	٦	٣	١	>15m	15m	10m	5m	فلزي	ځمکنۍ	پلاستيکي
31.6%	40.0%	62.5%	0.0%	50.0%	71.4%	28.8%	33.3%	35.0%	34.5%	34.1%
		3.659a		5.722a				0.004a		
		0.301		0.126				0.998		
25%	80%	12.5%	0.0%	33.3%	28.6%	25.4%	27.8%	25%	20.7%	31.7%
		1.649^a		0.207^a				1.091^a		
		0.648		0.976				0.588		
15.8%	20.0%	12.5%	0.0%	0.0%	14.3%	16.9%	16.7%	5.0%	13.8%	22%
		3.905^a		1.218^a				3.42^a		
		0.272		0.749				0.219		
30.3%	40%	25%	0.0%	16.7%	42.9%	25.4%	44.4%	15%	31%	36.6%
		1.950^a		3.436^a				3.004^a		
		0.583		0.329				0.223		
13.2%	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%	28.0%	15.3%	0.0%	5.0%	6.9%	19.5%
		3.314^a		5.591				3.770^a		
		0.346		0.133				0.152		
22.4%	40%	25%	0.0%	0.0%	0.0%	30.5%	16.7%	10.0%	24.1%	29.3%
		1.585^a		6.102^a				2.805^a		
		0.663		0.107				0.246		
13.2%	0.0%	25.0%	0.0%	16.7%	14.3%	15.3%	5.6%	10.0%	6.9%	19.5%
		1.484^a		1.194^a				2.587^a		
		0.686		0.754				0.274		

۲. جدول : د جلال‌اباد ښار (ناحيو په کچه) د څښاک په اوبو کې د بېلابېلو باکترياو د شتون شمېر او سلنه

په لاندې ځلورم جدول کې د جلال آباد ښار په څښاک اوبو کې د باکتریاوي ککړتیا اندازه په نهو (۹) ناحیو کې ښودل شوې ده. د E. coli باکتریا پریویلانس د ټولو ناحیو په نسبت په دویمه ناحیه کې زیات (۳۶,۶۳٪) و. په دې پسې تر ټولو لوړ پریولانس په لومړۍ، اوومه، دریمه او نورو ناحیو کې ولیدل شو. همدارنګه د سیوډوموناس د نوعو تر ټولو لوړ (۳۳,۳۳٪) پریولانس په ځلورمه ناحیه کې ثبت شو. د دویمې او دریمې ناحیې په اوبو کې د ویبریو پاراهیمولایتیکس باکتریا د نه‌شتون ترڅنګ تر ټولو لوړ (۱۸,۱۸٪) پریولانس په نهمه ناحیه کې ولیدل شو. همدارنګه د Serratia_Marcescens بکتریا تر ټولو لوړ پریویلانس په شپږمې او دریمې ناحیې کې په ترتیب سره (۳۰,۷٦٪) او (۳۰٪) وموندل شو. د دویمې، ځلورمې، پنځمې، شپږمې، اوومې او اتمې ناحیې په څښاک اوبو کې د سلمونیلا بکتریا د نه‌شتون ترڅنګ تر ټولو لوړ پریویلانس په لومړۍ ناحیه کې (۱۳,۳۳٪) ولیدل شو. په همدې ترتیب انتېرو باکتر په لومړۍ ناحیه کې د نه‌شتون ترڅنګ لوړ پریویلانس په اتمې او ځلورمې ناحیې څښاک اوبو کې په ترتیب سره (۵۰٪) او (۳۳,۳۳٪) وموندل شو. همره دې نه‌وي چې کلیبسیېلا اوکسیټوکا د لومړۍ، دریمې، ځلورمې او اتمې ناحیې په څښاک اوبو کې د نه‌شتون ترڅنګ، په اوومه ناحیه کې په لوړ پریویلانس (۲۳,۰۷٪) وموندل شوه .

د بکتریاو د شمېر له‌مخې د ناحیو ککړتیا: د څېړنې په پایله کې په لومړۍ درجه کې لومړۍ او پنځمه ناحیه ۱۵ نمونو (۱۳,۸۸٪)، دویمه درجه کې شپږمه او اوومه ناحیه ۱۳ نمونو (۱۲,۰۳۷٪)، په دریمه درجه کې دویمه او نهمه ناحیه ۱۱ نمونو (۱۰,۱۸٪)، دریمه، ځلورمه او اتمه ناحیه کې ۱۰ نمونو (۹,۲۵٪) د څښاک اوبو بکتریالوژیکه ککړتیا وښودل شوه.

د جلال‌اباد ښار نهه ناحیو څښاک اوبو کې د موندل شویو بکتریاو اوسط: په لومړۍ درجه کې E. coli (۴۰,۱۹٪)، په دویمه درجه کې انتېرباکتر نوعې (۲۰,۴۳٪)، په دریمه درجه کې سیوډوموناس نوعې (۱۹,۵٦٪)، په ترتیب سره Serratia_Marcescens (۱۹,۱٦٪) ، وبریو پاراهیمولایتیک (۱۲,۷٪)، کلیبسیېلا اوکسیټوکا (٦,۱۸٪) او سلمونیلا نوعې شتون په اوسط ډول (۲,۵۹٪) وښودل شو.

بکتریاوې	E. Coli		Pseudomonas Spp		Vibrio-Para hemolytic		Serratia_Marcescens		Salmonella Spp		Enterobacter Spp		Klebsiella _ oxytoca	
ناحیه	فریکوینسي	پریویلانس	فریکوینسي	پریویلانس	فریکوینسي	پریویلانس	فریکوینسي	پریویلانس	فریکوینسي	پریویلانس	فریکوینسي	پریویلانس	فریکوینسي	پریویلانس
لومړۍ	۵	۳۳,۳۳٪	۴	۲٦,٦٪	۳	۲۰٪	۱	٦,٦٦٪	۲	۱۳,۳۳٪	۰	۰٪	۰	۰٪
دویمه	۴	۳۶,۳۶٪	۲	۱۸,۱۸٪	۰	٪	۲	۱۸,۱۸٪	۰	۰٪	۲	۱۸,۱۸٪	۱	۹,۰۹٪
دریمه	۳	۳۰٪	۱	۱۰٪	۰	٪	۳	۳۰٪	۱	۱۰٪	۲	۲۰٪	۰	۰٪
ځلورمه	۱	۱۱٪	۳	۳۳,۳۳٪	۱	۱۱٪	۲	۲۲,۲۲٪	۰	۰٪	۳	۳۳,۳۳٪	۰	۰٪
پنځمه	۴	۲۶,۶۶٪	۴	۲۶,۶۶٪	۱	۶,۶۶٪	۲	۱۳,۳۳٪	۰	۰٪	۳	۲۰٪	۱	۶,۶۶٪
شپږمه	۳	۲۳,۰۷٪	۲	۱۵,۳۸٪	۲	۱۵,۳۸٪	۴	۳۰,۷۶٪	۰	۰٪	۱	۷,۶۹٪	۱	۷,۶۹٪

بکتریاوي	E. Coli		Pseudomonas Spp		Vibrio-Para hemolytic		Serratia_Marcescens		Salmonella Spp		Enterobacter Spp		Klebsiella _ oxytoca	
ناحیه	فریکونسي	پریوالانس	فریکونسي	پریوالانس	فریکونسي	پریوالانس	فریکونسي	پریوالانس	فریکونسي	پریوالانس	فریکونسي	پریوالانس	فریکونسي	پریوالانس
اوومه	۴	۳۰,۷۶	۱	۷,۶۹٪	۱	۷,۶۹٪	۳	۲۳,۰۷٪	۰	۰٪	۱	۷,۶۹٪	۳	۲۳,۰۷٪
اتمه	۱	۱۰٪	۲	۲۰٪	۱	۱۰٪	۱	۱۰٪	۰	۰٪	۵	۵۰٪	۰	۰٪
نهمه	۱	۹,۰۹٪	۲	۱۸,۱۸٪	۲	۱۸,۱۸٪	۲	۱۸,۱۸٪	۰	۰٪	۳	۲۷٪	۱	۹,۰۹٪

۴ـ جدول : د جلال‌اباد ښار (ناحیو په کچه) د څښاک په اوبو کې د بېلابېلو باکتریاو د شتون شمېر او سلنه

مناقشه

په دغه څېړنه کې چې د سپین غر پوهنتون په څېړنیز مرکز کې ترسره شوېده، د جلال‌اباد ښار له نهو (۹) ناحیو څخه په‌کې په انفرادي ډول (۱۰) د اوبو نمونې راټولې شویدي، چې ټولې (۹۰) نمونې کېږي. د نمونو له مطالعې څخه زمونږ موخه د کورونو څښاک اوبو د مخزنونو د باکتریاوي ککړتیا ارزونې او د کولیفارم بکتریاو شتون او تجرید و، چې په تصادفي توګه نور ګرام منفي باسیلونه هم له دې نمونو څخه تجرید شوي دي.که څه هم په اوبو کې زیات شمېر بېلابېلې بکتریاوې شته، خو د لاسرسي وړ امکاناتو پر بنسټ په څېړنه کې اووه ډوله بکتریاوې تجرید او پېژندل شوې دي. نورو څېړنو ښودلې ده چې د نمونو په ملوثیت (Contamination) کې د خلکو نه پاملرنه او د پوهې کموالی د پام وړ ونده لري، نو ځکه معلومه شوه چې د ننګرهار ولایت جلال‌اباد ښار د کورونو د څښاک اوبو په مخزنونو کې د کولیفارم بکتریاو ترڅنګ ځینې نورې ګرام منفي بکتریاوې هم شته، چې د کولیفارم بکتریاو له ډلې د ټولو نمونو څخه په ۳۱ نمونو کې د E. Coli مثبتې پېښې ٪۳۴,۴ سلنه، انتیروباکتر په ۲۱ نمونو کې ٪۲۳,۳ ، کلېبسیلا په ۱۲ نمونو کې ٪۱۳,۳ او په non coliform بکتریاو کې وېبریو پارا هیمولایتیک په ۱۴نمونو کې ٪۱۵,۶، سیراشیه مارسېسینس په ۲۷ نمونو کې ٪۳۰، سیوډوموناس سپیشیز په ۲۴ نمونو کې ٪۲۶,۷ او سلمونېلا سپېشیز په ۱۱ نمونو کې ٪۱۲,۲ بکتریاوې موندل شوي دي . زمونږ څېړنې ته ورته څېړنه په (۲۰۱۵ز) کال کې د پاکستان په هزاره ډویژن کې ترسره شوې، چې په‌کې د ایبټ اباد، هریپور او مانسهرې ښارونه د کولیفارم بکتریاو د تجرید په موخه ټاکل شوي دي او په بېلابېلو وختونو کې ورڅخه (۹۰) نمونې راټولې شویدي؛ د ایبټ اباد د اوبو په نمونو کې ٪۲۰، په هریپور کې ٪۱۷,۷۷ او د مانسهرې اوبو په نمونو کې ٪۱۶,٦٦ د کولیفارم بکتریاوې موندل شویدي. که ذکر شوې سلنه جمع شي، نو د ۵۰ سلنې څخه د کولیفارم بکتریا بېلابېل ډولونه زیاتیږي. د څښاک په اوبو کې د بکتریاو شتون پربنسټ، په یوه بله څېړنه کې د اي‌کولای بکتریا ٪ ۲٦،٦٦ ، aeruginosa بکتریا ٪۱۲،۲۲، H.Pylori بکتریا ٪۸،۸۸ او سلمونیلا ټایفي ٪٦،٦٦ موندل شویدي. زمونږ په څېړنه کې د لابراتواري موادو د امکاناتو محدودیت له‌مخې ځینې بکتریاوې چې په اوبو کې یې د شتون شونتیا شته، نه دي پېژندل شوي. ددغې څېړنې او نورو څېړنو په پایلو کې د بکتریاو تفاوت په دې کې دی، چې هلته په ځینو برخو کې وقایوي

تدابير ترسره شوي دي، په داسې حال کې چې ددې څېړنې موندنو لهمخې د څښاک اوبو لپاره وقايوي تدابير نهشته. دې څېړنې ته ورته څېړنه په نايجيريا کې په (۲۰۱۵ز) کال کې ترسره شوې، چې ايکولای پهکې ۱۴٪، K. oxytoca پهکې ۳،۸٪، Salmonella spp پهکې ۲۲٪ او Enterobacter, Shigella, klebsiella بکترياوې هم پهکې موندل شوي دي خو دقيقه سلنه يې نه ده ښودل شوې.

پايله اخيستنه

څرنګه چې د نورو څېړنو او د روغتيا نړيوال سازمان د مطالعاتو پر بنسټ د څښاک اوبه د بکترياو له شتون څخه بې برخې نه دي، نو په دغې څېړنه کې چې د ننګرهار ولايت جلال‌اباد ښار د نهو (۹) ناحيو څښاک اوبو کيفيت بکترياولوژيکي ارزونې او د کوليفارم بکترياو تجريد په موخه ترسره شوه، وښودله چې د کوليفارم بکترياو په ډله کې له ټولو نمونو څخه په ۳۱ هغو کې د E. Coli مثبتې پېښې ۳۴،۴٪ سلنه، انتيروباکتير په ۲۱ نمونو کې ۲۳،۳٪، کلېبسيلا په ۱۲ نمونو کې ۱۳،۳٪ او په non coliform بکترياو کې وېبريو پاراهيمولايټيکس په ۱۴نمونو کې۱۵،٦٪، سيراشيه مارسېسينس په ۲۷ نمونو کې ۳۰٪، سيوډوموناس سپيشيز په ۲۴ نمونو کې ۲٦،۷٪ او سلمونېلا سپېشيز په ۱۱ نمونو کې ۱۲،۲٪ بکترياوې موجودې وې. د جلال‌اباد ښار په ځينو ناحيو کې ځينو بکترياو لکه اي کولای، سيراشيه مارسېسينس او سيوډوموناس په لوړه سلنه شتون د احصايوي تحليل پربنسټ معنا لرونکي توپير لري (P<0.05). همدارنګه هغه شمېر فکتورونه چې د څښاک په اوبو کې يې د بکترياو پر شتون باندې اغېز يا ورسره اړيکه لرله، وڅېړل شو او معلومه شوه چې کرايي کورونه د سلمونېلا بکتريا د شتون له پلوه تر شخصي کورونو زيات ککړ دي (P<0.05). د اوبو سرچينې، د اوبو د زېرمو ډول، د اوبو سرچينو د پاکوالي موده، د اوبو سرچينو او بدرفع ترمنځه واټن که څه هم عملي اغېز ښيي، مګر ددې څېړنې د احصايوي تحليل پربنسټ معنا لرونکی اغېز/توپير ونه ښودل شو. دا مقاله د نويو څېړنو پربنسټ، روغتيايي متخصيصنو او څېړونکو ته يو بشپړ نظر وړاندې کوي او شونې مداخلې روښانه کوي، چې کولای شي د څښاک اوبو ککړتيا باندې اغېز لرونکو فکتورونو پېژندلو او ککړتيا مخنيوي په اړه لازم عملي اقدامات ترسره کړي.

وړانديزونه

د عامې روغتيا سکتور ته

- د عامې روغتيا اړوند ادارې بايد د ښار د ناحيو له مخې د څښاک اوبو د کيفيت منظمه ارزونه وکړي او د ميکروبي ککړتياو پر وړاندې وقايوي تدابير ونيسي.
- خلکو ته بايد د اوبو د مخزنونو پاکوالي، د اوبو معياري زېرمو انتخاب، د بکترياو خطر او د مخنيوي لارو چارو په اړه د رسنيو، جوماتونو، ټولنيزو غونډو او تعليمي او تحصيلي ادارو له لارې عامه پوهاوی وکړي.

د اوبو رسولو ادارې ته

- د اوبو رسولو اداره دې د اوبو منابعو منظم مديريت او د څښاک اوبو د پاکولو اسانتياوې برابرې کړي.
- د څښاک اوبو پايپونو، زېرمو، پمپ سټېشنونو جوړول او د تخريب شويو پايپوونو ترميمولو ته پاملرنه زياته کړي.
- د نړۍوالو معيارونو په پام کې نيولو سره د څښاک اوبو د کيفيت دوامداره څارنه کول.

څېړونکو ته

- څېړونکي دې د هېواد په کچه د اوبو د کیفیت ارزونې په اړه نورې علمي څېړنې وکړي.
- څېړونکي دې د جلال‌اباد ښار څښاک اوبو ککړتیا اړوند لاملونو په اړه څېړنې وکړي.

اخځلیکونه

1. Dahal P, Rai R, Sharma MR, Chaudhary LN, Chaudhary PN, Khadka N, Rai R. Prevalence of AmpC and Extended-Spectrum Beta-Lactamase Producing E. coli and Klebsiella Spp. In Sewage Effluents of Dharan, Nepal.

2. Lovley DR. Electromicrobiology. Annual review of microbiology. 2012 Oct 13;66(1):391-409.

3.Fricker CR, Eldred BJ. Identification of coliform genera recovered from water using different technologies. Letters in applied microbiology. 2009 Dec 1;49(6):685-8.

4. Hannan A, Anmala J. Classification and prediction of fecal coliform in stream waters using decision trees (DTs) for upper Green River watershed, Kentucky, USA. Water. 2021 Oct 8;13(19):2790.

5.Humayun E, Bibi A, Rehman AU, Ahmad S, Shujaat N. Isolation and identification of coliform bacteria from drinking water sources of Hazara Division, Pakistan. IOSR J Pharmacy. 2015;5(4):36-40. northern Rajasthan, India. Environmental monitoring and assessment. 2009 Dec;159(1):43-50.

6 . Hussain T, Roohi A, Munir S, Ahmed I, Khan J, Edel-Hermann V, Kim KY, Anees M. Biochemical characterization and identification of bacterial strains isolated from drinking water sources of Kohat, Pakistan. African Journal of Microbiology Research. 2013;7(16):1579-90.

7.Abu-Sini MK, Maharmah RA, Abulebdah DH, Al-Sabi MN. Isolation and identification of coliform bacteria and multidrug-resistant Escherichia coli from water intended for drug compounding in community pharmacies in Jordan. InHealthcare 2023 Jan 18 (Vol. 11, No. 3, p. 299). MDPI.

8. Taj MK, Khan MA, Hussian A, Azam S, Khan S, Zafar A, Jaffer S, Ahmed B. ISOLATION AND IDENTIFICATION OF COLIFORM BACTERIA FROM DRINKING WATER OF QUETTA BALOCHISTAN. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2024;31(4):19–25. doi:10.53555/jptcp.v31i4.5288

9. Shah MA, Ullah S, Mehmood A, Ullah F, Shah SI, Ali T, Waheed A, Rasheed SM. Identification of E. coli 0157: h7, coliform, fecal coliform and total coliform from various food samples collected from Islamabad-Pakistan. Pure and Applied Biology (PAB). 2023 Nov 2;13(1):69-74

10. CM E, KC A, JC N, MU O, LI U, BO I. BACTERIOLOGICAL EVALUATION OF KWATA ABATTOIR WASTE WATER AWKA, NIGERIA.

11. Forster B, Pinedo CA. Bacteriological examination of waters: membrane filtration protocol. American Society for Microbiology. 2015 Jun 23:1-5.

12. Edition F. Guidelines for drinking-water quality. WHO chronicle. 2011;38(4):104-8.

13. Parija SC. Textbook of microbiology and immunology. Berlin, Heidelberg, Germany: Springer; 2023 Mar 16.

14. Central Statistics Organization (CSO), Islamic Republic of Afghanistan. Afghanistan Population Estimates for the Year 2023. Kabul: CSO; 2023.

15. Cheesbrough M. District laboratory practice in tropical countries, part 2. Cambridge university press; 2005.

16. Allen ME. Created: Friday, 30 September 2005 Last update: Monday, 01 April 2013

Research Article

Assessment of Bacteriological Contamination in Household Drinking Water Reservoirs in Jalalabad City, Afghanistan"

Mohammad Rasool Hassani[1*], Mohammad Jamil wasim[2]

[1,2]Dempartment of Clinic, Faculty of Medical Laboratory Technology, Spinghar Institute of Higher Education, Nangarhar, Afghanistan.

Article History

Received:22/01/2025

Accepted:14/04/2025

Published:21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords

- Bacteriological Contamination of Water
- Drinking water
- Jalalabad city
- Water Reservoirs

***Corresponding Author**

Mohammad Rasool Hassani

E-mail: hasanihasani432@gmail.co

Contact: + 93 (0) 786444562

Abstract

The bacteriological quality of drinking water is a key public health concern, as the presence of coliform bacteria is commonly associated with fecal contamination. In Jalalabad city, limited attention has been paid to the quality of water reservoirs used for household drinking purposes. Consequently, there is a critical research gap regarding the current status of water quality and the identification of potential infectious agents. To address this gap, the present study was conducted to evaluate the bacteriological quality of household drinking water reservoirs and to detect and isolate coliform bacteria. This cross-sectional observational study was carried out at the Research Center of Spinghar Institute of Higher Education from Qaws 18 to Dalwa 30, 1403 (Solar Hijri calendar). A total of 90 water samples were collected from nine districts of Jalalabad city. In addition to physical and biochemical assessments, bacterial analyses were performed using selective and differential media, including MCA, SSA, EMB, CLED, and TSI. For bacterial identification, standard reference methodologies were employed, including those described in District Laboratory Practice in Tropical Countries by Monica Cheesbrough and Bergey's Manual of Determinative Bacteriology by John G. Holt, PhD. These methods included Gram staining, cultural morphology, and biochemical testing. Statistical analysis was performed using SPSS version 23. The Chi-square and ANOVA tests were applied to evaluate the associations between variables. The results revealed the presence of seven bacterial species: Escherichia coli (34.4%), Serratia marcescens (30%), Pseudomonas spp. (26.7%), Enterobacter spp. (23.3%), Vibrio parahaemolyticus (15.6%), Klebsiella oxytoca (13.3%), and Salmonella spp. (12.2%). Statistically significant relationships were found between bacterial contamination and variables such as district location and household type (owned vs. rented) ($P < 0.05$). However, no significant associations were observed between bacterial presence and factors like water source, reservoir type, proximity to sanitation facilities, or cleaning frequency ($P > 0.05$). This study provides valuable data for researchers and public health professionals, highlighting key risk factors and offering guidance for future interventions aimed at preventing drinking water contamination in urban communities.

خېړنيزه مقاله

د کولمو له درد څخه شکايت لرونکو شلو کلونو څخه کم عمره اشخاصو کې د جارډيازيس ناروغۍ پېښې او اړوند فکتورونه

ټکنالوجېست نور علم خان لقماني[۱] ټکنالوجېست قدرت الله اماني[۲]

[۱،۲] کلينيک ډيپارټمنټ، طبي ټکنالوژي پوهنځی، سپين غر پوهنتون، ننګرهار - افغانستان

د مقالې تاريخچه

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۹/۲۷

د قبليدو نېټه: ۱۴۰۳/۱۱/۱۵

د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹

کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دويم ګڼه: لومړۍ

بنسټيز ټکي

- اړوند فکتورونه
- جارډيازيس
- پېښې

مسؤل ليکوونکی

ټکنالوجست نورعلم خان لقماني

برېښناليک: Paraclinic.bmt @spingharuniversity.edu.af

ګرځنده شمېره: 788722955 (0) 93+

لنډيز

Giardia په ټوله نړۍ کې د کولمو تر ټولو زيات پروتوزوايي انتان دی، اټکل شوی ده چې په کلني ډول د دې ناروغۍ (۲۸۰) ميليونه پېښې رامنځته کېږي. دا پرازيت په بې وزلو هېوادونو کې هر کال يوازې د اسهال (۲،۵) ميليونه پېښې رامنځته کوي. د ننګرهار ولايت په جلال اباد ښار کې يې خپرېدنه نامعلومه ده. د دې څېړنې اصلي موخې په جلال اباد ښار کې تر شلو کلونو کم عمره اشخاصو کې د جارډيازس خپرېدنه او د خطر فکتورونو معلومول دي. دغه Cross-Sectional څېړنه درې مياشتو (د ۱۴۰۳ لمريز کال د سنبلې له لومړۍ څخه د عقرب تر دېرشمې نېټې پورې) په موده کې په سپين غر مومند معالجوي او تدريسي روغتون کې، تر (۲۰) کلونو کم عمره وګړو کې ترسره شوه. ټول هغه وګړي چې د کولمو ناروغۍ درملنې په موخه روغتون ته راغلي وو، په څېړنه کې شامل شوي او د غايطه موادو مايکروسکوپي ازموينې ته معرفي شوي دي. د غايطه موادو په نمونه کې د Giardia Spp مايکروسکوپي معاينه (مستقيم لوند سمېر مېتود) د Giardiasis تشخيص لپاره د سرو زرو معياري مېتود په توګه ګڼل کېږي. دا مېتود د سېستمونو او ټروفوزويټونو کشف کولو لپاره کارول کېږي. د پايلو پر بنسټ، د جارډيازيس پېښو د زده کړو کچې (X^2= 4.579, P=0.040)، د خوراک ترمخه د لاسونو نه پريمينځل (X^2= 13.305, P=0.000)، د څښاک اوبو منبع (X^2= 5.585, P=0.026) او تر مصرف وړاندې د اومه سبزيجاتو نه پريمينځلو (X^2= 4.236, P=0.044) سره معنی لرونکې تړاو درلود. ننګرهار ولايت جلال اباد ښار کې د شلو کلونو څخه کم عمره وګړو کې د جارډيازس خپرېدنه لوړه ده. د خطر ډېرى فکتورونه ناسمې حفظ الصحې پورې تړاو لري. پاکوالي او روغتيايي زده کړو ته پاملرنه، د روغتيا او حفظ الصحې په اړه عامه پوهاوی او د تعليم کچې ته وده ورکول د کنټرول لپاره غوره کړنلارې دي. همدا راز اړوندې دولتي او نړيوالې مرستندويه ادارې د اوبو رسونې سيستمونو او مناسبو تشنابونو برابرولو له لارې د جارډيازس پېښو په کمولو کې مرسته کولای شي.

پېژندنه

Giardia Lamblia چې اوس د Giardia Intestinalis يا Giardia Duodenalis په نوم هم يادېږي، د لومړي ځل لپاره په (۱۶۸۱ز) کال کې د مايکروسکوپ اختراع کونکي (Anton van Leeuwenhoek) په‌واسطه وليدل شوه. دا پرازيت په(۱۹۱۵ز) کال کې د

د هغو ساينس‌پوهانو په نوم ونومول شو، چې په لومړي ځل يې مطالعه کړی و (پروفيسور A. Giard په پاريس کې او ډاکټر F. Lambl په Prague کې).

جارډيا يو فلاجيل لرونکې پروتوزوا ده چې فعال شکل يې د يو نښلوونکي ډيسک په واسطه د کوربه د کولمو د پورتنۍ برخې استر سره ځان نښلوي او په همدې ځای کې تغذيه او تکثر کوي. ټروفوزويټس په هرو (۱۲) ساعتونو کې د دوه ګوني انقسام په ډول وېشل کېږي. په دې توګه يو واحد پرازيت کولای شي په (۱۰) ورځو کې له يو ميليون څخه ډېر او په (۱۵) ورځو کې يو ميليارد ډېرښت وکړي(۱).

د خپل فعال ژوند په څېنو وختونو کې، ټروفوزويټ د کولمو له دېوال څخه ځان جلا کوي، په غايطه مواد کې په خوړند حالت کې موجود وي، خپل سفر ته دوام ورکوي او فعال شکل يې هګۍ ته ورته شکل ته بدلېږي چې د سيست په نوم يادېږي او بالاخره په غايطه موادو کې اطراح کېږي. د سيست د اخراج دوران چې د Shedding په نوم يادېږي، ښايي د مياشتو لپاره دوام وکړي. يوځل چې سيستونه له بدن څخه خارج شي، بل حيوان يا انسان ته د خوړو له لارې انتقالېدلای شي. دغه سيستونه د معدې د اسيد عمل او د هاضمې انزايمونو له امله په ټروفوزويټس يا فعال شکل بدلېږي او د ژوند دوره يې په همدې شکل تکرارېږي. ټروفوزويټ شکل يې (۱۵-۹) مايکرونه اوږد، (۱۵-۵) مايکرونه پراخه او (٤-۲) مايکرونه ضخامت لري. د سيست برعکس، ټروفوزويټ شکل يې د کوربه نه بهر د اوږدې مودې لپاره ژوند نه‌شي کولی. سيستونه د(۱۲-۸) مايکرونه اوږدوالی او د (۹-٦) مايکرونه قطر لري، په يخو اوبو کې له دوو څخه تر درې مياشتو پورې ژوندي پاتې کېدلای شي، مګر منجمد کېدل نه‌شي زغملی(۱).

Giardia په ټوله نړۍ کې د کولمو تر ټولو زيات پروتوزوايي انتان دی، چې د اټکل له مخې يې په کلني ډول (۲۸۰) ميليونه پېښې رامنځته کېږي(۱). په بې وزلو هېوادوالو کې دا پرازيت يوازې هر کال د اسهال (۲,۵) ميليونه پېښې رامنځته کوي(۲). په دې هېوادونو کې Giardia انتان د ماشومتوب په لومړيو وختونو کې واقع کېږي او تر (۱۰) کلونو کم عمره ماشومانو کې يې خپرېدل تر (۳۰٪) پورې رسېږي(۳،۴).

په کشمير دره کې تر دې دمه ترسره شوې څېړنې په ماشومانو کې د پروتوزوايي پرازيتونو (Giardia Intestinalis) او (Cryptosporidum Parvum) د خپرېدو کچه په ترتيب سره (۱۲,۲۸٪) او (۳٦٪) ښودلې ده(٥،٦). په هند کې ډېرې څېړنې ترسره شوې چې په انسانانو او حيواناتو کې د جارډيا شتون څرګندوي(۷،۸). دغه انتان ښايي د شديد اسهال او (Malabsorption Syndrome) لامل شي، چې په پايله کې د ماشومانو د ودې ځنډ او ضعيفه (Psychomotor Development) رامينځته کړي(۹،۱۰). د Giardia انتان همدارنګه د هيموګلوبين (Hb) کچې کموالي او هايپوالبومينيميا پايله لري(۱۱،۱۲).

Giardia Duodenalis يا (G. Lamblia, G. Intestinalis) د نړۍ په کچه د انسانانو په منځ‌کې د کولمو يوه عامه راپور شوې پروتوزوا ده، چې په کال کې شاوخوا (۲۸۰) ميليونه خلک اغېزمنوي(۱۳). جارډيا مخ پر وده هېوادونو کې په کلني ډول د اسهال (۲,٥) ميليونه پېښې رامنځته کوي(۱٤).

G. Lamblia يوه فلاجيل لرونکې پرتوزوا ده، د کوچنيو کولمو په پورتنۍ برخه کې کالوني جوړوي او انسانان د پرازيت د Cysts داخلېدو له لارې په ناروغۍ اخته کوي. Giardia Cysts به نسبي ډول د چاپېريال شرايطو، په ځانګړي ډول کلورين، پر وړاندې مقاومت لري. Giardiasis د هر عمر ناروغي ده، خو په ماشومانو کې يې د خپرېدلو کچه لوړه ده(۱٥).

Giardiasis د هضمي سېستم او Zoonotic ناروغي ده چې د Giardia په نسل یا Genus کې د پروتوزوایي پرازیتونو له امله رامنځته کېږي. جاردیا کولای شي انسانان، پسونه، غواګانې، سپي، پیشوګانې، موږکان، بیزوګان او نور ژوي اخته کړي، مګر انسان د انتان لپاره تر ټولو مهمه سرچینه ده(۱۶،۱۷).

اوس‌مهال، د روغتیاساتنې او ټکنالوژۍ پراختیا سره سره، پرازیتي انتانات په ټوله نړۍ او په ځانګړې توګه مخ پر وده هیوادونو کې د نفوس د زیاتوالي، هوا خرابوالي، د پوهې ټیټې کچې او ضعیفه تغذیې له امله، د روغتیاساتنې له خورا عامو او مهمو ستونزو څخه دي(۱۸).

ددې څېړنې موخې په جلال اباد ښار کې د جاردیازس پېښو او اړوندو فکتورونو څېړل دي، ترڅو د دې ناروغۍ د خطر فکتورونه څرګند او د مخنیوي لپاره یې کړنې وړاندې شي. په نیپال کې د کاهلو خلکو په منځ کې د G. Lamblia انتان د خپرېدلو کچه، د نورو څېړونکو د موندنو سره په ورته ډول، خورا ټیټه ښودل شوې(۱۹). د بېلګې په توګه، د عمر په لوړېدو سره په G.Lamblia انتان د اخته کېدو خطر کمېږي(۲۰).

د جنوبي کوریا او جاپان په ګډون په صنعتي هېوادونو کې د G. Lamblia انتان ډېر عام دی او یو له هغو اصلي پروتوزواو څخه ګڼل کېږي چې د نس ناستې لامل کېږي. یوې ګډې مطالعې د کوریا د سیول ملي پوهنتون په روغتون کې د HIV په ناروغۍ اخته ناروغانو کې د پرازیتي انتاناتو خپرېدل وڅېړل(۲۱).

مخ پر وده هېوادونو کې د اسهال لوی لاملونه د پاکو اوبو او مناسبې حفظ الصحې نه شتون چې کولای شي د باکتریا، پرازیت او ویروس د ودې او لېږد لپاره زمینه برابره کړي(۲۲).

په کشمیر دره هند کې د یوې څېړنې موندنې ښیي چې هغه ماشومان چې له سرخلاصو اوبو (سیندونو/حوضونو) څخه اوبه څښي، ډېر په ناروغۍ اخته شوي او وریسې هغه خلک دي چې د نل او څاه اوبه کاروي. هغه ماشومان چې ناجوش شوې اوبه څښي، د هغو په پرتله چې جوش شوې اوبه کاروي، ډېر په دې ناروغۍ اخته شوي دي؛ ورته پایلې د (Ayalew, A) او ملګرو او (Tigabu, A) او ملګرو له لورې یې په ترسره شویو څېړنو کې هم موندل شوې دي(۲۳، ۲۴).

په کمزورې شخصي حفظ الصحه لرونکو ماشومانو کې د انتان کچه لوړه وه. هغه ماشومان چې لاسونه یې په عادي اوبو سره مینځل او ناپاک شوي نوکان یې ساتل، د هغو ماشومانو په پرتله چې تر حاجت وروسته یې د لاس مینځلو لپاره صابون کاروه او پاک شوي نوکان یې ساتل، د انتان ډېر خطر سره مخ وو. زموږ د څېړنې دا پایلې د(Sah, R. B) او ملګرو له لورې یې د ترسره شوې څېړنې له پایلو سره ورته دي(۲۵).

د ایران کرمانشاه به یوه څېړنه کې د (٦۳۲) قضیو له ډلې، د Giardia Lamblia د خپرېدو کچه (۱۳،۹۳) سلنې سره ده. په کلیوالو اوسېدونکو کې د خپرېدو کچه (۱٥،٦۷) سلنه د ښاري اوسېدونکو په پرتله (۱۱،۰۷) سلنه زیاته وه. د (٤-٦) کلونو کې تر ټولو لوړه کچه (۱٤،۲٤) سلنه او د (۰-۲) کلونو تر ټولو ټیټه (۱،۷٤) سلنه ده، هلکان چې (۱٦،۲۹) سلنه لري د انجونو په پرتله یې د خپرېدو کچه (۱۰،٤٥) سلنه لوړه ده. پرازیتي انتان په هغو ماشومانو کې چې مور او پلار یې لوړې زده کړې نه درلودې زیات و(۲۷). د انتاناتو تر ټولو لوړه سلنه په اګسټ میاشت کې (٥،٨٦٪) وه(۲٦).

په پاکستان کې د یوې څېړنې پایلې د Giardia Intestinalis د خپرېدو کچه (۱۷) سلنه ښودلې. مطالعې ښودلې چې (٦۲) سلنه

ناروغان تر خوړو مخکې د لاسونو مینځلو عادت نه درلود، (۸۱) سلنه ناروغانو ناتصفیه شوې او ناخوټېدلې اوبه کارولې، د (٤٨) سلنه ناروغانو تعلیمي حالت ابتدایي یا تر ابتدایه کچې هم ټیټ و، تر ټولو لوړې (۵۲ سلنه) مثبتې پېښې د ټیټ ټولنیز اقتصادي حالت له امله وې، پهداسې حال کې چې په لوړ ټولنیز-اقتصادي حالت لرونکو کې یې د شتون سلنه یوازې(١٤) ده(۲۷).

د جارډیازس تشخیص

د غایطه موادو په نمونه کې د Giardia Species مایکروسکوپي معاینه دGiardiasis تشخیص لپاره د معیاري مېتود په توګه ګڼل کېږي. دا طریقه د سیستونو او ټروفوزویټونو کشف کولو لپاره ترسره کېږي. د مایکروسکوپي تخنیکونو حساسیت په مستقیم مایکروسکوپي یا Concentration مېتود، د معاینه شویو غایطه موادو د نمونو په شمېر او په مسلکي روزل شویو اشخاصو پورې اړه لري(۲۸).

د نمونې راټولولو او لابراتواري معایناتو کړنلارې

دغه Cross-Sectional څېړنه د درې میاشتو (د سنبلې له لومړۍ څخه د عقرب میاشتې تر دېرشمې نېټې پورې) په موده کې په سپین غر مومند پنځوس بستریز معالجوي او تدریسي روغتون کې، تر (۲۰) کالونو کم عمره ناروغانو کې ترسره شوې. ټول هغه اشخاص چې د کولمو ناروغۍ لپاره روغتون ته راغلي وو، په څېړنه کې شامل او د غایطه موادو مایکروسکوپي ازموینې ته معرفي شوي دي.

د نمونې اندازه او د نمونه اخیستنې تخنیک

په ټولیزه توګه د غایطه موادو (۳۰۹) نمونې، چې هره نمونه یې (۵-۲) ګرامه وه، په پاک کانتینر کې اخیستل شوې، د غایطه موادو هره نمونه په سمه توګه لېبل (د ناروغانو نوم، عمر او د پېژندنې شمېره) شوې وه او ناروغ ته د مناسبې نمونې راوړلو اړوند لازمې لارښوونې شوې وې. نمونې د روغتون پرازیتولوژي څانګې ته راوړل، ژر تر ژره پروسس شوې او ټولې نمونې په مکروسکوپیک او مایکروسکوپیک ډول معاینه شوې.

د غایطه موادو معاینه په معمول ډول یې (Direct wet mount smear) مېتود سره ترسره شوېده، ترڅو په ناروغانو کې د کولمو پرازیتي انتان (جارډیا) کشف شي.

Direct Wet Mount Smear مستقیم لوند سمېر مېتود

د جارډیازس تشخیص زیاتره وخت د غایطه موادو د معاینې پهواسطه تائیدېږي. د فزیولوژیکي مالګې (Normal Saline) په محلول (0.85 NaCl) کې د غایطه موادو معلق یا د سوډیم اسیټېټ، اسیتیک اسید، فارمالین کې تثبیت په اسهالي یا نرمو نمونو کې د GiardiaThrophozoite د لټولو لپاره لوند سمېرکارول کېږي. لوند سمیر یا بې رنګه یا هم د لوګول آیوډین پهواسطه په تلوین شوي شکل (۲-۵ سلنه لوګول محلول) معاینه کېدلای شي. د مستقیم لوند سالین سمېر معاینې پهواسطه د غایطه موادو په تازه نمونو کې متحرک ټروفوزویټونه د لیدلو وړ وي، مګر په تلوین شوي سمېر او (SAF) کې ټروفوزیټ بې حرکته

وي(۲۸). دا چې مستقیم لوند سمېر مېتود ډېر ښه یعنې اسانه، کم مصرفه او په هر ځای کې د ترسره کېدلو وړ مېتود دی او د پرازیت دواړه (سیست او متحرک ټروفوزیټ) شکلونه په‌کې ښه تشخیصېدلای شي. نو مونږ هم له یاد مېتود څخه په خپله څېړنه کې ګټه اخیستې ده.

اخلاقي موارد

تر څېړنې لاندې اشخاصو په اړه د هغوی یا تر (۱۰) کالو کم عمره کوچنیانو له والدینو څخه، د خوښې (رضایت) څرګندولو فورمې په ډکولو سره، اجازه اخیستل شوېده. تر څېړنې لاندې ټولو ناروغانو اړوند معلومات محرم ساتل شویدي. د اخلاقي واردو فورم د سپین غر پوهنتون اخلاقي کمېټې له لورې تائید شوی و. یاد فورم د څېړنې لپاره د لومړنیو معلوماتو او ارقامو راټولولو لپاره کارول شوی او ترلاسه شوي معلومات او ارقام د SPSS ترمغالي (سافټویر) په مرسته تحلیل شوي دي.

پایلې

د ګډونوالو ټولنیزې-جغرافیوي ځانګړنې

د څېړنې د ګډونوالو د ټولنیزو-جغرافیوي ځانګړنو اړوند پایلې په لومړي جدول کې ښودل شوي دي. د پایلو پر بنسټ ډېری (٦٤,١) سلنه ګډونوال نارینه او د ټولو منځنی عمر(١١,٦٣) کاله و. د دې ترڅنګ د ګډونوالو (%٨٣,٥) نالوستي او (%٩٥,٥) بې دندې وو. (% ٨٨,٧)خواب ویونکو د حاجت ترسره کولو لپاره له تشناب څخه ګټه اخیسته، (%٧٨,٣) تر خوراک وړاندې او (%٦٥,٧) تر خوراک وروسته لاسونه مینځل. په ورته ډول (٥٥) سلنه ځواب ویونکو د اوبو له خوندي سرچینو څخه ګټه اخیستله، د دوی له ډلې (%١٨,٤) خلکو د څښلو لپاره له جوش اوبو څخه ګټه اخیستله او ډېر کم شمېر (%٥,٢) ځواب ویونکو په ازاده فضا کې حاجت ترسره کاوه. د دوی په ورځني ژوند کې له خامو سبزیجاتو څخه د ګټې اخیستنې سلنه (٨٩) وه، په‌داسې حال کې چې (%٧٩,٣) یې خام سبزیجات تر استعمال وړاندې مینځل. د دوی له ډلې (٥٢,١) سلنه ګډونوالو د کورونو د کثافاتو او ځځلو ځای پر ځای کولو لپاره ځانګړي ځایونه درلودل، نږدې نیمایي (٥٠,٨) سلنه خلکو کورني حیوانات درلودل؛ په‌داسې حال کې چې (%٤٧,٩) خلکو کورنیو حیواناتو سره تر تماس وروسته خپل لاسونه مینځل.

متغیر	کټګوري	فریکوینسي	سلنه
جنس	نارینه	١٩٨	٦٤,١
	ښځینه	١١١	٣٥,١
د زده کړو کچه	لوستی	٢٥٨	١٦,٥
	نالوستی	٥١	٨٣,٥
د دندې حالت	دنده لري	١٤	٤,٥

	دنده نه‌اري	۲۹۵	۹۵,۵
بیت الخلا لرل	لري	۲۷٤	۸۸,۷
	نه‌لري	۳۵	۱۱,۳
د غسل کولو ځای	عمومي ځایونه	٦٤	۲۰,۷
	تشناب	۲٤٥	۷۹,۳
تر خوراک وړاندې لاسونه مینځل	هو	۲٤۲	۷۸,۳
	نه	٦۷	۲۱,۷
تر خوراک وروسته لاسونه مینځل	هو	۲۰۳	٦٥,۷
	نه	۱۰٦	۳٤,۳
د څښاک اوبو سرچینې	خوندي (لکه د پایپ) اوبه	۱۷۰	٥٥
	ناخوندي اوبه	۱۳۹	٤٥
تر څښلو وړاندې اوبه جوشول	هو	٥۷	۱۸,٤
	نه	۲٥۲	۸۱,٦
په ازاده فضا کې حاجت ترسره کول	ډېر کم	۱۹٥	٦۳,۱
	کله کله	٤۰	۱۲,۹
	ځینې وخت	٥	۱,٦
	زیاتره وخت	٥۳	۱۷,۲
	تل/همېشه	۱٦	٥,۲

په ورځني ژوند کې د خامې سبزی خوړل	هو	۲۷۵	۸۹
	نه	۳٤	۱۱
تر خوړلو وړاندې د خامو سبزیو پرېمینځل	هو	۲٤٥	۷۹,۳
	نه	٦٤	۲۰,۷
د کور د کثافاتو او څخلو ځای پر ځای کول	ځانګړي ځایونه	۱٦۱	۵۲,۱
	عمومي ځایونه	۱٤۸	٤۷,۹
په کور کې د کورنیو ځارویو لرل	هو	۱۵۷	۵۰,۸
	نه	۱۵۲	٤۹,۲
ځارویو سره تر تماس وروسته لاسونه پرېمینځل	هو	۱٤۸	٤۷,۹
	نه	۱٦۱	۵۲,۱
عمر	۳۳,۵±۱۱,٦۳۵,۳۳		
د کورنی د غړو شمېر	٤,۳۷±۱۰,۲٦		

لومړی جدول: د څېړنې د ګډونوالو ټولنیزې-جغرافیوي ځانګړنې

د جاردیازس پېښې او اړونده فکتورونه

د جاردیازیس د پېښو او اړوندو فکتوروتو پایلې په دویم جدول کې ښودل شوي دي. د پایلو پر بنسټ، د جاردیازیس پېښې د زده کړو کچې (X^2= ٤,٥٧٩, P=٠,٠٤٠)، د خوراک تر مخه د لاسونو نه مینځل (X^2= ١٣,٣٠٥, P=٠,٠٠٠)، د څښاک اوبو منبع (X^2= ٥,٥٨٥, P=٠,٠٢٦) او تر مصرف وړاندې د خامو سبزیجاتو نه مینځلو سره (X^2= ٤,٢٣٦, P=٠,٠٤٤) معنی لرونکی تړاو درلود. پر همدې بنسټ د (Chi-Square) احصایې له مخې د پام وړ متغیرونه چې د جاردیازیس ناروغۍ د زیاتوالي لامل کېږي، سلنه او کچه یې په ترتیب سره په نالوستو کې (٤١,٥) سلنه او په لوستو کې (٢٥,٥) سلنه وه. همدارنګه تر خوراک د مخه د لاسونو مینځلو له مخې، په هغو خلکو کې چې تر خوراک د مخه یې لاسونه نه پرېمینځل، د جاردیازیس پېښې په‌کې (٥٢,٨) سلنه او هغوی چې لاسونه یې پرېمینځل د جاردیازیس پېښې په‌کې (٣١,٥) سلنه وې. د دې سربېره هغو (٣١,٧) سلنه ځواب ویونکو چې د څښاک لپاره یې له خوندي اوبو څخه ګټه اخیستله، د جاردیازیس پېښې په‌کې د هغو (٤٤,٧) سلنه خلکو په پرتله چې له ناخوندي اوبو څخه یې ګټه پورته کوله، کمې وې. په اخر کې هغو (٣٥,٩) سلنه ځواب ویونکو چې تر خوراک د مخه یې خامه سبزي پرېمینځله، د هغو (٥٠,٠) سلنه ځواب ویوونکو په پرتله چې خامه سبزي یې له پرېمینځلو پرته خوړله، د جاردیازیس کمې پېښې یې درلودې.

متغیر	کټګوري	د جاردیا حالت		Chi-Square عدد	د P عدد
		منفي	مثبت		
د اوسېدو ځای	کلیوالي	١٦٦ (٦٠,٦٪)	١٠٨ (٣٩,٤٪)	٠,٣٤٤	٠,٥٨٧
	ښاري	٢٣(٦٥,٧٪)	١٢ (٣٤,٣٪)		
جنس	نارینه	١٢٣ (٦٢,١٪)	٧٥ (٣٧,٩٪)	٠,٢١٢	٠,٧١٥
	ښځینه	٤٤ (٥٩,٥٪)	٤٥ (٤٠,٥٪)		
د زده کړو کچه	لوستي	٣٨ (٧٤,٥٪)	١٣ (٢٥,٥٪)	٤,٥٧٩	٠,٠٤٠
	نالوستي	١٥١ (٥٨,٥٪)	١٠٧ (٤١,٥٪)		
د دندې حالت	دنده لري	٩ (٦٤,٣٪)	٥ (٣٥,٧٪)	٠,٠٦٠	١,٠٠٠
	دنده نه‌لري	١٨٠ (٦١,٠٪)	١١٥ (٣٩,٠٪)		

بیت الخلا	لري	١٧١ (٦٢,٤٪)	١٠٣ (٣٧,٦٪)	١,٥٧٥	٠,٢٦٩
	نه‌لري	١٨ (٥١,٤٪)	١٧ (٤٨,٦٪)		
د غسل ځای	عمومي خایونه	٣٤ (٥٣,١٪)	٣٠ (٤٦,٩٪)	٢,١٩٧	٠,١٥١
	تشناب	١٥٥(٦٣,٣٪)	٩٠(٣٦,٧٪)		
تر خوراک وروسته د لاسونو مینځل	هو	١٥٢(٦٢,٨٪)	٩٠(٣٧,٢٪)	١,٢٧١	٠,٢٦١
	نه	٣٧(٥٥,٢٪)	٣٠(٤٤,٨٪)		
تر خوراک د مخه د لاسونو مینځل	هو	١٣٩(٦٨,٥٪)	٦٤(٣١,٥٪)	١٣,٣٠٥	٠,٠٠٠
	نه	٥٠(٤٧,٢٪)	٥٦(٥٢,٨٪)		
د څښاک اوبو منبع	ناخوندي اوبه	٩٤(٥٥,٣٪)	٧٦(٤٤,٧٪)	٥,٤٨٤	٠,٠٢٦
	د پایپ اوبه	٩٥(٦٨,٣٪)	٤٤(٣١,٧٪)		
تر څښاک وړاندې د اوبو جوشول	هو	٤٠(٧٠,٢٪)	١٧(٢٩,٨٪)	٢,٣٨٩	٠,١٣٤
	نه	١٤٩(٥٩,١٪)	١٠٣(٤٠,٩٪)		
په ازاده فضا کې حاجت ترسره کول	ډېر کم	١٢٥(٦٤,١٪)	٧٠(٣٥,٩٪)	٣,٩٧٢	١٠٠,٤
	کله کله	٢٤(٦٠,٠٪)	١٦(٤٠,٠٪)		
	ځینې وخت	٤(٨٠,٠٪)	١(٢٠,٠٪)		
	زیاتره وخت	٣٧(٥٠,٩٪)	٣٦(٤٩,١٪)		
	همیشه	٩(٥٦,٣٪)	٧(٤٣,٨٪)		
په ورځني ژوند کې د خامو سبزیجاتو خوړل	هو	١٧٠(٦١,٨٪)	١٠٥(٣٨,٢٪)	٠,٤٤٩	٠,٥٧٧
	نه	١٩(٥٥,٩٪)	١٥(٤٤,١٪)		

تر مصرف وړاندې د خامو سبزیجاتو مینځل	هو	۱۵۷(۶٤,۱٪)	۸۸(۳۵,۹٪)	٤,۲۳٦	۰,۰٤٤
	نه	۳۲(۵۰,۰٪)	۳۲(۵۰,۰٪)		
د کور د کثافاتو او ځخلو ځای پر ځای کول	ځانګړي ځایونه	۹۱(۵٦,۵٪)	۷۰(٪٤۳,۵٪)	۳,۰۵۱	۰,۱۰۲
	عمومي ځایونه	۹۸(٦٦,۲٪)	۵۰(۳۳,۸٪)		
په کور کې د کورنیو څارویو لرل	هو	۹۰ (۵۷,۳٪)	٦۷(٤۲,۷٪)	۱,۹۸۲	۰,۱٦٤
	نه	۹۹(٦۵,۱٪)	۵۳(۳٤,۹٪)		
څارویو سره له تماس وروسته د لاسونو مینځل	هو	۹۸(٥٦,۲٪)	۵۰(۳۳,۸٪)	۳,۰۵۱	۰,۱۰۲
	نه	۹۱(۵٦,۵٪)	۷۰(٤۳,۵٪)		

دویم جدول: د جارډیازیس پېښې او اړوند فکتورونه

مناقشه

دغه Cross Sectional څېړنه د شپږو میاشتو په موده کې، د جلال اباد ښار په سپین غر مومند پنځوس بستریز معالجوي او تدریسي روغتون کې، په (۳۰۹) تنو هغو ناروغانو باندې ترسره شوېده، چې د ګېډې له درد څخه یې شکایت درلود. د ذکر شویو ناروغانو له ډلې څخه (۱۲۰) تنه ناروغان په جارډیازس اخته وو، چې له دې ډلې (۷۵) تنه نارینه او پاتې (٤۵) تنه ښځینه وو. د نورو څېړونکو د موندنو سره په ورته ډول، د څېړنې موندنې ښیي چې د دې ناروغۍ د خپراوي خطر له لاملونو څخه د لوست کچه ده؛ یعنې په نالوستو وګړو کې یې پېښې د لوستو وګړو په پرتله ډېرې دي. لکه څنګه چې (Woodhall D) په (۲۰۱٤ز) کال کې په خپله څېړنه کې لیکلي دي چې پرازیتي انتانات په ټوله نړۍ کې د روغتیا ساتنې یو له خورا عامو او مهمو ستونزو څخه دي. دا ستونزه په ځانګړي ډول مخ پر ودې هېوادونو کې د نفوس د زیاتوالي، خرابې هوا، د لوست ټیټې کچې او کمزورې تغذیې له امله رامنځته شوې ده(۱۸). همدارنګه په شمالي هندوستان کې د (.Sehgal R) او ملګرو له لورې په (2010ز) کال کې د ترسره شوې څېړنې موندنو ښودلې ده، چې د پرازیتي انتان پېښې په هغو ماشومانو کې چې مور او پلار یې لوړې زده کړې نه درلودې، زیاتې وې(۲۹).

ددې ترڅنګ تر خوراک دمخه د لاسونو مینځلو له پلوه، په هغو خلکو کې چې تر خوراک دمخه یې لاسونه نه پرېمينځل، د جارډیازیس پېښې پهکې (۵۲,۸) سلنه او هغوی چې لاسونه یې پرېمینځل، دا ډول پېښې پهکې (۳۱,۵) سلنه وې. د څېړنې دا موندنه هم د نورو څېړونکو له موندنو سره نږدېوالی لري. په پاکستان کې د یوې څېړنې پایلې وښودله چې د Giardia Intestinalis د خپرېدو کچه (۱۷) سلنه وه، (٦۲) سلنه ناروغانو تر خوراک د مخه د لاسونو مینځلو عادت نه درلود، (۸۱) سلنه ناروغانو غیرفلتر شوې او ناجوش شوې اوبه کارولې او د (٤۸) سلنه ناروغانو د لوست کچه تر ابتدایي یا له دې کچې څخه هم ټیټه وه(۲۷). همدارنګه په نیپال کې د (Sah, R. B) او ملګرو لخوا په (۲۰۱۳ز) کال کې ترسره شوې څېړنې وښودله، چې په کمزورو شخصي حفظ الصحه لرونکو ماشومانو کې د انتان کچه لوړه وه، هغه ماشومان چې لاسونه یې په عادي اوبو سره مینځل او نوکان یې ناپاکه ساتل، د هغو ماشومانو په پرتله چې تر حاجت وروسته یې د لاس مینځلو لپاره صابون کاروه او خپل نوکان یې پاک ساتل، د انتان ډېر خطر سره مخ وو. زموږ د څېړنې پایلې د (Sah, R.B) او ملګرو (۲۰۱۳ز) کال کې د ترسره شوې څېړنې له پایلو سره ورته دي.

همداراز په هغو خلکو کې چې د څښاک لپاره یې مصؤنې اوبه کارولې، د جارډیازیس پېښې پهکې د هغو خلکو په پرتله کمې وې، چې نامصؤنې اوبه یې کارولې. د لومړۍ ډلې خلکو سلنه (۳۱,۷) او د دویمې هغې (٤٤,۷) وه. زمونږ د څېړنې ذکر شوې پایله د (Karanis) او ملګرو د څېړنې له پایلو سره ورته ده. د دوی په څېړنه کې ښودل شوېده، چې مخ پر ودې هېوادونو کې د اسهال لوی لاملونه د پاکو اوبو او مناسبې حفظ الصحې نشتوالی دي، چې کولای شي د باکتریا، پرازیت او ویروس د ودې او لېږد لپاره زمینه برابره کړي(۲۲). د کشمیر په دره هند کې یوه څېړنه، چې د (۲۳,۲٤) پهواسطه ترسره شوې وه، ورته پایلې لاسته راغلې؛ یعنې هغه ماشومان چې له د اوبو له سرخلاصو سرچینو (سیندونو/حوضونو) څخه اوبه څښي، ډېر په دې ناروغۍ اخته شوي دي، وریسې هغه خلک دي چې د نل یا څاه اوبه کاروي.

په پای کې، هغو ځواب ویوونکو چې د خوراک ترمخه یې خام سبزیجات پرېمینځل، په ناروغۍ د اخته کېدلو سلنه یې (۳۵,۹) او هغو ځواب ویوونکو چې خام سبزیجات یې له پرېمینځلو پرته مصرفول، په ناروغۍ د اخته کېدلو سلنه یې (۵۰) وه. زمونږ د څېړنې دا پایله په عراق کې د (Al-Mozan) او ملګرو له لورې په (June 2019) کې د ترسره شوې څېړنې له پایلو سره نږدېوالی لري. یاده څېړنه ښیي چې په خامو سبزیجاتو کې پروتوزوا د هیلمینتیس په پرتله لوړه سلنه لري او بیا په پروتوزوا کې د (G. lamblia) سلنه لوړه (۷۱,۱) وه؛ پهداسې حال کې چې په هیلمینتیس کې د (Ascaries. Lumbricoides) هګیو ډېره (۱۵,٦) سلنه خپرېدنه لرله او په نادر ډول ځینو نورو پرازیتونو لکه (Diphylobomtriom. Latum) نږدې (۱,٦) سلنه او (H. heterophyes,Schistosoma mansoni, S. japonicum,) او (D. caninum) پهکې نږدې (۰,۸) سلنه هم شتون درلود(۳۰).

دوی په دې څېړنه کې د تازه سبزیجاتو د شپږو ډولونو له ډلې تولې (۱۲۸) نمونې معاینه کړې وې، (۱۱۳) نمونې یې د پرازیتونو پهواسطه ککړې وې چې دا شمېر(۸۸,۳) سلنه کېږي. په دې سبزیو کې (Leek) یا نوش پیاز او (Basil) یا ریحان تر ټولو لوړه (۱۰۰) سلنه درلودله؛ پهداسې حال کې چې د ککړتیا دا سلنه په کاهو (Lettuce) کې د نورو په پرتله کمه وه(۳۰).

پایله اخیستنه

د څېړنې د پایلو پر بنسټ د جلال اباد ښار په سپین غر مومند تدریسي روغتون کې د کولمو له درد څخه شکایت لرونکو شلو کالو څخه کم عمره اشخاصو کې د جارډیازیس ناروغي پېښې(۳۸,۸۳) سلنه ښودل شوي دي. د دغې ناروغۍ پېښې د زده کړو کچې، تر خوراک دمخه د لاسونو پرېمینځلو، د څښاک اوبو سرچینو او د خامو سبزیجاتو په پرېمینځلو پورې تړاو لري. ننګرهار ولایت جلال اباد ښار کې تر شلو کالو ښکته عمر لرونکو کې د جارډیازس خپرېدنه لوړه ده. د خطر ډېری فکتورونه ناسمې روغتیا ساتنې پورې تړاو لري.

وړاندیزونه

۱. د روغتیا ساتنې په اړه د ټولنیز او عامه پوهاوي کچې لوړول.
۲. د څښاک پاکو او مصؤنه اوبو برابرولو په برخه کې پانګه اچونه کول.
۳. د تشنابونو او کاناليزاسيون مناسب سېستمونه جوړول.
٤. تر مصرف وړاندې په پاکو اوبو سره، د خامو سبزیجاتو پرېمینځل.
۵. تر خوراک دمخه او تشناب څخه له راوتلو وروسته لاسونه په صابون سره پرېمینځل.

اخځلیکونه

1. Lane S, Lloyd D. Current trends in research into the waterborne parasite Giardia. Crit Rev Microbiol. 2002;28:123–47.
2. Younas M, Shah S, Talaat A. Frequency of Giardia lamblia infection in children with recurrent abdominal pain. J Pak Med Assoc. 2008;58:171–4.
3. Berkman DS, Lescano AG, Gilman RH, Lopez SL, Black MM. Effects of stunting, diarrhoeal disease, and parasitic infection during infancy on cognition in late childhood: a follow-up study. Lancet. 2002;359:564–71.
4. Nematian J, Gholamrezanezhad A, Nematian E. Giardiasis and other intestinal parasitic infections in relation to anthropometric indicatorsof malnutrition: a large, population-based survey of schoolchildren in Tehran. Ann Trop Med Parasitol. 2008;102:209–14.
5. Khan AR, Rasheed M, Koul JA. Prevalence of Giardiasis in Kindergarten school children of Urban Kashmir. Journal of Parasitic diseases. 2002;26(1):30-33.
6. Masarat S, Ahmad F, Chisti M, Hamid S, Sofi BA. Prevalence of Cryptosporidium species among HIV positive asymptomatic and symptomatic immigrant population in Kashmir, India. Iran J Microbiol. 2012;4(1):35-9.

7. Sehgal R, Reddy GV, Verweij JJ, Rao AVS. Prevalence of intestinal parasitic infections among school children and pregnant women in a low socio-economic area, Chandigarh, North India. Reviews in Infection. 2010;1(2):100-103.
8. Jain CB, Nahri R. Prevalence of Giardiasis in children from rural areas of Aurangabad, Maharashtra. Journal of Medicinal Chemistry and Drug Discovery. 2015 Jan:758 -762.
9. Ali SA, Hill DR. Giardia intestinalis. Curr Opin Infect Dis. 2003;16(5):453-60.
10. Simsek Z, Zeyrek FY, Kurcer MA. Effect of Giardia infection on growth and psychomotor development of children aged 0-5 years. J Trop Pediatr. 2004;50(2):90-3.
11. Monajemzadeh SM, Monajemzadeh M. Comparison of iron and haematological Indices in Giardia lamblia infection before and after treatment in 102 children in Ahwaz,Iran. Med Sci Monit.2008;14(1):CR19-23.
12. Solomons NW. Giardiasis: Nutritional implications. Rev Infect Dis.1982;4(4):859-69.
13. Squire, S. A., and Ryan, U. (2017). Cryptosporidium and Giardia in Africa: Current and Future Challenges. Parasitol. Vectors 10, 195. doi: 10.1186/s13071-017-2111-y
14. Thompson,R.C. (2000). Giardiasis as a Re-Emerging Infectious Disease and its Zoonotic Potential. Int. J. Parasitol. 30, 1259–1267. doi: 10.1016/s0020-7519(00)00127-2
15. Betancourt WQ, Duarte DC, Vasquez RC, Gurian PL. Cryptosporidium and Giardia in tropical recreational marine waters contaminated with domestic sewage: estimation of bathing-associated disease risks. Mar Pollut Bull. 2014;85(1):268–73.
16. Heidari A, Rokni MB. Prevalence of intestinal parasites among children in day-care centers in Damghan - Iran. Iranian J Publ Health. 2003;32(1):31-4.
17. Thompson RCA. The future impact of societal and cultural factors on parasitic disease some emerging issues. Int J Parasitol. 2001; 31:949-59.
18. Woodhall D, Jones JL, Cantey PT, Wilkins PP, Montgomery SP. Neglected parasitic infections: what every family physician needs to know. Am Fam Physician. 2014;89(10):803–11.
19. Shakya, B., Rai, S. K., Singh, A., & Shrestha, A. (2006). Intestinal parasitosis among the elderly people in Kathmandu Valley. Nepal Med Coll J, 8(4), 243-70.
20. Laupland, K. B., & Church, D. L. (2005). Population-based laboratory surveillance for Giardia sp. and Cryptosporidium sp. infections in a large Canadian health region. BMC Infectious Diseases, 5, 1-9.

21. Guk, S. M., Seo, M., Park, Y. K., Oh, M. D., Choe, K. W., Kim, J. L., ... & Chai, J. Y. (2005). Parasitic infections in HIV-infected patients who visited Seoul National University Hospital during the period 1995-2003. The Korean Journal of Parasitology, 43(1), 1.
22. Karanis, P., Kourenti, C., & Smith, H. (2007). Waterborne transmission of protozoan parasites: a worldwide review of outbreaks and lessons learnt. Journal of water and health, 5(1), 1-38.
23. Ayalew, A., Debebe, T., & Worku, A. (2011). Prevalence and risk factors of intestinal parasites among Delgi school children, North Gondar, Ethiopia. J Parasitol Vector Biol, 3(5), 75-81.
24. Tigabu, A., Taye, S., Aynalem, M., & Adane, K. (2019). Prevalence and associated factors of intestinal parasitic infections among patients attending Shahura Health Center, Northwest Ethiopia. BMC research notes, 12, 1-8.
25. Sah, R. B., Paudel, I. S., Baral, R., Poudel, P., Jha, N., & Pokharel, P. K. (2013). Prevalence of intestinal helminthic infections and associated risk factors. Indian Journal of Community Health, 25(2), 134-139.
26. Faraji, R., Ahmadian, F., Javadi, G. R., & Barshahi, P. M. (2015). Prevalence of Giardiasis among children in childcare centers in Kermanshah, Iran. Int J Res Med Sci, 3(7), 1717-1720.
27. Karim, A., Zartashia, B., Khwaja, S., Akhter, A., Raza, A. A., & Parveen, S. (2023). Prevalence and risk factors associated with human Intestinal Parasitic Infections (IPIs) in rural and urban areas of Quetta, Pakistan. Brazilian Journal of Biology, 84, e266898.
28. Hooshyar H, Rostamkhani P, Arbabi M, Delavari M. Giardia lamblia infection: review of current diagnostic strategies. Gastroenterology and Hepatology from bed to Bench. 2019;12(1):3.
29. Shukla G, Kaur T, Sehgal R, Rishi P, Prabha V. Protective potential of L. acidophilus in murine giardiasis. Open medicine. 2010 Aug 1;5(4):456-63.
30. Al-Mozan HD, Dakhil KM. Prevalence of parasites in fresh vegetables from two regions of Thi-Qar Province, Iraq. Journal of Pure and Applied Microbiology. 2019 Jun 1;13(2):1103-10.
31. Rockwell RL. Giardia lamblia and Giardiasis with particular attention to the Sierra nevada. Sierra Nature Notes May. 2002 Mar;2(2).

Review Article

Incidence and Associated Factors of Giardiasis in People Under 20 Years of Age with Complaints of Abdominal Pain

Technologist Nooralam Khan Luqmani[1], Technologist Qudratullah Amani[2]

[1,2] Dempartment of Parasitology, Faculty of Medical Laboratory Technology, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan.

Article History

Received: 17/Dec/2024

Accepted: 3/Feb/2025

Published: 21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Edition: 1st

Keywords

- Giardiasis
- Incidence
- Related factors

***Corresponding Author**

Noor Alam Khan Luqmani

Email: Paraclinic.bmt@spingharuniversity.edu.af

Contact: +93 (0) 788722955

Abstract

Giardia is the most common intestinal protozoan infection worldwide, with an estimated 280 million cases occurring annually. In poor countries, this parasite alone causes 2.5 million cases of diarrhea each year. Its prevalence is not known in Jalalabad city, Afghanistan. The main purpose of this study is to determine the prevalence and risk factors of giardiasis in people under 20 years of age in Jalalabad city. This cross-sectional study was conducted for three months (from the 22th of the august to the 20th of the November 2024) in Spinghar Momand Curative and Teaching Hospital among people under the age of 20. All those patients who visited the hospital for intestinal disease were included in the study and were introduced to the microscopic examination of stool. Based on the results, the incidence of giardiasis was related to education level ($X2= 4.579$, $P=0.040$), not washing hands before eating ($X2= 13.305$, $P=0.000$), drinking water sources ($X2= 5.585$, $P= 0.026$) and not washing fresh vegetables before consumption ($X2= 4.236$, $P=0.044$) had a significant relationship. In Jalalabad city of Nangarhar province, the prevalence of giardiasis is high among people under 20 years of age. Many risk factors are related to poor hygiene. Attention to cleanliness and health education, public awareness about health and hygiene and improving the level of education are the best methods for control. Also, the help of relevant government and international aid agencies, such as providing water supply systems and proper toilets, can help reduce the incidence of giardiasis.

مقاله مروری

بررسی عوامل آلوده گی هوای شهرکابل و تاثیـرات آن بر وضعیت صحی شهروندان

پوهنمل ملاجان رحمانی[1]، پوهنیار عصمت الله یعقوبی[2]

[1،2] دیپارتمنت جغرافیه، پوهنځی علوم اجتماعی، پوهنتون پروان، پروان، افغانستان

تاریخچه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۱/۰۴

تاریخ نشر: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹

سال: ۱۴۰۴ هـ.ش جلد: ۲ شماره: ۱

نقاط اساسی

- بررسی، تاثیرات
- شهرکابل
- عوامل
- وضعیت صحی و شهروندان
- آلوده گی هوا

نویسنده مسؤل

پوهنمل ملا جان رحمانی

ایمیل: mullajan.rahmani@gmail.com

شماره تماس: 44401060 (0) 93 +

چکیده

آلوده‌گی هوا یکی از عمده‌ترین مشکلاتی است که بشر با آن رو برو بوده که بر می‌گردد بر فعالیت مخرب بشر که همانا مصرف سوخت‌های فوسیلی، افزایش عراده‌جات و کیفیت پائین آنها، مصرف بی‌کیفیت موادهای سوختی، افزایش نفوس انسانی، امروزه تعداد زیادی از شهرهای جهان به عوامل آلوده-گی هوا دچار بوده که از آن جمله شهر کابل نیز می‌باشد. شهر کابل یکی از آلوده‌ترین شهرهای جهان به شمار رفته که عوامل ازدیاد نفوس، استفاده از موادهای سوختی دودزا، ازدیاد وسایل عراده جات و کیفیت پائین آن، نبود جاده‌های قیر و اسفالت شده، بسته بودن موقعیت جغرافیایی شهر کابل، نبود کانالیزاسیون‌ها، استفاده از چوب، ذغال سنگ، تیر، وجود داش‌های خشت پزی و سایر عوامل دیگر سبب شده که باعث بیماری‌های تنفسی، قلبی و عروقی، سرطانی، تضعیف سیستم ایمنی و مرگ زودرس رو به رو هستند. سالانه هزاران نفر درکابل بر اثر بیماری‌های مرتبط با آلوده‌گی هوا جان خود را از دست می‌دهند. بنابرین هدف این تحقیق، مطالعه و بررسی عوامل آلوده‌گی هوای شهرکابل و تأثیرات آن بر وضعیت صحی شهروندان آن می‌باشد، اینکه شهر کابل یکی از آلوده ترین شهرهای جهان بوده که سبب ایجاد ده‌ها مشکل صحی و اجتماعی شده که از نتیجه آن میلیون‌ها افغانی وارد شفاخانه‌ها و طبیبان کشورهای همسایه شده و آن هم کم نتیجه، لذا تحقیق بالای موضوع فوق مهم شمرده می‌شود.

مقدمه

آلوده‌گی هوا یکی از پدیده‌های هلاک کننده بشریت و محیط اجتماعی بوده که سبب تولید ده‌ها امراض و تکالیف بر انسان، موجودات حیوانی و نباتی شده که همه آنها منبع به فعالیت نادرست و نامعقول بشر دارد. با پیشرفت تکنالوژی و صنعتی شدن کشورها زمینه رشد و توسعه اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی کشورها و ملت‌ها شده، اما از جانب دیگر سبب خطرات و آسیب‌های بزرگی را به کره زمین و حیات زیست آن به بار آورده است. در جریان دو قرن پسین از نتیجه ازدیاد بی‌رویه نفوس جهان، افزایش فعالیت‌های صنعتی و تولیدی، قطع شدن و سوختاندن جنگلات، عدم توجه و ضعف مدیریت‌های زیرساختی توسط مسئولین، افزایش وسایل حمل و نقل، استفاده بیش از حد کشورهای عقب مانده از موادهای سوختی دودزا و آلوده کننده و ده‌ها عناصر و عوامل دیگر سبب آلوده‌گی شهرها و مراکز اداری- سیاسی کشورها شده که از آن جمله شهر کابل که

مرکز اداری و سیاسی افغانستان بوده، یکی از آلوده‌ترین شهرهای جهان معرفی شده که مسبب انواع مختلف امراض و تکالیف انسانی شده که روزانه از این آدرس ده‌ها انسان جان‌های شیرین خود را از دست می‌دهد(۱).

آلوده‌گی هوا یکی از جمله چالش‌های بسیار مهم زیست محیطی در بسیاری از شهرهای بزرگ جهان بوده و شهرکابل نیز از این قاعده مستثنی نبوده. طی دهه‌های اخیر، رشد جمعیت، افزایش تعداد وسایل نقلیه، ساخت و سازهای بی رویه و استفاده نامناسب از منابع انرژی، منجر به افزایش سطح آلاینده‌های هوا در شهرکابل شده است. این آلوده‌گی‌ها شامل ذرات معلق، گازهای گلخانه‌ای، اکسایدهای نایتروجن، سلفر و سایر مواد کیمیاوی مضری می‌باشد، که مستقیماً از صنایع، وسایل نقلیه موتوری و سایر منابع انسانی منتشر می‌شوند. اهمیت پرداختن به مسأله آلوده‌گی هوا در شهرکابل نه تنها به دلیل اثرات مخرب آن بر محیط زیست، بلکه به دلیل پیامدهای جدی آن بر سلامت شهروندان بوده. مطالعات متعدد نشان داده اند که آلوده‌گی هوا می‌تواند باعث بروز و تشدید بیماری‌های تنفسی، قلبی، عروقی، سرطانی و سایر مشکلات سلامتی شود. علاوه بر این، کودکان، سالمندان و افرادی که دارای بیماری‌های مزمن هستند، بیش از سایرین در معرض خطرات ناشی از آلوده‌گی هوا قرار دارند(۲).

این تحقیق به منظور بررسی عوامل آلوده‌گی هوای شهر کابل و تأثیرات آن بر وضعیت صحی شهروندان آن انجام شده است. هدف اصلی این تحقیق، شناخت و تحلیل رابطه بین سطح آلوده‌گی هوا و شیوع بیماری‌های مرتبط با آن در میان ساکنان شهرکابل است. از سوی دیگر، این تحقیق می‌کوشد تا با ارایه داده‌ها و تحلیل‌های علمی، راهکارهای مؤثری برای کاهش آلوده‌گی هوا و بهبود وضعیت سلامت عمومی شهروندان کابل پیشنهاد نماید. با توجه به اهمیت و ضرورت این موضوع، امید است که نتایج این تحقیق بتواند به سیاست گذاران و مسؤلین در تصمیم‌های آتی کمک کند و گامی مؤثر در جهت کیفیت زندگی شهروندان کابل باشد.

آلوده‌گی هوا چیست؟

آلوده‌گی هوا عبارت از وجود هرنوع ماده‌ای در هوا که خواص فزیکی و کیمیاوی هوای تازه را تغیر دهد. یا به عبارت دیگر، آلوده‌گی هوا عبارت از هرگونه تغیر در ویژه‌گی‌های اجزای متشکله محیط به طوری‌که استفاده پیشین از آنها ناممکن گردد و به طور مستقیم یا غیر مستقیم منافع و حیات موجودات زنده را به مخاطره اندازه آلوده‌گی گفته می‌شود. آلوده‌کننده‌ها (آلاینده-ها) معمولاً دراثر فعالیت‌های انسان‌ها پدید می‌آیند و از همراهان دایمی جوامع بشری که تکنالوژی مدرن را در خدمت دارند، می‌باشد. یا به عبارت دیگر آلوده‌گی عبارت از آن اوضاع ناخوشایندی است که به نحوه از آنجا باعث اختلال در زندگی روزمره گردیده و باعث تخریب محیط اجتماعی، بیولوژیکی، فزیکی و ایکوسیستم‌های طبیعی می‌گردد. اینکه با افزایش نفوس، درآمد سرانه، پیشرفت تکنالوژی و بالا بردن سطح استندرد زنده‌گی از عوامل مهم فزاینده آلاینده‌ها به حساب می‌آیند(۱).

هوا یکی از عناصر اصلی حیات است که هرگاه اختلالی در آن ایجاد شود، ادامه زندگی را غیر ممکن میسازد. ۹۹ درصد ترکیب هوا تنها از دو گاز نایتروجن و اکسیجن تشکیل شده است. اضافه شدن هر نوع ماده یا مواد خارجی بر هوا سبب آلوده‌گی هوا گردیده. عوامل آلوده‌گی هوا در مجموع بدو بخش طبیعی و انسانی تقسیم می‌گردد.

آلوده‌گی هوا یکی از عمده‌ترین مشکلاتی است که بشر با آن روبه رو بوده و در بعضی از شهرها به دلیل افزایش بی‌رویه فعالیت‌های صنعتی، مصرف سوخت‌های فوسیلی و تراکم نفوس روز به روز شدیدتر می‌شود(۱).

تعاریف آلوده‌گی هوا

آلوده‌گی هوا عبارت از احتراق نامکمل مواد سوخت است که گازات مضره را به هوا آزاد می‌سازد. این آلوده‌گی‌ها نیز به اقسام مختلف در محیط شیوع پیدا می‌کند. یا آلوده‌گی هوا عبارت از وجود هرنوع آلاینده اعم از جامد، مایع وگاز و یا تشعشع پرتوزا و غیر پرتوزا در هوا به تعداد و در مدت زمانی که کیفیت زندگی را برای انسان و دیگر جانداران به خطر اندازد و یا به آثار باستانی، اموال و حتی اشیا خساره وارد کند می‌باشد(۲).

معیار اندازه گیری آلوده‌گی هوا

یکی از معیاری‌های اساسی برای تثبیت کیفیت هوا در تمام کشورها به وسیله دستگاه‌های تثبیت کیفیت هوا است که به وسیله این دستگاه، میزان گازهای کاربن دای اکساید، سلفردای اکساید، اوزون و سرب مشخص می‌شود. هوا مخلوطی از مقادیر مختلفی ازگازها است این مخلوط از ٪۷۸ نایتروجن و ٪۲۱ اکسیجن و ٪۱ سایرگازها تشکیل شده است(۳).

منابع آلوده‌گی هوا

به صورت کل منابع و عوامل مختلف آلوده‌گی هوا به دو دسته تقسیم می‌شود:

عوامل طبیعی

عوامل طبیعی آلوده‌گی هوا عبارت از توفان، آتش سوزی طبیعی جنگلها، آتشفشان، زلزله، رعد و برق و خشکسالی می‌باشد. البته به دلایل اینکه آلوده‌گی هوا ناشی از عوامل طبیعی مقطعی بوده و دریک مکان مشخص جغرافیایی اتفاق می‌افتد، بیشتر تنها یک محیط محدود را در معرض آلوده‌گی قرار داده و زود گذر می‌باشد و از جانب دیگر این حوادث از ممیزات طبیعت بوده و از فرایندهای شرایط طبیعی می‌باشد که بیان‌کننده خاصیت طبیعت بوده و در مواردی موثریتی نیز برای طبیعت به همراه دارند(۴).

عوامل مصنوعی یا انسانی

انسان‌ها به منظور ادامه زندگی و رفع نیازمندی‌های خویش همیشه ضرورت دارد تا سلسله فعالیت‌های را انجام داده و از منابع طبیعی استفاده نمایند. هرگاه این فعالیت‌ها و استفاده انسان از طبیعت مطابق به اصول منظم و سنجیده شده صورت نگیرد، مشکلات عدیده‌ی از جمله آلوده‌گی‌های محیط زیستی را به وجود می‌آورد(۴).

منابع آلوده‌گی هوا ناشی از فعالیت‌های انسانی به سه شکل ممکن اتفاق می‌افتد:

نقطوی

نظیر موجودیت یک فابریکه در یک مکان مشخص.

ساحوی

این منبع به یک محل یا ساحه مشخص به عنوان یک مجموعه گفته می‌شود. بطور مثال یک ساحه رهایشی یا مسکونی یا ساحه تجارتی و یا هم یک ساحه صنعتی که بنام پارک یا پارک‌های صنعتی معروف می‌باشد.

خطی

عبارت از خط و سیر یا مسیر ترانسپورتی می‌باشد. این بخش مسیر سرک‌ها و شاهراه‌ها و یا خط ریل را در بر می‌گیرد. در این بخش موترهای کلان باربری مخصوصاً موترهای کهنه و دودزا و ریل‌ها نقش بیشتری را درآلوده سازی هوا ایفا می‌کند. تمام فعالیت‌هایی که باعث تولید آلوده‌گی می‌گردد و در هوا انتشار می‌نماید عبارت از منابع آلوده‌گی می‌باشد. منابع اساسی آلوده‌گی‌ها تمام گازات مضره‌ای که به شکلی از اشکال تولید و به هوا آزاد می‌گردد، این منابع به انواع و اقسام مختلف در طبیعت موجود است که به استثنای آلوده‌گی‌هایی که توسط فعالیت‌های انسانی تولید می‌گردد منابع آلوده‌گی طبیعی نیز موجود است که بنام منابع بیوجینیک یا طبیعی یاد می‌گردد. این منابع شامل آتشفشان‌ها بوده که باعث پراگنده ساختن ذرات وگازها در هوا شده و برای میلیون‌ها سال باقی می‌ماند(۲).

منابع آلوده‌گی عبارت از تمام آلات، اسباب، فعالیت‌ها و ساحاتی است که به نحوی از آنجا باعث آلوده‌گی‌ها اعم از عناصر مضره و خطرناک، ذرات خورد و آلوده‌گی‌های جامد و مایع می‌گردد. این منابع اشکال مختلف دارد که می‌توان به چند منبع آن اکتفا نمود.

الف) منابع آلوده‌گی متحرک: منابعی‌که در حرکت بوده و از یکجا به جای دیگر قابل انتقال باشد مانند انواع وسایط ترانسپورتی.

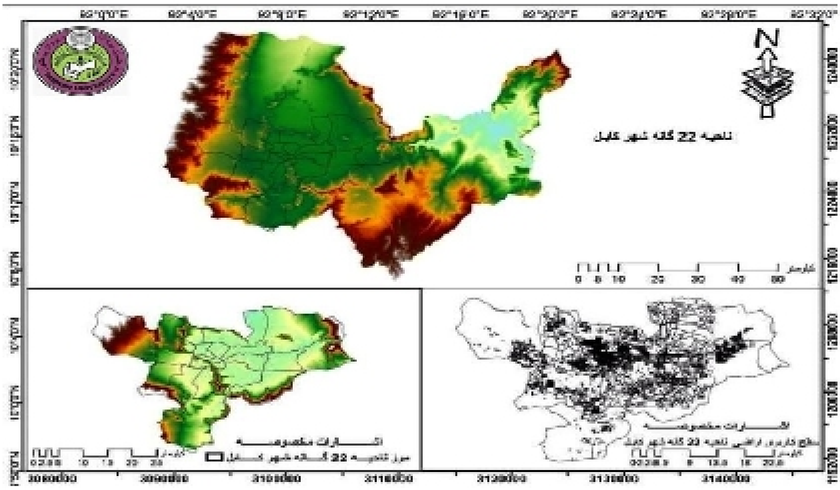
ب) منابع ثابت: منابعی‌که به شکل ثابت باعث آلوده‌گی می‌گردد مانند فابریکه‌ها، صنعت و فابریکات تصفیهء تیل و غیره.

ج) منابع ساحوی: آن منابعی است که در یک ساحه معین قرار دارد و آلوده‌گی آن چشم‌گیر نیست، اما با ترکیب با ساحات دیگر می‌تواند قابل تشویش باشد(۲).

معرفی ولایت کابل

ولایت کابل پایتخت افغانستان بوده، این ولایت مرکز اداری، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی کشور می‌باشد که در نقطه مرکزی کشور موقعیت داشته که به طرف شمال آن ولایت پروان، طرف شمال شرق آن ولایت کاپیسا، طرف شرق آن ولایت لغمان، طرف جنوب شرق آن ولایت ننگرهار، طرف جنوب آن ولایت لوگر و طرف غرب آن ولایت میدان وردک قرارگرفته است که در میان ٦٩ درجه و ١٩ دقیقه شرقی و ٣٥ درجه و ٥٣ دقیقه عرض‌البلد شمالی موقعیت داشته که این موقعیت جغرا فیایی به شهرکابل زیبایی طبیعی خاصی بخشیده است، اما در عین حال چالش‌های جغرافیایی را نیز به همراه داشته. مساحت ولایت کابل در حدود 4524 کیلو متر مربع بوده و با نفوس نزدیک به شش میلیون نفر بوده، نظر به مساحت آن یکی از شهرهای پرتراکم کشور به حساب می‌آید. تاریخ نویسان قدامت شهرکابل را بیشتر از۳۵۰۰ سال میدانند، دولت‌های توسعه طلب و پادشاهان به خاطر موقعیت استراتیژیکی کشور و مرکزیت این ولایت، آنرا به عنوان مرکز اداری و سیاسی (پایتخت) خود گماشته است(۱).

مرکز ولایت کابل شهر کابل بوده که یکی از قدیم ترین و مهم ترین شهرهای کشور به حساب میرود. دارای مساحت ۱۰۳۰ کیلومتر مربع بوده و نفوس آن نزدیک به ۵ میلیون نفر می‌رسد که در هر کیلو متر مربع آن در حدود ۵۲۰۰ نفر زندگی می کند که پرنفوس ترین شهر افغانستان به شمار رفته و دارای ۲۲ ناحیه اداری می‌باشد. این شهر به عنوان مرکز سیاسی، اداری، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی افغانستان شناخته می‌شود. این شهر یکی از آلوده ترین شهرهای جهان محسوب می‌شود. آلوده‌گی هوا در شهر کابل به دلیل ترکیبی از عوامل طبیعی و انسانی به شدت افزایش یافته است(۵).

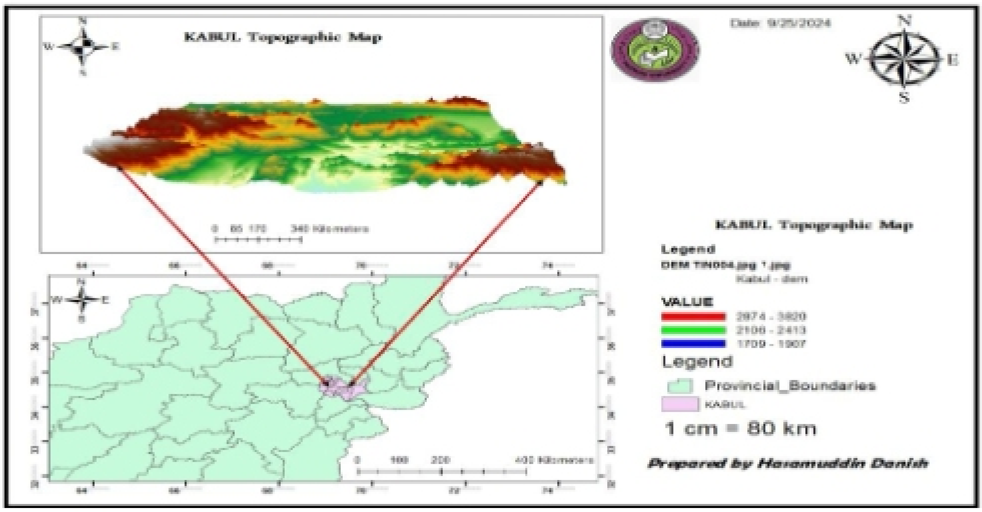


شکل شماره (۱): نمایی از ولایت کابل و شهرکابل

ترسیم کننده: نویسنده مقاله

اوضاع توپوگرافی شهر کابل

توپوگرافی شهر کابل نقش مهمی در رشد شهری و محیطی آن داشته. این شهر در منطقه‌ای کوهستانی واقع شده و رشته کوه‌های فرعی هندوکش غربی در شمال آن قرار گرفته. کوه‌های شیر دروازه و آسمایی از جمله ارتفاعات مهم در شهر کابل هستند که آنرا از جهت‌های مختلف احاطه کرده اند، مناطق دشتی و تپه‌های متعدد در اطراف شهر کابل وجود دارند که برخی از آنها در توسعه شهری مورد استفاده قرار گرفته اند، اما ساخت و ساز در بسیاری از مناطق شیب‌دار دشوار است. شهر کابل با ارتفاع حدود ۱۸۰۳ متر از سطح بحر یکی از مرتفع ترین پایتخت‌های جهان است. از نظر رتبه بندی ارتفاع، شهر کابل در میان ۱۰ پایتخت بلند جهان قرار دارد. خلاصه می‌توان گفت که کابل یک شهر کوهستانی می‌باشد که تقریباً ۱/۳ حصه ای از کل این شهر را کوه تشکیل می‌دهد(۱).



شکل شماره ۲: نقشه توپوگرافی شهرکابل

ترسیم کننده: نویسنده مقاله

آب و هوای کابل

آب و هوای کابل به دلیل موقعیت جغرافیایی و ارتفاع زیاد آن از سطح بحر، آب هوای متفاوتی را در طول سال داشته که عبارت از:

الف) تابستان‌ها: دمای هوا در تابستان گرم و خشک بوده، دما معمولاً بین ۳۰ تا ۳۷ درجه سانتی‌گراد متغیر است. میزان رطوبت در تابستان‌ها بسیار پایین است که هوا را خشک و گاهی اوقات غیر قابل تحمل می‌سازد بادها در تابستان معمولاً خفیف، اما گاهی به دلیل شرایط کوهستانی ممکن است شدیدتر شوند، بارندگی در این فصل کم است و آسمان اغلباً صاف است.

ب) زمستان‌ها: زمستان‌های کابل سرد است، دما ممکن به زیر صفر درجه سانتی‌گراد برسد، میانگین دما در روزهای زمستانی معمولاً بین صفر تا ۱۰ درجه سانتی‌گراد بوده. بارش برف در زمستان‌ها رایج است و باعث به وجود آوردن مشکلات زیادی مانند، مسدود شدن جاده‌ها و کوچه‌های شهر شده و رطوبت در زمستان نسبتاً بالاتر می‌باشد.

ت) فصل بهار و خزان: این فصول دارای آب هوای معتدل هستند در بهار و خزان دما معمولاً بین ۱۵ تا ۲۵ سانتی گراد متغیر است، بهار بیشتر نسبت به خزان شاهد بارندگی است و در این فصل‌ها، بارش و باران بیشتر مشاهده می‌شود(٦).

آلوده‌گی هوا و عوامل آن در شهرکابل

شهری که نفوس آن بیشتر از ۴ میلیون نفر تخمین زده شده است، دارای ۲۲ ناحیه بوده و به طور اوسط در هرکیلومتر مربع آن بیشتر از ۵۲۰۰ نفر زندگی می‌کنند. روزنامه گاردین در سال ۲۰۱٤ شهرکابل را به عنوان پنجمین شهر رو به رشد در جهان شناسایی کرده است. جدی ترین عوامل آلوده‌گی هوا در شهرکابل عبارت از:

- ✓ عدم تطبیق قانون، مقررات و پالیسی محیط زیستی.
- ✓ سوخت غیر معیاری (تیل بی‌کیفیت، استفاده از تایر، چوب، زغال سنگ و دیگر سوخت‌های بی‌کیفیت).
- ✓ مشکل سرک (خام بودن سرک‌ها، کم عرض بودن سرک‌ها، بندش برخی جاده‌ها به دلایل مختلف).
- ✓ نبود سیستم منظم کانالیزاسیون (جمع شدن آب در کنار جاده‌ها).
- ✓ نبود فضای سبز و اعمار منازل مسکونی در اکثر کوه‌های اطراف شهرکابل.
- ✓ عدم همکاری مردم در جلوگیری آلوده شدن هوا.
- ✓ نبود سیستم حمل و نقل جمعی و استفاده بیش از حد وسایط نقلیه انفرادی، نبود ایستگاه برای وسایل نقلیه در شهرکابل.
- ✓ کثافت بیش از حد و تعفن در بعضی نقاط شهر و نبود سیستم‌های باز یافت زباله‌ها.
- ✓ عدم بارش برف و باران و موقعیت جغرافیایی کابل درمیان کوه‌ها(کابل شهری است که توسط کوه‌ها احاطه شده،کوه‌ها به وزش باد و انتقال آلوده‌گی سد واقع شده(۷).

میزان آلوده‌گی هوا در شهرکابل

شهرکابل، پایتخت افغانستان به دلیل نفوس زیاد، ترافیک سنگین، فعالیت‌های صنعتی، ساخت و ساز و سوخت‌های غیر مجاز به شدت با مشکل آلوده‌گی هوا مواجه است. برخی از نقاطی شهرکابل که بیشتر به آلوده‌گی هوا مصاب هستند عبارت از:

ناحیه 1: این ناحیه به دلیل ترافیک سنگین و فعالیت‌های تجاری زیاد دارای سطوح بالای آلوده‌گی است.

ناحیه 3: با فعالیت‌های صنعتی و کارگاه‌های متعدد، این ناحیه یکی از نقاطی با آلوده‌گی بالاست.

ناحیه 4: تراکم نفوس و ترافیک سنگین در این منطقه باعث افزایش سطح آلوده‌گی هوا شده است.

ناحیه 13: با توجه به نفوس بالا و استفاده گسترده از و سایل نقلیه، این ناحیه نیز سطوح بالای آلوده‌گی را تجربه می‌کند.

ناحیه 14: این منطقه به دلیل نزدیکی به مراکز صنعتی و ترافیک زیاد، از آلوده‌ترین نقاط شهرکابل محسوب می‌شود(۸).

نواحی فوق‌الذکر به دلیل تراکم فعالیت‌های انسانی، ترافیک و منابع مختلف آلاینده‌ها، بیشتر در معرض آلوده‌گی هوا قرار دارند. بهبود کیفیت هوا در این مناطق نیازمند اقدامات جامع و هماهنگ از سوی دولت، نهادهای محلی و جامعه است.

اوسط حجم سلفر به مایکروگرم فی متر مکعب در هوا SO۲ (µg/m۳)	اوسط حجم نایترجن به مایکروگرم فی متر مکعب در هوا NO ۲ (µg/m۳)	اوسط حجم ذرات معلق به مایکروگرم فی مترمکعب در هوا PM۱۰ (µg/m۳)	اوسط حجم ذرات معلق به مایکروگرم فی مترمکعب در هوا PM۲,۵ (µg/m۳)	ناحیه	اوسط حجم سلفر به مایکروگرم فی متر مکعب در هوا SO۲ (µg/m۳)	اوسط حجم نایتروجن به مایکروگرم فی متر مکعب در هوا NO۲ (µg/m۳)	اوسط حجم ذرات معلق به مایکروگرم فی متر مکعب در هوا PM۱۰ (µg/m۳)	اوسط حجم ذرات معلق به مایکروگرم فی متر مکعب در هوا PM۲,۵ (µg/m۳)	ناحیه
٦٥	۲۰	٤۰	۱٦٥	ناحیه ۱۲	۷٥	۳۰	٥۰	۲۰٤	ناحیه ۱
۷٤	۲۹	٤۹	۲۰۰	ناحیه ۱۳	۷۰	۲٥	٤٥	۱۹٥	ناحیه ۲
	۳۱	٥۱	۲۰۸	ناحیه ۱٤	۸۰	۳٥	٥٥	۲۳۰	ناحیه ۳
۷۳	۲۸	٤۸	۱۸٤	ناحیه ۱٥	۷۳	۲۸	٤۸	۲۱۹	ناحیه ٤
٦۷	۲۲	٤۲	۱۷۱	ناحیه ۱٦	۷۲	۲۷	٤۷	۱۸۹	ناحیه ٥
٦٥	۲۰	٤۰	۱٦٥	ناحیه ۱۷	٦۷	۲۲	٤۲	۱۷۱	ناحیه ٦
٦۹	۲٤	٤٤	۱۸۲	ناحیه ۱۸	٦۷	۲۲	٤۲	۱۷۱	ناحیه ۷
۷٦	۳۱	٥۱	۲۰۸	ناحیه ۱۹	٦۸	۲۳	٤۳	۱۸٦	ناحیه ۸
۷۳	۲۸	٤۸	۱۸٤	ناحیه ۲۰	٦۹	۲٤	٤٤	۱۸٦	ناحیه ۹
٦۷	۲۲	٤۲	۱۷۱	ناحیه ۲۱	٦۹	۲٤	٤٤	۱۸۲	ناحیه ۱۰
٦٥	۲۰	٤۰	۱٦٥	ناحیه ۲۲	۷۱	۲٦	٤٦	۱۷٥	ناحیه ۱۱

جدول شماره: (۱) اطلاعات در مورد سطح آلوده‌گی هوا در 22 ناحیه شهرکابل که این اطلاعات شامل مقادیر ذرات معلق (PM2.5 و PM10)، دای اکساید نایتروجن (NO2)، و دای اکساید سلفر (SO2) است:

عوامل آلوده‌گی هوا در شهرکابل در فصل زمستان

معمولاً در فصل زمستان کاهش شعاع آفتاب سبب سرد شدن هوا در سطح زمین و سبب کاهش تبادله هوای گرم با هوای سرد شده که در چنین شرایطی نوسانات عمودی جو به راحتی صورت نگرفته و سبب می‌گردد تا تهویه طبیعی صورت نگرفته و باعث نشست هوای سرد که مخلوطی از آلاینده‌های هوای می‌باشد، درسطح زمین گردد. در نتیجه، آلوده‌گی هوا در حدود یک کیلومتر از سطح زمین حبس می‌شود که با بالا آمدن خورشید و گرم شدن تدریجی سطح زمین، هوای سرد به تدریج گرم و همراه با آلوده‌گی‌های آن به سمت بالا رفته و سبب کاهش آلوده‌گی می‌گردد(۷).

تأثیرات زباله‌های فزیکی بر آلوده‌گی هوای شهرکابل

موجودیت فزیکی زباله‌ها در شهرکابل به خصوص در فصل زمستان تأثیرات متعددی بر آلوده‌گی هوا و محیط زیست داشته. این تأثیرات می‌توانند به افزایش آلوده‌گی هوا، آلوده‌گی آب و خاک و نیز ایجاد مشکلات صحی برای ساکنین این شهر منجر شود(۸). در زیر به برخی از این تأثیرات آن اشاره می‌شود:

سوزاندن زباله‌ها: در فصل زمستان به دلیل ضعف سیستم‌های مناسب مدیریت زباله بسیار از مردم زباله‌های خود را می-سوزانند. این عمل منجر به انتشار گازهای سمی و دود زا می‌شود که کیفیت هوای شهر کابل را به شدت کاهش می‌دهد.

گازهای سمی: سوزاندن پلاستیک‌ها، مواد کیمیاوی و زباله می‌تواند گازهای مضری مانند کاربن دای اکساید و سایر گازهای مضره را تولید کند و برای صحت شهروندان کابل خیلی خطرناک می‌باشد.

دود: دود ناشی از سوزاندن زباله‌ها می‌تواند حاوی ذرات معلق (PM2.5) و (PM10) باشد که برای سلامت شهروندان کابل بسیار مضر بوده.

تجمع زباله‌ها: زباله‌هایی که به درستی مدیریت نمی‌شوند در سطح شهر و حاشیه‌ها انباشته می‌شوند. این زباله‌ها می‌تواند منبع بوهای نامطبوع و انتشار گازهای گلخانه‌ای، کیفیت هوای شهرکابل را تحت تأثیر قرار میدهد. پیامدهای ناشی از زباله‌ها در شهر کابل که عواقب خیلی خطرناک برای شهروندان کابل داشته که شامل اثرات صحی، مشکلات اجتماعی، افزایش هزینه‌های اقتصادی، آسیب‌های زیبایی شناختی، افزایش جرم و اختلال مدیریت شهری در قبال خود داشته(۹) .

موضوعات دیگری که شامل آلوده‌گی هوا در شهرکابل می‌گردد عبارت از:

الف) موقیعت جغرافیایی شهرکابل و محاط بودن با کوه‌ها: شهر کابل در یک دره واقع شده و توسط کوه‌های بلند احاط شده است. این وضعیت باعث می‌شود تا جریان هوای تازه به سختی وارد شهر شود و هوای آلوده به راحتی از دره خارج نشود. در نتیجه آلوده‌گی هوا درکابل تجمع می‌یابد و تخلیه نمی‌شود.

ب) تغییرات اقلیمی وکاهش میزان بارندگی‌ها(۳).

منابع ثابت و متحرک آلوده‌گی هوا در شهرکابل

تراکم نفوس

نفوس یکی از اجزای عمده در(تخریب محیط زیست و تحفظ آن) می‌باشد. یکی از مسایل حادیکه در آلوده‌گی بیشتر هوا درکابل سهم همه جانبه گرفته است وسایط نقلیه یا ترافیک، فعالیت‌های صنعتی و تجارتی، تراکم نفوس و مهاجرت‌های جبری و داوطلبانه مردم از دهات به شهرها می‌باشد(۲).

فعالیت‌های ساختمانی و اعماری مجدد

معلق بودن مناطق تخریب شده و فعالیت‌های اعمار مجدد که در بعضی ساحات صورت می‌گیرد یکی از عوامل انتشار گرد و ذرات معلق می‌باشد. این ذرات معمولاً متحرک بوده و توسط باد و فشار سرعت عراده جات به هر سو انتقال می‌نماید(۹).

ساختمان‌های خود سر و غیر مسئول

مشکل مهاجرت‌ها از دهات به شهر و جستجو برای استخدام و سرپناه در شهرهای افغانستان معمول بوده که این مشکل در جریان سال‌های اخیر وضع بحرانی تری به خود گرفته است. حکومت‌ها و قدرت‌های سیاسی در کشور معمولاً مصروف پیاده نمودن اهداف‌ها و خط مشی سیاسی خود بوده و کمتر توانستند تا پلان‌ها و تدابیر شهری را در نظر داشته باشند. علاوه بر آن، شهرکابل که مرکز کشور می‌باشد از نگاه ساحه جغرافیایی آنقدر بزرگ و غول پیکر هم نیست که نتواند مسؤلین را از خواب غفلت بیدار و پلان شهری را تطبیق نماید.

دقت نگری به جغرافیه شهرکابل این را واضح می‌کند که این شهر دره‌یست در بین کوهستانات و ساحات هموار در آن محدود است که باید منحیث ساحات سبز حفظ و از اعمار ساختمان‌ها چه دولتی و چه شخصی جلوگیری گردد. اما متأسفانه که این ساحات سبز تحت حملات شدید ساختمانی قرار گرفته است که تصور میرود پلان‌های بعدی‌ای که مسؤلین متوجه گردد که دیگر شهر کابل فاقد ساحه سبز شده است نتواند کارگر پیدا کند و آنگاه احداث ساحات سبز مصنوعی هیچ دردی را درمان نخواهد کرد(۲).

حمام‌ها

الف: حمام‌های عمومی

در شهرکابل بیشتر از ۹۰۱حمام عمومی وجود داشته که معمولاً در بین ساحات مسکونی و رهایشی اعمار شده اند. این حمام‌ها اکثراً برای گرم ساختن آب مورد ضرورت از چوبی که از ساحات جنگلات کشور وارد می‌گردد استفاده می‌کنند. در پهلوی آن پلاستیک، رابر و مبلایل سوخته نیز یکی از مواد سوخت در این حمام‌ها می‌باشد. دود و بوی که از اینها خارج می‌گردد باعث اذیت باشنده‌گان منازل مجاور و ساحات نزدیک آن می‌گردد که به همین طریق به تمام ساحات انتشار میابد. یکی از عوامل آلوده‌گی هوا می‌تواند همین دود و کثافات تولید شده از آن باشد(۹).

ب: سقاوه‌ها

سقاوه نوع دیگر از حمام بوده که مانند حمام‌های عمومی توسط سکتور خصوصی پیش برده می‌شود. این نوع حمام‌ها عموماً در ساحات تجارتی و نزدیک به مارکیت‌ها و ساحات از دحام مردم موقعیت دارند. سقاوه‌ها نیز برای گرم ساختن آب از چوب استفاده نموده و رابر و پلاستیک هم از منابع مواد سوخت آن می‌باشد. گازات دای اکساید و فوران آن که در اثر حریق پلاستیک و رابر آزاد می گردد، صحت مردم ساحات مذکور را به خطر جدی مواجه ساخته است. آب ملوثی که از این حمام‌ها سرازیر می‌گردد، به جوی‌های اطراف سرک جریان پیداکرده که مقادیر زیاد مواد ملوث شده را همراه می‌باشد. به یقین گفته می‌توانیم که در صورت ریزیش باران این مواد فاسده به روی سرک و کوچه‌ها ذخیره شده که بعداً خشک شده که که می‌تواند عوامل عمده آلوده‌گی را به وجود آورد(۲).

نانوایی‌ها

نانوایی‌ها در شهرکابل از قدیم مروییج بوده و نیازمندی‌های پخت و پز نان خشک شهروندان را مرفوع می‌سازد. روزانه مقادیر قابل ملاحظه مواد سوخت را استفاده می‌نمایند. مواد سوخت آن عموماً گاز و چوب بوده و می‌تواند یکی از منابع آلوده‌گی هوا باشد.

سیلوها و شیرنی پزیها

درحال حاضر در حدود 34 سیلوی خورد و شیرنی پزی‌ها در شهرکابل فعالیت دارند. اینها معمولاً جهت پیشبرد تولیدات شان از ذغال سنگ و چوب و بعضی اوقات از رابر و موبلایل سوخته استفاده می‌کنند، دودی که از این بخش آزاد می‌گردد به اندازه کافی در آلوده‌گی هوای شهرکابل سهم می‌گیرد. سیلوهای‌که توسط مواد سوخت جامد فعالیت دارند منابع عمده تولیدات گازات مضره از جمله کاربن مونواکساید بوده که با آنکه خود زهری می‌باشد در تعامل بادیگر عناصر می‌تواند خطرناک تمام گردد(۹).

داش‌های خشت

داش‌های خشت یکی از نوع دیگر آلوده‌گی هوا بشمار می‌رود چون مواد را که استفاده می‌نمایند مواد سوخت آنها را معمولاً چوب، پلاستیک، نی، رابر و غیره تشکیل می‌دهد. یکی از مشکلات عمده آن قرار گرفتن این دستگاه‌ها در ساحات باد رو شهر محاسبه گردیده است که باعث آلوده‌گی هوای شهرکابل و اطراف آن می‌شود که مشکلات زیادی را برای سلامت شهروندان کابل به بار میآورد.

شکل شماره 2: نقشه توپوگرافی شهرکابل منبع(۱۰)

دستگاه‌های مرکزگرمی

علاوه بر مرکزگرمی‌ها در تعمیرات و مؤسسات حکومتی، فابریکه‌ها و تعمیرات انفرادی، یگانه دستگاه بزرگ مرکزگرمی در مکرویان‌ها موجود است که در زمستان فعال می‌باشد. مواد محروقاتی این مرکزگرمی به شکل خام و تصفیه نشده از صفحات شمال کشور وارد می‌گردد. دودی که از این دستگاه آزاد می‌گردد می‌تواند یکی از اسباب آلوده‌گی هوا در شهرباشد.

فابریکه‌های مخلوط قیر

اکثریت این ماشین‌ها توسط تیل فعالیت کرده که خود در قسمت آلوده‌گی هوا سهم می‌گیرد. همچنان ماشین آلاتی که به این منظور وارد می‌گردد عموماً کهنه و دست دوم بوده و دستگاه‌های تصفیه دود و گازات در آن تعبیه نشده است(۲).

گرد و غبار و ذرات معلق

شهرکابل در مقایسه با شهرهای بزرگ جهان، هجدهمین شهر آلوده جهان با داشتن ذرات معلق PM10 و PM2.5 است، که بیشترین میزان ذرات معلق در هوا را دارد، قرار گرفتن کوتاه مدت در معرض ذرات معلق یک عامل خطر برای سکته قلبی می‌باشد. در شهرکابل پایتخت افغانستان در فصل سرما، هر خانواده کابلی در حدود ۲۲۰۰ کیلو گرم سوخت فوسیلی مصرف می‌کند. این سوخت‌ها شامل زغال سنگ و چوب می‌باشد(۱۱).

ساحات صنعتی

با وجود اینکه تقویت سرمایه‌گذاری ملی و خارجی در انکشاف سکتور صنعت در اولویت بالا قرار دارد، در شهر کابل درحدود 85 فابریکه خورد در قسمت‌های شرقی شهر وجود دارد. اینها شامل فابریکه‌های صنعتی و تجارتی، چرمگری، پلاستیک سازی و غیره می‌باشد. 99 فیصد این فابریکات از جنراتورهای دیزلی با ولتاژ بلند استفاده می‌نمایند و هیچ کدام آن به جریان برق آبی وصل نمی‌باشد. علاوه بر جنراتورها، سیستم فاضلاب و تنظیم کثافات نیز در این فابریکه‌ها بسیار ضعیف بوده و عموماً از روغنیات غیر معیاری استفاده می‌گردد(۲).

ترافیک(وسایط نقلیه)

جنگ‌های داخلی در طی سه دهه اخیر همه شبکه سرک‌ها، شاهراه‌های افغانستان را شدیدا خساره‌مند ساخته است. به علت گسترش شهر نشینی آلوده‌گی ناشی از وسایط نقلیه هم مانند سایر انواع آلوده‌گی‌ها قابل ملاحظه است، که از نوع آلوده‌گی خطی به حساب می‌آید و در عین حال گذرا و قابل عبور است و آلوده‌گی را که ناشی از وسایط نقلیه بدست می‌آید، از نقطه نظر کمی و کیفی هم مانند آلوده‌گی صنعتی برای سلامت شهروندان مضر است. از این رو توجه و ملاحظه جدی برای کنترول آلوده‌گی وسایط نقلیه ضروری است.انتشار دود عراده‌جات در کابل باعث آلوده‌گی بیرونی گردیده است، که آلوده‌گی‌های درونی را نیز ممکن ساخته است، این میلان در زمستان نسبت تغیر اقلیم بیشتر متصور است(۲).

شکل شماره (4): تصویری ازمنابع آلوده‌گی هوا شهرکابل(۸).

استیشن‌های برق حرارتی

این نوع دستگاه‌ها درصورتی‌که فلترهای تصفیه نداشته باشد می‌تواند یکی از اسباب مهم آلوده‌گی هوا باشد.

پیاده روها و عابرین

با ملاحظه به ابعاد مختلف آلوده‌گی‌های فزیکی و بیولوژیکی هوا در شهرکابل باید متذکر شد که انسان‌ها به غیر از ساحات رهایشی که در آن زندگی می‌کنند و منجر به تولید آلوده‌گی می‌گردد، در جریان عبور و مرور و پیاده رو نیز یک مقدار آلوده‌گی‌ها را ببار میآورد.

تیل‌های وارداتی

هر چند عوامل آلوده‌گی هوا متعدد است، اما یکی از عوامل عمده به ویژه در شهرهای مزدحم چون کابل مصرف تیل در وسایط نقلیه، جنراتورها و سایر دستگاه‌ها می‌باشد. در صورت استفاده از تیل‌های بی‌کیفیت اثرات منفی به مراتب افزایش می‌آبد. آنچه در این میان از چندین دهه بدین سو توجه محققین را در خود جلب نموده میزان سلفر در تیل دیزل و میزان سرب در پطرول می‌باشد. سرب در بدن به دماغ، جیگر، گرده و استخوان‌ها اثر گذاشته و در دندان‌ها و استخوان‌ها ذخیره می‌گردد. اثرات صحی سرب شامل جلوگیری از تکامل نورمال وظایف دماغ در اطفال و مبتلا شدن به امراض قلبی و تنفسی در بزرگ سالان می‌گردد(۱۳).

جنراتورها و سهم آن در آلوده‌گی هوا

کمبود انرژی برق در شهرکابل وضع هوا را بدتر ساخته است. این مشکل باعث گردیده است تا بخاطر پیشبرد فعالیت‌های روزمره هزاران جنراتورها با و لتج‌های مختلف فعالیت نماید.

مشکلات صحی ناشی آلوده‌گی هوا در شهرکابل

شهر کابل درگذشته‌های نزدیک از پاک‌ترین شهرهای جهان محسوب می‌شد، اما متأسفانه امروز مبدل به مرگبارترین شهرها شده است. اداره ملی حفاظت از محیط زیست اعلام کرد که سالانه در اثر آلوده‌گی هوا در شهر کابل تنها 5000 هزار نفر جان خود را از دست می‌دهند(۹).

آگاهان تاکید می‌کنند که صنعتی شدن زندگی و تولیدگازها و ذرات آلوده و معلق موجود در هوا، سلامتی مردم را تحت تأثیر قرار داده و آلوده‌گی هوا برای تمامی افراد جامعه مضر است. اما کودکان، سالمندان، زنان باردار و بیماران قلبی در معرض آسیب بیشتر و پرخطر قرار دارند. صندوق حمایت ازکودکان سازمان ملل یا یونیسف (UNICEF) میزان آلوده‌گی هوا در کشورهای جنوب آسیا شامل افغانستان را حدود شش برابر از حد مجاز تعریف میکند(۱۴).

گزارش فوق بیان می‌دارد که تنفس ذره‌های زهری هوا به حجره‌های مغز آسیب می‌رساند. داکتران تصریح می‌کنند، هنگامی که آلاینده‌های موجود در هوا وارد بدن می‌شود، سلول‌های بدن را تخریب کرده و باعث تضعیف سیستم ایمنی می‌گردد.

آلوده‌گی هوای شهرکابل تأثیرات متعددی را بر وضعیت صحی شهروندان آن داشته که عبارت از:

الف) بیماری‌های تنفسی: با شروع فصل سرما در شهرکابل شمار بیماران به امراض تنفسی نیز افزایش می‌یابد. این درحالی است که تنها شفاخانه صحت طفل درکابل از چند برابر شدن بیماران تنفسی خبر می‌دهد.

مسؤلان شفاخانه صحت طفل درکابل می‌گویند که روزانه به اثر آلوده‌گی هوا، شمار بیماران این شفاخانه به طور قابل توجهی افزایش یافته است. داکتران این شفاخانه می‌افزایند که اثرات آلوده‌گی هوا نه تنها سبب بیماری‌های سیستم تنفسی کودکان در دوره کودکی می‌شود، بلکه آسیب‌های دیگری را در طولانی مدت نیز برای آنان به میان می‌آورد(٦).

ب) بیماری‌های قلبی و عروقی: مواجهه با آلوده‌گی هوا را می‌توان به عنوان یک عامل خطر نو ظهور جدی برای ایجاد و توسعه بیماری‌های قلبی و عروقی دانست. مواجهه کوتاه مدت با آلاینده‌های هوا باعث بیماری‌های حاد قلبی و فشار خون می‌شود. آلوده‌گی هوا می‌تواند خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی را افزایش دهد. ذرات معلق و گازهای مضره می‌تواند به جریان خون وارد شده و باعث التهاب عروق و افزایش فشار خون شوند(۴).

ج) میزان مرگ و میر ناشی از سرطان: مطالعات نشان داده که آلوده‌گی هوا می‌تواند خطر ابتلا به سرطان ریه و سایر انواع سرطان‌ها را افزایش دهد. برخی از ترکیبات کیمیاوی موجود در هوای آلوده دارای خواص سرطان زا هستند. وزارت صحت عامه افغانستان می‌گوید که بر اثر آلوده‌گی هوا در افغانستان، بیماری‌های سرطانی در بین شهروندان افزایش یافته است. این وزارت اضافه می‌کند که آلوده‌گی هوا سالانه ۲۰ هزار افغان را مبتلا به امراض سرطانی می‌کند که ۱٦ هزار تن این بیماران جان شان را از دست می‌دهند. وزارت صحت افغانستان همچنان تصریح می‌کند که همه ساله ۳۵۰۰ زن در افغانستان به سرطان سینه مبتلا می‌شوند که ۵۰ درصد آنان زندگی خود را به همین دلیل از دست می‌دهند و یکی از عوامل سرطان سینه نزد زنان، آلوده‌گی هوا است(۱۵).

د) بیماری‌های چشمی و پوستی: آلوده‌گی هوا می‌تواند باعث تحریک و التهاب چشم‌ها و پوست شود. گازهای مضر و ذرات معلق موجود در هوا باعث سرخی، تحریک چشم، خشکی، کاهش دید، خارش و سوزش چشم‌ها و حساسیت‌های پوستی می‌شود.

قرارگرفتن در هوای آلوده دارای ذرات هایدروکاربن و سلفر باعث متأثر ساختن قسمت‌های پوست سر، دست‌ها و صورت به ویژه دور چشم‌ها بیشتر از سایر نقاط بدن آسیب می‌بیند(۳).

هـ) بیماری‌های مرتبط با سیستم عصبی: تحقیقات نشان می‌دهد که آلوده‌گی هوا در شهرکابل خطر بیماری‌های مرتبط با سیستم عصبی را افزایش می‌دهد و این موارد شامل سردرد، کاهش تمرکز و توجه، مشکلات خواب، کاهش عملکرد شناختی و بیماری‌های عصبی و مزمن را به بار می‌آورد(۳).

و) اثرات برکودکان و کهن سالان: قرارگرفتن کودکان و کهن سالان در معرض آلوده‌گی هوا در شهرکابل موجب مشکلات رشدی و توسعه‌ای، کاهش رشد ریه، افزایش بیماری‌های تنفسی، تأثیری بر رشد مغزی، توانایی‌های شناختی، تشدید بیماری-های مزمن، کاهش ظرفیت فعالیت‌های روزمره، افزایش بسترهای درمانی و افزایش نرخ مرگ و میر در بین کهن سالان می‌شود(١٦).

ز) افزایش مرگ و میر: آلوده‌گی هوا در شهرکابل باعث افزایش نرخ مرگ و میر زودرس در بین جمعیت شهروندان می‌شود، به ویژه کودکان و کهن سالان یکی از آسیب پذیرترین قشر جامعه در مقابل آلوده‌گی هوا محسوب می‌شوند(۴).

براساس گزارش سازمان صحی جهانی(WHO) سالانه ۲،۵ میلیون نفر در جهان بر اثر آلوده‌گی هوا جان خود را از دست می‌دهند. از سوی دیگر باعث افزایش بیماری‌های در شمار بسیار زیادی می‌گردد، که این امر باعث افزایش تقاضا برای مراقبت‌های سلامت می‌شود و افزایش تقاضا هم افزایش هزینه‌های سلامت را به دنبال دارد(۱۳).

آلوده کننده‌های هوا

شش نوع از مواد به عنوان آلوده کننده‌های عمده هوا شناخته شده اند که باعث به وجود آمدن بیش از 90% از عوامل آلوده‌گی هوا در شهر کابل می‌شوند. این شش ماده عبارت از:

۱ -کاربن مُنو اکساید: گازی بی بو، بی رنگ و سمی که بر اثر احتراق ناقص ایجاد می‌شود.

۲- اکسایدهای سلفر: به ویژه دای‌اکساید گوگرد، ذغال سنگ و سوخت‌های نفتی مقداری گوگرد نیز در خود دارند و سوختن آنها دای اکساید گوگرد تولید می‌کند.

۳- اکسایدهای نایتروجن: که به اثر احتراق در دمای بالا تولید می‌شوند. دای اکساید نایتروجن بوی تند و زننده دارد و رنگ قهوه‌ای که بر فراز آسمان شهرهای بزرگ دیده می‌شوند ناشی از این گاز است.

۴- ذرات معلق: ذرات معلق به تمامی اجزای ریز مایع یا جامد (به جز آب خالص) گفته می‌شود که در جو زمین پراکنده هستند و اندازه میکروسکوبی یا زیر میکروسکوبی، اما بزرگتر از ابعاد مالکولی دارند. ذرات کوچکتر بسیار خطرناک‌تر هستند؛ چرا که

به ریه‌ها نفوذ کرده و برخی از آنها حتی وارد جریان خون می‌شوند و باعث بیماری‌های تنفسی و قلبی مختلف شده. این ذرات هم‌چنین بر روی خاک و آب نشسته و آلوده‌گی منابع آبی و خاک را موجب می‌شوند.

۵ -هایدروکاربن‌ها: گازی که عاملی اصلی تخریب لایه اوزون است و استفاده از ترکیباتی که باعث آزادسازی آن شده، در شرایط فعالی ممنوع بوده.

6- ترکیبات آلی فرار: این ترکیبات به دو دسته متان و غیر متان‌ها تقسیم شده. متان گاز اصلی تشکیل دهنده گاز طبیعی است و اثر گل خانه‌ای بسیار نیرومندی دارد. بقیه ترکیبات آلی هم اثرات گل خانه‌ای قابل توجهی دارند. قرار گرفتن در معرض این نوع گازها به طور دوامدار می‌تواند منجر به سرطان خون شود(۱۳).

پیامدهای ناشی از آلوده‌گی هوا

هوا یکی از اساسی ترین نیازهای فیزیولوژیک انسان است، به طوری‌که ادامه حیات بدون هوا حتی برای چند دقیقه غیر ممکن است. آلوده‌گی هوا بر اساس گزارش سازمان صحی جهان در سال۲۰۲۱م چهارمین عامل خطر مرگ در جهان و مهمترین تهدید محیط زیستی برای سلامت انسان است(۸).

آلوده‌گی هوا یکی از معضلات بزرگی است که جهان به آن روبرو است. طبق گزارش سازمان صحی جهان (WHO)در سال ۲۰۲۲م بیش از ۷ میلیون انسان در سراسر جهان زندگی خود را از دست داده اند و از هر ۱۰ نفر در جهان ۹ نفر در هوای آلوده‌ی پائین‌تر از سطح استندردهای سازمان صحی جهان زندگی می کند. در مجموعه همه‌ی این پیامدها که بر شرایط زندگی درکره زمین تأثیر دارد که به چهار بخش عمده تمرکز دارد و به ۱- شیوع و گسترش امراض، ۲- گرم شدن کره زمین، ۳- تخریب لایه اوزون، ٤- بوجود آمدن باران‌های تیزابی می‌توان تقسیم نمود(۱۴).

۱- **شیوع و گسترش امراض:** آلوده‌گی هوا سبب گسترش امراض گردیده، صحت و سلامتی شهروندان کابل را در معرض خطر قرار داده. چنانچه که دیده می‌شود، انسان در تنفس خود اکسیجن را اخذ و کاربن دای اکساید را خارج می‌سازد. زمانی‌که این تنفس از هوای آلوده صورت می‌گیرد، گازات مضره‌ی که در هوای آلوده وجود می‌داشته باشد از طریق تنفس وارد سیستم تنفسی شده، به این ترتیب انسان را به امراض مختلف تنفسی از قبیل سرفه، گلو دردی، نفس تنگی، برونشیت، آسم و امراض دیگری مانند سوزش چشم و حتی التهاب جلدی، سرطان ریه ... بیماری‌ها مواجه می‌سازد.

۲- **گرم شدن کره زمین:** عبارت از درجه حرارت زمین می‌باشد که در نتیجه‌ی اثر گلخانه‌ی بوجود می‌آید. گرم شدن کره زمین هم اکنون نگرانی جدی را در میان جوامع بشری بیار آورده است، چرا که این پدیده عواقب خطرناکی مانند تغیرات اقلیم، خشک‌سالی‌ها، سیل، توفان، ذوب شدن یخچال‌های قطبی و کوهستانی و به سبب آن بلند رفتن آب ابحار، کاهش سطح آب رودخانه‌ها، آتش سوزی جنگل‌ها و ... را در قبال دارد.

۳- **تخریب لایه اوزون:** گاز آبی رنگی بنام اوزون که از سه اتوم اوکسیجن تشکیل گردیده، لایه‌ی به شکل یک کمربند در طبقه‌ی دوم اتموسفیر زمین یعنی استراتوسفیر به وجود آورده که بنام لایه اوزون یاد می‌گردد. این گاز به مانند یک فلتر، زمین را از ورود اشعه‌ی مضره آفتاب(ماورای بنفش)محافظت می‌کند.

٤- **باران‌های تیزابی:** زمانی‌که مقدار زیادی سلفر دای اکساید و اکسایدهای نایتروجن و کاربن‌دای اکساید وارد جو شده با رطوب موجود در هوا یکجا شده، باران‌های تیزابی را به وجود می‌آورد (۱۴).

جدی‌ترین عوامل آلوده‌گی هوا در شهرکابل عبارت اند از:

- ✓ عدم تطبیق قانون، مقررات و پالیسی محیط زیستی.
- ✓ سوخت غیر معیاری(سوخت بی‌کیفیت، استفاده از تایر، چوپ، ذغال سنگ و دیگر سوخت‌های بی کیفیت).
- ✓ مشکل سرک(خام بودن سرک‌ها، کم عرض بودن سرک‌ها، بندش برخی جاده‌ها به دلایل مختلف).
- ✓ نبود سیستم کانالیزاسیون(جمع شدن آب در کنار جاده‌ها).
- ✓ نبود فضای سبز و اعمار منازل مسکونی در اکثر کوه‌های اطراف شهرکابل.
- ✓ عدم همکاری مردم در جلوگیری آلوده شدن هوا.
- ✓ نبود سیستم منظم حمل و نقل جمعی و استفاده بیش از حد از وسایط نقلیه انفرادی؛ نبود ایستگاه برای وسایط نقلیه در شهرکابل.
- ✓ کثافت بیش از حد و تعفن در بعضی نقاط شهر و نبود سیستم‌های بازیافت زباله‌ها یا Recycling .
- ✓ عدم بارش برف و باران و موقعیت جغرافیایی کابل در میان کوها(کابل شهری است که توسط کوه‌ها احاطه شده، کوه‌ها مانع وزش باد و انتقال آلوده‌گی می‌شوند).
- ✓ استفاده از سوخت‌های فوسیلی مانند، نفت، گاز و ذغال سنگ، از عوامل اصلی آلوده‌گی و تولید دای اکساید کاربن خصوصاً در فصل زمستان.
- ✓ تردد بیش از ۵۰۰ هزار وسایط نقلیه در شهرکابل و سوخت بی‌کیفیت در این وسایط و تولیدگاز نایتروجن دی اکساید توسط وسایل نقلیه. وقتی مواد سوخت(نفت) این وسایط درست و مکمل نسوزد، مقداری زیادی گازی‌های مضر و ذرات را در هوا منتشر می‌کند).
- ✓ بلند شدن گرد و خاک از سرک‌ها که در اثر عبور و مرور وسایط نقلیه به وجود می‌آید، عاملی دیگری در آلوده‌گی هوای شهرکابل محسوب می‌شود.
- ✓ استفاده شهروندان از جنراتورها در نبود برق عمومی، بخصوص در فصل زمستان.
- ✓ موجودیت جاده‌ها وکوچه‌های خاکی(۷).

تأثیرات اجتماعی آلوده‌گی هوا در شهرکابل

۱- شیوع امراض در نفوس شهر کابل

۲- عقیم سازی مردان

۳- مرگ و میر قبل از وقت

٤- سوی شکل و معلولیت اطفال نوزاد

۵- اختلال ذهنی در اطفال و بزرگسالان

۶- کاهش اوقات کار و خستگی نا ملایم

۷- بروز منازعات فردی و اجتماعی

۸- کاهلی در فعالیت‌های روزه مره

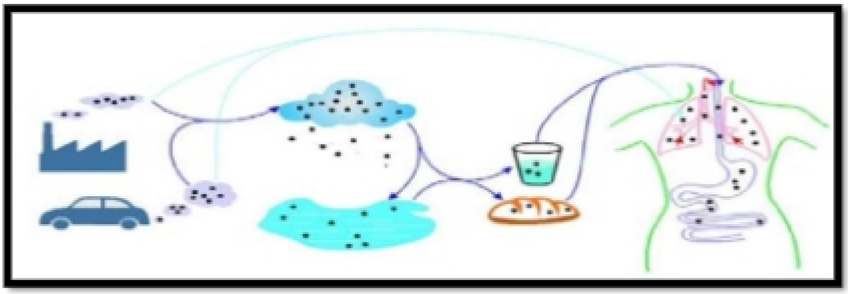
۹- عقب مانی جامعه به نسبت کمی در ساعات کار

۱۰- تخریب آبدات تاریخی و تعمیرها(۶).

اثرات آلوده‌گی هوا بر انسان

اثرات آلوده‌گی هوا بر سلامت بشر نه تنها به صورت کاهش کیفیت زندگی، بلکه همچنین به صورت افزایش هزینه‌های سلامت بر جامعه تاثیر می‌گذارد. بر اساس گزارش سازمان صحی جهانی، سالانه بیش از ۷ میلیون نفر در جهان بر اثر آلوده‌گی هوا جان خود را از دست می‌دهند.

آلوده‌گی هوا پس از استعمال دخانیات، دومین عامل اصلی مرگ‌های ناشی از بیماری‌های غیر واگیر محسوب می‌شود و با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های حاد، مزمن و مرگ در ارتباط است(۱۱).



شکل شماره ۵: مسیرهای ورود آلاینده‌های هوا به دستگاه تنفسی به صورت مستقیم و غیر مستقیم را نشان میدهد (۱۴).

از سوی دیگر باعث افزایش بیماری در شمار بسیار زیادی می‌گردد، که این امر باعث افزایش تقاضا برای مراقبت سلامت می‌شود و افزایش تقاضا هم افزایش هزینه‌های سلامت را به دنبال دارد(۴).

آلوده‌گی هوا قادر است سیستم اعصاب مرکزی را به طروق مختلف تحت تآثیر قرار دهد. هم‌چنین می‌تواند منجر به التهاب درونی و تخریب شریان‌های خونی شود و هم‌چنین شواهد زیادی وجود دارد که افزایش غلظت‌های اتموسفیر شماری از آلاینده‌های هوا در بروز اختلالات روحی و روانی را موثر می‌دانند(۹).

نتیجه گیری

در این تحقیق در زمینه بررسی عوامل آلوده‌گی هوای شهر کابل و تأثیرات بر وضعیت صحی شهروندان آن صورت گرفته است. اینکه آلوده‌گی هوا در ۲۲ناحیه شهرکابل تأثیرات گسترده‌ای بر وضعیت صحی شهروندان این شهر داشته، چون استفاده گسترده از سوخت‌های فوسیلی غیر معیاری مانند ذغال سنگ، تیل، گاز، تایرهای کهنه و پلاستیک برای گرمایش و هم‌چنین

وجود موترهای قدیمی و دودزا از عوامل اصلی آلوده‌گی هوا محسوب می‌شوند. عدم بارش برف و باران کافی و موقعیت جغرافیایی کابل در میان کوه‌ها که سبب شده به وزش باد و انتقال آلوده‌گی مانع واقع می‌شود. این آلوده‌گی منجر به مشکلات جدی تنفسی و قلبی می‌شود و طبق آمار، سالانه هزاران نفر در کابل بر اثر بیماری‌های مرتبط با آلوده‌گی هوا جان‌های خود را از دست می‌دهند. طبق گزارش سازمان صحی جهان (WHO) در سال۲۰۲۲م بیش از ۷ میلیون انسان در سراسر جهان زندگی خود را از دست داده اند و از هر ۱۰ نفر در جهان ۹ نفر در هوای آلودهی پائین‌تر از سطح استندردهای سازمان صحی جهان زندگی می‌کند. اینکه هوا اساسی‌ترین نیازهای فیزیولوژیک انسان بوده که بدون آن حتی برای چند دقیقه ادامه حیات غیر ممکن است، آلوده‌گی هوا پس از استعمال دخانیات، دومین عامل اصلی مرگ‌های ناشی از بیماری‌های غیر واگیر محسوب شده و با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های حاد و مزمن در ارتباط است. آلوده‌گی هوا بر اساس آخرین گزارش سازمان صحی جهان در سال۲۰۲۲ چهارمین عامل خطر مرگ در جهان و مهم ترین تهدید محیط زیستی برای سلامت انسان است. به طور کلی وضعیت آلوده‌گی در شهرکابل به شدت نگران کننده است و نیازمند اقدامات فوری و مؤثر از سوی مسؤلان و شهروندان برای کاهش و استفاده از سوخت‌های مضر و بهبود سیستم حمل و نقل است. نفوس یکی از اجزای عمده در هر دو(تخریب محیط زیست و تحفظ آن)می‌باشد. یکی از مسایل حادی که در آلوده‌گی بیشتر هوا درکابل سهم همه جانبه گرفته است وسایط نقلیه یا ترافیک، فعالیت‌های صنعتی و تجارتی، تراکم نفوس و مهاجرت‌های جبری و داوطلبانه‌ای مردم از دهات به شهرها می‌باشد. تاثیرات آلوده‌گی هوای شهرکابل بر وضعیت صحی شهروندان شامل افزایش بیماری‌های تنفسی مانند آسم و برونشیت، افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی، افزایش میزان بیماری‌های پوستی، اثرات منفی بر سلامت روانی افراد، و کاهش کیفیت زنده‌گی به دلیل محدویت و فعالیت‌های روزمره می‌باشد. اینکه آلوده‌کننده‌ها(آلاینده‌ها) دراثر فعالیت‌های انسان پدید آمده و از همراهان دایمی جوامع بشری که تکنالوژی مدرن را در خدمت دارند، می‌باشد و از سوی دیگر افزایش نفوس، درآمد سرانه، پیشرفت تکنالوژی و بالا بردن سطح استندرد زنده‌گی از عوامل مهم فزاینده آلاینده‌ها به حساب می‌آیند. بحران آلوده‌گی هوا که امروزه یک مسأله‌ی جدی و قابل تأمل بدل شده، حاصل دخالت و بهره وری نا معقول انسان از طبیعت پیرامون خود است که آن گستردگی و اهمیت موضوع، توجه دانشمندان را برای نجات آن برانگیخته است.

پیشنهادات

۱- توجه جدی مسؤلین حکومتی به محیط زیست شهرکابل.

۲- آگاهی دهی عامه برای مردم در مورد ارزشهای محیط زیست از نگاه دین مقدس اسلام توسط ملا امامان مسجد در شهرکابل.

۳- توسعه وگسترش ساحه سبز (کمربند سبز، پارک‌های ملی و تفریحی) در کابل؛ بر اساس تحقیقات محققان سویسی هر هکتار جنگل (۵ جریب) در حدود (۱۵۰) تن گرد، خاک و دود و مقدار(۸۵) تن گاز مواد زهری را درشاخ و برگ خود جذب می کند.

٤- ترویج استفاده از انرژی‌های پاک و تجدید پذیر مانند انرژی خورشیدی و بادی.

٥- قیر ریزی تمام سرک‌ها و کوچه‌ها و جلوگیری از تیل‌های بی‌کیفیت در شهرکابل که باعث آلوده‌گی هوا می‌شود.

٦- جلوگیری از ساختن خانه‌های خود سر و بدون نقشه در شهرکابل.

٧- جلوگیری از اعمار تأسیسات و فابریکات صنعتی در حومه شهرکابل.

٨- انتقال و دفن کثافت و مواد فاضله جامد در محل مناسب دور از شهر.

منابع

١. آزادمنش، اسرافیل(١٤٠٢). تأثیرات تغییر اقلیم بالای آب‌های زیر زمینی شهر کابل، اثر ترفیعی، انتشارات: پوهنتون پروان.

٢. ملکیار، غلام محمد(١٣٩٦). آلوده‌گی هوا و تدابیر کاهش آن در شهرهای افغانستان، چاپ دوم، انتشارات: عبدالله راشد، کابل-افغانستان.

٣. رسولی، محمد عارف (١٣٩٨). آلوده گی هوا در شهرکابل، اضرار و مدیریت آن، انتشارات: افغان جرمن آنلاین.

٤. قادری، پرویز(١٣٩٧). آلوده‌گی هوا، عوامل و پیامدهای آن، انتشارات: پوهنتون بغلان.

٥. آزادمنش، اسرافیل(١٤٠١). علل آلوده گی هوای شهر کابل، کنفرانس علمی در پوهنتون پروان.

٦. سیلاب، صدام حسین(١٣٩٧). چگونگی تاثیرات آلوده‌گی محیط زیست شهر کابل، پایان نامه تحصیلی دوره لیسانس، رشته جغرافیه، پوهنځی علوم اجتماعی، پوهنتون پروان.

٧. خلیلی، عزیزالله، ثمر، رؤیا (١٤٠١). بررسی چالش‌ها و راهکارهای مدیریتی بهبود محیط زیست کابل، چاپ دوم، انتشارات: سید جمال‌الدین افغان.

٨. سیرت، حسین(٢٠١٣). خطرهای جدی آلوده‌گی هوا در شهر کابل، انتشارات: دویچه وله.

٩. ملکیار، غلام محمد(١٣٩٦). راهبردهای انکشاف اقتصادی تحفظ محیط زیست در افغانستان، انتشارات: عبدالله راشد، کابل-افغانستان.

١٠. صافی، ضمیر (١٤٠٠). شهر کابل در یک نگاه، در سایت: www.tolonews.com تاریخ بازدید ١٤٠٣/٩/١٢هـ ش.

١١. نگار، عبدالحسینی، شقایق ذوالقدری(١٣٩٨). مرور بر پدیده آلوده¬گی هوا در ایران؛ علت¬ها، تأثیرات و راهکارهای قانونی، انتشارات: دانشگاه تهران.

١٢. http://www.afghan-german.com. تاریخ بازدید ١٤٠٣/٩/٨ هـ ش

١٣. پاینده‌نیک، عباس(١٣٩٦). بررسی تاثیرات آلوده‌گی محیط زیست برصحت عمومی، انتشارات: کابل- افغانستان.

١٤. سلیمانی، الهه، چراغی، میترا (١٤٠٢). آلوده‌گی هوا، تهدیدی جدی برای سلامت، انتشارات: مرکز پژوهشی شورای اسلامی تهران.

١٥. فارانی، حامد(٢٠٢٠). شهرکابل در مسیر تاریخ، در سایت: www.afghangerman.net تاریخ بازدید ١٤٠٣/٩/١٣ هـ ش.

١٦. به کوشش جمعی از پژوهشگران(١٣٩٥). مرور بر مطالعات و تحقیقات جهانی در باره اثرات آلوده‌گی هوا بر سلامت، انتشارات: مهدی، تهران.

Review Article

Investigating Factors of Air Pollution in Kabul City and Its Effects on the Health Status of Citizens

Sentior Teaching Assistatn Mullajan Rahmani[1], Teaching Assistant Asmatullah Yaqoubi[2]

[1,2]Department of Geography, Faculty of Social Science, Parwan University.

Article History

Received: 01/Jan/2025

Accepted: 24/March/2025

Published: 21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords

- Investigation
- Effects
- Factors
- Air Pollution
- Kabul City
- Health Status and Citizens

***Corresponding Author**

Senior Teaching Assistant Mullajan Rahmani

Email: mullajan.rahmani@gmail.com

Contact: +93 (0) 744401060

Abstract

Air pollution is one of the major problems that mankind has faced, which is due to the destructive activity of mankind, which is the consumption of fossil fuels, the increase of vehicles and their low quality, and the consumption of poor-quality fuel materials. Nowadays many cities in the world suffer from air pollution factors, including Kabul city. The city of Kabul is considered one of the most polluted cities in the world, the factors of which are the increase in population, the use of smoky fuels, the increase in vehicles and their low quality, the lack of bitumen and asphalted roads, the geographical location of Kabul, and the lack of sewerage. The use of wood, coal, beams, the presence of clay pots and other factors have caused respiratory, cardiovascular, cancer, weakening of the immune system and premature death. Thousands of people die each year from air pollution diseases. Therefore, the purpose of this study is to study and investigate the factors of air pollution and its effects on the health situation of its citizens, that the city of Kabul was one of the most polluted cities in the world, causing dozens of health and social problems. As a result, millions of Afghans have entered the hospitals and physicians of neighboring countries, and that is the result, so the above research is considered important.

مروري مقاله

د درملو په کارونه کې د تېروتنو لاملونه او د هواري لارې

پوهنیار متخصص دوکتور شفیق الله عطیش[1]، نوماند پوهنیار عبدالحق وفا[2]
[1]عمومي طب پوهنځی، سپین غر پوهنتون، ننګرهار - افغانستان
[2]طبي ټکنالوژي پوهنځی، سپین غر پوهنتون، ننګرهار - افغانستان

د مقالې تاریخچه
ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۸
د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۱/۲۳
د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹
کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دویم ګڼه: لومړۍ

بنسټیز ټکي
- درمل
- د تېروتنو ډولونه
- د تېروتنو لاملونه
- د هواري لارې

مسؤل لیکوال
پوهنیار متخصص دوکتور شفیق الله عطیش
برېښنالیک: shafiqullah.atish@spingharuniversity.edu.af
ګرځنده شمېره: 789701100 (0) 93+

لنډیز

درمل هغو کیمیاوي موادو ته ویل کېږي چې له تطبیق څخه وروسته روحي او فزیولوژیکي دندې اغېزمنې کړي. درمل په طبیعي او مصنوعي ډولونو وېشل کېږي او په ورځني ژوند کې د ځانګړو موخو لاسته راوړلو لپاره ورځخه ګټه اخیستل کېږي. د درملو پر ځای او مناسبه کارونه د غوره پایلو لاسته راوړنې ته لاره هواري؛ برعکس د درملو د ناسمې کارونې له امله نه جبرانېدونکې جدي ستونزې منځته راځي. د بېلګې په ډول د ژوند د لاسه ورکولو خطر سربېره د اوږد مهال لپاره په روغتون کې پاتې کېدل، د روغتیایي پاملرنو د لګښتونو زیاتوالی او پر روغتیایي اسانتیاو باندې د خلکو بې باوره کېدل د یادونې وړ ستونزې دي. د درملو د خوندي کارولو هڅو سره سره بیا هم د درملو تجویز څخه تر اجراء، په بېلابېلو پړاوونو کې ګڼې تېروتنې کېږي چې د اغېزمنو وګړو د ژوند په بیه تمامېدلای شي. د درملو ناسمه ټاکنه، د درملو په دوز کې تېروتنه، د درملو په تطبیق او مودې کې تېروتنې یې معمولې او د یادونې وړ دي. د یادو تېروتنو تر شا ګڼ لاملونه شته، چې د بېلګې په ډول یې انساني، درملیز، ټکنالوژیک، سیستماتیک او چاپېریالي لاملونه یادولای شو. د طبي پرسونل ترمنځ غوره او ګټورې اړیکې، معیاري نسخه لیکنه، د طبي کارکونکو مسلکي روزنه او پوهه، جدي څارنه، له ټکنالوژۍ څخه پر وخت او مناسبه ګټه اخیستنه هغه کړنې دي، چې د درملو په کارونه کې د تېروتنو کچه او ستونزې راکمولای شي. ددې مروري څېړنې موخې د درملو په کارونه کې تېروتنو او د هوارې لارو په اړه د تازه چاپ شویو معلوماتو راټولول، تحلیلول او منظمول دي.

پېژندنه

درمل هغه کیمیاوي موادو ته ویل کېږي چې تر تطبیق وروسته روحي او فزیولوژیکي دندې اغېزمنوي. درمل په دوه ډولونو (طبیعي او مصنوعي) وېشل کېږي او هر ډول یې د ځانګړو موخو لپاره کارول کېږي. د بېلګې په ډول: د دردونو ارامولو، د میکروبونو کنټرول او درملنې، د شکرې ناروغۍ د کنټرول او درملنې، د شعور د ضیاع، د فزیکي او دماغي فعالیتونو غښتلتیا او څېړنیزو موخو لپاره له درملو څخه ګټه اخیستل کېږي. د درملو تطبیق مشهورې لارې خوله، مقعد، ورید، عضلې او انشاقي یادولای شو. د درملو له کارونې څخه مطلوبې پایلې هغه مهال ترلاسه کېږي، چې ټاکنه یې درسته وي، په معین دوز او ټاکلې

موډې لپاره وکارول شي. د درملو ناسمه کارونه يعنې د درملو په کارونه کې تېروتنه، کم يا لوړ دوز توصيه، د درملو موډې په پام کې نه نيول، د درملو پر وړاندې د غبرګون (حساسيت) تاريخچې نه اخيستل، د تطبيق په لاره کې تېروتنه، په يو مهال کې د څو مکروب او درد ضد درملو توصيه کول هغه تېروتنې دي چې د اغېزمن شويو وګړو د ژوند په بيه تماميدلای شي(۱).

د طبابت اړوند درملو په کارونه کې تېروتنه يوه جدي ستونزه ده، چې هېڅ جبران نه لري. دا ډول تېروتنې د بېلابېلو لاملونو له کبله رامنځته کېږي چې په ټوله نړۍ کې، په ځانګړي ډول مخ پر ودې هېوادونو کې، د انسانانو ژوند له ګواښ سره مخ کوي(۱). د روغتيا نړيوالې ادارې (WHO) د معلوماتو پر بنسټ، د درملو ناسمه کارونه او تېروتنې په نړۍ کې انسانانو ته ډېرې نورې ناروغۍ ورپېښوي، چې کله ناکله د ډېرى اغېزمنو انسانانو د مرګ لامل هم کېږي. د يادولو وړ ده چې دا ډول تېروتنې د درملو کارونې په هر پړاو کې منځته راځي، په دې تېروتنو کې د ناروغۍ تشخيص، د ناروغۍ اړوند درمل، د ناروغ حالت ته په کتو د درملو ټاکنه، د درملو کيفيت، په نسخه کې د درملو واضح ليکنه، د ډاکټر يا فارميسېسټ له لورې ناروغ ته د درملو کارونې په اړه اړين معلومات ورکول، د درملو کارونې په هکله د ناروغ پوهاوي کې تېروتنې شاملې دي. په لنډ ډول دا پروسه د ناروغۍ له تشخيص څخه پيلېږي او د درملو پر تطبيق باندې پای ته رسېږي(۲). د درملو په کارونه کې تېروتنې نه يوازې دا چې په مستقيم ډول ناروغانو ته د نورو روغتيايي ستونزو رامنځته کولو لامل کېږي، تر څنګ يې د روغتيا په برخه کې د ډېرو نورو لګښتونو پرې کولو لامل هم کېږي. په دې ډول تېروتنو سره پر روغتيايي سېستم او روغتيا پالانو باندې د خلکو باور هم کمرنګه کېږي(۱).

د درملو په کارونه کې ګڼې تېروتنې شته، چې له ډلې يې د نسخې اړوند تېروتنې، د ناسمو درملو ټاکنه، ناسم دوز او د تطبيق ناسمه لاره، غوره بېلګې دي(۳،۴). سربېره پر دې د درملو د موډې او کارونې د وختونو په اړه ناسمه سپارښتنه د درملو د کارونې بله تېروتنه ده(۴). بله تېروتنه چې د روغتياپال له لورې منځته راځي، د داسې درملو توصيه کول دي چې ناروغ ورسره حساسيت لري او د شديد غبرګون سبب يې کېږي(۳). د درملتون د مسؤل له لورې د يو ډول درملو پر ځای د بل ډول درملو ورکړه يوه نه جبرانېدونکې تېروتنه ده، چې د واضحې نسخې له نه ليکلو څخه سرچينه اخلي(۵). د درملو په کارونه کې د ناروغانو له لورې کېدونکې تېروتنې هم د بېلګې په ډول د درملو په خپل وخت نه کارول، د تجويز شوې موډې لپاره د درملو نه کارول، د نهارې پر ځای مړه او د مړې پر ځای په نهاره د درملو کارول يادولای شو(٦).

په طبي ادبياتو کې د درملو په کارونه کې د تېروتنو لپاره ګڼ لاملونه ذکر کېږي. په بشري لاملونو کې د روغتيايي کارکوونکو کاري بوختيا، ذهني فشار او سټرېا، د پوهې او روزنې کموالی او د ښې همغږۍ نه شتون د تېروتنو رامنځته کولو شونتيا برابروي(٦). د درملو د نومونو ترمنځ ورته والی د هغوی په کارونه کې د تېروتنو رامنځته کېدو يو بل مهم لامل ګڼل کېږي(۵). د درملو په کارونه کې محيطي لاملونه، په سېستم او پروسه کې ستونزې او همداراز کلتوري لاملونه هم په خپل ځای د تېروتنو لامل کېږي(۷،۸).

د درملو په کارونه کې له تېروتنو څخه د مخنيوي ځينې مهمې لارې شته، چې د ډاکټر لهلورې ناروغ ته د درملو ترلاسه کولو په موخه د لوستوړ نسخې ليکل، د درملو د سمې کارونې اړوند اړين معلومات ورکول، په درملتونونو کې د مسلکي او تجربه لرونکو اشخاصو شتون، د ټولنې افرادو ته، له درملتونونو څخه په خپلسر د درملو ترلاسه کولو د زيانونو په اړه د عامه پوهاوي کولو او د روغتياپالانو ترمنځ د غوره همغږۍ رامنځته کولو څخه عبارت دي. ددې مروري مقالې د ليکلو موخې دا دي چې د

درملو ناسمې کارونې د لاملونو او ډولونو په اړه تازه چاپ شوي معلومات راټول، منظم او تحليل شي او اړوندو خواو سره يې د هوارې لارې شريکې شي؛ په دې سره به د درملو ناسمې کارونې له امله د اغېزمنو وګړو د روغتيا خرابوالي، مړينې، د روغتيايي پاملرنې اړوند زياتو لګښتونو او پر روغتيايي سېستم د خلکو د بې باورۍ کچې راکمې شي.

د درملو په کارونه کې عامې تېروتنې

د درملو له تجويز څخه تر تطبيق پورې، په بيلابېلو پړاوونو کې د درملو په کارونه کې تېروتنې شونې دي (لومړی شکل).

۱. د تجويزولو تېروتنې

په دې ډول تېروتنو کې د ناسمو درملو ټاکل، ناسم دوز، د تطبيق ناسمه لار، په زماني واټن کې تېروتنې او الرژيک/حساسيتي غبرګونونه شامل دي. ناروغ ته د هغو درملو توصيه کول چې د ناروغۍ په کنټرولولو کې ګټور نه وي او يا د ناروغۍ سره هېڅ اړيکه و نه لري، ورته تېروتنې ګڼلی شو. تر معياري کچې کم يا زيات دوز د درملو توصيه، د عضلې تطبيق پر ځای وريدي تطبيق چې د ژوند په بيه تماميدای شي، په ناسمو وقفو د درملو تجويزول او د داسې درملو توصيه کول چې ناروغ يې وار له مخه پر وړاندې حساس وي، ددې ډول تېروتنو غوره بېلګې دي(۵،۷،۸،۹).

۲. د توزيع کولو تېروتنې

په دې ډول تېروتنو کې ناروغ ته د درملو د ناسم ډول يا بڼې ورکړه (د شربت پر ځای ګولۍ ورکول)، د درملو په ناسم دوز د ورکړې سپارښتنه او د درملو د کارونې په اړه نيمګړي معلومات ورکول شامل دي(۱۰).

۳. د تطبيق اړوند تېروتنې

په دې ډول تېروتنو کې د يو ناروغ درمل بل ناروغ ته تطبيقول، په ځانګړي ډول په هغو روغتونونو کې چې په ورته مهال په‌کې د ګڼو ناروغانو درملنه ترسره کېږي، شامل دي. برسېره پردې په دې ډول تېروتنو کې د تطبيق ناسم تخنيک هم شامل دی(۹).

٤. د څارنې اړوند تېروتنې

په دې ډول تېروتنو کې د درملو د اغېزو نه څارل، د اړخېزو اغېزو نه څارل او د درملو دوز نه تعديلول شامل دي(۷).

۵. د ناروغ د پوهاوي اړوند تېروتنې

دا ډول تېروتنه هغه مهال منځته راځي چې روغتياپال د ناروغ د پوهاوي په برخه کې خپل مسؤليت په پوره ډول ترسره نه کړي يا دا چې روغتياپال ناروغ ته د درملو د تطبيق د لارې، دوز، اړخيزو اغېزو او احتياطي تدابيرو په اړه کم يا هېڅ معلومات ورنه‌کړي. دا هم شونې ده چې روغتياپال خپل مسؤليت په سم ډول ترسره کړي، مګر ناروغ په شويو لارښونو ښه نه وي پوه شوی(۸).

۶. د اسنادو تېروتنې

په دې ډول تېروتنو کې د درملو ناسم ثبت شامل دی. د درملو د دوز، وخت، تطبيق لارې او نېټې په اړه ناسم معلومات ثبتول، ددې ډول تېروتنو غوره بېلگې دي(۱۱).

۷. د ناروغ اړوند تېروتنې

په دې ډول تېروتنو کې ناروغ د درملو د کارونې په اړه ترسره شويو لارښونو ته پاملرنه نه کوي او په خپله خوښه داسې درمل کاروي چې د ډاکټر له لورې د توصيه شويو درملو سره په ټکر کې وي(۶).

۸. سېستماتيکې تېروتنې

الف. د روغتون يا درملتون د کاري بهير ستونزې: تېروتنې ښايي د روغتيايي چاپېريالونو سېستماتيکو ستونزو څخه رامنځته شي، لکه د ټيم غړو ترمنځ د اړيکو کمزورې، ناکافي روزنه يا د ټيکنالوژۍ سېستمونو لکه د ناروغ اړوند معلوماتو ثبت (Electronic Health Record)EHR سېستمونو اړوند ستونزې(۱۲).

ب. د چاپېريال عوامل: د درملو د چمتو کولو يا ورکولو پر مهال د پام اړولو يا مداخلې له امله تېروتنې رامنځته کېږي(۹).

لومړی شکل: د درملو په کارونه کې د تېروتنو ډولونه روښانه کوي

د درملو په کارونه کې د تېروتنو لاملونه

د درملو په کارولو کې تېروتنې د بېلابېلو لاملونو له امله رامنځته کېدای شي، چې له انساني تېروتنو څخه تر سېستماتيکو ستونزو پورې بېلابېل ګڼلی کېږي. دغه تېروتنې شونې ده د درمل کارونې د پروسې، له تجويز څخه تر تطبيق او څارنې پورې، په هر پړاو کې پېښې شي. د درملو په کارونه کې د تېروتنو عام علتونه په لاندې ډول دي(۱۳).

۱. انساني لاملونه

الف. سترړيا او فشار: د روغتيايي کارکوونکي چې څو ساعته پرله‌پسې کار کوي يا تر فشار لاندې وي، ښايي د پام نه کولو يا د توجه کمښت له امله تېروتنې وکړي(۱٤).

ب. د پوهې يا روزنې کموالی: د درملو، د هغوی د تعاملاتو، دوزونو يا د تطبيق مناسبو لارو په اړه پوره پوهه نه لرل کولای شي تېروتنې رامنځته کړي (۱٥).

ج. د پاملرنې نه کول يا ګډوډي: ګډوډي يا مداخلې، لکه شور يا په يو وخت کې څو کارونه ترسره کول، کولای شي افراد د مهمو معلوماتو له ورکړې منع کړي، چې دا د تجويزولو، توزيع کولو يا د درملو په ورکړه کې د تېروتنو لامل کېږي(۷).

د. د اړيکو کموالی: د روغتيايي کارکوونکو ترمنځ د اړيکو کمزوري او کموالي کولای شي د ناسمو درملو، دوزونو يا د تطبيق لارو په اړه ناسمې پرېکړې ته لاره پرانيزي(۳).

هـ. د معلوماتو ناسم لوستل يا ناسم تفسير: د نسخو، درملو ليبلونو يا د ناروغ د ريکارډونو په لوستلو کې هم تېروتنې شونې دي، په ځانګړي ډول کله چې ليکل د لوستلو وړ نه وي يا معلومات روښانه نه وي.(۸).

۲. د درملو اړوند لاملونه

الف. د درملو ورته نومونه: ډېرى درمل داسې نومونه لري چې ورته يا نږدې تلفظ لري، (لکه "کلورفينيرامين" او "کلوميپرامين")، چې د درملو په منځ کې ګډوډي رامنځته کوي او د ناسمو درملو د ورکړې سبب کېږي(۱۳).

ب. پېچلي دوز فارمونه: ځيني درمل په پېچلو دوز فارمونو کې شتون لري، چې د تجويز کولو يا توزيع کولو پرمهال د تېروتنو شونتيا زياتوي(۱۰).

ج. د درملو تعاملات: ځيني درمل کولای شي د نورو درملو سره منفي تعاملات ولري، که د درملو دې اړخ ته پاملرنه ونه‌شي، د منفي اغېزو يا د درملنې د ناکامۍ لامل کېږي(۷).

۳. د چاپېريال اړوند لاملونه

الف. د کار بوخت چاپېريال: په روغتونونو يا درملتونونو کې د ناروغانو لوړ شمېر او د کاري بهير چټکي هم تېروتنو ته لاره پرانيزي. روغتيايي کارکوونکي ښايي په ډېرو کارونو کې ښکېل شي، چې له امله يې د مهمو جزياتو له لاسه ورکولو خطر لوړ شي(۱۸).

ب. د کارکوونکو کموالی: کافي کارکوونکي، په ځانګړې توګه په بوختو روغتيايي ځايونو کې، نه لرل کولای شي د تېروتنو لامل شي، ځکه چې پرېکړه په ځند سره نيول کېږي يا د لازمې څارنې کموالي سره مل وي(۱۰).

٤. د سېستم او پروسې ناکامۍ اړوند لاملونه

الف. د سېستم نامناسب ډیزاین: د درملو مدیریت سېستم چې ښه طرحه شوی نه وي، لکه زوړ نرمغالی، ناسم برېښنایي روغتیایي ریکارډونه، یا د تجویز کمزوري سېستمونه کولای شي د تېروتنو خطر زیات کړي(٣،٧).

ب. د معیاري پروسیجرونو نهشتون: د درملو تجویزولو، توزیع کولو او ورکولو لپاره نامعیاري یا بې نظمه پروسیجرونه کولای شي د پاملرنو پر وړاندې خنډ رامنځته کړي او د تېروتنو خطر زیات کړي(١٥).

ج. ناسم لیبل کول: د درملو مغشوش یا ناروښانه لیبلونه کولای شي د درملو تېروتنې رامنځته کړي. مثلاً: لیبلونه چې واضح دوز لارښوونې یا مهمې خبرداری نه لري، د درملو د ناسمې کارونې لامل کېدلای شي(١۴).

د. د معلوماتو د تائید نهشتون: د ناروغ معلومات لکه حساسیتونه، اوسني درمل یا روغتیایي شرایط په سمه توګه نه تائیدول کولای شي د ناسمو تجویزونو یا د درملو خپلمنځي تعاملاتو ته لاره هواره کړي(١١).

٥. د ناروغ اړوند لاملونه

الف.پاملرنې په پام کې‌نه‌نیول: ناروغان ښایي خپل درمل هېر کړي یا دا چې په لارښوونو ناسم پوه شي، لکه په خپل‌سري ډول داسې درمل اخیستل چې د تجویز شوي رژیم سره سمون ونه لري(١٣).

ب. خپله درمل اخیستل: ځیني ناروغان ښایي د بیړې درمل یا د بوټو سپلیمنټونه واخلي، پرته له دې چې د عصري طب اړوند روغتیایي کارکوونکو ته خبر ورکړي، چې دا د تجویز شویو درملو سره ممکن منفي تعاملات ولري(١).

ج. د لارښوونو ناسمه پوهه: ناروغان ښايي په سمه توګه ونه پوهېږي چې درمل څنګه واخلي، (لکه د خوړو سره یا په خالي معده)، چې دا حالت کولای شي د درملو د اغېز کموالي یا اړخیزو اغېزو سبب شي(١١).

٦. د ټکنالوژۍ اړوند لاملونه

الف. د ټکنالوژۍ ناکامي: د ټکنالوژۍ تېروتنې، لکه د درملو تجویزولو په برېښنایي سېستمونو، بارکوډ سکن کولو سېستمونو یا د اتوماتیک توزیع کولو واحدونو کې تېروتنې، کولای شي د درملو تېروتنې رامنځته کړي، په ځانګړې توګه کله چې سېستمونه خراب شي یا په سمه توګه ونه کارول شي(٨).

ب. پر ټکنالوژۍ ډېره تکیه: که څه هم ټکنالوژي کولای شي تېروتنې کمې کړي، خو که ډېره تکیه پرې وشي او مناسب دقت ونه شي، د ستونزو لامل کېدلای شي، په ځانګړي ډول کله چې روغتیایي کارکوونکي د اتوماتیک سېستمونو په ځانګړو حالاتو کې له بیا چیک کولو څخه ډډه وکړي(١٠).

۷. کلتوري لاملونه

الف. د کارځای کلتور: يو کلتور چې د خلاصې اړیکې يا د تېروتنو راپور ورکولو ته خلک نه هڅوي، کولای شي د تېروتنو د تکرار يا خطرناکو کړنو سبب شي. د تېروتنو د جزا وېره بنايي کارکوونکي د تېروتنو له ترسره کولو څخه منع کړي(١٦).

ب. د همکارۍ نه‌شتون: کله چې د روغتيايي ټیم بېلابېل غړي لکه ډاکټران، نرسان،...، يو له بل سره د کمرنګه اړیکو له امله، په ښه او منظم ډول همکاري ونه کړي، د درملو تېروتنې پېښېږي(٨).

۸. د قوانینو اړوند لاملونه

الف. د ضوابطو بدلونونه: د درملو لارښوونو، ضوابطو، پالېسيو يا قوانينو کې بدلونونه کولای شي ګډوډي رامنځته کړي، په ځانګړي ډول که چېرې روغتيايي کارکوونکي په سمه توګه په نويو قوانينو ونه پوهېږي يا روزنه ونه لري(٨).

ب. د ضوابطو ناسم پلي کول يا نظارت: په ځينو روغتيايي ځايونو کې، کمزوري ضوابط او د درملو د سم چلند طرزالعمل د پلي کولو نشتوالی کولای شي د تېروتنو خطر زيات کړي(٩).

دويم شکل: د درملو په کارونه کې د تېروتنو لاملونه په لنډ ډول روښانه کوي.

د درملو په کارونه کې له تېروتنو څخه د مخنيوي لارې

د درملو په کارونه کې د تېروتنو مخنيوي لپاره يوې جامع او سيستماتيکې لارې ته اړتيا ده، چې مختلفې ستراتيژۍ په‌کې شاملې وي. د دغه ستراتيژۍ هدف دا دی چې د درملو د کارونې په هر پړاو کې د تېروتنو خطر راکم کړي. دلته د ځينو اغېزناکو لارو چارو څخه يادونه کوو، چې د درمل کارونې اړوند تېروتنې کمولای شي.

۱. د اړیکو ښه کول

الف. روښانه او دقیقه نسخه ورکول: ډاډ ترلاسه کړئ چې نسخې لوستل کېدونکې، روښانه او مشخصې وي. د نامعیاري لنډیزونو او مبهمو اصطلاحاتو له کارولو څخه ډډه وکړئ(۳).

ب. د روغتیایي پاملرنو وړاندې کوونکو ترمنځ اړیکه: د ډاکټرانو، فارمسېستانو، نرسانو او د روغتیایي تیم د نورو غړو ترمنځ پرانیستې اړیکې رامنځته کړئ، چې ډاډ ترلاسه شي چې سم معلومات شریک او درک شوي دي(۹).

ج. د ناروغ پوهاوی: ناروغانو ته د هغوی د درملو په اړه روښانه لارښوونې ورکړئ، د سم دوز یا بل کوم ځانګړي احتیاط په اړه د معلوماتو ورکړه مه هېروئ(۱۱).

۲. روزنه او تعلیم

الف. منظمه روزنه: د روغتیا پاملرنې وړاندې کوونکي باید په منظم ډول د وروستیو درملو لارښودونو، د نویو درملو د Interaction او د درملو د تجویز او استعمال غوره کړنلارې زده کړي(۱۲).

ب. د فارمېسۍ او درملو مدیریت: ډاډ ترلاسه کړئ چې د فارمېسیو کارکوونکي د ممکنه درملو Interaction، دوز فارمونو او د تطبیق لارو په اړه زده کړه لري، ترڅو د توزیع اړوند تېروتنو مخنیوی وشي(۱٦).

ج. د ناروغانو پوهاوی: ناروغانو ته د هغو درملو په اړه زده کړه ورکړئ چې دوی یې کاروي، په دې یې پوه کړئ چې څنګه یې باید وکاروي، د درملو د اړخیزو اغېزو او هېر شوي دوز پر وړاندې د غبرګون ځرګندولو لارې وروښایئ.(۵).

۳. د ټکنالوژۍ کارول

الف. الکترونیکي نسخه ورکول (e-Prescribing) : د الکترونیکي سېستمونو په کارولو سره د نسخو ورکول کولای شي هغه تېروتنې کمې کړي، چې د پېچلې نسخه لیکنې او ناسمې لارښوونې له امله پېښېږي. په دې اړه کولای شي په وروسته پاتې یا مخ پر ودې هېوادونو کې د قلمي/لاسي نسخه لیکنې پر ځای کمپیوټري نسخه لیکنه دود شي. د دې سربېره په آنلاین ډول له روغتیاپالانو سره اړیکې او د هغوی له لورې لیکل شوې نسخې هم په دې ډول نسخه لیکنه کې شامېدلای شي(۲۰).

ب. بارکوډ سکن کول: په روغتونونو او فارمېسیو کې د بارکوډ سکن کولو ټکنالوژۍ کارول، ترڅو ډاډ ترلاسه شي چې ناروغ ته اړوند اړین او سم درمل ورکول کېږي(۱۹).

ج. د درملو مدیریت سېستمونه: د درملو د توزیع، اجراآتو او څارنې لپاره د اتومات سېستمونو کارول، ترڅو انساني تېروتنې کمې شي او د دقیقې ټیکنالوژۍ په کارولو سره د درمل کارونې پروسه ښه شي(۹).

٤. معیاري کړنلارې او پروتوکولونه

الف. د درملو معیاري کړنلارې: د درملو معیاري کړنلارې او د درملنې پروتوکولونه جوړ کړئ چې د درملو د کارونې د تېروتنې په کمولو کې مرسته وکړي (٧).

ب. چک‌لېستونه: د درملو، دوز، د تطبیق لارې او وخت د تائید لپاره چک‌لېستونه وکاروئ.

ج. د دویم ځل چک کولو سېستمونه: د دویم ځل چک کولو کړنلارې پلې کړئ، په ځانګړې توګه د لوړ خطر لرونکو درملو لکه کیموتراپي درمل او انسولین، ترڅو تر اجرآتو وړاندې د دقت ډاډ ترلاسه شي(١٠).

٥. د درملو بیا پلټل

الف. د درملو بشپړ تاریخ: د هرې پاملرنې، لکه د روغتون د داخلېدو، خارجېدو یا د واحدونو ترمنځ د لېږد پر مهال، د بدلون پر وخت د درملو بیا تفتیش ترسره کړئ ترڅو ډاډ ترلاسه شي چې د مریض د درملو لېست دقیق او بشپړ دی(٦).

ب. پخوانیو درملو ته بیا کتنه: د نویو درملو د تجویز پر مهال د شته درملو یا حساسیتونو سره د Interaction د احتمال اړوند تفتیش وکړئ(٧).

٦. د چاپېریال تداخل کمول

الف. په مهمو ځایونو کې د مداخلو کمول: په هغو سیمو کې چې درمل تجویز یا توزیع کېږي، د مداخلو کمولو لپاره ستراتیژۍ پلې کړئ. لکه: په فارمیسیو او ځارځایونو کې شور کمول.

ب. کافي کارکوونکي: ډاډ ترلاسه کړئ چې د روغتونونو او فارمسیو کې کافي کارکوونکي شتون لري ترڅو د ګړندي پریکړو او مناسب درملو د پروسې د مدیریت لپاره وخت ولري(٦).

٧. روښانه لېبلونه او لارښوونې

الف. د درملو دقیق لېبلونه: ډاډ ترلاسه کړئ چې ټول درمل په سمه توګه لېبل شوي دي او د درملو د دوز، فریکوینسي، تطبیق لارې او ممکنه اړخیزو اغېزو په اړه روښانه لارښوونې ورکړل شوي وي.

ب. د رنګ کوډ کارول: د درملو د لېبلونو رنګ کوډ کارول، په ځانګړې توګه د لوړ خطر لرونکو درملو لپاره، ترڅو په اسانۍ سره وپېژندل شي(١١).

ج. د ناروغ لپاره د لوست وړ لارښوونې: ناروغانو ته د عامه درک او پوهاوي وړ لارښوونې وکړئ او روښانه جزیات ورکړئ چې کوم درمل څه وخت او څنګه باید وکاروي(٩).

۸. د تېروتنو راپور ورکولو او فیډبک سېستمونه

الف. د نامستقیم تعقیب سېستمونه: د تېروتنو راپور ورکولو لپاره یو غیر تعقیبي سېستم جوړ کړئ، چې کارکوونکي وهڅوي چې د درملو تېروتنې راپور کړي، پرته له دې چې د سزا یا مجازاتو وېره ولري. دا به د تېروتنو د تکرار مخه ونیسي او د اصلاح ورتیاوې به زیاتې کړي(۱۲).

ب. پرله‌پسې پرمختګ: د تېروتنو له راپورونو څخه ترلاسه شوي معلومات وکاروئ، ترڅو د درملو په پروسو کې پرمختګونه رامنځته شي او روغتیایي خدمتونو وړاندې کوونکو ته فیډبیک ورکړئ(٦).

۹. د ګډ کار چلند

الف. ګروپي همکاري: د روغتیایي پاملرنو ټول وړاندې کوونکي باید وهڅول شي، چې ددرملو خپلسرو فرمایشونو، د درملو Interaction او د ناروغانو ځانګړو اندېښنو په اړه به ګډه خبرې او بیا کتنه وکړي(۱۴).

ب. د فارمسېستانو ګډون: فارمسېستان باید د درملو پروسې هر پړاو کې برخه واخلي، په دې کې د نسخو بیا کتنه، ناروغانو ته مشوره ورکول او د ممکنه درملو د Interaction پېژندنه او مرسته کول شامل دي(۴).

۱۰. د ناروغانو ګډون

الف. د ناروغانو ونډه په درملو کې: د ناروغانو هڅول ترڅو په فعال ډول د خپلو درملو مدیریت کې برخه واخلي. په دې معنا چې ناروغ باید د خپلو درملو یو تازه لېست ولري، د خپلو نسخو په اړه پوښتنې وکړي او که کومې ستونزې یا اړخیزې اغېزې ولري، خپل روغتیا پال ته یې راپور ورکړي(۱۸).

ب. د کورنۍ ګډون: په هغو حالتونو کې چې ناروغان د درملو اړوند لارښوونو په درک کولو کې ستونزه لري، د کورنۍ غړي یا پالونکي په پروسه کې دخیل کړئ ترڅو د درملو مناسب استعمال یقیني شي(۳).

۱۱. منظمه څارنه او تعقیب

الف. د درملو څارنه: د ناروغ د درملو پر وړاندې ځواب یا غبرګون په منظم ډول څارل، په ځانګړې توګه د هغو درملو لپاره چې معلومې اړخیزې اغېزې لري(۱۳).

ب. د دوزونو تنظیمول: د ناروغ د ناروغۍ پرمختګ، لابراتوري پایلو او هر ډول اړخیزو اغېزو پر بنسټ د درملو دوزونو ته بیا کتنه وکړئ او بیا یې له سره تنظیم کړئ (۷).

۱۲. د درملو خوندي زېرمه کول

د زېرمه کولو سم شرایـــط: ډاډ ترلاسه کړئ چې درمل په سم ډول زېرمه کېږي، ترڅو د دوی قوت وساتل شـــي او د خرابېدو یا ککړتیا مخه یې ونیول شي. د بېلګې په توګه ځینې درمل ښایي په یخچال کې یا له رڼا څخه ساتنې ته اړتیا ولري(۱۱).

درېیم شکل: د درملو په کارونه کې د تېروتنو د حل لارو لنډیز

پایله اخیستنه

د درملو ناسمې کارونې او تېروتنې د روغتیا په برخه کې لویې ستونزې دي. یادې ستونزې د ناروغ ژوند د اخیستلو سربېره، د روغتیایي خدمتونو د لګښتونو زیاتوالی او په روغتیایي سیستم د وګړو د باور کمښت ته لاره هواروي. یادې تېروتنې د بېلابېلو لاملونو لکه انساني تېروتنو، د سیستم اړوند تېروتنو، ټکنالوژیکي محدودیتونو او چاپېریالي تېروتنو له کبله منځته راځي. د روغتیایي کارکوونکو ترمنځ اغېزناکې اړیکې، ښه همغږي، غوره روزنه، دقیقه څارنه، د مؤثرو لارښوونو جوړول او عملي کول د یادو تېروتنو مخه نیولای شي.

وړاندیزونه

۱- معالج ډاکټر صاحبان باید د نسخې لیکلو پرمهال، د نسخه لیکنې معیارونه په پام کې ونیسي.

۲- په درملتونونو کې باید مسلکي او په دې برخه کې روزل شوي فارمیسیستان وګمارل شي.

۳- د عامې روغتیا وزارت له لورې دې د درملېزې برخې دقیق څار ترسره شي.

۴- د درملو د مناسبې کارونې په اړه دې د ټولنې خلکو عامه پوهاوی زیات شي.

۵- د روغتیایي کارکوونکو ترمنځ دې اړیکې پیاوړې شي.

اخځلیکونه

1. Armitage, G. (2009). The role of human factors in medication error. British Journal of Clinical Pharmacology, 67(6), 626-636.
2. Bates, D. W., Cullen, D. J., & Laird, N. (2001). Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: Implications for prevention. JAMA, 274(1), 29-34.
3. Ferner RE, Aronson JK. Clarifcation of terminology in medication errors. Drug Saf. 2006;29(11):1011–22
4. Boockvar, K. S., et al. (2004). Medication reconciliation: An overview. American Journal of Health-System Pharmacy, 61(3), 334-343.
5. Bates DW, Leape LL, Cullen DJ, et al. Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. JAMA. 1998;280(15):1311–6
6. Cohen, M. R., & Karel, D. (2011). Medication errors: Causes and prevention. American Journal of Health-System Pharmacy, 68(5), 314-317.
7. Dean, B., Schachter, M., & Vincent, C. (2002). Causes of medication errors in hospital practice: A prospective study. The Lancet, 360(9337), 1113-1116.
8. Hughes, R. G., & Blegen, M. A. (2008). Medication safety. In Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality.
9. Parker, M. M., et al. (2012). Medication errors and adverse drug events: A comprehensive review. American Journal of Health-System Pharmacy, 69(4), 204-215.
10. Orser BA, Byrick R. Anesthesia-related medication error: time to take action. Can J Anaesth 2004; 51: 756–60
11. Poon, E. G., et al. (2010). Effect of bar-code technology on the safety of medication administration. The New England Journal of Medicine, 362(17), 1698-1707.
12. Reason, J. (2000). Human error: Models and management. BMJ, 320(7237), 768-770.
13. Taxis, K., & Barber, N. (2003). Causes of intravenous medication errors: An ethnographic study. Qualitative Health Research, 13(2), 236-251.
14. Westbrook, J. I., et al. (2010). Effects of interruptions to clinical tasks in the hospital setting. BMJ Quality & Safety, 19(4), 288-295.
15. The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCC MERP: The First Ten Years 'Defining the Problem and Developing Solutions', 2005; 4
16. WHO. International drug monitoring: the role of national centres. World Health Organ Tech Rep Ser 1972; 498: 1–25
17. Cohen, H., Robinson, E. S., & Mandrack, M. (2003). Getting to the root of medication errors. Nursing, 33(9), 36-46
18. Kohn, L. T. (2001). The Institute of Medicine report on medical error: Overview and implications for pharmacy. American Journal of Health-System Pharmacy, 58(1), 63-66.
19. Mayo, A. M., & Duncan, D. (2004). Nurse perceptions of medication errors: What we need to know for patient safety. Journal of Nursing Care Quality, 19(3), 209-217.
20. Dejong, D., Brookins, L. H. & Odgers, L. (1998) Multi-disciplinary design of a medication error reporting system. Hospital Pharmacy, 33 (11), 1372–137

Review Article

Causes of Errors in the Use of Medications and Ways to Resolve Them

Teaching Assistant Specialist Dr. Shafiqullah Atish[1], Teaching Assistant Abdulhaq Wafa[2]

[1]Clinic Departemtent, Faculty of Medicine, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

[2]Faculty of Laboratory and Medical Technology, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

Article History

Received: 28/Dec/2024

Accepted: 11/Feb/2025

Published: 21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Edition: 1st

Keywords

- Medicines
- Types of errors
- Causes of errors
- Solutions

***Corresponding Author**

Teaching Assistant Specialist

Dr. Shafiqullah Atish

Email: shafiqullah.atish@spingharuniversity.edu.af

Contact: +93 (0) 789701100

Abstract

Drugs refer to chemical substances that, after being applied, affect psychological and physiological functions. They are classified into natural and synthetic types and are used in daily life to achieve specific goals. Proper use of drugs and their appropriate application lead to optimal results; conversely, improper use of drugs can result in serious, irreversible issues. For example, the risks include loss of life, prolonged hospital stays, increased healthcare costs and public distrust in healthcare services. Despite efforts to ensure the safe use of drugs, many errors occur during the stages from prescription to administration, which can cost lives. Common and notable mistakes include incorrect drug selection, dosing errors and errors in the application and duration of drugs. These errors stem from numerous factors, such as human, pharmaceutical, technological, systematic and environmental causes that threaten the safe use of drugs. Effective communication among healthcare personnel, standardized prescribing, professional training and knowledge of healthcare workers, strict monitoring and timely, appropriate use of technology are practices that can reduce errors and issues in drug use. The purpose of this review is to gather, analyze and organize recent published information about errors in drug use and their solutions.

مروري مقاله

د ماشومانو د حادې انتاني نس ناستې په درملنه کې د لکتوبسیلوس ریوتیري ونډه

پوهنیار متخصص دوکتور احسان الله شینواری
کلینیک ډیپارټمنټ، عمومي طب پوهنځی، سپین غر پوهنتون، ننگرهار، افغانستان

د مقالې تاریخچه
د ترلاسه کولو نېټه: ۱٤۰۳/۰۹/۰۵
د منلو نېټه: ۱٤۰۳/۱۰/۱۷
د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹
کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دویم گڼه: لومړی

بنسټيز ټکي
- حاد اسهال
- لاکتوباسیلوس ریوتیري
- پروبیوټیکونه
- درملنه
- کوچنیان

مسؤل لیکونکی
پوهنیار متخصص دوکتور احسان الله شینواری
بریښنالیک:
ihsanullahshinwari034@gmail.com
گرځنده شمېره: 799424401 (0) 93+

لنډیز

پروبیوټیکونه چې په‌دې وروستیو کې د بېلابېلو روغتیایي گټو لپاره یې استعمال زیات شوی دی، هغه مایکرو اورگانیزمونه دي چې د انسان بدن ته تر داخلبدو وروسته مېزبان ته روغتیایي گټې رسوي. د انسانانو په خوراکي موادو او درملو کې د پروبیوټیکونو ګڼ شمېر نوعو څخه گټه اخیستل کېږي، خو تر ټولو زیاتې کارېدونکې نوعې یې د بیفیډوباکټریوم او لکټوبسیلوس جنسونو پورې تړلي دي او په دې برخه کې په انسانانو او حیواناتو باندې ګڼې څېړنې ترسره شوې دي. د پروبیوټیکونه گټې دا دي: په هضمي سېستم کې د نس ناستې کنټرول، د لکتوز د عدم تحمل ښه کول، د غټو کولمو د سرطان مخنیوی، په معده کې د هیلیکوباکټرپایلوري انتان د درملنې رژیم سره یو ځای درملنه، د حساسیت کموالی، د وینې د کولسترول کچې کمول او داسې نور. لکټوباسیلوس ریوتیري د بېلابېلو مېکانیزمونو په‌واسطه په ماشومانو کې حاد نس ناسته تداوي کوي. یاد مېکانیزمونه د کولمو د مخاطي طبقې او د کوربه معافیتي سېستم تقویه کولو، په ماشومانو کې د بېلابېلو منع کوونکو موادو د تولید په‌واسطه د اسهال دوام او د بستر مودې کمولو، د پرولیفیریشن پر وړاندې اغېزې، د لنډ ځنځیر لرونکو شحمي تېزابونو تولید او داسې نورې گټې لري. په دې مقاله کې د پروبیوټیکونو د عمومي ځانگړنو، د لکټوبسیلوس په اړه معلوماتو ترڅنگ، د لکټوبسیلوس ریوټیرې د ځانگړنو، د عمل مېکانیزمونو او حاد نس ناستې په درملنه کې د ونډې په اړه بحث شوی دی. د حاد انتاني نس ناستې تعریف، اسباب او ډولونو په اړه معلومات او د تازه ترسره شویو څېړنو پایلې راټولې او د دې مروري مقالې په چوکاټ کې ترتیب شوي دي.

پېژندنه

حاده انتاني نس ناسته په کوچنیانو کې معموله ناروغي ده، چې په لوړ او ټیټ عاید لرونکو هېوادونو کې یې ډېرې ستونزې رامنځته کړې دي. په کوچنیانو کې حاده نس ناسته هغه حالت دی، چې په (۲۴) ساعتونو کې درې یا تر درې خلو زیات غایطه مواد چې قوام یې نرم او دفعات یې زیات وي، خارج کړي(۱)، په لوړه کچه په خفیف ډول رامنځته کېږي او په خپل‌ځاني ډول په‌خپله ښه کېږي، خو په نادرو پېښو کې اختلاطات ورکوي.

د خولې له لارې او په ځینو ځانګړو حالتونو کې د ورید له لارې ریهایډریشن ددرملنې بنسټیزه برخه جوړوي. که څه هم د مایعاتو ورکړه د اعراضو په دوام اغېز نه لري او همدارنګه د کولمو د barrier function په رغولو کې هم کومه ځانګړې ونډه نه‌لري، په تېرو شلو کالونو کې د درملنې په برخه کې، له بېلابېلو لارو څخه کار اخیستل شوی ترڅو د ناروغیو د پرمختګ محدودولو او کولمو د تخریب د ښه والي لامل شي، چې په دې کې د پروبیوټیکونو ونډه ډېره مهمه ګڼل کېږي(۱). د شدت له مخې حاده نس ناسته په خفیف، متوسط او شدیدو ډولونو وېشل شوېده. په خفیف ډول کې د ډیهایډریشن اعراض او علایم نه لیدل کېږي، په متوسط ډول کې د ډیهایډریشن کلینیکي اعراض او علایم موجود وي او د خولې له لارې په کې ریهایډریشن صورت نیسي، په شدید ډول کې د ډیهایډریشن نښې نښانې موجودې وي چې د ورید له لارې یې درملنه ترسره کېږي(۲).

پروبیوټیکونه هغه ژوندي مایکروارګانیزمونه دي، چې کله په مناسبه اندازه وخوړل شي، د بدن، په ځانګړي ډول هضمي سبستم لپاره، ګټور بلل کېږي. پروبیوټیکونه په ځینو ډولونو لکه لکتوبسیلوس، بیفیډوباکټیریم، سکرومایاسیس بولارډي او داسې نورو وېشل کېږي. یاد پروبیوټیکونه بېلابېلې ځانګړنې لري، د بېلګې به ډول: ژوندی او فعاله بکتریاوې دي، د کولمو روغتیا لپاره ګټورې دي، هضمي ښه‌والی راولي او معافیتي سېستم پیاوړی کوي(۳). پروبیوټیکونه د نس ناستې په درملنه کې ګټور دي، چې ځینې مشخص سترینونه یې د تخریب شوې مخاطي غشا ترمیم، د کولمو پتوجن په اخذو پورې د نښلېدو مخنیوی، د بکتریا ضد موادو تولید، د وایروسونو د زیاتوالي نهي کول، د کولمو د اپیتیلیوم طبقې ثابت ساتل او همدارنګه د طبیعي معافیتي سېستم تنظیم یادولای شو. د پروبیوټیک مؤثریت هغه وخت اعظمي کچه کې وي چې د ناروغۍ په پیل کې تطبیق شي. پروبیوټیک د کولمو اپیتیلوم کې د بیتاډیفینسین د تولید د زیاتوالي لامل کېږي چې د پتوجنونو تکثر کموي. نوې څېړنې ښیي چې پروبیوټیک د معافیتي سېستم منظمولو لامل کېږي، په ځانګړي ډول لکتوبسیلاس د IgA انتي باډي د تولید زیاتوالي او د ډنډرایټیک حجرو په‌واسطه د انټرلیوکین ٦ او ترانسفارمینګ ګروت فکټور د تولید د زیاتوالي لامل هم کېږي. اوسني مقایسوي مطالعات ښیي چې د بېلابېلو هبوادونو په‌واسطه د حادې انتاني تس ناستې درملنې لارښودونه وړاندې شوي دي، په هغوی کې راپور ورکړل شوی چې پروبیوټیک د هضمي سېستم نړیوال سازمان او د اروپا د ساینسي ټولنې په‌واسطه توصیه کېږي. همدارنګه لاتین امریکا ، استرالیا، چین، مالیزیا، جنوبي افریقا او د امریکامتحده ایالات هم په حاده انتاني نس ناسته کې پروبایوټیک توصیه کوي(۱).

لکتیک اسید بکتریاوې چې د لکتیک اسید د تولید له امله پېژندل کېږي؛ ګرام مثبت دي، تخمر کوونکی خاصیت لري او د تېزابونو پر وړاندې مقاومې دي، سپورونه تولیدوي، کتلاز په‌کې منفي او غیرمتحرکې دي. لکتوبسیلوس ریوټیري د نس ناستې دوام او د بستر موده کموي، بیوفیلم جوړوي، د کولمو د مخاطي طبقې او د مېزبان د معافیتي سېستم تقویه کول، ددې وړتیا لري چې په کولمو کې د حجرو تر منځ تړونونه (Tight Junction) تقویه کړي، د مکرري نس ناستې چانس کموي او همدارنګه د کولمو په اپیتیلیل حجراتو پورې دپتوجن بکتریاو نښلېدل نهي کوي(۴).

دغه مقاله د حاد انتاني نس ناستې په درملنه کې د لکتوبسیلوس ریوتیري کارولو اهمیت روښانه کوي، چې یوه طبیعي او خوندي لاره ده او کولای شي د انټي بیوټیک ځای ونیسي او اهمیت یې په دې کې دی چې دغه مقاله ډاکټرانو او والدینو ته لارښوونه کوي چې څنګه د پروبیوتیکونو په مرسته د ماشومانو د نس ناستې مخه ونیسي او همدارنګه د روغتیایي پوهاوي او څېړنو اړتیا زیاتوي.

حاد انتاني نس ناستې

په کوچنیانو کې یوه معمول حاده انتاني ناروغي ده، چې په لوړ او ټیټ عاید لرونکو هېوادونو کې یې ډېرې ستونزې را ولاړې کړې دي(۱) او هغه حالت ته ویل کېږي چې په (۲۴) ساعتونو کې درې یا له درې څلو څخه زیات غایطه مواد چې قوام یې نرم او دفعات یې زیات وي، خارج کړي(۱). دغه ناروغي په لوړه کچه په خفیف ډول رامنځته کېږي او په خپله ښه کېږي، خو په نادرو پېښو کې اختلاطات ورکوي، ددې ناروغی عمده لاملونه انتانات لکه: وایروسونه (ادینوویروس، روټاویروس، نوروویروس)، بکټریاوې (کلوستریډیم ډیفیسیل، سالمونیلا، شجیلاانټیروپتوجنیک یې کولای) یا پرازیټونه (جارډیالامبلیا، امیب، کریپټوسپوریډیم پارووم) دي(۱). د واکسینونو د ښه تطبیق سره سره هم روټاویروس د حادې انتاني نس ناستې بنسټیز لامل دی، چې د شدیدې نس ناستې او د ناروغ بستر کېدو لامل کېږي(۱). د کولمو د پتوجنونو د لېږد لارې له شخص څخه شخص ته، Feco Oral یا دککړو اوبو او خوړو پهواسطه صورت نیسي. اسهالات د پتوفزیولوژي له نظره په دوه ډوله مېکانیزمونو رامنځته کېږي؛ یو یې ازموتیک نس ناستې دي، چې د کولمو په لومین کې د اسمولالیټي د زیاتوالي له امله رامنځته کېږي. د بېلګې په توګه د روټاویروس په نس ناستې کې د روټاویروس پهواسطه د کوچنیو کولمو مخاطي غشا تخریبېږي، چې په پایله کې د لکتوز جذب کمېږي او د کولمو په لومین کې راټولېږي چې د کولمو د مایکروفلورا پهواسطه تخمر کېږي او دا حالت د ګېډې د درد، پړسوب او همدارنګه د مقعد شاوخوا ناحیې د سوروالي لامل کېږي چې نس ناسته یې اوبلنه او انفلاقي (Explosive) وي. بل یې اطراحي نس ناسته ده چې د بکټریاو د اګزوټوکسین پهواسطه داطراحي مېکانیزمونو له امله رامنځته کېږي. همدارنګه ځینې بکټریاوې لکه شجیلا، د کولمو التهاب پهواسطه وینه لرونکی اسهال رامنځته کوي(۲).

د روغتیا نړیوالې ادارې د ډلبندی پر بنسټ نس ناستې په لاندې ډولونو وېشل شوې دي:

- حاده اوبه لرونکې نس ناسته
- حاده وینه لرونکې نس ناسته (ډیزنټري)
- معنده نس ناسته (Persistent Diarrhea)
- شدیده خوارځواکي او نس ناسته
- مزمنه نس ناسته (۳)

حاده انتاني نس ناسته په کوچنیانو او د هغوی په کورنې ژوند باندې ډېر اغېز لري، ځکه چې په عمومي پرکتیس او داخل‌بستر ناروغانو کې د ناروغۍ یو ستر لامل ګڼل کېږي. همدارنګه د روغتیا په برخه کې د حادې انتاني نس ناستې په‌واسطه په روغتیا پورې اړوند لګښتونه ډېر لوړ دي. ددې سربېره ویلای شو چې حاده انتاني نس ناسته تراوسه پورې د ماشومانو د مړینې دویم لوی لامل ګڼل کېږي(۱).

په فزیولوژیک حالاتو کې د کولمو اپیتیلیوم د بېلابېلو ایونونو (بای کاربونات، سودیم، کلوراید، پوتاشیم) او مغذي موادو لکه ګلوکوز، د اطراح او جذب پروسو د موازنې ساتلو دنده لري. اوبه په Passive (منفعل) شکل د کلوراید د اطراح سره اطراح کېږي(۱). همدارنګه د سایکلیک اې ایم پي پورې تړلي کلوراېډ چینل د اوبو د اطراح دنده لري، کوم چې د انټیروټوکسین په‌واسطه متأثره کېږي. برعکس د روټاویروس په‌واسطه د کولمو د اپیتیلیوم د ساختماني تخریب په پایله کې د کلوراید ایون اطراح صورت نیسي(۱).

په اسهال کې د ناروغۍ د شدت او هایډریشن حالت معلومولو لپاره، د درملنې په موخه، له سکورینګ سېستم څخه ګټه اخیستل کېږي. په (۲۰۰۰ز) کال کې له ګنو مطالعاتو وروسته په (۱-۳۶) میاشتو عمر لرونکو ماشومانو کې د حادې نس ناستې د درملنې لپاره، په کلینیکي ډول د ډیهایډریشن اندازه کول غوره شوي دي چې په دې حالت کې د ناروغ عمومي بڼه، سترګې، مخاطي غشا او اوښکې کتل کېږي او په هره برخه کې کلینیکي بدلون ځانته نمره اخلي؛ صفر نمره په خفیف، (۱-۴) نمرې په متوسط او (۵-۸) نمرې په شدید ډیهایډریشن دلالت کوي او په لاندې جدول کې ښودل شوی دی(۲).

خانګړنې	د ډیهایډریشن اندازه		
	صفر	۱	۲
عمومي بڼه	نارمل	تږی، نارام، خوبوړی	خوبوړی، اطراف یخ او خولې وي
سترګې	نارمل	لږې ننوتې وي	ډېرې ننوتې وي
مخاطي غشا(ژبه)	نمجن	Sticky	وچه
اوښکې	موجودې وي	کمې شوې وي	موجودې نه وي(۲)

لومړی جدول: په کلینیکي ډول د ډیهایډریشن اندازه کول

د لکتیک اسیدبکتریاوو اغېز په هضمي سېستم کې په مستقیم او نامستقیم میکانېزمونو پورې تړلي دي. لکه: د نس ناستې، انفانټیل کولیک، د کولمو د مخاطي طبقې او د مېزبان د معافیتي سېستم پیاوړي کول، هیلیکوباکټرپایلوري انتان په درملنه، میتابولیټونو تولید او همدارنګه د قبضیت په درملنه کې ترې ګټه اخیستل کېږي(۴).

د پروبیوټیکونو پېژندنه او ځانګړتیاوې

د پروبیوټیک اصطلاح د لومړي ځل لپاره په (۱۹٦۵ز) کال کې د (Still Well) او (Lilley) پهواسطه رامنځته شوه(۵)، چې د انساناتو ملګري میکروبونه دي، د څو لسیزو راپدېخوا د مهمو روغتیایي ګټو له‌مخې ډېر شهرت لري او اوسمهال یې ارزښت تر ډېره بریده ښه پېژندل شوی هم دی. د انسان په کولمو کې د بکتریاو له (۱۰۰۰) څخه ډېرې نوعې اوسېږي، چې په لوړه کچه په کولون کې کالونایز شوي دي او په کولمو کې یې یو مایکروایکوسېستم جوړ کړی دی. یاد سېستم د مېزبان د روغتیا، تغذیې او د کولمو د فزیولوژیکو دندو ثابت ساتلو لپاره اړین دی(٦). د پروبیوټیک ویی له (probios) یوناني کلمې څخه اخیستل شوی، چې معنی یې «د ژوند لپاره» ده(۷). یا دا چې دا ویی د دوه کلیمو ترکیب دی، چې (پرو = په ګټه) او (بایوس = ژوند) معنی لري. پروبیوټیکونه له پېژندنې تر دا مهاله د بېلابیلو پوهانو پهواسطه په بېلابېل ډول تعریف شـوي دي(۸)، خو تر ټولو هر اړخیز تعریف یې په (۲۰۰۲ز) کال کې د ملګرو ملتونو د غذا او زراعت اداري (FAO) له‌خوا شوی دی. نوموړی تعریف د (Hill) او ملګرو له لورې اصلاح او پروبیوټیکونه یې په‌دې ډول تعریف کړل: پروبیوټیکونه ژوندي مایکرواورګانیزمونه دي، چې د انسان بدن ته، په کافي اندازه، تر داخلېدو وروسته په کوربه انسان کې یوه روغتیایي ګټه رامنځته کړي(۹).

د پروبیوټیکونو ځانګړنې

هغه ځانګړنې چې یو میکروب تر پروبیوټیک عنوان لاندې راولي دا دي: د استعمال یا مصرفولو په وخت کې ژوندی وي، د استعمال کچه یې کافي وي، د انساناتو لپاره یوه روغتیایي ګټه ولري او د متوقع خوراک لپاره باید د معلوم ترکیب لرونکی وي(۱۰). د دغو ځانګړنو سربېره پروبیوټیکونه باید د استعمال په وخت کې په عمومي ډول مصؤن پېژندل شوي وي (Generally Recognized as Safe (GRAS))، په غذایي موادو کې د اوږد وخت د استعمال تاریخچه ولري، غیرپتوجن وي، د کولمو په اپیتیلیوم پورې په اسانۍ او کامیابۍ سره ونښلي او کالونایزیشن وکړای شي (نوموړی نښتل د معافیتي سیستم د تنظیم او له هضمي سېستم څخه د پاتوجنونو ویستلو لپاره مهم ګڼل کېږي)، د میکروب ضد موادو پر وړاندې مقاومت ونه‌يي خو په ورته وخت کې دا توانایي باید ونه‌لري، چې نوموړی مقاومت نورو بکتریاو ته انتقال کړي، د هضمي سېستم د انزایمونو په مقابل کې مقاوم وي او همدارنګه باید د ټکنالوژۍ له نظره په غذایي موادو کې د استعمالولو لپاره مناسب وي، چې د انسان پهواسطه تر مصرفولو دمخه او وروسته ژوندي پاتې شي(۱۱). همدارنګه هرکله چې پروبیوټیکونه د روغتیایي ګټو لپاره کارول کېږي، د کارونې کچه یې باید معلومه وي او دغه شمېر د پروبیوټیکونو په نوعې پورې اړه لري. په دقیق ډول یې د شمېر په اړه یو (واحد) نظر نه‌شته، خو لږ ترلږه د منلو وړ اندازه یې Colony Forming Unit (CFU)/mL 10^{9} او 10^{7}-10^{6} ده(۱۲).

عام کارېدونکي پروبیوټیکونه

ډېر معمول یا عام کارېدونکي پروبیوټیکونه لکتوبسیلوس او بایفیدوبکتیریم دي، چې په تجارتي ډول په لومړي ځل د لبنیاتو له تخمر او هضمي سېستم څخه لاس ته راغلي دي او د استعمال لپاره هم خوندي پروبیوټیکونه دي(۱۳). د کالوتو په تېرېدو

سره، پروبیوټیک سره نوي اصطلاحات رامنځته شول، چې راتلونکی جینیریشن پروبیوټیکونو یا live bio therapeutic products ورته ویل کېږي.

پریبیوټیک هغه نه هضمېدونکي فایبرونه دي، چې د کولمو د مایکروارګانیزمونو د فعالیت لپاره اړین دي. لکه: ګلکتوولیګوسکرایدونه، فرکتوولیګوسکرایدونه او اینولین. د پروبیوټیک او پریبیوټیک یوځایکولو ته سینبیوټیک وایي او په سیمبیوټیک کې دوه ژوندي ارګانیزمونه سره یوځای کوي. فارمابیوټیک د ژوندیو ارګانیزمونو مکروبي محصولاتو ته ویل کېږي، چې د ناروغۍ د درملنې یا مخنیوي لپاره کارول کېږي. پوسټ بیوټیک هغه (bioactive) مواد دي، چې د ژوندي مایکروارګانیزمونو په‌واسطه تولیدېږي، روغتیا اغېزمنوي او په دې ډول دي: انزایمونه، لنډ ځنځیر لرونکي آزاد شحمي تېزابونه، پیپټایدونه، پولي سکرایدونه او داسې نور(۱۴).

د پروبیوټیکونو روغتیايي ګټې

د پروبیوټیکونو روغتیايي ګټې د بېلابېلو څېړونکو له‌لورې، د انساني او حیواني څېړنو له لارې، په پراخه کچه مطالعه شوي دي(۱۴). هر پروبیوټیک له ځانه ځانګړې ګټې ښیي او د پروبیوټیکونو عمومي روغتیايي ګټې د پروبیوټیکونو ټولو ډولونو ته په ورته ډول نه‌شي کارول کېدلای، ځکه چې نومورې روغتیايي ګټې یو جنس تر بل جنسه، یوه نوعه تر بلې نوعې او ان له یو سټرینه تر بل سټرینه توپیر لري. د همدې له مخې هغه روغتیايي ګټې چې د یوې نوعې په‌واسطه رامنځته کېږي، د بلې نوعې لپاره ذکر کېدلای نه‌شي. په بل عبارت، یو پروبیوټیک کېدلای شي له ځانه ټولې پېشنهاد شوې روغتیايي ګټې ښکاره نه کړي(۱۵). په پروبیوټیکونو سره تړلې روغتیايي ګټې په لاندې جدول کې ذکر شوې دي. نومورې روغتیايي ګټې د پروبیوټیکونو په‌واسطه، د بېلابېلو مېکانیزمونو له لارې، چې کېدلای شي مشترک او یا په نوعې یا سټرین پورې ځانګړې وي، وښیي(۱۵، ۱۶).

روغتیايي ګټې	اخځلیک	روغتیايي ګټې	اخځلیک	روغتیايي ګټې	اخځلیک
معافیتي دندې	۴۲	د کولمو هیموستازیس	۴۶	میټابولیکي دندې	۵۲
د طبیعي معافیت پیاوړې کول	۴۳	د کولمو د التهابي سنډروم او د کولمو د التهابي ناروغیو کنټرول	۴۷	د صفراوي مالګو هایدرولیز کول	۵۳
د انتي باډي تولید	۴۴	د نس ناستې بېلابېل ډولونو د ښه والي لامل کېږي	۴۴	د کولسترول کمول	۵۴
د حساسیت یا الرژي کمول	۴۵	د کولمو ممانعتي دندو تقویه کول	۴۸	د چاغښت ضد عمل	۵۵

		د کالونیزه کېدو پر اساس د کولمو په دېوال پورې د پتوجنونو نښلېدل نهي کول	۴۹	د شکرې ناروغی ضد عمل	۵٦
		میکروب ضد فعالیت	۵۰	د ټوکسینونو/میوټاجنونو تخریب	۵۷
		په انفانټیل کولیک ماشومانو کې د ژړا موده راکموي	۵۱	د ویټامینونو تولید	۵۸
				د نورو میټابولیټونو تولید	۵۹

دویم جدول: د پروبیوټیکونو روغتیایي ګټې

لکتوبسیلوس ریوتیري	د (۳-۳٦) میاشتو عمر لرونکو ماشومانو په حاده اوبلنه نس ناسته کې د ورځې (۱۰⁹× ۴) کالوني فارمینګ یونټه د (۷) ورځو لپاره د نس ناستې دوام کموي، په دویمه او دریمه ورځ اعظمي اغېز کوي او جانبي عوارضو راپور هم نه دی ورکړل شوی.	۴۰
لکتوبسیلوس رامنوسیس او لکتوبسیلوس اسیدوفیلوس	دا دواړه بکتریاوې د کولمو اپیتلیل پورې نښلي او په پایله کې د انټیروپتوجنیک ای (E) کولای نښلېدل په مخاطي غشا پورې کموي	۴۱

دریم جدول: د ناروغیو په درملنه کې د پروبیوټیکونو ونډه

د لکتوباسیلوس کورنۍ پروبیوټیکونه

لکټیک‌اسېډ بکتریاوې د بکتریاو یو ځانګړی ګروپ دی، چې تخمرکوونکې ځانګړنه لري او د تېزابو پر وړاندې مقاومې دي، د لکټیک اسید د تولید له امله پېژندل کېږي، ګرام مثبت بکتریاوې دي، سپورونه تولیدوي، کتلاز په‌کې منفي وي او غیرمتحرک دي. که څه هم ناهوازي دي، مګر د اکسیجن تحمل لري(۹). د ګلوکوز د وروستني مېټابولېزم پر بنسټ یې په دوو ډلو هوموفرمنټو او هټروفرمنټو مایکروارګانېزمونو باندې ډلبندي کوي، هغه ډله چې لکټیک اسید د اصلي عنوان په ډول یا په ځانګړي ډول د ګلوکوز د تخمر محصولات تولیدوي، هوموفرمنټولکټیک‌اسید بکتریاوې بلل کېږي، چې په دې کې د لکتوباسیلوس ببلابېل ډولونه او همدارنګه انټیروکاکسونه، لاکتوکاکسونه، پډیوکاکونه، سټریپټوکاکسونه، ټټرازنوکاکسونه او واګوکاکسونه شامل دي. په همدې حال کې هغه بکتریاوې چې له هګزوز څخه لکټیک اسید، کاربن ډای اکساید او ایتانول تولیدوي، هیټروفرمنټو بلل کېږي. لکه: لکنوسټوک، لکتوباسیلوس او ایکینوکاکسونه او ویسلا(۱۸، ۱۹). په اوسني وخت کې

لکتیک اسید بکتریاوې په فیرمیکوټس، بسیلي او لکتوباسیلوس باندې ډلبندي شوي دي. د لکتیک اسید جنس بکتریاوې لکتوباسیلوس، لاکتوکاکسونه، لکونوسټوک، آلویوکاکونه، ستریپتوکاکونه، آیروکاکونه، پډیوکاکونه، کارنوباکټیریوم، تتراژنوکاکوسونه، انټیروکاکسونه، اونوکاکسونه، ډولوسیگرانولوم، واګوککسونه او ویسلا څخه(۲۰). لهدې ډلې څخه ځینې جنسونه لکه لکتوکاکسونه او لکتوباسیلوس ګټورې بکتریاوې دي، په داسې حال کې چې ستریپتوکوک او انټیروکاکس یې موقعبیني بکتریاوې دي چې پتوجن کېدلای شي(۲۱). د بکتریا د ټولو جنسونو په پام کې نیولو سره لکتیک اسید بکتریاوې لکتوباسیلوس د (۲٦۰) نوعو په لرلو سره د زیاتو غړو لرونکي دي(۲۲). لکتوباسیلوس په (۲۵) جنسونو چې د هغې له ډلې څخه لکتوباسیلوس دلبرکي، لکتوباسیلوس پارووم او په (۲۳) نورو نویو جنسونو ډلبندي شوي دي(۱۵). تر ټولو معمولې لکتیک اسید بکتریاوې لکتوباسیلوس اسیدوفیلوس، لکتوباسیلوس پلنټاروم، لکتوباسیلوس کازیي، لکتوباسیلوس رامنوسیس، لکتوباسیلوس دلبرکي بولګاریس، لکتوباسیلوس فرمنټوم، لکتوباسیلوس رویټري، لکتوکوکس لاکټیس، لاکتوکوکس کریموریس، بایفیډوبکټیریم بایفیډیم، بایفیډوبکټیریم اډولوسنټ، بایفیډوبکټیریم لانګوم، بایفیډوبکټیریم بریوي، انټیروکاکس فیکالیس او انټیروکاکس فاسیوم دي(۲۳). لکتیک اسید بکتریاوې په لوړه کچه په طبیعت کې شته چې له دې ډلې څخه یوه اندازه په هضمي سېستم کې شته، په داسې حال کې چې په ډېره کچه د پروبیوټیک تر سرلیک لاندې په بازار کې هم شته(۲۴). پروبیوټیکونه باید درې بنسټیز شرطونه ولري: ۱- د کاروني پرمهال ژوندي مایکروارګانیزمونه وي، ۲- د روغتیا په موخه باید په کافي دوز وکارول شي او دریېم دا چې په مېزبان باندې روغتیایي اغېز ولري(۲۵)؛ نو له دې کبله لکتیک اسید پروبیوټیکونه ناروغۍ نه تولیدوي او د کولمو میکروبونو په تعادل ساتلو کې ونډه لري، په ټیټ (PH) کې ژوندي پاتې کېږي، دهضمي سېستم ښلابښل شرایط تحمل کولای شي او د استعمال له امله یې روغتیایي ګټې رامنځته کېږي. د پورتنیو دلایلو پر بنسټ دوی د پروبیوټیک مایکروارګانیزمونو په عنوان قبول کړای شوي دي.

لکتوباسیلوس ریوټیري

لکتوباسیلوس یوه مهمه پروبیوټیک بکتریا ده، چې په انسانانو کې په طبعي ډول په ګټورو مایکروبیولوژیکي فلوراګانو کې شامله ده(۴). دا یوه سپور تولیدونکې، فیکلټیټیف انایروب، ګرام مثبت، راډ شکله بکتریا ده، په ګرام سټین کې ارغواني رنګ اخلي، غیرمتحرکه ده او فلاجیلا نه لري. د یادې بکتریا د حرکت نشتوالی د دې لامل کېږي، چې د کولمو په مخاطي سطحو کې پاتې شي. د هیتروتروفیک خانګړنې له امله بهرنیو موادو ته اړتیا لري. همدارنګه ویلای شو چې په (٦،۵) PH او (۳۷ – ۴۲) درجې سانتي ګرید کې وده کوي(۲٦).

په حاده نس ناسته کې د لکتوبسیلوس ریوټیري ونډه

نوموړې بکتریا د روغتیایي ګټو له امله په ډېرې برخو کې ارزښت لرونکې ونډه لري، چې د روغتیایي ګټو او مېکانېزمونو څخه یې په لاندې ډول یادونه کېږي. د حادې انتاني نس ناستې په درملنه کې یې له ښلابښلو سټرېټونو څخه ګټه اخیستل شوېده او ګڼې څېړنې پرې ترسره شویدي. په هضمي سېستم کې د لکتوبسیلوس ریوټیري اغېز په مستقیمو او نامستقیمو مېکانېزمونو

پورې تړلې دی لکه: د ميتابوليتونو توليد، د کولمو د مخاطي طبقې او د مېزبان د معافيتي سېستم تقويه کول، همدارنګه په انفانتيل کوليک، نس ناستې، قبضيت او د هيليکوباکترپايلوري انتان په درملنه، هايپرکوليسترولېميا، پوستکي انتاناتو، حساسيتي استما او اوتيسم په درملنه کې هم استعمالېږي. لکتوبسيلوس ريوتيري ددې وړتيا لري چې د حجرو تر منځ تړونونه (Tight Junction)تقويه کړي، کوم چې د کولمو په محافظت کې مهمه ونډه لري(۴). لکتوبسيلوس ريوتيري ډي ايس ايم (۱۷۹۳۸) نوعه د نورو نوعو په پرتله ډېره ګټوره ده، چې د نس ناستې دوام او د بستر موده کموي. په همدې ډول د معافيتي سېستم يوه ځانګړنه يې داده، چې بيوفلم جوړوي. بيوفلم د بکترياو يو پېچلی جوړښت دی، په يوې سطحې پورې نښلي او له ځېلو توليد شويو موادو څخه يوه ساتندوی پوړ (محافظتي طبقه) جوړوي، چې دا طبقه د بکترياو لپاره د ساتنې او دفاعي سېستم په توګه کار کوي(۲۷). د لکتوبسيلوس ريوتيري ايچ سي ايم ۲ او لکتوبسيلوس ريوتيري پې ايس سي ۱۰۲ سټرينونو په‌واسطه په اينويترو کې د اي (E) کولای وده درېږي او همدارنګه د کولمو په اپتيليل حجراتو پورې نښلېدل يې نهي کوي(۴).

نوعې/ډولونه	ناروغي	خلک	اغېز	اخځليک
لکتوبسيلوس ريوتيري ډي ايس ايم ۱۷۹۳۸	حاده نس ناسته	ماشومان	د حادې نس ناستې دوام کمول	۳۲
لکتوبسيلوس ريوتيري ډي ايس ايم ۱۷۹۳۸	د کولمو انتاني ناروغی	ماشومان	د کولمو مخاطي مانع خوندي ساتل او د پروانفلاميټوري فکتورونو کمول	۳۳
بايفيډوبکتريم ايس پي، لکتوبسيلوس جان سوني	د هضمي سېستم بيلابيلې ناروغی	انسانان	بکتريوسين توليدول، ارګانيک تيزابونه جوړول او د بکترياو د کالونيزه کېدلو کمول	۳۴
لکتوبسيلوس ريوتيري ډي ايس ايم ۱۷۹۳۸	ويروسي ناس ناستې	هغه ماشومان چې له درې (۳) مياشتو تر پنځه (۵) کالوتو عمر ولري او (۱۰^۹×۱)کالوني فارمينګ يونټه پروبايوتيک د او ار ايس سره د پنځه ورځو لپاره ورکول کېږي	د نس ناستې دوام تر ۱۵ ساعتونو پورې کموي	۳۵

لکتوبسیلوس او بایفیډوبکتریم ستریڼونه	د انټي بیوټیک په‌واسطه رامنځته شوې نس ناستې	۳۶ تنو ته د ورځې($10^9 \times 1$) کالوني فارمینګ یونټه ورکړل شوې	د نس ناستې په بیاراتګ کې (۵،۳۹) ورځې کموالی او ورځنیو غایطه موادو خارجېدو کې (۴۵٪) کمښت رامنځته شوی و	۳۶

څلورم جدول: په نس ناستې کې د لکتوبسیلوس ریوټیري د بېلابېلو نوعو بېلابېلې اغېزې

د کولمو په ناروغیو کې د لکتوبسیلوس ریوټیري بېلابېل مېکانېزمونه په لاندې ډول خلاصه کېږي

د کولمو د اپتیلیل حجرو د پرولیفیرېشن او ستیم حجرو د تفریق پډیری (Stem Cell Diffrentiation) په‌واسطه د میوکوزا طبقې د ډنډې سالم ساتل. ریوټرین یو ډول وسیع الساحه د میکروب ضد مواد دي، چې د لکتوبسیلوس ریوټیري په‌واسطه تولیدېږي، د پروتوزوا، فنګسونو، ګرام مثبت او ګرام منفي بکتریاو پرولېفرېشن نهي کوي. دا مواد د کولمو د معافیتي سېستم تقویه کول د ماکروفاژونو، تي او ډنډرایټیک حجرو د پرولیفرېشن په‌واسطه منظموي، چې په پایله کې التهابي ځواب کمزوری کوي. D-7 همدارنګه اګزوپولي سکرایډونه هم د لکتوبسیلوس ریوټیري په‌واسطه تولیدېږي، چې د کولمو په اپیتیلیوم پورې د همدې پروبیوټیک د نښلېدو سره کومک کوي، په همدې ډول د اي (E) کولای نښلېدل په اپیتیلیوم پورې نهي کوي او پروانفلیمیټري سایټوکینونه (IL-6 and TNFα) ، چې د اي کولای او سالمونیلاټایفیموریم په‌واسطه تولیدېږي، هم کموي. لنډ ځنځیر لرونکي ازاد شحمي تېزابونه، چې اسیتات، پروپیونېټ او بیوتایریت په‌کې شامل دي، هم د لکتوبسیلوس ریوټیري په‌واسطه تولیدېږي، په مېزبان کې معافیتي ځواب او التهابي غبرګون (عکس‌العمل) منظموي او په دې ډول د کولمو روغتیا ته ګټه رسوي. په دې کې په ځانګړي ډول بیوتایریت د هضمي سېستم د حرکت زیاتوالي لامل کېږي، پروپیونېټ او بیوتایریت د کولمو په اپیتیلیوم پورې د سالمونیلاټایفیموریم د نښلېدو او ننوتلو څخه مخنیوی کوي(۲۹). لکتوبسیلوس ریوټیري اي ټي سي سي (۵۵۷۳۰) بکتریا په (٦-٥٦) میاشتې عمر لرونکو ماشومانو کې، په بکتریایي او ویروسي (روټاویروس) انتاناتو کې، د نس ناستې دوام او شدت کموي. د حادې اوبلنې نس ناستې په درملنه کې، که چېرې د اوارایس سره لکتوبسیلوس ریوټیري ډي ایس ایم ۱۷۹۳۸ او زینک یو ځای او ماشوم ته ورکړل شي، د نس ناستې دوام نسبت هغه اوارایس ته کموي، چې زینک او لکتوبسیلوس ریوټیري ورسره یو ځای شوي نه وي(۳۰). همدارنګه لکتوبسیلوس ریوټیري ډي سي ایم ۱۷۹۳۸ سټرین د انټي بیوټیک پر وړاندې مقاوم دي او د کولمو په مخاطي غشا کې پروانفلیمیټري سایټوکینونه (TNFα, INFγ, IL1β, IL -۸) ، چې په نویو زېږېدلو ماشومانو کې د التهاب لامل کېږي، هم کموي(۳۱).

پايله اخيستنه

ددغې څېړنې په ترسره کولو سره دې پايلې ته ورسېدو، چې پروبيوټيکونه هغه ژوندي مايکروارګانيزمونه دي، چې تر خوړلو وروسته ګټې روغتيايي ګټې رامنځته کوي. ځينې ځانګړې ګټې د ډېرو پروبيوټيکونو پەواسطه په ګډ (مشترک) ډول رامنځته کېږي. ددې لپاره چې ګډې ګټې په لوړه کچه ترلاسه شي، د پروبيوټيکونو بېلابېل جنسونه بايد يوځای استعمال شي. همداراز، کومې روغتيايي ګټې چې د پروبيوټيکونو په يو مشخص دوز سره رامنځته کېږي، که چېرې په کم دوز سره توصيه شي، د هماغه نظر وړ روغتيايي ګټو رامنځته کېدو لامل نه کېږي. په عمومي ډول ويلای شو چې د پروبيوټيکونو په استعمال سره د انسانانو د هضمي سېستم ګڼې ناروغۍ لکه نس ناسته، په کوچنيانو کې د کولمو وظيفوي دردونه، د لکتوز پروړاندې عدم تحمل او د هيليکوباکټرپايلورۍ درملنې سربېره د ډېرو پتوجن بکترياو پر وړاندې ممانعتي عمل رامنځته کوي. د پروبيوټيکونو پەواسطه د روغتيايي ګټو رامنځته کېدو د ثابت کولو لپاره لا نورو تجربوي څېړنو او کلينيکي ازمايښتونو ته اړتيا ده، چې لەمخې يې د پروبيوټيکونو د بېلابېلو نوعو اړوند روغتيايي ګټې ثابتې او روښانه شي.

وړانديزونه

١. په بېلابېل عمر او جنس لرونکو ماشومانو کې د لکتوبسيلوس ريوټيوري اغېزې بايد په جلا توګه وڅېړل شي، ترڅو د درملنې لپاره يې غوره لارښوونې وړاندې شي.

٢. د لکتوبسيلوس ريوټيوري د درملنې مؤثريت تر شا مېکانېزمونه بايد په لازيات تفصيلي ډول وڅېړل شي، لکه: د ځيګر توليد شويو انزايمونو سره تعامل او د کولمو په سرحد کې د التهاب کمولو ځانګړتياوې.

٣. اړينه ده چې د لکتوبسيلوس ريوټيوري اوږدمهاله کارونې روغتيايي اغېزې، په ځانګړي ډول د ماشومانو د هضمي جهاز په ميکروبونو باندې، وڅېړل شي.

٤. د لکتوبسيلوس ريوټيوري په ترکيب کې د نورو پروبيوټيکونو يا پريبيوټيکونو اغېزمنتيا بايد وڅېړل شي، چې د ګډې درملنې احتمالي ګټې معلومې شي.

٥. د لکتوبسيلوس ريوټيوري استعمال بايد د عامه روغتيا پالېسۍ سره همغږی وي. د دې لپاره د بېلابېلو ټولنيزو او اقتصادي شرايطو په پام کې نيولو سره عملي سپارښتنې وړاندې کول اړينې دي.

اخځليکونه

1. Lo Vecchio A, Buccigrossi V, Fedele MC, Guarino A. Acute infectious diarrhea. Probiotics and Child Gastrointestinal Health: Advances in Microbiology, Infectious Diseases and Public Health Volume 10. 2019:109-20.
2. Brandt KG, Antunes MM, Silva GA. Acute diarrhea: evidence-based management. Jornal de pediatria. 2015 Nov;91:S36-43.
3. Das TK, Pradhan S, Chakrabarti S, Mondal KC, Ghosh K. Current status of probiotic and related health benefits. Applied Food Research. 2022 Dec 1;2(2):100185.
4. Sun X, Kong J, Zhu S, Liu C. A systematic review and meta-analysis: the therapeutic and preventive effect of Lactobacillus reuteri DSM 17,938 addition in children with diarrhea. BMC gastroenterology. 2023 May 5;23(1):141.
5. Gul S, Durante-Mangoni E. Unraveling the Puzzle: Health Benefits of Probiotics—A Comprehensive Review. Journal of Clinical Medicine. 2024 Mar 1;13(5):1436.
6. Feng X, Zhuang L, Chen L, Zhao H, Huang R, Guo Z. Comparison of different probiotics in the treatment of acute diarrhea in children: a protocol for systematic review and network meta-analysis. Medicine. 2022 Mar 18;101(11):e28899.
7. Sarao LK, Arora M. Probiotics, prebiotics, and microencapsulation: A review. Critical reviews in food science and nutrition. 2017 Jan 22;57(2):344-71.
8. Lee YK. Handbook of Probiotics and Prebiotics. John Wiley & Sons Inc; 2009.
9. Hill C, Guarner F, Reid G, Gibson GR, Merenstein DJ, Pot B, Morelli L, Canani RB, Flint HJ, Salminen S, Calder PC. The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic. Nature reviews Gastroenterology & hepatology. 2014 Aug;11(8):506-14.
10. Sanders ME, Merenstein D, Merrifield CA, Hutkins R. Probiotics for human use. Nutrition bulletin. 2018 Sep;43(3):212-25.
11. Erkmen O, Bozoglu TF. Food microbiology, 2 volume set: Principles into practice. John Wiley & Sons; 2016 Jun 13.
12. Mortazavian AM, Mohammadi R, Sohrabvandi S. Delivery of probiotic microorganisms into gastrointestinal tract by food products. New advances in the basic and clinical gastroenterology. 2012 Apr 18;10:47946.
13. Lau LY, Quek SY. Probiotics: Health benefits, food application, and colonization in the human gastrointestinal tract. Food Bioengineering. 2024 Mar;3(1):41-64.
14. Daliri EB, Lee BH. New perspectives on probiotics in health and disease. Food Science and Human Wellness. 2015 Jun 1;4(2):56-65.
15. Kumar Bajaj B, Claes IJ, Lebeer S. Functional mechanisms of probiotics. Journal of microbiology, biotechnology and food sciences.--. 2015;4(4):321-7.

16. Cremon C, Barbaro MR, Ventura M, Barbara G. Pre-and probiotic overview. Current opinion in pharmacology. 2018 Dec 1;43:87-92.

17. Liu Y, Tran DQ, Rhoads JM. Probiotics in disease prevention and treatment. The Journal of Clinical Pharmacology. 2018 Oct;58:S164-79.

18. Altieri C, Ciuffreda E, Di Maggio B, Sinigaglia M. Lactic acid bacteria as starter cult ures. Starter cultures in food production. 2017 Jan 12:1-5.

19. Lima EM, Quecع n BX, da Cunha LR, de Melo Franco BD, Pinto UM. Cell-Cell Communication in Lactic Acid Bacteria: Potential Mechanisms. InLactic Acid Bacteria 2020 Feb 19 (pp. 1-14). CRC Press.

20. Mokoena MP. Lactic acid bacteria and their bacteriocins: classification, biosynthesis and applications against uropathogens: a mini-review. Molecules. 2017 Jul 26;22(8):1255.

21. Moh LG, Etienne PT, Jules-Roger K. Seasonal diversity of lactic acid bacteria in artisanal yoghurt and their antibiotic susceptibility pattern. International Journal of Food Science. 2021;2021.

22. Zheng J, Wittouck S, Salvetti E, Franz CM, Harris HM, Mattarelli P, et al. A taxonomic note on the genus Lactobacillus: Description of 23 novel genera, emended description of the genus Lactobacillus Beijerinck 1901, and union of Lactobacillaceae and Leuconostocaceae. International journal of systematic and evolutionary microbiology. 2020;70(4):2782-858.

23. Agriopoulou S, Stamatelopoulou E, Sachadyn-Krلا M, Varzakas T. Lactic acid bacteria as antibacterial agents to extend the shelf life of fresh and minimally processed fruits and vegetables: Quality and safety aspects. Microorganisms. 2020;8(6):952.

24. Evivie SE, Huo G-C, Igene JO, Bian X. Some current applications, limitations and future perspectives of lactic acid bacteria as probiotics. Food & nutrition research. 2017;61(1):1318034.

25. Zielińska D, Kołożyn-Krajewska D. Food-origin lactic acid bacteria may exhibit probiotic properties. BioMed research international. 2018;2018.

26. Niamah AK, Abdulmuttaleb AM, Hussain NA. Antibacterial spectrum of produced reuterin from new isolates of Lactobacillus reuteri. Journal of microbiology, biotechnology and food sciences. 2020 Aug 1;10(1):134-9.

27. Ali R. The use of probiotic with ORS and ORS only in children with acute diarrhea. Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP. 2019 Dec 1;29(12):1179-82.

28. Peng Y, Ma Y, Luo Z, Jiang Y, Xu Z, Yu R. Lactobacillus reuteri in digestive system diseases: focus on clinical trials and mechanisms. Frontiers in cellular and infection microbiology. 2023 Aug 18;13:1254198.
29. Sur D, Manna B, Niyogi SK, Ramamurthy T, Palit A, Nomoto K, Takahashi T, Shima T, Tsuji H, Kurakawa T, Takeda Y. Role of probiotic in preventing acute diarrhoea in children: a community-based, randomized, double-blind placebo-controlled field trial in an urban slum. Epidemiology & Infection. 2011 Jun;139(6):919-26.
30. Maragkoudaki M, Chouliaras G, Moutafi A, Thomas A, Orfanakou A, Papadopoulou A. Efficacy of an oral rehydration solution enriched with Lactobacillus reuteri DSM 17938 and zinc in the management of acute diarrhoea in infants: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Nutrients. 2018 Sep 1;10(9):1189.
31. Patro-Gołąb B, Szajewska H. Systematic review with meta-analysis: Lactobacillus reuteri DSM 17938 for treating acute gastroenteritis in children. An update. Nutrients. 2019 Nov 14;11(11):2762.
32. Mu Q, Tavella VJ, Luo XM. Role of Lactobacillus reuteri in human health and diseases. Frontiers in microbiology. 2018 Apr 19;9:757.
33. Yu Z, Chen J, Liu Y, Meng Q, Liu H, Yao Q, Song W, Ren X, Chen X. The role of potential probiotic strains Lactobacillus reuteri in various intestinal diseases: New roles for an old player. Frontiers in Microbiology. 2023 Feb 2;14:1095555.
34. Das TK, Pradhan S, Chakrabarti S, Mondal KC, Ghosh K. Current status of probiotic and related health benefits. Applied Food Research. 2022 Dec 1;2(2):100185.
35. Martins EM, Nascimento da Silva LC, Carmo MS. Probiotics, prebiotics, and synbiotics in childhood diarrhea. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 2024 Apr 19;57:e13205.
36. Latif A, Shehzad A, Niazi S, Zahid A, Ashraf W, Iqbal MW, Rehman A, Riaz T, Aadil RM, Khan IM, zogul F. Probiotics: Mechanism of action, health benefits and their application in food industries. Frontiers in microbiology. 2023 Aug 17;14:1216674.
37. Liu Y, Tran DQ, Rhoads JM. Probiotics in disease prevention and treatment. The Journal of Clinical Pharmacology. 2018 Oct;58:S164-79.
38. Tijjani KI, James M, Altın C. Probiotics and their attributes in human health therapy. International Journal of Research-GRANTHAALAYAH. 2020;8:158-64.
39. Ibrahim SA, Yeboah PJ, Ayivi RD, Eddin AS, Wijemanna ND, Paidari S, Bakhshayesh RV. A review and comparative perspective on health benefits of probiotic and fermented foods. International Journal of Food Science & Technology. 2023 Oct;58(10):4948-64.

40. Saviano A, Brigida M, Migneco A, Gunawardena G, Zanza C, Candelli M, Franceschi F, Ojetti V. Lactobacillus reuteri DSM 17938 (Limosilactobacillus reuteri) in diarrhea and constipation: Two sides of the same coin?. Medicina. 2021 Jun 23;57(7):643.
41. Guli M, Winarsih S, Barlianto W, Illiandri O, Sumarno SP. Mechanism of Lactobacillus reuteri probiotic in increasing intestinal mucosal immune system. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences. 2021 Nov 23;9(F):784-93.
42. Mazziotta C, Tognon M, Martini F, Torreggiani E, Rotondo JC. Probiotics mechanism of action on immune cells and beneficial effects on human health. Cells. 2023 Jan 2;12(1):184.
43. Martins EM, Nascimento da Silva LC, Carmo MS. Probiotics, prebiotics, and synbiotics in childhood diarrhea. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 2024 Apr 19;57:e13205.
44. do Carmo MS, itapary dos Santos C, Ara[illegible]jo MC, Gir[illegible]n JA, Fe rnandes ES, Monteiro-Neto V. Probiotics, mechanisms of action, and clinical perspectives for diarrhea management in children. Food & function. 2018;9(10):5074-95.
45. Furrie E. Probiotics and allergy. Proceedings of the Nutrition Society. 2005 Nov;64(4):465-9.
46. Kaur H, Ali SA. Probiotics and gut microbiota: Mechanistic insights into gut immune homeostasis through TLR pathway regulation. Food & Function. 2022;13(14):7423-47
47. Hill C, Guarner F, Reid G, Gibson GR, Merenstein DJ, Pot B, Morelli L, Canani RB, Flint HJ, Salminen S, Calder PC. The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic. Nature reviews Gastroenterology & hepatology. 2014 Aug;11(8):506-14.
48. Gou HZ, Zhang YL, Ren LF, Li ZJ, Zhang L. How do intestinal probiotics restore the intestinal barrier? Frontiers in microbiology. 2022 Jul 14; 13:929346.
49. Dhivya K, Backkiyashree D, Pratibha N, Nandhani N, Bala Abirami M. The Therapeutic Effects of Lactobacillus reuteri Supplementation in Various Conditions: A Systematic Review. Journal of Pharmaceutical Research International. 2023 Sep 23;35(25):26-46.
50. Cristofori F, Dargenio VN, Dargenio C, Miniello VL, Barone M, Francavilla R. Anti-inflammatory and immunomodulatory effects of probiotics in gut inflammation: a door to the body. Frontiers in immunology. 2021 Feb 26; 12:578386.
51. Alam MD, Islam M, Ziaul MD, Tayab MD, Alam K, Sahid H, Kamrul MD, Mahmood S, Haque AT. Role of Probiotic Lactobacillus reuteri in Improving Gut Health and Immunity in Infants and Toddlers: A Review. International Journal of Nutrition Sciences. 2022 Jun 1;7(2):75-80.

52. Hill C, Guarner F, Reid G, Gibson GR, Merenstein DJ, Pot B, Morelli L, Canani RB, Flint HJ, Salminen S, Calder PC. The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic. Nature reviews Gastroenterology & hepatology. 2014 Aug;11(8):506-14.

53. Agolino G, Pino A, Vaccalluzzo A, Cristofolini M, Solieri L, Caggia C, Randazzo CL. Bile salt hydrolase: The complexity behind its mechanism in relation to lowering-cholesterol lactobacilli probiotics. Journal of Functional Foods. 2024 Sep 1; 120:106357.

54. Dhivya K, Backkiyashree D, Pratibha N, Nandhani N, Bala Abirami M. The Therapeutic Effects of Lactobacillus reuteri Supplementation in Various Conditions: A Systematic Review. Journal of Pharmaceutical Research International. 2023 Sep 23;35(25):26-46.

55. Leلn Aguilera XE, Manzano A, Pirela D, Bermږdez V. Probiotics and g ut microbiota in obesity: myths and realities of a new health revolution. Journal of personalized medicine. 2022 Aug 4;12(8):1282.

56. Zhang L, Chu J, Hao W, Zhang J, Li H, Yang C, Yang J, Chen X, Wang H. Gut microbiota and type 2 diabetes mellitus: Association, mechanism, and translational applications. Mediators of inflammation. 2021;2021(1):5110276.

57. Nougayrځde JP, Chagneau CV, Motta JP, Bossuet-Greif N, Belloy M, Taieb F, Gratadoux JJ, Thomas M, Langella P, Oswald E. A toxic friend: genotoxic and mutagenic activity of the probiotic strain Escherichia coli Nissle 1917. MSphere. 2021 Aug 25;6(4):10-128.

58. Hossain KS, Amarasena S, Mayengbam S. B vitamins and their roles in gut health. Microorganisms. 2022 Jun 7;10(6):1168.

59. Cheng L, Qi C, Yang H, Lu M, Cai Y, Fu T, Ren J, Jin Q, Zhang X. gutMGene: a comprehensive database for target genes of gut microbes and microbial metabolites. Nucleic acids research. 2022 Jan 7;50(D1): D795-800.

Review Article

The Role of Lactobacillus Reuteri in the Treatment of Acute Infectious Diarrhea in Children

Teaching Assistant Specialist Dr. Ihsanullah Shinwari
Clinic Department, Faculty of Medicine, Spinghar University, Nanagarhar, Afghanistan.

Article History

Received: 25/Nov/2024

Accepted: 3/Jan/2025

Published: 21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Edition: 1st

Keywords

- Acute Diarrhea
- Probiotics
- Children
- Lactobacillus Reuteri
- Treatment

***Corresponding Author**

Teaching Assistant Specialist
Dr. Ihsanullah Shinwari
Email:
ihsanullahshinwari034@gmail.com
Contact: +93 (0) 799424401

Abstract

Probiotics, which have recently gained increased usage for various health benefits, are microorganisms that, upon entering the human body, provide health advantages to the host. Numerous strains of probiotics are utilized in human food and pharmaceutical products, but the most commonly used ones belong to the genera Bifidobacterium and Lactobacillus. Extensive human and animal studies have been conducted in this regard. The health benefits associated with probiotics include controlling diarrhea in the digestive system, improving lactose intolerance, preventing colon cancer, aiding in the treatment of Helicobacter pylori infections in combination with therapeutic regimens, reducing allergies, lowering blood cholesterol levels and more. Lactobacillus reuteri treats acute diarrhea in children through various mechanisms, such as strengthening the intestinal mucosal lining and the host immune system, reducing the duration of diarrhea and hospitalization through the production of inhibitory substances, exerting anti-proliferative effects and producing short-chain fatty acids. This article discusses the general characteristics of probiotics, provides information about Lactobacillus species and examines the specific mechanisms of action of L. reuteri and its role in treating acute diarrhea. It also includes definitions, causes and types of acute infectious diarrhea and presents findings from recent studies in the format of a review article.

مروري مقاله

د پروستاټ د کارسینوما غوره تشخیصیه معاینه، پړه او ساتندویه فکتورونه

پوهنیار متخصص دوکتور شفیق الله عطیش[۱]، ټکنالوجست زبیر شکور[۲]

[۱]کلینیک ډیپارټمنټ، عمومي طب پوهنځی، سپین غر پوهنتون، ننګرهار - افغانستان

[۲]کلینیک ډیپارټمنټ، طبي ټکنالوژي پوهنځی، سپین غر پوهنتون، ننګرهار - افغانستان

د مقالې تاریخچه

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۱۴

د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۱/۱۷

د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹

کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دویم ګڼه: لومړی

بنسټیز ټکي

• پروستاټ • خطر فکتورونه

• پروستاټ کارسینوما • تشخیص

• پېښې • ساتندویه فکتورونه

مسؤل لیکونکی

پوهنیار متخصص دوکتور شفیق الله عطیش

برېښنالیک:

shafiqullahatish13@Gmail.com

ګرځنده شمېره: 789701100 (0) 93+

لنډیز

پروستاټ د نارینه د بولي تناسلي سېستم ضمیموي غده ده، چې پروستاټیک احلیل یې چاپېره کړی دی او د مرکزي انتقالي او محیطي زونونو لرونکې ده. د پروستاټ غده د ژوند په اوږدو کې په بېلابېلو سلیمو او خبیثو ناروغیو لکه د پروستاټ د غدې په کارسینوما، چې له محیطي زون څخه سرچینه اخلي، اخته کېږي. د پروستاټ کارسینوما د نارینه جنس دویم معمول سرطان دی چې د اخته کېدو کلنۍ نړیواله کچه یې (۱,۱) میلیونه تنه ده او هر کال د(۳۰۷۰۰۰)تنو اخته وګړو ژوند اخلي. د پروستاټ کارسینوما د رامنځته کېدو دقیق لامل، د بدن د نورو برخو د سرطانونو په څېر، څرګند نه دی، مګر د خطر ګڼ شمېر فکتورونه لکه لوړ عمر، تور نژاد، کورنۍ تاریخچه، غذایي رژیم، چاغوالی، د پروستاټ غدې التهاب، سګرټ څکونه او ځانګړې دنده یې په رامنځته کېدو کې د پام وړ ونډه لري. په پروستاټ کارسینوما د نه یا کم اخته کېدو لپاره ګڼې لارښوونې وړاندې شوي، چې د بیلګې په ډول یې د مخنیوي وړ مساعدونکو لاملونو څخه ځان ساتل، د تازه مېوې، سبزیجاتو، ماهي غوښې، بانجان رومي کارول او متوسط فزیکي تمرین د یادونې وړ دي. اوس‌مهال د پروستاټ سرطان د تشخیص لپاره له لابراتواري، تصویري، پتالوژیک او فزیکي موندنو څخه ګټه پورته کېږي. ددې مروري څېړنې موخې د پروستاټ کارسینوما په اړه د هر اړخیزو معلوماتو راټولول، تنظیمول، تحلیلول او د پر وخت تشخیص لپاره یې د غوره تشخیصیه معاینې معرفي کول دي.

پېژندنه

پروستاټ د نارینه‌و د بولي تناسلي سېستم ضمیموي غده ده، چې پروستاټیک احلیل یې چاپېره کړی دی. داسې هم ویلای شو چې د پروستاټ غده یوه Fibro muscular and Glandular عضوه ده، چې د مثانې به قاعده کې موقعیت لري او د مرکزي، انتقالي او محیطي زونونو لرونکی ده. د پروستاټ غده د ژوند په اوږدو کې په بېلابېلو ناروغیو، لکه په حاد او مزمن التهاب، ابسې، توبرکلوز، تیږو او سلیم ډوله غټېدنه(BPH)، چې د Transitional Zone څخه سرچینه اخلي، اخته کېږي. برسېره پر یادو سلیمو ناروغیو، د پروستاټ خبیثه ناروغي هم شته، چې د پروستاټ غدې له محیطي برخې څخه سرچینه اخلي او د پروستاټ کارسینوما په نوم یادېږي(۱).

د پروستاټ کارسینوما د نارینه جنس دویم معمول سرطان دی، چې د اخته کېدو کلنۍ نړیواله کچه یې (۱،۱) میلیونه تنه ده او هر کال د(۳۰۷۰۰۰)تنو اخته وګړو ژوند اخلي(۲). (Ferly,2015) د څېړنې د وړاندوینې له مخې به پروستاټ کارسینوما د اخته کېدو پېښې په نړۍ کې د زړو نارینهو د شمېر زیاتوالي له کبله مخ په زیاتېدو دي او شونې ده په هرو اوه تنو سپین ږیرو کې یو تن یې په یادې ناروغۍ اخته شي(۲).

د پروستاټ کارسینوما د رامنځته کېدو لاملونه د بدن د نورو برخو د سرطانو په څېر څرګند نه‌دي، مګر د خطر ګڼ فکتورونه یې په رامنځته کېدو کې پړه ګڼل کېږي. د بیلګې په ډول د پروستاټ کارسینوما د زړو نارینهو ناروغي بلل کېږي او د عمر زیاتوالي سره کلکه اړیکه لري(۲). د پروستاټ په کارسینوما اخته کېدو کې نژاد هم پړ ګڼل شوی(۲). د پروستاټ کارسینوما کورنۍ تاریخچه د ناروغۍ د خطر عمده لامل دی(۳). برسېره پر دې غربي ډوله غذايي رژیم چې د لوړې کالوري لرونکی وي، د پروستاټ کارسینوما په منځته راتګ کې پړ ګڼل شوی(۳،۲). چاغي او د پروستاټ غدې د کارسینوما ترمنځ هم اړیکې شته. چاغ وګړي د ډنګرو وګړو په پرتله د پروستاټ په کارسینوما د اخته کېدو ډېر چانس لري. سفلیس او ګونوریا د پروستاټ کارسینوما لپاره مناسب شرایط برابروي(۲،٤). Indogenous هورمونونه، لوړ قد، سګرټ او وړانګې هم د پروستاټ د کارسینوما په منځته راتګ‌کې ونډه لري(۲،۳،٤). څېړنو ثابته کړېده چې د مېوې، سبزی، ماهي غوښې او بانجان رومي کارول د پروستاټ سرطان د پېښو به کمولو کې ګټور دي(۲).
اوس‌مهال د پروستاټ کارسینوما د تشخیص لپاره له لابراتواري، تصویري، پتالوژیک او فزیکي موندنو څخه کار اخیستل کېږي، د بیلګې په ډول په فزیکي معاینه کې مقعدي معاینه، په تصویري معایناتو کې مقعدي التراساونډ او MRI، په لابراتواري معایناتو کې Prostate Specific Antigen(PSA) او Acid Phosphatase، په پتالوژیکو معایناتو کې Biopsy، په ادرارو کې د (Gen 3) او توموري حجرو موندل د پروستاټ کارسینوما تشخیص تائیدوي(۵).

ددې مروري څېړنې موخې د پروستاټ کارسینوما په اړه هر اړخیزو معلوماتو راټولول، تنظیمول، تحلیلول او د پر وخت تشخیص لپاره یې د غوره تشخیصیه معاینې معرفي کول دې، چې د بشپړو اړخونو له لورې به پام کې ونیول شي او د پر وخت تشخیص پر مټ د پروستاټ کارسینوما له امله د مړینو کچه راکمه شي.

پېښې

په(۲۰۱۵ز) کال کې د Ferlay او انډیوالانو له لورې د ترسره شوې څېړنې له مخې هر کال په نړۍ کې (۱،۱) میلیون نارینه د پروستاټ په سرطان اخته کېږي، د مړینې کلنۍ کچه یې (۳۰۷۰۰۰) تنه ده او پر وینا یې چې د پروستاټ کارسینوما د نارینه جنس دویم معمول سرطان دی. د امریکا په متحده ایالاتو کې د پروستاټ د اخته کېدو کلنۍ کچه (۲۲۰۸۰۰) تنه ده چې د نارینهو د سرطانونو (۲۶) سلنه جوړوي. په امریکا کې د دغې ناروغۍ له امله هر کال (۲۷٥٤۰) تنه مري(۲). د (Ferly,2015) د وړاندوینې له مخې د پروستاټ په سرطان د اخته کېدو کچه په لوړېدو ده. دوی زیاتوي چې تر (۲۰۳۰ز) کال پورې به په یادې ناروغۍ د اخته کېدو کلنۍ کچه (۱،۷) میلیونه تنو ته او د مړینې کچه (٤۹۹۰۰۰) تنو ته لوړه شي. په (۲۰۱۷ز) کال کې په برازیل کې د ترسره شوې څېړنې له مخې، په یاد هېواد کې د پروستاټ په سرطان د اخته کېدو کلنۍ کچه(۶۲۰۰۰) تنه ده چې له امله یې هر کال (۱٤۰۰۰) تنه مري(۶). د پروستاټ په سرطان د اخته کېدو پېښې به نړۍ کې د زړو نارینهو د زیاتوالي له کبله مخ په زیاتېدو دي او شوني ده په هرو اوه سپین ږیرو کې یو یې په دغې ناروغۍ اخته شي(۲).

د خطر فکتورونه

د پروسټاټ سرطان د رامنځته کېدو لاملونه د بدن د نورو برخو سرطانونو په څېر څرګند نه دي. لاندې د خطر فکتورونه د پروسټاټ سرطان په رامنځته کېدو کې پېره ګټېل شوي دي.

۱. عمر او نژاد

د پروسټاټ سرطان د زړو نارینهو ناروغي بلل کېږي. هر څومره چې عمر زیاتېږي، د ناروغۍ سلنه هم ورسره لوړېږي. د هرو لسو زړو نارینهو له ډلې شپږ هغه یې به ٦٥ کلنۍ یا تر دې پورته عمر کې، د پروسټاټ په سرطان اخته کېږي(۲). له (٤٠) کلنۍ څخه په کم عمر کې یې پېښې نادرې دي، مګر له (٥٠) کلنۍ څخه په پورته عمر کې د پروسټاټ په سرطان د اخته کېدو چانس په نابېره توګه لوړېږي(۲).

په (۲۰۱٤ز) کال کې د (How Lader) او اندیوالانو د ترسره کړې څېړنې له مخې هغه نارینه چې عمرونه یې له (٥٥) کلونو څخه لوړ دي، د پروسټاټ په سرطان د اخته کېدو چانس یې د هغو نارینهو په پرتله چې عمرونه یې له (٥٥) کلونو څخه کم دي، اوه لس ځلې زیات دی.

د پروسټاټ په سرطان اخته کېدو کې نژاد هم پر ګټېل کېږي. څېړنو ثابته کړې‌ده چې ځینې نژادونه په یاده ناروغۍ د ځینو نورو نژادونو په پرتله ډېر اخته کېږي او ناروغۍ په‌کې وخیم سیر هم کوي. د بېلګې په ډول: د پروسټاټ سرطان پېښې په افریقايي الاصله امریکایانو کې د سپین پوستو امریکایانو په پرتله (٦٠) سلنه زیاتې دي او شوني ده د ځوانۍ په عمر کې هم پرې اخته شي. په‌دې توکم کې د پروسټاټ د سرطان د وخیم سیر له کبله د مړینې کچه د سپین پوستو امریکایانو په پرتله (۲،٤) ځلې زیاته ده(۲). څېړنو ثابته کړې چې د پروسټاټ سرطان په اسیايي او هسپانوي توکمونو کې د افریقايي او افریقايي الاصله امریکایانو په پرتله کم دی او د یاد توکم په پرتله یې انزار ښه دی او د لږې مړینې لامل کېږي(۲).

۲. کورنۍ تاریخچه

د پروسټاټ سرطان کورنۍ تاریخچه د دغې ناروغۍ د خطر عمده لامل دی. که پلار، ورور او زوی د ناروغۍ کورنۍ تاریخچه ولري، د نورو وګړو په پرتله درې ځلې زیات په دغې ناروغۍ د اخته کېدو چانس لري او دا خطر هغه وخت لاپسې زیاتېږي، چې د کورنۍ څو غړي د ځوانۍ په عمر کې په یاد سرطان اخته شي(۳). که چېرې د یو شخص لومړۍ درجې خپلوانو (پلار، ورور، زوی) څخه دوه تنه د پروسټاټ په سرطان اخته شوي وي، د دې شخص د اخته کېدو شونتیا پنځه (5) برابره د هغو اشخاصو په پرتله زیاته ده، چې د پروسټاټ سرطان د اخته کېدو کورنۍ تاریخچه نه‌لري(۲). د ترسره شویو څېړنو له مخې که د یو شخص ورور د پروسټاټ په سرطان اخته شوی وي، ددې شخص د پروسټاټ په سرطان د اخته کېدو چانس د پلار په پرتله، چې د پروسټاټ په سرطان اخته شوی وي، ډېر دی او دلیل یې هم څرګند شوی(۲). په مثبته کورنۍ تاریخچه لرونکو اشخاصو کې تل جنیټکي لاملونه پېره ګټېل کېږي. د پروسټاټ د سرطان لپاره یوازې په (۳٥) سلنه پېښو کې پېره جینونه موندل شوي. د بېلګې په ډول : BRCA2، BRCA1، HOXB13، CHEK2 او NBS1 هغه جینونه دي چې په مثبته کورنۍ تاریخچه لرونکو کې د پروسټاټ په سرطان د اخته کېدو چانس ډېروي(٤).

۳. غذايي رژیم

غربي ډوله غذايي رژیم چې د لوړې کالوري لرونکی وي، د پروستاټ سرطان په منځته راتګ کې بې ګټل شوی(۲). د محمود او ملګرو له لوري د ترسره شوې څېړنې له مخې چې په(۲۰۱۲ز) کال کې بې بشپړه کړې، هغه خلک چې د لوړې تودوخې پهواسطه پخه شوې سره غوښه او زیات لبنیات کاروي، د هغو خلکو په پرتله چې یاد خوراک کم یا نه کوي، دولس ځلې زیات د پروستاټ په سرطان اخته کېږي. په یوې بلې څېړنه کې مشبوع شحم، الفالیولینیک اسید، سره کړې غوښه، لبنیات او زیات کلسیم د پروستاټ سرطان د اخته کېدو مساعد کوونکي لاملونه ګڼل شوي(۳).

هغه څېړنه چې د بشیر او ملک لهلورې په (۲۰۱۵ز) کال کې بشپړه شوې، ورته خبره کوي او وایي چې د سرو غوښو او لبنیاتو زیات خوراک د پروستاټ سرطان په منځته راتګ کې شرایط برابرونکي فکتورونه دي. د قهوې(Coffee) زیات څښاک د پروستاټ سرطان په رامنځته کېدو کې بې ګټل شوی دی(4). څېړنو ثابته کړې چې (Vitamin E)، بانجان رومي (Lycopen)، Selenium او Legumes لرونکې غذاګانې د پروستاټ سرطان د رامنځته کېدو مخه ډپ کوي(۳).

۴. چاغوالی

هغه وګړي چاغ ګڼل کېږي چې د BMI کچه يې (۲۵) یا تر دې لوړه وي. څېړنو ثابته کړې ده، چې په چاغو وګړو کې د پروستاټ سرطان د مهاجمې بڼې د رامنځته کېدو شونتیا ډېره ده. یادې څېړنې زیاتوي چې چاغ خلک د ډنګرو وګړو په پرتله (۲-٦) ځلې زیات د پروستاټ په سرطان اخته کېږي(۲).

۵. د پروستاټ غدې کڅک

د پروستاټ غدې د التهاب او پروستاټ سرطان ترمنځ اړیکه شته. په(۲۰۱۰ز) کال د حسیني او ملګرو لهلورې د ترسره شوې څېړنې له مخې، د پروستاټ غدې التهابي ناروغي په ځانګړې ډول سفلیس او ګونوریا، د پروستاټ سرطان لپاره شرایط برابروي. تازه څېړنو د Trichomonas Vaginanalis او پروستاټ سرطان ترمنځ هم اړیکه موندلې(۴).

٦. د کوروالي کچه

څېړنو ثابته کړې چې د کوروالي د کچې زیاتوالی د پروستاټ سرطان د رامنځته کېدو سره اړیکه لري او زیاتوي چې که په اونۍ کې له درې ځلو څخه زیات کوروالی ترسره شي، د پروستاټ سرطان د رامنځته کېدو شونتیا ورسره ډېرېږي(۲).

۷. دنده

د دندو ځیني ډولونه د پروستاټ سرطان په منځتهراتګ کې پېره ګڼل شوي. د بېلګې په ډول هغه بزګران چې د کرکېلې بر مهال حشره وژونکي درمل کاروي، د هغوی په پرتله چې یاد درمل نه کاروي، دوه ځلې زیات د پروستاټ په سرطان اخته کېږي. د ډیزلو، خاورو تېلو او ګریسو (روغنیاتو) د برخې کارکوونکي هم د ورته خطر سره مخ دي او د پروستاټ په سرطان د اخته کېدو چانس يې د عادي وګړو په پرتله شپږ (6) برابره زیات دی(۲).

۸. سګرټ څکونه

د سګرټو کارول نه یوازې دا چې د پروستاټ سرطان په منځتهراتګ کې پېره ګڼل کېږي، بلکې د پروستاټ سرطان په وخیم

سیر کې د پرتیا برسېره د دغې سرطان د چټک میتاستازز لامل هم کېږي. سګرټ کارونکو کې د پروسټاټ په سرطان د اخته کېدو چانس د هغو وګړو په پرتله چې سګرټ نه کاروي، دوه برابره زیات دی(۴).
د Hancharek او ملګرو له لورې یې په (2010ز) کال کې ترسره کړې څېړنې لهمخې د پروسټاټ سرطان له کبله د رامنځته شوې مړینې کچه په سګرټ کارونکو کې، د نورو وګړو په پرتله، څوارلس برابره زیاته ده(۲).

۹. فزیکي فعالیت

په منځنۍ کچه فزیکي تمرین د پروسټاټ سرطان د پېښو کموالي لامل کېږي او د چاغوالي مخه نیسي. د فزیکي فعالیت نه ترسره کول د چاغوالي لامل کېږي او دا حالت په خپل وار، د پروسټاټ سرطان لپاره مساعدونکی لامل دی(۳).

۱۰. د انډوجینوس هورمونونه او لوړ قد

څېړنو ثابته کړې چې د (Insulin- Like Growth Factor-1(IGF-1 لوړه کچه د پروسټاټ سرطان سره اړیکه لري. ددې هورمون لوړه کچه د انسان د قد لوړوالي لامل کېږي، نو ځکه لوړ قد لرونکي وګړي په پروسټاټ سرطان د اخته کېدو ډېر چانس لري. یاد هورمون او Testosterone د پروسټاټ سرطان په میتاستازز کې هم پړه ګڼل شوي(۳). د IGF-II او پروسټاټ سرطان ترمنځ اړیکې لاهم نه دي روښانه شوي او تر څېړنو لاندې دي(۴).

۱۱. وړانګې

د ماورا بنفش او ایونایزډ وړانګو اړیکې د پروسټاټ سرطان سره څېړل شوي. د یادو وړانګو برسېره د (Cadmium) سره مخ کېدنه هم د پروسټاټ سرطان د پېښو په منځتهراتګ کې پړه ګڼل شوې(۴).

د پروسټاټ د سرطان تشخیص

د سرطاني ناروغیو د ماهرینو هڅه داده چې داسې یوه تشخیصیه معاینه معرفي کړي، چې ارزانه، تشخیصیه ارزښت او دقت یې لوړ، غیر مداخلوي او د تطبیق د اسانوالي برسېره وکولای شي، د پروسټاټ سرطان په ډېر لومړني پړاو کې (چې د پروسټاټ سرطان اعراض په ناروغ کې نه وي څرګند شوي) تشخیص کړای شي. تردې دمه طبي ټولنې ته د یادو ځانګړنو لرونکې معاینه نده معرفي شوې(6). د پروسټاټ سرطان د غوره تشخیص لپاره له ګڼو معایناتو څخه ګټه پورته کېږي چې غوره بېلګې یې لابراتواري، تصویري، پتالوژیک او د فزیکي معایناتو موندنې دي(۷).

(DRE) Digital Rectal Exame

مقعدي معاینه د پروسټاټ سرطان په تشخیص او ارزونه کې مهمه ونډه لري(۷). مقعدي معاینه باید ټولو هغو ناروغانو ته چې عمرونه یې تر (۵۰) کالو پورته وي، ترسره شي. د پروسټاټ په سرطان باندې د ته اخته کېدو د ډاډ ترلاسه کولو لپاره، مقعدي معاینه هغو وګړو ته هم توصیه کېږي چې عمرونه یې (۴۰-۴۵) کلونه وي، مثبته کورنۍ تاریخچه ولري او یا افریقایي الاصله امریکایي مساعد نژاد ولري(۸). د مقعدي معاینې ترسره کول هغو ناروغانو ته هم حتمي ده، چې د PSA کچه یې لوړه وي، یا په بولو کولو کې ستونزه ولري؛ په بله ژبه، د بولو جریان یې کمزوری، ژر ژر بولې کوي یا د حوصلې نارامي ولري(۹).

تر مقعدي معاینې وړاندې د پام وړ ټکي

ناروغ باید د مقعدي معاینې له موخې څخه خبر شي. د مقعدي معاینې ترسره کولو طرز ورته به لنډ ډول روښانه شي. له ناروغ

څخه لیکلې اجازه واخیستل شي، ځکه کله ناکله مقعدي معاینه دردناکه او ځورونکې وي(۷). د مقعدي معاینې لپاره مناسب وضعیت (Leteral Decubitus Position) دی، مگر شونې ده د رکوع په حالت کې هم ترسره شي(۷). د معاینې پرمهال دست کشې په لاس کول اړین دي او د شهادت په گوته باید کافي اندازه (Lubricant) مواد واچول شي، چې درد او ناارامي راکمه شي. د مقعدي تر مساژولو وروسته دې د شهادت غوړه شوي گوته په ډېر احتیاط مقعدي قنات ته داخل او د قنات په قدام کې پروت پروستاټ معاینه کېږي(۵). د گوتې په وسیله په واضح ډول معلومېږي چې د سرطاني برخې قوام له خپل محیط سره توپیر کوي، په‌دې ترتیب چې سرطاني برخه فوق العاده کلکه او د تیږې په څېر قوام لري، د پروستاټ غدې فوق العاده تثبیت په منوي حویصلاتو کې Induration موجود وي. ځینې وخت د پروستاټ نسج نوډولر وي. د ریکتوم انسداد نادر دی، که منځته راغلی وي، د مقعدي معاینې په وسیله به اسانه تشخیصېږي(۹). پرته له شکه مقعدي معاینه د پروستاټ د سرطان د پرمختللې بڼې په تشخیص کې مرسته کوي(۷)، اما د بې عرضه او ابتدایي مرحله کې قرار لرونکي پروستاټ سرطان په تشخیص کې یې ونډه کمه (٪۲) ده(۱۰). مقعدي معاینه د پرمختللي پروستاټ سرطان په تشخیص کې ځانگړی ځای لري او د پروستاټ سرطان له امله د مړینو کچو په کموالي کې یې ونډه له پامه نه شو غورځولی، مگر د بې عرضه او ابتدایي مرحله کې د قرار لرونکي پروستاټ سرطان په تشخیص کې د کمې ونډې، کاذبو مثبتو پایلو له امله د روحې نارامیو رامنځته کولو، نورو پرمختللو قیمتي معایناتو ته د اړتیا زیاتولو، د ناروغ له لورې کم رضایت او کمه موافقه هغه د یادونې وړ ټکي دي، چې له یادې معاینې څخه گټه اخیستنه راکموي(۹). د مقعدي معاینې د کاذبو پایلو له امله ناروغ اړ کېږي چې نور پرمختللي مداخلوي معاینات ترسره کړي او د معایناتو د منفي اړخونو سره مخ شي، د بیلگې په ډول دردونه، د انتعاظ ستونزه، د بولو د عدم اقتدار ستونزه، د کلینیک له نظره د کم ارزښت لرونکي غیر مهاجم سرطان زیاتې پېژندنې او له اړتیا پرته د زیاتې درملنې ستونزه(۸).

(PSA) Prostate Specific Antigen

PSA د پروستاټ غدې په وسیله جوړېدونکی Glycoprotein دی، چې د Kallikrein-۳ په‌نوم یې هم یادوي او د مني مایع کېدلو، د سپرمونو په حرکت او د رحم د عنق د مخاط په انحلال کې مرسته کوي. دا معاینه په (۱۳۷۰ز) کال کې د (Richard Albin) له لورې د طبابت نړۍ ته معرفي شوه او په (۱۹۹۱)ز کال کې په لومړي ځل د پروستاټ د هغه سرطان د تشخیص لپاره وکارول شوه، چې په ډېر ابتدایي پړاو کې و.(۱۱). د مقعدي معاینې خلاف، دا معاینه کولای شي چې د پروستاټ سرطان په ابتدایي مرحله کې، چې اعراض یې لا منځته نه وي راوړي، تشخیص کړي. PSA ارزانه او اسانه ترسره کېدونکې معاینه ده، چې کله نا کله یې تشخیصیه ارزښت تر پوښتنې لاندې راځي(۷). د PSA اندازه کول نه یوازې د پروستاټ سرطان په تشخیص کې گټور دي، بلکې د پروستاټ سرطان په درجه بندۍ او د درملنې د مؤثریت معلومولو لپاره هم اهمیت لري(۱۱). که چېرې د PSA اندازه تر 4ng/ml لوړه شي، غیر نورمال گڼل کېږي او د پروستاټ سرطان شتون تر پوښتنې لاندې راځي(۱۲). د یوې بلې څېړنې له مخې، که چېرې د PSA اندازه 3ng/ml ته ورسېږي، د پروستاټ سرطان شونتیا موجوده ده(۱۰). اوس‌مهال د پروستاټ سرطان د درملنې ماهرین دا کچه (2.5 ng/ml) بنیي او د ټیټې کچې د وړاندیز کولو گټه دا په گوته کوي، چې د پروستاټ سرطان به په خپل وخت په ابتدایي مرحله کې تشخیص شي(۱۳). د یوې بلې ترسره شوې څېړنې د پایلو پر بنسټ هغه وگړي، چې د PSA کچه یې ټېټې (2-4 ng/ml) وي، په پروستاټ سرطان باندې د اخته کېدو چانس یې (۳۶,۵) سلنه دی(۱۳). که چېرې د PSA اندازه (10ng/ml) ته ورسېږي، د پروستاټ سرطان تائیدوي(۷). د PSA معاینه د پروستاټ ځانگړې (Prostate Specific) معاینه ده، خو د پروستاټ سرطان ځانگړې (Prostate Cancer Specific) معاینه ځکه نه ده، چې د PSAلوړه کچه د پروستاټ سرطان برسېره د پروستاټ غدې په نورو ناروغیو لکه Benign Prostate

Hyperplasia(BPH)، Post Ejaculation، Cystitis، Cycling، Perineal Trauma او Urinary instrumentation کې هم لوړېږي(۱۲،۷). د PSA ټيټه کچه ددې معنی نه لري چې شخص د پروسټاټ په سرطان نه وي اخته، څکه څېړنو د بايوپسي پر مټ ثابته کړې چې په (۱۵) سلنه پېښو کې شونی ده، چې ياد معاينات نورمال او شخص د پروسټات سرطان ولري. څېړنو دا هم ښودلي چې په نهه (۹) سلنه پېښو کې، که څه هم د PSA اندازه په يو ملي ليتر کې يو نتو ګرام يا ترديې هم کمه شي، د پروسټاټ سرطان د رامنځته کېدو چانس موجود دی(۷). د يوې بلې څېړنې له مخې هغه وګړي چې د PSA اندازه يې (ng/ml 2.6-4) وه، (۲۲) سلنه د پروسټاټ په سرطان اخته وو(۱۲). د PSA معاينه د پروسټاټ سرطان په تشخيص کې مرسته کولای شي، خو د قطعي او نهايي تشخيص د تائيد لپاره Biopsy ته اړتيا ده(۱۵). د Biopsy د اړتيا په اړه د يوې بلې څېړنې په پايله اخيستنه برخه کې ليکل شوي، چې ټولو هغه وګړو ته د پروسټاټ غدې Biopsy ترسره کړئ چې د PSA کچه يې (2.6 ng/ml) ته ورسېږي(۱۲). American Cancer Society مقعدي معاينه او PSA (۵۰) کالو عمر لرونکو ټولو هغو وګړو ته توصيه کېږي، چې غير عرضي او روغه سته ولري(۱۲). د PSA معاينه هغو وګړو ته هم توصيه کېږي، چې د پروسټاټ په سرطان د اخته کېدو خطر يې د ټولنې د نورو وګړو په پرتله ډېر دی، د بېلګې په ډول تور نژاد، د سرطان مثبته کورنی تاريخچه، په BRCA1 او BRCA۲ جينونو کې ستونزې درلودل. ياده معاينه په (۴۰) کلنی کې توصيه کېږي(۱۱). PSA د کلينيک له نظره، د مهم او غير مهم سرطان ترمنځ توپير نه شي کولای، داسې معاينه بايد رامنځته او وکارول شي چې د کلينيک له نظره مهم او غير مهم سرطان سره جلا کړي(۱۲،۱۱). له همدې کبله د سرطان ناروغۍ اړوند ماهرين د PSA معاينې د زياتې توصيې پلوي نه دي، څکه دا معاينه د پروسټاټ سرطان هغه نوعه هم تشخيصوي، چې په Low Grade او د کلينيک له نظره ارزښت نه لري(۱۱). ځينې څېړنې وړانديز کوي چې هغو وګړو ته چې د ناروغۍ نښې نه لري، PSA معاينه نه توصيه کېږي(۱۲). PSA معاينه خپلې ګټې او زيانونه لري. د بېلګې په ډول: د کلينيک له نظره د پروسټاټ غير مهم سرطان تشخيص، د سرطان په اړه تر مثبت راپور ورکونې وروسته د روحي ستونزو منځته راتګ، Biopsy سره تړلي اختلاطات (وينه بهېدنه، د انتان مداخلې شرايط او شونتيا برابرول، بولي عدم اقتدار)، د درملنې سره تړلې ناخوالې، مالي زيانونه او داسې نور(۱۱،۹). د PSA په وسيله د پروسټاټ سرطان پر وخت تشخيص ګټه داده، چې د سرطان له کبله مړينه يوڅه کموي، ناروغي په داسې مهال تشخيصوي چې اخته شخص جذري درملنې تحمل کولای شي او د طبي درملنې سره ياد سرطان د کنټرولېدلو وړ وي(۱۶،۱۵). څرنګه چې مخکې يادونه وشوه، PSA معاينه يوه (Prostate Specific) معاينه ده، يعنې د پروسټاټ په سليمو او خبيثو ناروغيو کې يې د کچې لوړتيا شونې ده، نو څکه د مسلک ماهرين وايي چې د تشخيصيه تېروتنو کمولو لپاره د پروسټاټ د سليمو ناروغيو لرونکو وګړو ته د PSA معاينه (٤-٦) اونۍ وروسته توصيه کېږي(۱۳). د يادې ستونزې د هوارې په موخه، اوس‌مهال د Total PSA د کچې د تعين پر ځای د Free PSA او Pro PSA کچې تعينېږي، په‌دې ترتيب چې د Free PSA د سويې لوړوالی د پروسټاټ په سليمو ناروغيو او Pro PSA د سويې لوړوالی د پروسټاټ په خبيثه ناروغۍ (سرطان) دلالت کوي(۱۱). د PSA د تشخيصيه تېروتنې کمولو او دقت زياتولو لپاره د مسلک ماهرين زياتوي، چې د PSA هغه کچه چې د پروسټاټ سرطان شتون تر پوښتنې لاندې راولي، په ټولو عمرونو کې يوشان نه‌ده. د بېلګې په ډول که په (۴۰) کلنی کې يې کچه (2.5 ng/ml)، په (۵۰) کلنی کې (3.5 ng/ml)، په (۶۰) کلنی کې (4.5 ng/ml) او په (۷۰) کلنی کې (6.5 ng/ml) ته ورسېږي، د پروسټاټ د سرطان شتون تائيدوي(۵). د PSA معاينې څخه په يوبل ډول هم ګټه اخيستل کېږي چې PSA Density ورته ويل کېږي. په‌دې معاينه کې لومړی د Total PSA اندازه تعينېږي او بيا د Transrectal Ultrasound (TRUS) په مرسته د پروسټاټ حجم تعينېږي. که چېرې د Total PSA تقسيم ۱۲ د پروسټاټ پر حجم حاصل (0.37-0.5 ng/ml) راغی، د پروسټاټ سرطان تائيدېږي(۵). د PSA

معاينې په وسيله، د پروستاټ د هغه ډول د پېژندنې لپاره چې کلينيکي ارزښت لري، په‌دې ترتيب ګټه اخيستل کېږي چې مشکوک ناروغ ته د څو کالو لپاره هر کال د PSA معاينه ترسره او پرتله کېږي. که د نوي کال د معاينې کچه د تېر کال په پرتله (0.75 ng/ml) زياته وه، ناروغ د پروستاټ سرطان په داسې ډول اخته دی، چې د کلينيک له نظره ډېر اهميت لري(۱۱،۵).
د لابراتواري معايناتو له ډلې يو هم د Serum Acid Phosphatase د کچې تعين دی. پروستاټ د Acid Phosphatase د توليد لويه سرچينه ده، چې په نورمال حالت کې د Prostatic Urethra د PH اسيدي کولو لپاره ادرار ته اچول کېږي او په سيروم کې نه ليدل کېږي، د پروستاټ سرطان په صورت کې د پروستاټ د قناتونو د بندښت له کبله دوران ته جذبېږي، کله چې په وينه کې د Acid Phosphatase اندازه (King-arm strong unite 3-1) ته ورسېږي، د پروستاټ په سرطان دلالت کوي. برسېره پردې، که په ادرار کې د پروستاټ سرطان (Gene 3) او توموري حجرې ومونډل شي، د پروستاټ د سرطان تشخيص تائيدوي(۵).

Biopsy

د قطعي او مطلق تشخيص لپاره بيوپسي يوازينۍ لاره ده او ډېری وختونه د عجان او ريکتوم له لارې د ستنې په وسيله اخيستل کېږي. د احليل له لارې بيوپسي اخيستل هغه وخت تشخيصيه ارزښت او اهميت لري، چې د پروستاټ سرطان پرمختللی وي او د پروستاټ کپسول يې اشغال کړی وي(۱۹). دا څرګند حقيقت دی چې بيوپسي د پروستاټ سرطان د تشخيص تر ټولو غوره معاينه ده، خو له استطباب پرته هر شخص ته بايد توصيه نه‌شي، ځکه بيوپسي انتان ته د مداخلې د زمينې برابرولو له کبله د تبې او لړزې، دردونو، په بولو کې وينې،Haematochezia، Haemoejaculation، د بولو عدم اقتدار، روحي او د کوروالي ستونزو په څېر د يادونې وړ اختلاطات لري(۱۸،۱۷). د پروستاټ بيوپسي بايد هغو وګړو ته تر سره شي، چې د PSA کچه يې نړدې (2.6-4 ng/ml) يا تردې لوړه وي او مقعدي معاينه يې مشکوکه وي(۱۲). په لومړيو کې د پروستاټ له نسج څخه څلور محليزه (دوه له زروې او دوه له قاعدې) Biopsy ترسره کېدله چې وروسته د تشخيصيه دقت د زياتوالي په موخه شپږ محليزه بيوپسي وراندېز شوه. اوس‌مهال د دولس محليزې بيوپسي پلويان په ډېرېدو دي چې د عجان، ريکتوم او احليل له لارو اخيستل څخه کېږي(۵). په اوسني عصر کې د انتاني اختلاطاتو د ورکړې له امله، د مسلک ماهرين د ريکتوم له لارې بيوپسي ډېره نه توصيه کوي او د عجان له لارې بيوپسي اخيستل غوره ګڼي(۱۸). ياد شمېر بيوپسي د ګوتې په رهنمايی، د TRUS په رهنمايی او د MRI په رهنمايی ترسره کېدای شي. د بيوپسي اخيستلو تر ټولو غوره لاره، له ګڼ شمېر محلونو څخه، د MRI تر رهنمايی لاندې ده(۵).

ساتندويه فکتورونه

څېړنو ثابته کړې چې ميوه او سبزي د پروستاټ سرطان د پېښو په کموالي کې مهم دي. د بانجان روميو کارونه د پروستاټ سرطان په مخنيوي کې ډېر ګټوره ده. د سلينيم کارونه چې د ماهي غوښه کې پريمانه دی، د پروستاټ سرطان د پېښو په کموالي کې مؤثر ګڼل شوې. په منځنۍ کچه فزيکي تمرين د پروستاټ سرطان پېښې کموي. ځينې ناروغۍ لکه Cirrhosis او DM د پروستاټ سرطان د پېښو په کمولو کې ونډه لري. ځينې درمل لکه Spironolacton، Cimitidin او Anti Psychotic د پېښو په کموالي کې مهم دي(۲).

پایله اخیستنه

د پروستاټ کارسینوما چې د زړو نارینهو ناروغي يې هم بولي، په نړۍ کې د زړو نارینهو د شمېر زیاتوالي له امله يې پېښې ورځ تر بلې په زیاتېدو دي. په(۲۰۴۰ز) کال پورې به په یادې ناروغۍ د اخته کېدو کلنی نړیواله کچه (۱،۷) میلیونه تنو او له دې ناروغۍ څخه د مړینې کلنی کچه(۴۹۹۰۰۰) تنو ته لوړه شي. د پروستاټ د پېښو د کچې کمولو لپاره اړینه ده چې ځان د هغه ګڼ شمېر خطر لاملونو څخه، چې پهدې مروري څېړنه کې ترې یادونه شوې، وساتو او د مړینې د کچې کمولو په موخه د MRI پهواسطه څو محلیزه بیوپسي، چې پروخت تشخیص لپاره تر ټولو غوره معاینه ده، ناروغانو ته توصیه کړو.

وړاندیزونه

۱- د پروستاټ د کارسینوما مساعدوونکو فکتورونو لکه سرې کړې غوښې، مشبوع شحم، چاغوالي، لبنیاتو او کلسیمو زیاتې کارونې څخه ځان وساتئ.

۲- د پروستاټ غدې د التهاب لاملونو پر وخت درملنه وکړئ.

۳- بزګران باید د حشره وژونکو درملو د کارونې پرمهال او د ګریسو، ډیزلو او خاورو تېلو کارونکي باید د دندو د ترسراوي پرمهال ساتندویه تدابیر په پام کې ونیسي.

۴- د مسلک ماهرین باید د ناروغۍ د نهايي تشخیص لپاره د MRI پر مټ څو محلیزه بیوپسي توصیه کړي.

اخځلیکونه

1-Winesky,Dr.Lawrence E(2023).Snell's Clinical Anatomy by Regions 10th Edition.LWW

2- Bashir MN. Epidemiology of prostate cancer. Asian Pacific journal of cancer prevention. 2015;16(13):5137-41.

3-Gann PH. Risk factors for prostate cancer. Reviews in urology. 2002;4(Suppl 5):S3.

4- Cuzick J, Thorat MA, Andriole G, Brawley OW, Brown PH, Culig Z, Eeles RA, Ford LG, Hamdy FC, Holmberg L, Ilic D. Prevention and early detection of prostate cancer. The lancet oncology. 2014 Oct 1;15(11):e484-92.

5- Descotes JL. Diagnosis of prostate cancer. Asian journal of urology. 2019 Apr 1;6(2):129-36.

6-Sadi MV. PSA screening for prostate cancer. Revista da Associação Médica Brasileira. 2017;63:722-5.

7- Hoffman RM. Screening for prostate cancer. New England Journal of Medicine. 2011 Nov 24;365(21):2013-9.

8- Naji L, Randhawa H, Sohani Z, Dennis B, Lautenbach D, Kavanagh O, Bawor M, Banfield L, Profetto J. Digital rectal examination for prostate cancer screening in primary care: a systematic review and meta-analysis. The Annals of Family Medicine. 2018 Mar 1;16(2):149-54.

9- Bergstralh EJ, Roberts RO, Farmer SA, Slezak JM, Lieber MM, Jacobsen SJ. Population-based case-control study of PSA and DRE screening on prostate cancer mortality. Urology. 2007 Nov 1;70(5):936-41.

10 - Matsukawa A, Yanagisawa T, Bekku K, Parizi MK, Laukhtina E, Klemm J, Chiujdea S, Mori K, Kimura S, Fazekas T, Miszczyk M. Comparing the performance of digital rectal examination and prostate-specific antigen as a screening test for prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. European Urology Oncology. 2024 Jan 4.

11- Pezaro C, Woo HH, Davis ID. Prostate cancer: measuring PSA. Internal medicine journal. 2014 May;44(5):433-40.

12 - Postma R, Schrڼder FH. Screening for prostate cancer. European journal of cancer. 2005 Apr 1;41(6):825-33.

13 - Gjertson CK, Albertsen PC. Use and assessment of PSA in prostate cancer. Medical Clinics. 2011 Jan 1;95(1):191-200.
14- Schröder FH, Van Der Cruijsen-Koeter I, De Koning HJ, Vis AN, Hoedemaeker RF, Kranse R. Prostate cancer detection at low prostate specific antigen. The Journal of urology. 2000 Mar;163(3):806-12.
15- Bell N, Gorber SC, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, Shaw E, Dunfield L, Tonelli M, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. Cmaj. 2014 Nov 4;186(16):1225-34.
16- Ilic D, Djulbegovic M, Jung JH, Hwang EC, Zhou Q, Cleves A, Agoritsas T, Dahm P. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a systematic review and meta-analysis. bmj. 2018 Sep 5;362.
17- Rosario DJ, Lane JA, Metcalfe C, Donovan JL, Doble A, Goodwin L, Davis M, Catto JW, Avery K, Neal DE, Hamdy FC. Short term outcomes of prostate biopsy in men tested for cancer by prostate specific antigen: prospective evaluation within ProtecT study. Bmj. 2012 Jan 9;344.
18- Macefield RC, Metcalfe C, Lane JA, Donovan JL, Avery KN, Blazeby JM, Down L, Neal DE, Hamdy FC, Vedhara K. Impact of prostate cancer testing: an evaluation of the emotional consequences of a negative biopsy result. British journal of cancer. 2010 Apr;102(9):1335-40.
19- Roehl KA, Antenor JA, Catalona WJ. Serial biopsy results in prostate cancer screening study. The Journal of urology. 2002 Jun;167(6):2435-9.

Review Article

Prostate Carcinoma Best Diagnostic Test, Risk and Protective Factors

Teaching Assistant Specialist Dr. Shafiqullah Atish[1*], Technologist Zubair Shakoor[2]

[1]Clinic Department, Faculty of General Medical Science, Spinghar Institute of Higher Education, Nangarhar, Afghanistan.

[2] Clinic Department, Faculty of Medical Technology, Spinghar Institute of Higher Education, Nangarhar, Afghanistan.

Article History

Received:6/Jan/2025

Accepted:5/Feb/2025

Published: 21/Oct/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Edition: 1st

Keywords

- Diagnosis
- Prevevtive Factors
- Prostate
- Risk Factors
- Prostate Carcinoma
- Prevalence

***Corresponding Author**

Teaching Assistant Specialist

Dr. Shafiqullah Atish

Email: shafiqullahatish13@Gmail.com

Contact: +93 (0) 789701100

Abstract

The prostate is an accessory gland of the male reproductive system that surrounds the prostatic urethra, which has central, transitional and peripheral zones. During the life, prostate gland is affected by various benign and malignant diseases, such as carcinoma of the prostate gland, which originates from the peripheral zone. Prostate carcinoma is the second most common male cancer with an annual global incidence rate of 1.1 million, which kills 307,000 people every year. The exact cause of prostate carcinoma is not clear as with other types of cancer, but there are many risk factors such as age, black ancestry, family history, diet, obesity, inflammation of the prostate gland, smoking and special jobs are considered responsible for its occurrence. Many guidelines have been presented to prevent or reduce the incidence of prostate carcinoma, such as avoiding preventable contributing factors, using fresh fruits, vegetables, fish, tomatoes and moderate physical exercise. Currently, laboratory, imaging, pathological and physical findings are used to diagnose prostate cancer. The purpose of this review is to collect organize, analyze all information about prostate carcinoma and introduce the best diagnostic tests for early diagnosis.

مروري مقاله

په نشه يي توکو د روږدیتوب ټولنيز لاملونه

نوماند پوهنیار انعام الله میاخېل[1]، تلاوت ساحل[2]
[1]ژورنالېزم ډیپارټمنټ، ادبیاتو او بشري علومو پوهنځی، لغمان پوهنتون - افغانستان
[2]نشراتو او ټولیزو اړیکو آمریت، سپین غر پوهنتون، ننگرهار - افغانستان

د مقالې تاریخچه
ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۱۲
د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۰۹/۲۰
د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹
کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دويم گڼه: لومړی

بنسټيز ټکي
• نشه‌يي توکي
• روږدیتوب
• ټولنيز لاملونه

مسؤل ليکونکی
نوماند پوهنیار انعام الله میاخېل
بربښنالیک: miakhelinamullah322@gmail.com
گرځنده شمېره: +93 (0) 78 80 84 322

لنډيز

په نشه‌يي توکو روږدیتوب هغه ټولنيزه او روغتيايي ستونزه ده، چې په پراخه کچه د وگړو انفرادي، کورنی، ټولنيزه، ملي او آن نړيواله روغتيا او امنيت له گڼو ستونزو سره مخ کوي. نشه‌يي توکي هغه کيمياوي جوړښتونه دي، چې د انسان ذهن او جسم زيانمنوي او د ذهني او جسمي سکون له‌منځه وړلو لامل کېږي. دا اصطلاح (نشه‌يي توکي)، پراخه مفاهيم رانغاړي او د نشې ويې يوازې شراب يا سگرټو ته نه دي ځانگړې شوی، بلکې ټول هغه توکي چې د انسان حالت بدلولی شي، نشه‌يي توکي بلل کېږي. د نشه‌يي توکو روږدیتوب په پرله پسې ډول د دې توکو د کارونې عادت ته ويل کېږي. په دې توکو د روږدیتوب ستونزه له گڼو عواملو څخه رامنځته کېږي، چې له تحليلي مېتود څخه په گټنې سره د دې مقالې د موندنو له مخې ټولنيز لاملونه، په ځانگړي ډول شخصي او کورنۍ ستونزې، د نشه‌يي توکو کښت، نشه‌يي توکو ته اسانه لاسرسی، د قانون نه پلينه، بې روزگاري، کدوالي او ټولنيزه او اقتصادي نابرابري يې نسبتاً د پام وړ او ستر ټولنيز لاملونه دي. هر کله چې پر نشه‌يي توکو د روږدیتوب لاملونو ته مناسبه پاملرنه ونه شي، يا دا چې د نشه‌يي توکو د کارونې پر وړاندې د مخنيوي تدابير مناسب او بس نه وي، له امله يې، په ځانگړي ډول ځوانان، د ټولنې کم عمره او ډېری وخت بې روزگاره وگړي، په نشه‌يي توکو د روږدیتوب له گواښ سره مخ کېږي. له همدې امله ويلی شو چې د نشه‌يي توکو پر بېلابېلو ټولنيزو لاملونو ليکل او له اړوندو خواو سره يې شريکول به د دې لامل شي چې کورنۍ، ټولنيز انتفاعي او غير انتفاعي بنسټونه، حکومتي مسؤلين او آن په افغانستان کې فعاليت لرونکي مرستندويه اداري ورته لازمه پاملرنه وکړي او د ځانگړو پلانونو او اقداماتو پر مټ د نړۍ په گوټ گوټ کې د نشه‌يي توکو ناخوښه ښکارنده له منځه يوسي. د دې مروري مقالې موخه د نشه‌يي توکو د روږدیتوب ټولنيز لاملونو په اړه د هر اړخيزو معلوماتو راټولول او اړوندو اړخونو سره شريکول دي، چې ياد لاملونه وپېژندل شي او پر وړاندې يې د لازمو اجراآتو په تر سره کولو سره د دې ناوړې پديدې په مخنيوي يا يې لږ تر لږه د کارونې کچې په راکمولو کې رغنده ونده ولوبوي.

پېژندنه

نشه‌يي توکي هغه کيمياوي ترکيبونه دي چې کارونه يې د عصبي سېستم په کچه کيمياوي بدلونونه رامنځته کوي او د هوښیارۍ بدلون، ذهني او جسمي تخريب لامل کېږي، چې شدت يې د دې توکو په ډول او اغېزو پورې اړه لري(۱).

د نشه‌يي توکو د اعتياد يا روږدیتوب د تشخیص متخصصینو کمېټه، چې په (۱۹۳۰ز) کال کې د ملګرو ملتونو تر څارنې لاندې او د روغتيا نړيوال سازمان په چوکاټ کې جوړه شوې، د نشه‌يي توکو لپاره مناسب او جامع تعريف ته رسېدلو هڅه کوله. په (۱۹۵۰ز) کال کې دا تعریف وړاندې شو: «په نشه‌يي توکو روږدیتوب حاد يا مزمن زهرجن حالت دی، چې د فرد او ټولنې لپاره زيان رسونکی دی او کولای شي طبیعي يا مصنوعي وي»(۲). داسې هم ويلی شو چې په نشه‌يي توکو روږدي کېدل په ټوله نړۍ کې يوه ستونزه او د مرګ تر ټولو ستر لامل ګرځېدلی دی. د روږدي کېدلو او د مخدره توکو ناوړه ګټې اخیستنې نړيواله ستونزه هر کال د میلیونونو تنو د مړینې او د ایډز يا (Human Immunodeficiency Virus) HIV د ملیونونو نويو پېښو رامنځته کېدلو لامل کېږي (۳). په نشه يي توکو روږدي کېدل يوه اوږدمهاله، د عقلي تضرر (عقل ته زيان رسوونکې) ناروغي ده، چې د ناوړو پايلو سره سره د اجباري نشه يي توکو د غوښتلو او کارولو ځانګړتيا لري. روږدیتوب د نشه‌يي توکو وقفوي يا ځنډني حالت ته وايي، چې د نشه‌يي توکو (طبيعي او مصنوعي) د پرله‌پسې کارونې په پايله کې رامنځته کېږي(۴).

د روږدیتوب درې ستر لاملونه (Three Biggest Factors of Addiction) تر سرليک لاندې مقالې له مخې، چاپېريال دويم ستر لامل ګڼل شوی دی، چې د مقالې ليکوال ارث له دې وړاندې (لومړی) او رواني روغتيا له دې وروسته (درېيم) ستر لامل ګڼلی دی(۵). د يوې بلې څېړنې له مخې چې د نشه‌يي توکو پر ناسمې کارونې د ټولنيزو عواملو د اغېز په اړه نشر شوې‌ده، ويل کېږي چې ټولنه او ټولنيزې اړيکې د نشه‌يي توکو د ناسمې کارونې سره دوه اړخيزې اړيکې لري، يعنې دا چې ټولنيز شرايط د نشه‌يي توکو کارونې ته زمينه برابروي يا داسې چې په ټولنه کې د نشه‌يي توکو شتون، د ټولنې ټولنيز جوړښت ته بدلون ورکوي(۶). ټولنيز، محيطي او فرهنګي عوامل کولی شي نشه‌يي توکو ته د يو شخص د ورګرځېدلو يا ورڅخه د ګرځېدلو په برخه کې اغېزناک او د پام وړ ونډه ولري. هغه ټولنيز چاپېريال چې فرد په کې ژوند کوي او هغه فرهنګ چې يو شخص ورسره تړاو لري، کولی شي د مهمو متغيرونو په توګه عمل وکړي چې د يا د روږدیتوب لامل کېږي او يا برعکس د روږدیتوب کچه کموي(۷).

د نشه‌يي توکو د کارونې زيانونه خورا زيات دي، چې د روغتياپوهانو له لورې د دې توکو د بېلابېلو ډولونو د کارونې له امله يې آن تر ۱۲۰ پورې رامنځته کېدونکي زيانونه موندل شوي دي. ياد زيانونه کولی شو د ديني، روغتيايي، دنيوي، طبعي، اخلاقي، کورنيو، ټولنيزو، اقتصادي او داسې نورو تر چتر لاندې ډلبندي کړو. تر ټولو مهمه دا چې ټول دينونه، په ځانګړې ډول اسلام، د پنځو شيانو (دين، عقل، ځان، نسب، مال) په ساتنه متفق دي او د نشه‌يي توکو کارونه دا پنځه څيزونه ټول له ګواښ سره مخ کوي او له منځه يې وړلی شي. نشه‌يي توکي په اصل کې تدريجي ځان وژنه ده، د مال بې ځايه لګښت او اسراف دی او بالاخره له انسان څخه د انسانولی اخيستونکی دی(۸). هر کله چې موږ د نشه‌يي توکو د روږدیتوب ستونزه د اړيکو له نظره

تشريح کوو، بايد د اړيکو د جوړښت په اړه فکر وکړو. دغه ستونزه په ځانګړي ډول د ټولنيزو، شخصيتي او چاپېربالي لاملونو له مخې له خورا اغېزه برخمنه ده، تو د حل لپاره يې د کورنيو او ټولنيزو سازمانونو ترمنځ پياوړې اړيکې رامنځته کول مهم دي، چې د نشه‌يي توکو د روږديتوب مخه ونيول شي. ددې تر څنګ، که چېرې د ټولنې په ليدلورو او پالېسيو کې بدلونونه راشي، دا به ددې ستونزې په حل کې مثبتې پايلې ولري(۷).

دا چې انسان يو ټولنيز موجود دی او له ټولنې څخه پرته انساني ژوند نه شي کولی، نو د همدې ټولنيزتوب او د موضوع اړوندو پورتنيو څېړنيزو ليکنو په رڼا کې ويلی شو چې په نشه‌يي توکو د روږديتوب ټولنيز لاملونه، په يادې پديدې د روږديتوب نورو لاملونو په پرتله له خورا لوړ اغېزه برخمن دي، چې همدا اغېز يې په اړه د څېړنيزو مقالو ليکلو اهميت تضمينوي(۷). د دې اغېز په اړه علمـــــي ليکنه د دې مروري مقالې موخه ده، چې ښکېل اړخونه يې له پوهاوي او عملي کولو څخه وروسته د روږديتوب مخه ډپ کړای شي يا هم د کارونې کچه يې راکمه کړي.

په نشه‌يي توکو د روږديتوب ټولنيز لاملونه

په دې توکو د روږديتوب ستونزه له ګڼو عواملو څخه رامنځته کېږي، چې ټولنيز لاملونه، په ځانګړي ډول شخصي او کورنۍ ستونزې او ټولنيز چاپېريال، يې نسبتاً د پام وړ او ستر لاملونه دي، چې ددې لاملونو په ګډون، ځيني نور عمده لاملونه په لاندې ډول ذکر کولی شو(۱۰).

۱. کورنۍ ستونزې

کورنۍ يو له هغو مهمو عواملو څخه ده، چې د روږديتوب کچې په زياتوالي کې د پام وړ ونډه لري. کورنۍ هغه ځای دی، چې يو شخص په‌کې خپل هويت پيژني او بېلابېل نقشونه په‌کې ترلاسه کوي. له مبالغې پرته ويلای شو چې کورنۍ د روږديتوب په برخه کې تر ټولو ډېر اغېز لري(۹). په کورنۍ کې د يو يا څو تنو روږدو شتون او د سګرټو او نورو نشه‌يي توکو د زيانونو په اړه بې پروايي کول، د کورنۍ د غړو ترمنځ شخړې او تاوتريخوالی رامنځته کېدل، د بې سرپرسته کورنيو شتون، مالي بېوزلي او داسې نور پر نشه‌يي توکو د روږدېدو لامل کېږي. طلاق، د کور د غړو ترمنځ ناسمې اړيکې، د پلار او مور د تعليم نشتوالی، د کورنۍ په منځ کې د کوم غړي د نشه‌يي توکو کارونه، د اولادونو ترمنځ توپيري چلند، د پلار، مور او اولادونو د نظر اختلاف، د مور او پلار ترمنځ جګړې، د اولاد په تربيت کې د مور او پلار نه پاملرنه، اولادونه ډېر نازول يا تر ډېر فشار لاندې نيول، د اولادونو رټنه د نورو په مخکې او داسې نور هم د کورنۍ اړوند هغه ستونزې دي، چې د نشه‌يي توکو د کارونې کچه کې د پام وړ بدلون رامنځته کولای شي(۱۰).

- په کورنۍ کې د مينې کمښت

ځيني پوهان باورمن دي چې د جرمونو د ډېرښت اصلي سرچينه د مينې کمښت ده. په لويديځ (غرب) کې د يوې څېړنې د پايلو پر بنسټ (۹۱٪) مجرمين د عاطفې له کمښت سره مخ دي. کله چې په کورنۍ کې يو شخص عاطفي چلند ته اړتيا ولري او ترلاسه يې نه کړي، نو مجبور دی چې په ټولنه کې نورو ته لاس وراوږد کړي، په‌داسې حال کې چې پر وړاندې يې روږديتوب ته هڅونکې يوه ډله ناسته وي، ځان ورته عاطفي ښيي، مګر په اصل کې ورڅخه ناسمه ګټه اخلي او په پايله کې يې په نشه‌يي توکو روږدی کوي(۱۱).

- **په کورنۍ کې د مينې ډېرښت**

په ځينو کورنيو کې پلار او مور اولادونو ته ډېره مينه ورکوي، چې په پايله کې اولادونه د ازادۍ او ستروالي فکر نه کوي، ځکه پلار او مور يې ورته ډېره مينه ورکړې وي او له هغوی پرته ځان هيڅ ګڼي. کله چې دغه ډول اشخاص د پلار او مور له مينې لرې او ټولنې ته ورانديږ شي، په ټولنه کې خو د پلار او مور په څېر مينه ورسره څوک نه کوي، نو پايله يې دا شي چې کينې او عقدې ته مخه کړي او د دې مسئلې د حل لپاره ناوړه کړنې ترسره کوي(۱۱).

- **د اولادونو ترمنځ توپيري چلند**

دا په کورنۍ کې هغه مسئله ده، چې فرد په‌کې د سپکاوي او حقارت حس کوي، چې دې برخې ته نه پاملرنه هم په نشه‌يي توکو د روږديتوب لامل کېدلای شي(۱۱).

- **د کورنۍ د غړو محدودول**

لکه څرنګه چې د کورنۍ غړو ته له اندازې ډېره ازادي ورکول په نشه‌يي توکو د روږديتوب لامل کېږي، همداسې د کورنۍ د غړو ډېر محدودول هم په نوموړي عمل د روږديتوب لامل کېږي. يعنې دا چې کله يې والدين د دوی د محدودولو او کنټرول څواک له لاسه ورکړي، نو هغوی بيا هغه څه کوي، چې يې خوښه وي، د والدينو خبرې نه اوري او نه ورته ارزښت ورکوي، چې په پايله کې ښايي ډېری نشه‌يي توکو ته هم مخه وکړي(۱۲).

- **د کورنۍ د يوه غړي په نشه‌يي توکو روږديتوب**

څېړنې ښيي چې په ډېری پېښو کې، لږ تر لږه که د کورنۍ يو غړی په نشه‌يي توکو روږدی وي، ښايي د کورنۍ همدا غړی د نورو غړو لپاره الګو وګرځي او هغوی هم په نشه‌يي توکو روږدي شي(۱۲). هغه وګړي چې په داسې کورنۍ کې ژوند کوي، چې غړي يې په نشه‌يي توکو روږدي وي، د نشه‌يي توکو کارونه په‌کې عادي کېږي او د نورو غړيو لپاره يې هم په نشه‌يي توکو د روږديتوب موقع خورا ډېرېږي. که چېرې په کورنۍ کې پر اولادونو باندې د پلار او مور واک او کنټرول کم شي، تو دا انديښنه خورا ډېرېږي، چې اولادونه به يې هم نوموړي عمل ته مخه کړي. خو په ځينو وختونو کې ښايي د پلرونو په نشه روږديتوب د اولادونو لپاره عبرت شي او هغوی ترې ځان وژغوري. البته ګڼو څېړنو ښودلې چې په نشه‌يي توکو د روږديتوب زيات لامل په کورنۍ کې د پلار، ورور يا د کورنيو د نورو غړيو روږديتوب دی(۱۱).

۲. د ماشومتوب ناوړه تجربې

د ماشومتوب ناوړه تجربې (Adverse Childhood Experiences) يا په لنډ ډول "ACEs" هم يو له هغو ټولنيزو لاملونو څخه ګڼل کېږي، چې له امله يې شخص د نشه‌يي توکو کارونې ته مخه کوي. د کوچنيوالي په دوره کې د ټپ، ناوړه چلند او غفلت تجربې، په راتلونکي ژوند او خوانۍ کې د نشه‌يي توکو د کارونې خطر په جدي ډول زياتوي، ځکه چې دا ډول وګړي ښايي د جسمي يا رواني درد کمولو لپاره نشه‌يي توکو ته مخه کړي. څېړنې ښيي چې هر څومره چې يو شخص ډېر ACEs لري، د نشه‌يي توکو د کارونې ګواښ يې په همغه کچه زيات وي(۱۳).

۳. په نشه د روږدو کسانو سره ملګرتيا

په نشه‌يي توکو د روږدو اشخاصو ملګرتيا هم په نشه‌يي توکو د روږديتوب لامل کېږي. په سيمه کې له نورو روږدو کسانو سره د ناستې ولاړې له امله ځوانان نشه‌يي توکو ته هم مخه کوي او همدا ناسته او ولاړه يې په نشې د روږديتوب لامل کېږي(۱۴).

د ملګرو له لورې په خپلو نورو ملګرو ټينګار، د نشه‌يي توکو د کارونې په جال کې د راګېرېدنې لامل کېږي. څېړنو ښودلې هغه اشخاص چې په نشه روږدي دي، خوښوي چې نشه کوي او که نه وي نو هڅه يې دا وي، چې نور هم په نشه روږدي کړي. د روږدو کسانو سره ملګرتيا د دې لامل کېږي، چې د روږدو کسانو ډلې غړی ځان جوړ کړي. همدارنګه د هغوی سره ناسته ولاړه په ده ارومرو اغېزه کوي، چې په پايله کې د هغوی عادتونه غوره کوي(۱۵).

د ايران په مشهد کې د يوې نظرپوښتنې د پاېلو له مخې، چې له (۱۰۰) تنو څخه شوې وه، (۶۰) سلنه روږديتوب د همزولو له ګډون او ناستې ولاړې له مخې رامنځته شوی دی(۷).

د ملګرتيا په برخه کې اړينې سپارښتنې

i. ملګري مو وپېژنئ: له هغو اشخاصو سره ملګرتيا مه کوئ، چې ان تر ټولو کوچنی نشه، ستاسې په عقيده نصوار يا يوازې سګرټ، کاروي(۷).

ii. د «نه ويلو» هنر زده کړئ: کله کله د يو عمل پر وړاندې له منفي عکس العمل څرګندولو څخه وېره د دې لامل کېږي چې موږ ته لا زيات زيان راورسوي، همدا وجه ده چې د ملګرو له لورې د نشه‌يي توکو وړانديز پر وړاندې بې ځوابه پاتې کېږو او بالاخره د دې بدې پديدې ښکار ګرځو(۱۵).

iii. له لوستو وګړو سره اړيکې وپالئ: داسې خلک چې که څېرې يوازې د خپل مثبت راتلونکي فکر هم ولري، باوري اوسئ چې تاسې ته به زيان ونه‌شي رسولی(۱۵).

iv. د نشه‌يي توکو د دنيوي او اخروي زيانونو په اړه پوهه تر لاسه کړئ: دا چاره به مو له يوې سترې ګناه (نشه‌يي توکو کارونې) څخه راوګرځوي(۷).

۴. د قانون نه پلیينه

د قانون نه عملي کېدل په ټولنه کې د جرايمو ډېرېدو او بې نظميو لامل کېږي. د قانون نه عملي کېدل هغه برخه ده، چې په يوه ټولنه کې يوازې د نشه‌يي توکو په برخه کې نه، بلکې په نور ټولنيز ژوند کې مو هم له ستونزو سره مخامخ کولی شي. دا چې موضوع مو د نشه‌يي توکو اړوند ده، نو په تېرو حکومتونو کې د وخت ولسمشر حامد کرزي د دې لپاره ځانګړې محکمه جوړه کړه، تر څو د نشه‌يي توکو مجرمين محاکمه او سزا ورکړي، خو تر کومه چې وليدل شوه، په دې کې يوازې هغه غريب خلک محاکمه او نور لوړ پوړي ان د خلکو په اند د ولسمشر په فرمان چې په لسګونه کلونه قيد پرې اوښتی و، د ولسمشر له خوا پرېښودل شوي وو، چې ښلګې يې خلکو ته ښکاره وې. دې موضوع خلکو ته جرأت ورکړ، چې د خپلو ګټو لپاره د نشه‌يي توکو کښت او قاچاق ته مخه کړي، غريب او بې‌وزله ځوانان او کورنۍ په دې بدبخته او ناروا بوټي روږدي کړي او د يو څو کسانو د ژوند عيش او عشرت وشي، خير که د نورو ژوند تباه او په يو داسې حالت کې تېر شي، چې نه مړ وي او نه ژوندی. د نشه‌يي توکو اړوند او نور قوانين که پلي نه‌شي، نو د نشه‌يي توکو د روږديتوب تر څنګ په ټولنه کې د ډېرو نورو ستونزو لامل شي. که د نشه‌يي توکو د مخنيوي اړوند قوانين په ښه ډول پلي نه‌شي، خلک په اسانۍ سره نشه‌يي توکو ته لاسرسی پيدا کوي، چې په پايله کې به د روږدو کسانو کچه ډېره شي او بله خبره دا چې د قانون نه پلیينه به په ټولنه کې د نشه‌يي توکو کارونه عامه کړي، ځکه خلک به له قانون څخه وېره ونه لري او هغوی به يې پرته له اندېښنې وکاروي. ځکه هغوی داسې فکر کوي، چې په قوانينو کې شته مجازات يوازې د پاڼو پرمخ دي او عملي اړخ نه لري. پورتنې ټول لاملونه به په ټولنه کې د روږديتوب کچه لوړه کړي(۱۶).

۵. وزګارتيا

وزګارتيا هغه څه دي چې کولای شي په ټولنه کې په نشه‌يي توکو د روږدو کسانو شمېر زيات کړي، ځکه چې کله يو انسان بېکاره وي، هر ډول ذهني فشارونو سره مخ کېږي، په تېره کله چې د افغانستان په څېر هېواد کې ژوند کوي، چې ډېر شمېر نالوستي وګړي لري، نو د خپل ذهن ارامولو لپاره نشه‌يي توکي يو ښه ځيز بولي او همدارنګه د هغو کسانو ناسته چې بېکاره دي، مستقيم اغېز پرې لري(۱٦). د نشه‌يي توکو قاچاق ته تر مخه کولو لومړی او ستر لامل بې روزګاري او د مناسبو دندو نشتوالی دی. دا يو له هغو ستونزو څخه ده، چې حکومت پورې اړه لري، ځکه حکومت د ځوانانو د ګمارنې اړونـــد دوامداره پلانونه نه لري(۱۷). له وزګارتيا څخه د سمې ګټنې په موخه د پوره اسانتياو او تجهيزاتو کموالی او د دې برعکس د زيان اړوونکو او ناسالمه تفريحي پروګرامونو شتون ځوانان د روږديتوب او بې لارۍ لوري ته ورکاږي(۱۸). ډېری ځوانان د بېکارۍ او فقر له امله په نشه‌يي توکو اخته کېږي او دا ډول کسان ډېر ژر خپل ژوند د تباهۍ لور ته بيايي، ځکه چې دوی نا هيلې وي، د يوې مرۍ ډوډۍ پيداکولو لپاره يې هره دروازه ورټکولې وي. د کارونو نشتون د دې لامل کېږي، چې په ټولنه کې شخص له ډول ډول خلکو سره ناسته ولاړه ډېره کړي؛ په دې خلکو کې ښايي په نشه روږدي کسان هم وي، چې د دوی سره ناسته په مستقيمه توګه ښايي د روږديتوب لامل شي. بله دا چې وزګارتيا د دې لامل کېږي، چې سړی نارام، له ستونزو سره مخ او ناهيلی کړي، چې دا ټول کارونه بيا ددې لامل کېږي، چې سړی له ټولنې فاصله واخلي او بالاخره د ځان خوشحالولو په موخه نشې ته مخه کوي؛ دا هر څه د وزګارتيا له امله رامنځته کېږي(۱۴).

٦. ځاني شوق او د ځوانۍ دوره

په ټولنه کې ځيني خلک شته، چې نشې ته يوازې د شوق له مخې مخه کوي. هغوی پرته له دې چې کومې اقتصادي ستونزې، بېکاري يا بله ستونزه ولري، يوازې د شوق په ډول يې له لومړي پړاوه پيلوي، سګرټ يا نصوار کارول پيلوي، ورو ورو له خپلو ملګرو سره شوقي ځيني وختونه چرسو څکولو ته مخه کوي او په همدې ښه وروسته بيا پوډرو او نورو نشه‌يي توکو ته مخه کوي، چې په دې ترتيب ورباندې روږدی شي. ددې ډول ځوانانو ژوند هم ددوی په خپل لاس تباه کېږي(۱۴). د نشه يي توکو تفريحي/شوقي کارونه د يو يا ډېرو رواني درملو د کارونې ښکارندويي کوي، هغه هم د شعوري حالت د بدلېدو په موخه، خوند اخيستلو، غير عادي موخو يا ساعت تېرۍ لپاره چې د کارونکي د پوهې، احساساتو او هيجاناتو د بدلولو لامل کېږي. کله چې د کارونکي بدن ته يو رواني درمل ننوځي، د نشه کولو يا مسمومولو اغېز په‌کې رامنځته کېږي. په عمومي توګه تفريحي درمل په دريو ډلو وېشل شوي دي: د خوابدۍ يا خپګان درمل (هغه درمل چې د هوساينې او ارامۍ احساس رامنځته کوي)، محرکات (هغه درمل چې د انرژۍ او هوښيارۍ حس راپاروي) او د وېرې زياتوالی (هغه درمل چې د وېرې ادراک تحريفوي). معلومه خبره ده چې تر ډېره شوقي کارونه د روږدېدو لامل کېږي او کله چې يو څه تکرار شي، په عادت بدلېږي چې وروسته يې پرېښودل سخت کار دی. د نشه‌يي توکو شوقي کارونه هم د همدې لامل کېږي، چې يو سالم شخص په روږدي بدل کړي، ځکه که چېرې د نشه‌يي توکو شوقي کارونه ډېره شي، د دې لامل کېږي چې د روږدو کسانو سره په دې اړه اړيکې ډېرې کړي، چې بالاخره به د هغوی سره اړيکې او شخص د نشه‌يي توکو دايمي کارونې ته وهڅوي(۱۹).

۷. يوازېتوب

اوږدمهاله يوازېتوب د دې لامل کېږي، چې د ښه احساس په موخه نشه‌يي توکو ته مخه وشي. يعنې په دې حالت کې د ښه احساس کولو په موخه نشه‌يي توکي او شراب ښايي وکارول شي. که تاسې له کورنۍ او ملګرو سره پياوړې اړيکې ولرئ، په

نشه‌يي توکو يې د روږديتوب شونتيا مو د پام وړ کمېږي او که چېرې مو له کورنۍ سره اړيکې ښې نه وې او يوازې وئ، په نشه‌يي توکو روږديتوب مو ښايي حتمي شي. که چېرې يو شخص تر ډېره يوازېوالي خوښوي، دغه يوازېتوب به يې ښايي د غم، خپګان او اندېښنې لامل شي، چې له دغو حالتونو څخه د وتلو په موخه نشې ته مخه کوي. بله دا چې که يو څوک تر ډېره يوازېتوب ته لومړيتوب ورکړي، نو د نشه‌يي توکو کارول به د ارامتيا يوه لاره وګڼي؛ نو په دې توګه يوازېتوب په نشه‌يي توکو د روږديتوب لامل کېږي (۱۵).

۸. د نشه‌يي توکو کرکېله

د نشه‌يي توکو ډېر کښت د روږدو په ډېروالي کې ډېره ونډه لري، ځکه هغه وخت يو انسان په يو نشه‌يي توکي روږدی کېږي، چې لاسرسی ورته ولري او بدبختانه چې دا په هېواد کې په لويه کچه موجود و او زياتره هغه خلک پرې روږدي کېږي، چې په دې برخه کې کار کوي، ځکه د وخت په تېرولو سره، ورسره عادي شول(۱٦).

۹. نشه‌يي توکو ته اسانه لاسرسی

په نشه‌يي توکو د روږديتوب بل لامل نشه‌يي توکو ته اسانه لاسرسی دی. که چېرې په ټولنه کې نشه‌يي توکو ته لاسرسی اسانه وي، د دې لامل کېږي چې ډېرې خلک پرې روږدي شي. بله دا چې د دې توکو ډېره کارونه د دې لامل کېږي، چې د نشه‌يي وګړي بدن او مغز ورسره عادت شي، چې په بندولو سره به يې ډېرې ستونزې تجربه کړي؛ تر هغې چې لاسرسی ورته اسانه وي، ښايي شخص يې د پرېښودلو هيڅ تکل هم ونه کړي(۱۱).

۱۰. ټولنيزې او اقتصادي نابرابري

اقتصادي او ټولنيزې نابرابرۍ پراخ اړخونه لري. د مادي سرچينو په وېش، ځواک، حيثيت، جنس او نژاد کې نابرابرۍ ټولې د نابرابريو په ډله کې ګڼلی شو. دغه نابرابرۍ مو په مستقيم ډول په روږديتوب نه‌اخته کوي، بلکې کولای شي فقر او عاطفي ستونزو ته لاره پيدا کړي او په دې توګه په غير مستقيمه توګه په نشه‌يي توکو د روږديتوب لامل کېږي. اقتصادي شرايطو ته په پام سره، رامنځته کېدونکی طبقاتي سېستم د خلکو د بې لارۍ لامل کېږي او طبقاتي سېستم په ټولنه کې په نشه‌يي توکو د روږديتوب لامل کېږي. څېړنو ښودلې په هغو هېوادونو کې چې د شتمنۍ په برخه کې نابرابري ډېره وي، غريب هره ورځ نور هم غريب کېږي او شتمن شتمنېږي، غريبه طبقه يې له ستونزو سره مخ کېږي او د ستونزو له امله نشو ته مخه کوي(۲۰).

۱۱. کډوالي

له سترو ښارونو کډوالي، کلتوري اختلافات، يوازېتوب، د کورنۍ د ملاتړ نه‌شتون او په ناسم چاپېريال کې استوګنه په نشه‌يي توکو د روږديتوب لامل کېږي(۲۱). کډوالي هغه ښکارنده (پديده) وه، چې زموږ هېواد يې له راز راز ستونزو سره مخ کړ؛ يوه ستونزه يې اوس هم موږ خوروي، چې له هغې څخه زموږ ګاونډي هېواد ايران ته د خلکو تګ راتګ دی، ځکه زموږ هغه ولايتونه چې له ايران سره ګډه پوله لري، زيات روږدي لري. ايران په نړۍ کې يو له هغو هېوادونو څخه دی، چې ډېر وګړي يې روږدي دي؛ په دغو روږدو کې د ښځو شمېر هم زيات دی. ددې ترڅنګ ځينې هېوادوال مو له پاکستان څخه راځي او دغه ناوړه ښکارنده له ځان سره راوړي. کډوالي د بې کورۍ، ټولنيز ملاتړ د نشتوالي او رواني فشار تر څنګ، د ډېرو نورو ستونزو لامل کېږي. دا ستونزې ښايي کډوال د نشه‌يي توکو کارولو ته وهڅوي، ځکه هغوی غواړي چې له دې ډول فشارونو سره مبارزه وکړي او د مبارزې په برخه کې پاتې والی يې د همدې لامل کېږي. د يادونې وړ ده چې ټول کډوال له دې ډول ستونزو سره نه مخ کېږي(۲۲).

۱۲. ملاتړو خدماتي او مشورتي سېستمونو ته نه لاسرسی

انسانان په ژوند کې له بېلابېلو ستونزو سره مخ کېږي او د ستونزو له امله په بېلابېلو ځایونو کې له ګواښ سره مخ وي. په مالي، رواني، شغلي او روغتیایي برخو کې د ملاتړ نهشتون یې دغه ستونزې نورې هم ډېروي او وګړي په ټولنه کې یوازې پرېږدي، چې یوازېتوب یې خپله روږدیتوب ته هڅوي. له دې ډول سېستمونو څخه یې برخې کېدل د انسان د یوازېتوب لامل کېږي، چې همدا ستونزې یې بیايي د اندېښنې او رواني فشار ډېرېدو لامل شي. بله ستره ستونزه به دا پېښه کړي، چې له درملنې وروسته چې کوم وګړي ټولنې ته وراندې شوي، د دې ډول پروګرامونو نهشتون یې د بیا روږدي کېدو لامل کېږي(۲).

۱۳. د ټولیزو او ټولنیزو رسنیو ځینې هڅونکې خپرونې

ټولیزې رسنۍ په ټوله کې رسنیو ته ویل کېږي، راډیو، ټلوېزیون او چاپي رسنۍ یې مهم ډولونه ګڼل کېږي. ټولنیزې یا خواله رسنۍ یوازې د انټرنیټ پر مټ کارېدونکو رسنیو لکه فیسبوک، ایکس، انستاګرام، یوټیوب او داسې نورو ته ویل کېږي. د ټولیزو او ټولنیزو رسنیو ځیني خپروني هم وخت ناوخت د دې لامل شوي چې د خپرونو کتونکي، په ځانګړي ډول نوي ځوانان او کم عمره ماشومان، نشهیي توکو سره لېوالتیا پیدا کړي. په دې برخه کې د ځینو ډرامو، سریالونو او فلمونو ونډه هیڅکله له پامه نه شو غورځولی. که څه هم په ځانګړي ډول تلوېزیوني ډرامو او فلمونو کې چې کله هم د نشهیي توکو د کاروني صحنې راځي، نو په لیکلي ډول ورسره د نشهیي توکو د زیان او نه کارونې پیغام لیکل کېږي چې دا د دې ډول برنامو تولیدونکو اخلاقي مسؤلیت ادائنه ګڼلی شو، مګر دا چې ایا د یادو صحنو د کتلو پر مهال یې څومره کتونکي لیکنیز پیغام ته متوجه کېږي، یا دا چې ایا څومره کتونکي لږ تر لږه کولی شي پیغام ولولي (نالوستي خو یې لوستلی نه شي)؛ هغه خواوې دي چې په نشهیي توکو روږدیتوب ته هڅونه یې د ځوابولو (ردولو) په پرتله څو برابره زیاته اټکلېدلای شي(۲۳).

۱۴. شعر او شاعري

د شعر او شاعرۍ په اړه به ارومرو انګېرنې وي، چې ګڼې د روږدیتوب په ځینو پېښو کې د نشهیي توکو په ستاینلو سره، پر هغې د روږدیتوب یا کارونې کچو په لوړولو کې ونډه لري، مګر تر اوسه هیڅ داسې څېړنې نه ده ثابته کړې چې یو څوک دې د یو شعر، سندرې یا بلې ادبي ټوټې له اورېدلو، لوستلو یا کتلو وروسته پر نشهیي توکو روږدی شوی وي. د دې خلاف په نشهیي توکو روږدي وګړي زیاتره وخت د ادبي لیکنو پر مټ هوساینه ترلاسه کوي. د شعر او شاعري په مرسته معالجه نه یوازې په کاري چاپېریال، بلکې استوګنیزو چاپېریالونو کې هم له پامه نه شو غورځولی. شعر او ادب په ګڼو مواردو کې نشهیي توکي غندلي دي او دا یې یو کرغېړن او ناکاره عمل یاد کړی دی. نو ویلی شو چې شعر او شاعري د ټولنیزو لاملونو په توګه یادول یوازې د عامو خلکو یوه انګېرنه ده او ټولنیز لامل نه شي ګڼل کېدلی؛ دلته مو د ناسم پوهاوي لهمنځه وړلو په موخه ذکر کړی دی(۲۴).

۱۵. ټکنالوژیکي پرمختګ

د ټکنالوژۍ پرمختګ د ځوانۍ عمر کې د نشهیي توکو کارونې د پیل او وروسته یې د روږدیتوب رامنځته کولو تر منځ یوه اړیکه شته. ځوانۍ هغه مهال دی چې د انسان دماغو کې مهم بدلونونه راځي او دا اغېزې د لویوالي په لومړنیو پړاوونو کې دوام لري. دا چې د ځوانانو مغز د تکامل په حال کې وي، نو دوی د زیانمنېدلو لپاره ډېر حساس دي. له ټکنالوژۍ څخه په ګټې اخیستلو سره ځوانان د خودکار قیلون یا سګرټ په اړه خورا په زړه پورې اعلانات ارومرو ویني او دا ډول اعلانات د دوی د ټولنیزو رسنیو پاڼو ته راځي، له امله یې اغېزمن کېږي او بیايي د همدې له امله د نشهیي توکو کارونې ته مخه وکړي(۲۵).

۱۶. ښوونيز ناسالم چاپېريال او ناسم حالتونه

ښوونځی له کورنۍ څخه وروسته د انسان د روزنې لپاره دويم اړين ځای دی. همدا ښوونځی ښايي د ځوانانو په نشه د روږدیتوب لپاره زمينه برابره کړي. په ښوونځي کې د نشه‌يي توکو اړوند اصولو ته نه پاملرنه د زده کوونکو د روږدیتوب لامل کېږي. زده کړيز او چاپېريالي فشارونه، د ښوونکو له‌لورې د زده‌کوونکو د ملاتړ نه‌شتون هم په نشه‌يي توکو د روږدیتوب لامل کېږي(۲).

پايله اخيستنه

په دې مروري مقاله کې څرګنده شوه، چې نشه‌يي توکي هغه کيمياوي ترکيبونه دي، چې د انسان ذهن او جسم تر خپل اغېز لاندې راولي او د نسوارو په څېر له کوچنيو نشو څخه تر شراب، ترياک، پوډر او داسې نورو لويو نشو پورې ډلبندي کېدلای شي. په مکرر ډول د دې توکو له کارونې څخه روږدیتوب يا اعتياد رامنځته کېږي چې روږدی انسان د نشه‌يي توکو په کارونې سره ځان او ټولنې ته زيان رسوي. انسان چې ټولنيز موجود دی، له ټولنې څخه پرته انساني ژوند نه شي کولی او د يو ژوندي موجود په توګه د توافق خاصيت لري؛ د دې خاصيت له مخې د ټولنې له رنګه رنګ اخلي. په پرمختللو هېوادونو کې ښايي يو شخص يوازې د ځاني شوق، مستۍ او هستۍ له وجې نشه‌يي توکي وکاروي او بالاخره روږدی شي، مګر په دريیمه نړۍ هېوادونو کې ګڼ لاملونه يو شخص روږدیتوب ته رسوي چې د دغې مقالې منځپانګه د يادو لاملونو له ډلې يوازې په ټولنيزو هغو تمرکز کوي. ناروغي او بلکې هره ستونزه تر هغه وخته په بنسټيز ډول نه شي حل کېدلی، تر کومې يې چې لامل نه وي روښانه شوی. د بېلابېلو څېړنو په پايله کې پر نشه‌يي توکو د روږدیتوب ګڼ لاملونه موندل شوي او نږدې بشپړ روښانه شوي دي. په دې برخه کې له نېکه‌مرغه لا هم څېړونکي کار کوي او په دې ډول د ټولنيز شعور د ويښتابه هڅه کوي. په ټولنه کې د وګړو تر منځ شته کورنۍ ستونزې، ټولنيزې او مالي نابرابرۍ، د نشه‌يي توکو کرکېله، نشه‌يي توکو ته اسانه لاسرسی، بد روږدي ملګري، وزګارتيا، يوازېتوب، د نشه‌يي توکو مخنيوي په برخه کې د عامه پوهاوي او سلامشورو اړوند بنسټونو نه شتون، کډوالي او د رسنيو ځينې خپرونې پر دغو توکو د روږدیتوب ټولنيز لاملونه ګڼل کېږي.

په دغې مقاله کې له نېکه‌مرغه پر نشه‌يي توکو د روږيتوب يوازې (۱۶) ټولنيز لاملونه په ترتيب سره ذکر شول، چې اصلي ګڼه يې له دې زياته ده او نورو څېړونکو ته بويه چې پاتې ټولنيز، اقتصادي، رواني ... لاملونه يې رابرسېره کړي. د لاملونو په راڅرګندولو سره يې حل لاره هم په اسانۍ موندل کېدلی شي.

وړانديزونه

۱. د کورنيو مشران دې د خپلو کشرانو سالمه روزنه او وخت په وخت لازمه څارنه وکړي.
۲. حکومتونه دې د نشه‌يي توکو د کښت مخنيوي په ګډون، په ټوليز ډول د دې توکو د مخنيوي په برخه کې داسې قوانين او پالیسۍ جوړې کړي، چې د وخت له غوښتنو سره سمې او د جدي تطبيق او څار تضمين ولري.
۳. حکومتونه دې، د نورو ټولنيزو لاملونو په پام کې نيولو سره، د وزګارتيا کچې راکمولو ته ځانګړې پاملرنه وکړي؛ په دې سره ځيني نور ټولنيز او اقتصادي لاملونه هم له منځه وړلی شي.
۴. د نشه‌يي توکو مخنيوي په برخو کې شته ملي او نړيوالو ادارو ته بويه چې د څېړونکو دا ډول څېړنې په پام کې ونيسي او د روږدیتوب د هر لامل په پام کې نيولو سره، په ټوليز ډول پر نشه‌يي توکو روږدیتوب له منځه يوسي.

اخځلیکونه

1. Winick C. Narcotics addiction and its treatment. Law and Contemporary Problems. 1957 Jan 1;22(1):9-33
2. United Nations Office on Drugs and Crimes. Annual Report; p. 26-27.
3. https://www.researchgate.net/publication/321244920_Drug_Addiction_Current_Trends_and_Management
4. https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa_2014.pdf
5. https://www.sanantoniorecoverycenter.com/rehab-blog/the-3-biggest-factors-of-addiction/
6. https://landmarkrecovery.com/the-social-causes-of-addiction/
7. Manizha Karbasi. Examining the Causes of Addiction and Ways to Prevent It. Tehran. Tabriz: …; 1998. p. 48.
8. https://www.nunn.asia
9. Muhammad Reza Haji Lo. History and Causes of Addiction to Addictive Substance. 2nd Edition. Tehran: Negah Publication; 2010. P. 84-85.
10. Naseebullah Zaki. The Pshychology of Drugs. Jalalabad: Zyar Publication; 2010. p. 46.
11. https://hlth.bpums.ac.ir/UploadedFiles/
12. Muhammad Narimani. Investigating the Causes of Addiction and Ways to Prevent it in Addicted Persons of Ardbil, KhalKhal and Pars Abad. Tabriz: …; 1998. p. 111.
13. https://www.gracehealth-services.com/post/5-social-factors-that-contribute-to-substance-abuse
14. https://www.tolafghan.com/articles/924
15. https://beginningstreatment.com/7-factors-that-contribute-to-drug-addiction/
16. Hijratullah Safi. Study of Crime and Criminal from the Prespective of Criminalogy. Jalalabad: Godar Publication; 2008. p. 144-145.
17. https://kalemaatpa.net/archives/22457
18. Nasir Habibi and MirAkram Mirzada. Adolescent Psychology. 2nd Edition. Kabul: Khurasan Publication; 2004. p. 135.
19. https://ps.wikipedia.org/wiki
20. https://www.day-ravan.com/article
21. https://www.mehrnews.com/amp/2196053/
22. Hijratullah Safi. Study of Crime and Criminal from the Prespective of Criminalogy. Jalalabad: Godar Publication; 2008. p. 144-145.
23. O'Keeffe GS, Clarke-Pearson K. The impact of social media on children, adolescents, and families. Pediatrics. 2011 Apr 1; 127(4):800-4.
24. Alschuler M. Healing from addictions through poetry therapy. Journal of Poetry Therapy. 2000 Mar;13(3):165-73.
25. https://refocus.com.au/what-are-the-factors-that-contribute-to-addiction/

Review Article

The Social Causes of Drug Addiction

Junior Teaching Assistant Inamullah Miakhil[1], Telawat Sahil[2]

[1]Department of Journalisim, Faculty of Literature and Human Sciences, Laghman University

[2]Department of Publications and Public Relations, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

Article History

Received: 2/Nov/2024

Accepted: 10/Dec/2024

Published: 21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Edition: 1st

Keywords

- Drugs
- Addiction
- Social Causes

***Corresponding Author**

Junior Teaching Assistant

Inamullah Miakhel

E-mail:miakhelinamullah322@gmail.com

Contact: + 93 (0) 78 80 84 322

Abstract

Drug addiction is a social and health issue that broadly affects individual health, as well as family, societal, national, and even global health and security. Drugs are chemical substances that harm both the mind and body, leading to a loss of mental and physical well-being. The term "drugs" encompasses a wide range of meanings and is not limited to alcohol or cigarettes; it refers to any substances that can alter a person's state. Addiction to drugs is referred to as a habitual pattern of using these substances. The issue of addiction arises from various factors, and based on the analytical methods used in this article, social factors—especially personal and family issues, drug cultivation, easy access to drugs, lack of law enforcement, unemployment, migration, and social and economic inequality—are significant contributors. When proper attention is not given to the causes of drug addiction, or when preventive measures against substance use are inadequate, vulnerable groups—particularly youth, minors, and often unemployed individuals—are at risk of addiction. Therefore, it can be said that writing about the various social factors of drug addiction and sharing this information with relevant parties will lead to necessary attention from families, social organizations, government officials, and international agencies, enabling them to develop specific plans and actions to mitigate the negative impacts of drugs in Afghanistan. The aim of this review article is to collect comprehensive information on the social factors of drug addiction and share it with stakeholders, so that these factors can be identified and necessary measures can be implemented to prevent this detrimental phenomenon or at least reduce the levels of substance use.

مروري مقاله

د ویټامین ډي د کموالي لاملونه او رامنځته کېدونکې پایلې

متخصص دوکتور سید مشتاق سادات

اورتوپیډي څانګه، سپین غر مومند معالجوي او تدریسي روغتون، سپین غر پوهنتون، ننګرهار - افغانستان

د مقالې تاریخچه

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۹/۲۵

د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۲۴

د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹

کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دویم ګڼه: لومړی

بنسټیز ټکي

- ویټامین ډي
- ویټامین ډي کموالی
- اغېزې

مسؤل لیکونکی

متخصص دوکتور سید مشتاق سادات

بریښنالیک:

smch@spingharuniversity.edu.af

ګرځنده شمېره: 786849284 (0) 93+

لنډیز

ویټامین ډي د بدن لپاره مهمه ماده ده چې د کلسیم او فاسفورس په جذب کې مرسته کوي. د ویټامین ډي کموالی د ځینو ناروغیو لکه د هډوکو نرموالي (Rickets)، هډوکو کمزوری (Osteoporosis)، اضطراب او خفګان، شکرې، لوړ فشار او مېتابولیکو ناروغیو، د وینې اړوند ځینو ناروغیو او د دفاعي سیسټم د کمزورې کېدلو او انتاناتو لامل کېږي. د ویټامین ډي کموالی په نارینه وو کې د پروسټاټ ناروغیو خطر زیاتوي او د ګټورو هورمونونو کمېدو سبب کېږي. یاد کموالی د ماشومانو په وده کې ځنډ رامنځته کوي او په ښځو کې له مینوپاز وروسته د هډوکو د نرمېدو لامل کېږي. د ویټامین ډي کموالی د لمر د کافي رڼا نه شتون له امله رامنځته کېږي. هغه خلک چې په بندو ځایونو کې ژوند کوي یا ډېر وخت په کور کې تېروي، د ویټامین ډي د کموالي سره مخ کېږي. د ویټامین ډي کموالی د خوړو له لارې هم رامنځته کېدای شي، لکه د کم شحم لرونکو محصولاتو کاروونه. همدارازد ویټامین ډي کموالی د هډوکو کلسیم کموي او د ستونزو لامل کېږي. د ویټامین ډې د کموالي درملنه په عمومي ډول د ویټامین ډي سپلیمنټونو اخیستلو له لارې کېږي چې د معالج لخوا د اړتیا وړ دوز ټاکل کېږي. سربېره پر دې، د لمر مستقیمه رڼا هم د ویټامین ډي د تولید لپاره مهمه سرچینه ده . د دې څېړنې موخې د ویټامین ډي کمښت سره تړلیو روغتیایي ستونزو په اړه پوهه پراخول او د هغوی د اغېزو د تحلیل سربېره د یاد ویټامین د کمښت مخنیوي لپاره اغېزناکه ستراتېژي وړاندیزول دي.

پېژندنه

ویټامینونه هغه حیاتي مواد دي چې بدن ورته د روغتیا لپاره اړتیا لري، خو بدن یې په کافي اندازه تولیدولای نه شي. دا مرکبات د خوراکي توکو لکه مېوو، سبزیجاتو او حیواني محصولاتو څخه ترلاسه کېږي. ویټامینونه د مختلفو فزیولوژیکي پروسو لپاره مهم دي، لکه د دفاعي سیستم تقویه، هډوکو جوړښت او د وینې د کموالي مخنیوی(۱).

ویټامین ډي په غوړیو کې یو منحل ویټامین دی چې بدن یې د لمر د وړانګو له لارې جوړوي ، خو د ځینو خوړو له لارې هم ترلاسه کېدای شي(۲). ویټامین ډي د هډوکو د پیاوړي جوړښت او د کلسیم او فاسفورس د جذب لپاره مهم دی (۲). دا ویټامین د معافیتي سیستم پیاوړتیا کې هم ونډه لري او له مختلفو ناروغیو څخه د بدن دفاع کوي (۲). ویټامین ډي د لمر د مستقیمو وړانګو په واسطه پوستکي کې جوړېږي ، خو د لمر کم شتون په ځینو جغرافیایي سیمو کې د دې ویټامین کمښت رامنځته کوي(۳).

د ويټامين ډي کمښت لاملونو کې د لمر وړانګو کموالی، د ويټامين ډي د مناسب جذب نشتوالی، په خورو کې د ډي ويټامين کموالی او ځينې روغتيايي ګډوډيو لکه د ځيګر يا کولمو ناروغۍ شاملې دي. همدارنګه د عمر زياتوالی او د پوستکي رنګ هم د ويټامين ډي د جذب پر پروسه اغيز لري(۳).

د ويټامين ډي کمښت په بدن کې د هډوکو کمزوري او نرمښت، د عضلاتو کمزوري، د دفاعي سېستم کمزوري او د زړه ناروغۍ خطر زياتوي. دا کمښت د هډوکو د ناروغيو لکه Rickets او Osteoprosis لامل کېږي او د شکرې او ځينو سرطانونو په رامنځته کولو کې هم ونډه لري(۴).

د ويټامين ډي کمښت مخنيوي لپاره بايد د لمر کافي وړانګې ترلاسه شي، مناسب خواړه لکه د ماهي، هګيو او مغذي خواړو مصرفول او د ويټامين ډي سپليمنټونو کارول هم مرسته کولای شي. همدارنګه د ډاکټر سره مشوره د کمښت د تشخيص او درملنې لپاره اړينه ده(۵).

د دې مقالې موخې د ويټامين ډي کمښت سره تړليو روغتيايي ستونزو په اړه پوهه پراخول او د هغې د اغېزو تحليل، د ويټامين ډي د کموالي په اړه د پوهې زياتول او د دې ويټامين د کمښت د مخنيوي لپاره اغېزناکه ستراتېژۍ پرمخ وړل دي. ددې ليکنې اهميت دا دی چې ددې ويټامين کمښت کولای شي د هډوکو ناروغيو، عضلاتو کمزورۍ او د دفاعي سېستم ضعيفوالي لامل شي. دغه څېړنه د ويټامين ډي د کمښت سره تړلې خطرونه لکه د زړه ناروغۍ، شکرې او ځينې سرطانونه روښانه کوي. د دې څېړنې له لارې د ويټامين ډي د کمښت د تشخيص، درملنې او مخنيوي لپاره اغېزناکې ستراتېژۍ رامنځته کېدلای شي. همدارنګه، د ويټامين ډي کمښت د مخنيوي لپاره د ژوند طرز او د خوړو مهمې ونډې ته زيات پام کېږي. په ټوله کې دا څېړنه د روغتيا د ښه والي لپاره اړين معلومات وړاندې کوي.

د ويټامين ډي سرچينې او ډولونه

ويټامين ډي شحمو کې منحل يو مهم ويټامين دی، چې د بدن لپاره مختلفې مهمې دندې لري. دا ويټامين په اصل کې د لمر د وړانګو په واسطه په پوستکي کې توليدېږي. د ويټامين ډي کافي کچه د هډوکو لپاره اړينه ده، ځکه چې دا د کلسيم او فاسفورس جذبولو کې مرسته کوي. د ويټامين ډي کموالی د هډوکو نرمۍ، کمزورۍ او په ځانګړي ډول د "ريکټس" ناروغۍ لامل کېدلای شي. دا ويټامين د عضلاتو پياوړي کولو، دفاعي سېستم پياوړتيا او د زړه روغتيا لپاره هم ګټور دی(۴).

ويټامين ډي په دوه ډولونو موندل کېږي، ويټامين ډي۲ (Ergocalciferol) او ويټامين ډي ۳(Cholecalciferol) . ويټامين ډي۳ په عمومي ډول د لمر وړانګو په واسطه په پوستکي کې جوړېږي . ويټامين ډي۲ له ځينو سبزيجاتو څخه ترلاسه کېږي(۵). د ويټامين ډي د جذب لپاره د لمر وړانګې تر ټولو غوره سرچينه ده. که چېرې لمر ته لاسرسی محدود وي، لکه په يخو موسمونو يا ښاري ژوند کې، نو د ويټامين ډي سپليمنټونه او د لمر وړانګو د عوض کولو لپاره د کلسيم او ويټامين ډي غني خواړه مصرفول هم مهم دي. ځينې له دغو خوړو څخه د کبانو غوړ، هګۍ، لبنيات او ځينې مېوه جات د يادونې وړ دي(۵).

د ويټامين ډي دندې

ويټامين ډي د دفاعي سېستم پياوړې کولو کې مرسته کوي. دا ويټامين د ځينو ويروسونو او بکترياوو پر وړاندې دفاعي ځواک زياتوي، چې د انتاناتو مخنيوي لپاره اړين دی. د ويټامين ډي د کمښت پر مهال بدن د شکرې ناروغۍ او حتی د زړه او رګونو ناروغيو پر وړاندې حساسيت پيداکوي. دا ويټامين د مزمنو دردونو او د ذهني روغتيا د ستونزو لکه مايوسۍ او اضطراب مخنيوی

هم کوي(٦). ویټامین ډي د بدن د هډوکو جوړولو او ساتلو لپاره مهم دی، ځکه چې دا ویټامین د کلسیم او فاسفورس جذبولو کې مرسته کوي. د ویټامین ډي کموالي کې بدن د نوموړو موادو جذب کې ستونزو سره مخ کېږي، چې دا د هډوکو کمزوري، درد او حتی د هډوکو ماتېدو سبب کېږي. ددې لپاره چې د ویټامین ډي کچه مناسبه پاتې شي، سپلیمنټونه یا د ویټامین ډي غني خواړه توصیه کېږي(٦).

د ویټامین ډي د کموالي لاملونه او پایلې

د ویټامین ډي کموالی د ستړیا، عضلاتو کمزوري، د هډوکو درد او په عمومي ډول د بدن د کمزورۍ لامل کېږي. دغه کموالی کولای شي د ذهني اختلالاتو لکه مایوسی، اضطراب او حتی د حافظې ستونزې هم رامنځته کړي. د ویټامین ډي کمښت همدارنګه د دې سبب کېدای شي، چې انسان د هډوکو د ناروغیو لکه اوسټیوپوروسیس یا ریکټس سره مخ شي(٦). د ویټامین ډي د اړتیا وړ کچه مختلفو عمرونو، جنســونو او روغتیایي شرایطو سره بدلون مومي. د ماشومانو او ښځو لپاره د ویټامین ډي اړتیا ته باید په ځانګړې توګه پاملرنه وشي. دا پاملرنه باید د امیندوارۍ یا شیدو ورکولو پر مهال لازیاته شي. که څه هم ویټامین ډي د پوستکي له لارې تولیدېږي، خو د لمر وړانګو سره مستقیم تماس او د پوستکي ډول هم د دې تولید تر اغیز لاندې دی.

د پوستکي تیاره ډولونه د ویټامین ډي په تولید کې ستونزې لري(٧). د ویټامین ډي کموالي له امله ښایي د بډوډو یا پښتورګو ستونزې هم رامنځته شي، ځکه چې دا ویټامین د بډوډو د روغتیا لپاره اړین دی. د دې ویټامین په کمښت سره دفاعي سېستم کمزوری کېږي، چې بدن د بېلابېلو ناروغیو او انتاناتو پر وړاندې حساس کېږي(٧). ویټامین ډي د خوړو له لارې ترلاسه کول هم یو مهم اړخ دی. د ځینو ځارویو او کبانو غوړ د ویټامین ډي غوره سرچینې دي. ځینې سبزیجات لکه د لمرګلي تخمونه او د سبزیجاتو له لارې ویټامین ډي ترلاسه کول هم شوني دي(٨).

د ویټامین ډي کمښت په اوسني وخت کې یوه عامه ستونزه ده چې بېلابېل لاملونه لري. یو اصلـي لامـل يـې د لمر وړانګو ته کم لاسرسی دی، ویټامین ډي د بدن له لارې په پوستکي کې د لمر د وړانګو په مرسته جوړېږي ، نو هغه خلک چې په یخو یا هغو سیمو کې ژوند کوي چې کم لمر لري، د ویټامین ډي کمښت ستونزه ورته پیداکېدلای شي. په ژمي کې په ځانګړي ډول د لمر وړانګې کمزورې وي چې دا حالت د ویټامین ډي کچه ټیټوي(٩).

د پوستکي ډول یو بل عامل دی. هغه خلک چې تیاره پوستکی لري، د ویټامین ډي د تولید لپاره ډېر وخت ته څکه اړتیا لري، چې په تیاره پوستکي کې د لمر وړانګې په لږه اندازه جذبېږي. په پایله کې دا خلک په ځانګړي ډول د ویټامین ډي کمښت سره مخ کېږي. همدارنګه د هغو خلکو لپاره چې ډېر وخت په کور کې تېروي، یا لکه هغه اشخاص چې دفتر یا ښوونځي ته ځي، د لمر وړانګو ته لاسرسی نه لري، چې دې سره هم د ویټامین ډي کچه ټیټېږي(١٠).

د ویټامین ډي کمښت نور لاملونه د ځینو روغتیایي شرایطو له امله هم رامنځته کېږي. د بېلګې په توګه د ځینو خلکو معافیت سېستم چې کمزوری شوی وي، د ویټامین ډي جذبولو وړتیا پکې کمه وي. د بډوډو ناروغي، هاضمې ستونزې لکه کرون ناروغي یا د کوچنیو کولمو ناروغۍ د ویټامین ډي د جذب پروسه ګډوډوي چې دا د دې ویټامین د کمښت لامل کېږي(١٠).

د ویټامین ډي کمښت ښایي د عمر په بېلابېلو پړاوونو کې هم کم یا زیات شي. په زاړه عمر کې د پوستکي د تولید وړتیا کمزورې کېږي او په دې توګه د ویټامین ډي تولید هم کمېږي. د دې عمر خلک ډېری وخت د ویټامین ډي کموالي سره مخ کېږي. د ښځو لپاره هم په ځانګړي ډول د امیندوارۍ او شیدو ورکولو پر مهال د ویټامین ډي کچه ټیټېږي، ځکه چې د ویټامین ډي مصرف زیاتېږي، خو بدن یې په کافي اندازه نه شي جوړولی(١٠).

د ځینو درملو کارول هم د ویټامین ډي د کمښت سبب کېدلای شي. هغه درمل چې د معدې تېزابونو کمولو لپاره کارول کېږي، لکه پروټون پمپ نهي کوونکي درمل (Proton Pump Inhibator) د ویټامین ډي د جذب مخه نیسي. همدارنګه ځینې درمل چې د هضمي سېستم پر فعالیت باندې اغېز لري، لکه د کورټیکوسټیرایډونو او د HIV ضد درمل، د ویټامین ډي د کموالي لامل کېږي(۱۱).

د ویټامین ډي کمښت یو بل عامل د تغذیې خراب رژیم دی. هغوی چې کمزوری یا ناقص غذایي رژیم لري او د ویټامین ډي اړینې سرچینې لکه د کبانو غوړ، هګۍ، لبنیات او د ویټامین ډي پوره کچه لرونکې غذا نه خوري، د ویټامین ډي کمښت سره مخ کېږي. باید ووایو چې که یو څوک د لمر وړانګو ته د لاسرسي په درلودلو سره سره بیا هم د دې ویټامین غني خواړه ونه خوري، کچه یې ټیټه پاتې کېدای شي(۱۲).

ځیني نور روغتیایي شرایط لکه چاغوالی هم د ویټامین ډي د جذب پروسه اغېزمنوي. چاغوالی د ویټامین ډي زېرمه کولو په برخه کې مرسته کوي، خو دا د ویټامین ډي فعاله کچه ټیټه ساتي. په دې توګه چاغ خلک ښایي د ویټامین ډي کمښت تجربه کړي، حتی که هغوی په بشپړه توګه لمر ته لاسرسی هم ولري(۱۲).

په کور یا دفتر کې اوږد مهاله پاتې کېدل او د کلسیم غني خوړو نه خوړل هم د ویټامین ډي د کموالي لاملونه دي. د ویټامین ډي د کموالي بل لامل د جسماني او فزیکي فعالیت کموالی دی، ځکه چې ورزش او فزیکي فعالیت د ویټامین ډي جذب زیاتوي. هغه خلک چې لږ فزیکي فعالیت لري، ښایي د ویټامین ډي کمښت سره مخ شي(۱۳).

د ویټامین ډي کمښت د ناروغیو او شرایطو لکه د ریکټس او د هډوکو کمزورۍ (Osteomalacia) د رامنځته کېدو لامل کېږي. دغه حالتونه په ماشومانو او زیات عمر لرونکو اشخاصو کې ډېر کتل کېږي. همدارنګه د ویټامین ډي کمښت د هډوکو د ناروغیو لکه (Osteoporosis) لامل کېدلای شي(۱۴).

د ویټامین ډي کمښت بېلابېلې نښې د عضلاتو درد، ستړیا، د هډوکو درد او په ځینو وختونو کې ذهني اختلالات لکه مایوسي احساسول یادولای شو. د ویټامین ډي کموالی په عمومي روغتیا اغېزه کوي او د مختلفو ناروغیو سره تړاو لري(۱۴).

د ویټامین ډي کمښت د بدن لپاره جدي پایلې لري او د مختلفو ناروغیو لامل کېدلای شي. د ویټامین ډي کمښت تر ټولوستره پایله په لوړ عمر لرونکو اشخاصو کې د هډوکو کمزوري ده. ریکټس په ځانګړي توګه په کوچنیانو کې رامنځته کېږي او د هډوکو جوړښت په خرابولو سره هغوی کمزوري او د هډوکو ماتېدو لامل کېږي. د ویټامین ډي کموالی هم د اوسټیوپروزیس (Osteoporosis)یا د هډوکو کمزورۍ ناروغۍ سبب کېږي، چې په دې حالت کې هډوکي نرم او ډېر حساس کېږي(۱۵).

کله چې د ویټامین ډي کچه ټیټه شي، د عضلاتو کمزوري هم یوه بل ځرګنده پایله وي. عضلات کمزوري کېږي، چې د حرکت کولو او فزیکي فعالیت په برخه کې ستونزې رامنځته کوي. د عضلاتو کمزوري د ټپونو خطر هم زیاتوي، ځکه چې دا د معافیت سېستم کمزوري کوي او د هډوکو ماتېدو لامل کېږي. دغه کمزوري د فعالیتونو لکه پورته کېدو یا تګ کولو کې خنډ رامنځته کوي(۱٦).

د ویټامین ډي کمښت د دفاعي سېستم پیاوړتیا ته هم زیان رسوي. کله چې ویټامین ډي کم شي، بدن د بېلابېلو ویروسونو او بکتریاو پر وړاندې مقاومت کموي. دا د انفلونزا، سر دردونو او حتی د ټینګښت د کمېدو ناروغیو خطر زیاتوي. هغه خلک چې د ویټامین ډي کمښت لري، په اسانه ډول د انتان ښکار کېږي(۱۷).

د دې ویټامین کمښت د زړه ناروغیو خطر هم زیاتوي. لوړ فشار، د زړه ناروغیو او د رګونو سختېدل (atherosclerosis) د ویټامین ډي په کمښت پورې اړه لري. د ویټامین ډي کمښت په دې توګه د زړه د ستونزو په رامنځته کولو کې مرسته کوي(۱۸).

د ویټامین ډي کموالی د ذهني روغتیا په برخو کې هم اغېز لري. دغه کمښت د مایوسۍ، اضطراب او نورو رواني ستونزو لامل کېږي. ویټامین ډي د دماغ فعالیت په ښه کولو کې مرسته کوي او که په کافي اندازه نه وي، د ذهني فشار او اختلالاتو خطر زیاتوي. د ویټامین ډي کمښت د حافظې کمزورۍ سبب هم کېږي، چې د تمرکز او فکري فعالیت کموالی رامنځته کوي(۱٦).

د ویټامین ډي کموالی د شکرې ناروغۍ په پرمختګ کې هم ونډه لري. د ویټامین ډي کموالی د انسولین مقاومت زیاتوي او په دې سره د شکرې ناروغۍ خطر زیاتوي. همدارنګه د ویټامین ډي کمښت د شکرې نورو پیچلتیاوو لکه د زړه او رګونو ناروغیو د رامنځته کیدو لامل کېږي(۱۷).

د ویټامین ډي کمښت د وینې د کلسیم کمښت لامل کېږي چې د هډوکو جوړولو او د عصبي سېستم د فعالیت لپاره اړین دی. د ویټامین ډي ټیټه کچه د کلسیم جذبولو وړتیا کموي، چې دا د هډوکو د کمزورۍ او نرمۍ لامل کېږي. دغه کمښت د هډوکو د دردوونکو ناروغیو لکه اوستیو مالاشیا (Osteomalacia) سبب کېږي، چې په دې ناروغۍ کې هډوکي نرم او په آسانۍ سره ماتېږي(۱۷).

د ویټامین ډي کمښت د هغو ستونزو لامل هم کېږي چې په هضمي سېستم پورې اړه لري. دا د هضم پروسې په ګډوډولو سره د نورو ګټورو موادو لکه فاسفورس او کلسیم د جذب توان کموي. په دې سره د هډوکو او عضلاتو د ستونزو زیاتېدو خطر هم ډېرېږي(۱۸).

د ویټامین ډي کموالی په نورو ناروغیو کې هم برخه اخلي. هغه اشخاص چې د ویټامین ډي کمښت لري، په سرطان یې د اخته کېدو شونتیا ډېره ده. یوه څېړنه ښیي چې د ویټامین ډي کمښت د ځینو سرطانونو لکه د سینې، Colo-Rectal او Prostate سرطان سره هم اړیکه لري. د ویټامین ډي کمښت همدارنګه د ځینو نورو جدي ناروغیو لکه ملانوما او د بدن دفاعي سېستم د فعالیت کمولو سره تړاو لري(۱۹).

د ویټامین ډي کموالی د وزن زیاتوالي او چاغوالي سره هم تړاو لري. هغوی چې د ویټامین ډي کمښت لري، ممکن د چاغوالي سره مخ شي، ځکه چې ویټامین ډي په شحمي انساجو کې ذخیره کېدلای شي او دا د ویټامین ډي جذب کمزوري کوي. په دې توګه، چاغ وګړي د ویټامین ډي د کموالي له ګواښ سره مخ وي(۱۹).

د ویټامین ډي کمښت د وېښتو غورځېدو لامل هم کېږي. د ویټامین ډي کموالی د وېښتو د نوي کولو عمل هم کمزوری کوي، چې دا په اوږد مهال کې د وېښتو د کمښت لامل کېږي(۱۹).

په زیات عمر لرونکو اشخاصو کې د ویټامین ډي کمښت زیات لیدل کېږي او په دې اشخاصو کې زیاتې روغتیايي ستونزې هم رامنځته کوي. د دغې ویټامین په کمښت سره، زیات عمره اشخاص د هډوکو د ناروغیو لکه اوستیوپوروسس (Osteoporosis)او اوستیو مالاشیـــا خطر سره مخ کېږي. د ویټامین ډي کموالی د عضلاتو د کمزورۍ او د توازن ستونزو لامل هم کېږي، چې دا د غورځېدو او ټپونو خطر زیاتوي(۱۹).

د ویټامین ډي کمښت د زېږون پر مهال هم یو جدي خطر دی. هغه مېرمنې چې د حمل په دوران کې د ویټامین ډي کمښت لري، د خپلو ماشومانو لپاره د هډوکو او د دفاعي سېستم د ستونزو خطر زیاتوي. د ویټامین ډي کمښت همداراز کولای شي د ماشومانو په روغتیايي وده کې ګډوډي رامنځته کړي(۲۰).

د ویټامین ډي د کموالي مخنیوی

د ویټامین ډي د کموالي مخنیوي لپاره باید په کافي اندازه د لمر وړانګو مستقیم تماس ته وخت تېر شي، ځکه چې بدن د لمر د وړانګو په مرسته ویټامین ډي تولیدوي. د ویټامین ډي غوره غذایي سرچینې د ماهي غوښه، هګۍ او لبنیات دي. د غذایي سپلیمنټونو کارول هم د ویټامین ډي کموالي مخنیوي لپاره ګټور ثابتېدلای شي. د تغذّیې متوازن رژیم به ځای کول، لکه د دالو او هګیو خوړل، د ویټامین ډي د کمښت مخه نیسي. همدارنګه، د ویټامین ډي کموالي په اړه ډاکټر سره مشوره کول مهمه ده (۲۰).

د ویټامین ډي د کموالي درملنه

د ویټامین ډي د کموالي درملنه په عمومي ډول په ویټامین ډي سپلیمنټونو سره کېږي چې د ډاکټر په مشوره اخیستل کېږي. دغه سپلیمنټونه په بدن کې د ویټامین ډي کچه زیاتوي او د کموالي اغېزې کموي. د لمر وړانګو ته زیات وخت تېرول هم د ویټامین ډي د طبیعي تولید زیاتولو لپاره ګټور دي. د ویټامین ډي غني خوراکونه لکه د کبانو غوړ، هګۍ، لبنیات او ځینې میوې هم د دې ویټامین کچه لوړوي. په ځینو مواردو کې د هډوکو او عضلاتو د روغتیا لپاره ښایي د ویټامین ډي اوږدمهاله درملنې ته اړتیا وي(۲۰).

پایله اخیستنه

د ویټامین ډي کمښت د بدن لپاره جدي روغتیایي ستونزې رامنځته کوي. دا کمښت د هډوکو کمزورۍ او نرمۍ لامل کېږي، چې د "ریکټس" او اوستیوپروزیس په څېر ناروغیو لامل کېږي. د ویټامین ډي کمښت د عضلاتو کمزوري، ستړیا او د حرکت کولو ستونزې رامنځته کوي. همدارنګه، د ویټامین ډي کمښت دفاعي سېستم کمزورى کوي، چې د انتاناتو او ناروغیو خطر زیاتوي. د زړه ناروغۍ، شکر او ځینې سرطانونه هم د ویټامین ډي کمښت سره تړاو لري. دا کمښت د ذهني اختلالاتو لکه مایوسۍ او اضطراب لامل کېږي. د ویټامین ډي کموالی د شیدو ورکولو او امیندوارۍ پر مهال د ماشومانو لپاره جدي خطرونه رامنځته کوي. د ویټامین ډي کمښت په زیات عمر لرونکو اشخاصو کې د هډوکو د ستونزو او ټپونو زیاتېدو لامل کېږي. په پایله کې ویلای شو چې د ویټامین ډي کافي کچه د عمومي روغتیا لپاره اړینه ده او د دې ویټامین د کمښت مخنیوي لپاره لمر ته مناسب لاسرسی او د ویټامین ډي غني خواړه اړین دي. زمونږ دغه څېړنه په عمومــي ډول د ویټامین ډي د کمــوالي لاملونو او پایلو په اړه لیکل شوې ده، اړتیا ده چې په مشخص ډول په کوچنیانو، لویانو، ښځینه و، امیندوارو... کې یې په اړه څېړنې وشي.

وړاندیزونه

۱. د ویټامین ډي د کمښت له امله د جدي روغتیایي ستونزو د مخنیوي لپاره لمر ته ناسته او د ویټامین ډي غني خواړه خوړل اړین دي.

۲. د ویټامین ډي کموالي په اړه باید په منظمه توګه د لابراتواري معایناتو په مرسته معلومات ترلاسه او دکمښت په صورت کې د ویټامین ډي سپلمنټونو په وسیله پوره شي.

۳. د ناروغانو د معاینې پر مهال روغتیا پالان باید د ویټامین ډي د کموالي نښې په پام کې ونیسي تر څو پر وخت تشخیص، تداوي او د جدي روغتیایي ستونزو د رامنځته کېدو مخه ونیول شي.

اخځلیکونه

1. Amrein K, Scherkl M, Hoffmann M, Neuwersch-Sommeregger S, Köstenberger M, Tmava Berisha A, Martucci G, Pilz S, Malle O. Vitamin D deficiency 2.0: an update on the current status worldwide. European journal of clinical nutrition. 2020 Nov;74(11):1498-513.
2. Holick MF. Vitamin D deficiency. New England journal of medicine. 2007 Jul 19;357(3):266-8 l.
3. Prentice A. Vitamin D deficiency: a global perspective. Nutrition reviews. 2008 Oct 1;66(suppl_2):S153-64.
4. Pearce SH, Cheetham TD. Diagnosis and management of vitamin D deficiency. Bmj. 2010 Jan 11;340.
5. Ladhani S, Srinivasan L, Buchanan C, Allgrove J. Presentation of vitamin D deficiency. Archives of disease in childhood. 2004 Aug 1;89(8):781-4.
6. Bandeira F, Griz L, Dreyer P, Eufrazino C, Bandeira C, Freese E. Vitamin D deficiency: a global perspective. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. 2006;50:640-6.
7. Holick MF, Chen TC. Vitamin D deficiency: a worldwide problem with health consequences. The American journal of clinical nutrition. 2008 Apr 1;87(4):1080S-6S.
8. Sizar O, Khare S, Goyal A, Givler A. Vitamin D deficiency.
9. Sahota O. Understanding vitamin D deficiency. Age and ageing. 2014 Jul 28;43(5):589-91.
10. Cannell JJ, Hollis BW, Zasloff M, Heaney RP. Diagnosis and treatment of vitamin D deficiency. Expert opinion on pharmacotherapy. 2008 Jan 1;9(1):107-18.
11. Cashman KD, Dowling KG, Škrabáková Z, Gonzalez-Gross M, Valtueña J, De Henauw S, Moreno L, Damsgaard CT, Michaelsen KF, Mølgaard C, Jorde R. Vitamin D deficiency in Europe: pandemic?. The American journal of clinical nutrition. 2016 Apr 1;103(4):1033-44.
12. Bouillon R, Norman AW, Lips P. Vitamin D deficiency. N Engl J Med. 2007 Nov 8;357(19):1980-.
13. Cashman KD. Vitamin D deficiency: defining, prevalence, causes, and strategies of addressing. Calcified tissue international. 2020 Jan;106(1):14-29.
14. Wang TJ, Pencina MJ, Booth SL, Jacques PF, Ingelsson E, Lanier K, Benjamin EJ, D'Agostino RB, Wolf M, Vasan RS. Vitamin D deficiency and risk of cardiovascular disease. Circulation. 2008 Jan 29;117(4):503-11.
15. Holick MF. Vitamin D deficiency: what a pain it is. InMayo clinic proceedings 2003 Dec 1 (Vol. 78, No. 12, p. 1457). Elsevier Limited.
16. Heaney RP. Functional indices of vitamin D status and ramifications of vitamin D deficiency. The American journal of clinical nutrition. 2004 Dec 1;80(6):1706S-9S.
17. Palacios C, Gonzalez L. Is vitamin D deficiency a major global public health problem? The Journal of steroid biochemistry and molecular biology. 2014 Oct 1; 144:138-45.
18. Andıran N, Celik N, Akca H, Doğan G. Vitamin D deficiency in children and adolescents. Journal of clinical research in pediatric endocrinology. 2012 Mar;4(1):25.
19. Pilz S, Tomaschitz A, Drechsler C, Dekker JM, März W. Vitamin D deficiency and myocardial diseases. Molecular nutrition & food research. 2010 Aug;54(8):1103-13.
20. Naeem Z. Vitamin d deficiency-an ignored epidemic. International journal of health sciences. 2010 Jan;4(1):V.

Review Article

Causes and Consequences of Vitamine D Deficiency

Specialist Dr. Sayed Mushtaq Sadat
Orthopedic Ward, Spinghar Momand Curative and Teaching Hospital, Spinghar University (Nangarhar)

Article History

Received:15/Dec/2024

Accepted:13/Jan/2025

Published: 21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Edition: 1st

Keywords

- Vitamin D
- Vitamin D deficiency
- Effects

***Corresponding Author**

Specialist
Dr. Sayed Mushtaq Sadat
E-mail:smch@spingharuniversity.edu.af
Contact: + 93 (0) 786849284

Abstract

Vitamin D is an essential substance for the body that helps in the absorption of calcium and phosphorus. A deficiency of Vitamin D leads to various health issues, such as softening of bones (Rickets) and bone weakness (Osteoporosis), anxiety and depression, diabetes, high blood pressure and other metabolic disorders, cardiovascular diseases, a weakened immune system and infections. In men, Vitamin D deficiency increases the risk of prostate diseases. It also leads to a reduction in beneficial hormones and causes growth delays in children. In women, Vitamin D deficiency leads to bone softening after menopause. Vitamin D deficiency occurs due to insufficient sunlight exposure. People living in closed spaces or spending too much time indoors are prone to this deficiency. It can also result from dietary factors, such as consuming low-fat products. A lack of Vitamin D weakens bone strength, causing health problems. Treatment for Vitamin D deficiency typically involves taking supplements, with the appropriate dosage prescribed by a doctor. Additionally, direct sunlight is an important source for Vitamin D production. The purpose of this article is to expand understanding of the health problems related to Vitamin D deficiency and analyze its effects. It also aims to increase awareness about Vitamin D deficiency and promote effective strategies for its preventi

مروري مقاله

تر پنځه کلنۍ کم عمره ماشومانو کې د مکرر تبه لړونکي اختلاج د خطر فکتورونه

متخصص دوکتور قند آغا فضل زی
سپین غر مومند معالجوي او تدریسي روغتون، سپین غر پوهنتون، ننګرهار - افغانستان

د مقالې تاریخچه
د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۷/۱۷
د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۵
د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹
کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دویم ګڼه: لومړی

بنسټیز ټکي
- تر ۵ کالو کم عمره ماشومان
- تبه لړونکي اختلاج
- د خطر فکتورونه

مسؤل لیکونکی
متخصص دوکتور قند آغا فضل زی
بریښنالیک: fazalzai2020@gmail.com
ګرځنده شمېره: +93 (0) 776002021

لنډیز

تبه لړونکی اختلاج د ماشومتوب دورې د مهمو اختلاجاتو له ډلې څخه ګڼل کېږي، چې پېښې یې له درې میاشتنۍ څخه تر پنځه کلنۍ پورې رامنځته کېدلای شي. نوموړی اختلاج په ساده او پېچلي تبه لړونکي دوه ډولونو وېشل شوی دی، چې په زیاته کچه ساده تبه لړونکی اختلاج واقع کېږي. د ساده تبه لړونکي اختلاج دوام له (۱۵) دقیقو څخه کم وي او د بدن دواړه خواوې اخته کوي، خو د پېچلي تبه لړونکي اختلاج دوام له (۱۵) دقیقو څخه زیات او معمولاً د بدن یو اړخ اخته کوي. د عمر له نظره زیاتره پېښې یې د (۱۷-۲۳) میاشتو عمر کې پېښېږي. سره له دې چې اصلي لامل یې معلوم نه دی، خو ځیني فکتورونه یې په رامنځته کېدو کې اغېزناک ګڼل شوي، لکه د پورتنیو تنفسي لارو انتانات، د هضمي جهاز انتانات او واکسینونه. یعنې که د هر لامل پر بنسټ د بدن تودوخې درجه لوړه شي، یاده طبي ستونزه رامنځته کېدلای شي. همدارنګه ځیني فکتورونه شته چې له امله یې ماشومان تبه لړونکي اختلاجات تجربه کوي، لکه شیدې خوړونکي ماشومان، کورنۍ تاریخچه، د تبې شدت او ویروسي انتانات. د اپیډیمیولوژۍ له نظره یې پېښې په اسیایي هېوادونو کې زیاتې دي. ددې علمي مقالې موخه تر پنځه کالو کم عمره ماشومانو کې د تبه لړونکي اختلاج د خطر فکتورونو د پېژندنې په اړه له ګڼو معتبرو نړیوالو مقالو څخه راټول شویو معلوماتو ته بیا کتنه ده.

پېژندنه

تبه لړونکی اختلاج د شیدې رودلو پړاو (Infancy) او ماشومتوب دورې د معمولو اختلاجاتو له ډلې څخه ګڼل کېږي، چې له درې میاشتني عمر څخه تر پنځه کلنۍ پورې پېښېږي. دا اختلاج د عصبي سیستم له انتاناتو، میتابولیک ګډوډیو او Epilepsy څخه پرته، په تبه کې پېښېږي. نوموړی اختلاج په دوه ډوله (ساده او پېچلي) وېشل شوی دی. ډېر معمول ډول یې ساده تبه لړونکی اختلاج دی، چې (۶۵-۹۰٪) پېښې لري، دوام یې تر (۱۵) دقیقو کم وي، Generalized Tonic Clonic وي او په (۲۴) ساعتونو کې بیا نه تکرارېږي. پېچلی تبه لړونکی اختلاج د ساده په پرتله کم پېښېږي، پېښې یې په عمومي ډول تر (۲۰٪) وي او دوام یې له (۱۵) دقیقو څخه زیات وي؛ ګڼې حملې لري او د بدن یوه برخه اخته کوي.

دغه اختلاجات په عمومي ډول زيان رسوونکي نه وي او په کوچنيانو کې اوږد مهاله اغېزې نه پرېږدي، خو د کورنۍ لپاره د اندېښنې وړ ګرځي(۱).

نږدې (۲-۵) سلنه ماشومان د تودوخې لوړېدو په پايله کې تبه لرونکی اختلاج تجربه کوي. د هغو ماشومانو لپاره چې يو ځل تبه لرونکی اختلاج تجربه کوي، د بيا تکرار خطر يې نږدې (۳۰-۴۰٪) دی، په ځانګړې توګه که چېرې د ماشوم تبه په لومړي اختلاج کې د سانتي ګرېډ (۳۸) درجې يا تر دې لوړه وي. په ټوليز ډول تبه لرونکي اختلاجات عام او د خطرناکو پېښو په توګه نه ګڼل کېږي، مګر د والدينو لپاره مهمه ده چې ددې موضوع په اړه پوهه ولري او د اړتيا پرمهال د روغتيايي مرستې هڅه وکړي(۲).

ددې مقالې موخه تر پنځه کلنۍ کم عمره ماشومانو کې د مکرر تبه لرونکي اختلاج د خطري فکتورونو د پېژندنې په اړه د ګڼو معتبرو نړۍوالو مقالو معلوماتو ته بيا کتنه ده؛ مقاله په ياده برخه کې د ترسره شويو وروستيو څېړنو او ازمايښتونو د پلټنې ستراتېژۍ (Search Strategy) پر بنسټ ترتيب شوې ده.

خطري فکتورونه

۱. **عمر:** تنکي ماشومان د تبې له‌امله د اختلاج پر وړاندې ډېر حساس وي.
۲. **د تبې ډول:** د تبې چټک لوړېدل، لکه د ويروس يا باکتريا له امله، د اختلاج خطر زياتوي.
۳. **کورنۍ تاريخچه:** که په کورنۍ کې د تبه لرونکي اختلاج تاريخچه موجوده وي، نو په ماشوم کې د تبه لرونکي اختلاج خطر زيات دی.
٤. **روغتيايي حالت:** ځينې نور روغتيايي شرايط، لکه د مغزو د اختلاجاتو ناروغی، هم د تبه لرونکي اختلاج لپاره خطري فکتور دی.
٥. **محيطي شرايط:** د تودوخې زياتوالی يا ميکروبي حالت هم ښايي د اختلاج لامل شي.

اکثره تبه لرونکی اختلاج خطرناک نه وي، خو د درملنې او څارنې په موخه بايد هر وخت روغتيايي مشوره وغوښتل شي(۳).

د تبه لرونکو اختلاجاتو د خطري فکتورونو په اړه پوهاوی د والدينو او روغتيايي کارکونکو سره مرسته کوي، چې د ناروغۍ د مخنيوي په اړه ګام پورته کړي او د ماشوم د درملنې او پاملرنې لپاره اغېزمنې لارې چارې وړاندې کړي.

د تبه لرونکي اختلاج ډولونه او پېښې

تبه لرونکی اختلاج د انفانسي (شيدي رودلو پړاو) او ماشومتوب دورې له عامو اختلاجاتو څخه دی، چې له درې مياشتني عمر څخه تر پنځه کلنۍ پورې پېښېږي. دا اختلاج د عصبي سېستم انتاناتو ، ميتابوليک ګډوډيو او صرع څخه پرته په تبه کې پېښېږي او په دوه ډوله (ساده او پېچلی) دی، ډېر عام ډول يې ساده تبه لرونکی اختلاج دی، چې پېښې يې (۶۵٪-۹۰) پورې دي، دوام يې تر (۱۵) دقيقو کم وي، Generalized Tonic Clonic وي او په ۲۴ ساعتونو کې بيا نه تکرارېږي. پېچلی تبه لرونکی اختلاج نسبتاً په لږه اندازه پېښېږي، پېښې يې په عمومي ډول تر (۲۰٪) وي او دوام يې تر (۱۵) دقيقو ډېر وي، د ګڼو حملو په ډول پېښېږي او د بدن يوه برخه اخته کوي. نوموړي اختلاجات په عمومي ډول بې زيانه وي او په ماشومانو کې اوږد مهاله اغېزې نه پرېږدي، خو د کورنيو لپاره د اندېښنې وړ وي(۵،۴). تبه لرونکی اختلاج په عمومي ډول هغه وخت پېښېږي، چې د ناروغ د بدن تودوخې درجه (۳۸،۹) سانتي ګراد ته ورسېږي؛ که څه هم د بدن تودوخې د هرې درجې په لوړوالي سره رامنځته کېدای شي يا ښايي له تبه لرونکي اختلاج څخه وروسته ناروغ ته لوړه درجه تبه پيدا شي(۶،۷).

د مکرر تبه لړونکو اختلاجاتو اړوند د خطر فکتورونه

مکرر تبه لړونکی اختلاج هغه حالت دی چې په ماشومانو کې، له تبې سره هممهال، په پرلپسې ډول اختلاجات رامنځته کېږي. ځينې ماشومان يوازې يو ځل اختلاج تجربه کوي، خو ځينې نور بيا دا حالت په مکرر ډول تجربه کوي(۸).
که چېرې يو ناروغ د خطر هيڅ فکتور ونه لري، بيا هم د اختلاج راتګ چانس په‌کې (۱۲٪) دی. که ناروغ د خطر يو فکتور ولري، نو د اختلاج بيا راتلو چانس په‌کې(۲۵٪-۵۰) دی، که د خطر دوه فکتورونه ولري، د اختلاج بيا راتګ چانس په‌کې (۵۰٪-۵۹) دی او که درې يا زيات د خطر فکتورونه ولري، نو د اختلاج د منځته راتګ چانس په‌کې (۷۳٪) دی(۹).

د مکرر تبه لړونکو اختلاجاتو د خطر فکتورونه په لاندې ډول خلاصه کولای شو:

لومړی. جنيتيکي تمايل: کورنۍ تاريخچه د مکرر تبه لړونکو اختلاجاتو په رامنځته کېدلو کې مهمه ونډه لري. د يوې څېړنې د پايلو له مخې هغو ناروغانو کې چې د اختلاج کورنۍ تاريخچه يې درلوده، (۹،٦٦٪) ماشومانو کې يې د مکرر اختلاج د پېښو راپور ورکړل شوی و. هغه ماشومان چې د کورنۍ په نورو غړو، په ځانګړي ډول مور او پلار يا نږدې خپلوانو، کې يې د تبه لړونکي اختلاج تاريخچه موجوده وي، په راتلونکي کې د اختلاجاتو د منځته‌راتګ چانس په‌کې زيات دی. ځيني ماشومان د کورنۍ، جنيټيکي تمايل يا ارثي لاملونو له امله د نوموړي حالت پر وړاندې ډېر حساس دي(۱۰). که څه هم د ارثيت ونډه په حقيقي ډول نه‌ده څرګنده شوې، خو په‌دې وروستيو کې په هغه څېړنه کې چې د (Berkoric, Wallace) او د هغوی د ملګرو له لورې په (۲۰۰۸ز) کال ترسره شوې، په (Autosomal dominant) شکل (8Q13-21) کروموزوم ګرم ګڼي(۱۱). همدارنګه د يو بل راپور له مخې (19p) کروموزوم کې د تبه لړونکي اختلاج جين تثبيت شوی، چې په (Autosomal dominant) شکل څرګندېږي. والدين ښايي په نورو اولادونو کې د تبه لړونکي اختلاج په اړه پوښتنه وکړي، دوی ته بايد وويل شي که چېرې دوامدار او مخکيني ماشوم کې د تبه لړونکي اختلاج تاريخچه موجوده وي، نو په هر دريم ماشوم کې يې د رامنځته‌کېدو چانس شته(۱۲).

دويم.عمر: هغه ماشومان چې په ځوان عمر، په ځانګړي ډول تر ۱۸ مياشتو څخه کم، کې د تبه لړونکي اختلاج لومړۍ تجربه لري، په راتلونکي کې د مکررو اختلاجاتو تر زيات خطر لاندې دي. هرڅومره چې ماشوم په کم عمر کې دا حالت تجربه کړي، په راتلونکي کې يې د بيا تجربه کولو شونتيا زياتېږي(۱۳). په کم عمر کې د تبه لړونکو اختلاجاتو تجربه کول په راتلونکي کې د مکررو اختلاجاتو لامل کېدای شي، ځکه چې د ماشومانو دماغ او عصبي سېستم لا هم د بشپړتيا (تکامل) په حال کې وي. کله چې ماشوم د تبه لړونکي اختلاج سره مخ شي، دا حالت ښايي د عصبي سېستم د ځينو برخو حساسيت زيات کړي. ددې حساسيت له امله ښايي په راتلونکي کې د نورو تبه لړونکو اختلاجاتو پېښېدنه زياته شي(۱۴).

دريم.د تبې شدت او چټکتيا: مکرر اختلاجات په هغو ماشومانو کې ډېر پېښېږي چې د تبې شدت يې زيات وي يا د بدن تودوخه په چټکۍ سره لوړه شي. د څېړنو له مخې معلومه شوې ده، چې په ناڅاپي توګه د تبې لوړوالی به (۵۳٪-۴۰) پېښو کې د اختلاج لامل شوی. همداراز هغه ماشومان چې د لوړې درجې تبې سره مخ وي، د مکرر اختلاجاتو تجربه کولو لوړه کچه لري(۱۴). د تبې شدت په تبه لړونکو اختلاجاتو کې مهمه ونډه لري، ځکه چې د تبې لوړوالی ښايي د عصبي سېستم پر فعاليت زيات فشار راوړي او اختلاج رامنځته کړي. کله چې د بدن تودوخه له يوې ځانګړې کچې (مثلاً د ۱۰۱°F يا ۳۸،۳°C) څخه پورته شي، کولای شي د دماغو د تودوخې نظم ګډوډ کړي او د تبه لړونکي اختلاج لامل شي(۱۴). د تبې شدت د اختلاج پېښېدو شونتيا سربېره، د اختلاج شدت او دوام هم زياتولی شي. د تبې په زياتوالي سره د عصبي سېستم فعاليت ګډوډېږي، چې په ځينو خلکو (په ځانګړي ډول ماشومانو) کې د اختلاجاتو لامل کېږي. په هر حال، د تبې شدت يوازې يو عامل دی او د اختلاجاتو رامنځته کېدلو لپاره نور لاملونه لکه ارث، معافيت سېستم او د نورو ناروغيو شتون هم مهمه ونډه لري(۱۴).

څلورم. جنسیت: هلکانو کې د انجونو په پرتله د مکرر تبه لړونکي اختلاج چانس زیات وي. د یوې څېړنې له مخې، به (۱۷٦) تنو تبه لړونکي اختلاج اخته ماشومانو کې، (۱۰۹) تنه (۶۱،۹۶٪) یې هلکان او (٦۷) تنه (۳۸،۰۷٪) یې نجونې وې. ددې تر څنګ، په یوه بله څېړنه کې چې په (۲٦۰) تنو تبه لړونکي اختلاج اخته ناروغانو باندې ترسره شوې وه، (۱۳۹) تنه یا (۵۳،۴٦٪) یې هلکان او (۱۲۱) تنه یا (۴٦،۵۳٪) یې نجونې وې. همدارنګه په یوه څېړنه کې چې په ترکیه کې په (٦۸۰) تنو ناروغانو کې ترسره شوې وه، (۳۹۹) تنه (۵۹٪) یې هلکان او (۲۸۱) تنه (۴۱٪) یې نجونې وې(۱۵). د جنس لهمخې یاده روغتیایي ستونزه په هلکانو کې د نجونو په پرتله زیاته لیدل کېږي(۱٦).

په یوه څېړنه کې چې په (۱٦۷) تنو تبه لړونکي اختلاج لړونکو ناروغانو ترسره شوې، د جنس له مخې (۵٦،۹٪) هلکان او (۴۳،۲٪) یې نجونې وې(۱۷).

څېړنې ښیي چې هلکان د تبه لړونکو اختلاجو پر وړاندې، د ښځو په پرتله زیات حساس دي. دا حساسیت ښایي د ارثي لاملونو یا د عصبي سېستم په ځانګړتیاو پورې اړه ولري. ددې حساسیت عوامل په ځینو کورنیو کې ارثي وي. څېړنې څرګندوي چې د نجونو او هلکانو ترمنځ هورموني توپیرونه، لکه د ایسټروجن او ټسټسټرون بېلابېلې کچې، کولی شي د عصبي سېستم فعالیت او حساسیت باندې اغېزه وکړي. په ځینو پېښو کې هورموني اختلافات عصبي فعالیت او حساسیت کې توپیر رامنځته کوي، چې د اختلاجاتو د احتمالي پېښو خطر زیاتوي. هلکان ښایي د عصبي سېستمونو او دماغي جوړښتونو له مخې زیات حساسیت ولري(۱۸).

پنځم. ویروسي انتانات: ځیني ویروسي ناروغۍ لکه انفلوینزا، (Respiratory Syncytial Virus) RSV او Covid-19 د مکرر تبه لړونکي اختلاج رامنځته کېدو چانس زیاتوي. په ځینو حالتونو کې هغه ماشومان چې د ویروسونو له امله لوړه درجه تبه تجربه کوي، د مکرر اختلاجاتو تر زیات خطر لاندې دي(۱۹). ویروسي انتانات د تبه لړونکو اختلاجاتو په رامنځته کېدو کې مهمه ونډه لري. کله چې یو ویروس په بدن کې د التهاب لامل شي، بدن د هغه ویروس پر وړاندې دفاعي ځواب تولیدوي، دې ځواب ته د معافیت سېستم ځواب وایي، چې هدف یې ویروس له منځه وړل او بدن ته بېرته روغتیا ورکول دي. په دې پروسه کې ځیني لاملونه تبه منځته راوړي. کله چې ویروس بدن ته داخل شي، بدن بېلابېل کیمیاوي مواد لکه سایټوکاینز، تولیدوي چې دفاعي سېستم فعالوي. دا سایټوکاینز د بدن د تودوخې زیاتېدو لامل کېږي، ځکه چې د بدن لوړه درجه تودوخه کې د ویروس فعالیت کموي او د دفاعي سېستم فعالیت زیاتوي. تبه یو طبیعي دفاعي حالت دی، چې د بدن د میتابولیزم (د انرژۍ د تولید او مصرف) زیاتوالي له لارې د ویروس پر وړاندې مقاومت زیاتوي. د تودوخې زیاتوالی کولی شي د ویروس د تکثر او پراختیا مخه ونیسي(۲۰).

شپږم. عصبي اختلالات: هغه ماشومان چې عصبي یا نیورولوژیکي ناروغۍ لکه مېرګي یا داسې نور ولري، د مکرر تبه لړونکي اختلاج تر لوړ خطر لاندې دي. د عصبي سېستم ځینې اختلالات کولای شي په تبه لړونکي اختلاج اخته وګړي زیات زیانمن کړي، چې پهدې حالت کې اختلاجات په دوامداره توګه تکرارېږي(۲۰). عصبي اختلالات د تبه لړونکي اختلاجاتو په رامنځته‌کولو کې ځینې مهمې ونډې لري. لومړی د دماغو د هیپوتلاموس اختلالات د بدن د تودوخې تنظیم ګډوډوي چې په پایله کې تبه رامنځته کوي. دویم د عصبي سېستم اختلالات کولای شي د سایټوکاینز تولید ګډوډ کړي او سایټوکاینز د بدن د دفاعي ځواب لپاره اړین دي. درېیم دا چې د عصبي سېستم التهابات (لکه انسیفلایټس) د تودوخې زیاتوالي لامل کېږي. څلورم عصبي اختلالات د دفاعي سېستم ځواب کمزوری کوي، چې د انتاناتو او تبې رامنځته‌کولو خطر زیاتوي. د عصبي اختلالاتو له امله د نورو ناروغیو شدت زیاتېږي، چې تبه هم ورسره منځته راځي(۲۰).

اووم. نژاد: تبه لړونکی اختلاج د عام نفوس (۲٪-۵٪) تشکیلوي. د نژاد له مخې د تبه لړونکي اختلاج خپرېدنه په سپین پوستو کې (۳،۴٪)، جاپانیانو کې (۶،۹٪) او هندوانو کې (۵٪-۱۰٪) ده، چې په همدې ترتیب په اسیایي هېوادونو کې یې پېښې زیاتې دي(۲۱). نژاد د تبه لړونکو اختلاجاتو په رامنځته‌کولو کې بېلابېلې ونډې لري. ځینې نژادونه د ځینو ویروسي او بکتریایي انتاناتو پر وړاندې زیات حساس دي. جینیتیکي توپیرونه کولای شي د دفاعي سېستم فعالیت کې تغیر رامنځته کړي، چې د تبې د رامنځته کولو چانس زیاتوي. د ځینو نژادونو اړوند وګړو کې د التهابي پروسې زیاتوالی لیدل کېږي، چې د تبې لامل کېږي. د نژادي توپیرونو له امله د بېلابېلو انتاناتو پر وړاندې د بدن ځوابونو شدت هم توپیر کوي. د ځینو ټولنیزو، کلتوري او چاپېریالي فکتورونو له امله نژادي ډلې ښایي د تبه لړونکو اختلاجاتو له امله بېلابېل خطرونه تجربه کړي(۲۱).

پایله اخیستنه

د مکرر تبه لړونکي اختلاج د رامنځته کېدو خطري فکتورونه په ځانګړي ډول کم عمره ماشومان، جنیټیکي تمایل، ویروسي انتانات او د تبې شدت پورې اړه لري. د یادو لاملونو پېژندنه او د ماشومانو څارنه د دې حالت د کنټرول او درملنې لپاره خورا اړین دي. د خطري لاملونو په پېژندلو سره والدین او د روغتیایي خدمتونو وړاندې کوونکي کولای شي د ماشوم په ناروغۍ کې پاملرنه (احتیاط) وکړي. د والدینو لپاره د تبې مدیریت کولو په برخه کې، د اختلاجاتو خطر راکمولو په موخه، د تبې ضد درملو کارولو او د روغتیایي عادتونو په پام کې نیولو اړوند معلومات درلودل مهم دي. د خطري فکتورونو په اړه پوهاوی د والدینو لپاره د معلوماتو سرچینه ده، چې د اختلاجاتو رامنځته‌کېدلو پر مهال باید څه وکړي. د تبه لړونکو اختلاجاتو خطري فکتورونو ته په پام کولو سره، د اختلاجاتو د بیاراتګ او نورو احتمالي پېچلتیاو مخنیوی کېدلای شي. که چېرې ماشوم د تبه لړونکو اختلاجاتو له خطري فکتورونو سره مخ وي، نو ښایي د طبي مداخلې اړتیا ولري او د ښه پاملرنې لپاره یې پلان جوړ شي. په ټولیزه توګه، د تبه لړونکو اختلاجاتو خطري فکتورونو پېژندل د والدینو، ماشومانو او روغتیایي متخصصینو لپاره د خوندیتوب او پاملرنې په برخه کې ډېر مهم دي.

وړاندیزونه

۱. د تبې د څارنې لپاره د بدن تودوخې درجه په منظم ډول اندازه کړئ. د روغتیایي کارکونکي په مشوره د تبې کمولو لپاره مناسب درمل (پاراستامول یا ایبوپروفین) وکاروئ.
۲. د تبې پـر مهـال له روغتیایي متخصصینو څخه مشوره واخلئ.
۳. د ماشوم روغتیایي حالت، په ځانګړي ډول د تبې لاملونو لکه ویروسي یا باکتریایي ناروغیو، ته ځانګړې پاملرنه وکړئ.
٤. د تبې پرمهال ماشومان د اوبو له څښلو څخه مه منع کوئ، ځکه بوره اوبه څښل د تبې کموالي لامل کېږي.
۵. ماشوم ته پاک او صحي خواړه برابرول اړین دي، ترڅو د لوړ معافیت پر مټ د ویروسي انتاناتو مخه ډپ او د اختلاج مخنیوی یې وشي.

اخځليکونه

1. Tosun A, Koturoglu G, Serdaroglu G, Polat M, Kurugol Z, Gokben S, Tekgul H. Ratios of nine risk factors in children with recurrent febrile seizures. Pediatric neurology. 2010 Sep 1;43(3):177-82.
2. Al-Eissa YA. Febrile seizures: rate and risk factors of recurrence. Journal of child neurology. 1995 Jul;10(4):315-9.
3. Kumar N, Midha T, Rao YK. Risk factors of recurrence of febrile seizures in children in a tertiary care hospital in Kanpur: A one year follow up study. Annals of Indian Academy of Neurology. 2019 Jan 1;22(1):31-6.
4. Berg AT, Shinnar S, Hauser WA, Leventhal JM. Predictors of recurrent febrile seizures: a metaanalytic review. The Journal of pediatrics. 1990 Mar 1;116(3):329-37.
5. Ojha AR, Shakya KN, Aryal UR. Recurrence risk of febrile seizures in children. J Nepal Paediatr Soc. 2012 Jan 1;32(1):33-6.
6. Offringa M, Bossuyt PM, Lubsen J, Ellenberg JH, Nelson KB, Knudsen FU, Annegers JF, El-Radhi AS, Habbema JD, Derksen-Lubsen G, Hauser WA. Risk factors for seizure recurrence in children with febrile seizures: a pooled analysis of individual patient data from five studies. The Journal of pediatrics. 1994 Apr 1;124(4):574-84.
7. Kantamalee W, Katanyuwong K, Louthrenoo O. Clinical characteristics of febrile seizures and risk factors of its recurrence in Chiang Mai University Hospital. Neurol Asia. 2017 Sep 1;22(3):203-8.
8. Hesdorffer DC, Shinnar S, Lax DN, Pellock JM, Nordli Jr DR, Seinfeld S, Gallentine W, Frank LM, Lewis DV, Shinnar RC, Bello JA. Risk factors for subsequent febrile seizures in the FEBSTAT study. Epilepsia. 2016 Jul;57(7):1042-7.
9. Agrawal J, Poudel P, Shah GS, Yadav S, Chaudhary S, Kafle S. Recurrence risk of febrile seizures in children. Journal of Nepal Health Research Council. 2016.
10. Indriani A, Risan NA, Nurhayati T. Five years study of recurrent febrile seizure risk factors. Althea Medical Journal. 2017 Jun 30;4(2):282-5.
11. Pavlidou E, Tzitiridou M, Kontopoulos E, Panteliadis CP. Which factors determine febrile seizure recurrence? A prospective study. Brain and Development. 2008 Jan 1;30(1):7-13.
12. Renda R, Yüksel D, Gürer YY. Evaluation of patients with febrile seizure: Risk factors, reccurence, treatment and prognosis. Pediatric emergency care. 2020 Apr 1;36(4):173-7.
13. Jeong JH, Lee JH, Kim K, Jo YH, Rhee JE, Kwak YH, Noh H. Rate of and risk factors for early recurrence in patients with febrile seizures. Pediatric emergency care. 2014 Aug 1;30(8):540-5.
14. Pavlidou E, Panteliadis C. Prognostic factors for subsequent epilepsy in children with febrile seizures. Epilepsia. 2013 Dec;54(12):2101-7.
15. Marudur P, Herini E, Satria CD. Predictive factors for recurrent febrile seizures in children. Paediatrica Indonesiana. 2012 Dec 31;52(6):317-23.
16. Shen F, Lu L, Wu Y, Suo G, Zheng Y, Zhong X, Wang X, Li H. Risk factors and predictors of recurrence of febrile seizures in children in Nantong, China: a retrospective cohort study. BMC pediatrics. 2024 Jul 1;24(1):420.
17. Gontko-Romanowska K, Żaba Z, Panieński P, Steinborn B, Szemień M, Łukasik-Głębocka M, Ratajczak K, Chrobak A, Mitkowska J, Górny J. The assessment of risk factors for febrile seizures in children. Neurologia i Neurochirurgia Polska. 2017;51(6):454-8.
18. Jongruk P, Wiwattanadittakul N, Katanyuwong K, Sanguansermsri C. Risk factors of epilepsy in children with complex febrile seizures: A retrospective cohort study. Pediatrics International. 2022 Jan;64(1):e14926.
19. Jongruk P, Wiwattanadittakul N, Katanyuwong K, Sanguansermsri C. Risk factors of epilepsy in children with complex febrile seizures: A retrospective cohort study. Pediatrics International. 2022 Jan;64(1):e14926.
20. Ali Reza M, Eftekhaari TE, Farah M. Febrile seizures: Factors affecting risk of recurrence. Journal of Pediatric Neurology. 2008 Jan 1;6(4):341-4.
21. Kundu GK, Rabin F, Nandi ER, Sheikh N, Akhter S. Etiology and risk factors of febrile seizure an update. Bangladesh Journal of Child Health. 2010;34(3):103-12.

Review Article

Risk Factors of Repeated Convulsions: Under Five Years Old Children

Specialist Dr. Qandagha Fazalzai
Spinghar Momand Curative and Teaching Hospital, Spinghar University (Nangarhar)

Article History
Received: 08/Oct/2024
Accepted: 26/Oct/2024
Published: 21/10/2025
Year: 2025 Volume: 2nd Edition: 1st

Keywords
- Under five years children
- Febrile Convulsion
- Risk Factor

***Corresponding Author**
Specialist
Dr. Qandagha Fazalzai
E-mail:fazalzai2020@gmail.com
Contact: + 93 (0) 776002021

Abstract
The febrile seizure is considered one of the significant seizures during infancy and early childhood, which can occur between 3 months and 5 years of age. This seizure exists in two forms: simple and complex febrile seizures, with simple febrile seizures being more common. The duration of simple seizures is usually less than 15 minutes and they affect both sides of the body. In contrast, complex febrile seizures last longer than 15 minutes and typically affect one side of the body. From an age perspective, most cases occur between 17-23 months of age. The exact cause remains unknown, but several factors are believed to contribute to its occurrence, such as upper respiratory infections, gastrointestinal infections and vaccinations. In other words, any factor that increases the body's temperature can trigger this medical issue. Additionally, certain factors make children more likely to experience febrile seizures, such as being breastfed, having a family history, the severity of fever and viral infections. Epidemiologically, cases are more prevalent in Asian countries. The purpose of this scientific article is to review the risk factors for febrile seizures in children under five years of age, based on data gathered from several reputable global studies.

مروري مقاله

د نارينه د شنډوالي په مخنيوي کې د انټي اکسيډانټ ونډه

دوکتور بلال حميدي

پاراکلينيک څانګه، طبي ټکنالوژۍ پوهنځی، سپين غر پوهنتون، ننګرهار - افغانستان

د مقالې تاريخچه

ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۶/۲۱

د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۰۳

د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹

کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دويم ګڼه: لومړی

بنسټيز ټکي

• انټي اکسيډانټ • سپرم
• نارينه شنډوالي • اکسيډيټيف فشار
• مخنيوی

مسؤل ليکوالکی

دوکتور بلال حميدي

برېښناليک: bilal.hamidi @spingharuniversity.edu.af

ګرځنده شمېره: 789363485 (0) 93+

لنډيز

شنډوالي چې تر يو کال منظم ناخوندي جنسي اړيکو وروسته د اميندوارۍ نشتوالي په توګه تعريف شوی، په ټوله نړۍ کې يې نږدې (۱۸۰) ميليونه خلک اغېزمن کړي دي او په (۵۰٪) پېښو کې د نارينه‌و اړوند لاملونه شامل دي. د نارينه‌و شنډوالي ډېری وخت په اکسيډيټيف فشار پورې اړه لري، چې د ROS (Reactive Oxygen Species او انټي اکسيډانټونو تر منځ له نابرابرۍ څخه رامنځته کېږي. د ROS لوړه کچه د سپرم DNA ته اکسيډيټيف زيان رسوي، چې د سپرم حرکت او ژونديتوب کموي. دا څېړنه د اکسيډيټيف فشار په کمولو او د نارينه‌و Fertility يا د نسل د توليد ښه والي کې د انټي اکسيډانټونو ونډه څېړي. انټي اکسيډانټونو لکه د C او E ويټامينونه، ګلوټاټيون او کوانزايم Q10 ښودلې چې د سپرمونو کيفيت ښه کولو لپاره د اکسيډيټيف زيان په کمولو کې مهمه ونډه لري. د انټي اکسيډانټونو طبيعي سرچينې لکه مېوې، سبزيجات او مسالې، د اکسيډيټيف فشار کمولو غوره تغذيوي حل لارې دي. دا مقاله د نويو څېړنو پر بنسټ، روغتيايي متخصصينو او څېړونکو ته يو بشپړ نظر وړاندې کوي او هغه ممکنه مداخلې تشريح کوي، چې کولای شي د شنډوالي لرونکو نارينه ناروغانو د نسل توليد يا Fertility په پايلو کې د پام وړ ښه والی رامنځته کړي.

پېژندنه

تر يو کال دوامداره او ناخوندي جنسي فعاليت وروسته د اميندوارۍ ناکامي د شنډوالي په‌نوم يادېږي(۱). د نړۍ په کچه نږدې (۱۸۰) ميليونه خلک شنډوالي لري او دا يوه عامه ستونزه ګرځېدلې ده(۲). د روغتيا نړيوالې ادارې (WHO) د اټکل له مخې، په ټوله نړۍ کې (۹٪) جوړې د شنډوالي ستونزې تجربه کوي، چې (۵۰٪) پېښو کې د نارينه‌و اړوند عوامل ونډه لري(۳). د روغتيا نړيواله اداره (WHO) د نارينه شنډوالي داسې راپېژني چې يو نارينه، تر يو کال دوامداره ناخوندي جنسي فعاليت وروسته، يوه د زېږون وړ ښځه اميندواره نشي کړای، شنډوالي بلل کېږي(۲). د انساني نسل توليد په برخه کې د تېرې سلیزې پرمختګونو سربېره، شنډوالي تل ښځينه شريکانو ته منسوب شوی، خو په تېرو څلوېښتو کالونو کې څېړنو دا ثابته کړه چې د بې اولادۍ نږدې پنځوس سلنه پېښې د نارينه‌و د شنډوالي له امله دي او ښځې په ناحقه د اميندوارۍ د ناتوانۍ له‌امله ملامتې شوي(۴).

شنډوالي د بېلابېلو عواملو له امله رامنځته کېږي، لکه د خصیو عدم کفایه، بندښت، د خصیو ګځوړې ته د خصیو نه راښکته کېدل، د مني حجم کموالی، د سپرمونو تجمع، ایدیوپاتیک شنډوالی، وریکوسیل، جنسي ناتواني، د منوي مایع غیر نورمال لزوجیت، هورموني اختلالات، د سپرموتو لوړ کثافت، پیدایښتي تیمګړتیاوې او چاپېریالي عوامل(۵).

که څه هم دقیق علت یې لا هم ناځرګند دی، خو د نارینه د شنډوالي مالیکولي کچې څېړنو د نارینهو په شنډوالي کې د اکسیډیټیف فشار مهمه ونډه څرګنده کړې. اکسیډیټیف فشار د بدن د اکسیډیشن-ریډوکسیشن (ریډوکس) حالت نابرابري ده، چې د اکسیډانټونو د ډېرې یا ټیټې کچې له امله رامنځته کېږي(٦). Oxidative Stress (OS) چې د فعاله اکسیجن موادو Reactive Oxygen Species (ROS) او انټي اکسیډانټونو ترمنځ د نابرابرۍ له امله رامنځته کېږي، د نارینهو د شنډوالي یو مخکښ لامل دی چې د سپرمونو DNA په لوړه کچه ټوټه کولو SDN (Sperm DNA Fragmentation) او د سپرمونو غیر نورمال پارامیټرونو تولیدېدو لامل کېږي(۷). ډېر فعال آزاد راډیکالونه لکه سوپر اکسایډ آیونونه (–O2)، هایدروجن پراکسایډ (H_2O_2)، پروکسیل (ROO) او هایدروکسیل (OH) لري. د ROS ټیټه کچه د سپرمونو ظرفیت، هایپراکټیویشن، اکروزومل غبرګون او سپرم-تخمې القاح لپاره اړینه ده. په هر صورت، د ROS لوړ مقدار په منوي مایع کې انټي اکسیډانټونه له منځه وړي، چې د OS لامل کېږي. د ROS له امله د سپرمونو زیان په (۳۰-۸۰٪) شنډ نارینهو کې د شنډوالي یو مخکښ لامل دی، چې په پایله کې په هسته او مایټوکونډریا کې DNA ته زیان رسوي(۸).

شونې ده چې د انټي اکسیدانټ رژیمونو او د ژوند د طریقو په بدلون سره، د اکسیډیټیف فشار پهواسطه رامنځته شوی د نارینه شنډوالی راکم کړو(۹). انټي اکسیډانټ هغه ماده ده، چې کله په لږه اندازه موجوده وي، د یوې بلې مادې د اکسیډیشن یا خرابېدو مخه نیسي یا اکسیډیشن ځنډوي (۱۰). انټي اکسیډانټونه د آزادو راډیکالونو د تولید کمولو، اکسیډیشن ورو کولو یا مخنیوی کولو او د رامنځته شوي زیان د ترمیم کولو وړتیا لري(۱۱).

ددې مقالې موخه دا ده چې د نارینهو په شنډوالي کې د اکسیډیټیف فشار ونډه په تفصیل سره وڅېړي او د احتمالي مداخلې په توګه د انټي اکسیډانټونو او د ژوند د طرز بدلونونو اهمیت بیان کړي. د پوهې ددې تشې په ډکولو سره، دا مقاله روغتیایي مسلکي اشخاصو او څېړونکو ته اړین معلومات برابروي، چې په پایله کې به د شنډوالي سره مخ جوړو د ژېږون پایلې لا ښه کړي.

شنډوالی

د روغتیا نړیوال سازمان (WHO) شنډوالی، تر یوه کال پرلهپسې ناخوندي جنسي اړیکو وروسته، د یوې جوړې د اولاد نه لرلو په توګه تعریفوي. د روغتیا او پاملرنې د ملي انسټیټیوټ (NICE) منظمې جنسي اړیکې د هرو (۲-۳) ورځو وروسته جنسي نږدېوالي په توګه تعریفوي. د (۱۰۰) جوړو له ډلې چې په طبیعي ډول د اولاد لرلو هڅه کوي، (۸۴) هغه یې په یوه کال کې، (۹۲) یې په دوه کالو او (۹۳) یې په درې کالو کې امیندواره کېږي؛ هغه جوړې چې تر درې کالو وروسته لا هم بریالۍ نه دي، په راتلونکي کال کې د امیندوارۍ (۲۵٪) یا لږ چانس لري(۱۲).

نارینه شنډوالی

د نارینـه‌و شـنډوالی هغـه حالـت دی چـې د بېلابېلو ارثـي یـا کسبي نـاروغیو لـه امله رامنځتـه کېږي، خـو بیـا هـم ډېـری شـنډ نارینـه روغ وي او هـیڅ نښـې نـه لـري(۱۳). تـر یـوه کـال پرله‌پسـې ناخونـدي جنسـي اړیکـو وروسـته د اولاد نـه درلودل، د نارینـه شـنډوالی بلـل کېـږي، چـې پـه نیمـایي پیښـو کـې د شـنډوالي لـومړنی لامـل دی او یـوه لویـه نښـه ده چې د زېږون مـرستنـدویه ټکنـالـوژۍ (Assisted Reproductive Technology) ART ته یې اړتیا پیښېږي(۱۴).

د نارینـه‌و شـنډوالی کـه بشـپړ وي او کـه جـزوي، د Subfertility پـه‌نـوم یـادېږي، چـې کېـدای شـي د سـپرم د شـمېر کمېـدو (oligozoospermia)، د سـپرم د حرکـت کمېـدو (asthenozoospermia)، د سـپرم د ژونـد کولـو وړتیـا کمېـدو (necrozoospermia) یـا د سـپرم د شـکل د غیـر عـادي والـي (teratozoospermia) لـه املـه رامنځتـه شـي؛ یـا دا چې ددې عواملـو لـه ډلـې هـیڅ یـو هـم ونـه لـري، د خصیو د طبعي اختلالاتـو لـه املـه هـم د فرعـي شـنډوالي ډېـری پېښې رامنځته کېږي(۱۵).

د منـوي مـایع د تجزیـې معیـاري پارامیترونـه چـې د روغتیـا نړیـوال سـازمان (WHO) لـه‌لورې خپاره شـوي دي، د سپرم د غلظـت کمـوالی، چـې لـه (15×10^6) sperm/ml څخـه کـم تعریـف شـوی او پـه oligozoospermia نومـول کېږي؛ لـه بلـې خـوا asthenozoospermia د سـپرم د حرکـت کمېـدو تـه ویـل کېـږي چـې مسـتقیم حرکـت یـې لـه (۳۲٪) څخـه کـم یـا د ټولـو سـپرموتو حرکـت (۴۰٪) څخـه کـم وي. د Kruger د سـختو معیـاروتو لـه مخـې teratospermia هغـه حالـت دی چـې د سـپرم نورمـال مورفولـوژي لـه (۴٪) څخـه کمـه وي. کـه چېـرې پـه یـو نارینـه کـې دا درې واړه گـډوډۍ یوځـای موجـودې وي، دا حالـت د "oligoasthenoteratozoospermia" پـه‌نـوم یادېږي(۱).

د نارینه د شنډوالي لاملونه

د نارینه د شنډوالي لاملونه په درې اصلي گروپونو وېشل شوي دي.

۱. **Non-obstructive infertility یـا غیرانسـدادي شـنډوالی:** دا د ټـول نارینـه شـنډوالي (۶۰٪) جـوړوي. دې لاملونـو کـې د هورمونونـو گـډوډي، جنیټیکـي لاملونـه، وریکوسـیل، پـه پیدایښـتي ډول د خصیو نـه راښـکته کېدل، گونادوتوکسـینونو سـره تمـاس، ایاتروجنیـک عوامـل، د خصـیو التهـاب، د خصـیو تاوېدنـه، د خصـیو ترضـیض، د خصیو تومورونه او د معافیت اړوند شنډوالی شامل دي(۱۵).

۲. **Obstructive infertility یـا انسـدادي شـنډوالی:** دا د نارینـه د شـنډوالي (۳۸٪) جـوړوي. دا لاملونـه پـه ولادي شـکل د واس‌ډفـرینس نـه‌شـتون، واسـیکټومي، د وینـې رگونـو بندښـت، د اپیډیـدیم بندښـت او د انـزال تـل بندوالی دي(۱۵).

۳. **د جنسـي ترډېـوالي اړونـد تړلـی شـنډوالی:** دا د شـنډوالي دوه (۲٪) لاملونـه تشـکیلوي، چـې نـامردي، تـر وخـت مخکې انزال، د تناسلي آلې غیر نورمال حالتونه، نه انزالیدل او معکوس انزال یې د یادونې وړ لاملونه دي(۱۵).

د سپرم فعالیت خرابېدل په ډېرى مواردو کې د DNA زیان له امله رامنځته کېږي، چې په عمومي ډول د اکسیډیټیف فشار له امله رامنځته کېږي. د اکسیډیټیف فشار لوړېدل کولای شي د سپرم DNA او RNA ترانسکریپټونو او ټیلومیرونو ته زیان ورسوي، چې په پایله کې ښايي د نارینه د شنډوالي او د حمل تکراري له لاسه ورکولو بو شریک لامل وي(۱۹).

اکسیډیټیف فشار

د اکسیجن له میټابولیزم څخه حتمي منځته راتلونکي محصولات دي، چې د Reactive Oxygen Species (ROS) په نوم پېژندل کېږي. دا خطرناک زهري مواد دي، خو په ورته مهال د حیاتي حجروي سیګنالونو د سلسلو په تنظیمولو کې مثبتي اغېزې هم لرلی شي(۱٦). کله چې د ROS کچه د انټي اکسیډانټ دفاعي سېستم د مخنیوي له وړتیا څخه لوړه شي، اکسیډیټیف فشار رامنځته کېږي. ROS د نارینه شنډوالي او د اولاد پیداکولو په دواړو حالاتو کې دخیل دی. د ROS ټیټه کچه د سپرمونو د سم فعالیت لپاره اړینه ده، خو د ROS ډېره کچه د سپرمونو حجرو ته زیان رسوي او د هغوی د القاح کولو وړتیا له منځه وړي(۱۷). د شنډو نارینهو په منوي مایع کې د هغو نارینهو په پرتله چې Fertile یا د اولاد راوړلو وړتیا لري، د ROS لوړه کچه موندل شوې، دا څرګندوي چې په تناسلي غړو کې اکسیډیټیف فشار د سپرم ژوند، حرکت او د القاح وړتیا ته زیان رسوي(۱٦).

د نارینه د شنډوالي په منځته راتګ کې د اکسیډیټیف فشار مېکانېزم

اکسیډیټیف فشار (Oxidative Stress) د نارینه د شنډوالي منځته راتګ له اصلي لاملونو څخه دی. په نارینهو کې اکسیډیټیف فشار هغه حالت دی چې د ازادو راډیکالونو (Reactive Oxygen Species) تولید د انټي اکسیډانټونو له دفاعي سېستم څخه زیات وي. د ROS د زیاتوالي له امله د سپرمونو حجروي غشاګانو، پروټینونو او DNA جوړښتونه زیانمنېږي، چې په پایله کې د سپرمونو فعالیتونه کمزوري کېږي او د شنډوالي لامل کېږي(۱۸).

د اکسیډیټیف فشار په منځته راتلو کې د ROS د تولید زیاتوالی د ګڼو بیولوژیکي پروسو په‌واسطه پیښېږي. ددې پروسو تر ټولو مهمه برخه د سپرمونو د حجرو میتوکونډریا ده. میتوکونډریا د ATP تولید لپاره حیاتي اهمیت لري، خو کله چې د سپرمونو میتوکونډریا زیانمنه شي، دا حالت د ROS تولید زیاتوي، د ROS زیاته کچه، په ځانګړي ډول د سپرمونو غشاګانو د شحمیاتو په پراکسډېشن (lipid peroxidation) کې ونده لري، چې د سپرمونو د خوځښت (motility) او فعالیتونو کمېدو لامل کېږي(۱۹).

د سپرمونو غشاګانې چې د polyunsaturated fatty acids له امله په پراخه کچه شحمیات لري، په مستقیم ډول د ROS له امله د لیپید پراکسیډېشن سره مخ کېږي. د لیپید پراکسیډېشن په پایله کې د سپرمونو د غشاګانو تخریب رامنځته کېږي، چې دا حالت د سپرمونو خوځښت ته زیان رسوي. سپرمونه په ځانګړي ډول په هغو شحمو باندې تکیه کوي، چې د سپرم د حجروي غشاګانو په‌جوړښت کې مهمه ونده لري او ددې شحمو تخریب د شنډوالي یو مهم لامل ګڼل کېږي(۲۰).

د سپرمو په DNA کې د اکسیډیټیف فشار له امله تخریب هم منځته راځي، چې دا حالت د نارینه د شنډوالي په منځته راتګ کې له مهمو لاملونو څخه ګڼل کېږي. د سپرمو د DNA تخریب په جینیتیکي موادو کې نیمګړتیاوې منځته راوړي، چې دا نیمګړتیاوې د القاح د جوړښت په بهیر کې ستونزې رامنځته کوي. د DNA زیان لرونکي سپرمونه که د القاح وړتیا هم ولري، شوني ده چې د زېږېدونکي ماشوم په روغتیا کې جدي ستونزې رامنځته شي. سربېره پر دې، د DNA تخریب د حمل د مخنیوي او د سقط لامل هم ګڼل کېږي(۲۱).

د سپرمونو د میتوکونډریا زیانمنېدل د اکسیډیټیف فشار له امله یو بل مهم فکتور دی چې د شنډوالي لامل کېږي. د میتوکونډریا اصلي دنده د ATP تولید دی، چې د سپرمونو د خوځښت لپاره حیاتي انرژي برابروي. کله چې د سپرمونو میتوکونډریا د اکسیډیټیف فشار له امله زیانمنه شي، د ATP تولید کمېږي او په پایله کې سپرم نه‌شي کولای په اغېزمن ډول حرکت وکړي او د ښځینه تناسلي سېستم اوږده لار ووهي(۲۲).

انټي اکسیډانټ

انټي اکسیډانټ هغه کیمیاوي مواد دي چې د ROS د تولید مخه نیسي یا یې بې ضرره کوي. انټي اکسیډانټونه ویټامین C، A، E، بیټا کاروټین او سیلینیم دي. غذایي درملنې لکه کارنیټین، ارګینین، زنک، سیلینیم او ویټامین B-12 کولای شي د سپرمونو شمېر او حرکت ته وده ورکړي. انټي اکسیډانټونه لکه ویټامین C، ویټامین E، ګلوټاتیون او کوانزایم Q10 د نارینه د شنډوالي په درملنه کې ګټور ثابت شوي دي(۲۳).

انټي اکسیډانټونه په "لومړني انټي اکسیډانټونو" او "ثانوي انټي اکسیډانټونو" وېشل کېږي. لومړني انټي اکسیډانټونه په مستقیم ډول د اکسیډېشن مخه نیسي، په داسې حال کې چې ثانوي انټي اکسیډانټونه په نامستقیم ډول، د پرو-اکسیډانټونو سره په غبرګون یا د اکسیجن په مخنیوي سره، عمل کوي(۲۴). د سپرم حجرې د پراکسیډېشن لپاره هغه وخت ډېرې مساعدې دي، کله چې ROS په لوړه کچه شتون ولري؛ دا ځکه چې د سپرمونو په پلازما غشاء کې د نامشبوع شحمي اسیدونو لوړه کچه او په سایټوپلازم کې د مخنیوي انزایمونو ټیټه کچه شتون لري. د سپرم حجرو او منوي پلازما کې د ځینو انټي اکسیډانټونو مېکانېزمونه شته، چې د ROS اغېزې کمولو دنده لري. د سپرم د حجرو د ROS دفاعي میکانیزم د ګلوټاتیون پراکسیډیز، کټالیز، سوپر اکسایډ ډیس میوټیز او ویټامین E له لږ مقدار څخه جوړ شوی دی. له بلې‌خوا منوي پلازما د انټي اکسیډانټ د پام وړ بفر کولو وړتیا لري. انټي اکسیډانټونه چې زنځیرونه ماتوي، د حفاظتي سېستم یوه برخه ده چې کولای شي د اکسیډانټ راډیکالونو کچه راټیټه کړي او د free radical chain reactions خپرولو مخه ونیسي(۲۳).

د انټي اکسیډانټونو طبیعي سرچینې

هغه غذایي رژیمونه چې د نباتي سرچینو لکه مېوو، سبزیجاتو او نورو مغذي غذاګانو څخه بډایه وي، ښودل شوې ده چې د اکسیډیټیف فشار اړوند ناروغیو پېښې کموي(۲۵). ځینې ویټامینونه، لکه A ، C، E او کاروټین اغېزناک انټي اکسیډانټ دي، چې د نورو میکانیزمونو له لارې هم روغتیا ته ګټه رسوي، لکه د ځینو انزایمونو لپاره د همکارو فکتورونو په توګه او هم په اکسډېشن-ریډکشن پروسو کې ګډون کوي. د سبزیجاتو زیات مصرف کولای شي د سرطان خطر (۱۵٪)، د زړه ناروغیو خطر (۳۰٪) او د مړینې خطر (۲۰٪) کم کړي(۲۶).

په مېوو، سبزیجاتو، مشروباتو، غلو او نورو غذایي توکو کې موجود خارجي انټي اکسیدانټونه لکه اسکوربیک اسید (ویټامین C)، α– ټوکوفیرول (ویټامین E)، کاروټینویډونه او پولیفینولونه کولای شي د انټي اکسیدانټ دفاع ښه کړي(۲۷). طبیعي انټي اکسیدانټونه زیاتره په نباتاتو کې موندل کېږي، چې په‌کې سبزیجات، مېوې، مسالې او بوټي شامل دي، چې ویټامینونه، فینولیک مرکبات، کاروټینویډونه او مایکرو ایلیمینټونه لري چې په لومړي ګڼه جدول کې بشپړ ذکر شوي(۲۸). غذایي نسجونه تل د آزادو راډیکالونو، ریکټیف اکسیجن ډولونو او پرو اکسیدانټونو له امله د اکسیډیټیف فشار سره مخ دي، چې د بهرنیو سرچینو (حرارت او رڼا) او داخلي سرچینو (H_2O_2) او انتقالي فلزاتو له لارې رامنځته کېږي.

دېرې نسجونو د آزادو راډیکالونو، د لیپید اکسیډېشن کتلېستونو، منځګړو او ثانوي تجزیې محصولاتو مدیریت لپاره انټي اکسیدانټي میکانیزمونه رامنځته کړي دي. انټي اکسیدانټونه لکه فلونویډونه، فینولیک اسیدونه، کاروټینویډونه او ټوکوفیرولونه کولای شي د Fe^{3+}/۸۸ له لورې د رامنځته شوي اکسیډېشن مخه ونیسي، آزاد راډیکالونه لرې کړي او د ریډاکټانټونو (reductants) په توګه عمل وکړي (۲۹).

د انټي اکسیدانټونو ګټې

ګڼه	نوع	انټي اکسیدانټ مرکبونه
۱	لونګ	فنولیک اسیدونه (لکه ګالیک اسید)، فلاوونول ګلوکوسایډونه، بخار کېدونکي فنولیک تېل (ایوګینول او اسیټیل ایوګینول په ګډون) او ټانینونه لري
۲	ادرک	شوګاول او جنجرول لري
۳	جاوتري	مایریستینوفینون لري
۴	مرزنجوش	بیټا-کاروټین، بیټا-سیټوسټیرول، کافیک اسید، کارواکرول، ایوګینول، هایدروکینون، لینالیل اسیټیټ، میر سین، روزمارینیک اسید، او ټیرپینین-۴-او.ل .به کې شته
۵	چهار مغز	مایریستینوفینون، بخار کېدونکي فنولیک تېل، فنولیک اسید (لکه کافیک اسید)، او فلاوانولونه (لکه کیټچین) لري
۶	سپرکی	کافیک اسید، پي-کوماریک اسید، روزمارینیک اسید او بیلابېل کافویل مشتقات، د کاواکول او فلووانولونو سره لري
۷	سره مرچ	بیټا-کاروټین، بیټا-سیټوسټیرول، کافیک اسید، کامپیسټرول، کامفین، کیپسیسین، کیپسیسینوایډونه، کلوروجینیک اسید، ایوګینول، ګاما-ټیرپینین، هیسپریډین، او مایریسټیک اسید لري.
۸	روزماري	کارنوسول، ۱۲-او-میتیل کارنوسول، روزمارینیک اسید، کافوییل مشتقات او فنولیک ډایټیرپینونه لري
۹	وینلی	روزمانول، ایپیروسمانول، فنولیک اسیدونه (لکه روزمارینیک اسید) او فنولیک ډایټیرپینونه (لکه کارنوسیک اسید) لري، د فلووانولونو سره
۱۰	د کُنځلي تخم	سیسامینول، الفا-ټوکوفرول او سیساموول لري

۱۱	کورکمن	کروکومین او ۴-هایدروکسي سیناموېل مېتهین لري
۱۲	سعتر	فنولیک اسیدونه (لکه ګالیک او کافیک اسید)، روزمارینیک اسید، تایمول، فنولیک ډایټیرپینونه، او فلووانولونه لري

لومړی جدول: په بېلابېلو مسالو او بوټو کې موجود انټي اکسیډانټ مرکبات(۳۰).

انټـي اکسـیډانټونه بیولـوژیکي (انزایمونـه) او کیمیـاوي مرکبـات دي چـې د اکسـیډیټیف زیـانونو مخـه نیسـي. دغـه کیمیـاوي انټـي اکسـیډانټونه هـم طبیعـي او مصـنوعي ډولونـه لـري او لـه غـذایي سـرچینو او اضـافي مـوادو څخـه ترلاسـه کېـدای شي(۳۱). انټـي اکسـیډانټونه د ROS پـه ختنـي کولـو، لـه منځـه وړلـو، د هغـوی د تولید پـه مخنیـوي او د ROS فعـالیتونو پـر وړانـدې مخـالفو مـوادو پـه توګـه بېژنـدل کېـږي. د غـذایي او اضـافي مـوادو لـه لارې د انټـي اکسـیډانټونو زیـات مصـرف د سـپرم د کیفیـت پـه ښـهوالي کـې ونـډه لـري. څېړنـې ښـیي چـې د انټـي اکسـیډانټونو کـارول د اکسـیډیټیف فشـار، د غـوړو مـوادو پراکسیډېشـن او د ROS کچـې پـه کمولـو سـره د شـنډوالي کچـه کمولی او د تولـد کچـه ښـه کـولای شـي(۳۱). انټـي اکسـیډانټونه لـه اوږدې مـودې راهیسـې د تغـذیې او روغتیـا پـهبـرخو او د غذایي مـوادو پـه صـنعت کـې کـارول کېـږي. پـه پخـوا زمـانو کـې انټـي اکسـیډانټ مرکبونـو پـه اړه ګومـان کېـده، چـې د روغتیـا پـه ښـهوالي کـې مرسـته کـوي، ځکـه چـې دوی هغـه رياکټیـف نـوعې لـه منځـه وړي چـې ښـایي منفـي میټـابولیکي اغېـزې ولـري. د دې فکـر لـه مخـې، اکثـره آزاد راډیکالونـه او رياکټیـف اکسـیجن نـوعې زیـان رسـوونکې ګڼـل کېـږي. لـه همـدې املـه، د انټـي اکسـیډانټ کچـې لـوړول کېـدای شـي د مزمنـو نـاروغیو د خطـر پـه کمولـو کـې مرسـته وکـړي. خـو لکـه څرنګـه چـې مـوږ د حجـروي دفـاعي پېچلتیـاو، د حجـروي سـیګنالونو لارو، د اکسـیډیټیف فشـار اهمیـت او د هغـې پـر وړانـدې د مبـارزې دفـاعي مېکـانیزم پـه اړه نـور معلومـات ترلاسـه کـوو، موضـوع نـوره هـم پېچلې کېږي(۳۲).

د نارینـهو پـه شـنډوالي کـې د اکسـیډیټیف فشـار د ونډې پـه پېژندنـه کـې د پرمختـګ پـه نظر کـې نیولـو سـره، د هغـو نارینـهو لپـاره د انټـي اکسیډانټ اضافه کـول چـې د نـامعلوم شـنډوالي سره مخ دي، د درملنـې لـه انتخـابونو څخـه ګڼـل کېـږي. د-l کـارنیټین، -lاسـیټیل کـارنیټین، -Nاسـیټیل سسـټین، کـوینزایمQ10 ، سـیلینیوم، ویټـامینC ، ویټـامین E او لیکـوپین پـه ګـډون د خـولې لـه لارې انټـي اکسـیډانټونو کـارول پـه شـنډ نارینـه کـې د سـپرم پـارامیټرونو او DNA بشپړتیا ښـه کـوي. د څو انټـي اکسـیډانټونو یـو ځـای کـارول، د دوی د متقابـل اغېـزو لـه املـه، کـولای شـي د نارینـهو د شنډوالي کچه کمه او تولد کچه یې ښه کړي(۱۷).

د اکسیډیټیف فشار په کمولو کې د انټي اکسیډانټونو ونډه

د شـلمې پېـړۍ پـه دویمـه نیمـایي کـې ومونـدل شـوه چـې پـه منـوي مـایع کـې لویکوسـایټونه او نابـالغ سـپرماټوزوا د نارینـهو پـه تناسـلي سیسـتم کـې د ROS اصـلي تولیـدونکي دي. واریکوسـیل کـولای شـي د سـکروټم د تـودوخې زیـاتوالی، د وینـې د جریـان شـاټګ او د مایکروسیرکولایشـن زیـان رامنځتـه کـړي، چـې دا د جنسـي حجـرو Germ) (Cellد مړینې او د ROS کچـې د لوړېدو لامـل کېـږي او پـه پایلـه کـې د سـپرم کیفیـت او فعالیـت کمـوي. د ROS

تیته کچه د سپرمونو د سمو فعالیتونو لپاره اړینه ده، چې په دې کې ظرفیت، بلوغ او هایپرایکټیویشن شامل دي(۱۱).

په عمومي ډول ویلای شو چې اکسیډیټیف فشار (OS) په دوو طریقو د شنډوالي ستونزې رامنځته کولای شي؛ لومړی د سپرم غشاء ته زیان رسوي چې په پایله کې د سپرم حرکت او د تخمې غشاء د ماتولو وړتیا اغېزمنوي او دویم د اپوپټوسس او د سپرم DNA په مستقیم بدلون سره(۱۱). د سپرمونو پلازمایي غشاء زیاتره له شحمي موادو جوړه ده. په انساني سپرماتوزوا کې د پلازما غشاء د (PUFAs) polyunsaturated fatty acids له لوړې اندازې او د سایتوپلازم ناکافي شنډونکو انزایمونو له امله، سپرماتوزوا د اکسیډیټیف فشار له کبله زیانمنونکې ده، چې دا د شحمي موادو پراکسیدیشن لامل کېږي (MDA) Malondialdehyde .د شحمي موادو پراکسیدیشن یو فرعي محصول دی(۷).

انسانانو یو پېچلی انتي اکسیدانټ سیستم جوړ کړی ترڅو خپلې حجرې او غړي د زیان رسوونکو اکسیجن موادو (Reactive Oxygen Species)څخه خوندي کړي. دا سیستم له داخلي او خارجي برخو څخه جوړ دی چې په ګډه کار کوي، چې آزاد راډیکالونه بې اغېزې کړي. په دې کې لاندې برخې شاملې دي:

(a). له مغذي موادو ترلاسه شوي انتي اکسیدانټونه لکه اسکوربیک اسید (ویټامین C) ، توکوفیرولونه او توکوټرینولونه (ویټامین E) ، کاروټینایډونه او کم مالیکولي وزن لرونکي مالیکولونه لکه ګلوټاټیون او لیپوییک اسید.

(b). د فلزاتو سره تړلي پروټینونه لکه فیریټین، لاکتوفیرین، البومین او سیرولوپلازمین چې آزاده اوسپنه او مسو آیونونه بندوي، کوم چې د اکسیډیټیف تعاملاتو په چټکتیا کې مرسته کوي.

(c). انتي اکسیدانټ انزایمونه لکه سوپر آکسایډډیس‌میوټیز ، ګلوټاټیون پېرو اکسایډیز او ګلوټاټیون ریډوکتاز چې د آزادو راډیکالونو د بې اغېزې کولو تعاملات ترسره کوي.

(d). یو شمېر نور انتي اکسیدانټ پولي نیوټرینټونه چې په بېلابېلو نباتي خوړو کې موندل کېږي(۲۳).

د بې اولادۍ سره مخ نارینه‌و په ډېری منیوي مایع کې غیر نورمال سپرم او سپین کرویات (لوکوسایټونه) وي، چې د بهرنیو زیان رسوونکو اکسیجن موادو (ROS) تولیدولو وړتیا لري. د دغو بهرنیو ROS اغېزې کمول د درملنې له پلوه ډېرې مهمې دي. ثابته شوې چې انتي اکسیدانټونه لکه ګلوټاټیون، ویټامین E او کټالیز د بهرنیو ROSله منفي اغېزو څخه د سپرم حرکت ساتي. په مقابل کې، سوپر آکسایډډیس‌میوټیز دومره وړتیا نه لري چې د بهرنیو اکسیډانټونو له امله د سپرم حرکت له لاسه ورکولو مخنیوی وکړي. دا موندنې په تولیز ډول دا ښیي چې د سپرم لپاره تر ټولو زیان رسونکی ROS هایډروجن پراکسایډ (H_2O_2) دی. همدارنګه ثابته شوې چې انتي اکسیدانټونه د سپرم DNA له زیان رسوونکو اغېزو څخه ساتي؛ دا ډېر مهم دی، ځکه چې د سپرم DNA زیان

شایي د مرستندویه تولید مثل ټکنالوژیو په مرسته د امیندوارۍ په پایلو اغېزه وکړي. په حقیقت کې د داخل رحمي تلقیح (IUI) او په لړه کچه د ان ویټرو فرټیلایزیشن (IVF) له لارې د امیندوارۍ ټیټه کچه د سپرم د DNAپه زیان پورې اړه لري(۳۲).

کله چې دغه موندنې له نورو څېړنیزو مقالو سره پرتله شي، یو شمېر ورته والی او توپیرونه څرګندېږي. د بېلګې په توګه: د اګروال او همکارانو (۲۰۱۴) څېړنه چې زموږ له موندنو سره سمون لري، په دې ټینګار کوي چې ROS د سپرم په DNA بشپړتیا او حرکت باندې منفي اغېزې لري او د دې اغېزو د کمولو لپاره د انټي اکسیدانټونو د مهمې ونډې ملاتړ کوي. اګروال او همکاران یې هم د ROS د متوازن کچې اهمیت روښانه کوي، ځکه چې ډېر زیات ROS کولای شي اکسیدیټیف زیانونه رامنځته کړي، په داسې حال کې چې د سپرم د نورمال فعالیت لپاره یوه اساسي کچه اړینه ده.

برعکس، د شوویل او همکارانو (۲۰۱۱) له خوا شوې بیاکتنه-تحلیل څېړنې د نارینهو د تولید مثل پایلو د ښه کولو لپاره د انټي اکسیدانټونو د سپلیمینټ مؤثریت په اړه ګډې پایلې وړاندې کړې. که څه هم د ځینو انټي اکسیدانټونو لکه ویټامین E او سیلینیم احتمالي ګټې یې ښودلې، خو په ټوله کې شواهد پربکنده نه وو، ځکه چې په څېړنو کې د ډیزاین، دوز او ګډونوالو ځانګړتیاو کې توپیرونه وو. یاده څېړنه ټینګار کوي چې د نارینهو د بې اولادۍ درملنې په موخه، د انټي اکسیدانټونو د کارولو اړوند د روښانه لارښوونو جوړولو لپاره نورې معیاري او پراخې څېړنې اړینې دي.

سربېره پر دې، ترېمیلین (۲۰۰۸) په خپله بیاکتنه کې د لوړې کچې انټي اکسیدانټ درملنې احتمالي زیانمنې اغېزې څېړلې. نوموړې په دې اړه وړاندیز کوي چې د انټي اکسیدانټونو ډېره زیاته کارونه شایي د ROS طبیعي توازن ګډوډ کړي او د سپرم فعالیت ته زیان ورسوي. دا نظر د انټي اکسیدانټ سپلیمینټ کارولو لپاره د یو محتاطانه متوازن چلند اړتیا ته ګوته کوي، چې هم احتمالي ګټې او هم خطرونه په پام کې ونیول شي.

په پای کې، د ROS تولید او د انټي اکسیدانټ دفاع ترمنځ توازن د نارینهو د تولید مثل روغتیا ساتلو لپاره ډېر مهم دی. انټي اکسیدانټونه د اکسیدیټیف فشار کمولو او د سپرم کیفیت او فعالیت ساتلو کې مهمه ونډه لري، چې د نارینهو د بې اولادۍ په درملنه کې د دوی احتمالي درملیز ارزښت روښانه کوي. په هر حال، د انټي اکسیدانټ درملنې ګټورتیا لا هم د روانو بحثونو موضوع ده او لا زیاتو څېړنو ته اړتیا ده، چې د درملنې پروتوکولونه غوره او معیاري شي او په بشپړه توګه هغه میکانیزمونه وپېژندل شي چې د نارینهو د تولید مثل روغتیا کې د انټي اکسیدانټونو د محافظتي اغېزو ترشا دي .

پایله اخیستنه

د نارینهو بې اولادي چې په پراخه کچه د اکسیدیټیف فشار له امله منځته راځي، د نړۍ په کچه په ډېرو جوړو کې یوه جدي ستونزه ده. شواهد ښیي چې هم غذایي انټي اکسیدانټونه او هم سپلیمینټونه کولای شي د سپرم

ځانګړتياوې د ROS په بې اثره کولو او د اکسيډيټيف زيانونو په مخنيوي سره په پام وړ ډول ښه کړي. د سپرم د اکسيډيټيف زيان کمولو کې د انټي اکسيډانټونو ونډه د يو هيله بخښونکي درمليز چلند په توګه ځرګند شوی .

وړانديزونه

۱ .د نارينه شنډوالي د مخنيوي لپاره د انټي اکسيډانټونو څخه بډايه غذايي مواد لکه مېوې، سبزيجات او مغزي مواد په ورځني رژيم کې شامل‌ول.

۲ .د سپرمونو د کيفيت ښه کولو لپاره د ډاکټر په مشوره، د انټي اکسيډانټ سپليمېنټونو لکه ويټامين C ، ويټامين E، کوينزيم Q10 او داسې نورو کارول.

۳ .د اکسيډيټيف فشار کمولو او مخنيوي لپاره د سګرټ څکولو، الکول څښلو او نورو زيان رسوونکو عادتونو څخه ډډه کول.

۴ .نور څېړونکي دې د انټي اکسيډانټ موادو په‌واسطه د نارينه شنډوالي د درملنې اړوند نوې څېړنې ترسره کړي.

اخځليکونه

1. Alahmar A. Role of oxidative stress in male infertility: An updated review. J Hum Reprod Sci. 2019;12(1):4–18. doi:10.4103/jhrs.JHRS_150_18
2. Leslie SW, Soon-Sutton TL, Khan MAB. Male infertility. StatPearls Publishing; 2024. Available from:
3. Fainberg J, Kashanian JA. Recent advances in understanding and managing male infertility. F1000Research. 2019;817076. doi:10.12688/f1000research.17076.1
4. Adewoyin M, Ibrahim M, Roszaman R, Isa M, Alewi N, Rafa A, et al. Male Infertility: The Effect of Natural Antioxidants and Phytocompounds on Seminal Oxidative Stress. Diseases. 2017;5(1):9. doi:10.3390/diseases5010009
5. Sharma A. Male Infertility; Evidences, Risk Factors, Causes, Diagnosis and Management in Human. Ann Clin Lab Res. 2017;5(3)188. doi:10.21767/2386-5180.1000188
6. Majzoub A, Agarwal A. Systematic review of antioxidant types and doses in male infertility: Benefits on semen parameters, advanced sperm function, assisted reproduction and live-birth rate. Arab J Urol. 2018;16(1):113–24. doi:10.1016/j.aju.2017.11.013
7. Ali M, Martinez M, Parekh N. Are antioxidants a viable treatment option for male infertility? Andrologia. 2021;53(1)e13644. doi:10.1111/and.13644

8. Barati E, Nikzad H, Karimian M. Oxidative stress and male infertility: current knowledge of pathophysiology and role of antioxidant therapy in disease management. Cell Mol Life Sci. 2020;77(1):93–113. doi:10.1007/s00018-019-03253-8
9. Bisht S, Faiq M, Tolahunase M, Dada R. Oxidative stress and male infertility. Nat Rev Urol. 2017;14(8):470-85. doi:10.1038/nrurol.2017.69.
10. Xavier AAO, PفrezGعlvez A. Carotenoids as a source of antioxidants in the diet. Subcell Biochem. 2016; 79:359–75. doi:10.1007/978-3-319-39126-7_14
11. Smits RM, Mackenzie-Proctor R, Yazdani A, Stankiewicz MT, Jordan V, Showell MG. Antioxidants for male subfertility. Cochrane Database Syst Rev. 2019; 2019(3). doi:10.1002/14651858.CD007411.pub4
12. Leaver RB. Male infertility: an overview of causes and treatment options. Br J Nurs. 2016; 25(18)–S40. doi:10.12968/bjon.2016.25.18.S35.
13. Iammarrone E, Balet R, Lower AM, Gillott C, Grudzinskas JG. Male infertility. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2003;17(2):211–29. doi:10.1016/S1521-6934(02)00147-5
14. Sharma A, Minhas S, Dhillo WS, Jayasena CN. Male infertility due to testicular disorders. J Clin Endocrinol Metab. 2021;106(2)–E459. doi:10.1210/clinem/dgaa781
15. Raheem A, David U. Male infertility: causes and investigations. Trends Urol Mens Health. 2011;2:8-11. doi:10.1002/tre.216.
16. Dutta S, Majzoub A, Agarwal A. Oxidative stress and sperm function: A systematic review on evaluation and management. Arab J Urol. 2019;17(2):87–97. doi:10.1080/2090598X.2019.1599624
17. Arafa M, Agarwal A, Majzoub A, Selvam MKP, Baskaran S, Henkel R, et al. Efficacy of antioxidant supplementation on conventional and advanced sperm function tests in patients with idiopathic male infertility. Antioxidants. 2020;9(3):219. doi:10.3390/antiox9030219
18. Agarwal A, Majzoub A, Baskaran S, Henkel R. Oxidative stress and male infertility: Clinical implications. Andrologia. 2014;46(10):1036-47. doi: 10.1111/and.12371.
19. Aitken RJ, Smith TB, Jobling MS, Baker MA, De Iuliis GN. Oxidative stress and male reproductive health. Asian J Androl. 2012;12(3):287-97. doi: 10.1038/aja.2010.78.
20. Agarwal A, Majzoub A. Antioxidants and male infertility: Diagnosing and managing reactive oxygen species and oxidative stress. Asian J Androl. 2017;19(6):630-7. doi: 10.4103/aja.aja_43_17.
21. Aitken RJ, De Iuliis GN. On the possible origins of reactive oxygen species in human spermatozoa. Mol Hum Reprod. 2010;16(3):159-65. doi: 10.1093/molehr/gap106.

22. Sharma R, Biedenharn KR, Fedor JM, Agarwal A. Lifestyle factors and reproductive health: Taking control of your fertility. Reprod Biol Endocrinol. 2013;11:66. doi: 10.1186/1477-7827-11-66.
23. Sheweita SA, Tilmisany AM, Al-Sawaf H. Mechanisms of Male Infertility: Role of Antioxidants. Curr Drug Metab. 2005;6(5):495–501.
24. Amarowicz R, Pegg RB. Natural antioxidants of plant origin. Adv Food Nutr Res. 2019;90:1–81. doi:10.1016/bs.afnr.2019.02.011
25. Carlsen MH, Halvorsen BL, Holte K, Bوhn SK, Dragland S, Sampson L, et al. The total antioxidant content of more than 3100 foods, beverages, spices, herbs and supplements used worldwide. Nutr J. 2010;9(1):3. doi:10.1186/1475-2891-9-3
26. Shetty A. Vegetables as Sources of Antioxidants. J Food Nutr Disord. 2013;2(1)1000104. doi:10.4172/2324-9323.1000104
27. Lourenخo SC, Moldمo-Martins M, Alves VD. Antioxidants of natural plant origins: From sources to food industry applications. Molecules. 2019;24(22):4132. doi:10.3390/molecules24224132
28. Flieger J, Flieger W, Baj J, Maciejewski R. Antioxidants: Classification, natural sources, activity/capacity measurements, and usefulness for the synthesis of nanoparticles. Materials. 2021;14(15)4135. doi:10.3390/ma14154135
29. Brewer MS. Natural Antioxidants: Sources, Compounds, Mechanisms of Action, and Potential Applications. Compr Rev Food Sci Food Saf. 2011;10(4):221–47. doi:10.1111/j.1541-4337.2011.00156.x
30. Embuscado ME. Spices and herbs: Natural sources of antioxidants - A mini review. J Funct Foods. 2015;18:811–9. doi:10.1016/j.jff.2015.03.005
31. Showell MG, Mackenzie-Proctor R, Brown J, Yazdani A, Stankiewicz MT, Hart RJ. Antioxidants for male subfertility. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(12)
32. Finley JW, Kong AN, Hintze KJ, Jeffery EH, Ji LL, Lei XG. Antioxidants in foods: State of the science important to the food industry. J Agric Food Chem. 2011;59(13):6837–46. doi:10.1021/jf2013875
33. Zini A, Al-Hathal N. Antioxidant therapy in male infertility: Fact or fiction? Asian J Androl. 2011;13(3):374–81. doi:10.1038/aja.2010.182

Review Article

Role of Anti-Oxidant in Prevention of Male Infertility

Dr. Bilal Hamidi
Paraclinic Deparment, Faculty of Medical Laboratory Technology, Spinghar University (Nangarhar)

Article History
Received: 11/Sep/2024
Accepted: 24/Oct/2024
Published: 21/10/2025
Year: 2025 Volume: 2nd Edition: 1st

Keywords
• Antioxidants • Sperm
• Male infertility • Oxidative Stress
• Prevention

***Corresponding Author**
Dr. Bilal Hamidi
E-mail:bilal.hamidi
@spingharuniversity.edu.af
Contact: + 93 (0) 789363485

Abstract
Infertility, defined as the inability to conceive after one year of regular, unprotected sexual intercourse, affects approximately 180 million people worldwide, with male factors accounting for 50% of cases. Male infertility is often associated with oxidative stress, which results from an imbalance between reactive oxygen species (ROS) and antioxidants. Elevated levels of ROS cause oxidative damage to sperm DNA, reducing sperm motility and viability. This study explores the role of antioxidants in reducing oxidative stress and improving male fertility. Antioxidants, such as vitamins C and E, glutathione and coenzyme Q10, have been shown to play a crucial role in minimizing oxidative damage and enhancing sperm quality. Natural sources of antioxidants, including fruits, vegetables and spices, provide a dietary approach to mitigating oxidative stress. Based on recent research, this article offers healthcare professionals and researchers a comprehensive overview of potential interventions that can significantly improve fertility outcomes in men suffering from infertility.

مروري مقاله

روغتیايي خدمتونو ته د لاسرسي لپاره د مالي توان اهمیت

دوکتور صالح محمد هلمندوال[1] ، محمدالدين خادم[2] او محمد ولي ولي[3]

[1]کلینیک ځانګه، معالجوي طب پوهنځی، اراکوزیا د لوړو زده کړو مؤسسه، هلمند - افغانستان

[2]د څېړنو او علمي مجلې آمر، اراکوزیا د لوړو زده کړو مؤسسه، هلمند - افغانستان

[3] د علمي او تحقیقاتي چارو مرستیال، اراکوزیا د لوړو زده کړو مؤسسه، هلمند - افغانستان

د مقالې تاریخچه

د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۴

د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۱۰/۲۳

د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹

کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دويم ګڼه: لومړی

بنسټيز ټکي

• ټولنه • خدمتونه

• روغتیا

• مالي توان

مسؤل ليکونکی

دوکتور صالح محمد هلمند وال

بربښنالیک: arakoziaarnj@gmail.com

ګرځنده شمېره: +93 (0) 704066835

لنډيز

مالي توان روغتیايي خدمتونو ته د لاسرسي او پایښت لپاره یو بنسټيز شرط دی. روغتیايي خدمتونو ته د خلکو لاسرسی په مستقیم ډول د دوی په اقتصادي حالت پورې اړه لري. بېوزلي او د عاید کمښت هغه لوی لاملونه دي چې خلک له اساسي درملنې او روغتیايي خدمتونو بې برخې کوي. هغه اشخاص چې مالي توان لري، په اسانۍ سره روغتیايي خدمتونو ته لاسرسی لري او کولای شي د درملنې لپاره غوره ټاکنه وکړي. په دې توګه، د مالي توان شتون د هغو وګړو لپاره چې د روغتیايي ستونزو سره مخ دي، د چټکې او اغېزمنې درملنې امکانات برابرولای شي. د افغانستان اسلامي امارت دې عامه روغتیايي خدمتونو ته د خلکو لاسرسی اسانه او مالي پروګرامونه پلي کړي. د عایداتو زیاتوالی، تعلیمي فرصتونه، مالي ملاتړ، اقتصادي بنسټونو پیاوړتیا، د پور او مالي خدمتونو لاسرسی او د لګښتونو کمول، د عامه روغتیايي مرکزونو زیاتول، د کلیوالو او لرې پرتو سیمو لپاره د موبایل روغتیايي خدمتونو وړاندې کول او د مسلکي کادرونو روزنه او ګمارنه دې ترسره شي. د خصوصي سکتور له لورې د معیاري او ځانګړو روغتیايي خدمتونه وړاندې کول، د نوښتونو راوړل او د سیالۍ له لارې د لګښتونو کمول د دې موخې د ترلاسه کولو لپاره یوه بنسټیزه لاره بلل کېږي. له دې کتابتوني څېړنې څخه موخه داده چې د ټولنې په منځ کې د روغتیايي خدمتونو د لاسرسي لپاره د مالي توان اهمیت سربېره، دا پوښتنه ځواب شي چې څنګه کولای شو د روغتیايي خدمتونو لپاره د مالي توان په شتون کې له شته فرصتونو څخه ګټه واخلو. په څېړنه کې له بېلابېلو علمي مقالو، کتابونو او نړیوالو معتبرو راپورونو څخه ګټه اخیستل شوېده.

پېژندنه

روغتیا د انسانانو یو بنسټيز حق دی، خو د دې حق د ترلاسه کولو لپاره مالي توان بنسټیزه ونډه لري. روغتیايي خدمتونو ته لاسرسی د یوه فرد یا ټولنې د روغتیايي حالت په ښه کولو کې مهم دی، خو به ډېرو هېوادونو کې د روغتیايي لګښتونو لوړې بیې او د خلکو د مالي توان کمښت د دې خدمتونو د لاسرسي پر وړاندې جدي خنډونه جوړوي. د روغتیا نړیوال سازمان (WHO)راپور ورکړی چې هر کال میلیونونه خلک د روغتیايي لګښتونو د لوړوالي له امله مالي کړاو تجربه کوي او ځینې بې حتی بې‌وزلۍ ته لوېږي(۱).

مالي توان د روغتیايي خدمتونو د لاسرسي، کیفیت او پایلو په برخه کې یو بنسټیز لامل ګڼل کېږي. هغه کورنۍ یا ټولنې چې کافي مالي سرچینو ته لاسرسی لري، کولای شي په مناسب وخت کې له غوره روغتیايي خدمتونو څخه ګټه واخلي. په مقابل کې یې د ټیټ عاید لرونکې کورنۍ نه یوازې له روغتیايي خدمتونو بېبرخې کېږي، بلکې د ناروغیو د خپرېدو او د ژوند د کیفیت خرابېدو له زیات خطر سره هم مخ کېږي. د دې ترڅنګ، په بېوزلو ټولنو کې د روغتیايي خدمتونو نابرابري د ناروغیو د اوږدمهاله پایلو او د مرګ ژوبلې زیاتېدو لامل کېږي. د روغتیا نړیوال سازمان د معلوماتو له مخې، روغتیايي خدمتونو ته د خلکو لاسرسی په مستقیم ډول د دوی د مالي توان په حالت پورې تړلی دی؛ بېوزلي او د عاید کمښت هغه لوی لاملونه دي چې خلک له اساسي درملنې او روغتیايي خدمتونو بې برخې کوي (۲).

د دغې مقالې موخه داده چې د مالي توان او روغتیايي خدمتونو ترمنځ اړیکه وڅېړل شي، د روغتیايي خدمتونو د لاسرسي په برخه کې د مالي محدودیتونو اغېزې وڅارل او روغتیايي خدمتونو ته د بېوزلو د لاسرسي لارې چارې وړاندې شي. د روغتیايي خدمتونو په وړاندې کولو کې حکومت، خصوصي سکتور او خیریه بنسټونه ټول ونډه لري، په همدې بنسټ په دغې مقاله کې د یادو بنسټونو ونډه هم تشریح کېږي. ددې ترڅنګ د روغتیايي خدمتونو لپاره د مالي توان زیاتولو لپاره اغېزمن وړاندیزونه هم وړاندې شویدي چې د ټولنې د روغتیايي وضعیت په ښه کولو او د اقتصادي ستونزو کمولو کې خورا زیاته مرسته کوي. د دې مروري لیکنې موخه دا ده چې روغتیايي خدمتونو ته د لاس رسي لپاره د مالي توان پر اهمیت نوي معلومات راټول، تحلیل او ترتیب شي، تر څو هېوادوال د مالي برخې په اهمیت پوه، د ژوند کیفیت یې ښه او د ناروغیو له زیانونو څخه په امان شي.

په افغانستان کې روغتیايي خدمتونو لپاره د مالي توان اهمیت

په افغانستان کې روغتیايي خدمتونو لپاره د مالي توان اهمیت د خلکو د ژوند د کیفیت ښه کولو او د ټولنې د روغتیا لپاره ډېر زیات مهم دی. د جګړو، طبیعي آفتونو او مالي بې ثباتۍ له امله، افغانستان د روغتیايي خدمتونو په برخه کې له ګڼو ستونزو سره مخ دی، مالي اسانتیاوې کمې دي او دا د دې لامل کېږي چې د روغتیايي خدمتونو پراختیا او خلکو ته د معیاري خدمتونه وړاندې کولو کې ستونزې رامنځته شي. د مالي ملاتړ نشتوالی د افغانستان، په ځانګړې توګه په لرې پرتو سیمو، کې د روغتیايي خدمتونو کیفیت او لاسرسی کموي؛ په داسې حال کې چې د نادارو او کم عاید لرونکو خلکو لپاره روغتیايي خدمتونو ته لاسرسی محدود دی. د روغتیايي خدمتونو وړاندې کوونکو مالي توان دا شونتیا برابروي، چې حکومت او نړیوالې مرستندویه ادارې د روغتیايي خدمتونو پراختیا، د درملو او واکسینونو چمتو کول او د روغتیايي کادرونو روزنه ښه کړي(۴).

په افغانستان کې روغتیايي خدمتونو لپاره کافي مالي سرچینې د ناروغیو مخنیوي، د واکسینونو وېش او د روغتیايي بنسټونو جوړښت لپاره حیاتي ونډه لري. که مالي سرچینې زیاتې شي، دا به د عامې روغتیا په برخه کې د پراختیا امکانات زیات کړي او د خلکو د اوږدمهاله سوکالۍ لپاره به مثبته اغېزه ولري(۵).

په ټولنه کې روغتیايي خدمتونو ته د مالي لاسرسي زیاتولو لارې

په ټولنه کې روغتیايي خدمتونو ته د مالي لاسرسي زیاتول یوه مهمه اړتیا ده، چې د خلکو د ژوند کیفیت لوړولو او د ناروغیو د مخنیوي په برخه کې بنسټیزه ونډه لري. د دې لپاره مختلفې لارې او تګلارې شته، چې له لارې یې حکومتونه، عامه ادارې

او د خصوصي سکتور شرکتونه کولای شي روغتیايي خدمتونو ته مالي لاسرسی پراخه کړي او له خلکو سره مرسته وکړي چې د درملنې اړین خدمتونه تر لاسه کړي(٦).

١. د خصوصي سکتور ونډې زیاتولو اهمیت

د روغتیا نړیوال سازمان (WHO) راپور له مخې، د روغتیايي خدمتونو په وړاندې کولو کې د خصوصي سکتور ونډه مهمه ده، ځکه چې دا سکتور د خدمتونو کیفیت لوړوي، لاسرسی پراخوي او د دولت مالي بار کموي. د WHO د راپور له مخې د خصوصي سکتور ګډون د نړیوال روغتیايي پوښښ (UHC) لاسته راوړلو لپاره اړین دی، خو د دولت لهخوا د څارنې او همغږۍ شتون دا اغېزمنتیا تضمینوي(٧).

٢. د روغتیايي خدمتونو د عامه پوهاوي پروګرامونه

عامه پوهاوی د روغتیايي خدمتونو په برخه کې د مالي لاسرسي زیاتولو یوه بله لاره ده. خلک باید پوه شي چې په کومو لارو د روغتیايي خدمتونو او بیمې پروګرامونو څخه ګټه واخلي. دې ته د رسېدو لپاره، حکومتونه او روغتیايي اداري کولای شي د عامه پوهاوي کمپاینونه پیل کړي. د نړیوال بانک د یوې څېړنې له مخې، د روغتیايي خدمتونو په اړه د عامه پوهاوي زیاتوالی د ناروغیو د مخنیوي لپاره اغېزمن ثابتېدلای شي، ځکه چې خلک په اسانۍ سره د درملنې لپاره مناسب خدمتونه ترلاسه کوي(٦).

٣. د روغتیايي خدمتونو په پراختیا کې د حکومت او خیریه بنسټونو ونډه

حکومت او خیریه بنسټونه د روغتیايي خدمتونو د پراختیا او ټولو خلکو ته د لاسرسي په ډاډمنولو کې بنسټیزه ونډه لري. حکومت د تګلارې جوړونې، مالي ملاتړ او د عامه روغتیايي مرکزونو د جوړولو له لارې روغتیايي خدمتونو ته وده ورکوي. د بېلګې په توګه، د روغتیا نړیوال سازمان (WHO) د راپور له مخې، حکومتونه د عامه خدمتونو د تنظیم او مالي ملاتړ مسؤلیت لري، چې د بېوزلو روغتیايي اړتیاوې پوره کړي. په ورته وخت کې خیریه بنسټونه د بېوزلو لپاره وړیا یا ارزانه روغتیايي خدمتونه وړاندې کوي، د درملو او تجهیزاتو برابرولو کې مرسته کوي او د عامه پوهاوي پروګرامونه پلي کوي. ددې دواړو ډلو همغږي د روغتیايي خدمتونو برابرولو او لاسرسي لپاره اړینه ده(٨).

الف. د حکومت ونډه

حکومت د روغتیايي خدمتونو د پراختیا او د ټولنې ټولو وګړو ته د روغتیايي لاسرسي به ډاډمنولو کې مرکزي ونډه لري. حکومت د پالیسۍ جوړولو، بودیجې ټاکلو او د عامه روغتیايي بنسټونو د پراختیا له لارې د روغتیايي خدمتونو سیستم تمویلوي. د "نړیوال بانک" د یوې څېړنې له مخې، هغه هېوادونه چې حکومتونه یې په روغتیايي پالیسۍ کې پیاوړي ګامونه اخلي، د روغتیايي خدمتونو په برخه کې ښې لاسته راوړنې لري. په دې څېړنه کې دا هم ویل شوي چې حکومتونه د قوانینو په جوړولو او پلي کولو کې د داسې پروګرامونو ملاتړ کوي چې ټولنیز روغتیايي پوهاوی او لاسرسی زیات کړي(١٠).

ب. د خیریه بنسټونو ونډه

خیریه بنسټونه لکه د "بشري حقوقو بنسټونه" او "نادولتي روغتیایي اداري" د روغتیایي خدمتونو په پراختیا کې د حکومت ترڅنګ ځانګړې ونډه لري. دوی له خپلو مالي سرچینو څخه کار اخلي او په هغو سیمو کې روغتیایي خدمتونه وړاندې کوي، چې حکومت یې د پوره کولو وس نه‌لري، یا هم په هغه برخو کې کار کوي چې اړتیا ورته ډېره ده. د روغتیا نړیوال سازمان په یوه راپور کې راغلي چې خیریه بنسټونه، لکه د سرې میاشتې نړیوال فدراسیون او بې پولې ډاکټران، د بېړنیو حالاتو، جګړو او ناورینونو پر مهال خورا اغېزمن ثابت شوي دي، ځکه چې دوی په بېړنیو حالتونو کې د خلکو لپاره د اساسي روغتیایي خدمتونو برابرولو لپاره ځانګړې اسانتیاوې لري(۱۱).

ج. د حکومت د بودیجې او د خیریه بنسټونو د مرستو اغېز

حکومت او خیریه بنسټونه دواړه په ګډه هڅه کوي چې د روغتیایي خدمتونو لپاره بودیجه پراخه کړي او د خلکو لپاره اسانتیاوې برابرې کړي. د بېلګې په ډول په افریقا کې ځینو خیریه بنسټونو د روغتیایي زېربناو جوړولو لپاره د مرستو پروژې پیل کړې، په‌داسې حال کې چې حکومتونه یې د قوانینو له لارې ملاتړ کوي. د نړیوال بانک په یوه راپور کې راغلي چې د خیریه بنسټونو د مرستو او د حکومت د بودیجې له لارې ګډې هڅې، د روغتیایي خدمتونو لاسرسی پراخوي او د خلکو روغتیا په ټولیز ډول ښه کوي(۱۲).

روغتیایي خدمتونو لپاره د مالي توان اهمیت

روغتیایي خدمتونو ته د مالي توان اهمیت که څه هم په پورته ډول اجمالي ذکر شو، مګر د موضوع د غوښتنې له مخې یې په لاندې ډول راوړل اړین بولو.

۱. د ژوند کیفیت ښه والی او ټولنیز پرمختګ

کله چې خلک د روغتیایي خدمتونو لپاره مالي توان ولري او د اړتیا پر وخت په اسانۍ سره درملنه ترلاسه کړي، د دوی د ژوند کیفیت لوړېږي. د ښه روغتیا په شتون کې وګړي ښه زده کړې ته لاسرسی مومي، په بېلابېلو ټولنیزو فعالیتونو کې برخه اخلي او د ټولنې په پرمختګ کې اغېزمن ثابتېږي. د روغتیا نړیوال سازمان په وینا، د روغتیایي خدمتونو لپاره د مالي توان شتون د خلکو د ژوند کیفیت ښه کوي او ټولنیز پرمختګ یې پراخوي(۱۳).

۲. د ناروغیو د مخنیوي لپاره غوره فرصتونه

روغتیایي خدمتونو لپاره د مالي توان شتون د ناروغیو د مخنیوي لپاره غوره فرصتونه برابروي، ځکه چې خلک د وقایوي روغتیایي خدمتونو لکه واکسین، روغتیایي پوهاوي او د معایناتو لپاره امکانات لري. دا چاره د ناروغیو مخنیوي ته لاره هواروي او خلک د اوږدمهاله ناروغیو له خطره ساتي. د نړیوال بانک په یوه څېړنه کې ویل شوي چې د روغتیایي خدمتونو لپاره د مالي توان شتون د روغتیایي سېستم په پیاوړتیا او د ناروغیو په مخنیوي کې مهمه ونډه لري او په ټولنه کې یې د ناروغیو کچه ډېره راټیټه کړې ده(۱۴).

۳. د مالي توان او د ژوند د کیفیت ترمنځ اړیکه

د مالي توان او د ژوند د کیفیت ترمنځ اړیکه یوه بنسټیزه او اغېزناکه اړیکه ده، چې د ټولنیز او اقتصادي پرمختګ لپاره ځانګړې ارزښت لري. مالي توان یا اقتصادي وړتیا په دې مانا ده چې وګړي مالي سرچینې ولري چې له مخې یې خپلو اړتیاو ته لاسرسی ومومي، لکه: روغتیایي خدمتونه، زده‌کړې، کافي خواړه او د ژوند لپاره نورې اړینې اسانتیاوې. د ژوند کیفیت د انسانانو د ټولنیزې او اقتصادي هوساینې کچه ښيي، چې په‌کې روغتیا، خوښي، تعلیم او د ژوند اساسي اړتیاوې شاملې دي. په دې توګه، د مالي توان شتون د ژوند کیفیت د لوړولو لپاره مهم دی(۱۴).

۴. د روغتیایي خدمتونو لاسرسي او ښه روغتیا

کله چې وګړي بوره مالي توان ولري، په اسانی سره روغتیایي خدمتونو ته لاسرسی پیدا کوي او د ناروغیو د درملنې لپاره امکانات لري. روغتیا د ژوند د کیفیت یو بنسټیز عنصر دی او د روغتیایي خدمتونو نه شتون د خلکو په ژوند منفي اغېزه کوي. د روغتیا نړیوال سازمان په وینا هغه هېوادونه چې د خپلو وګړو د مالي توان لوړولو لپاره هڅې کوي، د ژوند د کیفیت په برخه کې یې غوره پایلې ترلاسه کړې دي، ځکه چې وګړي ښه روغتیایي وضعیت لري او د ناروغیو مخنیوی یې ممکن شوی دی(۱٦).

په روغتیایي خدمتونو برابرولو کې د خصوصي او دولتي سکتور ونډه

د روغتیایي خدمتونو وړاندې کول د یو هېواد د پرمختګ لپاره بنسټیز ارزښت لري او د دې خدمتونو په وړاندې کولو کې خصوصي او دولتي سکتور دواړه مهمې ونډې لري. دولتي او خصوصي سکتورونه هر یو د خپلو ځانګړو وړتیاو او سرچینو په کارولو سره، د خلکو روغتیایي هوساینې په لوړولو او د روغتیایي خدمتونو په پراختیا کې مرسته کوي(۱۷).

الف. د دولتي سکتور ونډه

د دولتي سکتور موخه د اساسي روغتیایي خدمتونو په پراختیا او ټولو خلکو ته د لاسرسي ډاډمنول دي. دولت د روغتیایي مرکزونو او روغتونونو جوړولو، د واکسین کمپاینونو په ترسره کولو او د ناروغیو د مخنیوي پروګرامونو په پلي کولو سره، دې برخې ته کار کوي. دا خدمتونه په ځانګړې ډول د هغو خلکو لپاره وړاندې کېږي، چې اقتصادي ستونزې لري او نه‌شي کولای خصوصي روغتیایي خدمتونو ته لاسرسی ولري. د روغتیا نړیوال سازمان په یوه راپور کې یادونه کړې ده، چې دولتي سکتور په ځانګړي توګه په بېوزلو او لرې پرتو سیمو کې د روغتیایي خدمتونو د لاسرسي په ښه کولو کې اړین دی، ځکه چې خصوصي سکتور په دې سیمو کې ډېرې محدودې اسانتیاوې وړاندې کوي(۱۸).

ب. د خصوصي سکتور ونډه

خصوصي سکتور د نوې ټکنالوژۍ، غوره تجهیزاتو او مسلکي کارکوونکو د ګمارلو له لارې، د روغتیایي خدمتونو د کیفیت لوړولوکې ونډه لري. خصوصي روغتونونه او کلینیکونه د پرمختللو او ځانګړو درملنو له امله شهرت لري او هغو خلکو ته ځانګړې خدمتونه وړاندې کوي، چې د ښې درملنې لپاره مالي توان لري. د نړیوال بانک په وینا، خصوصي سکتور د روغتیایي خدمتونو په کیفیت

او ګټورتوب کې د پام وړ زیاتوالی راولي، ځکه چې خصوصي اداري له پرمختللو وسایلو او عصري ټکنالوژۍ څخه ګټه اخلي او په دې برخه کې نوښتونه پلي کوي(۲).

په بېړنیو حالتونو کې روغتیایي خدمتونو ته د مالي توان اهمیت

بېړني حالتونه لکه طبیعي پېښې (زلزلې، سېلابونه، طوفانونه)، ناروغۍ او وباګانې (لکه COVID-19) او جګړې د خلکو پر ژوند او روغتیا جدي اغېز کوي. په دې حالتونو کې د روغتیايي خدمتونو لپاره مالي توان د خلکو د ژغورنې، درملنې او بیارغونې لپاره یوه بنسټیز اړتیا ده. د بېړنیو حالتونو پر مهال پوره مالي سرچینې دادمنوي، چې روغتیایي خدمتونه په اغېزناکه توګه وړاندې شي او ټولنه له دې بحرانونو څخه ژر راووځي(۱۹).

۱- د بېړنیو روغتیایي خدمتونو برابرول

په بېړنیو حالتونو کې د روغتیایي خدمتونو لپاره د مالي توان شتون روغتیایي اسانتیاوې چمتو کوي، چې د ژر اقداماتو او بېړنیو خدمتونو لپاره اړین وي. دا مالي سرچینې په بېړني حالت کې د اړینو درملو، روغتیایي وسایلو، اکسیجن او نورو تجهیزاتو برابرولو په برخه کې مرسته کوي. د روغتیا نړیوال سازمان په وینا، کافي مالي سرچینې په بېړنیو حالتونو کې روغتیایي سېستمونه پیاوړي کوي او د مرګ ژوبلې کچه راکموي(۲۰).

۲- د روغتیایي کارکوونکو ګمارنه او د هغوی خوندیتوب

بېړني حالتونه د روغتیایي کارکوونکو په برخه کې ځانګړې وړتیا او چټکتیا غواړي. پهدې حالتونو کې مالي سرچینې دادمنوي، چې مسلکي کارکوونکي چمتو، ښه روزل شوي او پوره شمېر دي. اضافي مالي ملاتړ د دې کارکوونکو لپاره اړین تجهیزات او د خوندیتوب وسایل برابرول یقیني کوي، چې دوی په خوندي توګه کار وکړي او ناروغانو ته اړین خدمتونه وړاندې کړي(۲۱).

۳. روغتیایي خدمتونو لپاره د مالي توان نړیوالې نمونې او څېړنې

په بېلابېلو هېوادونو کې روغتیایي خدمتونو لپاره د مالي توان زیاتولو لپاره بېلابېلې نمونې او سېستمونه رامنځته شوي او هر هېواد د خپل اقتصادي حالت او خلکو د اړتیاو پر بنسټ، یو ځانګړی ماډل غوره کوي. دا نمونې د روغتیایي خدمتونو د مالیې، بیمې او نورو مالي سرچینو په کارولو کې مهمه ونډه لري. هره نړۍواله نمونه په بېلابېلو لارو هڅه کوي خلکو ته باکیفیته او ارزانه روغتیایي خدمتونه برابر کړي او د خلکو د مالي بار کچه راټیټه کړي. په دې برخه کې لاندې سېستمونو ته اشاره کوو.

۱- د سویلي کوریا روغتیایي بیمه

په سویلي کوریا کې د ملي روغتیایي بیمې سېستم شته، چې حکومت او خلک دواړه یې تمویلوي. دا بیمه د ټولو خلکو لپاره لازمي ده او موخه یې دا ده چې ټول وګړي له روغتیایي خدمتونو برخمن شي. د نړیوال بانک د راپور له مخې، دې سېستم د سویلي کوریا په روغتیایي خدمتونو کې ستر پرمختګونه رامنځته کړي، د ژوند کیفیت یې لوړ کړی او د اوږدمهاله ناروغیو مخنیوی یې ګړندی کړی دی(۲۲).

۳- په متحده عربي اماراتو کې د بیمې لازمي سېستم

په متحده عربي اماراتو کې روغتیايي بیمه لازمي ده او ټول کارکوونکي اړ دي له دې سېستم څخه ګټه واخلي. په دې هېواد کې د دولتي او خصوصي سکتور دواړو لهخوا د روغتیايي بیمې سېستمونه شته او د روغتیايي خدمتونو لګښتونه د بیمې له لارې پوره کېږي. د روغتیا نړیوال سازمان (WHO) په وینا د روغتیايي بیمې لازمي کول په متحده عربي اماراتو کې د روغتیايي خدمتونو لاسرسی پراخه کړی او د خلکو لپاره یې د ناروغیو مخنیوي او درملنې اسانتیاوې برابرې کړې دي(۲۳).

۴. د ټولنې بېوزلو قشرونو لپاره د روغتیايي خدمتونو د لاسرسي پالیسي او پلانونه

بېوزله قشرونه هغه ډلې دي چې د اقتصادي محدودیتونو له امله بنسټیزو روغتیايي خدمتونو ته پوره لاسرسی نه لري. دې ستونزې د خلکو روغتیايي حالت زیانمن کړی او په ټولنه کې د روغتیايي بېعدالتۍ لامل شوې ده. د دې لپاره حکومتونه او نړیوال سازمانونه هڅه کوي چې ځانګړې پالیسۍ او پلانونه جوړ کړي، چې د بېوزلو قشرونو لپاره روغتیايي خدمتونو ته لاسرسی اسانه کړي او ددوی روغتیايي وضعیت ښه کړي (۲۴).

۵. د اساسي روغتیايي خدمتونو وړیا یا په ټیټه بیه وړاندې کول

ځیني هېوادونه په ټیټه بیه یا وړیا توګه اساسي روغتیايي خدمتونه وړاندې کوي، چې بهکې واکسین، لومړنۍ روغتیايي مشورې او درمل شامل دي. دا خدمتونه په ځانګړې توګه د بېوزلو لپاره دي، چې له مالي فشار پرته اساسي روغتیايي اړتیاوې پوره کړي. د روغتیا نړیوال سازمان راپور له مخې، وړیا اساسي روغتیايي خدمتونه د بېوزلو وګـړو په روغتیايي حالت کې د پام وړ ښه والی راولي(۲۴).

٦. روغتیايي خدمتونو ته د لاسرسي اسانولو لپاره د ټولنیزو مرکزونو جوړول

د بېوزلووګـــړو لپاره ځانګړي روغتیايي مرکزونه جوړول، په ځانګړې توګه په هغه سیمو کې چې د روغتیايي خدمتونو نشتون یا محدودیت وي، د لاسرسي د ښه کولو لپاره مهم دي. دا مرکزونه په لږه اندازه اساسي خدمتونه او درملنې وړاندې کوي. د نړیوال بانک معلوماتو له مخې، د روغتیايي خدمتونو پراختیا په هغو سیمو کې چې لږ اقتصادي امکانات لري، بېوزلو وګـړو ته د روغتیايي خدمتونو په لاسرسي کې اسانتیاوې برابروي(٦).

۷. د روغتیايي عامه پوهاوي کمپاینونه

د بېوزلو قشرونو لپاره د روغتیايي عامه پوهاوي پروګرامونه او کمپاینونه د دې لامل کېږي، چې دوی د خپلو روغتیايي اړتیاو په اړه خبر شي او د اړینو خدمتونو ترلاسه کولو هڅه وکړي. دا کمپاینونه د ناروغیو مخنیوي او درملنې په برخو کې د پوهاوي او عامه روغتیا ښه کولو لپاره اغېزمن ثابت شوي دي(۱۹).

۸. د عامه او خصوصي سکتور همکاري

د عامه او خصوصي سکتور ترمنځ د همکارۍ له لارې د بېوزلو قشرونو لپاره روغتیايي خدمتونه ښه کېدلای شي. خصوصي سکتور په نوې ټکنالوژۍ او مسلکي درملنه کې نوښت راولي، پهداسې حال کې چې دولتي سکتور مالي ملاتړ او اساسي خدمتونه چمتو کوي. ددې همکارۍ له لارې، بېوزله قشرونه کولای شي له معیاري روغتیايي خدمتونو څخه برخمن شي(۳).

۹. روغتیایي خدمتونو لپاره د مالي ملاتړ نه لرونکو لپاره بدیلې حل لارې

د هغو وګړو لپاره چې مالي ملاتړ یا ثابت عاید نه لري، روغتیایي خدمتونو ته لاسرسی یوه لویه ننګونه ده. له دې امله بېلابېل هېوادونه او سازمانونه د روغتیایي خدمتونو د لاسرسي لپاره بدیلې حل لارې وړاندې کوي، چې له مالي پلوه کمزوري وګړي له بنسټیزو او اړینو روغتیایي خدمتونو څخه برخمن شي. لاندې ځینې بدیلې حل لارې وړاندې کېږي:

الف. د خیریه بنسټونو او نادولتي سازمانونو مرستې

خیریه بنسټونه او نادولتي سازمانونه د هغو وګړو لپاره روغتیایي خدمتونه وړاندې کوي، چې مالي ملاتړ نه لري. دا بنسټونه د عامه او خصوصي مرستو له لارې د روغتیایي خدمتونو په تمویل کې مرسته کوي او د غریبو لپاره وړیا یا د لږ فیس په بدل کې خدمتونه وړاندې کوي. د بېلګې په توګه، د بې‌پولې ډاکټرانو سازمان په بېلابېلو هېوادونو کې روغتیایي مرکزونه جوړ کړي او خلکو سره د بېړنیو حالتونو پر مهال مرستې کوي(۲۵).

ب. د سیمې یا ټولنې پر بنسټ د روغتیایي مرکزونو جوړول

په کمزوري اقتصاد لرونکو سیمو کې د ځایي ټولنې پر بنسټ روغتیایي مرکزونو جوړول یوه بله اغېزناکه لاره ده، چې په‌واسطه یې بې‌وسه وګړي اساسي روغتیایي خدمتونو ته لاسرسی لرلی شي. دا مرکزونه لږ لګښت او ګرندي خدمتونه وړاندې کوي او په عامه بودیجه یا د خیریه بنسټونو له مرستو څخه تمویلېږي. د نړیوال بانک د راپور له‌مخې، دا ډول مرکزونه په لرې پرتو او کمزورو سیمو کې روغتیایي خدمتونو ته د خلکو لاسرسی زیاتوي(۱۷).

ج. د عامه پوهاوي او مخنیوي پروګرامونه

د عامه پوهاوي پروګرامونه د روغتیایي ستونزو په مخنیوي کې مرسته کوي، چې له دې لارې د خلکو روغتیایي وضعیت ښه کېدلای شي او د روغتیایي خدمتونو اړتیاوې کمېږي. دا پروګرامونه د ناروغیو د مخنیوي، د روغتیاساتنې اصولو او د ناروغیو په لومړیو پړاوونو کې د درملنې په اړه پوهاوی رامنځته کوي. دا پروګرامونه د خلکو روغتیا په ښه کولو کې ستره ونډه لري(۲۶).

پایله اخیستنه

روغتیایي خدمتونو لپاره د مالي توان شتون د هر هېواد د پرمختګ، باثباته اقتصادي ودې او د خلکو د ښه ژوند لپاره بنسټیزه اړتیا ده. د روغتیایي خدمتونو پر وړاندې د مالي توان شتون د یو پیاوړي روغتیایي سېستم رامنځته کولو لپاره ضروري دی، چې د ټولو وګړو لپاره برابر، کیفیت لرونکي او د لاسرسي وړ خدمتونه وړاندې کړي. د مالي پانګونې له لارې د روغتیایي بنسټونو پراختیا، د ناروغیو مخنیوی، د نویو درملو او واکسینونو جوړونه او د روغتیایي څېړنو ترسره کولو ته چمتووالی شونی دی. د روغتیایي سیستمونو پیاوړي کول یوازې د دولتي یا نړیوالو سازمانونو مسؤلیت نه دی، بلکې خصوصي سکتور هم باید په دې برخه کې ونډه ولري. د مالي منابعو زیاتوالی د غوره روغتیایي خدمتونو سربېره، د ټولنیز عدالت ټینګولو، د فقر کچې راټیټولو او بېوزلو ته د روغتیایي خدمتونو برابرولو لپاره هم اړین دی. همداراز، روغتیایي خدمتونو لپاره د مالي توان شتون د اوږدمهاله اقتصادي اغېزو او د ټولنې د اقتصادي پیاوړتیا سره هم مستقیمه اړیکه لري. د سالمې ټولنې جوړولو لپاره باید د روغتیایي خدمتونو وړاندې کولو اړوند پوره مالي پانګونه وشي، چې د اوږدې مودې لپاره د روغتیا، اقتصادي پرمختګ او ټولنیزې سوکالۍ

پر لور یون رامنځته شي. په پای کې د روغتیايي خدمتونو لپاره د مالي توان اهمیت یوازې د شته ستونزو د حل ترڅنګ، په راتلونکي کې د غوره روغتیايي سېستم پرمختیا لپاره یوه لازمي پانګونه ده. د دې پانګونې پراختیا او مدیریت باید د هر هېواد د حکومتي ستراتېژیو او ټرېوالو همکاریو یوه مهمه برخه وي.

وړاندیزونه

۱. حکومت باید د عامه روغتیايي مرکزونو لپاره بودیجه ډېره کړي، چې د روغتیايي خدمتونو بیې ټیټې شي او د یوې ټیټې عاید لرونکي کورنۍ غړي هم وتوانېږي له دې خدمتونو څخه اعظمي ګټه واخلي.

۲. د روغتیايي خدمتونو په وړاندې کولو کې باید د دولتي او خصوصي سکتورونو ترمنځ همکارۍ زیاتې شي او په دې ډول د روغتیايي خدمتونو کیفیت ښه کړي، ترڅو هر وګړی روغتیايي خدمتونو ته پر وخت لاسرسی ولري.

۳. اړینه ده چې د لرې پرتو او کلیوالي سیمو لپاره روغتیايي مرکزونه جوړ شي او د خدمتونو وړاندې کولو لپاره روغتیايي کارکوونکي وروزل شي.

٤. روغتیايي خدمنونه باید د خلکو لپاره په شفاف ډول وړاندې شي او هر څوک وتوانېږي د لګښتونو او خدمتونو ترمنځ غوره ټاکنه وکړي.

اخځلیکونه

1. World Health Organization. Health systems in Afghanistan: the role of financial resources. Geneva: WHO; 2022.
2. World Bank. Preventive health services and the importance of financial access. Washington, DC: World Bank; 2020.
3. Organization for Economic Cooperation and Development. Public-private partnerships in healthcare access. Paris: OECD; 2019.
4. World Bank. The role of government in expanding access to healthcare services. Washington, DC: World Bank; 2021.
5. World Health Organization. Health systems in Afghanistan: the role of financial resources. Geneva: WHO; 2022.
6. World Bank. Health access for disadvantaged populations. Washington, DC: World Bank; 2019.
7. World Health Organization. Financial capacity and health inequity. Geneva: WHO; 2021.
8. World Health Organization. The role of governmental and non-governmental organizations in healthcare during health systems emergencies. Geneva: WHO; 2021.
9. World Health Organization (WHO). National health policies and development strategies. Geneva: WHO; 2023

10. World Bank. Geographic disparities in healthcare access. Washington, DC: World Bank; 2020.
11. World Health Organization. The role of governmental and non-governmental organizations in healthcare during health systems emergencies. Geneva: WHO; 2021.
12. Chen Y, Adebayo K. Initiatives for private-public health services in low-income countries. Washington, DC: World Bank Group; 2018.
13. World Health Organization. NGO contributions to public health during crises. Geneva: WHO; 2021.
14. World Bank. Funding healthcare services through charitable contributions and public budgets. Washington, DC: World Bank; 2018.
15. Chen Y, Adebayo K. Initiatives for private-public health services in low-income countries. Washington, DC: World Bank Group; 2018.
16. World Health Organization. Development of quality of life and social outcomes through healthcare financing. Geneva: WHO; 2021.
17. World Bank. Community-based health centers for marginalized populations. Washington, DC: World Bank; 2019.
18. World Health Organization. Financing healthcare to improve quality of life and social development. Geneva: WHO; 2021.
19. UNICEF. Community awareness programs on health for the poor. New York: UNICEF; 2020.
20. World Health Organization. Financing healthcare to improve quality of life and social development. Geneva: WHO; 2021.
21. Brown D, Lopez F. The role of preventive healthcare and financial access. Washington, DC: World Bank Group; 2020.
22. Brown D, Lopez F. The role of preventive healthcare and financial access. Washington, DC: World Bank Group; 2021.
23. World Health Organization. Financing healthcare to improve quality of life and social development. Geneva: WHO; 2021.
24. World Health Organization. Access to basic health services for low-income groups. Geneva: WHO; 2020.
25. Médecins Sans Frontières Providing healthcare for vulnerable populations. Geneva: MSF; 2020.
26. UNICEF. Public awareness and disease prevention programs. New York: UNICEF; 2021.

Review Article

The Importance of Financial Potency for Accessing Healthcare Services

Dr. Salih Mohammad Helmandwal[1], Mohammad Din Khadim[2], Mohammad Wali Wali[3]

[1]Lecturer, Clinic Department, Medical Faculty, Arakozia Institute of Higher Education, Helmand, Afghanistan

[2]Head of Research Center, Arakozia Institute of Higher Education, Helmand, Afghanistan

[3]Vice Chancellor of Research, Arakozia Institute of Higher Education, Helmand, Afghanistan

Article History

Received: 24/Dec/2024

Accepted: 12/Jan/2025

Published: 21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Edition: 1st

Keywords

- Society
- Health
- Financial Income
- Services

***Corresponding Author**

Salih Mohammad Helmandwal

E-mail:arakoziaarnj@gmail.com

Contact: + 93 (0) 704066835

Abstract

Financial capacity is a crucial prerequisite for the sustainability and accessibility of health services. People's ability to access health care is directly impacted by their financial situation. Poverty and low income are two major obstacles that keep people from getting basic medical care and health services. Financially capable people can easily acquire health services and make better treatment decisions. Therefore, having financial resources can give those with health issues quick and efficient treatment options. The Islamic Emirate of Afghanistan should put in place affordable and simple measures to make it easier for individuals to get public health care. Raising income, providing financial assistance, expanding educational opportunities, fortifying economic institutions, facilitating access to credit and financial services and cutting expenses. It is important to increase the number of public health centers, provide mobile health services to rural and remote areas, train and recruit professional cadres. The private sector should also provide specialized and high-quality health services, bring innovations and lower costs through competition. The objectives of this librarian study are to determine the importance of the financial sector to the community's access to health care and to learn how to take advantage of the opportunities that come with financial capacity for health services. Numerous sources have been consulted for this research, including academic researches, books and international reliable reports.

مروري مقاله

د اسلامي شريعت په رڼا کې تر زېږون مخکې او وروسته د ماشوم حقوق

فضل الرحمن زيارمل
محصلانو چارو مرستيال، محصلانو چارو معاونيت، سپين غر پوهنتون، ننګرهار، افغانستان

د مقالې تاريخچه
د ترلاسه کولو نېټه: ۱٤۰۳/۰۸/۲۷
د منلو نېټه: ۱٤۰۳/۱۰/۲۰
د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/ ۰۷/۲۹
کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دويم گڼه: لومړی

بنسټيز ټکي
• اسلام
• حقوق
• ماشوم

مسؤل ليکونکی
فضل الرحمن زيارمل
برېښناليک: vc.studetnsaffairs@spingharuniversity.edu.af
ګرځنده شمېره: +93 (0) 794068869

لنډيز
د اسلام سپېڅلی دين چې د انسانيت ټولو برخو ته شامل، کامل او انساني کرامت ته قايل دين دی، نه يوازې د ټولنې د مشخصو برخو حقوق او مسؤليتونه يې په خپلو نصوصو کې ځای پر ځای کړي دي، بلکې د ټولنې هرې برخې ته په‌کې قواعد او اصول شته، چې يو له هغې څخه د اسلامي شريعت په رڼا کې تر زېږون مخکې او وروسته د ماشوم حقوق دي. د اسلام مبارک دين په خپلو نصوصو کې د ماشوم د ژوند ساتنې په موخه، له ابتداء څخه د پاکو او بهترينو اولادونو د منځته راتګ يادونه کړې ده، چې کله ماشوم دنيا ته راځي، تر راتګ وړاندې بايد خاوند او د کور مشر خپل اولاد ته مسلمانه مور وټاکي. کله چې له مسلمانې جوړې څخه نطفه تشکيلېږي، د تشکيل شوې نطفې ساتنه يې ستر مسؤليت دی، تر دې چې بهترين او سالم اولاد دنيا ته راشي. همدارنګه د مور، پلار او مشرانو بل مسؤليت چې د اسلام مبارک دين په ټولو مشرانو لازم کړی، دا دی چې تر زېږون وړاندې بايد ماشوم د غوره نسب خاوند وي او د ژوند له پيل سره سم بايد پرې خوشحاله او يو بل ته زېرى ورکړل شي. بهترين نوم د شريعت مطابق انتخاب او سر يې وخرېل شي؛ صدقه او عقيقه پرې وکړي. په دغه دوران کې د اسلام مبارک دين مور په دې مکلفه کړې، چې خپل ماشوم ته په دوه کاله شيدې ورکوي، چې ماشوم صحتمند رالوی شي او که چېرې د پلار او مور ترمنځ ستونزه راځي، بيا هم اسلام مبارک دين ورته بهترينې حل لارې ښودلي او په پلار باندې يې تر ټاکلي وخته نفقه لازمه کړې ده. ژباړه: شتمن دې د خپلې شتمنۍ سره سمه نفقه ورکړي او چاته چې کومه ورکړه شوې وي، هغه دې له هماغه مال څخه لګښت وکړي، چې الله ﷻ هغه ته ورکړی دی. الله تعالی چې چاته څومره څه ورکړيدي، له هغې څخه په زياتو هغه نه مکلفوي. لرې نه ده چې الله ﷻ له تنګلاسۍ څخه وروسته پراخي هم ورپه برخه کړي. دا چې موږ په دې مروري مقاله کې په تفصيلي ډول د ماشوم له زېږون څخه مخکې او وروسته ټول لازم حقوق، چې الله ﷻ ماشوم ته ورکړي دي، تر بحث لاندې نيولي دي، موخې يې د ماشومانو د حقوقو په اړه له معتبرو، مؤثقو منابعو او د اسلامي شريعت له معتبرو مصادرو څخه احکام او د علماؤ نظرونه راټولول، تحليلول او ترتيبول دي.

پېژندنه

د اسلام مبارک دين په تحقيق سره هغه دين دی چې د هر انسان لپاره يې خپل حقوق او وجايب ټاکلي دي، هغه که کوچنی ماشوم او يا بالغ انسان دی. که څه هم د ماشوم ټولمنلی تعريف نه‌شته، مګر ډاکټر وهبة الزحيلي په خپل کتاب الفقه الاسلامي و أدلته کې ليکي: ماشومتوب يو پړاو دی چې پر هر انسان راځي، پيل يې زېږون او پای يې بلوغ ته رسېدل دي، چې د اسلام سپېڅلی دين ورته په ځانګړي کرامت او عظمت قايل

دی. د اسلام مبارک دین د ماشوم لپاره ډېر زیات حقوق مشخص کړي او پلار او مور یې د ماشوم په جسمي حفاظت، روحي، اخلاقي، معنوي او مادي حقوقو باندې مکلف کړي دي، چې د ښه تطبیق او منلو په صورت کې یې د مور او پلار لپاره ځانګړي امتیازات او زیري ورکړي دي(۱).

هر هغه څوک چې ماشوم له دې حقوقو څخه بې برخې کوي، په مقابل کې یې الله ﷻ ورته د وېرې حکمونه او جزاوې ټاکلي. په همدې ډول د هېوادونو وضعي قوانینو کې هم د هغو افرادو او ټولنو لپاره چې په بېلابېلو نومونو د ماشوم حقوقو ته درناوی نه کوي، په مقابل کې یې جزا ورکول کېږي(۲).

اسلامي علماء له تېرو پېړیو څخه د ماشوم او کورنۍ اهمیت ته متوجه دي، دا وجیبه یې په ډېر ښه شکل ادا کړې ده او په دې اند دي چې د ماشوم سینه او زړه د خالي لوښي په شان دي، خوښه دې چې له علم څخه یې ډکوي او که له جهل څخه.

د ماشوم حقوق په حقیقت کې هغه شرعي حقوق دي چې دا حقوق د اسلام مبارک دین په خپله ثابت کړیدي او دا یې د والدینو مسؤلیت بللی دی. که پلار او مور غواړي چې سعادتمند ژوند وکړي، نو د خپلو اولادونو دې ډېره ښه روزونه او پالنه وکړي، ترڅو په راتلونکي کې د خپلې کورنۍ لپاره د خوشحالۍ لامل شي(۳).

مونږ په دې مقاله کې د ماشومانو دا حقوق په دوو برخو او دورو وېشلي دي؛ یو لړ هغه حقوق دي چې د اسلام مبارک دین کوچني ته له زېږون یا زېږون څخه وړاندې ورکړي دي، لکه د ماشوم لپاره د مسلمانې مور ټاکنه، د اسلام مبارک دین یووالی، محرماتو شتون، د جنین حفاظت او ساتنه، د مور د حمل پر وخت د ماشوم حفاظت او ساتنه، زېږون څخه د مخه د ماشوم تغذیه او معنوي حقوق، دویم ډول هغه حقوق دي، چې له زېږون څخه وروسته پیلېږي، لکه د ژوند کولو حق، د انتساب حق، د مبارکۍ او زیري ورکړه، د کوچني په غوږ کې اذان، د اسلامي نوم ایښودلو حق، عقیقه، سر خریل، صدقه، ماشوم ته د شیدو ورکولو حق، نفقې او پالنې حق، ختنه (سنتي) او د اولاد پالنې او تعلیم حق(۴).

مونږ پورته موضوعات په مشرح ډول پدې مقاله کې ځای پر ځای کړي دي، ترڅو د ټولنې لوستې او نالوستې طبقه له ماشوم شرعي حقوقو څخه خبر او په خپل ژوند کې ورته پاملرنه وکړي. که چېرې یاد حقوق انساني ټولنه په ځان لازم وګڼي، نو لرې نه ده چې مونږ به له هره اړخه ارزښتمنه، صنعتي او پر ځان بسیا، له هر ډول جرایمو او تخلفاتو څخه پاکه ټولنه ولرو.

د اسلام مبارک دین له نظره تر پیدایښت دمخه د ماشوم حقوق

د اسلام مبارک دین د هر فرد لپاره په ځانګړو وختونو کې خپل حقوق او وجایب ورکړي دي، چې یو یې هم ماشوم دی. د ماشوم لپاره کله چې دنیا ته نه وي راغلی، یا به د جنین په پړاو کې وي یا به یې د جنین دوران بشپړ کړی او پوره شوی به وي، خو دنیا ته به نه وي راغلی؛ په دغه ټولو حالاتو کې د اسلام مبارک دین ماشوم ته ځینې امتیازات، حقوق ورکړې او هغه په مور او پلار یې واجب کړي دي چې په لاندې ډول ترې یادونه کوو.

۱. د مسلمانې مور ټاکنه

د ماشوم د ژوند ساتنې او خوندیتوب په موخه، د اسلام سپېڅلي دین له خاوند څخه د دې غوښتنه کړېده، چې د ځان لپاره صالحه مېرمن او او کوچني بچي لپاره مسلمانه مور انتخاب کړي (**عَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ قَالَ: قَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ:إِذَا خَطَبَ إِلَيْكُمْ مَنْ تَرْضَوْنَ دِينَهُ وَخُلُقَهُ فَزَوِّجُوهُ، إِلَّا تَفْعَلُوا تَكُنْ فِتْنَةٌ فِي الأَرْضِ، وَفَسَادٌ عَرِيضٌ**(۵).

ژباړه: د ابوهریره (رض) څخه روایت دی، چې رسول الله ﷺ وفرمایل: که چا د دین او اخلاقو په وجه خوښ کړئ او په تاسو یې خطبه وکړه او تاسو ترې راضي وئ، نو په نکاح ورکړئ، که تاسو دا کار ونه کړ، نو په ځمکه کې به پراخ فساد رامنځته شي.

دا ځکه چې مور د اولاد په روزنه او صحت ساتنه او د هغوی په پالنه کې بنسټيزه ونډه لري او په اصل کې د اولاد سالمه روزنه هغه مهال رامنځته کېدلی شي، چې کله يې مور اسلامپاله، مينه پاله او يوه داسې څوک وي چې د اولاد روزنې په سياست او فلسفه باندې پوهه او د هغوی د پالنې او ساتنې لېوالتيا ولري، تر څو وکولی شي د اولاد په زړونو کې د ايمان نيالګي را زرغون او د اولاد په سلوک کې سمون راولي. والدين بايد د اولاد په زړونو کې د الهي خوف پالنه وکړي، تر څو دوی په خپل ژوند کې نه يوازې الهي حقوق، بلکې حقوق العبد هم په پام کې ولري او همدا مور به د کوچني د ژوند ساتلو، روغتيا او اعمالو خيال ساتي او کوچنی به تر زېږون مخکې او وروسته صالحه او پرته د کومو رواني امراضو دنيا ته وراندې کوي، ځکه خو د پاکو مېرمنو په اړه الله ﷻ په قران کريم کې فرمايي: **(وَ الطَّيِّبَاتُ لِلطَّيِّبِينَ وَ الطَّيِّبُونَ لِلطَّيِّبَاتِ)**(٦).

ژباړه: او نېکې مېرمنې د نېکو سړيو لپاره دي او نېک سړي د نېکو مېرمنو لپاره.

د اسلام مبارک دين له نظره د ماشوم د پالنې حق يوازې او يوازې مسلمان تر سره کولی شي او کافر هېڅ کله له دې حق څخه نه‌شي برخمن کېدلی. د دې مثال نکاح ته ورته دی چې کافر د نکاح او مال څښتن نه‌شي کېدلی او دا ځکه چې ياد ځيزونه اسلامي شريعت يو فاسق انسان ته نه دي روا کړي، نو کافر انسان خو په هېڅ صورت د دې حقوقو واکمن کېدلی نه‌شي. ددې کار د مخنيوي حکمت هم په همدې کې دی، چې د کافر زيان نسبت نورو ته ډېر وي او کولی شي چې د يو کوچني مسلمان ماشوم د روزنې پر مهال هغه پر بې ديني واړوي او کفري ارشادات او ښودنې ورته وکړي او په انحراف او بې لارې سره يې روزنه او پالنه وکړي. رسول الله ﷺ د ښځې ټاکنې په اړه فرمايي: **(تُنْكَحُ الْمَرْأَةُ لأَرْبَعٍ: لِمَالِهَا، وَلِحَسَبِهَا، وَلِجَمَالِهَا، وَلِدِينِهَا، فَاظْفَرْ بِذَاتِ الدِّينِ تَرِبَتْ يَدَاكَ**(٧).

ژباړه: ښځه د څلورو صفتونو په نظر کې نيولو سره انتخاب کړئ: مال، نسب، ښايست او دينداري: پس ديندراه ښځه انتخاب کړه، لاس دې په خاورو ککړ شه. په پورته حديث شريف کې «ذات الدين» صفت باندې تأکيد شوی او دينداري د ټولو نورو صفتونو بنسټ ګڼل کېږي. ماشوم لپاره د ديندارۍ مور غوره کول ځکه مهم وي، چې د ماشوم حق ښه پوره کولی شي او خپل ځان ته د اسلامي شريعت نصوص بنسټ ګڼي او تطبيق کولی يې شي(٧).

۲. د دين يووالی

په اسلامي شريعت کې د نکاح لپاره د دين يو شان‌والی، د ماشوم د ښې روزنې او پالنې په موخه، لازم ګرځول شوی دی. اديان چې اسماني دي او مذهبونه چې ځمکه کې خلکو کړنلاره کړي وي، په بېلابېلو کټګوريو وېشل شوي دي، لکه اسماني اديان هغه چې له اسمانه نازل شوي دي (اسلام، نصرانيت او يهوديت)، غير اسماني لکه مذهب هغه چې افرادو په خپله جوړ کړي دي لکه مجوسية(٨).

د اسلامي شريعت له نظره ډېر علماء په دې متفق دي چې د مسلمان نکاح د مشرک او بې دينه انسان سره جواز نه لري، چې په نصوصو کې يې يادونه شوې او حکمت ې په دې کې دی چې مسلمانه مور او پلار به نه تربيه کوي اولاد، مګر مسلمان او همدارنګه به يې د مسلمان پلار او مور پر بنسټ اولادونه په معنوي ډول سالم او صحتمند او له غيرعقيدې به لرې وي او په اسلامي فکر به روزل شوي وي، ځکه خو رسول الله ﷺ فرمايلي دي چې: **(كُلُّ مَوْلُودٍ يُولَدُ عَلَى الْفِطْرَةِ، فَأَبَوَاهُ يُهَوِّدَانِهِ، أَوْ يُنَصِّرَانِهِ، أَوْ يُمَجِّسَانِهِ)**(٩).

ژباړه: هر ماشوم په فطرت دنيا ته راځي بيا والدين دي چې يهودي ترې جوړوي، نصراني او ياهم مجوسي.

معلومېږي دا چې اولاد ډېر وخت د پلار او مور تابع وي او دا د ماشوم حق دی چې بايد مسلمان وروزل شي، ترڅو يې همېشنی نېکمرغي په برخه شي.

۳. عدم محرمیت

د اسلام مبارک دین په خپلو نصوصو کې هیڅ مسلمان ته اجازه نده ورکړې، چې د محرماتو سره که مؤقتي او یا دایمي حرامې وي، نکاح وکړي. لکه هیڅ سړي ته روا نه دي چې له خپلې مور، خپلو نیاګانو (که هغه د سړو له‌خوا وي او که د ښځو له‌خوا)، خپلې لور، د اولادونو له لور (که څه هم لاندې وي لکه لمسیانې)، خپلې خور، خورزو، وریرو (که څه هم لاندې وي لکه د هغوی د اولادونو لونې)، د پلار له خور (عمه)، د مور له خور (خاله)، د ښځې له مور (خواښې) سره که یې له لور سره یو ځای شوی وي او یا نه وي (کور والی یې کړی وي یا نه)، د هغې ښځې له لور (بچندرې) سره چې ورسره یو ځای شوی وي (کور والی یې کړی وي)؛ برابره خبره ده که هغه دده په روزنه کې وي او که د بل چا نه، د پلار له ښځې (میرې) او د نیکونو له ښځو سره، د زوی له ښځې (نګور) او د لمسیو د ښځو سره (د زامنو او لونو د زامنو د ښځو سره)، رضاعي مور (هغه چې شیدې یې رودلې وي)، رضاعي خور سره نکاح وکړي، او نه دې جمع کوي دوه خویندې په نکاح سره، نه د وینځو دوه خویندې په وطې سره، او نه دې جمع کوي ښځه او د هغې ترور (عمه)، نه د هغې خاله، نه خورزه او نه د هغې وریره (دا ښځې یو د بل بنې نه شي کیدلای)، نه دې جمع کوي داسې دوه ښځې چې که هره یوه ورته سړی فرض کړي، نو له هغې بلې سره یې نکاح روا نه وي، او دا پاک نه لري که د ښځې او د هغې د مخکیني خاوند د لور (بنزۍ) په منځ کې یو ځای والی وکړي او څوک چې له کومې ښځې سره زنا وکړي، په ده باندې د هغې مور او لور حرامه شوه او که سړي خپله ښځه په بائن یا رجعي طلاق سره طلاقه کړه، نو تر څو چې یې عدت نه وي تېر شوی، د هغې له خور سره یې نکاح کول جواز نه لري(۱۰).

په پورتنیو ټولو حالتونو کې د اسلام مبارک دین خپل ځانګړي حکمتونه لري، ترڅو پاک اولاد او سالمه کورنۍ رامنځته شي او اولاد له هر ډول بدو خویونو څخه پاک او د انسانیت په عالي مقام برابر وي.

۴. د جنین د حفاظت او ساتنې حق

د جنین مرحله د ماشوم له زوکړې څخه مخکې مرحلې ته وایي او جنین ته ځکه جنین وایي، چې مستور وي او په سترګو نه لیدل کیږي. په دې اړه لوی څښتن تعالی فرمایي: (و إِذْ أَنْتُمْ أَجِنَّةٌ فِي بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ)(۱۱).

ژباړه: او کله چې تاسې د مور په ګېډو کې د أَجِنَّةٌ (د جنین جمع) یعنې د ماشومانو په څېر وئ. (۱۱).

په اسلامي شریعت کې په واضح ډول د جنین د حفاظت او ساتنې اړوند حکمونه ذکر شوي او په قصدي ډول له سقط جنین څخه منع راغلې ده او فاعل ته یې د راتلونکي ماشوم له راتګ څخه د مخنیوي په موخه مجازات پیشبیني کړي دي. د اسلامي فقهې، له نظره قصدي سقط جنین چې بېلابېل علل، عـوامل او اسباب لري، موږ په دې کې د څلورو مشهورو فقهي مذاهبو نظرونه را اخیستي. په څرګنده توګه د متقدمینو علماؤ رایه دا ده چې د روح له راتګ څخه وروسته د جنین سقط کول، که د هر عذر له امله وي، که د مور ژوند هم په خطر کې وي جایز نه دي، ځکه په دې وخت کې پرې د ژوندي نفس حکم کیږي او د دې ایات کریمه (وَلا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلاَّ بِالْحَقِّ)(۱۳).

ژباړه: پرته له حق وژنې څخه، د هغه نفس د وژنې مرتکب مه کیږئ چې الله حرام کړی دی. مګر متأخرین علماء د مور د ژغورنې لپاره په دې مرحله کې هم د جنین سقطول جائز ګني، یعنې که د حمل دوام د مور ژوند ته خطر وي، په دې صورت کې یې اخراج جائز دی. په دې اړه یوه فقهي قاعده شته چې د لوی زیان دفع کولو په موخه کوچني زیان زغمل مجاز دي (**اَلضَّرَرُ الأَشَدُّ يُزَالُ بِالضَّرَرِ الأَخَفِّ.**)، دروند زیان د سپک زیان په‌واسطه له منځه وړل کیږي او کله چې جنین د مور په نس کې څلور میاشتو ته تر رسېدو مخکې د مور د ژوند ساتنې په غرض سقط شي، نه یوازې جایز، بلکې واجب دي(۱۳).

په اسلامي شريعت کې اصل دا دی چې هر کله يوه مېرمن اميندواره شي (حمل واخلي)، نو په جنين کې تر روح اچولو (له ۱۲۰ورځو) وروسته د هغه له منځه وړل حرام ګرځول کېږي. په اسلامي شريعت کې هيڅ فقهاء په دې اړه، چې جنين بايد ونه وژل شي، اختلاف نه‌لري، البته که چېرې کوم شرعي عذر وي، نو دا بيا يوه جلا مسئله ده، ځکه چې هر ضرورت يو ټاکلی حد لري او هر عذر ته په کتلو سره به ورته يو مناسب حد ټاکل کېږي. البته که چېرې ددې مسئلې صورت حال داسې وي، چې يوې مېرمنې حمل اخيستی وي، خو د حمل اخيستلو له هماغې لومړنۍ ورځې څخه تراوسه په جنين کې روح نه وي پوه شوي او ۱۲۰ ورځې يا څلور مياشتې يې لا نه وي پوره شوې، نو په دې اړه فقهاء کرام څو نظريات لري(۱۴).

الف. د امام ابوحنيفه او ملګرو رايه

لومړی قول: په دې اړه د امام ابوحنيفه (رحمه الله) نظر دادی چې که چېرې د يو ماشوم تر غورځولو وروسته د هغه د وجود يوه ټوټه غوښه معلومه شي، نو په دې صورت کې پر انسان باندې وينځه يا غلام آزادول لازمېږي، اما که چېرې د غوښې په دې غورځول شوې ټوټه کې د ماشوم د خِلقت او پيدايښت هيڅ اثرات وجود ونلري، نو په دې صورت کې يې پر غورځونکي باندې هيڅ ګناه نشته(۱۵).

دويم قول: په دې اړه بل نظر دا دی، که چېرې د ماشوم د غوښې يوه لړه برخه هم وغورځول شي، نو په دې کار سره يې (مور، پلار يا بل څوک) ګناهګار ګڼل کېږي. د دې خبرې لپاره کره او قوي دليل هم لري او وايي چې: «که چېرې په مسجد الحرام کې يو حاجي، چې د احرام لباس يې پر تن وي، د مرغيو د خالي هګۍ ماتې کړي، نو په دې کار سره به جرمانه ورکوي او پيسې او مال به ترې د ضمانت په توګه اخيستل کېږي، ځکه چې په حرم کې خو اصل دا دی چې ښکار کول جائز نه دي». که څه هم په دې غورځول شوې غوښه کې د ماشوم هيڅ اثرات نه ليدل کېږي، خو دومره ويلی شو چې دا د هغه پيدايښت داسې اساس او پيلامه ده، لکه څرنګه چې د مرغۍ هګۍ د بچيو پيلامه وي، او که چېرې يې دا غوښه پر خپل حال همداسې پرېښې وای، نو معلومه خبره ده چې يو کامل انسان به ترې رامنځته شوی وی، نو قياس په همدې اساس سره وشو، که چېرې يوه مېرمن د غوښې يوه وړه ټوټه هم وغورځوي، ګناهګاره ګڼل کېږي، خو دومره ده چې دا ګناه يې دومره حد ته نه رسيږي، لکه څومره چې د انسان د قتل ګناه لويه ده(۱۶).

ب. د مالکي فقهاؤ نظر

په مالکي مذهب کې په دې برخه کې يو څه اختلاف شته چې په درې برخو وېشل کېږي.

۱. د مالکي مذهب زيات فقهاء په دې نظر دي چې کله مني د مور په رحم کې ځای ونيسي، بيا يې سقطول جايز نه دي، که څه هم تر ۴۰ ورځو يا د نطفې له مرحلې څخه مخکې وي.

۲. دا ډله فقهاء وايي چې د جنين سقطول مخکې له روح اچولو نه کوم خنډ نه‌لري، مګر په هغه صورت کې چې جنين له زنا څخه وي او ښځه په دې يقيني وي چې تر حمل وروسته به پرې د قتل حکم وشي.

۳. دريیمه ډله فقهاء په دې نظر دي چې مخکې له دې چې روح پکې واچول شي، يعنې له (۴۰) ورځو څخه مخکې کولای شي جنين سقط کړي، خو له دې وروسته يې نه‌شي سقط کولای(۱۷).

د دې سره سره د امام مالک (رحمه الله) نظر دا دی چې هر کله که يوه مېرمن د غوښې يوه لړه اندازه (که هغه مُضغه يا علقه وي) او په هغې کې د ماشوم يو څه نښې نښانې وي وغورځوي، نو د غوښې دا ټوټه د جنين حکم لري او په دې کار سره به يو غلام آزادوي. د امام مالک (رحمه الله) ځينې ملګري خو حتی د غوښې پر ځای د وينې په غورځولو باندې هم مور ملامته ګڼي

او په دې اړه وايي چې که چېرې یوه مېرمن یو اندازه داسې ټینګه وینه وغورځوي، چې که چېرې پر دې یوه توده وینه باندې ګرمې اوبه واچول شي او دا وینه خوره وره نه‌شي او په خپل حال ټینګه پاتې شي، نو د دې ډول وینې پر غورځولو باندې دا مېرمن مسؤله ګڼل کېږي(۱۸).

ج. د امام احمد بن حنبل او نورو فقهاو نظريات

په حنبلي مذهب کې هم په دې اړه درې ډوله نظرونه شتون لري.

۱. لومړی ډله یې په دې رایه دي چې له (۴۰) ورځو مخکې مور کولای شي جنین سقط کړی، ولې له ۴۰ ورځو څخه وروسته اجازه نه لري.

۲. ابن جوزي چې د حنبلي مذهب له پیروانو څخه دی په دې باور دی، چې تر روح اچولو مخکې د جنین سقط کول په کلي ډول حرام دي.

۳. ابن عقیل په دې باور دی چې د مور لپاره په کلي ډول جایز دي چې د روح تر راتګ دمخه جنین سقط کړي(۱۹).

البته د امام احمد بن حنبل نظر دا دی، «که چېرې یوه مېرمن یو داسې جنین سقط کړي چې لا تر اوسه په کې د انسان شکل نه وي رامنځته شوی، نو په دې صورت کې پرې هېڅ ګناه نه‌شته، حتی که یو لړ ماهره خلک یې په اړه دا خبره هم وکړي چې په دې غورځول شوې برخه کې د ماشوم د پیدایښت یو څه نښې شته. په دې صورت کې صحیح خبره داده چې په غورځونکې مېرمنې باندې هېڅ ګناه نه‌شته، ځکه چې په دې حالت کې پر انسان باندې کوم مسؤلیت نه رامنځته کېږي او نه هم انسان ته ښایي چې د شک په ګومان سره خپل ذهن مصروفه او بوخت کړي(تیر ۱۹ ماخذ).

د. د شافعي مذهب نظريات

په نوموړي مذهب کې هم درې ډوله نظریات دي.

۱. لومړی ډله فقهاء وايي چې مخکې د روح له راتګ څخه مور کولای شي جنین سقط کړي.

۲. د دویمه ډله علماؤ له ډلې، امام غزالي صاحب یې په بشپړ ډول تر څلورو میاشتو مخکې جنین سقطول حرام ګڼي او ددې لپاره دا دلیل وړاندې کوي چې اسقاط د جنین یو داسې جنایت دی چې تحقق یې پیداکړی دی.

۳. دریمه ډله علماء بیا هغه جنین چې له زنا څخه وي، سقط یې جایز ګڼي او دلیل یې دا دی چې د زنا له فعل څخه تشکیل شوی جنین محترم نه دی

د معاصرو فقهاو دریځ د سقط جنین په اړه دا دی چې د مور د صحت او ژوند ساتنې په موخه تر څلورو میاشتو مخکې د جنین سقطول نه یوازې جایز دي، بلکې واجب دي او په دې اساس (اخف الضررين) چې د مور ژوندي ساتنه ده، په نظر کې نیول کېږي او کله چې جنین ته روح داخل شي له دې وروسته د ټولو معاصرو فقهاؤ رایه داده چې له ضرورت پرته د جنین سقطول جایز نه دي(۲۰).

د مور په خېټه کې د جنین د شتون مرحله یوه ډېره حیاتي برخه ده. د اسلامي شریعت غوښتنه دا ده چې مور باید په داسې وخت کې د مفاسدو غوښتونکې نه وي، دا هر څه چې دا یې ترسره کوي، په ماشوم باندې مستقیم اغېز لري او دا خویونه ماشوم ته انتقالېږي ،د وراثت قانون وايي چې د مور او پلار صفات او عادتونه ماشوم ته انتقالېږي او غوښتنه کوي، چې د ماشوم د تشکل او یا امیندواری پر مهال باید مور بهترین اخلاق او صفات ولري، ترڅو ماشوم ته انتقال شي، ځکه که په دې

وخت که مور تکبر، خود خواهي، شديد خفګانونه، فکرونه او خيالات او د تارينه او ښځينه کېدلو فکرونه او سوچونه د ځان سره ولري، دا صفات ماشوم ته انتقالېږي او د ماشوم په راتلونکي ژوند تاثير کوي، نو له دې وجې نه د وراثت پوهان وايي چې په دې وخت کې بايد مور په ګلانو او ښکلو منظرو کې وګرځي، ترڅو ماشوم سالم او صحتمند دنيا ته راشي(۲۱).

د اسلام مبارک دين د ماشوم پر معنوي روغتيا ټينګار کوي چې تاسو هر يو د خپلو ښيبيانو سره يو ځای کيږئ، نو دا دعا چې د رسول الله ﷺ په دې حيث کې ذکر شوې ده ووايئ (عن ابن عباس قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: لَوْ أَنَّ أَحَدَكُمْ إِذَا أَتَى أَهْلَهُ قَالَ: بِسْمِ اللَّهِ، اللَّهُمَّ جَنِّبْنَا الشَّيْطَانَ، وَجَنِّبِ الشَّيْطَانَ مَا رَزَقْتَنَا، فَإِنَّهُ إِنْ يُقَدَّرْ بَيْنَهُمَا وَلَدٌ، لَمْ يَضُرَّهُ الشَّيْطَانُ أَبَدًا).
ژباړه: له ابن عباس (رض) څخه روايت دی وايي چې رسول الله ﷺ وفرمايل: کله چې تاسو خپلو ښځو سره د کوروالي په وخت دعاء ووايئ، نو که چېرې له دغه کوروالي څخه الله ﷻ هغوی ته بچی ورکړ، هغه بچي ته به شيطان زيان ونه شي رسولای(۲۲).

۵. د اميندوارۍ پرمهال د ماشوم حق د ماشوم د حفاظت او ساتنې په موخه

د اسلام مبارک دين مور ته د اميندوارۍ برمهال ځيني ضروري امتيازات ورکړي، چې د مور او ماشوم ژوند د خطر سره مخ نهشي. په لاندې ډول ترې په لنډ ډول يادونه کوو.

الف. د روژې خوړل

د اسلام مبارک دين د مور او ماشوم د صحت او جنين د ساتنې په موخه هغه مور ته، چې اميندواره وي او روژه نيول يې حمل او د هغې صحت ته ضرر رسوی، د روژې خوړل يې ورته روا کړي دي. رسول الله ﷺ فرمايلي: «إِنَّ اللَّهَ عَزَّ وَجَلَّ وَضَعَ عَنْ الْمُسَافِرِ شَطْرَ الصَّلاةِ وَالصِّيَامَ، وَعَنْ الْحَامِلِ وَالْمُرْضِعِ»(۲۳).
ژباړه: الله ﷻ مسافر ته يوه برخه د لمانځه معاف کړې او په روژه کې يې مسافر، حاملې او تي ورکوونکې ته رخصت ورکړی.
روژه په حقيقت کې د معاصرو طبي څېړنو پر بنسټ وجود ته هيڅ زيان نه لري، بلکې ګټه ورته رسوي او هغه اضافي غوړ او شحميات چې د کال په اوږدو کې انساني جسم ته اضافه کيږي، هغه له مينځه وړي. همدا راز حاملې ښځو ته روژه نيول کوم زيان نه رسوي، په دې شرط چې کوم بل مرض ونه لري لکه: شکر، دوينې فشار، دوامداره اسهال، دوينې کموالی او داسې نور، خو د ماشوم د ژوند د ساتنې په غرض اکثره علماء په دې متفق دي که روژه حاملې ښځې او ياهم د هغې په ګېډه کې بچي ته تاوان رسوي، نو روژه خوړل ورته جايز دي، البته غوره به دا وي چې له يو مسلمان ډاکټر سره په دې اړه مشوره وشي.
په دې اړه د امام ابو حنيفه مذهب هم دا دی او څلور واړه مذاهب په دې خبره اتفاق لري چې روژه که حاملې ښځې ته زيان رسوي، نو روژه خوړل ورته جايز دي(۲۴).

ب. د ماشوم ژوند ساتنې او نورو حکمتونو په موخه په مور د حدودو تعليق

تعليق په لغوي اصطلاح د باب تفعيل څخه دی، چې‌تر يوه ټاکلي وخته، په ځند کې اچولو ته وايي(۲۵).
د اسلام مبارک دين د ماشوم د ساتنې او د حمل په دوران کې په مور باندې حدود، چې هيڅ ډول عفوه نه مني او مقدره جزا ده، د تعليق حکم کوي او وايي چې کله ښځه او خاوند هم بستري وکړي، د حيض وينه يې ودرېږي او د حمل شونتيا وي، نو اسلامي شريعت د ابتدا نه په درو باندې د نـه وهلـــوميدا منلې ده. يو وخت رسول ﷺ ته يوه ښځه راغله او د زنا اقرار يې

وکړ، رسول الله ﷺ ورته وفرمايل چې ځه لاړه شه تر هغې چې دې حمل نه وي وضع شوی، د حد له تطبيق څخه خلاصه یې، (ترڅو چې دې اولاد نه وي زېږولی) او حضرت معاذ (رض) فرمايي: «إِذَا كَانَ عَلَيْهَا سَبِيلٌ فَلَا سَبِيلَ لَكَ عَلَى مَا فِي بَطْنِهَا»؛ يعنې كه په دې ښځې باندې د جزا د تطبيق دليل وي، خو په هغه څه خو د جزا د تطبيق دليل نشته چې د دې مور په خېټه کې دی. همدا رنګه د جهني قبيلې یوه ښځه رسول الله ﷺ ته راغله چې له زنا څخه حامله وه او رسول ﷺ ته يې وويل چې زه حد ته رسېدلې يم او په ما حد جاري کړه، رسول ﷺ يې د کورنۍ مشران راوغوښتل او ورته يې وويل چې دې سره نيکي وکړئ، ترڅو چې ماشوم يې پيدا او بيا پرې حد جاري کړئ، يادې زنانه د ماشوم له پيداکېدلو څخه وروسته بيا راغله او رسول ﷺ پرې د شيدو د ورکړې دورې له بشپړولو وروسته حد تطبيق او خپله يې پرې جنازه وکړه(٢٦).

له پورته حديث شريف څخه معلومه شوه چې اسلامي شريعت د ماشوم ساتنه او محافظت باندې ټينګار د مور په خېټه کې کوي او دا نه يوازې په مور، بلکې د وخت په حاکم هم لازمه ده چې د حمل په دوران کې مور او ماشوم ته داسې جزا ورنه کړي چې د ماشوم ژوند په خطر کې واچول شي، که څه هم ولد زنا وي.

٦. تر زېږون دمخه د ماشوم تغذيه او معنوي حقوق

تغذيه هغه علم دی چې د غذايي موادو اثر د انسان په وده کې څېړي او د مطالعې لاندې يې نيسي. يا په بله معنی، هغه مواد چې د انسان د بدن ارګانونو ته وده ورکوي، تغذيه بلل کېږي (٢٧).

تغذيه د اسلام له نظره د خوراکي موادو په وسيله د ژونديو موجوداتو تقويه کول او قوي کولو ته وايي او په اصطلاح کې د غذا د خوړلو په وسيله بدن ته رشد ورکول او لازمه انرژي بدن ته رسول تغذيه ده (٢٨).

د اسلام مبارک دين د مور او ماشوم د ژوند ساتنې په موخه توصيه کوي چې د اميندوارۍ پر مهال بايد مور ښه خوراک او څښاک وکړي، ترڅو صحتمند بچی وزېږول شي.

همدارنګه په معنوي ډول د مور او بچي لپاره د اسلام مبارک دين ډېر لوړ امتياز ورکړی. مور لپاره له دې سره سره چې د حمل دوران به په صبر او حوصله تېروي، دا هم اړينه ده چې د خپل راتلونکي ماشوم روحاني روزنې ته پوره پام وکړي. اسلام مونږ ته د مريم (رض عنها) په اړه وايي: د مريم عليها السلام تر پيدايښت مخکې، کله چې يې مور پر دې وپوهېده چې حمل لري، دې له خپل رب څخه دغه دعاء چې د آل عمران سورت په ٣٥ آيت کې راغلې ده، وغوښته: **إِذْ قَالَتِ امْرَأَتُ عِمْرَانَ رَبِّ إِنِّي نَذَرْتُ لَكَ مَا فِي بَطْنِي مُحَرَّرًا فَتَقَبَّلْ مِنِّي ۖ إِنَّكَ أَنتَ السَّمِيعُ الْعَلِيمُ**(٢٩).

ژباړه: (الله ﷻ هغه وخت اورېدل) کله چې د عمران ښځې ويل: زما پروردګاره! زه دا ازاد اولاد چې زما په ګېډه کې دی، ستا لپاره نذر کوم، هغه به همدا ستا کارونو ته وقف وي، زما دا سوغات قبول کړه، ته اورېدونکی او پوهېدونکی یې(٢٩).

د مريم عليها السلام د مور د دې دعاء منزلت او لوړوالی له دې څخه ښه څرګندېږي، چې الله ﷻ دې ته مريم عليها السلام ورکړه او د مريم له ګېډې څخه بيا عيسی (ع) وزېږېد. نو د مسلمانې مور لپاره پکار دي چې د الله ﷻ نه که اولاد غواړي، نو نېک او صالحه اولاد وغواړي، ترڅو يې الله ﷻ په نېک او صالح اولاد ونازوي چې دا يو لوړ معنوي امتياز دی.

همدارنګه دا خبره په قطعي توګه ثابته ده، چې يوازې الله ﷻ کولای شي ښځو ته اولاد ورکړي نو اړينه ده د الله ﷻ ډېر ډېر شکر اداء شي، ترڅو الله ﷻ ستاسو د شکر ګذارۍ تاثيرات او ښېګڼې ستاسو اولاد ته انتقال کړي. الله ﷻ د لقمان سورت په ١۴ آيت کې فرمايي: **وَوَصَّيْنَا الْإِنسَانَ بِوَالِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهْنًا عَلَىٰ وَهْنٍ وَفِصَالُهُ فِي عَامَيْنِ أَنِ اشْكُرْ لِي وَلِوَالِدَيْكَ إِلَيَّ الْمَصِيرُ**(٣٠).

ژباړه: او موږ انسان ته د خپل مور او پلار پر حق پېژندنې تاکید کړی دی. د هغه مور د کمزورۍ د پاسه د کمزورۍ په حال کې هغه راخیستی، په خپله ګېډه کې یې وساته او دوه کلونه یې په تي ورکولو ولګېدل. (له همدې امله موږ هغه ته نصیحت وکړ چې) زما شکر وکړه او د خپل مور او پلار شکر پر ځای کړه، همدا زما لوري ته ستا راګرځېدل دي(۳۰).

له زېږون څخه وروسته د ماشوم حقوق

د اسلام مبارک دین د ماشوم د زېږون سره سم په مور پلار او همدارازد کورنۍ په غړو باندې ځینې حقوق لازم کړي دي، چې د ماشوم ژوند تأمین او بالاخره له همدې کوچني څخه اسلامي کورنۍ جوړه شي. تر زېږون وروسته د ماشوم حقوق په ترتیب سره په لاندې ډول ذکر کوو.

۱. د ژوند کولو حق

د اسلام مبارک دین ماشوم ته د نورو مخلوقاتو په څېر، د هغه د ژوند کولو حق خوندي او ثابت ګڼلی دی، تر دې چې الله ﷻ په خپل کتاب کې مور او پلار د ماشوم له وژلو څخه منع کړیدي، لکه چې الله ﷻ فرمایي: «قَدْ خَسِرَ الَّذِينَ قَتَلُواْ أَوْلاَدَهُمْ سَفَهًا بِغَيْرِ عِلْمٍ وَ حَرَّمُواْ مَا رَزَقَهُمُ اللّهُ افْتِرَاء عَلَى اللّهِ قَدْ ضَلُّواْ وَ مَا كَانُواْ مُهْتَدِينَ»

ژباړه: په تحقیق سره هغه کسان زیانمن (هلاک شول) چا چې د خپل عقلي ضعف یا بې عقلۍ او د جهالت له مخې خپل اولاد په مرګ محکوم کړ او هغه څه یې چې الله تعالی دوی ته ترې روزي ورکړې وه، دوی د دروغو پر بنسټ حرام وګرځول (دا ځکه چې تحلیل او تحریم په اسلامي شریعت کې یوازې د لوی خالق تعالی حق دی، نه د بندګانو او یا د کومې ډلې او جماعت)، نو دوی په تحقیق سره ګمراهان شول او دوی لارموندونکي نه وو.

او په بل ځای کې فرمایي: «وَ لاَ تَقْتُلُواْ أَوْلادَكُمْ خَشْيَةَ إِمْلاقٍ نَّحْنُ نَرْزُقُهُمْ وَ إِيَّاكُم إنَّ قَتْلَهُمْ كَانَ خِطْءًا كَبِيرًا».

ژباړه: او (ای خلکو) تاسې خپل اولادونه د فقر له وېرې څخه مه وژنئ، (ځکه اوس تاسې پر دې خبره باندې پوه شوئ، چې روزي د لوی څښتن تعالی په لاس کې ده)، موږ دوی ته او تاسو ته روزي درکوو (لکه څرنګه چې د دې ماشومانو پلرونو ته روزي ورکوو) او د دوی وژل ستره ګناه ده (۳۱).

له پورته قراني آیاتونو څخه معلومېږي، چې د ماشوم د ژوند د دوام او حفاظتي تدابیرو لپاره الله ﷻ حکمونه رااستولي دي.

۲. د انتساب حق

په اسلامي شریعت کې د ماشوم له بنسټیزو حقوقو څخه یو بل حق پلار یا مور ته یې نسبت کول یا په هغوی پورې تړل دي او اسلامي شریعت دا حق او ستر مسؤلیت د ماشوم د یو لړ حقوقو د خوندیتوب لپاره ټاکلی دی. لکه: د هغه د نفقې حق، د عزت او شخصیت حق، د تي ورکولو حق، د پالنې حق او په میراث کې د ګډون کولو حق.

د اسلام مقدس دین د ماشوم مور او پلار پورې انتساب یا مربوط شمېرل ثابت ګڼلي دي، ترڅو همدا ماشوم له ضایع کېدو، رسوایۍ او سپکاوي څخه خوندي وژغورل شي او همدا ځېزونه یې د ماشوم د پلار لپاره هم د توجه وړ ګڼلي دي، تر څو د هغه نسل او د هغه د زوی ساتنه وشي او د جاهلیت د وخت هغه بې بنسټه دعوې باطلې وګڼل شي، چې دوی د نسب په بطلان ټینګه عقیده درلوده او په شرعي زوی‌ولۍ باندې یې اقرار کاوه، لکه چې لوی څښتن تعالی فرمایي: «ادْعُوهُمْ لِآبَائِهِمْ هُوَ أَقْسَطُ عِندَ اللَّهِ فَإِن لَّمْ تَعْلَمُوا آبَاءهُمْ فَإِخْوَانُكُمْ فِي الدِّينِ وَ مَوَالِيكُمْ»(۷).

ژباړه: تاسې د دغه (مُتبنّي ماشومانو) نسبت د دوی د (اصلي) پلرونو په لورې وکړئ، (دا ځکه چې) دا د لوی څښتن تعالی پر وړاندې تر ټولو زیاته درسته (پر عدل ولاړه) خبره ده او که چېرې تاسو د دوی (حقیقي) پلرونه نه پېژنئ، نو دوی ستاسو په دین کې ورونه او ستاسو دوستان دي (۳۲).

۳. د ماشوم تحنیک کول (د ماشوم خوله خلاصول او خوږول)

د اسلام مبارک دین هر حکم او رسول الله ﷺ هر قول او فعل د ډېرو حکمتونو درلودونکی دی، د رسول الله ﷺ د سنت طریقو څخه یوه دا هم ده، چې کله د یوې مور ماشوم پیدا شي، نو په لومړي مهال کې دې خوله پرانیستل شي او ماشوم ته دې خرما یا بل نرم شی پر شونډو پرانیستلو سره دې ماشوم ته پر شونډو ووهل شي او ښه طریقه یې دا ده، چې خرما دې په ګوتو سره نرمه شي، د کوچني خوله دې پرانیستل شي او په ټولو برخو کې دې په ډېر احتیاط سره د ماشوم خوله کې ووهل شي، که خرما نه وه، هره نرمه او خوږه ماده چې موجوده وه، په همدې ډول دې ورکول شي(۳۰).

ابو موسی الاشعري رضی الله عنه فرمایي: «وُلِدَ لي غُلَامٌ، فأتَيْتُ به النَّبيَّ صَلَّى اللهُ عليه وسلَّمَ فَسَمَّاهُ إبْرَاهِيمَ، فَحَنَّكَهُ بتَمْرَةٍ، ودَعَا له بالبَرَكَةِ، ودَفَعَهُ إلَيَّ(۳۳).

ژباړه: ابو موسی الاشعري (رض) فرمایي چې زما یو زوی پیدا شو او هغه مې د الله نبي ﷺ ته یوړو، رسول الله ﷺ په هغه باندې نوم ابراهیم کېښود او په خرما سره یې تحنیک کړ او بیا یې ورته د خیر او برکت دعا وکړه او ماته یې وسپارلو.له دې څخه معلومېږي چې د اسلام مبارک دین د کوچني ژوند ته په یو خاص ارزښت قایل دی، ترڅو په راتلونکي ژوند کې د ماشوم صحت او سلامتیا ته پوره پاملرنه وشي.

۴. د ماشوم تر زیږون وروسته زیری او مبارکي ورکول

د اسلام مبارک دین ماشوم دنیا ته راتګ ستره تحفه ګڼي او مسلمانه کورنۍ د ماشوم په راتګ سره د دې خوشحالۍ له پیل سره سم یو بل ته زیری او مبارکي ورکوي. الله ﷻ په قرانکریم کې د ابراهیم (علیه السلام) په واقعه کې فرمایي: «وَبَشَّرْنَاهُ بِإِسْحَاقَ نَبِيًّا مِنَ الصَّالِحِينَ»(۳۳).

ژباړه: موږ ابراهیم علیه السلام ته زیری ورکړ چې هغه به اسحاق علیه السلام وي، چې د صالحانو له ډلې نبي دی.

همدارنګه د زکریا (ع) د واقعې په اړه په قرانکریم کې فرمایي: «يَا زَكَرِيَّا إِنَّا نُبَشِّرُكَ بِغُلَامٍ اسْمُهُ يَحْيَى لَمْ نَجْعَلْ لَهُ مِنْ قَبْلُ سَمِيًّا»(۳۳).

ژباړه: موږ تاته په یو زوی سره زیری درکوو چې نوم به یې یحیی وي او په دې نامه موږ تر دې وړاندې بل څوک نه دی نومولی.

له دې ټولو شرعي دلایلو څخه معلومېږي چې د اسلام مبارک دین د ماشوم د شخصیت او مقام د احترام لپاره د زیږون سره سم زیری لازم کړی دی، چې هم کورنۍ خوشحاله او هم یې مور او پلار د خوښۍ څرګندونه وکړي.

۵. په غوږ کې اذان کول

د اسلام په مبارک دین کې د ماشوم له زیږون څخه وروسته درېیم لوی حق په مسلمان پلار او مسلمانې مور دا دی، چې خپل بچي ته په غوږ کې اذان وکړي. ماشوم ته په غوږ کې اذان کول یو سنت عمل دی. حدیث شریف دی: (وَعَنْ أَبِي رَافِعٍ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ قَالَ: رَأَيْتُ رَسُولَ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ أَذَّنَ فِي أُذُنِ الْحَسَنِ بْنِ عَلِيٍّ حِينَ وَلَدَتْهُ فَاطِمَةُ بِالصَّلَاةِ.)(۳۳).

ژباړه: له حضرت ابو رافع (رض) څخه روايت دی چي ما رسول الله ﷺ وليد چي کله حسن (رض) وزېږېد، نو رسول الله ﷺ يې په غوږ کې د لمانځه په څېر اذان وکړ.
همدارنګه د اذان يو لوی حکمت دا هم دی چي به اذان سره شيطان له انسانه تښتي. رسول ﷺ فرمايي: «إِذَا نُودِيَ بِالصَّلَاةِ أَدْبَرَ الشَّيْطَانُ وَلَهُ ضُرَاطٌ حَتَّى لا يَسْمَعَ التَّأْذِينَ»(۳۳).
هر کله چي د لمانځه لپاره اذان وشي، شيطان تښتي تر څو اذان وا نه وري او شور جوړوي.
(عن حسين بن على رضى الله عنهما قال، قال رسول الله صلى الله عليه وسلم من ولد له مولود فاذن فى اذنه اليمنى و اقام فى اذنه اليسرى له يضره ام الصبيان (عمل اليوم والليلة لابن السنى والجامع الصغير للسيوطى(۳۵).
حضرت حسين بن على رضى الله عنهما وويل چي رسول الله ﷺ و فرمايل چې کله د چا ماشوم پيدا شو، په ښي غوږ کې يې اذان وکړئ او کيڼ غوږ کې يې اقامت وکړئ او دغه ماشوم به له (ام الصبيان) څخه وژغورل شي.
علامه ابن قيم رحمه الله ددې فلسفه په لاندې ډول بيانوي:
د ماشوم په غوږ کې د اذان او اقامت دا حکمت دی، چې تر ټولو لومړی چې ماشوم ته کوم غږ رسېږي هغه (الله اکبر) يعنې د خدای لويي او عظمت دی او دا ددې ګواهي ورکوي، چې دغه ماشوم په اسلام کې داخل شو او کله چې دې نړۍ ته راغی، نو ده ته د خدای ﷻ د وحدانيت تلقين وشو او ګټه يې داده، چې کوم مضر اثرات چې د ماشوم زړه او دماغ ته رسېږي، دغه اذان او اقامت د هغو ټولو درملنه ده. د اذان له برکته شيطان تښتي، دغه نوی ماشوم د شيطان له قبضې څخه خلاصوي، دا چې دغه لومړی اذان وشي، نو ددې اذان لمونځ د جنازې لمونځ دی، چې د انسان تر مرګ وروسته ورکول کېږي او مطلب دا دی چې د ماشوم په غوږ کې اذان وشو، نو د جنازې لپاره تياری ونيسه(۳۵).

۶. اسلامي نوم ايښودل

د اسلامي شريعت له نظره د ماشوم بل لوی حق په مور او پلار باندې، له زېږون څخه وروسته، دا دی چې د خپل اولاد لپاره غوره نوم وټاکي، څکه ابووهب الخشعني څخه روايت دی چې رسول الله ﷺ فرمايلي دي: « تَسَمَّوْا بِأَسْمَاءِ الْأَنْبِيَاءِ وَأَحَبُّ الْأَسْمَاءِ إِلَى اللَّهِ تَعَالَى عَبْدُ اللَّهِ وَعَبْدُ الرَّحْمَنِ»(۳٦).
ژباړه: رسول ﷺ فرمايي چې اولادونه د پيغمبرانو په نومونو سره ونوموئ او الله ته خوښ نومونه عبدالله او عبدالرحمن دي(۳٦).
همدارنګه د رسول الله ﷺ طريقه په دې ډول وه چې خراب نومونه به يې په ښو نومونو بدلول.
نوم ايښودل په عمومي ډول د يو تن په پېژندلو او د انسان پر شخصيت باندې د پام وړ اغېز لري. نبي کريم ﷺ به پهخپله د خپلوانو، دوستانو او ګاونډيانو د زامنو لپاره غوره نومونه ټاکل او د هغوی لپاره به يې يو ښکلی معنا لرونکی نوم غوره کاوه، يو داسې نوم چې د اورېدونکي پر غوږونو ښه ولګېږي، له همدې کبله رسول الله ﷺ د مؤمن مسلمان لپاره د يو غوره نوم انتخابول واجب ګڼلي دي او دا يې د يو ماشوم له حقوقو څخه يو حق ګڼلی دی(۳۷).

۷. عقيقه

د اسلامي شريعت له نظره عقيقه د ماشوم زېږېدلو په اوومه ورځ، د خپلوانو د ښه راغلاست په موخه، د وري حلالولو ته وايي، د دغې حديث شريف له مخې چې سلمان بن عمار څخه راويت دی چې رسول الله ﷺ فرمايلي دي: «په خپل بچي عقيقه وکړئ او حيوان پرې حلال کړئ او د هغه څخه ضرر دفع کړئ». همدارنګه حضرت عايشه رض عنها څخه روايت دی چې رسوالله ﷺ فرمايي: «په زوی دوه پسونه او په لور يو پسه حلال کړئ»(۳۸).

دا په اسلام کې یو حسنه سنت دی او ماشوم پرې له ډېرو مصیبتونو او مرضونو څخه ساتل کېږي. په یو روایت کې نقل شوي: (كُلُّ مُولُودٍ مُرْتَهَنٌ بِالْعَقِيقَةِ.) یعنې هر ماشوم د خپلې عقیقې پورې ګرو دی(۳۹).

په راجح قول سره عقیقه په لور یا څوی باندې مستحب ده، چې د زېږون څخه وروسته په اوومه ورځ ترسره کېږي که په اوومه ورځ ترسره نه‌شي په بله هر وخت کې کېدلی شي، په شرط د دې چې پسه د شپږو میاشتو او سېرلی له یوکال څخه کم نه وي او له ټولو عیبونو څخه پاک وي (۳۹).

عقیقه په اسلام کې ځانګړي حکمتونه لري چې یو حکمت هم په یادې صدقې سره ماشوم الله ﷻ د ډېرو مرضونو ژغورې او د لوی خدای ﷻ شکر اداکول دي (۳۹).

۸. سر ښریل او صدقه

په اسلامي شریعت کې د ماشوم حق د هغه د سر ښریل دي، چې په دې سره د ماشوم وېښته تقویت ترلاسه کوي او د ماشوم د لیدلو، ویلو او اوریدلو حس کې کومک کوي. د ماشوم د سر د ویښتو په اندازه یې صدقه لازمي ده او دا عمل په اوومه ورځ مستحب عمل دی. له جعفر بن محمد څخه روایت دي چې فرمایلي یې دي: پلار مې ویل، حضرت فاطمه د حسن، حسین او ام کلثوم وېښته وزن کړل او په همدې اندازه یې صدقه ورکړه(۳۰).

۹. ماشوم ته د شېدو ورکولو حق

په اسلامي شریعت کې مور په دې مکلفه شوې، چې ماشوم ته باید دوه کاله شېدې ورکړي. میندې د مالکي فقهاؤ له نظره شرعاً مکلفې دي، چې بچي ته به شېدې ورکوي، د احناف علماؤ له نظره دا له عاطفي او اخلاقي اړخه د مور یو حق دی، چې ماشوم ته به شېدې ورکوي.

الله ﷻ فرمايي: «وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ»(۳۴).

ژباړه: (او د کوم پلار چې دا هیله وي چې د هغه اولاد دې د تي رودنې په ټوله موده کې تي وروي) نو میندې دې خپلو پچیانو ته پوره دوه کاله تی ورکړي دا(حکم) د هغه چا لپاره دی، چې اراده ولري ددې چې پوره کړي (نیته د) تي ورکولو)(۳۴).

او همدارنګه په بل ځای کې الله ﷻ فرمايي: « وَوَصَّيْنَا الْإِنسَانَ بِوَالِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهْنًا عَلَىٰ وَهْنٍ وَفِصَالُهُ فِي عَامَيْنِ أَنِ اشْكُرْ لِي وَلِوَالِدَيْكَ إِلَيَّ الْمَصِيرُ »(۳۴).

ژباړه: او موږ انسان ته د خپل مور او پلار په حق پېژندنې ټینګارکړی دی، د هغه مور د کمزوری له پاسه کمزوری په حال کې هغه رااخیستی، په خپله ګېډه کې یې وساته او دوه کلونه یې په تي ورکولو تېر کړل، (له همدې کبله موږ هغه ته نصیحت وکړ) چې زما شکر وکړه او د خپل مور او پلار شکر پر ځای کړه، همدا زما لوری ته ستا راتګ دی(۳۴).

د مور شېدې د ماشوم لپاره یو الهي نعمت او بې بېلګې ډالۍ ده، دا د ماشوم لپاره تر ټولو غوره غذا او درمل دي. لومړی دا چې د مور شېدې ماشوم ته ښه وده ورکوي او دویم دا چې د هغه بدن د ناروغیو په مقابل کې مقاوم کوي. په نړۍ کې چې په هره اندازه سره تر ټولو ښه کمپنۍ پوډري شېدې جوړوي او که دا شېدې په هر قیمت سره وي، د مور شېدې تر دې ټولو غوره دي. د مور پر شېدو باندې هره ورځ نوې څېړنې کېږي، په انګلیسي کې یوه اصطلاح کارول کېږي او وایي چې (Breast is best د تي شېدې تر ټولو غوره دي، نو په همدې بنسټ د اسلامي شریعت له نظره د ماشومانو د حقوقو له ډلې یو هم د شېدو د ورکولو د مودې پوره کول دي. د شېدو ورکول د انسان په جسمي جوړښت کې خورا اهمیت لري، نو په همدې بنسټ یوه

مور بايد پوره دوه کاله خپل اولاد ته شېدې ورکړي. اوسني طب هم دا ثابته کړې چې دوه کاله د شېدو ورکول د ماشوم په فزيکي او دماغي جوړښت خورا مثبت اغېز لري. د ماشوم روغتيا ساتنه په رواني، اجتماعي او معنوي ډول د هر پلار او مور وجيبه او اخلاقي مسؤليت دی او په‌دې سره ماشوم ښه تغذيه کېدلی شي، چې ماشوم له رواني او جسمي ناروغيو څخه خلاص شي. په ټوله نړۍ کې څېړنو ثابته کړې چې د مور له شېدو څخه د ماشوم بې‌برخې کول ماشوم په جسمي او رواني ناروغيو اخته کوي، ماشوم د سوء تغذيې، مرگ و مير او گڼو ستونزو سره مخ کوي او پوره ډول د شېدو ورکړه ماشوم ته د ماشوم د رشد او بقا اساس او د مور او ماشوم ترمنځ د عاطفي د تامين بيلامه ده؛ د مور شيدې ماشومانو ته بهترينه غذايي منبع او د فزيکي او مغزي پرمختگ لامل کېږي(۴۰).

۱۰. د نفقې او پالنې حق

په اسلامي شريعت کې د ماشوم د صحت او تغذيې لپاره ځانگړي قوانين او حکمونه موجود دي، ترڅو پلار او مور په‌دې مکلف کړي چې د خپل کوچني پالنه او روزنه وکړي او دا هم د نورو حقوقو په څېر يو حق دی چې په تي ورکولو، نفقې برابرولو او د هغه په پالنې او روزنې پورې تړل کېږي.

اسلامي شريعت کې د اسلام د مبارک دين له نصوصو څخه د قرانکريم په سورة البقرة کې الله تعالی فرمايي: **(وَٱلْوَٰلِدَٰتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَٰدَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَن يُتِمَّ ٱلرَّضَاعَةَ** (۳۴).

ژباړه: او ميندې دې خپل اولاد ته پوره دوه کاله شېدې ورکوي، دا (حکم) د هغه چا لپاره دی، څوک چې د تي ورکولو د مودې پوره‌کول غواړي .

د اسلام مبارک دين هغه کامل شامل دين دی چې د خاوند او ښځې له جدايي څخه وروسته يې هم په خپلو احکامو کې د نفقې په اړه يادونه شوې ده. الله ﷻ فرمايي: « **وَإِن كُنَّ أُولَاتِ حَمْلٍ فَأَنفِقُوا عَلَيْهِنَّ حَتَّىٰ يَضَعْنَ حَمْلَهُنَّ ۚ فَإِنْ أَرْضَعْنَ لَكُمْ فَآتُوهُنَّ أُجُورَهُنَّ ۚ** (۳۴).

ژباړه: او که چېرې ستاسې مطلقه (طلاقې شوې) مېرمنې حمل ولري، نو تاسو پر هغوی باندې (د هغوی د عدت په مرحله کې هم) نفقه وکړئ، تر څو يې اولاد پيدا شي او که چېرې دوی تاسو ته (د مال په مقابل کې ستاسې ماشوم ته تی ورکړي او د هغه سالمه روزنه او پالنه يې وکړه) نو تاسې هغوی (خپلو مېرمنو) ته د هغوی حق پوره ورکړئ.

که چېرې د چا مور وفات شي، نو د اسلام مبارک دين د دې ماشوم د تغذيې او پالنې لپاره خپل نژدې اقارب په‌دې مکلف کړي، چې ماشوم ته شېدې او نفقه ورکړي. ابن قدامة (رحمه الله) فرمايي (وَٱلْحِضَانَةُ وِلَايَةٌ لَا تَثْبُتُ لِكَافِرٍ عَلَى مُسْلِمٍ كَوِلَايَةِ ٱلنِّكَاحِ وَٱلْمَالِ، وَلِأَنَّهَا إِذَا لَمْ تَثْبُتْ لِلْفَاسِقِ فَٱلْكَافِرُ أَوْلَى، لِأَنَّ ضَرَرَهُ أَكْثَرُ لِكَوْنِهِ يَفْتِنُهُ عَنْ دِينِهِ، وَيُخْرِجُهُ عَنِ ٱلْإِسْلَامِ بِتَعْلِيمِهِ ٱلْكُفْرَ وَتَرْبِيَتِهِ عَلَيْهِ)(۳۷).

د ماشوم د پالنې حق يوازې مسلمان تر سره کولی شي او کافر هېڅ کله له دې حق څخه نه‌شي برخمن کېدلی. د دې مثال نکاح ته ورته دی چې کافر د نکاح او د مال څښتن نه‌شي کېدلی او دا ځکه چې دا پورته ځيزونه اسلامي شريعت يو فاسق انسان ته نه دي روا کړي، نو کافر انسان خو په هېڅ صورت د دې حقوقو واکمن کېدلی نه‌شي او د دې کار د مخنيوي حکمت هم په همدې کې دی، چې د کافر زيان نسبت نورو ته ډېر وي او کولی شي چې د يو کوچني مسلمان ماشوم د روزنې پر مهال هغه پر بې دينۍ واړوي او کفري ارشادات او ښودنې ورته وکړي او په انحراف او بې لارۍ سره يې روزنه او پالنه وکړي(۴۱).

په اسلامي شريعت‌کې د احنافو رايه داده چې هلک تر اووه کلنۍ پورې او انجلۍ تر ديارلس کلنۍ پورې په پلار د پالنې حق لري

او مالکي فقهاء وايي، چې که ماشوم هلک وي، نو نفقه يې تر ځوانی (بلوغ) پړاو پورې، پر مور او پلار باندې فرض ده. که چېرې دا ماشوم انجلۍ وي، نو تر واده کېدلو پورې يې پر پلار نفقه واجب ده(۴۱).

الله ﷻ فرمايي: « لِيُنفِقْ ذُو سَعَةٍ مِّن سَعَتِهِۦ وَمَن قُدِرَ عَلَيْهِ رِزْقُهُۥ فَلْيُنفِقْ مِمَّآ ءَاتَىٰهُ ٱللَّهُ لَا يُكَلِّفُ ٱللَّهُ نَفْسًا إِلَّا مَآ ءَاتَىٰهَا سَيَجْعَلُ ٱللَّهُ بَعْدَ عُسْرٍ يُسْرًا»(۳۴).

ژباړه: او خاوند باید (پر خپلې مطلقه مېرمنې او خپل زوی باندې) که چېرې بدایه او شتمن وي، مال دې (پرې) مصرف کړي او که چېرې مالي تنگسه پرې راغله (فقير شو)، نو بيا دې د خپل وس سره سم مال مصرف کړي، الله تعالی د ماشوم او مور لپاره په پلار باندې د عرف مطابق نفقه لازم کړې.

د قرانکریم له پورته ایت څخه معلومېږي چې په هر حال کې چې زوی يا لور نفقې ته اړتيا لري، نو الله ﷻ ورته حکمونه رااستولي دي ترڅو يې د فطرت مطابق ضرورتونه پوره او پلار يې مکلف گرځولی دی.

همدارنگه الله ﷻ فرمايي: « **وَعَلَى ٱلْمَوْلُودِ لَهُۥ رِزْقُهُنَّ وَكِسْوَتُهُنَّ بِٱلْمَعْرُوفِ ۚ لَا تُكَلَّفُ نَفْسٌ إِلَّا وُسْعَهَا**»(۳۴).

ژباړه: او پر خاوند (پلار) باندې د عرف (له دستور سره سم) د هغه د مېرمنو مالي نفقه او هغوی ته د لباس اخيستل واجب دي او هر شخص د هغه د توان سره سم مکلف (مسؤل) گرځولی شوی دی .

۱۱. ختنه (سنتي)

د ماشوم له حقوقو څخه يو هم د هغه سنتول دي، چې دا امر په روښانه ډول، په احاديثو کې ثابت شوی او حکمت په‌کې دا دی، چې پاکوالی رامنځته کوي، په سرطان مرض د اخته کېدو امکان کموي، د سلسل بول مرض مخنيوی کوي.

همدارنگه د ماشوم سنتول له فطري سنتو څخه دي، رسول ﷺ فرمايلي: « **الْفِطْرَةُ خَمْسٌ: الْخِتَانُ، وَالِاسْتِحْدَادُ، وَقَصُّ الشَّارِبِ، وَتَقْلِيمُ الأَظْفَارِ، وَنَتْفُ الآبَاطِ**»(۴۲).

ژباړه: دا پنځه شيان د انسان د فطرت سليمه د تقاضا خاص احکام دي: ختنه (سنته) کول، تر نامه لاندې وېښتو خريل، د بريتو لنډول، نوکونه پرې کول او د تخرگونو وېښتان اخيستل.

د سنتولو د وخت په اړه د فقهاء کرامو متعدد اقوال دي: يوه ډله علماء وايي چې د ماشوم سنتول په اوومه ورځ سنت عمل دی، بله ډله وايي چې له کوچنيتوب څخه د تميز تر سن پورې مناسب وخت دی، دريېمه ډله وايي له اووه کلنۍ څخه تر لس کلنۍ پورې او څلورم قول دا دی، چې د هغه سن څخه چې ماشوم يې طاقت ولري تر لس کلنۍ پورې، ځکه په لس کلنۍ کې د لمانځه امر شوی دی(۴۲).

خو د ځينو علماؤ رايه دا ده چې ختنه د اوو کلنۍ عمر کې غوره او اولی ده. په اسلامي شريعت کې سنته ماشوم لپاره ځانگړي حکمتونه لري، چې ديني او روغتيايي حکمتونه او گټې يې بللی شو. ديني حکمتونه يې دادي چې د ماشوم ختنه اسلامي شريعت له نظره د فطرت له اعمالو څخه ده، مسلمان او نامسلمان سره بېلوي او د رب په بنده‌گۍ باندې اقرار دی. د روغتيا په برخه کې د ماشوم د ختنې په وسيله د نظافت مراعات او د ډېرو امراضو مخنيوی کېږي. دوکتور صبري په‌خپل کتاب «حياتنا الجنسية» کې د ختنه اطفال ځينې روغتيايي گټې په لاندې ډول بيان کړې دي:

له شحمي افرازاتو څخه خلاصون، چې د وينې د ميکروبي کېدو او په سوزاک باندې د اخته کېدو لامل کېږي، د تناسلي آلې د پراختيا پر مهال حشفه له خطره ساتي، ختنه شوي کسان په سرطان باندې لږ اخته کېږي، طفل د شپې (خوب پر مهال) له متيازو کولو منع کېږي، د (Phimosis) د درد څخه مخنيوی کوي، چې د تناسلي آلې د نل له تنگوالي څخه پيدا کېږي(۳۸).

د پورته ټولو توضحاتو معلومېږي چې د اسلام مبارک دين د ماشوم د صحت او ساتنې او ژوند د تېرولو لپاره بهترين او نړيوال اصول لري.

۱۲. د اولاد پالنې، تعليم او تربيې حق

د اسلام مبارک دين په مور پلار باندې لازم کړي، چې د خپل اولاد په سمه روزنه کوي او د دې ټولو خبرو دليل او هدف، د ډېرو څېړونکو له نظره، دنيا ته د څښتن تعالی پالونکي ماشوم راتګ او اولاد د عبادت او د الله ﷻ بنده‌ګۍ ته برابرول دي(۴۳)

په اسلامي شريعت کې د يو ماشوم پالنې حقوق هغه ته تې ورکول، نفقه برابرول او د هغه د پالنې او د روزنې د حق څخه چې اسلامي شريعت په دې اړه ځانګړې ځرګندونې لري، لکه چې خالق تعالی فرمايي: «وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ..»(۳۴).

ژباړه: او ميندې دې خپل اولاد ته دوه کاله پوره شيدې ورکوي، دا (حکم) د هغه چا لپاره دی څوک چې د تي ورکولو د مودې اتمام غواړي.

د اسلام نجات بخښونکي دين ماشوم ته د تي ورکولو حق حتی د مور او پلار يو له بل څخه د انفصال (جداوالي او بېلتون) په صورت کې هم ثابت او خوندي ګڼلی دی او دوی دواړه يې مکلف کړيدي، چې د دوی تر منځ د خپلمنځي اړيکو د پرېکون په صورت کې به هم د خپل ماشوم دا حق نه تلف کوي. په اسلامي شريعت کې د ماشوم پالنې او روزنې حق هغه حق دی، چې په مرسته يې د يو ماشوم د چارو څارنه، د هغه د ژوند بېلابېلو ستونزو حل او د هغه شاوخوا ټولې اړتياوې په‌کې پوره کېږي، البته دا پر والدينو باندې د يو ماشوم له بنسټيزو حقوقو څخه ګڼل کېږي، چې پورته اړتياوې به ورته پوره کوي؛ که چېرې بې مور او پلار شتون ونه‌لري، نو بيا به يو بل هغه څوک چې ماشوم ته تر ټولو نژدې وي، د ماشوم لپاره دا پورته خدمتونه ترسره کوي. يو عالم د دې حق په اړه په خپل کتاب کې وايي: « وَالْحِضَانَةُ وِلَايَةٌ لَا تَثْبُتُ لِكَافِرٍ عَلَىٰ مُسْلِمٍ كَوِلَايَةِ النِّكَاحِ وَالْمَالِ، وَلِأَنَّهَا إِذَا لَمْ تَثْبُتْ لِلْفَاسِقِ فَالْكَافِرُ أَوْلَىٰ، لِأَنَّ ضَرَرَهُ أَكْثَرُ، لِكَوْنِهِ يَفْتِنُهُ عَنْ دِينِهِ وَيُخْرِجُهُ عَنِ الْإِسْلَامِ بِتَعْلِيمِهِ الْكُفْرَ وَتَرْبِيَتِهِ عَلَيْهِ»(۴۴).

ژباړه: د ماشوم د پالنې حق يوازې او يوازې مسلمان تر سره کولی شي او کافر هيڅکله له دې حق څخه نه‌شي برخمن کېدلی، د دې مثال نکاح ته ورته دی چې کافر د نکاح او مال څښتن نه‌شي کېدلی او دا ځکه چې دا پورته څيزونه اسلامي شريعت يو فاسق انسان ته نه دي روا کړي، نو کافر انسان خو په هيڅ صورت ددې حقوقو واکمن کېدلی نه‌شي او ددې کار د مخنيوي حکمت هم په همدې کې دی، چې د کافر زيان نسبت نورو ته ډېر وي او کولی شي چې د يو کوچني مسلمان ماشوم د روزنې پر مهال هغه پر بې دينۍ واړوي او کفري ارشادات او ښودنې ورته وکړي او په انحراف او بې لارۍ سره يې روزنه او پالنه وکړي.

د ماشومتوب په مرحله کې د لومړنيو زده‌کړو په لړ کې تر هر څه دمخه د سمې عقيدې زده کړه نه يوازې د ماشوم سره ښه مرسته کولی شي، بلکې دا ارزښتمنه توښه د هغه له ماشومتوب څخه وروسته پړاو کې هم خورا لوړ اغېز لري، چې په دې لړ کې هر مربي ته‌لازمه ده چې لومړی ماشوم د قرانکريم زده کړې ته برابر کړي.

حافظ السيوطي (رحمه الله) په دې اړه وايي: «تعليمُ الصِّبيانِ القرآنَ أصلٌ مِن أُصولِ الإسْلامِ فَيَنْشَئُونَ عَلى الفِطْرَةِ وَ يَسْبِق إلى قُلُوبِهِم أنْوارَ الحِكْمَةِ قَبْلَ أنْ تَمَكَّنَ الأَهْواءُ مِنْها وَ سُوادُها بِأكْدارِ الْمَعْصِيةِ»(۴۵).

ژباړه: ماشومانو ته د قرآني ارشاداتو ښوونه د اسلام د بنسټيزو اصولو او اساساتو څخه يو مهم اصل دی، تر څو دوی په فطري ډول د قرآن‌کريم سره وصل راستر شي او مخکې له دې چې د هوا او هوس په شيطاني لومو کې ښکېل او د معصيت په ککړتيا

سره يې سپين زړونه تور شي، ښايي د حکمت په پلوشو سره يې زړونه روښانه وساتل شي.
له حضرت ابن عباس (رضي الله عنهما) څخه په يو روايت کې راغلي دي چې: «تُوُفِّيَ رسولُ الله (صلى الله عليه وسلم) و أنا ابن عشر سنين و قد قرأت المحكم»(۴٦).

ژباړه: هر کله چې پيغمبر اکرم ﷺ وفات شو، نو زه لس کلن ماشوم وم او زما قرآنکريم حفظ و.
او همدا راز په يو بل روايت کې د أمير المؤمنين حضرت عمر (رضي الله عنه) څخه رانقل دي چې جناب رسول اکرم ﷺ وفرمايل: «إنّ اللهَ يرفَعُ بِهذا الْكِتابِ أقْواماً وَ يَضَعُ بِهِ آخَرِيْنَ»(٤٦).
ژباړه: په تحقيق سره لوی پروردګار په دې کتاب (قرآنکريم) سره يو لړ قومونو ته عزت او يو لړ نورو ته خواري ورپه برخه کوي.
همدا راز د حضرت عثمان بن عفان (رض) څخه يو روايت داسې نقل شوی دی چې نبي کريم ﷺ وفرمايل: «خَيْرُكُم مَّنْ تَعَلَّمَ القُرآنَ وَعَلَّمَهُ»(٤٦).
او ابن خلدون وايي: « تَعْلِيمُ الْقُرْآنِ لِلْوِلْدَانِ شِعَارٌ مِنْ شَعَائِرِ الدِّينِ، أَخَذَ بِهِ أَهْلُ المِلَّةِ، وَدَرَجُوا عَلَيْهِ فِي جَمِيعِ أَمْصَارِهِمْ، لِمَا يَسْبِقُ إِلَى الْقُلُوبِ مِنْ رُسُوخِ الإِيمَانِ وَعَقَائِدِهِ بِسَبَبِ آيَاتِ الْقُرْآنِ، وَمُتُونِ الأَحَادِيثِ»(۴۷).
ژباړه: د قرآن کريم زده کړه ماشومانو ته د اسلام له شعائرو (نښو) څخه ده، چې د نړۍ مختلفو ملتونو يې زده کړه کړېده او په‌خپلو ټولو ښارونو کې يې د دې د علومو خپراوی کړی دی او د قرآني آيتونو په تلاوت سره د دوی په عقيده کې ټينګوالی راغلی او په اړه يې خبرې کول انسان ته اجر ورکول کېږي.
همدارنګه د اولاد د پالنې او روزونې حق دا هم دی چې رسول الله ﷺ سره يې مينه پيدا او په احاديثو يې پوه او درس ته يې کېنوي او خپل بچي ته پر الهي مرستې او قدر باندې د باورمند اوسېدلو ښودنه هم وکړي. زمونږ ماشومان له ماشومتوب څخه بايد په دې وپوهول شي چې په نړۍ کې د اسلامي بيرغ د رپانده ساتلو لپاره اسلامي امت يو داسې شخصيت ته اړتيا لري، چې ستړيا ونه پېژني او د اسلامي دعوت د خپراوي په لاره کې کوټلي ګامونه پورته او هر راز سرښندنو ته چمتو وي(۴۷).
امام الترمذي (رحمه الله) د حضرت ابن عباس (رضي الله عنهما) څخه يو حديث روايت کړی دی چې فرمايي: زه يوه ورځ د مهربان پيغمبر ﷺ شاته وم چې را ته يې ارشاد وفرمايه: « يَا غُلاَمُ إِنِّي أُعَلِّمُكَ كَلِمَاتٍ: احْفَظِ اللهَ يَحْفَظْكَ، احْفَظِ اللهَ تَجِدْهُ تُجَاهَكَ، إِذَا سَأَلْتَ اللهَ فَاسْأَلِ اللهَ، وَإِذَا اسْتَعَنْتَ فَاسْتَعِنْ بِاللهِ، وَاعْلَمْ أَنَّ الأُمَّةَ لَوِ اجْتَمَعَتْ عَلَى أَنْ يَنْفَعُوكَ بِشَيْءٍ لَمْ يَنْفَعُوكَ إِلاَّ بِشَيْءٍ قَدْ كَتَبَ اللهُ لَكَ، وَإِنِ اجْتَمَعَتْ عَلَى أَنْ يَضُرُّوكَ بِشَيْءٍ لَمْ يَضُرُّوكَ إِلاَّ بِشَيْءٍ قَدْ كَتَبَ اللهُ عَلَيْكَ، رُفِعَتِ الأَقْلاَمُ وَجَفَّتِ الصُّحُفُ»(۴۸).

ژباړه: ای هلکه، زه تا ته يو څو خبرې در زده کوم، ته د الله تعالی د احکامو ساتنه وکړه، هغه به ستا ساتنه وکړي، ته د الله ﷻ د احکامو ساتنه وکړه، نو ته به هغه خپل لوري ته ومومې، هر کله که غوښتنه لرې، نو له لوی پروردګار (جلت عظمته) څخه يې وغواړه او که د استعانت او مرستې غوښتونکی يې، نو له لوی خالق تعالی څخه يې وغواړه او په دې پوه شه، چې که چيرې ټول أمت تا ته د سودمندۍ (ګټې رسولو) په موخه را ټول شي، نو تا ته به له هغه څه څخه پرته چې لوی پروردګار ستا په حق کې ليکلي دي، بله هېڅ څه ګټه ونه‌شي رسولی او که چيرې دا امت را ټول شي چې تا ته زيان (تاوان) ورسوي، نو تا ته به له هغه تاوان څخه پرته چې الله تعالی ستا په حق کې ليکلی دی، بل هېڅ ضرر ونه‌شي رسولی، قلمونه پورته شويدي او پاڼې وچې شويدي.

همدارنگه د اسلام مبارک دين د ماشوم په مشرانو دا لازمه کړې، چې لومړی بايد پلار خپل اولاد ته د عبادت ښودنه وکړي، اسلام سره يې اشنا کړي او خپل بچي تل علم ته وهڅوي. همدارنگه خپل اولادونه په ځان باور، تشويق او ترغيب بااندې وپوهوي او دا په اصل کې د ماشوم حقوق دي په والدينو باندې.

پايله اخيستنه

ماشومان په ټولو، په ځانګړي ډول اسلامي، ټولنو کې لوی ارزښت لري، ځکه هر ماشوم د سبا ورځې ستر شخصيت دی. د اسلامي شريعت د اصولو او ټولو علمي بحثونو څخه وروسته دې پايلې ته ورسيدو چې اسلامي شريعت ټولو ټولنو او افرادو ته جامع او بشپړ قواعد لري او يوازې د افرادو لەلورې تطبيق کې يې ستونزې شته. مونږ په دغې مقاله کې دې پايلې ته ورسيدو چې که پلار او مور د ماشوم له پيدايښت څخه مخکې او وروسته د هغه حقوقو ته متوجه وي، نو کوچنی به يې په روغتيايي ډول هم سالم وي او په روحاني ډول به هم د لوړ شخصيت درلودونکی وي. همدارنگه راتلونکې او موجوده ټولنه به حمايه او افراد به يې له جرايمو او تخلفاتو څخه مصؤن او خوندي وي. اړتيا ده چې په اسلامي شريعت کې د ماشومانو حقوقو تأمين او په تطبيق کې يې پوره توجه وشي په ياده برخه کې په بېلابېلو ژبو ليکنې ترسره، ماشوم ژوند ته د والدينو د پاملرنې په برخه کې عامه پوهاوی ترسره او د کنفرانسونو، سيمينارونو او علمي مقالو د نشر او ترتيب له لارې د ماشومانو حقوقو ته رسيدنه او راسپړنه دوامداره شي؛ د مساجدو علماء او مشران په ټولنه کې ټول خلک خبر او دې برخې ته پاملرنه لا ډېره شي، ترڅو د ماشوم د جسمي او روحاني روغتيا لپاره غوره روغتيايي او علمي طرحې جوړې، ټولنه ترې په اسانۍ سره خبره او تطبيق شي، چې په پايله کې به مو کوچنيان صحتمند او هم سالمه کورنۍ را منځته شي.

وړانديزونه

۱. دا يوه پراخه، له اهميته برخمنه او د عصر برابره موضوع ده؛ غوره ده د اسلامي شريعت په رڼا کې ټول علماء او ليکوالان عامه پوهاوی ترسره، لانورې ليکنې برې وکړي او د ممبرونو له لارې دې عامو خلکو ته ابلاغ شي.

۲. د نورو دولتونو په څېر ښه ده، چې مونږ هم په ياده برخه کې ځانګړې کمېټې او ټولنې ولرو، ترڅو د ماشومانو حقوقو ته پاملرنه زياته شي.

۳. حکومت بايد په خپلو قوانينو کې د يو معتبر او باصلاحيته ارګان تشکيل رامنځته کړي، چې د ماشومانو د حقوقو نقض کوونکي مجازات کړي او هم د کوچنيانو حقوقو د خونديتوب اړوند تر ټولو غوره تدابير ونيسي.

اخځليکونه

۱. وهبة الزحيلي، الفقه الإسلامي وأدلته، دارالفکر، دمشق، څلورمه چاپ، جلد نهم، مخونه ۶۶۲۵-۶۷۶۰

۲. . Ebadi SH. Children's Rights: A Look at the Issues of Children's Rights in Iran. ٤th ed. Tehran: Ghalam Company Publishing; ٢٠٠٥.

۳. حامد، محمد الناصر(۱۴۱۲) تربية الأطفال في رحاب الإسلام في البيت والروضة: مکتبة السوادي، جدة ص.۴۱

٤. المجلة العلمية،لكلية التربية،ج اول،ص ۱۳۲څخه تر ۱۴۰

۵. رواه الترمذي، الجامع الصحيح (سنن الترمذي)،کتاب النکاح، باب ما جاء إذا جاءکم من ترضون دينه فزوّجوه، حديث شماره١٠٨٤ :

٦. فخرالدين الرازي، *التفسير الكبير (مفاتيح الغيب)*، ج ١٣، ص ٢۴۵، چاپ دارالكتب العلمية، بيروت، ١۴٠۴ هـ.ق
٧. احمد بن على بن حجر العسقلاني(ب .ت). فتح البارى شرح صحيح البخاري.بيروت ،لبان :دارالمعرفة ص ٣٨ ج ٩.
٨. عبدالحميد ،محمد محي الدين (٢٠٢٥). التحفة السنية شرح المقدمة الآجرومية. Dar al-Kitab al-'Arabi. ٢٠۵ مخ
٩. البخاري، محمد بن اسماعيل(ب ت) الجامع الصحيح (صحيح البخاري) .ژباړل شوى او تحقيق شوى له خوا د محمد زهير بن ناصر الناصر. بيروت: دار طوق النجاة، ص: ١٣۵٨.
١٠. زين العابدين محمد باقر(٢٠٢٠). حقوق الطفل قبل الولادة فى شريعة السلاميه. العلوم السلامية السانة الجامعة العالمية ماليزيا ج٢، (ص ٨٣-٨۵).
١١. تفسير الطبري (جامع البيان عن تأويل آي القرآن) -ج ٢٧، ص ٧۴، دار هجر، مصر، ١٤١٢ هـ.
١٢. فخرالدين الرازي، *التفسير الكبير (مفاتيح الغيب)*، ج ٢١، ص ٣٢، دار إحياء التراث العربي، بيروت، ١٤٢٠هـ.
١٣. قماشي ، سعيد ، (١٣٨۴هـ ل) .اسقاط عمدي جنين از ديدگاه فقه اهل سنت ،حقوق دانشگاه كاشان ص (١-٢)
١٤. ابن عابدين، محمد أمين.(ب ت) رد المحتار على الدر المختار:دار الفكر، بيروت، ج ١، ص ٢٠٢
١٥. ابن همام، كمال الدين محمد بن عبد الواحد السيواسي (المتوفى ٨٦١هـ)،فتح القدير للعاجز الفقير شرح الهداية،الجزء الثاني، صـ ۵٩٣،
دار الفكر، بيروت – لبنان، ١٣١٦ هـ (او معاصره چاپونه دار الكتب العلمية).
١٦. رح المنهاج ،دارالكتب العلميه ،بيروت ،١٩٩٣م جلد ٨، ص ۴۴٣
١٧. عليش احمد .جلد ١ ص ٣٩٩
١٨. الرهوني، محمد بن عبد السلام بن عبد القادر) .١٩٩٨ .(حاشية الرهوني على شرح الزرقاني على مختصر خليل (جـ. ...). بيروت: دار الفكر.
١٩. الرهوني، محمد بن عبد السلام بن عبد القادر) .١٩٩٨ .(حاشية الرهوني على شرح الزرقاني على مختصر خليل ص ٢٨ بيروت: دار الفكر
٢٠. الرملي، أحمد بن حمزة .فتاوى الرملي، دار المعرفة، بيروت، ج ٨، ص ٤٤٣.
٢١. Farajkhoda T, Latif-Nejad-Roodsari, Abbasi M. Reproductive Health from a Moral and Legal Perspective. Medical Ethics Journal. ٢٠١٢
٢٢. البخاري، محمد بن إسماعيل .الجامع الصحيح (صحيح البخاري)، كتاب النكاح، باب ما يقول إذا أتى أهله، حديث رقم ١٤١.
بيروت: دار ابن كثير، ١٤٠٧هـ / ١٩٨٧م.
٢٣. سنن أبي داود، كتاب الصيام، باب في صوم المسافر، حديث رقم .٢٤٠٨بيروت: دار الفكر، بې‌تا.
٢٤. الزحيلي، وهبة .(٢٠٠٣) الفقه الإسلامي وأدلته بيروت: دار الفكر .ج ٧، ص ۴۵٠–۴۵۵..
٢۵. محمد بن مكرم ابن منظور (ب تا)لسان العرب .ج ۴ ،ص ۴٠٩
٢٦. امام مسلم بن الحجاج النيسابوري . رواه مسلم ،كتاب الحدود،باب من اعترفه على نفسه با الزنا ج اول ص ١٣٢۴
٢٧. المعجم الموحد لمصطلحات علم الأحياء، قائمة إصدارات سلسلة المعاجم الموحدة (٨) (بالعربية والإنجليزية والفرنسية)تونس :مكتب تنسيق التعريب، ١٩٩٣، ص. ١٤٠،

۲۸. رضايي، علي .*تغذيه در اسلام* .تهران: انتشارات بعثت، ۱۳۸۹هـ ش.
۲۹. حمد محسن خټک .تفسير احسن البيان (پښتو ژباړه) .پېښور: دارالسلام، ۲۰۱۳م.جلد ۱، مخ ۱۷۵، د آل عمران سورت، آيت ۳۵.
۳۰. معارف القرآن، تفسير، د لقمان سورت ۱۴ آيت
۳۱. الطبري، محمد بن جرير، *تفسير الطبري*، جلد ۱۶، ص ۳۰
۳۲. الجوزي ،ابن قويم ،(۱۹۹۸م) زاد المعاد في هدي خير العباد: مؤسسة الرسالة الطبعه الخامسة، ٥جلد،ص ۲۳۹
۳۳. البخاري، محمد بن إسماعيل، *صحيح البخاري*، حديث نمبر ٥٤٦٧_ ٦٠٨
۳٤. قرآن كريم، سوره الأنبياء، آيت ۷.سوره بقره ۲۳۲ سوره لقمان ۱۴ ايات سوره طلاق .
۳٥. شمس الدين محمد بن محمد بن محمد السواسي (المشهور بابن أمير حاج أو ابن الهمام الحنفي(۱۴۱۷ هـ / ميلادي ۱۹۹) التقرير والتحبير على تحرير الكمال:بيروت ،دارالكيب العلمية ج ۱ ص:۴۵
۳٦. سنن الترمذي، كتاب الأدب، حديث نمبر ۱٦٤٦
۳۷. العلامه محمد بن علي الصنعانيط. سبل السلام شرح بلوغ المرام : جلد ۴، باب العقيقه، صفحات ۱۹۹-۲۰۲
۳۸. سيما راتب ،(۲۰۰۵)تربيه الطفل في الاسلام : . بيروت ، ص ۳۳.
۳۹. ابن حجر، *فتح الباری شرح صحیح البخاري*، جلد ۹، ص ۴۵
٤۰. مختاريان، طاهره؛ فرهود، داريوش؛ مالمير، مريم؛ مختاريان، طيب ، (۱۳۹٦هـ ش) ضرورت اخلاقى تغذيه با شير مادر و پايبندى به حقوق نوزادان شماره ۱، صفحات ٦-۱۴
٤۱. ابن قدامة، عبد الله بن أحمد المقدسي .المُغْنِي، الجزء الثامن، صفحة ۱۹۰.الرياض: دار عالم الكتب، بې‌تا (د چاپ نېټه نه ده ذکر شوې).
٤۲. صحيح مسلم، كتاب الطهارة، باب خصال الفطرة، حديث (۲٥۷)
٤۳. القرني، عبدالله بن علي .المؤثرات السلبية في تربية الطفل المسلم وطرق علاجها .الطبعة الأولى، الرياض: دار الوطن للنشر، ۱٤۲٤هـ، ص ۷٦.
٤٤. يوسف، محمدالحسن (۲۰۰۹)گذری بر تربيت فرزندان د راسلام ترجمه عبدالله دارابی ، انتشارات زمزم هدايت ،ص ۱۱
٤٥. السيوطي، جلال الدين عبد الرحمن بن أبي بكر.الحاوي للفتاوي في الفقه وعلوم التفسير والحديث والأصول والنحو والإعراب وسائر الفنون. القاهرة: دار الكتب العلمية، ج ۱، ص ۱۹۰.
٤٦. رواه البخاري في صحيحه، كتاب فضائل القرآن، باب تعليم الصبيان القرآن، حديث رقم .٤۹۹۷_(٥۰۲۷)
٤۷. ابن خلدون، عبدالرحمن بن محمد. (۱۳۷۰ هـ.ق) .*المقدمة* (مترجم: محمد بن عبدالله). بيروت: دار الفكر.
٤۸. كتاب الفتن، باب قول النبي ﷺ: «يا غلام إني أعلمك كلمات»، حديث رقم .۲٥۱٦

Review Article

The rights of a child before and after birth in the light of Islamic law

Fazal Rahman Ziarmal
Vice Chancellor Students Affairs, Spinghar University, Nangarhar, Afghanistan

Article History
Received: 17/Nov/2024
Accepted: 09/Jan/2025
Published: 21/10/2025
Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords
- Child
- Islam
- Rights

***Corresponding Author**
Fazal Rahman Ziarmal
E-mail: vc.studentsaffairs@spingharuniversity.edu.af
Contact: + 93 (0) 794068869

Abstract

The holy religion of Islam, which is a comprehensive and complete religion that embraces all aspects of humanity, is a religion that believes in the dignity of human beings. It has not only placed the rights and responsibilities of specific parts of society in its texts, but also has rules and principles for every part of society, one of which is the rights of the child before and after birth in the light of Islamic law. To protect and safeguard the life of the child, the blessed religion of Islam has mentioned in its texts that when a child comes into the world, before it comes, the husband and head of the house must choose a Muslim mother for their child, such parents whose religion is the blessed religion of Islam, and when the sperm is formed from them. The protection of this formed sperm is a great responsibility until the best and healthy child is born into the world. Also, another responsibility of the mother, father, and elders that the blessed religion of Islam has made obligatory on all elders is that after birth, the child should have the best lineage, from the beginning of life, they should be happy with it and give good tidings to each other, the best name should be chosen according to the Sharia and its head should be shaved, then charity and aqiqah should be performed on it. During this period, the blessed religion of Islam has obligated the mother to breastfeed her child for two years, so that it grows healthy, and if there is a problem between the father and the mother, even then Islam has shown the best solutions and has required the father to provide maintenance for a specified period. Allah (SWT) has said, لِيُنفِقْ ذُو سَعَةٍ مِّن سَعَتِهِ وَمَن قُدِرَ عَلَيْهِ رِزْقُهُ فَلْيُنفِقْ مِمَّا آتَاهُ اللَّهُ لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا مَا آتَاهَا سَيَجْعَلُ اللَّهُ بَعْدَ عُسْرٍ يُسْرًا (١). Translation: The wealthy should spend their wealth in accordance with what is right, and whoever is given something, let him spend it from what Allah has given him. Allah does not charge anyone with more than what He has given him. It is not far from Allah that after hardship, He will also grant him ease. In this article, we have discussed in detail all the necessary rights that Allah has given to the child before and after birth. The purpose of this review is to collect, analyze, and organize the rulings and opinions of scholars from reliable, trustworthy sources and reliable sources of Islamic law regarding the rights of children.

مروري مقاله

د نشه‌يي توکو د کارونې په مخنيوي کې د رسنيو ونډې ته کتنه

تلاوت ساحل[۱]، نوماند پوهنيار انعام الله مياخېل[۲]
[۱]نشراتو او تولیزو اړيکو آمريت، سپين غر پوهنتون، ننګرهار - افغانستان
[۲]ژورنالېزم ډيپارټمنټ، ادبياتو او بشري علومو پوهنځی، لغمان پوهنتون، لغمان - افغانستان

د مقالې تاريخچه
د ترلاسه کولو نېټه: ۱۴۰۳/۰۷/۲۳
د منلو نېټه: ۱۴۰۳/۰۸/۱۲
د خپرېدو نېټه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹
کال: ۱۴۰۴ ل.ل ټوک: دويم ګڼه: لومړی

بنسټيز ټکي
- نشه‌يي توکي
- مخنيوی
- روږدېتوب
- رسنۍ

مسؤل ليکوال
تلاوت ساحل
برېښناليک:
publication@spingharuniversity.edu.af
ګرځنده شمېره: 785937940 (0) 93+

لنډيز
په نشه‌يي توکو روږدېتوب د ټولنې د پام وړ او له مهمو ټولنيزو ستونزو څخه دی. سره له دې چې د هېواد دننه او بهرنۍ اداري، حکومتي او خصوصي بنسټونه او ان وګړي او افراد د نشه‌يي توکو د مخنيوي په موخه زياتې پيسې مصرفوي، مګر تر اوسه هېڅ قضايي کړنې نه دي توانېدلي دې ستونزې ته لازم او قطعي ځواب ومومي. نشه‌يي توکي په اصل کې يو لړ ترکيبونه دي چې د هوښيارۍ بدلون، ذهني او جسمي تخريب لامل کېږي. روږدېتوب د يوې ځانګړې مادې يا فعاليت سره د روږدي کېدلو حقيقت يا حالت ته وايي، که چېرې دا ځانګړې ماده د نشه‌يي توکو کوم ډول وي، همدې حالت يا حقيقت ته د مخدره موادو روږدېتوب وايي، چې دا په اصل کې يوه ناروغي ده چې د انسان دماغ او چلند زيانمنوي. د رسنيو په اړه ويلای شو چې د اړيکو يو لړ اغېزناکې وسيلې دي، چې خلک، دولت او مدني ټولنه سره تښلوي، د ټولیزو ستونزو حل راوباسي او د ټولنيز پرمختګ لپاره لاره هواروي. مخنيوی په دې مقاله کې د نشه‌يي توکو د کارونې پر وړاندې کارول شوې کلمه ده او موخه ورځني همدا ده چې رسنۍ به څنګه او څه ډول وکولای شي د نشه‌يي توکو د نه کارونې په برخه کې اغېزناکې ثابتې شي. د دې مروري مقالې له مخې د نشه‌يي توکو روغتيايي، اقتصادي، ټولنيزو او رواني زيانونو او د رسنيو ارزښت ته په پام سره، رسنۍ کولای شي د دې ناوړې پديدې په مخنيوي کې رغنده ونډه ولري. د نشه‌يي توکو مخنيوی د رسنيو د عمده څلور واړو دندو سره مستقيم يا نامستقيمه اړيکه لري، د همدې لپاره رسنيو ته په کار دي چې د نشه‌يي توکو کارونې په برخه کې، ټولنه کې د شته حالت پر وړاندې چوپ پاتې نه شي. ددې مروري مقالې موخه د رسنيو د ونډې په اړه د هر اړخيزو معلوماتو راټولول او له اړوندو اړخونو سره شريکول دي، تر څو ددې ناوړه پديدې په مخنيوي کې رغنده ونډه ولوبوي.

پېژندنه

د يو حکومت، مدني ټولنې او د هېواد قانون پلي کوونکو ادارو لپاره يوه له تر ټولو مهمو دندو څخه، د نشه‌يي توکو د کاروني او سوداګرۍ مخنيوی دی او رسنۍ کولای شي په دې برخه کې پراخه ونډه ولوبوي(۱). نشه‌يي توکي هغه کيمياوي ترکيبونه دي چې مصرف يې د عصبي سېستم په کچه کيمياوي بدلونونه رامنځته کوي او د هوښيارۍ بدلون، ذهني او جسمي تخريب لامل کېږي، چې شدت يې د دې توکو په ډول او اغېزو پورې اړه لري(۲).

په ټوليز ډول رسنۍ (مطبوعات) د اړيکو وسيلې دي، چې خلک، دولت او مدني ټولنه سره تښلوي، په پايله کې ټوليزې ستونزې حل کوي او د ټولنيز پرمختګ لپاره لاره هواروي. په بله اصطلاح، رسنۍ د ټوليزو اړيکو وسيلې ده چې په هغه کې خبريالان کار کوي(۳). مخنيوی يا په طبي اصطلاح انګليسي کې Preventive Healthcare په دې معنا، چې خلکو ته د روغتيا، درملنې او ناروغيو په اړه هغه معلومات او ټکي وروښودل شي، چې په لومړي قدم کې پر ناروغيو د دوی اخته کېدلو مخه ونيول شي، په دويم قدم کې د ناروغيو جدي پايلې راکمې شي او دريیم دا چې د دې پايلو له امله د بدن د يو غړي يا رواني زيان مخه ونيول شي(۴). روږديتوب د يوې ځانګړې مادې يا فعاليت سره د روږدي کېدلو حقيقت يا حالت ته وايي. د مخدره موادو روږديتوب، چې د موادو کاروني اختلال هم بلل کېږي، يوه ناروغي ده چې د انسان دماغ او چلند ته زيان رسوي(۵).

د نشه‌يي توکو د کاروني زيانونه خورا زيات دي، چې د روغتيايي برخې د پوهانو له لورې د دې توکو د بېلابېلو ډولونو د کاروني له امله، آن تر ۱۲۰ پورې رامنځته کېدونکي زيانونه موندل شوي دي. ياد زيانونه کولای شو د ديني، روغتيايي، دنيوي، طبيعي، اخلاقي، کورنيو، ټولنيزو، اقتصادي او داسې نورو تر چتر لاندې ډلبندي کړو. تر ټولو مهمه دا چې ټول دينونه، په ځانګړي ډول اسلام، د شپږو شيانو (دين، عقل، ځان، نسب، عزت او مال) په ساتنه متفق دي او د نشه‌يي توکو کارونه دا شپږ څيزونه ټول له ګواښ سره مخامخ کوي او له منځه يې وړلای شي. نشه‌يي توکي په اصل کې تدريجي ځان وژنه ده، د مال بې ځايه لګښت او اسراف دی او بالاخره له انسان څخه د انسانولۍ اخيستونکی دی(۶).

د نشه‌يي توکو کارونه د ټولنې تر ټولو جدي اندېښنه او ستونزه بللای شو، چې ورځ تر بلې پرې د روږديتوب کچه زياتېږي. د مخدره موادو او جرمونو په اړه د ملګرو ملتونو نړيوال سازمان دفتر (UNODC) د ۲۰۲۳ ز کال د نشه‌يي توکو د کلني راپور له مخې، د درملنې خدمتونو کمښت او بشري ناورينونو له امله د بې ځايه شويو وګړو د احصائيو له مخې، د روږديتوب کچه د ۲۰۲۲ ز کال په نسبت زياته اټکل شوې ده(۷).

رسنۍ چې په ديموکراتيکو ټولنو کې د رديف له مخې په لومړي قطار کې ځای لري، له نړيوال اغېزه برخمنې دي او د يادو پروګرامونو د تطبيق يو د پام وړ او مهم عنصر پېژندل کېږي. رسنۍ د مخاطب پر فکر، عقيده او باور پراخه اغېزه لري او کولای شي د يو منظم پلان او پاليسۍ له مخې د نشه‌يي توکو د مخنيوي بېلابېلې برنامې طرحه، پلې او په دې ډول ، زموږ د افغانستان په ګډون، د نړۍ په بل هر هېواد کې د اړيکو د يوې تر ټولو مهمې وسيلې په توګه د اعتياد په مخنيوي کې تر ټولو مهمه ونډه ولوبوي(۳).

په دې مروري مقاله کې کوښښ شوی دی، چې د څېړنې د موخې په توګه د روږديتوب په مخنيوي کې د رسنيو ونډه وڅېړل شي، ترڅو پوه شو چې رسنۍ د دې موضوع په اړه څه ډول او د کوم ليدلوري له مخې چلند کوي. د څېړنې اهميت هم په دې کې دی، چې د څېړنې پايلې به د رسنيو د مسؤلايتونو او د روږديتوب مخنيوي په برخو کې د مناسبې کاروني لپاره لاربښود شي او په دې ډول به د روږديتوب کچه نهايت ته راکمه شي.

ځوانان او د نشه‌يي توکو کارونه: اوسنی وضعيت

ځوانان په عمومي ډول د نشه‌يي‌توکو پر وړاندې نسبت نورو وګړو ته زيات زيان منونکي دي. د دوی د ژوند بېلابېلو برخو بې ثباتي او ګڼ ټولنيز لاملونه د دوی د رواني او فزيکي حالت د منفي بدلون لامل کېږي، چې بالاخره اوسمهال يا د راتلونکي لپاره په نشه توکو د اخته کېدلو احتمالي نښه (ټارګېټ) ګرځي، چې په ځوانانو، په ځانګړي ډول کم عمره او نويو ځوانانو کې ناوړه او ګواښونکې پايلې زېږوي. په لوی لاس ځان ته زيان رسول، کنټرول له لاسه ورکول او ټولنيزو ناسمو او کرغېړنو چارو ته لاس اچول نه يوازې په نشه توکو روږدو افرادو لپاره؛ بلکې د هغوی د کورنيو لپاره هم نه ختميدونکی زيان لري. د مخدره موادو او جرمونو په اړه د ملګرو ملتونو نړيوال سازمان دفتر (UNODC) د راپور له مخې، په ۲۰۲۱ ز کال کې د مخدره توکو کارونکو شمېر له ۲۹۶ ميليون څخه زيات ښودل شوی دی، چې دا شمېر د تېرې لسيزې په پرتله ۲۳ سلنه زيات دی. په ورته وخت کې د مخدره توکو د استعمال په اختلالاتو اخته کسانو شمېر ۳۹،۵ ميليون ته رسېدلای دی، چې دا شمېر هم د تېرو لسو کالونو په پرتله ۴۵ سلنه زياتوالی لري(۷).

د ستونزې حل

رسنۍ کولای شي د عامه پوهاوي اعلاناتو، پيغامونو او په ټوله کې د نشه‌يي توکو زيانونو په اړه د بېلابېلو خپرونو پر وړاندې کولو سره کولای شي د نشه‌يي توکو په مخنيوي کې د پام وړ ونډه ولوبوي. په دې برخه کې د رسنيو ممد اداري د نشه‌يي توکو پر وړاندې د مبارزې وزارت او رياستونه، د نشه‌يي توکو پر وړاندې د مبارزې اړوند بهرني او داخلي انتفاعي او نا‌انتفاعي سازمانونه، د ښوونې او روزنې او تحصيلي بنسټونه، په ځانګړي ډول د طبی لوړو او نيمه لوړو زده کړو اداري، د ځواناتو چارو اړوند حکومتي او خصوصي اداري او ټولنې او د روغتيا پالنې اداري بللای شو، چې د ځوانانو ترمنځ د نشه‌يي توکو د مخنيوي ځانګړو پروګرامونو پلي کولو سره يې د مخنيوي په برخه کې اړين اقدامات تر سره کړي(۱).

د نشه‌يي توکو مخنيوي کې د رسنيو ونډه

د ټولنې په بېلابېلو برخو کې د رسنيو له اغېز او اهميت څخه سترګې نه شو پټولای، مګر دا چې رسنۍ څه ډول او څنګه کولای شي د نشه‌يي توکو په مخنيوي کې مثمرې ثابتې شي، په اړه به يې ځيني موارد په يو څه تفصيلي ډول ذکر شي(۱).

لومړی. د ژورنالېزم د دندو په پام کې نيول

هر علم چې رامنځته کېږي، يو هدف او موخه ورته له وړاندې ټاکل شوې وي، چې د هماغه اهدافو تر لاسه کولو لپاره بيا هغه علم د يوې وسيلې په توګه کارېږي. ژورنالېزم هم د يو مسلک په توګه د ځينو موخو تر لاسه کولو لپاره رامنځته شوی دی، چې په ټوليز ډول يې عمده څلور موخې په لاندې ډول درګڼلای شو:(۹).

الف. خبرول

د ژورنالېزم لومړنۍ موخه د ورځنيو بېلابېلو پېښو په اړه د خلکو خبرول ده. که چېرې په رسنيو کې خبرونه خپاره نه شي، رسنۍ خپل ارزښت له لاسه ورکوي. خبرولو ته په دري او فارسي کې اطلاع رساني يا اطلاع رسونه هم وايي، چې له خورا ارزښته برخمنه دنده ده او د همدې له امله به يې د مقالې په يوه برخه کې، تر ځانګړي فرعي سرليک لاندې، په اړه تفصيلي معلومات ذکر شي. رسنۍ کولای شي د رواني خدمتونو، د درملنې روغتيايي او معالجوي پروګرامونو او د نشه‌يي توکو د درملنې او شته خدماتي مراکزو معرفي کولو په څېر بېلابېلو موضوعاتو په اړه رسنيزو فعاليتونو سره يې د روږديتوب يو څه مخه ونيسي(۹).

ب. لارښوونه

ژورنالېزم د خبروني تر څنګ د لارښوونې موخه هم لري. دلته هدف دا دی چې رسنی به داسې خپرونې وړاندې کوي، چې د عامو وګړو او دولتي چارواکو د رهنمايي لامل شي، که څه هم د پخلي يا سياستپوهنې خورا ساده پروګرامونه هم وي. د رسنيو له لارې د لارښوونو برخو کې سوداګريز اعلانونه، ټولنيز اعلانونه او د عمومي معلوماتو لوړولو پروګرامونه هم شامل دي. ددې دندې له مخې د رسنيو ځيني فعاليتونه، چې وروسته به په تفصيل سره ذکر شي، دا دي: د نشه‌يي توکو د زيانونو په اړه مستند جوړول، تخصصي ګردي مېزونه برابرول، د روږدو وګړو د شخصي، کورني او ټولنيز موقف په اړه خپروني توليدول او داسې نور(۹).

ج. ښوونه او تعليم ورکول

زياتره وخت د رسنيو له لارې داسې پروګرامونه چمتو کېږي، چې د خلکو علمي کچه لوړه کړي. دا ډول پروګرامونه پر بېلابېلو موضوعاتو جوړېږي او په ټوليز ډول خلک زده‌کړو ته هڅوي. په‌دې برخه کې د رسنيو فعاليتونو له ډلې د نشه‌يي توکو د مخنيوي په موخه د ديني/ديني رنګ لرونکو خپرونو توليدول، د مخربو نظرونو پر وړاندې پوښتنې راپورته کول او د کمزوري کولو په موخه يې پلان شوې خپروني وړاندې کول، ټولنيز تبليغات او داسې نور يادولی شو(۹).

د. سالمه تفريح برابرول

خلک په پرله‌پسې ډول له خپلو ورځنيو چارو څخه ستړي کېږي، رسنی د همدې ستړيا رفعه کولو په موخه د وخت تېری يا تفريح ځانګړي پروګرامونه جوړوي او په دې ډول د مخاطبانو ذهني او آن جسمي ستړيا له منځه وړي. رسنی کولای شي د ټوليزو تبليغاتو، تفريحي او د نشه‌يي توکو بديل مثبت او غوره فعاليتونو منعکس کولو، د نشه‌يي توکو اړوند مستند سريالونو، ډرامو او راپوروتو په وړاندې کولو سره په نشه‌يي توکو د روږديتوب مخه ونيسي(۹).

په پورته ډول د رسنيو څلور عمده دندې ذکر شوې. د نشه‌يي توکو د مخنيوي په برخه کې که وواېو، د رسنی هره دنده مستقيم يا نامستقيم ډول مسؤليت لري، مبالغه به مو نه وي کړي، څکه رسنی کولای شي د نشه‌يي توکو له وروستيو زيانونو خلک خبر کړي، کولای شي د مخنيوي په برخه کې يې خلکو ته لارښوونه وکړي، کولای شي د وګړو د علمي کچې په لوړولو سره، هغوی له نشه‌يي توکو راوګرځوي، يا دا چې سالمه تفريح هم د دې لامل کېږي، چې يو څوک د وخت تېری په خاطر بايد نشو ته مخه ونه کړي، البته رسنيز تفريحي پروګرامونه بايد وي چې تعقيب يې کړي(۹).

دويم. خبرول يا اطلاع رسونه

که څه هم خبرول يا اطلاع رسونه د ژورنالېزم يوه مسلکي دنده ده، مګر دلته به يې په تفصيلي ډول راوړل بې ګټې نه وي.

اطلاع رسونه (Information) د لاتيني کلمې (In+form) څخه لاسته راغلې ده. د اطلاع کلمه په اصطلاح کې د موضوع مشخص کولو لپاره د پيغامونو ترتيب او د خبرونو په اړه د مخاطبينو خبرولو لپاره کارول کېږي. اطلاع چې له خبر سره مترادف شوې، عمدتاً د نولسمې پېړی له دويمې نيمايي څخه پيلېږي، چې په لومړيو کې يې له خبر سره ډېر لرېوالی نه درلوده، مګر وروسته ورته بېلابېلې معناوې په پام کې ونيول شوې. که څه هم اړيکه د معلوماتو ورکولو لومړنی ګام دی، مګر اورمرو د چلند بدلېدو لامل نه کېږي. خبر او اطلاع له اړيکو سره توپير لري. «نوی‌والی» او «انتشار» د خبر او اطلاع مفهوم دی، خو په اړيکه کې د نوي‌والي او نشر اړتيا پر ځای د اړيکو ناپېژندل شوي اړخونه او نورې ځانګړتياوې مهمې بلل کېږي(۹).

د لارو چارو او منځپانګې له مخې، اطلاع ورکول له ښوونې او اړيکو سره توپير لري. په اطلاع ورکولو کې هڅه کېږي، چې

نوي معلومات او مضامين وړاندې شي، د نوموړي پوهه پراخه شي او په دې ډول د يو کار يا فعاليت ترسره کولو ته وهڅول شي يا ورته د نفې لارښوونه وشي. په اطلاع ورکولو کې د احساس، عاطفې او تحرک عنصر د دې لامل کېږي، چې اطلاعات د تبليغاتو رنګ خپل کړي. په تبليغاتو کې د «پوهې او منطق» پرځای د «هيجان» او کله کله د مبالغې او ناشونتيا عنصر زيات کارول کېږي(۹).

کله چې د فرد معلومات هغه ته د يوې موضوع د خوښې يا ناخوښې لامل شي، نو کولای شو د اطلاع ورکونې له بېلابېلو وسايلو څخه په ګټې اخيستلو، نه يوازې د هغه ذوق خړوب کړو، بلکې په مستقيم يا نامستقيم ډول خپلو موخو ته هم ورسېږو. د بېلګې په ډول: که چېرې يو شخص د معلوماتو نه‌شتون له امله يوه ډله ګټور خواړه نه خوري، کولای شو د يادو خوړو د ګټو په اړه يې د عامه پوهاوي روغتيايي اعلاناتو له لارې پوه او په اسانۍ سره د خوړو خوړلو ته راوبولو، خو که چېرې د شخص ستونزه د علم او ليدلوري له لارې حل نه شي، نو د اړيکو او تعقيب له لارې او ځانګړو موقعيتونو رامنځته کولو سره، کولای شو د ځانګړو چلندونو لاملونه ومومو او د سمولو لپاره يې اقدام وکړو(۹).

درېيم. د معلوماتو، زده کړو او مفاهيمې ماډل (Information, Education, Communication) IEC په پام کې نيول

د معلوماتو، زده کړو او مفاهيمې يا IEC په ماډل کې لارښوونه کېږي، چې که د پرېکړې کولو لپاره مرسته وشي، نو د چلند دوام به هم رامنځته شي.

د اطلاع رسونې په برخه کې اوسمهال ته د معلوماتو عصر او د نړۍ کوچنې کېدلو اصطلاحات نوي راداخل شوي دي او دا په دې معنی چې خلک د خپل انتخاب حق او قدرت ته لاسرسی لري. اوس نو که يوه ستونزه يوازې د معلوماتو د کموالي له امله وي، نو د موضوع د حل مناسبه لاره د معلوماتو برابرول دي، مګر که د معلوماتو په ورکولو سره بيا هم په چلند کې بدلون رامنځته نه شي، يا که جوته شي چې د فرد ليدلوری د ستونزې اصلي لامل دی، نو بايد د لازمو ښوونو او لارښوونو له لارې يې په اړه اقدام وشي. که چېرې د يوه چلند يا ستونزې رامنځته کېدل يوازې د پوهې او ليدلوري نه‌شتون له امله نه وي، بلکې ځانګړي شرايط او موقعيتونه هم په دې کې ونډه ولري، نو بايد د مؤثرې اړيکې له لارې د شرايطو سمولو هڅه وشي. کله ناکله يوازې د معلوماتو په ترلاسه کولو سره د فرد په چلند کې بدلون راځي، مګر داسې هم پېښېږي چې پورتني درې واړه پړاوونه بايد عملي شي، تر څو د شخص په چلند کې بدلون رامنځته شي(۱۰).

د IEC ماډل د يو شخص د پوهې، سلوک او عمل په برخو (Knowledge, Attitude and Practice) کې، چې په لنډ ډول ورته (KAP) لنډيز کارول کېږي، يو عملي حل وړاندې کوي. يعنې کله چې د فرد ستونزه په پوهاوي (K) کې وي، نو بايد د معلوماتو (I) له لارې ورسره مخ شو، که د فرد ستونزه سلوک او ليدلوری (A) وي، نو بايد د لازمو ښوونو (E) له لارې يې د سمولو اقدام وشي او بالاخره که ستونزه په عمل (P) کې وي، نو بايد د اړيکو (C) له لارې ورسره مخ شو(۱۰).

د ټولنې د شعور کچې لوړول په دې معنا دي، چې د ټولنې وګړي د خپلو ټولنيزو او ملي ګټو په پام کې نيولو سره مناسبې پرېکړې وکړي. د ګونګتيا، نيمګړتياو او ناسمو معلوماتو له امله د دوی پرېکړې ناسمې کېدلای شي، چې د ارزښتونو، ليدلورو او کړنو په بدلولو کې د پام وړ اغېز لري. يوازې د پوهاوي په موخه د اعلاناتو تر سره کول اړين نه دي، بلکې د معلوماتو روڼتيا رامنځته کول، د جعلي او منفي احساساتو راپورته کوونکو تبليغاتو مخنيوی او د احساساتو پر منطق د غلبې مخنيوی هم اړين دي(۱۰).

معلومات د ديموکراسی تر ټولو ارزښتناکه توکي دي چې بايد په چټک او مؤثره توگه خلکو ته ورسېږي. د ټکنالوژۍ د پرمختگ په مرسته، خلکو ته د متنوع معلوماتو ترلاسه کول شوني شوي دي، چې د داخلي رسنيو فعاليتونه د نورو منابعو سره پرتله کړي؛ په همدې توگه د معلوماتو په خپرولو کې د خلکو د پوهې او حقيقي گډون حس ته وده ورکول کېږي او د ترېوالو حقوقو او د افغانستان وضعي قوانينو له مخې، معلوماتو ته لاسرسی د خلکو حق دی(١٠).

د روغتيا په برخه کې د زده‌کړو موخه دا ده، چې د سالم او روغتيايي ژوند کولو لپاره سمې او عملي لارې چارې وپلټل او خلکو ته روښانه شي. دا بايد د روغتيا پالانو او د ټولنې وگړو تر منځ يوه فعاله او دوه اړخيزه پروسه وي، چې د خلکو د معلوماتو جذبولو او مناسبې روغتيايي کړنې رامنځته کولو ته لار هواروي. د روغتيا مفهوم په دې معنا دی چې انسان د فزيکي، احساسي او ټولنيزو شرايطو ترمنځ يو تعادل ولري. د روغتيا ښوونه نه يوازې فردي ژوند ته وده ورکوي، بلکې د ټولنيزو او روغتيايي اصولو په زده‌کړه کې هم مرسته کوي. د روغتيا زده‌کړې پروسه بايد د خلکو په ژوند کې د مثبتو بدلونونو لامل شي. د روغتيا نړيوال سازمان په دې باور دی چې د روغتيايي مسايلو په اړه د عامه پوهاوي نه شتون، په ځانگړي ډول مخ پر ودې او وروسته پاتې هېوادونو کې، يوه نړيواله ستونزه ده او ددې د حل لپاره يو نړيوال نوښت ته اړتيا ده(١٠).

د نشه‌يي توکو په مخنيوي کې د رسنيو ونډې په اړه مو په پورته ډول ځيني اړين موارد ذکر کړل، اوس به په لاندې ډول هغه لارې چارې ذکر شي چې په دې برخه کې هيڅکله بې اغېزې نه دي:

۱. ټولنيز تبليغات

وړاندې ترډې چې يوه ټولنيزه ستونزه له اړوندو مسؤلينو يا سياستپوهانو سره شريکه شي، رسنۍ يې د سياسي يا ټولنيزو موضوعاتو په وړاندې کولو سره، پيچلتياوې په ساده او ملموسه ژبه د عادي خلکو لپاره چمتو کوي او د ټولنيزو احساساتو او عامه نظرونو د حل لپاره يې تحريکوي(١١).

يوه بله ډېره مهمه ونډه چې رسنۍ يې په تننۍ ټولنه کې لري، د روغتيايي پروگرامونو وړاندې کول دي. دغه ډول پروگرامونه په ټولنه کې د گواښونو او ټولنيزو يا محيطي ستونزو اړوند اطلاعات او معلومات وړاندې کوي، چې موخه يې د ټولنې خلکو د پام جلبول او هڅوی ته د يو کار د کولو يا نه کولو اړوند لارښوونې کول دي. له همدې لارې مسؤلې ادارې او اشخاص ستونزې درک کوي او د حل په موخه يې لازم اقدام کوي(١١).

د بېلگې په ډول: د هوا ککړتيا په برخه کې يوه رسنۍ، د زړو نقليه وسايطو څخه په گټنې، د عامه پوهاوي يو اعلان چمتو کوي. چارواکي يې په کتلو سره متوجه کېږي او د ترافيکو او ترانسپورت رياست/وزارت، د ستونزې د حل په موخه د چاپېريال او روغتيا ساتنې ادارو سره په گډه د زړو نقليه وسايطو پر چلولو بنديز لگوي. همدا راز د روغتيا په برخه کې د عامه پوهاوي برنامې او اعلانات ددې لامل کېږي، چې د روغتيا سکتور اړوند ملاتړې ادارې ستونزه درک او د حل په برخو کې يې ځينې ځانگړې پروژې پلان او تطبيق کړي(١١).

په حقيقت کې د سياسيونو، د يوې کارې برخې پوهانو او خلکو تر منځ درې اړخيزه اړيکه شتون لري، چې ټولو ته د رسنيو له لارې د يو بل اغېزمنولو وړتيا ورکول کېږي. د نشه‌يي توکو کارونه چې د نړۍ په ډېرى هېوادونو کې د يوې جدي ستونزې په توگه شته، رسنۍ کولای شي د خپلو بېلابېلو خپرونو په وړاندې کولو سره يې په مخنيوي کې رغنده ونډه ولري. په بله وينا، په پورتني درې ضلعي (مثلث) کې هره څنده دوه اړخيزه اړيکه لري، چې د حکومتي پروگرامونو يا د يوې فرضي او نمونه يي ټولنې د ټولنيزو بنسټونو په جوړښت کې فعاله ونډه لري (١١).

۲.رواني خدماتي پروګرامونه

ډېر کله یو شخص د رواني او ذهني ستونزو له امله هم ښایي نشه‌یي توکو ته مخه وکړي. رسنۍ کولای شي د رواني خدمتونو اړوند برنامو په وړاندې کولو سره د وګړو رواني درملنه وکړي او په نسبي ډول یې پر نشه‌یي توکو له اخته کېدو راوګرځوي(۱۱).

۳.د درملنې روغتیایي او معالجوي پروګرامونه

په دې معنی چې رسنۍ کولای شي په نشه‌یي توکو د اخته وګړو درملنې او معالجې په موخه داسې برنامې طرحه او وړاندې کړي، چې عملاً په‌کې له یادو توکو د خلاصون اسباب او تداوي وړاندې کېږي. البته دا کار به د ځانګړي پلان او پرله‌پسې څېړونو له مخې ترسره کېږي، چې په‌واسطه یې باید یو څوک وکولای شي یوازې د څېړونې له تعقیب او کورنۍ درملنې سره له اعتیاده خلاص شي(۱۱).

٤.د نشه‌یي توکو د درملنې او شته خدماتي مراکزو معرفي کول

خلک د درملنې لپاره چېرته لاړ شي، رسنۍ یې باید خپلو څېړونو کې روښانه کړي. د درملنې څومره مراکز، د یوې سیمې په کومو برخو کې د څومره امکاناتو په درلودلو سره فعال دي؛ رسنۍ یې باید په اړه معلومات وړاندې کړي. خلک ښایي د دې لېوالتیا ولري چې مراکزو ته لاړ شي، خو څه ډول؛ رسنۍ یې باید روښانه کړي او یو شخص باید له بل شخص څخه پوښتلو ته اړ نه شي؛ دا پوښتل ښایي د هغه لپاره یو ټولنیز ننګ وي(۹).

٥.تفریحي او د نشه‌یي توکو بدیل مثبت او غوره فعالیتونه منعکس کول

نشه مه کوئ، نو څه باید وکړي؛ دا هم د رسنیو دنده ده چې د نشه‌یي توکو د کاروونې بدیل توکي، په دې توکو باندې د وخت تېرې بدیله وخته تېري او فعالیتونه باید روښانه کړي(۷).

٦.د نشه‌یي توکو یا د روږدیتوب پر وړاندې د مبارزې ورځې په ګډون، روغتیایي ورځو نمانځلو په موخه برنامې جوړول

دا برخه هم د اړوند ادارو دنده ده، مګر رسنۍ یې په رسنیز کولو سره خپله برخه مسؤلیت ادا کولای شي او باید له پامه یې ونه غورځوي(۸).

۷.د نشه‌یي توکو د زیانونو په اړه مستند راپورونه، فلمونه، ډرامې ... جوړول

د ژورنالېزم مسلک اصلاً پر حقیقت ولاړ دی، نو ځکه باید هر څه مستند او د شواهدو په وړاندې کولو سره خلکو ته وړاندې شي. رسنۍ کولای شي په دې ډول د نشه‌یي توکو کاروونې مخه یو څه بنده کړي(۸).

۸.تخصصي ګردي مېزونه او مرکې جوړول او وړاندې کول

دا هم یوه خورا مهمه برخه ده، چې له مخې یې رسنۍ کولای شي کره، وروستي او مؤثق معلومات، د دې برخې کارپوهانو له قوله مخاطبانو ته ورسوي او په دې ډول د هغوی د باور وړ وګرځي(۹).

۹.د نشه‌یي توکو پر وړاندې د مبارزې اړوند ویناوې په انځوریز، غږیز او وییز ډول خپرول

په اوسنیو شرایطو کې په ټولیز ډول ټولیزې رسنۍ او په ځانګړي ډول ټولنیزې رسنۍ په دې برخه کې د پام وړ ونډه لوبولای شي(۷).

۱۰. د مخربو نظریاتو پر وړاندې پوښتنې راپورته کول او د یادو نظریاتو د کمزوري کولو لپاره پلان جوړول

جوته خبره ده چې د نشه‌يي توکو په کارولو سره که روږدو وګړو ته زیان رسېږي، په بدل کې یې ځینو مخرب او مغرضو افرادو ته مادي ګټه رسېږي او ښایي هغوی هم په مستقیم یا نامستقیم ډول د نشه‌يي توکو د ترویج په موخه مبارزه وکړي. ددې او ورته نورو مخربو نظریاتو پر وړاندې، رسنۍ کولای شي پیاوړې مبارزه وکړي او باور لرو چې ددوی دا حقه مبارزه به بریالۍ هم وي(۱۳).

۱۱. د روږدو وګړو د شخصي، کورني او ټولنیز ژوند او موقف په اړه برنامې تولیدول

رسنۍ کولای شي په دې ډول، بې له دې چې د یو شخص خصوصي حریم نقض کړي، د روږدو وګړو د کورني او ټولنیز ژوند نامساعدو شرایطو په اړه خپرونې ولري او په دې ډول عام وګړي د روږدیتوب له عواقبو څخه خبر کړي(۱۳).

۱۲. د مخنیوي په موخه ځانګړې دیني/دیني رنګ لرونکې خپرونې جوړول

که چېرې د رسنیو له لارې دیني عالمان د نشه‌يي توکو نامشروعیت او زیانونه د دیني نصوصو په رڼا کې وړاندې کړي، د رسنیو له لارې د نشه‌يي توکو په مخنیوي کې به د پام وړ مثبتې پایلې او لاسته راوړنې ولري(۱۳).

۱۳. د نړیوالو بنسټونو وروستۍ موندنې، کړنې او پایلې شریکولو ځانګړې برنامې او په دې ډول د هغوی پام ځانته راجلبول

دا چاره خو د دې په موخه هم تر سره کېدلی شي، چې نړیوال روغتیایي بنسټونه ځانته جلب او په دې ډول د نشه‌يي توکو د مخنیوي پروژو او ښوونیزو برنامو په تر لاسه کولو سره، د یادو بنسټونو له لورې مالي ملاتړ هم تر لاسه کړي. په پورته ډول هغه عمده موارد دي، چې که چېرې یې په رڼا کې یوه خپرونه طرحه شي، په پوره باور سره چې د نشه‌يي توکو په مخنیوي کې به کارنده ونډه ولري. ددې لپاره چې د نشه‌يي توکو مخنیوي برخه کې د رسنیو ونډه له پراخه اغېزو برخمنه او هڅې یې بېوازې د وخت ضایع نه وي، د بریالۍ رسنیزې خپرونې لپاره په لنډ ډول ځینې ځانګړتیاوې، تر ځانګړي سرلیک لاندې، په لاندې ډول ذکر کوو(۱۳).

د نشه‌يي توکو د مخنیوي اړوند، بریالۍ خپرونې ځانګړتیاوې

یوه بریالۍ رسنیزه برنامه، چې موخه یې د نشه‌يي توکو د کارونې مخنیوی وي، باید جامع او ټولشموله وي. تجربو ښودلې ده چې د بېلابېلو عواملو په پام کې نیولو سره، کولای شو دا ډول یوه خپرونه لابریالۍ کړو. ځیني دا ځانګړتیاوې په لاندې ډول دي:(۱۳).

الف. پلان او منظموالی

د پلان نه‌شتون هر فعالیت له ګڼو ستونزو سره مخ کوي، چې د نشه‌يي توکو د مخنیوي رسنیز پروګرامونه هم له پلان پرته نامنظم او له ګڼو ستونزو سره مخ کېدلای شي چې ځیني هغه یې په لاندې ډول دي:

۱. د ګڼو مخاطبانو لپاره بې نظمه پروګرامونه ښایي د دې لامل شي، چې پیغام اصلي مخاطب ته ونه رسېږي.

۲. ښایي پیغام پر مخاطب اغېز ونه کړي.

۳. د پروګرام د لومړیتوبونو په پام کې نه نیولو له امله، بودیجه ضایع کېږي.

۴. ښایي د پروګرام کارکوونکي توجه نه شي.

۵. بې پلانه پروګرام تل مبهم وي او منطقي مدیریت یې هم شونی نه وي(۱۳).

ب. پراخه همکاري

د رسنۍ او د نشه‌يي توکو پر وړاندې د مبارزې اړوند همکار او ملاتړو ادارو (دولتي، نادولتي، رضاکارانه) تر منځ پراخه همکاري خورا اړينه ده. غوره ده چې د ادارو په روغتيايي ډله کې بايد د درملنې ډله، رواناپوهان، متخصصان او ټول هغه اشخاص شامل وي، چې د بشري چلند او مهارتونو ترويج په برخو کې پراخه مطالعه ولري(۱۳).

ج. اوږدمهاله مهالوېش

د ټولنيز ملاتړ ببلابېلې ډلې او رسنيزې شبکې داسې پروګرامونه ته اړتيا لري، چې د اوږدمهال لپاره په منظم ډول پر مخ لاړ شي او د پلان له مخې دوامداره موخې تعقيب کړي(۱۳).

د. طرحه، برنامه ريزي او ارزونه

د پروګرام ګټورتوب د څېړنې پر بنسټ ولاړ دی، چې د روږديتوب مسئله، د هغې عوامل او د څېړېدو مخنيوي لارو چارو په اړه عامه پوهاوی وړاندې کوي، مګر د هرې څېړونې جلا فرضيې او نظريات بايد مشخص او يو هدف تعقيب کړي(۱۳).

هـ. په مستقيم ډول د مخاطب ښکېلول

په دې معنی چې له روږدو سره مرکې وشي، څېړونه کې بلنه ورکول شي، د هغوی د روږديتوب د ژوند تجربې له نورو سره شريکې شي، څېړونې ته زنګ ووهي، روغتيايي مشورې ورکول شي او داسې نور(۱۳).

و. د بوديجې تامين

له بوديجې پرته د څېړونو پر مخ وړل، ناشوني دي. رسنۍ کېدلای شي د عامه پوهاوي وړيا برنامې او اعلانونه هم وړاندې کړي، مګر د نشه‌يي توکو مخنيوي په موخه باالمعاوضه رسنيز فعاليتونه به د وړيا په نسبت څو برابره زيات باکيفيته او د مثبتو پايلو سره مل وي(۱۴).

ز. د پروګرام ارزونه

د يوې بريالۍ څېړونې تر تولو وروستی، خو خورا اړينه او مهمه څانګړتيا ارزونه ده. د دې ارزونې له مخې د څېړونې د سمون وړ او پياوړتيا ټکي روښانه کېږي او کنټل کېږي چې ايا څېړونه د خپل هدف په تر لاسه کولو کې څومره بريالۍ يا بې پايلې وه(۱۴).

له پورتنيو ليکل شويو ځانګړتياوو سربېره، رسنۍ کولای شي د نشه‌يي توکو مخنيوي اړوند يوه څېړونه، برنامه يا ... کې، د لاندې مواردو په پام کې نيولو سره، يو بريالۍ رسنيز فعاليت تر سره کړي.

۱. په سيمه کې د مروجو کارېدونکو نشه‌يي توکو پېژندل
۲. د نشه‌يي توکو د ناسمې کاروتې ببلابېل اړخونه په ګوته کول
۳. پر نشه‌يي توکو د روږديتوب نښې مشخصول
٤. په ځانګړي ډول، لومړيو پړاوونو کې د ګواښ نښې معلومول
٥. مرستندوی او ساتونکي عوامل په ډاګه کول
٦. زيان رسونکي عوامل په ګوته کول
۷. د معلوماتو او عامه پوهاوي لوړول(۱۴).

اوس به د پورتنيو مواردو په پام کې نيولو سره، ځيني هغه ښبلګې وړاندې کړو، چې د نړۍ په ځينو هېوادونو کې تطبيق شوې او پايلې يې هم مثبت وې(۱۵).

د رسنيزو فعاليتونو لاسته راوړنې

د پورتنيو څرګندونو په رڼا کې د رسنيو له لورې د نشه‌يي توکو د مخنيوي په موخه، په نړيواله کچه د رسنيو ځيني خپرونې او لاسته راوړنې يې ذکر کوو:

لومړۍ بېلګه: په ۱۹۷۰ز کال کې د امريکا حکومت د نشه‌يي توکو د کاروني پر وړاندې مبارزه پيل کړه او له مبارزې نږدې څلور کالونه وروسته، په ۱۹۷۴ز کال کې د نشه‌يي توکو د ناقانونه کاروني انستيټيوټ (Drug Abuse Institute) رامنځته شو. يادې اداري د نشه‌يي توکو د مصرف په اړه پلټنې پيل کړې. معلومه شوه چې له ۱۹۷۲ز څخه تر ۱۹۹۰ز کالونو پورې د ځوانانو تر منځ د نشه‌يي موادو استعمال کې زياتوالی راغلی و(۱۵).

په ۱۹۸۶ز کال کې د امريکا پخواني ولسمشر ريګن له لورې د نشه‌يي توکو پر وړاندې خپرونې اعلان او بوديجه ورته ځانګړې شوه، چې وار له مخه په ۱۹۸۴ز کال کې د رسنيو د بسيج يوې نوې ځانګې هم په فعاليت پيل کړی و. د خپرونې شعار «يوازې نه وواياست» و او موخه يې څرګنده ده چې د نشه‌يي توکو کاروني مخنيوی او په اړه يې د عامه پوهاوي زياتول وه، چې د راپورونو له مخې د يو کال په موده کې يې، په ټوليز ډول د نشه‌يي توکو د ورځني استعمال کچه نږدې نيم سلنه راټيټه کړې وه(۱۵).

دويمه بېلګه: په استراليا کې په ۱۹۸۰ ز کال کې، د نشه‌يي توکو د قباحت په اړه رسنيزې هڅې پيل شوې. هدف يې ښوونځي او ټولنيز ګروپونه وو. د نشه‌يي توکو د ناسمې کاروني پر وړاندې ملي مبارزه NCADA (Nationtional Campaign Against Drug Abduse) پروګرام سره اوړه په اوړه له ګڼو لاسته راوړنو ډکې خپرونې يې ثبت او نشر کړې، چې د متخصصينو په ژوندۍ بڼه مرکې او خپرونې هم په‌کې وې او روږدو يا يې د کورنيو غړو او دوستانو به ورسره مستقيماً ټيليفوني اړيکه هم کوله او د ستونزې د حل په اړه به يې پوښتنې مطرح کولې(۱۶،۱۷).

دريمه بېلګه: په انګليستان کې د نشه‌يي توکو د مخنيوي رسنيز کوښښونه د «هيروئين تاسو ته زيان رسوي» تر سرليک لاندې پيل شول. موخه يې له ۱۴ کلنۍ تر ۲۰ کلنۍ عمر لرونکو کې، د دې ډول توکو د کاروني مخنيوی او له خطر سره د مخ وګړو سره مرسته کول وه. د دې ډول پروګرامونو د اغېزو په اړه څېړنو ښودلې، چې د يادې ډلو افرادو په عامه پوهاوي کې يې اغېز زيات و، مګر د کمښت کچه يې تر اوسه نه وه راټيټه کړې(۱۸).

څلورمه بېلګه: "City Lack Salt": د "City Lack Salt" تر عنوان لاندې، له ۱۹۸۷ څخه تر ۱۹۸۹ز کال پورې يو بل دوه کلن پروګرام پلان شو، چې له ګڼو رسنيو خپرېده. د پروګرام په لومړيو شپږو مياشتو کې خبرونه، عامه اعلانونه، د روغتيايي خدمتونو اعلان، دوه نيم ساعته اونيز مستند او په بي اِم (PM) مجله کې د مقالو يوه لړۍ چاپېدله. دې لړۍ اميداوارو مېرمنو کې پر جنين د نشه‌يي توکو ناسمو اغېزو باندې تمرکز کاوه. د پايلو ارزونو له مخې، د درملنې مراکزو ته د مېرمنو د مراجعې کچه دوه برابره زياته شوې وه او ٦٦ سلنه مېرمنو ويلي وو چې د نشه‌يي توکو د مخنيوي اړوند رسنيزو پروګرامونو ليدلو له امله يې مرکز ته مراجعه کړې. تر ټولو مهمه دا چې د نويو پيدا شويو ماشومانو د مړينې کچه اته سلنه کمه شوې وه(۱۸).

پنځمه بېلګه: «لېونتوب بس دی»: دا پروګرامونه په انګلستـــان کې د EIC/NIDA شورا له لورې په وړيا ډول ترتيب او د سي بي اِس CBS شبکې له لارې خپاره شول، چې د عامه پاملرنې په جذبولو او ټولنيز ملاتړ تر لاسه کولو برخو کې خورا اغېزناک وو(۱۸).

پايله اخيستنه

د نشه‌يي توکو روغتيايي، اقتصادي، ټولنيزو او رواني زيانونو او د رسنيو ارزښت ته پام سره، رسنۍ کولای شي د دې ناوړې پديدې په مخنيوي کې رغنده ونډه ولوبوي. په څېړنه کې د ځينو اړينو اصطلاحاتو د پېژندنې سربېره، جوته شوه چې د نشه‌يي توکو مخنيوی د رسنيو د عمده څلور واړو دندو سره مستقيم او نامستقيمه اړيکه لري، د همدې لپاره رسنيو ته په‌کار دي چې د مخنيوي حل لارو په لټولو سره، په دې برخه کې خپله ستره وجيبه ادا کړي.

د هغو لارو چارو او څېړونو په اړه، چې د نشه‌يي توکو په مخنيوي کې د رسنيو ونډه جوتولای شي، له اړين بحث او پنځو عملي بېلګو په وړاندې کولو سره ثابته شوه، چې د نشه‌يي توکو د مخنيوي په موخه وار له مخه د نړۍ ځينو هېوادونو، بريالۍ رسنيزې تجربې درلودلې دي او که زموږ په ټولنه کې هم ورته تجربې وشي، پايلې به يې مثبتې وي. په ټوليز ډول ويلای شو، چې رسنۍ د خپل ارزښت له مخې د نشه‌يي توکو ناقانونه کاروني په کنټرول، مخنيوي او آن درملنې برخو کې د پام وړ ونډه لري، چې د رسنيو همدې ونډې ته په پام، کولای شو د هېواد دننه حکومتي او خصوصي رسنيو لپاره لاندې څو ټکي د وړانديزونو په توګه ذکر کړو.

وړانديزونه

١. د روږديتوب د مخنيوي په موخه بايد رسنۍ د اغېزناکو اړيکو د يوې مناسبې تګلارې په لټه کې شي.

٢. د کورنيو او ټولنيزو سازمانونو ترمنځ پياوړې اړيکې رامنځته‌کول مهم دي.

٣. د نشه‌يي توکو د زيانونو په اړه د څېړونو او عامه پوهاوي پيغامونو لړۍ بايد پراخه او زياته شي.

٤. د نشه‌يي توکو پر وړاندې د مبارزې لپاره بايد د داخلي او بهرنيو اړوندو بنسټونو له لورې، د روغتيايي او ټولنيزې برنامې ملاتړ ترلاسه او پياوړې شي.

٥. د کورنيو غړي، د دې پر ځای چې د خپلو کورنيو له روږدو غړو څخه نفرت وکړي، لازمه ده چې مينه ورکړي، د روږديتوب درملنه يې وکړي او له روغتيا تر لاسه کولو وروسته يې دوامداره څارنه وکړي.

٦. د ټولنې عام لوستي وګړي هم بايد، په ځانګړي ډول د ټولنيزو رسنيو له لارې، د نشه‌يي توکو د مخنيوي په برخه کې فعاله ونډه واخلي.

اخځليکونه

1. Gulyıza Y. THE ROLE OF CIVIL SOCIETY AND SOCIAL MEDIA IN PREVENTION OF DRUG ABUSE AND DRUG DEALING. Güvenlik ÇalıŞmaları Dergisi. 2017 Sep 2;19(4):23-49.
2. Winick C. Narcotics addiction and its treatment. Law and Contemporary Problems. 1957 Jan 1;22(1):9-33.
3. Curran, J. (2002). Media and Power (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203417744
4. https://dss.sc.gov/about/prevention/what-is-prevention/
5. https://en.wikipedia.org/wiki/Addiction
6. نن ټکی اسيا وېبسايټ، نشه‌يي توکي او زيانونه يې. د کتلو نېټه: ١۴٠٣/٦/٢٣ لمريز، مازيګر ۴:٢١ بجې

7. https://reliefweb.int/report/world/unodc-world-drug-report-2023-enarruzh
8. https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/drug-addiction/symptoms-causes/syc-20365112
9. McNair B. What is journalism? InMaking journalists 2006 Mar 13 (pp. 41-59). Routledge.
10. Sachdeva S, Kar H, Sachdeva R, Tyagi A. Information, education, and communication (IEC): A revisit to facilitate change. Journal, Indian Academy of Clinical Medicine. 2015.
11. Tucker C. Social advertising. Available at SSRN. 2012 Feb 15;1975897.
12. Bouhoutsos JC, Goodchilds JD, Huddy L. Media psychology: An empirical study of radio call-in psychology programs. Professional Psychology: Research and Practice. 1986 Oct;17(5):408.
13. Palmgreen P, Donohew L. Effective mass media strategies for drug abuse prevention campaigns. InHandbook of drug abuse prevention 2006 (pp. 27-43). Boston, MA: Springer US.
14. Montoya ID, Atkinson J, McFaden WC. Best characteristics of adolescent gateway drug prevention programs. Journal of Addictions Nursing. 2003 Jan 1;14(2):75-83.
15. https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-institute-drug-abuse-nida
16. Blewett N. The national campaign against drug abuse: assumptions, arguments and aspirations: The 1987 leonard ball oration. Australian Drug and Alcohol Review. 1988 Jan 1;7(2):191-202.
17. Hughes C, Spicer B, Lancaster K, Matthew-Simmons F, Dillon P. Media reporting on illicit drugs in Australia: Trends and impacts on youth attitudes to illicit drug use. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre. 2010 Sep 28.
18. Atkinson AM, McAuley A, Trayner KM, Sumnall HR. 'We are still obsessed by this idea of abstinence': A critical analysis of UK news media representations of proposals to introduce drug consumption rooms in Glasgow, UK. International Journal of Drug Policy. 2019 Jun 1; 68:62-74.

Review Article

The Role of Media in Preventing Drug Abuse: A Review

Telawat Sahil[1], Junior Teaching Assistant Inamullah Miakhel[2]
[1]Publications and Public Relations Department, Spinghar University, Nangarhar Afghanistan
[2]Department of Journalism, Faculty of Literature and Human Science, Laghman University

Article History
Received: 14/Oct/2024
Accepted: 02/Nov/2024
Published: 21/10/2025
Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords
- Drugs
- Media
- Addiction
- Prevention

***Corresponding Author**
Telawat Sahil
E-mail:publication
@spingharuniversity.edu.af
Contact: + 93 (0) 785937940

Abstract
Substance or drug addiction is one of the significant and critical social issues facing society. Despite the considerable amounts of money spent by domestic and foreign organizations, governmental and private institutions and individuals to combat substance abuse, no judicial or administrative measures have successfully addressed this problem. Substances essentially comprise a series of compounds that lead to changes in consciousness and cause mental and physical deterioration. Regarding media, it can be said that they are an effective tool for connecting people, the government and civil society, ultimately facilitating solutions to collective problems and paving the way for social development. Prevention, as the name suggests, is the term used in this article to refer to efforts against substance use, aiming to explore how media can effectively contribute to preventing drug abuse. Addiction refers to the state or condition of being dependent on a particular drug or activity. When that substance is any form of narcotic, it is termed drug addiction, which is essentially a disease that harms the human brain and behavior. This review article highlights the health, economic, social and psychological harms of substance abuse, as well as the role of media. Media can play a constructive role in preventing this detrimental phenomenon. The prevention of drug abuse is directly or indirectly related to all four primary functions of the media. Therefore, media outlets must not remain passive and silent in the face of the prevailing situation regarding drug use in society. The purpose of this review article is to gather comprehensive information about the role of media and share it with the involved parties, so they can play a constructive role in combating this harmful phenomenon.

مقاله مروری

بازاندیشی در تضمین کیفیت داخلی آموزش عالی با مدل P3: تحلیلی انتقادی از شکاف‌ها، چالش‌ها و راه‌کارها بر پایه

سیدنعیم عالمی[۱]، نثاراحمد احمدی[۲]، محمدشفیق پویا[۳]

[۱،۲،۳]عضو کادر علمی دیپارتمنت کلینیک، پوهنځی طب، پوهنتون جامی، هرات، افغانستان

تاریخچه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱٤۰٤/۰٦/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱٤۰٤/۰۷/۲۳

تاریخ نشر: ۱٤۰٤/۰۷/۲۹

سال: ۱۴۰۴ هـ.ش جلد: ۲ شماره: ۱

نقاط اساسی

- تضمین کیفیت داخلی
- آموزش عالی
- تحلیل موضوعی
- مدل P3
- مرور نظام‌مند
- یادگیری سازمانی

نویسنده مسؤل

سیدنعیم عالمی

ایمیل: sayednaeimalimi@gmail.com

شماره تماس: 799215071 (0) 93+

چکیده

در شرایطی که آموزش عالی در سراسر جهان با فشارهای فزاینده برای پاسخ‌گویی، ارتقای کیفیت و رقابت‌پذیری مواجه است، نظام‌های تضمین کیفیت داخلی (IQA) نقش فزاینده‌ای در بهبود یادگیری، مشروعیت سازمانی و ارتقای کارکرد دانشگاه‌ها ایفا می‌کنند. با این حال، چالش‌هایی چون عدم وجود زبان مفهومی مشترک، تعاریف متناقض و بوروکراتیزه شدن فرآیندهای تضمین کیفیت، بهره‌وری این نظام‌ها را محدود ساخته‌اند. مقاله حاضر با بهره‌گیری از رویکرد مرور نظام‌مند ادبیات (SLR) و تحلیل ۵۰ مقاله منتخب در چارچوب PRISMA ، به تحلیل و بسط مدل مفهومی P 3 (هدف، افراد، فرآیند) در حوزه IQA پرداخته است. تحلیل موضوعی داده‌ها در سه مؤلفه اصلی نشان می‌دهد که: ۱) تعیین اهداف تضمین کیفیت داخلی باید به گونه‌ای صورت گیرد که همزمان پاسخ‌گویی بیرونی و به‌بود درونی را دربرگیرد؛ ۲) مشارکت فعال، آگاهانه و توان‌مندانه ذی‌نفعان ـ به‌ویژه اعضای هیئت‌علمی و دانشجویان ـ شرط اساسی موفقیت IQA است؛ و ۳) طراحی فرآیندهای شفاف، بازخوردمحور و چرخه‌ای، ضامن یادگیری سازمانی و انسجام نظام کیفیت درونی می‌باشد. مدل P 3 با تأکید بر تعامل بین هدف‌گذاری استراتژیک، ظرفیت انسانی و نظم فرآیندی، چارچوبی تطبیق‌پذیر، فرهنگی‌محور و یادگیرنده برای طراحی و پیاده‌سازی تضمین کیفیت داخلی در بافت‌های گوناگون نهادی و فرهنگی ارائه می‌دهد. یافته‌ها از نظر نظری به توسعه گفتمان کیفیت در آموزش عالی و از نظر عملی به سیاست‌گذاران و مدیران دانش‌گاهی در طراحی نظام‌های بومی IQA کمک می‌کند.

مقدمه

در دنیای امروز که آموزش عالی با فشارهای فزاینده‌ای از سوی دولت‌ها، جامعه و بازار کار روبه‌رو است، مفهوم «کیفیت» به عاملی بنیادین در مشروعیت و موفقیت نهادهای دانش‌گاهی بدل شده‌است. کیفیت دیگر صرفاً یک مفهوم ذهنی یا ارزش‌یابی فردی نیست، بل‌که به‌عنوان ابزاری برای پاسخ‌گویی عمومی، ارتقای اثربخشی آموزشی و تقویت رقابت‌پذیری بین‌المللی دانش‌گاه‌ها شناخته می‌شود. در این راستا، نظام‌های تضمین کیفیت داخلی (Internal Quality Assurance -) به‌عنوان ستون فقرات کیفیت درون‌سازمانی عمل می‌کند؛ به‌ویژه نظام‌هایی که برخلاف روی‌کردهای بیرونی، در دل ساختار و فرهنگ دانش‌گاهی رشد می‌یابند و فراتر از ارزیابی‌های بیرونی، بر تغییر درونی، یادگیری سازمانی و مشارکت ذی‌نفعان تمرکز دارد(۱).

بااین‌حال، ادبیات موجود نشان می‌دهد که تضمین کیفیت داخلی هنوز با چالش‌های نظری و عملی مهمی روبه‌رو است. نبود زبان مفهومی مشترک، اختلاف در تعاریف بنیادی، تفسیرهای متناقض از مشارکت ذی‌نفعان و ضعف در پیوند تضمین کیفیت داخلی با فرهنگ سازمانی از جمله مسائل کلیدی هستند که مانع بهره‌برداری مؤثر از این نظام‌ها می‌شود(۲،۳). بسیاری از نهادهای آموزشی، تضمین کیفیت داخلی را به مجموعه‌ای از فرآیندهای بروکراتیک و گزارش‌دهی تقلیل داده‌است که بیش‌تر برای جلب رضایت ناظران خارجی طراحی شده‌اند تا تقویت درونی کیفیت آموزش و یادگیری.

در پاسخ به این چالش‌ها، مدل‌های متنوعی در سطح جهانی توسعه یافته‌است. برای نمونه، مدل DIECU در اندونزی بر چرخه تصمیم‌گیری، اجرا، ارزیابی، کنترل و به‌بود مستمر تأکید دارد و به‌عنوان الگویی برای حرکت دائمی به سوی کیفیت پایدار شناخته می‌شود(۴). در مدل SIMANTUL نیز استفاده از سامانه‌های دیجیتال در مدیریت ممیزی کیفیت نقش محوری دارد(۵). هم‌چنین در قزاقستان و الجزایر نیز تلاش‌هایی برای بومی‌سازی ساختارهای تضمین کیفیت داخلی صورت گرفته است که از جمله آن‌ها می‌توان به مدل‌های مبتنی بر فرهنگ کیفیت سازمانی اشاره کرد(۶).

با وجود این پیش‌رفت‌ها، هم‌چنان فقدان یک چارچوب مفهومی یک‌پارچه احساس می‌شود؛ چارچوبی که بتواند پیچیدگی و پویایی تضمین کیفیت داخلی را به شکلی منسجم توضیح دهد. در این زمینه، مطالعهٔ اخیر کروی و همکاران گامی نوآورانه برداشته است. آنان با انجام یک مرور نظام‌مند ادبیات علمی در حوزه تضمین کیفیت، مدلی مفهومی را با عنوان مدل P3 ارائه داده‌اند که سه بعد کلیدی تضمین کیفیت را به‌صورت درهم‌تنیده معرفی می‌کند:

۱. هدف (Purpose): شامل مأموریت‌های آموزشی، مشروعیت سازمانی و پاسخ‌گویی اجتماعی.
۲. افراد (People): شامل همه ذی‌نفعان دانشگاهی مانند اعضای هیئت‌علمی، مدیران، دانشجویان، کارکنان، کارفرمایان و ناظران بیرونی.
۳. فرآیند (Process): شامل طراحی، پیاده‌سازی، ارزیابی، بازنگری و یادگیری سازمانی(۷).

مدل P3 با ایجاد پیوندی میان این سه مؤلفه، تلاش می‌کند تا تضمین کیفیت داخلی را نه‌تنها به‌عنوان یک ابزار مدیریتی، بل‌که به‌عنوان یک فرآیند فرهنگی، یادگیرنده و زمینه‌محور بازتعریف کند. برخلاف چارچوب‌های قبلی که بیش‌تر بر ساختارهای اداری یا استانداردهای از پیش تعیین‌شده تکیه داشتند، این مدل به دانش‌گاه‌ها امکان می‌دهد که تضمین کیفیت داخلی را با شرایط بومی، رسالت خاص و بافت فرهنگی خود تطبیق دهند.

از سوی دیگر، این مدل به‌طور خاص به نقش افراد در تضمین کیفیت داخلی توجه می‌کند. شواهد نشان می‌دهد که مشارکت واقعی ذی‌نفعان، به‌ویژه دانش‌جویان، می‌تواند به ارتقای درک مشترک از کیفیت و تقویت حس مالکیت نسبت به فرآیندهای آموزشی منجر شود(۸،۹). هم‌چنین، چارچوب‌های شایستگی برای کارکنان تضمین کیفیت داخلی، از جمله مدل سه‌گانهٔ دانش، مهارت و نگرش، نقشی اساسی در اجرای مؤثر سیستم‌های کیفیت دارند(۱۰).

بر این اساس، هدف مقاله حاضر، تحلیل و بسط مدل P3 از طریق مرور نظام‌مند ادبیات علمی موجود در حوزه تضمین کیفیت داخلی است. این مطالعه تلاش می‌کند با تحلیل ساختارهای مفهومی، مدل‌ها و تجارب جهانی، چارچوبی منسجم و تطبیق‌پذیر برای تضمین کیفیت داخلی در آموزش عالی ارائه دهد؛ چارچوبی که نه‌تنها قابل‌فهم باشد، بل‌که قابل‌اجرا نیز باشد.

روش‌شناسی

روی‌کرد پژوهش

پژوهش حاضر با بهره‌گیری از روی‌کرد مرور نظام‌مند ادبیات (Systematic Literature Review - SLR) انجام شده‌است؛ روشی که به‌طور ساختاریافته به گردآوری، تحلیل و ترکیب شواهد علمی می‌پردازد و برای توسعه چارچوب‌های مفهومی در حوزه‌های میان‌رشته‌ای همچون کیفیت آموزش عالی بسیار مناسب است. استفاده از مرور نظام‌مند این امکان را فراهم می‌سازد که بدون سوگیری، به شناسایی الگوها و شکاف‌های مفهومی در متون علمی پرداخته شود. به‌منظور رعایت اصول علمی و افزایش شفافیت فرآیند مرور، چارچوب PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) برای طراحی، غربالگری و گزارش‌دهی مراحل پژوهش به‌کار گرفته شده‌است.

سوال‌های پژوهش

این پژوهش به دنبال تبیین و بسط مدل مفهومی P3 در زمینه تضمین کیفیت داخلی آموزش عالی است. سه پرسش محوری که هدایت‌گر این مطالعه است عبارتند از: نخست، چه مؤلفه‌ها و مفاهیمی به‌صورت مکرر در ادبیات علمی مرتبط با تضمین کیفیت داخلی در آموزش عالی شناسایی شده‌است؛ دوم، این مؤلفه‌ها چگونه می‌توانند به‌صورت منسجم در قالب یک مدل مفهومی با ساختار سه‌بعدی (هدف، افراد، فرآیند) سازمان‌دهی شوند؛ و سوم، مدل P3 تا چه میزان قابلیت تطبیق با زمینه‌های نهادی، فرهنگی و مدیریتی گوناگون را دارد. این پرسش‌ها مبنای استخراج داده‌ها و تحلیل نهایی قرار گرفته‌اند و مسیر مطالعه را در تمام مراحل هدایت نموده‌است.

پای‌گاه‌های داده و راه‌برد جستجو

جهت تضمین جامع‌بودن و غنای داده‌های مورد بررسی، جست‌وجوی ساختاریافته‌ای در چندین پای‌گاه علمی معتبر بین‌المللی انجام شد. این پای‌گاه‌ها شامل Scopus، Web of Science، ERIC و Google Scholar بودند. انتخاب این منابع به دلیل پوشش گستردهٔ آن‌ها از مقالات علمی داوری‌شده و مطالعات مفهومی-تجربی در حوزهٔ آموزش عالی انجام شد. راهبرد جست‌وجو بر ترکیب کلیدواژه‌های اصلی با استفاده از عمل‌گرهای منطقی تمرکز داشت. ترکیب‌هایی از واژگان مانند " Internal Quality Assurance"، "Higher Education"، "IQA framework"، "3P Model"،"Academic Quality Management" و "Purpose, People, Process" به‌کار گرفته شد. جست‌وجو به مقالات منتشرشده به زبان انگلیسی در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۴ محدود شد تا هم از نظر تاریخی پوشش کافی وجود داشته باشد و هم به منابع به‌روز دسترسی حاصل شود.

معیارهای گنجاندن و حذف

برای افزایش دقت و انسجام در انتخاب منابع، معیارهای مشخصی برای گنجاندن و حذف مقالات تعریف شد. مقالاتی که در نشریات معتبر علمی منتشر شده بود، نگاریده شده به زبان انگلیسی، بر تضمین کیفیت داخلی در آموزش عالی تمرکز داشته و دارای چارچوب مفهومی یا گزارش‌های تجربی مرتبط با تضمین کیفیت داخلی بود، در فهرست گنجاندن قرار گرفت. در مقابل، منابعی که تنها به کیفیت بیرونی پرداخته بودند، مقالات غیرعلمی یا بدون داوری تخصصی، گزارش‌های خبری، سرمقاله‌ها یا منابع فاقد محتوای تحلیلی معتبر و نیز مطالعات مرتبط با آموزش ابتدایی و متوسطه، از فهرست حذف گردید. این غربال‌گری دقیق به انتخاب منابعی انجامید که به‌طور مستقیم در توسعه یا بررسی مدل‌های تضمین کیفیت داخلی مؤثریت داشت.

فرآیند انتخاب و تحلیل منابع

مراحل انتخاب منابع در این پژوهش مطابق با مدل PRISMA شامل چهار گام اصلی شناسایی، غربال‌گری، ارزیابی صلاحیت و شمول نهایی بوده است. در ابتدا با جست‌وجوی کلیدواژه‌های منتخب، تعداد ۳۱۲ مقاله شناسایی شد. سپس در مرحله غربالگری، با حذف مقالات تکراری و نامرتبط، ۲۲۹ مقاله باقی ماند که عنوان و چکیده آن‌ها بررسی شد. پس از مطالعه کامل ۱۲۴ مقاله منتخب، در نهایت ۵۰ مقاله به‌عنوان منابع نهایی برای تحلیل مضمون انتخاب شدند. فرآیند انتخاب با مشارکت دو پژوهش‌گر انجام گرفت و در موارد اختلاف نظر، از روش اجماع با نظر پژوهش‌گر سوم استفاده شد. مستندسازی کامل این فرآیند، اعتبار و قابلیت بازتولید تحلیل را افزایش داده است.

روش تحلیل داده‌ها

برای تحلیل محتوای مقالات انتخاب‌شده از روش تحلیل موضوعی (Thematic Analysis) استفاده شد. این روش که توسط Braun و Clarke معرفی شده، به‌طور گسترده در مطالعات کیفی برای استخراج الگوهای معنایی از داده‌های متنی کاربرد دارد. در این پژوهش، تحلیل موضوعی در شش مرحله انجام شد: ابتدا مقالات به‌دقت مطالعه و با داده‌ها آشنا شدیم؛ سپس، مفاهیم کلیدی و عبارات پرتکرار کدگذاری گردید؛ این کدها در ادامه در قالب سه مضمون اصلی مرتبط با ابعاد مدل P3 (یعنی هدف، افراد و فرآیند) سازمان‌دهی شد؛ در مرحله بعد، موضوع‌ها بازبینی و پالایش گردید تا هم‌پوشانی مفهومی و منطقی بین آن‌ها برقرار شود؛ سپس برای هر موضوع، تعاریف عملیاتی و حدود مفهومی دقیق تعریف شد؛ و نهایتاً، یافته‌ها در قالب ساختار نهایی مدل مفهومی تحلیل و تفسیر گردید.

اعتبار و روایی تحلیل

برای اطمینان از روایی و قابلیت اتکای تحلیل، کدگذاری اولیه توسط دو پژوهش‌گر مستقل انجام شد. ضریب توافق بین ارزیابان با استفاده از شاخص کَپا (Cohen's Kappa) سنجیده شد و در مواردی که اختلاف وجود داشت، جلسات بازبینی برای

رسیدن به اجماع برگزار شد. هم‌چنین، با بهره‌گیری از تکنیک مثلث‌سازی داده‌ها (Triangulation) از طریق ترکیب منابع مفهومی، تجربی و جغرافیایی متنوع، اعتبار تحلیل افزایش یافت. این روش به پژوهش‌گران اجازه داد تا از زوایای مختلف به موضوع نگریسته و از تعمیم‌پذیری نتایج در زمینه‌های گوناگون اطمینان حاصل کنند.

یافته‌ها و تحلیل موضوعی

مؤلفه اول: هدف

تحلیل موضوعی نشان داد که مؤلفه «هدف» نقش زیرساختی در تضمین کیفیت داخلی در آموزش عالی دارد. «هدف» نه‌تنها نقطه شروع طراحی سیاست‌های تضمین کیفیت داخلی است، بل‌که معیار سنجش اثربخشی و هم‌آهنگی تمامی عناصر سیستم کیفیت نیز محسوب می‌شود. اهداف تضمین کیفیت داخلی به دو دسته عمده تقسیم می‌شوند: اهداف به‌بود مستمر و اهداف پاسخ‌گویی (Accountability). این دو روی‌کرد که گاه در تضاد ظاهر می‌شوند، به‌عنوان عناصر مکمل در چارچوب‌های موفق تضمین کیفیت داخلی مطرح شده‌اند(۷).

از منظر تطبیقی، هدف‌گذاری در تضمین کیفیت داخلی در بسترهای نهادی و فرهنگی مختلف، تعاریف گوناگونی پیدا می‌کند. در کشورهای جنوب جهانی، تأکید بر مشروعیت‌سازی و پاسخ‌گویی به نهادهای بیرونی بیش‌تر دیده می‌شود، در حالی که در نظام‌های پیش‌رفته‌تر، روی‌کرد درون‌زا با محوریت ارتقای یادگیری و نوآوری غالب است(۶). این تحلیل با یافته‌های ایپومبو و هم‌کاران هم‌سو است که نشان می‌دهد تمرکز بیش از اندازه بر پاسخ‌گویی می‌تواند باعث تقلیل فرهنگ کیفیت به بوروکراسی صوری شود(۱۱).

در برخی مطالعات مانند گری و پاتیل نیز تأکید شده که هدف در تضمین کیفیت داخلی باید در سطح "برنامه‌های درسی" نیز قابل ردیابی باشد؛ یعنی پیوندی میان سیاست‌های کیفیت و یادگیری واقعی دانشجویان وجود داشته باشد(۱۲). هم‌چنین در دانش‌گاه‌هایی که اهداف تضمین کیفیت داخلی به‌صورت مشارکتی تدوین می‌شوند، رضایت ذی‌نفعان داخلی به‌شکل معناداری بالاتر است(۱۳). به‌طور کلی، داده‌ها نشان می‌دهند که موفق‌ترین مدل‌های تضمین کیفیت داخلی آن‌هایی است که هدف را نه یک الزام بیرونی، بل‌که بخشی از «رسالت یادگیری‌محور» دانش‌گاه تعریف می‌کند.

مؤلفه دوم: افراد

افراد، موتور محرک تضمین کیفیت داخلی هستند. تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که تضمین کیفیت داخلی زمانی اثربخش است که اعضای هیئت علمی، مدیران اجرایی، دانشجویان و حتی ذی‌نفعان بیرونی در طراحی، اجرا و بازبینی آن مشارکت واقعی داشته باشند. در این راستا، مطالعهٔ ایزر و هورین نشان داد که نگرش اساتید در ابتدا مقاوم است، اما از طریق آموزش، بازخورد و شفافیت به مشارکت فعال تبدیل می‌شود(۱۴).

اهمیت فرهنگ کیفیت در مشارکت افراد غیرقابل‌انکار است. تحقیقات مانند آسپارانا و هم‌کاران نشان داده‌اند که فرهنگ سازمانی مبتنی بر هم‌کاری، اعتماد و یادگیری مداوم باعث می‌شود که تضمین کیفیت داخلی به‌جای ابزاری صوری، به سازوکار خودسازمان‌ده در دانش‌گاه‌ها تبدیل شود(۱۵).

نقش دانش‌جویان نیز در این فرآیند اهمیت روزافزون دارد. در مطالعات انجام‌شده در اندونزی و لهستان، دانش‌جویان نه‌تنها به‌عنوان پاسخ‌دهندگان به نظرسنجی‌های کیفیت، بل‌که به‌عنوان اعضای کمیته‌های تضمین کیفیت داخلی معرفی شده‌اند(۱٦،۱۷).

هم‌چنین، توسعه شایستگی‌های حرفه‌ای برای اعضای تضمین کیفیت داخلی یکی از الزامات موفقیت سیستم است. مقاله‌ای جدید در سال ۲۰۲۵ نشان می‌دهد که افراد در تضمین کیفیت داخلی باید نقش‌های اطلاعاتی، ارتباطی و تصمیم‌گیرانه ایفا کنند و این امر مستلزم آموزش‌های هدفمند و ساختاریافته است(۱۸).

به بیان خلاصه، تضمین کیفیت داخلی زمانی موفق است که در آن افراد صرفاً مجری نباشند، بل‌که کنش‌گران آگاه، توانمند و متعهد به مأموریت کیفی سازمان باشند.

مؤلفه سوم: فرآیند

فرآیندها شاکله ساختاری تضمین کیفیت داخلی را شکل می‌دهند. تحلیل موضوعی نشان می‌دهد که مدل‌های موفق تضمین کیفیت داخلی معمولاً از الگوی چرخه‌ای بهره می‌برد؛ چرخه‌هایی مانند PDCA (برنامه‌ریزی، اجرا، بررسی، اقدام اصلاحی) یا DIECU (تصمیم‌گیری، اجرا، ارزیابی، کنترل، به‌بود) که به‌صورت مداوم در حال بازنگری است(۴).

مدیریت فرآیندها در تضمین کیفیت داخلی شامل مستندسازی، تحلیل داده‌ها، گزارش‌گیری و بازخورد هدف‌مند است. در این راستا، کاربرد فن‌آوری‌هایی مانند سیستم‌های BPM (مدیریت فرآیند کسب‌وکار) توانسته است شفافیت و پاسخ‌گویی را ارتقا دهد(۱۹). استفاده از حافظه سازمانی و سیستم‌های اطلاعاتی نیز به مستندسازی یادگیری سازمانی کمک کرده و در مدل‌های نوین مانند DIECI لحاظ شده است(۲۰).

مطالعات در پرتغال، قزاقستان و انگلستان نیز نشان داده‌اند که مؤلفه فرآیند باید با سیاست‌های ملی و الزامات بیرونی هم‌راستا باشد، بدون آن‌که استقلال دانش‌گاهی و تنوع فرهنگی به خطر بیفتد(٦، ۲۱، ۲۲).

در نهایت، مؤلفه فرآیند در تضمین کیفیت داخلی موفق باید شفاف، مشارکتی، چرخه‌ای و قابل بازبینی باشد و به‌جای تمرکز صرف بر چک‌لیست‌ها، بر یادگیری سازمانی و به‌بود پیوسته استوار گردد.

مناقشه

تحلیل عمیق داده‌های حاصل از مرور روایی مقاله علمی در حوزهٔ تضمین کیفیت داخلی در آموزش عالی نشان می‌دهد که مدل مفهومی P3 ـ متشکل از سه مؤلفه هدف (Purpose)، افراد (People) و فرآیند (Process) ـ واجد ظرفیت بالایی برای تبیین، یک‌پارچه‌سازی و بهینه‌سازی ساختارهای تضمین کیفیت داخلی در مؤسسات آموزش عالی است. اگرچه چارچوب‌های مختلفی برای طراحی تضمین کیفیت داخلی در ادبیات بین‌المللی ارائه شده‌اند، ویژگی منحصربه‌فرد مدل P3، تأکید آن بر تعامل ساخت‌یافته میان جهت‌گیری استراتژیک، کنش‌گران انسانی و نظم فرآیندی است؛ چیزی که در بیش‌تر مدل‌های موجود یا مورد غفلت قرار گرفته، یا به‌صورت بخشی و تجویزی به آن پرداخته شده است.

نخستین مؤلفه یعنی «هدف» به مثابه قلب راهبردی تضمین کیفیت داخلی، جهت و معنا به تمامی اقدامات تضمین کیفیت می‌بخشد. در تحلیل حاضر مشخص شد که مؤسسات آموزش عالی اغلب در مواجهه با دو نوع هدف بنیادین قرار دارند: اول، به‌بود مستمر کیفیت آموزش و یادگیری؛ دوم، پاسخ‌گویی به نهادهای بیرونی، از جمله دولت‌ها، سازمان‌های اعتباربخشی و بازار کار. این دو روی‌کرد، گرچه در ظاهر متعارض‌اند، اما در عمل باید به‌صورت هم‌افزا و متوازن در طراحی هدف‌های تضمین کیفیت داخلی لحاظ شوند. پژوهش‌ها این دوگانگی را به‌خوبی تبیین کرده‌اند(۷، ۲۳). به‌ویژه در نظام‌های آموزشی با سابقهٔ نظارت دولتی قوی، هدف‌های پاسخ‌گو محور بر فرآیندهای تضمین کیفیت داخلی سایه می‌اندازد و خطر تقلیل تضمین کیفیت به امری صوری و بوروکراتیک را افزایش می‌دهند. در مقابل، نظام‌های دانش‌گاهی با سنت خودگردانی آکادمیک قوی، مانند برخی دانش‌گاه‌های اروپای شمالی یا استرالیا، توانسته‌اند اهداف به‌بودمحور را در دل فرآیندهای تضمین کیفیت نهادینه کنند. بدین ترتیب، موفقیت در طراحی مؤلفه هدف بستگی زیادی به تطابق آن با زمینه‌های نهادی، فرهنگی و تاریخی هر کشور و دانش‌گاه دارد.

مؤلفه دوم مدل P3، یعنی «ظرفیت انسانی»، به نقش انسان‌ها در تضمین کیفیت داخلی می‌پردازد؛ نقشی که در اغلب مدل‌های ساختارگرا به‌صورت حاشیه‌ای دیده شده است. در تحلیل ما، مشارکت واقعی و توان‌مندسازی بازی‌گران انسانی، شرط بنیادی اثربخشی تضمین کیفیت داخلی شناسایی شد. افراد فعال در این فرایند نه‌تنها شامل مسئولان رسمی کیفیت، بل‌که اعضای هیئت علمی، مدیران میانی، کارشناسان اجرایی، دانش‌جویان و حتی نمایندگان صنعت و جامعه نیز می‌شوند. نقش‌آفرینی این افراد، زمانی ثمربخش است که در یک نظام انگیزشی شفاف، همراه با آموزش مستمر و دسترسی به منابع تصمیم‌سازی مشارکت داده شوند. یافته‌ها بر این واقعیت تأکید دارند که سطح تعهد و مشارکت افراد در تضمین کیفیت داخلی به‌طور مستقیم با کیفیت نهایی آن رابطه دارد. هرجا افراد، تضمین کیفیت داخلی را تهدیدی برای استقلال یا ابزار کنترل ارزیابی کرده‌اند، عمل‌کرد سیستم مختل شده است. در مقابل، در سازمان‌هایی که فرهنگ کیفیت به‌صورت مشترک ایجاد و هدایت شده، افراد به عنوان عاملان تحول و یادگیری سازمانی عمل کرده‌اند. همین نکته، اهمیت توسعه حرفه‌ای (professional development) را در برنامه‌های تضمین کیفیت داخلی دوچندان می‌کند(۱۰، ۱۴).

اما مؤلفه سوم، یعنی «فرآیند»، شالوده اجرایی و نظام‌مند تضمین کیفیت داخلی را شکل می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که طراحی فرآیندهای شفاف، بازخوردمحور و چرخه‌ای (مانند PDCA یا DIECU) نقشی حیاتی در پایداری و انسجام تضمین کیفیت داخلی دارد. تحلیل ما نشان داد که دانش‌گاه‌هایی که از مدل‌های چرخه‌ای بهره گرفته‌اند، توانسته‌اند سازوکارهایی برای بازنگری و یادگیری سازمانی ایجاد کنند که تضمین کیفیت را از سطح نظارت اداری به سطح تحول نهادی ارتقا داده است. در این زمینه، یافته‌ها بر طراحی فرآیندهای باز و قابل مستندسازی تأکید دارند(۴، ۱۹). افزون بر این، استفاده از ابزارهای دیجیتال مانند سیستم‌های BPM و سامانه‌های مدیریت داده (مثلاً SIMANTUL) نقش مهمی در تسهیل تحلیل داده‌ها، شفافیت گزارش‌دهی و سرعت پاسخ‌گویی ایفا کرده‌است. بااین‌حال، باید توجه داشت که فن‌آوری تنها در صورتی مؤثر است که در بستر فرهنگی و سازمانی مناسبی به‌کار گرفته شود. در غیر این صورت، منجر به تقویت ابعاد صوری و بوروکراتیک سیستم کیفیت خواهد شد.

با ترکیب سه مؤلفه هدف، ظرفیت انسانی و فرآیند، مدل P3 قابلیتی فراهم می‌سازد که تضمین کیفیت داخلی را نه یک «سازوکار کنترل»، بل‌که یک «سازوکار یادگیری نهادی» تلقی کنیم. این دیدگاه با آثار نظری مانند لوکت هم‌راستا است که معتقد است کیفیت آموزش باید در دل یادگیری سازمانی مستمر نهادینه شود، نه صرفاً از طریق ابزارهای سنجش و ارزیابی رسمی. مدل P3 با تأکید بر تعامل هم‌افزا میان اهداف، افراد و ساختارها، امکان طراحی تضمین کیفیت داخلی متناسب با بافت‌های فرهنگی، نهادی و عملیاتی متفاوت را فراهم می‌کند(۲۴). به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه که نظام‌های کیفیت غالباً تحت فشارهای سیاست‌گذارانه یا الزامات اعتباربخشی خارجی شکل می‌گیرند، این مدل می‌تواند راه‌کاری برای بومی‌سازی فرآیندهای کیفیت، مشارکت معنادار ذی‌نفعان و تسهیل یادگیری سازمانی ارائه دهد.

از منظر نظری نیز، مدل P3 به غنای مفهومی ادبیات کیفیت در آموزش عالی کمک می‌کند. برخلاف مدل‌های ایستا که عموماً بر ساختارها یا استانداردهای بیرونی متمرکز هستند، P3 یک چارچوب پویا، درونی و زمینه‌محور پیش‌نهاد می‌کند که قابلیت انطباق با شرایط متغیر دانش‌گاه‌ها و الزامات جهانی‌شدن را دارد. مطالعات زیادی نشان می‌دهد که این مدل می‌تواند با روی‌کردهای متفاوت مدیریت کیفیت – از کل‌نگر تا مشارکتی، از داده‌محور تا فرهنگ‌محور – تلفیق شود. این انعطاف‌پذیری مفهومی، ارزش علمی و عملی مدل P3 را دوچندان کرده است(٦، ۲۵، ۲۶).

در مجموع، مدل P3 به‌عنوان یک چارچوب تحلیلی و کاربردی، قادر است تضادها و خلأهای رایج در طراحی سیستم‌های تضمین کیفیت داخلی را پوشش دهد. با تأکید بر تعامل اهداف، کنش‌گران و ساختارها، این مدل نه‌تنها به به‌بود اثربخشی و پایداری کیفیت در آموزش عالی کمک می‌کند، بل‌که زمینه‌ای برای گفت‌وگوی انتقادی درباره ماهیت کیفیت، ابزارهای سنجش و آینده یادگیری فراهم می‌سازد. استفاده از این مدل در بافت‌های فرهنگی و نهادی متنوع، مستلزم بازاندیشی مستمر در باب مفاهیم «کیفیت»، «مشارکت» و«یادگیری سازمانی» است؛ امری که تضمین کیفیت داخلی را از سطح رویه‌های رسمی به سطح گفتمان‌های تحول‌محور ارتقا می‌دهد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که مدل P 3ـ با تأکید بر سه مؤلفه‌ی هدف، افراد و فرآیند ـ دارای ظرفیت بالا برای تبیین، طراحی و پیاده‌سازی نظام‌های کارآمد تضمین کیفیت داخلی در آموزش عالی است. برخلاف بسیاری از چارچوب‌های موجود که بر ابعاد ساختاری و اداری تمرکز دارند، این مدل با رویکردی زمینه‌محور و یادگیرنده، به دانشگاه‌ها امکان می‌دهد که کیفیت را نه به‌عنوان الزام بیرونی، بلکه به‌مثابه فرآیندی درونی، فرهنگی و تحول‌محور بازتعریف کنند. در مؤلفه "هدف"، هم‌افزایی میان پاسخ‌گویی بیرونی و بهبود درونی به‌مثابه دو بال موفقیت نظام‌های IQA مطرح شد. مؤلفه "افراد" بر ضرورت توانمندسازی، آموزش و مشارکت واقعی تمامی ذی‌نفعان تأکید دارد و نشان می‌دهد که کیفیت زمانی درونی می‌شود که به ارزش مشترک اعضای سازمان تبدیل گردد. در نهایت، مؤلفه "فرآیند" با چرخه‌سازی، مستندسازی، بازخورد و یادگیری سازمانی، کیفیت را از سطح نظارت‌های اداری به سطح تحولات نهادی ارتقا می‌دهد. این مدل، با توجه به انعطاف‌پذیری مفهومی و قابلیت انطباق با شرایط نهادی و فرهنگی، می‌تواند راه‌گشای طراحی نظام‌های بومی و اثربخش تضمین کیفیت داخلی، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه باشد.

پیشنهادها

بر مبنای یافته‌های پژوهش، پیشنهادهای زیر برای ارتقای تضمین کیفیت داخلی در آموزش عالی ارائه می‌گردد:

۱. **بومی‌سازی چارچوب‌های کیفیت داخلی:** دانشگاه‌ها باید از مدل‌های وارداتی صرف فاصله گرفته و چارچوب‌هایی چون مدل P3 را با توجه به بافت فرهنگی، نهادی و نیازهای خاص خود تطبیق دهند.

۲. **توانمندسازی ذی‌نفعان کلیدی:** برگزاری دوره‌های آموزشی ساختاریافته برای اعضای هیئت‌علمی، مدیران و دانشجویان در حوزه تضمین کیفیت و یادگیری سازمانی توصیه می‌شود.

۳. **مشارکت معنادار دانشجویان:** دانشجویان نباید صرفاً به‌عنوان منابع داده، بلکه به‌عنوان شرکای فعال در طراحی و بازبینی نظام‌های کیفیت به رسمیت شناخته شوند.

٤. **استفاده هوشمندانه از فناوری:** بهره‌گیری از سیستم‌های مدیریت فرآیند کسب‌وکار(BPM) ، حافظه سازمانی و داده‌کاوی آموزشی باید با درنظر گرفتن بستر فرهنگی و سازمانی صورت گیرد.

٥. **بازاندیشی در مفهوم کیفیت:** کیفیت باید به‌جای آن‌که به چک‌لیست‌های اداری تقلیل یابد، به بخشی از رسالت یادگیری‌محور، هویت سازمانی و فرهنگ دانشگاهی تبدیل شود.

٦. **ترجمه عملی چارچوب P 3به راه‌کارهای سیاستی:** سیاست‌گذاران آموزش عالی می‌توانند از مدل P 3برای طراحی نظام‌های ارزیابی داخلی، بازبینی برنامه‌های درسی، و تدوین سیاست‌های تضمین کیفیت در سطح ملی استفاده کنند.

منابع

1. Dill, D. (2008). Quality Assurance in Higher Education: Practices and Issues 1.
2. Benhacine, S. (2023). Enhancing Higher Education Quality: A Proposed Internal Quality Assurance Model for Algerian Institutions. The Arab Journal for Quality Assurance in Higher Education, 16(55), 80–96. https://doi.org/10.20428/ajqahe.v16i55.2166
3. Yun-chuan, D. (2011). Internal Quality Assurance and External Quality Assurance of Higher Education. Journal of Kunming University of Science and Technology.
4. Mursidi, A., Murdani, E., Soeharto, Sumarli, Ting, I.-H., & Wu, J. C. (2019). Development of internal quality assurance model in higher education institution. Proceedings of the 10th International Conference on E-Education, E-Business, E-Management and E-Learning, 264–269. https://doi.org/10.1145/3306500.3306539
5. Mulyani, S. H., Nugroho, A., & Nurain, M. (2022). SIMANTUL: Model of Internal Quality Audit Management System in Higher Education. International Journal of Informatics and Computation, 4(2), 16. https://doi.org/10.35842/ijicom.v4i2.52
6. Mukhatayev, A., Omirbayev, S., Biloshchytskyi, A., Kassenov, K., Toxanov, S., & Idiyatova, Y. (2024). MODELING THE UNIVERSITY'S INTERNAL QUALITY ASSURANCE SYSTEM: THE CASE OF KAZAKHSTAN. National Center for Higher Education Development, 48(3), 81–95. https://doi.org/10.59787/2413-5488-2024-48-4-81-95
7. Krooi, M., Whittingham, J., & Beausaert, S. (2024). Introducing the 3P conceptual model of internal quality assurance in higher education: A systematic literature review. Studies in Educational Evaluation, 82, 101360. https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2024.101360
8. Kravchenko, O. (2024). Students as subjects of the internal system of quality assurance of higher education. International Scientific Journal of Universities and Leadership, 18, 94–103. https://doi.org/10.31874/2520-6702-2024-18-94-103
9. Essel, H. B., Boakye-Yiadom, M., & Kyeremeh, F. A. (2018). Assessing Students " Experiences of Internal Quality Assurance Practices in Selected Private Higher Education Institutions.
10. Jingura, R. M., & Kamusoko, R. (2019). A competency framework for internal quality assurance in higher education. International Journal of Management in Education, 13(2), 119. https://doi.org/10.1504/IJMIE.2019.098186

11. Iipumbu, N., Matengu, K., & Kadhila, N. (2021). Empowering higher education institutions through strengthening internal quality assurance processes. Quality Assurance in Higher Education in Eastern and Southern Africa. https://doi.org/10.4324/9781003141235-25

12. Gray, P. J., & Patil, A. (2009). Internal and External Quality Assurance Approaches for Improvement and Accountability: A Conceptual Framework. In A. Patil & P. Gray (Eds.), Engineering Education Quality Assurance (pp. 299–308). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0555-0_22

13. Semenova, A., Hrabovskyi, O., & Yani, V. (2021). THE MARKERS OF QUALITY OF THE EDUCATIONAL PROCESS OF HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS IN MODERN REALITIES: THE 'IDEOLOGICAL TRIAD' OF THE STUDY OF THE VALUE EXPERIENCE FORMATION. Education: Modern Discourses, 4, 122–134. https://doi.org/10.37472/2617-3107-2021-4-12

14. Ezer, H., & Horin, A. (2013). Quality enhancement: A case of internal evaluation at a teacher education college. Quality Assurance in Education, 21(3), 247–259. https://doi.org/10.1108/QAE-Jul-2011-0041

15. Aspranawa, A. D. P., Wiyono, B. B., Departement of Education Management State University of Malang Indonesia, Imron, A., & A.Y., M. H. (2017). Management System Internal Quality Assurance Higher Education (Multi Case At Higher Education Universitas Gajah Mada "UGM"Yogyakarta, State Islamic Institute of IAIN Tulungagung, Balitar Islamic University "UNISBA" Blitar). Journal of Social Sciences (COES&RJ-JSS), 6(4), 762–774. https://doi.org/10.25255/jss.2017.6.4.762.774

16. 16. Herman, M. (2015). Implementation of Internal Quality Assurance Private Higher Education (PTS) (A Case Study in the Islamic University of Indonesia and Muhammadiyah Universi ty of Yogyakarta).

17. 17. Hryshchuk, Y. (2018). Internal quality assurance system of higher education: Experience of the Republic of Poland. Osvitolohiya, 7, 152–156. https://doi.org/10.28925/2226-3012.2018.7.152156

18. Jingura, R. M., & Kavenuke, P. S. (2025). Mapping the role of internal quality assurance practitioners in learning and teaching in higher education: A conceptual framework. Quality Assurance in Education. https://doi.org/10.1108/QAE-08-2024-0171

19. Lleó, V. C., Soro, J. C., Moreno, F. G., & Castell, R. F. (2014). BPM for quality assurance systems in higher education.

20. Sulartopo, S. (2022). Organizational Memory System Model for Higher Education Internal Quality

22. Jackson, N. (1996). Internal academic quality audit in UK higher education: Part I - current practice and conceptual frameworks. Quality Assurance in Education, 4(4), 37–46. https://doi.org/10.1108/09684889610146181

23. Harvey, L., & Williams, J. (2010). Fifteen Years of Quality in Higher Education. Quality in Higher Education, 16(1), 3–36. https://doi.org/10.1080/13538321003679457

24. Luckett, K. (2006). The quality assurance of teaching and learning in higher education in South Africa: An analysis of national policy development and stakeholder response.

25. Skariah, A. (2024). Reimagining the Future of Higher Education Institutions in India: Quality Assurance and Sustainable Transformation. AIDASCO Reviews, 2(2), 48–57. https://doi.org/10.59783/aire.2024.60

26. Thi Thu Hien, T., & Huong, N. T. T. (2021). Quality Culture and Internal Quality Assurance in Higher Education Institution. VNU Journal of Science: Education Research. https://doi.org/10.25073/2588-1159/vnuer.4614

Review Article

Rethinking Internal Quality Assurance in Higher Education with the 3P Model: A Critical Analysis of Gaps, Challenges, and Solutions

Said Naim Allemy[1], Nesar Amad Ahmadi[2], Mohammad Shafiq Poya[3]
[1,2,3]Clinic Department, Faculty of Medicine, Jami University, Herat, Afghanistan

Article History
Received: 13/09/2025
Accepted: 15/10/2025
Published: 21/10/2025
Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords
- Internal Quality Assurance
- Higher Education
- 3P Model
- Organizational Learning
- Thematic Analysis
- Systematic Review

***Corresponding Author**
Said Naim Allemy
E-mail: sayednaeimalimi@gmail.com
Contact: + 93 (0) 799215071

Abstract

As higher education systems around the world face growing pressures for accountability, quality enhancement, and global competitiveness, Internal Quality Assurance (IQA) mechanisms play an increasingly critical role in improving learning outcomes, organizational legitimacy, and institutional performance. However, challenges such as the lack of a shared conceptual language, contradictory definitions, and the bureaucratization of quality assurance processes have limited the effectiveness of these systems. This study, using a Systematic Literature Review (SLR) approach and analyzing 50 selected articles within the PRISMA framework, examines and expands the conceptual 3P model—comprising Purpose, People, and Process—in the field of IQA. Thematic analysis of the data across these three dimensions reveals that: (1) the articulation of IQA objectives must balance both external accountability and internal enhancement; (2) active, informed, and empowered stakeholder engagement—particularly among faculty members and students—is essential to IQA success; and (3) the design of transparent, feedback-oriented, and cyclical processes ensures organizational learning and internal system coherence. The 3P model, by emphasizing the interplay between strategic purpose, human capacity, and procedural order, offers a culturally grounded, adaptable, and learning-centered framework for implementing IQA across diverse institutional and cultural contexts. The findings contribute theoretically to the quality discourse in higher education and provide practical insights for policymakers and academic leaders aiming to design contextually appropriate IQA systems.

مقاله مروری

تضمین کیفیت در آموزش صحت: یک مرور سیستماتیک از مبانی نظری تا چارچوب‌های نوین و فناورانه

پوهنیار دکتور علی رحیمی[1*]، دکتور محمد مسعود قنبری[2]، دکتور محمد هادی بینش[3]

[1*] دیپارتمنت اطفال، پوهنځی طب، پوهنتون هرات، هرات، افغانستان

[2,3] دیپارتمنت کلینیک، پوهنځی طب، پوهنتون جامی، هرات، افغانستان

تاریخچه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۲۳
تاریخ نشر: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹
سال: ۱۴۰۴ هـ.ش جلد: ۲ شماره: ۱

نقاط اساسی

- تضمین کیفیت
- چارچوب‌های ارزیابی
- آموزش صحت
- آموزش به مریض
- مرور سیستماتیک

نویسنده مسؤل

پوهنیار دکتور علی رحیمی
ایمیل: dr.rahimi@outlook.com
شماره تماس: +93 (0)791616468

چکیده

مفهوم تضمین کیفیت در آموزش صحت، که برای اولین بار در دهه ۱۹۸۰ بر اساس استانداردهای فرآیندی صورت‌بندی شد، به یک حوزه پیچیده و چندبعدی تکامل یافته است. این مرور سیستماتیک، این سیر تکاملی را از طریق تحلیل انتقال از مدل‌های کنترل فرآیند سازمانی به چارچوب‌های مریض‌محور و مبتنی بر شواهد، ردیابی می‌کند. این پژوهش با پیروی از رهنمودهای PRISMA، مقالات علمی منتشر شده بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲٤ را از پایگاه‌های داده معتبر بین‌المللی مورد بررسی قرار داده است. موضوعات کلیدی مورد بررسی شامل تکامل استانداردها با تمرکز بر سواد صحت و سنجه‌های پیامد گزارش‌شده توسط مریض، ادغام مدل‌های ارزیابی نوین مانند RE-AIM، نقش حیاتی نظریه‌های علوم رفتاری در طراحی مداخلات، تأثیر تحول‌آفرین فناوری‌های دیجیتال و هوش مصنوعی و چالش‌های پایدار و نوظهور در پیاده‌سازی این رویکردها است. این مرور نتیجه‌گیری می‌کند که تضمین کیفیت معاصر، یک سیستم یکپارچه است که برای اثربخشی، نیازمند ترکیبی از ملاحظات کلینیکی، آموزشی، فناورانه و اخلاقی است. هدف نهایی از تضمین کیفیت، دیگر صرفاً اجرای صحیح برنامه‌ها نیست، بلکه حصول اطمینان از انجام اقدام صحیح برای مریض، به شیوه‌ای مؤثر، عادلانه و پایدار است.

۱ . مقدمه

اهمیت بنیادین تضمین کیفیت (Quality Assurance - QA) در آموزش صحت، موضوعی است که ریشه‌های آن به دهه‌های پایانی قرن بیستم بازمی‌گردد. در آن دوران، استدلال‌های اولیه بر این اصل استوار بود که برای توجیه هزینه‌کرد منابع عظیم مالی و انسانی و همچنین برای اطمینان از پاسخگویی حرفه‌ای، وجود استانداردها یک ضرورت انکارناپذیر است(۱). این نگاه، پاسخی به یک نیاز سیستمی برای مشروعیت‌بخشی به آموزش صحت به عنوان جزئی جدایی‌ناپذیر از مراقبت‌های صحی بود. با این حال، چشم‌انداز کنونی نظام صحت به شکل چشمگیری دگرگون شده است. عواملی همچون افزایش سرسام‌آور هزینه‌های مراقبت، ظهور پارادایم مریض‌محوری به عنوان یک اصل محوری، و نفوذ فراگیر فناوری‌های دیجیتال، معنا و شیوه اجرای تضمین کیفیت را کاملاً بازتعریف کرده‌اند(۲). دیگر نمی‌توان کیفیت را صرفاً با پایبندی به فرآیندهای از پیش تعیین‌شده سنجید، بلکه کیفیت امروز در گروی نتایج ملموس برای مریض، بهبود تجربه او از نظام صحت و اثربخشی مداخلات در دنیای واقعی است.

در حالی که اصول بنیادین مطرح‌شده در دهه ۱۹۸۰ همچنان معتبر هستند، اما برای پاسخگویی به پیچیدگی‌های آموزش صحت مدرن ناکافی به نظر می‌رسند. شکاف عمیقی میان مبانی تاریخی و عملکرد معاصر وجود دارد که نیازمند یک تحلیل و سنتز نظام‌مند است. این مرور سیستماتیک با هدف پر کردن این شکاف، به دنبال ارائه یک نقشه منسجم برای پژوهشگران، متخصصان کلینیکی و سیاست‌گذاران است تا بتوانند سیر تکاملی این حوزه را درک کرده و خود را با الزامات جدید آن تطبیق دهند(۳). بدون چنین ترکیبی، خطر اتکا به مدل‌های منسوخ یا پذیرش فناوری‌های جدید بدون درک چارچوب‌های کیفی و اخلاقی لازم، نظام آموزش صحت را تهدید می‌کند.

هدف اصلی این پژوهش، مرور و سنتز نظام‌مند ادبیات علمی در حوزه تضمین کیفیت در آموزش صحت است تا به اهداف زیر دست یابد:

۱. ردیابی سیر تکاملی تضمین کیفیت از مدل‌های فرآیندگرای دهه ۱۹۸۰ تا رویکردهای چندوجهی امروزی.
۲. تحلیل مؤلفه‌های کلیدی چارچوب‌های تضمین کیفیت نوین، از جمله مریض‌محوری، ارزیابی مبتنی بر شواهد و یکپارچگی با فناوری.
۳. شناسایی چالش‌ها و عوامل تسهیل‌گر اصلی در پیاده‌سازی این چارچوب‌های نوین در محیط‌های واقعی.

سوال اصلی این پژوهش به شرح زیر است: «نظریه و عمل تضمین کیفیت در آموزش صحت از زمان صورت‌بندی اولیه آن تا به امروز چگونه تکامل یافته است و ویژگی‌ها، چارچوب‌ها و چالش‌های تعیین‌کننده در شکل نوین آن کدامند؟» فرضیه اصلی این است که تضمین کیفیت از یک فعالیت کنترل فرآیند، به یک سیستم یادگیرنده، پویا و یکپارچه تبدیل شده است که در آن، مریض، فناوری و شواهد مبتنی بر پیامد، نقش‌های محوری ایفا می‌کنند.

این مقاله یک مرور سیستماتیک است که بر اساس استانداردهای معتبر بین‌المللی تدوین شده است. به منظور اطمینان از شفافیت، جامعیت و تکرارپذیری، فرآیند تحقیق از رهنمود PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) پیروی کرده است(۴). استراتژی جستجو شامل پایگاه‌های داده معتبر بین‌المللی (PubMed, Scopus) و فارسی (SID, Magiran) برای شناسایی مقالات علمی داوری‌شده منتشر شده از سال 2015 تا 2024 بود. کلیدواژه‌های جستجو شامل «Quality Assurance»، «Health Education»، «Patient»، «Standards»، «Evaluation» و معادل‌های فارسی آن‌ها بود. علاوه بر این، اصول مندرج در کتاب راهنمای کاکرین برای مرورهای سیستماتیک مداخلات (Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions) و رهنمودهای همکاری کمپبل (Campbell Collaboration) به عنوان راهنمای فرآیندهای انتخاب مطالعات، استخراج داده‌ها و سنتز یافته‌ها به کار گرفته شد(۵). این رویکرد روش‌شناختی سخت‌گیرانه تضمین می‌کند که خود این مرور نیز از استانداردهای کیفی بالایی برخوردار باشد.

۲. پیشینه تحقیق

انگیزه تاریخی برای تضمین کیفیت

نیاز به تضمین کیفیت در آموزش صحت، پدیده‌ای نبود که در خلاء شکل گرفته باشد. ریشه‌های آن به فشارهای چندجانبه‌ای بازمی‌گردد که در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ بر نظام صحت وارد می‌شد. این فشارها از سوی نهادهای حرفه‌ای، پرداخت‌کنندگان شخص ثالث و محافل دولتی و آکادمیک اعمال می‌شد و هر یک به نوبه خود، ضرورت ایجاد استانداردها را فریاد می‌زدند(٦).

- **نهادهای حرفه‌ای:** انجمن طبی آمریکا (American Medical Association) در بیانیه سال ۱۹۷۵ خود، خط‌مشی روشنی را

ترسیم کرد. این بیانیه تصریح می‌کرد که برنامه‌های آموزش به مریض باید بر اساس اهداف مشخص، روش‌های آموزشی معتبر و محتوای علمی دقیق طراحی شوند و قابلیت انطباق با نیازهای فردی مریضان را داشته باشند(۷). این بیانیه، آموزش صحت را از یک فعالیت حاشیه‌ای به یک فرآیند حرفه‌ای و قابل ارزیابی ارتقا داد.

- **پرداخت‌کنندگان شخص ثالث:** شاید قدرتمندترین کاتالیزور برای رسمی‌سازی تضمین کیفیت، فشارهای اقتصادی بود. نمایندگان شرکت‌های بیمه مانند Blue Cross/Blue Shield به صراحت اعلام کردند که پوشش بیمه‌ای خدمات آموزشی، منوط به حل مسائل مربوط به «کنترل هزینه‌ها، کیفیت و بهره‌برداری» است. آن‌ها خواستار استانداردهای مشخص برای کیفیت و اثربخشی، معیارهای روشن برای پوشش بیمه، صلاحیت‌های تعریف‌شده برای ارائه‌دهندگان خدمات و معیارهای بازبینی بودند(۸). این موضع‌گیری نشان می‌دهد که حیات اقتصادی و پایداری آموزش صحت به طور مستقیم به توانایی آن در پذیرش زبان و ساختارهای پاسخگویی، یعنی استانداردها و معیارهای بازبینی، گره خورده بود.
- **دولت و دانشگاه:** گزارش‌های مرکز بین‌المللی فوگارتی (Fogarty International Center) در سال ۱۹۷۶، منطق هزینه‌کرد مبالغ هنگفت بدون تلاش‌های همزمان برای تضمین عملکرد را زیر سوال برد. این گزارش‌ها تأکید داشتند که کنترل‌های کیفی و ارزیابی باید جزء لاینفک هر برنامه صحت باشند . این دیدگاه، تضمین کیفیت را به عنوان یک مسئولیت عمومی و یک الزام علمی معرفی کرد.

تعاریف بنیادین و مدل‌های اولیه

در این بستر تاریخی، تلاش برای تعریف مفاهیم و ارائه مدل‌های عملی آغاز شد. دکتر لارنس گرین (Lawrence Green)، از پیشگامان این حوزه، تعاریف بنیادینی ارائه کرد که سنگ‌بنای بسیاری از مباحث بعدی شد(۹).

- **کیفیت (Quality):** تناسب مجموعه‌ای از فعالیت‌های حرفه‌ای با اهدافی که برای آن طراحی شده‌اند.
- **تضمین کیفیت (Quality Assurance):** پاسخگویی بلندمدت برای فعالیت‌های حرفه‌ای که به موجب آن، مصرف‌کنندگان از اجرای صحیح این فعالیت‌ها اطمینان حاصل می‌کنند.
- **کنترل کیفیت (Quality Control):** سازوکار نظارتی یا رویه‌ای برای ارائه شواهد کیفیت.
- **استانداردها (Standards):** حداقل سطح قابل قبول عملکرد که برای قضاوت در مورد کیفیت آماده‌سازی یا عملکرد حرفه‌ای استفاده می‌شود.

نکته کلیدی در تعاریف گرین این بود که سنجش کیفیت در آن دوران، عمدتاً بر «ورودی‌ها» و «فرآیندها» متمرکز بود تا «پیامدها». به عبارت دیگر، کیفیت از طریق انطباق با استانداردهای حرفه‌ای سنجیده می‌شد.

بر اساس این مبانی نظری، چندین مدل و راهنمای عملی در آن دوره پیشنهاد شد. از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به معیارهای روزنبرگ (Rosenberg) برای بازپرداخت هزینه‌ها، «کارت امتیازدهی طرح آموزش صحت» سالیوان (Sullivan) و «مدل برنامه‌ریزی آموزش به مریض» انجمن بهداشت عمومی آمریکا (APHA) اشاره کرد(۱). وجه مشترک همه این مدل‌های اولیه، تأکید بر مؤلفه‌هایی چون اهداف قابل اندازه‌گیری، مستندسازی در پرونده مریض، استفاده از پرسنل آموزش‌دیده و وجود یک جزء ارزیابی ساختاریافته بود. این مدل‌ها، هرچند در زمان خود پیشگامانه بودند، اما عمدتاً رویکردی از بالا به پایین و فرآیندگرا داشتند. در این پارادایم، مریض بیشتر به عنوان یک دریافت‌کننده منفعل یک «تداوی آموزشی» استاندارد در نظر گرفته می‌شد تا یک شریک فعال در فرآیند مراقبت. این دیدگاه در تضاد کامل با مفاهیم مدرن مانند تصمیم‌گیری مشترک و پیامدهای گزارش‌شده توسط مریض قرار دارد و نشان‌دهنده یک تغییر فلسفی عمیق در کانون کنترل و تعریف خود «کیفیت» است(۱۰).

3. میتودلوژی

از آنجا که این مقاله یک مرور سیستماتیک است، این بخش به تشریح چارچوب مفهومی می‌پردازد که برای تحلیل و سنتز ادبیات گردآوری‌شده به کار رفته است. این رویکرد، مطابق با رهنمودهای ارائه‌شده برای مقالات مروری، به جای توصیف یک مطالعه میدانی، بر ایجاد یک ساختار تحلیلی برای فهم ادبیات تمرکز دارد(۱).

ظهور روش‌شناسی مرور سیستماتیک

برای درک چارچوب روش‌شناختی این مقاله، لازم است به تاریخچه ظهور مرور سیستماتیک به عنوان استاندارد طلایی برای سنتز شواهد اشاره شود. اگرچه اولین نمونه از بررسی نظام‌مند شواهد به کار جیمز لیند (James Lind) در سال 1753 برای تداوی مریضی اسکوربوت بازمی‌گردد، اما صورت‌بندی مدرن آن با تلاش‌های آرچی کاکرین (Archie Cochrane) در سال ۱۹۷۲آغاز شد(۵). کاکرین بر اهمیت استفاده از شواهد حاصل از کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی برای تصمیم‌گیری‌های صحی تأکید کرد. این روش در دهه ۱۹۸۰به تدریج وارد متون طبی شد و با تأسیس سازمان کاکرین در سال ۱۹۹۳، به یک جنبش جهانی تبدیل شد. بعدها، این روش به علوم اجتماعی نیز گسترش یافت و به ابزاری قدرتمند برای شناسایی، ارزیابی و ترکیب یافته‌های پژوهشی در حوزه‌های مختلف، از جمله آموزش صحت، بدل شد.

یک چارچوب تحلیلی چندلایه

تحلیل یافته‌های این مرور بر اساس یک مدل ترکیبی و گسترش‌یافته استوار است که از مدل کلاسیک **ساختار-فرآیند-پیامد** (**Structure-Process-Outcome**) دونابدیان (Donabedian) به عنوان پایه استفاده می‌کند.[۴] این مدل، کیفیت مراقبت‌های صحی را در سه بعد اصلی ارزیابی می‌کند:

- **ساختار (Structure)**: منابع و ترتیبات سازمانی که بستر ارائه خدمات را فراهم می‌کنند. این شامل مواردی مانند پرسنل واجد شرایط، بودجه، زیرساخت‌های فیزیکی و دیجیتال، و سیاست‌ها و رهنمودهای سازمانی است.
- **فرآیند (Process)**: فعالیت‌های واقعی که در ارائه آموزش صحت انجام می‌شوند. این بعد، شامل روش‌های تدریس، استراتژی‌های ارتباطی، نحوه استفاده از فناوری و تعامل بین ارائه‌دهنده و گیرنده خدمت است.
- **پیامد (Outcome)**: تأثیرات نهایی آموزش بر مریضان، جامعه و نظام صحت. این شامل تغییر در دانش، نگرش و رفتار، بهبود وضعیت صحت، افزایش کیفیت زندگی و اثربخشی هزینه است.

با این حال، تحلیل مدرن تضمین کیفیت نیازمند لایه‌های تحلیلی بیشتری است که تکامل این حوزه را منعکس کند. مدل کلاسیک دونابدیان، هرچند مفید است، اما یک مدل خطی و عمدتاً ارائه‌دهنده‌محور را تداعی می‌کند. در مقابل، چارچوب‌های نوین، یک اکوسیستم پویا، چرخه‌ای و چندذینفعی را به تصویر می‌کشند. از این رو، بدنه اصلی این مقاله، ادبیات را از طریق یک چارچوب گسترش‌یافته تحلیل می‌کند که چهار لایه مفهومی جدید را با مدل دونابدیان ادغام می‌نماید:

۱. **مریض‌محوری (Patient-Centricity)**: این لایه بررسی می‌کند که چگونه مفاهیمی مانند سواد صحت، صلاحیت فرهنگی و به ویژه **سنجه‌های پیامد گزارش‌شده توسط مریض (PROMs)** در هر سه حوزه ساختار، فرآیند و پیامد ادغام شده‌اند (Bau et al.,۲۰۱۹). این لایه، کیفیت را از نگاه مریض تعریف می‌کند.

۲. **علم پیاده‌سازی (Implementation Science)**: این لایه به کارگیری چارچوب‌هایی مانند **RE-AIM** (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance) را تحلیل می‌کند. این چارچوب‌ها ارزیابی دقیق‌تری از ابعاد «فرآیند» و

«پیامد» در شرایط دنیای واقعی ارائه می‌دهند و به سوالاتی فراتر از «آیا برنامه مؤثر است؟» پاسخ می‌دهند، مانند «آیا برنامه قابل دسترس، پذیرفتنی و پایدار است؟»(۱۱).

۳. **علوم رفتاری (Behavioral Science):** این لایه بر این اصل استوار است که کیفیت «فرآیند» آموزشی به مبانی نظری آن بستگی دارد. استفاده از نظریه‌هایی مانند **مدل باور صحت (Health Belief Model)** تضمین می‌کند که مداخلات آموزشی به درستی عوامل تعیین‌کننده رفتار را هدف قرار می‌دهند و صرفاً به انتقال اطلاعات اکتفا نمی‌کنند(۱۲).

٤. **فناوری و داده (Technology and Data):** این لایه، تأثیر تحول‌آفرین فناوری بر هر سه بعد مدل را بررسی می‌کند: تحول در «ساختار» (مانند پلتفرم‌های دیجیتال)، «فرآیند» (مانند شخصی‌سازی مبتنی بر هوش مصنوعی) و «پیامد» (مانند نظارت بر داده‌های صحت در زمان واقعی).[٤]

این چارچوب تحلیلی یکپارچه، امکان یک تحلیل عمیق و چندبعدی از وضعیت فعلی تضمین کیفیت در آموزش صحت را فراهم می‌آورد و نشان می‌دهد که چگونه این حوزه از یک مدل کنترل خطی به یک اکوسیستم یادگیرنده تبدیل شده است که در آن، بازخوردهای حاصل از پیامدها (به ویژه پیامدهای گزارش‌شده توسط مریض) به طور مداوم بر بازطراحی فرآیندها و اصلاح ساختارها تأثیر می‌گذارد(۱۳).

٤. سیر تکاملی تضمین کیفیت در آموزش صحت

این بخش به تحلیل دقیق و مبتنی بر شواهد از سیر تکاملی تضمین کیفیت در آموزش صحت، با استفاده از چارچوب مفهومی ارائه‌شده، می‌پردازد.

٤,۱. تکامل استانداردها: از فرآیندگرایی تا مریض‌محوری

استانداردهای تضمین کیفیت در دهه ۱۹۸۰ عمدتاً بر حصول اطمینان از سازماندهی و مستندسازی مناسب برنامه‌ها متمرکز بودند(۱). کیفیت با معیارهایی مانند وجود اهداف مکتوب، استفاده از پرسنل واجد شرایط و ثبت فعالیت‌ها در پرونده مریض سنجیده می‌شد. این رویکرد، هرچند برای حرفه‌ای‌سازی آموزش صحت ضروری بود، اما کیفیت را از منظر سازمان تعریف می‌کرد. در مقابل، استانداردهای نوین، کیفیت را از طریق تجربه و پیامدهای حاصل برای مریض بازتعریف می‌کنند.

ارکان جدید کیفیت: در پارادایم جدید، مفاهیمی چون **سواد صحت (health literacy)**، **دسترسی زبانی (language access) و صلاحیت فرهنگی (cultural competence)** به عنوان مؤلفه‌های اصلی و قابل اندازه‌گیری کیفیت شناخته می‌شوند(۱۰). این تغییر، پاسخی مستقیم به نیاز برای پرداختن به عدالت در صحت (health equity) است(۲). دیگر صرفاً صحت علمی محتوا کافی نیست؛ آموزش باید برای مریض قابل فهم، قابل دسترس و محترمانه باشد تا بتوان آن را باکیفیت نامید. این رویکرد تضمین می‌کند که آموزش، شکاف‌های موجود در صحت را تشدید نکند، بلکه به کاهش آن‌ها کمک نماید.

ثبت صدای مریض: یکی از مهم‌ترین تحولات در سنجش کیفیت، ظهور **سنجه‌های پیامد گزارش‌شده توسط مریض (PROMs)** و **سنجه‌های تجربه گزارش‌شده توسط مریض (PREMs)** است. PROMs پرسشنامه‌های استاندارد شده‌ای هستند که به طور مستقیم از مریض در مورد وضعیت صحت، کیفیت زندگی و وضعیت عملکردی او سوال می‌کنند. این سنجه‌ها شواهد مستقیمی از تأثیر یک مداخله آموزشی بر زندگی مریض ارائه می‌دهند و ابزاری قدرتمند برای تضمین کیفیت واقعی هستند(۱۴). در کنار آن، PREMs تجربه مریض از فرآیند دریافت مراقبت (مانند کیفیت ارتباط با کادر تداوی) را می‌سنجند(۱۵). استفاده همزمان از این دو ابزار، تصویری جامع از کیفیت، هم در بعد پیامد و هم در بعد فرآیند، از نگاه

مهم‌ترین ذی‌نفع نظام صحت یعنی مریض، ارائه می‌دهد.

رسمی‌سازی گزارش‌دهی کیفیت: تکامل دیگر، حرکت از رهنمودهای غیررسمی دهه ۸۰ به سمت استانداردهای گزارش‌دهی دقیق و شفاف است. توسعه رهنمود **SQUIRE (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence)** یک گام بزرگ در این راستا محسوب می‌شود. SQUIRE یک چک‌لیست ۱۹ موردی برای گزارش مطالعات بهبود کیفیت ارائه می‌دهد که شفافیت را افزایش داده و سنتز دانش در این حوزه را تسهیل می‌کند(۱۶). این استاندارد، بهبود کیفیت را از یک فعالیت محلی به یک حوزه علمی با قابلیت تولید دانش تعمیم‌پذیر تبدیل کرده است. **جدول ۱** این تحول مفهومی در استانداردهای کیفیت را به صورت تطبیقی نشان می‌دهد.

مؤلفه	دیدگاه دهه 1980	دیدگاه پس از ۲۰۱۵
تمرکز اصلی کیفیت	فرآیند سازمانی و حرفه‌ای‌گری	مریض‌محوری و عدالت در صحت
سنجه‌های کلیدی	پایبندی به فعالیت‌های برنامه‌ریزی‌شده، مستندسازی	پیامدهای گزارش‌شده توسط مریض (PROMs)، سواد صحت، تغییر در کیفیت زندگی
نقش مریض	دریافت‌کننده منفعل آموزش	شریک فعال در تعریف کیفیت و طراحی مشترک مراقبت
هدف ارزیابی	کنترل کیفیت (اطمینان از رعایت رویه‌ها)	بهبود کیفیت (اثبات ارزش و کسب نتایج بهتر)
استاندارد مستندسازی	سوابق داخلی برنامه، یادداشت در پرونده طبی	رهنمودهای گزارش‌دهی استاندارد (مانند SQUIRE) برای تولید دانش تعمیم‌پذیر

جدول ۱. تحلیل تطبیقی مؤلفه‌های استانداردهای تضمین کیفیت: دهه۱۹۸۰در مقابل دوران پس از ۲۰۱۵

۴,۲. چارچوب‌های نوین برای ارزیابی و پیاده‌سازی

ارزیابی در تضمین کیفیت مدرن، فراتر از سنجش پیامدهای ساده رفته و به بررسی جامع مداخلات در دنیای واقعی می‌پردازد. این تکامل، خود را در ظهور چارچوب‌های ارزیابی پیچیده‌تر و ادغام نظریه‌های علوم رفتاری در طراحی مداخلات نشان می‌دهد.

فراتر از پیامدهای ساده - چارچوب RE-AIM: چارچوب RE-AIM ابزاری جامع برای برنامه‌ریزی و ارزیابی مداخلات صحت عمومی است که تمرکز را از «اثربخشی در شرایط آزمایشگاهی» به «تأثیر در دنیای واقعی» منتقل می‌کند(۱۱). این چارچوب، موفقیت یک برنامه را از طریق پنج بعد کلیدی ارزیابی می‌کند(۱۷).

۱. **پوشش (Reach):** برنامه به چه تعداد و چه گروهی از جمعیت هدف دسترسی پیدا کرده است؟ آیا این پوشش نماینده کل جمعیت است؟

۲. **اثربخشی (Effectiveness):** تأثیر برنامه بر پیامدهای کلیدی صحت، از جمله عوارض جانبی احتمالی، چیست؟

۳. **پذیرش (Adoption):** چه تعداد و چه نوعی از سازمان‌ها و کارکنان، مایل به اجرای برنامه هستند؟
٤. **پیاده‌سازی (Implementation):** برنامه تا چه حد مطابق با پروتکل اصلی اجرا شده و هزینه آن چقدر بوده است؟
٥. **نگهداری (Maintenance):** آیا اثرات برنامه در سطح فردی و سازمانی در طول زمان پایدار باقی می‌ماند؟

این چارچوب، بلوغ حوزه تضمین کیفیت را نشان می‌دهد. یک برنامه می‌تواند در یک کارآزمایی کلینیکی کاملاً مؤثر باشد (efficacy)، اما اگر پوشش ضعیفی داشته باشد یا توسط سازمان‌ها پذیرفته نشود، تأثیر صحت عمومی آن ناچیز خواهد بود. RE-AIM ارزیابان را وادار می‌کند تا به این پرسش‌های عمل‌گرایانه پاسخ دهند و در نتیجه، برنامه‌هایی طراحی شوند که از ابتدا قابل دسترس، پذیرفتنی و پایدار باشند. مطالعات موردی متعدد، کاربرد عملی این چارچوب را در ارزیابی برنامه‌های آموزش صحت، از جمله آموزش الکترونیکی و ترک دخانیات، نشان داده‌اند(۱۸).

مبانی نظری مداخلات مؤثر: تضمین کیفیت مدرن نه تنها به این سوال می‌پردازد که «آیا برنامه کار می‌کند؟»، بلکه به این سوال عمیق‌تر نیز می‌پردازد که «چرا کار می‌کند؟». در اینجا، نقش حیاتی **نظریه‌های علوم رفتاری** آشکار می‌شود. ادغام این نظریه‌ها در طراحی مداخلات، کیفیت «فرآیند» آموزشی را تضمین می‌کند، زیرا اطمینان می‌دهد که مداخله به درستی عوامل تعیین‌کننده رفتار را هدف قرار داده است(۱۲).

مدل باور صحت (Health Belief Model - HBM) یکی از پرکاربردترین این نظریه‌هاست. این مدل بیان می‌کند که احتمال انجام یک رفتار صحی توسط فرد، به شش سازه اصلی بستگی دارد: حساسیت پنداشته‌شده، شدت پنداشته‌شده، منافع پنداشته‌شده، موانع پنداشته‌شده، خودکارآمدی و راهنماهای عمل(۱۹). یک برنامه آموزشی باکیفیت، محتوای خود را به گونه‌ای طراحی می‌کند که این سازه‌ها را هدف قرار دهد؛ برای مثال، با برجسته کردن منافع یک رفتار و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع، احتمال اقدام را افزایش می‌دهد(۲۰). این رویکرد، جعبه سیاه تغییر رفتار را شفاف‌تر کرده و آن را برای تضمین کیفیت قابل دسترس‌تر می‌سازد. اگر پیامدهای یک برنامه ضعیف باشد، می‌توان به طور دقیق‌تری تشخیص داد که آیا مشکل از خود نظریه بوده یا از اجرای نادرست سازه‌های نظری در مداخله. این امر یک چارچوب پیچیده‌تر برای بهبود کیفیت مستمر فراهم می‌کند.

٤،۳. فناوری به مثابه کاتالیزور و چالش در تضمین کیفیت

فناوری دیجیتال، تضمین کیفیت در آموزش صحت را به طور همزمان متحول و با چالش‌های جدیدی روبرو کرده است. از یک سو، ابزارهای قدرتمندی برای بهبود کیفیت ارائه داده و از سوی دیگر، ریسک‌های نوینی را به وجود آورده است که نیازمند مدیریت دقیق هستند.

فناوری به عنوان توانمندساز تضمین کیفیت: فناوری‌های دیجیتال، پتانسیل تضمین کیفیت را به شکل چشمگیری افزایش داده‌اند.

- **آموزش الکترونیکی و صحت همراه (mHealth):** پلتفرم‌های دیجیتال امکان ارائه آموزش استاندارد و مبتنی بر شواهد را در مقیاس وسیع فراهم می‌کنند. این ابزارها می‌توانند مشارکت کاربر را ردیابی کرده، داده‌های ارزیابی را در زمان واقعی جمع‌آوری کنند و بازخوردهای فوری ارائه دهند(۲۱). مطالعات موردی، نشان می‌دهند که اپلیکیشن‌های موبایل می‌توانند ابزارهای مؤثری برای آموزش به مریض باشند(۲۲).
- **هوش مصنوعی و یادگیری ماشین (AI/ML):** هوش مصنوعی پتانسیل ایجاد یک انقلاب در تضمین کیفیت را دارد. الگوریتم‌های هوش مصنوعی می‌توانند آموزش را در مقیاس وسیع شخصی‌سازی کنند، مجموعه داده‌های عظیم را برای

شناسایی اینکه «چه چیزی برای چه کسی مؤثر است» تحلیل نمایند، و حتی فرآیندهای کنترل کیفیت را خودکار سازند(۲۳). برای مثال، در آموزش مهارت‌های کلینیکی، هوش مصنوعی می‌تواند عملکرد کارآموزان را در شبیه‌سازها ارزیابی کرده و بازخورد دقیق ارائه دهد(۲۴).

مرز جدید چالش‌های اخلاقی و حقوقی: با وجود این فرصت‌ها، استفاده از فناوری، ریسک‌های پیچیده‌ای را به همراه دارد که باید در یک سیستم تضمین کیفیت مدرن مدیریت شوند.

- **حریم خصوصی و امنیت داده‌ها:** حفاظت از داده‌های حساس مریضان که از طریق پلتفرم‌های دیجیتال جمع‌آوری می‌شوند، یک الزام اخلاقی و قانونی است. هر سیستم تضمین کیفیتی باید پروتکل‌های روشنی برای رعایت مقرراتی مانند HIPAA داشته باشد(۲۵).
- **سوگیری الگوریتمی (Algorithmic Bias):** این یکی از جدی‌ترین چالش‌های اخلاقی است. الگوریتم‌های هوش مصنوعی که بر روی داده‌های تاریخیِ جانبدارانه آموزش دیده‌اند، می‌توانند نابرابری‌های موجود در صحت را تداوم بخشیده و حتی تشدید کنند(۲۶). برای مثال، اگر یک الگوریتم بر اساس داده‌هایی آموزش دیده باشد که در آن گروه‌های اقلیت کمتر از خدمات استفاده کرده‌اند، ممکن است به اشتباه نیازهای صحتی آن‌ها را کمتر تخمین بزند(۲۷). این امر مستقیماً با هدف تضمین کیفیت یعنی «عدالت» در تضاد است.
- **رضایت آگاهانه و مسئولیت‌پذیری:** اطمینان از اینکه مریضان رضایت معناداری برای دریافت آموزش مبتنی بر هوش مصنوعی می‌دهند و تعیین مسئولیت در زمانی که یک سیستم هوش مصنوعی اطلاعات نادرست یا مضری ارائه می‌دهد، از چالش‌های حقوقی پیچیده پیش رو است(۲۸).

جدول دو این ماهیت دوگانه فناوری در تضمین کیفیت را به صورت خلاصه نشان می‌دهد.

فناوری	ارتقای تضمین کیفیت (فرصت)	چالش اخلاقی/عملی
پرونده الکترونیک صحت (EHR)	یکپارچه‌سازی مستندات آموزشی، داده برای ارزیابی(۲۵).	مسائل مربوط به یکپارچگی داده‌ها، چالش‌های قابلیت همکاری، خستگی ناشی از هشدارها(۲۹).
اپلیکیشن‌های صحت همراه (mHealth)	یادآوری‌های شخصی‌سازی‌شده، ردیابی در زمان واقعی، پوشش گسترده(۳۰).	حریم خصوصی داده‌ها، عدم وجود مقررات کافی، اطمینان از اعتبار کلینیکی(۲۱).
هوش مصنوعی/یادگیری ماشین (AI/ML)	مسیرهای یادگیری شخصی‌سازی‌شده، تحلیل‌های پیش‌بینانه، ارزیابی خودکار(۲۳).	سوگیری الگوریتمی، شفافیت «جعبه سیاه»، مسئولیت‌پذیری، امنیت داده‌ها (۳۱).

دستگاه‌های پوشیدنی	نظارت مستمر بر رفتارهای صحی، جمع‌آوری داده‌های عینی(۲۵).	دقت داده‌ها، حریم خصوصی مریض، مسائل مربوط به مالکیت داده‌ها(۲۸).

جدول ۲. فرصت‌ها و چالش‌های اخلاقی/عملی فناوری در تضمین کیفیت آموزش صحت

۴،٤ . موانع پایدار و نوظهور در پیاده‌سازی

با وجود تکامل نظریه‌ها و چارچوب‌ها، پیاده‌سازی مؤثر برنامه‌های تضمین کیفیت همچنان با موانع متعددی روبرو است. برخی از این موانع ریشه‌دار و پایدار هستند، در حالی که برخی دیگر با ظهور فناوری‌ها و پیچیدگی‌های جدید، نوظهور محسوب می‌شوند. مرورهای سیستماتیک اخیر، این موانع را در سه دسته اصلی طبقه‌بندی کرده‌اند.

- **موانع مرتبط با سازمان (Institute-related)**: این دسته از موانع، که از دهه ۱۹۸۰ نیز به آن‌ها اشاره شده بود(۱). همچنان از بزرگترین چالش‌ها هستند. عدم تعهد و مشارکت مدیریت ارشد، کمبود منابع کافی (زمان، نیروی انسانی متخصص و بودجه) و وجود یک فرهنگ سازمانی که از بهبود کیفیت حمایت نمی‌کند، ریشه بسیاری از ناکامی‌هاست(۳۲). بدون حمایت سازمانی، تضمین کیفیت به یک فعالیت شکلی و بی‌اثر تبدیل می‌شود.
- **موانع مرتبط با فرآیند (Process-related)**: بار سنگین مستندسازی، دشواری در اندازه‌گیری پیامدهای پیچیده و بلندمدت، و عدم وجود داده‌های استاندارد، از جمله موانع فرآیندی هستند(۳۲). بسیاری از سیستم‌ها هنوز برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌های کیفی یا پیامدهای گزارش‌شده توسط مریض (PROMs) مجهز نیستند. همچنین، عدم شفافیت در رویه‌های ارزیابی می‌تواند به قضاوت‌های ذهنی منجر شود و اعتبار فرآیند تضمین کیفیت را زیر سوال ببرد.
- **موانع مرتبط با ذی‌نفعان (Stakeholder-related)**: مقاومت کارکنان کلینیکی و دانشگاهی یکی از رایج‌ترین موانع است. بسیاری از آن‌ها تضمین کیفیت را یک بار کاری اضافی و بوروکراتیک می‌دانند که وقت آن‌ها را از وظایف اصلی یعنی تداوی و پژوهش می‌گیرد(۳). کمبود آموزش در زمینه اصول و روش‌های بهبود کیفیت و همچنین مشارکت ضعیف مریضان و جامعه در فرآیندهای برنامه‌ریزی و ارزیابی، از دیگر چالش‌های این حوزه است.

علاوه بر این موانع پایدار، چالش‌های نوظهوری نیز وجود دارند. **شکاف دیجیتال (digital divide)** باعث می‌شود که مداخلات مبتنی بر فناوری، به طور نابرابر توزیع شوند و به گروه‌های محروم دسترسی نداشته باشند. نیاز به **مهارت‌های فنی جدید** در میان آموزش‌دهندگان صحت و **هزینه‌های بالای پیاده‌سازی و نگهداری زیرساخت‌های صحت دیجیتال**، از دیگر موانع نوظهور هستند که باید در برنامه‌ریزی‌های آتی مد نظر قرار گیرند(۲۱).

۵. نتیجه‌گیری

این مرور سیستماتیک، سیر تحول تضمین کیفیت در آموزش صحت را از خاستگاه تاریخی آن در دهه ۱۹۸۰ تا وضعیت پیچیده و چندوجهی امروزی آن ردیابی کرد. تحلیل یافته‌ها نشان می‌دهد که این حوزه یک تغییر پارادایم عمیق را تجربه کرده است. تضمین کیفیت از یک مکانیزم کنترل فرآیند، که عمدتاً بر پایبندی به استانداردهای سازمانی و حرفه‌ای متمرکز بود، به یک فلسفه یکپارچه و پویا برای بهبود مستمر تبدیل شده است.

در قلب این تحول، تغییر کانون توجه از «سازمان» به «مریض» قرار دارد. کیفیت دیگر صرفاً با معیارهای فرآیندی سنجیده نمی‌شود، بلکه از طریق پیامدهای ملموس برای مریض، مانند بهبود کیفیت زندگی و توانمندی در مدیریت صحت، و همچنین از طریق تجربه او از فرآیند مراقبت، تعریف می‌گردد. ظهور ابزارهایی مانند PROMs و چارچوب‌هایی مانند SQUIRE، این تغییر فلسفی را به رویه‌های عملی و قابل اندازه‌گیری تبدیل کرده است.

علاوه بر این، تضمین کیفیت مدرن، یک فعالیت مستقل نیست، بلکه در تقاطع چندین حوزه علمی قرار دارد. این حوزه، نیازمند ادغام چارچوب‌های علم پیاده‌سازی مانند RE-AIM برای اطمینان از تأثیر در دنیای واقعی، مبانی نظری علوم رفتاری برای طراحی مداخلات مؤثر، و نوآوری‌های فناورانه برای افزایش دسترسی و شخصی‌سازی است. با این حال، هر یک از این پیشرفت‌ها، چالش‌های جدیدی را نیز به همراه داشته است؛ از موانع پایدار سازمانی و مقاومت ذی‌نفعان گرفته تا چالش‌های نوظهور اخلاقی و حقوقی مرتبط با هوش مصنوعی و حریم خصوصی داده‌ها.

در نهایت، می‌توان نتیجه گرفت که هدف غایی تضمین کیفیت در آموزش صحت، دیگر صرفاً حصول اطمینان از این نیست که برنامه‌ها «به درستی انجام شوند» (doing things right)، بلکه اطمینان از این است که «اقدامات درستی» (doing the right things) برای مریض، به شیوه‌ای مؤثر، عادلانه، محترمانه و پایدار انجام می‌پذیرد. این یک سیستم یادگیرنده است که در آن شواهد، بازخورد مریض و نوآوری، به طور مداوم برای بهبود صحت افراد و جوامع به کار گرفته می‌شوند.

٦. پیشنهادات

بر اساس یافته‌های این مرور سیستماتیک، پیشنهادات زیر برای بهبود عملکرد در حوزه تضمین کیفیت آموزش صحت ارائه می‌گردد:

برای متخصصان کلینیکی و مؤسسات صحی

١. **اتخاذ چارچوب‌های ارزیابی جامع:** توصیه می‌شود برای تمام برنامه‌های جدید آموزش صحت، از چارچوب‌های ارزیابی جامعی مانند **RE-AIM** استفاده شود. این امر تضمین می‌کند که از همان ابتدا، تمرکز بر تأثیر برنامه در دنیای واقعی، از جمله پوشش، پذیرش و پایداری آن باشد(١١).

٢. **ادغام علوم رفتاری در طراحی:** برنامه‌های آموزشی باید بر اساس **نظریه‌های علوم رفتاری** معتبر طراحی شوند تا اثربخشی آن‌ها در تغییر رفتار افزایش یابد. این کار باید یک بخش استاندارد از فرآیند طراحی مداخله باشد(١٢).

٣. **تدوین سیاست‌های اخلاقی برای فناوری:** مؤسسات باید سیاست‌های سازمانی روشنی برای استفاده اخلاقی از **صحت دیجیتال و هوش مصنوعی** تدوین کنند. این سیاست‌ها باید شامل پروتکل‌های دقیق برای حریم خصوصی داده‌ها، رضایت آگاهانه و ممیزی سوگیری الگوریتمی باشد(٢٩).

٤. **سرمایه‌گذاری در توسعه حرفه‌ای کارکنان:** سرمایه‌گذاری مستمر در آموزش کارکنان برای ارتقای مهارت‌های آموزشی و ارتباطی، صلاحیت فرهنگی و سواد دیجیتال، یک پیش‌نیاز اساسی برای ارائه آموزش باکیفیت است(٣).

برای پژوهشگران

١. **انجام پژوهش‌های علم پیاده‌سازی:** نیاز مبرمی به انجام پژوهش‌های بیشتری در حوزه **علم پیاده‌سازی** وجود دارد تا عوامل زمینه‌ای که پذیرش رویه‌های تضمین کیفیت مبتنی بر شواهد را در محیط‌های مختلف تسهیل یا مانع می‌شوند، شناسایی شوند.

۲. **انجام تحلیل‌های اثربخشی هزینه:** برای ایجاد یک توجیه اقتصادی قوی‌تر برای سرمایه‌گذاری سازمانی در تضمین کیفیت، انجام **تحلیل‌های اثربخشی هزینه (cost-effectiveness)** برای برنامه‌های بهبود کیفیت ضروری است(۳۳).

۳. **پرداختن به شکاف‌های پژوهشی:** پژوهشگران باید به شکاف‌های شناسایی‌شده در ادبیات، مانند نیاز به مشارکت بیشتر مریضان در طراحی مداخلات و انجام تحقیقات بیشتر در کشورهای با درآمد کم و متوسط، بپردازند(۳۴).

۶. منابع

1. Schwartz, R. (1985). Quality assurance, standards and criteria in health education: A review. *Patient Education and Counseling, 7*(4), 325–335. https://doi.org/10.1016/0738-3991(85)90042-4
2. O'Kane, M., Agrawal, S., Binder, L., Dzau, V., Gandhi, T. K., Harrington, R., Mate, K., McGann, P., Meyers, D., Rosen, P., Schreiber, M., & Schummers, D. (2021). *An Equity Agenda for the Field of Health Care Quality Improvement—NAM*. https://nam.edu/perspectives/an-equity-agenda-for-the-field-of-health-care-quality-improvement/
3. Birch, D. A., Goekler, S., Auld, M. E., Lohrmann, D. K., & Lyde, A. (2019). Quality Assurance in Teaching K–12 Health Education: Paving a New Path Forward. *Health Promotion Practice, 20*(6), 845–857. https://doi.org/10.1177/1524839919868167
4. Hutton, B., Salanti, G., Caldwell, D. M., Chaimani, A., Schmid, C. H., Cameron, C., Ioannidis, J. P. A., Straus, S., Thorlund, K., Jansen, J. P., Mulrow, C., Catalá-López, F., Gøtzsche, P. C., Dickersin, K., Boutron, I., Altman, D. G., & Moher, D. (2015). The PRISMA Extension Statement for Reporting of Systematic Reviews Incorporating Network Meta-analyses of Health Care Interventions: Checklist and Explanations. *Annals of Internal Medicine, 162*(11), 777–784. https://doi.org/10.7326/M14-2385
5. Higgins, J., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (2nd ed). John Wiley & Sons, Incorporated.
6. Said Elshama, S. (2022). Quality Management in Medical Education between Theory and Application: Paradigm Shift or Falsification of Reality. *Journal of Clinical Case Reports and Studies, 3*(3), 01–05. https://doi.org/10.31579/2690-8808/109
7. Hines, K., Mouchtouris, N., Knightly, J. J., & Harrop, J. (2020). A Brief History of Quality Improvement in Health Care and Spinal Surgery. *Global Spine Journal, 10*(1_suppl), 5S-9S. https://doi.org/10.1177/2192568219853529
8. Crampton, P., Mehdizadeh, L., Page, M., Knight, L., & Griffin, A. (2019). Realist evaluation of UK medical education quality assurance. *BMJ Open, 9*(12), e033614. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033614

9. Joshi, M. A. (2012). Quality assurance in medical education. *Indian Journal of Pharmacology, 44*(3), 285–287. https://doi.org/10.4103/0253-7613.96295

10. Bau, I., Logan, R. A., Dezii, C., Rosof, B., Fernandez, A., Paasche-Orlow, M. K., & Wong, W. F. (2019). *Patient-Centered, Integrated Health Care Quality Measures Could Improve Health Literacy, Language Access, and Cultural Competence—NAM.* https://nam.edu/perspectives/patient-centered-integrated-health-care-quality-measures-could-improve-health-literacy-language-access-and-cultural-competence/

11. Glasgow, R. E., & Dzewaltowski, D. A. (2010). *Assessing the public health impact of health promotion initiatives: RE-AIM evaluation framework | NCCMT.* https://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/70

12. Glanz, K., & Bishop, D. B. (2010). The Role of Behavioral Science Theory in Development and Implementation of Public Health Interventions. *Annual Review of Public Health, 31*(Volume 31, 2010), 399–418. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103604

13. AHRQ. (2025). *Agency for Healthcare Research and Quality*. https://www.ahrq.gov/

14. Jeyaraman, N., Jeyaraman, M., Ramasubramanian, S., Balaji, S., & Muthu, S. (2025). Voices that matter: The impact of patient-reported outcome measures on clinical decision-making. *World Journal of Methodology, 15*(2), 98066. https://doi.org/10.5662/wjm.v15.i2.98066

15. Kingsley, C., & Patel, S. (2017). Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Education, 17*(4), 137–144. https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060

16. Ogrinc, G., Mooney, S. E., Estrada, C., Foster, T., Goldmann, D., Hall, L. W., Huizinga, M. M., Liu, S. K., Mills, P., Neily, J., Nelson, W., Pronovost, P. J., Provost, L., Rubenstein, L. V., Speroff, T., Splaine, M., Thomson, R., Tomolo, A. M., & Watts, B. (2008). The SQUIRE (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence) guidelines for quality improvement reporting: Explanation and elaboration. *BMJ Quality & Safety, 17*(Suppl 1), i13–i32. https://doi.org/10.1136/qshc.2008.029058

17. Glasgow, R. E. (2018). Pragmatic Applications of RE-AIM for Health Care Initiatives in Community and Clinical Settings. *Preventing Chronic Disease, 15*. https://doi.org/10.5888/pcd15.170271

18. Lim, H. M., Teo, C. H., Lee, Y. K., Lee, P. Y., Krishnan, K., Hassan, Z. F. A., Yong, P. V. C., Yap, W. H., Sellappans, R., Ayub, E., Hassan, N., Ghazali, S. S., Nasharuddin, N. A., Kassim, P. S. J., Idris, F., Karlgren, K., Stathakarou, N., Mordt, P., Konstantinidis, S., … Ng, C. J. (2025). Implementation Outcomes of Reusable Learning Objects in Health Care Education Across Three Malaysian Universities: Evaluation Using the RE-AIM Framework. *JMIR Medical Education, 11*(1), e63882. https://doi.org/10.2196/63882

19. Alyafei, A., & Easton-Carr, R. (2025). The Health Belief Model of Behavior Change. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/
20. Kam, B. S., & Lee, S. Y. (2024). Integrating the health belief model into health education programs in a clinical setting. *World Journal of Clinical Cases, 12*(33), 6660–6663. https://doi.org/10.12998/wjcc.v12.i33.6660
21. de Figueirêdo, R. C., Silva, Í. de S., Xavier, P. B., de Araújo, A. J., da Silva, A. J. B., Silva, C. R. D. V., Santos, W. S., Silva, J. de A., & Uchôa, S. A. da C. (2025). Digital Health and Primary Health Care Quality: A Survey Case Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 22*(7), 1015. https://doi.org/10.3390/ijerph22071015
22. Salami, M., Ghorbani, A., Matourypour, P., & Rajabi, M. M. (2024). Design, Implementation, and Evaluation of a Mobile Application for Educating Chemotherapy Side Effect Management in Leukemia Patients: Protocol for a Semi-Experimental Study. *Education and Ethics In Nursing ISSN: 2322-5300, 13*(special issue), 130–138. https://doi.org/10.22034/ethic.2024.2039849.1114
23. Hedgepath, W. O. (2025). *Artificial Intelligence and Machine Learning in Healthcare*. https://www.apu.apus.edu/area-of-study/nursing-and-health-sciences/resources/artificial-intelligence-and-machine-learning-in-healthcare/
24. Aggrey, R., Adjei, B., Dsane Phd, N. A., Osei Afoduo, K., & Holdbrooke, L. (2024). *The Role of Artificial Intelligence and Machine Learning in Healthcare. 6, 7*. https://doi.org/10.36948/ijfmr.2024.v06i06.33477\
25. Team, C. (2025, February 18). The Critical Role of Quality Assurance in Healthcare Automation Digital Product Modernization. *Round The Clock Technologies*. https://rtctek.com/the-critical-role-of-quality-assurance-in-healthcare-automation/
26. Egan, D., & Ji, J. (2025). *AI in healthcare: Legal and ethical considerations in this new frontier*. https://www.ibanet.org/ai-healthcare-legal-ethical
27. Joseph, J. (2025). Algorithmic bias in public health AI: A silent threat to equity in low-resource settings. *Frontiers in Public Health, 13*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1643180
28. *Ethics of AI in Healthcare and Medicine | HITRUST*. (2023). https://hitrustalliance.net/blog/the-ethics-of-ai-in-healthcare
29. Naik, N., Hameed, B. M. Z., Shetty, D. K., Swain, D., Shah, M., Paul, R., Aggarwal, K., Ibrahim, S., Patil, V., Smriti, K., Shetty, S., Rai, B. P., Chlosta, P., & Somani, B. K. (2022). Legal and Ethical Consideration in Artificial Intelligence in Healthcare: Who Takes Responsibility? *Frontiers in Surgery, 9*, 862322. https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.862322

30. Fernández-León, P., Lima-Serrano, M., Fagundo-Rivera, J., & Martínez-Montilla, J. M. (2025). Planning, implementation, evaluation, and sustainment of digital health interventions for adolescent substance use prevention: A systematic review of influencing factors based on the RE-AIM framework. *Health Education Research, 40*(3), cyaf021. https://doi.org/10.1093/her/cyaf021

31. Ntsele, G. (n.d.). *AI algorithmic bias in healthcare decision making*. Retrieved August 9, 2025, from https://www.paubox.com/blog/ai-algorithmic-bias-in-healthcare-decision-making

32. Pushpakumara, H., Jayaweera, P., & Wanniarachchige, M. (2023). Issues and Challenges of Quality Assurance in Higher Education Institutes: A Systematic Literature Review. *Journal of Management Matters, 10*, 49–65. https://doi.org/10.4038/jmm.v10i1.47

33. Kim, D. D., & Basu, A. (2021). How Does Cost-Effectiveness Analysis Inform Health Care Decisions? *AMA Journal of Ethics, 23*(8), 639–647. https://doi.org/10.1001/amajethics.2021.639

34. Correia, J. C., Waqas, A., Aujoulat, I., Davies, M. J., Assal, J.-P., Golay, A., & Pataky, Z. (2022). Evolution of Therapeutic Patient Education: A Systematic Scoping Review and Scientometric Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(10), 6128. https://doi.org/10.3390/ijerph19106128

Review Article

Quality Assurance in Health Education: A Systematic Review from Theoretical Foundations to Modern and Technological Frameworks

Teaching Assistant Dr. Ali Rahimi[1*], Dr. Mohammad Masoud Qanbari[2], Dr. Mohammad Hadi Binesh[3]

[1*]Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Herat University, Herat, Afghanistan.

[2,3]Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Jami University, Herat, Afghanistan.

Article History

Received: 13/09/2025

Accepted: 15/10/2025

Published: 21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords

- Quality Assurance
- Health Education
- Patient Education
- Systematic Review
- Evaluation Frameworks

***Corresponding Author**

Teaching Assistant Dr. Ali Rahimi

E-mail: dr.rahimi@outlook.com

Contact: + 93 (0)791616468

Abstract

The concept of quality assurance (QA) in health education, first formalized in the 1980s based on process standards, has evolved into a complex, multi-dimensional field. This systematic review traces this evolution by analyzing the shift from organizational process control models to patient-centered, evidence-based frameworks. Following PRISMA guidelines, this research examines scientific articles published between 2015 and 2024 from reputable international and Iranian databases. Key themes explored include the evolution of standards with a focus on health literacy and patient-reported outcome measures (PROMs), the integration of modern evaluation models like RE-AIM, the critical role of behavioral science theories in intervention design, the transformative impact of digital technologies and Artificial Intelligence (AI), and the persistent and emerging challenges in implementation. The review concludes that contemporary QA is an integrated system that requires a synthesis of clinical, educational, technological, and ethical considerations to be effective. The ultimate goal of QA is no longer merely to ensure programs are done right, but to ensure they do the right thing for the patient in a manner that is effective, equitable, and sustainable.

مقاله مروری

طراحی چارچوب راه‌بردی برای تضمین کیفیت در آموزش حرفه‌های میان رشته‌ای سلامت

محمد مسعودی[۱]، عبدالباسط متین[۲]، احمد سعید یعقوبی[۳]
[۱]دیپارتمنت اطفال، پوهنتون هرات، هرات، افغانستان
[۲،۳]دیپارتمنت کلینیک، پوهنتون جامی، هرات، افغانستان

تاریخچه مقاله
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۲۳
تاریخ نشر: ۱۴۰۴/۰۷/۲۹
سال: ۱۴۰۴ هـ.ش جلد: ۲ شماره: ۱

نقاط اساسی
- آموزش حرفه‌های صحی هم‌کار
- تضمین کیفیت آموزشی
- رهبری آموزشی • بهبود مستمر آموزشی
- نصاب شایستگی‌محور

نویسنده مسؤل
محمد مسعودی
ایمیل: drmasudi@jami.edu.af
شماره تماس: 744131596 (0) 93+

چکیده
مراقبت‌های صحی هم‌کار شامل مجموعه‌ای از حرفه‌های حیاتی در سیستم صحی است که نقش فزاینده‌ای در ارائه خدمات جامع، میان‌رشته‌ای و مؤثر ایفا می کنند. بااین‌حال، کیفیت آموزش در نهادهای آموزشی این حوزه هم‌چنان با چالش‌های متعددی مانند ضعف رهبری، ساختارهای ناکارآمد نصاب، کم‌بود آموزش بین‌رشته‌ای و عدم مشارکت مؤثر دانشجویان مواجه است. این مقاله با بهره‌گیری از روش مرور روایی، به تحلیل انتقادی ۸٦ منبع علمی از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۲ پرداخته و نه محور کلیدی را برای ارتقای کیفیت در آموزش مراقبت‌های صحی هم‌کار شناسایی کرده است: رهبری آموزشی، گزینش و حمایت دانشجو، کیفیت تدریس، طراحی و بازبینی نصاب، تحقیق و توسعه، تعهد رهبری و مشارکت ذی‌نفعان، ابتکارات بهبود کیفیت، اعتباربخشی و زیرساخت‌های فیزیکی .برای هر محور، راه‌کارهایی عملی و مبتنی بر شواهد ارائه شده که می‌توانند به‌عنوان چارچوبی راه‌بردی برای مدیران نهادهای آموزشی، سیاست‌گذاران و نهادهای تضمین کیفیت مورد استفاده قرار گیرند. یافته‌ها نشان می‌دهند که نهادهایی با روی‌کردهای شواهدمحور، مشارکت‌جویانه و نظام‌مند در بهبود کیفیت، در تربیت فارغ‌التحصیلان توان‌مندتر و پاسخ‌گو به نیازهای نظام صحی موفق‌تر هستند. در پایان، مقاله بر ضرورت نهادینه‌سازی فرآیندهای بهبود کیفیت به‌صورت پویا، مستمر و متناسب با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی کشورها تأکید می‌ورزد.

مقدمه

مراقبت‌های صحی هم‌کار یکی از ارکان بنیادین سیستم صحی معاصر است که شامل بیش از ۲۰ حرفه مانند فیزیوتراپی، بینایی‌سنجی، رادیولوژی، علوم آزمایش‌گاهی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، تغذیه، بهداشت محیط و مدیریت اطلاعات صحی می‌گردد(۱). با رشد روزافزون پیچیدگی بیماری‌ها، جمعیت سال‌مند و نیاز به خدمات میان‌رشته‌ای، نقش این حرفه‌ها در ارائه مراقبت‌های کامل و مبتنی بر تیم دوچندان شده‌است(۲).

بااین‌حال، کیفیت آموزش در بسیاری از نهادهای آموزشی این حوزه هم‌چنان با چالش‌هایی مواجه است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نبود رهبری قوی، ضعف در ساختار نصاب، کم‌بود آموزش بین‌رشته‌ای و عدم مشارکت فعال دانشجویان از مهم‌ترین موانع ارتقای کیفیت به‌شمار می‌روند(۳، ۴). ازاین‌رو، تقویت نظام تضمین کیفیت (Quality Assurance) و بهبود کیفیت (Quality Improvement) در این نهادها ضروری به‌نظر می‌رسد.

کیفیت آموزش در مراقبت‌های صحی هم‌کار نه‌تنها بر صلاحیت‌های کلینیکی فارغ‌التحصیلان اثر می‌گذارد، بل‌که مستقیماً بر ایمنی بیمار، هزینه‌های درمان و رضایت عمومی تأثیر دارد(۵). در همین راستا، مؤسسات آموزشی باید به توسعهٔ پایدار و برنامه‌ریزی‌شدهٔ نظام‌های تضمین کیفیت روی آورند تا بتوانند استانداردهای آموزشی بین‌المللی را حفظ کرده و پاسخ‌گوی نیازهای در حال تغییر جامعه باشند(٦).

در سال‌های اخیر، مدل‌ها و چارچوب‌های متعددی برای تضمین کیفیت در آموزش طبی و پرستاری توسعه یافته‌اند؛ بااین‌حال، پژوهش‌های جامع در مورد آموزش مراقبت‌های صحی هم‌کار نسبتاً محدود است(۷). این مقاله تلاش می‌کند با مرور روایی منابع معتبر و تحلیل آن‌ها، محورهای کلیدی ارتقای کیفیت در نهادهای آموزشی این حوزه را شناسایی کرده و راه‌کارهایی عملی برای سیاست‌گذاران، مدیران آموزشی و استادان ارائه دهد.

روش‌شناسی

این مطالعه از روی‌کرد مرور روایی (Narrative Review) برای جمع‌آوری، تحلیل و تلفیق داده‌ها استفاده کرده‌است. منابع از پای‌گاه‌های داده‌ای معتبری مانند PubMed، Scopus، Web of Science و Google Scholar جست‌وجو شده‌اند. واژگان کلیدی جستجو شامل ""quality assurance، "quality improvement"، "allied health education"، "curriculum"، "leadership"" و "student engagement" بوده‌اند. بازه زمانی جستجو از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۲ را پوشش می‌دهد.

در مجموع، ۲۱۴ مقاله شناسایی شدند که پس از بررسی عنوان‌ها و چکیده‌ها، ۸٦ مقاله برای تحلیل کامل انتخاب شد. تحلیل محتوایی مقالات با استفاده از روی‌کرد قیاسی-استقرایی انجام شده‌است. در نهایت، یافته‌ها در قالب ۹ محور اصلی دسته‌بندی شد و برای هر محور، توصیه‌های مبتنی بر شواهد و تجربه‌های عملی پیشنهاد گردید.

یافته‌ها

تحلیل محتوایی ۸٦ مقاله نشان داد که مؤلفه‌های متعددی در کیفیت آموزش در مراقبت‌های صحی هم‌کار نقش دارند. این مؤلفه‌ها در ۹ محور اصلی دسته‌بندی شده‌اند:

رهبری

رهبری مؤثر در نهادهای آموزشی مراقبت‌های صحی هم‌کار نقش تعیین‌کننده‌ای در تحقق چشم‌انداز، ارتقای کیفیت و پاسخ‌گویی به تحولات محیطی دارد. رهبران آموزشی باید از مهارت‌های بین‌رشته‌ای، درک عمیق از مفاهیم تضمین کیفیت و توانایی هدایت تیم‌های چندمنظوره برخوردار باشند (۸).

مطالعات نشان می‌دهد که سبک رهبری تحول‌آفرین (Transformational Leadership) در مقایسه با سبک‌های سنتی، اثربخشی بالاتری در ایجاد انگیزه، نوآوری و افزایش مشارکت اعضای هیئت علمی دارد (۹). رهبرانی که الهام‌بخش‌اند، از ارزش‌های سازمانی حمایت می‌کنند و فرصت‌های رشد حرفه‌ای فراهم می‌سازند، نقش مهمی در ارتقای فرهنگ کیفیت ایفا می‌کنند(۱۰).

در نهادهای آموزشی موفق، ساختار رهبری به‌گونه‌ای طراحی شده است که نه‌تنها سلسله‌مراتب شفاف دارد، بل‌که بستر

مشارکت، تفویض اختیار و نوآوری را نیز فراهم می‌سازد. ایجاد کمیته‌های بهبود کیفیت، تیم‌های مشورتی و سازوکارهای تصمیم‌گیری مشارکتی از جمله اقدامات توصیه‌شده برای تقویت رهبری اثربخش است(۱۱).
رهبران آموزشی باید نسبت به تغییرات فن‌آوری، نیازهای جامعه، تحولات سیاستی و الزامات اعتباربخشی واکنش سریع و مبتنی بر داده داشته باشند. توسعهٔ حرفه‌ای مستمر رهبران، به‌ویژه از طریق برنامه‌های مربی‌گری، آموزش‌های اجرایی و تحلیل داده‌های عمل‌کردی، نقش مهمی در حفظ پویایی و اثربخشی رهبری ایفا می‌کند(۱۲). در نهایت، باید تأکید کرد که رهبری آموزشی نه‌فقط نقش نظارتی، بلکه مأموریتی الهام‌بخش، یادگیرنده و عدالت‌محور دارد که جهت‌گیری کلی سازمان را در مسیر کیفیت تعیین می‌کند(۱۳).

گزینش دانشجو، برنامه‌های جهت‌دهی، ارزیابی و فعالیت‌های فرانصاب

فرآیند گزینش دانشجویان نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌دهی کیفیت آینده نهاد آموزشی دارد. انتخاب داوطلبان تنها بر مبنای دست‌آوردهای تحصیلی گذشته کافی نیست، بل‌که باید ویژگی‌های شخصیتی، مهارت‌های بین‌فردی و انگیزهٔ آن‌ها برای خدمت در سیستم صحی نیز مدنظر قرار گیرد (۱۴). استفاده از روش‌های چندبعدی در پذیرش، از جمله مصاحبه‌های ساختاریافته، آزمون‌های سنجش صلاحیت‌های رفتاری و تحلیل نگرش‌ها، می‌تواند اعتبار فرآیند گزینش را افزایش دهد(۱۵).
پس از پذیرش، برنامه‌های جهت‌دهی (orientation) باید به‌گونه‌ای طراحی شوند که دانشجویان را با فرهنگ، ارزش‌ها، ساختار آموزشی و انتظارات نهاد آشنا سازند. مطالعات نشان داده‌اند که جهت‌دهی مؤثر به کاهش اضطراب، افزایش تعامل و ارتقای حس تعلق در دانشجویان کمک می‌کند. ازاین‌رو، مؤسسات موفق معمولاً برنامه‌های جهت‌دهی چندروزه با حضور استادان، مشاوران و دانشجویان ارشد برگزار می‌کنند(۱۶).
ارزیابی دانشجویان باید فراتر از آزمون‌های سنتی بوده و شایستگی‌های حرفه‌ای، اخلاقی، رفتاری و ارتباطی آنان را نیز دربر گیرد. استفاده از ارزیابی تکوینی (Formative Assessment) در کنار ارزیابی پایانی، بازخورد ساختاریافته و خودارزیابی از روی‌کردهای توصیه‌شده در آموزش علوم صحی است (۱۷). هم‌چنین، روش‌هایی مانند نمونه‌کار (portfolio)، ارزیابی مشاهده‌ای ساختاریافته بالینی (OSCE) و آزمون‌های مهارتی چندمرحله‌ای، در ارزیابی صلاحیت‌های پیچیده‌تر بسیار مفید واقع شده‌است.
نقش فعالیت‌های فرانصاب در رشد مهارت‌های اجتماعی، توسعهٔ رهبری و تقویت سلامت روانی دانشجویان قابل توجه است. مشارکت در انجمن‌های علمی، روی‌دادهای فرهنگی، ورزش و پروژه‌های اجتماعی سبب میشود دانشجویان از نظر عاطفی و رفتاری متعادل‌تر رشد یابند و آمادگی به‌تری برای کار تیمی و محیط‌های بین‌حرفه‌ای داشته باشد(۱۸). نهادهای پیش‌رو این فعالیت‌ها را به‌عنوان بخشی از تجربه یادگیری تلفیق می‌کند و برای آن‌ها پشتی‌بانی ساختاری و مالی فراهم می‌آورند.

کیفیت تدریس

کیفیت تدریس، هسته مرکزی موفقیت هر نهاد آموزشی محسوب میشود. در حوزهٔ مراقبت‌های صحی هم‌کار، که یادگیری مهارت‌های عملی، رفتاری و بین‌رشته‌ای بسیار حائز اهمیت است، شیوه‌های تدریس باید دانشجومحور، تعاملی و مبتنی بر شواهد باشند (۱۹).

مطالعات نشان داده‌است که استفاده از روی‌کردهای نوین مانند یادگیری مبتنی بر مسأله (PBL)، یادگیری تیمی، شبیه‌سازی‌های بالینی و آموزش معکوس (flipped classroom) موجب افزایش درک مفهومی، ارتقای مهارت‌های حل مسأله و بهبود یادگیری مستقل در دانشجویان می‌گردد (۲۰).

توسعهٔ حرفه‌ای کمک‌رسان، از طریق کارگاه‌های آموزشی، فرصت‌های پژوهشی و ارزیابی منظم تدریس، برای ارتقای کیفیت آموزش ضروری است. بازخورد منظم از دانشجویان، مشاهده هم‌کاران و ارزیابی عمل‌کرد تدریس باید به‌صورت ساختاری انجام گیرد و در ارتقای شایستگی‌های آموزشی استادان به کار گرفته شود(۲۱).

علاوه بر این، ایجاد محیطی حمایتی برای کمک‌رسان و ترویج فرهنگ بازخوردپذیری، یادگیری مداوم و نوآوری در آموزش از ویژگی‌های نهادهای موفق است. در بسیاری از مؤسسات معتبر، تدریس به‌عنوان یک معیار اصلی برای ارتقا، پاداش و ارزیابی عمل‌کرد اعضای هیئت علمی در نظر گرفته میشود(۲۲).

استفاده از فن‌آوری‌های نوین مانند سیستم‌های یادگیری مدیریت شده (LMS)، منابع آموزشی دیجیتال و واقعیت مجازی می‌تواند تجربه آموزشی را بهبود بخشد. به‌ویژه در شرایط بحران مانند همه‌گیری کووید-۱۹، آموزش ترکیبی و آموزش از راه دور اهمیت فزاینده‌ای یافته‌است(۲۳).

نصاب آموزشی

نصاب آموزشی ستون فقرات برنامه‌های تحصیلی در حوزهٔ مراقبت‌های صحی هم‌کار محسوب میشود و نقش کلیدی در تربیت حرفه‌ای، شایستگی‌های بالینی و رفتارهای اخلاقی دانشجویان ایفا می‌کند. طراحی یک نصاب مؤثر باید مبتنی بر شواهد، نیازهای اجتماعی، سنجه‌های بین‌المللی و هم‌سویی با سیاست‌های سیستم صحی باشد(۲۴).

در بسیاری از کشورها، تغییرات عمده‌ای در جهت ارتقاء نصاب‌های سنتی و حرکت به‌سوی آموزش شایستگی‌محور (Competency-Based Education) صورت گرفته است. این روی‌کرد بر کسب نتایج یادگیری مشخص، تلفیق علوم پایه با آموزش عملی و ارزیابی پیوسته تأکید دارد (۲۵). در این نوع آموزش، تأکید بر آن است که دانشجویان بتوانند در محیط واقعی خدمات صحی، دانش، مهارت، نگرش و ارزش‌های حرفه‌ای را به‌صورت یک‌پارچه به کار بگیرند.

نصاب‌های کارآمد، روی‌کرد میان‌رشته‌ای دارند و بر هم‌کاری بین حرفه‌ای در آموزش تأکید می‌ورزند. در این راستا، گنجاندن دوره‌ها و پروژه‌های مشترک میان رشته‌هایی مانند فیزیوتراپی، پرستاری، گفتاردرمانی و علوم آزمایش‌گاهی می‌تواند به ارتقاء توانایی کار گروهی، درک متقابل حرفه‌ای و بهبود نتایج درمانی بیماران منجر شود(۲۶).

طراحی نصاب باید به‌گونه‌ای باشد که توسعه مهارت‌های غیرشناختی مانند تفکر انتقادی، حل مسأله، ارتباط مؤثر و تصمیم‌گیری اخلاقی را نیز دربر گیرد. مطالعات نشان داده‌اند که آموزش مبتنی بر تجربه (Experiential Learning) و فعالیت‌های انعکاسی، تأثیر قابل‌توجهی در پرورش این مهارت‌ها دارد(۲۷، ۲۸).

همچنین، آموزش سلامت عمومی، سواد سلامت دیجیتال و مدیریت سیستم‌های سلامت نیز باید بخشی از نصاب باشد تا دانشجویان برای کار در نظام‌های سلامت مدرن و پیچیده آماده گردند(۷). در این مسیر، استفاده از فن‌آوری‌های نوین آموزشی، شبیه‌سازی‌های بالینی، آموزش از راه دور و یادگیری ترکیبی باید در طراحی نصاب گنجانده شود(۲۹)

مرور و بازبینی منظم نصاب نیز بخش جدایی‌ناپذیر تضمین کیفیت آموزشی است. نهادهای پیش‌رو معمولاً از چرخه بازخورد مستمر شامل تحلیل نیازهای جامعه، ارزیابی خروجی‌های برنامه و دریافت بازخورد از ذی‌نفعان استفاده می‌کنند(۳۰). مشارکت فعال استادان، دانشجویان، فارغ‌التحصیلان و کارفرمایان در این فرآیند موجب تضمین انطباق نصاب با نیازهای واقعی می‌گردد.

در نهایت، نصاب آموزشی باید انعطاف‌پذیر، پاسخ‌گو به تحولات فن‌آوری و اجتماعی و متعهد به اصول اخلاقی و عدالت آموزشی باشد. چنین نصابی نه‌تنها دانش فنی، بل‌که بینش انسانی و مسئولیت اجتماعی دانشجویان را نیز تقویت خواهد کرد.

تحقیق و توسعه

تحقیق و توسعه یکی از ارکان اصلی تضمین کیفیت در نهادهای آموزش مراقبت‌های صحی هم‌کار به شمار می‌رود. فعالیت‌های پژوهشی نه‌تنها موجب تولید دانش جدید می‌شوند، بل‌که آموزش را پویا، مبتنی بر شواهد و پاسخ‌گو به نیازهای جامعه می‌سازد(۳۱). مؤسساتی که فرهنگ تحقیق‌محور دارند، معمولاً سطح بالاتری از نوآوری، یادگیری فعال و رشد حرفه‌ای را تجربه می‌کنند.

ترویج فرهنگ تحقیق از طریق ایجاد سیاست‌های حمایتی، تأمین منابع مالی، ایجاد فرصت‌های پژوهش مشترک و به رسمیت شناختن دست‌آوردهای علمی اعضای هیئت علمی و دانشجویان میسر می‌گردد(۳۲). به‌ویژه در نهادهای آموزشی رشته‌های هم‌کار صحی، تحقیقات کاربردی در حوزه آموزش، سلامت عمومی، خدمات کلینکی و نوآوری‌های فناورانه می‌تواند به‌صورت مستقیم بر کیفیت خدمات سلامت اثرگذار باشد.

تشویق دانشجویان به مشارکت در پروژه‌های تحقیقاتی از مراحل ابتدایی تحصیل، موجب تقویت مهارت‌های تحلیل داده، تفکر انتقادی، نگارش علمی و کار گروهی میشود(۳۳). نهادهایی که واحدهای تحقیقاتی دانشجویی، کنفرانس‌های علمی داخلی و برنامه‌های ارائه مقاله دانشجویی دارند، در توسعه این فرهنگ موفق‌تر هستند.

هم‌چنین، تلفیق یافته‌های پژوهشی با آموزش (Research-Informed Teaching) از شیوه‌های مؤثر ارتقاء کیفیت تدریس است. این روی‌کرد، آموزش را از حالت نظری صرف خارج کرده و به آن بُعد عملی، پویا و مبتنی بر شواهد می‌بخشد(۳۴). برای نمونه، استفاده از مطالعات موردی مبتنی بر پژوهش، مقالات جدید در کلاس و تحلیل انتقادی متون علمی می‌تواند تجربه یادگیری دانشجویان را غنی‌تر کند.

برای موفقیت در تحقیق، ایجاد زیرساخت‌هایی مانند کتاب‌خانه‌های علمی مجهز، دست‌رسی به پای‌گاه‌های داده‌های پژوهشی، نرم‌افزارهای آماری و راه‌نمایی پژوهشی از سوی استادان مجرب ضروری است. هم‌چنین، تشکیل مراکز تحقیقاتی چندرشته‌ای در درون نهاد، به‌ویژه در حوزه‌های بین‌رشته‌ای مانند سلامت جامعه، توان‌بخشی و به‌داشت دیجیتال می‌تواند بهره‌وری علمی نهاد را افزایش دهد(۳۵).

در نهایت، ایجاد پیوند میان تحقیق، آموزش و خدمت‌رسانی یکی از راه‌بردهای کلان نهادهای آموزشی پیش‌رو است. از این طریق، پژوهش‌ها نه‌تنها به دانش و نظریه می‌افزایند، بل‌که به بهبود آموزش، ارتقاء سلامت جامعه و پاسخ‌گویی به چالش‌های واقعی کمک می‌کند(۳۶).

تعهد رهبری و مشارکت ذی‌نفعان

تعهد رهبری یکی از مهم‌ترین پیش‌شرط‌های موفقیت در پیاده‌سازی نظام‌های بهبود کیفیت در نهادهای آموزشی مراقبت‌های صحی هم‌کار است. رهبران نهادهایی که به بهبود مستمر، پاسخ‌گویی و شفافیت اعتقاد دارند، معمولاً ساختارهای مؤثرتری برای مشارکت ذی‌نفعان ایجاد می‌کنند(۳۷). مشارکت فعال رهبری در تدوین راه‌بردها، نظارت بر اجرا و تحلیل بازخوردها باعث تثبیت فرهنگ کیفیت در تمام سطوح سازمان میشود.

در این میان، مشارکت ذی‌نفعان—اعم از استادان، دانشجویان، کارکنان، فارغ‌التحصیلان، نهادهای اعتباربخشی و حتی

جامعه—عنصری حیاتی برای اطمینان از انطباق برنامه‌ها با نیازهای واقعی است(۳۸). نهادهای موفق، سازوکار رسمی برای مشارکت ذی‌نفعان مانند شوراهای مشورتی، نشست‌های بازخورد، نظرسنجی‌های ساختاریافته و تحلیل ذی‌نفعان طراحی می‌کنند.

همچنین، ارتباط مستمر و مؤثر با ذی‌نفعان خارجی مانند شفاخانه‌ها، مراکز خدمات صحی، سازمان‌های دولتی و کارفرمایان بالقوه می‌تواند به هم‌سویی به‌تر اهداف آموزشی و انتظارات بازار کار کمک کند. حضور این بازیگران در فرایندهایی مانند طراحی نصاب، ارزیابی خروجی‌های آموزشی و برنامه‌ریزی استراتژیک می‌تواند کیفیت و اثربخشی برنامه‌های آموزشی را به‌طور چشم‌گیری افزایش دهد(۳۹).

ابتکارات بهبود کیفیت

ابتکارات بهبود کیفیت (QI) روی‌کردی سازمان‌یافته برای ارتقای مستمر عمل‌کرد و نتایج در نهادهای آموزشی است. این ابتکارات معمولاً از طریق مدل‌هایی چون چرخه دمینگ (Plan-Do-Study-Act) اجرا می‌شوند و شامل شناسایی مشکل، طراحی مداخله، اجرای آن و تحلیل نتایج است(۴۰).

در مؤسسات آموزشی مراقبت‌های صحی، پروژه‌های QI می‌توانند بر حوزه‌هایی مانند بهبود روند تدریس، ارتقای تجربه یادگیری دانشجو، بهینه‌سازی برنامه‌های کارورزی، یا افزایش نرخ فارغ‌التحصیلی متمرکز باشند. تشکیل تیم‌های بین‌رشته‌ای برای طراحی و اجرای پروژه‌های بهبود، استفاده از داده‌های عمل‌کردی و بازخورد دانشجویان و مستندسازی فرآیندها از راه‌کارهای کلیدی در این مسیر است(۴۱).

هم‌چنین، نهادهایی که فعالیت‌های QI را به بخشی از فرهنگ سازمانی تبدیل کرده‌اند، معمولاً سیاست‌های مشوق مانند تقدیر از نوآوری، ارائه فرصت‌های پژوهش در حوزه QI و حمایت مالی از پروژه‌های بهبود طراحی می‌کند(۴۲). ادغام آموزش QI در نصاب دانشجویان، به‌ویژه از طریق دروس عملی، پروژه‌های موردی و تحلیل داده‌های واقعی، موجب توسعه شایستگی‌های حرفه‌ای آینده‌سازان سیستم صحی می‌گردد(۴۳).

تأثیر اعتباربخشی

اعتباربخشی یک ابزار راه‌بردی برای ارتقای کیفیت، پاسخ‌گویی و استانداردسازی در آموزش مراقبت‌های صحی هم‌کار است. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که نهادهای دارای اعتبار رسمی، عمل‌کرد آموزشی و خروجی‌های به‌تری نسبت به نهادهای فاقد اعتبار دارند(۴۴).

فرآیند اعتباربخشی معمولاً شامل خودارزیابی، بازدید خارجی و بررسی مستندات بر مبنای معیارهای مشخص است. این فرآیند موجب شفاف‌سازی مسئولیت‌ها، مستندسازی اقدامات و ایجاد مکانیسم‌های پایش و ارزیابی داخلی میشود(۴۵).

اگرچه برخی نهادها اعتباربخشی را پرهزینه یا بروکراتیک می‌دانند، اما شواهد نشان می‌دهند که اجرای استانداردهای اعتباربخشی می‌تواند به بهبود مستمر، ارتقاء برند آموزشی، افزایش جذب دانشجو و هم‌کاری‌های بین‌المللی منجر شود(۴۶).

همچنین، اعتباربخشی موجب تحریک مؤسسات به استفاده از داده برای تصمیم‌گیری، ارتقاء کیفیت تدریس و ارزیابی و ارتقای بهره‌وری منابع می‌گردد.

زیرساخت فزیکی

زیرساخت‌های فیزیکی، به‌ویژه در محیط‌های آموزشی حرفه‌ای مانند مراقبت‌های صحی، تأثیر مستقیم بر کیفیت آموزش، انگیزه یادگیری و تجربه کلی دانشجو دارند. کلاس‌های مدرن، آزمایش‌گاه‌های مجهز، مراکز شبیه‌سازی و دست‌رسی به فن‌آوری‌های نوین از شاخصه‌های حیاتی زیرساخت با کیفیت به‌شمار می‌رود(۴۷).

قضاهای فیزیکی باید به‌گونه‌ای طراحی شوند که تعامل، مشارکت فعال و یادگیری انعکاسی را تسهیل کنند. برای مثال، استفاده از اتاق‌های یادگیری انعطاف‌پذیر، تابلوهای تعاملی، اینترنت پرسرعت و تجهیزات چندرسانه‌ای می‌تواند آموزش را پویاتر و مؤثرتر سازد(۴۸).

هم‌چنین، طراحی فراگیر و توجه به دست‌رسی‌پذیری برای دانشجویان دارای معلولیت، کیفیت تهویه، نور طبیعی و فضاهای مطالعه فردی و گروهی، از عناصر کلیدی زیرساخت‌های دانشجومحور است. نهادهای پیشرو معمولاً برنامه‌های جامع نگهداری، ارتقاء و نوسازی فضاهای فیزیکی دارند و از بازخورد کاربران در طراحی و بهبود محیط‌ها استفاده می‌کند(۴۹).

محدودیت‌ها

این مطالعه با چندین محدودیت همراه است که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. نخست، روش مرور روایی (narrative review) به‌صورت ذاتی شامل سوگیری انتخاب منابع و تفسیر یافته‌ها است. اگرچه تلاش شد از منابع معتبر و نمایان استفاده شود، اما احتمال کنار رفتن برخی مطالعات مهم وجود دارد. دوم، تمرکز تحقیق بر مقالات انگلیسی‌زبان ممکن است منجر به حذف دیدگاه‌ها و تجارب موجود در متون علمی غیرانگلیسی شده باشد، به‌ویژه در زمینه‌های محلی یا منطقه‌ای.

همچنین، تحلیل کیفی انجام‌شده عمدتاً بر استنتاج پژوهشگران مبتنی بود، که ممکن است تحت تأثیر پیش‌فرض‌های شخصی قرار گرفته باشد. در نهایت، اگرچه توصیه‌ها بر مبنای شواهد موجود تدوین شده‌اند، اما ممکن است قابلیت تعمیم آن‌ها در همه زمینه‌ها یا کشورها محدود باشد. برای غلبه بر این محدودیت‌ها، مطالعات آینده‌نگر، مقایسه‌ای و تجربی توصیه می‌شوند تا اثربخشی توصیه‌های ارائه‌شده به‌صورت دقیق‌تری ارزیابی گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نقش فزاینده حرفه‌های مراقبت صحی هم‌کار در سیستم صحیجهانی، بهبود کیفیت آموزش در این حوزه یک ضرورت استراتژیک محسوب میشود. این مطالعه با مرور و تحلیل ادبیات علمی، نه محور کلیدی را برای ارتقای کیفیت در نهادهای آموزشی شناسایی کرد: رهبری، گزینش و حمایت دانشجو، کیفیت تدریس، نصاب آموزشی، تحقیق و توسعه، تعهد رهبری و مشارکت ذی‌نفعان، ابتکارات بهبود کیفیت، تأثیر اعتباربخشی و زیرساخت فیزیکی. برای هر یک از این محورها، مجموعه‌ای از توصیه‌های کاربردی و مبتنی بر شواهد ارائه گردید که می‌تواند به‌عنوان چارچوب راهبردی برای نهادهای آموزشی، مدیران، سیاست‌گذاران و نهادهای تضمین کیفیت مورد استفاده قرار گیرد. نهادهایی که به روی‌کردهای نظام‌مند، شواهدمحور و مشارکت‌جویانه در بهبود کیفیت پایبند باشند، نه‌تنها عمل‌کرد آموزشی به‌تری خواهند داشت، بل‌که فارغ‌التحصیلانی آماده‌تر برای پاسخ‌گویی به نیازهای پیچیده سلامت جامعه تربیت خواهند کرد. در پایان، تأکید میشود که بهبود کیفیت یک فرآیند پویا، مستمر و مشارکتی است که نیازمند تعهد نهادی، نوآوری آموزشی و توجه به زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی خاص هر کشور می‌باشد.

منابع

1. Lizarondo L, Grimmer K, Kumar S, et al. An evidence-based framework to measure quality of allied health care. *Health Res Policy Syst.*2014;12:10. doi:10.1186/1478-4505-12-10.
2. Willis JS, Tyler Jr C, Schiff GD, Schreiner K. Ensuring primary care diagnostic quality in the era of telemedicine. The American journal of medicine. 2021 May 27;134(9):1101.
3. Kalb R, Brown T, Coote S, Costello K, Dalgas U, et al. Exercise and lifestyle physical activity recommendations for people with multiple sclerosis throughout the disease course. *Mult Scler.* 2020;26(12):1459-1469. doi:10.1177/1352458520915629.
4. Tai J, Ajjawi R, Bearman M, Wiseman P. Conceptualizations and measures of student engagement: A worked example of systematic review. In: Zawacki-Richter O, Kerres M, Bedenlier S, Bond M, Buntins K, eds. *Systematic Reviews in Educational Research: Methodology, Perspectives and Application.* Berlin: Springer; 2020:91-110. doi:10.1007/978-3-658-27602-7_6.
5. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-1958. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
6. World Health Organization (WHO). 2020
7. Greenhalgh J, Dalkin S, Gibbons E, Wright J, Valderas JM, Meads D, Black N. How do aggregated patient-reported outcome measures data stimulate health care improvement? A realist synthesis. Journal of Health Services Research & Policy. 2018 Jan;23(1):57-65.
8. Middlehurst R. Leadership and Management in Higher Education: A Research Perspective. York: Leadership Foundation for Higher Education; 2012.
9. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong C, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(3):363-385. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006.
10. Bryman A. Effective leadership in higher education: a literature review. *Stud High Educ.*2007;32(6):693-710. doi:10.1080/03075070701685114.
11. Bolden R, Gosling J, O'Brien A, Peters K, Ryan M, Haslam A. Academic leadership: changing conceptions, identities and experiences in UK higher education. Final report. London: Leadership Foundation for Higher Education; 2012.

12. Spendlove M. Competencies for effective leadership in higher education. *Int J Educ Manag*2007;21(5):407-417. doi:10.1108/09513540710760183.
13. Fullan M. Leading in a Culture of Change. San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
14. Kelly ME, Patterson F, O'Flynn S, Mulligan J, Murphy AW. A systematic review of stakeholder views of selection methods for medical schools admission. *BMC Med Educ*2018;18:139. doi:10.1186/s12909-018-1248-7.
15. Eva KW, Rosenfeld J, Reiter HI, Norman GR. An admissions OSCE: the multiple mini-interview. *Med Educ.* 2004;38:314-326. doi:10.1046/j.1365-2923.2004.01776.x.
16. Tinto V. Leaving College: Rethinking the Causes and Cures of Student Attrition. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press; 1993.
17. Norcini J, Anderson B, Bollela V, Burch V, et al. Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Med Teach*2011;33(3):206-214. doi:10.3109/0142159X.2011.551559.
18. Astin AW. Student involvement: a developmental theory for higher education. *J Coll Student Dev*1999;40:297-308.
19. Biggs J, Tang C. Teaching for Quality Learning at University. 4th ed. Maidenhead: Open University Press; 2011.
20. Freeman S, Eddy SL, McDonough M, Smith MK, Okoroafor N, Jordt H, et al. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2014;111(23):8410-8415. doi:10.1073/pnas.1319030111.
21. Steinert Y, Mann K, Centeno A, Dolmans D, Spencer J, Gelula M, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: A 10-year update: BEME Guide No. 40. *Med Teach.* 2016;38(8):769-786. doi:10.3109/0142159X.2016.1181851.
22. Harden RM, Crosby JR. AMEE Education Guide No. 20: The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher. *Med Teach.* 2000;22(4):334-347. doi:10.1080/014215900409429.
23. Sandars J, Goh P-S. A vision of the use of technology in medical education after the COVID-19 pandemic. *MedEdPublish.* 2020;9:1-11. doi:10.15694/mep.2020.000049.1.
24. Harden RM. AMEE Guide No. 21: Curriculum mapping: a tool for transparent and authentic teaching and learning. *Med Teach.* 2001;23(2):123-137. doi:10.1080/01421590120036547.

25. Frank JR, Snell LS, ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach.* 2010;32(8):631-637. doi:10.3109/0142159X.2010.501190.
26. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (BEME Guide No. 39). *Med Teach.* 2016;38(7):656-668. doi:10.3109/0142159X.2016.1173663.
27. Kolb DA. Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1984.
28. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Adv Health Sci Educ.* 2009;14(4):595-621. doi:10.1007/s10459-007-9090-2.
29. Ellaway R, Masters K. AMEE Guide 32 Part 2: e-Learning in medical education: the toolkit for teachers. *Med Teach.* 2008;30(5):474-489. doi:10.1080/01421590802108349.
30. Toohey S. Designing Courses for Higher Education. Buckingham: Society for Research into Higher Education & Open University Press; 1999.
31. Boyer EL. Scholarship Reconsidered: Priorities of the Professoriate. Princeton: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1990.
32. Bland CJ, Ruffin MT. Characteristics of a productive research environment: literature review. *Acad Med.* 1992;67(6):385-397. doi:10.1097/00001888-199206000-00014.
33. Murdoch-Eaton D, Drewery S, Elton S, Emmerson L, Hambly H, et al. What do medical students understand by research and research skills? *Med Teach.* 2010;32(3):e152-e160. doi:10.3109/01421590903263970.
34. Healey M. Linking research and teaching: exploring disciplinary spaces and the role of inquiry-based learning. In: Barnett R, ed. *Reshaping the University: New Relationships between Research, Scholarship and Teaching.* Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press; 2005:67-78.
35. Cooke J. A framework to evaluate research capacity building in health care. *BMC Fam Pract* 2005;6:44. doi:10.1186/1471-2296-6-44.
36. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci* 2012;7:50. doi:10.1186/1748-5908-7-50.
37. Shortell SM, O'Brien JL, Carman JM, Foster RW, Hughes EF, Boerstler H, et al. Assessing the evidence on continuous quality improvement: Is the glass half empty or half full? *Health Serv Res* 1995;30(4):567-586.

38. Bryson JM. What to do when stakeholders matter: stakeholder identification and analysis techniques. *Public Manage Rev.* 2004;6(1):21-53. doi:10.1080/14719030410001675722.
39. Rowe M, Oltmann C. Randomised controlled trials in educational research: ontological and epistemological limitations. *Afr J Health Prof Educ.* 2016;8(1):6-8.
40. Langley GJ, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
41. Batalden PB, Davidoff F. What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *Qual Saf Health Care.* 2007;16(1):2-3. doi:10.1136/qshc.2006.022046.
42. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci.* 2009;4:67. doi:10.1186/1748-5908-4-67.
43. Ogrinc G, Armstrong GE, Dolansky MA, Singh MK, Davies L, Goodman D, et al. SQUIRE-EDU (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence in Education): publication guidelines for educational improvement. *Acad Med.* 2019;94(10):1461-1470. doi:10.1097/ACM.0000000000002750.
44. van Zanten M, Boulet JR, Greaves I. The importance of medical education accreditation standards. *Med Teach.* 2012;34(2):136-145. doi:10.3109/0142159X.2012.644833.
45. Greenfield D, Pawsey M, Hinchcliff R, Moldovan M, Braithwaite J. The standard of healthcare accreditation standards: a review of empirical research underpinning their development and impact. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:329. doi:10.1186/1472-6963-12-329.
46. Woodhouse D. Quality assurance: international trends, preoccupations and features. *Assess Eval High Educ.* 1996;21(4):347-356. doi:10.1080/0260293960210402.
47. Kuh GD, Kinzie J, Schuh JH, Whitt EJ, Associates. Student Success in College: Creating Conditions that Matter. San Francisco: Jossey-Bass; 2005.
48. Jamieson P, Dane J, Lippman A. Designing and evaluating learning spaces: PaSsPorT and design-based research. In: Keppell M, Souter K, Riddle M, eds. *Physical and Virtual Learning Spaces in Higher Education: Concepts for the Modern Learning Environment.* Hershey (PA): IGI Global; 2011. Pages TBD; DOI not available. (
49. Oblinger DG, ed. Learning Spaces. Boulder (CO): EDUCAUSE; 2006. ISBN 0-9672853-8-0.

Review Article

Designing a Strategic Framework for Quality Assurance in Interprofessional Health Education

Mohammad Masoudi[1], Abdul Baset Matin[2], Ahmad Saeed Yaqubi[3]
[1]Pediatrics Departmen, Herat Universtiy, Herat, Afghanistan
[2,3]Clinic Department, Jami University, Herat, Afghanistan

Article History

Received: 13/09/2025

Accepted: 15/10/2025

Published: 21/10/2025

Year: 2025 Volume: 2nd Issue: 1st

Keywords

- Interprofessional Health Education
- Educational Quality Assurance
- Educational Leadership
- Competency-Based Curriculum
- Continuous Educational Improvement

***Corresponding Author**

Mohammad Masoudi

E-mail:
drmasudi@jami.edu.af

Contact: + 93 (0) 786444562

Abstract

Interprofessional health care encompasses a range of vital professions within the health system that play an increasingly important role in providing comprehensive, interdisciplinary, and effective services. However, the quality of education in academic institutions in this field still faces numerous challenges such as weak leadership, inefficient curriculum structures, lack of interprofessional training, and insufficient student engagement. Using a narrative review method, this article critically analyzed 86 scientific sources published between 2010 and 2022 and identified nine key areas for enhancing quality in interprofessional health education: educational leadership, student selection and support, teaching quality, curriculum design and review, research and development, leadership commitment and stakeholder engagement, quality improvement initiatives, accreditation, and physical infrastructure. For each domain, practical and evidence-based strategies are proposed that can serve as a strategic framework for educational administrators, policymakers, and quality assurance agencies. The findings indicate that institutions adopting evidence-based, participatory, and systematic approaches to quality improvement are more successful in preparing competent graduates who are responsive to the needs of the health system. Finally, the article emphasizes the necessity of institutionalizing quality improvement processes in a dynamic, continuous manner tailored to the cultural and social contexts of countries.

Spinghar Journal of Medical Sciences

Publisher

Spinghar University - Nangarhar

Editor -in- Cheif

Prof. Dr. Mohammad Taib Nishat

Editorial Manager

Specialist Dr. Shaifqullah Atish

Head of Journals Department

Telawat Sahil

Design

Hashmatullah Shirzad

Journal Reg. Number

RCTD - PNJR - 0013-24

Address

First zone, Jalalabad city Nangarhar - Afghanistan

Editorial Board

Professor Dr. Mohammad Taib Nishat
Associate Professor Dr. Muhammad Asif Hussainzai
Teaching Assistant Dr. Ihsanullah Shinwari
(Pediatrics Specialist)
Teaching Assistant Dr. Shafiqullah Attish
(General Surgery Specialist)
Dr. Abdullah Rahmani
Technologist Muhammad Jamil Wasim
Dr. Riaz Salarzai
Dr. Hayat Zaman Shinwari

Permanent Reviewers

Professor Dr. Hayatullah Ahmadzai
Associate Professor Dr. Muhammad Azim Azimi
Associate Professor Dr. Muhibullah Shinwari
Associate Professor Ridwanullah Mamlawal
Assistant Professor Sayed Attaulhaq Banuree

Periodic Reviewers

Professor Dr. Khalil Ahmad Behsoodwal
Professor Dr. Habibullah Mawlavizada
Associate Professor Dr. Masihullah Masih
Associate Professor Ali Jan Adil
Assistant Professor Dr. Abdul Azim Rasoli
Assistant Professor Dr. Abdul Ghafar Shirzad
Assistant Professor Dr. Sadaqat Momand

Contact

+93 (0) 78 970 1100
+93 (0) 78 423 0645
journals@spingharuniversity.edu.af
info@spingharuniversity.edu.af

Spinghar Journal of Medical Sciences

Year: 2025 | Volume: 2 | Issue: 1

In This Issue...

- Lessons Learnt from Health Disasters
- Role of Anti-Oxidant in Prevention of Male Infertility
- Causes of Errors in the Use of Medications and Ways to Resolve Them
- Drug Use in Nangarhar Province, Obstacles and Solutions
- Investigating Factors of Air Pollution in Kabul City and Its Effects on the Health Status of Citizens
- The Role of Lactobacillus Reuteri in the Treatment of Acute Infectious Diarrhea in Children
- Assessment of Bacteriological Contamination in Household Drinking Water Reservoirs in Jalalabad City, Nangarhar

www.spingharuniversity.edu.af
+93785030915 / +93778330015
journals@spingharuniversity.edu.af
info@spingharuniversity.edu.af
مستوفیت څلور لارې، قبایلو ریاست لور ته غزېدلی سړک، لومړی ناحیه، جلال اباد ښار، ننګرهار